

平成28年度

---

周術期管理・麻酔におけるマンパワーと  
労働環境及びチーム医療に関する実態調査

---

— 日本外科学会外科専門医制度修練施設対象 —

《コメント・自由記載集計》

### Q031 非常勤麻酔科医が「いる」場合、その派遣元「その他」回答(n = 149)のうち 具体的記載あり(n = 141)

派遣元「その他」	回答	派遣元「その他」	回答
他医院・病院	27	個人的つながり・知人医師	31
近隣病院・近医	17	退職医師(以前勤務)	8
公的施設・病院	7	開業医	5
関連施設やOB	42	都度斡旋・応募	4

### Q040 非常勤嘱託医の報酬について固定給以外の歩合制の有無について 「固定給以外の歩合制あり」(n = 86)のうち具体的記載あり(n = 78)

固定給以外の歩合制	回答	固定給以外の歩合制	回答	固定給以外の歩合制	回答
件数による加算	13	役職による加算	1	時間外手当	3
時間による加算	12	待機料加算	4	診療報酬の%	10
件数と時間による加算	1	専門医加算	2	交通費	2
手術の種類による加算	3	術後病態(麻酔)管理料	5	賞与	1
重症加算・並列加算	4	麻酔種別加算	2	拘束料金	1
経験年数加算	1	状況により加算	4	スーパーバイザー依頼	1
緊急呼び出し加算	1	オンコール手当	5	非公開	2

### Q041 非常勤麻酔科医の問題点、不満など(自由記載)(n = 182)

#### ☆報酬・給与等

- ▶給与・報酬が高い(n = 3)
- ▶時間給が高い
- ▶手当が高すぎる
- ▶人件費がかかりすぎる
- ▶高額な人件費がかかる
- ▶外科医に比べ、単価が高い
- ▶麻酔科医の報酬が高すぎる。
- ▶他科より異常に高額
- ▶常勤と比較し報酬が高すぎる。
- ▶報酬が低すぎる
- ▶大學から指定された給料である
- ▶報酬が高い、子育て医師は不定期
- ▶高額、技量や勤務姿勢の差がある
- ▶外科医の非常勤に比べて報酬が高い
- ▶賃金が常勤医と比べてかなり高い。
- ▶勤務時間に制約がある点、高額な報酬
- ▶料金が高いので頼むのにしきいが高い
- ▶保険点数分100%の報酬は高すぎる。

#### ☆報酬・給与等

- ▶単価が徐々に高くなり、現状になっている
- ▶派遣業者依頼の麻酔の報酬料が高額である。
- ▶公立病院のため他の病院に比べて報酬が低い
- ▶麻酔科アルバイト料金が高すぎると思われます。
- ▶人件費の増大ハイリスク症例への対応予定外手術
- ▶常勤医と比較し、極端に高い報酬を求められること。
- ▶他科に比べて倍以上の報酬を支払っており遺憾に思う。
- ▶派遣会社の利用は、交通費や支払手数料の負担が重い。
- ▶能力や業務度に関わらず日給が一定(午前給、午後給制度)
- ▶非常勤の報酬が高額のため、常勤のモチベーションが下がる
- ▶報酬の単価が高すぎる。常勤医との報酬格差がひどすぎる。
- ▶麻酔科専門医140,000円麻酔科認定医110,000円
- ▶①給与が常勤層に比べて高額②コミュニケーションがとり難い。

## Q041 非常勤麻酔科医の問題点、不満など(自由記載)(n = 182) (続き)

## ☆報酬・給与等

- ▶オンコール等までこなしている常勤医に比較して報酬が高過ぎる
- ▶他科の医師より高額であるが、派遣大学医局の指示のため断れない
- ▶・手当が高い・技術のレベル低い・やりっぱなし。術後ケアがない
- ▶重症患者の麻酔の検討ができない。麻酔科医の給料のみ異常に高額。
- ▶人件費が他科医師、他職種に比し法外の高さで、社会通念に反します。
- ▶他科の常勤医師と比較し非常勤であるにもかかわらず多額の報酬があること。
- ▶スポットの手当てが、全身麻酔の保険診療費よりも高額であることが問題である。
- ▶常勤麻酔科医師より高収入のため、常勤医師の仕事に対するモチベーションの低下を危惧
- ▶・フリーランス麻酔科医の報酬が高すぎる。・非常勤麻酔科医を雇用することが難しい。
- ▶国立病院機構の給与体系でコストが安すぎて応募がない。フリーターだとコストが異様に高い。
- ▶医師の経験年数および契約時期によって内容が異なります。ほかの科の報酬に比べ多いのが現状です。
- ▶非常勤麻酔科医は日当制です。一名が日当6万円、もう一名は日当3万円です。麻酔数は関係しません。
- ▶現在は常勤2名で非常勤は雇っていない過去に雇っていたことがあるが、手当が高すぎて問題と感じていた。
- ▶常勤麻酔科医と術中しか担当しない非常勤麻酔科医の報酬のバランスが悪いことは、麻酔科スタッフに対し心理的に好ましくない
- ▶当院では待期婦人科良性疾患の全身麻酔のみであるが、支払っている報酬が高すぎると感じている。外科医が全身麻酔を待期・緊急で行っても追加報酬はなし。
- ▶常勤医と比べて報酬が高すぎる。麻酔中しか責任を持たず、術後に関しては関係ない。常勤麻酔科医を増やして、フリーランス麻酔科医は需要がない環境を作るべき。
- ▶実務、責務に見合わない非常に高額な報酬を得ており、常勤医師や他の病院職員とのバランスが余りにも悪いが、それだけ報酬を吊り上げないと雇うことができない。
- ▶麻酔科医は供給が少ないので仕方ない点は分かるが、麻酔科医は外科系医師よりも給与面で優遇されているのはモチベーションを下げることであり外科医師の不満につながる。

## ☆報酬・給与等

- ▶非常勤麻酔科医は手術時間延長時は、常勤の当番医が麻酔を引き継ぐ。この時に時間外手当が発生するが、他科の常勤医(例えば消化器外科)と同じ金額である。このため、麻酔科医としては、非常勤医との時間外手当の違いに不満が生じている。
- ▶定期的に非常勤麻酔科医師 曜日ごとに入る 単位制で支払い 毎時間での支払いはない夜間、休日は oncall 制度でoncall料金(平日2万 休日 4万)を払ったうえで、実働に応じて追加 1回5万 3時間超 1万/時間 正月休み期間1.5倍
- ▶外科系医師しか知らないが、麻酔科医のバイトの給料は非常に高く、常勤の外科系医師、特に常勤の麻酔科医は不満を持っています。しかし来てもらわなければ手術ができない状況を考えて仕方ないのかもしれませんが。来てもらえば常勤麻酔科医も休み時間ができますので
- ▶報酬が大学で規定されていて調整できない点と、高額の点 麻酔科医の立場が完全に優位となっており、外科医としては不満である 当院の麻酔科医が不在の場合は非常勤麻酔科医に依頼するが、緊急手術の場合派遣までにタイムラグが生じ、一刻を争うような病態(たとえば大腸穿孔など)の場合は外科医が自前で麻酔をかけていることも問題かもしれない
- ▶高額である。時間外対応、当直、重症者のICU管理が常勤医の負担となる。常勤が1名増える方が、手術室、ICUの運営上はありがたい。当院はみなさん大学医局派遣で、良いばかりで助かっています。重症例などのアドバイスをもらえたりする点は逆に良いようです。ただ、良くないDrが派遣される可能性がある点はリスク。女性医師が多いので、時短や産休を考慮した人員配置が必要。
- ▶給料が標準から比べると割高な点が気になりますが、非常勤麻酔科の方がその点きっちり仕事していただいている印象です。まだまだ我慢できます。むしろ常勤の麻酔科の方が様々な労働条件の優遇を受けており、その割にあまり有効に労働されていない印象が強い。外科系医師にとってはこちらの改善の方が急務です。麻酔科医の処遇ばかりが改善され、外科医個人の(全体としての改善は病院の収益にのみ貢献している)処遇の改善はありません。この点、麻酔科を絞るより、外科医の処遇を増大した方がうまくいくと思います。

## Q041 非常勤麻酔科医の問題点、不満など(自由記載)(n = 182) (続き)

## ☆勤務・体制等

- ▶緊急対応が難しい
- ▶時間外対応不可な点
- ▶必要な時に頼めない
- ▶連絡方法が限られる
- ▶確実な手配が困難。
- ▶緊急手術の対応はない
- ▶定時になると帰宅する
- ▶子育て優先→休みが多い
- ▶時間外、救急の対応なし
- ▶大学との日程調整が困難
- ▶各人の技量が一定でない
- ▶緊急手術への依頼が難しい
- ▶いつも来れるわけではない
- ▶意思の疎通がはかりにくい
- ▶時間外の勤務制限があること
- ▶時間外や緊急手術に対する対応
- ▶麻酔の質にバラつきが出てしまう
- ▶急な手術の麻酔医が確保できない。
- ▶時間延長は原則行ってもらえない。
- ▶地方病院では麻酔科医の確保が困難
- ▶直ぐに帰りがたがる。技術的に不安。
- ▶5時に退庁 常勤医の負担が大きい
- ▶心臓血管麻酔専門医の数が少なすぎる
- ▶日勤以外の形態が可能であると良い。
- ▶公的病院から無給で来てもらっている
- ▶派遣業者からの麻酔医は能力差が大きい
- ▶希望の日時に来てもらえないことがある。
- ▶緊急手術時大学よりの麻酔医派遣は難しい
- ▶欠勤することがある時間外に対応できない
- ▶大学とくに教授の指導力が低下しつつある
- ▶やはりコストと予定が立てにくいことです
- ▶時間外の緊急手術には対応してもらえない。
- ▶時間外となった場合、常勤麻酔科医の負担になる。
- ▶新しい知識、技術の習得ができていない医師も多い
- ▶派遣業者への依頼であり、特に不満はありません。
- ▶非常勤麻酔科医が欲しくても、雇えない地域です。
- ▶麻酔報酬が高い割に文句が多く使い物にならない。
- ▶ご家庭の都合、医局の都合で来られない時がある。
- ▶常勤麻酔医との格差他医(麻酔医)との格差がひどい
- ▶大学医局の意向により派遣者、派遣者数が一定しない
- ▶麻酔経験が不足している医師が派遣されることがある。
- ▶供給が不安定で手術数とのバランスをとるのが難しい。

## ☆勤務・体制等

- ▶手術日と麻酔科医とのスケジュールが合わない時がある。
- ▶定時(17時)以後の超過勤務を原則できない人が多い。
- ▶麻酔科医の都合に合わせて手術日程を決めねばならない。
- ▶ほかの診療科の医師と比べて特別な処遇対応が求められる。
- ▶麻酔医が少なく、非常勤の嘱託医も得られないのが、現状です。
- ▶スポットの麻酔医は、夜に到着するのに時間がかかる場合がある。
- ▶女性医師ですので、家庭の状況にあわせて勤務の都合をつけています。
- ▶常勤より非常勤のほうが給与面で有利であり、常勤になりたがらない。
- ▶他院での話ですが、勤務態度が悪く、プロ意識がないと聞いています。
- ▶急に予定を変更されたり、手術の途中で用事ができたと帰られることがある。
- ▶午後日勤帯だけの契約で、時間が来れば手術延長にかかわらず帰ってしまう。
- ▶麻酔科医がいない時間帯は緊急手術に対応できない場合があり、困っている。
- ▶大学麻酔科医局派遣の麻酔医の場合、午後からの勤務となるために効率が悪い。
- ▶派遣先の状況で処遇に違いがあり、個別に交渉になるので、管理上きわめて複雑
- ▶非常勤体制では臨時対応する状況で、麻酔担当医を確保することに困難が伴う。
- ▶派遣業者経由のスポット非常勤の場合、派遣される麻酔科医師の技量に差がある。
- ▶毎週月曜日が麻酔医の派遣日になっているが、月曜日は祭日や振り替え休日が多い
- ▶① 100% 手配できる保証がない。② 夜間等の緊急手術への対応が難しい。
- ▶時間が来たら、手術の進行にかかわらず帰宅。しかし、いないよりははるかにまし。
- ▶常勤麻酔科医が不在で、関連医局外科医(麻酔研修済み)による麻酔となっている。
- ▶麻酔科医が不足している状況では、不利な条件でも受けざるを得ないのが現状である。
- ▶常勤医師や看護師に対して態度が悪い医師がいる明らかに手技的に問題がある医師もいた。

## Q041 非常勤麻酔科医の問題点、不満など(自由記載)(n = 182) (続き)

## ☆勤務・体制等

- ▶必ず来てもらえるとは限らない。道具やローカルルールに不慣れ。経験年数にばらつきがある。
- ▶麻酔科医の派遣を大学にお願いしても医師不足を理由に断られる。やむなく外科麻酔をしている。
- ▶常勤麻酔科医がいない時にいつでも頼めるわけではなく、外科医による麻酔も行わざるを得ない。
- ▶大学派遣医師は、報酬が大きすぎるので、常勤医にならない方がよいと思っているのではないか。
- ▶麻酔リスクの正確な判断にかけることがある。術前・術後の管理もすべて担当医がしないとイケない。
- ▶スポット非常勤嘱託医はいないが、定期非常勤麻酔科医も数が少なく定期手術が制限される場合がある。
- ▶緊急手術のほうが高リスクなのに、麻酔科医の都合がつかない場合外科医が麻酔しなければならない。
- ▶手術日が曜日が決まっており、他の曜日に手術を組むのが難しいので、緊急手術を行うことが困難である。
- ▶常勤医のサポートはあるが、特にハイリスク患者において周術期問題点の共有が不十分になる不安がある。
- ▶簡単な麻酔しかしない(17時を超えないように)大学から送られてくるのは後期研修医程度で経験不足が多い
- ▶外科は自科麻酔ですが、金曜日のみ整形外科に非常勤麻酔科医が来ていますので、臨時手術の時はお願いしています。
- ▶麻酔開始時刻を非常勤麻酔科医の到着時間に合わせなければならず、無駄な時間がある。特に緊急手術には役に立たない
- ▶大学医局からの医師派遣となるため、大学本院にも医師数が不足している事が判っているので依頼しにくい現状がある。
- ▶麻酔科はサービス科。患者さんを受け持ち、実際に診療していく科と同列に扱うべきではないし、扱うことはできない。
- ▶常勤麻酔科医には、当直もあり、当直明けにも仕事がある。非常勤麻酔科医は報酬も良いので、常勤麻酔科医は増えないうらう。
- ▶法人の無理解により、契約時間外であるため緊急手術が一切不可能な状態で心臓血管外科手術を行うことを強要されている。
- ▶大学医局の都合(学会、大手術など)にあわせて、急に出張がなくなる場合がまれにあり、予定手術の麻酔科の確保に苦労する。

