

表3 記述統計

		1976	1986	1996	2004
人口 10 万人あたり医師数		119.3(100)	157.3(132)	191.4(160)	211.7(177)
医師数	小児科医	5,830(100)	9,088(156)	13,737(236)	14,677(252)
	産婦人科医	13,135(100)	13,716(104)	12,389(94)	12,156(93)
	内科医	69,981(100)	81,995(117)	93,581(134)	101,739(145)
	合計	131,849(100)	188,623(143)	240,215(182)	270,353(205)
男性医師の割合	小児科医	75	76	71*	69*
	産婦人科医	90	89	85*	78*
	内科医	92	91*	88*	86*
	合計	91	90*	87*	84*
平均年齢	小児科医	43.4 (13.3)	42.4 (13.5)*	47.2 (14.9)*	47.7 (14.7)*
	産婦人科医	49.3 (12.1)	50.8 (14.2)*	50.2 (15.4)*	50.8 (15.8)*
	内科医	49.8 (13.4)	49.3 (15.4)*	48.5 (16.0)*	49.5 (15.5)*
	合計	47.8 (13.3)	46.7 (15.1)*	46.8 (15.3)*	47.6 (15.2)*
平均経験年数	小児科医	18.8 (13.8)	17.4 (13.8)*	22.1 (15.2)*	22.6 (14.8)*
	産婦人科医	24.4 (12.7)	25.6 (14.7)*	24.8 (15.7)	25.4 (15.9)*
	内科医	24.9 (13.4)	24.1 (15.9)*	23.0 (16.4)*	23.8 (15.6)*
	合計	22.9 (13.8)	21.5 (15.6)*	21.3 (15.6)*	22.2 (15.3)
郡部に勤務する医師の割合	小児科医	7	10*	11*	10*
	産婦人科医	14	13*	9*	8*
	内科医	17	16*	16*	13*
	合計	14	14*	13*	11*
病院に勤務する医師の割合	小児科医	60	69*	58*	56*
	産婦人科医	38	47*	56*	57*
	内科医	36	50*	57*	67*
	合計	45	58*	63*	62*

