

# 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会

## 中間報告

平成21年3月

日本医師会 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会

平成21年3月

日本医師会

会長 唐澤 祥人 殿

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

勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会中間報告

本委員会は、平成20年8月27日に、唐澤会長より、「勤務医の健康支援のための具体的方策」について諮問を受けました。勤務医の健康支援に向けたわが国での施策の展開の可能性について、平成21年3月までに3回の委員会を開催し、鋭意検討を重ね、審議結果をまとめましたのでここに報告いたします。

## 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（東海大学医学部附属東京病院教授）

委員：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・公衆衛生学助教）

（委員：五十音順）

## 目次

I. 要約	・・・・・・・・・・	1
II. はじめに	・・・・・・・・・・	2
III. 委員会の意義と経過	・・・・・・・・・・	3
IV. 答申1. 既存データによる勤務医と一般職種との健康状態 の比較可能性の検討	・・・・・・・・・・	5
V. 答申2. 諸外国の具体的な取り組みとわが国における応用 可能性の検証	・・・・・・・・・・	12
VI. 答申3. わが国独自の対策の検討と実効性の高い具体策 の提示	・・・・・・・・・・	17
VII. おわりに	・・・・・・・・・・	22
VIII. 参考文献	・・・・・・・・・・	23

## I. 要約

近年、「医療崩壊」という言葉が社会問題化している。医療崩壊の直接的な原因は、疲弊した医師が病院を去ることにある。医師の健康を支えることが、医療再生への必要不可欠な課題になってきている。この課題に対して、諸外国においては、すでに、医師会の主導や政府の支援により勤務医の健康を守るためのさまざまな施策が行われている。そのため、わが国においても、医師自身が自らの健康を守る努力をするだけでなく、医療の受け手である一般国民も医師の健康を支える努力をし、さらに、勤務医を取り巻く医療機関、日本医師会、厚生労働省や関連団体の組織としての取り組みも必要になる。

日本医師会に2008年6月24日に設置された「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」は、勤務医の健康を守るという使命のために有効な対策を短期的に実行し、また長期的な施策のあり方について検討することを目標としている。

本中間報告は、委員会として、わが国の勤務医の健康を支援するために必要な事項を検討するために日本医師会会長から示された諮問に対する答申である。

特に日本医師会が短期的に展開すべき施策は、日本医師会が主導する「医師の健康に関する包括的プログラム」を運営する組織を設置し、そのなかで以下のような施策を短期的に実施することである。

- (1) 医療機関での勤務医の健康を守る組織的対応を促進する
- (2) 医師が自分自身の健康を維持するよう啓発を行う
- (3) 医師の健康支援を考える学術会議やシンポジウムを開催する
- (4) 医師のための電話などによる相談窓口を開設する
- (5) 厚生労働省・関連団体・国民に対して勤務医の健康支援への協力要請をする

勤務医の健康支援は喫緊の課題である。本報告書を中間報告書とした理由は、引き続き平成21年度においては具体的な取り組みとその検証を行っていく必要があるからである。こうした活動は、勤務医の健康を守るだけでなく、医療再生を促進し、国民に対して良質の医療の提供を継続するためであることを忘れず、委員会活動を続けていきたい。

## Ⅱ. はじめに

近年、「医療崩壊」という言葉が社会問題化している。医療崩壊の直接的な原因は、疲弊した医師が病院を去ることにある。医師の健康を支えることが、医療再生への必要不可欠な課題になってきている。医師は社会において“貴重な人的資源”である。こうしたことは、近年の医療崩壊に関連する事例の中で考え直されるようになった。しかし、政府などで検討されていることの多くは制度上の議論であり、中長期的には効果があるかもしれないが、現場の医師、特に勤務医の健康を短期的に守るための具体的な施策は十分には議論されていないことが危惧された。

米国、カナダ、英国では、医師会の主導と政府の支援のもと“貴重な人的資源”である医師の健康をどのように守るかという点についてさまざまな取り組みが行われている。たとえば、医師が匿名で電話できる相談窓口や、医師自身の健康増進のための啓発などがある。

医師が自身の健康を損なった状態で診療を行った場合、間接的にまたは直接的に患者の治療などにも影響する可能性がある。また医師を養成するために多くの公的な資金が投入されているため、医師が自身の健康を損なったために早期に退職したり、休養が必要な状態であるにもかかわらず、休養せずさらに健康を損なったために休業が長期化したら、それは社会的な損失である。

わが国にはこのような点に関して特化した活動はこれまでになかったために、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」を立ち上げ、短期間ではあるが充実した議論や活動を行ってきた。本報告書は、同プロジェクト委員会として、わが国の勤務医の健康を支援するために必要な事項を検討するために日本医師会会長から示された諮問に対し、下記のように分類し検討した結果を答申するものである。

### 検討内容

- (1) 既存データによる勤務医と一般職種との健康状態の比較可能性の検討
- (2) 諸外国の具体的な取り組みとわが国における応用可能性の検証
- (3) わが国独自の対策の検討と実効性の高い具体策の提示

### Ⅲ. 委員会の意義と経過

#### 1. 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会の意義

勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会は、2008年6月24日に日本医師会の常任理事会で承認され設置された。

近年、勤務医がおかれている労働環境はますます過酷なものとなり、医療機関からの医師の退職や、医師のメンタルヘルス不全、なかには過労死とも考えられるような医師の急死や自殺まで報告されている。医療崩壊という言葉が社会問題となっているが、医師の健康面への影響は、医師自身だけでなく、患者や地域にとっても影響が及ぶ可能性がある。それゆえ、医師の健康は、医師自身が守ることは当然であるが、医療機関、そして社会としても守らなければならない。

医師の健康を守るための取り組みとしては、様々な視点から行われるべきである。労働環境の改善や診療に専念できるような現場での支援といった医療機関での組織的な取り組み、日本医師会や厚生労働省などからの公的な支援、国民の医療に対する認識のギャップを埋めることで医療に対する不当な要求をなくす、そして医師自身が自分自身の健康を守るといったことが挙げられる。こうした取り組みは、短期的に実行可能なことが多数あり、医療崩壊から医療再生へと進むための有効な処方箋の一つになると考えられる。

本委員会は、勤務医の健康を守るという使命のために有効な対策を短期的に実行し、また長期的な施策のあり方について検討するために設置された。

#### 2. 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会の経過

本年度計3回にわたる委員会では表1に示すような検討を行った。

第1回委員会では、会長から諮問の提示を受け、各委員から勤務医の健康支援の現状に対する意見交換と、今後の委員会の方向性を検討した。その結果、課題は多くあるが情報が断片的であるため、本委員会を主体として勤務医に対して質問票調査を実施する方向性が示された。また、委員間のメーリングリストを立ち上げ、随時諮問内容の検討を開始することとなった。

