

第2回南部保健医療圏脳卒中医療連携委員会(第1回総会) 議事録

日 時:平成 22 年 6 月 16 日(水)19:30～

場 所:沖縄県医師会(3F・ホール)

出席者:24 病院、中部・浦添・那覇・南部地区医師会担当理事
県医師会担当理事、南部福祉保健所

【議題】

1. 南部保健医療圏脳卒中医療連携パスについて

1) 運用上の問題について

4月から実際にパスを運用しているので、運用上の問題点等について各施設よりそれぞれ現状等について伺った。

<各施設の現状等>

- ・パスの運用について具体的には進んでいない。当院は急性期・回復期と両方の性格を持っているが、急性期病院として送り出していない。回復期への受け入れは数名ある。院内の電子カルテ内に書式を組み込む予定としており、運用できるよう試用段階である。
- ・5月頃からパスシートを使つての回復期への転院が10数例ある。脳外科を中心に実施しているが、脳梗塞を診ている内科への周知徹底が不十分である。院内で連携についての会を立ち上げ、シートの記入漏れがないよう周知徹底を図る事としている。
- ・4月から運用を開始している。最初はパスがある事を忘れて走らせていた。診療計画書を救急外来の専用 BOX に入れて、全例に対して説明し渡している。その中で、パスに載せるのは沢山いるが、回復期リハ病院へ送った患者は2例。Dr.、ナース、リハ、MSW の書き込みが煩雑なので MSW がファイルメーカーを使って作成したもので運用している。
- ・急性期のパスは電子カルテに組み込んだ。現段階で数例のみの運用である。
- ・各病院電子カルテに組み込んだとの事であるが、当院は検討段階である。実際はスタッフへの周知が不十分である。この2ヶ月間救急外来の名簿を見張って脳卒中に入ってくる患者をチェックすると4例が回復リハ病棟へ転院し全てのレセ請求がなされていた。現在、クラークや病棟ナースに周知徹底し、入院患者が来た際には即座に対応するよう指示している。治療パスに載せる努力をしているところ。
- ・4月の入院患者から実施している。脳外科8例、内科・救急2例の合計10例である。今のところ問題はない。連携室とリハの担当者が頑張っている。
- ・回復期で4例の受け入れあり。急性期・回復期両方を行っているので院内の急性期から回復期へ行く際に抜けが見られるが、全例を載せる事としている。
- ・連携室がリハや病棟とやりとりしている。医師は情報のやりとりのみ。
- ・当院は回復期病棟が無いので実際は動いていない。亜急性期の病棟では患者を受け入れ

る事と、透析患者の転院が多いのでパスに載せて動かしていけるよう準備している段階である。

- ・今のところ特に問題ない。迂回する時主治医の記載が遅れて律速因子にならないよう気を付けている。
- ・パスシートによる正式な患者の受入症例はない。仮運用でバリエーションの患者について、急性期病院から紹介が1例あった。
- ・パス運用は未だ動いていない。同一法人の急性期病院とパスの合同会議を持っており、どのように運用していくか検討中。
- ・未だ運用していない。スタッフの教育という事で、院内で発症した脳卒中患者等をパスを用いて次の回復期へ紹介するといったトレーニングを実施しているところ。
- ・当院は回復期病棟を持っていない。急性期や亜急性期等、様々な時期を受け入れている。現在、急性期病院から1例転院があったがパスには載っていない。院内でも急性期1例あったが自己完結するという事でパスを使っていない。今後は順次運用していきたい。
- ・11例程度のパスの対象疾患として入院。そのうち、パスが来たのは7例で4例は対象疾患でもパスが来なかった。豊見城中央病院で転院チェックされているとの事であるが、それでも1例漏れがあった。傾向は参加されている脳外以外の科からパスの記入漏れがある。当院では院内発生もあるので今後のデータベースとして地域連携パスを取り入れていくかどうかは院内で検討中。
- ・数例きているが、全体で意識が不十分であり、うまく機能していない。
- ・パス対象者は数例あるが、運用を始めたところなので今のところ何とも言えない。
- ・今月から回復期病棟を開設したので、パス自体も院内での勉強会を実施している段階である。
- ・中部圏域では独自のパスを利用していたが、4月から南部と同じもので動かしている。現在のところ不都合とは聞いていない。

2)パスの適応基準について

各病院からメール等でパスの適応基準について問い合わせがあるので、その考え方について説明があった。

パスシートの中に患者の重症度を決定する箇所があるが、「分かりにくい、不要ではないか」という意見があった。

パスシートを作成するにあたって重症度等のコースを設定するか議論になったが、今回のパスの目的はスムーズな連携と脳卒中患者の予後・追跡調査をすることで決定していた。今後は変わっていく事もあり得るが、しばらくは現在のままで使用していただきたい。

本来であれば、当会の中で今後検証を行っていくことになるが、パス運用が始まったばかりなので、症例数も少ないなど検証までに至らない。将来的には検証していきたいと考えているので引き続き使用していただきたい。

また、診療計画書の文言について患者側から専門用語が多く理解しがたいとの意見があ

ったが、どんなに易しくしても完全に理解していただくことは不可能なため、当面はこのまま
で運用し、現場の運用でカバーしていただきたい。

全例をパスに載せるかという質問があり、パスの適用を考えていく必要があるが千葉県印旛
の適用基準を参考に今後検討していきたい。ところが、年に一度報告義務があるので、急性
期病院の段階で全症例を把握しておかなければならないと考えている。

