

医師におけるジェンダーとワークライフ・バランス

Gender in Doctors and Work and Life Balance

大出 春江*, 古川 早苗*
Harue OHDE, Sanae FURUKAWA

<キーワード>

ワークライフ・バランス, 医師, ジェンダー, 結婚, 家族, 在宅医療,
ホスピス, 有床診療所, パートタイム化

<要 約>

本論では、在宅医療を担う医師のワークライフ・バランスについて考察する。まず在宅医療および在宅医療を支える有床診療所の医師のワークライフ・バランスを中心に、国内の調査研究を概観する。さらに近年増加する病院勤務の女性医師の調査から、医師という勤務形態の特殊性が浮き彫りにされるとともに、男性医師の働き方を前提とした現状のままでは女性医師の常勤化を阻害し、今後もその傾向が続くことが示される。

後半は医師のワークライフ・バランスに関連する欧米の先行研究を概観する。そこでは医師という職業が抱え込みやすいリスク（うつ病、自殺、離婚等）を中心に具体的な調査研究をみていく。こうした中で近年、医師のパートタイム化が女性医師に起こっていること、また男性医師にも同様な志向が生まれていることから、労働時間の短縮化によって男女ともに仕事の継続をはかろうとする近年の傾向（医師の適応戦略）をみる。

在宅ケアや在宅医療が充実することは高齢社会にとって福音となる。しかし、それは担い手の潜在能力を高める形で充実されるべきだろう。その意味で、ワークライフ・バランスに向けた問題解決は重要な課題である。とりわけ医師の女性化が年々進行する中で、仕事と人生と家族の生活をともに確保できる方策を模索することは極めて重要な課題である。

*大妻女子大学 人間関係学部 人間関係学科 社会学専攻

**法政大学 社会学部 非常勤講師

1. 在宅医療とワークライフ・バランス

人生のターミナルな時期をどのように納得して迎えることができるか。身近な親しい人のターミナルな時期をどのように支え受け入れるのか。かつてない長い人生を生きることになった現代のわたしたちにとって、福祉も医療も生活保障の不可欠な構成要素としてより重要性を増している。そのような中で在宅医療は2000年の介護保険施行および2006年の在宅療養支援診療所制度の実施を境により一層、社会的に顕在化しつつある。

24時間365日、切れ目のない医療、といった言葉は在宅医療のキーワードとしてよく登場する。このことは人の日常の暮らしを中心に考えれば、当然のことというべきである。にもかかわらず、これらが標語として語られるようになったのは、3分診療という言葉に代表される病院医療中心の、また医師中心の発想への反省によるところが大きかったからであり、いいかえれば理念的には医療専門職者中心の医療モデルから、生活者中心モデルへとパラダイムを転換したためといえる。

新潟で長年、地域医療に携わってきた黒岩卓夫は、浦佐萌気園診療所における1992年～2002年までの10年間の統計から、在宅療養者366名中、亡くなった者190名、そのうち約75%（144名）を自宅で看取ったと報告している。そして「75%看取らせて頂いたことが……時間をかけた信頼関係や24時間体制（医師も看護師も）がなくては語れないこと」だとも述べている⁽¹⁾。

住み慣れた環境において、親しい人々の見守るなかで納得して自分の生を終え、さらには次の世代に自分の亡き後のことを安心して託し死を迎えるのは、あって欲しい死にゆくイメージの一つである。深沢七郎の『楢山節考』に対する読後感想を新聞で募集したところ、ある60代男性は「私の父は入院中に深夜一人で息を引き取った。亡くなる4日前に『家に帰りたい』と言う父を押しとどめた私は、又やんの倅と同じではないか」⁽²⁾と述べている。これは施設内の死に対する感想として、多くの日本人が共有する感覚といえるだろう。

黒岩卓夫が75%の自宅での看取り率を記したのも、その数字が医療の質と幸福な死を保障するものではないとしても、それらの一つの指標として捉えているからだといえる。こうして在宅医療は人生のターミナルな時期を支える有力な制度として定着しつつある。

人は必ず、いずれかの水準で自立が困難になり、他者の支えやケアを必要とする段階にいたる。「生活保障システム」の視点からケアを支えるしくみを考える大沢真理は、サービス労働者＝介護者が自らの潜在能力の低下を招くような高齢者介護をするのであれば、アウトカムを達成したところで、それは高齢者介護の「失敗」とみるべきだと述べている⁽³⁾。この考え方は高齢者介護に限定されるものではない。望ましいとされる形で生を支え、介護を担うことが、その担い手にとっての「潜在能力」すなわち「個人が選択できるあり方や行動の幅であり、そうした自由を内包する福祉」（アマルティア・センの概念）⁽⁴⁾の低下を招来するのであれば、それはケアを支えるシステムとして持続しない。

在宅医療についても同じことがいえる。人びとの日常生活を大切にし、患者や患者家族の諸要求に応えようとするれば、それらの仕事が医師自身の生活時間の大半をおおうことになり、医師の家庭生活や個人としての自由な時間を犠牲にする事態も生まれる。2005年にインタビューを実施したC医師も「患者さんと家族にいかにも満足してもらおうかという、どういうふうにしてそこに近づけるかというのがわれわれの課題なのかな」と語っていた。「（患者が）わがままを言ったら聞いてあげられるのが体力」というC氏の言葉は医師としての姿勢を示すとともに、「体力」と時間配分が課題であることを端的に示している⁽⁴⁾。しかし、こうした医療者の個別の努力や誠実な姿勢が医療者自身にストレスを与えたり健康を害する要因にもなる。

本論ではこうした問題関心をもう少し広い社会的文脈のなかで考察するための予備的作業として、医師のワークライフ・バランスに関する先行研究を国内外に関して概観する。

2004年からわたしたちは在宅の看取りの社会的条件に関する調査研究を行い、次に地域で開業する医師、さらに緩和ケアを主な目的とする有床診療所（以下、ホスピス有床診療所と略す）を開設した医師へのインタビュー調査を進めた。ホスピス有床診療所は日本全体でも10カ所にも満たないといわれる。有床診療所全体の数が急速に減少する中で、ホスピス有床診療所の経営がいかに困難であるかを、この数字が如実に示している。有床診療所自体が診療報酬制度上、経営的に困難であるだけでなく、緩和ケアを行うために、一般病院以上に看護師の配置や入院環境に配慮することが求められ、それだけ経営コストがかかるためである。いいかえれば、現行制度下では、参入するにはあまりにリスクの高い、体力、時間、コストのいずれにおいてもバランスを欠いた経営形態である。

この意味で、ホスピス有床診療所という日本では極端に少ない取り組みは、患者として望むターミナル期の過ごし方と医師のワークライフ・バランスの問題を逆照射しているといえるだろう。有床診療所は全国に約1万カ所、ホスピス有床診療所に至っては数カ所しかないとしても、家族の小規模化と単身世帯化の全国的進行を考えれば、近づきつつある大量死の時代の福音となる可能性は極めて大きい。

経営問題を恒常的に抱えてもなおホスピス有床診療所を維持運営する医師らは、患者にとって「役に立つ」という強い確信をもっている。この確信がワークライフ・バランスを極端に欠いてもなお維持しようとする原動力になっている。

