

# 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会

## 報 告 書

2011 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

2011年3月

日本医師会  
会長 原中勝征 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報告

本委員会は、2010年6月16日に、貴職より、勤務医の健康支援策の推進について諮問を受け、これまでの活動を検証し、様々な労働態様が考えられる勤務医の健康支援策について、さらなる発展的活動に向け検討を行いました。

2011年3月までに4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（三井記念病院精神科部長）

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）

## 目 次

|   |    |
|---|----|
| I. 医師の職場環境改善ワークショップ研修会の開催と今後の展開         | 1  |
| II. 日本医師会長から学会への働きかけに関する提言              | 13 |
| III. 医師の労働時間の設計基準に関する現場実証調査研究報告         | 14 |
| IV. 委員会活動の成果発表                          | 19 |
| V. 2011年度の活動予定                          | 22 |
| VI. おわりに                                | 23 |
| 資料1：医師の職場環境改善ワークショップ研修会の配布資料            | 25 |
| 1. オリエンテーション                            | 27 |
| 2. 医師のメンタルヘルス                           | 29 |
| 3. 医療機関での産業保健活動の展開                      | 39 |
| 4. ケーススタディの進め方                          | 47 |
| 5. ケーススタディ6事例                           | 51 |
| 6. ケースのグループ討議結果例                        | 57 |
| 7. 医師の健康支援のための職場改善チェックリスト               | 61 |
| 8. 自分の職場のレビューと職場環境改善アクションプラン            | 63 |
| 9. 医師の職場環境改善ワークショップ研修会の評価アンケート          | 65 |
| 資料2：熊本県医師会「医師の職場環境改善ワークショップ研修会」<br>開催報告 | 67 |
| 資料3：医師の職場環境改善ワークショップ研修会（岡山県医師会）         | 69 |
| 資料4：勤務医の健康支援のための取り組みについて（依頼）            | 71 |



## I. 医師の職場環境改善ワークショップ研修会の開催と今後の展開

### 1. ワークショップ研修会の目的

勤務医の健康支援を進めるためには、勤務医の労働条件・労働環境に関連した心身の負担要因を改善することが重要である。そこで病院で健康管理を担う、産業医や産業医の資格をもつ病院管理者を対象とした参加型研修会を企画し、事例検討などを通じて勤務医の労働環境改善、職業性ストレスによる健康障害防止策を検討した。また、研修会参加者による研修会の評価結果を分析し、勤務医の健康支援のために今後取り組むべき課題を整理した。

### 2. ワークショップ研修会開催の概略

これまでの委員会の調査結果や成果物を現場にフィードバックし、勤務医の健康支援をより進める目的で、現場の管理者・産業医を対象とした参加型のワークショップ形式の研修会を企画し、2010年3月6日（土）に日本医師会館で行った研修会の全国展開を図った。具体的には、以下の4カ所でワークショップを開催した。

|       |     |        |             |         |
|-------|-----|--------|-------------|---------|
| 2010年 | 12月 | 4日（土）  | 熊本県医師会      | 参加人数44人 |
| 2010年 | 12月 | 23日（木） | 横浜市立大学病院麻酔科 | 参加人数40人 |
| 2011年 | 2月  | 27日（日） | 岡山県医師会      | 参加人数37人 |
| 2011年 | 3月  | 6日（日）  | 京都府医師会      | 参加人数37人 |

### 3. ワークショップ研修会の実施方法

ワークショップ研修会は、以下の内容で開催した。なお、ワークショップ研修会で使用した資料を付録として本報告書に掲載した。（巻末資料1）

- （1）講義と事例検討の演習の2部構成とする。
- （2）受講者が互いの経験を基に交流し、事例から共に学ぶことができ、研修受講後は次に何を行えばよいか明らかになるような、参加型の研修会とする。いくつかのグループに分かれて繰り返し討議を行うため、会場はグループワークができる形式の会場とする。
- （3）講義では、①勤務医の健康支援のための基本となる医療機関における産業保健（労働安全衛生）に関する講義、②医師のストレスマネジメントに関する内容の講義により、参加者の知識の確認と向上をねらいとする。
- （4）演習は、チェックリスト実習による勤務医の健康支援・労働条件改善に関する対策優先度の評価（20分）、事例検討・発表（105分）、アクションプランの作成（25分）で構成する。
- （5）チェックリスト実習結果をもとに、グループ内で自己紹介をする時間を設け、事例検討にスムーズに入ることができるような機会を工夫する。
- （6）修了者には修了証を発行する。

(7) 都道府県医師会が主催したワークショップ研修会は、日本医師会産業医研修の認定単位4単位相当の研修とする。

(4) の演習で取り上げる事例は、昨年度日本医師会で実施したワークショップ研修会で取り上げた、①患者からの悪質クレーム対応の不備による抑うつ状態に至り突然退職を申し出た事例、②病院医師数減少等による医師管理職の過重労働事例、③女性医師へのハラスメント、母性保護と労働条件支援の不備事例の3つの課題に、④先輩医師からの叱責による影響、⑤担当患者の急な死亡の影響、⑥医療機関の産業医としての研修医の復職への関わり、を追加し、6事例とした。

13:00 - 13:10

- 挨拶 医師会主催の担当役員の先生方
- 研修オリエンテーション 吉川 徹 (労働科学研究所副所長) [熊本、横浜、岡山、京都を担当]

13:10 - 13:40

- 講義 1 : 「医療機関での産業保健活動の展開」  
和田 耕治 (北里大学医学部衛生学・公衆衛生学講師) [熊本、横浜、京都を担当]  
立石 誠一郎 (産業医科大学) [岡山を担当]

13:40 - 14:40

- 講義 2 : 「医師のメンタルヘルス」  
赤穂 理絵 (都立駒込病院神経科医長) [熊本を担当]  
保坂 隆 (東海大学医学部教授) [横浜を担当]  
中嶋 義文 (三井記念病院精神科部長) [岡山を担当]  
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) [京都を担当]

14:50 - 17:20

- ケーススタディの進め方 吉川 徹 (労働科学研究所副所長) [熊本、横浜、岡山、京都を担当]
- グループ討議
- グループ発表

17:20 - 17:30

- まとめと総括

#### 4. 結果と考察

今年度は上述の4カ所でワークショップ研修会を開催したが、熊本県医師会で開催したワークショップの結果を、1) 事例のグループ討議結果、2) アクションプランの立案結果、3) 研修後の評価アンケートの集計・分析としてとりまとめ、以下に示した。また、熊本県医師会、岡山県医師会からの研修会報告

を添付した（巻末資料 2・3 参照）。

1) 事例のグループ討議結果

\* 事例の詳細については、巻末資料 1（5. ケーススタディ 6 事例）を参照。

グループワークで整理された 3 事例の背景、改善課題

|   |   |  |
|---|---|--|
| 事例 2：<br>管理職の過重労働   | 事例 4：<br>先輩医師からの叱責による影響   | 事例 5：<br>担当患者の急な死亡の影響<br>研修医への支援   |
| 部下の退職、膨大な業務でうつ病になった泌尿器科医 B さん   | 先輩医師からの叱責により体調を崩した産婦人科医 A さん  | 担当患者の急な死亡をきっかけに、うつ病になった内科研修医 A さん  |
| グループ A<br>グループ D  | グループ B<br>グループ C  | グループ E<br>グループ F   |
| <b>背景要因</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・問題が明確なのに、相談可能な窓口受け皿がない</li> <li>・「うつ」傾向が出た時に十分なサポートがない</li> <li>・部長という責任のある地位にあり、多忙、過労など</li> </ul> | <b>背景要因</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ A 医師の育児環境</li> <li>・院内保育所、病児保育がない</li> <li>・夫の育児参加がない</li> <li>・ A 医師の性格（生真面目）</li> <li>・先輩 C 医師の性格</li> <li>・部長のパワハラへの知識不足</li> <li>・当直体制の問題</li> <li>・ワークバランス（産婦人科医・A 医師に負担）</li> <li>・短時間正規雇用制度がない</li> </ul> | <b>①上司・管理職として考えられるサポート</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者死亡後の上司のサポート</li> <li>・指導医が専門医へ受診させるなどの指導を行う</li> <li>・研修指導医のメンタルヘルスに対する知識が浅い</li> <li>・最初から内科全体の診療面での研修医への指導が必要だった</li> </ul> <b>②産業医や健康管理等の専門医のサポート</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ラウンドするなど日頃からのケア</li> <li>・ひきこもった段階での介入</li> </ul> <b>③職場の同僚のサポート</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・同期が気づいた際には上司などへの相談をすすめる</li> <li>・変化がみられた時に、広く上司に報告する。同僚のサポートをもう少し積極的に行うべきであった</li> </ul> |

| 事例 2  | 事例 4   | 事例 5   |
|---|--|--|
| <p><b>改善課題</b></p> <p><b>①医師個人ができること</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・メンタルヘルスの自己管理の大切さをわかってもらう</li> <li>・同僚に弱音を吐ける関係を作る</li> <li>・職場を変える</li> <li>・普段から人間関係をつくり、チームワークをとっておく</li> <li>・地域連携で外来を他の病院に依頼する</li> </ul> <p><b>②職場の上司・管理者として取り組むこと</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師の確保</li> <li>・医療補助員を導入し、医師の役割を軽減する</li> <li>・相談しやすいシステムを作る</li> <li>・地域の開業医との連携・協力</li> <li>・医局員が減っていることに配慮してベット数や担当患者を減らす</li> </ul> <p><b>③同僚として取り組むこと</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・専門医への受診を勧める</li> <li>・周困（看護師、部下）がBさんの異変に早く気づいて問題を共有する</li> <li>・家族への情報提供</li> <li>・家族が異変に気づき病院へ訴える</li> </ul> <p><b>④産業医が取り組むこと</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・セルフケア・セルフチェック用紙を作る</li> <li>・治療状況を把握する</li> <li>・相談窓口を周知させる</li> <li>・産業医がアンケート等で精神状態をチェックする</li> </ul> | <p><b>改善課題</b></p> <p><b>①サポート</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家庭でのバックアップ</li> <li>・院内保育、病児保育</li> <li>・A 医師に対するカウンセリング</li> <li>・C,D 医師へのパワハラに関する教育</li> <li>・当直の組み合わせの変更</li> <li>・同僚の助け合い</li> <li>・医局全体での話し合い・見直し</li> </ul> <p><b>②あなたがD部長の立場であったら</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A医師へのカウンセリング</li> <li>・受診・休暇等の勧め</li> <li>・C 医師への指導（担当部署があれば相談）</li> <li>・職場全体へのパワハラに対する教育体制確立の提案</li> <li>・D部長がC 医師を教育する</li> <li>・C 医師へ転勤を勧める</li> <li>・産業医との対話を薦める</li> </ul> | <p><b>改善課題</b></p> <p><b>①医師個人ができること</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の性格を認識して普段から健康状態の把握にこころがける</li> <li>・チェックリスト（簡易ストレスチェック表）の活用</li> <li>・頑張りすぎない</li> <li>・息抜き時間をもつ</li> </ul> <p><b>②職場としてできること</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・部長以外の常勤医が相談に対応する</li> <li>・同僚のサポート</li> <li>・同僚やスタッフと日頃から挨拶をする</li> <li>・救急業務の負担軽減</li> <li>・当直業務後にきちんと帰り、休養を奨励する</li> <li>・業務量のチェック</li> <li>・研修医を集めた勉強会などを定期的に行う</li> </ul> <p><b>③病院としてできること</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・勤務体制を把握する</li> <li>・ルールを決めて対応する</li> <li>・産業医などの健康管理者が声かけなどを行う</li> <li>・研修医のサポート体制を確立する</li> <li>・休暇をとりやすい雰囲気にする</li> <li>・十分な病気休業期間を設ける</li> <li>・外部の臨床心理士を活用する</li> </ul> |

