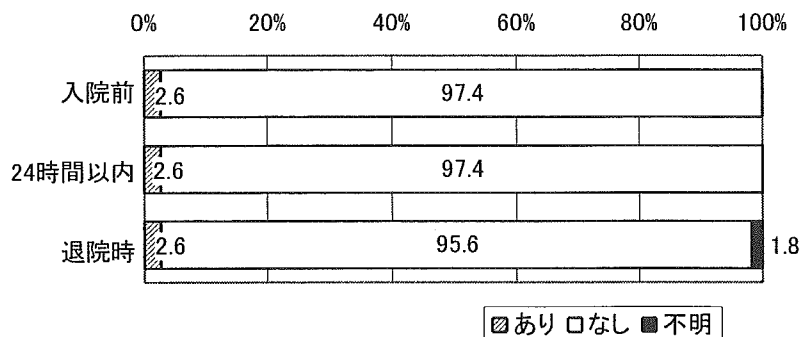


⑦ 瘻の管理

入院前の定常時と入院後 24 時間以内、退院時の 3 時点で、瘻の管理の有無をみると、以下のようなものである。

図 7 3 時点の瘻の管理 (N=114)



入院時と退院時の瘻の管理の有無については、変化はみられない。

表 20 入院時と退院時の瘻の管理

入院時 \ 退院時	あり	なし	合計
	あり	3 2.7% (100.0%)	0 0.0% (0.0%)
なし	0 0.0% (0.0%)	109 97.3% (100.0%)	109 97.3% (100.0%)
合計	3 2.7%	109 97.3%	112 100.0%

※不明の 2 名を除く

また、退院後の在宅サービス利用の有無別に退院時の瘻の管理の有無をみると、在宅サービスありでは、「あり」が 2 人 (6.5%)、在宅サービスなしでは 1 人となっている。

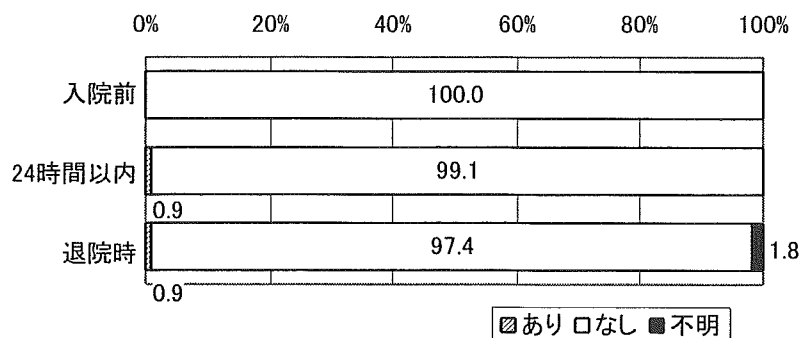
表 21 在宅サービス利用の有無別の瘻の管理

退院後 \ 退院時	あり	なし	不明	合計
	在宅サービスあり	2 6.5%	28 90.3%	1 3.2%
在宅サービスなし	1 1.2%	81 97.6%	1 1.2%	83 100.0%

⑧ 身体抑制

入院前の定常時と入院後 24 時間以内、退院時の 3 時点で、身体抑制の有無をみると、以下のようなものである。

図 8 3 時点の身体抑制の有無 (N=114)



また、入院時と退院時の身体抑制の有無をみると「なし→あり」に悪化したのが 1 人となっている。

表 22 入院時と退院時の身体抑制の有無

入院時 \ 退院時	あり	なし	合計
	あり	0 0.0%	0 0.0%
なし	1 0.9%	111 99.1%	112 100.0%
合計	1 0.9%	111 99.1%	112 100.0%

※不明の 2 名を除く

さらに、退院後の在宅サービス利用の有無別に退院時の身体抑制の有無をみると、在宅サービスありでは、「あり」が 1 人となっている。

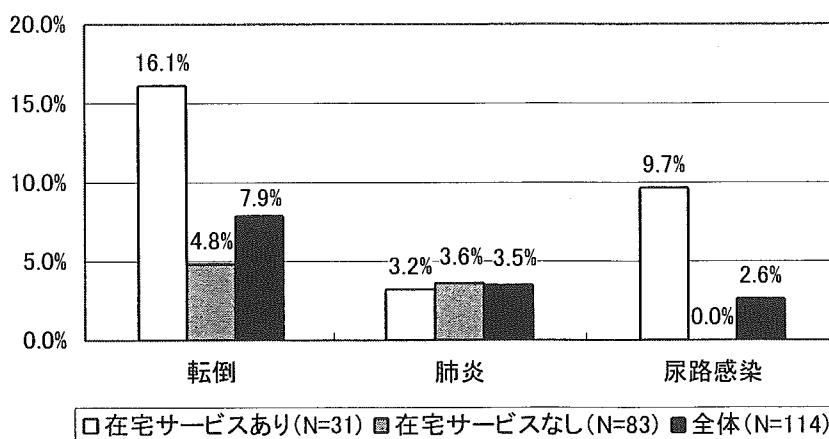
表 23 在宅サービス利用の有無別の身体抑制の有無

退院後 \ 退院時	あり	なし	不明	合計
	在宅サービスあり	1 3.2%	29 93.5%	1 3.2%
在宅サービスなし	0 0.0%	82 98.8%	1 1.2%	83 100.0%

