

平成 23 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
および
平成 22 年度診療報酬改定後の病院としての勤務医師労働環境改善方策に
関するアンケート調査報告書（要約）

日本外科学会理事会

里見進（理事長）、岩中督、上本伸二、桑野博行、國土典宏、古森公浩、
近藤丘、澤芳樹、杉原健一、高見博、富永隆治、椰野正人、平田公一、
前田耕太郎、兼松隆之、田中雅夫、中尾昭公、宮崎勝、前原喜彦

日本外科学会外科医労働環境改善委員会

富永隆治（委員長）、椰野正人（副委員長）、金子公一、永野浩昭、西田誉浩、
西田博、星野健、前原正明、益田宗孝、松藤凡、矢永勝彦、田林暁一

はじめに

日本外科学会は消化管外科、肝胆膵外科、心臓外科、血管外科、呼吸器外科、小児外科、乳腺内分泌外科と云った臓器の外科を専門とする学術団体で、病院勤務医のみならず、医院・診療所の個人開業医も含んでいます。会員数約3万8千人と外科系の学会としては最大、我が国の外科医を代表する組織です。これまで、本学会は100年以上にわたり日本の外科医療の発展のために活動してまいりました。日本の外科学が欧米諸国と比肩しうるレベルに到達・維持され、国民が安全で高度な外科医療を享受できるようになるまでに本学会の果たした役割は極めて大きなものがあつたと自負しています。いまこの世界でトップクラスの日本の外科医療が危機的状況にあります。

救急患者の受け入れ拒否といった医師不足による医療崩壊が社会問題となったのは記憶に新しいところであります。マスコミに注目された産科・小児科・救急と同様、外科の領域でも似たような状況にあるのです。20年ほど前から日本外科学会への新規参加者の減少が続いており、特に地方における外科医の減少、さらに新臨床研修制度発足による外科を希望する若手医師の減少により外科臨床現場の労働環境は悪化の一步を辿っています。これらの状況に鑑み、平成19年に、日本外科学会として初めて会員の労働環境および意識調査を行いました。アンケートから浮かび上がった外科志望者数減少の原因は、労働時間が長いが最多で、次いで、医療事故が多く訴訟のリスクが高い仕事である、さらに仕事に見合うだけの報酬が得られていないというものでした。実際労働時間に関しては外科医全体で1週間の平均労働時間が、当直・兼業を除いて57時間、病院勤務医ではおよそ70時間と労働基準法で定める労働時間より大幅に長く働いている外科医が大半でした。当直明けの手術参加も日常化し、特に20代から40の外科医の80%が「いつも」あるいは「しばしば」と答えています。外科医の過重労働は外科医自身の健康が損なわれるだけでなく、過労による注意力の低下を引き起こし、医療の安全性からも大きな問題といえます。日本外科学会としてこのことを社会に訴え、また外科系学会社会保険委員会連合（外保連）を中心に手術手技料の増額を働き掛けてまいりました。平成22年4月の診療報酬改定で手術手技料の増額が認められたのは、その成果であると考えています。しかしながら、外科医療の現場、特に地方の病院から聞こえてくるのは以前と変わらぬ医師不足と厳しい労働環境であります。そこで、前回の会員アンケート調査から4年を経た平成23年3月に2回目の調査を行いました。また同時に、今回の診療報酬改定が実際どの程度病院の収入に結び付いたか、増収分がどのような形で勤務医師の労働環境改善に使用されたかを全国の日本外科学会関連の病院長および日本外科学会事務連絡指導責任者（日本外科学会指導医のうち、修練施設の指導体制を管理・指示し、日本外科学会との連絡窓口を務める方）を対象にアンケートを行いました。本報告書はその要約であります。

本書によって日本の外科医が置かれている現状が広く理解され、外科医の労働環境改善につながることを期待いたします。

1. 会員に対するアンケート調査

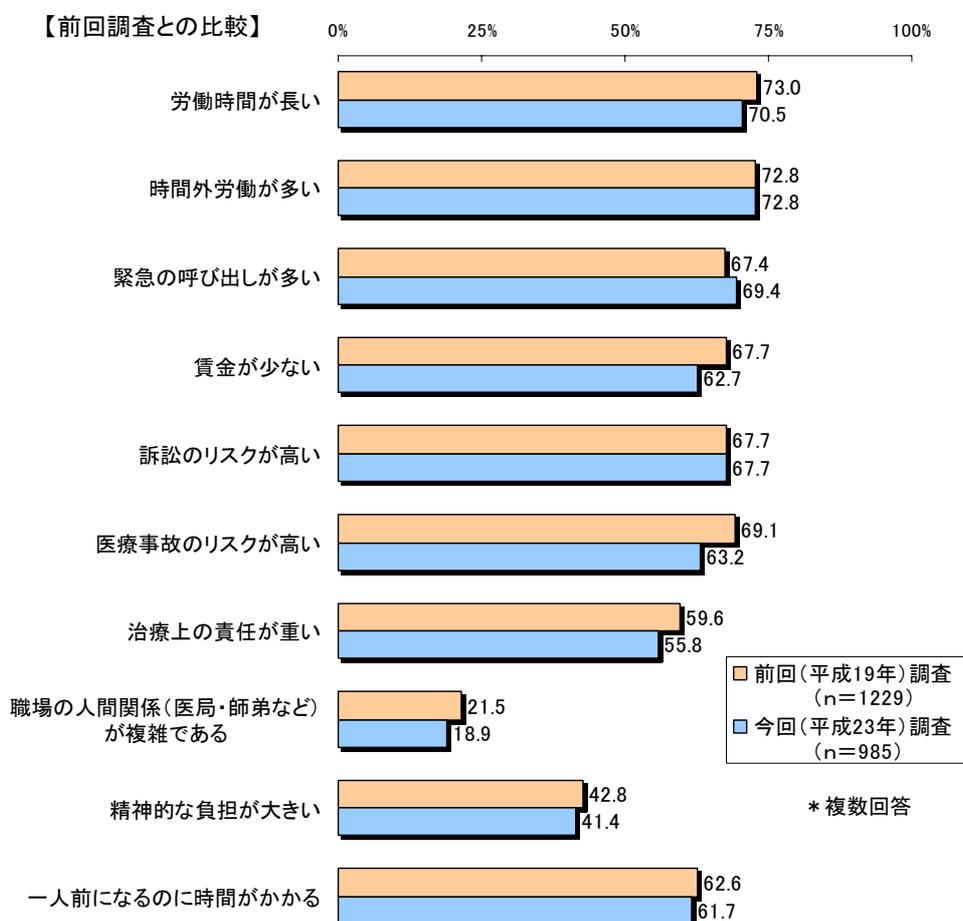
5年前と同じように専門分野、年齢構成、地域等を考慮して全体の約 10 分の 1 の会員 (3,680 人) を抽出し、メールによるアンケートを行いました。回答者数は 985 人 (回答率は 26.7%)、回答者の平均年齢は 46.7 歳でした。調査内容は経年的変化を見るため前回とほぼ同じとしました。

(1) 外科医志望者数減少の原因として思い当たること

近年、外科医志望者数が減少していることの原因として考えられることを、複数回答方式で質問したところ、「時間外労働が多い」の 72.8%をはじめ、「労働時間が長い」「緊急の呼び出しが多い」も 70%前後にのぼり、とりわけ、勤務時間等の直接的な就労環境の問題が指摘されました。さらに、「訴訟のリスクが高い」「医療事故のリスクが高い」「賃金が少ない」も 60%以上となっており、ハイリスクの仕事で、勤務時間も長く且つ労働に見合うだけの報酬は得られないといった外科医の現状が、外科医志望者数の減少の要因である、との認識が示されました。

なお、前回 (平成 19 年) と比較しても数値 (割合) の変動は小さく、ほぼ同様の傾向となっています。わずかに、「医療事故のリスクが高い」が、今回調査では前回に比べ約 6%低下していることが目につく程度でした。

図1 「外科志望者数の減少」の原因として思い当たること
—全体—



(2) 1週間当たりの勤務時間・労働時間数

勤務時間と労働時間はほぼ同義ですが本報告書では主契約病院での就労時間を勤務時間とし、他病院（複数可）での就労時間を加えた総計を労働時間と定義しました。また過去4年間で当直、兼業（副業、アルバイト）に対する考え方が変わってきており、それらを加味した労働時間数を算出提示しました。さらに今回のデータと比較するため4年前のデータに検討を加えています。在宅のオンコールに関しては、最近の判例からみて労働時間には算定していません。

1 労働時間・勤務時間

1.1 一週間当たり平均労働時間：2006年&2011年比較

図2-① 労働時間<平均>—全体—

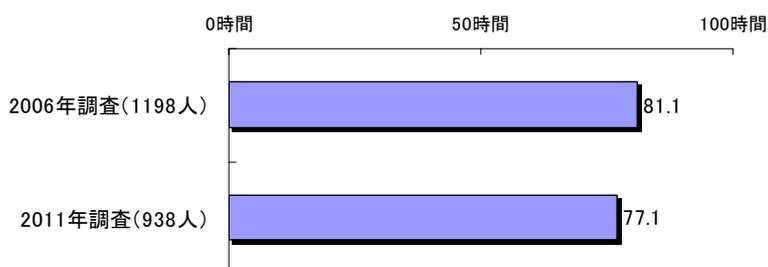


図2-② 兼業を除いた労働時間<平均>—全体—

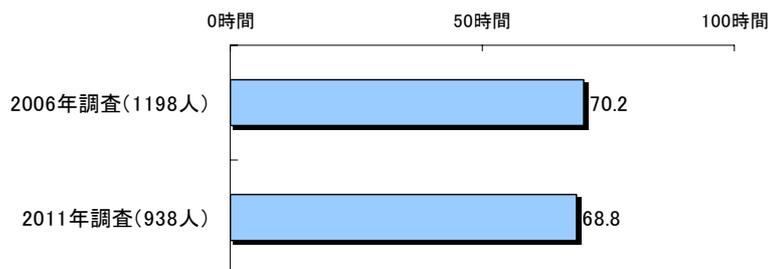
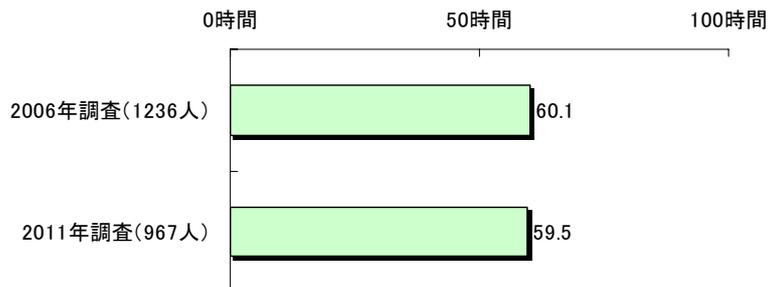


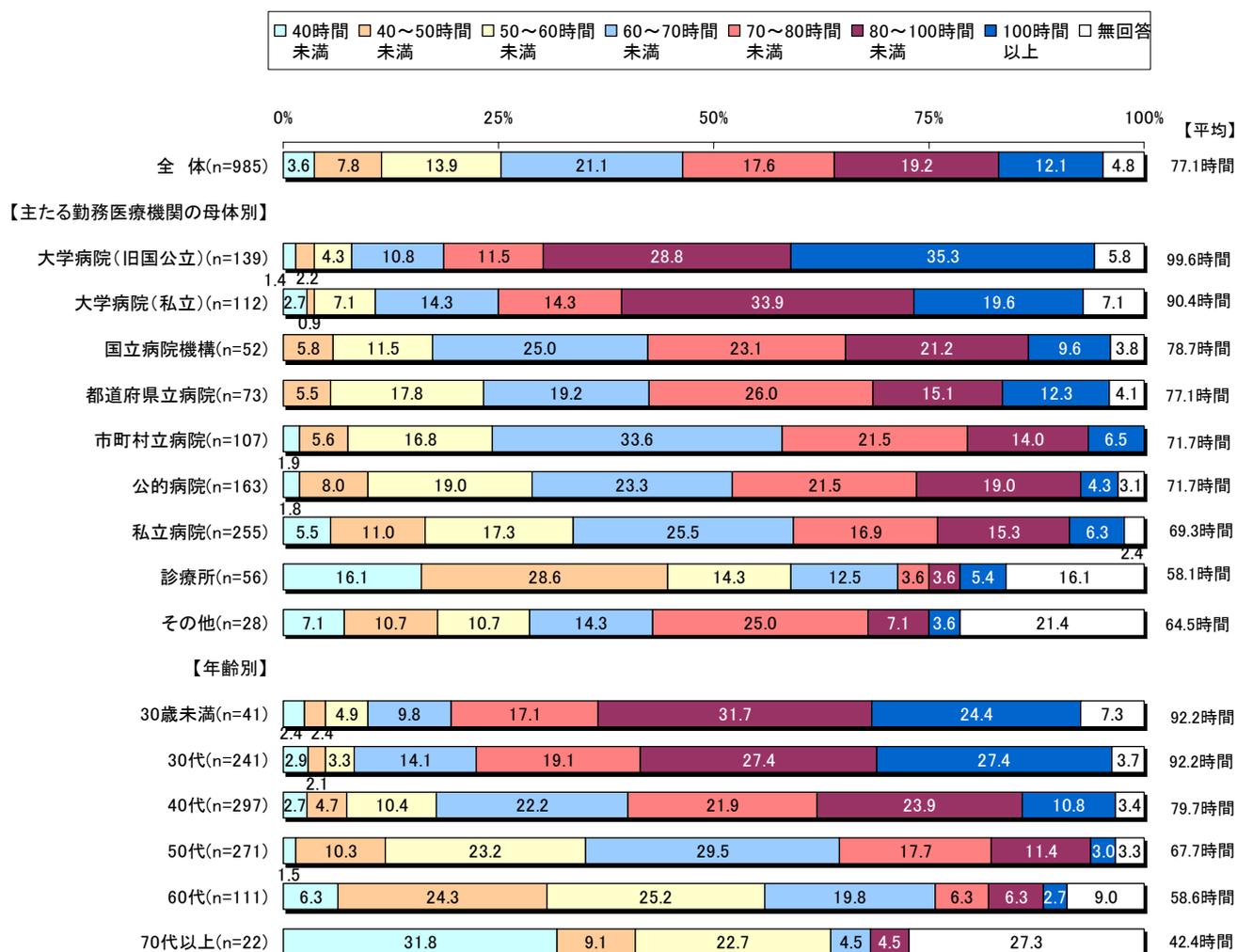
図2-③ 兼業・当直を除いた労働時間<平均>—全体—



前回 2006 年調査と比較すると、兼業及び当直時間を含む労働時間数は、週 81.1 時間から 77.1 時間と平均で 4.0 時間減少していました。また、当直を含む労働時間数や兼業及び当直を除く労働時間数もともに減少していましたが、それぞれマイナス 1.4 時間、マイナス 0.5 時間と、減少幅は相対的に小さいところから、兼業時間数の減少（兼業実施割合も 2006 年 38.7%から 2011 年 34.5%に低下）が影響している形となっていました。

