資料３ パネルディスカッション資料

①特養管理者の立場から

特別養護老人ホームから医療へ
連携の障壁を下げ、入所者の急変時対応と加算取得を両立する

沖縄県老人福祉協議会　副会長
具志川厚生園　園長
福地　政幸

R8年度　在宅医療介護連携支援事業

特別養護老人ホームと協力医療機関の連携に向けたシンポジウム

特別養護老人ホームから医療へ

連携の障壁を下げ、入所者の急変時対応と加算取得を両立する

沖縄県老人福祉協議会　副会長
具志川厚生園　園長　福地・政幸

制度の到達点と令和9年度の期限

令和9年4月から、特養は3要件を満たす協力医療機関の確保が必要

1　急変時の相談

医師または看護職員が、病状急変時に常時相談へ対応

2　診療の体制

診療の求めに応じて診療できる体制を常時確保

3　入院受入れ

入院が必要と判断された入所者を原則受け入れる体制
（この要件は病院に限る）

経過措置は令和9年3月31日まで

年1回以上、急変時の対応を確認し、協力医療機関の名称等を自治体へ届出。退院後の速やかな再入所にも努める。

連携が進まない4つの障壁

現場の困難は、施設側の準備不足だけでは解けない

特養側が感じる壁

1. 夜間・休日の対応条件と入院受入れが見えにくい
2. 近隣の受入れ可能な病院が少なく、依頼が集中
3. 配置医師と協力医療機関の責任範囲が曖昧
4. 窓口・必要情報・契約手順が分からず調整が長期化

医療機関側の負担・懸念

人員	夜間・休日の相談・診療を常時確保する負担
病床	入院原則受入れと病床運用の両立
調整	多数施設との個別契約・会議・情報管理
責任	配置医・施設看護職との役割境界が不明確

出典：依頼者提示の現場課題を整理。障壁の存在や頻度を示す統計ではありません。

配置医師と協力医療機関の役割分担

平時の健康管理を軸に、急変時の判断と受入れをつなぐ

特養・看護職

- 日々の観察と症状記録
- 急変基準に沿って連絡
- 本人意向・連絡先を共有

配置医師（嘱託医）

- 平時の診療と健康管理
- 施設内対応を医学的に判断
- 診療情報を協力先へ引継ぎ

協力医療機関

- 急変時の相談と診療
- 入院必要時の受入れ調整
- 退院後の再入所を支援

協定で明分化する範囲：連絡先・時間帯・緊急度・情報様式・受入れ判断・不応時の代替経路

協定締結を前に進める実務

01	施設が準備	入所者像、急変実績、夜間体制、搬送先、配置医の関与をA4一枚に整理
02	医療機関と協議	常時相談・診療・入院受入れの可否と限界、連絡窓口、代替経路を確認
03	協定に記載	対象者、連絡基準、提供情報、返答目安、受入れ調整、費用・責任境界を合意
04	運用を試す	事例を使った連絡訓練を実施し、詰まった点を修正。年1回以上の確認を記録

複数の医療機関で3要件を分担する方法も可能。地域の病院機能に合わせて組み合わせる。

会議要件と継続運用

2026年6月から会議頻度が見直し。ICTの有無などで要件を確認

ICTで入所者情報を随時共有

定期会議：年1回以上

情報共有システムで協力医療機関が入所者情報を随時確認できる体制が前提

ICTで随時共有しない場合

定期会議：原則3か月に1回以上

協力医療機関が年2件以上の入院受入れ、または年2件以上の往診を行った場合は年1回以上で可

会議の記録に残す内容　**入所者の病歴・現状の変化、急変時の対応確認、連絡体制の変更、未解決課題と担当者**

会議は入所者本人の同意を得た病歴等の情報共有が前提。実際の適用条件は最新通知・Q&Aを確認。

協力医療機関連携加算の取得段階

まず情報共有会議を定着させ、3要件の充足を上位区分へつなぐ

基礎区分

5単位／月

協力医療機関との定期会議を開催し、
同意を得た病歴等を共有

上位区分

50単位／月

3要件を満たす協力医療機関と連携し、
定期会議・情報共有などの算定要件を満たす

取得の順序　協定・届出を確認 → 会議と記録を継続 → 相談・診療・入院体制を整備 → 上位区分を算定

令和8年度現行単位。令和6年度の100単位／月は経過的取扱いで、令和7年度以降は50単位／月。

沖縄県医師会への共同提案

令和9年度までに、地域単位で「結べる協定」と「続けられる運用」を整える

1｜標準協定書	3要件、役割分担、連絡基準、入院調整、退院後の再入所を明記
2｜共通情報シート	基本情報・既往歴・ACP/本人意向・緊急連絡先・直近の状態を1枚に
3｜地域調整会議	医師会・病院・特養・行政が地域の受入れ余力と空白地域を共有
4｜小規模試行	複数施設合同会議やICT共有を試行し、負担・急変対応・算定状況を評価

双方の利点　**特養：相談先と受入れ経路が明確**　｜　**医療機関：情報整理・連絡の標準化で調整負担を軽減**

ご提案：県医師会を事務局に、施設・医療機関・行政の合同ワーキングを設置し、年度内に標準案と試行地域を決定。

②特養配置医師の立場から

特養施設と協力医療機関の連携
配置医師の立場から

社会福祉法人　善隣福祉会
愛誠園クリニック
平良　民子

特養施設と
協力医療機関の連携

配置医師の立場から

社会福祉法人　善隣福祉会
愛誠園クリニック

平良民子



社会福祉法人善隣福祉会
愛誠園クリニック

診療科：一般内科外来　特養配置医
医師　：常勤１、非常勤１
法人グループ施設
特別養護老人ホーム　２施設
　特別養護老人ホーム　愛誠園　定員１１０
　特別養護老人ホーム 白浜の里愛誠園　定員　６０
デイサービス
グループホーム
サービス付き高齢者向け住宅
障がい者グループホーム



配置医（嘱託医）業務

定期業務	臨時対応
1 定期回診（週１－２回。半日） 入所者をグループ分け １回あたり２０－４０人	1 発熱など 主に電話対応、臨時往診or 受診指示
2 処方箋作成（14−35日分）	2 看取り（死亡診断）
3 フォーレ交換、胃ろう交換など	
4 その他 （予防接種、家族面談、検診結果確認）	

