

<看護部>

① DPC 導入後の現状と外来の課題について

② 田子むつ子

③

④ 外来看護最前線

⑤ Vol.13, No.3, P062-069, 2008 年

DPC 導入後の現状と外来の課題について

マツダ(株) マツダ病院 外来看護師長 田子 むつ子

当院の概要

当院は企業立病院であり、広島市東部の基幹病院として救急病院の指定を受け、地域の急性期医療を担っている。当院は、1999年6月に広島県で最初に日帰り手術センターを開設、2000年3月クリニカルパス導入、そして2002年12月にはオーダーリングシステム、翌年2月には電子カルテを導入した。また、2003年4月から大学病院、国立がんセンター等の82病院に施行されたDPC（Diagnosis Procedure Combination）による支払い制は、その後2004年4月から試行的に民間病院にも拡大され、当院も同年7月より導入した（表1）。

本稿は、DPC導入後3年余りが経過した現在、外来がどのように変化したか検証する。

病院概要

マツダ病院 ◎広島県安芸郡府中町

基本理念

1. 広島市東部の基幹病院として高い医療水準の保持につとめる
2. 患者さまの権利・プライバシー・安全を確保する
3. 患者者さまに喜ばれる医療サービスを提供する
4. 職員が明るく楽しく働ける病院にする

病床数：300床

診療科：19科（循環器科，消化器，呼吸器科，内科・内分泌科，小児科，皮膚科，泌尿器科，整形外科，放射線科，外科，麻酔科，脳神経外科，眼科，耳鼻科，精神科神経科，産婦人科，歯科口腔外科，健診科，リハビリテーション科）

入院患者数：216人（病床稼働率74%）

外来患者数：649人

在院日数(3カ月平均)：15.0日

紹介率：45.2%

入院基本料：7対1〔2007年5月より〕

看護職員数：222人

（うち、外来看護師 31人<パート 14人>）

（2007年11月現在）

表1 DPCによる支払い制

急性期入院医療の包括評価の算定	
診療報酬 = 包括評価部分 + 出来高部分	
包括評価の範囲	出来高評価
入院基本料	手術・麻酔
検査（内視鏡検査などの技術料を除く）	1000点以上の処置料、心臓カテーテル法による検査、内視鏡等
画像診断（選択的動脈造影カテーテル手技を除く）	指導管理料
投薬	リハビリテーション
注射	精神科専門療法 等
1000点未満の処置料、手術・麻酔の部で算定する 薬剤・特定保険医療材料以外の薬剤・材料料 等	

1. DPC導入における看護部の取り組み

2004年7月からのDPCの試行参加においては、1年余りの準備期間中には専門の講師を招いての研修会や、医事室が中心となり医局会、師長会、病院職員を対象とした研修を実施し職員へのDPCへの理解を深めた。DPC導入においては各職種の役割（表ii）を基に対応した。看護部では以下のように取り組んだ。

1. DPC患者調査票の情報収集・入力

入院時看護情報を参考に患者調査票の「入退院情報」の項目を入力した。また、「診療情報」（医師が入力）の項目においては医師代行として入力できる項目を検討し、JCS（入院時意識障害のある場合）・ADLスコア・褥瘡ステージ・喫煙指数、及び補助療法の中のリハビリ、化学療法、インターフェロン、インシュリン、中心静脈栄養などについては看護師が入力することとした。脳外科救急搬送患者については、特に受け入れ時間、JCS、頭部CTや頭部MR検査時間が必要なため確実に記録し入力の徹底を図った。

表2 各職種の役割

医師	① 基本DPC、重症度、ICD10等の決定 ② 正確なカルテの記入 ③ 包括範囲と出来高範囲の理解
看護師	① DPC情報の収集支援 ② 退院情報の伝達（医事室へ） ③ 包括範囲と出来高範囲の理解
薬剤師	① 後発薬品の採用
事務	① 診療費請求 ② スタッフの教育 ③ 患者へのアナウンス

2. 後発薬品の安全に使用

DPCでは投薬・注射が包括されるため後発薬品が採用された。そのため薬剤部は「後発品切り替え医薬品」のリスト表とポケットカードを作成し、部署・職員に配布した。看護師は後発薬品を安全に使用できるようポケットカードを携帯し周知徹底を図った。