1.2 属性別にみた労働時間

図3 1週間当たりの労働時間



労働時間の平均時間は77.1時間でした。兼業・当直を除くと59.5時間となります。

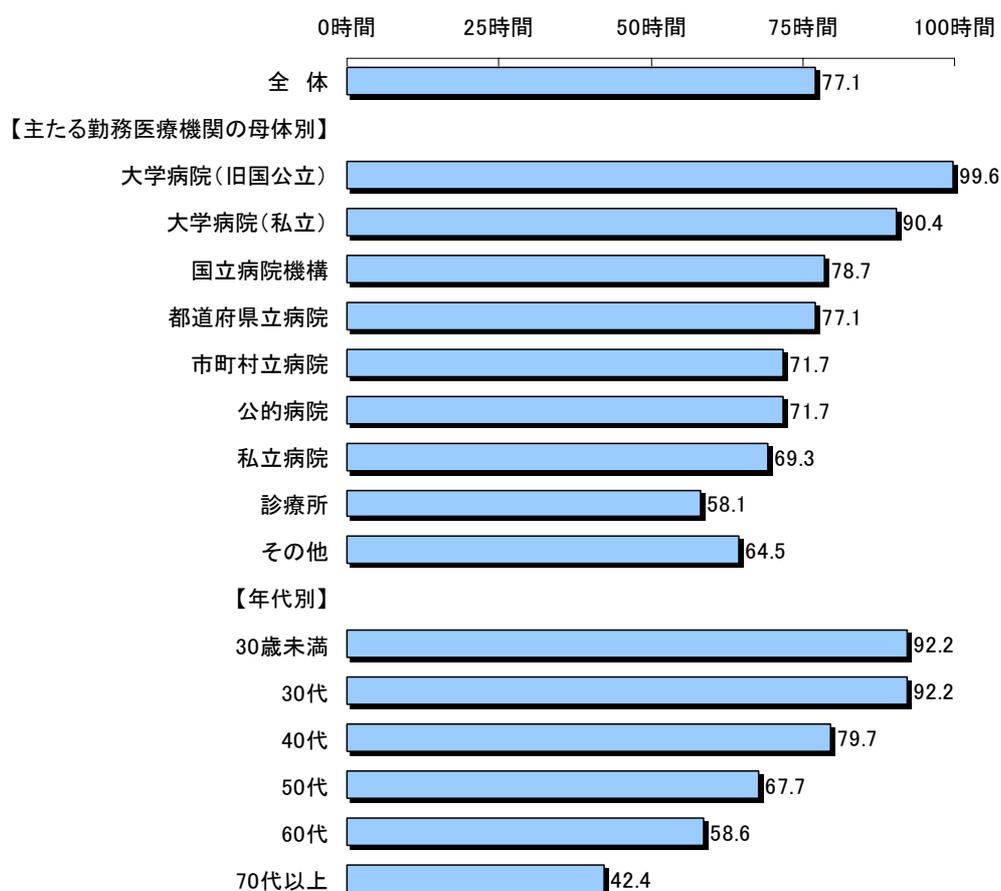
なお、ここでの1週間当たり労働時間は、次のような方法で算出しました。

- 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。

属性別に平均値で見ると、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 99.6 時間に達していました。私立の大学病院も 90.4 時間と、相対的に長く、国立病院機構を含む公立病院や公的病院では概ね 70 時間弱から 70 数時間でした。

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、30 代ではともに 92.2 時間ときわめて長くなっていました。

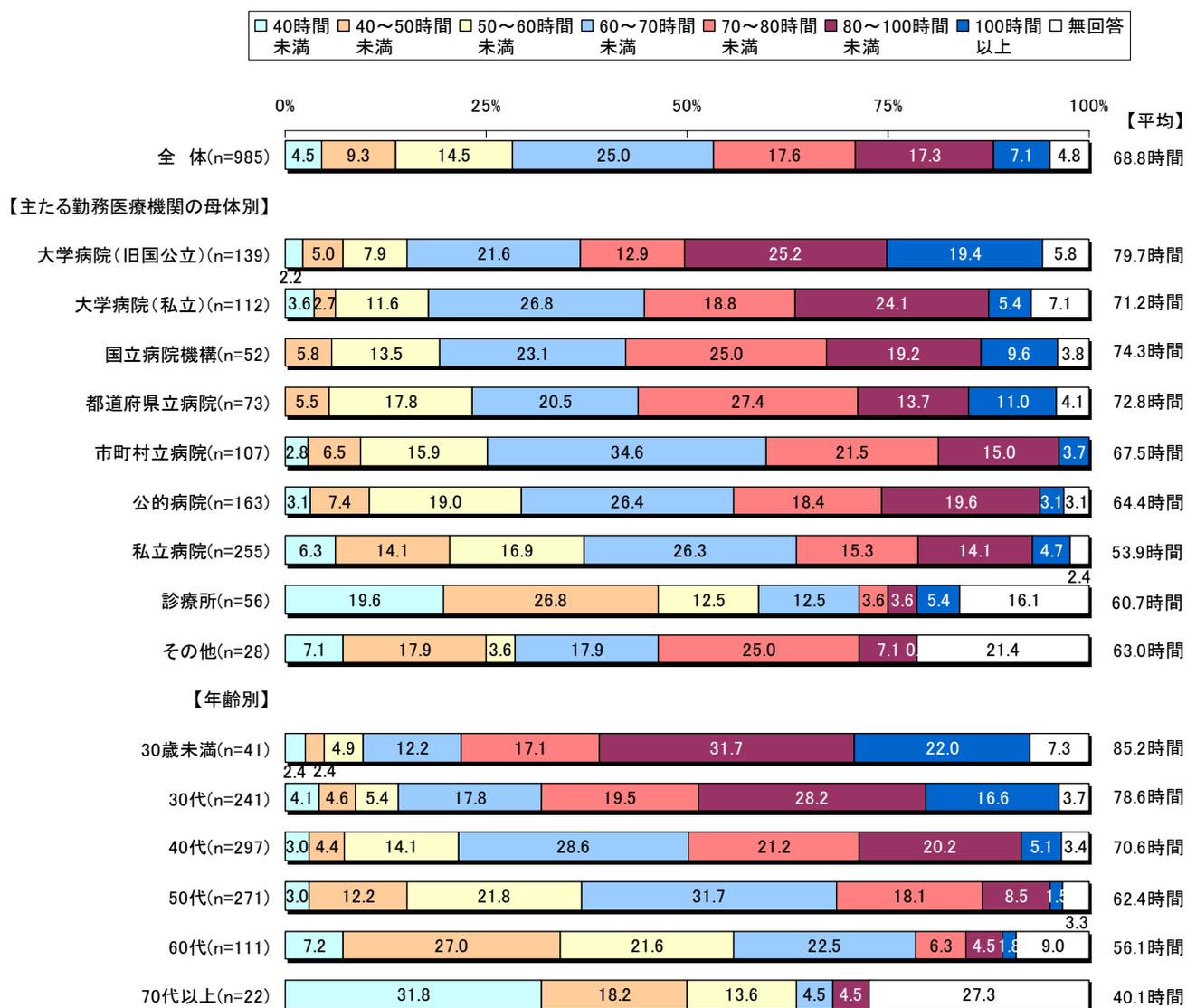
図4 平均値でみる1週間当たり労働時間—属性間比較—



1.3 属性別にみた当直時間を含む（兼業を除く）勤務時間数

兼業時間を除く1週間当たりの「日勤時間数+当直時間」は、全体平均で68.8時間でした。属性別には、平均値に着目すると、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わかります。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ますが、とりわけ、私立大学病院の場合は平均71.2時間と、旧国公立大学の79.7時間はもちろん、国立病院機構の74.3時間よりも下回っていました。私立大学病院においては、兼業のウェイトが相対的に高いことが見て取れます。

図5 1週間当たりの日勤時間+当直時間



1.4 1週間当たりの勤務（兼業・当直を除く）時間数

最近3か月における1週間当たりの平均的勤務時間数（兼業・当直を除く）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23.2%、「60～70時間未満」が25.3%でした。その一方で、「80～100時間未満」が約10%であるほか、「100時間以上」も少数（2.4%）みられ、平均は59.5時間でした。

この1週間の勤務時間数を勤務内容別に、平均値で見ると、「入院患者診察・処置」が平均14.0時間、「手術時間」が13.0時間、さらに「外来患者新札・処置時間」が11.7時間となっており、これら手術・診察という直接的医療行為時間が合わせて40時間弱（38.7時間）となり、上の総勤務時間の多くを占めることとなっています。その他の時間数は、それぞれ単独で見れば、いずれも数時間止まりとなっていました。

