

28%)のうち開業医および診療所勤務医(9.1%;n=208)⁴⁰⁾等の先行研究と比較しても高い傾向が伺われた。

疲労の蓄積に関しても、医師本人のみならず、医療の受益者である患者側への影響が認識されている。本邦では、外科医を対象とした調査において、インシデント経験のある医師は精神的・身体的疲労が蓄積している状態であることが示されている⁴¹⁾。

努力・報酬不均衡

努力・報酬不均衡状態にある医師の割合は10%を超えていた。努力・報酬不均衡モデルは、近年汎用されている職業性ストレスモデルで、仕事に対して費やす努力が十分に報われない状況をストレスフルな状態として捉える。報酬は金銭面、失職を含む社会的地位、および重要な他者から認められることで評価される。若い臨床医において、努力・報酬不均衡は労働時間や心身の症状および仕事の満足感(不満足)と有意に関連している^{42,43)}。

本調査票の医師に対する適応は少なく、イタリアではMagnavitaらが、やはり28%の高頻度を報告している⁴⁴⁾。これまでの日本人労働者の努力・報酬不均衡状態の頻度は平均5%程度で^{45,46)}、医師におけるストレス指標が高いことが示された。

医師におけるストレスのコストとしては、欠勤、訴訟、不安、緊張、疲労を通じたケアの質の低下⁴⁷⁾などが示されている。ストレスがかかっている医師は状況の良い医師よりも事故を起こすリスクが高い^{48,49)}。さらに、この傾向は特に睡眠時間が不十分であれば強いことが示されている³⁹⁾。認知されるストレスとともに過重労働関連の労働環境への配慮が求められている。

医師に特異的なストレス要因

地域の医師会の医師特有の職業性ストレス要因として、診療報酬の少なさ、診療外の業務・専門外の用務の多さ、長時間拘束、短い余暇、事務仕事の過多の得点が高く、医師のストレスを考慮する場合に留意すべきと思われた。

医師におけるストレス要因でもっとも報告されているものは、仕事量や残業の多さ、ペーパーワークの多さ、オンコールの時間、低い仕事のコントロール、ソーシャルサポートや仕事外でのライフイベント^{4,47,50-53)}。このほかに、患者の苦悩や死への対応、救急対応、患者の不平や訴訟、強い自己批判などの個人の特性などが挙げられている¹⁷⁾。

混みあいがひどいとスタッフのメンタルヘルス(抑うつ)を増悪させる可能性が示唆されている⁵⁴⁾。自由意見の中にも、患者を待たせることに対してストレスがあると報告もあるが、調査データを基にした多変量解析においては、一日の診療患者数と医師の抑うつ状態との間には良好な関連が観察された。仕事のやりがいと報酬に関わる要素が影響していると考えられた。

抑うつ状態

19点をカットオフとした採点で、2割におよぶ医師に抑うつ状態が認められた。一般医を対象とした抑うつ状態もしくはうつ病に関する調査では、15%程度の医師にうつ状態が認められ、一般集団より高頻度であることが報告されている⁵⁵⁻⁶³⁾。本調査と類似した一般医を対象で最近行なわれている調査では、ミシガン州の医師会会員を対象として、Patient Health Questionnaire depression module (PHQ-9)を用いて行なわれた調査では、中等度から高度の抑うつ得点を示した医師が11.3%の頻度であった⁵³⁾。米国の家庭医部門会員1,418人を対象とした Beck

Depression Inventory II を用いた調査では7%の会員が軽度抑うつ、5%が中等度から重度抑うつ症状を呈していた⁵³⁾。

CES-D は、疫学調査で広く使用されている尺度であるが、従来のカットオフ値 (16点)⁵²⁾ では特異度が劣ることが指摘され、本稿では、MLNI を基準として提案されたカットオフ値 (19点) を用いて抑うつ症状の頻度を測定した。比較的厳しい基準で認められた2割近い頻度は調査対象における無視できない抑うつ状態が存在することが示唆される。

うつ状態が医師のパフォーマンスに及ぼす影響もよく観察されている。中等度から高度抑うつ得点を報告した医師は、最小から軽度抑うつ得点を示した医師と比較して、2~3倍の頻度で、パフォーマンスや仕事上の満足感を含む彼ら自身の仕事上の役割に重大な影響があると報告していた⁶³⁾。

各種労働状況指標と抑うつ状態の関連

種々の属性を調整した後も、長い労働時間、短い睡眠時間、過重労働、努力・報酬不均衡状態は、それぞれ、医師の抑うつ状態と有意に関連していた。

実際の労働時間とストレスレベルの間にはクリアカットな関係は認められないことが多いが^{47, 61)}、睡眠時間が一般医のうつを予測することが示されており⁶⁴⁾、睡眠の問題にアプローチする必要性が議論されている。さらに、多くの医師特有のストレス要因がうつ状態と関連があることが示されており⁶⁶⁾、本調査は、これら先行研究と一致して、好ましくない就業状況が医師の抑うつ状態とよく関連していることを示している。

各種指標の開業医・勤務医間での比較

開業医、勤務医間における各種指標の比較では、週労働時間、一日平均睡眠時間には両者で差は見られなかった。しかし、開業医における過重労働得点、努力・報酬不均衡状態、および抑うつ状態の頻度は、勤務医に比較して有意に多いことが認められた。しかし、交絡要因を調整した後は、抑うつ状態のリスクは両社で差がなかった。後述するように、本調査対象の勤務医が、医師会会員以外の医師を代表しないという特性が各指標の差をある程度説明する可能性があるが、少なくとも、過重労働や高ストレスが勤務医のみにかかっているものではないことがうかがわれた。

自由意見

医師の過重労働について自由意見を求めたところ、非常に多くの意見をいただいた。

一部重複もあるが、過重労働やストレス要因に関すること、および対策に関連することについてまとめるとともに、医師の意見も列記した。

過重労働およびストレス要因に関することについては、肉体的な負担もさることながら、精神的なストレスが増加していくことへの懸念を訴える意見が少なからずあった。感情面の仕事の要求度は、そのような困難な仕事に対応しているという、医師としての士気向上に寄与するなど医師の精神健康度にポジティブな側面があると指摘されていると同時に⁶⁵⁾、最もストレスフルな側面を有することが示されている⁶⁶⁻⁶⁸⁾。キャリアに対する幻滅や圧倒的な仕事量に関連することが推察されるモチベーションの低下や辞職希望や仕事に関する不満足感が増加することが示されている⁶⁹⁾。