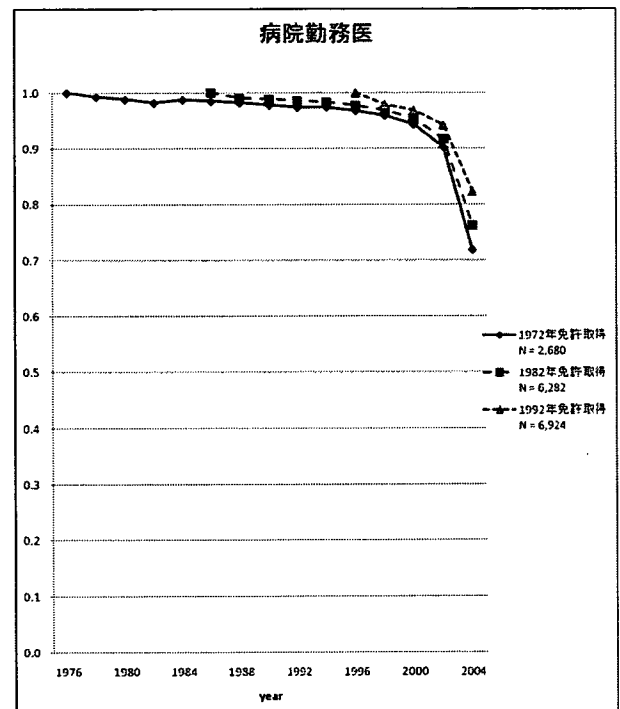
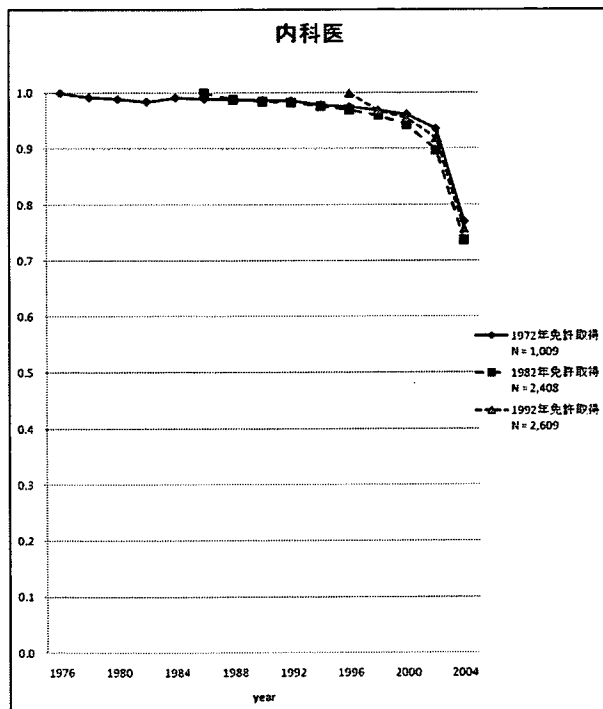
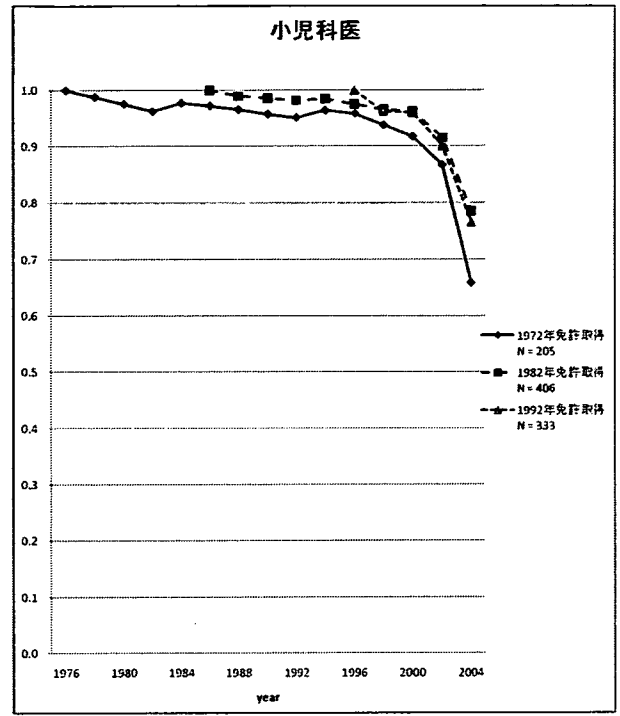
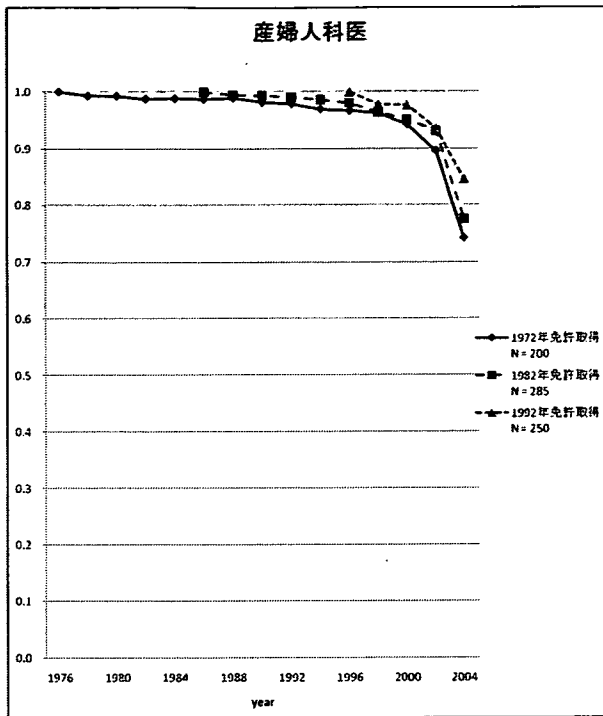
\*p&lt;0.05

表4 医師の動態

		基準年	医師数	残留数	流入数	新人数
診療科	小児科	1976	5,830			
		1986	9,088	3,999(44)	1,272(14)	3,817(42)
		1996	13,737	6,869(50)	3,297(24)	3,572(26)
		2004	14,677	9,980(68)	1,614(11)	3,082(21)
	産婦人科	1976	13,135			
		1986	13,716	9,464(69)	1,372(10)	2,880(21)
		1996	12,389	8,672(70)	867(7)	2,849(23)
		2004	12,156	9,117(75)	972(8)	2,067(17)
	内科	1976	69,981			
		1986	81,995	45,097(55)	13,939(17)	22,959(28)
		1996	93,581	53,341(57)	13,101(14)	26,203(28)
		2004	101,739	68,165(67)	15,261(15)	18,313(18)
勤務場所	診療所	1976	66,570			
		1986	70,996	49,697(70)	18,459(26)	2,840(4)
		1996	81,810	49,904(61)	28,634(35)	4,091(5)
		2004	92,978	58,576(63)	32,542(35)	1,860(2)
	病院	1976	58,968			
		1986	109,534	38,337(35)	13,144(12)	58,053(53)
		1996	151,735	71,315(47)	10,621(7)	69,798(46)
		2004	167,716	103,984(62)	10,063(6)	53,669(32)
地域	都市部	1976	37,974			
		1986	56,959	25,062(44)	11,961(21)	19,936(35)
		1996	73,056	33,606(46)	15,342(21)	24,108(33)
		2004	82,998	43,989(53)	19,090(23)	19,920(24)
	市部	1976	75,710			
		1986	105,582	55,958(53)	14,781(14)	34,842(33)
		1996	135,718	73,288(54)	21,715(16)	40,715(30)
		2004	157,090	95,825(61)	28,276(18)	31,418(20)
	郡部	1976	18,165			
		1986	26,080	11,475(44)	6,259(24)	8,346(32)
		1996	31,440	13,205(42)	9,118(29)	9,118(29)
		2004	30,259	14,827(49)	10,288(34)	5,144(17)

