

慢性の病いとともにある生活に求められる看護援助および 援助提供システムについての検討ー地域における看護職連携の取組みー

田内香織 黒江ゆり子 藤澤まこと 普照早苗(大学) 河村めぐみ(元大学) 山田吉子(松波総合病院)
栗田智子(大垣市民病院) 古野ひさよ(揖斐厚生病院) 中島加代(岐阜中央病院)

I. 目的

糖尿病を含む慢性疾患は、病気を持つ本人と家族が健康管理の中心となり、日常生活の中で養生法を実施する必要がある。それは長期に渡り、多くは一生続くものであるため、養生法を継続することはなかなか難しい。個人と家族を支える看護職者は「継続的な支援ができるように体制を整え、支援を続ける」必要があるといえる(平成18年度共同研究事業)。そこで本研究の目的は岐阜県の糖尿病教育・ケアにおける看護職連携という視点から、糖尿病看護師、外来看護師、病棟看護師、診療所看護師、および市町村保健師等の連携状況を把握すること、さらに病院と地域においてどのような連携が可能か、また今後の課題を検討することとした。今回は今年度を実施した訪問看護ステーションへの調査に関して報告する。

II. 方法

1. 調査方法: 岐阜県内の訪問看護ステーション(89施設)を対象とした無記名による自記式質問紙調査(郵送)を行った。調査は平成19年12月に実施し、留置期間(10日間)が終了した後に研究の協力および質問紙返信の依頼を再度行った。調査内容は、糖尿病をもつ在宅療養者へのケアの現状と病院・診療所等との連携状況、およびケアに関して困っていること等とした。

2. 分析: 得られた結果を集計し、地域における在宅療養者へのケアと看護職連携の現状と課題の視点で分析を行った。2ヶ月に1回程度、共同研究者と共に大学研究室で検討会を実施し、考察を行った。

3. 倫理的配慮: 研究調査は本学研究倫理審査部会の承認を得て実施した。結果は本研究の目的以外に使用することはなく、公表時は匿名性に配慮し、データは大学研究室内で保管・処理することとした。

III. 結果

41施設から回答があり、回収率は46.6%であった。利用者数は平均53.4人/月であった。

1. 糖尿病をもつ利用者の有無等

糖尿病をもつ利用者数が0人であったステーションは5.1%、1-5人(51.3%)、6-10人(33.3%)、11-15人(7.7%)、16-20人(2.6%)であった(図1)。そのうちインスリンを使用する利用者数が0

人であったステーションは22.5%、1-5人(75.0%)、6-10人(2.5%)であった(図2)。

またインスリン注射の実施者は、本人26人(32.5%)、主介護者44人(55.0%)、その他10人(看護師、グループホーム職員など)(12.5%)であった(図3)。