過重労働に関する、開業か勤務医かの診療形態による違いについては、開業医・勤務医の立場から、それぞれに過重な状況を示す意見があった。経営状態を含む種々の要因から一概にどちらが過重とは言えない。そのような比較をする意図もないが、両者の状況を知る医師からはむしろ、両者の過重性に寄与する要因は質的にも異なること、お互いの状況を案じる観点から対策を提案する意見などが出されている。

同様の考え方は、女性医師についての意見についてもあてはまるかもしれない。厚生労働省「医師の需給に関する検討会」では、医療現場での医師の不足、とくに地域格差や診療科別偏在を指摘しているが、その大きな要因の一つが女性医師の増加であり、本調査においても、少なからず女性医師にたいする厳しい意見があった。医師国家試験合格者における女性の割合は2005年に34%に達しているが、女性医師の就業率は30歳代で急減し60%台となる。とくにわが国の特徴として、30歳代での離職やパートへの移行率の高さ、内科・マイナー系への偏在、大規模病院に少ないという偏在等が指摘されている。

自由意見からも、ワーク・ファミリー・コンフリクト⁷⁰⁾が、女性医師がキャリアを続けていく上でのストレス要因として大きいこと²³⁾、個人的な努力には限界があること、がうかがわれた。女性医師を現場に引き戻す課題を、女性だけの問題にとらえることなく、医師全体の勤務制度、子育てや教育を支える制度を含む社会的な課題として取り上げる必要性がある⁷¹⁾。

本研究が、過重労働による健康障害防止のための行政提言も目的としていることを周知の上で協力を求めていることもあり、過重労働を訴える意見が多くなりがちであったかもしれないが、一方で、医師の激務はある意味当然であり、医師であれば耐えていくべきものという意見もいただいた。両者とも真摯な意見と受け止めている。

一方で、医師の典型的な性向とされる完全主義は、キャリアデベロップメントや患者ケアの質の高さを支えている反面、心理社会的健康のリスクファクターとも見られている^{24, 72)}。ある調査では90%の医師が、具合が悪いときにでもデューティを最大限果たそうとしていることが示されている³⁰⁾が、これは医師自身にとってもその患者にとってもベストの行動であるのか疑問を呈する意見もある⁷³⁾。ストレスとそのパフォーマンスに及ぼす(ネガティブな)効果を否定することは、医師が仕事に適応することを助けるかもしれないが、ストレス要因の効果に関する健全な認識は過誤を起こりにくくする⁷⁴⁾。過労時の医師のパフォーマンスについては十分な検証をし、最適な就業環境を探ることが必要と思われる。医師は睡眠不足や疲労を認めることはプロではないとか、弱いことであるということではなく、これらの要因が患者ケアに及ぼす影響を最小限にする努力も認識する必要があるのかもしれない³⁰⁾。

対策に関連すること

代替の利かない単独診療による(際限のない)拘束時間や、診療以外の事務的な業務に関する訴えは非常に大きなものがあった。患者の安全を向上させるもっとも有効な方策として、労働負荷を捌くための人員増が上げられている⁷⁵⁾。確かに医師の不足に対する対策を訴える意見は多かったが、メディカルクラークを含むチーム医療の充実を求める意見もあった。よく機能するチームはストレスレベルや長引く疲労感を減じること^{76, 77)}、共同作業に係る問題は医師の自殺を予測することが示されている⁷⁸⁾。チームワークの悪さは勤務医の長期疾病休業を予測することなどが示されている⁷⁹⁾。好ましいチーム医療を具現化する財源的な裏づけ(診療報酬)に関する意見も多く見られた。医師の心身の健康、ストレス対策の視点からも検討が必要と思われる。

努力・報酬不均衡モデルは、職業生活において費やす努力と、そこから得られるべき、もしくは得られることが期待される報酬がつりあわない就業環境をストレスフルとして把握する職業性ストレスモデルであるが²⁹⁾、本邦で行われた調査で、努力・報酬不均衡状態にある労働者の頻度が5割を超えて存在した例はない。自由意見からは、人員の充足にかかわる金銭的な手当の重要性のみならず、医師の激務が十分に認められていないことがうかがわれた。医師不足の解消を含めて安心して質の高い医療を望む声は医療を受給する側にも高い⁷⁹⁾。医療行為に対する適正な評価も、受益者側も共に考えていく課題と思われる。

英国では、医師の過重労働およびメンタルヘルスに関する影響の重大を鑑み、医師に対する個人的なカウンセリングの必要性などが議論されている^{57, 62)}。本邦でも検討されるべき項目かもしれない。

調査の限界

本調査結果を評価する際、その低い回答率が影響している点に留意しなければならない。とくに、勤務医に関しては、医師会に所属するキャリアの長い医師が多く含まれる可能性、また、一部、施設の勤務医が混在している可能性を否定できない。したがって、開業医・勤務医間の比較に関する所見は、一般化に制限があることに留意しておく必要がある。

本調査における選択バイアスとその影響は相反する二通りが考えられる。ひとつは多忙な医師が回答を回避しており、調査結果が実態を過小評価している可能性。もう一つは、過重労働感を強く意識している医師が多く回答し調査結果が過大評価されている可能性である。労働時間の捉え方に問題があるとは言え、比較的客観的な時間に関する報告は先行研究の水準以下の結果を示している。一方で、医療従事者はストレスや疲労の影響を否定する傾向があることが示唆されており⁷⁹⁾、留意する必要がある。

さらに、横断的な調査デザインが因果関係には言及できないことも付け加えておく。しかし、量的な解析はできないものの、自由意見で得られた意見は対策立案のヒントを多く含む大変貴重なものと考えられた。

結 論

地域の医師会会員を対象とした調査から、開業医・勤務医ともに高い疲労蓄積度と著しいストレス得点が伺われ、それぞれが抑うつ症状と関連していた。地域の医師において、過重労働とそれによる健康障害の頻度は決して希ではなく、医師の健康の側面からも、人的・金銭的な資源配分を含めて適切な労働環境の実現が可能となるように、医師の過重労働の実態を正確に評価する必要がある。

研究発表

1. 論文発表

- 1) Sakata Y, Wada K, Tsutsumi A, Ishikawa H, Aratake Y, Watanabe M, Katoh N, Aizawa Y, Tanaka K : Effort-Reward Imbalance and depression in Japanese medical residents. J Occup Health, 50 : 498-504, 2008

2. 学会発表

- 1) 堤 明純, 川上憲人. 過重労働等ストレス健康リスク予知チャートの開発. 第81回日本産

業衛生学会, 2008. 6.

