

徹底分析シリーズ ○○はじめました 術後外来はじめました

チームで取り組む新しいフォローアップの形

薬師寺 たつみ 15a 新JM

12a ロダンDB 19H 18w 話
麻酔を担当した患者の術後経過や合併症のフォローアップは、麻酔科医にとって大きな関心事でありながら、従来は麻酔科個人の裁量に任されていた。しかし診療報酬の改訂や病院機能評価において重視され、「術後回診」を含む周術期管理には、より組織的な取り組みが求められている。

福島県立医科大学附属病院（以下、当院）では、2022年度に「術後外来」を開始して3年が経つ。いまだに試行錯誤の連続ではあるが、本稿で導入のきっかけや運用の工夫、今後の課題などについて、紹介する。

16a ロダンDB 17H (以下同)
導入の背景ときっかけ
麻酔科医による術後回診は、かつては麻酔科医個人に委ねられ、ともすれば「任意の業務」の側面もあった。少し遡れば、2004年度の診療報酬改定に伴う厚生労働省通知において、麻酔管理料の算定要件として「術前・術後の診察および麻酔内容を診療録に記載すること」が明記された。これにより術後診察は、その記録が全国一律のルールとして位置づけられた。さらに病院機能評価では、以前から「周術期の管理」や「合併症予防」などの観点で評価項目があり、病院機能評価3rdG: Ver.1.0では「術前・術後訪問の実施」が具体的な評価の要素として明文化された。制度面だけでなく、患者の安全や満足度の観点からも、術後の合併症や疼痛管理をどう評価し、改善につなげるかが重要であることは言うまでもない。

加えて、働き方改革の観点でも術後外来に関心が寄せられている。麻酔科医の業務は増える一方で、個人任せでは業務負担が偏りやすく、記録もばらつきがちになる。統一的な術後外来の枠組みを作ること、チーム医療の推

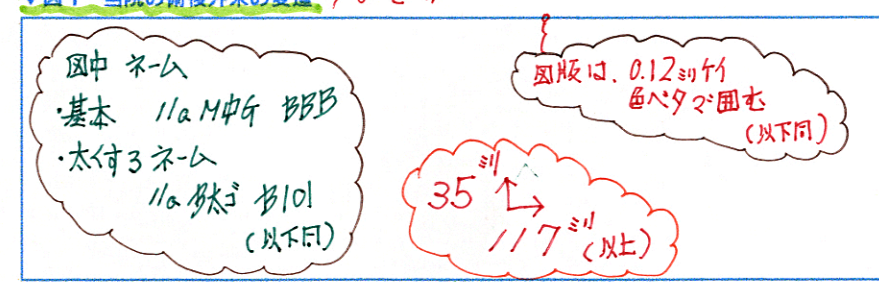
進と同時に業務負担を減らせる可能性がある（コラム1）。欧米ではすでに術後管理に麻酔科が主体的にかかわる取り組みとして perioperative surgical home (PSH) mode 1 が推奨されている¹⁾。日本でも包括的なケアを提供するため、周術期管理センターが設立され始めているが（コラム2）、当院では、その一歩目として術後外来をスタートさせた。

立ち上げと改善のプロセス（図1）

術後外来を立ち上げるにあたって、まず「いつ、誰が担当するのか」の検討が必要となった。もちろん、終日専任スタッフが配置できれば理想だが、現実的には業務の偏りを考慮しなければならぬ。当院では、午前中に「術前診察外来」を行っていたので、その担当医師1名と看護師1名が、そのまま午後「術後外来」も受け持つ形とした。

立ち上げ当初は、担当麻酔科医が術後の回復を見込んだ日程で術後外来の予約枠を取得し、患者が受診するというスタイルを試した。実際に運用してみると、予約日より退院が早い患者

図1 当院の術後外来の変遷



や、体調の都合で外来に来ることができない（術後外来と病棟は離れているため）患者も多かった。病棟スタッフからも「予約の変更が手間」「外来に車椅子で送迎するのは負担」との声が挙がり、早くも改善が必要になった。

そこで、退院が早い患者には手術担当診療科の再診日に合わせて術後外来を受診してもらうようにした。また、術式ごとに「外来受診が可能なほど回復しているであろう日数の目安表」を各科に確認して作成し、それ以降に予約を取るようにした。

麻酔科医の反応

導入当初は「業務が増えるのでは」との不安の声があったが、実際に運用してみると、個人の回診だけでは気づきにくかった新しい発見や、合併症を外来で長期的にフォローできることから麻酔担当医の負担が減るといった肯定的な声も挙がってきた。

一方で、合併症がない患者まで一律に診察するのは非効率であるとの声もある。さらに退院後の再診時では、手術から2～4週間以上経過していることもあり、術後早期の合併症を拾いにくい点が課題であった。加えて、状態の悪い患者は受診の時期を逸してしまい、長期入院の場合は受診時期が

コラム1

色ベタ+スミベタ「麻酔管理料」と術後外来

麻酔管理料（Ⅰ）、（Ⅱ）の算定要件に関して重要なポイントは以下の三つ。
①常勤の麻酔科標榜医（麻酔管理料（Ⅱ）の場合は担当医でも可）が麻酔前後の診察を行うこと
※麻酔管理料（Ⅱ）では、術前後の診察を行った「当該麻酔科標榜医は診察の内容を担当医に共有する」ことが明記されている
②麻酔前後の診察は麻酔をした日以外であること（緊急手術を除く）

③麻酔前後の診察の内容は診療録に記載すること
当院では、原則麻酔担当医（標榜医でない場合には指導医）が術後診察を行うことになっており、術後外来のみで「術後診察」に代えることはしていない。しかし、麻酔管理料（Ⅱ）の記載に注目すれば、麻酔前後の診察は「麻酔を担当した医師」が行うことが必須である旨の記載はなく、今後は術後外来での診察が麻酔管理料の要件を満たす可能性はあると思われる。

コラム2

海外の動向

欧米では enhanced recovery after surgery (ERAS) プログラムの一環として、術後の合併症チェックや生活指導に麻酔科が関与することが一般的である。それに関連して、米国を中心に広がりつつある perioperative surgical home (PSH) モデルは、周術期全体を麻酔科医が中心となって包括的にマネジメントする仕組みである。術前外来でのリスク評価から、術中管理、そして術後の回復支援や合併症チェックまでを一

貫して麻酔科が担うのが特徴で、術後外来やフォローアップクリニックは PSH の重要な一部と位置づけられている。PSH の目的は「患者アウトカムの改善」「医療の効率化」「コスト削減」の3本柱であり、術後外来は合併症の早期発見や患者満足度向上に直結する実践的な手段である。術後外来は、規模や体制の違いはあっても、この PSH モデルと目的は同じである。

うやむやとなり、診察が行われないこともあった。このように、患者自身が術後外来を受診する方法では、効率性や網羅性にも限界であった。

