

日本短期滞在外科手術研究会

第4回 DS コーディネーター講習会

スライド資料集



平成26年2月15日（土）13:00～18:00

多根総合病院 4F 講堂

DS コーディネーター認定委員会編

DSコーディネーター総論

JSSSA DSコーディネーター認定委員会

- ・ 本日のメニュー

ーJSSSAについて

ー 日帰り手術を取り巻く周辺環境について

ー DSコーディネーターに求められるもの

JSSSAとは

- ・ 日本短期滞在外科手術研究会 会則
Japan Short Stay Surgery Association (JSSSA) 会則

- ・ 第1条: 名称

本研究会の名称を『日本短期滞在外科手術研究会』とする。

- ・ 第2条 目的

本会は各科領域における日帰り手術を医療技術・学問的研究・医療経済学・保健医療制度・患者様方の経済効果等を中心に研究し、社会貢献することを目的とする。また、会員相互の連携と親睦並びに国際的交流を達成する事を目的とする。

JSSSAの趣旨 2004年7月

- ・ 昨今、外科領域の良性疾病を中心に、日帰り・短期滞在外科手術に対する社会のニーズが急激に増加してきている。基幹病院においてはこの社会的ニーズに十分な対応を取りきれていないのが現状である。民間医療機関は、患者様のニーズに応えるための重要なテーマとして、この問題に既に係わっている外科領域医療従事者の相互の向上と、患者様中心の日帰り短期滞在型手術の今後についての研究を目的とする会を発足する運びとなった。これにより、外科良性疾病を中心に、日帰り・短期滞在型手術の臨床に取り組む医療従事者の相互の情報交換学問的向上を目指したい。

JSSSA代表世話人：執行友成

東京ヘルニアセンター 執行クリニック 院長

日本短期滞在外科手術研究会の活動状況

2004年 7月	発起人会開催 日本短期滞在外科手術研究会(JSSSA)と呼称する。 代表世話人に執行友成(東京ヘルニアセンター執行クリニック院長) 顧問に山川達郎(帝京大学名誉客員教授、附属溝口病院外科)が就任
10月	第1回世話人会開催
2005年 3月	第1回学術総会開催(日本出版クラブ会館、東京都) 会長:執行友成
2006年 5月	第2回学術総会開催(札幌コンベンションセンター、北海道) 会長:宮崎恭介(みやざき外科・ヘルニアクリニック院長)、中島康雄(中島病院院長)
2007年 5月	第3回学術総会開催(アクロス福岡、福岡県) 会長:佐田正之(佐田病院院長)、勝本富士夫(勝本外科日帰り手術クリニック院長)
10月	第7回世話人会開催。常任幹事会を発足
2008年 5月	第4回学術総会開催(ホテル大阪ベイタワー、大阪府) 会長:丹羽英記(多根総合病院院長)、藤田定則(楽クリニック院長) 第8回世話人会DSコーディネーター認定制度選定委員会発足
2009年 5月	第5回学術総会開催(鎌倉芸術館、神奈川県) 会長:鎌崎伸明(湘南厚本病院院長)、渡部和巨(湘南鎌倉総合病院副院長)
2010年 5月	第6回学術総会開催(広島国際会議場、広島県) 第1回DSコーディネーター講習会開催。 会長:栗栖佳宏(マツダ病院主任外科部長)、津村裕昭(広島市立舟入病院外科部長) 第1期DSコーディネーター5人を認定
2011年 6月	第7回学術総会開催(ウインクあいち、愛知県) 会長:今津浩喜(いまず外科院長)、蜂須賀丈博(市立四日市病院手術部長)
12月	第2期DSコーディネーター講習会開催。
2012年 6月	第8回学術総会(和歌山マリーナシティロイヤルバインズホテル) 会長:藤田定則/楽クリニック院長、渡瀬誠/多根総合病院日帰り手術センター長
2012年2月	第3回DSコーディネーター講習会開催 執行友成「研究会の歴史と世界の現状」Doctors' Network

DSコーディネーター認定制度

・認定対象者

- 1) 本研究会会員で「日帰り・短期滞在手術」を中心とした臨床を2年以上経験している。
- 2) 日本における看護師・准看護師、これらに準ずる医療従事者であり、認定委員会により認められた者。
- 3) 「日帰り・短期滞在手術」を2年間で200例、もしくは3年間で100例経験していること。
- 4) 所定の書式による事例報告書の提出があること。
- 5) **DSコーディネーター認定委員会による講習会受講修了者。**

将来は認定試験の設立も考慮？

DSコーディネーター認定

・ 2009年5月 第1回目認定

- 5名認定: 執行クリニック、多根総合病院、佐田病院、原三信病院、マツダ病院

・ 2010年5月29日 第2回目認定

- 11名認定: 湘南鎌倉病院、松原徳洲会、大和徳洲会、岸和田徳洲会、宇治徳洲会、いまず外科、済生会川口総合病院、執行クリニック、神楽坂DSマイクニック(2名)、多根総合病院

・ 2011年12月1日 第3回目認定

- 7名認定: 松原徳洲会、宇治徳洲会、楽クリニック、ながさきハートクリニック、伊藤病院、岩野耳鼻咽喉科サージセンター、多根総合病院

・ 2013年2月18日 第4回目認定

DSコーディネーター総論

JSSSA DSコーディネーター認定委員会

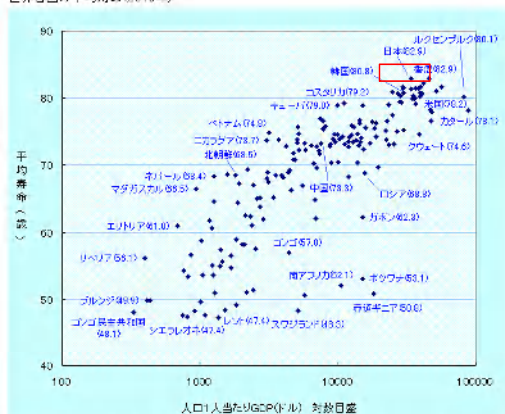
・ 本日のメニュー

- JSSSAについて

- 日帰り手術を取り巻く周辺環境について

- DSコーディネーターに求められるもの

世界各国の平均寿命(2010年)



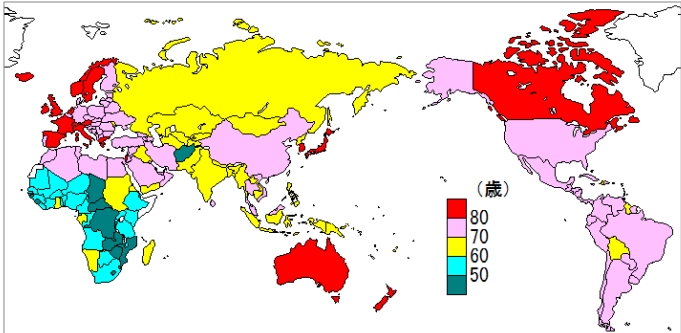
(注)178カ国を国示。平均寿命は男女別、所得水準(人口1人当たりGDP)はPPPベースのドル。
(資料)World Bank WDI 2012.6.13(表)、IMF, World Economic Outlook Database, September 2011。
データ・北緯緯度CIA Factbook 2012.6.13(1人当たりPPPベースGDP)

(参考) 平均寿命とその世界ランキング

	平均寿命(2010年)						人口1人当たり GDP(2010年)	
	男女計		男		女		PPPドル	順位
	歳	順位	歳	順位	歳	順位		
日 本	82.9	1	79.6	4	86.4	1	33,885	24
香 港	82.9	2	80.0	2	85.9	2	45,944	8
ス イ ス	82.2	3	80.1	1	84.5	5	41,950	9
イ タ リ ア	81.7	4	79.2	9	84.4	6	29,480	29
オーストラリア	81.7	5	79.5	5	84.0	9	39,764	11
シンガポール	81.6	6	79.3	8	84.1	8	56,694	3
ス ベ イ ン	81.6	7	78.7	14	84.7	4	29,830	27
イスラエル	81.5	8	79.7	3	83.4	12	29,602	28
アイスランド	81.5	9	79.5	5	83.5	10	36,730	17
スウェーデン	81.5	9	79.5	5	83.5	10	38,204	16
フランス	81.4	11	78.1	18	84.8	3	33,910	23
ノルウェー	81.0	12	78.9	10	83.2	13	51,959	4
マ ル タ	80.9	13	78.9	10	83.1	17	24,833	37
カナダ	80.8	14	78.6	15	83.2	16	39,171	14
韓 国	80.8	15	77.4	24	84.3	7	29,997	26
オ ラ ン ダ	80.7	16	78.8	12	82.7	19	40,973	10
ニュージーランド	80.7	16	78.8	12	82.7	19	27,130	33
英 国	80.4	18	78.5	16	82.4	26	35,059	21
ギリシャ	80.4	19	77.9	20	83.0	18	28,496	31
オーストリア	80.4	20	77.7	21	83.2	13	39,761	12
アイルランド	80.3	21	78.0	19	82.7	23	39,492	13
ルクセンブルク	80.1	22	77.6	22	82.7	19	81,466	2
ド イ ツ	80.0	23	77.5	23	82.6	24	36,081	20
ベルギー	79.9	24	77.4	25	82.6	24	36,274	19
フィンランド	79.9	25	76.7	30	83.2	13	34,019	22
米 国	78.2	33	75.9	33	80.7	33	46,860	7
中 国	73.3	81	71.6	66	75.0	92	7,544	91

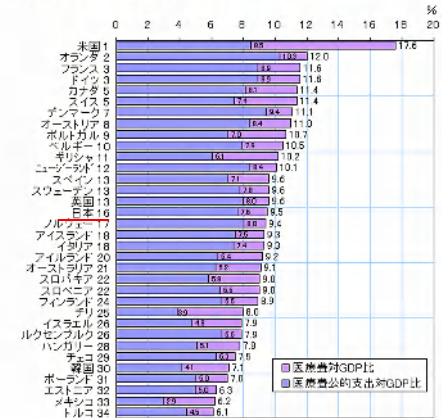
(注) 順位は178カ国中、男女計の高い順に25カ国を掲載し米、中国を加えた。
(資料) World Bank WDI 2012.6.13(寿命)、IMF, World Economic Outlook Database, September 2011、キューバ・北朝鮮はCIA factbook 2012.6.13(1人当たりPPPベースGDP)