第2回委員会では、江原朗先生（北海道大学）から「小児科医の過重労働とその対策の現状」、山口県医師会による「SF36を用いた勤務医QOL調査について」の話題提供を受け、勤務医の健康支援の現状に関する委員の共通理解を深めた。

また、勤務医の健康状態に関する調査計画の内容を検討することで、一般職種との健康状態の比較可能性の検討を行った。その結果、勤務医の労働条件の詳細調査は各医師会の勤務医部会を中心に調査が進められていること、また肥満や高血圧等に関する一般健康診断項目に関する一般職との比較の意義やその結果の活用法についても討議が行われた。最終的に、1) 勤務医の健康支援と

して優先度の高いメンタルストレス対策，特に抑うつ状態の評価と，2) 勤務医の健康支援に必要な対策を，労働条件改善を含めた勤務医が望む健康支援アクションを具体的に個々調査することで，一般職種と異なる医師の健康支援策の検討ができると検討された。

第3回委員会では，これまでの討議結果に基づき，中間報告と次年度以降のプロジェクト委員会の活動計画を検討し，中間報告の答申案をまとめた。

表1 平成20年度における検討内容概要

(※委員会で各委員，事務局から提示された資料等は議事要旨に記載した)

---

第1回：平成20年8月27日

- ・ 会長からの諮問内容の提示
- ・ 勤務医の健康支援の現状と各委員からの意見
- ・ 医師の健康支援に関する既存調査結果資料の提示と解説(1)
- ・ 諮問内容について(委員会の検討課題とゴール)

---

第2回：平成20年11月13日

- ・ 勤務医の健康支援に関する話題提供
  - 小児科医の過重労働とその対策の現状
  - SF36を用いた勤務医QOL調査について(山口県医師会)
- ・ 医師の健康支援に関する既存調査結果資料の提示と解説(2)
- ・ 諮問内容について(質問票調査実施に関する検討など)

---

第3回：平成21年3月9日

- ・ 中間報告の骨子に関する検討
  - ・ 現在実施中の調査に関する検討
  - ・ 次年度以降の予定
-



## IV. 答申1. 既存データによる勤務医と一般職種との健康状態の比較可能性の検討

### 1. 健康とは

健康とは単に病気や障害がない状態ではなく、「身体」も「心」もバランスよく、毎日が元気に過ごせることである<sup>1)</sup>。1998年に改正されたWHO憲章における健康の定義においては“Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”と述べられている<sup>2)</sup>。すなわち、健康とは「完全な肉体的(physical)、精神的(mental)、Spiritual及び社会的(social)福祉のDynamicな状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」。勤務医の健康状態を考える際、勤務医の充実した気力、体力が保たれ、そして日々の体調がよい状態にあつてこそ、医師の持つ高度な専門性が発揮される。医師の健康は国民の健康を支える基本となる。

### 2. 勤務医の心身の健康の確保の重要性

ところが、近年、勤務医の心身の健康が十分に確保されない状況が発生している<sup>3-5)</sup>。例えば、勤務医の過度な労働負担が誘因となって、高血圧や動脈硬化などの基礎疾患が悪化し、脳血管疾患や虚血性心疾患、急性心不全などを発症し、勤務の継続に困難を来した事例や永久的労働不能または死に至った事例(過労死)が報告されるようになった。また過度な労働負担や診療等に伴った過度な心理的負担が誘因となってうつ病などの精神疾患を発症し、勤務継続に困難を来した事例や、中には自殺に至った事例(過労自殺)も報告されている。

医師の過労死やうつ病などがマスコミの俎上にのぼるようになって、健康障害に苦しむ医師や家族の声が多くの医師や国民に届くようになった。医師の過重労働と医師の過労やストレスが、予想をはるかに超えて深刻な状況であることが徐々に明らかになってきている。

国民は医師が健康で元気で働いてほしいと望んでいる。勤務医が健康で元気に働くために、内外にわたって関係者が健康面と労働生活の側面から検討することが必要である。

### 3. 一般職種と医師の心身の健康支援策

ここ数年、日本の一般職場では過重労働対策や労働者の心の健康づくり対策が積極的に行われ、各職場で成果をあげている。過重労働は勤務医だけでなく日本の労働者全体に関わる課題である<sup>6)</sup>。労働生活に伴った心の健康問題(メン

タルヘルス) についても同様である。

心身に負担の大きい労働条件・労働環境や長時間労働の常態化による健康や安全への弊害が明らかとなり、過重労働対策やメンタルヘルス対策に関して労働者の心身の健康を保つための事業主(雇用主)の責務(安全配慮義務)が明確に示されてきた。また、国の政策として労働安全衛生の最重要課題として取り上げられている。しかし、勤務医を取り巻く労働環境を考える際、その施策が一般職と同様の対策が実施されているとはいえない<sup>7)</sup>。勤務医の心身の健康を支えるに足る人員確保や労働条件・労働環境改善、またそれらを包括した勤務医の健康支援策について検討の余地が多分にある。

医師の健康状態を考える際、医師の働き方に注目して、労働時間や勤務形態、作業方法や職場組織、職場の物理化学的環境、休息・休憩設備の充実、医師のメンタルヘルスケア体制、健康相談の窓口の設置など、労働生活全般にわたって検討することが重要であると結論づけられる。

## 1) 健康状態の比較結果の例

### (1) 医師と一般職種の健康状態の比較

医師と一般職種の健康状態の比較可能性のある項目について表2にまとめた。

表2 他職種との比較を念頭においた健康状態評価項目例

- 
- 1) 欠勤率・アブセンティーズム(absenteesm)
  - 2) 疾病罹患率：うつ病，高血圧，肥満，腰痛症など
  - 3) 健康診断有所見率：血中脂質，肝機能，血圧，貧血，尿検査等
  - 4) 健康診断受診率
  - 5) プレゼンティーズム(presenteesm)・業務能率の低下など
  - 6) 事故・災害発生件数/発生率
  - 7) 現在の健康状態に関する主観的評価など
  - 8) そのほか比較可能な項目
- 

表2の1)，2)，4)，5)は国内で得られるデータは今回の調査期間においては、十分な情報を入手することが困難であった。

表2の3)の例を図1に示した。医師を対象とした健康状態の評価の調査は十分に行われておらず、試行的比較として、日経メディカルオンラインの会員医師を対象とした調査<sup>8)</sup>(n=841, 男性716, 女性120, 不明5, 勤務医622名含む, 2007年10月実施)と、東京都産業保健健康診断機関連絡協議会に加入する健康診断実施機関実施による定期健康診断結果<sup>9)</sup>(n=2,167,193, 2006年4月~2007年3月)の調査による結果を比較した(図1)。年齢、性別調整なし。

