

令和 3 年 8 月 4 日

会員 各位

埼玉県耳鼻咽喉科医会会長 登坂 薫

2021 年日本臨床耳鼻咽喉科医会勤務医アンケート調査報告について

標記について、別添のとおり（一社）日本臨床耳鼻咽喉科医会から調査結果の報告がありましたので、ご確認くださいませようお願い申し上げます。

担 当：事務局 養田

電 話：048-824-2611

FAX：048-822-8515

2021 年日本臨床耳鼻咽喉科医会勤務医アンケート調査報告

【はじめに】

2021 年 2 月 10 日に、メールにて全国 47 都道府県の勤務医代表に本アンケートへの協力を依頼した。締め切りを 4 月 16 日にしたが回答が 22 件にとどまったため、期間を 5 月 28 日まで延長した。最終的に 31 件（66%）の回答をいただいた。回答率が低かった理由としては、アンケート内容が漠然としており回答しづらかった事などが推測された。また、回答いただいた中には、勤務医会員が少ない、あるいは勤務医会員がいないため意見がなかったという県もあった。しかし、全体としては、男性、女性、大都市部、それ以外の地域、大学病院、一般病院、診療所勤務など幅広い先生方から回答をいただくことができた。

【アンケート内容】

各都道府県において B 会員からご意見やご要望を集めていただき、下記の①～⑨に分類し、各項目最大 3 つまでに絞って、ワード文書でご報告いただくようお願いした。

- ① 働き方改革や医師数の減少による労働環境の問題について
- ② コロナ禍に関連する問題について
- ③ 女性医師の働き方について
- ④ 診療報酬について
- ⑤ 病診連携、救急医療、災害時医療など地域医療に関する問題について
- ⑥ 専門医取得後の人生設計について
- ⑦ 定年退職後の人生設計について
- ⑧ その他
- ⑨ 臨床耳鼻科医会へのご要望

【結果】まず、いただいた回答を地方別に分け、都道府県名を特定できないようにして共有フォルダに保存し、自由に閲覧できるようにした。

（共有フォルダ：勤務医アンケート 2021@臨床耳鼻科医会

<https://1drv.ms/u/s!Am1FBPtIkCYpeLg-U2nMvE7OCD4?e=Ew7VBa>）

次に、各項目ごとに重要と思われる回答を抽出し、類似の内容別に分類した。この回答のまとめは本稿の末尾に掲載した（14 ページから 66 ページ）。

そして最後に、これらの回答から明らかになった問題点や要望、対策などを項目別にまとめ以下に述べた（2 ページから 13 ページ）。

なお、本稿も『2021 年勤務医アンケートまとめ』として上記共有フォルダに保存した。

また、日本臨床耳鼻咽喉科医会ホームページにも掲載する予定である。

① 働き方改革や医師数の減少による労働環境の問題について
(回答まとめ：14ページから22ページ)

1. 働き方改革について

2024年4月に医師の働き方改革が始まり、「医師の時間外労働規制」「連続勤務時間制限（28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット）」が義務化されるが、すでにこの方針に則って勤務時間制限を行っている医療機関も少なくない。いたずらに長時間病院にいらなくて良いという意識改革や有給休暇をとりやすくなった事などから本改革を歓迎する意見もあるが、多くの問題を抱えているのが実情である。医師の働き方改革に関する問題点として聞かれたのは以下のようなものであった。

- 当直明けに休まなければならないとすると、外来診療や手術などの業務に支障をきたし、医師を含めて他のスタッフに迷惑をかけてしまう。また、強制的に休暇を一定以上とらなければならないのも同じ事である。
- 医師の数が増えない状況で働き方改革を進めれば、業務を縮小せざるを得ない恐れがある。とくに、もともと医師が少ない地域・病院では、救急や外来に支障が出そうである。
- 地域の基幹病院のレベルを維持するには少なくとも4～5人以上の医師が確保されていないと厳しい。
- 医師不足の地域では、働き方改革はなし崩しに変更、延期となるか、サービス残業など医療機関が隠蔽で処理するかどちらかになると思う。
- 労働時間削減ばかりがフォーカスされると、時間を要する指導・経験の場に矛先が向かってしまう可能性が危惧される。
- 働き方改革を盾に、減給される危険性がある。
- 働き方改革によって外勤への制限がでると地域で困難が生じる可能性がある。

一方、これらの問題を解決し、働き方改革を実現するための方策としては以下のような意見が聞かれた。

- 勤務医の数を増やすことが必要である。また、看護師、技師、クラークなど多くの協力が必要なので、全ての領域で人員確保と教育が必要である。
- 働き方改革の柱の一つである「労働生産性の向上」を目指して、医療クラークなどを充実させるとともにデジタル化を進め、医師は医師の仕事に特化できるようにする。
- 医療クラークの配置を評価した点数である「医師事務作業補助体制加算」だけでなく、一定規模の医療施設で外来診療医師の隣に事務スタッフ（クラーク）が配置される体制がとられていなければ減点するといった罰則規定でもなければ、

現状は容易に改善されないと思われる。

- 女性も含めて個人の事情に応じて、パートタイムなど勤務形態を選択できると良いと思う。
- 休職中の女性医師の起用を積極的に推進することが、勤務医全体の労働環境改善につながる。
- 働き方改革を勤務医だけの問題にせず、勤務医と開業医で役割分担し、勤務医の負担を減らすことを検討してほしい。

2. 労働環境の問題について

働き方改革とも一部関連するが、耳鼻咽喉科頭頸部外科勤務医が抱えている労働環境の問題に関して以下のような意見が多かった。

- 医師数の確保がすべてにおいて重要である； 広範囲にわたる仕事や救急対応をする大規模病院ほど医師の労働力不足が深刻である。大変であってもやりがいをもって仕事するにはある程度の人員が必要である。育児や介護などをしながら勤務医を続けるには他の医師の協力が必要である。
- 新臨床研修制度による耳鼻科選択者の減少、コロナによる耳鼻科の将来性への不安などから、研修医の耳鼻科志向が極端に減少している気配があり危惧される。
- 医師数が少なく、常勤医師一人一人の負担が増え、そのため常勤医師がやめるなどで減少するという、悪循環になっている。
- 医師の偏在は以前からの問題であるが、最近一層深刻化していることが危惧される。

これらの問題への対策としては、以下のような意見があった。

- 勤務医についてはできるだけ集約化を行い、産休育休・介護支援ができ、長く働ける体制にシフトしていくことが必要である。
- 病院耳鼻咽喉科医師が増えればQOLのよいマイナー外科系ということで人気が集まり、地方の病院への常勤や出張がスムーズになり労働環境が改善されると思う。
- 医師としてのプロフェッショナリズムを持って働こうという人材を求められる環境づくり。
- 地域偏在の解決のためには、都市部での新規開業に対して、一定期間地域医療勤務経験の義務化などの条件を設けてはどうか。

勤務医の数が不足しているというのは慢性的な問題であるが、解決のためには、新しい耳鼻科医を増やすとともに勤務医を長く続けられる環境を整えるということが必要と考えられる。アンケートの回答からは、勤務医を基幹病院などに集約

して、やりがいと魅力のある労働環境をつくることが一つの対策であると思われる。タスクシフトによって医師の仕事の合理化を図ることも大切であると思われる。

また、勤務医の待遇に関して以下のような意見があり、改善のための努力が必要と思われる。

- 勤務医は、緊急対応、週末呼び出しなど苦労やストレスが多いわりに開業医との経済格差が大きく、是正が必要と思われる。
- 夜間休日待機に関しては給与面について全く考慮されていないのが現状であり、オンコールに給料が出るのが当たり前の世の中になってほしい
- 残業、緊急出勤の超過勤務手当や副業に頼らなくてもある程度十分な収入が得られるような制度改革が必要。

② コロナ禍に関連する問題について

(回答まとめ：22ページから26ページ)

耳鼻咽喉科は、上気道の診察を行う性質上、感染防御に対する意識が高いことがアンケートから窺えた。また、外来、手術とも減少しているという意見が多かった。患者減少に関連する耳鼻咽喉科の根本的な問題として以下のような指摘があった。

- 耳鼻咽喉科における患者減少は深刻であり、従来からの耳鼻咽喉科の診療スタイル（感染症中心、処置中心など）を見直す必要を感じる。
- 病院内での耳鼻咽喉科の必要性が下がっていると感じる。

また、勤務医が抱える不安や不満としては、以下のような内容が聞かれた。

- 医師に感染者が出た場合の診療への影響とその対応。
- 他科では感染防御にたいして意識が低いことがある。
- コロナが長引いており、このまま診察や手術を制限し続けるわけにいかない。
- 今後の見通しが見えない。
- 病診連携において一部の開業医の態度に不快を感じることもある。
- 病院・診療所の収入減少が医局員の収入減に直結している。あるいは今後収入が減るのではないか。
- コロナ対策でこれまで以上に診療経費がかかったり診療の能率が下がっている。

このような不安への対策の一つとしては情報に基づいて対応する事があり、医会や学会に対して指針やガイドラインの作成を求める声が多かったが、リアルな情報交換の場を求める意見も聞かれた。

- 医会・学会による指針のアップデートやガイドラインの作成をお願いしたい。
- とくに副鼻腔や中耳の手術に関する指針を具体的に示して欲しい。
- リアルな情報の共有ができる場が欲しい（掲示板など）。
- **地域**の耳鼻咽喉科医が新型コロナウイルスの診療サポートや予防接種などに積極的に参加出来るよう地方自治体との連携に取り組んで欲しい。

今後ワクチンの接種が進むにつれて感染が収束に向かう事が期待されてはいるが、新たな変異株による感染増加の波を懸念する声も聞かれている。現在、新型コロナウイルスへの対応とガイドは学会が担当して作成しており、医会としては会員の要望を学会に滞りなく伝える事が大切であると考えます。

③ 女性医師の働き方について

（回答まとめ：27ページから35ページ）

女性医師の働き方については非常に多くのご意見が寄せられた。簡潔にまとめるのは難しい点もあるので、本稿末の「回答まとめ」を是非ご覧いただきたい。

男女共同参画については、医療業界の意識は他業種にくらべて遅れている、女性医師の働き方という取り上げ方自体に問題があるという意見をいただいた。また、男性女性を問わず働きやすい環境を作ることが必要であり、日本全体で考え方を変えていかなければならないという意見をいただいた。

- 女性医師に限らずフルに働けない医師に罪悪感の様なものが起きない状況が大切。
- 男性も女性も働きやすく、意見が言いやすく聞いてもらえる環境が望ましい。
- 子育て世代の医師に対し、女性男性を問わず理解が欠如している。

医療業界全体として見た場合、女性医師の割合が増加しており医学部の女性比率が高くなっていることから、女性医師の職場復帰や病院でのフルタイム勤務が困難なままであると医師不足に拍車がかかるという指摘が見られた。また、女性医師には能力の高い医師が多く、男性にはない長所もあるので、その力を発揮できる環境を確保する事が課題であるという意見も見られた。

- 女性医師の力、現場への積極的な参加がなければ今後の医療は成り立たない。
- 身近な目標と感じられる勤務医の女性医師が少ないと感じる。専門医を目指す医師から目標とされる女性医師が身近な所にいないと、第一線で活躍する女性医師の割合は増えない

女性には、妊娠出産という大きなライフイベントがあり、産休や育児に関する意見を

多くいただいた。基本的に、子育て世代の女性が仕事を辞めなくて済む体制を整える事が必要であるという意見を多くいただいた。また、妊娠・出産・育児を考慮した専門医養成プログラムや再教育プログラムの充実を求める声が聞かれた。

- キャリアを維持するためには短期間でも現場との接点が途切れないことが重要。
- 出産、育児とその後の復帰の現状データ等を積極的に論じて欲しい。
- 出産・育児とキャリアパスの両立を可能にする専門医養成システムが不可欠。
- 複数回の妊娠・出産を前提としたプログラムや定年の延長も考慮されてよい。

女性が産休や育児のために勤務に制限があるのは当然のことながら、それをカバーするためには男性医師の協力が必要であることも認識されるべきである、女性対策のみに終始するとその他へ流れる仕事が増えてしまう、といった指摘も多く見られた。

- 女性問題を議論するときは他の医師の負担の問題を併せて考える必要がある。
- 女性の権利が大きく取り上げられ義務が軽減されている。
- 妊娠、出産、育児については配慮が必要だが、それ以外は働き方において男性と区別されるべきではない。
- 男女平等がベースである。

今後女性医師の割合は増加の方向にあると考えられ、女性医師が働きやすく、やりがいをもって長く医師を続けられる環境を作ること、男性医師にとっても働きやすい職場を作る上で必要な事であると考えられる。このような目標を達成するためには余裕あるマンパワーが必要であり、勤務医の労働環境全体の問題とも直結していると考えられる。

④ 診療報酬について

(回答まとめ：36ページから43ページ)

診療報酬について、総合的な意見として多かったのは、病院の収益が上がりづらい診療報酬体系になっており、このことが勤務医の減少につながる一因になっているというものであった。また、手術技能や専門医に対するインセンティブが必要という声も多く聞かれた。

- 同一の処置や手術であっても、入院設備のある総合病院とクリニックで診療報酬に差をつければ、優れた技量をもった医師が開業せずに病院にとどまってくれる。
- 手術手技などにインセンティブが生まれれば、勤務医を希望する医師が増え病院の人材確保につながる。
- 専門医の資格の有無によって診療報酬に差が出る仕組みが必要。

- 手術技能に対してインセンティブが反映されないのに専門医取得の敷居を上げていく現状はナンセンス。
- とくに大学病院で顕著だが、労働と対価が釣り合っていない。高度な診療を行っても開業医よりも給与が少ない現状は不満。
- 公的な病院が普通にやれば赤字という報酬体系は異常。

また、耳鼻咽喉科の診療点数全般への意見としては、耳鼻咽喉科の点数は低い、手術点数が低い、手術器具に対する加算が低い、といった意見が多く聞かれた。また、具体的な手術点数に関しては、耳や鼻の手術に対する不満は聞かれなかった反面、咽喉頭や頸部手術の点数が低い事への不満が多かった。

- 古くからある手技（例えば扁桃摘出術など）の点数が不当に低い。
- アデノイドや扁桃手術は社会的に必要であるが、病院経営からは歓迎されない。
- 頭頸部腫瘍の点数が鼻科に比べて安すぎる。
- 頸部郭清（併施）の点数は安すぎて現状に合っていない。
- 甲状腺癌の頸部郭清の点数減少は衝撃的だった。
- 頸部良性腫瘍の点数を上げて欲しい。

その他の具体的な点数化の要望としては以下のようなものが見られた。

- 前庭リハビリをはじめリハビリ関連
- PPPD や耳鳴に対する認知行動療法
- コブレーター手術
- ステロイド鼓室内注入
- vHIT
- 難聴や補聴器に関する指導管理料
- めまいの指導管理料
- 舌下免疫療法、アレルギー疾患の指導管理料

診療報酬に関する具体的な要望は保険医療委員会の全国会議においても聞かれる事が多いものであり、実現が視野に入っているものもあるが、あらためて保険医療委員の先生方に伝えたい。また、多くの勤務医から聞かれた意見からは、地域医療の根幹をなす病院の質を上げるためには勤務医のモチベーションを保つことが必要であり、そのためには、病院の収益が上がりやすい診療報酬体系が必要な事が明らかである。この問題は、勤務医の労働環境の改善や女性医師の働きやすい環境の実現にもつながると考えられ、色々な場で繰り返し訴えていくことが大切であると思われる。

**⑤ 病診連携、救急医療、災害時医療など地域医療に関する問題について
(回答まとめ：43ページから48ページ)**

まず、地域医療全般に関する意見としては以下のような意見が聞かれた

- 拠点病院への耳鼻咽喉科医の増員、専門医の集約化が必要。
- 病診連携、救急医療、災害時医療に携わる公的病院が慢性的に赤字になる体制の改善が必要。
- 過疎医療を支える勤務医の評価が必要。

病診連携については、まず病院と診療所の役割分担を社会的に認識してもらう必要があるという意見を多数いただいた。

- 大学など大病院と診療所には役割分担があることの啓蒙が必要。
- 一定規模以上の病院では原則紹介状なしでは受診できないシステムが必要。

一方で、患者を社会の中で診ていく体制が必要という意見も聞かれた。このためには、病院と診療所の間で、お互いの専門性についての情報交換や、患者の情報を共有するシステムが必要であるとの意見が多かった。

- 病診連携とともに他科との連携、コメディカルとの連携が大切だが、耳鼻科は遅れている。
- 嚥下障害などは、病診連携で発展する分野である。
- 病院の情報も診療所の情報も互いに知っておくことが必要。
- 病診連携の強化のために、顔を合わせてのミーティング、勉強会などでコミュニケーションをとるのが良い。
- 他院との間で患者の医療情報を共有する体制が必要。
- 患者情報のやり取りに手紙は前時代的。

また、開業医からの患者の紹介に関して不満がいくつか聞かれた。

- 医療の必要性からではない理由で、面倒な患者を紹介しないほしい。
- 紹介状を書かず口頭で、急変時には病院へ行きなさいという対応をやめてほしい。

救急医療に関しては、病院、とくに大学病院にとって負担になっていることが窺われた。開業医も含めて、皆で支えていく体制作りが求められていると考えられる。

- 大学病院は、高度医療、がん治療などを行い、学生教育、研究もある。それと同時に救急の最終的な引き受け手になっている。夜間救急を担当し続けると労働時間規制が問題になる。
- 救急を受ける病院が限られており、大学病院と基幹病院に負担が偏っている。

- 2次救急体制を、開業医の拠点病院への出勤などにより整備することはできないか。
- 専門医の要件に「2次救急への参加」を義務付けてはいかがか。
- 2次救急で対応できない患者に対応できる医療のためにはインセンティブが必要不可欠。県などの自治体を巻き込みつつ財源を確保しながら救急医療体制を構築する必要がある。
- 地域医療・救急医療体制を構築するためには、行政や大学を含んだ会議などで検討し、有機的に運用することが必要。
- 救急医療、病診連携などで良い取り組みができています都道府県の情報などを知ることができると思います。

災害時医療については、少ないが貴重な意見をいただいた。

- 地方自治体が中心となり医療関係者と連携する必要がある。
- 各都道府県の耳鼻咽喉科医会が中心となり自治体と連携体制を作る。
- 医会で、開業医と勤務医の積極的な意見交換を行うことが必要。

⑥ 専門医取得後の人生設計について

(回答まとめ：48ページから54ページ)

まず専門医についてであるが、メリットがないという意見を多くいただいた。

- 専門医のメリットがない。
- 専門医がなくても困らないので更新しないという意見も聞かれる。
- 専門医には専門医加算などの診療報酬上でのメリットが必要。
- 耳鼻咽喉専門医は、社会から期待されている専門医とはかけ離れている。
- 耳鼻咽喉科医であることと耳鼻咽喉科専門医の相違が明らかにできていない。
- 日本専門医機構から、専門医の初回更新の要件として地域医療（へき地勤務）が盛り込まれようとしているが、容認できない事項である。

