

退院患者数の間に相関係数0.930と正の強い相関が見られた。25人未満では同様に負のごく弱い相関が見られた。(表1)

医師配置の指標として病院医師一人当たり看護スタッフ数(あるいは、その逆数である看護スタッフ一人当たり病院医師数)を取り、産出の生産性の指標として看護スタッフ一人当たり月間退院患者数を取り、病院医師一人当たり看護スタッフ数で2.0、(あるいは、その逆数である看護スタッフ一人当たり病院医師数にして0.5)を境により小さいものをA群、大きいものをB群とし、さらにB群を看護スタッフ一人当たり月間退院患者数が1.0未満のB1群、1.0から3.0のB2群、3.0以上のB3群に類型化した。(図1、図2)

D. 考察

ゴールドラットの制約理論によれば、生産資源を共有するラインの中で一番生産力の小さい部分が全体の生産力を決定すると言う。平均在院日数の短縮により、もはや病床数はボトルネックではないことがわが国に於いても明らかとなった。少なくとも急性期病院では看護職員、看護スタッフ一人当たりの退院数のバラツキが小さく、看護職員や看護スタッフが病院にとってのいわゆるボトルネックとなっている可能性がある。これら職種の生産性を向上させることが、入院医療の効率化に一定の寄与する可能性があると考えられる。

現状に於いて病院医師一人当たり看護スタッフ数と看護スタッフ一人当たり月間退院患者数によって類型化して、それぞれについての医師配置の最適化を考えるなら、病院医師規模の大きな病院でA群に属する施設については、各個の施設においては看護師の生産性を最大化すべく工夫が必要であるが、A群内、さらには全体として見れば、医師に対して十分な看護スタッフが配置されるよう施設間で人員の移動を行い、最低限でも医師一人当たり看護スタッフ数が2.0を十分に超える程度の配置によって、医師需給の逼迫の改善が見られる可能性があると考えられる。ただし、詳細な医師のタイムスタディ、特に各業務に必要とされる人員数とその業務が他の専門職種、非専門職種で代行可能であるか否かについての厳密な評価付のタイムス

タディによる妥当性の検討が不可欠である。また、全体の不足が存在する場合、配分の最適化によっても全体の改善に寄与することはわずかしか期待できないし、他方、全体に充足しているか過剰であったとしても、配分があまりにも不適切であれば、医師の需給の逼迫が解消されることはない。

本研究の限界として、昨年度指摘した点の他にも、今回の分析の中では特に医師規模の小さい施設の回収率が低かったことよって検討の対象外となった施設の割合が多かったであろう事が推定され、医師規模が25人以下と小さい病院群で見られた相関は信頼できない可能性が残る。

E. 結論

特に病院医師規模が比較的大きい病院では、看護スタッフの生産性は一定の範囲にあり、対して配置されている医師数とその生産性には大きな幅が存在するため、医師に対する看護スタッフ数を十分な割合になるべく医師配置、看護スタッフ数を施設間で調整することが望ましいと考える。

【付記】

病院報告ならびに医療施設静態調査の個票データの目的外使用を申請し、名寄せデータセットを作成して経時的な医師労働生産性の分析を行う予定であったが、分担研究者の手続きの不備によって申請の受理を得ることができなかった。

従って、経時的分析は本研究に於いて行わずに終わっている。

申請のサポートを最後までしていただいた関係者の皆様にお詫びと御礼申し上げます。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 (投稿中)

中村利仁、濃沼信夫、前沢政次、寺下貴美：北海道に於ける病院医師規模と医師労働生産性計測の試み、日本医療・病院管理学会誌

2. 学会発表

中村利仁，濃沼信夫，伊藤道哉，前沢政次，
古本尚樹：医師労働生産性分析と病院医師規模による病院の医療機能類型化の試み：第4
5回日本病院管理学会：横浜ロイヤルパーク
ホテル，2007年10月26日

H.知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表 1

表 医師一人当たり看護スタッフ数と看護スタッフ一人当たり月間退院患者数

病院医師規模	施設数	相関係数	式の係数(a)	式の係数(b)	P値
25人未満	208	0.275	-0.375	10.638	**
25～50人未満	19	0.292			—
50～100人未満	12	0.574			—
100人以上	20	0.930	2.012	0.135	**

