

消化器科外来と PFM の術前における連携への取り組み

久田 早智代¹⁾ 小林 智代¹⁾ 牧田 公代²⁾ 泉 俊昌³⁾

要 旨 : 2016 年 4 月からの PFM 導入に伴い、消化器外科の手術患者 179 名を対象に、「落ち穂拾い作戦」¹⁾ の視点で、術前検査²⁾ ・食事・持参薬に関する実態調査を行い、課題を検討した。調査の結果、入院後に術前検査を実施した患者は 59 名で、検査数はのべ 154 件だった。それらの検査を外来で実施できていれば、約 307,600 円の収益につながった。食事では、特別食対象者 93 名に対し未提供者 28 名、栄養指導対象者 88 名に対し未実施者 68 名だった。特別食の提供や栄養指導が確実に実施できていれば、約 244,600 円の収益につながった。他科持参薬ありの患者は 118 名で、入院中に処方が必要になった患者は 37 名だった。今後は術前チェックシートの作成と活用を行い、PFM と連携を行うことで、経営の質・医療の質の向上に貢献していきたい。

【Key words】 PFM, DPC, 術前チェック, 連携

緒 言

2016 年 4 月から新田塚医療福祉センターに Patient Flow Management (以下 PFM とする) が導入された。導入に伴い、入院前に、予測される検査や評価を終了させ十分な病態分析につなげ、DPC をより厳しく管理していくことが課題となっている。特に周術期において、入院前に必要な検査を終わらせて十分な評価を行い、内服薬等の確認を行うことは、患者の把握ができるだけでなく、個別に合った説明や患者管理におけるリスク回避ができるなどのメリットがある。しかも検査を含め、可能な限りの術前管理を外来で実施することは、経営面でも有益である。しかし、外来での術前管理の現状は十分とはいえず、入院後の術前検査や追加検査の実施が比較的多い。稀なケースではあるが、予約入院にもかかわらず、検査結果の異常で手術を延期した事例も発生していた。今回、「落ち穂拾い作戦」の視点で実態調査を行うことで現状を把握し、問題点を改善するための課題を検討した。

<用語の定義>

診療報酬制度に認められているものを可能な限り算

定し、「医療の質」を高めようとする取り組みを、「落ち穂拾い作戦」¹⁾ と呼ぶ。

本調査では手術前に実施した全ての検査を術前検査²⁾ とした。

方 法

1. 対 象

2015 年 3 月 1 日から 2016 年 2 月 29 日の 1 年間に外科手術をうけた予約入院患者 179 名を対象とした。

2. 方 法

1) 術前検査

入院後の術前検査実施者数・検査数・検査内容・入院後に検査を実施した理由を、カルテより調査した。

2) 食 事

特別食対象者数と未提供者数、栄養指導対象者数と未実施者数を、カルテより調査した。

3) 持参薬

他科・他院から持参薬のある患者数と、入院中に持参

1) 福井総合クリニック 外来診察室
2) 福井総合クリニック 入退院調整室
3) 福井総合クリニック 院長
(採択日 2017年9月)

薬処方が必要とした患者数を、カルテより調査した。

- 4) 1)と2)の結果から、経営面で考えられる収益を算出した。
- 5) 調査の結果をふまえ、今後の課題を検討した。

結 果

1. 術前検査

対象者 179 名に対し、入院後に術前検査を実施した患者数は 59 名だった。実施検査数はのべ 154 件だった(静脈採血検査の件数は採取した回数で表現した)。

検査内容は血液検査、放射線検査、内視鏡検査、生理検査等があった(表 1)。

次に入院後に術前検査を実施した理由をカルテから調査した。その理由から、入院前に外来でできたと思われる検査と、外来ではできなかったと思われる入院後検査に分けることができた(表 2)。外来でできたと思われる検査項目と件数は、血液検査 59 件、放射線検査 17 件、生理検査 15 件、内視鏡検査 11 件、その他 10 件の計 112 件だった。これらを仮に外来で実施した場合、判断料等を省く検査点数と検査件数で算出すると、約 307,600 円の外来収益につながったことになる。内視鏡検査は入院後

