

※ 3ヵ月に1回更新

【個別機能訓練計画書】

いんかんぽん

作成日	平成27年 5月 13日	前回作成日	平成 年 月 日	計画作成者	正・准看護師
ふりがな		性別	大正 / 昭和	介護度	管理者 看護 介護 PT 相談員
氏名	様 男	10年10月10日(88歳)	1		
希望の本人の	・右足が痛くて歩けない。以前は自宅の周りも歩いていたのに残念だ。以前のように歩き回りたい。	家族の希望	・家で寝ているばかりで、以前に比べて体の動きが悪くなってきた。自分の事は自分でできるようにしてほしい。	障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症老人の日常生活自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
病名、合併症(心疾患、呼吸器疾患等)		生活課題		在宅環境(生活課題に関連する在宅環境課題)	
慢性心不全、アルツハイマー型認知症 運動時のリスク(血圧、不整脈、過呼吸等) 右膝の痛みがある。		・自宅では横になっている時間が多くあまり運動はしない。		自宅には段差が多く転倒のリスクは高いと考えられる。	

個別機能訓練計画書Ⅱ

長期目標	H27 年 3 月末	機能訓練により活動性を高め、自宅周辺を歩けるようになる。	目標達成度	達成 ・ 一部 ・ 未達
短期目標	H27 年 7 月末	右膝の痛みを考慮しながら、機能訓練を継続して続けることが出来る。	目標達成度	達成 ・ 一部 ・ 未達

プログラム内容(何を目的に(～の為に)～する)		留意点	頻度	時間	主な実施者
①	自宅周辺を歩けるようになる為に歩行訓練を練習する。	右膝に痛みがあり体調等考慮して機能訓練を実施すること。	月、水、金	10:00 ～ 10:15	看護・介護職員 理学療法士
【算定要件区分】		【算定要件区分外】			
歩行訓練(1セット 20m)	6 セット	集団体操(1セット 10分)	1	セット	
椅子からの立ち上がり訓練(1セット 5回)	3 セット	メドマー(1セット 15分)	1	セット	
体幹のバランス訓練(1セット 10秒)	3 セット	ウォータベッド(1セット 10分)	1	セット	
	セット	レッグプレス(1セット 2分)	3	セット	
	セット	サイクルマシン(1セット 2分)	3	セット	

(注) 目的を達成するための具体的内容を記載する。(例: 買い物に行けるようになるために、歩行訓練を練習するなどを記載。)

プログラム立案者	理学療法士 神崎智則
----------	------------

特記事項	プログラム実施後の変化(統括) 再評価日	年 月 末
慢性心不全の既往症がある為、疲れ等がみられるときは無理をせず、時間を空けるなどしながら対応すること。	3ヵ月後に実施する。	7月 末
	ケアマネは作業時と評価は約に渡す。	

上記計画の内容について説明を受け、内容に同意し受領しました。

平成 年 月 日 説明者:

ご本人様氏名: 本人は絶対! いんかんぽん可

ご家族様氏名: 家族はなごく。

上記計画書に基づきサービスの説明を行い内容に同意いただきましたので、ご報告申し上げます。

平成 年 月 日

〇〇病院 居宅介護支援事業所様

介護支援専門員様

※ 3ヶ月に1回
(アセスメントと同じ)

居宅訪問チェックシート

氏名	様	生年月日	大正・昭和 10 年 10 月 10 日	男・女
訪問日	平成 27 年 5 月 10 日(日) 16:30 ~ 16:40			要介護度
訪問スタッフ	送迎本人(誰でも可)		職種	介護看護、送迎スタッフ、ヘルパー

