

テーマ

練馬区在宅医療患者の看取りを含む救急医療体制における病院後方支援システムの構築

申請者：荘司輝昭

所属機関：島村記念病院・院長

所属機関所在地：東京都練馬区関町南 4-21-21

提出年月日：平成24年2月28日

報告書、完了書

練馬区在宅医療患者の看取りを含む救急医療体制における病院後方支援システムの構築を目的に、連携パスシートの作成およびその試用を含めた運営を目標に活動を行った。

在宅医療において、在宅での看取りを希望する患者が多いことは周知されている。しかしながら、最期のときを迎えるにあたり、家族の看取りあるいは死への不安、病状悪化に伴う残された期待感に伴う不安などにより、救急要請され病院搬送となり最期のときを迎える患者が多い。またこのようなとき、在宅医に連絡がつかず情報がなく、病院側もリスク回避のため受け入れ先病院を探すのに時間がかかることが多いのも事実である。搬送先病院が初診であったり、在宅医との連携がなされないため警察の扱いとなり検案対象となることも多く、ご遺体が遺族のもとへ返るのも時間がかかり、残された遺族にとっての失望感ははかりしれない。本来であれば、在宅医療を受けている家族への教育や訪問看護、介護などを通じての啓蒙活動によりこのような事例を減らすことがよいとは考えるが、なかなか進まないのが現状であると認識している。そのため今回、このような事例を極力減らすことをできないかと考え、まず在宅医と病院における共通パスフェイスシートを作成することとした。そのためにはパスシートの原型づくりおよび必要性、その運用法などを考えるため、当初3月16日に練馬区在宅医療研究会とリンクして講演会を行う予定であった。しかし、3月11日の東日本大震災により中止となった。

この大震災の影響で、練馬区では計画停電となり、これに伴い在宅で医療機器使用の患者の把握の必要性が示唆された。しかしながらそれらを把握するすべがなく、連携パスシートの試用に関連できると考え、在宅医療を行っている医療機関に緊急アンケートを行った。そこでは在宅医療を受けている患者の情報が各医療機関レベルでの情報しかないという事が判明し、緊急時の対応、連携ができていないことが判明した。そこで、さらにパスシートの運用を各病院、診療所レベルでなく医師会レベルと行政である練馬区との共通の運用が望ましいと考え、医師会、練馬区へ提案。協力を得られ、また訪問看護、ヘルパーステーション、各老人保健施設などとともに医師会館および練馬区、また島村記念病院会議室などで打ち合わせ検討会を行った。

この中で、病院、診療所、訪問看護、介護事業所等の共通したパスフェイスシートの作成としてはまず、病院、診療所間のそれぞれほしい情報を把握。なるべく簡便に、共有する情報を主とする事。具体的には、保険の種類、病状の進行状況および説明内容、緊急時のキーパーソン、どこまでの治療を望むか、DNRの有無などの必要性が示唆された。

次にそれらを取りまとめ基本案を提示。医師だけではなく、看護師、医療事務職など様々な職種によるディスカッションにより試用できるパスシートを作成の必要性が示唆された。またこの時運用ルールも必要なことが挙げられた。

5月23日に練馬区医師会、練馬区在宅医療研究会と共催で練馬区医師会館において「在宅医療における病診連携の情報共有について」のパネルディスカッションを行った。

(PDF①) この会には病院、診療所、訪問看護、ヘルパーステーション、各老人保健施設からの医療従事者、事務方など幅広く参加を募り、出席者からの意見を基に最大公約数の情報を記載したパスシートのたたき台を作成した(PDF③)。

後にこれを基にさらに細かく各分野からの意見を集約。運用方法、また記載事項については様々な意見があった。パスシートに載せる内容、記載事項の詳細のレベル、守秘義務の問題、どこまでオープンにするか、しいては保険請求についてなどの意見がだされた。