(4) 入院中に発生した状況

入院中に転倒があった患者は全体で9人(7.9%)、肺炎は4人(3.5%)、尿路感染症は3人(2.6%)となっている。退院後に在宅サービスを利用している患者では、「転倒」が16.1%、「尿路感染」が9.7%と高くなっている。

図9 入院中に発生した状況

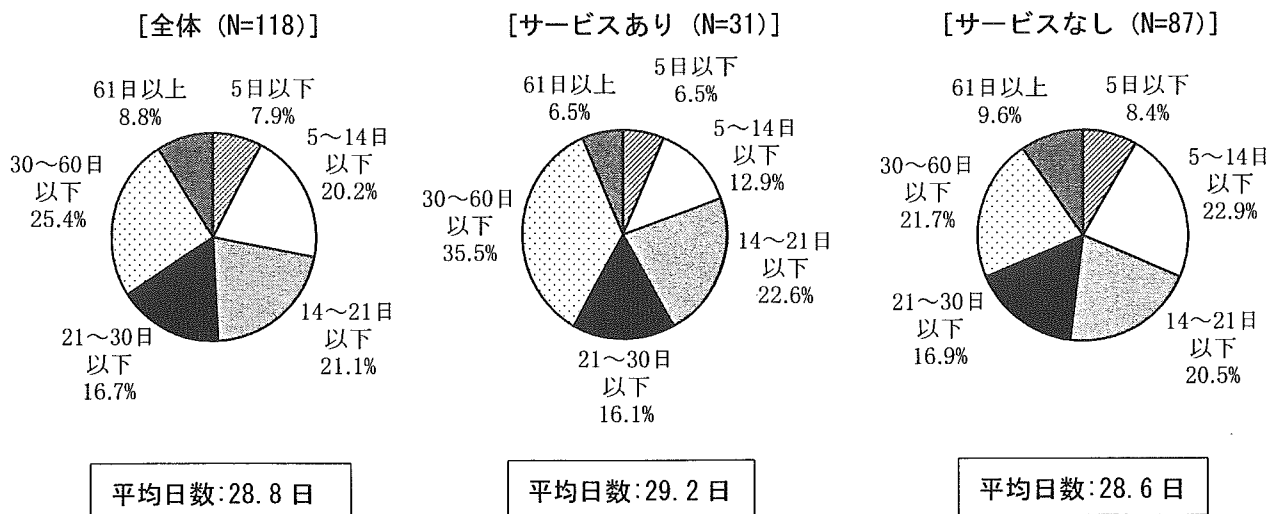


(5) 退院時の状況

① 入院期間

入院期間をみると、全体では、「30日～60日未満」が25.4%、「14～21日未満」が21.1%、「5～14日未満」が20.2%となっている。入院期間の平均日数は、全体で「28.8日」となっている。

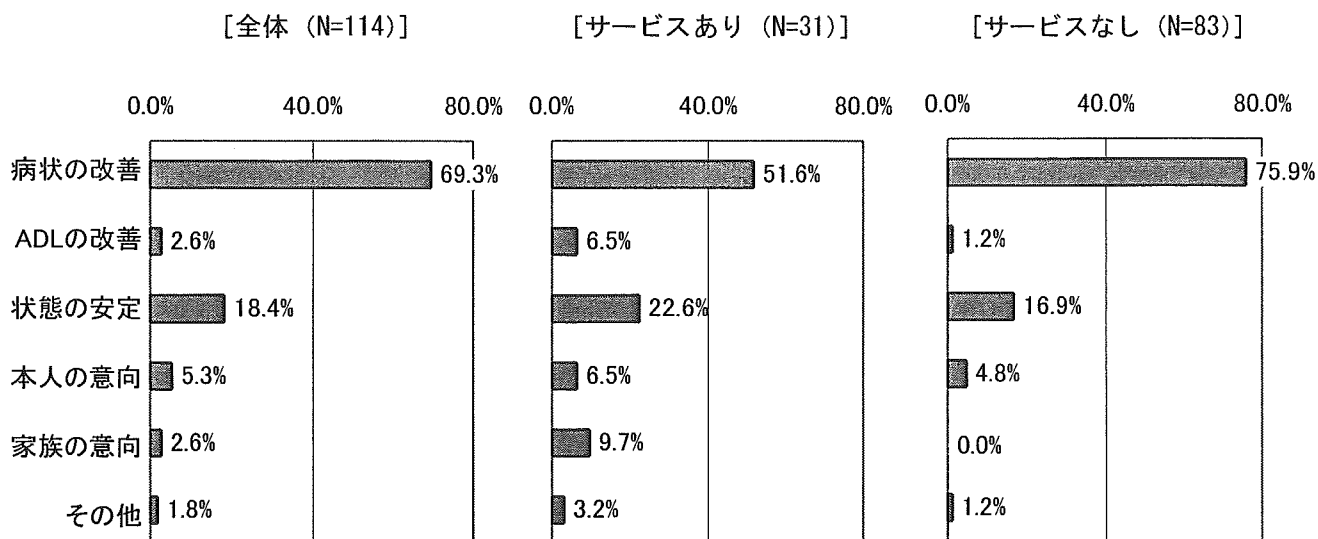
図10 入院期間



② 退院の理由

主な退院の理由をみると、全体では「病状の改善」が69.3%と最も多く、「状態の安定」が18.4%となっている。

図 11 退院の理由



③ 退院時の要介護度

退院時の要介護度は以下のようなものである。

表 24 要介護度（退院時）

退院後	退院時								不明	合計
	認定なし	認定あり	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
在宅サービスあり	0	30	3	14	8	2	2	1	1	31
	0.0%	96.8%	9.7%	45.2%	25.8%	6.5%	6.5%	3.2%	3.2%	100.0%
在宅サービスなし	66	16	3	8	4	1	0	0	1	83
	79.5%	19.3%	3.6%	9.6%	4.8%	1.2%	0.0%	0.0%	1.2%	100.0%
合計	66	46	6	22	12	3	2	1	2	114
	57.9%	40.4%	5.3%	19.3%	10.5%	2.6%	1.8%	0.9%	1.8%	100.0%