	項目	レベル	課題	環境 (実施場所・補助具等)	状況・生活課題	
ADL	食事	自立 一部介助	見守り 全介助	有・無	現在自宅改修にて お風呂も改修はしたものの 本人様より「怖い」との事で 入浴はリハビリセンターの 入浴となっている。	
	排泄	自立 一部介助	見守り 全介助	有・無		
	入浴	自立 一部介助	見守り 全介助	有・無 土曜不安定な歩行 またお風呂場には不安がある		
	更衣	自立 一部介助	見守り 全介助	有・無		
	整容	自立 一部介助	見守り 全介助	有・無		
	移乗	自立 一部介助	見守り 全介助	有・無		
IADL	屋内移動	自立 一部介助	見守り 全介助	有・無	2月より右膝の痛みが お風呂場、トイレにトイレ 歩行時にふらつきや 膝が痛く自立つらくなると 主訴。屋内では手すりにて 移動ができていけるが屋外へ は不安である。	
	屋外移動	自立 一部介助	見守り 全介助	有・無 右膝痛のため転倒リスク が高い		
	階段昇降	自立 一部介助	見守り 全介助	有・無 "		
	調理	自立 一部介助	見守り 全介助	有・無 同居の娘の援助により 課題はないと判断		
	洗濯	自立 一部介助	見守り 全介助	有・無 "		
	掃除	自立 一部介助	見守り 全介助	有・無 "		
	項目	レベル	課題	状況・生活課題		
起居動作	屋内移動 お風呂場、トイレ	自立 一部介助	見守り 全介助	有・無	現在 右膝の痛みが強いからトイレ までの移動も手すりをつかり行っているが 転倒リスクも高い。	
	屋外移動 庭	自立 一部介助	見守り 全介助	有・無		
	階段昇降 お風呂場	自立 一部介助	見守り 全介助	有・無		
	調理 お風呂場	自立 一部介助	見守り 全介助	有・無		

前回訪問時との住宅環境の変更点	なし ・ あり
-----------------	---------

本人様もしくは、聞き取りにて対応

興味・関心チェックシート

作成日：平成27年5月10日

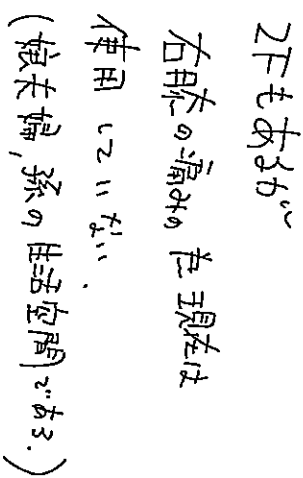
氏名： / 様

性別： 生年月日：80年10月10日 88歳 介護度： /

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く	○			生涯学習・歴史			○
一人でお風呂に入る		○		読書	✓		
自分で服を着る	○			俳句	✓		
自分で食べる	○			書道・習字	✓		
歯磨きをする	○			絵を描く・絵手紙	✓		
身だしなみを整える	○			パソコン・ワープロ	✓		
好きなときに眠る	○			写真		○	
掃除・整理整頓	✓			映画・観劇・演奏会		○	
料理を作る	✓			お茶・お花	✓		
買い物	✓			歌を歌う・カラオケ	○		
家や庭の手入れ・世話	✓	○		音楽を聴く・楽器演奏	✓		
洗濯・洗濯物たたみ	✓			将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等	✓		
自転車・車の運転	✓			体操・運動	○		
電車・バスでの外出	✓			散歩	○	○	
孫・子供の世話		○		ゴルフ・グラントゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ		○	
動物の世話	○			ダンス・踊り	✓		
友達とおしゃべり・遊ぶ		○		野球・相撲等観戦		○	
家族・親戚との団らん	○			競馬・競輪・競艇・パチンコ		○	
デート・異性との交流	✓			編み物	✓		
居酒屋に行く		○		針仕事	✓		
ボランティア	✓			畑仕事		○	
地域活動（町内会・老人クラブ）		○		賃金を伴う仕事		○	
お参り・宗教活動	✓			旅行・温泉		○	
その他（ ）				その他（ ）			
その他（ ）				その他（ ）			

