

筑波大学

博士（医学）学位論文

プライマリ・ケア医の「仕事の意味」
に関連する要因の探索と経験の抽出

2022

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

山本 由布

目次

第1章 背景、研究の目的

1. 背景

1-1. 世界的なプライマリ・ケアの需要.....	1
1-2. 日本のプライマリ・ケアの現状.....	2
1-3. プライマリ・ケア医の研修・認定制度.....	3
1-4. キャリアとしてのプライマリ・ケア医の選択と中断のリスク.....	4
1-5. 仕事の意味/意味ある仕事.....	6
2. 目的.....	7

第2章 <研究1>

プライマリ・ケアの「仕事の意味」にはどのような要因が関連するか？

1. 方法

1-1. 研究デザインと参加者.....	9
1-2. サンプルサイズ.....	9
1-3. 測定項目	
1-3-1. 基本属性.....	10
1-3-2. 日本語版仕事の意味尺度.....	10
1-3-3. 各仕事への関わり.....	11
1-3-4. 各仕事への熱意.....	11
1-4. データ分析.....	11
1-5. 倫理的事項.....	12

2. 結果	
2-1. 参加者の属性.....	12
2-2. 日本語版仕事の意味尺度.....	13
2-3. 各仕事への関わりと各仕事への熱意.....	13
2-4. 単変量解析: 基本属性および各測定項目の J-WAMI 高得点群と低得点群間の 比較.....	14
2-5. 多変量解析: J-WAMI 高得点群に関連する要因.....	14
2-6. サブ解析: 各下位尺度の高得点群に関連する要因.....	14
3. 考察	
3-1. 結果のまとめ.....	15
3-2. 外来診療の熱意と「仕事の意味」との関連.....	15
3-3. 研究への関わりと「仕事の意味」の関連.....	17
3-4. 下位尺度毎の解析.....	18
3-5. 今後の診療・研究に向けて.....	19
3-6. 限界.....	19
4. 結語.....	20

第3章 <研究2>

プライマリ・ケア医はどのような経験に「仕事の意味」を感じているか？

-質的帰納的研究-

1. 方法	
1-1. 研究デザインと参加者.....	21
1-2. データ収集.....	21
1-3. データ分析.....	23

1-4. 倫理的事項.....	24
2. 結果	
2-1. 参加者の属性.....	24
2-2. プライマリ・ケア医が意味があると感じた仕事の経験.....	24
2-3. プライマリ・ケア医が仕事を続けていくうえでの課題.....	27
3. 考察	
3-1. 結果のまとめ.....	29
3-2. プライマリ・ケア医が意味があると感じた仕事の経験.....	30
3-3. プライマリ・ケア医が仕事を続けていくうえでの課題.....	32
3-4. 関連する先行研究との比較.....	33
3-5. 今後の診療・研究に向けて.....	34
3-6. 限界.....	34
4. 結語.....	35
第4章 結論	
1. 研究結果のまとめ.....	36
2. 研究全体の考察.....	36
3. 本研究の意義.....	38
4. 今後の展望.....	39
要約図.....	40
謝辞.....	41
参考文献.....	42
図表.....	50
参考資料.....	82

原典論文の再利用について

この学位論文は、(What kinds of work do Japanese primary care physicians who derive greater positive meaning from work engage in? A cross-sectional study, Yu Yamamoto, Junji Haruta, Ryohei Goto, Tetsuhiro Maeno. Journal of General and Family Medicine, 2022, <https://doi.org/10.1002/jgf2.595>) の内容を再利用している。 Journal of General and Family Medicine は open access ジャーナルである。

第1章 背景, 研究の目的

1. 背景

1-1. 世界的なプライマリ・ケアの需要

近年, COVID-19 をはじめとした未知の感染症や自然災害の発生, 非感染性疾患 (Non communicable disease : NCDs) の増加や, 世界各地で経済格差が広がることによる世界の健康課題の変化によって, 国や地域の状況に応じたプライマリ・ケアへの需要が高まってきている¹⁻³. 特に, プライマリ・ケアにおける医療の課題は, 急性の感染症を予防・診断・治療する時期から, 高齢化やライフスタイルの変化による糖尿病などをはじめとした複数の要因が複雑に関係してくる NCDs, 身体・心理・社会的側面から対応が求められるメンタルヘルスに関連する疾患などへの対応に変遷してきている³. このような複雑に変化する社会に適応していくための, 健康に対して社会全体でアプローチを行う保健システムの一つがプライマリ・ケアである⁴. プライマリ・ケアの概念はこれまで何度も繰り返し解釈され, 定義されてきた. その一例として, 米国国立科学アカデミーはプライマリ・ケアを, 「患者の抱える問題の大部分に対処でき, かつ継続的なパートナーシップを築き, 家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される, 総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスである」と定義している⁵. 世界的に知られているプライマリ・ケアの5つの理念には, 図1に示すように近接性 (accessibility), 包括性 (comprehensiveness), 協調性 (coordination), 継続性 (continuity), 責任性 (accountability) があり, プライマリ・ケアは地域の医療を担う重要な役割を持つと考えられている⁶. 世界では, 家庭医 (family physician : FP) や総合診療医 (general practitioner : GP) と呼ばれる医師がプライマリ・ケアの専門医として認識されているが, この2つの名称は互換性のある同義語として理解されており⁷, 日本においてもプライマ

リ・ケアの専門医という意味で使用されている。また、日本ではかかりつけ医という言葉も存在し、厚生労働省は「健康に関することをなんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介してくれる、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義している⁸。かかりつけ医は患者が医師を表現する言葉であるが、求められる役割としてはプライマリ・ケア医とほぼ同じである。現在の日本では、もともとの専門により診療の幅が限られているかかりつけ医もいるため、複数のかかりつけ医をもつ患者も存在している。本稿では、後述する日本のプライマリ・ケアの特徴から、プライマリ・ケアに関わる医師を「プライマリ・ケア医」と表現する。

日本では、急速な高齢化により、多疾患併存や心理社会的な問題に継続的なケアを必要とする患者が増加していることや、外来受診や再入院の増加などの主に医療経済的な問題から、医療システムの変革が求められるようになってきた⁹。そのような中、特定の臓器や疾患に限定することなく幅広い視野で患者を診るプライマリ・ケア医の専門性が評価されるようになり、その需要が高まってきている¹⁰。次項より、日本のプライマリ・ケアシステムの概要を示し、引き続いて「仕事の意味」の概念と、プライマリ・ケアでキャリアを追求する事との関連性を示す。

1-2. 日本のプライマリ・ケアの現状

日本のプライマリ・ケアを理解するために、プライマリ・ケアの歴史が長い欧州の国々と日本の、診療内容やプライマリ・ケアシステムに関する類似点および相違点を示す。まず類似点としては、日本のプライマリ・ケア医も欧米と同様に、内科的疾患や皮膚疾患、整形外科的疾患などの幅広い疾患に対応していることが挙げられる¹¹。ただし、日本では、妊娠に関する問題など、性別特有の問題を扱うことは少ない¹¹。一方、主な相違点は医療制度に関連するものである。日本では長い間、プライマリ・ケアを専門とする医師を認定する制度がなく、代わりに臓器別専門医がプライマリ・ケアを提供していた¹²。また、プライマリ・ケアは診療

所だけでなく、中小病院の外来でも提供されている¹²。これは、診療所にかかりつけ患者を登録する制度のある欧州とは異なり¹³、日本の医療はフリーアクセスを基本としているため、患者は疾患の重症度に限らず、自分の好きな医療機関を受診することが出来るためである¹²。日本では全外来患者のうち、約30%が病院の外来を利用していると報告されている¹²。病院に勤務するプライマリ・ケア医は、半日単位で外来診療、訪問診療、入院診療、救急外来での救急診療など、さまざまな医療業務に従事することも多い。一方で、診療所に勤務するプライマリ・ケア医は、医療業務としては外来診療や訪問診療に従事するのが一般的であるが、その他の業務として学校医や地域のヘルスプロモーション活動に参加する医師もいる。さらなる相違点として、プライマリ・ケア医が均等に配置されている欧米諸国と異なり、日本では地域差が大きく、医師偏在が大きな問題となっている¹⁴。

1-3. プライマリ・ケア医の研修・認定制度

そのような背景の中で、日本でもプライマリ・ケアを担う医師の専門医制度を構築する動きが始まった。日本プライマリ・ケア連合学会（Japan Primary Care Association：JPCA）は、2010年に独自の家庭医療専門医制度を開始した¹²。また、2014年に日本全体の専門医認定基準の標準化のため、日本専門医機構が発足し、2018年には新専門医制度の開始に合わせて総合診療専門医が新設された^{10, 12}。しかし、専門医制度が発足して日が浅いことや、上記のように現在のプライマリ・ケアは長年地域医療を支えてきた臓器別専門医が担っている診療所や病院も多いため、プライマリ・ケア医の人数を正確に把握するのは困難である。その中で、全国の医師数が2020年末の時点で約34万人であることを鑑みると¹⁵、JPCAに加入しているプライマリ・ケアに関心がある医師会員数は10166人（2022年9月現在）であることから¹⁶、JPCAに加入しているプライマリ・ケア医は全医師数の3%弱であり、各国と比較しても少ない^{17, 18}。さらに、JPCA認定の家庭医療専門医は1048人、JPCA認定のプライマリ・ケア認定医は5207人（2022年7月現在）であり¹⁹、臓器別専門医と比較して

も未だ少ない状況である。医学生や研修医にもプライマリ・ケア医の認知も十分ではなく、総合診療専攻医コースに登録した初期研修は、専門研修開始初年度の 2018 年は 184 名、2022 年度は 250 名であり、微増にとどまっている²⁰。

現在 JPCA が提供している新・家庭医療専門医制度は総合診療専門医を基盤としており、2020 年に世界家庭医療専門医機構（WONCA）の国際認証を取得した²¹。専門研修では、先に示したプライマリ・ケアの 5 つの理念（図 1）に基づき研修プログラムが構成されている。JPCA が定める専門医のコンピテンシー（高い成果を発揮する行動特性）には包括的統合アプローチ、一般的な健康問題に対応する診療能力、患者中心の医療・ケア、連携重視のマネジメント、地域包括ケアを含む地域志向アプローチ、公益に資する職業規範、多様な診療の場に対応する能力が含まれる²²。具体的なローテーションとしては、様々な場で幅広い疾患への対応能力を身に着けるため、病院の総合診療部門、地域の診療所や小規模病院、小児科、救急科などで研修することが義務付けられている²³。

1-4. キャリアとしてのプライマリ・ケア医の選択と中断のリスク

これまで述べてきたように、日本でもプライマリ・ケア医の研修システムが徐々に整いつつある。しかし、プライマリ・ケア医の認知は医療者にとっては十分でなく、プライマリ・ケアをキャリアとして選択する医師も未だ少ない¹⁰。専門医制度が確立される前に行われた研究では、プライマリ・ケア医が自らの進路を選択する際に感じる障壁として、ロールモデルの不在、多様で幅広い領域を扱えるかどうかの不安、専門職としてのアイデンティティ確立への不安、曖昧な専門医制度などが挙げられた²⁴。これらの背景として、社会や他科からのプライマリ・ケア医の認知不足やプライマリ・ケア医のロールモデルに出会う機会の少なさが影響していると考えられる。特に、専門科を選択する前の研修において、地域で活躍するプライマリ・ケア医の外来診療や在宅診療などの診療場面や、学校医や地域のヘルスプロモーションなどを見学する経験が少ないため、幅広い診療能力や地域に密着した医療などの

プライマリ・ケア医特有の魅力を感じる機会も少なくなると考えられる^{24, 25}。一方で、プライマリ・ケア医へのキャリアを促進する重要な要因として、プライマリ・ケアへの曝露がある²⁶。これには、医学部早期の地域医療実習への参加や十分な期間の地域実習、プライマリ・ケアの現場で働く専門職との交流の経験、仕事の満足しながら生き生きと働くロールモデルの存在などがあると報告されている^{26, 27}。ロールモデルと進路の選択に関する先行研究では、ロールモデルがない学生や研修医は臓器専門医を選択する傾向が強く、一方でプライマリ・ケア医のロールモデルがいる事が、プライマリ・ケア医を選択する事への強い予測因子であることが報告されている²⁸。上記のように、プライマリ・ケア医への進路選択について、その阻害因子や促進因子が明らかになってきたが、これらには学生教育や専門医制度などの制度的な要因が関連しており、プライマリ・ケアを選択する医師を増やすには学会や大学などによる、中長期的な対策が必要である。

また、医師がキャリアを中断するリスクの一つとして、バーンアウトが知られている。医療現場におけるバーンアウトとは、慢性的なストレスによって引き起こされる感情の疲労、脱人格化、個人的達成感の低下の組み合わせであると説明されており²⁹、プライマリ・ケア医は他の臓器別専門医に比べて、バーンアウトのリスクが高いと報告されている^{30, 31}。医師のバーンアウトのリスクとして、長労働時間や生涯教育の時間の少なさ、診療形態などの職場環境特性が関連しており、さらに、プライマリ・ケア医を対象にした研究では、仕事の満足度が低い事や離職の意図がある事などの個人要因もバーンアウトに関連しているという報告もある^{29, 32}。また、プライマリ・ケアの診療の幅広さや、臓器別の生物学的な専門知識や技術を持たないがゆえに、専門医としてのアイデンティティに悩みを抱える医師もおり、日本においても専門研修中や専門医取得後の医師から、アイデンティティが確立できるか、専門医取得後の質の維持・向上機会が少ない、専門医更新の困難さ、周囲にプライマリ・ケア医がおらず、自分の考えを共有できない、子供のいる女性医師が進める道があまりないなどのキャリアの悩みが報告されている^{25, 33-36}。そのため、現在の日本では、アイデンティティの

確立が不十分などのキャリアの悩みから仕事の満足度が低くなり、バーンアウトの一因となっている事も考えられる。

以上の事から、プライマリ・ケア医のキャリア中断のリスクは他の臓器別専門医の医師と比較して高いと考えられ、日本のプライマリ・ケアの制度を維持していくためには、今後、これらの課題に対応していくことが重要である。

1-5. 仕事の意味/意味ある仕事

バーンアウトや離職の意図と関連している要因の一つとして、「仕事の意味 (meaning of work)」または「意味ある仕事 (meaningful work)」という概念が知られている。「仕事の意味」は、1980年代から、キャリアやマネジメント、心理学、教育学などの領域で発展してきた概念で、自分の仕事を楽しみ、生き生き働くことに関連するものの一つとして報告されている³⁷。多くの人々にとって、仕事は金銭的なもの以上の意味を帯びている³⁸。浦田は、働くことが、自身に人生の意味を問う際の納得可能な答えになっている時に、豊かな「仕事の意味」が経験されている事や、「仕事の意味」は単に働くことのみで完結するものではなく、個人的な喜びや成長、家族や身近な人との安定した生活、社会への貢献など、様々な次元の意味や価値に緊密に結びつき、まとまりのある人生観、仕事観を持つことによってこそ充足されうるものである、と述べている³⁹。「仕事の意味」には様々な側面があり、これまで様々な定義されてきた。Lee は「仕事の意味」の概念分析を行い、「仕事の意味」の定義として、①仕事で経験したポジティブな感情、②仕事そのものの意味、③仕事の意味深い目的またはゴール、④意味のある存在である事に貢献する人生の一部としての仕事、を見出した⁴⁰。また、Stegerらは、「意味ある仕事」を「単に仕事の個人に対する意味するものの全てではなく、人を引き付けるような重要でポジティブな仕事」と定義した⁴¹。複数の先行研究では、「仕事の意味 (meaning of work)」と「意味ある仕事 (meaningful work)」の違いについて言及されており、多くの筆者は meaning はポジティブ・ネガティブを問わず、単に何ら

かの意味付けを行うことと位置づけ, **meaningful** は主にポジティブな価値づけすることと位置づけている³⁹. その意味では, 「仕事の意味」は「意味ある仕事」を内包しているといえる. 日本語での表現に関しては, 働きがいややりがいという言葉が, 仕事に関するポジティブな側面に焦点を当てているという点で, 「意味ある仕事」と類似する概念である³⁹. 本稿では, 「意味ある仕事」の定義として, 上記の **Steger** らの定義を採用した. さらに, 研究における「仕事の意味」は, **meaningful** を示すポジティブな意味を指すものとした.

「仕事の意味」は, ワークエンゲージメントや仕事の満足度, 仕事へのコミット, 離職の意図などに中程度以上の相関を示すことが報告されている^{41, 42}. また, 「仕事の意味」は, 仕事に限定しない人生の満足度, 人生の意味の指標とも弱～中程度の相関があること明らかになっている^{41, 42}. また, 「仕事の意味」と, プライマリ・ケア医に多いと言われているバーンアウトとの関連性も報告されており, **Tait** らは, 仕事に意味を感じることは, バーンアウトの予防になることを示した^{43, 44}. これらの事から, 仕事に意味を見出すことは, キャリアを中断することなく仕事に満足しながら生き生き働き, さらに, 心理的にも社会的にも満たされた人生を送る事につながるといえる.

海外では, 日常診療で良く遭遇する疾患の診断治療, 慢性疾患のケア, 疾患のリスク管理などが, プライマリ・ケア医が意味を感じている業務という報告がある^{45, 46}. しかし, 欧米諸国とは異なり様々なセッティングで, 多様な仕事を行う日本のプライマリ・ケア医が, どのような仕事に意味を感じているかに関しては明らかになっていない.

2. 目的

本研究の目的は2つある. 1つ目は, 仕事により意味を感じている日本のプライマリ・ケア医が, どのような仕事に関わり, どのような仕事に熱意を感じているかを明らかにすることである(研究1). 2つ目は, プライマリ・ケア医が意味を感じる仕事の経験を明らか

にすることである（研究 2）．これらの結果は、プライマリ・ケア医が仕事における「仕事の意味」を感じる気づきを促し、キャリアを中断することなく仕事に満足しながら生き生きと働き続ける、キャリア支援の一助になると考えられる．

第 2 章

<研究 1>

プライマリ・ケアの「仕事の意味」にはどのような要因が関連するか？

1. 方法

1-1. 研究デザインと対象者

研究デザインは自記式調査票を用いたオンラインでの横断研究である。対象者は全国のプライマリ・ケアに従事している医師とした。取り込み基準は JPCA の学会員である医師で、除外基準は初期研修医と、調査票への回答を中断した者とした。2021 年 1 月 9 日から 2 月 12 日の間に、JPCA のメーリングリストを通して参加者を募集した。参加者がサンプルサイズに満たないときは、メーリングリストを通してリマインドのメールを送ることとした。調査票は無記名であり、調査票の最初のページには本研究の背景と目的を記載し、本研究が現在プライマリ・ケアに従事している医師を対象としていることや、回答を開始することによって研究参加への同意が得られたとみなすことを明記した（資料 1）。

1-2. サンプルサイズ

本研究は、ロジスティック回帰分析を行う計画であり、先行研究を参考にして分析に用いる独立変数を 10 程度と設定した^{11, 45-47}。従属変数は後述するアウトカムの数値を中央値で 2 群に分けたものであり、各群に該当する対象者は同程度であると仮定した。参考文献を参考に、各群に該当する対象者の数を 1 つの独立変数当たり 10 以上必要と考え、必要サンプル数は各群に 100 人、全体で 200 人程度とした⁴⁸。

1-3. 測定項目

1-3-1. 基本属性

調査票の項目には、参加者の属性として、性別、臨床経験年数、家族構成（パートナーの有無、子供の有無）、JPCA 認定家庭医療専門医取得の有無、勤務地のある都市の規模（人口50万人以上の大都市、10万人から30万人の中都市、5万人前後の小都市、町村部、へき地または離島の中から最も当てはまるものを選択）、勤務施設の種類（診療所または病院）、勤務施設での学生・研修医・専攻医の受け入れの有無を含めた。

1-3-2. 日本語版仕事の意味尺度

本研究のアウトカムである「仕事の意味」は、日本語版仕事の意味尺度（Japanese version of The Work as Meaning Inventory : J-WAMI）で評価した。仕事の意味尺度（The Work as Meaning Inventory : WAMI）は2012年に Steger らによって開発された、個人にとっての「仕事の意味」を測定する尺度である⁴¹。この尺度では「仕事の意味」の要素が理論的に探索され、ポジティブな意味（Positive Meaning : PM）、仕事による意味生成（Meaning Making through work : MM）、大義への動機づけ（Greater Good motivation : GG）の下位尺度が設定された。質問は10項目から構成されている。PMは「私は有意義なキャリアを見つけてきた」など、仕事の意味深さについての経験や個人にとっての仕事の重要性の認識を評価している。MMは「自分の仕事は、自分自身の成長に貢献すると思っている」など、仕事が生に意味を与えたり、自己や世界の理解を促進したりするという認識を評価している。GGは「私がしている仕事は、より大きな目的のために役に立っている」など、仕事が生より大きな目的へポジティブな変化を与えているという認識を評価している。それぞれの質問は5段階のリッカートスケールで回答され、1が「まったくあてはまらない」、5が「非常によくあてはまる」を示している。尺度の合計は10点から50点である。2019年には浦田らが日本語版であるJ-WAMIを開発し、確証的因子分析、内的整

合性と再検査信頼性の確認, さらに仕事と心理学的健康に関する関連尺度との相関の確認を行い, 一定の信頼性, 妥当性が確認されている⁴⁹ (表 1) . 本研究では, J-WAMI の得点が高いほど, より仕事に対して意味を感じていると操作的に定義した.

1-3-3. 各仕事への関わり

参加者に対し, 過去 1 年間に臨床 (外来診療, 訪問診療, 入院診療, 救急診療) , 教育, 研究, 地域活動, 会議・マネジメント業務に関わったどうかを尋ねた. 各仕事への関わりは, 分析における客観的な指標として使用した.