## ☆勤務・体制等

- ▶報酬が高いことに目をつぶっても、十分な麻酔科医を確保できない。特に、夜間、救急は依頼できる非常勤麻酔科医が確保できない。
- ▶最新麻酔法を知らないご高齢の元大学教授が勤務されていること。常勤麻酔科医の指導下でなければ完璧な麻酔管理ができないこと。
- ▶非常勤医師はオンコール対応がなく、手術延長の場合に全て常勤医に引き継がれることになり、常勤医の十分な負担軽減にならない。
- ▶術後管理において責任の所在がはっきりしない。それが常勤麻酔科医の負担となり、リスクのある患者の麻酔が敬遠される傾向にある。
- ▶非常勤の麻酔科医は子育て中の女医さんの場合、夜間・休日のオンコールが出来ない事が多く、オンコールのマンパワーが不足しています。
- ▶使うデバイス、薬剤の統一ができない。緊急手術の対応が困難。個人による力量の差がある。術前、術後の麻酔についての説明が行えない。
- ▶合併症の少ない、かつ手術時間の短い麻酔を担当することが多いため、常勤麻酔科医から不満(コストパフォーマンスで優遇されている)が出やすい。
- ▶非常勤麻酔科医に責任を持たせることは危険です。また高すぎる報酬はモラルに反しています。他へ波及する可能性が大です。非常勤麻酔科医は一切使いません。
- ▶常勤麻酔科医が病欠となり、非常勤麻酔科医で対応。麻酔科医不在の曜日あり。高リスク症例を麻酔科依頼し、そのほかは各科麻酔での対応をせざるを得ない。
- ▶ある意味、「麻酔かけ逃げ」というか、手術後は知らんよ的な態度がまま見受けられる。高齢者への麻酔が多い中、覚醒が悪いまま帰室させられることがある。
- ▶常勤麻酔科医がカバーできない部分で手術時間の制約ないし麻酔の手伝いが回ってくること外科で麻酔の手伝いをした場合にはその個人に追加の報酬は発生しないこと
- ▶麻酔依頼を断られることがあり、手術日程が組みにくい。報酬が他科医師に比べて高額すぎる。非常勤麻酔科が帰った後に再手術が必要な場合(出血など)に対処に困る。
- ▶大学医局からの医師派遣であり、24時間365日最低1名の麻酔科医が配置されているが、地域的な問題等や天候次第での交通移動手段により派遣医師の負担が増大していると思われる。

## Q041 非常勤麻酔科医の問題点、不満など(自由記載)(n = 182) (続き)

## ☆勤務・体制等

- ▶非常勤麻酔医にお世話になっているが、急な供給途絶も考えられ非常に不安定。また今回の麻酔科報酬関連の質問が、定期非常勤・不定期非常勤の別が分かりにくく(報酬が異なる)回答しづらい。
- ▶非常勤麻酔科医の帰ったあと、定期手術延長に対応可能な常勤麻酔科医の負担が増加している。救急に対する麻酔科医の対応も悪くなっているが、普段の定期麻酔の負担が増加しているためと考えられる。
- ▶定型手術に関しては、手術時間の提示を要求されることは理解できるが、特に鏡視下手術に関し、ある程度の時間制限を提示され、開腹手術への移行検討を要望されるなど、麻酔科主体の手術運営となっている。
- ▶来院が遅くなるのが割と頻繁にあり、手術開始時刻が遅れる。売り手市場なので麻酔科部長がいろんな要求をためらう。(基本遠慮)しわ寄せは若手外科医と看護師に。短時間手術であっても一日分の報酬を保証している。(麻酔科の要求)
- ▶とにかく、麻酔科の絶対数が不足しており、猫の手も借りたい思いである。手術室が空いていても、麻酔がかけられず、手術を並行して行えないので、定期手術が5つあれば、4つ目以降は夜になってからスタートすることもしょっちゅうである。
- ▶非常勤麻酔医は常勤麻酔医より、勤務が軽く、報酬が高いため、常勤麻酔医のモチベーションが下がる。非常勤麻酔医は報酬が高く、病院経営を圧迫する。常勤医師に時間外手当が出るのは麻酔科のみであり、他の診療科に比べ、優遇されていることへの不満がある。

## ☆問題なし、その他

- ▶自家麻酔で行っている
- ▶教室出身者なので問題はない
- ▶幸い現在は質は担保されている。
- ▶しっかりと管理いただきありがたい。
- ▶現時点で応援を依頼したことはない。
- ▶最近数年間は不在ですのでよく分かりません
- ▶夜間緊急手術の対応麻酔医が不在で自家麻酔
- ▶常勤医では不十分なので支援いただいている。

## ☆勤務・体制等

- ▶麻酔科医が麻酔の保険点数に対する報酬を得ている実態は外科医からすれば、勤務医の崩壊を示すことになり、強いては日本の医療を崩壊する。常勤医が虚しくなる。すべての勤務医が、自分の行った手術などの保険点数をもとに報酬を得られる、能力性ならば別であるが。
- ▶常勤麻酔科医が17時以降は非常勤医が帰るので予定手術が長引いた場合、麻酔を引き継いでいる。非常勤の先生により、術中の輸液量の考え方が異なる。当院は常勤の麻酔医(副院長)がきちんと術前診察をして、麻酔をかける非常勤医に情報提供しているためか大きな問題がないようにみえる。
- ▶麻酔科医がいないと手術できないので、来ていただいでありがたいと思う反面、外科常勤医と比べあまりにも高い報酬を得ていること、勤務時間以外のノルマやストレスがないことを考えると麻酔科医(特にフリーランス)に対する不満、反感は正直言って大きいです。病院の弱みにつけこんでいるようにも思えてしまいます。
- ▶急な予定手術への対応が常勤は受けてくれない、また、大学医局は応援を出せない。かつ、フリーランスを雇うと引きあげるとおっしゃる。常勤麻酔科医も非常勤のような勤務で、手術室運営や病院雑務には参加しない。入職時の契約にないとのこと。院長からはうまくやれと言われるが、急患はやってくる。すぐ隣に麻酔科専門医がいる病院があるのに、緊急でやむをえない時(他科ながら、当院かかりつけとか救急隊はおっしゃる)は、外科医がかけて、そのまま手術して、覚ましている。そうなると翌日当直明けでも、早退なんかできず、重症管理へとはまり込んでいく。おそらく何かあれば、外科医の責任が問われるが、患者に説明するわけにも行かず、病院側は我関せずとしながらも、手術が少ないと圧力をかけ、こんな麻酔科医でも、居ないよりはマシだと麻酔科医が辞めないうまくやれと言う。

## ☆問題なし、その他

- ▶非常に協力的に麻酔をかけていただいています。
- ▶全くありません、むしろ常勤医より労務管理が楽です。
- ▶常勤麻酔科医と同じ大学医局で連携がとれており問題ない。
- ▶特別職国家公務員であるため、時間外、当直等の手当なし。
- ▶当院では術者が腰椎麻酔を行っており、問題を感じていません。

## Q041 非常勤麻酔科医の問題点、不満など(自由記載)(n = 182) (続き)

## ☆問題なし、その他

- ▶当院では採用していない。常勤医とのモチベーションの差が心配です。
- ▶元来知っている先生にお願いしているので大きな問題はありません。ただ給与はかさみます。
- ▶問題点、不満なし。当院麻酔報酬:5.5/2h、それ以降1.1/h+ 所得税は当院持ち
- ▶非常勤麻酔科医は、近隣の大学病院より来てくれており、とても助かっている。特に問題はない。
- ▶休日夜間でも、大学医局が対応してくれて問題は感じません。恵まれているほうだと思おいます。

## ☆問題なし、その他

- ▶非常勤嘱託医は系列病院からの派遣であり、無報酬です。逆に当院からその系列病院に派遣された際もその系列病院から報酬が支払われることはありません。
- ▶当院は大学病院の分院のため、本院より非常勤嘱託医師の派遣あり。しかし、同じ大学病院なので、当院での麻酔、管理を行っていただいた際も別に給料は発生しない。しかし、派遣状態のため、できれば別に給料が発生した方が、当院としても心置きなく依頼ができるのですが、制度上の問題があります。

## Q047 麻酔のIC(同意書取得)「その他」回答(n = 22)のうち具体的記載あり(n = 22)

## 麻酔のIC(同意書取得)「その他」回答

- ▶定期(待機)手術は麻酔科、緊急手術は外科医(n = 6)
- ▶自家麻酔は外科(各科)で、麻酔科麻酔は麻酔科で(n = 1)
- ▶自科麻酔は主治医が行う(n = 1)
- ▶緊急手術は外科系診療科(n = 1)
- ▶重症患者は麻酔科、それ以外は外科(n = 1)
- ▶同意書取得は外科医で、麻酔科医が麻酔説明書に署名してもらう(n = 1)
- ▶特別な場合、外科医の要請により麻酔科医が行う(n = 1)
- ▶麻酔をかける診療科が行う(n = 1)
- ▶麻酔科医の作成した書式に従って外科医が行う(n = 1)
- ▶麻酔科管理の場合は麻酔科医(n = 1)
- ▶麻酔に関する特別な書式はなく、外科医が手術内容を包括したICを行っている。(n = 1)
- ▶予定手術は麻酔医が行い、夜間緊急で非常勤麻酔医が麻酔を行う場合には外科医がICを行う(n = 1)
- ▶診療科によって異なる(n = 2)
- ▶麻酔の同意書はなし(n = 2)
- ▶麻酔だけでは行っていない(n = 1)

## Q050 医師以外の職種が(麻酔科外来などで)麻酔科医の術前評価をサポートするシステムがある場合(Q49)その職種「その他」回答(n = 51)のうち具体的記載あり(n = 50)

「その他」職種	回答	「その他」職種	回答	「その他」職種	回答
医療事務(メディカルクラーク)	25	特定看護師	1	循環器内科・呼吸器内科	1
薬剤師	9	手術担当看護師	2	小児科医	1
歯科医	3	周術期管理センター	1	他業種によるハイリスク検証会	1
周術期看護師	1	入退院センター	1	保育士のプレパレーション	1
診療看護師	2	術前管理センター	1		

**Q063 教育・研修を行っている指導者が「麻酔科医以外」回答 (n = 26) のうち具体的記載あり (n = 26)**

「麻酔科医以外」回答

---

- ▶外科医 (外科系上級医) (n = 22)
- ▶麻酔科標榜医 (n = 2)
- ▶病院長 (n = 1)
- ▶初期研修医 (n = 1)

**Q081 長時間麻酔における交代や、トイレ・食事時の対応について「その他」回答 (n = 0) のうち具体的記載あり (n = 0)****Q085 看護師以外が機械出しを行うのが「その他の医療職」回答 (n = 3) のうち具体的記載あり (n = 3)**

「その他の医療職」回答

---

- ▶メディカルアシスタント (n = 1)
- ▶研修医 (n = 1)
- ▶口腔外科手術の歯科衛生士 (n = 1)

**Q085 看護師以外が機械出しを行うのが「非医療職」回答 (n = 5) のうち具体的記載あり (n = 5)**

「非医療職」回答

---

- ▶サージカルアシスト (n = 1)
- ▶スクラブ・テクニシャン (n = 1)
- ▶院内認定手術室テクニシャン (n = 1)
- ▶看護学生 (n = 1)
- ▶診療科を限定し、一定の研修を受けた一般職 (n = 1)

**Q089 特定看護師がいる場合の仕事内容について「その他」回答 (n = 18) のうち具体的記載あり (n = 9)**

「その他」回答

---

- ▶救急外来 (n = 1)
- ▶外科系処置 (n = 1)
- ▶手術室運営 (n = 1)
- ▶手術室看護師の管理 (n = 1)
- ▶術前評価補助 (n = 1)
- ▶栄養管理、呼吸管理 (n = 1)
- ▶内科系領域の診療補助 (n = 1)
- ▶内視鏡 (n = 1)
- ▶不明 (n = 1)



**Q090 その他の業務(手術室の清掃、手術器具の水洗い・消毒・滅菌など、手術器具のピッキング、事務的仕事)について「その他」回答(n = 41)のうち具体的記載あり(n = 41)**

「その他」回答

- ▶業務により分担(n = 13)
- ▶委託業者の業務(n = 3)
- ▶医療事務の業務(n = 4)
- ▶看護師と看護助手の業務(n = 5)
- ▶中材スタッフの業務(n = 10)
- ▶臨床工学技士の業務(n = 5)
- ▶清掃業者の業務(n = 1)

