アセスメント票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | 様 | |
| アセスメント  参加者 | ご家族氏名 | 職員氏名 |
|  |  |
| 実施年月日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 | |

　　　介護支援専門員氏名　　　　　　　　　　　　印

ケアチェック表

１　食事、水分摂取等に関するケア

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケアの内容 | | | | 自宅 | 施設 | ケア提供の場所／使用用具等 | | 自宅 | 施設 |
| 調　理 | 調理（食事を作る） | | |  |  | 食事の場所 | 食堂・ホール |  |  |
| 準　備  ・  後始末 | 食事の準備・配膳等 | | |  |  | 居室（ベッド以外） |  |  |
| 食事の後始末、下膳 | | |  |  | ベッドの上 |  |  |
| おやつの準備 | | |  |  | 布団の上 |  |  |
| おやつの後始末、下膳 | | |  |  | その他 |  |  |
| 飲み物の準備 | | |  |  | 食事の区分 | 一般食 |  |  |
| 食事等の  摂取介助 | 食事中の見守り | | |  |  | 糖尿食（　　　　）kcal |  |  |
| 食事介助（切る、すりつぶす等） | | |  |  | 高血圧食（　　　）g |  |  |
| 食事摂取介助 | | |  |  | 抗潰瘍食 |  |  |
| 食事摂取・水分量のチェック | | |  |  | その他 |  |  |
| おやつ中の見守り | | |  |  | 主  食 | 普通食 |  |  |
| おやつ摂取介助 | | |  |  | 粥食 |  |  |
| 飲み物摂取介助 | | |  |  | その他 |  |  |
| トロミ使用 | | |  |  | 副  食 | 普通食 |  |  |
| 経口流動食 | 経口流動食の準備 | | |  |  | 刻み食 |  |  |
| 経口流動食の実施 | | |  |  | ミキサー食 |  |  |
| 経口流動食の後始末 | | |  |  | その他 |  |  |
| 経管栄養 | 経管栄養の準備・後始末 | | |  |  | 食事用具 | 食事用エプロン |  |  |
| 経管栄養の実施 | | |  |  | 滑り止めマット・シート |  |  |
| チューブの交換・観察 | | |  |  | カップ・コップ・湯のみ |  |  |
| 輸液･輸血 | 点滴･IVH･輸血の準備・後始末 | | |  |  | 吸い飲み・薬のみ |  |  |
| 点滴･IVH･輸血の観察や調整等 | | |  |  | 自助具(はし・ｽﾌﾟｰﾝ・ﾌｫｰｸ) |  |  |
| 輸液･輸血中の固定等 | | |  |  | その他 |  |  |
| 要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等 | | | | | | | | | |
| 問題点や解決すべき課題等 | | 有 | 立案 | 具体的内容／対応するケア項目 | | | | | |
| ①医療面での指示・管理等 | |  |  |  | | | | | |
| ②代替ケアの可能性 | |  |  |
| ③移乗・移動面の状態等 | |  |  |
| ④炊事面の状態等 | |  |  |
| ⑤摂取動作面の状態等 | |  |  |
| ⑥咀嚼機能面の状態等 | |  |  |
| ⑦嚥下機能面の状態等 | |  |  |
| ⑧摂取量面の状態等 | |  |  |
| ⑨身体の把握（体重の増減等） | |  |  |
| ⑩食事等の好み（好き嫌い） | |  |  |
| ⑪本人の訴えや希望 | |  |  |
| ⑫家族の訴えや希望 | |  |  |
| ⑬その他の課題等 | |  |  |

**詳細アセスメント表**

**１、食事水分摂取等に関するケア**

①医療面での指示・管理　　**□**禁じられている食物がある

（具体的に：

②代替ケアの可能性 主食：□米飯　　□粥　　□ミキサー　　□その他(

副食：□普通　　□キザミ食(一口大)　　□キザミ食(小キザミ)　　□ミキサー

水分：□トロミなし □トロミあり(固さ：

③姿勢・環境等 **姿勢**：□正常 □不安定 ( □椅子　□車椅子　□ベッド　□その他 )

**使用道具**：□はし　□スプーン　□フォーク　□エプロン　　□水分はストロー

□その他(

**場所**：□自室　□台所　□畳　□その他

誰と食事していたか：□家族と　□一人で　□その他

④炊事面等 買い物：□可能

　　　　　　　　　　　　　　　　 □不可能 ( □家族と　□家族が　□その他 )

調理( 包丁使用も含む )：□可能　□不可能 ( □家族が　□その他 )

**姿勢：**□立位で　□椅子に座って □その他

姿勢保持可能時間： 分程度

レンジ・火元等の操作：□可能 □不可能

食器の準備・片付け：□可能 □不可能

⑤認知・摂食動作等 食物を口に運ぶ：□箸でつまみにくい　　□スプーンですくえない

□水分をすくえない

**食べこぼし**：□多い　　□少ない

　　　　　　　 その他：□食事時間が長い

　　　　　　　　　　　　　　　　　◎要因：□上肢運動機能障害　　□摂食・嚥下機能訓練

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□認知症　　　　　　　□その他

□摂取ペースが速い(次々と口に運ぶ)

　　　　　　　　　　　　　 □食事の途中から疲労がみられる(□自立　□要介助)

□認知症・高次脳機能

→□食物の認知ができない　　　□途中で注意がそれる

□左側を見落とす　　　　　　□その他

□視覚障害(□視野が狭い　□視野が低い　□その他)

⑥咀嚼機能　　　　　　**歯の問題**：□義歯使用（整合　不整合）　□義歯不使用　生歯（　　　本）

食べにくいもの：□無　□固いもの　□しわいもの　□ねばいもの

□食物が口唇からこぼれる(うまく口に取り込めない)

