

有床診療所における DS コーディネーターの現状と未来

東京ヘルニアセンター 看護部

横江 幸子

要 旨

本邦での日帰り手術は、1995年に湘南鎌倉病院で始まった¹⁾。民間の診療所における日帰り手術の開始は1998年の当クリニックであると言われている²⁾。

現在では良性疾患の多くが日帰り、或いは短期入院での手術が可能になってきている。それに応じ、2004年に日本短期滞在外科手術研究会（Japan Short Stay Surgery Association 以下、JSSSA）が発足し、学術集会等により情報交換や相互の知識、技術の向上を行っている。それに伴い、入院日数が少なくなれば凝縮された看護力が必要になるため、専門知識と技術を備えたコーディネーターを養成し社会貢献して行く目的で、2009年に日帰り手術コーディネーター（Day Surgery Coordinator 以下、DSC）認定制度が導入された。この制度の導入によって、病院・診療所を問わず、患者の満足度を重要視できるコーディネーターが選出されており、短期滞在手術に関わっている多くの施設から、DSCの存在が必要とされてきていると認識している。しかしながら、まだ認知度や保険点数への貢献度など問題点は多くあり、特に診療所の現状から今後の課題と共に再考していく必要があると考える。

Key words：有床診療所；DS コーディネーター

はじめに

当院は鼠径ヘルニアの日帰り（24時間以内の退院を含む）手術を年間800症例以上行う、有床診療所であり、過去17年間で7000例を超える High volume center である（図1）。

日帰り手術開始当初より、合併症ゼロを目指し医療・

看護において創意工夫をすると共に、コミュニケーション能力の向上とホスピタリティーの重要性を認識し、全職種によるチーム医療であることを意識して取り組んでいる。

看護配置と平均在院日数によって決まる入院基本料や診療報酬加算は、DPC対象病院等の大病院では適応されるものであるが、診療所には適応がないため、患者に対する信用・信頼を得るためには、チーム医療の質を高めていく工夫が必要であった。

チーム医療とは、患者を中心に各種の医療専門職が、共通の理念基盤に、それぞれの専門性を生かし、共有した目標に向かって協働して医療を実践することである³⁾。専門職間の溝を埋め、調整等をスムーズに行うための役割を果たしているのが当院のDSCである。

有床診療所（当院）の現状

（I）職員定着率

当院は短期滞在手術の他、地域医療・在宅医療・訪問看護ステーションを主軸として運営されている。

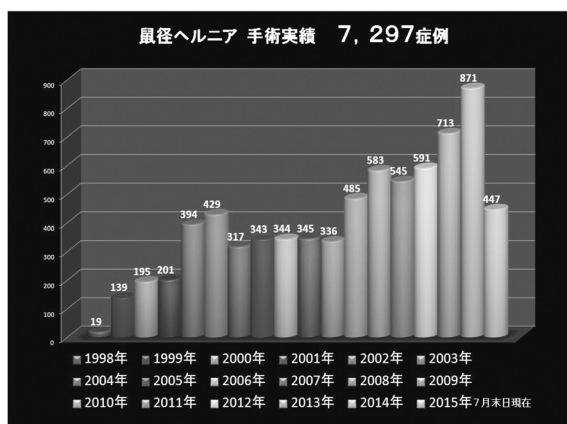


図1 ヘルニア手術件数

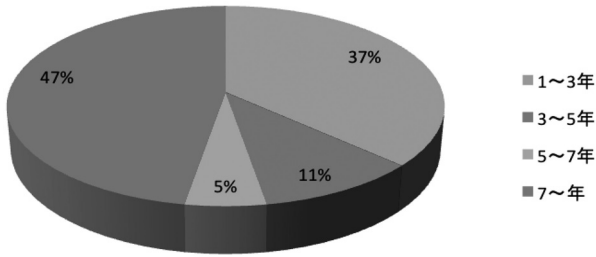


図2 当院職員の在籍年数

医師 8名(常勤3名 非常勤5名)
 看護師 12名(常勤10名 非常勤〈週5日〉2名, 訪問看護師除く)
 事務員 5名(常勤4名 非常勤1名)
 診療放射線技師 2名(常勤2名)のチームで日帰り手術を行っている。

