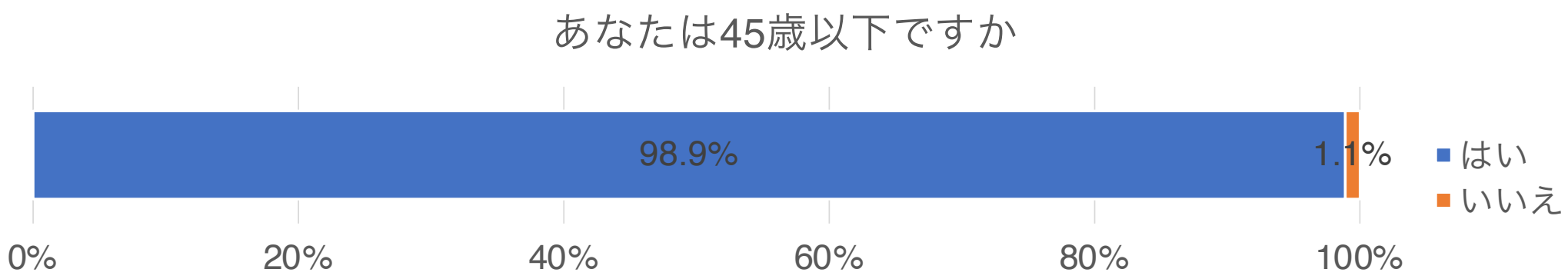
U45全体アンケート結果

U45全体 アンケート結果

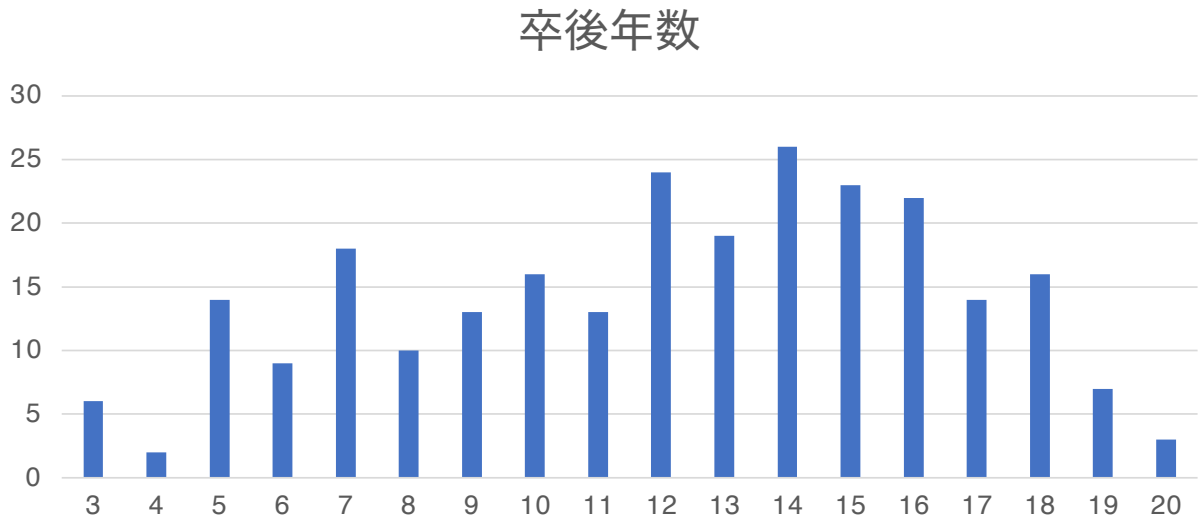
皆様、ご協力大変ありがとうございました

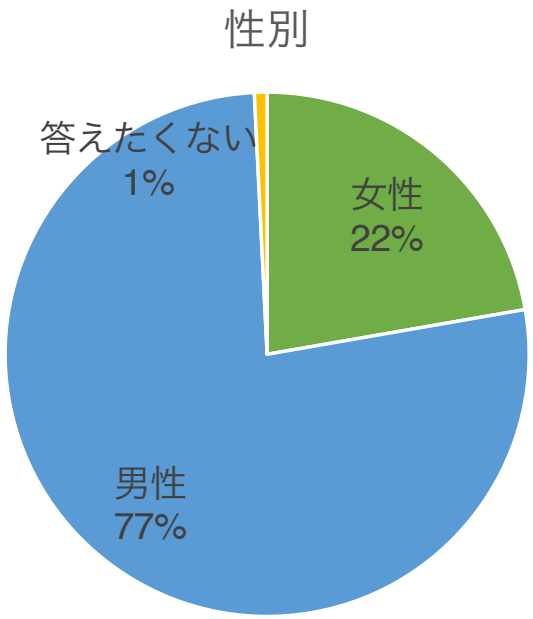
回答率：270/ 829 ≒ 33%

このアンケートをきっかけに、さまざまな議論を続けていければと思います

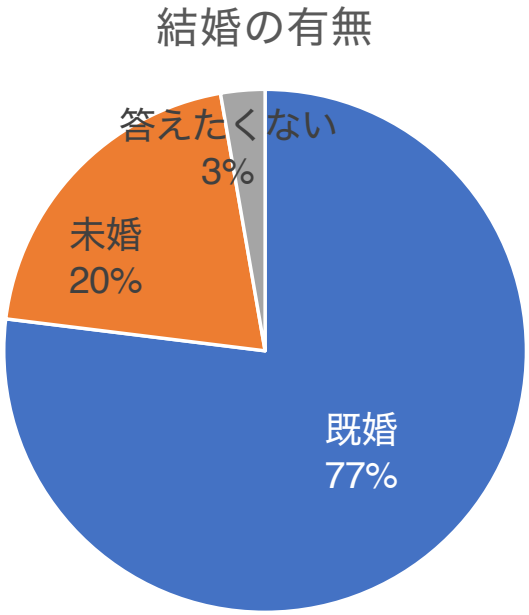


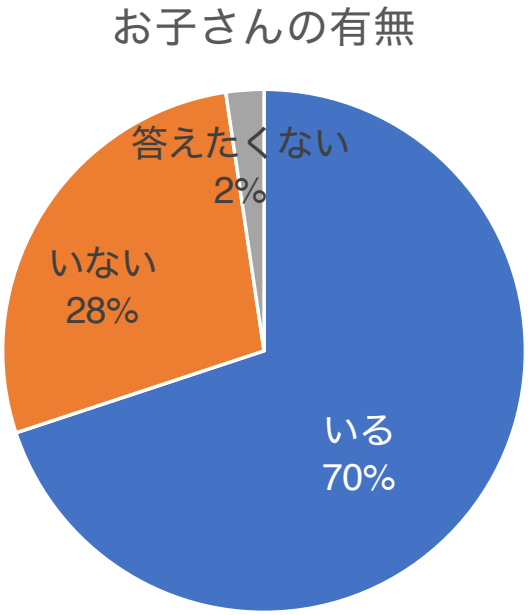
背景
卒後年数・性別・家族構成



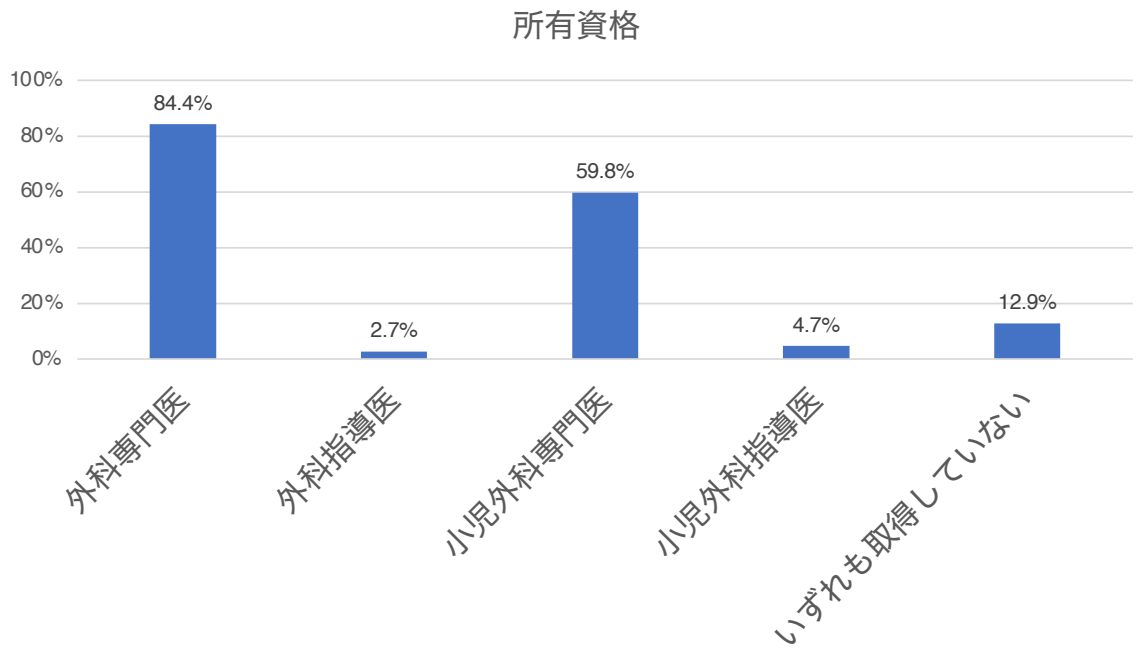


背景
卒後年数・性別・家族構成



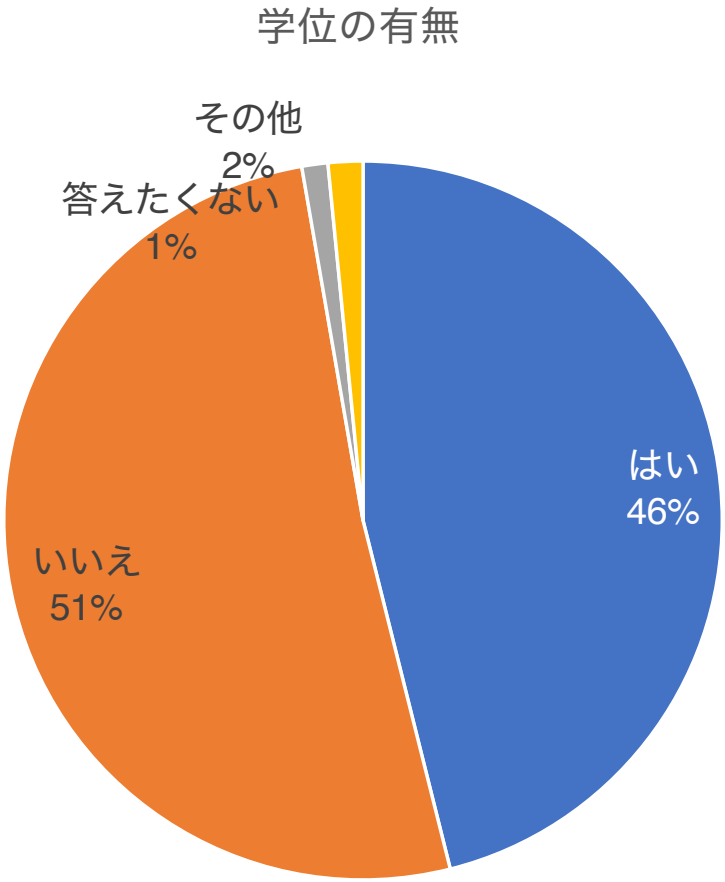


背景
専門医資格

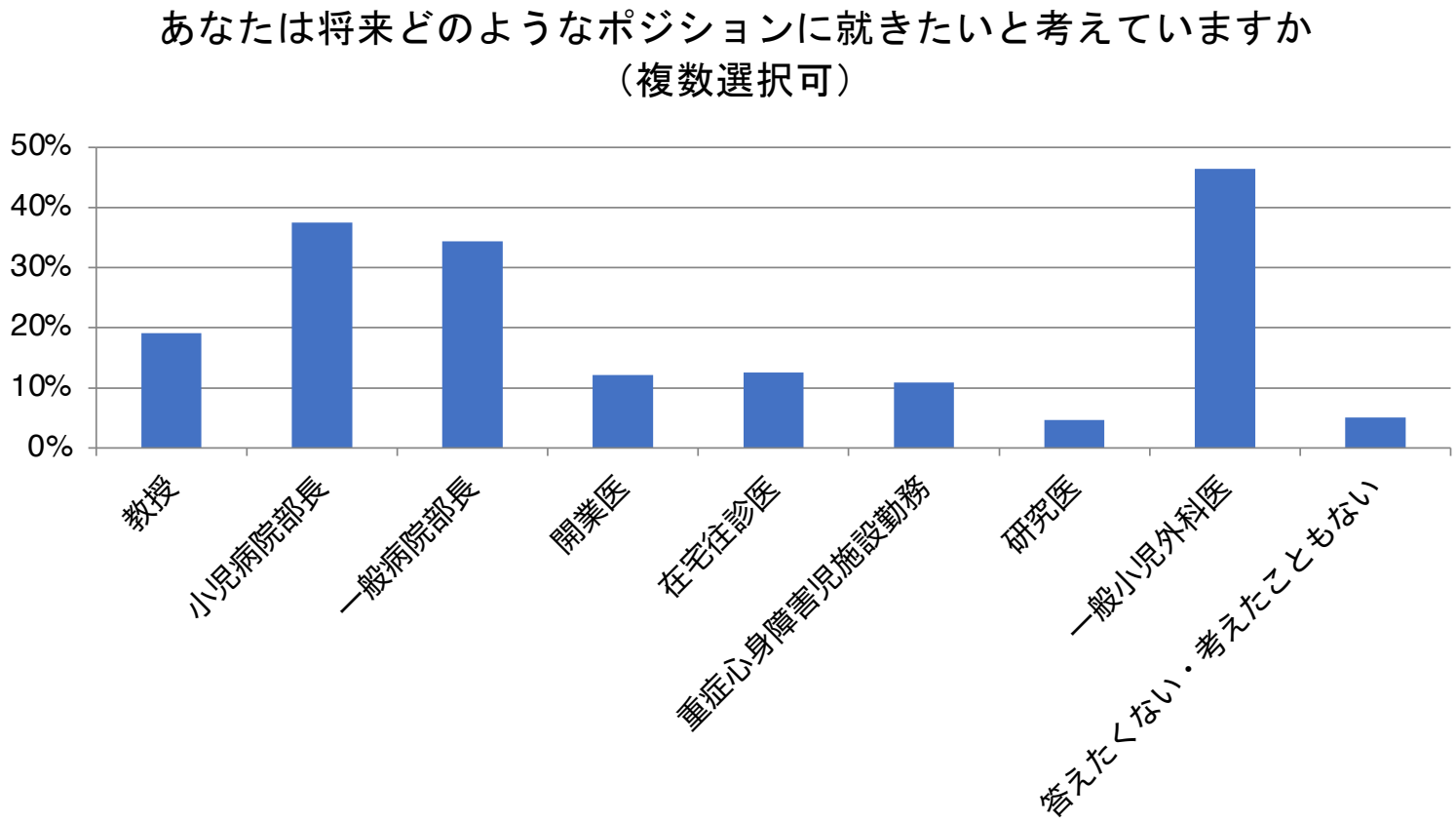


その他	
消化器外科専門医	6
消化器外科指導医	2
消化器内視鏡専門医	4
肝臓専門医	1
小児泌尿器専門医	3
小児科専門医	1
麻酔科標榜医	1
産業医	1