また、入院時から退院時の要介護度の変化をみると、改善では、「要支援→認定なし」が1人、「要介護1→認定なし」が2人、「要介護5→要介護3」が1人で、悪化では、「認定なし→要介護1」が2人、「要介護1→要介護2」が1人となっている。

表 25 入院時と退院時の要介護度

入院時	退院時							合計
	認定なし	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
認定なし	62	0	2	0	0	0	0	64
	96.9%	0.0%	3.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
要支援	1	6	0	0	0	0	0	7
	14.3%	85.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
要介護1	2	0	20	1	0	0	0	23
	8.7%	0.0%	87.0%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
要介護2	0	0	0	11	0	0	0	11
	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
要介護3	0	0	0	0	2	0	0	2
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
要介護4	0	0	0	0	0	2	0	2
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
要介護5	0	0	0	0	1	0	1	2
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%	100.0%
合計	65	6	22	12	3	2	1	111
	58.6%	5.4%	19.8%	10.8%	2.7%	1.8%	0.9%	100.0%

※不明の3名を除く

④ 家族による介護への期待

全体では「期待できる」が60.5%と入院時に比べて高く、「困難である」は、10.5%と入院時に比べて低くなっている。

退院後に在宅サービスを利用している患者では、「期待できる」が54.8%と全体よりも低く、「困難である」は19.4%、「できない」は22.6%となっている。

また、退院後に在宅サービスを利用していない患者では、「期待できる」が62.7%と全体よりも高いが、「必要ない」を除外すると、「期待できる」の割合は81.3%と高くなっている。

表 26 家族による介護の期待（退院時）

退院時 退院後	期待できる	困難である	できない	必要ない	不明	合計
在宅サービスあり	17	6	7	1	0	31
	54.8%	19.4%	22.6%	3.2%	0.0%	100.0%
在宅サービスなし	52	6	5	19	1	83
	62.7%	7.2%	6.0%	22.9%	1.2%	100.0%
合計	69	12	12	20	1	114
	60.5%	10.5%	10.5%	17.5%	0.9%	100.0%

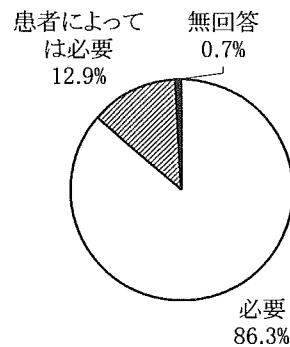
3. 看護師の在宅機関との連携に関する意識

調査対象病院の病棟看護師に対して、在宅機関との連携に関するアンケート調査を行ったところ、139名から回答を得た。

(1) 入院前の定常状態の把握について

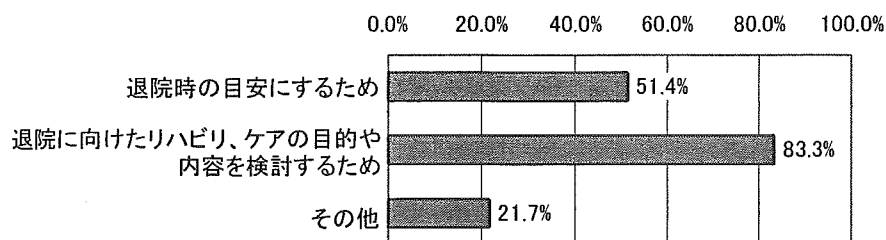
入院前の定常状態を知ることは必要かを尋ねたところ、「必要」が86.3%、「患者によっては必要」が12.9%であり、「あまり必要ではない」と回答した者はいなかった。

図 12 入院前の定常状態の把握について (N=139)



入院前の定常状態の把握が必要な理由としては、「退院に向けたリハビリ、ケアの目的や内容を検討するため」が83.3%、「退院時の目安にするため」が51.4%となっている。「その他」には、「患者本人の全体像を知るため」「入院時の状態が病状によるものなのかの判断材料とするため」「入院中の生活の目安とともに、安全確保のため」等があった。

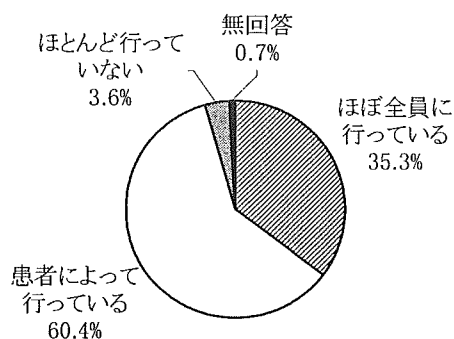
図 13 定常状態を把握する理由 (複数回答、N=138)



