

Day Surgery（日帰り手術）

津崎 晃一

▼はじめに

1970年代に米国で始まったDay Surgery（Ambulatory Surgery、Outpatient Surgery、Office Surgeryなどの別称がある）は、医療費抑制のためのマネージドケア（管理医療）の考え方をその発端としたが、患者の安全性と治療の確実性を重視する結果、全身状態に問題のない患者の小手術に対象が限られていた。しかし、1983年に導入されたDRG/PPS（Diagnosis Related Group/Prospective Payment System、診断群別定額払い方式）は、この傾向を大きく促進するきっかけとなり、さらに、内視鏡による低侵襲手術などの新たな手術法の工夫、および短時間作用性薬物の開発や導入、覚醒の速い吸入麻酔薬の出現、モニタリングの進歩などによる麻酔法の改善が、Day Surgeryの著しい適応拡大を生んでいる。ここでは、本邦でもその発展が促されつつあるDay Surgeryについて考える。

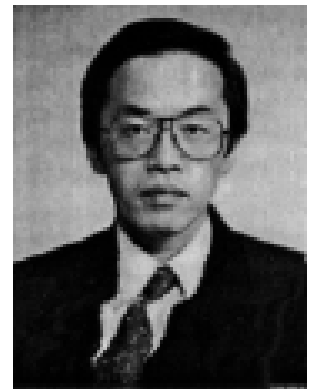
▼Day Surgeryとは

Day Surgeryという用語の明確な定義は存在し

ない。しかし、一般には、手術当日に来院し、術後24時間以内に退院するものを指すと考えられている。本邦では、平成10年4月に行われた診療報酬体系の改定において、Day Surgeryの対象に16種類の手術が記載され、手術当日（または、手術内容によりその翌日）に退院した場合には、それぞれの基本点数に500・1,000点が加算されることとなった（表1）。従って、現状におけるDay Surgeryは、原則的には手術当日の退院を意味するが、手術の種類によっては翌日の退院までがこのカテゴリーに含まれている。

▼本邦での現状

本邦で行われているDay Surgeryの件数については、正確な調査が行われていないために把握が困難である。各学会などのアンケート調査によれば、30～40%の施設でDay Surgeryが導入されており、特に、私立病院や小児病院にその比率が高いようである。いずれにせよ、本邦でのDay Surgeryは諸外国と比較して少なく、この原因には、いくつかの要因が考えられる。例



津崎 晃一 / つざき・こういち

1953年東京都生まれ。78年慶應義塾大学医学部卒業、80年同大学医学部麻酔学教室助手。マサチューセッツ工科大学機械工学科流体力学研究室リサーチフェロー、マサチューセッツ総合病院麻酔科リサーチインストラクターを経て、94年慶應義塾大学医学部麻酔学教室専任講師、99年同大学医学部麻酔学教室助教授。専攻は麻酔学。

えば、Day Surgeryを導入する上で最も問題となるのは、専用設備や専任人員などのハードウェアであり、このためのコスト負担を考慮すれば、導入率がこの程度にとどまるのは止むを得ないかもしれない。実際、Day Surgery専用の設備を調えている施設は、現時点でも非常に少なく、本邦で行われているDay Surgeryの大部分は既存の設備や人員のまま行っているに過ぎない。また、Day Surgeryを導入する診療報酬上の利点は、平均在院日数の短縮化による加算や日帰り手術加算にある。しかし、このために必要な初期投資負担やランニングコストの増大は、病院経営を圧迫する要因となりうる。さらに、Day Surgeryの導入に伴う既存ベッドの空床化は、これを補填するための患者確保に対する不安をも生じさせる。Day Surgery専用の設備と人員を確保した、いわゆる「集客能力」の高い病院ほど手術患者が集中しやすいという問題が生まれ、患者の「大病院志向」という現在の傾向をさらに助長する可能性も存在する。このように、医療提供側にとっては必ずしも利点が多くないDay Surgeryであるが、患者側には少なからず利点が存在する。医療費負担の軽減や早期社会復帰、入院によるストレス（母子分離など）の回避、生活リズムの維持、院内感染の回避などがその主なものである。合併症や術後疼痛への不安、家族の負担増加などの欠点を差し引いても、患者満足度の高いことが多く報告されている。

▼世界での趨勢

Day Surgeryの増大は世界的な傾向を示している。医療保険制度が異なるために、その是非や得失について一概に論じることではできないが、例えば、近年の米国では、全手術件数の70%近くがDay Surgeryにより行われている（この内、白内障に対する眼内レンズ挿入などの眼科手術が約30%を占め、消化管内視鏡手術や形成外科手術と合わせると、全症例の約2/3に達する）。また、本邦では局所麻酔下に行われている手術の多くが全身麻酔の対象となる米国では、麻酔の重要性に対する認識から、Day Surgeryに対す

表1 Day Surgeryとしての加算対象手術*（平成10年4月以降）^{注1）}

対象手術	退院	加算点数
皮膚・皮下腫瘍摘出術（露出部）長径4cm以上	当日	500
皮膚・皮下腫瘍摘出術（露出部以外）長径6cm以上	当日	500
舌小帯形成手術	当日	500
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術	当日	500
顎下腺腫瘍摘出術	当日	1,000
顎下腺摘出術	当日	1,000
気管支狭窄拡張術（気管支鏡下）	当日	500
気管支腫瘍摘出術（気管支鏡または気管支ファイバースコープ下）	当日	1,000
胃、十二指腸早期悪性腫瘍内視鏡的粘膜切除術	当日	1,000
結腸早期悪性腫瘍内視鏡的粘膜切除術	当日	1,000
痔核手術（脱肛含む）根治手術	当日	1,000
経尿道的レーザー前立腺切除術	当日	1,000
胸腔鏡下交感神経節切除術	翌日まで	1,000
胸腔鏡下肺切除術	翌日まで	1,000
腹腔鏡下虫垂切除術	翌日まで	1,000
経尿道的尿路結石除去術（超音波下に行った場合も含む）	翌日まで	1,000