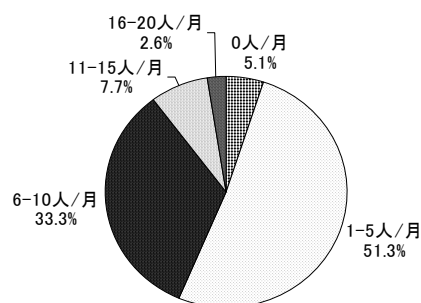


図1. 糖尿病を持つ利用者数

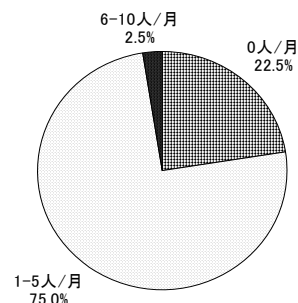


図2. インスリンを使用する利用者数

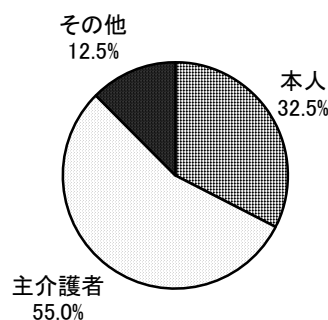


図3. インスリン注射の実施者

2. 糖尿病をもつ利用者・家族への援助

糖尿病を持つ利用者・家族に行っている援助としては、158件の記載があり、次のように分類された。1) 食事に関する援助(34件)は(1) 食事指導18件(2) 食事内容・状況の把握8件(3) 食事に関するアドバイス8件であった。2) インスリン注射に関する援助(15件)は(1) インスリン注射の指導7件(2) 注射の実施・介助4件(3) 注射手技の確認4件であり、3) 内服薬に関する援助(18件)は(1) 服薬の確認8件(2) 内服管理5件(3) 服薬指導3件(4) 服薬の援助2件であった。4) 血糖測定に関する援助(18件)は(1) 血糖の測定12件(2) 測定方法の確認4件(3) 血糖測定の指導1件(4) 血糖測定の介助1件であった。5) フットケア(14件)は(1) トラブルの予防10件(2) 早期発見4件であり、6) 症状観察と医師への報告(12件)は(1) 症状観察7件(2) 医師への報告5件であった。7) 低血糖に対する対応9件、8) 運動に関する援助8件、9) 糖尿病や合併症についての指導5件、10) リハビリ3件、11) 受診に関する援助2件、12) 独居者への援助2件、13) 介護家族への援助2件、14) 異常時の対応2件、15) その他6件の記述があった(表1)。

3. 利用者・家族への援助で困っていること等

糖尿病を持つ利用者・家族への援助で困っていることがあると答えた施設は26施設(63.4%)であった。困っていることについては、44件の記述があり、家族が食べさせすぎると「食生活に関する事柄」が11件、薬(注射・内服)の量を自己判断で変更するなど「薬の使用に関する事柄」が7件、高齢のために本人・家族が忘れて、判断できないなど「本人・家族の高齢化に伴う記憶力低下や身体機能の低下に関する事柄」が14件、インスリンの量に変更になっても主治医から連絡がないなど「保健医療職者の対応に不十分さがある」が4件、何回も訊ねると妻のプライドを

傷つけてしまうなど「療養生活の実態をとらえられない」が3件、フットケアへの理解不足など「療養生活の必要性が理解されない」が3件、その他2件の記述があった(表2)。

困っていることを相談できる人の有無についてはあり24施設(58.5%)、なし9施設(22.0%)であった(図4)。

困っていることの相談相手としては、①医師15件、②ステーションスタッフ・管理者15件、③ケアマネジャー11件、④地域の保健医療職者(行政の保健師、地域連携室の看護師など)8件、⑤利用者の家族6件という回答であった。

4. 病院と診療所との連携

病院や診療所と連携(ケアの継続やつながり)については、59件の記述があり、次のように分類された。1) 病院・診療所の医療職との連携(48件)は(1) 医師とのつながり28件(2) 看護職とのつながり1件(3) 連携室とのつながり2件(4) ケースワーカーとのつながり1件(5) 複数の医療職者とのつながり16件であった。2) 地域の福祉職との連携(4件)は(1) ケアマネジャーとのつながり1件(2) 介護職とのつながり3件であった。3) 継続ケアの必要性2件、4) 連携ができなかった1件、5) その他4件の記述があった(表3)。

IV. 共同研究報告と討論の会の討議内容

1. 在宅療養における糖尿病を持つ人々・家族へのケアについて

・認知症があり、目の不自由な方などにバランスのよい食事をとっていただくことに困難さを感じている。目が不自由な方は箸が使いにくいということもあり、おにぎり食にし、自分で食べられる工夫はしている。また、豆腐が好き、味付けは薄目が好きという好みに合わせる工夫もしているが、他に何か良い援助方法はないか。

・バランスよく食事を摂取してもらうために、その人の嗜好に合わせることで、自己摂取できることによって、食欲のアップにつながることもある。

・手探りで食べることになるので、器が移動してしまう可能性がある。高めのお盆に乗せるなどの工夫はどうか。

・教育入院が必要な男性患者(妻の介護が必要)がいる。本人が教育入院の必要性を十分に理解していないために、妻のショートステイなどの調整をして、教育入院を設定しても、本人が教育入院とショートステイを断ってしまうことがあった。本人・家族が必要性を理解していないために、それ以上の介入ができないケースがある。このようなケースは特に連携や調整が必要と感じる。