(2) 在宅機関との情報交換について

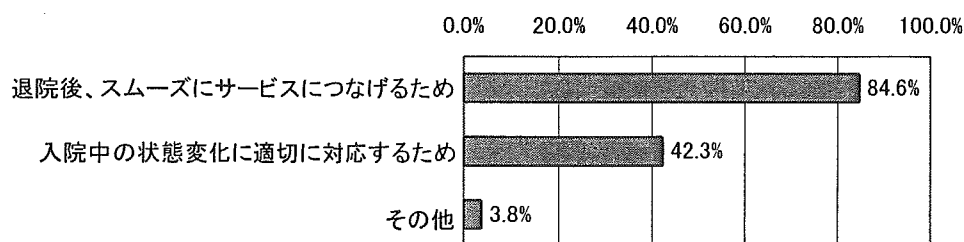
退院後在宅サービスを受ける予定の患者について、入院中に在宅機関との情報交換をどの程度行っているかを尋ねたところ、「ほぼ全員に行っている」が 35.3%、「患者によって行っている」が 60.4%となっている。

図 14 在宅機関との情報交換 (N=139)



在宅機関と情報交換を行っていると回答した 133 人に、その理由を尋ねたところ、「退院後、スムーズにサービスにつなげるため」が 8 割を超えている。「その他」には、「患者家族が安心して在宅に移行できるように橋渡し」、「入退院を繰り返す患者が多いため」等があった。

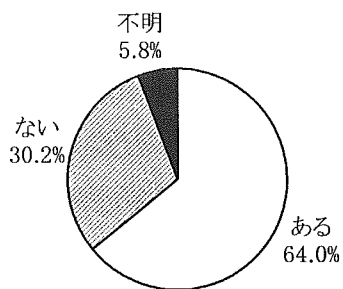
図 15 在宅機関と情報交換する理由 (複数回答、N=133)



(3) 在宅機関への連絡手順マニュアルの有無

介護支援専門員等へ連絡する手順のマニュアル（渡すべき書類の種類、連絡する時期などの決まり）が病院にあるかを尋ねたところ、「ある」が64.0%、「ない」が30.2%となっている。

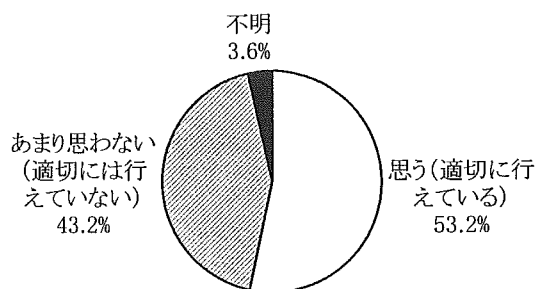
図 16 連絡手順マニュアルの有無 (N=139)



(4) 在宅機関への連絡の適切さ

退院後在宅サービスを受ける患者について、介護支援専門員等への連絡をあなた自身が適切に行えているかを尋ねたところ、「思う」が53.2%、「あまり思わない」が43.2%となっている。

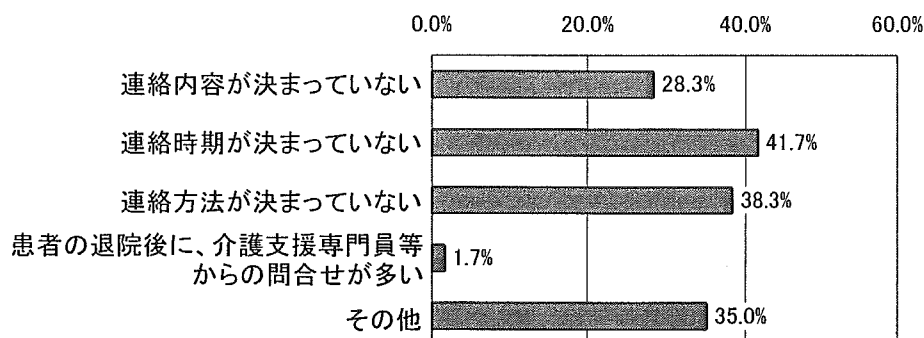
図 17 在宅機関への連絡の適切さ (N=139)



介護支援専門員等への連絡について、あまり適切には行えていないと回答した 60 人に、その理由を尋ねたところ、「連絡時期が決まっていない」が 41.7%、「連絡方法が決まっていない」が 38.3%、「連絡内容が決まっていない」が 28.3%となっている。

「その他」には、「経験したことがないから」、「ソーシャルワーカーが実施している」、「ソーシャルワーカーとの情報共有がどの程度できているか不明瞭」等があった。

図 18 連絡を適切に行えていないと思う理由 (N=60)



(5) 在宅機関との連携において感じる課題

在宅機関との連携において感じる課題を自由に記入してもらったところ、22 名から回答があり、次のような内容にまとめられる。

- ・入院時から退院後まで患者本人の生活を踏まえて関わる大切だと思うが、繁忙な業務の中で、看護師がタイムリーに関わることは難しいと感じる
- ・介護認定を申請する時期（タイミング）、どういった経路で在宅に繋げていくのか、看護師がどの部分を担うのか等のマニュアルがあればよい
- ・可能であれば、患者の退院前に患者に面接してもらいたい。当院の併設機関であれば日常的に行うことができるが、他機関だと難しい。また、電話や書類では伝わらないこともある。
- ・看護師自身が、在宅サービスについての知識不足であると感じる
- ・介護支援専門員の力量の違いにより、病院側でしなければならない内容が変わってくる
- ・ソーシャルワーカーを中心に連携は取れている方だと思うが、ソーシャルワーカーの負担は大きいと思う