そのため、その運用法なども含めて外部講師を招き勉強会、検討会も行った。

その後、練馬区から高齢者および在宅医療を受けている患者宅へ配布される練馬区救急情報キット(情報書を入れる筒のようなものを配布)の中へ入れる情報書として使用することが提案された。結果、これを利用することにより在宅医療の看取りを含む救急医療体制を医師会が中心となり病院、診療所が支援できると考えた。また、この活動を在宅医療を受けている人だけでなく、いずれ受けるであろう住民への啓蒙活動も必要であると考えた。9月14日に住民への啓蒙のため、災害時医療シンポジウムの時に練馬区在宅医療連携パスシートの説明を行った(PDF②)。

現在は様々な意見を集約している段階であり、法的な問題も解決されないため、いまだ公的な試用には至っていない。しかし、一部の医療機関同士での共有シートおよび行政側の緊急時医療情報として使用を開始している(PDF④⑤⑥)。

結果、今後についてはさらに検討の余地ありと考え、医師会が中心となりその運用方法など検討していくことになった。

助成事業を終えて

今回、勇美財団から助成を受けて「練馬区在宅医療患者の看取りを含む救急医療体制における病院後方支援システムの構築」ということで事業をやらせていただいた。当初は医師会を通じて病院、在宅医療を行っている診療所との連携に役立つものと考えて行ったのはあるが、現実的にはかなり高いハードル実感した。当時、私は病院勤務であり、病院側としてはハードルを下げて、病院の入院受け入れの門戸を開いたつもりであり、各病院からは支持を得られることができた。しかしながら、在宅を行っている診療所の医師たちからは、必要性は理解していただいたものの、残念ながら私の力不足のため有用性は理解していただくことができなかった。これは、通常の診療情報提供書との違いや、書類記載内容の必要性の病院側と診療所側の認識の差、守秘義務や書類料、保険請求についてなどの法律の問題、また書類に誰が責任を持つのか、どれくらいの期間での更新が必要かなど様々な問題が噴出して結局まとめきることはできなかった。また、まずは使ってみようという意見は出たものの、慎重論もある中試用には至らなかった。また、訪問看護ステーション、介護ステーションなどは利用に積極的にかかわっていきこうという気持ちは見られたものの、老人ホーム、介護施設などの老人施設系は、入居者の持っている診療情報で十分であり、必要ないのではという認識であった。

そのような中、幸いにも行政から救急情報キットの話が持ち上がり、当初はその情報が親族の連絡先のみであったものが、パスシートも含めることによりその内容が充実するという事で検討事項（運用方法に問題点はあるが）になったのは救いであった。

実際に、病院、診療所との連携は診療情報提供書および医師同士の関係で成り立っているものではあるが、緊急時については病院側としてはリスク回避、診療所側としては確実な受け入れの保障がないとこれらの運用は難しいこと、それぞれの立場の違いを痛感した。また、在宅医療を行っている先生方の温度差もあり、運用にはもっと大きな立場でのイニシアチブが必要と感じた事業であった。

平成23年5月吉日

第19回練馬区在宅医療研究会 の御案内

謹啓
新緑の候 先生方におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。
さて今般、震災の影響により、延期しておりました『第19回練馬区在宅医療研究会』を下記のように開催する
事となりました。御多忙の中、誠に恐れ入りますが万障お繰り合わせの上、ご出席賜ります様お願い申し上げ
ます。

謹白

記

日時：平成23年5月23日(月) 19:30 ~ 21:00

場所：練馬区医師会館 1F

〒177-0033 練馬区高野台2-23-20 TEL:03-3997-6175

参加費：1000円(当日、会場にて頂戴いたします。また参加費のうち500円は東日本
大震災の義援金として寄付させて頂く予定です。)