専門医取得後の選択肢として、サブスペシャリティの専門医や指導医の選択肢が増えたが、これに関して以下のような意見が聞かれた。

- サブスペシャリティの充実と専門性の担保は、耳鼻咽喉科が生き残るためには絶対に必要である。
- サブスペシャリティの専門医や指導医の選択肢が増えたことでモチベーションを維持しやすくなった。
- サブスペシャリティの標榜を許可すれば、患者にとっても恩恵は大きい。

- 指導医の資格は、標榜したり加算を得られるシステムにできると良い。
- サブスペシャリティー養成のシステムができると良い。他県での研修を含めて、勤務が柔軟になることを望む。
- 勤務する病院によっては、サブスペシャリティーを追求できるとは限らない。出身大学に関係なく自分の希望する病院で受け入れてもらえるかどうか。

また、全体として見たときに、耳鼻咽喉科専門医の進む道は、教育職、勤務医、開業医が大きなものであるが、この点についての意見としては以下のようなものがあつた。

- 都市部での勤務希望や開業指向が強くなっている印象がある。地方、とくに医療過疎地への耳鼻咽喉科医の適正配置を検討していただきたい。
- 診療報酬体系が見直されなければ開業が困難になってきている。勤務医が定年後も働き続けられる賃金体系があると良い。
- 多くの専門医が勤務医として働こうと思う環境があると良い。
- 教育職、病院勤務医、開業医などの進路について実例をあげて説明して欲しい。
- クリニックや病院などの求人情報、クリニックの継承案件を医会から提供して欲しい。

⑦ 定年退職後の人生設計について

(回答まとめ：54ページから59ページ)

定年後の仕事と収入は、勤務医にとっては重大な問題である。多くの勤務医は病院での仕事にやりがいを感じて仕事をしていると考えられるが、定年後の経済的不安から開業する者が一定の割合で存在すると推察される。そこで、以下のような意見が聞かれた。

- 定年後の仕事先が保障されれば臨床や研究をギリギリまで頑張る事が出来る。
- 50歳と70歳にピークがある人口構成を考えると、中年に差し掛かった医師を今後どう生かすかが問われている。

定年後の進路としては、何らかの形で仕事を続けたいという回答が最も多かったが、引退して悠々自適や、まだ考えていないという回答も多かった。

不安に感じていること、希望する事としては、以下のようなものがあつた。

- 転勤が多いため、退職金が少ない。
- 年齢を重ねてからの開業はリスクが大きい。
- 老人病院への勤務は、あらためて内科診療を行うことに不安がある。
- コロナウィルスの影響もあり、将来設計が立てられない。

- 耳鼻咽喉科の定年後の適切なロールモデルが見当たらない。
- 定年退職後の再就職に多様な選択肢があると良い。
- 医師の適正な配置のためにも、退職後の再就職のあり方やシステムを構築すべき。
- 行政とも協力して、定年後の雇用先を創出する必要がある。

また、医会への要望としては以下のようなものがあつた。

- 定年後の第二の人生をどうしているのかアンケートをして公表して欲しい。
- 定年後にどのようなキャリアパスがあるのか示して欲しい。
- クリニックや病院などの求人情報があれば、医会から情報提供して欲しい。
- 耳鼻咽喉科不在地域への派遣などのマッチングシステムを検討してはどうか。

臨床耳鼻科医会として、勤務医の数を増やす活動をすぐに行うことは難しいが、勤務医を減らさないために、求人情報を提供することは比較的実行しやすいと思われるので、是非検討してゆきたいと考える。

⑧ その他

⑨ 臨床耳鼻科医会へのご要望

(回答まとめ：59ページから66ページ)

⑧その他には、臨床耳鼻科医会へのご要望などが多かったため、⑨臨床耳鼻科医会へのご要望と合わせて回答を分類しまとめた。色々なご意見をいただいたが、①～⑦と重複する意見も多く、ここでは重複しない意見を主に取り上げた。

全般的な意見として以下のようなものがあつた。

- 開業医は増える一方シーリングにより専攻医の数は絞られている。医会として働きかけできないか。
- 今後30年で、スギ花粉症は減少、ワクチンにより感染症も減少し、耳鼻科受診は減少が予想される。耳鼻科も診療スタイルを変える必要がある。
- コロナ禍によりオンライン診療などが普及し、遠隔診療が可能になった。今後柔軟な視点で医師偏在問題を調整すべきである。

また、医会への具体的要望として多かったのは以下のような調査や情報共有に関するものであつた。

- 本アンケートの、①働き方改革や医師数の減少による労働環境の問題について、②コロナ禍に関連する問題について、③女性医師の働き方について、は地域の医療機関毎の取り組みを情報共有できる機会が欲しい。

- 出産、育児時期の常勤継続率とその後の復帰率の調査、また女性だけでなく男性医師の働き方も調査を希望する。
- 各病院での手術症例数や疾患分布などをまとめた参考資料。
- 耳鼻科勤務医の勤務状態（医師数、勤務体制、休日など）についての調査。
- 勤務医が開業を考える際、開業医がどのような仕事をしているのかなどの情報があると参考にできる。

また、会議や学会などについて以下のような意見が聞かれた。

- 学会の数が多すぎる。
- 会議や学会、講演会は web だと助かる。
- 不要な会議が多すぎる。勤務医に求めるものが多すぎる。

学会については、日耳鼻では統合によって数を減らす動きになっている。学会等の web 開催についても、インターネット講習（研修）に関するワーキンググループが立ち上がっており、コロナ禍を機に一般的になっていくことが予想される。今後は会員の声を反映しながら会議のあり方が見直されることが期待される。

保険診療、勤務医の待遇改善などについては、以下の意見が聞かれた。

- 耳鼻科医の声を中央官庁へ届け、予算化や法制化を目指して欲しい。
- 補聴器の処方箋の義務化を提言して欲しい。
- 聴覚スクリーニングの補助、CMVスクリーニングの補助、ムンプスワクチンの補助など。
- 勤務医の労働条件、待遇の改善を目指して欲しい。

また、今回のアンケートに関する意見として

- アンケートの結果を生かして欲しい。
- 勤務医委員会として何をしていくのか、何ができるのかを発信、提言すべき。
- アンケートをする前に医会の理想の提案を示して欲しい。
- できるだけ分かり易く簡便なアンケートにして欲しい。
- 余分な仕事を増やさないで欲しい。

医会のあり方については、以下の意見が聞かれた。

- 学会と医会の協力とすみわけを上手くして耳鼻咽喉科の発展につなげて欲しい。
- コロナ禍のような有事に率先して人的資源を活用できるようなシステムを構築して欲しい。
- 日本医師会のように既得権益を守る存在でなく、医療制度の改革を牽引できるような存在であって欲しい。

- 具体的な活動内容が見えてこない。
- 医会の役割をアピールして欲しい。
- 会員にとって何かメリットがあると有難い。
- 透明性の確保に期待する。
- 執行部に若年層と女性、勤務医を半数入れて欲しい。
- 勤務医の意見もしっかり聞いて欲しい。

最後に、

【本アンケートの結果を生かすために考えられる行うべきこと】

1. 日本臨床耳鼻咽喉科医会理事会において、本アンケートから得られたさまざまな課題について問題意識を共有し、対応策を今後の事業計画に反映させる。
2. 日耳鼻の理事、対応する委員会（男女共同参画、学術、専門医制度、保険医療、卒前・卒後教育、地域医療）の委員に、第一線の勤務医の意見である本アンケートに目を通していただく。
3. なるべく多くの勤務医に、本アンケートに目を通していただき、問題意識をもっていただくようにする。
4. 勤務医だけでなく開業医にも本アンケート結果を見ていただくようにする。
5. 働き方改革については、耳鼻咽喉科勤務医の率直な意見を、行政の担当者に伝える。
とくに、マンパワーの充実、タスクシフト、病院の収益性の向上、女性医師の活用などについて、その必要性を訴える。
6. 人員の配分に大きな影響力をもつ大学の耳鼻咽喉科責任者には、是非本アンケート結果に目を通していただくようにする
7. また、働き方改革を含め労働環境の改善のために、病院の耳鼻咽喉科責任者にも本アンケート結果に目を通していただくようにする。
8. 臨床耳鼻科医会への要望事項の中から、実現可能でなるべく会員の利益につながるものから実行を目指す。
9. 本アンケートに対していただいたご意見を、今後の勤務医委員会の活動に役立てる。

勤務医アンケート回答まとめ

いただいた個別の回答の中から主なものを抜粋して、内容別に分類し整理した。一部、読みやすくするために、主旨が変わらないことに注意しながら文章を短縮したり、言葉遣いを変更する操作を行った。分類整理前の回答を見たい場合は、下記の共有フォルダ（勤務医アンケート 2021@臨床耳鼻科医会）を開いて見ていただきたい。

<https://1drv.ms/u/s!Am1FBPtIkCYpeLg-U2nMvE7OCD4?e=Ew7VBa>

① 働き方改革や医師数の減少による労働環境の問題について

働き方改革における問題点について

●時間外勤務時間の制限、連続勤務時間の制限等で大変である。原則当直明けは、代休日だが、代休が取得できない場合は、時間外勤務として申請となる。耳鼻咽喉科では、毎日外来か手術があるので、代休を取得することは困難である。国の制度だけが進んでも、現場は対応できない。

（関東1）

●耳鼻咽喉科の病院勤務医は人数が少ないため、2024 年 4 月から適用される医師への時間外労働上限規制に向けて、当直明けでの勤務免除を行いつつ、外来、入院、手術などの診療をどのように維持していくのかは 1 病院では解決できない問題だと感じる。（近畿2）

●働き方改革で当直日数の上限が設けられていることは良いが、当直をする医師の人数が増えないのに方針を決定されるととても困る。学会参加もできなくなり、特に育児中の医師や介護が必要な家族のいる医師は病院で働けなくなってしまう。（近畿2）

●働き方改革を進めると、現在の定員では医師数が不足になり、医局を運営するのが苦しくなる。特に、当直明けで休む時。（近畿4）

●最近働き方改革について強制的に変革が求められており、医師数が少なく業務量がそれなりにある病院では、調整困難で難航している。（関東1）

●働く内容は実際変わらないので、勤務時間を表面的に短くしているだけとなり、実質的にはあまり改善されていない。（近畿2）

●働く人間がいない状態で無理やり有給をとらさないでほしい。有給を無理にとらされるために他の日の外来や他のスタッフにしわよせが来るのが理解できない。(近畿2)

●厚労省の示した働き方改革は医師不足の地域ではタイムテーブル通りの実現は不可能と思われる。なし崩しに変更、延期となるかサービス残業など医療機関が隠蔽で処理するかどちらかになると思う。(北海道・東北1)

●年休を取りたいが、外来予約・手術などのスケジュールが混んでいてなかなか取ることが出来ない。無理矢理取るとかえって勤務時の仕事が増えるなど調節が困難で、かえって健康などに不調を来す。そもそも働き方改革の適応はすべての医師に必要なのか疑問。(北海道・東北2)

●働き方改革は基本的に賛成。ただし、働き方改革の仕組みだけ先に完成した形になっている。現実的には一人欠けたら業務が回らないような状況の病院が多いと思われ、常勤医師数が足らなければ休めない、ないし規定の数の休暇を取るために業務を縮小するということになる。勤務医総数の増加、余裕を持った人員配置が必要だと考える。(中部1)

●地方での耳鼻咽喉科医師は少人数であり、3人以下の体制の病院も多い。そこで、地域の入院を抱え、救急対応している状態であると、平日夜間や休日の当番を維持するのは楽ではない。科長もそれなりに当番を行わなければ、部下の負担が大きくなる。働き方改革を考えると、地域の基幹病院レベルを維持しつつ、人間らしい生活を確保するには少なくとも4～5人以上の医師が確保されていないと厳しいと思われる。(北海道・東北2)

●働き方改革はゆっくり進んでいる印象を受ける。当院では時間外待機番については実際に病院に呼ばれなくても手当が出るようになった。しかしながら常勤医が少ないので拘束日数が多く、時間的な余裕という点ではこの10年以上ほとんど変わらない。拘束時間を減らすには医師数を増やすしかないのか。(北海道・東北3)

●都市部の状況はわからないが、地方では医師が不足している。特に耳鼻科では一人医長の病院が少なくない。急患対応、院内業務などで負担が重なり疲弊して退職、結局耳鼻科勤務医が居着かない悪循環ができあがっているように思う。2024年に医師の時間外労働の上限規則が適応されると急患対応だけではなく、外来診察休診など、通常勤務にも支障をきたすのではないかと考える。(中部2)

●昨今の働き方改革により若手医師としては労働環境や給与が守られており非常にありがたい。しかしその一方、現在勤務している病院では将来的に更なる超過勤務等の労働時間削減が目標とされている。現在、若手医師として働くなかで若手が主体的に経験を積む場ではどうしても上級医よりも時間を要してしまうことを実感している。労働時間削減ばかりがフォーカスされると、指導・経験の場に矛先がむかってしまう可能性も危惧されるのではないかと考える。(中部4)

●働き方改革の一環とのことで勤務している大学病院で当直体制がオンコール体制へと変更され、大幅な減給となった。働き方改革を盾に強引に変更され職員の反発は大きかった。(中部5)

●無給の残業を増やさず、実際の業務量をへらす働き方改革をしてほしい。すでに開業医との年収差が大きいので、働き方改革で勤務時間を制限したときに、実収入が減らないよう対策してほしい。(中国・四国2)

●働き方改革を実行していくのであれば、そのぶん勤務医の数は増やしていく必要があると思う。各種アンケートや書類、学会報告、論文執筆、共同研究、同意書取得などのいわゆる医業ではない事務作業などの補助的な仕事は増える一方で、矛盾している。特に大学病院では一般臨床と教育、学術的研究と3足のわらじを課せられており、業務量が多く、労働環境は劣悪である。また、働き方改革によって外勤への制限がでると地域で困難が生じるとともに、給与のより高い条件の病院に転職も考えるかもしれない。結果、残った人員に余計に時間的、量的な仕事の負担をかけることになるだけだと危惧している。(中国・四国1)

●有給休暇を最低限 5 日／年取得することが義務化されて休みを取りやすくなった。休みを取りやすくなったが、残された医師の仕事量が増加している。(中国・四国4)

●時間外管理が厳密になり勤務時間は短縮されたが、仕事量は変わらず、医師数も増やせないで業務を遂行することができず、病院経営が厳しい状況である。また、時間外管理が厳密になり勤務時間が短縮されたため、On Line で出来る仕事は在宅に持ち帰ってせざるを得なくなった。(中国・四国4)

●働き方改革が求められてはいるが、やはり現実的に有休等を取得できる環境は整ってないと思われる。医会から目安となる指針等を示していただければと思います。(九州2)

働き方改革への解決策について

●働き方改革の柱の一つに「労働生産性の向上」が掲げられている。大学病院では、臨床、教育、研究という任務があり長時間労働を余儀なくされている。医学や医療の発展のためには、大学病院こそ、事務員によるサポートや業種間の連携によって業務の効率化をはかる必要がある。(関東1)

●勤務医の負担を分散させるため、分業化が必要。(近畿1)

●働き方改革による労働力の低下は、可能であれば医師数の増加で補う。今後はオンライン診

療や AI の利用などで作業効率をあげることも必要とされる可能性がある。(近畿2)

●医師の診察では、患者と話している間はパソコンは空いているので、1対1でメディカルクラーク(MC)を配置することでより効率的な仕事が可能になる。MCの整備(法整備やMCが行っていいコンピュータ入力の範囲の拡大)を医会の力で進めていただければ有り難い。(近畿2)

●タスクシフトやデジタル化をどんどん進めてほしい。(北海道・東北2)

●医師が医師の仕事に特化できるようクラークを配備すべき。(北海道・東北5)

●働き方改革といって特に就労環境、仕事量が変わっていないのに就労時間を短くすることは難しい。ただ働き方改革ではなく、仕事量を減らす(クラークやナースへの分業、AI導入など)環境づくりが必要と考える。医療クラークの配置を評価した点数である「医師事務作業補助体制加算」だけではなく、一定規模の医療施設で外来診療医師の隣に事務スタッフ(クラーク)が配置される体制がとられていなければ、減点するといった罰則規定でもなければ、現状は容易に改善されないと思われる。(中部1)

●労働時間削減には単純な事務作業などの効率化から進め、最適な労働環境と指導・学習環境のバランスがとれるような働き方改革を期待したい。(中部41)

●女性も含めて個人の事情に応じて勤務形態を選択できると良いと思う。早退とか、週3から4日とか外来だけとか、フルは無理だけどそれなら働ける、という方はいるのでは。そして固定でなく変更もできるように。応援要員をつくっておいて、急に具合悪くなった時などに代わってもらえる体制も。(近畿2)

●QOLを重視したり、しっかり年休を取ったりする一方で、勤務医数は有限である。責任医師はかえって残業が増え、働き方改革推進は逆行する。勤務医だけの問題にせず、勤務医と開業医で役割分担し、勤務医の負担を減らすことを検討してほしい。(中部3)

●改革のためには医師数増か極端なタスクシフト、フリーアクセスの制限などが必要ではないか。(中国・四国2)

●医師確保だけでなく、看護師、技師、クラークなど多くの協力がないと、現在の労働環境は改善しない。そのため全ての領域で人員確保と教育が必要である。(中国・四国4)

●休職中の女性医師の起用を積極的に推進する。復帰プログラムの充実、ワークシェアリングの活用など以前より進んでいるが、職場のスタッフ特に男性医師の理解が得られることが重要。(九州1)

●休職中の女性医師の支援、復職プログラム、ワークシェアリングなど、女性医師の起用法に重要な課題があると思われ、女性医師の現場への積極的な参加が、勤務医全体の労働環境改善にもつながる。(九州5)

労働環境の問題について

●様々な事情(子育てや親の介護等)を抱えながら頑張っているには、ある程度の医師数の確保が必要。ある程度の医師数が確保できれば、シフトを組む等の対策ができる。(関東1)

●一施設当たりの医師数を3名以上にすることにより、救急対応やオンコール等も交代制にできるため、個々の医師の負担を軽減し、労働環境を改善できると考える。(関東4)

●耳鼻咽喉科、頭頸部外科領域では、特に大規模な病院での人手不足は深刻である。広範囲にわたる仕事や救急対応などで、現場は疲弊している。そのため、働き盛りの人たちが開業志向となり、さらに人手不足に拍車をかけるという悪循環になっている。充実した、やりがいのある仕事を展開するためには、現場が疲弊しないように、人員確保や勤務体制の構築が必要。(近畿2)

●科毎の事情の違いはあっても女性医師の増加がすごく、今後どのようになるのか未知のことが多い。妊娠、出産に伴う休暇をどのように埋めて行くか、そして女性医師の職場復帰にどのようなサポートが必要か。今のうちから考える必要がありそうである。(近畿2)