1-3-4. 各仕事への熱意

参加者に対し, 臨床 (外来診療, 訪問診療, 入院診療, 救急診療) , 教育, 研究, 地域活動, 会議・マネジメント業務に対する熱意を 0 から 100 の Visual analog scale (VAS) で回答するよう依頼した. 現在関わっていない仕事については, 今後関わる機会があれば, それぞれの仕事にどの程度熱意をもって取り組むかを尋ねた. 各仕事への熱意は, 分析における主観的な指標として使用した.

1-4. データ分析

記述統計として, アウトカムである J-WAMI とその他の連続変数は, 平均値及び標準偏差 (standard deviation : SD) で示した. 必要に応じて中央値および四分位範囲 (Interquartile Range : IQR) での記述を追記した. 本研究では, J-WAMI の得点が高い医師の特徴を明らかにするため, 参加者を J-WAMI のカットオフ値を基に高得点群と低得点群に分けることとした. 関連研究が少なく, 判断の根拠となる情報が不足していたため, カットオフ値は J-WAMI 合計点の正規性の検定を行ったうえで平均値又は中央値又を用いる予定とした. 単変量解析として, 連続変数は t 検定を, カテゴリ変数はカイ二乗検定または

Fisher の正確確率検定を用いて 2 群間の比較を行った。J-WAMI が高得点群となることに関連する要因を探索するため、高得点群/低得点群を従属変数、単変量解析で中等度の関連が認められた変数 ($p<0.1$) に性別と医師としての経験年数を加えて独立変数とし、ロジスティック回帰分析を行った。さらに、サブ解析として、J-WAMI の下位尺度 (PM, MM, GG) によって関連する要因が異なるかどうかを明らかにするために、各下位尺度の高得点群に関連する要因を探索した。各下位尺度の合計点について中央値を用いて高得点群と低得点群に分け、それぞれ J-WAMI 高得点群/低得点群の解析と同様の手順で単変量解析 (t 検定およびカイ二乗検定または Fisher の正確確率検定)、多変量解析 (ロジスティック回帰分析) を行った。なお、本研究では complete-case analysis を実施した。すべての解析は SPSS version 27 (IBM Japan, 東京, 日本) を用いて行われた。ロジスティック回帰分析における統計的有意性の検定には、 $p<0.05$ を用いた。

1-5. 倫理的事項

本研究は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認 (承認番号 1601 号) を得て実施した。

2. 結果

2-1. 参加者の属性

JPCA のメーリングリストに登録されている医師は約 5500 人であった。330 人がウェブ上で調査票を開き、最終的に 268 人が参加に同意し、全ての質問に回答した (図 3)。男性が 199 人 (74.3%) で、1 人がその他と回答し、1 人は回答しなかった。医師としての経験年数の平均値は 20.2 (SD 10.7) であった。271 人 (81.0%) がパートナーと、157 人 (58.6%) が子供と同居していた。勤務地の都市の規模は、中都市以上が 172 人 (64.2%)、小都市以

下が 96 人 (35.8%) であり, 135 人 (50.4%) が診療所に勤務しており, 1 人がその他と回答した. 81 人 (30.2%) が JPCA 認定家庭医療専門医を有していた. 所属施設で学生, 初期研修医, 専攻医の研修を受け入れている医師は 199 人 (74.3%) であった (表 2) .

2-2. 日本語版仕事の意味尺度

J-WAMI の合計点は, 平均値が 37.4 点 (SD 6.5) , 中央値が 38 点 (IQR 34-41) であった. J-WAMI の合計点の分布が正規分布していなかったため, 参加者を中央値である 38 点で 2 群に分け, 38 点以上を高得点群, 37 点以下を低得点群と定めた. 2 群それぞれの中央値は高得点群が 41 点 (IQR 39-44) , 低得点群が 34 点 (IQR 30-36) であった. J-WAMI 合計点のヒストグラムを図 4 に示す. 下位尺度毎の合計点の平均値および中央値は, PM, MM, GG でそれぞれ 15.5 点 (SD 2.8) および 16 点 (IQR 14-17) , 11.7 点 (SD 2.0) 及び 12 点 (IQR 11-13) , 10.2 点 (SD 2.5) および 10 点 (IQR 9-12) であり, 同様に中央値によって高得点群と低得点群に分けられた (表 3) . 各項目について, 項目 2 の「自分の仕事は, 自分自身の成長に貢献すると思っている」のみ天井効果を認めた.

2-3. 各仕事への関わりと各仕事への熱意

過去 1 年間の各仕事への関わりを尋ねた所, 臨床業務では外来診療が 265 人 (98.9%) と最も多く, 次いで訪問診療が 190 人 (70.9%) であった. 臨床以外の業務で関わりが多かったのは, 会議・マネジメント業務が 210 人 (78.4%) , 教育が 204 人 (76.1%) , 地域活動が 178 人 (66.4%) であった. 関わりの少なかった業務としては, 臨床業務では病棟診療が 124 人 (46.3%) , 救急診療が 130 人 (48.5%) , 臨床以外の業務では研究が 136 人 (50.8%) であった.

また, 各仕事への熱意は, 外来診療が 77.6 (SD 19.8) と最も高く, 次いで訪問診療が 67.0 (SD 31.5) であった. 一方で, 相対的に低い熱意を示したものとして, 病棟診療が 46.8

(SD 35.2) , 救急診療が 44.8 (SD 32.0) , 研究が 42.2 (SD 33.1) , 会議・マネジメントが 47.3 (SD 29.4) であった. 各仕事への熱意のヒストグラムを図 5-1, 5-2 に示す.

2-4. 単変量解析: 基本属性および各測定項目の J-WAMI 高得点群と低得点群間の比較

J-WAMI 高得点群と低得点群との間で, 基本属性, 各業務への関わり, 各業務への熱意について比較を行った. 性別と勤務施設の種類に関して「その他」と回答した者が 1 人ずついたが, 少数であったため解析からは除外した. 基本属性に関しては, J-WAMI 高得点群は子供と同居している人が有意に多かった ($p=0.049$). 各業務への関わりでは, J-WAMI 高得点群は, 外来診療, 教育, 研究, 地域活動, 会議・マネジメント業務との中等度以上の関わりが認められた (それぞれ $p=0.091$, $p=0.004$, $p<0.001$, $p=0.098$, $p=0.042$). また, 各業務への熱意に関しては, J-WAMI 高得点群と外来診療, 訪問診療, 救急診療, 教育, 研究, 地域活動, 会議・マネジメント業務への熱意が, 低得点群に比べて中等度以上に関連している傾向であった (それぞれ $p<0.001$, $p=0.001$, $p=0.058$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.005$) (表 2 の低得点群, 高得点群の列, 表 3 を参照) .

2-5. 多変量解析: J-WAMI 高得点群に関連する要因

J-WAMI の高得点群/低得点群を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果, J-WAMI 高得点群である事は研究への関わり [OR (odds ratio) : 2.85, 95% CI (confidence interval) 1.39-5.84]と, 外来診療の熱意 (OR : 1.04, 95%CI 1.02-1.06) に関連していた (表 4) . なお, 解析の際に独立変数として「外来診療への関わり」を含めたところ最終解を得ることができなかつたため, 本項目は解析から除外した.

2-6. サブ解析: 各下位尺度の高得点群に関連する要因

各下位尺度の高得点群/低得点群を従属変数としたロジスティック回帰分析の結果, PM高

得点群であることは、外来診療への熱意（OR：1.03, 95% CI 1.01-1.05）、地域活動への熱意（OR：1.02, 95% CI 1.00-1.03）、研究への関わり（OR：2.51, 95% CI 1.20-5.28）に関連していた。MM 高得点群であることは、外来診療への熱意（OR：1.03, 95% CI 1.02-1.05）、研究への関わり（OR：2.56, 95% CI 1.25-5.26）に関連していた。GG 高得点群であることは、医師の経験年数（OR：0.95, 95% CI 0.92-0.98）、外来診療への熱意（OR：1.04, 95% CI 1.02-1.06）に関連していた（表 5, 6, 7）。

3. 考察

3-1. 結果のまとめ

本研究の目的は、仕事により意味を感じている日本のプライマリ・ケア医が、どのような仕事に関わり、どのような仕事に熱意を感じているかを明らかにすることであった。結果として、仕事により意味を感じている事は、外来診療への高い熱意と、研究への関わりに関連している事が明らかになった。

3-2. 外来診療の熱意と「仕事の意味」との関連

プライマリ・ケア医の「仕事の意味」に関する研究は少ないが、プライマリ・ケアにおける仕事の満足度、やりがい、アイデンティティについてはいくつかの報告がある。海外ではプライマリ・ケア医の仕事のほとんどが外来診療であり、以下に述べる記載も、外来診療に関するものと置き換えて考察可能であると考えられる¹⁴。Floch らは、プライマリ・ケア医の仕事の満足度にポジティブな影響を与える要因に関するインタビュー調査を行い、仕事に満足しているプライマリ・ケア医は患者の生活に興味をもち、様々な状況や患者に対応する能力を有し、仕事に対する熱意を持っていることを明らかにした⁴⁷。また、プライマリ・ケア医の仕事の満足感に関するレビューでは、医学的なマネジメントへの成功とそれによって感じる有

能感、自分が目指す医師になれていること、知的刺激と専門家としての持続的な成長などが満足度に関連していた⁵⁰。また、別の研究においてプライマリ・ケア医のやりがいとして挙げられたものは、患者の多様性と包括性ケアや予防医療に対応でき、患者や家族との関係性を構築し、ケアの継続性と即時的なフィードバックが得られ、プライマリ・ケア医としてのスキルや知識を保ち続ける事などが報告された⁵¹。さらに、プライマリ・ケア医のアイデンティティを形作る要素として、患者/家族との関係性、患者支援、キャリアの柔軟性、診療の広さと深さのバランス、包括的な患者ケアなどがあると報告された⁵²。これらの研究から、プライマリ・ケア医が患者家族との関係を構築し、多様性のある診療を行い、そこで包括的に患者・家族の課題に対処することが、プライマリ・ケア医としての満足度ややりがい、アイデンティティの共通要素であることが窺える。

これらの先行研究のセッティングと同様に、日本のプライマリ・ケア外来では、約90%のプライマリ・ケア医が内科系領域だけでなく、筋骨格領域や皮膚領域など、日常的に10領域以上の健康問題を扱い、さらに対象年齢も小児から高齢者まで幅広く、家族も含めた継続的な診療を行っている^{11, 14, 53}。また、高齢化に伴い増加している多疾患併存患者の診療や、心理社会的な問題を抱える複雑な患者にも対応している^{54, 55}。つまり、プライマリ・ケア医にとって外来診療とは、幅広い年代、健康問題、病期、時間的・関係的継続性、問題の複雑性や包括性などに、その場で臨機応変に対応する創造性をはじめとした即興能力が必要とされる場といえるのかもしれない。特に創造性に関しては、各専門医を対象とした仕事の満足度を規定する要因に関する研究において、プライマリ・ケア医は創造性が要因の一つであったのに対し、内科医や小児科医では選択されておらず、創造性のある仕事に関わることが、プライマリ・ケア医の仕事の満足度を上げる特有の要素である可能性が示されている⁵⁶。以上のことから、外来診療は未分化で多様な問題を包括的に扱うことが求められるため、それに必要な創造性のある仕事を担うことによって、プライマリ・ケア医の役割が十分に発揮できる場の一つであるといえる。つまり、外来診療に熱意を持って取り組むことができる医師は、プ

イマリ・ケア医としての役割意識が高く、結果として自分の仕事をより意味のあるものと捉えることができる可能性がある。また、外来での診療は医師の介入に対する患者のポジティブな変化を確認しやすく、そのような経験を重ね、自己効力感を高めることが医師の「仕事の意味」を高めている可能性も考えられる³⁷⁾。その一方で、多疾患併存の患者を診療しているプライマリ・ケア医はバーンアウトしやすいという報告もある⁵⁷⁾。外来診療のスキルが不十分な若手医師などは複雑性の高い患者の診療が負担となり、熱意をもって外来診療に取り組めない可能性もあるため、注意が必要である。

3-3. 研究への関わりと「仕事の意味」の関連

本研究では、研究への関わりと高い「仕事の意味」が関連していたが、これまで、研究への関わりとプライマリ・ケア医の仕事の満足感やその他の要因との関連を調べた研究はほとんどない。日本の現状として、プライマリ・ケア領域の研究は少なく、そのため、現在発表されている論文数も諸外国と比較すると少ない⁵⁸⁾。そのような中、今回の調査では約半数の医師が研究に関わりがあると回答した。これは、参加した医師が元々研究に興味があり、アンケートに回答したという選択バイアスがあった可能性がある。また、本研究では、研究デザイン上、症例報告の執筆や学会発表の支援なども「研究」という言葉の定義に含めており、多くの回答者が研究に関わりがあると回答した可能性がある。

今回、研究に関わっていると回答した参加者のほぼ全員が外来診療にも従事しており、臨床診療と研究の両方に従事している、いわゆる **clinician-researcher** であった⁵⁹⁾。**clinician-researcher** は、日々の診療で生じる問題に現場の実情に合わせながら取り組み、エビデンスに基づく診療を促進することができるため、研究と診療の橋渡し役として活躍する可能性が高いと言われている⁵⁹⁾。このように、研究結果を臨床家として患者や地域社会に還元できることが、医師の仕事に意味を感じる背景にある可能性がある。さらに、プライマリ・ケア領域での研究は幅広いテーマを扱っており、個人レベルだけでなく家族、社会、地域レベルでの問

題解決を目指していることも多い⁶⁰⁻⁶³。したがって、プライマリ・ケア医は、研究を通じてより広く地域や社会に貢献していると感じ、自分の仕事により意味を感じることができるかもしれない³⁷。

3-4. 下位尺度毎の解析

下位尺度（PM, MM, GG）毎の解析での特徴としては、PM 高得点群が地域活動への熱意に関連していたことと、GG 高得点群が医師としての経験年数が短い傾向にあったことであった。

PM は個人にとっての仕事の重要性の認識を評価している。地域活動は園医や学校医、地域での講演活動など多岐にわたるが、医師会活動の一環などで、主にプライマリ・ケア医によって提供されることが多い⁶⁴。地域活動という自分の専門性を発揮できる仕事を行う事で、自分だからこそできる、という個人にとって重要な意味を持つことにつながり、PM と関連が見いだされたのかもしれない。

GG は大義への動機づけと定義される。日本のプライマリ・ケア制度は開始されて間もないことも影響し、プライマリ・ケア医のキャリアを選択した医師の特性として開拓者精神が挙げられた²⁴。経験年数が少ないプライマリ・ケア医と GG 高得点群とが関連することに、この医師の開拓者精神が影響しているのかもしれない。経験年数が少ないうちは、現実よりも理想が高く、自身がプライマリ・ケアを開拓するという精神が高いため、自分の仕事がより大きな社会の目的へポジティブな変化を与えているという認識があるのかもしれない。一方で、仕事の経験年数が長くなるにつれて、自分の仕事をより客観視できるようになり、社会の大きな目的のためというより、地域に根差した活動を行い、即自的なフィードバックや地域の変化を実感することに意味を感じる傾向にあるのかもしれない。

4-5. 今後の診療・研究に向けて

今回の研究では厳密な因果関係は示さなかったが、過去の医学領域に限らない研究では、自分のアイデンティティであると感じている領域において能力を発揮できた時、自分以外の誰か何かにポジティブな影響を与えることが出来た時、課題にチャレンジしてそれを達成した時、社会にとって大事な仕事をしている時などに、仕事に意味を感じるようになると報告されている³⁷。したがって、プライマリ・ケア医が外来に熱意を持つことや、研究に関わる事で、上記の様な状況を体験し、仕事への意味を感じやすくなる可能性は十分に考えられる。外来診療への熱意がプライマリ・ケア医の仕事への意味と関連があるという結果は、ルーチンワークになりがちな外来診療への、より熱意を持った積極的な関わりを高める契機となることが期待される。また、そのような外来への関わりを促すための支援戦略も重要であることを示唆している。また、多疾患併存などの複雑な課題に取り組む外来診療を負担と感じる研修医に対して、教育を充実させることがキャリア支援につながる可能性がある。さらに、研究に関心のある医師にとっては、研修医時代から研究に関わる事のできる環境や研究に参加するハードルを下げる仕組みがあれば、プライマリ・ケア医の仕事をポジティブに捉えることを促すことができるかもしれない⁶⁵。

これまでの研究のほとんどは、「仕事の意味」にポジティブな影響を与える要因の調査であったが、最近の研究では「仕事の意味」のネガティブな面に焦点を当てた研究も増えている³⁹。その一例としてバーンアウトがある。プライマリ・ケア医はバーンアウトしやすいことも報告されていることから、仕事のネガティブな意味を軽減する要因を検討することで、バーンアウトを予防するアプローチのヒントが得られるかもしれない^{43, 57}。

4-6. 限界

本研究にはいくつかの限界がある。まず、WAMIは海外で医療者を対象とした複数の研究で使用されているが、J-WAMIは日本の医療現場やプライマリ・ケア医の間で検証されてい

ない。そのため、J-WAMI が評価する概念は、日本のプライマリ・ケア医に十分適合していない可能性がある。しかし、この質問票は「仕事の意味」という抽象的な概念を 10 の具体的な質問に落とし込んだものであり、検証されれば今後のさらなる研究に役立つ可能性がある。第 2 に、選択バイアスの問題がある。アンケートに回答した医師は JPCA の会員であるため、研究に興味があり、実際に携わっている医師も多いことが予想される。さらに、本研究テーマに興味があり、元々「仕事の意味」が高い集団であった可能性がある。今回の調査結果を確証するためには、今後対象集団や調査手段などを変更した追加調査が必要である。第 3 に、過去の研究により、「仕事の意味」はうつ病や不安症と負の相関があることが示されている。本研究では、これらの症状を評価していないため、今後、うつ病や不安が「仕事の意味」に与える影響をより包括的に評価する必要がある。第 4 に、本研究は日本におけるプライマリ・ケアという特定のセッティングでの研究のため、結果を一般化するには注意が必要である。しかしこの結果は、プライマリ・ケアがまだ発展途上であるアジア諸国に適応可能かもしれない⁶⁶。さらに、世界的にプライマリ・ケアに関する研究が少ないことから、我々の知見は、他の国の研究において有用な背景や比較の手段を提供することができると考えている。

4. 結語

プライマリ・ケア医が仕事により意味を感じる事は、外来診療への高い熱意と、研究への関わりに関連があることが明らかになった。プライマリ・ケア医の役割としてより創造性が求められる外来診療や、臨床との橋渡しとなるプライマリ・ケア領域の研究を支援することは、プライマリ・ケア医の仕事に意味を付与し、医師の満足感や楽しさといったポジティブな価値に貢献する可能性がある。

第3章

<研究2>

プライマリ・ケア医はどのような経験に「仕事の意味」を感じているか？

—質的帰納的研究—

1. 方法

1-1. 研究デザインと参加者

日本のプライマリ・ケア医がどのような具体的な経験に「仕事の意味」を感じているかを明らかにするために、個人インタビュー調査を用いた質的研究手法を選択した⁶⁷。対象者は、プライマリ・ケアの原則を理解、実践し、さらに日本のプライマリ・ケアの多くが診療所や小病院で提供されていることを鑑み、JPCA 認定家庭医療専門医またはプライマリ・ケア認定医を有する医師で、日常的に診療所または小病院（概ね 100 床以下）で勤務しているものとした。サンプリングは目的サンプリングとし、筆者（山本）と、および共同研究者（春田）が、上記の条件に合致している全国の医師の中から、幅広い内容が聴取できるように性別や居住地、勤務している施設、従事している仕事の種類などの偏りが少なくなるように選択した⁶⁷。対象者にはメールで事前に研究の主旨を説明したうえで、インタビュー当日に書面で正式な同意を得た。サンプルサイズは 10 から 20 人名を予定し、研究者間で新規のテーマが出ないと判断した時点でインタビューを中止することとした。ただし、必要があれば追加対象者にインタビューを依頼することとした。

1-2. データ収集

2021 年 10 月から 2022 年 2 月の間に、対面またはテレビ会議システムである ZOOM[®]を用いてインタビューを行った。ZOOM[®]のライセンスは、筆者の所属する大学より付与され

たものを用いた。インタビューはインタビューガイドを用いた半構造化インタビューとし、インタビュー内容を逐語録化したものを分析に用いるデータとした。資料 2 にインタビューガイドを示す。インタビューの始めに、基本情報として、卒後年数、性別、現在の職場、家族構成を確認した。パイロットスタディーとして事前に 1 名のインタビューを実施し、インタビューの方法や質問内容について研究者間で確認を行った。その後は最初の 1 例目のみ、複数の質的研究の論文を出版した経験のある共同研究者（春田）が同席し、その他は筆者が単独でインタビューを行った。対面の場合はプライバシーが確保された個室や区切られた診察室内などで行った。ZOOM[®]の場合は、研究者の周囲に人がいたり音声は漏れたりしないように配慮した。研究者以外の同席者はいなかった。時間は研究概要の説明や同意の取得も含めて 30 分から 1 時間と予定した。インタビューの音声または画像は対象者の同意を得た上で録音、または録画した。インタビューの内容は、まず前半でこれまで関わってきた、または今関わっている仕事についてできるだけもれなく想起し、その意味について考えてもらうことを目的に、対象者のこれまでのキャリアや、現在関わっている職場や仕事の種類について尋ねた。その上で、後半では「これまでの経験の中で、医師の仕事として意味や価値がある、あるいはやりがいがある経験だと感じるのはどのような経験か」、「それらの経験が、どのように医師の仕事としての意味や価値につながるに至ったか」の 2 つの質問を中心にインタビューを進めた。また、インタビューの最後に「プライマリ・ケア医が仕事を続けていくうえでの課題は何か」と尋ねた。研究対象者は、本研究テーマが私的なことを含む可能性があったため、多くはインタビュアーである筆者（山本）や共同研究者（春田）と面識があるものを選択した。私的なことを話しやすい関係性を考慮したが、一方で関係が構築されているがゆえに私的なことを話しにくいすでに知っているために説明を省くこともあるかもしれないと想定し、全ての対象者に中立性を保つため、インタビューの開始時にこれまでのキャリアや関わっている仕事の内容について質問するように配慮した。