** : < 0.01

* : < 0.05

— : ≥ 0.05

図 1

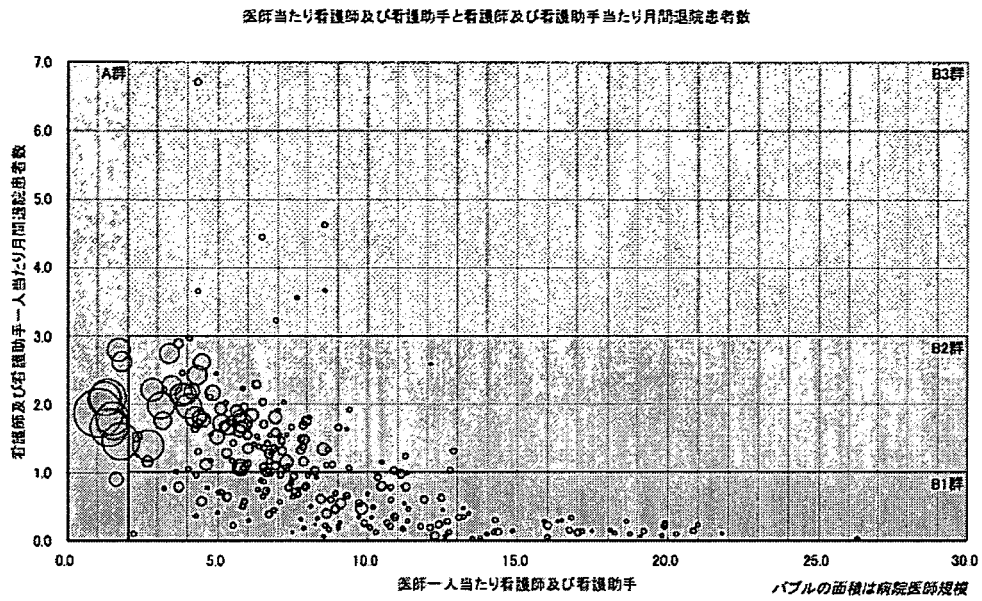


図 2

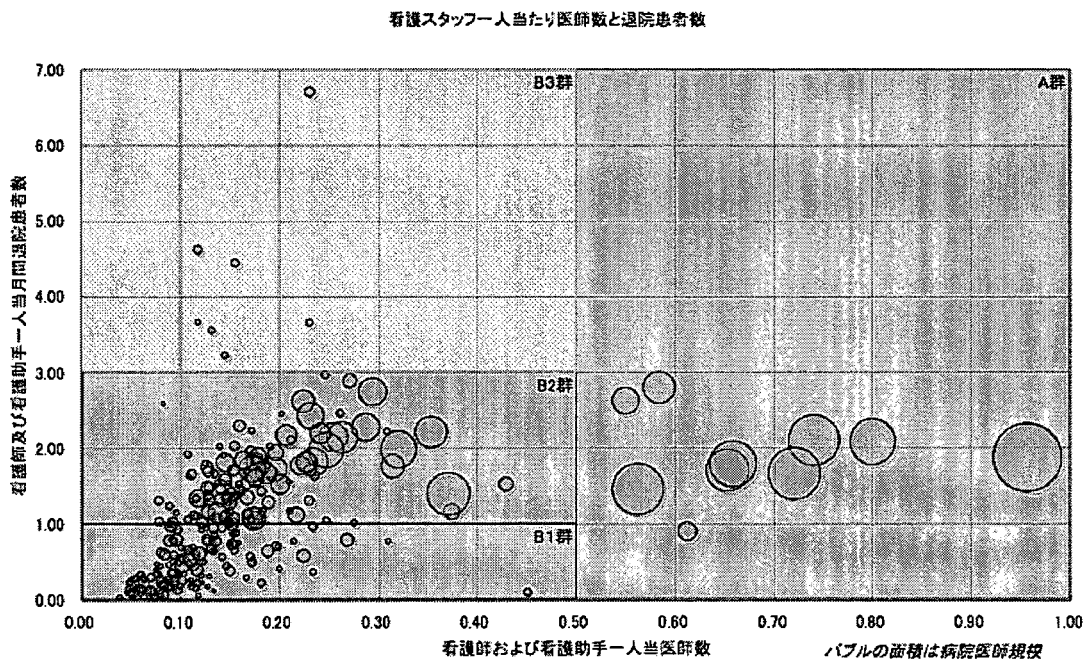


図3 医師一人当看護スタッフ数と月間退院数

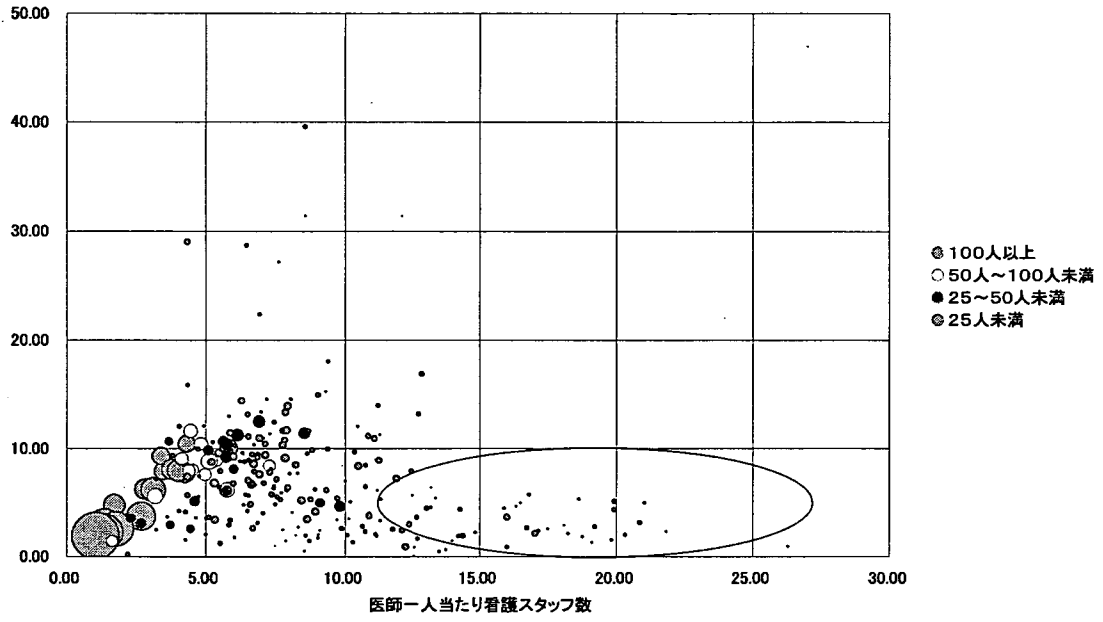
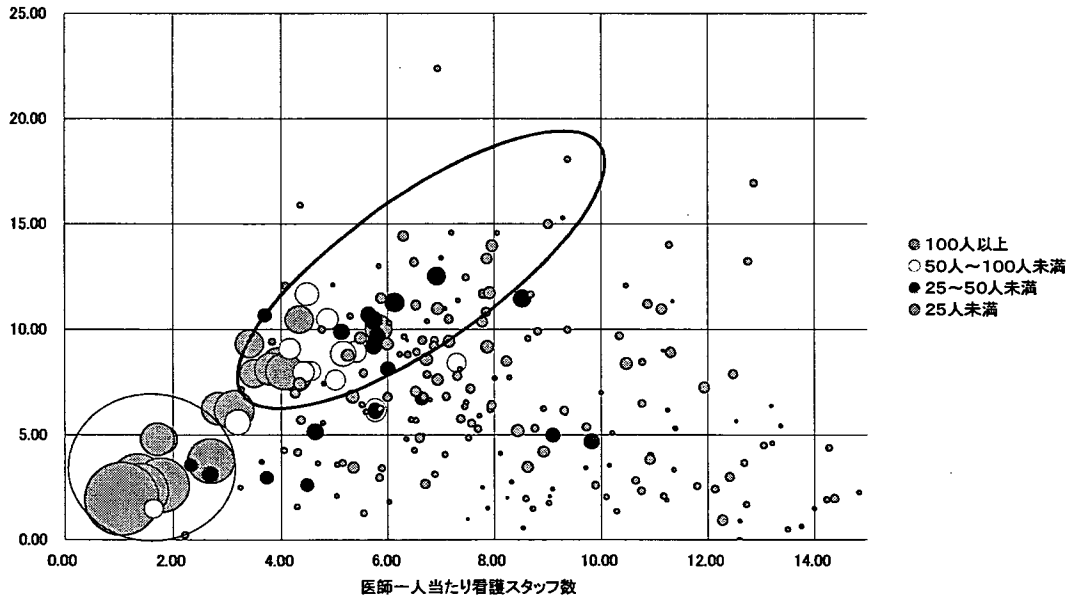


