

標準操作手順書

表題 入院患者の退院時共同指導の実施について
SOP No. II

起案者 徳島県薬剤師会
在宅医療推進検討プロジェクトチーム
瀬川 正昭 中田 素生 大林 秀樹
正木 雅泰 小林 澄子 岩下 佳代
山地知代子

作成日 2008年07月04日

発効日 2008年10月01日

Ⅰ 目 的

徳島県薬剤師会会員（保険薬剤師）による県内での退院時共同指導の実施方法について述べる。なお、本手順書（標準操作手順書 SOP：Standard Operating Procedure）は、会員が退院時共同指導に取り組む際の1つの参考資料として提示するものである。

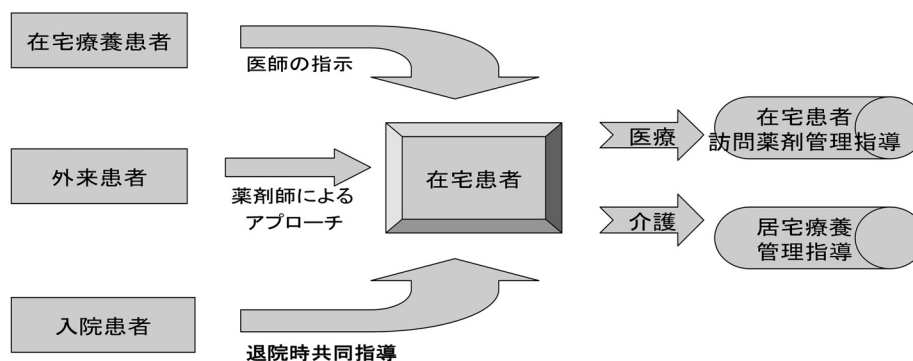
実際の指導にあたっては、関係法規および規則などを精査し、各自の責任において実施されること。

Ⅱ 退院時共同指導の位置づけ

在宅患者訪問薬剤管理指導あるいは居宅療養管理指導の実施にあたっては、3つの開始方法が考えられる。1つは医師から訪問の指示が出される（医師の指示型）ケース、2つめは薬剤師がその必要性を判断し、医師と協議して開始される（薬剤師提案型）ケース、そして3つめは退院時共同指導から開始される（退院時共同指導型）ケースである。

いずれも、その開始の方法によってアプローチは異なるが、退院時共同指導型は入院患者が入院期間中に、退院後の在宅療養（訪問薬剤管理指導など）を希望する者に対して行われることから、他の方法で開始するより容易に進めることができる。

退院時共同指導の位置づけ



Ⅲ 退院時共同指導とは

「退院時共同指導とは、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師などと共同して行った上で、文書により情報提供する。」ことをいう。すなわち、退院後在宅での療養を行う患者が対象となることに留意する。

ここで、「・・・入院中の保険医療機関の保険医または看護師などと共同して・・・」と記載されており、病院薬剤師の関与は明示されていない。「・・・などと・・・」に病院薬剤師が該当すると考えられるが、保険薬剤師が本共同指導に参加して有意義な指導にあたるためには、病院薬剤師の助力が必要であることを認識すべきであろう。退院時共同指導の主な目的は、入院時と同様に退院後も患者が一貫した継続性のある療養（治療、看護、介護、服薬管理指導など）が受けられ、QOL（Quality of Life）の向上が図れることであると考えられる。入院中の服薬指導と退院後の服薬指導が異なって、患者に無用な不安を与えるようなことは厳に慎むべきである。

III-1. 退院時共同指導と地域連携

1) 薬・薬連携および地域連携

退院時共同指導は、保険薬局が単独で実施できるものではなく、地域の医療や介護に携わる者が連携して成立するものである。特に、病院薬剤科とは綿密な連携を図ることが重要である。相互の情報を提供する際にも、統一した書式を作成し円滑に連携を図るなど、意志疎通が重要であろう。

退院時共同指導に関与する者は、概ね以下の通りである。

- a) 入院中の医療機関：医師，看護師，病院薬剤師など
- b) 保険薬局：保険薬剤師（訪問薬剤管理指導届出薬局）など
- c) 退院後の療養を担う保険医療機関：医師，歯科医師，看護師など
- d) 訪問看護ステーション：訪問看護師（准看護師は除く。）
- e) 居宅介護支援事業者の介護支援専門員；ケアマネージャーなど
- f) その他

