



令和3年度

勤務医へのアンケート

調査報告書

令和5年3月

広島県医師会

勤務医部会

目次

はじめに	1
アンケート調査の編集にあたり	2
アンケート結果	4
記述回答	29
勤務医へのアンケート (調査票)	67
広島県医師会勤務医部会名簿	74

はじめに

今、勤務医にとっての関心事の一つは「働き方改革」です。医師において長時間労働の実態があることは以前より指摘されており、私もそれが当たり前と認識していた医師の一人です。しかし、医師の健康確保、医療の質や安全の確保の観点から働き方を見直し、かつ医療提供体制を損なわない改革を進める「医師の働き方改革」が検討されてきました。そして、ついに2024年4月より時間外労働上限規制が施行されます。それに向けて各医療機関では、労働時間管理の適正化に向けた取り組みや、医師の負担軽減を目的としたタスク・シフティングや医師事務作業補助者の配置などさまざまな取り組みが進行しています。そして時間外労働が年間960時間を超える場合には、医師の健康確保の観点から、連続勤務時間制限や勤務間インターバルの確保などの追加的健康確保措置が義務として課されることとなります。こうした状況の中で、県内医療機関に勤務する医師の勤務実態を改めて調査し、時間外労働時間短縮に向けた対策の実施状況を確認するためにアンケート調査を行いました。

一方、勤務医を定年退職したあとのキャリアはさまざまで、医師としてのキャリアを継続していく希望がある場合、再就職先選定に際してのルールはなく、そのプロセスや再就職支援のための安全なツールや医師会の支援活動についてもあまり知られていません。今回、アンケートの後半では、定年退職を経験された勤務医の先生方の経験や、近いうちに定年を迎える先生方、さらに若い勤務医の先生方の要望、考え方についての情報を広く集めるための設問を用意しました。実際に再就職された先生方の多くは、知人、先輩を頼って、あるいは自ら動いて希望する病院を訪ねてセカンドキャリアをスタートされ、医局の紹介や民間紹介サイトを利用された先生方は意外に少なかった、という結果でした。一方で、再就職先の決定に際して、広島県医師協同組合のドクターバンクや広島県地域医療支援センター（ふるさとドクターネット広島）を利用された先生方も一定数見られました。しかし、その認知度は低く、これから先生方のセカンドキャリアの選択肢を広げるためにも、勤務医部会としてできることを進めていきたいと思っておりますのでよろしく願いいたします。

令和5年3月

広島県医師会勤務医部会

部会長 板本 敏行

アンケート調査の編集にあたり

広島県医師会勤務医部会では平成24年度、平成29年度に勤務医あるいは医療機関へのアンケートを実施し、それらの結果を踏まえて部会で議論を重ね、特に医師事務作業補助者の導入について、勉強会の開催や外部研究会での発表などの取り組みを行った。

この度のアンケート調査では、過去2回のアンケートを土台にして、さらに定年後の働き方についての質問を追加し、勤務医がセカンドキャリアの形成についてどう考えるかを調査した。調査項目は「基本情報」「入院患者の複数主治医制」「日当直」「セカンドキャリア」「広島県医師会への要望等」とし、広島県内の病院勤務医(非会員含む)を対象に236施設に配布し139施設の勤務医より回答を得た。

複数主治医制に関する設問では、導入しているが43.8%、導入形態は「常勤医－常勤医」が349名、「後期研修医(レジデント)－常勤医」が257名、「チーム制」が232名であった。67.4%が導入に賛成しており、「心理的負担は軽減すると思うか」の設問では、「思う」が32.5%、「運用によってはそう思う」が47.6%であった。導入困難な理由では「医師が足りない(703名)」「患者の理解がない(267名)」「医師の中に反対者がいる(168名)」の状況であった。メリットとして「休みをとりやすい(1,110名)」「緊急時の対応がとりやすい(976名)」「業務が軽減される(810名)」の理由が主であった。デメリットとして「責任の所在があいまいになる(910名)」「対応が医師によって異なることがある(876名)」「役割分担が難しい(693名)」の理由が主であった。

日当直に関する設問では、当直の免除制度について63.7%が「ある」、26.8%「ない」と回答した。当直負担の分担をどのようにするのがよいかとの設問では、「当直明けの勤務を軽減する(65名)」、「当直は平等に負担する(63名)」、「当直の負担は年齢への配慮を(40名)」、「医師の人数の確保・集約化など(37名)」、「業務に見合った報酬の支払い(25名)」のほか、「若手に負担を押しつけないでほしい」の意見もあった。

セカンドキャリアに関する設問では、定年制度が「ある」は69.6%、「ない」が24.6%であった。セカンドキャリアを考えたことについて、「ある」は65.7%で、考えた時期は60歳代(60.8%)、70歳代(13.8%)、50歳代(16.3%)の順であった。定年後の再就職の希望があるかとの問いでは、54.7%が「はい」と回答し、その多くが中規模病院であった。希望する勤務地は「同じ二次医療圏内(40.6%)」「定年前の勤務先(17.8%)」であり、県外は4%であった。再就職先の最重要視については「雇用・勤務条件(409名)」「仕事のやりがい、社会貢献(298名)」「地理的条件(296名)」「人間関係(223名)」「医療機関の設備・規模(97名)」であった。

医学を学びなおす機会があれば受けてみたいかどうかの設問では、「はい」が48.7%であった。従来の専門性を活かしたいかどうかの設問では、「はい」が79.9%、「いいえ」が7.4%であった。「いいえ」と回答したうち再教育の必要性については、「はい」が56.3%であり、教育機関の必要性について「強く思う（25.9%）」「あれば良い（63.0%）」であった。

再就職先が決まっているかの設問では、「はい」が78.2%で外来52名、病棟39名であった。勤務形態は、「常勤」が68.4%、「非常勤」が26.3%であった。再就職先の求職の参考については、縁故（375名）、募集サイト・大手会社など（189名）、ドクターバンク（145名）、ふるさとドクターネット広島（124名）の順であった。広島県医師協同組合、広島県地域医療支援センターに人材バンクがあることを知っているかについて、「はい」が31.7%、「いいえ」が60.4%であった。

今回はセカンドキャリアについての質問を新たに導入したが、勤務医の2/3がセカンドキャリアを考えていると回答し、再就職の斡旋は縁故頼りがほとんどで、その次が民間の斡旋サイトを頼っているという結果であった。一方で、人材バンクとしての広島県医師協同組合、広島県地域医療支援センターの認知度はかなり低く、勤務医部会としてもその周知に努め、働き方改革の一助になるよう取り組んでいきたい。

今回のアンケート調査にご協力いただきました広島県内の勤務医の先生方、ならびに関係医療機関の施設長の方々に感謝申し上げます。

広島県医師会 勤務医担当
常任理事 大田 敏之

勤務医へのアンケート

○調査項目

- A. 基本情報について
- B. 入院患者の複数主治医制について
- C. 日当直について
- D. セカンドキャリアについて
- E. 広島県医師会(勤務医部会を含む)への要望等

○調査対象

広島県の病院に勤務する医師(医師会未加入の医師も対象)

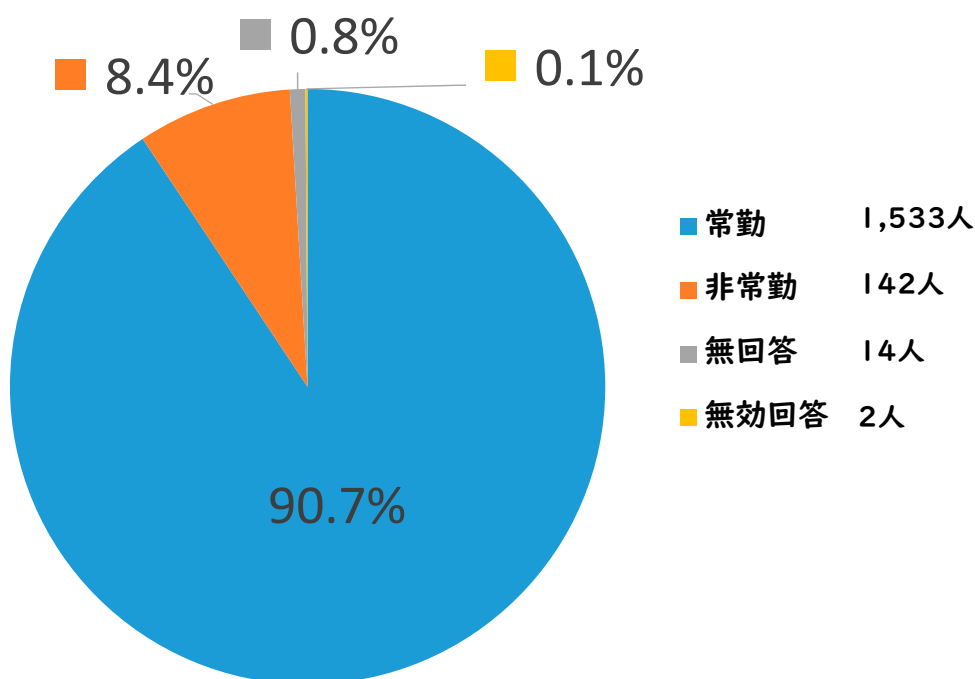
○調査票回収数と回収率

配布数:236施設
 回収数:139施設
 回収率:58.8%

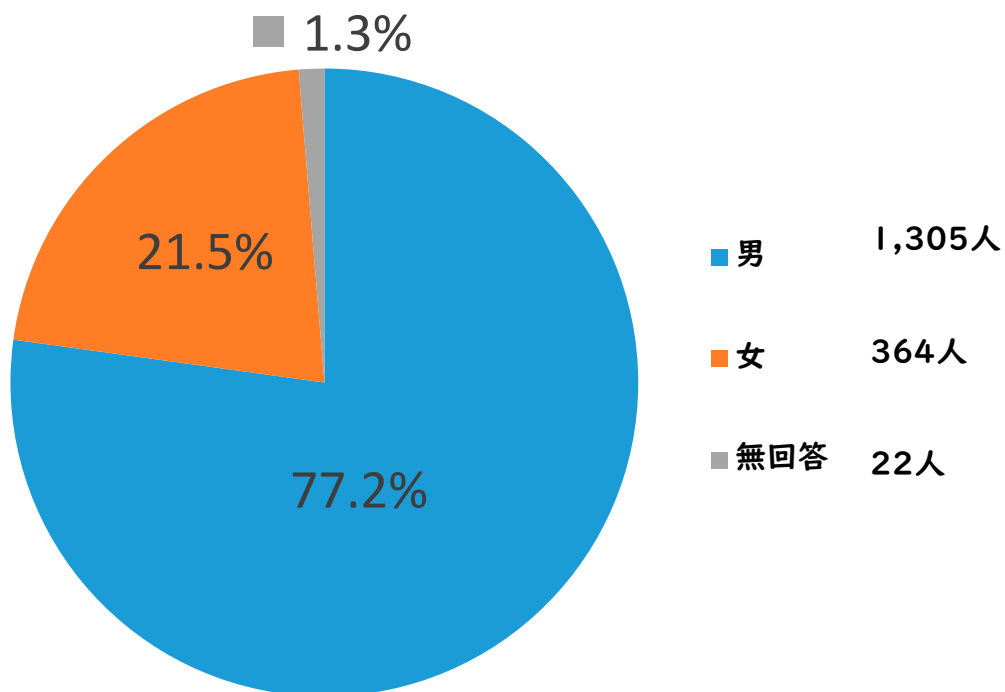
平成24年度
 配布数:247施設
 回収数:127施設
 回収率:51.4%

A. 基本情報について

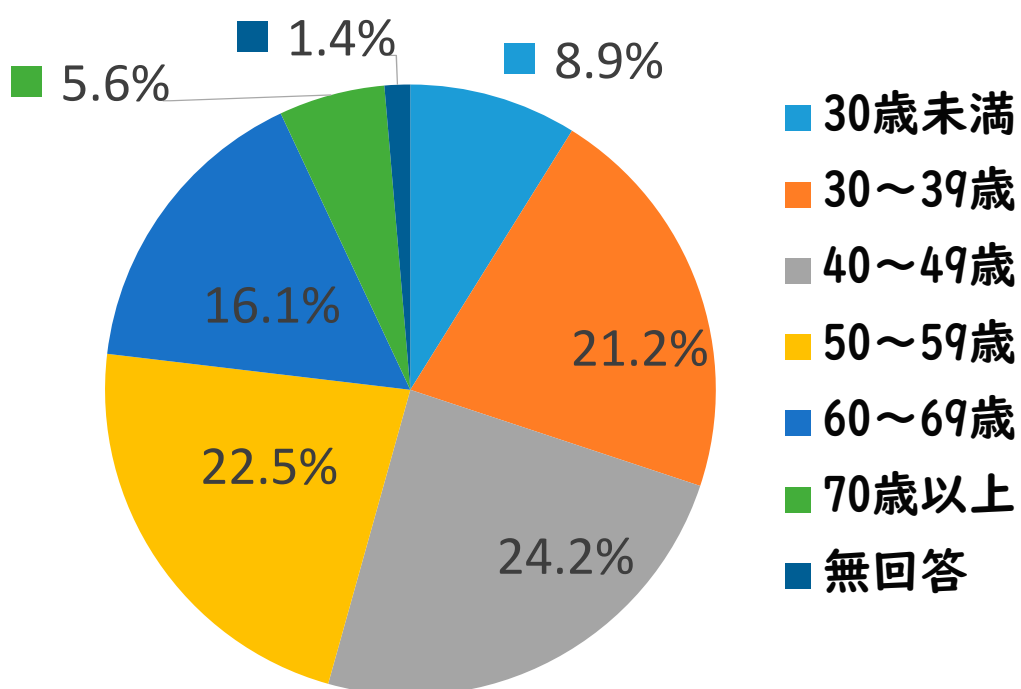
1. 勤務形態



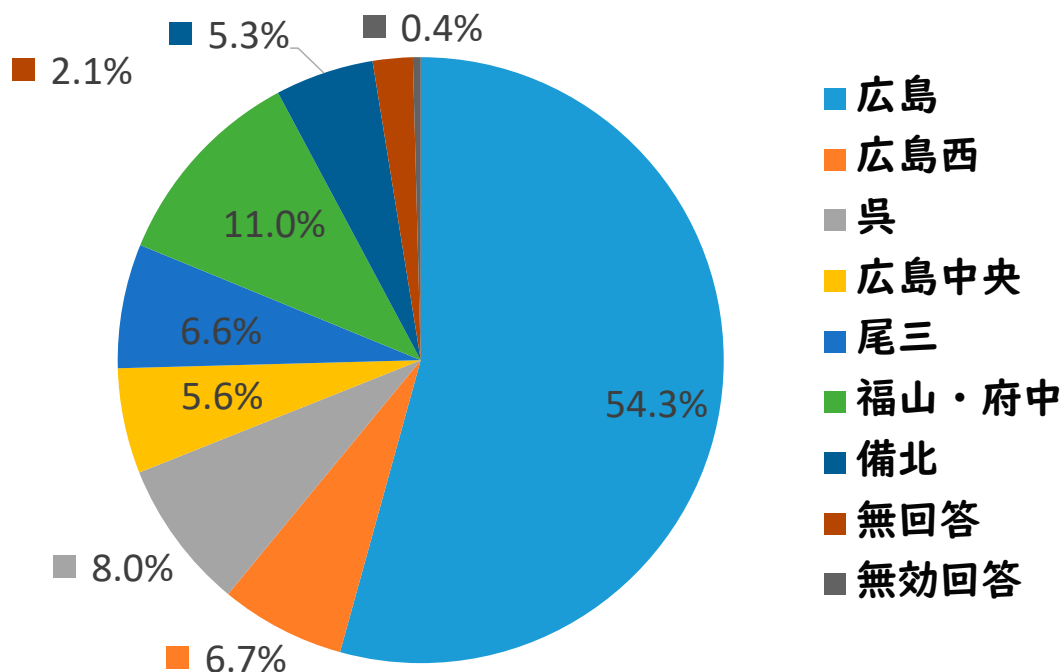
2. 性別



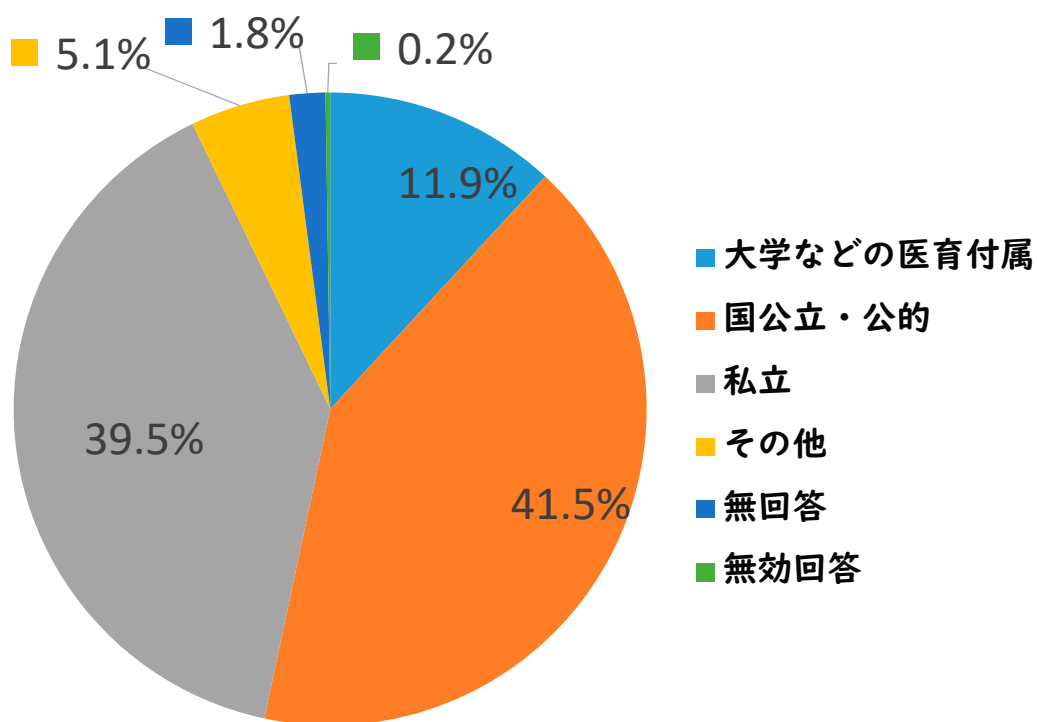
3. 年齢



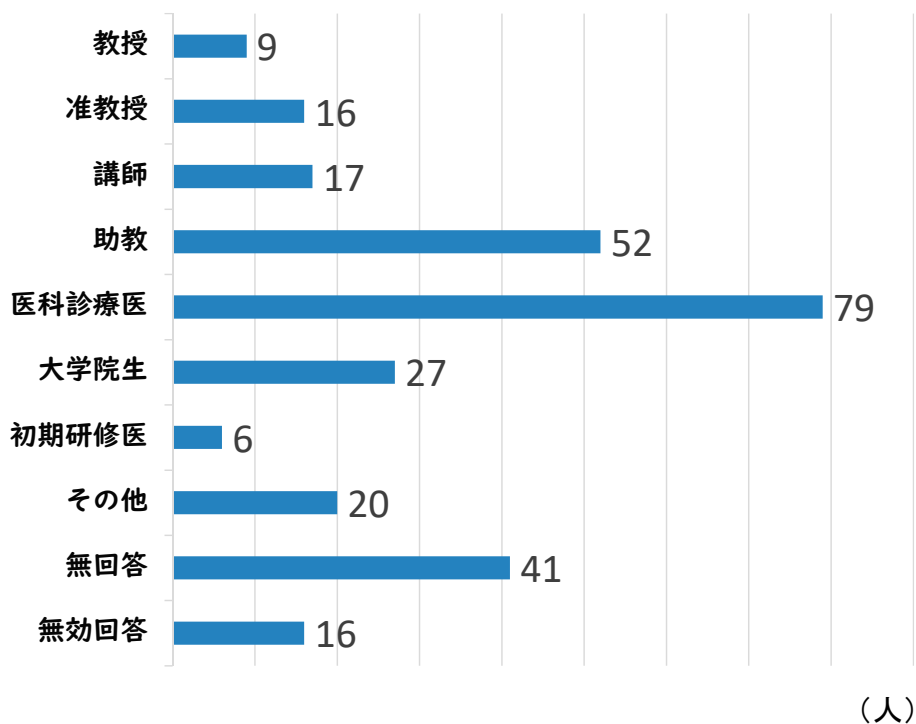
4. 勤務先医療機関の二次医療圏



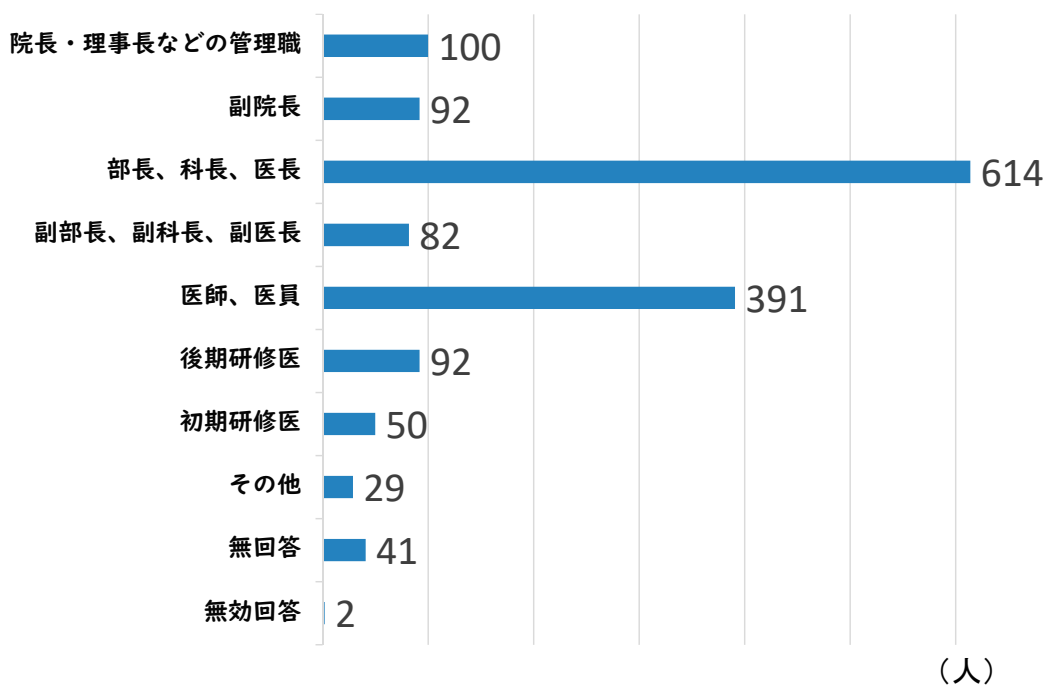
5. 勤務先の開設主体



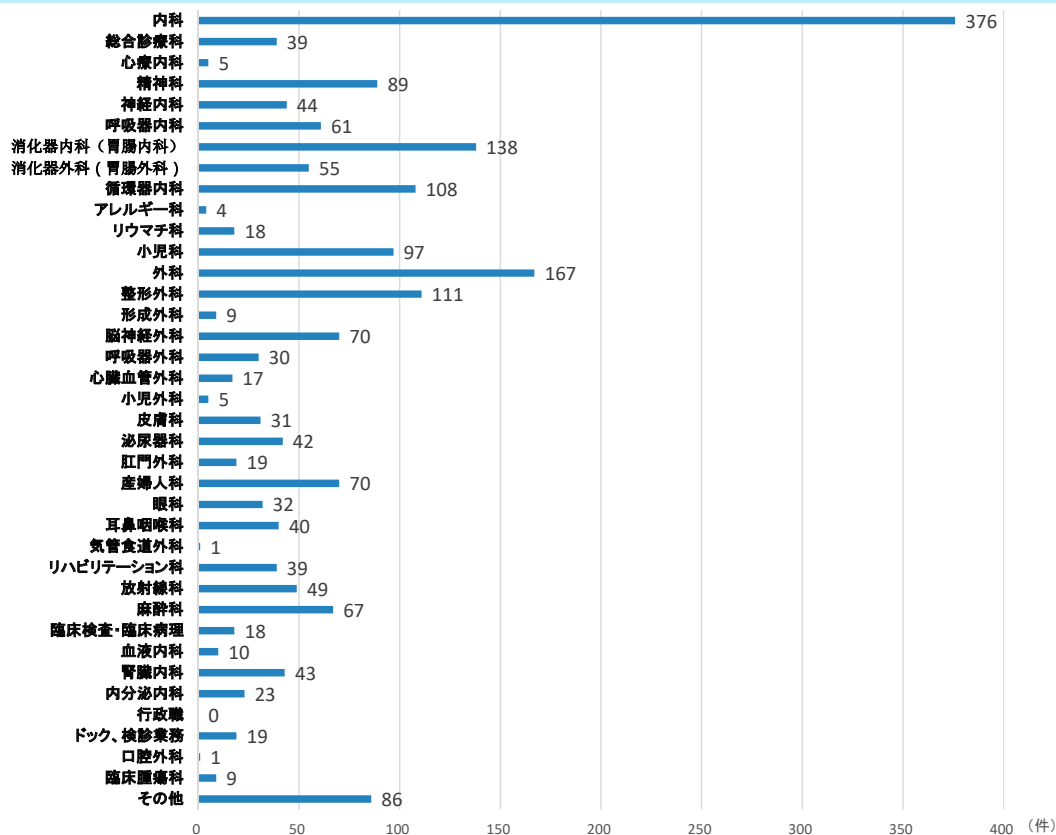
6. 勤務先での立場(大学病院の場合)



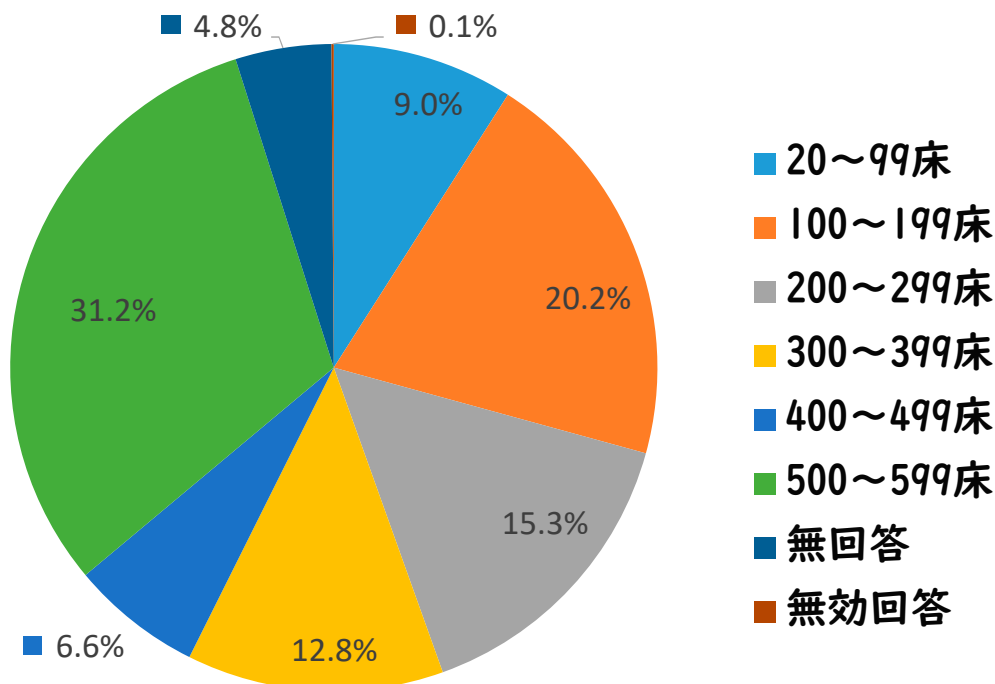
6. 勤務先での立場(大学病院以外の場合)



7. 主たる診療科目(複数回答可)

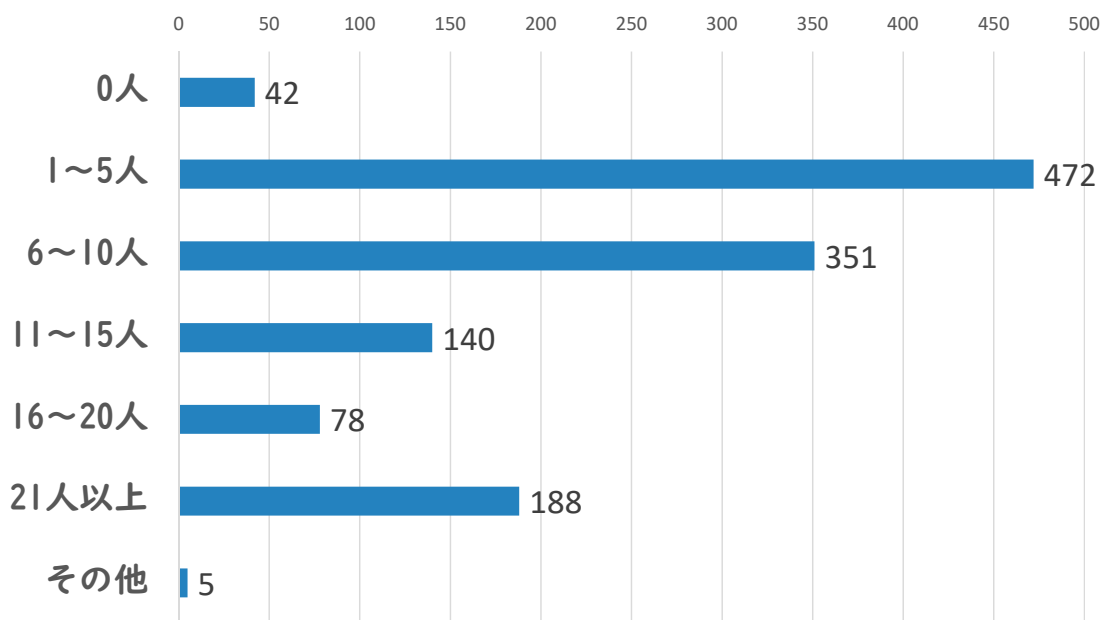


8. 医療機関の病床数



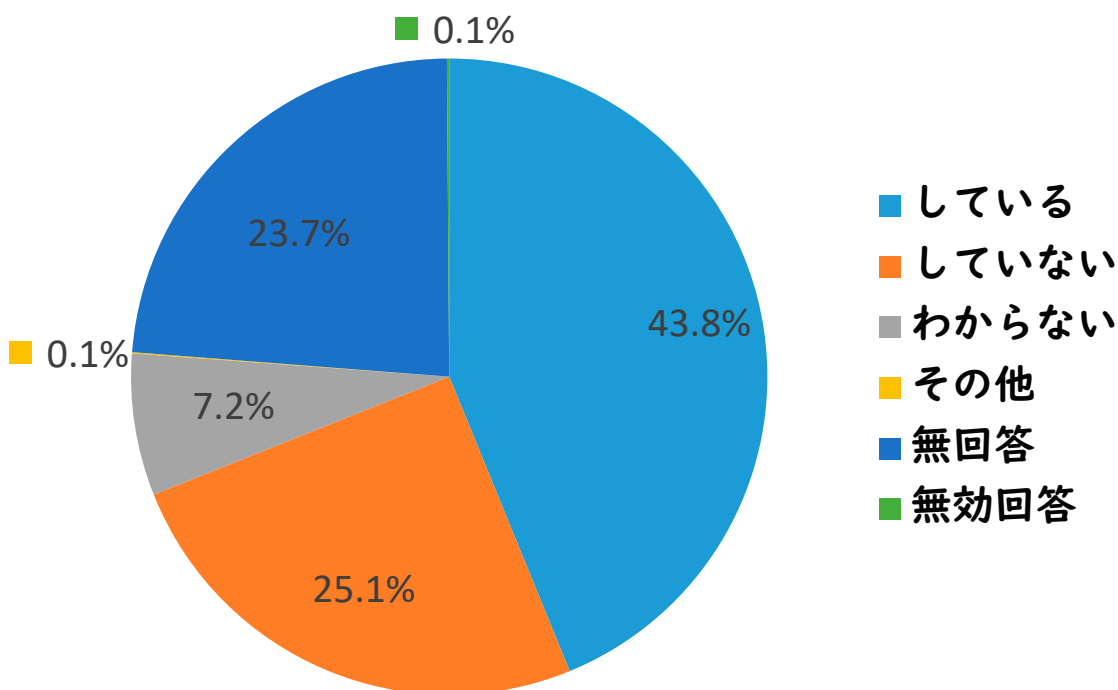
B. 入院患者の複数主治医制について

1. 現在、主治医(担当医)をされている患者は何人ですか。



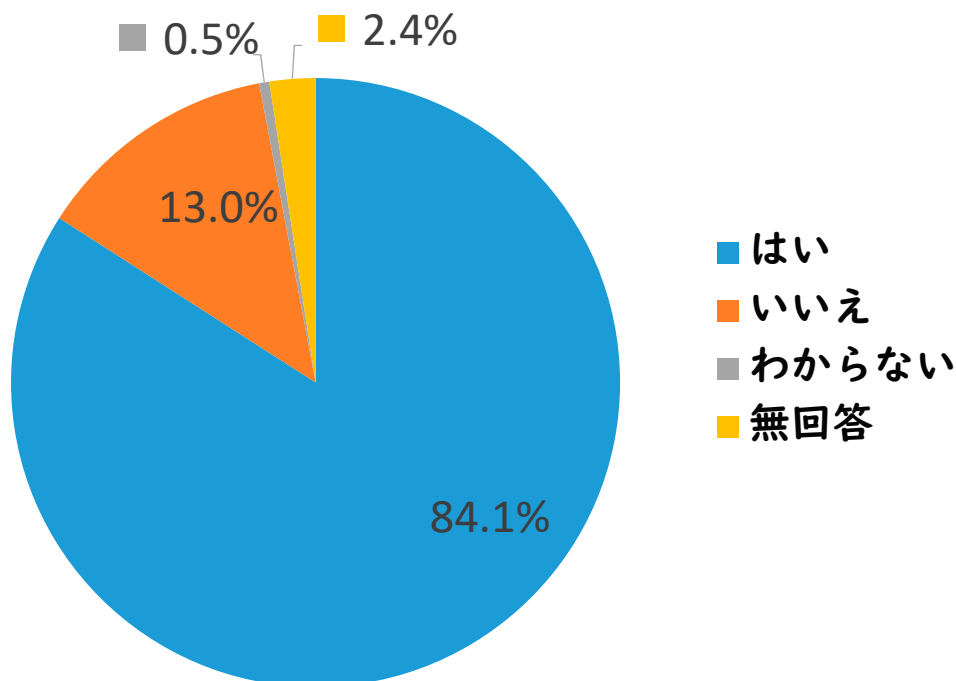
(人)

