

一般社団法人日本専門医機構  
理事長 寺本 民生 殿

公益社団法人日本麻酔科学会  
理事会

## 2020年度専攻医募集のシーリング提案について再検討の要望

貴機構より本年4月16日付にていただきました専攻医募集のシーリング提案について検討いたしました。厚生労働省のデータは麻酔科医の業務を過小評価しており、麻酔科必要医師数の推定などについて問題があると判断いたしました。シーリング数全体および都道府県別のシーリング数の再検討を強く要望する次第です。

以下に論点についてまとめます。

### 1.麻酔科医不足状況下における麻酔科専攻医採用実績とシーリング数の大きな解離の問題

麻酔科領域では、2015年度～2017年度の日本麻酔科学会麻酔科専門研修プログラム、および2018年度、2019年度の日本専門医機構麻酔科領域専門研修プログラム制度により、これまで過去5年間、毎年440名～550名の専攻医を採用してきました（表1）。

表1：2015年度～2019年度 麻酔専門研修専攻医採用数

年度	プログラム	専攻医採用数
2015	学会プログラム	478
2016	学会プログラム	440
2017	学会プログラム	554
2018	機構プログラム	492
2019	機構プログラム	489

専攻医採用数とほぼ同数の麻酔科専門医が毎年誕生しています。麻酔科認定病院（麻酔科専門医が麻酔科の長を務める病院、学会認定）における麻酔科管理症例数は、2016年には約212.5万件であったものが、2018年には約264.5万件と約52万件（16%）増加しているのに対し、麻酔科医数の絶対数の増加は約1,000名であり、麻酔科医一人当たりの手術麻酔負担は年間520件と多くなっています。現在のような麻酔科専門医養成体制が続けば、麻酔科医不足は加速していく可能性が高いと考えられます。麻酔科領域では、女性医師の割合（特に最も臨床現場で活躍する若手・中堅医師）が増加し続けていることも考慮した麻酔科必要数の推定が必要と考えます。麻酔科領域の専門医を取得後、手術の麻酔、周術期管理を中心として勤務する医師のほか、集中治療専門医や緩和医療専門医、あるいはペインクリニック専門医としたそれらの業務に専従する麻酔科医が多く存在します。

必要麻酔科医数の推定には、こうした麻酔科医の手術医療や、麻酔関連領域における活躍を考慮する必要があると考えます。

今回のシーリング算定根拠となる厚生労働省の統計「診療科ごとの将来必要な医師数の見通し」には、基本領域で活躍する麻酔科医師数しか考慮されず、麻酔科関連領域とされる集中治療、疼痛管理、緩和医療、救急医療などに従事する麻酔科医の数が考慮されておられません。患者の予後は、単に術中管理だけでなく、周術期計画を立案するための術前評価と管理、そして術後管理に依存します。これらの領域を軽視することは、患者の予後悪化にもつながります。

集中治療や緩和医療の麻酔科関連部門へ従事する医師の多くはそれらの業務に専従しており、厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査において、「従事する診療科名等」で、「36 麻酔科」を選択せず、「42 その他」を選択している可能性もあります。日本集中治療医学会認定の集中治療専門医は、1,832 名（2019 年 4 月現在）、ペインクリニック専門医は 1,597 名、緩和医療専門医は、244 名（2019 年 4 月現在）となっています。集中治療医や緩和医療に携わる医師も、超高齢化社会のさらなる進行において、今後は需要が増加すると考えられます。これらの麻酔科関連領域に携わる医師の需要を考慮に入れていない現在の厚生労働省の麻酔科医師数の推定は、手術医療の質を低下させ、患者にとって不利益と考えられます。

以上より、麻酔科関連領域に従事する、また従事すべき麻酔科医数を算定するよう要望いたします。

## 2.麻酔科所属以外の麻酔科標榜医の手術麻酔への貢献の考慮の必要性

所属科が麻酔科以外の麻酔科標榜医が麻酔従事している現状と、これらの将来変動について日本麻酔科学会では、厚生労働行政推進調査事業費補助金による「麻酔科標榜資格を保持している医師の実態把握に関する研究」（2018 年～2019 年、稲田英一班、未発表データ）において、所属科が麻酔科以外の麻酔科標榜医が麻酔従事している現状把握のため、麻酔診療報酬保険請求を行っている 5,014 施設を対象に全国規模のアンケート調査を行いました。二次調査では、1,793 施設(35.8%)、麻酔科標榜医 1,928 名から回答が寄せられました。そのうち、385 名(20.0%)の麻酔科標榜医は麻酔科以外の診療科に属していました。その多くは外科・内科・産婦人科医師であり（図 1）、かつ麻酔科に所属する麻酔科標榜医と比較して、60 歳以上の高齢医師の比率が高いことが判明しています（図 2、図 3）。

