

拘束当番制度に対する本院医師への意識調査

日本赤十字社和歌山医療センター 皮膚科部

辻岡 馨

索引用語：拘束当番制度，オンコール待機，救急医療，意識調査，質問紙法

要 旨

拘束当番制度の運用の実情を明らかにするため，全医師を対象として質問紙法による意識調査を行った。対象者 217 名のうち 88 名から回答を得た。様々な立場，専門領域を持つ回答者の平均的意識を総括するのは難しいが，拘束当番制度への支持，当番の負担感，当番の無報酬性についての懷疑，他科診療医への配慮などは窺い知ることができた。回答内容について質問間の相関性の解析をすることによりいくつかの傾向が示唆された。回答者数が多くないという点で，必ずしも全体の趨勢を反映していない可能性はあるが，今後拘束当番制度について議論するための資料として活用されることを望む。

はじめに

当科では BSC の手法を活用して診療業務内容を再評価し，その改善を模索するなかで，拘束当番制度とどう向き合っていくかを考える機会があった。その際いくつかの問題点が浮かび上がり，他科の医師がどのような考えを持ち，どう対応しているかを知ることが重要であると考えるに至った。しかし，これまで医局会でもこの課題についての実態調査がなされておらず，拘束当番制度についての本院医師の基本認識がどのようなものか明らかではなかった。また他院でなされたかもしれないこうした調査についても公表された資料を見つけることができなかった。こういう状況を鑑みて，当科だけでなく他科の医師にとっても恩恵をもたらすと期待し，パイロットスタディとして意識調査をすること

を思い立った。

目 的

本院における拘束当番制度の運用の実情と，それに対するさまざまな立場の医師の認識を明らかにする。さらに今後本制度に関わる問題について医局内あるいは診療科間において相互に理解しあい，議論をするための基礎資料作りを目指す。

方 法

非常勤勤務医師を除いた本院の全医師（実施時期において 217 名）を対象に 24 の質問を用意して，平成 27 年 12 月から平成 28 年 1 月にかけて，無記名で意識調査を実施した。質問の内容は，当番の頻度，当番の時の電話連絡や出勤する頻度，負担感，必要性，負担軽減対策，当直医側からの評価，経済的裏付けの要望の是非，およびそれらに関連する諸項目であり，表 1 に提示する（実際に配布した質問紙の内容と表現が一部異なる箇所がある）。自由意見の記