情報提供

「在宅ケアの新アイテム OS-1」 (株)大塚製薬工場 OS-1事業部

パネルディスカッション

総合司会 辻内科循環器科歯科クリニック 院長 辻 正純 先生

「在宅医療における
病診連携の情報共有について」
～フェイスシート作成への取り組み～

パネリスト 島村記念病院 院長 荘司 輝昭 先生
岡田医院 在宅医療部長 岡田 徹也 先生

☆ なお、研究会終了後「情報交換」の場を設けてございます。是非ご参加下さい。

当日はご参加頂いた確認の為、ご施設名・ご芳名のご記帳をお願い申し上げます。

ご提供頂きました個人情報は、本研究会のご出席者の確認及び次回のご案内の為に共催関係者のみで使用いたします。
個人情報は、共催関係者および業務委託者を除く第三者に開示・提供することはありません。
個人情報は弊社の個人情報保護方針に基づき、安全かつ適切に管理いたします。

☆問合せ先/管理者

〒171-0014 東京都豊島区池袋2-52-8 大河内ビル (株)大塚製薬工場 池袋出張所 TEL 03-3980-6750

後援 練馬区医師会
共催 練馬区在宅医療研
究会

第19回練馬区在宅医療研究会を行って、結局パスシートをまとめることができずに終わった。病院の欲しい情報と、診療所とでは大きな隔たりがあるということがわかっただけでも幸いか。やはり、共通ということを見直し、緊急時に使えるものと考え、それならば病院が欲しい情報をパスシートとしてつくり、さらにそれを段階的に発展させていくほうがよいと考えた。

1) 傷病名、既往

高血圧、糖尿病、高脂血症の3項目はチェック式。その後1から3項目は自由記載。悪性腫瘍の場合、手術の既往 DNR の有無、告知状況など必要。認知症は程度、周辺症状の記載も必要

2) 医療保険、介護保険の種類は病院側としてやはり入院が基本となるため必要。チェック式にしておく。別項でケアマネ、訪問看護の連絡先も必要（個人情報絡むが緊急時使用を考えると事前に情報として必要だろう）

3) 世帯状況、緊急時対応

具体的に、独居、高齢者のみキーパーソンを中心とした家族構成、家族の受け入れ状況の記載複数の緊急時の連絡先は必要。

悪性腫瘍の終末期、あるいはその他疾患の急変時の在宅での看取りの有無、病院への搬送希望、受け入れ先（病院名、かかりつけ医、訪問看護）

支払いに関して（部屋代など）は病院としては欲しい情報ではある。

4) ADL、運動機能、認知機能について

意志伝達、移動の種類、精神状況などは通常の状態と救急搬送時を比較するため必要。また、認知の度合いも入院を前提とすれば必要。

食事、排泄などについては2次情報でも可能。

練馬区災害時医療シンポジウム

I部 基調講演

「見つけてくれてありがとう ～東北地方太平洋沖地震（東日本大震災）
災害支援を経験して～」 荘司輝昭（島村記念病院院長）

「見つけてくれてありがとうございました。ご迷惑をおかけしました・・・」
身元確認が終わり、ご遺体とともに遺体安置所を後にするご遺族の言葉です。
震災直後の岩手県陸前高田市、心が折れそうになりながらも、一人の人間として、
医療従事者として、雪が舞う遺体安置所で身元確認作業に従事しました。
その経験をふまえ、災害医療についてお話させていただきます。



II部 パネルディスカッション

「練馬区における災害時医療と避難所のあり方について」

東日本大震災発生後、実際に被災地へ赴き、医療救護支援活動に従事された医師、薬剤師、消防
署員らの報告をふまえ、練馬区における災害時医療救護体制と避難所のあり方について考えます。