□咀嚼が不十分

◎要因：□歯がない　　　□歯はあるが咀嚼力が低下

□固い物・繊維の多い物は噛みにくい

⑦嚥下機能　　　　 □飲み込みにくい

◎要因：□口の中にため込む　　　□なかなか飲み込みが起こらない

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□口腔内残渣が多い

□固形物でむせる　　□水分でむせる　　□食中・食後に痰がゴロゴロからむ

⑧摂取量面の状態　　　　　□**摂取量が少ない**(主食：　　　　副食：　　　　水分：　　　　　)

◎要因：□摂食・嚥下機能障害 □消化機能低下　□精神的問題　□その他

⑩食事等の好み　　　　　　□**好みの食べ物・飲み物**(具体的に：

　　　　　　　　　　　　　□**苦手な食べ物・飲み物**（具体的に：

　　　　　　　　　　　　　　味付け　□濃い　　□普通　　□薄い

⑪**本人の訴えや希望**　　　□無 □回答不可　　□有

**内容（具体的に：**

⑫**家族の訴えや希望**　　　　□無　　□有　 回答した者（関係：　　　　　　　　　）

**内容（具体的に：**

⑬食事の習慣　　　　　　　食事回数　□３食　　□２食（朝　昼　夕）　□１食（朝　昼　夕）

**食事時間**　朝食　　　　時頃　　昼食　　　　時頃　　夕食　　　　時頃

□回数不規則 □時間不規則　　□不明

ケアチェック表

２　排泄に関するケア

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケアの内容 | | | | 自宅 | 施設 | ケア提供の場所／使用用具 | | 自宅 | | 施設 | |
| 昼 | 夜 | 昼 | 夜 |
| 移　乗  移　動 | ﾄｲﾚ･ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚへの誘導 | | |  |  | 排泄場所 | トイレ |  |  |  |  |
| 車椅子と便座間の移乗 | | |  |  | ポータブルトイレ |  |  |  |  |
| ベッドとﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ間の移乗 | | |  |  | ベッド・布団 |  |  |  |  |
| 排　尿 | 排尿時の見守り | | |  |  | その他 |  |  |  |  |
| 排尿動作援助 | | |  |  | 排泄用具 | ポータブルトイレ |  |  |  |  |
| 排尿後の後始末 | | |  |  | 尿器 |  |  |  |  |
| 膀胱手圧排尿、叩打法 | | |  |  | 採尿器 |  |  |  |  |
| 導尿・留置カテーテル交換 | | |  |  | 尿取りパッド（ピンク・白） |  |  |  |  |
| 膀胱洗浄 | | |  |  | 安心パット （超薄パット） |  |  |  |  |
| 留置カテーテル・尿量等のﾁｪｯｸ | | |  |  | 失禁用パンツ（布パンツ） |  |  |  |  |
| 排尿頻度・量・間隔チェック | | |  |  | テープ式おしめ |  |  |  |  |
| 排　便 | 排便時の見守り | | |  |  | はくパンツ （紙パンツ） |  |  |  |  |
| 排便動作援助 | | |  |  | ストーマ装具 |  |  |  |  |
| 排便後の後始末 | | |  |  | 布パンツ |  |  |  |  |
| 摘便 | | |  |  | その他 |  |  |  |  |
| 浣腸 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 人工肛門のケア | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 下剤・坐薬 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等 | | | | | | | | | | | |
| 問題点や解決すべき課題等 | | 有 | 立案 | 具体的内容／対応するケア項目 | | | | | | | |
| ①医療面での指示・管理等 | |  |  |  | | | | | | | |
| ②代替ケアの可能性 | |  |  |
| ③移乗・移動面での問題等 | |  |  |
| ④排泄動作面での問題等 | |  |  |
| ⑤尿意・便意面での問題等 | |  |  |
| ⑥失禁面での問題等 | |  |  |
| ⑦排尿量や回数面での問題等 | |  |  |
| ⑧排便量や回数面での問題等 | |  |  |
| ⑨本人の訴えや希望 | |  |  |
| ⑩家族の訴えや希望 | |  |  |
| ⑪その他の問題等 | |  |  |

詳細アセスメント

２．排泄に関するケア

①医療面での指示・管理　　□無　　　□有

　　　　　　　　　　　　　（具体的に：

②代替ケアの可能性　　　　□留置カテーテルの抜去　　□おしめ→トイレでの排泄

③移動面　　　　　　　　 □自立

　　　　　　　　　　　　　□要介助　　□歩行困難　　□車椅子駆動困難

　　　　□トイレの場所が分からない　　□視覚の問題

　　　　□その他（　　　　　　　　　）

◎要因（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

④移乗・動作面　　　　　　□自立

　　　　　　　　　　　　　□要介助　　□立位不安定　　□ズボンを下ろす

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□便器に座れない　　□便器から立てない

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ズボンを上げる　　□排泄処理が出来ない

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□水を流せない　　□手を洗えない・拭けない

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□座る場所の理解が出来ない　　□視力の問題

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　◎要因（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑤尿意・便意面　　　　　　□問題なし

　　　　　　　　　　　　　□曖昧 □意思表示はないがサインがある

□尿・便意なし　　□サインも示さない

⑥失禁面　　　　　　　　　□失禁なし

　　　　　　　　　　　　　□失禁あり　　□常時　　　　□夜多い　　　□起床時多い

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□日中多い　　□日中時々

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　◎いつ頃から（

◎要因□トイレが遠い　　　　　□場所が分からない

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□慣れない衣服　　　　　□咳やくしゃみで出る　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□我慢出来ずに漏れる

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□出にくいので漏れる（前立腺肥大等）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□その他（

⑦排泄量や回数面　　　　　尿量□多い　□少ない

　　　　　　　　　　　　　回数□多い　□少ない

⑧排便量や回数面　　　　　回数：□毎日　□その他（1回／　　日）

　　　　　　　　　　　　　　　　□便秘　□下痢

　　　　　　　　　　　　　食事・水分摂取量の影響：□少食　□軟飯　□ミキサー

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※⑦～⑩に問題あれば排泄チャートへ

⑨本人の訴えや希望　　　　□無　　　□回答不可　　　□有

　　　　　　　　　　　　　（具体的に：

⑩家族の訴えや希望　　　　□無　　　□有 回答した者（関係：　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　（具体的に：