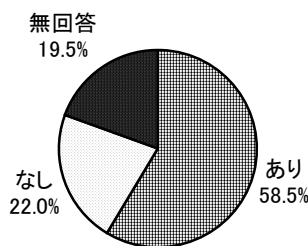


図4. 相談できる人の有無

・在宅療養者で、糖尿病についての知識が十分でない方もいる。そのような方には訪問看護のスタッフから状況を聞き、パンフレットやビデオなどその方にあった情報源を提供するようにしている。利用者から「ビデオは良かった」という声も聞かれる。本人・家族が求めているものを提供していく必要がある。

・重要なのは教育入院後、在宅に戻り自分の生活を始めてからである。患者に「いつでも寄ってくださいね」と声をかけることや、病棟・外来問わず、足を運び患者の様子を見に行く。また看護師からの情報収集にも努めている。その人の生活に合った自己管理の方法を見つけ、続けていくためには、それを支える人、認めてくれる人、ねぎらってくれる人がいることが重要である。

2. 糖尿病ケアにおける看護職の連携について

・病棟は病棟、外来は外来で完全に切り離されてしまっている現状がある。自己管理可能な人の場合には、退院の際に特に問題になることがなく、退院調整室との連携はないかもしれない。

・糖尿病の初期ではADLがしっかりしている場合が多く、そのために本人の希望がなければ、サービスが入ることはない。

・看護師不足から外来診療に看護師が同席しないことも多く、外来患者に関しては医師の指導のみでフォローされている状況で、看護としてのケアの継続が少ない状況がある。

・退院調整に相談のあるケースとしては、糖尿病が進行し、インスリン注射や食事の自己管理ができない場合に、訪問看護やその他のサービスを利用する必要性が出てきているケースである。このような状況になる前になんとかしたいところではある。そのために、診療所の看護師と連携できればよい。例えばパスを使っての連携できるとよい。パスも治療のパスになっていることが多く、看護の部分でのパスがつながっていない。

・当院の場合、地域連携パスを使用し、1年間継続してフォローを行っている。看護師1人なので、栄養士、リハビリスタッフと協力している。いつも外来にかかっている患者ではないので、こちらがフォロー体制をとっていても、すべて上手くいくわけではない現状がある。他の医療機関との連携が重要であるが、必ずしも医師と直接話ができるわけではないので、その施設の窓口となるスタッフを探して連携していこうと努力している。そのために、各施設の窓口的存在となるスタッフを交えセミナーを行っている。参加者は看護師、管理栄養士、リハビリスタッフ、検査技師などであ

る。主に教育入院(1週間コース)を受けた方の事例検討会を行っている。

・患者が継続してどこに受診するかは分からない。糖尿病は一生通して見ていく必要がある。糖尿病の患者を何とかしたいと思う保健医療職者がつながっていく必要がある。

・当院は訪問看護ステーションも併設しており、ステーションとの連携パスの必要性を感じているが、まだ実現していない。現状としては、ステーション看護師、保健師と糖尿病の患者についての情報共有を行っているという状況である。「こんな利用者が外来受診するからお願いします」といったステーションからの申し送りや、外来受診された患者が訪問看護を利用している場合には、「このようなことに注意して見ていって下さい」という依頼を行っている。

V. 考察

1. 訪問看護ステーションにおける糖尿病をもつ利用者・家族への援助

訪問看護ステーションの利用者は高齢者であることも多く、本人・家族への健康教育だけでなく、インスリン注射の見守りや本人・家族の代わりに実施することが必要な状態である。また高齢夫婦世帯や高齢者独居などの状態で本人の希望に沿った療養生活を継続していくための援助がなされていた。

2. 利用者・家族への援助で困っていること

生活の場で療養を継続していくことは大変難しく、また患者・家族の認知機能と身体的機能に低下が見られる状況の中で、介護者の負担は増大している状況である。家族に介護の協力が得られない場合にサービスで全面的に援助を行う必要のある困難なケースも見られる。今後このようなケースが増えていく可能性がある。

