

医療専門職のライフコース (Pass of Life) 研究  
—医師の場合について—

吉山直樹<sup>1)</sup>, 佐々木美佐子<sup>2)</sup>

1) 新潟県立看護大学 (病態学), 2) 同 (地域看護学)

A Study on The Pass of Life concerning Medical Doctors

Naoki Yoshiyama<sup>1)</sup>, Misako Sasaki<sup>2)</sup>

1) Niigata College of Nursing (Clinical Pathophysiology), 2) // (Community Health Nursing)

キーワード: ライフコース(pass of life), 医師(medical doctors)

要旨

●背景: 本県では地域的な医師充足不足が大きな問題となっている。我々は医師不足の問題解決の困難さは、医師の自己実現をめざす対処行動についての分析を欠いた対策に終始していることに存在するとの仮説のもとに、研究を重ねてきた。本研究は、医師の職場選択時にそれを支配する因子の分析を試み「医療専門職のライフコース (Pass of Life) 研究」とし、医師が人生の節目において選択を誤らないことが自己実現には欠かせないことを強調したい。研究者自身の体験も呈示した。

●方法: ある臨床教室に所属する30歳～70歳代までの医師221名。次の時点での進路・職場選択に関する去就に関する因子につき、検討した。卒業時、研修終了時、専門医訓練終了時、アカデミズムの限界自覚時、専門医としての限界自覚時、医療機関での管理職登用時、感性・気力・体力の減退自覚時、等。調査は、過去の所属教室(医局)における人事記録、アンケートおよび聞き取り調査の結果に基づく。研究者自身の職場選択に関する過去の決定因子も示し考察を加えた。

●結果: 対象者のうち、正規の修練を終わって転出した141名を調査対象とした。アカデミック・ステータスへの能力不足を自覚したものの87名、教室(医局)人事だから仕方ないと受けとめているもの73名、人事に不満があったと明言しているもの25名、上司に問題があったとするもの10名、研究グループ内・同僚間での抗争12名、診療過誤等と考えられるもの4名であった。B医師の転職意志決定因子については、44歳から56歳までの4回の転職時のデータでは、教育機能や経営の問題もあるが(それぞれ2回)、診療体制上の問題(4回)かトップ・マネジメントの問題(3回)が多かった。

相談する相手もなく、また、この医師が派遣元の教室(医局)を持たなかったことも着目される。

●結論: 比較的若い世代にあつては、脱アカデミズムのロール・モデルを新たに発見できるか、が人事の決定因子と言える。中高年の世代では、診療体制の整備と適正な本人・周囲のリーダーシップが決め手となっていると推定される。

目的

本県の豪雪地帯には他地域では考えられない保健医療福祉分野のニーズ(ヘルスケアニーズ)が存在し、これへの対策が住民の健康維持の重要なポイントとなっている。上越地域の各自治体の課題を把握し、解決のための本学も寄与できる実践の具体的優先度を検討し、さらには長期的展望のもとに自治体と共に問題を解決できる体制を完成したい。

医師および看護師は、保健医療福祉施設の基幹となる専門職種であり、その地域や自治体の施策立案実行の要となる職種であるが、本県においては、医師の不足が高頻度にマスコミに取り上げられているところであり、研究者においても具体的な人事相談を受ける機会が多い。

1) 果たして本県において医師は充足できていないのか、2) 充足できていないとすれば、その原因はどこにあるか、3) 不足であるとすれば、その対策はどうしたらよいのか、等が検討課題となる。ここでは、1) の点は、まぎれもない事実として、他に報告・研究されている内容に譲る。2) についても単に本県内に医師養成する教育機関が1ヶ所しかない、という事実が重きを置くことは言うまでもないが、本県と同じく医育機関が1ヶ所しかないものの人口が多い県もいくつか存在しており、

該当県では医師充足が大きな問題とはなっていない。

医師不足の問題解決の困難さが奈辺にあるかといえば、医師が自身の専門的職業人としての自己実現をめざす対処行動についての分析を欠いた対策に終始していることに存在するものと、研究者らは仮説をもち、研究を重ねてきた。本研究では、医師の職場選択時にそれを支配する因子の分析を試み考察を重ねた。本研究の名称「医療専門職のライフコース (Pass of Life) 研究」が持つ意味は、人生の節目において医師が職業上の選択を誤らないことが自己実現には欠かせないポイントである、こと強調したいためである。当然ながら、研究者自身の苦い体験も呈示した。