1-3. データ分析

質的データ分析手法は、「医師として意味があると感じた仕事の経験」「仕事を続けていくうえで課題」問いに対して対象者の語りからテーマについて同定し、整理する事を目的に、テーマ分析を選択した⁶⁸。まず、逐語録化したデータを読み込み、分析対象となるテキストデータを抽出した。次に、抽出したテキストデータから1次コードを作成した。1人の対象者のデータの中で、異なるテキストから類似した内容の1次コードが作成された場合は、それらをまとめて2次コードを作成した。次に、類似している1次または2次コードをグルーピングし、テーマを作成した。最後に作成されたテーマを十分に吟味し、さらに元のテキストデータやコードの意味を損なっていないかを確認した。必要に応じてテーマを修正し、最終版とした。以上のすべての作業において共同研究者によるトライアンギュレーションが行われた。分析が進むにつれて作成されたコードが既出のテーマに分類されることが多くなり、予定していたデータ分析を終えた時点で、新たなテーマの出現がない事を研究者間で確認して分析を終了した。主な分析は筆者（山本）と共同研究者1名（春田）が担当し、さらに1名（後藤）を加えた3名でトライアンギュレーションを行った。山本は女性でJPCA認定の家庭医療専門医であり、主に地域の診療所で外来診療や訪問診療などに従事しており、大学教員として教育や研究にも関わっている。春田は男性で家庭医療専門医を持つ大学教員であり、地域医療や医学教育を専門としている。継続的に外来診療や訪問診療、救急診療にも関わっている。量的・質的研究の実績が多く、テーマ分析の手法にも熟達している。後藤は男性で理学療法士であり、大学教員として研究や教育に従事している。家庭医療専門医や専攻医の教育にも関与しているため、プライマリ・ケアの現状について理解が深く、量的・質的研究の経験も多い。データ分析にあたり、面識がある対象者のデータを分析する際には、筆者の推測や主観が分析に影響しないよう、今回のインタビューで得た情報のみを分析対象にするように配慮した。

1-4. 倫理的事項

本研究の実施にあたり、対象者に研究目的、研究方法、研究への参加とデータを逐語録化するまでの参加中止の自由、プライバシー保護について書面を用いて説明し、同意を得た。逐語録化に伴いデータは匿名化され、個人が特定できない状態にした。本研究は、筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認（承認番号 1676 号）を得て実施した。

2. 結果

2-1. 参加者の属性

対象者 15 名のうち、1 名が家庭医療専門医またはプライマリ・ケア認定医を有していなかったため、対象者から除外され、最終的に 14 名が研究参加に同意した。14 名のうち、3 人は対面で、11 名はテレビ会議システムを用いてインタビューを行った。対象者の基本属性を表 8 に示した。男性が 9 名、女性が 5 名で、医師としての経験年数は平均 19.2 年であった。専門医、認定医の有無は家庭医療専門医が 11 名、プライマリ・ケア認定医が 3 名であった。勤務地は関東地方が 9 名、北海道、北陸、近畿、中国、九州が各 1 名であった。対象者のうち、11 名は以前から筆者とインタビュアーとの面識があった。

2-2. プライマリ・ケア医が意味があると感じた仕事の経験

プライマリ・ケア医が意味があると感じた仕事の経験について、抽出したテキストデータ、コードとテーマを表 9 に示した。「」は代表的なテキストデータ、<>はコード、【】はテーマを意味する。また、前後の意味が理解しにくい部分には、筆者が（）で説明を加えた。分析の結果、6 つのテーマが抽出された。6 つのテーマとは、(1) 【医学の専門家としての基本的能力の発揮】、(2) 【人や課題への包括的なアプローチ】、(3) 【継続性から構築される患者との信頼関係】、(4) 【多職種と共に対峙する困難事例の経験】、(5) 【医療者教育への

貢献】，(6)【地域や社会への貢献】であった。【医学の専門家としての基本的能力の発揮】，【人や課題への包括的なアプローチ】，【継続性から構築される患者との信頼関係】，【多職種と共に対峙する困難事例の経験】は，対患者のミクロな視点での経験であり，【地域や社会への貢献】，【医療者教育への貢献】は，それらの視点が波及したマクロな視点での経験や，次世代へと継承する経験であった（図6）。以下に各テーマに関する詳細を示す。

(1) 【医学の専門家としての基本的能力の発揮】

今回の対象者は多様な主訴や疾患の患者が来院する医療機関に勤めている者が多く，疾患の初期で訴えがはっきりしていない場合や複数の疾患の相互作用によって生じる＜未分化で多様な症状への対応＞をはじめとした鑑別診断を適切に行うことや，多くの患者が抱える疾患について，初期対応からその後のフォローまで，一例一例確実に＜コモンディジーズのマネジメント＞を行うことに医師に求められる専門性を感じ，それらの診療を着実に行うことに意味を感じていた。なお，コモンディジーズとは日常診療で良く遭遇する疾患を意味する。

(2) 【人や課題への包括的なアプローチ】

問題を細分化し，解決する臓器別専門医とは異なり，生物心理社会的な包括的アプローチなどを行い＜複雑な症例を安定化させる経験＞や，身体的な問題だけでなく，人生や生活の悩みなど＜病気以外の事も相談される経験＞に意味を感じていた。また，訪問診療における看取りは，病状や家族の状況などを多面的に把握しながら関わっていくが，看取りを通して家族のダイナミクスが変わったことや，家族の協力を得ながら穏やかな看取りの場を作り出すことができたときなど，＜家族ケアも含めた在宅看取りの経験＞にも意味を感じていた。さらに，産後の母親のケアから新生児医療，癌の専門治療から緩和ケアへの移行など，担当する診療科が曖昧である状況に対し，人を包括的に捉えることで＜科と科の切れ目を埋める経

験>に対しても、意味を感じていた。

(3) 【継続性から構築される患者との信頼関係】

医師の基本的能力を発揮しながら、包括的な診療を行っていく中で、次第に患者との間にくどんな症状でも相談される関係>が構築され、人生の節目を共有するパートナーとなり、家族も共に診察する中でふとした拍子に信頼感を感じたりと、<患者家族にとって価値のある存在として頼られる経験>が意味につながっていた。また、長い間生活習慣の改善がみられなかったが、<患者が生活習慣を自ら顧みる機会を提供できた経験>に遭遇し、患者の生活に良い影響を与えられたことを実感できた時にも意味を感じていた。

(4) 【多職種と共に対峙する困難事例の経験】

対象者は、医学的な事以外にも複数の課題を抱える困難事例に遭遇することも多く、そのような中で<多職種の中で医師として頼られ、それに貢献できた経験>に意味を感じていた。また、家族への病状説明や退院前カンファレンス、病棟での多職種同士の会話など様々な場所で、患者、家族や多職種メンバーの理解を補填する<患者家族や多職種間の円滑な情報共有を進める経験>や、その相互理解を基に多職種がそれぞれに力を発揮して、時には他者が避けるような事例と向き合い、<多職種で最善のケアを提供できているという感覚>を実感する時、意味を感じていた。

(5) 【医療者教育への貢献】

今回の対象者のほとんどが医学生、初期研修医、総合診療専攻医の教育に関わっており、そのような中で、教育者として<学習者のポジティブな成長に関わる経験>や、自分が勤める診療所や地域など、<コミュニティーを教育の場として提供する経験>に意味を感じていた。後輩に教え、さらに共に学んでいくことが自身の<生涯学習につながる共学者としての関わ

り>や、自身の姿を見てこのような医師になりたいと感じたり、プライマリ・ケアに興味を持つ医学生や研修医がいる事に対して、自分が<プライマリ・ケア医としてのロールモデル>になっていると実感したときに意味を感じたりしていた。

(6) 【地域や社会への貢献】

今回は地域活動を行っている対象者が多く、地域全体の医療を改善していくために、まずは<社会のニーズに応えるためのチーム作り>を行い、チームのパフォーマンスを挙げていく事に意味を感じていた。また、近年の新型コロナウイルス感染拡大に関する発熱外来の需要を例に、勤務する場や地域で必要とされる医療に取り組む<所属組織や社会からのタイムリーな医療ニーズに対応できる経験>をプライマリ・ケア医の専門性として意味を感じると話す対象者もいた。研究に関わっている医師からは、日々の診療で感じる、目の前で起こっている課題を研究テーマにし、<地域の課題解決につながる知見を発信する経験>に意味を感じていた。また、その様な知見が世界の誰かの目に留まり、社会の役に立つ<自らの研究が世界とつながる経験>が知的刺激となり、意味と感じられていた。

2-3. プライマリ・ケア医が仕事を続けていくうえでの課題

さらに、仕事を続けていくうえでの課題は何かという問いに対しても、テキストデータ、コード、テーマを表 10 に示した。結果として、【インフラとしてのプライマリ・ケアの未整備】、【普及・浸透が難しいプライマリ・ケアの価値】、【プライマリ・ケア医のキャリアパスの複雑性・不透明性】、【個別に任されるプライマリ・ケア医の診療の質の担保】、【教育におけるプライマリ・ケアの価値の伝承困難】がテーマとして抽出された。

(1) 【インフラとしてのプライマリ・ケアの未整備】

日本では、現在も患者が自由に医療機関を受診できるフリーアクセスが一般的であり、そ

の慣習が障壁となっかかりつけ医の制度の整備が進まないといったかかりつけ医制度改革の困難さ>が課題として挙げられた。また、もともと様々な専門医が地域でプライマリ・ケアを担ってきているため、そのような多様な背景を持つ開業医との連携不足>や新規に開業を希望する際のトレーニングなど、<プライマリ・ケア医の開業支援制度の不足>も仕事を続けるときの障壁となっていた。

(2) 【普及・浸透が難しいプライマリ・ケアの価値】

日本ではプライマリ・ケアの制度が整備され始めてから歴史が浅く、未だに<プライマリ・ケア医やプライマリ・ケアの不十分な認知>や<プライマリ・ケアの専門性の認識不足>があると感じるプライマリ・ケア医が多かった。また、臓器別の専門領域を持たないことから、開業医や住民から<軽視されるプライマリ・ケアの専門性>や、プライマリ・ケア医が参入したとしても<時間を要するプライマリ・ケアの価値の浸透>が課題として挙げられていた。

(3) 【プライマリ・ケア医のキャリアパスの複雑性・不透明性】

現在のプライマリ・ケアの専門医制度は複数の認定制度があるなど複雑であり、さらにそのキャリアは社会から見て不透明と感じる医師もおり、<複雑で不透明なプライマリ・ケア医のキャリア>が課題として挙げられた。さらにプライマリ・ケア医を目指す人がいたとしても、<教育における明確なキャリアパスの提示不足>によって、キャリア選択に懸念を持ち、プライマリ・ケア医のキャリアを断念する可能性についても述べられた。

(4) 【個別に任されるプライマリ・ケア医の診療の質の担保】

現在プライマリ・ケアを提供している医師はもともとの専門科も多様のため、医師個人で生涯学習を積まない限り、<診療の質のばらつき>はうまれる。さらに、プライマリ・ケア

で必要な知識の幅広さから、＜幅広い領域の知識・技術のアップデートの困難さ＞や＜基本的な医学知識の習熟が甘くなる傾向＞など、診療の質をどのように保っていくかも課題として挙げられた。一方で、プライマリ・ケアの専門教育を受けていない医師でも、＜経験と省察の蓄積で獲得可能となるプライマリ・ケアの専門性＞を獲得できるのではないかとの声もあった。

(5) 【教育におけるプライマリ・ケアの価値の伝承困難】

プライマリ・ケア医の個別の行為について語ることは十分に学生や研修医、他の職種には伝わらないといった＜プライマリ・ケアの概念の言語化の共有の限界＞、短時間では伝えることが難しい継続性や関係性を強みとする＜単純化できないプライマリ・ケアの価値＞がプライマリ・ケア領域の教育における課題として挙げられた。

3. 考察

3-1. 結果のまとめ

本研究では、プライマリ・ケア医が意味があると感じた仕事の経験として、【医学の専門家としての基本的能力の発揮】、【人や課題への包括的なアプローチ】、【継続性から構築される患者との信頼関係】、【多職種と共に対峙する困難事例の経験】、【医療者教育への貢献】、【地域や社会への貢献】が抽出された。また、仕事続けていくうえでの課題として、【インフラとしてのプライマリ・ケアの未整備】、【普及・浸透が難しいプライマリ・ケアの価値】、【プライマリ・ケア医のキャリアパスの複雑性・不透明性】、【個別に任せられるプライマリ・ケア医の診療の質の担保】、【教育におけるプライマリ・ケアの価値の伝承困難】が抽出された。

3-2. プライマリ・ケア医が意味があると感じた仕事の経験

1つ目のテーマである【医学の専門家としての基本的能力の発揮】に関して、日本のプライマリ・ケア医の診療は内視鏡検査/治療やカテーテル検査/治療、癌化学療法など、専門的な検査や治療スキルも持たないことが多く、病歴聴取や身体診察、および一般的な血液検査や画像検査で診療が完結することも多い。外来診療は再診患者も多く、一見日々同じような診療の繰り返しにも見える。そのような中で、プライマリ・ケア医は<未分化で多様な症状への対応>や<コモンディジーズのマネジメント>といった、医師として最も基本的といえる診療に意味を感じており、「プライマリ・ケア医はコモンディジーズのプロですので」と語られたように、自身の専門性として認識していた。この結果は、幅広い疾患への対応はプライマリ・ケア医のアイデンティティの一つであるという過去の研究結果とも一致する⁵²。そのような、当たり前のことに意味を見出せるという事は、プライマリ・ケア医の強みといえるのかもしれない。

2つ目のテーマである診療の包括性も、先行研究で指摘されているプライマリ・ケア医のアイデンティティの一つである⁵²。プライマリ・ケア外来には、器質的な診断名がつかない患者がその他の外来よりも多いと報告されている⁶⁹。また、高齢になるにつれて有する疾患も多くなり、さらに生理的な老化による症状も出現するため、診断が確定しづらく、症状も改善しない不確実な状況に対応していく必要がある⁷⁰。さらに、プライマリ・ケアでは、患者が心理社会的問題を含む複数の問題を抱えており、互いの問題が影響し合っ解決の糸口を見出すのが困難な複雑事例にも遭遇する⁷⁰。プライマリ・ケア医は多疾患併存に関する知識や、複雑な症例に対する評価・介入方法、生物学的な介入だけでは解決しない患者に対する心理社会的アプローチなどのスキルを有しており⁵⁵、これらを駆使した診療の経験の積み重ねが、今回抽出された<病気以外の事も相談された経験>や<複雑な症例を安定化させた経験>につながっていると考えられる。また、これらの診療を行っていくためには3つ目のテーマとして抽出された信頼関係も重要であり、<患者家族にとって価値のある存在として頼られ

る経験>のような関係性があるからこそ、すぐに解決が得られないような問題に関しても時間をかけて介入する事ができるのではないだろうか。患者家族との良好な関係性は、プライマリ・ケア医に関わらず医師全般の仕事の意味や満足度に関連するとも報告があるが^{71, 72}, プライマリ・ケアはくどんな症状でも相談される関係>の様に、様々な症状を相談できる心理的により近い立場の医師として捉えられている点は、他領域の医師と異なる事かもしれない。

4つ目のテーマである【多職種と対峙する困難事例の経験】に関連する背景として、プライマリ・ケアは患者の生活に近い場での医療のため、しばしば医師の介入のみでは患者の課題を解決することが不十分なことがあり、地域の介護や福祉、行政などとの多職種連携が必須となる⁵⁵。インタビューでの「保健師やケアマネジャーがしょっちゅう自分に患者を紹介してくれる」というエピソードの様に、日常的な連携が徐々に顔の見える関係性に発展し、<多職種の中で医師として頼られ、それに貢献できた経験>に繋がっていると考えられる。さらに、先ほど示した複雑事例への対応やプライマリ・ケア医が関わる事の多い在宅医療では、多職種連携の重要性はより強まると考えられ⁷³、自職種の限界や他職種の役割を十分に理解するようになり、次第に個人ではなく、<多職種で最善のケアを提供できているという感覚>に意味を感じるようになるのではないかと考えられる。

5つ目のテーマである【医療者教育への貢献】に関して、今回は大学の講義や大学病院ではなく、地域の診療所や中小病院で行われている教育の経験が抽出されている。診療所は医師が1人で診療しているケースも多く、大学の様に教育的な行事が行われる頻度が少ないか、または全くない事も予想される。そのため、最新の知識のアップデートはケアの質を保つために重要であり、プライマリ・ケア医の課題でもある³⁵。そのため、学生や研修医に教育を行う事で、自らの知識をアウトプットし、さらに共に学ぶことで新しい知識を手に入れるという<生涯学習につながる共学者としての関わり>は、診療所や小病院に勤務するプライマリ・ケア医には特徴的なものかもしれない。

最後のテーマの【地域や社会への貢献】であるが、背景でも述べたように、日本のプライマリ・ケア医は診療所だけでなく病院でも働いており、主に外来診療を行う海外のプライマリ・ケア医とは異なり、外来診療から訪問診療、病棟診療まで様々な場での診療を提供している¹¹。そのため、診療の場の多様性を強みととらえ、求められる場に自分を合わせることで所属組織や社会からのタイムリーな医療ニーズに対応できる経験に意味を感じるようになったのではないかと。また、研究に関わっている医師からは、「プライマリ・ケアの研究は（リサーチクエスチョンが）より社会に近いのではないかと」という考えも聞かれ、病気や患者個人の問題だけでなく、＜地域の課題解決につながる知見を発信する経験＞に意味を感じるという、プライマリ・ケア医の地域志向性が改めて明らかになった。

3-3. プライマリ・ケア医が仕事を続けていくうえでの課題

今回はプライマリ・ケア医が仕事を続けていくうえでの課題についてもインタビューを行った。制度の要因として多くの対象者が語った【インフラとしてのプライマリ・ケアの未整備】、【普及・浸透が難しいプライマリ・ケアの価値】に関しては、日本のプライマリ・ケアの専門性や価値が、社会や医療者にも浸透していない現状によるものと考えられる⁷⁴。この要因に関しては、今後学会や国レベルで取り組むべき課題であると考えられる。個人がプライマリ・ケアを実践していく中で、【個別に任されるプライマリ・ケア医の診療の質の担保】は多くの医師が実感しており、今後専門研修を終えた医師や現在地域で開業している臓器別専門医を対象にした学び直しの機会を提供していくことや、診療所同士のつながりを作ることで情報共有を行っていくことも必要と思われる。プライマリ・ケア教育に関する要因も挙がっており、【プライマリ・ケア医のキャリアパスの複雑性・不透明性】に関しては、専門医制度が複数存在し、短期間で内容が変わってきている日本のプライマリ・ケアの特殊性を反映している可能性が高い¹²。また、プライマリ・ケアの概要や専門性を学生や研修医に伝えきれていないといった【教育におけるプライマリ・ケアの価値の伝承困難】を感じ

る医師もいると思われる。これらに関しては、専門研修プログラムの整備や、専門医取得後のキャリアパスの提示、学会全体でのプライマリ・ケアの専門性や魅力の発信など、個人と学会、双方の取り組みが必要と考える。

3-4. 関連する先行研究との比較

今回抽出された意味を感じる経験の6つのテーマおよびコードは、図1に示したプライマリ・ケアの5つの理念である近接性 (accessibility) , 包括性 (comprehensiveness) , 協調性 (coordination) , 継続性 (continuity) , 責任性 (accountability) に包含されていた⁶。抽出されたテーマとコード、および5つの理念の関係を図7に示す。本研究の結果は、日本のプライマリ・ケア医が意味を感じている経験が、まさに世界の多くのプライマリ・ケア医の目指すものであることを明らかにしたといえる。さらに、Rossoらは人がどのようにして「仕事の意味」を感じるようになるかという過程に関して、自己の仕事の個別化や目的達成を目指す場合と、他者との協調や貢献を構築する場合で、意味を感じる過程が異なると報告した³⁷。本研究では、自己の仕事の個別化や目的達成を目指す経験とはプライマリ・ケア医だからこそできると感じる<未分化で多様な症状への対応>や<複雑な症例を安定化させた経験>であり、他者との協調や貢献を構築する経験とは、<多職種で最善のケアを提供できているという感覚>や<学習者のポジティブな成長に関わる経験>、<所属組織や社会からのタイムリーな医療ニーズに対応できる経験>があてはまる。Rossoらは、これらの過程を満遍なく経験することで、仕事への価値づけが強まることにも言及している³⁷。

今回の結果は、目指すべきプライマリ・ケアの理念が、意味を感じるより具体的な経験として表現されており、これらをキャリアやアイデンティティに悩むプライマリ・ケア医に共有することによって省察を促し、自らの「仕事の意味」を考える機会を提供できるかもしれない。先行研究では、意味があると感じる仕事に費やす時間が20%未満の医師は、バーンアウトするリスクが高くなるという報告もあり、自らの仕事に意味を見出すことがバーンアウト

トの予防にもつながると考えられる⁷⁵。

3-5. 今後の診療・研究に向けて

今回抽出された仕事を幅広く経験することによって、医師として、さらにプライマリ・ケア医としての「仕事の意味」がより強固になり、「仕事の意味」が保持されることにつながる可能性がある。そのために、正確な診断力をつけるための臨床推論能力やコモンディージーズ診療のアップデート、信頼関係の構築につながるようなコミュニケーション技法、多職種・患者家族をチームの一員として捉え、複雑症例や併存疾患への包括的アプローチに挑み、多職種連携能力や地域志向性アプローチなどをチームで育み、教育や研究への興味や関心などを促進したりするための十分な支援が必要であると考えられる。