2. 現在、勤務されている医療機関は、一部でも複数主治医制が導入されていますか。

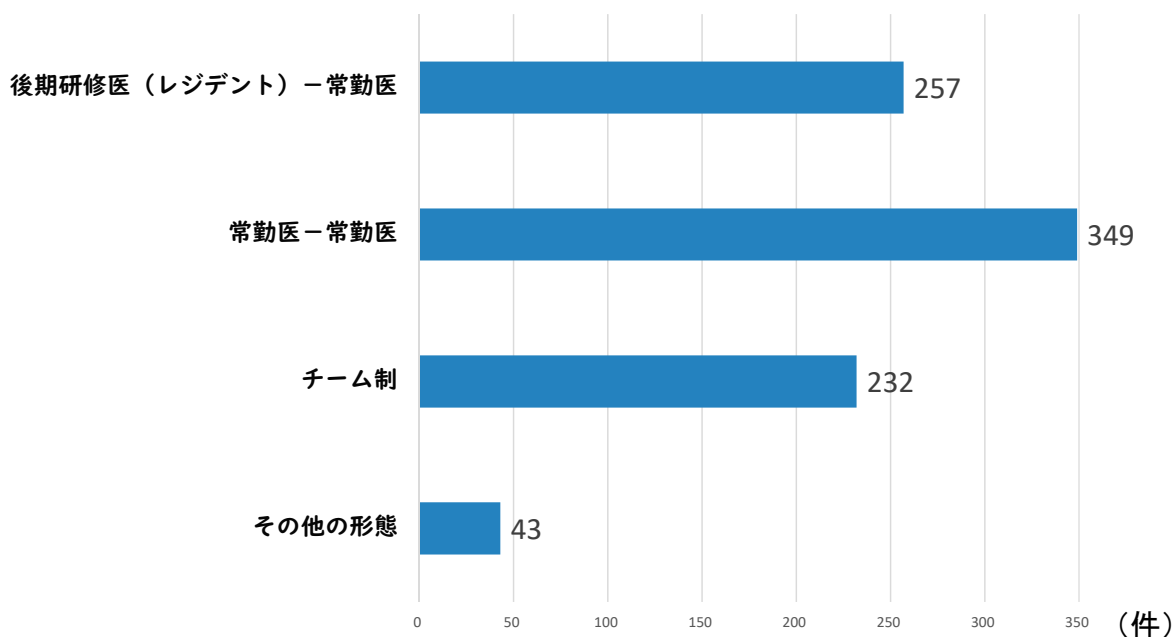


3. あなたが所属されている科について、一部分でも複数主治医制は導入されていますか。

(複数主治医制が導入されている病院の勤務医が対象)

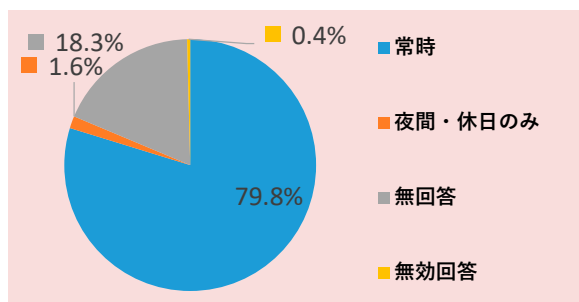


4. 複数主治医制の形態を教えてください。(複数回答可) (複数主治医制が導入されている病院の勤務医が対象)

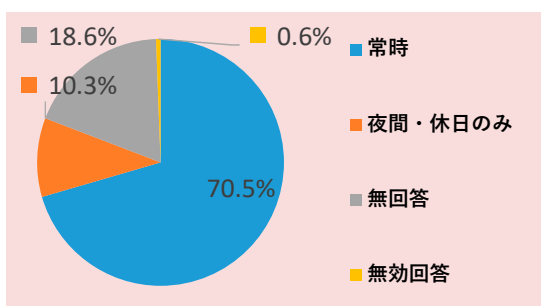


4.複数主治医制の形態を教えてください。 (複数主治医制が導入されている病院の勤務医が対象)

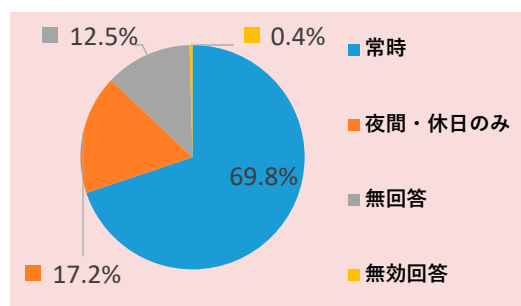
後期研修医 (レジデント) - 常勤医



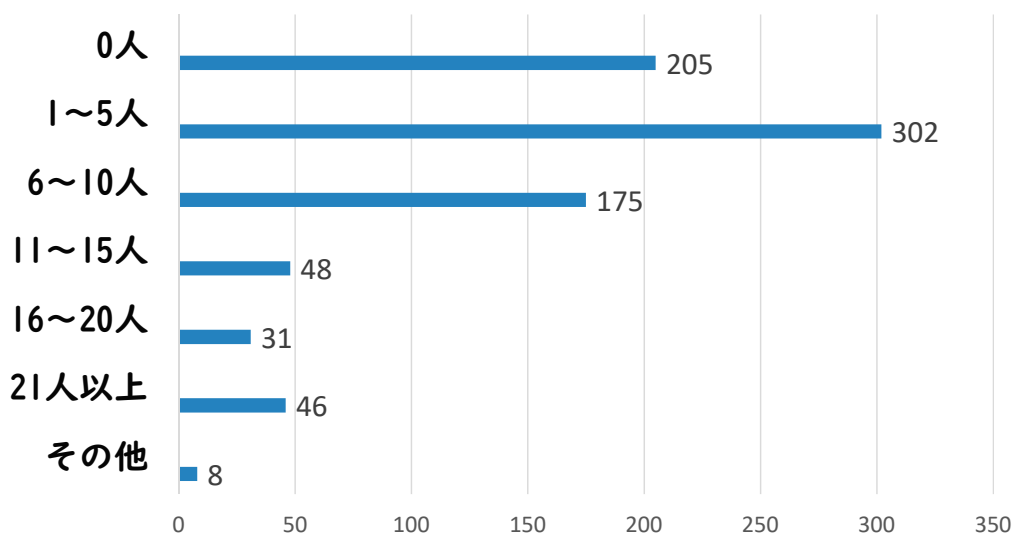
常勤医 - 常勤医



チーム制

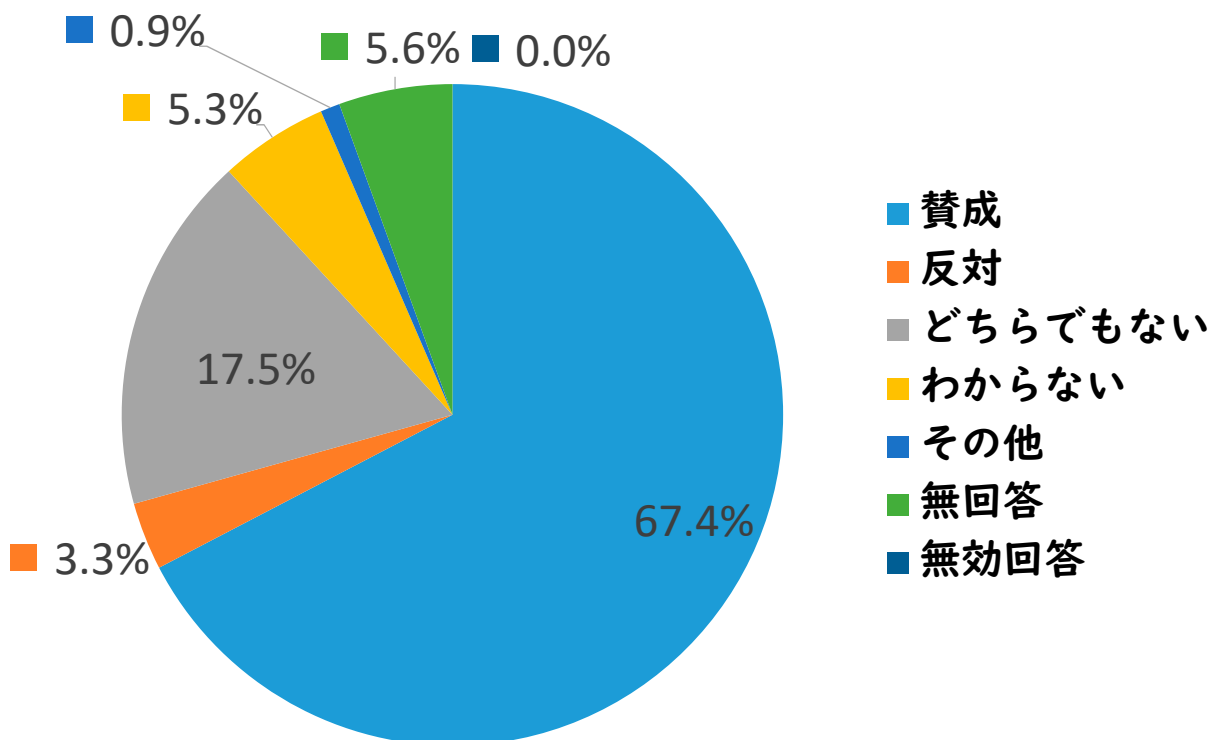


5. あなたが担当している患者のうち、複数主治医制で 対応している患者数は、現在何人ですか。

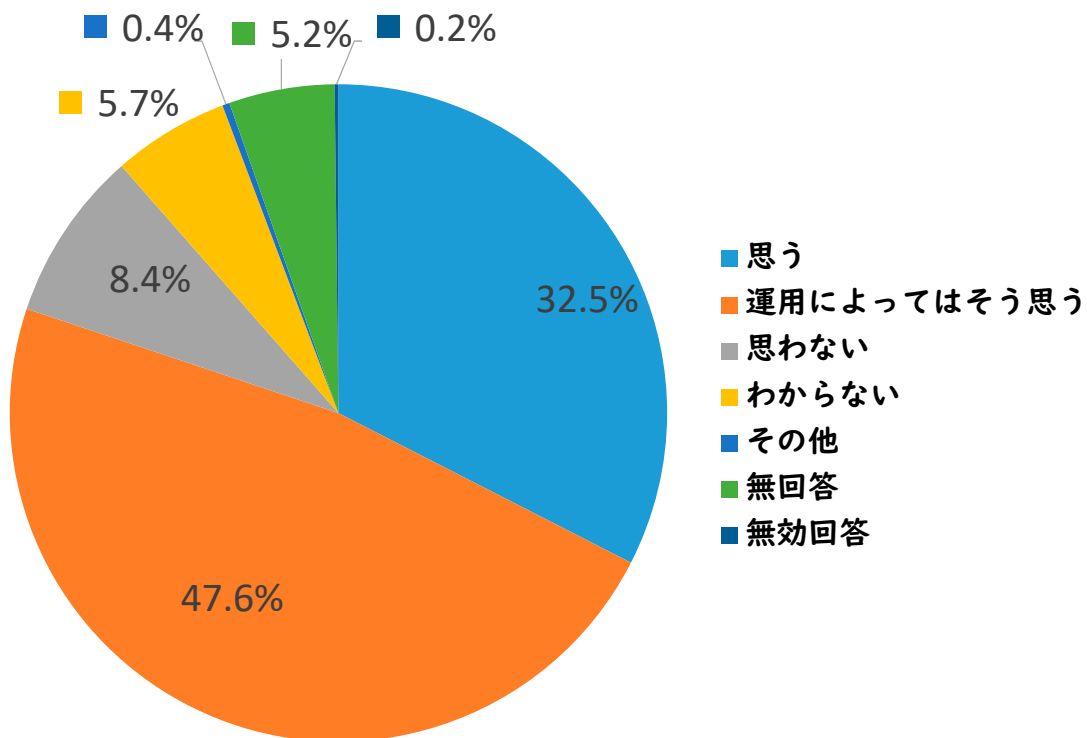


(人)

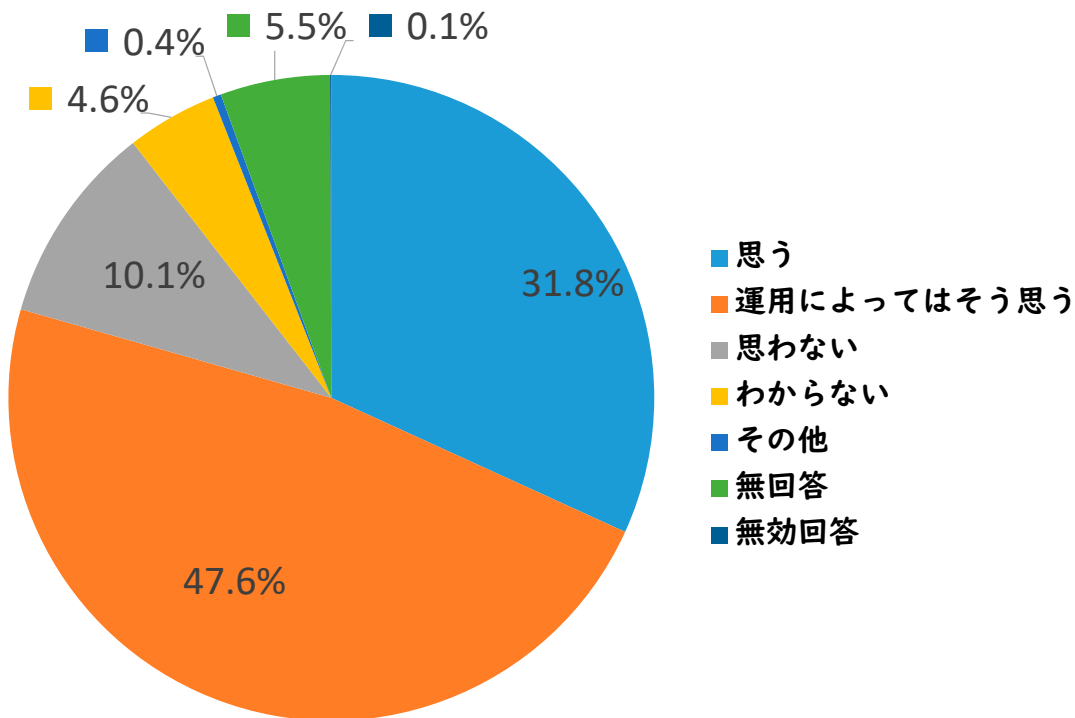
6. 複数主治医制について、あなたは賛成ですか、反対ですか。



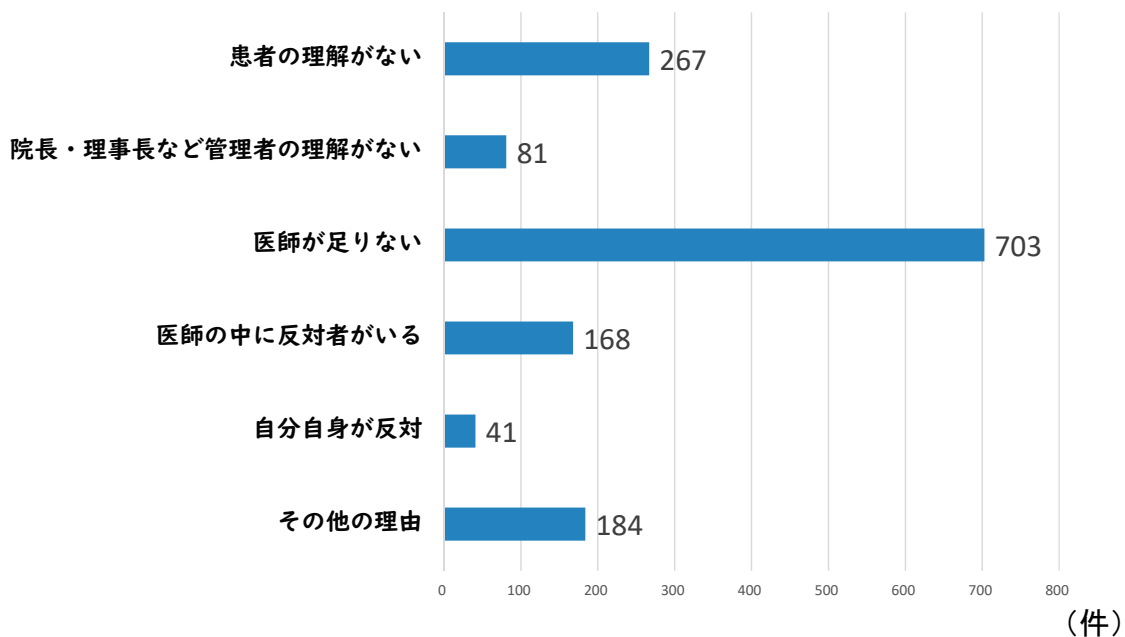
7. 複数主治医制導入により、勤務医の業務負担は軽減すると思いますか。



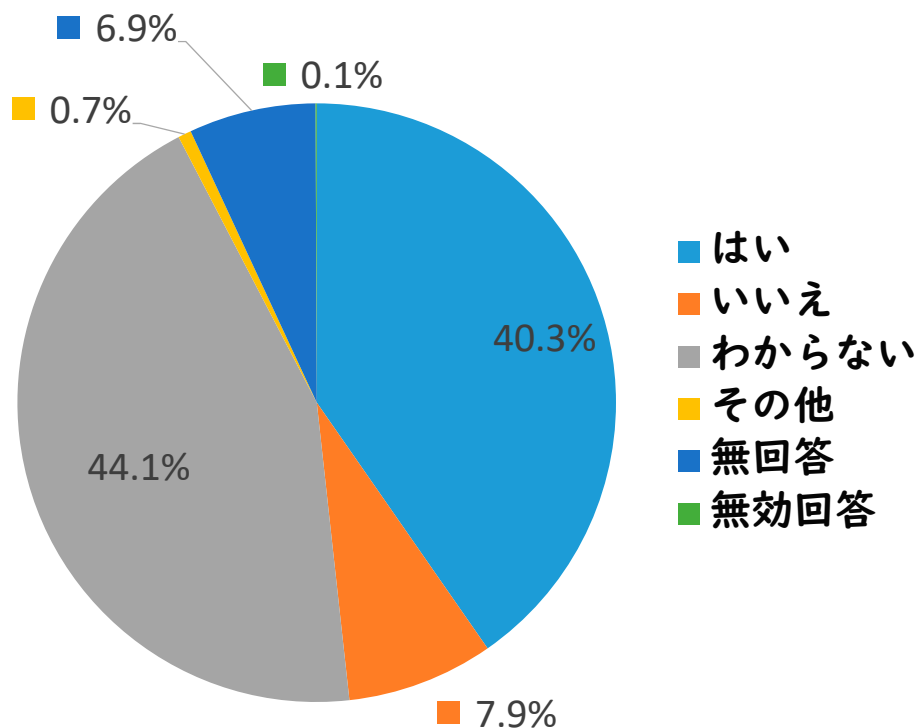
8. 複数主治医制導入により、勤務医の心理的負担は軽減すると思いますか。



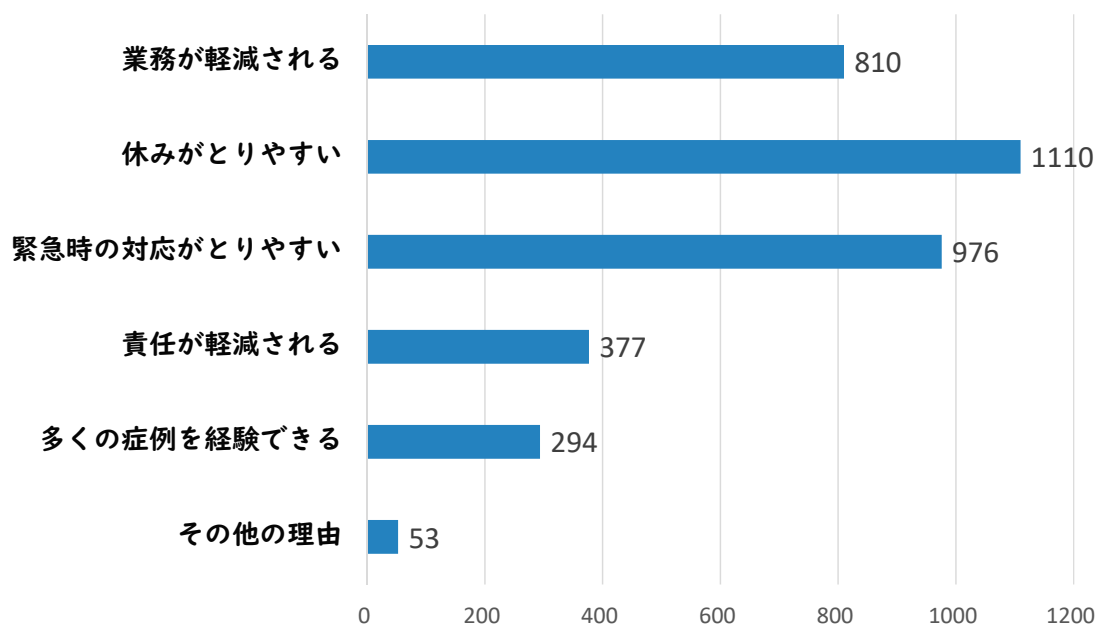
9. 複数主治医制導入が困難な理由として、あなたの勤務する医療機関に当てはまるものは。



10. 今後、複数主治医制の導入は 広く浸透していくと思いますか。

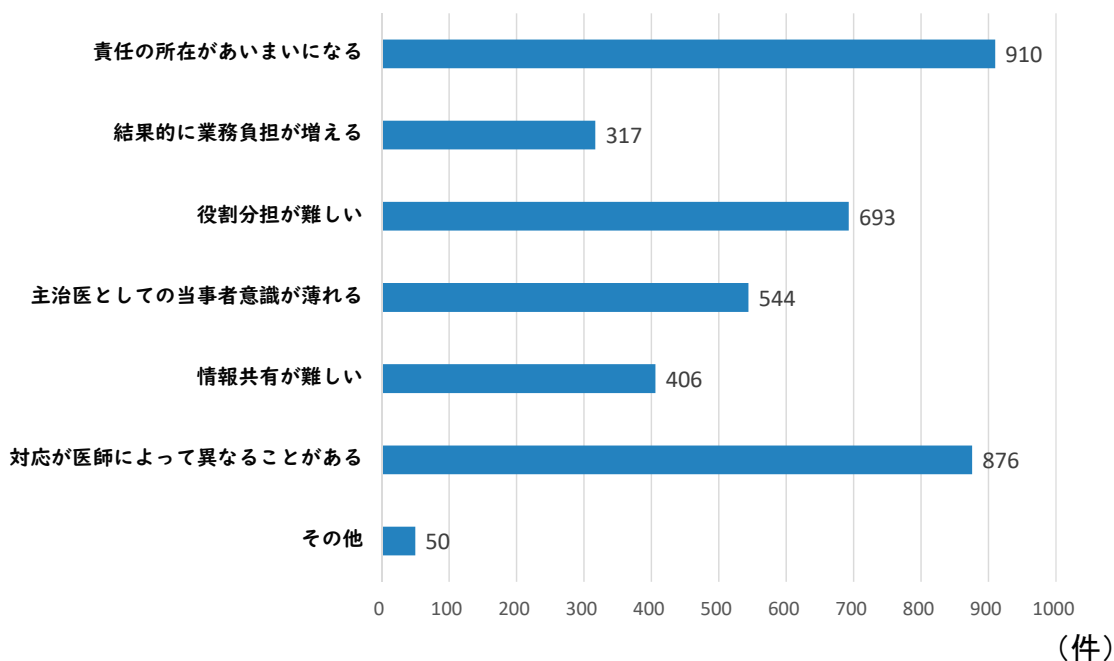


11. 複数主治医制でメリットに思うこと(複数回答可能)



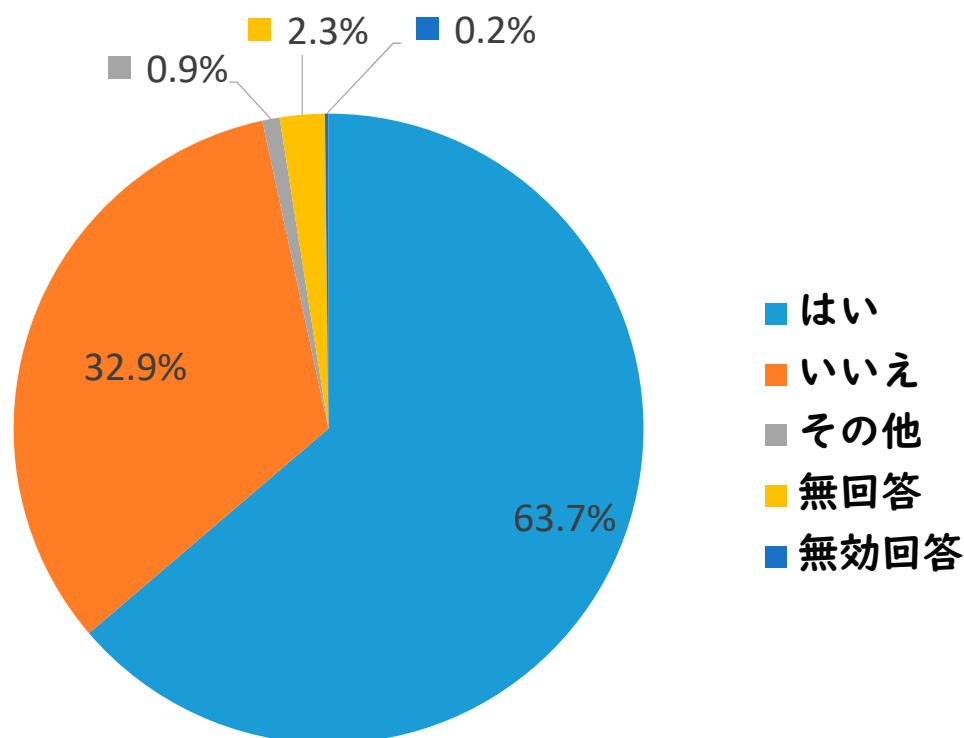
(件)

12. 複数主治医制でデメリットに思うこと(複数回答可能)

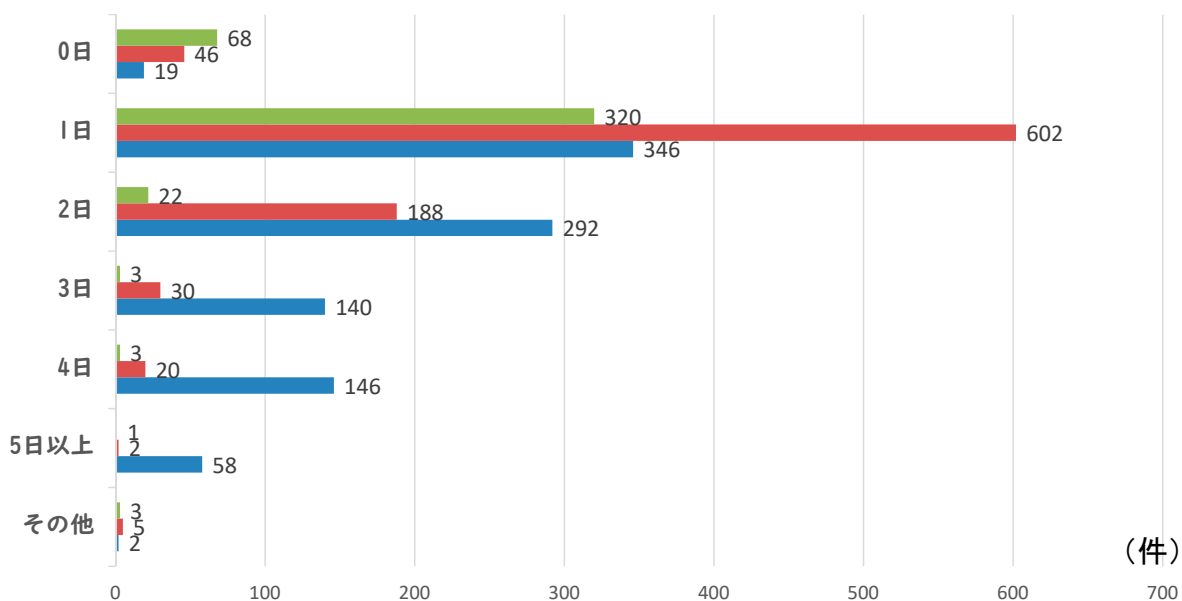


C. 日当直について

1. 現在、日当直をされていますか。

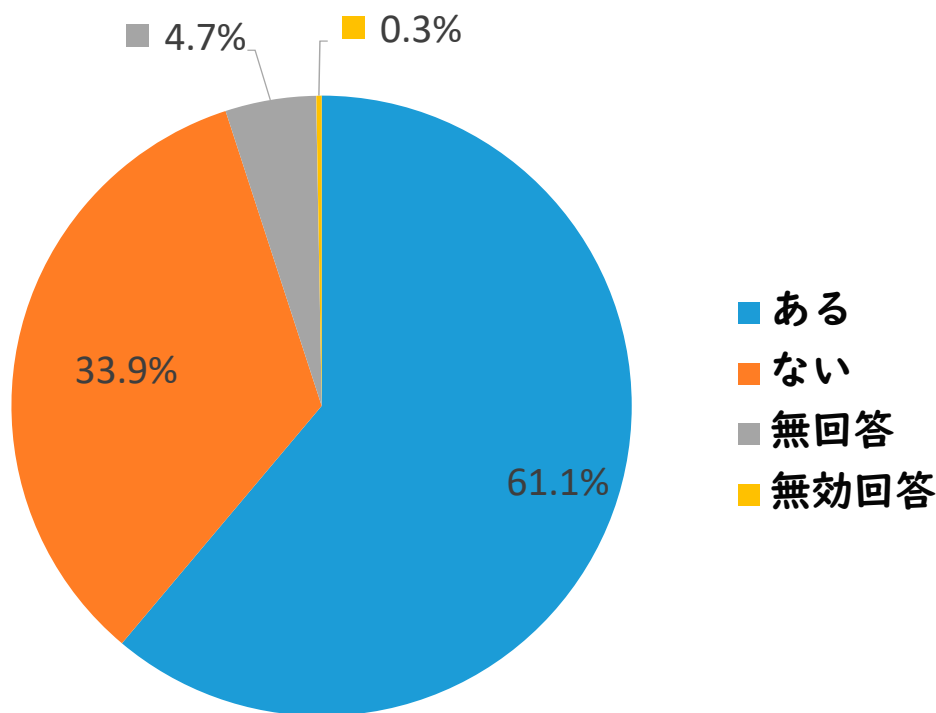


2. あなたの診療科で当直体制での1人1カ月当たりの平均当直回数を教えてください。

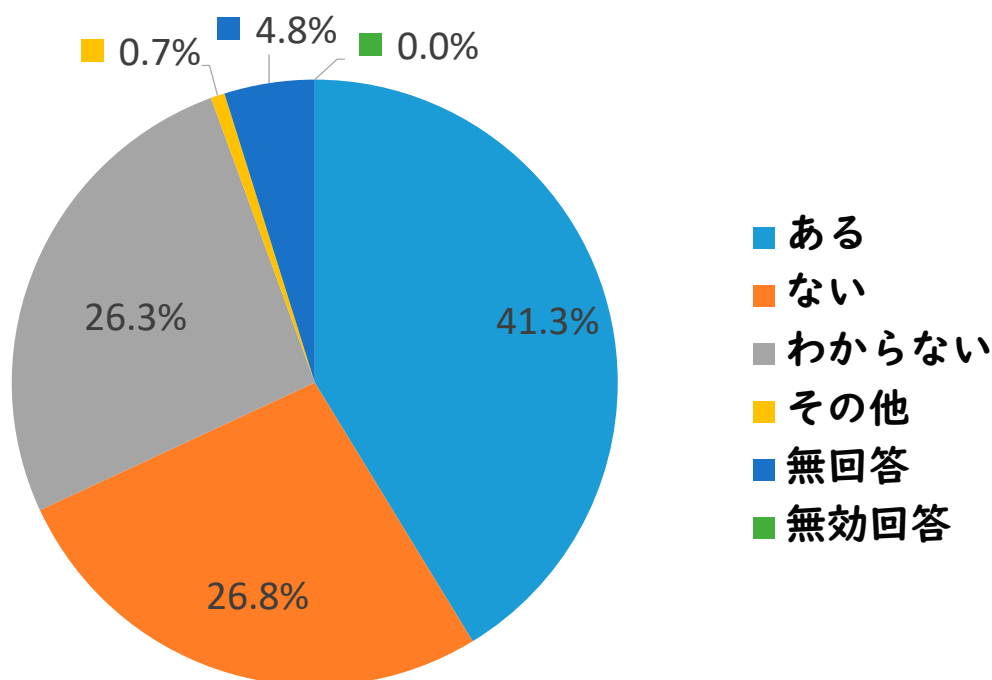


	その他	5日以上	4日	3日	2日	1日	0日
■ 休日	3	1	3	3	22	320	68
■ 土日	5	2	20	30	188	602	46
■ 平日	2	58	146	140	292	346	19