2. 医師のワークライフ・バランスとジェンダー要因

ここでは前節で述べた問題関心を踏まえ、在宅医療および有床診療所に携わる医師のワークライフ・バランスについて、国内の調査研究を概観し理解を得ておくことにする。

山路憲夫は「日本の医療労働をめぐる現状と課題—医療・介護の質は労働力にある—」という短

い論文の中で、医療現場で働く人々の環境は2003年以来、加速してきた医療制度改革からの数年の間に大きく変わったと述べている。そして看護師にしても医師にしても絶対数の不足ではなく、地域や病院間の偏在の問題だとしている。病院によっては「短時間勤務看護師」を積極的に採用、さまざまな勤務時間帯を看護師の希望にできるだけ併せて組み入れる工夫をはじめているが、夜勤回数や年次有給休暇の取得率など、看護師の勤務条件は依然、改善される必要があるとしている。

また医師については「全国的にみると、勤務医から開業医への転職が相次ぎ、とりわけ大都市部へ開業医が集中する傾向が続いている。結果として、地方の産婦人科・小児科だけでなく救急医療も崩壊しかねない地域が出ている」と述べ、その理由として開業医の収入（年収換算でおよそ2,804万円）と勤務医の賃金実態（35歳で年収900万円、50歳で1,300万円）との格差、および時間外労働と休みの少なさにあるとしている⁽⁵⁾。

医師の供給数については川村頭が「女性医師のキャリア選択—病院/診療所選択の男女比較」と題する論文の中で、「過剰」から「過小」へと言説が変化するのは1999年頃が境だと述べる。実数において人口比で医師数は一貫して増加し続けているにもかかわらず、近年になって「医師不足」という言葉は診療科目や地域による違いとの関連で頻繁にメディアに登場するようになった。「医師不足」の要因について、川村はジェンダー要因を加えてマクロデータを分析し、病院勤務形態が女性医師の一般的ライフコースと適合せず、結果として「臨床経験をある程度積んだ上で、早い時期に病院に比べて負担の少ない診療所勤務を選択するのではないだろうか」という仮説を立て、データから検証している⁽⁶⁾。

日本医師会男女共同参画委員会・日本医師会医師再就職支援事業は、女性医師バンクの設立から1年あまりを経過し、病院勤務女性医師7,467名を対象に全国規模のアンケート調査を実施、『女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書』としてその結果を公表している。

調査実施の目的は「国家試験合格者のうち3割を占める女性〔の〕……勤務環境の整備が急がれること、「その結果として医師不足解消、ひいては医療崩壊阻止の一助と」なることが期待されていることにある。この文脈からすると女性医師バンクの設立は、医師という仕事の社会性ゆえに、個人の女性としての生き方と医師としての働き方の葛藤をどう解決するかという問題解決というよりも、「医師不足」問題解消が最重要課題であると読める。

調査対象者のうち40歳未満の女性が66.3%を占める。彼女らの休職、離職理由の70%が出産であり、育児が38.3%である。ところが、産前産後休暇の取得は8割、育児休業の取得は約4割にとどまっている。女性医師の悩みは家事と仕事の両立が64.1%ともっとも高い。就労継続に必要な対策として64.8%が保育所等の整備（24時間受け入れ、病児保育など）をあげている。また育児中に希望した働き方は、業務内容軽減（46.6%）や時間短縮勤務（38.3%）、日数減が31.7%などだったが、実際は希望通りにいかなかったために、「変化なしの通常勤務」が38.5%だったという結果となっている。

勤務形態は、宿直、日直、オンコールを含む時間外勤務と日勤を共に含む形が70.5%を占め、日勤のみは29.5%である。1週間の実勤務時間が40時間以下は28.9%に過ぎない。61時間以上の勤務は24.1%にのぼる。81時間以上の勤務がおよそ5%と、医師の勤務の特殊性を示している。1ヶ月の宿直回数については、1ヶ月平均1～2回が48.5%を占めるものの、平均7回以上と回答した女性医師の割合は5.3%を占め、3～6回と回答したものが31.9%である。翌日は通常勤務しているという回答が84.9%を占め、これも医師という職種の特長性といえる。

「勤務形態が常勤以外の理由」を複数回答でみると、家庭と育児と回答したものの27.5%、育児を理由としたもの10.3%、家庭を理由としたもの6.5%、介護2.4%とある。将来希望する勤務形態についての回答は常勤45.5%、非常勤、短時間正職員、仕事をしない、という回答が残りの

54.5%を占める。女性医師が仕事を継続する上で、ジェンダー要因が大きく勤務形態に影響していることがわかる⁽⁷⁾。

3. 有床診療所とワークライフ・バランス

在宅療養支援診療所届出数は2008年8月現在で10,628施設である。日本医師会総合政策研究機構はこれらを対象として都道府県別に50%を無作為抽出して郵送法によるアンケート調査を実施している。35.1%の回収率で、最終的には1808施設（有効回答率34.3%）について集計、分析した。同調査による結果では、在宅療養支援診療所として届出している診療所のうち有床診療所は全体の2割を占めていた。全国の一般診療所にしめる有床診療所の割合は11.8%であるから、この調査結果からは在宅医療と有床診療所の親和性が示唆される。

届出病床数をみると、19床が61.0%を占め、平均届出病床数は16.4床、ほぼ全国の有床診療所の病床数分布と同様な構成となっている⁽⁸⁾。

これら有床診療所を一施設当たりの在宅医療に従事する医師数、看護職員数、その他事務職員数について無床診療所と比較してみると、いずれも有床診療所が無床診療所を上回っている。とりわけ注目されるのは看護職員数が2倍を超えていることである。わたしたちのインタビュー調査においても、経営上の赤字のために有床診療所だけでは成立しないことは必ず言及される。その最大の理由が人件費である⁽⁹⁾。

訪問診療や往診に要する平均的な移動時間として、30分以内が90.1%と、多くの医師は30分を訪問圏内としている。しかし60分前後も2.5%おり、地理的条件や個別の条件によっては遠方まで対応をする医師もいる⁽²⁾。可能な限り、患者との関係に責任をもととするために、診療所から遠く離れた訪問診療を優先し、診療所での診療活動時間を削る事態もある。診療活動の時間的効率性、経済的合理性を考え、より多くの患者への医療サービスを考え、遠方への診療は犠牲にするか、あるいは連携によって診療を代替してもらおう選択

をする。

同機構の調査によると、連携病院をもたない在宅療養支援診療所届出診療所はなく1病院42.1%、2病院25.9%、3病院15.9%となっている。4施設以上の連携病院数がある診療所は16.1%。ところが診療所との連携についてみると、連携診療所数0が25.6%、1診療所との連携という回答が44.8%であり、病院との連携と比べると、診療所間の連携はそれほど活発ではないという結果である⁽¹⁰⁾。

有床診療所の実態調査は2005年から同機構が毎年、全国規模で実施している。2008年には1,532施設の有床診療所を対象とした調査結果を公表している。それによると、大都市は主要診療科目に集中が見られず、内科、外科、整形外科、産科・婦人科等が2割前後を占めるが、都市の規模が小さくなるにつれ、内科の占める割合が大きくなり、農村・山間、へき地・離島では6~7割となる。いずれの地域でも「かかりつけ医」としての機能をもっとも高い。地域別で見ると、都市では「専門性の高い手術」機能をもつが、農村・山間部およびへき地・離島では「地域の数少ない入院施設」としての機能をもつ。「地域患者の受け皿」としての機能に多少の差はあるものの、都市の規模や農村・非農村にかかわらず重要である。