入所者が発熱など―施設看護師より電話連絡

1 処方のみで対応

尿路感染症疑い、
蜂窩織炎疑いなど
―抗生剤内服

脱水、食思低下
―点滴指示

2 クリニック受診

採血（結果後日）
レントゲンなど
―内服、点滴処方

入院or精査が必要
―協力医療機関または
急性期病院等

3 直接病院受診指示

―協力医療機関または
専門医・急性期病院等
受診指示

4 救急搬送指示

夜間　休日 ➡ 救急搬送

入院者数

特養１　定員 110			
	R5	R6	R7
紹介入院	53	39	32
救急搬送	32	36	44

特養２　定員 60	
	R7
紹介入院	4
入院（紹介状なし）	9
救急搬送	21

課題点

1. 入院が必要と判断 → (情報提供書記入) → 施設CMより病院連携室へ連絡 → 受診受け入れ可能か連絡待ち → (不可の場合は次の病院) → 受診

受診までに１－２時間かかる場合も

2. 協力医療機関が受け入れ困難 (満床、急変リスクが高い、手術の可能性など) → 急性期病院に依頼せざるを得ない → 協力病院以外の地ケア病院？

3. 施設で対応中に経過が悪化し入院（救急搬送含む） → はじめから入院依頼すべきだったか？

死亡者数

特養１　定員１１０			
	R5	R6	R7
施設での看取り	14	19	14
病院での看取り			
入院先で死亡	19	12	13

特養２　定員60			
	R5	R6	R7
施設での看取り	17	5	12
病院での看取り	0	0	1
入院先で死亡	7	7	5

施設での看取り現状と課題

1 施設入所者の高齢化に加え、
入院先でこれ以上回復が見込めず、
看取り退院も増え今後ますます
増えていくと想定される。

→ 入所者本人、家族、施設に
とっても望ましいと思われる。

2 現在医師常勤１、非常勤１で
対応しているが、365日すべての
対応が難しい。

→ 外部医師への委託は
人件費の問題 (待機含む)
で現状困難

→ 看取り期間は
配置医以外の
訪問診療へ委託？

③訪問診療医の立場から

限界を迎える特養医療を救え！
配置医ロンリーから在宅医とのタッグ時代へ

玄米クリニック

森田　悦雄

限界を迎える特養医療を救え！
配置医ロンリーから在宅医とのタッグ時代へ

①

「使命感」という名の孤立から、「仕組み」で支え合うチーム医療へ。特養・病院・地域をつなぐ新時代の幕開け。





本資料の目的

特別養護老人ホームにおける医療提供体制の構造的限界を紐解き、2027年4月に義務化される「医療連携体制の構築」に向けた実践的なロードマップを提示します。
後日、施設内や連携期間との共有・自習用資料としてご活用ください。

