

Journal Club

日本麻酔科医会連合 第8回学術・政策勉強会

日時: 2023年4月8日(土)

15:00~17:30

場所: 九段会館テラスコンファレンス&バンケット 3階バンケットホール 真珠

テーマ : 麻酔科医としてのアイデンティティはどこに行くのか



Japan Federation of Anesthesiologists



講演1.「麻酔科医を取り巻く環境変化について」

山蔭 道明（日本麻酔科学会 理事長／札幌医科大学麻酔科学教授）

質疑応答

講演2.「学術推進プロジェクト報告」

廣田 和美（日本麻酔科医会連合 学術推進プロジェクトリーダー／

弘前大学大学院医学研究科麻酔科学講座教授）

質疑応答

コメンテーター

内田 寛治（東京大学医学部附属病院 麻酔科・痛みセンター教授）

江木 盛時（京都大学大学院医学研究科麻酔科学分野教授）

藤野 裕士

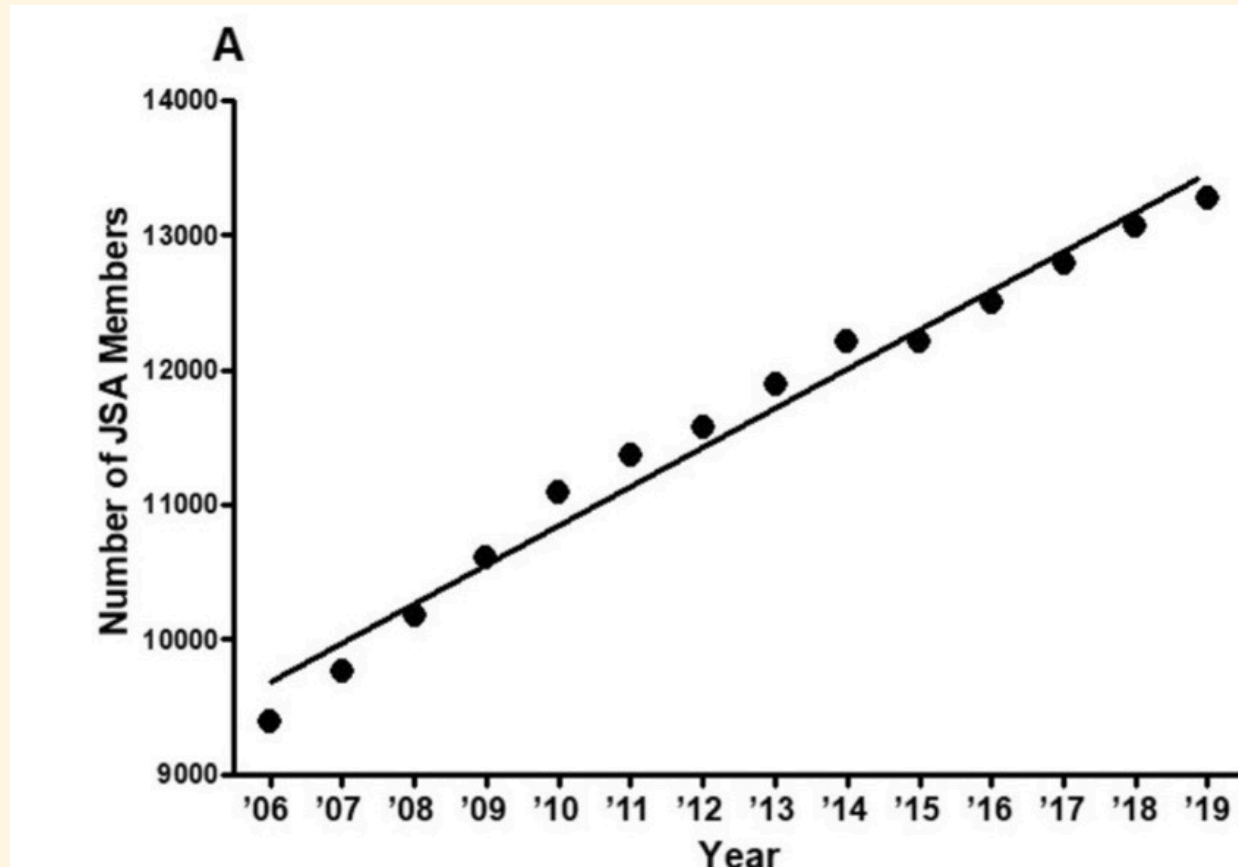
（大阪大学大学院医学系研究科・医学部生体統御医学講座 麻酔・集中治療医学教授）

麻酔科医を取り巻く環境変化

Issues in Anesthesiology

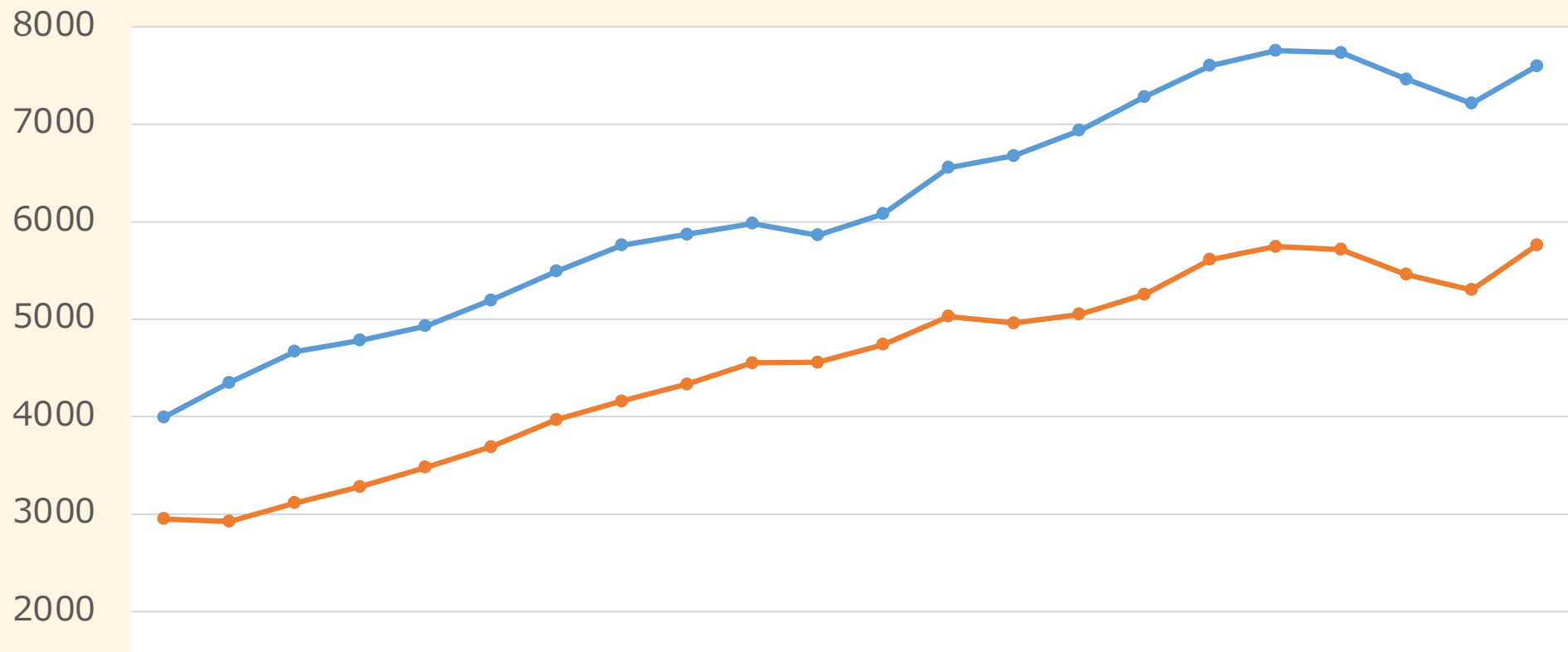


日本全体では麻酔科医は増えている…



JSA : Japan Society of Anesthesiologists

熊本大学病院手術数の推移

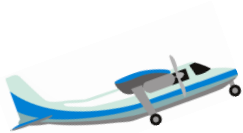


- ✓ 手術医療進歩に伴う安全性の向上 🙌 手術患者の増加
- ✓ 病院経営における手術医療の寄与度上昇 🙌 手術数増加
- ✓ 麻酔科医需要増 🙌 フリーター麻酔科医…

