

### 1) 病院退院後の療養の場と方法の様々なパターン

病院退院後、療養者はどのような場で生活をし、医療処置が実施できるように看護・医療がかかわっているかを、病院や施設のヒアリングや研究者の経験をもとに検討した。

病院から退院していく場合には、大きく、病

院や施設への転院や入所もしくは自宅への退院という2つのパターンとなる。そして、今回の対象の場合には、医療処置を自宅で継続する必要があることから、そのためには在宅での医行為を支える医療・看護がはいるために、まず、以下の4パターンが示された(図1)。

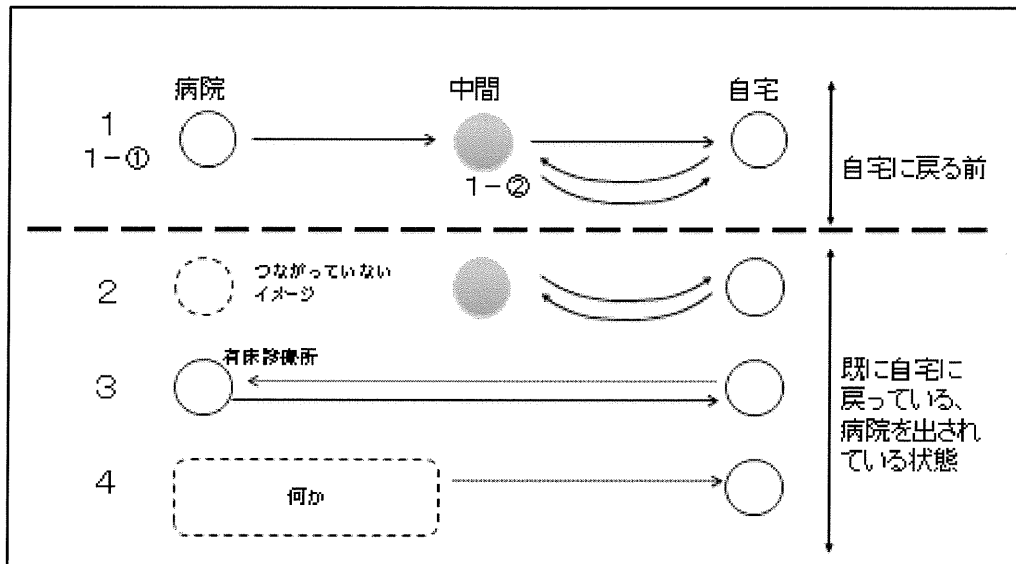


図1. 病院退院後の療養パターン

パターン1は、病院から医療療養病棟、介護療養病棟や介護老人保健施設等の医療施設や介護施設に入院もしくは入所してから自宅へ退院するパターンとした。パターン2は、自宅退院後、小規模多機能施設や療養通所介護、通所リハ等に通い、療養を続けるパターンであり、これらの施設には病院からの紹介状等はなく、療養者の情報は途切れているイメージとした。パターン3は、退院後に有床診療所に入院しその後自宅に戻るパターンであり、パターン4は、自宅に退院後、病院や訪問看護ステーション等のどこかから訪問看護を受けていくというパターンとした。

この図の中の大きな違いは、パターン1は自宅に帰る前に、急性期病院からつなげて病院や施設に入院・入所していることであり、パターン2からパターン4は自宅に退院後、安全に医療を続けるための手段として訪問を活用したり通所施設に療養者が通ったりすることとなっている。

これら4つのパターンの中で、急性期病院退院後の指導・訓練施設である中間施設のあり方を検討するという本研究の目的から研究にそっているのは、パターン1のみということとなった。

### 2) 安全な療養生活の継続のための施設利用の可能性

急性期病院での指導部分を中間施設で指導し、泊まりで夜間もフォローしながら安心して帰れるように看護・医療がかかわっていくことと、自宅療養中に機器類の設定が変わったときに中間施設で再指導できるようにかかわっていくことの、病院から中間施設、在宅へ行って、あとは行ったり来たりする流れがあると考えられた。

ここで、さまざまなディスカッションが行われた。

#### <退院後の療養者の療養の場と支援先>

- ・ パターン3, パターン4のような有床診療所での入院での訓練や、訪問看護での

- 24 時間の体制がしっかり実施できていれば、パターン 1 のような中間施設はいらないかもしれない。
- ・ そういうように実施できている例がないわけではないが、全国的に実施できているわけではない。それは地域性・在院日数にかかわり、急性期であり救急を受け入れていれば在院日数も短くなるし、地域性では、その地域の病院の数が異なるため、地域性でその病院がどのような役割をとっているかで変わる。それによって在院日数が短い場合にはできないし、だから中間施設を考えなければならない。
  - ・ 地域性からして、(本研究は都会が前提であり) 都会ではこれらは無理ではないか。
  - ・ パターン 3 の「外来で」というのは、都会では難しい。病院・病棟から赴くことは難しい。
  - ・ 大きな病院は外来を無くしていく、または分離する方向でもあるのではないか。そうすると、「外来」を「診療所」とするとどうか。
  - ・ 「診療所」とすると看護師の人数が少なく、「看護」をしっかりと提供するためには不十分になるのではないか。
  - ・ 「診療所」でも、しっかりと看護を提供できるようにすれば可能か。きちんとフォローできるような体制整備と看護提供内容の保証をすればいいか。
  - ・ パターン 4 をどのように使うかは考えるポイントだが、患者の状態は地域性も考えると、そればかりに頼るわけにはいかない。だから中間的施設が必要となるのか。
  - ・ 逆の考えとして、中間施設を今からハードを作るのは難しいが、それでできなければパターン 3、パターン 4 の質を何とかして担っていかなければならないのではないかという考えもある。
  - ・ しかし、中間施設も「既存の」施設を使った施設とすれば、例えば小規模多機能や老人保健施設の活用を考えればよいのではないか。新しい施設を作るわけではない。
  - ・ 既存の施設や診療所を連携して活用するという方向性と、パターン 3, 4 がうまく機能していない地域では、パターン 1, 2 のような中間施設が必要になるだろうと思う。
  - ・ 中間施設の必要性の考え方もあると思うが、都会で既存の施設の活用ができない場合は、やはりパターン 3, 4 の質を向上することによって埋めていくということも否定はできないと思う。
  - ・ しかし、訪問看護も約 5,500 ステーションという状況で、今ある資源でやることをやらなければならない。数的に考えると、特に都会の中に新たに拠点をつくることも重要ではないかと考える。
  - ・ それに訪問看護は一軒に対して交通時間を含め時間がかかるため、施設で療養者の指導を行った方が効率がいい。
- <中間施設のニーズに対するあり様>**
- ・ 中間施設では、24 時間、患者や家族が機器を安全に使えるように療養者を看ることができると。そうすると、訪問看護が 24 時間貼り付けで一人の患者にできるかという、それは現実的には難しい。そのため、泊まりの機能のある中間施設が適当ということとなる。そういう意図から考えると、パターン 1 の流れとなり、パターン 3 やパターン 4 は難しく、中間施設にはなりえないのではないか。また、外来で療養者を 24 時間みていくのは無理である。例えば、中間施設の変わりに、有床診療所や既存の施設を活用することはできると思われるが、病院や無床診療所の外来がその肩代わりをするのは無理である。よって、この研究ではパターン 1 を基に考えていく。
  - ・ そして、パターン 2 は療養中に急性増悪した時の中間施設の使い方であり、パターン 3, 4 は難しいということとなる。
  - ・ では、パターン 1 のバリエーションとして、中間施設に通うことを前提にして居宅に退院し、居宅から中間施設に通うという形はあるか。
  - ・ パターン 2 は、退院するときには「まだ

少し不安」だから、退院先は在宅ではあるが、昼でも夜でも中間施設で管理できるという考え方である。パターン1は中間施設に入所するという考え方と、パターン2はできていない部分だけを中間施設でフォローする形か。

- ・ 本研究は急性期病院退院後に退院指導を含めて機器の使用等を指導できる施設を考えていることから、出発点を病院から始める議論にしなければいけない。
- ・ パターン2は、一回落ち着いて、自宅で何かあったときに中間施設を活用するというものである。体力もついて通えるようになった時に使うが、退院した直後であれば泊まりの形態で指導ができるようにしたほうがよい。病院からの退院が出发点と考えていたので、パターン1があって、落ち着いたらパターン2となる。
- ・ とすると、自宅と中間施設を行ったり来たりすることを退院時に設定しておくか、このようなこともパターン2に入れておいたほうがいいのか。中間施設

は通所療養介護でもショートステイでも、パターン2という整理にはいかがか。自宅との送迎については、すでにデイケアやショートステイ等で行われていることから実施可能である。しかし、実際に医療機器を持つての場合がどの程度いるかということが重要であるが、現実的には少ないかもしれない。

- ・ 移動に関していえば、送迎バスもあるし、介護タクシーもある。

#### <中間施設としての施設のあり方>

この研究のスタートが、「病院から出ていくところから検討する」ということであり、その研究のフレームからパターン2も対象と考えることができる。そこで、本研究における中間施設のあり方を以下の図2のように整理した。

図の中の、Hは病院、自は自宅または居宅、Sは中間施設とした。①は病院から中間施設に入所または入院し、自宅に帰るパターンである。この場合の中間施設は介護老人保健施設や介護療養型老人保健施設、療養病床が当てはまる。