**Q091 ①病棟→手術部の搬送における送り手・受け手の組み合わせ「誰( )が、誰( )と」の両方の具体的記載あり(n = 438)**

誰( )が	誰( )と	回答	誰( )が	誰( )と	回答
医師	看護師	12	病棟看護師	麻酔科医・外科医	1
主治医	看護師	14	病棟看護師	麻酔科医・看護師	1
外科医	看護師	7	看護師	看護師	193
外科医	研修医	1	看護師	看護助手	28
外科医	病棟看護師	2	手術室看護師	手術室看護師	1
医師	医師・看護師	1	病棟看護師	看護助手	4
医師・看護師	看護師	2	病棟看護師	手術室看護師	35
医師・看護師	医師・看護師	1	病棟看護師	病棟看護師	14
外科医・看護師	麻酔科医・看護師	1	病棟看護師	病棟看護助手	4
看護師	医師	28	看護師	看護師・クラーク	1
看護師	外科医	1	看護師	看護師・看護助手	10
手術室看護師	外科医	1	看護師	看護師・臨床工学士	1
病棟看護師	医師	4	病棟看護師	看護師・看護助手	2
病棟看護師	主治医	5	病棟看護師	病棟看護師・看護助手	3
看護師	医師・看護師	10	看護師	患者	8
看護師	医師・患者家族	1	看護師	患者家族	16
看護師	医師・看護助手	2	看護師	臨床工学士	1
看護師	外科医・看護助手	1	病棟看護師	患者家族	2
看護師	外科医・麻酔科医・看護師	1	病棟看護師	患者	5
看護師	麻酔医・看護師	1	看護師・医師	医師・看護師	1
病棟看護師	医師・看護師・看護助手	3	看護師・医師	看護師	2
病棟看護師	医師・手術室看護師	5	患者	病棟看護師	1

Q093 ②手術部→ICU あるいは病棟の搬送における送り手・受け手の組み合わせ  
「誰( )が、誰( )と」の両方の具体的記載あり(n = 558)

誰( )が	誰( )と	回答
医師	医師	10
医師	外科医	1
医師	研修医	1
医師	麻酔科医	4
医師	麻酔科医・看護師	2
医師	医師・看護師	4
医師	看護師	101
医師	手術室看護師	2
医師	病棟看護師	7
医師	患者	1
医師・看護師	医師・看護師	15
医師・手術室看護師	医師・看護師	1
医師・看護師	看護師	14
医師・看護師	看護助手	1
医師・手術室看護師	看護師	1
医師・手術室看護師	病棟看護師	1
医師・病棟看護師	看護師・看護助手	1
医師・病棟看護師	病棟看護師	1
医師・看護師	患者	1
医師・手術室看護師	患者	1
医師・病棟看護師	患者	1
主治医	医師・病棟看護師	1
主治医	麻酔科医	2
主治医	病棟看護師・手術室看護師	1
主治医	看護師	12
主治医	手術室看護師	2
主治医	病棟看護師	5
外科医	外科医	2
外科医	研修医	1
外科医	麻酔科医	1
外科医	麻酔科医・手術室看護師	1
外科医	看護師	14
外科医	手術室看護師	1
外科医	病棟看護師	3

Q093 ②手術部→ICU あるいは病棟の搬送における送り手・受け手の組み合わせ(続き)  
「誰( )が、誰( )と」の両方の具体的記載あり(n = 558)

誰( )が	誰( )と	回答
外科医・麻酔科医	外科医・主治医	1
外科医・麻酔科医・看護師	集中治療医・看護師	1
外科医・麻酔科医・手術室看護師	主治医・看護師	1
外科医・麻酔科医・手術部看護師	医師・看護師	1
外科医・麻酔科医	看護師	3
外科医・麻酔科医	看護師	2
外科医・麻酔科医	手術室看護師・病棟看護師	1
外科医・麻酔科医・看護師	看護師	1
外科医・臨床工学士	看護師	1
麻酔科医	医師	3
麻酔科医	医師・看護師	1
麻酔科医	医師・看護師・ME	1
麻酔科医	外科医	11
麻酔科医	外科医・看護師	5
麻酔科医	外科医・手術室看護師・病棟看護師	1
麻酔科医	研修医・看護師	1
麻酔科医	主治医	5
麻酔科医	主治医・看護師	2
麻酔科医	主治医・手術室看護師	5
麻酔科医	看護師	18
麻酔科医	手術室看護師	2
麻酔科医	病棟看護師	4
麻酔科医・主治医	医師	1
麻酔科医・主治医・手術室看護師	医師	1
麻酔科医・主治医・手術部看護師	主治医・看護師	1
麻酔科医・手術室看護師	主治医・看護師	1
麻酔科医・手術室看護師	主治医・病棟看護師	2
麻酔科医・主治医	看護師	1
麻酔科医・看護師	看護師	1
麻酔科医・看護師	看護師	3
麻酔科医・研修医	看護師	1
麻酔科医・主治医	看護師	2
麻酔科医・主治医	手術室看護師	1
麻酔科医・手術室看護師	病棟看護師・臨床工学技士	2

Q093 ②手術部→ICU あるいは病棟の搬送における送り手・受け手の組み合わせ(続き)  
「誰( )が、誰( )と」の両方の具体的記載あり(n = 558)

誰( )が	誰( )と	回答
麻酔科医・手術室看護師	病棟看護師	1
麻酔科医・病棟看護師	病棟看護師	1
研修医	手術室看護師	1
看護師	医師	68
看護師	医師・看護師	5
看護師	外科医	4
看護師	外科医・看護師・看護助手	1
看護師	外科医・麻酔科医	1
看護師	主治医	6
看護師	麻酔科医	4
看護師	麻酔科医・外科医	4
看護師	麻酔科医・主治医	2
看護師	看護師	90
看護師	看護師・クラーク	1
看護師	看護師・看護助手	4
看護師	看護助手	4
看護師	患者	2
手術室看護師	医師	2
手術室看護師	外科医	1
手術室看護師	外科医・麻酔科医	1
手術室看護師	麻酔科医	3
手術室看護師	麻酔科医・看護師	1
手術室看護師	麻酔科医・主治医	1
手術室看護師	看護師	3
手術室看護師	看護師・看護助手	1
手術室看護師	手術室看護師	1
手術室看護師	病棟看護師	13
手術室看護師・病棟看護師	医師・看護師	1
病棟看護師	医師	6
病棟看護師	医師・看護師	1
病棟看護師	外科医	2
病棟看護師	主治医	6
病棟看護師	麻酔科医	2
病棟看護師	看護師助手	1

**Q093 ②手術部→ICU あるいは病棟の搬送における送り手・受け手の組み合わせ(続き)**  
**「誰( )が、誰( )と」の両方の具体的記載あり(n = 558)**

誰( )が	誰( )と	回答
病棟看護師	病棟看護師	5
病棟看護師	病棟看護師・看護助手	2
臨床工学士	看護師	1

**Q100 集中治療医 Intensivist の責任者のオリジナルの診療科について**  
**「麻酔科以外」回答(n = 195)のうち具体的記載あり(n = 181)**

「麻酔科以外」	回答	「麻酔科以外」	回答	「麻酔科以外」	回答
集中治療部	22	救急科、心臓外科	1	脳神経外科	3
救急集中治療科	6	外科	26	内科	3
救急科	28	外科系診療科	3	総合診療科	1
救急診療科	4	担当の各診療科	27	循環器内科	13
救急部	3	手術施行科	6	呼吸器内科	3
救命救急科	9	胸部外科	1	心臓血管内科	1
救急総合内科	1	心臓血管外科	11	小児科	5
救急科、小児科	1	脳外科	2	小児循環器科	1

**Q107 (人工呼吸器の離脱を進める事が「ない」の場合)**  
**人工呼吸器の離脱を進める事に「条件付きで賛成」回答(n = 154)のうち**  
**具体的記載あり(n = 113) 集中治療室(一般病棟以外)における術後管理の実際について**

「条件付きで賛成」回答

- ▶国の指定する研修制度を修了した看護師なら(n = 39)
- ▶国の指定する研修制度を修了した看護師であること、及び、医師の指示が明確であること。(n = 1)
- ▶国あるいは看護協会認定看護師など(n = 1)
- ▶国指定の研修制度終了した看護師(n = 2)
- ▶国等の研修制度下に(n = 1)
- ▶国家資格を有する(n = 1)
- ▶「特定行為」などの公的な資格を有し、一定の実務経験を病院が認めた場合に限る(n = 1)
- ▶ICU認定看護師が居る。プロトコールがある(n = 1)
- ▶Nurse Practitionerが手順に従って(n = 1)
- ▶きちんとした研修を受けた看護師であれば賛成(n = 1)
- ▶きちんとした研修制度を修了を前提に(n = 1)
- ▶ライセンスとして知識と技量を有すると認められた場合(n = 1)
- ▶医師の監督下(n = 1)

Q107 (人工呼吸器の離脱を進める事が「ない」の場合) (続き)  
人工呼吸器の離脱を進める事に「条件付きで賛成」回答(n = 154)のうち  
具体的記載あり(n = 113) 集中治療室(一般病棟以外)における術後管理の実際について

「条件付きで賛成」回答

---

- ▶医師の指示で経験のある看護師が行う場合(n = 1)
- ▶医師の指示の元に(n = 2)
- ▶院内講習を受けた看護師(n = 1)
- ▶何らかの教育資格が必要(n = 1)
- ▶看護師が同じレベルでウィーニングできるような教育システムやプロトコールが必要(n = 1)
- ▶教育が十分に担保されれば(n = 2)
- ▶経験数(n = 1)
- ▶研修して人工呼吸器に精通している看護師なら(n = 1)
- ▶研修とプロトコール(n = 1)
- ▶研修を修了した看護師なら(n = 8)
- ▶研修体制があれば(n = 4)
- ▶呼吸管理における分野の学習、研修を終了している看護師(n = 1)
- ▶公的な研修終了(n = 1)
- ▶講習(n = 1)
- ▶指定試験合格看護師など(n = 1)
- ▶資格のある看護師なら(n = 7)
- ▶資格を明確に(n = 1)
- ▶資格制度を導入する(n = 2)
- ▶質が担保できれば(n = 1)
- ▶手順の作成、教育研修(n = 1)
- ▶十分な研修(n = 2)
- ▶条件の変更は可(n = 1)
- ▶責任の所在を明らかにすれば(n = 1)
- ▶特定看護師であれば問題ない(n = 4)
- ▶特定看護師など国指定の研修修了者(n = 1)
- ▶特定行為に係る研修終了した看護師(n = 1)
- ▶特定行為研修や院内でのマニュアル整備のもとであれば(n = 1)
- ▶特定行為研修終了の看護師(n = 2)
- ▶認定あり(n = 1)
- ▶認定かつ科の指定(n = 1)
- ▶認定看護師(n = 4)
- ▶認定看護師、医師の厳格な指示あれば可(n = 1)
- ▶包括的指示と医師の同意が必要(n = 1)
- ▶離脱プロトコールあり(n = 1)

## Q109 (気管挿管チューブの抜管を行う事が「ない」の場合)

気管挿管チューブの抜管を行う事に「条件付きで賛成」回答(n = 119)のうち

具体的記載あり(n = 90) 集中治療室(一般病棟以外)における術後管理の実際について

「条件付きで賛成」回答

- 
- ▶院内に再挿管できる医師がいることを確認の上で教育や、ある資格を得た看護師であれば(n = 12)
  - ▶院内に再挿管できる医師がいること。教育や資格にある看護師であれば。(n = 1)
  - ▶院内に再挿管できる医師がいることを確認のうえで教育や、ある資格を得た看護師であれば。(n = 1)
  - ▶院内に再挿管できる医師がいることを確認の上で教育(n = 3)
  - ▶国の指定する研修制度を修了した看護師なら(n = 14)
  - ▶国家資格を有する(n = 1)
  - ▶国指定の研修制度終了した看護師(n = 2)
  - ▶「特定行為」などの公的な資格を有し、一定の実務経験を病院が認めた場合に限る(n = 1)
  - ▶ICU内に再挿管できる医師がいることを確認の上で教育や、ある資格を得た看護師であれば(n = 1)
  - ▶JNPならば可(n = 1)
  - ▶Nurse Practitionerが手順に従って(n = 1)
  - ▶ある資格を得た看護師であれば(n = 1)
  - ▶きちんとした研修を受けた看護師であれば賛成、今後進めていただきたい(n = 1)
  - ▶医師がICU内にいれば(n = 1)
  - ▶医師の確認指導下(n = 2)
  - ▶医師の指示のもと、あるいは特定認定看護師(n = 1)
  - ▶医師監督の下で資格のある看護師(n = 1)
  - ▶医師同席(n = 1)
  - ▶何らかの教育資格が必要(n = 1)
  - ▶看護師の知識経験が均等化すれば(n = 1)
  - ▶教育や資格を得た看護師(n = 1)
  - ▶研修を終了した看護師など(n = 3)
  - ▶研修要(n = 1)
  - ▶講習(n = 1)
  - ▶再捜管することが可能な者がライセンスを持った場合(n = 1)
  - ▶再挿管ができる医師がいる条件で(n = 1)
  - ▶再挿管ができる環境であれば(n = 2)
  - ▶再挿管できる医師がいること(n = 1)
  - ▶再挿管できる医師立会いの下、ある資格を得た看護師であれば(n = 1)
  - ▶再挿管の態勢が十分であること(n = 1)
  - ▶再挿管可能なスタッフ(n = 1)
  - ▶資格のある看護師なら(n = 4)
  - ▶資格やリスクを明確にできれば(n = 1)
  - ▶資格を得た看護師であれば(n = 6)

**Q109 (気管挿管チューブの抜管を行う事が「ない」の場合) (続き)**  
**気管挿管チューブの抜管を行う事に「条件付きで賛成」回答(n = 119)のうち**  
**具体的記載あり(n = 90) 集中治療室(一般病棟以外)における術後管理の実際について**