平均寿命世界マップ(178カ国、2010年)



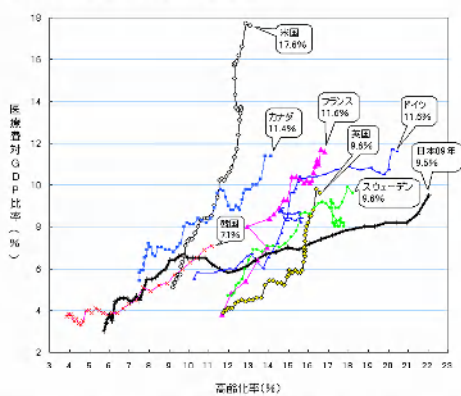
(資料) World Bank WDI 2012.6.13

OECD諸国の医療費対GDP比率(2010年)



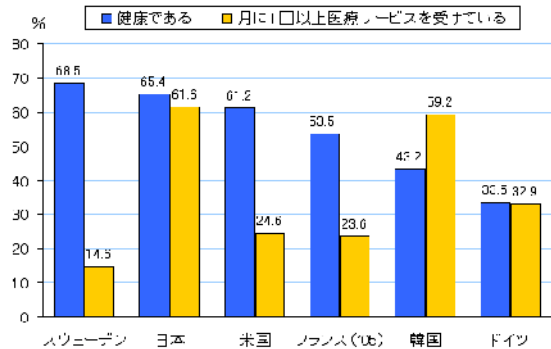
(注) スペイン、日本、オーストラリア、イスラエル、ルクセンブルクは2008年データ。トルコは2006年データ。公的支出対GDPは公的割合から算出。
(資料) OECD Health Data 2012(28 June)

高齢化とともに高まる医療費(1960年～2010年)



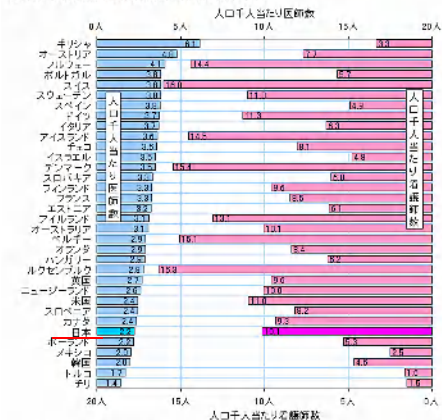
(注) 韓国データ開始年は1960年。国中の値は最新年の医療費対GDP比率(日本のみ1年前)。
ドイツ1960年以前は西ドイツの値。フランス1960-69年は5年ごと。
(資料) OECD Health Data 2012(28 June 2012)(フィン、スウェーデン1960-69はHealth Data 1996)。
高齢化率はWCI Online 2012.6.29

高齢者の健康状態と医療の国際比較



(注) 各国65歳以上の男女が対象(施設入所者を除く)。「現在、健康かどうか」及び「『医療サービス』をどのくらい利用するか」という2つの問に対する回答結果。
(資料) 内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」(2010年調査)

医師数・看護師数の国際比較(OECD諸国、2010年)



(注) 数値など医療関係に就いている医師、看護師が対象。2010年以外の年次は、スウェーデン、イタリア、デンマーク、オーストラリア、オランダの医師、ギリシャ、スウェーデン、フィンランド、オーストラリア、イタリアの看護師は2008年、オランダの看護師は2008年、ギリシャの看護師は2007年のデータ。
(資料) OECD Health Data 2012 (26 June 2012)

医療費の配分について

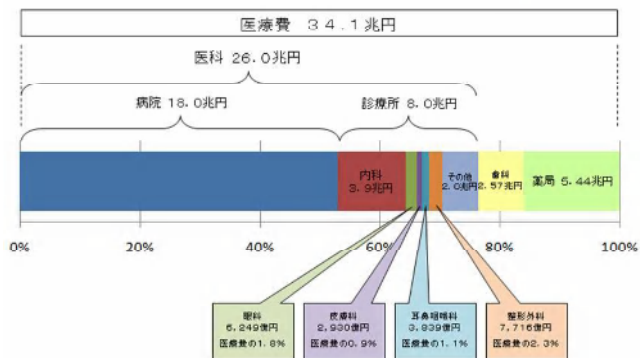


図2 診療種別国民医療費構成割合 (%)

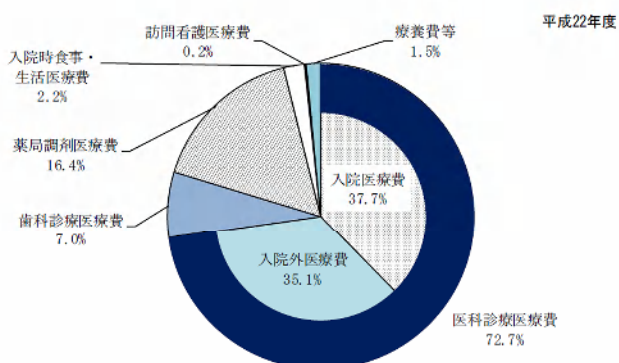
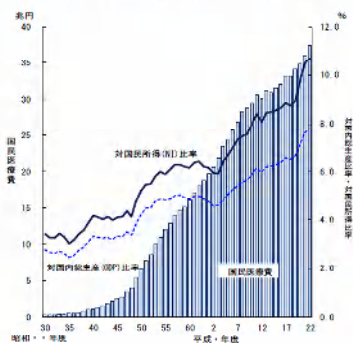


図1 国民医療費・対国内総生産
及び対国民所得比率の年次推移

平成22年度の国民医療費は37兆4202億円、前年度の36兆67億円に比べ1兆4135億円、3.9%の増加となっている。

人口一人当たりの国民医療費は29万2200円、前年度の28万2400円に比べ3.5%増加している。

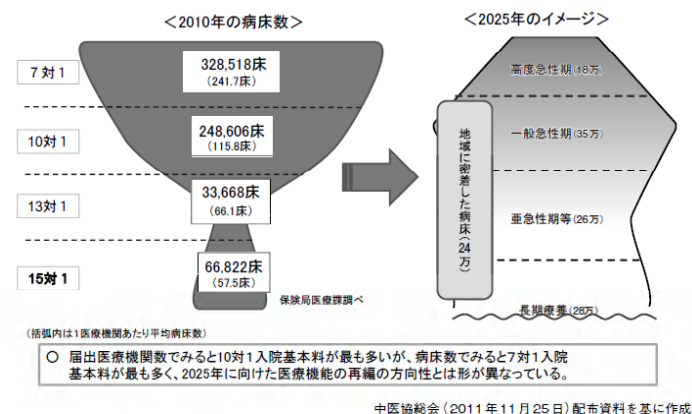
国民医療費の国内総生産(GDP)に対する比率は7.81%（前年度7.60%）、国民所得(NI)に対する比率は10.71%（前年度10.51%）となっている。

（図1、表1、統計表第1表）

表1 国民医療費・対国内総生産及び国民所得比率の年次推移

高齢化社会とそれに伴う疾病構造の変化、医療の進歩と国民医療に対する期待の高まりにより、医療費は年々増加し続けている。⇒医療費をどのように適正化するのが大きな課題

図表2-1-1 2025年の一般病床再編イメージ 一般病棟入院基本料



我が国の医療費抑制政策

- **日帰り手術（在院日数短縮）奨励による医療費抑制策**
 - － 2000年 短期滞在手術手技管理加算の制定
- DPC(Diagnosis Procedure Complex:診療群別定額支払い方式)の導入
 - － 2003年から導入開始

短期滞在手術基本料

- 短期滞在手術基本料1 2,800点(日帰り)
- 短期滞在手術基本料2 4,822点(1泊2日)
- 短期滞在手術基本料3 5,703点(4泊5日)
 - － 生活療養を受ける場合は「2」が4,794点、「3」が5,633点
 - － 短期滞在手術における術前・術後管理や検査、画像診断等を包括評価した点数です。
 - － 算定同一月に血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料、免疫学的検査判断料は算定できませんが、「3」の算定月には、入院前日までに行ったこれらの判断料が算定可能です。
- 「1」が日帰り手術、「2」が1泊2日の入院手術を、「3」は4泊5日までの短期滞在手術を評価しています。
- ただし、「3」の対象となる手術は15歳未満の「鼠径ヘルニア手術」及び「腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術」のみで、これらの手術を行う医療機関(有床診療所を含む)は、「特別入院基本料(7対1、10対1特別入院基本料を含む)」又は「小児入院医療管理料」を算定する場合を除き、すべてこの点数を算定します。
- なお、「1」と「2」の算定には施設基準を満たし、届出が必要ですが、「3」はその必要はありません。

【短期滞在手術基本料1の主な施設基準等】

- ① 術後患者の回復のための専用病床を有する回復室を確保（許可病床 の必要はない）。
- ② 看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務
- ③ 退院後概ね3日間の患者に対し、24時間緊急対応の可能な状態（他医療機関との提携でも可）。
- ④ 短期滞在手術の日に麻酔科医が勤務（非常勤可）。
- ⑤ 術前に患者に十分説明し、文書による同意を得る。
- ⑥ 局所麻酔による短期滞在手術を行うのに十分な体制が整備されている。

短期滞在手術基本料1の対象手術

- 外科、形成外科
 - 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）[長径4cm以上（6歳未満のみ）]
 - 皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）[長径6cm以上（6歳未満のみ）]
 - 腋臭症手術
 - 乳腺腫瘍摘出術
 - 気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）
 - 気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）
- 整形外科
 - 半月板切除術（関節鏡下によるものを含む）
 - 手根管開放手術（関節鏡下によるものを含む）
- 眼科
 - 水晶体再建術
- 消化器内科
 - 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術[早期悪性腫瘍粘膜切除術]
 - 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術[長径2cm未満]
- 泌尿器科
 - 経尿道的レーザー前立腺切除術