3. あなたの診療科で待機はありますか。



4. 勤務先の医療機関では年齢等による当直の免除制度はありますか。

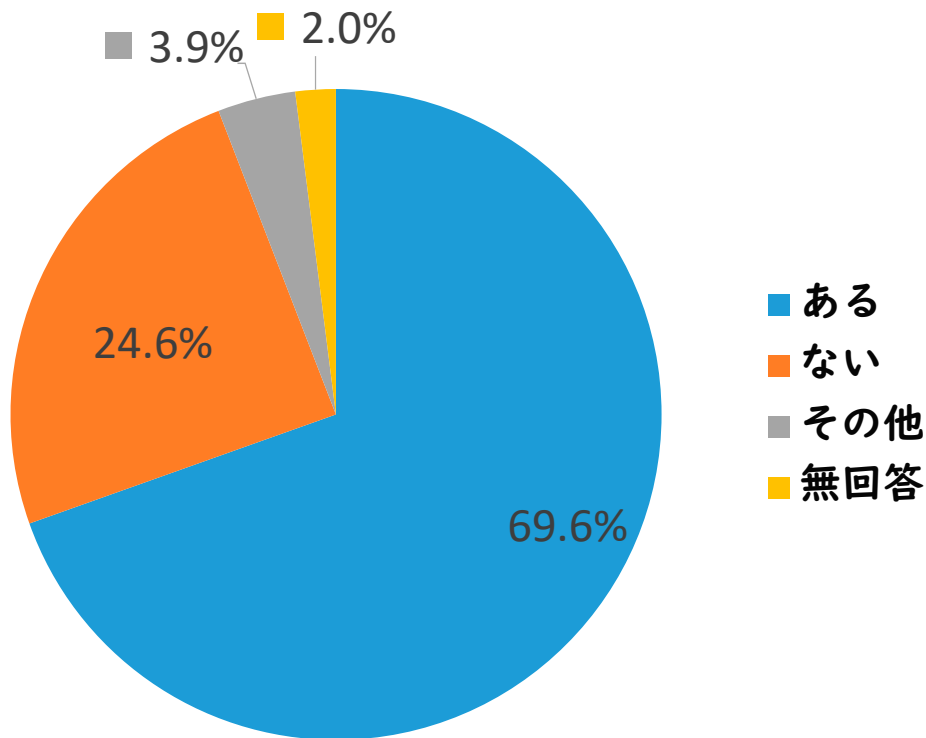


5. あなたは各医師の当直負担の分担をどのようにするのがよいと考えますか。

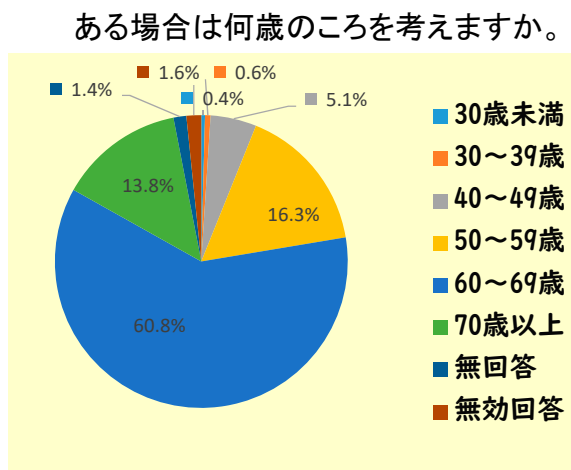
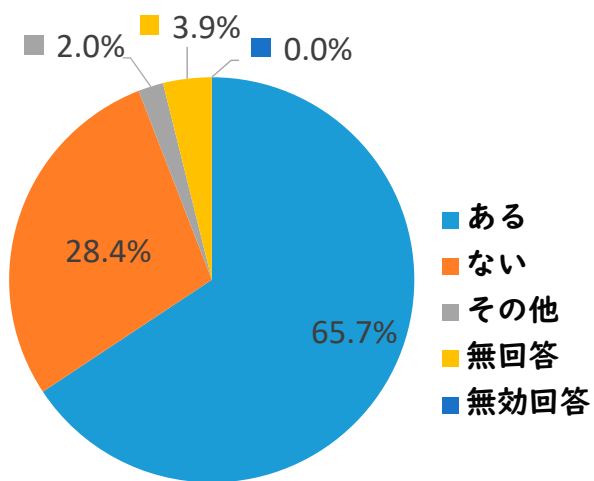
- ◆ 当直明けの勤務を軽減する (休日、半休の取得など) 65人
- ◆ 当直は平等に負担する (各人の事情を考慮して分担する 19人) 63人
- ◆ 当直の負担は年齢への配慮を (40歳代までくらいまで、50代から免除など) 40人
- ◆ 医師の人数の確保、集約化など 37人
- ◆ 業務に見合った報酬を支払う 25人
- ◆ その他
AIの活用、救急車の受け入れ時間の分担、センター化、ナイトドクター制度導入、開業医の協力を得る、コンビニ受診などを減らすことが最優先、若手に負担を押しつけないでほしい、子育て中の男性医師への配慮も必要、内科系医師の負担軽減など

D. セカンドキャリアについて

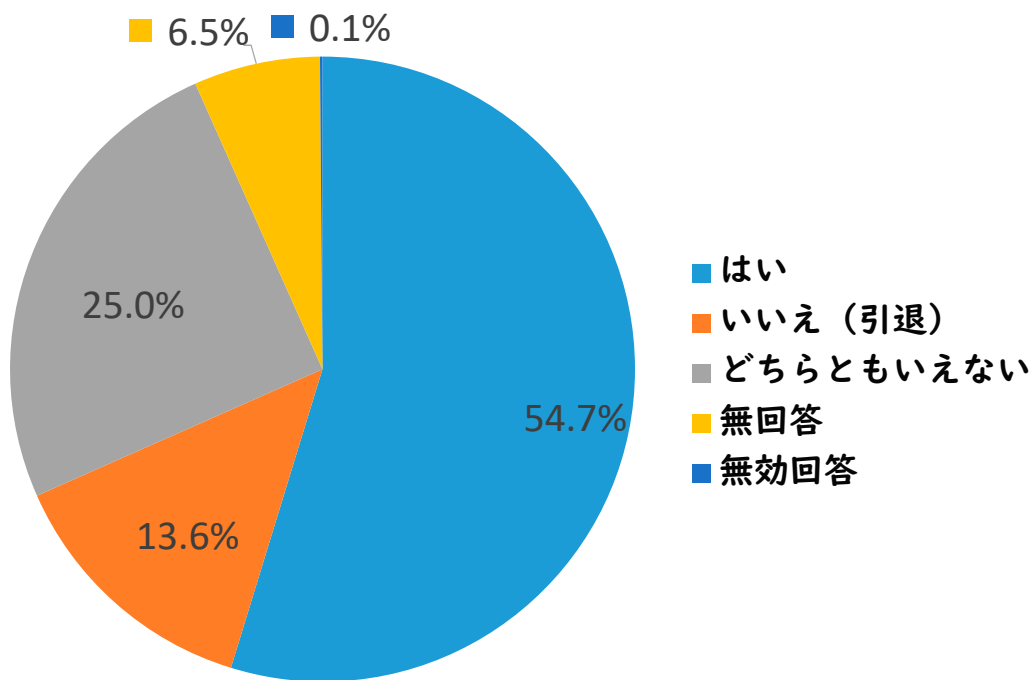
1. 勤務先の医療機関には定年制度がありますか。



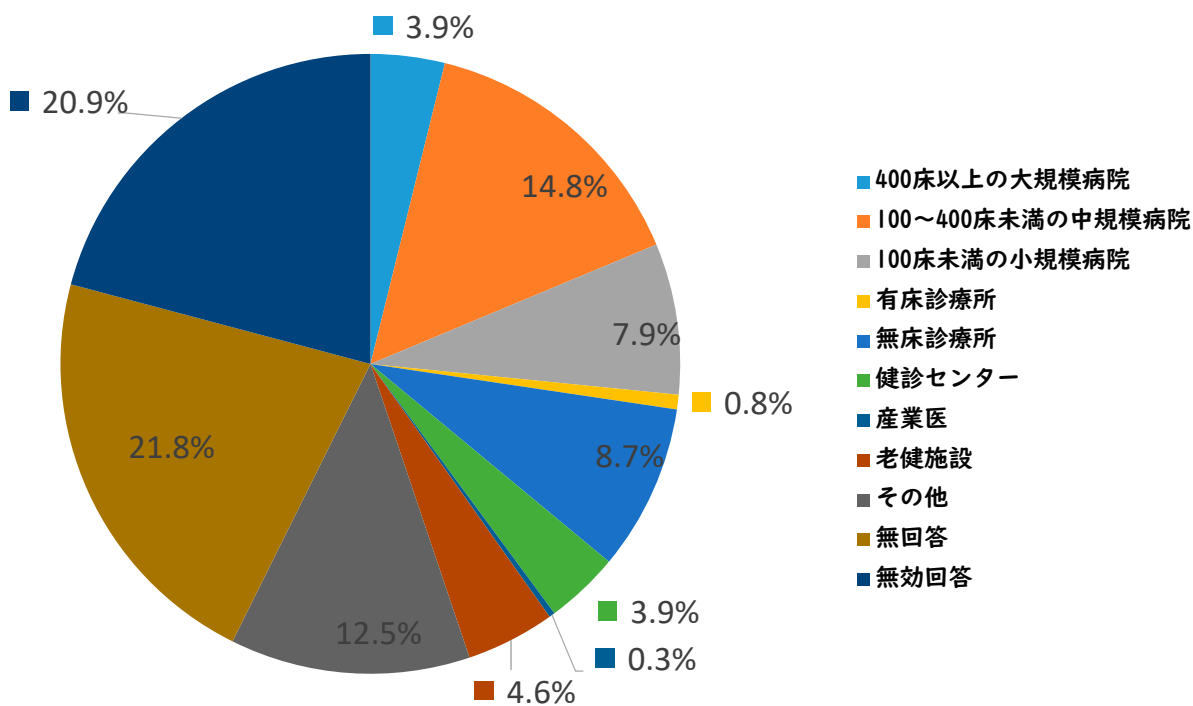
2. セカンドキャリアについて考えたことがありますか。



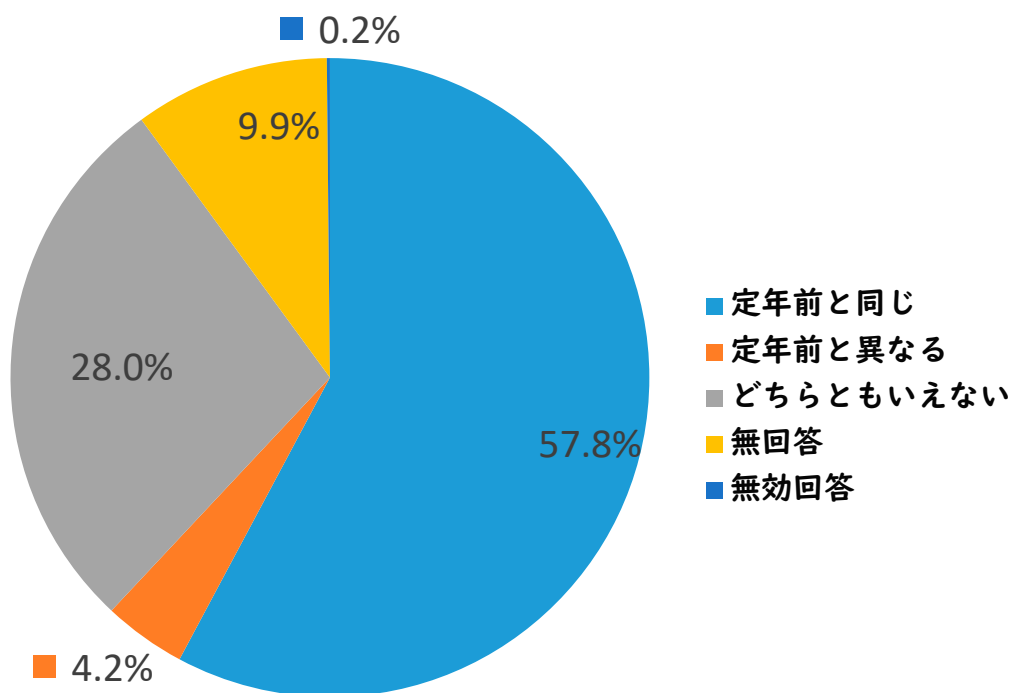
3. 定年後の再就職を希望されますか。



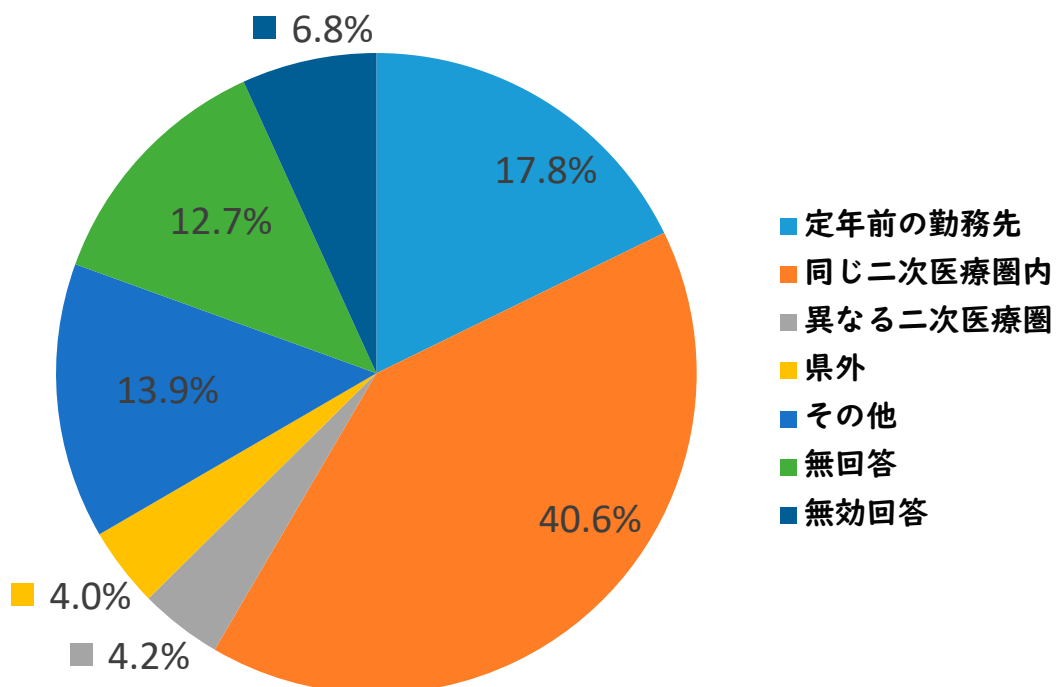
4. 再就職先の希望はありますか。



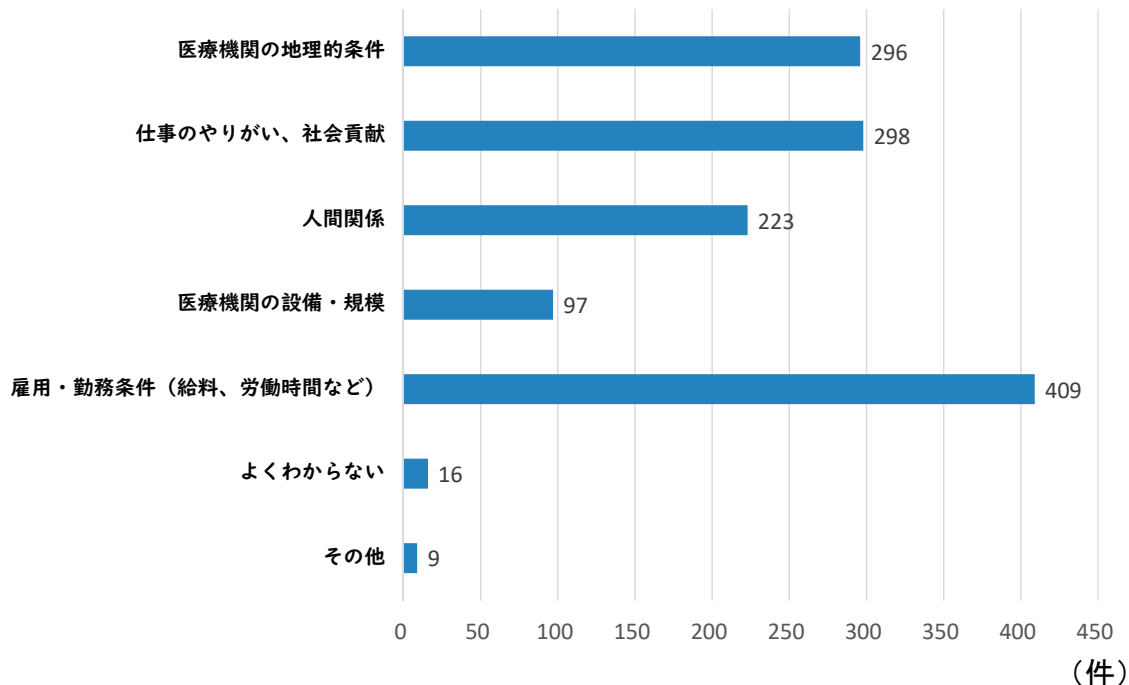
5. 再就職先での希望する診療科目はありますか。



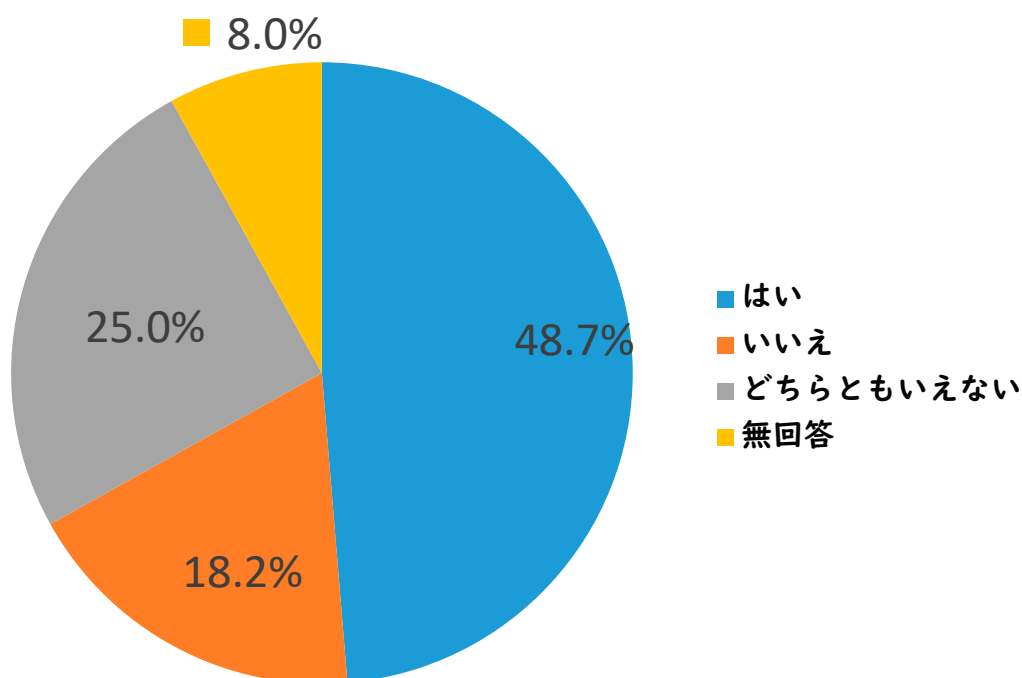
6. 再就職先の勤務地の希望はありますか。



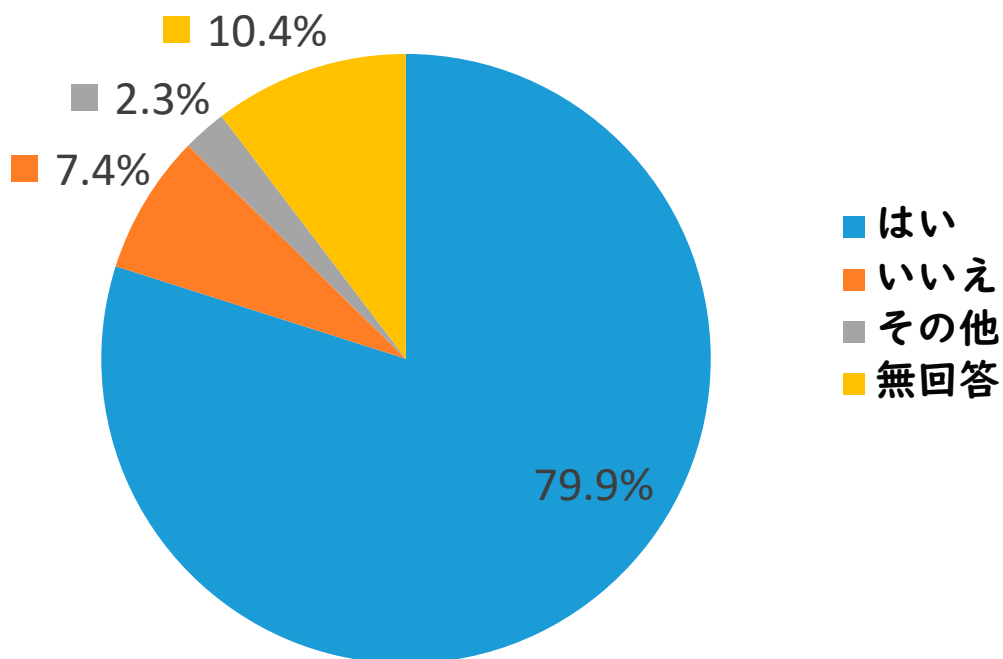
7. 再就職先の決定に際して最重要視することは何ですか。 (複数回答可)



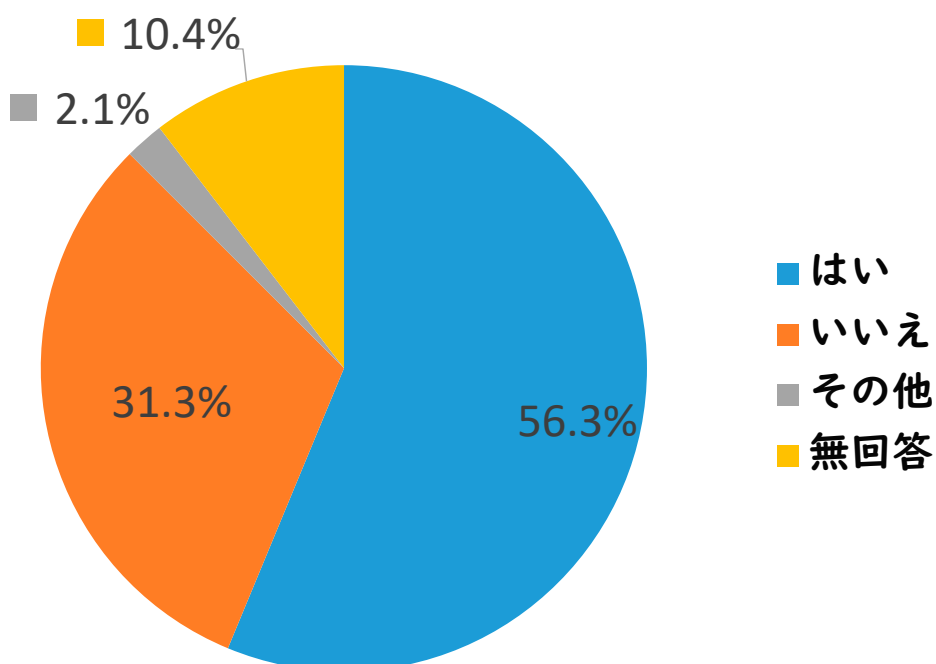
8. 定年後の再就職に向けて、もう一度医学を 学びなおす機会があれば受けてみたいですか。



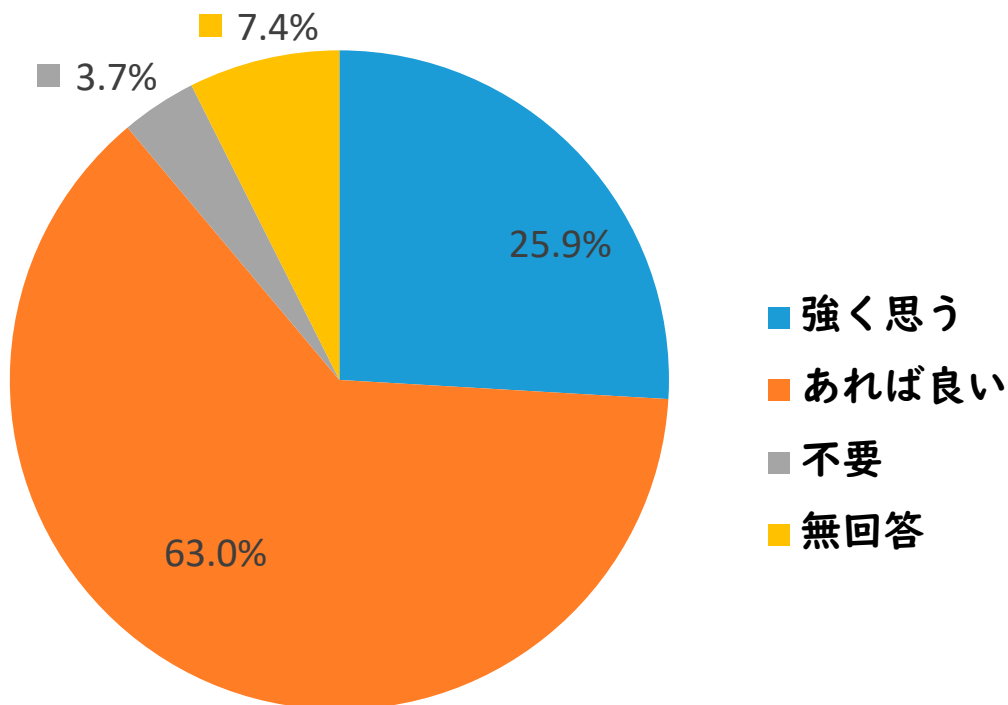
9. 再就職先での仕事内容に従来の専門性を活かしたいとお考えですか。



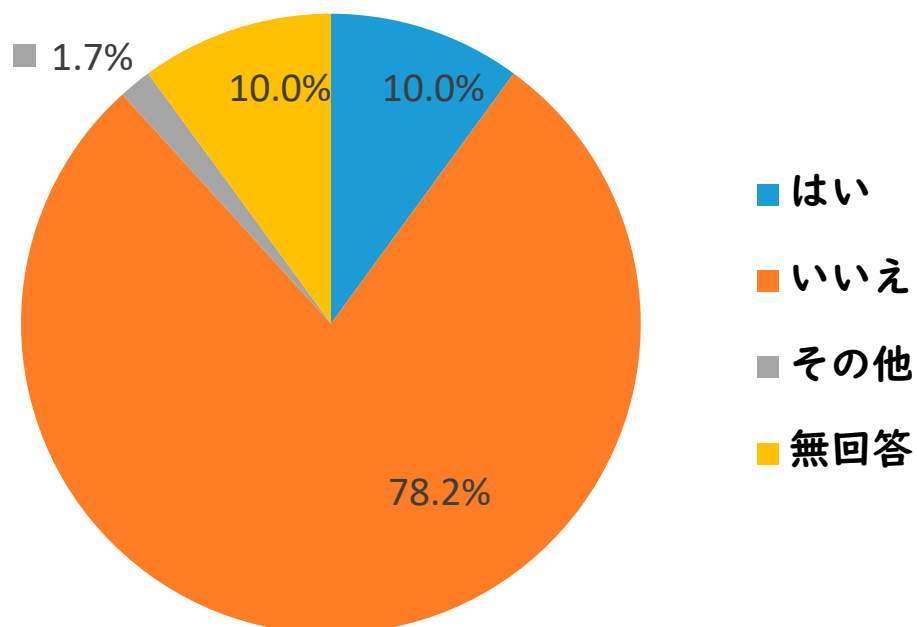
9. いいえの場合、再教育は必要と考えますか。



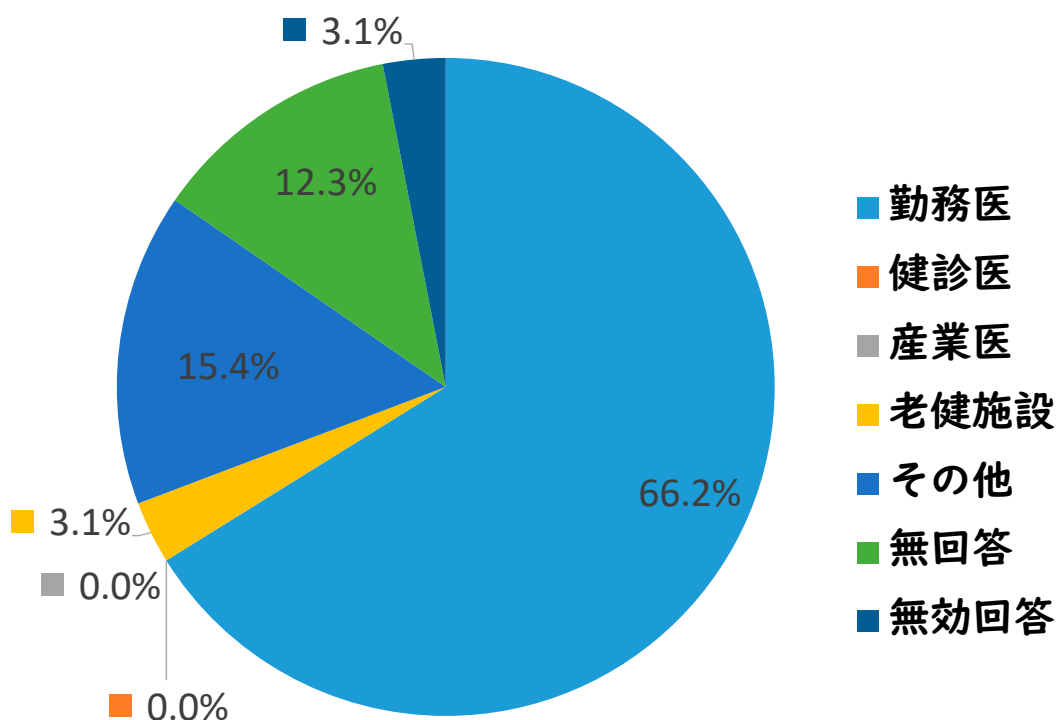
9. 再教育が必要である場合、 それを行う教育機関があれば良いと思いますか。



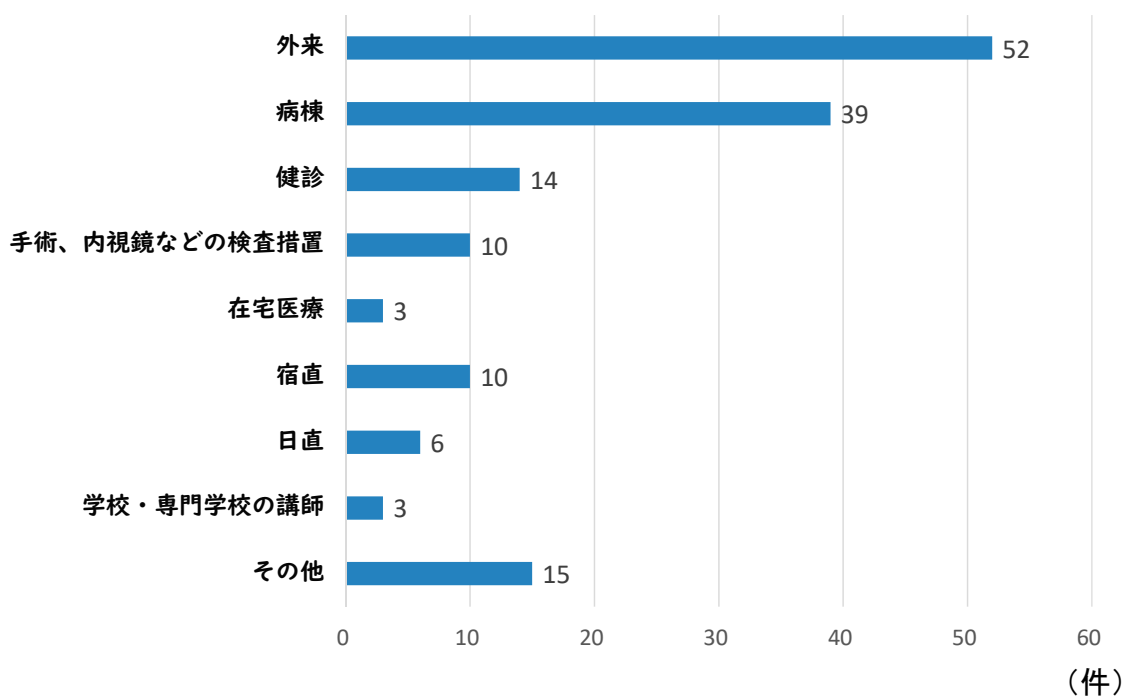
10. 再就職先は決まっていますか。



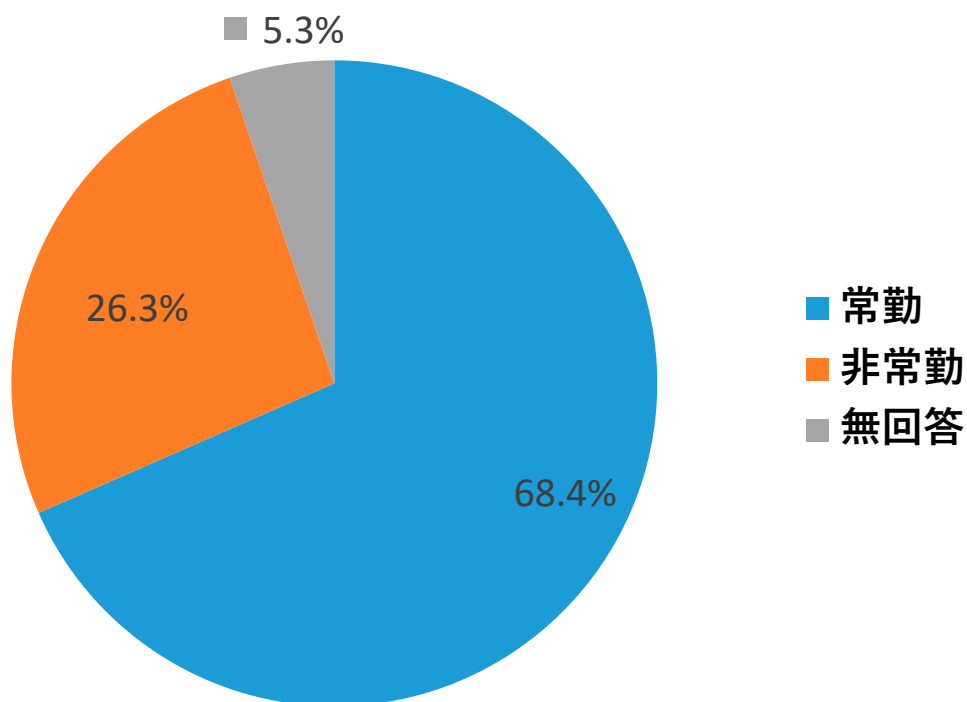
10. 決まっている場合、予定先はどちらですか。



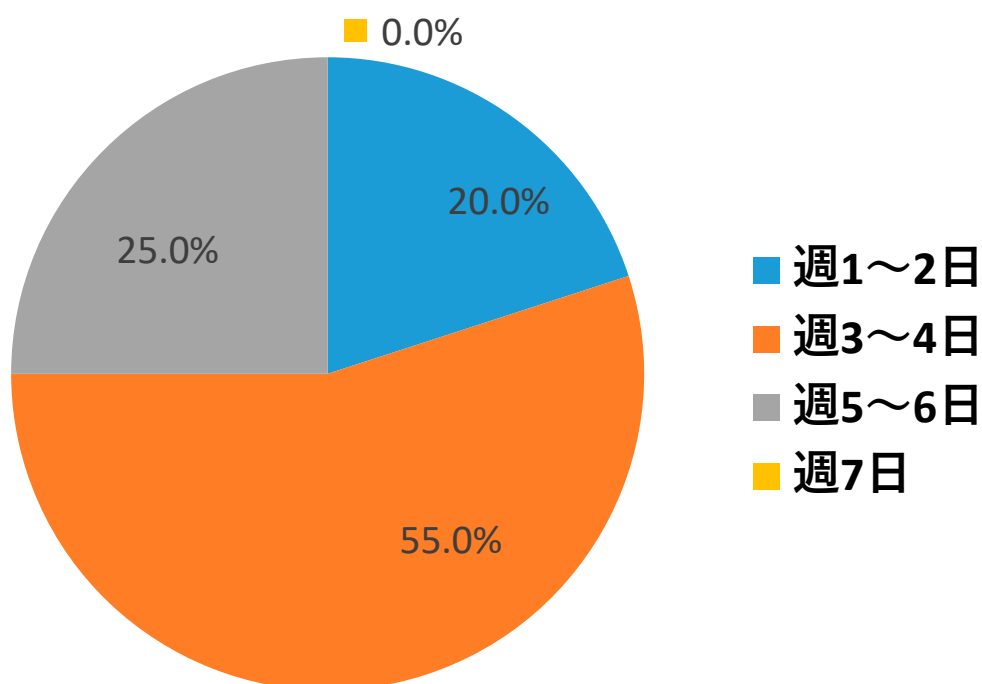
11. 再就職時の業務内容はどちらですか。(複数回答可)