Ⅳ 退院時共同指導の実施方法

保険薬剤師の関与する退院時共同指導は、平成20年4月の診療報酬改定時に新設されたものであり、その実施において確立化された手法は存在しない。従って、その実施に際して以下に示す方法は基本的な事項として捉え、適宜適切に対応することとする。

IV-1. 実施に際しての事前準備および留意事項

1) 医療と介護の区分

退院時共同指導は入院中に行うものであり医療の範疇となる。退院後においては、介護認定を受けている者は居宅療養管理指導として介護保険が、それ以外の者は訪問薬剤管理指導として医療保険が適用される（介護優先原則）。

2) 対象患者

原則として、医療機関を退院したのち在宅で療養する者、あるいは居住系施設に入居する者が対象となる。但し、訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）を希望しない者に退院時共同指導を行うことはできない。

*居住系施設入居者とは、認知症対応型共同生活介護事業所（いわゆるGH）、高齢者専用賃貸住宅、ケアハウス・有料老人ホーム、特定施設（外部サービス利用型を含む）などの入居者であって通院が困難なもの、ならびに介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設など）に入居している末期悪性腫瘍患者（癌末期）。

3) 病棟研修

退院時共同指導に先立ち、入院中の医療機関の病棟において、病院薬剤師の行う該当患者の服薬指導に保険薬剤師が立ち会うことが望ましい。これは、研修というより退院後に保険薬剤師が行う服薬指導との継続性を担保することを目的とするものである。

4) 法的整備（個人情報保護など）

前項の病棟研修にあたり、各種個人情報（カルテ含む）の閲覧などを求めることから、保険薬剤師は、患者が入院している医療機関に誓約書、例えば「保険薬局薬剤師の病院実習に関する誓約書」を提出し、後に問題を残すことのないように配慮すること。

IV-2. 退院時共同指導の流れ

1) 入院患者の退院予定日が決まった時点で、患者の希望する保険薬局に、病院薬剤科あるいは地域連携室などから連絡が入り、退院時共同指導の準備は始まる。

退院時共同指導を円滑に実施するために重要なことは、全般をコーディネートすることにある。現状では、病院薬剤師と保険薬剤師の裁量に頼らざるを得ないであろう。

概ね、以下のように進めることとなる。退院時共同指導の流れを図-1に示す。

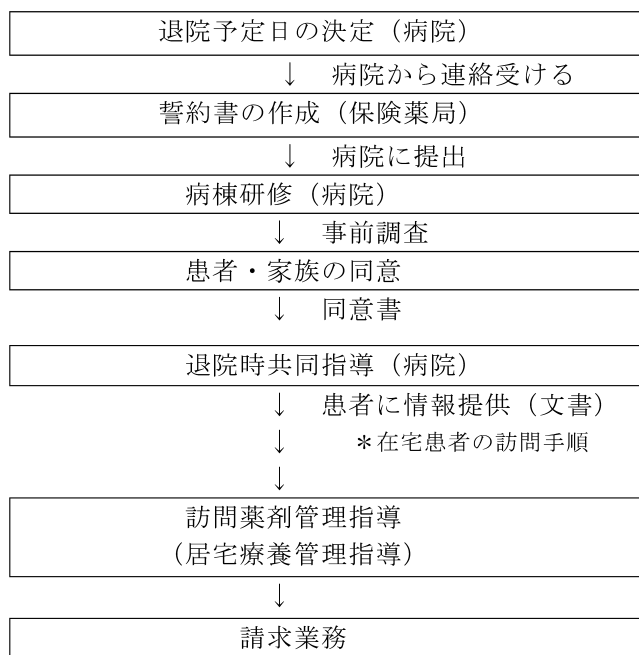


図-1 退院時共同指導の流れ

2) 作成文書類 (計画および報告など)