## 2) アクションプランの立案結果

\* 研修会参加者が所属する医療機関での取り組みについてのアンケート結果から

| 働きやすい職場づくりに役立っていると思われるよい点  | 快適で働きやすい職場のために改善したい点   | 今後、取り組みたい短期的な対策  | 今後、取り組みたい長期的な対策  |
|--|--|--|--|
| 職場が明るい<br>院内での暴言暴力防止対策<br>院内保育所の設置<br>医療クラークの導入<br>挨拶が気軽にできる雰囲気作り<br>当直室の清潔さ<br>研修日の設定<br>事務的作業の軽減<br>院内感染対策 | 医師のメンタルヘルス<br>医師の健康問題の相談<br>医師の意識を変える<br>一部の医師への負担偏重<br>マンパワー不足<br>書類や会議の多さ<br>クレーマー対策<br>勤務医の労働環境改善<br>健診後のアフターケア | モチベーションの維持<br>医療クラークの導入<br>産業医による職場巡視<br>相談窓口の設置<br>健診後のアフターケア<br>自由に発言できる環境作り<br>医師個人のメンタルケア<br>セルフケアチェック<br>職員への教育 | 当直室の改善<br>週休2日制の実施<br>研修医のフォロー<br>復職手順の作成<br>メンタルケア対策<br>人員の補充<br>労働時間の把握<br>休日の確保 |

## 3) 研修後の評価アンケートの集計・分析結果

参加者44名中43名から回答が寄せられた（回収率97.7%）。参加者は男性が9割を占めていた。平均年齢は56歳であった。主な集計結果を以下に示す。

### (1) 参加者の年齢

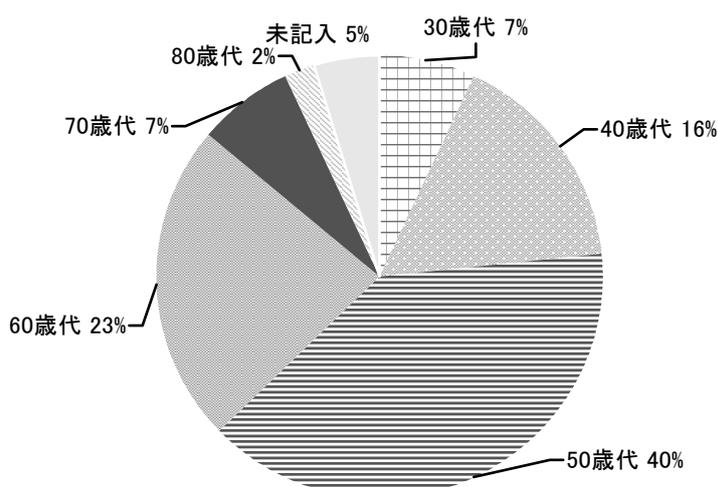


図2 参加者の年齢

## (2) 研修を知った経緯

地元医師会を通じて研修を知った参加者が67%、日医のサイト16%だった。

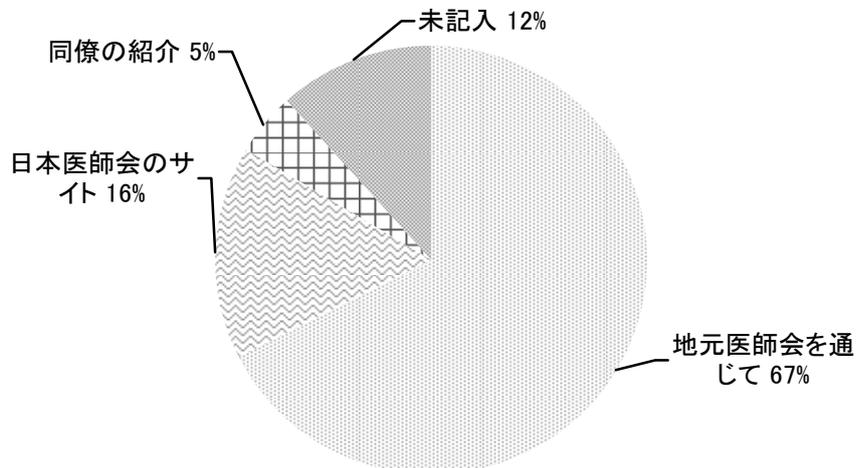


図3 研修を知った経緯

## (3) 研修内容・配布資料・開催時間・満足度に関する評価

研修内容・配布資料・開催時間・満足度、いずれも高い評価が得られた。

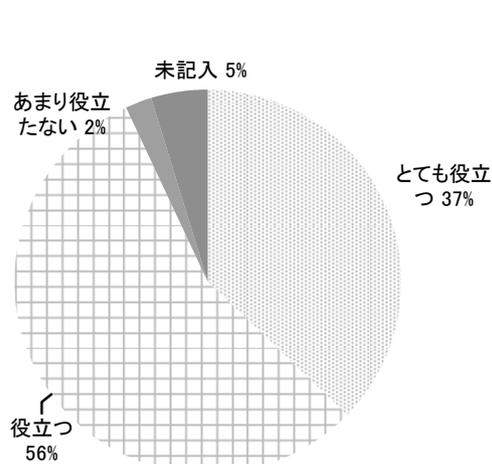


図4 内容の目的合致

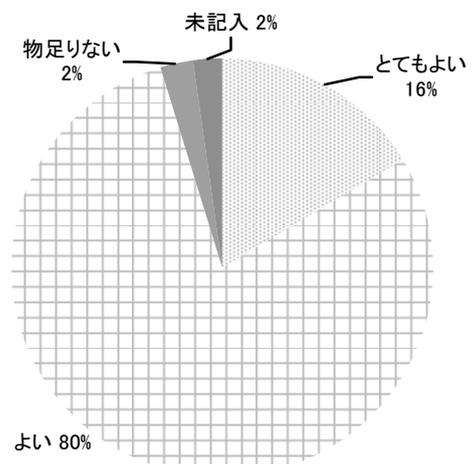


図5 研修資料

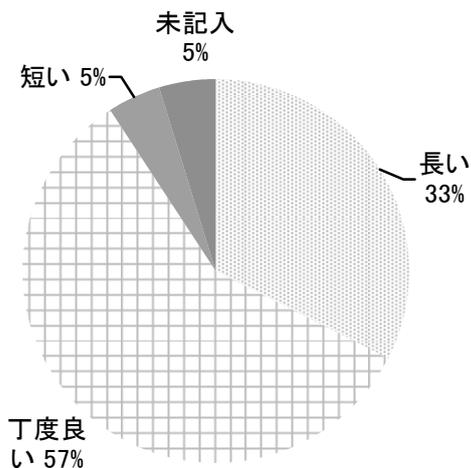


図6 開催時間

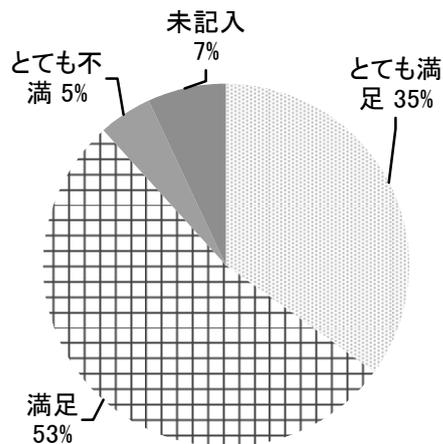


図7 研修の満足度

#### (4) 研修の再現性

本研修を受け、同様の研修を自分の病院・地域で開催できるかの質問には、資料や外部講師の協力があれば、半数以上の参加者が実施可能と回答した。本研修は屋根瓦式に全国に広がることを期待して企画されており、今後の展開に向けての研修資料の整備が重要と考える。

また、フォロー研修会に30%が参加を希望した。

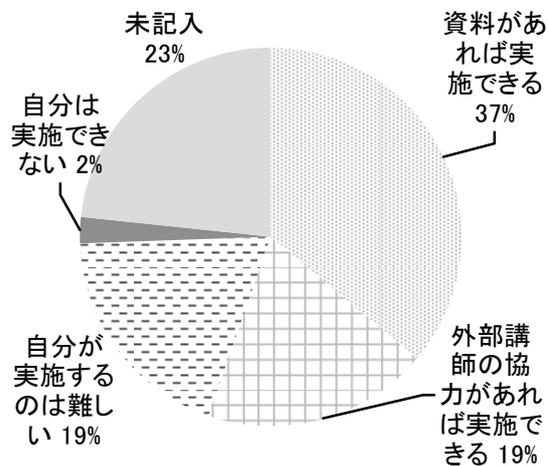


図8 研修内容の実施可能性

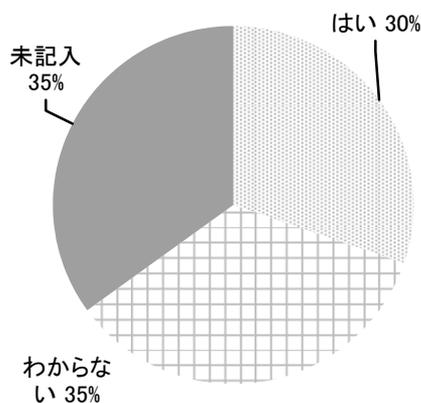


図9 フォロー研修参加希望

## (5) ワークショップ研修会に関する参加者の自由意見

### 1) 今回の研修会に参加して、勉強になった点、良かった点について

- ・自身のメンタルヘルスの重要性に気付いた。
- ・うつ病や職場環境に関してさらに学ぶことができた。
- ・自分の健康について注意することをあらためて認識した。
- ・医師のメンタルヘルスを改善するために具体的な動きが出てきていることを知ることができた。
- ・産業医の役割が明確になった。
- ・他の病院の状況が参考になった。
- ・医師のうつ病の有病率の高さに驚き、対策が必要と感じた。
- ・医師の残業時間という発想がないので改めて勉強になった。
- ・自助、互助、公助の重要性を認識できた。
- ・多くの方が問題意識を持っていることがわかった。
- ・医師という同業のことが論点であったので、参考になった。
- ・うつ病に対する理解が深まった。
- ・ケーススタディ、グループ討議は参考になった。
- ・医師の労働を社会に知って理解していただく、情報発信していく。
- ・医師のうつに対しての病院の問題点が構造的に理解できた。