⑪その他　　　　　　　　　気になる習慣は？

　　　　　　　　　　　　　□和式でないと出ない　□ウォシュレットが必要

　　　　　　　　　　　　　□外でしていた　　　　□潔癖主義

□その他（　　　　　　）

ケアチェック表

３　入浴、清拭に関するケア

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケアの内容 | | | | | 自宅 | 施設 | ケア提供の場所／使用用具等 | | 自宅 | 施設 |
| 移乗  移動 | 介  助 | 浴室内の見守り | | |  |  | 浴槽の種類 | 一般浴槽 （大浴） |  |  |
| 浴槽への誘導 | | |  |  | 一般浴槽 （個浴） |  |  |
| 浴槽内外への移動 | | |  |  | 特別浴槽 |  |  |
| 車椅子とｼｬﾜｰﾁｪｱ間の移乗 | | |  |  | シャワーのみ |  |  |
| かけ湯 | | |  |  | 入浴しない |  |  |
| 浴室内外への移動 | | |  |  |  |  |  |
| 抱える・抱き上げる | | |  |  |  |  |  |
| リフト | ｽﾄﾚｯﾁｬｰと浴室内ﾘﾌﾄ間の移乗 | | |  |  | 入浴用具 | シャンプーハット |  |  |
| 車椅子と浴槽内ﾘﾌﾄ間の移乗 | | |  |  | 浴槽用チェアー |  |  |
| 浴室内外への移動 | | |  |  | シャワーチェアー |  |  |
| リフト・特殊浴槽間の操作 | | |  |  | 滑り止めマット |  |  |
| 抱える・抱き上げる | | |  |  | バスボード |  |  |
| 洗　髪 | | 洗髪一部介助 | | |  |  | 入浴担架 |  |  |
| 洗髪全介助 | | |  |  | 入浴用懸吊式リフト |  |  |
| 洗　身 | | 洗身一部介助 | | |  |  | 入浴用台座式リフト |  |  |
| 洗身全介助 | | |  |  | 自助具 |  |  |
| 清　拭  部分浴 | | 部分清拭 | | |  |  | その他 |  |  |
| 全身清拭 | | |  |  |  |  |  |
| 手指浴、足洗 | | |  |  | 洗髪の場所 | 浴室（入浴時） |  |  |
| 陰部洗浄 | | |  |  | 洗面所 |  |  |
|  | |  | | |  |  | ベッドの上 |  |  |
|  | | |  |  | 布団の上 |  |  |
|  | | |  |  | その他 |  |  |
| 要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等 | | | | | | | | | | |
| 問題点や解決すべき課題等 | | | 有 | 立案 | 具体的内容／対応するケア項目 | | | | | |
| ①医療面での指示・管理等 | | |  |  |  | | | | | |
| ②代替ケアの可能性 | | |  |  |
| ③移乗・移動面での問題等 | | |  |  |
| ④洗身動作面での問題等 | | |  |  |
| ⑤洗髪動作面での問題等 | | |  |  |
| ⑥入浴回数面での問題等 | | |  |  |
| ⑦身体の清潔面での問題等 | | |  |  |
| ⑧本人の訴えや希望 | | |  |  |
| ⑨家族の訴えや希望 | | |  |  |
| ⑩その他の問題等 | | |  |  |

**詳細アセスメント**

**3、入浴・清拭に関するケア**

①医療面での指示・管理等　　□医師の指示管理が必要またはあり

　　　　　　　　　　　　　　　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□看護師の管理が必要

　　　　　　　　　　　　　　皮膚疾患：□なし

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□あり（軟膏・処置など：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（具体的に：

　　今までの入浴場所　　　　□自宅　　　□病院　　　□施設　　　□その他(

　　　　　　　　　　　　　入浴形態：□個浴　　　□大浴　　□リフト浴　□個浴リフト浴　　□シャワー浴

　　　　　　　　　　　　　誰と入っているか：□一人　　□家族（　　　　　）　□その他（

　　　　　　　　　　　　　入浴回数：□週２回　　□隔日　　□毎日　　□その他（

　　　　(風呂好き・風呂嫌い・皮膚疾患・体力)

③移乗・移動面 座位保持　　□可（□安定　□不安定：必要物品

　　　　　　　　　　　　　 　□不可

移動手段　　　　　　　　・浴室までの移動：□自立　　□介助（要因：

　　　　　□独歩・杖歩行　□歩行器　　□車椅子　　□ストレッチャー

　　　　　　　　　　　　　・浴室内での移動：□手引き歩行　　□歩行器　　□車椅子　　□ストレッチャー

□セパレートキャリー

④洗身　　　　　　　　　　　□自立　　　　□介助（要因：

　　　　　　　　　　　　　　洗えない部分　□上半身（　　　　　　　　　　　　　）　□背中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□下半身（　　　　　　　　　　　　　）　□全介助

⑤洗髪　　　　　　　　　　　□自立　　　　□介助（要因：

　　　　　　　　　　　　　　出来ない動作　□お湯をかける　　　　□シャンプーを取る

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□シャンプーを流す　　□頭を拭く　 □全介助

麻痺・可動域制限　　　　□なし　　□あり（　右・左　）

　浴槽の指定（　右・左　） 入る時（　右・左　） 出る時（　右・左　）

　　　　　　　　　　　　浴槽内での姿勢保持：□安定　　　□不安定（要因：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□手すり　　□浴槽台

⑧本人の訴えや希望　　　　　□無　　　□回答不可　　　　□有

　　　　　　　　 　　　 （具体的に：

⑨家族の訴えや希望　　 　□無　　　□回答不可　　　　□有 （関係：　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　（具体的に：