背景
学位取得状況



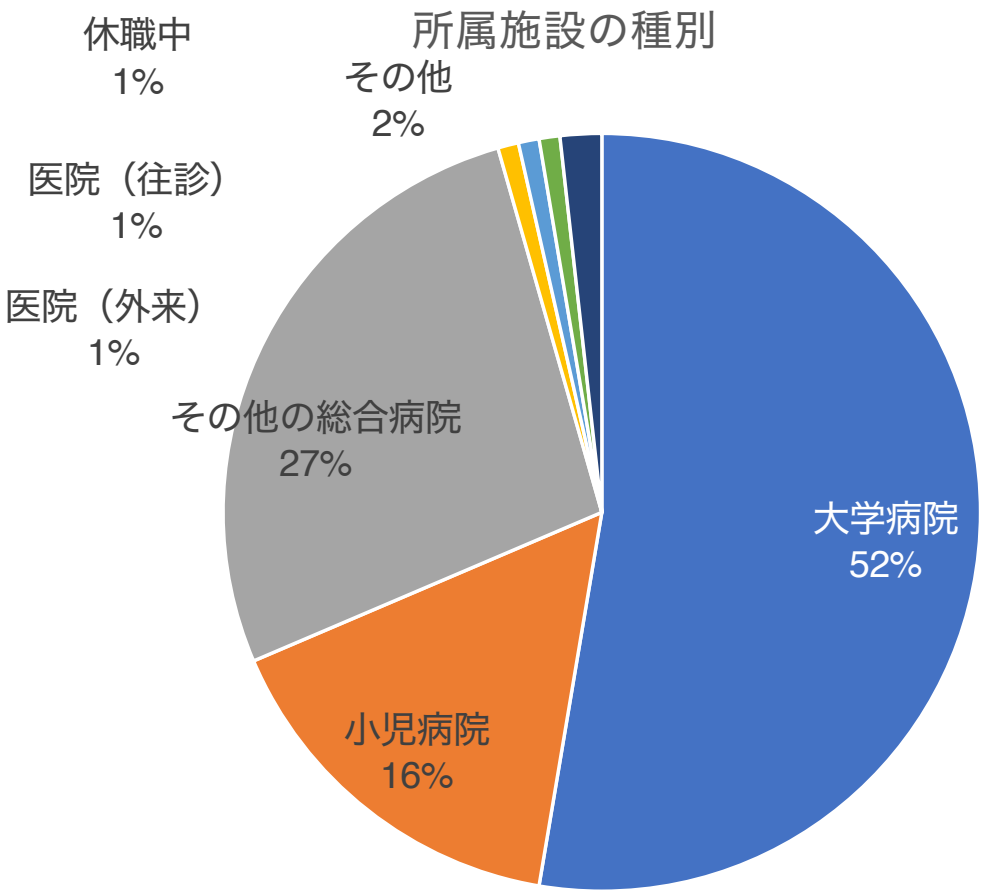
背景
将来のポスト

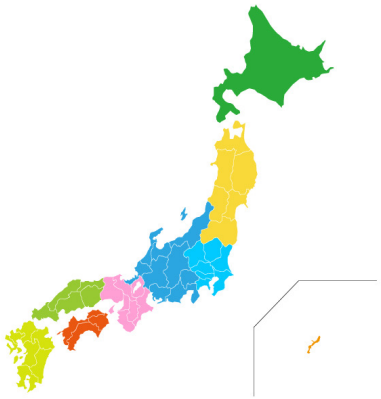


その他
外科医
院内 他部署長
総合医
転科
社長　2
会社員
フリーランス
医療機器開発
海外勤務　2
発展途上国の支援者
自分の力が発揮できる場所であれば ポジションは問わない
産業医
無職