【短期滞在手術基本料2の主な施設基準等】

- ① 病院の場合は7対1～20対1入院基本料のいずれかの基準を満たす。有床診療所の場合は、有床診療所入院基本料1の基準を満たす。
- ② 退院後概ね3日間の患者に対し、24時間緊急対応の可能な状態（他医療機関との提携でも可）。
- ③ 短期滞在手術の日に麻酔科医が勤務（非常勤可）。
- ④ 術前に患者に十分説明し、文書による同意を得る。
- ⑤ 全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔による短期滞在手術を行うのに十分な体制が整備されている。

有床診療所入院基本料

- ・ **A108 有床診療所入院基本料（1日につき）**
- ・ **1 有床診療所入院基本料1（看護職員の数が、7人以上）**
 - イ 14日以内の期間 771点
 - ロ 15日以上30日以内の期間 601点
 - ハ 31日以上の間 511点
- ・ **2 有床診療所入院基本料2（看護職員の数が、4-6人）**
 - イ 14日以内の期間 691点
 - ロ 15日以上30日以内の期間 521点
 - ハ 31日以上の間 471点
- ・ **3 有床診療所入院基本料3看護（職員）の数が、1-3人）**
 - イ 14日以内の期間 511点
 - ロ 15日以上30日以内の間 381点
 - ハ 31日以上の間 351点

整形外科

- 関節鼠摘出手術(関節鏡下によるものを含む)
- 半月板縫合術(関節鏡下によるものを含む)
- 韌帯断裂縫合術(関節鏡下によるものを含む)
- ・ 外科
 - 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)
 - 顎下腺腫摘出手術
 - 顎下腺摘出手術
 - 甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出手術
 - 下肢静脈瘤手術[抜去切除術]
 - 腹腔鏡下胆嚢摘出手術
 - 腹腔鏡下虫垂切除術
 - 痔核手術(脱肛を含む)[根治手術]
- ・ 泌尿器科
 - 経尿道の尿路結石除去術
 - 尿失禁手術
- ・ 婦人科
 - 子宮頸部(膣部)切除術
 - 子宮鏡下子宮筋腫摘出手術
 - 子宮付属器腫瘍摘出手術(両側) [腹腔鏡によるもの]

・ 入院基本料

- ・入院基本料等加算〔臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算を除く〕
- ・手術前医学管理料及び手術後医学管理料
- ・検査〔心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査、肺臓・肝臓・脾臓カテーテル法、診断穿刺・検体採取料〔血液採取を除く〕を除く〕
- ・画像診断〔画像診断管理加算、選択的動脈造影カテーテル手技を除く〕
- ・投薬・注射〔除外薬剤・注射薬〔[療養病棟入院基本料](#)参照〕を除く〕
- ・リハビリテーション及び精神科専門療法における薬剤料
- ・1,000点未満の処置／病理診断の病理標本作製料

- 1890年代後半から1890年代末（ドイツ連邦社会保険立法）
 - 1891年に徳を共にした社会党の設立
 - 1890年代に入り
 - 製鉄所に職工共済組合が設立
 - 1898年労働組合設立（企業救済法適用、年金をカバ）
- 1905年（明治38年） 社会保険法制定
 - 労働者健康保険の設立
 - 留置所内における懲罰性健康保険も始まる
- 1907年（明治40年） 国庫鉄井済組合設立
 - 強制加入と雇入の導入
 - 公務員退避と雇員の疾病給付を分離
 - その後の年金制度を取り入れる近代組合も成立
- 明治から大正への移行時期、国民政府の重要性が囁かれます
 - 1910年（大正1年） 大正労働者健康保険法制定
 - ドイツ・エンペラーブルト制度の導入で導入、厚生委員の基礎となる
- 第1次世界大戦（1914-1918）後の大不況で生活不安、病弱、失業の加速
 - 農民や定住労働者の健康ニーズと生活問題がクローズアップ、スラム化と
 - 西部の富住と西部村の増大
- 産業革命の迅速な事業発展と医療機関の増加 ★
 - 1922年（大正11年） 健康保険法公布
 - 1927年（昭和2年） 健康保険法施行
 - 政府が事業健康保険と組合官費健康保険の設立
 - 政府が事業健康保険は労保と内閣内し、ナチ・ベリッヒン（月給人払い）を参照
- 1931年（昭和6年） 労働者災害補償責任保険法制定
- 1938年（昭和13年） 国民健康保険法制定 ⇒ 国民皆保険のイメージが払拭できず
- 1939年（昭和14年） 船員健康保険法制定
- 1940年（昭和15年） 健康保険法に失業給付を導入
- 1942年（昭和17年） 健康保険法施行 ⇒ 2年後、厚生年金保険と合併

● 1961年（昭和36年） 国民皆保険法、労災年金の審理

川井 真「高齢社会とDPC～医療リスク・コミュニケーションへの展望～」共済総研レポート2010.8

RP (S) :Retrospective Payment (System)

- ・日本における今までのもっとも基本としてきた支払方法。
- ・一部で包括化されてきたとはいえ今でも主流の方法。
 - －急性疾患は出来高払い
 - －慢性疾患は定額払い：老人医療、療養型病床群

出来高払いの問題点

- 個々の診療行為にきめ細かく対応できるが、**過剰診療**に傾きやすい
- 医療技術効果や医療機関運営コストが必ずしも適切に反映されていない
- 医療の質や効率性の評価が十分反映されない

我が国の医療費抑制政策

- 日帰り手術推進による医療費抑制策
 - 2000年 短期滞在手術手技管理加算の制定
- **DPC (Diagnosis Procedure Complex: 診療群別定額支払い方式) の導入**
 - 2003年から導入開始

DPC

(Diagnosis Procedure Complex 診断群別定額支払い方式)

- 「DPC」とは、病名や診療内容に応じて分類されたもの（診断群分類）のうち、約1,572分類に対してそれぞれ1日あたりの費用を定めた医療費の計算（支払）方式
- 「DPC」病名や手術、処置などの内容に応じた1日あたりの定額の医療費を基本として全体の医療費の計算を行う「包括払い」方式
- 従来の計算方法は診療で行った検査や注射、投薬などの内容に応じて医療費を計算する「出来高払い」方式



日本版DRG/PPSと言われる

DRG/PPS

Diagnosis Related Group (診断群分類)
/Prospective Payment System (前払い)

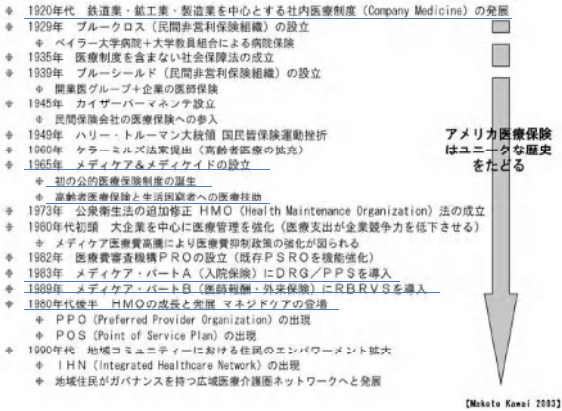
- 1968年エール大学で病院運営を改善させるための評価方法として開発されたもの
- DRG: ICD-9の1万以上ある病名を、資源消費パターンの類似性で分類したものは病気がコストによって分類されたもの
 - ⇒具体的には患者に使った人件費、薬剤や医療材料、入院日数、コストなどのデータをできるだけ多くの病院から集め、一定の疾患ごとに分析することでそれぞれの病院の改善点を明確にすることが主たる目的 = Quality Control (品質管理)
- **DRG/PPS = 包括前払い制度**

DRG(Diagnosis Related Group: 疾患別分類)
/PPS(Prospective Payment System: 包括支払方式)

- **DRG:Diagnosis-Related-Group診断群**
DRGは、国際疾病分類(ICD-9)で述べられている1万以上ある病名を、患者への治療の内容による分類手法。あくでも病院経営の方法論であり、その分類毎に治療に要した労力や薬剤、医療材料、入院日数、コストなどで分類する。
- **PPS:Prospective-Payment System**
「定額払い方式」、「包括払い方式」、「支払額事前決定方式」支払額は事前に決定され包括されている。ただし、包括される費用は、人件費、薬剤、検査、食事、医療材料など入院医療のランニングコストで 医師の技術料は含まれない。また建物の減価償却費などの資本関連費用についてもその中に段階的に包括化されつつある。

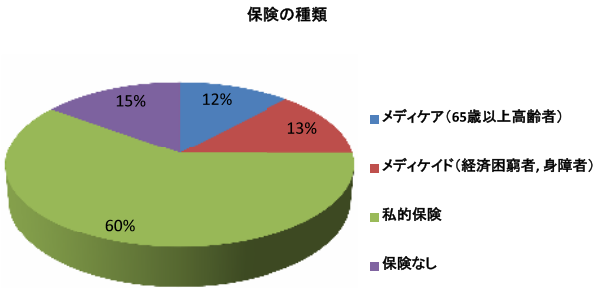
- **DRG/PPS**
「診断別定額払い方式」「疾患症状別予見定額払い方式」「診断関連群別支払額事前決定方式」
前述の診断群別にかけて、それらに対して定額支払いをすることである。1983年米国連邦政府が医療費抑制のためにメディケア(65歳以上老人の入院費用の公的医療保険制度)に導入され一定の効果を上げた。しかし、現在ではその効果を疑問視する向きもある。またこの方式の別の側面として、欧州主要国やオーストラリアなどでも医療の質を測る指標という点がある。

【図2】アメリカ医療保険の歴史(抜粋年表)



川井 真「高齢社会とDPC～医療リスク・コミュニケーションへの展望～」共済総研レポート2010.8

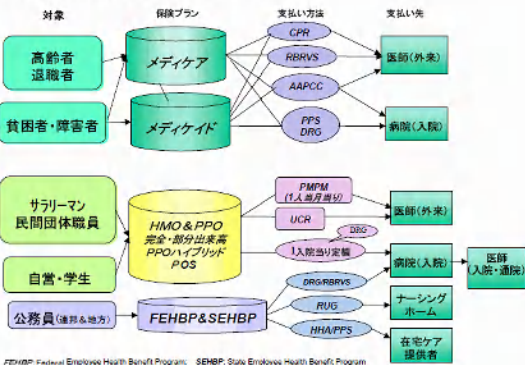
米国の保険の種類



廣瀬輝夫「アメリカの医療事情:日本はこれをまねていいのか」第7会医療制度研究会

アメリカの保険制度

13. 医療保険のフレームワーク:



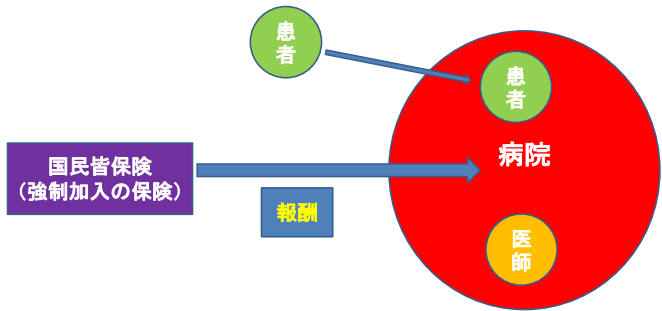
「見る! 北米医療シリーズ 1. 保険と医療費」

米国における医療費の支払方法

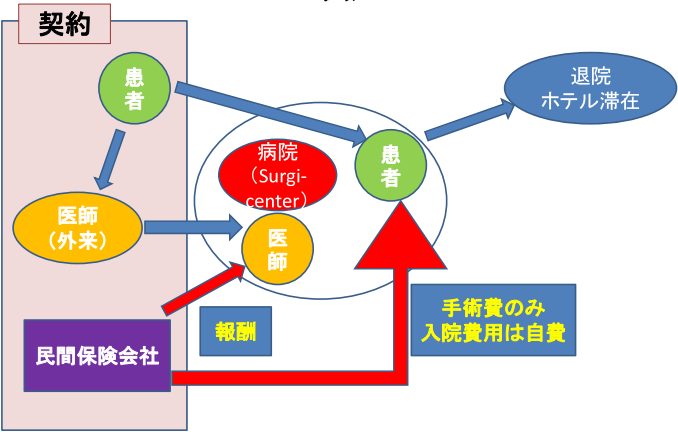
PPS/DRG	疾病診断群予見定額払制度	1983年、メディケア入院費用の償還方法として導入。
RVS(RBRVS)	資源率拠相対評価方法	1951年、ブルーシールドが開発、1993年にRBRVSとしてメディケア医師に適用。診療費、事務管理費、医療過誤費の相対係数によって各医師の償還額を決定。
RUG	資源利用グループ別費用支払方法	長期ケアニーズ分類(MDS評価)に基づく、メディケア、メディケイド、ナーシング・ホームへの償還方法。
AAPOC	メディケアHMO加入者1人当たり平均医療費の修正方法	年齢、性別、移住地域、メディケイドの有無、事業主保険の有無などを変数として、出来高の95%部分に適用(入院・外来2本立て)。
PMPM	加入者1人当たり1ヶ月当り定額支払方法	HMOにおける医師の定額給付水準を設定するための医師評価方法。プライマリケア医(主治医)と専門医を別々に評価する。
UCR/CPR	医師への出来高給付設定法	UCRは民間出来高保険。CPRはメディケアが採用。個別医師の請求額と移住地域の90%の同僚医師が請求する額を比較し、低いほうを給付。
HHA/PPS	ホームケア提供者予見定額支払制度	2000年、メディケア在宅医療費の償還方式として採用。在宅ケアニーズに基づいて患者を88分類しそれぞれに予見定額を設定。

「見る！北米医療シリーズ 1. 保険と医療費」

日本における医療の仕組み



アメリカにおける医療の仕組み (私的保険の一例)

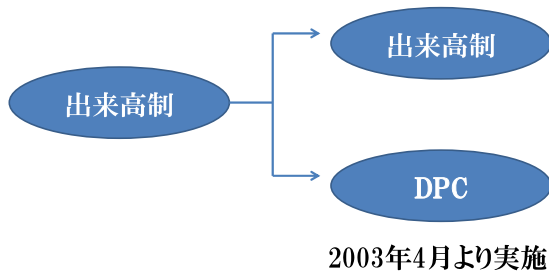


日米の医療保険制度の相違点

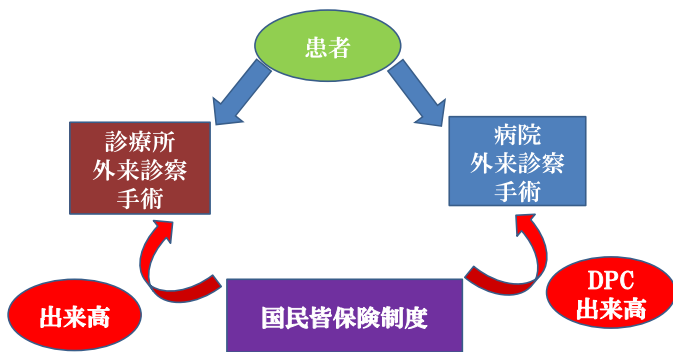
	日本	米国
医療保険の普及度	国民皆保険	7人に1人が無保険
医療サービス価格の設定	点数制(統一価格)	保険の種類で変わる
医師・病院への支払方法	出来高払い DPC	保険の種類で変わる 出来高払い DRG/PPS 人頭払い 出来高払い+上限制

日本の医療制度の変化

・高騰する医療費の削減



DPC (Diagnosis Procedure Complex 診断群別定額支払い方式)の仕組み



DPC対象病院の要件(2012年度)

- ・ 診断群分類包括評価を用いた入院医療費の定額支払い制度を導入するには必要な要件があり、「DPC制度への参加等の手続きについて」として厚生労働省保険局医療課長名で通知されている。(平成24年3月28日保医発0328第1号)
- ・ 一般病棟基本料等の7対1又は10対1入院基本料に係る届出
- ・ 診療録管理体制加算に係る届出
- ・ 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加
- ・ 上記 3. の調査において、適切なデータを提出し、かつ調査期間1か月あたりの(データ/病床)比が0.875以上
- ・ 適切なコーディングに関する委員会の設置(最低年2回以上実施)

出来高計算方式とDPCの計算方式

出来高計算方式

・ 入院基本料 ・ 検査 ・ 注射 ・ レントゲン ・ 投薬料
手術 リハビリ 内視鏡

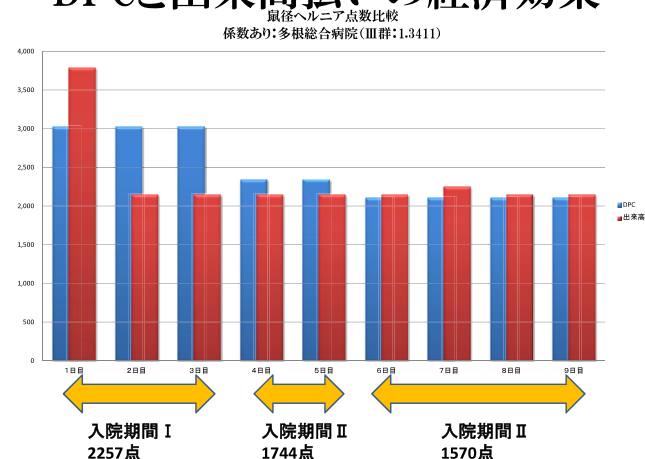
DPCの計算方式

・ 1日あたりの入院費用X日数 - 入院基本料、検査料、レントゲン料、投薬料を含む
手術、リハビリ、内視鏡

DPCは出来高払いと包括払いが混在した日本独自の医療保険制度
基本に国民皆保険制度

[illegible][illegible][illegible]

- [illegible]



DPCの目的

- ・情報の標準化と透明化



- ・医療の質をDPCにより相対的に評価することになる

松田 晋也「DPCデータによる医療サービスの実証分析：DPCデータとは何か」

DPCの意味

DPC調査項目：

- ①退院サマリ(様式1)
- ②レセプトの詳細情報(D/E/Fファイル)
- ③医療機関の構造等に関する情報(様式3)

これらの情報を分析することで、各患者について、どのような傷病について「いつ」「何を」「どれだけ」行ったかという一連のプロセスを再現できるようになった

標準化・電子化

大規模臨床研究の可能性

施設間の比較が容易に可能

すなわち「可視化」が進んでいる

情報の標準化

透明化

松田 晋也「DPCデータによる医療サービスの実証分析：DPCデータとは何か」

DPC

- ・平成21年度DPCによる支払い対象病院：

約1100施設

⇒支払いを伴わない準備病院を加えると

約1600施設

=50万床

=急性期医療を必要とする80%を占める

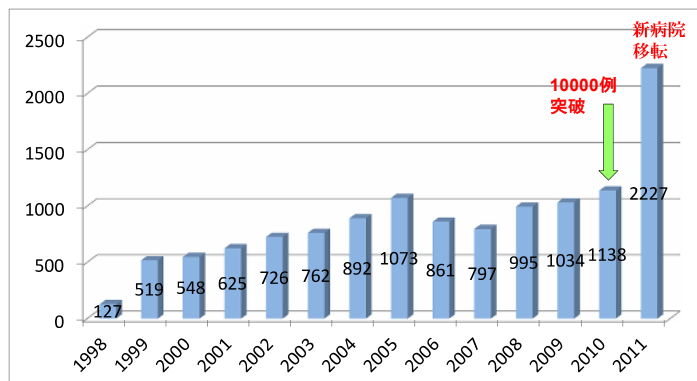
松田 晋也「DPCデータによる医療サービスの実証分析：DPCデータとは何か」

DPC病院における 日帰り手術

多根総合病院

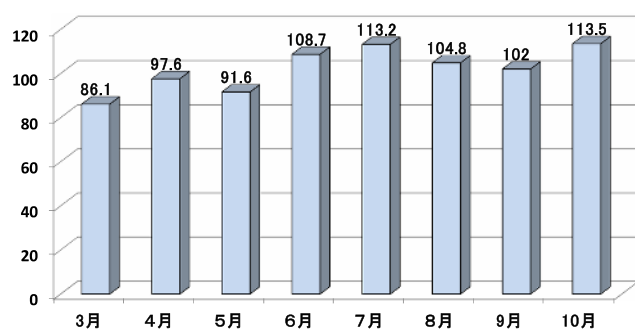
2011年日本臨床外科学会

日帰り手術センター症例数



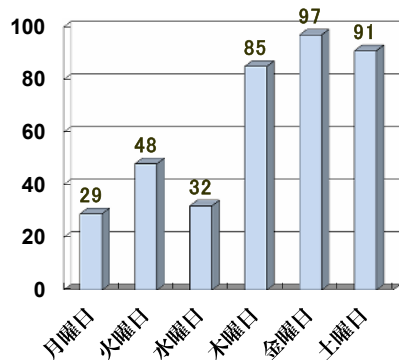
2011年日本臨床外科学会 多根総合病院

DS病床稼働率 (%)