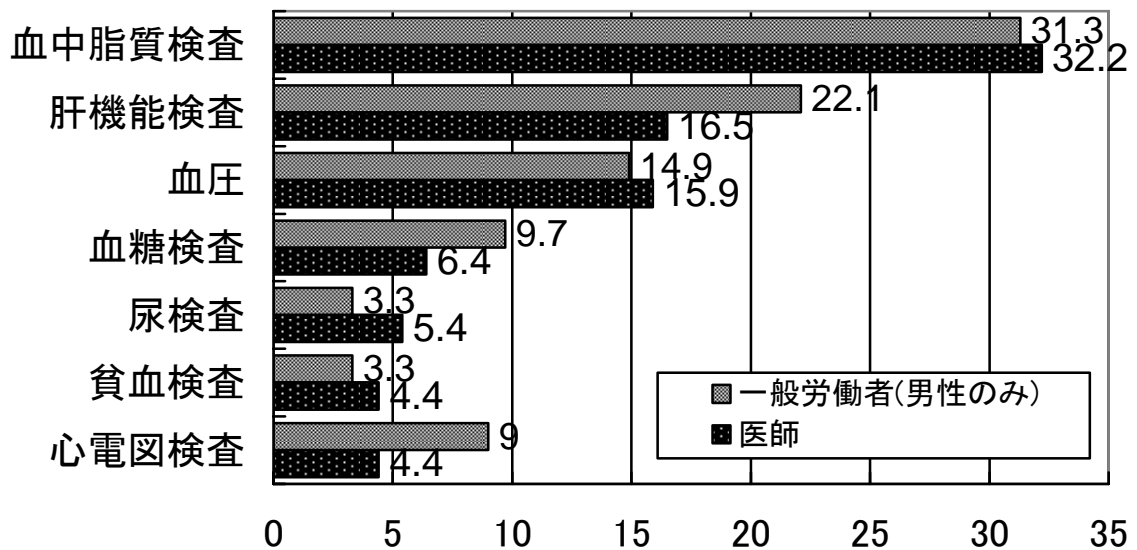


図1 医師と一般職種における健康診断有所見率(%)

図1は既存データから引用したものである。限られた結果から考察すると、肝機能検査、血糖検査、心電図検査では医師のほうが検査結果がよい傾向にある。医師の群(n=814)には女性が約14%含まれるため、図1に示したデータから医師は一般職種に比し、貧血検査以外は有所見率が高くなる可能性がある。しかし、これまでにこの調査以上の本格的な調査はされていない。

表2の4)の健康診断受診率について、既存の一般職のデータとして厚生労働省による労働者健康状況調査では<sup>10)</sup>、常用労働者の健康診断実施率は81.2%であり、埼玉県医師会による勤務医現況調査では86%であり<sup>11)</sup>、医師のほうがやや受診率が高い。しかし、前述の厚生労働省の調査では、30人未満の事業場は受診率76.8%で、1,000人以上では88.6%となっており、施設の規模によって受診率が異なることに留意する必要がある。また、医師が受診している健康診断は労働安全衛生法による定期健康診断に人間ドックや不定期な健康診断が含まれており、単純に一般労働者と比較して健康状態の評価を健康診断によって十分実施しているかどうかの判断も難しい。

したがって、既存のデータを用いた解析では勤務医と一般職種の単純な比較を行うには困難がある。

健康診断結果を用いた医師と一般職種との評価は、年齢、性別、地域、治療の有無など対象者の選定や、採用している検査項目、またその精度管理等の点から既存のデータ比較から説明できる点は限られるといえる。各施設において算出される母集団がはっきりとしたデータなど参考にすることが必要である。また、健診受診後の指導などのフォローアップのデータなどについても、勤務医を抱える病院などの施設において検討することが可能と考えられるが、健康という側面を捉える際に、健康診断の結果のみで判断を行うことは限界がある。

表2の7)で示した健康に関する主観的評価などは、同質問項目を用いるこ

とで、他職種との健康状態の比較として採用することが可能と考えられる。

## (2) 医師と一般職の労働負担と過重労働・メンタルヘルスに関連した比較

医師は健康の専門家であり、その労働は高度の専門性に支えられる、業務遂行の自律性が高いなどの特徴があるゆえに、医師の労働態様について他職種と単純に比較することや、客観的な尺度を用いた評価を行うことは困難と考えられた。したがって、先の健康の定義に従った「身体」も「心」もバランスよく、元気に過ごすことができる健康的な医師の働き方については、健康を幅広く捕らえた視点からの健康について比較可能な項目について検討する必要がある。このような観点から、医師の労働負担と過重労働・メンタルヘルスに関連して一般職と比較可能性のある項目例を表3にまとめた。

表3 医師と一般職種の労働負担、過重労働・メンタルヘルスの比較項目例

- 
- 1) 仕事の負担感
    - 医師-患者関係における負担感、ストレス状況
    - 感情労働に関する負担感
  - 2) QOL に関する比較項目
  - 3) 仕事の満足度
  - 4) 慢性疲労に関する各種調査票項目
  - 5) メンタルヘルスに関連した調査票項目
    - 職業性ストレス調査票(NIOSH)
    - 努力不均衡モデル(ERI) など
  - 6) 労働条件に関連した比較項目
  - 7) そのほか
- 

これらの比較項目においても他職種と同一の尺度をもって比較をした結果は、医師の労働の特殊性を考えると単純にその結果から負担度やストレス度の大きさを測ることは困難と考えられる。

むしろ、医師の業務に特徴的な労働の結果として取り上げることのできる尺度を取り上げることで、医師間における労働負担やストレスの程度を比較することが有用と考えられる。例えば、医師が疲弊している状況として、医師のプレゼンティーズム、勤務医が病院を退職する際の退職理由、退職前の医師に特徴的なサイン、医師の疲労が蓄積した際のヒヤリハットや針刺し発生数、医療事故に関するケースの事例とその対応の状況などについて、医師の労働の特徴にあわせた項目を検討することが、医師の負担とストレスを推し量る尺度になりうる可能性がある。

## (3) 医師と一般職種の労働条件、健康支援策に関する比較

上記(2)に関連して、勤務条件、労働安全衛生に関するサポート体制、メンタルヘルスに関連した職場のサポート体制などは医師の健康支援の度合いを

図る尺度として検討できる。表4に検討できる項目例を列挙した。

表4 医師と一般職種の労働条件、健康支援策に関する比較可能項目

- 
- 1) 所定労働時間、月平均時間外労働など労働時間に関連したもの
  - 2) 週休制、年間休日日数、年次有給休暇の取得状況など休日・休暇の状況
  - 3) 当直・宿直、夜勤交代勤務制に関するもの
  - 4) 変形労働時間制やみなし労働時間制の運用状況
  - 5) 労働安全衛生関連の法順守状況
  - 6) 育児と仕事の両立に関する支援体制
  - 7) そのほか比較可能項目
- 