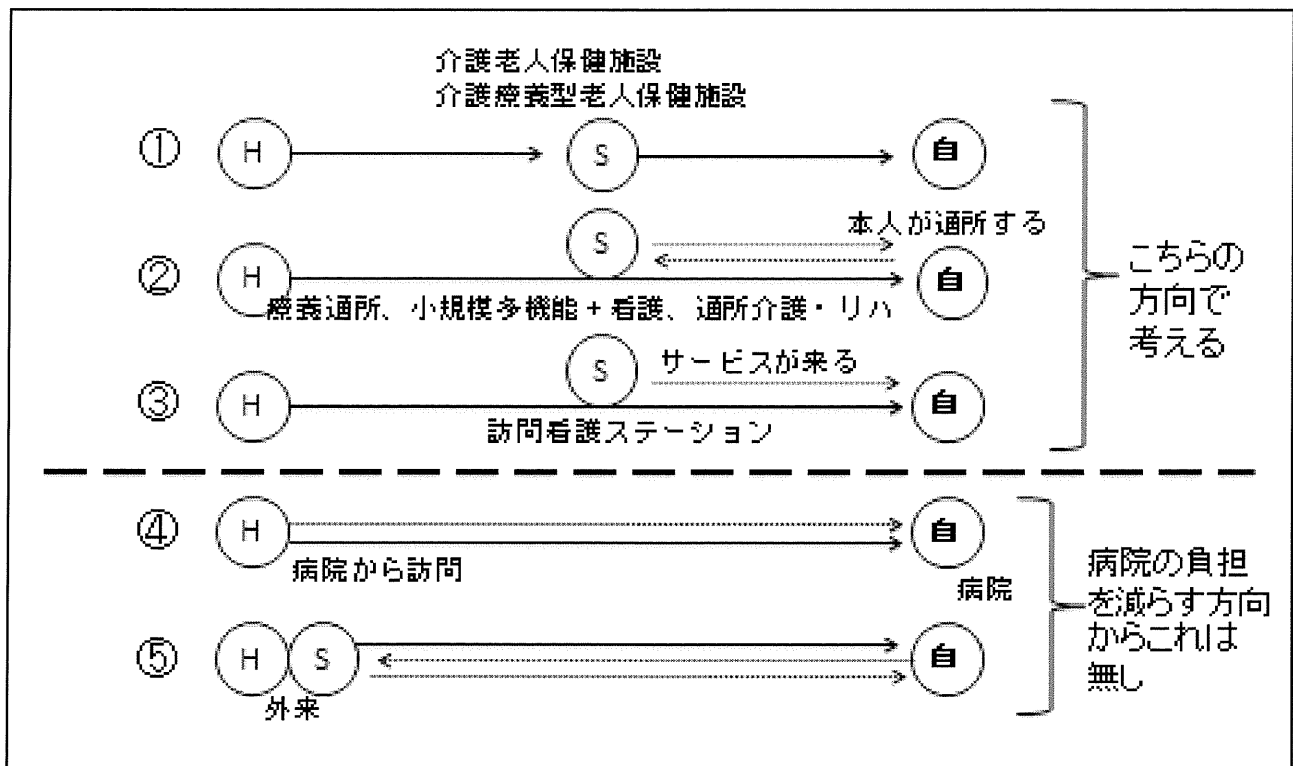


図2. 中間施設としての既存施設利用モデル

②は病院から自宅に退院するが、療養者本人が中間施設に通い、退院指導の不足部分や不十分な知識を補い、安全に療養が続けられるようにしていくパターンである。この場合の中間施設は療養通所介護や小規模多機能と訪問看護を組み合わせたもの、通所リハ施設、施設でのデイケアも含まれることとなる。③は病院から直接自宅に退院するが、①や②のパターンでの施設で行う指導内容等を訪問看護で実施していくというパターンである。必要なサービスを実施するためには、1日の中での訪問時間や回数は療養者の状況に応じて適切に計画していく必要がある。④は病院から自宅へ退院するが、その病院が持っている訪問看護部門から自宅に訪問を行うパターンである。情報は病院が持っていることから、患者の状況等を反映した指導を継続して実施することができ、患者も安心して受けることができるパターンである。⑤は病院から自宅に退院し、その後、病院外来や診療所に患者が通院したり訪問したりするというパターンである。

①～③のパターンは中間に療養者が利用できる施設があり、療養者が必要なサービスを受けることができるというものである。④と⑤は病院や外来・診療所からの訪問診療や看護はあるものの、医療の機能分化という現在の医療の流れには則しておらず、また、病院の負担軽減にはなっていないことから、本研究で取り上げるパターンは①から③ということとなるのではないかと考えた。

これら①～③のパターンの中で退院指導を実施するには、療養者の疾患や使用機器等の知識をもち、療養者や家族の知識・技術の状況に合わせた指導ができる看護師の配置が必要となる。そして、退院後のやや不安定な状況の場合、介護施設を中間施設とした場合には医師との連携をいかにしておくかが重要である。退院指導中に医師の指示を受けての医療の実施に変更が必要な場合には、担当医師との連携ができるような体制の整備が必須であると考えられる。

### 3. 安全な療養環境の確保のための、病院と在宅をつなぐ看護のあり方

前項では病院と在宅をつなぐ中間施設につい

て、病院から介護老人保健施設や介護療養型老人保健施設等を中間施設として使用し、その後自宅へ退院するというパターンと、病院から自宅へ退院するが中間施設としての療養通所介護や小規模多機能施設へ通所し、そこで訪問看護を受けていくパターン、自宅において訪問看護を受けるパターンがあるとまとめた。中間施設を検討するという本研究の目的からは、既存の施設等の利用による施設に入所し、指導等を受けてから自宅へ退院していくというパターンが適当であろうと考えている。

ではここでの看護のあり方についてのディスカッションは次の通りであった。

#### <必要な看護提供のための体制の整備>

- ・ 病院から居宅に戻った後にも、機器の設定が変わったり体調が不安定となったりした場合には、中間施設に戻る場合もある。そして、安定後に再度居宅に戻るといったような、行ったり来たりもあるのではないか。
- ・ 中間施設での看護の技術は病院等と同じと考えなければならない。
- ・ 訪問看護ステーションには、「がん」のターミナルや緩和ケアの看護師、WOCの看護師などいることから、中間施設の条件に、そのような看護ができる条件を入れればいいのか。
- ・ 例えば、病院でストーマを造設後、一方でADLが落ちているから介護を必要とするならば、例えばストーマを見てもらうために外来に行き、デイケアをうけるために小規模多機能とか一つ一つのところに通うより、小規模多機能で介護をしてもらいながら、ストーマの管理をしてもらうほうが、利用者にとっては楽である。
- ・ 退院後の在宅酸素の使い方不安があり、一方でADLも落ちている場合、酸素調節のために外来に行き、デイケアをうけるために小規模多機能に通うより、小規模多機能で介護をしてもらいながら、酸素も調整して診てもらうほうが、利用者にとっては楽である。
- ・ つまりは中間施設となる場所には利用

者が必要な医療が提供できるような能力をもった看護師を配置もしくは訪問できるような連携と体制を作る必要がある。

- ・ DM に関して、注射の打ち方がわからない場合であれば、食事の前に施設に行き、注射の打ち方の確認を受けながら 3 食食べて帰宅してもよいのではないかな。
- ・ 中間施設に訪問看護師も入れればいい。療養通所介護の場合には訪問看護を入れて行うことができるのではないかな。
- ・ 冬場とか大荷物を持ってくる人いる。設備の整っているところにいる方が安心ということで、そういう施設があれば、そこに来なくなったとき訪問する。強いて集めている意識はないが、集まってくる。
- ・ 患者は病院を早期に退院しなければならぬから、それを補完する。
- ・ これがいいという推奨性を決めるというよりも、こういうコースの選択肢があります。こちらのほうが望ましいかもしれませんが、みたいな提案ができれば。
- ・ 看護が継続してできるという背景があれば、今の病棟看護師も、退院指導が不完全での罪悪感がなく退院へサポートできる。

#### <患者の情報の共有>

- ・ 患者の情報については、急性期病院からの情報共有であったり、地域連携クリティカルパスのような事前の計画であったりを指すが、それは在宅療養を支える看護師等が情報を得て看護や医療を実施すればよく、中間施設に入院・入所しなくともよいのではないかな。
- ・ 病院が情報を持っていて、それを中間施設と連携にするにあたり情報共有することとなる。中間施設後に在宅へ戻るとしても、病院が情報を中間施設へ渡し、その後在宅で療養を支える訪問看護や施設と情報を共有するという情報の流れとなる。
- ・ 中間施設とかサービス拠点が、サービスを提供しようとしたときに、前の病院から情報を得て、その上で、もしくは前の

病院に介入して患者の様子を把握し、在宅へ向けての計画を立てて、それでそのサービスを提供するということができる。すでに在宅に退院している場合、在宅にいる患者をどうするかと考えた時に、3カ月前に入院していた病院に話を聞きくよりは、中間施設とのやり取りのみで考えた方が分かりやすい。

- ・ 例え 3 か月まえの退院であろうと、入院先や主治医からの情報は得ることはできる。
- ・ 今の訪問看護ステーションの現場では、主治医から情報をもっている。どういう状況でどの位入院しているかとか。
- ・ 連携の間隔が広がったり狭くなったり必要かそうでないかは、病院の体制、患者の病状の理解度、家族の支援の在り方、訪問看護等地域の影響・体制の在り方が影響を与え、色々な要因があるのでは。またその施設を使うかどうか、期間も左右されるのではないかな。
- ・ 病院ができない訓練を中間施設がやる。
- ・ 医療依存度が高いということは内服も必要であり、結局、中間施設と病院とはつながっている必要がある。つながっていないと、情報がうまく入らないのではないかな。また、結局何かあったときはそこにいきなさいよということになる。
- ・ 中間施設についても、最初の時点で、サービスを提供するときに、緊急時対応はどうするか決める必要があると考える。そうするとその時に病院からの情報はもらうし、緊急時入院する場合はそこに行くかもしれないし、外来と併用となるかもしれない。

#### <切れ目のない療養指導実施のための工夫>

医療依存度が高いまま退院し、中間施設または在宅での指導を切れ目なく、病院看護師・中間施設看護師・訪問看護師等の療養者にかかわる専門職種が必要な内容を適切に指導していくため、そして、療養者の理解の程度を確認し、指導のステップを共有するために、チェックリストのような確認項目が必要

