

個別機能訓練加算（Ⅱ）に係る国の通知等概要

個別機能訓練加算（Ⅱ）の主な留意事項	
訓練の内容	<p>身体機能への働きかけだけでなく、ADL（食事、排泄、入浴等）やIADL（調理、洗濯、掃除等）などの活動への働きかけや、役割の創出や社会参加の実現といった参加への働きかけを行い、心身機能、活動、参加、といった生活機能にバランスよく働きかけるものとする</p> <p>※単に「関節可動域訓練」「筋肉増強訓練」といった身体機能向上を中心とした目標ではない</p> <p>身体機能の向上を目指すこと（座る・立つ・歩く等ができるようになる）を中心に行うものは、個別機能訓練加算（Ⅰ）とする</p>
人員配置	<p>専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置する</p> <p>※当該理学療法士等から直接訓練の提供を受けた利用者のみ算定対象</p> <p>※加算Ⅰの機能訓練指導員とは別に配置が必要</p> <p>理学療法士等が配置される曜日はあらかじめ定められ、利用者や居宅介護支援事業者に周知される必要あり</p>
個別機能訓練計画	<p>機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員、その他職種の者が共同して、計画を作成する</p> <p>計画の内容は、目標、実施時間、実施方法等とする</p> <p>利用者の日常生活や人生の過ごし方についての把握には、興味・関心チェックシート（別紙様式1）を参考に確認し、個別機能訓練計画は別紙様式3、4を参考に作成する</p> <p>計画の内容については、利用者又はその家族にわかりやすく説明を行い、同意を得る、計画の写しを交付する</p>
居宅訪問	<p>計画の作成時及び3月ごとに1回以上、機能訓練指導員等が居宅を訪問した上で利用者の居宅での生活状況（起居動作、ADL、IADL等の状況）を確認する</p> <p>居宅訪問の際のアセスメント項目は、居宅訪問チェックシート（別紙様式2）を参考とする</p>
訓練の方法	<p>類似の目標を持ち同様の訓練内容が設定された5人程度以下の小集団（個別対応含む）に対して機能訓練指導員が直接行う</p> <p>必要に応じて、事業所内外の設備等を用いた実践的かつ反復的な訓練とする</p> <p>概ね週1回以上実施を目安とする</p>
訓練の評価	<p>計画に基づいて行った、個別機能訓練の効果、実施時間、実施方法等について評価する</p> <p>3月ごとに一回以上利用者又はその家族に対して計画の内容（評価を含む。）や進捗状況等を説明し記録するとともに訓練内容の見直しを行う</p> <p>評価内容や目標の達成度合いについて、介護支援専門員等に適宜報告・相談する</p>
記録	個別機能訓練に関する記録（実施時間、訓練内容、担当者等）は、利用者ごとに保管する

個別機能訓練加算（Ⅱ）の訓練内容例示	
長期目標	1人で入浴する
短期目標	<p>1月目「浴室への移動及び脱衣」、2月目「温度調節及び浴室内への移動」、3月目「洗身・洗髪」</p> <p>※わかりやすい段階的な目標を設定</p>
訓練内容	<p>浴室への安全な移動、着脱衣、湯はり（温度調節）、浴室への安全な移動、洗体・洗髪・すすぎ等</p> <p>※事業所内の浴室設備を用いるなど実践的な訓練を反復的に行う</p>

興味・関心チェックシート

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・グラウンドゴルフ・ 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 ()			

居宅訪問チェックシート

利用者氏名		生年月日	年 月 日	男・女
訪問日	平成 年 月 日 ()	:	～ :	要介護度
訪問スタッフ		職種		

	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		
	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		
	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		
I ADL	屋内移動	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
	屋外移動	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
	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		
	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	起き上がり	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
	座位	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
	立ち上がり	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		
	立位	・自立 ・一部介助 ・見守り ・全介助	有・無		

【個別機能訓練計画書】

作成日：平成 年 月 日			前回作成日：平成 年 月 日			計画作成者：				
ふりがな		性別	大正 / 昭和		介護認定	管理者	看護	介護	機能訓練	相談員
氏名			年 月 日生（							
本人の希望			家族の希望			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				
病名、合併症(心疾患、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)				
運動時のリスク(血圧、不整脈、呼吸等)										

個別機能訓練加算Ⅰ

長期目標： 年 月		目標達成度	達成 ・ 一部 ・ 未達
短期目標： 年 月		目標達成度	達成 ・ 一部 ・ 未達

プログラム内容		留意点	頻度	時間	主な実施者
①					
②					
③					

個別機能訓練計画書Ⅱ

プログラム立案者：

長期目標： 年 月		目標達成度	達成 ・ 一部 ・ 未達
短期目標： 年 月		目標達成度	達成 ・ 一部 ・ 未達

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					
②					
③					
④					

(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、屋外歩行を練習するなどを記載。)

プログラム立案者：

特記事項	プログラム実施後の変化(総括) 再評価日：平成 年 月 日
上記計画の内容について説明を受けました。 平成 年 月 日	上記計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 平成 年 月 日
ご本人氏名：	介護支援専門員様/事業所様
ご家族氏名：	

通所介護 ○○○ 〒000-0000 住所：○○県○○市○○ 00-00	管理者：
事業所No. 0000000000 Tel. 000-000-0000/Fax. 000-000-0000	説明者：

【通所介護計画書】

作成日：平成 年 月 日		前回作成日：平成 年 月 日		計画作成者：					
ふりがな	性別	大正 / 昭和		介護認定	管理者	看護	介護	機能訓練	相談員
氏名		年 月 日生 歳							
通所介護利用までの経緯(活動歴や病歴)		本人の希望			障害老人の日常生活自立度				
					正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
		家族の希望			認知症老人の日常生活自立度				
					正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
健康状態(病名、合併症(心疾患、吸器疾患等)、服薬状況等)				ケアの上での医学的リスク(血圧、転倒、嚥下障害等)・留意事項					
自宅での活動・参加の状況 (役割など)									

利用目標			
長期目標	設定日 年 月		目標達成度
	達成予定日 年 月		達成 ・ 一部 ・ 未達
短期目標	設定日 年 月		目標達成度
	達成予定日 年 月		達成 ・ 一部 ・ 未達

サービス提供内容						
目的とケアの提供方針・内容		評価			迎え(有・無)	
		実施	達成	効果、満足度など		
①	月 日 ~ 月 日	実施	達成		プログラム(1日の流れ)	
		一部	一部		(予定時間)	(サービス内容)
		未実施	未実施			
②	月 日 ~ 月 日	実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施			
③	月 日 ~ 月 日	実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施			
④	月 日 ~ 月 日	実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施			
⑤	月 日 ~ 月 日	実施	達成		送り(有・無)	
		一部	一部			
		未実施	未実施			

特記事項	実施後の変化(総括) 再評価日：平成 年 月 日
------	--------------------------------------

上記計画の内容について説明を受けました。	上記計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。
平成 年 月 日	
ご本人氏名：	
ご家族氏名：	平成 年 月 日
	介護支援専門員様/事業所様

通所介護 ○○○ 〒000-0000 住所：○○県○○市○○ 00-00	管理者：
事業所No. 0000000000 Tel. 000-000-0000/Fax. 000-000-0000	説明者：