【前回調査との比較】

図6 最近3か月間での1週間当たり平均的勤務時間数
（兼業・当直を除く）—全体—

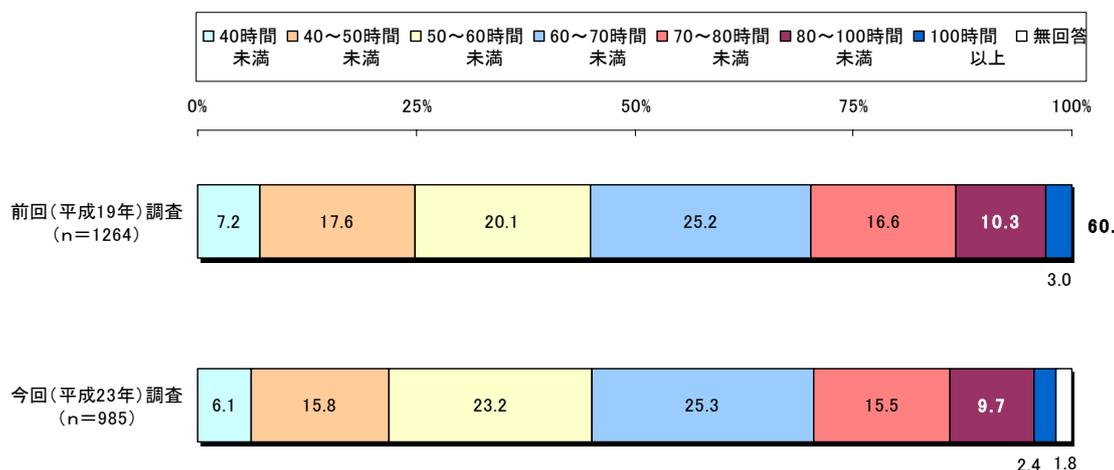
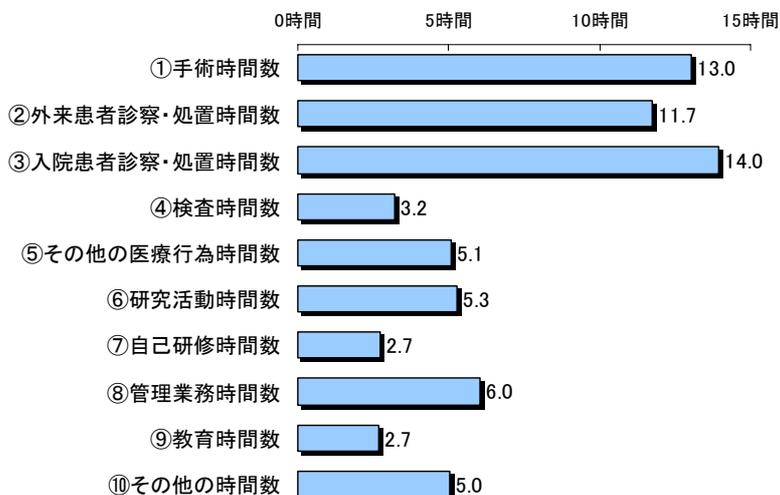
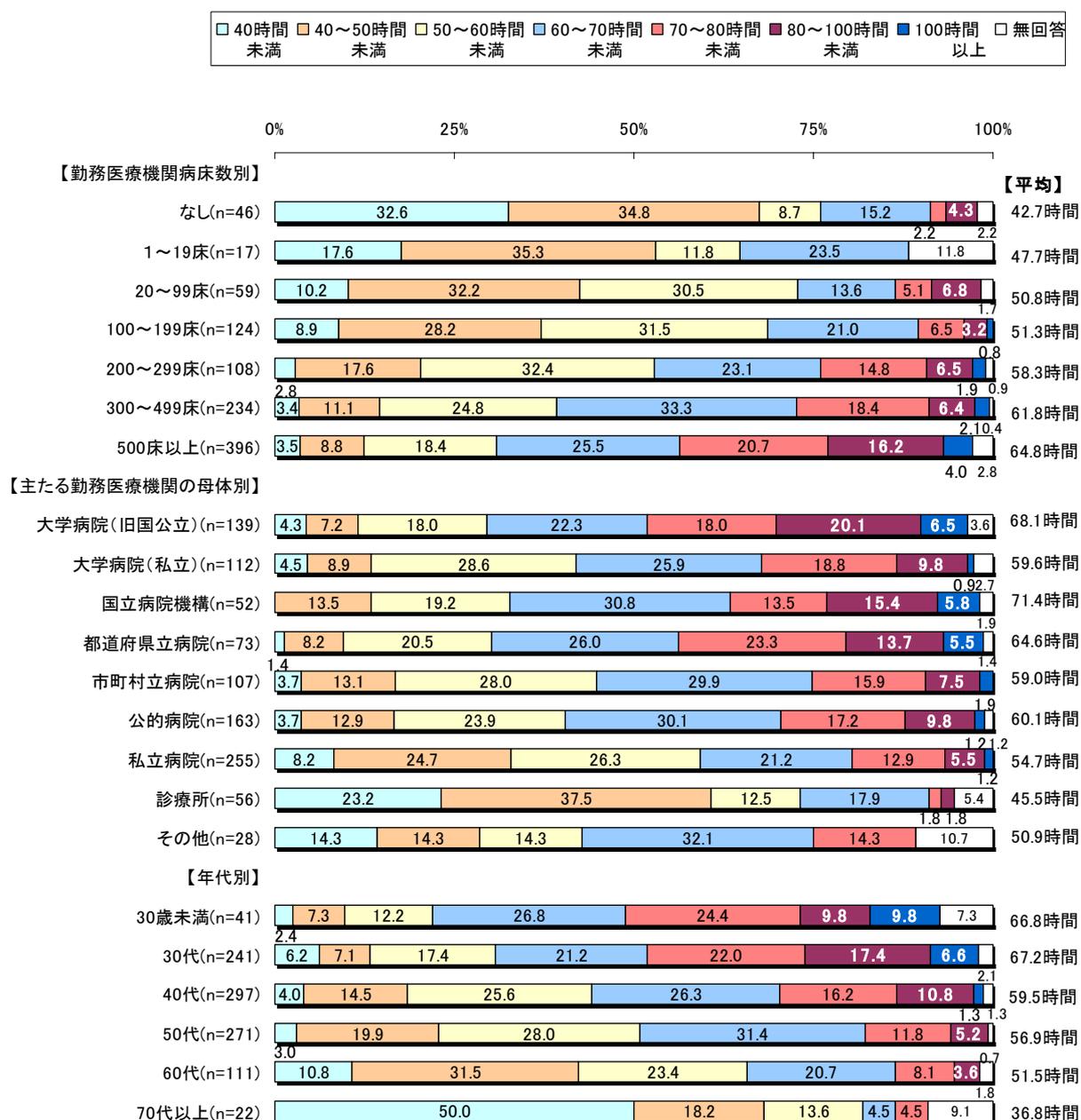


図7 勤務内容別の平均勤務時間／週—全体—



1週間当たりの勤務時間数を属性別にみると、図8のようになります。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の反比例する形で、勤務時間数が増える傾向が見取れます。例えば、平均値でみると、病床数別の「なし」及び「1～19床」(診療所)の場合は40時間台であるのに対し、500床以上では64.8時間となっていました。

図8 属性別にみた1週間当たりの勤務時間数



(3) 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17.0%でもっとも多く、次いでその前後の「1～2回未満」「3～4回未満」がともに12.5%ですが、「5～10回未満」も11.5%と少なくありません。また、少数ですが「10～15回未満」「15回以上」もみられました。平均は2.3回でした。

参考までに、前述のように、1か月の当直回数を1週間当たりに換算し、当直1回を17.7時間とすると、1週間当たりの平均当直時間は9.6時間でした。

『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、「2～3回未満」や「1～2回未満」が中心でしたが、「5～10回未満」も一定の割合を示していました。平均は2.2回でした。なお、当直で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すから、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ます。さらに、患者の病態の確認、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ます。

(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思われます。)

『当直以外で病院に泊まる回数』については、7.9%が無回答であったほか、「0回」が60%強でした。これ以外では「1～2回未満」がやや突出して多く(14.5%)、平均は0.8回でした。なお、当直以外で病院に泊まる回数についても、上の当直回数の場合と同様にし

図9-① 1か月当たり当直回数—全体—

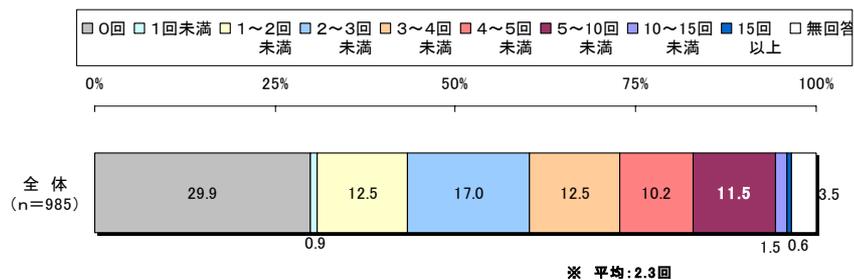


図9-② 1か月に当直以外で緊急に呼び出される回数—全体—

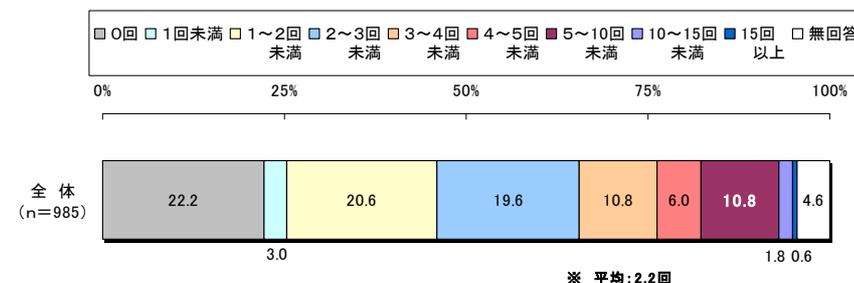


図9-③ 1か月に当直以外で病院に泊まる回数—全体—

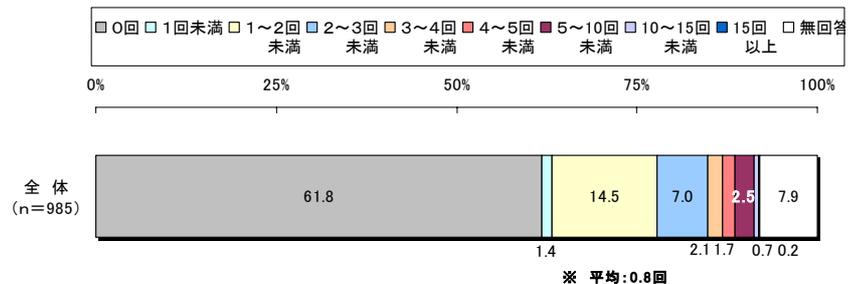
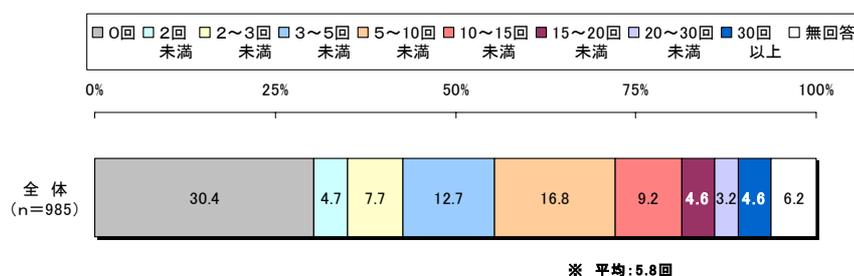
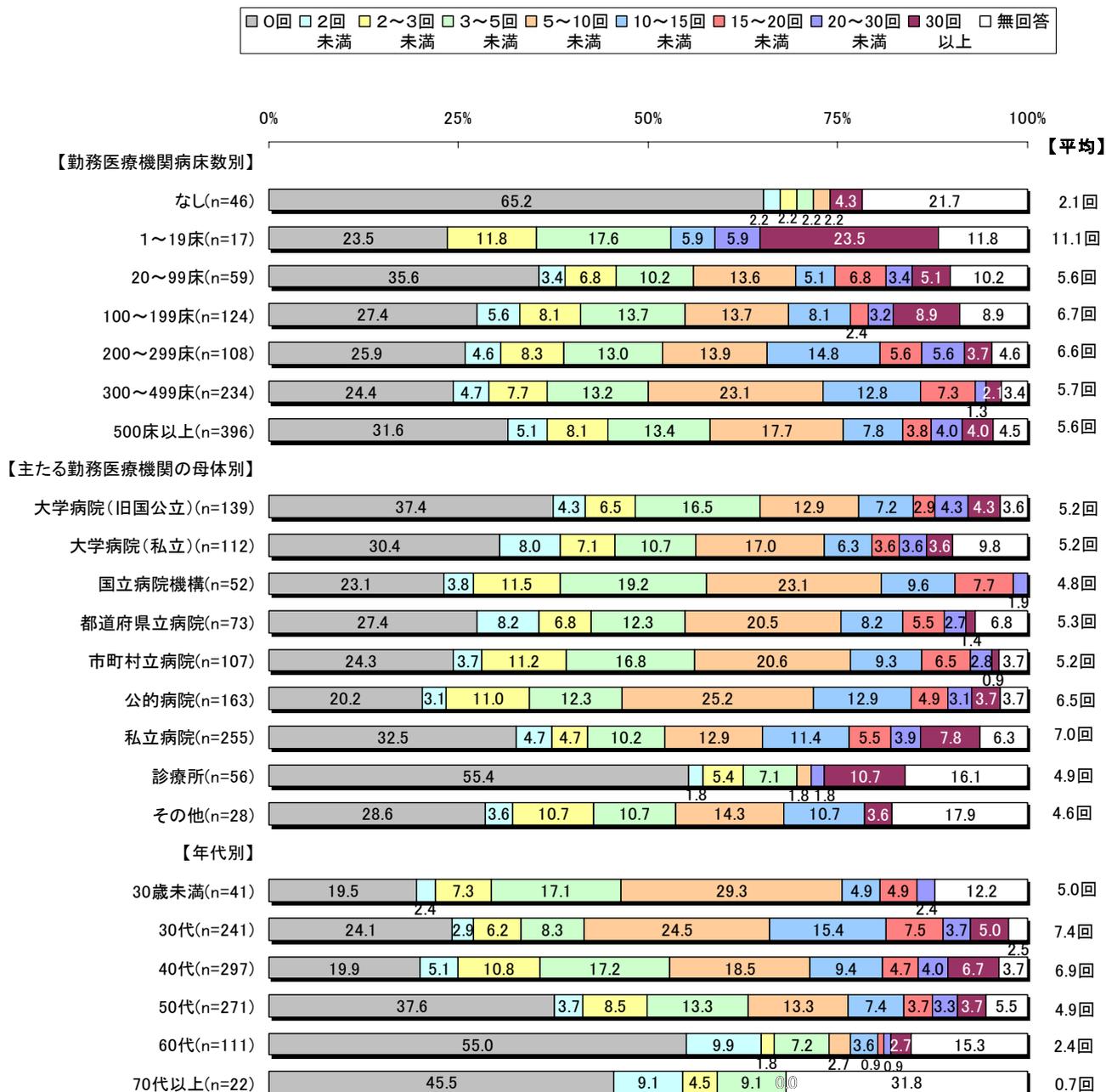


図9-④ 1か月当たりのオンコール回数—全体—



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」も多くなっています（概ね25%前後から35%前後）が、平均値で見ると、全般に5回前後が多く、そのなかで、病床数別の「1～19床」（有床診療所）では11.1回とやや突出して多くなっています。これは個人の診療所のためであるからです。また、主たる勤務医療機関の母体別における私立病院の平均7.0回や公的病院の6.5回が目につきます。なお、年代別では、30代、40代で多く、それぞれ平均7.4回、6.9回です。

図11 属性別にみた1か月間のオンコール回数

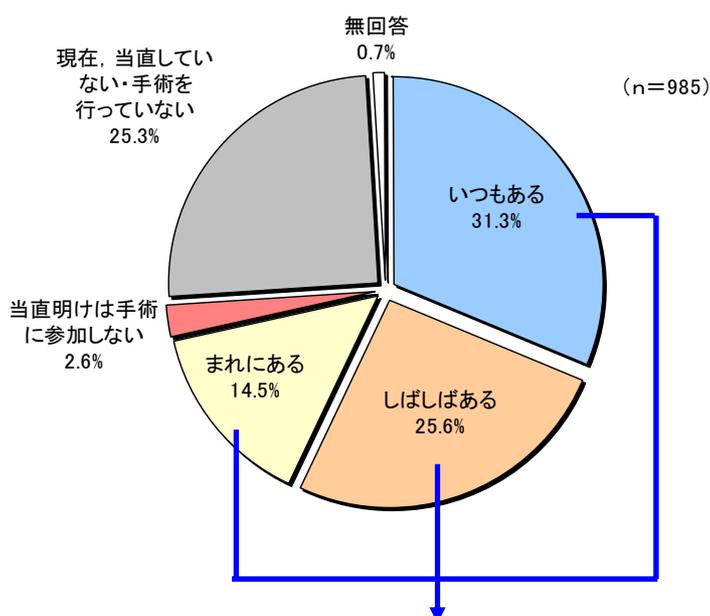


(4) 当直明けの手術参加経験の有無

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31.3%でもっとも多く、次いで「しばしばある」が25.6%、「まれにある」が14.5%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ました。この数値傾向は、前回（平成19年）調査とほとんど変動がなく、当直明け手術参加の問題はほとんど改善がみられないといえます。