残留数は、一つ前の基準年から診療科、勤務場所、地域が変わらなかった医師の数である。  
 新人数は、一つ前の基準年より後に免許を取得した医師の数である。  
 流入数は、それぞれの基準年の医師数から残留医師数と新人医師数を引いた数から算出した。  
 括弧内は割合を示す。

図 診療科および病院からの離脱の推移



## 女性医師の動向についての分析

分担研究者 国立保健医療科学院 政策科学部 児玉知子

### 研究要旨

本研究では、1972年から2004年の医師調査データを用い、女性医師の卒後の離職ピーク時期、また卒後の離職期間を算出した。女性医師の離職ピークは、卒後約8-10年、基準値の15-16%前後と予測された。また、一度離職した医師も年数をかけて復職している現状が観察された。12～24年間の観察期間中、平均離職期間は2.07～5.05年であり、離職期間/観察期間比は0.17～0.21であった。

### A. 研究目的

2006年にOECDデータにおける日本の女性医師の割合は16.4%と最も低いですが、近年の文部科学省の学校基本調査では、全国医学部の女子医学生の割合は一定して30%前後であり、今後は女性医師の割合が増加すると予測される。これまで医師の需給予測は、厚生労働省が行っている医師調査等のデータを中心に解析がなされてきた。今後は医師のキャリアパスに影響を与える種々の因子を踏まえた動態の把握と対策が必要である。

本研究では、三師調査報告から女性医師の離職状況の推移を把握し、今後予測される課題について検討することを目的とした。

### B. 研究方法

#### 1. 医師総数における女性医師の割合

1972年～2004年の医師・歯科医師・薬剤師調査（以下、三師調査）で新規医籍登録者から女性医師の割合を算出した。

#### 2. 女性医師の平均在職・離職年数

1948年より三師調査が隔年実施となっているため、1982年から1993年までに医籍登録のあった女性医師15,483名についてコホート・データを作成し、三師調査報告状況について調べた。1回の報告につき2年間の在職があったとカウントし、2004年までの観察期間中の平均在職期間、平均離職期間を医籍登録年別に算出した。

#### 3. 女性医師の卒後の離職ピーク

出生年が1958年以降の女性医師（2004年調査時点で45歳相当）のべ31,500名の卒後22年間の三師調査報告数をもとに、離職率のピークを算出した。この際、医籍登録年別に三師調査報告の中から最も届け出数の多かった年を基準として離職率のピークを算出した。

#### 4. 医学部女子学生の推移による女性医師割合の推計

今後の新規女性医師が増加傾向にあるかどうか調査するため、1970年から2007

年の文部科学省「学校基本調査」より、医学部女子学生の割合をもとに、2011年までの近似曲線を算出した(図3参照)。2007年から2011年までのデータは在学女子学生5,4,3,2,1年次生における女子学生の割合を集計した。

#### 5.一般人口における女性の就労状況と女性医師の就労状況の比較

女性の労働力について、一般労働人口における近年の動向を調べるため、総務庁「労働力調査」より、1994年、2004年のデータを用いて男女別に比較検討を行った。就労していない割合を非労働力率=1-労働力率として算出した。

統計ソフトはSPSS15.0を用いた。

<倫理面への配慮>本研究では個人を特定するデータは用いていない。

### C. 研究結果

1. 新規登録医師における女性医師の割合は1980年代前半まで10%代の横ばいとなっていたが、以降はほぼ直線状に増加を続けており、1990年代前半には20%代を超え、2000年以降は30%を超過していた(図1参照)。
2. 1982年に医籍登録した女性医師については、平均離職期間は $5.0 \pm 5.4$ 年(観察期間24年)であり、観察期間中の離職期間の割合は観察期間12~24年間で0.17~0.21であった(表1,2参照)。
3. 本解析で対象となった女性医師は、全体では卒後平均8-9年(14.7%)をピークに離職の上昇傾向がみられた。ピー

