

## 当院における DS コーディネーターの現状と未来

佐田病院 日帰り手術センター

合 庭 恵美子

### 要 旨

当院は 1998 年 4 月に日帰り手術を開始し, 2015 年 4 月までに, 多汗症, 鼠径ヘルニアを中心とした外科手術を約 6300 例行なってきた。当初, 病棟勤務兼任で 2 名の看護師でのスタートであったが, 2001 年からは病棟の一角に 6 床の日帰り手術センター (Day Surgery Center, 以下 DS センター) を確保, 看護師も DS コーディネーター (以下 DSC) として日帰り手術を受ける患者のサポートに努めてきた。

一方, 2014 年の診療報酬改定により「短期滞在手術基本料 3」<sup>1)</sup>の対象の手術が拡大されたと共に, 「一部の検査についても短期滞在手術等基本料 3 の対象」となったことで当院での DS 業務の枠組みが変わった。当院は施設基準で短期滞在 3 を習得しており, 上記改定に伴い, 外科手術以外の下部内視鏡的粘膜切除術 (以下 EMR), 終夜睡眠ポリグラフィ (以下 PSG) が DS センターの業務に組み込まれた。DSC は 3 名に増員されたが, 関係する科は外科・消化器内科・循環器科の 3 科となり, 関わる医師の数はそれ迄の倍となった。また, 下部 EMR, PSG 共に必ず 1 泊以上の入院が必要である事に加え, これまで病棟入院であった 2 泊以上 (4 泊 5 日まで) のヘルニア症例までもが当センターの担当となり, 「短期滞在」という括りで対象患者が拡大し, DS コーディネーターとしての業務は煩雑化している。

**Key words** : 日帰り手術 ; 認定 DS コーディネーター

### はじめに

佐田病院は, アジア・九州の玄関口と言われる福岡県福岡市の中心地に位置する病床数 180 床 (急性期病棟 120 床, 地域包括ケア病棟 60 床) の中規模急性期病院である。都市部が集中しているためか, 福岡空港・博多駅から車で 20 分前後と近い大変利便性に富んだ立地環境ではあるが, 近隣には大学病院等, 外科を有する 300 床以上の大手の医療機関だけで 13 施設が競合していて, いわゆる病院過密地帯でもある。

また, 厚生労働省の医療機関の機能分化政策の推進によって全体の病院数は減少するなど, 昨今, 経営は厳しいものがあり, 中小病院では, 医療供給体制全体の中で, その役割や専門性が根本的に問われ続けている。こうした背景の中で, 外科の専門性を活かしながら大病院との差別化を図り患者ニーズに応えるために, 1998 年 4 月当院では DS センターを開設した。現在の

当院 DS センターの現状と未来について報告する。

### これまでの DSC の活動

当初 2 名の看護師が病棟勤務兼任で, 一般病室を利用してのスタートだったが, 2001 年からは外科・内科混合病棟の一角に 6 床の DS センターを確保し, 看護師も DSC として, 多汗症, 鼠径ヘルニアを中心とした日帰り外科手術を受ける患者のサポートを行ってきた。

初年度は手探り状態ながら 31 例を経験し, 以後は年間 350~660 例と症例を重ね今日に至っている。他にも, UC (潰瘍性大腸炎) やクローン病に対する白血球吸着療法 (C-CAP・G-CAP), ハイパーサーミア (癌の温熱療法) など, 本来外来で行なう治療も外来のスタッフ不足, 場所の確保が出来ない等の理由で DSC が受け持ってきた。その全ての患者が日帰り若しくは 1 泊 2 日で, 1 泊の場合, 夜間のみ病棟夜勤者に申し送る。更に, 本人希望やバリエーション発生により延泊となっ

た際は病棟へ転棟となる。

現 状

2014年4月、当院は2014年度の診療報酬改訂を見据えて、これまでの急性期病棟3棟を「急性期病棟2棟+地域包括ケア病棟1棟」へと変更することが決定した。そのため大幅な病棟編成・スタッフの勤務移動が行なわれたが、DSセンターにおいては「短期滞在手術基本料3の対象の手術(2種類)を拡大するとともに、一部の検査(EMR, PSGなど)についても短期滞在手術等基本料3の対象(21種類)となった」事を受け、PSGと下部EMRが新たにDSセンター業務に組み込まれ大きく体制が変わった。