となると考えた。それが、次の療養支援パスの開発につながる。

#### 4. 今後の課題

病院退院後、中間施設等で退院指導を実施するには、療養者の疾患や使用機器等の知識をもち、療養者や家族の知識・技術の状況に合わせた指導ができる看護師の配置が必要となる。そして、退院後のやや不安定な状況の場合、介護施設を中間施設とした場合には医師との連携をいかにしておくかが重要である。退院指導中に医師の指示を受けての医療の実施に変更が必要な場合には、担当医師との連携ができるような体制の整備が必須であると考えられる。

中間施設のあり方としては、既存の介護施設を活用するとしても、医療を行う場としての24時間対応できる看護師の配置、医療機器の設定や療養者の身体変化に対応できるような医師の配置もしくはすぐに対応可能な医師の確保・連携体制整備をとる必要がある。この時の医療保険適応となるような制度の整備も今後必要となると考えられる。

## 慢性閉塞性肺疾患患者の療養を支援する中間施設を活用した 「療養支援パス」の開発

研究分担者：田口 実里（日本赤十字看護大学）  
鶴田 恵子（日本赤十字看護大学）  
原口 道子（財団法人東京都医学総合研究所）  
酒井 美絵子（群馬パース大学）  
笥 淳夫（工学院大学）  
川村 佐和子（聖隷クリストファー大学大学院）  
研究協力者：齋藤 水誉（日本赤十字看護大学大学院修士課程）

### 研究要旨

#### 【研究目的】

本研究は、安全・安心な在宅医療を行うための病院と在宅との中間施設における看護のあり方について、療養支援の方法として、病院と在宅との間に中間施設の設置を仮定し、そこで在宅療養に向けて療養指導を実施することを検討した。医療機器の装着は様々な例があるが、対象者が多い慢性閉塞性肺疾患患者の在宅酸素療法（Home Oxygen Therapy：以下、HOT）導入を一例として挙げ、具体的方法として、病院・中間施設・在宅において、必要な指導が明確となる「療養支援パス」を開発した。本研究の目的は、病院から中間施設を経由し、在宅へ速やかに移行できるための療養支援パスを開発し、中間施設として検討される既存の施設での活用課題について検討することである。

#### 【研究方法】

療養支援パスの開発について、呼吸器ケアの急性期医療に携わった経験のある看護師8名（看護管理者、集中ケア認定看護師、感染管理認定看護師、訪問看護経験者含む）でワーキンググループを立ち上げ、アウトカム、職種、実践内容を検討し素案を作成した。それを基に研究会メンバーでディスカッションして修正し、専門家の助言を得て洗練化した。

#### 【研究結果及び考察】

療養支援パスの開発において、実施可能性の高いものと考え、地域要件として人口や医療機関が多く、既存の中間施設とされる介護老人保健施設等が少なく、医療機関から在宅へ直接移行されるところに課題があるとし、東京を中心とした都市部での運用を条件とした。ワーキンググループは2回開催し、中間施設内だけで指導の完結を目指し、枠組みと指導内容を検討した。それを基に、研究メンバーでは、平成22年度の本研究結果において、急性期医療機関での退院指導と在宅療養者の困難状況を明らかにしたため、それを解決できる枠組みとして、「入院安定期～退院前」「中間施設」「在宅（訪問看護）」の流れで横軸とし、それぞれの施設・看護のアウトカムを設定し、それを達成するための「看護アウトカム」「看護介入」「看護指導」と「社会資源」を縦軸に設定して、どこの場所でもどの程度できているか具体的に共有できる1枚のチェックリスト形式で作成した。その内容を呼吸器ケアの専門家や訪問看護師より助言を得て、実用可能なものへ洗練化を図った。

それらをどのように運用するかについて、中間施設または在宅等で活用される可能性のある「訪問看護ステーション」「療養通所介護事業所」「小規模多機能型居宅介護」「介護老人保健施設」「病院（外来）」「在宅療養支援診療所」それぞれについて、施設の機能や現状を踏まえ、活用の可能性について考察した。

## A. 研究目的

医療制度改革による医療機能分化が進む中、臨床現場では治療を効果的かつ効率的に展開することから、在院日数の短縮化が促進されている。そのような現状の中で、治療は終了したが、日常への復帰に関し、医療依存度が高いままで退院する患者が多く存在する。医療依存度が高いまま退院する患者は、医療機器を装着していたり、継続的な医療処置が必要であったりすることから、自身の身体管理のほかに医療機器の取り扱いや医療処置の方法についても理解し管理していくことが求められる。

しかし、平成 22 年度の本研究の調査結果では、在宅療養者の現状として、医療機器の対応について、自宅に戻ってから家族や本人が管理する際に困難を感じた実態が明らかとなった。また、急性期の医療機関における退院指導の実態については、患者が自分自身の病状と今後の方向性を受け入れられてからではないと効果的な退院指導にならないとされているものの、在院日数が短縮している状況で退院指導を短時間で実施されている。そのため、機器の管理を含めた退院指導の期間が十分に確保出来ず、本人の混乱を防ぐためにも情報を絞って個別に行われている実態が明らかとなった。このことから、患者とその家族が医療機器の装着や医療処置の継続を受け入れ、安全・安心して在宅で療養できる退院指導を実施することは、現状の方法では難しいことが明確となった。

そこで、本研究は、安全・安心な在宅医療を行うための病院と在宅との中間施設における看護のあり方について、療養支援の方法として、病院と在宅との間に中間施設の設置を仮定し、そこで在宅療養に向けて療養指導を実施することを検討した。医療機器の装着は様々な例があるが、対象者が多い慢性閉塞性肺疾患患者の在宅酸素療法（Home Oxygen Therapy：以下、HOT）導入を一例として挙げ、具体的方法として、病院・中間施設・在宅において、必要な看護実践が明確となる「療養支援パス」を開発した。本研究の目的は、病院から中間施設を経由し、在宅へ速やかに移行できるための療養支援パスを開発し、中間施設として検討される既存の施設での活用課題について検討することであ

る。

## B. 研究方法

### 1. 研究期間

平成 23 年 9 月～平成 24 年 2 月

### 2. 研究方法

#### 1) ワーキンググループの設置

療養支援パスを開発する上で、ワーキンググループを設置した。ワーキンググループのメンバーは、急性期病院に勤務経験のある看護師 2 名、看護管理者 3 名、集中ケア看護認定看護師 1 名、感染管理認定看護師、1 名、訪問看護経験者 1 名とした。

#### 2) ワーキンググループ内での療養支援パスの作成

ワーキンググループを 2 回開催し、慢性閉塞性肺疾患および地域連携パスの文献を参考に、在宅療養に向けて必要なケアと提供できる専門職種をリストアップした。また、臨床現場での退院指導内容や現状を把握したうえで、退院時に必要となる項目をリストアップし、在宅療養へ向けて必要な指導内容を整理した。先行研究で得られた、病院から在宅へ移行する患者へ行われる指導内容と、在宅で療養する上で必要と考えられた指導内容から、HOT 導入の際に必要な項目を挙げ、枠組みを作成した。

#### 3) 研究メンバーによるディスカッション

研究メンバーで内容を確認し、不足事項と枠組みを検討した。

#### 4) 療養支援パスの洗練化

修正した療養支援パスについて、現在訪問看護に従事している看護師と、日本看護協会が認定する慢性呼吸器疾患看護認定看護師教育課程の教員に助言を受け、入院時から在宅での療養について内容の過不足や活用の現実性について、療養支援パスの洗練化を行った。

## C. 研究結果

### 1. 療養支援パスの枠組み

#### 1) 療養支援パスを運用する上での地域要件

療養支援パスの運用については、本来は地域の限定はないが、医療機関と在宅とを結ぶ上で、課題が多いと考えられる状況での運用が必要で



ある。人口や医療機関が多く、既存の中間施設とされる介護老人保健施設等が少なく、医療機関から在宅へ直接移行されるところに課題があるとし、東京を中心とした都市部での運用を条件とした。また、中間施設の設定として、退院後の療養者の近隣にあり、送迎が可能であること、既存の施設が少ないことから、宿泊での指導はオプションであることを想定した。

## 2) 療養支援パスを運用する上での事前要件

療養支援パスの開発において、退院時の状況について、それぞれの医療機関で決められた内容の退院指導が実施されていること、退院調整会議が事前に病院内で実施され、担当する訪問看護師が、療養者が在宅に戻ることを把握することができていることと設定した。

## 2. 作成過程

### 1) 研究メンバーによるディスカッション

慢性閉塞性肺疾患患者のHOT導入において、ワーキンググループで作成した療養支援パス案をもとに、中間施設における看護内容や指導内容、項目について、研究メンバーで検討した。

#### <関係職種>

ワーキンググループで基本的な枠組みを検討した際、慢性閉塞性肺疾患患者のHOT導入を例としたことから、日常生活を支える上での「活動」「生活」「体調管理」「内服管理」「呼吸状態の把握」「家族指導」の内容を指導する看護師と、施設内での見守りや介助について、ケアワーカーが必要であると挙げた。また、自己での呼吸リハビリテーションの継続が重要であることから、理学療法士によるリハビリテーションの継続指導、肺機能の低下によるエネルギー消費が高いことから、管理栄養士による個別栄養指導を必要な指導として挙げた。また、酸素供給に欠かせない提供業者との連携も含め、関わる職種を5種とした。

しかし、中間施設という設定において、病院と在宅を円滑に移行する上で、必要な療養指導を行うことが中心であることから、看護師が独立して支援する体制とした。このことから、基本的に療養支援パスに関わるし職種は看護師とし、管理栄養士、理学療法士は、「栄養」や「呼吸リハビリテーション」の項目を挙げ、

専門職種として明記せず、必要がある際はコンサルテーションする形式として、必要時オプションとする体制をとした。また、HOT導入の場合、医師の指導管理料が取得できることから、訪問看護指示書が必要であり、それを含めてのパスか、既にあることが前提となるかを決定し、含める場合は医師も含めることとした。その他、医療機器提供だけではなく、社会資源受領の申請や移送サービスなど社会資源の活用もあることから、それらをまとめて「社会資源」として項目立て、確認が必要な内容を盛り込んだ。