ク後の離職率は徐々に低下していたが、卒後12-3年までは約10%を越える休職・離職者が存在すると考えられた。医籍登録年別集計による離職状況推移では、1980年代以降の登録者では、卒後離職年のピーク時期が遅く(右シフト)となっていた(図2参照)。復職状況については、1983・1984医籍登録者においては、卒後20年時の離職は5%未満であり、かなりの割合で復職している現状が推察された。

4.2007年に学校基本調査で報告されている6年次女子学生の割合は34%である。今後は医師全体の中での女性医師の割合は増加するが、医学部1年~5年次の女子学生については、H19年度の学校基本調査(速報)では30~34%であり、急激な増加が起こるとは考えにくい。近似曲線からも2次曲線ピークとなっていると推察された。

5. 一般人口における女性の非就労率ピークは、30歳代前半であった1994年と比較し、2004年では30歳代前半・後半の差がなくなっている。女性医師の離職は卒後急激に上昇し、卒後8年から10年(34-36歳時)にピークがみられていたが、離職ピーク値が下がっていない点に差異がみられた。

### D. 考察

女性医師の離職率を正確に把握するには、三師調査のデータには限界がある。

なぜなら、調査は2年に1回であり、女性医師の出産・育児による短期間の離職を把握することができない。さらに、勤務先への質問票・送付では、非常勤職員として複数の施設で働いている医師について、個人の動態を把握するのが困難である。今回解析したデータの中にも、重複して届け出を行っている医師がみられた。このようなデータについては、前後のデータから主たる勤務先を判断し、一人一データとして集計された。

今回、女性医師の観察期間中の平均在職・離職年数を集計した。三師調査への届け出がなかったものを離職と定義して集計したが、コホート・データからは、個々の医師の届け出状態はまちまちであり、1年おきに離職（届け出ていない）している医師、数年間継続的に離職（届け出ていない）医師など、様々であった。観察期間中における平均離職期間比は0.17から0.21である。しかし、三師調査が隔年の12月末報告であることから、実際の離職期間との乖離があることも想定される。しかし、今後、さらに質のよいデータが集積されることにより、医師全体の労働力が試算され得ると考える。

現在、全国的に病院勤務医が減少しており、医師の人材不足が指摘されている。育児などによる休職者を発掘するため、日本医師会による女性医師バンクも創設されている。各都道府県レベルで医師

の動態を正確に把握するためには、調査票を個人宛に送付し、回収する必要がある。1つの手段としては、各都道府県レベルで保険医登録名簿を用いる方法が考えられる。保険診療を行う医師は、社会保険庁事務局で登録を義務付けられている。調査票の回収がシステムとして義務化されるようになれば、正確な医師の動態把握は可能である。

2000年以降は毎年2,000名を越える女性医師の登録があることから、今後は医師の生涯を通じた就労への支援環境整備が望まれる。

## E. 結論

女性医師の離職のピークは、卒後約8-10年、10数%程度と予測された。また、一度離職した医師も年数をかけて復職している現状が観察された。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

1. 論文発表 未発表
3. 学会発表

1) 女性医師の卒後就労分析-医師・歯科医師・薬剤師調査経年データより- 児玉知子, 康永秀生, 小池創一, 井出博生, 今村知明. 第18回日本疫学会学術総会. 東京

## H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

なし

図 1. 新規医籍登録者における女性医師の割合 (%)

Figure 1. The total number of newly qualified physicians and the percentage of female physicians in the cohort data of PDP surveys from 1972 to 2004.