緩和ケア・終末期医療を受ける患者の割合は、全体の3.0%であったが、農村・山間部およびへき地・離島においてその割合が高くなる傾向がある。報告書の中では「緩和ケア医療と終末期医療は、病床を持つ有床診療所が担うことのできる重要な分野であり、今後の患者のニーズも高まることが予想される」としている。しかしながら、開設者の年齢60歳以上の割合が全体の62.3%を占めていることに加え、先述の人件費と入院にかかわる診療報酬の低さを考え併せると、有床診療所の継続は当面、医師のボランティアな意志に頼るほかは難しく課題だ。

千葉県柏市に1994年無床の整形外科診療所を開設した苛原実は「ショートステイや入院先の確保に困るようになった」ため、松戸市に1997年

有床診療所を開設している。在宅医療の経験で「慢性期の医療は生活の上に成り立つ」ことを痛感し「赤字覚悟」ではじめたと述べている⁽¹¹⁾。2008年出版のシリーズ『明日の在宅医療』の中で、苛原は「有床診療所は診療報酬が低く設定されており、全国的に減少を続けているが、24時間機能しており入院も可能で、在宅医療には適している医療機関である。地域のなかにある有床診療所が在宅医療を行うことで、外来・入院・在宅と切れ目のない医療が提供できることを強調したい」と、現場の医療実践からその重要性を指摘している⁽¹²⁾。日常の診療活動の中で必要が生まれ、「地域の患者の要請にできるだけ応えていこうという思い」から有床診療所をもつに至ったという点で、わたしたちがインタビュー調査を行った医師の語りと共通する。

もう一つ、関連する大規模な調査結果『がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査-報告書-』もみておく。この調査報告書は日本医師会が平成19年度厚生労働省委託事業により実施したもので、2007年4月に「がん対策基本法」が施行されたことと、同法に基づいて6月に「がん対策推進基本計画」が策定され、これらを背景に「緩和ケアの推進」をはかることを目的に行われた。診療所開設もしくは勤務する医師および病院勤務の医師の合計30万人近くを対象として、郵送法により97,961人から回答を得た大規模なものである（回収率は診療所医師56.2%、病院医師26.0%）。

この結果によれば、対象者全体において診療所医師52,949人のうちがんの診療を行っているのは19,540人(36.9%)、このうち在宅療養支援診療所届出診療所医師は1,852人だった。また病院医師全体は45,012人、このうちがんの診療を行っているとは回答したのは26,421人(58.7%)だった。

がんの診療を行っている医師を対象に、がん患者の在宅医療を行った経験の有無をみると、病院医師の69.9%は全く経験がないと回答し、診療所医師のその割合は30.0%だった。がん患者を在宅で看取った経験については、がん診療をして

いる病院医師の78.8%に経験がなく、診療所医師の36.8%に経験がないという回答だった。報告書ではがん診療を行っている「診療所の約42% (8,000名)がこの1年間にがん患者の死亡までの診療を含めた在宅医療に関わっている」のではないかとしている⁽¹³⁾。回収率の違いも考慮に入れなければならないが、在宅医療における診療所医師の存在の大きさを示している。

繰り返すと、がんが死亡要因の第一位になって久しいが、今後、死亡者数が一層、増え続ける時代を迎える。医師のワークライフ・バランスを医療職者全体の課題として位置づけること、ジェンダーの視点を加えて考察することは不可欠であることを再確認しておく。その上で、次節では医師のワークライフ・バランスについて、海外の研究成果を概観することにしよう。

4. 医師のワークライフ・バランスに関する欧米圏の研究成果

ここでは、医師のワークライフ・バランスをめぐる欧米で報告された研究を参照していく。国内では女性医師に関する結婚、育児、出産との関わりで報告があるものの、医師全体にかかわる形での研究は十分ではない。そこで、主としてPubMedの文献からこの領域の研究を提示し、日本についてのデータも加えながら、医師のワークライフ・バランスをより広い社会的文脈のなかで考えてみたい。もちろん制度や文化的背景の異なる国々の研究を横断的に比較することは乱暴な作業ではあるが、医師という仕事を共通項にすることで、仕事が構造的にもつ特徴と問題の打開策を考える上で示唆を与えてくれるのではないだろうか。

以下では、はじめに、医師の置かれた厳しい労働状況が医師に及ぼす影響を確認する。次に、医師の結婚を軸に、特に女性医師のワークライフ・バランスのとり方について示す。最後に、医師の間に広がりつつあるパートタイム化の動きについて考察する。

4-1. 医師という職業が抱え込みやすいリスク

日本では、病院勤務医の平均週間労働時間が63.3時間(2006年時点)に及ぶことに象徴されるような医師の長時間労働、地域による偏在等が問題となっている⁽¹⁴⁾。世界に目を向けても、人口の急速な高齢化やそれに伴う疾病構造の変化、また医師の専門医指向や女性医師の増加等々が絡み、医師の不足(偏在)や疲弊に直面している国は少なくない⁽¹⁵⁾。

2005年に行われたドイツのある調査研究には、そうした過重労働に疲弊しがちな医師の姿が透けてみえる。近年ドイツでは、国内医師数の漸減が問題となっている。一因として、仕事と家族生活の不調和が、非臨床の仕事や外国へと離れていく医師を増やしていると考えられてきたことから、Fussらはドイツの病院医師(296人、回答率38.9%)を対象に、労働状態と仕事-家族葛藤に関する調査を行った⁽¹⁶⁾。この調査では、WIF(work interfering family = 家庭生活に支障をきたす労働状況)の説明変数が求められ、さらに、医師の身体的精神的健康状態等に対するWIFの影響が調べられた。

その結果、ドイツの一般人口と比べ医師たちは高いレベルのWIFを示した(例えば、自分の仕事が家族としての義務や個人的な任務を果たすのを困難にし緊張をもたらしているか、との質問に賛同しなかったのはわずかに5.1%であった。つまり、強いワークファミリー・コンフリクトを経験していることになる)。そして、WIFの説明変数としては、年齢の若いこと、要求される膨大な仕事量(ドイツの一般人口に比して医師の仕事量が多いことも確認された)、自身の病気を度外視した出勤日の多さ、勤務の直前変更があげられている。また、WIF値の高さは、燃えつき状態、行動的認知的ストレス徴候、離職する意向の高さと関連し、逆に、WIF値が低い場合には、高い職務満足度、一般的な健康状態の良好さ(自己診断)、作業能力の良さ、生活に対する高い満足度を示すことがわかった。なお、この調査では、重大なジェンダー差は見つからなかった。

ここからは、仕事量の多さはもとより、自身の

体調が悪くても替わりがおらず、不規則で休みも取りにくい勤務状態の中で、家族と過ごす時間もままならず、疲弊しストレスをため込みがちで多くの医師の姿が浮かんでくる。特に重要なのは、私生活や家族生活を度外視した過重労働が、結果的に医師としてのパフォーマンスや満足度の低さ、さらには医師自身の心身の健康を害しかねないということである。