●新臨床研修制度による耳鼻科選択者の減少(従前の年340人程度から250人程度と約2/3)、更にコロナで耳鼻科の将来性への不安から、研修医の耳鼻科志向が極端に減少している気配がある。当院は300床程度で2人勤務であるが、大学医局に3人目の配置を要望するも10年以上実現しないし、公募でも応募はない。入局者数の減少から1人勤務に逆戻りする可能性すら危惧している。オンコールや土日回診の負担は大きく、学会参加もおいそれとはできない。勤務医の立場では病院のさらなる集約化を望むが、地域医療の観点からは難しいようでもある。(近畿4)

●非常勤医師＋外勤で収入を確保という大学モデルはこれ以上継続できないと思われる。転勤を頻繁に繰り返し、経験を積んでいくというキャリア形成の方法も若手からは既に人気がないようである。勤務医についてはできるだけ集約化を行い、産休育休・介護支援(女性医師、男性医師両方の常勤継続の有無、産休育休取得率と取得日数を調査すべきだと思う)ができ、長く働ける体制にシフトしていくことが必要である。(近畿4)

●医師数が減少することによって労働環境が悪くなっている印象は確かにあるが、不要な仕事を

医師がしているのも確かである。たとえば医療クーク、看護師などをお願いしたら可能な仕事もたくさんある。また、われわれ勤務医が働く病院は手術や入院を必要とする患者を主に診察する必要があるのにもかかわらず、「耳鳴り」「めまい」「咽喉頭異常感症」などで、他院で問題がないと診断されたにもかかわらず受診し、検査と再診を希望されることも多い。そういった医師数を増やす以外になんとかなる問題を置いたまま医師数を増やそうと議論されることにまず疑問を感じる。(近畿4)

●県(大学病院)で考えると当県は危険なレベルで人が居ない。県全体が医師不足だが、県内で若い医師(初期研修医上がり)の取り合いをしているが、人材不足もあり、コンプライアンスの悪い職場の印象があると思われ人気がない。(北海道・東北1)

●医師数減少が深刻だと思うが、どうすれば解決するか、なかなか難しい。医師数が少なく、常勤医師一人一人の負担が増え、そのため常勤医師がやめるなどで減るため、悪循環になっている。(北海道・東北1)

●我々の地域では耳鼻咽喉科の医師数は徐々に増加しており、労働環境についても改善されつつある。(関東4)

●耳鼻科全体の医師数が不足しているとは思えないが(都市部の開業医はむしろ余っている)、入院、手術ができる病院耳鼻科医は少ないと考える。病院耳鼻咽喉科が増えればQOLのよいマイナー外科系ということで人気が集まり、地方の病院への常勤や出張がスムーズになり労働環境が改善されると思う。(北海道・東北3)

●大都市への医師数の偏りの問題。都市部での新規開業に対する条件を設ける。(一定期間地域医療勤務経験の義務化など)(中部2)

●定年や体調不良や家庭の事情でフルに働けない場合、人材派遣に登録できるような、需要と供給のネットワークシステムの構築を要望したい。代診の先生からは時間的余裕、さらに新しい知見を得ることができる。(中部3)

●仕事を進んでやる人、できる人には負担が増える一方でさぼろうとする人はどんどん楽をしているような印象で、給与体系に関して年功序列でなくより働いた人にはインセンティブが与えられる仕組みができればよいと思う。長時間働くのがいいわけではないが、必要な時間外労働はあるので、何か評価されればよいと思う。(中国・四国1)

●大学病院では病棟業務＋外来業務＋手術に加え外勤という時間的な制限もある。専攻医には明らかなオーバーワークであり、事故の元になると思う。段階的に負荷を強めるような教育システ

ムの構築が必要かと考える。「自分が若いころはもっとしんどかった」と上級医が言うという風潮も、状況が改善されない要因の一つかと思う。(中国・四国2)

●急性期医療病院への1人のみ派遣は危険であり、かつ手術のできる病院へは、複数名配置で対応し、安全を担保されたい。外来診療のみの病院への常勤配置をせず、大学と近隣急性期病院からの外来診療応援派遣の形態で医師不足をカバーしたほうがよい。医師数の減少は、絶対数の不足よりも特定診療科における医師不足、勤務医の医師不足、夜間救急対応の医師不足、が実情と考える。(中国・四国1)

●まずは、現在の医療が労働基準法を逸脱しながらもなされた医療従事者の犠牲のもと構築された結果であることに対する国民の理解が必要である。将来の医療を守るために現在の労働環境を是正すれば、医療活動の総量は制限を受け減少するから、これまで思いのままに受益できていた医療を受けることができなくなるということを国民が受け入れなければ、労働環境を是正することは医療者が一方的に楽をしようとしているとの受け止め方しかされない。現在、2024年4月からの医師の時間外労働規制に向けて、各医療機関で就業時間の取り組みを行っている。これまで医師の実労働時間の把握が必ずしも行われていたわけではなく、今の段階になってタイムカードなどを使用して医師の実労働時間の把握を行っている病院もある。他の県においても事情は大きく変わらないと思われるが、当県では夜間・休日の救急医療体制は病院勤務医が担当している。現在の勤務医人数で2024年度以降適応される水準を当てはめると、夜間・休日の全ての時間帯をカバーすることはできない。カバーするためには人員の増加が必要だが、研修医制度発足以降若手の医師数が減少してきており、現在の夜間・休日の診療体制を維持することは困難である。現実的には、現在の診療報酬体系では救急医療を行わない限り、病院の経営が成り立たない側面がある。上記のような医師全体としての状況に加え、病院勤務耳鼻咽喉科医では労働条件はさらに悪くなる。内科、外科、整形外科と比べると1施設あたりの勤務医数が少ない。病院における患者の需要に基づく結果といえばそれまでではあるが。かつては一人常勤の施設もあり、一人主治医、病院の日当直担当、365日24時間救急待機が病院から求められていた。医局人事でそのような病院に派遣されている場合は、次の人事では条件のよいところへというのが暗黙の了解として関連病院人事も成り立っていたこともある。しかし、現在ではできるだけ医師の集約化を進め一人常勤の施設を作らないようにして、患者の受持に関しても従来の主治医制からチーム制と主担当医制との形に変更し、負担や拘束を減らすようしている。しかしながら、医師の仕事量は年々増加しており、診察の場面においてもこれまで以上の病状説明、画像検査における被爆の説明、使用薬剤説明、病院運営業務や医学生教育業務が増えてきている。患者への説明では、相手が十分理解したとの結果が求められる。タスクシフトがうたわれるものの事務仕事のシフトの担い手となる医療クラークは会計年度雇用であることが多く、業務習熟はままならず、スタッフ教育にも時間がかかるだけで、毎年同じことを繰り返し、低いレベルの仕事しかできないことも少なくない。また賃金の安さや雇用の不安定性、スキルアップを果たしにくい点から、医療クラークへの応募者自体が少ない現状である。病院の夜間・休日業務については、病院規模により、一

人全科当直から、外科系当直、研修医を指導しながらの複数での当直と形態に違いはあるが、耳鼻咽喉科医は96%以上が専門外の疾患や病態に対応せねばならず、精神的負担が大きい。常勤の勤務人数が少ないと翌日に休むこともできず連続勤務となり、肉体的疲労も加わっている。

耳鼻科に限らず、人員の少ない診療科では、物理的な余裕が全くないため、適正な労働環境を保つためには業務内容・規模を労働環境に見あったものに変更せざるをえず、業務遂行量が減少したとしても是認してもらう必要がある。社会全体は右肩下がり、下り坂である中で、保健医療費を抑える政策のもとで、右肩上がりの業績を残すことは困難である。（中国・四国5）

医師の意識について

●必ずしも長く病院に残っていることが美德とされないことや、有休を積極的に活用する意識づけが少しずつ浸透してきており、以前よりオンオフの切り替えがしやすくなってきていると感じる。（関東1）

●有給休暇を取得する風潮が生まれ始め、当直明けには早めに帰るような流れが少しずつできつつある。が、国の目指している基準には程遠い。（近畿2）

●今どきの子は仕事とプライベートをはっきり分けるので、規制がなくても今までのような労働の仕方は通用しなくなると思う。（中部6）

勤務医の質、数、待遇などに関して

●勤務条件の厳しい勤務医は今後少なくなってしまうのではと危惧している。（関東1）

●自分の生きやすさだけを追及するのではなく、医師としてのプロフェッショナリズムを持って働こうという人材が求められている。（関東1）

●耳鼻科医は開業医が多すぎるが、勤務医が少ない。それはおそらく給料面の問題が大きいと考えられ、是正が必要と思われる。（近畿2）

●勤務医は緊急対応・受け入れ、週末呼び出しなど苦労やストレスが多いわりに開業医との経済格差が大きすぎるのががっかりするところ。

●残業、緊急出勤の超過勤務費や副業に頼らなくてもある程度十分な収入が得られる様な制度改革が必要。（近畿2）

●オンコールに給料が出ることが当たり前の世の中になってほしい。電話がかかってくるかもしれないと思いながら寝ても緊張しながらであり、それを労働と認めてほしい。(近畿2)

●労働環境、開業医との収入格差、定年後問題があるため、勤務医の数が減り、勤務医の労働環境が悪化していると思われる。かかりつけ医も大切だが、勤務医労働環境に相応した制度を構築してほしい。病棟業務・外来業務・手術・学会発表・夜間休日待機。特に夜間休日待機に関しては給与面については全く考慮されていない現状があります。また、定年後の就職・収入に関しても、何のサポートがない状況です。(中国・四国2)

専門医プログラムなど

●追加されたシーリング制による専門医プログラム作成が大きな負担となっている。(近畿1)

② コロナ禍に関連する問題について

全般的な影響など

●コロナによって学会活動や近隣医師との情報交換が減少することによるリアルな情報不足の問題がある。(近畿1)

●現状でのことを話せる情報交換や問題共有の場を要望します。ネット上の掲示板のような形は如何でしょうか？(中部3)

●コロナに対する病院ごとの役割が異なるので、病院ごとに規約を作成し、それをスタッフ一人一人が遵守することが大事になると思われる。マスコミと政府の情報解析・報告・指針作成が希薄であることによる未来像の無さが辛い。(中部2)

●学会に行けなくなった。座長ならびに発表についても On Line とわかっている学会でないと事前に参加登録できない。Web で単位を取得することで専門医の維持に必要な単位は取得できており、このようなシステムで学会を実施いただけることは非常にありがたく感じている。(中国・四国4)

感染防御に関する意識など

●医局員の一人に感染者が出たときは、ほとんどの医局員が濃厚接触者になり、病棟・手術・外来業務を止める状況になるという危機感を全員で共有しながら、節制した生活を皆送っている。

(関東1)

●医局の人員が少ないため、スタッフ1名が感染すると全員が濃厚接触者となり、耳鼻咽喉科診療が止まってしまうことになる。(中国・四国4)

●クラスターなどで複数人欠員が出た場合に、近隣の病院から1人くらいすぐに応援できる体制があると、自分がコロナになったとしても安心かと思われる。(近畿2)

●コロナ禍では体調に少しでも問題があると休むことになり、だれかが補足せねばならない。コロナ禍での働き方改革は矛盾するように思う。(近畿4)

●現在の勤務先では科内での感染対策への意識には大きな差がない。しかし、診療科が異なったり、同じ診療科でも施設が異なると、感染対策への意識の差があり、かなり苦痛を感じる。診療時も耳鼻科は感染対策を厳重に行う必要があるが、感染対策に対する病院からの配慮が十分ではないと感じる。日常診療だけでなく、休憩中の医局内での飲食などへの対策についても意識が低く、非常に残念と感じることもある。(近畿2)

●『病院側が根拠を感じられない、現場無視の私生活への厳しい制限を上意下達で加えてくる』といった意見もあった。(近畿1)

●耳鼻咽喉科医は横のつながりも強く、感染対策についての情報収集など素早く対応できており、特に地方の小規模の市中病院においては、感染対策スタッフと協力して新型コロナウイルス対策に対する体制が確立できるよう、大学病院のスタッフを中心にサポートできていた。(関東4)

診療全般への影響などについて

●コロナ病棟を準備しても思った程の入院がなく、他の予定手術等も行えない等、診療にマイナスの影響が顕著にみられた。当初はどこの病院でも、各医療機関単位で独自に判断し、それぞれコロナ病棟をつくる等の対応だったかと思うが、県内で、医療機関ごとに役割分担をする等、調整を行って頂いた方が、全体としては効率的だったのではと思った。(関東1)

●病院によっては感染拡大により手術の中止を余儀なくされ、受診患者数が減少している施設もある。不急とらわれがちな副鼻腔手術や中耳手術などは特に制限を受けやすく、治療を受けたくても受けられない患者も存在した。副鼻腔手術や中耳手術について新型コロナウイルス感染症の流行下

でどのように取り扱うか、ワクチンの接種状況によっても変わってくると思うが、指針をもう少し具体的に示してほしい。(関東4)

●当初からいろいろと学会でも勧告があり、それに従ってやってきたが、ここまでコロナ禍が長引くと、どうしても診察せざるを得ない、手術せざるを得ない状況になってきていると思う。その上で感染リスクを減らし、いかにして診療に当たるかというのは非常に難しい。(近畿4)

●不要な受診などが減少して逆によかった。症例が減少し、仕事にやや余裕ができた。(近畿2)

●悪性腫瘍の受診控えで、頭頸部がんの発見が遅れ進行がんが増えている印象がある。また手術件数の制限で悪性腫瘍の手術がすぐに組めない状況も出ている。(北海道・東北2)

●患者数が減少しているものの、頸部膿瘍などの重症例が増えてきており、リスクを最小限に抑えた発熱患者に対する診療も積極的に行うべきと考える。開業医と勤務医と業務分担をどう線引きするかが難しく、扁桃炎と思われる症例を診察せずに紹介されるケースなどがある。(中部1)

●COVID-19による患者減少に対して補填のため日祝日に営業される先生も今後出てくるかと思われ、当然入院が必要な患者が出てくると思われるが、その際は待機の勤務医が土日祝でも出勤して時間外労働をするということになる。COVID-19以前からとても横柄な態度で当然の如く依頼してくる開業医がみられるが、勤務医が快く医療できるように、一部開業医の先生方は態度を見直して欲しい。(中国・四国1)

●手術数が大幅に減少した。約25%減少した。特に小児の手術の紹介がほとんどなくなった。扁桃炎や頸部膿瘍などの感染症の入院や手術が減少した。(中部1)

●コロナ以外になくてはならないのは、救急医療である。耳鼻科は最も制限があり、病院内での耳鼻咽喉科の必要性が下がっていると感じる。(中部3)

受診状況・経営面への影響など

●軽症状の耳鼻咽喉科疾患の患者の受診控えがあるように感じる。病院よりも、診療所のほうが、患者数が給料に直結するため深刻と思われる。(関東1)

●歩合制ではなく定額制なので患者さんの受診控えはむしろ仕事が楽になる状態。ただクリニックの売り上げは激減している様なので、特に内科・小児科、雇い主のクリニックの存続という点で

はコロナの影響が大きい状態。クリニックから絶対クラスターを出さないように言われているので、吸入も他院のように行えず、基本ファイバーや鼻出血処置等も限定的にしか行えない状態(診療所勤務)。(関東1)

●コロナで耳鼻科の患者数は(他科に比べ)明らかに減り方が激しい。これは従来 我々が行ってきた診療の内容に不要不急のものが多かったことも一因と思う。耳鼻科医が行う医療の中身を今一度検討すべきだと思う。(関東5)

●経営的な問題は深刻であり、今後の耳鼻咽喉科の診療スタイルを考え直す必要性を感じた。(近畿2)

●社会の感染対策から上気道炎が減少したことにより、中耳炎、副鼻腔炎、扁桃炎などが著減している。今後もこの疾病構造の変化は続くと思われ、耳鼻診療体制の大幅な変更が必要になってくると思われる。めまいや嚥下障害、感音難聴に対する補聴器診療など、上気道炎と関係のない疾患に対する診療重視にシフトしていく必要があると思われる。(近畿4)

●感染症指定病院では外来患者数の減少(30-40%減)、入院患者数の減少(50%減少)、手術件数の減少(30%減)で、経営への打撃著明である。また専攻医への臨床教育への影響も多大である。耳鼻咽喉科の診療体制が、処置中心で薄利多売のスタイルを採ってきたツケがきていると思う。(北海道・東北2)

●コロナ禍による病院収入源でバイト先が減っており、医局員の収入減に直結している。(近畿2)

●患者数が減少し、診療所経営を直撃している。給料が減少に転じるなどのフィードバックがあるのではと危惧している。将来的にも、診療単価アップが必要である。(中国・四国1)

●経済的負担として、感染対策費や受診控えによる減収、インフラ・物品整備の費用などあり、継続的なコロナ手当が支給されるべき。(近畿1)

医会への要望など

●通常の外来時にもフェイスガードをすることは共通認識として広がってきているように感じるが、ガウンを着る着ない、鼻スプレーをするしないなど、施設や個人の裁量に任されており、学会や地域としての統一した推奨を決めてもらえると対応がしやすいように感じる。(関東1)

- 診療指針のアップデートを滞りなく迅速に行ってほしい。(近畿2)
- 今後の耳鼻咽喉科診療とコロナ感染対策のガイドラインを策定いただきたい。(九州2)
- コロナ禍で医師の感染リスクが問題となり、発熱外来への参画も要請されるようになった。ワクチンに期待しているが、感染リスクを下げる診療のコツや、上気道症状のない発熱患者への対応法など、具体的診療の指針が欲しい。(北海道・東北3)
- 耳鼻咽喉科領域の感染リスクの高さが浮き彫りになり、あらためて標準的な飛沫対策のガイドライン作成などが必要と考える。(中国・四国1)
- 地域の医師会に先んじて、耳鼻咽喉科医会が中心となり、地域の耳鼻咽喉科医が新型コロナウイルス感染症の診療サポートや予防接種投与などに積極的に参加できるよう地方自治体と連携を図って行けば、耳鼻咽喉科医会の大きな実績になり、今後の地域医療における行政の協力も得やすくなると考えられる。医会で積極的に取り組んでほしい。(関東4)
- 今回のコロナ禍で明らかになった問題点として、今までの医療政策により医療の効率化を進めるべく、ベッド数の制限を行ったり、満床に近い状態で回さないと赤字になるような診療報酬システムになっていることが裏目に出て、コロナのために、コロナで無い一般の救急受け入れに大きな問題が出て、搬送先がないという事態が頻発している。これを教訓に医療資源の冗長性を上げていくような施策への方向転換をもとめていただきたいと思う。(近畿2)
- コロナ対応は感染対策のためのディスプレイが多く、感染対策のためにベッド数を減らさなければならず、また感染対策のPPE手技の手間と時間がかかって、全くペイしない。そもそもコロナでなくても一般的な感染対策を行うのが病院の標準になってきていてコストがかかるのに保険診療点数は何十年も前に決められたままです。(近畿2)
- 今後、重症者が爆発的に増加した場合に、PCR陽性でも気管切開施行しなければいけなくなる事態が想定され、その場合のリスクに対する勤務医に対しての補償の検討が必要である。(業務上で感染した場合の補償)(中部5)

