

チェック表11

運動器機能向上体制 チェック表

事業所番号 08

事業所名

<p>(介護予防通所介護の場合) 専従の機能訓練指導員として理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士, 看護職員, 柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師を1名以上配置しているか。(機能訓練指導員の資格及び氏名を下記に記入すること)</p>		はい・いいえ
資格	氏名	
<p>機能訓練指導員の勤務形態一覧表(別紙7)および資格証の写しを添付しているか。</p>		はい・いいえ
<p>(介護予防通所リハビリの場合) 専従の機能訓練指導員として理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士を1名以上配置しているか。(機能訓練指導員の資格及び氏名を下記に記入すること)</p>		はい・いいえ
資格	氏名	
<p>機能訓練指導員の勤務形態一覧表(別紙7)および資格証の写しを添付しているか。</p>		はい・いいえ
<p>利用者の運動機能を利用開始時に把握し, (医師), 理学療法士等, 看護職員, 介護職員, 生活相談員その他の職種の者が共同して, 運動器機能向上計画を作成することとしているか。</p>		はい・いいえ
<p>利用者ごとの運動機能向上計画に従い, (医師), 理学療法士等, 経験のある介護職員その他職種の者が運動器機能向上サービスを行っているとともに, 利用者の運動器の機能を定期的に記録することとしているか。</p>		はい・いいえ
<p>利用者ごとの運動機能向上計画の進捗状況を定期的に評価することとしているか。</p>		はい・いいえ
<p>運営基準に基づき事業所の運営規程に定められた利用定員を遵守するとともに, 人員基準に定められた職種, 員数の職員を配置することとしているか。</p>		はい・いいえ