

特集 医療従事者のメンタルヘルス——総合病院におけるメンタルヘルスケア——

医師のための産業医の意義

保坂 隆

日本医師会内に「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」を設置し、勤務医約8万人から1万人を無作為に抽出し無記名での調査票記入・返送をお願いした。有効回答率40.6%であった。医師の53%は、自身の体調不良について他の医師に全く相談せず、46%は休日が月に4日以下で、2人に1人は、半年以内に1回以上のクレームを受けており、平均睡眠時間6時間未満が41%を占めた。精神医学的に意義深い点は、回答者の6%が死や自殺について1週間に数回以上考えていて、9%では興味の減退がみられ、6%ではエネルギーレベルが低下したという自覚があった。さらに、自己評価式うつ病テストの結果、8.7%の回答者が中程度以上の抑うつ状態であり、1.9%は重篤なうつ病であると推測された。次に、メールや電話での相談を受けたが、相談はほとんどなかった。そこで、次に、医師を守るためにはメンタルヘルス面を含む産業医の役割の強化が必要と考え、委員会が主催して、事例検討のグループワークを含んだ講習会を実施した。平成23年度中には全国12カ所の開催で約450名の医師が参加することになっている。また筆者は、某大学医学部某医局の産業医的な役割を実験的に始めてみたが、これらの経験から、今は「外付けにしたメンタル産業医」こそが、医師のストレスを早期発見・早期治療につなげるのには最も効果的ではないかと思っている。

〈索引用語：病院勤務医、うつ状態、病院の産業医〉

1. はじめに

医師の過労死や過労自殺、研修医のストレス、指導医のストレス、立ち去り型サボタージュ⁴⁾など、医師の疲弊や、それによる医療崩壊の話題は、日常会話で用いられるようになった。医療崩壊という時には、特に、病院勤務医がそのストレスから病院を去っていくことが直接的な現象である。評論家的に言えば、安易な刑事告発や医療訴訟が引き金になることが多いとも言えるし、モンスター患者やコンビニ受診など、現代社会のひずみが患者モラルを低下させているとも言える。いずれにしても、国民と医療者との間には、新たな緊張関係が生まれているのは確かである^{7,8,11,12)}。

さて筆者の経験では、同じ病院で働く同僚が、自分自身のメンタルヘルスで受診・相談に来る例はあまりなかった。同じ病院で働く同僚なので、

それはやむを得ないことだろうと思い、匿名のメールでの相談を試しに始めてみた。具体的には、日経メディカルオンライン上に、ストレスに関する記事を連載し、そこからメール相談につながるというものだった (<http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/series/hosaka/200802/505594.html>)。しかし、実際にはそこを通じて相談があったのは3ヶ月間で10件程度であったが、どれも重篤なケースであったことは気にかかった。個人的な感想ではあるが、やはり心の悩みは、医師にとって、どんなに顔が見えない匿名性の無料相談であっても、抵抗があるものだと考えたほうがよい。では、なぜ医師は心の悩みを他人に相談できないのか？ それは、まだ「心の悩みや不調＝弱い人間」という公式が、特に医師という職種の人には強いのだろうと思われる。医師は一般に向

上心が高く、高尚なまでに専門性を追い求め、弱い人の味方に立とうとする自己目標を持っている。その中で、心の悩みや不調は自分自身で許せないために、まず自分を責め、次に、自分で何とか克服しようと思う職種なのであろう⁵⁾。

このような経緯の中で、特に病院勤務医に対して、精神面を含めた健康回復へのサポートが重要な対応と考え、日本医師会内に、2008年6月、「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」を設置した²⁾ (委員会メンバーは巻末)。

そこで委員会の最初の課題として、現在の勤務医のストレス状況や健康状態を把握するための調査を実施した。この結果をもとにして、今後は勤務医の心身の健康を幅広くサポートする対策を検討し、具体的な施策を提示し、勤務医対策の一環としてその実現を図ることを目指すためである。本稿ではまず、この委員会での調査結果を示し、その後の委員会の活動と、筆者が個人で行っている医師の産業医的な役割についても論じ、特に病院勤務医のメンタルヘルスの部分に関して、今後、精神科医にできることを提言していく。

2. 方 法

日本医師会会員中、勤務医約8万人から無作為に抽出した男性勤務医8,000人、女性勤務医2,000人を対象とした。この割合は会員の割合と同様になるようにした。質問票を郵送し、無記名での記入・返送をお願いした。

質問票は①属性、②自分自身の健康管理と業務量、③メンタルに関する質問票 (Quick Inventory of Depressive Symptomatology : QIDS-SR-16) の日本語版^{1,6)}、④今後取り上げるべき勤務医の健康支援策、で構成された。健康支援策の各対策項目は30項目におよび、これまでの国内外の文献や勤務医の健康支援に役立ったとされる事例をもとに上記委員会で検討して作成した。