2011年日本臨床外科学会 多根総合病院

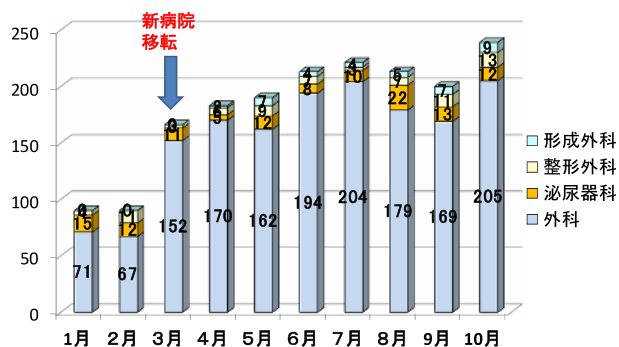
DS手術症例数 (曜日別)



週末の手術希望患者が多い傾向にある

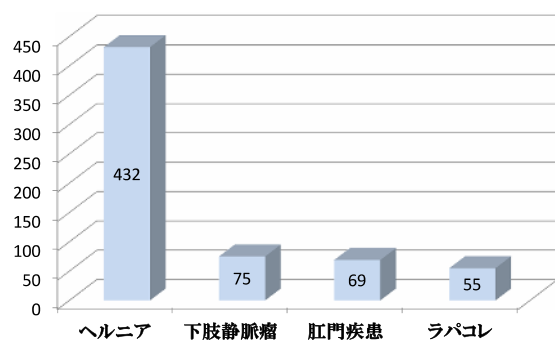
2011年日本臨床外科学会 多根総合病院

DS入院患者の内訳 (科別)



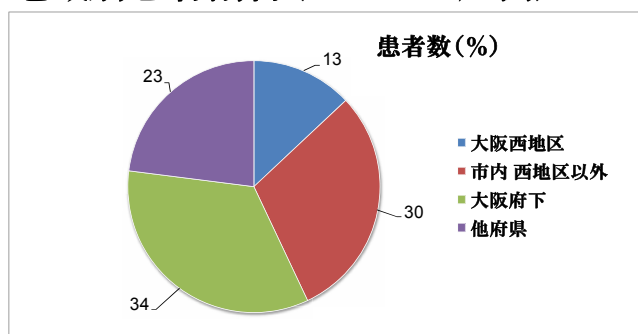
2011年日本臨床外科学会 多根総合病院

DS外科症例数（2011/3-10）



2011年日本臨床外科学会 多根総合病院

地域別患者割合(ヘルニア症例)



→ 遠方患者もDS対象外にはならない
診療圏の拡大

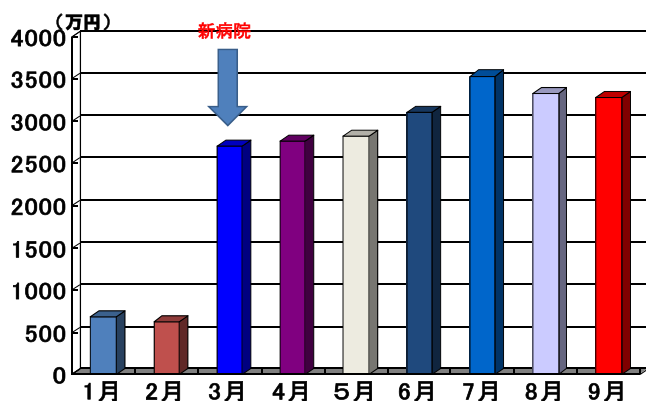
2011年日本臨床外科学会 多根総合病院

クリニカルパスのバリエーション発生率

	クリニカルパス 使用率 (%)	バリエーション発生 人数	バリエーション発生 率(%)	理由
6月	99	4	1.3	入院延長希望1例(再発ヘルニア) バルーン留置1例(ラパコレ) ドレーン挿入1例(ラパコレ) CS1例
7月	96	7	3.3	バルーン留置1例(精索瘤)、発熱1例(ヘルニア)、血腫2例(ヘルニア、甲状腺腫瘍)、不安1例(ヘルニア)、聴室出血1例、異物除去(整外)
8月	94	5	2.4	ドレーン留置2例(ラパコレ)、血腫1例(ヘルニア)、ESWL1例、CS1例
9月	93	7	3.5	乳切後1例、発熱1例(気胸)、ドレーン留置1例(ラパコレ)、点滴希望1例(ヘルニア、クローン病合併)、ESWL2例、CS1例

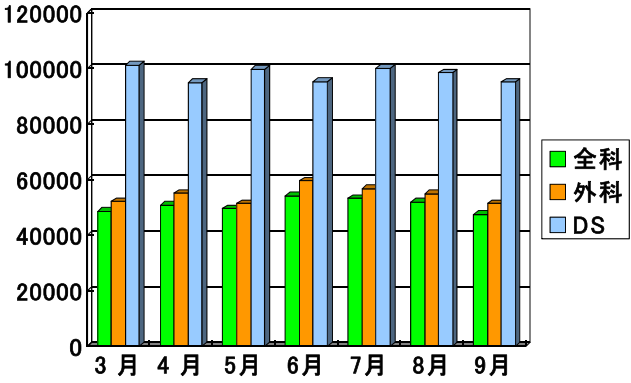
2011年日本臨床外科学会 多根総合病院

DS保険請求額（入院）



2011年日本臨床外科学会 多根総合病院

患者1日当たりの入院単価（円）



DSは経済的に大きな貢献をなしている
2011年日本臨床外科学会 多根総合病院

収入/看護師

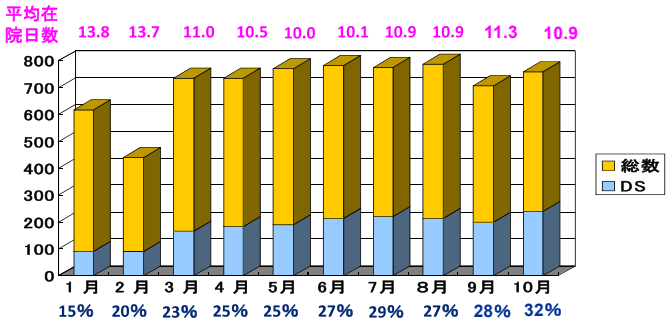
(9月保険診療分)

病棟	病床数	看護師	収入(万円) ／看護師
DS	10	11	291
ICU	6	22	222
HCU	16	29	114
緩和	20	14	142
一般	252	159	84

過剰投資ではない

2011年日本臨床外科学会 多根総合病院

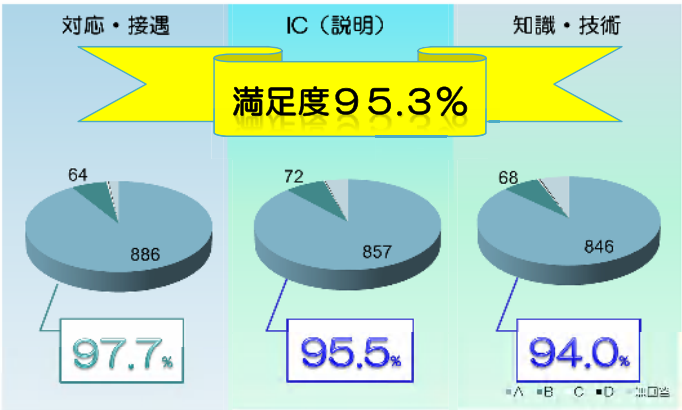
新入院患者数と在院日数



DSは在院日数短縮に大きな役割を果たしている

2011年日本臨床外科学会 多根総合病院

患者満足度



入院患者さまへのアンケートより（回収率90%）
2011年日本臨床外科学会 多根総合病院

DSコーディネーター総論

JSSSA DSコーディネーター認定委員会

・ 本日のメニュー

－ JSSSAについて

－ 日帰り手術を取り巻く周辺環境について

－DSコーディネーターに求められるもの

日帰り手術の適応基準

- ・ 「ヘルシーペイシエント＝健康な患者さん」
- ・ 日帰り手術の適応疾患であること
- ・ 患者さんが日帰り手術を理解し、また希望していること
- ・ 医師、DSコーディネーターの勧めで患者さんが納得・協力的であること
- ・ 生活自立上大きな問題がなく、介助や介護が最小限であること
- ・ 来院、帰宅に付き添える家族や知人がいること
- ・ 手術後の合併症が最小限であると予測されること
- ・ 通院の際の交通手段に支障がないこと

多根総合病院HPより

DS コーディネーター

(Day Surgery coordinator)

- ・ DS=Day Surgery
 - － Same day surgery : 同日退院
 - － One day surgery : 24時間以内の退院
- ・ Coordinator
 - － Coordinate
 - ・ 形容詞、名詞: 同等の、同格の、
 - － Coordinators: 色などの調和効果を狙った婦人用配合スーツ
 - ・ 動詞: 同格にする、同調させる、調整する

DSコーディネーターの業務①

- ・ DSコーディネーター資格認定制度規則第5章、第12条

「DSコーディネーターは、患者・医師と常に密接なつながりをもち、**患者との十分なコミュニケーションをはかり、患者・医師間の情報伝達のサポートを行い**「日帰り・短期滞在手術」が安全・安心に所定業務を遂行できるように心掛けなくてはならない。」

