

はじめに

日本にはじめてセント・クリストファー病院とシシリー・ソンドースによるホスピスケアを紹介した鈴木荘一は、帰国後すぐに自宅にベッド5床をおき日本初のミニホスピスを開設した。鈴木がホスピスケアに強い関心を持ち、ホスピスという言葉がまだ日本で知られていない頃、シシリー・ソンドースに直接、手紙を書き、イギリスまで出かけていったのは、30代半ばに義理の弟が肺がんで亡くなったことが直接のきっかけとなっている。

鈴木は最後まで病気の正体を知らされなかった義弟の絶望と死を振り返り、「医師という仕事はいつの場合も、正確な診断や治療の能力を要求される。しかし、何よりも大切なのは、患者の心を受けとめるやさしさである」と述べ、「医師として心のケアも十分に果たせなかったこと」や「ケアしようにも……どうしてよいのか分からなかった……自分の非力さ」を率直に回想している（鈴木 1998: 15）。

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、は在宅医療のキーワードとして頻繁に登場する。しかし、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、いいかえれば医療専門職者中心の医療モデルから、理念的には生活者を中心におく生活者モデルへとパラダイムを転換したためといえる。

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（在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク 2006: 153-154）。

人が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。『檜山節考』（深澤七郎）に対する感想を新聞に寄せたある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」（朝日新聞朝刊 2009年5月17日）と述べているが、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であろう。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(大沢 2007:)。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^①)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。

在宅医療の担い手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、見方によっては患者の「わがまま」に真摯に付き合った結果、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(大出 2008)、自由な時間を犠牲にしたり、ストレスを抱え込むことも当然予想される。

ワークライフ・バランスに関する近年の議論は、家事・育児を含む家庭生活と仕事の両立を直接にさし、少子化対策を念頭においた既婚女性労働の有効活用という文脈で語られることが多い。しかし、ライフとは生活であり人生、生命という視点で考えれば、ワークとライフが截然と線引きされるようなものではないことがわかる。

行政主導によって定着しつつあるワークライフ・バランスという言葉である。だが本論では、これを広くとらえ在宅医療を担う医師にとって体力的に精神的にそして経営的に、どこまで折り合いをつけて仕事が維持できているのかという水準まで拡大して議論を進めていくことにする。

まず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。2008年から勇美助成財団の助成を受け医師を対象として実施したインタビュー調査をもとに在宅医療を担う医師が在宅医療を含む医療実践をどのように語るかを検討し、ワークライフ・バランスの視点からその語り(ナラティブ)を分析する。インタビュー対象者のうち、本論では地域にねざした在宅医療にとって有床診療所が有効だという信念に基づいた医療

^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、従来のもっとも均等ではなく、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(セン 1999: 6-11)。

実践をおこなう医師の語りを中心とする。

有床診療所とは19床以下の病床をもつ診療所をさすが、その小規模性ゆえに認知度が低い。その多機能性（2章参照）は大いに評価されるべき内容を含む。にもかかわらず、1980年代以降、その数は急速に減少の一途を辿っている。このような状況下にある有床診療所を1999年～2005年の間に開設した医師が本論に登場する対象者である。ワークライフ・バランスという視点からいえば、あえてそのバランスを崩すリスクを引き受けた人々である。

なぜワークライフ・バランスと有床診療所なのか。まず、この問いに答えておく必要がある。有床診療所は全国に10,628施設（2008年8月調べ）あり、その数は年々減少し、このまま同じ傾向が続くと15年ほどのうちに消失するかもしれないといわれている。伊藤真美らが訪問した有床診療所を運営する医師はいずれも「経営の危機感」をもち、「孤軍奮闘し」ている状況にあり、にもかかわらず続けられるうちは続けようとする姿勢をもつ（伊藤他 2008:）。つまり、有床診療所とは、日本のほとんどの医師にとって参入するにはあまりにリスクの大きい、バランスのとれない経営形態である。仕事をすればするほど生活を圧迫する可能性があるとするれば、ワークライフ・バランスの視点からは最もバランスを欠いた存在ということも可能だろう。それにもかかわらず、なお有床診療所を積極的に維持しようとする働きがあることは、経済的合理性にさからっても継続する意義があるという確信からである。同様な確信に基づく医療実践は、在宅医療において1990年代までみられていた。すなわち2000年の介護保険そして2006年の在宅療養支援診療所制度に象徴されるような制度的枠組みを得る以前から、その必要性を認めていた人々によって行われていた。後述するように、有床診療所の運営をしている医師らは共通して在宅医療にとって有床診療所が役立つと述べている。この2つの意味において、有床診療所は在宅医療とワークライフ・バランスの問題を逆照射してくれると考えられる^②。

以下、本論の構成を簡単に記しておくことにする。まず第1章では2章に登場する医師の語りを理解するために関連する先行研究を概観する。つづく第2章では緩和ケアをおこなう有床診療所をもつ医師の語りを検討する。また、わたしたちの訪問調査の対象者でもある伊藤真美他編集『生きるための緩和医療』も必要に応じ参照することとする。

1. 在宅医療と医師のワークライフ・バランス

1-1 医師のワークライフ・バランスとジェンダー要因

^② 本論の考察において『生きるための緩和医療』をデータとして参照する理由は、有床診療所を運営する医師自身が他の緩和ケア有床診療所を訪問しインタビューをし、可能な範囲で施設のスタッフ構成や財政に関する情報が提供されており、率直な語りが生かされているためである。これがわたしたちのインタビューと同様に貴重な資料として扱う理由である。

医師一般に関するワークライフ・バランスについての先行研究の整理は、海外文献を中心に古川が3章でおこなっているのので、参照して頂きたい。ここでは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・バランスを中心とした先行研究を概観しておくことにする。