3. 結 果

医師10,000人に配布して、31人が差し出し人不明にて返送されたが、3,879人から回答があり、

うち176人が回答に不同意と返答 (計4,055人、有効回答率40.6%)があった。回答した者の年齢は40歳代と50歳代がそれぞれ約30%を占めた。男性からの回答は3,027人、女性からは837人で、郵送した割合と同様に男性が8割、女性が2割であった。医師としての勤務経験年数は、20~29年が34%と最も多かった。回答者の90%が常勤医師であった。勤務している医療機関は100~499床が57%、500床以上が26%であった。専門とする科は内科が38%、外科が11%であった。以上の結果より、本調査が対象とした勤務医からの回答としては現状についてはほぼ把握できると考えた。以下、分析した要旨を示す。なお紙面の関係で、上記④の「今後取り上げるべき勤務医の健康支援策」については本稿では省略した。

1) 勤務状況・一般項目について

- ・2人に1人が、休日が月に4日以下であった。
- ・平均睡眠時間は6時間未満が41%を占めた。
- ・自宅待機が月に8日以上が20%であった。
- ・2人に1人は半年以内に1回以上患者からの不当なクレームの経験があった。
- ・2人に1人は自身の体調不良を他人に相談しないと答えた。
- ・5人に1人が「不健康である、どちらかという健康ではない」と回答した。
- ・4人に1人がほぼ毎日飲酒していた。

2) メンタルに関する質問票 (QIDS) について 個々の項目

- ・10%の医師が寝付くのに30分以上かかったことが1週間の半分以上あると回答した。
- ・夜間1回以上目が覚め、20分以上眠れないことが週半分以上ある者が7%であった。
- ・12%の人がいつもより早く目が覚めると回答した。
- ・悲しいと思うことが半分以上の時間があるという回答者が5%いた。
- ・食欲低下は1%程度であった。
- ・食欲増進しているのは7%であった。

ているが、一般人と比べて、薬物が容易に手に入ることを考えると、少しは納得できる。

しかし、医師の過労自殺は予防できるし、予防しなければならない。これは、企業の働き盛りの若者に仕事集中し、過労の末に、うつ病に罹患し自殺するメカニズムと似ている。しかし、医師のほうが自由裁量権が広いので、自殺に「追い込まれていく」ことは避けることができそうな気がするが、自尊心や完璧主義的な性格が邪魔をしている可能性が高い。

いずれにしても、この調査結果を受けて、同プロジェクト委員会では、2年目の2009年度中に「医師が元気に働くための7カ条」と「勤務医の健康を守る病院7カ条」のパンフレットを作成し配布している（日本医師会 HP よりダウンロード可能）。

同時に、日本医師会として医師や家族からの相談を受け付けてみた。しかし、3ヶ月間でメール相談は10件、わずか1日間であったが電話相談は0件であった。やはり、医師は他人には相談しない職種であること³⁾を再確認したことになる。

次に、病院には産業医がいるものであるが、その産業医に特にメンタル面でも医師の支援をしていただけるよう、都道府県医師会との共催で、事例検討のグループワークを含むワークショップを開催している。2010～11年度中に、全国12カ所で、合計約450名が受講しつつある。このようなワークショップで、産業医たちのメンタル面でのスキルアップは期待できるが、果たして院内の産業医に、自らの抑うつ状態について相談できるかと言えば、やはり、それは望み薄だと思っている。なぜなら、今回の調査の中の自由記載欄には、病院の産業医（多くは副院長や診療部長などが兼任している）に相談しない理由は「同僚から後れをとっていると思われるから」、「医師として不適だと思われるから」、「勤務評定につながるから」などと答えているからである。

そこで、その後、委員会活動ではなく個人的に、某大学某医局の産業医的な役割を始めて、その意義についての実証研究を始めている。現時点で約

10ヶ月間になるが、その間で医局員の3.5%からのメール相談があった（実数は医局の同定につながるのではここでは述べない）。医局員たちからの相談は、必ずしも医局長や教授に知られたくない内容ではないが、守秘は約束している。このうち約半数の相談は、複雑な内容なので直接会うことになった。人事に関する不満、職場でのパワハラなど相談は多岐にわたり、復職に関するセカンドオピニオン的な役割も果たしている。医師に特化した相談内容はほとんどないと言ってよく、むしろ、外資企業でのメンタル産業医の経験を思い出した。これらの経験から、今は「外付けにしたメンタル産業医」こそが、医師のストレスを早期発見・早期治療につなげるのには最も効果的ではないかと思っている。

5. 結 語

医師のストレスは、喫緊の国民的な課題である「医療崩壊」の原因の1つであることは間違いない。その意味では、医師を増やしたり、診療報酬上の優遇をしたり、労働条件を緩和したりする方法に加えて、医師の精神的重圧感を軽減し、身体的問題やメンタルヘルス的な問題を早期発見し、自尊心も傷つかない方法で、専門家の治療やアドバイスを受けられるようなシステムの構築が必要であると思っている。メールや電話での匿名の相談は期待できず、病院産業医にメンタル支援のスキルを身につけていただくことも大切だが、実際に相談するかという点については期待薄である。

