平成２４年度

日本外科学会会員の労働環境に関する アンケート調査

報 告 書

平成２５年４月

一般社団法人日本外科学会
一般社団法人日本救急医学会
特定非営利活動法人日本胸部外科学会
特定非営利活動法人日本血管外科学会
特定非営利活動法人日本呼吸器外科学会
一般社団法人日本消化器外科学会
特定非営利活動法人日本小児外科学会
日本静脈経腸栄養学会
特定非営利活動法人日本心臓血管外科学会
一般社団法人日本大腸肛門病学会
日本内分泌外科学会
一般社団法人日本乳癌学会
日本腹部救急医学会
（順不同）

平成２４年度 日本外科学会会員の労働環境に関するアンケート調査報告書

目　次

Ⅰ　調査の概要 …… 1

Ⅱ　調査の結果 …… 7

１　勤務先医療機関及び勤務状況等について

1.1　主たる勤務医療機関の開設主体 …… 7
1.2　勤務医療機関の種別 …… 8
1.3　勤務医療機関の病床規模 …… 9
1.4　勤務医療機関の外科病床数 …… 9
1.5　勤務医療機関における現在の役職 …… 10
1.6　勤務医療機関の常勤外科医数 …… 11
1.7　年収 …… 13
1.8　兼業の状況 …… 15
1.9　兼業の時間数 …… 17
1.10　兼業収入の割合 …… 18
1.11　専門領域 …… 19
1.12　所属学会 …… 19
1.13　労働時間 …… 20
1.14　担当外来患者数・入院患者数 …… 27
1.15　当直・緊急業務・オンコールの状況 …… 30
1.16　休日・休暇の状況 …… 34

２　外科医としての現状と今後

2.1　自身の労働時間について …… 36
2.2　外科医労働時間の短縮方法 …… 38
2.3　自身の賃金への満足度 …… 39
2.4　外科医賃金体系の問題点 …… 42
2.5　外科手術の診療報酬について …… 43
2.6　ＮＣＤデータベースの入力者 …… 43
2.7　外科診療における医療事故・インシデントの原因 …… 45
2.8　当直明けの手術参加経験の有無 …… 46
2.9　医療訴訟リスクが治療の選択・実施に与える影響について …… 49
2.10　医療訴訟経験の有無 …… 50
2.11　診療科再度選択可能な場合の選択したい診療科 …… 53
2.12　後輩等への外科医選択勧奨意向 …… 54
2.13　現在の勤務状況での不満点 …… 55

2.14　支援希望事項 ····· 57

３　診療報酬改定について
3.1　平成 22 年度・平成 24 年度診療報酬改定内容の認知 ····· 59
3.2　診療報酬改定後の労働環境改善について ····· 61
3.3　診療報酬改定後に改善された事項 ····· 62
3.4　改善された事項の具体的な内容 ····· 64
3.5　労働環境が改善されない理由 ····· 67

４　自由意見（一覧） ····· 69

付）調査票（Web 画面）

Ⅰ　調査の概要

１　調査の目的

平成 22 年度診療報酬改定において、勤務医、特に医療崩壊につながる外科医の窮状を救う意味から、手術料の大幅増額が行われた。これを受けて、日本外科学会では平成 23 年 3 月に、診療報酬改定がどの程度の病院増収をもたらし、外科医の労働環境が改善したかについて調査した。結果はすでに公表済みであるが、外科医に特化した方策をとっていただいた病院はわずか 10%程度であり、増収の多くは病院全体の赤字補填に使用されたり、病院職員全体の労働環境改善に使用されたりして、多くの外科医は以前と変わらない過酷な労働環境に置かれていた。日本外科学会としては、この現状を厚生労働省に訴えて更なる改善を求めたところであるが、その結果、平成 24 年度の改定でも手術料は増額された。そこで、もう一度外科医の労働環境についてアンケート調査を行うこととした。

２　調査の対象

調査は日本外科学会および趣旨に賛同された外科系関連学会の連名で行い、日本外科学会会員のうち、電子メールアドレスが判明している者すべてを対象とした。

３　回収数（回答数）

【回収状況】

	メール配信数	有効回収数	有効回収率
全　体	28,000	8,316	29.7%

４　調査の期間

平成 24 年（2012 年）10 月 30 日～12 月 10 日

５　調査の方法

Web（インターネット）による調査

※　各会員に対し、電子メールで調査実施・回答画面 Web サイトＵＲＬを告知した。

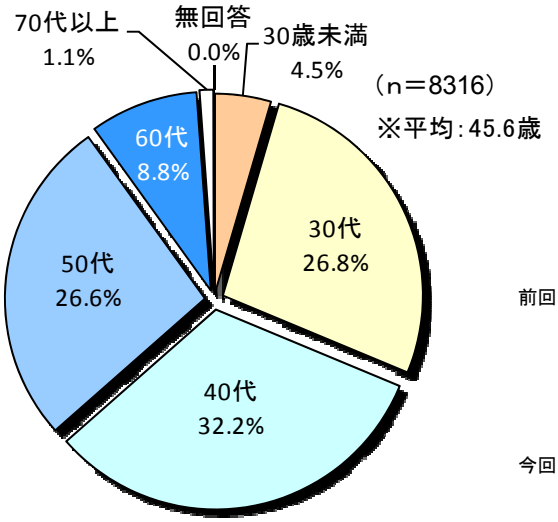
６　調査の項目

別添調査票（Web 画面）参照

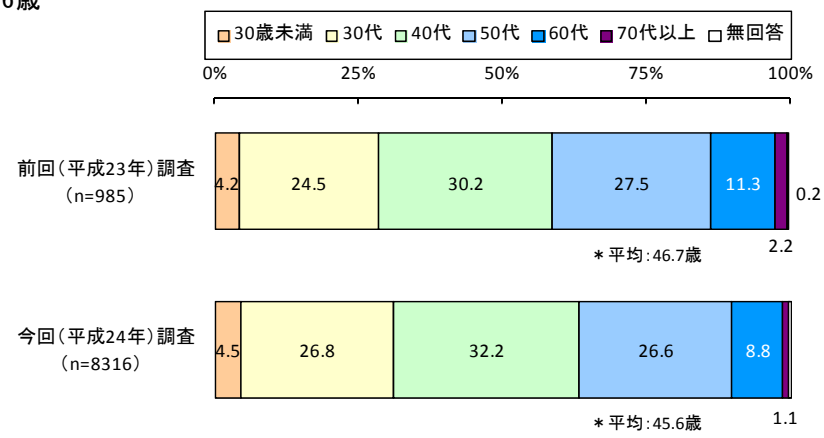
7　回答者の属性

①　年齢階級（年代）、性別

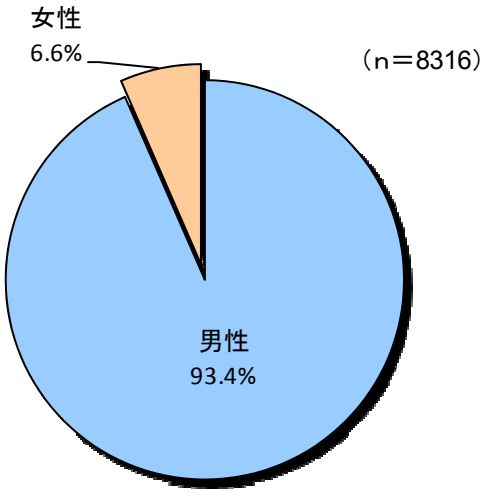
■　年齢階級－全体－



【前回調査との比較】

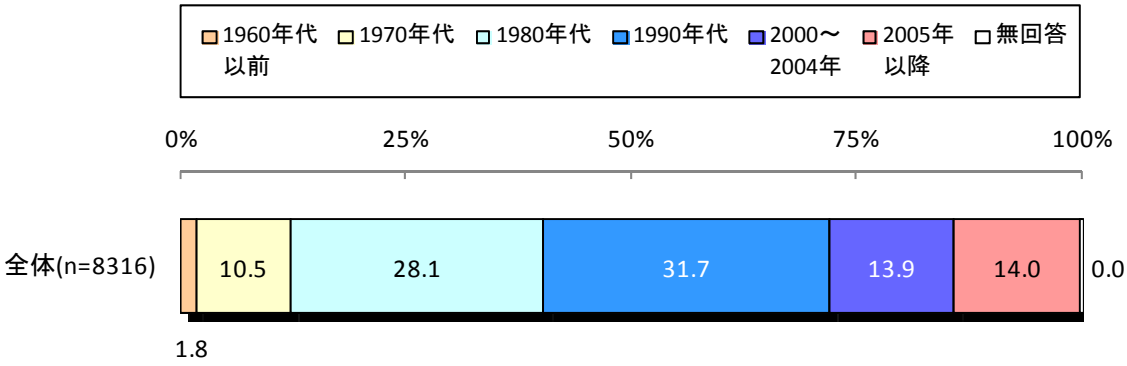


■　性別－全体－



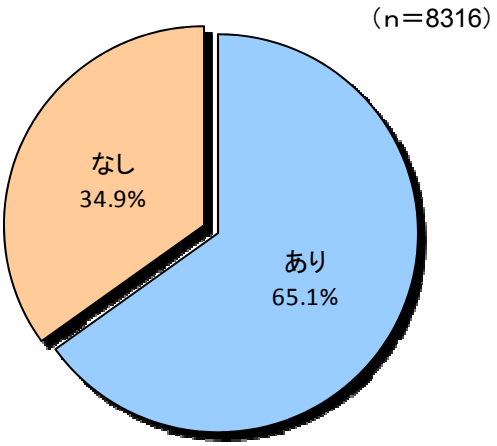
②　卒業年度

■　卒業年度（年代）－全体－

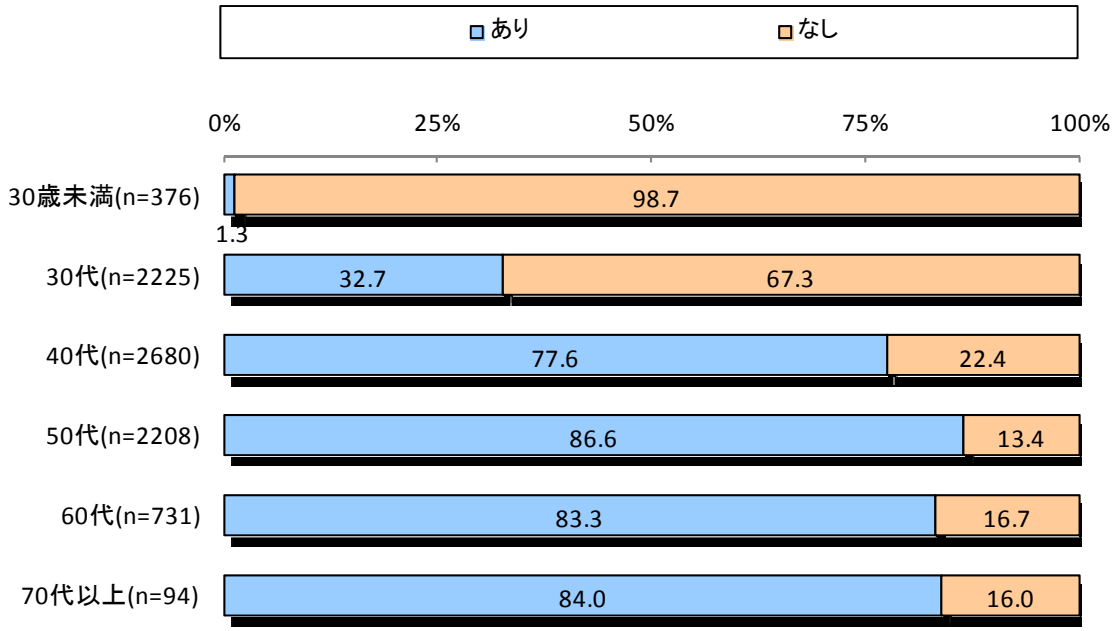


③　学位取得の有無

■　学位取得の有無－全体－

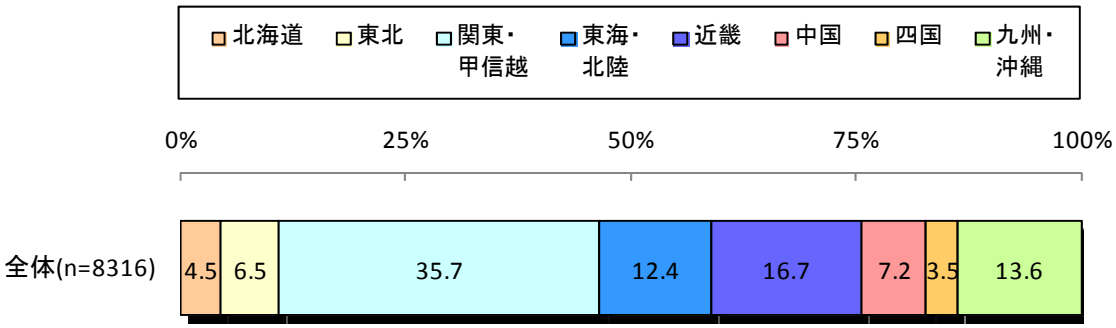


■　年齢階級別にみた学位取得の有無



④　勤務先所在地（地域ブロック）

■　勤務先所在地－全体－



■　都道府県別にみた勤務先－対象者（回答者）数－

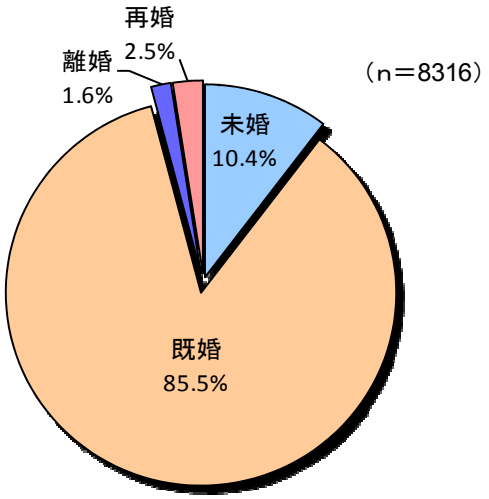
地域ブロック	都道府県名	対象者数（人）
北海道	北海道	374
東北	青森県	63
	岩手県	70
	宮城県	186
	秋田県	65
	山形県	53
	福島県	103
関東甲信越	茨城県	161
	栃木県	125
	群馬県	124
	埼玉県	288
	千葉県	357
	東京都	1116
	神奈川県	505
	新潟県	128
東海北陸	富山県	73
	石川県	100
	福井県	54
	山梨県	49
	長野県	112
	岐阜県	107
	静岡県	204
	愛知県	399
	三重県	91

地域ブロック	都道府県名	対象者数（人）
近畿	滋賀県	77
	京都府	202
	大阪府	641
	兵庫県	324
	奈良県	81
	和歌山県	61
中国	鳥取県	41
	島根県	51
	岡山県	163
	広島県	228
	山口県	116
四国	徳島県	61
	香川県	80
	愛媛県	101
	高知県	47
九州・沖縄	福岡県	452
	佐賀県	53
	長崎県	107
	熊本県	131
	大分県	113
	宮崎県	61
	鹿児島県	123
	沖縄県	95

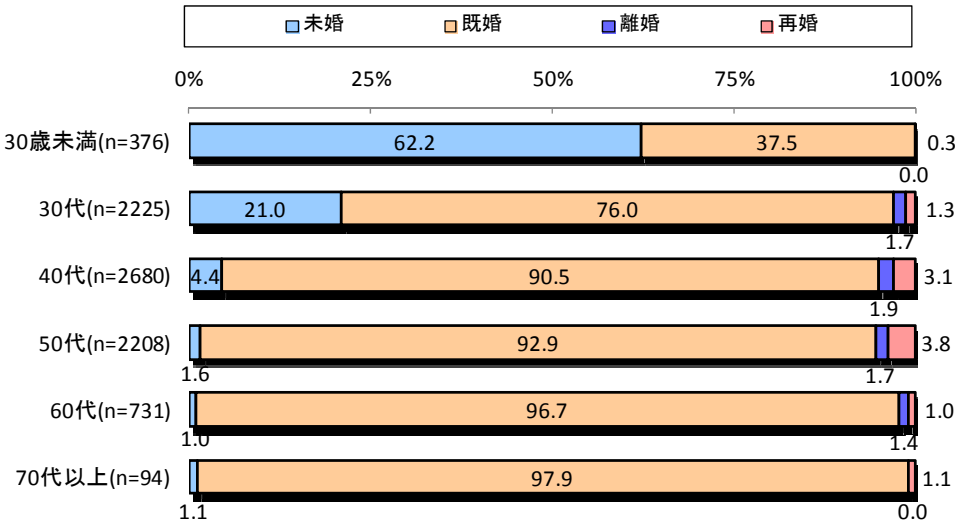
合　計	8316

⑤　家族状況

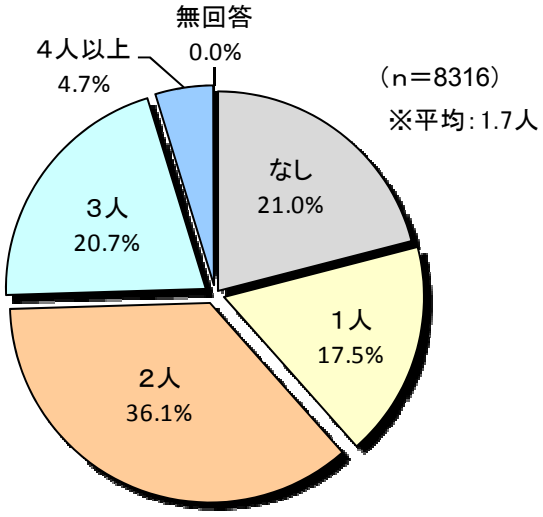
■　婚姻状況－全体－



■　年齢階級別にみた婚姻状況



■　子供の人数－全体－



Ⅱ　調査の結果

1　勤務先医療機関及び勤務状況等について

1.1　主たる勤務医療機関の開設主体

今回（平成 24 年）調査の回答者の主たる勤務医療機関は、「私立病院」が 23.6%を占めてもっとも多い。次いで、「大学病院（旧国公立）」が 18.9%であった。さらに、「公的病院」が 13.9%、「大学病院（私立）」が 13.4%となっている。前回（平成 23 年）調査でも私立病院がもっとも多かったが、次位は「公的病院（自治体病院以外、日赤、済生会等）」であったから、今回調査では「大学病院（旧国公立）」と「公的病院」が入れ替わっている形となっている。

これを、地域ブロック別にみると、全般に、「私立病院」が相対的に多いことに変わりないが、東北では「大学病院（旧国公立）」、また関東甲信越では「大学病院（私立）」が「私立病院」以上に多いことなどが見て取れる。なお、こうした状況は前回調査にほぼ準ずるものである。

図 1.1　主たる勤務医療機関の開設主体－全体－

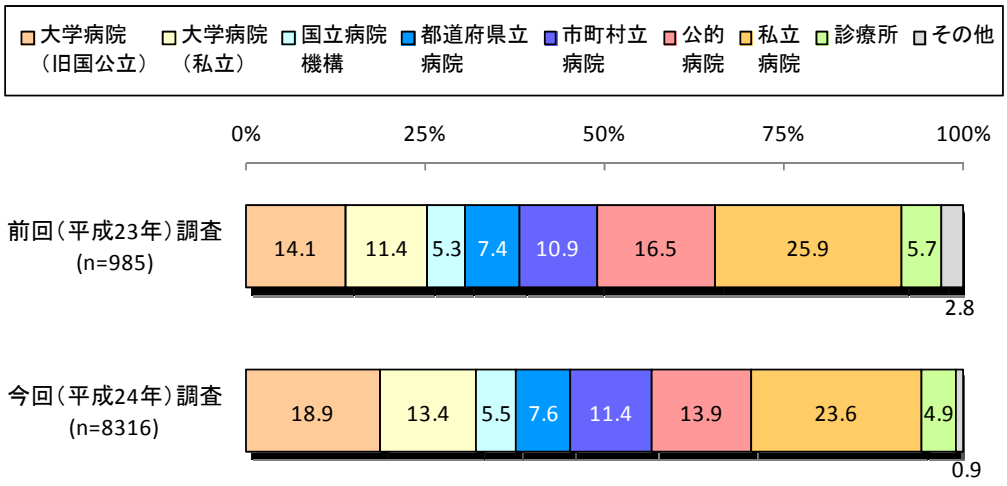
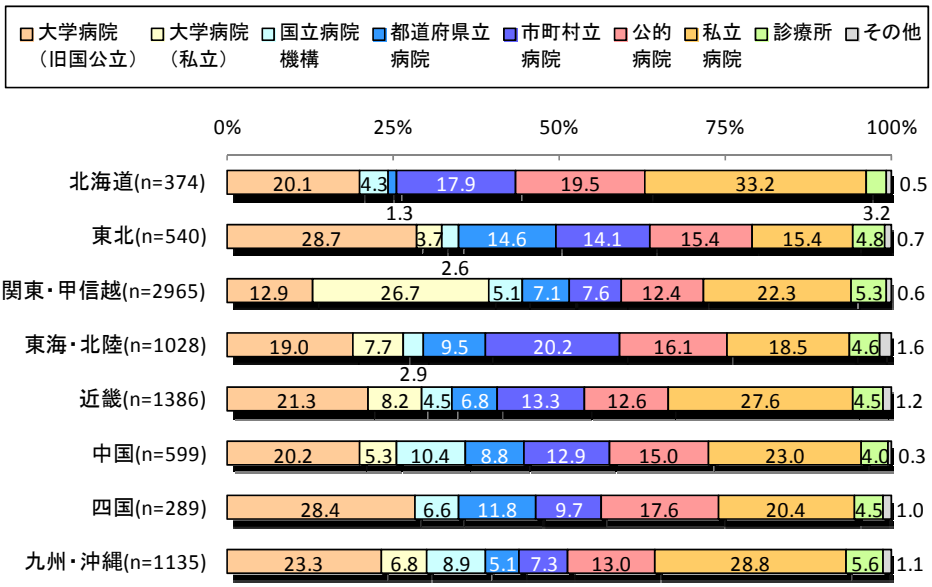


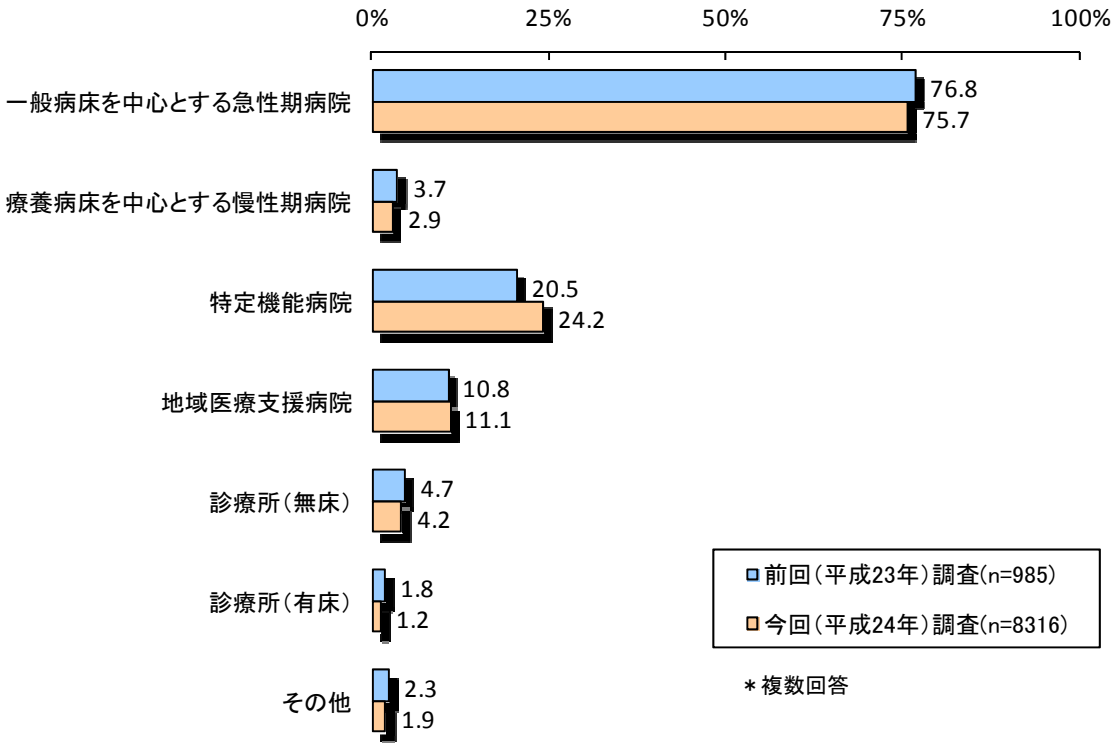
図 1.1.2　地域ブロック別にみた主たる勤務医療機関の開設主体



1.2　勤務医療機関の種別

本調査回答者の勤務医療機関種別（複数回答）としては、「一般病床を中心とする急性期病院」が突出して多く、75.7%にのぼる。前回調査においてもこの割は 76.8%であったから、ほとんど同等である。次いで、大学病院本院等の「特定機能病院」が 24.2%、さらに「地域医療支援病院」が 11.1%であった。他はいずれも 5%に満たないが、病院のなかでは「療養病床を中心とする慢性期病院」は 2.9%にとどまっている。さらに、有床、無床を合わせた診療所が 5.4%（無床診療所 4.2%、有床診療所 1.2%）であった。比率の絶対値をはじめ、アンケート調査回答者の勤務医療機関の種別は前回調査と今回調査とでほぼ変化なしといえる。

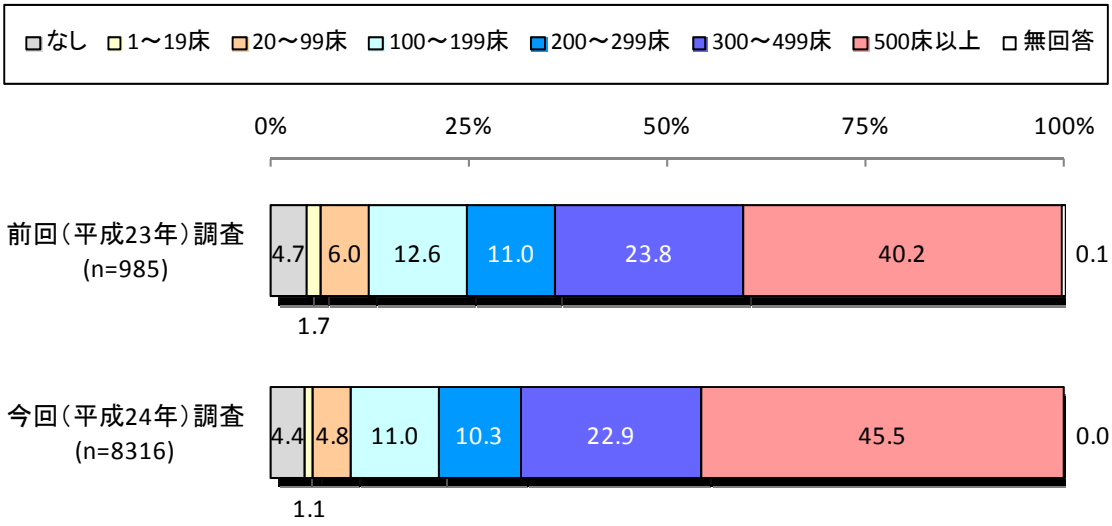
図 1.2　勤務医療機関の種別－全体－



1.3　勤務医療機関の病床規模

今回調査対象者の主たる勤務医療機関の病床規模をみると、全体の 45.5%が 500 床以上であり、さらにこれに次ぐのが「300～499 床」の 22.9%であり、7 割近く（68.4%）が 300 床以上の大規模病院勤務者であった。これは前回調査でも同様であり、全体の 64%が 300 床以上の病院勤務者であった。

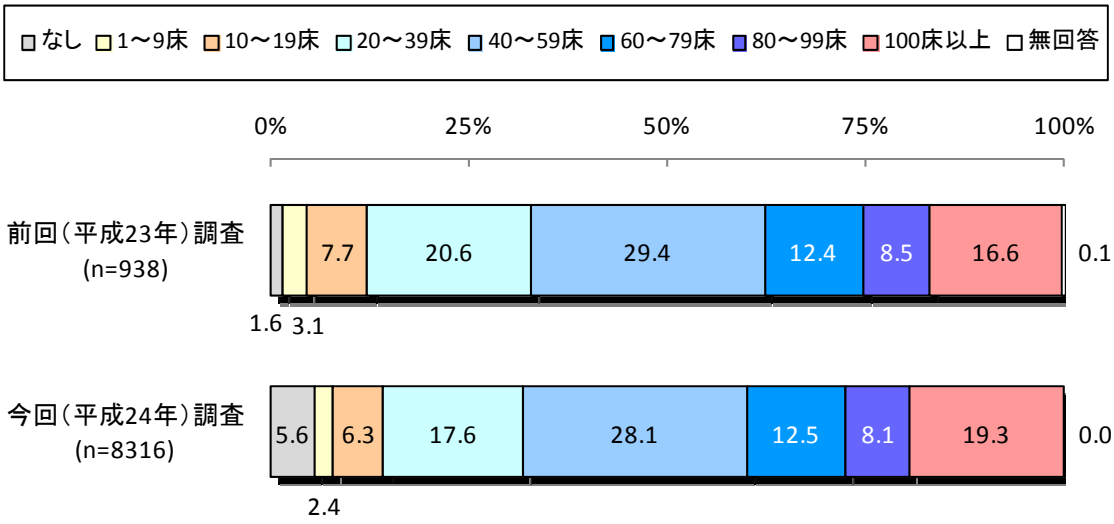
図 1.3　勤務医療機関の病床数－全体－



1.4　勤務医療機関の外科病床数

勤務医療機関の外科病床数は、「40～59 床」が 28.1%を占めてもっとも多い。次いで、「100 床以上」が 19.3%である。なお、前回調査では「20～39 床」病院が相対的に多かった（20.6%）が、今回調査では上述のように 500 床以上病院が 45%を占め、病院全体の病床規模が大きいことに対応する形で「100 床以上」の外科病床を有する病院が多くなっている。

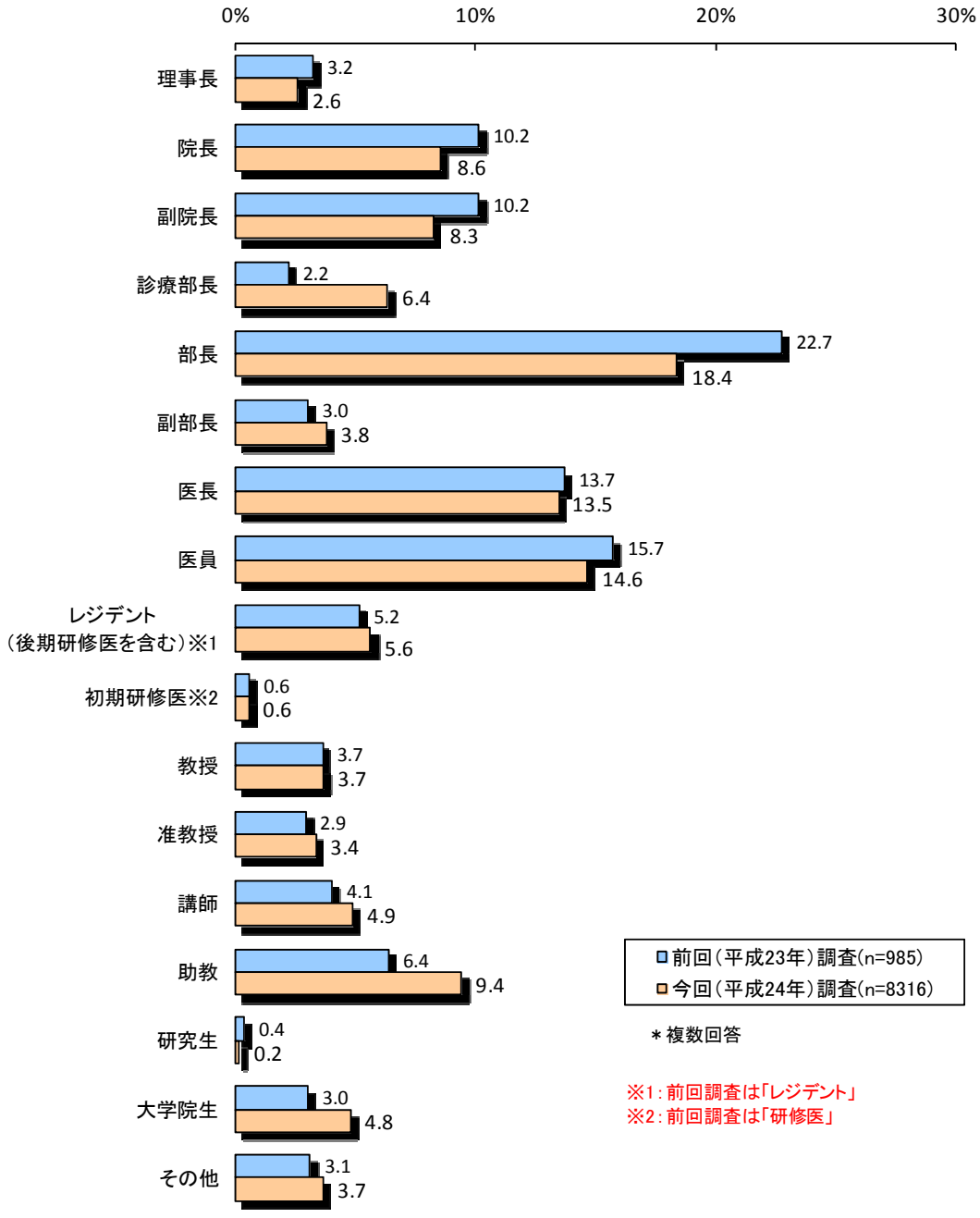
図 1.4　勤務医療機関の外科病床数－全体－



1.5　勤務医療機関における現在の役職

勤務医療機関における現在の役職を複数回答方式で聞いたところでは、「部長」が 18.4%でもっとも多い。次いで、「医員」（14.6%）、「医長」（13.5%）が 10%以上となっている。前回調査と比較すると、「部長」がもっとも多いことは同様であるが、その割合は約 4 ポイント低下している。また、「院長」「副院長」等の病院経営・運営幹部層の割合も僅かながら減少している。その一方で、「診療部長」「助教」の割合は高まっている。今回調査の回答者数は前回調査の約 8 倍と、大きく増えていることもあり、役職の上でも幅広い層から回答が得られたといえる。

図 1.5　勤務医療機関における現在の役職－全体－



1.6　勤務医療機関の常勤外科医数

調査対象者勤務医療機関の常勤外科医数は、医療機関の種別や病床規模と関係するところから、全般に分散する。本調査の対象の勤務医療機関は、前述のように急性期病院や大規模病院が相対的に多いことから、「20 人以上」が 24.1%を占めているが、一方で「5～9 人」の 25.8%、「2～4 人」が 18.1%など、半数強は 10 人未満となっている。平均は 16.9 人であった。なお、こうした割合構成や平均値は前回（平成 23 年）調査とほとんど変動がない。

なお、今回調査における常勤女性外科医師数については、70%が「１人以下」としており、次いで「2～4 人」が 17.7%であった。平均も 2.2 人であり、平均値で比較する限り、常勤外科医全体に占める女性の割合は 13.0%（＝2.2 人／16.9 人×100）に相当することになる。

これを主たる勤務医療機関別にみると、大学病院の場合は旧国公立、私立を問わず、病床規模も大きいところから、平均 30 人強となっている。他では国立病院機構、都道府県立病院が 14 人台、さらに公的病院（自治体病院以外、日赤、済生会等）、市町村立病院が平均 10 人前後となっている。

図 1.6　勤務医療機関の常勤外科医数－全体－

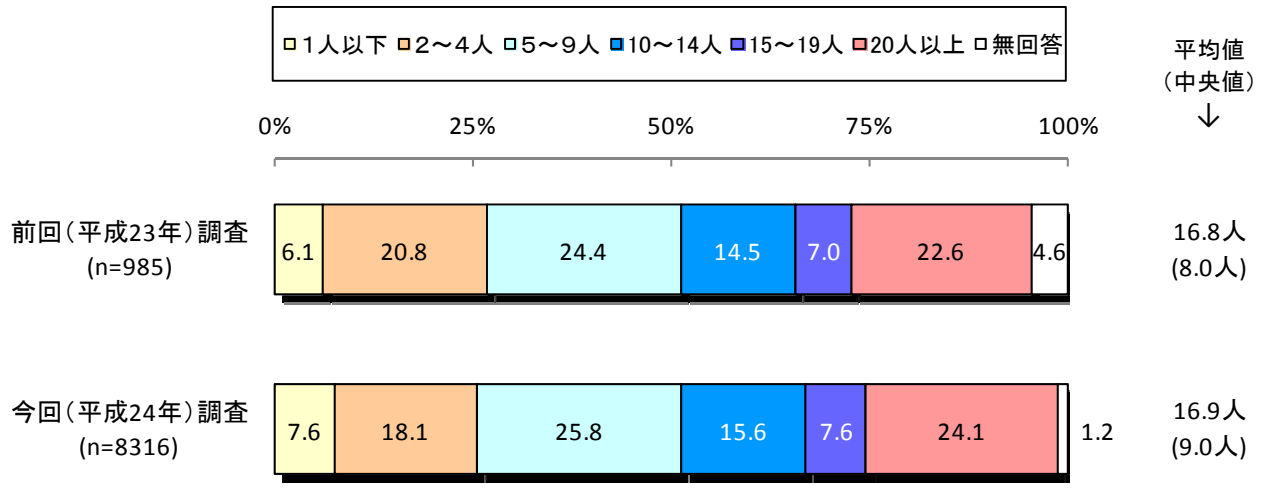


図 1.6.2　勤務医療機関の常勤女性外科医数－全体－

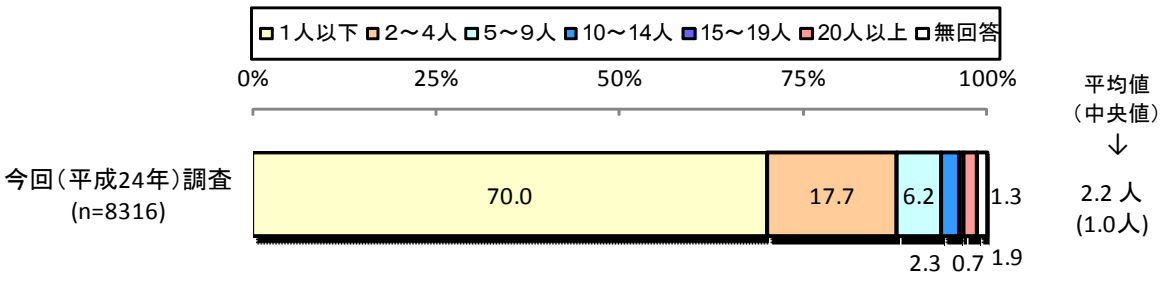
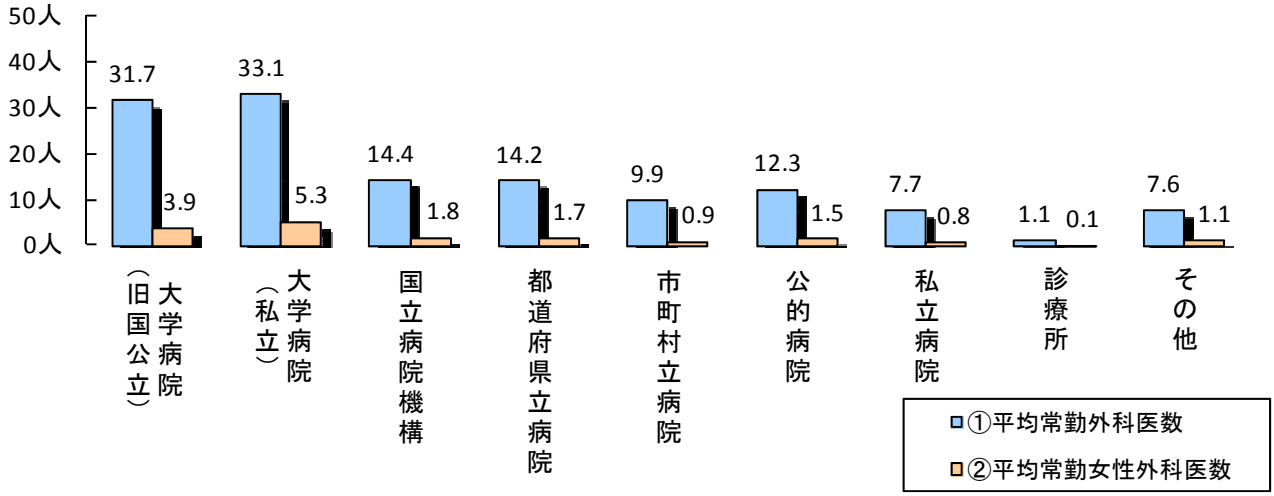