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この数年間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、看護師の勤労条件は依然、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（山路 2008: 2-10）。日本ILO協会『世界の労働』第58巻、第9号、2008年、pp.2-10

医師の供給数については川村顕が「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、医師の供給数に対し「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。これに関し、川村はジェンダー要因を加えてマクロデータを分析し、その「医師不足」の要因を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（川村 2008）。

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し、『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、そして「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。この文脈では女性医師バンクの設立も、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かのようである。

結果概要は次の通りである。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%だったという結果である。

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、これも医師という働きの特殊性といえる。

「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 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。女性医師からみると、医師として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（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 2009 年 3 月）。

1-2 有床診療所に関する全国調査からみるワークライフ・バランス

日本医師会総合政策研究機構の調査によると、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。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、分析した結果、在宅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 割を占めている。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（日本医師会総合政策研究機構 2009: 5)wp183。

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。次章で触れるが、わたしたちのインタビュー調査においても、医師の語りでは経営上の赤字のために有床診療所単体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

(日本医師会総合政策研究機構 2009: 10-12)wp183。

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^③。可能な限り、患者との関係に責任をもっておこなおうとすれば、診療所から遠く離れ、診療所での診療活動時間を削らなければならない。診療活動としての効率性を考え、より多くの患者への医療サービスを考えれば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うことになる。

日本医師会総合政策研究機構の調査によると、連携病院をもたない届出診療所はなく1病院42.1%、2病院25.9%、3施設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(日本医師会総合政策研究機構 2009: 26)。

同研究機構は2005年から毎年、全国規模で有床診療所の実態調査を実施している。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」としての機能がもっとも高い。地域差で見ると、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」としての機能は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についていると、その割合は、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」としているが、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、継続は容易ではないだろう。

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」ではじめたという。昨年出版されたシリーズ『明日の在宅医療』第7巻の中で苛原は「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

^③ 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。それ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。

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。」として、現場の医療実践からその重要性を指摘している。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は 2 章に登場する医師と共通する。次章では、こうした共通性に着目しつつ、具体的に有床診療所を運営する医師の語りを通して、「24 時間機能」がもたらす効果と医師からみた困難を見ていくことにしよう。

2. 有床診療所からみた在宅医療とワークライフ・バランス

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調査が『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—』としてまとめられている。これは 2007 年 4 月に「がん対策基本法」の施行されたことと、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委託調査として実施された。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、およそ 30 万人近くを対象に郵送法アンケートにより 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%）。この結果によると、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%である。がん患者を在宅医療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(8)。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は大きい。

次に、インタビュー調査から、実際に地域における医師が在宅医療をどのようにとらえているのかをみていくことにする。調査は 2008 年 5 月～2009 年 2 月にかけて関東と関西にそれぞれ在住する 3 名の有床診療所を運営しながら在宅医療をおこなっている医師を対象におこなっている。インタビューは 1 時間～2 時間かけて行われている。3 名のうち 2 名の医師は緩和ケアを中心とする有床診療所を運営しており、インタビューと共に病棟の見学も併せて実施した。

2-1 有床診療所と在宅医療

a. 兵庫県大都市郊外の有床診療所

19 床をもつ希望の家は 2004 年に神戸市長田区に開設された。梁勝則医師はその開設の意図を次のように語る。

有床診療所は赤字ですが、要するにこういうホスピスというのは本来、山奥ではなくて街角にあるといいなというのがありましたので、街角でなんとか作りたいと。で、ホスピス緩和ケア病棟の場合は認可が非常に難しいのと、病院ベースでないといけな
いので〔認可・設立までの〕時間がかかるんですね。ですから私もそれを決めたときは、いまは 52 歳ですが、48 歳で……、たとえばいろいろ運動して 56 歳でできるよりも、もう手っとり早く 49 歳で作っちゃったほうがいろいろない仕事ができるだろうということで始めたんですね。つまり病院じゃなくて有床診療所にしたのは、1 番目にスピードを重視したということ。2 番目に、きょうもご覧いただきましたけれども、認知症の方がけっこういらっしゃいますね。がんとエイズ以外の認知症のターミナルやあるいは神経難病のターミナルといった人も有床診療所だと抵抗なく診られるだろうと。それから何が起ころかという、がんのターミナルじゃなくて地域に住んでいる人たちのターミナルステージを包括的に診れるんじゃないかということで有床診療所を作りました。

地域で長生きをすれば、誰にとっても認知症またはがんを発症する可能性が極めて高くなり、完治が望めずとも日常の暮らしを願う患者と家族の生活を支えるためには、地理的条件が重要である、と梁医師は強調する。消化器内科を専門とし、研修医としてまた病院勤務医時代に数多くのがん患者をみてきた。そこで経験した臨床医の立場からおこなう診断および治療のあり方が、患者および家族にとっては望ましくない場合があるという経験が当事者の視点でとらえかえされる。

卒業 4 年ぐらいでいちばん自信がついたころに、よその病院で診断がつかなかった患者さんをいろいろ検査したら膵臓がんが見つかったんですね。で、奥さんに、奥さん、よかったですね。病気の診断がつかしましたよ、と言ったんですね。さんざんつか
なかったのが、つかしましたよ。膵臓がんですよ……って言ったら、奥さんがすごく悲しそうな顔をしたんですね。つまり、医師にとっての勝利というのは患者・家族にと
ってはちっとも幸せなことじゃないんだよね。それも 1 つ衝撃的な体験をしましたね。

どのような医療をめざしたいか、という志向において、専門職者中心の発想ではなく、ケアを受ける人を中心に発想することに関与した、がん末期の患者のストーリーが語られる。それらに共通するのは「誰のための医療か」という視点である。ケアを提供する立場にありながら、ケアを受ける立場に自分の視点を重ね合わせ発想するという姿勢がある。在宅医療はこの点で、梁医師にとっては必然であった。1992 年に無床診療所はやしやまクリニックを開設し、同年日本ホスピス・在宅ケア研究会設立し事務局を務める。研究会設立の趣旨にはこれらの姿勢がよく示されている。