⑩習慣など　　　　　　　　□風呂嫌い　　　□毎日入浴していた　　□浴槽に入らない

　　　　　　　　　　　　　□熱い湯が好き　　　□ぬるい湯が好き　　　□長湯　　　□行水程度

　　　　　　　　　　　　　□入浴中の身体の観察が必要（　具体的に：

　　　　　　　　　　　　　□自持ちもシャンプー・石けんがある

ケアチェック表

４　洗面、口腔清拭、整容、更衣に関するケア

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケアの内容 | | | | 自宅 | 施設 | ケア提供の場所／使用用具等 | | 自宅 | 施設 |
| 洗　　面 | 洗面所までの誘導 | | |  |  | 洗面の場所 | 洗面所 |  |  |
| 洗面動作の指示 | | |  |  | ホール |  |  |
| 洗面一部介助 | | |  |  | 居室（ベッド以外） |  |  |
| 洗面全介助 | | |  |  | ベッド・布団 |  |  |
| 口腔清潔 | 口腔清潔(歯磨き、うがい等)の介助 | | |  |  | その他 |  |  |
| 入れ歯の手入れ | | |  |  | 洗面用具 | 洗面器 |  |  |
| 口唇の乾燥を防ぐ | | |  |  | 蒸しタオル |  |  |
|  | | |  |  | 自助具 |  |  |
| 整　　容 | 結髪、整髪 | | |  |  | その他 |  |  |
| 爪切り | | |  |  | 口腔清潔用 | 歯ブラシ |  |  |
| 髭剃り | | |  |  | 綿棒・ガーゼ等 |  |  |
| 耳掃除 | | |  |  | 義歯洗浄剤 |  |  |
|  | | |  |  | 自助具 |  |  |
| 更　　衣 | 衣服・靴下・靴の準備・後始末 | | |  |  | その他 |  |  |
| 更衣動作の見守り・指示 | | |  |  |  |  |  |  |
| 更衣動作の一部介助 | | |  |  |  |  |  |
| 更衣動作の全介助 | | |  |  |  |  |  |
| 要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等 | | | | | | | | | |
| 問題点や解決すべき課題等 | | 有 | 立案 | 具体的内容／対応するケア項目 | | | | | |
| ①医療面での指示・管理等 | |  |  |  | | | | | |
| ②代替ケアの可能性 | |  |  |
| ③移乗・移動面での問題等 | |  |  |
| ④洗面動作面での問題等 | |  |  |
| ⑤口腔清潔面での問題等 | |  |  |
| ⑥入れ歯の手入れ面での問題等 | |  |  |
| ⑦整髪動作面での問題等 | |  |  |
| ⑧爪切り動作面での問題等 | |  |  |
| ⑨髭剃り動作面での問題等 | |  |  |
| ⑩耳掃除動作面での問題等 | |  |  |
| ⑪更衣動作面での問題等 | |  |  |
| ⑫本人の訴えや希望 | |  |  |
| ⑬家族の訴えや希望 | |  |  |
| ⑭その他の問題等 | |  |  |

