

第 17 回地域連携パス（脳卒中）運用会議アンケート結果

1. 岡山県統一パス

2. 県南東部医療用パス

運用

- a. 全体の運用について
- b. 院内運用状況について
- c. 維持期と回復期の連携

連携ツール

- d. CD-R ? CDRW ?
- e. 「連携ファイル」
- f. 連携番号 (ID)
- g. エクセルシート内容

解析

- h. 連携→管理病院へのデータ報告
- i. バリエーション
- j. 統計解析

1. 岡山県統一パス

・急性期（計画管理病院）からオーバービュー（岡山県統一パス）が届かないケースがまだまだみられます。

・必要事項（患者署名・転院日時・生活機能評価点数 等）の記入漏れのため 保険報酬の連携パスの点数条件を満たさないので連携病院では事務部門が点数取得不可です。仮に急性期病院が 900 点取得できていても連携病院は 600 点取り損ね羽目になる。 記入漏れは電話連絡で担当が代わって記入してもいい。

・退院後のオーバービューパスの取り扱いについて、新様式では、紹介元をかかりつけ医とする場合・・・ファイル・報告書は紹介元へ地元の開業医をかかりつけ医とする場合・・・ファイルは開業医へ 報告書は紹介元へと、しておりますが、旧様式では、様式 12-2 はサイン後当院で保管しています。このような運用でよいでしょうか。

・急性期病院は計画管理病院として連携病院へは必ず医療パスだけでなくオーバービューで患者に同意を得てお持ち下さるようお願いします。

・急性期病院（A）で 点数 900 点をとった ケースでは 900 点とったことをどこかに分かりやすく 明記してもらえると 連携先の事務処理は楽になります。

・患者用の連携パスの「退院・転院基準」の項目の日付は、「退院日」でいいのか”退院を説明した日”なのかよく分からない。

・患者用の連携パスにサインをしてもらった後にどうするかを、運用方法には記されていますが、どの病院も本当にその通り運用しているかを知りたいです。

2. 県南東部医療用パス

運用

a. 全体の運用

・ 県南東部のグループ内でも、新様式・旧様式のパスが 2 種類存在することに加え、倉敷中央病院・川崎医科大学附属病院のパスがあり、現在脳卒中連携パスは、4 種類が実際に運用されています。受ける側としては、それぞれ運用方法が異なり、混乱する原因となっています。しかるべき早期に、県南東部連携パスを統一していただきたいと思います。

・ 未破裂動脈瘤の術後脳梗塞発症症例は、連携パスを用いるのでしょうか？

b. 院内運用状況

・ 運用後、現状ではそもそも誰が管理し、入力やCD作成をしているのか？それぞれの職種で分業して入力作業することとなっていますが、実態としてその通りに運営されているのかどうか？入力の負担がひずんだ形で、一部所に預けられるなど処理に負担が多ければ、連携が遅れて行き、PCを使っているのに”有効で早い！”はずの連携が、煩雑さ故、遅れるケースは出ないのでしょうか？参加施設の現状はどうなのでしょう？

c. 維持期と回復期の連携

・ 維持期に相当する患者が退院する際

退院報告、返信は回復期にも必要か？

・ 個人カルテの受け渡し説明について：回復期リハ終了後、ももネットと連携の少ない施設に、個人カルテを送る場合、説明はするものの個人カルテの紛失の恐れが高くなると思われるのですが、良い対策はありますか？

連携ツール

d. CD-R？CDRW？

・ 連携病院で入力したCDRの急性期病院の返却宛て先も明示して下さい。

・ メディア 1 枚で情報が移動できることが希望 追記ができるのはにはCDRWがよいということで運用にもお願いしたが急性期病院からCDRでくるので新たなCDRが必要。

・ マニュアルにはCD-RWと記入がありますが、現時点では急性期病院からCD-Rでしかデータが来ておらず、当院でのデータを同じCD-Rに入れることができないため、当院からの情報媒体としては紙媒体が中心となっています。（急性期病院へは、当院でのデータをプリントアウトしたもの + CD-R をセットにして返しています）※ この点については、CD-Rでも追加記入ができるのではないかと、CD-RWだと上書き保存が可能のため、データの改ざんの可能性があるのではないかとという事で、再度検討の必要があると伺っていま