3. 他科受診の申し合せ

入院中は緊急時以外の他科受診をできるだけしないこととした。

4. 適正入院（休日入院）

休み明けに手術する患者に対し前日が休日に当たる場合、勤務者が少ない状況ではあるが、入院を受け入れることとした。

5. 院内への掲示

DPC 導入についての案内を外来・病棟の掲示板に表示し、患者からの料金に関する問い合わせについては医事室を窓口として対応した。

6. 入院時の持参薬の徹底

薬剤部との連携により薬剤鑑別を行い、不必要な院内処方への減少を図った。

7. 医療材料の選定

師長（病棟・外来・手術室担当）及び主任看護師が看護部の代表として、院内他職種と共に材料委員会のメンバーとして参加し、医療材料の適正化を図った。

II. DPC 導入後の病棟・外来の現状

DPC では診療報酬の算定が診断群分類毎の1日当たり点数が、在院日数に応じた医療資源の投入量を適切に評価する観点から、在院日数に応じて3段階の点数を設定されている。そのため在院日数が長くなるほど1日当たりの点数が少なくなる。これまでは患者・家族の希望があれば聞き入れて入院期間を調整し、検査や治療もゆっくり進めてきたケースもある。しかし、DPC 導入後は、短期間でより良い医療・看護を提供していかなければならなくなった。

当院の管理指標データから病棟・外来における変化を見てみた（表3）（2007年度のデータは10月までの平均）

表3 管理指標データ

年度	2003	2004	2005	2006	2007
平均在院日数	15.6	14.3	15.1	16	14.9
平均入院1日患者数	233	225	216	208	200
平均病床稼働率	80.0	77.8	73.9	71.4	68.7
平均外来1日患者数	795	767	716	663	646
救急車搬送総数	1862	2437	2355	2347	1176
内、入院数	517	835	948	960	488
平均紹介率	38.7	42	43.5	43.8	43.4

[病棟]

1. 平均在院日数の推移

二次救急指定病院であることから、DPC 導入前から在院日数短縮の施策をとっており、15日前後で推移してきた。DPC 導入後は在院日数の短縮を更に考慮し、治療や処置を短期間で行なわなければならないようになった。このように早期退院が増加すると、病棟全体が煩雑になり看護業務量も増加した。その業務量をデータ収集するために、2006年からは重症度・看護必要度に係わる調査を実施している。

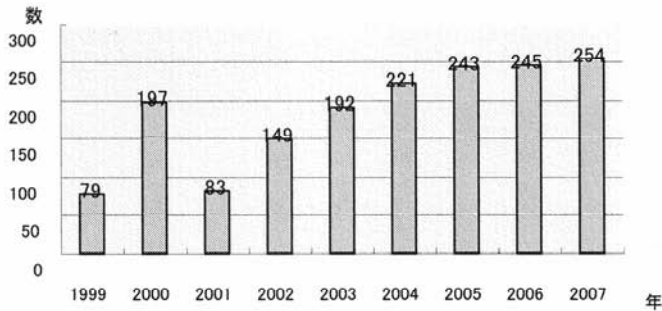
2. 平均入院患者数の減少・病床稼働率の低下

外来患者の減少を図ってきたことと、在院日数短縮により平均入院患者数は減少し、病床稼働率も低下している。

3. 日帰り手術症例数の増加

日帰り手術センターは1999年に広島県で最初に開設、専任の担当者（コーディネーター）を配置している。日帰り手術センターの入院は浸襲の大きくない手術患者を対象にしている。主に外科（鼠径ヘルニア、痔瘻・痔核など）耳鼻科（鼓膜チュービングなど）眼科（白内障など）整形外科（内副子抜去など）などの手術に適応し、症例数は毎年増加しており、在院日数短縮や患者満足度に大きく貢献している（図1）