4. 看護師による「患者調査票」に対する評価

「患者調査票」の記入を行った看護師 29 名に、各病院でグループヒアリング調査を行った。6 グループに分けてヒアリングを行い、その結果、以下のような回答を得た。

(1) 入院前の定常時状態の把握について

入院前の定常状態の把握は、「困難ではない」が、「本人・家族からの話ではどこまで正確か疑問」、「入院前に訪問看護を利用している場合は比較的把握しやすい」との意見があった。「入院中のケアに役立つ」「生活を知る上で役立つ」「一つの目安になる」という肯定的な評価がある一方で、家族に対する退院の説明材料としては「あまり関係がない」と「目標でもあるので大切」とに意見が分かれた。また、在宅ケア機関から書面で情報提供を受ける場合、定型化されている書式により情報収集が可能であり有用であるとの意見があるが、「書かれた情報のみならず、話し合うことが必要」との意見が付帯された。

(2) 入院後 24 時間の記録について

入院後 24 時間は変化がみられるので、記録に支障がなかったか、それらの記録が役立ったかを聞いたところ、「記録をすることに困難はなかった」との意見であったが、記録の内容については、「その後のケアに役立つ」と「あまり役立たない」「ケースによる」とに意見が分かれた。

(3) 退院時の状態把握について

退院時の状態把握については、「入院前の定常状況と比較する上で役立つ」という意見のほか、「入院前と比較することはなく、現状そのものの判断が大切」という意見があった。

また、訪問看護師や介護支援専門員への連絡には「これが不明だと今後のケアが不適切になる」「情報を整理する上で役立った」という意見がある他、これらの情報以外の要素も多くあるので、「あまり関係はない」との意見があった。

(4) 記載について

記載については「チェック方式なので面倒はない」「問題ない」という意見と「タイムリーに記録できず、あとからまとめて行った」との意見に分かれた。

また、記載の時期については、「一覧表ですぐ確認できるので、便利」という意見の他、「入院 24 時間の情報は患者による」「毎日変化があるので、3 時点がよいか分からない」と

いった意見があった。

(5) 全体について

この記入が在宅生活の視点を持つことに有益であったかについては、「改めて家族との情報交換が重要と感じた」との意見があった。

入退院についての連絡は、日常的にはソーシャルワーカーが中心の場合が多いが、「看護師は必要事項について連絡する」「チーム医療の考え方から関わっている」「看護が関わることも増えている」という意見があった。

<ヒアリング項目>

I 「患者調査票」について

1. 入院前の定常状態の把握について
2. 入院後 24 時間以内の状態の把握について
3. 退院時の状態の把握について
4. 入院前の情報の把握について
5. 記載について
6. 全体として

II 「連絡・相談記録票」について

表 27 ヒアリング結果

(1/3)

		A	B	C	D	E	F
I 1	①定常状態の把握は困難であったか	本人家族からの聞き取り調査なので正確であったか疑問の患者もいた	困難ではなかった	おおまかな視点にはなるが、実際のケアのためにはもっと細かい項目が必要と思う	訪問看護からの申し送りがあれば、状況把握は比較的容易だが、生活支援のヘルパーのみの介入時は、状態把握が困難である	いいえ	いいえ
	②その後のケアのために必要だと思うか	役立つ・不可欠だと思う	ひとつの基本目安として大事。対象の生活を知ることになる			はい	はい
	③退院に向けたケアのために役立ったか	役立つ・不可欠だと思う	ひとつの基本目安として大事。対象の生活を知ることになる		退院時に向けたケアには、参考となる面は多かったが、現在のQOL也、本人、家族の生活の意向を重視していた。看護添書記入に活用できることは少なかった	はい	はい
	④家族に在宅復帰を説得するうえで、定常状態に回復した、ないしそれに近い状態に戻ったことを把握していたことが役立ったか	役立った	目標でもあるので、説明時大切な要素になる	後で記録していたのであまり役立たなかった		はい	あまり関係なかった
	⑤退院時の看護添書を書くことに活用できたか	活用できた		活用はしていない		はい	介護認定の有無についてのチェックくらい
I 2	①状態が変化しているので、把握が困難な場合が多かったか	状態による。肺炎進行している患者は酸素量を変化させるなど、病状が変化する	多くはなかった	困難ではない		いいえ	いいえ。せん妄など48時間の変化があるものもある
	②状態が変化しているので把握してもその後のケアに役立たなかったか	役立つ	知っておく必要があるが、ケアに役立つかどうかはケースBYケース	どちらかといえばそうである	状態が変化しているので、把握してもその後のケアにすぐには役立つケースが少なかった	いいえ	役立つ
I 3	①入院前の定常状態と比較するうえで役立ったか	役立った	今後につながるので役に立つ	シート上では比較的できたが、訪問NSに伝える上であまり活用はしなかった		はい	比較するより、現状で判断している
	②訪問看護師等に退院時のケアを知らせるうえで役立ったか	役立った	これが不明だと、現状を把握できないし、その後のケアが不適切になる		訪問看護に連絡をする際の情報整理に役立った	はい	関係ない。あの質問のみではなく、他の複雑要素がからんでくるため