図 1.6.3　主たる勤務医療機関別にみた平均常勤外科医数



1.7　年収

昨年度の税込み年収（確定申告の場合は「所得」）を聞いたところでは、分布上は「1,400～1,600万円未満」がもっとも多く19.5%を占めている。これは前回調査と同じであるが、次位は前回調査では「2,000～3,000万円未満」（16.6%）であったが、今回調査では13.3%にとどまり、「1,000万円未満」が15.9%となっている。その結果、平均年収は1,456.3万円で前回調査の1,538.4万円の95%程度にとどまっている。調査対象のほとんどを占める勤務医の場合、年収は年齢・年代との関係が強いと思われるが、今回調査平均年齢は45.6歳であり、前回調査の46.7歳と比べやや低くなっていることなどが関係しているものと考えられる。

年齢階級（年代）別にみると、30歳未満では1,000万円未満が大多数を占める（78.2%）ことから、平均も695.2万円にとどまる。また、30代でも1,000万円未満が相対的に多いほか、1,000～1,400万円の層が厚く、平均は1,095.3万円となっている。一方、年収は年代の上昇に比例して増加し、50代、60代では平均2,000万円近くであるが、70代以上では（該当者数は少なくなるが）平均1,700万円弱となっている。こうした状況は前回調査と大きくは異ならないが、若年層での平均年収は低下傾向である。

図1.7　昨年度の税込み年収－全体－

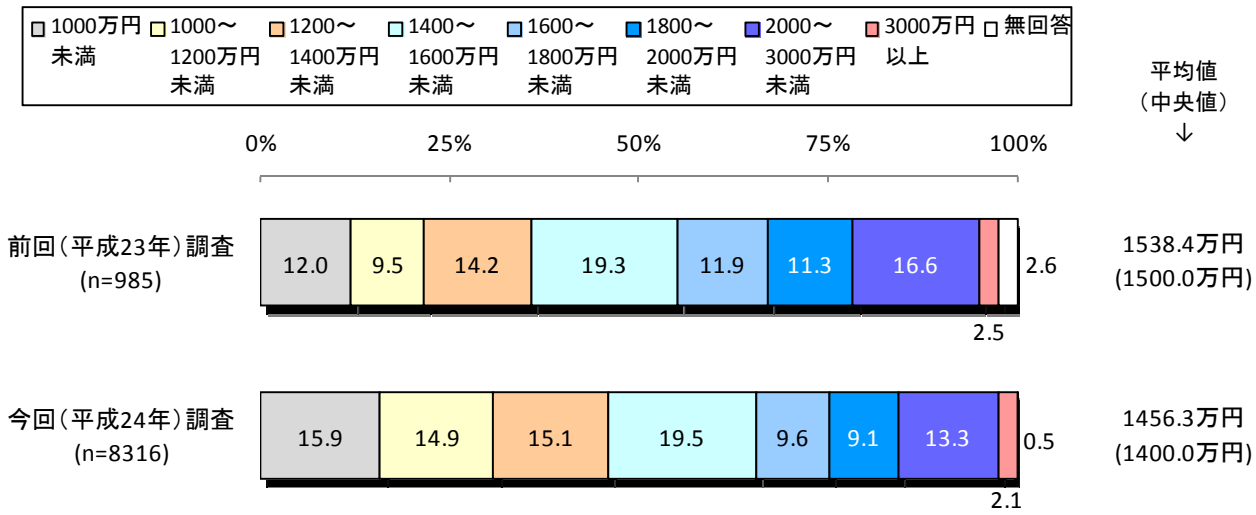
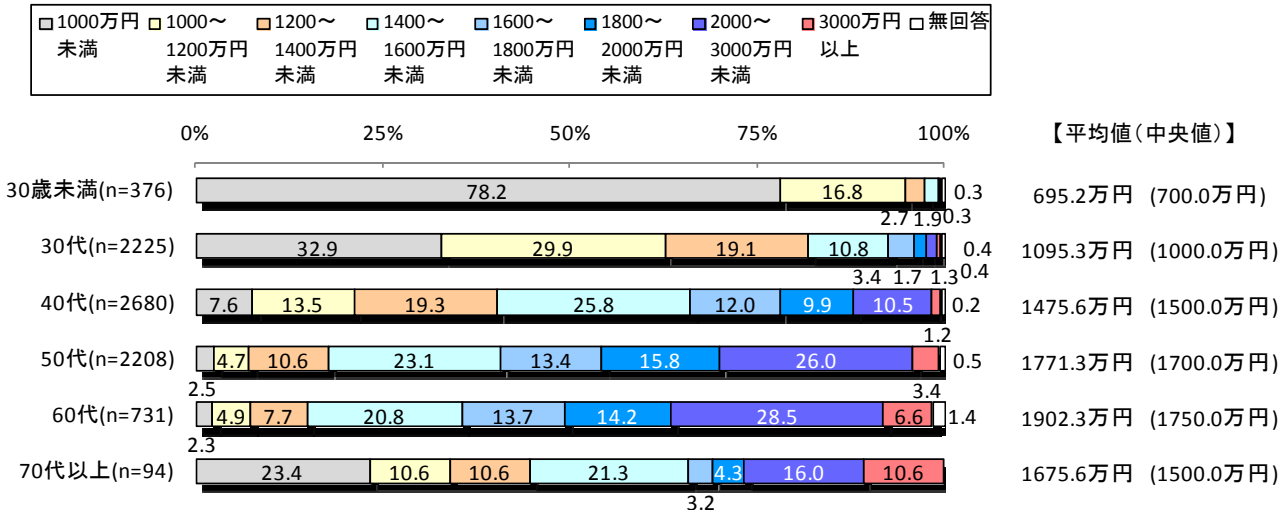


図1.7.2　年代別にみた昨年度の税込み年収



昨年度の税込み年収を勤務先医療機関の開設主体別にみると、「診療所」では「3,000 万円以上」が 20%強（21.2%）を占めることなどから、平均 2,156.3 万円と相対的に高い。次いで、「私立病院」が平均 1,706.7 万円である。他は、概ね 1,500 万円前後が多いが、「市町村立病院」が 1,526.8 万円で相対的に高い部類に属する。逆に、「大学病院（旧国公立）」では 1,114.5 万円と相対的に低い。前回調査では、平均でみて「診療所」2,340.2 万円、「私立病院」1,746.1 万円、「市町村立病院」1,564.5 万円、「大学病院（旧国公立）」1,187.2 万円であり、いずれの場合も減少となっている。

専門領域別では、平均値でみる限り、概ね 1,500 万円前後と、大きな格差は出ていないが、「呼吸器・縦隔」「乳腺・内分泌」「小児外科」は相対的に低い 1,300 万円台の 1,350 万円前後となっている。

図 1.7.3　勤務先医療機関開設主体別にみた昨年度の税込み年収

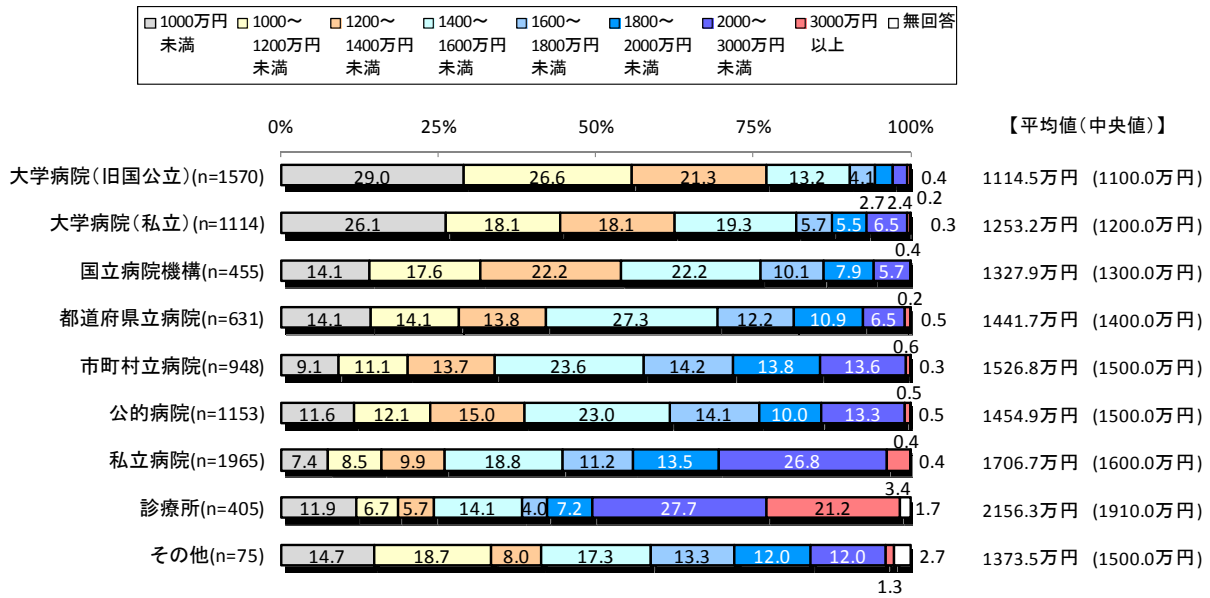
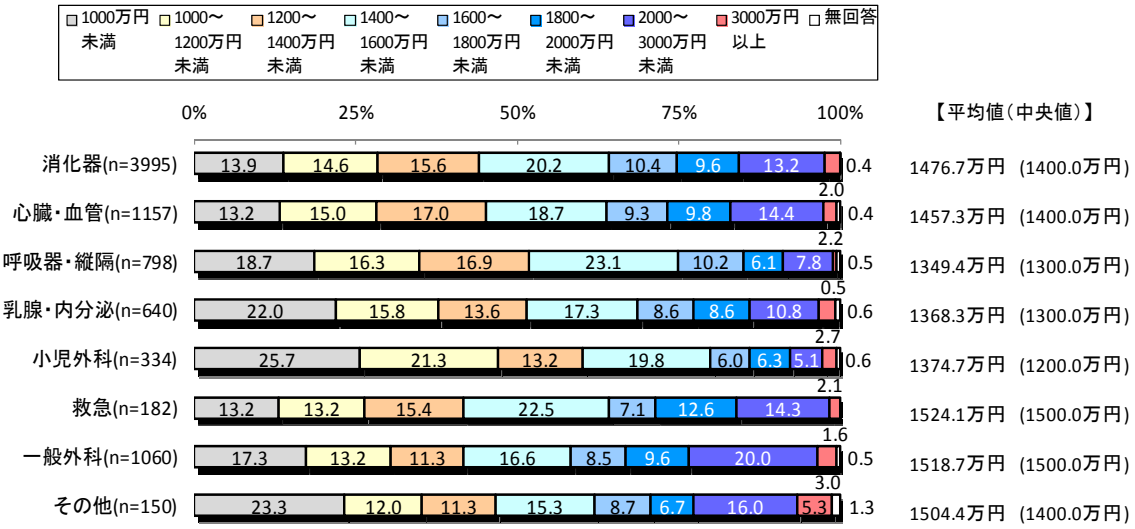


図 1.7.4　専門領域別にみた昨年度の税込み年収



1.8　兼業の状況

外科学会会員の「兼業」について、今回調査では『兼業（主契約病院・施設以外での報酬を伴う業務や無報酬の学会活動）していますか？』と、兼業の範囲を明示する形で聞いた。（前回調査では単に『兼業していますか』としたため、数値の変動が大きいため、前回調査との比較は行わないこととする。）

全体では 52.6%が「はい」としており、半数以上が兼業していることになる。
これを、年代別にみると、兼業している割合は 30 代、40 代が約 55%のほか、50 代でも 50.6%と過半となっている。一方、「30 歳未満」41.2%と相対的に少ない。また、60 代も 45.0%にとどまっている。

兼業をしている場合は、兼業の理由を複数回答方式で聞いたが、「金銭のため」がもっとも多く、63.8%にのぼる。次いで、「病院依頼による地域医療支援等のため」も 45.9%と相対的に高い。他は「学会活動のため」の 16.4%をはじめ、いずれも 15%前後となっている。

図 1.8　兼業の有無－全体－

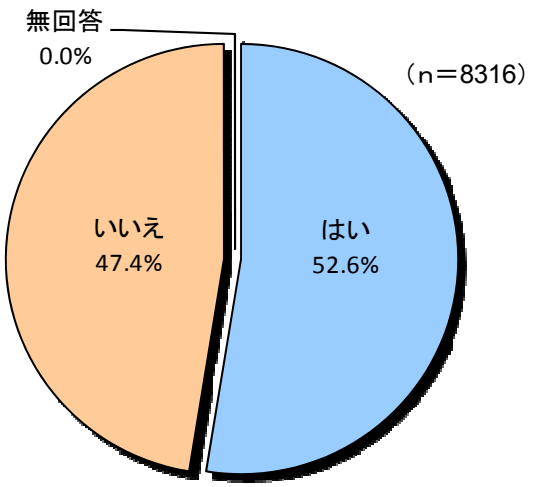


図 1.8.2　年代別にみた兼業の有無

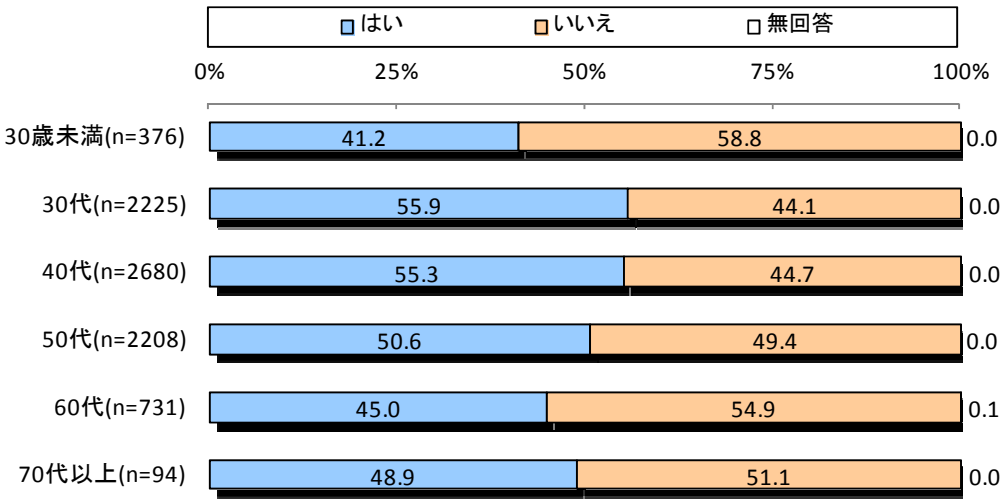
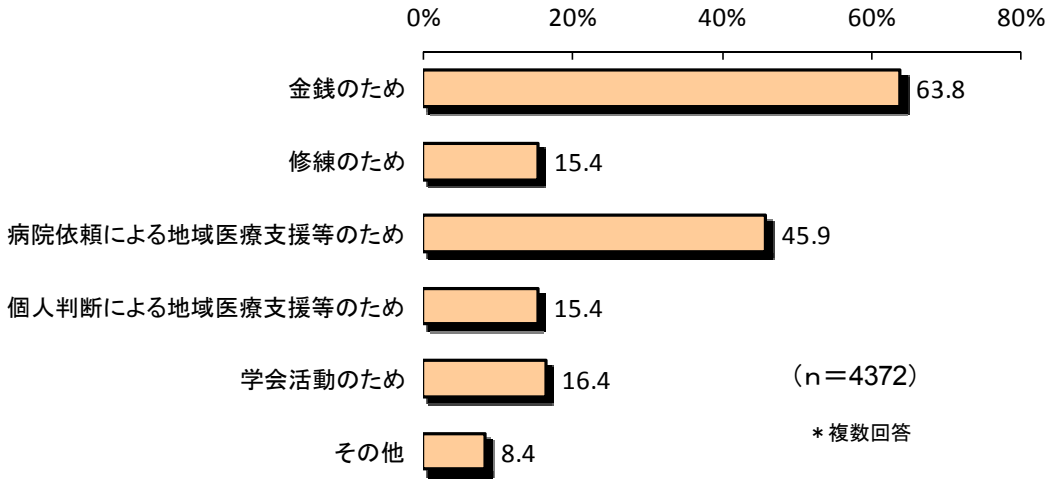


図 1.8.3　【兼業している場合】兼業理由－全体－



1.9　兼業の時間数

兼業している場合の１週間当たりの兼業日勤時間数は「5～10 時間未満」がもっとも多く、37.7%と約４割を占める。次いで「1～5 時間未満」が 28.2%、さらに「1 時間未満」が 12.9%と、これらを合わせた 10 時間未満が全体の約 8 割（78.8%）を占めている。一方、「30 時間以上」という長時間の兼業者は 5.5%であった。平均は 8.7 時間であり、1 週間のうちほぼ昼間 1 日を兼業に費やしているというのが平均像である。

次に、１週間当たりの兼業当直日数は「1～2 日未満」が 54.7%を占めて過半となっている。また、「１日未満」も 25.1%を占めるところから、平均は 1.2 日であった。

さらに、１週間当たりの学会活動時間数は、全般に分散するところから、個々人により関わり方の頻度・密度が大きく異なることがうかがわれる。平均は 4.0 時間であった。

図 1.9.1　【兼業している場合】１週間当たりの日勤時間数－全体－

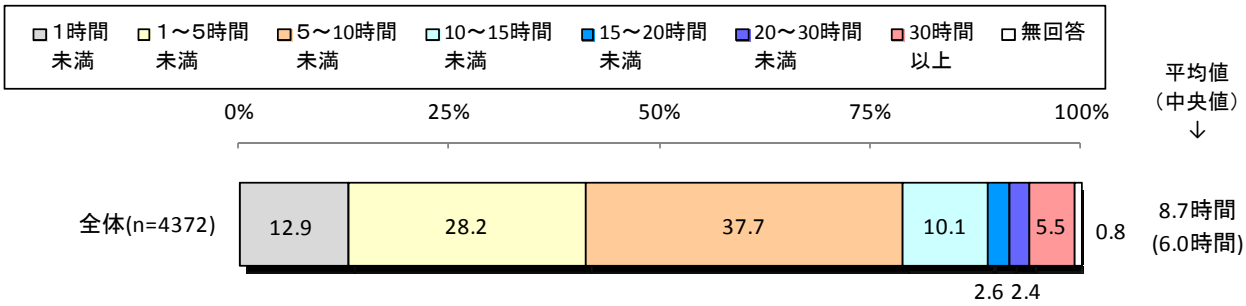
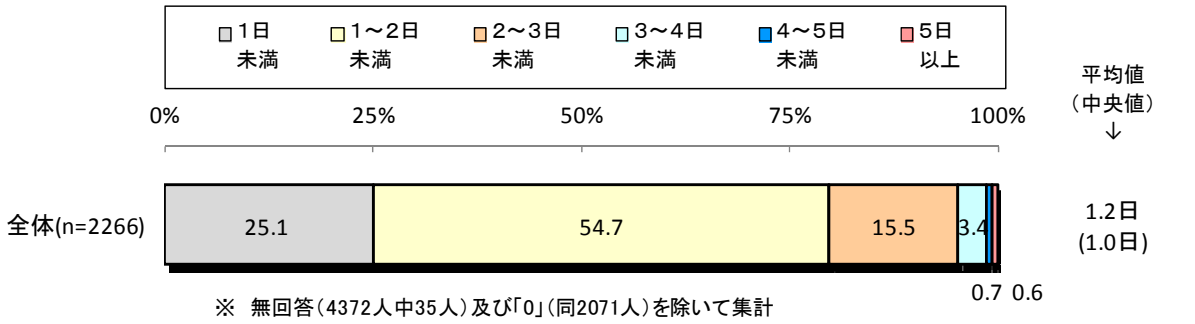
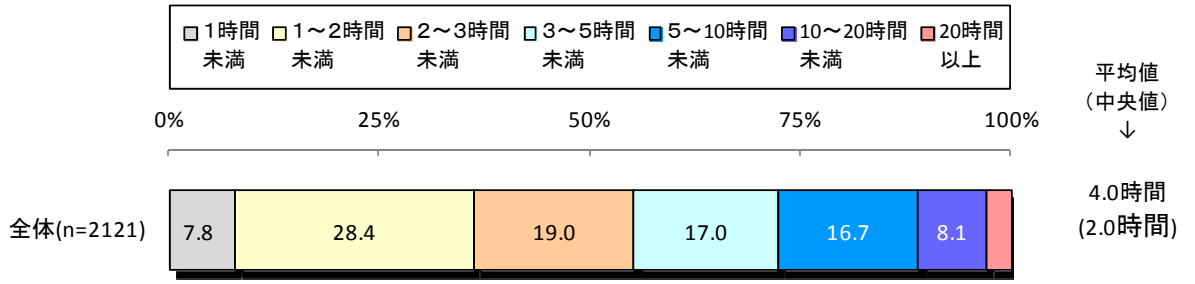


図 1.9.2　【兼業している場合】１週間当たりの当直日数－全体－



※　無回答（4372人中35人）及び「0」（同2071人）を除いて集計

図 1.9.3　【兼業している場合】１週間当たりの学会活動時間数－全体－

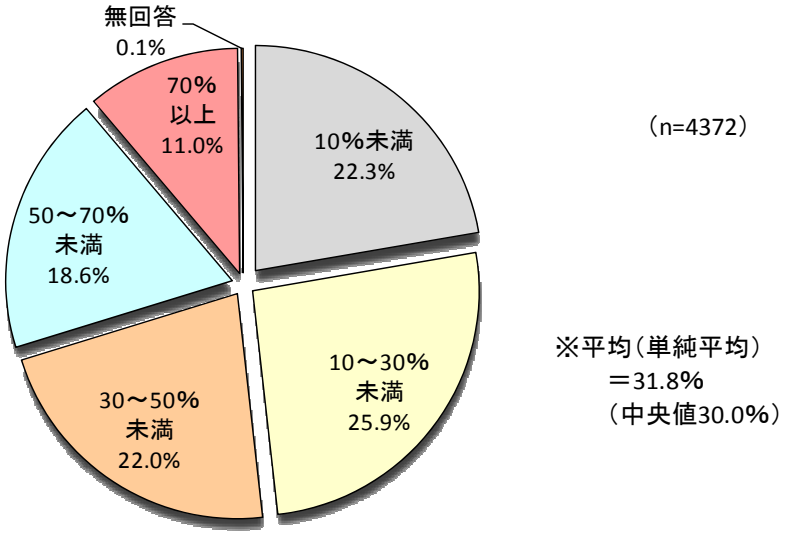


※　無回答（4372人中49人）及び「0」（同2202人）を除いて集計

1.10　兼業収入の割合

全収入に占める兼業の収入割合を、「10%未満」から「70%以上」の 5 レンジでみると、突出して多いレンジはなく、全般に分散する形となっており、「10～30%未満」が相対的に多い 25.9%となっているほか、その前後の層の「10%未満」「30～50%未満」もともに 20%強（それぞれ 22.3%、22.0%）であり、50%未満が約 70%（70.2%）を占める。一方、兼業収入が全収入の半分以上を占める層が残りの約 30%（29.6%）になるが、なかでも「70%以上」という兼業収入比率の高い層が 1 割強の 11.0%いることが着目される。

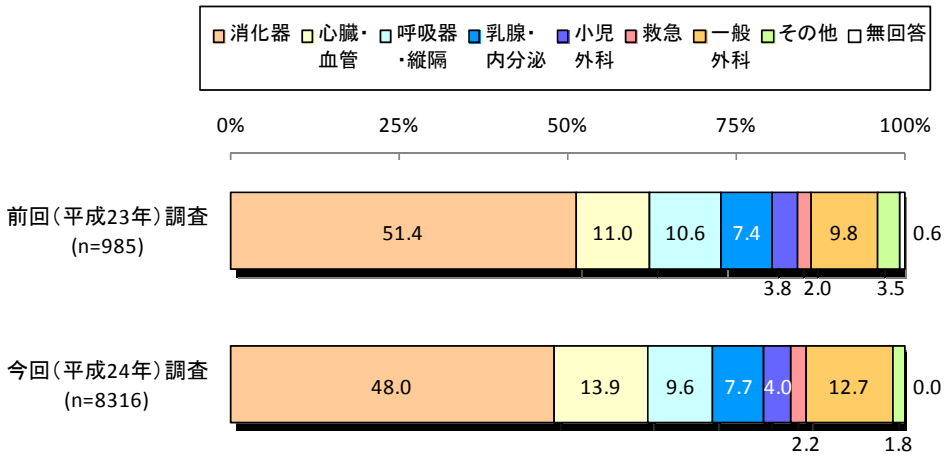
図 1.10　【兼業している場合】全収入に占める兼業収入の割合－全体－



1.11　専門領域

今回調査における対象者の専門領域は「消化器」が 48.0%と約半数を占める。他はいずれも 10 数%止まりであり、「消化器」が突出している。これは前回（平成 23 年）調査と大きな違いはないが、「心臓・血管」および「一般外科」の比率がやや高まっており、その分「消化器」の割合が低下している形となっている。

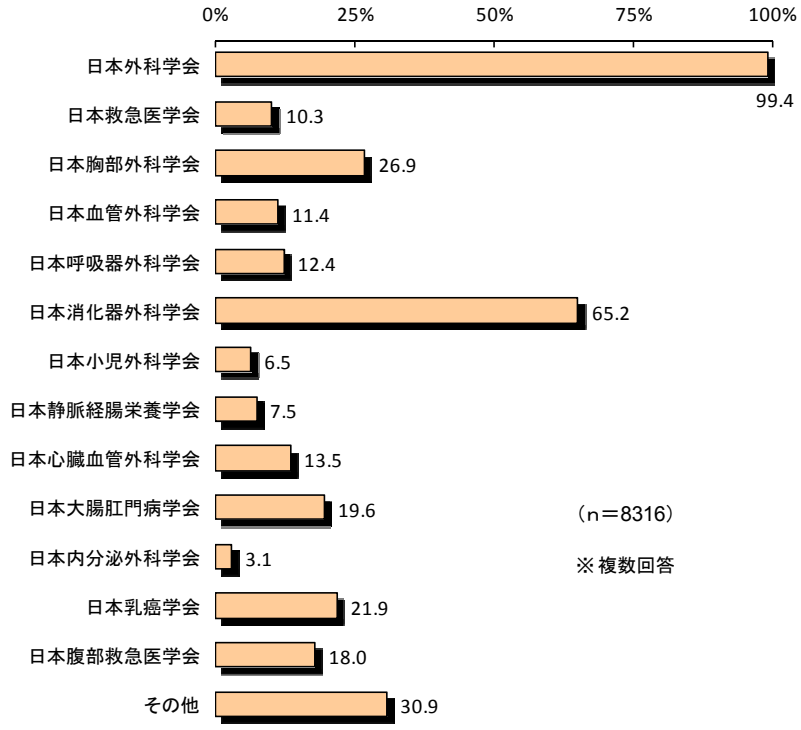
図 1.11　専門領域－全体－



1.12　所属学会

次に、所属学会をみると、「日本外科学会」のほぼ 100%（99.4%）は当然として、上述の専門領域としての「消化器」の多さに符合する形で「日本消化器外科学会」が 65.2%にのぼっている。他はいずれも 30%未満となるが、「日本胸部外科学会」が 26.9%で相対的に多い。また、「日本乳癌学会」（21.9%）、「日本大腸肛門病学会」（19.6%）「日本腹部救急医学会」（18.0%）がそれぞれ 20%前後となっている。複数回答方式で聞いたことも関係しているが、今回調査対象者の所属学会は多岐にわたるといえる。

図 1.12　所属学会－全体－



1.13　労働時間

1.13.1　一週間当たり平均労働時間―平成 23 年(2011 年)年と平成 24 年(2012 年)との比較―

図 1.13.1　＜平均＞１週間あたりの労働時間数（兼業・当直を含む）－全体－

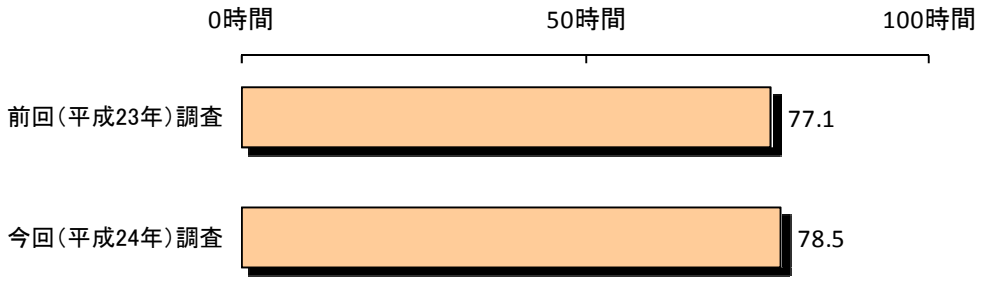


図 1.13.1.2　＜平均＞１週間あたりの日勤時間+当直時間（兼業を除く）－全体－

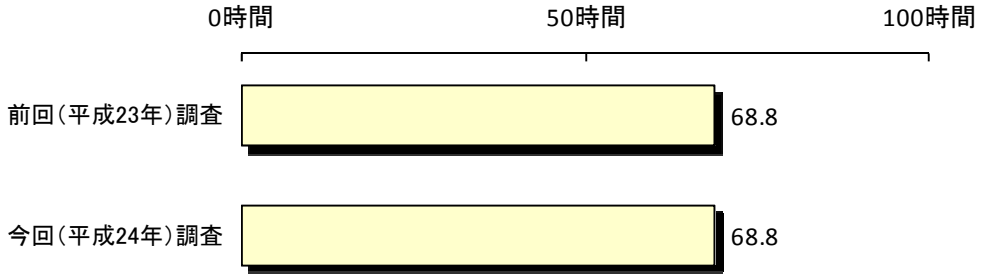
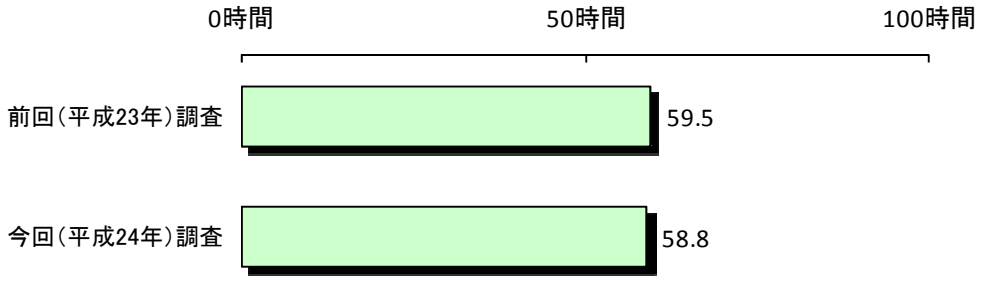


図 1.13.1.3　＜平均＞１週間あたりの日勤時間（兼業・当直を除く）－全体－

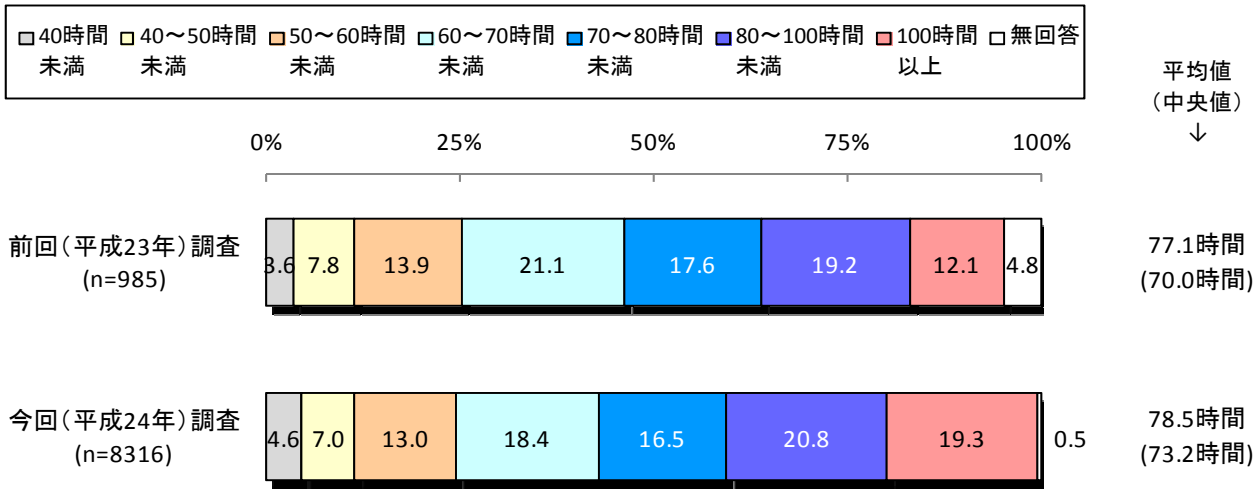


労働時間を平均値ベースで前回（平成 23 年）調査と今回（平成 24 年）調査とで比較すると、兼業及び当直時間を含む労働時間数は、1.4 時間の増加となっている。当直を含む労働時間数は前回調査とまったく変動がなく、兼業及び当直を除く労働時間（日勤時間）もわずかであるが減少（マイナス 0.7 時間）であるところから、兼業・当直を含む 1 週間あたりの労働時間の増加は、兼業時間の増加が影響しているものと推察される。

1.13.2　兼業・当直を含む１週間あたりの労働時間数

分布上、今回調査では「80～100 時間未満」が 20.8%でもっとも多いが、「100 時間以上」も 19.3%と、ほぼ同等の割合になっており、約 4 割が週 80 時間以上働いていることになる。

図 1.13.2　＜分布＞１週間あたり労働時間数（兼業・当直を含む）－全体－



労働時間の平均時間は78.5時間であった。

なお、ここでの１週間当たり労働時間は、次のような方法で算出した。

① 労働時間＝１週間当たり勤務時間＋当直時間＋兼業時間
② 本調査では当直については「１か月当たりの当直回数」として質問したため、１か月を 4.3 週（365 日／7 日／12 か月）とみなして、１週間当たりの当直回数を算出。
③ 平日の当直時間を 16 時間、土曜日 20 時間、日曜日 24 時間とし、１回（日）当たりの勤務時間数を 17.7 時間（（16 時間×5 日＋20 時間×１日＋24 時間×１日）／７日＝17.7 時間）として、①の１週間当たり当直回数に乗じた。
　つまり、週休２日ではなく、土曜日は半日勤務（４時間）が通常勤務とみなし、土曜日の当直時間は日曜日の 24 時間とは異なり 20 時間とした。
④ 「兼業している」ケースにおける兼業時間無回答（欠損値）は、平均値算出から除外した。

属性別の開設主体別に分布をみると（図 1.13.2.2）、大学病院においては、旧国公立、私立を問わず、「100 時間以上」や「80～100 時間未満」が多数を占め、労働時間 80 時間以上が 6 割強から 7 割を占める。特に旧国公立の大学病院では「100 時間以上」が 44.5%を占める結果となっている。年代別にみると、「30 歳未満」および「30 代」が大学病院の状況に近似し、「30 歳未満」では 75%近くが 80 時間以上の労働時間となっている。

平均値でみると（図 1.13.2.3）、大学病院での労働時間が突出して多く、とりわけ旧国公立の大学病院で顕著であり、平均は 98.1 時間に達している。私立の大学病院も 95.8 時間と多い。

年代別では年齢層の低下に比例する形で労働時間は長くなり、「30 歳未満」99.8 時間、「30 代」93.2 時間となっている。

図 1.13.2.2　属性別にみた１週間あたり平均労働時間数（兼業・当直を含む）

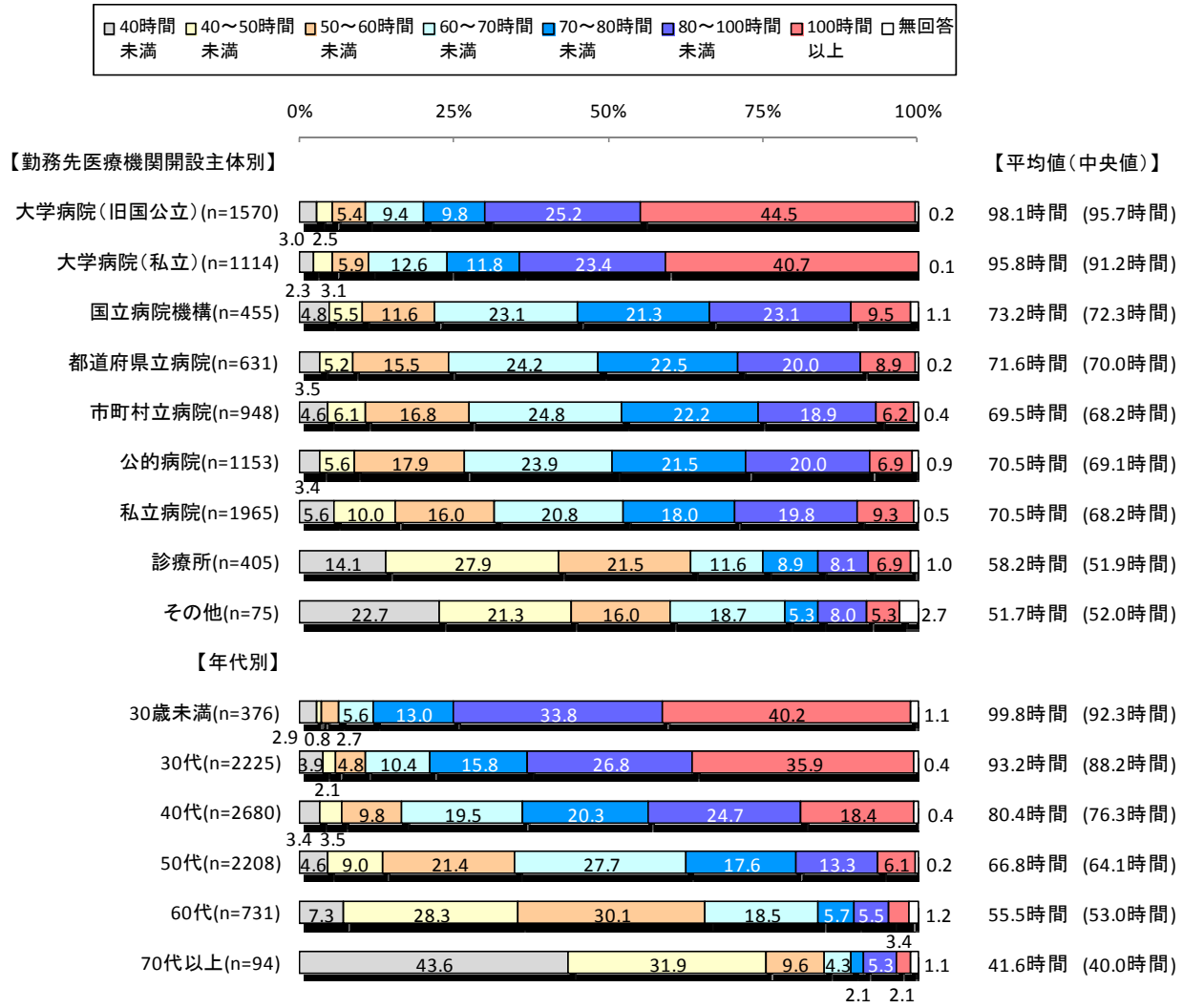
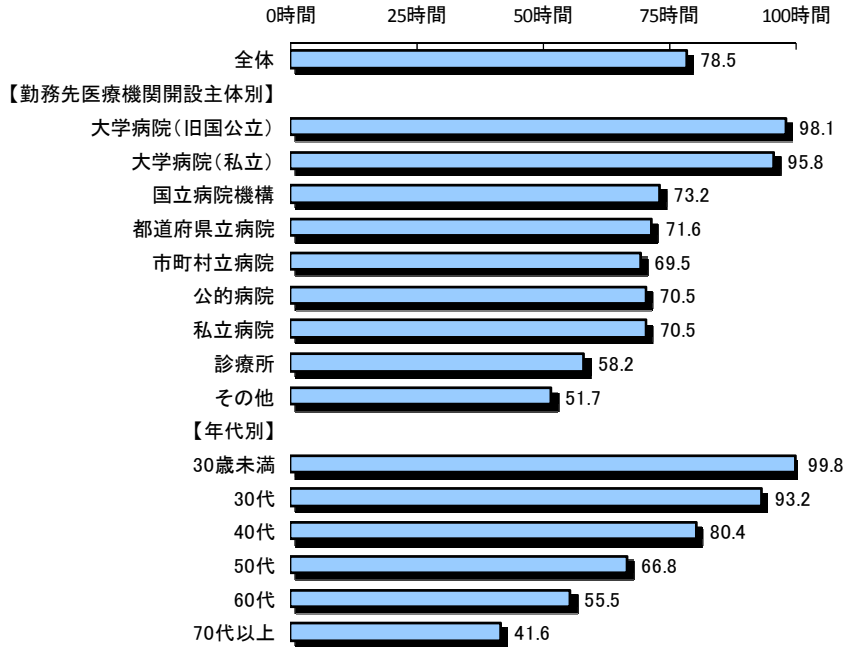


