

(参考様式34)

## 生活機能向上グループ活動加算 チェック表

事業所番号

事業所名

サービス種類 予防給付型通所サービス

項目(算定要件)	適否
生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員その他指定予防給付型通所サービス事業所の予防給付型通所サービス従業者が共同して、利用者ごとに生活機能の向上の目標を設定した予防給付型通所サービス計画を作成していますか。	はい・いいえ
予防給付型通所サービス計画の作成及び実施において利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスの項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、利用者の心身の状況に応じた生活機能向上グループ活動サービスを適切に提供していますか。	はい・いいえ
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回以上行っていますか。	はい・いいえ