（平成28年 8 月23日受付）（平成28年 9 月15日受理）
連絡先：（〒640-8558）

和歌山市小松原通四丁目20番地
日本赤十字社和歌山医療センター
皮膚科部

辻岡 馨

【表1】アンケート用紙

1. あなたの年齢は a. 20代 b. 30代 c. 40代 d. 50代 e. 60代
2. あなたの性別は a. 男性 b. 女性
3. あなたの診療科は
4. 現在拘束当番を担っていますか
 - a. はい b. いいえ → (5-12を飛ばして13へ)
5. 拘束当番を月にどのくらい担っていますか (平日も休日も1回とする)
 - a. 月1回から5回 b. 6回から10回 c. 10回以上
6. あなたの科では何人の医師で拘束当番を分担していますか
 - a. 2人 b. 3人 c. 4人 d. 5人以上
7. 当直医からの電話連絡は1日当たり平均どのくらいありますか
 - a. ほとんど0回 b. ゼロではないが1回未満 c. 1回以上2回未満 d. 2回以上
8. 当直研修医から直接電話がかかることがありますか
 - a. よくある b. ときにある c. たまにある d. ほとんどない e. わからない
9. 拘束医の立場から見て電話相談のみで解決することもありますか
 - a. よくある b. ときにある c. たまにある d. ほとんどない
10. 電話連絡を受けてERに出ていくことはどのくらいの頻度でありますか
 - a. 拘束1日あたり平均1回以上 b. 0.5回以上1回未満 c. 0.2回以上0.5回未満 d. 0.2回未満
11. 呼び出されて診察に出向いたけれども実際は緊急性に乏しかった事例に遭遇しますか
 - a. よくある b. ときにある c. たまにある d. ほとんどない
12. 拘束当番を負担に感じますか
 - a. 感じない b. 感じることもある)
13. ER当直 (ICU当直や眼科、産科当直など各科当直を除く) をされていますか
 - a. はい b. いいえ → (14-17を飛ばして18へ)
14. ER当直をしていて拘束医に電話連絡することがありますか
 - a. よくある b. ときにある c. たまにある d. ほとんどない
15. 拘束制度が正式な病院業務として位置づけされていないことから、拘束医に連絡するのをためらうことがありますか
 - a. よくある b. ときにある c. たまにある d. ほとんどない
16. 拘束医と連絡が取れないことがありますか
 - a. よくある b. ときにある c. たまにある d. ほとんどない
17. 当直医の立場からみて電話相談だけで解決することがありますか
 - a. よくある b. ときにある c. たまにある d. ほとんどない
18. 拘束当番制度は必要であると思いますか
 - a. 必要である b. 必要であるが運用を見直すべきである c. 必要ではない
19. あなたの診療科では拘束医の負担を軽減するための手立てを講じていますか
 - a. 講じている b. 講じていない
20. オーバーナイトベッドを活用するなど指導医入院を積極的に行うことにより拘束医の負担は軽減すると思いますか
 - a. 思う b. そうかもしれないが、診療の質が落ちたり、当直医の負担が増えて望ましくない c. 思わない
21. 本院で遠隔画像診断システムを活用するとあなたの診療科の拘束医の負担が軽減する可能性があると思いますか
 - a. 思う b. 思わない c. わからない
22. 当院で手当の裏付けなしに拘束当番制度が運用されていることをどう思いますか
 - a. 医療者として当然だ b. やむを得ないことだ c. 問題である
23. 拘束手当の支給を病院側に要望することについてどう思いますか
 - a. 必要ない b. 必要だ c. 必要だが病院の財政事情も考えないといけない
 - d. 支給を受けると電話連絡や出勤の頻度が増えるかもしれないと逆に困る
24. もし支給を要望するとしたら、どのくらいの金額が適当だと思いますか

平日1回 (休日なら半日分として) 当たり

 - a. 1,000円程度 b. 3,000円程度 c. 5,000円程度 d. それ以上 e. わからない

載も募った。また集計結果を基に、マイクロソフトエクセルの解析機能を活用し、スチューデントt検定によって質問間の回答内容の相関性の有意性の判定など統計的解析も行った¹⁾。考察するにあたって本院の医師を、拘束当番に携わっているか、ER 当直に携わっているかの有無で4つのサブクラスに分類した。なおここで述べる ER 当直とは救急外来当直 A、当直 B、研修医当直、指導医当直のことを指し、ICU 当直、SCU (脳卒中 CU) 当直、PICU (周産期 ICU) 当直、NICU (新生児 ICU) 当直、小児科当直、眼科当直など不特定領域の診療を行わない当直は対象としていない。

結 果

18 診療科の医師および研修医を合わせて 88 名から回答を得た。全体の回収率は 40.5%だった。ちなみに本院に於いて拘束当番にも ER 当直にも携わっている医師は 74 名で最も多く、拘束当番には携わらないが、ER 当直に携わる医師は 35 名で主として研修医である。拘束当番に携わるが、ER 当直に携わらない医師は 44 名で、拘束当番にも ER 当直にも携わらない医師は 64 名で、各科当直をしている医師や諸事情で拘束当番や当直を免除されている医師であると考えられる。拘束当番に携わっている医師