③ 女性医師の働き方について

男女行動参画について

●オリンピック問題などでもジェンダーの話題が取り上げられ、世界における日本のジェンダーに対する意識の低さが指摘されている中、やはり医療業界(特に大病院)では男女の働き方の棲み分けがはっきりしていることが多く、学会等でテーマにされることが増えてきているだけ、意識づけがジェンダーの問題を改善させる方向に向いているように感じますが、他業種に比べてもジェンダーに対する意識がまだまだ遅れていると感じます。(関東1)

●女性医師と一口に言っても、女性医師の中でもそれぞれ立場や考え方が違うので、一概に言うのは難しいです。男性医師でも、パートナーが仕事を持っていたり介護を必要とする家族がある等事情を抱えている場合もあるでしょう。いつも、女性医師は、という取り上げ方になってしまいがちなのが残念です。女性医師が苦しくなる理由がわかりますでしょうか。本当の意味での男女共同参画の社会になれば、男性女性問わず、働きやすい環境を作ろうという気運になるのではないのでしょうか。男女共同参画は、職場だけのことではありません。男性も、これまでの日本の社会とはちがい、子育てや家事等、様々な分野を女性とともに分担していくことが求められています。若い男性医師の中には、非常にスマートにこなしてらっしゃる先生も見受けられます。奥様が専業主婦の男性医師ばかりだと想像がつきにくいかもしれませんが、時代は変わってきています。それぞれの医師が、持てる力を発揮できるように、長期的にみて相互に助け合いながら働いていけるのが理想だと思います。(関東1)

●そもそもなぜ「女性医師」に限定するのかというところに問題の根源があるような気がします。どうしても産前産後休暇は女性は取らざるを得ないと思いますが、本来であれば新生児を持った家庭であれば、男性側が育児休暇を取ることを、本人も家族も職場も当たり前のように思うそういう社会であってほしいとおもいます。そもそも、産前産後休暇、育児休暇に限らず、親族の介護であったり、自身の体調であったり、もっとちょっとしたことでも休暇が取りやすい人員確保、労働条件の改善があれば、育児休暇を取得する医師に対しての他の医師からの鋭い目線や、本人の申し訳なさも軽減するのではないのでしょうか。今は女性医師も増えてきて、女性側が医師で男性側が非医師であることも、両方ともが医師であることも増えています。女性が家事育児等のケア労働が得意だと勝手にレッテルを貼られ、そういった負担を負うのが「あたりまえ」になっている社会に不満を感じています。そして不思議なことに女性がケア労働を担うことは「あたりまえ」であるにもかかわらず、自身の働く環境において、ケア労働を担わされた側である女性医師が時短勤務や当直の制限、緊急対応への制限が生じた場合にはそれが「あたりまえ」ではない方々には、想像力の欠如を感じます。(近畿4)

●女性医師は、特に出産後は、夜間緊急の対応なども含め、家庭を投げ出して仕事に時間を費やすことは困難となります。では医師に女性は不要かと言われたらその答えは No で、女性にしかできないことも必ずあると思います。私は実際に働き始めてから、「女性の先生でよかった」との言葉を何度もいただきました。女性医師が家庭を持ちながら仕事を続けるには周囲の支えが必ず必要になってくると思います。女性医師は周囲の支えがあってこそ仕事が成り立っていることを理解し、周囲への感謝の気持ちは忘れてはいけないと思います。また周囲は、女性医師の立場を理解して、仕事と家庭を両立しているということへの理解・配慮が必要であると思います。私は、結婚や出産を経験した後もどんな形であれ仕事は続けていきたいと考えています。耳鼻科は決して所謂「楽な科」ではない為、簡単ではないと思いますが、周囲への感謝を忘れずに女性医師として、誇りを持って働いていけていけたらいいなと思います。（中部4）

●女性医師の働く環境は、過去と比較し格段に改善していると推察するが、出産育児との両立を考えると依然としてハードルは多く存在すると考える。妊娠後期以降は頭頸部腫瘍などの長時間手術や全身管理が必要な症例にフルコミットすることは困難となる。また、産後 8 週は産休を余儀なくされ、自身の体調や乳児のケアも考慮すると、妊娠期含めると少なくとも 1 年は他の医師に迷惑をかけずに医業をすることは困難となる。依然として育児は女性が主体とされる文化が根強い。ため、職場の他の医師の理解がある状況であったとしても、子が小さい間は「迷惑をかけている」と自責する場面は継続する。育児面で同じ状況に置かれる男性医師の比率は圧倒的に少ない。必然的に重症症例を取り扱う病院ではなく、クリニックなどでのフレキシブルな働き方が可能な職場へと移行していく女性医師は多いと推察する。現在は医学部の女性比率が半数程度となっており、女性医師の職場復帰困難、大規模病院でのフルタイム勤務が困難な状況が継続すると医師不足に拍車がかかると考える。より多くの医師を大規模病院に確保することにより全員の負担軽減に繋がると考えるため、勤務時間厳守の強化とその監視体制、病児保育・長時間の延長保育が可能な保育園の増加が喫緊の課題であると考え。（中部4）

●女性も社会進出すると、男性も家での役割が増えるため、男性も女性も同じように家庭の状況に応じて働けると良いと思います。（近畿2）

●こどもの世話を女医さんがするのと同じように、男性医師にもしてもらふ余裕を作っていないと、いつまでたっても文句が出ると思う 手術もろくにしない、そして子供の世話があるからと先に17時で帰っていかれる分、そのカバーをさせられていても給料に差がなかった自分のことについてはいまだに全く理解ができない。カバーできる若手男性医師が複数いないとママ女医の労働が成立しないことを前提として議論してほしい。（男性）（近畿2）

●女性の産休や育休についてですが、実際、女性でもそのあたりの働きたい意欲の程度は人それぞれで各人の希望でいいと思う。ただ、休んでいる間も国公立とかだとある程度の給料が保証されるようなところもあるけど、そこで労働していない期間に関しては給料を支払うべきでは無いと

思います(保険や年金なども本当は無しにして欲しい)。こんなことを言うと女性医師に対して否定的な意見の様に聞こえるかもしれませんがそんなことはありません。産休中の給料に関しては私立の病院などでは無給のところも多く、医局人事上、不公平感満載です。また産休をとってまた勤務に戻って来てもらえばまだいいですが、結局産休だけとってそのまま止めるような人も多く、他のスタッフからするとすぐに辞めてもらったら代わりがすぐ来るのにというところがあります。それは男性の医師からもあるかもしれませんが、結婚していない女性の医師からも不満は出ます。またそのようなことで働きづらくなったり周りに迷惑を掛けることを逆に気にして辞める人もいるかもしれません。職場の人もこのようなことがあると女性を雇用しづらくなってきます。もちろん法律で平等が掲げられているのは知っていますが、大きなところでは数で判断できますが、数人のところでは(実際はそういうところが多いですが)本人の能力をみて判断したと主張されたらどうしようもありません。男女平等を声高に主張する人は産休中の給料を正当な権利として主張するかもしれませんが、これでは逆に女性の働きを阻害しています。産休と言うことは働いている夫がいるわけで給料が無くなったからと言って生活に困るわけでもありません。世の中が大企業ばかりならこの方法でもいけるかもしれないのですが、中小企業がいっぱいある中ではこの方法がうまく行きません。産休期間中の給料保証をするというなら国が公平にすべきと思います。(近畿2)

● ライフステージに合わせて働きやすい職場作りをすることは大切。ただそれは良い職場作りの一環としての取り組みにすべき。耳鼻科は女性が多く無下にすることは職場士気の低下と離職につながりうるが、女性対策のみに終始するとその他へのタスクが増えていき、男女問わず新人から 過剰な労働を強いられる危険が出てくる。(男性医師)(北海道・東北1)

● 出産や育休は男性よりも負担が多いため、マンパワーとして考える場合も最初からそのつもりでサポートできる状態が望ましい。①と同様、余裕のあるマンパワーが欲しいと感じることは多い。(近畿4)

● 女性医師に限らずフルに働けない状況にある医師に罪悪感の様なものが起きないように状況が大切。病院耳鼻咽喉科医師を増やして交代で休むとか男性医師でも産休、当直明けの休日に休めるようにしたり、理事に女性を必ず入れて意見をくみ上げること。(北海道・東北3)

● 日本の男女差別意識は根深いのでよほどのことがないと変わらないと思うが、医学生の 1/3 を女子が占めるようになり、期待はしている。支援策は今まで議論されているが、1.保育所の完備(軽い体調不良であれば断らない)、2.家事手伝いする人の斡旋、3.子供の体調不良時、行事の際に遠慮せずに休暇を取れること(年間の日数を決めるのもあり)、4.介護中の女性の時短勤務を認める、5.これらの場合でも正職員の身分は保証。6.何よりも周囲が嫌な顔をしない。(北海道・東北3)

●耳鼻咽喉科は女性医師の比率も高い科。如何に女性医師が活躍していくか重要。現状ではこの問題にナーバスになるあまり、女性の権利が大きく取り上げられ、義務が軽減されている。出産、育児は本人の意思に委ねているのが現状である。Work Life Balance という言葉もあり、労働に対する真の対価が得られるシステム作りが大切である。医会として女性医師の働き方の全国スタンダードモデルを作成してほしい。(中部3)

●全診療科で女性医師は多い。働き方改革で休むことは認められている。残された医師の業務の問題があり、かなりの援助と負担をしているのが現状である。女性問題を議論するときは、このことを併せて考える必要がある。(中部3)

●産休、育休、子供の送り迎えのための勤務形態の柔軟性などへの理解を深めていくこと、そのための啓蒙活動は必要。(やはり未だ男性社会っぽさは根強い感じはする)(中部4)

●男性も女性も働きやすく、意見が言いやすく聞いてもらえる環境であってほしいと願っています。(中部5)

●女性医師は妊娠、出産、育児の期間一時お休みされても、その後のキャリアの障害にならないよう配慮されなければならないが、それ以外は特に女性だからといって働き方において男性医師と区別されるべきではない。(中部5)

●子育て世代の医師に対し、女性男性を問わず理解が全く欠如している。男性医師でも育児休暇取得可能な環境があれば当然女性医師もさらに働きやすくなる。労働時間という物量をただひたすら要求される現在の環境だと、純粋に女性医師の負担軽減分を同僚医師が肩代わりする構図。再現性も持続性もない。(中国・四国1)

●子供をかかえる女性医師は通常の勤務がとても大変であり、まわりの医師によるカバーが大切であるが、その分カバーした医師の負担が増えている。女性医師はとても能力が高い医師が多く、その力をうまく発揮する環境をなんとか確保することが課題である。(中国・四国4)

●女性医師は育休を取って産休を取って当直や緊急対応はしないが、同じ給料だと不公平が生じているので、きちんとした線引きが必要である。(中国・四国4)

●女性医師の力、現場への積極的な参加がなければ今後の医療は成り立たないため、女性特有の出産、育児、加えて親の介護に対して、夫婦で共に子供を養育する、介護するための社会的環境の整備、意識の改革を行っていくことが大切。(九州1)

●男女平等がベース。女性医師だから特別に対処する必要はないと考える。男性医師へのしわ寄せや負担増につながりかねない。(九州2)

●多様な選択が出来る環境をつくるのが大切だと思う。(九州3)

●女性医師が勤務を継続できる労働環境を整え、男女ともに働き方を柔軟に対応できるようにしていくようにしていく必要がある。男女共同参画の実践には、日本全体で考え方を変えてかなければならないと思われる。(近畿2)

●共同参画を女性「優先」という意味として解釈されているような風潮を感じる。男性であっても主体的に子育てを行いたい、臨床現場の仕事は「ほどほど」にしたいと希望する方も多いのだが、実際には子育てを理由にして当直を外してもらい、都市部の病院にしか勤めない、外来しかやらないといった対応を強く求め、その通りに希望を通してもらっているのは専ら女性医師である。真の意味で共同参画を目指すなら、勤務環境の男女平等、労働量とそれなりに比例した報酬を得られるシステム(「当直をやらない、外来だけやるが待遇はフルタイムと同じにしる」などの要求は通さない等)を整備していく必要があると考える。(男性医師)(北海道・東北1)

女性医師の労働環境について

●子育て世代の女性医に対して、当番業務の軽減、時短勤務を積極的に導入するなど、結婚・出産を期に仕事を辞めなくて済む体制を整える事が必要だと思います。働き方改革と併せてワーキングシェアの有り方が大事になると思います。(中部1)

●当院では時短を利用し、出産などの理由から復帰しづらい女性医師を採用している。当院の特徴として人材が豊富であり、病院の理解もあるので、+αとして女性医師の採用ができています。今までは0か100の選択しかなかったものが、50、あるいは70の形態がとれることで、女性医師の働き方が改善されている。(中部1)

●育休、産休、保育所環境のそろった病院であることを女性医師派遣の要件とされたい。しかし出産前後に休職は必要なので、常勤医の少ない病院でそのような事態になると周囲の負担が強いので、大学病院など常勤数の多い病院での勤務や、常勤以外の働き方などのサポートの構築は必要。ON・OFFをはっきりさせるいわゆる“麻酔科方式”、チーム医療方式の導入もある。(中国・四国1)

●女性医師が働きやすい環境にすることには賛成です。ただし、女性が妊娠・出産などに伴い通常業務が停止する担保のため、病院機能の集約化や大学病院からの必要時の担保が必要と考えます。(中部2)

●子育てを行っていて時短勤務を希望している医師も病院では常勤医師 1 人とカウントされ、待機や時間外手術の負担が他の医師にかかる。時短勤務医師は医局や病院としては 0.5 人とカウントしてほしい。多くの医師で助け合う労働環境でないと男性医師や子供のいない女性医師に負担が大きくなる。また女性医師も働きにくいと思われる。例えば常勤医師 4 人枠であれば 3 人が待機できる医師で、子育て女性医師を 2 人雇えるようなシステムを構築してほしい。(中部1)

●特に子持ちの先生のために9-5時の勤務が医療界でも選択肢の一つになればと思います。(関東5)

●二分の一常勤などの枠を増やして欲しい(女性)(近畿2)

●勤務体系の選択肢が増える事が理想的(北海道・東北5)

●女性医師の中でも個々のモチベーションの違いにより働く意欲が違うので、勤務時間や仕事量の配分が難しい所がある。(近畿2)

●結婚、妊娠、出産、育児などの面では一時的に業務から離れることはあるだろう。現在は病院業務をきっちり休むことが多いが、現在の病院では外来や検査、手術などの診療以外にも、書類作成や退院サマリー作成、レセプト点検など比較的自由な時間に行える業務も多い。正規職員として短時間勤務を行うとか、産休育休前後の働き方を工夫する必要があるが、やればできそうに思う。(北海道・東北2)

●子育てとの両立をできるように周りの環境も整えるべきと考えます。(近畿2)

●育休後に勤務医として職場復帰しやすいような環境作りが必要。(近畿2)

●女性医師でも勤務医として働くことができる環境整備が必要(近畿2)

●働きたい女性医師が働きやすい環境を作ることは重要と思う。特に妊娠や出産には適切な時期もあり、現在の専門医精度もそれらを配慮して見直す必要があるようにも思う。(近畿2)

●男女問わず、育児、介護などで勤務を減らす、または一定期間休む、など、が一般的になれば良いと思う。(近畿2)

●女性が産休などで一時的なりタイアをした場合に、他の医師にしわ寄せが来ないようなシステムを作らないと、男女ともに不幸になる。(近畿2)

- 育児中でも安心して業務できるようオンコール対応可能な保育所を検討して欲しい（北海道・東北5）
- 出産・育児休暇を快く取って貰えるような配慮が必要（北海道・東北5）
- 時短勤務が積極的に活用できる環境整備。病院に近い保育園を優先的に利用できる特権を作る。（中部2）
- 出産、育児のみならず、妊活その他においても配慮できる環境作りが必要だと思う。（中部2）
- 病児保育を増やしてほしい。医師以外の女性も困っていると思います。（九州2）
- 他の職種であつたり、大学病院のような人数の多い病院であれば、子供が急に熱を出したりしても、他の人が代わりにどうにかしてくれるかもしれませんが、自分自身の外来枠があるような病院に勤めていると、前日の夜や当日の朝に子供が熱発した場合、急に休むことはできません。病児保育も結局熱を出した当日は預かってもらえないので、正直あまり意味がないです。本来であれば子供が熱を出したときくらい一緒にいてやれるような労働環境にしておくことが望ましいのですが、難しいと思われるため、それぞれの病院に、子供とともに出勤してそのまま受診＋病児保育をしておいてくれるような仕組みがあると助かるなと思いました。地域によってはベビーシッターサービスでの病児保育もあるようですが、どんな方が来るのか分からないので利用を少し躊躇してしまいます。（関東1）

女性医師の状況

- 理解ある職場で働きやすい（女性）（近畿2）
- 他科の部長が子育てのため時短をとっていたり、保育所もしっかりしており女性には優しい環境だと思う。（女性）（近畿2）
- 大学：随時相談して働き方が自由に選べる。産休・育休を希望通りに取れた。復帰後も適宜調整してもらった。特に耳鼻科は男性医師が多く、女性医師は休みや時短などを申し出やすい。男性医師には共働きといえどもあまり考慮されていない 女性医師のみでなく、すべての勤務者に最大限サポートしている。（中国・四国3）
- 現在は配慮されているが、以前は一人科長だったので妊娠が怖かった。（北海道・東北5）

女性医師のキャリア形成について

●女性の働き方について、産休や育休の取得状況については、以前と比べかなり改善してきている。しかし、現実的に子育て世代では男性に比べ女性の負担が多い。今後、男性が育児休暇をとる習慣が浸透したとしても、やはり子育ての中心が女性になりがちなことは事実である。理想論は、子育て世代の女性医師も子育てと同時に自己研鑽を積みながらキャリアアップができる環境が整うのが理想ではあるが、それにはやはりサポートできる人材の確保が大前提である。現実としては、出産や子育てが忙しい時期の女性医師は、例えば同居あるいは近くに親がいるなど、よほど家庭内でのサポートが充実していない限り、子育てとキャリアアップの両立は難しい。例えば、子育てが忙しい時期は自分の家庭環境に応じて、時間の許せる範囲で自由に働ける環境を整え、子供の成長に伴い少し子育ての負担が減ってきたところから、再度本格的なキャリア形成を始めるのはどうであろうか？子育てが少し落ち着いてからでも、まだまだ医師として働く時間は長く残されている。理想的ではないかもしれないが、子育てが落ち着いたところで、いつでも新たなキャリア形成がスタートできるようなプログラムを提供できれば、耳鼻咽喉科の魅力もアップすると考える。(関東4)

