**在宅介護アドバイス事業実施報告書**様式3-1

報告者：　　　　　　　　所属：　　　　　　　　　　　　　報告日：令和６年　　　月　　日（　　）

【訪問先：在宅】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番　号 | R6-00 | 訪問日時 | 令和６年　　月　　日（　）　　　　時　　分　～　　時　　分 | | | | | | |
| 実　施　内　容 | 1.排泄介助 | おむつの当て方　おむつの選定　汚染処理の仕方　スキンケア  不潔行為について　拘縮　(　　　　　　　　　) | | | | | | | |
| 2.移乗介助 | ベッド　車椅子　トイレ　PWC　床　椅子　車　浴槽  （　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 3.姿勢管理 | ベッド　側臥位　仰臥位　腹臥位　端座位　ギャッジアップ　車椅子  椅子　（　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 4.起居動作 | 寝返り　起き上がり　立ち上がり　上方移動　横移動　体位変換  （　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 5.環境整備 | 居室　浴室　トイレ　食事　洗面所　動線　ポータブルトイレの設置  （　　　　　　） | | | | | | | |
| 6.用具指導 | シート　ボード　リフト　グローブ　車椅子　歩行器　杖　ベッド  マットレス　クッション　スリングシート　（　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 7.介護者支援 | 腰痛予防　健康管理　メンタル　アンガーマネージメント  （　　　　　　） | | | | | | | |
| その他 | 8.認知症 | | | 9.食事 | | 10.口腔ケア | 11.入浴 | 12.服薬 |
| 13.多職種連携  （人数） | ( )介護士　( )福祉用具　 ( )ケアマネ ( )看護師 ( )地域包括  ( )行政　( )PT ( )OT ( )ST ( )薬剤師　( )歯科衛生士  ( )医師　( )病院　( )他の事業所（　　　　　　　　　）  サービス担当者会議 | | | | | | | |
| 評価基準  介護者負担  スケール | | 10非常に強い　7かなり強い　5強い　4やや強い　2弱い　1かなり弱い　0何も感じない | | | | | | | |
| 介護者 | | 身体的負担 | | 10 9 8　7　6　5 4 3 2 1 0 | | | |
| 精神的負担 | | 10 9 8　7　6　5 4 3 2 1 0 | | | |
| アドバイスで工夫したこと  指導した後の本人・家族の言葉等 | |  | | | | | | | |
| モニタリングで  見て（聞いて）  もらいたいこと | |  | | | | | | | |

備考