2026/10/22
玄米クリニック
森田悦雄

Gemini Notebook

【現状と危機】「熱意と使命感」の搾取が招く、特養医療の構造的限界

入所者が重度化する中、1人の医師が「無報酬の夜間待機」と「代診探し」を背負うモデルは崩壊寸前

1 介護保険「包括（まるめ）算定」の壁

特養の定期管理は定額契約。深夜に何度駆けつけても追加報酬はなく、実質「ボランティア状態」での対応を強いている。

2 休めない「代診探し」と後継者不在

学会や休日不在時の代診探しは自己責任。過酷な労働環境に若手は敬遠し、配置医の高齢化と後継者難が深刻化。

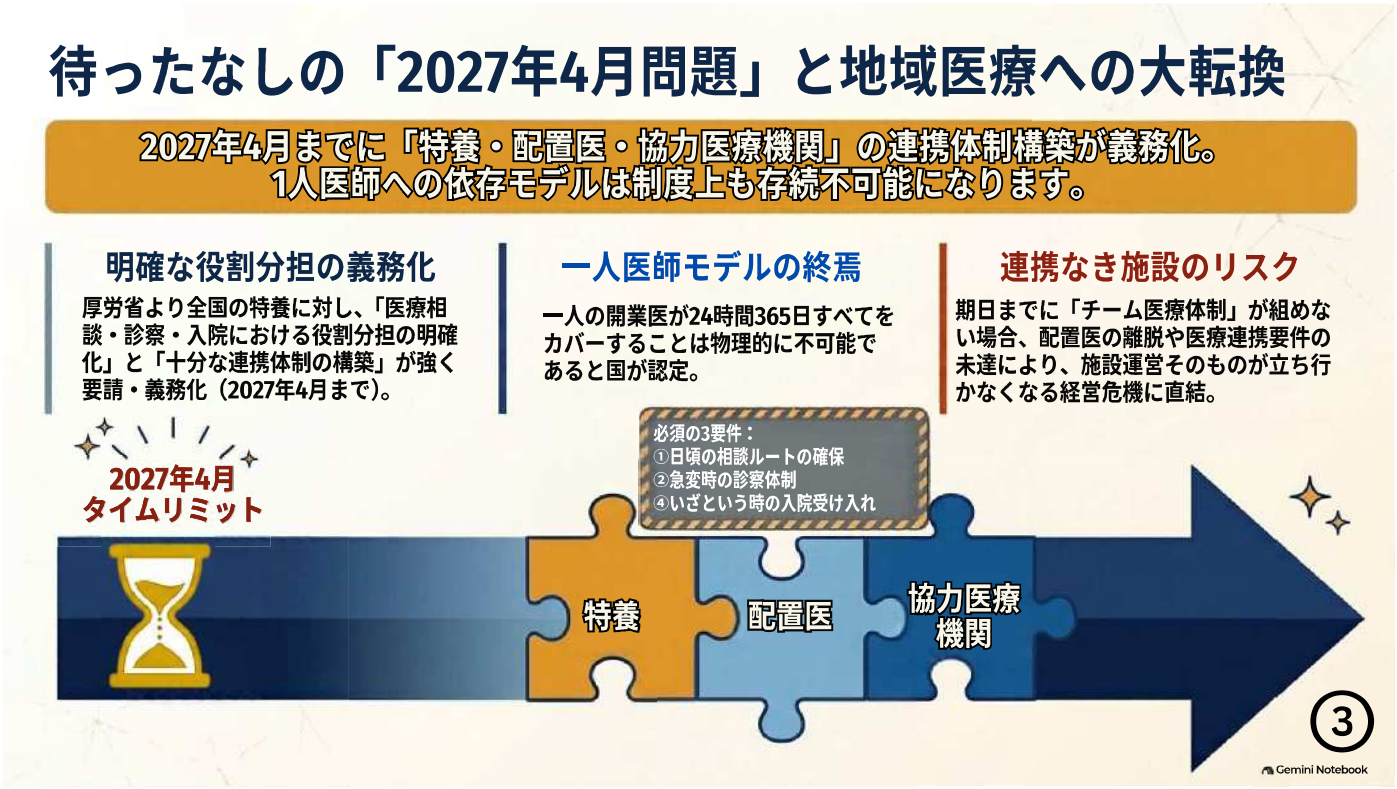
3 特養の「準医療機関化」（重度化）

平均要介護度4前後。胃ろう、喀痰吸引、がん末期など医療ニーズが激増。1人で24時間365日カバーするのは構造的に不可能。



②

Gemini Notebook


待ったなしの「2027年4月問題」と地域医療への大転換
2027年4月までに「特養・配置医・協力医療機関」の連携体制構築が義務化。
1人医師への依存モデルは制度上も存続不可能になります。
明確な役割分担の義務化
厚労省より全国の特養に対し、「医療相談・診察・入院における役割分担の明確化」と「十分な連携体制の構築」が強く要請・義務化（2027年4月まで）。
一人医師モデルの終焉
一人の開業医が24時間365日すべてをカバーすることは物理的に不可能であると国が認定。
連携なき施設のリスク
期日までに「チーム医療体制」が組めない場合、配置医の離脱や医療連携要件の未達により、施設運営そのものが立ち行かなくなる経営危機に直結。
2027年4月
タイムリミット
必須の3要件：
①日頃の相談ルートの確保
②急変時の診察体制
④いざという時の入院受け入れ
特養
配置医
協力医療機関
③
Gemini Notebook


協力医療機関は急性期病院だけじゃない
入院を担当するのは「急性期病院」のほかに「地域ケア病棟を持つ病院」もある。
また相談や診察を担当するのは、「配置医」だけではなく、「在宅医」も良い担い手になる。
入院の受入れ担当
急性期病院
地ケア病棟
特養
配置医
協力医療機関
在宅医
日頃の診察担当
急変時の診察担当
④
Gemini Notebook

「特養に外部医師は入れない」の誤解と、合法的突破口 ⑤

「みだりに受診不可」の原則には、夜間急変など「やむを得ない事由」の例外規定があり、24時間対応の在宅医が正当に医療保険で介入可能です。

現場に蔓延する誤解

「入所者は配置医しか診察してはいけない」という思い込みが連携を阻害。
厚労省通知の原則は「配置医師以外の医師がみだりに診療を行ってはならない」。

突破口となる「例外規定」

通知には『配置医師が対応できないやむを得ない事由がある場合』という明確な例外が明記されている。

医療保険での正当な介入

夜間・休日の急変時や、緩和ケアにおいて、外部の在宅医が往診し、正当に「医療保険」で算定可能。急増する在宅療養支援診療所を地域資源として活かす最大のチャンス。



「配置医×在宅医」連携モデルの圧倒的優位性 ⑥

在宅医という「相棒」を得てチームで支えるマインドセットへ転換することで、全員の負担が劇的に軽減されます。

	配置医ロンリー時代	配置医×在宅医 タッグ時代
日中の対応	配置医が外来の合間に対応	✔ 配置医が定期管理（顔の見える関係）
夜間・休日の急変	24時間365日電話に怯える	✔ 在宅医チームが即時対応（看取りのプロ）
医師の負担	代診不在で休めずバーンアウト寸前	✔ ワークライフバランスの確保と知恵の提供
施設スタッフの心理	「夜中に先生を起こしていいか…」と迷う恐怖	✔ 「いつでも専門医に繋がる」絶対の安心感

【これからの特養】昼は配置医、夜は在宅医！「ハイブリッド・タッグ」モデル ⑦

日中は配置医、夜間・休日は在宅医。お互いの強みを活かした「タイムシェア」で全員の負担を減らします。



【昼/平時の健康管理】は配置医
入所者を長年診てきた深い理解と信頼ペース。
定期診察や日常の処方を担当。

【夜/休日の急変対応】は在宅医
複数医体制とオンコール専用ラインを持つ強み。
緊急往診や看取り、緩和ケアを担当。

	従来の「配置医ワンリー」	新時代の「タッグモデル」
昼の役割	日常診察・健康管理	【昼】日常診察・健康管理
夜間・休日の役割	オンコール待機(1人対応)	【夜間・休日】在宅医チーム対応
医師の負担	バーンアウトの危機 (枕元での電話怯え・代診探し)	医師のバーンアウトを防止 配置医は夜間の電話怯えや代診探しから解放され、心身の健康を取り戻せます。
施設スタッフの心理	夜間の相談へのためらいと極度の不安	施設スタッフの絶対的な安心 「いつでも繋がる専用ライン」があることで看護師・介護士の心理的重圧が消滅します。

Gemini Notebook

配置医を孤立させない「デジタル伴走」と「三者共通プロトコル」標準化 ⑧

高齢の配置医にIT操作は求めません。
「電話の口頭指示」を周囲が代行入力し、三者共通プロトコルでぶれない連携を実現します。

配置医の「IT操作負担」が難しい場合
「新しいアプリへの入力」は、高齢医師にとって大きなストレス。医師は従来通り「電話での口頭指示」と畳かな知見を提供するだけでOK。