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きました。「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63.2%で突出して多く、「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（19.9%）あり、看過できない割合となっています。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3.8%（27人）でした。

図12 この1～2年における当直明けの手術参加の有無
—全体—



【参考：前回（平成19年）調査結果】

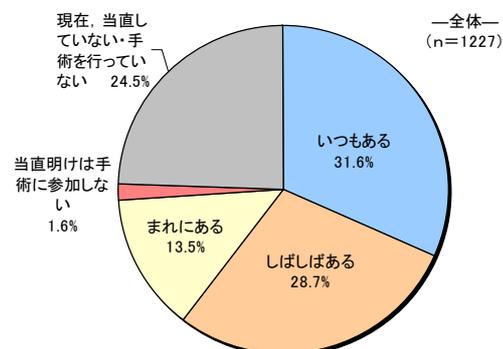
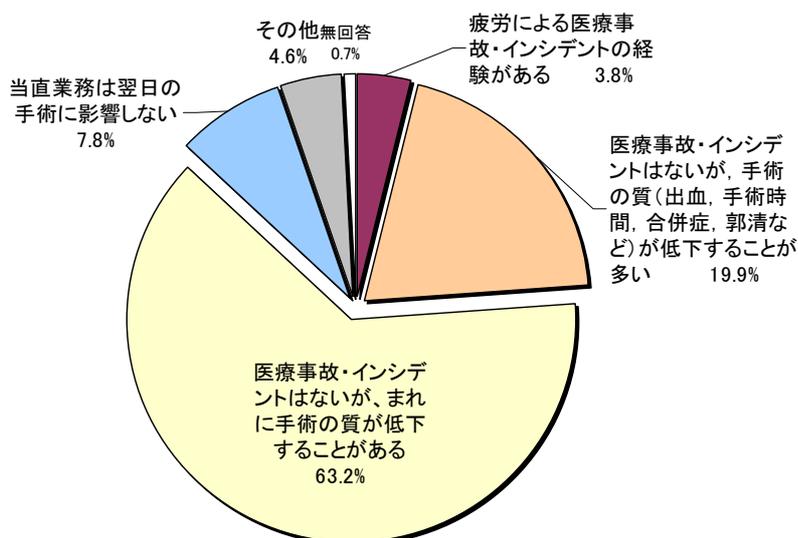


図13 【当直明け手術参加経験がある場合】
当直が手術に与える影響

(n=703)

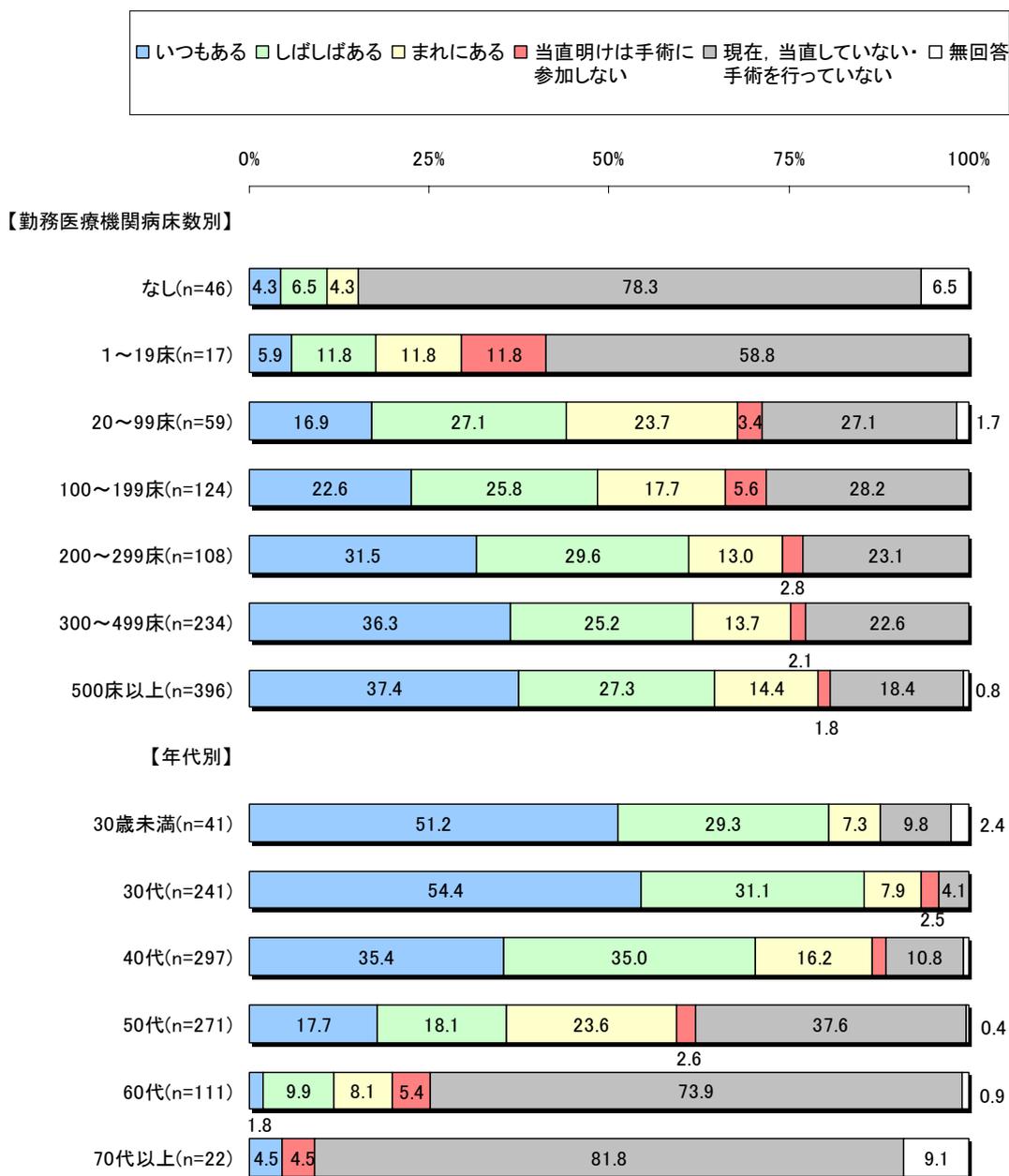


当直明けの手術参加経験の有無を属性別にみると図14のようになります。病床数別にみると、病床規模が大きくなるほど「経験あり」の割合は高まり、特に300床以上では「いつもある」と「しばしばある」は60%をこえています。

年代別では、「30歳未満」及び「30代」における「いつもある」の割合が過半を占めるほか、これに「しばしばある」を合わせた割合は80%を超える結果となっています。

外科の当直は現実には睡眠時間も極めて短く、医療の安全性からも改善が望まれます。

図14 属性別にみた「この1～2年における当直明けの手術参加の有無」

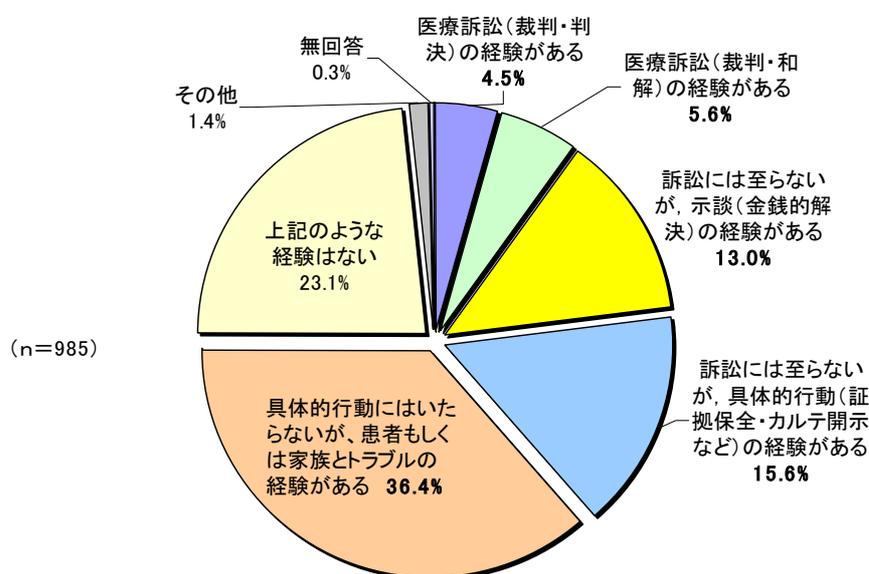


(5) 医療訴訟経験の有無

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4.5%、「医療訴訟（裁判・和解）の経験がある」の5.6%を合わせた約10%でした。また、訴訟には至らなかったものの、「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%でした。なお、もっとも多くがあげたケースは「具体的行動にはいたらないが、患者もしくは家族とトラブルの経験がある」が36.4%を占めていました。

この割合は前回（平成19年）と比べても、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）はほとんど同じでした。

図15 自身の医療訴訟経験の有無—全体—



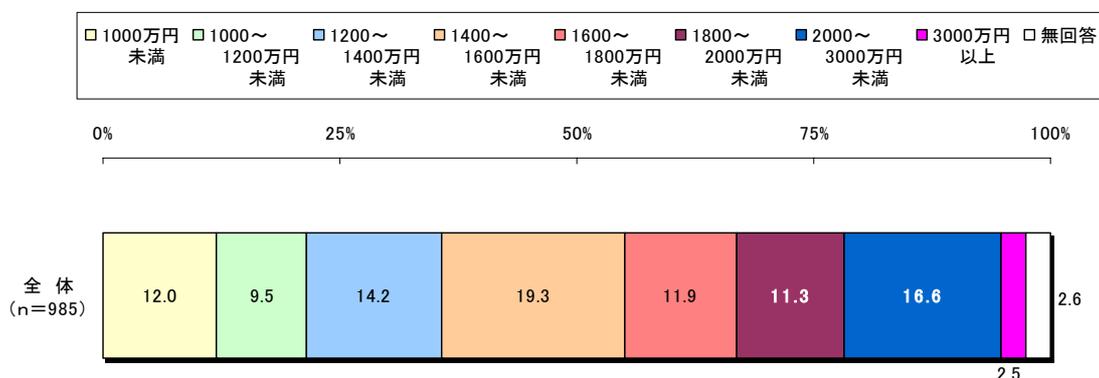
(6) 年収

昨年度の税込み年収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、次いで「2,000～3,000万円未満」ですが、全体に占める割合はそれぞれ19.3%、16.6%にとどまっており、全般に各レンジに分散しています。この分散は年齢層による年収の格差が大きいことが関係しています。なお、全体平均は1,538.4万円でした。

年齢階級別にみると、30歳未満では1,000万円未満が大多数を占めることから、平均も763.7万円にとどまっています。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1,159.0万円となっています。一方、年収は年代の上昇に比例して増加し、50代、60代では2,000万円近く、70代以上では（該当者数は

少なくなりますが) 平均 1,400 万円弱 (1,376.5 万円) となっています。

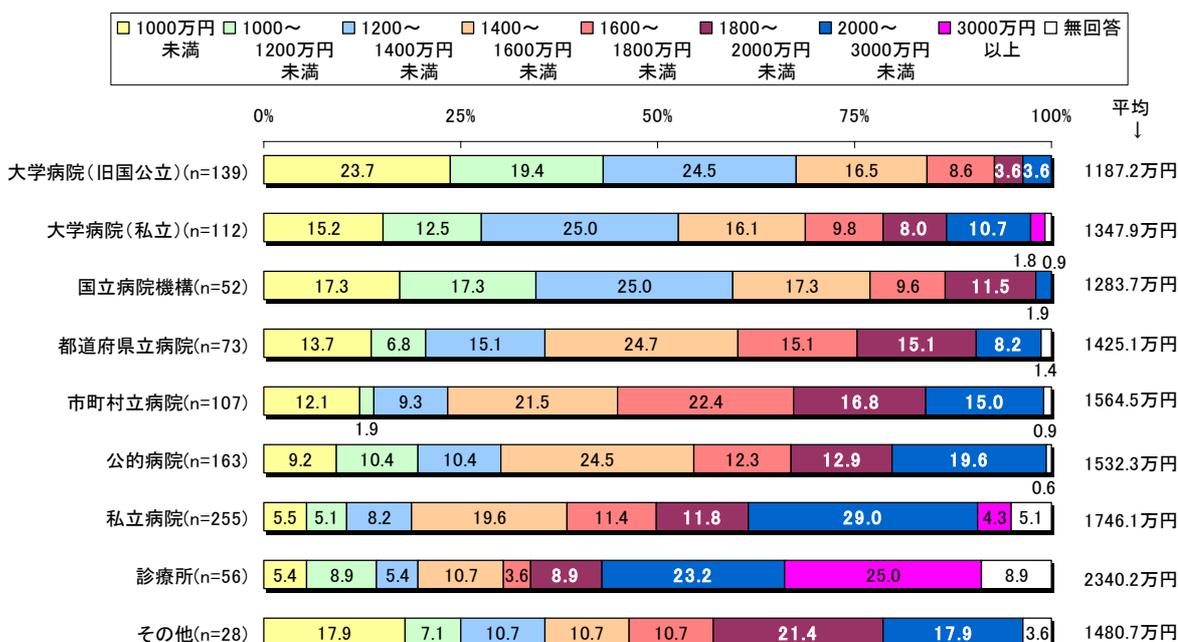
図16 昨年度の税込み年収—全体—



※ 平均: 1,538.4万円

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」(但し、該当者数は 56 人と少ない)「3,000 万円以上」が 25.0%を占めることなどから、平均 2,340.2 万円と相対的に高く、次いで、「私立病院」が平均 1,746.1 万円でこの両者が全体の平均値を押し上げていました。(ちなみに、診療所を除いた平均税込み年収は 1,521.4 万円となります。)他は、概ね 1,500 万円前後が多く、「大学病院 (旧国公立)」では 1,187.2 万円と相対的に低くなっています。また、「国立病院機構」も 1,283.7 万円にとどまっています。