当院にはJSSSA 認定のDSCは4名在籍している。職員の定着率は高く、7年以上47%、5～7年5%、3～5年11%、1～3年37%(図2)で、人件費率は決して低いとは言えないが、効果的かつスムーズに業

表1 神楽坂DSマイクリニック看護記録

		チェック	
覚醒	完全覚醒状態		2
	呼びかけに対し反応可能		1
	無反応		0
R	深呼吸と咳嗽反射可能		2
	呼吸抑制または浅く制限された呼吸		1
	無呼吸		0
BP	血圧±20mmHgの範囲内の変動		2
	血圧±20-50mmHgの変動		1
	血圧±50mmHgの変動		0
HR・ECG	著変なし		1
	異常あり		0
皮膚色調	正常		2
	青白い、感じの悪い色		1
	チアノーゼ		0
PONV	Face Scale 0-1		2
	Face Scale 2-3		1
	Face Scale 4-5		0
ADL	四肢全て動く		2
	いずれかの二肢が動く		1
	動作なし		0
創痛	Face Scale 0-1		2
	Face Scale 2-3		1
	Face Scale 4-5		0
創出血	なし		2
	軽度		1
	多量		0
計			

務をするのに適した人数であると考え、勤務経験が長くなる事で患者様の立場で考える意識が希薄になりがちだが、定期的個人評価や面談を通して注意喚起することで、患者様・ご家族から常に評価されているという自覚を促している。

当院では時間外労働ゼロを目標にしているため、各部署での工夫が求められる。看護師は記録の簡素化(表1)・申し送りの簡素化を推進し、可能な限り勤務時間内に業務を終了させるように心掛けている。結果的に職員に時間的な余裕が生まれ、プライベートが充足し、自己研鑽や趣味を満喫することで就業時の士気の向上につながると考える。時間外労働の減少は経営的側面からもプラス要素である。

(II) クリティカルパスの有効活用

当院での鼠径ヘルニアの術後疼痛・嘔気出現に関するデータ(ヘルニア分類⁴⁾・device別⁵⁾・術者別・麻酔の種類別《全身麻酔・局所麻酔+静脈麻酔》ではない)を、術直後・術後1時間・退院時でFaceScale(図3)⁶⁾を用い集計している。術後1時間で疼痛スケール0～1は95%(図4)、嘔気スケール0～1は99%(図5)であり、鎮痛剤や制吐剤を使用する症例は認めなかった。定時鎮痛剤の使用は、夕食後からセレコキシブ(セレコックス® 200mg)を初回2錠投与、以後1錠を1日2回投与である。術後1時間後の離床については、当院の離床基準(表2)において16点以下の症例はなく早期離床がほぼ確立している。

