

完了報告書

テーマ：在宅療養患者の家族向け医療処置別パンフレットの研究
～家族も含めた在宅医療連携～

申請者名：宮川 尚乃（みやかわ ひさの）

所属機関名・職名： 医療法人社団 ナラティブホーム・看護師

所属機関所在地：〒939-1374

富山県砺波市山王町2番12号

提出：平成26年2月27日

目次

1) 研究の背景と目的	2
2) 研究の計画	4
3) 活動の実績	5
4) 活動の省察	7
5) 今後の展望	8
6) 謝辞	8

【添付資料】①アンケート

②アンケート集計

【添付資料】①パンフレット「家庭でおこなう医療的な手当て」

②リーフレット「点滴の止め方」

「胃ろう栄養注入方法」

「経鼻栄養注入方法」

「気管カニューレからの痰の吸引」

「口からの分泌物の吸引」

「持続皮下注（C S I）」

1) 研究背景と目的

わが国の高齢化は、世界に類を見ないスピードで進む中、21世紀半ばには、3人に1人が65歳以上の高齢者となる『超高齢化社会』の到来が予測されている。

我々のものがたり診療所（強化型在宅療養支援診療所）のある富山県砺波市においても例外ではない。人口は約5万人、高齢化率は24.6%となっており、全国平均よりも早く高齢化が進んでいる。それに伴い、介護を必要とする高齢者も急速に増加している。また、その高齢者を介護する家族の状況に目を向けると、平均年齢が65.1歳で、70歳代20.3%、80歳代11.2%とこちらも高齢化が伺え、介護期間は平均5年余と長期化しています。介護者の高齢化、介護の長期化で介護者の体力・精神面・時間の負担が明らかに増加し、安心して介護できる体制の整備が急務となっている。

一方、我が国の在宅医療推進の医療政策は在宅看護にも大きな影響を及ぼしている。診療報酬の改定により多くの病院は入院期間の短縮と地域連携の推進が大きな課題となっている。当然ながら、在宅で医療処置をおこなったり医療機器を使用する対象者は増えている。しかし、在宅では、定期的に看護師が訪問して医療処置や管理を行ってはいるが、24時間管理しているのは家族や患者本人である。入院期間の短縮で必要な知識や技術を患者・家族が入院中に習得することは困難といえる場合もあり、病院看護師から訪問看護師へと継続した患者家族指導が必要と考えられる。

実際、病院での指導は在宅療養という方向性が決まってから、受け持ちの看護師が作成したパンフレットを使って指導を行ったり、時には口頭だけの指導の場合もある。口頭での指導では記憶も曖昧で家族のみならず、私たち医療者でも不安になることが多い。また、指導する病院の看護師からは「在宅療養のイメージがつきにくく、どのように、どこまで指導したらいいのかわからない」といった声も聞かれる。

患者向けの指導用のパンフレットと言えば、糖尿病患者のインシュリンの自己注射や自分で尿を出せない患者の自己導尿などのパンフレットが各病院などで作成されている。しかし、在宅療養患者で多い医療処置である、痰の吸引、気管切開、経管栄養、膀胱留置カテーテル、腎瘻、膀胱瘻、静脈点滴、オピオイドの持続皮下注などの手技や管理についてわかりやすく作られたものが少ない。看護師向けのもので代用しようにも専門用語がたくさん使われており、高齢介護者には理解しづらく、活字に抵抗があり始めから拒否反応を示されことも多い。こうしたことから、医療的知識のない一般の介護者、高齢者の介護