3-6. 限界

本研究の限界として、まず初めに、勤務地などの対象者の属性に若干の偏りがあったため、インタビューの回答内容に偏りがでた可能性がある。また、受けてきた教育や現在の勤務地、個人の価値観などによって意味があると感じる経験は個別性が高いため、抽出できていない経験がある可能性がある。しかし、今回はインタビュー内容に偏りが生じないように、診療だけでなく、教育や研究などに関わっているプライマリ・ケア医にもインタビューを行い、分析においてこれ以上のテーマが抽出されなかったため、ある程度は網羅されていると考えられる。また、研究者と対象者との関係性、オンラインと対面インタビューとの違いがインタビュー内容に影響した可能性はあるが、ある程度標準化したガイドや環境を用意したため、結果に大きな影響はないと考えられる。対象者にインタビュー内容や解析の結果を確認しなかった点は、1つの限界である。

4. 結語

本研究では、プライマリ・ケア医が「仕事の意味」を感じる経験として、【医学の専門家としての基本的能力の発揮】、【人や課題への包括的なアプローチ】、【継続性から構築される患者との信頼関係】、【多職種と共に対峙する困難事例の経験】、【医療者教育への貢献】、【地域や社会への貢献】が抽出された。また、プライマリ・ケアの仕事が続けるうえでの課題も複数抽出された。これらの経験はプライマリ・ケアの5つの理念を包含しており1つ1つの経験への支援をすることで、プライマリ・ケア医の仕事の意味がより強く価値づけられ、意味が維持される可能性がある。

第4章 結論

1. 研究結果のまとめ

研究1では、プライマリ・ケア医が仕事により意味を感じている事は、「外来診療への高い熱意」と「研究への関わり」に関連している事が明らかになった。また、研究2では、プライマリ・ケア医が「仕事の意味」を感じる経験として、【医学の専門家としての基本的能力の発揮】、【人や課題への包括的なアプローチ】、【継続性から構築される患者との信頼関係】、【多職種と共に対峙する困難事例の経験】、【医療者教育への貢献】、【地域や社会への貢献】が抽出され、プライマリ・ケア医が仕事に意味を感じる際に妨げとなる要因として、【インフラとしてのプライマリ・ケアの未整備】、【普及・浸透が難しいプライマリ・ケアの価値】、【プライマリ・ケア医のキャリアパスの複雑性・不透明性】、【個別に任されるプライマリ・ケア医の診療の質の担保】、【教育におけるプライマリ・ケアの価値の伝承困難】が抽出された。

2. 研究全体の考察

2つの研究を通して、3点について考察を述べる。まず1点目は、研究1で「仕事の意味」と関連が認められた外来診療への熱意と研究への関わりが、臓器別専門医と比較して、プライマリ・ケア医に特有のものかどうかについてである。研究2で抽出された「仕事の意味」を感じるの経験の多くが、外来診療で起こっていることが語りの中で明らかになり、さらにその経験の多くが臓器専門医と区別されたものとして語られていた。もともとプライマリ・ケア医は想定された主な活動の場が外来診療であり、日本でも80%以上の医師が週3回以上の外来診療を行っている^{6,11}。研究2でインタビューに回答した医師のほとんど全員が、

外来で、プライマリ・ケア医のアイデンティティとしても報告されている⁵²、【医学の専門家としての基本的能力の発揮】、【人や課題への包括的なアプローチ】、【継続性から構築される患者との信頼関係】、のいずれかまたは複数の経験に意味を感じていた。以上の事から、外来への熱意はプライマリ・ケア医特有であるといえる可能性は高い。ただし、個人的な興味やこれまでの経験の影響も強いと考えられるため、もちろん臓器専門医の中にも上記のような経験に意味を感じる医師は存在すると考えられる。研究への関わりに関しては、プライマリ・ケア領域の研究は、日常診療の疑問をテーマにしたものも多く、「(介護の) 実態を、しっかりと研究にして出すと、政策が変わっていくこともありますので、それによって目の前の診療が変わっていく。」と語られていたように、自分の研究によって身近な診療が変わる経験をする医師もいる。一方で、「(自分の研究の知見が) 世界の誰かの知的な刺激になっている」という感覚は、臓器専門医にも共通して認められる可能性がある。研究への関わりが「仕事の意味」と関連しているのは、プライマリ・ケア医に特有のものではないのかもしれないが、臨床と研究がつながり、研究の意義を現場で感じ取るという形で意味を感じているのかもしれない。

2点目として、研究2では約半分の医師が【医療者教育への貢献】を意味がある仕事の経験として語っていたが、研究1では、76.1%の医師が教育に関わっていたにも関わらず、教育への関わりや熱意は、J-WAMIの合計点とは関連を認めなかった。今回の研究2では、インタビュー対象者のほとんど全員が継続的に学生や研究医を受け入れ、教育に関わってきた施設に勤務していたため、選択バイアスの可能性はある。また、日本では、現在医学生の地域医療実習が必修となっているが、期間や内容は統一されておらず、マンパワー不足などから準備状態が整っていない診療所が多いことも影響しているかもしれない⁷⁶。先行研究では教育への関わりが仕事の満足度ややりがいに関連するという報告がある一方で^{50, 51}、教育を負担に感じる医師もいるため⁷⁷、今後「仕事の意味」と教育の関係についてはさらなる研究が必要である。

最後に、本研究の結果を今後どのように活かしていくことが出来るかを述べる。まず、プライマリ・ケア医のキャリアサポートとして、研修プログラムや学会でワークショップなどを開催し、今回の結果を共有しながら自身の仕事を振り返り、自身がどのような経験に意味を感じるかを考える機会を提供するような個別のサポートが有用である。学生・専攻医教育や生涯教育という視点では、普段の何気ない外来にプライマリ・ケア医のやりがいや埋め込まれているかもしれないことを認識し、臨床実習等においても臨床推論だけでなく、包括的なアプローチや関係の継続から得られるケアの在り方などをみせることが、学習者や指導医にとってもプライマリ・ケア医の「仕事の意味」を高める経験になるかもしれない。また、「仕事の意味」を感じ、プライマリ・ケア医としてのアイデンティティや仕事の満足感を得る事で、キャリア中断のリスクを減らす一助となる事が可能ではないか。さらに、この研究の知見を学生や研修医と共有することによって、プライマリ・ケアに親和性のある人材を見出す契機となる可能性がある。

3. 本研究の意義

本研究は日本のプライマリ・ケア医の「仕事の意味」に関連する要因と、具体的な仕事の経験について調査を行った、初めての研究である。日本の医学領域の研究に「仕事の意味」という概念を導入した研究であり、その学術的意義は大きいと考えられる。

研究2で抽出された、意味を感じる経験の6つのテーマは、日本を含め、世界的に知られているプライマリ・ケアの5つの理念に包含されていた。これは、プライマリ・ケアの歴史的背景が異なる海外で作られた理念が日本のプライマリ・ケア医の中でも「仕事の意味」として根付いていることを示しており、これまでの日本のプライマリ・ケアの歴史や教育を支持するものであると考えられ、本研究の意義の一つである。個々の研究の考察で述べたように、「仕事の意味」を高めるような介入を行う事で、プライマリ・ケア医がより仕事に満足

しながら生き生きと働きつづけ、地域で生きる患者の健康を支えることにつながり、さらに生き生き働く姿が学生や研修医の良きロールモデルとなり、プライマリ・ケア医に興味を持つきっかけになる事が期待される。

4. 今後の展望

今回は、診療科毎の「仕事の意味」の検証は行っていない。今後、様々な診療科での「仕事の意味」に関連する要因を明らかにする事で、よりその診療科にあった教育体制を構築することが可能であると考え。また、今回のインタビュー調査で経験年数によって「仕事の意味」が変化していく可能性が示唆されたため、個人の中での「仕事」の意味の変化を明らかにすることで、経験年数に合ったサポートが可能になるかもしれない。

要約図

背景

日本では未だ数が少ないプライマリ・ケア医は、自らの仕事に意味を感じることで、キャリアを中断することなく生き生きと働き続けることにつながる可能性がある。

研究1 ポジティブな「仕事の意味」に 関連する要因を明らかにする

研究デザイン

自記式調査票を用いた
オンラインでの横断研究



対象者 a, JPCA:Japan primary care association

268人のJPCA^aに加入している
プライマリ・ケア医
男性: 199人 (74.3%)
医師としての経験年数の平均: 20.2年

アウトカム

「仕事の意味」→J-
WAMI^bで測定→低得点
群と高得点群に2群化

結果

高得点群である事は
・外来診療への熱意
・研究への関わり が関連

b, J-WAMI: Japanese version of work as meaning inventory

結論

・外来診療への熱意はプライマリ・ケア医特有なものである可能性が高い
・プライマリ・ケア領域の研究は、研究の成果を日常診療で感じる事で意味につながっているのかもしれない

提言 プライマリ・ケア医が経験する仕事の意味をフィードバックし、強化あるいは支援することが、仕事にポジティブな意味や価値を付与することにつながり、プライマリ・ケア医が生き生きと働き続けることにつながるかもしれない。

研究2 「仕事の意味」につながる 経験を明らかにする

研究デザイン

半構造化インタビュー
逐語録化したテキストをテーマ分析

対象者

14名のJPCA^a認定家庭医療専門医又はプライマリ・ケア認定医
男性: 9人 (64.3%) 医師としての経験年数の平均: 19.2年

結果

・医学の専門家としての基本的能力の発揮
・人や課題への包括的なアプローチ
・継続性から構築される患者との信頼関係
・多職種と共に対峙する困難事例の経験
・医療者教育への貢献
・地域や社会への貢献



結論

・本研究の結果はプライマリ・ケアの5つの理念（近接性、包括性、協調性、継続性、責任性）に包含されていた
・これらの結果の共有が、プライマリ・ケア医が自らの仕事の意味を考える機会を提供することにつながる

本研究は、研究1と研究2からなる。2つの研究の背景として、日本では未だにプライマリ・ケア医が少なく、仕事に意味を感じることで、キャリアを中断することなく生き生きと働き続けることにつながる可能性がある。

研究1は、「仕事の意味」に関連する要因を明らかにするために、自記式調査票を用いたオンラインでの横断研究を行った。268名のプライマリ・ケア医がJ-WAMI（日本語版仕事の意味尺度）の得点によって高得点群と低得点群に分けられ、高得点群であることに関連する要因を探索した。その結果、高得点群である事は外来診療への熱意と研究への関わりが関連していることが明らかになった。

研究2は、「仕事の意味」につながる経験を明らかにするために、プライマリ・ケア医を対象にインタビュー調査を行った。その結果、6つのテーマが抽出され、これらは世界で知られているプライマリ・ケアの5つの理念に包含されていた。

プライマリ・ケア医が経験する仕事の意味をフィードバックし、強化あるいは支援することが、仕事に意味や価値を付与することにつながり、生き生きと働き続けることにつながるかもしれない。

謝辞

本研究の遂行と論文作成において、長年にわたり丁寧にご指導いただきました筑波大学医学医療系地域医療教育学の前野哲博教授、慶應義塾大学医学部医学教育統轄センターの春田淳志先生、筑波大学医学医療系地域総合診療医学の後藤亮平先生に厚く御礼を申し上げます。また、オンライン調査やインタビュー調査に協力していただいた日本プライマリ・ケア連合学会会員の皆さんにも感謝を申し上げます。

なお、本研究は JSPS 科研費 21K10297 の助成を受けて行われました。誠にありがとうございました。

参考文献

1. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. Role of primary care in the COVID-19 response 2020
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331921>. (2022年9月アクセス)
2. 吉田考司. 災害時のプライマリ・ケア医の役割—東日本大震災における福島県での医療支援の経験から—. 医療の質・安全学会誌. 2011;6(2):242-7.
3. 松田正己. PHCの変遷と21世紀の課題. 国際保健医療. 2014;29(2):106-12.
4. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>. (2022年9月アクセス)
5. National Academies of Science. Defining Primary Care: An Interim Report. Washington, DC: The National Academies Press; 1994. 53
6. 日本プライマリ・ケア連合学会. プライマリ・ケアとは? (医療者向け)
<https://www.primary-care.or.jp/paramedic/index.html>. (2022年9月アクセス)
7. 葛西龍樹. 地域包括ケアシステムにおけるプライマリ・ケアの役割と課題. 医療経済研究. 2014;26(1).
8. 厚生労働省. 「かかりつけ医」ってなに?
<https://kakarikata.mhlw.go.jp/kakaritsuke/motou.html>. (2022年11月アクセス)
9. OECD. OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015 2015
10. 厚生労働省. 専門医の在り方に関する検討会報告書
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju-att/2r9852000003001b.pdf>.
(2022年9月アクセス)

11. 小曾根早知子, 木村琢磨, 伊藤慎. 総合診療医の診療範囲に関する実態調査. 総合診療が地域医療に与える専門医や他職種連携等に与える効果についての研究; 2018.
12. Kato D, Ryu H, Matsumoto T, Abe K, Kaneko M, Ko M, et al. Building primary care in Japan: Literature review. J Gen Fam Med. 2019;20(5):170-9.
13. 葛西龍樹. 家庭医とは何か-諸外国の最新事情. 日本内科学会誌. 2016;104(5):736-46.
14. 三原岳, 岡田忠男, 藤沼康樹, 高村昭輝. 総合診療に関する国際比較. 2018.
15. 厚生労働省. 医師・歯科医師・薬剤師統計の概況－医師 https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/20/dl/R02_kekka-1.pdf. (2022年9月アクセス)
16. 日本プライマリ・ケア連合学会. 本学会について <https://www.primary-care.or.jp/about/index.html>. (2022年9月アクセス)
17. The American Academy of Family Physicians. AAFP Member Profile 2018. https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/about_us/strategic_partnerships/common/2018-member-profile.pdf. (2022年9月アクセス)
18. Royal Collage of General Practitioners. RCGP membership <https://www.rcgp.org.uk/membership>. (2022年9月アクセス)
19. 日本プライマリ・ケア連合学会. 家庭医療専門医一覧 https://www.primary-care.or.jp/nintei_fp/fp_list.php. (2022年9月アクセス)
20. 日本専門医機構. 専攻医の方 <https://jmsb.or.jp/senkoi#an02>. (2022年9月アクセス)
21. 日本プライマリ・ケア連合学会. 国際認証について <https://www.shinkateiiryo.primary-care.or.jp/endorsement>. (2022年9月アクセス)
22. 日本プライマリ・ケア連合学会. コンピテンシー: 詳細 <https://www.shin->

kateiiryprimary-care.or.jp/competency. (2022年11月アクセス)

23. 日本プライマリ・ケア連合学会. プログラムの概要. <https://www.shin-kateiiryprimary-care.or.jp/what-system>. (2022年9月アクセス)
24. Ie K, Tahara M, Murata A, Komiyama M, Onishi H. Factors associated to the career choice of family medicine among Japanese physicians: the dawn of a new era. *Asia Pac Fam Med*. 2014;13:11.
25. 土田知也, 家研也, 西迫尚, 松田隆秀. なぜ総合診療医を選ばなかったのか? 総合診療に興味を持ちつつ, 臓器別専門医を選んだ研修医の進路決定要因に関する質的研究. *日本プライマリ・ケア連合学会会誌*. 2019;42(3):134-40.
26. Marchand C, Peckham S. Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2017;67(657):e227-e37.
27. Passi V, Johnson N. The impact of positive doctor role modeling. *Med Teach*. 2016;38(11):1139-45.
28. Connelly MT, Sullivan AM, Peters AS, Clark - Chiarelli N, Zotov N, Martin N, et al. Variation in Predictors of Primary Care Career Choice by Year and Stage of Training. *Journal of General Internal Medicine*. 2003;18(3):159-69.
29. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018;320(11):1131-50.
30. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377-85.
31. Arigoni F, Bovier PA, Mermillod B, Waltz P, Sappino AP. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners:

- who are most at risk? Support Care Cancer. 2009;17(1):75-81.
32. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Fam Pract. 2008;25(4):245-65.
33. Raghavendran S, Inbaraj LR. Do family physicians suffer an identity crisis? A perspective of family physicians in Bangalore city. J Family Med Prim Care. 2018;7(6):1274-8.
34. Stein HF. Family medicine's identity: being generalists in a specialist culture? Ann Fam Med. 2006;4(5):455-9.
35. 遠井敬大, 吉本尚, 錦織宏. 若手ジェネラリストのキャリアプラン—家庭医療専門医取得後にどのような道を進むべきか?—日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2014;37(4):374-6.
36. 横林賢一, 山下大輔. 「若手家庭医はどのように進路を選び, どこで研修をしているのか?」—家庭医療後期研修の現場からの声—. 家庭医療. 2007;13(2):26-33.
37. Rosso BD, Dekas KH, Wrzesniewski A. On the meaning of work: A theoretical integration and review. Research in Organizational Behavior. 2010;30:91-127.
38. D AR, Itzhak H, Hui L. Work centrality and post-award work behavior of lottery winners. The Journal of Psychology. 2004;138(5):404-20.
39. 浦田悠. 仕事の意味に関する研究の現状と課題—人生の意味の心理学の立場から. 日本労働研究雑誌. 2021;736:65-76.
40. Lee S. A concept analysis of 'Meaning in work' and its implications for nursing. J Adv Nurs. 2015;71(10):2258-67.
41. Steger MF, Dik BJ, Duffy RD. Measuring Meaningful Work. Journal of Career Assessment. 2012;20(3):322-37.
42. Allan BA, Batz-Barbarich C, Sterling HM, Tay L. Outcomes of Meaningful

- Work: A Meta - Analysis. *Journal of Management Studies*. 2018;56(3):500-28.
43. Gan Y, Jiang H, Li L, Yang Y, Wang C, Liu J, et al. Prevalence of burnout and associated factors among general practitioners in Hubei, China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1607.
44. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(1):129-46.
45. Halvorsen PA, Edwards A, Aaraas IJ, Aasland OG, Kristiansen IS. What professional activities do general practitioners find most meaningful? Cross sectional survey of Norwegian general practitioners. *BMC Fam Pract*. 2013;14:41.
46. Al-Ghamdi S, Alajmi M, Batais MA, Al-Zahrani J, Aldossari KK. Meaningful professional activities from family medicine practitioners' perspectives: a study from Saudi Arabia. *Prim Health Care Res Dev*. 2021;22(e13):1-6.
47. Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, Lingner H, Hoffman R, Czachowski S, et al. Which positive factors give general practitioners job satisfaction and make general practice a rewarding career? A European multicentric qualitative research by the European general practice research network. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):96.
48. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A Simulation Study of the Number of Events per Variable in Logistic Regression Analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1996;49(12):1373-9.
49. 浦田悠, 島井哲志, Stager MF. 日本語版仕事の意味尺度 (J-WAMI) の開発. 第 8 回ポジティブサイコロ医学学会学術集会; 東京 2019.
50. Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, Lingner H, Hoffman RD, Czachowski S, et al. Which positive factors determine the GP satisfaction in clinical practice?

A systematic literature review. *BMC Fam Pract.* 2016;17(1):133.

51. Manca DP, Varnhagen S, Brett-MacLean P, Allan GM, Szafran O, Ausford A, et al. Rewards and challenges of family practice Web-based survey using the Delphi method. *Canadian Family Physician.* 2007;277-286(2):53.

52. Carney PA, Waller E, Eiff MP, Saultz JW, Jones S, Fogarty CT, et al. Measuring Family Physician Identity: The Development of a New Instrument. *Fam Med.* 2013;45(10):708-18.

53. 田中久也. 家族志向のプライマリ・ケア. *日本プライマリ・ケア連合学会誌.* 2010;33(2):138.

54. Aoki T, Yamamoto Y, Ikenoue T, Onishi Y, Fukuhara S. Multimorbidity patterns in relation to polypharmacy and dosage frequency: a nationwide, cross-sectional study in a Japanese population. *Sci Rep.* 2018;8(1):3806.

55. 喜瀬守人. 地域医療を実践する内科医とは プライマリ・ケアにおける外来診療の特徴. *日本内科学会誌.* 2017;106(12):2578-83.

56. Duffy RD, Richard GV. Physician job satisfaction across six major specialties. *Journal of Vocational Behavior.* 2006;68(3):548-59.

57. Pedersen AF, Noroxe KB, Vedsted P. Influence of patient multimorbidity on GP burnout: a survey and register-based study in Danish general practice. *Br J Gen Pract.* 2020;70(691):e95-e101.

58. 青木拓也, 福原俊一. プライマリ・ケア主要国際学術誌における日本の論文数シェア. *日本プライマリ・ケア連合学会誌.* 2017;30(3):126-30.

59. Yanos PT, Ziedonis DM. The patient-oriented clinician-researcher: advantages and challenges of being a double agent. *Psychiatr Serv.* 2006;57(2):249-53.

60. 藤沼泰樹. 家庭医療, プライマリ・ケアの研究. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2010;33(2):179.
61. Beasley JW, Starfield B, van Weel C, Rosser WW, Haq CL. Global health and primary care research. J Am Board Fam Med. 2007;20(6):518-26.
62. 菅家智史. プライマリ・ケアの研究は必要か? 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2019;42(1):1.
63. 廣岡伸隆. プライマリ・ケアにおける臨床研究-米国 Family Practice Residency から見えてくるもの-. 家庭医療. 2004;11(1):60-5.
64. 日本医師会. 国民の信頼に応えるかかりつけ医として. https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20220427_kakarip.pdf. (2022年11月アクセス)
65. Wong MD, Guerrero L, Sallam T, Frank JS, Fogelman AM, Demer LL. Outcomes of a Novel Training Program for Physician-Scientists: Integrating Graduate Degree Training With Specialty Fellowship. J Grad Med Educ. 2016;8(1):85-90.
66. van Weel C, Kassai R, Tsoi GW, Hwang SJ, Cho K, Wong SY, et al. Evolving health policy for primary care in the Asia Pacific region. Br J Gen Pract. 2016;66(647):e451-4e53.
67. Diccico-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. Med Educ. 2006;40(4):314-21.
68. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic Analysis. International Journal of Qualitative Methods. 2017;16(1).
69. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. Journal of Psychosomatic Research. 2004;56(4):391-408.