4-1-1. 医師とうつ病

産業衛生学の観点からは、仕事のストレスや長時間残業など過重労働が続くとうつ病を発生するリスクが高まることが知られている⁽¹⁷⁾。

医師の健康問題等に関する近年のノルウェーおよび国際的な研究の多くをレビューしたTyssenによれば⁽¹⁸⁾、医師の身体的健康状態は概して良好とされるものの、うつ傾向や自殺といったストレス関連の精神的障害の発生が一般よりも高いことがいくつもの研究で指摘されているという。また、女性医師に関していうなら、キャリアが進む中で、男性医師よりもストレス関連の痛みや抑うつ徴候を示すようになりがちだともいう。キャリアが進む中で、ということは、結婚、出産や育児等の絡む確率が高いということが推察される。

日本での医師のストレス状況に関する調査研究の中にも、対象（S市医師会会員）が41名と小規模なものだが、燃えつき状態を呈する医師が全体の32%あり、男性医師で25%、女性医師で67%と、女性医師で有意に高いとした研究がある。そこでのストレスチェックリストには、家庭と仕事の両立が困難だと答えた女性医師が複数あったという⁽¹⁹⁾。（女性医師のワークライフ・バランスの問題については、4-2であらためて触れたい。）

また、スイスで1,784人のプライマリケア医を対象（内、回答率65%）とした郵送調査では⁽²⁰⁾、32%が中程度のバーンアウト状態、4%が重度のバーンアウト状態だとされている。中程度のバーンアウト状態に関わっていたのは、男性、45~55歳、仕事量の多さ、健保関連の仕事、ワークライフ・バランスの困難、ヘルスケアシステムの

変化、不確定な医療ケアといった指標であり、重度のバーンアウト状態には、男性、地方での診療、仕事量の多さ、患者からの期待、ワークライフ・バランスの困難、診療に関わる経済的な無理、不確定な医療ケア、医療外スタッフとの関係の難しさなどが関わるとされた。

イギリスのMedNet（1997年にロンドンに設置された、精神療法的アセスメントを医師向けに提供するサービス）に2002年から2004年の間にアクセスしてきた医師121人のデータの分析では⁽²¹⁾、ほとんどの者が抑うつ傾向や不安等を示し、合計42%が多少なりとも自殺の危険性があると考えられたという。なお、アクセスしてきた医師の専門領域は、精神医学（24%）、内科（23%）、GP（18%）が主たるものであった。

日本で男性医師91人（日曜の産業医研修参加者が対象であり、比較的時間的に余裕がある医師の可能性のある）の自己記入式の健康チェック票（THI）を調べた2006年の研究では⁽²²⁾、開業医と常勤勤務医の平均週労働時間が、49.7時間と52時間で勤務医の方が長い等の差があるものの、どちらも概して「過重労働のためか、夜更かし・朝寝・朝食抜きの生活不規則性が大きく、いろいろな短気＝直情径行性（マ）が大きく、心身がストレス状態に傾いている現状がはっきり示された」としている。

このように、国や勤務形態を問わず、ワークライフ・バランスを悪化させ、心身を疲弊させている医師たちの存在が確認できる。なかでも、うつ病は最悪の場合、自殺に至る可能性がある。

4-1-2. 医師の自殺率の高さ

医師の自殺率の高さは、欧米では多くの調査や研究によって指摘されてきた。

1964年のBritish Medical Journalの記事は、イギリス本国ではすでに20世紀初頭の段階で医師の自殺率の高さは注目されていたとし、その上で、1949年から1953年の間のイングランドとウェールズにおける医師の自殺率は全男性のそれに比して2.25倍高いといったデータを紹介している⁽²³⁾。

同じイングランドとウェールズに関しては、

1970年から1972年までの間の医師の自殺率についてSakinofskyがあらためて検討している。それまでの研究では自殺数を死亡記事などから把握しているものが多く過小にカウントしている可能性が大きいとして、あらたにOffice of Population Censuses and Surveysの公開・非公開のデータを用いた結果、65歳以下の医師の自殺率は、薬剤師などと同様に高く、一般人口のおよそ3倍のリスクを負っているとされた⁽²⁴⁾。

また、1959年から1961年まで3年間分のアメリカ、カリフォルニア州における全死亡証明書(406,498人分)を対象にした研究では、医師の自殺率は一般人口の場合の2倍となっている⁽²⁵⁾。

さらに、米国公衆衛生局(U.S. Public Health Service)の有するNational Mortality Detail Filesから1990年の143,885人分の死亡データを基に行った分析によれば⁽²⁶⁾、医師は、他の生産年齢人口に比して自殺による死がおそらく2.45倍の高さとされる。

ただ、他方で、医師の死亡率が特に高いわけではないとする研究も少数だがある。例えば、1978年から1982年間の北カリフォルニアにおける死亡証明書の分析では⁽²⁷⁾、医師の自殺率は、25歳以上の白人男性のそれと大差がなかったという。

とはいえ、医師の死亡率が、一般的にみて低いとする研究は少数派である。実際、医師の自殺に関する25の研究を束ねてメタ分析を試みたSchernhammerらの比較的最近の研究では、男性医師の自殺率は一般男性の1.4倍ほど高いことが確認されたという⁽²⁸⁾。

以上は主として男性医師中心に示されたデータである。では女性医師に関してはどうか。1970年代に入るまで、そもそも女性医師の数が少なく、データがなかったり判断がつかなくなったりする場面が多い⁽²⁹⁾。だが、そのような中でも、男性医師と比較して女性医師の方が自殺率が低いとする研究はほとんどなく、少なくとも男性医師と同程度かわずかに高いとするものが圧倒的である。一般に女性の自殺率は男性に比べ低いのに対し、女性医師の自殺率が一般女性に比べ3～4倍のリ

スクを示すとする研究もあった⁽³⁰⁾。先のSchernhammerらによるメタ分析の結果では、女性医師の自殺率は、一般女性に比して2.27倍という数字が出ている⁽³¹⁾。

このように、一般人口に比べ、残念ながら医師の自殺率が高いのは確かといえそうだ。ただ、このことは、一般人口に比して医師に自殺(企図)者が多いということを単純に意味するわけではない。ここには、医師の自殺未遂率の低さ、すなわち自殺既遂率の高さが大きく関係している。医師は、薬学的、医学的知識を持ち、しかも薬物を入手しやすいという条件が加わり、自殺が完遂されやすい条件が揃っているのである⁽³²⁾。

その他にも、医師の自殺率が高いことの基本的な背景には(うつ病等発症の背景としてもいわれることとして)、患者の権利意識が強まり、医師がかつてほど尊敬を集める職種ではなくなったことがあるとする論者もいる⁽³³⁾。また、他者の命に関わる責任がくり返されるための消耗やストレスなどもあげられる。当該医師本人のももとのアルコール依存や薬物依存傾向(特に精神科医、麻酔科医、救急医)が指摘されることもある⁽³⁴⁾。

さらに、医師の中でも、55歳以上、特に65歳以上、離婚、配偶者の死の三つが、自殺率を大きく上げていると分析する研究⁽³⁵⁾や、女性医師の自殺率の高さには、性差別的な雰囲気や嫌がらせ(外科や救急医療など、歴史的に男性中心的な領域では特に)も関わっていると指摘する研究⁽³⁶⁾もある。

他にも、そもそもうつ病は早期であれば薬等でもかなりコントロールできることを知っているはずの医師が、治療に向かわずに悪化させてしまうことの多い背景には、医師は、患者や自分自身の中に抑うつ傾向を認めたがらない傾向があること、規則的な検診などをあまり受けずうつ病の発見が遅れがちになること、医師免許等に絡む組織的バリアの存在が助けを求めにくくしていること、精神医学的診断を受けた後、医師にかけられる健康保険や医療過誤保険の問題等があると、Hendinらはまとめている。また、彼らが示した、自殺したある医師に関する治療経過等を明らかにしたケー