医師の場合には、その岐路において、特殊な多くの問題が存在し、決断には多くの困難をとまなう。本研究では、この節目の選択について各世代の医師の聞き取りを中心とする調査を実施したい。そして、それらの情報をより明瞭で公正な形で公開し、本人の自由な選択権に委ねる体制の確立につなげたい。

### 研究方法

#### 1. A臨床教室についての調査

対象：30歳～70歳代までのA臨床教室に所属する医師。

方法：次の時点での進路・職場選択に関する去就に関する因子につき、検討した。

- (1)卒業後の各教室所属選択時
- (2)研修期間終了時
- (3)専門医訓練期間終了時
- (4)アカデミズムの限界自覚時
- (5)専門医としての限界自覚時
- (6)医療機関での管理職登用時
- (7)感性・気力・体力の減退自覚時

調査は、過去の所属教室(医局)における人事記録、アンケートおよび聞き取り調査の結果に基づく。特に(3)～(7)について、力点をおいて調査した。

しばらく聞き取りを進めるうちに、方法的に大きな問題が存在することに気がついた。本人の「記憶」と所属教室(医局)の人事決定の実態には、解離がある例が散見することである。記憶があいまいな場合を除き、本人の申し出を重視して結果をまとめた。

#### 2. B医師のライフコース

本研究の研究者である医師(B)の職場選択に関する過去の決定因子を示し、考察を加えた。

### 結果

#### 1. A臨床教室の調査結果

調査対象者は、ある医科大学医学部の臨床教室(内科学)に所属する(した)医師総数221名である。221名のうち調査時点で当該大学にて教職で残留しているもの20名、家庭の事情・継承・新規開業・病气などの理由にて卒後の被教育期間内に教室を辞めたもの(退局者)39名、他大学にアカデミック・チャンスあり退局した者21名、計80名を除いた141名を対象とした。

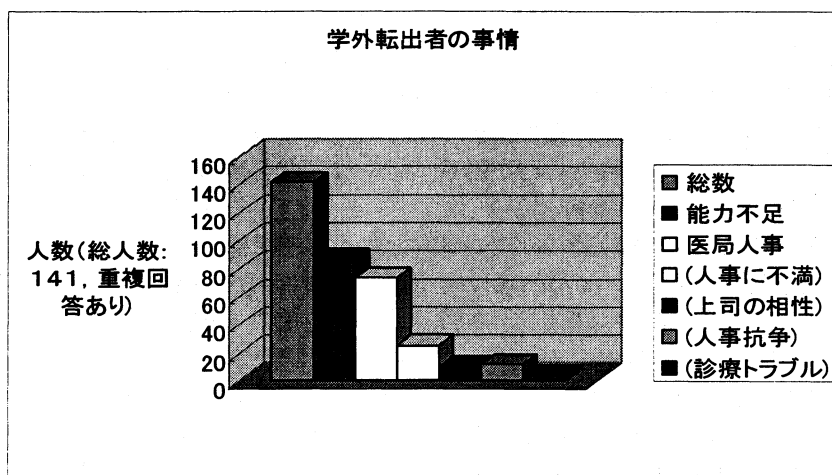


図1 A臨床教室における学外転出者の事情

その結果は、図1に示すとおりである。一旦教室に所属し（入局し）てからアカデミック・ステータスへの能力不足を自覚（人事を選択する際の医師側の自覚）したもの87名、教室（医局）人事だから仕方ないと受けとめているもの73名、教室（医局）の人事に不満があったと明言しているもの25名、教室（医局）の上司に問題があったとするもの（本人の表現、本人側にも問題があった可能性があり、「相性」と表現）10名、研究グループ内あるいは同僚との間で協調することが困難になったとするもの（あえて「抗争」と表現）12名、診療過誤等により人事を受け入れる対象になったと考えられるもの（本人申告ではなく記録等に基づく）4名。いずれも複数回答（該当）可であるので、合計数は141をオーバーする。