【表 2】回答結果

質 問	a	b	c	d	e	回答数
1	27.3	37.5	21.6	11.4	2.3	88
2	73.9	26.1	—	—	—	88
3	—	—	—	—	—	74
4	63.6	36.4	—	—	—	88
5	30.9	52.7	16.4	—	—	55
6	10.7	10.7	19.6	58.9	—	56
7	9.1	52.7	23.6	14.5	—	55
8	25.0	30.4	19.6	21.4	3.6	56
9	7.1	26.6	33.9	32.1	—	56
10	14.8	31.5	27.8	25.9	—	54
11	7.3	21.8	43.6	27.3	—	55
12	14.8	85.2	—	—	—	54
13	59.1	40.9	—	—	—	88
14	65.4	23.1	9.6	1.9	—	52
15	15.4	26.9	21.2	36.5	—	52
16	1.9	9.6	46.2	42.3	—	52
17	5.8	38.5	46.2	9.6	—	52
18	54.2	44.6	1.2	—	—	83
19	14.7	85.3	—	—	—	75
20	63.9	30.1	6.0	—	—	83
21	40.2	27.6	32.2	—	—	87
22	1.1	25.0	73.9	—	—	88
23	3.4	51.1	38.6	6.8	—	88
24	6.8	17.0	28.4	12.5	35.2	88

注 1. 回答の内訳をパーセントで示している。

注 2. 回答数の合計が 88 に達しない回答項目があるのは、回答者を限定した質問があることと、一部無記入のケースがあるからである。

注 3. 質問 3 の回答内容は循環器内科 5、糖尿病内分泌内科 3、血液内科 4、耳鼻咽喉科 8、小児科 10、腎臓内科 4、皮膚科 3、歯科口腔外科 3、放射線科 7、麻酔科 6、呼吸器内科 5、神経内科 2、精神科 1、形成外科 3、呼吸器外科 4、心療内科 1、第一救急部 2、第二救急部 3、無記入 14 であった。

からの回収率は 47.5%，拘束医を呼び出す立場にある医師からは 47.7%だった。当番に携わっているか否かの判定は平成 27 年 12 月の拘束当番表，ER 当直当番表を参照して行った。

集計結果を表 2 に示すとともに，主な回答結果について略述する。回答者の男女比は 2.8：1，推定平均年齢は 37.3 歳だった。拘束当番の回数は月 6 -10 回という回答が半数を占めた。6 割近くの医師が 5 人以上で当番を分担している。電話連絡が来る回数は半数以上が一日あたり 1 回以下であった。電話相談による解決事例は 3 分の 1 以下のものである。ER に出動するのは半数以上が 2 日に 1 回以上の頻度である。当番の時呼び出されて診察に出向いたけれども実際には緊急性に乏しかったという事例に遭遇することも少なくないようである。拘束当番を負担に感じている医師の割合は 85.2%と高い割合を示す。その理由として学会に参加できなかった，行動範囲や私生活が制限された（飲酒を控えざるを得なかった，家族との約束を果たせなかった，遠出ができなかった），翌日の業務に差し支えるような深夜出勤もある，などが挙げられた。浴室にもスマホを持って入る，心が安まることがないという回答もあった。

一方 ER 当直医の立場からの回答として，拘束医を電話で呼び出すことは頻繁にあることが窺える。拘束制度が病院の正式な業務でないことから呼び出しをすることに対してためらいを感じるかどうかについては，意見が分かれている。当直医の側からも電話相談だけで解決することは多いとは言えない。

拘束当番制度は必要であるという回答は 99%近くに達したが，その一方で運用を見直すべきだという回答も 44.5%あった。

拘束医の負担軽減策を講じている科は少ないが，その手立てとしては，特定の疾患の当直医向け診療手引きなどを ER に備えているというものがあつた。

現在拘束当番に対して手当が支給されていない点に関しては，多くの回答者が問題視してい

るが，手当の支給を要望することについては，諸手を挙げて賛成するわけではないようである。

自由意見としては，現状評価に類するものとして，非協力的な医師，診療科があること，診療科を決めないと入院させにくいので拘束医を呼ばざるを得ないこと，電話連絡を受けたがすぐに対応できず，かけなおしたが相手がわからなかったというものなどがあつた。問題提起として，拘束当番の義務の範囲，内容が明確でないことや，各科で拘束当番に対する意識が異なっていることが問題とするもの，過去に医局会から病院当局に手当支給の要望を出したが反応がなかった，オーバーナイトベッドが十分活用されていない，などのコメントが寄せられた。提案，要望として，正式な病院の制度にするなら報酬は必要である，拘束当番ではなく，各科当直制度にしたほうがよい，非緊急事例を翌日診療するようにすれば負担は軽減する，研修医へのレクチャーで緊急性の判断力を高めるとよい，担当者が少ない科では電話相談のみにしてほしい，制度が義務化されると辛いというような様々な意見があつた。

