様式第１号（第５条関係）

申込日　　　　年　　　　月　　　　日

いわき市地域リハビリテーション活動支援事業専門職派遣申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 宛先 | いわき市地域包括ケア推進課 |

１．申込事業所の概要

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | | |
| ふりがな  代表者 |  | | | | |
|  | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | |
| 電話番号 |  | | | FAX |  |
| メールアドレス |  | | | | |
| スタッフ人数 | 人 | 内訳 | 看護師：　 人　介護士：　 人　機能訓練指導員： 　人  理学療法士：　 人　作業療法士：　 人　言語聴覚士：　 人  その他：　　　人 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 職種・希望内容 | 理学療法士　　　　　 　作業療法士　　　　  　言語聴覚士  メニュー番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （その他、具体的な希望があれば記載してください）  　薬剤師　　　　　　　 　管理栄養士　　　　  　歯科衛生士  ※１職種のみ選択し、裏面のメニュー表の番号を記入すること。  ※薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士を希望の際は、裏面に具体的内容を記載すること。  ※調整にはお時間を要する場合がございますので、予めご了承ください。  ※加算等の介護保険・制度に関する相談希望時は、必ず記載すること。 |
| 実施方法 | 直接訪問　　　　　  　Zoom |
| 緊急性の有無 | あり 　　　 　　  　なし |

２．希望する指導内容・日程

　※原則、１カ月前までに申込ください。「緊急性あり」の場合、別途、日程調整いたします。

　※希望日については、指導期間が年度を跨がないよう余裕を持って設定してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ご記入後は下記へFAXして下さい。後日、申込内容等確認のため、担当専門職より連絡致します。 | |
| FAX番号：0246-27-8576 | 〒973―8408  いわき市内郷高坂町四方木田191  いわき市役所　地域包括ケア推進課　事業推進係  電話番号：0246-27-8575 |

個別指導メニュー表

○薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士の派遣を希望する場合は具体的内容を記載してください。

|  |
| --- |
|  |

理学療法士（PT）

① 事業所スタッフへ訓練プログラムの提案、アドバイス

（立位バランスの評価方法や筋力訓練の負荷量、関節拘縮予防のストレッチ…といった利用者さんそれぞれに合わせた評価やトレーニング方法）

② 歩行動作を確認、補助具（杖・歩行器・装具等）の検討や介助方法の指導

③ 施設内環境整備に対するアドバイス

（訓練機器新規購入検討時の相談、転倒防止の手すり増設など）

④ 集団体操内容確認、アドバイス

（棒体操やシルバーリハビリ体操、自立度が高ければ立位バランス訓練など）

⑤ 個別機能訓練計画書やLIFE導入へのアドバイス

（活動・参加を視野にいれた目標設定など）

⑥ 利用者さんに合わせたトイレ動作、移乗動作等の安全容易な介助方法の提案と指導

⑦ 下肢機能の問題や膝疼痛といった利用者さんの個別相談対応

作業療法士（OT）

① 認知症や高次脳機能障害の方への関わり方について

② 認知症や高次脳機能障害の方に対するプログラムへのアドバイス

③ 生活行為の獲得に向けた考え方やプログラムへのアドバイス

④ 利用者に適した福祉用具や自助具の提案・アドバイス

⑤ 利用者の目標設定についてのアドバイス

言語聴覚士（ST）

① 嚥下機能低下に関する相談事のアドバイス

（アセスメント、食事の姿勢、食形態、食べ方の工夫、集団や個別の嚥下機能トレーニング、口腔ケアなどに関する提案）

② 失語症や構音障害、加齢性難聴などコミュニケーションに関する相談事のアドバイス

（アセスメント、関わり方の工夫、個別トレーニングなどに関わる提案）

③ 口腔機能向上加算に関わる相談事のアドバイス

④ 講義（高次脳機能障害や失語症など）