「条件付きで賛成」回答

---

- ▶資格制必要(n = 1)
- ▶質が担保できれば(n = 1)
- ▶手順の作成、教育研修(n = 1)
- ▶挿管についての研修と資格を有する看護師であること(n = 1)
- ▶直接指導下の特定看護師(n = 1)
- ▶特定看護師であれば問題ない(n = 5)
- ▶特定行為(n = 1)
- ▶特定行為研修終了の看護師(n = 2)
- ▶認定看護師(n = 3)
- ▶有資格看護師(n = 1)

**Q111 (気管挿管チューブの挿管を行う事が「ない」の場合)**  
**気管挿管チューブの挿管を行う事に「条件付きで賛成」回答(n = 135)のうち**  
**具体的記載あり(n = 102) 集中治療室(一般病棟以外)における術後管理の実際について**

「条件付きで賛成」回答

---

- ▶国の指定する研修制度を修了した看護師なら(n = 39)
- ▶国や学会の研修制度が終了した看護師なら(n = 1)
- ▶国あるいは看護協会認定看護師など(n = 1)
- ▶国が指定する研修制度を修了した看護師(n = 2)
- ▶国の指定する研修制度を修了し、緊急時(n = 1)
- ▶「特定行為」などの公的な資格を有し、一定の実務経験を病院が認めた場合に限る(n = 1)
- ▶JNPならば可(n = 1)
- ▶Nurse Practitionerが研修を行った後(n = 1)
- ▶ある資格を得た看護師であれば(n = 1)
- ▶きちんとした研修制度を修了を前提に(n = 1)
- ▶トレーニングした看護師(n = 1)
- ▶マスキング管理で医師の到着を待てない場合(n = 1)
- ▶医師の指導、許可があれば(n = 1)
- ▶院内に再挿管できる医師がいることを確認の上で教育や、ある資格を得た看護師であれば(n = 6)
- ▶何らかの教育資格が必要(n = 1)
- ▶緊急事態のみ(n = 1)
- ▶研修を修了した看護師(n = 4)
- ▶研修者 緊急時など(n = 1)



## Q111 (気管挿管チューブの挿管を行う事が「ない」の場合) (続き)

気管挿管チューブの挿管を行う事に「条件付きで賛成」回答(n = 135)のうち

具体的記載あり(n = 102) 集中治療室(一般病棟以外)における術後管理の実際について

「条件付きで賛成」回答

- 
- ▶研修終了していればよい(n = 3)
  - ▶研修制度を修了し、一定の資格が必要(n = 1)
  - ▶研修制度合格者(n = 1)
  - ▶研修制度受講終了者(n = 1)
  - ▶公的な研修終了(n = 1)
  - ▶再挿管の技術があれば(n = 1)
  - ▶資格のある看護師なら(n = 6)
  - ▶資格やリスクを明確にできれば(n = 1)
  - ▶資格を得た看護師であれば(n = 3)
  - ▶資格制必要(n = 1)
  - ▶資格明確化(n = 1)
  - ▶質が担保できれば(n = 1)
  - ▶手順の作成、教育研修(n = 1)
  - ▶挿管できる医師がいること(n = 1)
  - ▶挿管可能な医師がいない等緊急時、研修修了者(n = 1)
  - ▶直接指導下の特定看護師(n = 1)
  - ▶特定看護師であれば問題ない(n = 5)
  - ▶特定行為研修終了の看護師(n = 2)
  - ▶特定認定看護師(n = 1)
  - ▶認定看護師(n = 3)
  - ▶有資格者(n = 1)

## Q113 (ドレーンの抜去を行う事が「ない」の場合)

ドレーンの抜去を行う事に「条件付きで賛成」回答(n = 98)のうち

具体的記載あり(n = 75) 集中治療室(一般病棟以外)における術後管理の実際について

「条件付きで賛成」回答

- 
- ▶国の指定する研修制度を修了した看護師なら(n = 20)
  - ▶国家資格を有する(n = 2)
  - ▶「特定行為」などの公的な資格を有し、一定の実務経験を病院が認めた場合に限る(n = 1)
  - ▶Dr指示あれば(n = 1)
  - ▶ある資格を得た看護師であれば(n = 1)
  - ▶インフォメーションドレーン(n = 1)
  - ▶できるもの、できないものを明確にできれば(n = 1)

## Q113 (ドレーンの抜去を行う事が「ない」の場合) (続き)

ドレーンの抜去を行う事に「条件付きで賛成」回答(n = 98)のうち

具体的記載あり(n = 75) 集中治療室(一般病棟以外)における術後管理の実際について

「条件付きで賛成」回答

- 
- ▶ドレーンについて知識が十分なら(n = 1)
  - ▶ドレーンの種類によるが、原則、医師がするべき。(n = 2)
  - ▶胃管などドレーンの種類による(n = 2)
  - ▶医師がすぐにかかけつけられることを確認のうえ、教育や資格を得た看護師であれば。(n = 1)
  - ▶医師の院内講習や何度か医師の指導のもと経験のある看護師(n = 1)
  - ▶医師の許可、指導があれば(n = 2)
  - ▶医師の指示で経験のある看護師が行う場合(n = 1)
  - ▶医師の指示または指導下(n = 6)
  - ▶院内に再挿管できる医師がいることを確認の上で教育や、ある資格を得た看護師であれば(n = 3)
  - ▶院内研修を修了したのち(n = 2)
  - ▶外科医同席の場合(n = 1)
  - ▶監督の下で(n = 1)
  - ▶胸腔以外(n = 1)
  - ▶研修制度を修了した看護師なら(n = 4)
  - ▶研修要(n = 1)
  - ▶講習(n = 1)
  - ▶資格があれば(n = 1)
  - ▶資格制必要(n = 1)
  - ▶質が担保できれば(n = 1)
  - ▶手順の作成、教育研修(n = 1)
  - ▶特定看護師であれば問題ない(n = 4)
  - ▶特定教育をうけた方(n = 1)
  - ▶特定行為研修終了の看護師(n = 2)
  - ▶特定行為認定(n = 1)
  - ▶特定認定看護師(n = 3)
  - ▶抜去の指示があれば(n = 1)
  - ▶皮下ドレーン等(n = 1)
  - ▶縫合を伴わない場合(n = 1)

**Q115 (カテコラミンやインスリンの投与量の変更などの全身管理を行う事が「ない」の場合)  
カテコラミンやインスリンの投与量の変更などの全身管理を行う事に「条件付きで賛成」****回答(n = 78)のうち具体的記載あり(n = 63) 集中治療室(一般病棟以外)における術後管理の実際について**

## 「条件付きで賛成」回答

- 
- ▶国の指定する研修制度を修了した看護師なら(n = 15)
  - ▶国あるいは看護協会認定看護師など(n = 1)
  - ▶国の保証があれば(n = 1)
  - ▶国家資格を有する(n = 1)
  - ▶国等の研修制度下に(n = 1)
  - ▶「特定行為」などの公的な資格を有し、一定の実務経験を病院が認めた場合に限る(n = 1)
  - ▶JNPならば可(n = 1)
  - ▶ある資格を得た看護師であれば(n = 1)
  - ▶プロトツコールに従って実施(n = 1)
  - ▶マニュアル必要(n = 1)
  - ▶医師の指示があれば賛成(n = 4)
  - ▶医師の指示の下変更のみ可(n = 1)
  - ▶医師の指示の範囲内(n = 1)
  - ▶医師の明確な指示と監督、責任の下であればよい(n = 1)
  - ▶何らかの教育資格が必要(n = 1)
  - ▶確実なマニュアルの下(n = 1)
  - ▶監督下で勉強したNrsがやる(n = 1)
  - ▶癌態の十分な知識があれば(n = 1)
  - ▶教育を受けた看護師(n = 1)
  - ▶研修とプロトコール(n = 1)
  - ▶研修を受け資格を有する場合(n = 1)
  - ▶研修を修了した看護師など(n = 1)
  - ▶研修終了者なら(n = 4)
  - ▶研修制度を終了した看護師(n = 2)
  - ▶厳格な医師の指示のもとであれば可(n = 1)
  - ▶指示のある時のみ(n = 2)
  - ▶資格のある看護師なら(n = 2)
  - ▶質が担保できれば(n = 1)
  - ▶手順の作成、教育研修(n = 1)
  - ▶手順書や包括指示書などあれば可(n = 1)
  - ▶特殊な教育を受けたもの(n = 1)
  - ▶特定看護師であれば問題ない(n = 2)
  - ▶特定行為研修終了の看護師(n = 2)
  - ▶認定かつ科の指定(n = 1)

**Q115 (カテコラミンやインスリンの投与量の変更などの全身管理を行う事が「ない」の場合) (続き)**  
**カテコラミンやインスリンの投与量の変更などの全身管理を行う事に「条件付きで賛成」**  
**回答(n = 78)のうち具体的記載あり(n = 63) 集中治療室(一般病棟以外)における術後管理の実際について**

「条件付きで賛成」回答

---

- ▶認定看護師(n = 2)
- ▶明確な指示がある場合(n = 1)
- ▶輸液、昇圧剤、酸素 など指示のもと(n = 1)

**Q117 (ドレーンの抜去を行う事が「ない」の場合)**  
**ドレーンの抜去を行う事に「条件付きで賛成」回答(n = 93)のうち**  
**具体的記載あり(n = 63) 一般病棟における術後管理の実際について**

「条件付きで賛成」回答

---

- ▶国の指定する研修制度を修了した看護師なら(n = 13)
- ▶研修制度を修了した看護師なら(n = 4)
- ▶「特定行為」などの公的な資格を有し、一定の実務経験を病院が認めた場合に限る(n = 1)
- ▶Dr指示あれば(n = 1)
- ▶NPのみ(n = 1)
- ▶Nurse Practitionerが手順に従って(n = 1)
- ▶ある資格を得た看護師であれば(n = 1)
- ▶インフォメーションドレーン(n = 1)
- ▶しかるべき研修を受けたのちに(n = 1)
- ▶ドレーンについて知識が十分な(n = 1)
- ▶ドレーンによっては(n = 1)
- ▶胃管チューブは可(n = 1)
- ▶医師がすぐにつけられることを確認のうえ、教育や資格を得た看護師であれば。(n = 1)
- ▶医師の具体的な指示のもとで、ドレーンの種類を限定して、抜去するのは賛成である。(n = 1)
- ▶医師の指示で経験のある看護師が行う場合(n = 3)
- ▶医師の指示または指導下(n = 4)
- ▶医師確認後(n = 1)
- ▶院内に再挿管できる医師がいることを確認の上で教育や、ある資格を得た看護師であれば(n = 2)
- ▶院内研修を修了した看護師なら(n = 1)
- ▶監督下で(n = 1)
- ▶講習(n = 1)
- ▶国の保証があれば(n = 1)
- ▶国家資格と給与の増額(n = 1)
- ▶国家資格を有する(n = 2)
- ▶資格制必要(n = 1)

**Q117 (ドレーンの抜去を行う事が「ない」の場合) (続き)**  
**ドレーンの抜去を行う事に「条件付きで賛成」回答(n = 93)のうち**  
**具体的記載あり(n = 63) 一般病棟における術後管理の実際について**

「条件付きで賛成」回答

---

- ▶事故抜去などで中途になっていた場合など。(n = 1)
- ▶質が担保できれば(n = 1)
- ▶手順の作成、教育研修(n = 1)
- ▶特定看護師であれば問題ない(n = 4)
- ▶特定行為研修終了の看護師(n = 3)
- ▶特定認定看護師(n = 3)
- ▶抜去の指示があれば(n = 1)
- ▶縫合を伴わない場合(n = 1)
- ▶理解している看護師であれば(n = 1)

**Q119 (カテコラミンやインスリンの投与量の変更などの全身管理を行う事が「ない」の場合)**  
**カテコラミンやインスリンの投与量の変更などの全身管理を行う事に「条件付きで賛成」**  
**回答(n = 82)のうち具体的記載あり(n = 64) 一般病棟における術後管理の実際について**

「条件付きで賛成」回答

---

- ▶国の指定する研修制度を修了した看護師なら(n = 10)
- ▶研修制度を修了した看護師なら(n = 7)
- ▶「特定行為」などの公的な資格を有し、一定の実務経験を病院が認めた場合に限る(n = 1)
- ▶NPなら可(n = 1)
- ▶ある資格を得た看護師であれば(n = 1)
- ▶しかるべき研修を受けたのちに(n = 1)
- ▶マニュアルに従う(n = 1)
- ▶マニュアル必要(n = 1)
- ▶医師の管理下で(n = 1)
- ▶医師の指示がある場合(n = 1)
- ▶医師の指示のもとで(n = 4)
- ▶医師の指示の下変更のみ可(n = 1)
- ▶院内に再挿管できる医師がいることを確認の上で教育や、ある資格を得た看護師であれば(n = 1)
- ▶何らかの教育資格が必要(n = 1)
- ▶監督下で(n = 1)
- ▶看護師の能力による(n = 1)
- ▶教育を受けた看護師(n = 1)
- ▶緊急の場合(n = 1)
- ▶具体的な指示があること(n = 1)

Q119 (カテコラミンやインスリンの投与量の変更などの全身管理を行う事が「ない」の場合) (続き)  
カテコラミンやインスリンの投与量の変更などの全身管理を行う事に「条件付きで賛成」  
回答(n = 82)のうち具体的記載あり(n = 64) 一般病棟における術後管理の実際について

「条件付きで賛成」回答

---

- ▶研修を受けたのち(n = 1)
- ▶研修を受け資格のある場合(n = 1)
- ▶厳格に指示遵守できれば(n = 1)
- ▶国家資格と給与の増額(n = 1)
- ▶国家資格を有する(n = 2)
- ▶国等の研修制度下に(n = 1)
- ▶指示のある時のみ(n = 1)
- ▶指示書に従って(n = 1)
- ▶資格のある看護師なら(n = 1)
- ▶資格保持者(n = 1)
- ▶質が担保できれば(n = 1)
- ▶手順の作成、教育研修(n = 1)
- ▶熟練した看護師(n = 1)
- ▶詳細な医師の支持がある場合(n = 1)
- ▶条件として指示された範囲内であればかまわない。(n = 1)
- ▶知識があれば(n = 1)
- ▶特殊な教育を受けたもの(n = 1)
- ▶特定看護師であれば問題ない(n = 2)
- ▶特定行為研修終了の看護師(n = 4)
- ▶認定あり(n = 1)
- ▶認定看護師(n = 1)
- ▶理解力のある看護師であれば(n = 1)