- 2) Tsutsumi A. Effect of occupational stress across differentiated occupational classes among Japanese workers, Cape Town, 29th International Congress on Occupational Health, South Africa, 2007.

引用文献

- 1) 井奈波良一, 黒川淳一, 井上真人. 大規模自治体病院医師の勤務状況、日常生活習慣および職業性ストレス. 日本職業・災害医学会会誌. 2008 ; 56 (6) : 239-45.
- 2) 鶴田憲一. 医師の過重労働とその背景並びに医療体制に及ぼす影響. 産業医学レビュー. 2007 ; 20 (3) : 113-34.
- 3) Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *British Medical Journal*. 1994 ; 309 (6964) : 1261-3.
- 4) Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants : the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*. 1996 ; 347 (9003) : 724-8.
- 5) Wall TD, Bolden RI, Borrill CS, Carter AJ, Golya DA, Hardy GE, et al. Minor psychiatric disorder in NHS trust staff : occupational and gender differences. *British Journal of Psychiatry*. 1997 ; 171 : 519-23.
- 6) Jex SM, Hughes P, Storr C, Baldwin DCJ-r, Conard S, Sheehan DV. Behavioral consequences of job-related stress among resident physicians : the mediating role of psychological strain. *Psychological Reports*. 1991 ; 69 (1) : 339-49.
- 7) Richardsen AM, Burke RJ. Occupational stress and work satisfaction among Canadian women physicians. *Psychological Reports*. 1993 ; 72 (3 Pt 1) : 811-21.
- 8) Gross EB. Gender differences in physician stress : why the discrepant findings? *Women & Health*. 1997 ; 26 (3) : 1-14.
- 9) Tholdy Doncevic S, Romelsjo A, Theorell T. Comparison of stress, job satisfaction, perception of control, and health among district nurses in Stockholm and prewar Zagreb. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1998 ; 26 (2) : 106-14.
- 10) van Wijk C. Factors influencing burnout and job stress among military nurses. *Military Medicine*. 1997 ; 162 (10) : 707-10.
- 11) Aasland OG, Olf M, Falkum E, Schweder T, Ursin H. Health complaints and job stress in Norwegian physicians : the use of an overlapping questionnaire design. *Social Science & Medicine*. 1997 ; 45 (11) : 1615-1629.
- 12) Graham J, Ramirez AJ, Cull A, Finlay I, Hoy A, Richards MA. Job stress and satisfaction among palliative physicians. *Palliative Medicine*. 1996 ; 10 (3) : 185-94.
- 13) Hardy GE, Shapiro DA, Borrill CS. Fatigue in the workforce of National Health Service Trusts : levels of symptomatology and links with minor psychiatric disorder, demographic, occupational and work role factors. *Journal of Psychosomatic Research*. 1997 ; 43 (1) : 83-92.
- 14) Arnetz BB, Horte LG, Hedberg A, Theorell T, Allander E, Malmer H. Suicide patterns

- among physicians related to other academics as well as to the general population. Results from a national long-term prospective study and a retrospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1987 ; 75 (2) : 139-43.
- 15) Lindeman S, Läärä E, Hakko H, Lönnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *British Journal of Psychiatry*. 1996 ; 168 (3) : 274-9.
 - 16) Rimpela AH, Nurminen MM, Pulkkinen PO, Rimpela MK, Valkonen T. Mortality of doctors : do doctors benefit from their medical knowledge? *Lancet*. 1987 ; 1 (8524) : 84-6.
 - 17) 下光輝一. 職業性ストレス簡易調査票及び労働者疲労蓄積度自己診断チェックリストの職種に応じた活用法に関する研究 17年度～19年度総合研究報告書 厚生労働省科学研究費 労働安全衛生総合研究事業 (課題番号 H17-労働-2) 2008.
 - 18) Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science & Medicine*. 2001 ; 52 (2) : 203-13.
 - 19) Caplan RD, Cobb S, French J, R., P., Jr., Harrison RV, Pinneau SR. Job demands and worker health : main effects and occupational differences. Washington, DC : U. S. Department of Health, Education, and Welfare ; 1975.
 - 20) Cheng Y, Kawachi I, Coakley EH, Schwartz J, Colditz G. Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women : prospective study. *British Medical Journal*. 2000 ; 320 : 1432-6.
 - 21) Sundquist J, Johansson SE. High demand, low control, and impaired general health : working conditions in a sample of Swedish general practitioners. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2000 ; 28 (2) : 123-31.
 - 22) Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet*. 2000 ; 355 (9203) : 533-7.
 - 23) Miller NM, McGowen RK. The painful truth : physicians are not invincible. *South Med J*. 2000 Oct ; 93 (10) : 966-73.
 - 24) Hem E, Haldorsen T, Aasland OG, Tyssen R, Vaglum P, Ekeberg O. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000. *Psychol Med*. 2005 Jun ; 35 (6) : 873-80.
 - 25) Sebo P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Kunzi B, Bovier PA. Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians : a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2007 ; 7 : 5.
 - 26) 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト作成委員会. 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト. In : 青木和夫, 長田久雄, 児玉昌久, 小杉正太郎, 坂野雄二, editors. ストレススケールガイドブック第2版. 東京 : 実務教育出版 ; 2006. p. 440-2.
 - 27) 過重労働対策等のための面接指導マニュアル・テキスト等作成委員会. 医師による面接指導のチェックリスト. 東京 : 財団法人産業医学振興財団 ; 2006.
 - 28) 過重労働対策等のための面接指導マニュアル・テキスト等作成委員会. 医師による面接指導のマニュアル. 東京 : 財団法人産業医学振興財団 ; 2006.
 - 29) Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1996 ; 1 (1) : 27-41.