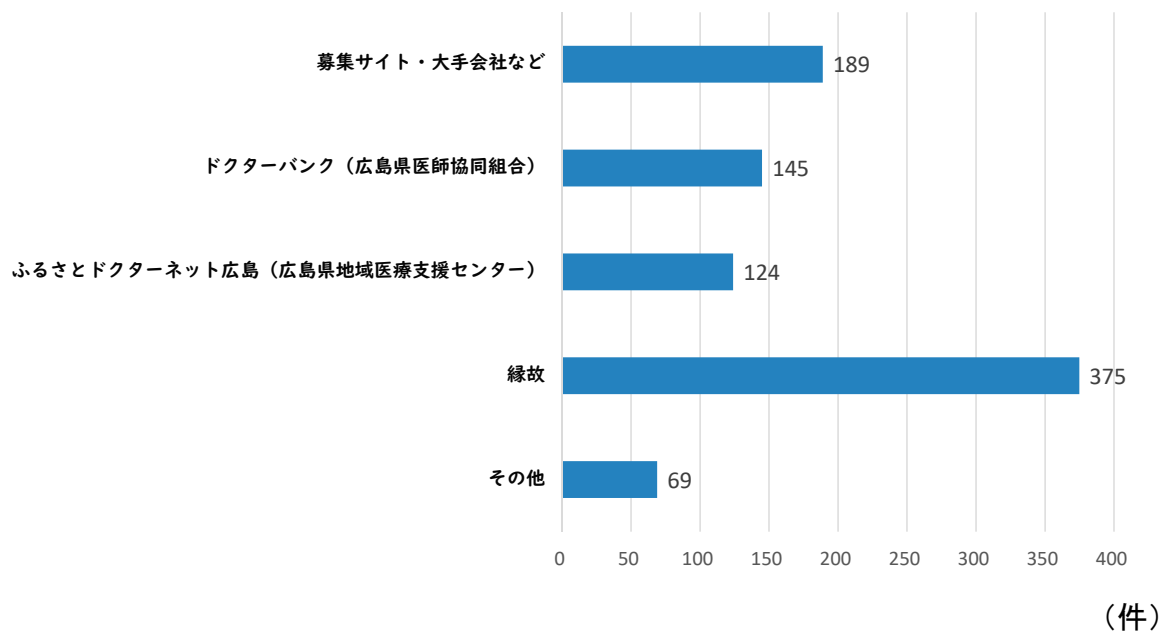
12. 再就職先の勤務形態はどちらですか。



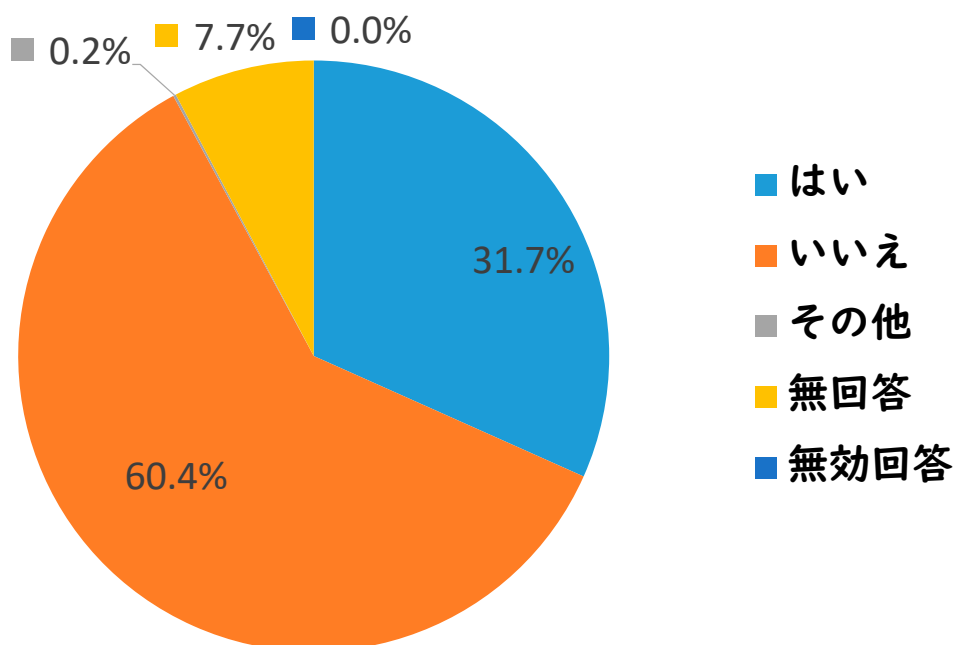
12. 非常勤の場合の希望する勤務日数



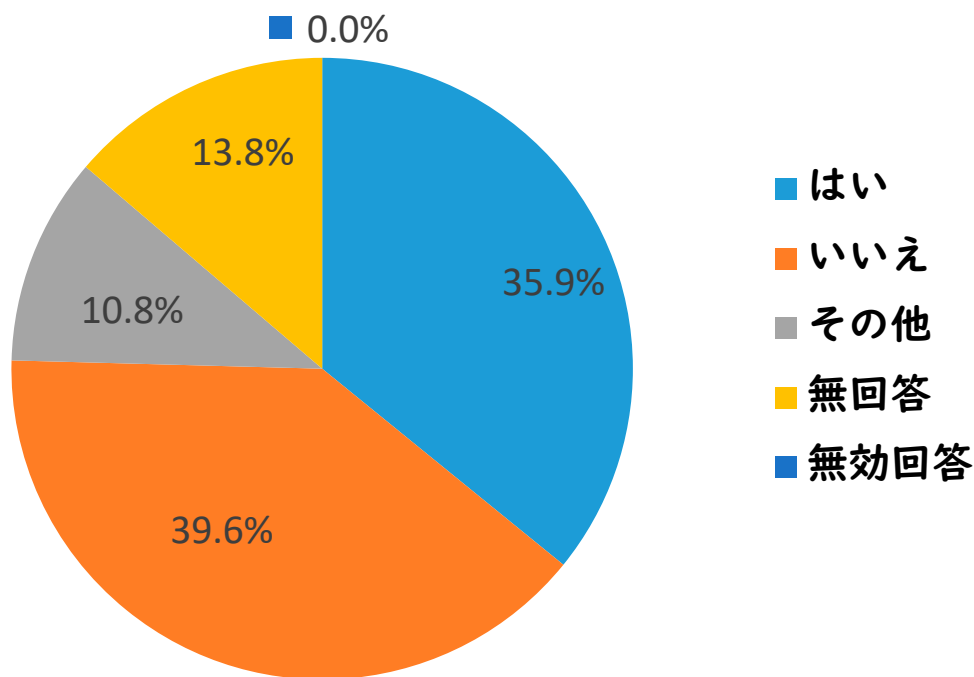
13. 再就職先の求職ではどちらを参考にされますか。 (複数回答可)



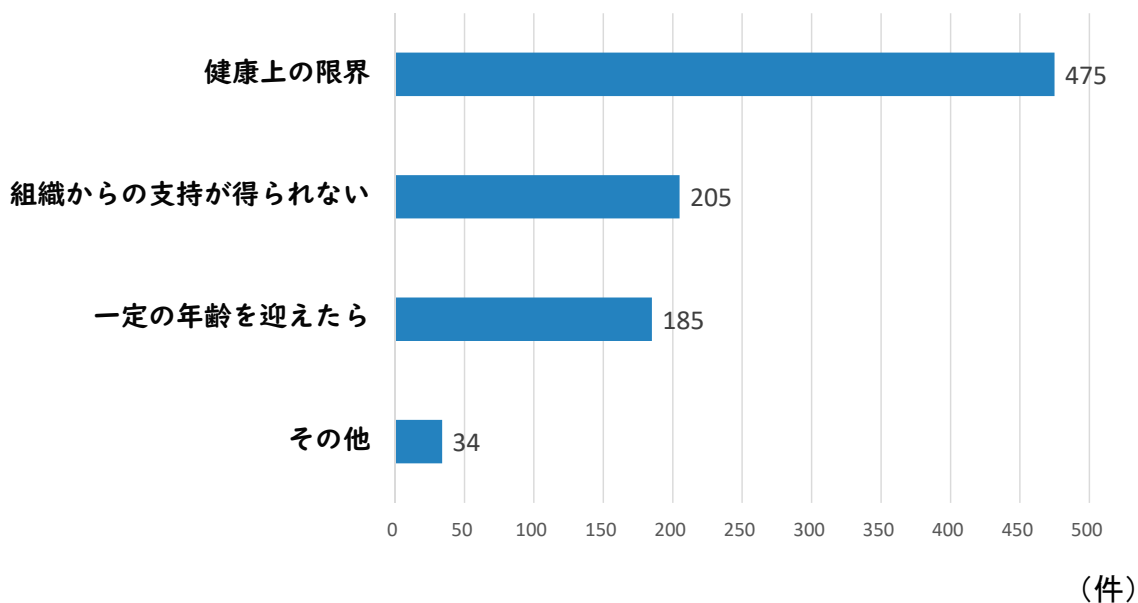
14. 広島県医師協同組合、広島県地域医療支援センターに人材バンクがあることをご存じでしたか。



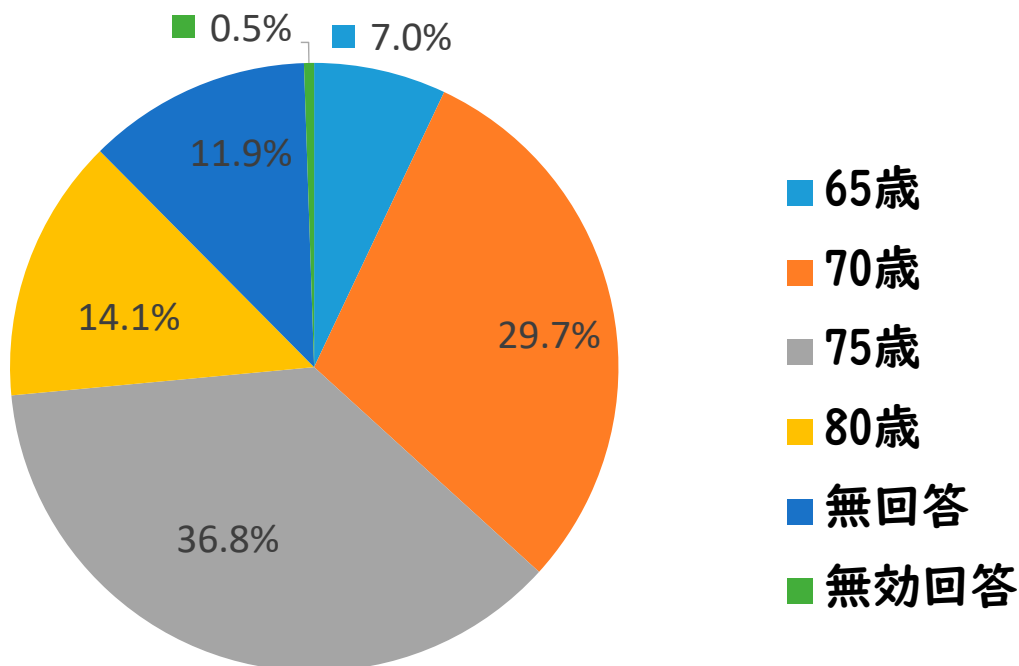
15. 求職の斡旋を医師会に望みますか。



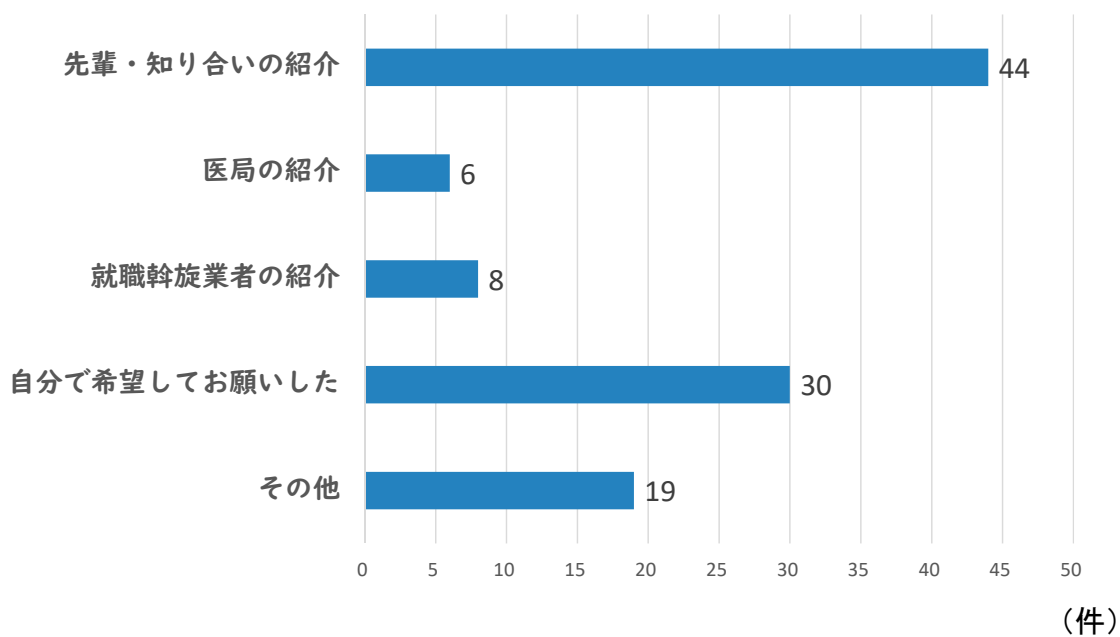
16. セカンドキャリアで働いておられる先生が、ご自身でもはや引退すべきと考えるのはどのような場合でしょうか。(複数回答可)



16. 一定の年齢を超えたら、の詳細



17. 定年後再就職を経験された方にお聞きします。 再就職先をどのようにして決めましたか。 (複数回答可)



記述回答

B-9. 複数主治医制導入が困難な理由 6) その他の理由

負担が増える (あるいは変わらない)

- ◆1人の医師が受け持つ患者数が増える
- ◆単純に担当患者が2倍になる
- ◆複数主治医制にすると、受け持ち患者が倍になるだけ
- ◆医師1人当たりの患者数が増えることになるため
- ◆日中に時間がなく、複数主治医制にすることで増えた担当患者の状態を確認するため残業時間が長くなるため
- ◆複数主治医制度によって担当する患者数は増える一方チームが抱える業務量は変わらないのであれば一人一人の負担は同じ
- ◆個人によって作業量が変わり、不公平となる可能性あり
- ◆仕事ができる人の負担が大きくなる
- ◆能力のある医師はますます忙しくなる
- ◆業務負担が増える人と減る人にわかれる
- ◆業務負担の適正な振り分けが難しい
- ◆結局レジデントがみることになる/上級医より早く診ないといけないので負担は増える
- ◆結局下におしつけているだけ
- ◆結局立場の下の方への負担が大きくなる
- ◆複数主治医制を理由に若手に負担を強いるような上級医が一定数はいるため
- ◆病棟の場合、結局は下のDr. が全て担当している。よって、体力、心的負担はあまり減らない。
- ◆レジデントの複数主治医だと結局はすべての責任が上級医になってくるのであまり意味ない
- ◆自分がいくしかないと思い、あきらめている。ゴルフも行ったことがない。
- ◆導入しても連絡はすべて主担当にきて、副担当は結局何もしていないということになる(他院で経験済み)
- ◆導入により勤務医の負担は軽減しません
- ◆効果が限定的かつ覚えることが増すことによる負担増もある
- ◆患者が多いと休日夜間の負担が増える
- ◆楽をしたい医師が多いため、複数主治医制により自分の負担が増えるとなると積極的な導入の声が上がらない

医師の力量、治療方針等

- ◆医師のレベルの違い
- ◆医師の能力に差があり完全に任せることが困難
- ◆医師の能力の差があり、ペアリングが困難
- ◆診断、治療能力に差がありすぎる(特に内科医)。患者を診ない医者、対症療法だけの医者が多すぎる。
- ◆医師の能力の問題
- ◆医者スキルは均等ではない
- ◆他医師の力不足
- ◆医師の裁量・技量の差のため仕事の均一化が図れない
- ◆主治医以外の医師の患者理解不足
- ◆複数の医師が同じ熱量で治療にあたるとは限らず、負担が偏る事態が起こりえる。それは不公平だと考えるから。
- ◆専門領域の違い
- ◆専門性のある疾患の場合、困ることがある
- ◆担当疾患の専門性が高い
- ◆治療方針、技術の相違
- ◆治療方針が医師により異なる事がある
- ◆治療方針が食い違った時にトラブルになりやすい
- ◆治療方針等のずれが起きた場合の難しさ
- ◆医師により治療法について意見が分かれると思うので衝突は避けたい
- ◆医師により方針が異なる場合、患者の不信感が募る
- ◆医師間で治療方針の統一ができないことがある
- ◆各医師の治療方針が一致しない
- ◆医師間の治療方針の解離
- ◆医療の標準化が進んでいない
- ◆各医師の診療内容に幅がありすぎて一緒に診づらい
- ◆指示がダブったり、異なったりする可能性がある
- ◆指示系統が2人以上いると、統一が難しい。なので普段は1人の医師が行うことになると考える。そうなる、普段からその医師の指示を聞くことになってしまうため。
- ◆診療スタイルの違い
- ◆治療方針のカンファが必要
- ◆方針が異なると、患者やコメディカルなどに混乱を生じる可能性がある
- ◆方針統一が困難

責任の所在

- ◆ 患者に対する医師側の責任感、あるいは責任の所在があいまいになる
- ◆ 責任があいまいになる。決定に時間がかかる。
- ◆ 責任が不明になる。意見が異なることがある。
- ◆ 責任の所在があいまい
- ◆ 責任の所在があいまいとなるおそれがある
- ◆ 責任の所在があいまいになる
- ◆ 責任の所在があいまいになる
- ◆ 責任の所在があいまいになる
- ◆ 責任の所在があいまいになる
- ◆ 責任の所在が不明
- ◆ 責任の所在が不明確
- ◆ 責任の所在が不明瞭になりそう
- ◆ 責任の所在が不明瞭になる
- ◆ 責任の所在が不明瞭になる可能性がある
- ◆ 責任の所在が明確でない
- ◆ 責任の所在は不明値になる可能性があるため
- ◆ 責任の所在がはっきりしない
- ◆ 患者に対する責任の所在があやふやとなる心配あり

情報共有、関係者との連携

- ◆ 引きつぎ、情報共有が大変
- ◆ 患者情報を共有する十分な時間がとれない
- ◆ 常に急患が入り、情報共有が難しい
- ◆ 情報共有がしにくい場合がある
- ◆ 情報共有化
- ◆ 複数主治医間でのコミュニケーション不足に起因するトラブルが心配
- ◆ 病棟スタッフとの連携に不安がある
- ◆ 看護師などコメディカルがどこに連絡したらよいのか迷うケースがある
- ◆ コメディカルの理解
- ◆ スタッフが迷うのでは
- ◆ 科の中で統一した認識がないと、導入しても従来どおりになるから
- ◆ 科内での方針の理解と統一ができていないと難しい
- ◆ 考えが統一しない恐れがある
- ◆ 考え方を統一しておくことが難しい場合がある
- ◆ 混乱する

必要性を感じない

- ◆ なくてもなんとかなっている
- ◆ おそらく必要がないと思う
- ◆ 軽症の患者が多いので複数にするメリットをあまり感じない
- ◆ 研修医はいないので不要。専門医が診療する

ため緊急時は夜間休日の当直医の臨時対応で十分である。

- ◆ 現実的でない
- ◆ 相談できる医師がいるので特に問題を感じていない
- ◆ 特に必要性を感じる状況でない
- ◆ 不在時当番制があれば、特に必要と思わない
- ◆ 必要性について検討されていない
- ◆ 不要
- ◆ 夜間、休日当直医体制である程度対応は可能

患者への負担

- ◆ 各々の医師の力量により、同じ説明をしても患者側の解釈に差異が生じてトラブルの元となる。患者の負担が増える。
- ◆ カウンセリングが主のため、患者の負担が増える(同じことを複数の医師に話さないといけない)
- ◆ 患者、家族に対する一貫性が困難
- ◆ 患者及び家族の理解が得られないことがある
- ◆ 精神科なので同じことを言っても微妙に患者さんの捉え方が違っていたりして混乱されそうである
- ◆ 精神科のために主治医-患者間の信頼関係が重要。治療方針も一貫していないと混乱しやすい
- ◆ 背景が複雑な患者さんでは、特定の医師しか対応が難しいから

その他

- ◆ これまでの病院の方針として残っている
- ◆ これまで導入されていないため
- ◆ そういうシステムになっていないため
- ◆ どんな制度か分からない。導入されている職場を見たことがない人が多いと思う。
- ◆ これまでのキャリアの中であまり経験がなく、慣れていない点もある
- ◆ 具体的な運用がわからない(ICなど)
- ◆ 自身に経験がなく、イメージが乏しい。研修生時代の指導医とは違う形態なので。
- ◆ 制度に対する医師間の認識の違い=定義があいまい
- ◆ 体制として定まっていない
- ◆ 複数主治医制を理解できていない or 運用できる仕組みの構築ができていない診療科では名ばかりになっている
- ◆ 多職種に浸透していない
- ◆ 表向きは導入されていても浸透されていない
- ◆ 眼科の場合、入院期間が短い。平均5日以内。

- ◆急性期病院での導入が理想だと思う
- ◆入院期間が短く、入院患者数が多い小児科はやや導入しにくさを感じるころはある
- ◆小規模の医師数の少ない病院では困難だと思う
- ◆老健施設のため、困難
- ◆1人科なので
- ◆1人医長である
- ◆入院診療を行っていない
- ◆チーム制で運用しています
- ◆金銭的に難しい
- ◆今まで議題にあがっていなかった
- ◆考えたことがない
- ◆昔からの慣習で話題に上がっていない
- ◆従来通りのまま、議論なし
- ◆前例がないから
- ◆誰も考えもしていないと思う
- ◆誰も認識していない
- ◆誰も反対していない
- ◆考慮すべきと思う
- ◆わからない
- ◆わかりません
- ◆不明
- ◆理由を知らない
- ◆導入していないので不明
- ◆特になし
- ◆困難とは思わない
- ◆困難はない
- ◆困難を感じる事はありません。今まで1人主治医の経験がほとんどありません。
- ◆賛成、反対の意思表示を含め、議論しようとしなない医師（特に高齢の医師）がいる
- ◆耳鼻咽喉科では耳科手術、鼻科手術、咽喉科手術（例えば扁桃摘出、声帯ポリープ摘出等）は1人の術者で行われたこともある。この場合、術後にトラブルがあった場合、術者が対応しないと、状況がより悪化することがよくある。また、患者、家族も術者以外の診察では納得しない。
- ◆若い医師の指導・責任は部長にかかってくる。ベテラン医師なら、各々が責任をとることができると思うが、ベテランばかりではない。
- ◆責任上同じ立場の医師が複数いると、最終結論を出しにくい。大筋の大まかな治療方針はやはり、1人の医師が責任を持ってあたるべきと思われる。その上で主治医が不在の時でも、診断がついて、看取りを待つみの場合や、一時的な対応で、その場をのりこえられる時などは、全て主治医が急いで来院してまでの対応をする必要はなく、当番医にまかせる形でよいと思います。

- ◆専門医と専門医ではあまり意味がないと思います
- ◆前日や前々日と比較しての判断が難しくなる
- ◆男性医師に家族参加の意欲がない（特に昭和以前の上司）、男性若手医師が家族参加への希望を言い出しにくい雰囲気
- ◆ICリーダーははっきりさせておく必要がある
- ◆メリット・デメリットが両方あるから

B-11. 複数主治医制でメリットに 思うこと 6) その他

より良い医療の提供

- ◆複数の医師が主体的に関することでより良い治療方針を立てられる
- ◆複数の医師が方針検討に関与することで見落としが減る
- ◆複数の主治医の目を経ることで、医療の質が上がる
- ◆複数医師の目で治療や診断について検討
- ◆複数人の視点で評価できること
- ◆方針決定の際にいろいろな考え方ができる
- ◆スタンダードな治療法を医師間で共有できる
- ◆より良い医療が提供できる
- ◆指導する側もされる側もレベルアップできる
- ◆研修医にとって必要
- ◆相談しあえる
- ◆日常的にディスカッションできる
- ◆他の医師の対応が学べる
- ◆他医の発想が垣間見れる
- ◆相談し治療方針決定
- ◆多くの力があると良い治療ができる
- ◆その科全体で患者状況を共有できる
- ◆1人でみない、1人できめないことも大切
- ◆科の方針の統一をはかれる
- ◆症例の相談がしやすい
- ◆常に相談しながら方針決定できる
- ◆ダブルチェック
- ◆安全管理上すすめるべき
- ◆専門領域以外の担当ペアを組むので専門外治療を任せることができる
- ◆患者に安心感を与えられる
- ◆患者に安全
- ◆患者安全につながる

働き方の改善

- ◆とにかく休める
- ◆育児中の女性医師でも、病棟業務に参加しやすくなる

- ◆女性医師が常勤で勤務しやすい。当直オンコールすべて対応できないと常勤できない病院が多いが子育て中の女医ではムリです。チーム制なら可能と思います。
- ◆女性医師の産休、育休などにも対応しやすくなる可能性
- ◆非常勤医が常勤に戻ることができる
- ◆臨床業務の時間的な自由度が上がる
- ◆看護師が連絡つかずに困ることが減ります
- ◆看護師等、他職種から医師への相談時のストレス軽減
- ◆外来と入院業務が異なる場所で効率的に実施できる

メリットはない

- ◆ないです
- ◆メリットない
- ◆メリットなし
- ◆メリットはない
- ◆メリットはなし
- ◆何がメリットかよくわからない
- ◆不明

B-12. 複数主治医制でデメリットに思うこと 7) その他

負担が増える、不公平が出る

- ◆主治医間に上下の関係があると部下に負担が集中してしまう可能性
- ◆サボる上司と組むと仕事量は倍増する。その時言っていく先がない
- ◆上級医とペアになると時間外対応業務が24時間対応になるリスクが考えられます
- ◆上司と共同主治医になると、結果的に部下がすることが多くなる
- ◆学年が違っていると、下の学年の者の負担が大きくなるだろう
- ◆結局、下の学年の医師の負担が増える
- ◆結局、下が全部やる
- ◆年下の医師の業務が増えそう
- ◆立場や学年が低い医師の負担が増える
- ◆レジデントの負担が増しやすいく
- ◆結局は最年長が責任を負う
- ◆受け持ち患者数が増える
- ◆完全な対等な複数主治医があり得るのか疑問
- ◆申し送りが面倒 そのために出勤しなければいけない
- ◆担当患者増加、カンファレンス増加、権限縮小
- ◆働く人と働かない人の差による業務負担の偏り

その他

- ◆ハラスメントにつながりやすい
- ◆もめるかも、治療方針が一致しない時とか
- ◆意見が割れることがよくある
- ◆医師により能力が下がる
- ◆医師の数が足りない
- ◆医師各人の給与を下げることを前提にしないと財源がもたないのではないか
- ◆医師数↑が必要
- ◆若い医師が必要だが、確保できない
- ◆医師同士の意識統一の難しさ
- ◆患者に面倒な面がある
- ◆手術の執刀医をだれがするか
- ◆情報共有がシステム的でないとかえって危険
- ◆診療・治療における統一性と迅速性が同時に担保できない
- ◆責任は1人でとらずグループで共有、共同で責任を取る
- ◆特に協調性がない医師とは、組み合えないし、実力差が大きい時は、結局上の医師にたずねたり、来てもらっての診療が必要なこともある
- ◆正しく行われている限りデメリットはない。世界中の教育病院ですで行われている。
- ◆特になし
- ◆特になし
- ◆不明
- ◆デメリットはない
- ◆とくになし
- ◆ない
- ◆なし

B-13. 複数主治医制をすでに経験されている場合、実際にどんな場面で困ったことがありますか

情報共有、コミュニケーション

- ◆(チームによっては)情報共有が上手くできていないこともあると思います
- ◆カルテに記載がされてなく、どんな対応をしたか分からなかった
- ◆カルテ記載が不十分で、方針が分からないこと
- ◆カルテ記載が不十分で患者への説明が難しい
- ◆こちらは上級医なので、レジデントから報告のなかったことの変化への対応が困りますよね
- ◆チームでの情報共有、バラツキ、経験値の差で方針が異なる
- ◆しっかり話し合っておかないと緊急時の対応の方針にズレが生じる
- ◆担当医によって治療方針が変わることがある

- ので、抗菌薬の選択や治療期間などは事前に十分話し合っておく必要がある
- ◆ ホウ・レン・ソウが上手くいかない
 - ◆ リアルタイムな情報共有、細かい指示違い
 - ◆ 医師同士のコミュニケーション不足
 - ◆ 外勤などで入れ替わりの時に情報共有がうまくいかず日によって治療方針がゆれることあった
 - ◆ 患者の状態を理解できておらず、あいまいな対応をとる
 - ◆ 患者の病態が理解不足のまま対応
 - ◆ 意思疎通をとる機会が必要(医師のみでなく看護師や理学療法士など含め)
 - ◆ 完全な情報共有が難しい
 - ◆ 患者が情報共有されていると思っている内容が実際には共有されてなかったりする。主治医によって言うことが異なると患者が混乱する。
 - ◆ 休日に対応する際、患者に情報共有が難しい
 - ◆ 休日の間に方針が変わる。サマリなど後輩が押し付けられる
 - ◆ 厳密な意味での複数主治医制ではありません。主治医不在時のバックアップのような体制ですが、情報共有が難しいため、患者・患者家族への対応が困難になった。
 - ◆ 情報が共有されているかどうかの確認が難しい
 - ◆ 情報のリアルタイムのアップデートが担当が増えた場合に処理が困難になる
 - ◆ 情報の共有(コメディカルとの連携、どちらに連絡するかなど)増える業務もある
 - ◆ 情報共有・医師数の不足
 - ◆ 情報共有ができていないと誰が出した指示なのか、どのような方針で治療するのかわからなくなることがある
 - ◆ 情報共有がやや不十分な時の患者さんとの直接対応
 - ◆ 情報共有が十分になされていないことがあり困った
 - ◆ 情報共有が不足していることで患者家族・説明医師間に誤解が生じた
 - ◆ 情報共有ツールを使いこなせるか?
 - ◆ 情報共有のために、ある程度まとまった時間が取られる。2人グループだと、(1人が)休みの場合は、それなりの業務負担がある。
 - ◆ 情報共有を十分にできるための時間がとれない
 - ◆ 情報共有不足
 - ◆ 申し送りやカルテ記載があいまいで患者の状況把握が困難
 - ◆ 連絡が取れなかったり、医師同士で意見が異なると医師間の連携が悪くなることがある
 - ◆ 連絡不足
 - ◆ 検査が重複してオーダーされていた
 - ◆ 変更点がある場合、たとえその変更が良いものとしてもカルテ記載がないと後から検証できず困ることがある
 - ◆ 後期研修医の先生が方針と違う指示を相談なく出してしまい、看護師さんや患者さんが困った
 - ◆ 執刀医の許可なく同種血液輸血が行われていた
 - ◆ 重複指示、他医師がまったく違う方針の指示、複数の家族に複数の医師が連絡をとると話が難しくなる、他医師が出した指示の確認がこちらに来る
 - ◆ 説明内容の違い、情報共有
 - ◆ 相方の医師がカルテを読まない
 - ◆ 相方の申し送りがうまくできておらず、検査が抜けてしまったり、など
 - ◆ 他の医師が何をどこまで説明したかなどわからない時がある
 - ◆ 全員ですべての入院患者に対応しているようにしているが、やはり細かな点は把握できない
 - ◆ 他の医師が理解しているもの(指示など出してくれているもの)と思っていたが、そうではなかったことなど
 - ◆ 単主治医より患者やその周囲の情報の理解が不十分で対応が不十分となることがある(退院支援 etc であり治療はOK)
 - ◆ 担当者同士のコミュニケーションがとれていないと治療方針が変わってしまう
 - ◆ 特に後期研修医において当事者意識が希薄。病棟看護師が担当医へ報告した事項が共有されない(コミュニケーション不足)
 - ◆ 病歴がわからない
 - ◆ 併用薬で困ることがある
 - ◆ 別個に回診し、異なる方針を説明してしまう
 - ◆ 方針決定やICを行った医師が不在時に、詳細が確認できない
 - ◆ 治療方針(特に退院時期の決定など)の共有
 - ◆ 治療方針が異なったり、電話指示が増え、看護師との意思疎通が取りにくいことがあった
 - ◆ 主治医の診療方針が不明のことがある

仕事や負担が増える、不公平がある

- ◆ teamで行動することで一体感が高まったが、上級医のペースに合わせることになり、「時間外」が増加した
- ◆ オーダーや指示出しにおいて、一緒に担当して下さる先生に確認することになるため、オーダーや判断が遅れていく、電話の手間が増える
- ◆ タイミングにより、呼び出しが特定の医師に集中しがちになる

- ◆できる医師に連絡がくる
- ◆どうしても、しっかりするDr.に仕事が集中する
- ◆さぼり気味のDr.は業務軽減につながる一方、頑張るDr.は負担増となる
- ◆医師間に上下関係があると、下の医師にばかり業務が集中する。大学では複数主治医制を取っていた時があるが下の医師がすべて診ることになった。
- ◆一緒に診ている医師によっては、結局1人で診ているのと変わらなくなることがある
- ◆1人の医師に業務負担が増える(片寄る)
- ◆1人当たりの受け持ち患者数が増える
- ◆下の先生にコールが集中
- ◆患者数が多くなる
- ◆看護師などコメディカルの負担(責任の所在など)が多い印象がある
- ◆患者が多い
- ◆業務が増える
- ◆勤務医が病棟業務をレジデントに任せすぎ、レジデントの負担が多くなっている
- ◆結局下の先生がたくさん患者を持つだけになり、さらに休みづらくなるパターンもある
- ◆結局連絡しやすいDr.に集中
- ◆最終的に若い医師が大部分をカバーする
- ◆細かい対応についても検討が必要となり業務が増える
- ◆若手の負担が大きくなる
- ◆上司が複数主治医制の場合、結局仕事を多くやらざるをえないこととなる
- ◆上司が働かなくなる。実力的に任せられない医師がいる。
- ◆上司とペアになったとき、看護師が必ず後輩の自分の方に電話をしてくる(上司の手が空いていて、自分が空いていないときでも)
- ◆上司に仕事を押しつけられる
- ◆常勤-レジデントの組み合わせだと、基本常勤がICしたり、引っ張る立場となり、負担が減るかというところでもない
- ◆担当患者が増えて結果的に負担が大きくなる
- ◆担当患者が多くなる
- ◆日ごろから複数主治医になる患者をみておかないといけない
- ◆若手とベテランの場合、若手は1人で判断が難しい。上級医も結局仕事が減らない。
- ◆専攻医が未熟だと、負担が増える
- ◆他の医師が仕事しない
- ◆複数主治医の中でも負担の重さが異なる
- ◆入院患者が多くなると負担は増す
- ◆入院患者は複数で担当しても外来に移行する