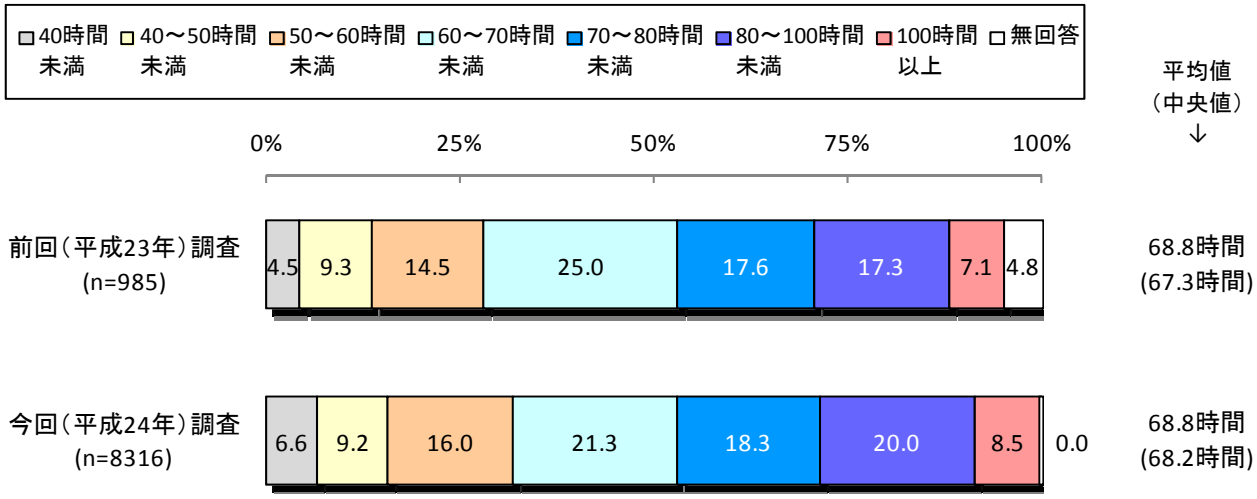
図 1.13.2.3　平均値でみた１週間あたり労働時間数（兼業・当直を含む）



1.13.3　１週間あたりの日勤時間+当直時間（兼業を除く）

兼業時間を除く１週間当たりの「日勤時間＋当直時間」は、全体平均で 68.8 時間であり、前回調査とまったく同等であった。分布上も特徴的な変化はみられず、「60～70 時間未満」がもっとも多く、次いで「80～100 時間未満」であることなど同様である。但し、今回調査では、「60～70 時間未満」の割合がやや減少する一方で、「80～100 時間未満」の割合が高くなっている。

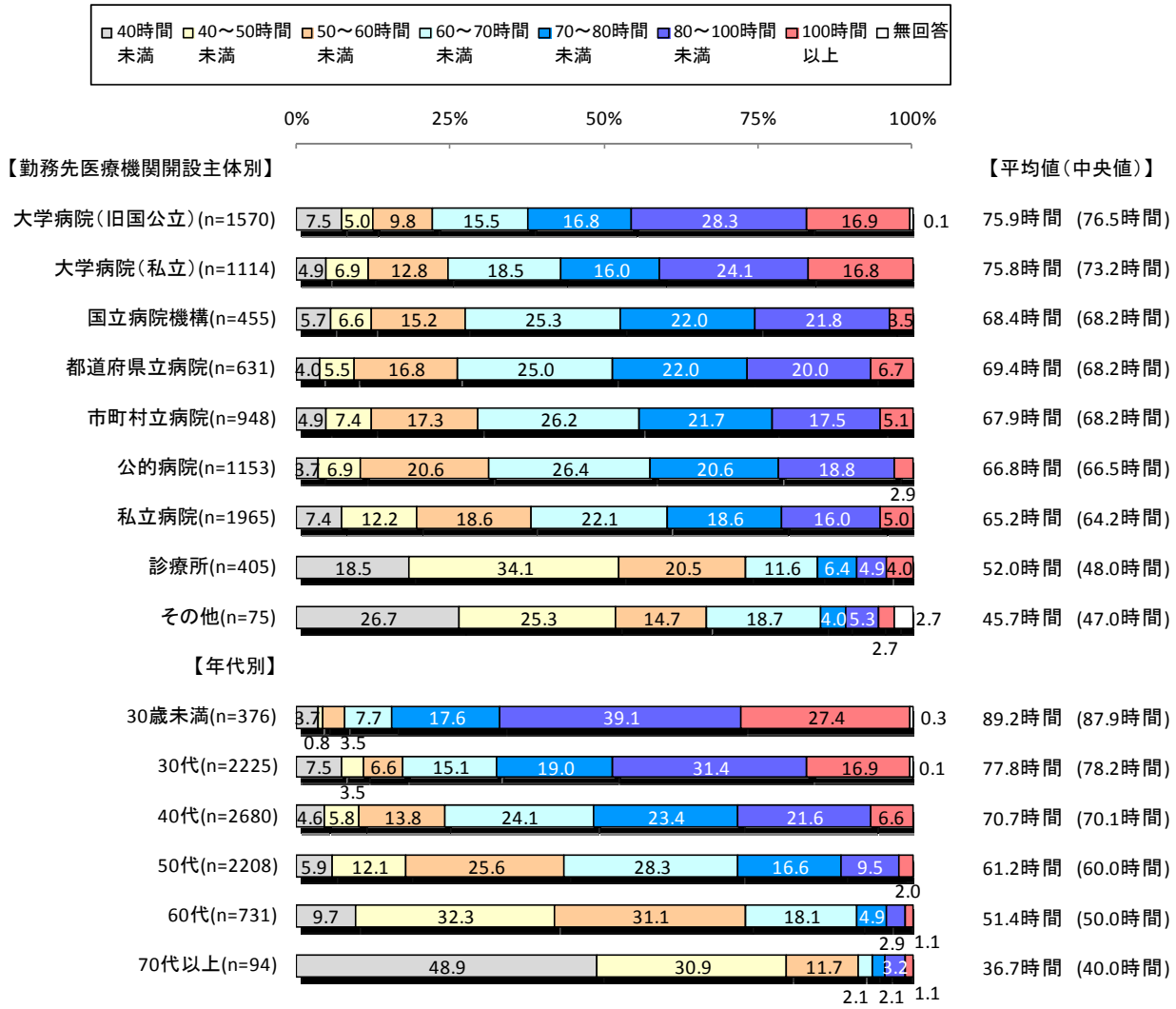
図 1.13.3　＜分布＞１週間あたりの日勤時間+当直時間（兼業を除く）－全体－



属性別には平均値に着目してみると、前項の兼業・当直を含む１週間あたりの労働時間（総労働時間）の場合に比べ、大学病院とその他の病院との格差は小さくなっていることが見て取れる。総労働時間に占める兼業時間のウェイトの差によるものと考えられる。ただ、依然、他の開設主体の病院を上回っていることに変わりはない。

なお、年代別にみると、「30 歳未満」では平均 89.2 時間と、他の年代を少なくとも 10 時間以上も上回っている。

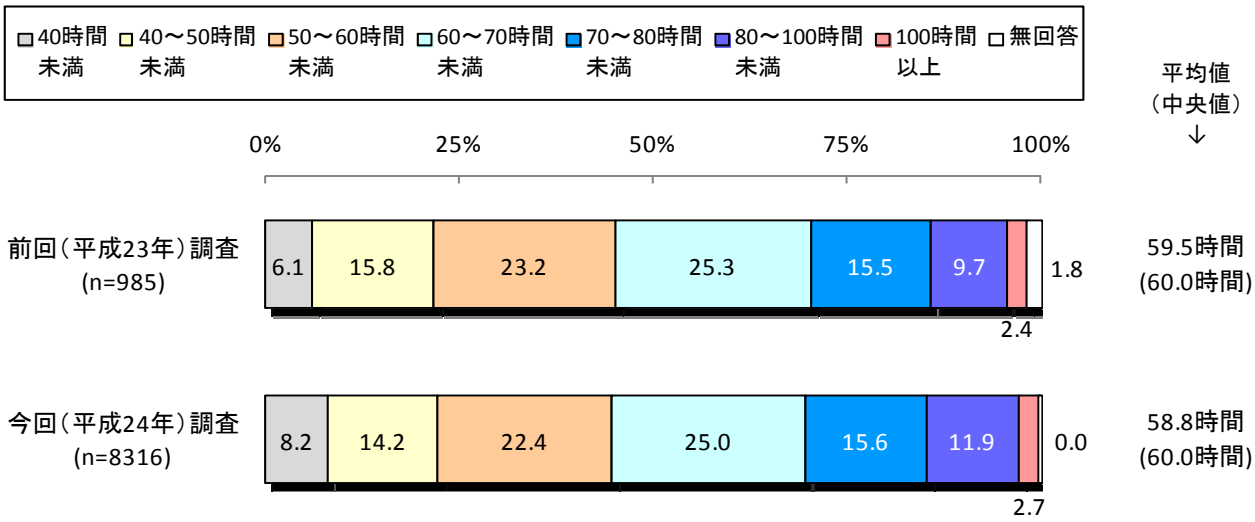
図 1.13.3.2　属性別にみた１週間あたりの日勤時間+当直時間（兼業を除く）



1.13.4　１週間あたりの日勤時間（兼業・当直を除く）

兼業・当直を除く１週間当たりの平均的勤務時間数は 50 時間から 70 時間未満の層が全体の約半数を占めており、「50～60 時間未満」が 22.4%、「60～70 時間未満」が 25.0%である。その一方で、「80～100 時間未満」10%強であるほか、「100 時間以上」も少数（2.7%）みられた。こうした状況は前回調査とほとんど変化していないといえるが、平均は前回調査の 59.5 時間から今回調査では 58.8 時間と、若干の減少となっている。

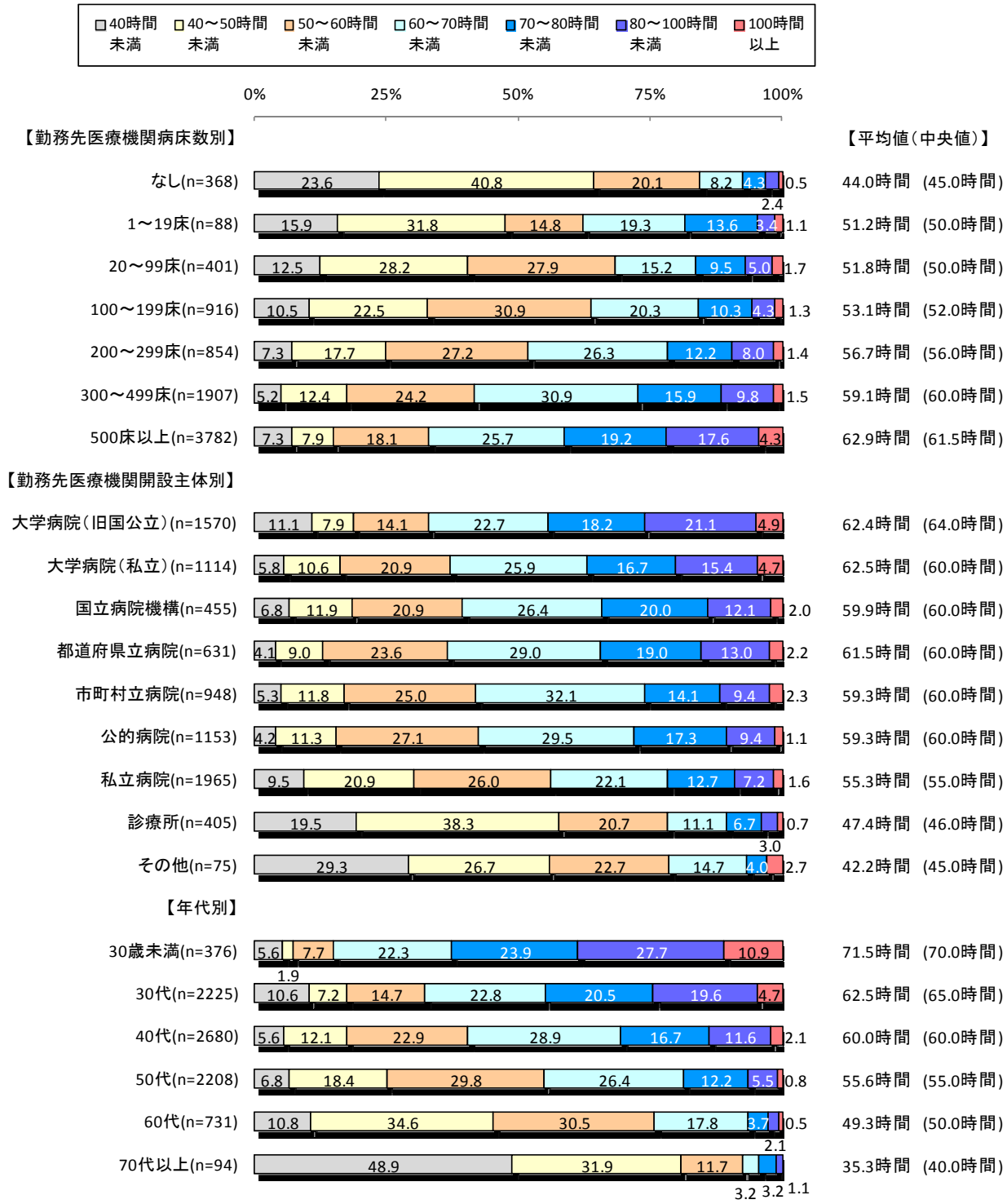
図 1.13.4　＜分布＞１週間あたりの日勤時間（兼業・当直を除く）－全体－



１週間当たりの勤務時間数を属性別（病床規模別、開設主体別、年代別）にみると、図 1.13.4.2 のようになる。勤務医療機関の病床数別では、病床規模に比例して、また年代別では年代の上昇に反比例する形で、勤務時間数が多くなる傾向が見て取れる。例えば、平均値でみると、病床数別の「なし」（診療所）の場合は 40 時間台であるのに対し、500 床以上では 62.9 時間となっている。

なお、開設主体別では、大学病院において相対的に勤務時間が長いとはいえるが、大きな格差はなく、国立病院機構や公立病院（都道府県立病院および市町村立病院）などとの差は数時間程度にとどまっている。

図 1.13.4.2　属性別にみた１週間あたりの日勤時間（兼業・当直を除く）



1.14　担当外来患者数・入院患者数

１週間の外来診察患者数は「30 人～50 人未満」の 24.3%を中心に、その前後の層の「50～100 人未満」（20.7%）、「20～30 人未満」（15.9%）で全体の 60%強を占める。平均は 49.8 人であり、前回調査の 56.6 人と比べると、10%強の減少となっている。

一方、入院患者受け持ち数は、「10～20 人未満」が 30.9%、次いで「5～10 人未満」が 26.7%で、両者を合わせた 5～20 人未満で約 58%を占める。平均は 8.8 人と、前回調査の 10.3 人に対し、15%の減少である。

図 1.14　１週間の外来診察人数－全体－

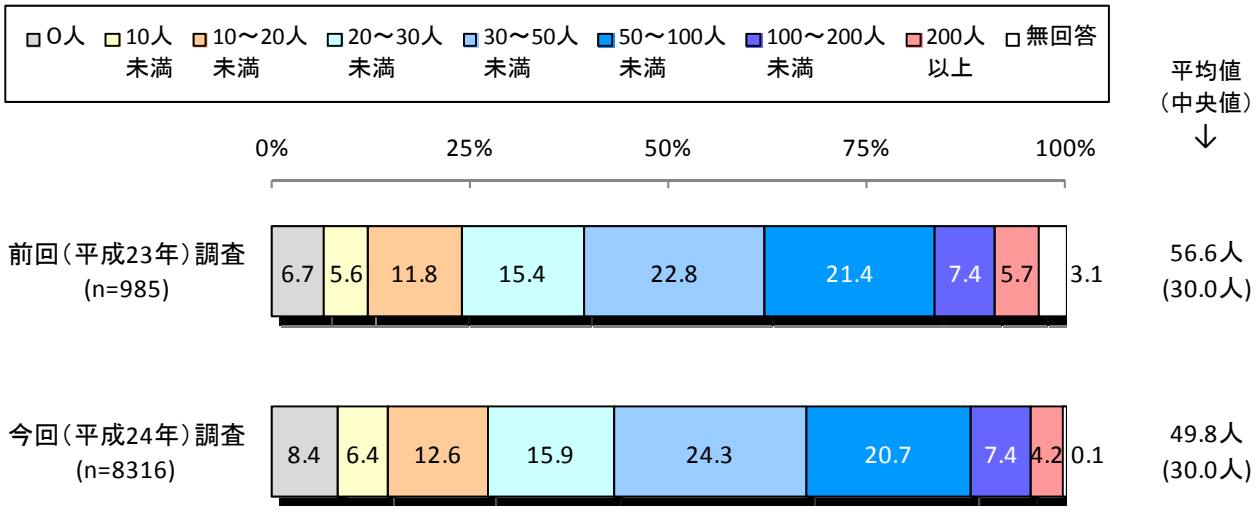
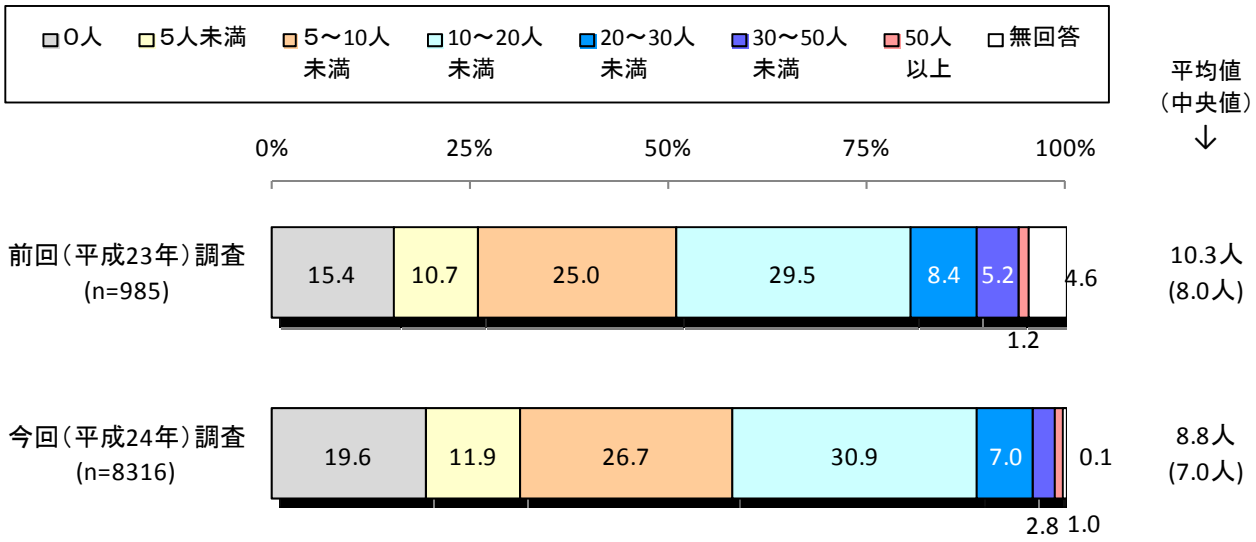


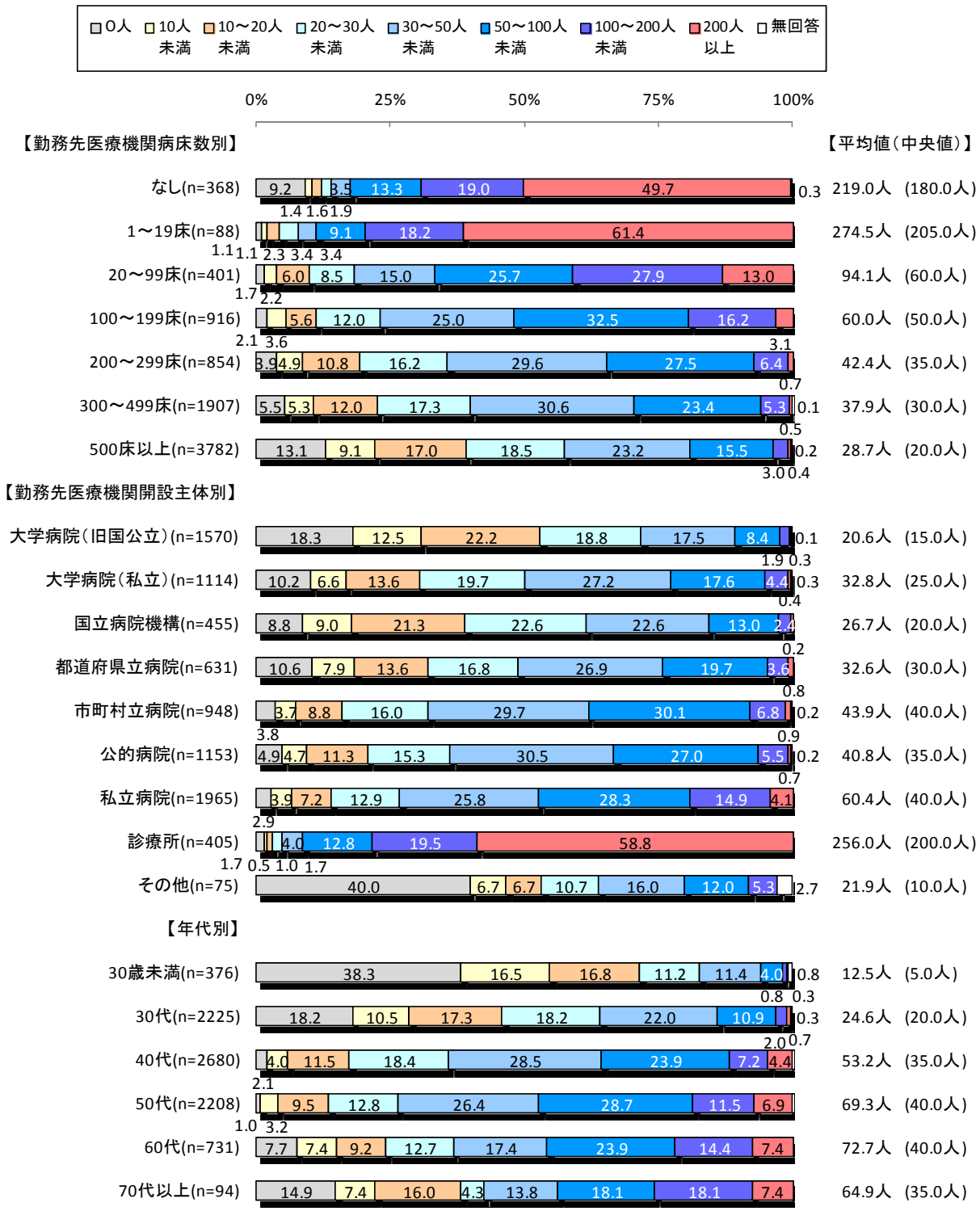
図 1.14.2　主治医としての入院患者受け持ち数－全体－



属性別に１週間の外来診察人数をみると、病床数別では診療所（「なし」及び「１～19 床」）における診察人数が突出して多く、平均値で 200 人強から 300 人弱となっているほか、病床数に反比例する形で診察人数が少なくなるという特徴がみられる。病院に限れば、「20～99 床」の平均 94.1 人に対し、「500 床以上」では 28.7 人と大幅に低下する。

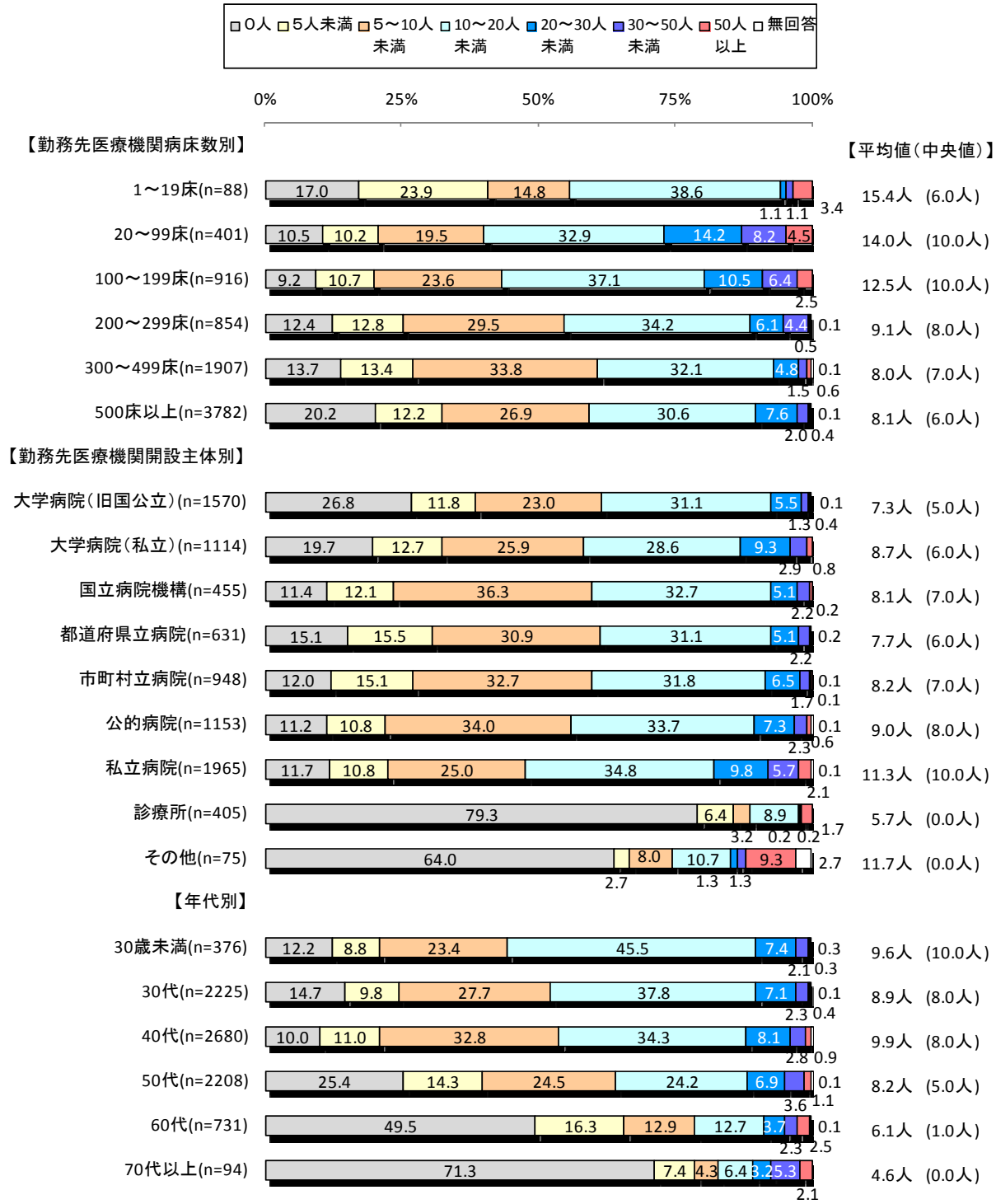
なお、年代別では、診療所開業医の主たる年代層である 50 代、60 代で診察人数が多く、70 人前後となっている。このような分布、平均値は前回調査の場合と概ね同様である。

図 1.14.3　属性別にみた１週間の外来診察人数



入院患者受け持ち数に関しては、属性別にみても大きな差異はみられない。病床数別では、小規模医療機関で多い傾向がみられ「1～19 床」で平均 15.4 人、「20～99 床」で平均 14.0 人と相対的に多い。但し、他の病床規模の病院のいずれも 10 人弱から 10 人強である。このことは、主たる勤務医療機関の母体（開設主体）別にみた場合にも同様にいえる。

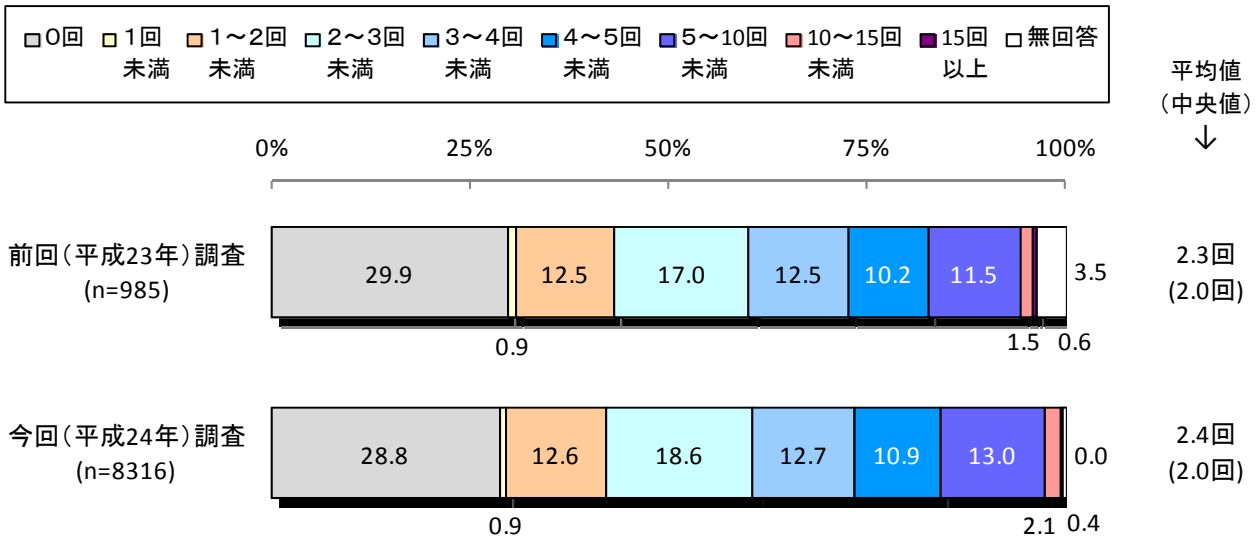
図 1.14.4　属性別にみた主治医としての入院患者受け持ち数



1.15　当直・緊急業務・オンコールの状況

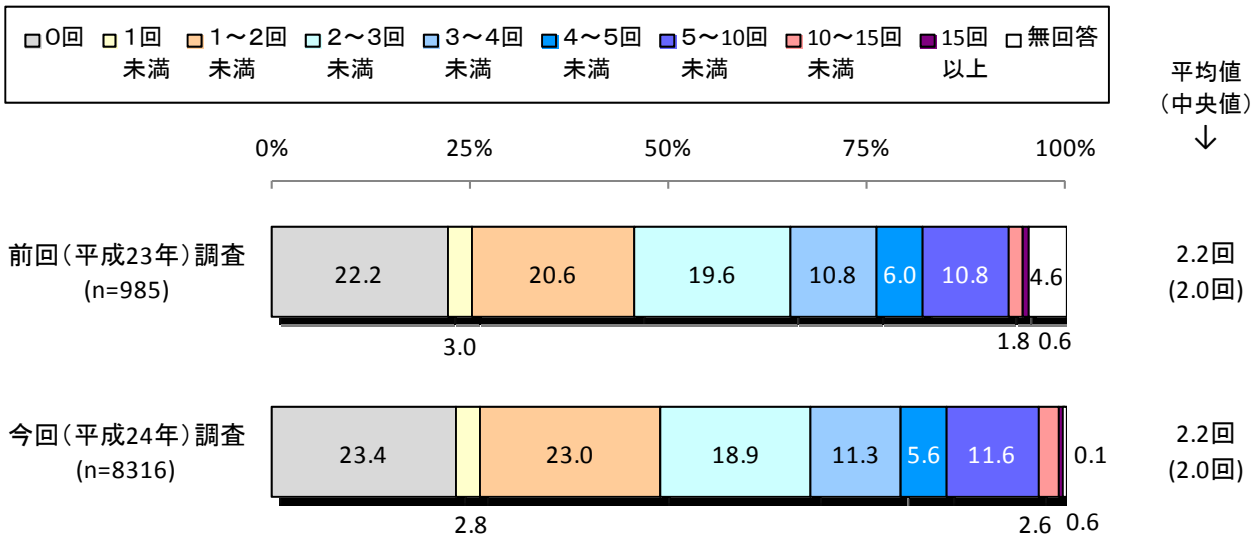
１か月当たりの『当直回数』をみると、「0 回」の約３割を除けば、「2～3 回未満」が 18.6%でもっとも多い。その前後の「１～２回未満」「３～４回未満」および「5～10 回未満」がいずれも 13%前後となっている。平均は 2.4 回であり、前回調査の 2.3 回とほぼ同等となっている。

図 1.15　当直回数／１か月－全体－



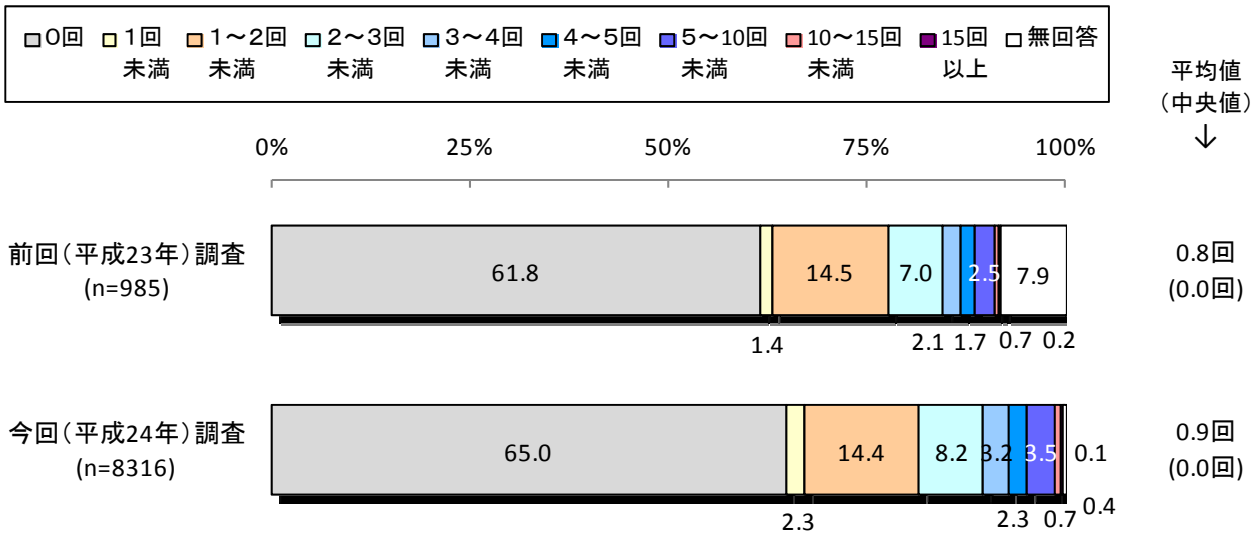
『当直以外で緊急に呼び出される回数』も、分布上、上の当直回数と近似する面があり、「1～2 回未満」や「2～3 回未満」が中心であるが、「5～10 回未満」も 10%強となっている。平均は 2.2 回であり、前回調査と変化がない。なお、当直ではないにもかかわらず、当直医に加えて緊急で呼び出されるわけであるから、電話指示等では済まない緊急手術ないし大がかりな緊急処置を行っていることが推察される。さらに、術後や処置後の患者の状態の確認、医療スタッフへの指示、患者家族への説明等の実施となると、かなりの長時間労働になっているものと考えられる。タクシー等を用いた往復の時間、タクシー代等の交通費を自己負担する場合も少なくないものとみられる。

図 1.15.2　当直以外で緊急に呼び出される回数／１か月－全体－



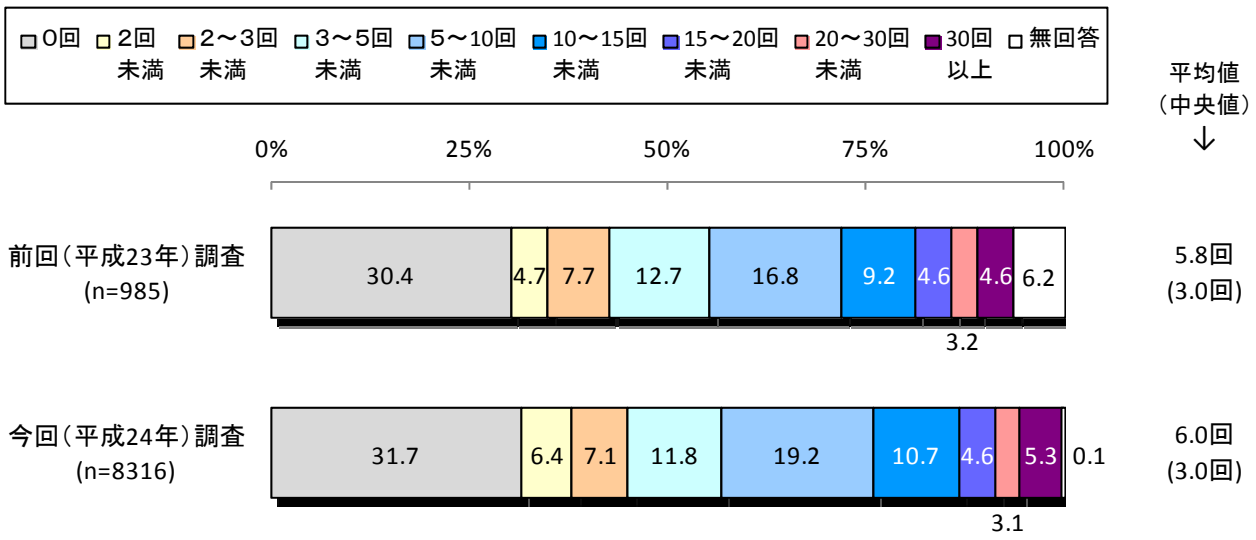
1か月の間に『当直以外で病院に泊まる回数』としては「0回」が65%と多くなるが、これを除けば「1～2回未満」がやや突出して多く（14.4%）、けっして希なケースではないが、必ずしも頻度が高ともいえない。平均は0.9回で、前回調査の0.8回と変化がない。

