

平成22年度 学会アンケート結果

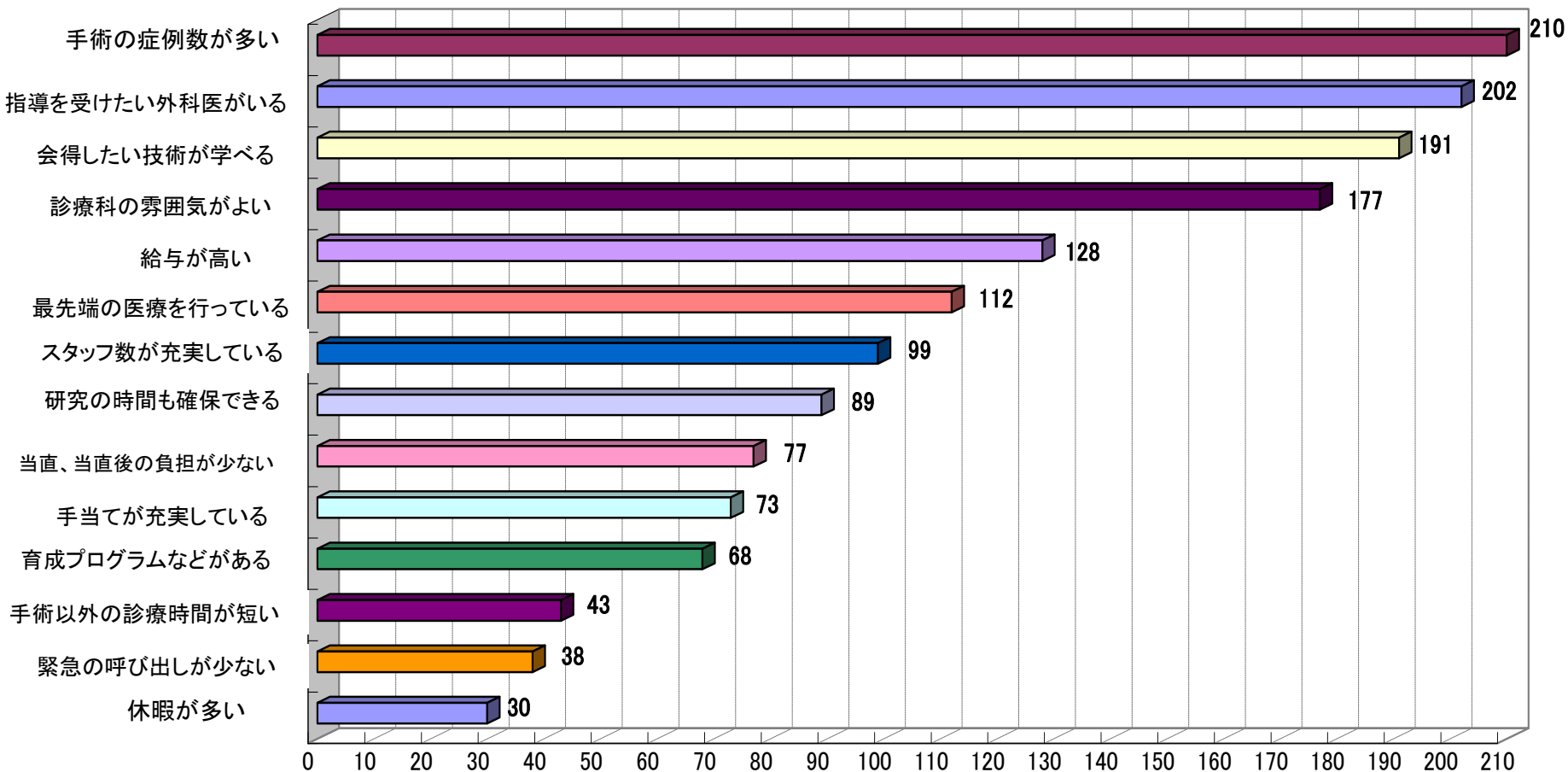
実施日：平成22年4月8日～10日 日本外科学会
平成22年7月14日～16日 消化器外科学会