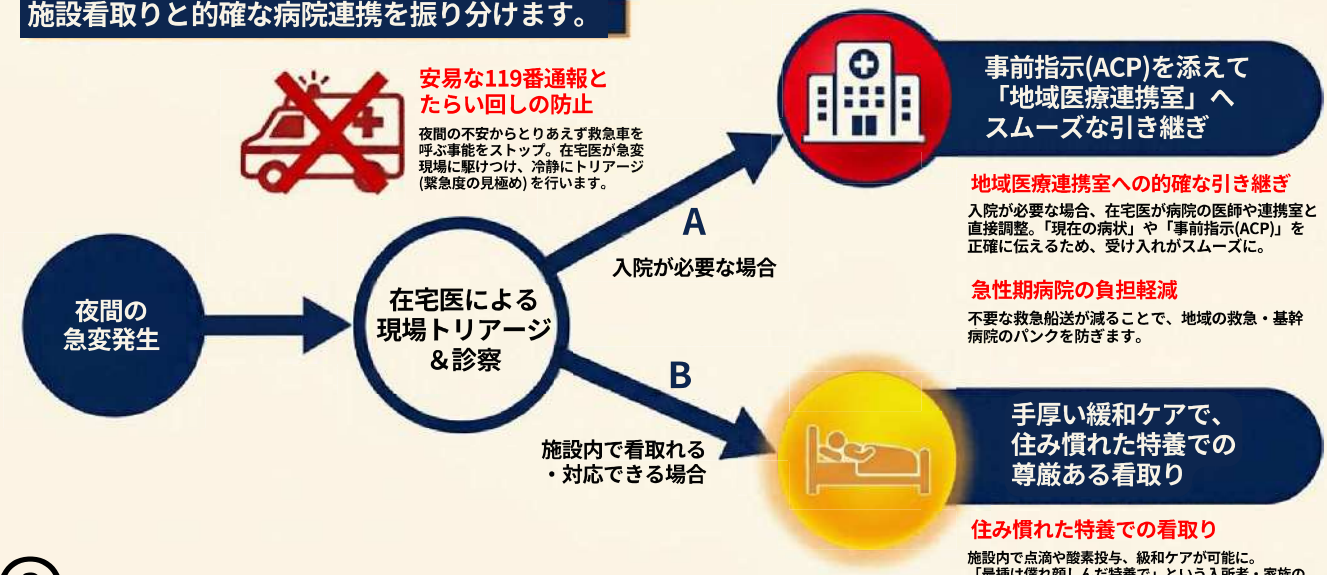
多職種×AIによる「デジタル代行入力」
医師の電話指示を、施設看護師や在宅医チームがアプリへ代行入力。最新のAIが要約し、「現在の状態・観察ポイント・次のアクション」を瞬時にテキスト化。

三者共通プロトコルで「指示プレ防止」
特養・配置医・在宅医の間で、あらかじめ「急変対応手順書」を作成。この基準に基づいた標準化教育を行うことで、現場の混乱を防ぐ。



【病院連携＆看取り】不本意な救急搬送を防ぎ、住み慣れた施設で穏やかに旅立つ

在宅医の現場トリアージが「救急たらい回し」を防ぎ、施設看取りと的確な病院連携を振り分けます。



⑨

Gemini Notebook

2027年に向けたアクション！

一人の使命感に甘える時代から、地域で手をつなぐ時代へ。三方良しのネットワークが命を守る。



2027年わたしたちは
タッグを組み、デジタルで伴走し、地域全体で命を守るシステムへ。

⑩

Gemini Notebook

YouTube チャンネル

SBYラジオ 特養急変対応編

毎朝届く5分間番組！通勤時間でコツコツ学ぶ！
特養現場で働く専門職スタッフへの知識情報番組

SBY（Stand by You）とは寄り添うという意味です

★2026年8月から配信中★

嗅覚のサイン:便・息・尿のにおい『内臓SOS』を見逃すな！

【第2週•4日目】



- 便のにおい＋黒色便＝消化管出血？
- 息のにおい＋甘酸っぱい＝糖尿病トラブル？

触覚のサイン:皮膚が教える『血圧低下』と『脱水』を見抜く！

【第2週•3日日】



- スキンツルゴール低下＝脱水のサイン
- 手足が冷たい＝血圧低下のサイン

チームで繋ぐ！『一言比較』の申し送り術・データの見え方

【第3週•4日目】



- 日中の小さな差の共有
- 夜勤の急変予防！
- 夕食完食(いっもより口重め)と具体的に

2027年春へ向けて。病院と繋がる『共通言語』を現場へ



1. 現場での気づきを言葉に
2. なんとなくおかしいを言葉に
3. ラジオで学ぶ翻訳力
4. 「見るべきポイント」と「伝え方のコツ」
5. 病院と同じ目線での連携
6. スムーズな受け入れ・たらい回し防止