- 30) Siegrist J, Wege N, Pühlhofer F, Wahrendorf M. A short generic measure of work stress in the era of globalization : effort-reward imbalance. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. in press.
- 31) Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The Measurement of Effort-Reward Imbalance at Work : European Comparisons. *Social Science & Medicine*. 2004 ; 58 (8) : 1483-99.
- 32) Radloff LS. The CES-D Scale : a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1977 ; 1 : 385-401.
- 33) Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998 ; 59 Suppl 20 : 22-33 ; quiz 4-57.
- 34) Wada K, Tanaka K, Theriault G, Satoh T, Mimura M, Miyaoka H, et al. Validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale as a screening instrument of major depressive disorder among Japanese workers. *Am J Ind Med*. 2007 Jan ; 50 (1) : 8-12.
- 35) 内閣府仕事と生活の調和推進室. 仕事と生活の調和とは. 2008 [cited 2009 Feb 27] ; Available from : <http://www8.cao.go.jp/wlb/towa/index.html>.
- 36) Lamberg L. Long hours, little sleep : bad medicine for physicians-in-training? *JAMA*. 2002 Jan 16 ; 287 (3) : 303-6.
- 37) Virtanen M, Singh-Manoux A, Ferrie JE, Gimeno D, Marmot MG, Elovainio M, et al. Long Working Hours and Cognitive Function : The Whitehall II Study. *Am J Epidemiol*. 2009 Jan 6.
- 38) Jacques CH, Lynch JC, Samkoff JS. The effects of sleep loss on cognitive performance of resident physicians. *J Fam Pract*. 1990 Feb ; 30 (2) : 223-9.
- 39) Weinger MB, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance. *JAMA*. 2002 Feb 27 ; 287 (8) : 955-7.
- 40) Umehara K, Ohya Y, Kawakami N, Tsutsumi A, Fujimura M. Association of work-related factors with psychosocial job stressors and psychosomatic symptoms among Japanese pediatricians. *Journal of Occupational Health*. 2007 ; 49 (6) : 467-81.
- 41) 小柳泰久, 逢坂由昭, 青木達哉, 佐藤裕俊. 外科医の勤務状況と蓄積的疲労徴候. *日本臨床外科学会雑誌*. 2002 ; 63 (6) : 1329-34.
- 42) Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, Siegrist J, Buddeberg C. Work stress and reduced health in young physicians : prospective evidence from Swiss residents. *Int Arch Occup Environ Health*. 2008 Oct ; 82 (1) : 31-8.
- 43) Li J, Yang W, Cho S-i. Gender differences in job strain, effort-reward imbalance, and health functioning among Chinese physicians. *Social Science & Medicine*. 2006 ; 62 (5) : 1066-77.
- 44) Magnavita N, Fileni A, Magnavita G, Mammi F, Mirk P, Rocca K, et al. Work stress in radiologists. A pilot study. *Radiol Med*. 2008 Apr ; 113 (3) : 329-46.
- 45) Tsutsumi A, Kayaba K, Nagami M, Miki A, Kawano Y, Ohya Y, et al. The effort-reward

- imbalance model : experience in Japanese working population. *Journal of Occupational Health*. 2002 ; 44 (6) : 398-407.
- 46) 堤明純. 日本語版「努力-報酬不均衡モデル」調査票. In: 青木和夫, 長田久雄, 児玉昌久, 小杉正太郎, 坂野雄二, editors. *ストレススケールガイドブック第2版*. 東京: 実務教育出版; 2006. p. 277-85.
- 47) Firth-Cozens J. Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Soc Sci Med*. 2001 Jan ; 52 (2) : 215-22.
- 48) Jones JW, Barge BN, Steffy BD, Fay LM, Kunz LK, Wuebker LJ. Stress and malpractice : Organizational risk assessment and intervention. *Journal of Applied Psychology*. 1988 ; 73 (4) : 727-35.
- 49) Tsutsumi A, Umehara K, Ono H, Kawakami N. Types of psychosocial job demands and adverse events due to dental mismanagement : a cross sectional study. *BMC Oral Health*. 2007 4 April ; 7 : 3.
- 50) McKeivitt C, Morgan M, Dundas R, Holland WW. Sick leave and 'working through' illness : a comparison of two professional groups. *Journal of Public Health Medicine*. 1997 ; 19 (3) : 295-300.
- 51) Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout : an examination of personal, professional, and organizational relationships. *Med Care*. 1994 Jul ; 32 (7) : 745-54.
- 52) Johnson JV, Hall EM, Ford DE, Mead LA, Levine DM, Wang NY, et al. The psychosocial work environment of physicians. The impact of demands and resources on job dissatisfaction and psychiatric distress in a longitudinal study of Johns Hopkins Medical School graduates. *J Occup Environ Med*. 1995 Sep ; 37 (9) : 1151-9.
- 53) Costa AJ, Labuda Schrop S, McCord G, Ritter C. Depression in family medicine faculty. *Fam Med*. 2005 Apr ; 37 (4) : 271-5.
- 54) Virtanen M, Pentti J, Vahtera J, Ferrie JE, Stansfeld SA, Helenius H, et al. Overcrowding in hospital wards as a predictor of antidepressant treatment among hospital staff. *Am J Psychiatry*. 2008 Nov ; 165 (11) : 1482-6.
- 55) Reuben DB. Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation. *Arch Intern Med*. 1985 Feb ; 145 (2) : 286-8.
- 56) May HJ, Revicki DA. Professional stress among family physicians. *J Fam Pract*. 1985 Feb ; 20 (2) : 165-71.
- 57) Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *BMJ*. 1989 Feb 11 ; 298 (6670) : 366-70.
- 58) Winefield HR, Anstey TJ. Job stress in general practice : practitioner age, sex and attitudes as predictors. *Fam Pract*. 1991 Jun ; 8 (2) : 140-4.
- 59) Chambers R, Belcher J. Predicting mental health problems in general practitioners. *Occup Med (Lond)* . 1994 Sep ; 44 (4) : 212-6.
- 60) Chambers R, Campbell I. Anxiety and depression in general practitioners : associations with type of practice, fundholding, gender and other personal characteristics. *Fam Pract*. 1996 Apr ; 13 (2) : 170-3.