実施場所：NPO法人若手外科系医師を増やす会
展示ブース内

対象：来場外科系医師

サンプル数： 346

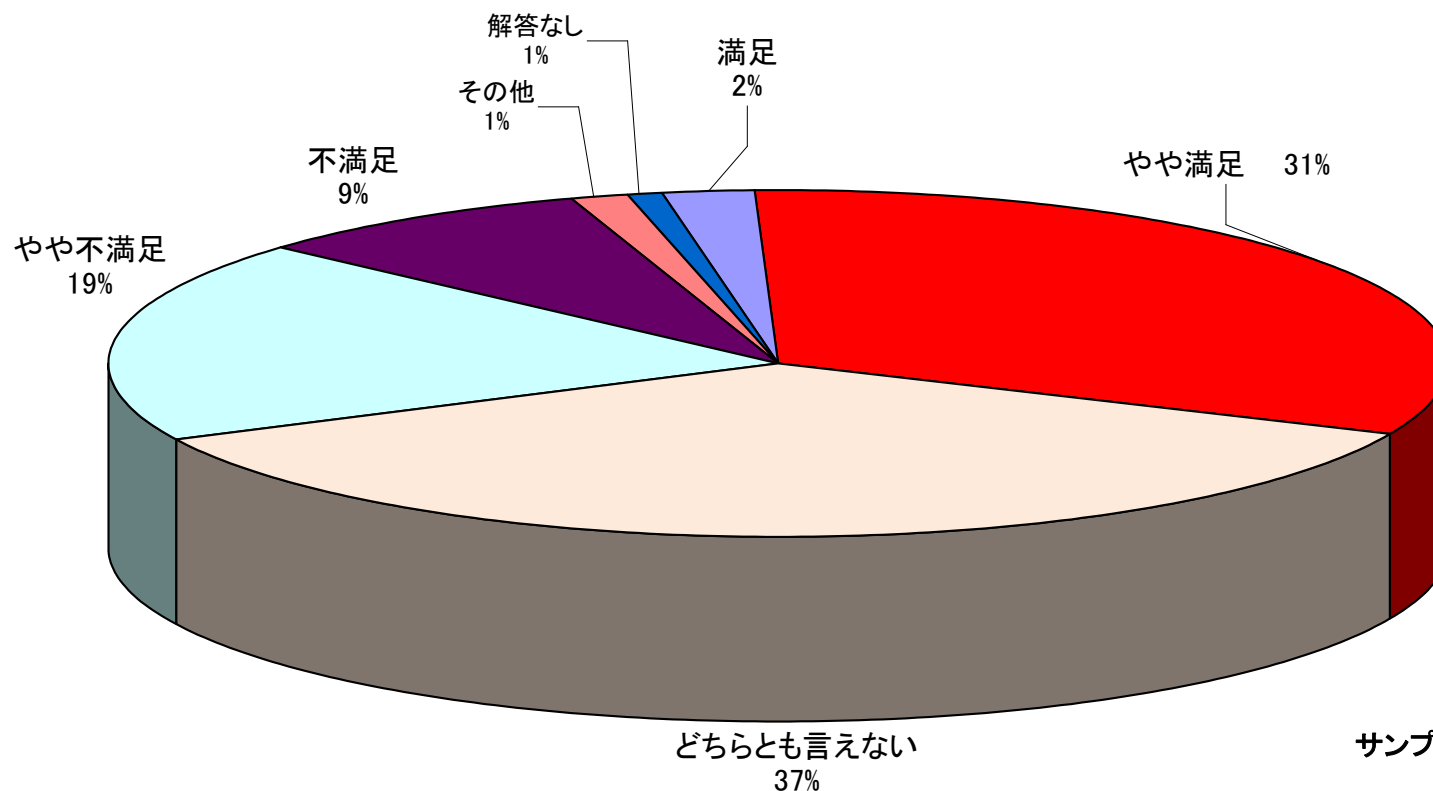
I あなたの考える、働きたい・働きやすい病院の条件を教えてください。(複数回答可)



Ⅱ 平成22年度診療報酬改定の評価について

1. 診療報酬改定率について

[診療報酬(本体)+1.55%(約5700億円)/医科+1.74%(約4800億円)]