図17 勤務先医療機関開設主体別にみた昨年度の税込み年収



(7) 兼業の有無

外科学会会員の「兼業」状況をみると、全体では3分の1強の34.5%が兼業しています。これを、年齢階級別にみると、「30歳未満」の兼業割合は14.5%にとどまりますが、他の年代層ではいずれも概ね3割以上兼業割合となっており、特に30代、40代及び対象数は少なくなりますが70代以上（n=22）では約40%となっています。

兼業をしている場合に、兼業の理由をたずねたところ、「金銭のため」がもっとも多く45.6%を占めており、次いで、「病院依頼による地域医療支援等のため」が30.3%でした。なお、「個人判断による地域医療支援等のため」が9.1%であり、この「地域医療支援等のため」との理由は、約4割を占めることとなり、「金銭のため」とともに二大理由になっているといえます。

図18 兼業の有無—全体—

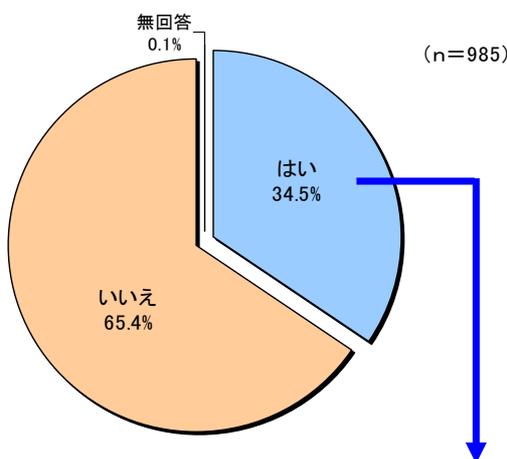


図20 【兼業している場合】兼業している理由—全体—

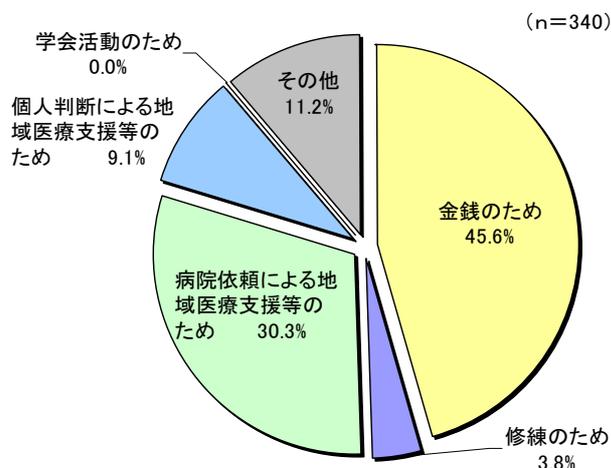
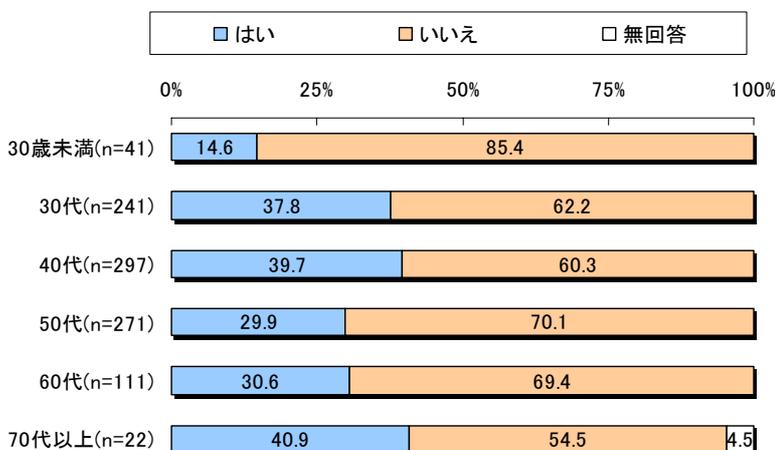


図19 年齢階級別にみた兼業の有無



(8) 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」「1～5時間」が中心であり、それぞれ39.4%、30.0%を占めています。平均は6.9時間でした。

また、1週間当たりの兼業当直日数は「1～2日未満」が半数の50.3%を占めます。また、「1日未満」も22.8%を占めることから、平均は0.9日でした。

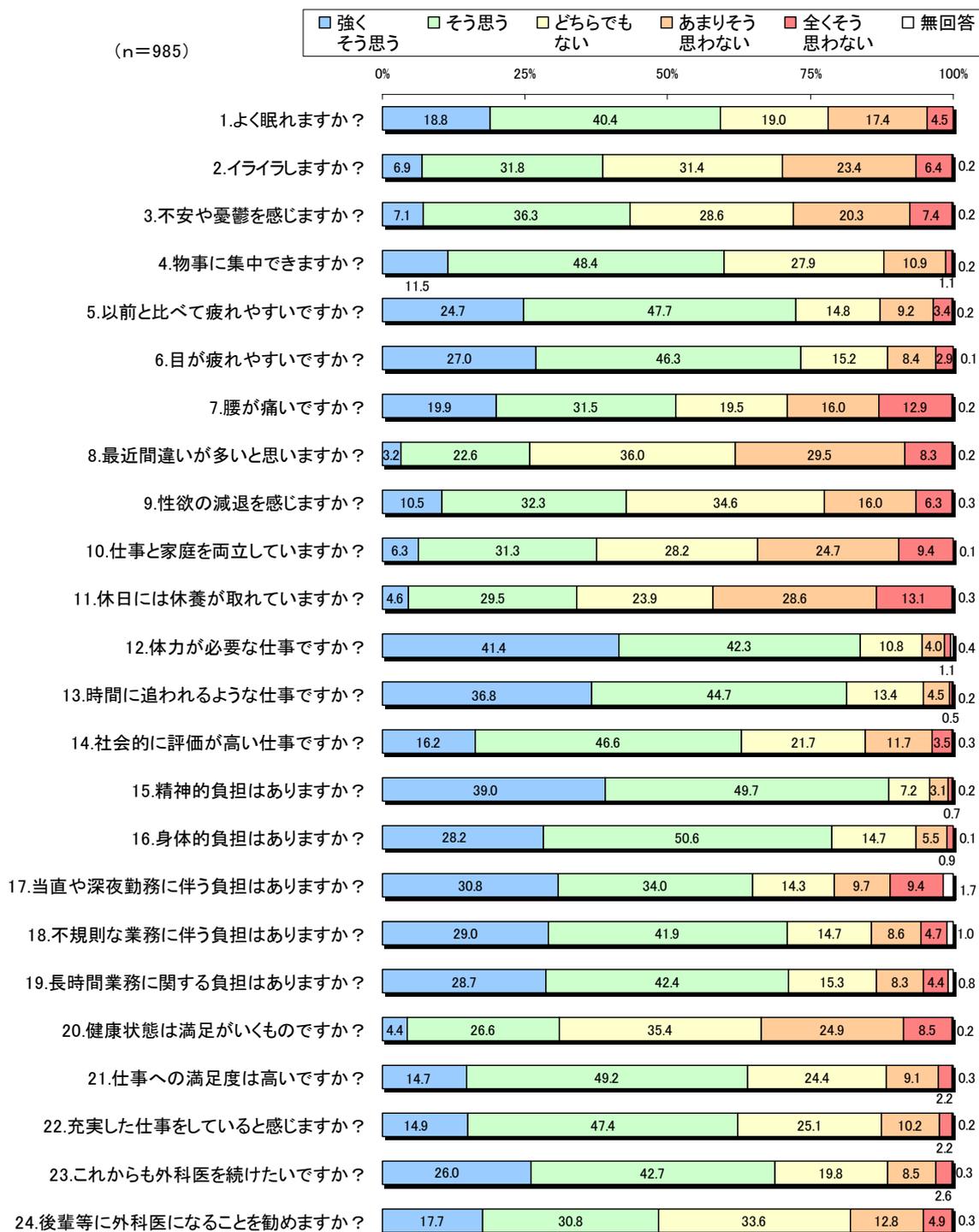
(9) 自身の身体状態への評価

身体状態について、「強くそう思う」から「全くそう思わない」までの5段階評価で聞いたところでは、図21のような状況となっています。

「強くそう思う」の割合が相対的に高い事項としては、「12. 体力が必要」「13. 時間に追われる」をはじめとして、精神的負担や当直・深夜勤務、不規則な業務、長時間業務等の負担感に関わる事項があげられます。これらの事項はいずれも「そう思う」の割合も高くなっています。同様の傾向は、「5. 以前と比べて疲れやすい」「6. 目が疲れやすい」でも見て取れます。一方、「11. 休日には休養が取れているか」については「あまりそう思わない」が相対的に多く、こうした結果からか、「20. 健康状態は満足がいくものか」に対しては、「あまりそう思わない」等否定的な感じ方が優勢となっています。

こうした状況を「強くそう思う」と「そう思う」を合わせた割合で前回調査と比較すると、疲れやすい等の割合が高まっている一方、仕事への満足度、充実感なども高まっており、こうした状況を背景にしてか、「これからも外科医を続けたい」や「後輩等に外科医になることを薦める」とする者も増えていることが見て取れます。

図21 身体状態—全体—



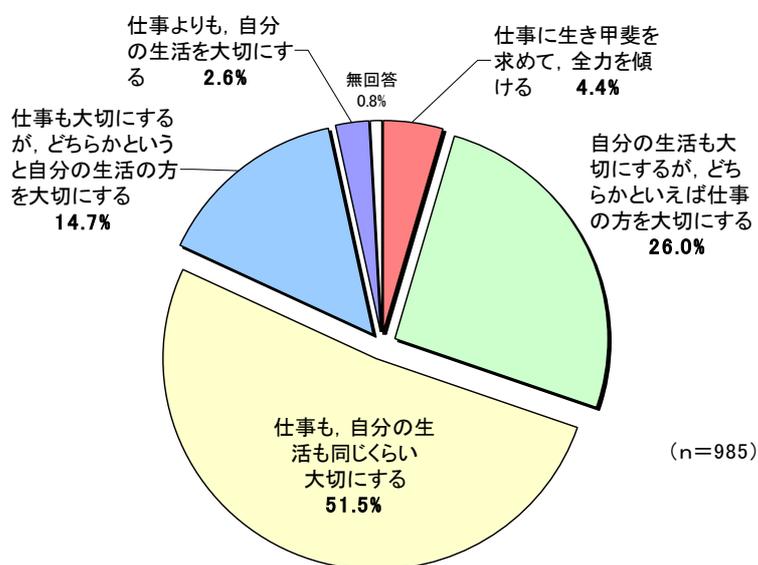
(10) 仕事の生活のバランスについて

今後、仕事と自分の生活のバランスをどのようにしたいと考えるかとの設問に対しては、半数強（51.5%）が「仕事も、自分の生活も同じくらい大切にする」としています。これ

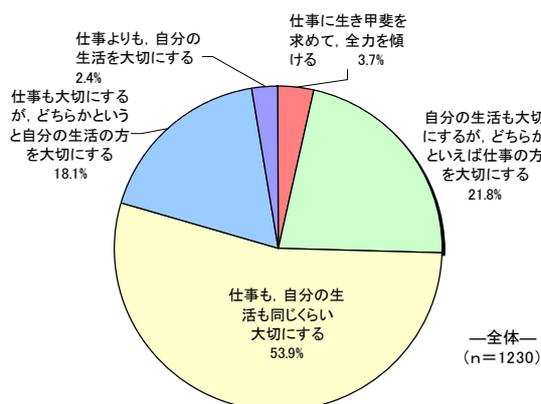
に次いで、「自分の生活も大切にしているが、どちらかといえば仕事の方を大切にしている」が26.0%、全体の4分の1強です。この対となる「仕事も大切にしているが、どちらかといえば自分の生活の方を大切にしている」が14.7%であり、さらに、「仕事に生き甲斐を求めて、全力を傾ける」4.4%と「仕事よりも、自分の生活を大切にしている」2.6%という関係を総合すると、仕事優先が30.4%、生活優先が17.3%であり、仕事優先とする者が優勢という結果になります。