者でも理解しやすい、シンプルで見やすいパンフレットや医療処置別のリーフレットが必要と考えられる。また、在宅では身の回りの物をうまく活用している場合が多く、患者さんや家族の方からアイデアをいただき、スタッフで知恵をしばって対応する事も多い。たとえば、気管切開をしている方の処置に必要な医療用の耐熱ガラス瓶は1個約1000円で、必要数をそろえると6000円になるが、それを15分の煮沸消毒に耐えられる牛乳瓶であれば1瓶30円、機能性、コスト面でも優れており充分代用できる。こうして当診療所が開業以来蓄積してきた臨床知（経験・知識）を盛り込んだパンフレットや、写真や大きな活字を使用して高齢者家族でもわかりやすい処置別リーフレットを作成することで、在宅で過ごしたいと希望される患者、家族の支援につながればと考える。

今後、団塊の世代が高齢化していく中、慢性期疾患や癌の末期などの患者を医療機関や介護施設等が受け入れるに限界が生じることが予測される。医療と介護が連携し、適切な包括サービスが提供されQOLの高い在宅療養を実現する体制が前提となる。本研究は在宅療養患者に関わる多職種のケア質、ひいては、地域包括ケアの質の向上に貢献すると考え行った。

2) 研究の計画・方法

① アンケート調査を実施・情報収集

- ・市内の介護保険事業所（デイサービス、訪問入浴介護、ヘルパーステーション、居宅介護、グループホーム）にアンケートを実施。医療的な管理について調査。
- ・砺波総合病院看護師と意見交換
- ・文献調査
- ・在宅療養支援診療所等では、医療処置についてどのように地域で連携・情報共有しているのかを見学、調査する。

② パンフレット、リーフレットの作成

- ・診療所医師、看護師、ヘルパーの助言をもとにパンフレット、リーフレットを作成する。
- ・作成したパンフレット・リーフレットを使用し、適宜修正を加えた。

③ 完成したパンフレット・リーフレットを市内事業所に配布（平成 25 年 9 月上旬）

④ ホームページから適宜ダウンロードできるようにする。

このことにより修正等が簡単に短時間で行うことができ、将来的にも追加加筆が可能で実用的である。

3) 活動の実績

① アンケートについて

平成 25 年 6 月に砺波市内の介護保険事業所（デイサービス、訪問入浴介護、訪問介護、グループホーム、特別養護老人ホームなど）50 か所にアンケートを送付。全体の 60%にあたる 30 件の回答があった。詳細は【添付資料 1】を参照ください。

このアンケートの回答から、在宅で多い医療管理は、軟膏処置、排便処置、尿道カテーテル留置、経管栄養（胃瘻・経鼻カテーテル）などの管理が多く、胃ろうチューブや尿道カテーテルが抜去した際の緊急時の対応、特に医療機関が休みの際の対応を不安と感じている事業所が多かった。また、入浴を目的にデイサービスを利用されているケースが多く、状態の変化に伴い入浴の可否についての判断に困っている事業所も多く何らかの介入が必要と感じた。訪問介護事業所からは「家族がおこなう医療処置についてのマニュアルを作って置いてあれば、こう書いてありますねと確認できると思う」と本研究の目的に沿った回答もあった。

トラブル防止のための対応については、勉強会の実施、訪問看護の導入、連携ノートの活用、緊急時の連絡体制の確認などの回答があったが、「デイサービスの診断書が指示書として活用されているが、統一した書式があればありがたい」や「主治医への報告が怠りやすい」という問題点を挙げる事業所があった。

家族からの医療処置についての相談は、排便や褥瘡の処置に関する相談が多かった。

② 総合病院看護師との意見交換

病床数 514 床の市内唯一の公立総合病院の地域医療連携室看護師、感染看護認定看護師、病棟看護師と複数回意見交換実施した。

③ 文献調査

関連書籍、インターネット等から情報収集

④ 在宅支援診療所等の見学

平成 25 年 6 月 1 日～2 日にかけて、東京都新宿区にある暮らしの保健室（秋山正子氏代表）、白十字訪問看護ステーション、東久留米訪問看護ステーションを訪問。在宅支援診療所との連携や医療処置、地域での訪問看護師の役割についての意見交換、情報収集を行いました。