### 2) 今回の研修会の改善点等について

- ・ケーススタディの時間を多くしてほしい。
- ・今回のプロジェクトが広がっていく過程で、問題点があった場合にそれを何かの機会教えてほしい。
- ・本当の過重労働に対してどう取り組むか。
- ・医師のライフスタイルに合わせた健康支援について採り入れてほしい。
- ・病例の種類をもう少し多くしてほしい。
- ・職場で研修する際には使えるツール例を示してはどうか。
- ・各病院長宛のアンケートを実施してほしい。
- ・医師向けの復職手順のモデルを示してほしい。
- ・プログラムの進行内容を事前に知りたかった。
- ・職場へのストレスコントロールの実際のエクササイズの導入など。
- ・問題点はわかったが、解決策がない。研修制度、医師不足などあまりに大きな問題なので、どうしようもない無力感を味わった。

### 3) 参加者の医療機関で取り組んでいる医師の職場環境改善や健康支援の取り組みについて

- ・ 小さな診療所であるが、従業員に健康への注意や相談を促している。
- ・ 年2回の健康診断を行っている。
- ・ 研修医の勤務時間を把握している。
- ・ 病院職員のメンタルヘルスの窓口を決めている。
- ・ 過重労働対策を行っている。
- ・ 暴言暴力（患者・家族）の対策をとっている。
- ・ 託児所を作ったので、女性医師（常勤）も確保できる環境になった。
- ・ 外部の相談施設を決めている。
- ・ 女性医師の働きやすい環境作りを進めている。
- ・ 当直医、オンコールの見直しを行っている。
- ・ 医師待機改善委員会を設置している。
- ・ 事務方と看護師との折衝で、業務軽減を図る場を設けた。
- ・ 定刻に職場を離れるようにしている。
- ・ 交替で当直医が来院するまで残るようにしている。
- ・ できるだけ非常勤医師などを活用している。
- ・ 新人研修ワークショップを開催している。
- ・ 医師が少ないので他職種との合同での取り組みが必要と考えている。

## (6) 研修の様子



開催医師会の産業保健担当役員による挨拶



講義：医師のメンタルヘルス（60分）



ボードを使って、グループごとに事例を検討



各グループの代表者による事例検討・発表



討議結果の発表



修了証の授与

## 5. 今後の課題

- ・研修の評価結果から、研修参加者のフォローアップの仕組みづくりが必要である。
- ・地域のネットワーク作りのために、メーリングリストの作成が推奨される。
- ・ワークショップ開催にあたっては、地域の医療機関の医師と行政にかかわる医師と一緒に参加することで、さらなる効果が期待される。
- ・グループワークの事例については、回答例や議論のポイントを作っておく必要がある。
- ・グループ討議後に、事例に関するサジェスションの作成が受講者のセルフラーニングに役立つと思われる。
- ・医師でも知っておくべき労働基準法のポイントの作成が、議論の理解をより深めるとと思われる。
- ・今回の事例は典型的なうつに関連したものが多かったが、医師に関連した健康課題・産業保健課題には様々なものがある。メンタルヘルス以外の健康障害や、適応障害・社会的スキルが課題となっている事例もあるとよい。

## 6. 医師の職場環境改善ワークショップ研修会における講師・ファシリテーターの養成

今後、全国で研修会を開催するために、講師ならびにファシリテーターを養成することとした。2010年3月に日本医師会で開催したワークショップの参加者に対して、将来的に講師ならびにファシリテーターになる方を募集し、9人から応募をいただいた。そのうち5人には2010年度開催の3カ所(熊本、岡山、京都)で、ファシリテーターの養成のために参加いただき、ファシリテーターマニュアルの作成や事例の作成にも協力をいただいた。

ファシリテーターとして参加いただいた方々

熊本：梶木 繁之 (産業医科大学 産業医実務研修センター)  
立石 清一郎 (産業医科大学 産業医実務研修センター)  
岡山：春木 宥子 (松江記念病院健康支援センター)  
織田 進 (福岡産業保健推進センター)  
京都：中田 恵久子 (中田病院)  
三木 秀樹 (京都府医師会理事)

ワークショップ研修会における講師ならびにファシリテーターの役割等については、次のように定めた。

## 1) 役割について

- 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会の作成したプログラムに従って講義（精神医学または産業保健）を担当していただく。精神医学の講義は精神科医のみとする。産業保健は産業医としての経験がある方とする。なお、講義内容は若干の変更については可能とするが、原則委員会作成のものを利用していただく。
- 講師の役割として、精神医学または産業保健の講義を行っていただく。
- ファシリテーターの役割として、作成した事例に基づいて約2時間から3時間のグループワークの説明から運営までを一人で行っていただく。
- 最終的には、精神科または産業保健の講義ならびにグループワークを一人で実施が可能な状況を目指していただく。
  - ①精神医学講義＋グループワークの担当
  - ②産業保健講義＋グループワークの担当実際には上記2名の医師によりプログラム実施が可能な状況を目指す。

## 2) 講師・ファシリテーターになるまで

- Step 1：受講者としてワークショップに参加し修了する。
- Step 2：講師・ファシリテーターに応募する。
- Step 3：応募いただいた方にはグループワーク用の事例を1例作成いただく。（ただし提出していただいた後で改訂をお願いする可能性がある。採用の可否は委員会に一任）。
- Step 4：実際にワークショップにグループワークの共同ファシリテーター（グループワーク・ファシリテーターの支援者）として参加いただく。その際には、マニュアルの作成などをお願いすることがある。
- Step 5：次に、あらたにワークショップに参加いただき、ファシリテーターとして講義ならびにグループワークを実施していただく（この際に委員会が選任したファシリテーターがスーパーバイザーとして同席する）。  
講義ならびにグループワークを修了した段階で、委員会の評価をもとに講師候補者として登録させていただく。その後は適宜講義への参画をお願いする。なお、声かけは地理的な条件や、他の講師のバランスなどを踏まえて検討し、委員会において決定する。

## Ⅱ. 日本医師会長から学会への働きかけに関する提言

本委員会において、今後広く活動を展開するためには他の学会においても勤務医の健康を守るシンポジウムなどの開催の必要性が議論され、日本医師会から学術団体への働きかけの必要性について、提言が行われた。それに答える形で、平成22年8月30日に日本医師会原中勝征会長より日本医学会高久史麿会長あてに、学会において勤務医の健康問題を取り上げるシンポジウムの開催や啓発を行うよう依頼が行われた（巻末資料4参照）。

委員会としては、継続してこうした企画が学会で行われた際には、講師の派遣や紹介などを行う予定である。

## Ⅲ. 医師の労働時間の設計基準に関する現場実証調査研究報告

### 1. 調査研究の目的・方法

本調査研究では、医師の健康障害予防に資する医師の労働条件改善のための知見を集約する目的で、現行の医療提供体制下における医師の労働実態を踏まえたデータをもとに、医師の労働時間の設計基準（勤務医の労働時間ガイドライン）について検討した。2年間で「設計基準案作成準備（ステップ1、2）→現場試行（ステップ3）→評価→設計基準案の作成（ステップ4）」という4つのステップによる現場実証研究の形で実施する計画であり、本年度（2010年度）は、設計基準案の準備に関する調査研究を行った。

### 2. 2010年度の調査計画概要

本年度は5つの調査研究を行った。〈ステップ1〉として、1) 勤務医へのアンケート結果の自由記入結果の分析（D1）、2) 医師の労働時間に関連する海外の文献レビュー（D2）、3) 医療施設における労働時間ガイドラインの作成状況の予備的調査（D3）により基礎的知見を集約した。〈ステップ2〉では、4) 病院における労働時間ガイドラインの作成手順のヒアリング調査（D4）、医師の労働時間に関するガイドライン作成にあたっての検討事項の整理（D5）を行い、「医師の労働時間ガイドライン策定ステップにおいて取り上げるべき内容」「労働時間ガイドライン例」などを提案した。

### 3. 結果：ステップ1

#### 1) 勤務医へのアンケート結果の自由記入結果の分析（D1）

2009年2月実施された医師の健康支援のためのアンケート調査における869件の自由意見を分析し、医師の健康支援と労働時間管理に関連した記述を抽出・分類し、特徴をまとめた。その結果、「医師の現場の意見からみえる医師の健康支援のための5つの重要な関係性（メカニズム）」が明らかとなった。それは、（1）安全・健康で継続可能な勤務体制の確立、（2）男女ともにワークライフバランスがキープできる勤務生活のあり方、（3）医療システムの見直しと改善、（4）医師自身の健康管理、（5）勤務医の実態等に関するPRの必要性、である。また、意見内容の詳細からは「働き方や健康支援に関する実態や訴え（564件）」、「医師会や本調査に関する意見や要望（149件）」、「理念や政策提言（125件）」、「労働条件等の改善提案（54件）」等に分類できた。特に「働き方や健康支援に関する意見、要望」、「労働条件等の改善提案」の2区分の意見を再整理した結果からは、多忙やオーバーワーク（過重労働）（第1位）、当直やオンコールに関する過酷な運用（第2位）の訴えとともに、具体的な改

善提案が述べられている自由意見が数多くあることから、これらの意見を反映して労働時間設計に関して考慮すべき視点をまとめた。具体的にはアクションには医師個人が取り組むこと、病院内で取り組むこと（マネジメント課題）、医師会で取り組むこと、国に要請すること、の4つの取り組みが必要である。

## 2) 医師の労働時間に関連する文献レビュー結果 (D2)

医師の労働時間と医療安全に関連した459文献を分析した。疲労と事故に関する裁判事例、各国における医師の連続勤務時間規制などを整理した。

医師の睡眠と疲労に関する研究からは、i) 睡眠不足の影響は、作業の正確さよりも作業のスピードに影響を及ぼす、ii) 睡眠不足で最も影響があるのは気分である、iii) 睡眠不足と研修の満足度、ストレス、疾病、怪我、体重変化、飲酒や服薬のリスクは反比例する、などは比較的エビデンスの高い事項であることが確認された。米国では2002年に「睡眠、疲労、医師研修：研修および患者治療環境の適正化について」の全国会議が開催され、睡眠と疲労に関する未来の施策に対して、i) 研修環境の整備、ii) 睡眠の必要性の認識、iii) 睡眠不足・過労の評価体制の整備、iv) 研修医の勤務時間に関する問題の定義、v) 過労を防ぐ方法の確立、vi) 過労に関する研究の支援体制の確立、vii) 睡眠が必須であるとの医師文化の確立が必要と7つの提言としてまとめられている。

全米科学アカデミー医学研究所 (Institute of Medicine: IOM) の報告「患者の安全性を向上させるための研修医 (レジデント) の勤務時間および勤務体制の最適化に関する委員会 (Committee on Optimizing Graduate Medical Trainee [Resident] Hours and Work Schedules to Improve Patient Safety)」による2008年の報告 (以下、IOMレポート) をもとに、労働時間ガイドライン作成に有用な知見を整理した。IOMレポート (ACGME) では(1) レジデントの勤務時間が患者の安全性に与える影響と(2) 勤務時間と睡眠時間が業務に与える影響に関する科学的根拠に基づいた文献の審査を行った結果、レジデントの急性および慢性の断眠を防ぎ、疲労による過誤を最小限に抑えるには、単に総勤務時間を減らすのではなく、研修期間中のレジデントの睡眠時間を増やすことに重点を置くべきであるとした。