スタディからは、特に精神的障害の場合、医師同士の治療は、プライドが絡んだり、気の遣いあいや遠慮があるなどして、存外に難しいことがわかる⁽³⁷⁾。

このように、医師には自殺へのストッパーを掛かりにくくしてしまう条件が幾重にも揃ってしまっていることを軽視するべきではないだろう。

すでにイギリスでは、「精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク」が1999年に策定され、その中で自殺対策が進められているが、医師は自殺のハイリスク群に入る職種として特定されている⁽³⁾。そして詳しい実態調査に基づいて効果の証明された対策が、リスク軽減のために実施されているという⁽³⁸⁾。

アメリカでも、AFSP（アメリカ自殺予防財団 American Foundation for Suicide Prevention）が2002年から医師向けのワークショップのスポンサーとなり、予防啓発DVD（Struggling in Silence: Physician Depression and Suicide）を作成するなど活発に活動している⁽³⁹⁾。

ところで、日本では医師単独の自殺率そのものが公開されていないため、正確な自殺率はわからない。また、日本医師会では、「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」の中で医師の自殺防止に向けた啓発等を行っているが⁽⁴⁰⁾、欧米ほどの関心が向けられたり対策がとられたりしている現状にはないといえる。

4-1-3. ワークライフ・バランスにおける地域性というリスク

ワークライフ・バランスに関わる医師という職業が抱え込みやすいリスクとして、最後に触れておきたいのは、地域性、特に都市部に比した郡部地域のことである。

ここでは、アイルランドの郡部のGP10名（うち9名が男性）とその配偶者を対象に行った研究⁽⁴¹⁾をみてみよう。

ここでいう郡部とは、少なくとも15マイル以内に地域病院がないこととされ、1996年のアイルランドの調査によれば、都会のGPがおかれるオンコール状態の平均時間は週41時間なのに対

し、郡部では66時間だという。そこでこの研究では、こうした郡部のGPの時間外のケア提供が医師にとってどのように認識され経験されているのかをインタビュー調査によって探っている。

その結果、医師たちからは、時間外のケア提供も含め、患者やその家族との関係などへの広範な満足感が語られた。しかしその一方で、多くの時間が時間外診療に割かれることによって、彼らの社会生活や家庭生活が大きく侵害されている様子も語られることになった。夜中や早朝の呼び出しも多い。誰かが電話してくるのではないかと思うと眠れないと話す医師もいた。GPである夫はウィークデーの夜も5日のうち4日は働いていると話す妻もあった。夕食についたと思ったら3時間前に会った患者が抗生物質が効かなかったと行って突然電話してくるというような状況も起きる。医師だけではなく、配偶者もまた自分自身の（やりたい仕事のための）時間がもてないなど、ストレスをため込みがちであることが明らかにされている。

医師という職業は、人の命や生活を守るために、患者を拒否することができないか、できにくい⁽⁴⁾、特にこうした郡部地域にあって、まして自分しか医師がいないという状況の中では、医師はさらに医療に引き込まれざるを得ない。仕事と家族生活の区別がつきにくくなる中で医師も家族も疲弊するが、他に代わる医師がいない以上、自分がやるしかなく、さらに疲弊するという悪循環が起きてしまう。

もちろん、この背景には、医師が田舎に来たがらないという代替医師確保に絡む問題があり、この医師が倒れて最も困るのは地域の住民であることを考えれば、個々の医師の努力とは別に、制度として、システムとしていかに支えていくかが重要となる。

現在、各国で、GPや家庭医の間での（特に時間外診療に関する）多様な協同の動きや、ナース等との連携が行われてきているという⁽⁴²⁾、郡部に限らず、医師同士で、場合によってはナース等も加わって、互いのワークライフ・バランスを支えあうようなシステムが必要とされていること

は確かである。

日本において、24時間対応と協働体制を重視し2006年に新設された在宅療養支援診療所も、大きく見ればその一環と見ることができる。最近では、複数の医師が勤務する診療所スタイルで在宅医療に特化した診療形態も見られるようになり、「医師数が多いほど労働条件が向上し、収益性についても安定した健全な経営が可能である」との見方さえ出てきている⁽⁴³⁾。

4-2. 医師の結婚とワークライフ・バランス

ここでは、医師の仕事のありように大きな影響を与える、医師と家族、特に配偶者との関係についてみておきたい。

4-2-1. 医師と配偶者

家族の理解や協力があるかないかが、医師の仕事のしやすさに影響するであろうことは容易に想像がつく。実際、1988年に男女706人ずつの医師を対象にアメリカで実施された医師の結婚や子育てに関する研究によると⁽⁴⁴⁾、医師の結婚満足度や親としての満足度には、医師のキャリアへの配偶者の協力があること、医師が家事責任をほとんど負わずにすむような配偶者と結婚していることが大きく影響している。つまり、役割葛藤が少なくすむことが医師の満足感を高めているのである。他にも、協力的な配偶者やパートナーの存在が医師のバーンアウトを防ぐ、あるいは逆に、高い結婚満足度は、医師の仕事満足度につながるという研究もあるという⁽⁴⁵⁾。

とはいえ、最近では自ら仕事を持つ妻も多く、そうした世代やライフスタイルの変化を考慮した研究も出てきている。1999年にアメリカで、AMA-Alliance（全米医師会連合）メンバーの医師の妻603人を対象にSotileらによって行われた調査では、従来のような妻の夫への一方向的な協力といった形ではなく、妻自身も自分の仕事（時間）と家庭両方を大切にしながら、全般的に満足度の高い結婚生活を送っている場合の多いことが報告されている。これらの結果を受け、Sotileらは、仕事をしている時間（の多寡）よりも、仕事

をしていない時間に夫婦（カップル）が互いをどう扱うかこそが現代の医師の結婚にとって重要ではないかと示唆している⁽⁴⁶⁾。

やや遡るが、1980年に報告されたイギリスの研究では、医師の妻の自殺率が他の専門職の妻に比べはるかに高いという結果が示されている⁽⁴⁷⁾。その理由として、医師の妻は、夫が家では厳格で冷たくいばかりらし、彼女らの依存欲求を満たしてくれないため、うつ病になったりアルコールや薬物依存に走る、という解釈が与えられていた。

医師の離婚に関しては、1960年代末のカリフォルニアにおけるデータ（離婚等の告訴数）を用いた研究では、医師の結婚生活は一般の人に比しても、他の専門職者に比しても破局する割合が低く安定的であるが、整形外科医及び精神科医の結婚が破局する可能性が高いとする報告がされている⁽⁴⁸⁾。

また、アメリカで1948年から1964年の間に学校を卒業した医師1,118人を対象として、30年後、結婚生活に関して行われたKlagらの研究によれば、医師の平均離婚率は、精神科医が51%、外科医が33%、内科医24%、小児科医と病理医が22%、他の専門医が31%だったという⁽⁴⁹⁾。