とメインの主治医の外来へ行く。外来主治医の負担は変わらないし、入院中も外来主治医がIC等を行わざるを得ない。

- ◆年長医師の負担増(責任、情報共有=下への教育と同義)結果的にはいい事ですが、1人でやった方が早い事が多いです…
- ◆能力・意欲の低い医師がいるとほかに負担が及ぶこと。私の強い医師がほかの医師に任すのを拒むこと。
- ◆当番でない日に対応を求められる時があった
- ◆同期のやる気のない態度に対し、コメディカルなどからの連絡がしっかり対応するものに集中して忙しくなってしまう(サボれてしまう人もいます)
- ◆把握しておくべき患者が多くなると業務のスピードが格段に落ちてしまう
- ◆把握する患者が増える
- ◆把握する患者の数が倍になり、結果的に業務量が増加し時間外が増えた
- ◆部下の仕事量が増える
- ◆副担当となっているのに、実際に患者を診てくれないことがある
- ◆複数主治医で患者が増えたのに、全患者に対して単一主治医と同等の対応するように当時の上司、同僚から要求があった
- ◆名ばかりで副の実働がほとんどない
- ◆名目だけで主治医がすべて行っているのが現状
- ◆複数主治医制に抵抗のある医師は多く、主治医によって対応を変える必要がある。また、信用のできない医師とチームになると、土休日などに勝手な指示変更をしていないか、朝夕に確認にきて、より負担となったことがある。
- ◆コンビを組む相手によっては、結局単独主治医と同じになる場合もある←自分ではなく他の医師の経験

各医師の方針や対応の違い

- ◆A先生とB先生での言葉尻が違うとの指摘。内容は一緒でも、ややニュアンスが違ったか。(科内で頻回に患者についてメールでやりとりを行っているが…)
- ◆特に休日や時間外などの急変時の対応に個人差がある
- ◆意見が異なるときの対応責任
- ◆意見が割れることがよくある
- ◆異なる治療方針を異なる場面で患者に説明していた時
- ◆医師によって対応が異なる場合がある
- ◆医師能力に差があり、当然できると思うことができなかつたり責任感が薄れてしまう

- ◆一方の主治医が指示した内容が不十分である時訂正するのに気をつかう
 - ◆家族への説明で、医師によって話の内容が違い、不信感を持たれることがあった
 - ◆患者に対する考え方、取り組み方の違い
 - ◆患者に対応するとき、治療方針に関してはお互いに理解して、主たる主治医の意見を尊重する必要がある
 - ◆メインの担当医と少し意見(治療方針)が異なることがある
 - ◆とりあえずの入院だけ入れられ指示や処方などまったく出されておらず、その状況で土日に入り、治療介入が遅れることがある
 - ◆患者対応に関する不一致
 - ◆検査や治療法のやり方が考え次第で医師間で異なる場合がある他、他医師の家族へのIC内容が不明な場合
 - ◆困っているわけではないが、他医師が開始した対応(治療)を終了する基準(判断)に悩むことがある
 - ◆再手術の判断について患者さんを直接みている医師とそうでない医師の意見が異なることがあった
 - ◆治療方針が担当する人によって左右されることで、患者さんに不利益が生じることがあった(チーム内での意見の違いとパワーバランスが原因)
 - ◆自分で対応する場合と、他の主治医が対応する場合で、対応の仕方が異なる可能性がある
 - ◆自分の方針とは異なる治療を勝手にされるとき。ずさんな管理を行う他の医師の尻ぬぐいをするとき。
 - ◆主治医(担当医)間で意見があわない
 - ◆主治医により話が違う。誰も対応していなかった。
 - ◆主治医制により方針が異なる場合
 - ◆主治医ごとに意見が分かれることがある
 - ◆複数の医師の出す指示が異なることがある
 - ◆診察医によって判断が異なることがある
 - ◆説明の食い違い
 - ◆説明内容が医師によって異なってしまい、患者が不信感を持つことがある
 - ◆対応が医師によって異なることがある
 - ◆大まかな治療方針の共有はしているが、細かな表現が異なることによる患者の混乱
 - ◆投薬時に投薬内容について意見が分かれることがある
 - ◆同じチーム内でも意見が分かれることがある
 - ◆病態理解に個人差が出る
 - ◆病棟スタッフとの連携ミス。医師ごとの対応の違い。
 - ◆症状などに対する対応方針が医師間で一致しない場合
 - ◆指示がいつのまにか変更になった
 - ◆指示が異なる場合、スタッフが混乱する
 - ◆指示の違い
 - ◆指示もれやダブリ
 - ◆方針が決まらない。変更になる時など、患者への説明に困る。
 - ◆方針が医師同士で異なる場合
 - ◆方針が決まりにくい
 - ◆方針が分からないあるいは医師同士での考え方に違いがある
 - ◆方針決定
 - ◆方針決定に時間がかかる(上級医師に確認するので)
 - ◆治療方針が医師によって異なる場合、指示や対応が自分の考えと違うことがある。しかし日ごろからチームでのコミュニケーションをしっかりとっておれば大事に至らないと考える。
 - ◆治療方針に食い違いが出ることがある
 - ◆治療方針のコンセンサスを保つこと
 - ◆治療方針の違い
 - ◆治療方針の違い
 - ◆治療方針の共有不足で処方内容が自分の考えと異なった時
 - ◆治療方針の決定が難しい
 - ◆治療方針の相違
 - ◆治療方針の徹底ができない(患者の状態が悪い時)
 - ◆治療方針を決定する際に意見が対立する
 - ◆治療方針を出していたにも関わらず、違う指示を出され、結果うまく治療が進まなかった
 - ◆治療方針決定など、また外来での話がわからないとき
 - ◆治療方針等の決定について他医師との情報共有に時間をとられること。それぞれ他業務もあるため相談する時間を合わせる 것이難しいこともある。
 - ◆連日治療方針が変わる
 - ◆主治医による方針の違いから治療が日々変更になり、患者の状態改善に至らない
- ### 責任の所在、権限、役割分担
- ◆だれが指示を出すのか明確でない
 - ◆チーム制で経験しているが、主治医としての責任、当事者意識の持ち方に差があるように感じることがある
 - ◆どこまで自分が責任を負うべきかわかりにく

- くなる。お互いの役割があいまいになることがある。自分の治療方針と違う場合がある。
- ◆どちらがカルテを書いたり指示を出したらいいのか悩ましいことがある
 - ◆家族へのIC等責任があいまい、治療方針決定の遅れ
 - ◆ナースがどのDr.に電話するのか迷う
 - ◆結局だれも仕事をしなくなる。「だれかがやってくれるだろう」的で責任があいまい。
 - ◆個々の症例に対し、責任分担があいまい
 - ◆責任
 - ◆責任の所在があいまいとなり、当直時に主治医チームのメンバーに連絡しても要領を得ず困ったことがある。若手がファーストコールでなくなってしまうことがあり教育面でどうか？
 - ◆責任の所在があいまいになり、上の役職がまれに責任をとる。下のスタッフを主治医と患者が思わない。
 - ◆責任の所在があいまいになりがちである
 - ◆責任の所在のあいまいさで必要な医療が提供できていないことがあった
 - ◆責任を負わない医師がいる
 - ◆責任感が希薄
 - ◆責任感のある医師はより多忙に、ない医師はより仕事をしなくなります
 - ◆責任所在の問題
 - ◆主治医の責任感が乏しい場合、責任の所在が明確にされている形式
 - ◆誰が患者の治療に責任を持つかあいまいになる
 - ◆役割分担が難しい。どこまで自分の判断で行ってよいかわからない。
 - ◆役割分担の線引き
 - ◆主となる主治医以外がどこまで検査や治療をするか
 - ◆主導権の所在が？（以前担当医を作らない病院へ勤務していて色々困りました）
 - ◆勝手に処方や検査をどこまでしてよいか
 - ◆メインの主治医不在時にどこまで方針を決めて良いかわからない
 - ◆今後の方針決定などについては、主治医でないと決められない
 - ◆方針について相談する時間も少なく、迅速な対応が必要な場合
 - ◆決定権は上司、雑務は下級医師となりやすい

指導

- ◆どこまで意見するか、指示を出すか悩む
- ◆レジデントに業務をもっと任せたいが、自分でした方が仕事が早いので、あまり任せられない

- ◆休日に後期研修医に任せていたところ、血液培養要請であるにもかかわらず、何ら処置、指示を行っていなかった
- ◆教育・指導的の目的があるが、担当している医師2人が同時に患者に接する時間を作るのは業務上ほぼ不可能
- ◆若い先生が1人で説明を行っており、後で問題になった
- ◆主治医制で育ってきた者として、チーム制にすることで责任意识が薄れ、今後若手Dr.が成長していく上で問題とならないか、少し不安に感じることがある

IC

- ◆IC内容がカルテに正確に記載されていない場合に、どの様なICがされたか（どこまで説明されたか）分からず
- ◆IC
- ◆ICが医師により異なっているように、患者・家族が受け取る微妙なニュアンスが、大きな違いに思えるらしい
- ◆ICなど
- ◆ICなどはやはり上級医・専門医が担当する
- ◆ICの時の家族の受け止め方までは共有しにくい。情報共有のためにカルテ記載が増える。
- ◆IC内容が微妙にちがっていたことがある。患者家族が1人の主治医からの説明を希望することがある。
- ◆担当として責的に家族とICする必要が生じる時
- ◆患者様およびご家族様へのIC
- ◆重要なICの際にどこまで伝わるか、どこまで伝えていいかわからない
- ◆IC内容のカルテ記載がないと、患者や家族への説明が困る

急変時

- ◆急変時
- ◆急変時の対応が医師によって異なる
- ◆急変時の方針のカルテ記載がない
- ◆患者の急変などのときに執刀医に連絡がつかず、処置がおくれてしまった
- ◆緊急に上司に相談する必要のある事案が生じたとき、連絡が取れない。上司の機嫌をうかがう必要がある。
- ◆祝日・夜間の急変時に、それまでのカルテ記載は少ない場合、患者及び家族とどのような方針であったかがわかりにくい
- ◆当直医が早目に帰った後の患者の急変時の対応

患者や家族

- ◆ 家族が複数主治医制を受け入れておらず、上級医のみを主治医として認識。下級医は認識されず。
- ◆ 患者および家族への説明
- ◆ 患者からのクレーム
- ◆ 患者さんはこの制度への認識に乏しい
- ◆ 患者さんや家族から、主治医は誰か？困った時誰に言えば良いのだ？
- ◆ 上級医の方を患者さんが頼りにする傾向があり、下級医はやや不利となる可能性あり
- ◆ 病状説明の際、家族より主治医を固定してくれといわれる。夜間・休日など診れていない時間ができる。家族への説明する時間の確保が困難。
- ◆ 全員担当なのに、特定の先生にこだわる人がいるケース
- ◆ 患者への病状説明
- ◆ 患者への説明が医師によって食い違うことがあった

その他

- ◆ 専門外領域の判断
- ◆ 2人目の主治医を決めるのが面倒な時がある
- ◆ 3人目の医師は3ヵ月ごとにローテーションするため、そのたびオリエンテーションが必要、能力にも差？
- ◆ きっちりとした複数主治医制を経験しているわけではないが、方針としてすでに看取りのみの患者さんの看取りと死亡診断書書きをお願いしている。あらかじめの説明でも理解のない家族においては、急変時など診断名に苦情を言われることもあり得る。高齢の患者さんの場合、専門精査に限界があり、癌が考えられても確診名が付きにくい。
- ◆ ダブルスタイルで
- ◆ 患者側が主治医（複数）が入れ替わることで同じ話をすることがある
- ◆ 古い考えを持つ医師や看護師からの不理解
- ◆ 考え方が特殊な医師の関与がある場合に、対応が難しいことがある
- ◆ 指示を聞く人が誰か看護師が把握していない
- ◆ 自分も他の複数主治医もすぐに病院に行くことができないケース
- ◆ 自分以外の医師に配慮しなければならない
- ◆ 実力不足の医師とチームになること
- ◆ 主体となる医師に合わせる
- ◆ 主担当がいる場合、アドバイスをまったく考慮しない場合がある
- ◆ 重要な場面（急変など）で呼ばれなかったと

苦情が出ていたことがあります

- ◆ 処方や書類指示等複数の医師が行い多重や無駄になった。もう1人に期待し待たされたがされていなかった。
- ◆ 先輩に聞きにくかったり、結局後輩医師が補足で対応することになったり、フェアじゃないことがある
- ◆ 前日までの経過や併存症の把握が不十分であった時
- ◆ 創部の状態の把握。状態が悪くなる前に治療（予防）を行うのが難しい。
- ◆ 相談しにくい、病院経営上成り立つのか心配。処方権の問題。
- ◆ 他院に紹介するにあたり、どちらが書面を書くかとか、治療方針の「そご」がないようにすることが重要
- ◆ 他科と併診している際に、窓口となる医師が日によって違うため混乱することがある
- ◆ 他主治医との不仲
- ◆ 大学病院の序列
- ◆ 大事なことは自分1人で決められない。看護師→最年少主治医の連絡窓口にされる。
- ◆ 長期休暇
- ◆ 直面する病態・病状に対する判断、処置の違い、対応の遅れ
- ◆ 点滴の修正変更時複数個所に連絡が必要
- ◆ 東京女子医科大学病院で経験しましたが、あまり困ったことはありませんでした。
- ◆ 当院では、自分の専門外の先生との複数主治医制です
- ◆ 日曜午前8時等空白時の患者対応
- ◆ 年長医師の治療方針になりやすい
- ◆ 病状説明や重要な意思決定の場面では、同じ担当医が対応した方がいいこともある
- ◆ 必要な時に副主治医がいないなど
- ◆ 複雑な病態のPtでは対応が困難な場合がある
- ◆ 慢性疾患の患者の退院後の長期フォローの際、担当医が決まらない。悪く言えば患者の押し付け合いになる。
- ◆ 術後管理が下手な医師により合併症が増える
- ◆ 特にありません
- ◆ 特にない
- ◆ 特にないです
- ◆ 特になし
- ◆ 特に困ったことはありません。協調性のない人がまざると大変かもしれません。
- ◆ 特に困っていない
- ◆ 特に困らない
- ◆ 特に思い出せません

- ◆何も困らない
- ◆あまりありません
- ◆あまりない
- ◆ありません
- ◆ずっとそうなので困りごとという感じを持っていない
- ◆そこまでない
- ◆とくにない
- ◆とくになし
- ◆ない
- ◆ないです
- ◆なし
- ◆経験していない
- ◆経験していません
- ◆経験しておりません
- ◆経験ない
- ◆経験なし
- ◆経験なし、診療科、病院の状況で異なる
- ◆経験はありません
- ◆現在余裕のある(心理的に)診療をしているので困ったことはない
- ◆現時点では特になし
- ◆今のところなし
- ◆今のところはない
- ◆困ったことはない
- ◆困ることはないです
- ◆自分自身は困ったことはない
- ◆現在の形態では、特になし。チーム制では分からない。
- ◆現在はレジデントの監督のみであり不明
- ◆前任の勤務地では、チームの雰囲気も臨床も良く、困ったことは目立たなかった
- ◆風通しがよく、コミュニケーションをとっていたら、困ったことはありませんでした

B-14. あなたの思う理想的な複数主治医制はどのような形式ですか

- ◆「上級医1人+中級2人+研修医」ぐらいのチームが科内に2~3チーム
- ◆1st、2ndをはっきり決める。不在時のみ2ndが対応する。
- ◆患者さんの状態変化に速やかに対処するには単独主治医では困難な場合や限界がある。複数でサポートする方が対応しやすい。
- ◆申し送りに漏れがない
- ◆元来このアンケートでの「複数主治医制」の定義が書いてないので、アンケート結果の解釈が変わってくる。最初に示すべき。
- ◆設問12. にあるようなケースにならないよう管理が必要
- ◆1グループ全医師で、何人かの診療する
- ◆1人が統合(チーフ主治医)をたてること、カンファする
- ◆2~3人のチーム制
- ◆2人で分担(情報連絡とりやすい)、夜間は当直が1stコール
- ◆2人以上でチームを組むことで、土日フリーの日の確保。何かあったときの相談要員の安定化。
- ◆2人以上の医師が1人の患者に対して全情報を把握し、交代で休みをとれる形式
- ◆3~4人の中堅以上医師でチームを形成、その下に若い医師が加わる形
- ◆3交代制
- ◆3人以上でのチーム制+毎日のカンファレンス(ミニで良い)
- ◆3人以上で1人の患者を担当。若手~ベテランがチームにいること。
- ◆3人体制
- ◆3名程度のチーム制。ある程度上下がハッキリしている。責任は上がもつ一方で小さな雑用は下のDrが行う。
- ◆4人以上のチームで病棟をまわす
- ◆AIも入れる
- ◆Cell Phone(1つの決まった)を引き継いでいく
- ◆obenとnebenが1月数回話し合っ方針を決定する
- ◆on-offがはっきりできる
- ◆ある程度、経験の積んだ医師が複数関わってイける
- ◆ある程度マニュアル化されること(緊急時の対応など)
- ◆ある程度経験のある医師が2名以上いる
- ◆ある程度責任の所在がはっきりした状態にしておくことが望ましいと思います
- ◆イメージがわからない
- ◆オーベン制度はそれなりによかったと思う。教育システムを見直せば良いシステムになるような気がする。
- ◆オンとオフがはっきりしている
- ◆お看取りの時、当直医で対応。夏休みなどの代診
- ◆お互いカバーし合う形式
- ◆カルテを十分に記載し、診療情報をしっかりと共有できる体制としたうえで、土日祝は担当を割り振って休みの日は緊急時以外連絡されないような形式

- ◆カルテ記載(特にA、P)を他者にわかる文章で書くこと。変更点がわかりやすく一覧できるシステムがあれば、なお良い。
- ◆カンファレンスでの意義共有
- ◆カンファレンスで情報共有によりよい医療を提供するため
- ◆カンファレンスなどで情報共有ができたうえで、相談しやすい関係があれば良いと思います
- ◆カンファレンスによる情報共有/朝・夕の申し送りの形式。複数主治医というより、指導医と複数の担当医という形式。基本的に担当時間の責任者はこの担当医とすることで、責任感も生まれるシステム。
- ◆休日/夜間の負担軽減
- ◆コミュニケーション
- ◆サマリを形式化し情報共有
- ◆したことがないのでよくわかりませんが、必ず人間ミスはするものなので、休みや緊急時のみならず複数で診ることで補えるようなシステムがあるといいように思います
- ◆スタッフレジデントで2人主治医、一方が外科主治医
- ◆すべての患者に対して、しっかりした対応が可能で常勤医が2名以上付く
- ◆すべての場面で各医師が責任ある対応が可能
- ◆ぜひうまく行っている先事例を教えてください
- ◆その(タイプの)患者さんに対しての方針や考え方が同じ医師であることがのぞましい。担当している診療領域において、その施設でできることが限られていて、医師による予後のちがいが生じにくいことが大事。
- ◆チーム(上司+部下2人)
- ◆チーム、主治医間の連携を細やかにし、情報の共有をはかる体制。重要な情報は速やかに伝達し、互いに把握しているチーム医療。互いに信頼し合える人間関係が前提になる。
- ◆チームカンファレンスを増やす。治療方針の確立。
- ◆チームが情報共有できており、対応が一貫している。治療方針についてはチームで十分に検討し、患者にも納得、満足感が得られる。
- ◆チームで患者希望する
- ◆チームで総合的に把握し、その中に各担当医が存在する形態。チームとして治療 etc の方向性がまとまっている必要がある。
- ◆チームで担当患者を診療する
- ◆チームによる医療、統一された治療方針
- ◆チームの医療に対する方向性と知識レベルがある程度バランスがとれていることが必要と思われる、方針が独りよがりにならない形が望ましい
- ◆チームの中でメインとサブを分けて責任の所在を明らかにしつつも、休日は当番制で休みを確保できる体制
- ◆チーム医療 1人が主治医でその下に担当医が居て、担当医が治療する
- ◆チーム形式
- ◆チーム制
- ◆チーム制(4人一組)
- ◆チーム制、医師の増員
- ◆チーム制、主担当が責任を持ち治療、急変対応はチームで共有する
- ◆チーム制、十分な医師数
- ◆チーム制、当番制、ITによる情報共有(医師間・病院間における)
- ◆チーム制
- ◆チーム制かシフト制
- ◆チーム制で、チーム内でカンファレンスが行えて、業務軽減(休みも含む)につながり、経験症例も多くなる形式
- ◆チーム制とし、業務が偏りすぎないように気をくばる
- ◆チーム制も併用する
- ◆チーム制診療
- ◆チーム全体での病状の把握、方針の共有、責任の共有
- ◆チーム内で、相互に相談しやすい
- ◆チーム内での疎通がとりやすい
- ◆チーム内でマニュアル化、セット化、定型化を進めたいうでの複数主治医制、土日祝は全員で診る必要がなくなること
- ◆チーム内で相談しやすい空気を作る
- ◆ドクターが適切に休息をとり、よりよい医療を推進できる形式
- ◆特にない
- ◆どのような状況でも、誰もが同じような対応をとれる方針の統一感
- ◆ない
- ◆なし
- ◆名前がおかしい。主治医はひとり、あとは担当医
- ◆ピラミッド型
- ◆ファーストコールを受けなくてすめば、時間外の負担がへるが、マイナー科には、もともと医師数が少なく、複数主治医制が組めない
- ◆ペアドクター制
- ◆ペア医制+定期カンファレンスでしょうか?
- ◆ホスピタリストを配置すること

- ◆まず医師同士の人間関係が良好、お互いを尊重し、コンタクトがとりやすい関係であることが前提と考えます
 - ◆なるべく時間に不出等が生じないように工夫しつつ、分からない部分などは相談し合い、互いの納得のいく治療ができるよう努力すべきと考えます
 - ◆まず病院全体の意志統一、レベルアップ
 - ◆まだよくわからない
 - ◆みんなで情報共有し、誰でも同様の対応ができる
 - ◆みんな高いレベルでしっかり働くことができる形式
 - ◆メイン・サブははっきり決めるべき
 - ◆メインとそうでない医師をたてる
 - ◆メインの主治医を決め、数人でチームを組む。自分以外の患者の情報をチーム内で共有する。→休日の時は代行が可能。
 - ◆メインの人を決めて、時間管理を分担する
 - ◆メイン主治医1名+副主治医1-2名
 - ◆メリット、デメリットすべてを解決するのは難しいと思います
 - ◆メリットがデメリットを上まわるように
 - ◆よくわかりません
 - ◆リーダーが責任を負い、指示を出す。
 - ◆レジデント-常勤医
 - ◆レジデント-スタッフの組み合わせ
 - ◆レジデント-上級医の組み合わせ
 - ◆わからない
 - ◆わかりません
 - ◆わかりやすくカルテの共有を前提とする(意外とできていないと思う)。また、リーダー医師は必要。
 - ◆意見の共有
 - ◆意志共有を図った上で一応の序列はつけていく
 - ◆意思統一がとれていること
 - ◆医師1人当たりの患者数が増えることがなければ良いと思います
 - ◆医師の勤務体系を3交代にできれば割り切れる。その際の情報共有方法を確立させる。
 - ◆医師の多い施設でのチーム制
 - ◆医師間で十分コミュニケーションがとれている
 - ◆医師間の情報共有が充分に行われており、有給休暇取得や定時勤務に際し支障が無い。1人当たりの業務負担が増えない。
 - ◆医師2人1組で診療にあたり、夜間休日業務を分担する
 - ◆医者的人数がもっと必要
 - ◆医療機関によって状況が異なるためよくわ
- らないが、連絡がつく主治医が複数いることは病院側の安心材料となるのでは
 - ◆医療者、患者ともに納得のいくものであること
 - ◆1患者2名制
 - ◆1人の患者に対して、主診療科の主治医とそれ以外の科の主治医の複数主治医
 - ◆院内にいる間は基本的に主治医制でよいと思うが、それ以外は全てオンコールにしてほしい医師、当直医に対応してほしい医師、柔軟に対処できれば理想です
 - ◆屋根瓦で3人
 - ◆価値観が一致している あるいは一致してなくても担当患者への対応をすりあわせできる。コミュニケーションができる。
 - ◆科としての方針に基づいてどの主治医でも基本的な対応が統一されていること
 - ◆科の治療方針をしっかりと定め、誰が対応しても同じようなレベル、考えでの対応ができる
 - ◆科や得意分野をこえて、医師として連携できればと思います
 - ◆科内、科同士の役割やルールが明確
 - ◆科内、病棟スタッフで情報が適切に共有されること
 - ◆科内でチームに分かれて患者を受け持つ形式
 - ◆皆の医療レベルが一定を超えており、お互いに安心してまかせられる関係にある
 - ◆外科では不可能
 - ◆外来主治医と入院主治医、夜間救急主治医の有機的な連携
 - ◆垣根無く相談が行え、情報共有がきちんと為されている
 - ◆各患者に対し主に方針を決める医師は定めておくが、チーム内で常時情報共有をし、いざというときはチーム
 - ◆他の医師も重要な決断を下せるようにしておくという形式が理想的
 - ◆各人が同じ共通意識で患者の診療にあたる
 - ◆各年代3-4名で対応、その日の責任の所在が明確になる仕組みをつくる
 - ◆確実にオフの日がある
 - ◆活発なカンファレンス
 - ◆完全チーム制
 - ◆完全チーム体制
 - ◆完全なチーム制と分担(平等な)
 - ◆完全にオープンな関係ではなく、症例毎にリーダーを置くような
 - ◆完全に休みをとる形で交替できる形式
 - ◆完全に平等に分担するのは困難と思うので、ある程度の上級医・下級医の差が必要と思う

- ◆完全待機制(上下関係なし)
- ◆完全当番制で回るやり方
- ◆患者が高齢化している現状から、全身疾患(状態)を担当する医師と臓器(専門部位)の治療を担当する医師の複数主治医制が理想
- ◆患者が複数主治医制を希望している
- ◆患者が理解してくれる
- ◆患者さんのことを複数で相談していける形
- ◆患者さんの理解も得られ、情報共有されている体制
- ◆患者に直接対面する主治医と方針を決めてゆく主治医の2本立ての形成
- ◆患者に問題が生じた時医師間で話し合い、よりよい治療を決定していく
- ◆患者の持つ①主病 ②副病(合併疾患)について、①→主担当医 ②→副担当医が関与。①が複雑な疾患であったり、状態が刻々と変化し易いものであれば、①に対して、同一科内で主と副の2名で担当する。
- ◆患者の状態が複数主治医の中でわかりやすい形で共有できる
- ◆患者管理の責任を全て負う主治医に理想像はないと思います
- ◆患者情報が十分共有されており、本来1人の主治医が担う負担を軽減し、他の時間にあてられるようになること(余暇・自己研鑽など)
- ◆看護師のように時間切り替え交代制
- ◆基本的に1人の主治医が見て上級の主治医が適宜相談に乗りながら診療する。土日は交代で担当する。
- ◆休暇、休日、夜間が複数主治医による交代制、平日日中は主治医制であれば休みやすく、時間外が減ると思います
- ◆休日に連絡がこないようになれば良い
- ◆休日のボランティア出勤がない、電話対応もない
- ◆休日の呼出しが無い
- ◆休日の拘束時間が軽減して、休みが取りやすい運営
- ◆休日の時、きちんとした対応をしてくれる
- ◆休日はレジデントに回診をお願いしたいが、直接お願いするとハラスメントになりかねないので自主性に任せている。結果、土日も任せられない。
- ◆休日や時間外に完全フリーな自由時間が確保される形式
- ◆休日対応のみ、休日主治医を設定可能であればありがたい
- ◆急変時などの code は早めに確認しておき当直医や当番医でもお看取りなどが出来れば良いと思う
- ◆協力して行うには、カルテ記載の仕方の統一、週に数回カンファを行い、認識を統一しておく
- ◆協力体制と情報共有の充実
- ◆業務が軽減され、緊急時の対応が取りやすく、患者側にとってもメリットが大きい
- ◆業務ごとの分担形式
- ◆勤務時間帯を分けて、3交代制にすることで、女性医師に日勤を主に担って頂くことで、女性医師問題も一部解決できる
- ◆緊急時や休みの時だけ診察していただける主治医がおられるといいと思います。平常では1人の主治医が診る方がやりやすいと思います。
- ◆経験値の高い専門医と専門医取得前の専攻医にする
- ◆経験年数の多い医師と少ない医師でペアを組む。ただし上級医は下の者に仕事を押し付けない。すでにこのような体制は存在していると思う。
- ◆経験年数の長い医師と短い医師によるもの
- ◆研修医との組合せがよい
- ◆現勤務先の体制
- ◆現行
- ◆現在、整形外科と外科内科で複数主治医をとっています。持病をかかえる高齢者が多いので有用です。
- ◆現在のあり方でよいと思う。2チームで主治医は2人制。
- ◆現在の形式。曜日ごとに入院Ptの診察・カルテ記載、オーダーなど担当医師が決まっていますが、方針を最終決定するのはそのPtの外来担当医です
- ◆現時点ではイメージしにくい
- ◆現場によって変わると思います
- ◆現状
- ◆現状では思い当たりません
- ◆現状通り
- ◆互いに信頼する
- ◆互いに責任をもって患者対応を行う
- ◆互助できる体制
- ◆交代制
- ◆交代制で休みが取れる
- ◆今は入院患者のみだが、外来でも適用可能だと思う
- ◆困難例についてのみ行う
- ◆最低限1日1回全員でミーティングを実施、情報共有と治療方針の確認や検討を行う
- ◆作業・仕事の役割の境界を明確にする
- ◆残業軽くなる

- ◆ 仕事しない人、できない人のいない状態での複数主治医制
- ◆ 思わない
- ◆ 指導できるリーダーが存在する
- ◆ 指導医+研修医
- ◆ 指導医とレジデントの2人による形式
- ◆ 指導医と研修医・レジデントの組み合わせ
- ◆ 指導医と研修医のチーム
- ◆ 指導医と若手医師
- ◆ 指導医-専門医-初期レジデント
- ◆ 指導医的な医師と若手がバランスよく組む(難しいと思いますが)
- ◆ 指導的立場のベテラン医師と研修医中の医師のペア
- ◆ 指導能力の高い上級指導医のもと診療する
- ◆ 時間で交代する
- ◆ 時間外の対応
- ◆ 時間外の対応や緊急時の対応の分散
- ◆ 時間制
- ◆ 時間内は指示医、時間外は当直 or 待機医。患者ごとに申し送りが必要。
- ◆ 治療効果がない場合の早い対応
- ◆ 治療方針などがしっかりと共有されている上で、誰がかかわっても同じように患者対応ができる
- ◆ 治療方針についてしっかりと相談できる
- ◆ 治療方針の相談が気楽にできること
- ◆ 夜間休日が完全に待機制にでき、オンオフをつけること
- ◆ 治療方針の頻回のカンファレンス
- ◆ 治療方針や説明内容をちゃんと共有し、誰が担当の日でも一定の医療を提供できる。一方で休みの医師はきちんと休んでもらう。
- ◆ 自宅でもカルテを見ることが出来るデバイスが少なくとも必要。責任者が遠方においても指示だけで当番医が対応できる体制と雰囲気。
- ◆ 自分と同じ考えの医師と同じチームになる
- ◆ 実務が出来る or 治療方針を真面目に考えられるDr. 2~3人。名前がつくだけの主治医は不要です。
- ◆ 実力があり、人間的に優れた医師とのチーム
- ◆ 若いDrの負担が増えないように協力し合える体制が必要
- ◆ 若い医師を指導する状況では有用と思う
- ◆ 若い人とベテランのチーム
- ◆ 若手~中堅どころの医師による複数主治医制がよい(年齢差があるとなかなか難しい)
- ◆ 若手が安心できる体制
- ◆ 主、副、バックアップといった形式。レジデントのスーパーバイズを確保する形式。
- ◆ 主、副がはっきりしている
- ◆ 主:主治医:治療方針の徹底、家族ICを行う(期日指定) 副:担当医:主が休みの場合、管理を行う。ICはしない。
- ◆ 主・副を明確にしておく
- ◆ 主・副主治医のすみわけがはっきりしている
- ◆ 主たる主治医は1人で、夜間休日や不在時の対応を分担する
- ◆ 主たる主治医を決める
- ◆ 主と従の制で担当するしかない
- ◆ 主と従の体制にする
- ◆ 主と副(第1、第2など)に分け、責任の強弱を明確にする形式
- ◆ 主と副の主治医制。同等の責任だと、役割分担があいまいになりやすい。
- ◆ 主と複にしていた方がよいと思う
- ◆ 主に急変時や見看りの対応を当番制にしてそれに対して社会的にも理解が得られている状態
- ◆ 主に担当している医師を他の担当医がバックアップし、多方面から患者の病態を診て治療方針を決定する。情報共有のためのカンファレンスは必須。
- ◆ 主の主治医と副の主治医において副の主治医は補佐的業務に徹する
- ◆ 主治医(チーム)間で十分意思疎通を行い、(治療)診療に対する統一性をもって、患者の診療に当たる
- ◆ 主治医ありで数名グループでサポート
- ◆ 主治医がいて副主治医がいる形式で、基本的には主治医が行う。補佐役として複数の医師。
- ◆ 主治医が対応できないときの対応、権限視的評価による見落としの軽減→あくまで主治医中心の治療形態は崩さない
- ◆ 主治医が同じくらいの責任をもつ。双方の上級医-レジデントの組み合わせなら、双方がしっかりコミュニケーションを取り、レジデントを育てる。
- ◆ 主治医と副主治医として主治医が対応できないときに副が対応
- ◆ 主治医の関係性がフラットなど
- ◆ 主治医は1人。完全当直制(時間外は基本当直医に任せる)とし、onとoffをはっきりさせる。休みの時は代行をたてる。
- ◆ 主治医は固定。休日夜間のみ待機Dr.が全患者対応。
- ◆ 主治医も休養、リフレッシュをとり、正常な状態で診療すべき。寝不足などで診察などすべきでない。
- ◆ 主治医を2-3人でチーム制にし、治療方針を共有する