●耳鼻科で活躍されている女性医師はたくさんいらっしゃいますし、他科に比べるとご高名な女性医師は多いと思います。ただ、専門医習得後10年以内ぐらいの女性医師で、身近な目標と感じられる勤務医の女性医師は少ないように思います。出産や育児をしながら勤務している女性医師や、また専門医取得前の専修医から目標とされる女性医師が、身近な手の届くところにいないと、第一線で活躍する女性医師の割合は増えないと思います。男性医師に比べて女性医師は犠牲にしなければならないものが多いと思います。少しでも犠牲にしなければならないものの割合が少なくなるように工夫できたらと思います(女性)。(近畿2)

●専攻医での研修中に、妊娠や出産というイベントで休職したときの研修の中断、そして復職したときの研修の再開、どのように対応してよいのか悩みが付きません。休職期間が長いとまた最初からやり直す(特に手術)必要性も出てくると思います。(北海道・東北2)

●出産・育児とキャリアパスの両立を可能にする専門医養成システムの構築が不可欠。現行のままでは、専門医試験の前か後に出産・育児をずらさなければ、取得は相当困難である。(関東5)

●妊娠・出産が続くとキャリアが中断されるが、複数回の妊娠・出産を前提としたプログラムや、定年の延長も考慮されてもいいと考える。(北海道・東北4)

●環境が整わず長期休業を余儀なくされた後の臨床現場への復帰という高い壁に対して、再教育プログラムの更なる充実を望む。(九州1)

●女性にもどういった働き方を理想とするのか、どういった女性医師像を持って働いているのか、実際に理想とする女性上司医師がいるのか、臨床と出産、育児、その後の復帰の現状データ等を積極的に論じて欲しい。当直や外科手術などは労働時間の面で子育てとの両立は難しい部分があるかもしれない。事務作業や外来業務など、活躍できる分野への仕事の割り振りをしっかりとやっていくべき。(中国・四国1)

●女性医師は、出産、育児などに伴いどうしても労働時間や仕事内容への配慮や理解が必要な時期に直面するが医師を志した時点でずっと働き続けたいという意識は皆持っている。経験者と言えることは、男性医師と同等の働き方はできなくても、キャリアを維持するためにたとえ短時間でも現場との接点が途切れないことが重要。同じ環境下の女性医師同士の連携(ワークシェアリング)することによって解決できることもあるのではないか。(九州1)

女性医師の待遇などへの意見

●常勤医師として勤務する場合は、男性医師と同じ条件で働くべきだと思います。(例えば、日当直等を行う、等) 育児等で勤務していない女性医師の方々には、パート勤務等の機会を設定していただきたいと思います。(女性医師)(北海道・東北1)

●時間外などの外来・病棟の急変対応、転勤などは、幼い子どもの子育てをする女性医師には制限が伴う。このことは明確な事実であることを共通認識として持っても良いのではないと思う。働く時間や範囲、転勤が限定される以上は報酬などで差がつくことやキャリアアップのスピードに多少差がつくこともごく当たり前のことと認識しても良いのではないだろうか。制限を伴う女性医師をカバーする人員にとっても不公平感が減るのではないだろうか。(本音を言いすぎたかもしれないが・・・)(北海道・東北2)

●仕事の結果によって給料を変動させるべきだと思います(男性も同様に)。(男性)(近畿2)

●当直、オンコールがあり、これをできない女性医師は当科では勤務不能です。(男性)(近畿2)

●可能な限り補助したいと思います。ただしそれに伴い負担が増える中間層の医師のフォローは必要と考えバランスを取ることが重要と思われます。(男性)(近畿2)

●現在、当科では女性医師の勤務はないが、人材不足の面から、なんらかの形で加わっていただけでも助かる。ただし二人勤務、癌治療を主体にする体制では実質フル勤務対応いただけないのであれば苦しいのが現状。(男性)(近畿2)

④ 診療報酬について

全般

●開業医の収益維持も守ることが地域医療維持には重要なことは理解できるが、耳鼻咽喉科勤務医がまじめに働いても他科に比べ収益があげにくい印象がある。かつては、勤務医は開業までの修行の場という考え方があったのではないだろうか。現在は、ある程度まで病院勤務を続けていても、労力と収入を考えたら勤務医を継続できないので開業に向いていくのではないか。（北海道・東北2）

●耳鼻咽喉科診療の中で、耳科手術や鼻科手術は診療報酬の高い手技である。近年、クリニックで耳科手術や鼻科手術を行う施設が多くなり、地域によっては市中（総合）病院の手術件数が減ってきている。コロナ対策にも通じるが、地域医療の中心は市中の総合病院であり、ここの経営状態が良くなければ医療改革の大きな足かせとなってしまう。多くの場合、開業されている医師と比べ勤務医の収入は低い。開業されている医師には経営者としての負担もあるので当然と言われるかもしれないが、私見ではあるが、高度な医療を提供できる医師はできる限り総合病院にとどめておいたほうが良いと考えている。同一の処置や手技であっても、入院設備のある総合病院とクリニックの診療報酬に差をつけていただければ（例えば、入院設備のある総合病院の診療報酬はクリニックの診療報酬は130%とするなど）、入院設備のある総合病院の経営状態は改善し、優れた技量を持つ優秀な医師が開業せずに総合病院にとどまってくれる。また、総合病院の収入が増えることにより、各病院で勤務医に対して手術手技などによるインセンティブが生まれれば、開業されている医師と勤務医の収入格差は少なくなり、勤務医を希望する医師が増え、入院設備のある総合病院の人材の確保にもつながると思われる。今回のコロナ禍のような状況も踏まえ、感染症も扱えるような総合病院の経営基盤を強力にし、優秀な医師を確保することが地域医療の拡充につながると考える。（関東4）

●勤務医と開業医の実際の所得差が労働意欲を削いでいる。診療報酬を上げることで賃金が上がるのであれば報酬の段階的な引き上げを求めたいところであるが、専門医ライセンスの有無によって診療報酬に差がでるような形式が必要と考える。手術技能であったり、研究技能などに対するインセンティブが反映されないのに、専門医取得の敷居をあげていく現状にナンセンスな印象を受ける。施行した数%でも勤務医に還元できるシステムがあればいいと思います。（中国・四国1）

●手術に関して、経験数や専門医資格の有無等で、報酬面での差をつけてもよいのでは？（近畿1）

●経験年数と実力に応じた給与体系を考えるべき。(北海道・東北5)

●勤務医は救急対応や緊急手術に対応しながらも生涯年収は開業医とかなり開きがある。勤務医として定年後の勤務体制含めて、幸せに医師人生を全うできるよう、手術報酬をさらに大きく増加させるなど、診療報酬体制を改善してほしい。(中国・四国2)

●安すぎると思う 専門医を取っても喜べない インセンティブをつけてくれないと何のためにやっているのかわからない 専門医機構の内科のごたごたが耳鼻科に飛び火してこないことを願う。(近畿2)

●専門医やその他の資格を取得しても、報酬にはまったく反映されません。医師として生涯学習は当たり前と思っても、心情としては評価されていないと感じられます。レセプトデータ等から、重症患者や救急患者や往診に対応していたり、指定難病に対応している医院や病院は診療報酬の単価を上げるなど、もう少し工夫が出来ないものでしょうか。(近畿4)

●耳鼻科は単価が安いのでなるべく上げてほしいと思う。専門性についての評価が足りない。そのため病院における耳鼻科のステイタスが低い。資格認定を要する術式の拡大を望む。耳鼻科の外保連指数が総じて小さい。両側手術しても片側分しかカウントされない。例えば、頸部郭清術を何かの手術でやるときは加算でしかとれないが、特に処置として変わらないので普通に取れるようにしてほしい。両側も同様である。なぜ両方やったら安くなるのか意味が分からない。開業医が儲かるシステムをなんとかしてほしい。(中部1)

●病院への受診は紹介状が必要となることで、病院への受診者数を減少させる政策が取られているが手術点数や救急受診の点数、指導料などといった病院で請求できる保険点数が上がることで勤務医の存在意義を上げることとして必要ではないかと思います。(中部4)

●公的な病院がふつうにやれば赤字、という報酬体系は異常 算定漏れが発生するような指導料、管理料などの設定もおかしい。(中国・四国2)

●病院の収入が挙がらないようになっている診療報酬体系であるとの話はききます。(近畿2)

●特に大学病院で顕著だが、労働と対価がまったく釣り合っていない。診療におけるストレス、訴訟のリスクや勤務時間を考えると割に合わないと思う。いくら高度な診療を行っても開業医よりも給与が少ない現状に不満がある。(中国・四国1)

●大学の給料が低すぎて、外勤に行く人、行かざるをえない人が多すぎる。大学の診療や研究レベルを向上させるには対策が必要。(近畿2)

●耳鼻咽喉科診療は、診察医の肉眼による視診で行われていた診療から、顕微鏡や内視鏡を用い患者も供覧できる診療に変わっている。診療の実情に合わせて、内視鏡検査の回数制限や鼓膜病変に対する中耳ファイバー使用など適応を緩やかにするべきである。手術手技について、耳手術や鼻手術の点数は上がってきているが、口蓋扁桃摘出術をはじめとした咽喉頭領域の点数が低い。耳鼻咽喉科の手術は気道を扱うため、比較的风险が高いにもかかわらず手術や処置の点数が低いまま据え置かれている。他科では、従来からある手術であっても新しいデバイスが開発され使用されているが、耳鼻咽喉科では元々の手術点数が低いため、手術機器や材料のコストがまかなえず、このため旧態然とした手術が行われている。たとえば、アデノイド切除や口蓋扁桃摘出術は少なくとも40年間変わらない術式が行われている。止血に用いる吸引凝固装置など認められておらず、安全のために使用すれば全て病院の持ち出しとなり、手術点数さえなくなってしまう実態である。アデノイドや扁桃の手術は、患児の障害を取り除くだけでなく介護する親の負担を取り除く、前向きな価値のある手術であり社会的には評価されるものであるが、点数が低いと手術室使用や全身麻酔適用、病棟管理などから病院経営からは歓迎されない。使用する機器に対応した加算点数を設定してもらいたい。耳や鼻の手術のドリル、副鼻腔手術のデブリッターやNAVI機器、耳下腺手術のNIM電極、悪性腫瘍手術のハーモニックなど、全て単回使用であり、複数個必要であっても1個しか保険では認められず、複数個の器具を使用すれば器具代金は持ち出しとなっている。手術に伴うリスクだけを術者が負い、患者のためにではなく手術器械業者のうけのために器具を使用する構図となっている。他科と共同で、単回使用器具の再利用化をメーカーに求めてもらい、安価に器具を供給して欲しい。手術に関わらない診療では、疾患の指導事項として、リハビリを充実させ実臨床で使用できるように体系化してもらいたい。意味があるのかないのか、わからない報告をいろいろな施設が続けているだけでは臨床に還元されない。めまいに対する前庭リハビリや嚥下障害に対する嚥下リハビリ、発声・音声障害に対する発声・音声リハビリを耳鼻咽喉科医が診断を行い、リハビリを処方し、経過を判断するという流れが、特定の病院でなく一般の病院でも行えるようにして、点数化する方向ですすめてもらいたい。手術を主体としない耳鼻咽喉科医が収益を上げる分野を広げてもらいたい。これは病院勤務医に限らず、開業医にも関連してくる。(中国・四国5)

●勤務医の給与体系改善のため、手術点数の改善が求められる。(近畿2)

●手術料が安すぎます。3歳以下、もしくは6歳以下の小児の手術点数を1.5倍や2倍にしてほしい。(近畿2)

●手術に関して、かかる時間と難易度に点数が比例していない。(近畿1)

●手術の支援機器や材料について十分なコストがとれるようにしていただきたい。(近畿2)

- 手術を含め、入院治療に関する評価が低いように思います。(近畿2)
- 診療報酬、とくに手術点数をもっとUPしてもらいたい。手術材料で単回使用の器具が増えており、その加算がついていないものも多く、加算が付いていても使用している材料よりとても低い加算しか付いておらず、手術をしても材料費で消えていくのが現状です。手術点数を決める際、現在よく使用している手術材料(特に高額な単回使用材料)も含めて加算などを検討してもらいたい。(中国・四国4)
- 耳鼻科外来診療の単価が低いことを、政府に訴えるのみでなく、多方面へいろいろな手段での情報発信・公報・交渉が必要です。業務の魅力のみの発信でなく、財政的な魅力も発信できる診療科になりたいものです。頸部郭清など、頭頸部手術の手術点数の増加、頭位変換療法やめまいのリハビリの算定、ディスポ式の医療器具の償還をもう少し認めてほしい。(中国・四国1)
- 眼科に比べて点数が上がりにくいこと。コメディカルとしての ST や耳鼻咽喉科の生理検査の技師としての雇用を視野に入れた配点など。(近畿2)
- 開業での報酬もコロナ禍で不安要素が出現しており、勤務医の医療報酬を十分確保できないと、今後耳鼻咽喉科を志望する医師が減少することも危惧される。(近畿2)
- 安すぎます。特に診療器具と報酬のつり合いがとれていません。(近畿4)
- 新型コロナウイルスで処置やネブライザー・内視鏡をする機会が減って、これからは耳鼻咽喉科診療報酬体系も量より質を重視したほうが良いのではと思いました。(近畿4)
- コロナにより患者数は減っているので診療報酬のアップを期待する。(北海道・東北5)
- コロナ禍期間限定措置として全科全患者に一律5点の加算が付いたが、感染防止対策を行いつつ上気道疾患を診療する科として特化した加算をつけてほしい。(九州1)
- 消費税分増額が最低限必要。特に総合病院の赤字が解消できるように増額すべき。(近畿4)
- そのほか、検査、手術、文書で妥当な請求ができないときがあるとの意見(近畿1)
- 近年、添付文書記載のままの病名がなければ返戻する例が多く、閉口している。とくにめまいに対する制吐剤。なぜ適応症(次の疾病に対する～の欄)にめまいを入れないのか。(中部1)
- 同じ診療報酬であっても、その内容を行う時の労力が全く違っていると感ずることはあります。コロナの気切などは加算をつけてほしい。(中部1)

●コロナ禍故、引き上げ必要。(九州2)

●同じような手技でも他科と比べると診療報酬が低いと感じます。(近畿2)

●このままでは耳鼻咽喉科は生活が成り立たなくなってきました。(近畿2)

●一部の意見で決まっている感がある。(近畿2)

●新しい器械(検査)に対しては高い点数が付けられる一方、古くからはあるが、医療の進歩で求められるレベルが高くなっている手技(例えば扁桃摘出術とか)の保険点数が不当に低いと思われる。過去にあった診療手技も不要なものは削除してまた昔からあった治療と同様に見えても、現在の医療水準でコストのかかるものにはそれなりの保険点数を認めて欲しい。診療報酬についてはそれぞれの専門家がそれぞれに希望を言うのと、学会などでも先進的で専門家の多い分野は声の大きいんだけど、枯れた領域(枯れたというのは失礼だけど、学会的に活動が活発ではない)だけど臨床的には多くの耳鼻科医が携わっている領域は声が小さくはなる。また結局パイが一定なのでどこかを減らせと厚労省に言われるのだけど、かといって減らすようなコンダクトをするのは困難であるという問題がある。極端に高額な医療に関しては大いに議論の余地はあると思うけれども、必要な医療であるものはそれがかかっているコストを診療報酬で正に認めてもらうように求めるべきとは思っています。(近畿2)

●チーム医療が重視されている。病院、開業にかかわらず複数の医師と看護師、コメディカルを含めたチームでの合同カンファレンスを症例毎に行うことに対する診療報酬点数を検討してほしい。(九州5)

●明らかに矛盾がある点数については改訂できるような仕組みが欲しい所です。(中部2)

●勤務医にとっては上がっていると感じている。医療機器の発達に伴い、支出も増えており、単純に収益につながっていないのが現状である。(中部3)

●入院医療費は低く抑えられているため、出来高部分の手術が重視されている。専門医制度でも外科的手技研修が重視され、若手医師は手術に関心が高い反面、内科的分野は軽視する傾向がある。この傾向が続くと内科的な知識や技術が未熟なまま診療所を開業する医師が増え、レベルダウンが危惧される。入院中であっても耳鼻咽喉科の特殊な検査については加算できるシステムがあれば、検査に精通した医師が病院からの評価も高まり、ひいては内科分野に関心を持つ若手医師も増えるのではないか。(中部3)

●耳鼻科の診療報酬点数を全体的にあげていただきたいです。とくにコロナ禍では、患者様に近接した処置は感染の危険をとまないと。電話診ですむケースは、内科などに比べかなり少ない

状況です。処置は低すぎるのではと思っております。また聴覚(耳鳴・補聴器)や音声やめまいに対するリハビリの診療報酬を脳血管障害のリハビリや心理療法での解釈などではなくあらたに設けていただくことを希望いたします。検査では、VHIT の診療報酬点数を希望いたします。(中部4)

●コロナ関連で消耗品の使用が急増している、感染対策に対するコスト算定される制度設計を希望する。(中国・四国3)

甲状腺・頸部手術

●頭頸部腫瘍の診療報酬が、鼻科に比べて安すぎる。(中国・四国3)

●甲状腺手術外側区域郭清や頸部郭清術(併施)の点数があまりにも低いと思います。癌を取り扱っているのに、ESS より稼ぎが少ないことは納得できません。また、口腔がん手術にも超音波切開凝固装置加算がほしいです。(関東1)

●領域毎の手術診療報酬に差がありすぎる。もっとも報酬が高い鼻の手術を基準にするのであれば、症例数が少なく手術スキルの向上に時間がかかる手術、多数の人員を擁する手術についてはもっと診療報酬を上げる努力が必要だと考える。特に悪性腫瘍の手術点数が低すぎる。再建手術より切除手術の点数が低い状況は、頭頸部外科医のモチベーションを下げてしまう。(北海道・東北2)

●頭頸部癌などの長時間・難手術の保険点数は、速やかに上げていただきたい。(関東5)

●頭頸部腫瘍の診療点数の増点が望まれる。(北海道・東北4)

●甲状腺癌切除時の外側区域頸部郭清を施行時の点数の落下が衝撃的であった。外側区域まで郭清を要する症例は、大血管に近接するものが多く、むしろ上げてもらいたいところであった。(近畿2)

●甲状腺の頸部郭清の点数減少が厳しいかと考えます。(近畿2)

●手術の点数をもっと増やしてほしい。とりわけ、頸部郭清(併施)は、ちょっと馬鹿にしているの?と聞きたいぐらい現状に合っていない。(関東1)

●頸部郭清術併施加算が長年、片側 4,000 点、両側 6,000 点に据え置かれたままである。増点を希望する。また、手術に伴う医療薬剤、材料、支援機器などが増え、高額になる傾向があり、これらに見合った増点がないと、結果的に技術料の評価が低くなる。(中部2)

●入院・手術・化学療法などが収益主体で、耳科・鼻科手術が少ない施設では、癌症例の数で変動がでる。耳下腺以外の良性腫瘍の手術点数なども少し上げれば助かるかもしれない。(近畿2)

●労力に見合った体系にして欲しい。例)頸部郭清加算を廃止するなど。(北海道・東北2)

