

## IV. 研究協力報告書

厚生科学研究費補助金 (政策科学推進研究事業)

研究協力報告書

かかりつけ医師の特性と、患者が感じる全人性および提供されるケアの包括性との関連に  
関する比較調査研究

—研究協力医師の基本的特性と自身が提供するケアの全人性、包括性への認識—

研究協力者 池沢 裕弘

福井大学附属病院総合診療部 助教

研究要旨

提供されている医療サービスにおける全人性、および包括性について、担当医の施設規模で異なるかどうかを明らかにするための研究を計画し、平成19年12月より研究が実施され、大病院(500床以上)8施設、中小病院16施設、診療所28施設が参加し実行中である。

平成20年2月22日現在において、研究に参加の意思を示した医師は131名あり、現時点で解析可能な医師は86名であった。医師の専門領域については、プライマリ・ケアを専門としている医師が7割弱と臓器別専門医と比べて多かった。また、研究協力医師の6割以上がコミュニケーションに関するトレーニングを複数回受けていた。9割の医師が自己の診療を振り返り包括的、全人的ケアをある程度以上提供していると考えていた。

本事業は現在も進行中で、今後の予定として、患者が受け取るケアの包括性・全人性を尺度化し、患者、医師、施設それぞれの特性との間に相関があるかを調査し、わが国のプライマリ・ケアの提供が実際にどのようなになっているのか実証的検証を行う予定である。

研究協力者

氏名 池沢 裕弘

所属 福井大学医学部附属病院

総合診療部

役職 助教

A. 研究目的

「地域のプライマリ・ケア医機能評価に関する実証研究班」では、どのような医師がプライマリ・ケアを担うべきか、また初期診療を担うプライマリ・ケア医はどのような機能を果たすべきかについて検証し、今後のプライマリ・ケア医療推進にむけての政策提言の資料を作成することを目的

としさまざまな側面から調査を行ってきている。

プライマリ・ケア医が果たすべき機能として、患者の生活背景まで考慮し、個別性の高いケアを提供し治療にあたる、家族背景をふまえて家族単位でのアプローチをする、あるいは社会福祉・介護サービスなどのさまざまな地域リソースとの連携を図りながら治療をする、また予防から看取りにいたるまで総合的・包括的サービスを提供する、など様々な側面が指摘されている。このような全人的・包括的ケアは、病院や地域の中小病院でも一定規模提供されていると考えられているものの、どの程度が行われているのか、あるいは施設規模や、医師の特性によって違いがあるのかは

明らかになっていない。

今回私たちは、これらの包括的・全人的ケアに着目して、全国の医療機関で研究を行った。

## B. 研究方法

### 1. 研究デザイン

自己記入式調査票を用いた横断調査研究

### 2. 研究セッティング

大病院10施設、中小病院15施設、診療所30施設

### 3. 対象患者（選択基準、除外基準）

#### 3-1 対象母集団

我が国において定期的に診療所外来、もしくは小・中規模病院やより大規模病院の内科系外来に通院している高血圧等の慢性疾患をもつ高齢者

#### 3-2 対象サンプル

施設選択基準：

- ・ 病院においては、内科・循環器科・消化器科・胃腸科・呼吸器科・内分泌代謝内科・総合内科・一般内科・総合診療科・家庭医療科のうち1つ以上を標榜し外来診療を行なう医師が2名以上存在する施設
- ・ 診療所においては、内科・循環器科・消化器科・胃腸科・呼吸器科・内分泌代謝内科・総合内科・一般内科・総合診療科・家庭医療科のうち1つ以上を標榜し外来診療を行なう医師が1名以上存在する施設

医師除外基準：

- ・ 初期研修医は除外する
- ・ 対象施設に勤続年数が半年以下の場合にはその医師は除外する
- ・ 1週間に1回以上定期的に外来診療している医師以外は除外する。(非常勤・常勤は問わない)

患者選択基準：

- ・ 65才以上
- ・ 以下の疾患のうちいずれかを持ち、さらにその疾患に関する保険適応薬剤を1種類以上処方されている：高血圧・糖尿病・高脂血症・COPD・気管支喘息・心不全
- ・ 特定の医療機関に、2006年9月1日－2007年8月31日までの1年間で6回以上48回以下の診察受診を行なっている。(その科・その医師以外の受診回数も含める)

患者除外基準：

- ・ 身体問題や文化相違等により日本語を読むことが出来ない者
- ・ 自身で答えを記入できない者
- ・ 人工透析患者
- ・ 当該施設より6ヶ月以内に1回以上往診を受けたことがある者
- ・ 調査対象の外来受診日に診察を受けず、検査や処方だけ受けた者
- ・ その他、医学的若しくは社会的理由により、調査対象者として不適切であると担当医が判断した者

#### 3-3 サンプリング方法

研究参加施設における患者のサンプリング：

病院における患者のサンプリング

- ・ 病院において、内科・循環器科・消化器科・呼吸器科・総合内科・総合診療科・家庭医療科のうち1つ以上を標榜し外来診療を行なう医師の中で、高血圧・糖尿病・高脂血症・COPD・気管支喘息・心不全のうち1つ以上の疾患を持つ患者を継続的に一ヶ月に10名以上診療している医師全員に対し、研究趣旨を文書及び口頭で説明の上、文書同意を得る。
- ・ 1施設あたりの医師数を3名程度、最大6名とする
- ・ 1医師に対して研究期間の外来受診患者全員をランダムにスクリーニングする。
- ・ 選択基準を満たす患者全員を調査対象とする。
- ・ 対象患者が1医師に対して10名となっ

た時点でスクリーニングは中止する。

- ・ 施設の研究協力担当者は患者の住所へ受診日から7日以内に郵送する。

#### 診療所における患者のサンプリング

- ・ 施設長に対し研究者から研究趣旨説明を文書及び口頭で行ない、文書同意を得る。

- ・ 1診療所において、患者全員を調査対象とする。

- ・ 診療所において、内科・循環器科・消化器科・呼吸器科・総合内科・総合診療科・家庭医療科のうち1つ以上を標榜し外来診療を行なう医師の中で、高血圧・糖尿病・高脂血症・COPD・気管支喘息・心不全のうち1つ以上の疾患を持つ患者を継続的に一ヶ月に10名以上診療している医師に対し、研究趣旨を文書及び口頭で説明の上、文書同意を得る。