3. 保健医療職者の連携

外来通院患者に関しては医師の指導のみでフォローされ、看護としてのケアの継続が少ない状況にある。その中で訪問看護師と医師との連携は良好であり、訪問看護師と退院調整室との連携が可能になってきている。地域連携パスを活用している施設もあったが、施設を越えて看護職が連携するには課題が多い状況であることが明らかとなった。共同研究に参加して、他施設の看護職者と交流が図れてよかったという意見もある。今回はどのような連携が可能か具体的な方法の検討まで行うことができなかったため、今後も共同研究の中で施設を越えた看護職の連携の充実を図っていきたいと考える。

表1. 援助内容

	分類	内容(記述内容の例)
1)食事に関する援助(34件)	(1)食事指導(18件)	食事療法の指導 パンフレットによる食事指導 摂取単位指導(惣菜やパンなどカロリー目安) 食事指導(栄養指導を病院で一緒にうける)
	(2)食事内容・状況の把握(8件)	食事状況の把握 食事摂取量の聞き取り 食事内容のチェック、カロリー計算、レシピの工夫等の栄養指導 食生活のチェックとアドバイス
	(3)食事に関するアドバイス(8件)	高齢者が多い為、規制制限させることはしない指導 食事をきちんと食べてもらう。 メニュー作成、具体的なカロリー計算、毎日の食事量の記録を促す。 配食サービス紹介 食事運動等のアドバイス
2)インスリン注射に関する援助(15件)	(1)インスリン注射の指導(7件)	インシュリン注射指導 インスリン注射の指導(用量を守る必要性)
	(2)注射の実施・介助(4件)	インスリン注射の介助 インスリン注射の見守り インスリンのカートリッジの交換、針の管理
	(3)注射手技の確認(4件)	インシュリン注射手技(本人・家族)の確認 インスリン管理方法(勝手にインスリン単位を変更しないなど)
3)内服薬に関する援助(18件)	(1)服薬の確認(8件)	内服薬の服用のチェック 内服確認
	(2)内服管理(5件)	内服管理
	(3)服薬指導(3件)	服薬指導
	(4)服薬の援助(2件)	内服援助 内服セット(次回訪問までの)を行い、服薬確認。
4)血糖測定に関する援助(18件)	(1)血糖の測定(12件)	血糖測定および測定値のチェック 血糖測定 主治医の指示による採血 定期的血糖値の測定
	(2)測定方法の確認(4件)	病院で取得した技術が理解でき、実践できているか確認(自己注・自己血糖測定) 部位、低血糖、血糖コントロールができていないか。
	(3)血糖測定の指導(1件)	血糖自己測定の指導
	(4)血糖測定の介助(1件)	血糖測定の介助
5)フットケア(14件)	(1)トラブルの予防(10件)	傷をつくらないように清潔に気をつける スキンケア指導 下肢マッサージ 神経障害・・・足浴(抗菌炭酸足浴剤使用) 皮膚の清潔保持
	(2)早期発見(4件)	皮膚の観察、皮膚のトラブルの早期発見 皮膚状態の観察
6)症状観察と医師への報告(12件)	(1)症状観察(7件)	症状観察 データの把握 健康チェック
	(2)医師への報告(5件)	主治医への報告 主治医、医療相談室とのカンファレンス 医師との連絡
7)低血糖に対する対応(9件)		低血糖時の対応方法の指導 低血糖症状についての指導 低血糖時の指導
8)運動に関する援助(8件)		朝・夕の散歩をすすめるために、無償にて同行散歩。 適度の運動の実施とアドバイス 一日一万歩を勧めている。
9)糖尿病や合併症についての指導(5件)		合併症について指導 テレビやビデオを家族ともに視聴してもらっている。放映の情報、難病の集いの情報を知らせ家族の協力をしてもらっている。 糖尿病に対する認識度の確認
10)リハビリ(3件)		リハビリ リハビリ
11)受診に関する援助(2件)		血糖コントロールがうまくいかない場合、受診をすすめるなど。 定期受診の声かけ
12)独居者への援助(2件)		独居者への訪問(朝7時、夕7時に訪問) 利用者が独居の場合は、生活状況の報告も行う。
13)介護家族への援助(2件)		マンパワーが少ない家庭に対し、随時もしくは定期的に訪問し、糖尿病全ての管理を行っている。 家族指導
14)異常時の対応(2件)		異常時の対応(低高血糖、シックデイの対応) 緊急時対応
15)その他(6件)		針の処分 バルン留置の管理