なお、前回（平成19年）調査と比較すると、仕事優先とする者の割合がやや高まっています。

図22 今後の仕事と生活のバランスの取り方について
—全体—



【参考：前回（平成19年）調査結果】

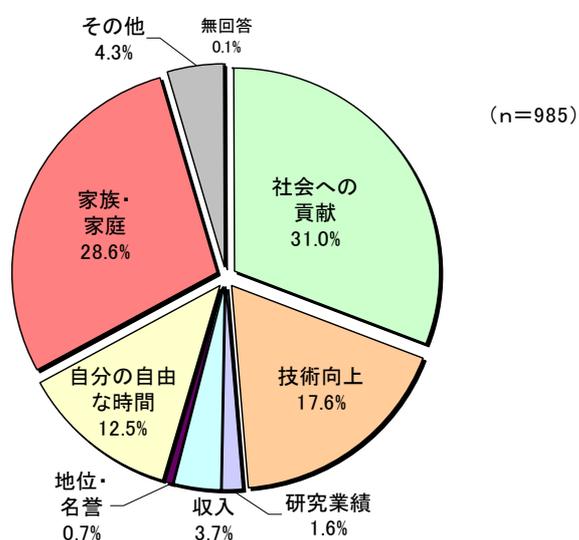


(11) 今後もっとも大切にしたいこと

「これからもっとも大切にしたいこと」としては、「社会への貢献」が31.0%を占めてもっとも多く、次いで「家族・家庭」が差なく続き、28.6%です。さらに、「技術向上」17.6%、「自分の自由な時間」が12.5%などとなっています。

これを前回（平成19年）調査と比較すると、「社会への貢献」が約5%増加、「自分の自由な時間」が約4%増加しています。「研究業績」「収入」「地位・名誉」とする割合は、前回調査同様、今回調査でもいずれも低いレベルにとどまっており、外科医として、また生活者としての基礎的なもの・実質を求めているといえます。

図23 今後最も大切にしたいこと—全体—



2. 病院長・外科学会事務連絡指導責任者に対するアンケート

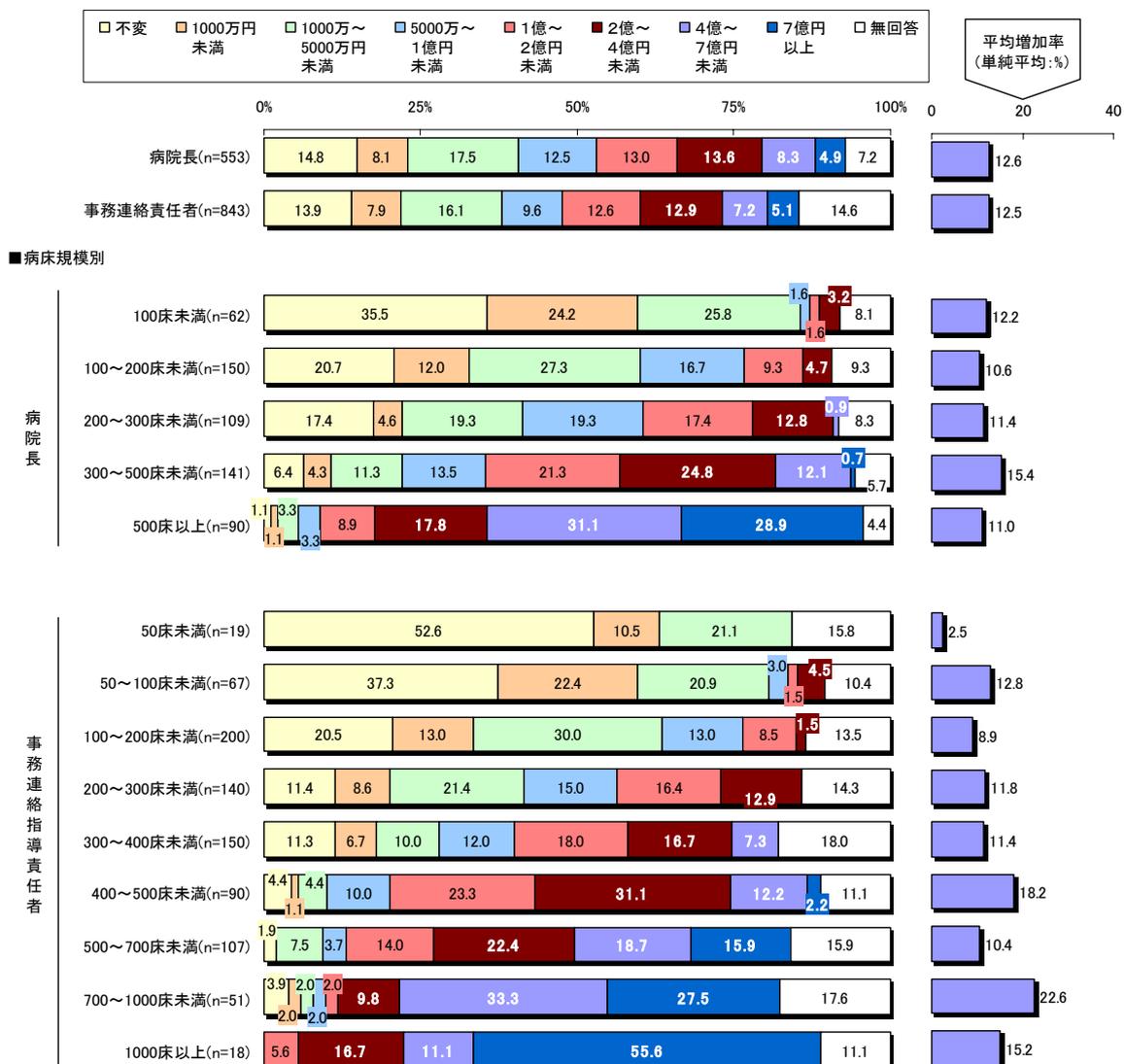
日本外科学会指定・関連施設の病院長 2,152 人および各施設の外科学会事務連絡指責任者 2,152 人に送付し回答者数はそれぞれ 553 人（25.7%）、843 人（39.2%）でした。

（1）平成 22 年 4 月～9 月の診療報酬額変化【病院全体・半年間の実績額】

平成 22 年 4 月～9 月の病院全体の実際の診療報酬額変化額について聞いたところ、「1 億円以上」との回答が『病院長調査』で 39.8%、『事務連絡指導責任者調査』で 37.8%と両者とも 4 割弱でした。平均増加率は『病院長調査』で 12.6%、『事務連絡指導責任者調査』で 12.5%といずれも 1 割強でした。

開設主体別では、病床規模が大きい旧国公立大学病院で増加幅が大きく、医療法人で小さくなります。平均増加率は「国立病院機構」および『事務連絡指導責任者調査』の「私立大学病院」で高い傾向です。

図 24 平成 22 年 4 月～9 月の診療報酬額変化額【病院全体・半年間の実績額】
 <病床規模別>



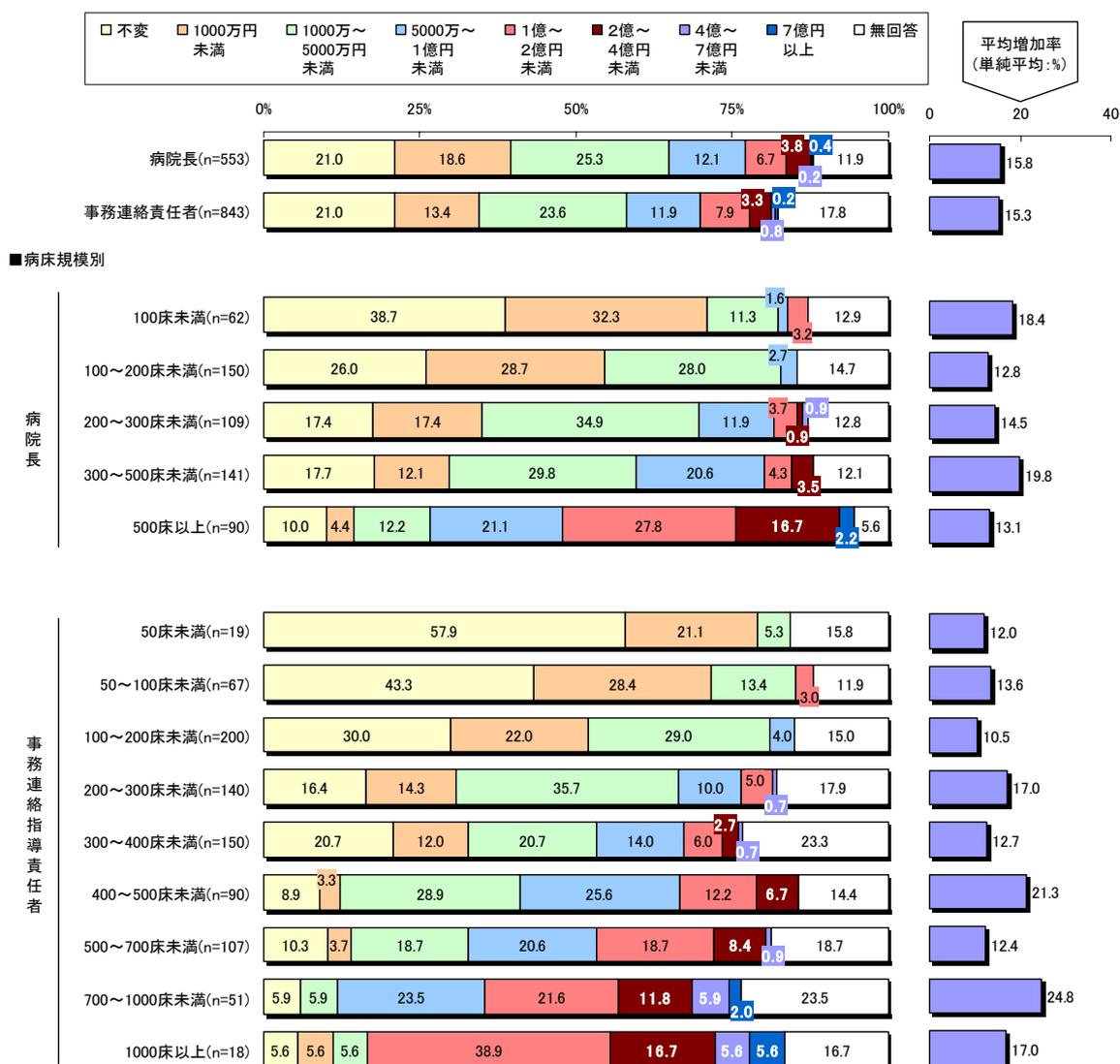
(2) 平成 22 年 4 月～9 月の外科学会関連診療科診療報酬額変化 【外科学会関連診療科・半年間の実績額】

平成 22 年 4 月～9 月の実際の外科学会関連診療科診療報酬額変化では、「1 億円以上」が『病院長調査』で 11.0%、『事務連絡指導責任者調査』で 12.3%と、ほぼ同等です。平均増加率もそれぞれ 15.8%、15.3%となっており、前々項の「平成 22 年 4 月～9 月の外科系診療報酬額変化」(14.3%、14.2%)と比較してほぼ同水準にあります。

開設主体別では、これまでみてきた前 5 項すべてと共通する傾向がみられました。病床規模が大きい旧国公立大学病院で額が大きく、医療法人で小さくなります。平均増加率は、「国立病院機構」および『事務連絡指導責任者調査』の「私立大学病院」で高くなります。

なお、本項目の特徴的な点としては、『病院長調査』における「国立病院機構」の平均増加率は高いものの、病院分布上は報酬変化額の小さい層(病院)への集中度が高い、つまり変化額が小幅な病院が多数を占めていることであります。