クリティカルパスは、術式の変遷等で改訂されることも多い。チーム内のDSCを中心としたチームカンファ

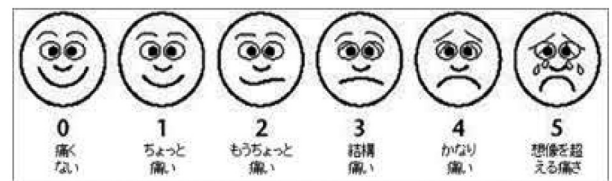


図3 Face Scale

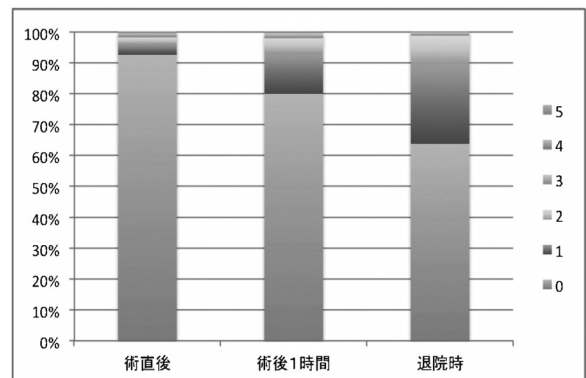


図4 ヘルニア術後疼痛

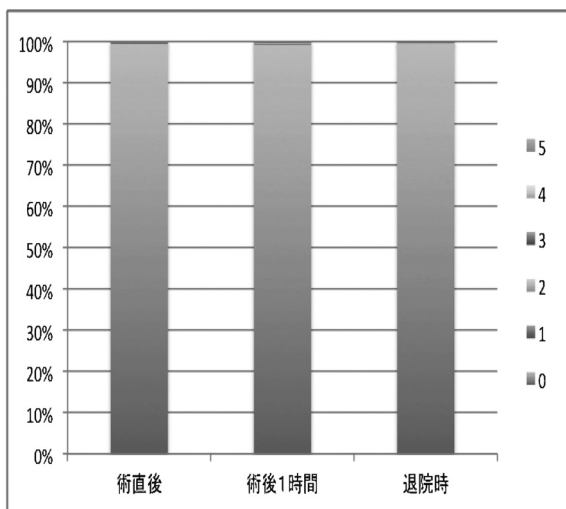


図5 ヘルニア術後嘔気

レンズで同意が得られれば即座に変更していく事も可能であり、診療報酬に関与する絶対必要書類が少ないのが診療所のメリットと言える。また様々な統計や論文発表から有用な情報を得て、エビデンスに基づいた、理解しやすく盛り込まれた患者様用・医療者用クリティカルパスの作成を目指すことは必要不可欠であると考える。現在のところ、バリエーションの発生はなく、安全な医療・看護の提供が可能になっている。

(III) コミュニケーション能力について

コミュニケーション能力とは社会生活において、他者と円滑に意思の疎通が行える能力と心理学で定義されている。社会人としての基本行動であるが、最近ではコミュニケーションで悩む者が多いと言われている。

表2 神楽坂 DS マイクリニック離床基準

入院後チェックリスト&パス(ヘルニア) 日帰り 1泊

月 日 ~ 月 日	術前	術中	術後
	入院 (:) 1人 付き添い	入室 (:)	病室 (:)
	BT P	<input type="checkbox"/> 局麻のみ <input type="checkbox"/> ラリゲルマスク	覚醒状態: 良好 半覚醒 遅延
	BP SpO ₂	<input type="checkbox"/> マスク換気 <input type="checkbox"/> 気管内挿管	顔色: 良 普通 不良
	体調不良: 有 無		BT P 整 不整
		手術開始 (:)	BP SpO ₂
	<input type="checkbox"/> 中止内服薬確認	右 左 大腿 臍	創部出血 有 無
	<input type="checkbox"/> 持参薬 有 無	麻酔	<input type="checkbox"/> 創痛スケール () 違和感 有 無
	<input type="checkbox"/> スパイロメーター実施	<input type="checkbox"/> セボフルレン 有 無	<input type="checkbox"/> ECGモニター開始
	結果 ()	<input type="checkbox"/> プロポフォール・マーカイン・キシロカインE	<input type="checkbox"/> DIV 抜去済 KEEP中(抜去時間 :)
		筋弛緩 <input type="checkbox"/> エストラックス (mg)	
	<input type="checkbox"/> 剃毛・マーキング実施	<input type="checkbox"/> リバース(プリディオ200mg)	30分後 (:)
	右 左 両側	<input type="checkbox"/> リバース(強アト A ワゴスチグミン A)	覚醒状態: 良好 遅延
	<input type="checkbox"/> 臍処置実施	術式 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> Hybrid <input type="checkbox"/> TAPP	BT P
			BP SpO ₂
	※確認と説明	※デバイス貼付欄	創部出血 有 無
	<input type="checkbox"/> 下着 <input type="checkbox"/> 義歯・差し歯・ぐらつき歯		創痛スケール () 違和感 有 無
	<input type="checkbox"/> 貴金属・眼鏡・コンタクトレンズ <input type="checkbox"/> 化粧	<input type="checkbox"/> マーシー法	嘔気スケール ()
	<input type="checkbox"/> 経口摂取・絶飲食		
			<input type="checkbox"/> 飲水チェック (:)
	アレルギー 有 無	ガーゼカウント① 折笠、石井、鈴木、大森、山崎	異常なし むせあり 消化器症状あり
	(詳細:)	ガーゼカウント② 折笠、石井、鈴木、大森、山崎	<input type="checkbox"/> 離床基準 ()点
		OP室からの申し送り事項	<input type="checkbox"/> 立位・歩行チェック (:)
	最終食事時刻 (:)	著変なし あり	異常なし めまい ふらつき
	最終飲水時刻 (:)	<input type="checkbox"/> 陰囊クーリング 要 不要	局麻による障害 有 無
	※特記事項	※特記事項	<input type="checkbox"/> ECGモニター-OFF
			<input type="checkbox"/> 茶葉摂取 (:)
			<input type="checkbox"/> 排尿確認 (:)
			<input type="checkbox"/> 退院診察
			次回外来 月 日 () SC DS AM PM
	№ナシ	№ナシ	№ナシ