図4 医師一人当看護スタッフ数と月間退院数(拡大)



「医師のキャリアパスを踏まえた動態把握のあり方及びその配置の最適化に関する研究」
分担研究者報告書

在宅医療の充実をめざした医師養成のあり方

分担研究者：前沢政次 北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野

研究要旨

在宅医療、特に在宅における看取りは、医療費の適正化の面からも増加充実が期待されている。しかし、平成18年4月から在宅療養支援診療所が設置されたものの、精力的に活動している診療所とほとんど機能していない診療所に二分極化している。本調査は在宅医療療養支援診療所医師への半構造化アンケート調査を実施し、自らのキャリアパスの経験、後輩たちに在宅専門医を勧めるかどうか、在宅医療を行っていないプライマリ・ケア医に在宅医療に参入してもらうための戦略などを尋ねた。

また、在宅医療のエキスパートである医師によるワークショップ形式の討議を行い、在宅医療研修プログラムを明らかにした。

在宅医療従事医師の急激な増加は望めないが、まずは後期研修後のフェローシップを準備して、若い医師が参加しやすい研修プログラムの準備が重要と思われた。

A.研究目的

わが国の統計によると死亡の場所は1976年に病院死と在宅死の比率が逆転し、近年は病院死亡率85%、在宅死亡率15%程度を推移している。在宅死亡率を高めるために2006年4月から在宅療養支援診療所が新設された。全国で約1万件の届出はあるものの、その実践には多くの課題を抱えている。特に、在宅医療を担う医師は必ずしも増加していない。

平成18年度の研究で我々は在宅医療に熱意を持って取り組んでいる医師への半構造化面接と同時に、学生による在宅医療実習のポートフォリオを分析した。その結果、現在在宅医療を行っていない医師への在宅医療従事移行方策は、実現の可能性が低く、学生・研修医に地道に在宅医療の現場での実習・研修を繰り返していくことが重要であることを指摘した。

そこで本年度は、在宅療養支援診療所の医師にアンケート調査を行い、自らのキャリアパスの経験、後輩たちに在宅専門医を勧めるかどうか、在宅医療を行っていないプライマリ・ケア医に在宅医療に参入してもらうための戦略などを尋ね、今後在宅医療を普及させるための問題点・課題を明らかにする目的で本研究を実施した。

B.研究方法

1. 在宅療養支援診療所医師へのアンケート調査
在宅療養支援診療所は我々の入手した資料では約1万ヶ所あり、ランダムサンプリングで978ヶ所を選定し、郵送でアンケート用紙を送付した。返信用封筒を付け、237ヶ所から回答を得た(24.2%)。

2. 在宅医療医師準備教育プログラム

19年5月、10月、12月に医師6名によるワークショップを開催し、若い医師たちに対する研修プログラムの概要について検討し、プライマリ・ケア医養成の際に在宅医療を義務づける方向性を確認した。

C.研究結果

1. 在宅療養支援診療所医師へのアンケート調査
(1) 基本属性

施設種別は有床診療所38件(16.5%)、無床診療所193件(83.5%)無回答6件であった。

「在宅時医学総合管理料」の「届出あり」が227件(97.4%)であった。「在宅末期医療総合診療」は「届出あり」が190件(83.7%)であった。

在宅医療を担当している医師は常勤1.23人、非

常勤 1.66 人であった。

医師としての経験年数は 28.59 ± 10.15 年であった。

在宅医療に従事した年数は 13.42 ± 9.62 年であった。

現在の診療形態は「在宅が主」との回答が 8 件 (3.4%)、「外来＋在宅」との回答が 195 件 (83.7%)、「入院＋外来＋在宅」が 30 件 (12.9%) であった。