## Q131 周術期管理・麻酔におけるマンパワーと労働環境及びチーム医療に関する実態についてのご意見 (n = 223)

### ①マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科関連)

- ▶麻酔医の慢性不足
- ▶麻酔医は恵まれています。
- ▶麻酔医を探すのが大変です
- ▶麻酔科医は不足しています。
- ▶地方都市では麻酔科医不足が著名
- ▶麻酔科の非常勤嘱託医は存在せず
- ▶休日緊急手術に麻酔科医に対応してもらいたい。
- ▶看護師の麻酔業務への従事に関しては基本的に反対
- ▶麻酔医が不足しており、手術が可能かは麻酔科判断
- ▶麻酔科の常勤医の絶対的不足は改善されていない。
- ▶麻酔科医の確保が困難であり、改善が困難である。
- ▶麻酔非常勤医師の待遇を低下させ、常勤医を優遇させる。
- ▶麻酔医不足で費用が変動し明確にできない点がありました。
- ▶現在、当院では局所麻酔の外来手術以外は行っていません。
- ▶常勤麻酔科医1名、非常勤麻酔科医は週一回来るが人は変わる。
- ▶現時点で麻酔科医は不要と考える。麻酔科は、なくした方が良い。
- ▶当院での常勤麻酔科医とは全員麻酔科標榜医をもった外科医です。
- ▶麻酔は、麻酔標榜医資格を持った外科医がかけているのが現状です。
- ▶大学医局に常勤医の派遣をお願いしていますが、なかなか難しいようです。
- ▶麻酔科医のマンパワーが充実していない。ここ数年間は増加が見られていない。
- ▶大学主体の医療体制にて市中病院の医師(特に麻酔科医師)がいなくなっている。
- ▶当院では肛門手術が主なので全身麻酔を行っておらず、特殊ケースだと思えます。
- ▶パート麻酔と常勤麻酔との格差。パート麻酔の方が手当など高いが技術は低すぎる。
- ▶麻酔科医が2名いるため、非常勤はお願いしていませんが、今後は必要になってくる。
- ▶常勤麻酔科医の確保が難しいことが最大の課題で、以前と比べても改善がみられない。
- ▶以前に比べて、民間医局に登録している麻酔医が増えて、最近では困ることが少なくなった。

### ①マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科関連)

- ▶あらためて周術期管理、麻酔のマンパワー不足、(外科医の)劣悪な労働環境を痛感した。
- ▶手術日の曜日が限定されるのは、麻酔科医の不足以外に手術室看護師の不足も要因である。
- ▶外科医は手術に専念し、麻酔科医は麻酔管理に専念すべき術直後の管理も麻酔科医が行うべき
- ▶小病院で常勤麻酔医を雇用することは 難しい地方では非常勤麻酔医でさえ 探すことは難しい
- ▶麻酔科がないため、並列手術や自家麻酔がやむを得ない状況。看護師の教育が重要と考える。
- ▶マンパワーは増えたが、手術件数も増加しているため、労働環境は実感として変化ない(麻酔科)
- ▶麻酔科のマンパワーは増えつつあると思うが、彼らにかかる負担はまだ大きいと考えられる。
- ▶麻酔科医と外科医の労働環境の改善するには、インセンティブを設けることが必須と考えます。
- ▶麻酔科医師不在は深刻な問題。外科麻酔をせざるを得ない病院がまだあることを認識して欲しい。
- ▶多数の麻酔科医の非常勤化にて、多くの施設では手術の運営に困難を、経済的・人的に感じている。
- ▶麻酔科だけの当直はしていませんが、院内のHCU管理当直はしており、当直明けは通常勤務です。
- ▶麻酔科内部の詳細は麻酔科へのアンケートがあるものと判断し、外科医として分かる範囲で回答しました。
- ▶麻酔科も外科医もピンキリ、しかしあまりにも麻酔科の一部が横着で、外科医は疲弊していると思います。
- ▶周術期管理チームとして看護師などを運用しないと、急性期病院の麻酔科は崩壊寸前の状態と思っています。
- ▶常勤麻酔医の不足分を大学よりの非常勤の派遣に頼っているが、高額の給与を支払っているのが現実である。
- ▶外科医が自家麻酔をかけ、手術を行い、一人で術後管理を行っております。当直もオンコールもございません。
- ▶周術期管理チームの必要性を感じます並列管理麻酔については当院では行っていませんので回答しませんでした
- ▶以前より麻酔科医の医師の人材不足は改善してきましたが、まだまだ麻酔科医と外科医の人材は不足しています。
- ▶麻酔医の負担を下げるために、定時勤務制や、特定看護師による麻酔の維持期担当などが早く導入されてほしい。

## Q131 周術期管理・麻酔におけるマンパワーと労働環境及びチーム医療に関する実態についてのご意見(n = 223) (続き)

### ①マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科関連)

- ▶麻酔専門医以外の外科医が麻酔をかけることが今後も続けられるか不安あり(制度上、許されなくなる場合など)。
- ▶当院は前院長が某大学麻酔科の教授であったため、麻酔科の人員配置・体制に関しては大変恵まれていると思います。
- ▶麻酔科医、外科医の絶対数が不足している。当直明けの勤務量軽減ができない。手術も6室同時スタートができない。
- ▶術中管理は研修を受けた看護師で可能と考えます。麻酔科学会が麻酔管理体制について、もっと議論すべきだと思います。
- ▶当院の麻酔科は恵まれている。週に1回多淫でのアルバイトを認めている。・外科医の方がはるかに重労働でかわいそう。
- ▶常勤麻酔医の不足、応援麻酔医との給料の差が大きい。周術期チームの不備により麻酔科医の負担が大きい。(麻酔科の意見)
- ▶麻酔科人数は減少しているようですが、手術数は年々増加しており、抜本的な麻酔科常勤医師の確保が喫緊の課題と考えます。
- ▶2次救急医療機関であるが、時間外及び夜間祝日の麻酔医オンコールが不可能な為(麻酔医の意向)、手術ができない状況である。
- ▶平日も夜間休日も、常勤医以外に麻酔科の応援を仰ぐことが可能。麻酔科との関係では、近隣の病院の中では恵まれているほうです。
- ▶当院では、麻酔科常勤医を置くほど手術件数が多くありません。外科医同士の間で麻酔を掛け合う方が当院の現状としては現実的です。
- ▶民間医局からの麻酔医派遣制度は止めるべき。麻酔科学会は反対しているのだから、制度を整備して対応することは可能かと考えます。
- ▶麻酔科の常勤は複数人必要で、緊急手術にも麻酔科で対応してほしいが、この地域は医師不足で現状では麻酔医の確保は困難であります。
- ▶緊急手術でスポット麻酔医がすぐに来られないため、他の予定手術を延期にしなくてはならない場合があり、まだ体制が十分とは言えない。
- ▶医師の数が少ない病院では、外科医が術前診断、周術期管理、麻酔とすべてやらなければならない。僻地の病院に来てくれる外科医がいない。

### ①マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科関連)

- ▶数年前までは麻酔医の不足で、急患の麻酔などかなり制限があったが、現在はかなり充足された。しかし、今後変動がありうるのが心配である。
- ▶当院には3名の麻酔常勤医がいるが、皆女性で、時間外、休日は全く対応していないので、外科医が麻酔を行っている。麻酔医不足は深刻である。
- ▶現在いる4人の常勤麻酔科医が来年2月で1人もいなくなる予定。その後はパート麻酔にならざるをえず。何とか常勤麻酔医を確保することに努力中。
- ▶当院は幸いにして麻酔科医師が3人おり、めぐまれているしかし、周りの病院では、人数不足で困っている緊急は当院がすべてひきうけている状態である
- ▶当院は常勤麻酔科医1人、月～金の日中のみの常勤麻酔科医1人の態勢。従って休日夜間の麻酔は、年中一人の麻酔科医でこなさなければならず負担が大きい。
- ▶当院でも麻酔科医不足による常勤医の削減によって、緊急手術時の対応が厳しくなっています。看護師の活用などの麻酔科医不足に対処するための方策が望まれます。
- ▶当院では安全を考え麻酔科以外の医師による麻酔は禁止している。そのため休日・夜間は手術はしない。麻酔科がもう一人いれば対応できる。もう一人麻酔科医が欲しい
- ▶地方では、麻酔科医、外科医とも不足した状態が長年続いており、過重労働と医師の高齢化で崩壊寸前です。今踏ん張っている医師が定年を迎えたらどうしようもありません。
- ▶本年より常勤麻酔科医が嘱託となり週4回半日全身麻酔症例のみ麻酔管理しています。残りは大学や嘱託医のオンコール対応となり、緊急手術は今後制限される方向にあります。
- ▶麻酔科医、外科医の数は5年前と変わらないが、新病院移転に伴い手術件数が増加しており、相対的にマンパワーは不足となっている。また患者の高齢化で全ての面で負担が大きい。
- ▶少なくとも当院では、定時・緊急手術に対応可能な麻酔科医の絶対数が不足し、過重労働を招いている。手術室専従看護師や臨床工学士、放射線医療従事者なども絶対数が不足している。
- ▶常勤麻酔医が居ないため、手術日、手術件数が制限される。緊急手術の場合は、外科医師(麻酔科標榜医以外の外科医)がかかるが、大変ストレスとなる。常勤麻酔医を待望しています。



## Q131 周術期管理・麻酔におけるマンパワーと労働環境及びチーム医療に関する実態についてのご意見 (n = 223) (続き)

### ①マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科関連)

- ▶小児病院という特性より、一般の成人を扱う施設と異なります。低侵襲の検査、処置でも全身麻酔が必要ですし、手術は全例全身麻酔です。幸い麻酔に関してはマンパワーは充足しています。
- ▶常勤麻酔医の絶対数が足りないため、手術に制約を生じている。当院の常勤麻酔医は12月末日までに退職し、常勤医不在となる予定。緊急時の対応に不安がありながら予定手術を施行している。
- ▶当院の麻酔科は複数の医局からのバイトで支えられており、歴史的な経緯もあり給与体系が少し整理されておらず、このアンケートでは正確には記載できません。病院の集約化がある程度有効かも
- ▶麻酔科医の機嫌を取って手術室を運営しているところがある。いつ機嫌を損ねて退職されてしまうかが心配である。救急病院はより一層救急化しているので、麻酔科医の需要は大きいと思われる。
- ▶当院の麻酔科医はよくやっていたいていますが給料に関しては麻酔科相当とか外科医とは比較にならない優遇があるようです。こうした格差をなくしないと医師の偏在は決して解消しないと思います。
- ▶当院においては休日、夜間勤務可能な麻酔科医師が少なく(子育て中の女医と部長クラスの医師が多いため)、緊急手術のしわ寄せは少ない若手麻酔医と麻酔科がオンコール体制をとらない日は外科医にくる。
- ▶臨床麻酔師の育成を強く希望します。看護師が一定の期間研修を受けて、いろいろ対応していただけるのはありがたいですが、問題は何かトラブルが起きたときの責任の所在をどうするかということだと思います
- ▶麻酔科の給料が高すぎる。不公平感が増大していて、他のマイナー系の診療科まで賃金アップを要求する。外科医だけががまんを強いられている。労働時間が圧倒的に多い外科医が最も薄給であるのはおかしい。
- ▶麻酔科医以外が麻酔業務に従事している医療機関は、医療安全上、直ちに改善すべき。麻酔科医の労働環境、処遇等を改善して、派遣業者に所属したり、フリーランスとなっている麻酔科医を勤務医に戻すべき。
- ▶患者が高齢化し、重篤な合併症をもつことが多くなり、手術も複雑で長時間になり、麻酔科のマンパワー不足は解消されていない。常勤麻酔医の割合が減っており、当直やオンコールの負担が集中する傾向にある。

### ①マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科関連)

- ▶地方病院では麻酔科医確保が困難であり、いまだ各科管理にて手術を行っている小規模病院では、外科医師確保も困難であるが、基幹病院までの道のりが雪国の高齢者には厳しくインフラや搬送手段の改善が希望される。
- ▶麻酔医の確保は全国共通の課題で、当院の如く地域の中核病院は人材確保に苦勞しているのが現状。フリーの麻酔医にお世話になり、それはそれでありがたいのだが、安定した麻酔医人材確保ができるよう切に願います。
- ▶外科麻酔を行っている、麻酔医不足の病院でありながら、研修指定病院であったり、がん拠点病院であったり、堂々と看板を出しているのはおかしい。麻酔科医のいない、危険な手術が教育になるとはとても考えられない。
- ▶麻酔医師による並列管理・チーム管理体制にしてもらいたいが、希望通りにはしてくれない。外科医師は麻酔もトレーニングされているためか、今までの慣習もあり、外科医師による自科麻酔が他科に比べて圧倒的に多い。
- ▶麻酔科医師も当然のことながら、外科医師数も圧倒的に足りないと思います。比較的全身管理が楽な診療科と待遇面で差別化が必要でないかと考えます。そのような働きかけを学会としてもやっていただけると良いと思います。
- ▶専従の麻酔医は1名で、他の2名の麻酔科標榜医はそれぞれ、外科、脳神経外科医です。外科は自分が麻酔科標榜医のため、外科の麻酔をすべて行っており、設問に対する回答が、若干おかしなことになっているかもしれません。
- ▶外科医が麻酔をかけても時間内は報酬はなし。時間外は時間外手当のみ。外科医が麻酔をかけても麻酔料は発生しないのでボランティア的なものになっている。常勤麻酔医がいないので緊急手術に対応するには仕方がないのが現状。
- ▶麻酔科医は相変わらず非常勤は高い費用を支払っています。少ない人数のため仕方ない気もしますが、常勤外科医と比べると差がありすぎだと思います。安全に手術を行い、手術に集中できるためには仕方ない事と思いますが。
- ▶当院は麻酔科の体制に比較的恵まれています。(さらに人材ほしいですが)このアンケートに含まれる外科医の範囲が明確ではありません。(マイナー科をどこまで含めるのか)一応 全身麻酔をかける可能性のある科として書きました。