所属施設に関して

所属施設に関して



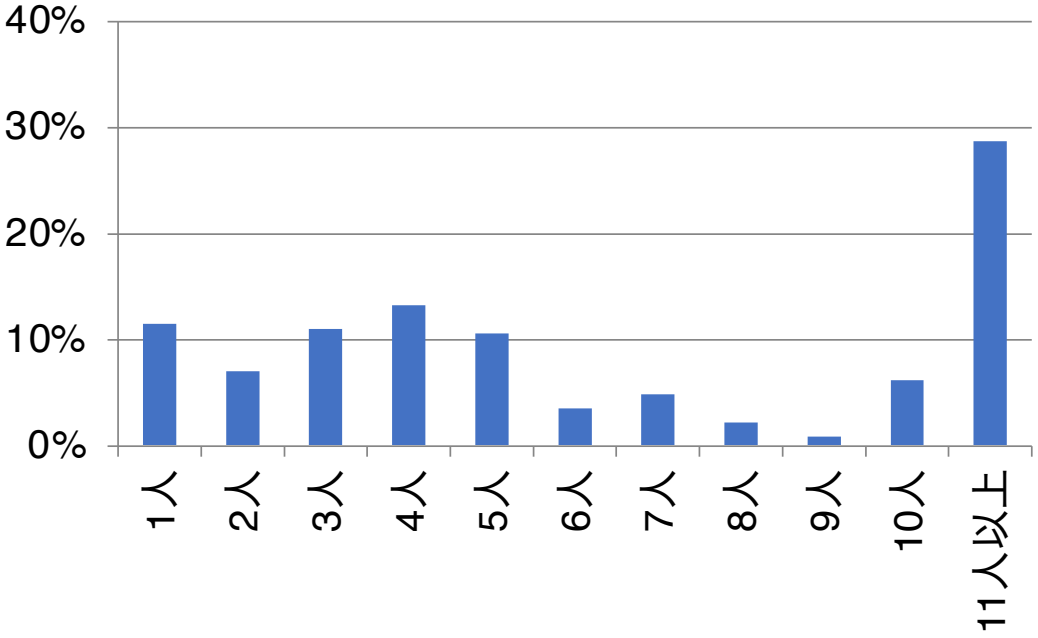


北海道	6
東北地方	10
関東地方	84
中部地方	23
近畿地方	37
中国地方	10
四国地方	1
九州地方	43
海外	9
休職中	1

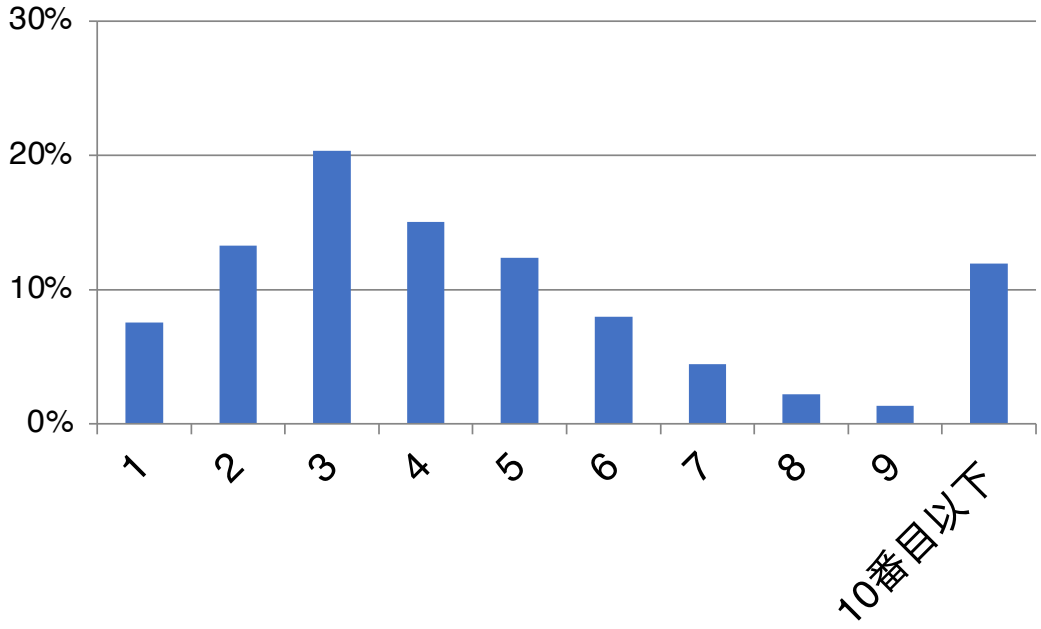
所属施設に関して

所属施設、施設内環境に関して

所属されている施設の小児外科医は何人



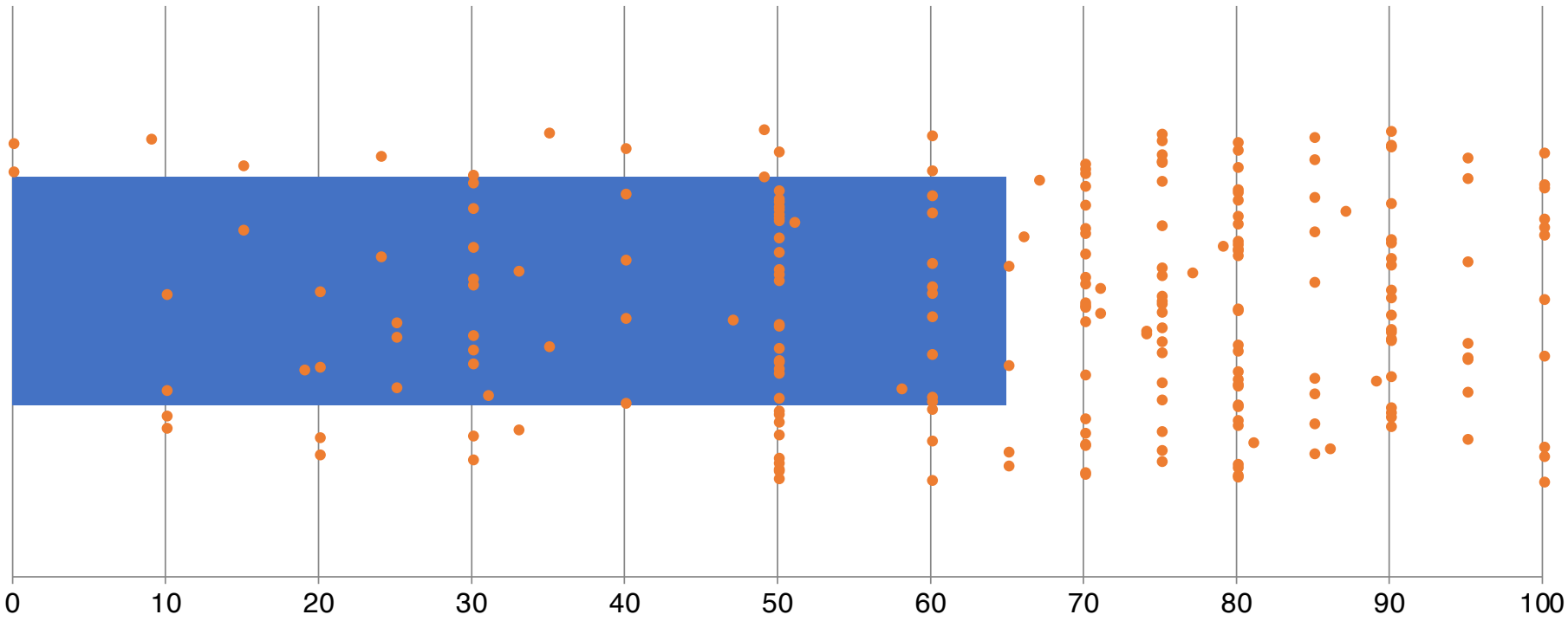
所属施設の何番目の立場



所属施設に関して

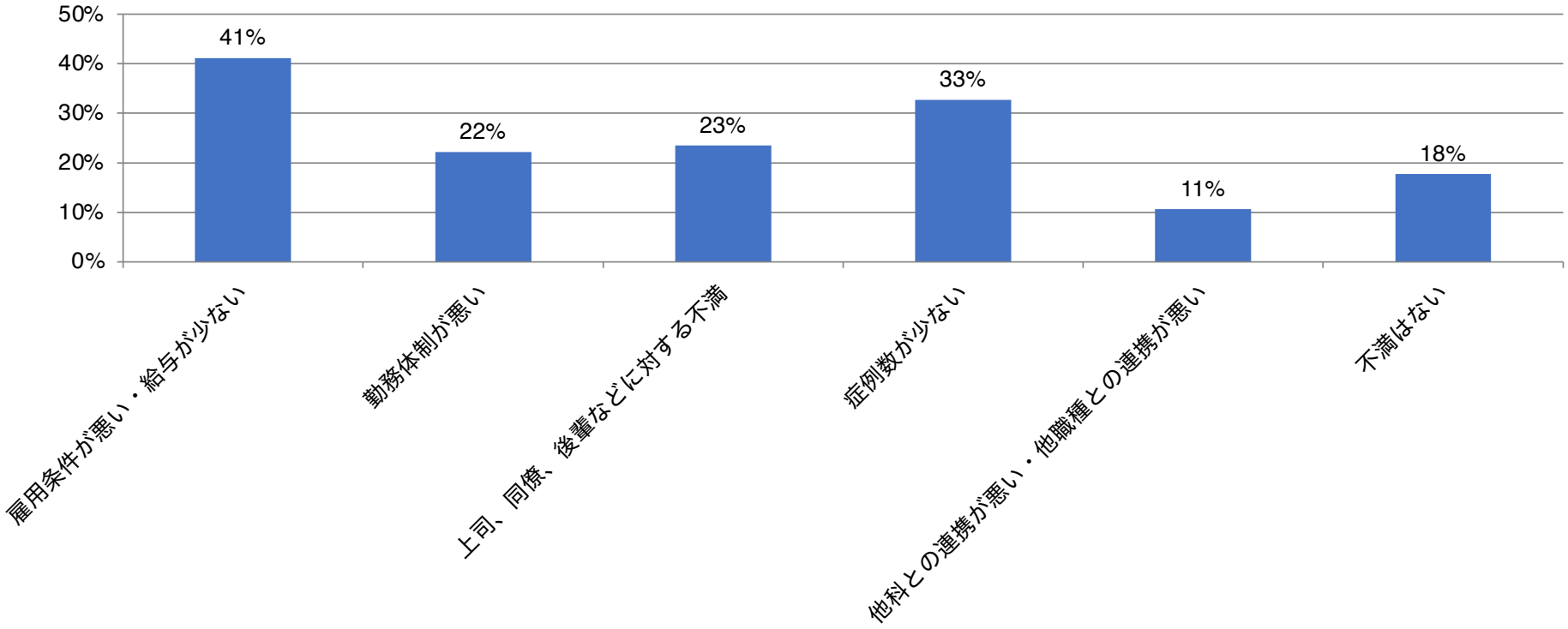
所属施設満足度

現在所属している施設にどのくらい満足していますか
まったく満足していない場合を０、全てに満足している場合を100として



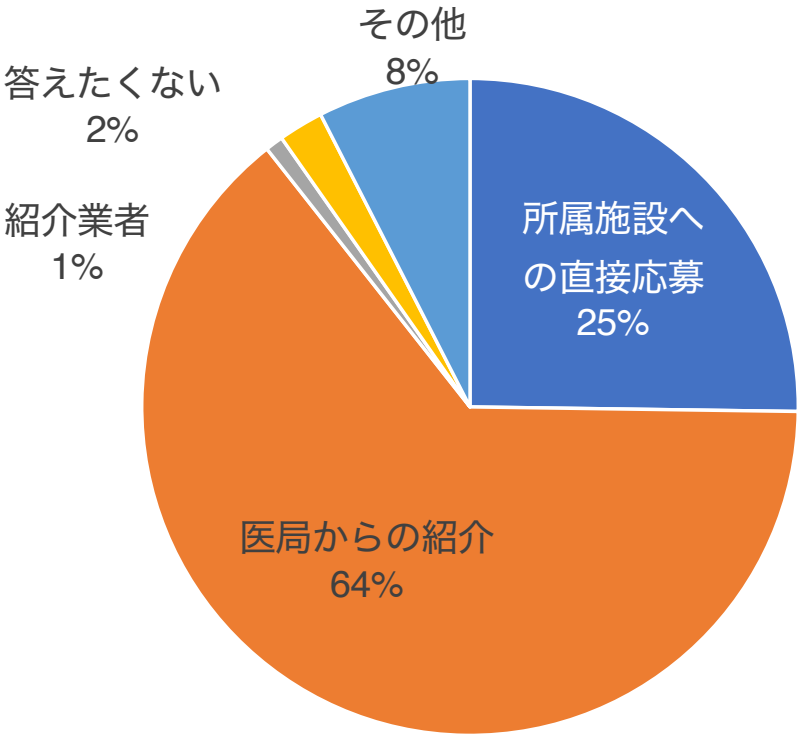
所属施設に関して
所属施設不満点

不満に感じる点はどのような内容ですか（複数選択可）
不満がない場合には、「不満はない」を選択してください



所属施設に関して
所属施設入職のきっかけ

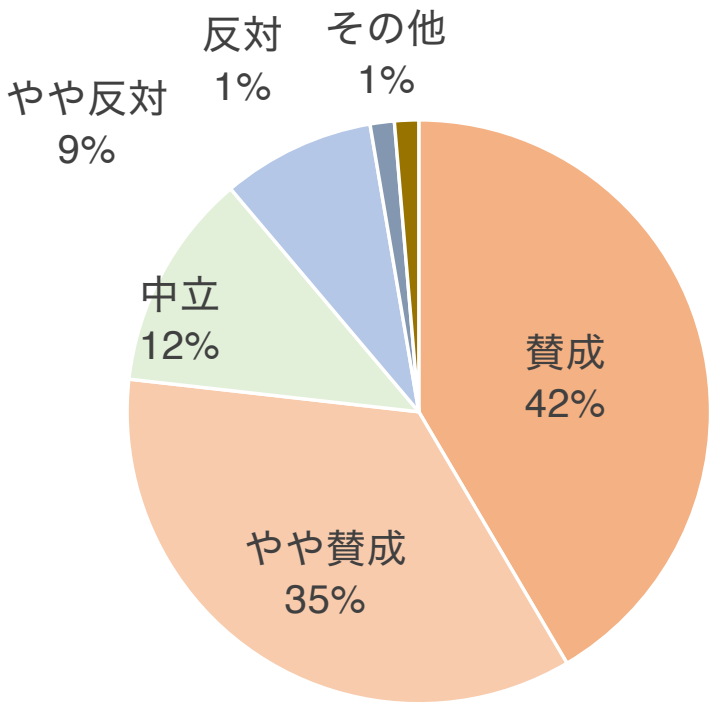
所属している施設にどのように赴任しましたか



その他
個人的な引き抜き 2
初期研修を経ず直接入局の時代でした。同じ施設にいます。
上司からの紹介 2
現施設からの勧誘 2
一般病院外科プログラムからの派遣
何とも言えないところがあります。
研修先のつてで。
人づての国内留学
知人に誘われた

施設の集約化に関して
施設集約化に関して

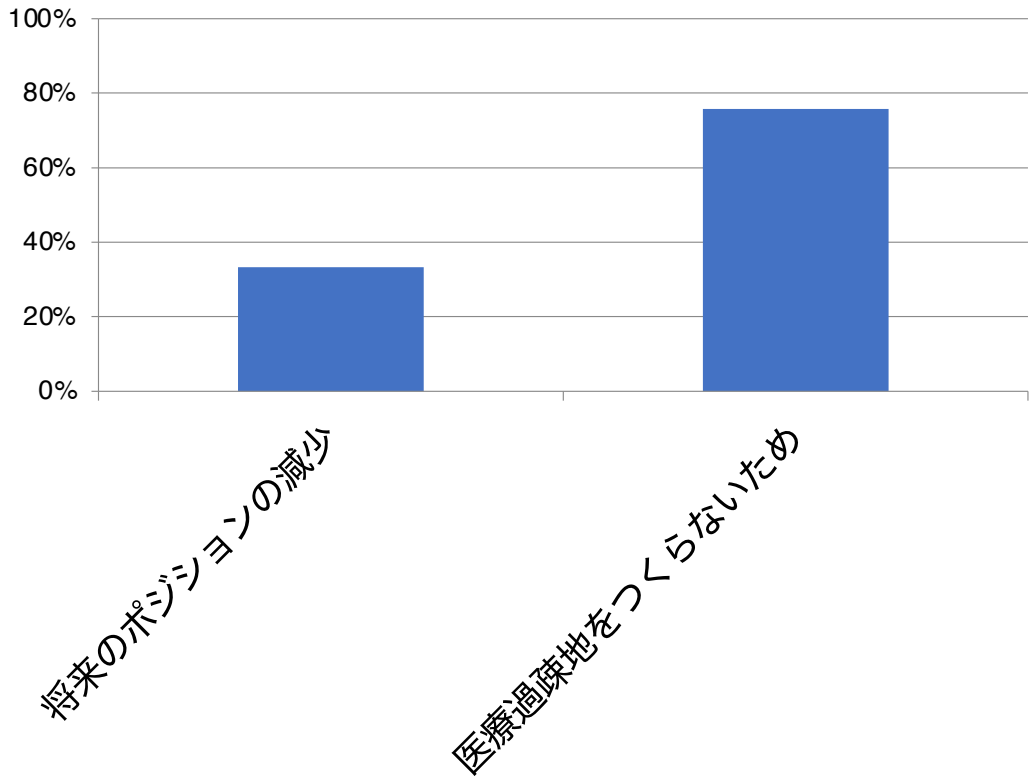
施設の集約化に関して賛成ですか、反対ですか



その他
集約化への流れは理解出来るが、医療へのアクセスが悪化するなど、患者への不利益に対する対策や議論のない集約化議論は患者からの信頼を失いかねず危険であり、反対
集約化する症例を絞った上で集約化すべき。
賛成・中立・反対の意見を現時点では持ち合わせておりません。

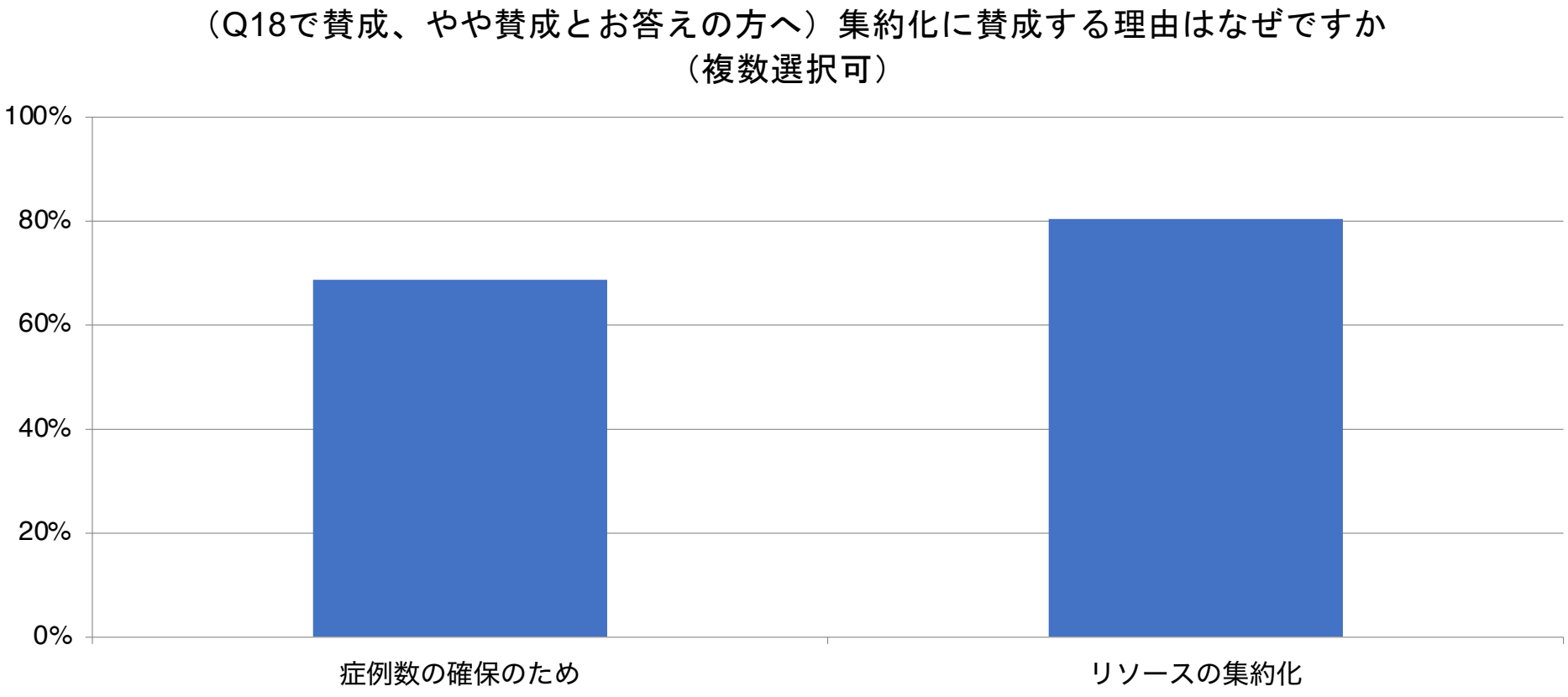
施設の集約化に関して
反対意見

（Q18で反対、やや反対とお答えの方へ）集約化に反対する理由はなぜですか（複数選択可）



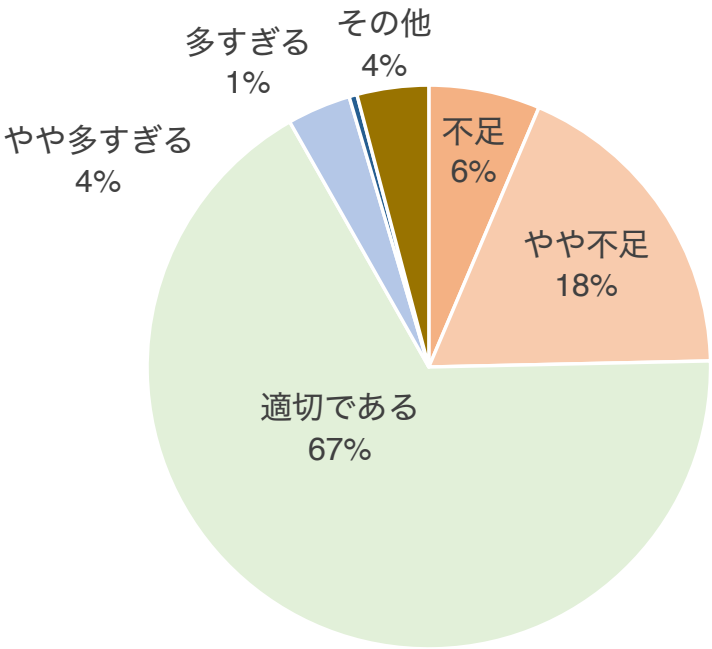
その他
まずは移動など患者負担をなくす必要がある。このような負担がないことを条件に、集約化が可能な地域はあると思います。
特殊疾患については集約化あり
小児外科がサブスペシャリティー領域から除外される。
実現には時間を要し、金銭的にも難しいと考えるため
医局制度がある以上、難しいのではないでしょうか
医療者においても一部地域への偏在が必要になるため。
患者家族の移動が大変
現状の体制ではポジションにつくには実力以外にも少なからず医局の力が反映されるため
数が多くなることで1例1例への思いが減ってしまう。

施設の集約化に関して
賛成意見



小児外科専門医に関して
手術症例件数に関して

現在、小児外科専門医で求められている手術症例数は十分だと思いますか

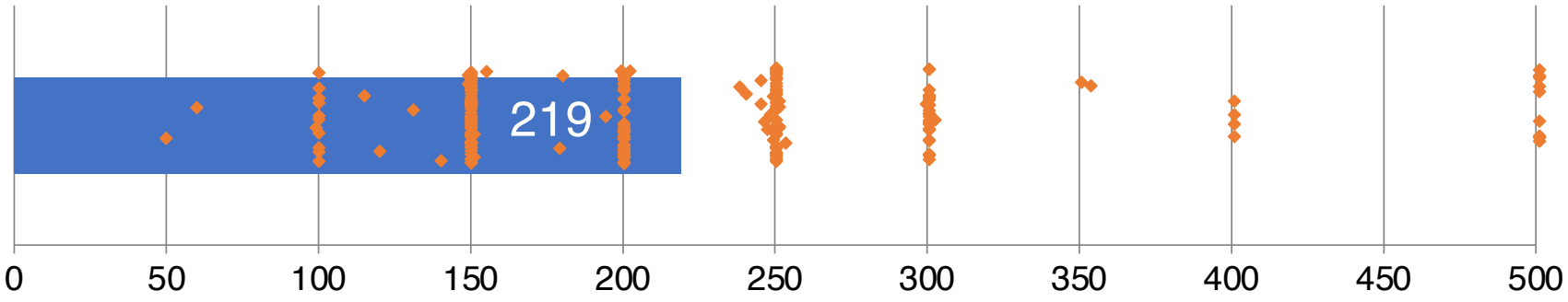


その他
新生児の20例以上は多過ぎる
新生児執刀5例は少ない印象です
専門医の定義次第。なにをできるのが専門医なのか？
他の外科との兼ね合いもあり，難しい．正直，小児外科専門医という資格に一人前の外科医としての力量を求めていない
指導医からの適切や指導、本当の意味での執刀経験など執刀手術件数の内容が重要。これを客観的に評価するのが難しい。以上から、どちらともいえません。
内視鏡外科手術要件がない
北海道は修練施設が限られており、また急性虫垂炎の手術は認定施設以外で行われている数の方が圧倒的に多い(個人の経験では20:1で多かった。)DPCに含まれる術式は認定施設以外でもカウントして欲しい。
未熟者なので判断がつかない