DSコーディネーターの業務②

DSコーディネーター資格認定制度規則第5章、第13条

「主たる業務内容は、短期滞在手術を円滑・安全に進めるため、**関わるすべての職種の調整役を担い、術前検査・基礎疾患・麻酔・手術術式・術後経過のすべてに精通している必要がある。**

また、**患者・家族との接触を通して、安心感・信頼感・満足感が得られるよう努め、事務業務、検査予約、オリエンテーション、資料の管理保存及び関連業務などが含まれる。」**

DSコーディネーターの定義

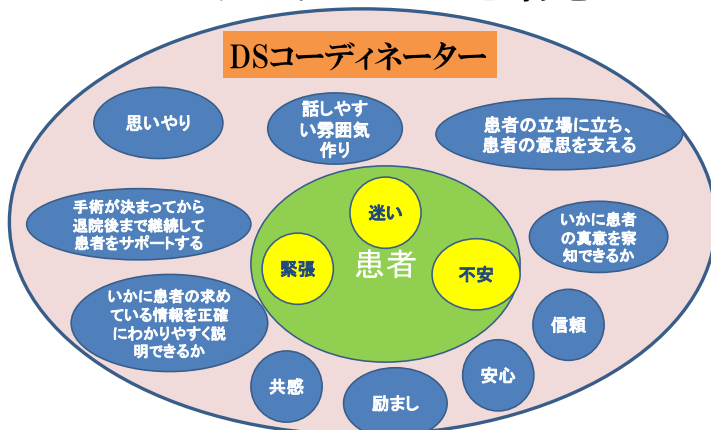
日帰り手術という新しいチーム医療の中で患者を一貫して支えるコーディネーターは

「個々の患者が
それぞれの期待に基づく
日帰り手術を安心して
受けられるためのパートナー」

常に患者の立場に立ち、患者の気持ちを尊重した判断をすべきである

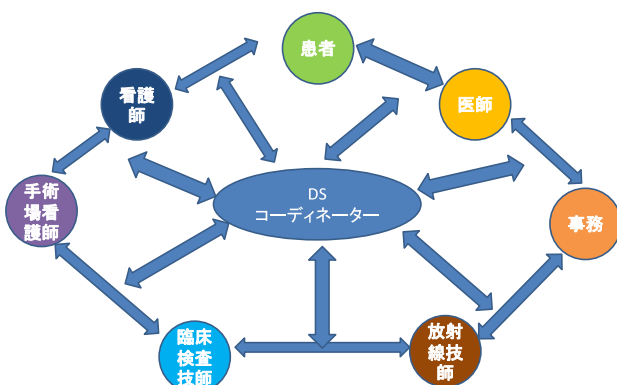
酒井まゆみ:消化器外科Nursing 5(1)、60-65.2000

DSコーディネーターと患者心理



酒井まゆみ:消化器外科Nursing 5(1)、60-65.2000

DS コーディネーター認定制度 (Day Surgery coordinator)



[illegible]

日帰り・短期滞在手術の麻酔

麻酔管理

・術前の評価

循環器系 呼吸器系 中枢神経系

内服薬の中止、続行

・術中の管理

全身麻酔、局所麻酔

・術後の観察

疼痛 その他麻酔合併症

日帰り麻酔安全のための基準

1. 日帰り麻酔の選択にあたっては

- 1) 事前に、麻酔科医による診察、術前検査の評価を行うこと。
- 2) 患者や家族へ日帰り麻酔の主旨とリスクについて十分説明し、了解を得ること。
- 3) 帰宅時の付き添いや自宅で介護できる人がいること。
- 4) 緊急事態が生じたときに速やかに受診できる範囲に居住していること。

2. 看護要員、設備、および体制については

- 1) 術前の指示、処置、バイタルサインの評価ができること。
- 2) 帰宅可能となるまでの看護と観察ができること。
- 3) 帰宅後の術後経過の確認方法と異常事態への対応が確立していること。
- 4) 入院できるベッドが確保されていること。

3. 麻酔中の患者の安全を維持確保するために、全身麻酔、硬膜外麻酔、脊椎麻酔に限らず、術中に鎮痛・鎮静薬を使用する際には、日本麻酔科学会の「安全な麻酔のためのモニター指針」を遵守すること

4. 帰宅にあたっては①意識状態、②呼吸機能、③循環機能、④運動能力、⑤出血、⑥疼痛などについての基準を設け、麻酔科医が診察・評価を行うこと

日帰り麻酔の安全のための基準

1. 日帰り麻酔の選択にあたっては、

- 1) 事前に、麻酔科医による診察、術前検査の評価を行うこと。
- 2) 患者や家族へ日帰り麻酔の主旨とリスクについて十分説明し、了解を得ること。
- 3) 帰宅時の付き添いや自宅で介護できる人がいること。
- 4) 緊急事態が生じたときに速やかに受診できる範囲に居住していること。

日帰り麻酔の安全のための基準

2. 看護要員、設備、および体制については、
 - 1) 術前の指示、処置、バイタルサインの評価ができること。
 - 2) 帰宅可能となるまでの看護と観察ができること。
 - 3) 帰宅後の術後経過の確認方法と異常事態への対応が確立していること。
 - 4) 入院できるベッドが確保されていること。

日帰り麻酔の安全のための基準

3. 麻酔中の患者の安全を維持確保するために、全身麻酔、硬膜外麻酔、脊椎麻酔に限らず、術中に鎮痛・鎮静薬を使用する際には、日本麻酔学会の「安全な麻酔のためのモニター指針」を遵守すること。

安全な麻酔のためのモニター指針

- ① 現場に麻酔を担当する医師が居て、絶え間なく看視すること。
- ② 酸素化のチェックについて
 - 皮膚、粘膜、血液の色などを看視すること。
 - パルスオキシメータを装着すること。
- ③ 換気のチェックについて
 - 胸郭や呼吸バグの動き及び呼吸音を監視すること。
 - 全身麻酔ではカプノメータを装着すること。
 - 換気量モニターを適宜使用することが望ましい。

安全な麻酔のためのモニター指針

- ④ 循環のチェックについて
 - 心音、動脈の触診、動脈波形または脈波の何れか一つを監視すること。
 - 心電図モニターを用いること。
 - 血圧測定を行うこと。
 - 原則として5分間隔で測定し、必要ならば頻回に測定すること。観血式血圧測定は必要に応じて行う。
- ⑤ 体温のチェックについて
 - 体温測定を行うこと。
- ⑥ 筋弛緩のチェックについて
 - 筋弛緩モニターは必要に応じて行う。

日帰り麻酔の安全のための基準

4. 帰宅にあたっては①意識状態、②呼吸機能、③循環機能、④運動能力、⑤出血、⑥疼痛などについての基準を設け、麻酔科医が診察・評価を行うこと

付記

日帰り麻酔には、日本麻酔科学会麻酔科専門医が関与することが望ましい。

短期滞在手術に適する麻酔法

- 手術前
生活スタイルを変えない方法
- 手術中
速やかな鎮静・麻酔導入、十分な鎮痛
手術内容に応じた局所麻酔
- 手術後
速やかな覚醒
鎮痛効果が持続

全身麻酔

- 鎮静剤：プロポフォール
- 鎮痛剤：レミフェンタニル、フェンタニル
- 筋弛緩剤：臭化ロクロニウム

局所麻酔

- 短時間作用性の局所麻酔薬：リドカイン
- 長時間作用性の局所麻酔薬：ブピバカイン
- 鎮静剤：ミダゾラム、プロポフォール

術中の観察要点

• 呼吸抑制

- － 五感(見て、聞いて、感じて)
- － モニター ETCO₂モニター(呼気終末二酸化炭素濃度)

対処法:補助換気

麻酔器、アンビューバッグなど

• 低酸素血症

パルスオキシメーター(酸素飽和度SpO₂測定)
手術前値を参考
(90%以下は要注意)

低酸素血症の対処法

まず呼吸抑制がないか再度確認

呼吸抑制あり→補助換気

呼吸抑制なし→酸素投与

SpO₂を目安に流量を決定

(高濃度酸素は有害)

• アレルギー(アナフィラキシー)

皮膚症状(皮膚紅潮、発赤)は必発
急激な血圧低下、呼吸困難(喘鳴)

対処法:アドレナリン投与

ボスミン 成人 0.5mg筋注または0.1mg静注

低酸素血症→酸素投与

遅発性症状の予防にはステロイド

• 局所麻酔薬中毒(特にリドカイン)

初期症状:多幸/多弁(抑制の欠如)

重症例:ショック、痙攣、意識障害など

対処法

鎮静中は症状に気づくことが困難

意識下では初期症状に注意

よく話すようになったら要注意

[illegible]