⑤ パンフレット・リーフレットの作成について

在宅療養をサポートしてきた経験と先に実施したアンケート結果を踏まえ「膀胱留置カテーテル」、「経管栄養」、「口腔内および咽喉部分泌物の吸引」など管理的な要素の強い処置に関してはパンフレットタイプにしました。また、「胃瘻栄養注入」、「経鼻経管栄養注入」、「口からの分泌物吸引」、「気管カニューレからの吸引」、「点滴のはずし方」、「持続皮下注射（C S I）」など技術習得的要素の強い処置に関してはリーフレットタイプとしました。今回、アンケートの結果、問題として多く挙がっていた排便処置や褥瘡処置に関しては、患者によって対応も大きく異なり個別性も高いため、もう少し時間をかけた検討が必要と判断し、見送りました。

パンフレット・リーフレット作成に本研究の多くの時間を費やし、当診療所医師、看護師、ヘルパーをはじめ、市内総合病院の看護師、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、訪問入浴、デイサービス、訪問介護などの事業所、在宅療養中の患者を支える家族、全く医療的知識・経験のない一般の方にも見ていただき、多数の貴重なご意見をいただきました。そのご意見をもとに修正を行い、2月中旬に入稿した。今後2月中にはパンフレット・リーフレット各500部ずつ完成。3月に入ってから各事業所への配布、当法人のホームページからもダウンロードできるようにする予定とした。

4) 活動の省察

① 急性期病院からのスムーズな在宅移行

今回の研究では、医療知識のない一般の方、高齢者でもわかりやすいものという目的があったため、予想していた以上にパンフレットの構成に時間を費やした。その結果、パンフレット・リーフレットの完成がギリギリとなってしまう、実際の退院指導の場面で使用することができなかった。病院看護師との意見交換時に使ってみたいという意見もいただき、病院看護師から訪問看護師へと継続的な指導が可能となるよう、退院カンファレンスなどで働きかけることが今後の課題である。

病院看護師との意見交換の中で、お互いに病院のケアをそのまま在宅へ持ち込む必要はないと共通の認識を持っていることは確認できた。しかし、ケア内容の差が大きく、コストや安全面での議論が十分できたとはいえず、今後検討する必要があると感じた。

② 患者・家族の不安の解消、安心へ

普段、いかに患者・家族の不安を解消し、安心した療養生活をサポートできるかが訪問看護師の役割である。しかし、今回の研究を通して容易に患者・家族の前で医療用語を使い、医療者側の独りよがりな指導やケアになっていたのではないかと気づかされた。完成したパンフレット等が、患者・家族の目線で医療的な処置の理解を助長し、質問のきっかけを与え、対話のツールとなることが期待できるのではないかと考えた。

③ 在宅での医療事故の防止

パンフレットの中で危険を防止するために、ワンポイントアドバイスやQ&Aを作成したことは有効であると考えた。

④ 新人訪問看護師・介護職への教育への活用

患者・家族へのわかりやすい表現、緊急コールを想定した対応を考えるきっかけとなるため、今後活用していきたい。

⑤ 家族をチームの一員としての在宅多職種連携

在宅では様々な職種がかかわることになる。各々の職種の中でだけ通じる言葉が存在し、理解できない場面も多い。

今回作成したパンフレット等、家族を含めた在宅でかかわる多くの職種の人がすべて理解できるような表現になるよう努めた。このパンフレット等を通して在宅での多職種連携が進むよう期待したい。

5) 今後の展望

- ① 総合病院や訪問看護ステーションと適宜情報交換し、パンフレット・リーフレットの修正を重ねていく。
- ② パンフレット・リーフレットを使用しての地域の介護保険事業所での出前講座など実施。
- ③ パンフレット・リーフレットだけでなく、併せて映像も取り入れた指導方法を確立する。
- ④ ○○さん流の処置の仕方などがタイムリーに在宅でも伝わる情報共有のツールの検討。