- ・ 対象医師に対して研究期間の外来受診患者全員をランダムにスクリーニングする。

- ・ 選択基準を満たす患者全員を調査対象とする。

- ・ 対象患者が1医師に対して10名となった時点でスクリーニングは中止する。

- ・ 施設の研究協力担当者は患者の住所へ受診日から7日以内に郵送する。

#### 3-4 サンプルサイズ

- ・ 大病院：10施設×3医師（平均）×10名 = 300名

- ・ 中小病院：15施設×2医師×10名 = 300名

- ・ 診療所：30施設×1医師×10名 = 300名

- ・ 中小病院（病床数500未満）、大病院（病床数500以上）

- ・ それぞれ返信率75%をめざし、 $225 + 225 + 225 = 675$ 名の個票を解析対象とする。

#### 4. 評価項目

##### 4-1アウトカム指標に関する評価項目

本研究においては、アウトカム指標は通院中の患者に対して郵送法で送付される

質問紙を用いて測定する。

アウトカム1：「主要疾患以外の健康問題に対する対処を、かかりつけ医がどれほど十分に行なっているか？」

アウトカム2：「かかりつけ医がどれほど患者の生活に対する理解や患者への全人的な対応があるか？」

##### 4-2説明因子とその測定方法

協力施設はそれぞれ施設番号を持つ。また、施設特性及び医師特性については、各施設における分担研究者が施設内で収集し、医師特性は医師識別番号とともに記入される。その後、患者連結可能匿名番号と医師識別番号の対応表を作成し、その対応表は研究事務局に送付される。

##### 4-3施設特性とその測定

- ・ 施設地域規模（市・町・村 人口規模）
- ・ 施設規模 診療所（無床・有床）
- ・ 小病院（100床未満）
- ・ 中規模病院（100－499床）
- ・ 大病院（500床以上）
- ・ 臨床研修指定病院の指定（あり・なし）
- ・ 初期研修医の受け入れの有無

#### 5. データ収集の方法

##### 5-1 医師特性に関する調査

研究に同意の得られた対象医師に対して、医師の特性に関する調査を施設内研究責任者は行なう。院内の対象となる医師は、質問用紙に自らの特性等を記入し、専用の封筒に入れた上、研究事務局である東京医療センターに直接医師用質問紙を投函する。

##### 5-2 施設から患者への質問紙送付

研究に同意の得られた対象医師の定期外来に通院する患者を連続的にスクリーニングし、選択基準を満たす患者全員を対象にし、このうち最大10名を抽出し、当該施設より質問紙・研究趣旨の説明とともに調査に対する謝礼として500円の図書カードを同封し送付する。記入された質問

紙票は同封された返信用封筒を用いて、東京医療センター内研究事務局に返信される。未返信者には1度、郵送にて再送依頼文を送付する。

### 5-3 個票データの入力

その後、研究事務局で質問紙データを電子化する。個票データは、各施設には知らせない。

### 5-4 解析対象集団

回答ならびに入力が行われ、各項目について50%以上の回答が記入されている、あるいは判読可能な個票が解析対象とした。

## C. 研究結果

大病院（500床以上）10施設、中小病院（500床以下15施設、診療所30施設を目標にしたが、結果的には大病院8施設、中小病院16施設、診療所28施設が参加した。

### 【協力医師の基本的背景】

平成20年2月22日現在において、研究に参加の意思を示した医師は131名あり、診療所、中小規模の病院、大規模病院それぞれ32人、66人、33人であった。そのうち現時点で解析可能な医師は86名であった。性別では男性が70名、女性が16名で8割以上が男性医師で占めていた。また、現在、診療をおこなっている施設での勤続年数については6割が5年以上働いている一方で、1割の医師が1年未満であった。医師の専門領域については、研究参加者のうちプライマリ・ケア（総合内科、一般内科、総合診療科、家庭医療科）を専門としている医師が7割弱と臓器別専門医と比べて多かった。また、研究参加者の6割以上がコミュニケーションのトレーニングを複数回受けていた。9割の医師が自己の診療を振り返って包括的、全人的ケアをある程度以上提供していると考えていた。（図1, 2, 3）

## D. 考察

現時点で参加協力の意思を示した医師の65%に当たる86名のデータが解析された。9割以上の医師が自己の日々の診療を振り返り包括的、全人的な医療をある程度以上提供していると考えている。

このことは、そもそも今回の参加医師の7割がプライマリ・ケア領域（総合内科、一般内科、総合診療科、家庭医療科）の専門医であり、さらに6割強が複数回コミュニケーションのトレーニングを受けていることと関係していることが示唆される。

これまでの研究においてプライマリ・ケアの質については、一般外科や、婦人科、呼吸器科のような一部の専門医と、プライマリ・ケア医に含まれる総合内科や家庭医との間で違いがなかった。ただし今回のように、プライマリ・ケアの中でも重要視される包括性、全人性について個々に比較されたものは十分に研究されてこなかった。

全てのデータが解析されるのにはもう少しばかり時間を要するが、今回の研究の結果に影響を及ぼす可能性のある要因として、臓器専門医に比してプライマリ・ケア医の参加が多いこと、性別において男性医師の占める割合が多いことについては、全人的ケアの提供と密接な関係があるものと考えられる。また、同一施設での継続的な診療について、現時点で参加医師の1割が1年未満であることも、包括的・全人的ケアを提供するまで患者・医師関係が構築できていない可能性もあると考えられ、結果に影響を与える因子になりうると思われる。

本研究の結果を通じて、現在、日本におけるプライマリ・ケア医の提供するケアの全人性、包括性の程度を知ることができるとともに、患者と医師との間でのケアに関するずれや、コミュニケーショントレーニングの有効性、施設での勤続年数や医師の性別によるケアへの影響なども知ることができる。このことは、今後プライマリ・ケアを提供する医師のトレーニングや、プライマリ・ケア医の提供するケアの質の向上に寄与するものと考えられる。