#### <パスの区分>

療養支援パスの運用時期についても検討した。ワーキンググループによる療養支援パス作成当初は、中間施設の設定要件として、療養者の近隣にあり、送迎可能で、宿泊での指導はオプションである設定で進めた。その際、中間施設内で独立して実施し、指導完了を目指したことから、在宅療養を自己管理できる指導プログラムとして検討し、最終アウトカムを「安心して自宅で療養できる。自立して療養生活に臨める。」とし、それを達成するために、より詳細なアウトカムを設定し、中間施設内でステップ1からステップ3の3段階に分け、指導内容を立案した。

この案を受け、研究メンバーでは、「地域連携パスのような形がある。入院時から退院する時の準備と、中間施設と、在宅に帰ってから近隣でのという3箇所での連携パスでの形はどうか。」「在宅に帰るのであれば、中間施設の内容と在宅での内容を合わせ持つ形も考えられる。」「同じパスを、病院の看護師や退院後の担当がチェックできる仕組みが必要。どこまで指導したかが分かり、施設によって指導状況や職種の分担、看護の流れも違う。病院から中間施設への移行もあれば、すぐに在宅へ移行という様々なパターンがある。」という意見が見られた。そこで、ステップ1の開始時期は入院中とし、入院中から在宅へ向けての連携パスのような形態とした場合、退院時の技術習得状況を把握し、それを基とした中間施設での指導、在宅での訪問看護師の必要項目を含め、3箇所の連携状況に合わせたパスの形態を検討した。同じ枠組みのパスを病院の看護師や退院後の担当者がチェ

ックできる仕組みとし、どの程度まで指導したか把握できることが望ましく、疾患が同一であっても、患者の状況で職種の分担や看護の流れが異なり、どのように在宅へ受け継ぐのかが異なる。病院から中間施設、またはすぐに在宅という形態であっても活用できる内容を盛り込むことが必要とされた。

患者によって中間施設が必要となる時期が異なる場合もあることから、指導内容の項目を洗い出し、フレキシブルに変えられ、それをチェックしていけるものを検討した。ステップは日にちで考えず、場所として考え、「ステップ 1 入院安定期～退院前(病院内)」「ステップ 2 中間施設」「ステップ 3 在宅(訪問看護)」とし、アウトカムで区分することとした。

#### ＜中間施設における療養支援パスの目標＞

中間施設における療養支援パスの目標は、病院で不足する指導内容を患者の個別的な生活形態に合わせて指導し、速やかに在宅へ移行することである。在宅では、活動・休息による酸素消費パターン、活動後の休息からの酸素飽和度の回復過程が重要であるが、入院時は出来る限り安全に過ごすことを目標にしていることが多く、日常生活の目線での活動展開が難しい状況になっている。その状況から、退院時のサマリーには活動による酸素低下から休息による酸素飽和度の上昇など活動とその数値の実際の情報は記載されない現状である。また、実際に活動に伴う酸素飽和度の変化パターンを病棟で検討することは難しいことから、中間施設で試み、療養者それぞれにとっての労作内容と酸素飽和度の変化の把握を看護師が付きながら行うことが重要である。自身の身体変化と回復について、家族も含めて認識することが在宅療養で必須であることから、それを包括できる内容として、ADL トレーニングや栄養、排泄、入浴、呼吸リハビリテーション、正しい吸入方法など具体的な項目を盛り込んだ。また、労作を理解することで、酸素指示量はその療養者にとって本当にあっているか、増減の幅を有効に使用できるかを、酸素を離脱できる可能性も含めて考えることができる内容を加味することを検討した。

#### ＜療養支援パスの項目＞

療養支援パスの項目については、基本的に看

護師のみが介入することを研究メンバーで前提とした。その上で、どのように現状を把握し指導へつなげるかを分かりやすく紙面に表現することが重要である。そのため、横軸を「入院安定期～退院前」「中間施設」「在宅(訪問看護)」の枠組みとし、それぞれの場所において、到達することが必要と考えられるアウトカムを設定した。「入院安定期～退院前」では、初めて HOT を導入することをふまえ、「在宅酸素療法の生活を理解し、イメージできる」と大きな目標とし、「中間施設」では、「在宅酸素療法の生活に心身ともに慣れることができる」を大きな目標として、その他危機管理や自己管理の内容を含めた。「在宅(訪問看護)」では、「生活に慣れ、機器操作の自己管理ができる、ボディイメージの変化を受容でき、徐々に在宅での活動を維持・拡大できる」ことを大きな目標とした。

これらのアウトカムを設定したのち、病院から中間施設を経由し在宅へ戻る際、どのような看護提供がなされてきたか、具体的に分かるように縦軸の枠組みを検討した。病院と在宅を結ぶ地域連携パスを参考に、縦軸を各段階のアウトカム、「看護アセスメント」、計画立案や調整等の「看護介入」「看護指導」「社会資源」の枠組みとした。さらにどの看護師が療養者と関わったとしても見落とす事が無いよう、「看護アセスメント」は「身体管理」「酸素療法」「心理・社会」と小項目に分け、それぞれチェックリストのように項目を挙げた。「看護指導」もアセスメントを受け、「身体管理」「酸素療法」のほか、活動状況を踏まえての「呼吸リハビリテーション」と内服管理が重要な疾患であることから「薬剤」項目を小項目とし、それぞれをアセスメントと同様に具体的な内容をチェックリスト形式で挙げた。指導内容は家族と本人の心理・身体状況に合わせ、達成状況で評価するとともに、本人ができない場合は家族が補完することも想定して、分かりやすい表現にすることを徹底した。

#### 2) 呼吸器ケアの専門家による洗練化

研究メンバーでディスカッションし修正した療養支援パスを基に、実際に活動している訪問看護師と、日本看護協会が認定している慢性呼吸器疾患看護認定看護師教育課程の専任教員に、

実際に運用する上で必要な看護実践での追加項目や不要内容、在宅での実際の実践等を想起してもらい、活用の妥当性について検討した。アセスメント・指導とともに、身体状況を見るスケールや薬剤での急性増悪時のアクションプラン、呼吸リハビリテーションや社会資源について助言を得て、洗練化を図った。

#### D. 療養支援パス運用に向けての課題

##### 1. 慢性閉塞性肺疾患における中間施設運用の課題

今回、在宅で機器を使用する療養者を支援することを検討する上で、療養者の多い慢性閉塞性肺疾患をモデル疾患とし、HOT 導入についての支援について療養支援パスを作成した。慢性閉塞性肺疾患患者は、肺炎等で症状の悪化に伴い入院加療となる。治療を経て HOT 導入かどうかを検討され、必要となった場合、指導が開始される。加療に伴い身体症状は回復するが、呼吸によるエネルギー消費が大きいことから、活動は酸素消費を最低限にした方法を習得することが求められる。そのような状況で、酸素の使用への社会的補助についても範疇があることから、外来通院など必要時のみの外出となる。

退院後、中間施設を通所形態とする場合、療養者へかなり大きな身体負荷がかかる。指導内容は、日常生活の様々な場面を想定し、部分的に行う場合、数日を要する。退院直後の療養生生活を安心・安全に過ごすことを支援するためには、HOT の場合、通所形態は難しく、ユニットケアなどの家族を含めた個人スペースが確保された場所で、在宅を想定して数日入所して行う、入所オプションの形態が重要であり、そのようなスペースを確保できるような施設設定が課題となる。

##### 2. 中間施設における人的資源確保の課題

慢性閉塞性肺疾患の看護実践は、呼吸器科の看護経験がある看護師であれば実施可能である。介護老人保健施設を例として挙げた場合、100床の一部で実施すると仮定した場合、34名が看護・介護職であるが、看護職は10名程度の常勤配置とされる。現状として、平成22年度の本研究において、介護老人保健施設では、実際

に機器を装着した療養者は入所していない、また胃瘻等の継続医療処置の指導も行っていないことが明らかとなっている。

療養支援パスをもとに在宅へ移行できるような指導の上では、一般的な呼吸器ケアを実施することができる経験を有しているかを判断するとともに、必要な場合は看護師への指導が必要となる。また、療養者1人に係る指導時間を検討し、関わる人数の範囲を決定することが、必要な看護師の人員配置数を検討して運用をする上での課題となる。

#### E. 考察

本研究は、医療依存度が高いまま急性期病院を退院する療養者と家族が、在宅での医療処置を安全に安心して実施することができるための、指導・訓練施設の構築と看護のあり方を検討することを目的としている。医療依存度の高いまま退院する患者の退院前後の状況と教育・指導方法の現状、医療依存度の高い在宅療養者の技術習得家庭と困難等の事例収集、既存の施設である介護老人保健施設、介護療養型医療施設、急性期病院等の現状調査、療養支援体制を踏まえ、指導・訓練の場と看護のあり方について検討した。検討の結果、医療処置のうち在宅酸素療法について、安全で安心して在宅へ移行できるように支援するための療養支援パスを作成した。在宅移行にかかわる既存施設における療養支援パスの必要性について、各施設の現状および中間施設の機能を果たすための課題を中心に考察する。

##### 1. 訪問看護ステーションにおける療養支援パスの必要性

###### 1) 医療依存度の高い在宅療養者の課題に対する療養支援パスの内容について

平成22年度の本研究結果では、居宅において医療処置を要する療養者・家族は予期せぬトラブルに対する対処および判断への困難や療養者の生命にかかわる医療処置を担うことに対する責任を感じていた。療養者・家族の状況に合わせて十分な指導期間を確保し、適切かつ段階的な指導のスケジュールによる指導を行うことで精神的な支援も含めた指導のあり方の必要性

が明らかになった。初期の指導を終えた在宅への移行後についても、療養者・家族の状態は変化するため、医師または看護師はトラブルの有無に関わらず、在宅移後の定期的な医療処置の状態の確認を行い、定期的な療養者の健康管理、家族の医療処置に関する習得状況の確認をすることなどにより、療養者・家族による安全な在宅医療処置の継続を支援していくことが重要であった。