また、委員会では、16時間を超える勤務シフトの場合は、5時間の睡眠時間を確保することを推奨している。この勤務時の睡眠時間は、4週間当たりの週平均労働時間の上限80時間に含めなければいけない。ACGMEと研修期間のプログラムは以下の点も義務づけている。1) シフトとシフトとの間のオフ時間を明確にすることにより、毎日の睡眠時間を増やす、2) 睡眠不足の蓄積を最小限に抑えるために、「寝だめ」や体力回復を目的とした定期的な休日を増やす、3) レジデントの有給医療行為 (アルバイト) を制限する、4) 過労の

ため運転して帰宅できないレジデントに安全な交通手段を提供する、である。

また、レジデントと指導医との間で頻繁に話し合いができるような良好な研修環境、レジデントが最も効率的に引き継ぎを行う方法を習得することが不可欠であるとも指摘している。本調査報告書では、上記のIOMレポートにおける米国での労働時間ガイドラインの現状の表を作成した。また、上記のIOMレポートの基本となっている医師の労働時間や労働条件に関する主要な11文献を要約し、文献レビューの参考資料とした。

### 3) 労働時間ガイドラインの作成状況の予備的調査 (D3)

2010年度に岡山県、京都府、高知県で実施された研修会において、医師の労働時間や当直体制、残業の取り決め、業務の進め方などに関する調査を行った。3府県で合計75名(管理者64%)の回答を分析した。対象者の施設において労働時間の改善の必要性は68%が改善の必要ありと回答した。医師の労働時間に関して何らかの取り決めがあるのは30.7%(23施設)、取り決めはない25.3%(19)、わからない・不明・無記入44%(32)であった。就業規則があると回答があったものは36%(27)で、就業規則はないが文書化されたものはある9%(7)、口頭での同意事項がある7%(5)、暗黙の了解での労働時間のルールがある15%(11)であった。労働基準監督署の指導があり、現在ルール作成中であると回答した施設もあった。

また、残業時間に関しては36協定で医師の残業時間に関する取り決めがあると回答したのは全体の12%(9)で、取り決めがないと回答したところは37%(27)、わからないも24%(18)であった。労働時間管理の良好事例では、「当直明けのルール」「休日の取り扱い」「当直体制の取り扱い」「オンコールに対する取り決め」などが多く挙げられた。就業規則や働き方のルールなどが未整備の診療所・病院もあり、促進する必要性が確認できた。

また、現場の声では労働基準法をそのまま適用できない、医師としての働き方に関して労働時間のルールづくりのガイドラインの必要性が指摘された。なお、本調査では施設に大小があるデータであることに留意されたい。

## 4. 結果：ステップ2

### 1) A病院における労働時間ガイドラインの作成手順のヒアリング調査 (D4)

2010年度に院内の労働時間ガイドラインの策定を試みたA病院を対象にその作成手順をヒアリング等の情報から整理した。A病院では、1) 病院の診療機能向上に伴った業務量の拡大、2) 医師の過重労働に対して働き方のルールを作るべきであるとの衛生委員会からの提言、3) 行政による時間外労働に関する指導等があった背景により、医師の就業環境改善を病院全体で取り組

む必要性が生じた。2010年11月、院長の方針のもと、執行部企画による管理職による会議が行われ、医師の就業環境改善プロジェクトチームが組織され、2011年3月までに取り組みが行われた。その結果、1)労働時間に関する検討事項、2)外勤アルバイトの取り扱い、3)労働基準法に沿った時間外手当や就業規則の作成が人事労務管理部門とともに検討が行われた。

また、労働時間は、業務内容の見直しと表裏一体であり、診療支援や文書支援などを行う医師支援チームを作り、業務改善の取り組みとともに進めていた。この業務改善には、病院の意識改革、個人の意識改革、必要な業務の精査と医療の質の見直し、業務分担、現在の診療体制、事務管理体制の見直し、業務の標準化などが含まれていた。

## 2)医師の労働時間に関するガイドライン作成にあたっての検討事項の整理(D5)

D1～D4の調査研究から、労働時間ガイドライン作成にあたって重要視点を整理した。適用作業にあたっては、各施設の方針に従って、できるところから取り組むことが重要と考えられる。最終的に、医師の勤務時間設計基準のガイドライン(労働時間ガイドライン)作成にあたっての準備に必要な内容を作成した。労働時間に関する検討事項では、月あたりの残業時間の上限(時間外勤務の上限設定)、一回あたりの最長勤務時間、日勤・夜勤、当直勤務に関する制度、勤務と勤務の間の最低休憩時間、休日の取り方、当直明けの働き方、などのルールづくりが必要である。

また、外勤・アルバイトの取り扱い、労働基準法に従った医師勤務制度設計、賃金・手当の見直し、診療体制の見直し、医師の業務軽減、施設改善、健康管理体制を同時に検討する必要がある。院内での実際の運用にあたっては、わかりやすい働き方に関する自主ルールを作成することが、効果的と考えられた。例えば、「医師の働き方ルール、4原則」などのルールづくりを施設の責任者のもとで明文化することが必要である(下枠囲み)。医師の勤務時間設計基準のガイドライン案などの詳細も本報告書では提示した。

### 例「医師の働き方ルール、4原則」

- ・週に一日は完全休日にします
- ・業務が終了したら、当直にまかせて帰ります
- ・時間外・休日の出勤はできる限り控えます
- ・当直明け日は昼までに帰ります

## 5. 今後の計画

来年度以降は、ステップ3、ステップ4の調査研究を実施する。ステップ2で作成した自主ガイドラインの適用と運用実績の評価、2011年度に労働時間の見直しなどの取り組み予定のある施設があれば、ガイドライン作成支援等、ヒアリング調査を実施する。特に、上記の働き方ルール4原則などを実際に運用して、運用できなかった場合の理由や原因を現場実証研究調査によって明らかにすることで、運用の際の課題を明らかにして、例えば効果的な仮眠の取り方、診療科別の連続拘束時間の上限等、労働時間ガイドラインの効果的な運用のための医師業務改善、医師健康支援策などの検討を行う。最終的に「現場事例に基づく医師の労働時間と健康、安全医療に関連した課題と対策報告書」を作成する。

#### IV. 委員会活動の成果発表

本プロジェクト委員会設置後約3年間で、前項までに記載したさまざまな取り組みが行われるとともに、これらに関連、あるいはこれらを活用して、各委員により以下の成果物が報告された。このような活動が、勤務医の健康支援のさらなる啓発に寄与することが期待される。以下に2010年度の活動を紹介する。

##### ○書籍

- ・中嶋義文：リエゾン医療の立場から心理職への期待. 今、心理職に求められていることー医療と福祉の現場から.93-110 誠信書房、東京 2010
- ・吉川徹：7. 医療機関における健康管理. 産業医の手引き(第6版). 東京都医師会(作成中)

##### ○論文

- ・中嶋義文：現代医療の特性と医療スタッフのストレス. 特集 医療従事者の心のケアペインクリニック 32(2):173-180 2011
- ・松島英介：医療スタッフのストレス.特集 医療従事者の心のケア ペインクリニック 32(2):181-191 2011
- ・小川賢一、後藤隆久：ペインクリニック医師のストレス.特集 医療従事者の心のケアペインクリニック 32(2):192-200 2011
- ・保坂 隆：医療従事者のストレスマネジメントの方法.特集 医療従事者の心のケアペインクリニック 32(2):201-207 2011
- ・塩入明子、赤穂理絵：女性医師のストレスとその対策.特集 医療従事者の心のケアペインクリニック 32(2):208-215 2011
- ・保坂 隆, 後藤隆久, 和田耕治, 吉川 徹：勤務医の健康支援. 産業医学ジャーナル 33: 4-8, 2010
- ・保坂 隆, 和田耕治, 吉川 徹, 後藤隆久, 中嶋義文, 平井愛山, 松島英介, 赤穂理絵, 木戸道子：総合病院での医師の働き方を支援するー日本医師会「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」活動からー. 総合病院精神医学 22: 14-19, 2010
- ・保坂 隆：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」活動から.医療経済研究 184: 30-32, 2010
- ・木戸道子：女性医師のキャリアサポートを通じて産婦人科医療を支えていこう！JAOG Information 60:5-7, 2010
- ・吉川 徹：良好実践に学ぶ、働きよい職場づくり～プロセス支援としての参加型職場改善とメンタルヘルス対策～ 労働の科学.

2010;10:8(584)-12(588).

- ・和田耕治、吉川 徹、後藤隆久、平井愛山、松島英介、中嶋義文、赤穂理絵、木戸道子、保坂 隆：わが国の勤務医の喫煙，飲酒，運動，食事習慣の現状 日医雑誌 2010;139(9):1894-1899.
- ・Wada K, Yoshikawa T, Goto T, Hirai A, Matsushima E, Nakashima Y, Akaho R, Kido M, Hosaka T : National survey of the association of depressive symptoms with the number of off-duties and on-call, and sleeping hours among physicians working at hospitals in Japan BMC Public Health 2010, 10:127
- ・Wada K, Yoshikawa T, Goto T, Hirai A, Matsushima E, Nakashima Y, Akaho R, Kido M, Hosaka T : National survey of the association of suicide attempts with unreasonable claims and troubles by patients among physicians working at hospitals in Japan (in press Int J Behav Med)
- ・和田耕治, 太田 寛, 川島正敏, 田中克俊, 相澤好治：医療機関における職員の復職支援体制の現状と対策. 日本医事新報 4500(2010.7.24)p105-108
- ・和田耕治：アクションチェックリストを活用した医療機関での暴言・暴力対策. ストレス科学;24(4):239-245, 2010.

#### ○シンポジウム・学会報告など

##### 【特別講演、教育講演など】

- ・松島英介：医療者のメンタルヘルス。第51回日本心身医学会総会ならびに学術講演会，仙台，2010年6月27日。
- ・松島英介：医療従事者のメンタルヘルス。第6回リエゾン・サイコオンコロジー地域懇話会，東京，2010年7月27日。
- ・松島英介：がん診療における医療者のメンタルヘルス。第23回日本サイコオンコロジー学会，名古屋，2010年9月24日。
- ・保坂 隆：麻酔科医のこころの健康—勤務医のメンタルヘルス：問題認識と日本医師会の取り組み。第57回日本麻酔科学会シンポジウム。2010年6月5日
- ・保坂 隆：精神医学の喫緊の課題—自殺・がん・勤務医問題を中心に—。広島市医師会第116回学術講演会，2010年10月20日。
- ・保坂 隆：勤務医のストレス状況と対策：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」活動から。第5回聖ルカ・アカデミア。2011年1月29日。

- ・後藤隆久：麻酔科医のこころの健康（座長および企画）第57回日本麻酔科学会シンポジウム、2010年6月5日
- ・吉川 徹：勤務医のメンタルヘルス不調の第一次予防策、シンポ18「麻酔科医のこころの健康—現状と支援策」現状と支援策、第57回日本麻酔科学会総会 2010年6月5日