- ◆ 主治医を中心としてチーム制（複数名は時間シフト）
- ◆ 主治医間での情報共有がスムーズであり主治医間の責任の所在が明確にされている形式
- ◆ 主治医等が情報を共有しており治療の方向性が定まる誰もが同じ対応ができる
- ◆ 主治医同士が遠慮なく話しあえる雰囲気であり、定期的な話し合いの場が持てる環境
- ◆ 主治医同士で情報共有ができています
- ◆ 主主治医、副主治医とする
- ◆ 主主治医と副主治医を作ること
- ◆ 主-副-休日での対応
- ◆ 主担当、副担当に分ける
- ◆ 主担当、副担当のように明らかに分ける、責任の所在を明確にする
- ◆ 主担当：方針の立案、説明、副担当：変化時の対応、説明（主担当不在時）、専門担当：外科処置、専門的指示など
- ◆ 主担当を上位の医者が行い、副担当を下位が行うようにするなど
- ◆ 主担当医をおくが、大きな裁量権を交代制の病棟担当医に付与し、分業体制を作る
- ◆ 主担当者を定めたとえ、グループで診療にあたること
- ◆ 主任部長-担当医
- ◆ 就業時間で確実に業務を終えられることが可能
- ◆ 週末などを完全に当番制にすることで、ちゃんとした休みの確保ができるようにする
- ◆ 週末など誰が責任を持つかはっきりしている。上の先生も下の先生も任せあえる関係がある。
- ◆ 週末を交代して休める
- ◆ 十分なマンパワー下で、同一患者を3人以上のチームで診療。日中は常に2人以上が同一患者を確認、1人は休める体制。
- ◆ 出勤した人がみる
- ◆ 諸外国で複数主治医制なるものを行っている国がありますでしょうか
- ◆ 少なくとも2人以上の医師で同一患者を診る。その患者に関するオンコールを交替にする。
- ◆ 少数チーム制
- ◆ 詳細な情報交換・話し合いの場を週1回は設ける
- ◆ 上下関係がしっかりしていること。働かざるもの食うべからずという思いの医師とでないと思わない。
- ◆ 上下関係がはっきりしている場合はやりやすいと思う
- ◆ 上記デメリットが解消される
- ◆ 上記のようなことをまとめて解決した上での運用
- ◆ 上記は主担当医が確実に決め、他がそれに従う
- ◆ 上記メリットが実現でも、デメリットがほぼない状態
- ◆ 上記を受け、回診は原則「1人」で行い、情報を共有することを徹底した
- ◆ 上級医から若手までが同じ患者をみることで教育的な側面も充実してほしい
- ◆ 上級医は上級医同士で担当
- ◆ 上級医-レジデント-研修医でたて割りのチーム
- ◆ 上級医-下級医、上級医は部長・科長クラス
- ◆ 上司が毎日研修医の持つ患者を把握する
- ◆ 上司と部下のペア
- ◆ 常にチーム制
- ◆ 常に同じチームで情報共有をして、IC、回診ができる
- ◆ 常勤医が複数でそれぞれ責任を持てること
- ◆ 常勤医-常勤医の組み合わせ
- ◆ 常時は難しくても、週末だけでも当番制にするなど
- ◆ 情報共有がしっかりと行えている
- ◆ 情報共有ができていて、スムーズに事が進む。個々の医師が得意分野を提供できる。
- ◆ 情報共有ができており、その中の1人がいなくても対応可能な状態であること
- ◆ 情報共有が完全に行われ、方針が検討の上常に開示されていること
- ◆ 情報共有が十分にでき、休暇を取っても問題にならない
- ◆ 情報共有され、他の医師によっても共通の方針で診療できる
- ◆ 情報共有されたチームがシームレスに担当する
- ◆ 情報共有化のため医師間カンファレンス
- ◆ 情報交換しながらon/offをはっきりさせたい
- ◆ 信頼できる医師があつまる、チーム医療
- ◆ 信頼できる同僚とチームで患者をみていく形式、科の隔たりもなく
- ◆ 申し送りなど情報共有の時間を設ける。明らかな超過勤務や特定の医師への負担が増えない。完全にオフの日を作ってほしい。
- ◆ 診療グループでの診療
- ◆ 診療科ごとの主治医設定
- ◆ 人数が十分にいる状態での完全2交代制
- ◆ 数人のチームで患者をみれる
- ◆ 制度の問題よりも、複数主治医のときの相性（ペアの医師の診療を非難するような言動をするかどうか）しだい。しかし、相性が良くても基幹病院の内科で専門がさらに細分化していると難しいでしょう。

- ◆ 整形外科、眼科、リハビリテーション科等、自分の専門でない分野の診療がしていただける
- ◆ 整形外科は専門分野に分かれているので複数主治医制は難しいと思います
- ◆ 内科と異なる科の主治医制
- ◆ 責任の所在がはっきりしている形
- ◆ 責任の所在が明確化。役割分担を明確化。
- ◆ 責任の所在を明確にしたもの
- ◆ 責任は主治医が持つが、担当医も複数いて夜間、休日などは当番の担当に対処してもらう
- ◆ 責任をはっきりさせるため平日日中主治医、夜間休日チーム性のハイブリッド型を試行中
- ◆ 責任を取ることが可能な、様々な状況に対応可能な上級医のバックアップがありながらの管理ができる体制
- ◆ 責任者が所属長、役割分担が明確
- ◆ 責任者-常勤医師-レジデント
- ◆ 責任分担が均等で、当事者意識も保てる
- ◆ 先輩、後輩の関係なく平等な形式。看護師の理解も必要。
- ◆ 専門チームとして患者さんを担当する
- ◆ 専門医、研修医の組み合わせ
- ◆ 専門外の先生との複数主治医制
- ◆ 専門分野ちがいのチーム制で、各々の意思疎通がとれていること
- ◆ 全ての患者に対して複数の主治医が存在する形式
- ◆ 全把握
- ◆ 相方が補い医療ミスが減らす+休みの充実
- ◆ 他業務に負担にならない程度な患者数であれば
- ◆ 他職種(看護師など)が複数で担当していることを理解し、うまくそれらの医師の活用すること
- ◆ 他職種も含め、チーム医療を組む
- ◆ 多くなりすぎるとデメリットが大きくなるので2-3人。役割分担と情報伝達をはっきりできると良いと思う。
- ◆ 多職種と共に行うチーム医療
- ◆ 多人数が常勤している総合病院で、必要十分な看護師・技師etcのメディカルスタッフがおり、常に院内で頻回にカンファレンスができるような、めぐまれた医療機関であれば、体制上は可能と思う
- ◆ 多数の患者の管理をしている病院では、治療や治療方針が独善的にならないようにチェック体制は必要
- ◆ 待機時間をはっきりさせられる。休日を確保できる。
- ◆ 待機制
- ◆ 待機制、当番以外は完全休み
- ◆ 大きな病院の疾患別グループなら可能かもしれませんが
- ◆ 第1主治医は最低でも出勤している主治医が受け持ち、電話指示はしないルール作り
- ◆ 単独で主治医となることも可能な医師同士で分担する。休日を担当しあうことで、完全な休養日を確保できるようにする。
- ◆ 担当、副担当など責任の順位付けが必要
- ◆ 担当→当直医→担当
- ◆ 担当の割り振りはあるが、その枠を超えてチームで情報共有しながら互いに対応できる形式
- ◆ 定期的にカンファレンスを行い情報を共有。上下間で夜間対応に不平等が発生しない。
- ◆ 定期的に情報共有
- ◆ 電子カルテを用いて情報共有がされることと、頻繁なカンファレンスを行うこと
- ◆ 土日・夜間の対応を当直医等に任せる
- ◆ 土日のうち土曜日はA先生、日曜日はB先生のようにすることで時間外業務を減らす
- ◆ 土日の回診分担により負担減
- ◆ 土日の当番制など
- ◆ 土日を当直番にすることで、しっかり休みが取れる
- ◆ 土日休日当直明けの完全休日ができるための手段
- ◆ 当直医の翌日などの免除の時間帯にかわりができること
- ◆ 同じレベルのDr.が2人で担当
- ◆ 同じ専門分野を担当し、病態の理解が同程度である複数医による担当
- ◆ 同じ能力、技量の人がチームを組む
- ◆ 同じ方針、目標を目指す
- ◆ 同一疾患では同一の治療を行える関係の医師同士によるチーム
- ◆ 同科内での複数主治医制
- ◆ 同期以外と組む
- ◆ 同程度の医療レベルの医師同士の連携
- ◆ 特にありません
- ◆ 特になし
- ◆ 内科は難しい。考え方、ICが異なることもある。責任の所在。
- ◆ 内分泌・糖尿病内科は各病院とも常勤が少ない
- ◆ 2勤~3勤時間配分性
- ◆ 2人チーム、土日は交代
- ◆ 日ごとに交替して患者をみる
- ◆ 日中は基本1人で対応。夜間休日はチーム全体で対応。
- ◆ 年次の近い医師2-3人でチームとなり時間外

の対応は当番制にすることで勤務間インターバルが得られると考えます

- ◆ 必要な相談・指導はありつつも、医学的に間違いでない判断であればお互い任せあう。そうでなければ時間がかかるだけの制度になってしまう。
- ◆ 標準的な治療がチーム合意の上で共有カルテ上ですすめられる状態
- ◆ 病院の規模にもよるがチーム制
- ◆ 病院の規模や診療科の規模にもよるが夜間・休日のチーム制
- ◆ 病院の規模や人員の数によって変わるので一概には言えない
- ◆ 病棟の患者を大きく2~3チームに分けて3~5人くらいの医師で主担当医は決めて、チーム医全体でみるといいと思います。休日対応はチームで順番にみると指示も混乱しないのでは。
- ◆ 病理医がいれば良いかなと思います
- ◆ 不在時土日夜間の対応のみ代診が(当番医が行う。若いDr.に経験、勉強のため一緒に担当する。
- ◆ 不詳
- ◆ 不明
- ◆ 普段からカンファレンスで治療法など決めておくようにすること
- ◆ 負担が偏らない、お互いに相談できる、業務が分散し各自の負担が軽減される
- ◆ 複数だがサブとメインに区分け必要
- ◆ 複数であってもmainとsubを個々のPtごとに決めておく必要がある。mainがないときがsub、夜間・休日の緊急callは日ごとに(当番でない日は完全にfreeにする)当番を決めておく。
- ◆ 複数で情報共有しており、治療方針がまとまっていれば、ICにおいても誰が行ってもよいという形式
- ◆ 複数の医師が関与しても治療のレベルが変わらない状態を維持できる(3名程度の担当医でうけもつ)
- ◆ 複数の医師で話し合い治療方針を決め、休日は休める形式
- ◆ 複数主治医の中でも、優先される主治医を決める
- ◆ 複数主治医制で、各医師が平等に責任を負う
- ◆ 複数主治医制であっても患者毎に筆頭主治医を決めておき、最重要のICや、大まかな治療の方向性は筆頭者が規範を示す
- ◆ 複数主治医制でありながら、各医師の技術、治療経験アップにつながる体制
- ◆ 複数主治医制の場合は、症状や治療方針に関して毎日カンファレンスで情報を共有し、全

員が同じ責任感で患者に対応する(他医師の判断に対して、自分は関係がないような態度をとらないこと)

- ◆ 複数主治医制は時代の流れ的にも必須なのだと思うが、現実的には学校の教師の担任、副担任のように責任や方針決定において優先順位が必要かと思う
- ◆ 複数主治医制を主と従という形で実施すれば、いつも同じ相手とPairなので、意思統一しやすい。患者もいつも顔を見ているので安心感があると思います。もちろん主が不在の時は従が主体的に動くようにすれば良いと思います。
- ◆ 複数人で誰かが1人のみで担当せずフォローしあえる体制
- ◆ 複数制にしても、どちらかが主で、どちらかが副
- ◆ 分かりません
- ◆ 平等な仕事配分になること
- ◆ 平等に複数人でみる。皆がカルテをちゃんと書く前提
- ◆ 平日、土日含めた主治医の分担
- ◆ 平日・日中(勤務中)は主治医が、休日・夜間(有給取得時)にはチームの他の医師が対応(看取りまで)
- ◆ 平日に長い時間外勤務をすることなく休日を確保できる体制
- ◆ 平日は主治医制、休日夜間は当番制
- ◆ 平日までは体制形式を行わなくても、土日休日のみだけでも行い、有意義なカンファレンスを小グループで行い、若手医師はそのグループ内をまわり経験を増やす体制
- ◆ 平日時間内は自分が担当し、当直以外の時間外は他医師が担当する
- ◆ 平日-少人数の複数主治医、休日-完全チーム制をとる
- ◆ 平日日中は1人主治医制だがチームに相談できる。毎日申し送りをする。夜間休日は複数主治医制で当番医が対応する。
- ◆ 平日日中は単独主治医、時間外は当番医制(急変や看取り対応)
- ◆ 補完
- ◆ 方針をその都度相談
- ◆ 方針を複数主治医で相談して決定し、休日を取りやすいように分担できる形式。結果的に業務負担が増えるのは望ましくはない。
- ◆ 本来は年齢に差がある方がいいか?
- ◆ 毎朝カンファレンスでグループ内の医師全員がしっかり情報共有して、同じ治療方針で治療できること

- ◆ 毎日、患者さんの情報共有はしておく
- ◆ 毎日カンファレンスをして治療する
- ◆ 毎日の相談
- ◆ 無責任体制
- ◆ 夜に呼ばれなくなる
- ◆ 夜間、時間外に適切な休暇がとれる
- ◆ 夜間、土日は当直及び待機の医師で対応する
- ◆ 夜間・休日のみ
- ◆ 夜間・休日のみが主となる複数主治医制
- ◆ 夜間・休日は交代で担当し合い、普段はできるだけ主治医対応にする
- ◆ 夜間や休日、当番以外は出勤しなくても診察に差し支えがないようしっかり当番制がしかれる形式
- ◆ 夜間休日の一次対応。本対応は主治医に連絡の上行う。
- ◆ 夜間休日の対応をきちんとした情報共有により、他の医師に診療してもらう程度で良いのではないか
- ◆ 役割がはっきりしている場合のみ可能（管理医と精神科医）
- ◆ 役割を明確に
- ◆ 役割分担がはっきりしないと難しく、そのことが行える形式
- ◆ 役割分担をはっきりとする
- ◆ 曜日ごとに主となる主治医を決めて、主治医日×患者数で給与を決める。医者間で不平が出ないようにする。
- ◆ 曜日ごとに担当医が決まっており、定期的にかンファレンスで情報共有を行う
- ◆ 理想というよりは、複数の主治医の意識の問題だと思う。しっかり責任をもって医療を行うことだと思う。
- ◆ 理想的なものはない
- ◆ ありません

B-15. 複数主治医制を患者へ理解してもらうにはどのような取り組みが必要だと思いますか

入院時や事前の説明

- ◆ 入院が決定した時点で口頭または文書で告知する
- ◆ 入院した時に当院は複数主治医制であることをあらかじめ伝える
- ◆ 入院になる前から案内
- ◆ 入院の際にそのシステムを説明（メリットを強調した内容で）する案内（口頭&文書）が重要
- ◆ 入院の際には、「当院ではチーム制である」旨を説明する。小児科では受け入れられやすい。（従来の単独主治医制の固定観念がない）と考える。
- ◆ 入院の際に複数の医師で対応することをちゃんと伝える
- ◆ 入院時（患者対応時）の説明（ある程度、マニュアルがあると良いと思う）
- ◆ 入院時、入院前の説明で伝える
- ◆ 入院時にあらかじめ説明する。日々、複数の医師とコミュニケーションをとる。
- ◆ 入院時にしっかりアナウンスする
- ◆ 入院時にしっかり説明する
- ◆ 入院時にそのようなシステムでやっていることを十分に説明し、同意を得ておく
- ◆ 入院時にチームで担当することを伝えるだけでいい
- ◆ 入院時にパンフレットを配り、理解を得る、など
- ◆ 入院時によく説明しておく
- ◆ 入院時に患者へのアナウンス
- ◆ 入院時に簡単に説明するだけでいいと思います
- ◆ 入院時に十分に説明する
- ◆ 入院時に申し添える
- ◆ 入院時に説明
- ◆ 入院時に説明。現状では医師の負担が大きいことや複数主治医のメリットを伝える。
- ◆ 入院時に説明しておく
- ◆ 入院時に説明する
- ◆ 入院時に担当医師全員が一度は挨拶を行い、全員で責任を持って治療に取り組むことを説明することだと思います
- ◆ 入院時に伝えること
- ◆ 入院時に複数で担当することを承知してもらう
- ◆ 入院時に複数主治医制であることを説明し同意を取っておく
- ◆ 入院時のICに主治医全員で入る（最初だけでも）
- ◆ 入院時の説明
- ◆ 入院時の説明で計画書を明示
- ◆ 入院時の適切な説明
- ◆ 入院時説明
- ◆ 入院前から説明しておく
- ◆ 入院前から複数主治医制である体制の説明を行う
- ◆ 入院前に十分に説明して理解と同意を得ておくこと
- ◆ 入院前に説明しておく。病院としてその方針であることを明記する。（看取りは主治医以外であることもあるetc）
- ◆ ポスター、入院時の説明

- ◆入院時に顔合わせしながら主治医チームであると説明する
- ◆方針の説明や事務的作業(診断書など)対応する
- ◆外来での説明
- ◆各主治医によって、ある程度は方針が違うので、色々と方針が変わる可能性があることを説明する
- ◆患者、家族への説明が一番大切
- ◆患者・家族への説明の徹底
- ◆患者に対するデメリットがないことを丁寧に説明すること
- ◆患者に不利益がないことをきちんと説明する
- ◆患者へのアナウンス(業務負担軽減のため、複数主治医制を導入しています、等)
- ◆患者への説明、同意を得ること(文書でのサインも必要)
- ◆患者へは(入院計画書・ベッドネーム)記載
- ◆繰り返し説明する
- ◆口頭で説明していますが、理解が得られなかったことはありません
- ◆最初からチームで患者をみていくことを説明する
- ◆最初から伝えておく(入院前から)
- ◆最初から役割を説明しておくこと
- ◆最初にグループでみますと紹介する
- ◆最初にだれが治療に参加するかしっかり紹介する
- ◆最初にチーム制であることを説明
- ◆最初の説明
- ◆最初の説明と挨拶
- ◆始めに仕組みを伝えておく
- ◆紙面や掲示によるお知らせ、色々な人で診ていると患者にお伝えすること
- ◆事前の説明、患者教育
- ◆事前説明
- ◆主治医が複数いて方針が、変わるときがあることを説明する
- ◆十分な説明
- ◆十分な説明、くらいでしょうか
- ◆十分な説明、メリットの情報提供
- ◆術前から説明しておく
- ◆順位付けをしっかりと説明すれば問題はないと思われる
- ◆初めに説明を十分する
- ◆初診時からチームで診察していくと説明する
- ◆初診時から説明しておくこと。診療科内のチームで常日頃から十分なコミュニケーションをとること。
- ◆書面での連絡、メリットの説明
- ◆紹介パンフレットを入院説明時に配る
- ◆診療体制の説明
- ◆制度の説明、メリット、デメリット等も患者に入院時にはっきりとシステムを伝えること
- ◆説明
- ◆説明して理解を深めていただく
- ◆説明でしょうか
- ◆説明と同意。皆でラウンドをおこなうこと。
- ◆説明を繰り返す
- ◆先に説明する
- ◆前もって入院時に伝え、ICなど重要な場面はできれば同席する
- ◆責任体制の説明
- ◆適宜説明
- ◆適宜説明する
- ◆当初から複数主治医で診ていくことを患者と家族に伝えておく
- ◆きちんと説明する
- ◆しっかりと説明
- ◆しっかり説明すること
- ◆その体制で診療を行っていることを事前に伝えておく
- ◆チームで医療を行っている、はじめに説明する。できれば「病院の方針」として周知する。
- ◆丁寧な説明
- ◆どの主治医も、情報共有して診療にあたるので、同等の権限を持っているのだということを患者に説明しておく
- ◆はじめに医師からしっかりと説明をする
- ◆メリット(おそらく1人は必ず診療にあたることができる-複数の中の1名)を説明する
- ◆わかりやすく説明していく
- ◆一緒に面談する場を設ける(チームであることを理解してもらう)。スタッフ間の連携がスムーズにしていること→患者に不安を与えない。対応が医師間で異ならないよう医師間のコミュニケーションをとる。結果的に患者の利益にもなることを伝えていく(医療者側からの啓蒙)。
- ◆病院HPでの広報、入院時の十分な説明
- ◆病院からの広報
- ◆病院としての一貫したことだとの説明を大々的にする
- ◆病院トップからの説明、説得
- ◆病院に掲示する。ホームページに載せる
- ◆病院全体での宣伝
- ◆病院全体で複数主治医制について患者に情報提供を行う
- ◆病院全体として広報する

- ◆ 病院側が周知してください。「いつでも主治医に相談すればいい。答えてくれる」という患者側の意識がある限りムリと思います。
- ◆ 病院内での呈示
- ◆ 病院内にポスターを貼る。HPに記載する。
- ◆ 普通に誠意をもって説明すれば良い
- ◆ 普通に説明すればよい
- ◆ 複数の目で診るというメリットを伝える
- ◆ 複数医師制を入院時に説明
- ◆ 複数主治医制、チーム制とした対応説明
- ◆ 文書による説明、同意
- ◆ チーム制だ、という紙を配る

日常診療の中で理解を深めてもらう

- ◆ しっかり診てあげていれば理解はされています
- ◆ チームでの回診など
- ◆ 複数主治医で回診する機会を作る
- ◆ チームでの顔見せをすること(患者に担当はチームであるとわかってもらうため)
- ◆ チームでみていることの理解
- ◆ チームで回診し、チームで取り組むことを理解してもらう。
- ◆ チームで回診してチームとして信頼関係を築く
- ◆ 「主治医」(ベッドサイドに表示)の欄に主治医全員の名を記載する
- ◆ 事前の挨拶
- ◆ 自己紹介の時に、チーム(複数)でみさせてもらいますと伝えている
- ◆ チーム全員が患者に認識されるように赴く
- ◆ どの医師も患者としっかりコミュニケーションをとってあげれば特に問題はないと思います
- ◆ 医師が同じタイミングで回診を行い、患者とのコミュニケーションを円滑に可能とする努力が必要
- ◆ 医師の態度次第(だれが責任をもって診るのかで不安にさせない)
- ◆ 医師以外の医療者への権限委譲。ICの分担、代行業務の拡大。医師に集中している業務を看護師、薬剤師etc、チーム全体で担当する誰もが診療内容を把握し、患者への説明もできれば患者の安心につながる。
- ◆ 医師間での意志、診療方針の統一
- ◆ 医師間で情報共有して、検査を行い、治療方針をぶれないようにする
- ◆ 何人で、どんな人と担当するかを早い段階で伝える
- ◆ 家人に少なくとも1人の主治医が不在の時には別の主治医が診療を行うということをあらかじめ伝えておく必要がある。患者さん側に

- も好みがあるのも難しさにつながる。精神的に1人の医師に依存してよい経過をもたらしている場合、異なる医師による発言により、良好な関係や治療経過にマイナス面を生じることがあるので、了承してもらってから複数で対応したり、常にこういう状況の時には、こういう方法でというように主治医同士で話し合っておく必要がある。(それができにくいのが複数主治医制にできにくい理由と思われる)
- ◆ 科(病院)全体でみていますよとアピールする
- ◆ 回診をする
- ◆ 皆で回診
- ◆ 患者さんに対して回診等で理解
- ◆ 入院中は科のDr.全員で診察しますと挨拶するので、難色を示されたことはありません
- ◆ 普通に全員が回診して顔合わせをすれば問題ない
- ◆ 複数での回診だが、それによって業務が増えてしまう
- ◆ 患者さんの情報共有をすること
- ◆ 患者に戸惑いを生じさせないよう医師達が努めること
- ◆ 各分野の専門医を複数配置し、そのことの周知をはかる
- ◆ 患者へチーム制であることをしっかり伝える
- ◆ 患者への積極的アプローチ、コミュニケーションを各主治医が行う
- ◆ 勤務日に1日1度は共に回診する
- ◆ 実際にやってみる
- ◆ 実際に行って、現場が変化していることをわかっていたかく
- ◆ 実際に導入していけば、それが普通になる
- ◆ 主治医全員と患者のコミュニケーション
- ◆ 主治医同士同じ治療方針ですすめることを確認して、患者さんへの説明を行って、医師によって言っていることが違うと混乱させないようにする
- ◆ 主担当医(入院を決定した医師等)の十分な説明
- ◆ 情報をしっかり共有し、回診など定期的に行うなど
- ◆ 世間の理解と最初のIC
- ◆ まめなIC
- ◆ 担当医が回診時に説明し、理解していただく
- ◆ 同じタイミングでICをする
- ◆ 同時に回診に行くなど
- ◆ 同程度の回診を行う
- ◆ 日頃、日中は複数主治医になる患者を回診し、顔を覚えてもらう

- ◆日頃からチーム回診
- ◆日頃からチームで行動し、一緒にみているというアピールをする。
- ◆入院の主治医名を個人ではなく最初からチーム名で表示する
- ◆方針の統一、ICは一緒に行う
- ◆名刺を作るなど逆に積極的に担当を明らかにする
- ◆名前を入れるだけの主治医ではなく、実際に患者さんのところに足を運んで、顔のみえる診療を行うこと
- ◆話し合っ最善の治療を提供していることをくり返し説明する
- ◆それぞれが患者さんとのコミュニケーションを十分にとる。チーム内の1人が主たる担当者として重要な治療
- ◆最初の自己紹介を担当医全員で行い、一緒に診察していく。あるいは治療していくことをはっきり説明し理解してもらう必要あり。
- ◆治療方針の決定に関して、患者も複数主治医と混じってカンファレンスに参加してもらう
- ◆病院全体での取組と周知、適度な間隔でのIC meetingが必須
- ◆きちんとしたIC
- ◆丁寧なIC
- ◆ベッドネームの記載
- ◆プロパガンダ
- ◆ポスター掲示、HP掲示
- ◆マスコミを利用
- ◆まずは制度があることの認知を進める
- ◆メディアで報道する
- ◆メディアなどで周知
- ◆メディアの活用
- ◆わかりません、啓蒙活動等でしょうか？
- ◆医師が24時間、365日勤務できないことを知ってもらう取り組みが必要（スーパードクターをもち上げるような報道は逆効果だと思います）
- ◆医師にも休みが必要だと理解してもらうための社会的な取り組み
- ◆医師にも休みが必要であることの啓蒙
- ◆医師にも休日が必要であり、複数主治医制にしていることを病院内に掲示する
- ◆24h-365日 1人の主治医では対応できないことを理解していただく
- ◆医師の異常ともいえる働き方の周知広告（ACジャパンなど）、複数主治医制への移行の周知広告
- ◆医師の勤務形態の現状を理解していただくこと
- ◆医師の勤務実態を正しく報道していただくこと
- ◆医師の働き方改革が急務である旨を説明する
- ◆医師の労働の実態を広報する
- ◆医師も24時間365日病院にいるわけではなく休みが必要なことを分かってもらうポスター・書類など作製する
- ◆医師も健康を保つために休養が適切に必要なこと、複数で診ることでより治療の精度を高める可能性があることを説明すべきと思う。ただ複数とは言えせめて2~3名にしないと毎回医師が変わる場合、患者も不安になる可能性が高いと考える。
- ◆医師も人間なので24時間365日の対応はできません、という当たり前の事実を理解してもらう
- ◆医師会など市民啓発
- ◆医師会のポスター、広報→患者安全につながる
- ◆医師会等主体で患者教育をしていく
- ◆医師-患者は主従関係ではないこと。複数主治医制が時代の流れであり、良質な医療提供態勢を持続させるために必要であることを広く一般市民に啓発普及させる取り組みが重要（特に緊急性や重症度の高い疾患であればあるほど）医師1人だけでできることには限界がある。
- ◆医師間で情報共有がしっかりとされており患者さんが不安を感じることがないと理解していただけるよう周知することが必要だと思います

複数主治医制や医師の過重労働等についての啓発活動

- ◆HPでの事前告知や医師会がCMを流す
- ◆HPなどによる広報活動
- ◆HPへの記載、医療ドラマで放送される
- ◆テレビなどのメディアによる現在の状況やこれからの取り組みの周知
- ◆テレビやラジオといったメディアを使ったそういう体制もあるのだという啓発も必要と考える。後は、病態説明などでくり返し地道に説明していく。
- ◆しっかりとその体制について説明すること
- ◆そういうシステムに対する理解を促す説明用紙などの媒体
- ◆そのような制度があることを知ってもらう
- ◆丁寧に、その利点を説明していくしかない
- ◆丁寧に意義は説明していくこと
- ◆トップダウンで広く対外的に周知徹底し、最初から「そういう病院である」と患者へ説明すること
- ◆とにかく周知すること
- ◆パンフレット

- ◆医療者の負担が軽減できトラブル・インシデントのリスクが減り、ドクター・患者ともにメリットがあることを患者・家族によく理解してもらう
- ◆医療者側からの啓蒙はもちろん、マスコミなどからも伝えてほしいところ
- ◆一般社会への周知活動
- ◆院長からの患者への通達
- ◆院内にわかるよう掲示する
- ◆院内の見えることろに表示する
- ◆院内への掲示、テレビなど報道機関を用いての市民への啓蒙
- ◆院内ポスターに貼る
- ◆院内掲示のみならず、(1施設だけではなく)地域で取り組むことによりマスメディアを通じた広報など利用した啓蒙活動
- ◆院内告示
- ◆患者への啓蒙活動
- ◆患者側への理解の徹底。社会全体の理解。マスコミ、職場の協力が得られるようにする働きが必要と思います。
- ◆既成の事実であることを説明する
- ◆教育
- ◆啓発運動
- ◆啓蒙、ネームプレートでの表記
- ◆公共広告での患者への周知
- ◆広報
- ◆広報とメディア利用
- ◆特定の病院や医師へのこだわりを捨てる必要性を啓蒙する。テレビや新聞での広告etc。
- ◆周知
- ◆周知すること
- ◆成功事例の紹介
- ◆積極的な声かけ
- ◆地道な啓蒙
- ◆逐一周知する
- ◆張り紙や入院時の説明に組み込むなど、テレビ等の広告での呼びかけも有効?
- ◆日本全国で共通して、複数で担当することが一般的なことであると認識されるように情報発信が必要
- ◆入院前の周知を徹底する。コマーシャルなど。
- ◆必要ない。単に制度の説明をすれば9割以上の患者は納得する。
- ◆表示する必要があると思います
- ◆複数で診療にあたることのメリットをTVや広告などで広めるなど。どうしても高齢者の方ほど1人に診てもらうことにこだわる人が多い印象(見捨てられた、たらいまわしにされる、診察を何度もされて疲れる、などおっしゃる)。
- ◆複数主治医のメリットを伝える。医師の勤務実態を公表する。
- ◆複数主治医制のイメージを伝えるのが先
- ◆複数主治医制は自然な取り組みである事の啓蒙(患者、老年医への)
- ◆複数主治医制を表に出してある程度実例を挙げて公示する
- ◆複数主治医制を良く説明して理解を得る
- ◆情報共有ができており患者にデメリットを感じなければよい。仕組みの説明(医師のためではなく患者にとってより早く対応できるなどメリットが高いことについて説明あればよい)。
- ◆そもそも医療を受ける患者の意識改革が必要(毎回回診する医師の顔が違うことに対する抵抗感など)
- ◆社会の理解
- ◆社会全体での取り組み
- ◆社会全体への周知
- ◆社会通念や心理が変わってなじんでいくには時間をかけて導入していくしかないのではと思っています
- ◆社会的(一般の人への)認知
- ◆社会的な啓蒙が必要。インフラ、電子カルテプラットフォームを見直す必要がある
- ◆社会的にマスコミなどを使ってアピールする
- ◆社会的理解
- ◆コモンセンスになればよいと思います
- ◆それが普通になるくらい普及すること
- ◆それが普通の世の中にする
- ◆チーム医療であることが当たり前になるように社会を変える
- ◆医者も人なんだ、休みもいるし、呼べば必ず来るものではないことを理解してもらう必要がある
- ◆高齢化社会で患者増、都会への医師流出による人手不足という状況を一般の方に知ってもらいたい
- ◆現在の日本の医療の現状を理解していただく必要があると思う(現状ほとんどが担当医の責任感で成り立っていると思うので)
- ◆国民の意識改革、医師の力量を標準化すること
- ◆今の日本が世界一の医療をしているが、限界であることを伝える
- ◆日本全体で一般化すること
- ◆働き方改革や女性活躍を謳うなら、複数主治医制への理解も同時に行うべき
- ◆国民的教育及び啓蒙
- ◆全国民への理解促進が必要

国や行政の働き掛け

- ◆ 国(厚労省)レベルで、全国一斉に発信していただくことが必要ではないかと考えます
- ◆ 国からの国民への啓蒙。ある病院のみが取り組むのでは患者側が複数主治医制を敬遠する土壌ができてしまう。
- ◆ 国自体の働きかけ
- ◆ 国全体で取り組みが必要
- ◆ 自治体にも協力していただき、啓蒙活動が必要
- ◆ 主治医という考え自体をなくす方向。主治医が一般的でなくなる様に行政が動く。ドラマなどにも取り上げたりするなど。
- ◆ 政府や行政からの周知
- ◆ 全国的な取り組みとして施行していただくことが必要。一部地域や一施設のみでは理解が得にくい。
- ◆ 保健も点数化して国レベルできちんとシステムを作る
- ◆ 公的なものが指導する
- ◆ 市、県、国からの指導
- ◆ この制度があるというパンフレットを国や県に作ってもらい、それを渡す

その他

- ◆ 1人主治医の主観に基づく判断を修正できるかもしれない
- ◆ 24時間365日の完全な万全体制は困難
- ◆ Nsなどがどちらに指示してもらったらいいのだろう…? など迷わないように役割がコメディカルにはっきりわかるようにしておく
- ◆ Stantすること!
- ◆ トップの医師が出しゃばりすぎない
- ◆ トップの指導
- ◆ オプトアウト
- ◆ こだわりをなくす
- ◆ これまで大きな拒否を示すPtにはであったことはありません。強いて言えば1人を主治医、1人を担当医という点で説明していました。
- ◆ すでにある程度患者は受け入れていると思う
- ◆ そういふものですよと言うしかない
- ◆ 特になし
- ◆ 特になし
- ◆ 特に取り組みをしなくても意外と患者さん側は受け入れてくれると思います。1人の主治医と相性が合わなくても、複数主治医なら相性の悪さも薄れるので。
- ◆ どちらが上の先生かが気になると思います
- ◆ トップダウンで行う
- ◆ どの主治医に説明を求めても同等の回答が得

られるような情報共有の導入、治療の均一化(逆にエキスパートオピニオンレベルでしか治療できない希少疾患はこのシステムから除外の方がよいかもしれない)

- ◆ なし
- ◆ よく話し合いをして意思疎通をはかる
- ◆ わからない
- ◆ わかりません
- ◆ 医師・患者への啓蒙、医師・手術症例の集約化
- ◆ 医師が増えなければ理想に適さない結果になる。最終的に集約しかない。
- ◆ 医師の確保
- ◆ 医師の増員
- ◆ 医師数の確保
- ◆ 医師間の信頼感
- ◆ 医師同士のコミュニケーションを深める取り組み
- ◆ 医師同士の信頼関係が構築されていることが一番である。これはかなり現状では難しい課題である。
- ◆ 医療ミスの減少、医療選択肢の拡充などを説明
- ◆ 医療界全体で複数主治医制を進める(トップダウン)
- ◆ 医療業界全体での導入推進
- ◆ 医療施設のセンター化
- ◆ 医療従事者の意思疎通をしっかりとる
- ◆ 一気に複数主治医性へと変える。変えれば患者の理解もついてくると思う。
- ◆ 1人主治医のために発生したアクシデント・インシデントを集める
- ◆ 皆にメリットがあること(上の人は楽しめているのでムリかも)
- ◆ 外科としての方針を決めればいい
- ◆ 外科系は、困難なところがある
- ◆ 指導される側だけでなく、指導する側もスキルアップ研修が必要
- ◆ 各科の管理者(主任部長・部長)の理解が得られるようにすること
- ◆ 各人(医師)の得意分野を大切にあげ
- ◆ 患者がチーム医療の中心である認識をもつていただく。自分の意志で治療選択し、経過を理解する。“おまかせ医療”にしない。
- ◆ 患者サイドは(恐らく)単独主治医制にこだわりは無い方が多い。有事に対応する当番医が決まっていれば、それで安心されている方がほとんど、元々理解・受け入れの受け皿はある。
- ◆ 患者の視点からは、自分の主治医が誰なのかわかりにくく感じていると思うので主治医制のデメリットを理解してもらえないと思います