上記の点について、療養支援パス（在宅酸素療法の場合）では、看護アセスメント内容として身体状況については「在宅療養の経過の把握」「在宅での療養状況の把握」など療養生活における変化を継続的に把握する構成となっている。さらに、在宅酸素療法についての疑問や不安の確認、理解状況の把握などに加えて、「ボディイメージの変化における受容度の現状」や「在宅酸素療法導入における心理面の変化」など精神面へのサポートに関する内容も含めた構成となっている。また、在宅療養においては、療養者および家族の状況に応じて支援体制が適切であるかどうかを継続的に確認していく必要がある。この点についても、「療養者の現状に合わせて訪問回数の相談・設定」「家族・介護力について随時評価」「医療機器提供者との連絡体制の確認」など、状況に応じて支援体制を確認し整備していけるような構成となっている。このように、在宅酸素療法を要する療養者に対する訪問看護支援では、身体管理に加えて酸素療法、心理・社会面に関する看護アセスメントおよびアセスメントに基づく看護介入、療養者にニーズに即した看護指導を実践していくことが重要である。

## 2) 療養支援パスの効果的な活用における訪問看護ステーションのあり方

一方、療養支援パスに基づいた訪問看護を効果的に実施していくにあたっては、療養支援パスの内容を十分提供できるようにするための訪問看護の提供体制を確保しておくことが必要である。以下、療養支援パスを効果的に活用できるようにするための訪問看護提供体制にかかわる診療報酬・介護報酬の制度上の裏付けについてまとめた。

まず、在宅酸素療法は、介護保険制度における介護報酬体系において特別な管理を要する場

合に算定できる「特別管理加算」の対象となっており、訪問看護において適切な看護計画・管理が求められているものである。

医療依存度の高い療養者が医療機関から在宅に移行するにあたっては、医療機関と訪問看護ステーションとの間でスムーズな役割・機能の移行、すなわち連携が必要である。退院時の医療機関との連携については、医療保険制度の診療報酬体系において訪問看護管理療養費への加算として「在宅患者連携指導加算」「退院時共同指導加算」「退院支援指導加算」の算定が可能である。介護保険制度においても医療機関からの退院後に円滑な訪問看護が提供できるよう訪問看護への加算として「退院時共同指導加算」「初回加算」が平成24年度介護報酬改定により新設された。それぞれ算定要件はあるがこれらの制度を活用しながら、在宅移行に向けたスムーズな移行のために訪問看護ステーションは積極的に退院前に医療機関との連携を行っていく必要がある。

また、退院前後のみに限らず療養者の状況については他職種が情報共有をする場が必要である。診療報酬体系においては緊急時については「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」が算定できる。介護保険制度についても、訪問看護に対する加算等は設けられていないがサービス提供者会議が義務化されており、このような場を活用して関係職種連携体制を確保しておくことが必要である。

また、在宅移行初期など療養者が医療処置等に慣れたり精神的な不安が安定するまでの期間は頻回な訪問や長時間の訪問を要する場合がある。このような状況に対して、これまで人工呼吸器装着者については診療報酬上長時間訪問看護加算が週1回利用できたり、難病患者等に関しては「難病患者等複数回訪問加算」が算定できており、利用できる対象者には制限があった。このニーズに対して、平成24年の診療報酬改定においては、訪問回数を週4日以上提供できる対象が拡大されたり、退院後、外泊日、退院当日の訪問看護が評価されたりするようになり、同時に看護補助者との同行訪問が「複数名訪問看護加算」として算定できることとなった。

本調査結果において明らかになった医療依存

度の高い在宅療養者の課題であるトラブル対応などの緊急時の支援体制については、診療報酬体系においては訪問看護管理療養費への加算として24時間連絡体制加算または24時間対応体制加算、重症管理加算（対象者は限定される）、さらに訪問看護療養費への加算として「緊急時訪問看護加算」があり、介護報酬においては「緊急時訪問看護加算」などが算定できている。また、平成24年度より定期巡回・随時対応型訪問介護事業所との連携に対する加算が設けられ、介護事業所との連携のもと療養者の状態に応じた訪問看護調整が可能となり、療養者のトラブルなどの早期発見・早期対応が望まれる。

以上のように、訪問看護ステーションが療養支援パスについて確実かつ効果的に実施できるような提供体制を整備することは、確実な看護実践に加えて重要なことであり、それぞれ算定要件等の制限はあるものこれらを活用しながら在宅医療の安全性を確保していくことが望まれる。また、在宅医療における訪問看護提供の適切性を評価し、看護の質のみならず「連携の質」を担保するうえでも、療養支援パスは有用であると考えられる。

## 2. 療養通所介護事業所における療養支援パスの必要性

本療養支援パスにおける中間施設の役割・機能について、前述の訪問看護サービスのように療養者の拠点を在宅におきながら支援を受けることのできる既存のサービスとして、療養通所介護サービスが有用である。

療養通所介護の利点としては、以下が考えられる。

- ①訪問看護と一体化したうえで通所により長時間の看護介入が可能となるため療養者の日内変動や活動状況に応じた心身状態の把握や対応が可能となること
- ②日中の適切な看護介入により、夜間自宅で安定した状態で過ごすことが可能となること
- ③積極的な呼吸などのリハビリテーションが可能となること

④心身状態の変化に応じた医療処置方法の変更が可能となること

⑤一定時間療養者が通所することによる家族の負担感・責任感の軽減となること

また、訪問看護と一体化しているため通所時間外の居宅における緊急時やトラブル対応もスムーズに行うことができる。例えば、療養支援パスの中間施設の機能における「機器管理の理解や想定されるトラブルへの対応」についても十分な時間をかけて修得することが可能となったり、実際の生活状況・活動状況を想定した在宅酸素療法の実施や心身状況に合わせた変更が可能となる。このように、療養通所介護サービスとは、療養支援パスにおける「在宅」と「中間施設」の役割・機能を同時進行で提供できるという利点がある。

しかし一方で、療養通所介護において医療処置を要する療養者の支援を行うための課題も明らかになっている。本サービスは、介護保険制度におけるサービスであり、障害児の利用については地域によっては障害者自立支援法における日中一時支援事業などによって利用可能となっている場合もあるが制度上の裏付けに地域格差が生じている。また、介護保険制度に基づくサービスであるため医療依存度の高い療養者へのサービス提供が想定されておらず、医師の指示書がないなど医師や医療機関との連携や医療処置に必要な機器等の整備にかかるコスト面についての課題がある。このような課題があり、本邦において療養通所介護事業所数は増加傾向にはない現状がある。今後は、これらの課題に対して制度面での支援などによって、療養者が拠点を自宅におきながら安全かつ継続的に療養生活を送れるように、通所型と訪問型の流動的な組み合わせが可能であり、医療依存度の高い療養者に対応できるような医療・看護提供を想定したサービスの在り方が求められているものと考えられる。

## 3. 小規模多機能型居宅介護における療養支援パスの必要性

小規模多機能型居宅介護とは、介護保険サービスの地域密着型サービスに位置付けられてい

る。小規模多機能施設では、要介護者に対し、居宅またはサービスの拠点において家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、入浴、排せつ、食事等の介護やそのほかの日常生活上の世話および機能訓練を行う施設である。機能としては、「通い」「訪問」「泊まり」があり、「通い」を中心として要介護者の状態や希望に応じて随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせるサービスを提供する施設である。利用者の定員上限は日中ケアにおいては15人、泊まりの夜間ケアにおいては9人となっている。

医療機関から医療処置を要しながら在宅へ移行する療養者にとって、自宅および住み慣れた地域を拠点としながら、身体管理や酸素療法に関するセルフケアの獲得、リハビリテーションなどを行っていくことができる。また、身体状態や酸素療法に関するトラブル対応、精神的な不安（家族も含め）などの状況によっては「泊まり」による長時間の支援が可能となる点についても非常に有用な施設といえる。

しかし、本施設は、介護保険制度のサービスに位置付けられていることから人員配置上、医療依存度の高い療養者の受け入れが想定されているとは限らず、人員配置としては看護職員が一事業所に対して1以上という指定基準である。看護職員配置加算はあるものの医療依存度の高い療養者を受け容れる体制には施設によって格差があるものと考えられる。医療依存度の高い療養者を受け容れるためには、看護職員の配置及び医師との連携は必須である。

また、小規模多機能型施設では一か月ごとのサービス利用料は定額である。基本的に通所等の場合、各利用者に必要な機材や物品等は各利用者が持参することとなる。しかし、施設の設備としても医療依存度の高い療養者を受け容れるに際しては、緊急時に十分対応できるような機材等を備えておき、さらに職員の看護技術の維持・向上に関する研修等も含めて体制を整えておくことが必要である。医療依存度の高い療養者を受け容れるにあたっては経営上の影響を受けざるを得ない可能性も考えられる。

上記のような小規模多機能型居宅介護における医療の提供体制に関する課題について、平成24年度の介護報酬改定では新たに小規模多機

能型居宅介護に訪問看護の機能を有する「複合型サービス」が創設された。この複合型サービスでは、利用者が医療保険の訪問看護を利用した場合には減算されるという規定があるものの、医療依存度の高い療養者の受け入れを推進する動向にある。しかし、小規模多機能型居宅介護事業所への通所という形での看護提供ではなく、あくまでも訪問看護としての提供であり、長時間継続した看護提供が可能になるわけではないため、医療処置の指導や病状把握等においては実施困難なことも考えられる。

以上の通り、現状の医療提供体制としては十分とは言えない体制であるが、療養支援パスに示している中間施設および在宅における役割・機能を担うことができるように、医療職員の配置等の課題を整備することにより、医療依存度の高い在宅療養者の安全で安心できる療養生活への支援は可能となるものと考えられる。