- 61) Firth-Cozens J. Predicting stress in general practitioners : 10 year follow up postal survey. *BMJ*. 1997 Jul 5 ; 315 (7099) : 34-5.
- 62) Bennet G. The doctor's losses : ideals versus realities. *BMJ*. 1998 Apr 18 ; 316 (7139) : 1238-40.
- 63) Schwenk TL, Gorenflo DW, Leja LM. A survey on the impact of being depressed on the professional status and mental health care of physicians. *J Clin Psychiatry*. 2008 Apr ; 69 (4) : 617-20.
- 64) Firth-Cozens J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *Br J Gen Pract*. 1998 Oct ; 48 (435) : 1647-51.
- 65) Mawardi BH. Satisfactions, dissatisfactions, and causes of stress in medical practice. *JAMA*. 1979 Apr 6 ; 241 (14) : 1483-6.
- 66) Arnetz BB. White collar stress : what studies of physicians can teach us. *Psychother Psychosom*. 1991 ; 55 (2-4) : 197-200.
- 67) Linn LS, Yager J, Cope D, Leake B. Health status, job satisfaction, job stress, and life satisfaction among academic and clinical faculty. *JAMA*. 1985 Nov 15 ; 254 (19) : 2775-82.
- 68) Sutherland VJ, Cooper CL. Identifying distress among general practitioners : predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction. *Soc Sci Med*. 1993 Sep ; 37 (5) : 575-81.
- 69) Voltmer E, Kieschke U, Spahn C. Work-related behaviour and experience patterns of physicians compared to other professions. *Swiss Med Wkly*. 2007 Aug 11 ; 137 (31-32) : 448-53.
- 70) 渡井いずみ, 錦戸典子, 村嶋幸代. ワーク・ファミリー・コンフリクト尺度 (Work-Family Conflict Scale : WFCS) 日本語版の開発と検討. *産業衛生学雑誌*. 2006 ; 48 (3) : 71-81.
- 71) 荒木葉子. 指定発言 : 女性医師の労働現況と新たな試み シンポジウム 医療機関における産業保健—医師労働に注目して—. *産業衛生学雑誌*. 2007 ; 49 (臨時増刊) : 255.
- 72) McLeod ME. The caring physician : a journey in self-exploration and self-care. *Am J Gastroenterol*. 2003 Oct ; 98 (10) : 2135-8.
- 73) Kivimaki M, Sutinen R, Elovainio M, Vahtera J, Rasanen K, Toyry S, et al. Sickness absence in hospital physicians : 2 year follow up study on determinants. *Occup Environ Med*. 2001 Jun ; 58 (6) : 361-6.
- 74) Helmreich RL, Merritt AC. Culture at work in aviation and medicine : national, organizational, and professional influences. Aldershot : Ashgate : 1998.
- 75) Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation : cross sectional surveys. *BMJ*. 2000 Mar 18 ; 320 (7237) : 745-9.
- 76) Carter AJ, West MA. Sharing the burden : team work in health care setting. In : Firth-Cozens J, Payne R, editors. *Stress in health professionals : psychological and organizational causes and interventions*. Chichester, UK : Wiley ; 1999. p. 323-61.
- 77) Wada K, Arimatsu M, Yoshikawa T, Oda S, Taniguchi H, Higashi T, et al. Factors on working conditions and prolonged fatigue among physicians in Japan. *Int Arch Occup*

- Environ Health, 2008 Oct ; 82 (1) : 59-66.
- 78) Holmes VF, Rich CL. Suicide among physicians. In : Blumenthal SJ, Kupfer DJ, editors. Suicide over the life cycle : risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. Washington, DC : American Psychiatric Press ; 1990. p. 599-618.
 - 79) 日本経済新聞社. 医療と健康に関する意識調査. 日本経済新聞. 2009.
 - 80) 長谷川俊彦. 医師労働環境の現状－第12回医師の需給に関する検討会：2005年医師労働環境の現況調査：国立保健医療科学院2006.
 - 81) 清水博. 大学病院改革に関する基礎的研究報告書：平成18年度文部科学省科学研究費補助金基盤研究 (C) 2007.
 - 82) 車谷典男, 岡本希. 医師の労働時間と睡眠. 労働の科学, 2006 ; 61 (9) : 526-30.
 - 83) 井奈波良一, 黒川淳一, 井上眞一, 岩田弘敏. 1年目研修医の勤務状況、日常生活習慣および職業性ストレスに関する研究. 日本職業・災害医学会雑誌, 2003 ; 51 (3) : 209-14.
 - 84) 静岡県. 静岡県3病院運営形態検討会提出資料2006.
 - 85) 日本小児科学会. 病院小児科医の将来需給について2005.
 - 86) 大阪府医師会勤務医部会. 過重労働の実態と女性医師の就業状況、勤務環境に関するアンケート調査集計報告書「要約」, 2006 : 18-9.
 - 87) 日本医療労働組合. 「医師の労働実態調査」中間報告. 2007 [cited 2009 Feb 27] ; Available from : http://www.irouren.or.jp/jp/html/menu6/pdf/070219_ishi_no_rodoyoujittai_tyousa.pdf.
 - 88) 日本病院会地域医療委員会. 勤務医に関する意識調査報告書2007.
 - 89) 医師需給に係る医師の勤務状況調査 (病院分) 中間集計結果. 2006 ; Available from : <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/02/s0208-12b.html>.

表1 医師の過重労働および職業性ストレスに関する調査まとめ 労働時間

時間カテゴリー (h/w)	n	%
<40	417	26.5
40~60	922	58.6
60~80	177	11.2
80=<	43	2.7
欠損値	15	1.0
合計	1,574	100.0

表2 医師の過重労働および職業性ストレスに関する調査まとめ 睡眠時間

時間カテゴリー (h/d)	n	%
<3	6	0.4
3~4	28	1.8
4~5	166	10.5
5~6	574	36.5
6~7	593	37.7
7~8	176	11.2
8=<	18	1.1
欠損値	13	0.8
合計	1,574	100.0

表3 医師の過重労働および職業性ストレスに関する調査まとめ 過重労働

Point	n	%
0	508	32.3
1	171	10.9
2	207	13.2
3	134	8.5
4	165	10.5
5	110	7.0
6	104	6.6
7	67	4.3
欠損値	108	6.9
合計	1,574	100.0

表4 医師の過重労働および職業性ストレスに関する調査まとめ ストレス要因

項目	%	項目	%
診療報酬が少ない	15.8	周囲の支援がない	2.7
診療外の業務・専門外の用務が多い	12.6	夜間診療・当直が多い	2.5
拘束時間が長い	12.6	郡市区医師会のしほり	2.4
余暇が少ない	12.3	救急対応が多い	2.4
事務仕事が多い	12.3	訴訟関連のトラブル	2.2
労働時間が長い	8.8	患者からの暴力・暴言	1.6
(年齢に伴う) 体力的な負担	7.2	地域における事業(予防接種等)が多い	1.3
人員の不足	5.5	輪番制の負担が多い	0.8