## Q131 周術期管理・麻酔におけるマンパワーと労働環境及びチーム医療に関する実態についてのご意見(n = 223) (続き)

### ①マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科関連)

- ▶麻酔医の派遣を大学にお願いしても(2大学)反応なし。麻酔科医長がフリーターを受け入れない(ポリシーらしい)。3月から、派遣会社より常勤の麻酔医を受け入れる予定。この際も、国立病院機構の給与が低いのでなかなかマッチしない。
- ▶麻酔のリスク対策からか、入室から退室まで過度と思われるほど外科医同席・関与が求められ、時間が有効に使えない。麻酔科の意向で手術予定が最優先されるため、外科医人数も足りず、病棟業務・検査・緊急時対応が後回しにされることが多々ある。
- ▶麻酔科医同士のチームワークの欠如、互いの批判麻酔科医の束縛に対する抵抗、権利意識の高さいつやめるかわからない状況で待機などを無理強いできず、時間外緊急手術の場合は呼び出せないこともあるしかし、自科麻酔もレベル的にも人員的にも問題
- ▶当院は一人常勤麻酔医しかおらず、その医師の裁量に病院全体がふりまわされているくらいがあり、やむを得ず従っています。若手麻酔科医の配備をお願いしたいところですが、なかなか現実には厳しく手術施行にフラストレーションがたまっております。
- ▶麻酔科医が慢性的に絶対的に不足している。何とか非常勤麻酔科医を2~3名確保できても、整形外科、産婦人科などの全身麻酔に充てられる。外科は自科で全身麻酔を行わなければならないことが多く、手術に加え麻酔業務に疲弊ストレスを感じている。
- ▶当院では一人の常勤麻酔医がほぼすべての麻酔を行っており、そのマンパワーに病院が頼りきっており、時間外労働が過重となっているのが現状です。麻酔管理は高度な医療知識と経験が必要なので、特定看護師であれ、看護師に任せきることはできないと思われれます。
- ▶救命救急センターでありながら麻酔科医師は撤退し不在。麻酔科医師の偏在も問題であり、行政的解決が必要。あまりにも大学からの医師は報酬が高すぎる。常勤麻酔科医師の給与と隔たりが大きい。この辺も麻酔科学会が指導して、是正すべき、ある意味自浄作用が必要。
- ▶田舎にある病院で麻酔科の常勤はいない。予定手術で麻酔科医の派遣のないことがあり、また、麻酔科医の派遣料は保険診療報酬を上回る。由々しき問題である。外科手術を行って地域医療を支えている田舎の病院としては、麻酔科医の増員と派遣料の低額化が必要である。

### ①マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科関連)

- ▶麻酔科医不足で悪性疾患の手術待ち期間が2ヶ月ほどあり予後への影響が心配です。一生懸命に働いてくださる麻酔科医の負担が大きく、身体・肉体的な負担が懸念されます。非麻酔科医でも麻酔管理が可能な報告性を探し、彼らの負担をシェアできる体制を構築すべきです。
- ▶麻酔科、周術期におけるマンパワーの不足は依然として外科医の犠牲のもとで成り立っている。また、麻酔科医の不足がクローズアップされたことによる麻酔科医の給料や勤務体制の改善が行われたが、外科医の体制は以前と変化がない。外科医の増加が見込める可能性があまりない。
- ▶問題点)麻酔医不足のため緊急手術開始までの待機時間が長くなる(手術室、機材、外科医、看護師は揃っているが麻酔科がない)。実態)当院では局所麻酔以外全例麻酔科医による管理を行っている。並列麻酔は行っていない。給与以外の一麻酔当たりの報酬はなし。全て給与に含まれる。
- ▶当院は僻地の最小規模病院であるが、当院でも安全にできる手術で、本人、家族が強く希望した場合のみ、自家麻酔で手術を行っている。麻酔科医や専門医、専門看護師などのスタッフを充実させたいが、とても望めない状態で、現状の医師、看護師の献身的な協力のもとで行っている状況である。
- ▶以前より麻酔医の常勤の必要性を強く感じており、これについては病院からの理解も得られ、大学麻酔科医局へ積極的に要望を続けています。しかしながら、大学医局のマンパワー不足が主な原因と思いますが、実現できていません。このことが、外科医・手術室看護師の大きな負担になっています。
- ▶麻酔科医のマンパワーによって手術症例が限られています。以前は外科医が麻酔をかけていました。外科麻酔は出来るのですが、訴訟等を考えて現在は行っていません。認定麻酔看護師が育ってくると、麻酔医の指導の元であれば、重症ではない症例の麻酔管理は出来るのではないかと考えています。
- ▶当院では麻酔科をローテートした経験のある外科医が麻酔をかけています。長時間手術が予想されるケースや麻酔科でなければ対応できないようなケースは近隣の大きな病院に紹介しております。めったに全麻はありませんので、単発で麻酔科医に依頼するのは憚られております。敷居が高い感じです。

## Q131 周術期管理・麻酔におけるマンパワーと労働環境及びチーム医療に関する実態についてのご意見(n = 223) (続き)

### ①マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科関連)

▶並列麻酔、医師以外の職種による麻酔の推進は、リスクの増大につながると考えている。麻酔科医の高齢化や外科医師の雑用の増加は、患者本位の医療を展開する上で、大きな障害となっている。都会の病院といえども、医師不足が深刻であり、医師の地域偏在や専門科の偏在を解決する必要性が有る。

▶麻酔科医が圧倒的に足りない。医師数も少ないので当直明けに休むことは不可能。人件費を考えれば公立病院で医師数を増やすのにも限界がある。医業収入が増える仕組みでなければ人件費(医業支出)を上げることはできないのが現状。特定看護師が増えたとしても大きく現状が変わるとは思えない。

▶麻酔医不足がすべての根底にある。公的病院の麻酔医を充足させることは重要であるが、当人のQOLを犠牲にすることを無理強いてよいのかという問題もある。以前は、外科医も麻酔科医も意気に感じて、大変な中、仕事をしていたと思うのだが、昨今はそのような風潮は流行らないのかもしれない。

▶まだまだ麻酔科医の需要と供給のバランスがとれていない。大学医局からの派遣も、中小病院では思うようにならず、自前でレジデントを雇い入れ、指導医の教育を受けさせ、同時に労働を行ってもらっているのが現状であり、今後、病院単独でコンスタントにレジデントを補充することは極めて困難である。

▶多くの麻酔医は、残念ながら医療人としてではなく、技術者として業務を行っている。このため、患者の期待に応えてやりたいという意識が希薄である。元々このような根本的な違いがあるため、外科医と麻酔医が話し合っても有意義な進展は期待できそうにない。むしろ、外国人麻酔医の導入を考えた方が早道。

▶近隣地域の麻酔医不足や病院事情もあって、当院は常勤麻酔医が不在で定期的非常勤麻酔医を一人なんとか雇用した上で、外科系の各診療科が協力して周術期の診療を行っている現状があります。病院自体も諸事情の改善努力を行っていますが、医療行政的にもこの現状を改善していただける事を期待いたします。

▶麻酔はあくまでも手術をおこなうための付加的な役割にもかかわらずあまりにも優遇されすぎである。都市部の病院はそれでも良いが僻地の場合は麻酔医師の偏在は患者の命取りになりかねない。麻酔は看護師なども含めた緩やかな運用が出来るように改善してもらえると地方の病院にとっては助かるものと思われま

### ①マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科関連)

▶手術数に対し麻酔医の数が絶対的に不足しているため、実際問題として並列麻酔をせざるを得ない。しかし、学会をはじめ大学医局さえも「禁止事項」であるとして、正面から取り上げず、対策も立てず、なかば放置している。麻酔の安全のために避けて通ってはいけない緊急の課題に対し、質問いただいたことに感謝したい(麻酔科医師より)。

▶麻酔科医は現在においては絶対数が不足しており需要供給の関係から待遇が他科に比し格段に優遇されています。その割りに麻酔科志望者が著増しないのは、主治医機能をもたないことなど、若手医師の情熱にマッチしないのかもしれませんが、今後、麻酔看護師の積極的導入や40-50代の医師の他科からの転科などをすすめるべきだと考えます。

▶麻酔科医師不足は深刻な問題です。特に地方の病院にとってはなかなか改善策がありません。そもそも地方では絶対数が足りません。麻酔科志望者のなかにはQOLをある程度求める方もいらっしゃるでしょうから、その方の要望に沿うようにシフト制などの方策をとって運営を出来ると良いのですが、特に公立病院の場合は柔軟に進まないように思われます。

▶実際には外科の定期麻酔枠はありません。そのためそのほとんどが外科麻酔です。麻酔医に相談するシステムはありますが、外科としてのハイリスクな症例を紹介しても麻酔をかけてくれるとは限りません。病院としても麻酔科には手が出せない状況です。麻酔科と外科が話し合っ

▶昨年の麻酔常勤医着任以降、麻酔の問題は改善した。外科医の業務過多、内科医・他科医師不足による業務しわ寄せ(特に当直業務)、若手外科医不足、の方が深刻です。また、管理部門からは診療報酬獲得の主要な診療科であることの評価よりも獲得のための圧力ばかりが強いように感じます。外科医を評価していただけるように学会としてのサポートがあると助かります。

▶常勤の麻酔科医が大学に引き上げられ常勤不在になって約1年です。大学医局から週4日一人来てくれますが縦1列のため複数の手術で夜間までかかりま

## Q131 周術期管理・麻酔におけるマンパワーと労働環境及びチーム医療に関する実態についてのご意見(n = 223) (続き)

### ①マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科関連)

▶中部地区では麻酔科医の絶対的人数不足により、多額な報酬を要求するフリーランス医師に依存せざるをえない。民間病院で週3日程度の勤務で常勤医として契約した麻酔科医が週に2日アルバイトで公立病院から多額の報酬を得ているという構造になっている。公立病院では常勤医のアルバイトが認められていないため、報酬の少ない公立病院に常勤医として勤務しようとする医師は少ない。

▶以前より非常勤の麻酔科医は確保しやすくなっています。しかし、非常勤麻酔科医は時間外麻酔を嫌がるため、どうしても常勤麻酔科医に負担を生じます。このため、今でも常勤麻酔科医の確保は困難で、外科医より好待遇でなければ雇用できません。しかし、外科医と麻酔科医の待遇差は外科医不足の一因となっており、診療報酬面で手術関連費用をさらに厚くする施策が必要だと思います。

▶非常勤麻酔で手術を計画している関係上、スポット麻酔医を手配するのに苦労するときがある。また、麻酔医依頼日に手術を集中させるため、外科医の業務が過剰となる。業者によっては麻酔の報酬額が高く経営的にも負担がかかる。麻酔学会は麻酔の増加があると聞か、地方の中小病院ではいまだに麻酔医確保に苦労しているのが現状で外科医等の自科麻酔で緊急手術のみならず、予定麻酔も行っている施設もある。

▶麻酔科医数は増加しているが、女性麻酔医には5時までの勤務で限定されている場合があり、長時間手術に対応できていない。手術数は増加しているが、麻酔医の勤務時間の関係上、手術を増やすことができない。外科医と麻酔科医の間に患者さんに対する考え方の差異が感じられる、外科医は手術数が増えても頑張って治療しようとする。麻酔科医は範囲内以上の手術数はあまり好まない雰囲気を感じる(QOLが低下するためか?)。

▶全手術麻酔に対応できる麻酔科医の数は、絶対的に不足しており、その補充として、重症症例でない一般的な麻酔管理は、麻酔科医でなくてもある程度経験を積んだ外科医であれば、可能であると考えています。しかし、そのためには、なにか医療過誤が起こったときの免責がなければ、外科医も麻酔管理をしたがらないのが現状と考えます。外科医が麻酔科をローテーションする仕組みをつくっても、専門医でない以上は同じと考えます。

### ①マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科関連)

▶救命センター設置された医療機関では、外科医および麻酔科医は待機手術に加えた急患手術にも対応が求められる点において人員確保が困難な現状がある。①オンコール体制、当直翌日の通常勤務など限られたスタッフで昼夜の連日の診療が行われていること。②夜間の急患手術後の周術期管理を担当する医師の不在は、主治医が翌日日勤の勤務を行う必要がある。③緊急手術呼び出しに対する手当の制度はあるが、申請基準が高く現実的でないこと。

▶上記質問で回答できなかったが、当院では麻酔科医の当直やオンコールの制度はない。常勤の麻酔科医は独りしかいないが、その労働環境は他科医師に比べると良好に保証されている。都市部の麻酔科医の人数は充足されているようだが、女性医師が多くなっているためか、地方部では麻酔科医の絶対数不足がある。また、麻酔科医師でないに麻酔をかけてはいけないといった風潮、意見もあるため、一層、緊急、時間外手術を行うことが難しくなっている。

▶麻酔医不足は歯科医師の限定免許(麻酔指導医の監督下:必ずしも同席を伴わない)を認めることによりかなり改善されると思いますので至急法整備をしていただきたいと思います。有能である高い教育をうけた歯科医の有効活用は理にあっております。いわゆるフリーター麻酔医やスポット麻酔医に頼ることなく頑張っていきたいと思っております。また当院では麻酔医に当直やオンコール待機をさせたり、休日夜間に呼び出しすることは一切行っておらず、そのことが麻酔医の定着につながっています。平日昼間の麻酔をかけてもらえばそれで十分と考えております。