#### 4. 老人保健施設における療養支援パスの必要性

介護老人保健施設は、病院と在宅療養の中間施設として創設された経緯から、看護師が配置されているため医療依存度の高い入所者への対応は可能と考えられる。しかしながら、調査結果からは経口薬の管理や胃瘻の管理が中心で、在宅酸素療法や人工呼吸器の管理については経験が少ないため、看護職員の教育プログラムや手順の作成が必要となる。計画段階でプログラムや手順を作成するために、医療依存度の高い入所者への看護を具体的にイメージできる療養支援パスが有効である。実施段階でも入所者のスケジュールや看護業務分担や業務予定を作成する上で有効なツールと考えられる。また、実施時に療養支援パスにチェックをして看護記録として活用することも可能と考えられる。

医療依存度の高い入所者を在宅療養へ移行していくことを目指した介護老人保健施設における看護実践は、入所者とその家族への教育的な要素である介入であり、従来の与薬といった直接的な診療の補助ではない、看護の専門性が高く要求される。看護実践の質を向上するためには、療養支援パスを活用した看護実践の標準化は有効な方法である。

退院した病院と介護老人保健施設と連携していくためには、入所者の情報の共有は必要不可欠であり療養支援パスを中核にした在宅療養を推進するプログラムの共有化は重要なツールとなる。仮に症状が悪化した時には病院に戻り、治療を終えて在宅療養に戻る時には、療養支援パスを点検修正し、中間施設である介護老人保健施設で在宅療養に向けて療養支援パスを核にした看護実践が継続していくことになる。

介護老人保健施設が、安全で・安心な在宅療養を行うための病院と在宅との中間施設として機能するためには、療養支援パスといった病院から在宅を俯瞰して療養を支援するツールの導入が必要と考えられる。療養支援パスを作成するプロセスで、病院と介護老人保健施設が協働していく場を通して、医療依存度の高い入所者を介護老人保健施設で受け入れるための、看護体制や設備について検討が進む契機になると考えられる。

## 5. 病院（外来）における療養支援パスの必要性

医療依存度の高い在宅療養者の場合、医療機関に入院中に医療機器を導入し、在宅で引き続き医療機器を使用していくという状況が多いと考えられる。このような場合、入院中に病棟看護師や退院支援看護師より医療機器を使用しながらの在宅療養に関する指導が療養者および家族に対して行われた後に退院していくということとなる。しかし、医療機能分化が進む中、入院日数の短縮がなされ、病院看護師の退院指導・退院支援においては、「短期間での医療機器の使用に対する指導はかなりポイントを絞った内容となる」「残りの処置等の多くは患者の家族や訪問看護師に依頼する」「指導の途中でも、これ以上は無理という判断をするなどの退院指導の見極めを行い、指導が十分でない場合で在宅療養が困難な場合には、転院を考えることもある」という状況となっていた。そのため、「地域との情報交換の場の設定が不可欠であり、院内の退院調整看護師が開催する地域との合同カンファレンスや退院時に渡す記録(サマリー)が重要となる」とも言われており、この役割を担うのが療養支援パスであると考えられる。

病棟において残された課題を、外来に申し送ってもらい、次回外来受診時に残りの指導を実施するなどの連携を図ることが可能となる。また、訪問看護師に療養支援パスが渡され、指導依頼を行った場合でも、支援パスのチェックの状況を見ることで、療養者の現状を把握することができ、必要な指導を適時適切に実施することが可能となると考えられる。

病院では医師が常駐していることから、医師の指示の下にチェックする項目や、身体侵襲を伴うチェック項目については、病院で実施する必要がある。たとえば、HOT 導入者の歩行テストなどは、運動負荷をかけ酸素飽和度の低下状況や、休憩による回復の状況、活動可能距離を確認するのであるが、酸素飽和度が過度に落ちた場合には救急処置が必要であったり、その状況に応じて酸素流量の変更指示が出されたりと医師と連携して指導を実施していく必要がある。

このような連携が必要な指導・評価項目については病院の外来で行い、その実施結果を療養支援パスに反映させ療養生活に生かしていく。そして自宅で指導内容を守り安全な療養生活が送れるように、訪問看護等につないでいく場合にも、療養支援パスを活用することができる。病院の退院支援看護師は「安全に在宅につながるために、退院指導を行うとともに、地域との情報交換を十分に行い、地域での体制を整えることを行う」とも言っていた。この、地域との情報交換のツールとして、療養支援パスは活用できると考えられる。

急性期病院の病棟看護師は「短時間での退院指導に限界を感じており、家族を追い詰めているようである」ことや「もっと時間をかけたら安心して帰ることができる」という思いを持っていた。療養支援パスを利用して、療養者にかかわる医療職へ指導をつないでいくことができれば、退院指導について病院内で完結するものではないという認識をもつことができる。この療養支援パスがあることで、病棟から外来への指導内容が渡され、さらに訪問看護や療養施設につなげることができるのである。

また、急性増悪時や体調の変化により、指示内容が変更となった場合、地域で療養者を支える医療者から療養支援パスを通じて情報を得る

ことができる。病院は情報を発信しているだけでなく、情報を地域から受けるということもあり、療養支援パスはどちらにも有用であると考えられる。

## 6. 在宅療養支援診療所における療養支援パスの必要性

在宅療養支援診療所は、患者に対する 24 時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ 24 時間の往診、訪問看護等を提供できる体制を構築するために、平成 18 年度に創設された。創設後、毎年、その数は増加しており、平成 22 年 7 月 1 日現在で 12,487 件の届け出となっている。

在宅療養支援診療所の主な要件は、以下のとおりである。

- ・保健医療機関たる診療所であること。
- ・当該診療所において、24 時間連絡を受けられる医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患者に提供していること。
- ・当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患者の求めに応じて、24 時間往診が可能な体制を確保し、往診担当者の氏名、担当日等を文書で患者に提供していること。
- ・当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患者に提供していること。
- ・当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること。

・医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携していること。

・当該診療所における在宅看取り数を報告すること。

在宅療養支援診療所は、その診療所の職員のみだけでなく、周囲の診療所や訪問看護ステーションと連携して、24 時間療養者のニーズに対応していくという体制をとることが特徴である。24 時間対応できる体制があるということは、夜間の医療機器等使用時の指導やトラブル対応などを行うことができることから、医療依存度の高い患者に対して病院から継続して指導を行うことが可能であると考えられる。

しかし、複数の所属の医療者が 1 名の療養者にかかわることから、情報の共有が散漫になることが予測され、情報の共有や指導の継続性を保つことが課題となると考えられる。そこで、療養者や家族がどこまで医療処置等が自身で行えて医療者は何を行えばよいのか、どこからどのような指導を行えばよいのか等の情報を、在宅療養支援診療所にかかわる訪問看護師間及び療養者・家族との情報共有のためのコミュニケーションツールとして療養支援パスを活用することが可能であると考えられる。また、緊急入院の体制を確保することも要件としてあることから、療養者の急性増悪時には連携先に入院することが想定されている。このような場合には療養支援パスを用いて入院先へ情報提供を行うとともに、退院時には入院治療による機器類の変更の情報を療養支援パスに加えて在宅療養担当者につなげていくことができると考えられる。

在宅療養支援診療所の場合、さまざまな所属の医療者が 1 名の療養者にかかわることが考えられることから、情報共有するために療養支援パスを用いることが可能であると考えられる。