## 【今後の予定】

現在もデータ回収中であり、すべてのデータの回収が終了後、概ね下記のように行う予定である。

### I. データ解析

#### (1) データの基本的情報

回収された患者アンケートならびに医師アンケートの件数を集計し、回収率を計算する。

#### (2) 患者の基本的背景情報

患者の年齢・性別・自身で感じている健康状態、かかりつけ医がいるか否か、かかりつけ医に通院している期間・頻度・通院時間

#### (3) 協力医師および協力施設の基本的背景情報

- ・ 医師の年齢・性別・卒後年数・該当施設での勤続年数・勤務状況（常勤・非常勤）・専門分野・専門医取得状況・コミュニケーション技術についての教育プログラムを受けたことがあるか、医師自身が感じている自身の診療の包括性・全人性が医師の特性としてデータ収集される。
- ・ 施設地域の規模、施設の規模、臨床研修指定の有無が施設の特性としてデータ収集される。
- ・ 上記をまとめて基本的背景情報（医師側調節因子）として提示する。

#### (4) アンケートの特性検証および包括性・全人性の尺度化

- ・ 包括性スコア、全人性スコア（0～100点）の各項目について因子分析を行い理論的整合性との一貫性を確認する。尺度内の内的整合性については Chronbach  $\alpha$  を算出する。
- ・ 満足度・信頼性についての相関係数（収束妥当性）ならびに通院距離との相関係数（弁別妥当性）を検討したうえで、尺度を作成する。

#### (5) データの解析

- （4）で尺度化された医療の包括性・全人性、すなわち、
    - 主要疾患以外の健康問題に対する対処を、かかりつけ医がどれほど十分に行なっているか？（包括性）
    - かかりつけ医がどれほど患者の生活に対する理解や患者への全人的な対応があるか？（全人性）
- と、患者の特性・医師や施設の特性との間に相関があるか検証する。

具体的な解析方法としては以下を予定している。

- ・ かかりつけ医の勤務する施設規模において全人性、包括性、満足度、信頼度について差があるか t-検定ならびに ANOVA を用いて検討する
- ・ かかりつけ医の主要な専門領域、勤務体系、これまでのトレーニング、医師の全人性・包括性のある診療に対する意識、患者の特性（性・年齢・主観的健康度）のそれぞれについて全人性、包括性、満足度、信頼度について t-検定ならびに ANOVA を用いて検討する。
- ・ 上記は、必要時にはノンパラメトリック法を用いた検討を行う。
- ・ さらに全人性スコアおよび包括性スコアのそれぞれをアウトカムとして、通院施設の形態、患者特性（性・年齢・かかりつけ年数・通院頻度・施設への通院時間など）ならびに医師側調節因子（性・年齢・卒後年数など）を用いた一般線形多重回帰分析モデルにより、説明因子における偏回帰係数を算出する。

### II. 研究仮説の検証

本研究の仮説、「プライマリ・ケア医療を主体とする医師・医療施設と、より専門性の高い医療を主とする医師・医療施設に継続的に通院している患者において、提供された医療サービスの全人性および包括性についての認識度には、有意な差がある。」が研究データによって裏づけられる

かどうかを検証することにより、わが国のプライマリ・ケア医療提供の実証的検証を行う。

### III. 研究結果発表

日本総合診療医学会、日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会などでの発表をめざす。また、協力施設には施設内研究責任者を通じて研究結果のまとめを報告する予定である。

### E. 結論

参加医師の多くがコミュニケーションのトレーニングを複数回すでに受けており、自分が日常おこなっている診療において包括的、全人的ケアは大多数がある程度以上提供していると考えている。