**詳細アセスメント表**

**４、洗面、口腔清潔、整容、更衣に関するケア**

①医療面での指示・管理等 □医師の指示が必要または有

（具体的に：

　　　　　　　　　　　　　□看護師の管理が必要

（具体的に：

④洗面動作面　　　　　　　蛇口の操作 □出来る　　□出来ない

　　　　顔を洗う動作 □出来る　　□出来ない

　　　　　　　　　　　　　顔を拭く動作 □出来る　　□タオルを手渡せば出来る　　□出来ない

⑤口腔清潔面　　　　　　　歯磨き □自立　　 □用意が必要　　□見守り　　□介助

　　　　　　　　　　　　　うがい □自立　 　□用意が必要　　□見守り　　□介助

　　　歯の痛み □無　　 □有（部分：

　　　　　　　　　　　　　歯肉の腫れ・出血 □無　　 □有（部分：

　　　　　　　　　　　　　口腔内の疾患 □無　　 □有（部分：

　　　 口腔内乾燥 □無　　 □有

　　　口腔内残渣 □無　　 □有

　　　　　　　　　　　　　口臭 □無　　 □有

　　　　　　　　　　　　　舌苔 □無 　　 □有

⑥義歯の手入れ　　　　　　□自立（物品準備　□不要　　□必要　）　　□介助

□夜間外して寝ていた　　□夜間装着して寝ていた

⑦整髪動作面　　　　　　　□自立（物品準備　□不要　　□必要　）　　□介助

⑧爪切り動作面　　　　　　□自立（物品準備　□不要　　□必要　）　　□介助

⑨髭剃り動作面　　　　　　□自立（物品準備　□不要　　□必要　）　　□介助

⑩耳掃除動作面　　　　　　□自立（物品準備　□不要　　□必要　）　　□介助

⑪更衣動作面　　　　　　　上衣：□自立　　□見守り　□全介助

　　　□部分介助（

　　　　　　　　　　　　　下衣：□自立　　□見守り　□全介助

　　　□部分介助（

　　　　　　　　　　　　　靴下：□自立　　□見守り　□全介助

　　　 □部分介助（

　　　　　　　 　　　衣服の準備 □自立　　□見守り　　□指示が出来る　　□介助

　　　　　　　　　　　　　衣服の交換 □毎日　　□隔日　　□（　　）回／週　　□入浴日

　　　　　　　　　　　　　着脱時間 　　　分程度

　　　 身繕い □自立　　□整える程度の介助　　□全介助

　　　衣服に対する考え方 □無雑作　　□おしゃれ　　□普通

⑫本人の訴えや希望　　　　□無 □回答不可　　□有

　　　内容（具体的に：

⑬家族の訴えや希望　　　　□無　　□有 （関係：　　　　　　）

　　　 　　　内容（具体的に：

⑭その他　　　　　　　　　清潔への考え方　 □潔癖　　□神経質　　□無雑作　　□普通

　　　　　　　　　　　　　夜間の衣服 □寝巻き □普段着

衣服・持ち物等に名前記入が無い場合　　□記入OK　　□記入NG

　　　　　　　　　　　　　※衣服だけでなく、小物(置き時計等)にも記入をお願いします。

ケアチェック表

５　基本動作介助、リハビリテーション等に関するケア

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケアの内容 | | | | 自宅 | 施設 | ケア提供の場所／使用用具等 | | 自宅 | 施設 |
| 体位変換 | 体位変換一部介助 | | |  |  | リハビリの場所 | リハビリ室 |  |  |
| 体位変換全介助 | | |  |  | ホール |  |  |
| ビーズパッド・ナーセントパッド等使用 | | |  |  | 居室(ベッド以外) |  |  |
|  | | |  |  | ベッド・布団 |  |  |
| 起　　居 | 身体を起こす・支える | | |  |  | その他 |  |  |
| 端座位から臥床させる | | |  |  |  |  |  |
| ギャッチベッドの操作 | | |  |  |  |  |  |
| ベッド・布団からの立ち上がり | | |  |  | 寝具の種類 | 布団 |  |  |
| 座位保持の介助 | | |  |  | 固定式ベッド |  |  |
| 立位保持の介助 | | |  |  | 手動式ギャッジベッド |  |  |
| 移　　乗 | 車椅子の準備後始末 | | |  |  | 低床ベッド |  |  |
| ベッド車椅子間の移乗 | | |  |  | その他のベッド |  |  |
| ベッドストレッチャー間の移乗 | | |  |  | 除圧体位変換 | エアーマット |  |  |
| 車椅子、床間の移乗 | | |  |  | 無圧式ウレタンマット |  |  |
| 車椅子、椅子間の移乗 | | |  |  | ビーズパッド |  |  |
| 移　　動 | 歩行の介助 | | |  |  | 円座 |  |  |
| 車椅子での移動の介助 | | |  |  | ムートン |  |  |
| ストレッチャーによる移動 | | |  |  | ナーセントパッド |  |  |
| 抱える、抱き上げる、背負っての移動介助 | | |  |  | その他 |  |  |
|  | | |  |  |  | 杖 |  |  |
| リハビリ  テーショ  ン | 筋力向上トレーニング | | |  |  | 補装具 |  |  |
| 身体機能の訓練(関節可動域訓練) | | |  |  | 歩行器 |  |  |
| 基本動作訓練(座位、立位、歩行) | | |  |  | シルバーカー |  |  |
| 日常生活動作訓練(食事･排泄動作) | | |  |  | 普通型車椅子 |  |  |
| 物理療法（温熱療法、電気療法） | | |  |  | 介助型車椅子 |  |  |
| 作業療法 | | |  |  | リクライニング型車椅子 |  |  |
| 言語療法 | | |  |  | 電動車椅子 |  |  |
|  |  | | |  |  | その他 |  |  |
| 自宅での  排泄環境 | 介助者は誰か：  間取り・配置（ポータブルトイレ、柵の位置）等 | | | | | | | | |
|  | 要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等 | | | | | | | | |
| 問題点や解決すべき課題等 | | 有 | 立案 | 具体的内容／対応するケア項目 | | | | | |
| ①本人の訴えや希望 | |  |  |  | | | | | |
| ②家族の訴えや希望 | |  |  |
| ③医療面での指示・管理等 | |  |  |
| ④代替ケアの可能性 | |  |  |
| ⑤体位変換動作面での問題等 | |  |  |
| ⑥起居動作面での問題等 | |  |  |
| ⑦移乗・移動面での問題等 | |  |  |
| ⑧手指・上肢動作面での問題等 | |  |  |
| ⑨生活（住）環境面での問題等 | |  |  |
| ⑩在宅生活継続･復帰面での問題等 | |  |  |
| ⑪その他の問題等 | |  |  |

**詳細アセスメント表**

**５、基本動作、リハビリテーションに関するケア**

　①本人の訴えや希望　　　　　　□無　　　□回答不可　　　□有

内容(具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

②家族の訴えや希望　　　　　　□無　　　□有　　　　回答者(関係：　　　　　　)

内容(具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

　③医療面での指示　　　　　　　□医師の指示が必要または有

(具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

　⑤体位変換動作面での課題

寝返り　　　□自立　□見守り・声かけ　□要介助

　　　　　　　　　　□ベッド柵の使用 □体位変換クッションの使用

　⑥起居動作面での課題

臥床　　　　□自立　□見守り・声かけ　□要介助 □ベッド柵の使用

起き上がり　□自立　□見守り・声かけ　□要介助 □ベッド柵の使用

座位保持　　□自立　□見守り・声かけ　□要介助 □手すりの使用　□背もたれ

ギャッジベッドの操作　□必要（□自立　□要介助）□不要

　　⑦移乗・移動面での課題

　　　 移乗

　　　　　・立ち上がり　　　　□自立　□見守り・声かけ　□要介助 □手すりの使用

　・立位保持 　　　□自立　□見守り・声かけ　□要介助 □手すりの使用

　・立位での方向転換 □自立　□見守り・声かけ　□要介助 □手すりの使用

・座り □自立　□見守り・声かけ　□要介助 □手すりの使用

移動

□歩行　□車椅子

□自立　□見守り・声かけ　□要介助 □歩行補助具の使用（　 ）

□転倒の既往

　⑧上肢動作面での課題

上肢動作範囲制限

　　　　　□頭部(左・右)　□口元(左・右)　□胸元(左・右)　□背部(左・右)　□足元(左・右)

□握り(左・右)

□掴み(左・右)