4-2-2. 女性医師のワークライフ・バランス

イギリスのマンチェスターで行われた25名を対象とするインタビュー調査結果がある。男性GPの場合には、家族や家のことに関する責任の大部分を妻に任せるのに対し、女性GPは、仕事をこなしながらも、家庭内の責任も維持しようとする傾向があるようだとする見方が出されていた⁽⁵⁰⁾。つまり、男性医師は、結婚すると家や家族のことを妻に任せ仕事に集中できるが、女性医師の場合は、仕事と家庭の両方で頑張ろうとする。多くの場合、「医師が家事責任をほとんど負わずにすむような配偶者」もおらず、仕事もしながら家庭での責任も果たそうとする傾向の強い女性医師がワークライフ・バランスを保つのは、男性以上に困難な面があるのは明らかであろう。現に、結婚や子育てに関するアメリカの研究でも、男性医師に比べ女性医師は役割葛藤を経験しやすいという

結果が報告されている⁽⁵¹⁾。

またGjerbergはノルウェーの医師たちがどのように仕事と家庭責任とのバランスをとっているのかを探るため、1980年から1983年に医師免許を得た医師全員(1,805人)に郵送調査を行った。その研究結果によると、少なくとも女性医師間では、専門医になる可能性は子どもの数が増えるだけ減り、第一出産を延期することが病院での専門性を完全なものとする可能性を増していた。また、一般女性のパートタイム率に比べればかなり低いものの、男性医師(7.5%)よりも女性医師(19.3%)の方がパートタイムで働く率は高かった。Gjerbergはこれを仕事と家庭責任のバランスをとるための適応戦略ではないかとしている。

さらに、配偶者も医師であること(既婚女性医師の39.6%, 男性医師の16.8%)は、いわゆる「メンター効果」や、医師同士の平等主義的家庭内分業がプラスに機能するためか、特に女性医師にとっては、専門医になるなどのキャリアに積極的な影響を与えていたという⁽⁵²⁾。

結婚、出産、育児は女性医師のキャリア選択に大きな影響を与えざるをえないが、同様の問題は日本においても確認されている。

2009年に日本医師会が公開した「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」(有効回答数7,467)によれば⁽⁵³⁾、19.1%が非常勤(嘱託・パート・その他)勤務。休職、離職理由として、70%が出産、38.3%が育児をあげ、女性医師としての悩みは家事と仕事の両立だと64.1%が答えているのは先述した。主な家事の担当も、「食事調理」「食事の後片付け」「掃除」「洗濯」の全ての項目で「自分(女性医師)」が8割以上にのぼっている。

ちなみに、配偶者(夫)の職業が医師である者の割合は7割と高いが、これがキャリアに積極的な影響を与えているかについての調査は行われていない。

またこれとは別の、病院/診療所選択の男女比較を行った研究では⁽⁵⁴⁾、女性医師は男性医師に比べ早い段階で(30歳代前半から中盤)病院から「離脱」し、診療所勤務が増えることが確認さ

れている。これも、結婚、出産、育児が要因とされる。他にも、女性医師の場合には、出産や育児を考慮した上での診療科の選択がなされやすいなど、キャリアの早い段階から男性医師とは異なる悩みを抱えているようだ⁽⁵⁵⁾。

さらに付け加えるなら、男女の地位の平等感に関する質問に対し、平等であると回答した女性医師の割合が、子どもがいない群では28%、子どもがいる群ではわずか6%であったという調査結果もある⁽⁵⁶⁾。

子どもがいない女性医師であっても男女の平等感を7割以上がもたないという結果は、ジェンダーの問題を抜きにしてワークライフ・バランスは考えられないことを示している。保育施設の充実等による女性医師支援策(医師に限らないのだが)がとられなければならないことはいうまでもないが、女性医師のワークライフ・バランスの問題はすなわち男性医師のワークライフ・バランスの問題であり、この不平等感とその原因を放置する限り、医師不足問題は解決されない。

4-3. 戦略としてのパートタイム化

これまで見てきたように、厳しい労働状態に置かれた医師は多い。そうした中で近年の増大する傾向として、医師たちのパートタイム勤務への指向が挙げられる。ワークライフ・バランスをとるための適応戦略として、男性医師よりも女性医師にパートタイム勤務が多いことはすでに触れたが、この傾向は今や男性医師にも現れてきている。

Heilingersらはオランダで、専門医(GP、内科医、麻酔科医、眼科医、精神科医、合計1,687人)を対象に労働時間等の希望を調査している。キャリアパスの個々の選択希望は非常に多様であるが、大きな傾向としては、彼らの半数以上が労働時間を減らす必要を感じ、パートタイムで働くことを望ましく思っていることがわかった。しかもその傾向は、若い世代の医師に顕著で、かつ、女性医師のみではなく男性医師(特に子どもが5歳以下の場合)にも現れている。Heilingersらは、女性医師にとってだけでなく、男性医師にとっても、仕事の中心性は弱まってきているのではない

かとしている⁽⁵⁷⁾。

また、スイスの若い家庭医にとってのワークライフ・バランス等の指向を他の専門医と比較した Buddeberg-Fischerらによる研究では⁽⁵⁸⁾、女性家庭医の4分の3、女性専門医の3分の2が、子育て中に、母だけがパートタイムで働くというモデルよりも夫婦共にパートタイムで働くことを希望し、男性家庭医でも約6割がそれを希望するなど（男性専門医では4割弱）、若い医師に仕事と家庭の統合やワークライフ・バランスを重視する指向の強いことが明らかとなった。

その結果を受け、長期的にパートタイムで働く女性医師が増えること、男女を問わず医師の中で、特に家庭医の中でワークライフ・バランスを重視する傾向が明らかなることから、将来的には医学部の入学定員を増やすなどして医師を増やす必要があるとの指摘がされている。

日本においても、先にみたように「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」（39歳未満が約7割を占める）では、現在常勤以外の勤務形態にある人に将来の希望勤務形態を尋ねたところ、45.5%は常勤希望だが、3割は非常勤（嘱託・パート・その他）を希望している。また、対象は65人と小さいが、精神科医（35歳以下が9割）を対象とした調査でも、調査時点で平均週5.2日の男性医師、平均週4.8日勤務の女性医師が、将来の希望としては、男性4.7日、女性3.4日と、男女ともに少ない日数の勤務を希望していることがわかった⁽⁵⁹⁾。日本においても、常勤で働くのが当たり前とする意識は弱まってきている可能性がある。

こうした傾向は、2005年に臨床研修医（初期研修2年目）を対象に行われた動向調査において⁽⁶⁰⁾、「将来、最も大切にしたいものは何か」との質問に対し、診療技術を選んだ者が37.2%、余暇・家族が31.1%、社会貢献が27.0%と、余暇・家族を選んだ者が約3割（男性29.3%、女性34.8%）にのぼることに現れているといえるだろう。

とはいえ、医師としての満足感等との関わりで考えるなら、問題は労働時間の長短にとどまらな

い。

Keetonらが行った医師のキャリア満足等についての研究では、ワークライフ・バランスと燃えつき状態の最も強力な説明変数として特定されたのは、労働時間やオンコール（待機）時間ではなく、仕事のスケジュールや労働時間に関する一定のコントロールを自身が有するかどうかということであった⁽⁶¹⁾。