(2) 在宅医療へのきっかけ

在宅医療に取り組むようになったきっかけを尋ねる (自由記載) と表 1 の結果となった。「外来患者や家族の希望」との回答が最多であった。「在宅医療は医師の原点であるから」「在宅の患者がいたから」「先代が往診していたので、その後を引き継いだ」などの回答がそれに続いた。高齢者の増加、経営面での事情、人間的な医療を追求したいという理由もあった。

(3) 在宅医療専門医の良否

若い医師に「在宅医療を主に活動する専門医」になるように勧めるか、という問いには、「積極的に勧める」41 件 (17.6%)、「勧めない」54 件 (23.2%)、「どちらとも言えない」138 件 (59.2%)、無回答 6 件であった。

その選んだ理由を記載してくれた回答者は 178 件 (75.1%) であった。積極的に勧める理由は、表 2 に示した。「辛いこともあるがやりがいがあり、オールマイティーな経験が積める」「フットワークのよい若い人に頑張ってもらいたい」などの理由があった。

勧めない理由は「一人で背負うには非常に大変」「外来におけるプライマリ・ケアも大切」との意見もあった。

どちらとも言えない理由としては「個人の意志・個人の適性」が最も多く、次に「入院・外来の十分な経験を経た後、年をとって十分な意欲を持って在宅専門をめざせる方に限られる」との理由が多かった。

(4) 在宅医療をしないプライマリ・ケア医

現在、在宅医療を行っていないプライマリ・ケア医に在宅医療を勧めるにはどのような戦略が有効かを尋ねた。その結果を表 3 に示した。「地域単位や多職種との連携システムの構築がぜひとも必要」「地道に研修会などを重ねることも大切」「在宅医療は楽しい、人間の生き方として役立つ」など、在宅医療グループ形成を促進させる方法、「診療報酬の点で、経営上の安定性や必要性を訴える」など政策誘導的なもの、「受け入れ先病院がしっかり確保されていること」「バックアップ病院の体制づくり」など病診連携の強化などが提言された。

(5) 在宅医療を推進する上での問題点

今後、在宅医療を推進する上での問題点・課題についての意見を収集した。連携、特に、患者本人・家族・行政の共通意識の重要性が記載されていた (表 4)。

2. 在宅医療従事医師準備教育プログラム

19 年 5 月、10 月、12 月に在宅医療に従事している医師 (日本在宅医学会役員) 6 名によるワークショップを行い、研修カリキュラム案について討議した。その経過は以下の通りである。

日本在宅医学会は、「在宅医療を担う医師の育成」が学会の果たす重要な役割であると考え、2002 年に「認定専門医制度」を発足した。2005 年度から経過措置による専門医認定を開始し、現在まで計 56 名の「在宅医療認定専門医」が誕生している。同時に、「往診同行プログラム」による現場体験や「地域セミナー」、年 2 回の「生涯教育プログラム」を開始し、「標準テキスト」の出版など、在宅医の生涯教育のためのプログラムも実施してきた。

日本在宅医学会では、現在 2010 年度に予定されている本認定に向けての議論を行っており、その基本的方向性をふまえて討議し、以下のようまとめた。

①在宅医療のニーズの増加に対応する質のよい在宅医を育成するために多様なコースが必要であるが、開業医の在宅医療への参画や病院勤務医からの転進を待つだけでなく、若手の在宅医を育成するシステムが必要である。

②在宅医療は高度の障害をもつ患者、あらゆる疾患の終末期の患者を対象とすることが多く、在宅医療特有の臨床課題やアプローチ法を学ばなければならない。当面、老年医学領域、ホスピス・緩和医療領域、難病や各科専門医領域の疾患の進行情・終末期の 3 領域とし、これらの慢性期管理、急性期管理、看取りを学問領域と設定した。従って、老年医学を中心とした内科学と緩和医療学を研修準備として必須の領域とした。

③専門医教育においては、現場での研修が最も重要であり、研修のコアを一年間の研修施設での研修とした。研修施設では、目標を設定した前向きの研修プログラムが必要である。

プライマリ・ケア領域の学会の専門医制度との関連では、基本的にプライマリ・ケア、家庭医療学領域の専門医のフェローシップとして、一年間の在宅医療研修を行うプログラムを視野にいれて、制度設計を考えたい。

D. 考察

在宅療養支援診療所医師に対する調査では在宅

医療を専門にして外来診療をほとんどしない医師を増やすべきかどうかは賛否が分かれ、さまざまな意見が出された。病院での過重労働に疲弊し、開業する医師が増加している現状があるが、それらの医師のほとんどは自分の専門診療の延長線上で開業医療を展開しているが、一部は在宅医をめざしており、在宅専門医が微増している。それは経営的にも収支バランスが容易に取れることを示している。ただし、若い医師が安易に在宅専門医になることには反対する医師もある。入院・外来での経験が不十分では、疾患の見方、病院との連携など齟齬が生じやすいことが懸念されている。

現在、外来診療が主で、在宅医療を行わない医師に在宅医療に関心を持ってもらうことは困難である。在宅療養支援診療所はそのような医師には魅力ある施設になっていない。24時間というしほりがあり、連携する訪問看護ステーションや後方病院の必要性もあり、今後この形態が急増するとは思えない。政策によって経済的に誘導できるのは一部の医師に限られる。