急性期総合病院の麻酔科医が相対的不足

タスクシフト

術中麻酔管理領域パッケージ特定看護師



導入



維持



覚醒

1. 気管チューブの位置調整
2. 人工呼吸設定の変更
3. 動脈血採血、血液ガス分析
4. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与
5. 硬膜外カテーテルによる鎮痛薬投与
6. 循環動態に係る薬剤投与関連

日本麻酔科学会 麻酔関連業務における特定行為研修修了看護師の安全管理指針

指針作成の目的

本指針は特定行為研修修了看護師、各種団体（組織）が認定する診療看護師、認定看護師ならびに医師を対象とし、手術室における麻酔関連業務の特定行為を実施するのに必要な、医療安全の確保を目的とする。

術中麻酔管理領域パッケージ特定看護師

安全管理指針抜粋

1. 手順書に示された指示の範囲内で行うこと。
2. 特定行為研修修了看護師1名につき1名の常勤麻酔科専門医, もしくは麻酔管理料IIの施設基準をみたす施設において1名の麻酔科標榜医の資格をもつ医師と実施すること。
3. 指示を行う医師は, 看護師に麻酔導入, 覚醒, 硬膜外麻酔, 脊髄くも膜下麻酔, 神経ブロックをさせないこと。
4. 麻酔説明書に特定行為研修修了看護師が実施する行為を明記し, 患者に説明し同意を得ること。特に侵襲性の高い行為については個別に説明し同意書に記載すること。
5. 特定行為研修修了看護師1名はその症例の麻酔関連業務に専従し, 他の看護業務を行わないこと。

- 「看護師が、診療の補助の範囲を超えて、業として麻酔行為を行うことは医師法違反になるものと解される」(昭和四〇年七月一日, 医事第四八号, 日本麻酔学会長あて厚生省医務課長回答)
- 特定行為看護師が特定行為を超える麻酔行為を行うと法律違反。
- 日本の特定行為看護師, 手術看護特定認定看護師は, 米国における Nurse Anesthetist (麻酔看護師) とは全く異なる

Certified Registered Nurse Anesthetistとは

- 看護師資格取得後, Master of Science Degree in Nurseを修了
- Accredited nurse anesthesia educational program (2-4年) 修了後、
国家試験に合格する必要がある。
- 歴史は古く1800年代半ばから戦場で活躍。1931年に国家資格。
- 基本的には麻酔科医管理下で麻酔を行うが、州によっては単独での麻酔
管理が可能。
- 基本的に全ての麻酔手技, 周術期管理ができる。
- 日本では, CRNAに近い周麻酔看護師を独自に養成している施設もある。

麻酔科医の担当症例数と手術患者の予後の関連

FULL TEXT

JAMA Surgery

Multicenter Study > JAMA Surg. 2022 Sep 1;157(9):807-815.

doi: 10.1001/jamasurg.2022.2804.

Association of Anesthesiologist Staffing Ratio With Surgical Patient Morbidity and Mortality

Michael L Burns¹, Leif Saager², Ruth B Cassidy¹, Graciela Mentz¹, George A Mashour¹, Sachin Kheterpal¹

米国では麻酔科医管理下で麻酔の多くを麻酔看護師が担当している。

麻酔科医が同時に管理する（麻酔看護師による）麻酔症例数と手術患者の予後を調べた。

麻酔科医の担当症例数と手術患者の予後の関連

P: 18歳以上の非心臓手術患者 (Major surgery) : 578,815例

Retrospective, 麻酔看護師/麻酔科医の比率で群わけ. Propensity matching

E: 麻酔科医が1症例を管理 : Group 1: 48,555例

麻酔科医が1-2症例の管理を掛け持ち : Group 1-2: 247,057例

麻酔科医が2-3症例の管理を掛け持ち : Group 2-3: 216,193例

麻酔科医が3-4症例の管理を掛け持ち : Group 3-4: 67,010例

O: 主要評価項目 : 30日死亡率, 手術合併症発生率

麻酔科医の担当症例数と手術患者の予後の関連

- Group1-2と比較するとGroup2-3の患者は死亡率と合併症発生率が相対的に**4%**上昇した。

(5.06% vs 5.25%; adjusted odds ratio, 1.04; 95% CI, 1.01-1.08; P = .02)