有床診療所として希望の家を設立したのは2004年7月からである。在宅医療を円滑に進めるために有床診療所が「役に立つ」という視点でスタートさせた。2階部分には認知症グループホームとデイサービスが併設されている。

[有床診療所という] このシステムは在宅の看取り率が上がると思うんですね。だからここで35%です、在宅の看取りは。いつでも入院できるという安心感があるから家で頑張れるんですよ。[訪問看護を經由して病院にベッドを確保するのは] 決断のスピードが違いますね。スムーズさが。往診する医者と訪問看護のステーションとそれから入院の先の病院がそれぞれ別の法人だった場合、連絡調整というのは非常に大変ですよ。

「同一組織で……在宅医療と訪問看護と入院医療のサービスを」提供する方式によって梁医師は有床診療所として35.3%の在宅看取り率^④を達成でき、この数字が冒頭に触れたセントクリストファー病院と同様だという。「在宅療養と入院療養がシームレスに繋がっていて、患者が自由に選べる状態」を「継続ケア」と呼び、有床診療所はこれを担保するうえで機能的だという^⑤。「在宅を選ぶか入院・入所を選ぶかは当事者の価値観に基づいた『選択』の問題ではない。重要なことは現実的な選択肢が常にあること」^⑥という考え方は先述のアマルティア・センの「潜在能力」を高める考え方につながる。梁医師ははやしやまクリニックという診療所、わたぼうしという訪問看護ステーションと居宅介護支援、そしてがん患者や難病患者が入院できる希望の家（2階には認知症の高齢者のためのグループホーム併設）における医療実践と一致する。ここでもまた、医療・看護・福祉サービスを提供するスタッフ間のコミュニケーションのスムーズさが、必要なケアを必要ときに迅速に提供できるスピードとが重要視される。

はやしやまクリニックは現在、常勤医師1名の体制である。常勤医師1名で24時間365日在宅医療と有床診療所を運営することは、人間の基本的生活が保障されない。では患者の潜在能力を高めながら、医師や看護師が疲弊せずに、その能力を発揮して在宅医療をどのようにして継続できるのか。梁医師のシステム作りは医師の専門性を極力限定し、看護師による自律的な「看護診断・看護対応」と協力的に行うことで現在の仕組みを維持しようとしているようだ。「相談システム」と呼ばれる連携方式で医師が患者と対応するのでは

^④ 2004年7月以降、入院および在宅での看取りはほぼ増加傾向を続け、2008年では診療所全体の看取り数795名のうち近隣入院者数390名、在宅看取り数218名、在宅看取り率が35.9%と報告されている（2009年7月12日 日本ホスピス・在宅ケア研究会第17回ポスター資料より）。

^⑤ 2008年7月千葉県幕張メッセで開催された日本ホスピス・在宅ケア研究会第16回報告資料および同資料をもとに2008年8月5日、はやしやまクリニックにて梁医師へのインタビューおよび同医師の説明による。

^⑥ 2008年8月5日希望の家訪問時に梁医師からいただいた資料。内容は2008年7月千葉県幕張メッセで開催された日本ホスピス・在宅ケア研究会第16回報告資料

なく、看護師の自律性が育ち、勤務が安定することがこのシステムの前提で基礎である。そして設立時から予想され現在も続く困難が有床診療所の構造的赤字である。有床診療所がケアサービスを受ける側の潜在能力を高める有用なシステムだとしても、それを維持することが医師や看護師の生活を経済的に脅かすことになる。在宅医療はケアサービスの受け手にとって望ましい生き方と最期を迎える場として注目されてきた。切れ目のない継続ケアの必要性も強調される。しかしケアの支え手の経済的保障や健康を含む生活保障を支え手の自助努力に任せるとしたら、現在の制度では持続が困難であることをホスピス機能をもつ有床診療所は示しているといえる。これはワークライフ・バランスのもっとも基本的な問題である。この問題については後半でもう一度触れる。

b. 大阪府の中規模都市郊外地域の有床診療所

大阪府高槻市は大阪市郊外地域として 1970 年代から 1980 年代にかけ、急速に人口を増やしていった。近代家族の大衆化の歴史と軌を一にする。中嶋啓子医師は病院勤務後、1986 年自宅兼診療所を開設した。住居と診療所が一緒であることや、開業前から自宅があったことから住民として地域のつながりがある。なかじま診療所として開業する前から、地域での健診を企画するボランティアに協力し、開業後はボランティア・グループが企画した訪問入浴サービスの立ち上げに協力している。

中嶋医師の語りには地域住民健診、リハビリテーション、訪問診療、そして後述の有床診療所の設立も在宅医療にとって必要なものとして、制度の有無に関係なく設立を企画し、実行している。

「外来こそ患者さんと出会える場所」と考える中嶋医師は、在宅医療に関わる制度ができあがる以前から高槻市において実践してきた。患者である前に生活者であるという視点は、大学時代に学生運動が医学部を中心に起こったことに影響を受け、医療の社会性に自覚的であったことが大きい。日常生活を支える医療であるために、必要があれば住民同士の協力から作る姿勢は上述の訪問入浴、月曜日から土曜日まで毎日午後 6 時から夜 8 時まで夜間診療を行うこと、そして高齢者を対象としたデイケアを始めている。

これらはいずれも当事者の視点から生まれている。診療所開設の翌年に生まれた「囲む会」は医療を地域住民と作り上げる姿勢から作られ、会員は自分の健康を守る主体としての意識をそこで培い、医療に対する要求を明確にすることを学び、逆にそのような住民によって、診療所のあり方が問われるような、そうした場が形成されることになった。