本人や家族が強く在宅を希望すれば、重い腰を上げる医師もいることであろうが、家族構成自体が在宅医療を困難にしている面もある。単独世帯や老夫婦二人のみの世帯が増加しているからである。家族が在宅医療を望まなければ、医師の側から在宅を強制することはできない。したがって、在宅医療は今後、患者自宅のみならず、擬似家庭での療養や看取りを考慮しなければならない。すなわち、グループホーム、ケアハウス、軽費老人ホームなどが自宅の代替場所となるであろう。

今後わが国の医療において、一次二次三次医療の明確な役割分担が進むかどうかは疑わしい。二次病院が空洞化しつつあるのは先進国のたどる道である。したがって、医療の役割分担が2分極化されていくとするとプライマリ・ケア医の役割は拡大せざるを得ない。そこに在宅医療の需要拡大が起こる可能性はある。また、都会を中心に、在宅での看取りによる家族満足度の向上が、在宅医療の普及を促進する可能性もある。そのために、質の担保を計れる在宅医の育成が望まれ、我々の作成したプログラムが、それに貢献できることを期待したい。

E. 結論

在宅医療療養支援診療所医師への半構造化アンケート調査を実施した。

および、在宅医療従事している医師によるワークショップ形式の討議を行い、在宅医療研修プログラムを明らかにした。

在宅医療従事医師の急激な増加は望めないが、ま

ずは後期研修後のフェローシップを準備して、若い医師が参加しやすい研修プログラムの準備が重要と思われた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

3. 論文発表 なし

4. 学会発表

前沢政次：こころある在宅医療 第10回日本在宅医学会大会：静岡市、2008年3月8日

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

4. 特許取得 なし

5. 実用新案登録 なし

その他 なし

表1. 在宅医療に取り組むようになったきっかけ

1.	外来患者さんや家族の希望	60
2.	地域医療として当然だから（往診は医師の原点だから）	21
3.	在宅の患者さんがいたため	20
4.	先代が往診しており、その後引き継いだため	19
5.	高齢患者が多く、加齢と共に在宅医療に移行する患者が増えてきたため	12
6.	診療所の経営安定のため	11
7.	開業	10
8.	病院や看護ステーションより紹介	10
9.	厚労省の意向をふまえて今後必要と考えたため	9
10.	在宅医療に関心があった	7
11.	勤務医であった頃、在宅での受け入れ先が見つからず、患者の希望に沿えなかったから	5
12.	患者さんが自宅で生き生きと療養していくことを支える医療にやりがいを感じたから	4
13.	地域のホームドクターとして信頼を確保するため、少しでも役に立ちたい	4
14.	地域的理由（病院が少ない、看取りをしない、道路事情など）	4
15.	外来では見ることができない顔を見ることが出来る場であり、そこを理解した上でこそ背景を理解することにつながると考えたため。生活状況を見る大きな手段になりうるため	3
16.	やらざるを得ない（誰もやる人がいなかった）	3

表 2. 若い医師に「在宅医療を主に活動する専門医」をなるように勧めますか

1. 勧める

1.	今後ますます重要性が増し、患者も増えることから	11
2.	辛いこともあるがやりがいがあり、オールマイティーな経験が積める	9
3.	フットワークのよい若い人に頑張ってもらいたい	5
4.	医師として当然行うべきものだから（開業するということは在宅医療も当然含んでいる）	4

2. 勧めない

1.	一人で背負うには大変	12
2.	在宅で看取ることを家族が望まず、在宅件数が減少している	4
3.	外来におけるプライマリ・ケアも大切	4
4.	レベルの高い医療ができない	4
5.	魅力を感じないから	2
6.	在宅がまだ「病室」と「家庭（在宅）」を持ち込むものとの考え方が強い ため	2

3. どちらとも言えない

1.	個人の意志・個人の適性	32
2.	入院・外来の十分な経験を経た後、年をとって十分な意欲を持って「在宅専門」をめざせる方に限られる	24
3.	夜間の往診などもあり、体力的に厳しいと思われる。時間がない	10
4.	在宅だけが医療活動ではない。全人的医療の行える医者になってほしい	9
5.	在宅医療をやることは勧めるが、専門医になることでは勧めない	9
6.	在宅医療だけでは収入が不安定	5
7.	保健医療の先が不詳ため	5
8.	今後の厚労省の方針による	4
9.	病状が落ち着いていればよいが、近くの病院との連携が密でないと難しい	3
10.	在宅支援診療所制度に問題あり	3

表3. 現在、在宅医療を行っていないプライマリ・ケア医に在宅医療を勧めるにはどのような戦略が有効と考えますか

1.	地域単位や多職種との連携システムの構築がぜひとも必要	17
2.	個人の意志に任せる	15
3.	診療報酬の点で、経営上の安定性や必要性を訴えるとよいと思う	13
4.	一人ではなく他の科の医師とメールで意見交換できること。できればグループ診療が望ましいと思う	12
5.	労力がかかる在宅において、費用対効果の問題が大きく、診療報酬の配分は考えるべき	11
6.	地道に研修会などを重ねることも大切	9
7.	開業（プライマリ・ケア）を行っているものには在宅医療は一種の義務と考えられる	7
8.	医師個人の生活の安定（夜間・休日・外泊可となれば）	7
9.	技術支援と経済的なインセンティブ	6
10.	ほぼ不可能	6
11.	受け入れ先の病院がしっかり確保されていること	6
12.	医師として当然行うべきこと、在宅医療が本当に必要であることを常に話し続けること	5
13.	地方によって実状が相当違うのではないか	5
14.	バックアップ病院の体制が十分ではない。在宅にて看取りを行っているため代わりがないので、何人も在宅で患者を抱えると負担が増える	4
15.	在宅医療の実際のノウハウ（夜なるべく呼ばれないようにする方法など）	4
16.	医療費の確保	4
17.	在宅医療は楽しい、人間の生き方に役立つ（特色がないとダメ）	4
18.	自宅で死ぬのは幸せであると考える人のみが行えばよい。患者さんも同じ考え方ができる人のみが在宅医療を受ければよい	3
19.	往診の義務付けが必要・研修制度	3

