

【個別機能訓練計画書】（記載例）

作成日：令和〇年11月3日	前回作成日：令和〇年8月8日	初回作成日：令和〇年8月8日
ふりがな 性別 大正 / 昭和 氏名 個別 太郎 男 △年4月2日生(82歳)	要介護度 要介護1	計画作成者：〇〇〇〇 職種：理学療法士（機能訓練指導員）
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3-1・別紙様式3-2を別途活用すること。

利用者本人の希望 近所（スーパーマーケット）に買い物に行きたい。	家族の希望 以前のように元気に過ごしてほしい。家事などがまたできるようになるとよい。
利用者本人の社会参加の状況 自宅で簡単な調理の手伝い。元々家事や買い物等を積極的にこなっていた。	利用者の居宅の環境（環境因子） 娘夫婦との3人暮らし。自宅内では伝い歩き。入浴は介助を要すが、トイレは自立。屋外歩行は見守りが必要。

健康状態・経過

病名 アルツハイマー型認知症 発症日・受傷日：〇年1月14日ごろ 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） 昨年末から物忘れの症状が出現し、〇年1月にアルツハイマー型認知症と診断された。現在、内服加療中。 最近、外に出る機会が乏しく、家に閉じこもりがちになってきている。
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） 高血圧症（内服加療中）
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） 血圧上昇時には運動を控えること。

※①～⑥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） 下肢筋力・耐久性の向上 認知機能低下に対する対応（メモ等の代償的手段の活用など） （活動） 屋外歩行が見守りで20分程度実施できる （参加） 家族と家の周りの散歩を楽しめる。	機能訓練の長期目標 目標達成度（達成・一部・未達） （機能） 下肢筋力・耐久性の向上 認知機能低下に対する対応（メモ等の代償的手段の活用など） （活動） 屋外歩行を見守りで1時間程度実施できる （参加） スーパーで買い物ができる。自分で買った食材を使って料理ができる。
--	---

※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 下肢と体幹の筋力増強訓練 (歩行能力向上のため)	高血圧に留意	週2回	10分	理学療法士 (機能訓練指導員)
② 歩行訓練(屋内、屋外) (近所への買い物ができるようになるため) (歩行補助具もあわせて選定)	高血圧と転倒に留意	週2回	10分	理学療法士 (機能訓練指導員)
③ 認知機能低下に対する対応訓練 (買い物や調理をメモを見ながら実施できるように) (買い物リストの作成も)	自尊心に配慮	週2回	10分	理学療法士 (機能訓練指導員)
④ 買い物訓練 (模擬的にあるいは実際にスーパーなどへ買い物に行く)	高血圧と転倒に留意	週1回	20分	理学療法士 (機能訓練指導員)

※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：〇〇

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 ・ご家族に認知症の症状と対応方法を伝達するとともに共有（症状や対応方法について）	特記事項 ・ご本人はもともと活発的な方
---	------------------------

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 前回（初回）計画作成時と比べ、屋外で10分程度見守りで歩行できるようになってきています。メモも少し活用可能。	個別機能訓練実施における課題とその要因 長時間の歩行はまだ難しいです。メモの活用も少しずつ着してきているが継続が必要。
--	--

※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 〇〇〇 事業所No. 000000000 住所〇〇〇 電話番号〇〇〇	説明日： 令和〇年11月5日 説明者： 〇〇〇〇
--	-----------------------------