

都道府県
各 指定都市 介護保険主管部（局）長 殿
中 核 市

厚生労働省老健局振興課長
（ 公 印 省 略 ）

通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する
事務処理手順例及び様式例の提示について

通所介護における個別機能訓練加算を算定する利用者については、住み慣れた地域での在宅生活を継続することができるように、生活機能の維持又は向上を目指し機能訓練を実施することが求められる。

個別機能訓練加算の算定要件については、より効果的に機能訓練を実施する観点から、平成 27 年度介護報酬改定において、利用者の居宅を訪問した上で利用者の居宅での生活状況を確認することを新たに加算の要件に加えたところであり、この算定要件については、別に通知する「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年老企第 36 号）及び「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成 12 年老企第 40 号）において示しているところであるが、今般、あらためて、個別機能訓練加算の目的、趣旨の徹底を図るとともに、加算の実行性を担保するため、個別機能訓練加算の事務処理手順例及び様式例を下記のとおりお示しするので、御了知の上、管内市町村、関係団体、関係機関にその周知を図られたい。

記

1 通所介護における個別機能訓練加算の目的、趣旨等について

(1) 個別機能訓練加算（Ⅰ）について

個別機能訓練加算（Ⅰ）は、常勤専従の機能訓練指導員を配置し、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう複数メニューから選択できるプログラムの実施が求められ、座る・立つ・歩く等ができるようになるといった身体機能の向上を目指すことを中心に行われるものである。

(2) 個別機能訓練加算(Ⅱ)について

ア 個別機能訓練加算(Ⅱ)は、専従の機能訓練指導員を配置し、利用者が居宅や住み慣れた地域において可能な限り自立して暮らし続けることができるよう、身体機能の向上を目的として実施するのではなく、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」といった生活機能の維持・向上を図るために、機能訓練指導員が訓練を利用者に対して直接実施するものである。

イ 生活機能の維持・向上のための訓練を効果的に実施するためには、実践的な訓練を反復して行うことが中心となるため、身体機能を向上とすることを目的とした機能訓練とは異なるものである。実際の生活上の様々な行為を構成する実際的な行動そのものや、それを模した行動を反復して行うことにより、段階的に目標の行動ができるようになることを目指すことになることから、事業所内であれば実践的訓練に必要な浴室設備、調理設備・備品等を備えるなど、事業所内外の実地的な環境下で訓練を行うことが望ましい。

従って、例えば、単に「関節可動域訓練」「筋力増強訓練」といった身体機能向上を中心とした目標ではなく、「週に1回、囲碁教室に行く」といった具体的な生活上の行為の達成が目標となる。また、居宅における生活行為（トイレに行く、自宅の風呂に一人で入る、料理を作る、掃除・洗濯をする等）、地域における社会的関係の維持に関する行為（商店街に買い物に行く、孫とメールの交換をする、インターネットで手続きをする等）も目標となり得るものである。

(3) 個別機能訓練加算(Ⅰ)と個別機能訓練加算(Ⅱ)の関係性

個別機能訓練加算(Ⅰ)については、身体機能の向上を目指すことを中心として行われるものであるが、個別機能訓練加算(Ⅰ)のみを算定する場合であっても、並行して生活機能の向上を目的とした訓練を実施することを妨げるものではない。

なお、個別機能訓練加算(Ⅰ)と個別機能訓練加算(Ⅱ)をそれぞれ算定する場合は、それぞれの加算の目的・趣旨が異なることから、別々の目標を明確に立てて訓練を実施する必要がある。

2 個別機能訓練の実務等について

(1) 個別機能訓練の体制

ア 個別機能訓練は、機能訓練指導員（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師。以下同じ。）、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職の者（以下「機能訓練指導員等」という。）が共同して、利用者ごとにその目標、実施時間、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し行うものである。