2014年7月からDSCは2名から3名に増員されたが、DSセンターに関わる科はこれまでの外科に加えて消化器内科・循環器内科、それに加えて新設されたペインクリニックの合計4科と、医師の数はそれまでの倍以上となっている。また、PSG, 下部EMR共に必ず1泊以上の入院が必要であることに加え、これまで一般外科病棟でヘルニア手術を受けていた2泊以上4泊5日までの患者までもが当センターが担当することとなり、業務は煩雑化している。診療報酬改定前後の疾患別症例数を比較すると、新たに加わった大腸ポリープと睡眠時無呼吸症候群(SAS)の分だけ増えた印象がある(図1)。

入院日数の変化を見てみると、改定前年度の入院日数の比較では、改定前は手術同日退院が全体の50.5%、1泊以上が49.5%とおおよそ半々であったのに対し、改定後は同日退院が23.5%で、実に76.5%もの患者が1泊以上となっている(図2, 3)。これは、改定前は2~3日に1名しか夜間にベッドを使用していなかったものが、改定後では1日1~2名、多いときは5~6名宿泊していることを表している。因みに、DSセンター開設当時から改訂前までは、0泊(当日退院)が全体

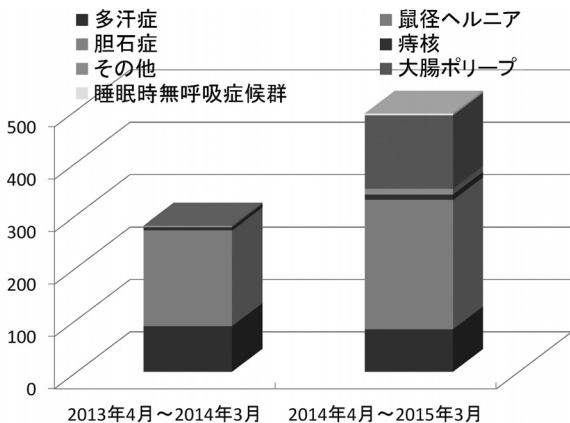


図1

2013年4月～2014年3月 (改定前)

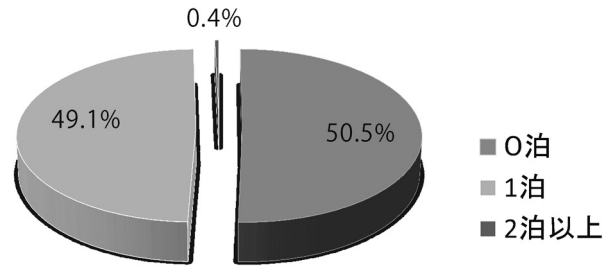


図2

2014年4月～2015年3月 (改定後)

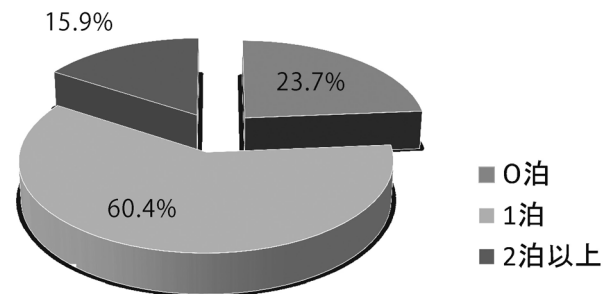


図3

1998年4月～2014年3月

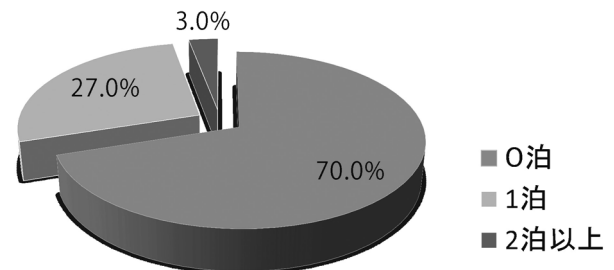


図4

の70.0%、1泊が27.0%、2泊以上が3.0%と、97.0%の患者がいわゆる「日帰り」で退院できていた(図4)。

当院DSセンタースタッフは夜勤をしておらず、夜間は病棟当直者へ送り、朝再び送り返してもらうという形を取っているため、必然的に病棟の負担も増加した。

こうした変化によって、以下に記す問題点が生じたと考えられる。

- ▷ A 医師個別の指示の増加(ルーティンとなる指示のバリエーション増)
- ▷ B 病院全体の組織編制により、DSセンターが併設する病棟が、外科・内科混合病棟から整形・内科