質問間において有意な相関関係を示した主な組み合わせを表 3 に列挙する。ただし質問 5 と 6，7 と 8，7 と 10 のように当然相関関係が予想される組み合わせについては取り上げていない。有意差の有無は概して明確であり，ほとんどにおいて信頼率 99%の基準をクリアした。まず負担感と相関する因子として有意性を示したのは，回答者の年齢の高さ，当直医として電話呼び出しの多さ，当直医として拘束医への連絡の取れなさの 3 項目であつた。より高い報酬を要求する傾向と相関していたのは，当直医の立場で電話呼び出しが多いこと，当直医の立場で電話呼び出しに躊躇しないこと，性別が男性であることの 3 項目であつた。

サンプル数が少ないので有意差の検定はしていないが，診療科ごとに回答を集計すると相応の違いも認められた。電話連絡が来る回数，出動する回数に関して，多い科と少ない科がある

【表 3】相関性検定結果（有意な相関性を示した主な組み合わせ）

- | | | |
|--------------------------|---|-----------------------|
| 1. 拘束当番の負担感 | ⇔ | 回答者の年齢の高さ |
| 2. 拘束当番の負担感 | ⇔ | 当直医の立場での呼出し回数の多さ |
| 3. 拘束当番の負担感 | ⇔ | 当直医の立場での拘束医への連絡の付きにくさ |
| 4. 経済的代償の要求度 | ⇔ | 当直医の立場での呼出し回数の多さ |
| 5. 経済的代償の要求度 | ⇔ | 当直医の立場での呼出しを躊躇しない傾向 |
| 6. 経済的代償の要求度 | ⇔ | 回答者が男性 |
| 7. 当番回数の多さ | ⇔ | 電話で呼び出される回数の少なさ |
| 8. 当番回数の多さ | ⇔ | 出勤回数の少なさ |
| 9. 当番担当者の少なさ | ⇔ | 拘束医の立場での電話相談での解決の多さ |
| 10. 当直医の立場での電話相談による解決の多さ | ⇔ | 拘束医の立場での電話相談による解決の多さ |
| 11. 当直医の立場での呼出し回数の多さ | ⇔ | 当直医の立場で呼出しを躊躇する傾向 |
| 12. 当直医の立場での呼出し回数の多さ | ⇔ | 出勤回数の多さ |
| 13. 非緊急事例の出勤回数 | ⇔ | 研修医からの連絡の多さ |
| 14. 非緊急事例の出勤回数 | ⇔ | 当直医の立場での電話相談による解決の多さ |
| 15. 非緊急事例の出勤回数 | ⇔ | 拘束医の立場での電話相談による解決の多さ |
| 16. 拘束医の負担軽減策実施 | ⇔ | 拘束医の立場での電話相談による解決の多さ |
| 17. 当番回数の少なさ | ⇔ | 拘束当番制度への現状是認の度合いの高さ |

（標準偏差が大きい）。また 4 つのサブクラス間においても回答傾向の差が見られた。拘束当番だけに携わる医師の回答傾向として当番に対するより高い報酬を要望すること、当直だけに携わる医師の回答傾向として、電話連絡することをためらうこと、当番義務の無報酬を問題視することが示された。

考 察

質問紙の回収率は高くなく、対象者の半分にも達していない。またいくつかの診療科からは回答が一つも寄せられなかった。それは必ずしも拘束当番に携わっていない科だけではない。その理由を推測するに、拘束当番制度に対して問題意識を持つことなく、当然の日常業務と自覚しているので関心が低いということかもしれない。あるいは調査の実施方法が適切でなかったことも考えられる。理由の如何に関わらず、この調査は偏った結果をもたらしている可能性があり、必ずしも全体の趨勢を反映しているとは限らないことは認めざるを得ない。調査結果