またこれは、アメリカ、ウィスコンシンの家庭医協会のメンバーに対して行われた調査結果にも合致する⁽⁶²⁾。ここでの研究で対象となった回答者は、独立して診療しているか（医師の小グループの場合もある）、ヘルスケア組織に雇われた勤務医かがはっきりと同定された584名の家庭医である。この二つのグループには、年齢も性別もほとんど差はなかったが、独立している医師＝開業医は勤務医よりも長時間働いているにもかかわらず、仕事上の人間関係、家族と過ごす時間、医師であること、提供しているケアの質、プロとしての目標を達成する能力に関してより大きな満足感を示し、現在の職場を変える意向も少なかった。

この論文中には、対象となった医師のコメントも載せられているが、独立している医師の場合、スケジュール等を自分（達）自身で意思決定することに満足している様子や、医療活動への満足と患者や家族との関係の良循環がうかがえる内容が目立つ。この結果は、専門医指向が強く家庭医療への関心が薄い医学生が多い中で、プライマリケアの有効性を維持促進するために示唆を与えるものだとされている⁽⁶³⁾。

これらの研究から示唆されるのは、医師の疲弊を防ぐために過重な労働時間や負担を減らすことは重要だが、ただ単に労働時間を短くしたり、協働する医師数を多くすればいいということではないということである。

金銭的報酬も医師としての満足感の中で最優先されるわけではない。ドイツ、ハノーバーの医科大学付属病院に勤務する医師839人（回答率46.5%、390人）を対象とした調査によると、医師の職務満足度に関わる要素としては、金銭的な報酬よりも、自立的な意思決定、同僚から認めら

れること, 教育の継続性, 仕事の安全性, 管理的な仕事, 大学との関係が特に重要とされ, 特殊技術や患者とのコンタクトも重要であった⁽⁶⁴⁾。

医師の職務満足度に関するこれら一連の研究結果からいえるのは, まずは自立的な意思決定に基づいて医療実践ができていると認識できること, そして人(家族, 患者, 同僚等)との確かなつながりを実感できることが, 医師の士気や満足感に大きく関わっているということである。

おわりに

在宅医療の今後, とりわけ家族の小規模化と単身世帯化が進行する日本社会において, どうすれば納得のいく在宅医療がありうるのか, その担い手を中心に考えてみたいというのが, この論文を書く動機になっている。ホスピス有床診療所をとりあげたのも, この関心にかかわる。在宅医療や有床診療所を支える医師のワークライフ・バランスを考えることを抜きにして, 継続した在宅医療は望めない。

仕事も生活も大切に人生を送りたいという願いをもつのに, 医師だけを例外とするわけにはいかない。医師のパートタイム化や労働時間の短縮化もいずれは必然の流れとして起こるだろう。医師の女性化も進行している。医師になった女性たちがキャリアを活かして仕事を続けることは, 個人の努力の水準で達成する課題ではない。仕事のキャリアの上に, 家族生活のキャリアをとともに活かして在宅医療を継続して担うことができれば, 生活を主に患者と家族を支える医療はより一層, 充実していこう。それがまた, 男性医師のワークライフ・バランスにつながるはずである。

註

- 1) 経済学者センは「達成された成果」の水準だけでなく「達成するための自由」に注目する。センのいう「機能」とは, 最も基本的なもの(例えば, 栄養状態が良好なこと, 回避できる病気にかからないことや早死に

しないことなど)から非常に複雑で洗練されたもの(例えば, 自尊心を持っていられることや社会生活に参加できることなど)まで含む幅の広い概念である。センはこれら様々な機能によって構成される空間(あるいは領域)を「潜在能力」とよぶ。人間の基本的な多様性を踏まえるなら, 従来の機会均等ではなく, 潜在能力の平等を達成するために, 潜在能力における不平等を取り除くことが重要だとする立場である。(アマルティア・セン 1999『不平等の再検討ー潜在能力と自由』岩波書店, pp. 6-11)。

- 2) 鹿児島県にある堂園メディカルハウスを運営する堂園晴彦医師は自分の診ている患者が最期は家に帰りたいという場合は「1時間半ぐらいかかる都城市でも往診に行きます。離島にも行きます」という。行かないという選択は医師としてだけでなく「人情としてできない」という判断である(伊藤真美他 2008: 149)。この判断は医師によって大きく分かれるところだろう。
- 3) 他に, ハイリスク群には農業従事者と看護師が入っている。同じ医療従事者である看護師が入っていることは興味深い, 具体的な考察は本論での射程を超えている。
- 4) 医師の応召義務と呼ばれ, 日本では医師法第19条で「診療に従事する医師は, 診察治療の求めがあった場合には, 正当な事由がなければ, これを拒んではならない」と規定されているが, 罰則規定はない。法律的规定の有無等は国によって異なる。

付記

本論は財団法人在宅医療助成勇美記念財団2007年度後期研究助成の成果として提出した報告書「在宅医療実践のためのワークライフ・バランスに関する基礎的研究」(研究代表者 大出春江)を大幅に加筆修正したものである。

参考文献

- (1) 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク 2006 『在宅医療実践マニュアル 第2版 地域ケアをつくる仲間たちへ』 医歯薬出版株式会社, pp.153-154.
- (2) 朝日新聞朝刊 2009年5月17日.
- (3) 大沢真理 2007 「高齢者介護システムの国際比較」『ケア その思想と実践 5 ケアを支えるしくみ』 p. 190.
- (4) 大出春江 2008 「在宅医療という経験と運動」大妻女子大学人間関係学部『人間関係学研究』9, pp.73-98.
- (5) 山路憲夫 2008 「日本の医療労働をめぐる現状と課題—医療・介護の質は労働力にある」日本ILO協会『世界の労働』第58巻, 第9号, pp.2-10.
- (6) 川村顕 2008 「女性医師のキャリア選択—病院/診療所選択の男女比較」『保健医療社会学論集』19(2) pp.94-104.
- (7) 日本医師会男女共同参画委員会, 日本医師会医師再就業支援事業 2009 「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」
[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408_2.pdf].
- (8) 野村真美・出口真弓 2009 「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」(日医総研ワーキングペーパー No. 183) 日本医師会総合政策研究機構 p. 5.
- (9) 同上書, pp. 10-12.
- (10) 同上書, p. 26.
- (11) 苛原実 2008 「在宅療養支援診療所の現況報告—豊かな看取りの実現」『訪問看護と介護』医学書院13(2), pp.102-107.
- (12) 苛原実 2008 「有床診療所や高齢者住宅等を複合した在宅医療の経営」『明日の在宅医療 第7巻 在宅医療の経済的基盤』中央法規出版株式会社, pp.255-276.
- (13) 日本医師会 2008 『がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査—報告書—』.
- (14) 長谷川敏彦 2006 「医師労働環境の現状と課題」
[http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0327-2d.html].
- (15) 長谷川敏彦 2005 「医師需給の国際動向」
[http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/03/s0311-5b.html].
- (16) Fuss I, Nubling M, Hasselhorn HM, Schwappach D, Riege M., 2008, Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health* 8:353[PMID: 18840296].
- (17) 加藤雅治 2007 「医師の過重労働」『東京さんぽ21』32, pp.8-13.
- (18) Tyssen R., 2007, Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health* 45(5), pp.599-610.
- (19) 久村正也 1997 「医師のストレス—ストレス状況, 抑うつ傾向, 燃えつき状態の男女医差」『ストレス科学』12(1), pp.61-64.
- (20) Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Kunzi B, Bovier P., 2005, Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly* 135(7-8), pp.101-108.
- (21) Garelick AI, Gross SR, Richardson I, von der Tann M, Bland J, Hale R., 2007, Which doctors and with what problems contact a specialist service for doctors? A cross sectional investigation. *BMC Med* 5:26[PMID: 17725835].
- (22) 鈴木庄亮, 月岡関夫 2008 「医師の労働・生活習慣と心の健康の特徴」『日医雑誌』137(4), pp.744-751.
- (23) Sponar J, Pivec L, Sormova Z., 1964, Suicide among doctors. *Br Med J* 1 (5386), pp.789-90.
- (24) Sakinofsky I. 1980, Suicide in doctors and wives of doctors. *Can Fam Physician* 26, pp.837-844.
- (25) Rose KD, Rosow I., 1973, Physicians who kill themselves. *Arch Gen Psychiatry* 29(6), pp.800-

