

【個別機能訓練計画書】

| | | |
|--|------------------------------|--|
| 作成日：令和 年 月 日 | 前回作成日：令和 年 月 日 | 初回作成日：令和 年 月 日 |
| ふりがな 氏名 | 性別 大正 / 昭和 年 月 日生 (歳) | 要介護度 計画作成者： 職種： |
| 障害高齢者の日常生活自立度：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 | | 認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M |

I 利用者の基本情報 ※別紙様式1・別紙様式2を別途活用すること。

| | |
|---------------|-----------------|
| 利用者本人の希望 | 家族の希望 |
| 利用者本人の社会参加の状況 | 利用者の居宅の環境（環境因子） |

健康状態・経過

| | | | |
|--------------------------------------|----------------|---------------|---------------|
| 病名 | 発症日・受傷日： 年 月 日 | 直近の入院日： 年 月 日 | 直近の退院日： 年 月 日 |
| 治療経過（手術がある場合は手術日・術式等） | | | |
| 合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等） | | | |
| 機能訓練実施上の留意事項（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等） | | | |

※①～⑤に加えて、介護支援専門員から、居宅サービス計画上の利用者本人等の意向、総合的な支援方針等について確認すること。

II 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定

個別機能訓練の目標

| | | |
|---|-------------------|-----------------|
| 機能訓練の短期目標（今後3ヶ月）目標達成度（達成・一部・未達） （機能） | 機能訓練の長期目標 （機能） | 目標達成度（達成・一部・未達） |
| （活動） | （活動） | |
| （参加） | （参加） | |

※目標設定方法の詳細や生活機能の構成要素の考え方は、通知本体を参照のこと。 ※目標達成の目安となる期間についてもあわせて記載すること。
※短期目標（長期目標を達成するために必要な行為）は、個別機能訓練計画書の訓練実施期間内に達成を目指す項目のみを記載することとして差し支えない。

個別機能訓練項目

| プログラム内容(何を目的に(～のために)～する) | 留意点 | 頻度 | 時間 | 主な実施者 |
|--------------------------|-----|-----|----|-------|
| ① | | 週 回 | 分 | |
| ② | | 週 回 | 分 | |
| ③ | | 週 回 | 分 | |
| ④ | | 週 回 | 分 | |

※短期目標で設定した目標を達成するために必要な行為に対応するよう、訓練項目を具体的に設定すること。

プログラム立案者：

| | |
|-----------------------------|------|
| 利用者本人・家族等がサービス利用時間以外に実施すること | 特記事項 |
|-----------------------------|------|

III 個別機能訓練実施後の対応

| | |
|----------------|---------------------|
| 個別機能訓練の実施による変化 | 個別機能訓練実施における課題とその要因 |
|----------------|---------------------|

※個別機能訓練の実施結果等をふまえ、個別機能訓練の目標の見直しや訓練項目の変更等を行った場合は、個別機能訓練計画書の再作成又は更新等を行い、個別機能訓練の目標・訓練項目等に係る最新の情報が把握できるようにすること。初回作成時にはIIIについては記載不要である。

| | |
|--|-----------------------------|
| (地域密着型) 通所介護 ○○○ 事業所No. 000000000 住所○○○ 電話番号○○○ | 説明日： 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 説明者： |
|--|-----------------------------|