		A	B	C	D	E	F
I 4	①本人、家族からのみ聞き取りすることで把握できるか		ケースによっては、サポートしている療源からの収集も必要		本人・家族からの聞き取りで情報の把握はほぼ出来ている。看護添書の形で、情報提供され、新たに照会する必要はほとんど無かった。看護添書に関しては、所属の規定用紙での記入で形式の工夫は非常に困難さを感じる	はい	いいえ
	②訪問看護や居宅サービスを利用していた患者について、新たに照会する必要はあったか	聞いて確認した	なかった		看護添書の形で情報提供され、新たに照会する必要はほとんどない	いいえ	患者によってはあった
	③訪問看護や居宅サービスを利用していた患者について、在宅機関から定常状態や介護状況の情報が提供されるか(添書としてあるか)		文章で提供をうける			はい	そこそこで違う。必要な時もあり、要求して送ってもらうこともある
	④添書がある場合、それをもっと役立つようにするには、どういう形式がよいか	入院前の状態や定期的なもの		入院前情報は、添書で届くので問題ない		現在の形式で十分役に立つ	書面のみでは一方通行的な情報ではない。それをもとに、電話連絡などでコミュニケーションをとることでより情報が確実になると思う
I 5	①記載は面倒であったか	面倒	記載自体は困難ではなかった	チェック式なので、面倒ではない	タイムリーに記録することが、なかなかできず、(他の記録類も多い)まとめでの記録で時間面で困難さを感じた。記録も記述なので時間を要した	はい	いいえ
	②新たに調べなくても記載できたか	新たに調べた	できた			はい	はい
	③新たに調べたのはどのような箇所か	介護保険の状況(SW、相談室で行っている)				要介護度	
I 6	①「在宅生活の継続」という視点に立てたか	通常から持っている	あまり意識はしなかった	はい	在宅生活の継続の視点は通常より意識できたと思われる	はい	在宅生活の継続は、家族の協力が不可欠ということをあらためて感じた
	②特定の時期(今回は3時点)に、同じ項目で記録をとることにより、患者の変化を明確にみることができたと思うか	入院24時間は患者によりけり。経過の中の一つ。胃ろう造設者など、造設してからの方が大切	(疑問)不明確	明確にとまではいえない。大きな変化がないため		はい	あの時期が適切かどうかは不明。流動的な毎日の中では、この比較評価は、同一時期でとはいえない
	③看護日誌に記載すべき着眼点を決めるうえで役立ったか	ある		役立たなかった	記録をすることで患者の変化を明確に見れたとは思われない。通常の記録、看護計画で変化を捉えられていると思う	はい	いいえ

		A	B	C	D	E	F
II	①入院後の情報交換の頻度はどうか	居宅のケアマネが来院することがあり、連携はある		当院のSTとは、密に行える。その他は、連絡し来ていただいて、調整又は電話で行った	チーム医療を理念において看護を継続してる。	訪問STからの入院の方の場合、院内で訪問NSに会えるのでそのつど現状共有し、退院の目安など話し合っている	ない
	②もつと情報交換があったが、連絡表には十分記載しなかったということがあるか	あると思う		ない	情報共有が必要な所とは密に連携をとっているが、後手になることもある	ほとんどの入院の方と外来よりもらっているが記載しなかった	ない
	③連絡は、同一法人内の訪問看護ステーション、居宅に限らず行われたか	次は、外来看護		ない		はい	はい
	④入退院の連絡以外に多い情報交換はどういったことか	退院後サービスについて、次の外来受診について				病状・別途の空床状況など	処方、家族の思い
	⑤「患者調査票」を記載するようになって連絡は増えたと思うか			かわらない		いいえ	普段と変わらない
	⑥訪問看護師、ケアマネが病棟を訪れる際のアポのために連絡をとることがあるか	そうしている	ある	ある		はい	ある
	⑦入退院については、MSW等が中心であるため、看護部門は直接関係することがないか	ある	看護部門が関係することが、増えてきていると思う	それはない。MSWと連携し合っている	入院時の窓口はMSWになっていますが、必要な事項に関しては、看護師も連絡をとっている	いいえ	MSWが中心ではない。医師が中心である
	⑧転院・転所については、MSW等が中心であるため、看護部門は直接関係することがないか。	ある	これはない。チームとしてそれぞれ外部へも役割を果たす			いいえ	病棟看護師から直接転院先、転所先に連絡することがある
	⑨業務の支障となるので、連絡は控えるようにしているということがあるか	ない	ない	ない	他職種の病棟訪問は、日常的に行われているので、アポイントのための連絡は頻回	いいえ	ない
	⑩在宅へのサービス機関と積極的な連絡をすることが、病院の方針としてあるか	ある	ある	ある		在宅移行マニュアルがとても役に立つ	患者によって病状によって治療方針によって行う

5. 退院時連携の状況と在宅ケアスタッフからの評価

(1) 「看護添書」の改良と記載状況

昨年度の調査結果から、連携に必要な情報を整理し、今年度は退院時に病棟看護師から訪問看護師および介護支援専門員へ提供する「看護添書」の改良を行った。改良点は、これまで医師の退院療養計画書にあった、①検査結果、②処方薬（ただし変更の場合）、さらに③患者・家族の受け止め方（理解の状況）を追記することとした。（ただし、1病院は既にこれらの内容が添書に含まれていた。）