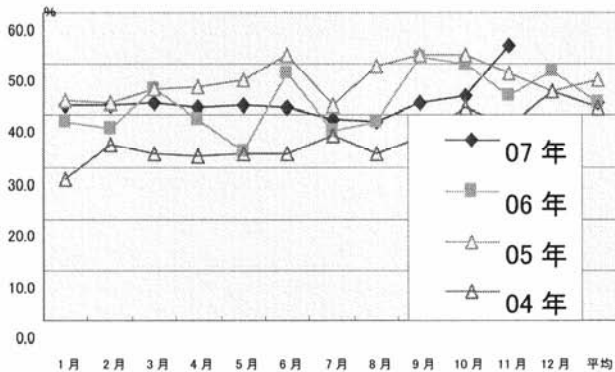
図1 日帰り手術症例数



4. クリニカルパス使用件数の増加・適用率の上昇

医療・看護の標準化のツールとして有効なクリニカルパス（以後パスと略す）は、2000年3月院内パス推進委員会発足を契機に、徐々に作成・適用が拡大している。電子カルテ導入と同時に、紙パスを電子パスに移行させた。電子パスの医師オーダー・看護オーダーは電子カルテシステムと連動、注射の実施入力には医事システムと連動している。また看護度・安静度などの一般オーダーなどや看護計画とも連動している。

図2 クリニカルパス適用率



DPC 導入時、各科の代表的なパスについて DPC 対応か否か、過去の入院患者のデータをもとに調査した。その結果、いずれも入院期間 I～II に収まっていることが明らかになり、以後 DPC 対応型パスとして活用を推進している。

作成・運用面においては、パス適用をスムーズにするために外来の時点から使用できるパス（入院診療計画書）に改定し、看護ケア項目も追加した。ただ、バージョンアップ時のパス改定作業に加え、DPC 導

入時の後発薬品採用促進によるパスの書き換え作業が増えている。2007 年末現在、105 種類のクリニカルパスが作成・適用されており、新入院患者に対するパス適用率は 42.6% である(図 2)

[外 来]

1. 平均外来患者数の減少

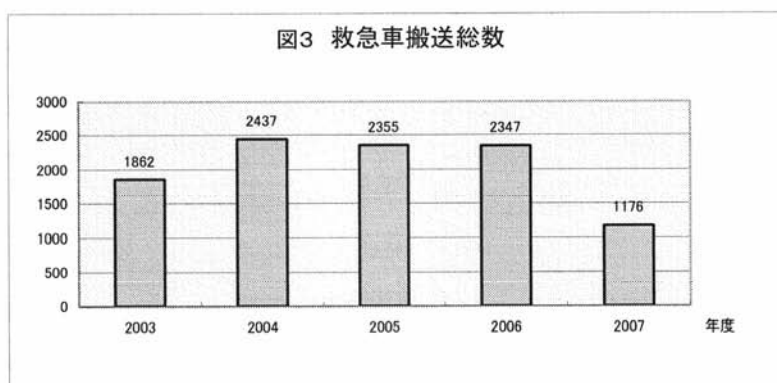
当院は地域完結型の病院を目指しており、地域の病診・病病連携を図っている。「かかりつけ医」を推進し、退院した患者は連携先の医療機関に逆紹介しており外来患者数は減少してきている。

2. 患者紹介率の上昇

患者紹介率は43%前後と上昇している。地域からの紹介受診やMR,CT,RIなどの検査依頼は地域連携室が窓口となり、事前にFAXで情報提供してもらい来院日を予約するなどして優遇する対応をとっている。

3. 救急車の受け入れ

二次救急指定病院として24時間救急患者を受け入れてきたが、2006年度より医師の異動などに伴い医師2名（内科系医師と外科系医師）の当直体制を組めなくなった。また近隣に急性期病院が数施設ある、などの影響もあり減少してきている(図3)



III. 外来看護師の活動

1. 患者への説明・指導の増加

1) 検査の外来シフト

これまでは入院してから施行していた検査を入院前に外来で行なうようになった。特にCTやMRなどの画像検査も外来で行なうため、検査日の予約や説明業務に時間を要するようになってきた。

2) 内服薬についての説明

手術前日の入院となるため、他院処方を含む内服薬を外来で確認する。特に抗凝固剤・糖尿病治療薬・骨粗鬆症薬・ホルモン剤などについては入院数日前から服用を中止しなければならないため、内服薬を詳しく確認して説明をしている。そのため必要時、お薬手帳や他院薬を持参してもらい薬剤部で鑑別後に説明している。なお入院時には、他院薬を含む内服薬を全て持参してもらおうよう徹底している(薬袋ごとに薬剤部で鑑別する)