*手術後2週間以内の再入院に対しては算定されない。

^{注1）}この改定に基づくが、上記対象手術以外にDay Surgeryを行うメリットは医療提供者側にそれほど存在しない（平均在院日数の短縮化による加算に限られる）。しかし、今後の改定では対象疾患の拡大が予想され、施設によっては、Day Surgeryに向けた体制を十分に整えておく必要があるだろう。

る全身麻酔が、Ambulatory Anesthesiaとして、麻酔学のサブスペシャリティの一つに加えられている^{注2)}（ちなみに、米国では1984年にSociety for Ambulatory Anesthesiaが設立され、本邦では1998年に日帰り麻酔研究会が発足した）。しかし、近年では、Day Surgeryを新たに導入する施設数が減少する傾向にあり、市場全体の飽和傾向や鈍化、ベッド稼働率低下による病院経営の悪化がその原因とされている。マネージドケア全体に対する反省期にさしかかった米国であるが、今後とも、費用対効果を追求する姿勢に変化が生じることはないだろう。

^{注2)} Day Surgeryにおける麻酔科医の役割

Day Surgeryにおける麻酔科医の役割は、通常の手術における場合、患者の術前評価や術中管理、術後疼痛管理など基本的に変わることはない。しかし、麻酔科医は、Day Surgeryを受ける患者にとって在院中の接触時間が最も長い医師であり、単に麻酔をかけるだけでなく、全身状態に関する周術期コンサルタントとしての重要な役割を担っている。Day Surgeryに対する患者の医学的適性を判断し、適切な麻酔法や麻酔薬を選択すると同時に術後鎮痛や悪心・嘔吐対策について考慮するなど、その守備範囲は広い。

▼将来の展望

昭和33年施行による「新医療費体系」は、医療技術の向上に伴って数々の改定が加えられ、現在の診療報酬体系を生んでいる。しかし、その基本的な性格は当初と大きな変化がなく、高齢者人口の増大や医療技術の進歩に伴う国民医療費の高騰という問題が差し迫っている。このため、診療報酬体系見直しでは、良質な医療の提供と医療資源の効率的活用が基本姿勢として採用され、病態に応じた良質な医療サービスの提供という観点から、医療機関の機能分担化や技術および「もの」に対する新たな評価体系、疾患の特性に着目した評価体系などが考慮されている。従って、現行のいわゆる出来高払い方式を改め、定額払い方式を導入することにより、これら両者の特性を組み合わせた体系が構築されようとしている。すなわち、急性疾患には一定期間の出来高払い方式、慢性疾患には定額払い方式をあてはめ、費用対効果を高めようとする試みである。実際、急性期医療の診断群別定額払い方式については、一部で実施が開始され、その評価が待たれるところである。また、外来・

在宅医療についても促進が計画され、この一部にDay Surgeryが含まれることになる。このような定型的な治療が可能な疾患に対しては、定額払い方式が導入されることになるが、医療の標準化をどこまで進めるかという問題と共に、病床や人員の再配置など、極言すれば、Day Surgeryの推進を通じて、医療提供側のスクラップアンドビルドが求められていると言えよう。

▽Cairns Day Surgery見学記

オーストラリア北部のリゾート都市、ケアンズの中心部近くのCairns Day Surgery (CDS・図1) は、ラリンジアルマスクの研修旅行で訪れたDay Surgery専用の施設であり、一般外科や歯科、口腔外科、耳鼻科、整形外科、産婦人科、形成外科、泌尿器科、眼科、麻酔科を含んでいる。CDSで手術を受ける患者は、まず、それぞれの科の医師のプライベートオフィスで受診し、診断や手術に関する情報を得ると同時に術前検査を済ませておく。予定手術当日、CDSを訪れた患者は、麻酔科医による簡単な問診と術前検査のチェックを受けた後、麻酔科医と共に手術室に入室し、麻酔導入と手術が行われる。麻酔法としては、前投薬はほとんど用いられず、導入はミダゾラムやフェンタニル、アルフェentanil、プロポフォールなどの組み合わせで行い、維持は亜酸化窒素と酸素にセボフルランかイソフルランを用いた吸入麻酔が主体である。Day Surgeryであるために多大な手術侵襲が加わることはなく、また、オピオイドを併用することからも、それほど麻酔薬濃度を必要とすることはない。麻酔中の気道確保は、ほとんどの症例でラリンジアルマスクが用いられ、気管内挿管が行われることはまれである(図2)。換気は人工呼吸器による陽圧換気とし、手術が終了すれば、吸入麻酔薬の投与を中止する。患者の覚醒に関係なく、自発呼吸が出現した段階で回復室(図3)へ移送し、バイタルサインの監視やラリンジアルマスクの抜去はすべてリカバリーナースに任される。一方、麻酔科医は、患者を回復室へ移送後、ナースに簡単な申し送りを行い、次の患者の問診へ向かうといった具合で、これらはすべて流れ作業的に行われる。覚醒後の患者は、しばらく回復室で観察が行われ、回復室の退室基準を満たせば、退院に向けた次のユニットに移送される。



図1 Cairns Day Surgery



図2 ラリンジアルマスクによる気道確保



図3 CDSにおける回復室

従って、このユニットで時間を費やした後、問題がなければ帰宅という経路をたどるわけである。このCDSは、オーストラリアだけでなく、海外からの患者受け入れにも積極的であり、詳細についてはホームページ

(<http://www.accessgroup.com.au/cds/index.html>) を参照するとよいだろう。