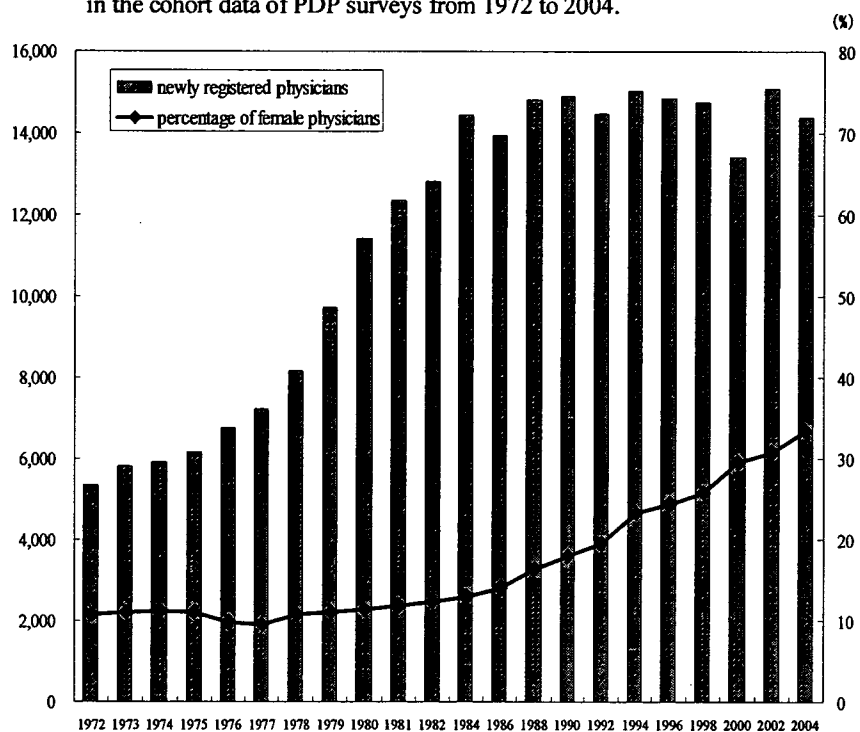


表 1. 女性医師における卒後の平均離職期間

観察期間(年)	観察者数	平均離職期間(年)	標準偏差	離職期間/観察期間
24	981	5.05	5.39	0.21
22	2,043	4.37	4.90	0.20
20	2,183	3.81	4.37	0.19
18	2,701	3.50	3.87	0.19
16	2,987	3.09	3.44	0.19
14	3,206	2.62	2.97	0.19
12	1,382	2.07	2.43	0.17



表 2. 医籍登録年別卒後の平均在職・離職期間

医籍登録年	観察者数	観察年数		在職期間(年)	離職期間(年)
1982	981	24	平均値	19.0	5.0
			標準偏差	5.4	5.4
			中央値	20.6	3.4
			最小値	2	0
			最大値	24	22
1983	925	22	平均値	17.8	4.2
			標準偏差	4.9	4.9
			中央値	19.3	2.7
			最小値	2	0
			最大値	22	20
1984	1,118	22	平均値	17.5	4.5
			標準偏差	4.9	4.9
			中央値	18.9	3.1
			最小値	2	0
			最大値	22	20
1985	993	20	平均値	16.3	3.7
			標準偏差	4.4	4.4
			中央値	17.6	2.4
			最小値	2	0
			最大値	20	18
1986	1,190	20	平均値	16.1	3.9
			標準偏差	4.3	4.3
			中央値	17.3	2.7
			最小値	2	0
			最大値	20	18
1987	1,387	18	平均値	14.5	3.5
			標準偏差	4.0	4.0
			中央値	15.6	2.4
			最小値	2	0
			最大値	18	16
1988	1,314	18	平均値	14.5	3.5
			標準偏差	3.8	3.8
			中央値	15.5	2.5
			最小値	2	0
			最大値	18	16
1989	1,529	16	平均値	12.9	3.1
			標準偏差	3.5	3.5
			中央値	13.8	2.2
			最小値	2	0
			最大値	16	14
1990	1,458	16	平均値	12.9	3.1
			標準偏差	3.4	3.4
			中央値	13.9	2.1
			最小値	2	0
			最大値	16	14
1991	1,567	14	平均値	11.3	2.7
			標準偏差	3.0	3.0
			中央値	12.2	1.8
			最小値	2	0
			最大値	14	12
1992	1,639	14	平均値	11.4	2.6
			標準偏差	2.9	2.9
			中央値	12.2	1.8
			最小値	2	0
			最大値	14	12
1993	1,382	12	平均値	9.9	2.1
			標準偏差	2.4	2.4
			中央値	10.4	1.6
			最小値	2	0
			最大値	12	10

図2. 医籍登録年別離職率の推移 (女性医師)