70. 宮田靖志. プライマリ・ケア現場の不確実性・複雑性に対処する. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 2014;37(2):124-32.
71. Horowitz CR, Suchman AL, Branch WT, Jr., Frankel RM. What do doctors find meaningful about their work? *Ann Intern Med.* 2003;138(9):772-5.
72. McMurray JE, Williams E, Schwartz MD, Douglas J, Kirk JV, Konrad TR, et al. Physician job satisfaction. *Journal of General Internal Medicine.* 1997;12(11):711-4.
73. 島田千穂, 高橋龍太郎. 高齢者終末期における多職種間の連携. 日老医誌. 2011;48:221-6.
74. 草場鉄周, 佐藤弘太郎, 加藤光樹, 神廣憲記, 田極春美. 総合診療医に対する住民の意識調査. 「総合診療が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究」報告書. 2019:27-32.
75. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, Novotny PJ, Poland GA, Menaker R, et al. Career Fit and Burnout Among Academic Faculty. *Arch Intern Med.* 2009;169(10):990-5.
76. 松本正俊 高村昭輝. 卒前の地域医療教育にパラダイムシフトを. 医学界新聞. 2016.
77. Barber JRG, Park SE, Jensen K, Marshall H, McDonald P, McKinley RK, et al. Facilitators and barriers to teaching undergraduate medical students in general practice. *Med Educ.* 2019;53(8):778-87.

图表

図1 プライマリ・ケアの5つの理念

Accessibility (近接性)	<ul style="list-style-type: none">• 地理的• 経済的• 時間的• 精神的
Comprehensiveness (包括性)	<ul style="list-style-type: none">• 予防から治療, リハビリテーションまで• 全人的医療• Common diseaseを中心とした全科的医療• 小児から老人まで
Coordination (協調性)	<ul style="list-style-type: none">• 専門医との密接な関係• チーム・メンバーとの協調• Patient request approach (住民との協調)• 社会的医療資源の活用
Continuity (継続性)	<ul style="list-style-type: none">• 「ゆりかごから墓場まで」• 病気の時も健康な時も• 病気の際は外来-病棟-外来へと継続的に
Accessibility (責任性)	<ul style="list-style-type: none">• 医療内容の監査システム• 生涯教育• 患者への十分な説明

日本プライマリ・ケア連合学会ホームページ <https://www.primary-care.or.jp/paramedic/index.html>より筆者が作図

図2 新・家庭医療専門医のコンピテンシー

1. 包括的統合アプローチ

- 1) 診断を確定するのが困難である未分化で多様な訴えや複数の問題を抱える患者に対しても、安全で費用対効果に優れ、不確実性や自己の限界を踏まえた医療・ケアを提供できる
- 2) 日常診療を通じて、恒常的に健康増進や予防医療を提供することができる
- 3) 医師・患者関係の継続性、地域の医療機関としての地域住民や他の医療機関との継続性、診療情報の継続性などを踏まえた医療・ケアを提供できる
- 4) 多疾患併存 (multimorbidity) 患者に対するアセスメントと、適切な医療・ケアの提供ができる
- 5) 複雑・困難事例に対する包括的なアセスメントや対応ができる
- 6) 性・年齢などに応じた多様性を考慮したアセスメントや対応ができる
- 7) 生活機能や障害を評価し、リハビリテーションを含めた医療・ケアのアプローチができる
- 8) 人生の最終段階におけるケアを、舌痛の緩和を含め、適切に行うことができる

2. 一般的な健康問題に対応する診療能力

- 1) プライマリ・ケアの現場で遭遇する一般的な症候および疾患への評価および治療に必要な身体診察および検査、治療法を適切に実施できる
- 2) プライマリ・ケアの現場で遭遇する一般的な症候に対し、適切な鑑別診断と初期対応を行って、問題解決に結びつけることができる
- 3) プライマリ・ケアの現場で遭遇する一般的な疾患・病態について、適切なマネジメントができる
- 4) 地域住民が最初に受診する場において、見逃しがなく安全で効率的な医療・ケアを提供するために、適切な臨床推論を行う
- 5) 慢性疾患のケアに関して、患者のセルフケアの評価やサポートを行い、継続的な診療を実践できる

3. 患者中心の医療・ケア

- 1) 患者中心の医療の方法を実践できる
- 2) 家族志向型の医療・ケアを提供するための体系化された方法を実践できる
- 3) 患者との円滑な対話と医師・患者の信頼関係の構築を土台として、患者中心の医療面接を行い、複雑な人間関係や環境の問題に対応するためのコミュニケーション技法とその応用方法を実践できる
- 4) 患者や家族のライフステージを考慮したケアを提供できる
- 5) EBM (Evidence-Based Medicine) を実践し、患者側および医療者側の価値に関する情報収集や構造化を行って、最適な意思決定につなげることができる

4. 連携重視のマネジメント

- 1) 患者や家族、地域にケアを提供する際に多職種チーム全体で臨むために、様々な職種の人と良好な人間関係を構築し、リーダーシップを発揮しつつコーディネートできる
- 2) 切れ目のない医療および介護サービスを提供するために、医療機関内のみならず他の医療機関、介護サービス事業者などと円滑に連携できる
- 3) 所属する医療機関の良好な運営に寄与するために、組織全体に対するマネジメントができる
- 4) 保健・医療・福祉に関連した職種のそれぞれの機能や役割を理解し、それぞれの場面で最適な統合的ケアを提供できる
- 5) 継続的な診療の質向上や患者安全に向け、所属する部門や医療機関の改善に向けた取り組みを行える

5. 地域包括ケアを含む地域志向アプローチ

- 1) わが国の医療制度や地域の医療文化と保健・医療・介護・福祉の現状を把握した上で、地域の保健・医療・介護・福祉事業に対して、積極的に参画できる
- 2) 地域の現状から見出される優先度の高い健康関連問題を把握し、その解決に対して各種会議への参加や住民組織との協働、あるいは地域ニーズに応じた自らの診療の継続や変容を通じて貢献できる
- 3) プライマリ・ヘルス・ケアの概念に基づき、地域住民全体の包括的な健康維持・増進にかかわることができる
- 4) 脆弱な集団のケアや健康の社会的決定要因を考慮し、患者やコミュニティのアドヴォケイト (擁護者/代弁者) として行動できる

6. 公益に資する職業規範

- 1) 医師としての倫理性、総合診療の専門性を意識して日々の診療に反映することができる
- 2) 常に標準以上の診療能力を維持し、さらに向上させるために、ワークライフバランスを保ちつつも、生涯にわたり自己研鑽を積み習慣を身につける
- 3) 家庭医療の発展に貢献するために、教育者あるいは研究者として啓発活動や国際的視野に基づく学術活動を継続する習慣を身につける
- 4) 倫理的に困難な事例に関して、網羅的な情報収集と分析に基づく合理的な意思決定を行うことができる

7. 多様な診療の場に対応する能力

- 1) 外来医療で、幅広い疾患や傷害、日常的な健康問題に対して適切なマネジメントができる
- 2) 救急医療で、緊急性を要する疾患や傷害に対する初期診療に関して適切なマネジメントができる
- 3) 病棟医療で、入院頻度の高い疾患や傷害に対応し、適切にマネジメントできる
- 4) 在宅医療で、頻度の高い健康問題に対応し、適切にマネジメントできる

日本プライマリ・ケア連合学会ホームページ(<https://www.shin-kateiiryu.primary-care.or.jp/competency>)より筆者が一部改変

表 1 日本語版仕事の意味尺度 (J-WAMI)

仕事には、人それぞれに色々な意味があります。以下の項目は、あなたの人生の中で仕事がどのような役割を果たしているのかを聞くものです。各項目が、あなた自身とあなたの仕事にどのくらい当てはまっているかをありのままにお答えください。

		あてはまらない まったく	あてはまらない ほとんど	どちらともいえない	あてはまる だいたい	あてはまる 非常によく
1	私は、有意義なキャリアを見つけてきた	1	2	3	4	5
2	自分の仕事は、自分自身の成長に貢献していると思っている	1	2	3	4	5
3	私の仕事は、実際には、世界に変化を何も生み出していない	1	2	3	4	5
4	私は、自分の人生の意味に仕事はどうつながるのかを理解している	1	2	3	4	5
5	私は、自分の仕事を有意義なものにするのは何なのかを十分に感じている	1	2	3	4	5
6	私は、自分の仕事は、世界にポジティブな変化を惹き起こすことを知っている	1	2	3	4	5
7	自分の仕事を通じて、自分自身をよりよく理解することができる	1	2	3	4	5
8	私は、満足できる目的のある仕事を見つけてきた	1	2	3	4	5
9	自分の仕事を通じて、自分の周囲の世界の意味を理解することができる	1	2	3	4	5
10	私がしている仕事は、より大きな目的のために役に立っている	1	2	3	4	5

図3 解析対象者のフローチャート

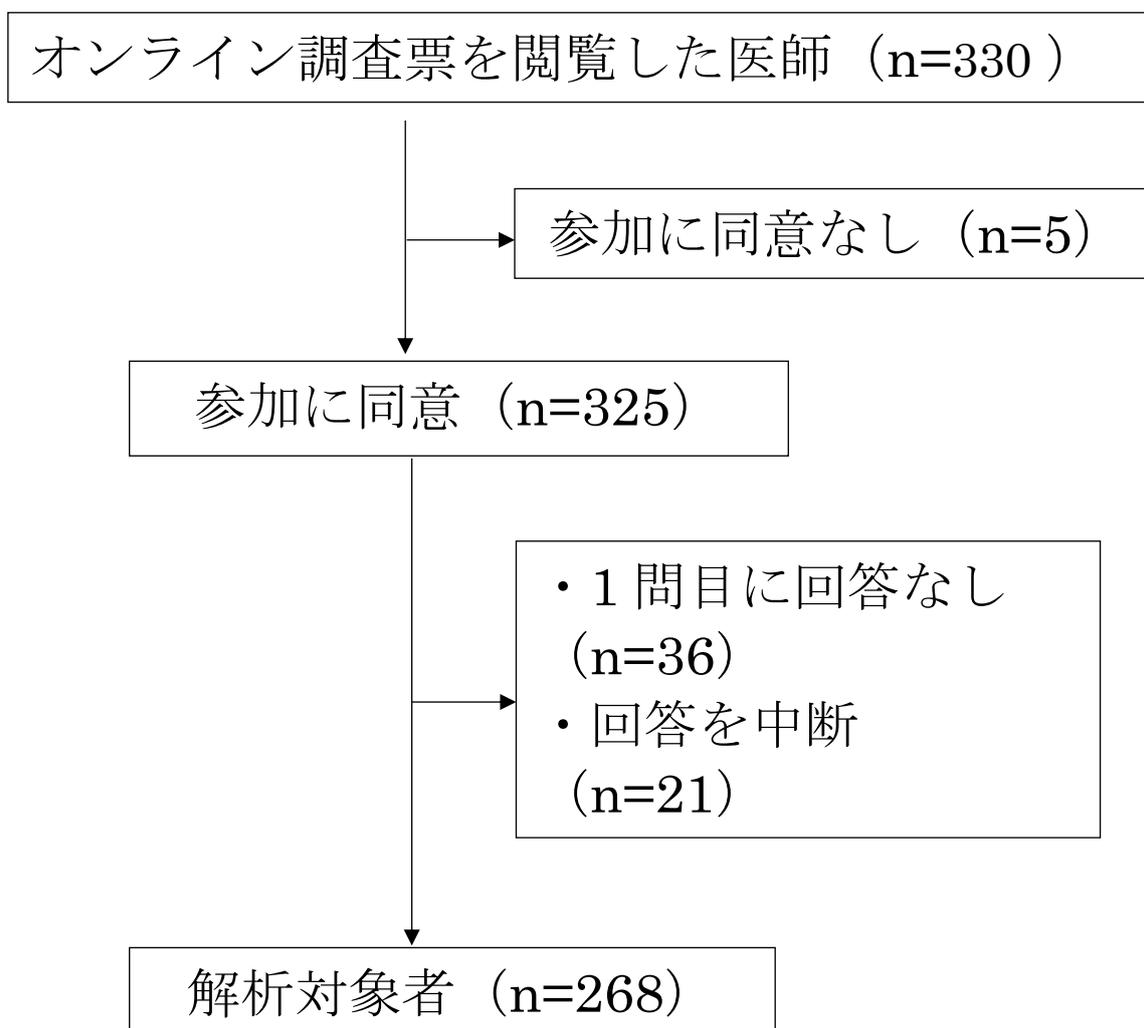


図4 J-WAMI 合計点のヒストグラム

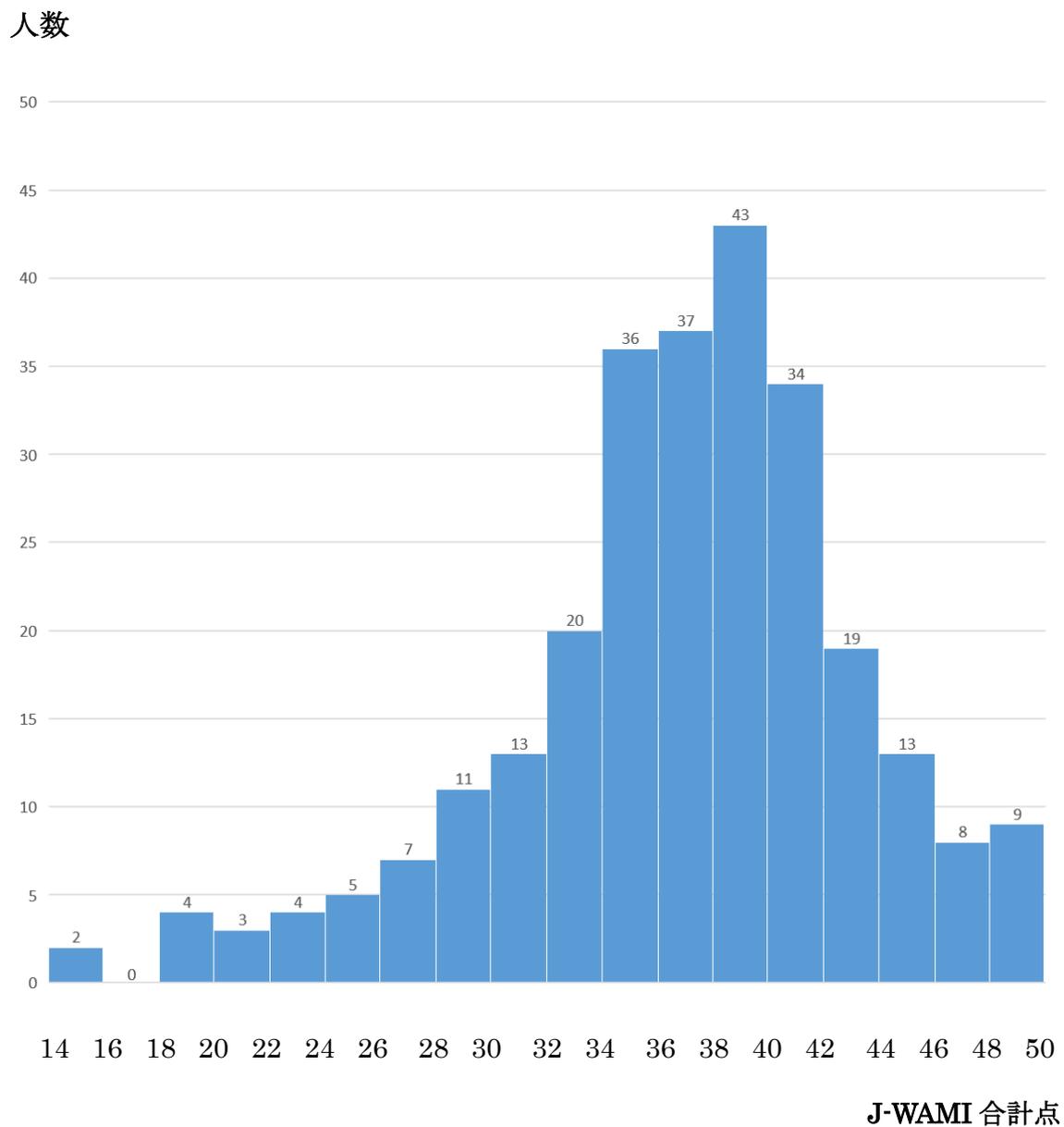


表 2 参加者の基本属性の J-WAMI 低得点群と高得点群での比較

	全体 n=268	低得点群 <38 点 n=121	高得点群 ≥38 点 n=147	P 値
性別, n (%)				
男性 **	199 (74.3)	88 (72.7)	111 (75.6)	0.538
医師としての経験年数, 年, 平均 (SD) *	20.2 (10.7)	21.2 (10.0)	19.4 (11.0)	0.167
家族構成 (複数選択)				
パートナーと同居, n (%) **	217 (81.0)	96 (79.3)	121 (82.3)	0.537
子供と同居, n (%) **	157 (58.6)	63 (52.1)	94 (63.9)	0.049
JPCA 認定家庭医療専門医の取得, n (%) **	81 (30.2)	36 (29.8)	45 (30.6)	0.879
勤務地のある都市の規模				
小都市以下, n (%) **	96 (35.8)	44 (36.3)	52 (35.6)	0.866
中都市以上, n (%) **	172 (64.2)	77 (63.6)	95 (64.6)	
勤務施設の種類の				
診療所, n (%) **	135 (50.4)	60 (49.6)	75 (51.0)	0.772
病院, n (%) **	132 (49.3)	61 (50.4)	71 (48.3)	
勤務施設での学生・研修医・専攻医の受け入れ の有無, n (%) **	199 (74.3)	90 (74.3)	109 (74.1)	0.966

J-WAMI, Japanese version of the work as meaning inventory (日本語版仕事の意味尺度); SD, standard deviation (標準偏差); JPCA, Japan Primary Care Association (日本プライマリ・ケア連合学会)

*, t 検定; **, カイ二乗検定

表 3 J-WAMI 合計点, 各仕事への関わり, 各仕事への熱意の J-WAMI 低得点群と高得点群での比較

	全体 n=268	低得点群 <38 点 n=121	高得点群 ≥38 点 n=147	P 値
J-WAMI 合計点 ^a , 中央値 (IQR) *	38(34-41)	34 (30-36)	41 (39-44)	<0.001
下位尺度の合計点 ^b				
ポジティブな意味, 中央値 (IQR)*	16 (14-17)	14 (12-15)	17 (16-19)	<0.001
仕事による意味生成, 中央値 (IQR)*	12 (11-13)	10 (8-11)	13 (12-14)	<0.001
大義への動機づけ, 中央値 (IQR)*	10 (9-12)	9 (7-10)	12 (11-12)	0.003
各仕事への関わり (reference : no)				
外来診療, n (%) ***	265 (98.9)	118 (97.5)	147 (100.0)	0.091
訪問診療, n (%) **	190 (70.9)	83 (68.6)	107 (72.8)	0.452
病棟診療, n (%) **	124 (46.3)	57 (47.1)	67 (45.7)	0.803
救急診療, n (%) **	130 (48.5)	61 (50.4)	69 (47.0)	0.571
教育, n (%) **	204 (76.1)	82 (67.8)	122 (83.0)	0.004
研究, n (%) **	136 (50.8)	48 (39.7)	88 (59.9)	<0.001
地域活動, n (%) **	178 (66.4)	74 (61.2)	104 (70.8)	0.098
会議・マネジメント業務, n (%) **	210 (78.4)	88 (72.7)	122 (83.0)	0.042
各仕事への熱意 ^c				
外来診療, 平均 (SD)*	77.6 (19.8)	70.6 (22.4)	83.31(15.1)	<0.001
訪問診療, 平均 (SD)*	67.0 (31.5)	60.3 (31.3)	72.6 (30.6)	0.001
病棟診療, 平均 (SD)*	46.8 (35.2)	43.0 (35.9)	49.8 (34.5)	0.119

救急診療, 平均 (SD)*	44.8 (32.0)	40.7 (31.5)	48.1 (32.2)	0.058
教育, 平均 (SD)*	59.5 (30.7)	51.2 (31.1)	66.4 (28.6)	<0.001
研究, 平均 (SD)*	42.2 (33.1)	34.4 (33.1)	48.7 (31.8)	<0.001
地域活動, 平均 (SD)*	59.7 (28.1)	52.5 (28.2)	65.6 (26.7)	<0.001
会議・マネジメント業務, 平均 (SD)*	47.3 (29.4)	41.7 (28.9)	51.8 (29.1)	0.005

J-WAMI, Japanese version of the work as meaning inventory (日本語版仕事の意味尺度) ; IQR, interquartile range (四分位範囲) ; SD, standard deviation (標準偏差)