図 1：麻酔科標榜医が所属する麻酔科以外の診療科の内訳

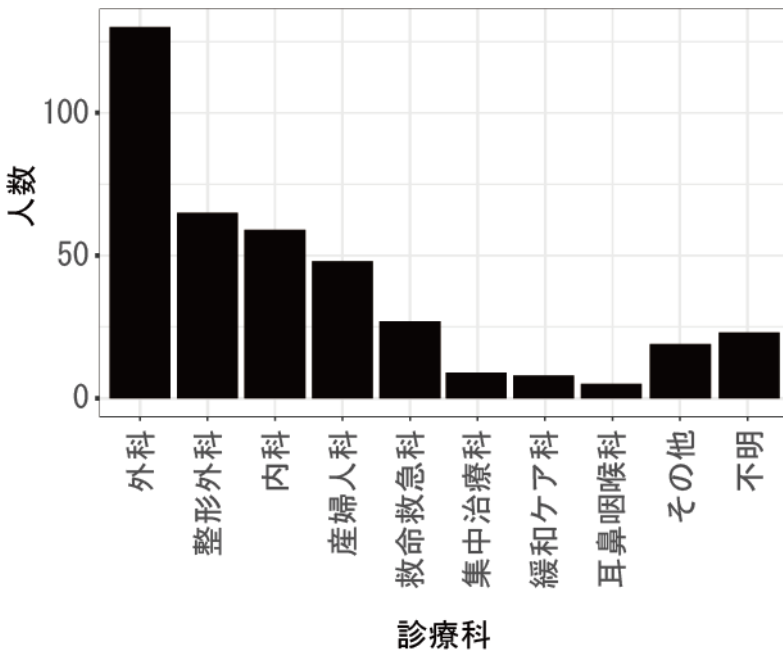


図2：麻酔科に所属する麻酔科標榜医の年齢分布（将来的には専門医取得）

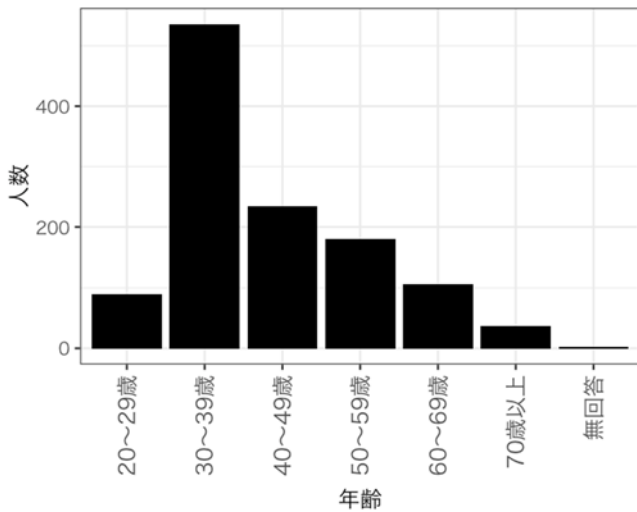
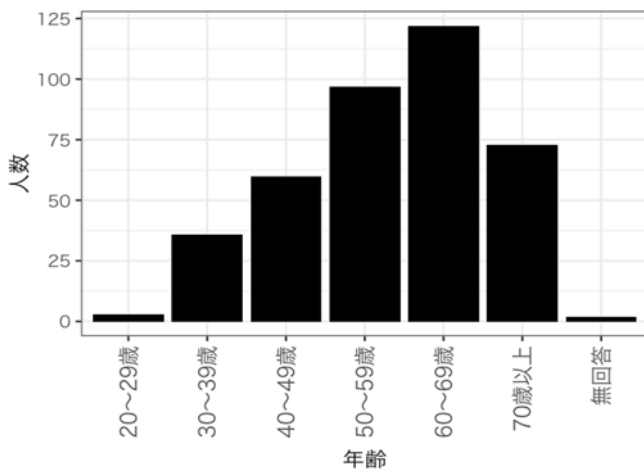


図3：麻酔科以外に所属する麻酔科標榜医の年齢分布



所属が麻酔科以外の麻酔科標榜医が過去一ヶ月に実施した麻酔管理の6,012件の麻酔管理を行っていることもわかりました。未回答医師まで含めれば、麻酔科以外の麻酔科標榜医は1,000名近く存在し、日本全体では一か月間に約1万件の麻酔管理を行っていると推定されます。またこれらの医師の中の一部は、自分の所属施設以外でも年に5万件近い麻酔を担当していると推定されます。麻酔科以外の診療科に所属する麻酔科標榜医の年齢層は高く、70歳以上の高齢な医師も含まれています。これらの麻酔科標榜医人口が将来減少することにより、麻酔科に所属する麻酔科標榜医を含む麻酔科医の業務量は増加することが予想されます（図3）。