# 資料

項目	入院安定期～退院前(病院内)	中間施設	在宅(訪問看護)
アウトカム	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法を使用した生活を理解し、イメージできる <input type="checkbox"/> 呼吸リハビリテーションの必要性・方法を理解できる。 <input type="checkbox"/> 実践レベル> <input type="checkbox"/> 酸素療法と体調の自己管理が理解でき、実践できる <input type="checkbox"/> 呼吸リハビリテーションを自分自身で実践できる	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法のある生活に心身共に慣れることができる <input type="checkbox"/> 療養中の禁忌事項の理解、酸素調整の実施 <input type="checkbox"/> 機器管理を理解でき、想定されるトラブルに対応できる <input type="checkbox"/> 安心・自立して自宅で療養し、体調の自己管理ができる <input type="checkbox"/> 水分・栄養摂取・感染予防行動がとれる。 <input type="checkbox"/> 健康の自己管理ができる	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法のある生活に慣れ、機器操作の自己管理ができる <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法によるボディイメージの変化を受容でき、徐々に在宅での活動を維持・拡大できる。 <input type="checkbox"/> 安心・自立して自宅で療養し、体調の自己管理ができる <input type="checkbox"/> 健康増進にむけた呼吸リハビリテーションの継続、急性増悪時の適切な対処行動がとれる
看護アセスメント	<b>身体管理</b> 【身体症状】 <input type="checkbox"/> COPDの症状一あてで記入 <input type="checkbox"/> バイタルサイン(呼吸、血圧、脈拍、体温)、痰の性状・色・量、酸素飽和濃度(安静時・負荷時)、浮腫の程度、呼吸困難感(修正Borgスケールでの評価) <input type="checkbox"/> 検査結果一血液ガス分析、採血 胸部レントゲン、高分解能CT検査、呼吸機能検査、6MWD検査、酸素供給器使用下の血液ガス測定値 【ADL】 <input type="checkbox"/> 入院中の活動状況 【排泄】 <input type="checkbox"/> 排便、排尿回数の観察とコントロール(努責の有無) 【清潔】 <input type="checkbox"/> 清潔行動時の酸素消費量 <input type="checkbox"/> 清潔観念、使用時間、入浴時の動作、SpO <sub>2</sub> 変化 【栄養】 <input type="checkbox"/> 栄養評価一採血データ、体重、BMI、体重変化、食習慣、摂取時の状況 【薬剤】 <input type="checkbox"/> 薬物療法の理解度(内服方法、吸入方法、効能) <input type="checkbox"/> 去痰薬、気管支拡張薬、吸入療法、必要時緩下剤 <input type="checkbox"/> 吸入ステロイド、急性増悪時のアクションプランの有無・実施状況 【呼吸リハビリテーション】 <input type="checkbox"/> 肺理学療法による呼吸筋機能の現状 <input type="checkbox"/> 排痰の喀出状況、気道浄化、水分摂取状況	<b>身体管理</b> <input type="checkbox"/> 入院時サマリーによる経過の把握 <input type="checkbox"/> 全身状態の把握、COPDの症状の現状 <input type="checkbox"/> バイタルサイン(呼吸、血圧、脈拍、体温)、痰の性状・色・量、酸素飽和濃度(安静時・負荷時) 【ADL】 <input type="checkbox"/> 日常生活での活動の把握 <input type="checkbox"/> 日常生活での活動にかかる酸素消費量の把握 <input type="checkbox"/> ADLトレーニングでの動作の実施状況の把握 【在宅での療養生活の現状】 <input type="checkbox"/> 在宅での療養状況の把握 <input type="checkbox"/> 療養日誌を参照しての日常生活状況 <input type="checkbox"/> 食生活(栄養状況) <input type="checkbox"/> 清潔行動の状況 <input type="checkbox"/> 排泄状況 <input type="checkbox"/> 睡眠状況 <input type="checkbox"/> 上記以外の活動状況 【薬剤】 <input type="checkbox"/> 内服薬の自己管理の確認 <input type="checkbox"/> 内服薬・吸入薬の実施方法の把握・確認 【呼吸リハビリテーション】 <input type="checkbox"/> 自己での呼吸リハビリテーション実施の現状把握 <input type="checkbox"/> 運動量の確認	<b>身体管理</b> <input type="checkbox"/> 在宅療養の経過の把握 <input type="checkbox"/> バイタルサイン(呼吸、血圧、脈拍、体温)、痰の性状・色・量、酸素飽和濃度(安静時・負荷時) <input type="checkbox"/> COPDの症状の経過の把握 【ADL】 <input type="checkbox"/> ADLトレーニングを用いた活動状況・活動範囲の把握 【在宅での療養生活の現状】 <input type="checkbox"/> 在宅での療養状況の把握 <input type="checkbox"/> 療養日誌を参照しての日常生活状況 <input type="checkbox"/> 食生活(栄養状況) <input type="checkbox"/> 清潔行動の状況 <input type="checkbox"/> 排泄状況 <input type="checkbox"/> 睡眠状況 <input type="checkbox"/> 上記以外の活動状況 【薬剤】 <input type="checkbox"/> 内服薬の自己管理の確認 <input type="checkbox"/> 内服薬・吸入薬の実施方法の把握・確認 【呼吸リハビリテーション】 <input type="checkbox"/> 自己での呼吸リハビリテーション継続の実施の現状把握 <input type="checkbox"/> 運動量の確認
	<b>酸素療法</b> <input type="checkbox"/> 病状に関する理解一酸素吸入の必要性の理解 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法に対する理解一疾患に対する知識、理解度、受け入れ状況、既往歴、生活歴、喫煙歴、生活への意欲 <input type="checkbox"/> 呼吸器感染予防の理解の現状 【酸素療法実施】 <input type="checkbox"/> 酸素吸入の確認 <input type="checkbox"/> 在宅酸素機器取り扱いについての説明と理解の確認 <input type="checkbox"/> 自宅における酸素供給器の設置場所の状況 <input type="checkbox"/> 禁煙状況(本人、家族) <input type="checkbox"/> 火気取扱いの注意の認識 <input type="checkbox"/> 家庭内の電磁調理機器の準備状況	<input type="checkbox"/> 症状に関する理解一在宅酸素療法の必要性の理解の程度 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法の現状 <input type="checkbox"/> 酸素飽和濃度(安静時・負荷時) <input type="checkbox"/> 安静時・労作時の酸素指示量の設定の確認 <input type="checkbox"/> 酸素設置での酸素吸入実施、酸素流量設定確認、機器動作確認 <input type="checkbox"/> 酸素吸入状況の確認、疑問・不安の有無 <input type="checkbox"/> 在宅酸素機器取り扱いについての理解状況の把握(インターフェイスの交換、皮膚障害発生予防の理解状況) <input type="checkbox"/> 自宅における酸素供給器の設置場所の確認 <input type="checkbox"/> 自宅内での活動との利便性 <input type="checkbox"/> 療養生活上の活動での不具合の確認 <input type="checkbox"/> 本人・家族の喫煙の理解と実施状況	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法の状況 <input type="checkbox"/> 酸素飽和濃度(安静時・負荷時) <input type="checkbox"/> 安静時・労作時の酸素指示量の設定の確認 <input type="checkbox"/> 酸素設置での酸素吸入実施、酸素流量設定確認、機器動作確認 <input type="checkbox"/> 在宅での酸素吸入状況の確認、疑問・不安の有無 <input type="checkbox"/> 在宅酸素機器取り扱いについての理解状況の把握 <input type="checkbox"/> 加湿水交換の現状、フィルター清掃の状況、携帯用酸素ボンベの備えの状況、インターフェイスの性状・交換の状況) <input type="checkbox"/> 皮膚障害の有無の確認 <input type="checkbox"/> 自宅における酸素供給器の設置場所の確認 <input type="checkbox"/> 自宅内での活動との利便性 <input type="checkbox"/> 療養生活上の活動での不具合の確認 <input type="checkbox"/> 本人・家族の禁煙状況、火気使用状況
	<b>心理・社会</b> <input type="checkbox"/> チューブの拘束感の程度 <input type="checkbox"/> 酸素療法導入における心理面の変化、受け入れの状況 <input type="checkbox"/> ボディイメージの変化における受容度の現状 <input type="checkbox"/> 家族の健康状態、介護意欲の程度	<input type="checkbox"/> チューブの拘束感の程度、慣れの現状 <input type="checkbox"/> 酸素療法導入における心理面の変化、受け入れの状況 <input type="checkbox"/> ボディイメージの変化における受容度の現状 <input type="checkbox"/> 家族の健康状態、介護意欲の程度	<input type="checkbox"/> 在宅におけるチューブの拘束感、慣れの現状 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法導入における心理面の変化、受け入れへの変化 <input type="checkbox"/> ボディイメージの変化における受容度の現状 <input type="checkbox"/> 家族の健康状態、介護意欲の程度
<b>看護介入</b> <input type="checkbox"/> 家庭療養環境の調整(機器の購入など) <input type="checkbox"/> 可能な場合)試験外泊における問題の明確化 <input type="checkbox"/> 療養方針の立案と在宅ケアプラン作成 <input type="checkbox"/> サービス提供職種と訪問頻度の把握、必要時間関係職種とのカンファレンス(訪問看護ステーション、地域の介護支援専門員、ケアマネージャー等) <input type="checkbox"/> 入院経過サマリー作成(労作時の呼吸状況、回復時間の把握、安静時・労作時の酸素指示量) <input type="checkbox"/> 家族・介護力の評価、家族の健康状態の観察 <input type="checkbox"/> 不安や問題点について訴えを聞く <input type="checkbox"/> ボディイメージの受容過程の把握、新しいボディイメージの獲得への援助	<input type="checkbox"/> アセスメント後、個別的問題の整理、達成度の設定 <input type="checkbox"/> 達成度に合わせてケアプラン立案 <input type="checkbox"/> 必要時間関係職種との連携(訪問看護ステーション、地域の介護支援専門員、ケアマネージャー等) <input type="checkbox"/> 入院経過サマリーと現状の確認・評価(労作時の呼吸状況、回復時間の把握、安静時・労作時の酸素指示量の適正の確認・評価) <input type="checkbox"/> 在宅で療養する上での家族の理解を確認、不安の状況を把握する <input type="checkbox"/> 介護力の評価、家族の健康状態の変化を確認、評価する <input type="checkbox"/> 不安や問題点について訴えを聞く <input type="checkbox"/> ボディイメージの受容過程の把握、新しいボディイメージの獲得への援助	<input type="checkbox"/> 療養者の現状に合わせて訪問回数の相談、設定 <input type="checkbox"/> 機器の取り扱いの理解度とトラブルの有無の確認 <input type="checkbox"/> 急性増悪症状のモニタリング継続、早期発見と適切な対処の実施 <input type="checkbox"/> 入院経過サマリーと現状の確認・評価(労作時の呼吸状況、回復時間の把握、安静時・労作時の酸素指示量の適正の確認・評価) <input type="checkbox"/> 日常生活上の困難について確認する <input type="checkbox"/> 心理状態の観察 <input type="checkbox"/> 新しいボディイメージの獲得の現状把握 <input type="checkbox"/> 家庭内役割の復帰状況 <input type="checkbox"/> 家族の健康状態の把握 <input type="checkbox"/> 介護内容・方法の観察	