- a) 例えば、「保険薬局薬剤師の病院実習に関する誓約書」・・・保険薬剤師が病院での研修を受けるための誓約書。薬学部の学生実習に関わる誓約書を代用することも可能と考えられる。
- b) 退院時共同指導同意書・・・患者あるいはその家族に退院時共同指導を受けることの同意を得るための文書。様式見本-1 (退院時共同指導について) (65頁)を参照するが、同意を得た本文書の写しを受領しておくこと。
- c) 在宅患者訪問薬剤 (居宅療養) 管理指導・契約書・・・患者あるいはその家族に退院後の在宅訪問を受けることの同意または契約。様式見本-2 (居宅療養管理指導・契約書) 例 (66頁)を参照する。
- d) 退院時共同指導情報提供書・・・退院時共同指導の内容を患者に文書で提供する。様式見本-3 (退院時共同指導報告書) (70頁)を参照する。
- e) 以後、初診患者情報書 (医師の訪問指示を含む) などは、在宅患者訪問薬剤管理指導と同様である。

IV-3. 退院時共同指導時における調査・指導事項

介護認定を受けている場合は、介護保険被保険者証の確認 (保険者番号, 被保険者番号,

要介護度、有効期間など）義務のため、忘れないこと。退院時共同指導は医療保険の対象であるが、在宅訪問にあたっては介護保険の該当可否を確認しなければならない。

調査にあたっては、機械的に聞き出そうとせず、相手の状況に合わせて和やかな環境づくりに努めることも重要である。

- 1) 医療機関に入院中の患者の求めに応じて、他の医療機関および介護関係機関のスタッフとともに退院時共同指導にあたる（チーム医療）。
- 2) 薬剤の名称、効能・効果、副作用、服薬上の注意点などの確認および指導を行うこと（薬剤情報書）。
- 3) 薬剤の重複や相互作用についての確認および指導を行うこと（お薬手帳の活用など）。
- 4) 服薬することの意義・目的などの理解を促すこと（服薬コンプライアンスの向上など）。
- 5) 退院後に、患者のADLに影響を及ぼす可能性のある薬剤のチェックを行い、どのような影響が生ずる恐れがあるか検討しておくこと（退院後の薬剤管理指導計画に反映など）。
- 6) 食事の回数・量・種類など、患者の食状況や好みを把握しておくこと（避けるべき飲食物、キザミ食やトロミを要す患者への調剤・投薬手法の検討、服用時点の確認など）。
- 7) 排泄（尿・便）の回数・量・色調などの状況を把握しておくこと（服薬との関連など）。
- 8) 就寝時間、起床時間、睡眠時間や眠りの深度や昼寝の習慣、などを把握しておくこと（服薬との関連など）。
- 9) 認知能力（中核症状：記憶・失語など、周辺症状：抑うつ・せん妄など）を把握しておくこと（一包化調剤、服薬カレンダー、残薬回収の必要性など）。
- 10) 診断名、主な既往歴、特別な医療（IVH、透析、ストーマ、酸素療法、経管栄養など）、血液学的・血液生化学的検査など可能な範囲で患者情報を把握するように努めること。
- 11) 家族状況の把握にも努め、緊急時や予期せぬ事態の発生に備えておくこと。

Ⅴ 退院時共同指導料

退院時共同指導を行った場合は以下のように算定する。

- 1) 退院時共同指導料：退院時共同指導料として当該入院中1回につき600点を算定。
別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回まで算定できる。退院時共同指導は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保険施設、介護老人保健施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については算定の対象にならないことに留意する。

Ⅵ その他

- VI-1. 退院時共同指導時に、患者初診情報、患者プロフィールなどの情報を収集し、その後の薬学的管理指導計画書に反映させる。記録は、様式見本-4（退院時共同指導記録簿）（71頁）を参照して行う。
- VI-2. 退院時共同指導の場に、患者家族の出席があればカンファレンスは成立するので、必ずしも患者本人が同席する必要はない。患者本人が同席を希望される場合は、肉体的、精神的負担を強いることのないよう細やかな配慮が望まれる。病院職員の指示を仰ぎながら、適切に