#### 【一般演題】

- ・木村元紀、松島英介、保坂 隆：首都圏のコンサルテーション・リエゾン精神科医のストレス、第22回日本総合病院精神医学会総会、大阪、2009年11月27日-28日。
- ・吉川 徹、和田耕治、今村 聡：勤務医が望む健康支援のための労働条件・職場環境改善ニーズの全国調査、産業衛生学雑誌 2010;52:410。
- ・和田耕治、吉川 徹、後藤隆久、平井愛山、松島英介、中嶋義文、赤穂理絵、木戸道子、保坂 隆：わが国の勤務医の喫煙、飲酒、運動、食事の習慣の現状。第21回日本疫学会、札幌、Journal of epidemiology 21(1) supplement:210
- ・和田耕治、吉川 徹：70歳以上の勤務医が求める医療機関での職場環境改善、第83回日本産業衛生学会、福井、産衛誌 52 臨増 p364, 2010
- ・中嶋義文：勤務医のメンタルヘルス支援の実践—初期研修医支援の方略。第17回日本産業精神保健学会 2010.7.14 金沢

#### ○新聞掲載

- ・待機多い勤務医うつ注意 2010年9月9日 朝日新聞西日本版
- ・勤務医目立つ不養生 2011年2月4日 北海道新聞
- ・患者のクレームトラブル半年に4回以上、勤務医のうつ5倍 2011年2月24日 朝日新聞

#### ○その他

- ・吉川 徹：勤務医の過重労働対策と労務環境改善、第4回産業医学研修会、自治医科大学 2011年1月9日
- ・吉川 徹：職場ストレス環境の改善—国内外のメンタルヘルス対策の動向から—全衛連・メンタルヘルス事後指導研修会（医師向け）、2011年1月22日
- ・吉川 徹：ワークショップ：医師の過重労働と勤務環境改善、平成22年度社会保険病院等診療科部長研修会、2011年1月29日

## V. 2011年度の活動予定

2011年度は、以下の活動を予定している。

- 1) 日本麻酔科学会にてワークショップの開催（2011年5月20日 神戸）
- 2) 日本臨床麻酔科学会にてワークショップ開催（2011年11月4日 沖縄）
- 3) 日本産科婦人科学会にて演題発表（木戸道子他 産婦人科勤務医の業務量と健康に対する意識の現状、および健康支援対策について—日本医師会調査より2011年4月15日 大阪）
- 4) 日本総合病院精神医学会ワークショップ開催（2011年11月26日 福岡）  
また、地域医師会におけるワークショップについては、複数回企画予定であり、順次調整して開催する予定である。

## VI.おわりに

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」が設置され、ほぼ3年間が経過した。

その間、1年目には勤務医の健康調査を全国的な規模で行った。このような全国規模の医師の健康調査は本邦初で、貴重な調査結果が得られた。

一例を示すと、心身の不健康を自覚している医師は予想以上に多く、他の専門医師を受診することもなく、特にメンタル面では、回答者の1.9%はうつ病が強く疑われるという結果が得られた。

そして2年目には、その調査結果を受けて、まず「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」のリーフレットを作成し、会員諸氏あるいは関係諸機関に配布した。続いて、Eメールによる相談、電話による相談を試行した。しかし、十分に予想されたことではあったが、匿名であっても、実際の相談件数は少なく、このことから「医師という職種は、自分から健康について他人に相談できない傾向がある」ことが再確認された。

そこで、心身の不健康な医師を、病院の産業医が見つげ出し相談に応じたり、受診勧奨をすることのほうが実際的であろうと考え、第1回の「医師の職場環境改善ワークショップ研修会」を企画した。半日間ではあったが、参加者からの評価も高く、今後は、病院にいる産業医という貴重な人的資源が、勤務医の健康支援には重要な役割を果たしていくことが期待された。

そして、3年目の本年度は、前述の第1回の「医師の職場環境改善ワークショップ研修会」を修正し、全国3カ所（熊本県、岡山県、京都府）の医師会の協力を得て、また、本委員会委員の所属する横浜市立大学病院麻酔科からの要請を含め、計4回開催した。これらは勤務医の健康支援をより進める目的で、現場の管理者・産業医を対象とした参加型のワークショップ形式の研修会とした。

また、今後研修会を全国展開するために、ファシリテーターならびに講師の養成に着手した。第1回の「医師の職場環境改善ワークショップ研修会」参加者の中から、9人の応募をいただき、そのうち5人には2010年度開催の3カ所（熊本、岡山、京都）に参加いただき、ファシリテーターマニュアルの作成や事例の作成に協力をいただいた。今後もファシリテーターならびに講師の養成を継続するために、その手順を定めた。

さらに、今後広く活動を展開するためには、他の学会等においても勤務医の健康を守るシンポジウムなどの開催の必要性が議論され、平成22年8月30日に日本医師会原中勝征会長より日本医学会高久史磨会長に対して、医学会において勤務医の健康を取り上げるシンポジウムの開催や啓発を行うよう依頼した。委員会としては継続してこうした企画が学会で行われた際には講師の派遣

や紹介などを行う予定である。現時点では、地域医師会におけるワークショップ研修会については複数回、また日本麻酔科学会でも開催を予定している。

このように、日本医師会が勤務医の健康支援に正面から取り組んだことには大きな意義があり、前述したように多くの活動成果も出始めた。これらの状況を考慮し、この「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」が、次年度以降も継続されることを、切に希望する。

#### 謝辞

2010 年第 2 回委員会にてワークエンゲージメントの医療従事者への適用について講演を行っていただいた東京大学大学院保健学分野島津明人准教授、オブザーバーにてご参加いただいた厚生労働省労働衛生課鈴木課長、廣瀬主査、そして各地域でのワークショップの開催にご尽力いただいた、熊本県医師会、岡山県医師会、京都府医師会の皆様に本委員会のご支援について深く御礼申し上げます。

## 医師の職場環境改善ワークショップ研修会の配布資料

1. オリエンテーション
2. 医師のメンタルヘルス
3. 医療機関での産業保健活動の展開
4. ケーススタディの進め方
5. ケーススタディ 6 事例
6. ケースのグループ討議結果例
7. 医師の健康支援のための職場改善チェックリスト
8. 自分の職場のレビューと職場環境改善アクションプラン
9. 医師の職場環境改善ワークショップ研修会の評価アンケート

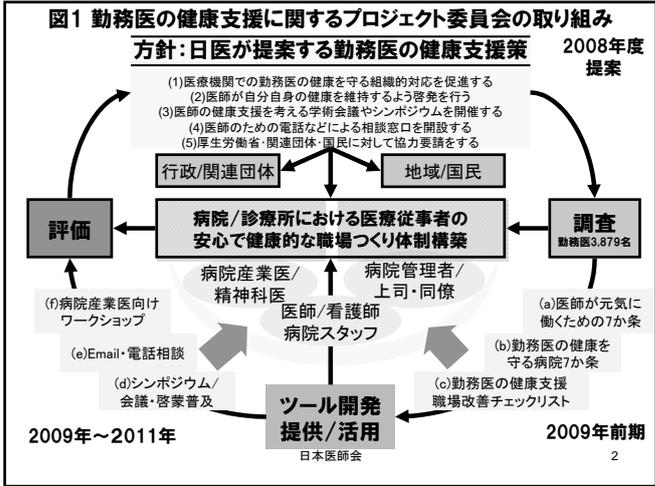


**〇〇医師会**  
**医師の職場環境改善ワークショップ研修会**

---

**オリエンテーション**

日本医師会 1



**医師の職場環境改善ワークショップ研修会**  
**研修の目的**

- 知識共有：勤務医の労働条件・労働環境に関連した心身の負担要因と改善策を学ぶ
- 経験交流：チェックリスト記入・事例検討によるグループワークを通じて、各病院・診療所における医師の健康支援のための良好事例や経験を交流する
- 研修後のアクション検討：各自アクションプランを立案し、自分の病院・組織・地域で勤務医健康支援の取り組みをすすめる。将来的に、経験を交流する

日本医師会 3



# 医師のメンタルヘルス

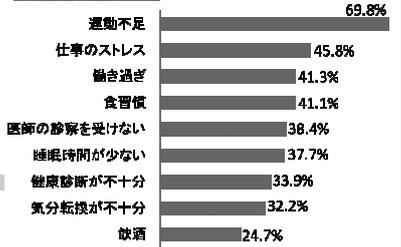


## やっぱり「医者は不養生」

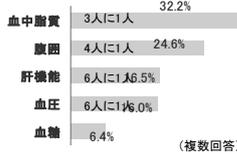


日経メディカルオンラインが2007年10月に医師会員841名に「あなたは不養生ですか」と質問したところ、「強くそう思う」22.9%、「少しそう思う」54.9%と8割近くが「不養生」と回答した。

### どこが不養生か？



### 健康診断での問題は？



(複数回答)

(日経メディカル 2008年1月号: 38-41)<sup>2</sup>

## 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 (2008年6月より)

委員長: 保坂 隆 (東海大学医学部教授)

委員:

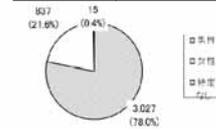
- 赤穂理絵 (都立駒込病院神経科医長)
  - 木戸道子 (日本赤十字社医療センター第二産婦人科副部長)
  - 後藤隆久 (横浜市立大学大学院医学研究科教授)
  - 中嶋義文 (三井記念病院精神科部長)
  - 平井愛山 (千葉県立東金病院院長)
  - 松島英介 (東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科准教授)
  - 吉川 徹 (労働科学研究所副所長)
  - 和田耕治 (北里大学医学部衛生学・公衆衛生学講師)
- (委員: 五十音順)

⇒2008年度には現状調査などを実施した

医師会員の割合から、男性8,000名、女性2,000名に送付  
計4055人 (有効回答率40.6%, 回答に不同意と返答176人含む)

性別

| 性別 | 男性               | 女性             | 特定なし         | 計     |
|----|------------------|----------------|--------------|-------|
|    | 3,027<br>(78.0%) | 837<br>(21.6%) | 15<br>(0.4%) | 3,879 |



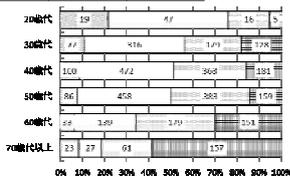
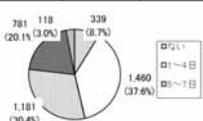
男性:女性=ほぼ8:2

年齢は40代と50代がそれぞれ約30%  
臨床歴20-29年目が34%と最多  
常勤医師が90%を占めた  
96%が病院勤務

## 休日が月に4日以下が46%

休日回数/月

| 休日回数/月 | ない            | 1~4日             | 5~7日             | 8日以上           | 特定なし          | 計     |
|--------|---------------|------------------|------------------|----------------|---------------|-------|
|        | 339<br>(8.7%) | 1,460<br>(37.6%) | 1,181<br>(30.4%) | 781<br>(20.1%) | 118<br>(3.0%) | 3,879 |

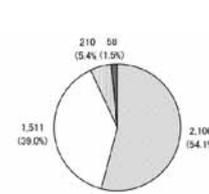


20歳代では76%が4日以下  
年代が上がるにつれ、休日4日以下は減る

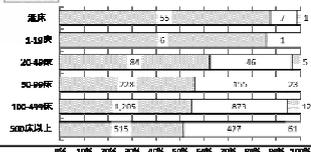
## 2人に1人は、半年以内に1回以上のクレーム

患者さんやその家族からの不当なクレームやトラブルを受けたことがあるか？  
(直近半年間)

| 回数 | ない               | 1~3回             | 4回以上          | 特定なし         | 計     |
|----|------------------|------------------|---------------|--------------|-------|
|    | 2,100<br>(54.1%) | 1,511<br>(39.0%) | 210<br>(5.4%) | 58<br>(1.5%) | 3,879 |