図1.15.3　当直以外で病院に泊まる回数／1か月－全体－



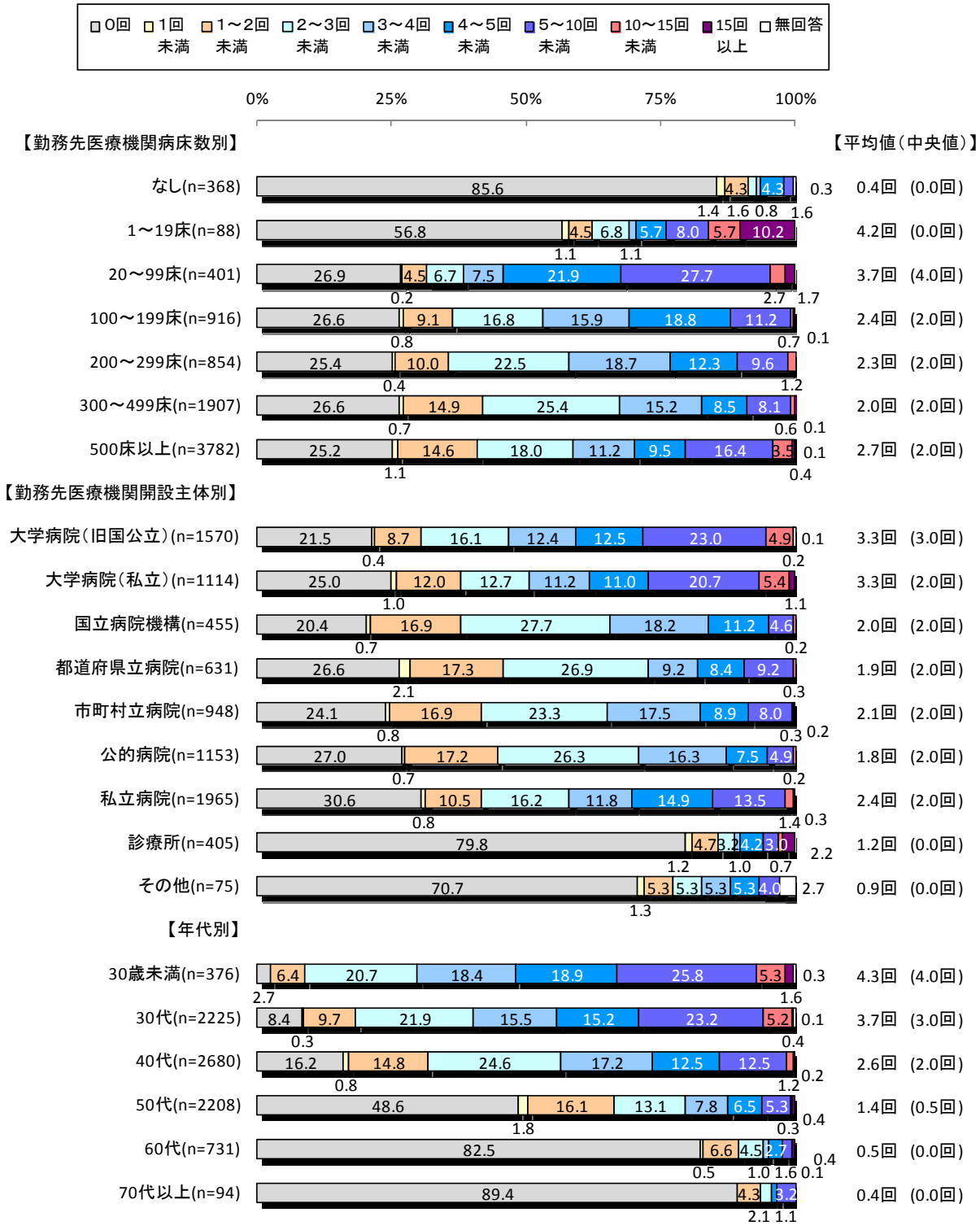
『オンコール回数』についても、「0回」とする者が31.7%を占めるが、これ以外では「5～10回」が19.2%を占めてもっとも多い。次いで、その前後の層の「3～5回未満」「10～15回」がそれぞれ11.8%、10.7%となっている。一方で、「30回以上」が5.3%みられる。医療機関の機能ないしは所属部門・診療科等の違いにより、差が生じてくるものと推察される。平均は6.0回で、前回調査の5.8回をわずかであるが上回っている。

図1.15.4　オンコール回数／1か月－全体－



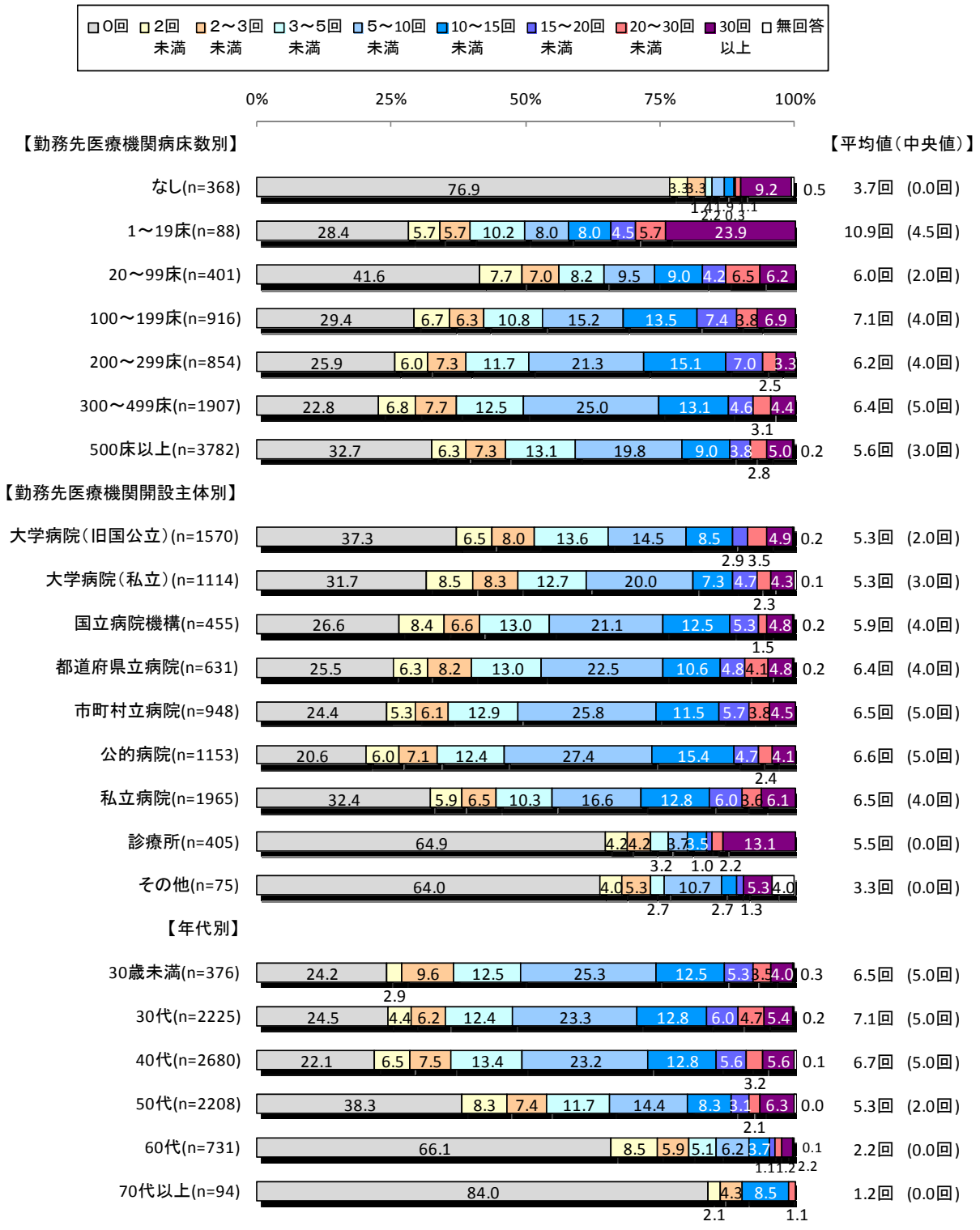
1か月当たりの当直回数を属性別にみると、病床数別では「1～19床」（有床診療所）で平均4.2回ともっとも多い。次いで、「20～99床」で平均3.7回、「100～199床」2.4回のように、病床規模と反比例する形で多くなっている。開設主体別でみても、概ね1～2回といったところであるが、大学病院の場合は、旧国公立、私立とも相対的に高く3回強となっている。さらに、年代別では若年層ほど当直回数が多い傾向が明瞭で、特に30歳未満では平均4.3回、30代でも3.7回となっている。

図 1.15.5　属性別にみた当直回数／1か月



1か月間のオンコール回数は、当直回数の場合と同様、「0回」も多くなる（概ね25%前後から35%前後）が、平均値でみると、全般に5回前後が多い。そのなかで、病床数別の「1～19床」（有床診療所）では10.9回とやや突出して多い。また、主たる開設主体別では格差ないといえるが、「公的病院」「私立病院」自治体立病院（都道府県立・市町村立）の6.5回前後が相対的に多い部類に属する。なお、年代別では、30代を中心に、その前後の40代、30歳未満で相対的に多い。

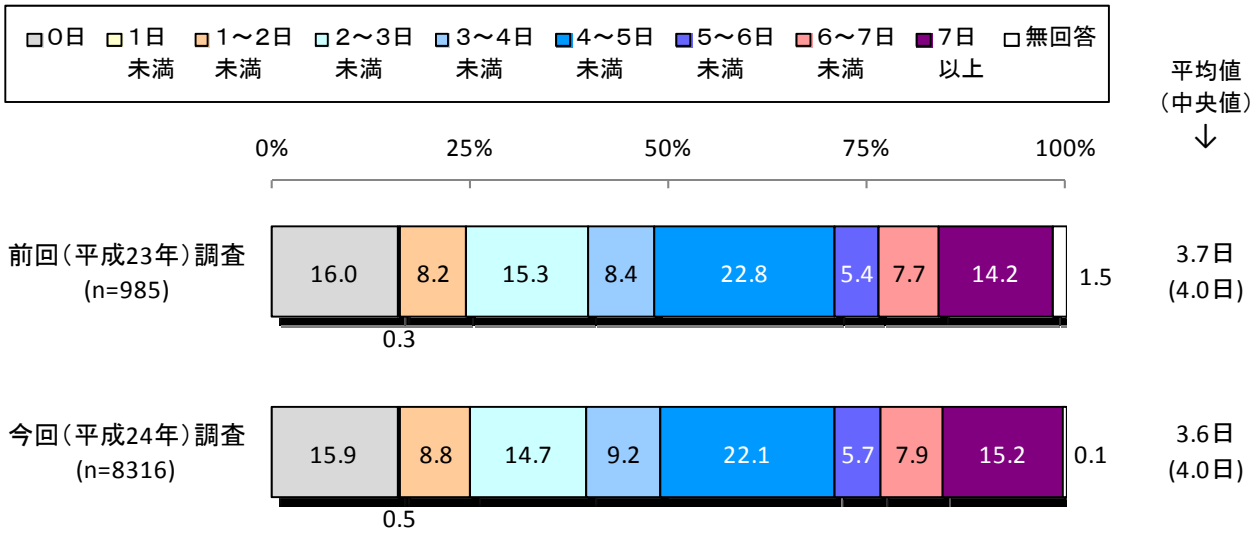
図 1.15.6　属性別にみたオンコール回数／1か月



1.16　休日・休暇の状況

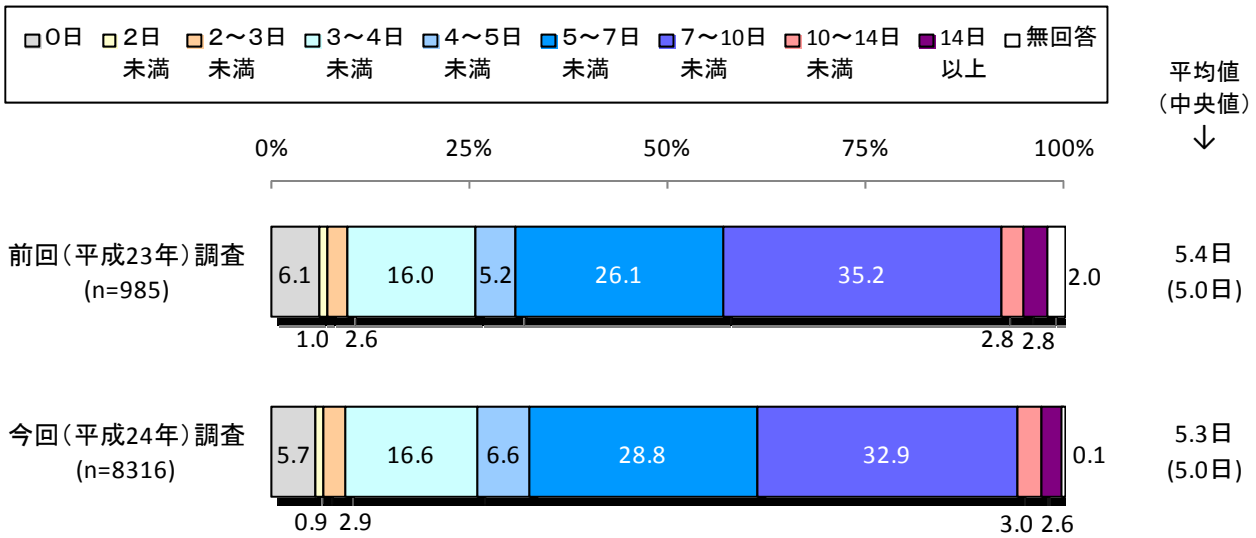
月間休日数は「4～5 日未満」、すなわち週 1 にペースがもっとも多いが、22.1%を占めるにとどまる。次いで「7 日以上」が 15.2%、「2～3 日」が 14.7%などとなっている。なお、「0 日」も 15.9%と相対的に高く、その結果、平均は 3.6 日で、やはり 1 週間に 1 日の休日というのが平均像といえる。この月間休日数の状況は前回調査とほとんど変わっていない。

図 1.16　月間休日数（完全休日）－全体－



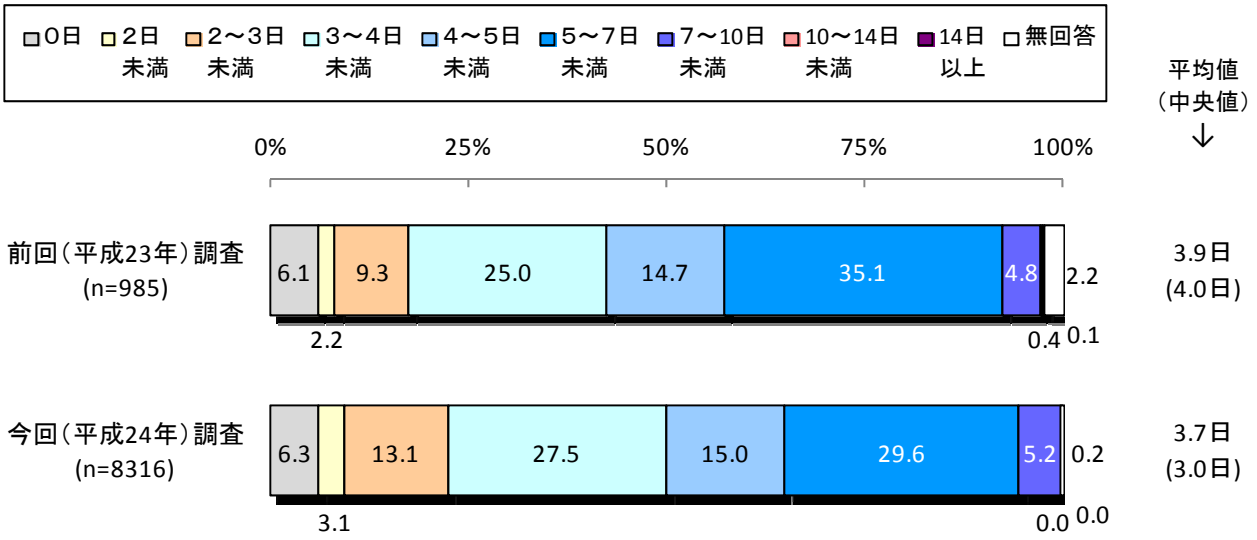
次に、夏期休暇は、5 日から 10 日未満の層が多数を占める。なかでも「～10 日未満」が全体の 3 分の 1 弱の 32.9%である。なお、夏期休暇の場合も「0 日」が 5.7%みられる。平均は 5.3 日であった。夏期休暇日数の分布・平均値とも状況に変化はない。

図 1.16.2　夏期休暇日数－全体－



年末年始休暇は「5～7 日未満」が 29.6%でもっとも多いが、「3～4 日未満」も 27.5%で差は小さい。その中間の「4～5 日未満」が 15.0%で、3～7 日未満で括れば、70%強（72.1%）を占める。平均は 3.7 日で、夏期休暇よりも平均 1.6 日少ない。外科医の場合、年末年始休暇よりも夏期休暇のほうが取得しやすい環境にあるとみられる。

図 1.16.3　年末・年始休暇日数（完全休日）－全体－



今回調査では昨年の有給休暇付与日数および有給休暇取得日数を聞いた。まず、「付与日数」をみると、「0 日」が 3 割近い 29.3%を占めるのが目につく。残り 7 割は有給休暇を付与されていることになるが、そのなかでは「20～30 日未満」が 24.4%を占めてもっとも多い。平均は 12.8 日であった。

次に「取得日数」をみると、「0 日」が半数近い 48.6%を占める。他も分散し、10 日以上取得した者は約 10%（9.4%）にすぎない。その結果、平均は 2.9 日にとどまっている。

図 1.16.4　昨年の有給休暇付与日数－全体－

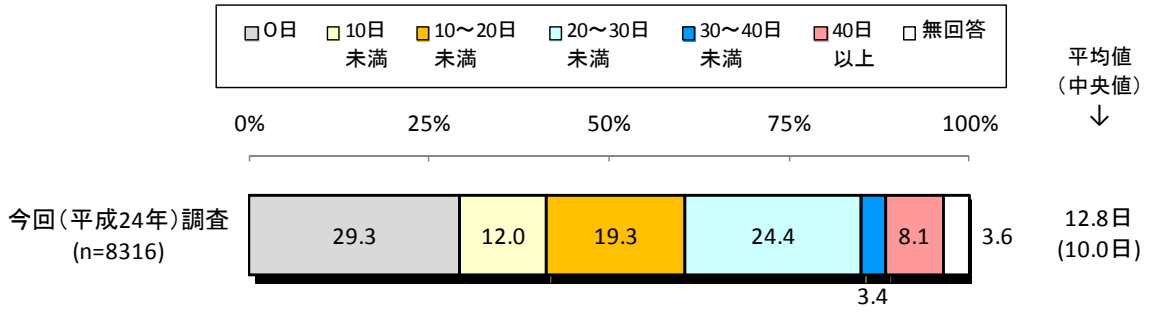
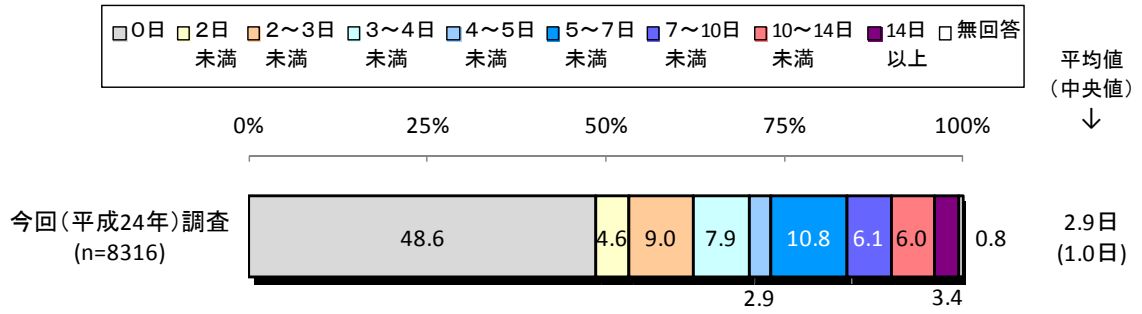


図 1.16.5　昨年の有給休暇取得日数－全体－



2　外科医としての現状と今後

2.1　自身の労働時間について

「自分自身の労働時間について、どのように感じているか」をみると、「やや時間労働を短縮したい」が 45.8%を占めた。また、「非常に時間労働を短縮したい」が 16.5%であり、程度の差はあれ、労働時間の短縮を望む者が 62.3%と多数を占める結果となっている。一方、「長時間労働とは思わない」が 37.7%。前回調査においてもほぼ同様の結果であり、労働時間を全体でみる限りでは、明瞭な変化は出ていないといえる。

「非常に時間労働を短縮したい」「やや時間労働を短縮したい」とした者に 1 週間当たりの希望時間を聞いたところでは、「50～60 時間未満」が 33.3%、「40～50 時間未満」が 31.3%となっており、前回調査とは逆転している。また、「60～70 時間未満」が 19.1%と前回よりも増えていることなどもあり、平均では 49.0 時間と、前回調査の 48.2 時間を上回る結果となっている。

図 2.1　自身の労働時間についてどのように感じているか－全体－

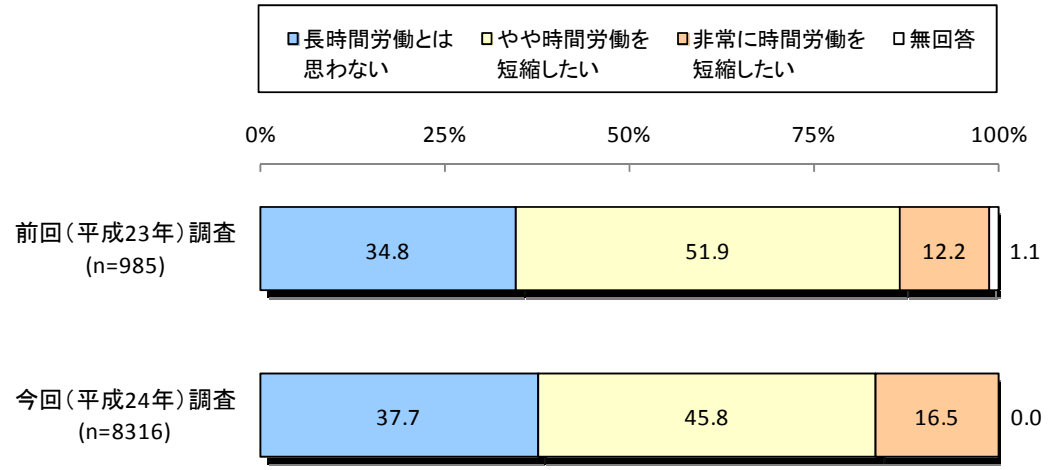
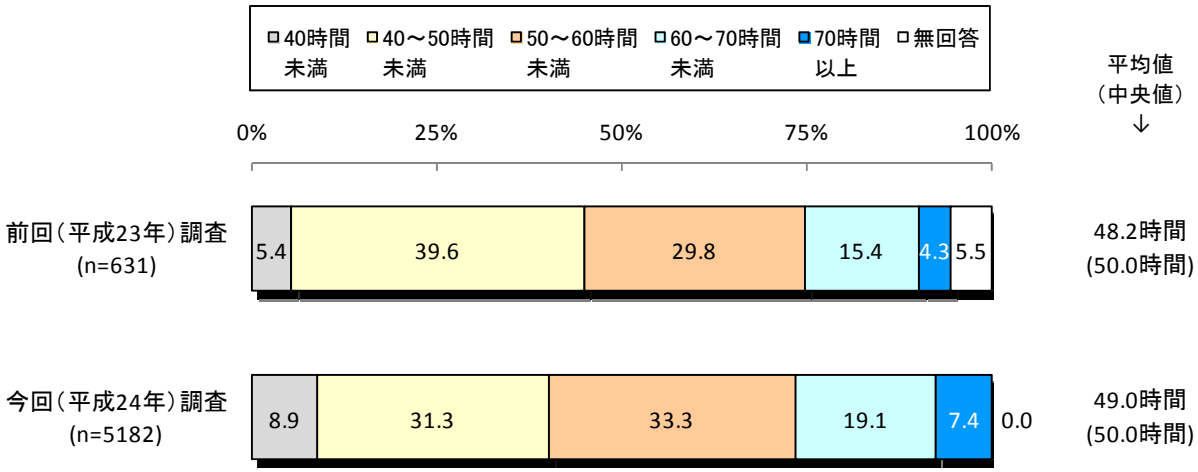
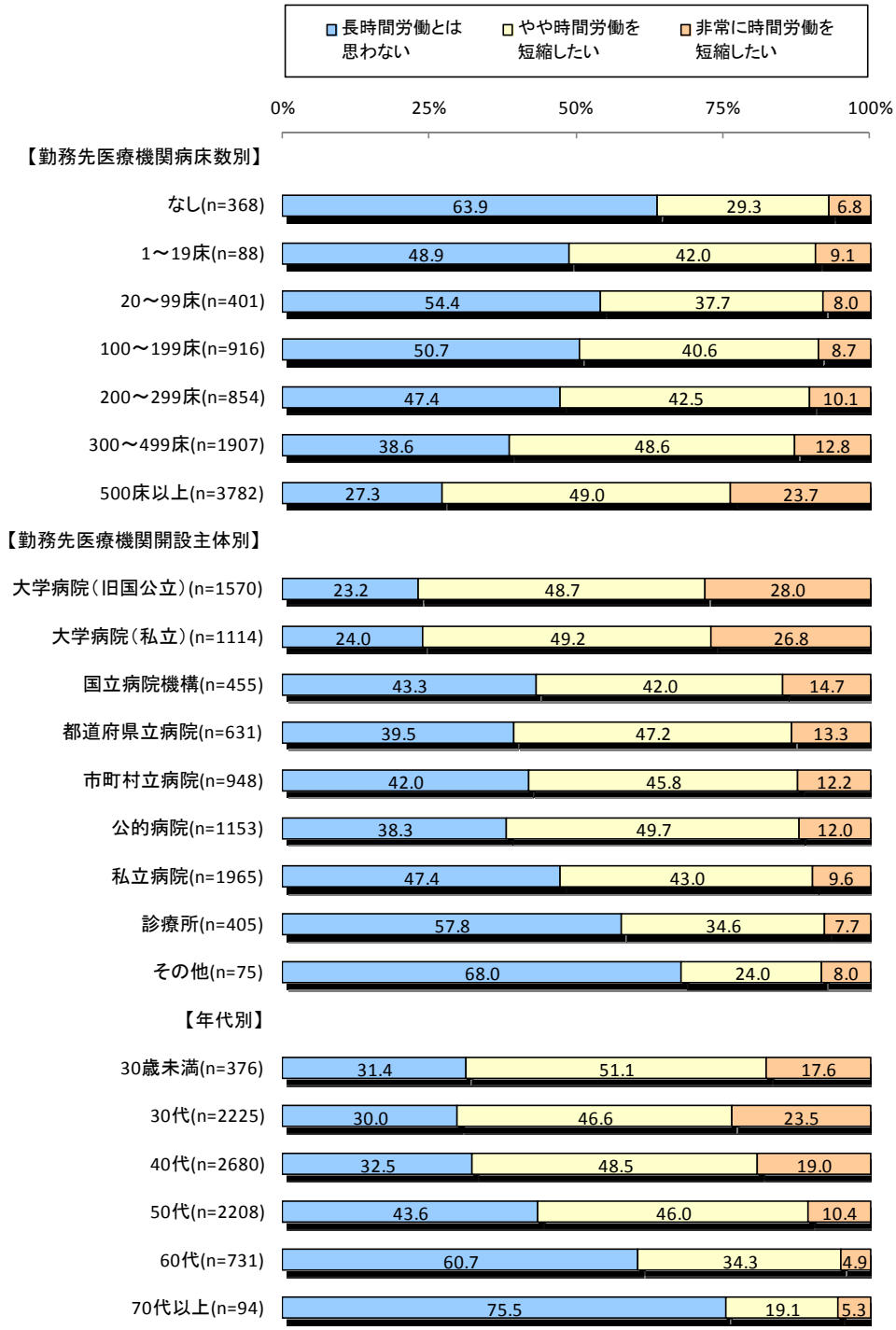


図 2.1.2　【労働時間を短縮したい場合】希望労働時間／１週間あたり－全体－



自身の労働時間についての受け止め方は、個々人により、あるいは医療機関における立場などにより、さらにはとりわけ労働時間の現状により異なることが想像されるが、実際、労働時間の受け止め方を属性別にみると、年代による違いが明確であり、「長時間労働とは思わない」は年代の上昇に比例して多くなり、逆に労働時間を短縮したい層は少なくなる。前述のように、30 歳未満や 30 代は労働時間がもっとも長い年代であり、労働時間短縮を望む者が多いといえる。なお、病床規模別では「500床以上」において、開設主体別では大学病院において労働時間短縮を望む者が顕著であるが、これらの層の多くは年代が相対的に若い層であるからにほかならない。

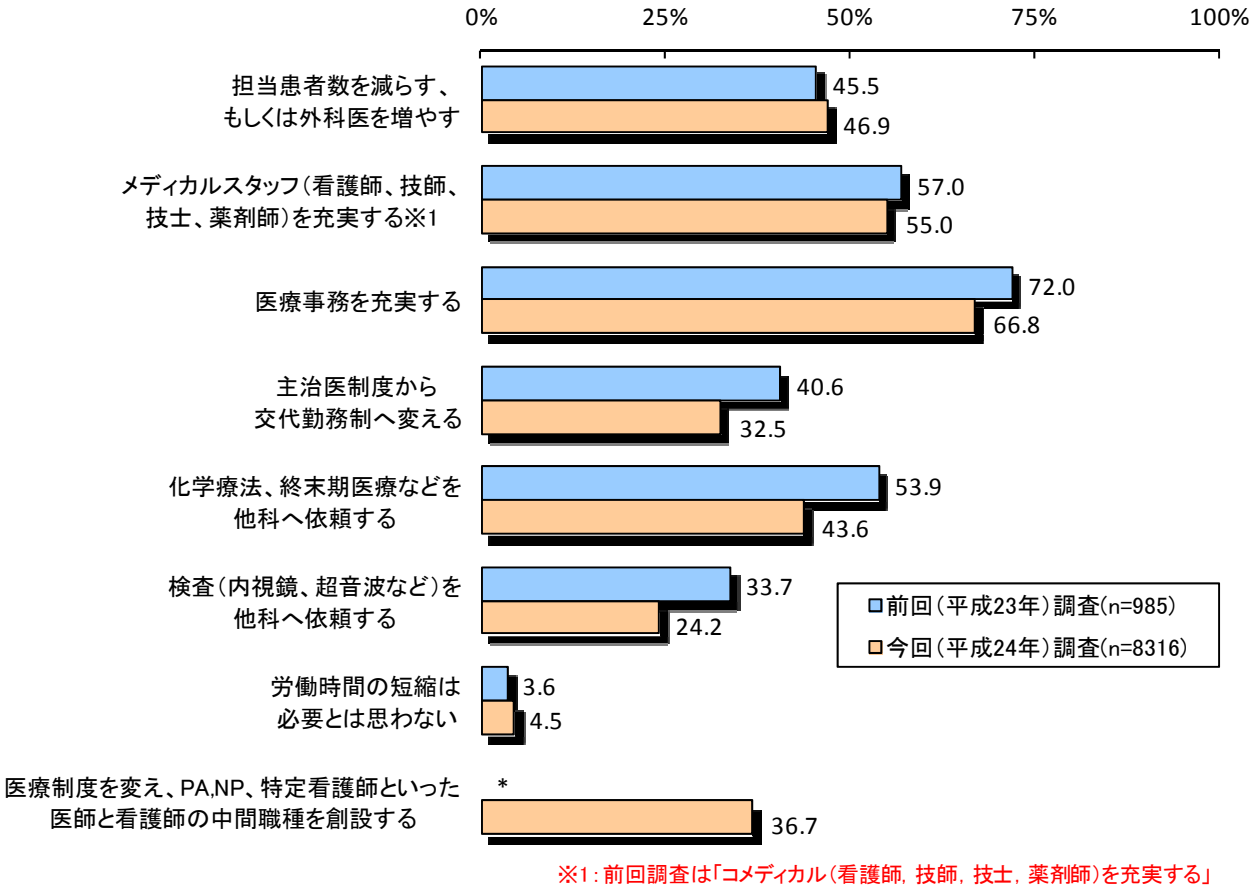
図 2.1.3　属性別にみた「自身の労働時間についてどのように感じているか」



2.2　外科医労働時間の短縮方法

前項でみたように、自身の労働時間は長い、と感じられているところから、この外科医労働時間の好ましい短縮方法を複数回答方式で聞いた。これによれば、「医療事務を充実する」が 66.8%でもっとも多い。次いで「メディカルスタッフを充実する」が 55.0%、「担当患者数を減らすもしくは外科医を増やす」が 46.9%、さらに「化学療法、終末期医療などを他科へ依頼する」が 43.6%などとなっている。これらは前回調査と概ね同様といえるが、そのなかで「化学療法、終末期医療などを他科へ依頼する」や「検査を他科へ依頼」が約 10 ポイント程度減少していることから、外科医業務の他科への移管も一部進んでいることが推察される。なお、今回調査では「医師と看護師の中間職種を創設」を新たに選択肢に設けたが、36.7%と相対的に高い割合を示した。外科医としての本来業務への集中が労働時間短縮につながるという見方の一環といえる。

図 2.2　外科医の労働時間を短縮するために良いと思う方法－全体－



※1：前回調査は「コメディカル(看護師，技師，技士，薬剤師)を充実する」

2.3　自身の賃金への満足度

主たる勤務医療機関における自身の賃金についてどのように感じているかを聞いたところでは、３分の１弱の 31.9%が「満足している」としているが、「やや不満足」が 41.3%ともっとも多く、さらに「全く不満足」も 26.8%であり、全体の約７割弱が不満を抱いている。前回調査と比べると、「満足」、「やや不満」ともやや減少しているが、「全く不満」が 5.3 ポイント増えており、不満層がやや増える結果となっている。

「全く不満足」「やや不満足」とした者には、希望年収を聞いた。全般に前回調査とは様相が異なる。「2,000～3,000 万円未満」がもっとも多い点では同じであるが、分布上の各金額レンジとも割合は高くなっており、逆に「3,000 万円以上」が減少している。平均も前回調査の 2,181.5 万円から 1,847.2 万円に低下している。今回調査では回答者の平均年齢が 45.6 歳と、前回の 46.7 歳を下回っているように、若年層の割合が高かったことが関係しているものと思われる。

図 2.3　自身の賃金についての満足度－全体－

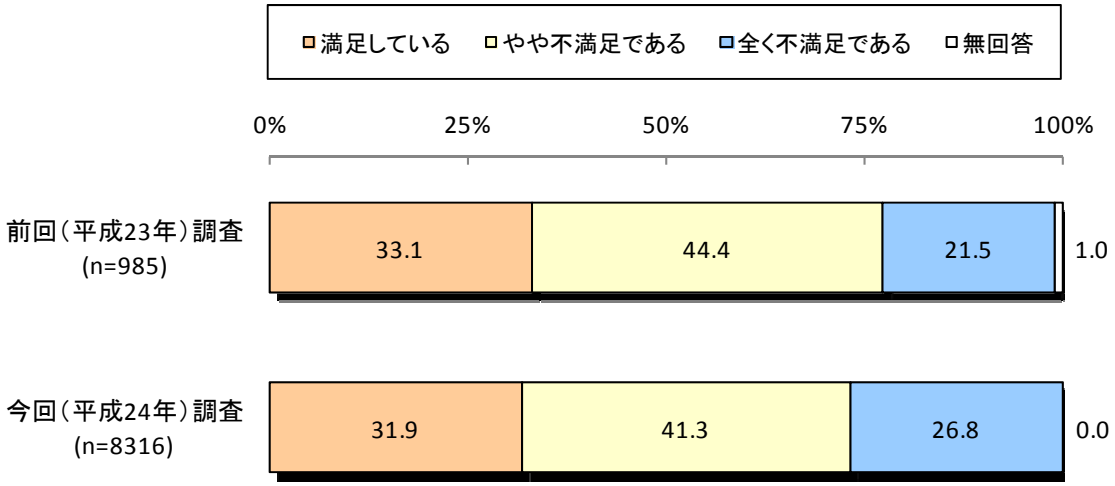
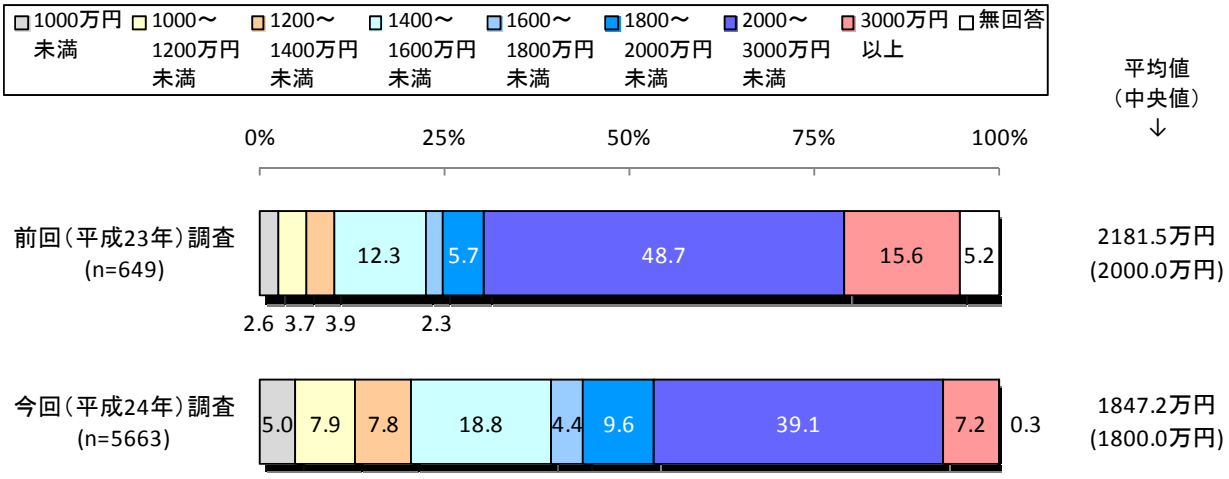