かつ短時間に終了させることなどが求められる。そのために、病棟における事前研修の時間を活用し、患者情報は十分に収集しておくべきであろう。

VI-3. 在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている患者が、状態の悪化を招くなどして再入院を余儀なくされる場合が想定される。その際、保険薬剤師は入院の予定される医療機関の病院薬剤師に、在宅時における患者情報（IV-3項を参考）を提供することが望ましい。入院時共同指導というような定義はないが、退院時共同指導を行った患者に関しては、再入院時に保険薬剤師も積極的な情報提供を行うことが求められる。双方向の情報交換がチーム医療の基盤であり、患者サービスの向上につながるものと考えられる。

さらに、再入院を終え当該患者が退院される場合は、退院時共同指導の場をもって必要な情報伝達・指導を連続的に行うことが可能になるのである。

VI-4. 退院時処方薬（持ち帰り薬剤）について

保険薬剤師の患家訪問は、特に退院直後が重要であり訪問頻度も高くなる。入院から自宅へと環境の変化もみられ、症状の不安定や服薬コンプライアンスの低下を招く恐れがあるからである。従って、病院から患者が持ち帰る薬剤は、適切な日数分が望ましい。退院時共同指導の場で、主治医を交えて協議をしておくことも大切である。

VI-5. 退院時共同指導のカンファレンスには、家族又は直接の介護に当たる者の同席が望ましい。

参考文献

- 1) 在宅医療における薬剤師向け支援ツール「在宅服薬支援マニュアル」について、日本薬剤師会編、平成20年2月22日
<http://nichiyaku.info/member/kaigo/n080222.html>
<http://nichiyaku.info/member/kaigo/default.html>
- 2) 土田絢子 et al：在宅訪問初めの一步，NIKKEI Drug Info.2008.7，21-30.
- 3) 伊賀立二：患者への医薬品情報提供はいかにあるべきか，薬局，49(1)，13-24，1998.
- 4) ホスピス緩和ケア白書2008，日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団編，2008年

退院時共同指導について

○ ○ 病院

退院時共同指導とは、あなたが退院後の訪問薬剤管理指導を希望し指定する、保険薬局の薬剤師が、入院中に病棟に来て、あなたの同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の医師又は看護師と共同して行ない文書情報提供する制度です。

・訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導の内容：

- (1) 薬剤保管状況の確認及び指導。
- (2) 服用状況・併用薬剤（一般薬や健康食品などを含む）の確認及び指導。
- (3) 処方薬剤の効果及び用法・用量などの指導。
- (4) 体調変化・副作用及び日常生活状態の確認及び指導。
- (5) 上記事項などの医師への報告。
- (6) あなたの診療情報を保険薬局に提供します。
- (7) その他

・利用料：訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導を行った場合は、厚生労働大臣の定める基準に従って算定する。

以上 退院時共同指導を受けることを同意します。

平成 年 月 日
住 所：徳島県
氏 名
印
家族または代理人
印

居宅療養管理指導・契約書（例）

利用者 _____（以下「甲」という。）と事業者 〇〇薬局（以下「乙」という。）とは、居宅療養管理指導サービスの利用に関して次のとおり契約を結びます。

（目的）

第1条 乙は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、甲がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、甲の心身の状況、置かれている環境等を踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより甲の療養生活の質の向上を図ります。

2 乙は、居宅療養管理指導サービスの提供にあたっては、甲の要介護状態区分及び甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従います。

（契約期間）

第2条 この契約書の契約期間は、平成 年 月 日から平成 年 月 日までとします。但し、上記の契約期間の満了日前に、甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護（支援）認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。

2 前項の契約期間の満了日の7日前までに甲から更新拒絶の意思表示がない場合は、この契約は同一の内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとします。

3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、更新前の契約期間の満了日の翌日から更新後の要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。

（運営規程の概要）

第3条 乙の運営規程の概要（事業の目的、職員の体制、居宅療養管理指導サービスの内容等）、従業者の勤務の体制等は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

（担当の居宅療養管理指導従業者）

第4条 乙は、甲のため、担当の居宅療養管理指導従業者（以下「丙」という。）を定め、甲に対して居宅療養管理指導サービスを提供します。

2 乙は、丙を選任し、又は変更する場合には、甲の状況とその意向に配慮して行います。

3 甲は、乙に対し、いつでも丙の変更を申し出ることができます。

4 乙は、前項の申出があった場合、第1条に規定する居宅療養管理指導サービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、甲の希望に添うように丙を変更します。