▶大学医局の人事権により麻酔科医が大学に集中し、愛知県の市中病院では麻酔医がかなり不足し、そのため緊急が受けられず、患者のたらいまわし状態が生じている。外科医も夜間緊急に麻酔役も含め3、4名が駆り出されている。疲弊は甚だしい。最新の卒後医師の就職状況では麻酔科が最も多いが、これは病院に所属しないフリーランス麻酔科医の厚遇が影響しているのではないかと。早急の改善を望む。麻酔不応需のために外科系医師が困っているということは、ひいては地域住民がもっとも被害者であるという認識を学会や人事を行う大学医局に持っていただきたい。

**Q131 周術期管理・麻酔におけるマンパワーと労働環境及びチーム医療に関する実態についてのご意見 (n = 223) (続き)****①マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科関連)**

▶麻酔科医不足から特に非常勤麻酔科医に対する報酬が高騰している事態は、日夜ストレスが多い診療を行っている外科常勤医の反感を招いていることも事実です。病院から見れば、手術で得られる収入をバイトの麻酔科医に持っていかれているという不満があります。非常勤にはある程度抑制のきいた報酬体制がとれるように、また、病院になるべく麻酔科常勤医を多く置き、フリーランスを減らすような基本的な仕組みを検討して下さるようお願いいたします。余談ですが、本アンケートは答えるのにかなりの労力を要する内容です。回答の有無でなにかしらの差別化をさせていただきたいと思いました。

▶需要と供給のバランスでいいのではないのでしょうか。需要が多い麻酔科医がバイトの給料が高いのは当たり前。繁盛期のアパホテルの値段設定と同じ。自科麻酔をして責任を問われるのは自科。責任を問われないようにするには、自科麻酔や器械出しをしなればよい。手術さえしなればよい。よくある外科医と麻酔科医の対立では解決しない。もはや外科医が麻酔をする時代は終わっている。そのことを外科医は認識しなければならない。小児科医がいないところで産科はハイリスク帝王切開はしなので産婦人科は派遣しない、それと同じで麻酔科医がいないところに外科医を派遣しないようにすればおのずと集約化は進む。

▶当施設では麻酔科不足を外科医で補っている側面が多く有る(恐らく同様な施設は多数有ると思われる)。状況によっては執刀兼全身麻酔の手術もある。病院機能評価審査にて、麻酔科の並列麻酔は不可と指摘されたが、外科医の助手兼全身麻酔管理は可とされ、それらにインセンティブも無い。また合併症が少ない麻酔をかけているフリーランス麻酔科医への報酬も高額であり、このような待遇の差が大いに不満である。外科医が全身麻酔をかけることに対して外科医が恩恵を受けれるような制度を外科学会側から強く働きかけてほしい。(外科医の全身麻酔に関わった看護師にもインセンティブが生じるような制度も含めて)

**①マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科関連)**

▶当院においては常勤麻酔科医は5名と人数的には病床数に比較し多いが全て女性医師であり、産休中1名、育児中(3歳未満)2名、本年度で定年退職予定の副院長1名を含む5名となっている。そのため20時以降の緊急手術および夜間・休日のオンコールはほぼ対応不可となっており再開の予定はたっていない。麻酔科医局としては職場復帰に理想的な環境として家庭のある女性医師派遣先と考えているようだが緊急手術対応可能とするにはオンコール可能な常勤医師を確保する必要がある。勤務されている女性医師に不満はなく育児中でも復職できる環境が望ましいと考えるが、オンコール体制に関わる人員配置に関しては検討していく必要があると思われる。

▶長年に渡り大学麻酔科には常勤医師の派遣をお願いしているが、人手不足という理由で実現されていない。このためフリーター医や大学からのスポット医をお願いしているのが現状である。このため、麻酔管理料は取れない上に、かなりの出費になっている。現在当院には2名の麻酔科標榜医がいるが(どちらも外科医)、外科業務が忙しいことや麻酔科標榜医の評価が専門医ほど認められていないため(世間の認識や給与の補助など)、麻酔科医師(フリーター&スポット医)に全身麻酔をお願いせざるを得ない。麻酔科標榜医の地位がもっと確立されれば、麻酔科不足の問題解決の一助になるかもしれない。また、麻酔補助のできる専門認定看護師をもっと増やして活用すればいいと考える。

▶麻酔科医が絶対的に不足している。麻酔科との合同カンファレンスや麻酔科での術前診察などを行う時間的余裕は、麻酔科医にはなく、たとえば、外科では割り当てられた55床で年間1000件以上の全麻手術を実施するのに、手術当日入院でないとベッドの運用ができず、とてもではないが、麻酔科医による術前回診などは夢のまた夢である。地方の基幹病院で、周囲に高度急性期医療を行う施設がなければ、野戦病院化せざるを得ないのが現状である。外科も、腫瘍内科医のいない地方病院では、外来化学療法室の運用も一手に引き受けているのが実情であり、日々の早朝30分間程度のカンファレンスで、周術期患者と化学療法中の患者さんについて、最低限の情報を共有するのがやっとの状況である。

## Q131 周術期管理・麻酔におけるマンパワーと労働環境及びチーム医療に関する実態についてのご意見(n = 223) (続き)

### ①マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科関連)

▶私が医師になりたての頃は、田舎の病院では、外科手術を整形外科の先生が麻酔、整形外科手術を外科医である私が麻酔をかけたりしていました。今は薬の使い方や種類が細かくなってきたのと、麻酔科専門(専攻)医師以外が麻酔をかけることへの他者の目(麻酔科専門の先生の目を含む)が厳しく、かけづらくなりました。麻酔科の先生が麻酔科以外の医師がかける麻酔を指導(マニュアル化)してくれたり、病院が麻酔科医師以外が麻酔をかけることを推奨(前向きに評価)してくれれば、麻酔科以外の科の医師もかけることに抵抗が少なくなる気がします。近隣の高次医療機関に緊急手術をお願いする頻度も減るかもしれません。ただ、働く医師が高齢化してきているので、夜間緊急手術後に、自分で術後管理したり、翌日の業務が普通にあると、頑張ってる感じがつかないような気がします。若い頃は緊急オペと聞くとワクワクしましたが、いつ頃からか変わってしまいました。

▶病院間で麻酔医の争奪戦があり、労働環境や給与を含めたQOLのいい病院に異動しています。そのために常勤麻酔医と他科医師との給与の格差が生じています。非常勤麻酔医は周術期の管理をしなくてもよく、非常に楽であり、さらに日当が高いため給与の不均一化が起きている。例えば週3回非常勤で働くだけで常勤医の給与より多くなるため、常勤医の待遇をよくしなければ辞められてしまいます。しかも医局が多くの麻酔医師を大学病院に抱え込んで他院に非常勤医師として働かせて高額な収入を得ています。一方、外科医は多くの手術を経験したいために一番riskの高い緊急手術を含めて自科麻酔で手術を行なっています。外科系でもminor系の科は医師の数が少なく麻酔に1人当てると手術ができないため病院としては麻酔医をminor系に優先して当てています。このままでは、外科医の本分である手術経験は少なく麻酔を含めた雑用に追われるため外科志望が少なくなるのは明白です。もっと外科学会が誘導して職場環境を含めた給与改善を行うべきと考えます。

### ①マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科関連)

▶全国の手術を行う病院で非常勤医により必要手術が行えているのならば、麻酔医の絶対数は足りているということだと思う。問題は偏在と常勤麻酔医がバイトに出ることを容認している体制が既得権化していることだと思う。また、少ない件数の手術を行う病院の数が多くても麻酔医がいない病院を増やすことにつながっている。麻酔、周術期管理は事故が起りやすい部分であり、ハイリスクである。看護師などを訓練のうえ参入させることを考えるならば、ハイリスクに対する報酬の上乗せも同時に考えなければ倫理的でない。麻酔医に近い仕事をさせるならばそれに近い報酬を与えなければならない。さもなければ、現在の非常勤或いはフリーランス麻酔科医のぼったくりを抑制して特定看護師の報酬に近づけるべきだと思う。優秀な看護師を養成してより高度な仕事と報酬を与えるという考え方は、良い考えの様に見えるが、それを行うのに、今の看護学校の医学教育のレベルでは不十分と思う。基礎的な医学の知識を医学生のレベルに近づけることが必要である。(そこまで考えると、医師を増やすのと大して変わらない投資が必要になると思う。難しい問題だと思う。

## Q131 周術期管理・麻酔におけるマンパワーと労働環境及びチーム医療に関する実態についてのご意見(n = 223) (続き)

### ②マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科以外)

- ▶人手不足です。
- ▶マンパワー不足である
- ▶医療全体の問題だと思います。
- ▶民間の病院で豊富な医師確保は困難
- ▶個人の努力によりつないでいるだけ。
- ▶術後管理の診療報酬がほとんどない。
- ▶人で不足を外科医で間に合わせている
- ▶他職種との連携と役割分担の明確化。
- ▶医師の偏在をなんとかしてもらいたい。
- ▶術後管理に対する管理者の理解や評価が低い。
- ▶田舎の病院では医師・看護師ともに確保困難である
- ▶術後鎮痛におけるチーム医療に対する報酬加算の導入
- ▶どの科もマンパワーが不足している。人の確保が大事。
- ▶手術転院における医療従事者ともに改善していないと思います。
- ▶外科医 麻酔科医ともに不足しており 手術に集中できる環境にない
- ▶周術期管理チームの人員補充は周術期医療安全に寄与すると考える。
- ▶地方病院では、一人の常勤を確保することですら難しいことがある。
- ▶外科医の過労(時間外勤務)、集中医不足が当院での喫緊の問題です。
- ▶ICU,集中治療科の管理は非常に外科医にとって有益で助かっている。
- ▶労働環境を犠牲にして医療安全の遂行を行うことは許されないとされる。
- ▶マンパワーのないタイミングは多々あるが、積極的に3次救急に転送している。
- ▶慢性的に周術期のスタッフが不足しています。教育も含めて質の向上と維持が必要と考えます。
- ▶マンパワーは絶対不足ですが、現在の日本の医療制度では、当地域では、改善策は全く望めません。
- ▶当病院についてはかなりしっかりとマニュアルがあり、充実した医療体制ができていると考える
- ▶マンパワーの確保は、重要であるが、手術の安全性の確保は、より重要なことであるとの意見が多い。
- ▶周術期管理の中でも外来レベルでの術前管理に関するチーム医療の体制作りが現在の大きな課題である
- ▶人工呼吸管理については、看護師でなく臨床工学士が行っているために、看護師は行っておりません。

### ②マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科以外)

- ▶小病院においては、勤務医の過剰勤務を避けるため、管理職者(院長)の過剰勤務が益々増加している。
- ▶マンパワー不足は各部署で起こっているが、当院では特に手術場看護師の不足が深刻な問題となっている。
- ▶地域の病院での医師業務の負担軽減は必要です。看護師の各種技術認定を推進していただきたいと思います。
- ▶認定制度の充実と厳正な判定(国家資格など)とともに分業化は考えてもよいと思うが、入念な検討が必要と思います。
- ▶中型病院の中では、麻酔科医師が頑張ってくれている。しかし医師の高齢化が深刻で、現状維持がいつまでできるかが不安。
- ▶憲法25条にある「健康で文化的な最低限度の生活」を営める労働環境の復活が切望される。麻酔科医師不足の解消が喫緊の課題である。
- ▶特に医師全般に高齢化している。医師が定年を迎えても大学医局からの医師補充はなく、そのままいつまでも働き続けなければならない。
- ▶マンパワーが常時不足している。人材確保(医師、ナース、コメディカル)に限界がある中で、チームワークを維持するのに難渋している。
- ▶地方の病院では人員確保をしたいのですが、募集をかけてもひとが集まらない状態です。この状況が変わることに関しては悲観しています。
- ▶手当のないオンコール体制、当直明けの通常勤務は常態化しております。手術室看護師不足、レジデント不足など色々問題があると思います。
- ▶特定看護師の手術室や集中治療室への専任配属を実施することで、麻酔科医師部族の問題が解決されると考えているので、早期の導入が期待される。
- ▶人員が充足すると、さらに件数の増加を求められるため、いつまでも不足問題はついてまわる。安全に対して割くべき人員についての議論が不十分である。
- ▶労働環境の改善は重要であるが、人材の補給がなされて初めて必要なパフォーマンスが達成できる。現時点でこの点にだけ注視して対策をするのではなく包括的な対策が必要。
- ▶外科の場合、従来に比べて専門分散化され他科周術期患者急変時に主治医が手術中で対応できない場合、外科医対応でなく救命医やICU医対応せざるを得なくなっている。