図 2.3.2　【賃金に不満がある場合】希望年収－全体－

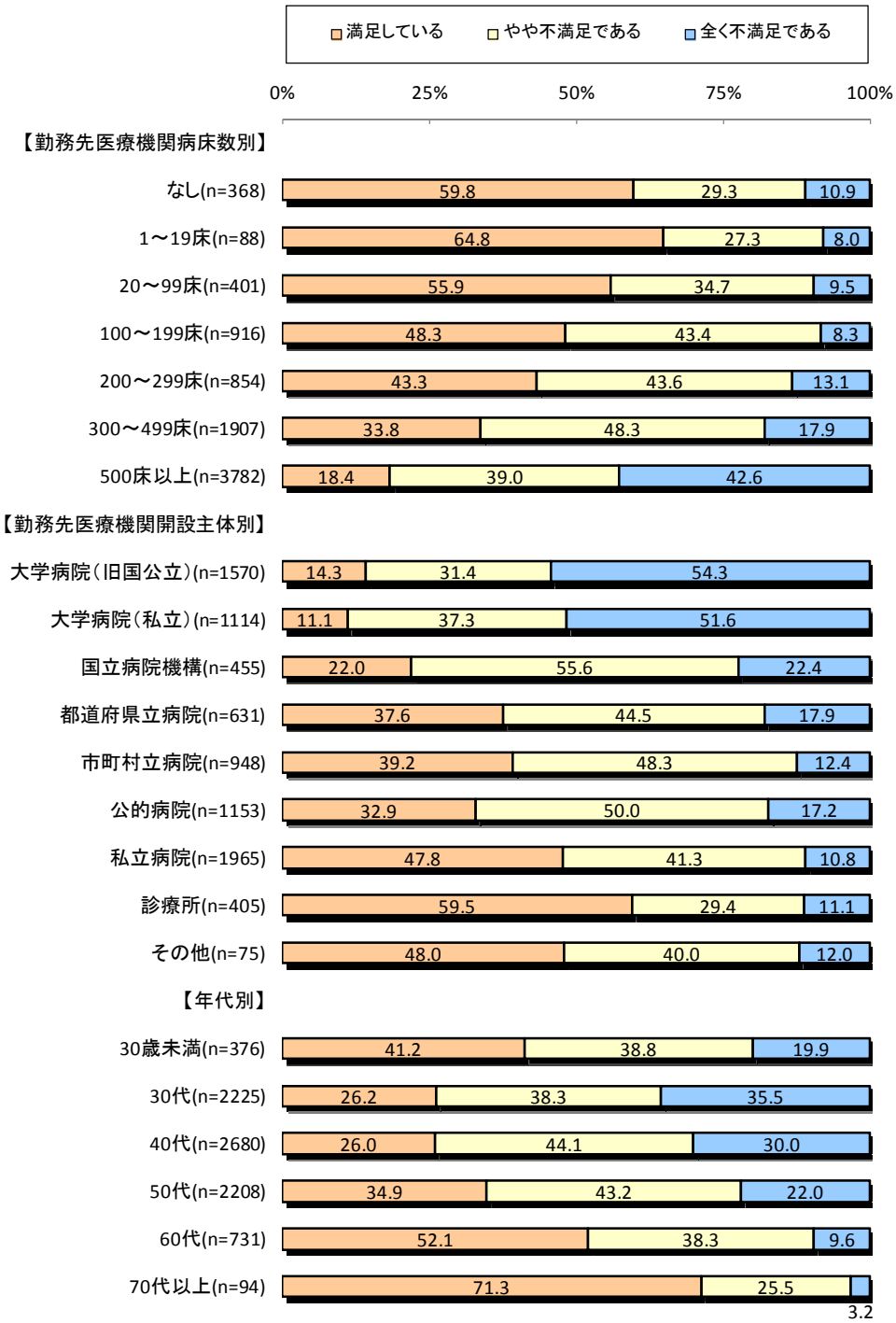


「自身の賃金への満足度」を属性別にみると、図 2.3.1.2 のようになる。「満足している」の割合は診療所や病床規模が相対的に小さい病院医師でより高くなることが見て取れる。

主たる勤務医療機関の母体別では、診療所以外にも「私立病院」での満足度が相対的に高く、「満足」の割合が半数近く（47.8%）となっている。逆に、大学病院（旧国公立、私立とも）における満足度は低く、「満足」の割合は 10 数%止まりである。

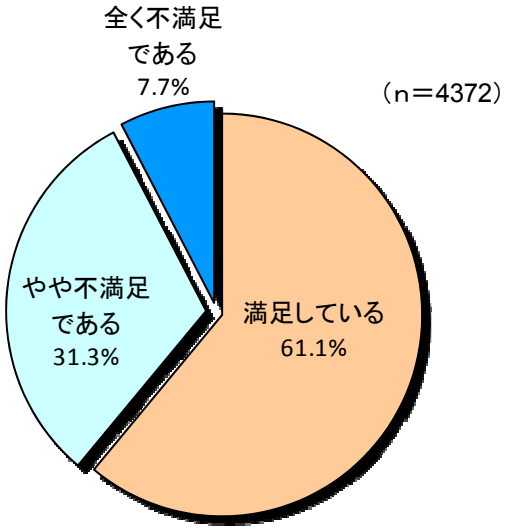
年代別では「30 歳未満」の満足度は相対的に高いといえるが、年代が下がるのに比例して満足度も低下するという傾向がみられる。

図 2.3.3　属性別にみた自身の賃金についての満足度



兼業している場合には、兼業先における賃金の満足度を聞いたが、全体の 6 割強（61.1%）が「満足している」としており、上にみた主たる勤務先の賃金への満足度（31.9%）と大きく異なる。逆に、「全く不満」も 7.7%であり、主たる勤務先の場合での 26.8%を大きく下回っている。なお、この満足度を属性別にみても特徴的な傾向はみられなかった。

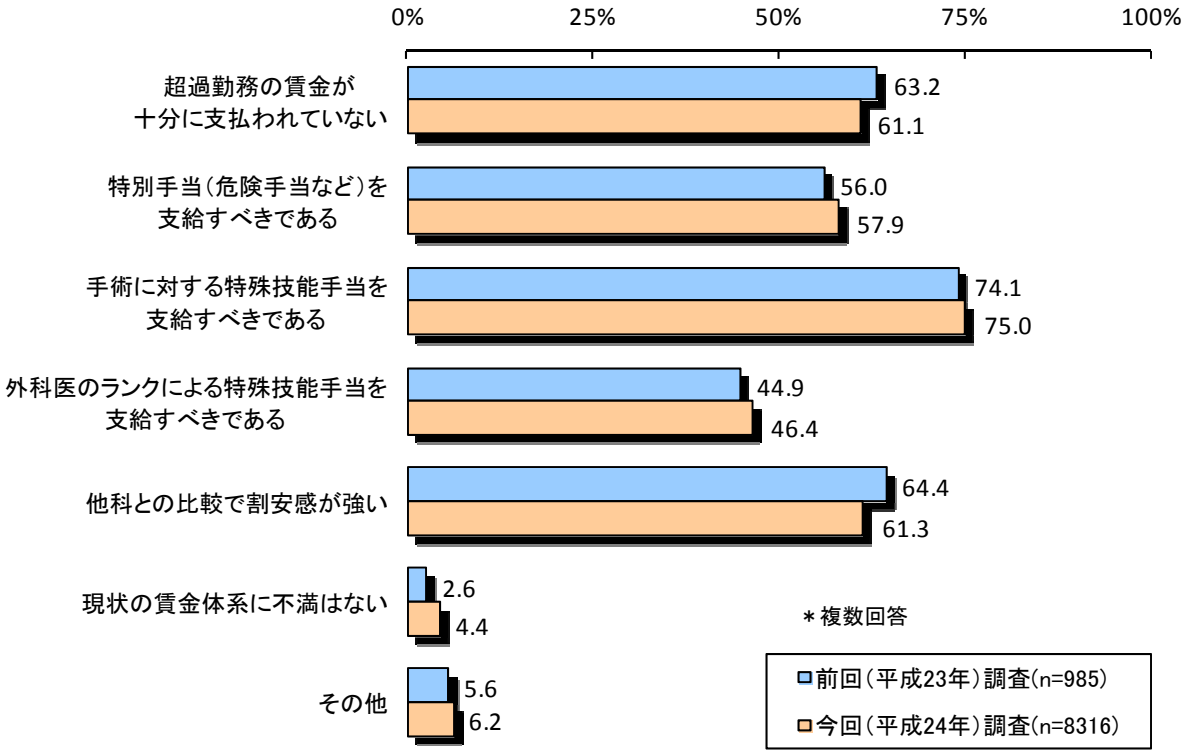
図 2.3.4　【兼業している場合】兼業先における自身の賃金への満足度－全体－



2.4　外科医賃金体系の問題点

現在の外科医の賃金体系について、何が問題なのかを聞いたところでは、前回調査同様、「手術に対する特殊技能手当を支給すべきである」が 75.0%でもっとも多い。次いで、「他科との比較で割安感が強い」が 61.3%、「超過勤務の賃金が十分に支払われていない」が 61.1%である。さらに「特別手当（危険手当など）を支給すべきである」も 57.9%と、半数以上があげている。なお、「外科医のランクによる特殊技能手当を支給すべき」は相対的に少ないが、それでも 46.4%があげている。こうした状況は、比率自体のみならず問題としてあげられた事項の比率の大小関係まで、前回調査の場合とほとんど変わっていない。但し、「超過勤務の賃金」や「他科との比較での割安感」は 2～3 ポイント程度ではあるが、低下しており、改善の兆しがあるとみることもできる。

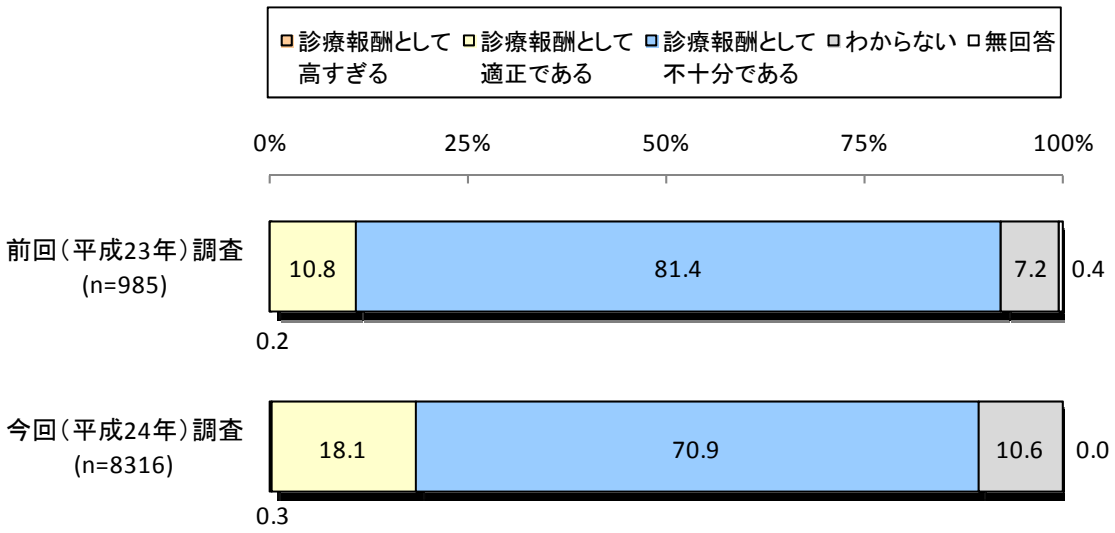
図 2.4　現在の外科医の賃金体系の問題点－全体－



2.5　外科手術の診療報酬について

前項のように、外科医の賃金との関係でも「手術に対する特殊技能手当を支給すべき」が多かったように、外科手術の診療報酬については 7 割強が「不十分」としている。一方、「適正」とする者は 18.1%であった。「高すぎる」0.3%にすぎない。前回調査との比較では、「不十分」が約 10 ポイント低下し、「適正」が 7 ポイント強高くなっている。

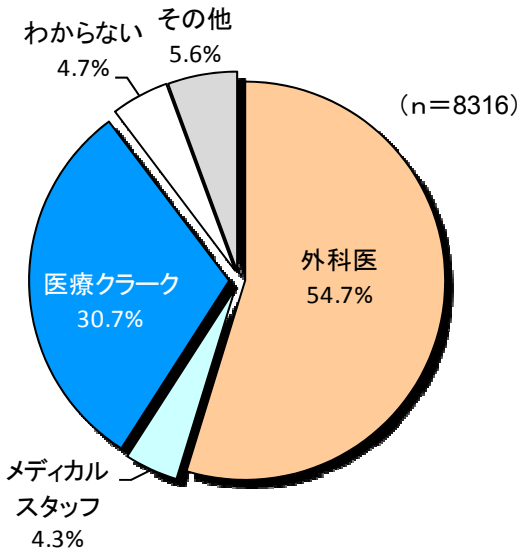
図 2.5　現在の外科手術の診療報酬（保険点数）について－全体－



2.6　ＮＣＤデータベースの入力者

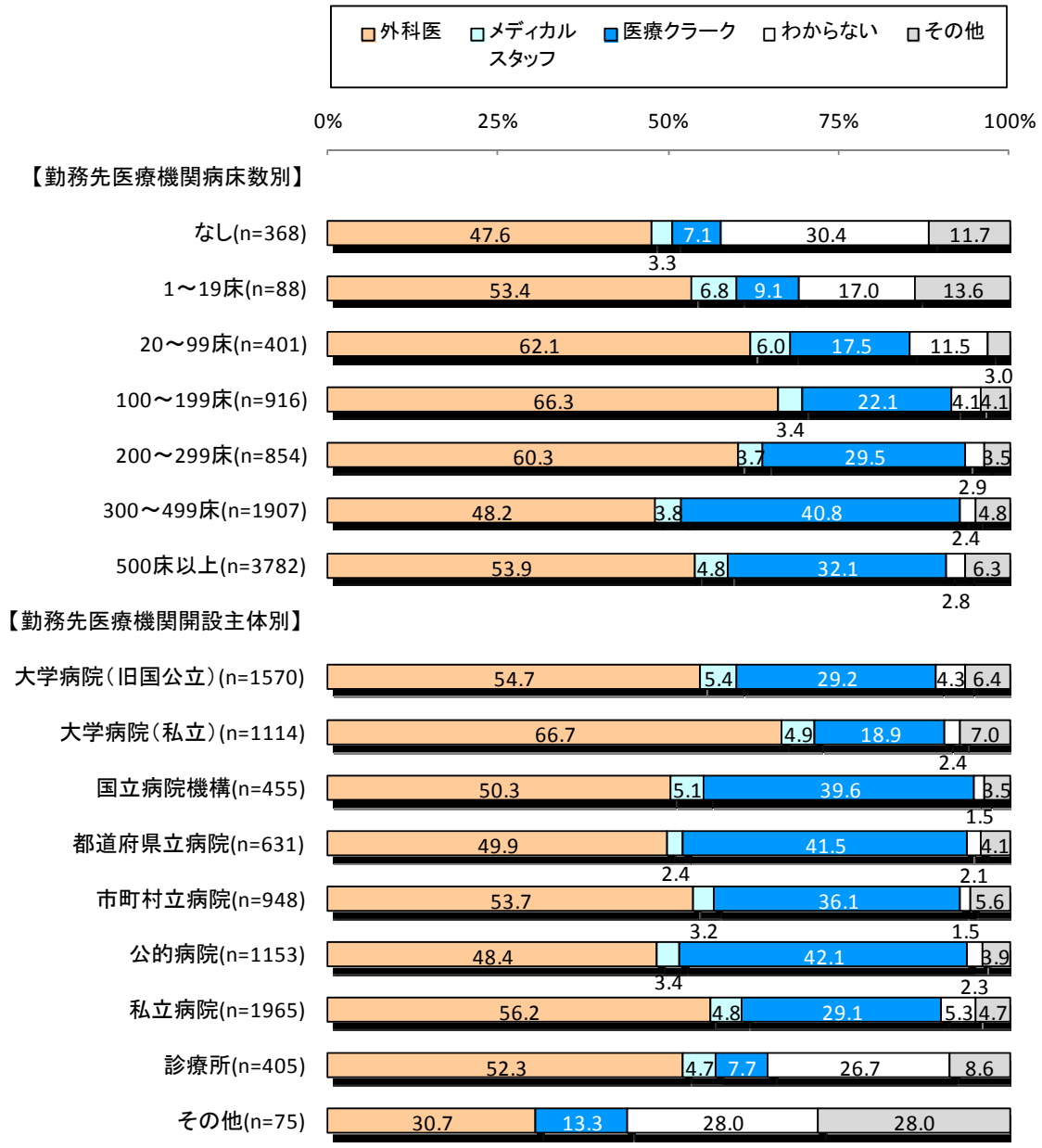
今回調査の新規項目として「NCD（National Clinical Database）等データベース入力は誰が行っているか」を聞いた。図のように、半数以上の 54.7%が外科医自身という結果であるが、他では、「医療クラーク」が 30.7%と一定の割合を占めている。

図 2.6　NCD（National Clinical Database）等データベース入力は誰が行っているか－全体―



属性別にみても、全般に「外科医」自身が多いことに変わりはないが、開設主体別の「国立病院機構」「都道府県立病院」「市町村立病院」「公的病院」では「医療クラーク」の割合が 40%前後まで高まり、「外科医」の割合と遜色ないレベルに達しており、国公立・公的医療機関における「医療クラーク」の導入の進展がうかがわれる。一方、「大学病院（私立）」における「医療クラーク」の割合は 18.9%と低い。また、同じ大学病院の「大学病院（旧国公立）」や「私立病院」も 30%弱と相対的に低い段階にとどまっている。

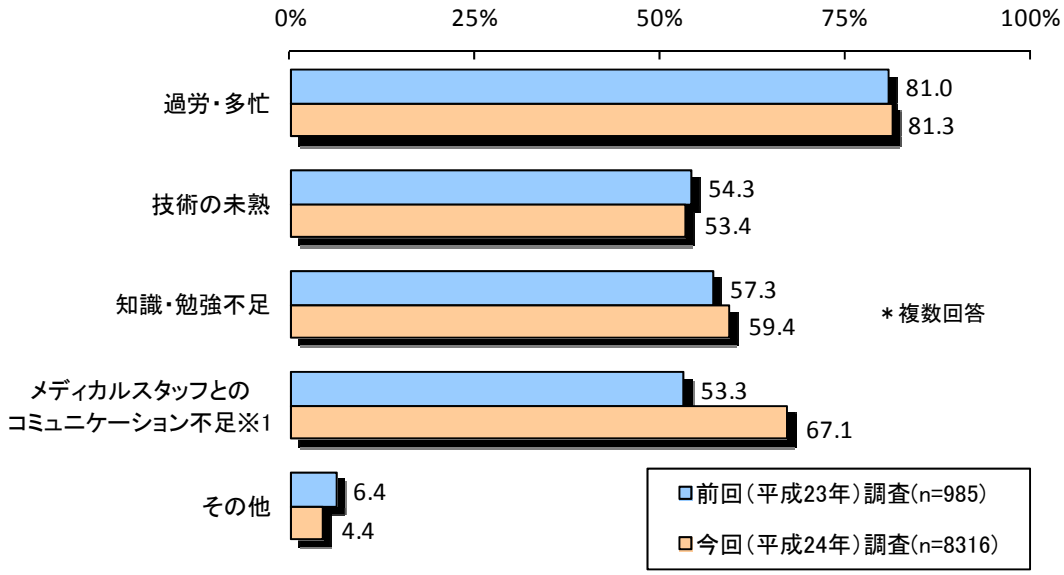
図 2.6.2　属性別にみた NCD（National Clinical Database）等データベースの入力者



2.7　外科診療における医療事故・インシデントの原因

外科診療における医療事故・インシデント（ヒヤリ・ハット）について、何が原因と考えるかを複数回答方式で聞いたところ、全体の８割強（81.3%）が「過労・多忙」をあげている。次いで「メディカルスタッフとのコミュニケーション不足」も 67.1%にのぼる。他はいずれも 50%台であり、「知識・勉強不足」「技術の未熟」という、それぞれの医師自身の修練・経験の問題といえる事項である。前回調査との比較では「メディカルスタッフとのコミュニケーション不足」が約 10 数ポイント（13.8 ポイント）増えているのが注目される。「メディカルスタッフとのコミュニケーション」が不十分になるのは「過労・多忙（特に多忙）」の故、とも考えられるところから、医療事故・インシデントの回避には「過労・多忙」という事態の緩和が重要と思われる。

図 2.7　外科診療における医療事故・インシデントの原因－全体－

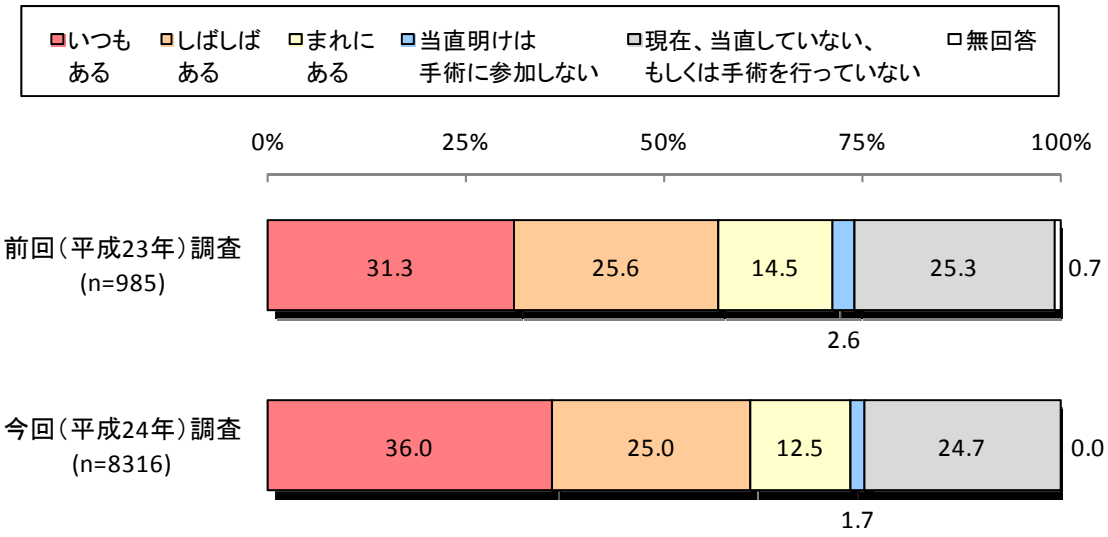


※1：前回調査は「コメディカルとのコミュニケーション不足」

2.8　当直明けの手術参加経験の有無

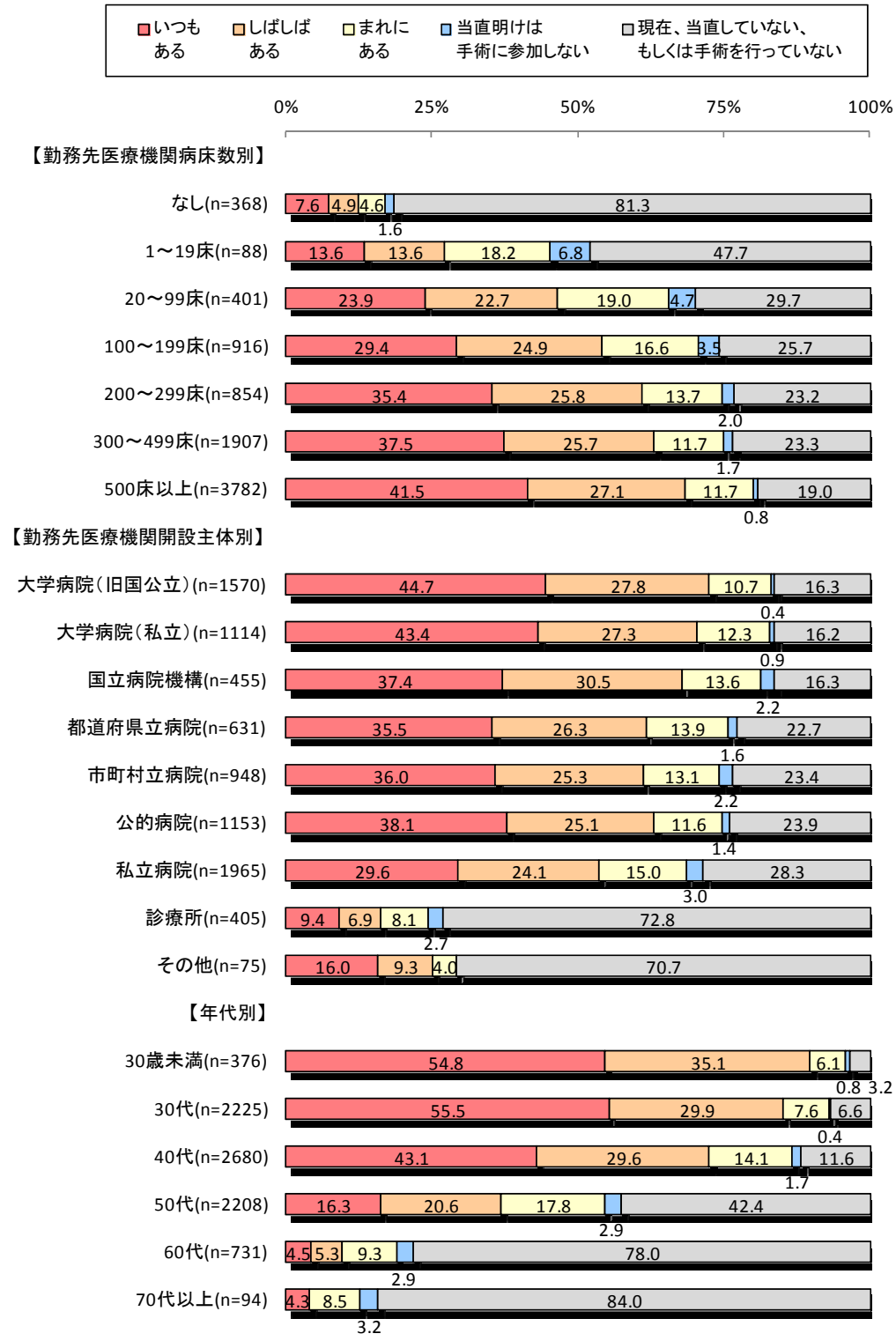
この 1～2 年の間に当直明けに手術に参加したことがあるかどうかを聞いたところ、「いつもある」が 36.0%でもっとも多く、次いで「しばしばある」が 25.0%、「まれにある」が 12.5%であり、「現在当直していない・手術を行っていない」場合を除けば、頻度の差はあれ、ほとんどが当直明けの手術参加経験を有している。こうした割合は前回調査と大きな変動はないが、「いつもある」がやや増加している。

図 2.8　最近（ここ 1～2 年）における、当直明けの手術参加の有無－全体－



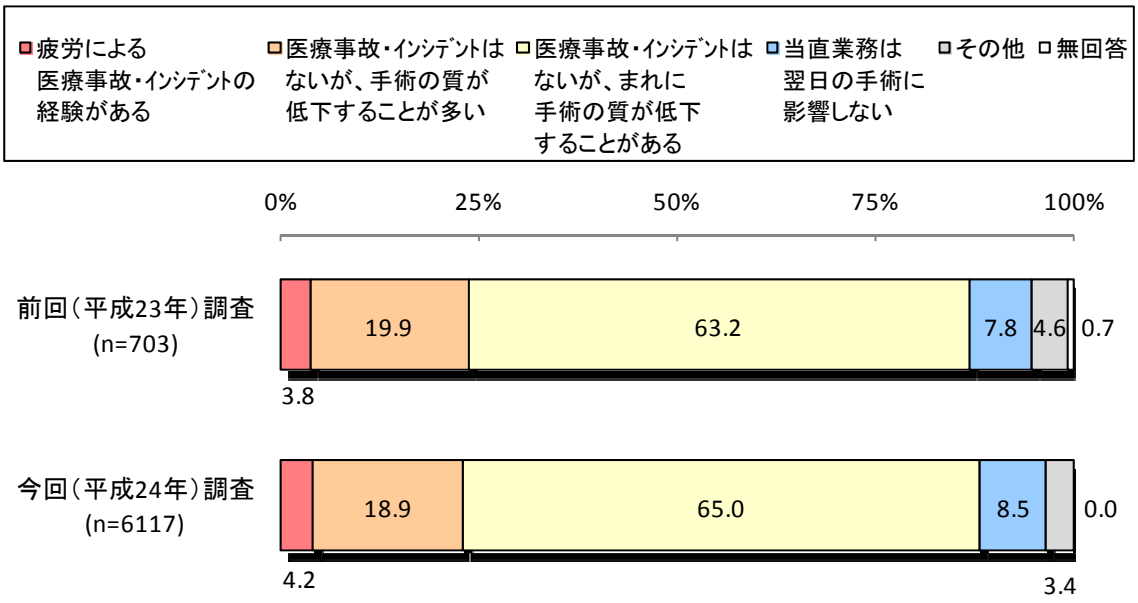
これを属性別にみると、当直明け手術の参加経験者の割合は、病床規模別の大きさに比例して、開設主体別の大学病院（旧国公立、私立）、年代別の「30 歳未満」「30 代」で高くなる。特に年代別の「30 歳未満」「30 代」では、「いつもある」がともに半数を超える 50 数%となっている。なお、これらの各医療機関区分における当直明け手術の参加経験者層はかなりの部分が重なり合っていると考えられる。すなわち、大学病院は病床規模が大きく、また、前述のように、大学病院勤務者は相対的に若い世代が多いからである。

図 2.8.2　属性別にみた「最近（ここ 1～2 年）における、当直明けの手術参加の有無」



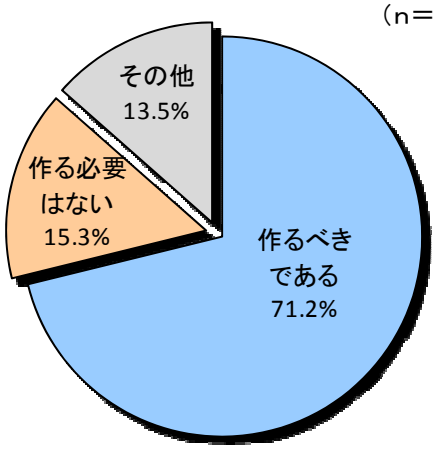
当直明け手術参加経験がある場合は、当直が手術にどのような影響を与えるかを聞いた。「医療事故・インシデントはないが、まれに手術の質が低下することがある」が 65.0%で突出して多いが、「医療事故・インシデントはないが、手術の質（出血、手術時間、合併症、郭清など）が低下することが多い」が約２割（18.9%）あり、看過できない割合となっている。なお、実際に「医療事故・インシデント経験がある」とした者は 4.2%であった。

図 2.8.3　【当直明けの手術参加経験がある場合】当直が手術に与える影響－全体－



当直明けの手術への参加経験がある場合は、「“当直明けは休み”というルールを作るべきか」どうかを聞いた。図のように、「作るべきである」が多数であり、70%超を占めた。一方、「作る必要はない」が 15.3%みられた。

図 2.8.4　【当直明けの手術参加経験がある場合】「当直明けは休み」のルールを作るべき　か－全体－

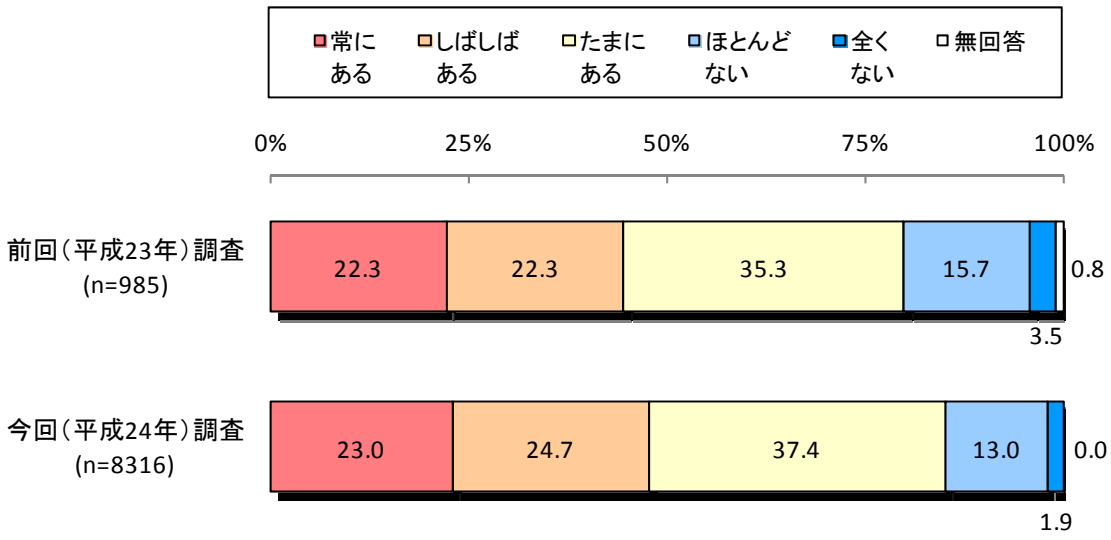


2.9　医療訴訟リスクが治療の選択・実施に与える影響について

「医療訴訟のリスクが治療の選択・実施に影響したと感じることがあるか」との設問に対しては、「常にある」「しばしばある」がともに 25%弱であるほか、「たまにある」がもっとも多い 37.4%であり、頻度の差はあれ、これらを合わせた約８割 が医療訴訟のリスクが治療の選択・実施に影響したと感じていることになる。なお、「ほとんどない」は 13.0%であるが、「全くない」はごく少数の 1.9%にとどまっている。

この結果は前回調査とほぼ同様であるが、どちらかといえば医療訴訟リスクによる治療の選択・実施への影響は減じるどころか、むしろやや強まる傾向にあるといえる。

図 2.9　医療訴訟のリスクが、治療の選択・実施に影響したと感じることがあるか－全体－

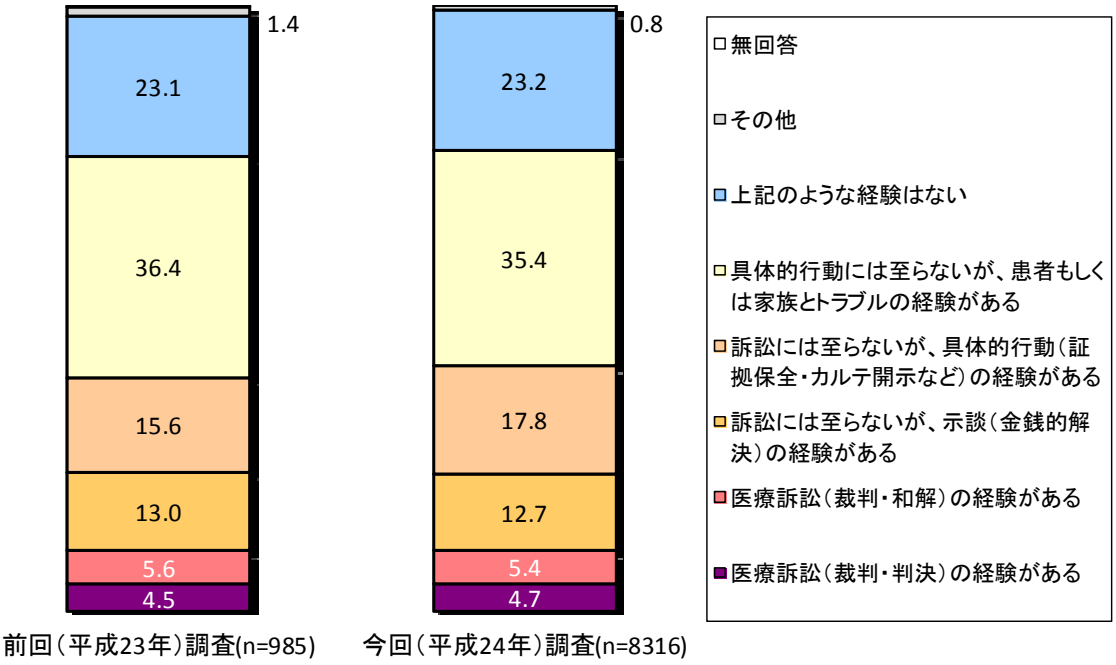


2.10　医療訴訟経験の有無

自身の医療訴訟についての経験の有無をみると、医療訴訟の経験があるのは、「医療訴訟（裁判・判決）の経験がある」の 4.7%、「医療訴訟（裁判・和解）の経験がある」の 5.4%を合わせた約 10%であった。また、訴訟には至らなかったが、「示談（金銭的解決）の経験」「具体的行動（証拠保全・カルテ開示など）の経験」を有する者がそれぞれ 10 数%であった。なお、もっとも多くがあげたケースは「具体的行動には至らないが、患者もしくは家族とトラブルの経験がある」が 35.4%を占めている。

これを前回調査との比較でみても、医療訴訟の実際の経験から患者・家族とのトラブルの経験、さらには「（訴訟・具体的な行動・単なるトラブルの）経験なし」に至るまで、数値傾向（割合）にはほとんど違いがない。このことは平成 19 年調査と比べても同様にいえ、実際の医療訴訟ないしトラブルは、数年のレンジでみる限りでは、ほぼ一定の割合で発生しうることを物語っていると考えられる。

図 2.10　自身の医療訴訟経験の有無－全体－



医療訴訟の問題に関連し、勤務医療機関における医療訴訟に対するサポート体制の有無を聞いたところでは、「あり」が約 6 割強（62.8%）、「なし」が約 4 割弱（37.2%）で、多くの医療機関にサポート体制があることが確認された。ちなみに、前回調査では「リスクマネジメント体制の有無」ということで聞いたこともあって、今回調査では「あり」が 7 ポイント低下している。

さらに、サポート体制があるとした場合には、それが役に立っているかどうかを聞いた。「少し役立った」が 40.5%でもっとも多いが、「大いに役立った」も大差ない 35.3%を占めており、全体の 4 分の 3 に相当する 75.8%がサポート体制の有効性を認めている。なお、「ほとんど役に立たなかった」は 1 割（10.5%）にとどまっている。