### F. 健康危険情報

特になし

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

特になし

#### 2. 学会発表

特になし

### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

#### 1. 特許取得

特になし

#### 2. 実用新案登録

特になし

#### 3. その他

特になし

図 1. 専門領域外へのかかわり

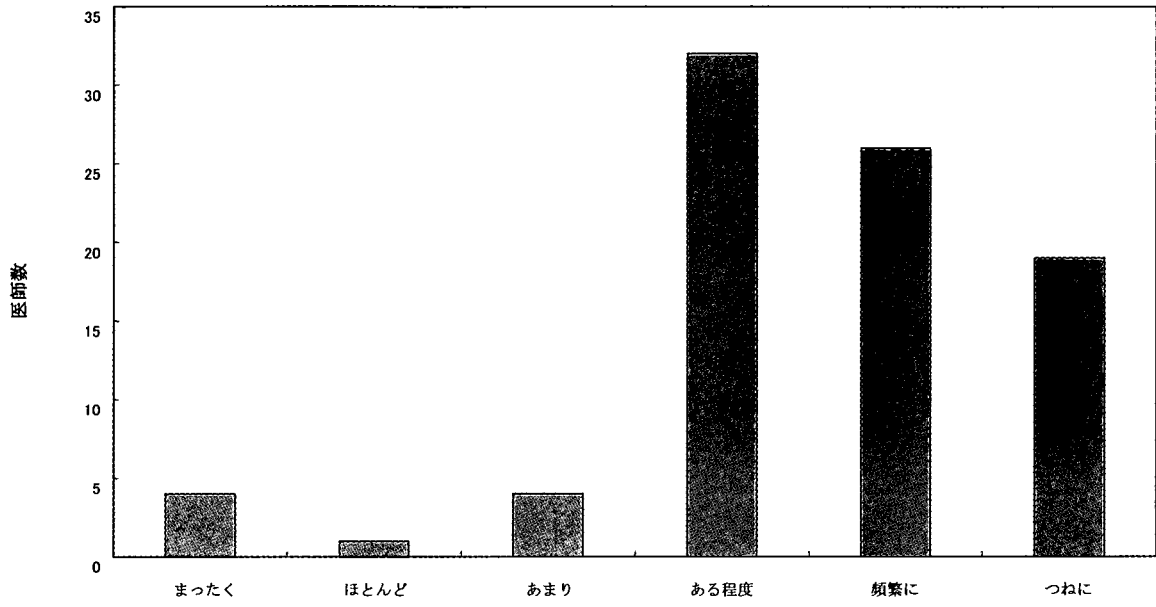


図 2. 健康問題全般へのかかわり

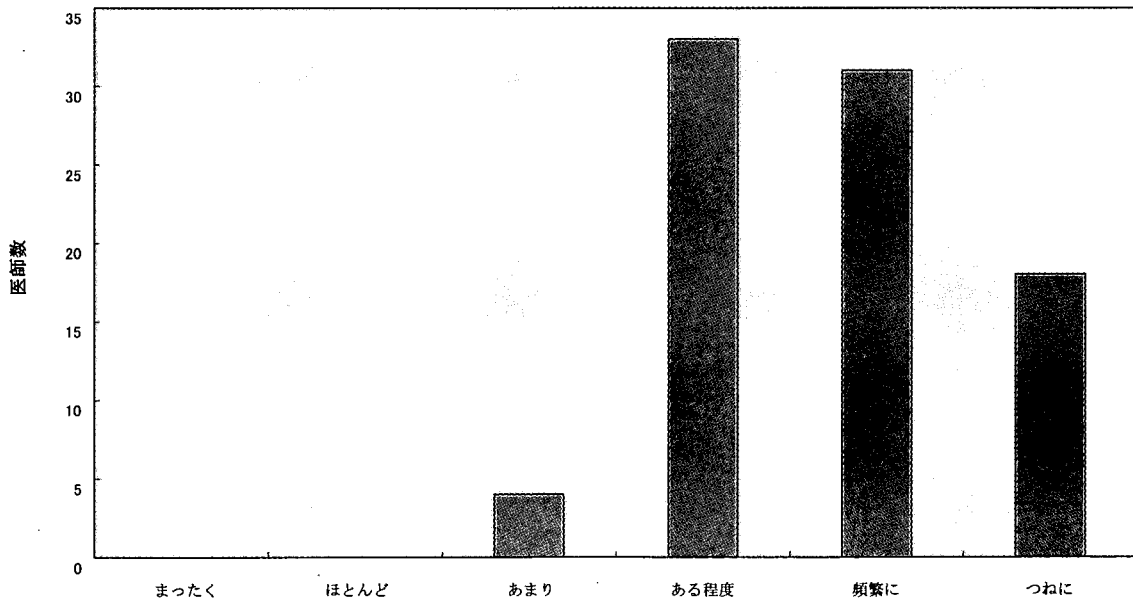
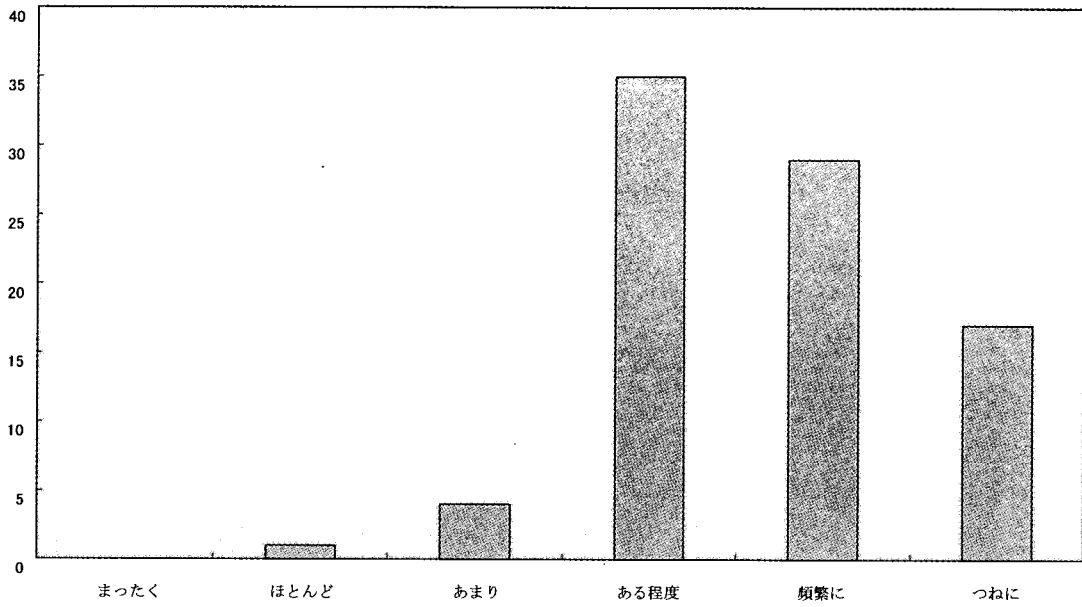




図3. 心理的、社会的側面へのかかわり



厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）  
研究協力報告書

かかりつけ医師の特性と、患者が感じる全人性および提供されるケアの包括性との  
関連に関する比較調査研究  
—患者自身が感じるケアの全人性、包括性について—

研究協力者 金城 紀与史

手稲溪仁会病院総合内科 医長

研究要旨

提供されている医療サービスにおける全人性、および包括性について、担当医の施設規模で異なるかどうかを検証する研究が開始された。患者にとって、自身に提供されている医療サービスのうち、主要な疾患に対する治療以外の精神的な面や予防医学的な面のサービスの提供がどのくらいなされているか、また患者の背景についての情報を斟酌してどの程度診療が行われているかについて、通院中の患者に自己記入式質問票を用いてたずねた。平成 20 年 2 月 22 日現在、有効回答を得た患者数は 425 名であった。回答者の男女比はほぼ半数、年齢の中央値 75 歳、患者自身が感じている健康状態は「良い」「とても良い」「最高に良い」と答えた者が 70%を占めており、外来通院している比較的健康な高齢患者層が本研究の対象となったことが示唆された。94%の患者が「自分のかかりつけ医がいる」と答えており、うち 7 割以上が 2 年以上同じ医師にかかっていた。診察頻度は 1 ヶ月に 1 度が最も多く、自宅から診療施設までの通院所要時間も 30 分未満が 7 割以上であった。

患者はかかりつけ医が提供する医療の包括性について、概ね良好と評価したが、喫煙や飲酒について、この 1 年助言を全く受けていないとする者も 2~4 割に上った。全人性についても概ね良好と評価したが、家族の状況・患者の職業についての理解が不足していると感じた者が少なくなかった。社会福祉サービスについての情報提供も不足していると感じる患者が少なくなかった。