司会 新山 博己（練馬区地域医療課長）

パネリスト（敬称略）

杉田 学（順天堂大学医学部附属練馬病院 救急・集中治療科長）

鈴木 浩之（浩生会スズキ病院 院長）

荘司 輝昭（島村記念病院 院長）

上野 浩男（練馬区薬剤師会 会長）

安岡 裕二（東京消防庁練馬消防署警防課救急係長）

竹岡 博幸（練馬区災害支援派遣職員、震災対策担当係長）

とき 9月14日（水）午後7時から午後9時

ところ 練馬公民館ホール（豊玉北6-8-1）

* 定員300名、参加費無料、申込は不要です。直接会場へお越しください。

車での来場はご遠慮ください。

* 練馬区救急情報キット配布事業および練馬区在宅医療連携パスシートの説明も併せて行います。

* このシンポジウムには、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成を受けております。

練馬区・練馬区医師会 共催

問合せ 練馬区保健所健康推進課計画係 電話 5984-4619

救急医療情報 (仮)

本人情報 (本人または家族が記入)

記入日 平成 年 月 日

氏名	(ふりがな)	男 女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
医療保険	<input type="checkbox"/> 社保 (本・家) <input type="checkbox"/> 国保・ (<input type="checkbox"/> 前期・ <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> 高齢者 割負担 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 難病医療費助成制度 (<input checked="" type="checkbox"/> 都) <input type="checkbox"/> 心身障害者の医療費助成 (<input checked="" type="checkbox"/>)		
介護保険	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
希望する医療	1. 基本的な希望 ① 痛みや苦痛について <input type="checkbox"/> できるだけ抑えて欲しい (<input type="checkbox"/> 必要なら鎮静剤を使ってもよい) <input type="checkbox"/> 自然のまままでいたい ② 終末期を迎える場所について <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病状に応じて 2. 救急転院先の病院で希望する医療 <input type="checkbox"/> 出来るだけの高度救命医療を希望します。 <input type="checkbox"/> 緊急手術や検査が必要なときは担当医の判断にまかせます。 <input type="checkbox"/> 心肺停止の際 気管内挿管・人工呼吸など治療を希望します <input type="checkbox"/> 心肺停止の際 気管内挿管・人工呼吸は不要です。 <input type="checkbox"/> 現時点では未定です。 <input type="checkbox"/> その他希望あればお書き下さい。(自由にご記載ください) 3. 本人の判断が難しいときに主治医が相談すべき「任意代理人」の記載 <input type="checkbox"/> 氏名: (続柄:) <input type="checkbox"/> 緊急連絡先に同じ		

緊急連絡先

氏名	①	②	③
続柄			
電話番号	自宅 携帯	自宅 携帯	自宅 携帯
住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 〒	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 〒	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 〒

その他	○かかりつけ医 病院名: 電話番号: 担当医:	○ケアマネージャー連絡先 事業所名: 電話番号: 担当者:	○訪問看護ステーション連絡先 事業所名: 電話番号: 担当者:
-----	----------------------------------	--	--

同意欄	救急医療情報キッドの中に入っている情報を、消防署・救急隊と搬送先の医療機関が救急医療に活用することに同意します。 また、緊急時において、緊急連絡先に記入されている連絡先に連絡することに同意します。	
	本人氏名:	印鑑又はサイン

救急医療情報 (仮)

医療情報 (かかりつけ医が記入)

記入日 平成 年 月 日

(1) 診断名及び発症年月日			
1.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 (インスリン注射: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 単位数:) <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 診断名 ※本人への告知 <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 未 ※手術の既往 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (昭和・平成 年 月 日頃)			

※特記すべき事項 (経過概要・病歴など)
 かかりつけ医として救急時に必要な医学的なご意見等がありましたら記載して下さい。また、救急医療機関の医師と情報共有しておきたい事項など記載して下さい。

--

医療機関名

医師名

心身の状態 (医師または看護師、訪問看護師が記入)

(1) 日常生活の自立度等について
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()

生活機能 (医師または看護師、訪問看護師が記入)

(1) 移動
屋外歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればしている <input type="checkbox"/> していない 車いすの使用 <input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している <input type="checkbox"/> 主に他人が操作している 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) <input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用
(2) 栄養・食生活
食事行為 <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助 現在の栄養状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 → 栄養・食生活上の留意点 ()