図 2.10.2　医療訴訟に対する勤務医療機関のサポート体制の有無（※1）－全体－

※1:前回調査は「医療訴訟に対する勤務医療機関のリスクマネジメント体制の有無」として設問

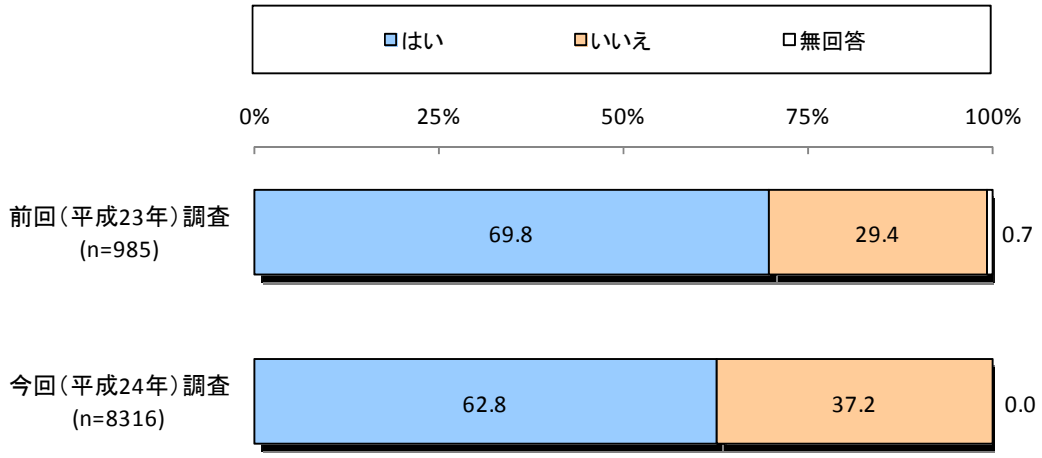
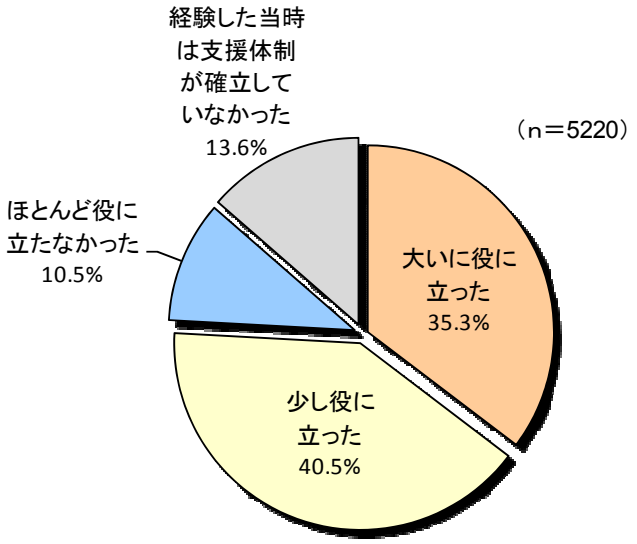
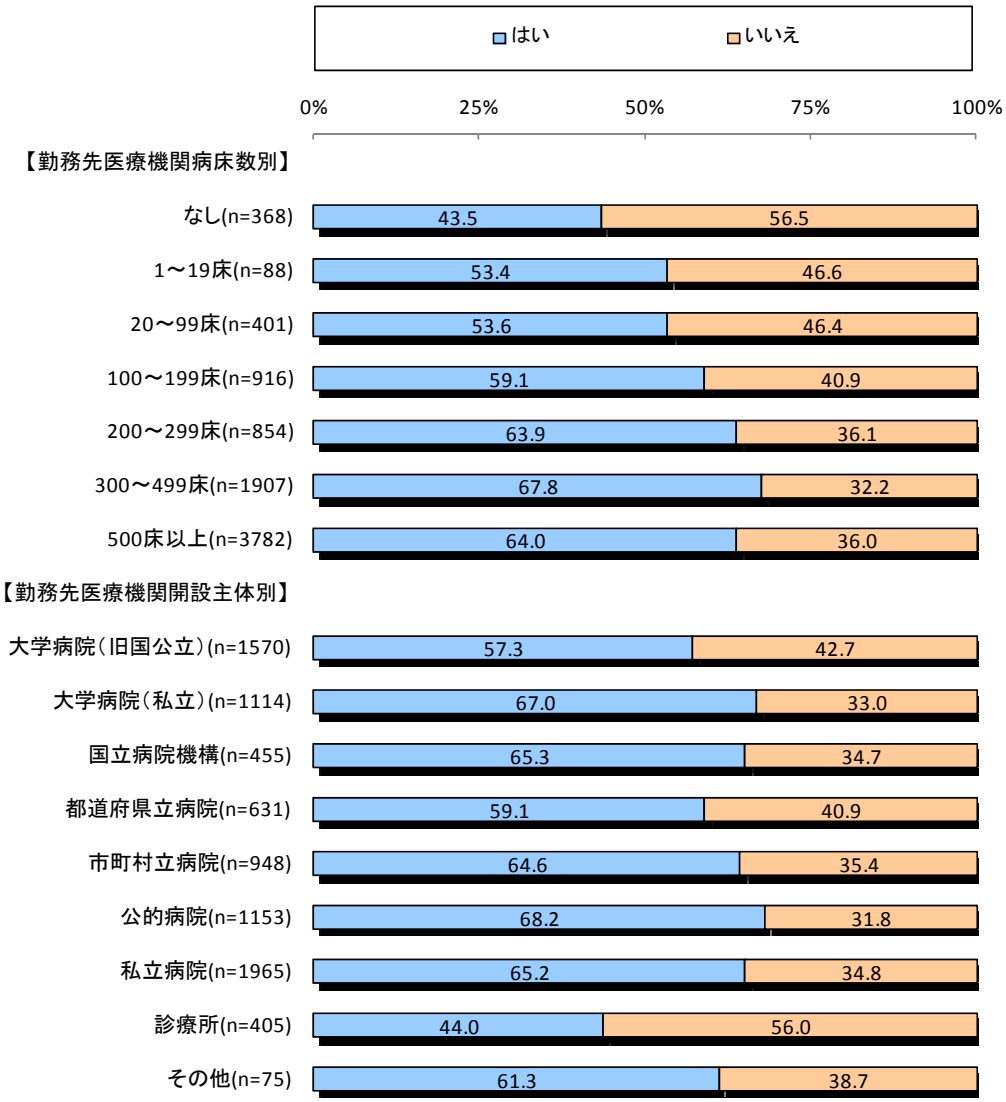


図 2.10.3　【医療訴訟に対するサポート体制がある場合】
医療訴訟サポート支援体制は役に立ったか－全体－



なお、参考までに、医療訴訟に対するサポート体制の有無を属性別にみておくと、概ねサポート体制があるとする割合が過半であるが、病床規模別では規模に比例して割合はより高くなる。また、開設主体別では診療所の 44.0%を除けば、60%前後から 65%前後にサポート体制がある。

図 2.10.4　属性別にみた医療訴訟に対する勤務医療機関のサポート体制の有無



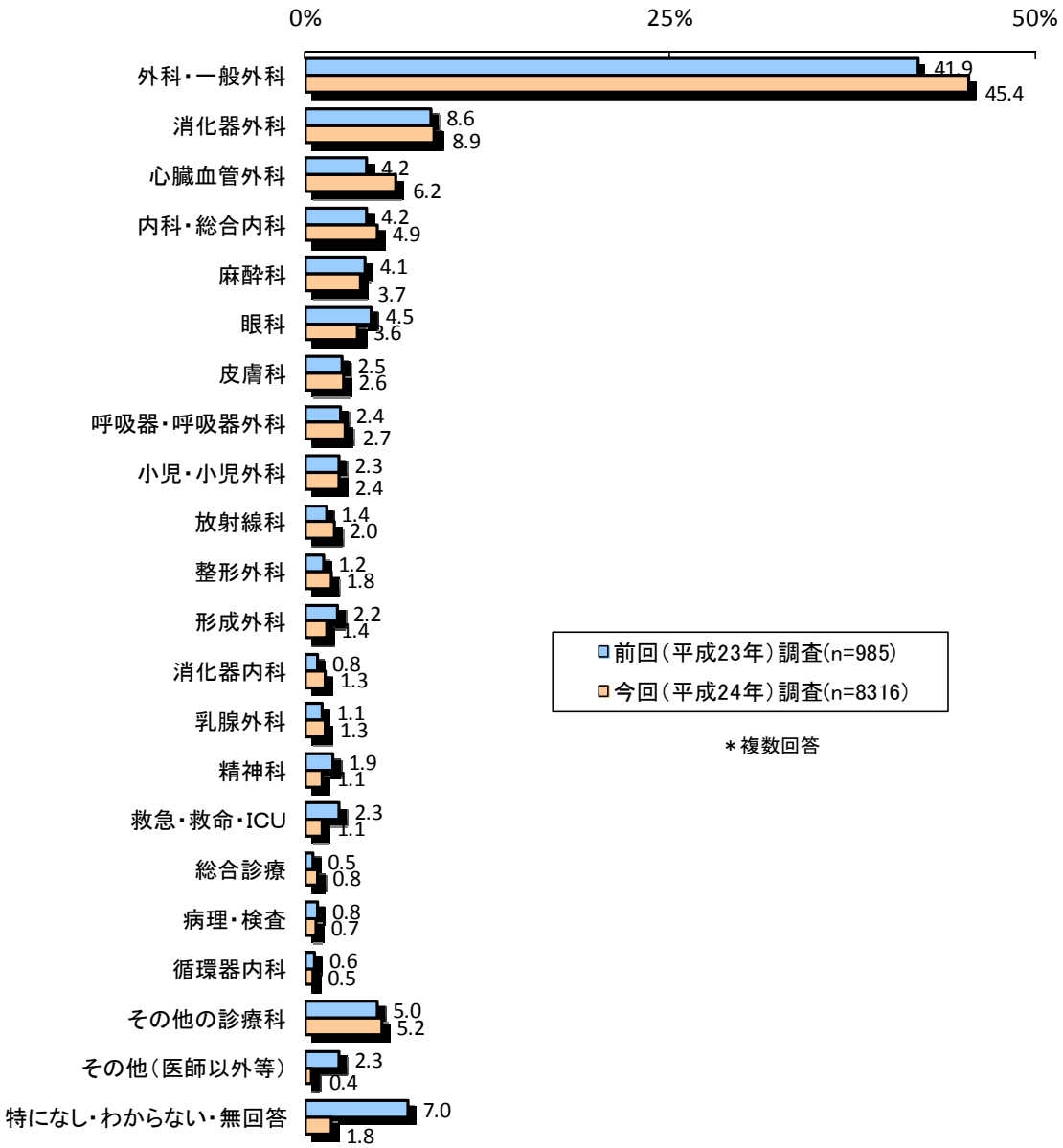
2.11　診療科再度選択可能な場合の選択したい診療科

再度診療科を選択できるとしたらどの診療科の医師になりたいかを、自由記載方式で聞いたが、自由記載による診療科名を事後にコード化したところでは、下図のようである。

「外科・一般外科」が突出して多く、45.4%となっている。その一方で、他の診療科はいずれも10%に満たず、「消化器外科」の8.9%、「心臓血管外科」6.2%が相対的に多い程度である。他はすべて５%以下である。（なお、「その他」には「医者にはなりたくない」「医者以外」等の回答がみられた。）

前回調査と比較しても大きな変化は見出せないが、「外科・一般外科」が数ポイント増えていることがわかる。自由記載をみると、「やっぱり外科」「外科が好きである」等のコメントが散見され、多くは何らかの目的意識をもって外科医となっていることがうかがい知れる。

図2.11　再度診療科を選択できるとしたらどの診療科の医師になりたいか－全体－



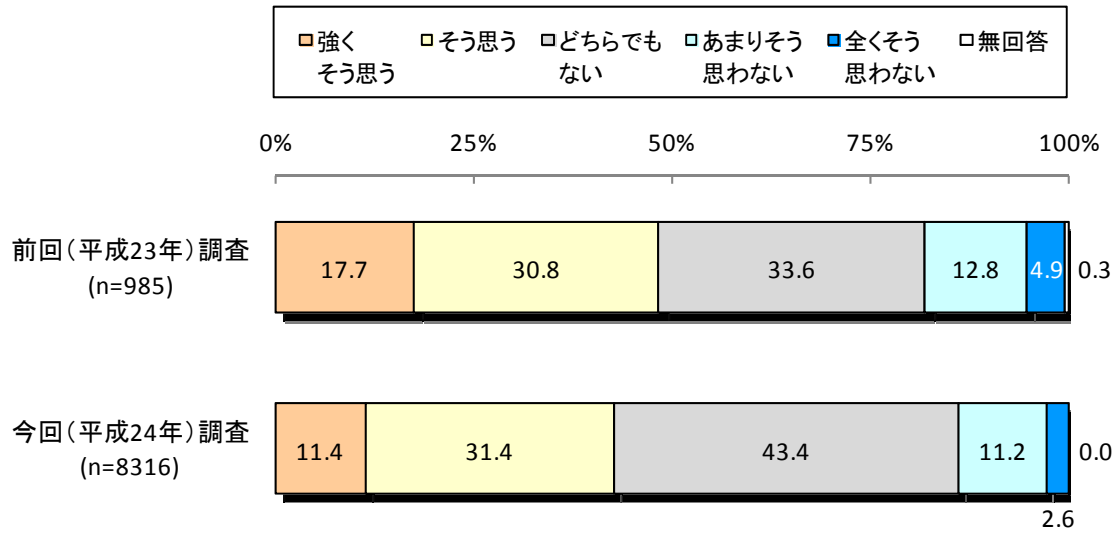
2.12　後輩等への外科医選択勧奨意向

後輩等に外科医になることを勧めるかどうかを聞いたところでは、「どちらともいえない」との態度保留が 43.4%と多いが、これを除けば「強くそう思う」は 1 割強の 11.4%にとどまるものの、「そう思う」が 31.4%であり、両者を合わせた外科医選択勧奨意向を有する割合は 4 割強（42.8%）となる。一方、「あまりそう思わない」が 11.2%、「全くそう思わない」は 2.6%にすぎない。

前回調査では「強くそう思う」が 17.7%、「そう思う」が 30.8%であり、「強くそう思う」の減少（マイナス 6.3 ポイント）がやや大きくなっている。また、「どちらでもない」も約 10 ポイントの増加であり、外科医選択勧奨意向は後退の感がある。

なお、今回調査では単独の設問としたのに対し、前回調査では『身体状況について』とした 24 項目のマトリックス形式設問の 1 項目として聞いたことから、当該項目の数値の評価には注意を要する。

図 2.12　後輩等に外科医になることを勧めるか－全体－

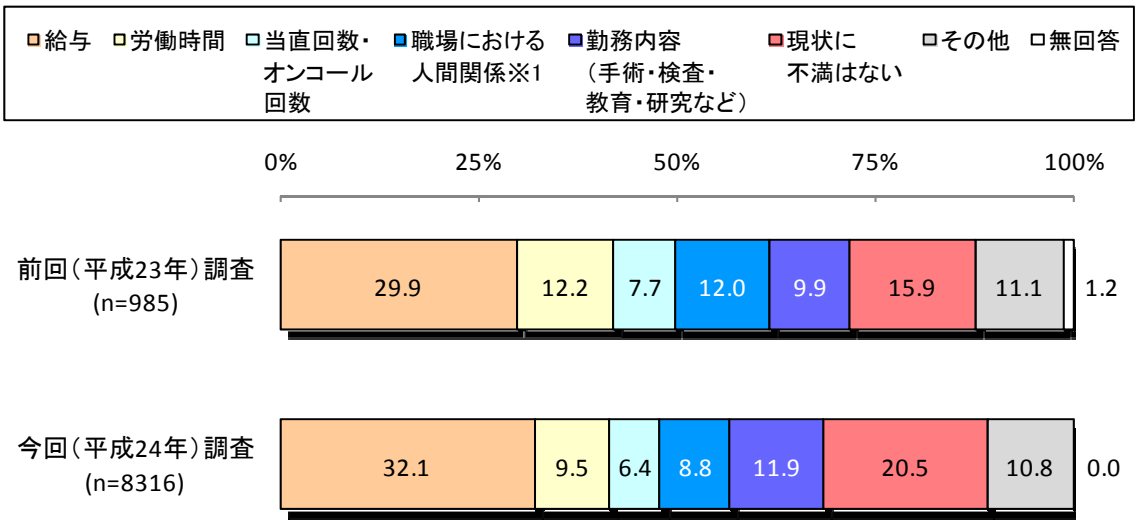


2.13　現在の勤務状況での不満点

「現在の勤務状況で最も不満に思う点」を聞いたところでは、「給与」が３割強（32.1%）を占め、もっとも多かった。次いで「勤務内容（手術・検査・教育・研究など）」が 11.9%、「労働時間」9.5%などとなっており、「給与」への不満がやや突出して多い結果となっている。なお、「現状に不満はない」とする者が 20.5%であった。

前回調査においても、「給与」への不満がもっとも多いことなどをはじめ、傾向は異なっていないものの、「労働時間」への不満を示す者の割合は、わずかにではあるが低下している。逆に「勤務内容（手術・検査・教育・研究など）」が増加している。なお、「現状に不満はない」は前回調査に比べ 4.6 ポイントのアップとなっており、増減としてはもっとも変化幅が大きい。

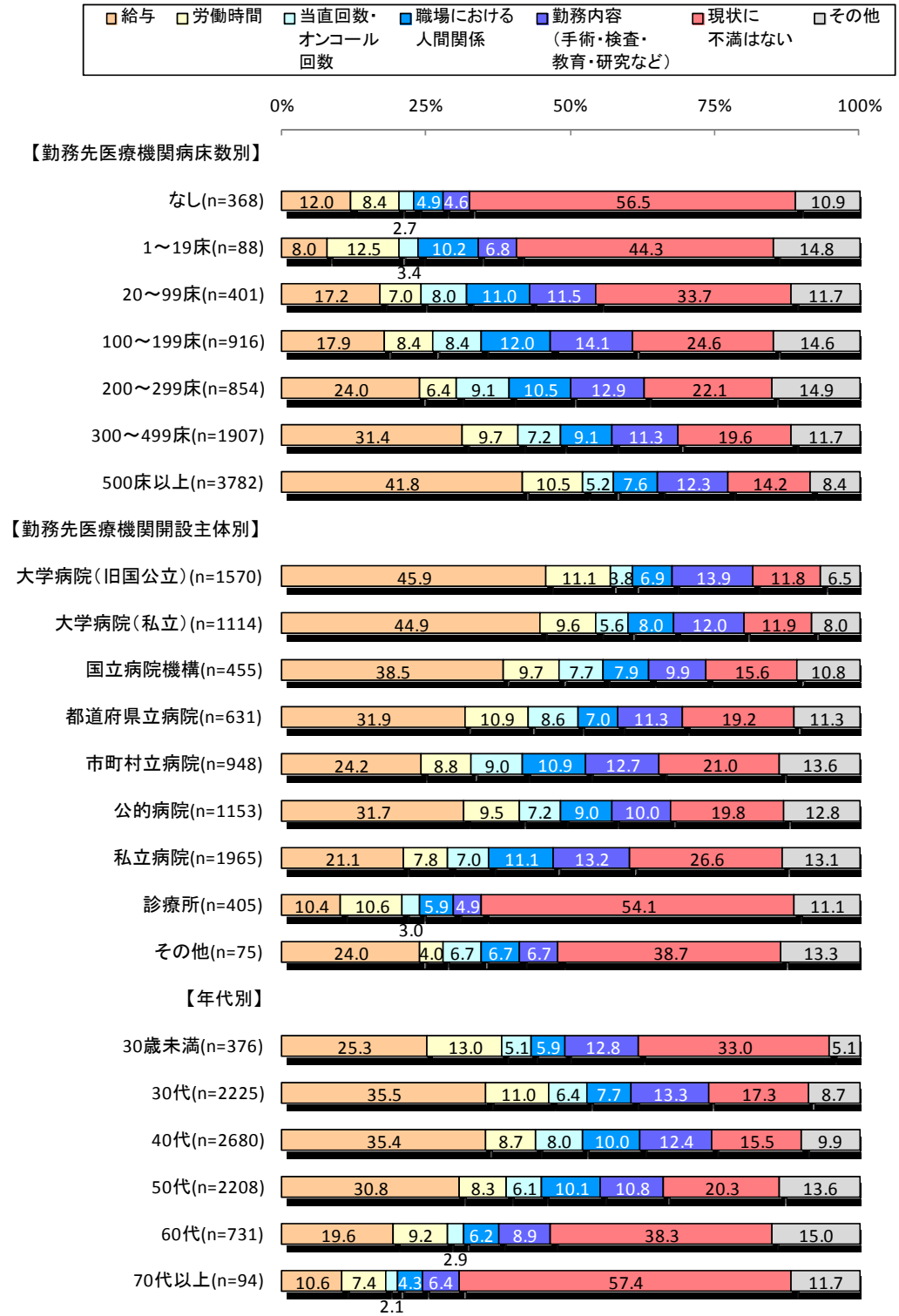
図 2.13　現在の勤務状況で最も不満に思う点－全体－



※1：前回調査は「職場における人間関係(対上司・対部下・対コメディカルなど)」
　　今回調査は「職場における人間関係(対上司・対部下・対メディカルスタッフなど)」

現在の勤務状況での不満点を属性別にみると、全般に、「給与」と「現状に不満はない」の割合は相反する関係にあることがわかる。例えば、病床規模別では病床規模の大きさに比例して「給与」への不満が多くなる一方で、「現状に不満はない」は少なくなる。開設主体別や年代別にみてもほぼ同様傾向が見て取れる。

図 2.13.2　属性別にみた現在の勤務状況で最も不満に思う点



2.14　支援希望事項

今回調査においては、新しく「ご自身が支援を希望するものは何か」を複数回答形式で聞いた。

図のように、突出して多い事項はないが、「給与上昇」が 60.6%でもっとも多い。次いで、「メディカルスタッフ（看護師、臨床工学士等）の充実と医師雑務の軽減」および「外科医の訴訟リスク対策」が 50%強である。また、「時間外緊急手術手当」「予定手術にも手当（特殊技能手当等）」、「メディカルクラークの増員」が 45%前後となっている。さらに、「休日の増加」「当直明け勤務の軽減あるいは免除」「超過勤務手当（時間外手当）の増額」などが 40%弱である。

このように、支援を希望する事項は多岐にわたるが、「勤務時間の制限」や「超過勤務手当（時間外手当）の上限を緩和、あるいは撤廃」等の割合が必ずしも高くないことなどを考え合わせると、外科医としての本来業務に専念でき、また質を保てる体制と、それに見合った給与・手当面での評価を求めているといえる。

図 2.14　自身が支援を希望するもの－全体－

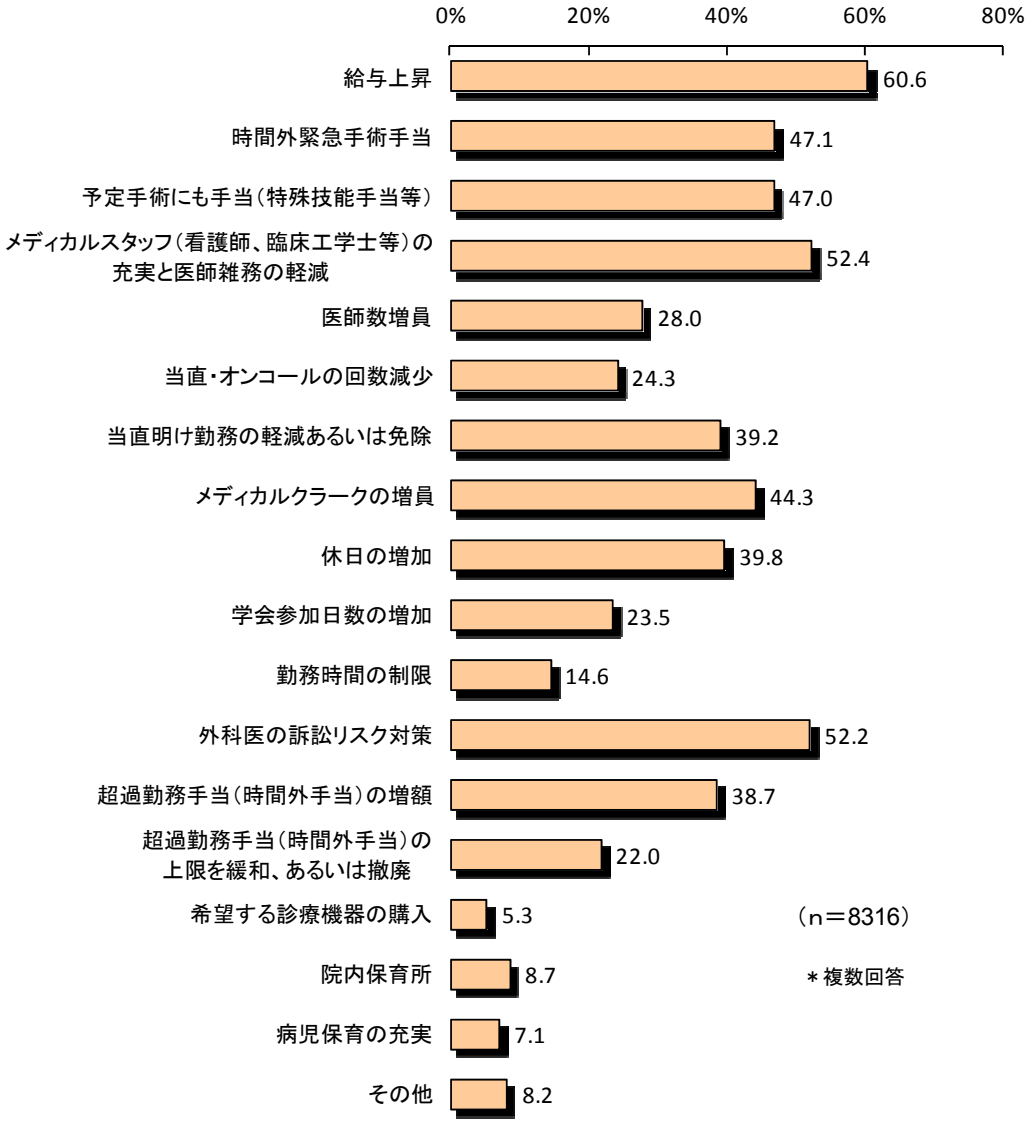


図 2.14.2　属性別にみた自身が支援を希望するもの

※ 単位:%、複数回答

		n	給与上昇	時間外緊急手術手当	予定手術にも手当（特殊技能手当等）	メディカルスタッフの充実と医師雑務の軽減	医師数増員	当直・オンコールの回数減少	当直明け勤務の軽減あるいは免除	メディカルクラークの増員	休日の増加	学会参加日数の増加	勤務時間の制限	外科医の訴訟リスク対策	超過勤務手当（時間外手当）の増額	超過勤務手当（時間外手当）の上限を緩和、あるいは撤廃	希望する診療機器の購入	院内保育所	病児保育の充実	その他
全体		(8316)	60.6	47.1	47.0	52.4	28.0	24.3	39.2	44.3	39.8	23.5	14.6	52.2	38.7	22.0	5.3	8.7	7.1	8.2
勤務先医療機関病床数別	なし	(368)	34.0	19.6	14.7	33.7	9.2	14.1	19.6	20.4	41.3	32.6	16.3	43.2	16.6	7.9	3.0	7.3	5.7	7.9
	1～19床	(88)	29.5	15.9	14.8	31.8	22.7	23.9	9.1	20.5	36.4	30.7	13.6	46.6	13.6	4.5	4.5	8.0	4.5	14.8
	20～99床	(401)	40.4	24.7	25.9	45.9	35.4	23.4	33.4	34.9	39.9	27.2	8.0	47.4	22.4	6.7	5.2	7.5	4.7	8.0
	100～199床	(916)	45.7	38.2	37.2	49.0	39.1	26.1	39.2	38.2	35.3	28.2	12.1	52.8	31.9	13.6	7.0	6.6	5.0	7.6
	200～299床	(854)	51.5	44.7	44.3	50.2	35.2	25.6	42.0	41.1	34.2	24.5	12.2	52.2	35.0	18.0	6.9	8.0	6.3	9.4
	300～499床	(1907)	59.4	48.6	50.3	50.2	31.4	24.6	40.8	43.7	37.0	23.0	12.1	52.3	36.8	21.7	5.9	6.9	5.0	8.2
	500床以上	(3782)	72.3	54.8	54.4	57.8	23.2	24.4	41.0	50.6	43.6	20.9	17.6	53.5	46.6	28.4	4.5	10.5	9.3	8.1
勤務先医療機関開設主体別	大学病院(旧国公立)	(1570)	76.2	57.1	55.7	61.0	19.0	24.1	41.5	51.3	46.0	19.0	18.8	54.3	49.7	31.7	2.4	11.1	10.2	7.9
	大学病院(私立)	(1114)	79.1	58.2	56.0	62.7	26.0	28.3	43.5	56.8	49.1	23.1	19.8	55.2	53.0	22.9	5.4	13.6	10.2	8.3
	国立病院機構	(455)	69.5	51.9	56.9	50.3	25.3	23.7	41.5	43.1	35.6	22.6	12.1	49.7	42.6	32.7	5.3	5.7	5.9	8.6
	都道府県立病院	(631)	55.2	45.5	49.0	54.4	29.3	21.6	40.1	44.5	33.4	22.0	10.9	53.9	28.5	22.2	4.8	9.7	8.7	7.4
	市町村立病院	(948)	53.1	45.9	46.6	47.7	32.9	27.4	42.6	39.8	33.6	22.9	11.1	53.7	35.4	19.5	6.4	5.9	4.6	8.2
	公的病院	(1153)	59.4	49.0	49.6	50.3	35.0	25.2	40.9	44.1	37.0	23.8	13.0	52.0	37.6	25.1	6.8	8.1	5.6	8.8
	私立病院	(1965)	47.9	38.0	38.1	47.2	34.0	23.1	36.4	39.5	37.4	26.0	12.4	50.2	31.9	13.7	6.9	6.4	5.1	8.1
	診療所	(405)	32.1	18.5	15.3	32.8	11.6	16.5	17.5	18.8	42.2	32.3	16.8	44.0	15.3	7.7	3.5	6.9	4.9	8.4
	その他	(75)	52.0	36.0	22.7	50.7	16.0	14.7	28.0	40.0	25.3	32.0	9.3	46.7	22.7	13.3	2.7	8.0	8.0	12.0
年代別	30歳未満	(376)	56.4	64.1	37.2	50.0	11.4	16.5	42.6	37.8	51.9	23.4	15.7	45.7	44.7	27.7	1.9	14.1	11.4	3.5
	30代	(2225)	68.0	60.0	50.3	52.1	16.0	27.7	47.5	44.6	51.4	24.0	18.5	54.9	49.4	31.3	3.1	14.7	12.9	7.6
	40代	(2680)	65.9	48.1	53.3	51.5	27.6	29.6	44.9	43.6	41.4	24.1	15.7	54.1	41.8	23.3	6.5	5.5	4.7	9.3
	50代	(2208)	56.4	38.9	45.6	53.8	39.1	20.4	29.5	45.6	30.3	23.6	10.7	51.5	31.0	15.3	6.6	4.9	3.6	8.5
	60代	(731)	37.6	24.2	27.2	54.2	40.5	12.3	23.5	46.9	24.1	19.0	10.5	44.7	18.7	8.1	5.9	10.7	6.8	7.4
	70代以上	(94)	28.7	13.8	13.8	46.8	33.0	8.5	21.3	33.0	19.1	25.5	7.4	35.1	10.6	4.3	4.3	7.4	4.3	12.8
性別	男性	(7770)	61.7	47.2	48.0	52.4	28.5	24.5	38.7	44.6	39.5	23.5	14.0	52.8	38.5	21.8	5.4	7.1	5.3	7.8
	女性	(546)	44.9	46.2	33.0	52.0	20.5	21.6	47.1	39.6	45.1	23.8	22.9	43.6	41.2	24.4	4.6	31.3	32.6	13.9

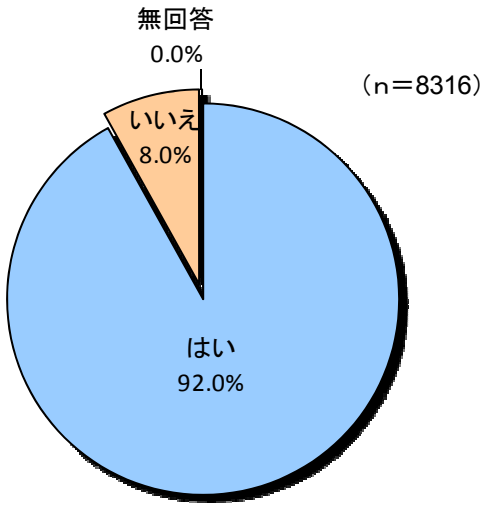
3　診療報酬改定について

3.1　平成 22 年度・平成 24 年度診療報酬改定内容の認知

今回の調査では「平成 22 年度及び平成 24 年度の診療報酬が改定され、外科手術などの点数が増加した」ことについて知っているかどうかを聞いた。

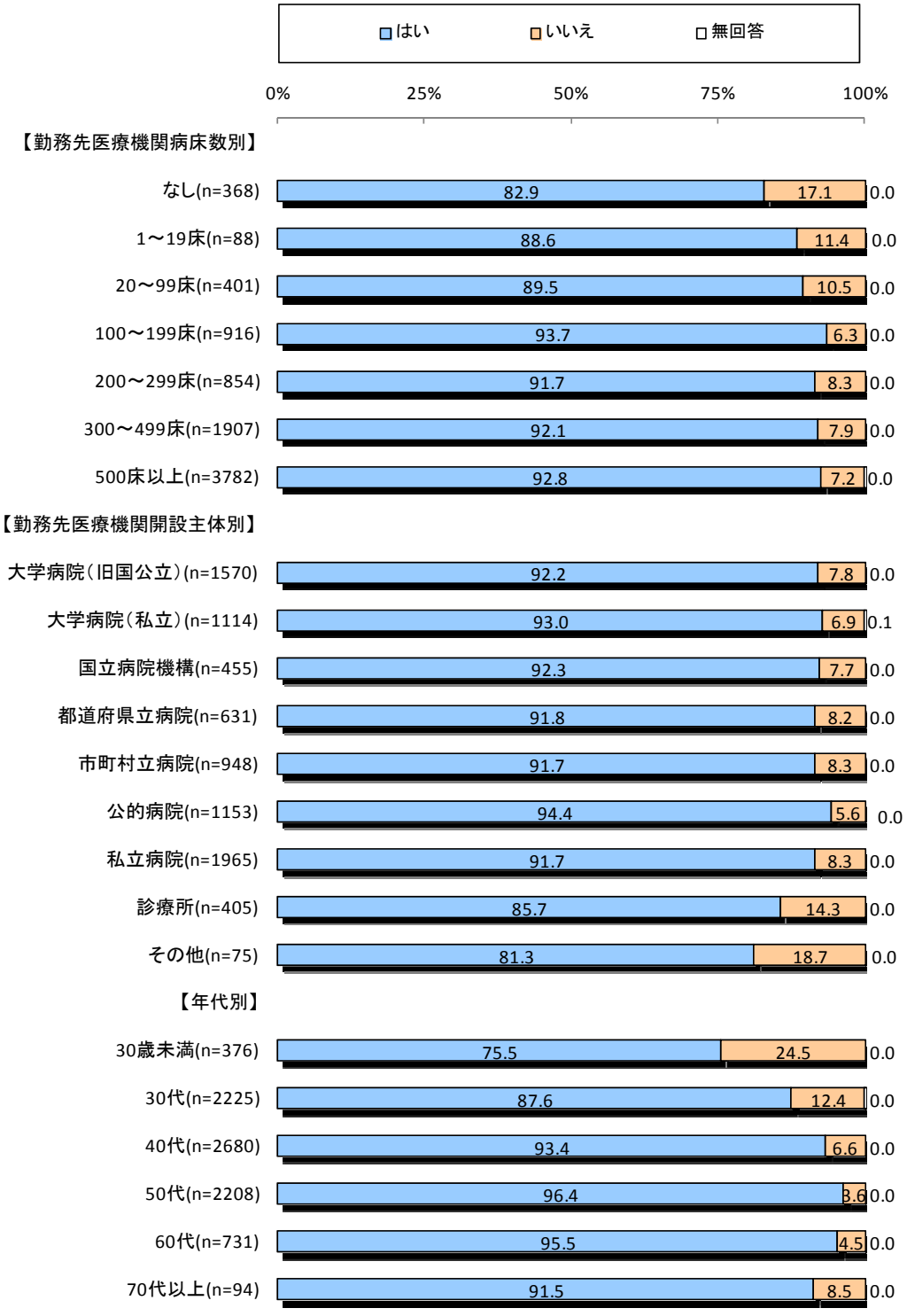
図のように、全体では 92.0%の外科医が「はい（知っている）」としている。本調査の対象である外科学会会員は、ほとんどが医療機関に所属する者であるが、一部、臨床や医療機関運営・経営に従事していない研究職や医学部以外の大学教員、健診センター勤務、官公庁勤務、産業医、海外勤務者等も含まれているところから、実際に診療にかかわっている者のほとんどはこれを認識しているとみることができる。

図 3.1　平成 22 年度及び平成 24 年度の診療報酬改定内容の認知－全体－



属性別にみても（次頁図）、認知している者の割合は概ね 90%前後となっており、診療報酬改定による外科手術などの点数増加についての認知度は十分に高いといえる。ただ、年代別の「30 歳未満」や開設主体別の「診療所」（≒病床規模別の病床「なし」）や「その他」では認知していない者の割合が相対的に高い。

図 3.1.2　属性別にみた平成 22 年度及び平成 24 年度の診療報酬改定内容の認知



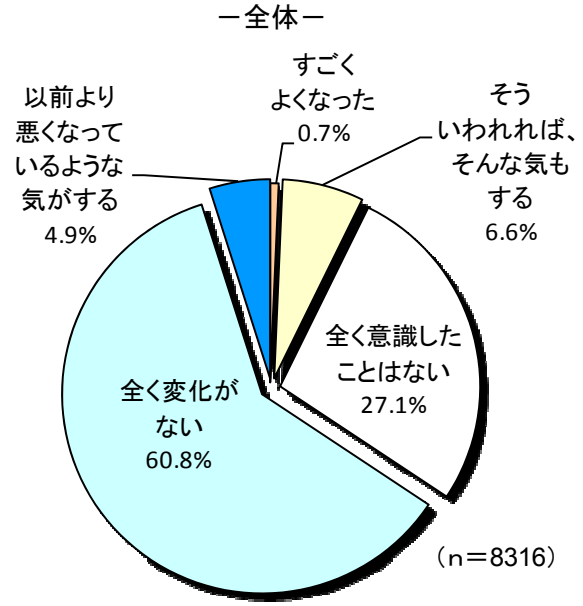
3.2　診療報酬改定後の労働環境改善について

「平成 22 年度及び平成 24 年度の診療報酬改定後に、労働環境が改善したように感じることがあるか」どうかをみると、図のように、多くは改善を感じていない。「全く変化がない」が 60.8%と突出して多いほか、「全く意識したことはない」も 27.1%である。一方、「そういわれればそんな気もする」が 6.6%、「すごくよくなった」はわずかに 0.7%に過ぎなかった。

このように、少なくとも目に見えての変化、否応なしに感じさせられるほどの変化はなかったと言わざるを得ない。

なお、属性別にみても（図は省略）、変化・改善を感じたとするものは概ね少数であり、「全く変化なし」か、一部（診療所医師、年代別 60 代以上など）「全く意識したことがない」が多数を占めている。

図 3.2　平成 22 年度及び平成 24 年度の診療報酬改定後に、労働環境が改善したように感じることはあるか



3.3　診療報酬改定後に改善された事柄

診療報酬改定後に労働環境が改善したと感じる、とした者に対しては「具体的に改善されたと感じる点」を聞いた（複数回答方式）。これによれば、図のように、「医療事務が充実した」が突出して多く、53.8%と過半がこれをあげている。他はいずれも 20%未満となるが、「（看護師、放射線技師、臨床検査技師などの）メディカルスタッフが充実した」が 18.0%で相対的に高い。「給与が上がった」は 14.1%にとどまっている。主に、医療周辺業務や診療上のサポート体制の改善が感じ取られているわけである。

属性別にみると（次頁図＜表＞参照）、全体でみてもっとも多い「医療事務が充実した」は病床規模別の「200～299 床」「300～499 床」病院では 60%超と相対的に高いことや、開設主体別では「国立病院機構」「都道府県立病院」「市町村立病院」や「公的病院」で相対的に高い（いずれも 60%台）ことなどが見て取れる。