□その他 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

　⑨生活面での課題

　⑩在宅生活継続・復帰面での問題等

　 ⑪その他

　　　膝・腰の痛みについて

ケアチェック表

６　医療、健康に関するケア

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケアの内容 | | | | 自宅 | 施設 | ケア提供の場所／使用用具等 | | 自宅 | 施設 |
| 薬剤管理 | 薬の照合・区分・準備 | | |  |  | 受診場所 | 自宅（往診等） |  |  |
| 薬を渡す、服薬介助 | | |  |  | 診察室（外来通院） |  |  |
| 薬剤使用 | 座薬の挿入 | | |  |  | 診察室（入院・入所先） |  |  |
| 褥創等の処置、軟膏塗布、薬浴等 | | |  |  | 居室（入院・入所先） |  |  |
| 眼･耳･鼻の外用薬の使用等 | | |  |  | その他 |  |  |
| 温･冷あん法･湿布を貼る等 | | |  |  | 現在処方中の薬剤 |  |  |  |
| 自己注射の指導等 | | |  |  |  |  |  |
| 注射の準備･実施･後始末 | | |  |  |  |  |  |
| 処 置 等 | 吸引の準備･実施･後始末 | | |  |  |  |  |  |
| 吸入の準備･実施･後始末 | | |  |  |  |  |  |
| タッピング･体位排痰法等の実施 | | |  |  |  |  |  |
| 透析関連のケア | | |  |  |  |  |  |
| ベッド上での牽引 | | |  |  |  |  |  |
| 酸素吸入の準備･実施･後始末 | | |  |  |  |  |  |
| 気管切開口のケア･ｶﾆｭｰﾚの交換 | | |  |  |  |  |  |
| 人工呼吸器使用中の観察 | | |  |  |  |  |  |
| 持続吸引･他のカテーテルの管理等 | | |  |  |  |  |  |
| 在宅酸素･吸引器等の在宅医療器具点検 | | |  |  |  |  |  |
| 測 定 等 | 巡視（夜間）･要態観察 | | |  |  |  |  |  |
| バイタルサインのチェック | | |  |  |  |  |  |
| 身長・体重・腹囲等の測定 | | |  |  |  |  |  |
| 受　　診  検　　査 | 通院･入院･受診の援助と付き添い | | |  |  |  |  |  |
| 処置中の固定等 | | |  |  |  |  |  |
| 検査物品の準備･後始末 | | |  |  |  |  |  |
| 検体採取の準備･実施･後始末 | | |  |  |  |  |  |
| 隔離等に伴うケア | | |  |  |  |  |  |
| 要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等 | | | | | | | | | |
| 問題点や解決すべき課題等 | | 有 | 立案 | 具体的内容／対応するケア項目 | | | | | |
| ①本人の訴えや希望 | |  |  |  | | | | | |
| ②家族の訴えや希望 | |  |  |
| ③医療面での指示･管理等 | |  |  |
| ④代替ケアの可能性 | |  |  |
| ⑤治療中の疾病 | |  |  |
| ⑥処方されている薬剤 | |  |  |
| ⑦薬剤の管理や服薬面での問題等 | |  |  |
| ⑧受診介助面での問題等 | |  |  |
| ⑨バイタルサイン面での問題等 | |  |  |
| ⑩疼痛等の自覚症状 | |  |  |
| ⑪麻痺・拘縮 | |  |  |
| ⑫創傷、褥創等の皮膚疾患 | |  |  |
| ⑬浮腫 | |  |  |
| ⑭終末期の検討の必要性 | |  |  |
| ⑮その他の問題等 | |  |  |
| 医学的管理の内容と留意事項 | | | | | | | | | |

**詳細アセスメント表**

**６、医療、健康に関するケア**

①本人の訴えや希望　　　　□無 □回答不可　　□有

　　 内容（具体的に：

②家族の訴えや希望　　　　□無　　□有　　回答した者（関係：　　　　　　　　　）

内容（具体的に：

③処方されている薬剤

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ⅰ：薬物療法  　　 経口薬の拒否　　□無  　　　　　　　　　　 □有(対応：  オブラートの使用　　□無  　　　　　　　　　　　　 □有(使用介助：□無　□有)  座薬の使用 □無  　　　　　　　　 □有(使用介助：□無　□有)  自己注射薬 □無  　　　　　　 　　 □有(使用介助：□無　□有) |