表2. 困っていること

分類	内容(一部)
1)食生活に関する事柄 (11件)	(1)家族が食べさせ過ぎてしまう。 寝たきり患者であるが、血糖値が高い。家族が「かわいそう」と言い、食べさせすぎてしまう。食事摂取量が制限できない。 例)30歳女性(27歳～):家族が作業所の送迎をしており、途中の買い食いがある。過食予防のためのプランを説明するが、ハンバーガーショップへ直行し、バーガー、ポテト、シェイクを飲食する。父親が帰路コンビニに立ち寄る(娘かわいさからか…)などの状況がある。そのため血糖値500台↑となりコントロール困難である。#1精神遅滞者にて教育効果が望まれない。#2家族は知識として理解するが、予後についてイメージができない。#3一緒に運動することが不定期となる。
	(2)本人が食べ過ぎてしまう。 食事療法が守れない。:病識がなく、家人の目の届かない時間帯に食事を追加する。 合併症の事例を随時説明しているが、深夜の過食もとめられない。先日脳梗塞の症状出現に至った。
	(3)家族の食生活が偏っている。 配偶者(夫)の偏食が強く、食事内容が偏る:肉中心。 食事の内容が自宅ではかなり適当になる:インスタント食品が多い。
2)薬の使用に関する事柄 (7件)	(1)薬(インスリン注射・内服薬)の量を自分の判断で変更してしまう。 低血糖がこわくて、昼間独居となり、インスリン量を勝手に減らす。 糖尿病に対する認識(血糖コントロール)がいまひとつ、自己判断でデイサービスに行く日に、排便があつては困るとの判断で、当日(1回/週)は、インスリンを打たず、食事もとらずに出かける。(妻が内緒に報告) こだわりのある利用者で内服も自分の思いで内服する。医療者からの意見を聞こうとしない。
	(2)高齢のために本人がインスリン注射ができない。 以前にインスリンを自己注射していた方が、高齢のため注射が行えなくなってきたケースがあります。家族も仕事があり、定時での注射が行えず、主治医と相談の結果内服に変更したこともあります。が、内服で上手くコントロールでき、本人はもっと早く内服にしてもらえばよかったと言っていました。ケースによってベストな方法を検討するべきだったと後に思いました。 インスリン注射をする人が不在となる場合、誰に行ってもらおうか。
3)本人・家族の高齢に伴う記録力低下や身体機能の低下に関する事柄 (14件)	(1)高齢のために本人・家族が忘れっぽくなったり、判断ができない。 主介護者が高齢になり、主介護者も要介護状態の為、忘れっぽくなった。 認知症のため…インスリン注のことを忘れてしまっている。介助者が言ってもすぐ忘れてしまう。今までの手技も忘れてる。食べすぎ、飲みすぎしてしまう。 独居で認知症もあり、キーパーソンが不在である為、サービスが入らない時のインシュリン注射等の確認ができない。…高齢になるに従い心配が増大。
	(2)身体機能の低下や合併症のため介護者の負担が大きい。 利用者が全盲の為、介護者様がすべて介助されており、負担が大きい。 介護者に介護力が全くなく、サービスで全面的に援助しなくては行けない状況、糖尿病食を勝手に中止し、全く食事管理が出来ない。 過去の症例で、高齢者夫婦世帯で子供もいない為、妻のみ介護者で、創部が治りにくい。糖尿病による自律神経障害にて血圧降下することがあり、妻のみで対応しきれなかった。 本人、介護者とも高齢化が進み、だんだんと今まで出来ていたことができなくなり、体調を崩すことが多い。子供は遠方にいる。兄弟も共に高齢化し、介護力が低下してきている中で、本人のQOLも考え、どの程度のところで良しとするべきか迷う。
	(3)運動が継続できない。 一日中何もせずベッドで休んでいる。排便コントロールができない。 運動…動きたがらない。原因としてマヒや寝たきりもある。 訪問回数も少なく、運動等自主的な継続へつながらない。
4)保健医療職者の対応に不十分さがある(4件)	(1)保健医療職者の対応が不十分 インスリンの量が変わっていても主治医から連絡のない時がある。 ケアマネージャーとかの問題もあるかなと感じています。本人も家族が余り協力的でない。 同一人が2ヶ所のデイサービスの食事やおやつ量の違い(医師の指示のカロリーだが)
	(2)糖尿病管理を実施できる施設が少ない。 利用頻度が多いが介護度が低く、医療を併用している場合がある。糖尿病で在宅へ戻る時、マンパワーが低い。糖尿病にて在宅へ戻られる利用者が増加してきています。糖尿病管理が実施できる施設が少ない。
5)療養生活の実態が捉えられない(3件)	本人、介護者の「わかっています」「大丈夫です」の返答の中で服薬、食事療法の実態がみえてこない。 介護力のない介護者による管理のため確実に行われているかどうか不安である。何回もたずねると妻(介護者)のプライドを傷つけてしまう。妻が怒ってしまう。 体重増加など行いたい、座位保持出来ず測定出来ない。
6)療養生活の必要性が理解されない(3件)	勝手な解釈を持ち、なかなか修正できない。 フットケアへの理解の不足(利用者、家族だけでなく、施設側も)
7)その他(2件)	利用者が高齢であるため、現在の方々は、経口薬でコントロール、低血糖に注意し医師との関係で対処しています。血糖値高いなりに落ち着いている。 90歳代男、妻70歳代。血糖500代で8月緊急入院。9月の退院後しばらくは妻がインスリンをし血糖150～200台。午前中寝て午後朝食、夜10時～12時夕食という生活。血糖400～500代、インスリン朝12、夕8になった。体は動くがデイには行きたがらない。食事量は少なく食べたくないという。食事内容は高齢であるため魚が主、野菜嫌い。