3)年度末の報告書作成について

連携パスを運用していく上で、毎年(7月1日～6月30日分)、実績報告が必要となる。

白本(p646)によると、計画管理病院及び連携する保健医療機関は、それぞれ、次に掲げ
る事項を毎年度地方厚生(支)局長に報告すること。なお、報告に当たっては計画管理病院
が連携する保険医療機関の分も併せて行うこととしている。

ア 計画管理病院

- (イ)対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用した患者数
- (ロ)対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用しなかった患者数
- (ハ) (イ)及び(ロ)の患者にかかる自院における平均在院日数
- (ニ) (イ)及び(ロ)の患者にかかる地域連携診療計画に沿った平均総治療期間
- (ホ) (イ)及び(ロ)の患者のうち、最終的に在宅復帰した患者数(連携する保険医療機関
における治療を終えた患者を含む。)及び連携する保険医療機関に転院した患者数

イ 連携する保険医療機関

- (イ)対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用した患者数
- (ロ)対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用しなかった患者数
- (ハ) (イ)及び(ロ)の患者にかかる自院における平均在院日数
- (ニ) (イ)及び(ロ)の患者のうち、退院した患者数

以上が届出に関する必要事項である。

中部地区でも問題となったが、在宅の定義が不明確で今後検討していく必要がある。

また、連携保険医療機関に転院した場合は結果が返ってくるが、連携保険医療機関以外
に転院した患者についてはその都度、医療機関へ問い合わせるなど非常に煩雑である。そ
の他、県外に転院した患者があり、入院期間や転院先を教えてもらえなかったケースもある
等のコメントがあった。

- ・B病院では、ドクターが台帳を作成して手作業で管理している状況である。現在、遡って50
名分程度を作成しているところである。
- ・報告書の様式は厚生局から届出を行っている医療機関に送られてくる。当院の場合、連携し

ている医療機関にはエクセルで作成した様式をメールで送信し報告依頼している。急性期側での対象患者数はICコードマインド60～69病歴側をお願いし、対象疾患で入院した患者を出して毎月在宅、死亡、施設へ帰ったのかを統計的に出して4ヶ月ごとの発表会で使用している。また、在宅復帰という患者は実際に在宅に帰れた方、訪問リハや通所リハに行った方、老健施設や特養に行った方は在宅復帰と見なしていない。その他、合併症などで除外になった例も適応外で組み込んでいる。除外になったかどうかは看護局と調整しパスに赤字で除外と記載し、入院時サマリーに入れている。6月末あるいは7月初旬に厚生局より報告依頼が送られてくると思われるので、総務課や医事課での対応になると思う。

- ・当院は回復期病棟と亜急性期病棟があるが、回復期病棟という在宅は普通の自宅やケア付き住宅、宅老所も含まれるが老健は含まれないという基準がある。亜急性期病棟の在宅基準は老健も含まれるなど、転院以外は含まれるといった分け方がされているので病棟によって一概に在宅の定義を決める事は難しい。

- ・各病棟の性質に応じた在宅の定義というのは厚労省から出ている。それに当てはめて運用していけばよいと思う。

- ・在宅の定義については厚労省の定義を事務局に送っていただき、それを纏めて施設へ提示していきたい。

4)パス運用するに当たって各病院の創意工夫紹介について

B 病院で利用しているファイルメーカーで作成されたパス入力システムの紹介があった。

5)今後の総会の運用について

今後の総会の運用について提案があった。

年3回の総会をスムーズに運用していくにあたり、9月の総会より当委員会委員以外の医師、看護師、リハビリスタッフ、MSWにも参加いただき、それぞれ部会を立ち上げ検討していく。

また、会の運営等について検討していく幹事会を設置し運用していきたいが如何かご協議いただきたい。

協議の結果、以前から懸念されていた事項で参加施設が多いという点を考慮すると各部会を設置して検討していく事は非常に意義深いことであるとの意見から、特に異議なく承認された。なお、9月の総会までに部会や幹事会の持ち方を纏めて各施設へ提示する。

6)パスの普及(中部→北部)について

当初からパスの普及については中部・北部を含めて全県的に展開していくこととしていた。9月の幹事会等でどのように普及していくかを検討していきたい。

7)その他

- ・パスシートの看護師記入欄に褥創について記入する部分があるが、あり なし を加

えて欲しい。→次回総会にて検討。

・急性期病院から回復期病院へ転院後、自宅退院となった。その後、急性期病院で外来することになるのか。→そういう取り決めはない。もちろん開業医等に診てもらっても構わない。

・当院では急性期病院に返す事が礼儀と考えている。

・パスのシステム上、パスを急性期へ返す事は必要だが、患者を急性期に返す必要はない。

・診療計画書では回復期から維持期(診療所等)への移行が記載されているので、基本的にはかかりつけ医を紹介している。

2. 脳卒中市民講座について

脳卒中の予防から急性期の治療、地域医療連携に関する県民への啓発活動として、市民向けの講座を開催したいと考えているので、幹事会を通して検討していきたい。

3. 臨床研究・治験について

今回、南部圏域における脳卒中の地域医療連携が構築されたので、当会を通して様々な学会にも活用いただきたい。また、データベース構築に向けて取り組んでいるので今後の展開に期待したい。

治験に関しては、沖縄県医師会内に臨床研究・治験支援センターを設立するための準備室が設置されたので、脳卒中領域でも医師会として協力できる体制を構築したいのでご活用いただきたい。

4. その他

・TVコマーシャル等を活用して脳卒中予防や早期治療の啓発活動についても考慮いただきたい。

・前回の委員会で脳卒中登録に関するアンケートを行ったが、ポイントは手間がかからない事と県内では再発が多いので再発の項目を加えること、データベースを共有して使える事を反映させて取り組んでいきたい。