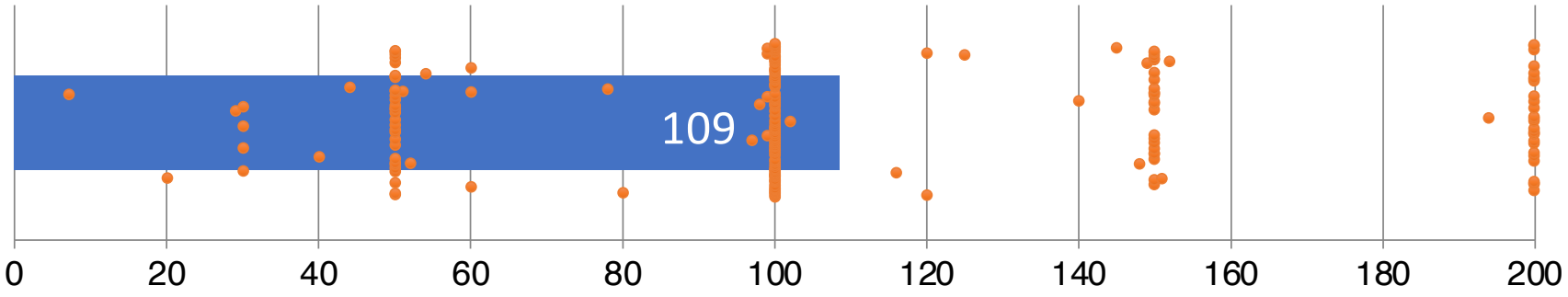
小児外科専門医に関して

手術症例件数に関して

専門医取得までに何例を執刀するべきか



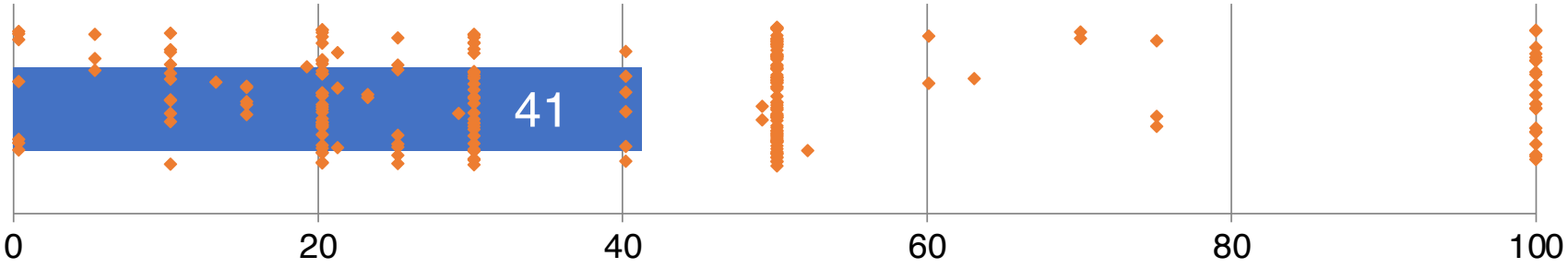
専門医取得までに小手術（鼠径ヘルニア・臍ヘルニア・虫垂炎など）を何例執刀するべきか