●頸部良性腫瘍手術をはじめとし、特に頸部手術に関しては点数が収載されていないものが多く、また点数が極端に安いと思う。特に原発巣手術と同時に行った場合の頸部郭清術が加算点数となっているのが余りにも理不尽である。せめて同一視野手術主+従 50/100 とすべきだと思う。(本来なら頸部郭清術行なうために別皮切あるいは切開延長であり、両者算定が妥当と考える。)(頸部郭清術併施時の減点については複数の同意見あり。)(北海道・東北3)

●公的病院に勤務しているので診療報酬はあまり気にならないのが正直なところだが、原発癌手術と同時に苦労して施行した頸部郭清の併算定があまりにも少額であったりすると苦労に見合わないとおもわされることもある。(中部5)

具体的な要望など

●舌下免疫療法の管理料を要望します。(関東1)

●医学管理料の種類を増やしていただきたいです。(関東5)

●耳鼻科が生き残る道として、難聴に関する指導管理料、補聴器に関する指導管理料を取れるように働きかけていく必要があると考えています。(近畿2)

●内科と違い、耳鼻科ではめまいやアレルギー疾患の管理指導を行っても報酬に反映されない。指導料を認めてほしい。(中部5)

●前庭リハビリに対する保険点数が算定できるよう、医会からも働きかけて欲しい。(関東3)

●リハビリ関連に対する報酬について、しっかりと区分を決めて請求できるようにしてほしい。(近畿2)

●BPPV に対する Epley 法を積極的に行っているが、なかなか手間を要するのでぜひ点数化してほしい。(九州1)

●PPPD や、耳鳴治療など、認知行動療法が治療法として確立しているものは、耳鼻咽喉科医師でも、精神療法の算定は可能でしょうか。(近畿2)

●特定の疾患では、月あたりの回数制限を緩和してほしい。急性難聴の聴力検査、気管狭窄の気管支鏡、喉頭ファイバーなど。(近畿2)

●ビデオヘッドインパルス検査、前庭リハビリテーションの診療報酬設定を希望します。(近畿4)

●めまいや耳鳴りの訴えの多い患者の対応に長時間を要する。例えば30分以上の訴えを傾聴したら、加算が取れるなどの点数が耳鼻科であっても良いと思われる。(中部3)

●コブレーター加算があると良い。加算がないと特に外病院では使いにくいのでは？(中部4)

●改善を願っている 特に時間外診療。(中部4)

●ステロイド鼓室内投与の診療報酬・イオントフォーゼ加算の新設。現在の注射処置での報酬は手間に比べて安すぎる。鼓膜切開に準じるか、そうでなければ新しく報酬を制定するべきだと思う。(中部4)

⑤ 病診連携、救急医療、災害時医療など地域医療に関する問題について

地域医療全般について

●地域医療を支える、医師の偏在を是正するには専門医制度の中に地域への貢献をなんらか義務付けないと無理(中国・四国2)

●医師偏在の一要因である開業医と勤務医の偏在についても正しいメッセージを発してほしい(中国・四国2)

●病診連携、救急医療、災害時医療に携わる公立病院が慢性的に赤字になるような体制は改善

するべきです。(近畿2)

●拠点病院への専門医の集約化やそれに対する加算を設けるのが良いかと思います。(関東5)

●病診連携のためには病院での耳鼻科医の増員が望ましい。救急についても同じこと。災害医療については耳鼻咽喉科医として要求される知識と技術についての研鑽が出来るようにする必要あり。(近畿2)

●地域医療について、現在大学では医療過疎地の耳鼻科医療を支えるため週に一回程度、医療過疎地の病院の外来診療に行っているが、大学はそれを評価しておらず、外勤に出た日は有給休暇を取っている。大学と我々の問題かもしれませんが、地域の先生方の診療にも関連するので、その必要性について臨床耳鼻咽喉科医会からも大学に訴えかけて貰いたい。(中国・四国4)

●各都道府県で状況は異なると思いますが、救急医療、災害時医療や病院診療所共同で良い取り組みをされている都道府県の情報などを知る機会があればよいと思います。(近畿2)

病診連携

●大学や大病院と開業医院との役割分担があることを患者さんにしっかりと理解するように啓蒙することが必要。(近畿2)

●いまだに大病院に紹介状なしで飛びこみできて、金をふんだくられて腹が立ったなどグーグルマップの口コミに書くような人が多いので、どうにかしてほしい もっとすみわけのアピールをお願いしたい(近畿2)

●必ずしも高次医療機関での診療を要さない患者が多いので、もっと病診連携をスムーズにできればと思う。(近畿2)

●インフラの整っていない地域でも専門性の高い先端の医療を求める患者の意識改革が必要(近畿4)

●今後はよりかかりつけ医の重要性が増してくる。ある程度以上の規模の病院では原則紹介状なしでの受診はできないようなシステム構築が必要になってくると考える。(中部2)

●1人の患者をずっと診ているのは、勤務医だけではない。患者、病気は社会の中でみてゆくという体制はどんどん進んでゆくと思われる。手術後はADLがよければ、退院して抜糸は他院で、扁桃摘後は食べれば2～3日で退院、癌化学療法が終われば開業医で支持療法をする、癌の末期はほかに頼むという流れになる傾向です。病診連携と共に他科との連携、コメディカルとの連携が大切です。耳鼻咽喉科は遅れていると感じます。（中部3）

●耳鼻いんこう科は診療所と病院での業務に差がありすぎる。できれば病診連携でチーム医療ができないかと思うことがある。特に在宅の嚥下機能評価についてはほとんど歯科の領域である。嚥下機能検査、嚥下のリハビリ、嚥下機能改善手術などは病診連携でチームを組むことでもっと発展する領域と思われる。（中部1）

●診療所から紹介された患者さんを手術して、その後のケアを長期間行う例は少なくない。全科一律に逆紹介が推奨されているが、耳鼻咽喉科にはそぐわない側面もある。例えば手術後1年間は逆紹介対象から外れるなどの措置が望ましい。（中部3）

●病院—診療所連携についてはもう少し病院の情報も診療所の情報も互いに知っておくことが必要なのではないかと感じています。例えば病院側から言えば、合併症でDMがある方は内科を標榜している診療所の中でどこかのぞましいのか、甲状腺のう胞のフォローをお願いしたいがどの診療所にエコーがあるのかなどです。逆に診療所側からは、おそらく手術の専門性や手術可能かどうか、また最短で手術可能な日程がおおよそいつくらいなのか、などはある程度知っておきたい情報なのではないかと推察しています。（近畿4）

●病院内はともかく、他院との医療情報の共有体制を構築する必要がある。患者は複数の病院を渡り歩きながら、全くこちらの説明がなく、自分の投薬内容を把握していない事も多い。救急医療においてもトラブルを減らすためにも必要と思われる。（中国・四国1）

●患者さんの紹介やフォローに関しては開業医と勤務医の連携は必須と考える。効率的な診療のためにはそれぞれの病院がどこまでできるのか、開業医の先生のフォロー範囲などのわかりやすい目安があるといいのではないかと。実際にお互い困っているケースがあると思う。（中部4）

●診療所での診療クオリティが分からないため、逆紹介が行いにくい。（近畿2）

●癌治療終了後の受入れ先が無く退院支援に難儀している（北海道・東北5）

●病診連携の強化のために両者間の会合などを開いてコミュニケーションを密にとったほうがよいと思う。（九州1）

●年に何回かのFace to Faceでのミーティング、勉強会が必要と思う。（九州3）

- 医会主導で、病診連携に関する会合を病院・クリニック間で行ってもよいのでは。(関東3)
- 病診連携において手術の応援等、交流を強くし依頼しやすくしていただきたい。(九州2)
- 他の医療施設との情報共有に手間と時間がかかりすぎる。手紙でのやりとりは前時代的ではないか。(中国・四国2)
- 治療成績の算出(予後の評価)などのために、緩和ケア病院などへの転院後の、最終転帰の連絡が欲しい(近畿1)
- 救急告示病院である当院には、開業医で治療中の患者が紹介状も持たずに多数来院します。少なくとも土日や祝日に急変の可能性がある患者には紹介状をもたせるようにして欲しい。口頭で急変時には救急病院に行きなさいという対応はやめて欲しい。(北海道)・東北2
- 専門的な治療が必要というわけではなく、いろいろ面倒な患者を病院に積極的に紹介してくるのはやめてほしい。(中部5)
- 開業医は勤務医の負担を低減してほしい。病院任せではなく、なるべく自院で完結できる可能性のある症例はなるべく完結させてほしい。今のままの人数での基幹病院を維持することは困難である。(中国・四国3)

救急医療

- 病院間の診療内容、技量の差が生じており、高度医療を受け持つ大学病院への過剰な患者紹介が大きな問題と考える。地位差はあるものと考えますが、大学病院は高度医療、がん治療、救急対応、災害時医療など多くの受け皿であると同時に学生教育機関であり、かつ研究機関でもある。休日などの市内の夜間救急の最終的な引き受け手が、大学病院となっている。地域医療のために夜間救急を担当しつづけると、労働時間規制が問題になると考えられる。他の公立病院なども含め、広域で支える体制の構築が必要である。このためには公立病院などでの兼業規制の例外として、夜間救急センターなどでの勤務を認めてもらうように訴える必要がある。(中国・四国1)
- 救急を受ける病院が限られていて、大学病院と基幹病院に負担が偏る。オーバーワークになればいずれ機能停止する。もっと開業医との地域連携を図り負担の分散を行う必要がある。(中国・四国3)
- 救急医療については大学病院として断らない方針のため、鼻出血など耳鼻科救急も受け入れを求められるが、時に負担になっていると感じる。(近畿2)

●勤務医の人数が潤沢であれば何の問題もないことと思われるが勤務医の人数が少ない現在は勤務医の負担になるばかりである。(中部5)

●中小規模の病院で、耳鼻科医が一人二人しかいないのに、救急を受け入れている病院ではその対応は大変です。急性喉頭蓋炎や重症鼻出血など大規模病院のサポートが必要と思いますが、そこも大変な状況です。(近畿2)

●大学病院勤務医は通常業務に加え、救急医療まで負担が多くストレス(近畿1)

●救急医療については、医局員が少なく当直または待機の回数が多いため精神的には苦痛である。(中国・四国4)

●市の休日救急診療所に対応できない症例の第1連絡先は当大学病院になっています。特に異論はありませんが、ときにはねぎらいがあっても良いかと思います。(関東1)

●マンパワーの面から、耳鼻科救急をフルに求められるのは難しい。(近畿2)

●耳鼻咽喉科の2次救急医療体制を、開業医の拠点病院への出動などにより、整備することはできませんか？専門医の要件に『耳鼻科2次救急当直への参加』を義務付けるなどはいかがでしょうか。(関東5)

●中央急病診療所のシステムは、大都市できちんと機能している優れたシステムだと常々思っています。(近畿2)

●救急医療や災害時医療に開業医ももっと積極的に参加してほしい(近畿2)

●地方では、耳鼻咽喉科医の数はそれほど多くないため、お互い見知った医師がほとんどであり、平常時の病診連携はうまく出来ていると考えている。ただし、救急医療体制については整っていない。救急医療については、耳鼻咽喉科が対応すべき疾患も通常の二次救急で対応している。二次救急で対応できない場合には、中核病院の在宅オンコールの医師が呼び出されて対応する場合や(病院により規定されているがその際の報酬1万円前後)、大学病院の管理当直の医師(本来入院患者のみに対応するべきなので、当直の報酬は数千円で救急対応については報酬なし)が対応する場合がある。いわゆる三次救急の対象ではないが、耳鼻咽喉科の専門的に知識や技術が緊急に必要なために通常の二次救急では対応できない患者に対して耳鼻咽喉科医が医療を提供するには、対応できる環境づくりや、対応医師へのインセンティブは必要不可欠であり、県などの地方自治体を巻き込みつつ、財源確保しながら救急医療体制を構築するべきだと考える。(関東4)

●地域医療・救急医療体制を構築するためには、全県的に医師配置を検討する場（行政・大学を巻き込んだ会議ないし協議会や地域医療対策協議会）が、診療科ごとにできて有機的に運用されることが必要です。今は、地域の医師会単位での活動と大学医局の活動になっていますが俯瞰的な対応とはいえない。（中国・四国1）

●救急車の有料化、またはその判定システムは必要と考える。救急外来と救急車のコンビニエンス化の停止は急務。（中部2）

災害時医療

●災害時医療については、例えば大学病院や中核病院では、トリアージ訓練など災害発生時のトレーニングがなされているが、それ以外の多くの耳鼻咽喉科医はこのような経験がなく、何をしてもいいかわからないであろう。救急医療や災害時医療については、地方自治体が中心となり医師たちと連携する必要がある。例えば小児科は、学校保健で中心的な役割を果たしており、自治体との連携が上手である。耳鼻咽喉科でも各都道府県の耳鼻咽喉科医会が中心となり、地方自治体と連携体制を確立し、必要があれば中核病院のトリアージ訓練に地域の耳鼻咽喉科医師も参加するなど、何らかの新しいアクションの必要があり、そのためにも医会で地域の開業医と中核の総合病院の勤務医が積極的に意見交換し、各都道府県の医会で勤務医の意見も大きく吸い上げていただき、地方自治体に働きかけるようなシステムが必要である。（関東4）

●災害時は移動手段も限定されるので普段から地域ごとの役割を果たすことが必要（北海道・東北5）

●災害時医療の準備はしていたが、実際に災害がおきて実行してみないとわからないことが多いのではないかと感じている。（中国・四国4）

⑥ 専門医取得後の人生設計について

専門医について

- 専門医のメリットが未だに無いので、専門医取得後のイメージがわからない（近畿2）
- 少なくとも専門医を取得することによって報酬の上でのメリットが必要（近畿2）
- 管理職や手術を主体に考えなければ、現状では専門医取得後にあまり変化は無いと思われま

す。逆にいうと専門医のメリットが無いということにもなります。(関東1)

●専門医加算があればモチベーションが上がります。(関東5)

●維持が大変な専門医は無くても困らないので更新しないという意見も聞かれる。非専門医に何か制限があってもよいと考える。(北海道・東北3)

●専門医を取得して何も変わらない(近畿2)

●現在のところ専門医取得によるメリットは感じられない(北海道・東北4)

●専門医取得のメリットが感じられない。もっと差別化してほしい。(近畿4)

●専門医取得による金銭的メリットはなく、むしろ出費が増えるだけであるので、取得によりメリットがあれば取得する方が増えると思います。(中部2)

●専門医取得による診療報酬の変化がないため、専門医に価値を見いだせているかは不明である。大学の教育システムの維持の目的になっているように思える。(中国・四国3)

●現行の診療報酬や収入に関して耳鼻咽喉科専門医資格を取得したことへのメリットはなく医学博士と一緒に。(足の裏の米粒 取らないと気持ち悪いが、取ったからといって何のこともない)二階建て部分の専門医取得後は主にその専門分野で仕事をするのが自己の存在価値と思っているのでその方面で定年まで勤め上げたい。(中部1)

●専門医更新のための規則が細かく分かりにくくなり、単位が十分かどうか自身でも確信できないような状態であった。とくに診察した患者の列举は面倒すぎる。勤務医ゆえ研修医の単位取得のために維持しようと思うが、開業医のなかには専門医更新をあきらめた方もいると聞く(専門医維持のメリットがない?)。勤務医減少の一因になっていなければよいが。(中部1)

●以前に比べて専門医取得、更新が厳格になっており、手間も費用も増えているにも関わらずメリットが皆無。大学病院の勤務医ならばともかく、一般診療所レベルでは自己満足感だけだ。例えば診療報酬に専門医加算を付けるなど差別化を図ってほしい。(九州 1) ●専門医取得前と変わりなし。(九州 1)

●専門医の診療報酬の上乗せや個人への報酬に影響する様な仕組みがほしい。(北海道・東北2)

●大学以外では専門医を不要と考える先生もいる。専門医取得後の人生設計を考えるにあたり、専門医であることのメリットが自己研鑽以外に何らかの形で反映される必要がある。(中国・四国4)

●大学勤務するかぎり、専攻医の指導のために専門医の維持は必須である。(中国・四国4)

●専門医は取得するのが一般的なので特にそれがあることによって人生設計に影響するとは思いません。日本においてはもって専門医や学位の価値や重要性を上げてほしいと思う。人生設計には専門医自体は関係なく考える必要があり、専門医取得により人生が変わるものではないと思う。(中国・四国1)

●常識的に専門医取得は臨床医にとっての first step であり、一般社会から期待されている専門医とはかけ離れている。専門医取得の2段階性や3段階性、それら特殊専門医に対する診療報酬やインセンティブの上乗せがなければ、大学病院での劣悪な労働環境に燃えつき開業医に流れる。(中国・四国1)

●耳鼻咽喉科医であることと、耳鼻咽喉科の専門医であることの相違が明らかにできていない。他科からみて、患者さんからみて、専門医である耳鼻科医と専門医でない耳鼻科医の違いがわかるか。専門医の意味は何なのか。

耳鼻咽喉科専門医を取得して、大きく分けて医育機関勤務、病院・医院勤務医、個人開業医にすすむ道筋がわかる。どの道を選ぶかは、個人個人の事情によるので、学会や医会としては構成員の耳鼻科医にできるだけ多くの選択肢を提示あるいは準備できることが必要である。多くの専門医が経験するのが勤務医であり、開業するにしても勤務医を経てからが大部分である。勤務医を続けながら専門医を維持するうえでの問題は、各人の家庭やライフイベントとの兼ね合いで勤務医を続けることができるか、専門医資格を更新する研修等を受けることができるか、自己研鑽を続けることができるかである。不幸中の幸いとは言えないが、コロナ下のため、研修会の多くが Web 開催となったことは、研修機会を広げることとなり、無駄な移動時間もなく、歓迎されることであり、これからの学会や講習会開催でも取り入れてもらいたい。日本専門医機構から専門医の初回更新の要件として地域医療(へき地勤務の意味)の要件が盛り込まれようとしているが、各専門医に地域医療を行わせるのではなく、「家庭医専門医」を推進するべきであって、容認できない事項である。

頭頸部がん、耳科手術、鼻科手術と学会専門医の制度ができたことは、耳鼻咽喉科専門医取得後にこれらを目指すというモチベーションになる。しかし勤務地によって、対象となる患者人口によって、それぞれの専門医を取得しても維持することが困難である。頭頸部がんの専門医を取得しても、もともと頭頸部癌自体は希少がんで、症例数は限られている。その上、治療も多岐にわたりそれぞれに対応するとなると、集学的治療やスタッフ人数の点から扱う施設も限られる。その施設に勤務をずっと続けることは難しく、施設を移れば専門医資格の維持が困難となる。個人が専門医資格を持つというのではなく、可能な施設での勤務医が専門医となる状態である。その施設において、患者さんに適切な頭頸部がん治療が提供できれば医療的には問題ないが、それを担おうとした頭頸部がん専門医にとっては、その施設に勤務した時期だけの自己満足な仕事となってしまふかもしれない。ある意味、後進の育成をおこなって専門医を修了するのが、世代交代も含めよいかもしれない。