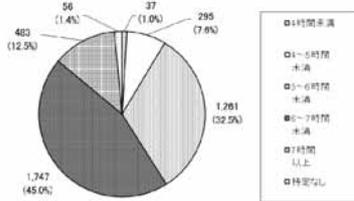
病床数が多くなるほど不当なクレームやトラブル  
にあったことのある医師の割合が多くなる傾向が  
みられた



## 平均睡眠時間, 6時間未満が41%を占めた

平均睡眠時間

| 4時間未満     | 4~5時間未満    | 5~6時間未満       | 6~7時間未満       | 7時間以上       | 特定なし      | 計     |
|-----------|------------|---------------|---------------|-------------|-----------|-------|
| 37 (1.0%) | 295 (7.6%) | 1,261 (32.5%) | 1,747 (45.0%) | 483 (12.5%) | 56 (1.4%) | 3,879 |



7

## 21%が不健康であると回答した

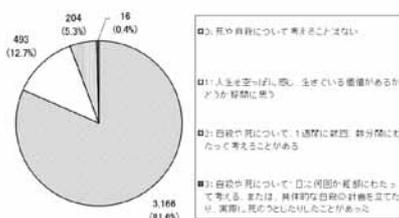
### うつ関連質問

- 7%では中途覚醒
- 4%では早朝覚醒がみられた
- 6%ではエネルギーの低下の自覚があった
- 9%では興味の減退がみられた
- 5%では悲しいと思うことが半分以上の時間
- 2%では集中力や決断力が低下する
- 7%では自分自身を否定的に見ていた

## 6%が死や自殺について1週間に数回以上考えていた

死や自殺についての考え

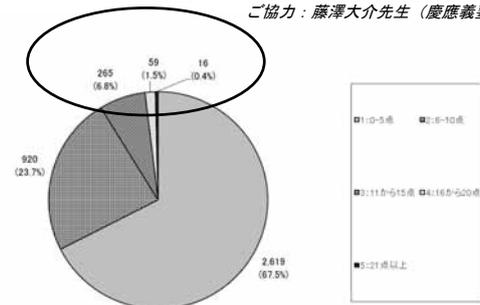
| 0             | 1           | 2          | 3         | 計     |
|---------------|-------------|------------|-----------|-------|
| 3,166 (81.6%) | 493 (12.7%) | 204 (5.3%) | 16 (0.4%) | 3,879 |



9

## うつスクリーニングテスト (日本語版QIDS-SR-J)

ご協力: 藤澤大介先生 (慶應義塾大)



8.7%の勤務医 (約12人に1人に相当) が、「うつ状態」  
休職や薬物療法が必要なうつ病 (質問票で16点以上) は1.9%

10

## 53%は, 自身の体調不良について全く相談しない

自分自身の体調不良について他の医師に相談することはあるか?【男女別】

|    | まったくしない       | 時々する          | よく相談する    | 計     |
|----|---------------|---------------|-----------|-------|
| 男性 | 1,686 (56.1%) | 1,223 (40.7%) | 95 (3.2%) | 3,004 |
| 女性 | 373 (45.0%)   | 419 (50.6%)   | 36 (4.3%) | 828   |

男性の方がその傾向は強い

相談しない理由として

- 「同僚に知られたくない」
- 「自分が弱いと思われたくない」
- 「勤務評定につながる恐れ」
- のいずれかをあげた

11

- ・正直自分の健康に手は回らない。
- ・医師数を増やしてほしいと要望しても、財政の観点から全く考慮して頂けない。給料の問題だけでなく、こういう状況を改善して頂けないと、就職希望者は増えないと思います。
- ・超勤務に45時間以上と書く院長から呼ばれるので書けない。
- ・病院機能評価が行なわれるようになってから事務作業が数倍に増え本来の業務を著しく圧迫する。評価機構そのものの存在意義について一般の人も含めて議論していただきたい。
- ・病気をしても病院受診する時間がないし、ぎりぎりまで無理して働くべきという空気がある。
- ・当直の翌日は、集中力の低下・注意散漫となり・医療事故が起こりやすい状態となっていることが自分でもわかる。
- ・米国の病院でも勤務しておりましたが、日本では、事務業務・看護師業務を医師が行なっている。また会議も多すぎます。
- ・本調査など最近このような調査が送付されるが、結果が私たち勤務医の職場環境改善に役立つことを願っています。勤務内容と時間に見合う給与と休暇を与えてほしい。
- ・僕は現在、うつ病にて休職中です。
- .....



2009年度には、調査結果を元にして  
2種類のパンフレットを作成し配布



勤務医の健康支援のための  
Eメール・電話による健康相談  
(医師、その家族、同僚らから)

メール：2009.10.15~2010.1.15

→ほぼ10件！

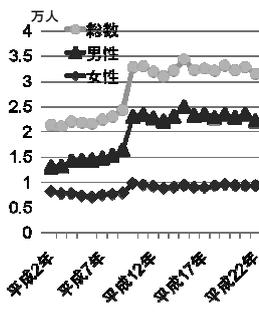
電話：2009.12.5のみ

→0件！！！！

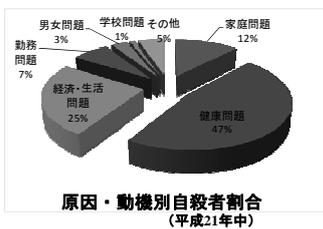


病院産業医のための勤務医の健康支援研修  
2010.3.6

自殺者は平成10年から  
13年連続で3万人を越えた



男性:女性=7:3  
9割は精神疾患

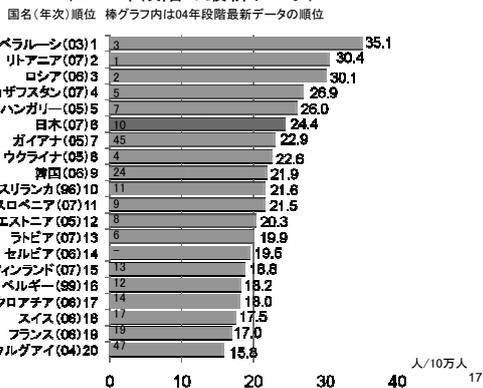


平成21年の死因統計

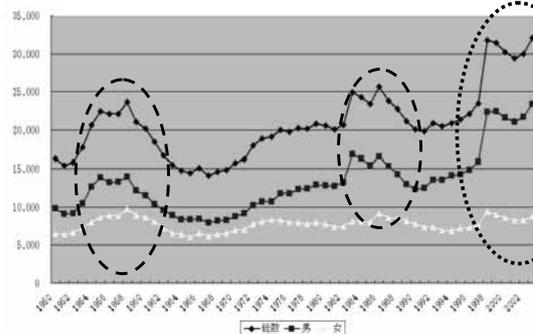
| 死因           | 死亡数      | 死亡総数に占める割合 |
|--------------|----------|------------|
| 1. 悪性新生物     | 344,105人 | 30.1%      |
| 2. 心疾患       | 180,745人 | 15.8%      |
| 3. 脳血管疾患     | 122,350人 | 10.7%      |
| 4. 肺炎        | 112,004人 | 9.8%       |
| 5. 老衰        | 38,670人  | 3.4%       |
| 6. 不慮の事故     | 37,756人  | 3.3%       |
| 7. 自殺        | 30,707人  | 2.7%       |
| 8. 腎不全       | 22,743人  | 2.0%       |
| 9. 肝疾患       | 15,969人  | 1.4%       |
| 10. 慢性閉塞性肺疾患 | 15,359人  | 1.3%       |

(厚生労働省人口動態統計, 2010)

自殺率の国際比較  
(2009年段階の最新データ)



我が国における自殺者数の推移 (1950~2003)



戦後、3回の自殺のピーク；3回目は98年以後から現在  
(10年にわたり年間3万人以上、特に男性で増加が顕著)

## 平成20年の年齢別の死因

| 年齢     | 死因第1位 | 死因第2位 | 死因第3位 |
|--------|-------|-------|-------|
| 10～14歳 | 不慮の事故 | 悪性新生物 | 自殺    |
| 15～19歳 | 自殺    | 不慮の事故 | 悪性新生物 |
| 20～24歳 | 自殺    | 不慮の事故 | 悪性新生物 |
| 25～29歳 | 自殺    | 不慮の事故 | 悪性新生物 |
| 30～34歳 | 自殺    | 悪性新生物 | 不慮の事故 |
| 35～39歳 | 自殺    | 悪性新生物 | 心疾患   |
| 40～44歳 | 悪性新生物 | 自殺    | 心疾患   |
| 45～49歳 | 悪性新生物 | 自殺    | 心疾患   |
| 50～54歳 | 悪性新生物 | 心疾患   | 自殺    |

10-54歳に限って言えば、自殺は死因の1位～3位

(厚生労働省人口動態統計, 2009) 19

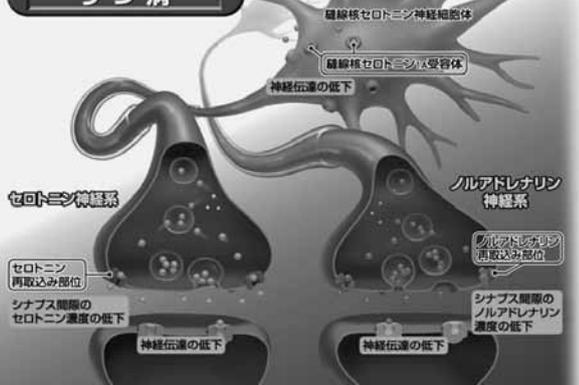
## 自殺の背景にあるもの

リストラ, 加重労働, 経営不振,  
職場内の対人関係, 家庭内の問題etc

うつ病

自殺

## うつ病



## 抑うつの症状

血液検査ではわかりません

- 抑うつ気分  
憂うつ・気分が沈む・楽しくない・悲しい・淋しい  
涙もろい・自責・孤独
- 精神運動性抑制  
精神性の抑制: 物覚えが悪い・忘れっぽい・  
決断できない・考えがまとまらない  
集中力がない・持続力がない  
運動性の抑制: 何もしたくない・億劫だ
- 身体症状  
食欲不振・体重減少・頭痛・腰痛・肩こり・不眠  
その他: 自殺念慮・日内変動

22

## 抑うつの病前性格と発病の契機

- メランコリー親和型性格  
・相手がいて自分がいる, 協調性が高い いい人  
・ルールに従ったり, レールに乗るのが好き

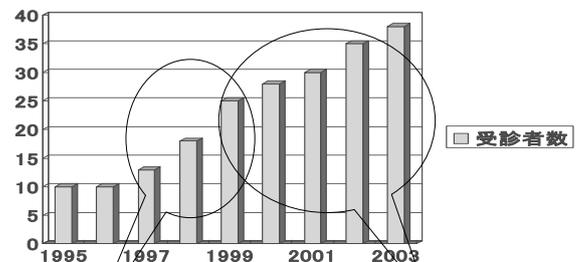
喪失体験(親を亡くす, 失敗する, リストラ, 異動,  
対人トラブル, 一貫性・連続性を失う)

- 執着気質  
・完全癖が強く最後までやり通す 真面目な人

心身の加重(加重労働, 成果主義)