作るときからね。でも、ボランティアさんと一緒に、どんなのを作ろう？ ということで集まってもらえた。その前に、たとえば地域の生協というのが検診活動をしていて、開業します、と言ったら、ちょっとやってもらえないかと。遠くから先生を集め、レントゲン車を連れてきて、そして自分たちで手作りで検診してたのよ、当時の生協のあの人たちは。決まった先生が来たらうれしいというので、それにたまたま[開

業が] マッチングした。

中嶋医師の夫であり、同診療所の専務を務めてきた中嶋久矩もこのような制度が後追いついてきた経過を次のように述べる。

在宅療養をやっておれば、その人たちをその部屋に閉じ込めるための在宅療養じゃなくてその人たちを外に出すための在宅療養が必要じゃないかなという具合に、ふと思ってきてしまうんです。……それは制度があるからじゃなくて、制度があろうがなかろうが、とにかくそういうことを必要に思ってくるんですよね。で、それをしてたら制度がまたできてくるんですね。

制度的基盤のないままデイケアをはじめたときは、「採算はとれんけど、どうしようって、本当に悩んで」作ったという。2000年になかじま診療所は15床をもつ有床診療所になった。目的は、在宅医療を支えることにあった。

それは在宅のためです。……だって、施設志向、病院志向というのは、これは否めない事実ですからね。……まだおうちで頑張れるのに、やれるのにと思うけど、家族としてはもうギリギリ頑張っているわけじゃないですか。だから気持ちはわかるしね。よそにデイケアができたり、病院とかが老健を作ったりしたら、……いなくなる、言うほどひどいことはないんだけど、ちょっと減るんですよ。……そのときにもうちょい診れるところまでやりたいという思いが、まず有床診療所がほしいと思った理由ね。[家族にとってレスパイトでもありますか] ……もちろん。駆け込み寺でもある。

高齢者を自宅で支えるか諦めるかは、全面的に家族介護者の依存せずに、当事者にも家族介護者にも選択の自由が与えられることで結果として在宅療養が可能になるということを目指している。神戸の梁医師と表現は異なっているが、有床診療所が当事者や家族介護者の潜在能力を高めるということを設立理由としている点で共通する。

中嶋医師にとっては看護師と同様に、作業療法士や介護福祉士も重要な役割分担者として語りに登場する。老人保健施設や精神科の診療所をもち、中嶋医師以外に2名の常勤医師を含むおよそ130人の法人の理事長として職員のワークライフ・バランスも課題である。

若い人が来たら結婚問題があるしね。介護の人がいま一番それで女性が主流になれないので、うちは困っているんですよ。……介護とかいうのは、女性の感性ってすごい大切。でも男の子のほうがどんどん増えちゃって。男の子もすごく優しく、おばあちゃんなんか気に入っているんだけど、それだけではやっぱりやっていけないし。女を主流にしたいんだけど、すぐ大事な位置になると結婚が近づいてスツといなくな

っちゃうので、残念やな思っている。それで長くなっているのは男性で、いま主任クラスは全部男になりつつある。

在宅医療の担い手として、ケアの現場で女性の感性を最大限に生かしたいというのが中嶋医師の考え方である。実際、1993年のNHKの取材に登場した中嶋医師は、医療専門職者としての表情と生活者としての表情をともに生かして、外来診療や在宅医療をおこなっている様子だ。この点は医師の専門性領域を明確化・限定化する中で、それ以外を看護師に「権限委譲」する形でワークライフ・バランスをとろうとする梁医師ともまた異なる。地域にとけ込み、家に入っていく中で信頼関係を築く。その結果、夜間や救急時に患者や患者家族がそれに応える形で中嶋医師の診療外の時間に配慮し、そこで中嶋医師のワークライフ・バランスが保たれる。すなわちフォーマルなシステムではないが、信頼という人間関係の構築がその代替機能を果たしてきた。ここでは患者および患者家族も医師との間に信頼を形成することでインフォーマルなシステムを構成する。

〔開業の〕最初からたとえば夜〔診療〕だって2日は休みますとか決めていけばよかったけど、全部やろうよ、みたいな。やっぱり患者さんにきちっと来ていただこうよ、という気持ちはあったね。……結局、地域の駆け込み寺じゃないけれども、何て言うかそういう気持ちはやっぱり。(診療所の2階が自宅)だから24時間対応。……でもね、意外と患者さんは、先生が大変だろうから電話しませんでしたとかね。そういう……。だから最初ずっと24時間と言ったらその通りに患者さんは勝手にするかといったらそんなことはなくて、逆に相手の諸事情を見たり。私たちも、夜こういうことがあったらこうしてね、って言っていると、かなりの人が……。ただ、喘息発作とか、最初大変だったのは、そういう緊急に起こることに一応全部対応していたから。

有床診療所は、経営体として「単独では、……維持できていない。」という。なかじま診療所としては「歴史的に……経営というより医療的にきちんとある」ことを目的としているため、単体として成立していないが「総体としては成り立っている」と語る。経営上はなかじま診療所においても有床診療所をもつことは在宅医療を支援するものという位置づけであることと、建物が広いことから地域の住民の集会所として役立っているという。

c. 千葉県南房総市の有床診療所

千葉県外房にある千倉という元漁村だった地域にある花の谷クリニックは、伊藤真美医師が1995年無床の内科診療所を開設したことにはじまる。1999年10室の緩和ケア病棟を開設した。木造平屋の入院病棟には14床(2床が2室、個室8室、和室2室)ある。食堂兼多目的ホールでは入院患者およびスタッフも同じ場所で食事ができる。一般浴槽と特殊浴槽があり、スタッフの目標はどの患者も週2回は入浴できることを目的としている。空