地方の病院勤務では、耳の専門医だから耳の診療だけ、鼻の専門医だから鼻の診療だけ、めまいの専門医だからめまいの診療だけ、頭頸部がんの専門医だから頭頸部癌の診療だけと診療範囲を限定することはできず、全ての領域にわたって診療を行わなければならない。勤務を続ける病院によって、サブスペシャリティを追求できるのか、できないのか、本人の意志だけではどうにもならないことも多い。多くの病院が何らかの形で大学の系列化しているが、出身大学に関係なく

自分の進みたい領域で勤務を受け入れてもらえるかどうか。自分の望む分野で open な勤務先があれば、あとは各人の意志で進むかどうかになってくる。

耳鼻科医として勤務医を定年退職しても、耳鼻科医の仕事はほとんどないので、退職後も働くなら定年前から耳鼻咽喉科医以外の仕事を考えなければならない。耳鼻科医を続けるとすれば当然、人間関係もかわり、勤務医退職前は仲間であった開業医も、退職し開業するとライバルになる。勤務医に限らないが、専門医としての役割を果たせなくなったら、倫理的には退くべきと考えられるが、日本ではどの診療科にしてもそのような例はないであろう。専門医集団として、自律性を発揮し、他から信頼される地位を保つためには、能力制限を設ける必要があるであろう。（中国・四国5）

サブスペシャリティーなどについて

●鼻科学会の指導医なども新設され、耳鼻科専門医取得後に目指せるサブスペシャリティーの専門医や指導医の選択肢が増え、次の目標に向けてモチベーションを維持していきやすくなったと感じます。ただ、少しテーマとは外れますが、鼻科学会の指導医の資格基準が厳しすぎるように感じます。（関東1）

●一昔前であれば、耳鼻咽喉科専門医を取得すれば耳鼻咽喉科疾患全般に対応できる一人前の医師と考えられていた。しかし、今日の医療の進歩はすさまじく、各分野で非常に専門的な知識が必要となっている。耳鼻咽喉科専門医取得はあくまでも耳鼻咽喉科医として最低限の知識を担保するものであろう。現在、サブスペシャリティーとして、めまい相談医、頭頸部がん専門医、耳科手術指導医、鼻科手術指導医など新たな専門資格が設けられている。これらのサブスペシャリティー専門医の取得や維持のハードルは高いが、メリットが少ないのも事実である。これらのサブスペシャリティーを取得した医師のみこれらの資格を標榜できるようにすると、患者は安心してスペシャリストの診察を受けることができる。今後、総合診療科の充実や AI が発達するようになれば、耳鼻咽喉科専門医のみを所得している医師では、これらとの差別化が困難になる。サブスペシャリティーの充実と専門性の担保は、今後の医療の発展の中で耳鼻咽喉科医が生き残るためには絶対に必要であると考えます。また、そのためにも標榜科に対する専門性の担保も必要である。例えば、アレルギー科を標榜している診療施設の医師の多くはアレルギー専門医ではなく、アレルギー疾患への知識や経験は全く担保されておらず、これは患者の不利益につながっている。ごくわずかであるが、耳鼻咽喉科専門医も持っていない耳鼻咽喉科開業医も存在するが、これは、昨今の現代社会の状況を考えると到底許されることでない。標榜科に厳しい基準を設け、サブスペシャリティーの標榜も許可すれば、専門医＋サブスペシャリティーの専門知識を持った医師が増え、患者にとっても恩恵は大きいと考える。（関東4）

●スペシャリティの指導医制度はあるが、診療報酬等にほぼ関係ないため、形骸化してしまう可能性がある。患者さんへの利益にもなるし、指導医による加算や明示をできるシステムにできないのか。(中部4)

●新専門医制度が導入され、専門医を取るまでの過程の教育体制が整備された印象であるが、専門医取得後のスペシャリティ獲得については施設間、地域間に格差があると考えられる。例えば近年では各学会で指導医制度が開始となったが、私見ではあるが地域によっては指導医が取得率に差がつく可能性が高いと予測している。各学会に働きかけ、専門医取得後のスペシャリティ養成のシステム構築などが可能であれば病院勤務の医師にはモチベーションの向上につながるのではないかと考える。現在勤務している県ではなく、県外施設での研修を含めた勤務が柔軟に可能であることを希望する。(中部4)

●日耳鼻専門医取得後、勤務医はサブスペシャリティを取得することが重要と考えております。(関東1)

進路などについて

- 勤務医としてキャリアアップ: サブスペシャリティ領域の資格を取得・維持(近畿1)
- 耳鼻咽喉科専門医を足掛かりに、サブスペシャリティーを深めていきたい。(近畿2)
- 専門分野を持ち世界に向けて発信できる診療を行うつもりです。(関東1)
- 専門性を生かせる場で働きたいと思います。(近畿2)
- 専門を生かせるあるいは、高めるような職場で勤めたい。(近畿2)
- 大学でより専門的な診療、研究スキルを磨いていきたい。(近畿2)
- できることなら勤務医を続けたい(近畿2)
- 勤務医を永く続けたい(近畿2)
- 病院や大学での勤務を考えていて現在も従事しています。医師不足で自分自身の人生設計を立てることができません。(近畿2)
- ニーズがあるところで働く。(近畿2)
- できれば幅広く診療できればと考えております。可能なら甲状腺専門医なども検討しております(近畿2)
- 外科医志望でやってきているので、現状開業などは考えていない。(近畿2)
- 特に開業希望はありませんので、このまま勤務医を続けて行きたいと考えていますが、望まれているかどうかは分かりません。できれば手術可能な病院での勤務医継続が希望ですが、需要がなくなれば職場環境も変えざるを得ないと考えております。(近畿4)
- 手術などの外科的治療や臨床・研究・教育、専門的な治療などを好むのであれば勤務医生活を継続するのがよい。特に高度な医療を行いたい場合は大学病院での診療が望ましいと考える。

親の医院を継承する必要があったり、より多くの収入を得たいなど各々の考えがあつての開業は許容されるべきであるとする。(中部2)

- 当分は勤務医をするつもりですが、開業医との給料に開きがあるように思います(近畿4)
- 多くの専門医が勤務医として働こうと思うような環境があれば良い。(近畿2)
- 診療に集中したい。後進の教育をしたい。専門医取得後の選択肢が限られており、なりたくないロールモデルには不自由しないが、なりたい適切なロールモデルは見当たらない。(近畿4)
- 開業以外の勤務医の道がもう少しあってもいいと思う。(近畿2)
- 教育職、病院勤務医、開業医などの道を幾人かの例を挙げて説明してほしい。(近畿4)
- 大学院進学および留学(近畿1)
- 専門医取得後、一定期間は勤務医を義務付けるなど 5 年 など(近畿2)

●勤務医継続後に開業(近畿1)

●地域医療に貢献。(中部2)

●開業以外に選択肢を見出すことができない。そのために皆、勤務医を続けずに開業するのだろうと思う。(近畿2)

●勤務医を続けたあと、親族の医院を継承する。(近畿2)

●専門医や学位取得すると、開業か勤務医を続けるのか考えるのが通常の人生設計ではないでしょうか。(近畿2)

●週3日程度耳鼻科医非常勤として勤務して、他の時間は、自分の教養、家事、また休診する先生の応援に入るような自由な勤務体系にしたいです。(近畿2)

●勤務医として働いている場では、専門医取得後も新しい知識、技術を勉強して、地域に最前線の医療を提供するのが当然と考えている。(中国・四国4)

●耳鼻咽喉科専門医取得で終わりということではなく、更に自分の興味のある領域、診療科の指導医、専門医をその後取得し活動の場を広げている。生涯勉強と捉えている。(九州1)

●勤務医に限っていえば、必ずしも自分の希望する地域または自分の希望する規模の病院に勤務できるかどうかは不確定であり、人生設計を具体的に立てることが難しいとおもわれる。このあたりの人事に関することはもっと透明性があってもよいのではないかとおもわれる。(中部5)

●開業も選択肢として有りだと思うが、大病院の常勤がまず足りず、大学のスタッフも足りないように私には見える。大学で暫く働き、周囲の大病院の常勤などに移ることを考える。(大学病院男性医師)(北海道・東北1)

●耳鼻咽喉科として開業する道以外にも、病院にはいろいろな業務があるので、耳鼻咽喉科を通じて救急、医療安全、感染、クリニカルパス、緩和、医療情報、NST 等の業務を行いその経験を生

かして病院に在籍していくという道もあるし、若い耳鼻咽喉科医師を助けながら他の分野をメインにしていく病院生活もあるではないだろうか。（北海道・東北2）

●都市部での勤務希望や開業志向が強くなっている印象がある。地方、特に医療過疎地への耳鼻咽喉科専門医の適正配置を検討していただきたい。耳鼻咽喉科医師を助けながら他の分野をメインにしていく病院生活もあるではないだろうか。（北海道・東北2）

●自分がやりたい事 vs やるべき事 vs 倫理 のバランスが大切。可能な限り仕事を続けるつもりである（北海道・東北5）

●サブスペシャリティーを極める為の勉強時間・出張時間が足りない（北海道・東北5）

●診療報酬体形が見直されなければ、開業が困難になってきている。勤務医が体力ある限り働ける雇用形態（定年延長ないし定年なし）、賃金体系がほしい。専門医取得後の医療教育体制についてこの点を考慮したカリキュラムを検討する必要があると思われる。（中国・四国1）

●クリニックや病院などの求人情報があれば、医会から情報提供して欲しい。（関東3）

●クリニックの継承案件の情報を医会から提供して欲しい。（関東3）

⑦ 定年退職後の人生設計について

全般的な意見

●定年後の収入の確保は、多くの勤務医にとっては死活問題である。おそらくは、勤務していた病院の外来非常勤医や知り合いの開業医の手伝い、施設の嘱託医や人間ドックの診察などの業務につくのが一般的であろう。勤務医の収入はそれほど多くはなく、定年後の生活資金に不安を覚え開業を選ぶ医師も多いであろう。それが、地域の中核病院や市中病院の勤務医の不足につながっている。例えば、地域の中核病院や市中病院に定年後の非常勤枠を増やしていただき、一般企業の嘱託職員のように外来診療の一部や手術指導を継続できるようなシステムを構築できれば、定年後の人生設計にも余裕が出ると思われる。（関東4）

●はじめから開業を視野に入れている先生は別にして、多くの先生は医局の中で頑張っ、最終的にはどこか関連病院の医長になることをモチベーションにしていると思います。ただ、席には限りがありますし、大学病院や関連病院で年齢を重ねてチャンスがなければいずれは定年後を見据えて開業するというのは今も昔も変わりはありません。定年後の働き口さえ保証されれば、大学で

の臨床・研究をギリギリまで頑張れるはずといつも考えています。人口ピラミッドが50歳と70歳にピークがあることを考えると、若者ばかりに頼ることはできません。中年に差し掛かった先生を今後どう生かすかが今問われていると思います。（関東1）

進路の希望について

- 具体的には考えていませんが、体が動く限りいつまでもどこまでも、耳鼻咽喉科医をしたいとおもいます。（関東1）
- 往診や保健活動などを行い、地域医療に貢献したい。（近畿2）
- 勤務医でも定年後に安定して仕事ができる環境づくりを考えてほしい（近畿2）
- 何らかの形で耳鼻咽喉科診療を行っていきたいです。（近畿2）
- 週に何回かの外来を継続していきたい。（近畿2）
- 後進の指導をしたい（近畿1）
- ペースダウンした形で何らかの仕事を続けたい、と考えています。（近畿2）
- 医業以外にもやりたいことはあります。非常勤で週に何回か働く場所があれば有難いと思います。（近畿4）
- 定年退職後も体力気力に自信があり、日勤のアルバイト先があれば診療を続けたい。（近畿4）
- なるべくそのまま続けたいです。（九州2）
- 社会への貢献を自分の専門をいかしてやりたい。（九州3）
- 定年退職後も医師生命は長く、勤務医として貢献できる多くの選択肢を提案してほしい。（九州5）
- 耳鼻科という特殊な資格職であり、退職後も耳鼻科に関わるような嘱託医のような仕事があれば行いたい。（中国・四国3）
- 老人医療に尽力できる道がある方が患者様にとってもお互いに自然で良いかと思ひます。（関東5）
- 手術や救急をしなくてよいところであれば、年齢相応に働ける場所もあり、耳鼻科は多少恵まれているのかもしれませんが。（近畿2）
- 定年がいつになるかわかりませんが、体力や能力のある限り医師として働こうと考えています。（近畿2）
- 現時点で定年後の人生設計はないのですが、定年近くなれば開業を考えるのではないかと考えております。（近畿2）
- 勤務医であれば小規模病院の院長など管理職を継続しつつプライベートに時間を作るなどしたり、開業して自分の体が続く限り診療を続けることもありだと思ひます。（中部2）
- 細々と役立ちたい。医師の個性を生かせる人材派遣センターのシステムを要望します。（中部3）

- 定年時に十分な蓄えができており、年金も十分支給されるのであれば仕事をせず悠々自適に暮らしていきたいところだが、まずそんなことにはならなそうなので、少額でも収入を得る仕事(できれば医師として)ができればよいなと何の計画もなく考えている(中部5)
 - 以前は勤務医から開業医になる先生が多かった印象ですが、近年は最後まで病院に勤務して退職される先生方が増えている。定年後は嘱託医として働くなど、それぞれの働き方がありそう。(中国・四国4)
 - 定年制のない病院に勤務しており、元気な限り働きたい。(九州 1)
 - 定年後は必要とされる施設での外来や当直応援を担えないか考えたい。(北海道・東北3)
 - 定年後はほとんどボランティアのつもりで働いた方がよい。数人のグループで医療過疎地の診療にあたるのはどうか。(大学病院からの出張医師が毎回違い、違うことを言われるとの患者の不満を聞いたことがある)。(北海道・東北3)
 - 死んでしまうと当県の医師が減ってしまうので無理せず続けたい(北海道・東北5)
 - 生涯現役だが、老化とともにできる範囲は狭まる(北海道・東北5)
-
- フルに働きたくはない。辞めたい時に辞めやすいのが勤務医の利点と思う(北海道・東北5)
 - 勤務医定年後は、悠々自適の生活を考えています。(関東1)
 - 開業医のパート医師などのように、生活ができる程度の収入をえる仕事を適度にしつつのんびりと暮らしたい。(中部2)
 - 趣味に没頭。(中部2)
 - 基幹病院で仕事をして疲れ果てて、定年後には働きたくない。(中国・四国3)
 - 臨床から退いて趣味(近畿1)
 - いなかでゆっくりしたいです(近畿2)
 - 家族でゆっくり過ごしたい。(近畿2)
 - 自分のペースでの農業や他の仕事もしてみたいです。(近畿2)
 - ゆっくり過ごしたいと考えておりますが住宅ローンもあるので仕事を辞める訳にはいかないと思います。(関東1)
 - 現在乳幼児を抱えておりますが、家族のサポートありきで現在なんとかフルタイムで働いております。私が定年退職を迎えるころ、おそらく順当にいけば私の子供がちょうど出産、育児期になると考えており、そうであれば、家族がそうしてくれたように、私も彼らが働きやすいようにサポートに回らなければならないのかもしれませんが。そうではない社会になっていることを切に願います。(近畿4)
 - 農林水産に関わり合いたい。(中国・四国3)
-
- 来年もわからないのにそんな先を考えていられない(近畿2)

- まだ考えていない(近畿2)
- ノープランです。(近畿2)
- まだ考えておりません。(関東1)
- 特に考えていない。(九州1)
- まだ考えていないとの返事が大半である。(中国・四国3)

不安に感じている事・希望する事など

- 勤務医は、同じ病院に何十年も務めることが少ないため、退職金が少ない。退職後、年金でやっていけるのか、働き口はあるのか不安はあります。耳鼻科はつぶしがききにくそうで、一番切実な問題です。退職後に再就職なければ、年齢を重ねてからの開業はリスクがあるので難しく、少ない年金生活となるのではと思っています。(中国・四国1)
- 定年退職後、退職金と年金で暮らすことは困難。個人病院が非常に少ない耳鼻科では他病院への勤務は現実的ではなく、開業でなければバイトで暮らすことになるか。老人病院への勤務はあり得るが、改めて内科診療を行うことに不安がある。定年後の第二の人生をどうしているのかアンケート調査を行い、結果を公表して欲しい。(北海道・東北3)
- 退職後に向け個人でも資産形成に取り組まなければならないのではと不安。(中部5)
- 現在の COVID-19 の世界的流行もあり、どのように設計してよいかわからない、不安である。(中部5)
- 大学の人事であるにも関わらず、病院が変わるたびに自己都合での退職扱いになり、退職金がほとんどもらえない。(中部1)
- 大学医局人事で転勤しているので退職金が望めないのが厳しい。(中国・四国3)
- 定年後の仕事については不安あり(近畿2)
- 勤務医においても早期退職が可能となれば良いと考える。そのためには医療以外の副業が可能な環境設計が必要と考える。事業の立ち上げ等は畑違いであり難しいとしても、外科医としての手術援助、麻酔医や在宅医療医の派遣など、病院としてのハードを持たない形での診療提供体系を構築し、勤務医と併用で活用する方法がないものかと考える。(中国・四国1)
- 耳鼻科医の定年後の適切なロールモデルがあれば良いが見当たらない。(中国・四国3)
- 定年退職後も収入が必要で働きたいと考えているが、再就職、再雇用の窓口があると良い。多様な選択肢があることが望ましい。(中部1)

●開業医との差が最もつくところ。人生 100 年時代を迎えた現在、医師の適正な配分も考慮すれば、退職後の再就職のあり方やシステムを構築すべきかと思う。（北海道・東北2）

●定年退職後は 勤務していた嘱託医になるか自分で病院と相談することになっている。大学からもその他の勤務先などの人事の提案があるといい。（中部1）

●現在がん患者を診ていることもあり、病院に不足している緩和医療に関与して地域医療に貢献というのも、老人になった時にはそれらの経験も増えているだろうし、いいかもしれない。（北海道・東北2）

●耳鼻咽喉科医の定年退職後の再就職先がほとんどない。内科的診療や知識の再講習の場などを設けて耳鼻科診療以外の再就職先（嘱託医、産業医など）を確保できないか。（九州 1）

●60 歳すぎでの開業は困難（銀行などからの融資が困難）であるので、その後の雇用先をもっと多く創出する必要がある。行政を巻き込んだ対応が必要である。地域での開業に、自治体の補助がある地域が増えるといい。病院でのシルバー採用職も増えなくては、自治体自体も税収入が減るばかりである。（中国・四国1）

医会への要望・提案など

●退職後にも顧問などで報酬を得られる先生は一部であって、マッチングサイトなどからは一般企業が介在するため潜在的な手数料が多く、医師会主導で仕事の募集をかけてほしいといった意見（近畿1）

●これに関しては、定年後も働き続けた方がよいのか、といってもそういうポストがあるのか、老後の暮らしに関してきっちり考えていないと思っています。医会からそういう企画も必要でないでしょうか。（近畿2）

