【M-2】第2回　介護技術ステップアップ研修～リーダー養成編～（　　班）（受講者氏名：　　　　　　　　　　　）

**STEP１課題**

※課題に取り組む対象者の方について欄に☑、記入して下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名  | イニシャルで記入する | 性　　　別 | 男　・　女　 | 年　　　　齢 |  |
| 疾患名 | □脳卒中　□パーキンソン症候群　□脳性麻痺　□脊髄損傷　□その他（　　　　）□なし |
| 障害 | □右麻痺　□左麻痺　□対麻痺　□四肢麻痺　□失調　□その他（　　　　　　　　　　　　）□なし |
| 褥瘡 | □有（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□無 |
| 関節可動域制限 | □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□無 |
| その他※身体的特徴があれば記載する |  |
| 認知症 | □有（　　　　　　　　　　　　　　）□なし | 高次脳機能障害 | □有（　　　　　　　　　）□なし |
| コミュニケーション | 表出→□可能　□一部可能（　　　　　　　　　　　　　　　）　□不可能　　 |
| 理解→□可能　□一部可能（　　　　　　　　　　　　　　　）　□不可能 |
| 寝返り | □自立　□一部介助　□全介助 |
| マットレスの種類→□一般（標準）マットレス　□褥瘡予防用具（静止型マットレス）□褥瘡予防用具（ｴｱｰﾏｯﾄﾚｽ） |
| 寝返り方法→□支持物なしで左右とも可能　□支持物ありで左右とも可能　□支持物ありで左右どちらか可能 |
| 起き上がり | □自立　□一部介助　□全介助 |
| 起き上がり方法→□支持物なしで左右とも可能　□支持物ありで左右とも可能　□支持物ありで左右どちらか可能 |
| 端座位 | □自立　□一部介助　□不可 |
| 端座位の状態→□支持物なしで可能　□支持物ありで可能（□上肢　□背中） |
| 端座位の状態（前後・左右への傾きなどを記入する） |
| 移乗 | □自立　□一部介助　□全介助 |
| 移乗方法→□立位移乗　□トランスファーボード使用　□リフト使用　□二人介助 |
| 歩行 | □自立　□一部介助　□不可 |
| 歩行形態→□独歩　□杖歩行　□歩行器歩行 |
| 車いす | □普通型　□リクライニング　□介助型　□車いすに乗らない |
| 車いすの機種名→（　　　　　　）※分かれば記入する |
| 24時間の生活スタイル |
| 時間 | 0時 | 1時 | ２時 | ３時 | ４時 | ５時 | 6時 | 7時 | ８時 | ９時 | 10時 | 11時 | 12時 | 13時 | 14時 | 15時 | 16時 | 17時 | 18時 | 19時 | 20時 | 21時 | 22時 | 23時 |
| 行動 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 場所 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※分かる範囲内で記載してください。

※裏面に続きます。

**※課題に取り組む方の写真が撮影できれば添付してください。**

**（対象の方もしくはご家族様に了解を得た上で写真の撮影をお願いいたします）**

|  |
| --- |
| 取り組み前の端座位姿勢 |
| 真正面 | 真横 |
| 取り組み内容（具体的に） |
|  |
| 取り組み後の端座位姿勢 |
| 真正面 | 真横 |