- ◆ 患者の十分な理解とそれを自分で説明しなくても良いような補助体制
- ◆ 患者の状態などの正確な把握
- ◆ 患者の理解+主治医の理解→この患者は私だけの症例ではない
- ◆ 患者の理解が得られないということがよくわからないです。複数の医師でしっかり診ますといえれば終わりなのでは?
- ◆ 患者の理解はそれが広まっていけば自然に受け入れられるものと思われる
- ◆ 患者は理解してくれる。問題は医師側。
- ◆ 患者は理解すると思います。
- ◆ 患者への理解
- ◆ 患者への理解が必要
- ◆ 患者への理解は現時点でさほど問題ではない。
- ◆ 患者への理解よりも10倍医師の理解が必要
- ◆ 患者も慣れると思う
- ◆ 患者側、医療者側(メディカルスタッフ)の理解
- ◆ 患者様が自分を頼って受診されているのなら、自分が主治医として責任を持ちたい
- ◆ 患者様の1対1の関係を1対チームとなることを理解していただき「私の先生は〇〇先生」という意識をなくしていただく
- ◆ 慣れ
- ◆ 管理側(院長、主任部長)がそのメリット、デメリットを理解して率先して導入すること
- ◆ 逆に教えてほしい
- ◆ 急性期では理解してもらえらると思う。外来は難しいと思う。
- ◆ 空気の支配でしようか
- ◆ 経験と医師数の確保
- ◆ 継続すること
- ◆ 現時点で運用中であり特に苦情は出ていない
- ◆ 現時点わからない
- ◆ 現場の指示、連絡を徹底する。年齢・主治医などを優先しない
- ◆ 現状では医師の負担が大きいことを理解してもらう必要がある
- ◆ 言いやすい主治医に素直に話をしていただく(自分の言いたいことを)
- ◆ 思いつきません
- ◆ 試行
- ◆ 時間が経っていけばそれがNormalになっていくのではないのでしょうか
- ◆ 自分のみが正しい治療をできるという思い込みを捨てる
- ◆ 自分の考える体制においてはあまり必要ないと思う
- ◆ 主治医へのみでなく、病院への信頼
- ◆ 主担当者は、はっきりしており、他の担当医も患者の病態を把握しているので(診療もする)患者からの不満は今のところありません
- ◆ 取組が必要とは思わない(すでに理解してもらっている)
- ◆ 周知浸透してゆく時間的な移行が必要
- ◆ 少人数のクルーにすること
- ◆ 情報共有
- ◆ 情報共有、意思統一、同じ対応ができること
- ◆ 情報共有がなされていることを理解してもらう取り組み(A先生に話したが後日B先生は知らなかった、となると不信感がつくる)
- ◆ 情報共有をしっかりとすることで信頼関係が生まれると思います
- ◆ 情報共有を充分にできる取り組みが必要
- ◆ 人が足りない
- ◆ 総合病院はそういうものと知識を普及させ、紹介のない受診にペナルティをもっと上げる
- ◆ 多くの期間で採用し、当たり前の制度とする
- ◆ 多くの病院で採用
- ◆ 多くの病院で導入していくこと
- ◆ 多種の治療を提案し、選べるようにする
- ◆ 誰でも同じであるとの認識(スキルの差がないこと等…)
- ◆ 単独での導入は難しい。非常勤も含めた、あるいは複数診療所全体での協議が必要と思われる。
- ◆ 定期的に情報共有
- ◆ 土日は原則回診はないこと。夜間祝日の対応は当番医が行うこと。
- ◆ 土日含めフル回診の代診
- ◆ 当院では普及しており問題なし
- ◆ 同意された患者の入院料を数%減らす。金銭に限らず患者や家族が享受する利点を明確にする。
- ◆ 特にありません
- ◆ 特にない
- ◆ 特になし
- ◆ 特になし(患者教育)
- ◆ 特には不要と思います
- ◆ 特に説明していませんが、案内だけしています。このことにクレームはありません。
- ◆ 特に必要ない
- ◆ 特に必要ないと思います
- ◆ 特に必要なし
- ◆ 特に不要。最初からかわる。
- ◆ 特に理解をしてもらう必要はない。複数主治医制でやっていますというだけで十分。
- ◆ 難しいのではと思う
- ◆ 年配・経験年数の長い医師と数年以上の経験

のある若手医師と、数年以内の研修医・レジデントの組み合わせ

- ◆ 病院がシステムづくりを行うこと
- ◆ 病院サイドでの情報共有
- ◆ 病院としての方針決定
- ◆ 病院として複数主治医制を取っていることを提示する
- ◆ 病院のスタッフの認識を変える。患者様への説明（メリットも多い事など）担当医以外の対応が常時受けれること。
- ◆ 病院全体（全医師）の意識改革
- ◆ 病院全体での取り組みが大事
- ◆ 病院全体での取組が必要
- ◆ 病院全体での統一も説明
- ◆ 病院長からの指示など
- ◆ 不要。特に移行に際してトラブルなし。
- ◆ 複数の主治医が病状や治療方針などに対し同一の見解を徹底できること
- ◆ 複数主治医といっても主な窓口は1人なので、特段困っていない
- ◆ 複数主治医制の医療機関を増やし、患者に慣れてもらう
- ◆ 分からない
- ◆ 分かりません
- ◆ 問題は年配の医師の理解のみ。患者から特に異論は聞かない。
- ◆ 役割を表などにしてはっきりさせる
- ◆ 役割分担の決め方をクリアカットにする必要がある
- ◆ 役割分担を説明しておく
- ◆ 有事の際の対応の認識と事前説明
- ◆ 曜日の勤務を理解していただく
- ◆ 要となる主治医を必ずチームに入れること（信頼関係ができていない人）
- ◆ 理解してもらえないと思います。「多くでみると抜けてるところがカバーできます」「よい芽がたくさん出てきます」
- ◆ 理解してもらえないのは難しいと思う
- ◆ 理解は求めています
- ◆ 理解は難しくないと思う
- ◆ 臨床能力の向上
- ◆ ①患者側の理解②管理者の理解を促す必要あり
- ◆ 患者への周知、医師同士で遠慮なく話し合える環境を作る
- ◆ 医療者は、業務の均一化と情報伝達、共有。患者さんに対して、丁寧な説明（病院として）。

C-4. 勤務先の医療機関では年齢等による当直の免除制度はありますか 1) ある場合

年齢	回数
40歳代～	5回
50歳代～	113回
60歳代～	35回
70歳代以上	6回

年齢（上記以外）

- ◆ 以前は60歳以上には無であったが、高齢者ばかりになったので60歳以上も今はされています
- ◆ 一応60歳以上はないが、している
- ◆ 55歳以上免除ではあるが、実際のところは医師不足のため免除になっていない
- ◆ 内科は40歳以上？日直免除らしいが、その他は60歳でもマンパワーが足りないのでやっている。
- ◆ ある程度年をとっている人は少ない。
- ◆ ある年度卒以上だと日直だけやる医師になっている
- ◆ ある年齢以上で
- ◆ 一定の年齢以上の場合には当直ではなく日直のみ担当。具体的な年齢は知らない。
- ◆ 一定年齢以上、免除
- ◆ 一定年齢以上
- ◆ 一定年齢以上では当直がない
- ◆ 高齢の場合
- ◆ 高齢者はなるべく日直をする
- ◆ 自分は年齢が高いので月1回程度
- ◆ 中高年医師（?歳）は当直免除、日直あり
- ◆ 年寄りほしくないようです
- ◆ 年功序列か
- ◆ 年長者、年齢
- ◆ 年齢により日直のみに限定
- ◆ 年齢
- ◆ 年齢、具体的にはよく知りません
- ◆ 年齢が高くなった場合日直のみになる
- ◆ 年齢で当直形態の変化や、免除があると聞いている
- ◆ 年齢とともに減少
- ◆ 年齢によって当直免除あり
- ◆ 年齢により段階的に回数減。曜日の指定、体調による免除・軽減など。
- ◆ 年齢に応じ日数が減ったり、なかったり
- ◆ 年齢の高い医師の当直回数が少ない（免除ではない）
- ◆ 年齢や性別による。本人の気持ちによる。

- ◆年齢別に回数を減らすようなローテーションにしている
- ◆不明。年齢で区切られていると思う。
- ◆若手に負担がかかりすぎない程度に重みづける

役職、ポジション

- ◆院長のみ免除
- ◆院長は免除
- ◆管理者は免除
- ◆管理者
- ◆院長、副院長
- ◆院長・副院長は免除
- ◆副院長、院長はない
- ◆副院長以上は、当直・日直なし
- ◆教授など
- ◆教授・准教授は免除
- ◆教授、准教授、講師は免除
- ◆准教授以上
- ◆准教授以上は免除
- ◆准教授以上
- ◆准教授以上免除
- ◆当科は教授のみ当直免除となっています
- ◆科による。主任部長以上は免除、等
- ◆診療科によって主任部長は免除
- ◆主任部長など
- ◆助教より上の先生は免除
- ◆講師以上
- ◆統括部長のみ当直は無し
- ◆年配部長クラスは免除されている
- ◆部長など
- ◆部長以上は免除
- ◆役職
- ◆役職がある方は土日の当直なしなど
- ◆役職によってあり
- ◆役職のみ
- ◆おそらく50歳?以上の管理職は日直のみでいいことになっている
- ◆詳しい年齢は不明だが、診療科の部長は一部免除されている
- ◆詳細不明 重要な役職はしていない(医院長など)
- ◆上から階段式(トップが当直なし)
- ◆上級医は少ない
- ◆専門医以上なし
- ◆年齢というより院長等
- ◆ポジションで区切っている(助教以上は免除など)

個々の事情を考慮

- ◆女性医師は、家庭状況に応じて調整、免除もあり
- ◆子供がいる女医
- ◆お子さんのおられる先生
- ◆子供が小さい
- ◆産後
- ◆子育て中
- ◆女性で子育て中の医師
- ◆妊婦
- ◆妊婦と〇歳以上(年齢はわかりません)
- ◆妊娠・育児等
- ◆妊娠中、子育て中の女性医師
- ◆年齢、未就学児育児中等で当直日中の勤務へ変更
- ◆小さい子供がいる場合。妊娠中は免除。
- ◆女性は原則免除、内科医は免除
- ◆女医さんの場合ないことあり
- ◆母子家庭なので当直のみ免除あり
- ◆家庭の事情など、申告すれば当直免除される
- ◆単純に年齢ではなく各自の事情を鑑みて当直業務に入らないでいい、としている医師はいる
- ◆家庭の事情
- ◆年齢だけでなく育児、介護、病気など個々の状況に応じて免除してくれる
- ◆健康状態
- ◆健康上の理由により当直に支障がある場合

その他

- ◆希望あれば当直、希望しなければ無し
- ◆希望による
- ◆個人の希望に応じて当直あり
- ◆本人希望により
- ◆本人の希望により免除される場合もある
- ◆あるけど若手がいないので日直をしている
- ◆あるとはいいいながら皆している
- ◆おそらく年齢と家族状況
- ◆副当直(マイナー科のDr.)はもともと少ない
- ◆もともとの契約や年数
- ◆なんとなく
- ◆よく知らないです
- ◆わかりません
- ◆何歳から免除になるかは知らない
- ◆基準は知らない
- ◆基準は不明
- ◆詳しくは知らない
- ◆詳しくは不明
- ◆詳細は知りません
- ◆不明

- ◆ 院長判断による
- ◆ 科により負担に大きく差がある
- ◆ 診療科の事情による
- ◆ 科によってバランスが悪いと思う (呼ばれる科とそうでない科)。整形は普段から呼ばれるので当直は免除でよいのではないか。
- ◆ 申告制?
- ◆ 原則無し
- ◆ 病院で明文化されたルールはない
- ◆ 第2待機のみ医師がいる
- ◆ 当直ではなく日直となり、月1回程度になる
- ◆ 当直翌日から午後休が取得できる
- ◆ 当番のみになる
- ◆ 年齢というか、下から何人という形で決まっている
- ◆ 平日の当直回数が減る
- ◆ 眼科、皮膚科、放射線科等

C-5. あなたは各医師の当直負担の分担をどのようにするのがよいと考えますか

年齢、事情など配慮

- ◆ 40歳代までにすべき
- ◆ 50歳以上でもするべきだ
- ◆ 50歳ぐらいで、免除が理想
- ◆ 50歳以上で回数を減らす (45以上でも可)
- ◆ 50歳未満に制限する
- ◆ ある程度は年功序列で
- ◆ ある程度は年齢に応じて傾斜をつけてもいいと思うが、若手の心理的負担に配慮し、相談できる担当者を決められるといいと思う
- ◆ ある年齢までは均等
- ◆ マイルドな年齢逆比例
- ◆ やはり高齢になると体力が低下し、バッテリーが切れてしまうので、できれば50歳以上は免除
- ◆ 基本的には公平性・平等性をたもつため、均等に分担するべきだが、年齢・年度による体力の違いも考慮して、多少は年齢・年度による傾斜配分も許容する
- ◆ 基本平等に、年齢に応じて負担を減らす
- ◆ 高齢になれば肉体的な衰えは避けられないので若手医師と高齢医師とでの当直負担の分担は必要と思う
- ◆ 若手の負荷が少し多いのは仕方ないが年齢が上でも週末とか日直をするように心がける (私もこの年齢で月2回日直+日直1回やっています)
- ◆ 人数にもよるが、55歳以上だと平等に近い方が好ましい
- ◆ 年数、役職である程度免除を行う。その他は何科にあっても平等に行うこと。
- ◆ 年齢によって配分する
- ◆ 年齢により回数に差をつける
- ◆ 年齢により分担をかえるのは必要と思われる
- ◆ 年齢や役職によっても負担分配をつけてもいいと思う
- ◆ 年齢 (医師年数) により、若い医師が多めに傾斜分担するのがよいかと考える。ただし、当直に関する諸問題を実感する目的で部長、主任部長もわずかでもシフトに入った方がよいと考える。
- ◆ 年齢 (経験年数) によってある程度負担 (回数) を変える
- ◆ 年齢、家族状況、やる気に配慮し、適切に分担
- ◆ 年齢、体調、家族事情、金銭事情を考慮したものにするのが良い
- ◆ 年齢、体調、本人の意思等で決める
- ◆ 年齢、体力、家族状況に配慮して分担
- ◆ 年齢、役職を考慮して分担する
- ◆ 年齢だけでなく、ある程度希望に応じた形が必要
- ◆ 年齢での差はあってよいと思う
- ◆ 年齢での免除は継続でできるだけ平等に
- ◆ 年齢で負担の割合を変えるなど、基本的には平等に負担
- ◆ 年齢などで当直回数を調整することは仕方のないことかもしれない
- ◆ 年齢による軽減
- ◆ 年齢による当直数の差を設ける
- ◆ 年齢による免除からまず決めて残りは公平・平等に
- ◆ 年齢に応じて負担軽減
- ◆ 上級医はやや少なめでもいいと思う
- ◆ 年齢など個人の能力や体力に応じて
- ◆ それぞれの医師の事情を踏まえて対応するようにしている
- ◆ それぞれの家族や事情に応じてフレキシブルにするのがよい
- ◆ 可能な限り回数などは均等に振り分けながら、それぞれの事情に応じて分担すればよいと思う
- ◆ 各医師に一律の働きを求めるのではなく個々の状況に応じて分担するのがよい
- ◆ 各々が、最大許容できる範囲で行う (育児中、病気ある方、高齢など事情が違うので)
- ◆ 子育て中の女性は免除だが、子育て中の男性医師への配慮も必要
- ◆ 体力や持病を考慮して分担しています
- ◆ まずは均等に、その後高齢医師については体調面を考慮して再配分

- ◆ まずは平等であるが、多少年齢を考慮して回数を決めるのがよい
- ◆ 年齢や家庭事情に配慮は必要
- ◆ 年齢や経験に問題もあり、多少の傾斜をつけて負担
- ◆ 年齢や体調なども考慮して決めるとよいと考える
- ◆ 年齢を考慮しつつなるべく全員にしてもらう
- ◆ 年齢順に少なく
- ◆ 年齢制限あり、あとは均等、足りない分は若手から順に

均等に分担

- ◆ アルバイトの医師にも常勤医と同等に仕事を分配してほしい
- ◆ ある程度平等に（でも完全に同じでなくても良いと思う）
- ◆ すべき人が平等に分担すればよいと思います
- ◆ なるべく均等
- ◆ できるだけ希望に沿って平等に
- ◆ なるべく均等に分ける。時間になったら速やかに交代する。
- ◆ わからない、平等にしたらいいと思う
- ◆ 医師が少ないので 均等に分担するよりないと思う
- ◆ 一定程度の年齢まで平等
- ◆ 科によらず平等に分担するのが望ましい
- ◆ 各科で平等に当直業務にあたるべき
- ◆ 基本均等分担
- ◆ 基本的には平等にするのが良い
- ◆ 休日担当の負担ができるだけ平等であればいい
- ◆ 均等
- ◆ 均等、希望者には多く
- ◆ 均等で良いと思われる。待機については、当直+待機（当科）がいるにも関わらず主治医が呼びだされることもあり、改善されることを願っています。
- ◆ 均等な負担
- ◆ 若手のみ回数が増える傾向があるため、それを均等に割り振る
- ◆ 均等にする
- ◆ 困難ではあるが、可能な限り均等に
- ◆ 均等に負担するのがよい
- ◆ 均等割り
- ◆ 健康に支障のない範囲で平等に
- ◆ 均等（年次に関係なく）
- ◆ 均等に分ける
- ◆ 公平に
- ◆ 公平に行う

- ◆ 出来るだけ平等にしている
- ◆ 出来れば平日、土日が公平になると良いと思います
- ◆ 小規模病院では、医師全員で均等に分担するしかない
- ◆ 全医師平等に
- ◆ 全員する
- ◆ 全員均等
- ◆ 全員平等
- ◆ 全員平等
- ◆ 男女平等
- ◆ 平等
- ◆ 平等に
- ◆ 平等にする
- ◆ 平等にするのが良い
- ◆ 平等に負担する
- ◆ 平等に分担
- ◆ 平等に分担するのが望ましい
- ◆ とにかく均等に、女性医師が増えると若手男性医師の当直回数、夜間待機が明らかに増えるので、夜間仕事ができない医師は待遇を変え、1人ではなく0.6人くらいの枠と考えて人員を配置してほしい
- ◆ 当直負担は均等になるべき
- ◆ 負担は均等に行うべき
- ◆ 年齢に関係なく均等に負担する

人員確保、外部からの応援など

- ◆ できるだけ多数で分担
- ◆ できるだけ多数の医師に参加していただく。そのためには専門医師のバックアップも必要。
- ◆ 外部医師からの応援
- ◆ 大学病院などからの若手医師の応援
- ◆ 人員確保
- ◆ 万人が納得する方法はない。負担になるのはみんな同じ。各病院の当直可能な医師の人数確保が難しいならばアルバイト募集する。
- ◆ ①医局員を増やす、②院外から当直医師をおまねきする
- ◆ 医師がふえれば必然的に回数は減る
- ◆ Dr.を増やすか、その科の当直日を無くすか
- ◆ できるだけDr.の数を増やし、回数を少なくする代わりに、なるべく不公平がないようにしたい
- ◆ できる限り減らすために分担するべきだが、そのためには人数が必要
- ◆ なかなか良い方法がない。バイトを頼むなど。
- ◆ 医師の人数の確保（特に地域で）
- ◆ 医師を増やして分担できたらいい
- ◆ 医師を増やす

- ◆ 応援医師制度
- ◆ 外勤医師を増やす
- ◆ 外部にお願いする (今以上に)
- ◆ 外部に依頼
- ◆ 外部のDr. を多用
- ◆ 外部への依頼
- ◆ 今以上の方法追加は医師不足で無理では?
- ◆ 上限を決め、他の病院に応援をお願いしている
- ◆ 常勤が負担ならばパートで対応か?
- ◆ 常勤医増
- ◆ 人数を増やす
- ◆ 他院からの医師などに担ってもらうなど
- ◆ 地域の急性期病院や開業医の先生方からの応援が得られるものならありがたく思います。大学病院も同様です。
- ◆ 外部の先生に依頼しています
- ◆ 待機医師は人数を増やすしかない。外科に進む医師が少ない。
- ◆ 勤務医が少ないにもかかわらず、特に男性医師の部長以外に負担が集中している。妊娠中の女医の当直免除とするとさらに負荷が増える。部長はICUの重症患者をみないので、医師数を増やすか、集約化するしかない。
- ◆ 救急医が増えるのが理想
- ◆ 勤務医のみで、当直を全て行うことは困難。地域の開業医も当直に加わるべきと思う。
- ◆ 月2-3回程度の分担ができるくらいの人材の配置
- ◆ 集約化して人数を増やす
- ◆ 他の医療機関から医師を分散させる

報酬、インセンティブなど

- ◆ 当直してもいいので対価を払っていただきたい
- ◆ ある程度は均等に、ただし個別の事情には配慮ほかの医師の分までフォローして入る頑張る医師には追加で手当があるとよさそう
- ◆ インセンティブで希望者
- ◆ 負担割合に担当する賃金増加
- ◆ さまざまな背景を抱えて各々働いているので、各医師間で負担が異なるのはある程度仕方ない。給料面、直明け午後半休などで対応をよくしていけば回数が異なっても納得できるのでは。
- ◆ できる人 (例えば自分のような独身者) から当直の難しい人の分をこなせば良いと思う。対価が支払われれば特に不平も出ないと思う。当直手当が少ないのが問題。
- ◆ 当直代を高くする
- ◆ 医師になった時は、もっと厳しい中で過ごしてきたのであまりこうしたらいいというのは

- ありませんが、当直にしろ、待機にしろ、相応の対価は支払われるべきだと思います
- ◆ 完全にフラットの負担は難しい (病院間の差も大きい) バイトに対して常勤の日当直の報酬が安すぎる。常勤医の日当直の報酬UP、明け休みの徹底。現状は全くない。
- ◆ 手当の増額による希望者が増えることを期待
- ◆ 十分な報酬を出し、やりたい人がやる
- ◆ 責任感のみでは続かない。インセンティブなどの導入を検討いただきたいです。
- ◆ 年収と比例
- ◆ 外部委託する場合と内部の者の当直料に数倍の差がある。差がなくなれば不満の一部は解消されるのでは。
- ◆ 当直の時間帯の業務に見合った報酬が支払われるべきである。そうであれば、多少の当直の増減は問題ないと考えます。
- ◆ 当直が行える医師 (男女関係なく) は担当し、その分 incentive (賃金) をしっかり支払っている制度を医局内で開示して不公平感をなくすべき。当直が行えない医師は、できれば最低〇回は日直をするなどの取り決めを作って従ってもらう。
- ◆ 当直を負担する場合、手当が大きくなることを明示すればよいのでは
- ◆ 夜間の診療費をあげてサラリーをあげる
- ◆ 不公平感のないように平等にするか、給与の差をつける
- ◆ 分担に関しては現状のまま。当直料を上げてほしい。
- ◆ しっかり給与に反映
- ◆ 金銭的なサポート (当直制の引き上げ)
- ◆ 給与の面もあるため強制ではなく自分で希望して入っています。各希望で無理のない体制が築けています。医師の数が絶対条件に。

当直明けの勤務軽減

- ◆ 当直するのはよいが、当直明けは午前で帰ればかなり違う。忙しかった直明けだけでも帰れるとよい。
- ◆ 当直の翌日は帰られるもしくは時短にしてほしい
- ◆ 当直の翌日は当たり前のように帰宅できる環境づくりを
- ◆ 当直休みが取れるのであればいいと思う
- ◆ 当直後の勤務は無しもしくは午前で帰宅
- ◆ 当直後の勤務免除と見たからと担当医にされることをやめる
- ◆ 当直後は帰宅 or 半日勤務
- ◆ 当直者の日中の勤務の負荷軽減

- ◆当直前後の休み
- ◆当直明けのPMは帰宅できるようにする
- ◆当直明けの業務軽減
- ◆当直明けの勤務を減免することが重要。現状無賃待機。
- ◆可能なら当直の翌日は休みにすると、当直の負担は半減すると考える。当直が負担となる最大の要因は「翌日も朝から勤務」という点と考えます。
- ◆まず当直と言っている時点でおかしい。習慣的にこの名称を使用しているが、夜勤と認識しなくては問題解決につながらない。「当直」前後あわせて34時間連続勤務です。「当直」は平日2日分の勤務とすべき。
- ◆医師の集約化、当直→勤務として扱う→翌日休む
- ◆外科医で、手術前夜の当直は、翌日に手術に入らない人が担当するシステムがあってほしい
- ◆外勤の当直明けに対する大学業務の負担軽減、休日設定を望む
- ◆回数だけでなく、翌日の勤務形態も配慮してほしい
- ◆当院は原則当直明けはAM勤務
- ◆当直明けは午前中に自宅に帰れるようにする
- ◆当直明けを休み or 半日にする等
- ◆当直明け業務の減免
- ◆当直明け業務を軽減する
- ◆当直明け勤務の免除など
- ◆当直翌朝のduty免除
- ◆当直翌日に受け入れ患者の担当を分ける。翌日に休みを取らせる。
- ◆当直翌日の休息を隔日に取れるような体制作り
- ◆当直翌日の勤務の禁止。また、翌日に手術等に当たらないようなスケジュール管理。
- ◆当直翌日の勤務の軽減→早めに当直を決める
- ◆当直翌日は帰らせる
- ◆当直翌日は休みにする。夜、時間外の自動対応、そしてお見送りを当直に任せることができるといい。またお見送りはなくてもいい。
- ◆当直翌日は全面休業
- ◆当直翌日は必ず休みにする。その仕組みが必要と考えます。
- ◆当直翌日を休みにする
- ◆日勤に負担がない程度にする必要があると思います
- ◆日勤帯での業務量を考慮して、当直負担の軽減がなされるべき
- ◆日々の予定手術の日程も考慮したうえで当直の日にちを決定する
- ◆年齢や立場により回数が異なるのは問題ないと思いますが当直後の次勤務までのインターバルや業務負担の軽減を平等に行うことが望ましいと思います
- ◆翌日から当日の日勤帯に休みが取れるようにする
- ◆翌日の休みを義務化
- ◆翌日の業務が免除。当直時の食事や当直室の環境ももう少し考えてほしい。
- ◆翌日は休み
- ◆翌日は朝から帰れるようにする
- ◆翌日を休日にする
- ◆翌日を休日にするとう当直時の対応も柔らかくなると思う。断る頻度も減るように思う。
- ◆翌日休みの徹底、実質診察患者対応時のサポート
- ◆明けが帰ればそれでいい。ある程度若手に傾斜がかかるのはやむを得ない(皆、通ってきた道なので)。
- ◆①当直明けは完全なる休みにする、②夜勤担当医の配置が考えられます
- ◆育児をしながら働く医師が増えているので、昼間の仕事は格段に少なくなっているが、当直、待機の負担は十数年変わらない。昼間の休みを取得できる幅を持たせてほしい。
- ◆学年別不均等+当直明け休み
- ◆次の日を休みにする時、連続業務軽減が必要
- ◆人手が足りるのであれば、夜からくる、朝で帰るなどの時間をしっかり決めること
- ◆体調や年齢を考慮したうえで均一化して良いと思うが、当直明けの休暇は必須。日当直で入院となったケースは、速やかに該当診療科に振り分けられること。
- ◆体力なども踏まえて考えるべきだが、日直をするタイミングを翌日の業務内容を考えて組むべきで可能なら半日休みなどにすべき
- ◆入って週一回で当直の次の日は休みにしてもらおう。今は引き続き勤務となっている。
- ◆複数当直の場合の均等な仕事の割り振り、翌日PMの業務負担軽減
- ◆代休の導入
- ◆当直の翌日は半休などの休みとしないと医療事故の原因となると思います
- ◆代わりの休みを取りやすくすればよいと考えます
- ◆代休がない当直は廃止すべきと考えます(当院は当直に代休がない)
- ◆代休を必ず取れるようにする
- ◆最近では当直明けの日は半日でOKになっている

- ◆ 完全な休みを翌日に設ける
- ◆ 完全フリーの日、時間帯を設ける
- ◆ ハードであれば翌日は休みか早退できる。ハードでなければ翌日通常通りに勤務する。
- ◆ 当直していることに対するのメリットが無い。理由をつけてやらない方が得になっている。翌日、休みたくても休めない。有休も取れない。
- ◆ 緊急手術や急患がみんなの負担を増加させている。待機はほぼ呼ばれるので当直にして、休みを増やすことが必要。
- ◆ 当直明けは申し送りをして帰る

その他

- ◆ 希望する回数、曜日、時間帯のマッチングを取る
- ◆ 希望による
- ◆ 希望に合わせて個人ごとに調査
- ◆ 希望をとってそれに応じて日数を決める
- ◆ 希望者に傾斜をつけて負担がかかりすぎないよう応分に分担
- ◆ 希望制とする + 翌日午後勤務免除
- ◆ 事務が避けてほしい日を聞いて配慮する
- ◆ 現行
- ◆ 現行でよい
- ◆ 現行で今の勤務先は問題ない。ただ一部の病院で若手医師に過重な当直 (月8回程度) を強いている場所があるのは事実で、そういったものは是正必要。
- ◆ 現在のまま
- ◆ 現在の分担で良いと思う
- ◆ 現在は、外部からの医師の担当もあり、かつ日勤は4日/w (この場合、政府の求める有休5日/年を必ずとるのが逆に難しいが…) の勤務のため、日当直があってもおよそ2日/wの休日は保たれていて好ましい
- ◆ 現状
- ◆ 現状で
- ◆ 現状でOK
- ◆ 現状でよい
- ◆ 現状維持
- ◆ 今のままが良い。今のやり方しかできない。
- ◆ 今のままでいい
- ◆ 今のままでいいと思います
- ◆ 今のままでよい
- ◆ 今のままで特に要望はない
- ◆ 人間的に現状維持しか解決策が考え付かない
- ◆ お互い話し合い
- ◆ それは皆さんで合議されることが必要か
- ◆ 話し合いで決める
- ◆ 話し合いを月に1回行えば良い
- ◆ AIの活用、救急車の受け入れ時間の分担。センター化。
- ◆ 可能であれば救急医中心のER化
- ◆ 外部から救急を受け入れる病院を少なくすべき。あるいは曜日ごとに分けてその多い日にはメジャー科が対応するなどしてメジャー科の当直日数を減らすべき。
- ◆ 救急などは2人以上の医師 (研修医も含む) のが理想。寝当直なら1人でいいと思います。
- ◆ 救急のようなシフト制 (2~3交代) が良いと思う。外来や検査業務が主な負担になっていると思う。
- ◆ 救急対応に必要な当直は、研修病院がすべき
- ◆ 救命センター化して、各科に必要ながあればコンサルタントする体制
- ◆ 救急医療を専門にしてきたので、考えたことがない
- ◆ あまり考えてません
- ◆ ある程度は仕方がない
- ◆ それ自体に不満はない
- ◆ とくに問題ない (現在44歳)
- ◆ コンサルには連絡・連携を徹底するのがよい
- ◆ できるだけ待機をcallしないよう知識を得る。もしくはiPadなどで画像が見れるようにして遠隔で指示ができるようにする。
- ◆ どんな症例でも一旦救急外来のある病院に送らず、適切なレベルの病院 (超高齢者、DVRの誤嚥性肺炎などは直接慢性期) へ送るようなシステムや、総合病院の当直を医師会の医師も含めて回すなど。開業医が送るだけでなく、受ける業務も経験させた方がよい。
- ◆ 自分の専門外のことはコンサルトしやすい環境整備が必要だと考える。また、各科でプロトコルの作成ができれば、当直者による差がつかなくなると考える。(例) t-PA考慮時の採血、MRIオーダー等を一括で展開できるようにすれば、漏れなく早く対応ができる。
- ◆ バイトなどもっとやりたい人がやりやすいようにシステムを作る。そもそもコンビニ受診などを減らすことが最優先だと思いますが。
- ◆ ナイトドクター制度を導入。待機料の支払い義務化。
- ◆ 夜間対応病院があれば、各病院の当直負担が減る
- ◆ できる人がすればよい
- ◆ できる人に
- ◆ 可能な人が分担する
- ◆ 対応可能な医師で分担するしかない