表 学外転出者の事情

	実数	対総数%	%
総数	141	100	100
能力不足	87	61.7	43.3
医局人事	73	51.8	36.3
（人事に不満）	25	17.7	12.4
（上司の相性）	10	7.1	5.0
（人事抗争）	12	8.5	6.0
（診療トラブル）	4	2.8	2.0

## 2. B医師のライフコース

研究者である医師（B）の職場選択に関する過去の決定因子、要するに過去履歴における転職意志決定因子について、列挙した。

### 1) 大学（講師）から社会保険C病院（副院長）への転出（44歳）

(1) 大学における研究の量と質の維持が不可能と判断したこと。

（従事していた研究成果に impact の不足を自覚した）

(2) 医局内の権力の移動（教授選考による新しい教授の選任）にともない、旧医局体制で活動した人材は登用の制限の対象となり、これに失望していた。

（B医師は前任教授の代の筆頭講師）

(3) 教員として、A臨床教室における新たな医局体制での教育機能に対する評価の低さに失望していた。

### 2) 社会保険C病院から民間病院グループDのE総合病院（院長）への転出（49歳）

この異動によりA臨床教室の関連人事から離脱（教室員としては在籍）

(1) 診療チームの機能維持不全、特に質の維持が困難になったこと。

（若い医師は医局派遣人事であり、良い人材が得られない）

(2) トップ・マネジメントにおけるコンピテンシーの不在に嫌気がさしたこと。

（院長の経営手腕の不足による急速な経営悪化）

(3) 病院経営・組合対策問題（有数の組合活動による医療現場の非効率化）に疲れていた。

### 3) E総合病院からF離島公立診療所（所長）への転出（53歳）

自治医科大学大宮医療センターの職員（講師）に採用された。

(1) トップ・マネジメントにおけるコンピテンシーの不在に嫌気がさしたこと。

（病院経営には成功しているもののD理事長の政治狂い）

(2) 病院のもつ教育的機能の評価の低さに嫌気がさしたこと。

（厚労省の研修指定病院を取得したが、その後のシステム作りにDの協力が得られない）

(3) 専門医療（臓器移植）への評価の低さに失望したこと。

（首都圏でも希少な臓器移植センターをE総合病院内に設立し、活発に活動開始したがD理事長の評価は低く、無理解）

(4) E総合病院の地域に提供する医療の質を維持する機能の全般的な貧弱さに嫌気がさしたこと。

### 4) F離島公立診療所から新潟県立看護大学に赴任（56歳）

(1) 自治体内の権力の移動（F町の町長選挙による交代）にともないF診療所の統廃合が確定したこと。

- (2) トップ・マネジメントにおけるコンピテンシーの不在に嫌気がさしたこと。  
 (診療所の統廃合につき経営不振が理由とされたが、事実は単月黒字が持続していた)
- (3) プライマリ・ケア診療能力維持の問題に関して疲弊をきたしたこと (研修会等への参加が不可能)。
- (4) 離島診療所の代診システムの維持の問題が発生したこと。  
 (医師個人として町側から残留を要請されたが、大学医局からの代診システムは中止となるため)

### 考察

#### 1. A臨床教室の調査結果に関連して

結果をみると、アカデミック・ステータスを駆け上がる能力の不足を自覚したものが一番多かったが、それらはいずれも未練を伴った決断であり、教室(医局)が決めた人事だから仕方ないと受けとめているものが多いことが推定される。転出先の新たな病院が市中の高度専門医療を提供している大病院であれば、専門医のロール・モデルに不足することはないし、チームによって学習することが可能な環境に恵まれる。問題は、常にそのような病院ポストが空席であるわけではなく、中小病院や地方の地域病院では半分専門医・半分プライマリ・ケア医としての診療形態に甘んじなければならないことが多い。多くの教室(医局)はプライマリ・ケア医のロール・モデルを用意していない。真面目なセンスの良い医師ほどこの新たな学習分野(プライマリ・ケア)の学習方法について悩むことになる。

新しい大学の臨床教室、特に地域の中核病院に人材を派遣する必要がある本県のような大学では、必ずプライマリ・ケア医のロール・モデルを大学内ないし周辺の関連施設にスタッフとして持つ必要がある。