を単純に要約するのは困難だが、拘束当番制度への支持、当番の負担感、無報酬への問題意識、診療科や立場の違いによる意識の相違、他診療科医師への一定の配慮などは平均的傾向として捉えられると思われる。

集計結果についての注釈を加える。負担軽減策を実施しているという回答と電話相談での解決が多いことに有意な相関が見られたことから、それらの対策はそれなりの成果を挙げていると言えるだろう。筆者が負担軽減策の一つの候補と考えている遠隔医療の手法の応用については意見が分かれている。当然ながら診療内容次第であるのは間違いない。業界紙によると²⁾、群馬県の総合病院外科で遠隔画像診断システムを導入した結果、外科医の時間外呼出し回数が 7 割減になったという事例を紹介している。システムの導入費用は 2,500 万円と決して安いとは言えないが、参考事例になると思われる。筆者の専門領域である皮膚科でも、ER 診療支援に遠隔医療システムを活用して診断の精度が上がるなどその有用性を実証する外国からの研究報告³⁾が出てくるようになった。セキュリティ担

保の面から問題はあるが、iPad など安価な汎用機器と電子メールなど既存のシステムを用いても代用的な診断支援ができることは確認できている。解像度、通信速度、処理速度、操作性の向上、機器の軽量化、ソフトの充実など急速な技術革新の恩恵が享受できることは大きい⁴⁾。

相関性解析の結果について解釈を試みることにする。拘束当番の負担感は、筆者の予想に反して必ずしも当番回数、電話連絡回数、出勤回数の多さ、より高い経済的報酬を要求する傾向とは相関しなかった。浴室にもスマホを持って入るという切実なコメントもあったが、電話連絡や出勤と関係なく、拘束当番に携わること自体が負担感の原因であるのかもしれない。回答者の年齢の高さとの相関に関して、13 年前から拘束当番を続けていて、60 歳に近い筆者は当番の重圧を自覚しているが、高年齢化とともにこの種の義務に対する認容度が下がっていくことは実感する。しかし、年齢の高さが拘束当番を担ってきた期間の長さのような他の因子とも交絡しているのかどうかは明らかではない。当直医の立場での電話呼び出しの多さとの相関はやや意外な気もするが、よく呼び出す医師は自分が拘束当番で待機しているとき、逆によく呼ばれるかもしれないと懸念するということがあるかもしれない。より高い報酬を求める傾向と有意な相関性を示した項目が、当直医の立場での電話呼び出しの多さ、当直医の立場での電話呼び出しに躊躇しない傾向であったことに関しては、自分自身のためではなく、呼び出す相手のために高い対価を求めたということであり、拘束医への配慮や気配りを示したものかもしれない。しかし、報酬が十分支払われてさえいれば、心置きなく呼び出せるという願望が働いたとも考えられる。拘束当番への無報酬を疑問視するのは当直のみを担っているサブクラスの医師に多い傾向があることもこの相関性と関係がありそうである。性別が男性であることについては、推測の域を出ないが、家族を持っていることが関与しているのかもしれない。それ以外に相関

性が見られた組み合わせのなかで、表 3 の 7-9 については、その診療科の患者数自体が少なく、担当医も少ないと考えることもできるが、当番が多いとなるべく電話で済ませたいという意識が働きやすくなるという解釈も成り立ちうる。10 については、当直医の立場と拘束医の立場で診療領域が異なるにもかかわらず、電話相談による解決が多いということは、電話相談による解決を意図的に試みていることの表れかもしれない。この事例に限らず、一人の医師があるときは拘束医として、別のときには当直医としてこの制度に関わることでそれぞれ微妙な影響を及ぼすことが予想される。11 は呼び出しをよくする当直医は、呼び出しを躊躇する傾向が高まるということであり、12 は、よく出勤する拘束医は、当直のときによく呼び出しをするという傾向を示し、いずれもある程度納得しうる相関関係である。もし当直のときよく呼び出しをすることと、拘束当番のとき出勤回数が少ないことが相関していたら、一種の二重基準の下で行動していることになるが、そういうことは認められなかった。医療人としての良識が示されたと考えたい。13 を見ると、やはり研修医は緊急性の判断をするのが難しいことを反映しているようである。14、15 は非緊急事例を頻繁に経験すると電話相談で解決させたくない心理が働く傾向を示している可能性がある。ただし相関性があることが必ずしも因果関係を示唆するとは限らない。