いつもと違うの早期発見のために！
医療職へ的確に伝達できるように！
急変時に冷静に対応できるために！
自信をもってケアができるように！

介護プロフェッショナルの眼力を磨く！



ご視聴方法

YouTube

完全無料 ⇒の QR コードから番組へどうぞ

過去記念はポッドキャストでお聞きください

制作責任：SBYラジオで仕事や生活を楽にしょう会

④急性期病院の立場から

急性期病院から見る老人福祉施設との連携と課題
中部地区の救急病院のひっ迫について

中頭病院　医療相談室　室長
秦　克之

急性期病院から見る老人福祉施設との連携と課題

中部地区の救急病院のひっ迫について

中頭病院　医療相談室
秦　克之



Gemini Notebook

中部地区における救急搬送患者の現実（2025年度）

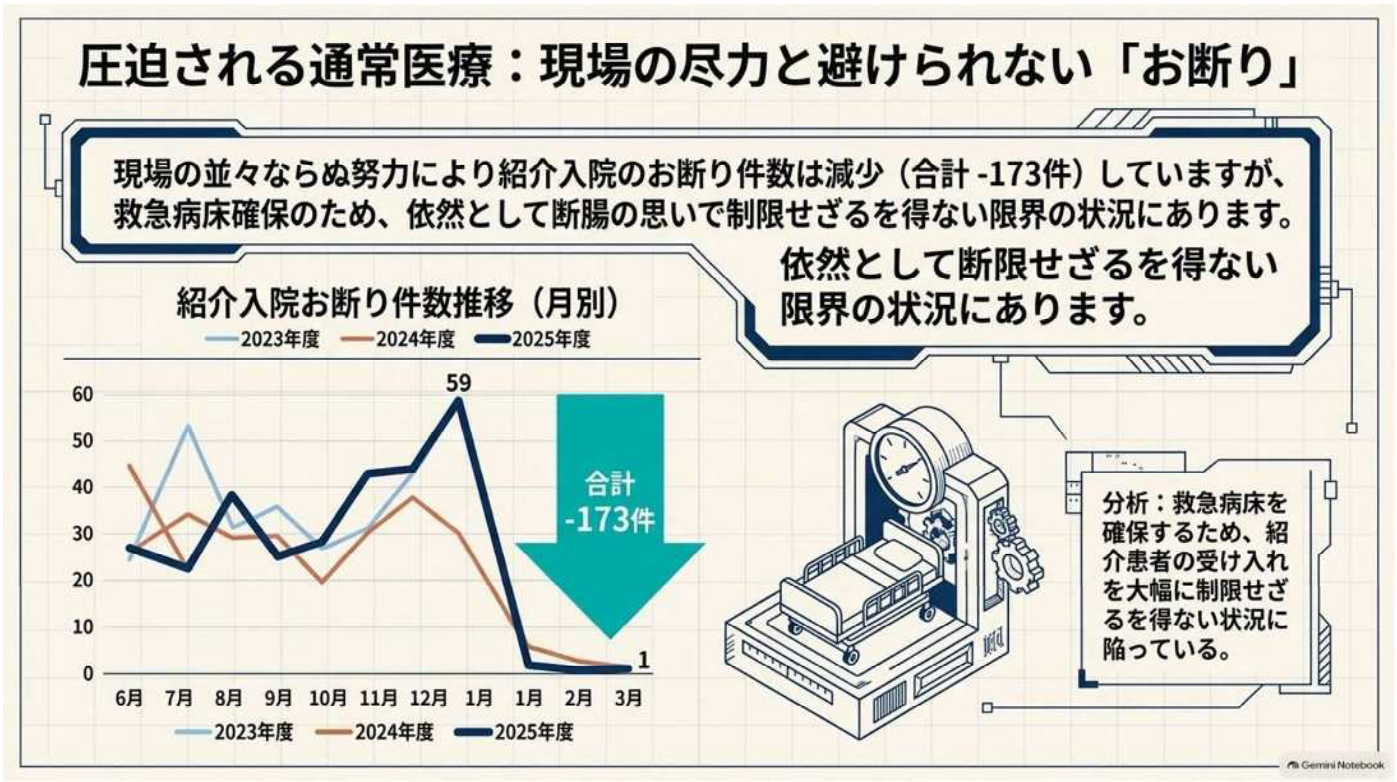
システム全体に持続的な高負荷がかかっています。

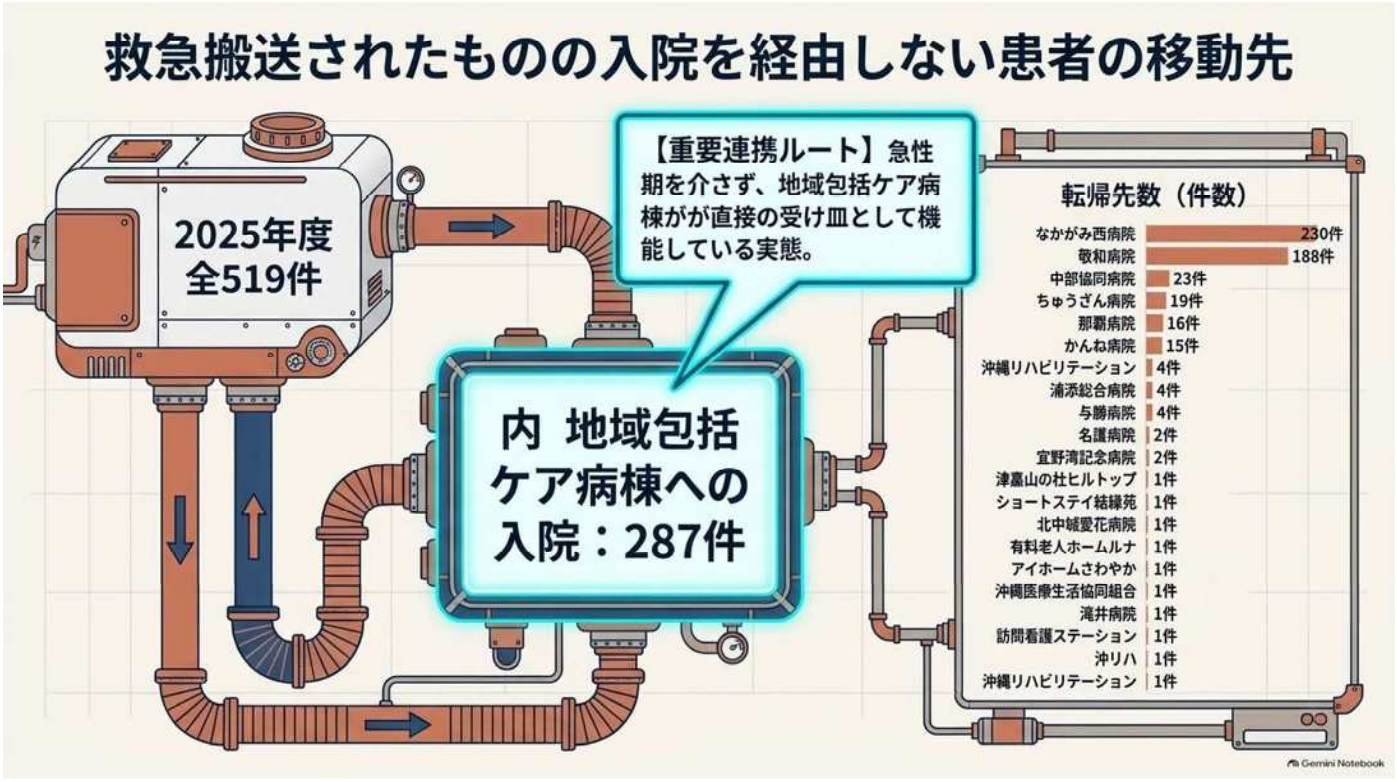


年間：26,618件

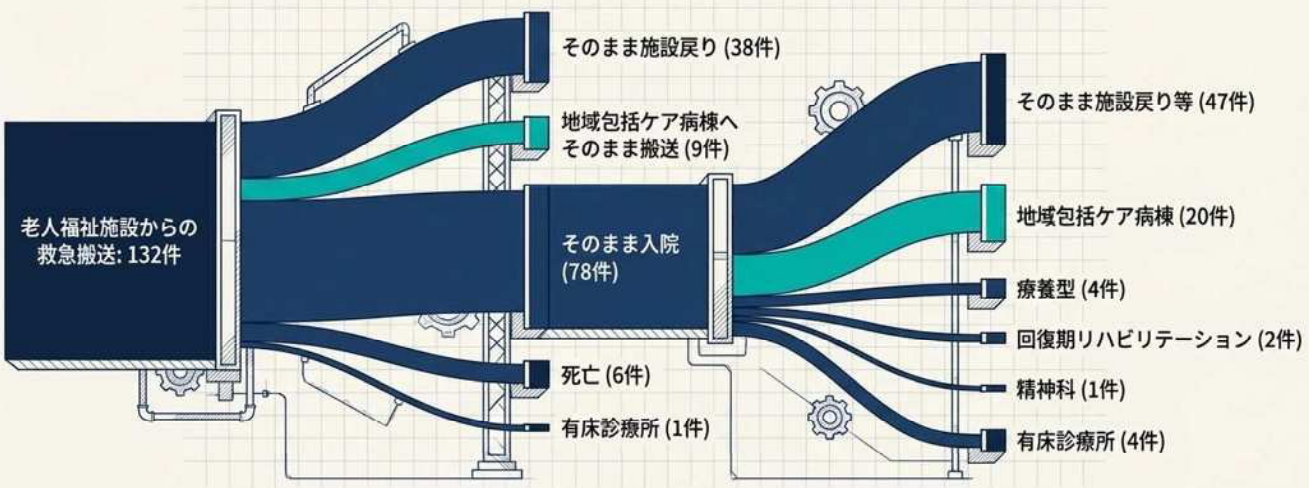
- 中頭病院: 30.4% (8,099件)
- 中部病院: 28.9% (7,702件)
- 中部徳洲会病院: 27.5% (7,333件)
- ハートライフ病院: 13.1% (3,484件)

Gemini Notebook


圧迫される通常医療：現場の尽力と避けられない「お断り」