※バリエーション発生時は継続記録用紙にて別紙記入のこと

ID: 氏名: 年齢: 歳 男 女 疾患名:

当院は一般外来も行っているため、患者様とのコミュニケーションにおいては、術前オリエンテーション時のみ意識するのではなく、常に外来通院の患者様や御家族に注目されているという認識を持つての言動に心掛けるようにしている。待合室で待つ患者様の多くは、職員の言動を注意深く興味深く観察している。当院では、職員の誰もが同じ言動ができることを目標にして教育をしている。

コミュニケーションスキルとして一般的に、笑顔・挨拶・身だしなみ・態度・表情・アイコンタクトは必要不可欠ではあるが、日常の職員同志の人間関係を良好に保つ努力も重要であると考え。日常業務の中で、職員同志のコミュニケーションが良好であれば、患者様はチームワークが良いと評価し、在院中の安心・安楽が得られると考える。また、患者・医療従事者間の信頼関係の構築に繋がると考える。この様な意識を全ての部署において共有するためのミーティングなどは、DSCが中心になり日常的に行うことは重要といえよう。

術前オリエンテーションの際に最もよく用いられる手法に、DESK法⁷⁾がある。この手法は、日常生活のなかで常に念頭におき訓練しておかなければ身につかず、即座に対応するのは困難である。一般的に患者様が私達に求めていることは、自分の訴えを真剣に聞いてくれること（傾聴）から始まると考える。コミュニケーション能力を向上させるには、会話能力が必要とされる。これには生まれ持った才能や性格が大きく関与しているが、一方「傾聴」には生まれ持った才能や性格とは無関係であると筆者は考えている。患者様との会話で影響を及ぼすものは、「言葉以外の非言語的な要素で93%の印象が決まる」と言われており⁸⁾、その要素は、視覚（見た目・身だしなみ・しぐさ・表情・視線）55%、聴覚（声の質《高低》・速さ・大きさ・テンポ）38%言語（話す言葉そのものの意味）7%である。

このことは、私達が行う術前オリエンテーションにおいて、書類を通して単に説明するだけでは7%程度しか伝わっていないことを示している。私達が取り組んでいる前述のような教育は間違っていないと考える。

考 察

かつて、有床あるいは無床診療所で日帰り手術を受ける患者様の多くは『こんな所で大丈夫？』が圧倒的意見の時代があった。その背景には、多くの診療所では経営的理由で、有資格者1名に無資格者数名で診療にあたっている印象があったと考えている。現在ではインターネットの普及により、どのような施設が日帰り手術を行い、どのような職種の者が関わり、どのよ