表 4. 在宅医療を推進する上での問題点・課題について

1.	在宅医療を続けるには地位での病院と医院及び医師間の連携が必要。代診がない状況では、在宅で最後までみるには限界がある。また、病院を退院するとその状況など病院からの情報が不十分な場合もあるので十分な連携が必要	20
2.	「在宅での医療」への共通認識（医師間・患者本人・家族・行政）	17
3.	在宅医療を担う家族の高齢化、核家族化など家族へ負担を強いる医療に問題	15
4.	医療にしる介護にしる、国はできるだけ出費を削減したいという目的で動いている考えを改め、税金を増やしてでもより充実した医療・介護を受けられるようにすべき	11
5.	医療費と医師数を大幅に増やし、介護報酬も上げて、そこに携わるスタッフが誇りを持って人間らしい生活ができるような内容にすべき	8
6.	看護師数・介護職数と質の確保	8
7.	地域差を考慮した診療報酬を考えてほしい。点数を上げてほしい	7
8.	夜間休日をバックアップ専門のドクターがいてくれればと思う	6
9.	機関（中核）病院の理解・介護への関心と理解を望む	5
10.	厚生省の政策立案時に現場経験者の参画必要（行政の理解）	5
11.	在宅医療も含めて「ゼロか百か」の議論、政策が多すぎる。都市の論理ではなく、郡部の医療状況も考慮しながら「医師（特に内科医）は当然在宅医療を行う必要がある」ので60～70点をめざすこと	4
12.	現在の開業医は業務が多すぎる	4
13.	ただ在宅、在宅では、開業医が疲弊する	4
14.	介護のマンパワー（ホームでのヘルパー等）が続くかどうか心配（体力・給与など）	4
15.	大らかな家族関係においては負担が大きすぎるきらいがある	3
16.	このようなアンケートを現場を知らない大学がやる意味はあるのか疑問	3
17.	大学医学部での教育をまず充実すべき	3
18.	「周囲の犠牲」の上に成り立っている状況と考える	3
19.	認知症患者さんの対策が最も難しいのでこの点の解決策があれば	2

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
康永 秀生 勝村 裕一 井出 博生 今村 知明	医師の属性と仕事満足度の関 連についての分析	病院	第 66 巻第 7 号	580-582	2007 年

IV. 研究成果の刊行物・別刷

添付資料参照



医師の属性と仕事満足度の関連性 についての分析

康永 秀生¹⁾

勝村 裕一²⁾

井出 博生¹⁾

今村 知明³⁾

要旨 医師の仕事満足度を高めることは、医療の質の向上という観点から重要である。本稿は、医師の総合的な仕事満足度を計測し、医師の属性との関連を明らかにすることを目的とする。2006年11月15日～11月23日にインターネット・アンケート調査を実施し、153名の医師から有効回答を得た。年齢、性別、勤務形態、従事する診療科、勤務地域の人口規模、仕事満足度および所得満足度(7段階 Likert Scale)が質問された。開業医および200床未満病院の勤務医と比較して、200床以上病院および大学病院の勤務医のほうが、仕事満足度は有意に低かった。多重回帰モデルを用いたパス解析では、「勤務形態→所得満足度」、「所得満足度→仕事満足度」、「勤務形態→仕事満足度」および「診療科→仕事満足度」に有意な因果関係を認めた。今後の課題として、医師の満足度の内容をさらに多重的な尺度を用いて解明することが重要と考えられた。

洋の東西を問わず、かつて医師という職業は、困難だがやりがいがある職業として、社会的に有用で、人々の尊敬を集める聖職であった¹⁾。しかしいまや、患者の権利意識の向上、医療事故の顕在化などもあいまって、患者の医師に対する信頼は次第に薄れ、医師はかつてほど尊敬されなくなった。これは米国でも同様である²⁾。

かつて医師は、患者のために献身的・自己犠牲的に働きとおすことが美德とされてきた。しかし医師も生身の人間であり、報われない過重負

担は避けたいと感じ始めている。例えば、胸部外科医が自らの待遇改善を公然と訴えるようになった³⁾。特に医師のQOL(quality of life)が低い診療科は、医学部新卒者に忌避されるという事態にもつながっている。医師の需給バランス不均衡、すなわち診療科の偏在、地域の偏在なども、医師の処遇に関連していると考えられる。

医師の仕事満足(physician job satisfaction)の低下は、患者ケアの質低下につながる可能性も示唆されている⁴⁾。医師のやりがいや仕事の満足度を高めることは、医療の質の向上という観点からも必要である。そのため、医師の仕事満足度を定量化し、それに影響を及ぼす背景要因を分析することが重要と考えられる。これまで米国をはじめとする欧米諸外国では、医師の仕事満足度に関する調査研究が数多く行われてきたが⁵⁾、本邦ではほとんど顧みられていない。