（主治医との関係）

第5条 乙は、甲の主治医の指示（処方せんによる指示）に基づき居宅療養管理指導サービスの提供を開始します。

2 丙は、居宅療養管理指導サービスの提供に関して、甲の主治医と密接な連携を取ります。

（居宅療養管理指導サービスの内容及びその提供）

第6条 乙は、丙を派遣し、契約書別紙サービス内容説明書に記載した内容の居宅療養管理指導サービスを提供します。

2 乙は、甲に対して居宅療養管理指導サービスを提供するごとに、当該サービスの提供日及び内容、介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、甲が依頼する居宅介護支援事業者が作成する所定の書面に記載し、甲の確認を受けることとします。

3 乙は、甲の居宅療養管理指導サービスの実施状況等に関する記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければなりません。

4 甲及びその後見人（後見人がいない場合は甲の家族）は、必要がある場合は、乙に対し前項の記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。ただし、この閲覧及び謄写は、乙の業務に支障のない時間に行うこととします。

（居宅介護支援事業者等との連携）

第7条 乙は、甲に対して居宅療養管理指導サービスを提供するにあたり、甲が依頼する居宅介護支援事業者又はその他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

（協力義務）

第8条 甲は、乙が甲のため居宅療養管理指導サービスを提供するにあたり、可能な限り乙に協力しなければなりません。

（苦情対応）

第9条 乙は、苦情対応の責任者及びその連絡先を明らかにし、乙が提供した居宅療養管理指導サービスについて甲、甲の後見人又は甲の家族から苦情の申立てがある場合は、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

2 乙は、甲、甲の後見人又は甲の家族が苦情申し立て等を行ったことを理由として、甲に対し何ら不利益な取扱いをすることはできません。

（費用）

第10条 乙が提供する居宅療養管理指導サービスの利用単位毎の利用料その他の費用は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

2 甲は、サービスの対価として、前項の費用の額をもとに月ごとに算定された利用者負担額を乙に支払います。

3 乙は、提供する居宅療養管理指導サービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用料金を説明し、甲の同意を得ます。

4 乙は、前二項に定める費用のほか、居宅療養管理指導サービスの提供に要した交通費の支払いを甲に請求することができます。

5 乙は、前項に定める費用の額にかかるサービスの提供にあたっては、あらかじめ甲に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、甲の同意を得なければなりません。

6 乙は、甲が正当な理由もなく居宅療養管理指導サービスの利用をキャンセルした場合は、キャンセルした時期に応じて、契約書別紙サービス内容説明書に記載したキャンセル料の支払いを求めることができます。

7 乙は、居宅療養管理指導サービスの利用単位毎の利用料及びその他の費用の額を変更しようとする場合は、1カ月前までに甲に対し文書により通知し、変更の申し出を行います。

8 乙は、前項に定める料金の変更を行う場合には、新たな料金に基づく別紙重要事項説明書及び契約書別紙サービス内容説明書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。

（利用者負担額の滞納）

第11条 甲が正当な理由なく利用者負担額を2カ月以上滞納した場合は、乙は、30日以上の間を定めて、利用者負担額を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。

2 前項の催告をしたときは、乙は、甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者と、甲の日常生活を維持する見地から居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用について必要な協議を行うものとし、

3 乙は、前項に定める協議を行い、かつ甲が第1項に定める期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、この契約を文書により解除することができます。

4 乙は、前項の規定により解除に至るまでは、滞納を理由として居宅療養管理指導サービスの提供を拒むことはありません。

(秘密保持)

第12条 乙は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲及びその後見人又は家族の秘密を漏らしません。

2 乙及びその従業員は、サービス担当者会議等において、甲及びその後見人又は家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、甲及びその後見人又は家族に使用目的等を説明し同意を得なければ、使用することができません。

(甲の解除権)

第13条 甲は、7日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。

(乙の解除権)

第14条 乙は、甲が法令違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、乙の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難になったときは、30日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。

2 乙は、前項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者や公的機関等と協議し、必要な援助を行います。

(契約の終了)