本研究は現在も進行中であり、患者が受けている医療の包括性・全人性を尺度化し、患者・医師・施設の特性との間に相関があるかどうかを検討し、わが国のプライマリ・ケアの提供に関する実証的データ提示をする予定である。

研究協力者

氏名 金城 紀与史  
所属 手稲溪仁会病院  
役職 総合内科医長

応や学校医・産業医活動を通じた地域への対応など様々なものがある。そのひとつに、よりよいコミュニケーションを通じて患者の社会的背景や価値観、あるいは患者をとりまく家族・地域などの背景情報を踏まえてより個別性の高い診療を行うと同時に、主要の疾患のみならず予防から心理・社会的なサポートも含めて全人的に対応

A. 研究目的

かかりつけ医の役割には、適切な初期対

することが求められている。今回私たちは、このような提供されている医療サービスの全人性、包括性に着目し、これらが医師の専門科、勤務している施設の特性、これまでの教育・研修過程といった医師の背景因子とどのような関連があるか着目した研究を行った。

## B. 研究方法

研究方法については松村報告書、池澤報告書に記載されているとおりである。

患者用質問票には以下の項目が含まれている。これらは主として欧米におけるプライマリ・ケア機能評価に用いられている項目を参照し、わが国の医療提供体制と照らして改変したものである。

### 【かかりつけ医について】

- ・ かかりつけ医の有無/名前
- ・ 通院期間
- ・ 通院頻度
- ・ 通院にかかる所要時間

### 【かかりつけ医の診療について】

全 27 項目

- ・ 話をよくきいてくれる
- ・ 健康診断への相談
- ・ 健康上の問題の相談
- ・ 既往歴の知識
- ・ 服用している薬剤の知識
- ・ 仕事や日常生活の変化
- ・ ライフスタイルへの助言
  - 食事
  - 運動
  - 喫煙
  - 飲酒
- ・ 健康診断/予防接種の勧奨
- ・ 心理・精神的助言
- ・ 他の医師からの治療内容の把握
- ・ 専門医への紹介
- ・ 不安に思っていることの把握
- ・ 価値観や信念の理解
- ・ 意思決定への患者の参加

- ・ 気持ちや感情への対応
- ・ 家族に関する知識
- ・ 家族がかかっている疾患の知識
- ・ 患者の社会的役割の知識
- ・ 社会福祉サービスの知識の提供
- ・ 話しやすさ
- ・ 健康上の問題の把握
- ・ 満足度（他人へすすめるか）
- ・ 提供している医療の質への信頼

### 【患者の基本特性】

- ・ 性
- ・ 年齢
- ・ 今の健康状態  
（良くない/あまり良くない/良い/とても良い/最高に良い）

患者調査は、対象患者が受診してから 2 週間以内に送付され、未返信者には 2 週間後に郵送で督促を行った。

## C. 研究結果

### 1. 研究参加施設

大病院（500 床以上）10 施設、中小病院（500 床以下 15 施設、診療所 30 施設を目標にしたが、結果的には大病院 8 施設、中小病院 16 施設、診療所 28 施設の計 52 施設が参加した。

### 2. 研究対象患者

#### 2-1. 患者の基本的背景

平成 20 年 2 月 22 日現在、34 施設での患者アンケート 422 名が回収されている。有効回答 418 名中、男性 195 人（46.7%）、女性（53.3%）であった。年齢は 65 歳～最高 93 歳であり、中央値 75 歳であった（有効回答数 386 名）。

患者自身が感じている健康状態については、有効回答 417 人中「良くない」と答えた者が 14 人、「あまり良くない」が 111 人、「良い」が 236 人、「とても良い」が 47 人、「最高に良い」が 9 人だった。「良

い」「とても良い」「最高に良い」をあわせると 292 人で 70%を占めた。

## 2-2. 患者とかかりつけ医との関係の基本的背景

平成 20 年 2 月 22 日現在で、解析可能な患者 425 人中 402 人(94.6%)が「自分のかかりつけ医がいる」と答えた。うち 7 割が 2 年以上同一医師にかかっており、最近 6 ヶ月以内にかかり始めた者は 16 人(3.8%)のみだった。診察頻度は 1 ヶ月に 1 度が最多(64%)で、自宅から診療施設までの通院時間も「30 分未満」が 7 割以上を占めた。

## 3. かかりつけ医から受けている医療の包括性・全人性についての患者の受け止め方

患者はかかりつけ医が提供している包括的なケアについて、おおむね良好と評価している一方で、喫煙と飲酒に関するアドバイスについては、そのような習慣のある患者において喫煙で 4 割弱、飲酒で 2 割が最近 1 年間にまったく医師からアドバイスを受けていないと答えた。

全人的ケアについても、患者はおおむね良好と評価しているが、患者の家族については彼らの健康状態も含めて、あまりかかりつけ医に関心を払っているとは感じていない。また、患者の仕事についても 4 割の患者がかかりつけ医は十分に了解していないと答えている。さらに社会福祉サービスを必要とした際に、そのような情報を医師から十分には得られていないと感じている患者が 4 割を超えていた。

## D. 考察

現時点で回収できた患者アンケートは研究開始前の目標の 67%まで終了している。

本研究の対象となった患者は外来通院可能な比較的健康な高齢者であることが示唆される。ほぼ全員が「かかりつけ医がいる」と答えており、健康問題に対処する医師をかかりつけ医として持っているこ

とがわかった。多くが 2 年以上同一医師にかかっており、6 ヶ月未満はほとんどいなかったことから、ある程度長期的な患者—医師関係が確立した「かかりつけ医」が提供している医療の包括性・全人性を今回検討できる見込みである。

最終的な結論を出すのは尚早であるものの、概ね患者は自分がかかりつけ医から受けている医療の包括性・全人性は良好と評価していた。ただし個々の項目については不十分という解答も少なからず認められた(喫煙や飲酒に関する助言、家族の状況や患者の職歴、社会福祉サービスについての助言)。

概ね患者はかかりつけ医から受けている医療の包括性・全人性については満足していることが示唆された。今後、個々の項目について、現在満たされていない患者の必要としているケアのニーズを明らかにすることは、わが国のプライマリ・ケアの医療の質の向上に役立つものと思われる。