### 3.安全な無痛分娩に必要な麻酔科専門医確保の重要性

産科医師が無痛分娩を行っている比率が高く、無痛分娩に係る医療事故は社会問題となり、厚生労働省からも「無痛分娩の安全な提供体制の構築」についての提言が2018年4月に出され、日本麻酔科学会からも2018年6月に麻酔科学会員に向けた安全な無痛分娩を施行に関する声明を出しております。前者では麻酔科標榜医レベルの提言にとどまっておりますが、本学会では原則として麻酔科専門医が関わることを提言しております。現在、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会と本学会が共同して、さまざまな無痛分娩の安全性向上への取り組みを進めております。麻酔科医の無痛分娩への関与はさらに強くなっていくことは確実です。無痛分娩への社会的な

要求が高まる中、それに応えるための麻酔科専門医の増加が求められますが、それらの需要増加についての算定が含まれていないと考えられます。

#### 4. 麻酔科医の手術室外での鎮静など業務拡大に関する考慮の必要性

内科的治療（血管カテーテル手術、内視鏡手術などの低侵襲医療）、小児の放射線検査・治療における鎮静が広く行われつつあります。しかしながら、現在は鎮静が十分な看視の下に行われる状況にはありません。術者が手術や侵襲的手技、検査に集中するためには、鎮静度や、鎮静・鎮痛に伴う呼吸や循環系変化などを把握するための患者の看視、モニタリングに専従する医師が必要になってきます。麻酔科医は、その業務を実施するのに最適な医師であり、今後、患者が安心して、安全なこれらの鎮静下における医療を受けるために麻酔科医は必須の存在となってきます。このような将来的需要も麻酔科必要数の算定に含めるべきであると考えます。

#### 5. 麻酔科医の全体および都道府県別シーリングの問題

専攻医といった一人では標準的な医療ができない医師ではなく、専門医取得後の地域偏在の解消こそが重要です。厚生労働省のデータは、DPC データを活用し、地域ごとの医師数、将来の人口変化や疾病構造の変化、男女比率、医師の生残率、超過勤務時間とその分布などを考慮したものであると理解しています。麻酔科を含む各診療科についてこれらを考慮してシーリングがかけられています。しかし、医師の人口に対する比率が高いとされる県であっても、麻酔科の専攻医数からみると、昨年採用した専攻医が 0 名といった県も含まれています。また、集中治療やペインクリニックを主たる業務としている麻酔科医の比率が高い道府県もあります。医師/人口比を基としたと考えられる単なるデータ上の均等性を重視した都道府県別の診療科医師数の振り分け方法は、不適切であると考えます。都道府県により麻酔科医の従事している手術麻酔及び麻酔科関連領域での分布は異なっています。今回、シーリングがかけられた北海道のデータを示します。北海道大学、旭川医科大学、札幌医科大学で麻酔科研修を受けた 785 名の調査では、道内で麻酔科医として勤務しているのは 481 名（62%）、道外で麻酔科医として勤務しているもの 32 名（4%、麻酔科医として勤務している医師の 6%）、他診療科の医師 77 名（10%）となっています。また、麻酔科関連領域での勤務状況は、救急医 47 名（6%）、ペインクリニックや緩和医療、集中治療などが 43 名（5%）となっています。こうした地域別の特徴について各都道府県について考慮する必要があると考えます。

地域貢献度が考慮されることになりましたが、今回の算定においてそのデータの算出法が不明確です。優れた専門医トレーニングをする施設は優遇されるべきであり、そこでトレーニングを受けた専門医の地域偏在がない分布を促すような施策こそ重要であると考えます。

#### 6. まとめ

以上のことより、今回のシーリング設定は麻酔科領域を含むその他の領域においても不適切なものであると考えます。また、シーリング設定の理論的根拠、算定数の妥当性についての議論が尽くされたとは考えられません。一方、国民に地域格差なく安全で標準的な医療を提供するための専門医を養成するという重要な機能を果たすためにも、専門医を目指す医師のためにも、この問題を先延ばしにすることはできないと考えています。本年度は暫定的に現在のデータを使用してスタートせざるを得ないとしても、シーリングを含む専門医養成計画について、データを定期的に更新し、その内容について基本領域学会、日本専門医機構、厚生労働省などが議論を尽くす必要があると考えます。国民医療の将来を支えるため、各基本領域において必要な数の専門医を養成するという理念のもとに、専門医制度を確立していくことが重要であると考えます。

以上