

生活機能向上連携加算Ⅰ・Ⅱ((Ⅰ)1月当たり40単位加算・(Ⅱ)1月当たり80単位加算)

外部のリハビリテーション専門職員と共同でアセスメントを行い、計画を作成することを評価する加算

利用者ができる限り自立した生活を送れるように「自立支援・重度化防止」に資する介護を推進することが目的

生活機能向上連携加算Ⅰの場合

1. 外部のリハビリテーション専門職が**ICTを活用**して、利用者の状態を把握する。

外部のリハビリテーション専門職が、利用者のADLやIADLに関する状況について、ICT(テレビ電話や動画等)を用いて、利用者の状態を把握し、助言を行う。



2. 助言に基づき、**機能訓練指導員等で共同して**利用者の身体状況等の評価、計画の作成を行う。

外部のリハビリテーション専門職の助言に基づき、多職種が共同して、利用者の身体状況の評価、計画の作成を行う。

計画に記載する内容

- 利用者ごとの目標
- 実施時間
- 実施方法等の内容



機能訓練指導員等とは…

- 機能訓練指導員
- 看護職員
- 介護職員
- 生活相談員
- その他の職種

3. 計画に基づき、サービス(機能訓練)を適切に提供する。

計画に基づき、利用者の身体機能または生活機能の向上を目的とするサービスを準備し、利用者の心身の状態に応じたサービスを適切に提供する。

4. 3か月ごとのモニタリング・評価時(6か月後)に目標達成の確認をする。

身体状況等の評価に基づき、計画の進捗状況进行评估する。必要に応じて訓練内容の見直しを行う。

生活機能向上連携加算Ⅱの場合

1. 外部のリハビリテーション専門職が通所型サービス事業所に**訪問**して、事業所の機能訓練指導員等と共同して身体状況の評価および**計画を作成**する。

外部のリハビリテーション専門職とが通所型サービス事業所を訪問し、事業所の機能訓練指導員等と共同して、利用者の身体状況等の評価および計画の作成を行う。



2. 計画に基づき、サービス(機能訓練)を適切に提供する。

計画に基づき、利用者の身体機能または生活機能の向上を目的とするサービスを準備し、利用者の心身の状態に応じたサービスを適切に提供する。

3. 3か月ごとのモニタリング・評価時(6か月後)に目標達成の確認をする。

身体状況等の評価に基づき、計画の進捗状況进行评估する。必要に応じて訓練内容の見直しを行う。