勤務条件として、労働基準法の適用条件が他職種に比して十分でないことがこれまで指摘されてきており<sup>3-5)</sup>、健康を保つことができる労働条件の不備などは、間接的に健康状態を押し量る比較可能項目となりうると考えられる。

例えば、平成19年に三重県医師会が実施した調査では<sup>12)</sup>、週平均の実労働時間は59時間以上(月時間外80時間以上に相当)が44%、64時間以上(月時間外100時間以上に相当も30%以上にのぼる。他の医師会の調査でも同じような結果が報告されている。酒井らが1998年にレビューした交代勤務者の残業時間(時間外労働)に関する調査では<sup>13)</sup>、製造業全体における月残業時間の平均は15.6時間/月(1990年は18.0時間/月)で、最も長い業種はゴム製造業が25.7時間/月、食品20.0時間/月、輸送機器19.9時間/月などとなっており、一般職種と比較しても明らかに残業が多い。

同様に、休日や有給休暇のとりにくさや、他職種では夜勤勤務となる勤務形態が勤務医では宿直扱いとされている。例をあげるまでもなく、一般職種と勤務医では長時間労働という点一つをとってみても、その労働条件には大きな差があるものと考えられる。これらの項目の比較によっても勤務医の健康状態を押し量ることは可能であろう。しかし、その比較結果が、勤務医の労働時間短縮などの健康支援に直接的に役立つ情報となるかはわからない。勤務医の健康支援のための新しい制度設計に役立つ情報として、比較検討結果をまとめるためには、勤務医の労働の特徴や労働条件に注目して、勤務医特有の健康状態に対して検討することが必要と考えられる。

## 2) 答申1のまとめと今後の課題

### (1) 医師会独自の調査の必要性

上記の比較可能性の検討項目から、勤務医に特徴的な心身の負担要因を一般職種のそれと比較することで、勤務医に特徴的な心身の負担軽減方を多面に検討することが可能と考えられる。そこでは、勤務医の健康支援策について網羅的に比較調査を実施することは難しく、医師会としてサポートできる内容に

限って検討することが有用である。

3 回にわたる本年の委員会での検討と、委員のメーリングリストなどを通じた検討結果から、当面、1) 勤務医の心身の健康の維持に重要なメンタルヘルスに関連した勤務医の健康状態の評価と、2) 勤務医が現在必要としている労働生活全体にわたる改善希望項目に焦点をあて、1) の結果を踏まえた対策の優先度を検討してゆくことが必要であることが示された。

## (2) 調査項目の案について

委員会を通じた検討、および討議等で提供された資料<sup>14, 15)</sup>、労働負担軽減やストレス対策として取り上げることのできる対策知見<sup>16)</sup>などから、現時点で勤務医の健康支援策として必要な項目を整理した。表5には暫定的な勤務支援項目を示した。現在、これらの項目について、日本医師会会員の勤務医に属する医師に対し質問票調査を企画し、その対策が必要か否か、また各項目の優先度が高いか否かについて調査を開始したところである。今後、分析を継続し勤務医特有の健康支援策を検討する予定である。

表5 医師の健康支援のための必要な対策30項目

1. 医師自身が健康的な生活習慣(食事/運動/睡眠/喫煙等)について見直す機会を提供する
2. 医師特有の疲労やストレスに対処する情報や学ぶ機会を提供する
3. 医師のメンタルヘルスを支援する体制を整える
4. 個人的な健康問題について相談でき、プライバシーが守られた窓口を設ける
5. 医師個人が自分の健康状態に合わせて健診内容や項目を選択できるようにする
6. 医師の家族やパートナーにも「医師の健康」を守るための情報を提供する
7. 医師が必要な休日(少なくとも週1日)と年次有給休暇が取れるようにする
8. 医師が必要な休憩時間・仮眠時間を取れる体制を整える
9. 医療機関として医師の就業時間を把握して、時間外労働の多い医師に対して産業医や管理者による面接の機会を提供する
10. 地域の医療施設で連携して小児科・産婦人科等は集約化や医師の計画配置を行い、地域内での医師の労働力の調整をし、特定の医師の長時間勤務や過剰な労働負担を減らす
11. 大学や基幹病院の医局、医師会等の協力を得て、病院の医師確保支援を進める

- 12. 開業医が地域において交代で休日夜間診療を担当し、勤務医の負担を軽減する体制を強化する
- 13. 院内に明るくきれいで快適な休憩室や当直室を確保する
- 14. バランスのとれたおいしい食事や軽食が院内で摂れるようにする
- 15. 医師も気軽に利用できるフィットネスルーム、トレーニングルームなどを確保する
- 16. 院内で発生する患者・利用者による暴言・暴力の防止対策を進める
- 17. パワーハラスメント、セクシャルハラスメントに適切に対処する組織を作る
- 18. 医師の負担を軽減できる電子カルテシステムの導入や改善を行う
- 19. 記録や書類作成の簡素化、診療補助者の導入等を進め、医師が診療に専念できるようにする
- 20. 物品・カルテ・書類の整理整頓をすすめて、身心に負担の少ない取り扱い方法を検討する
- 21. 同僚間で問題点を共有しあい、相談し合えるようにする
- 22. 互いに積極的に挨拶をし、良好な人間関係を保つ
- 23. 治療方針や業務の進め方について、関係者が短時間のミーティングを定期的に行う
- 24. 掲示板・診療スケジュール板などを活用し、必要な情報が全員に正しく伝わるようにする
- 25. 病院の運営方針が周知され、その意思決定に医師が関われるようにする
- 26. 医療事故に関する訴えがあった際には必ず組織的に対応し、関係者が参加して医師個人の責任に固執しない再発防止策を進める
- 27. 公正で透明性のある給与制度にする
- 28. 進歩する医療技術に対応できる医師の専門性確保とキャリア支援のため、学会や研修の機会を提供する
- 29. 女性医師が働き続けられるように産休・育休の保障や代替医師を確保し、時短勤務制度の導入、妊娠・育児中の勤務軽減、育休明けの研修等を充実させる
- 30. 医学生や研修医に対し、医師の身心の健康を保つ方法について教育を行う

## V. 答申2. 諸外国の具体的な取り組みとわが国における応用可能性の検証

本答申では、諸外国の取り組みについて特に先進的な取り組みを行っている米国、英国、カナダの事例を取り上げ、それらのわが国での応用可能性について検証した。

米国医師会やカナダ医師会は Physician Health Program として州単位で医師の健康を支援するさまざまなサービスを展開している<sup>17)</sup>。このプログラムでは、医師自身の健康増進、医師の健康問題の早期発見、介入、評価、治療などを行っている<sup>15)</sup>。