床利用の形で障害者のショートステイを行う。独立事業体としての訪問看護ステーションは設置しておらず、診療所として訪問看護と訪問診療を行っている。常勤医師は伊藤医師ともう一人女性医師がいる。

2000年介護保険が始まった際に居宅介護支援事業所を併設し、週3回高齢者のデイケアを実施している。障害者、障害児、難病患者のデイサービスやショートステイを病床の空きを利用して行うのは、花の谷クリニックが積極的に行っているサービスである。ただし支援費制度による障害者デイサービス事業と障害障害者短期入所制度として運営していたものが、2006年障害者自立支援法に変わったことは大きな混乱を招いた。

これまで受け入れていた利用者の内訳は成人9名、児童7名であった。受け入れができなくなり、役所の窓口で相談し、最終的に「デイサービスの事業所としては基準外等障害福祉」としての適用でサービスが可能になったという。介護保険制度による療養通所介護として定期的に利用しているのは小脳脊髄損傷2名、頸椎損傷両下肢麻痺2名 ALS1名

このほかに不定期に利用者が2名である。また児童の受け入れについては2006年3月まで支援費制度を用いて、短期入所事業の日帰りの枠で受けていたが、この制度が2006年障害者自立支援法になることで短期入所事業・日帰り制度の廃止となった。児童・障害者・精神・知的障害が1本化され、全部3者をみななければいけない、ということになってしまった。精神障害者をみることができず、児童のためには保母を入れないといけない、といった制約の中で、事業所から見れば使えない制度となってしまった。これまで受け入れていたわけで、窮余の策として現在は3つの市と委託契約をむすび、日中委託事業を行う形をとっているという。脳性マヒおよび筋ジストロフィーの子どもの特に夏休みを中心としたデイサービスとして利用されている。

1995.4～2007.3までのまとめによると、花の谷クリニックでは358名の看取りをおこなった。入院者の死亡者273名(%) このうち240名が悪性腫瘍で死亡。非悪性腫瘍33名(肺疾患、老衰、血管障害、認知症、ALS2名。)。在宅85名のうち43名悪性腫瘍、非悪性腫瘍(脳血管、認知症、肺炎、その他)入院平均日数52.9日 平均年齢73.9歳(40代～90代)在宅(当院訪問看護または訪問医療開始から死亡日まで)の平均日数415.5日平均80.2歳。240名悪性腫瘍の入院者のうち。麻薬型の鎮痛剤を使った人162人67.5%。逆にいえば、3割は非使用者。高齢になるほど麻薬型の鎮痛剤を使わずに済む傾向。症状緩和ができない、または意識レベルを落としてでも眠って頂いた方がいいという選択をした方の場合はセデーション実施は36人(15%)。全国ホスピス緩和ケア病棟と比較すると低い傾向にある。積極的にセデーションを行っていない診療方針といえる。

花の谷では2008年7月現在で500人ほど看取っているが、そのうち24%が在宅、76%が病棟である。悪性腫瘍が79%、非悪性腫瘍が21%。入院者の平均在院日数が55日、在宅者の在宅日数(訪問開始～死亡日)は415日である。

2-2 考察

有床診療所の視点から在宅医療と医師のワークライフ・バランスをみることは、非常に限定された領域でありながら、多くの視点をわたしたちに与えてくれる。花の谷クリニックにおける医療実践とデイサービスは医療という後方支援があることで可能なサービスであり、しかも施設入所とは異なる、在宅との出入りが選択的であることが重要である。

小規模多機能性は地域に密着してこそ、その価値を発揮するのであり、神戸市、高槻市そして南房総市における医師らの医療実践はさまざまな工夫によって制度の制限を超えて当事者の必要を満たそうとする努力である。当事者の視点に立つ医療実践を在宅医療と結びつけた結果、有床診療所の可能性と有用性を提示している点で、制度的保障を検討しなければならない段階にあるといえるだろう。

第3章 医師のワークライフ・バランス関連文献にみる海外の動向

本章では、医師のワークライフ・バランスをめぐって主に欧米でどのような研究や報告がなされているかを概観する。主として PubMed の文献から医師のワークライフ・バランスを考えていく際に示唆的と思われる研究を提示しながら、時に日本についてのデータも加えつつ、あらためて医師にとってのワークライフ・バランスのあり方について考えてみたい。制度や文化的背景の異なる国々の研究を雑駁に並べてしまうことになるが、医師という仕事には共通する点も多いはずである。

まず、Ⅰでは、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。Ⅱでは、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。Ⅲでは、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。

Ⅰ. 医師という職業が抱え込みやすいリスク

人口の急速な高齢化やそれに伴う疾病構造の変化、また医療を担う医師たち自身の高齢化等が絡み、医師の不足（偏在）や疲弊に直面している国は少なくない。労働時間という点でも、例えばイギリス、フランス、ドイツ、オーストラリアの54歳以下の男性医師の平均週間労働時間は2000年時点でおおよそ45～50時間（長谷川 2005）、日本では、206年時点で病院勤務医で63.3時間となっており（長谷川 2006）、長時間労働が「当たり前」とされがちな職種である。

そこでまず、ここで2005年に行われたドイツでの研究をみておきたい（Fuss 2008）。

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、非臨床的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。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て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（ドイツの一般人口の比しても医師の仕事量は多いことも確認された）、自身の病気を度外視しての出勤日の多さ、勤務の直前変更があげられた。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、職場を離れ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のである。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、自身の体調が多少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ないままに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。何より重要なのは、こうした私生活や家族生活を度外視したかのような働き方（働かせられ方）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。そして、これらの事態が続く時、うつ病や、最悪の場合には、自殺への親和性が高まる医師も出てくることになる。