●クリニックや病院などの求人情報があれば、医会から情報提供して欲しい。（関東3）

●勤務医は定年を過ぎてもまだ働けるので、臨床耳鼻科医会で職を紹介してほしい。たとえば、跡継ぎのない診療所とかバイト先とか。（近畿4）

●勤務医定年後の耳鼻咽喉科専門医の勤務先・アルバイト先がほとんどないのが心配である。内科小児科は健康診断、産科は産直など専門性を生かしたアルバイト先があるが、定年耳鼻科医は、献血や老健施設などで働く人を見かけるくらいである。クリニックではロートルは受け入れら

れないようであり、収入が心配。これまでは遅くとも 40 歳代で開業するパターンが多かったと思うが、今後定年まで勤務医を続ける者も増えてくると思う。どのようなキャリアパスがあるのか示していただけると幸いである。(近畿4)

●勤務医で過ごす定年後に困る先生が一定数いると思うので、定年後のモデルケース紹介や、就労あっせんを学会がやるのはどうでしょうか？(中部1)

●地域ごとに、人材バンクなどを作る(近畿2)

●学会として定年退職医師の再就職斡旋、特に耳鼻咽喉科不在地区への派遣等のマッチングシステムも検討したかどうか？大学医局や地方自治体任せでは適正配置は困難かと思います。(北海道・東北2)

⑧ その他 および ⑨臨床耳鼻科医会へのご要望

全般的な意見・不満・要望等

●耳鼻科医が少ない。シーリングのせいで少ない加勢も搾取され中央が大変なことになっているように見える。それを端から見ていると暗い気持ちになって、楽な方へ逃げたくなる(近畿2)

●単なる跡継ぎを強いるような要請を、子に対して行う時代ではない。引き継ぐなりのメリットを創出する努力を継続的にされ、その結果報告や設備投資計画の提示をしてください。単に「隠居するのであとは頼んだ」では、今の勤務医世代には通じません。開業個人診療所の2世医師への考え方の変容を望みます。各市中病院で耳鼻咽喉科・頭頸部外科専門医が明らかに足りていません。開業医(パラシュート含む)は増える一方であるにも関わらず、耳鼻科医が足りているとシーリングされ新規の数を絞りますというのは、勤務医のことを何も考えていないとしか思えません。日本臨床耳鼻咽喉科医会が働きかければ、厚生労働省のシーリング案を抹消できるのでしょうか。(中国・四国1)

●今後の30年間でスギ花粉症の減少、ワクチン接種などによる感染症(中耳炎、副鼻腔炎、扁桃炎など)の減少などの影響を受けて、耳鼻科への受診が減少していく可能性がある。従来の耳鼻科開業医の「患者数をこなす診療」から、一人ひとりを「丁寧に時間をかけて診る」方向へ変えていかなければ、耳鼻科開業医は衰退していき、ひいては耳鼻科への入局者が減少していくかもしれない。(九州1)

●耳鼻咽喉科は比較的、労働環境が担保されており、開業のハードルが比較的低いと考えますが、新規入局者の確保やその十分な教育体制が確立していない等、マイナー診療科である弱点が地方大学では顕著に表れており、その点が耳鼻科医の絶対数に影響する問題の根幹と考えます。（中国・四国1）

●医師偏在解消は過疎化の進行する地域にとって死活問題です。しかし今回のコロナ禍によって急速にオンライン診療などが普及し、遠隔からでも医療にアクセスできることが分かりました。我々も県をまたいで都心に行けない患者需要とオンライン機会を一気に掘り起こし、医師偏在問題は根底から見直されるべきテーマとなりました。後期研修での県別・診療科目別シーリングのため、すでに希望県の希望診療科目の職業選択の自由を失われつつありますが、対面診療ばかりが医療でないという視点から、今後柔軟な視点に立って再度医師偏在問題を調整すべきでしょう。（中部1）

●在宅の嚥下機能検査やリハビリ、手術などは入り口である嚥下機能検査を耳鼻科医が行わないと発展しない。ぜひ診療所の先生方の協力を得て、埋もれている嚥下障害の患者さんの誤嚥性肺炎の防止、安全に食事が摂れる喜びを耳鼻いんこう科としてイニシアチブを取っていけるようにしてほしい。（中部1）

●医師（特に大学病院）に多くの雑用を押し付けるのではなく、研究なら研究のサポート、書類なら書類のサポートなど、しっかり働いている人にはサポートをつけることが、結果的に物事が中途半端にならずに済むと思う。基本的に、現代は以前の医療と状況は異なっており、なんでも書類の作成が必要で、申請一つ変更するのにも多くの時間を削られる。若い医師ほど、その無駄さ加減を感じており、今後このようなことに対応しないと勤務医はさらに減ると思われる。（中国・四国1）

●臨床に時間を多く必要とする頭頸部腫瘍の分野では研究をする時間をとることが難しく、大学とはいえ、もう少し臨床の評価をしてくれたらいいかなと思います。（近畿2）

●病院という組織の中で生きていく訓練は大学教育でもおそらくされていないとおもわれる。チーム医療を主体とする病院では、若手のうちからチームの一員としての作法や、リーダーになるための訓練などを行う必要がある。（北海道・東北2）

●コロナ禍で専門医の単位取得方法の周知の徹底が必要と考える。（中国・四国4）

●耳鼻咽喉科医は基本的には外科医であると思っている。めまい診療をはじめとした内科的な診療技術が中心となる疾患もあるが、診療に外科的知識が必要な疾患が大部分であろう。専門医あるいはサブスペシャリティ専門医の取得や維持に手術経験は必要なものもあり、開業医も地域の中核総合病院、あるいは大学病院で手術に参加できるようなシステムを構築すれば、病診連

携もスムーズとなる。開業医は豊富な経験を若手医師に供給し、勤務医は例えばその間のクリニックの業務を補い報酬を得られれば、勤務医の収入も増える。また、非営利的な医療法人がクリニックを経営し、定年を迎えた医師を中心に、大学病院、地域の中核病院の医師が必要に応じてクリニックで外来を行い、定年後のクリニック中心に勤務している医師が近隣の総合病院へ手術の応援に行く。定年後の医師の職場の確保にもなり、同時に、ベテラン医師のキャリアが若手医師に継承され生かされてくる。手術を行うような総合病院の保険点数が高くなれば、収入が充実し手術を応援に来ていただけるベテラン医師にも報酬が支払えるし、クリニックの中心がベテラン医師であり、非営利的な法人が経営を行っていれば、外来のみのようなクリニックの保険点数が多少低く設定されても、医師や職員の最低限の収入が確保され、さらにクリニックの医師は病院での手術支援での収入も得ることができるなど、お互いウィンウィンの関係が成り立つように思われる。(関東4)

●耳鼻科疾患の背景には内科疾患が絡んでいることが多々あるので、耳鼻科医も最低限の内科的知識があり、簡単な処方処方は扱えた方が良くと思います。サブスペでも良いのでその普及が進めばと思います。(関東5)

●医療に携わる者として、耳鼻科医として、どうしても知っておくことの提供、また学術的ではなくても何らかの集い(サークル活動、ボランティア情報 etc)の企画があってもいいのでは？(関東1)

●時短勤務で働いている医師もいる。女性に限らずそれぞれの希望に沿った働き方もあってよいのでは(中部5)

調査・情報の共有など

●アンケートの①-③は、地域の医療機関毎の取り組みを情報共有できる機会が欲しい。(関東3)

●女性に限らずですが、勤務医がキャリアチェンジを考える際に、ご開業の先生がどのように仕事をされているのかなどの情報があれば、参考になると思います。(女性)(近畿2)

●出産、育児時期の常勤継続率とその後の復帰率の調査をお願いします。また女性だけでなく、男性医師の働き方も調査してください。男性医師が産休育休を取得する可能性、介護休暇が必要になる可能性を、現在の執行部はどのくらい念頭に置いておられるでしょうか。(近畿4)

●各病院での手術症例数や疾患分布などをまとめた参考資料などを作成して頂きたい。(近

畿2)

●耳鼻科勤務医の勤務状態(医師数、勤務体制、休日など)についての調査をお願いしたい。

(中部2)

●困った症例に対しての相談窓口があれば助かる。症例に対してネットで意見を募るなど。(北海道・東北3)

●女性に限らず、困った時に相談や、上手くいったことなどが共有できる掲示板のようなサイトを要望する。(中部3)

会議など

●専攻医が専門医になるには学会発表の場が必要になります。地方部会の演題数は減少傾向にありますが、専攻医の発表の場を広げて頂けると有難いです。(関東1)

●地方部会のWEB開催は引き続き行って欲しいと思います。学会場とは予想以上に遠く、往来が不便です。ハイブリッドにしていただけると助かります。(関東1)

●会議などはなるべくwebだと助かります。(関東1)

●コロナ禍によって学会、講演会のWEB開催が定着し、通常業務や子育てなどで普段なかなか出席できない遠隔地のものに対して気軽に参加できるようになった。最新医療の知見を得るためにも、今後も現地・WEB開催のハイブリッド形式が継続されることを働きかけてほしい。(九州1)

●学会の数が多すぎる 若手ならいいが子育て世代ではたくさんの学会に入らされては生活にお金が出せない演題募集の締め切りを伸ばして、それから何とか一つ二つ出してくださいと各大学病院へお願いしないと開けない学会などわざわざ開く意味がない オンライン学会で今までと同様の金額の参加費を取るのも理解困難(近畿2)

●病院機能評価の影響で、必要と感じられない会議が多すぎる。働き方改革に逆行するものである。勤務医に求めるものが多すぎる。(中部5)

保険診療・行政との折衝など

●日本の補聴器の99%はフィッティングできていないとの報告があります。補聴器に処方箋が不要というのは日耳鼻の大きな失策だったと思います。今更変える事は無理ですが、臨床耳鼻

科医会には、補聴器の購入に際し耳鼻科医の介入が不可欠となるような法整備を求める提言をお願いしたい。(関東5)

●眼鏡の処方箋のように、補聴器の処方箋を定型化して、補聴器を作成する際に処方箋を義務化してほしい(近畿2)

●眼科に何とか追いつけるような点数のアップが必要では？(近畿2)

●手術点数の増点は、大学の教授や学会の重鎮主導で行われきました。耳の手術の増点をしてもらっても地域の病院にはなんの利益もありません。一般病院で多い手術の増点がなされない限り病院での利益増にはつながりません。また将来を見越した手術点数の増点(癌関連手術や嚥下関連手術の増点)を考えていただきたい。(北海道・東北2)

●今回、コロナ禍で耳鼻科領域のネブライザー処置について当初エアロゾル誘発のため制限がかけられたが、医会が迅速に検証し問題ないということを発信していただき大変良かった。(九州1)

●聴覚スクリーニング補助、CMV スクリーニング補助、ムンプスワクチン補助など、行政への働きかけ(近畿2)

●きちんと圧力団体としての役割を果たしてほしい(近畿2)

●耳鼻科医の声を中央官庁へ届け、予算化、法制化してほしい(近畿1)

●今後も、耳鼻科領域の診療報酬の加算、点数化など会員の声を吸い上げて実現化に尽力していただきたい。(九州1)

●診療点数の増額を医会にお願いしたいと思います。(関東1)

●後送病院への報酬を増やしてください。(近畿2)

求人情報など

●勤務医定年後のバイトについて、仲介などをしてもらいたい(近畿2)

●専門医取得後の働くポジションについて具体的な数が分かれば、その最大限まで入局者を増やすようにしていきたいと考えます。そのような数や場所などが入局当初から知る事ができれば、安心して入りやすいかもしれません。(近畿4)

勤務医の待遇改善などについて

- 勤務医と開業医の収入に差があり過ぎる。(近畿4)
- 現在の医療体制を保持するためにも、勤務医減少は食い止めなければいけない。耳鼻科に限らないが勤務医と開業医との収入差が大きすぎる。2次医療などを積極的に受け入れている勤務医の待遇改善を求める。(中部5)
- 勤務医の労働環境が改善されることを望みます。(近畿2)
- 最大の会員数は一般勤務医です。開業医だけでなく勤務医の労働条件の改善にも取り組んでいただきたい(近畿2)
- 専門医の報酬を増やすことに期待しています(近畿2)
- 勤務医の待遇、給与などが開業医と比べ大変悪い、このままでは開業医が増えて、勤務医がどんどん減って高度治療ができなくなりうる。(中部1)
- 勤務医がハードワークでありリスクも高いわりに、収入が開業医に比べ圧倒的に安いことがあるので、勤務医をリタイアさせないためにも給与改善のための方策を考えだしてほしい。(中部2)
- 開業医と勤務医の関係における勤務医の価値だけではなく、他科も含めた勤務医の中で耳鼻科勤務医の存在価値を上げるようなことを考えていただきたいです。(中部4)
- 医会に入っていない学生(大学院生)の代弁者はおらず、大学病院の労働環境には深い闇があります。(中部1)
- 耳鼻咽喉科勤務医が情熱をもって日々診療にあたれるように、バックアップをお願いいたします。(中部5)
- 病院勤務を続けられるように耳鼻咽喉科の病院におけるポジションの向上 医師定数増、収益増など(北海道・東北2)
- 働き方改革をするには医師定数増、短時間勤務の工夫等だけではなく、看護師やクラーク等へのタスクシフト。産休育休取得に関しては、病院と医局が対象医師を庇護することを基本とする体制がなければ成り立たないので医会として対応してほしい。(北海道・東北2)
- 耳鼻咽喉科の臨床としての魅力を学生に発信していければ今後も勤務医が増えると思います。(中国・四国1)
- 現在大学勤務です。医師数の減少、高齢化が大きな問題となっている。耳鼻科医を増やすために勧誘や宣伝、教育に力を入れたいところですが時間やお金の問題がある。医会の先生方にもご協力いただき、解決していければよいのではと思います。医局説明会に参加していただくとか、勧誘のために費用を捻出していただけるとか。(中国・四国4)

本アンケートについての意見

- このようなアンケートを無記名で取るようにしたことは先取的な取り組みだと思います。ぜひ、アンケートを集めるだけにとどめず、結果を生かして頂きたいと思います。(近畿4)

●アンケート調査で意見を聞くのもいいですが、委員会として何の目的で組織し、何をしていくつもりなのか、あるいは何ができるのかを発信、提言すべきだと思います。(北海道・東北1)

●この様なアンケートをする前に医会の理想の提案を提示して欲しい。(中部4)

●今回のようなアンケートに出来るだけ協力したいと思います、出来るだけ分かり易く簡便なアンケート内容を希望する。また公表を希望する。(中国・四国1)

●申し訳ありませんが、特にありません。これ以上、余分な仕事を増やさないでいただけるとありがたいです。(中部6)

医会のあり方について

●日本の耳鼻咽喉科という領域の中で、学会と医会の協力とすみわけをうまくして、この体制が維持され、耳鼻咽喉科としてさらなる発展に繋がることを期待している。歴史は繰り返さないことを祈っています。(北海道・東北2)

●新型コロナウイルス感染症が猛威を振るい始めたころ、外来患者が激減していた耳鼻咽喉科クリニックは少なくない。現在、患者数は戻りつつあるが、不要不急の診療科ではないかと不安を抱いている耳鼻咽喉科医も少なくないと思われる。一方、一部報道では、新型コロナウイルス感染症に対応可能な医師に救急医や呼吸器内科医に次いで耳鼻咽喉科医が挙げられている記事も散見され、上気道感染のスペシャリストとして認められている部分もあると思われる。実際に、地域によってはクリニックの耳鼻咽喉科医も、PCR検査や発熱外来などのコロナ診療の一部に参加している地域もあるようだが、残念ながら、我々の地域ではこのような事実をあまり耳にしていない。新型コロナウイルス感染症関連の報道の中で、日本医師会会長の発言が度々取り上げられていた。しかし、多くの国民は、医師会の会員はコロナ診療の最前線にいない開業医がほとんどであり、その長である医師会長の発言を無責任ととらえ、バッシングする意見が多かった。このような誤解を解くためにも、改革が必要なことは明白である。医会には、コロナ禍のような有事に率先してその人的資源を活用できるようなシステムを構築していただきたい。また、日本医師会のように既得権を有する者を保護するための存在であると誤解されることなく、今後の医療制度の改革を牽引できるような存在であって欲しい。(関東4)

●名称は「臨床耳鼻咽喉科医会」ではなく「臨床耳鼻咽喉科・頭頸部外科医会」にすべきでは。実際勤務医には頭頸部外科医が多いかと思いますが・・・(北海道・東北2)

●具体的な活動内容がよく見えてこない(北海道・東北5)

- 徴収された会費の用途とそれによる成果を公表して欲しい。(中国・四国1)
- 新しい組織ができることで、生じる仕事が既存の組織で行っている仕事と重複しないように、さらには分割して業務量の軽減が図れるように協力を仰ぎたい。(中国・四国3)
- 臨床耳鼻科医会の役割や、この医会でないとできないことを、これまでもご説明頂いたのかもしれませんが、理解が深まるよう、機会をみてアピールして頂けたらと思います。(関東1)
- 何かメリットがあるとありがたいです。個々にとってメリットがないと感じたらすぐ退会できるようにしていただきたいです。(関東1)
- 医師に関するグループ(会)としては学会や医師会がすでにあります。学会は大学を中心とした学術的な集まりで、医師会は開業医を中心とした集まりというところがありますが、医師会は地区を中心とした全科の集まりなので耳鼻咽喉科的な内容に特化したことを話す場合はあまり適切で無く、また学会は学術なので日々の診療にかんする細々を話すには適さないというところで存在していて、その存在意義は大いにあるし地域の耳鼻咽喉科診療に大きく貢献していると僕は思っています。しかしながら、一般の勤務医の先生からしたら、また別に会費をはらってどんなメリットがあるのか、と思うところはあると思います。実際、医会もその科に特化した開業医の集まりから発展してきているものですので、医師会の一部門のような扱いにさせていただいてはいかがでしょうか。(近畿2)
- 専門医機構がただの天下り団体にしか見えないので、透明性の確保に期待しています
- 病棟の第一線から離れると最新の知識から遠ざかるので勉強になる機会をこれからも与えてほしいです。それと地域への貢献をこれからも続けて欲しいと思います。(近畿2)
- 開業医が外来患者や往診が必要な患者を診察し、勤務医は入院や手術が必要な患者に対応する。休日の救急医療には開業医も参加し、入院が必要な場合には後方支援の勤務医が対応する。開業医も学生や研修医、専攻医の教育に参加する。学会活動や資格、教育への投資がただの名誉職でなく、報酬面でもきちんと評価される。当たり前の医療が、その地域で当たり前に行われるような仕組みを作ってくださいよう、お願い申し上げます。将来のことを考えるのであれば、執行部に若年層と女性、勤務医を半数入れてください。(近畿4)
- 日本医師会なども開業医サイドの視点が多いので勤務医の意見もしっかり聞いていただきたい。(近畿4)
- 実際の診療の情報を耳鼻咽喉科学会に挙げてほしい。(近畿4)