混合病棟に入れ替わると共にスタッフもほぼ交替し、殆ど外科経験のないスタッフによる当直

▷ C 宿泊者数が増えることでDSセンター以外の部屋も利用する必要があり、担当患者が病棟の各部屋に散在することで動線が延長

▷ D 各科で個別に入院・手術の予約が入るため、DSスタッフの1日の業務量の超過

また、早朝から始まる外科手術と、夕方になって、内視鏡検査・内視鏡手術の最後に行われるEMRとが混在することで勤務時間が超過

▷ E 従来行ってきた日帰り手術以外の業務が増え、DSCとしての自負が持てずにモチベーションが維持困難

考察：問題の改善のために

現状の問題を解決すべく、様々な業務改善を行った。

▷ A 医師個別の指示の増加に対して：新たに加わった疾患の患者用「クリニカルパス（以下CP）」の見直し、「オールインワンパス」の作成

CPは、疾患や検査毎にその治療の段階および患者が目指す到達目標（アウトカム）に向け、最適と考えられる医療の介入内容をスケジュール表にしたもので、CPの評価・改善を行うことが医療の質を向上させるマネジメントシステムになる。術前面談のオリエンテーションに用いているが、従来病棟で使用しているパスは文字数が多く、その為文字の大きさが小さく読み辛かった。用紙をA4サイズからA3に変更し、フォントを上げ更に内容を見直し文字数も削減して高齢者にも読みやすいものを目指して改訂した。また、EMR前日の食事説明・腸管洗浄剤の作り方の説明用紙や、来院時間を記入したもなどの複数枚渡していた説明用紙を1枚にまとめ、患者にとっての分かりやすさだけでなく、病院側にとっても時間・コストの軽減が実現できたと考える。

オールインワンパス<sup>2)</sup>は1998年に黒部市民病院の今田光一氏によって開発されたもので、医師診療録、指示録、看護記録、検温表など各種医療記録および伝票とパスを統合したものである。従来の記録形式では、チーム医療の構成メンバー間で情報共有や統合記録として活用しにくいという欠点があった。この欠点をカバーし且つ記録の効率化、安全性を確保しようと考案されたのがオールインワンパスで、当院ではDSセンターのみにおいて2004年より導入している。新たに加わった疾患についても新規作成することで上記のメリットを享受できると考える。

▷ B-1 当直業務の整備のために：病棟スタッフへ

の勉強会の実施

病棟スタッフより「夜間、良く解らないまま動いているので、患者さんから質問されたり何かあったらと思うと不安」との声が聞かれ、勉強会の要望があった。まずは、現在一番症例数の多い鼠径ヘルニアの勉強会を実施した。今後は、新人スタッフが夜勤を開始するタイミングで適時行うことと、胆石症・痔疾患などについても徐々に行いたいと考えている。初回は筆者が講師を務めたが、DSセンタースタッフにも講師を務めさせることでDSセンタースタッフ自身の知識の再確認・スキルアップも図りたい。

▷ B-2 当直業務の整備のために：当直者への口頭での申し送り廃止

これまででは、交代勤務において看護ケアの継続のため申し送りを当たり前のように行っていた。しかし、申し送り時間帯(16時)までに手術やEMRから帰室していないことが多くなり、SASに於いては入院すらしていないため不完全な申し送りとなるか、当直者が病棟患者のケアに忙しい時間帯につまえて送りを聞いてもらう事も度々となった。そのため、十分な情報の伝達が出来ていないのではないかと考え、口頭での申し送りを廃止し、申し送り用紙記載による伝達方法を試みている(表1)。このことにより、申し送り廃止をした時間を看護ケアに

表 1

ID		DS一病棟申し送り用紙		記録者( )	
		OP日	月 日	OP前・OP当日・術後	日目
				クーゲル法 TAPP	メッシュプラグ
				Maroy法	高位結紮
		外科・胃腸科・循環器内科	術	胸腔鏡下交感神経切除	
		鼠径ヘルニア(R・L) 多汗症		LSC (SPS 4port)	
病名		胆石 内痔核	式	ジオン注 PPH	
		腫瘍(頸部・背部)		腫瘍摘出術 その他( )	
		大腸ポリープ 睡眠時無呼吸症候群		ポリベク EMR	
		その他( )	麻酔	全麻 硬麻 局麻 その他( )	
術後				SPチューブ挿入：あり・なし	
	バルン挿入：あり・なし				
	ドレーン挿入：あり・なし				
術後指示		点滴   抜針済み   終了抜針・生食ロックして下さい(残量 ml) 朝までkeep			
		食事   飲水( : ~可・不可 ) 食事(昼・タ・夜・翌朝) 絶食			
		安静   free・トイレのみ(歩行・車イスで)可・ベッド上安静			
		持参薬   なし・あり(服用可・服用不可) 抗血栓薬中止中			
		検査   なし・翌朝 採血あり			
その他		アレルギー：なし・あり( )			
*VS等はオールインワンパスをご参照下さい					