表3. 病院や診療所との連携(ケアの継続やつながり)

分類	内容
1)病院・診療所の医療職との連携(48件)	<p>(1)医師とのつながり</p> <p>①毎月の報告書等で情報提供(11件)</p> <p>毎月報告書で報告 1か月ごとの報告書提出(血糖値や低血糖症状など病状報告)(2件) 報告書(毎月定例)にて、Fax(2件) 状態悪化時に医師に報告することはあるが、問題がない場合は毎月の報告、計画書のみ報告書で報告。 毎月報告書、指示書等、具体的な連絡はTelです。 内服薬、点眼薬の使用状況、残りの確認と報告。血糖値(糖尿病手帳)報告。必要あれば主治医へ報告する。 主治医のところまで出向く。FAXで状態報告。電話連絡。 1/2週の病院受診、内服の確認、血糖値の確認。在宅での生活状況を担当医に報告。食事、全身の状態、低血糖、高血糖、インシュリン注射に対する注意の確認。</p> <p>②異常があればその都度報告し、指示により対応(9件)</p> <p>糖尿病に限ったことではありませんが、主治医の指示のもと、異常があれば報告していますし、それについてのアドバイスなり指示などは主治医と直接会い、指導受けています。 異常があればその都度、報告・指示をあおぐ。 インシュリンの残量や確認、内服状況を報告している。問題点があればすぐ報告。 異常があればその都度、報告・指示をあおぐ。 緊急時は直接主治医訪問・TEL。(2件) 異常の発生時においては医師との連携をとって対応している。 状態変化時は主治医に連絡をする。 緊急時の対応の確認</p> <p>③治療方針・インスリン量など必要時に相談(8件)</p> <p>認知症が進むとインスリン注そのものが無理となるため、主治医と相談する必要がある。 主治医が自分の母体のクリニックの院長であれば主治医に相談 主治医に話し、主治医からも再度食事について守るよう説明してもらう。 主治医に相談・指示を受ける。(2件) 食欲低下でインスリンの量を相談することもある。 必要に応じ、主治医等と面談をしている。 往診時に、医師にお会いし、相談などし、今後の治療方針の確認などしていきます。</p> <p>(2)看護職とのつながり(1件)</p> <p>外来担当のNsよりHbA1Cが10→9低下しましたとのTELを受けるなどつながりを持っている。</p> <p>(3)連携室とのつながり(2件)</p> <p>専用の依頼書にて、病院の連携室にまず送付し、主治医に確実に内容が伝わる様になっています。 大病院の連携室へ毎月報告を提出(大学病院)</p> <p>(4)ケースワーカーとのつながり(1件)</p> <p>検査結果、指導内容、緊急時対応などを窓口となってくれる人(ケースワーカー等)を通して、主治医から聞き、報告もしている。</p> <p>(5)複数の医療職者とのつながり</p> <p>①受診に同行する。(4件)</p> <p>在宅での様子を伝え、必要に応じて、受診時に同行する。 TELやFAXが主ですが、必要ときには受診の際同行しています。 