## Q131 周術期管理・麻酔におけるマンパワーと労働環境及びチーム医療に関する実態についてのご意見(n = 223) (続き)

### ②マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科以外)

- ▶今後増加するであろう、外科手術が円滑に行えるように、外科系診療科、麻酔科の負担軽減、報酬増による処遇改善について、抜本的な対策が実施されることを切に希望します。
- ▶当院では定期麻酔+救急3次初期対応を麻酔科がおこなっている。定期麻酔の増加と、非常勤麻酔科医の増加で常勤麻酔科医への負担が増加し、労働条件などで問題が起きつつある。
- ▶大変長い設問でもう少し整理頂ければと思いました当院では外科医一人の病院ですが、簡単な手術には対応して行っておりますのでこうした病院も日本には必要ではないかと思えます。
- ▶当院の手術数を制限している一番の原因は看護師不足であり、これは唯一の国立病院のため定数削減があるためである。よって、手術数が制限されるため相対的麻酔科医の不足はない。
- ▶医師の偏在が改善されない限り、医師の専門分野の平均化がなされない限り、上記のテーマはクリアできないのではないだろうか。その意味で、看護師やコメディカルの専門性を高めることには賛成。
- ▶地方の中小病院は、医師のマンパワー不足をなんとか看護師で補っていかざるを得ない。大学病院だけが医療を行っているわけではない。特定看護師の制度があっても、地方の中小病院では、まだまだ遠い存在である。
- ▶東京都23区内における中規模病院では、経営的側面からも医師や看護師の人員数に制限が有り、個々の負担が大規模病院よりも大きいと考えられます。そのため、医療安全の側面からは、安全性の確保が不十分かもしれません。
- ▶患者の高齢化、鏡視化手術の増加などにより手術室スタッフ(外科医、麻酔科医、看護師)の仕事量は増大し、負担となっている。手術すべてをチーム医療として推進していくには、適切な人員の配置とスキルアップが最も大切である。
- ▶上記アンケートをこたえる中で、当院のような中規模病院(現在310床)の問題点が明らかになりました。労働環境、リスク管理、あるいは診療報酬(例えば特定集中治療管理料の算定条件)などからも病院の集約化は避けられない現状です。

### ②マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科以外)

- ▶診療報酬が上がらなければ、医師不足を補う雇用の十分に行えない民間は、公立病院以上に、地域に貢献していても、補助金や繰入金などがなく、さらに法人税も課せられ、全く同じ土俵で、戦っていない事に、大きな問題があると考えております。
- ▶患者の集約化がない本邦においては、極度の分業はかえって治療全体の効率を落とす可能性があると考えます。おそらくもっともよい「スタイル」はなく、各病院の規模に応じた人間の配置が重要かと思えます。
- ▶外科症例数はますます増加している。麻酔科医師不足により一日の対応数が制限されているため、手術待機期間がますます延長している。胃癌1ヶ月、膵癌1ヶ月半の待機期間。外科から麻酔科手伝いを出しているが、今となっては手伝って当然のような態度。麻酔科に新しい医師が常勤で採用されない。麻酔科内での不和音も聞こえてくる。
- ▶チーム医療を完全に行うには、規模が大きくマンパワーが充実し、ICUやHCUが整備されていて、専任の集中治療医がいなければ不可能であり、当院レベルでは実施できないと思います。今後は手術と術後管理に特化したセンター病院と、外来やフォローアップ業務を行う病院群という形でユニットを組んでいくことになるのかもしれないですね。
- ▶マンパワーが少ないことに加えて、地区の中核病院を担っているために臨時手術を含め手術件数が多い。通常業務に加え臨床研修医の指導も必要なために、オーバーワークになっていることは否めない。がん診療連携拠点病院である立場もあり患者さんの要望レベルも高く、麻酔も含め手術も高度なことが要求されているために負担が限界にきている。
- ▶日本においては、患者の感情(というか国民感情)からして、看護師による周術期管理は不可能である。トラブルがあったときの責任の所在。看護師と医師が管理したときの金銭的(保険点数上)に差がなければ、患者は納得しない。では、国が制度としてそれをするか? 専門医制度ですらインセンティブの存在しない国でそれがシステム上できることはない。



**Q131 周術期管理・麻酔におけるマンパワーと労働環境及びチーム医療に関する実態についてのご意見(n = 223) (続き)****②マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科以外)**

▶当院では手術を行う外科系医師数と手術件数に比較して、手術室看護師数が絶対的に不足しており、荷重労働を強いている現実がある。また麻酔科医師数は足りているが常勤医が不在で手術室の運営と管理がうまく機能していない。本来他職種の行うべき業務を分散、分担して行えるシステム構築(マニュアル化、教育、これに伴う責任の明確化など)の必要性を感じている。

▶当院は比較的マンパワーに恵まれている方だと感じているが、そのような施設に手術症例、特に急患が集中する傾向にあるので、麻酔医、外科系医師が十分とは良い切れなのが現状である。また、手術の際に光学系機器やデバイスのなどを使用する頻度が増え、手術法(体位なども含め)も多様化しているため専門知識のある看護師や専従のMEなどが必要であると感している。

▶再発・進行癌の化学療法、緩和ケア、集中治療は大規模病院以外では外科医が行っているが、医療安全、外科医の負担を考えると、「部長」など管理職ポジションが減るかもしれませんが、施設集約は必要にならざるを得ないと思われます。一定規模の手術を行っている施設では、集中治療医、救急専門医、腫瘍内科医、緩和ケア内科(入院ありの)が配置されるよう望みたいです。

▶外科医も麻酔科医も夜間緊急手術の翌日が通常勤務であるため、疲弊状態が続いているのが現状です。労働環境の改善の働きかけを希望します。また、医師の基本給与体系において不満がございます。責任が軽く仕事も楽なマイナー科と給与体系が同じであることに疑問を感じ続けています。欧米のように責任の思いハードな外科医の給与増加の働きかけも併せてお願いできれば幸いです。

▶少子高齢化で2025~2030年以降は医師数も不足となり、医師当たりの労働生産性の向上が求められる。コア業務以外の更なる負担軽減やIT化、ロボット導入や他職種(特定看護師、特定薬剤師、ME)の活用が一層必要となると思われる。その際、高度技能関連業種での安易な外国人労働者の導入は却って現場を混乱させ、能率を落とすことを国政担当者達は銘記する必要がある。

**②マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科以外)**

▶外科系医師不足解消のため、各学会(外科学会、麻酔科学会、他)協力して、研修医が外科系医師を目指しやすい環境を作っていただくようお願いします。特に外科系学会の専門医、指導医の行う次の手技(手術、侵襲的検査、治療処置など)は、非専門医に比較して保険点数が同じです。これでは、研修医は外科系医師になり専門医・指導医を目指すモチベーションは高くなりません。ぜひ厚労省と相談して上記保険点数の改善をお願いいたします。

▶定例手術が時間外まで延長した手術がいくつか並列になると、17時以降に機械出しを誰かして欲しいと、病棟医長宛てに、2ヶ月に1回程度依頼され、仕方なく若手の、その日のon call医師などに依頼することになるのですが、7年前に横浜市から宮崎に来て、初めてのことで非常に戸惑い、不愉快に思った経験でした。もちろん現在も続いています。普段慣れていない業務により針刺し事故などのリスクも増えると思われ、医療安全の面からも非常に問題のあることだと思います。

▶現在の状況は二極化しており、一方のフリーランスのグループは金銭的な恩恵を潤沢に享受し、一方の真面目なグループは体力的、時間的負荷を金銭的な不遇を度返しても、自身の正義感から医療業務に努め耐えている。同じ麻酔科医と思えないほどのかけ離れた境遇にある。これは外科医の責任でもあり、彼らの評価がこれまで脇役として冷遇されていた事が一因であると思われる。麻酔科学会の対応がどうなのかしらないが、外科学会やそのたの外科系学会や医師会、厚労省とともに解決策を探る場を作り協議していただきたいと思う。

▶医師不足問題は診療科偏在、大都市偏在などが問題提起されている。入院病床数、医師数は国家的数値目標が存在する、ならば診療科別医師数や地域住民数当たりの医師数、病院勤務医師数なども国家レベルで数値設定をすべき。やがては勤務医師のアルバイトは特殊技能などを除き原則禁止にするという方策が求められる。大学医師の医師としての在り方、身分保障も外勤で凌がなくても済むように国家による財政的補助が必須であろう。現在の医療は上っ面は巧く回っていても医療従事者の犠牲的行為に負ぶさっている部分が多いのでは無からうか。

**Q131 周術期管理・麻酔におけるマンパワーと労働環境及びチーム医療に関する実態についてのご意見 (n = 223) (続き)****②マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科以外)**

▶当院は、日帰り手術専門の独立型無床診療所です。医師は一人で、外科専門医資格と麻酔科標榜医資格を有しています。アンケートでの全身麻酔は、笑気+酸素を閉鎖循環式回路で投与しますが、気管内挿管は行うことなく、マスクで投与しています。基本的には、静脈麻酔+(低濃度浸潤)局所麻酔の併用で行っています。開業以来現在までに、約8000件の手術を行いました。日帰りできなかった症例は2例で、日帰り率は、99,9%です。以上、宜しくお願い致します。何か質問事項がありましたら、いつでも何でもご質問下さい。可能な限りお答え致します。

▶理想的には当直勤務の翌日は全日休暇あるいはせめて午前半日勤務の体制をとりたいが、現在の外科常勤医数のマンパワーでは手術に対する人員不足となり、不可能である。並列3-4列の全身麻酔手術を連日行いながら当直翌日の休暇を認めるのであれば、外科常勤医としては最低13名ほどの体制が必要となってくる。それだけの外科医を常時確保するのはコストその他の面で私立の病院では厳しいものがある。麻酔科医に関しては現在常勤医5名が確保できており、時間内の予定手術を始め時間外緊急手術に至るまで、ほぼ全ての全身麻酔、硬膜外麻酔症例に対して専従的に麻酔管理が可能な状況で有り、手術中の外科医の負担が軽減できていると考えられる。

▶外科医にとっては手術を安全確実にすることが本来の仕事である。しかし、手術をするに際しては術後管理は当然ついてくるが、それ以外の種々の事務作業が発生する。現在、医師事務補助が診断書の作成や学会からの調査依頼、NCD入力、専門医機構への移行準備作業など沢山の事務仕事をしていただき大変助かっている。これを術後管理にも広げ、PA,NPを養成し、彼らに術前術後管理に広く関与してもらえれば外科医師は手術に専念でき非常に助かると考える。現在、外科志望の医師がますます減少している中で、各種雑務に紛らわせられず手術に専念できる環境を作ることは彼らにも外科を目指す強い動機づけにもなると考えられるので早急に取り組んでほしいと考えます。

**②マンパワーと労働環境&チーム医療(麻酔科以外)**

▶医者への聖域と化している処置を看護師にも拡大していくという大筋は賛成です。ただし、一定の条件は必要になるでしょう。すなわち、研修や資格などで認定された方から開始することや処置によるトラブルに対してのセーフティネットなどです。また、人により志も違えば技能も異なります。より先進的な施設で上昇志向を有しているスタッフであればこれらの処置を進めていくことに問題はあませんが、当院のような中小病院では家計を補うためのパート勤務も多く、過度の責任を負担と思うものも出てくるでしょうし、「お医者様」の指示待ちが風土・文化として成立しきっている施設もあろうかと思えます。後ろ向きな意見かとは思いますが、先進的・意欲的な施設と旧態依然とした施設での格差が今後さらに顕著になっていく可能性があります。こういった施設は淘汰されてしかるべきなのかもしれませんが。

▶特定看護師による特定行為で外科医は手術に専念できて非常に助かっている。麻酔学会が特定看護師による麻酔管理や挿管に反対していると聞か、特定看護師は十分な訓練を受けている。経験の浅い研修医や精神科、皮膚科、眼科などの医師免許があるというだけで挿管もしたことが無いに等しい医師が麻酔管理をするよりは、はるかに経験を積んだ特定看護師の方が安全である。病院内で麻酔科医のいる手術室でする特定行為なら安全で麻酔科医の業務軽減にもなる。フリーの麻酔科医などのバイト料が高すぎる。欧米では簡単な麻酔や内視鏡検査などは看護師の業務である。麻酔科医は医師でなければならない難しい麻酔にプライドを持って専念してもらいたい。救命救急士が挿管するようになり救命率が向上した。医師到着を待つ間に救える命や患者の苦痛を医師以外の職種が救えるなら助けてもらうのがチーム医療である。麻酔学会ももっと了見を広くして頂きたい。

**Q131 周術期管理・麻酔におけるマンパワーと労働環境及びチーム医療に関する実態についてのご意見 (n = 223) (続き)****③設問について**

- ▶質問自体がわかりにくい。
- ▶設問が多すぎると思います。
- ▶当院に該当しない質問項目が多々ある。
- ▶質問事項が多すぎます もう少し簡潔にして欲しい
- ▶質問がやや分かりづらい。例を挙げて説明していただけたらもう少し答えやすい。
- ▶サンプルとしてPDFで示された質問項目と本回答内容が異なっている部分があった。
- ▶とてもたいへんなアンケートでした。できれば本当に必要な質問に限っていただければありがたいです。
- ▶当院でのアンケートは該当しない部分が多い 外科医で麻酔標榜医が麻酔をかける自家麻酔を行っている
- ▶質問の 外科医 については 当病院の特殊性から一般外科医は勤務していないので 小児外科医 と読み替えて回答した。
- ▶Q34～40について担当科より回答が難しいとのことで、大変申し訳ありませんが今回は無回答とさせて頂きたくよろしく願いいたします。

**④その他**

- ▶今は丁度良いです。
- ▶分析結果に期待しています。

**③設問について**

- ▶Q37 40%だが、指導医・専門医には 85%です。Q75-80は行っていないので回答不能です。Q97-99も行っていないので回答不能です。
- ▶質問事項に曖昧な点が多い。どのようにでも解釈できる。本アンケートの結果をもって外科学会員全体の意見として何事か提言するのは好ましくないと思います。
- ▶Q108からQ111は、何を想定しての質問なのでしょう？看護師特定行為には、抜管、挿管は、該当しませんが――。看護師特定行為への反対をあおる質問になってしまうことを心配します。
- ▶Q51～Q57について当院では全ての全身麻酔、帝王切開術の脊髄くも膜下麻酔、硬膜外麻酔は時間内、時間外、夜間、休日とも全例(定例、緊急手術を問わず)麻酔科医管理。その他の脊髄くも膜下麻酔は原則各科管理。
- ▶ただ単なるデータの収集であればこのようなアンケートはやめていただきたい。アンケートした以上は、我々の実情に改善をもたらすものでなければならぬ。アンケートのみに終わるのであれば、事務職が実態を調査したという単なる遊びである。実際日々忙しく勤務している我々を巻き込むのはやめていただきたい。