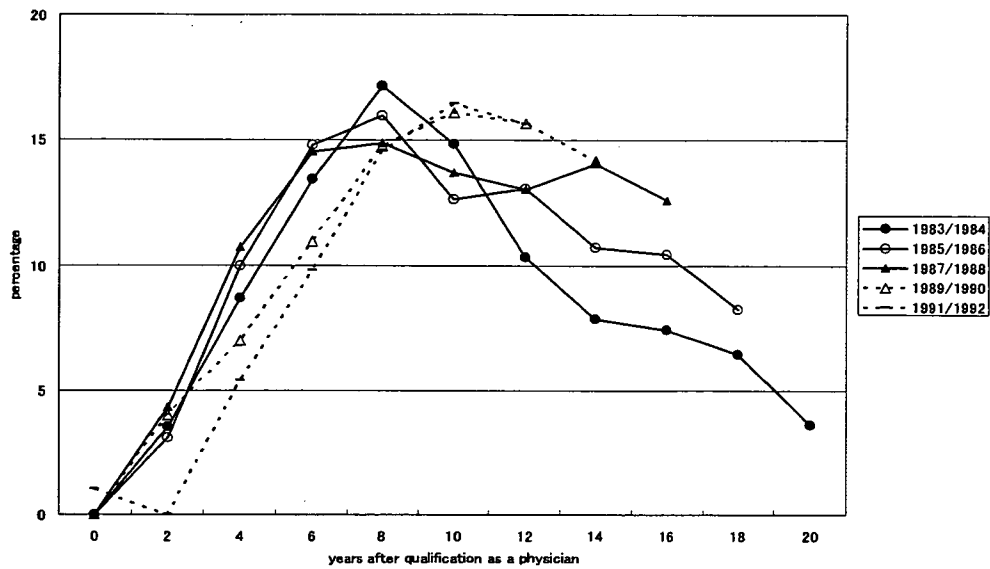


図3. 1970年～2002年の医学部女子学生(6年次)割合による女性医師数推計

卒業学年(6年次) 女子学生の割合

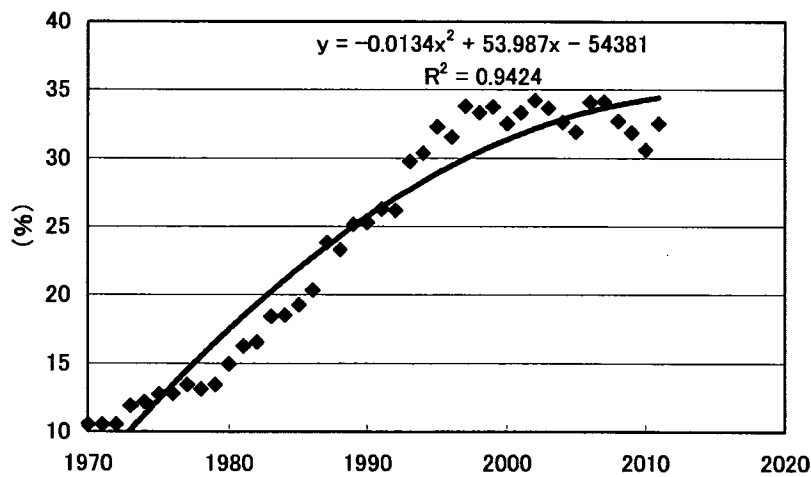
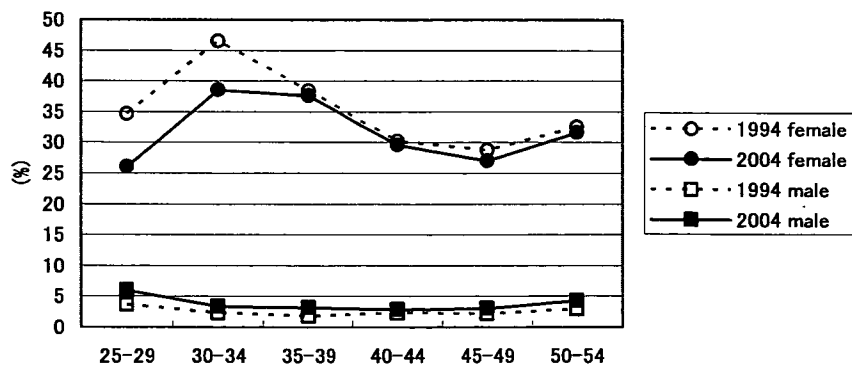


図4. 一般人口における性・年齢別非労働力率注:「非労働力率」= 1 - 労働力率

非労働力率



(総務省「労働力調査」より著者作成)

## 医師のやりがいと疲労感に影響する要因の分析

分担研究者 康永 秀生（東京大学大学院医学系研究科医療経営政策学講座）

### 研究要旨

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。平成18年度アンケート調査では、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した。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。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方が、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。平成19年度アンケート調査では、病院勤務医師を対象に、勤務医の疲労感とやりがいに影響する要因を分析した。対象は341名の勤務医。カテゴリカル回帰分析およびパス解析の結果、同僚のサポートが厚く、給与に対する満足度が高いほど、医師のやりがいは増し、疲労感は減ることが分った。患者の過剰な要求は、やりがいを損ない、疲労感を増すことが分った。仕事のコントロールが低いほど、やりがいは低下した。総労働時間が長いと疲労感が増えるものの、やりがいが損なわれることは無くむしろ有意に増加した。

### A. 研究目的

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って、社会的に有用で、人々の尊敬を集める聖職であった。しかし今や、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。

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。とくに医師の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。