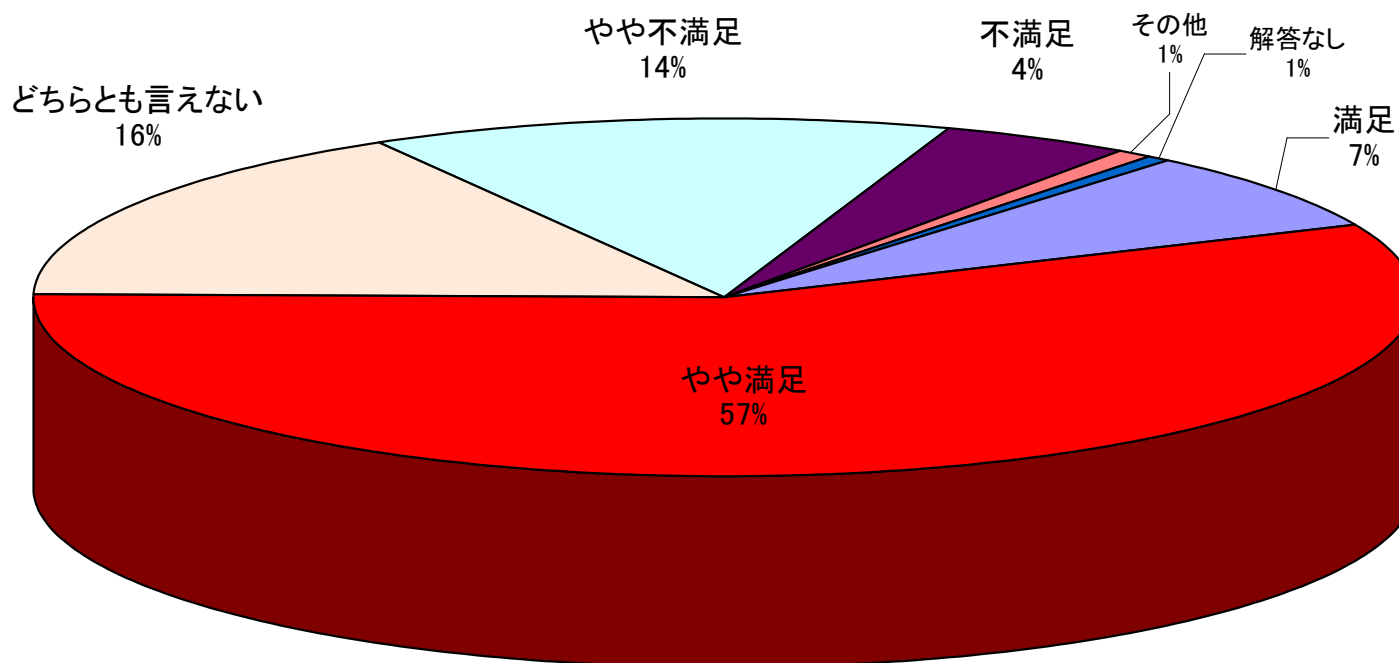


サンプル数: 346

Ⅱ 平成22年度診療報酬改定の評価について

2. 手術料の適正な評価について

[外保連試案を活用し現行点数から難易度の高い手術は30～50%]