-

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

大切な用件が
キャンセルになると
不満の原因になる

一般入院と日帰り入院との違い

1. 患者の自己管理能力が必要

- 自己管理能力の有無
- 自己管理のための指導

2. “日帰り”への不安

- 納得と同意

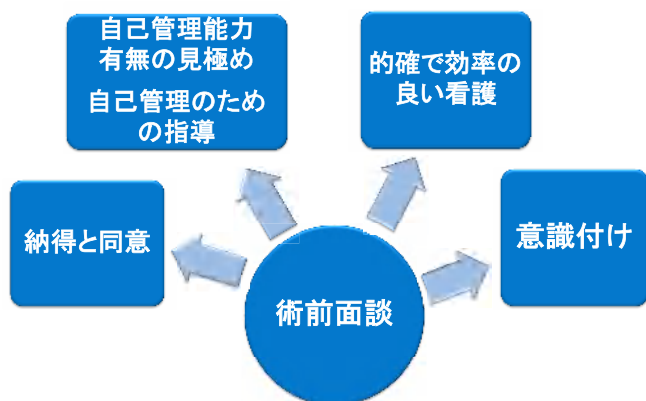
3. 患者と医療者の関わる時間が短い

- 的確で効率の良い看護

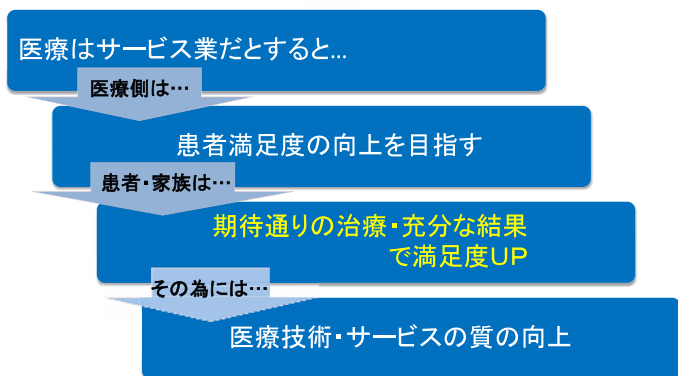
4. ヘルシーペーシェント

- 意識付け

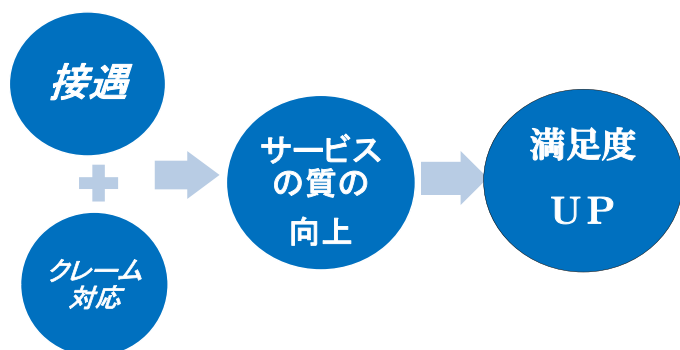
面談の重要性



患者満足度UPのために



サービスの質の向上



コミュニケーションの目的

- ・対等で信頼感のある関係を築く

- ・ 正確な情報入手し患者の問題点を知る

- ・自分の病気や治療を主体的に理解させ 治療に前向きに参加させる

＝第一印象はとても大事

各施設で、イメージ像を共有してはいかがですか？

面談時の身だしなみ

身だしなみとおしゃれを区別する

清潔・信頼感を与える服装

頭髪、化粧、爪、香水にも注意する

白衣は単なる作業服ではない
＝責任を着ているという自覚

面談

2.実践編



面談で行う事

患者情報収集

日帰り手術適応可否の判断

患者・家族の意思確認

入院オリエンテーション

医療情報収集のための手順

1. 患者の名前を呼んで



2. 入室を促し



3. 座る場所を示し



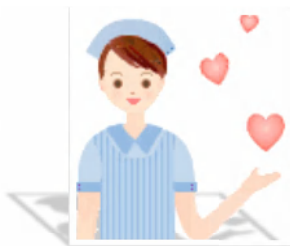
4. 適切な姿勢をとり



5. 患者の姓名を確認し面談に入る

面談時の留意点

1. 十分時間をかける・考える時間を与える
2. 丁寧に、冷静に、誠意をもって行う
3. 年齢や理解力も配慮する
4. 専門用語を避けてわかり易い言葉で行う
5. 質問や疑問には迅速に答える
6. 質問の方法を意図的に使い分ける
7. 説明を繰り返す
8. 真実を客観的に伝える（リスクも説明する）
9. 感情面への対応（共感）



クレーム対応

クレームにどう反応するか



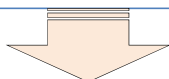
クレームは贈り物

気付きを与えてくれる

スタッフが見落としていること、気づいていないことを指摘してくれている

多数意見がわかる

クレームを言いに来る人は、同じ様な事を感じている人の実に2%に過ぎない



病院を良くするチャンスを頂いたとの認識が必要

クレーム対応のプロセス



DSコーディネーターに必要なコミュニケーションスキル

- ・チーム医療の中心としてのコミュニケーションスキル
- ・スタッフ育成に必要なコミュニケーションスキル



コーチング・アサーション

コーチングって???

相手の

『自発的な行動を促進させる』
ためのコミュニケーションスキル
(コミュニケーションサポート)



人材育成に役立つスキルです

I 聴く(傾聴)

積極的に耳を傾けて話を聴きます(積極的傾聴)

聴き手がそうすることで、話し手は自分の
気持ちを出来るだけ正直につかみ、
表現しようとするものです。

「聴く」というのは、相手の言葉を聴き、
「心の内面をとらえようとする」と
定義されています

うなづく

うなづく・・・ということは、相手のしゃべっている音が聞こえているという信号です。

うなづくことで、相手は自分の声が聞き手に聞こえていると思い、安心する。

うなづかないと・・・

聴こえていないんじゃないか？聴いてくれてないのでは・・・などと相手は不安やプレッシャー、不信を抱きます。

あいづち

あいづちをうつことで、相手はしゃべっていることが理解されていると安心する。あいづちをうたないと、相手は自分の気持ちが正確に伝わっているかどうか心配になったり、誤解されて変にとられていないかと不安になったりします。

あいづちをうつことで、相手が無用なパニックになる事を避けることができます。

確認(その1)繰り返し

「繰り返し」をすることで、相手はしゃべっている内容が伝わっていると思い、安心します。

「繰り返し」とは「オウム返し」にすることです。

相手の言っていることを「オウム返し」することで、相手は自分の言っていることを確認できます。

繰り返しの種類

①内容の反射

「主語＋目的語」全て繰り返すこと。

「主語」だけでも「目的語」だけでもダメ。

「先輩が冷たくするんです」

「先輩がね・・・」これでは先輩がどうしたのか、本人が確認できません。

「冷たくするんだね」これでは誰が冷たくするのか、本人が確認できません。

繰り返しの種類

②感情の反射

形容詞・副詞がキーワードとなります。
言葉を変えてはいけません。

「つらい」→「つらいんですね」OK

「楽しい」→「面白いんですね」NG

返す側は同じ意味と思っていても、話し手は違うことがあります。自分と他人は違うわけで、言葉の意味合いも違って当然です。

確認(その2)言い換え (要約)

「言い換え」をすることで、相手はしゃべっている
ことの意味が伝わっていると思って安心します。
「言い換え」とは相手のしゃべっていることをまとめて
要約することです。

お互いが、正しく理解しているか 確認できる

「あなたの言っていることは、つまり『××××』と
いうことですね」

「私の言いたいことはそうではありません。
『△△△△』ということです」

うながし

「うながし」をすることで、相手はしゃべっていることが
伝わっていると安心し、その先を話そうとします。
「うながし」は「あいづち」と組み合わせて使うことが
多いものです。
相手の話が止まった時には、積極的にうながしてみ
ましょう。

承認のスキル

相手の行動、考え、発言を認め、支持することと定義しています。

「承認」は相手を褒めること・・・でもありますが、むやみやたらに褒めればよいというわけではありません。単なる結果を褒めるのではなく、相手の存在を認めた上で、その成長や変化を褒めることはポイントです。

承認のスキル

「YOUメッセージ」

「あなたは素晴らしい」「あなたはよく頑張った」などのように、メッセージの主体が「あなた」となるメッセージ。

「Iメッセージ」

YOUメッセージのあとに「私は元気づけられた」「私は鼻が高い」などがつき、メッセージの主体が「私」となるメッセージ。
「あなたは.....です。私は見習いたい」

「WEメッセージ」

「科長も喜んでいて」「看護部として名誉なことです」などのようにメッセージの主体が「組織」となるメッセージ。

YOUメッセージ<Iメッセージ<WEメッセージ

コーチングにおける質問

コーチングは質問型コミュニケーションです。
質問するということは、コーチングにおける最も重要なスキルであるといえます。
ただやみくもに質問すればいい・・・ってことではありません。
相手の気づきをうながすような質問をおこなうことが重要です。

特定質問

特定質問

「はい」「いいえ」で即座に答えられる質問
(クローズドクエスション)

「あなたは患者さんから感謝されたとき、やりがいを感じますか？」

↓

「はい、やりがいを感じます」

「いいえ、やりがいは感じません」

拡大質問

拡大質問

「はい」「いいえ」答えられず、答えを考えてから答える質問
(オープンクエスチョン)

「あなたがやりがいを感じる時はどんな時ですか？」

↓

「そうですね・・・、私がやりがいを感じる時は△△△なときですね」

過去質問

過去に起こったことについて行なう質問。

原因の追求になりやすく、前向きな答えはでてこないの
で、コーチングにはあまり使用しません。

「なぜ出来なかったの？」こう聞かれれば、一生懸命その理由を考えます。人は弱いもの、「できなかった」ことについて、自分の責任ではないと主張したがるものです。そのため、「なぜ出来なかったの？」と聞かれれば、一生懸命言い訳を考えます。

ただし、過去に成功体験をもっている場合は、効果的なものになります。

未来質問

未来に焦点を当てて行なう質問

未来に向かって、前向きな行動をする事を促す質問であり、
コーチングでは多用します。

「何があればできるかな？」こう聞かれれば、その「何」について一生懸命考えます。

未来について「何かがあればできる」と考え、その「何か」を考

える

ものです。

WHYでなく、WHATを！
何を計画すればいいかな？
何がたりなかったかな？など・・・

否定質問

否定的な言葉を使って理由を問いたす質問。

原因の追究になりやすいので、コーチングにはあまり使用しません。

「どうしてやらないの？」と言われたらあんまり言い気持ちはしません。「やらないこと」について自分を正当化する理由を考え始めます。

結果的に一生懸命「言い訳」を考えます。

肯定質問

肯定的な言葉を使って行動を促す質問。

相手のモチベーションを高めるために効果的であり、
コーチングには多用します。

「いつからでしょうか？」となれば
「〇〇からやります」となります。

ドアノブ効果

カウンセリングが終わり、クライアントが部屋を出て行かれるときに、ドアのノブに手をかけて何気なくおっしゃる一言の効果をさします。
この最後の言葉には
・最後まで口に出せなかっただけの理由、心の中に引っかかるものがある
・でも、結局は口に出さずにはいられなかった（どうしても話したかった）
という内容が含まれている。

ドアノブ効果

言いたいこと、聞きたいことがあるけど、言いにくい、聞きにくいと思っていることは、きっかけを与えることで表出しやすくなるものです。

話の終了間際に、
『他に何かお聞きになりたいことはありませんか？』
『他に困っていることはないですか？』
『実は何か話したいことがあるんじゃない？』
この一言が、きっかけになるかもしれません。