#### 1) プライマリ・ケアに従事するモチベーションに欠ける、というのは本当か

医師の不足は、都市部より農山村・僻地・離島の医療機関で著しい、とされている。しかるに平成10年の日医ニュース「勤務医のページ」に広島県医師会の勤務医に対するアンケート調査結果が出ている<sup>1)</sup>が、驚くべきことに43.4%という高率で「いつかは離島・僻地勤務をしても良い」と回答しているのである。赴任時期については、

- (1) 定年後が45%、
- (2) 条件が合えばいつでも、が36%、
- (3) 50歳ぐらいからが15%、

となっていた。アンケートに答えた医師の現勤務先分布は、図2の通りであり、国公立等の公的病院の勤務医が多いことが注目される。

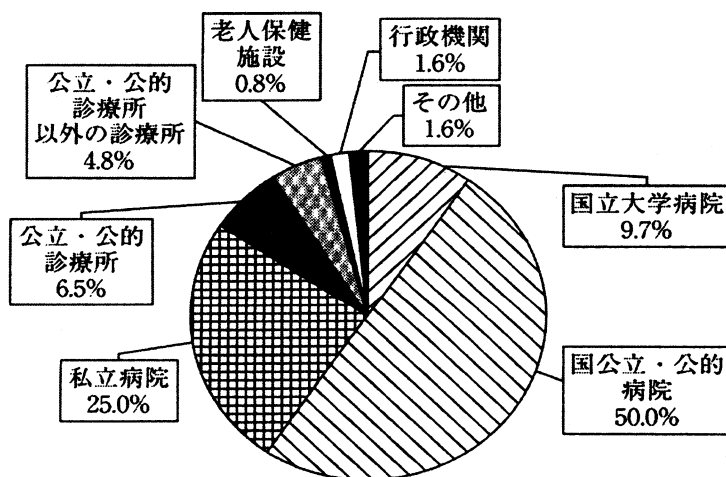


図2 離島・僻地勤務希望者の現勤務先

このモチベーションが生かされていないのはなぜか、ということから着手すべきであろう。まず考えられるのは、需要側から具体的な情報提供がなされていない、いわば(自治体側が)医師の実態を知らなさすぎる、ことである。

「結果」で述べたがA臨床教室所属の医師も多くは、教室に所属したままで（人事が担保されて）派遣されるのであれば、離島・僻地の勤務を同意するものがあると推測する向きもあろうが、実際は多くの若手医師が専門医として研修中であり、発展途上であることを考えると、こういった医療機関への派遣は、専門性の中断となり、派遣人事権を持つほう（教授・医局長）も派遣されるほうも（教室員・医局員）も同意出来るものではない。これは最近、「流行」の医局解体がなされても現在の大学のありようを考えると変わらない、と推定される。研究者らは先のアンケートの結果と後に述べる家庭・家族の問題を配慮すると離島・僻地の医療機関の責務を担う主体は中高年（おそらく50歳以上）の医師層ではないか、と考えている。

2) 「ロール・モデル」となる医師をどう配置するか

医師が農山村・僻地・離島の医療機関に勤務する際に必要な条件についてであるが、東京都の離島である伊豆大島に3年間勤務した研究者の総括は、次の通りである<sup>2)</sup>。

(ア) 代診システムの確立

- ①休養のため（特筆されるのは、年末年始、夏期休暇および臨時の不祝儀の際）
- ②学会参加のため（最低限は更新単位の取得）
- ③研修会参加のため（知識・技術レベルの維持）

(イ) コンサルテーション・システムの確立

(ウ) 救急転送先（高度医療機関）の受け入れシステムの確立

急務は、1) —③と2) にも関与した僻地・離島勤務医のロール・モデルとなる専門性の高いプライマリ・ケア医（家庭医・総合診療医）によるサポートシステムの確立である。こういった人材は代診医にもなれば指導医にもなり（研修会を組織）、一時的な医療体制の強化にも役立つ。