I-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という（加藤 2007: 8）。

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についてレビューした論文によれば(Tyssen 2007)、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か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るようだとしている。キャリアが進む中で、ということは、結婚、出産や育児等が絡む確率が高いということが推察される。

同様に、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 名の小規模なものだが、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（1997 久村）。

また、スイスで 1,784 人のプライマリケア医を対象（内、回答率は 65%）とした郵送調査では（Goehring et al. 2005）、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、重度のバーンアウト状態には、男性、田舎での診療、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 (Garelick et al. 2007)、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もある) の自己記入式の健康チェック票 (THI) を調べた 2006年の研究 (鈴木他 2008) では、開業医と勤務医 (常勤) 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、いらいら短気=直情径 (ママ) 向性が大きく、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、男女、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が一定数は確実に存在していることがわかる。しかし、特にうつ病は、最悪の場合自殺に至る可能性がある。

I-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 の記事によれば、英本国ではすでに 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 (Sponar et al. 1964)。

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あまり正確ではなかったとして (過小にカウントしている可能性大)、あらたに Office of Population Censuses and Surveys の公開・非公開のデータを用いたのだが、それによると、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 (Sakinofsky 1980)。

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 (Rose et al. 1973)、医師の自殺率は一般人口の場合の 2倍となっている。

さらに、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 (Stack 2004)、医師は、他の生産年

齡人口に比して自殺による死がおそらく 2.45 倍は高いとされる。

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ないわけではない。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(Revicki et al. 1985)、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 (Schernhammer 2005)。

以上は主として男性医師中心に示されたデータであったが、女性医師に関してはどうか。1970年代に入るくらいまでは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かったりする場合が多かったようだ (Rose et al. 1973/Sakinofsky 1980)。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り、(一般に女性の自殺率は男性に比べ低いので) 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 (Sakinofsky 1980)。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 (Schernhammer 2005)。

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も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、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 (Sakinofsky 1980/(Schernhammer 2005))。

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言われることとして)、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いわれる (Sakinofsky 1980/康永他 2007)。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。当該医者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 (Rose et al. 1973/Schernhammer 2005)。

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している研究 (Revicki et al. 1985) 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 (Schernhammer 2005) もある。

他にも、そもそもうつ病は早期であれば薬等で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くない傾向があること、医師は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、医療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の経緯等を明らかにしたケーススタディからは、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 (Hendin et al. 2003)。

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（他には農業従事者と看護師が入る）。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（内閣府（編）2007: 36）。

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（AFSP HP）。

ところで、日本では医師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。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（勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会 2009）、まだ欧米ほどの関心や対策がとられているわけではないようである。

I-3. 地域性の問題

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、最後に少し触れておきたいのは、地域性、特に田舎（rural）地域のことである。

ここでは、アイルランドの田舎のGP10名（中9名が男性）とその配偶者を対象に行った研究（Cuddy et al. 2001）をみってみる。

ここでいう田舎（rural）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、田舎では66時間だという。そこでこの研究では、こうした田舎の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たのである。

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。夫（GP）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時間前に会った男性が抗生物質が効かなかったといっ

で突然電話してくる、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たのである。

医師という職業は、人の命や生活を守るために、元より患者を拒否することができない（出来づらい）が、特にこうした田舎の地域にあって、自分しか医師がいないという状況の中では、医師は更に医療に引き込まれざるをえない。仕事と家族生活の区別も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。

結局、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、もしこの医師が倒れてしまえば、最も困るのは地域の住民であることを考えれば、制度として、システムとしてどう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いるようなのだが（Huibers et al. 2009）、田舎に限らず、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・バランスを支えるようなシステムが必要とされているということであろう。

日本において、24時間対応と協働体制を重視して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」としている（岡田他 2004）。

II. 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。

II-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が、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（Carole et al. 1999）、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た。つまり、役割葛藤が少なくすむことが医師の満足度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繋がるとする研究もあるという（Sotile et al. 2004: 39）。

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なことのように示唆している (Sotile et al. 2004)。

実は、1980 年に出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報告がされていた (Sakinofsky 1980)。そこでは、医師の妻は、夫が家では厳格で冷たくいばかりちらし、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、というような理由づけがされていたことを考えると、やはりこのデータは、従来の受け身な配偶者（妻）像との重なりで理解する必要があるのかもしれない。

なお、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、医師の中では、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 (Rose et al. 1972)。

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 (McDonald 1997)。

II-2. 女性医師のワークライフ・バランス

対象が 25 人という規模の小さなものだが、イギリス、マンチェスターでのインタビュー調査からは、男性一般医の場合には、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、女性一般医は、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 (Rout 1996)。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ということである。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、前節の最初に挙げた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出ていた (Carole et al. 1999)。

他にも、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 Gjerberg の研究結果では、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、第一子を産むのを延期することが、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順応戦略にみえるとしている。さらに、配偶者も医師であること（既婚女性医師の場合 39.6%、男性医師では 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手伝ってか、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（Gjerberg 2003）。

このように、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、同様の問題はもちろん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、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。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は調査の対象とはなっておらずわからない（日本医師会男女共同参画委員会、日本医師会再就業支援事業 2009）。

またそれとは別の、病院/診療所選択の男女比較を行った研究では（川村 2008）、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（菊地他 2008）。

さらに付け加えるなら、男女の地位の平等感について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（法井他 2007）。女性の中では様々な面で恵まれていると思われるはずの女性医師においてさえ、そして子どもがいない群でさえ 3 割を切るというこの数字を真剣に受け止める必要がある。保育施設の充実等の女性医師支援策がとられていく必要があるのはいうまでもないが、女性医師の配偶者が医師である割合が高いことを考え併せるなら、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・バランスの問題なのだとする視点がなければ、さらに女性医師の不平等感を増し、妻（医師）と夫（医師）の葛藤を増させることになるだろう。