$$(v_i = v_i h_i, t_i = t_i / \theta_i)$$

氏名			
様	作成日	平成 27 年 5 月 10 日	作成者
			信長 職 2" 可



個別機能訓練計画書

作成者名	A		<input type="checkbox"/> 機能訓練指導員	<input type="checkbox"/> 介護職員	<input checked="" type="checkbox"/> 生活相談員	作成平成 27 年 3 月 31 日																												
計画実施期間	平成 27 年 4 月 1 日 ~ 平成 27 年 6 月 30 日																																	
ご利用者様名	様		要介 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 要支 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ご利用 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 不定期 ()																															
目標設定	食事の自己摂取がスムーズにできるようにする。																																	
身体状況	身体箇所 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input checked="" type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他 () 機能障害 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input checked="" type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 硬直 <input type="checkbox"/> その他 ()																																	
ADL状態	<table border="1"> <tr> <td>椅子からの立ち上がり</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> できる</td> <td><input type="checkbox"/> できない</td> <td>状況(介助にてできる)</td> </tr> <tr> <td>歩行</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> できる</td> <td><input type="checkbox"/> できない</td> <td>状況(できるが不安定で危険なので医師から禁止されている)</td> </tr> <tr> <td>バランス(片足立ち)</td> <td><input type="checkbox"/> できる</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> できない</td> <td>状況()</td> </tr> <tr> <td>食事(自己摂取)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> できる</td> <td><input type="checkbox"/> できない</td> <td>状況(自己摂取されるがスムーズでない)</td> </tr> <tr> <td>排泄(自立)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> できる</td> <td><input type="checkbox"/> できない</td> <td>状況(一部介助)</td> </tr> <tr> <td>入浴(自立)</td> <td><input type="checkbox"/> できる</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> できない</td> <td>状況(介助にてできる)</td> </tr> <tr> <td>衣類着脱(ボタンかけ)</td> <td><input type="checkbox"/> できる</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> できない</td> <td>状況(介助にてできる)</td> </tr> </table>						椅子からの立ち上がり	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	状況(介助にてできる)	歩行	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	状況(できるが不安定で危険なので医師から禁止されている)	バランス(片足立ち)	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない	状況()	食事(自己摂取)	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	状況(自己摂取されるがスムーズでない)	排泄(自立)	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	状況(一部介助)	入浴(自立)	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない	状況(介助にてできる)	衣類着脱(ボタンかけ)	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない	状況(介助にてできる)
椅子からの立ち上がり	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	状況(介助にてできる)																															
歩行	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	状況(できるが不安定で危険なので医師から禁止されている)																															
バランス(片足立ち)	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない	状況()																															
食事(自己摂取)	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	状況(自己摂取されるがスムーズでない)																															
排泄(自立)	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	状況(一部介助)																															
入浴(自立)	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない	状況(介助にてできる)																															
衣類着脱(ボタンかけ)	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない	状況(介助にてできる)																															
改善目的	<input checked="" type="checkbox"/> 機能維持向上 <input checked="" type="checkbox"/> 残存機能の活用 <input checked="" type="checkbox"/> 機能低下の予防 <input type="checkbox"/> 認知予防緩和進行 <input type="checkbox"/> その他 ()																																	
個別機能訓練項目	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 上肢筋力</td> <td><input type="checkbox"/> 歩行訓練</td> <td><input type="checkbox"/> 柔軟</td> <td><input type="checkbox"/> 心肺機能</td> <td><input type="checkbox"/> レクリエーション</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 下肢筋力</td> <td><input type="checkbox"/> 立位訓練</td> <td><input type="checkbox"/> 体操</td> <td><input type="checkbox"/> リラクゼーション</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域</td> <td><input type="checkbox"/> 散歩</td> <td><input type="checkbox"/> 脳トレ</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 生活機能運動</td> <td></td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> 上肢筋力	<input type="checkbox"/> 歩行訓練	<input type="checkbox"/> 柔軟	<input type="checkbox"/> 心肺機能	<input type="checkbox"/> レクリエーション	<input type="checkbox"/> 下肢筋力	<input type="checkbox"/> 立位訓練	<input type="checkbox"/> 体操	<input type="checkbox"/> リラクゼーション		<input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域	<input type="checkbox"/> 散歩	<input type="checkbox"/> 脳トレ	<input checked="" type="checkbox"/> 生活機能運動														
<input type="checkbox"/> 上肢筋力	<input type="checkbox"/> 歩行訓練	<input type="checkbox"/> 柔軟	<input type="checkbox"/> 心肺機能	<input type="checkbox"/> レクリエーション																														
<input type="checkbox"/> 下肢筋力	<input type="checkbox"/> 立位訓練	<input type="checkbox"/> 体操	<input type="checkbox"/> リラクゼーション																															
<input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域	<input type="checkbox"/> 散歩	<input type="checkbox"/> 脳トレ	<input checked="" type="checkbox"/> 生活機能運動																															
機能訓練の内容・対応	医師から歩行禁止の指示が出ているなど、年齢が99歳ということで、すべて無理のない範囲での機能訓練とする。 日常生活動作をスムーズにし、上下肢関節の可動域維持向上のため、マッサージを受ける。(10分間) 日常生活動作としての食事摂取動作(箸の使い方)の機能訓練を行う。(スタッフが手を添え、箸を使う誘導を行う/3~4回)																																	
実施状況の評価、今後の取り組み																																		
<input type="checkbox"/> 意欲的に取り組まれている <input type="checkbox"/> 成果あり、今後も継続する <input type="checkbox"/> 計画通りに実施できず <input type="checkbox"/> 実施計画の変更の必要性があり、内容を変更、強化する ()																																		

