

資料2-3 地域包括支援センター・在宅介護支援センター回答結果（R3.2.12現在）

問1入院時退院調整看護師との連携状況（n=11）

①常に取れている	
②とれている場合が多い	4
③とれていない場合が多い	1
④とれていない	2
⑤事例で連携したことがない	4

問1-1 ③、④と回答した方のみ

連携のための連絡調整に時間がかかる	
連携するための本人情報やアセスメントが不足している	
コミュニケーションが取りにくい	
協力的な姿勢や対応が得にくいことがある	
支援業務の役割、範囲が曖昧で分りにくい	1
その他	3

問1-2 問1-1で⑥と回答 その他自由記載

- ・入院時の連携についてはMSWと連携している
- ・連携が取れている所、取れない所、さまざま

・包括で入院支援を行う事例の中には、在宅での健康面、生活面の自己管理が困難となり、身体面では脱水・栄養不良や認知症の急性期等で、入院で本人保護を行い、退院後は必要なケアが受けられる施設利用につなげるケースが少なくない。入院時には退院調整看護師ではなく、医療ソーシャルワーカー等と連絡調整を行うケースがほとんどです。

- ・入院してすぐは関わりが少ない所もある。

1

問2入院時医療SWとの連携状況（n=11）

①常に取れている	
②とれている場合が多い	9
③とれていない場合が多い	
④とれていない	
⑤事例で連携したことがない	2

問2-1 ③、④と回答した方のみ

連携のための連絡調整に時間がかかる	
連携するための本人情報やアセスメントが不足している	
コミュニケーションが取りにくい	
協力的な姿勢や対応が得にくいことがある	
支援業務の役割、範囲が曖昧で分りにくい	
その他	

問2-2 問2-1で⑥と回答その他自由記載

- ・ケースによって、うまく連携できるときもありますし、そうでないときもあるというのが現状かと思えます。

包括としては、かかりつけ医があれば、まずはかかりつけ医に相談。それが医療ソーシャルワーカーのいるところならまずMSWと相談することが多いと思います。医療機関に精査機関に精査目的で入院させていただくことで本人の安全、必要な精査や治療、ケアの確保を視野に相談し、最終的な入院可否は医師になるので、入院という目的が達成できる場合もあるし、そうでないこともあります。劣悪な居住環境や債務など経済問題、家族関係が希薄など複雑な要因が絡むこともあるので、情報の共有がとても大切と感じています。

問3 (n=11)

①常に取れている	2
②とれている場合が多い	7
③とれていない場合が多い	1
④とれていない	
⑤事例で連携したことがない	1

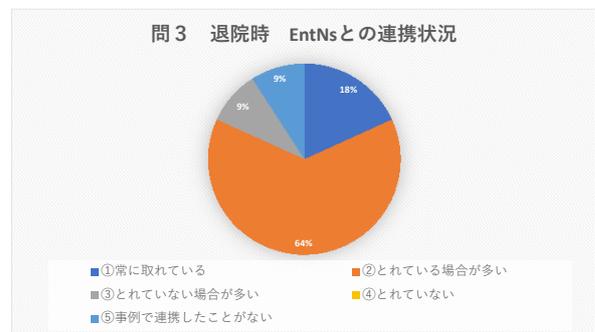
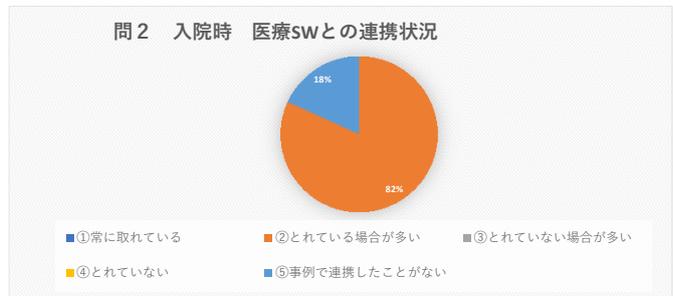
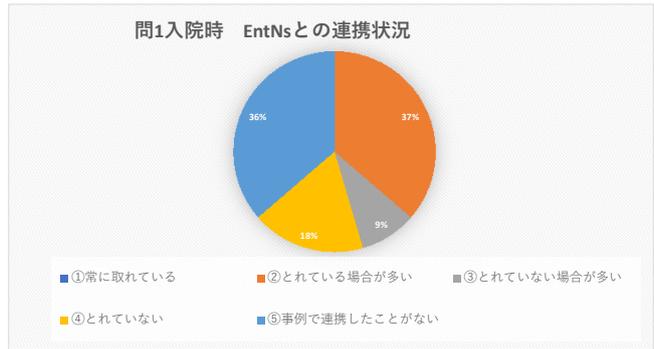
問3-1 ③、④と回答した方のみ