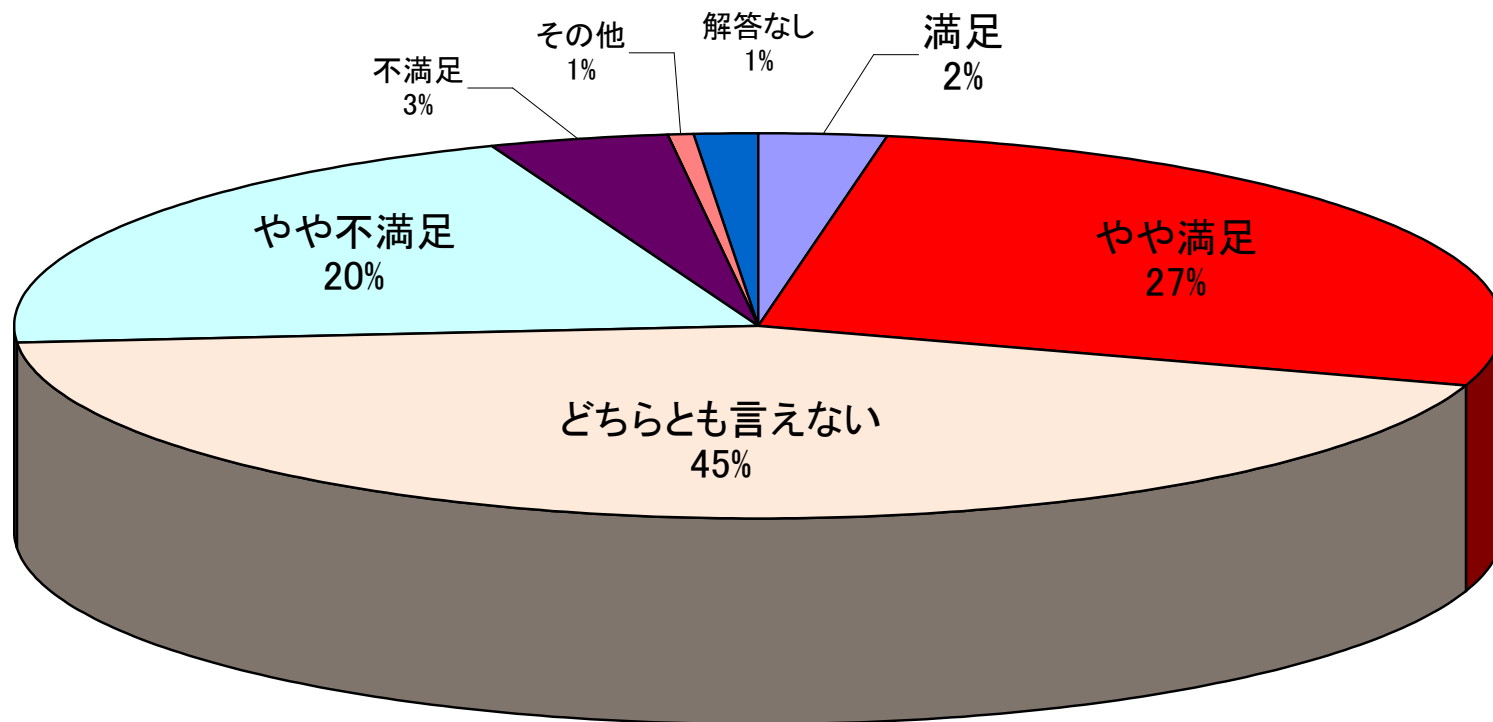


サンプル数: 346

Ⅱ 平成22年度診療報酬改定の評価について

3. 救急入院医療の充実について

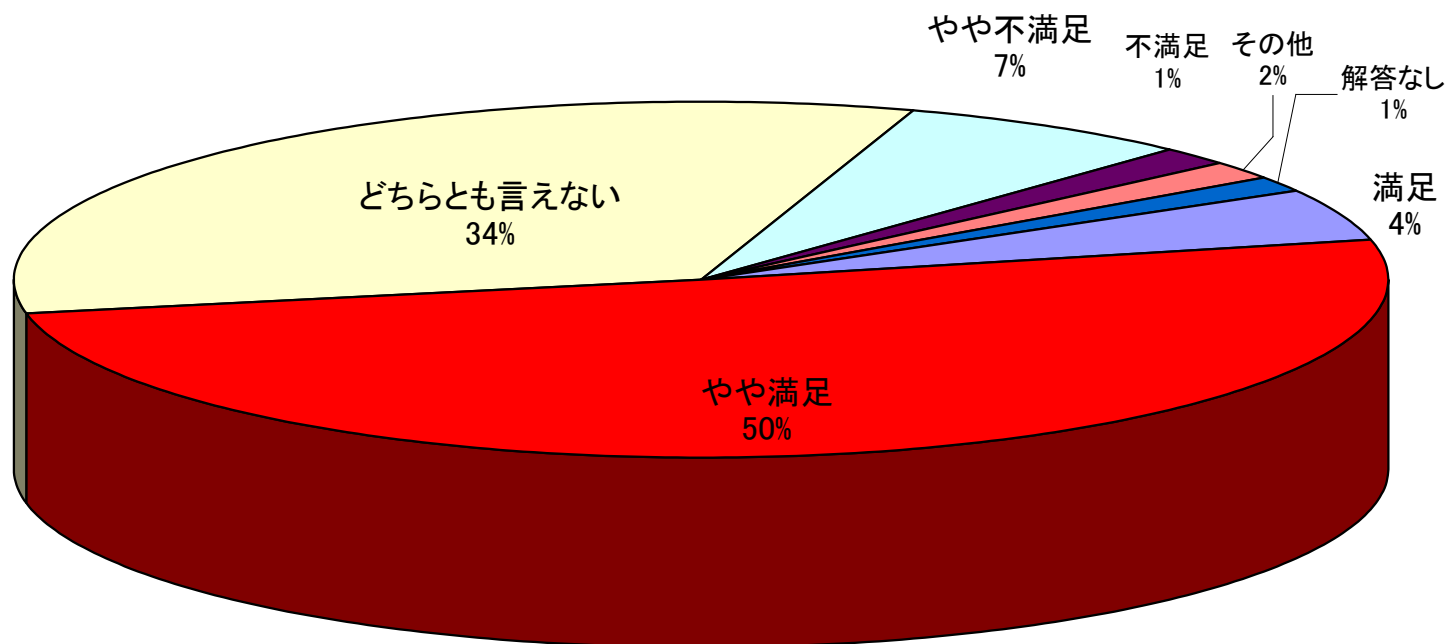
[充実した体制の救急救命センターの評価/二次救急医療機関における入院医療の評価/手厚い急性期入院医療の評価]



サンプル数: 346

Ⅱ 平成22年度診療報酬改定の評価について

4. 約80項目の新規医療技術の保険導入について
[腹腔鏡下肝部分切除術、肛門部胆管癌切除術及びバイパス術を併用した脳動脈瘤手術など]