*, t 検定; **, カイ二乗検定; ***, Fisher の正確性検定

a: 合計点は最大 50 点

b: 合計点はポジティブな意味が最大 20 点, 仕事による意味生成が最大 15 点, 大義への動機づけが最大 15 点

図 5-1 各仕事への熱意のヒストグラム（臨床業務）

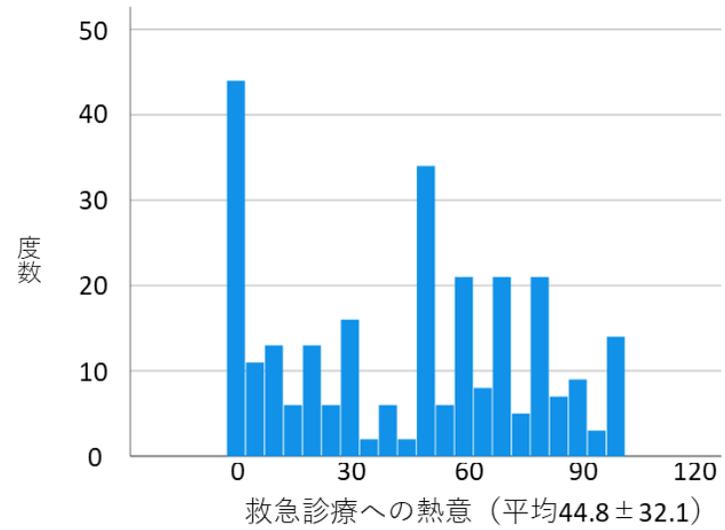
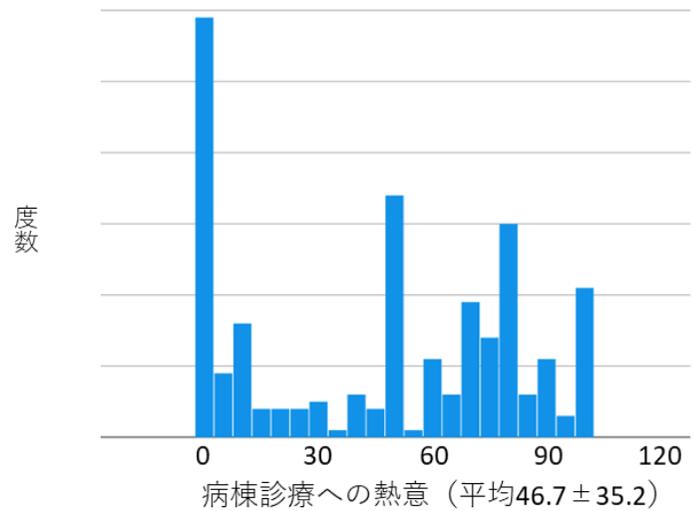
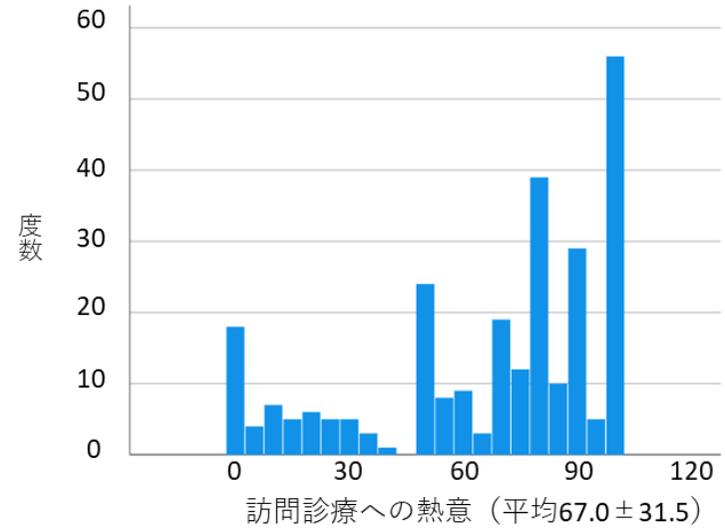
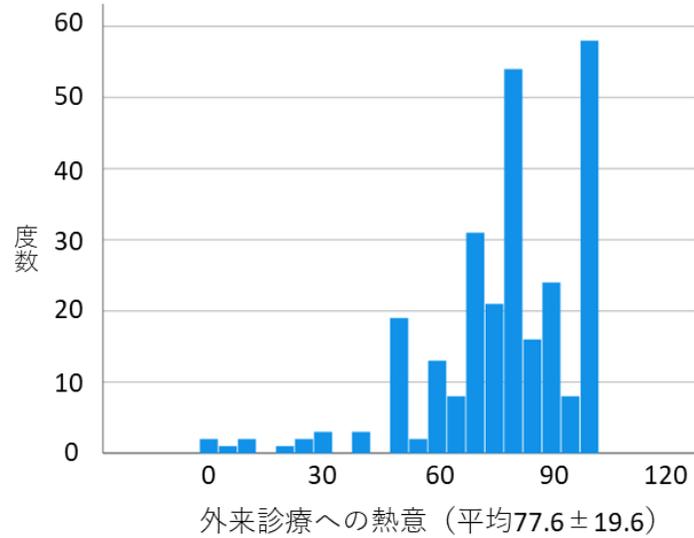


図5-2 各仕事への熱意のヒストグラム（臨床業務以外）

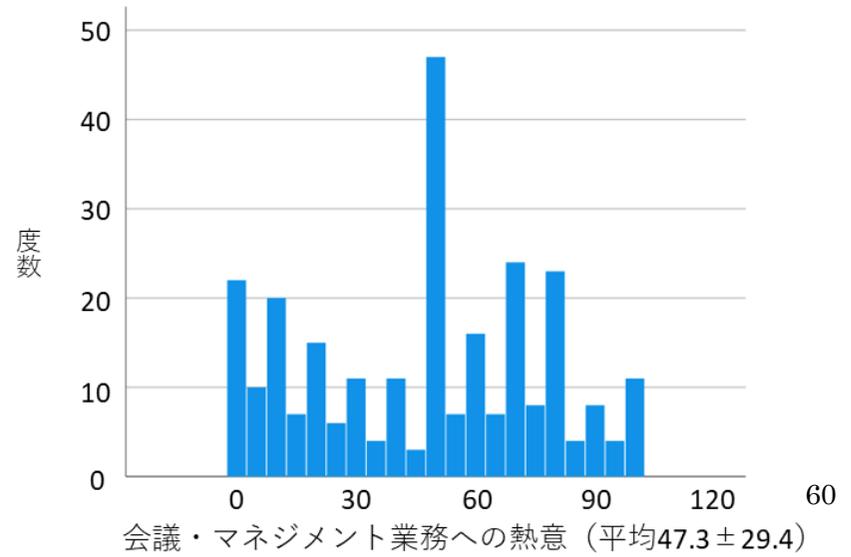
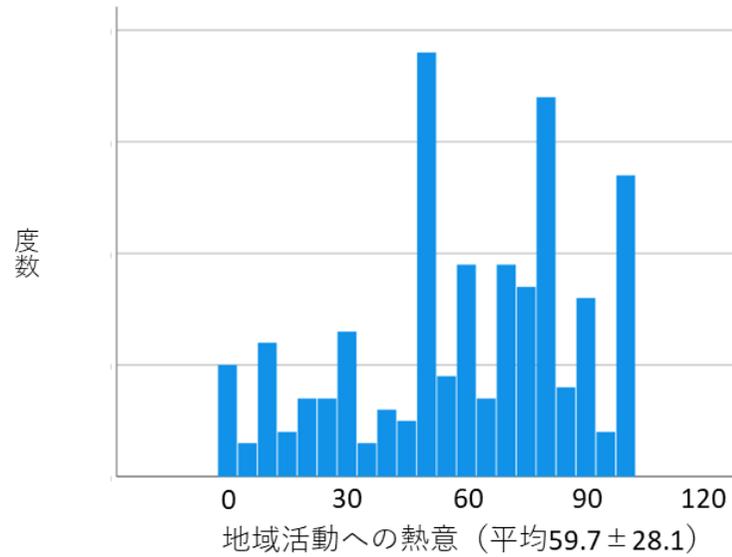
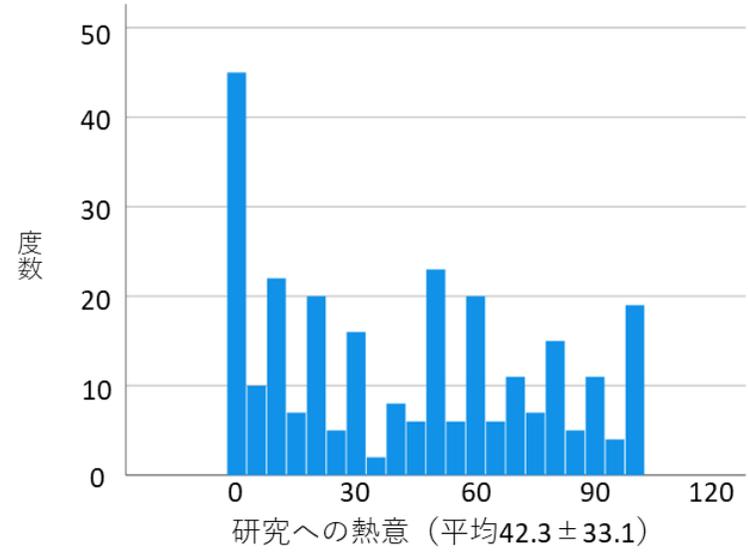
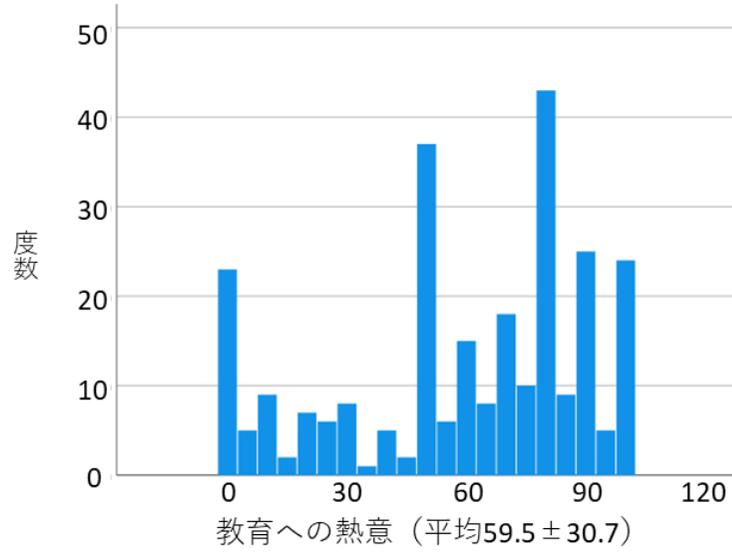


表4 J-WAMI 高得点群に関連する要因に関する
ロジスティック回帰分析の結果

	OR (J-WAMI 高得点群)	95% CI	P 値
医師としての経験年数	0.99	0.96-1.02	0.376
男性 (reference: 女性)	1.59	0.89-2.85	0.115
子供と同居 (reference: なし)	1.43	0.81-2.52	0.219
教育への関わり (reference: なし)	1.53	0.73-3.21	0.250
研究への関わり (reference: なし)	2.85	1.39-5.84	0.006
地域活動への関わり (reference: なし)	1.31	0.69-2.46	0.409
会議・マネジメント業務への関わり (reference: なし)	1.29	0.63-2.65	0.625
外来診療への熱意 ^a	1.04	1.02-1.06	<0.001
訪問診療への熱意 ^a	1.01	1.00-1.02	0.254
救急診療への熱意 ^a	1.00	0.99-1.00	0.559
教育への熱意 ^a	1.00	0.99-1.02	0.366
研究への熱意 ^a	1.00	0.99-1.01	0.638
地域活動への熱意 ^a	1.01	0.99-1.02	0.375
会議・マネジメント業務への熱意 ^a	1.00	0.99-1.01	0.988

OR, odds ratio (オッズ比) ; CI, confidence interval (信頼区間)

a : 熱意は0-100の visual analog scale で測定

表5 PM高得点群であることに関連する要因に関する

ロジスティック回帰分析の結果

	OR (PM高得点群)	95% CI	P値
医師としての経験年数	1.02	0.99-1.05	0.331
男性 (reference: 女性)	1.56	0.86-2.82	0.140
子供の有無 (reference: なし)	1.63	0.91-2.91	0.102
教育への関わり (reference: なし)	1.40	0.65-3.00	0.391
研究への関わり (reference: なし)	2.51	1.20-5.28	0.015
地域活動への関わり (reference: なし)	1.64	0.87-3.11	0.127
会議・マネジメント業務への関わり (reference: なし)	1.71	0.81-3.60	0.159
外来診療への熱意 ^a	1.03	1.01-1.05	0.001
訪問診療への熱意 ^a	0.99	0.99-1.01	0.915
救急診療への熱意 ^a	0.99	0.98-1.01	0.355
教育への熱意 ^a	1.01	0.99-1.03	0.085
研究への熱意 ^a	0.99	0.98-1.01	0.489
地域活動への熱意 ^a	1.02	1.00-1.03	0.024
会議・マネジメント業務への熱意 ^a	0.99	0.98-1.01	0.384

OR, odds ratio (オッズ比) ; PM, positive meaning (ポジティブな意味) ;

CI, confidence interval (信頼区間)

a : 熱意は0-100のvisual analog scaleで測定

表 6 M M 高得点群であることに関連する要因に関する

ロジスティック回帰分析の結果

	OR (MM 高得点群)	95% CI	<i>P</i> 値
医師としての経験年数	0.99	0.97-1.02	0.601
男性 (reference : 女性)	1.36	0.77-2.43	0.295
教育への関わり (reference : なし)	1.77	0.85-3.70	0.126
研究への関わり (reference : なし)	2.54	1.23-5.25	0.012
地域活動への関わり (reference : なし)	1.72	0.91-3.21	0.091
会議・マネジメント業務への関わり (reference : なし)	0.99	0.47-2.06	0.968
外来診療への熱意 ^a	1.03	1.01-1.05	<0.001
救急診療への熱意 ^a	1.00	0.99-1.01	0.478
教育への熱意 ^a	1.00	0.99-1.02	0.543
研究への熱意 ^a	0.99	0.98-1.01	0.355
地域活動への熱意 ^a	1.01	0.99-1.02	0.319
会議・マネジメント業務への熱意 ^a	0.11	0.99-1.02	0.124

OR, odds ratio (オッズ比) ; MM, meaning making through work (仕事による意味生成) ; CI, confidence interval (信頼区間)

a : 熱意は 0-100 の visual analog scale で測定

表 7 GG 高得点群であることに関連する要因に関する

ロジスティック回帰分析の結果

	OR (GG 高得点群)	95% CI	<i>P</i> 値
医師としての経験年数	0.94	0.91-0.97	<0.001
男性 (reference : 女性)	1.27	0.67-2.40	0.472
勤務施設での医学生・研修医の受け入れ (reference : なし)	0.47	0.19-1.20	0.114
教育への関わり (reference : なし)	2.43	1.03-5.70	0.042
研究への関わり (reference : なし)	2.13	0.94-4.81	0.070
会議・マネジメント業務への関わり (reference : なし)	1.40	0.62-3.27	0.415
外来診療への熱意 ^a	1.04	1.02-1.06	<0.001
訪問診療への熱意 ^a	1.01	0.99-1.02	0.410
病棟診療への熱意 ^a	1.01	1.00-1.03	0.046
救急診療への熱意 ^a	0.98	0.97-0.99	0.011
教育への熱意 ^a	1.01	0.99-1.02	0.239
研究への熱意 ^a	1.00	0.99-1.02	0.665
地域活動への熱意 ^a	1.01	0.99-1.02	0.498
会議・マネジメント業務への熱意 ^a	1.01	0.99-1.02	0.116

OR, odds ratio (オッズ比) ; GG, greater good motivation (大義への動機づけ) ; CI, confidence interval (信頼区間)

a : 熱意は 0-100 の visual analog scale で測定

表 8 参加者の属性

		n=14
性別	男性	9
	女性	5
医師としての経験年数 平均 (SD)		19.2 (7.3)
専門医・認定医の有無	JPCA 認定家庭医療専門医	11
	JPCA 認定プライマリ・ケア認定医	3
勤務地	関東地方	9
	北海道, 北陸, 近畿, 中国, 九州	各 1

JPCA, Japan Primary Care Association (日本プライマリ・ケア連合学会)

表 9 抽出されたテーマ、コード、代表的なテキストデータ（プライマリ・ケア医が意味があると感じる仕事の経験）

テーマ	2次コード	1次コード	テキストデータ	対象者 番号
【医学の専門家としての基本的 能力の発揮】	<未分化で多様な 症状への対応>	<幅広い疾患 の診療>	「(多世代への対応や多疾患併存、疾患の初期段階を含めた) いろいろな病気を診られるということは、とても自分にとっては大事で、やりがいを感じるのです。」	2
		<未知の事柄 への遭遇>	「日々、勉強といいますが、知らないことがとてもたくさんあるということが、とても自分にとっては、面白く、ある意味、やりがいかなと思います。」	2
		<患者が持つ 幅広く多様な 問題からの学び>	「自分はいろいろなことに興味があって、いろいろなことの知識を増やしていきたいのです。この仕事は、目の前の患者さんに無数の問題があるではないですか。そういった意味で、自分の医学的なモチベ（モチベーション）に事欠かないのが、自分は医者としては価値を置いています。」	8
		<適切な 鑑別診断>	「普通に鑑別（診断）があたるとかでも、嬉しいんだと思います。」	4
		<総合的な疾患 の診断と マネジメント>	まずは、生物医学的な診断がしっかりできるとかいうことは、一番になるかなと思うので、自分の診断が合っていて、ある程度マネジメントできて、患者さんが実際に良くなっていくとか、ということが出来る時は、もちろんそれは、医師としてのやりがいかなとも思っています。	12
		<繰り返す 出会うコモン ディジーズ診療 の質の担保>	「高血圧の初診みた時に、初めに、血糖が高いかどうかを診て、（他の疾患との相互評価のために）これとこれを抑えていくところをきちんとやり続けること、（中略）プライマリ・ケア医は、コモンディジーズ（日常よくある疾患）のプロですので、コモンディジーズを、きちっと押さえていくことは、（プライマリ・ケア医の）品質として大事だと思います。」	7
<コモンディジーズ のマネジメント>	<疾患に対する 適切なマネジ メント>	「(日々の診療で) 患者さんのケアをして、それが、良い方向に行ったりとかする時に、とてもやりがいを感じたりします。（中略）医師のスキルとして、良いマネジメントができたということに対する喜びなのではないでしょうか、それがシンプルにあるかなと思います。」	13	

テーマ	2次コード	1次コード	テキストデータ	対象者 番号
【人や課題への 包括的な アプローチ】	<複雑な症例を 安定化させた 経験>	<複雑な症例を 包括的にマネジ メントし、安定化 させた経験>	「救急に頻繁に来るような（心理社会的な問題と複数の疾患が関わりあっている）人たちとか、（中略）訪問診療では患者さんの生活に入っていくながら、患者さんのトータルの状況を見ながら、マネジメントするのは、専門性が活かせる様な気がしますし、結果的に自分の満足度にも繋がっています。」	9
		<包括的、多面的に 関わる事で患者の 転機が変わった経験>	「他の人でなく、自分が総合的に関わった結果うまくいったなと思える瞬間はやりがいに感じる。例えばワンストップでいろいろな病気をまとめてみたり、病気だけではなくて社会的なところも配慮しながらケアしていくなどです。」	6
		<複雑困難事例 への関わり>	「みんなが湧きたいと思うような（複雑な）症例に出会った時、自分がこのようなもの（症例）に関わって良かったと思います。自分だから関われるという気持ちがあるのでしょうか。」	10
	<病気以外の 事も相談された 経験>	<病気以外の事も 相談される>	「患者さんと、打ち解けて、何気ない診療以外の生活に関する相談が出来る時はすごくやりがいを感じたりします。（中略）病気だけみるのであれば、どの科の先生もできると思うので、それ以外の事をできているというのは、やりがいを感じます。」	2
		<病気以外の悩み を引き出す>	「（医学的な問題の）裏にあった子育ての悩みですとか、その人にとっては病院で話す内容ではなかった様なことを話したことで、少し楽になるみたいな経験が大事なのかなと思って。身体の症状を窓口にして、その裏にあった日常の悩みが出て来る事があると、意味があったと思います」	14

テーマ	2次コード	1次コード	テキストデータ	対象者 番号
【人や課題 への包括的な アプローチ】	<家族ケアも含めた 在宅看取りの経験>	<患者の人生に とって大事な瞬間 である看取り>	「やはり看取りというところは、自分としては、とても大事なことをやらせてもらっているのだらうなという風に（思います）。（看取りは）その人の人生にとって、何か役に立つことを出来たということを感じられるではないですか。（中略）そこはやはり、かなり自分にとってもインパクトは大きいなどは思います」	2
		<看取りを通じた 家族ダイナミクス の変化に立ち会う>	「家族が微妙な関係性（の時が私が関わり始めたとき）で、（例えば）少し遠くに息子さんがいたり、昔のわだかまりがある人たちが家族にいる場合、その家族の一人が亡くなることをきっかけに新しい家族の形に転換する場に立ち会えることがあります。それは、私の心が落ち着いた感じになりました。」	9
		<家族の後悔を軽減 する看取りの プロセスの構築>	「少しでも家族が、ずっと気に病むようなことがない様な看取りが出来ればよいなと思って。（中略）（家族に適切なタイミングで情報提供する事で）その（人に囲まれて幸せそうに亡くなっていく）ような場が作れること自体、私たちが作ったわけではないことも多いのですけれど、（中略）とてもやりがいがあるなと思っています。」	12
		<在宅でのより 良い看取り>	「良い看取りができて家族から感謝されたりするときです。（中略）看取り期の段階になって、直前で入院する、しない、みたいな話が出てきてしまった様な場面でも、きちんとコミュニケーションを取ってて場を落ち着かせて、自宅での看取りに何とか着地させたという所は、良い仕事をしたな、と感じます。」	13
		<科と科の切れ目 を埋める経験>	「科の切れ目になる時期はやりがいを感じます。例えば、産婦人科から小児科とかの移行で継続的に子供や母親を見るとき。在宅では、専門内科とか、外科から紹介を受けたり、がんを診てもらっていた専門科から終末期の紹介を受けたりします。そういう科の切れ目になるところを繋いであげられるのが、私は家庭医として、一番意義を感じています」	14