表3

DSC 認定	認定者
第1期	5
第2期	11
第3期	7
第4期	13
第5期	3
第6期	7
合計	46

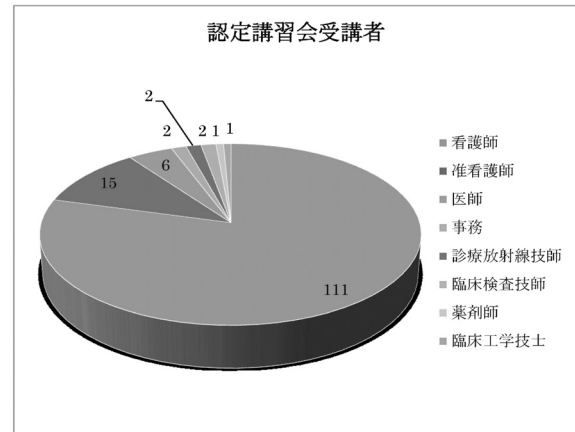


図6

うな流れで手術が行われるか、などの情報が容易に得られるようになった。それらの多くの施設はDSCの必要性を力説している印象がある。JSSSA主催のDSC認定者も徐々に増加してきており(表3)、現在まで病院24施設、クリニック(有床無床)16施設であり、認定講習会受講者は医師6名・看護師111名・准看護師15名・薬剤師1名・放射線技師2名・検査技師2名・工学技師1名・事務2名で合計140名となっている(図6)。しかしながら、そのうち実際のDSC認定者は46名であり全受講者総数の33%弱と3分の1にも満たない状況である⁹⁾。勤務移動や退職等で講習会受講したが、認定まで至っていない方が多いのが現状ではないだろうか。

「JSSSAでは世話人会を構成し、本研究会をはじめとする本会の事業の運営方針を立案する」¹⁰⁾と会則にあり、おもに病院・クリニック(有床無床)の医師・看護師で構成されている。しかし、実際には世話人会を構成する施設からの認定講習会への受講者がいない施設があるなど、まだまだDSCの評価に施設間で違いがあり、施設によっては低く、全国的には浸透していないことがわかり、懸念される。

このように現在のところJSSSA認定DSCの認知度・知名度の問題はあるが、JSSSAの活動をさらに継続し全国に知らしめて行くことは非常に重要であり、ひいては団体商標登録(可否については調査中)や国家

認定資格への昇格などで、診療報酬制度、保険点数加算への参画に少しでも貢献することが理想像である。

なお、本文の要旨は第11回日本短期滞在外科手術研究会学術総会（2015年6月、沖縄）で発表した。

参考文献・引用文献

- 1) 篠崎伸明：日帰り・短期滞在外科手術と徳洲会。DOCTER'S NETWORK, 46 : 5-7, 2011
- 2) 執行友成：日本短期滞在外科手術研究会。DOCTER'S NETWORK, 46 : 28-31, 2011
- 3) 川島みどり：チーム医療と看護 専門性と主体性への問い, 看護の科学社, 東京, 12-13, 2014
- 4) 日本ヘルニア学会ガイドライン委員会：鼠径部ヘルニア診療ガイドライン, 金原出版, 東京, 26-28, 2015
- 5) 沖永功太：鼠径部ヘルニアの手術 解剖と手術手技, へるす出版, 東京, 74-77, 2010
- 6) 吉田 奏：周麻酔期の手術看護, 日総研出版, 名古屋, 89-90, 2015
- 7) 平木典子：アサーショントレーニング, 改訂版, 金子書房, 東京, 117-118, 2015
- 8) A. マレービアン：非言語コミュニケーション, 聖文社, 東京, 1986
(<http://visionary-mind.com/communication-skills>)
- 9) 日本短期滞在外科手術研究会 (JSSSA) 事務局まとめ, 2015
- 10) 第11回日本短期滞在外科手術研究会プログラム・抄録集, 34-36, 2015