定期受診時に血糖表を提出する。 外来受診時に同行</p> <p>②受診時に患者・家族に連絡文書を持参してもらう。(4件)</p> <p>受診時には、連絡用紙にて、状態を報告し、コメントをもらう。 外来診察時1回/月、主治医に血糖のグラフを提示している。 また、受診の際に文章を持参してもらうこともあります。 受診時に連携の為のノート(用紙)を持参してもらい、訪着側からの相談等に医師や看護師から返事をもらったり、治療方針の確認を行っている。</p> <p>③臨床検査データの確認(3件)</p> <p>病院や診療所から検査データなどの情報を得て、それを利用者への援助につなげる。 HbA1cなど、検査データの共有 自己管理ノート…毎日受診時に採血される検査データのチェック</p> <p>④カンファレンス(3件)</p> <p>カンファレンス、電話連絡 併設診療所Drとのカンファレンス 主治医に定期的に面談を作ってもらう。病院とのミーティング。</p> <p>⑤複数の職種に情報提供(2件)</p> <p>TEL(主治医、担当Ns)、計画書(主治医、担当Ns)、報告書(主治医、担当Ns)等。 医師、主治医、看護師と・訪問看護指示書、計画書、報告書やトピックスとしてFAXなどの書面連携。ケアマネ、訪介。上記のやりとり</p>
2)地域の福祉職との連携(4件)	<p>(1)ケアマネとのつながり(1件)</p> <p>主治医から指示変更があった場合は、ケアマネに報告し、ケアマネから他機関(デイ・ショート)へ連携をとって頂いている。</p> <p>(2)介護職とのつながり(3件)</p> <p>日常の様子をヘルパーさんから聴取し、全体像と把握。必要あれば主治医へ報告する。 週一回の主治医の往診があり、介護者から状態を伝えて頂くか、記録手帳を見て頂く。 主治医の往診 1~2週に1回。訪着 1~3回/週。医師、看護師、ヘルパー、家族との連携を良くし、服薬のチェック、食生活(甘い物、量の管理など)、運動等、利用者ケアし対処している。</p>
3)継続ケアの必要性(2件)	<p>基本的な食事面、生活面での生活指導やインシュリンが必要な場合の手技指導。その他薬物治療の場合も含め、患者、家族の糖尿病に対する病識の有無など、しっかりと引継ぎを行い、在宅でどの様に働きかけて行くべきかまでの申し送りが必要であると思う。 病院での指導内容確認と継続指導</p>
4)連携ができなかった(1件)	<p>先日夜間 脳梗塞の疑い(看護診断)にて検査を要するのではと救急車にて受診させるが、「タクシーで受診せよ!検査は不必要と2日間連日の応答あり。糖尿病から総合的診察をされなかったことに対して、連携しようとするが、受けもらえなかった。街の開業医から他の医療機関(県病院)にて検査となり、後手、後手となった。</p>
5)その他(4件)	<p>特にありません。/Faxでのやりとりが主。/診察時の様子を家族や本人から情報得る。 現段階は、主治医の指示によると云うシステムなので、むずかしいと思います。</p>