図 25 平成 22 年 4 月～9 月の外科学会関連診療科診療報酬額変化【半年間の実績額】
＜病床規模別＞

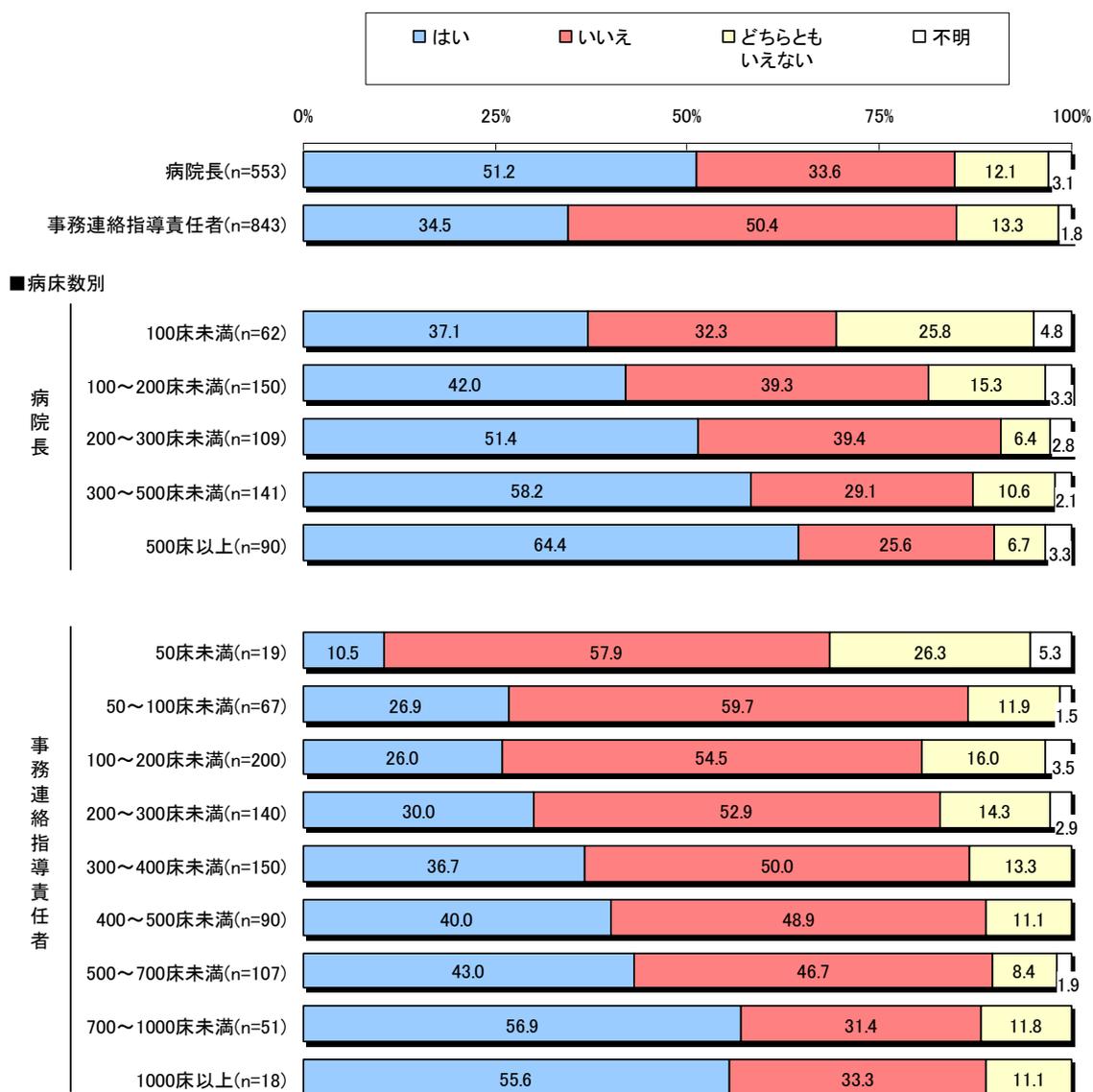


(3) 診療報酬増収後の医師待遇改善策について

診療報酬増収で勤務医師待遇改善策をとったかを質問しました。実施率は『病院長調査』で51.2%と過半数に達しますが、『事務連絡指導責任者調査』では34.5%と約3分の1にとどまっています。

これを、病床数別にみると、『病院長調査』、『事務連絡指導責任者調査』ともに、病床規模に比例して実施率が高まることがわかります。全体では34.5%の実施率である『事務連絡指導責任者調査』においても、「700床以上」での実施率は50%を超えています。

図 26 診療報酬増収後に医師待遇改善策をとったか

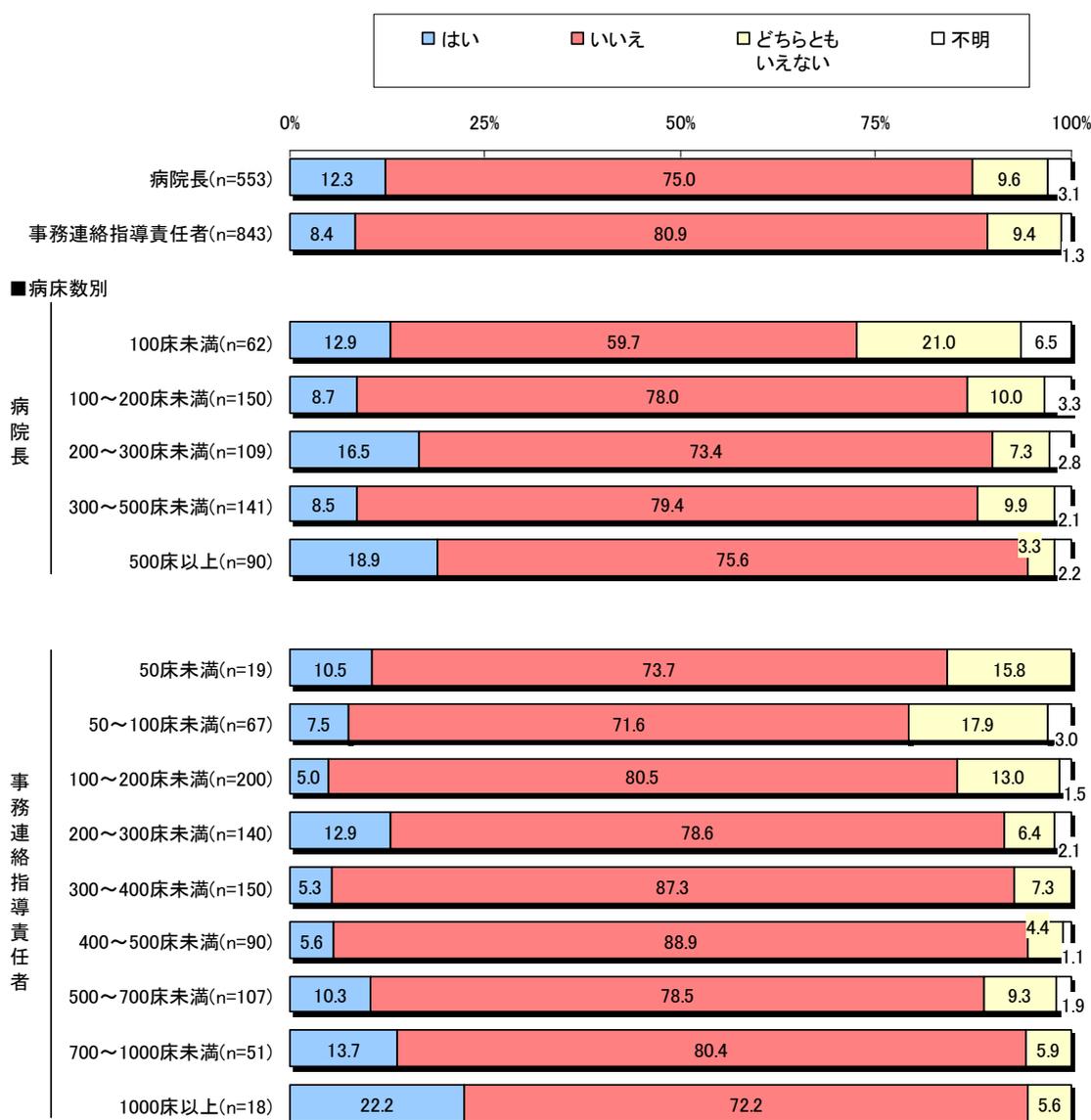


(4) 外科医に特化した待遇改善策実施の有無

外科医に特化した待遇改善策をとったかを聞いたところでは、実施率は『病院長調査』で12.3%、『事務連絡指導責任者調査』で8.4%でした。

これを病床規模別にみたところ、実施率については、『病院長調査』、『事務連絡指導責任者調査』の場合とも、病床規模との相関は必ずしも明確ではありませんが、大規模病院で外科に特化した改善策を執った比率が高くなり、大学病院等の1,000床以上の病院では20%を越えていました。但し、両調査とも、病床数が小さいほど「どちらともいえない」の割合が相対的に高くなる傾向がみられます。

図 27 外科医に特化した待遇改善策をとったか



(5) 具体的な待遇改善内容と満足度

10%前後の病院で、外科医に特化した待遇改善策を実施していただきました。具体的な待遇改善策を複数回答方式で聞いたところ、『病院長調査』、『事務連絡指導責任者調査』ともに何らかの手当てをつけたとするものが40~50%と多く、次いで「メディカルクラークの増員」が40%弱でした。『病院長調査』では「診療機器の購入」も45.6%と高くなっています。

次に、『事務連絡指導責任者調査』では、その待遇改善策の満足度を聞いたところ、「充分満足」との回答はなかったものの、「少し満足」が73.2%であり、「不満」は9.9%にとどまっています。

図 28 具体的な待遇改善内容

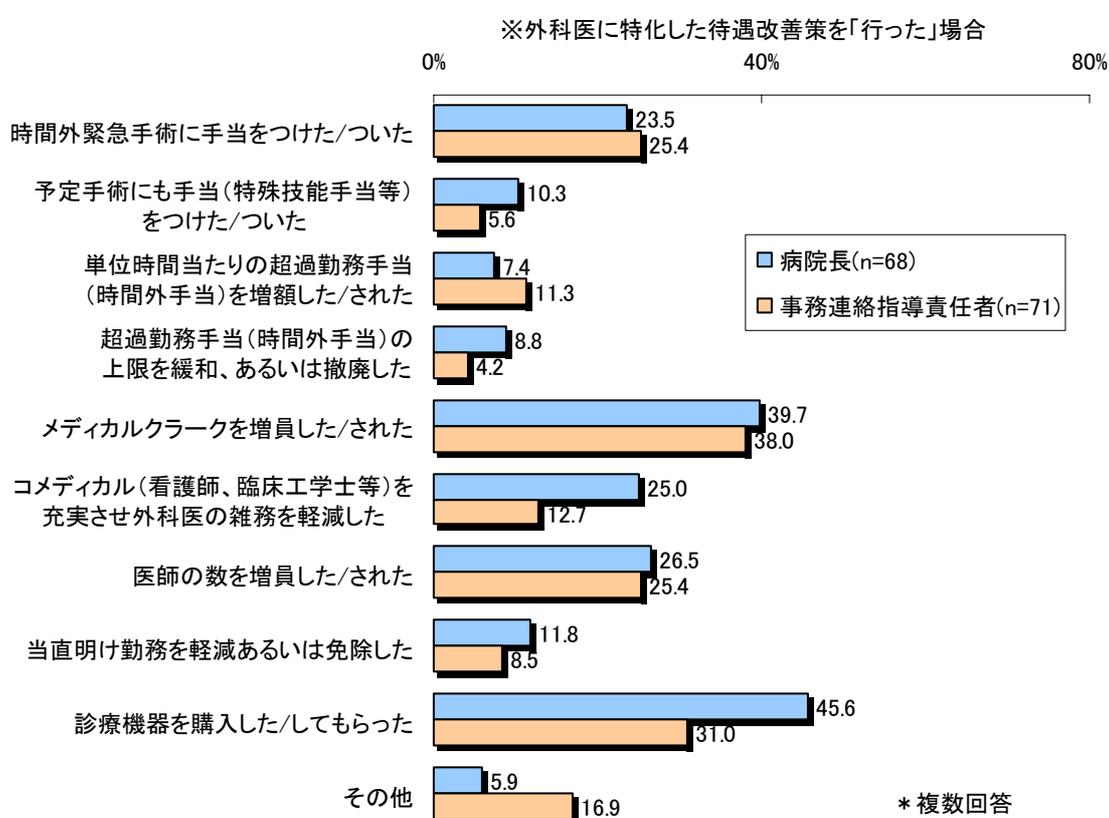
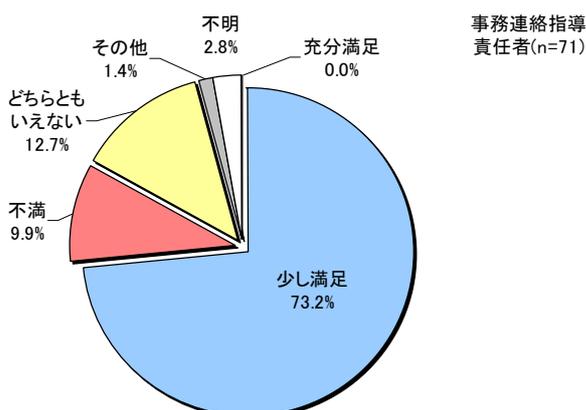


