**算定様式１１**

**年　　 　月 　　　日**

**生活機能向上グループ活動加算に関する届出書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **事業所名** |  | **事業所番号** |  |
| **施設種別** | **１　　阿南市介護予防通所介護相当サービス　　　　　２　　阿南市はつらつデイサービス** |
| **異動区分** | **１　　新　規　　　　　２　　終　了** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **要　　　件** | １ | 生活機能向上グループ活動の準備利用者の生活機能の向上に資するよう生活機能向上グループ活動サービス（利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動をいう。以下同じ。）について、複数の種類の項目を準備（次のとおり準備）する。※ 集団的に行われるレクリエーションや操作活動等の機能訓練を実施しただけでは算定できないことに留意 | 適　・　否 |
|  | ① | 利用者自らが日常生活上の課題に応じて活動を選択できるよう、次に掲げる活動項目を参考に、日常生活に直結した活動項目を複数準備し、時間割を組む。 | 適　・　否 |
|  |  | （活動項目の例） |  |
|  |  | ◎家事関連活動 |  |  |
|  |  | 衣 | 洗濯機・アイロン・ミシン等の操作、衣服の手入れ（ボタン付け等）等 |  |  |
|  |  | 食 | 献立作り、買い出し、調理家電（電子レンジ、クッキングヒーター、電気ポット等）・調理器具（包丁、キッチン鋏、皮むき器等）の操作、調理（炊飯、総菜、行事食等）、パン作り等 |  |  |
|  |  | 住 | 日曜大工、掃除道具（掃除機、モップ等）の操作、ガーデニング等 |  |  |
|  |  | ◎通信・記録関連活動 |  |  |
|  |  |  | 機器操作（携帯電話操作、パソコン操作等）、記録作成（家計簿、日記、健康ノート等） |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | ② | １のグループの人数は６人以下とする。 | 適　・　否 |
| ２ | 利用者ごとの日常生活上の課題の把握と達成目標の設定次の手順により、生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員その他の従業者が共同して、生活機能向上グループ活動サービスを行う。また、次の手順により得られた結果は、阿南市介護予防通所介護相当サービス計画・阿南市はつらつデイサービス計画に記録する。 | 適　・　否 |
|  | ア | 利用者について、次の事項を把握する。把握に当たっては、利用者から聞き取るほか、家族や介護予防支援事業者等から必要な情報を得るように努める。① 要支援状態等に至った理由と経緯② 要支援状態等となる直前の日常生活の自立の程度と家庭内での役割の内容③ 要支援状態等となった後に自立してできなくなったこと又は支障を感じるようになったこと④ 現在の居宅における家事遂行の状況と家庭内での役割の内容⑤ 近隣との交流の状況等 | 適　・　否 |
|  | イ | アについて把握した上で、具体的な日常生活上の課題及び到達目標を利用者と共に設定する。・ 到達目標は概ね３か月程度で達成可能な目標とし、さらに段階的に目標を達成するために概ね１か月程度で達成可能な目標（以下「短期目標」という。）を設定する。・ 到達目標及び短期目標は、介護予防支援事業者が作成した介護予防サービス・支援計画と整合性のとれた内容とする。 | 適　・　否 |
|  | ウ | 介護職員等は、利用者の同意を得た上で到達目標を達成するために適切な活動項目を選定する。選定に当たっては生活意欲を引き出すなど、利用者が主体的に参加できるよう支援する。 | 適　・　否 |
|  | エ | 生活機能向上グループ活動の実施時間等は、次のとおりとする。介護職員等は次の事項を利用者に説明し、同意を得る。① 実施時間は、利用者の状態や活動の内容を踏まえた適切な時間とする。② 実施頻度は１週につき１回以上とする。③ 実施期間は概ね３か月以内とする。 | 適　・　否 |
| **要　　　件** | ３ | 生活機能向上グループ活動の実施方法 |  |
|  | ① | 介護職員等は、あらかじめ生活機能向上グループ活動に係る計画を作成し、活動項目の具体的な内容、進め方及び実施上の留意点等を明らかにしておく。 | 適　・　否 |
|  | ② | １のグループごとに、生活機能向上グループ活動の実施時間を通じて１人以上の介護職員等を配置することとし、同じグループに属する利用者が相互に協力しながら、それぞれが有する能力を発揮できるよう適切な支援をする。※ 要支援者（事業対象者含）のみでグループを構成する必要がある（要介護者をグループに加えることは不可）。また、介護職員も要介護者と要支援者で区別して配置する。 | 適　・　否 |
|  | ③ | 介護職員等は、生活機能向上グループ活動の実施日ごとに、実施時間、実施内容、参加した利用者の人数及び氏名等を記録する。 | 適　・　否 |
|  | ④ | 利用者の短期目標に応じて、概ね１か月ごとに、利用者の短期目標の達成度と生活機能向上グループ活動における利用者の客観的な状況についてモニタリングを行うとともに、必要に応じて、生活機能向上グループ活動に係る計画の修正を行う。 | 適　・　否 |
|  | ⑤ | 実施期間終了後、２のアの③～⑤の状況等について確認し、次のとおり対応する。・ 到達目標を達成した場合は、当該利用者の生活機能向上グループ活動を終了し、介護予防支援事業者に報告する。・ 到達目標を達成していない場合は、達成できなかった理由を明らかにするとともに、当該サービスの継続の必要性について、当該利用者及び介護予防支援事業者と検討する。その上で当該サービスを継続する場合は、適切に実施方法及び実施内容等を見直す。 | 適　・　否 |
| ４ | 集団的に行われるレクリエーションや創作活動等の機能訓練を実施した場合は算定不可 | 適　・　否 |
| ５ | 利用者に対し、生活機能向上グループ活動サービスを１週につき１回以上行っている。※ 実施しない週がある場合は、次の場合を除き算定不可１月のうち３週実施し、次のいずれかに該当ア　利用者が体調不良により通所を休んだ場合又は通所はしたが生活機能向上グループ活動サービスを利用しなかった場合 イ　自然災害や感染症発生等で事業所が一時的に休業した場合 | 適　・　否 |
| ６ | 同月中に、利用者に対し、運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算又は選択的サービス複数実施加算のいずれかを算定していない。 | 適　・　否 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **添付書類** | １　活動項目及び時間割を記載した書類 | □ |
| ２　算定開始予定月の従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表※想定するグループの数及びグループを担当する介護職員を明記すること。 | □ |

※ 加算の要件については、介護報酬告示及び解釈通知を確認してください。

**介護予防・日常生活支援総合事業用**