図 3.3　【労働環境が改善したように感じる場合】具体的に改善されたと感じる点－全体－

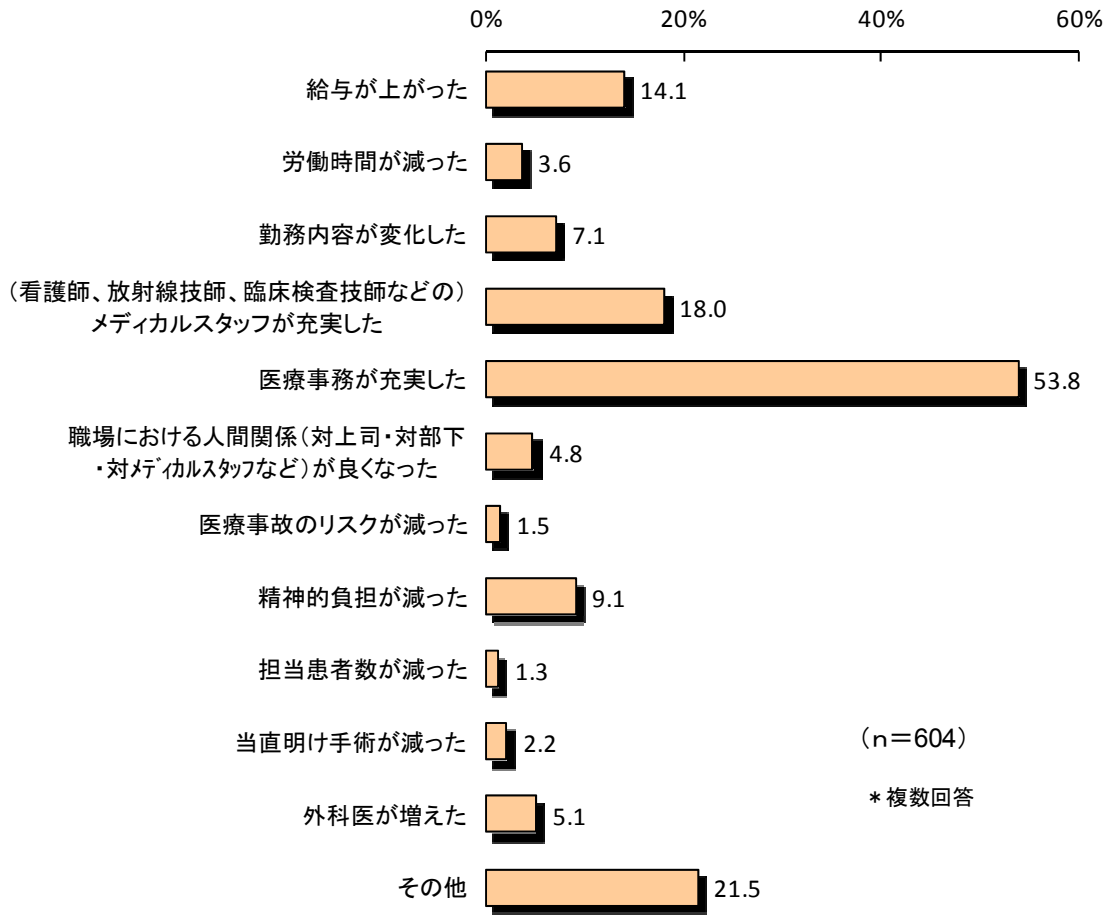


図 3.3.2　属性別にみた具体的に改善されたと感じる点

※ 単位：%、複数回答

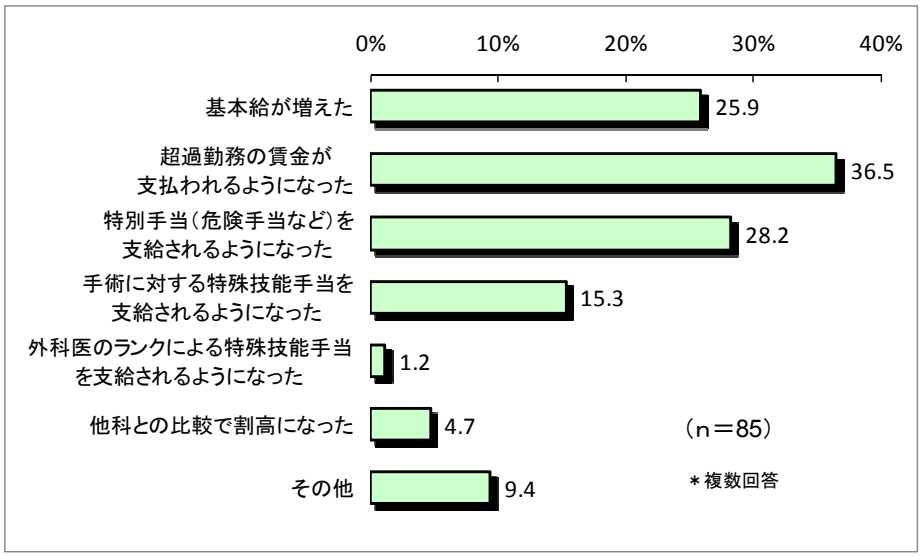
		n	給与が上がった	労働時間が減った	勤務内容が変化した	メディカルスタッフが充実した	医療事務が充実した	職場における人間関係が良くなった	医療事故のリスクが減った	精神的負担が減った	担当患者数が減った	当直明け手術が減った	外科医が増えた	その他
全体		(604)	14.1	3.6	7.1	18.0	53.8	4.8	1.5	9.1	1.3	2.2	5.1	21.5
勤務先医療機関病床数別	なし	(16)	12.5	12.5	12.5	18.8	12.5	0.0	0.0	18.8	6.3	0.0	0.0	25.0
	1～19床	(8)	25.0	0.0	37.5	25.0	12.5	0.0	0.0	12.5	0.0	0.0	12.5	25.0
	20～99床	(19)	0.0	0.0	5.3	36.8	47.4	15.8	5.3	26.3	10.5	0.0	5.3	10.5
	100～199床	(48)	8.3	4.2	10.4	20.8	47.9	0.0	4.2	10.4	2.1	2.1	2.1	29.2
	200～299床	(62)	16.1	4.8	8.1	16.1	61.3	8.1	1.6	11.3	0.0	9.7	4.8	14.5
	300～499床	(156)	12.8	5.1	7.1	17.9	64.1	2.6	1.3	7.7	1.9	1.3	6.4	16.7
	500床以上	(295)	15.9	2.4	5.4	16.6	51.5	5.8	1.0	7.5	0.3	1.4	5.1	24.7
勤務先医療機関開設主体別	大学病院（旧国公立）	(117)	21.4	1.7	5.1	25.6	48.7	5.1	0.9	6.8	0.0	0.9	1.7	23.9
	大学病院（私立）	(76)	18.4	3.9	7.9	10.5	39.5	3.9	1.3	14.5	1.3	1.3	3.9	30.3
	国立病院機構	(31)	16.1	9.7	6.5	16.1	67.7	0.0	3.2	3.2	3.2	0.0	12.9	12.9
	都道府県立病院	(55)	5.5	0.0	3.6	10.9	63.6	3.6	0.0	7.3	0.0	1.8	10.9	20.0
	市町村立病院	(74)	12.2	1.4	4.1	12.2	60.8	2.7	0.0	1.4	1.4	2.7	8.1	23.0
	公的病院	(103)	13.6	2.9	7.8	21.4	64.1	4.9	3.9	5.8	1.9	4.9	2.9	17.5
	私立病院	(123)	8.9	6.5	8.9	18.7	54.5	8.9	1.6	16.3	1.6	2.4	4.9	18.7
	診療所	(20)	20.0	10.0	25.0	20.0	10.0	0.0	0.0	15.0	5.0	0.0	5.0	25.0
	その他	(5)	0.0	0.0	0.0	40.0	40.0	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	20.0
年代別	30歳未満	(12)	41.7	8.3	8.3	0.0	25.0	0.0	0.0	8.3	0.0	8.3	8.3	0.0
	30代	(74)	25.7	1.4	6.8	13.5	44.6	5.4	2.7	12.2	0.0	2.7	0.0	23.0
	40代	(166)	15.1	4.2	10.2	11.4	48.2	4.2	1.8	7.2	1.8	1.8	3.0	24.1
	50代	(233)	11.2	3.9	6.0	21.9	60.9	4.3	0.9	7.3	0.9	1.7	5.6	20.6
	60代	(108)	8.3	2.8	5.6	23.1	57.4	5.6	1.9	12.0	2.8	2.8	11.1	21.3
	70代以上	(11)	9.1	9.1	0.0	36.4	45.5	18.2	0.0	27.3	0.0	0.0	0.0	18.2

3.4　改善された事項の具体的内容

前項にみた『診療報酬改定後の労働環境改善事項』としてあげられたもののうち、主な項目について、改善のより詳細な内容を聞いた（複数回答方式）。

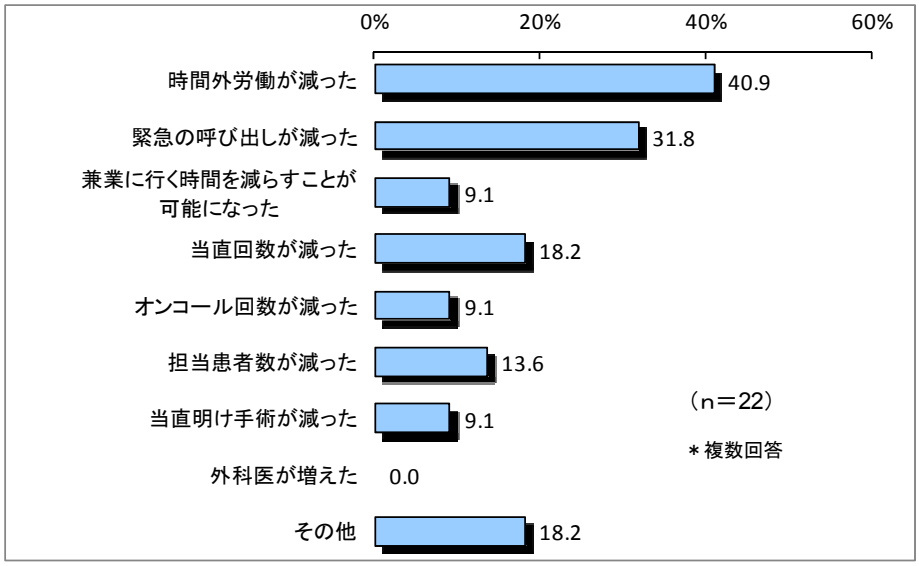
まず、「給与が上がった」の詳細をみると、「超過勤務の賃金が支払われるようになった」が 36.5%でもっとも多い。次いで「特別手当（危険手当など）を支給されるようになった」が 28.2%、「基本給が増えた」が 25.9%などとなっている。また、「手術に対する特殊技能手当を支給されるようになった」が 15.3%である。給与の上昇は、一部ベースアップでの対応もあったようであるが、むしろ、超過勤務手当や外科医としての業務に対する手当に依るところが大きいと思われる。

図 3.4-①　【「給与が上がった」場合】具体的に改善されたと感じる点－全体－



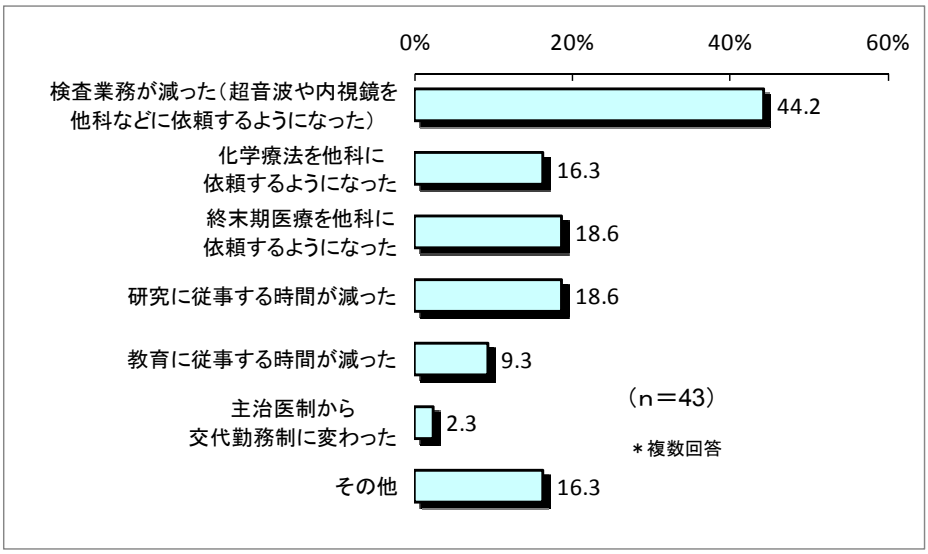
次に、「労働時間が減った」とする内容を具体的にみると、「時間外労働が減った」が 40.9%、「緊急の呼び出しが減った」31.8%で相対的に多い（但し、該当者数は 22 人で、実数ではそれぞれ 9 人、7 人である）。

図 3.4-②　【「労働時間が減った」場合】具体的に改善されたと感じる点－全体－



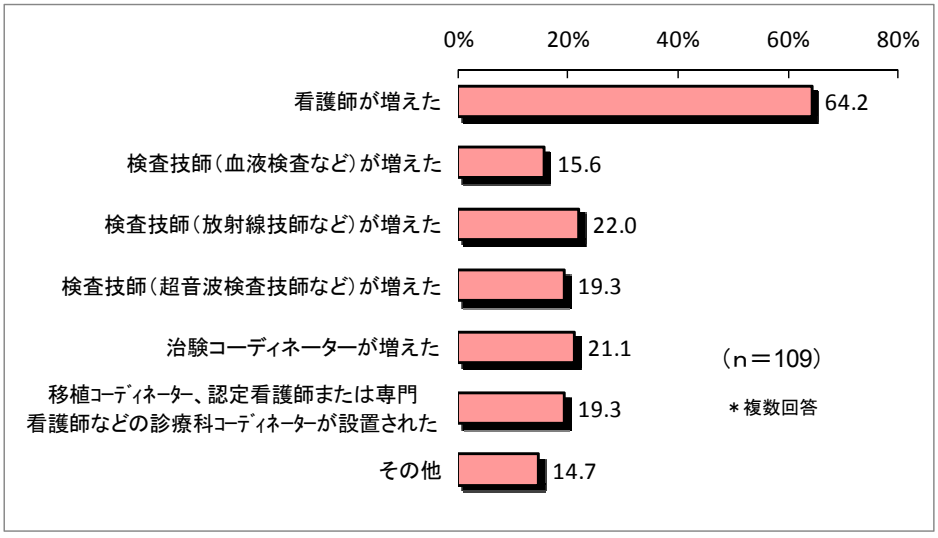
「勤務内容が変化した」の場合は、「検査業務が減った（超音波や内視鏡を他科などに依頼するようになった）」が 44.2%で突出して多いが、「終末期医療を他科に依頼」18.6%、「化学療法を他科に依頼」の 16.3%とともに、他部門・他診療科への業務移管が「勤務内容の変化」の大きな部分を占めている。

図 3.4-③　【「勤務内容が変化した」場合】具体的に変化したと感じる点－全体－



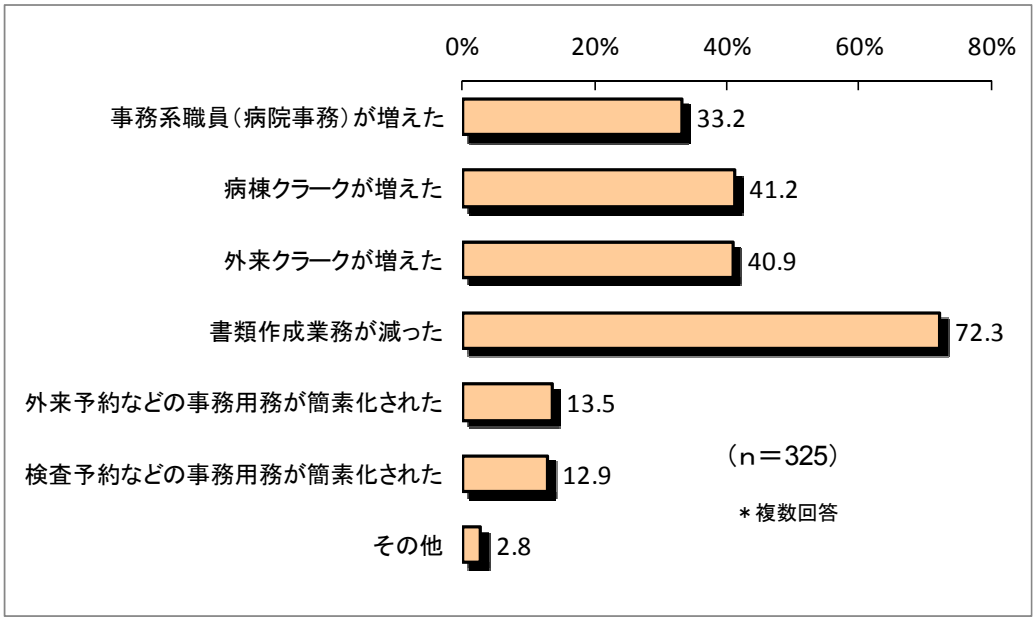
「メディカルスタッフが充実した」の内容としては、「看護師が増えた」64.2%で、他がいずれも 20%強止まりであるところから、突出して多い結果となっている。その他の各種検査技師が増えたとする回答は概ね 20%であり、一部の医療機関では看護師を中心にした周辺メディカルスタッフによるサポート体制面での改善が進みつつあることがうかがい知れる。

図 3.4-④　【「メディカルスタッフが充実した」場合】具体的に変化したと感じる点－全体－



上述のように､診療報酬改定後に労働環境が改善したと感じる事項としては｢医療事務が充実した」が突出して多かったわけであるが、これを具体的にみると、「書類作成業務が減った」が 72.3%でもっとも多い。次いで、「病棟クラークが増えた」「外来クラークが増えた」がともに 40%強、「事務系職員が増えた」も 33.2%となっている。書類作成業務の減少は、病棟・外来クラークや事務職員の増加とも関連が深いと考えられる。また、上にみたように、「勤務内容が変化」としての検査業務等の他部門・他診療科の移管や、「メディカルスタッフが充実」としての看護師や検査技師の増加も関係する面があり、これはみな一体的に捉えられるべきと思われる。

図 3.4-⑤　【「医療事務が充実した」場合】具体的に変化したと感じる点－全体－

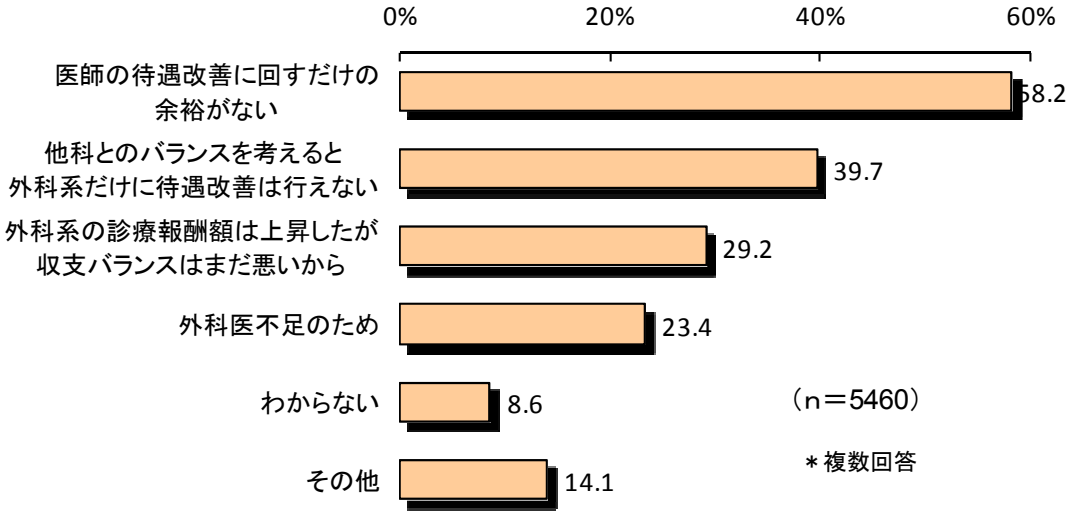


3.5　労働環境が改善されない理由

項目 3.2 にみたように、「平成 22 年度及び平成 24 年度の診療報酬改定後の労働環境」については、多くが改善を感じていない。このうち「全く変化がない」（60.8%）や「以前より悪くなったような気がする」（4.9%）とした場合は、その改善されない理由を複数回答形式で聞いた。

全体では半数以上の 58.2%があげた「医師の待遇改善に回すだけの余裕がない」がもっとも多い。次いで「他科とのバランスを考えると外科系だけに待遇改善は行えない」が約 4 割の 39.7%である。また、「外科系の診療報酬は上昇したが収支バランスはまだ悪いから」が約 3 割の 29.2%である。個々の医療機関の経営・運営上の事情もあり、外科系の診療報酬のアップが必ずしもそのまま外科医の待遇改善につながるものではないことを認識し、また理解していることがうかがい知れる。

図 3.5　【労働環境が不変や悪化したように感じる場合】
診療報酬改定後も労働環境が改善されない理由－全体－



これを属性別にみても（次頁図参照）、どの区分のどの層においても「医師の待遇改善に回すだけの余裕がない」がもっとも多い点で違いはなく、概ね 50%前後から 60%前後の割合を示している。ただ、「他科とのバランスを考えると外科系だけに待遇改善は行えない」は一定程度以上の病床規模の医療機関で相対的に多くなり、「1～19 床（診療所）」11.8%、「20～99 床」の 20.0%に対し、「200～299 床」「300～499 床」「500 床以上」ではいずれも 40%強となっている。なお、「外科系の診療報酬は上昇したが収支バランスはまだ悪いから」は、病床規模と反比例して多くなる。つまり、病床規模が小さいほどこの割合が高くなる。具体的には、「500 床以上」24.5%、「300～499 床」27.8%等に対して「20～99 床」40.0%、「1～19 床（診療所）」44.1%のようになっている。

図 3.5.2　【労働環境が不変や改悪したように感じる場合】
属性別にみた診療報酬改定後も労働環境が改善されない理由

※　単位：%、複数回答

		n	医師の待遇改善に回すだけの余裕がない	他科とのバランスを考えると外科系だけに待遇改善は行えない	外科系の診療報酬額は上昇したが収支バランスはまだ悪いから	外科医不足のため	わからない	その他
全体		(5460)	58.2	39.7	29.2	23.4	8.6	14.1
勤務先医療機関病床数別	なし	(158)	48.1	22.8	34.2	27.2	14.6	8.2
	1～19床	(34)	41.2	11.8	44.1	14.7	20.6	8.8
	20～99床	(250)	55.2	20.0	40.0	26.0	9.6	12.8
	100～199床	(632)	61.4	37.2	37.2	30.5	5.1	12.5
	200～299床	(568)	60.9	41.4	37.1	26.2	5.6	14.4
	300～499床	(1281)	60.2	42.7	27.8	23.1	8.4	12.6
	500床以上	(2537)	56.9	41.7	24.5	20.8	9.6	15.8
勤務先医療機関開設主体別	大学病院（旧国公立）	(1012)	54.2	43.0	22.8	21.9	10.5	16.1
	大学病院（私立）	(786)	63.2	35.5	26.0	25.1	8.7	17.0
	国立病院機構	(304)	53.3	43.4	26.0	17.4	8.9	15.1
	都道府県立病院	(421)	58.2	41.3	28.7	20.9	8.6	14.5
	市町村立病院	(628)	60.5	40.4	32.0	25.8	6.4	15.3
	公的病院	(786)	60.1	42.9	30.0	24.9	6.7	12.6
	私立病院	(1312)	59.1	38.6	33.8	23.3	8.3	11.7
	診療所	(176)	46.6	18.2	35.2	25.0	17.0	8.0
	その他	(35)	40.0	48.6	40.0	28.6	2.9	14.3
年代別	30歳未満	(189)	56.6	27.5	21.7	18.5	16.4	11.6
	30代	(1520)	55.9	34.6	25.0	20.6	13.2	14.2
	40代	(1875)	58.1	39.7	27.9	22.0	7.7	16.9
	50代	(1450)	61.0	44.9	34.4	27.6	4.8	12.0
	60代	(382)	58.6	47.4	34.6	28.3	5.0	9.4
	70代以上	(43)	51.2	25.6	37.2	20.9	16.3	18.6

４　自由意見

アンケート調査内容等に関する全般的な意見を求めたところでは、約 2,750 人から何らかの回答があった（「特になし」等を除く）。この自由記載方式による回答を整理・集約すると下表のようになる。

○　外科医に対する給与・手当・各種インセンティブ等経済的待遇改善に関すること	約2000件
○　アンケート（有効活用等）について	約570件
○　（広く）学会のあり方・整備の必要性について	約470件
○　「専門医」のあり方、専門医制度について	約320件
○　外科医増員・外科医不足の解消・若手外科医の確保	約280件
○　外科医への適正評価（地位向上等）に関すること	約180件
→○　社会啓発・対外的アピールの必要性	約160件
○　コメディカル協力等による事務・雑務の減少	約160件
○　外科医の労働環境・過重労働に関すること（改善の必要性）	約180件
○　研修制度の改革（外科医志望者の増加策との関連で）	約150件
○　当直明け勤務の問題について（休日化、法制化等）	約140件
○　訴訟問題への対応・サポート	約130件

【主な自由意見】

連番	■最後に，アンケート全般についてご意見があればご記入ください。
15	50 代になっても，兼業当直をしなければならない外科医人生ってなんだったんだろうと思います。今日で連直 6 日目で，連続勤務時間 156 時間目で，やっと今から家に帰れる外科医人生ってなんだったんだろうと思います。手術料が上がっても，給料は全然上がりませんよ。
16	急速に減少している外科医の補充の大切さに世間が気づいた時には時すでに遅く、劣悪な労働環境、訴訟リスクの高さ、低賃金は外科の魅力を破壊するもので、少しでもこの 3 点が同時に改善されなければ日本での外科手術･医療は将来的に限られた人の特別な医療になるでしょう。 特に移植医療は他科以上に時代の担い手が無く、まず移植医療から崩壊する危険を感じます。リクルートしたくても母集団の外科の担い手が激減している現状で、なおかつ移植医にはさらに生育するには長時間を要すことを考えると厳しいとしか言いようがありません。 疲弊のみです。 今回の「外科医激減」は、4 大新聞に学会を通して訴えてみてはどうでしょうか？すべての新聞で同じ記事を掲載して頂くなどは、現状の窮状が伝わるのではないでしょうか？
40	新臨床研修制度の廃止がまず第一に挙げられます。外科医は日々の診療の中で総合的な臨床能力を鍛えられ、他科との連携で学んでいけます。今の臨床研修制度ではフリーター医師を増やすだけです。

50	私は外科が好きです。もう一回専門科を選べるとしても外科を選びます。手術が必要な患者さんが目の前にいれば、超過勤務でも、当直明けの連続勤務でも、薄給であろうと手術します。われわれ中堅の外科医をもう少し大事にしてください。われわれが支えきれなくなったとき、日本の医療は崩壊します。
52	外科手術は他科と比較して手術を行う際に必要な人数が多いので麻酔科のような手術特別手当は難しい気がします。ただ仕事内容を考えると精神科や麻酔科の先生の自由な時間や給料は羨ましく思うことがあります。外科という職業が好きなので転科したいとは思いませんが。
60	外科手術の診療報酬があがろうが、病院の赤字補填で相殺されてしまい、我々外科医にのみ何か恩恵があるわけではない。クラークが増えたとはいえ、それは診療報酬があがったからではなく、クラーク加算がついたからに他ならない。外科医の環境が改善されないのであれば、これからも外科医の減少は止まらず、ますます労働環境が悪化していくことが危惧される。
67	欧米のように、給料体系を、リスクや労働環境から科によって変えるべきだと思います。PA の早期導入を実現して頂きたいです。
68	僻地病院で、総合診療（主に内科）をやるようになって 5 年ですが、子供の教育も終了して、都会から僻地に赴任しました。ケアミックス病院で、さらに周囲に開業医もいない状況で、最終病院となっています。そのため、積極的な治療を行うことは以前より少なく、高齢者のお看取りをすることが多いのですが、死を迎えるにあたっての家族のみならず、他の医療従事者の心構えが不足しているのを実感します。また、急性期病院を過去に経験した私としては、卒後 10 年ほどした時点で、あるいは、専門医を取得する時点で、このような後方の療養中心の病院での複数年（数か月では患者さんと接する時間が短すぎますので）の勤務は、急性期医療を行うにあたって、重要だと考えます。結果的に地方の病院の医師不足の解消を図ることができるのではと考えます（外科医の多くがある年齢でメスを置くと思いますので、そのような方々が開業ではなく、病院内で総合診療科のような職場で働ける環境があれば、病院からも人が辞めることは少ないのではと思います。）。また、医師以外の医療職者への権限移譲（約束指示に従って、処方箋の発行やリハビリのオーダーなど、また画像診断の提示、事務職者による書類の作成など）を行うようになれば、（実際現在の病院ではそれに近い状況でやらないと病院が動きません）医師数を増加させなくても業務が滞ることなく、進むのではと思います。その分、その医療職者に対しての報酬の増額は必要でしょうが。医療界において、医師以外の医療職者の報酬は、何とか自活できる程度であることが多いようで、職種によっては、共働きを余儀なくされることも少なくないようです（持つ子供の人数にもよるかもしれません）。へき地医療に転身したものとして、このような形で、アンケートに参加できたことを感謝いたします。
70	外科学会の新規入会者数が 1993 年（20 年前）ベースと比較して約三分の一。今後 65 才以上の高齢者人口が 20 年後に約 2 倍。現在と同等の医療レベルであっても、外科医 1 人あたりの仕事量は 6 倍になる。求められるものが高いレベルになれば、それ以上の負担。そんなことは人口ピラミッドを見れば小学生でも予測できる。それなのに抜本的な医療政策を決められない（決めさせない）ところに、この国の歴史的脆弱点がある。ストレスフルで責任の重い仕事を抱えていてもいなくても、全職種、全勤労者が同じ給与であることを平等とする事自体が不平等であることに気付くべきである。
78	・なぜ大学の勤務医の給料が一般病院の半分しかないのかが理解できない．・高度で密度の濃い診療を行う中で，研修医や学生の教育を行う，「ながら」診療は困難であり，危険も伴う．・「卒後年数」だけで給料がきまる年功序列式給与体系でなく，診療科毎に給与が異なるようなシステムにしないと，今後外科医は減少する一方である．・診療報酬の改訂ではなく，「外科医個人に直接お金が届く仕組み」を作らなければ，「中間搾取」が増えるだけで，外科医には全く恩恵がない．
85	労働時間が長くなるのはやむを得ない(9 時 5 時勤務ができない診療科であるのは当然わかっている)が、(1)その労働時間に見合った給与をもらう、(2)事務作業の効率化(特に大学病院。医師がしなくてもいい仕事が多すぎる。)を強くお願いしたい。
135	合併症のない医療行為はありえません。外科医はみんな頑張っていますが、生身の人間です。8 時間毎の交代勤務が可能であれば理想的ですが、すぐにはかないません。日本医師会にも開業医のことばかりでなく、医師全体の問題として取り組んで頂きたい。
149	外科医が少なくなった理由は、他科の医師に比して休日自由時間が少ない。それにもかかわらず報酬が見合っていないことであると思います。学生時代は、手術に対しては非常に魅力的に感じていますが、実際研修医として働いてみると外科医の報酬に見合わない労働を感じ、外科を選択するのを敬遠する医師が多く認められます。それが、悪性サイクルを招いていると感じられます。
152	メディカルスタッフ、ナースプラクティショナーの導入で、外科医の雑用が減ることを望みます。外科医自体が不足しているとは思いません。

249	現在の外科医の待遇についてマスコミを通じて公表すべきと思います。たとえば、超過勤務手当がつかない病院で常勤していればは、何百例手術しようとも収入が全く増えないのみならず、我々のように外勤の収入が生活費となっているような現状では、外勤に行けない分だけかえって収入が減るという現実があります。すなわち、外科医のボランティアにより病院経営がなされているのが現状と思われます。したがって、同じ仕事をしていても、病院により待遇に大きな違いがあると思われ、その病院間格差も明らかにすることが外科医待遇改善に必要かと思います。
259	大学勤務(本来は大学院生)です。学費を払っていながら、ほぼ全ての時間を臨床に奪われています。大学院生という身分のため、報酬はごく僅か。このように若手医師を非常勤雇用し、ただ同然の安い労働力として酷使しているのが現状だ。24 時間拘束されているにもかかわらず、その上兼業をしなければ生活が成り立たない。卒後 10 年経って、新卒の看護師よりも低収入。おかしいと思うなと言われても、無理な話。「オレが若い頃はもっとひどかった。」「医者がカネのことを言うのは品がない。」などなどいろいろいう人はいますが、せめて仕事の対価としての正当な報酬は保証すべき。医療は仕事であってボランティアではない。患者がいるためストライキができないことを盾に、このまま医師の使命感に依存したら、日本の医療は崩壊する。
279	すべての問題は外科医不足にあると思います。それを改善しないとよい医療は成り立たないと思います。
280	自分は外科医になって後悔はありません。外科を目指す後輩にその魅力を伝えていきたいです。
326	外科医だけ優遇してほしいわけではないが、手術（技術）に対する報酬は必要である。また保険制度上、開業医の方に有利な仕組みになっている事自体も改善が必要である。皆保険制度は必要であると思うが、抜本的な見直しが必要であり、医療を受ける側の国民の意識も改革が必要である。
391	専門科による給与体系に差別をつけるべきと思います．楽な診療科で、同じ給料をもらい、高齢になっても現役として働ける診療科と、救急・外科など、ある程度若いうちにしか無理が利かない診療科の医師が同じ程度の評価＝給料体系となっている、日本人が都合のいい時にだけ好む「平等/公平」意識を根本から変えない限り、救急を主体とした外科系診療科は自然衰退すると思います．ボランティア精神に頼ってなんとか医療を維持できている状況と判断します．今の外科不毛の時代に、外科医を目指して急性期病院で外科の修練を積んでいる若い医師たちが燃え尽きないうちに、「平等」という美名の「不平等」を改善するよう、学会が中心となって、全国的なレベルで働きかけていただきたいと思います．
402	大学の医師は教官とされており、他学部（たとえば文学部など）と給与体系は同じである。しかし文学部の教官は、必須勤務は授業だけであり、その他の時間は「研究」で良く、またリスクも全くない。したがって、「医学部付属病院」の医師は、病院勤務時は大学の教員とは別の給与体系で算定し、他学部と差をつけるべきである。すなわち、大学医学部教員と病院勤務医を別にするべきである。
440	若手医師の割合が低下傾向にあり、年齢を重ねても当直回数が減らない。当直明けの疲労は著しく、回復に数日を要する。当直時間中の労働に対しては、実労働分の給与が支払われず、外来のみで一人 10 分、入院に至った外来患者で 20 分ぶんの給与しか支払われない。当直時の外来業務は実質的にサービス労働となっている。国立病院機構でありながら、収益のため、患者に必要のないことを強いられるようになった。
449	診療報酬に関して、hospital fee と technical fee とは、別立てにしてほしい。
514	国民医療費は GNP に占める割合は少なく良質の医療と言われているが、医療関係医者の過酷な労働条件に支え得られている。原因は諸外国に比べて、高い薬剤費、高い材料費にあると言える。医師の診療・手技に関する保険点数も低いと考えます。医師の賃金が高いように見られる原因ではないでしょうか？
535	外科系の女医が妊娠すると、「産休」では勤務枠が欠員のまま埋まってしまう為、辞めるという選択を強いられることが多いようです。また、男性医師も、妊娠したら辞めるのが当然のように考えている人が多いことに驚きます。さらに、出産後に復帰しても、子育てしながらも、男性医師と同等に仕事をして当然と思われる状況では、外科系の女医は増えないと思います。
555	待遇をあげれば、外科医になりたい医師は、かならず増えます。しんどいけど、外科医は高給とり・・・のイメージがつけば、と思います。外科医になっているものは、手術が好きなので、多少しんどくても頑張れます。ただ、その対価としての、収入面での評価は欲しいと思います。
584	まず国が外科医（勤務医）を守る意識が重要。といって開業医の報酬を削減することも有意ではない。限られた国の予算からすべての医師（病院）を満足させることは不可（どうせ皆が満足できる up は期待不可）。日本の外科技術が世界にも通じるなら医療を新規産業（医療制度の改革という大きな話になりますが）として外貨をおとしてもらうべし（隣国やアジアでもすでに海外からの患者を集めている）。GDP 他国に抜かれっ放しですし、外科を初め医療が自動車産業と肩を並べる中核産業になるといいです。

585	診療報酬が増額されても外科医の待遇が改善されていない病院を公表し、その病院長にその理由を延べさせ公表することを期待します。佐賀大学などで導入されている、行った手技料に見合う報酬が外科医を含めて全ての医師に行きわたることを期待します。労働内容・労働時間に沿った給与体系になることを期待します。
611	私立大学に勤めています．10 年前，講師だったころは，当直回数はゼロでした．その後，徐々に当大学の外科医が減少し，今は准教授ですが，月に3回の当直をしています．そのうち1回は日曜の朝から月曜までで，そのまま月曜の通常業務へ突入します．当直で夜中に急性虫垂炎だけでなく，大腸穿孔など多くの救急疾患を診察して，緊急手術になります．夜中から朝まで緊急手術をしても，報酬はありません．そのまま翌日の通常業務になります．15年前，国立大学に勤めていたころは，緊急手術はほとんどありませんでした．まだ中小の病院で緊急手術をしていたからだと思います．しかし，救急体制は赤字なので，多くの病院で緊急手術をやめました．したがって，大学病院へ，重篤な疾患が運ばれていきます．しかし臨床研修制度が始まってから，大学病院に来る若者は急減しました．外科医の数がどんどん減りました．その結果が，50歳直前の准教授が，月3回の当直（1回は日曜）を担当します．当直にあたると，ほとんどの場合，緊急手術に入ります．先日は，一晩で急性虫垂炎を2件，連続で行いました．外科医は40代後半の人間が最も多くいます．あと15年すれば，多数を占めている外科医が引退します．そのとき，わが国は外科医不足に直面します．急性虫垂炎になっても，手術をしてくれる病院がみつからない国になります．外科学会のトップの皆さん方がご苦労されていることは重々承知しております．感謝しております．これからも，よろしくお願いいたします．待遇が改善されることを期待しつつ，今目の前にある仕事に取り組んでいきます．長文駄文失礼いたしました．
629	外科医の待遇改善に対しての活動，ありがとうございます．好きで外科を目指して全く後悔はありません．しかし勤務医と開業医の待遇差，勤務医の中でも繁忙な科とそうでない科での状況異なるのに，必死にスキルを磨いた外科医として，全く優遇されていないのは残念です．
630	外科医の待遇改善は喫緊の課題である。日本の外科医も待遇改善を求めてストライキをしても良いと思う。賃金など待遇改善を声高に叫ぶと、患者のことを考えない自己中心的な人間と思われる雰囲気があり、待遇に触れることはタブーだという暗黙の了解が外科医の世界にある。金のことなどいわずに、目の前の患者を救えば良いんだと言われ続けて来た。しかし、外科医自身が幸せでないと、決して患者を幸せには出来ないと思う。外科学会として強力に外科医の待遇改善を主張して欲しい。
631	外科医になった以上、忙しいことについては特に大きな不満は感じないし、仕事の質の低下につながっているとはあまり思わない。ただ、技術や経験を積んでも、全く昇給せず、むしろ昨今の事情で給与は低下しているので、モチベーションを持続するのは難しい状況といえると思う。
645	診療報酬改定により，外科手術の収益は上がっているにもかかわらず，外科医に対する還元は一切ありません．共済病院なので，本部（国家公務員共済組合連合）の理事会で OK が出ないと，給与は変更できないようです．各病院ごとには，困難だと管理者は言いますが，そうではないような気がします．外科学会や心臓血管外科学会，胸部外科学会で，外科医擁護の動きをしても，病院に対する影響力は今一つのようです．さらに，積極的に大衆に対しても，国に対しても働きかけてくださいますようお願い申し上げます．私の不満は，命がけの緊急心臓大血管手術を行っても，救急外来で風邪の薬を処方する医師の時間外勤務と同じだけしか時間外手当が支給されないことです．山形大学病院などでの取り組みを国を挙げて行えないものでしょうか？
649	診療報酬改定の成果が現場の医療従事者に直接反映されるような制度や工夫が望まれます。外科医の減少によって、現場の救急対応負担が増え続けています。診療報酬改定で医療機関の収益は増えても、医療機関ごとの給与体系があるために、外科系医師だけ給与を上げられない状況です。病院管理者ですので、Dr.秘書を雇い入れて、書類作成などの負担軽減には努めたり、院内保育所を設け女性外科医（最近は核家族化のうえ、共働きが増えて、男性外科医も育児に駆り出されています）の就労環境を整備したりしています。当院は基本外科系・内科系当直ですので、当直手当・救急車受け入れ手当・新入院手当などは、院内の合意を得て、給付していますが、手術手当などは出せていない状況です。他の医療機関等で、何か良い例があれば、外科学会雑誌等での紹介をお願いしたい。このままでは、外科医が減り続け、国内では予定手術が、受けられなく成ってしまいます。
793	耳鼻科の鼓室形成手術、あるいは呼吸器手術の VATS などのように、専門技術は必要でも術後管理など医学労働的に楽な手術の点数を、”専門技術だから”という理由で高くしすぎ、病院にとって”効率の良い稼げる手術”として重要視されるようになった。一方、従来からの泥臭い消化器手術が”どこの病院でもできる手技だから”と、点数が変わらず、外科有利の改定にかかわらず業績がわずかしかあがらないことを指摘される現状。当院でも、耳鼻科・呼吸器外科の手術点数は上がったが、消化器外科はほぼ横ばい。病院で時間を費やす科の医師の仕事量に見合う差別化を検討してもらいたい。