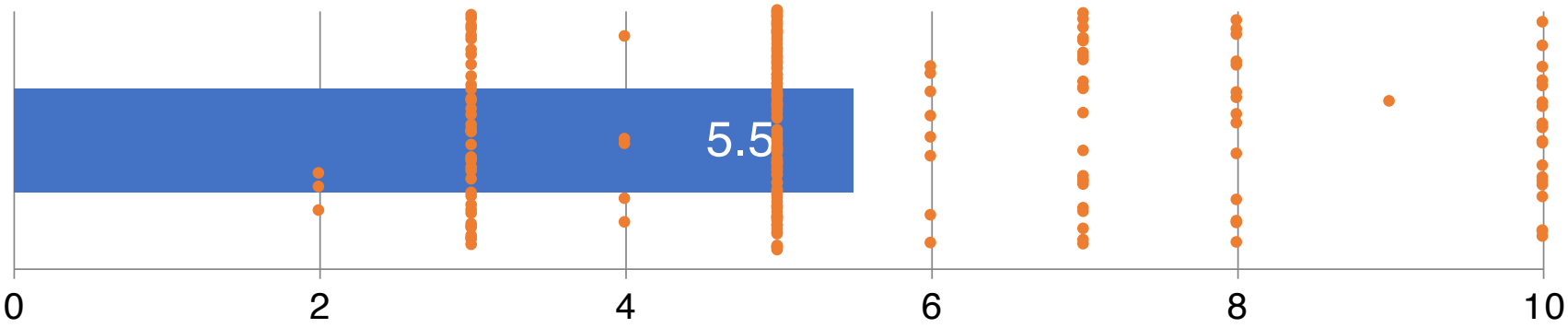
小児外科専門医に関して

手術症例件数とトレーニング年数に関して

専門医取得までに鏡視下手術（LPECを除く）を何例執刀するべきか



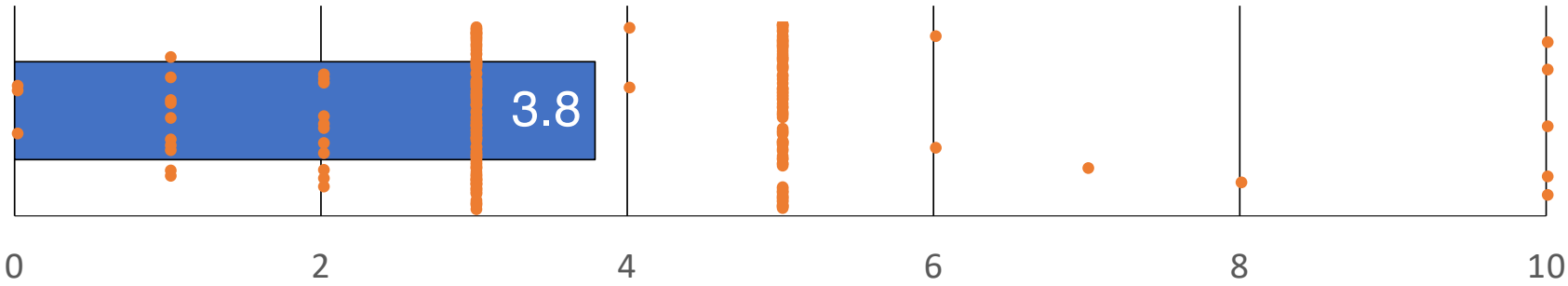
専門医取得までの小児外科トレーニングは何年が適切か



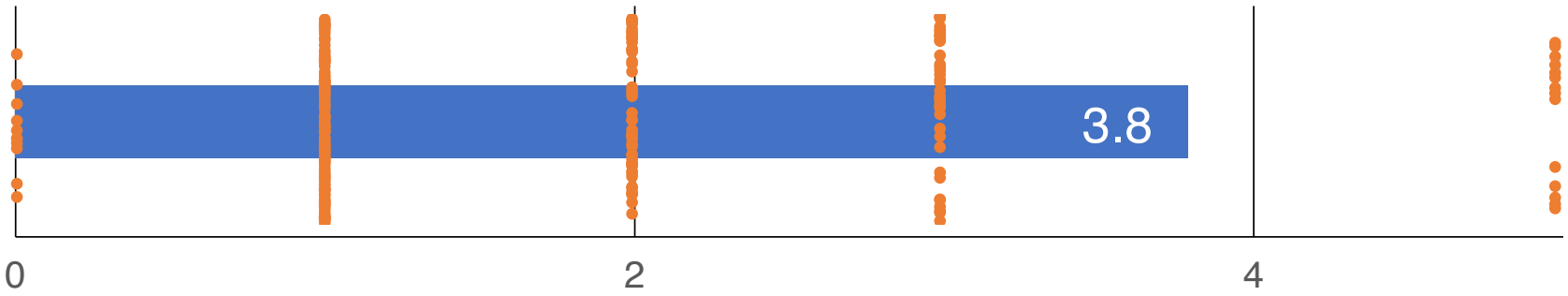
小児外科専門医に関して

学会発表・論文執筆件数に関して

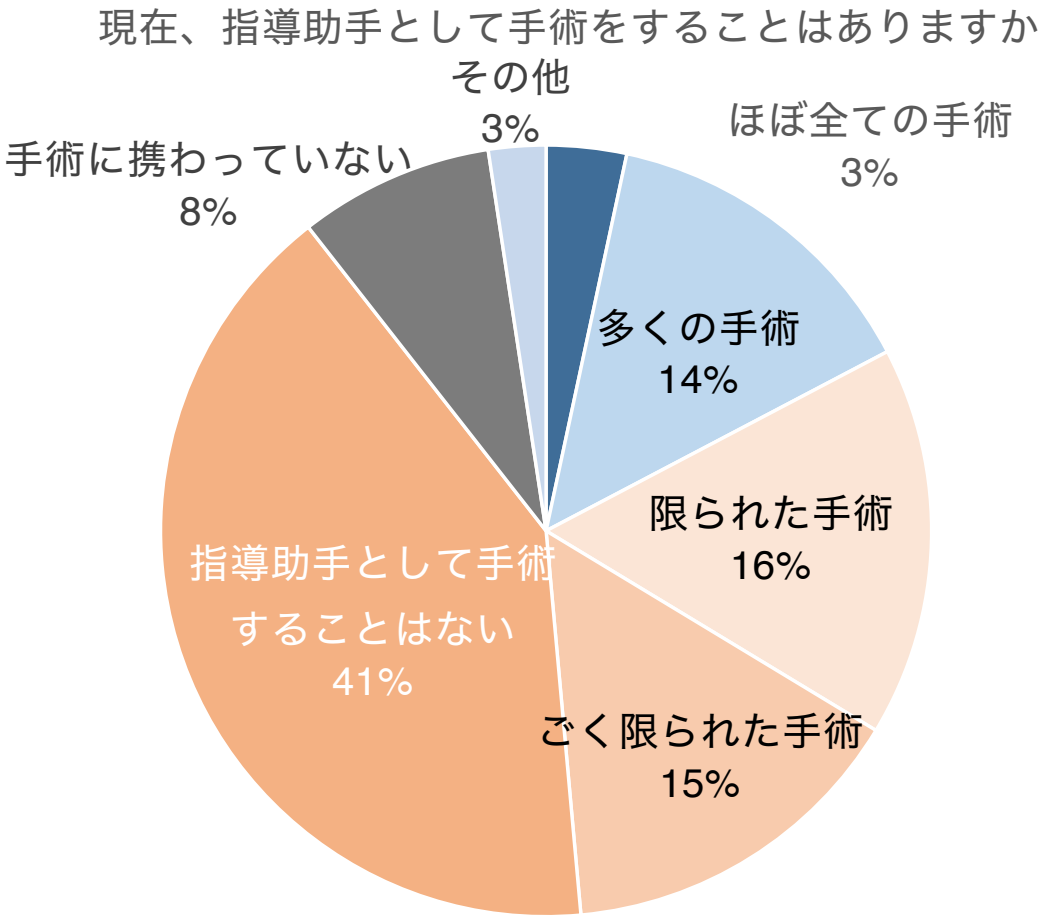
専門医取得までに学会発表何回以上が適切か



専門医取得までに筆頭者の研究論文および症例報告
何篇以上が適切か



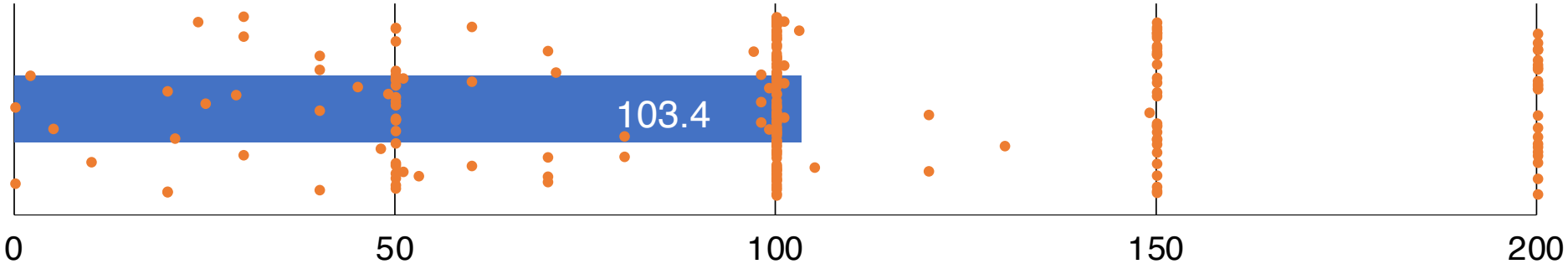
指導助手に関して
指導助手の経験の有無について



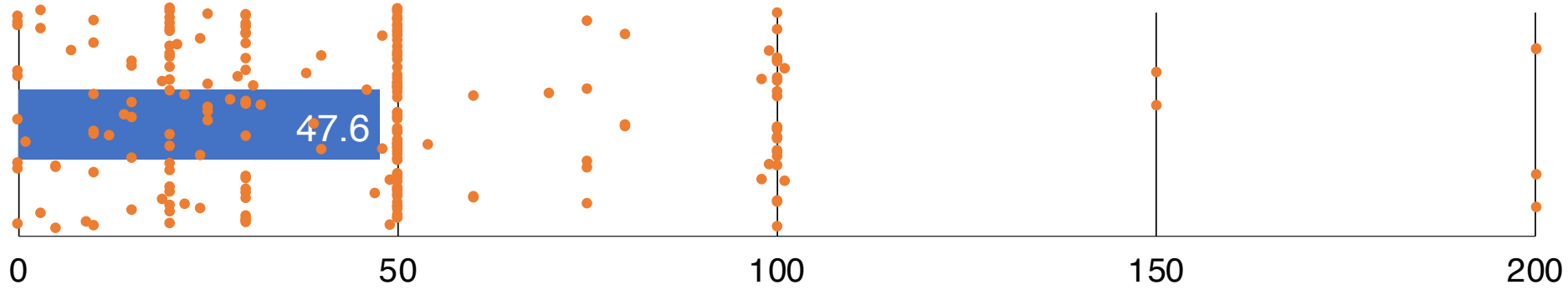
指導助手に関して

指導助手と自身の執刀について

指導助手として後進の指導を行う場合
自身は年間何件手術経験（執刀・助手含む）を維持したいか

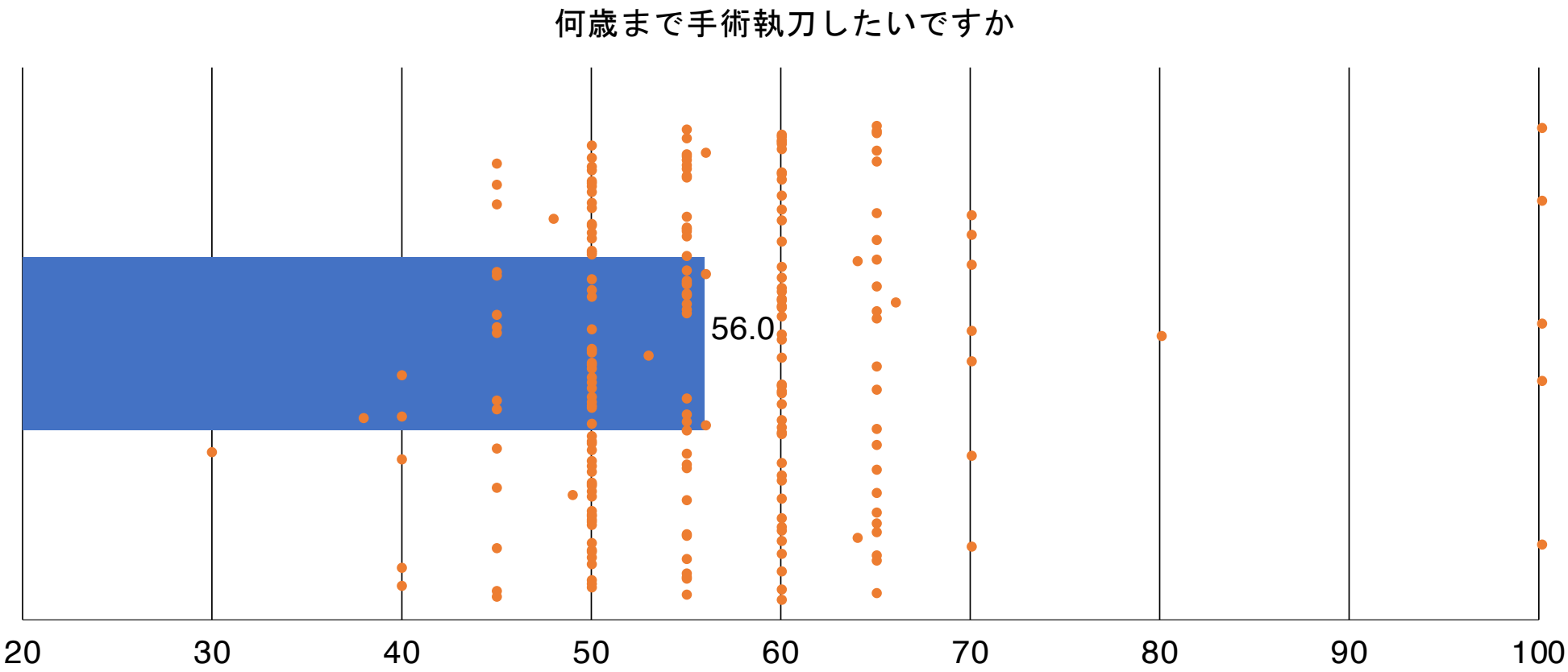


指導医として後進指導を行う立場の場合、自身は年間何件執刀経験を維持したいか



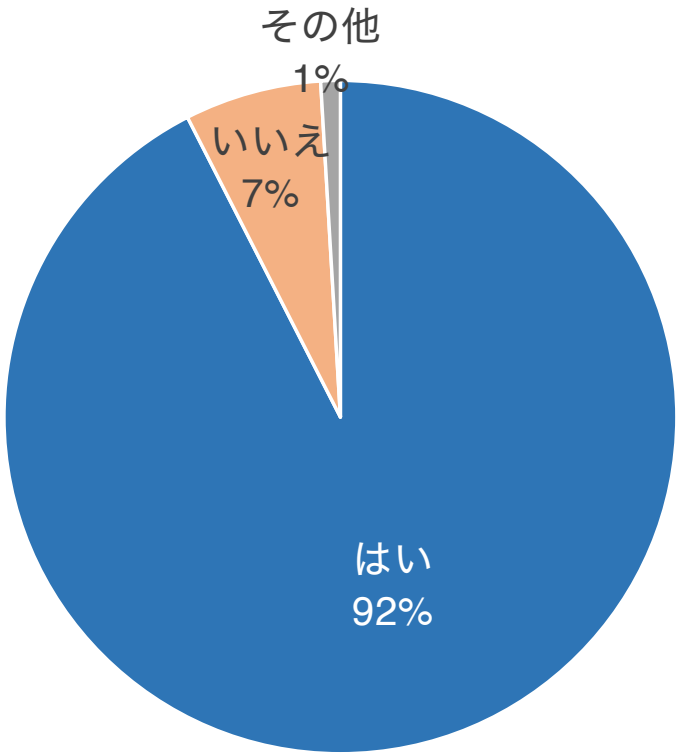
指導助手に関して

指導助手の実施と自身の執刀について



医局について
医局所属の有無に関して

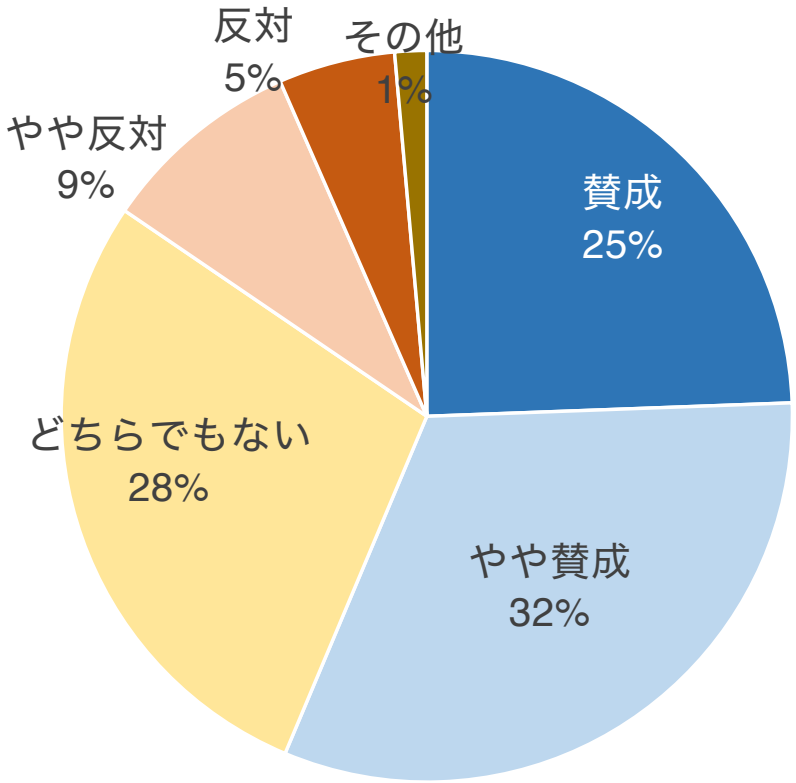
医局に所属していますか



その他
ほぼ医局のような組織に所属しています
所属しているが人事からは完全に外れている

医局について
医局人事による人事管理について

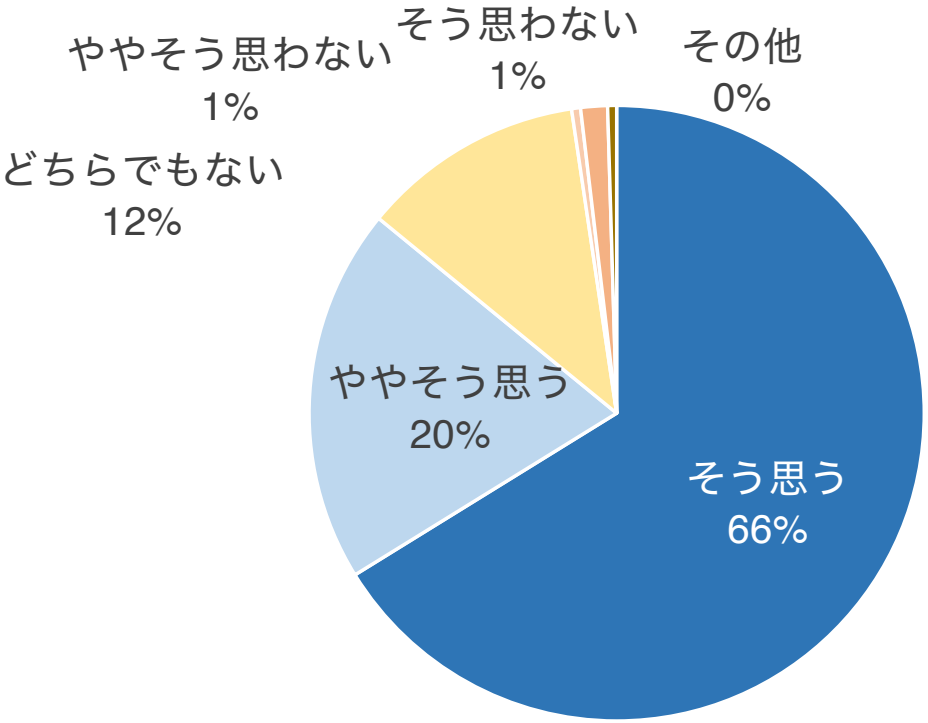
医局で人事管理を行うシステムをどう思いますか



その他
教授や医局長、その医局の文化により様々。上司が変われば医局人事も変わる
良いとは思うが、それとは別に医局を問わずトレーニーを募集する施設も必要だと思う
医局以外の選択肢がもっとあるべき

