

「受け手」の立場か
らのメッセージ

「受け手」と「送り手」

ギャップ、ありますよね？

ギャップ、埋めてますか？

「受け手」の悩み

- 治療完了後だと、出来高の旨味がない
- 看護・介護必要度が下がりすぎると加算もとれない
- 治療完了後だと、廃用・栄養障害が完成していて、サービス導入も後手に回り在院日数が...
- こっちにも総合医はいるんだから、
信頼してもっと早期にまわしてほしい！！
- 研修医や他職種の研究上も、
やり残したところがあったほうが嬉しい
- ただ、あんまり手のかかる人が増えすぎて、
現場が荒れるので程々にしたい・・・

「受け手」の要望

- 誤嚥性肺炎の転院ときは
 - 重症化のピークを超えたところ（酸素使用中だが流量減り始め）
 - 嚥下ケア・口腔ケアや経口摂取、リハビリや排泄などがまだ軌道に乗ってなく、
 - 酸素投与や抗菌薬、吸痰処置やモニター管理がある（看護度が高い）状態でください！
- 「落ち着き切る前」
- 「廃用や低栄養が完成し、患者・家族が急性期病院に愛着を持つ前に」送り出してほしい

グループ法人の強み

- 法人全体の収益が高いタイミングで転院
 - DPC I 期間・重症加算対象者を急性期（＜3～7日）
 - 出来高一般～包括で亜急性期（3～14日）
 - 包括・療養や施設系で安定期をうける（14日～数ヶ月）
- 忙しい急性期側の手間を軽減
 - 手紙ナシ、看護師手書きシートのみで転院判定
→電子カルテ遠隔確認でチェック、問題があれば法人連携会議でフィードバックしシステム改善
 - 急性期電子カルテ情報の引用で、入院時業務軽減
- 法人の壁を超えてこれを実践するのが「地域包括ケアシステム」の病院視点でのイメージ？

急性期側や地域への提案

- 入院時の説明を簡略化
 - パスや説明用紙の標準化
 - 転院判断条件や転院時期、転院先候補の説明の質を担保
 - 当直医・研修医でもぶれない、他職種でもいい
- 主治医判断・面談を待たない転院調整
 - 退院調整看護師がリストアップし打診するシステム
 - トライアンドエラーでシステムにフィードバックがかかる工夫
- 退院先情報の共有
 - おいしい退院先情報を独り占めせずシェア
 - 地域全体で資源発掘と役割分担
- 地域内での実効性のある病病連携開拓
 - 救急医、総合医、リハ医などでの合同地域懇談会
 - 急性期—亜急性期—慢性期で人事交流・定期的配置転換
 - 中小病院で受け手になる病院総合医の育成？