現場の並々ならぬ努力により紹介入院のお断り件数は減少（合計 -173件）していますが、救急病床確保のため、依然として断腸の思いで制限せざるを得ない限界の状況にあります。
依然として断限せざるを得ない限界の状況にあります。
紹介入院お断り件数推移（月別）
2023年度
2024年度
2025年度
60
50
40
30
20
10
0
59
1
合計
-173件
6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 1月 2月 3月
分析：救急病床を確保するため、紹介患者の受け入れを大幅に制限せざるを得ない状況に陥っている。
Gemini Notebook


救急搬送されたものの入院を経由しない患者の移動先
2025年度
全519件
【重要連携ルート】急性期を介さず、地域包括ケア病棟がが直接の受け皿として機能している実態。
内 地域包括ケア病棟への入院：287件
転帰先数（件数）
なかがみ西病院 230件
敬和病院 188件
中部協同病院 23件
ちゅうざん病院 19件
那覇病院 16件
かんね病院 15件
沖縄リハビリテーション 4件
浦添総合病院 4件
与勝病院 4件
名護病院 2件
宜野湾記念病院 2件
津嘉山の杜ヒルトップ 1件
ショートステイ結縁苑 1件
北中城愛花病院 1件
有料老人ホームルナ 1件
アイホームさわやか 1件
沖縄医療生活協同組合 1件
滝井病院 1件
訪問看護ステーション 1件
沖リハ 1件
沖縄リハビリテーション 1件
Gemini Notebook