第15条 次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

一 甲が要介護（支援）認定を受けられなかったとき。

二 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の7日前までに甲から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了したとき。

三 甲が第13条により契約を解除したとき。

四 乙が第11条又は第14条により契約を解除したとき。

五 甲が介護保険施設や医療施設等へ入所又は入院等をしたとき。

六 甲において、居宅療養管理指導サービスの提供の必要性がなくなったとき。

七 甲が死亡したとき。

(損害賠償)

第16条 乙は、居宅療養管理指導サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の後見人及び家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

2 前項において、事故により甲又はその家族の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、乙は速やかにその損害を賠償します。ただし、乙に故意・過失がない場合はこの限りではありません。

3 前項の場合において、当該事故発生につき甲に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

(利用者代理人)

第17条 甲は、代理人を選任してこの契約を締結させることができ、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

2 甲の代理人選任に際して必要がある場合は、乙は成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の内容を説明するものとします。

(合意管轄)

第18条 この契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、●●地方裁判所を管轄裁判所とすることに合意します。

(協議事項)

第19条 この契約に定めのない事項については、介護保険法等の関係法令に従い、甲乙の協議により定めます。

この契約の成立を証するため本証2通を作成し、甲乙各署名押印して1通ずつを保有します。

平成 年 月 日

利用者甲 住 所

氏 名

印

代理人（選任した場合）

住 所

氏 名

印

事業者乙 住 所

事業者（法人）名

事業所名

事 業 所 住 所

（事業所番号）

代表者名

印

退院時共同指導 報告書

〇〇 〇〇 殿

平成 年 月 日
徳島県〇〇町〇〇
〇〇〇薬局 〇〇 〇〇 印
T E L
F A X

平成 年 月 日に実施した〇〇病院での退院時共同指導内容（主に薬剤に関連する事項）について報告させていただきます。本内容を参考に、今後の訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導を行って参ります。

【全般的注意】
【服薬上の注意】
【服用・保管上の注意】
【備 考】

以上

退院時共同指導 記録簿

平成 年 月 日

記録者： ○○ ○○

場所： ○○○病院 室

日時： 平成 年 月 日 : ~ : , 退院予定日： 平成 年 月 日

【出席者名，所属】	主治医：	(○○○病院)
・	・	・
・	・	・
・	・	・

1. 患者情報

氏名：	(男・女 , 年 月 日生, 歳)
疾病名：	, , ,
既往症：	, , ,
身長：	cm, 体重： kg, 利き腕 (右・左)
四肢欠損：	<input type="checkbox"/> なし, <input type="checkbox"/> あり (部位：)
麻痺：	<input type="checkbox"/> なし, <input type="checkbox"/> あり (部位： , 程度： <input type="checkbox"/> 軽, <input type="checkbox"/> 中, <input type="checkbox"/> 重)
筋力低下：	<input type="checkbox"/> なし, <input type="checkbox"/> あり (部位： , 程度： <input type="checkbox"/> 軽, <input type="checkbox"/> 中, <input type="checkbox"/> 重)
褥瘡：	<input type="checkbox"/> なし, <input type="checkbox"/> あり (部位： , 程度： <input type="checkbox"/> 軽, <input type="checkbox"/> 中, <input type="checkbox"/> 重)
移動能：	<input type="checkbox"/> 自立, <input type="checkbox"/> 杖使用, <input type="checkbox"/> 装具・補助具, <input type="checkbox"/> 車椅子
食事行為：	<input type="checkbox"/> 自立, <input type="checkbox"/> 介助
栄養状態：	<input type="checkbox"/> 良好, <input type="checkbox"/> 不良
認知症：	<input type="checkbox"/> なし, <input type="checkbox"/> あり (中核症状： 周辺症状：)

2. 症状経過，検査結果，治療経過

--

3. 特別な医療

処置内容：	<input type="checkbox"/> 点滴の管理, <input type="checkbox"/> IVH, <input type="checkbox"/> 人工透析, <input type="checkbox"/> ストーマの処置, <input type="checkbox"/> 酸素療法, <input type="checkbox"/> レスピレータ, <input type="checkbox"/> 気管切開の処置, <input type="checkbox"/> 疼痛の看護, <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------	---

4. 特記事項

--