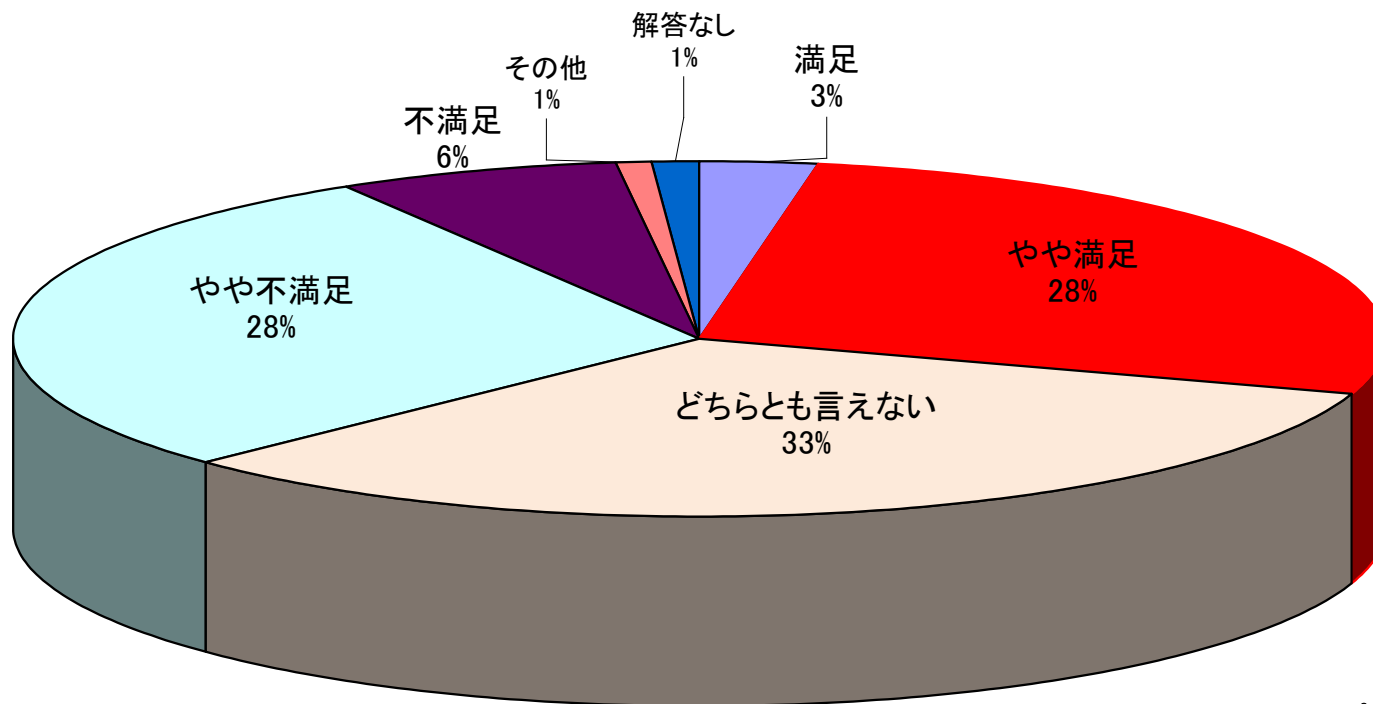


サンプル数: 346

Ⅱ 平成22年度診療報酬改定の評価について

5. 病院勤務医の負担軽減について

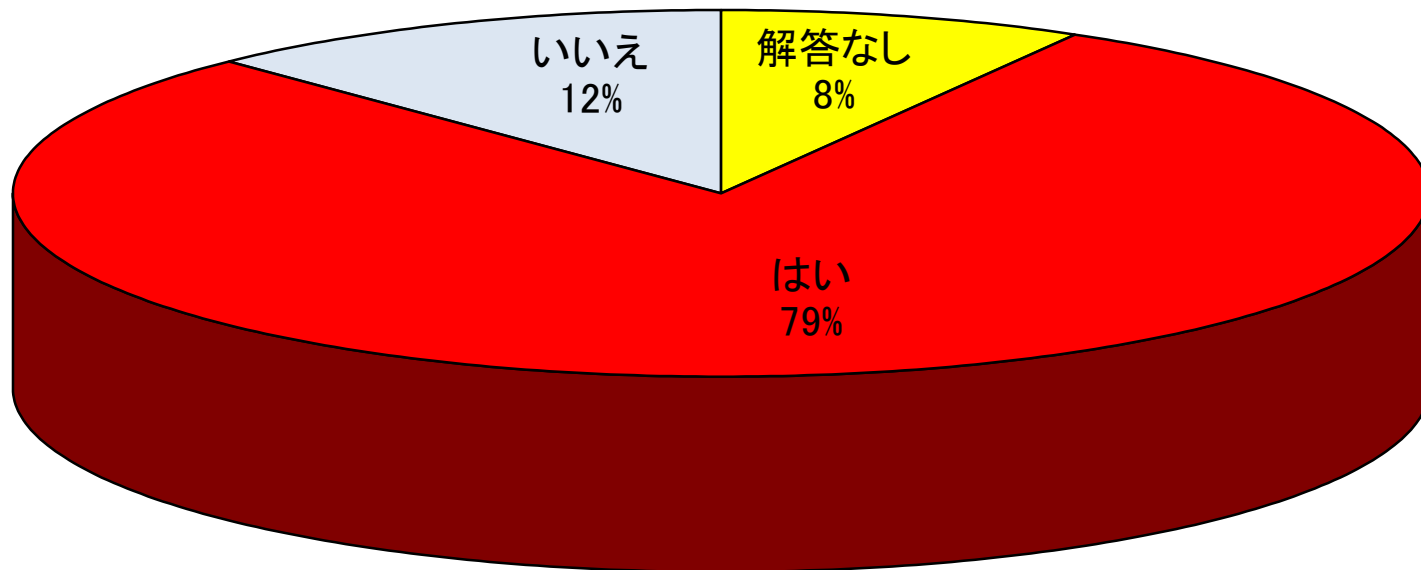
[病院勤務医の事務負担の軽減/手厚い人員体制による入院医療の評価/
多職種からなるチームによる取組の評価]