す。（当院からは、CD-RW 利用の際にデータ改ざん防止のため、パスワードの設定してはどうかと提案がありました）CD-R でもデータを追加で入力できるようですが、試しに今きている CD-R に当院のデータを入れようとしたら、医事課で日常的に使用する 10 台程のパソコンの内、一台しか作業ができませんでした。もしかしたら何か方法があるのかもかもしれませんが、その辺りが良く分かりません。

- ・基本的には、CD-RW。CD-R で追記は不可能。内容が改ざんされる可能性やコストを考えると CD-R の方がいいとの意見があるため検討が必要。CD-R とするなら、回復期に CD-R のコスト代（急性期への返送用）の負担について了承を得なければならない。

- ・マニュアルには” CD-RW での運用” となっていました。CD-R で来る場合もあり、『読み取り専用』になっているものは上書きが出来ないものがあります。上書きが出来る状態か確認をして送って頂ければと思います。

e. 「連携ファイル」

- ・CD-R があってもなくても、黄色のファイルに入れてきていただきたい。特に、退院後紹介元をかかりつけ医とせず、地元の開業医へ通院される場合は、ファイルがあったほうがわかりやすいと思います。

- ・『脳の連携ファイル』に入れる情報（書類）が、具体的にはっきりしない。当院では、患者さんが持ち運ぶファイルに、脳卒中連携情報提供書をプリントアウトして入れるという認識がありませんでした。（データはそのまま、CD-RW として（プリントせずに）ご家族にお渡しすると認識していました）どの書類をファイルに入れるのか、マニュアルにはっきり明記してもらえれば、わかりやすいと思います。（急性期病院から回復期病院へ転院する時に限らず、回復期病院から退院・転院時もデータを入れるのかどうか）

- ・連携パスの「脳の連携ファイル」のファイルの色を施設ごとに自由に決めてもよいということですが、どのようなものにすべきかを決定しかねている。他院のものが具体的に分かると、準備しやすい。

- ・当院は、診療情報提供書やフェイスシートなど詳細な情報は、患者用の書類ではないことを考え編綴する必要はないのではないかと考えている。従って、ファイルには様式 12-2 と同意書など一般的な情報のみでよいのではないか。在宅機関は、回復期を経ての延長と考え、CD（紙でも OK）にて患者家族を介さず情報提供すべきである。

- ・管理上のミス防止の為に、黄色ファイルの最初のページ等に、病院名、患者名を明記したほうが良いのではないかと思います。

- ・黄色ファイルを連携先の病院へ渡す、との認識が無いご家族が多く、ファイルを探してこちらでの確認作業に時間を取ることが多いので、黄色ファイルの表紙・中身等に『連携先の病院に渡して下さい』等のメッセージを入れて頂けたらとても助かります。（すでに記載をして頂いてる病院様もあります）

f. 連携番号 (ID)

・退院後、再び脳卒中を再発、運ばれた救急病院が以前の病院と異なる場合に連携番号が一個人に複数作成されるなど、せっかく手間を掛けて作った個人カルテが生かされないことはありませんか？この場合は、ももネットのカード（免許証大）を本人や、家族が普段から携帯していると便利と思いますが費用等で難しいでしょうか？

・当院では、様式が電子カルテに組み込まれておらず一箇所の端末で管理している。そのため、データ整理を行う際に通常の ID とは別に脳卒中パス ID が必要となる。再入院患者のデータを抽出する際に通常の ID のみでは不都合が生じる。電子カルテ化されている病院では、逆に ID が重複するなど連携パス ID をつけることでデメリットが発生する可能性もある。これについても病院ごとの問題があるため、一定期間運用後に検討し、廃止が決まればそれでよいのではないかと。

g. エクセルシート内容

・CDRでない（維持期にデータを紙媒体で送付するとしたら）紙媒体では 1 ページ目は点数だけの表示で特にADLの細かい介助が分からない。3 ページ目のコメント欄を読みやすく（だらだら続けて書かれると読みづらい）書いて、内容を詳しく記入して下さい。