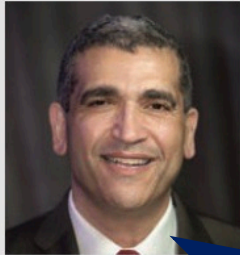
- Group1-2と比較するとGroup3-4の患者は死亡率と合併症発生率が相対的に**14%**上昇した。

(5.06% vs 5.75%; AOR, 1.15; 95% CI, 1.09-1.21; P < .001)

NEWS THAT MATTERS

Must-see science and expert perspectives from the *ASA Monitor* Editorial Board

PRACTICE MANAGEMENT



Amr E. Abouleish, MD,
MBA, FASA
ASA Committee on
Practice Management

Association of Anesthesiologist Staffing Ratio with Surgical Patient Morbidity and Mortality

Abstract

In the wake of news coverage and studies examining surgeons with overlapping surgical procedures and patient outcomes, Burns et al. examined anesthesiologists covering overlapping anesthesia cases and the staffing ratio impact on patient outcomes in this retrospective, cross-sectional study of major noncardiac inpatient surgical cases at U.S. academic and pri-

2-3 and 3-4 had a 4% and 5.25% increase, respectively, in risk-adjusted mortality and morbidity.

Why it matters

In a strategy to reduce staffing costs, anesthesiology groups are pressured to increase staffing ratios and sometimes forced to create staffing models with high ratios. In contrast to previous studies on anesthesia outcomes using claims database, this study utilizes a large database that is populated by the EMR that provides more gran-

The results are consistent with daily clinical experience.

and Group 3-4 (>3 and ≤4). The major outcomes were 30-day mortality and major surgical morbidity in six areas (cardiac, respiratory, gastrointestinal, urinary, bleeding, and infectious complications). Major exclusions were personally performed cases, cases at night or weekend cases, and fixed staffing ratio cases (e.g., cardiac surgery). More than 575,000 cases were included. Compared to Group 1-2, Groups

and Group 3-4 (>3 and ≤4). The major outcomes were 30-day mortality and major surgical morbidity in six areas (cardiac, respiratory, gastrointestinal, urinary, bleeding, and infectious complications). Major exclusions were personally performed cases, cases at night or weekend cases, and fixed staffing ratio cases (e.g., cardiac surgery). More than 575,000 cases were included. Compared to Group 1-2, Groups

mand matching” leads to worse patient outcomes. In other words, staffing ratios need to be determined by patient needs, and staffing models need to take this into account further. Extrapolating the results, this study provides evidence that having no anesthesiologist involvement in anesthesia care will lead to worse patient outcomes.

麻酔科領域におけるタスクシフトに関する議論

- 働き方改革推進に向け、麻酔科診療の看護師へのタスクシフト養成（厚労省→医療費削減, 外科学会→手術増）は当面続くと思われる。
- 術中麻酔管理特定行為看護師が増えると多少は麻酔科医需給バランスが改善する可能性はある。
- 一方, 本邦には, Nurse Anesthetist養成の法整備, 文化や教育システムもなく制度設計, 教育システム構築, 文化醸成までは長期間を要すると思われる。
- 人口減に伴う病院集約化の方が先に進む? 🖱️ 麻酔科医需給バランス是正
- 麻酔科医の需給バランス是正は確実に来る 🖱️ 麻酔科医（だけではないですが）
選択される時代 🖱️ フリーター麻酔科医の終焉
- 手術麻酔 + α（心臓麻酔, 区域麻酔, 産科麻酔, ICU, ペイン, 緩和, 学術..等）の
専門性を高めていくこと（Deep skill）が求められる時代になるかも?!

麻酔科医を取り巻く環境変化

Issues in Anesthesiology