診療科間の回答傾向の差は、その科の診療内容を反映して当然ともいえる。サブクラス間の回答傾向の差は、前述の通り拘束医への配慮を示しているように見える。

いつ電話がかかるかわからないという不安感を抱きつつ行動の自由は制限されるが、ただ待機しているだけで何か仕事をしているわけではないという義務に経済的代償が必要かどうかは微妙な問題である。医師の職務は高い使命感に支えられ、ある程度の自己犠牲を強いられるものではある。しかし、医療従事者の善意や奉仕

精神に多くを依存するシステムは危ういと言わざるを得ない。現実には拘束当番に手当を支給している病院は存在しており、岡山県の基幹病院の一つであるK病院では平日夜間、休日の日中、休日の夜間にそれぞれ5,000円、土曜日の午後（土曜日の午前中は外来診療をしているため）に3,000円の手当を支給している。ちなみにこの基準に則って本院なら年間どのくらいの経済的負担が発生するかを概算してみると、23（一日において当番に携わっている拘束医の数）×491（2015年の平日の数＋休日の数×2）×5,000＝5,646万5千円と試算できる。言うまでもなく巨額である。一方、奈良県の基幹病院の一つであるT病院の皮膚科医師によれば、同院にもオンコール当番制度はあるが、手当の支給はなく、それが病院の正式な制度なのか、紳士協定のような暗黙の申し合わせなのか、わからないということであった。

拘束当番制度の位置づけについて様々な立場がありうる。その一つは、休日や時間外であっても受診者が特定診療科の診療対象となると判定されればただちにその科の拘束医に診察依頼をするというものである。いわばコンビニ医療を推進するための運用方式である。医学の発展とともに医師の職務内容が専門化、細分化、複雑化している。当直業務のうちでも専門外の診療を担わされるのが最もストレスが大きいという過去の医局会での意見があったことも踏まえれば、当直医が多数のER受診患者に迅速に対応するためにもこの方式は有用であると考えられる。患者の要求度の高まりに対しても有効である。しかし少人数で当番を分担している診療科にとってその負担は重くのしかかる。一方で重症度が高く、緊急性が明白である事例に限って拘束医を呼び出すという運用方針もある。しかし、緊急性の評価には診療能力、診療経験も必要であり、必ずしも容易ではないという問題がある。したがって緊急かどうかが判別できないから拘束医を呼ばざるを得ないという事態が起こりうる。

いずれにしても救急医療をどう実践するかという視点を明らかにせずに、拘束当番制度の運用の在り方を議論することはできない。例えば不明熱、多臓器障害のように、境界領域あるいは複数診療科にまたがる病態にどう対応するか、担当診療科が不明確な患者の診療をどうするかというような問題である。不満が鬱積して噴出する前に医局会や各種委員会等で議論し、一定のコンセンサスを得ておく努力が必要だろう。限られた医療資源（特に人的資源）を活用して、どのように持続可能なシステムを構築していくかを考えていかねばならない。現在拘束当番制度は、病院の正式な業務として認定されていない。この点について、現行通り不文律として（自主的な互助制度のような形で）運用していくのか、病院の正式な業務とするべきなのか、そして経済的対価を与えるのか、そうしないでおくのか、という議論も出てくる。そうなるとこの問題は医局内だけに留まらず、病院の担当部局、経営部門とも関わってくる。