カナダ医師会は“医師の健康とウェルビーイングセンター”を1998年に開設した。センターの運営方針は、「カナダ国民に良質な医療を提供できる健康な医師を確保する」としている。このセンターの設立が、州毎の Physician Health Program の設立につながった。なお、カナダ医師会は、任意加入の団体であるが、カナダ国内のほとんどの医師が入会している。その背景には会員に対しての様々なサービスとそれを資金面から支える事業を展開している。

表6に、例としてカナダのオンタリオ州の Physician Health Program の活動を示す<sup>18)</sup>。

【表6】カナダのオンタリオ州の Physician Health Program

- ・対象者：医師とその家族、医学生、研修医、獣医師
- ・取り扱う問題の範囲：薬物依存、精神的問題、ストレス、感情、結婚、行動の問題、家族の問題
- ・提供しているサービス：電話によるアドバイスや支援、介入、カウンセリングや医療機関への紹介、回復のモニタリング、ケースマネジメント
- ・啓発活動：関連する記事をオンタリオメディカルレビューへの掲載（2ヶ月に1回）、生涯教育などを活用した情報提供、医師の健康の日を制定
- ・守秘義務：厳格である。しかし、対象者で、薬物依存、精神的障害があるが、治療のプロセスに非協力的であるときには、関係当局に連絡することがある。子供の虐待や自傷他害のおそれがあるときには例外。

その他の国や州で行われているプログラムでの具体的な活動は、自助、共助、公助の3つの枠組みで行われている。自助はセルフケアとして自分自身の健康を維持するような取り組みである。共助は、医療機関として組織的な対応を行うことである。公助は、日本医師会や外部組織として様々な支援を行うことで



ある。以下に主に行われている5つの取り組みを紹介する。

- (1) 医療機関で組織的対応を促進する
- (2) 医師が自分自身の健康を維持するように啓発を行う
- (3) 医師の健康支援を考える学術会議やシンポジウムを開催する
- (4) 医師のための電話相談窓口を開設する
- (5) 医師を診察する際に配慮すべき点を学ぶ場を提供する

## 1. 医療機関での組織的対応を促進する

医療機関として、組織的に医師の健康を守るための具体的な施策を行うことは、医師のモチベーションを保ち、また、優秀な医師の採用と保持につながり、最終的には医療機関全体の能力を高めることになる。当然ながら、医師以外の職種にも同様に望ましい効果を得ることができる。

カナダ保健省では、医療機関の組織的対応を促す施策(Healthy workplace initiative)を展開した<sup>19)</sup>。ある年度では、取り組みを先進的に行う医療機関で州が認定した場合には、支援のための費用を配分した。下記の事項が認定基準である。

- ・ 健康な職場作りや職員のウェルネスの重要性を反映した明らかな方針がある
- ・ 院長や管理者などのトップマネージャーの積極的な関与
- ・ さまざまな職種で形成されたチームや委員会の主導
- ・ すべての段階における職員の参加
- ・ 根拠に基づいた計画や実行
- ・ 活動のフォローと評価

米国では、2001年に医療施設認定合同審査会(Joint committee for the accreditation health organization: JCAHO)は、病院に対して組織的に医師個人の問題を特定して解決する施策を持つことを基準の一つとして取り入れた。そうした施策を運営するのは、院内の評価や懲罰的な判断をする組織とは別にしたものである。その運営については次の表7のような事項があげられる<sup>18)</sup>。

【表7】米国の医療機関における医師の健康を守る組織的取り組みの運営

- ・ 院内に8から20名の専門委員会を設置する：評価者や懲罰的な判断をする人はのぞく。それぞれの課の代表や、復帰した医師(復帰後2年以上たった)、Employee Assistance Programのアドバイザーを含む。メンバーは定期的にローテーションさせる。
- ・ 正式な委員会にする：効果的な活動を行うために、組織の中での位置づけを

明確にし、予算を得る。

- ・患者である医師への治療を提供する者と連携を持つ。
- ・必要に応じて医療機関での状況を職員に報告する：自身の健康問題で相談をしている医師がいることを明らかにすることで否定している医師に相談を促す。
- ・介入を支援する：管理監督者は治療が必要な医師を監督し、医師にとっても患者にとっても安全を確保する。
- ・個人情報保護を確保する：委員会の議事録には名前をのせるべきではない。個人のファイルは厳重に管理する。
- ・プログラムを周知する：オリエンテーションや掲示によってプログラムを周知する。
- ・プロジェクトを実施する：医療事故、高齢化、ストレスの認知、コーピングの方法などを取り上げたり、教育プログラムを提供する。

また医療機関の自主的な取り組みも行われている。英国の医療機関では、医療従事者を対象とした運動プログラムを提供することで、地域のなかで医療機関を治療の場だけでなく、ウェルビーイングの発信基地とすることをめざす取り組みが紹介された。こうした取り組みにおいて当初は、さまざまな内部の反発もあったが、継続した取り組みによって医療機関全体に良い変化が出てきたということであった<sup>20)</sup>。

わが国での応用可能性としては、厚生労働省や医療機能評価機構などによって医療機関に対して医師の健康を守るような施策を推進することが強く期待される。特に、現在大きな懸案となっている医師の長時間労働や過重労働、高度のストレスに曝される患者対応や医療事故対応などに関連した心身の健康を害しやすい状況に対して、医師が健康的に、安心して働くことのできる勤務条件改善を含む制度設計に関する組織的見直しである。また、医師の健康を守り支援する二次予防策として、病院が外部 EAP(Employee Assistant Program)などと契約して医師の健康管理等を依頼するという方法も考えられる。しかしながら、同時に医療機関の自主的な取り組みを推進し、職場や地域単位で組織的に取り組み、医師の健康支援に役立った良好な事例を共有することも有益だと考えられる。

## 2. 医師が自分自身の健康を維持するように啓発を行う

医師が自分自身の健康を守り、良い生活習慣を持ち、精神的にも肉体的にも健康であることは望ましいことである。しかし、実際には多くの医師は労働時間が長く、多忙であり、バランスの良い食事を摂ったり、定期的に運動をする習慣がないという報告もある。

また、医師こそが望ましい生活習慣を保つべきであるという考え方がある。医師自身が望ましい生活習慣を行っていないと患者にも良好な生活習慣を維持

するように勧めなくなるからである。

カナダのアルバータ州の医師会では、医師の疲労のマネジメントプログラムとして、「睡眠時間をなるべくとる」といったことだけではなく、「食事をきちんととる」、そして「水分を十分摂る」ということをポスターなどで推奨し、医師が自らの生活習慣を見直すことを提唱している<sup>20)</sup>。

カナダ医師会の医師の倫理綱領 (Code of ethics) には自分自身に対する責任として<sup>21)</sup>、「患者や社会に対する職務に悪影響を及ぼすような個人的な問題がある場合には同僚や適切な専門家に助けを求める (53 条)」「自分自身の健康とウェルビーイングを守り、そして高めるように職業や生活のストレスを特定して対処する (54 条)」がある。医師の健康について医師会がこのような形で方針を示すことによって重要な土台が作られ、その方針に基づいて作成されたプログラムが円滑に進むことが期待される。