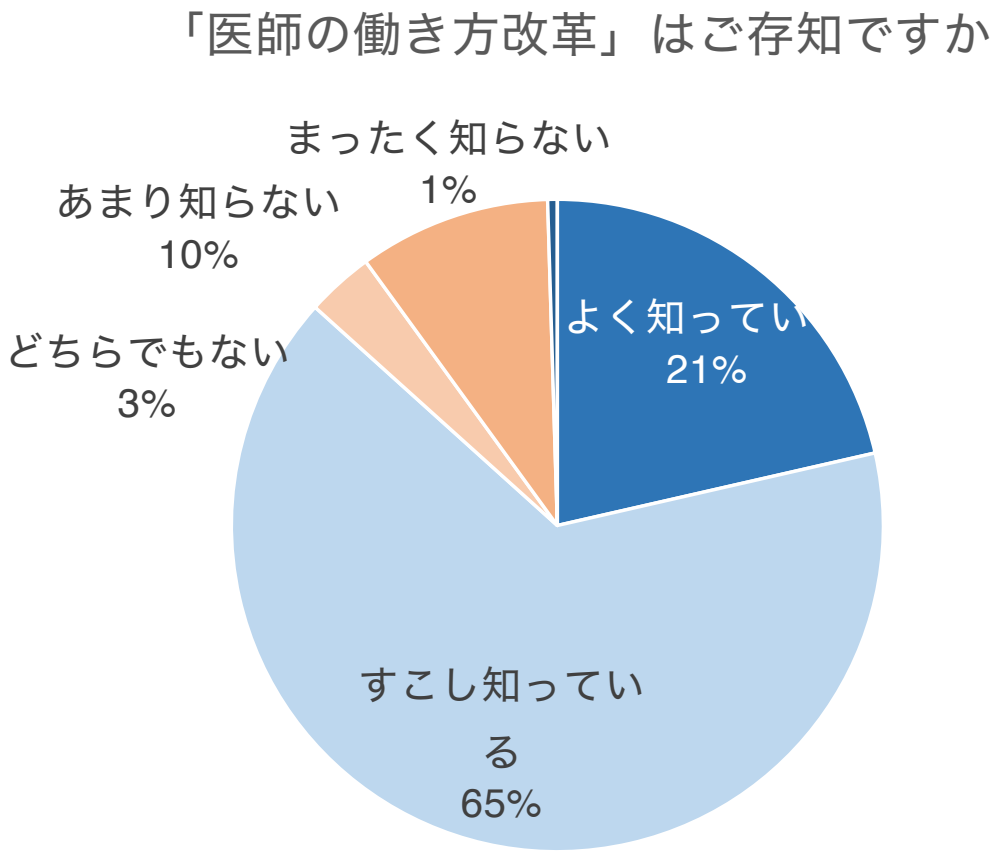
医局について
医局間交流に関して

医局間の交流があった方が良いと思いますか

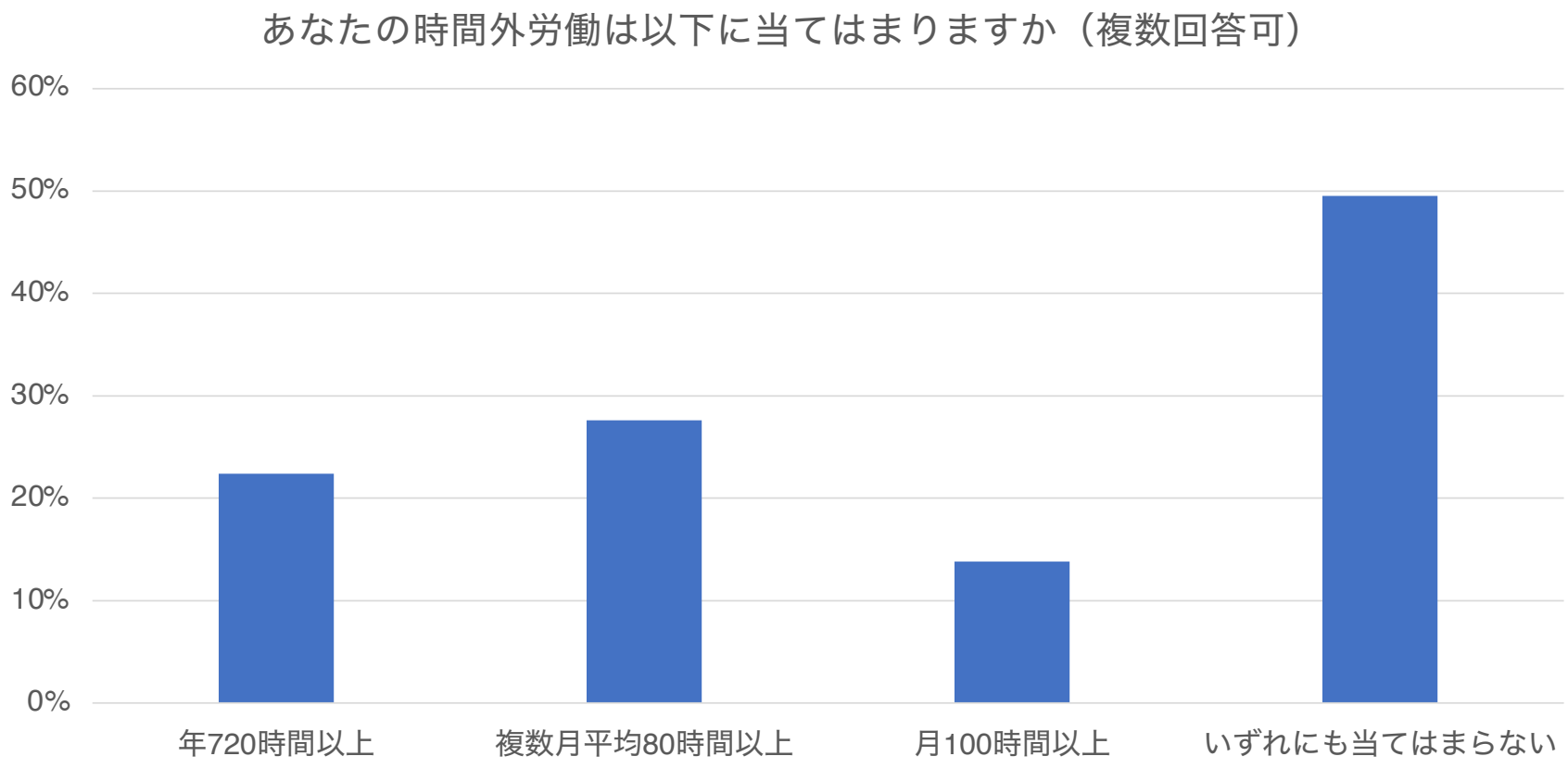


その他
表面上の交流は不要と思います。医局間での人事異動や複数医局員で構成される病院などはいいと思います。

医師の働き方改革
働き方改革の認知度

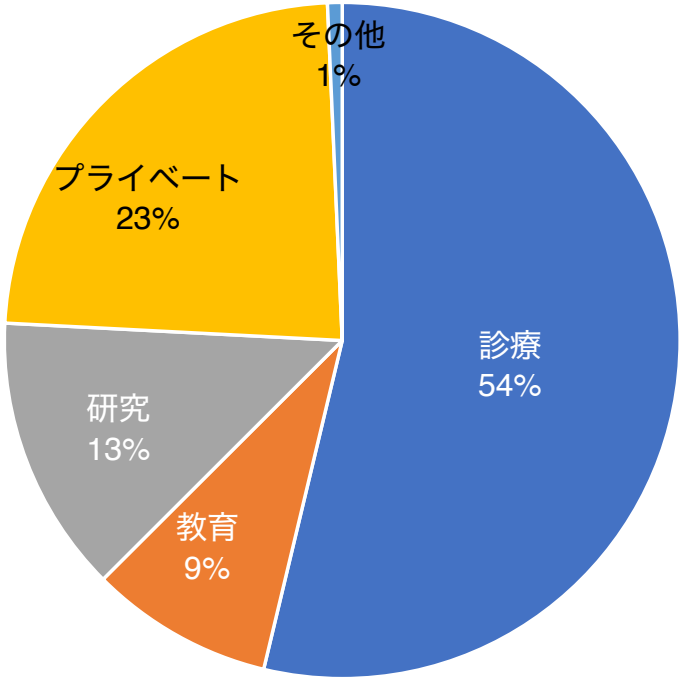


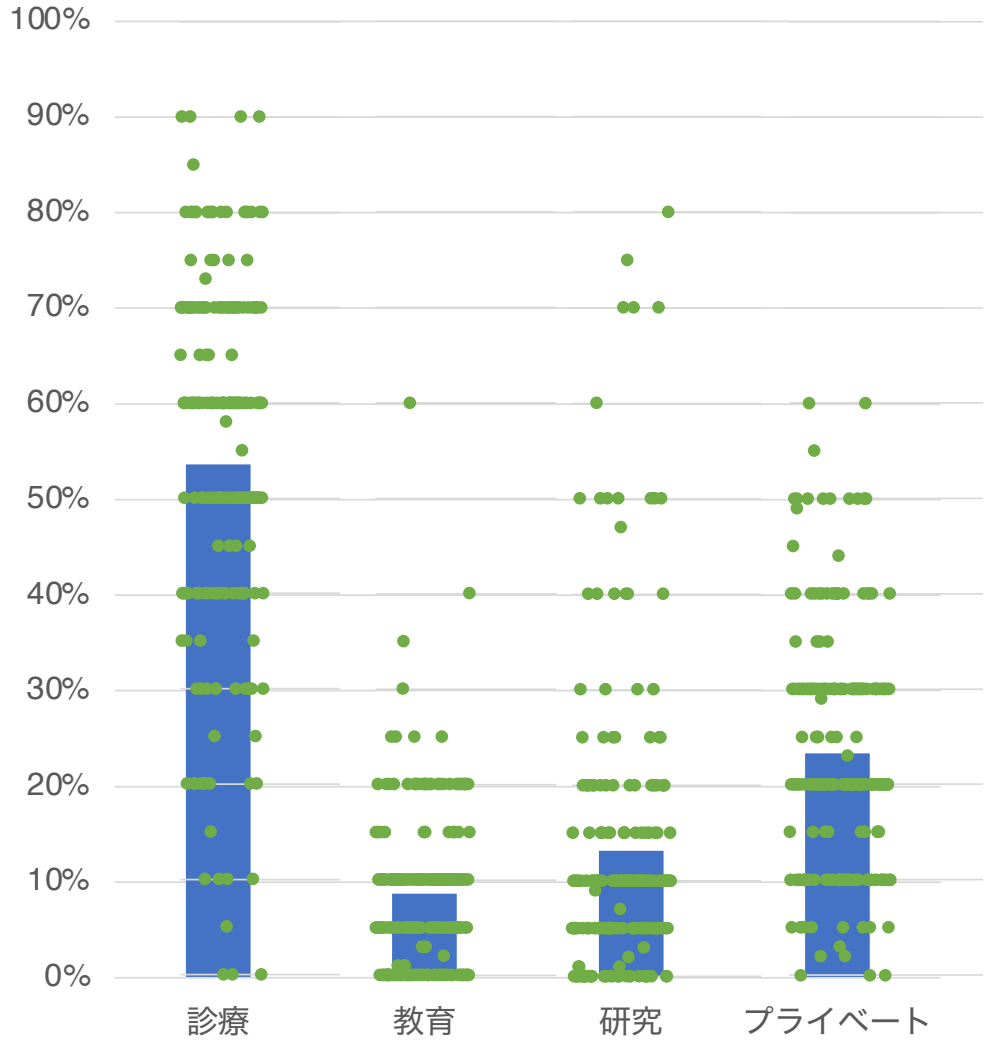
医師の働き方改革
時間外労働の環境



医師の働き方改革
各エフォート

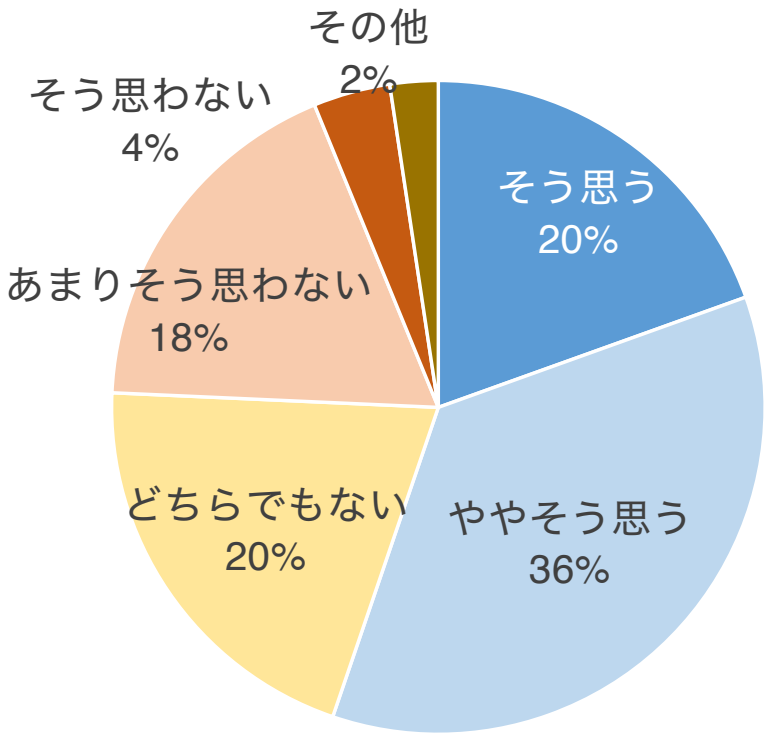
診療・（学生）教育・研究・プライベート（家事・育児などを含む）のエフォート（%）は



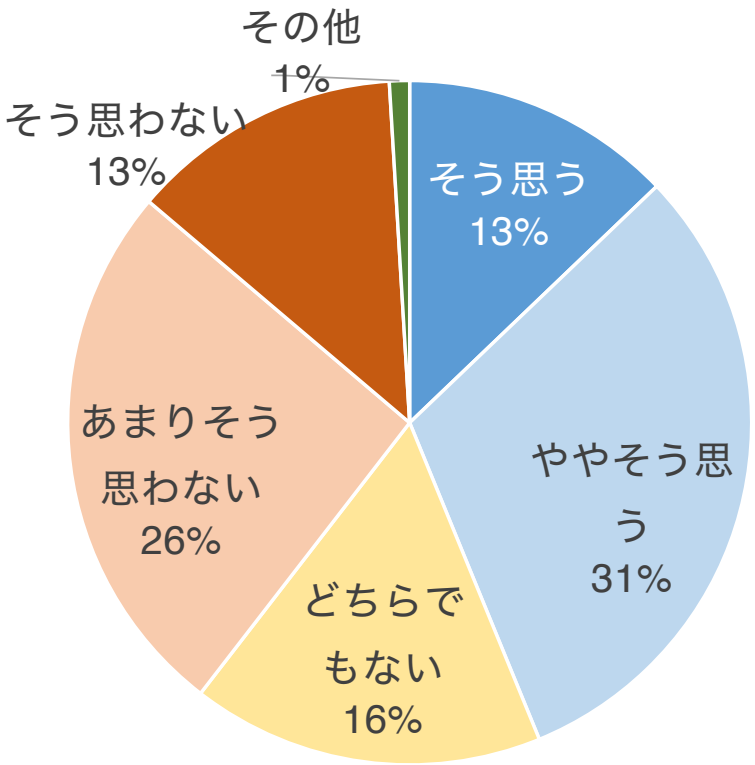


医師の働き方改革
小児外科の労働の過剰さに関して

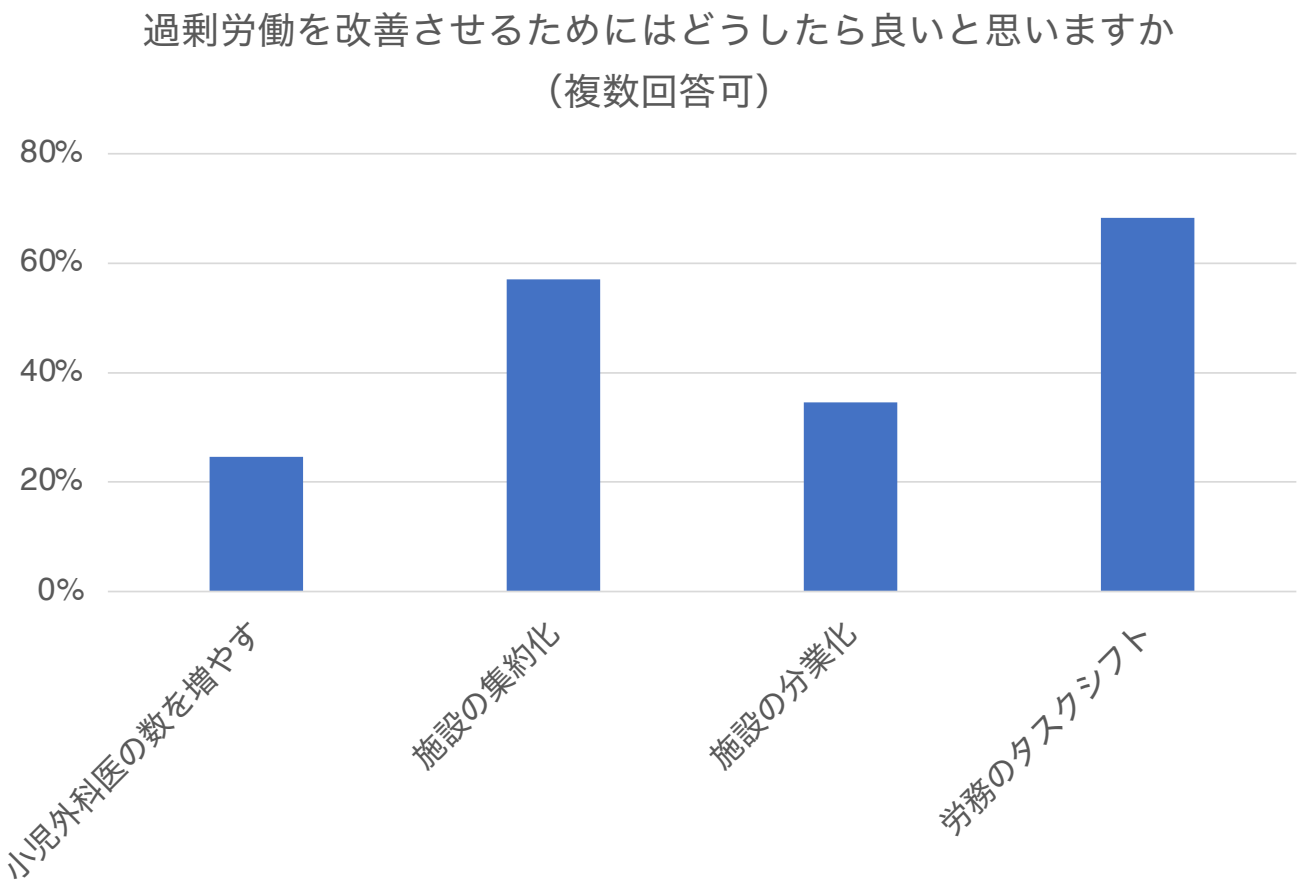
一般的に小児外科医は過剰労働だと思いますか



あなたの現状の勤務環境は過剰労働だと思いますか

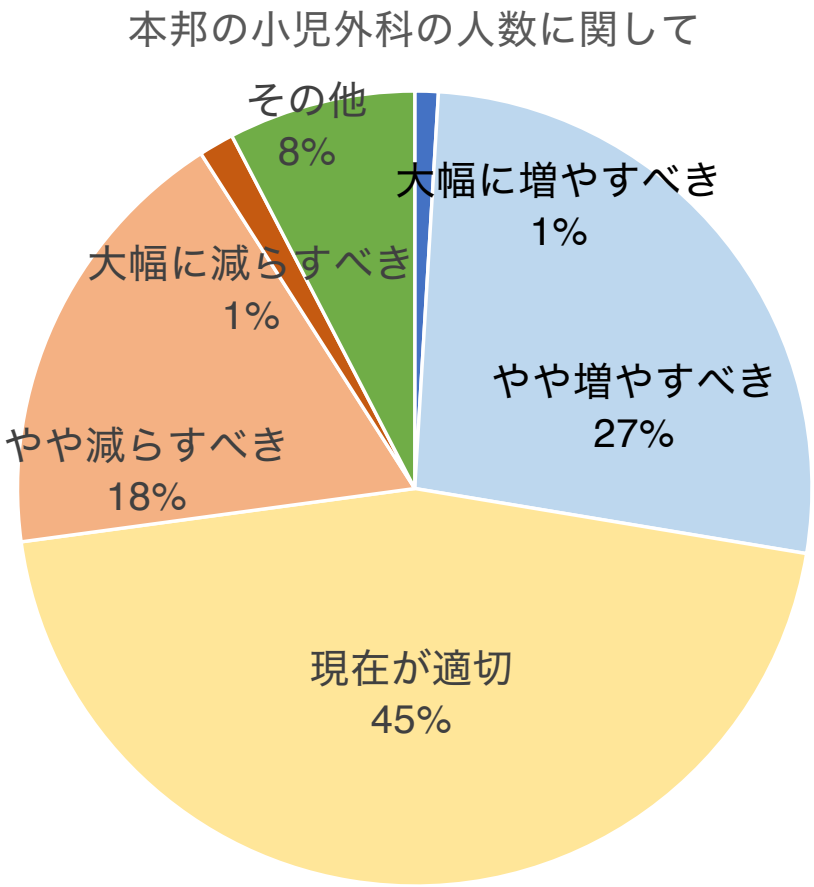


医師の働き方改革
小児外科の過剰労働に関する解決案



その他
パラメディカルの充実
(手術を必要としない)小児救急の集約化
医局間、施設間での交流を増やす
医者がやる必要のない業務をさせないようなルール作り。下に雑用をさせて当然という前提を無くす。上司の意識改革。
業務を減らす。全国規模で教授陣の若返り。
子育て世代がしたがらないオンコールの医師に対する給与を上げる
事務作業など他者に任せられる仕事を減らす
小児科や集中治療科との協力。術後管理にかかわってもらう。
小児消化器内科医を養成する。
上司の意識改革
働き方に対する意識改革、診療方針の最適化