表5 医師の過重労働および職業性ストレスに関する調査まとめ 労働時間・睡眠時間・過重労働・努力・報酬不均衡状態と抑うつ状態の関連

	n	%	n	%	chi-square	p
	労働時間<60h/w		労働時間>=60h/w			
CESD <19	977	81.6	138	72.3	9.00	0.003
CESD >=19	221	18.4	53	27.7		
	睡眠時間>=5h/d		睡眠時間<5h/d			
CESD <19	994	81.9	122	69.3	15.52	<0.001
CESD >=19	219	18.1	54	30.7		
	過重労働得点0-5		過重労働得点6-7			
CESD <19	991	84.7	72	46.5	126.23	<0.001
CESD >=19	179	15.3	83	53.5		
	努力・報酬均衡		努力・報酬不均衡			
CESD <19	956	84.5	108	57.4	75.21	<0.001
CESD >=19	176	15.5	80	42.6		

表6 医師の過重労働および職業性ストレスに関する調査まとめ 訴えの多いストレス要因と抑うつ状態の関連

	n	%	n	%	chi-square	p
	長拘束時間：あてはまらない～負担大		長拘束時間：負担非常に大			
CESD <19	1,001	82.9	109	61.6	44.32	<0.001
CESD ≥19	206	17.1	68	38.4		
	少ない余暇：あてはまらない～負担大		少ない余暇：負担非常に大			
CESD <19	1,000	83.1	106	60.6	48.65	<0.001
CESD ≥19	204	16.9	69	39.4		
	少ない診療報酬：あてはまらない～負担大		少ない診療報酬：負担非常に大			
CESD <19	971	83.2	139	63.8	43.64	<0.001
CESD ≥19	196	16.8	79	36.2		
	多い事務仕事：あてはまらない～負担大		多い事務仕事：負担非常に大			
CESD <19	1,017	81.9	96	65.8	21.40	<0.001
CESD ≥19	225	18.1	50	34.2		

表7 医師の過重労働および職業性ストレスに関する調査まとめ 労働時間・睡眠時間・過重労働・努力・報酬不均衡状態と抑うつ状態の関連、多変量解析結果*

ストレス要因	オッズ比	95%信頼区間
週労働時間<60h/w	1.0 (reference)	
週労働時間≥60h/w	1.59	1.10-2.27
睡眠時間≥5h/d	1.0 (reference)	
睡眠時間<5h/d	2.03	1.41-2.92
過重労働得点0	1.0 (reference)	
過重労働得点6	6.72	4.63-9.73
努力・報酬均衡	1.0 (reference)	
努力・報酬不均衡	3.89	2.77-5.44

* ロジスティック回帰分析：各変数について、それぞれ、年齢、性別、診療形態および一日あたりの診察患者数を調整した後の抑うつ状態のリスク（オッズ比）。

表8 医師の過重労働および職業性ストレスに関する調査まとめ 開業医と勤務医の比較

		開業医		勤務医		chi-square	p
		n	%	n	%		
労働時間	<60h/w	1,101	85.4	237	88.4	1.67	0.196
	>=60h/w	188	14.6	31	11.6		
睡眠時間	>=5h/d	1,129	87.5	231	86.2	0.32	0.575
	<5h/d	162	12.5	37	13.8		
過重労働得点	0-5	1,054	87.3	238	93.7	8.34	0.004
	6-7	153	12.7	16	6.3		
努力・報酬	均衡	1,003	84.6	210	91.3	6.99	0.008
	不均衡	182	15.4	20	8.7		
CESD	<19	922	79.2	198	85.3	4.59	0.032
	>=19	242	20.8	34	14.7		

表9 医師の過重労働および職業性ストレスに関する調査まとめ 自由意見のまとめ

過重労働の要因・ストレス要因に関すること

(1) 拘束

自由にすごせる時間があまりありません。

実働時間だけでなく拘束時間も長い。すなわち、産婦人科の場合は実働時間以外に全て拘束時間です。医療者側と患者側のいずれもがある程度満足できる診療体制の構築が望まれます。

有床産科医なので時間的拘束が大きく、ストレスの原因となる。

有床診療所の場合、24時間拘束されている（精神的開放感なし）診療録、診断書以外の事務的書類が多い。

勤務医のオンコール時間も労働と伺います。

血液透析を行っている開業医です。365日24時間、オンコール体制を取っており、院外にいても、精神的拘束を受け続けています。今回のアンケートには、その種の精神的ストレスに対する設問がなかった点が残念です。

拘束時間が長く精神的ストレスが多い。また、医局の人員も減少して、なかなか代診もたのみにくい。

開業して33年になりますが、電話がなるとドキッとして、本当に休まる時間がなかった。

(2) 精神的ストレス

今後肉体的過重労働よりも精神的過重労働が増えると考えます。

実際の肉体的な負担以上に精神的な負担が大きいこれが大きく響いてくる。

労働時間過重よりも精神的ストレスが大きいです。患者さんと患者さんの家族から無理な要望と患者さんになにか悪症状が出たらすぐ医者への責任にするなどの精神的なプレッシャーは目に見えない過労と思います。その精神的な原因から仕事に対する恐怖感がある為、なにしても過労の感じがあります。困難な状況に直面すれば地域の医師もしくは同僚から十分な支援が受けられるとの一項目を見ると、現在の社会の体質から見ると地域の医師又は同僚からの支援は全く不可能と考えています。なぜならば、現在の社会ではすぐ人の責任にしてしまう、しかも他人（特に同業者又は同僚）が手を出して援助すると同業者の内部の悪事を隠蔽すると言われるので援助は全く不可能です。それらの精神的ストレスが時間的過労よりも大きいと思います。書類は多く、催促することも多い、しかも書類も複雑で書く時間がかかる、仕事の時間内には完成できないのでほとんど勤務時間外に書く、その為疲れても書類を書く為医院に残って仕事をする…

一人で診療していると、不安がこみ上げてくることも多く、精神的にストレスは多く感じている。そのためか、慢性的な不眠が続いている。

一人での開業なので、緊急時の対応等に対する精神的な重圧感が大きい。日々の診療において雑用が意外に多い。毎日仕事に追われ自由時間が少なく、慢性疲労ではないかと考えたりする。