その意味では、今は「外付けにしたメンタル産業医」こそが、医師のストレスを早期発見・早期治療につなげるのには最も効果的ではないかと思っている。しかし、この点については今後の研究で実証していきたい。

謝 辞

日本語版 QIDS についてご助言いただき、提供していただきました藤澤大介氏（現・国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部）にこの場を借りて感謝いたします。

勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会

委員長：保坂 隆（現聖路加国際病院精神腫瘍科医長，当時東海大学医学部教授）

委員：赤穂 理絵（都立駒込病院神経科医長）

木戸 道子（日本赤十字社医療センター第二産婦人科副部長）

後藤 隆久（横浜市立大学大学院医学研究科教授）

中嶋 義文（三井記念病院神経科部長）

平井 愛山（千葉県立東金病院院長）

松島 英介（東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科准教授）

吉川 徹（労働科学研究所副所長）

和田 耕治（北里大学医学部衛生学・公衆衛生学講師）

（委員：五十音順）

文 献

1) 藤澤大介，中川敦夫，田島美幸ほか：日本語版自己記入式簡易抑うつ尺度（日本語版 QIDS-SR）の開発。ストレス科学，25（1）；43-52，2010

2) 保坂 隆：医師のストレス。医学のあゆみ，227（2）；87-88，2008

3) 保坂 隆編著：医師のストレス。中外医学社，東京，2009

4) 小松秀樹：医療崩壊—「立ち去り型サボタージュ」とは何か。朝日新聞社，東京，2006

5) Myers, M.F., Gabbard, G.O.: The Physician as Patient—A Clinical Handbook for Mental Health Professionals. American Psychiatric Publishing, 2008（松島英介，保坂 隆監訳：医師が患者になるとき。メディカル・サイエンス・インターナショナル，東京，2009）

6) Rush, A.J., Trivedi, M.H., Ibrahim, H.M., et al.: The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. Biol Psychiatry, 54; 573-83, 2003

7) Wada, K., Arimatsu, M., Yoshikawa, T., et al.: Factors on working conditions and prolonged fatigue among physicians in Japan. Int J Archive Occup Environ Health, 82: 59-66, 2008

8) Wada, K., Arimatsu, M., Higashi, T., et al.: Physician job satisfaction and working conditions in Japan. J Occup Health, 51; 262-166, 2009

9) Wada, K., Yoshikawa, T., Goto, T., et al.: National survey of the association of depressive symptoms with the number of off duty and oncall, and sleep hours among physicians working in Japanese hospitals: a cross sectional study. BMC Public Health, 10; 127, 2010

10) Wada, K., Yoshikawa, T., Goto, T., et al.: Association of depression and suicidal ideation with unreasonable patient demands and complaints Among Japanese physicians: A National Cross-sectional Survey. Int J Behav Med, 18; 384-390, 2011

11) 吉川 徹：医療従事者の労働安全衛生—適切なケアの提供と職業上のリスクへの対応方法—。安全衛生コンサルタント，27；7-17，2007

12) 吉川 徹，保坂 隆：日本医師会による勤務医の健康支援プロジェクトがスタート。労働の科学，64；346-347，2009

The Relevance of Occupational Physician for Physicians

Takashi HOSAKA

Department of Psycho-oncology, St. Luke's International Hospital

The Japan Medical Association launched a project team to examine health conditions of physicians working at hospitals in 2008.

First, cross-sectional study was conducted among total number of 10,000 physicians, who were randomly selected from the Japan Medical Association (JMA). They were asked to fill in a basic questionnaire that was used to collect demographic data and to complete the Japanese version of Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-SR-16). As a result, an adjusted response rate was 40.5%. Fifty-three % of the respondents did not consult with the colleagues about their unhealthy conditions, 46% had less than 4 holidays in a month, and 41% slept for less than 6 hours. More importantly, from a psychiatric point of view, 6% thought of committing suicide several times a week, 9% showed lack of interest, and 6% felt lack of energy. The QIDS-SR-16 also indicated 8.7% were in a moderately depressed state and 1.9% suffered from severe depression.

Secondly, the project team provided a consultation service through E-mail and telephone to listen and advice to JMA members who had the needs. However, there were only few consultations that took place. Thirdly, the project team held several workshops in 12 different locations targeting occupational physicians working in hospitals. The workshops included case conferences and lectures on mental health. From 2010 to 2011, there were total of 450 participants.

Finally, in addition to these attempts, the author has been working as an occupational physician for a major department of a University hospital. The author thinks from these experiences that the location of an external occupational physician would be most effective for prevention and early detection of mental problems among physicians working in hospitals.

<Author's abstract>

<Key words : hospital physicians, depression, occupational physicians for physicians>