6) 謝辞

最後に本研究を行うにあたり、ご協力いただきました地域の病院看護師、訪問看護師、介護保険事業所の皆様、また写真掲載に快く了解して下さった患者・家族の方々に深く感謝申し上げます。また、本研究を助成頂いた財団法人在宅医療助成勇美記念財団に感謝申し上げます。

【添付資料1】①

平成25年6月10日

市内介護保険サービス
事業所各位

医療法人社団 ナラティブホーム
宮川 尚乃（看護師）
石崎 真美（看護師）
佐藤 伸彦（理事長）

アンケートのお願い

新緑の候、ますます御健勝のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、このたび、砺波市内の介護保険サービス事業所の方々を対象に「介護者むけに在宅療養で必要な処置のパンフレット」、「医療処置別のリーフレット」を作成するため、皆様の事業所内での医療処置の現状を教えてくださいたくアンケートをお願いすることになりました。

今後、このアンケートの結果等を参考に作成したパンフレット、リーフレットを用いて、医療と介護、サービス事業所間の連携にお役に立てればと考えております。

つきましてはお手数ですが、（別紙2枚）アンケートをご記入の上、同封の封筒にてご返送いただければ幸いです。

お忙しいとは存じますが、御協力のほど宜しくお願い致します。

尚、誠に恐縮ですが

回答期限は 7月1日（月） までとさせていただきます。

- * いただいた回答はアンケートの目的以外には一切使用致しませんので、率直なご意見をお聞かせ下さい。
- * このアンケート調査は「公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成による研究」の一環として実施しております。

以上

医療処置についてのアンケート

1. アンケートに回答してくださる方の
 - ① 所属事業所の形態をお答えください。
(例 デイサービス、訪問入浴、居宅介護など)

 - ②職種をお答えください。
(例 看護師、介護福祉士、介護支援専門員など)

 - ③貴事業所には看護師は何人いますか？その方々は常勤か非常勤かもお答えください。

2. 貴事業所ではどのような医療処置・管理の必要な方が利用されていますか？
(例 吸痰・酸素吸入・胃ろう・気管切開・尿道バルンカテーテル、褥創、軟膏塗布、排便など)

3. 医療処置・管理が必要な患者さんの利用時に、不安を感じる事がありますか？具体的にお答えください。

4. トラブル防止のために、どのように対応されていますか？具体的にお答えください。

(例 必ず看護師が勤務しているときに利用していただく、研修を行っているなど。)

5. 実際に事故やトラブルが起きた際にどのように対応されていますか？

(例 主治医に連絡し対応を確認するなど。)

6. 日頃、医療機関との連絡・連携をどのように取っておられますか？

(例 医療処置・管理について、事前に指示書を頂くなど、文書でやり取りをしている。介護支援専門員を通して連絡しているなど。)

7. 家族から医療処置や管理について相談されたことがありましたら具体的にお聞かせください。

(例 デイサービスに出かける前に、胃ろうからの栄養注入は何分前に終わらせればいいのか？など。)

* ご協力ありがとうございました。

【添付資料②】

医療処置についてのアンケート結果

1. アンケートに回答して下さる方の

① 所属事業所の形態

デイサービス	10
居宅介護支援事業所	8
グループホーム	3
訪問介護	3
特別養護老人ホーム	3
福祉用具レンタル事業所	2
通所リハビリ	1

② 職種

看護師	11
介護福祉士	8
介護支援専門員	8
福祉用具専門相談員	2
社会福祉士	1
無記入	2

③ 事業所に勤務する看護師人数

0人	10
1人	8
3人	5
6人	3
2人	3
8人	1
無記入	1

2. どのような医療処置・管理が必要な方が利用しているのか。

軟膏塗布	29
排便処置（摘便、浣腸、ガス抜きなど）	25
尿道カテーテル留置	22
褥瘡	21
胃ろう	21
在宅酸素	13
気管切開	6
注射	4
点滴	4
導尿	2
経鼻カテーテル留置	2
ストマ	2
湿布交換	2
膀胱洗浄、膀胱ろう	2