記載者名: 上記医師 その他 事業所名:

職種 氏名

添付書類 (救急医療情報キッドの中に一緒に入れる情報)

無 有

↳ 保険証の写し お薬手帳の写し (服薬しているお薬がわかる情報) 診察券の写し
 その他 ()

本人情報 (本人または家族が記入)

記入日 平成 年 月 日

氏名	(ふりがな) -----	男 ・ 女	〒 ー	
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		自宅電話: 携帯電話:	
家族氏名	(続柄)			
	住所: _____			
	電話: _____			
<p>本人が判断できない状況の時、医師が説明・相談する家族の氏名 (家族がいない場合はキーパーソンとなる友人・後見人等の氏名)</p> <p>氏名: _____ 続柄: _____</p> <p>住所: _____</p> <p>TEL: _____</p>				
医療について	<input type="checkbox"/> 急変時には病院に入院することを希望します。 <input type="checkbox"/> 病院に行った場合は、救急時の担当医が必要と判断した検査・治療は任せます。 <input type="checkbox"/> 但し手術・挿管・人工呼吸器等が必要になった場合は説明を聞いてから判断します。 <input type="checkbox"/> 心肺停止の際 気管内挿管・人工呼吸は不要です。 <input type="checkbox"/> 現時点では未定です。 <input type="checkbox"/> その他の希望 (自由記載) _____ _____			
※現時点のお考えにチェック(✓)をして下さい				
その他	<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー連絡先	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション連絡先	
	医療機関名:	事業所名:	事業所名:	
	電話番号: 担当者:	電話番号: 担当者:	電話番号: 担当者:	

同意欄	上記のことが変更となった場合には、新たに書き換えます。 それまではこの情報のとおりです。
	本人又は代理者氏名: ※代理の場合は続柄:

診療医療情報提供書

記入日 平成 年 月 日

主治医 病院名 _____

医師名 _____

住所 _____

TEL _____ fax _____

1. 患者情報

氏名	(ふりがな) -----	男 ・ 女	〒 _____
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		TEL: _____
医療保険	健保名 _____ (記号・番号) _____		
	<input type="checkbox"/> 難病医療費助成制度 (<input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 心身障害者の医療費助成 (<input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 原爆		
	<input type="checkbox"/> 生活保護 (_____) 福祉事務所、TEL _____ 担当 _____		
	<input type="checkbox"/> その他: _____		
家族情報	氏名 _____	続柄 _____	
	住所 _____	TEL _____	

2. 病名

(1) 診断名及び発症年月日

1. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

2. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

3. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

高血圧 糖尿病 (インスリン注射: なし あり → 単位数: _____) 高脂血症

3. 現症状と治療内容

4. 患者とその家族との話合いの内容

- ① 家族は病状を把握しているか 把握している 把握しきれていない状況
- ② 急変の可能性について説明してあるか 説明している 現段階ではしていない

日常生活の状況（看護師・訪問介護師が記入）

記入日 平成 年 月 日

事業所名 _____

担当者名 _____

住 所 _____

TEL _____ fax _____

1. 心身の状態

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）	
・短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状（該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他（ ）

2. 生活機能

(1) 移動	
屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればしている <input type="checkbox"/> していない
車いすの使用	<input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している <input type="checkbox"/> 主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用
(2) 栄養・食生活	
食事行為	<input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助
現在の栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
→ 栄養・食生活上の留意点（ ）	

3. 家族構成・周囲環境

=家族構成図=	<在宅サービスの利用状況>
	<input type="checkbox"/> 訪問系（ ） <input type="checkbox"/> 通所系（ ） <input type="checkbox"/> ショート（ ） <input type="checkbox"/> 福祉用具（ ） <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 地域支援事業（オムツ等）
	<その他自由記載>
	_____ _____ _____
	※同居を○で囲む