アサーション

英語では「主張」という意味
いわゆる「**我の強い自己主張をする**」という
意味ではなく、
「自分の気持ちや考えをきちんと伝えること」
という意味

さわやかな自己主張

自己表現の3つのタイプ

①アグレッシブ(攻撃的)

自分のことを中心に考え、相手のことは全く考えないやり方

②ノンアサーティブ(非主張的)

自分の感情は押し殺して、相手に合わせるようなやり方

③アサーティブ

自分の気持ちや考えを相手に伝えるが、相手のことも配慮するやり方 自分も相手も大切にするやり方

DESC法

- 描写する
(Describe)
- 表現、説明、共感する
(Explain)
- 特定の提案をする
(Specify)
- 選択する
(Choose)

1. Describe 状況を描写する

- 状況や相手の行動を描写する。具体的で客観的に表現できることを述べる。
- 相手の意図や自分の気持ちなどは含めない。

2. Explain 自分の気持ちを説明する

- (D)に対する自分の主観的な気持ちを述べる。あまり感情的にならず、正確に、建設的に表現する。
- 状況や相手の行動についての自分の気持ちや考えを冷静に、明確に伝える
- 「私は～と思う」と表現
- 相手への共感の気持ちも付け加えるとよい
「あなたも忙しくて大変そうですが」
「～ということがわかりました」

3. Specify 提案をする

- 相手に望む行動や解決策や妥協案などを提案する。具体的で現実的な小さな行動を明確に述べる。
- 「Yes、but」法
相手の言い分を理解したことを伝えたとうえで、自分の気持ちを伝える
- 「提案」であって「命令」ではない

4. Choose 選択する

- 相手の反応が肯定的な場合と、否定的な場合の両方をあらかじめ考えておき、それに対してどういう行動をするか選択枝を示す。

医療スタッフは アサーティブになりにくい・・・

- 人の役に立ちたい思いが強い
- 患者の権利を重視する
- 共感的なスタッフであらねば・・・という気持ち強い
- チームで仕事をする
- 医師一スタッフは対等という意識が低い
- 多忙である

医療スタッフになぜ アサーションは必要なのか？

- 患者との信頼関係を築く
(よりよい医療サービス)
- 医療スタッフと率直に意見交換をする
(職場の人間関係の向上)
- 自身の仕事の意識と自信を高める
(メンタルヘルスの向上)

2. 表現、説明、共感する

- 状況や相手の行動についての自分の気持ちや考えを冷静に、明確に伝える
- 「私は～と思う」と表現
- 相手への共感の気持ちも付け加えるとよい
「あなたも忙しくて大変そうですが」
「～ということがわかりました」

3. 特定の提案をする

- 相手にして欲しいことや、変えて欲しいことを伝える
- 「Yes、but」法
相手の言い分を理解したことを伝えたくて、自分の気持ちを伝える
- 「提案」であって「命令」ではない

4. 選択する

- 相手が「Yes」と答えた場合
- 相手が「No」と答えた場合

相手の返事によってどうするか決めておく
(ダメだったらどうするか考えておく)

認定DSコーディネーターが

いる価値を

現場で示していきましょう！

第3回JSSSA認定DSコーディネーター講習会
日帰り短期滞在手術部門の
スタッフ教育

富永ルミ子
社会医療法人きつこう会
多根総合病院

本日のメニュー

1. **DSコーディネーターに
求められる業務**
2. 教育(育成)目標について
3. 教育プログラムについて
研修の実際

DSコーディネーターの業務①

DSコーディネーター資格認定制度規則
第5章 DSコーディネーターの業務並びに義務

第12条

「DSコーディネーターは、患者・医師と常に密接なつながりを持ち、患者との十分なコミュニケーションをはかり、患者・医師間の情報伝達のサポートを行い「**日帰り・短期滞在手術**」が**安全・安心に**所定業務を遂行できるように心掛けなくてはならない。」

DSコーディネーターの業務②

DSコーディネーター資格認定制度規則
第5章 DSコーディネーターの業務並びに義務

第13条

「主たる業務内容は、短期滞在手術を円滑・安全に進めるため、**関わるすべての職種の調整役を担い、術前検査・基礎疾患・麻酔・手術術式・術後経過のすべてに精通している必要がある。**

また、**患者・家族との接触を通して、安心感・信頼感・満足感が得られるよう努め、**事務業務、検査予約、オリエンテーション、資料の管理保存及び関連業務などが含まれる。」

DS コーディネーター (Day Surgery coordinator)

DS=Day Surgery

- Same day surgery : 同日退院
- One day surgery : 24時間以内の退院

Coordinator

動詞: 同格にする、同調させる、調整する

調整役

仕事が調和して進んでいるか確認することを任務とするまとめ役

まとめ役=マネージャー(manager)

マネジメントを行う人

Dsコーディネーターの育成で大切なこと

その組織の理念、方針、日帰り手術、短期滞在手術部門が担う役割を理解する

→ **スタッフ一人一人が使命感を持つ**



日帰り手術、短期滞在手術を受ける
患者のニーズを把握し、期待に応える



知識・技術の取得
ハートフルな患者対応 よりよい接遇

仕事の本質

・ あなたが普段行っている仕事は何ですか？

・ 何のために日常業務を行っているのでしょうか？

毎日行っている業務は目的そのものではなく、目的に到達するための一つの方法。

「患者さんを満足させること」×

「患者さんが満足をする」○

社会医療法人きつこう会 管理者研修資料より
提供: (株)エクスアンティ

職員の「手ごたえ」をつくりだす要因

- ・ 職員満足=職員が感じる自分自身の「重要感」
- ・ 肯定的評価
- ・ 明確な役割期待
- ・ 自己成長の機会
- ・ 到達レベルの自覚(目標)

社会医療法人きつこう会 管理者研修資料より
提供: (株)エクスアンティ

本日のメニュー

1. DSコーディネーターに 求められる業務

2. 教育(育成)目標について

3. 教育プログラムについて 研修の実際

教育目標1

患者と医療者の関わる時間が短い

短い時間のなかで信頼関係を築く必要がある

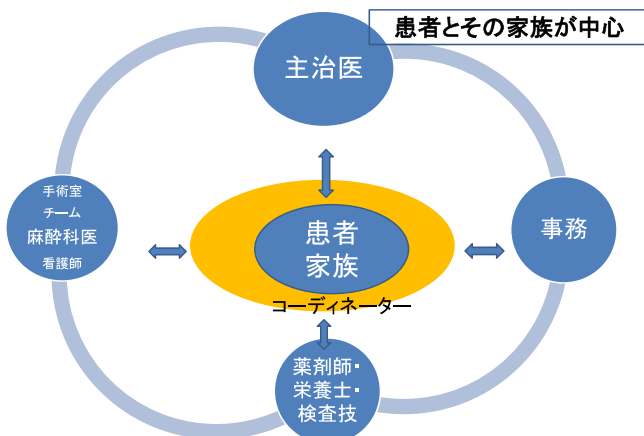
- 不安の軽減
- 説明と同意、納得

必要な実践能力の核となる;基本姿勢と態度の育成

- ケアリングのできる人材を育てる
ケアリング:患者・家族・医療従事者)への「関心」「気づかい」を基盤として、人の尊厳を大切に全人的にとらえること
- 患者を理解できる。患者・家族と良好な人間関係が確立できる
- 組織における役割の理解、心構えを理解し行動する
- 主体的な自己学習の継続ができる

職業倫理
看護倫理を育む

チーム医療のコンセプト



教育目標2

ヘルシーベシエントが対象である

元気な患者が元気に帰宅できる

- 患者情報からのリスクマネジメント
- 面談から退院後の電話訪問に必要な知識の習得
- 適切な入院評価・退院評価
- 個性性を踏まえた退院指導

医療安全の確保

患者・家族への説明と助言

的確な看護判断と適切な看護技術の提供

- 環境調整 ・食事援助 ・排泄援助 ・活動休息援助
- 清潔援助 ・呼吸循環を整える援助 ・創傷管理援助
- 与薬技術 ・救命救急処理技術 ・苦痛の緩和 ・安全確保の技術と事故防止に向けたコミュニケーション技術 ・患者の特性、状況に応じた技術の選択と適応 ・感染防止技術

DSコーディネーターに求められる知識

- ・日帰り短期滞在手術の理解 ・疾患の病態生理
- ・術式 ・麻酔の知識 ・適切な日帰り手術の条件
- ・日帰り手術の対象にならない患者
- ・術前問診内容 ・周術期合併症の危険因子
- ・術前検査の正常値
- ・術前患者指導（飲食制限・服薬指導など）
- ・非薬理学的方法による不安軽減
- ・術前併存症をもった患者の管理
- ・フィジカルアセスメント ・術後疼痛管理
- ・退院基準の評価 ・退院指導 ・帰宅後合併症
- ・小児期～高齢期までの発達段階

教育目標3

Quality Management

顧客満足を目標とした「管理体制」品質マネジメント



管理的側面

- ・病床管理
- ・リスクマネジメント(医療安全)
- ・感染管理
- ・物品管理
- ・労務管理
- ・目標管理(部署・個人) など

指標となるデータ例

患者・看護サービス管理	患者診療情報	病床稼働率・入院患者数・入院患者状況・退院患者数・手術件数・救護区分
	質の管理情報	部署目標達成率・医療事故発生率・患者満足度 投書・クレーム件数・クリニカルパス利用率・バリエーション率 時間外勤務分析・看護記録監査
		患者滞在時間の変化(手術・麻酔等) 術後症状緩和 ケア評価・術後合併症(PONV・尿閉等) 帰宅後の患者からの緊急連絡・電話対応の適正 再入院率・キャンセル・延期率 原因
	備品・医療材料状況	設備・備品の不足、不適正
人事		超過勤務時間・有給休暇取得率 職員満足度
教育		段階別(キャリアラダー)教育状況 学会発表・研修・面接結果

本日のメニュー

1. DSコーディネーターに 求められる業務

2. 教育(育成)目標について

3. 教育プログラムについて 研修の実際

[illegible]

- [illegible]