・転院時データ記入で 看護の書く欄の続きにリハ責任記入欄 (FIM BI mRS) がありよくリハが記入しないで見落として空欄でくる。この配置に問題があるのでは？リハの項目にくっつけた方が見落としがないのでは？ブルーとグリーンの色もよく似ているのでみわけがつきにくいのかも。

・様式について、わかりにくい、記入しにくい、シンプルな方が望ましい。

・シートの入力時の動作について：セルの移動、入力時の動作がやや重い様で気になります。入力に慣れていないスタッフが中におり、何らかの誤操作による 誤作動を起こしているのかも知れません。保存時の時間も気になりますが、エラーやご操作による報告（例えば 誰かがマクロを途中で壊してしまうなど・・・）は、他の施設ではありますでしょうか？

・紹介状Excel ファイルが5月下旬に修正されたようですが、ファイルの一部に更新されたバージョンNo. や改定内容を明記してほしいです。運用上新旧のファイルが混在しどれがどれかわからなくなっています。

・スタッフ名を記入すると選べられるようですが、病院関係スタッフすべてを入れるには欄が少なく使えていません。欄が自由に増やせると便利です。

・フェイスシートを書いています、今いくつかの病院へは、フェイスシートをファックスして、患者相談票とさせています。それで問題はありませんでしょうか？

・シートでリンクしているところとしていないところがあり、たとえば、氏名、住所、転院先、病院名、当院の病院名など、リンクしていたら助かります。

・現在、FIMの詳細な点数が非表示となる不具合がありますが、FIMの点数は入院当日に確認したいので、現在パスでご紹介紙で頂く病院様にはお願いしていますが、不具合が直るまでは紙での運用を統一して頂けたらと思います。(FIM詳細のみ)(当院では入院当日すぐに合同評価を実施している為、詳細が不明であると患者様やご家族に詳細な情報を確認する事となり、患者様にとって連携の意味を欠くかと思われます。)

・医師；発症時所見のスケールが難しい。(当院では入力に慣れていくという結論にはなりましたが)

・看護師；フェースシートの感染症の欄でチェックはするが、データの日付が書きこめれない。コメント欄を利用するが、感染症の後ろへ書き込めればわかりやすいのでは。

解析

h. 連携→管理病院へのデータ報告

・連携病院から管理病院へ患者さまのデータを返すときに、データをプリントアウトして紙媒体で返すのか、CD-RWで返すのかが曖昧である。マニュアルだと、どちらでもいよいと取れますので(当院ではCD-RWを急性期病院へ返す方針で、維持期病院・かかりつけ医には紙媒体で渡していました)、もしデータを取ったりする関係で、統一したほうがいいのであれば、明記しておいていただければ分かりやすいと思います。

・マニュアルには、「急性期病院入院時の手順」・「回復期病院入院時の手順」とあり、A)~F)で流れが記入してありますが、転院・退院時の手順もそれに含まれてしまっているのので、「入院時の手順」と「退院・転院時の手順」を分けてくだされば、分かりやすい。

・当院は、診療会議にて診療情報提供書の原本を検討中。紙を原本にするなら、返書は紙のみOKだが、CDとなればCDを返却して頂く必要がある。病院ごとの問題があるため検討が必要である。

・マニュアルには『退院時のパス返書宛先を黄色ファイルに明記』とありましたが、宛先の明記が無いので、記載をして頂きたいと思います。

i. バリエーション

・バリエーション発生後の処理について

前病院への報告が必要か否か。

書式での報告か口頭か？

j. 統計解析

・統計管理についてはご指導を仰ぎたい。

・各施設でのパスのデータ管理の仕方などわかれば教えてほしいと思います。

・統計の取り方；比較項目は？運用の手引きに定期検討項目があげられていますが、もう少し詳細に項目内容を提示してほしい。できれば急性期病院統一の統計シートを作れば統

計で今後検討事項として比較しやすいのでは。個々の病院がオリジナルの統計表を作っただすより、統一したレイアウトを作っ欲しい。

2009/6/19 報告：井上剛（日赤）