イ 管理者は、個別機能訓練計画に関する手順（ニーズ把握・情報収集、アセスメント・評価、計画の作成、説明・同意等）をあらかじめ定める。

(2) 個別機能訓練の実務

ア 個別機能訓練開始時におけるニーズ把握・情報収集

機能訓練指導員等は、個別機能訓練を行う場合は、利用者の日常生活や人生の過ごし方についてのニーズを把握するとともに、利用者の居宅での生活状況（ADL、IADL等）を居宅訪問の上で確認するものとする。また、医師からは利用者のこれまでの医療提供の状況について、介護支援専門員からは、居宅サービス計画に基づいて利用者本人や家族の意向、総合的な支援方針、解決すべき課題、長期目標、短期目標、サービス内容などについて情報を得る。

なお、ニーズ把握には、別紙様式1の興味・関心チェックシートを参考にするとともに、居宅訪問の際のアセスメント項目は、別紙様式2の居宅訪問チェックシートを参考に確認する。

イ 個別機能訓練開始時におけるアセスメント・評価、計画の作成、説明・同意等

アで把握した利用者のニーズと居宅での生活状況を参考に、多職種協働でアセスメントとそれに基づく評価を行い、個別機能訓練計画を作成する。個別機能訓練計画は別紙様式3の様式を参考に作成する。なお、通所介護においては、個別機能訓練計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別機能訓練計画の作成に代えることができる。

また、居宅サービス計画、通所介護計画及び短期入所生活介護計画と連動し、これらの計画と整合性が保たれるように個別機能訓練計画を作成することが重要である。通所介護計画書は、別紙様式4を参考に作成する。

ウ 利用者又は家族への説明と同意

個別機能訓練計画の内容については、利用者又はその家族に分かりやすく説明を行い、同意を得る。その際、個別機能訓練計画の写しを交付することとする。

エ 個別機能訓練の実施

機能訓練指導員等は、個別機能訓練計画に沿った機能訓練を実施する。

オ アからエまでの課程は3か月ごとに1回以上、個別機能訓練計画の進捗状況等に 応じ、利用者やその家族の同意を得た上で、訓練内容の見直し等を行う。なお、利用者の心身の状態変化等により、必要と認められる場合は速やかに見直すこととする。

3 短期入所生活介護の個別機能訓練加算について

個別機能訓練の実務等については、2のとおり実施するものであるが、短期入所生活介護の個別機能訓練加算は、通所介護における個別機能訓練加算(Ⅱ)と同趣旨なので、当該加算と同様の対応を行うこと。

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 | |
| IADL | 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 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M | | | | |
| 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 | | | | |

プログラム立案者：

個別機能訓練計画書 II

| | | | |
|-----------|--|-------|----------|
| 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 ○○○ 事業所No. 00000000 | 〒000-0000 住所：○○県○○市○○ 00-00 | 管理者： |
| | 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 | | | | |
| | | 家族の希望 | | | 認知症老人の日常生活自立度 | | | | |
| 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 | | | | | | |
|----------|---------------|-----------------|-----------------|----------|---------|---------|
| ① | 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 | 予定時間 | サービス内容 |
| | 月 日 ~ 月 日 | 実施 一部 未実施 | 達成 一部 未実施 | | | |
| | 月 日 ~ 月 日 | 実施 一部 未実施 | 達成 一部 未実施 | | | |
| | 月 日 ~ 月 日 | 実施 一部 未実施 | 達成 一部 未実施 | | | |
| | 月 日 ~ 月 日 | 実施 一部 未実施 | 達成 一部 未実施 | | | |
| | 月 日 ~ 月 日 | 実施 一部 未実施 | 達成 一部 未実施 | | | 送り(有・無) |

| | |
|------|--------------------------|
| 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。 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 ○○○ 事業所No. 00000000 | 〒000-0000 住所：○○県○○市○○ 00-00 | 管理者： |
| | Tel. 000-000-0000/Fax. 000-000-0000 | 説明者： |