わが国においても同様に、医師に対して望ましい生活習慣の維持を啓発することは可能であり、日本医師会などからさまざまな具体的な情報を日本医師会雑誌やホームページにおいて提供することが可能であると考ええる。

### 3. 医師の健康支援を考える学術会議やシンポジウムを開催する

医師の健康に関する国際会議 (International Conference on Doctors' Health) が英国医師会、米国医師会、カナダ医師会の合同で 2008 年 11 月 17 日から 19 日までロンドンで開催された<sup>22)</sup>。この会議は 2 年前まで米国医師会とカナダ医師会が 2 年ごとにそれぞれの国で開催していた。今回は第 19 回となるが、初めて英国で開催された。

2006 年にオタワで開催された第 18 回の会議のテーマは、“医師の健康は重要である。価値ある人的資源を守る”であった<sup>15)</sup>。2008 年にロンドンで開催された際のテーマは“医師の健康の重要性と仕事と生活のバランス”であった。

参加者は、研修医などの教育プログラムの管理者、臨床医、精神科医、カウンセラー、そして医療機関の産業医であった。

取り上げられたテーマは多岐にわたり、医師の生活習慣、バーンアウト、仕事の満足度、薬物依存、自殺、医師の健康支援のプログラム、ワークライフバランス、医師が患者となった際の対応等であった。

2007 年 10 月にはオーストラリアのシドニーにて International Doctors' Health Conference が開催された<sup>23)</sup>。主に扱われたテーマは、医学生や研修医、同僚をケアする、健康的な加齢、難民の医師であった。

その他にも、各地域で、シンポジウムなどが生涯教育の一環としても行われている。

わが国でもこうした学術会議やシンポジウムを定期的に行うことにより、医師が自身の健康を維持することの重要性を再確認し、また現場の良好な事例を共有する場となることが可能と考える。

#### 4. 医師のための電話などによる相談窓口を開設する

医師は、さまざまなストレスにさらされており、バーンアウト、うつ病、配偶者との関係の悪化、感情のコントロールが難しいなどといった課題を抱えることがある。また、医師の自殺は、欧米の調査では一般人口よりも高いと考えられている。しかし、わが国に限らず医師は、他の医師に自分の健康、特にメンタルヘルスに関することについて相談をためらう傾向があり、早期の治療に結びつかないことが多い。

米国、英国、カナダでは、医師会が医師からのさまざまな相談に匿名で応じる相談窓口を開設している<sup>18, 24)</sup>。自分自身の体調が悪くなった場合やストレスが大きい時に相談できる。また、医師の家族も相談できたり、医師が家族のことを相談できたりする。前述のように医師は他の医師に自分の健康や家庭の課題について相談することを躊躇する傾向があるため、相談窓口相談が寄せられた時にはすでに相当な時間が経過して重症化していることも多く、緊急な対応が必要となることもある。そのため相談窓口は 24 時間提供され、登録した医師や臨床心理士が迅速に対応する。

わが国においても、このような相談窓口で特に、専門の医師が個人の秘密が厳格に守られるような体制において支援を提供することは可能であると考えられる。しかし、浸透するまでには十分な広報も必要であり、また時間も必要とする。まずはパイロット的に試行することから可能性を探ることが良いと考える。

#### 5. 医師を診察する際に配慮すべき点を学ぶ場を提供する

医師が体調不良となった場合に他の医師に助言を求めることに恥のようなものを感じることもある<sup>25)</sup>。それゆえ、“患者である医師”にどのように対処するかということは、癌などの身体的な病気であっても一般の患者と違って対応の難しさを診察する医師が感じることもある。メンタル的な要因により医師が患者となった場合にはさらに難しさを感じるであろう。

カナダのプリティッシュコロンビア州の、Physician Health Program では毎年、“患者である医師”を診察するために必要なスキルを学ぶワークショップを開催している<sup>26)</sup>。ワークショップの中では、医師のストレスやうつ病を患った際の特徴や、治療において障壁となる医師の気質について学ぶ。また、このプログラムで非常に重要なことは、プライバシーを厳格に守ることである。

わが国の医師の特徴を加味した、医師の診察をすることを学ぶ場を、医師会などが提供することは可能であると考えられる。今後将来的には、なんらかの資格制度や認定制度とし、全国各地に研修を受けた医師が育成されることにより長期的に医師が身近な場で相談できる環境作りに寄与すると考えられる。

## VI. 答申3. わが国独自の対策の検討と実効性の高い具体策の提示

わが国における勤務医の健康を支援するための対策を行うにあたって、医療に関わるすべての者にその責務があると考え。具体的には、答申2で示したような自助、共助、公助の枠組みでの取り組みがもとめられる。答申3では、まずは医療の主体である国民、そして公助としての日本医師会や厚生労働省などの行政機関や関連団体、ならびに共助としての自主的な取り組みを行うべき医療機関、最後に自助として医師自身の今後のあり方について提言を行う。

### 1. 国民

勤務医の健康を考えるうえで、国民や患者の役割は非常に大きい。国民のほとんどは、医療は国民皆保険という社会保障の枠組みにおいて、一人一人の共通財産であることを認識している。しかし、一部の患者に「医療は、営利を追求するサービス業と同じである」との誤解があり、医師や医療機関に対して不当な要求をするまでに発展していることが報告されている<sup>27)</sup>。たとえば、勤務医に対する暴言や暴力、そして深夜や休日のいわゆるコンビニ受診も課題になっている。こうしたことが積み重なることが勤務医の疲弊につながっている。また、医療が地域において政治的な切り札として取り上げられ、医師が翻弄されることも避けるべきである。

背景には、医療に関する国民の認識と医療の現実に少なからず乖離があるとも考えられる。互いの信頼感をベースにした基本的な患者—医療者関係の樹立が徹底されていないことも原因のひとつである。わが国の国民皆保険が国民一人一人によって支えられ、勤務医の労働環境、病院運営の実態を国民が知ることが求められる。また、地域での医療体制の現状と将来に関することについて情報公開を行い、議論を高め、医療体制を大事にする文化を醸成することが求められる。すでに、地域住民を主体として、医療を守ろうとする取り組みが始まっていることは歓迎すべきことであるが、今後さらに展開されることが期待される<sup>28)</sup>。

厚生労働省、日本医師会などは、医療が国民生活においてどういう位置づけにあり、国民皆保険において国民はどのように医療を受けるかといったことを再度考えるきっかけを積極的に提供すべきである。また同時にメディアが協力をし、国民に正しい情報を提供することが強く期待される。