Ⅲ. 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。そうした中で強まってきたのが、医師たちのパートタイム勤務への指向である。ワークライフ・バランス

をとるための一種の順応戦略として、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）にも現れていた。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（Heiliger 2000）。

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研究では（Buddeberg-Fischer et al. 2008）、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、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。Buddeberg-Fischerらは、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・バランスに留意する傾向が明らかなことから、将来的には医学部の入学枠を増やすなどして医師を増やす必要があるとしている。

日本においても、先の「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）を希望していた。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、現在男性平均週5.2日、女性平均週4.8日勤務であるが、将来の希望としては、男性で4.7日、女性で3.4日であり、男女ともに少ない日数の勤務を希望している。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（菊地他 2007）。

これはおそらく、臨床研修医（初期研修2年目）の動向調査として2005年に研修医を対象に行われたアンケート結果臨床研修医（初期研修2年目）の動向調査（岩崎他 2005）で、「将来、最も大切にしたいものは何か」との質問に対して、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%）に昇ることにそうした傾向は現れているといえるかもしれない。

しかし、医師のパートタイム勤務に対する懸念はないのだろうか。オランダの研究では、1996年時点と2004年時点とを比べると、減ってはきているもののフルタイムの内科専門医のパートタイム勤務医に対するケアの質等への懸念はまだあるとされるが（Lugtenberg et al. 2006）、アメリカの研究では、パートタイム医の医師としての能力やパフォーマンスに影響はなく、むしろフルタイムの医師よりもバーンアウトが少ない上に満足感も高く、患者側の満足感にも影響はないとするものもある（Mechaber et al. 2008/Parkerton et al.

2003)。

ただ医師のワークライフ・バランスとの関わりで考えるなら、問題は単に労働時間の長短ということではない。

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 (Keeton et al. 2007)。

この結果は、2000 年にアメリカ、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横断調査の結果にも合致すると思われる (Beasley et al. 2005)。ここでの分析の対象とした回答者は、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。この論文の中には、対象となった医師のコメントも載っているが、独立している医師の場合、スケジュール等を自分（達）自身で意思決定でき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った。アメリカでは、一般に勤務医よりも開業医の方が書類仕事も多く超過勤務に傾き、ヘルスケア組織に勤務する医師やパートタイム勤務の医師が増えているとされる中で、実はこの結果は意外であるようで、専門医指向が強くプライマリケアや家庭医療への関心が薄い多くの医学生にとっても示唆的な研究結果となるだろうとされている。

さらに、医師の国外流出が問題となっているドイツだが、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 (Janus et al. 2007)。

つまり、どの結果も、まずは自立的な意思決定ができることが重要であることを示している。勤務医開業医を問わず、既定のスケジュールややり方の中で働かされているというのではなく、医師が自分の考えに基づいて自立的にフレキシブルに活動できるか否か（できやすいか否か）が、医師の士気や満足度に大きく関わっているということである。

医師が疲れ切ってしまうために、パートタイム化や協同によって個々の医師の過重な労働時間や負担を減らすことは重要であるが、単に働く時間を短くしたり、協同する医師数を多くすればいいということではおそくない。医師自身が、ここが自分の働くべき場として、望む（目指す）医療を自立的に実践できる場として認識できることや、人とのつながりが実感できる場として認識できることが大切なのである。

結果的には、そのことが個々の医師のワークライフ・バランスの質を保つことになり、延いては、医師同士、医療者同士、医療福祉関係者、患者・家族、介護者・被介護者の、仕事や生活を互いに支え合うことに繋がっていくはずである。そして、そうした繋がりを最も実感できるのは、実は、医師にとって仕事と生活の場が重なり合う可能性の高い、地域医療、在宅医療の現場なのではないだろうか。

<引用文献>

- American Foundation for Suicide Prevention [<http://www.afsp.org/>]
- Beasley JW, Karsh B, Hagenauer ME, Marchand L, Sainfort F: Quality of Work Life of Independent vs Employed Family Physicians in Wisconsin: A WRen Study. *Ann Fam Med* 2005 November, 3(6):500-506
- Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R: The new generation of family physicians -career motivation, life goals and work-life balance. *Swiss Med Wkly* 2008, 138:305-312
- Caniano DA, Sonnino RE, Paolo AM: Keys to career satisfaction: insights from a survey of women pediatric surgeons. *J Pediatr Surg* 2004 Jun, 39(6):984-90
- Cuddy NJ, Keane AM, Murphy AW: Rural general practitioners' experience of the provision of out-of-hours care: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2001 Apr, 51(465):286-90
- Fuss I, Nubling M, Hasselhorn HM, Schwappach D, Riege M: Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health* 2008, 8:353
- Garelick AI, Gross SR, Richardson I, von der Tann M, Bland J, Hale R: Which doctors and with what problems contact a specialist service for doctors? A cross sectional investigation. *BMC Med* 2007 Aug 28, 5:26
- Gjerberg E: Women doctors in Norway: the challenging balance between career and family life. *Soc Sci Med* 2003 Oct, 57(7):1327-41.
- Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Kunzi B, Bovier P: Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly* 2005 Feb, 135(7-8):101-108
- 長谷川敏彦 「医師需給の国際動向」 2005/3 [<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/03/s0311-5b.html>]
- 長谷川敏彦 「医師労働環境の現状と課題」 2006/3 [<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0327-2d.html>]
- Heiliger PJ, Hingstman L: Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists. *Soc Sci Med* 2000 May, 50(9):1235-46

