



麻酔科標榜医制度が廃止になる？

手稲区支部 白崎 修 一

麻酔科医になって25年が経ちました。四半世紀、長いものです。はじめた当時は吸入麻酔薬による全身麻酔が主流でしたが、最近では静脈麻酔での全身麻酔に変わってきています。

私が研修していた頃、出身大学の大学病院の手術室では外科系各科の医師による麻酔の研修が盛んに行われていました。麻酔科のスタッフクラスが血管確保や気管内挿管などの麻酔科としての基本手技から術中術後の全身管理まで他科の医師に教えていました。研修が終わった医師は自分の科に戻り、地方の病院に出張した際には“麻酔科で修行した”というお墨付きで“麻酔医”として働いていたものでした。今でも同様なことが行われていることでしょうか。むしろ世間には、そのようにして“麻酔医”を増やさなければ手術の麻酔ができなくなる、との風が吹いているのです。

6月18日、厚生労働省は、深刻な医師不足解消に向けて中長期的な対応策を示した「医療確保ビジョン」を発表しました。そのなかで、手術停滞を招く要因となっている麻酔科医の不足に対応するため、一定の経験を積んだうえで、国に麻酔科を専門とすることを申請する仕組みを廃止するとしています。一定の経験があれば、どの医師も麻酔科医として携われるようにすることも明記したものです。これが何を意図しているのか、私にはよくわかりません。

麻酔科標榜医制度は、昭和35年に厚生省医務局長通知による「麻酔科標榜の許可について」に基づき、医師免許取得後、麻酔の実施に関して十分な修練を行うことのできる医療機関において、十分な指導を行う医師のもとで、2年以上専ら麻酔の実施に関する修練を受けている、もしくは、2年以上麻酔の業務に従事し、か

つ、気管挿管による全身麻酔を主な麻酔担当医として300症例以上実施した経験を有している者が、厚生労働大臣あてに麻酔記録をはじめ詳細な書類を提出して審査を受ける制度です。これによってやっと「麻酔科」という標榜科を看板に掲げることができるのです。

この制度の欠点として、“更新制度がない”ことがありました。一度この許可を受けたら、たとえその後に麻酔をするという経験がなくても、いつまでも“麻酔科”としての看板を出し続けることができるわけです。

今年の日本麻酔科学会第55回学術集会（平成20年6月12日～14日）で、このことについて非常に興味深いシンポジウムがありました。題は「標榜医の現状と課題」というものです。数名の麻酔科医師による、麻酔科標榜医の歴史や活動状況、外科系標榜医のアンケート調査の結果などの報告があり、最後に、厚生労働省総務課課長補佐の方による「行政からの立場からみた麻酔科標榜医」という発表がありました。

ディスカッションになってからは、さきほど挙げた“更新制度がないための問題点”について熱く意見が交わされ、「名ばかりの標榜医を排除しなければならない。麻酔に携わっていることを証明するために、学会参加を義務付けてはどうか」などといった進歩的な意見も見られました。パネリストの課長補佐氏も、当たり障りがないながらも肯定の発言をされていたように記憶しています。それが、数日後には全く逆の“廃止論”がだされたわけです。

「じゃあ、あれはなんだったんだ」という気分になったのは私だけではないはずです。このシンポジウムに参加していた皆が、職場に戻ってすぐに落胆したに違いありません。

麻酔科標榜医制度は決してうまく機能していただけてはいないと思います。でも、最低限の麻酔経験を保障するための防波堤にはなっていたでしょう。病院の看板に“麻酔科”とあれば、麻酔科標榜医が常勤でいることがわかり、そこには標榜医の名前が掲載されていますから、少なくとも“麻酔を経験した者”がいるということが見えるのです。

この標榜医制度が廃止されると、麻酔専従の医師がいない病院であっても、麻酔科を標榜することができるようになります。とはいえ、もともと麻酔科標榜医でなければ麻酔を行ってはいけないなんて規則はないのですから、以前から外科系、内科系の医師が麻酔を行っている病院は多々あります。そこでのひとつの目安、すなわち、麻酔科を業としているそれなりの資格を持った医師が誰も勤務していない病院か否かが、この標榜医制度によって判別できたのです。

麻酔科医不足が叫ばれている中、なんとか、麻酔をする医師を増やさなければいけない、というのはよくわかります。しかし、医師であれば誰でもいいからというのは、理解できない。手術の麻酔は、モニターなどのテクノロジーの発達と、安定した麻酔深度を得ることが比較的簡単にできるような新しい麻酔薬の開発が進んだおかげで、かなり安全にできるようになりました。冒頭に書いたような、麻酔を数ヶ月研修した他科の医師でも、手術前に詳細に検査を進めた上で、ハイリスク患者を避けて、症例を選

んでいけば、全体の90%くらいの症例においては、安全に麻酔管理をすることができるでしょう。ただし、これは手術が予定どおり順調に経過するという仮定のもとに安全といえるのであって、予期せぬ事態に的確に対処できてこそ安全が保障されるのです。術前の心電図で問題がなくても、手術による刺激で心筋梗塞を発症してしまうことがあります。その際、術中の心電図モニター画面での微妙な変化と、それに伴う血圧や脈拍など循環器系のパラメータの変動から心筋梗塞を疑って、すぐさまその予測の元に対処を始めることで、危機的な状況に陥らずに手術を終えることができるのですが、そのようにないわば“勘”が働かない場合、後手後手になってとりかえしのつかない事態にはまりこんでしまうことは珍しくはないのです。

麻酔科標榜医制度が消え去ることで、麻酔専従の医師の手によって麻酔を受けるための患者側の判断基準がなくなってしまう。

幸いなことに麻酔科には、標榜医制度以外に学会認定の麻酔科認定医制度があります。麻酔科認定医、麻酔科専門医、麻酔科指導医と、やや複雑な制度ですが、患者にとって次の手段は、看板に掲げられていないこの資格を、インターネットで探し出して安全を確保するのでしょうか。それとも、「そんなの関係ない。過誤があったら訴えてやる！」というのが本音なのでしょうか。

(札幌秀友会病院)