※内服時特別な注意援助が必要な内服薬がありますか？

　□無　　□有　薬品名：　　　　　　　　　　注意事項：

Ⅱ：呼吸器・循環器・消化器・泌尿器に関わる処置

排痰　　　　　□無　　□有(援助：□要　□不要)　　内容(具体的：

経管栄養 □無　　□有(援助：□要　□不要)　　内容(具体的：

　排便チェック □無　　□有(援助：□要　□不要)　　内容(具体的：

　排尿チェック □無　　□有(援助：□要　□不要)　　内容(具体的：

薬物による影響：□利尿剤　□抗パーキンソン薬　□抗うつ薬　□降圧剤

Ⅲ：運動器・皮膚・眼・耳鼻咽喉・歯科及び手術に関わる処置

　湿布貼用 □無　　□有(薬品名：　　　　　　　　　　　　　　部位：

皮膚疾患 □無　　□有(具体的な状況：

　使用薬品 □無　　□有(薬品名：　　　　　　　　　　　　　　部位：

(具体的な使用方法：

眼科疾患 □無　　□有(疾患名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　□右　□左　□両目

(薬品名：

(具体的な使用方法：

(眼科かかりつけ医：□無　□有

耳鼻咽喉疾患 □無　　□有(疾患名：　　　　　　　　　　　　　　部位：

使用薬品　　　 □無　　□有(薬品名：

(具体的な使用方法：

(耳鼻咽喉科かかりつけ医：□無　□有

歯科受診希望 □無　　□有(受診希望の理由：

④現病歴・主治医

⑤その他

ケアチェック表

７　心理・社会面等に関するケア

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケアの内容 | | | | 自宅 | 施設 | ケア提供の場所／使用用具等 | | 自宅 | 施設 |
| 相　　談    助　　言 | 本を読む、手紙の代読・代筆 | | |  |  | コミュニケ｜ション等用具 | 補聴器 |  |  |
| 日常会話、声かけ | | |  |  | 眼鏡 |  |  |
| ナースコールの受理応答 | | |  |  | 拡大鏡（ルーペ） |  |  |
| 助言､指導､励まし､カウンセリング | | |  |  | 文字ボード |  |  |
| 家族への連絡･対応･調整･情報収集 | | |  |  | 難聴者用電話 |  |  |
| 書類作成 | 申請書類の記入・提出 | | |  |  | 緊急通報装置（電話） |  |  |
| 問題行動  への対応 | 徘徊への対応、探索 | | |  |  | 自助具 |  |  |
| 不潔行為への対応 | | |  |  | その他 |  |  |
| 暴力行為への対応 | | |  |  |  |  |  |
| その他の問題行動への対応 | | |  |  |  |  |  |
| 余暇活動 | 散歩の付き添い | | |  |  |  |  |  |
| クラブ・レク活動中の援助 | | |  |  |  |  |  |
| 環境整備 | 寝具整頓・ベッドメーキング等 | | |  |  |  |  |  |
| 寝具・リネン交換 | | |  |  |  |  |  |
| 居室内の掃除・ゴミ捨て | | |  |  |  |  |  |
| 私物：花の手入れ・動物の世話等 | | |  |  |  |  |  |
| 衣服・日用品の整理整頓 | | |  |  |  |  |  |
| 衣服の修理・繕い | | |  |  |  |  |  |
| 補助器具（私物）の管理 | | |  |  |  |  |  |
| 洗濯物を集める・運ぶ | | |  |  |  |  |  |
| 洗濯する・干す・たたむ | | |  |  |  |  |  |
| 買　　物 | 買い物の付き添い | | |  |  |  |  |  |
| 買物・依頼の物品購入 | | |  |  |  |  |  |
| 金銭管理 | 現金管理・支払い等の代行 | | |  |  |  |  |  |
| 移　　送 | 送迎車の運転 | | |  |  |  |  |  |
| 要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等 | | | | | | | | | |
| 問題点や解決すべき課題等 | | 有 | 立案 | 具体的内容／対応するケア項目 | | | | | |
| ①本人の訴えや希望 | |  |  |  | | | | | |
| ②家族の訴えや希望 | |  |  |
| ③医療面での指示・管理等 | |  |  |
| ④代替ケアの可能性 | |  |  |
| ⑤視力・聴力面での問題等 | |  |  |
| ⑥会話能力面での問題等 | |  |  |
| ⑦記憶、認知、理解力面での問題等 | |  |  |
| ⑧性格、生活習慣面での問題等 | |  |  |
| ⑨精神症状、行動障害面での問題等 | |  |  |
| ⑩生活（住）環境面での問題等 | |  |  |
| ⑪介護者・家族面での問題等 | |  |  |
| ⑫掃除・洗濯面での問題等 | |  |  |
| ⑬買物面での問題等 | |  |  |
| ⑭金銭管理面での問題等 | |  |  |
| ⑮移送サービス面での問題等 | |  |  |
| ⑯その他の問題等 | |  |  |

**詳細アセスメント表**

**７、心理・社会面等に関するケア**

①本人の訴えや希望　　　　□無 □回答不可　　□有

　　　内容（具体的に：

②家族の訴えや希望　　　　□無　　□有　 回答した者（関係：　　　　　　　　　）

　 内容（具体的に：

⑤視力・聴力面での問題等 □裸眼　　　□眼鏡 （調査項目視力の再掲：

日常生活上の問題（

□難聴（ 軽度・中等度・重度 ）　（　　）の方が聞こえやすい

□補聴器　　□使用している　　□あるが使用していない

　　　　　　　　　　　　　日常生活上の問題

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑥会話能力面での問題　　　話す速度　　　　□速い　　□普通　　□遅い

　　　　　　　　　　　　　声の大きさ　　　□大きい　□普通　　□小さい

　　　　　　　　　　　　　会話中の表情　　□不満気　□反抗的　□無表情　□暗い（その他：　　　）

応答の速度　　　□速い　　□普通　　□遅い

　　　　　　　　　　　　　会話のつながり　□良好　　□不良（具体的に：　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　コミュニケーション障害　□有　□無

構音障害　 ◎意思の伝達

言葉が不明瞭で 聞きとりにくい　　　□ほとんど聞き取れる

□ときどきわからない言葉がある

□話のテーマがわかっていれば聞き取れる

□ときどきわかる言葉がある

　 　　　　 　　　　□ ほとんど聞き取れない

失語症 ◎言葉の理解

脳挫傷により　　　　　 □日常会話の理解が可能

言葉の理解・表出が困難　　　 □簡単な言葉の理解が可能（例：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□言葉の理解がほとんど出来ない