3) 入院時チェック項目・オリエンテーション内容の増加

外来の時点でクリニカルパス(入院診療計画書)に基づいて説明している。入院前手

チェック項目として、既往症・内服薬・予防注射などを確認、パンフレットやオリエンテーション用紙を用いて説明する。また、高額医療の申請についても情報を提供している。

4) 療養指導の実施

外来での継続治療や看護を必要とする患者が増えてきている。そのため在宅での療養生活に必要な内容をパンフレットにまとめ、指導時に活用している。パンフレットに基づいて指導したこと、指導時の患者の反応や質問内容などを看護記録として入力している。

2. 適正入院（手術前日）の導入

今までは原則、予定の休日入院はしていなかった。しかし在院日数短縮のため、手術適応の患者に対して手術日の前日が休日の場合は、外来で事前に患者へオリエンション・病棟案内をして、休日に直接病棟に入院する体制を取った。

3. 入院診療計画書に基づいた説明と同意

DPC 導入に伴い、術前検査などを外来で行なうため、予定入院の患者に外来から継続した入院診療計画書に基づき説明し、同意を得ている。

4. 浸襲の大きい検査・治療の増加

在院日数短縮に伴い、通院しながら治療・看護を継続する患者が増えてきた。また化学療法、輸血、内視鏡的治療など浸襲の大きい治療が外来で行われるようになり、質・量ともに業務が増加している。

IV. 外来における課題

DPC 導入後、3年を経過した。急性期病院としてふさわしい DPC 医療には、患者満足度の向上、コスト意識、エビデンス、パス、チーム医療、納得される説明などが求められるが、当院はまだ十分とは言えない。また、地域完結型の医療をめざしており、1日外来患者数は約 650 名で、患者紹介率は約 45%(2007 年 11 月)である。

今後患者紹介率をアップさせるためには、患者だけでなく紹介医からの高い満足度が得られるような医療を提供していかなければならない。そのためには、外来診療の専門診療機能化、地域との連携強化、救急医療の充実を図る必要がある。

そして、看護の専門機能を発揮し外来看護を充実させること、救急体制を整備・充実し、さらなる地域医療連携を強化していくことが必要である。

1. 他職種との連携と外来看護の充実

DPC 導入により入院して治療していた治療・看護が外来で行うようになったが、外来の看護体制は DPC 導入以前とほとんど変わらない。そのため、現場は毎日多忙な業務に追われている。外来看護師長として外来業務を整理し、厚生労働省の推進するところの他職種に委譲できる業務を検討し、役割り分担を図り、業務を行なっていかなければならない。

また、化学療法や、内視鏡治療など侵襲の大きい治療をする外来では、専門性の高い

看護師でなければ務まらなくなっている。そのため、他職種と連携を取りながらそれぞれの分野で専門性を発揮できるよう、外来看護師長が要とならなければならないと考える。

2. 連携パス

地域完結型の医療が求められる中、連携パスを進めていかなければならない。本院としては、整形外科の大腿骨頸部骨折連携パスや PEG 造設パスが活用可能と考える。そのためには、医療圏の問題などに取り組まなければならない。

3. 救急医療の充実

本院は二次救急病院である。したがって、「救急車は断らない」をモットーとしているが、マンパワー不足から救急医療体制の改善は進んでいない。今後、さらに救急受け入れを推進していくためには、医療安全を考慮し熟練した外来看護師でチームを組み、応援体制を強化することで対応していく必要がある。

4. DPC など医療経済に対する理解

DPC 対象病院としての基準である 7 対 1 看護体制を維持するためにも、スタッフの DPC への理解を深める必要がある。そのためには、病棟・外来間の連携協力体制がますます必要となってくる。

今後の展望

DPC 導入をはじめ、医療環境が大きく変化する中、外来看護師の役割として高い機能が求められるようになり、単に診療の補助業務をこなすやり方では通用しなくなった。再入院を防止するためにも看護の専門知識を生かし、時間をかけてかかわる時代になってきた。

本院は 2008 年度に病院機能評価 (Ver. 5.0) を再審するが、これは外来看護の真価が問われる機会と位置付けている。外来看護師のやりがい感や夢を育み、地域に根ざした病院として、患者が安心して在宅で生活が送れるよう活動していきたい。

引用・参考文献

- 1) 齊藤 寿一：DPC と急性期病院の医療 日本病院会雑誌 Vol.5 2007
- 2) 阿部 敏子：DPC の看護の影響を考える 看護 4. 2004
- 3) 真野 俊樹：DPC の意義と看護管理者に考え方求められる 看護 7. 2007