看護添書全部の記載事項・内容は、以下のとおりとした。

【基本事項】

- ・患者氏名、入院期間

【添書記載内容】

- ① 診断名
- ② 退院（転院・転所理由）の理由
- ③ 入院中の経過
- ④ 看護診断・問題リスト
- ⑤ 入院中の治療内容
- ⑥ 入院中の検査と結果
- ⑦ 退院時処方薬
- ⑧ 在宅療養に関する家族・本人への説明と受け止め方
- ⑨ 今後の方針
- ⑩ 継続ケアと急変時の対応
- ⑪ 身体機能や認知機能
- ⑫ 使用している器具類
- ⑬ 介護保険認定情報

調査終了時に、退院患者への看護添書を集めたところ、17件の看護添書が回収された。このうち記載項目として新たに増やした項目についての記載状況は、①検査結果は14件、②処方薬は10件、③本人・家族の受け止め方の記載は9件となっている。説明も充分には行えていないことが考えられ、記載が少なかったものと考えられる。

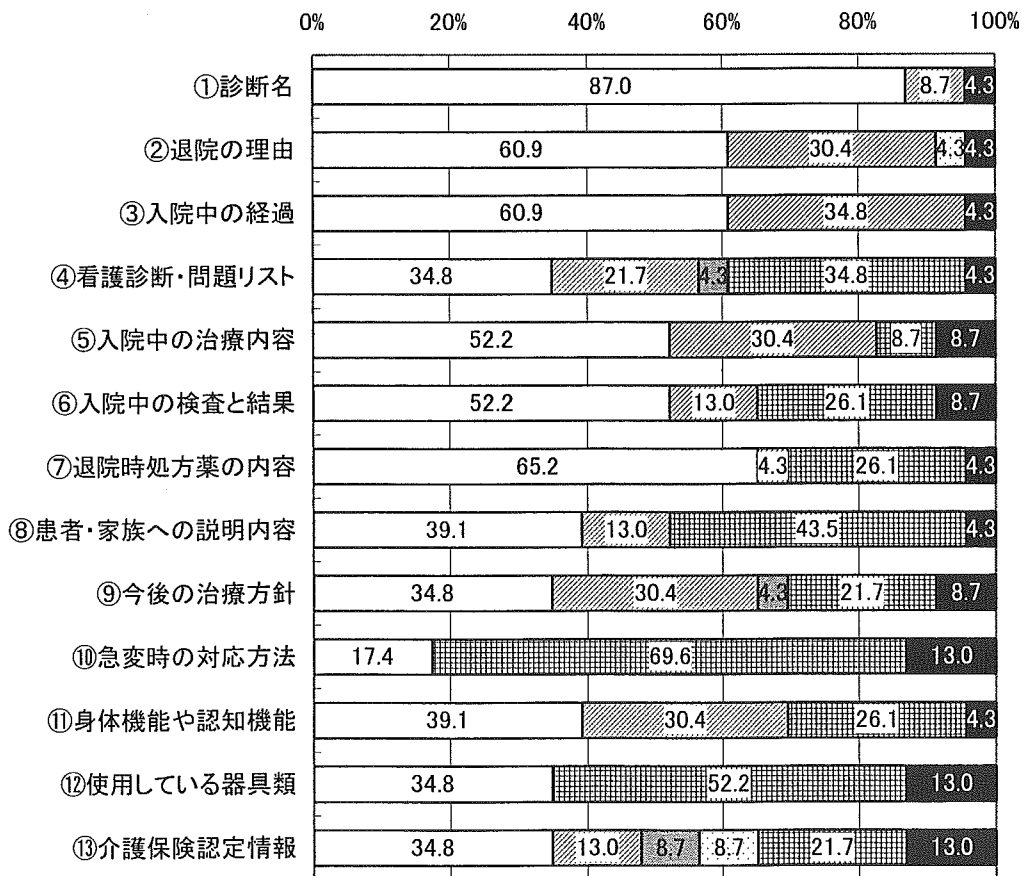
(2) 在宅ケアスタッフによる「看護添書」の評価

看護添書に記載された12項目が当該患者にとって役立ったかを聞くため、訪問看護師または介護支援専門員に対してアンケート調査を行った。その結果13事業所から23件の回答を得た。

① 看護添書の内容に対する評価

看護添書に記載されている内容について、それぞれ評価をしてもらったところ、結果は以下のとおりとなっている。

図 19 看護添書の内容に対する評価 (N=23)



- 内容が的確であり役に立った
- ▨ 内容が抽象的であり、役に立たなかった
- 内容が直近の情報ではなかったため、役に立たなかった
- 情報としては不要な内容であった
- ▨ 記載がほとんどなかった
- 無回答