国民が認識している以上に、すでに医療体制が各地で崩壊している。医療は我々の生活の安心の根底を支えるものである。その医療が受けられないことによる不安や、受診が遅れることにより治療可能な疾病や傷害により死亡するようなことはだれもが避けたいと願っている。今こそ、国民も参加して医療を守る活動が必要である。

## 2. 日本医師会

さまざまな施策を展開するにあたり，諸外国と同様に医師会において Physician Health Program として包括的な管理のもとで行われることが，長期的に実効性のあるものにするために不可欠である。

そのなかで，短期的に以下の5つの施策が必要と考えられる。

- (1) 医療機関での勤務医の健康を守る組織的対応を促進する
- (2) 医師が自分自身の健康を維持するよう啓発を行う
- (3) 医師の健康支援を考える学術会議やシンポジウムを開催する
- (4) 医師のための電話などによる相談窓口を開設する
- (5) 厚生労働省・関連団体・国民に対して勤務医の健康支援の協力要請をする

また長期的には，医師を診察する際に配慮すべき点を学ぶ場を提供し，なんらかの資格制度とし，全国各地に研修を受けた医師が育成されることにより長期的に医師が相談しやすい環境作りになると考えられる。

上記の5つについて，求められる短期的な施策について詳しく述べる。

### 1) 医療機関での勤務医の健康を守る組織的対応を促進する

医療機関が勤務医の健康を守るための組織的対応を促進するために具体例の共有やモデルとなる医療機関に対する支援を行う。また医療機関での取り組みを促進するためには，医療機関の経営トップである院長や理事長の理解が不可欠である。医療機関のトップに対して勤務医の健康を守るための施策を行うための情報提供を行うことも重要である。また，このような項目が病院機能評価などにも反映されると，現実的に進む可能性が高い。

### 2) 医師が自分自身の健康を維持するよう啓発を行う

医師が自分自身の健康を維持するよう啓発は，一部の勤務医に対しては，受け入れ難い可能性がある。しかしながら，「医者の不養生」という格言があるように，医師が必ずしも望ましい生活習慣を持っているとは限らない。

医師は仕事に専念しすぎる傾向があるため，睡眠時間や食事をきちんととることより業務を優先することがある。こうしたことが疲労の回復をさまたげ，最終的には医師自身や患者への影響が起こる可能性がある。諸外国の取り組みにおいても，医師に対する啓発は重要なことであり，こうしたことは医師会が率先して行う必要があると考えられる。カナダ医師会のように将来的には，医師が自身の健康を守ることを医師の倫理規定のような大方針に含めることも検討に値する。

### 3) 医師の健康支援を考える学術会議やシンポジウムを開催する

医師の健康支援のあり方を広く伝えるためにも、学術会議やシンポジウムなどを通じて、繰り返し情報発信をする必要がある。定期的を開催することにより、文化として根付くことにもつながる。平成 21 年度には、医師を対象にした調査結果を踏まえての第 1 回シンポジウムが開催されることが求められる。

### 4) 医師のための電話などによる相談窓口を開設する

医師のための電話や電子メールを用いた相談窓口を開設することで、支援を必要とする医師へ相談の機会を提供する。こうした相談窓口は存在を認知されるまでにある一定の期間を必要とすることや、実際に相談に及ぶまでにはある程度の時間を必要とする。また、相談の対応者は、諸外国の例をみても医師または相当に教育を受けた臨床心理士であることは条件といえる。このような体制を構築するにはある程度の予算も必要になると考えられる。

まずは 24 時間対応でなく、また常設ではなく、一時的にこうした支援を展開することは平成 21 年度に行うべきである。また、医師会以外の外部リソースなども現在は様々なものがあるため、活用しながら段階的に運用していくことが良いと考えられる。

### 5) 厚生労働省・関連団体・国民に対して勤務医の健康支援の協力要請

厚生労働省や関連団体にも様々な役割があり、後述する。また前述の国民の役割も大きい。日本医師会としてこうした外部への協力を要請することは、対策の推進や議論の活性化に寄与すると考えられる。すでに日本医師会は国民に対してもテレビなどで CM を流すなどで対応が始まっている。

このなかで留意すべきことは、議論が正しい方向に進むようにすることである。勤務医の健康についての議論は、誤った方向に進む可能性がある。諸外国においても、国民が「ある一定数の医師がメンタルヘルス不全である」と思うことにより不安を増す可能性があり、慎重な対応が行われたという経緯もある。メディアなどに対しても冷静で正しい情報提供が定期的に行えるよう、日本医師会としても積極的な広報活動が求められる。

## 3. 厚生労働省などの行政機関や関連団体

厚生労働省においては、勤務医もその対象となっている労働安全衛生法に基づいた医療機関での健康と安全に関する取り組みを推奨するように働きかける。また労働契約法第 5 条に示されている安全配慮義務に関しても十分に医療機関の経営責任者が留意するような施策が求められる。

医療機関の産業保健活動については、厚生労働省の内部においては、旧厚生

省と旧労働省の管轄の狭間にある。そうしたことが対策の推進の遅れにもつながっていることが危惧される。一方で、近年、医療機関に対して、労働基準監督署の立ち入りにより特に長時間労働と賃金不払いについての是正勧告などが相次ぎ、結果的には対策が十分でなかった医療機関に改善を促すきっかけを提供している。しかし、勤務医の健康を守るという視点でのさらなる産業保健の枠組みについての取り組みは、例えば医政局の担当部と労働基準局安全衛生部が連携した部署を設置して進めることが望ましいと考えられる。これは必ずしも勤務医だけではなく、医療従事者全体をカバーするものであってもよい。

また、厚生労働省や、医療機能評価機構や、四病院団体協議会をはじめとする病院組織には、医療機関に対して勤務医の健康を守るための組織的な取り組みを促すための方策について検討を期待したい。例えば、積極的な取り組みに対してなんらかのインセンティブを提供することは検討に値する。さらに医療機関に対しては、勤務医の健康支援にあたっての担当者の労力をできるだけ減らすため、具体策やツールの提供によって対策の推進を進めることが求められる。

#### 4. 医療機関

労働安全衛生法により常時 50 名以上の職員がいる事業所には産業医の選任義務がある。勤務医が勤める医療機関の多くは、50 名以上の職員がいる施設が少なくないため、その施設での産業医が選任されているはずである。和田らの調査によると医療機能評価機構の認証を受けているわが国の医療機関では回答した医療機関のほぼ 100%が選任をしていた<sup>29)</sup>。しかしながら、多くの産業医は診療との兼任であり、また院長や理事長などのトップが兼任していることも多い。このようななかで医療機関での健康管理などを行う産業医業務のための時間を確保することが難しい。また、産業医は業務の評価者または管理者である院長や理事長などが行うと、職員が相談しづらいなどの危惧がある。