テーマ	2次コード	1次コード	テキストデータ	対象者 番号
【継続性から 構築される患者 との信頼関係】	<どんな症状でも 相談される関係>		「ここは耳鼻科ではないと知っているけれど、耳が痛いのですと受診したり、こんなことを質問して良いのかわからないのですがと言って、親の病院での診療について心配なので今日は相談に来ました、と言われることがあります。それを聞くと、そのために私がいるのです、という気持ちになります。」	5
		<人生の節目を 共有するパートナー として選ばれる>	「外来の人は、もう15年くらいの付き合いになります。そうすると、一緒に人生を生きているみたいな感じがするのです。（中略）それ（患者さんの人生に起こる出来事を）共有できる相手に選んでくれていることが、とても有り難いなという風に思ったりします。」	1
	<患者家族に って価値のある 存在として 頼られる経験>	<共に人生を歩む 価値のある存在 として捉えられる>	「先生だったら何でも相談できるのでと言って、話してくれる患者さんはいらっしゃいます。自分はこの人にとって、何でも相談できる人とみなされているのだな、つまり、その人の人生を歩んでいく中で、（その人にとって）利用価値のある存在になれているのだなという風に思える時が、嬉しいですね。」	3
		<家族も含めた属人的 で継続的な関係から 得られる信頼感>	「ある程度こういった場所（診療所）で継続的にやることで、患者さんとの信頼関係とか人間関係が、段々熟してくるのです。（中略）そういった中で、この患者さん家族にすごく信頼してもらっている、ということを実感できる瞬間とかは、自分のやりたい仕事ができているな、貢献できているな、やはり意味のある仕事だな、という様に思います。」	8
	<患者が生活習慣 を自ら顧みる機会 を提供できた経験>		「ずっとタバコを吸い続けて、禁煙はしないと書いていた人が、急に気持ちが変わって禁煙外来やることにした、という人がいます。そういう時は、すごく（継続して医師を）やっていて良かったなとか思います。（中略）自分がその患者さんの生活にとって、良いことをしたのだろうなと思えると、それはとても自分にとっては良い瞬間なのかなと思います。」	2

テーマ	2次コード	1次コード	テキストデータ	対象者 番号
【多職種と 共に対峙する 困難事例 の経験】	<患者家族や 多職種間の円滑 な情報共有を 進める経験>	<ディスコミュニ ケーションの防止>	「この間、退院前カンファ（レンス）に行った時に、ご家族もいたのですが、どうしても医療者で話が進んでしまって、ご家族がその内容を分かっていない状況でした。そこで、私から話の内容を改めて説明して、家族がなるほどと理解してくれました。家族を置いてけぼりにしなくて済んだのは良かったです。」	4
		<多職種でできうる 最善のケアを提供 できているという感覚>	「医者一人ではなく、看護師さんが力を発揮してくれている、リハビリの理学療法士さんが力を発揮してくれている、事務の方々がフォローしてくれている。みんなで患者・家族のために関わっている実感がある時は、多職種チームの力で、チームの価値を最大化できているな、と思います。」	8
	<多職種で最善の ケアを提供できて いるという感覚>	<多職種でできうる 最善のケアを提供 できているという感覚>	「病気だけではなくて、他職種との、例えば、看護師さんとか、訪看さんとか、ケアマネさんとか、いろいろな人に協力してもらって、何とか（状態を）上げていった症例は、いろいろな人が関わってくれて、チーム力で対応できたことが、何か良かったと思えるかなと思います。」	9
		<多職種で個々の 患者の状況に即した 医療を提供する>	「お家にいたいという、本人の物語を支えると言いますか、こうしたいという思いを、みんなで相談しながら叶えて行くということも、一つ、（意味を感じる）大きな要素だなと思っています。」	12

テーマ	2次コード	1次コード	テキストデータ	対象者 番号
【多職種と共に 対峙する困難 事例の経験】	<多職種の中 で医師として 頼られそれに貢献 できた経験>	<多職種との関わり の中で医師としての 役割を果たす>	「何か不都合があるけれど家で過ごしている患者さんで、医学的な見解とか、医学的な対応とかが必要な人がいるわけです。そこに、(多職種から)この人診てと言われて、主治医として役割が果たせることによって、医師からのプロとしての意見とか、そういう今まで得られなかった部分に(自分の役割を)はめられるというのが、良いかな。」	3
		<多職種より困難事例 の紹介を受ける>	「多職種の人と話した時に、やはり先生にお願いしたいみたいと言われる時に、価値を感じます。例えば、近隣に小児科はいくつもあるのですが、困難事例とか、お母さんが鬱とか、そういう人をしょっちゅう紹介してくれるのです、保健師さんが。後は、ケアマネさんが、他の患者さんを何故か、あのクリニックに行きなよと言われて、(中略)そのようなときに意味を感じますね。」	5
		<地域活動に参加し 医師としての 役割を果たす>	コミュニティースクールと言うものがあるのです。(中略)その様なところで、最近、不登校の子や学校医が議論に参加したり、(その後)私が医者として、診療所でその子をフォローしたりとか、その様なことが、やはり、地域に根付いた家庭医ならではのと思います。(小児科の専門医と)病診連携を上手くやりながら、普段はここでフォローする、(または)学校と連携するみたいな、それは結構、最近のトピックでしょうか。	8
		<多職種との関わりの中 で医師としての 役割を果たす>	医師が発言することで上手く収まる事態というのが、たまにあると思います。複雑な事例においても、どの様に言えば、その家族やその人に伝わるか、ということを考えながら、ずっとやっているところです。(中略)そういう仕事に価値がある(とっておき)、役割が与えられていることはやっていこうかなとっておきます。	12

テーマ	2次コード	1次コード	テキストデータ	対象者 番号
【医療者教育 への貢献】	<学習者の ポジティブな 成長に関わる経験>		「学生、研修医、専攻医が、段々成長していくのを見ると、医者という職業を志す人の成長になんらかの良い方向で関わりが出来ているというのを実感します。それも、医者の（仕事の）意味かなと思います。」	3
	<コミュニティー を教育の場として 提供する経験>		「診療所実習をしている学生さんには、地域の第一線の診療所で現場を通じて学べる環境を提供したいです。それに、とても意味を感じます。」	5
		<学生への教育が 自身の生涯教育 となる>	学生がずっと来ないと、生涯教育が成り立たないです。（中略）それ（患者さんや治療に関する説明）は自分の生涯教育として使っています。（中略）学生実習は最高な、自分にとっての栄養、営業ではなくて糧です。	5
		<教授者から共学者 となる生涯学習>	「（専攻医の教育に関しては）教える、教えられる側、というよりは、殆ど一緒に学んでいる感じです。そのようなスタンスを見せることで、総合診療医の生涯教育を感じてもらいつつ、教育ができて、総合診療医が増えると良いなと思います。」	7
	<生涯学習に つながる共学者 としての関わり>		「（誰かに）教えることは、自分も教えてもらうことになると思うので、お互いに高め合うことが実感できる。それが教育の良い所ではないかなと思っています。」	9
		<学生への教育が 自身の生涯教育 となる>	「個人的にポートフォリオ（学びが深い症例のレポート）の教育が好きで、（中略）思いを深めたりとか、省察を一緒にしたり、という作業はとても好きです。（中略）たぶん自分の振り返りにもなっているからなのかも知れません。」	14
	<プライマリ・ケア 医としての ロールモデル>		この地域での総合診療医の教育は、私たちにしか教えられないと思う気持ちでやっています。それは、同じ様なフィールドがあったとしても、教え方とか、見せ方で、全然、（専攻医の）学び方が違います。	7
			「学生さんや研修医に（私の診療を）見ていただいた時に、先生みたいに患者さんに寄り添える人になりたいです、と言われるときがたまにあります。その時は、率直にうれしいです。家庭医にやりがいを持って働いている場面を見せて、それが伝わった時に、やりがいになります。」	12

テーマ	2次コード	1次コード	テキストデータ	対象者 番号
【地域や社会 への貢献】	<社会のニーズに 応えるための チーム作り>	<地域の医療の改善 に取り組むための チーム作り>	「如何にチームを作るか、如何に仲間を作っていくか、というところが、とてもやりがいとリンクしているのです。今も地域包括ケアでは、行政の仲間、地域の介護や福祉の事業所、医師会の仲間も大事にしています。その人たちと（地域包括ケアを構築することが）大事だなと思いながら関係を作ってきて、それが実る形で（地域包括ケアの）事業計画が進んでいくと、私は、このため、この日のために関係を作り、仕事をしてきと思うのです。来年から始まる（地域包括ケアに関わる）事業が進むのですが、この事業をやるために（これまで関係や信頼を）積んできたのだと思います。」	7
		<チーム環境を 整え、チームの成長 への貢献をしている>	「チーム全体、クリニック全体として良いパフォーマンスができないと、結果的に、（チームの）価値を下げってしまうということがありますので、やはり、メンバー一人一人の成長をしっかりと求めていかないといけないのだな、ということを感じています」	13
	<所属組織や社会 からのタイムリー な医療ニーズに 対応できる経験>	<社会からの医療ニーズ に対応する>	「（新型コロナウイルス感染拡大に伴う発熱外来の設置に関して）やはりそれをやらなければいけないという社会的要請が大きいので、私はそこ（発熱外来をおこなうこと）にとっても価値を感じています。」	2
		<地域活動への 積極的な関わり>	「地域活動に関しては、やはりプライマリケア医とか家庭医ではないとやっていないし、そっちに目が行かないだろうなと思います（園医の依頼が来た時に）うちの診療圏なので、無条件に、もちろん当たり前のようにはいはいと（引き受けました）。（中略）地元の子育てサロンとかの講演依頼とか、敬老会の講演とか、そういうのは時々、もちろんですという感じでやってい	5
		<医療機関の求めに 応じて状況に合わせた 業務を行う>	「自分が仕事を選ぶというよりは、入れ物（所属組織）とか（組織や社会の）状況に合わせて（診療を）行う人たちが、総合診療医です。俺、これやれるから（この問題に困っている）患者は集まってこい、という態度ではないです。私、そこに行って、（所属組織や社会から）求められることをやります、という態度が総合診療医だと思っています。」	7

テーマ	2次コード	1次コード	テキストデータ	対象者 番号
【地域や社会 への貢献】	<地域の課題解決 につながる知見 を発信する経験>	<より社会に近い 領域の研究 への関わり>	「それ（研究を行うこと）が少しでも社会を変える判断の根拠になると、とても嬉しいという風に思います。臓器専門医の先生も、そこで沸くりサーチクエスションに対してアプローチしているというのが通常かなとは思いますが、我々（プライマリ・ケア医）の研究は、それ（リサーチクエスション）がより社会に近いのではないかなという風に思います。」	2
		<現場での疑問を 研究にし、その結果 で社会が変わる>	「全国の介護レセ（レセプト）を、何年分も集めて、介護の評価をした研究をしました。（中略）そこで、（介護の）実態を、しっかりと研究にして出すと、政策が変わっていくこともありますので、それによって目の前の診療が変わっていく。その診療から得られた結果をもっと大きなデータとして数字を使って分析して、発信する。この診療と研究を、両方ぐるぐる回すのはとても面白いです。」	6
		<研究を通して 世界とつながる 経験>	「何か論文を書くと、こちらの雑誌にも投稿して下さいとか、専門性を踏まえての査読依頼が、3日に1回くらい来るのです。（中略）そこで、世界の誰かの目に留まるということは、（自分の研究の知見が）世界の誰かの知的な刺激になっているのではないかなと思います。それは一研究者としては、とてもやりがいを感じる部分です。」	1

表 10 インタビューから抽出されたテーマ, コード, 代表的なテキストデータ
(仕事を続けていくうえでの課題)

テーマ	2次コード	1次コード	テキストデータ	対象者 番号
【インフラとしてのプライマリ・ケアの未整備】	<かかりつけ医制度改革の困難さ>	<フリーアクセスとかかりつけ医制度の両立の難しさ>	制度の曖昧性であったりとか、その様なことを答える気がします。地域住民の理解度とか、後は、医師会の力、市立、公立病院、私立の病院、診療所が相対的にやはり多いので、コントロールができない。本来、医療はインフラだと思いますが、そのインフラが、自由裁量権を持ち過ぎているので、それによってコントロール不能な状態に今の日本はなっている。ですので、プライマリケアも野放し状態に。(受診する医療機関を)自由に選択することが、本当に良いことなのかと言った時に、ある程度選択肢が狭められている方が、カオスになるくらいであれば、社会的弱者の人たちを落とさないためにも、その様な発想も大事なのではないかと。その時に、プライマリケアというものが、一つの日本のインフラとして成立させるという、基盤作りとか、医師会も一緒にやって	1
		<かかりつけ医制度の未整備>	制度として、かかりつけ医というのをきっちり(規定)していないのは課題だと思います。例えば、きっちりすれば、かかれたかかりつけ医はしっかりしなければ、と思う様な面もあるではないですか。	7
	<プライマリ・ケア医の開業支援制度の不足>	家庭医をやっている人で開業したりする人が多いと思うのです。その土地に家庭医をやっている病院とか、クリニックがなければ、基本的に自分で開業しないといけなくなりますので、そうなると、開業とか、グループ診療をもう少し学会とかが、支援してくれたら良いなと思います。	14	
	<多様な背景を持つ開業医との連携不足>	これから日本のプライマリケアを充実させていくためには、私たちみたいな生え抜きの若手の家庭医、総合診療医だけの力では足りないと思うのです。これまで歴史的に日本は、地域の開業医の先生が主にプライマリケアを担ってきたのだと思うのですが、もちろんいろいろな先生がいて、それが日本のこれまでの課題だったと思うのですが、でも、やはりその中には、とても良い先生が一杯いるのです。その様な先生方とはしっかり連携していかないと、(プライマリ・ケア医が)全然足りないのではないかなとは思っています。	8	

テーマ	2次コード	1次コード	テキストデータ	対象者 番号
【普及・浸透が 難しいプライマリ ・ケアの価値】	<プライマリ・ケア医 やプライマリ・ケア の不十分な認知>	<知名度の低い プライマリ・ケア医>	プライマリケア医の認知度が、低いのがやはり課題かなと思います。患者さんが相談したいと思った時に、総合診療科、プライマリケア医という概念が出てこないというのは、お互いに損失だなと思います。	4
		<プライマリ・ケアの 認知度の低さ>	家庭医のという存在の社会的な認知度がまだ行き渡ってはいないので、患者さんにも、医療スタッフに対しても、理解してもらのが（難しいと思っています）。もう少し時代が進んで、認知度が高まれば、患者さんの理解度の壁がもう少しなくなって、働きやすくなると言いますか、もっと、いろいろできることも広がるのかなとは思っています。	11
		<定着していない プライマリ・ケア の概念>	まだまだプライマリ・ケアという概念とか名前とか、世の中に浸透していない、というのは感じています。もちろん、それを専門とする私たちの仕事も、まだまだ理解されていないと言いますか、広まっていない部分は感じます。	13
	<プライマリ・ケア の専門性の認識不足>		一つは、その専門医という名前、家庭医療専門医なり、総合診療専門医という名前が、あまり、世間一般に知られていないと思うので、（患者さんに）説明しにくいです。（中略）世間の人たちは、何を診てくれるお医者さんかなとか、何科の先生かなと思うと思いますので、医療者だけではなくて、一般の人への（プライマリ・ケアの）認知度もやや低いのかなということが、少し不安な要素ではあります。	14
	<時間を要する プライマリ・ケア の価値の浸透>		私は個人的にはプライマリケアとか総合診療医というのは前途洋々ではないと思っています。地域の医師会とかに行けば、どういう人なのだろうなと思われているのだと思います。まだまだマイノリティだと思っているのです。（課題としては）専門医を持つことではなくて、専門医を取ってから、（専門医としての）価値、存在感を出せるかではないでしょうか。そこ（専門医を取った後）からどういう活躍をして、質の低い医療をしない様に、日々戦いです。（地域の開業医に認められるようになるまで）それが後、30年は掛ると思っています。	5
	<軽視される プライマリ・ケア の専門性>		世間的な評価みたいところはあるのかなと思います。（中略）何となくプライマリ・ケアは臓器別専門医に比べると、高く見てもらえない場合がある様な気がしています。（中略）だからこそ、しっかりと教育できる様なことをしていけないのかなと思っています。	9

テーマ	2次コード	1次コード	テキストデータ	対象者 番号
【プライマリ・ケア医 のキャリアパスの 複雑性・不透明性】	<複雑で不透明な プライマリ・ケア医の キャリア>	<プライマリ・ケア キャリアの不透明性>	やはり魅力があるキャリアパス作りではないでしょうか、一番は。総合診療は専門性があるものなのだというところが、あまり上手く社会や医学生とかに発信出来ているのかという事は、未だに思います。	2
		<複雑なプライマリ・ ケアキャリアの整備>	専門医制度が出来て、やはりみんなが専門医（の研修プログラム）に乗るとなると、総合診療、家庭医療の専門医の道を、ちゃんと整備して広げないと数がどんどん減って行ってしまいますので、そういう面ではとても重要です。	3
	<教育における 明確なキャリアパス の提示不足>		学生や研修医でも、本当は（プライマリ・ケアを）やりたいなと思って、結局辿り着けずに、専門医になって、そのまま医師の人生を終えている人とかもいるのではないかなと思います。（中略）1、2年生とかで、結構、家庭医に興味を持っている人が多い中で、3～6年生になって、研修医になって、どんどん家庭医から遠ざかっていく、この現象をどうにかしたいな、と思っているのです。	12

テーマ	2次コード	1次コード	テキストデータ	対象者 番号
【個別に任される プライマリ・ケア医 の診療の質の担保】	<診療の質のばらつき>		(現在プライマリ・ケアを担っている元臓器別専門医の開業医が) プライマリケアになる時に、そこで、しっかりとそこを勉強された先生もたくさんいらっしゃるけれど、残念ながら、玉石混交です。	9
	<経験と省察の蓄積 で獲得可能となる プライマリ・ケア の専門性>		開業医の、いろいろな地域で頑張っている先生方は、多かれ少なかれ、みんな同じ様な感じになるのです。患者さんに揉まれると、みんなある程度のレベルになってしまう、という気がするのです。大部分の開業医の先生方は、医師会などの活動をして、それ程変な人はいない様な気がしますので、それで家庭医療の専門的ないろいろなことを勉強した人と、どれだけ差が出てくるのかなと言いますと、ある程度時間が経ってしまうと、あまり変わらなくなってしまうのでは、という気がしなくもないのです。	10
		<幅広い領域の 知識・技術を維持する 生涯学習の困難性>	知識とか技術とか、自分でやっていなくて落ちてきてしまうところもあるので、自分の技術としては、ある程度維持したいけれども、(できない)と言うジレンマを、研修を受けるなりして、バランスよく維持できる様な体制があると有り難いなと思うことはあります。	11
	<幅広い領域の 知識・技術の アップデート の困難さ>	<医学知識の アップデート困難 による診療の質 の低下>	特に診療という場面で、常日頃感じるのはやはり最新、最良の医学知識とか、技術とか、そういうのをアップデートしていくことですし、頭で知っているというだけではなくて、やはり実践出来ていないといけないなと思うのです。そういうのに触れる機会って、特に診療所で外来、在宅だけやっていると、良い医者として、良い人柄で、相談しやすく優しい医者としてやっていたら遅れていても、だからそうならない様に、本当に最新、最良の医療を提供できるようにするというのは、結構、難しいなと。	3
	<基本的な医学知識 の習熟が甘くなる 傾向>		学会の中のプログラムとか、そこで育った人たちを見ても、厳しい言い方をすれば、医学的な知識、技術とか、そういうのが少し物足りないなという人たちは多く見かけるような気はするのです。心理社会的なところへの関心が強いんだけど、或いは、社会に出て行くというところは強いんだけど、それこそ、医者として、誰もが思い描く医者としてという部分が弱くならないかなという、そこは常に課題だなと思うのです。	3

テーマ	コード	テキストデータ	対象者 番号
【教育における プライマリ・ケアの 価値の伝承困難】	<プライマリ・ケア の概念の言語化 の共有の限界>	(プライマリ・ケアを実践する際に) いろいろなことを、ああしろ、こうしろ、この様なことも出来ないと、という様に、言葉にした時に、逆に、難しくなってしまう部分が、ひょっとしたらあるのかも知れないなど。それは一緒にやっている人たちも、多分、教えてもどうかなというところで、難しい分野ではあるのでしょうか、その様な意味では、手術みたいにスキルをきちんと伝えるということは、なかなか難しいものが多々あるでしょうから。	10
	<単純化できない プライマリ・ケア の価値>	家庭医の、やっていることをどの様に説明しようか、みたいなことは、私の中での永遠の課題になるかも知れません。(中略)あなたは15年、家庭医をやってきて、どの様な感じかと言われた時に、私のこの経験が家庭医とか、プライマリケア医を象徴しているとも言いがたいしな、と思いつつ、それだけ、深みもあって、醍醐味もある雰囲気なのです、と言えるかも知れませんが。これが私たちがやっていることです、ばーん、みたいなのを一発で見せられないなど、いつもジレンマがあります。	12