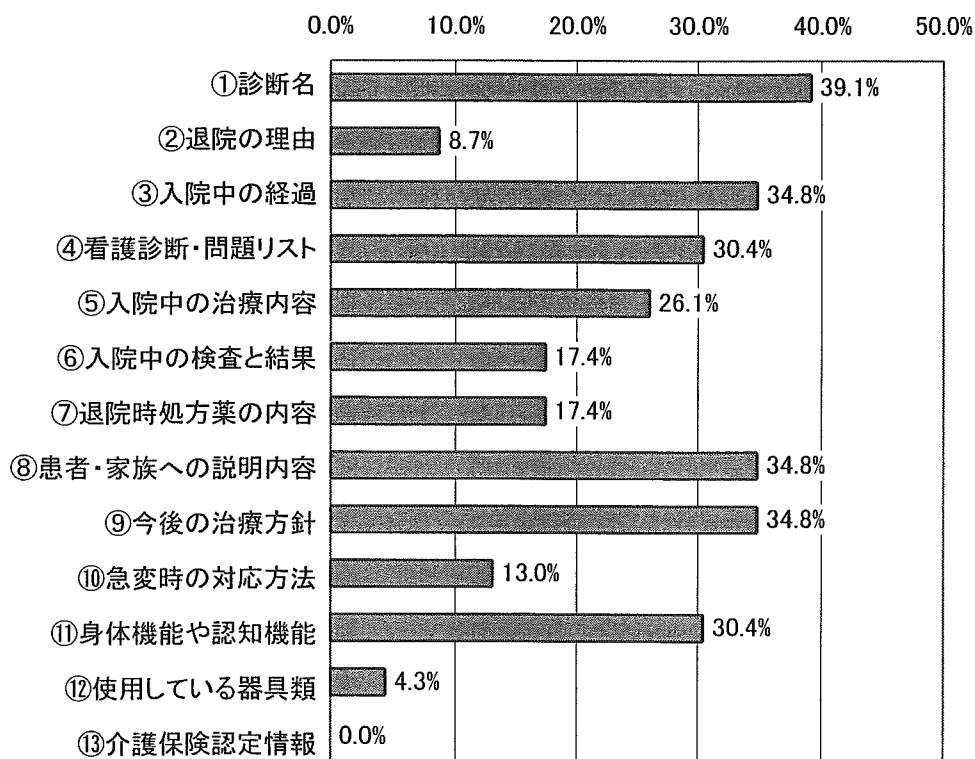
「内容が的確であり役に立った」との回答が多かったのは、「①診断名」が 87.0%、「②退院の理由」(60.9%)、「③入院中の経過」(60.9%)、「⑦退院時処方薬の内容」(65.2%)となっている。一方、「内容が抽象的であり、役に立たなかった」が多いのは、「②退院の理由」(30.4%)、「③入院中の経過」(34.8%)、「⑤入院中の治療内容」(30.4%)であり、また、「記載がほとんどなかった」で多いのは、「④看護診断・問題リスト」(34.8%)、「⑧患者・家族への説明内容」(43.5%)、「⑩急変時の対応方法」(69.6%)となっている。「②退院の理由」と「③入院中の経過」は、評価が「役立った」と「役立たなかった」が2分した結果となっている。

② 最も役立った項目

また、これらの項目の中で最も役立ったと思う項目を3つ選んでもらったところ、「①診断名」が 9 件(39.1%)と最も多く、次いで「③入院中の経過」「⑧患者・家族への説明内容(受け止め方)」「⑨今後の治療方針」がそれぞれ 8 件(34.8%)となっている。

「患者家族の受け止め方」については、今年度改良して追記した情報であり、受け取る在宅スタッフには有用であることが示唆される。しかしながら、病棟看護師がそれを把握し記入があったのは、新規に導入した病院では 4 件中 1 件と少なく、今後の連携にあたっての課題の1つと考えられる。

図 20 最も役立った項目 (N=23)



(3) 在宅ケア機関からの連携に関する課題

また、退院後患者にサービスを提供した事業所に対して医療機関との関係について聞いたところ、13の機関(訪問看護ステーション7、居宅介護支援事業所6)から回答があった。まず、平成17年4～6月の3ヵ月間におけるサービス利用は、合計で1,362人の利用があり、病院からの退院後にサービスを利用しているのは169人(12.4%)となっている。

このうち訪問看護ステーション7カ所については622人の利用者で、72人(11.0%)が退院患者となっている。

表 28 退院後サービス利用の実態(平成17年4月～6月期)

	(A)利用実人数	(B)病院からの退院後の利用者数	(B)/(A)
訪問看護ステーション (7カ所)	622人	72人	11.6%
居宅介護支援事業所 (6カ所)	740人	97人	13.1%
合 計	1,362人	169人	12.4%

急性期医療機関との連携で日頃から課題と感じていることについて自由に記入してもらったところ、さまざまな意見があったが、主に次の6点に整理される。

- ① 病棟看護師との連携について
 - ・ 入院中の治療やリハビリの経過を知らせてほしい
 - ・ 病状の変化は分かるがそれが生活にどう影響するか知らせてほしい
 - ・ 在宅生活の中でできる看護を一緒に考えてほしい
- ② 医師の判断について
 - ・ 医師に今後の生活方針や緊急時の対応、予測される症状への対応を聞きたいが、不在の場合も多く、看護師が把握しておいてもらいたい
 - ・ 退院時カンファレンスが必要
- ③ ソーシャルワーカーとの連携について
 - ・ ソーシャルワーカーによって差がある
 - ・ 病状変化については、直接病棟看護師に聞きたい
 - ・ ソーシャルワーカー居ない場合の連絡調整
- ④ 緊急時の対応について
 - ・ 緊急の時も外来にまわされることが多い
 - ・ 休日・夜間の対応を統一してほしい

⑤ 外来について

- ・ 対応が遅い
- ・ 生活を考えない指導を患者にすることがある

⑥ 退院連絡について

- ・ サービス調整の依頼が遅く、急に連絡がくる
- ・ カンファレンスを開いて情報交換してほしい
- ・ 退院後の生活をイメージして連絡の重要性を理解してほしい