本稿は、医師の総合的な仕事満足

度(overall job satisfaction)⁶⁾を計測し、医師の属性と仕事満足度との関連を明らかにすることを目的とする。

研究方法

本邦の医師約4,000人が登録されているインターネット調査会社の協力を得て、医師600名を無作為に抽出し、アンケート協力を依頼するメールを送信した。メール受診者は、ウェブ上のアンケート・フォームに直接アクセスし回答可能であった。2006年11月15日から11月23日の9日間で、153名の医師から有効回答を得た。

アンケートでは、回答者の基本属性として、年齢、性別、従事する診療科、勤務形態、勤務地の自治体の人口規模を質問した。次に、仕事に対する満足度、および所得に対する満足度を、7段階 Likert Scaleで質問した。「非常に満足している」を+3点、「かなり満足している」を+2点、「やや満足している」を+1

1) 東京大学医学部附属病院企画情報運営部助教

2) 東京大学大学院医学系研究科健康科学看護学専攻保健医療情報学大学院生

3) 東京大学医学部附属病院企画情報運営部准教授

連絡先: 康永 秀生(やすなが ひでお)

〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1

東京大学医学部附属病院 企画情報運営部

yasunagah-jyo@h.u-tokyo.ac.jp

受稿日: 2007年3月16日

採択日: 2007年4月27日

点,「どちらともいえない」を0点,「やや不満である」を-1点,「かなり不満である」を-2点,「非常に不満である」を-3点として,平均値および95%信頼区間を算出した。

仕事満足度,所得満足度,および各基本属性について,2変数間の単相関係数(Spearman's rho)を求めた。次に回答集団を勤務形態別および診療科別にサブグループに分け,各サブグループの仕事満足度の平均値をKruskal-Wallis検定で比較した。さらに,仕事満足度・所得満足度・および各基本属性の関連性をパス図によって構成した多重回帰モデルを構築し,パス解析を用いて各要因間の相関および因果関係を抽出した。統計ソフトはSPSS version 14.0およびAmos version 5.0を用いた。

結果

回答者の基本属性は表1のとおりである。仕事満足度,所得満足度の平均値[95%信頼区間]は,それぞれ0.72点[0.49, 0.95], -0.08点[-0.31, 0.16]となった。

2変数間の単相関係数について,有意確率1%水準で有意差を認めた変数の組み合わせは,仕事満足度と所得満足度,仕事満足度と勤務形態,所得満足度と勤務形態,年齢と勤務形態の4組であった。また,10%水準で有意差を認めた変数の組み合わせは,仕事満足度と年齢,仕事満足度と診療科の2組であった。

表2に,勤務形態別および診療科別の仕事満足度の平均値を示す。開

表1 回答者の基本属性(n=153)

		n	(%)
年齢	25~29歳	28	(18%)
	30~39歳	43	(28%)
	40~49歳	45	(29%)
	50歳以上	37	(24%)
性別	男	137	(90%)
	女	16	(10%)
勤務形態	開業医	14	(9%)
	200床未満病院の勤務医	26	(17%)
	200床以上病院の勤務医(大学病院を除く)	60	(39%)
	大学病院の勤務医	39	(25%)
診療科	その他	14	(9%)
	内科系診療科	99	(65%)
	外科系診療科	20	(13%)
	その他の診療科	27	(18%)
勤務地域の規模	診療科以外	7	(5%)
	東京23区	17	(11%)
	政令指定都市	43	(28%)
	中核市(政令指定都市を除く人口30万以上の市)	40	(26%)
	政令指定都市・中核市以外の市郡,町,または村	43	(28%)
		10	(7%)

業医および200床未満の病院勤務医と比較して,200床以上病院の勤務医および大学病院勤務医のほうが,仕事満足度が有意に低いことが示された。また,内科系診療科・外科系診療科に比べて,その他の診療科および診療科以外に従事する医師の仕事満足度は相対的に高かったが,Kruskal-Wallis検定では有意差を認めなかった。

仕事満足度と他の要因の相関および因果関係を包括的に分析するために,図1のような多重回帰モデルを構築した。表3に,パス解析の結果を示す。「所得満足度←勤務形態」,「仕事満足度←所得満足度」,「仕事満足度←勤務形態」および「仕事満足度←診療科」の4つのパスについて,統計的に有意な因果関係が認められた。また,年齢と勤務形態に有意な相関が認められた。

考察

本研究において,「勤務形態→仕事満足」の直接の因果関係に加えて,「勤務形態→所得満足→仕事満足」という間接の因果関係も実証された。所得満足度が仕事満足度に関連することは,米国の先行論文⁷⁾でも示されており,本研究結果もこれと矛盾しない。収入に対する不満が,2年以内に仕事をやめる頻度の増加につながる,という米国における報告もある⁸⁾。一般の職種と同様に,医師にとっても所得レベルは仕事の満足に直結する重大な関心事であることが示唆される。

近年,大病院の医師が仕事や処遇に不満を抱いて職場を去っていく事態を指し示す,いわゆる「立ち去り型サボタージュ」という現象が指摘

表2 勤務形態別・診療科別の仕事満足度(Kruskal-Wallis検定)