3. 医療処置・管理が必要な方の利用の際に不安に感じると。

(デイサービス)

- ・ 利用者の急変時のD r コールが迷う。
- ・ 褥瘡や皮膚疾患が治らないときに、この処置で良いのか悩む。
- ・ 意識消失時の対応と、その後の経過での判断
- ・ 褥瘡のなり始めなど、受診前の対処をどうしたらいいのか。
- ・ どうしても受診をしたがらない、湿疹やかゆみのある利用者への対応
- ・ 胃ろう、尿道カテーテルが抜去した際の対応（土、日）
- ・ バイタルサインは異常ないが、頻脈があっても自覚症状が無い場合の入浴の可否について
- ・ バイタルサインは異常ないが、胸ががてきない、めまいがするなどの訴えたとき
- ・ 摘便時、肛門周囲の損傷
- ・ デイサービスで医療処置をすることで、家族が満足してしまいなかなか医療機関に受診してくれない。
- ・ 退院直後、特に容体が安定しないままでのデイサービス利用の際には経過、今後の生活における医療側からの注意事項をサービス担当者会議や書面で知らせて頂くと対応しやすい。
- ・ 酸素吸入の利用者が入浴時「邪魔だ！」と酸素を外してしまい入浴後ひどかつ

た。

(訪問介護)

- ・ 家族から医療処置について聞かれても答えられない。
- ・ 訪問看護のスパーンが長く、便や褥瘡について次回訪問まで待てないことがある。
- ・ 家族が行う医療処置についてのマニュアルを作って置いてあれば、「こう書いてありますね。」と確認出来ると思う。
- ・ カテーテルが外れた際の対応について
- ・ 薬があっているのか不安（本人管理で複数の薬を服用）
- ・ 薬の飲み忘れの対応について
- ・ 夜間の発熱、痰の絡み（吸痰が必要かの判断）について迷うことがある。

(居宅介護支援事業所)

- ・ 病状により医療管理が増えたとき
- ・ 家族の介護負担が増大したとき、サービス事業所間の情報共有や連携がスムーズに行えるか不安を感じる。

(特別養護老人ホーム)

- ・ 摘便した際、出血が止まらず縫合したことがあり不安。
- ・ ショート利用中に医療処置の人が何人も利用が重なった場合。

(福祉用具レンタル)

- ・ ターミナルの方において、褥瘡悪化のためエアーマットの入れ替え時に容体が急変しないか心配。

(グループホーム)

- ・ 急変時、診療所か救急かの判断に迷います。
- ・ 夜間の対応が不安。

4. トラブル防止のための対応について

(デイサービス)

- ・ 看護師と常時連絡がつくようにしている。必ず看護師を配置している。
- ・ インターネット、参考書等による勉強会の実施
- ・ 訪問看護と連絡を取り合っている。
- ・ 医療処置は必ず看護師が行い、何かいつもと様子が違うと感じれば即看護師へ連絡するよう徹底。他のスタッフは五感をみがくよう話しています。

- ・訪問看護利用者の方に関しては、即訪問看護に連絡しアドバイスをもらう。
- ・医師不在のため、指示のない処置をしていない。多いのが皮膚疾患の人にシツカロールをしている。
- ・家人に伝わるように、帰宅時に家人に直接トラブルのことを話をするか「すこやか連携ノート」に記入して伝えます。
- ・入院・入所をして治療する必要がなく、容体が安定している方々が利用されている。
- ・専門的な判断や技術が必要としない処置をするということでご家族、介護支援専門員の方とお話をして利用していただく。
- ・褥瘡等の処置が必要な方は看護師のいる時間に利用していただく。

(居宅介護支援事業所)