- Hendin H, Maltzberger JT, Haas AP: A physician's suicide. *Am J Psychiatry* 2003 Dec, 160(12):2094-7
- 久村正也「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』1997, 12(1):61-64
- Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R: Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Serv Res* 2009 Jun 23;9(1):105
- 岩崎賢一・本田麻由美・山口大介・渡辺千鶴他「臨床研修医（初期研修2年目）の動向調査」2005 [http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/02/d1/s0208-12a.pdf]
- Janus K, Amelung VE, Gaitanides M, Schwartz FW: German physicians "on strike"--shedding light on the roots of physician dissatisfaction. *Health Policy* 2007 Aug, 82(3):357-65
- 加藤雅治「医師の過重労働」『東京さんぽ21』2007/1, 32:8-13
- 川村顕「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』2008, 19(2):94-104
- Keeton K, Fenner DE, Johnson TR, Hayward RA: Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. *Obstet Gynecol* 2007 Apr, 109(4):949-55
- 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「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』2008, 110(7):563-570
- 小泉弥生「日本における女性医師の現況について」『精神神経学雑誌』2008, 110(7):548-553
- Lee FJ, Brown JB, Stewart M: Exploring family physician stress: Helpful strategies. *Can Fam Physician* 2009 March 55(3):288-289
- Linzer M, Konrad TR, Douglas J, McMurray JE, Pathman DE, Williams ES, Schwartz MD, Gerrity M, Scheckler W, Bigby J, Rhodes E, and for the Society of General Internal Medicine (SGIM) Career Satisfaction Study Group (CSSG): Managed Care, Time Pressure, and Physician Job Satisfaction: Results from the Physician Worklife Study. *J Gen Intern Med* 2000 July, 15(7):441-450
- Lugtenberg M, Heiligers P. JM, de Jong JD, Hingstman L: Internal medicine specialists' attitudes towards working part-time: a comparison between 1996 and 2004. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6: 126.
- Manca D, Varnhagen S, Brett-MacLean P, Allan GM, Szafran O, Allen , Ausford CR, Rumzan I, Turner D: Rewards and challenges of family practice: Web-based survey using the Delphi method. *Can Fam Physician* 2007 February, 53(2):277-286
- McDonald KA: Physicians' Divorce Rate Is Linked to Specialty. *THE Chronicle of*

- Higher Education* 1997 March 21:A19
- McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K, and for the SGIM Career Satisfaction Study Group: The Work Lives of Women Physicians: Results from the Physician Work Life Study. *J Gen Intern Med* 2000 June, 15(6):372-380
- Mechaber HF, Levine RB, Manwell LB, Mundt MP, Linzer MM, and for the MEMO Investigators: Part-Time Physicians...Prevalent, Connected, and Satisfied. *J Gen Intern Med* 2008 March, 23(3):300-303
- 内閣府 (編) 『自殺対策白書 (平成 19 年版)』 2007/12
- 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「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」日本医師会 2009/3[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408_2.pdf]
- 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「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」 2009/3 [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090401_3.pdf]
- Noonan, D: Doctors Who Kill Themselves. *Newsweek* 2008/4/28, 151(17):16-16
- 法井薫・奥山亜由美・新井佑望 [他]「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』 2007/6, 57(2):107-113
- 岡田邦春・藤田拓司「在宅医療を行う医師の QOL」『Home Care MEDICINE』 2004/7:25-7
- Parkerton PH, Wagner EH, Smith DG, and Straley HL: Effect of Part-time Practice on Patient Outcomes. *J Gen Intern Med* 2003 September, 18(9):717-724
- Revicki DA, May HJ: Physician suicide in North Carolina. *South Med J* 1985 Oct, 78(10):1205-7
- Rout U: Stress among general practitioners and their spouses: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 1996 March, 46(404):157-160
- Rose KD, Rosow I: Marital Stability Among Physicians. *Calif Med* 1972 March, 116(3):95-99
- Rose KD, Rosow I: Physicians who kill themselves. *Arch Gen Psychiatry* 1973 Dec, 29(6):800-5
- Sakinofsky I: Suicide In Doctors And Wives Of Doctors. *Can Fam Physician* 1980 June, 26:837-844
- Schernhammer E: Taking their own lives -- the high rate of physician suicide. *N Engl J Med* 2005 Jun16, 352(24):2473-6
- Sotile WM, Sotile MO: Physicians' wives evaluate their marriages, their husbands, and life in medicine: results of the AMA-Alliance Medical Marriage Survey. *Bull Menninger Clin* 2004 Winter, 68(1):39-59
- Sponar J, Pivec L, Sormova Z: Suicide Among Doctors. *Br Med J* 1964 Mar

28, 1(5386):789-90

Stack S: Suicide risk among physicians: a multivariate analysis. *Arch Suicide Res* 2004, 8(3):287-92

鈴木庄亮, 月岡関夫 「医師の労働・生活習慣と心の健康の特徴」 『日医雑誌』 2008/7, 137(4):744-751

Parkerton PH, Wagner EH, Smith DG, Straley HL: Effect of Part-time Practice on Patient Outcomes. *J Gen Intern Med* 2003 September, 18(9): 717-724.

竹迫弥生・岡山雅伸・松本正俊・中村好一・梶井英治 「都市部における診療所医師の医療活動内容・今後の診療希望、職場・生活の満足度-東京都医師会員調査」 『プライマリ・ケア』 2008/3, 31(1):12-19

Tyssen R: Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health* 2007 Oct, 45(5):599-610

Warde CM, Moonesinghe K, Allen W, Gelberg L: Marital and Parental Satisfaction of Married Physicians with Children. *J Gen Intern Med* 1999 March, 14(3):157-165

山路憲夫 「日本の医療労働をめぐる現状と課題」 『世界の労働』 2008/9, 58(9):2-10

康永秀生・勝村裕一・井出博生 [他] 「医師の属性と仕事満足度の関連についての分析」 『病院』 2007/7, 66(7):580-582