近年，病院勤務医が過労や不当な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」という現象が取り沙汰されている。最大の要因は，病院勤務医の労働条件の悪化と考えられている。いくつかの調査結果が，日本の病院勤務医の長い労働時間の実態を明らかにした。

また近年，医療事故に関する訴訟のリスクが増加していると言われる。日本の医療事故にかかる民事訴訟の件数は増加し続けている。このような社会背景が病院医療を萎縮させ，医師の病院からの撤退を助長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。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。そのためには，医師の仕事満足度を定量し，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なわれてきたが，本邦ではほとんど省みられていない。

本研究は，医師の総合的な仕事満足度

(overall job satisfaction)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。さらに，病院勤務医師を対象とした質問票調査により，勤務医のやりがいや疲労感に影響する要因を分析することを目的とした。

## B. 研究方法

<平成 18 年度調査>

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 Lickert 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 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。

#### <平成 19 年度調査>

平成 18 年度と同様、インターネット調査会社の協力を得て、医師 1,500 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。2008 年 1 月 10 日から 1 月 16 日の 7 日間で、341 名の医師から有効回答を得た。回収率は 22.8%であった。

アンケートでは、回答者の基本属性として、卒後年数、年齢、性別、従事する診療科、勤務する病院の開設主体と病床数、勤務地の自治体の人口規模を質問した。また、診療科における重要な決定や役割（治療方針の決定や、処置・手術の術者など）において、回答者はどの程度に位置するか、以下から選択してもらった：①自分は指導的な立場であり、重要な決定や役割は自分が主に担っている、②自分は指導的な立場であるが、重要な決定

や役割の多くを部下に任せている、③自分は指導的な立場でないが、重要な決定や役割の多くを上司に任されている、④自分は指導的な立場ではなく、重要な決定や役割の多くは上司が担っている。

勤務している病院の診療科の医師数は不足していると思うか、以下の 3 つから 1 つを選択してもらった：①不足している、②ちょうどよい、③過剰である。

労働に伴う疲労感について、以下の 3 つから 1 つを選択してもらった：①疲労を感じても翌日には残らない、②翌日まで疲労が残ることがある、③常に疲労を感じている。

次に、以下の各項目について、①とてもそう思う、②まあそう思う、③どちらとも言えない、④あまりそう思わない、⑤全くそう思わない、の 5 段階で評価してもらった。

- (1) 上司、同僚、部下の医師は、総じてあなたをサポートしてくれる。
- (2) 医師以外のスタッフ（看護師・パラメディカルなど）は、総じてあなたをサポートしてくれる。
- (3) 忙しくて、一人一人の患者に接する時間が短い。
- (4) 患者との関係は、総じてうまくいっている。
- (5) 忙しくて、プライベートな時間が制限されている。
- (6) 自分の給与に満足している。
- (7) 現在の自分の職務に、総じてやりが

いを感じている。

(8)今までの自分の医師としてのキャリアに満足している。

(9)進学先を迷っている高校生の相談を受けたとしたら、医学部受験を勧めらる。

(10) 患者の要求が、度が過ぎると感じるが増えた。

「やりがい」および「疲労感」を従属変数とするカテゴリカル回帰分析を行った。さらに、「やりがい」・「疲労感」および各指標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。

## C. 研究結果

<平成 18 年度調査>

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方が、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。

<平成 19 年度調査>

表 4 に回答者の属性一覧、表 5 に医師不足感・疲労感、表 6 に「やりがい」に関する質問の結果を示す。

カテゴリカル回帰分析では、総労働時間、職場における役割、同僚のサポート、スタッフのサポート、給与に対する満足度、患者の過剰な要求が、医師のやりがいと有意に関連した。また、総労働時間、同僚のサポート、給与に対する満足度、患者の過剰な要求が、疲労感と有意に関

連することが分った。(表7)

そこで図2のような多重回帰モデルを構築し、パス解析を実施した結果を表8に示す。

給与に対する満足は、やりがいを高め、疲労感を低下させる。過剰な患者要求は、やりがいを低下させ、疲労感を高める。一方、長い労働時間は、疲労感も高めるが、やりがいも高める。

#### D. 考察

18年度調査において、「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にすることは、米国の先行論文でも示されており、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。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。

19年度勤務医調査では、同僚のサポートが厚く、給与に対する満足度が高いほど、医師のやりがいは増し、疲労感は減ることが分った。患者の過剰な要求は、医師のやりがいを損ない、疲労感を増すことが分った。また職場における役割について、「指導的な立場ではなく、重要な決定や役割の多くは上司が担っている」場

合、すなわち仕事のコントロールが低いほど、やりがいは低下していた。

注目すべきは、総労働時間が長いと疲労感が増えるものの、やりがいが損なわれることは無く、むしろ有意に増加する点である。医師の労働時間が長いからといって、時間短縮を推進したとしても、疲労感の回復には繋がるかもしれないが、やりがいの向上には繋がらないことが示唆された。

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」という現象が指摘されている。18年度研究結果では、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。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方が、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える。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。

## **E. 健康危険情報**

なし

## **F. 研究発表**

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 2007;66(7):580-582.