- ・看護師と連携し、情報を伝える。
- ・主治医に相談する。
- ・初回アセスメント時に医療的管理が必要と思ったら、主治医に相談し、訪問看護を導入していく。(早い時期から療養指導を組んでいく。)
- ・訪問看護を利用する。
- ・デイサービスは看護師が勤務している事業所を利用する。
- ・サービス担当者会議でトラブルが起きた場合、最初に連絡する先などを確認している。
- ・多職種連携、医療関係の研修会への参加

(訪問介護)

- ・ヘルパーが出来ないことは行わず、看護師に聞いてもらうよう伝えるか、サービス提供責任者より看護師に聞くようにしている。
- ・看護師や関わっている介護士に相談、必要時に連絡、ご家族も交えて話し合いの場を設ける。
- ・前もって情報を得ておく。
- ・カンファレンス、研修会等随時開催。
- ・がん末期の方の入浴介助を行っているが、入浴日にヘルパーの訪問前に訪看さんが入り、入浴の可否を判断される。

(特別養護老人ホーム)

- ・胃ろう・吸引は研修を受け終了書を発行した介護職員が行うようにしている。
- ・実技研修、緊急時対応などの研修会をしている。
- ・看護師が常時勤務し対応している。

(グループホーム)

- ・毎朝、バイタル測定をしている。T 37.0℃以上、B P 150/ 以上の場合は再検、改善の無い場合は受診している。
- ・日頃から緊急対応の方法をつたえている。

(福祉用具)

- ・納品時、訪問時に福祉用具の使用説明、事故防止対策について、御説明させていただきます。(チューブの挟みこみ等)
- ・訪問看護師さん、次にケアマネ・家族がいらっしゃる際に対応する。

(通所リハビリ)

- ・糖尿病のか方低血糖症状を全職員周知させる。
- そのほか、対応に不安のある症状についても同様。

5. トラブルが起きた際の対応

(デイサービス)

- ・主治医に連絡し、指示を受ける。
- ・緊急搬送が必要な際は、救急車を要請し病院は搬送する。
- ・家族に連絡し、受診していただく。
- ・転倒や発熱等があった場合は傷や痛み、腫れの確認など行い、その旨を連絡帳に記入し、送迎時家族に伝える。
- ・状態報告を頻回にして、家族の迎え、入院となった。
- ・バイタル測定、マヒの有無、全身の観察
- ・自施設で可能な処置をしながら救急要請をする。
- ・主治医への連絡は怠りがちである。→今後課題
- ・生命の危機を脅かす場合はこれに限らないが、デイサービス利用の際に取り決められた緊急連絡先にどのように対応してほしいか判断を求める。
- ・様子を見て主治医に連絡する。救急搬送するなど。
- ・転倒などの場合は家族、ケアマネへ連絡し様子を見る。意識が無い場合等救急車を呼ぶ。

(居宅介護支援事業所)

- ・医療処置のある方には訪問看護の緊急時加算をつけ、訪問看護→主治医の対応を取っている。
- ・実際にトラブルが起きたことがない。

(特別養護老人ホーム)

- ・胃ろうや尿道バルンカテーテルのトラブルはものがたり診療所に連絡して対応している。
- ・救急車にて指定病院に搬送。
- ・嘱託医に指示を仰ぐ。

(グループホーム)

- ・家族と話し合いをして、医療処置が出来ないことを伝え、対応していくつもりです。
- ・医療機関への入院や処置ができる施設への入所など。
- ・風邪症状、腹痛時は主治医に連絡受診
- ・37.8度以上または夜間は救急受診
- ・救急車を要請することがある。
- ・主治医、救急病院への連絡

(福祉用具レンタル)

- ・緊急連絡等に基づき連絡します。

(通所リハビリ)

- ・主治医に連絡し、受診の判断をしていただく。家族に受診の依頼をする。

6. 医療機関とどのように連携しているのか？

(デイサービス)