図6 プライマリ・ケア医が仕事の意味を感じる経験

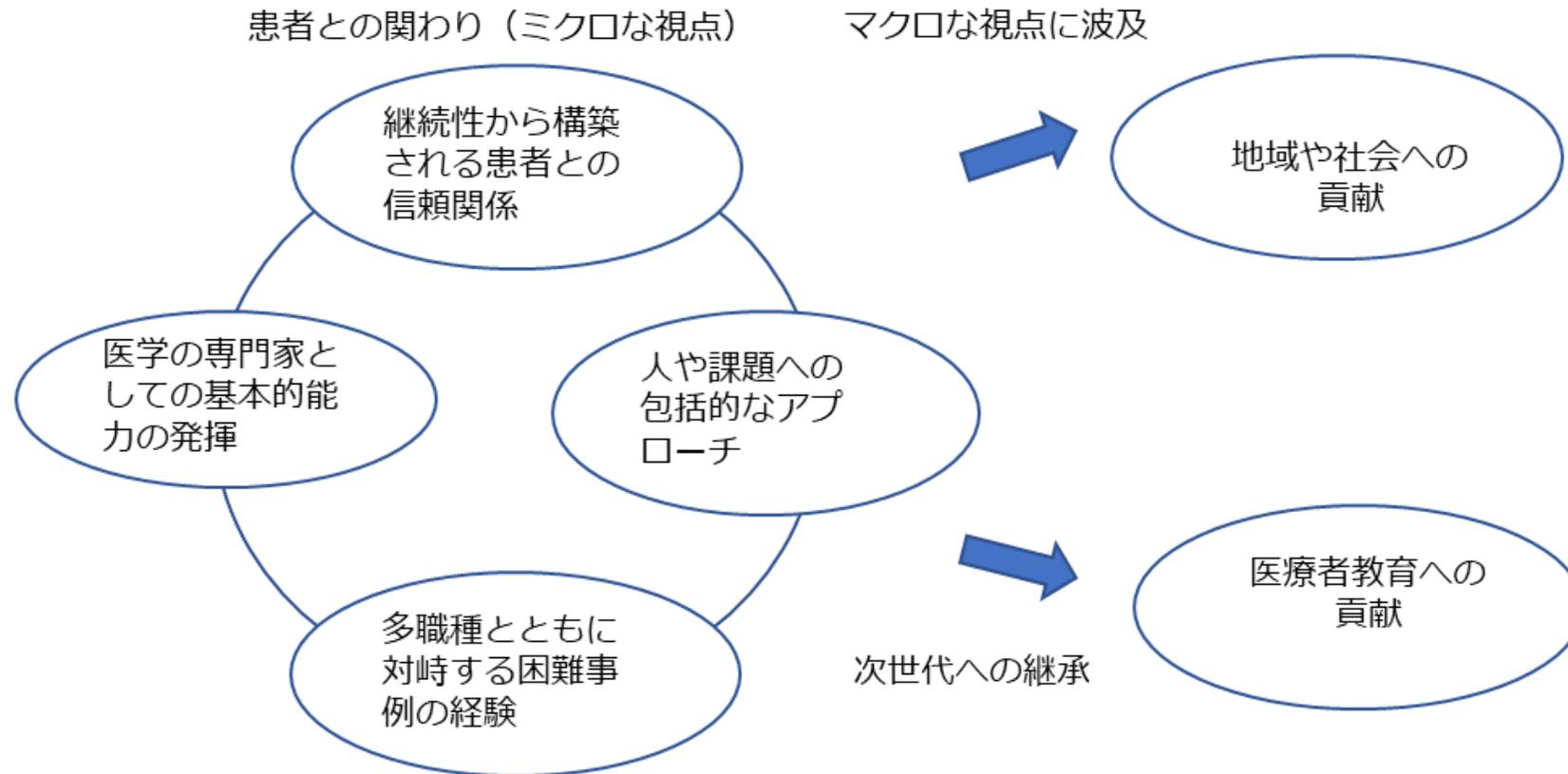
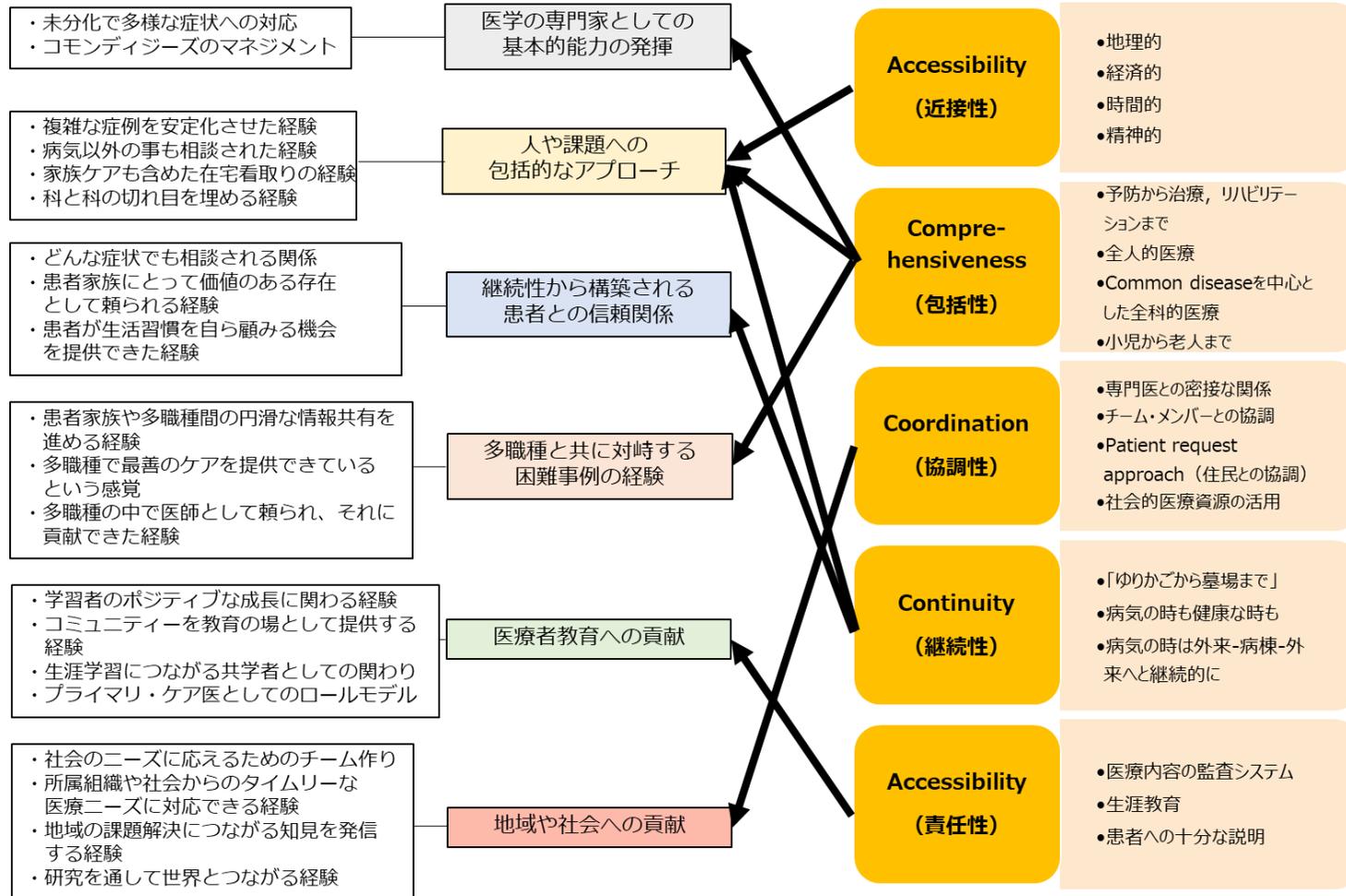


図7 プライマリ・ケアの5つの理念と抽出されたテーマ・コードとの関係性



例) 5つの理念の包括性は, 抽出されたテーマの【医学の専門家としての基本的能力の発揮】と【人や課題への包括的なアプローチ】に含まれていた。

參考資料

資料1 オンライン 調査票

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味 (Meaning of work) にはどのような要因が関連するか？

【調査の背景と目的】

仕事の意味 (meaning of work) を高めることは、ワークエンゲージメントや仕事を含む人生の満足度を高めると言われています。

本研究は、プライマリ・ケア医がもつ仕事の意味に、どのような要因が関連するかを検討することを目的としています。これが明らかになることによって、医師が継続的に生き生きと働き続けることができるための一助となる知見を提供できる可能性を考えています。

【アンケートの記入について】

本調査は、現在プライマリ・ケアに関わっている医師 (初期研修医を除く) を対象としております。

本アンケートは、およそ10分で回答が終了します。ご不明な点がございましたら、下記へお問合せください。

【皆様のプライバシー保護について】

研究への参加は、皆さまの自由意思によって決められます。たとえ研究に参加しなくても不利益を被ることは一切ありません。

なお、今回の調査では個人を特定する情報は収集いたしませんので、回答内容について個人が特定される形で公開されることは一切ありません。

※本研究は筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得て実施しております (承認後に追加)

※本研究は、日本プライマリ・ケア連合学会の「個人情報に関する基本方針 (プライバシーポリシー)」 <http://primary-care.or.jp/privacypolicy.html> に則って実施しております。

〈ご質問窓口〉

【実施担当者】 筑波大学医学医療系 山本由布

【お問い合わせ先】 〒305-8575

茨城県つくば市天王台1-1-1地域医療システム研究棟2Fオフィス3

E-mail : yuyama@md.tsukuba.ac.jp

*上記、本研究の説明を読んでいただき、説明事項にご理解いただき調査に協力をいただける場合は、次ページの「同意の上参加する」ボタンをクリックし、調査票の回答にご協力をお願いいたします。

なお、本研究は無記名調査票のため、調査票提出後に同意を撤回することはできません。

同意の上参加する

参加しない

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味 (Meaning of work) にはどのような要因が関連するか？

1) 仕事には、人それぞれに色々な意味があります。以下の項目は、あなたの人生の中で仕事がかどのような役割を果たしているのかを聞くものです。各項目が、あなた自身とあなたの仕事にどのくらい当てはまっているかをありのままにお答えください。

* 1)-1 私は、有意義なキャリアを見つけてきた。

- まったく ほとんど どちらとも だいたい 非常によく
あてはまらない あてはまらない いえない あてはまる あてはまる

* 1)-2 自分の仕事は、自分自身の成長に貢献している

- まったく ほとんど どちらとも だいたい 非常によく
あてはまらない あてはまらない いえない あてはまる あてはまる

* 1)-3 私の仕事は、実際には、世界に変化を何も生み出していない

- まったく ほとんど どちらとも だいたい 非常によく
あてはまらない あてはまらない いえない あてはまる あてはまる

* 1)-4 私は、自分の人生の意味に仕事はどうつながるのかを理解している

- まったく ほとんど どちらとも だいたい 非常によく
あてはまらない あてはまらない いえない あてはまる あてはまる

* 1)-5 私は、自分の仕事を有意義なものにするのは何なのかを十分に感じている

- まったく ほとんど どちらとも だいたい 非常によく
あてはまらない あてはまらない いえない あてはまる あてはまる

* 1)-6 私は、自分の仕事は、世界にポジティブな変化を惹き起こすことを知っている

- まったく ほとんど どちらとも だいたい 非常によく
あてはまらない あてはまらない いえない あてはまる あてはまる

* 1)-7 自分の仕事を通じて、自分自身をよりよく理解することができる

- まったく ほとんど どちらとも だいたい 非常によく
あてはまらない あてはまらない いえない あてはまる あてはまる

* 1)-8 私は、満足できる目的のある仕事を見つけてきた

- まったく ほとんど どちらとも だいたい 非常によく
あてはまらない あてはまらない いえない あてはまる あてはまる

* 1)-9 自分の仕事を通じて、自分の周囲の世界の意味を理解することができる

- まったく ほとんど どちらとも だいたい 非常によく
あてはまらない あてはまらない いえない あてはまる あてはまる

* 1)-10 私がしている仕事は、より大きな目的のために役に立っている

- まったく ほとんど どちらとも だいたい 非常によく
あてはまらない あてはまらない いえない あてはまる あてはまる

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味 (Meaning of work) には
どのような要因が関連するか？

2) これから、あなたが普段関わっている仕事の内容についてお聞きします。仕事ごとに例を提示しておりますが、どの仕事のカテゴリに入れるか迷った場合は、ご自身で判断していただいて構いません。基本的には金銭的な報酬があるものを仕事と定義しますが、報酬が発生しない場合でも、あなたが仕事であると思うものに関しては、仕事と判断してください。

*2)-1 あなたは、最近1年間に外来診療への関わりはありましたか？

あり なし

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味 (Meaning of work) には
どのような要因が関連するか？

* あなたが普段、外来診療に関わる時間はどれくらいですか？

週当たり又は月当たりの答えやすい単位を、いずれか一方選んでお答えください。

例：毎週月曜日に3時間、金曜日に3時間30分外来診療を行う場合、週当たりの合計時間は6.5時間であるため、週当たりの時間数に「6.5」と記入する。(単位の記載は不要)

週当たりの時間数

月当たりの時間数

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味 (Meaning of work) には
どのような要因が関連するか？

*2)-2 あなたは、最近1年間に訪問診療への関わりはありましたか？

あり なし

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味 (Meaning of work) には
どのような要因が関連するか？

* あなたが普段、訪問診療に関わる時間はどれくらいですか？
週当たり又は月当たりの答えやすい単位を、いずれか一方選んでお答えください。

例：週3回、移動も含めて4時間ずつ訪問診療を行う場合、週当たりの合計時間は12時間であるため、週当たりの時間数に「12」と記入する。（単位の記載は不要）

週当たりの時間数

月当たりの時間数

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味（Meaning of work）には
どのような要因が関連するか？

* 2)-3 あなたは、最近1年間に病棟診療への関わりはありましたか？

あり なし

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味（Meaning of work）には
どのような要因が関連するか？

* あなたが普段、病棟診療に関わる時間はどれくらいですか。
週当たり又は月当たりの答えやすい単位を、いずれか一方選んでお答えください。

※教育目的の病棟回診は、後にお聞きする「教育」の時間に含めてください。

例：週5回朝、夕に1時間ずつ業務回診を行い、その他にオーダーやカルテ記載、患者家族との面談などで1日2時間程度の病棟業務を行う場合、週当たりの合計時間は20時間であるため、週当たりの時間数に「20」と記入する。（単位の記載は不要）

週当たりの時間数

月当たりの時間数

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味（Meaning of work）には
どのような要因が関連するか？

* 2)-4 あなたは、最近1年間に救急診療への関わりはありましたか？

あり なし

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味 (Meaning of work) には
どのような要因が関連するか？

- * あなたが普段、救急診療に関わる時間はどれくらいですか。
週当たり又は月当たりの答えやすい単位を、いずれか一方選んでお答えください。
※当直業務は含めないでください。

例：月2回、待機時間も含めて4時間の救急当番を行う場合、月当たりの合計時間は8時間であるため、月当たりの時間数に「8」と記入する。(単位の記載は不要)

週当たりの時間数

月当たりの時間数

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味 (Meaning of work) には
どのような要因が関連するか？

- * 2)-5 あなたは、最近1年間に医学生や初期研修医・専攻医などの医師に対する教育への関わりはありましたか？
※教育とは、外来や病棟での直接指導、レクチャー、カルテレビュー、振り返り、大学での教育業務などを指します。
 あり なし

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味 (Meaning of work) には
どのような要因が関連するか？

- * あなたが普段、医学生や初期研修医・専攻医などの医師に対する教育に関わる時間はどれくらいですか？
週当たり又は月当たりの答えやすい単位を、いずれか一方選んでお答えください。

※教育目的の病棟回診は「教育」に、業務目的の回診は「病棟診療」の時間に含めて下さい。

例：週1回3時間の外来プリセプティング、週1回1時間の教育回診、週1回1時間30分の振り返りを行う場合、週当たりの合計時間は5.5時間であるため、週当たりの時間数に「5.5」と記入する。(単位の記載は不要)

週当たりの時間数

月当たりの時間数

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味 (Meaning of work) には
どのような要因が関連するか？

* 2)-6 あなたは、最近1年間に研究への関わりはありましたか？

※研究とは、研究計画、データ収集・分析、学会発表、論文作成などを指します。

あり なし

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味 (Meaning of work) には
どのような要因が関連するか？

* あなたが普段、研究に関わる時間はどれくらいですか？

週当たり又は月当たりの答えやすい単位を、いずれか一方選んでお答えください。

例：1週間で合計4時間の論文作成、2週間に1回2時間の研究ミーティングに参加する場合、週当たりの合計時間は5時間であるため、週当たりの時間数に「5」と記入する。(単位の記載は不要)

週当たりの時間数

月当たりの時間数

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味 (Meaning of work) には
どのような要因が関連するか？

* 2)-7 あなたは、最近1年間に地域活動への関わりはありましたか？

※地域活動とは、健康教室の企画・実施や地域の医師会活動、園医・学校医などを指します。

あり なし

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味 (Meaning of work) には
どのような要因が関連するか？

*あなたが普段、地域活動に関わる時間はどれくらいですか。

週当たり又は月当たりの答えやすい単位を、いずれか一方選んでお答えください。年に1~2回など頻度が低い場合は、月当たりの時間数に換算してお答えください。

例：3か月に1回、自治体主催の健康教室での講演にあたり、準備と本番を含めて1回に6時間かかる場合、月当たりの合計時間は2時間であるため、月当たりの時間数に「2」と記入する。（単位の記載は不要）

週当たりの時間数

月当たりの時間数

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味（Meaning of work）には
どのような要因が関連するか？

*2)-8 あなたは、最近1年間に会議・マネジメント業務への関わりはありましたか？

*会議・マネジメント業務とは、会議、経営管理、質改善など、施設内やチームの運営・マネジメントに必要な業務を指します。

あり なし

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味（Meaning of work）には
どのような要因が関連するか？

*あなたが普段、会議・マネジメント業務に関わる時間はどれくらいですか。

週当たり又は月当たりの答えやすい単位を、いずれか一方選んでお答えください。

例：週1回1時間30分の質改善プロジェクト会議と、月1回1時間の医局会議に出席する場合、月当たりの合計時間は7時間であるため、月当たりの時間数に「7」と記入する。（単位の記載は不要）

週当たりの時間数

月当たりの時間数

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味（Meaning of work）には
どのような要因が関連するか？

* 2)-9 あなたは、当直（病棟、救急等）を月何回程度おこなっていますか？
当直をおこなっていない場合、0と記載して下さい。

月当たりの
当直回数

* 2)-10 あなたは、オンコール（病棟、外来又は在宅）を月何回程度おこなっていますか？
オンコールをおこなっていない場合、0と記載して下さい。

月当たりの
オンコール回数

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味（Meaning of work）には
どのような要因が関連するか？

3) あなたの最近1年間での以下の業務に対する熱意をお聞きます。

- ・ 外来診療
- ・ 訪問診療
- ・ 病棟診療
- ・ 救急診療
- ・ 医学生、初期研修医・専攻医などの医師への教育
- ・ 研究
- ・ 地域活動
- ・ 会議・マネジメント業務

左端を「全く熱意がない:0」、右端を「とても熱意がある:100」とした場合、あなたが今感じている熱意はどの位置にありますか？

現在それぞれの業務に関わっていない場合は、これから関わる機会があれば、どの程度熱意をもって関わりたいという気持ちがありますか。該当する場所をクリックしてください。

* 外来診療

0 100



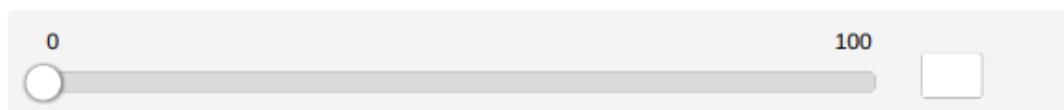
* 訪問診療

0 100



* 病棟診療

0 100



* 救急診療

0 100

* 医学生、初期研修医・専攻医などの医師への教育

0 100

* 研究

0 100

* 地域活動

0 100

* 会議・マネジメント業務

0 100

【アンケート調査】

プライマリ・ケア医の仕事の意味 (Meaning of work) には
どのような要因が関連するか？

あなたのことについて教えてください。

* 1) 医師としての経験年数を教えてください。(単位：年)

* 2) 性別を教えてください

男性 女性 その他 回答しない

* 3) 家族構成についてお聞きします。同居している人を教えてください。(複数選択可)

パートナー 子供 親
 その他

* 4) 研修や専門医の取得状況からあなたに当てはまるものを教えて下さい (複数選択可)

- 日本プライマリ・ケア連合学会家庭医療
専攻医 日本専門医機構総合
診療専攻医 日本プライマリ・ケア連合学会認定
家庭医療専門医 日本プライマリ・ケア連合学会認定
プライマリ・ケア認
定医

日本内科学会認定
総合内科専門医

その他 (具体的に)

* 5) 現在の勤務地がある市町村の規模に最もあてはまるものを教えてください。
数字が該当しない場合は、あなたがあてはまると思うものを選択してください。

- 大都市 (人口50万人以上) 中都市 (人口10~30万人くらい) 小都市 (人口5万人前後) 町村部 離島・へき地

* 6) 現在所属している職場の形態を教えてください。
複数ある場合は、最も勤務時間の長い施設を選択してください。

- 診療所 (単独診療) 診療所 (グループ診療) 小規模病院 (99床以下) 中規模病院 (100-499床) 大規模病院 (500床以上、大学病院を除く)

大学病院

その他

* 7) あなたの所属している施設は、医学生、初期研修医、総合診療専攻医などの医師を研修目的に1年に1
か月以上受け入れていますか。

- 受け入れている 受け入っていない

他にありますか？
途中でサマリーを入れる。

それらの経験が、どのように医師の仕事としての価値や意味につながるに至ったのでしょうか？

先生が、今お話しいただいたように～のような業務に意味を感じるようになったのは、いつ頃からでしょうか

学生や初期研修医の時は、プライマリ・ケアに対してどのようなイメージを持っていましたか？

プライマリ・ケア医としての仕事は、イメージしていたものと比較してどうですか。

プライマリ・ケア医が仕事を続けていく上での課題はどのようなものでしょうか

最後に何か言い忘れたことはありますか。