## **G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)**

なし



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%)
	その他	14	(9%)
診療科	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%)
	診療科以外	7	(5%)
勤務地域の規模	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	43	(28%)
	郡, 町, または村	10	(7%)

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]
開業医	1.21 [0.53, 1.90]
200 床未満病院の勤務医	1.23 [0.67, 1.79]
200 床以上病院の勤務医 (大学病院除く)	0.52 [0.15, 0.88]
大学病院の勤務医	0.21 [-0.25, 0.66]
その他	1.57 [0.98, 2.16]

Chi square =17.737, p=0.001

診療科別

	平均値 [95%信頼区間]
内科系診療科	0.61 [0.33, 0.89]
外科系診療科	0.70 [-0.06, 1.46]
その他の診療科	0.96 [0.42, 1.51]
診療科以外	1.43 [0.53, 2.33]

Chi square =3.098, p=0.377

図 1. 多重回帰モデル

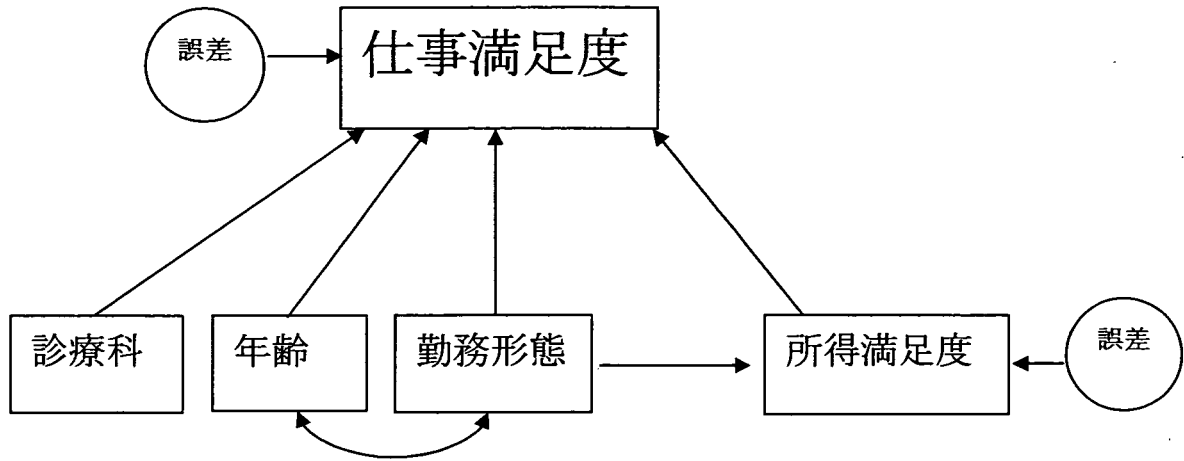


表 3. パス解析の結果

		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

R<sup>2</sup>=0.25

表4 回答者の属性一覧

性別	度数	%
男性	303	88.9
女性	38	11.1
<b>主に勤務している病院の開設主体</b>		
大学病院	104	30.5
国公立病院	61	17.9
公的病院	50	14.7
民間病院	126	37.0
<b>主に勤務している病院の所在地</b>		
東京 23 区	29	8.5
政令指定都市	111	32.6
中核市（人口 30 万以上の市）	44	12.9
その他の市	137	40.2
町・村	20	5.9
<b>主に勤務している病院のベッド数</b>		
20－49 床	16	4.7
50－99 床	11	3.2
100－199 床	46	13.5
200－299 床	37	10.9
300－399 床	43	12.6
400－499 床	31	9.1
500－599 床	42	12.3
600－699 床	31	9.1
700 床以上	84	24.6
<b>診療科目</b>		
内科系診療科	218	63.9
外科系診療科	30	8.8
小児科	50	14.7
産婦人科	6	1.8
その他	37	10.9
<b>診療科における立場</b>		
自分は指導的な立場であり、重要な決定や役割は自分が主に担っている	156	45.7
自分は指導的な立場であるが、重要な決定や役割の多くを部下に任せている	33	9.7
自分は指導的な立場でないが、重要な決定や役割の多くを上司に任されている	82	24.0
自分は指導的な立場ではなく、重要な決定や役割の多くは上司が担っている	61	17.9
その他	9	2.6