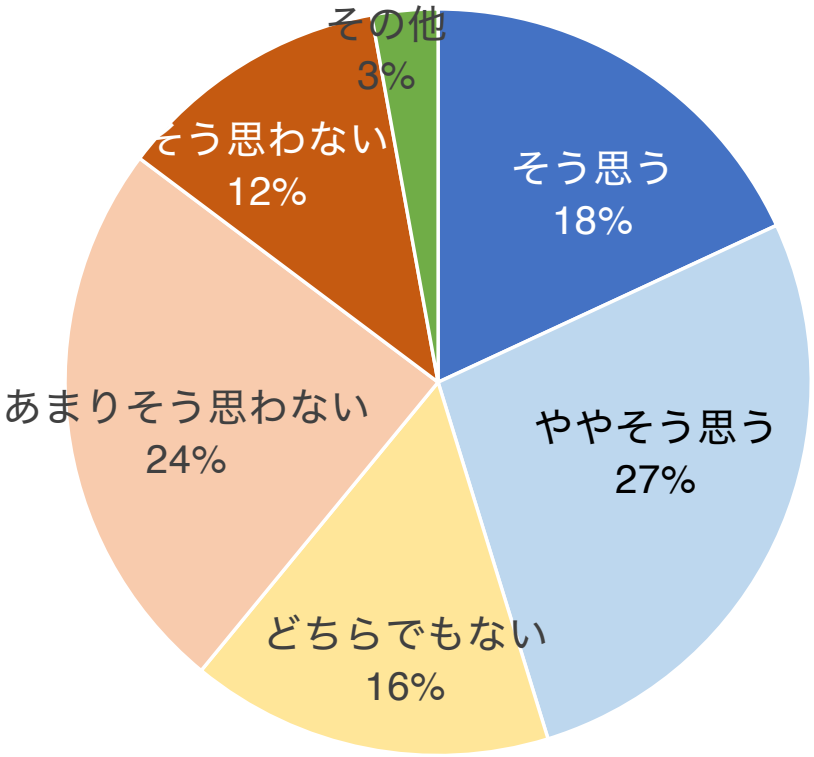
医師の働き方改革
小児外科の数は過剰？



その他
以前あったように全体として数は規定して、修練年数が満遍なく分布するようにすれば現状の人数で問題ない。無駄な労働の削減は必須。
減らすという言葉は使いにくいので、適切な配置転換というべきでしょうか。ある施設のトップの方が引退されたらそのタイミングでその病院の派遣を終了するなどが良い手段かと思います。そこに所属する若手中堅は希望があるのであれば、high volume centerに戻る、が良いと思います。その方が、年間数十例のところに施設維持目的に所属させられるよりも良いと思います。
施設によりばらつきがある
施設を減らすならば、減らすべき。施設数が変わらないのであれば、現状維持。
小児外科医の守備範囲によると思います
人員が必要な地域に適切に配置することが重要。
人数は適正かもしれないが偏在はありそう
全体の数は増減させなくてもよいが、専門施設の人員は増やしたほうがよいと思う(集約化)。
増やすとともに、集約化も検討。
地域格差が大きく一概に言えない
適正配置
都道府県による小児数と医師数の隔たりがないようになるか、もしくは集約化などでの隣県でのカバーができる環境が整えば良いかと考える。
東京では適切な気がするが、地方では足りてないと想像します。
偏りをなくす
役割分担が必要かと思います。

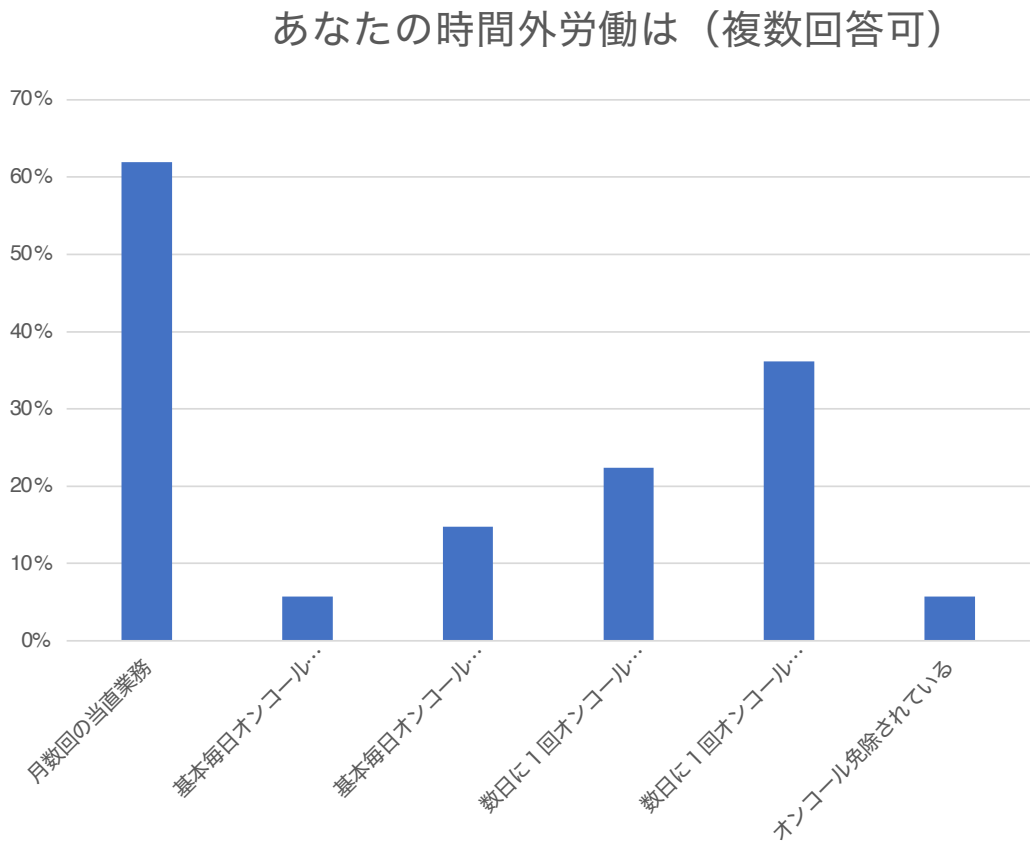
医師の働き方改革
小児外科シーリングは必要？

小児外科医の都道府県別のシーリング設定（採用数の上限設定）は必要だと思いますか



その他
メリットデメリットがまだわからない
都道府県別では枠組が小さいと思います。
必要性はないと思う。必要な場合、都市部以外は地域別はどうか。また、完全なシーリングではなく、都市部で研修後に地方[地元]に移動するのもよい。
名前だけの専門医の存在で無意味なシーリングが起こるリスクがある。それがなければやればよいと思う。
過疎地や地方でも指導医がしっかりしていて、都市部よりも個人の手術症例が多い病院はいくつもある。このような情報を適切に発信できる方法はないだろうか。医局人事などのしがらみなく、働きたい小児外科医が働きたい場所で。
小児外科領域にはシーリングの概念は当てはまらない気がします。

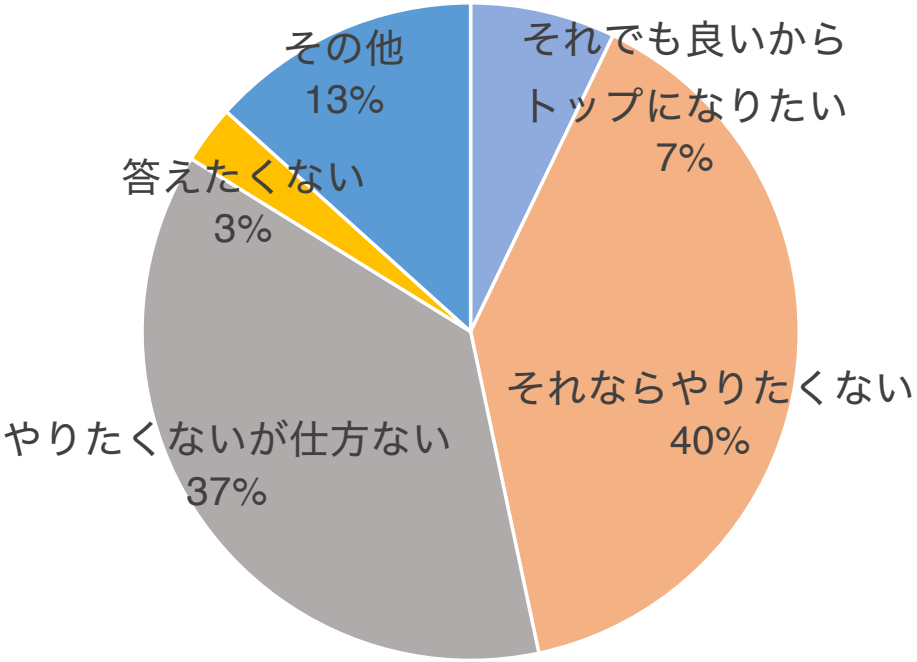
医師の働き方改革
時間外勤務、オンコールに関して



その他
平日・休日の時間外業務
医局業務
基本的に何かあれば登院するが、月に1−2回程度
現在研究メインのため
管理業務を就業時間後に実施
手当ての出ない日祝日勤務

医師の働き方改革
一人医長に関して

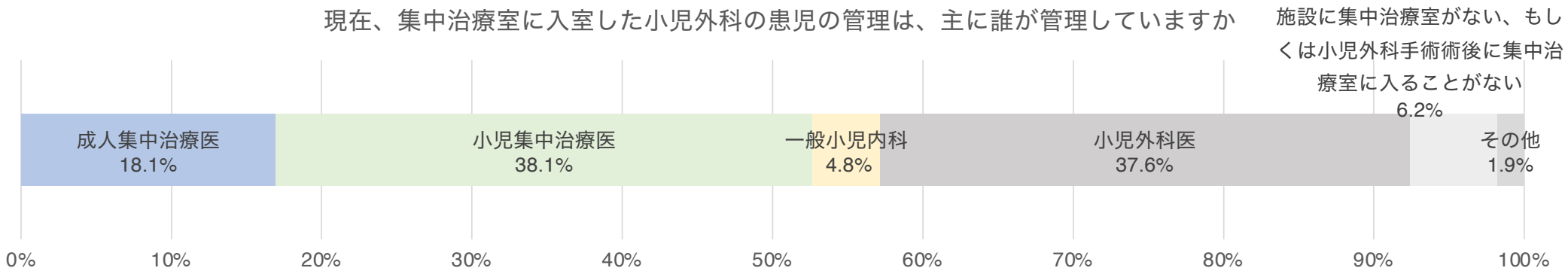
あなたは一人医長になりたいですか



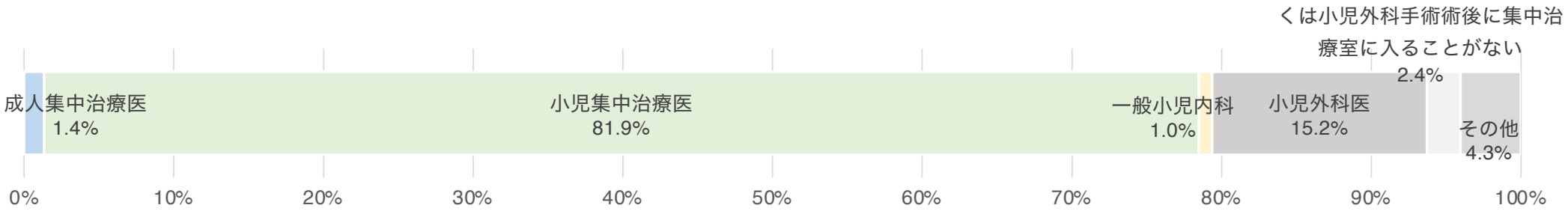
その他
小児外科医として手術ができるなら、一人医長でも良い
理に叶っているのならOKだが、医局都合や既得権益なら不可。
後輩を育てられる環境ならばやりたい
必要があればやります
小児がん専門施設ならやっても良いです。
その地域に必要であり、求められればなります。
その病院や医局、周囲の協力が得られるのであれば、自分の状況によっては悪くはない選択。
トップばかりを希望するわけではないが、単独でできる小児外科手術があるならば、従事してもよい
なりたいか、なりたくないかの意見を持ち合わせていません。
医療過疎地域での一人医長でもできる限り多くの小児を救えるように対応できることを目標に医療を行なっているため、そのための実力を身につけたいと考えている。
業務内容と環境による
研究医なので該当しない
現在一人医長で三年以上経過している
現状1人医長です。不安もありますがやりがいはあると思います。
施設規模による
時期と場所、労働条件によってはなってもよい
手術指導などが必要な時にいつでも他の病院の先生を呼べるならなってもよいと思います。
小児外科医療に関われるなら、一人医長でも構わない。
独り部長は、不要です。
病院と条件による