一人有床診療所であり、夜間の睡眠中断や休日にも遠くへ行けない等があります。できれば医師を非常勤か当直に雇いたいのですが、診療報酬引き下げでとても経済的余裕がありません。3年前まで大学（国立）勤務でしたが手取り給料は年間150万円減っています。大学勤務医は薄給といいますが、皆アルバイトでかなり収入を得ていることを知らしめるべきです。

いつ何が起こるかかわからない緊張感、不安感、強迫感のようなものがあり、一担対応しておさ

まっても、又いつ何時は…不変。

患者さん、ご家族に訴えられないようにしないと、という心理が働いている。(ここ最近特に)昔はよかったと思う。(心温かいお医者さんとよくできた患者さんとの協力関係があった。)(今もあるんでしょうけど、単純、純粹でない。)

開業すると、肉体的には少し楽になった気がします、逆に精神的ストレスが重くのしかかっています。経営のこと、スタッフのこと、患者さんとのトラブルのこと、すべて一人でかかえこんでストレスを感じます。

医療は、人に対する仕事なので、時間的な負担より、患者及びスタッフ等の人々との人に対する負担が大きいと思う。

(3) 診療以外の業務

自分の能力が役立つ仕事なら、時間が長くてもつかれは感じません。雑用や、医療トラブルにかかわる時は、短時間でもぐったりします。

カルテへの記載事項にしろ、その他の書類にしろ、診療とは直接関係のない形式を整えるためのものが多く、それに取られる時間はかなり大きなものがあり、睡眠不足が続き、集中力低下やミスが発生につながり、結果本当に大切な診療にしろよせが来るということになっています。現場における物事の軽重がわかる者が施策をねるべきです。

検査・薬の知識が日々進歩することで勉強も。ミスすると大変
健診など事務作業が煩雑なものをもっと簡素化してほしい。

いろいろな事務仕事(必要と思えないものが多い)がどんどん増えている。減らす方向にならないものか。(厚労省、医師会、保険、アンケート他)

事務的雑用が多すぎる。カルテは仕方ないにしても、公的書類・アンケートなどが多いので、つい忘れがちとなる。(同様の意見多数)

書類など事務残業多く、休日もない。電子カルテも導入したが、逆に医師の仕事が増えてしまい疲労の原因となっている(一人5～6分の診療では電子カルテはムリ。目も疲れる)

本来の医業以外医師会の役員の仕事あり

他一学校医、産業医、予防接種、介護認定審査会、他書類書きが多すぎる。

他一研修会、研究会、講演他・行政との関係。

書類、診断書の仕事が多過ぎる。しかも増える傾向にある。日曜は月に2日は出て来ている
診断書、情報提供書等、文書作成に時間がかかる。

電子カルテ化(IT化)された場合、入力に時間がかかり患者さんとの十分なコミュニケーションがとれなくなるおそれあり。(入力担当者が、別に必要)

カルテをはじめ、診断書、情報書、意見書、介護関係などの書類書きが、多過ぎるし、薬品類の添付文書の変更、更新があまりにも多いので神経を使うことが多い。

書類が多くて、ちょっと油断すると山のようにたまります。時には日曜日1日かかって片付けることもありうんざりです。電子カルテに移行するとみられますが、不安で、仕事が増えるのか減るのか判りません。

医療安全管理義務化やレセプトオンライン請求等毎年何らかの形で医療(診療)以外の義務化(強制的な)が増えており、それだけでなく書類整理(介護保険等)もあり、医業仕事後の書類書きが繁雑

懇談会等の義務的出張が多すぎる。

医療行為の外に税務、労務、最近は電子化対応までせまられる。それにとられる時間が増加している。自賠責、労災保険、身体障害者手帳、介護保険等々。書類書き業務が増加の一方だ。それに取られる時間は長く、報酬は少ない。さらに、保健に関する費用の増大のために報酬は減少の道をたどるのは明白だ。私は、年令70才にして、考える事は若い医者は夢をもって明日を生きてほしい。苦しみは、より明日の力になる。現実には逃げの事なく対応していけ！！

医療行為以外の仕事が多過ぎる。医師間の役割分担に効率性に欠く点が多い。

介護保険の主治医意見書を、手書で書いている。かなり時間をとられる。

介護保険事業が始まり、介護認定に関わる主治医意見書をこれまで500通ほど作成しましたが、2週間以内に提出しなければならず、休日（日曜日）に作成しており、多大なストレスです。開業して1年です。勤務医のときも、今もそうですが、事務的な雑用が多いです。開業医はある程度、仕方がない（自分のためですから…）のですが、勤務医時代は書類（生命保険、介護保険、生活保護、同意書、安全管理などなど…）が大変でした。開業してからは、院長兼事務長ですから、さらに事務仕事が増えています。職員の管理というのも、非常にストレスになります。また、医師会関連の仕事も、今後増えてくることが予想されます。共働き（妻が副院長）なので子ども（4、2、1才）の世話も大変ですし、ストレスもかけているだろうと心配になることがあります。地域医療としての開業医が子供の頃からの夢でしたので後悔などはしていませんが「開業医は楽をして儲けている」という、マスコミ、世間、そして勤務医の先生も同じように考えているのは心外です。勤務医の方が「楽をして儲ける」ことができると思います。

勤務医にしろ、開業医にしろ、事務的な作業が多い。医療事務がしっかりしていれば開業医は楽であるが、レセプトオンラインのことを含め精神的負担が大きい。

行政の書類（生活保護、特定疾患書類等）において毎年同じ様な記載をしているが、無駄ではないか。少なくとも前年度の内容を印刷した書類に変更点を追記する等の処置が必要であろう。

最近、医療安全対策、特定検診・特定指導等の講演会の出席が必ず必要なものが多い。年々増えてきている。特定検診・特定検診は事務量が多く、負担が大きすぎる。

診療のみであれば、苦にならないが、届出書類、アンケート、診断書類他、医療介護に関係する書類書きに忙殺されそうである。診療報酬は低く抑えられ（特に療養型などの入院点数など）スタッフは要るし「働けど働けど我が暮し楽にならざり」で、意欲もそがれている。特に診療所も病院並みとは行かないが、届出や報告などがやたらと多く、これを作成するのに時間がかかる。又、新規事業にも膨大な資料や届出が必要で何も出来ない。