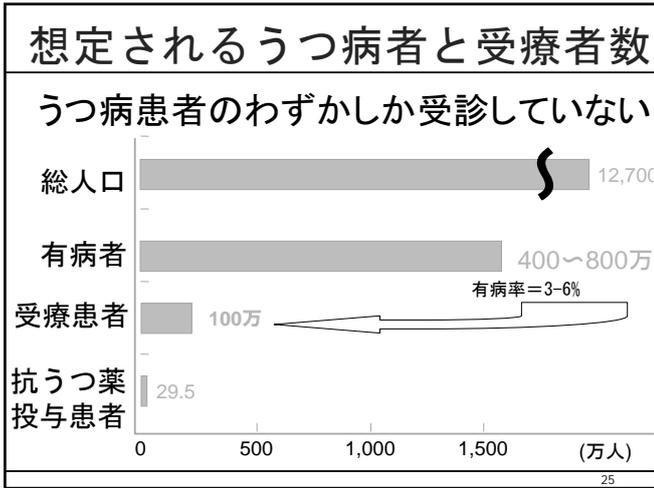
23

## 某企業のメンタル受診者数の変化



リストラが関係したうつ 過大な負荷によるうつ

24



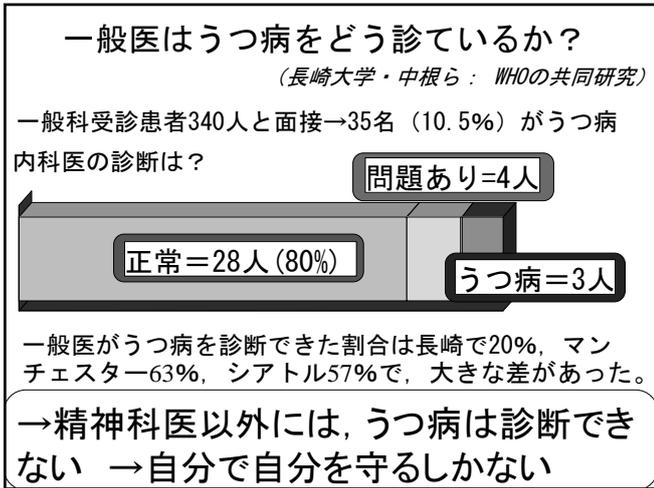
### ほとんどのうつ病患者はどこにいるのか？

ほとんどのうつ病患者は

- ・本人が、うつ症状に気づかない
- ・家族も、うつ症状に気づかない
- ・上司も、うつ症状に気づかない
- ・医者も、仮面うつ病に気づかない

ので、つまらない毎日、著しくQOLが低下した毎日を送っている  
→その結果としての自殺も多いから早く見つけなければならない

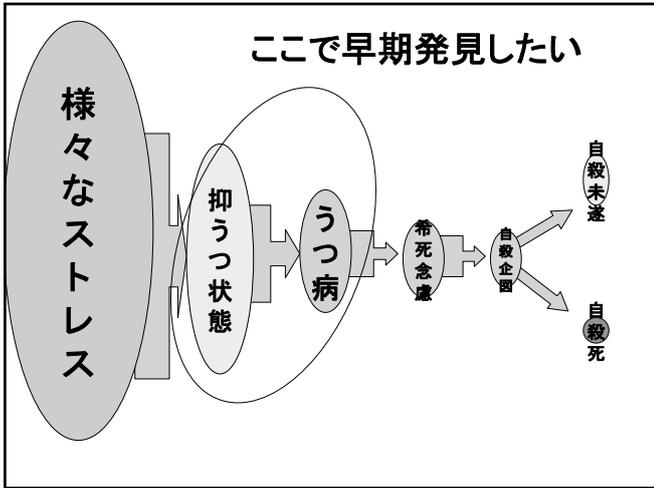
26



### 身体疾患患者の精神疾患合併率

|      | 精神疾患合併率 | うつ病合併率 |
|------|---------|--------|
| 外来患者 | 10-30%  | 5-10%  |
| 入院患者 | 30-40%  | 20-30% |

この合併率は、疾患の良性・悪性によらず、ほぼ同程度である。



### 企業でのうつ得点は睡眠・加重労働と有意に相関している

|                      |                     | Fatigue | Depression | 睡眠時間    | 睡眠満足感   | 人脈困難感   | 過重労働    |
|----------------------|---------------------|---------|------------|---------|---------|---------|---------|
| Fatigue              | Pearson Correlation | 1       | .751 **    | .288 ** | .470 ** | .257 ** | .247 ** |
|                      | Sig. (2-tailed)     |         | .000       | .000    | .000    | .000    | .000    |
|                      | N                   | 572     | 572        | 572     | 572     | 572     | 572     |
| うつ得点                 | Pearson Correlation | .751 ** | 1          | .214 ** | .432 ** | .313 ** | .123 ** |
|                      | Sig. (2-tailed)     | .000    |            | .000    | .000    | .000    | .000    |
|                      | N                   | 572     | 572        | 572     | 572     | 572     | 572     |
| Sleepingtime         | Pearson Correlation | .288 ** | .214 **    | 1       | .476 ** | .093 *  | .241 ** |
|                      | Sig. (2-tailed)     | .000    | .000       |         | .000    | .026    | .000    |
|                      | N                   | 572     | 572        | 572     | 572     | 572     | 572     |
| Sleepsatisfaction    | Pearson Correlation | .470 ** | .432 **    | .476 ** | 1       | .240 ** | .185 ** |
|                      | Sig. (2-tailed)     | .000    | .000       | .000    |         | .000    | .000    |
|                      | N                   | 572     | 572        | 572     | 572     | 572     | 572     |
| Difficultyinsleeping | Pearson Correlation | .257 ** | .313 **    | .093 *  | .240 ** | 1       | .104 *  |
|                      | Sig. (2-tailed)     | .000    | .000       | .026    | .000    |         | .012 *  |
|                      | N                   | 572     | 572        | 572     | 572     | 572     | 572     |
| Overtimeworking      | Pearson Correlation | .247 ** | .123 **    | .241 ** | .185 ** | .104 ** | 1       |
|                      | Sig. (2-tailed)     | .000    | .000       | .000    | .000    | .012    |         |
|                      | N                   | 572     | 572        | 572     | 572     | 572     | 572     |

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).  
\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

30



# 不眠症

十分に睡眠がとれていない人=25%  
睡眠時間が6時間未満の人=25%



不眠症は4人に1人

## 不眠症の分類

入眠障害 体質性 

中途覚醒 熟眠障害 中高年者 

早朝覚醒  うつ病・中高年者

### 睡眠導入剤に関する一般医のPitfall

一般医は、毎日服用していると依存症になってしまうから、「休日などは休薬するように」と指導しがちである。

お酒の休肝日と混同！？

睡眠薬の副作用としての健忘を忘れてしまっている？

「睡眠導入剤よりも、古くから使われているDiazepamのような精神安定剤のほうが安全なのではないか」と思っている。



Diazepamの半減期は長い(20-70時間)

↓

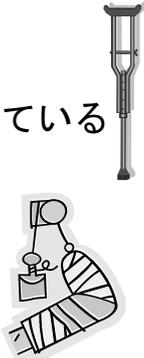
少量の服用でも翌日の日中に効果が持続している

↓

足に来る可能性

↓

ふらつき 転倒



### ω1とω2受容体の薬理作用

中枢神経にはω1およびω2受容体の2種類のベンゾジアゼピン受容体サブタイプが存在する。ω1受容体は脳全体に存在し、催眠鎮静作用や抗不安作用等に関与すると推測されている。



Doble A. et al.: Trends Pharmacol. Sci. 19: 76, 1992

35 43

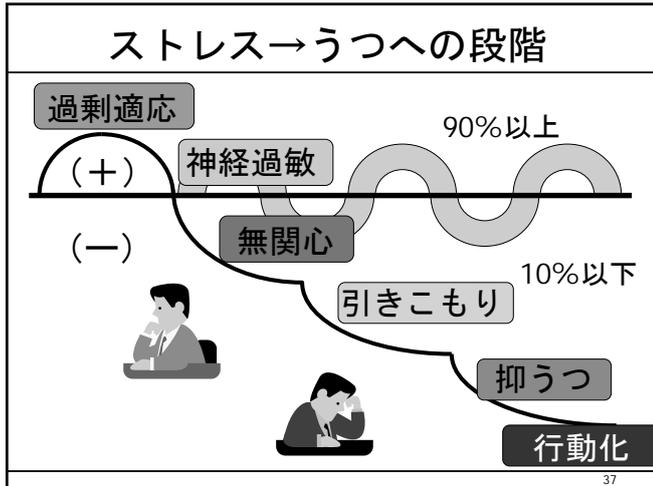
### 使いやすい睡眠導入剤

Rp) マイスリー(5) 1~2 T  
Rp) デパス(0.5) 1~2 T  
Rp) レンドルミンD(0.25) 1T

### 使いやすい抗不安薬

Rp) ワイパックス(0.5) 3~6T・分3  
Rp) デパス(0.5) 3T・分3  
Rp) ワイパックス(0.5) 1~2T・頓用

ほとんどがBenzodiazepines



### ストレス状態の客観的指標

#### 第1段階：「過剰適応」段階

普段よりも仕事に没頭する  
絶えず仕事の話しをする

せいぜい1-2ヶ月間  
この段階がないほうがマズイ

38

### ストレス状態の客観的指標

#### 第2段階：「神経過敏」段階

イライラした感じ  
同僚や家族とのトラブルの増加  
酒を飲んでグチを言う

39

### ストレス状態の客観的指標

#### 第3段階：「無関心」段階

積極性がなくなる  
仕事上のミスが多くなる  
転職サイトをボンヤリ見る

40

### ストレス状態の客観的指標

#### 第4段階：「引きこもり」段階

遅刻や欠勤が多くなる  
二日酔いで出勤する

41

### ストレス状態の客観的指標

#### 第5段階：「抑うつ」段階

不眠  
食欲不振  
体重減少  
抑うつ感

42

## ストレス状態の客観的指標

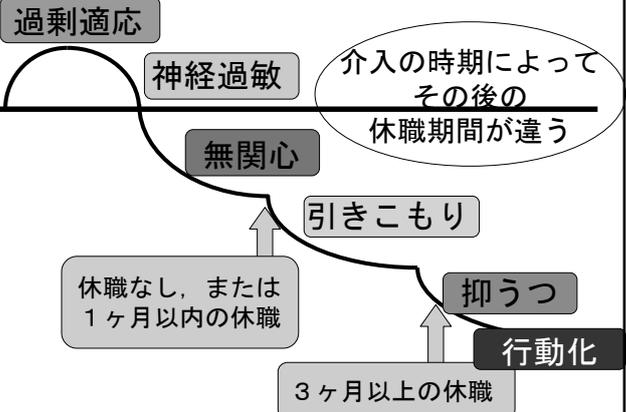
### 第6段階：「行動化」段階

自殺企図  
アルコール依存  
無断欠勤



43

## 介入時期と休職期間



## 職場で気づくうつ病の初期症状

- 1, ミスが多くなる
- 2, 不眠のために日中も眠そう
- 3, アルコール量が多くなる (二日酔いっぽい)
- 4, 遅刻が多くなる
- 5, 発言量が減少する
- 6, 元気がない