815	外科医は外科手術に専念すべきです。事務的な作業はメディカルクラークの協力を得る必要があり、医療事務補助者の増員が必要です。増員しようとしても厳しい施設基準による足かせや人件費に回せるほどの収益がでない診療報酬では、病院全体のマンパワーの補給には至りません。したがって、外科医ばかりでなく医師全体の業務過多、疲弊につながります。特定看護師の制度などはどんどん進めてゆくべきです。医師が行っている業務の中に看護師ができること、薬剤師でも出来ることが数多くあります。私は本年外科部長を後進に譲り、院長職に専念していますが、ぜひ外科医の終了環境の改善ができるような外科診療報酬の増額を切に願うところです。また、背伸びしても取れないような施設基準は作らないでほしい。たとえば、外科治療を終えて病院を退院する患者は必ず外来に再診していただきます。退院後に一度も病院にかからなくてよい患者のみ「治癒」とする考えは間違っています。そんな患者さんはありません。返書のみで逆紹介率を40%以上にしろというのも、現実的におかしいと思っています。
817	手術手技の保険点数がまだまだ安いと思います．都心の一等地で 2 時間手術室を使用して虫垂炎の手術をした場合（麻酔の時間含む），手術室使用料（空間使用料，設備投資費），外科医 2-3 人，手術室ナースの人件費が，現在の保険点数でまかなえるでしょうか．
823	日本の官僚主導による政策は、以前より誘導したいところへお金を回せば、よくなると信じて、政策、診療報酬改定を行ってきていると思います。病院は、診療報酬改定により手術件数が増えると、病院全体の収入は増えます。しかし、それを外科医に反映するかというと、公立、国立病院では難しいと思います。佐賀大学病院など、収益の一部をインセンティブとして外科医に与えているようですが、まだまだ一般化していません。給与を増やせば、外科医は満足するのか、という疑問があります。それだけではないと思います。外科医が働きやすい環境づくり、この命題をどのように改善していけるのか、外科医減少をくいとめる大きな問題点だと思います。 よって、若手外科医を増やす、外科医減少を食い止めるには、給与だけではないと個人的には思います。いち中堅外科医の意見でした。
868	外科医は忙しいのが当たり前と思っている外科医がいまだに多い。大学で学生を教えておりますが、QOLを最優先している学生が非常に多いのが現状です。忙しいことが前提である以上これからも外科医が増えることはないと思います。少なくとも報酬改善や外科医の負担軽減を充実していかなければならないと思います。 また私は乳腺外科を専門としていますが、実は近年乳腺領域を希望する医師は増えていると思います。しかし外科医である以上忙しいこと、外科学会の専門医を取得すること（消化器一般外科研修を受けること）が大変であることなどがネックになって結局内科などの他科に行ってしまう研修医が去年は 3 人もいました。多くは女性医師です。将来が開業したときに手術を行っていないと専門医の更新ができなくなってしまうというのを危惧する研修医もいました。確かに外科医としてはすべての外科領域を経験することが望ましく、また常に技術を研鑽することは大切と思いますが、今後少しでもこのような負担が軽減していければいいのではないかと思います。
894	国立大学病院と一般病院の賃金格差是正に尽力いただきたい。教育、学会に加え一般診療の負担も増している国立大学病院勤務医の賃金が一般病院の半額程度であるのは、非常に問題であり、一般臨床に対するモチベーション低下につながりかねないと思う。
918	医師の給与・人員増員などいろいろと改善する必要があると思いますが、政府・厚生労働省の病院に対する政策が全くなっていないので、病院として改善したくても出来ない状況ではないかと考えております。診療報酬等の改善も大切ではありますが、病院としては経営改善にはほとんど役には立っていないと考えております。政府・厚生労働省の病院に対する政策である‘しめつけ’を緩和する必要があるのではないかと思っております。
1089	いくら診療報酬を上げても、病院の収支に回される。病院幹部に、外科勤務医のための診療報酬改定という意識が皆無である。明確に勤務医賃金ように報酬改定と銘打たないと改善されない。また、手術器具が高すぎる。国指導で薬価のように適正価格にすべき。現状は野放しの感が強い。
1166	外科だけでなく各診療科も人員の確保のためにいろいろな手を使っていますが、基本的には報酬ではありません。やりがいや義務感を打ち出し適性試験の上で各科のバランスをマッチング等で決めて医師数の科による過不足がないようにすべきです。また地方でも 2 年ほどの診療を義務づければ人員不足も解消できます。女医でも是金を投入している以上何らかの義務は生じると思いますが・・・。これは外科学会のアンケートなので、外科医がモチベーションを保って仕事をするには医師の集中化と患者、社会の啓発が必要だと思います。
1168	自分自身が体調不良で完全な外科業務をこなせない中、よくサポートしてもらっている。ほかの外科医に関していえば、忙しい人と、そうでない人の差が大きい感じがする。忙しい人は、もう少し給与的にも、報われるようにしてあげたい。外科医の専門化が進み、互いの協力体制が築きにくくなった印象はある。中途半端な専門医制度で、いわゆる一般外科医としての協力をおこなう人が報われないのかもしれない。

1239	NCD のように学会が主体で外科医療の質をコントロールする事は重要であるが、入力は専門医制度とリンクする事により強制となったにもかかわらず、専門医制度自体に強制力がないため、無意味と感じる。教育は個人の裁量に任されており、有志の無償の献身によって成り立っているようでは自然科学の一分野とは言えない。相変わらず外科医を支える外科医が必須であり、技術習練が他国に比べ著しく遅れている。また外科希望者の減少により中堅外科医が上級外科医の身の回りの世話、施設の学術的アウトプットを強いられ、技術習練に集中できない。
1552	一番は当直です。当直＝勤務という考えが、病院管理職及び首長にまったくない。当直も負担ですが、さらに翌日の手術が追い打ちをかけます。また年間の半分以上が on call のため神経をすり減らしています。病院トップの意識改革が必要です。学会はいつまで当直開けの手術を野放しにするつもりですか？それとも外科医個人で判断し調整すべき事なのでしょうか？常識的に考えてあまりにも逸脱しています。40 代にもなりかなり疲弊してきました。可能であれば明日にでも外科医を辞めたいです。
1727	リスクを伴う手術に対する評価（危険手当、技能手当など）は非常に重要であり、さらには、専門医・指導医資格に対する評価（手当）もほしい。
1733	他人の身体にメスを入れて、その結果に責任をとることに疲れてきている。歳のこともあるかもしれないし、手術など医学はすべてがうまくいくのが当たり前といった世の中にせいかもしれない。今の患者はたくさんの病気を持っていることが多く、そのすべてが術後に影響する、しかし、そのようなことが分かっていない。手術、仕事などの体力的なものよりも、患者と相手をすることに疲れてきている。
1815	外科医に特化した方策を学会から提案してほしい。市立病院の場合、条例の改正などいろんな弊害。壁があってなかなか実現していないのが現状である。特に当院の場合には、時間外労働に対する評価が管理職の場合に正当に評価されず、仕事に対する魅力がわかず、無気力化してしまう傾向が強い。そういった上司を見ている若い外科医たちも、将来の自分がそうなるのかと不安に思っているようで、外科の道からドロップアウトしてしまうケースもあるようである。何とかしなければいけないと思っています。
1878	医師も労働者です。現在の状況は労働基準法や労働安全衛生法に違反しています。根本的には保険料値上げや患者自己負担額増加などの対策が必要ではないでしょうか？過去に何人もの研修医や医師が過労死しているのに、対策が取られないのは政治が問題を先送りしているためです。医師数が少ない一方で、病院数は欧米の3倍、外来診察患者は5倍という状況が、医師の勤務時間増加を招いていることは明らかです。これを改善するためには、病院数を半分に減らして医師を集約し、1施設当たりの病院勤務医を増やして完全時間交代制の勤務体系に移行するなどの方策が必要と思います。
1932	外科医の減少は確かに現在の医療制度に問題があると思うが、名医とか神の手と呼ばれる医師が登場し、患者が術者を指名するようになったため若い医者の手術を経験する機会が減少したことも関係する気がします。。私が医者になった頃は、夜でもいつでも大学病院に居さえすれば手術の機会を与えられたものです。しかしながら今、大学病院の高次医療機能ばかりが強調され、もう一つの若い医師を育てているという役割を世間にアピールしないため大学病院の若い医師はなかなか術者の機会を得られず早い時期に外科の魅力に接することができず、ただ多忙で過労状態になってしまっているのではないのでしょうか。
2079	深夜まで働き，帰宅後もちょくちょく呼び出される医師と，9時から 17 時まで働いて帰ってあまり呼び出されることもない医師が，同じ収入，場合によっては後者の方が収入が多いという現状は誰がどう考えてもおかしい．私は，楽をしたいわけじゃありませんが，文句を言わずに黙って働いている人たちが損をする世の中であってほしくないだけです．
2126	外科医が足りないです。志望者が少ないので、若手があまりいません。われわれ中堅がなかなか楽にならない状態が続いているため、指導できる外科医もほしいです。
2162	他科の医師と比べ外科医の仕事量、リスクが多く、不公平と感じる。
2252	基本的に勤務医の基本給与が低すぎる。high volume center の医師の人数が少なすぎる。個人を犠牲にして働いている状況である。こうした病院は給与も低く、かわいそうである。多く手術ができることの充実感や患者に対する責任感、誇りなどでなんとか成り立っているだけのように思われる。最近の私生活を重視する医師の増加を考えると、今後このような環境は破たんすると思われる。
2390	2010 年に病院側と交渉して、全科で当直明けの午後休みを導入してから、身体的な負担が改善した。個人レベルの努力では無く、学会として、医療安全のための当直明けの休み導入の重要性や、当直帯を時間外勤務として賃金が支払えるような診療報酬の増額を厚労省、中医協等に働き掛けて欲しい。また急性期病院で、交替勤務を可能にするような、医療法の医師設置基準の改正も必要である。アンケート内容に関しては、勤務時間にカウントされない宿直が、それぞれの病院で適正に評価されているのかという面が考慮されていないので、回答上の労働時間が、実際の勤務時間を大幅に下回るということが指摘できる。県立奈良病院の最高裁判決後は、違法な宿直の基準がはっきりと示されるので、その時点で再度のアンケートをお願いしたい。

2562	リスクも少なく技術的知識的にあまり高くない科の医師が金銭的、肉体的に余裕な生活を送り、リスクが高く、技術、知識ともに常に高いものを求めないといけない外科医が金銭的にも肉体的にもつらい状況というのは違和感を感じる。それが率直に研修医の科の希望につながっている現状である。しかしながら、やはり外科をやっていて非常にやりがいも感じるので、もう少し金銭的にも肉体的にも余裕ができると、研修医からみてこうなりたいと魅力を感じる医師像につながり、外科系を希望する医師も増え外科医の減少の改善にもつながるのではないかと思う。まずは、同じ病院内であっても科による給料の格差、時間外労働手当を厚くすることがまず重要である。少なくても兼業しなくても（兼業しなければその時間休むことが出来る）、十分な給料体系が必要である。また、外科医は技術が高いほど評価されるべきものであるとは思うが、一番忙しいのは中堅以下の Dr である。手術は 1 人ではできずグループでの医療なので、賃金の上昇はすべての外科医師に対して行われる必要があると考える。
3611	外科医の労働時間が多い理由は主治医性によるものが原因と考えます。そもそも、外科医は自分が一番できると考える傾向にあります。そうでなければ、手術はその病院で一番できるひとがすべての手技をおこなうことが一番患者のためで合併症が少ないと考えます。それができないために、主治医がすべての管理を毎日のようにしなければならなくなり、忙しくなるのではないでしょうか。主治医性でない病院では週末も取れる病院は多いように思います。また、大学などでは手術をする時間は医療にかかわる時間は半分で後は研究と教育に時間をようしているのではないでしょうか。暇な病院や暇な医者はけっこういるように感じます。
3665	手術の診療報酬がアップしたのに、外科医の待遇は全く改善されない。この理由はなぜか？ぜひ知りたいと思っていました。外科学会が外科医の待遇改善に尽力して下さっていることを大変心強く、またうれしく思っております。この場を借りて、感謝申し上げます。
4781	医師年数の少ない心臓血管外科医はとにかく大変です。雑用等、医師でなくてもできる仕事を減らしてほしいと考えます。
4818	大変意義のあるアンケートだと思います。私は現在大学院生であり、他科で勉強させてもらっていますが、労働環境の差に愕然としています。現状のままではどんどん外科医は高齢化、減少し、我々の負担が大きくなる一方だと思います。外科医の地位向上、労働環境改善のために、このアンケート結果をぜひ役立てていただきたいと思います。
5014	現在米国の腫に病院に留学中であるが、手術は早朝 7:30 に始まり勤務は 5 時には終わる。以前は日本人に比べてあまり働いていないと思っていたが、実態は運用の問題であることがわかった。手術室数、麻酔科医の数、麻酔前処置室や術後回復室の利用などで手術室の出入りがスムーズになり勤務事案の短縮につながる。もちろん保険や支払額の量やシステムは異なるが見習うべき点は多々あると感じる。
5022	今回のアンケートでは救急の外科医の現状を反映できないと思います。年間約 120 件の緊急手術を外科医 2 人でこなしており、毎日がオンコールの状態です。しかもこのオンコールには報酬はありません。毎日、緊急手術の可能性があるため、一年中遠出することができません。労働時間や報酬の額よりも、この毎日がオンコールという状況を改善して欲しいと願ってます。
5023	大切なのは医学部定員増よりも、医師の適正配置だと思う。また、労働環境だけではなく、外科医が安心して職務を遂行するためには訴訟リスク対策とそれに関連した法整備が重要と考える。特に、外科領域では、故意又は明らかな重過失がなければ、刑事・民事上の責任を問われないようにしてほしい。弁護士過剰時代の到来とともに、医療訴訟が乱発するような社会は外科医療の崩壊を早めると思う。
5344	外科医の多くはやりがいをもって働いておりそれこそが唯一の支えとなっている。内科からみれば訴訟などリスクが高く長時間勤務でしかも給料は内科の方がバイトに行ける分高給取りとなっている。これでどうやって優秀な外科医を育てようというのか。また、診断書を書く雑務や看護師でも十分できると思われる仕事が多すぎる。看護婦も事務も全て医者にまかせればよいと考えており、長時間勤務の大きな一因となっている。医師も学年が上になると下に丸投げするだけなので上司にいっても取り合ってくれない。NP などの医師を補助する人間が必要だと思う。
5492	医師は聖人ではない。責任の割に処遇が悪い。
5697	自分は，小児心臓外科を専門とする医師です．心臓血管外科の医局に属していますが，大学病院の中央手術部も，大学側も，比較的低い診療報酬の手術件数が多い方が，高額な開心術よりも，優遇される傾向が強いです．年間数億円の手術収入を挙げていますが，難易度の高い高額な手術が執刀できる外科医には，全くなんの還元もありません．自分と同じ専門の後輩もおらず，非常に厳しい状況です．正直，いつも「こんな人生でよかったのか？」と思っていますが，OPE して良くなったこどもたちと親御さんの感謝の言葉を聞くと，「こちらこそ良くなってくれてありがとう」という気持ちも沸き起こり，もう少し小児心臓外科医を続けるしかないという葛藤の中で日々，悪戦苦闘しています．外科学会の先生方，本当に御苦労様です．同時にありがとうございます．日本外科学会のこのような活動に感謝し，成果を期待しております．

6019	大学病院の教員給与の勤務医レベルへの引き上げを是非実現してほしい。医学部定員の増加と、外科研修の義務化
6171	一番希望するのは、当直あけの休日の義務です。外科医は連続 24 時間以上勤務が当たり前で、上の先生方は文句を言わずやってこられたと思いますが、外科医ばなれを解消する意味でも、待遇の改善が必要かと思います。当直でどんなに大変でも、次の日休めると思えばいくらでも頑張ります。次の日もあると思うと、できるだけ休めるようにしてしまう、これは夜間の患者さんの不利益につながると思います。身体がほんとに辛いと思いながら働くことが多いです。もう一点、同僚が精神疾患で休業をやむなくされてしまいました。激務が原因です。とても仕事のできる外科医であったため、もったいなくて仕方ありません。病気で休業する場合、退職する場合の手当てをどうかご検討ください。外科医は、うつ病になってもおかしくないもっともきつい仕事のひとつだと思いますので、病気で休業しても、安心して休業できる、再雇用の道が医局以外にもあるというサポートが本当に必要だと思います。同僚が不憫でなりません。
7212	外科学会だけでなく医学会全体として医療の不確実性をもっと国民に理解してもらえるような広報活動をしてほしい。訴訟を恐れるばかりに医療が委縮し、それを回避するために多大な労力と時間を要する。いつからこうなったのか、だれがこのようにしたのかはわかりませんが、医者だけでなく患者さんのためにもなっていません。
7778	やはり、夜間休日緊急手術が特定の病院に集中しているにもかかわらず、その病院の外科医がギリギリの人数で仕事をこなしている、一方手術を受け入れる余裕のある病院でも、リスク等によりそのような症例を特定の病院に送っており、その結果、数少ない外科医の中でも労働環境は天と地ほどの格差がある現状があります. こういった現状を改善するためには、特にリスクの高い症例、夜間休日緊急手術症例を受け入れた場合の診療報酬は大幅に引き上げるべきで、その一部を実際にリスクを背負って手術を行っている外科医に支払われるべきだと思います.
8014	現場の声を吸い上げて、社会に訴えていくことは重要と思います。外科医が一人何役＋過重労働＋自宅待機を余儀なくされていることを、繰り返し訴えていただければ幸いです。また日本の人口当り救急医数は米国の 14%に過ぎません。外科医のみを増やしても、救急や麻酔、腫瘍内科、緩和ケア等の医師が増えなければ、いつまでも外科医の労働環境は改善しないと思います。上記医師を増やすためには、抜本的医師増員が不可欠です。医師会等既得権益は医師増員に基本的に反対です。外科医の QOL を改善するためには、世界並みのそれぞれの専門科が増える必要性があります。ぜひ医師増員の必要性についても声を挙げていただきたいと心から願っています。
8063	私のように、女性、且つ乳幼児の保育のため、手術が出来る職場に戻れない人のための設問が欠けている。現在、勤務していない、もしくは手術をしていないけれど、外科学会の会員である人は結構な割合で存在し、その方達の意見をこそ、なぜ職場を離れたのか、という点からアンケートに組み入れるべきなのではないか。
8080	アンケートが待遇改善につながればうれしいです。外科を代表してこのアンケートを行なって頂いている先生に感謝します。
8122	兼業に関して、定期的なものと講演や原稿執筆などの不定期なものとを分けた方がより明確になると思います。また、学会活動も重要であり、また、待遇の評価に含まれますので、年間の出席回数などについても質問があっても良いと思います。以上。
8143	外科医が問題意識を持って発言できるようになることが大切。「うちの医局員は 24 時間 365 日勤務して文句を言わない」と公言する名誉ある暴走医師に退場してもらうべき。
8304	外科医の減少を止めるには、インセンティブなどの付加的手当の充足が急務と考えます。最終的には重労働に対しては金銭によるバックアップは必要でしょう。外科医 1 人ができる仕事量には限度があり、過重労働を減らすにはマンパワーも必要でしょう。時間を充分にとって、患者に向き合える診療ができることが、どの診療科であっても大切であり、そのために人員の確保が望まれます。

付）　調査票（Web 画面）

1　先生ご自身および勤務先についてお尋ねします。

■　性別・年齢

※　数値は半角でご入力ください。（以下設問も同様）

- ○ 男性　→満年齢 [　　] 歳
- ○ 女性　→満年齢 [　　] 歳

■卒業年度

- ○ 昭和 [　　] 年大学卒
- ○ 平成 [　　] 年大学卒

■　学位取得の有無

- ○ あり
- ○ なし

■　勤務先所在地（都道府県）

[　　▼]

■　家族

- ○ 未婚
- ○ 既婚　→子供の数 [　　] 人
- ○ 離婚　→子供の数 [　　] 人
- ○ 再婚　→子供の数 [　　] 人

問1.1　主たる勤務医療機関（以下、同じ）の母体はどれですか？

- ○ 大学病院（旧国公立）
- ○ 大学病院（私立）
- ○ 国立病院機構
- ○ 都道府県立病院
- ○ 市町村立病院
- ○ 公的病院（日赤、済生会など）
- ○ 私立病院
- ○ 診療所
- ○ その他　→具体的に

問1.2　勤務医療機関の種類はどれですか？（複数回答可）

- ☐ 一般病床を中心とする急性期病院
- ☐ 療養病床を中心とする慢性期病院
- ☐ 特定機能病院
- ☐ 地域医療支援病院
- ☐ 診療所（無床）
- ☐ 診療所（有床）
- ☐ その他　→具体的に

問1.3　勤務医療機関の病床数はどの程度ですか？

- ○ なし
- ○ 1～19床
- ○ 20～99床
- ○ 100～199床
- ○ 200～299床
- ○ 300～499床
- ○ 500床以上

問1.4　勤務医療機関のうちの外科の病床数はどの程度ですか？

- ○ なし
- ○ 1～9床
- ○ 10～19床
- ○ 20～39床
- ○ 40～59床
- ○ 60～79床
- ○ 80～99床
- ○ 100床以上

問1.5　勤務医療機関における現在の役職は以下のどれですか？（複数回答可）

- ☐ 理事長
- ☐ 院長
- ☐ 副院長
- ☐ 診療部長
- ☐ 部長
- ☐ 副部長
- ☐ 医長
- ☐ 医員
- ☐ レジデント（後期研修医を含む）
- ☐ 初期研修医
- ☐ 教授
- ☐ 准教授
- ☐ 講師
- ☐ 助教
- ☐ 研究生
- ☐ 大学院生
- ☐ その他　→具体的に

問1.6　勤務医療機関の**常勤外科医**，同じく**常勤女性外科医**の数は何人ですか？

①勤務医療機関の常勤外科医　　人

②　同　常勤女性外科医　　人

問1.7　昨年度の税込み年収合計（確定申告の場合は，所得）はいくらですか？

■年収（確定申告の場合は，所得）　約　　万円

問1.8　兼業（主契約病院・施設以外での報酬を伴う業務や無報酬の学会活動など）していますか？

- ◯ はい　→　問1.8.2へ
- ◯ いいえ　→　問1.11へ

問1.8.2　【兼業している方へ】兼業理由は何ですか？（複数回答可）

- ☐ 金銭のため
- ☐ 修練のため
- ☐ 病院依頼による地域医療支援等のため
- ☐ 個人判断による地域医療支援等のため
- ☐ 学会活動のため
- ☐ その他　→具体的に

問1.9　兼業の時間数は，1週間（月～日）あたりどの程度ですか？

日勤　　：　1週間当たり　　時間
当直　　：　1週間当たり　　日
学会活動：　1週間当たり　　時間

問1.10　全収入における兼業収入の割合はどの程度ですか？

約　　%

問1.11　先生のご専門領域はどれですか？

- ○ 消化器
- ○ 心臓・血管
- ○ 呼吸器・縦隔
- ○ 乳腺・内分泌
- ○ 小児外科
- ○ 救急
- ○ 一般外科
- ○ その他　→具体的に

問1.12　先生の所属する学会を教えてください。（複数回答可）

- □ 日本外科学会
- □ 日本救急医学会
- □ 日本胸部外科学会
- □ 日本血管外科学会
- □ 日本呼吸器外科学会
- □ 日本消化器外科学会
- □ 日本小児外科学会
- □ 日本静脈経腸栄養学会
- □ 日本心臓血管外科学会
- □ 日本大腸肛門病学会
- □ 日本内分泌外科学会
- □ 日本乳癌学会
- □ 日本腹部救急医学会
- □ その他　→具体的に

問1.13　最近３ヶ月間での１週間あたり（月～日）の平均的勤務時間数（兼業・当直を除く）はどの程度ですか？

＊　当直は契約された就業時間以外の業務、週日であれば終業時間から翌日の始業時間までの宿直業務、休日であれば日直も含む。（日本外科学会雑誌113（2）；226－240参照）

１週間合計勤務時間（兼業・当直時間を除く）　　時間

問1.14　担当外来・入院患者はどの程度ですか？

１週間（月～日）の外来診察人数　　人
主治医としての入院患者受け持ち数　　人

問1.15　当直・緊急業務・オンコールはどの程度ですか？

※　小数点以下第一位までお答えください。

当直回数（１ヶ月）　　日
当直以外で緊急で呼び出される回数（１ヶ月）　　回
当直以外で病院に泊まる回数（１ヶ月）　　回
オンコール回数（１ヶ月）　　回

問1.16　休日・休暇はどの程度ですか？

月間休日数（完全休日）　　日
夏期休暇　　日
年末・年始休暇（完全休日）（12月28日～1月3日）　　日
昨年の有給休暇付与日数　　日
昨年の有給休暇取得日数　　日

2　外科医としての現状と今後についてお尋ねします。

問2.1　ご自身の労働時間についてどのように感じていますか？

- ○ 長時間労働とは思わない　→　問2.2へ
- ○ やや時間労働を短縮したい　→　問2.1.2へ
- ○ 非常に時間労働を短縮したい　→　問2.1.2へ

問2.1.2　【労働時間を短縮したいとお答えの場合】　希望労働時間をお聞かせください。

希望労働時間 ＿＿＿＿ 時間（１週間あたり（月～日））

問2.2　外科医の労働時間を短縮するためには、どのような方法がよいと思いますか？（複数回答可）

- ☐ 担当患者数を減らす、もしくは外科医を増やす
- ☐ メディカルスタッフ（看護師、技師、技士、薬剤師）を充実する
- ☐ 医療事務を充実する
- ☐ 主治医制度から交代勤務制へ変える
- ☐ 化学療法、終末期医療などを他科へ依頼する
- ☐ 検査（内視鏡、超音波など）を他科へ依頼する
- ☐ 労働時間の短縮は必要とは思わない
- ☐ 医療制度を変え、PA, NP、特定看護師といった医師と看護師の中間職種を創設する
- ☐ その他　→具体的に ＿＿＿＿＿＿＿＿

問2.3　主たる勤務医療機関においてご自身の賃金についてどのように感じていますか？

- ○ 満足している　→　問2.3.3へ
- ○ やや不満足である　→　問2.3.2へ
- ○ 全く不満足である　→　問2.3.2へ

問2.3.2　【賃金に不満がある場合】　希望年収をお聞かせください。

希望年収 ＿＿＿＿ 万円／年

問2.3.3　【兼業している方へ】兼業先においてご自身の賃金についてどのように感じていますか？

- ○ 満足している
- ○ やや不満足である
- ○ 全く不満足である

問2.4　現在の外科医の賃金体系について、何が問題点と考えられますか？（複数回答可）

- [ ] 超過勤務の賃金が十分に支払われていない
- [ ] 特別手当（危険手当など）を支給すべきである
- [ ] 手術に対する特殊技能手当を支給すべきである
- [ ] 外科医のランクによる特殊技能手当を支給すべきである
- [ ] 他科との比較で割安感が強い
- [ ] 現状の賃金体系に不満はない
- [ ] その他　→具体的に

問2.5　現在の外科手術の診療報酬（保険点数）についてどのように思われますか？

- ◎ 診療報酬として高すぎる
- ◎ 診療報酬として適正である
- ◎ 診療報酬として不十分である
- ◎ わからない

問2.6　NCD（National Clinical Database）などのデータベース入力は誰が行っておられますか？

- ◎ 外科医
- ◎ メディカルスタッフ
- ◎ 医療クラーク
- ◎ わからない
- ◎ その他　→具体的に

問2.7　外科診療における医療事故・インシデント（ヒヤリ・ハット）について、何が原因と考えられますか？（複数回答可）

- [ ] 過労・多忙
- [ ] 技術の未熟
- [ ] 知識・勉強不足
- [ ] メディカルスタッフとのコミュニケーション不足
- [ ] その他　→具体的に

問2.8　最近（ここ1～2年）、当直明けに手術に参加したことはありますか？

- ◎ いつもある　→　問2.9.1へ
- ◎ しばしばある　→　問2.9.1へ
- ◎ まれにある　→　問2.9.1へ
- ◎ 当直明けは手術に参加しない　→　問2.10へ
- ◎ 現在、当直していない、もしくは手術を行っていない　→　問2.10へ

問2.9.1　【当直明けに手術に参加した経験のある方へ】　当直が手術に与える影響はどれですか？

- ◎ 疲労による医療事故・インシデントの経験がある
- ◎ 医療事故・インシデントはないが、手術の質（出血、手術時間、合併症、郭清など）が低下することが多い
- ◎ 医療事故・インシデントはないが、まれに手術の質が低下することがある
- ◎ 当直業務は翌日の手術に影響しない
- ◎ その他　→具体的に

問2.9.2　【当直明けに手術に参加した経験のある方へ】　「当直明けは休み」のルールを作るべきであると思いますか？

※　**「作る必要はない」とお答えの場合はその理由もお答えください。**

- ◎ 作るべきである
- ◎ 作る必要はない　→その理由
- ◎ その他　→具体的に

問2.10　医療訴訟のリスクが、治療の選択・実施に影響したと感じることがありますか？

- ◎ 常にある
- ◎ しばしばある
- ◎ たまにある
- ◎ ほとんどない
- ◎ 全くない

問2.11　先生ご自身が直接関わった医療行為についての医療訴訟について経験がありますか？

- ◎ 医療訴訟（裁判・判決）の経験がある
- ◎ 医療訴訟（裁判・和解）の経験がある
- ◎ 訴訟には至らないが、示談（金銭的解決）の経験がある
- ◎ 訴訟には至らないが、具体的行動（証拠保全・カルテ開示など）の経験がある
- ◎ 具体的行動には至らないが、患者もしくは家族とトラブルの経験がある
- ◎ 上記のような経験はない
- ◎ その他　→具体的に

問2.11.2　医療訴訟に対して勤務医療機関におけるサポートする支援体制はありますか？

- ◎ はい　→　問2.11.3へ
- ◎ いいえ　→　問2.12へ

問2.11.3　【医療訴訟に対するサポート支援体制があるとお答えの場合】　医療訴訟サポート支援体制は役に立ちましたか？

- ◎ 大いに役に立った
- ◎ 少し役に立った
- ◎ ほとんど役に立たなかった
- ◎ 経験した当時は支援体制が確立していなかった

問2.12　再度診療科を選択できるとしたらどの診療科の医師になりたいですか？

診療科　：　　科

問2.13　後輩等に外科医になることを勧めますか？

- ◎ 強くそう思う
- ◎ そう思う
- ◎ どちらでもない
- ◎ あまりそう思わない
- ◎ 全くそう思わない

問2.14　現在の勤務状況で先生が最も不満に思う点はどれですか？（内容もお書きください。）

- ◎ 給与　→内容
- ◎ 労働時間　→内容
- ◎ 当直回数・オンコール回数　→内容
- ◎ 職場における人間関係(対上司・対部下・対ﾒﾃﾞｨｶﾙｽﾀｯﾌなど)→内容
- ◎ 勤務内容（手術・検査・教育・研究など）→内容
- ◎ 現状に不満はない
- ◎ その他　→具体的に

問2.15　ご自身が支援を希望するものは何ですか？（複数回答可）

- ☐ 給与上昇
- ☐ 時間外緊急手術手当
- ☐ 予定手術にも手当（特殊技能手当等）
- ☐ メディカルスタッフ（看護師、臨床工学士等）の充実と医師雑務の軽減
- ☐ 医師数増員　→希望する人数 ＿＿ 人
- ☐ 当直・オンコールの回数減少
- ☐ 当直明け勤務の軽減あるいは免除
- ☐ メディカルクラークの増員
- ☐ 休日の増加
- ☐ 学会参加日数の増加
- ☐ 勤務時間の制限
- ☐ 外科医の訴訟リスク対策
- ☐ 超過勤務手当（時間外手当）の増額
- ☐ 超過勤務手当（時間外手当）の上限を緩和、あるいは撤廃
- ☐ 希望する診療機器の購入　→機器名 ＿＿＿＿＿＿
- ☐ 院内保育所
- ☐ 病児保育の充実
- ☐ その他①　→具体的に ＿＿＿＿＿＿
- ☐ その他②　→具体的に ＿＿＿＿＿＿
- ☐ その他③　→具体的に ＿＿＿＿＿＿

3　診療報酬改定についてお尋ねします。

問3.1　平成22年度及び平成24年度の診療報酬が改定され、外科手術などの点数が増加したことについてご存じですか？

- ◎ はい
- ◎ いいえ

問3.2　平成22年度及び平成24年度の診療報酬改定後に、労働環境が改善したように感じることはありますか？

- ◎ すごくよくなった　→　問3.3へ
- ◎ そういわれれば、そんな気もする　→　問3.3へ
- ◎ 全く意識したことはない
- ◎ 全く変化がない　→　問3.9へ
- ◎ 以前より悪くなっているような気がする　→　問3.9へ

問3.3　【労働環境が改善したように感じるとお答えの先生にお伺いします。】　具体的に改善されたと感じる点はどれですか？（複数回答可）

- ☐ 給与があがった
- ☐ 労働時間が減った
- ☐ 勤務内容が変化した
- ☐ （看護師、放射線技師、臨床検査技師などの）メディカルスタッフが充実した
- ☐ 医療事務が充実した
- ☐ 職場における人間関係（対上司・対部下・対ﾒﾃﾞｨｶﾙｽﾀｯﾌなど）が良くなった
- ☐ 医療事故のリスクが減った
- ☐ 精神的負担が減った
- ☐ 担当患者数が減った
- ☐ 当直明け手術が減った
- ☐ 外科医が増えた。　→わかれば人数を記入ください　　人
- ☐ その他　→具体的に

問3.4　【「給与が上がった」とお答えの先生にお伺いします。】　具体的に改善されたと感じる点はどれですか？（複数回答可）

- ☐ 基本給が増えた
- ☐ 超過勤務の賃金が支払われるようになった
- ☐ 特別手当（危険手当など）を支給されるようになった
- ☐ 手術に対する特殊技能手当を支給されるようになった
- ☐ 外科医のランクによる特殊技能手当を支給されるようになった
- ☐ 他科との比較で割高になった
- ☐ その他　→具体的に

問3.5　【「労働時間が減った」とお答えの先生にお伺いします。】　具体的に改善されたと感じる点はどれですか？（複数回答可）

- ☐ 時間外労働が減った
- ☐ 緊急の呼び出しが減った
- ☐ 兼業に行く時間を減らすことが可能になった
- ☐ 当直回数が減った
- ☐ オンコール回数が減った
- ☐ 担当患者数が減った
- ☐ 当直明け手術が減った
- ☐ 外科医が増えた　→わかれば人数をご記入ください　　人
- ☐ その他　→具体的に

問3.6　【「勤務内容が変化した」とお答えの先生にお伺いします。】　具体的に変化したと感じる点はどれですか？（複数回答可）

- ☐ 検査業務が減った（超音波や内視鏡を他科などに依頼するようになった）
- ☐ 化学療法を他科に依頼するようになった
- ☐ 終末期医療を他科に依頼するようになった
- ☐ 研究に従事する時間が減った
- ☐ 教育に従事する時間が減った
- ☐ 主治医制から交代勤務制に変わった
- ☐ その他　→具体的に

問3.7　【「（看護師、放射線技師、臨床検査技師などの）メディカルスタッフが充実した」とお答えの先生にお伺いします。】　具体的に変化したと感じる点はどれですか？（複数回答可）

- ☐ 看護師が増えた
- ☐ 検査技師（血液検査など）が増えた
- ☐ 検査技師（放射線技師など）が増えた
- ☐ 検査技師（超音波検査技師など）が増えた
- ☐ 治験コーディネーターが増えた
- ☐ 移植コーディネーター、認定看護師または専門看護師などの診療科コーディネーターが設置された
- ☐ その他　→具体的に

問3.8　【「医療事務が充実した」とお答えの先生にお伺いします。】　具体的に変化したと感じる点はどれですか？（複数回答可）

- ☐ 事務系職員（病院事務）が増えた
- ☐ 病棟クラークが増えた
- ☐ 外来クラークが増えた
- ☐ 書類作成業務が減った
- ☐ 外来予約などの事務用務が簡素化された
- ☐ 検査予約などの事務用務が簡素化された
- ☐ その他　→具体的に

問3.9　【労働環境が不変や改悪したように感じるとお答えの先生にお伺いします。】　改善されない理由はどこにあると思いますか？（複数回答可）

- [ ] 医師の待遇改善に回すだけの余裕がない
- [ ] 他科とのバランスを考えると外科系だけに待遇改善は行えない
- [ ] 外科系の診療報酬額は上昇したが収支バランスはまだ悪いから
- [ ] 外科医不足のため
- [ ] わからない
- [ ] その他　→具体的に

■　最後に，アンケート全般についてご意見があればご記入ください。

※　特記事項がない場合は，「なし」等の他，任意の文字・数字を入力して次のページにお進みください。

これで全ての設問が終了となります。
ページ下部のリンクより、回答内容をお確かめください。

- ( ) このまま回答を送信する　→　終了
- ( ) 回答内容を修正する　→　修正内容の記入ページへ

【「回答内容を修正する」を選択された方へ】　修正する内容をご記入ください。

平成 24 年（2012 年）度

日本外科学会会員の労働環境に関するアンケート調査

報告書

平成 25 年 4 月

一般社団法人 日本外科学会

〒105-6108 東京都港区浜松町二丁目四番一号
世界貿易センタービル8階
TEL 03-5733-4094 FAX 03-5473-8864
URL http://jssoc.or.jp/