老人福祉施設からの救急搬送の流れを追跡（2025年度）



搬送者の28%はそのまま施設へ戻り、6%は直接地域包括ケア病棟へ。

入院後、39%が他病院へ転院（うち25%が地域包括ケア病棟へ）。

結論: 全132件中、21%（29件）が地域包括ケア病棟との連携に依存している。

Gemini Notebook

施設側の切実な訴え：現場の運用限界を超える急な退院要求

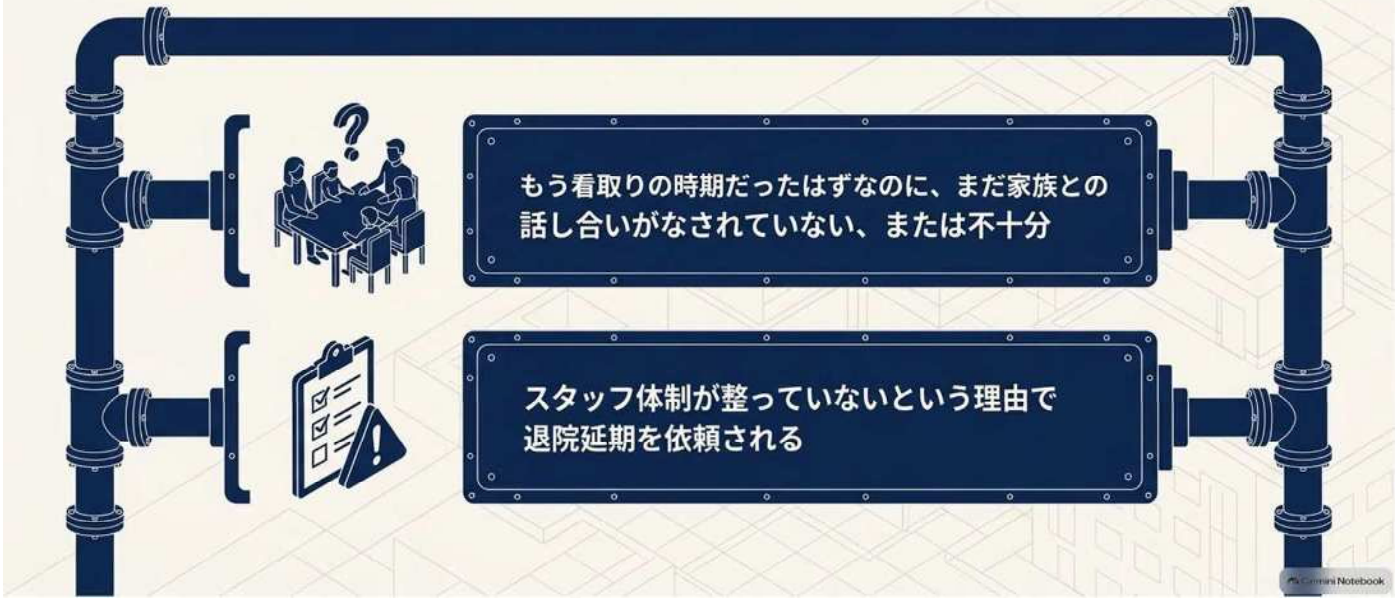
施設側から訴えられる不満は、人員配置とケアの限界に直結しています。



Gemini Notebook

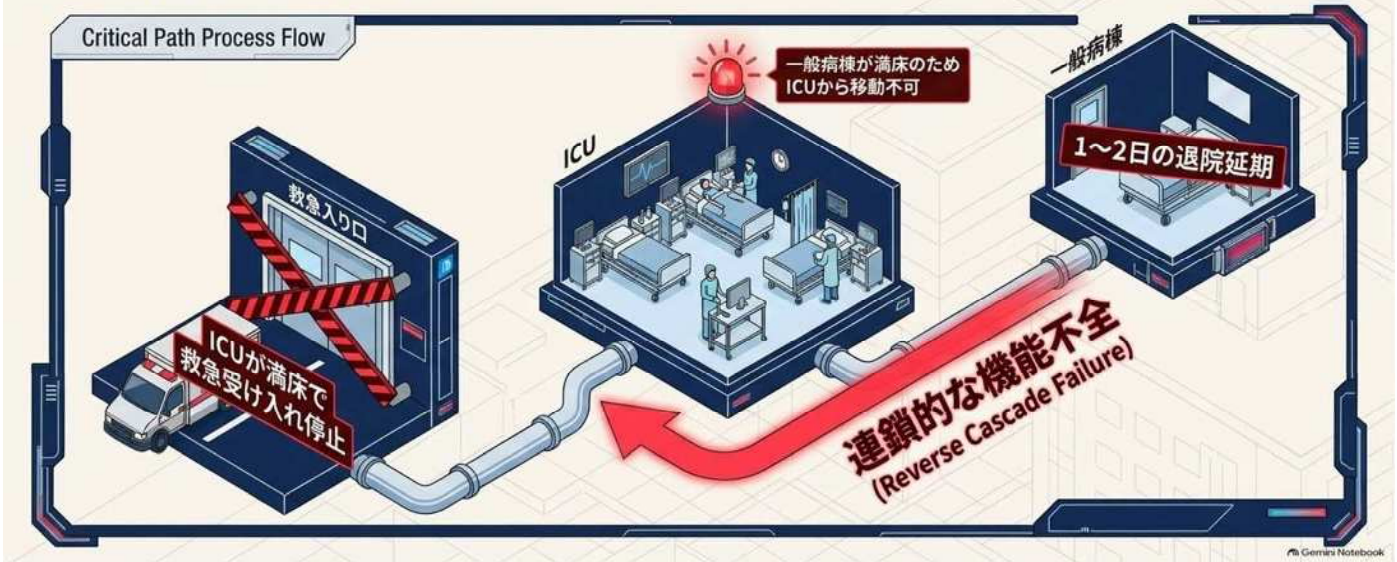
救急病院側の拭えないもやもや：体制未整備と事前合意の欠如

一方で、救急病院側は施設側の「準備不足」によって生じる退院の停滞に強いフラストレーションを抱えています。



なぜ「1日」が待てないのか：連鎖的機能不全（カスケード障害）

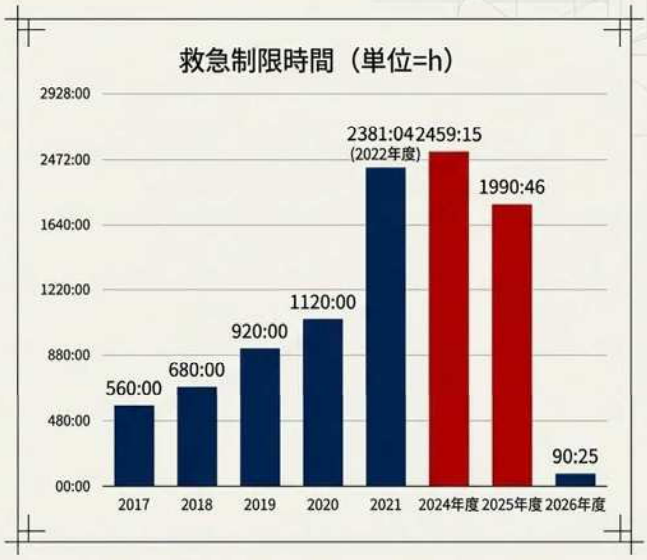
施設にとっては「わずか数日の調整」でも、救急病院にとっては救急受け入れを完全停止させる致命的なダメージとなります。



救急受入の限界：急増する「救急制限」の日数と時間

搬送数の増加に対し、病院側の受け入れ態勢が限界を超え、救急受入制限が常態化しつつあります。





Gemini Notebook

なぜすれ違うのか：両者が従わざるを得ない「構造的DNA」の衝突

これらの摩擦は、個人の問題ではなく、異なる目的とルールで動くシステムの衝突です。

	救急病院	老人福祉施設
時間軸	分・時間単位の緊急性	週間・月間単位の安定性
制約条件	物理的な空きベッド数	土日公休を含むスタッフのシフト体制
最終目標	早期安定化と次への移行	持続可能で穏やかな生活の提供