も薬剤以外は出来高となる為、本調査では含めなかった。

2. 食 事

特別食では、対象者 93 名に対し、未提供者は 28 名で、未提供率は 30%だった(図 1)。

胃や大腸切除後等の消化器術後の場合、胃切除術後食や消化器術後食が特別食として出されていた。しかし、それ以外の手術の場合、糖尿病・高血圧・高脂血症・脳疾患・心疾患の治療を継続しているにもかかわらず、常食が出されているなど、基礎疾患が食事に反映されていない傾向にあった。未提供者 28 名全員が、治療継続中の基礎疾患に対する特別食が出されておらず、約 550 食分あった。特別食 1 食 76 円算定として、仮に 28 名に特別食が提供できていれば、約 41,800 円の収益につながったことになる。

栄養指導では、対象者 88 名に対し、未実施者は 68 名で、未実施率は 77%だった(図 2)。

栄養指導が実施されていた事例は、内容が胃切除術後食か消化器術後食のどちらかに対するもので、全て入院中 1 回の指導回数にとどまっていた。調査時の栄養指導加算は 130 点で、対象者全てに入院中 2 回の指導が確実に実施できていたと仮定すれば、約 202,800 円の収益につながったことになる。

表 1. 入院後実施の術前検査項目と件数

血液検査	小計70件	放射線検査	小計26件	内視鏡検査	小計23件
静脈採血検査	45件	レントゲン	15件	大腸カメラ	13件
動脈血ガス分析	25件	CT	4件	胃カメラ	10件
※静脈採血検査内訳		胃透視	4件		
血算/生化学/感染症		MRI	2件		
腫瘍マーカー/凝固系など		注腸透視	1件		
生理検査	小計18件	その他	小計17件		
肺活量	5件	検尿	13件		
心電図	4件	鼻腔培養	1件		
腹部エコー	3件	血液培養	1件		
心臓エコー	3件	C/D チェック	1件		
下肢静脈エコー	3件	インフルエンザ	1件		

表 2. 入院後に術前検査を実施した理由

外来でできた検査	
患者や家族都合の社会的理由や、患者側の要因で入院下で実施した検査	31 件
基礎疾患などの術前コントロールや状態確認目的の検査	28 件
特定の医師によるガス分析検査	25 件
外来看護師のチェック漏れによる検査	16 件
入院前実施の検査結果に異常があり、追加で実施した検査	6 件
重複して実施した検査	4 件
入院後のコンサルトによる追加検査	2 件
外来でできなかった検査	
大腸・胃・肝臓の術前マーキングに関連した検査	23 件
予測が困難な患者状態の変化による検査	19 件

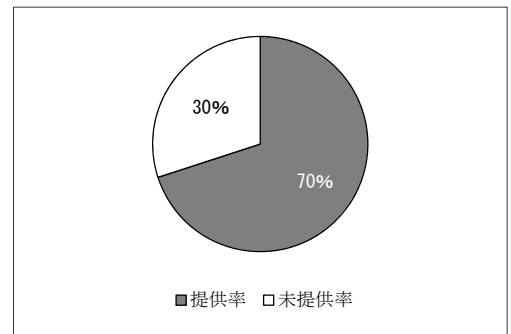


図 1. 特別食提供率と未提供率

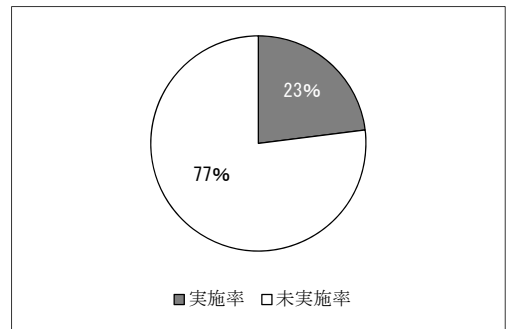


図 2. 栄養指導実施率と未実施率

3. 持参薬

入院時に、他科や他院の薬を持参した患者数は 118 名おり、薬の内容は降圧薬、高脂血症薬、抗血小板薬もしくは抗凝固薬、血糖降下薬の順に多かった。入院中に、持参薬の追加処方が必要になった患者数は 37 名だった。