- ◆ 当直できる医師がやるしか仕方ないと思います
- ◆ やりたくない人は免除する
- ◆ どうしようもないです。誰かがするしかない
ので。
- ◆ 難しい。いろいろな事情のDr.がいる。
- ◆ 現状で満足しているわけではありませんが、
かといって良い案もうかびません
- ◆ 個人の考えはありません
- ◆ どう考えていいのかわからない質問(当直し
たい人もいればしない方がいい人もいる)
- ◆ わからない
- ◆ わかりません
- ◆ 状況による
- ◆ 状況によるので一概に言えない
- ◆ 当直の忙しさと給与によって異なるので一概
には言えない
- ◆ 病院によって違いすぎる
- ◆ 病院によって事情が異なるので一概には言え
ない
- ◆ 医師数に関わってくるので一概に云えない
- ◆ バックアップ体制の充実
- ◆ ローテーションではなく固定日とすることで翌日
休などが固定される。小さい病院は廃止とする。
- ◆ 各施設によって状況が異なるので何とも言え
ません
- ◆ 一定の決まり→個人の自由
- ◆ 一部医師の負担が集中しないようにしてほしい
- ◆ 院内の対応は当然であるが、無関係(救急輪
番や、かかりつけでない方のウォークイン)
の対応は非常に負担が大きい
- ◆ 技量、負担を個々に評価して決めていく
- ◆ 勤務割
- ◆ 待機制
- ◆ 月1回程度が適当
- ◆ 今は当直明けに休めるので昔と比較し負担は
減った
- ◆ 指定曜日を非常勤、残りを常勤で等分
- ◆ 時間が来たら引きつぎ、予定の勤務時間を超
えない
- ◆ 終日、毎日、チームでのシフト制にすること
- ◆ 宿直は労働に含まれないような現在の考え方
(政策や法律上の)は少し疑問。たしかに救
急病院のように忙しいわけではないが深夜だ
ろうとなにかあれば呼ばれるわけで。
- ◆ 症例・医師の集約により分担しやすくなる
- ◆ 制度は現行のままでよい。当直が必要な病院、
病床を、現在の医療リソースで対応可能なレ
ベルに調整する。
- ◆ 生活リズムに合わせて分担する
- ◆ 責任を持った当直専門の医師が理想である。
当直翌日に業務を持ち越すような運用はな
くすべきであろう。
- ◆ 待機の負担を減らすべきだと思う。できる限
り日当直帯は日当直のDr.で対応すべき。(HD
や胃カメラなど各専門治療が必要な場合は除く)
必要なら翌日以降入院を引き継げばいいと思う。
- ◆ 地域の応受によると思います
- ◆ 当院では医師もシフト制となっており、ある
程度固定で当直や日直を回しています。それ
ぞれの家庭の事情などにより、できる範囲で
分担しており、比較のお互いを理解しつつ分
担できていると思われま。ただ、それを継
続するにはある程度経験値のある医師が複数
名必要となりますが…。皆、基本的には勤務
時間が同じようにシフトが組まれているので、
その面でもメンタル的なストレスも少ないです。
- ◆ 当院は全科に1人ずつ当直がいますが、いく
つかの科を1人の当直で対応する、あるいは
待機などで対応できれば当直の負担が減るよ
うに思います
- ◆ 当直つらい
- ◆ 当直でなく、自宅待機にする。近隣の病院
と連携して行うなど。
- ◆ 当直ではなく、完全交代制
- ◆ 当直は多くないですが、当直や当番でなく
ても主治医であれば土日祝日関係なく電話、
点滴や薬も全部主治医が呼ばれるので、なん
とかならないかとは思いますが。さっさと辞め
たいと思うときもあります。
- ◆ 当直医が院外の包括対応をしない
- ◆ 当直医へのサポート体制が必要
- ◆ 当直医師の専門診療科で異常な負担をでき
るだけ均一にすること(できないとは思いますが)
- ◆ 当直医同士で協力し合う
- ◆ 当直代の賃上げと、それにより当直免除も可
能とする
- ◆ 当直中は全責任対応、困難な時は所属長に相談
- ◆ 当番医制度をなくす
- ◆ 特にありません
- ◆ 特になし
- ◆ 特になし
- ◆ 内科、外科で当直を分けてほしい
- ◆ 内科系医師の負担を少しでも軽減するために
外科系医師も手伝う
- ◆ 内科当直の診療範囲が広く、それ以外の科も
できれば肺炎や尿路感染症などをみれるよ
うな欲しい
- ◆ 日本の制度では宿直→当直・日直が混同され

- ていますが、本来の宿直として運用する。もしくは当直・日直として運用して発生した費用・代休を支給するのが理想ではあると思います。現実には難しいですが・・・
- ◆能力に差があるため、経験のためにも若手がファーストタッチに多く入るのはいいと思う
 - ◆非常勤医師が当直で、常勤は宅直
 - ◆病院の集約化
 - ◆病気や育児中のDr. が当直できないのは普通と思う。それ以外で明らかな理由なく当直をはずれているDr. をどうにかした方がよい(給料面で差をつけるなど)。
 - ◆病棟、救急外来と別で待機すべき(別の人員を)
 - ◆病棟の雑務が困りすぎないようにする。また、日中の間に各主治医・看護スタッフが入院患者の治療方針に何かあった時の対応について明記する。
 - ◆複数主治医制にし、夜間のオンコールない日が作れば、子育て中の女性医師であっても月1～2回の待機、当直は可能です(実体験)
 - ◆分母で割り算、余りは若手へ
 - ◆免除せず月1回は日直を担当する
 - ◆免除は無し。やらない場合は非常勤扱い。
 - ◆夜間に受診する必要のない患者の受診を減らす
 - ◆輪番なのではない
 - ◆各科ランダムに振り分けられるため、翌日の仕事内容を加味した日程調整を行った方がよい
 - ◆眼科医としては、現在の体制で良いと思います。全身状態が安定している当直は困難ですが、その分専門性が高いため待機として、他科では難しいところを診させていただけると思います。
 - ◆例えば、皮膚科や眼科などは当直ないとかはやめてほしいです。できる人が全員すべき。できる人だけが負担が増える。
 - ◆科による免除を廃止する
 - ◆50歳までは部長も日直などで参加されると助かりますし、現場への理解が深まると思います。実際は若いDr. に代わってもらう人が多いです。
 - ◆医師の中でも高齢化が地方では進んでいます。よって60代だから楽できるという文言は、今や通用しないと年輩Dr. にも思っていて欲しい。
 - ◆50歳以上も(60歳くらいまで? 55歳くらいまで?) 当直をするしかない(医師が少ない)
 - ◆若い医師がいないうえに負担を感じるようになった。医局も人数不足。
 - ◆若い医師は症例経験という意味で多めになってもいいかと
 - ◆若い人が主体(今まで自分もそうであったので)若い人に頑張ってもらう

- ◆若い方に頑張ってもらいたい・・・
- ◆若手、後期研修医を中心に分担
- ◆若手、独身者の回数を増やす
- ◆若手は多めで良いが、年長者0若手10は若手の負担が多すぎると思います(当院はそうではありません)
- ◆勤務のインターバルを確保して運営してほしい。若手に負担を押しつけないでほしい。
- ◆若い医師の当直回数は多いが、上級医師によるサポート(相談・応援診療)は必ず充分に

Q-9. 教育機関があれば良いと思う場合、どのような団体がそれにふさわしいと思いますか

大学、大学病院	17回答
学会	15回答
医師会(日医、県医、市郡地区含む)	26回答

その他

- ◆Webで学習、1wkの実地、との繰り返し
- ◆安佐市民病院などの総合診療科
- ◆医療機関
- ◆医局
- ◆大規模病院
- ◆大病院
- ◆大病院(現在は超高齢のため再教育は希望しないが)一時はあった
- ◆中核病院
- ◆中規模病院で総合診療や緩和など自分が対応していないところでの研修がいい(小さな病院や大きな病院は患者層に偏りや専門性が強いイメージ)
- ◆中規模病院の診療科
- ◆県病院、市民病院、日赤etcの公的医療機関
- ◆基幹病院
- ◆大学病院、教育病院、小規模病院でも指導医が勤務している病院
- ◆今後できるmegahospitalなど
- ◆県内中核病院
- ◆産業保健センターみたいなどころ
- ◆産業保健機構など
- ◆総合HP
- ◆県単位
- ◆県単位で開設
- ◆国の教育機関
- ◆再教育の内容がニーズに合っていればよい。どのような団体が行うかは問題ではない。
- ◆在宅

- ◆ 自治体
- ◆ 専門医機構
- ◆ 専門外以外の領域、大学(医学部以外)など
- ◆ 専門学会
- ◆ 専門性の良いところ
- ◆ 全国老健施設協会を受講しました
- ◆ テレワーク
- ◆ 有料でも研修医制度があれば良いです

- ◆ 病院が存在できないと思うとき
- ◆ 71歳の定年
- ◆ 一定の勤続年数で考える
- ◆ したくなったとき
- ◆ のんびりしたいと思ったとき
- ◆ 家庭の状況
- ◆ 両親、義両親、夫が亡くなったら(老老介護はしたくないので)

D-9-4. 他地域での試みなど

- ◆ わからない 9回答

D-16. セカンドキャリアで働いておられる先生が、ご自身でもはや引退すべきと考えるのはどのような場合 4) その他

- ◆ 能力の限界
- ◆ 技能、判断力の低下
- ◆ 医師としての知識欠如がおこったとき
- ◆ 自分の知識、技量に遅れを感じたとき
- ◆ 治療成績に陰りがみられたとき
- ◆ 手術ができなくなったら
- ◆ 新しい情報についていけなくなったら
- ◆ 医療レベルが保てない
- ◆ 知識の不足
- ◆ 目や耳に不自由を感じて診療することが患者や周囲に迷惑と受けとられると自覚するとき
- ◆ 健康上の限界に加え、医療に携わる上での能力がないと自分で思った時点で
- ◆ 自分の判断に自信が持てなくなったとき
- ◆ 知識が古い、ボケたと感じたら
- ◆ 知識が追いつかなくなったら
- ◆ 知識をアップデートする気力、体力がなくなる
- ◆ ミスが多くなったと自覚したとき
- ◆ 患者さんに迷惑・害を及ぼす
- ◆ 患者さんを診るのがつらくなったら
- ◆ モチベーションの限界
- ◆ モチベーションの消失
- ◆ モチベーションの低下
- ◆ やる気がなくなったとき
- ◆ 意欲の限界
- ◆ 意欲を失ったとき
- ◆ 自分の気持ちが医療から離れたとき
- ◆ 働く意欲が低下したとき
- ◆ 領域の変化に合わせられない場合
- ◆ 組織の要望にこたえられないと判断したとき
- ◆ 必要とされていない

E. 広島県医師会(勤務医部会を含む)への要望等

アンケートについて

- ◆ アンケートの項目が多く、これだけでも普段の業務と併せて負担となるため、もう少し項目が少なければ有難いです
- ◆ アンケートの項目が多すぎるといませんか?
- ◆ アンケート調査ありがとうございます
- ◆ このアンケートについて、A-4,5,8により、当院がどの医療機関か特定できる。常勤医が4名しかおらず、A-3により、個人が特定できる。つまり無記名ではあるが、個人が特定できるアンケートになっている。これでは公平なアンケートではない。しかしながら、A-3,4,5,8を除いてしまうと集計がむずかしくなる。公平にするためには記名式の方が良いと思う。
- ◆ このアンケートの提案をまとめて報告されるのでしょうか?またこのアンケートの目的および効能などを最初書いていただくと良いと思います。唯アンケートを書けと言われてもそちらの意向がよくわかりません。
- ◆ このようなアンケート自体を紙媒体ではなくインターネット上でやってもらいたい。時代錯誤である。IT化なくして働き方改革なし。
- ◆ 結果をふまえて、各施設の管理者がどう改善する予定なのか形にして発表していただきたいです
- ◆ 自院(開業)があり、月数回大学での診療を非常勤でやっています。複数の回答でちぐはぐな点があるのはそのためです。ご容赦下さい。
- ◆ 答えてみて比較的簡単な調査と思いました
- ◆ 働き方改革に関する意識調査を企画いただけるとありがたいです。現状のまま(事務方の都合で)進むと中堅が押し潰される格好になりそうです。
- ◆ 本アンケートは働き方改革のためのものと理解しているが、本当に働き方改革をする気があるなら、医師側だけの変化では無理。病院全体(スタッフ)の意識の変化が必要。特に

看護師の意識の変化は必須。それから、働き方改革と言っているが、現実には医師の給料を減らしたいだけだと思う。食事もまともにとれず、家庭を犠牲にして働いていると、何が働き方改革だ、と思う。時間外勤務をつけて、それが多と呼び出しをくらう。単に見かけ上の労働時間を減らしたいだけではないのか。医師である以上、働くことは当然と思う。だが、働いた分の報酬は欲しい。できもしない働き方改革など、しないでほしい。悲しくなるだけです。あとは、男性医師の育児参加の理解が深まるといいなと思います。

- ◆救急科も項目に入れてください
- ◆診療科分類で「臨床検査・臨床病理」を正しくは「検査医学科・病理診断科」です。(あるいは病院においては、各科独立)ともに標榜科として認められており、勤務医部会として正しい診療科名に修正していただければ幸いです。

再就職

- ◆すぐに斡旋でなくとも圏域の求人情報を気軽に収集して、将来の検討の参考にできるシステムがあるといいです。医師会に限りませんが。
- ◆セカンドキャリアについては50歳以下だが非常に関心がある
- ◆ドクターバンクを福山にも作ってもらいたいです
- ◆医師、看護師、その他斡旋について、同じ紹介料を払うなら医師会に払いたいです。業者の介入を排除できるシステム構築をお願いします。
- ◆求職の斡旋
- ◆定年2-3年前より再就職の斡旋をしてほしい
- ◆定年後の再就職案内
- ◆定年後の再就職先をまとめて案内できるように組織的な役割を負担していただきたいです
- ◆広島県医師協同組合、広島県地域医療支援センターの人材バンクなど、ホームページ公開、資料などありましたら参考にさせていただきたいと思います
- ◆広島市以外で勤務中であり、広大医局とも無関係。定年後広島市内の医療機関や健診センターへの紹介などをしていただけると助かります。
- ◆再就職についての情報発信をよろしく願います
- ◆再就職の斡旋
- ◆地域医療の一部(日中治療)は定年後医師を活用できると思います。その調整を医師会がすることはできませんか？

働き方、働き方改革

- ◆医師の働き方改革が2024年に開始となるが、広大病院から非常勤医(当直など)の支援を受けている中小病院が多い中、広大病院の方針はいかななものになるのか？
- ◆新専門医制度が施行されるようになって以降、特に内科専門医制度の実施により、中小病院では内科医の確保が一層困難になってきている。医師会としてはどう考えているのか？
- ◆医師の勤務環境の改善(時間外手当や賃金)
- ◆医師の働き方改革という名目で、若手~中堅の給与を破壊されないよう尽力をお願いしたい。子育て世代は時間も必要ですがそれ以上にお金が必要です。臨床に、研究に、専念するには、時代に関係なく、お金を気にすることなく働きたい。
- ◆医師会に所属していない若手の過重労働に対する調査も必要と考えます。年360回以上の待機、月12-13回の当直を余儀なくされている医師は大勢います。
- ◆パワハラや監視、介入、当直明けにも通常勤務(たとえ徹夜でも)、休日とったふりだけして実際は勤務してる人をなんとかしてください
- ◆完全主治医制を撤廃し(望む人がいるなら、その方はされたいと思うが)複数主治医制を浸透させていただきたいです。夜間休日にオンオフつけれることが大切だと思います。(今の病院だと、待機でない日でも、常に病棟からのcall、呼出しがあり、遠出などできず、休めない)
- ◆看取りは当直医に任せるなど夜間・休日の体制を変えていってほしい(前もって説明し死亡診断書内容を明記しておく)
- ◆外来の複数主治医を進めていただきたいです
- ◆ある診療科では土日祝日含み毎日診療録(すなわち回診・病棟業務も)が必要とされています。待機や当直の先生もいらっしゃり、対応可能と思われる為、土日祝日勤務の義務が少しでも減らせればと思います。また時間外申請も一定時間を超えて申請することが出来ない状況(暗黙の了解としてださないことになっています)であり、タイムカード等導入できたらと思いました(ご相談すべき場所でなかったら大変申し訳ありません)。
- ◆今後は当直と言わず、夜勤や休日出勤と拘束時間に対応した時間外手当を出すことを指導して欲しい
- ◆昔は症例を多く経験するということがいつも(24時間365日)病院にいることが奨励された

が、もうそういう時代ではない。皆と症例報告などを活発にして経験を深めればよい。それと大学病院等勤務医の先生方がバイトに行かなくてもいいよう報酬を十分にすべきと思います(昔は安かった)。

- ◆当直の負担は年々大きくなっています。翌日ふつうに勤務も昔とかわらず
- ◆特定されそうなので一部答えません。病状説明を時間外にはしない(緊急をのぞく)というアナウンスをすべての病院でしてほしい。仕事を休めないとか、休日でもDr.がいつでも出てこれると思っている家族が多すぎる。時間外のICが時間外労働を増やしていると思います。一人一人に解決策を求めず、トップから患者側へしっかり言ってほしいです!!
- ◆医師という仕事はお金をかせぐ手段ではなく、専門性を一生かけて勉強していくたぐいの仕事なのではないでしょうか。なので、再就職、再研修ではなく勉強、仕事は今のこととしてずっと続くのではないのでしょうか?
- ◆すべての病院の定年を65歳にしてほしい。当院は62歳が定年です。
- ◆医師も1人の人間であり、1人の労働者です。特に女性医師や若手医師が多い職場では複数主治医制を浸透させることが重篤な疾患、複雑な病態に継続的にチャレンジするためには必要です。そのためには医療者側、患者側双方の理解が必要です。開業医-総合病院勤務医のさらなる連携を進めるためにも、医師会がこれらの点から啓発普及活動をしていくことに期待します。
- ◆施設の嘱託医?が施設内に患者が発生した場合に、すぐに丸投げされる傾向にあるので、ある程度の責任をもって診療に当たってほしい
- ◆病棟でDNAR又はACPにて、蘇生を望まず「看取り」の患者さんの「お見おくり」を(夜間や休日になる確立が75%であるため)看護師のみで行うよう、県下一斉にやりましょう。上記が(主治医や担当医の)負担を大きくしています。ちなみに、諸外国では全く行っておりません。

女性医師

- ◆(特にありません)女性の役員がもっと増えると良いと思います
- ◆「子育てをしながらでも勤務しやすく」とうたわれることが多いですが、結局、日直ですら担当をしていただけません(もちろん子供がある程度成長されていても)

- ◆「子育て=日当直はしなくていい」という風潮がかわっていないと思います。男女共同参画などありますが、あまり変わっていないのが実情な気がします。当直ができる人ばかりが負担が増えます。
- ◆▽女性医師活躍についての取組を、女子医学生、女子研修医にもっと強くアピールすべき、▽働き方の柔軟性(フレックス制や時短)をもっとすすめるべき、▽腰かけ女医、ゆるふわ女医*をなるべく作らないようにする制度を。
*初めから男性医師と結婚する狙いで本気で臨床に望まない医師。子育てを理由に初めから逃げ腰の医師。美容皮膚科や美容形成科(そもそもなぜこれが医師免許をとった医師が担当するのか理解できない)を初めから狙って地域枠で入ってくる医師などのことをさします。
- ◆介護・育児など年齢が進むにつれ家庭内での役割が増えてくる。その段階で、女性医師の雇用促進。また、現状では男性医師は育休を取りにくい。その促進をしてほしいです。
- ◆子育て中の医師は、職場の中で、非常に孤独を感じます。他病院の子育て中の医師がどのような働き方をして、どのような悩みをかかえているのか、情報交換できるような場があればいいと思います。医局に属していない女性医師も気軽に相談できるようなシステムがあれば、女性医師も、もっと頑張れるのではないのでしょうか。
- ◆女性医師、特に出産・育児前後のパワハラ、マタハラの実態調査と、改善への取り組み

病院、医療圏

- ◆コロナを診れる病院を増やしてほしい
- ◆とある医療センターがかりつけや近所の住民であっても患者を断りまくるため周囲の病院への負担が増える。院内の負担を分担させる仕組みが必要だが病院間の負担を分担させることも重要では。
- ◆総合病院、救急外来を開放している医療機関に、開業医が何でもかんでも患者を送りすぎる。特に超高齢患者やその家族は、負担のかかる高度医療は望んでいないことが多く、救急搬送→DNR取得→転院調整が業務の主体になることが多い。コロナの酸素ステーションのような施設で開業医が対応し、集学的医療を要するか、慢性期病院へ直接送るか判断してもよいのでは?または、総合病院の当直に地域の開業医も加わり、受ける業務を経験させてもよいと思う

- ◆大学は外勤についてもきちんと把握し、労働環境の整備につとめるべきである
- ◆大学病院はスタッフ、教授クラスになってもアルバイトをしなければ他院と給与が大幅に低くなる。臨床、研究、教育と非常に多くの業務があり、楽でないのに拘束が長く、給与が低い。正直夢がありません。これでは大学に残りたい医師は今後ますます減るでしょう。県医師会の範囲ではないのですが、現状そう考えます。何か改善策はないのでしょうか。
- ◆地域全体での医療情報共有など医療圏内での情報共有の方法を改善してほしい
- ◆中山間地域の中小病院では、深刻な医師不足の状態です。しかし、希望される働き方に対応できるこまわりがきくのも地方病院の良さです。趣味を楽しみながらゆったり働くという希望にも定年前と同じようにバリバリ働くという希望にも応えることができると思います。どちらの働き方も中山間地域では大いに歓迎され感謝されることと思います。このようなことを都市部の先生方にぜひお伝え下さいますようお願い致します。
- ◆中山間地域への人的支援を望む
- ◆中小病院の勤務状態を細かく調査し、病院に対して細かく指導してほしい。地域の病院の勤務はいまだ過酷であり、そのような場所に若い医師が勤務しようと思うはずがなく、医師は高齢化するばかりである。働き方改革は名ばかりで、逆に今まであった盆休み、夏休みは無くなり、それに代わり、有休を消化せざるを得ないため、実質の休暇は減少している。働き方改革に沿った指導を行ってほしい。
- ◆尾三地区の救急体制がひどいので何とかしてください。働き方改革などで残業制限されたら崩壊すると思います。病院の経営努力だけの問題でもないと思います。
- ◆病院により人的リソースのかたよりのあるように思われ、是正が望ましいと思います(ただ統廃合につながるかもしれません)。
- ◆病院内だけでなく、病院間の負担均一化を進めてほしい
- ◆複数主治医制を導入する病院(マンパワーの大きい病院)と導入できない病院が存在すると、医師の希望する病院が益々大病院に偏らないか懸念されます。
- ◆広島大学病院内にコンビニを導入してほしい。宅配サービスや買い物等、医療従事者は、院内で済むと、大変ありがたい。他県の大学病院でも概ね、導入されている。広島県内の基

幹病院でも導入されている病院は多い。みどりは、コンビニでは取りあつかいの難しい、医療材料の販売や、レンタルでよいのでは。共存できるかと思います。

その他

- ◆①若手の医師が意見を述べることのできる環境が必要、②老人会員が強すぎる、③医師会が機能しているかが疑問
- ◆コスト意識を学ぶような機会、講演など
- ◆医師会の主導で、再教育の場を作っていただきたい
- ◆会費の減額。使用意図がいまひとつはっきりしない。
- ◆会報のweb化
- ◆広島県医師会速報を持続させていただいております。今後とも宜しくお願い致します。
- ◆講演会を増やしてほしい
- ◆配布物が多いことがあるので、月1回でお願いできればと思います(今月2回でしょうか?)
- ◆99歳まで勤めたら退職予定
- ◆マスコミに対する医学的事項の監修に気をつけてもらいたいです。中央値のような統計学の基本単語の運用は適切に行ってもらいたいです。
- ◆医師の高齢化に対して何か対策が必要なのではないでしょうか
- ◆医師会にはいりたくないという若い先生が増えています。医師年金や医賠責についてももっと積極的に広報した方がいいと思います。それから若い人がもっと恩恵を被るような事業に予算を割いてほしいです。たとえば医師会立の保育園を造るとか…。専門医制度が厳しくなって短期間の異動が増えるので子育て中の専門医取得のためには院内保育園よりは駅近の医師会立保育園に預けたいから医師会に入るといふ動機付けになると思います。
- ◆勤務医が、より安全に、安心して、健康的に、医療が行える体制作りを望みます
- ◆勤務医の関心増強を
- ◆勤務医の条件は、開業医に比べ悪い。改善が望まれる。
- ◆県外の医師会とのコンタクトをとってもらえると嬉しい。鳥取県なども。
- ◆現場の末端の個々の医師の思いや活動をもっと確認した方がいいと思います。広島県にかぎったことではありませんが。
- ◆左派政党の支持はしないでいただきたい(以前の民主党の反省を！)。

- ◆最近美容外科医等 楽に高収入が得られる業種を選択する若い医師が増えていて、通常の医療に従事している者との差別化が必要と考える。勤務医の所得の増加と、格差の是正(開業医と勤務医の差、自由診療で高収入を得ている者と通常の勤務医との差)が希望。
- ◆昨年末、多忙を極めている保健所業務のお手伝いできればと考えていましたが、ボランティア等要請があれば広く周知していただければと思います。
- ◆人事権を大学医局が握っていることはもう前時代的ではないでしょうか?人材の流動性が高い方が社会にも還元されやすいと思います。
- ◆特にございませぬ
- ◆特になし
- ◆特記事項はありません
- ◆特にはありません
- ◆特になし
- ◆とくにはありません
- ◆なし
- ◆特にありません
- ◆ありません
- ◆いつもありがとうございます。これからもよろしくお願ひします。
- ◆いつも色々お疲れ様です
- ◆いつも有難うございます
- ◆満足しています
- ◆ありがとうございました
- ◆今後とも宜しくお願ひ致します
- ◆大変ですネ

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 22) 肛門外科 | <input type="checkbox"/> 23) 産婦人科 | <input type="checkbox"/> 24) 眼科 |
| <input type="checkbox"/> 25) 耳鼻咽喉科 | <input type="checkbox"/> 26) 気管食道外科 | <input type="checkbox"/> 27) リハビリテーション科 |
| <input type="checkbox"/> 28) 放射線科 | <input type="checkbox"/> 29) 麻酔科 | <input type="checkbox"/> 30) 臨床検査・臨床病理 |
| <input type="checkbox"/> 31) 血液内科 | <input type="checkbox"/> 32) 腎臓内科 | <input type="checkbox"/> 33) 内分泌内科 |
| <input type="checkbox"/> 34) 行政職 | <input type="checkbox"/> 35) ドック、検診業務 | <input type="checkbox"/> 36) 口腔外科 |
| <input type="checkbox"/> 37) 臨床腫瘍科 | <input type="checkbox"/> 38) その他 () | |

8. 医療機関の病床数を教えてください。

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1) 20~99床 | <input type="checkbox"/> 2) 100~199床 | <input type="checkbox"/> 3) 200~299床 |
| <input type="checkbox"/> 4) 300~399床 | <input type="checkbox"/> 5) 400~499床 | <input type="checkbox"/> 6) 500床以上 |

B 入院患者の複数主治医制に関する質問です。

入院患者の主治医(担当医)をされている先生にお尋ねします。

※入院患者の主治医をされていない場合は6からお進みください。主治医をされている場合は順にお答えください。

1. あなたが現在、主治医(担当医)をされている患者は何人ですか。 ()人

2. 現在、勤務されている医療機関は、一部分でも複数主治医制が導入されていますか。

- 1) している 2) していない 3) わからない 4) その他()

※している場合は3へ、していない・わからない場合は6へお進みください

3. あなたが所属されている科について、一部分でも複数主治医制は導入されていますか。

- 1) はい 2) いいえ 3) わからない 4) その他()

4. 複数主治医制の形態を教えてください。あてはまるものにチェックしてください。(複数可)

1) 後期研修医(レジデント)一常勤医

(常時 夜間・休日のみ)

2) 常勤医一常勤医

(常時 夜間・休日のみ)

3) チーム制

(常時 夜間・休日のみ)

4) その他の形態 ()

5. あなたが担当している患者のうち、複数主治医制で対応している患者数は、現在何人ですか。

()人

6. 複数主治医制について、あなたは賛成ですか、反対ですか。

- 1) 賛成 2) 反対 3) どちらでもない 4) わからない

4) その他 ()

7. 複数主治医制導入により、勤務医の業務負担は軽減すると思いますか。

- 1) 思う 2) 運用によってはそう思う 3) 思わない 4) わからない

5) その他 ()

8. 複数主治医制導入により、勤務医の心理的負担は軽減すると思いますか。

- 1) 思う 2) 運用によってはそう思う 3) 思わない 4) わからない
5) その他()

9. 複数主治医制導入が、困難な理由は以下のような事が挙げられます。あなたの勤務している医療機関に当てはまるものを選んでください。(複数回答可)

※すでに適用されている医療機関にお勤めの先生は回答不要です

- 1) 患者の理解がない 2) 院長・理事長など管理者の理解がない
3) 医師が足りない 4) 医師の中に反対者がいる 5) 自分自身が反対
6) その他の理由(可能であればご記入ください)

()

10. 今後、複数主治医制の導入は広く浸透していくと思いますか。

- 1) はい 2) いいえ 3) わからない 4) その他()

11. 複数主治医制でメリットに思うことはありますか。(複数回答可)

- 1) 業務が軽減される 2) 休みがとりやすい 3) 緊急時の対応がとりやすい
4) 責任が軽減される 5) 多くの症例を経験できる 6) その他の理由(可能であればご記入ください)()

12. 複数主治医制でデメリットに思うことはありますか。(複数回答可)

- 1) 責任の所在があいまいになる 2) 結果的に業務負担が増える
3) 役割分担が難しい 4) 主治医としての当事者意識が薄れる
5) 情報共有が難しい 6) 対応が医師によって異なることがある
7) その他()

13. 複数主治医制をすでに経験されている場合、実際どんな場面で困ったことがありますか

()

14. あなたの思う理想的な複数主治医制はどのような形式ですか。

()

15. 複数主治医制を患者へ理解してもらうにはどのような取り組みが必要だと思いますか。

()

C 日当直に関する質問です。

1. 現在、日当直をされていますか。

□1) はい □2) いいえ □3) その他 ()

※現在、日当直をしていない先生はここで質問は終了です⇒Dにお進みください。

※日当直をされている先生は2. 3. の順にお答えください

2. あなたの診療科で、当直体制での1人1カ月当たりの平均当直回数を教えてください。

(平日、土日休日に分けて教えてください)。

当 直 : 平日 () 回 土日 () 回 休日 () 回

3. あなたの診療科で、待機はありますか。

□1) ある ⇒ 週 () 回 そのうち土日 () 回 □2) ない

4. 勤務先の医療機関では年齢等による当直の免除制度はありますか。

□1) ある □2) ない □3) わからない □4) その他 ()

⇒ある場合は内容をできる範囲で教えてください。

()

5. あなたは各医師の当直負担の分担をどのようにするのがよいと考えますか。

()

D セカンドキャリアに関する質問です。

50歳以上の方にお伺いします。ただし、今後開業を予定されている方は以下の回答にはお答えいただかなくても結構です。

1. 勤務先の医療機関には定年制度がありますか。

□1) ある □2) ない □3) その他 ()

2. セカンドキャリアについて考えたことがありますか。

□1) ある □2) ない □3) その他 ()

⇒ある場合は何歳のころを考えますか。

□1) 30歳未満 □2) 30～39歳 □3) 40～49歳

□4) 50～59歳 □5) 60～69歳 □6) 70歳以上

3. 定年後の再就職を希望されますか。

□1) はい □2) いいえ(引退) ※以下の回答にはお答えいただかなくてもよろしいです。

□3) どちらともいえない

4. 再就職先の希望はありますか。

□1) 400床以上の大規模病院 □2) 100～400床未満の中規模病院

□3) 100床未満の小規模病院 □4) 有床診療所 □5) 無床診療所

- 6) 健診センター □7) 産業医 □8) 老健施設
□9) その他()
5. 再就職先での希望する診療科目はありますか。
□1) 定年前と同じ □2) 定年前と異なる □3) どちらともいえない
6. 再就職先の勤務地の希望はありますか。
□1) 定年前の勤務先 □2) 同じ二次医療圏内 □3) 異なる二次医療圏
□4) 県外 □5) その他()
7. 再就職先の決定に際して重要視することはなんですか。(複数回答可)
□1) 医療機関の地理的条件 □2) 仕事のやりがい、社会貢献 □3) 人間関係
□4) 医療機関の設備・規模 □5) 雇用・勤務条件(給料、労働時間など)
□6) よくわからない □7) その他()
8. 定年後の再就職に向けて、もう一度医学を学びなおす機会(たとえば総合診療について)があれば受けてみたいですか。
□1) はい □2) いいえ □3) どちらともいえない
9. 再就職先での仕事内容に従来の専門性を活かしたいとお考えですか。
□1) はい □2) いいえ □3) その他()
⇒いいえの場合、再教育は必要と考えますか。
□1) はい □2) いいえ □3) その他()
⇒再教育が必要である場合、それを行う教習機関があれば良いと思いますか。
□1) 強く思う □2) あれば良い □3) 不要 □4) その他()
⇒教習機関があれば良いと思う場合、どのような団体がそれにふさわしいと思いますか。
()
⇒他地域での試みなどがあればお聞かせください。
()
10. 再就職先は決まっていますか。
□1) はい □2) いいえ(13にお進み下さい) □3) その他()
⇒決まっている場合、予定先はどちらですか。
□1) 勤務医(床未満) □2) 健診医 □3) 産業医
□4) 老健施設 □5) その他()
11. 再就職時の業務内容はどちらですか。(複数回答可)
□1) 外来 □2) 病棟 □3) 健診 □4) 手術、内視鏡などの検査措置
□5) 在宅医療 □6) 宿直 □7) 日直 □8) 学校・専門学校の講師
□9) その他()
12. 再就職先の勤務形態はどちらですか。
□1) 常勤 □2) 非常勤
⇒非常勤の場合の希望する勤務医日数はどちらですか。
□1) 週1~2日 □2) 週3~4日 □3) 週5~6日 □4) 週7日

13. 再就職先の求職ではどちらを参考にされますか。(複数回答可)
- 1) 募集サイト・大手会社など(サイト名・会社名:)
- 2) ドクターバンク(広島県医師協同組合)
- 3) ふるさとドクターネット広島(広島県地域医療支援センター)
- 4) 縁故 5) その他()
14. 広島県医師協同組合、広島県地域医療支援センターに人材バンクがあることをご存知でしたか。
- 1) はい 2) いいえ 3) その他()
15. 求職の斡旋を医師会に望みますか。
- 1) はい 2) いいえ 3) その他()
16. セカンドキャリアで働いておられる先生が、ご自身で もはや引退すべきと考えるのはどのような場合でしょうか。(複数回答可)
- 1) 健康上の限界 2) 組織からの支持が得られない
- 3) 一定の年齢を迎えたら(65歳 70歳 75歳 80歳)
- 4) その他()
17. 定年後再就職を経験された方にお聞きします。
- 再就職先をどのようにして決めましたか。(複数回答可)
- 1) 先輩・知り合いの紹介 2) 医局の紹介 3) 就職斡旋業者の紹介
- 4) 自分で希望してお願いした 5) その他()

E 広島県医師会(勤務医部会を含む)への要望等がありましたら、ご記入ください。

()

ご協力ありがとうございました。

広島県医師会勤務医部会名簿

	氏 名	施 設 名
部会長	板本 敏行	県立広島病院
委員	秀 道広	地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立広島市民病院
委員	藤本 真弓	広島赤十字・原爆病院
委員	宮原 栄治	国家公務員共済組合連合会 吉島病院
委員	中島浩一郎	総合病院 庄原赤十字病院
委員	加藤 雅也	地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立北部医療センター安佐市民病院
委員	三重野 寛	医療法人 JR広島病院
委員	季白 雅文	独立行政法人労働者健康安全機構 中国労災病院
委員	住居晃太郎	マツダ(株) マツダ病院
委員	内田陽一郎	医療法人社団 日本鋼管福山病院
委員	田中 朗雄	社会医療法人祥和会 脳神経センター大田記念病院
委員	上山 聡	総合病院 三原赤十字病院
委員	菅原 由至	尾道市公立みつぎ総合病院
委員	石田 和史	厚生連広島総合病院
委員	鳥居 剛	独立行政法人国立病院機構 広島西医療センター
委員	立本 直邦	市立三次中央病院
委員	勇木 清	独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター
委員	高畑 紳一	県立広島病院
委員	隅田 昌之	広島赤十字・原爆病院
委員	伊藤 公訓	広島大学病院
担当副会長	岩崎 泰政	一般社団法人 広島県医師会(医療法人 岩崎皮ふ科・形成外科)
担当理事	大田 敏之	一般社団法人 広島県医師会(県立広島病院)
副担当理事	中西 敏夫	一般社団法人 広島県医師会(市立三次中央病院)
副担当理事	西野 繁樹	一般社団法人 広島県医師会(広島市立広島市民病院)
副担当理事	平川 治男	一般社団法人 広島県医師会(広島赤十字・原爆病院)