今後はかかりつけ医が提供している医療の包括性と全人性と、医師の特性や施設の特性、患者の特性とに相関があるかどうか、詳細な検討を行う予定である。

## E. 結論

今回研究対象となった外来通院中の比較的健康な高齢者患者のほとんどが、自分のかかりつけ医を持っており、提供される医療の包括性・全人性については概ね良好であると感じている。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

特になし

## H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

特になし

病院勤務医の仕事満足度と職場異動希望および臨床からの離脱希望

研究協力者 小崎 真規子 京都大学大学院医学研究科医療疫学 博士後期課程

要旨

地域のプライマリ・ケア医がその機能を十全に果たすためには、満足して仕事に取り組める状況が保障される必要がある。今回我々は、プライマリ・ケア医の仕事満足度、離職希望等を明らかにするために、病院に勤める勤務医を対象に、インターネット調査にて医師の就労環境、仕事満足度、異動希望および臨床からの離脱希望を調査した。異動希望、離脱希望を独立変数としてロジステック回帰分析を行った。

解析対象は常勤医 738 名とした。異動希望は 36.4%が、臨床からの離脱希望は 12.5%が持っていた。異動希望と最も関連したのは「全体仕事満足度」(高群に対して低群のオッズ比 12.2、 $P<0.01$ ) であった。一方、離脱希望と最も関連したのは、「患者との関係」(オッズ比 3.9、 $P<0.01$ ) であった。少なくない勤務医が現職からの異動を希望し、また臨床から離れたと考えており、異動希望、離脱希望と最も関連する仕事満足度のドメインは異なっていた。

A. 研究背景および目的

プライマリ・ケア機能を一義的に担ってきた地域の病院は、近年、医師不足という大きな問題に直面している。医師の離職のため診療機能または規模を縮小する病院に関する報道は、毎週のようになされており、これらは田舎の中小病院に限った現象ではなく、都会の基幹病院でも同様に見られる現象である。

医師の離職は、プライマリ・ケア医の機能である近接性、包括性、協調性、継続性、責任性のなかでも、継続性に特に深刻な影響を及ぼす。医師の離職と関連する因子としては仕事に対する満足度、就労環境などが指摘されており、特に仕事満足度は患者

ケアの質との関連も指摘されている<sup>1)</sup>。地域のプライマリ・ケア医がその機能を十全に果たすためには、満足して仕事に取り組める状況が保障される必要がある。

しかしながら現在まで、日本の医師の仕事満足度についての信頼できる調査はなく、異動希望との関連について検討された研究もない。医療制度、文化の異なる欧米で得られた結果が本邦の病院医師にあてはまるかどうかは不明であり、医師不足問題を論じる際の基礎資料としても本邦の医師の異動希望ならびに臨床からの離脱希望についてのデータは不可欠である。本研究の目的は、本邦の病院勤務医における現職からの異動希望ならびに臨床から

の離脱希望（以下、「離脱希望」）を明らかにし、仕事満足度のどのドメインが異動希望、離脱希望と関連するかを明らかにすることである。

## B. 方法

### 【研究デザイン】

インターネット調査による横断研究

### 【対象】

全国の病院勤務医

### 【方法】

医師向けのインターネット調査を行う会社に依頼し、病院勤務医を対象に 2007 年 3 月 7 日 0 時から 2007 年 3 月 16 日 0 時にかけてインターネット調査を行った。調査会社に登録する約 4500 名の医師は、多くは臨床系の医学会会場で登録を行っていた。登録時の属性から病院勤務医を抽出し、2743 名の病院勤務医（平均年齢 41 歳、男性比 87%）に対し参加依頼メールを送り 909 名から回答があった（回答率 33.1%）。調査は以下の質問項目を含んだ。一般特性（性、年齢、専門）、就労環境（週労働時間、月当直回数、一ヶ月当たりの業務に拘束されない休日（「非拘束日」）の有無、仕事量のコントロール度）、仕事満足度、異動希望および臨床からの離脱希望。

### 【測定変数】

#### 1. 仕事満足度

仕事満足度は Japan Hospital Physician Satisfaction Scale (JHPSS) 12) を用いて測定した。JHPSS は米国一般内科学会が中心となって開発した "Physician Job Satisfaction Scale" を元に作成された日本の病院医師向けの仕

事満足度尺度である。JHPSS は、2 つの全体尺度（「全体仕事満足度」、「全体キャリア満足度」）と 6 つの下位尺度（「負担」、「同僚医師」、「報酬」、「地域」、「コメディカルスタッフ」、「患者との関係」）の計 28 項目から成り、尺度としての信頼性、妥当性の検証も行われている。各項目の回答選択肢は、「1 = 全くそうは思わない」～「5 = 非常にそう思う」の 5 段階 Likert 法で、全体尺度、下位尺度ごとに合計し 0～100 点に換算して用い、得点が高いほど満足度が高い状態を表す。

#### 2. 仕事量のコントロール度

本研究に先立ち、82 名の病院医師に対し職場におけるコントロール度についての 12 項目の質問を行ったところ、邦の医師は医療上の判断に関するコントロールは概ね担保されていると考えられた。仕事量のコントロールに関する 6 項目（事務仕事の量、勤務時間、予定外の仕事、患者数、設備、仕事のペース）を仕事量のコントロール度とし本研究に用いた。本サンプルにおいても、この 6 項目について因子分析を行い次元性を確認した。また 6 項目の Cronbach 係数は 0.85 であった。得点は 6 項目を合計し 0～100 点に換算して用い、得点が高いほど自分でコントロールできる程度が大きいことを表す。

#### 3. 異動希望、離脱希望

異動希望については「2 年以内に現在の職場からどの程度異動したいか」を、臨床からの離脱希望については「5 年以内にどの程度臨床から離れたいか」を尋ね、いずれも回答選択肢は「1 = 全くそうは思わない」から「5 = 非常にそう思

う」の5段階 Likert 法とし、回答が「5 = 非常にそう思う」、「4 = そう思う」を「異動希望（または離脱希望）有り」群とし、それ以外を「異動希望（または離脱希望）無し」群とした。