- 5.
- (26) Stack S., 2004, Suicide risk among physicians: a multivariate analysis. *Arch Suicide Res* 8(3), pp.287-92.
- (27) Revicki DA, May HJ., 1985, Physician suicide in North Carolina. *South Med J* 78(10), pp.1205-7.
- (28) Schernhammer E., 2005, Taking their own lives – the high rate of physician suicide. *N Engl J Med* 352 (24) , pp.2473-6.
- (29) Rose KD, Rosow I., 1973, Physicians who kill themselves. *Arch Gen Psychiatry* 29(6), pp.800-5 / Sakinofsky I., 1980, Suicide in doctors and wives of doctors. *Can Fam Physician* 26, pp.837-844.
- (30) Sakinofsky I., 1980, Suicide in doctors and wives of doctors. *Can Fam Physician* 26, pp.837-844.
- (31) Schernhammer E., 2005, Taking their own lives – the high rate of physician suicide. *N Engl J Med* 352(24), pp.2473-6
- (32) Sakinofsky I., 1980, Suicide in doctors and wives of doctors. *Can Fam Physician*, 26, pp.837-844 / Schernhammer E., 2005, Taking their own lives – the high rate of physician suicide. *N Engl J Med* 352(24), pp.2473-6
- (33) 康永秀生・勝村裕一・井出博生 [他] 2007 「医師の属性と仕事満足度の関連についての分析」『病院』66(7), pp.580-582 / Sakinofsky I., 1980, Suicide in doctors and wives of doctors. *Can Fam Physician*, 26, pp.837-844
- (34) Rose KD, Rosow I., 1973, Physicians who kill themselves. *Arch Gen Psychiatry* 29(6), pp.800-5 / Schernhammer E., 2005, Taking their own lives – the high rate of physician suicide. *N Engl J Med* 352(24), pp.2473-6
- (35) Revicki DA, May HJ., 1985, Physician suicide in North Carolina. *South Med J* 78(10), pp.1205-7
- (36) Schernhammer E., 2005, Taking their own lives – the high rate of physician suicide. *N Engl J Med* 352 (24) , pp.2473-6
- (37) Hendin H, Maltzberger JT, Haas AP., 2003, A physician's suicide. *Am J Psychiatry* 160(12), pp.2094-7
- (38) 内閣府 (編) 2007 『自殺対策白書 (平成19年版)』 p.36
- (39) American Foundation for Suicide Prevention [http://www.afsp.org/]
- (40) 日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会 2009 「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会中間報告」 [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090401_3.pdf]
- (41) Cuddy NJ, Keane AM, Murphy AW., 2001, Rural general practitioners' experience of the provision of out-of-hours care: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 51(465), pp.286-90
- (42) Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R., 2009, Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Serv Res* 9(1):105
- (43) 岡田邦春・藤田拓司 2004 「在宅医療を行う医師のQOL」『Home Care MEDICINE』7月号 pp.25-27
- (44) Carole MW, Kushan M, Walter A, Lillian G., Marital and parental satisfaction of married physicians with children. *J Gen Intern Med* 14(3), pp.157-165
- (45) Sotile WM, Sotile MO., 2004, Physicians'wives evaluate their marriages, their husbands, and life in medicine: results of the AMA-Alliance Medical Marriage Survey. *Bull Menninger Clin* 68(1), p.39
- (46) Sotile WM, Sotile MO., 2004, Physicians'wives evaluate their marriages, their husbands, and life in medicine: results of the AMA-Alliance Medical Marriage Survey. *Bull Menninger Clin* 68(1), pp.39-59
- (47) Sakinofsky I., 1980, Suicide in doctors and wives of doctors. *Can Fam Physician* 26, pp.837-844

- (48) Rose KD, Rosow I., 1972, Marital stability among physicians. *Calif Med* 116(3), pp.95-99
- (49) McDonald KA., 1997, Physicians' divorce rate is linked to specialty. *THE Chronicle of Higher Education*, March 21, p.A19
- (50) Rout U., 1996, Stress among general practitioners and their spouses: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 46(404), pp.157-160
- (51) Carole MW, Kushan M, Walter A, Lillian G, Marital and parental satisfaction of married physicians with children. *J Gen Intern Med* 14(3), pp.157-165
- (52) Gjerberg E., 2003, Women doctors in Norway: the challenging balance between career and family life. *Soc Sci Med* 57(7), pp.1327-41
- (53) 日本医師会男女共同参画委員会, 日本医師会医師再就業支援事業 2009 「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」
[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408_2.pdf]
- (54) 川村顕 2008 「女性医師のキャリア選択－病院/診療所選択の男女比較」『保健医療社会学論集』19(2) pp.94-104
- (55) 菊地紗耶・上原久美・橋本直樹・小泉弥生・吉岡知子・杉浦寛奈・松岡洋夫 2008 「女性精神科医師の現況について－卒後12年以内の精神科医師を対象にしたアンケート調査より－」『精神神経学雑誌』110(7) pp.563-570
- (56) 法井薫・奥山亜由美・新井佑望 [他] 2007 「福島県立医科大学における女性医師のワーク・ライフ・バランスに関する現状」『福島医学雑誌』57(2) pp.107-113
- (57) Heiliger PJ, Hingstman L., 2000, Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists. *Soc Sci Med* 50(9), pp.1235-46
- (58) Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R., 2008, The new generation of family physicians-career motivation, life goals and work-life balance. *Swiss Med Wkly* 138, pp.305-312
- (59) 菊地紗耶・上原久美・橋本直樹・小泉弥生・吉岡知子・杉浦寛奈・松岡洋夫 2008 「女性精神科医師の現況について－卒後12年以内の精神科医師を対象にしたアンケート調査より－」『精神神経学雑誌』110(7) pp.563-570
- (60) 岩崎賢一・本田麻由美・山口大介・渡辺千鶴 他 2005 「臨床研修医（初期研修2年目）の動向調査」
[<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/02/dl/s0208-12a.pdf>]
- (61) Keeton K, Fenner DE, Johnson TR, Hayward RA., 2007, Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. *Obstet Gynecol* 109(4), pp.949-55
- (62) Beasley JW, Karsh B, Hagenauer ME, Marchand L, Sainfort F., 2005, Quality of work life of independent vs employed family physicians in Wisconsin: A WRen Study. *Ann Fam Med* 3(6), pp.500-506
- (63) Kurt CS., 2005, In this issue: trade-offs, time use, depression care. *Ann Fam Med* 3(6), pp.482-483
- (64) Janus K, Amelung VE, Gaitanides M, Schwartz FW., 2007, German physicians “on strike” – shedding light on the roots of physician dissatisfaction. *Health Policy* 82(3), pp.357-65