考 察

実態調査から、外来でできた術前検査が入院後に実施されていた事例が多かった。表 2 の外来でできた検査の理由の中に、「外来看護師のチェック漏れ」がある。これは、手術対象臓器により、術前検査に違いがある為煩雑になりがちだが、特に標準化されたものがなく、看護師によって確認行為にばらつきがみられたことが原因と考える。「検査の重複実施」や「入院前の検査結果の異常もしくは入院後のコンサルトによる追加検査」に関しては、入院前にすべき検査結果の確認が、医師・看護師ともに十分把握出来ていなかったことが原因と考える。今後は、術前検査の標準化や検査結果の確認強化など、チェック体制の見直しが必要である。「基礎疾患などの術前コントロールや状態確認目的」が理由の検査は 28 件だった。これは、糖尿病や肝・心疾患等合併する基礎疾患があり、入院後に検査データを再確認する目的で実施した血液検査や尿検査等が多かった。「患者側の都合による社会的理由等」の検査は 31 件だった。自宅が遠方、車椅子利用者、施設入所中など患者側の要因は様々だったが、いずれの事例も外来での検査実施は可能と思われた。検査結果に異常があった場合、予定入院にもかかわらず、手術が中止もしくは延期になる危険性がある。実際、検査結果の異常が原因で、入院後手術を延期した事例が 2 例発生していた。外来で術前検査を終了させることは、外来の収益が見込めるだけでなく、術前の評価を適切に行い患者管理におけるリスク回避の一助となる為、外来スタッフ全員が意識して取り組む課題である。

食事では、糖尿病や高脂血症、高血圧等の治療中であるにも関わらず、入院時や術後の食事が常食で出されているケースが多く、特別食提供と栄養指導いずれにおいても、合併する基礎疾患を考慮した介入が乏しい結果だった。既往歴や内服薬等の外来で知り得た情報が、病棟へ連携ができていないことが原因の一つと考える。

持参薬では、入院期間の長短に関係なく、入院中に消化

器科以外の処方をした患者数が 37 名だった。入院中も持参薬を継続できるよう、十分な日数分の処方持参を促す患者への説明が不足していたと考える。また、食事や持参薬管理においては、入院前早期から、栄養士や薬剤師への協力依頼が必要である。

実態調査から、DPC 導入病院として包括扱い内での支出や、診療報酬制度に認められていることの取り落としがあるなど、術前検査・食事・持参薬全てにおいて「落ち穂拾い」は十分とはいえない結果だった。経営面の損失だけでなく、術前の管理不足や患者サービスの低下につながる結果でもあった。経営の質が向上すれば医療の質の向上につながり、その逆もまた然りであることを意識し、当センターの PFM 活動に外来看護師としても積極的に取り組む必要性がある。

PFM は、外来から入院そして退院までを大きな流れとして捉え、患者支援をする仕組みである。外来看護師として、①入院前から情報収集を行い、各職種と情報を共有し連携を図る。②手術や入院において、考えられる問題の解決に取り組み、患者管理を適切に行う。③入院前に十分な説明を行い、患者が術後の経過をイメージでき、安心して治療をしてもらえるよう支援をする。そうすることで、手術や入院後のリスク回避ができ、患者参加型の医療がのぞめ、結果的に術後の早期回復につながる。また、地道に PFM 活動を行っていくことで、病院経営面での有益性にもつながると考える。

今回、実態調査からみえてきた課題に対して、現在以下のことに取り組んでいる。

1. 術前チェックシートの作成と活用
 - 1) 手術対象臓器別に術前検査を標準化
 - 2) 検査結果の確認を入院前に必ず行う
 - ①検査結果の異常時には医師に報告し連携
 - ②追加検査が必要な際は入院前に外来で実施
 - 3) 特別食・栄養指導対象者の確認
 - 4) 持参薬の確認
 - 5) 周術期口腔機能管理対象者の確認と実施
2. PFM と連携
 - 1) 術前チェックシートを用いてダブルチェック
 - 2) 必要時患者説明の補足

入院や手術が予測される早期の段階から、外来看護師として積極的に患者介入をしていくべきであり、PFM 活動における外来の役割は重要であり、その責任も重いと思われる。

結 論

2016年4月からのPFM導入に伴い、「落ち穂拾い作戦」の視点で術前検査・食事・持参薬に関する実態調査を行い課題を検討した。実態調査からは全てにおいて「落ち穂拾い」は十分とはいえない結果であった。現在の取り組みとして、術前チェックシートの作成と活用を行い、PFMとの連携を行っている。

著者全員に本論文に関連し、開示すべきCOI状態にある企業、組織、団体はいずれもありません。

文 献

- 1) 世古口務.「ジョン・P・コッターの8つの変革ステップ」からみた松阪市民病院経営改善の検証. 初版. 東京:日本医学出版;2014. 22-22.
- 2) 田中豊. PFMを知る. 看護展望 2016;41(9):6-13.