#### 【解析】

仕事量のコントロール度および JHPSS に関しては、得点の上位 1/3 名、中位 1/3 名、下位 1/3 名で 3 群（高、中、低群）にカテゴリ化して解析に用いた。異動希望および離脱希望の有無について、単解析では  $\chi^2$  検定、t 検定を用いた。多変量解析は、異動希望または臨床離脱希望を独立変数としてロジスティック回帰分析を行った。今回、多変量解析では 2 つのモデルを作成した。モデル 1 は JHPSS の全ての下位尺度と全体尺度を、モデル 2 では独立変数と仕事満足度のドメインのより詳細な関連を見るために JHPSS の下位尺度だけを投入した。いずれのモデルにおいても仕事満足度以外の投入変数は、年齢、性別と、就労環境に関しては単解析で有意差を認めた変数とした。

#### C. 結果

今回は常勤医 738 名を解析対象とした。回答者の属性を表 1 に示す。回答者の平均年齢は 42.3 歳 (SD 7.9) であり、週平均労働時間は 51.8 時間 (SD 21.0)、月平均当直回数は 3.1 回 (SD 2.7)、非拘束日が月 1 日以上ある医師は全体の 55.4%であった。仕事量のコントロール度は 0-100 点中平均 24.9 (SD 16.6) であった。仕事満足度は、「負担」が最も低く、「同僚医師」が最も高かった (表 2)。

##### A. 異動希望

全体の 36.4%が現在の職場からの異動希望を持っていた (表 3)。異動希望有りの割合は、年齢が若い方が高いものの、施設タイプや所在地別では有意な差を認めなかった。また就労環境に関しては、週労働時間では長い方が異動希望有りの割合が高かったが統計学的有意差を認めなかった。同様に非拘束日の有無でも差を認めなかったが、月当直回数 (2 回以下に対して 3 回以上) および仕事量のコントロール度 (低いほど異動希望は高い) において差を認めた (表 3)。多変量解析では (表 4)、いずれのモデルにおいても当直回数、仕事量のコントロール度は有意ではなく、モデル 1 では JHPSS の「全体仕事満足度」、「報酬」と異動希望との間に関連が認められ、特に「全体仕事満足度」は高い群に対して低くなるほどオッズ比が大きくなり、低群のオッズ比は 12.2 であった。下位尺度のみのモデル 2 では、「同僚医師」、「報酬」、「地域」との関連が認められた。

##### B. 臨床からの離脱希望

全体の 12.5%が 5 年以内に臨床から離れたいと思っており、特に若い世代 (34 歳以下) では 20.3%が離脱希望を持っていた (表 3)。単解析において (表 3)、就労環境に関して、異動希望と同様に仕事量のコントロール度は有意であったが、月当直回数で有意差は認めず非拘束日の有無において差を認めた。多変量解析では (表 4)、いずれのモデルにおいても非拘束日の有無、仕事量のコントロール度は有意ではなく、モデル 1 では JHPSS の「患者との関係」のオッズ比が最も大きく、次いで「全体仕事満足度」との関連が認められた。モデル 2 では

「患者との関係」、「同僚医師」との間に関連が認められた。

#### 4. 考察

今回初めて、本邦の病院勤務医における現職からの異動希望と臨床からの離脱希望、および仕事満足度がそれらに関連すること、また関連する仕事満足度のドメインについて明らかになった。

本サンプルは、16年度の厚生労働省医師調査から病院勤務医に限定して比較すると、平均年齢(42.3歳 vs. 42.9歳)、男性比(90.2% vs. 82.8%)、大学病院勤務(31.6% vs. 27.5%)は同程度であったが、外科系はやや少なかった(27.6% vs. 46%)。就労環境に関しては、他の報告に比して週労働時間はやや短い(51.8 vs. 58.9-63.3時間)ものの、月当直回数は同程度であった(3.2 vs. 3.0回)。外科系は同様にやや少なく(27.6% vs. 47.5%)、本サンプルで週労働時間がやや短かったことに影響していると思われる。

##### A. 異動希望

全体の36.4%の医師が現在の職場からの異動希望をもっていたが、これに関して本邦では比較対象となるデータはなく、また医師という職業は職場を異動しながらスキルや経験を身につけていく側面があるため、この数値が高いか低いかの即断は困難だが、参考までに米国では約40~60%という報告がある。異動希望に関連してもっともオッズ比が大きかったのは「全体仕事満足度」で、つまりその職場におけるやりがいや働きやすさであり、これは先行研究とも一致していた。本サンプルの医師の週

労働時間は、他の報告と比較してやや短かったものの(51.8 vs. 58.9-63.3時間)、諸外国に比して長い(vs. 38~47時間)にもかかわらず、異動希望と「報酬」とは関連が認められる一方で、「負担」との有意な関連は認めなかった。報道等では医師の離職が語られる際には長時間勤務等目に見える負担の影響を中心に上げられることが多いが、今回の結果からは、仕事の負担そのものというよりそれに対する報酬が見合っていないこと(あるいは報酬に対して過剰な負担)に対する不満が本邦の医師の異動希望に影響していると考えられた。

仕事満足度の下位尺度に関して(モデル2)、「報酬」の他に「同僚医師」への満足度が低いほど異動希望のオッズ比が高くなっていた。これは、JHPSSの「同僚医師」下位尺度は、単に同僚医師と仲良くやれるかどうかだけではなく、同僚医師の提供する医療レベルや自分の診療スタイルへの理解についての満足も含んでおり、その職場で医師として尊重され成長できるかについての満足度も含まれるため「同僚医師」の満足度が低いと他の職場に異動したくなるのは妥当な結果と思われる。その他、先行研究と同様に「地域」への満足度との関連が認められ、診療している地域(住民)との相性が異動希望に影響することが示された。