もとより本稿の目的はこの種の議論を展開することではなく、そのための材料を提供することである。しかし、折角の機会なのでここに筆者の私見を提示しておく。その一つは、各科の診療内容や人員充実度を勘案して、制度化された義務的な待機当番と、出勤義務を伴わない（出勤は任意）電話当番の2種類に区分し、前者には一定の報酬を要求するというものである。遠隔医療の手法の導入も検討に値すると思う。さらに筆者は拘束当番という呼称について違和感を抱き続けている。拘束とは身体拘束、身柄拘束などの用語が示す通り本人の意思に反する強制性を内包した概念である。医師が崇高な社会的義務を果たしているとするれば、この呼称は適切ではないと思われる。待機当番あるいはオンコール当番などと改称することを提案したい。

ところでER受診患者についてだけでなく、入院患者についても拘束医を呼び出す事例がありうる。これはまた検討を要する別の問題であるが、その点は質問紙の内容がややあいまいで

あった。

本来この種の調査は個人ないし個別の科が主体となって実施するのではなく、診療科を横断するチームで実施するべきものと思う。筆者自身はこのような意識調査を行うのは初めてであり、いくつかの反省点がある。まず研究デザインが十分練り上げられておらず、質問内容が不十分、不適切であった可能性がある。例えば、拘束当番を担ってきた期間についての質問、過去に拘束当番を担っていたかどうかの質問、過去に拘束当番を担っていた時のことを想起して回答を求める質問、実際当日出勤して診療したことが翌日以後診療するよりも有意義だった事例がどのくらいあったかという質問、拘束医に連絡しなかったため後悔した事例があるかという質問、回答者の婚姻状況や同居者・家族の有無、育児など家庭環境についての質問なども適宜加えておくべきであった。また統計学に精通しておらず、解析手法が適切かどうかについて第三者の監査を受けていない。結果の解釈も恣意的であると批判を受ける点は多々あると思われる。それらをすべて踏まえた上で本稿が今後有効に活用されれば幸甚である。

本稿の内容の一部は第8回日赤和歌山ルネサンスにおいて発表した。

謝辞：この調査に当たっては多くの方から貴重な助力を賜った。質問紙の内容に関して総務課内田一彦課長、第一救急部浜崎俊明部長の御助言を受け、質問紙の配布、回収については糖尿病内分泌内科岩崎彩医師をはじめとする医局世話人の先生方の手を煩わせた。また回収資料の処理、データ入力に関して皮膚科大橋理加医師、谷牙香医師、形成外科石井浩子医師の協力を得た。ここに記して深謝する。ただし調査の内容、方法について不備、不適切な点があれば、責任はすべて筆者にある。

多忙な診療の合間を縫って調査に協力してくださった多くの医師職員の方々にも謝意を示したい。

参考文献

- 1) 今里健一郎. Excel で手軽にできるアンケート解析. 東京：日本規格協会；2008. P.168-178.
- 2) 井田恭子. 外科医の時間外呼び出し激減の理由. 日経メディカル 2015 年 6 月号：36-37.
- 3) Duong TA, Cordoliani F, Julliard C, et al. Emergency department diagnosis and management of skin diseases with real-time teledermatologic expertise. JAMA Dermatol 2014；150：743-747.
- 4) 二羽はるな, 豊川啄. iPad で変わる医療. 日経メディカル 2010 年 10 月号：48-65.

Key words ; on-call duty system, ER practice, survey for attitude, questionnaire method

Survey for attitude towards on-call duty system among the doctors in our hospital

Kaoru Tsujioka, M.D.

Department of Dermatology, Japanese Red Cross Wakayama Medical Center

Abstract

Author conducted the survey by questionnaire method containing questions as to many facets of on-call duty system and ER duty. 88 out of 217 doctors concerned responded. Since repliers were in the various positions and with various specialties, it is difficult to summarize the results. However, as overall tendencies, support for on-call duty system, recognition of the duty as burden, doubt about voluntariness of the duty and consideration for the colleagues with other specialties were noticed. Relativity analysis between individual questions suggested some trends in the answers. Although repliers were not enough in number, this survey would become resources for the upcoming discussion about the management of on-call duty system in relation with ER practice.