医師の働き方改革
タスクシェアに関して　ICU

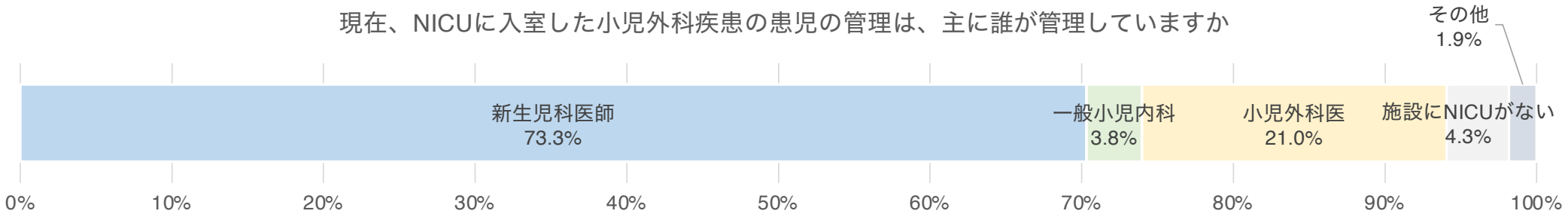
現在、集中治療室に入室した小児外科の患児の管理は、主に誰が管理していますか

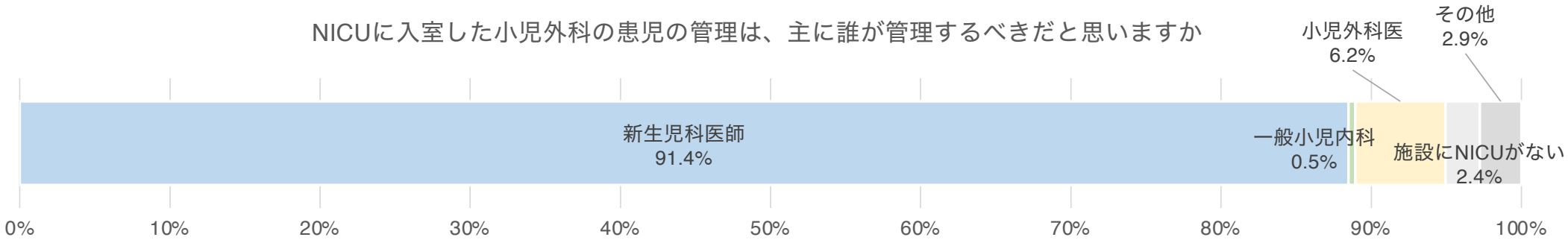


集中治療室に入室した小児外科の患児の管理は、主に誰が管理するべきだと思いますか



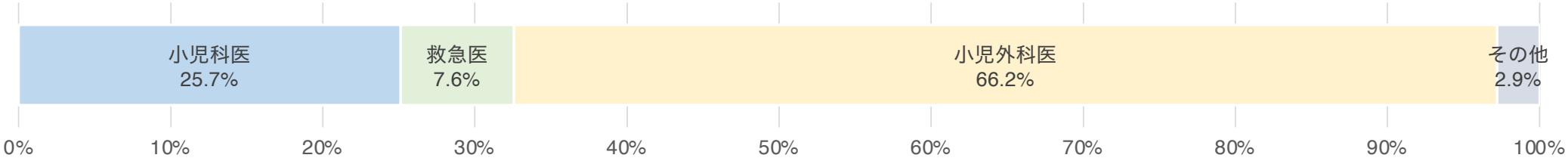
医師の働き方改革
タスクシェアに関して　NICU



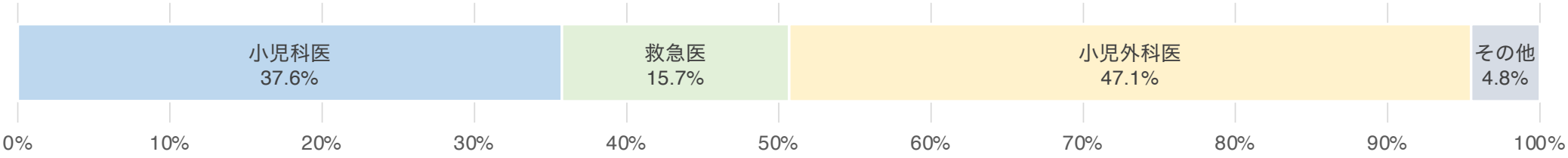


医師の働き方改革
タスクシェアに関して　小児救急

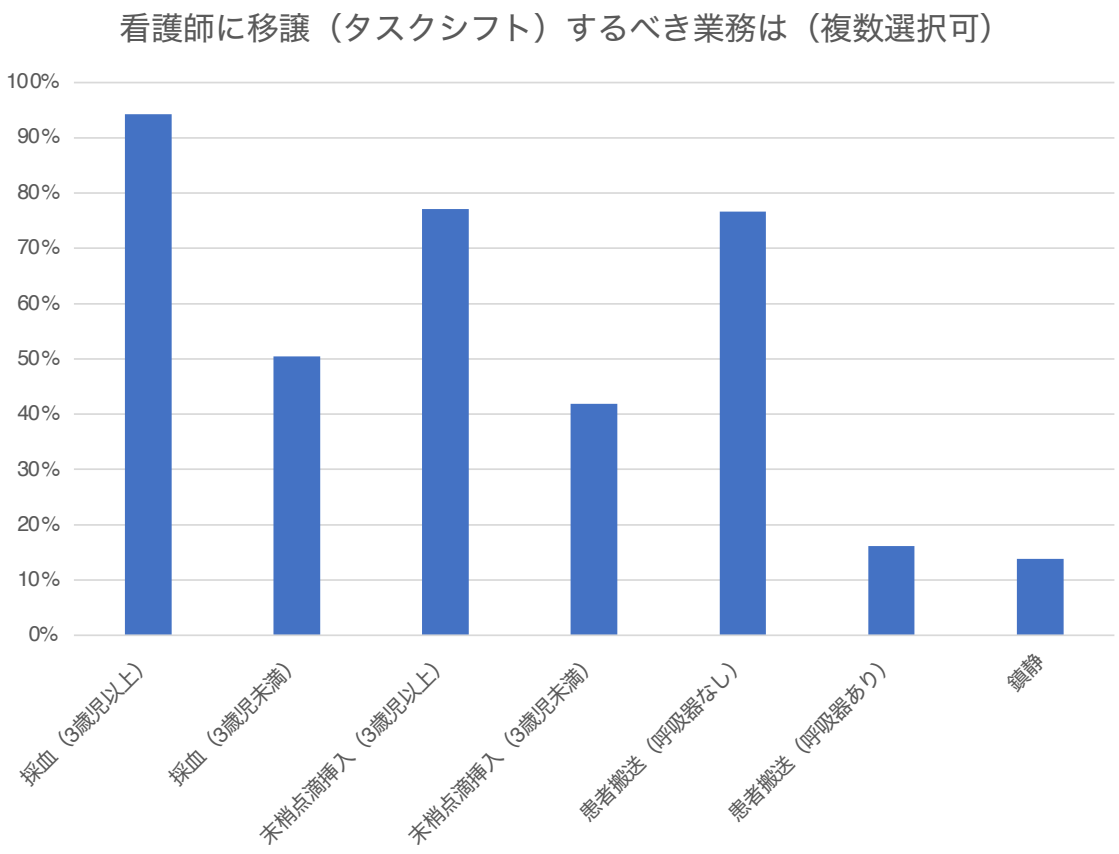
現在、救急に受診した小児外科疾患の患児（虫垂炎疑い、腸重積疑いなど）の患児は主に誰が診ていますか



救急に受診した小児外科疾患の患児（虫垂炎疑い、腸重積疑いなど）の患児は主に誰が診るべきだと思いますか



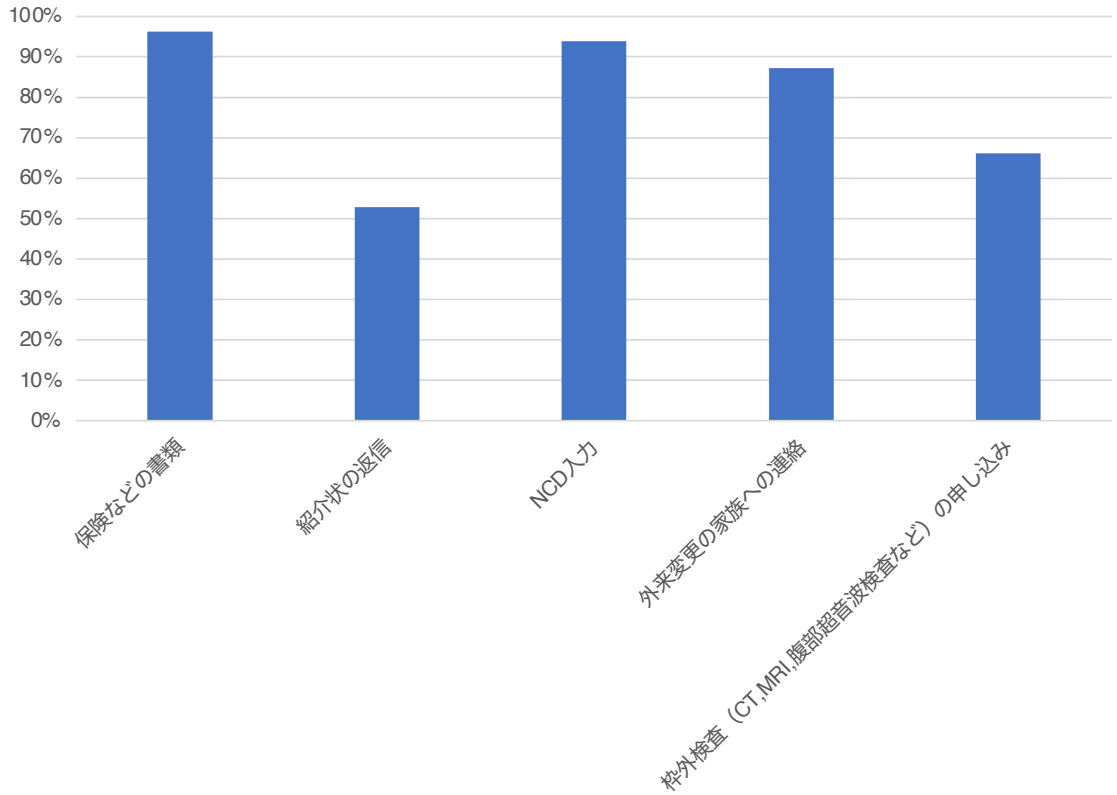
医師の働き方改革
タスクシフトに関して　他職種への移行



その他
学童以上の末梢点滴
学童期の採血、思春期以降の末梢静脈路確保
施設によると思います。当施設では上記困難ですし、若手育成のためにも医師実施が望ましい状況です。
(手術以外の)同意書の取得
CV採血も
ヘルニアや単純虫垂炎の外来フォロー
胃管挿入
胃管留置、尿道カテーテル留置、胃瘻交換、PCR検査
胃瘻交換、カニューレ交換、浣腸、ブジー、胃管挿入
気管切開カニューレや胃瘻ボタンの交換
検体の搬送
研修医が出来る程度の医療行為はナースでも十分できると思います。
現在は常に5人以上いる小児科レジデント・研修医がしている。
小学生以上の採血、末梢確保
上記手技は看護師だけでなく医師も問題なくできるように訓練すべき
親への処置の指導
全て看護師が責任を持てるようトレーニングを積むべきです。
年長児の胃管挿入や膀胱留置カテーテル挿入
輸血、PCAの接続

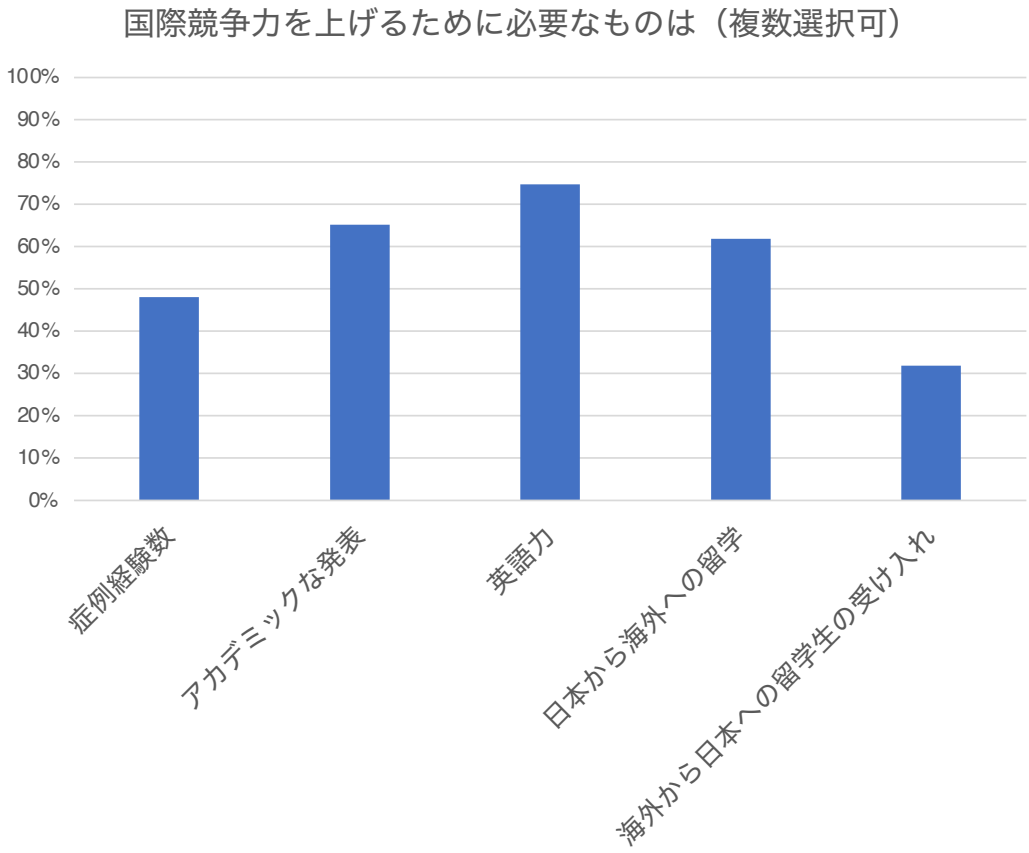
医師の働き方改革
タスクシェアに関して　事務業務など

医療事務・補助者などに移譲（タスクシフト）するべき業務は
（複数選択可）



その他
他の選択肢は既に移譲されています
他院で行っているものは全て。下書きなどして承認のみにする、など
退院サマリーの記載。手術記録はdictationしたい。
入退院などの手続き、必要書類の説明など
年報作成、研究会主催、書類管理など
(手術以外の)同意書の取得
DPC入力
DPC入力など
これらが、達成された暁には、日本の小児外科の手術修練、勉強の時間が確保され、また良質な論文、エビデンスが発信されることになると思います。
サマリー
サマリー作成
ほぼすべての事務作業
医師免許が必要でない業務全般
家族のメンタルケアをするカウンセラーを常時配置してほしい
外部調剤薬局の疑義照会
外来処置などのこまごましたルーティンオーダー
術前の手術室への付き添い
大学病院の無駄な業務一般
定型的な術前説明用紙の用意

国際競争力
国際競争力を高めるために



その他
High volumeな研究
海外に追従することばかりではなく、日本の良さを追求すること。
症例、研究の集約化により、量的・質的に優れたデータを提示すべきである。
論文を書くこと、その指導
トップランナーの手術、臨床的考え方を学ぶ機会。学会発表ではなく、より臨床に即した形で。
何の国際競争力なのかが不明瞭なため、適切な回答が思いつきませんでした。
海外オンラインカンファレンスへの参加
国際学会での発表。多施設共同での症例集積
国際共同臨床試験の企画・参画
手術術式など治療法を定型化しビッグデータを蓄積する
大規模な試験を複数人で担当する
日本国内の施設間の協力
論文
論文発表