3) 医師の家庭・家族の問題

いったん医師が農山村・僻地・離島の医療機関に勤務する決断をしたことは、なまじの決心ではできないものではない。しかし周辺の多くは、悪しき医師モデルに投影してこのような医師に「経済行為」のレッテルを貼る。家庭・家族を犠牲にしたり、単身で赴任したりしているのが実態である。

長野県の自治体立診療所の勤務医有志が発行する同人誌には、地域住民の医師の労働過剰負担への無理解と行政担当者の無責任な言動と家庭・家族の問題の板挟みになって自殺に至った医師の話が描かれている。こういった環境にあつては医師は精神的に孤立した存在であり、気安く相談する相手もなく、また、この医師が派遣元の教室（医局）を持たなかったことも着目される。

2. B医師のライフコースに関連して

B医師の転職意志決定因子については、44歳から56歳までの4回の転職時のデータをまとめてみると、教育機能や経営の問題もあるが（それぞれ2回）、診療体制上の問題（4回）が第一で、次いでトップ・マネジメントの問題（3回）であった。中高年の世代では、診療体制の整備と適正な本人・周囲のリーダーシップ学習が決め手となると推定される<sup>4)</sup>。

反省するに、この年齢での人事上・処遇上の混乱は一般に私のような医師が自分の実像を知り得ていないことに起因している。人間は誰しも結局、自分のことが一番分かっていない。これに関連して、よく利用される方法に「ジョハリの窓」がある。医師にとって「盲目の窓」を小さくするしか方法がないが、周辺に良き助言者を持つことが重要視される。

		自 分	
		医師としての自分の真の姿が分かっている	分かっていない
他 人	その医師の真の姿が分かっている	開かれた窓	盲目の窓
	分かっていない	隠された窓	暗い窓

図3 「ジョハリの窓」

### 3. 「キャリアパス」の確立を

医師が将来の人生コースの選択には「節目」「結節点」に相当するいくつかのタイムポイントがある。特に「キャリアパスの提供」という点からの見直しが必要であると研究者は考えている。

キャリアパスという点からは、今後は次のような節目が存在していくものと推定される。

- ◆ 医学部入学時のモチベーション
- ◆ 医学部教育におけるコンピテンシーマネジメント
- ◆ コア・カリキュラム
- ◆ 臨床研修必修化
- ◆ 医局講座制のなかのキャリア・パス
- ◆ 日本の専門医制度

これらは、いずれも昨年発行の本報告書<sup>3)</sup>にて要約したので、参照されたい。

### 結論

結果を分析すると、アカデミック・ステータスへの能力不足を自覚したものが一番多かったが、それは未練を伴った決断であり、教室(医局)人事だから仕方ないと受けとめているものが多いことが推定される。市中の大病院で高度専門医療を提供している施設であれば、専門医としての自己実現は可能である。問題は、地域の中小病院等の病院ポストで求められる働きが半分専門医・半分プライマリ・ケア医の場合である。教室(医局)はプライマリ・ケア医のロール・モデルを用意していないので、これらの医師は、この新たな学習分野(プライマリ・ケア)の学習方法について悩むことになる。従って新しい大学の臨床教室には、必ずプライマリ・ケア医のロール・モデルを確保する必要がある。

B医師の転職意志決定因子については、44歳から56歳までの4回の転職時のデータをまとめてみると、教育機能や経営の問題もあるが、診療体制上の問題やトップ・マネジメントの問題の比重が大きい。中高年の世代では、診療体制の整備と適正な本人・周囲のリーダーシップが決め手となっていると推定される。中高年の世代も周辺に良き助言者を持つことが重要視される。

### 文献

- 1) 「勤務医のページ」. 日医ニュース 1998 ; 10月20日号.
- 2) 吉山直樹. 島の医療・福祉に求められるもの. 日本島嶼学会年報 2002 ; 5 : 55-61.
- 3) 吉山直樹, 佐々木美佐子. 豪雪へき地医療福祉機関の機能維持に関する調査—特に医師・看護師の確保に重点をおいて. 平成14年度新潟県立看護大学看護研究交流センター活動・研究概要報告, 上越市 : 新潟県立看護大学, 2003 : 5-8.
- 4) 吉山直樹. 専門職のリーダーシップ. プライマリ・ケア医の一日. 東京 : 南山堂, 2004 : 2-3.