Gemini Notebook

最大の障壁：システムが強いる連携と「メリットの不在」

現場の努力で綱渡りの連携が行われている一方で、制度設計上の重大な欠陥が存在します。



制度の限界を超えて：今後の地域連携に向けた対話

「相手が変わるべき」という非難の応酬を終え、地域全体でシステムをどう補完するかの議論へ。



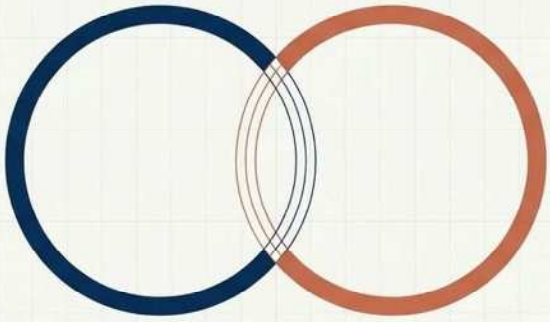
地域で解決すべき具体的なアジェンダ

救急医療におけるベッドコントロールのシビアな実態を、地域にどう浸透させるか？

メリット(診療報酬・施設基準)が不在の現状に対し、地域としてどのような支援策やルール作りが可能か？

Gemini Notebook

システムを共に創り直すために



ご清聴ありがとうございました / 地域医療連携の未来へ向けて

Gemini Notebook

⑤地ケア病棟を持つ病院の立場から

地域包括ケア病棟の立場から

北中城若松病院　医療福祉相談課

大嶺　洋

地域包括ケア病棟の立場から

北中城若松病院　医療福祉相談課
大嶺　洋

1

みなさんはどっちを選びますか？

2

自分自身が

急に熱が出て息切れがし出した時

たくさん機械があって
いろんなタイプの先生
が揃っている病院

機械が少なくて
専門医の先生が
いない病院

3

では　医者目線も行きましょう

4

急に熱が出て息切れの人がきました

CTがあって、
他にも検査機器あり
放射線科の読影もあり
困ったら専門医がいる
病院

CTと採血のみの検査
放射線科の読影は
2週間後
専門医は周囲にいない
病院

5

人　は　できうる限り　「安心感」が欲しい

6

施設の患者が状態悪化で地ケアに来たら

患者・家族目線

- どんな病態かわからない
- 専門の先生かわからない

地ケア医師目線

- どんな病態かわからない（自分が治せるかわからない）
- どんな患者や家族かわからない
- ６０日以内に帰せるか
- 在宅復帰率(72.5％)

7

施設に帰ってきた時が勝負

8

「今回の病院はどうでしたか？」

9

ACP　　（最後より少し前の話）

・手術でも機械でもなんでもしてほしい

・痛いことは注射まで、
　その中の医療は頑張ってほしい

・針を刺されるのも嫌だ

・わからない

10

施設の患者が地ケアに来たら

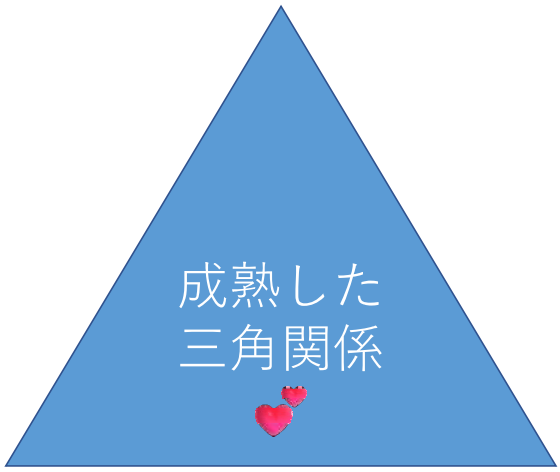
患者・家族目線

- どんな病態かわからない
- 専門の先生かわからない

地ケア医師目線

- どんな病態かわからない（自分が治せるかわからない）
- どんな患者や家族かわからない
- ６０日以内に帰せるか
- 在宅復帰率（72.5％）

11



前方連携の立場から

12

例えばこんな三角関係

あるケアマネジャー（CM）さん。
利用者さんの家族から、利用者が発熱・食思不良で今から救急外来に連れて行くからデイサービスしばらく休むねと電話を受けた。

CMさん心の声
「また尿路感染症か肺炎かも。あの家は日中誰もいないから家族は入院希望するはずなー。でも感染症も流行していて急性期もベッド一杯て聞いてるし。かといってショートステイではこんな状態では預かってくれないよな・・・。あ、地ケアがあるじゃん！先に若松に電話しておこう！」

CMさんより当院地域連携室にTEL。急性期の外来受診中だが入院できなければそちらの地ケアに入院できないか相談したいとのこと。事前に院内で情報共有。CMより家族に連絡、もし急性期入院できなければ若松に相談したいと伝えるよう助言。結果「尿路感染症」の診断で急性期入院適応なし。家族の要望を受け急性期連携担当より当院に紹介あり、受診３時間後には当院の地ケアに入院となる。

13

例えばこんな三角関係

ある地域の整形外科クリニックさん。
転倒後体動困難で受診にきた患者さんを診察したところ上腕骨・肋骨骨折の診断。入院希望があると看護師さんより当院連携室あてにこんな電話がくる。

「入院の相談したくて先に診療情報提供書FAXしてます。かかりつけは〇〇医院。血圧の薬飲んでいるぐらい。患者さんは一人暮らしで今は長女さんが付き添っています。要支援２の認定もらってデイ行っているみたいだけど、長女曰く物忘れが段々ひどくなっているみたい。長女は近所に住んでいるけど仕事でずっとそばには入れないので入院希望しています。もし今日が無理でも数日なら家でみれると言ってるので検討お願いできますか？長女さんの了解得ているので、長女さんの連絡先も伝えておきますね。090-〇〇〇〇-〇〇〇〇。」

すぐに入院判定し受け入れ可となり長女とクリニックに連絡、即日受け入れ行った。

14

このCMさんや看護師さんに共通していること

①関係機関の役割や、相手が必要とする情報が何か理解している。
②事前の調整・相談を丁寧にやる。

これを、特養・急性期医療機関・地ケア病棟に置き換えると、

💗特養は、急性期医療機関や地ケア病棟の機能を理解する（急性期と地ケアは特養に対し自院の機能について平時から説明を行う必要あり）。
💗特養は入所者やその家族に対し、病状悪化時の対応方法について、急性期や地ケアとどのような連携を取るのか平時に説明しておく。
💗協力医療機関は、単に書類上協定を結ぶ関係ではなく、具体的にどのような連携を行うか見える化し、三者のグランドルールとして共有、定期的に見直しを行う関係を目指す。

素敵な三角関係目指しましょう！！！

15