診療は月～土まで昼休みが充分に取れず最近では事務仕事が多く診療終了した事。提出書類の整理又会合への出席が多くなった。患者さんにはやってはいけないと言った生活、食事のパターンを自分がやっている。

診療以外の仕事（パソコン入力、返事、紹介状、報告、その他の書類書き）を行う医療クレークを雇う制度と経済的余裕が欲しい。

診療以外の事に時間をとられるという事は世間の人にあまり認知されていないのではと思う。

診療以外の書類作成（診断書・意見書等）、介護認定審査、健診業務、校正等の委託業務等の、その他の仕事が多過ぎる。アンケート依頼等が多いのも！

診療以外の書類事務作業 etc は減らしたいが、医師しか書けないものもあるので仕方がないかも。提出期限等余裕もたせて欲しい。

診療以外の用務が非常に多く、勤務医の時より負担がはるかに大きくなった。あと2～3年続けると限界になるかも知れない。

診療業務以外の負担が大きい、これらは殆んど診療終了後の夜間となる。例、医師会の公的委託業務への参加、業務化された、さまざまな研修会への参加など、自己の診療業務以外の雑用も多い。公休などは全くない。一生この生活である。これも医師たるものの宿命とは思ふ。

コンピュータ化による医師の負担増、業務の煩雑化

休日急患センターへの出務などの負担も大きい。

* 役職に関すること

医師会の役員で、日中はめいっぱい仕事をし、夜2時間くらい会合、勉強会などがある時は夜10時くらいに帰り、それから残業です。通勤の要がないので睡眠は充分とれていますが、午前様になるくらい忙しい時が多々あります。(時間外労働に医師会、勉強会は含めず)

医師会や専門医会等の役職につくと、その度に費いやす時間が多く、医師としての重責、経営者としての医療経営のやりくり等、肉体的、精神的ストレスで限界に追い込まれている。

医師会活動をしているので診療所の仕事にさける時間が少なく、患者さんと接する時間も少なくこの点が不満と云えば不満、他方医師会活動にはやりがいを感じている。

医師会関係の仕事が多く、県医師会その他行政関係の仕事に従事し、出席する為の出張時間が多くなっている。診療時間が現在減少状態である。精神的肉体的な負担は責任感、自覚により充分カバー出来ている。

医師会役員としてストレスの強い時期がその時はあるが、マイナートランクライザ etc を使用し、なんとか乗り切っている。

開業医ですが仕事は楽しく殆んどストレスもなく運営しているが医師会の事で外出する事が多すぎると思われます。(県、市内科医会、区、その地方の組) これら毎月何か一回あれば月に5回、外出、それ以外に勉強会 etc で週に4～5回外出する事も多い。

* そのほか、経営に関すること

受診患者数の減少などで医療経営的に今後成り立っていくのかなどのストレスが大

政策（制度・診療報酬・評価・医師不足）

現在の医療費削減政策のみならず、医療保険制度の煩雑化は医療崩壊の大きな一因になっていると確信しております。

診療に対する（とくに手術等の技術料）、報酬が低すぎる。技術とそのリスクに対する評価がきわめて低い。このことは先で、検査や予防の医者を増やし、技術レベルの低下を来たす。

医師の労働時間、労働密度労働強度に相当個人差があります。同一医療機関にあっても多忙な医師とそれほどでない（受持患者が少ない）医師では差が生じますが、給与に反映されることはありません。これが過重労働観を生む原因の1つではないでしょうか？

診療点数が低く、新患に時間をかけると、負担が大きいとそれに合った点数がいただけない。

診療報酬が少ない為（点数が低い）長時間仕事をしないと経営が赤字となる。

医療費の圧縮による経営の悪化で、必要な薬剤・機器の買い換えや、職員の待遇改善ができない。

医師の過重労働は、医師定員不足、即ち医療費削減政策によるものです。医師を充分雇用出来るだけの医療費増額が必要です。

医師の絶対数が少ないため、病院では当直あけの勤務が当然のように行われている。早く改善されるべきであるが、実際上は、時間もかかり医療費も上昇する。

医師不足（勤務医）のため、病院の医師は過重労働になっている。皆、よく頑張っており感謝している。医師数の確保が充分できれば、見通しは明るくなる。

医療費の不足 医師数の不足 医師の診療科による偏在。

一般的に言って日本全体の医師の数は決して少ないとは言えないと思う。ただ診療科の片寄り地域の片寄りが過重労働を強めている原因と思う。

（勤務医と開業医とでは視点が異なると思いますが）私は5年前に開業しましたが、目先のことしか考えていない制度の改革に振りまわされるのにはウンザリしています。診療以外の雑務に費やす時間が自然と多くなり、精神的な負担にもなっています。

医師の負担や医療機関として整備しなければいけない義務は、どんどん増えているのにこれに見合う診療報酬の加算はほとんどなく、むしろ費用を抑えようとする行政に怒りを覚える。

小児科、婦人科医の数を増やし、報酬を増やして欲しい。（他科に比較し1.5倍位の点数が希望）

医療制度混乱の根源である臨床研修医制度をなぜやめないのか…理解できません。現在、2年間で8000人ずつ医師数は増加しつづけているのにさらに1.5倍に増加速度を増して1人1人の生活ができなくなるのは目に見えていると思います。根拠のない政策は悪であると考えております。

開業医にとって現存の保険制度が如何に煩わしいものであり、2年后に義務化されるレセプトのオンライン化、今后官僚にふりまわされる色々なしぼり、将来に対する明るい展望が全く望まれません。10月末をもって、以上の考え等を鑑み、閉院し老健施設で勤務しています。過重労働（主にストレス）に対し、報酬が少なすぎる。

勤務医の場合、どんな小さな科でも交代できる医師がいないと医師のQOLは保証されない。最低3人/科当りにすべきである。一人しかいない科が多いのは問題である。国はこれだけで3倍の予算を組まなければならない筈なのに逆行した政策を行ったツケが回ってきているのが現状で

ある。

勤務医の税制を開業医なみにする。そうでないと時間外や当直が多いほど単価がさがっていやになる。

現在の医療制度では過重労働になるのは仕方ない。開業医制度の変更が必要。

最近、夜間救急患者さんのたらい回しによる事故がよくおこっているようですが各地域にいかなる患者さんも、必ず、引き受けられる病院をひとつ設置し、そこに、過重労働にならないように、必要十分な医師を勤務させたほうが良いように思います。