看護指導	<b>身体管理</b> <input type="checkbox"/> 身体状況の理解 <input type="checkbox"/> バイタルサイン(体温、脈拍、血圧、呼吸数) <input type="checkbox"/> 酸素吸入の状況と酸素飽和度等の値、 <input type="checkbox"/> 療養日誌の記入の説明と指導 <input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> ナルコーシスの観察 <input type="checkbox"/> 受診のタイミング <input type="checkbox"/> ADLトレーニング <input type="checkbox"/> ベッドからの起き上がり、歩行、階段昇降、脱衣、風呂の出入り、洗濯、荷物の上げ下ろし <input type="checkbox"/> これらの労作前・中・後の酸素飽和度測定と回復時間の判断し、退院時身体機能を説明 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 個別に排泄リズムと性状を合わせて、怒責による息止めがあるか確認、必要時指導、排泄前後の酸素消費量の変化、酸素飽和度の上昇 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 清潔観念と入浴方法を踏まえて安全な方法を指導(ADLトレーニングの実践の場として評価する) <input type="checkbox"/> 酸素ボンベをもって行う場合の入浴方法の説明・実践	<b>身体状況の理解</b> <input type="checkbox"/> バイタルサイン(体温、脈拍、血圧、呼吸数) <input type="checkbox"/> 酸素吸入の状況と酸素飽和度等の値、身体状況についての理解(特に活動量と脈拍との関連性の理解を促す) <input type="checkbox"/> 療養日誌の実施状況と合わせて指導 <input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> ナルコーシスの理解の指導 <input type="checkbox"/> 身体状況と受診のタイミングの指導 <b>ADLトレーニング</b> <input type="checkbox"/> 以下の項目がどの程度できているか実践し評価、必要項目の指導 <input type="checkbox"/> ベッドからの起き上がり、歩行、階段昇降、脱衣、風呂の出入り、洗濯、荷物の上げ下ろし <input type="checkbox"/> これらの労作前・中・後の酸素飽和度測定と回復時間の判断を含めてトレーニングを実施 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 個別に排泄リズムと性状を合わせて、怒責による息止めがあるか確認、必要時指導、排泄前後の酸素消費量の変化、酸素飽和度の上昇 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 清潔観念と入浴方法を踏まえて安全な方法を指導(ADLトレーニングの実践の場として評価する) <input type="checkbox"/> 酸素ボンベをもって行う場合の入浴方法の実践 <input type="checkbox"/> 自宅の浴室状況(窓の位置等)リスクの把握と理解	<b>身体状況の理解</b> <input type="checkbox"/> バイタルサイン(体温、脈拍、血圧、呼吸数) <input type="checkbox"/> 酸素飽和度等の値と身体状況についての変化の理解 <input type="checkbox"/> 療養日誌の実施状況と合わせて指導 <input type="checkbox"/> インフルエンザの予防接種 <input type="checkbox"/> 一般的な感染予防行動の実施・継続 <b>ADLトレーニング</b> <input type="checkbox"/> 以下の項目の実施状況と活動状況に合わせて評価・指導 <input type="checkbox"/> ベッドからの起き上がり、歩行、階段昇降、脱衣、風呂の出入り、洗濯、荷物の上げ下ろし <input type="checkbox"/> これらの労作前・中・後の酸素飽和度測定と回復時間の判断を含めてトレーニングを実施、適宜変更 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 個別に排泄リズムと性状を合わせて、怒責による息止めがあるか確認、必要時指導、排泄前後の酸素消費量の変化、酸素飽和度の上昇傾向を含めた行動 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 清潔観念と入浴方法を踏まえて安全な方法を指導(ADLトレーニングの実践の場として評価する) <input type="checkbox"/> 自宅の浴室状況を加味しての入浴方法の工夫
	<b>栄養</b> <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> 高たんぱく・高エネルギー食摂取の必要性の理解、指導(複数疾患を持つ場合は、管理栄養士へコンサルトし、適切な摂取カロリーを指導) <input type="checkbox"/> 分食等の酸素消費量の少ない摂取方法、おやつ選択の指導 <input type="checkbox"/> 必要時、栄養補助製材の選択	<b>栄養</b> <input type="checkbox"/> 自宅での食事内容と摂取量の確認 <input type="checkbox"/> 疾患に合わせて、塩分制限・高たんぱく・高エネルギー食摂取の必要性の理解、指導 <input type="checkbox"/> 酸素消費量の少ない接種方法の実践・評価 <input type="checkbox"/> 療養日誌も踏まえ、体重変化についての説明・理解	<b>栄養</b> <input type="checkbox"/> 自宅での食事内容と摂取量の確認の継続 <input type="checkbox"/> 酸素消費量の少ない接種方法の実践の継続・評価 <input type="checkbox"/> 療養日誌も踏まえ、体重変化について確認・理解
<b>酸素療法</b> <input type="checkbox"/> 酸素供給管理の実施 <input type="checkbox"/> 酸素流量設定の確認(安静時・運動時・負荷時) <input type="checkbox"/> 酸素の消費量を最小限にした日常生活動作を説明、理解できる <input type="checkbox"/> 実際に酸素消費量を抑えた日常生活動作を行う <input type="checkbox"/> 症状の自己観察 <input type="checkbox"/> 禁煙行動 <input type="checkbox"/> 呼吸状態の悪化時の症状と対処行動が理解できる <在宅へ向けて> <input type="checkbox"/> 酸素供給器設置 <input type="checkbox"/> 携帯用酸素ボンベ、酸素キャリア、緊急用バックアップボンベの搬入 <input type="checkbox"/> 外出時の操作、酸素残量確認方法を説明理解できる <input type="checkbox"/> 停電時の対応、災害時の対処について理解できる <input type="checkbox"/> 必要時吸引手技の獲得(家族)	<input type="checkbox"/> 酸素供給器設置の現状に合わせて指導 <input type="checkbox"/> 必要時、生活行動範囲に応じたチューブ延長または設定場所の変更 <input type="checkbox"/> 携帯用酸素ボンベ、酸素キャリア、緊急用バックアップボンベの搬入状況の確認、指導 <input type="checkbox"/> 携帯用酸素ボンベおよび呼吸同調装置の使い方の理解・指導 <input type="checkbox"/> 延長チューブ、水抜き設定の理解の把握、指導 <input type="checkbox"/> HOT加湿器の蒸留水、カニキュラの使用状況の確認 <input type="checkbox"/> 機器のフィルターの清掃状況(1回/週程度) <input type="checkbox"/> 外出時の操作、酸素残量確認方法の確認 <input type="checkbox"/> 電源造設の必要性の確認 <input type="checkbox"/> 在宅療養環境(換気状態、騒音振動対策)の確認 <input type="checkbox"/> 酸素供給器の設置場所の安全性 <input type="checkbox"/> 火気の取り扱いの理解 <input type="checkbox"/> 機器の自己メンテナンスについての理解	<input type="checkbox"/> 酸素供給器設置の現状について確認 <input type="checkbox"/> 必要時、生活行動範囲に応じたチューブ延長または設定場所の変更 <input type="checkbox"/> 携帯用酸素ボンベ、酸素キャリア、緊急用バックアップボンベの搬入状況の確認 <input type="checkbox"/> 火気の取り扱いの現状の確認 <input type="checkbox"/> 外出時の操作、酸素残量確認方法の確認 <input type="checkbox"/> HOT加湿器の蒸留水、カニキュラの使用状況の確認 <input type="checkbox"/> 機器のフィルターの清掃確認・指導(1回/週程度) <input type="checkbox"/> 在宅療養環境(換気状態、騒音振動対策)の確認 <input type="checkbox"/> 酸素供給器の設置場所の安全性 <input type="checkbox"/> 禁煙・火気の取り扱いについて確認・指導 <input type="checkbox"/> 機器の自己メンテナンスについての確認	
<b>呼吸リハビリテーション</b> <input type="checkbox"/> 肺理学療法によるコンディショニングの実践、自己実践の理解 <input type="checkbox"/> 運動療法の説明、実践(COPD体操、重症度に合わせて上下肢筋トレーニング) <input type="checkbox"/> 排痰法の実施確認、指導 <input type="checkbox"/> ADL機能にあわせたADLトレーニングの説明、理解、実践 <input type="checkbox"/> パニック時の呼吸法の説明、理解	<input type="checkbox"/> 肺理学療法によるコンディショニングの実践、自己実践の継続 <input type="checkbox"/> 運動療法の説明・継続の実施へのサポート(COPD体操、重症度に合わせて上下肢筋トレーニング) <input type="checkbox"/> 排痰法の実施確認、指導 <input type="checkbox"/> ADL機能にあわせたADLトレーニングの実践、個別的な身体機能に合わせた方法の選択 <input type="checkbox"/> パニック時の呼吸法の説明、理解	<input type="checkbox"/> 肺理学療法によるコンディショニングの実践、自己実践の継続 <input type="checkbox"/> 運動療法の説明・継続の実施へのサポート(COPD体操、重症度に合わせて上下肢筋トレーニング) <input type="checkbox"/> 排痰法の実施確認、指導 <input type="checkbox"/> ADL機能にあわせたADLトレーニングの実践、個別的な身体機能に合わせた方法の選択 <input type="checkbox"/> パニック時の呼吸法の説明、理解	
<b>薬剤</b> <input type="checkbox"/> 薬物療法の実施(内服方法、効能)、自己管理に向けて指導 <input type="checkbox"/> 去痰薬、気管支拡張薬、必要時緩下剤 <input type="checkbox"/> 吸入療法の正しい理解、取扱い方の説明、正しい吸入の実践確認	<input type="checkbox"/> 薬物療法の継続実施状況(内服方法、効能) <input type="checkbox"/> 内服・吸入を確実にできているか評価、必要時指導 <input type="checkbox"/> 必要時緩下剤の使用状況	<input type="checkbox"/> 薬物療法の継続実施状況(内服方法、効能) <input type="checkbox"/> 内服・吸入を確実にできているか確認 <input type="checkbox"/> 必要時緩下剤の使用状況	
<b>社会資源</b> <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳適用の確認と申請 <input type="checkbox"/> 各自治体の重症身体障害者医療費助成制度の利用の紹介 <input type="checkbox"/> 必要時介護保険制度の適用の確認 <input type="checkbox"/> 家事援助、生活用具、移送等のサービス希望の有無 <input type="checkbox"/> 医療機器提供業者との連絡方法の確認 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベのつけかえ <input type="checkbox"/> 機器のトラブルシューティング □アラームの対応	<input type="checkbox"/> 家族、介護上の問題への対応 <input type="checkbox"/> 各自治体の制度の利用状況の把握 <input type="checkbox"/> 家事援助、生活用具、移送等のサービス受容の状況、必要性の確認 <input type="checkbox"/> 使用機器の医療機器提供業者との連絡体制の確認 <input type="checkbox"/> 火気の取扱い □酸素ボンベのつけかえ <input type="checkbox"/> 機器のトラブルシューティング □アラームの対応	<input type="checkbox"/> 家族・介護力について随時評価 <input type="checkbox"/> 各自治体の制度の利用状況の把握 <input type="checkbox"/> 家事援助、生活用具、移送等のサービス受容の状況、必要性の確認 <input type="checkbox"/> 停電、災害時振り回り疑問の確認 <input type="checkbox"/> 使用機器の医療機器提供業者との連絡体制の確認	

## 資料2 調査施設の概要

### 施療養通所介護事業所 A の状況について



外観



外観（玄関）



玄関



訪問看護事業所



居室（共用）



居室（開閉式）・在宅酸素濃縮機

資料2 調査施設の概要



調理室



トイレ



浴室