

麻酔科医マンパワー不足に対する日本麻酔科学会の対策案

日本麻酔科学会

はじめに

日本麻酔科学会は、麻酔科専門医を養成し、安全で質の高い麻酔科領域の医療（手術の麻酔、集中治療、救急医療、ペインクリニック、緩和医療など）を提供することを命題としている。しかし、現実の医療状況を見ると、周術期患者の生体管理の中心部分をなす手術室の麻酔管理において、すべての症例に対し麻酔科専門医が関与しているとはいえない状況にあり、麻酔科専門医の不足が大きな社会問題となっている。

これに対して、日本麻酔科学会として有効な対策を社会に対して明らかにしていくことが責務であり、ここに対策案を提案する。

麻酔科医不足に対する対策

日本麻酔科学会は、継続して麻酔科医不足を解消すべく行動していくが、その中でも重要な要因とその解決策を短期と長期計画に分けて以下に示す。

1. 短期対策

- 1) 地域圏内での麻酔業務の提携
- 2) 麻酔業務における役割分担の明確化
- 3) 卒後臨床研修における麻酔科の必修化
- 4) 休職中の女性医師等の現場復帰
- 5) リタイアした麻酔科医の活用
- 6) 標榜医の活用
- 7) 麻酔科開業に対する学会としての関わり

2. 長期対策

- 1) 定数増
- 2) 麻酔料に関して保険診療上の適切な評価の必要性
- 3) 手術を行う病院の集約化

各論

1. 短期対策

1) 地域圏内での麻酔業務の提携

ある一定の地域圏内で、施設間の麻酔科医の過不足を是正する。すなわち、一つの病院で、ある曜日やある時間帯、あるいは夜間の緊急などに麻酔科医が確保でき

ず対応できない場合は、その地域圏内の他の医療機関から麻酔科医を派遣する体制を構築する。そのためには各大学間の壁を越えた提携が必要である（事務的な業務は非営利団体に委託することも一法）。

さらに、麻酔医療の地域圏内での活動を円滑にするために、公務員法で規制されている国立または自治体病院に勤務する麻酔科医の活動制限を、小児救急で認められたように緊急手術の麻酔や、麻酔科医が必要と考えられる事態に限って緩和することが必要である。

*具体案：

・初年度：下記①②を開始すると同時に、③④⑤を同時に進める。

①実態調査：地方によっては三次医療圏，あるいは大都市では二次医療圏の単位で、その圏内にある病院数，麻酔科医の人数，手術件数を調査

②麻酔医療圏構想を実現する上での問題点を洗い出し，それに対する対策，解決策を作成

③会員による理解を得る：各大学の麻酔科教授，圏内の病院の麻酔科代表者，代議員，会員の理解と協力を得る

④麻酔科医療圏責任者の任命：調査結果によって，それぞれの医療圏内で互助的に派遣できる麻酔科医の数を概算し，互助可能な範囲を決定する。各々の麻酔科医療圏の中心となる責任者を支部長が任命する。

⑤厚生労働省，総務省に働きかけ：厚生労働省，総務省に対して公務員兼業規制の緩和を要請する。

・2年度：⑤の実現。モニターとなる地域を選別し，活動する上での問題点を集積し，分析する。

・3年度：すべての地域で可能な互助モデルプランを作成して，運用を開始する。

2) 麻酔業務における役割分担の明確化

病棟や外来において医師の指示の元に看護師が各種業務を行ったり，手術に際して手術器具の準備を看護師が行うように，麻酔業務の中で麻酔科医でなくとも可能な業務を医師以外がおこなうことは当然のことである。しかし，現在多くの施設では麻酔科医が多くの業務を行っている現状がある。この医師以外が行うべき業務をコメディカルが実施することにより麻酔科医の負担軽減だけでなく，ダブルチェックが可能となることで安全面でも有効な手段となる。

*具体案

周術期管理チームプロジェクト：手術室医療における安全性の確立のため周術期管理チームを設立する。各職種（外科系各科，看護師，薬剤師，臨床工学技士，クラーク，その他コメディカル）の役割と仕事内容の明確化と周術期管理チーム医療を達成するための人材を育成するシステムの構築を行う。まず看護師の教育認定から始める。

・ 初年度

- ① 看護師を対象に、周術期管理セミナーを開催（本年度実施済み）
- ② 周術期における看護師の役割を明確化し、問題点を整理する（厚労省の科研で実施済み）。
- ③ 認定事業として行うための基本的な立案を行う（現在進行中）。
認定施設，研修施設，教育内容，研修内容などの具体案，タイムスケジュールを示す。

・ 2年度

- ④ 初年度に明らかになった問題点を看護師と検討協議するとともに、認定事業を開始する。
- ⑤ その他のコメディカルを対象に現状調査，分析を行う。外科系各科への周術期管理チーム構想の提示を行う。