##### B. 臨床からの離脱希望

全体の1割以上が臨床からの離脱希望を持っており、特に若い世代で高いことが明らかになった。米国の調査では臨床からの離脱希望は22-25%と報告されており



20)、本邦の若い医師における離脱希望は米国のそれに近くなっている。臨床離脱希望と最も関連する仕事満足度のドメインは異動希望とは異なり、「患者との関係」における低い満足度であった。現職からの異動希望と臨床から離れたという希望では関連するドメインが異なることは経験的に理解されることであるが、今回同一データを用いた解析から明確に示されたことになる。特に、「患者との関係」における満足度の高い群に対する低い群のオッズ比が「全体仕事満足度」のそれより高い結果は注目に値する。このことは、やりがいや働きやすさなどの全般的な仕事満足度より「患者との関係」の方が離脱希望に対する影響が大きいということであり、やりがいだけあっても臨床の医師という仕事を続けていくことは困難なことを示している。「患者との関係」における低い満足度は、外来のコンビニ化や増大する患者の要求に対応するだけの人的時間的パワーの不足、対応困難な患者の増加、あるいは昨今の何でも医療ミスと捉える風潮など、患者との関係を巡る医師と患者間の緊張関係を反映していると推察される。元々医師は、患者との関係から生じるプラスの側面に職業としての喜びや活力を見いだしてきたが 21)、今や始めから敵対的な患者や院内暴力が珍しくない状況 22)ではそのような喜びは得にくく、とすれば過酷な勤務に耐えて臨床の医師という仕事を続けていく意志を持ち続けることは容易なことではないであろう 23)。

### C. 考えられる対応策

今回の調査結果から、勤務医の離職を防

ぐためには以下の対策が有効である可能性が考えられた。

#### 1. 医師職間の良好な関係

異動希望、離脱希望のいずれに対しても、JHPSS の下位尺度 (モデル 2) において「同僚医師」への低い満足度は有意に関連を認めており、病院医師のマンパワー問題において医師職間の関係は大きな影響をもつといえる。医師職間の良好な関係とは単に仲良くということではなく、自分の知識や技術を高めることも出来、かつ一人の医師として尊重される、という関係が望ましい。今までの病院勤務医は医局人事が主流であったため似たような背景ややり方の医師のみを中心として仕事をすることが出来たが、近年では医師も流動性が増しており今後の職場には多様な背景や考え、やり方を持った医師を受け入れ共に成長していく寛容性が必要と思われる。

#### 2. 仕事量と報酬の適正なバランス

このバランスを修正するためには端的には報酬を増やすか、仕事量を減らすかであるが、現在の医療機関の厳しい財政状況からは仕事量を減らす方が現実的であろう。現在医師の行っている診療周辺業務 (書留作成や雑用) の削減などで雑用を減らして医師本来の仕事に集中させ、長時間労働をしなくてもすむよう医師の仕事量を適正な範囲に管理することが必要であろう。

#### 3. 患者との緊張関係の緩和

現在の医療を取り巻く環境は常に患者との間に緊張をはらんでおり、医師のみでなく医療者全体にとって厳しいものといえる。しかし、医師は医療チームのリーダー的役割を期待され、また患者対応を組織

として行うシステムあるいは意識が不十分な病院が多いことから、患者との緊張関係の矢面に立たされ結果として個人で対応することが少くない。このような状況は医師に過大な負担を負わせ、結果として離職さらには臨床からの離脱を招く危険がある。個人の医師にのみ患者対応を任せず組織として対応するシステムの整備、職員の教育が必要であろう。

## 5. 結論

少くない病院勤務医が現職からの異動を希望し、また近い将来に臨床の現場から離れたいと思っており、この2つの希望に関連する仕事満足度のドメインは異なっていた。医師の離職を防ぐためには、過重労働対策のみならず医師の仕事満足度にも注意を払う必要がある。

## 文献

1) Williams ES, Skinner AC. Outcomes of physician job satisfaction: A narrative review, implications, and directions for future research. Health Care Manag Rev. 2003;28:119-140.

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

小崎真規子、福原俊一. 病院勤務医の仕事満足度と職場異動希望および臨床からの離脱希望. *日本医療・病院管理学会誌* (印刷中)

### 2. 学会発表

特になし

## H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

### 1. 特許取得

特になし

### 2. 実用新案登録

特になし

### 3. その他

特になし

表 1 : 回答者特性

	N	%
n=738		
性別		
男性	666	90.2
女性	72	9.8
年齢		
34 歳以下	138	18.7
35-44 歳	320	43.4
45 歳以上	280	37.9
専門		
内科臓器別専門医	346	46.9
プライマリ・ケア/一般内科	150	20.3
小児科	38	5.1
外科系	204	27.6
施設タイプ		
大学病院	233	31.6
市中病院	505	68.4
施設所在地		
東京 23 区、政令指定都市	261	35.4
その他	477	64.6

表 2: 仕事満足度(JHPSS)下位尺度および全体尺度の結果

	平均値	SD
負担	35.2	17.8
同僚医師	63.6	16.6
報酬	37.9	21.5
患者との関係	44.9	18.5
地域	48.1	17.9
コメディカルスタッフ	58.0	19.9
全体仕事満足度	55.9	19.3
全体キャリア満足度	52.8	20.3

表 3: 医師属性、就労環境による異動希望、離脱希望(単解析)

	異動希望あり			離脱希望あり		
	N	%	P 値	N	%	P 値
全体	269	36.4		92	12.5	
性別						
男性	240	36.0	0.48	82	12.3	0.70
女性	29	40.3		10	13.9	
年齢						
-34	78	56.5	<0.01	28	20.3	<0.01
35-44	125	39.1		25	7.8	
45-	66	23.6		39	13.9	
専門						
内科臓器別専門医	138	39.9	0.06	46	13.3	0.29
プライマリ・ケア/一般内科	56	37.3		22	14.7	
小児科	16	42.1		6	15.8	
外科系	59	28.9		18	8.8	
施設タイプ						
大学病院	88	37.8	0.61	23	9.9	0.15
市中病院	181	35.8		69	13.7	
施設所在地						
23 区、政令指定都市	85	32.6	0.11	30	11.5	0.55
その他	184	38.6		62	13.0	
週平均労働時間						
-50	125	33.5	0.19	43	11.5	0.54
51-60	56	37.1		18	11.9	
61-	87	41.0		31	14.6	
月平均当直回数						
0-2	98	29.1	<0.01	41	12.2	0.82
3-	171	42.6		51	12.7	
月非拘束日						
無	124	37.7	0.53	50	15.2	0.04
有	145	35.5		42	10.3	
仕事量のコントロール度						
低	137	47.6	<0.01	49	17.0	0.01
中	75	33.9		21	9.5	
高	57	24.9		22	9.6	