- ・主治医に連絡し指示を受ける。
- ・指示書がないと処置が出来ないので、介護支援専門員を通して医師の指示書をもろうようにしている。
- ・デイサービスの診断書に記載していただいているが、統一の指示書があればありがたい。
- ・指示書をもっている。
- ・直接に連絡は取っていない。診断書のコメントは守っている。会える家族には家族からの情報をもったり、ケアマネや訪問看護を通したりしている。
- ・介護支援専門員を通して連絡している。
- ・連携ノートを活用。メモを書いて伝える。
- ・看護師で確認してほしい事を再診日に渡してもらう。
- ・事前調査やケアマネさんの情報から医療処置が必要な方に関して、担当医

に指示を書いていただくよう依頼する。また、家族にもその旨を伝え、担当医に相談してもらうよう話しておく。

- ・デイサービス利用時の医療処置・管理について必要なことについては、介護支援専門員を通してることが多い。

(居宅介護支援事業所)

- ・処置薬その他、分からないことは主治医・訪問看護師に連絡して聞く。
- ・連携ノートで間接的につなげる。また、家族にも関心を持ってもらうようにする。
- ・状況の許す限り、主治医との面談の機会を作っている。(受診同行、往診同席)
- ・受診や往診に同席し、主治医に確認している。
- ・連携室があれば、まずそちらに連絡し、連携の方法を相談する。
- ・電話や訪問にて、医療機関に照会や相談を行っている。
- ・地域連携室を通して、連絡・相談を行っている。
- ・事前に指示書を頂くなど、文書でのやり取りが多い。

(訪問介護)

- ・連携ノートの確認、もしくは訪問看護に直接聞く。ケアマネを通して聞いて貰う。
- ・当事業所はすぐに連絡がとれるようになっている。記録は必ず残している。
- ・退院時のカンファレンスに出席したり、ケアマネより看護サマリなどを頂き情報を得る。
- ・連携ノートの活用
- ・嘱託医から紹介状を書いてもらい、地域連携室を通して連絡を取るようになっています。
- ・協力病院に受診する場合は、事前に連絡し指示を仰ぐ。

(グループホーム)

- ・月2回往診に来ていただいた時に、心配事を相談している。
- ・発熱時は電話連絡し、受診している。
- ・主治医に連絡し、対応している。
- ・介護支援専門員を通して連絡をしています。

(福祉用具)

- ・介護支援専門員を通して連絡しています。

(通所リハビリ)

- ・こちらで、急変の状態はメモ程度でも記録をし、受診する方に渡している。

7. 家族から医療処置について相談されたことがありますか？

(デイサービス)

- ・ほとんどが、主治医と相談されているよう。
- ・発疹があつてのぬる薬も分からず、受診もされないときなど、どうしようもなく困る。
- ・便秘で1週間以上出ないと、レシカルボン座薬を2個持参してくる。出ないときには摘便をしている。
- ・退院時にきちんと説明されているためか、デイ側に質問されることはない。
- ・医療処置や管理について専門的な判断を必要とする相談はほぼありません。ご家族、御本人が自己判断にて主治医に相談され、医療的なことについてはその都度、説明を聞いておられると思います。

(居宅介護支援事業所)

- ・入浴時の血圧の管理について
- ・デイサービス利用時、入浴前に摘便してもらえるか？
- ・老々介護で浣腸ができないのでデイサービスでもしてもらえるか？
- ・褥瘡の処置について

(訪問介護)

- ・褥瘡の処置について、手順は？どれくらい？どうなったらどれをつける？
- ・便がずっと出ない。浣腸すればよいのか？看護師に連絡すればよいのか？
- ・便秘だが下痢止め飲ませて良いのか？
- ・皮膚トラブル時、どんな薬をぬればよいのか？

(グループホーム)

- ・糖尿病の方が、インシュリンの自己注射ができなくなったらグループホームに居ることはできないのか？
- ・入院前、退院時に相談を受ける。
- ・イルリガートルや吸引器の洗浄方法

(通所リハビリ)

- ・摘便、傷の処置について依頼される。