・ 3年度：他科，コメディカルと連携した医療安全のための教育プログラムと，チーム設立のための環境整備を検討する。

3) 卒後臨床研修における麻酔科の必修化

卒後臨床研修制度において麻酔科は救急部門の一部と位置づけられている。しかし、麻酔科は救急の一部とか、その代用として機能するものではなく、プライマリケア、二次救命処置に必須な知識、技能（気管挿管、人工呼吸、呼吸器の使用、薬剤投与等）を修得し、外傷による出血に対する生体への有害反応（臓器血流障害により生じる変化）や自律神経系の反応、呼吸・循環・内分泌系の変化等の状況把握、それに必要なモニターの判読、輸液の質と量の選択や昇圧薬の使用をはじめとする適切な対処方法の修得、日々各科の手術に携わることから医療のトリアージが可能となる、などプライマリケアの基礎をなす独立した部門として考えられるべき科であり、医師として基本的な能力を身につけるために必修とすべき科であり、卒後研修における救急と切り離した形での前期の必修科とすべきである。

4) 休職中の女性医師等の現場復帰

この問題は女性医師一般に限らず、日本社会の文化面の低さを示す一大問題であり、ここで改めて必要性、方法論を述べる段階ではなく、国をあげて実現に向かって法整備などを行うべきである。

麻酔科学会としても現在多くの大学や施設でこの復帰に関わる取り組みを始めており、さらに今後この取り組みを活性化するための提言を発表している。

5) リタイアした麻酔科医の活用

定年のため現役を引退したが、まだまだ麻酔業務を行うだけの実力を有する専門医を麻酔科学会の登録制とし、麻酔科学会での後輩の育成や指導に参加するような

システムを構築する。

* 具体案

・ 初年度

- ① 実態調査:現在麻酔科学会の専門医で定年により現役を退いた麻酔科医の実態を調査する。
- ② 各麻酔科医に麻酔科学会の取り組みを説明し、その取り組みに対する意向を調査する。
- ③ 調査結果に基づき登録を行う。
- ④ 認定病院に対して現役を引退された麻酔科医の活動する余地、体制が有るかどうかの調査を行い、可能と考える施設を登録する。

・ 2年度

- ⑤ 各地域で登録された麻酔科医と施設のマッチングを麻酔科学会主導で行い、現実に勤務する態勢を作り上げ実行する。

6) 標榜医の活用

標榜医は厚生労働省が認めた資格であり、この資格を有する医師は、現状のように麻酔科医師の不足が社会的問題となっている時点では、麻酔業務を担う義務があると思われる。そして、標榜医を有しながら、麻酔を長年行っていない医師は資格を有し続ける以上再研修として、一定の期間麻酔業務を行うべきである。これには厚生労働省の理解と指導力が必要である。

* 具体案：

・ 初年度：

- ① 実態調査:現在標榜医資格を有する麻酔科学会認定医以外の医師の実態を調査する
- ② 各標榜医に対して麻酔業務を続ける意思があるかどうかを確認する。
- ③ 麻酔業務を続ける意思を示した麻酔科学会認定医以外の標榜医に対して講習と実地研修を義務づけ、その通知を行う。
- ④ 講習、実地研修のタイムスケジュールを策定し、標榜医、指導する認定病院に通知する。

・ 2年度：

- ⑤ タイムスケジュールに従って講習、実地研修を実施する。

7) 麻酔科開業に対する学会としての関わり

麻酔科として開業することは他科の医師が開業するのと同じように自由に認められるべきである。しかし他科の開業形態とは異なる診療内容であるため、具体的な麻酔業務を明確にし、国民に安全で良質な麻酔医療を提供する事を保証しなくてはならない。

麻酔科学会として早急に方針を出し公表する。

2. 長期対策

1) 定数増

麻酔科医が勤務している医療機関における切実な問題は、定員枠の増員ができず、労働環境が悪くなり、燃え尽きが生じることである。麻酔科医を手術数に見合った定員数に増やすことで麻酔科医の退職を回避できると思われる。とくに周産期医療センターの稼働には麻酔科医の存在が不可欠であり、定数配置を早急に実現する必要がある。

2) 麻酔料に関して保険診療上の適切な評価の必要性

診療報酬点数の中で、ドクターフィー、ホスピタルフィーを明確にすることで麻酔業務を明確にすることが可能となる。

3) 手術を行う病院の集約化

国の方針として以前から出されている内容であり、この集約化が行われるだけでも麻酔科医不足のかなりの部分が解消される。また麻酔科医の過重労働が軽減されるだけでなく、安定した麻酔科医確保と症例集積や手術室の効率的な運用により、医療コストだけでなく、医療の質と安全の向上も得られる。