　　　 　　　　　　　　　□身振り等のジェスチャーで指示が理解できる

◎意思の表出

□日常会話の表出が可能

　　　　　　　　　　　　　　□基本的欲求の表出が可能

　　　　　　　　　　　　　　□意味のある発語はほとんどなし

□身振り等のジェスチャーで要求を伝えられる

⑦記憶・認知・理解力面 □認知症自立度がⅡａ以上であれば次ページの“８.認知・社会面～”を記入

⑧性格・生活習慣面　　　　 睡眠時間（　　　）時間 就寝時間（　　時頃） 起床時間（　　時頃）

外出の機会：

家族や友人との交流：

性格（こだわり）：

生活習慣（ 何をして過ごすことが多いか　趣味 ）：

**ケアチェック表**

８．認知・社会面・生活習慣に関するケア

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケアの内容 | | | | | 自宅 | 施設 | ケア提供の人・場所 | | 自宅 | 施設 |
| 中心となる症状への 対応 | 記憶障害への対応 | | | |  |  |  | |  |  |
| 見当識障害への対応 | | | |  |  | 主介護  者 | 家族・親戚  　 具体的に（　　　　　　　） |  |  |
| 判断力低下への対応 | | | |  |  |
| 行動障害への対応 | 徘徊への対応・探索 | | | |  |  | 親友 |  |  |
| 不潔行為への対応 | | | |  |  | その他（　　　　　　　　） |  |  |
| 暴力・大声への対応 | | | |  |  | 信頼関係のある人 | 家族・親戚  　　 具体的に（　　　　　　　） |  |  |
| 破壊行為への対応 | | | |  |  |
| 収集癖への対応 | | | |  |  | 親友 |  |  |
| 物盗られ妄想・作話への対応 | | | |  |  | スタッフ |  |  |
| 繰り返しの訴え・動作への対応 | | | |  |  | その他（　　　　　　) |  |  |
| 不眠・昼夜逆転への対応 | | | |  |  |  |  |  |
| 幻覚・幻視への対応 | | | |  |  |
| 不安・怒り・抑鬱への対応 | | | |  |  |
| 性的な逸脱行動への対応 | | | |  |  | 落ち着ける場所 | 自室 |  |  |
| 異食・盗食への対応 | | | |  |  | リビング |  |  |
| その他の行動障害への対応 | | | |  |  | ホール |  |  |
|  | 行動障害対応への必要物品準備 | | | |  |  | その他（　　　　　　　　） |  |  |
| 誘いかけ・拒否時の説明 | | | |  |  |  |  |  |
| 行動障害時の見守り | | | |  |  |
| 対応後の物品の後始末 | | | |  |  |
| その他の　　症状 | 日常生活能力の低下への援助 | | | |  |  |  |  |  |  |
| 身体の障害への援助 | | | |  |  |
| **要介護者等の健康上や生活上の問題点及び解決すべき課題等** | | | | | | | | | | |
| 問題点や解決すべき課題等 | | 有 | 立案 | 具体的内容／対応するケア項目 | | | | | | |
| ①本人の想いや希望 | |  |  |  | | | | | | |
| ②家族の想いや希望 | |  |  |
| ③HDS-R | |  |  |
| ④医療面での指示・管理等 | |  |  |
| ⑤代替ケアの可能性 | |  |  |
| ⑥中心となる症状について | |  |  |
| ⑦行動障害について | |  |  |
| ⑧その他の症状 | |  |  |
| ⑨コミュニケーション面 | |  |  |
| ⑩心理状態について | |  |  |
| ⑪生活や社会関係について | |  |  |
| ⑫性格・こだわり | |  |  |
| ⑬大切にしている事 | |  |  |
| ⑭時代背景について | |  |  |

**詳細アセスメント表**

８．認知・社会面・生活習慣に関するケア

①本人の想いや希望　　　□無　　　□回答不可　　　□有

　　　　　　　　　　　　内容（具体的に：

②家族の想いや希望　　　□無　　　□有 回答した者（関係：　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　内容（具体的に：

③HDS-R　　　　　　　　（　　　点）　測定日（　　年　　月　　日）

⑥中心となる症状について　　いつ頃から出現したのか？（

　　　　　　　　　　　　　　内容（具体的な例：

⑦行動障害について　　　□無　□有　頻度は？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（左ページ参照）　　　どの様な場面で？　□不明確　□明確（具体的に：

　　　　　　　　　　　　どの様な時間帯？　□不明確　□明確（具体的に：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□不明確であれば行動チェックを行い、原因や本人の思いを知る。

⑧その他の症状　　認知症により日常生活動作でできにくい動作　　　□無　　　□有

　　　　　　　　　（具体例：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑨コミュニケーション面　　理解　　□日常会話の理解が可能　　□簡単な言葉の理解が可能

　　　　　　　　　　　　　　　 　 □言葉の理解がほとんどできない

　　　　　　　　　　　　 表出　　□日常会話の表出が可能　　□基本的欲求のみ

　　　　　　　　　　　　 　　　　 □意味のある発話はほとんどない

　　　　　　　　 具体的な症状　　□介護上の指示が理解できない

　　　　　　 　　　　　　　　　　 □質問に対する答えが返ってこない

　　　　　　　　 　　　　　　　　 □意味の取りにくい空虚な発話になる

　　　　　　　　　　　 　　　　 □同じ内容を何度も繰り返す

　　　　　　　　　　　 　　　　 □自発話がほとんどない

⑩心理状態について　　　□幻覚　□幻視　□妄想　□せん妄　□感情失禁　□睡眠障害

　　　　　　　　　　　　□拒食　□過食　□異食　□性的異常行為

　　　　　　　　　　　　□怒り　□抑鬱　□不安 □孤独感 □興奮 □あきらめ

　　　　　　　　　　　　→チェックがある場合はいつ頃から？（

⑪生活や社会関係について　　今までの職業　　□農家　　□会社員　　□自営業

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 □働きにでていない　　□その他（

　　　　　　　　　　　　　　友達や近隣との関係　　□良好　　□普通　　□ほとんどない

（備考：

⑫性格・こだわり　　　　家族から見たご本人の性格（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回答した者（関係：　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　 　 本人のこだわり　　□有　　□無

　　　　　　　　　　　　具体的に（

　　　　　　　　　　　 回答した者（関係：　　　　　　　　　）

⑬大切にしている事　　　「人」　□有　　□回答不可　（具体的に：

　　　　　　　　　　　　「物」　□有　　□回答不可　（具体的に：

　　　　　　　　　 「想い出」　□有　　□回答不可　（具体的に：

　　　　　　　　　　※詳細を話して頂いた場合には必ず記録を！

⑭時代背景について　　（具体的に：

　（現在の心理状態や生活に影響している重要なこと）