生かせる、口頭での伝達を避けることで伝達ミスを防ぐ事が出来ていると考える。

▷ C 動線の短縮のために：病棟との連携

DSセンターは6床(内、チェアベッド2台)のユニットであるが、個室の希望がある場合、男女それぞれの宿泊者がいたりベッドが不足の場合は病棟の部屋を利用している。動線を考え、出来るだけDSCに近い部屋を確保してもらうよう病棟管理者と調整を行っている。それでもDSC以外の部屋からのナースコールはDSスタッフが直接取ることが出来ない為、対応が迅速にできない事もあり、現在、プライマリナーシング対応のハンディナースコール導入を検討している。これが実現すれば患者を待たせることなくスムーズな対応が出来、病棟スタッフへの負担も軽減できると考える。

▷ D DSセンタースタッフの業務量超過に対して：

医師・他部署との連携

一日の業務内容を見てみると、当日の外科手術

2～4例(半数以上が全麻)、EMR 2例、数日前～前日の入院患者のケア、面談4名前後、電話・メールによる問い合わせの対応などが平均的業務である。外来は予約制ではないため、面談がほぼ同時刻に2～3名重なることもあり、加えて手術室入室・帰室とも重なると、患者を待たせることが少なくない頻度で起こるようになってきた。また早朝から始まる外科手術に合わせて早出勤務がある一方、EMRは16時～17時に呼ばれることもあり、そこから終了後の迎え、指示受けを行っている2時間前後の超過勤務となる。

患者・家族に安心・安全・安楽な入院・手術を提供するにはマンパワー不足の状態であり、一日のスケジュールをコントロールし、人手の確保をすることが早急に必要である。現在調整可能なこととして、①各科Dr.に現状を伝えて1日の症例の制限数を設ける・②外来看護師と連携し、DS対象患者が来院した時点で情報を伝えてもらい、当院入院歴があれば前回アナムネを出す、CPに事前に記入できる項目を埋めるなど、検査が行われている間に予め準備することで待ち時間を少なくするなどの工夫をしている。

▷ E DSCのモチベーションアップのために

フレデリック・ハーズバーグ<sup>3)</sup>は、仕事のモチベーションの促進要因を「達成」、「承認」、「仕事そのもの」、「責任」であるとしている。また、管理者としてはスタッフに対しての「目標管理」「研修参加への動機づけと支援」が挙げられる。

当院では教育制度の充実と院外の研修・学会参加などへも参加できる体制づくりをしていて、知識・技能のスキルアップが出来る環境が整っており、自身の学びも当然のことながら、管理者行動としてスタッフ個々の能力に応じた個別的な支援を行い、積極的に学習参加できるようサポートを行っている。また、DSセンターの目標に則した個人目標を設定しチーム内で共有、結果を肯定的にとらえてお互いを承認し合うことでそれぞれが自己承認や自信を持つことに繋がっていると考ええる。

おわりに

今回の診療報酬改定では、急性期医療を中心とするという病院の方向性を一貫するために、1病棟を地域包括ケア病棟とすることで「重症度、医療・看護必要度」(以下看護必要度)の基準を維持した。その為大幅な病棟編成が行われたが、そうした変化に振り回されることなく新たな局面も成長の場ととらえることができれば、DSセンターのみならず病院組織全体の発展に繋がると考える。

新体制となり1年以上が経過した今、DSセンターとしての明確なビジョンを持ち言葉にして示すことや、管理者である自身がスタッフのロールモデルとなり得るよう自己研鑽に励みたい。

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。

引用・参考文献

- 1) 社会保険研究所：医科点数表の解釈，社会保険研究所，東京，206-207，2014
- 2) 福井総合病院クリティカルパス委員会：オールインワンパス活用実例集，第1版，日総研出版，名古屋，21-25，2005
- 3) フレデリック・ハーズバーグ：仕事と人間性，東洋経済新報社，東京，1968