図 29 外科医に特化した待遇改善策の満足度

※外科医に特化した待遇改善策を「行った」場合

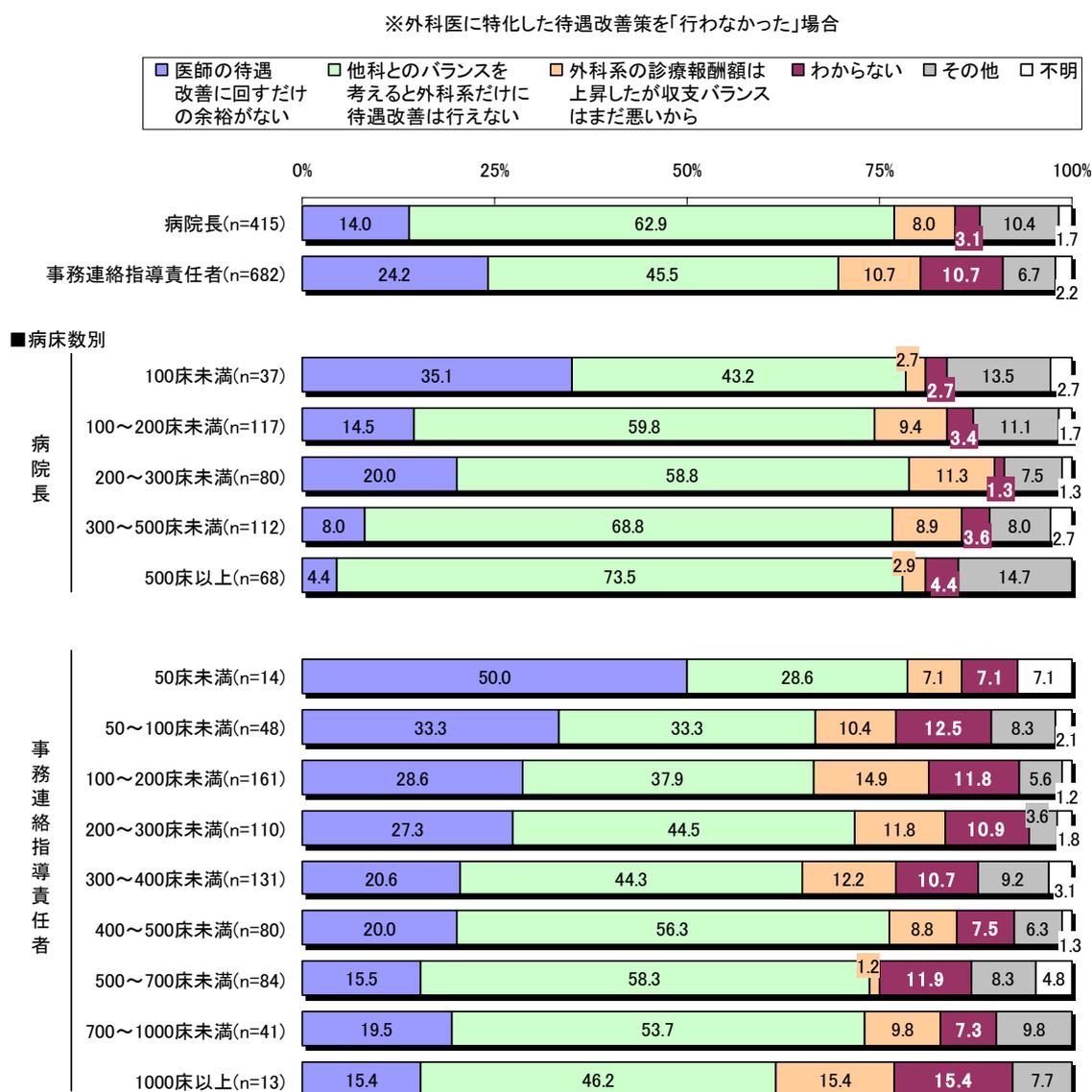


(6) 外科医に特化した改善策を行わない理由

外科医に特化した待遇改善策を実施していない場合は、その理由を聞きました。『病院長調査』では 62.9%、『事務連絡指導責任者調査』では 45.5%が「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」としており、“他科とのバランス”が最大の理由としてあげられています。次いで、「医師の待遇改善に回すだけの余裕がない」が続きます。

これを、病床規模別にみると、『病院長調査』、『事務連絡指導責任者調査』ともに、病床規模が小さいほど「医師の待遇改善に回すだけの余裕がない」という“原資不足”を理由としてあげるケースが多くなっています。

図 30 外科医に特化した改善策を行わない理由



まとめ

1 日本外科学会会員の労働環境に関するアンケート調査

(1) 外科医の労働時間

本報告書では、医師は、労働基準法で労働者として認定（最高裁 2005 年判例）されるという考え方に立脚しています。当直は医療法第 16 条で病院に義務付けられていますが、労働基準局 2002 年通達では、①労働基準法における宿日直勤務は、夜間休日において、電話対応、火災予防などのための巡視、非常事態が発生した時の連絡などにあたることをさす。②医療機関において、労働基準法における宿日直勤務として許可される業務は、常態としてほとんど労働する必要がない業務のみであり、病室の定時巡回や少数の要注意患者の検脈、検温等の軽度または短時間の業務に限る。③夜間に十分な睡眠時間が確保されなければならない。④宿直勤務は、週 1 回、日直勤務は月 1 回を限度とすること。⑤手当は通常勤務の 3 分の 1 以上、とあり、現実的には、①②③の条件を満たす当直は外科ではありません。従って、実態に合わせて本稿では当直時間は勤務時間に算定しました。兼業に関しては、従来は労働時間に入れないとする意見もありましたが現在は労働時間として算定することが労基法第 38 条（労働時間は、事業場を異にする場合においても、労働時間に関する規定の適応については通算する）にも、全米卒後教育認定委員会（ACGME）でもはっきり明記されており、労働時間としました。

労働時間は 4 年前と比較すると週 81 時間から 77 時間と 4 時間ほど減少していますが、相変わらず労働時間の長さは異常です。過労死の認定基準では、「発症前 1 か月間におおむね 100 時間（＝週 65 時間勤務）又は発症前 2 か月間ないし 6 か月間にわたって、1 か月当たりおおむね 80 時間（＝週 60 時間勤務）を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できる」とされており、この基準に達する者は全体の 70% に達していました。勤務医療機関別にみると旧国公立大学病院、私立大学病院で其々週平均 96.2 時間、85.6 時間と長く、年齢別にみると 30 歳未満、30 歳代がそれぞれ 89.9 時間、87.8 時間と若い人ほど長時間労働が明らかとなりました。しかも約 25% が週 100 時間を超える勤務時間を報告しており、改善のための早急な方策が望まれます。この結果は昨年に行われた、当直・兼業を加味した調査結果（参考文献 1～3）とほぼ同じです。当直以外で緊急に呼び出される回数は週平均 2.2 回、さらにオンコールで自宅待機（今回の調査では労働時間に加えられていません）する時間を考慮すると外科医の労働時間は極めて長いと言わざるをえません。

労働時間短縮方法として①コメディカルを充実させ医師の仕事の一部を肩代わりさせる、②医療事務を充実させる（今回この意見増加）、③外科医を増やす等の意見が目立っていました。また日本外科学会がこれまで推進してきた④NP

(Nurse practitioner)、PA (Physician assistant) といった医師と看護師の中間職種を創設・養成し、当直業務を含む周術期管理や他の簡単な医療行為を担ってもらうことで外科医の労働環境は大きく改善され、当直業務も減少し、手術に専念する時間も増加するものと期待されます。

(2) 当直明けの手術参加

外科の当直、特に若い医師の場合は時間外勤務に近く、就寝中しばしば起こされ、睡眠不足のまま手術に入ることも稀ではありません。当直明けの手術参加の経験は全体の 70%の外科医があると回答しています。25%は手術も当直もしていないことを考えると、ほとんどの外科医が当直明けの手術に入っていることとなります。このうち 90%の人が、手術の質が低下し、医療事故につながる恐れがあるとしています。この割合は前回の調査と変わりません。

当直明けの手術参加の割合は、大規模病院で若手医師 (80%以上) ほど日常化しています。過労は注意力の低下を引き起こし、医療の安全性が損なわれることは既に証明されています。当直明けの手術参加を原則禁止とするか、連続勤務時間の上限を設けるか、あるいはよほどのことがない限り就寝中起こすことがないようなシステム (前述した医師と看護師の中間職種創設等) を作る等、医療事故を防止するためにも早急に措置を講ずる必要があります。

(3) 年収

年収に関しては、平均 1,538 万円 (平均年齢 46.7 才) で、診療所勤務医師が高収入 (平均 2,340 万円) で、全体の平均値を押し上げていました。旧国公立大学病院で平均 1,187 万円と特に低く、次いで国立病院機構で 1,283 万円と低く、私立病院、診療所で高い傾向が見られました。兼業 (アルバイト) は 35%の医師が行い、その多く (46.7%) は金銭のためでした。また年収の約 30%が兼業によるものでした。収入を確保するために本来は休息に使用される時間を使って兼業を行っている大学病院をはじめとする国公立病院勤務医の姿が浮き彫りにされました。一般の職種に比べると外科医は高収入と言えるかもしれませんが労働時間の長さ、責任の重さから来るストレス、アルバイトによる収入割合の高さ (30%) 等を考えるとそれほど恵まれているとは言えません。

(4) 外科医の健康状態、生活

不眠、過労、腰痛を訴える人が 50%をこえ、多くの外科医が、外科医としての仕事は体力が必要で、精神的、身体的負担が多いと答えています。しかし仕事の満足度は高く、充実しておりこれからも外科医を続けるとした人は 70%に達しています。

前回の調査と比較しても、①社会的に評価の高い仕事と考える、②仕事への満足度が高い、③これからも外科医を続けたい、④後輩に外科医になることを勧める、とした外科医がそれぞれ 10%前後増加していました。

仕事と生活のバランスに関しては、両者を大事にする人が 50%強でしたが、仕事優先とする人が 30%で、生活優先の 15%を凌駕していました。

2 診療報酬改定後の勤務医師労働環境改善に関するアンケート調査

(1) 手術手技料の増加による病院収入、また外科学会関連診療科の増収は平均増収率 12.5%と明らかでした。この傾向は病院規模に比例していました。つまり、今回の改定が疲弊が著しい病院勤務医の労働環境改善を意図したもので、主に難易度の高い手術手技料を増額していたため、大規模病院（大学病院や国立病院機構病院、市県立病院等）では大きな増収がありましたが、小中規模の病院の収入はそれ程増加しなかったといえます。

(2) 増収分を勤務医師待遇改善に使用したとする病院長からの回答は 51%に達しましたが、事務連絡指導責任者の回答は 34.5%でした。しかしいずれも大規模病院、即ち増収が大きかった病院で待遇改善策をとったとする割合が高い傾向がみられました。特に 700 床以上の大規模病院では事務連絡指導責任者の回答でも 55%を超えていました。

外科医に特化した改善策をとったとする回答は 10%前後に認められました。特に大学病院を始めとする 1,000 床以上の大規模病院では、20%以上で外科医の労働環境を改善するために、緊急手術に対する手当を付ける、メディカルクラークを増員する、コメディカルの充実を図る、外科医を増やす等の方策を執っていただきました。また一部の限られた病院では外科医の手術に対するインセンティブとして手術料の一部を術者に還元する試みも始まっています。外科医の仕事の大半は手術のみではなくその前後の患者ケアと事務的雑務であります。メディカルクラークやコメディカルの充実は、外科医が手術に専念できる環境を整える上に大変有効であると考えられます。しかし、多くの病院では他科とのバランスを考え病院全体の医師待遇改善策をとらざるを得なかったと回答しています。

終わりに

日本外科学会新入会者は20年ほど前から減少傾向にあり、2007年の外科学会会長講演で日本全体の医師数の増加に比し、外科医の絶対数は減少していることが指摘されました（参考文献4）。特に2004年の新臨床研修制度導入以後、若者の価値観の変化—家族との生活や自分の時間を重視—と相俟って、労働時間が長く、責任が重く、リスクが高く、技術の習得に時間がかかり、その割には報酬が少ない外科を敬遠する傾向が一気に加速したと考えられます。また、外科学会入会者が外科専門医登録をせず他の診療科に移っていく事例が年々増加していること（参考文献5）は深刻に受け止める必要があります。さらにそれまで地域の医師をうまく配分していた大学の医局制度が敬遠され、個々の自由意思によって、生活に便利な都会の病院に若い医師が集中し、地方の病院では医師不足に喘いでいます。このままでは日本の外科医療は崩壊の一步を辿るといっても過言ではありません。日本外科学会はこの現状を打破するために種々の方策を執って参りました。外科医療の安全性を高める努力、また医療事故が起こった際の刑事訴追を防ぎ、真相究明・再発防止を骨子とした日本医療安全調査機構（いわゆるモデル事業）の立ち上げに尽力して参りましたし、最近では外科無過失保障制度にも取り組んでいます。これらの結果が「外科は医療事故のリスクが高い」と考える人の割合が前回より有意に低下したことに繋がっているものと考えます。また、はじめに述べたように外保連を介し、学会主導で手術技術料の増額を成し遂げたことはかつてなかった快挙であると考えています。多くの病院で増収分を勤務医の労働環境改善策を執っていただきました。10%の病院では外科医に特化した方策を立てていただきました。しかし、そのことが直接外科医の待遇改善に結びついたかと云えば、今回のアンケート調査からは疑問というしかありません。今回の日本外科学会会員の意識調査でも4年前とほとんど変わっていません。相変わらず労働時間は異常に長く、責務は重く、外科医は必死で高いレベルの外科医療を支えています。これでは外科医を目指す若者が増えるとは到底考えられません。①外科手術という特殊な技能を評価するシステムを構築する、②外科医が手術に専念できるように、メディカルクラーク、コメディカルを充実させる、さらには、日本外科学会がこれまで推進してきた③NP（Nurse practitioner）、PA（Physician assistant）といった医師と看護師の中間職種を創設・養成し、術後管理をはじめ簡単な医療行為を担ってもらう等の環境整備が必要と考えます。また、医師の偏在、すなわち地方の医師不足を解消するために、④現在日本外科学会が中心になって押し進めている、NCD（National Clinical Database）のデータの分析結果などを参考にして研修医の地方配置を検討する必要があると考えます。さらに、⑤新臨床研修制度では外科が必修でなくなり卒後研修医が外科に接する機会が減少しています。カリキュラムの再考は急務であると考えます。

日本の外科医療が崩壊する前に学会が今後とも主体となって外科医の労働環境を改善していく必要があります。

【参考文献】

1. 田林暁一：新しいチーム医療体制確立のためのメディカルスタッフの現状と連携に関する包括的調査研究 厚労科研 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業） 平成20年度—22年度総合研究報告書；2011
2. 西田博、里見進、田林暁一、兼松隆之、富永隆治、前原正明、伊藤雅治、宮崎勝、金子公一、白井良夫、土屋了介、永野浩昭、星野健、矢永勝彦：外科医療におけるコメディカル診療参加の意義に関する考察—日本外科学会外科医週間タイムスタディによる外科医業務解析結果から—日外会誌 111（4）251—257；2010
3. 遠藤久夫：外科医はどれだけ働いているのか—卒後年数と所属施設タイプを考慮したタイムスタディ分析—日外会誌 111（4）258—267；2010
4. 門田守人：社会と共に進化する外科学 第107回日本外科学会定期学術集会 会長講演 2007.9
5. 兼松隆之：外科離れのもう一つの側面 第71回日本臨床外科学会総会；2009

（文責 富永隆治）