業務の直接の評価者ではない医師を産業医として選任し、まずは医師が相談しやすい環境作りを初めていただきたい。また、産業医を補佐すべき衛生管理者や産業看護職の選任が行われていないことも活動の推進を妨げている。医療機関として、産業医に選任されたものが、医療機関の職員の健康管理を主導できるように、活動の時間や衛生管理者や産業看護職を選任し、必要な支援ならびに、活動に必要な権限を付与することが求められる。

医療機関での自主的な取り組みを推進するために不可欠なことは、医療機関のトップである院長や理事長の積極的な関わりである<sup>30-32)</sup>。その上で、医療機関は、組織として医師の健康をどう守るかを検討し、職場環境の改善や、労働時間の短縮、可能であれば医師を対象にした健康に関するプログラムを提供する。医師の健康を守ろうとする取り組みは、医師の確保やモチベーションの維持にもつながるであろう。



## 5. 医師自身

医師自身は、自分の健康を守るために良い生活習慣を保ち、そして大きなストレスにさらされた際の対処法を学び、自ら積極的に健康を維持するよう努めることが求められる。長期的には医学生の間からこうした取り組みを行うことが求められる。

また、医師自身が体調を崩した際には、自分だけで判断せず、専門の医師に相談するということを恥とせず、早期の治療を可能にする。

健康を守るためには自分自身の行動変容が必要であることを、医師はよく理解している。そうしたことを自らも実践することが求められている。

## VII. 終わりに

勤務医の健康は、質の高い診療を行うにあたって不可欠である。諸外国においては、医師会や政府により勤務医の健康を守るためのさまざまな施策が行われている。こうした事例を参考にしてわが国で展開すべき施策を示した。勤務医の健康支援は喫緊の課題であり、平成 21 年度において具体的な取り組みが行われることが強く期待される。

なお、医療機関においては、当然ながら医師以外の様々な職種がいる。本答申においては、その他の職種については対象が異なるためあまり触れられていない。しかし、医師に対する健康を守る対策の推進により、その他の職種を含めて医療機関全体の対策の推進につながることを期待される。こうしたことが最終的には、国民に対して良質の医療の提供を継続するうえでの礎を改めて補強するものであり、医療再生のために不可欠である。

## Ⅷ. 参考文献

- 1)健康の森, 日本医師会. <http://www.med.or.jp/forest/>
- 2)Üstün B., Jakob R. Calling a spade a spade : meaningful definitions of health conditions. Bull World Health Organ 2005;83:802. [http://www.who.int/bulletin/bulletin\\_board/83/ustun11051/en/](http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/83/ustun11051/en/)
- 3)小松秀樹. 医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か. 東京:朝日新聞社. 2007
- 4)江原朗. 小児救急担当者の夜間における診療と睡眠について. 小児科診療 2006;59:2071-2075.
- 5)岡井崇ほか. 壊れゆく医師たち. 岩波ブックレットNo.718. 東京:岩波書店. 2008
- 6)労働基準情報:職場におけるメンタルヘルス対策・過重労働による健康障害防止対策. 厚生労働省. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/index.html>
- 7)保崎秀夫ほか. 医療機関におけるメンタルヘルスケアの現状に関する調査. 就労者のメンタルヘルスの現状と課題に関する調査研究事業報告書. 社団法人日本精神保健福祉連盟. P41-47. 2008
- 8)日経メディカル2008年1月号, p38-41.
- 9)東京産業保健推進センター.労働衛生のハンドブック(平成19年度版), 2007
- 10)厚生労働省.平成19年労働者健康状況調査 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou07/j1.html>
- 11)埼玉県医師会.勤務医現況調査集計結果報告書.P53.2006
- 12)三重県医師会.勤務医アンケート調査集計結果報告書.P14.2007
- 13)酒井一博. 交代勤務編成の現状と改善. 労働科学 2000;76(10):417-440.
- 14)保坂隆, 医師のストレス. 医学のあゆみ. 227(2):87-89.2008
- 15)和田耕治・他: 医師の健康の現状と支援する取り組み.治療 89:2165-2169,2007.
- 16)吉川徹, 川上憲人, 小木和孝, 堤 明純, 島津美由紀, 長見まき子, 島津明人. 職場環境改善のためのメンタルヘルスアクションチェックリストの開発. 産衛誌. 2007;49(4):127-142.
- 17)Canadian medical association. Physician health and well-being. [http://www.cma.ca/index.cfm/ci\\_id/25541/la\\_id/1.htm](http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/25541/la_id/1.htm)
- 18)和田耕治.諸外国における医師の健康を守る取り組み.医学のあゆみ2008. 227(2)p131-134
- 19)Health Canada. Healthy workplace initiative.

- [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/recru/scan-con  
texte-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/recru/scan-con texte-eng.php)
- 20) International Conference on Doctors' Health. Doctors' Health Matters,  
<http://www.bma.org.uk/doctorshealthmatters?.2008>
- 21) Canadian Medical Association. Code of ethics.  
<http://policybase.cma.ca/PolicyPDF/PD04-06.pdf>
- 22) 和田耕治. 医師の健康に関する国際会議. 医学界新聞第2816号p2. 2009
- 23) International Doctors Health Conference  
[.http://www.doctorshealthsydney2007.org/.2007](http://www.doctorshealthsydney2007.org/.2007)
- 24) British Medical Association. Doctors' health and wellbeing.  
<http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Hubhealthandwellbeing>
- 25) American Medical Association: The handbook of physician health. American medical association. 2000.
- 26) Physician health program BC.  
[http://physicianhealth.com/whats\\_new.htm](http://physicianhealth.com/whats_new.htm)
- 27) Arimatsu M, Wada K, Yoshikawa T, Oda S, Taniguchi H, Aizawa Y, Higashi T. An epidemiological study of work related violence experienced by physicians who graduated from a medical school in Japan. J Occup Health 50:357-361, 2008
- 28) 平井愛山, 秋山美紀. 地域医療を守れ. 岩波書店. 2008
- 29) 和田耕治, 佐藤敏彦, 相澤好治. わが国の医療機関における産業保健活動の現状. 産業医学ジャーナル 2008; 31(2): 102-105
- 30) 和田耕治, 相澤好治. 「医療再生」に向けて討論されるべき医療機関での医師の就業環境改善. 日本医事新報 4406. p78-82. 2008 (2008年10月4日)
- 31) Wada K, Arimatsu M, Yoshikawa T, Oda S, Taniguchi H, Higashi T, Aizawa Y. Factors on working conditions and prolonged fatigue among physicians in Japan. Int J Archive Occup Environ Health 2008; 82: 59-66
- 32) Wada K, Arimatsu M, Higashi T, Yoshikawa T, Oda S, Taniguchi H, Kawashima M, Aizawa Y. Physician job satisfaction and working conditions in Japan. J Occup Health (in press)