サンプル数: 346

Ⅱ 平成22年度診療報酬改定の評価について

6. ドクターズフィーは導入するべきだと思いますか。



サンプル数: 346

その他ご意見

- 診療報酬が上がったからといって病院の収益＝給与になるわけではないと思います
- 外科医の技術の高さを客観的に評価するシステムが必要だと思います。得点の高い人は給料も高くすれば皆努力するでしょう。
- 大学病院等、最先端の医療を行う施設で働く医師の待遇が悪過ぎる。国は箱物ばかり金をかけずに人に金を出すことを考えるべき。
- まだまだ手術技術に対する評価が少ない。
- 手術料はUPしたが外科Drの給料面でのUPIにつなげるようなシステムにはなっていない。
- 高レベルの手術に対してドクターズフィーは必要。地位向上によって外科医は増加します。
- 診療報酬が上がっても個人本人の給料は下がる一方である。
- 診療報酬の改定で労働の負担が軽減するとは思えないのですが…。もっと大胆な改善が必要だと思います。やはり混合診療だと思うのですが…。
- 混合診療にすべき。歯科で認められているのだから、腹腔鏡の材料代をもらえるようにすべき。
- 努力と成果に応じた人事効果の導入が必要。
- 少なくとも国公立医学部の受験する際には、外科系にも行ってもらうこと確認してから受験してもらう。
- 外科の絶対数を論議するだけでなく、施設間の効率などを考えるべき。もう少し現場からの客観的なデータを示したほうが良いのでは？
- もっと外科系のドクターの待遇を改善すべき。
- 動物を使ったトレーニングセンターの設置が有効と思います。外科医のトレーニングのために必須と考えます。
- ドクターフィーは賛成ですが、評価法を客観的に公平にできるのでしょうかね…。
- 少なくとも他科より優遇してほしい。
- がんばって外科医を増やしましょう。医学部に通っている娘をまず引き入れたいです。
- 忙しくとも、患者からの感謝の言葉でむくわれてモチベーションをたもっていることは多い。患者、家族からの心ない言葉で心が折れた人は多い。そういう先輩を見て、若者は外科から離れていく。リスクが高いのは確かだが、患者さん(市民)への啓もう、理解を求めるべきでは？外科医だって人間だ！

その他ご意見

- 実際に医師に対して改定が反映されるかがわからない。
- 保険から引き離して考えたい。女性医師の対策、医療行為に過失傷害致死の概念から切り離す法的処置
- 診療報酬を改善しても、諸外国に比して手術料はまだ安く、大きな手術ほど割が合わない。患者の体格やリスクによる差もない。また病院の収益は上がっても、全科同じ給与体系では外科救急等の現在内科になっている科の入局者は増えない。
- 診療以外の用が多すぎる。診療システム(コンピュータシステム)もDrへの負担軽減という視点で開発を進めて欲しい。
- NST加算等、申請できる施設はほとんどないと思います。
- マスコミなどの意見に左右され、救急などだけが大変と思われるが、外科全体も同様に大変な状況であることを、学会等から社会やマスコミに伝えて行くべきと考えます。
- 賞味期間が短いことから15年の専門職で一生くらする位の手当が必要。
- 技術と材料費を独立させる。
- 心臓血管外科分野において、施設あたりの症例数が100例前後の日本の状況は、欧米の500～1000例に比するとあまりに少なく、外科医の教育の面、医療コストの点から見ても明らかに大きな問題である。診療報酬の改正で施設集約化を早急に導入しない限り、外科(特に心臓外科)崩壊は避けられないと思う。早急の対応を期待します。私も月8～10回当直しています。
- 患者負担を増やすこととなりあまり良い改定とはいえない。もっと公費を入れるシステムにすべき。外科医を大切にすることの気持ち(患者・家族側と医局側)
- コンビニ受診が多く、開業医の協力がなくかつ、大学病院の当直料は安く、スタッフが少なく救急への対応は今後厳しい。