勤務形態別	平均値 [95%信頼区間]	診療科別	
		平均値	[95%信頼区間]
開業医	1.21 [0.53, 1.90]	内科系診療科	0.61 [0.33, 0.89]
200床未満病院の勤務医	1.23 [0.67, 1.79]	外科系診療科	0.70 [-0.06, 1.46]
200床以上病院の勤務医(大学病院除く)	0.52 [0.15, 0.88]	その他の診療科	0.96 [0.42, 1.51]
大学病院の勤務医	0.21 [-0.25, 0.66]	診療科以外	1.43 [0.53, 2.33]
その他	1.57 [0.98, 2.16]		

Chi square=3.098, p=0.377

Chi square=17.737, p=0.001

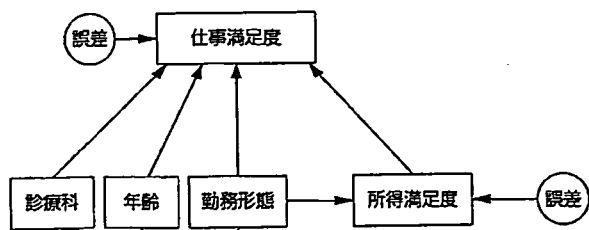


図1 多重回帰モデル

表3 パス解析の結果

		標準化係数	p
所得満足度	← 勤務形態	-0.252	0.001
仕事満足度	← 年齢	0.057	0.442
仕事満足度	← 勤務形態	-0.209	0.006
仕事満足度	← 所得満足度	0.364	0.000
仕事満足度	← 診療科	0.145	0.039
		相関係数	p
年齢	↔ 勤務形態	-0.316	0.000

R²=0.25

されている⁹⁾。しかしそうした論考は仮説の域を出ず、それらについて定量的・分析的に根拠を提示した例はほぼ皆無である。本研究結果では、200床以上の大病院および大学病院の勤務医が、他と比較して所得満足度・仕事満足度ともに低かった。今後さらに、大病院医師の低い満足度の背景要因(相対的に過重な労働、過重な責任、それに見合わない処遇、など)について、単なる憶測ではなく定量的に明らかにする必要がある。

また近年、医学部新卒者が進路として外科系を敬遠する傾向が顕著となりつつある、いわゆる「外科離れ」が指摘されている¹⁰⁾。その背景に、外科の相対的な過重労働が指摘されている。しかし、現に外科に就労している医師の満足度は、他と比較して低いと言えるだろうか? 本研究において、内科系・外科系の医師に比べて、その他の診療科や臨床以外に従事する医師のほうが、確かに仕事満足度が高いことが示された。しかしながら、内科系と外科系を比較した場合、仕事満足度に差があるとは言えなかった。この結果について、次のような解釈が可能であると考えられる。昨今の医学生と現役の外科医との間には、過重労働に対する捉え方が異なっている。すなわち、医学生が敬遠したいと感じるほどの過重労働に対して、現役の外科医はそれほど耐え難いと感じているわけではな

い。なぜなら、現役の外科医は過重労働を覚悟して進路選択を行ったわけであるから、彼らの忍耐の閾値は医学生よりも相当に高く、それがさほど低くない仕事満足度に現れているものと推察される。

なお本研究の限界として、標本の構成比が母集団(日本全国の医師)のそれと比較して、男性、内科系診療科、大学病院・200床以上病院の勤務医に偏っている点が挙げられる。こうした問題を解決するには、今後の調査において母集団の構成比に準じた層化無作為抽出などを考慮すべきである。また今後の調査では、回答者の所属する病院が急性期か慢性期かなどについても検討すべきと考えられる。

本研究では、医師の総合的な仕事満足度と、それに影響を与える種々の属性因子を分析した。欧米の先行研究では、さらに仕事満足度の内容を細分化して定量化する試みが多数為されている。例えば、米国一般内科学会(Society of General Internal Medicine, SGIM)の研究グループは、仕事満足度スケール(physician job satisfaction scale, JSS)によって、仕事内容、自律性、同僚との関係、他の医療従事者との関係、給料、地位などの側面を計測するという手法を用いている¹¹⁾。本邦においても、仕事満足度の内容を多重的な尺度で計測する研究を進めることが、今後

の課題として残されている。

文献

- 1) Freidson E: Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge. New York, Dodd and Mead, 1970
- 2) Pescosolido BA, et al: The profession of medicine and the public: examining Americans' changing confidence in physician authority from the beginning of the 'health care crisis' to the era of health care reform. J Health Soc Behav 42(1): 1-16, 2001
- 3) 竹俊毅: 胸部外科医の処遇調査報告。日胸外会誌 52(Suppl):148, 2004
- 4) Grembowski D, et al: Managed care, physician job satisfaction, and the quality of primary care. J Gen Intern Med 20(3): 271-277, 2005
- 5) Williams ES, Skinner AC: Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications, and directions for future research. Health Care Manage Rev 28(2): 119-139, 2003
- 6) Sibbald B, et al: National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. BMJ 326(7379): 22, 2003
- 7) Stoddard JJ, et al: Managed care, professional autonomy, and income: effects on physician career satisfaction. J Gen Intern Med 16(10): 675-684, 2001
- 8) Landon BE, et al: Evolving dissatisfaction among primary care physicians. Am J Manag Care 8(10): 890-901, 2002
- 9) 小松秀樹: 医療崩壊「立ち去り型」サボタージュとは何か。朝日新聞社, 2006
- 10) 兼松隆之: 外科離れへの対応。日消外会誌 38(7): 906, 2005
- 11) Konrad TR, et al: Measuring physician job satisfaction in a changing workplace and a challenging environment. SGIM Career Satisfaction Study Group. Society of General Internal Medicine. Med Care 37(11): 1174-1182, 1999