ご不明な点があればお気軽にご相談ください。

上記機能訓練計画について説明、評価を受けました。

ご利用者様氏名 _____ 印
 ご家族様、代理人氏名 _____ 印

作成日 平成 27年 9月 1日

ご利用者氏名 様 要介護 1 ご利用日: 月・水・土

■個別機能訓練加算Ⅱ

訓練時間	
担当	作成 機能訓練指導員 看護職員 介護職員 生活相談員
	H27年 9月 1日 A B C
目標設定	
大	自宅の庭の草むしりを継続して行うことができる。
小	庭先にて野菜を収穫する事ができる。
	清潔を保持する事ができる
個別(Ⅱ)訓練内容	
	訓練時間
①	公園内での付き添いによる散歩 20 分間
②	手足のストレッチ 10 分間
③	グーパー体操 5 分間
④	上肢・下肢の可動域訓練及びマッサージ 20 分間
⑤	当施設の庭にて家庭菜園の収穫 5 分間

前回実施状況の評価、今後の取り組み 評価者:〇〇

ご不明な点がございましたら、お気軽にご相談ください。

上記、個別機能訓練計画書について、説明及び前回実施状況の評価を受け同意しました。

ご利用者氏名 印

平成 年 月 日 代理人氏名 印

個別機能訓練計画書

ご利用者氏名 _____ 様 要介護 3 作成日 平成27年 5月 1日
 ご利用日: 火・土

■個別機能訓練加算Ⅱ

計画期間 平成27年5月5日 ~ 平成27年 8月 4日

担当	作成	機能訓練指導員	看護職員	介護職員	生活相談員
	H27年5月 1日	A			B

目標設定

大	独居の為、現在の生活が維持出来る
小	立ち上がり、安全な移動の為の歩行機能を高める

機能訓練内容

		訓練時間
①	上半身ストレッチ、座位姿勢保持訓練、ボール蹴り、拾う	10 分間
②	立位バランス(立ち上がり、左右への重心移動、片足立ち)	10 分間
③	歩行訓練(遊歩道での歩行)	10 分間
④		分間
⑤		分間

前回実施状況の評価、今後の取り組み	評価者:

ご不明な点がございましたら、お気軽にご相談ください。

上記、個別機能訓練計画書について、説明及び前回実施状況の評価を受け同意しました。

平成 年 月 日

ご利用者氏名 _____ ㊟

ご家族、代理人氏名 _____