連携のための連絡調整に時間がかかる	
連携するための本人情報やアセスメントが不足している	1
コミュニケーションが取りにくい	1
協力的な姿勢や対応が得にくいことがある	1
支援業務の役割、範囲が曖昧で分りにくい	1
その他	

問3-2 問3-1で⑥と回答その他自由記載

- ・ケースによって、うまく連携できるときもありますし、そうでないときもあるというのが現状かと思えます。

退院時も入院時も関わっていただいた医療ソーシャルワーカーと相談することが多いが、ケースによって、退院に向けた病院内での認定調査時や・病院による。

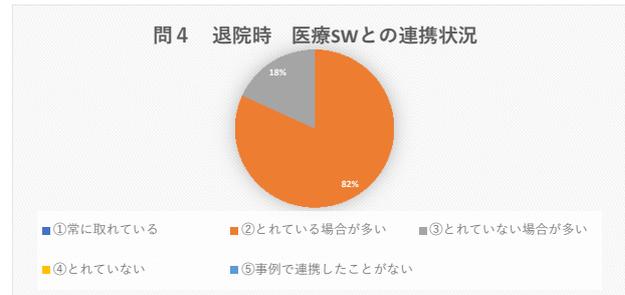


問4 退院時 医療SWとの連携状況 (n=11)

①常に取れている	
②とれている場合が多い	9
③とれていない場合が多い	2
④とれていない	
⑤事例で連携したことがない	

問4-①③, ④と回答した方のみ

連携のための連絡調整に時間がかかる	
連携するための本人情報やアセスメントが不足している	1
コミュニケーションが取りにくい	
協力的な姿勢や対応が得にくいことがある	
支援業務の役割、範囲が曖昧で分りにくい	
その他	



問4-② 問4-①で6と回答その他自由記載

- ・病院により連携が取れる所とそうでない所の差がある。
- ・但し、退院直前の連絡がめだち、支援調整の時間がとれないことがある。
- ・退院後に相談されることもめだつ。退院前の相談対応が望ましいケースもあるので早めに連携したい。
- ・さまざまである。

・ケースによって、うまく連携できるときもありますし、そうでないときもあるというのが現状かと思います。

包括が入院支援を行わなければならないケースの多くは、在宅復帰が様々な理由から難しい事例が多く、入院と同時に生活保護に相談したり、退院後も生活保護OKの老健や住宅有料、サ高住、認知症グループホームなどにつないでいく作業を病院MSWの方と相談しながら、MSWが主導してくださる場合もありますし、包括もそこを一緒になって選定補助を行うことなどもあります。

・退院調整看護師よりほとんどの事が聞き取れているため、連携の必要性を感じない。

問5 今後、退院調整看護師、医療ソーシャルワーカーとどのような連携が必要と考えますか (自由記述)

・近年の環境では顔が見える機会ということは、難しい部分が生じている。しかし、顔が見えなくてもお互いへの「支援協力」という気持ちを持った対応が必要。

自分の支援場所での役割を理解し、相手の支援場所の役割を理解して「依頼・お願い」する気持ちが必要。

地域では、院内等のようにすぐに相談できる環境は少ない。また、入院中と自宅での本人の性格にも違いが出てくることが多い。そのため、小さなアセスメント内容でも情報提供をいただくと、在宅生活上の困りごとに対応することが出来る。また、入院中の状況等も知ることが出来る。

(職種に限らず…医師やリハビリスタッフ等)

状況によっては「高齢者世帯」等に理由をつけて見守り訪問を行うことが出来る。(←このようなことを知らない可能性がある?)

ケアマネージャーとの連携に類似点があると思うため、連携内容も同等に対応することが出来る可能性が高いと考えられる。

・退院の10日位前に調整に入れる連携・ケアマネやサービス調整後にENTができる連携

・連携にすぐつながらないが、徐々に関係を構築していくしかないと思われる。

未受診・未整容の方で、在宅で衣食住が成り立っていないような事例で、緊急で保護が必要な事例などに遭遇した場合に、そのような事例でも相談できる様々な医療機関のMSWや退院調整看護師との関係作りが必要と思っています。まして、新型コロナウイルスの感染拡大で、そのようなケースは優先順位が相対的に下がる可能性もあり、現場では危惧するところです。また、認知症や被害妄想など精神疾患等で精神科医療機関のMSW等関係者とも相談できる関係性を広げていく必要性を感じています。

・退院調整看護師、医療ソーシャルワーカーどちらとやりとりしたらよいか悩むことがある。もう少し明確だと助かる。

・担当を1人にせず、複数人で受け持って欲しい。いつもつかまらず、連絡の取れない病院もあるので、コロナ渦の中、顔の見える関係性をつくることは難しいかもしれませんが、互いの状況が分かると助かります。