45

## 自分で気づくうつ病の初期症状

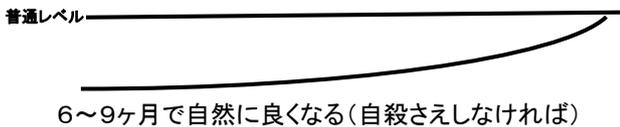
- 1, 不眠 (寝付けない, 眠りが浅い, 早く起きてしまう)
- 2, 特に朝の具合が悪い
- 3, アルコール量が多くなる
- 4, 頭重感, 頭が締め付けられる
- 5, 食欲がない
- 6, 趣味など楽しめない
- 7, 笑えなくなった



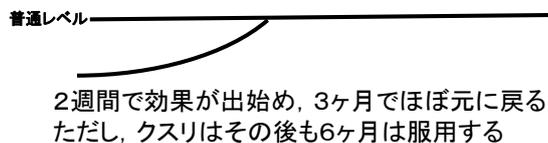
46

## うつ病の経過

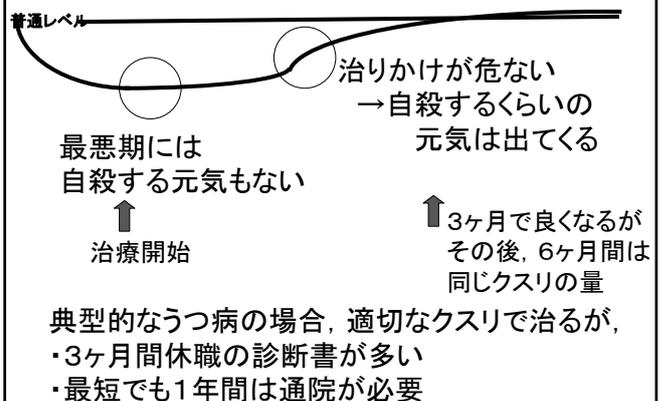
### 1. 気づかないか, 治療をしない場合



### 2. 抗うつ剤による治療をする場合



## うつ病の治り方と自殺の危険性



## うつ病は治るのか？

Q:うつ病は治るんですか？

A:治るが、また再発するかもしれない

Q:じゃあ完治しないんですね？

A:完治・・・じゃ高血圧って完治するのか？  
糖尿病は？



Q:.....

A:完治する病気は感染症だけなんだ  
その他の病気は、すべて、うまくコントロールしていかなければいけない病気  
なんだ

## うつに関する大きな誤解①

うつは気合が入っていない病気だ！  
うつは気合で治せ！



→ うつは脳の病気です

うつになるのは性格的に弱い奴だ！



→ いい人か真面目な人が  
うつになる

50

## うつに関する大きな誤解②

うつは心の風邪のようなもの

女性の7人に1人がうつになる  
男性の15人に1人がうつになる

気管支炎や肺炎くらいに重症

→ うつは心の気管支炎

51

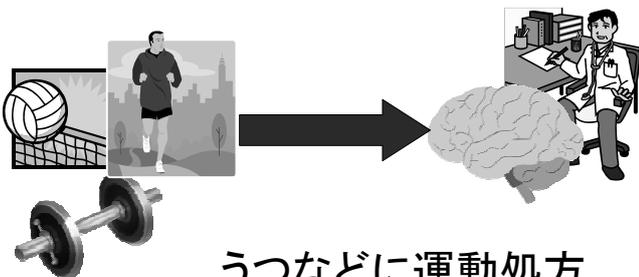
## うつ病: 予防のポイント

生活習慣を見直し、正しく休む

- ・アルコールが抑うつや不眠を引き起こすことがあります。
- ・睡眠習慣を保っていますか？
- ・疲れをとるために身体を休めましょう。

52

## スポーツを精神医学に応用



うつなどに運動処方

## 運動には薬と同じくらいの抗うつ作用

156名の50歳以上の大うつ病患者



- ①有酸素運動(45分, walking/jogging)
  - ②抗うつ薬(SSRI)
  - ③運動+くすり
- に無作為割付→4ヶ月後



うつ得点は3群とも有意に低下  
①60%, ②66%, ③69%は臨床的にも寛解

Blumenthal JA et al. Arch Intern Med. 1999;159:2349-56

54

## 身体的疲労と精神的疲労のバランスを



精神的疲労を軽減 身体的疲労を加える

リラクゼーション  
ヨガ  
腹式呼吸  
マッサージ

スポーツクラブ  
筋トレ  
ストレッチ  
有酸素運動

55

## 病院産業医に期待したいこと

病院産業医のメンタル・スキルの向上を  
(スクリーニングができるように)

専門医との連携を



医療従事者へのメンタル面での啓発を

施設それぞれの医療者支援策を

56

## 医師を対象に診察する際の注意点

- 助けを求めている時には素早く対応する。多くの医師が助けを求めたときには長い期間が経過している
- 守秘義務を確認する
- 共感し、助けを求めたことを認める
- 誰が今後の治療の判断に関わるかを明確にする
- 他の知的な患者と同じように扱う
- 起こりうる医師の防御反応を予測し、対処する

Goldman LS et al. The handbook of physician health, AMA, 2000

第一三共提供

中外医学社



ご講聴ありがとうございました

## 医療機関での 産業保健活動の展開

## 医療従事者は安全と健康を損なう 多くのリスクにさらされている

### <医療従事者の特徴>

- 日本の医療福祉産業の就業者は616万人(2009年)、建設業よりも多い!
- 雇用創出の成長産業
- 労働集約型の産業
- 女性が多い
- 患者中心のサービス
- 自己犠牲が尊ばれる職場風土
- それぞれが専門的な役割を担う

### <安全と健康を脅かす課題>

- 生物学的要因(感染症)
- 化学的要因(消毒薬、抗がん剤など)
- 物理的要因(電離放射線、紫外線、騒音、振動など)
- エルゴノミクスの要因(腰痛など)
- 社会心理的要因(ストレス、暴力、ハラスメントなど)
- 怪我、受傷など



### 危険有害要因は?

1. 針刺し
2. 空気感染症
3. 暴力・暴言
4. 化学物質
5. 過重労働
6. 腰痛
7. 血圧計の水銀
8. 建物のアスベスト
9. 転倒
10. ……

## 医師の健康を守るために…

- Q1. どうして対策が必要なのか?**  
**Q2. だれが実行するのか?**  
**Q3. なにをとりあげるか?**  
**Q4. 国内と海外での例は?**  
**Q5. なにが参考になるのか?**



## 医師の職場環境改善に取り組む意義

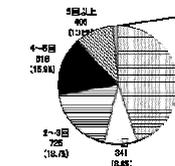
- 働きやすい職場
  - 優秀な医師などの定着と確保
  - 質の高い医療の提供、医療安全の確保
  - 経営の安定
  - 地域での信頼
- 働きにくい職場
  - 医師の離職、労働基準監督署等の厳しい指導、訴訟のリスク
  - 医療提供体制の崩壊
  - 経営の危機
  - 負のスパイラル



### 11. 当直回数

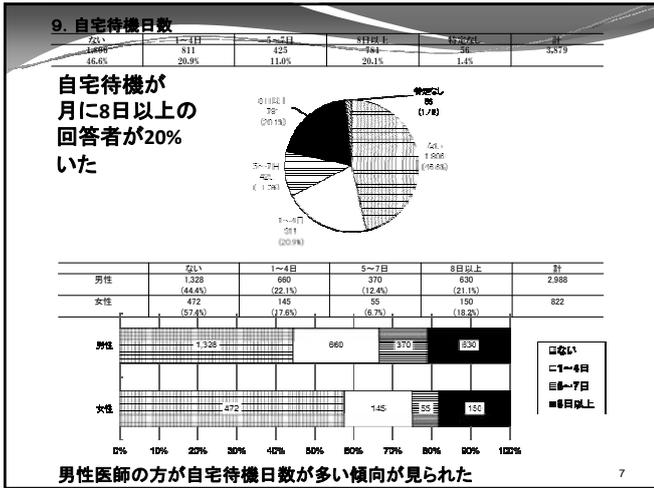
| なし                     | 1回            | 2~3回           | 4~5回           | 6回以上           | 特定なし         | 計     |
|------------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|--------------|-------|
| なし<br>1,740<br>(44.9%) | 341<br>(8.8%) | 725<br>(18.7%) | 618<br>(15.8%) | 406<br>(10.5%) | 49<br>(1.3%) | 3,879 |

月に6回以上の  
当直回数がある  
回答者が10%  
あった



|    | なし               | 1回            | 2~3回           | 4~5回           | 6回以上           | 計     |
|----|------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|-------|
| 男性 | 1,255<br>(41.8%) | 292<br>(9.4%) | 592<br>(19.8%) | 523<br>(17.5%) | 342<br>(11.4%) | 2,904 |
| 女性 | 477<br>(58.0%)   | 56<br>(6.8%)  | 133<br>(16.2%) | 94<br>(11.4%)  | 62<br>(7.5%)   | 822   |

男性の方が当直回数が多い傾向があるが、女性でも月に6回以上の回答者が8%であった



### 待機多い勤務医 うつ注意

医師からの緊急の呼び出しに随分自宅待機する、いわゆる「オンコール」状態が月に8日以上ある勤務医は、思ったくなく勤務医に比べ、うつ状態になるリスク（危険性）が男性は1.77倍、女性は1.80倍以上になる。そんな実態が、日本医師会の調査で明らかになった。

調査の対象は全国の300人（男性300人、女性87人）を対象に昨年2月、毎月のオンコールの回数などを尋ねた。さらに、うつ状態の程度を調べ、関連を比較した。

月8日以上オンコールをしていた人は男性21.1%、女性18.3%。診療科で多いのは産婦人科（43%）、整形外科（43%）、麻酔科（35%）、泌尿科（33%）など。このうち、自分の帰宅時間が遅い、勤務時間が長すぎると感じるなど、うつ状態を訴えた勤務医は男性で12.4%、女性で19.0%だった。

一方、オンコールをしていない場合、男性は6.8%、女性は6.5%と、男女とも低かった。

福岡県内の40代の新生医師は、50代の勤務医の約1割がメンタルヘルスの支援が必要状態にある、とする研究もあり、調査を実施した北里大学の和田新助講師（公衆衛生学）は「医師の健康を守ることは多いとまで月7日ほどこなした。これに当直が6~7日ほど加わる。40代になり回数が増ったが「自宅待機と月8日以上、リスク1.8倍」日医調査

H22年9月9日 朝日新聞(西日本版)

Wada K, et al. National survey of the association of depressive symptoms with the number of off-duties and on-call, and sleeping hours among physicians working at hospitals in Japan. BMC Public Health 2010;10:127.

### 職員の安全確保は事業主の責務

**【1999年3月大阪地裁判決】**  
1994年4月、採用後18日目の新人女性看護師(21歳)が血ガス測定の際、自分の指を刺してHCV肝炎に

**原告主張: 安全配慮義務違反**  
針刺し事故防止の遵守事項の説明なし  
患者がHCV肝炎であると説明なし  
針刺し後の処置方法について説明なし

**民事訴訟**

**病院主張: 針刺しは本人の過失**  
通常のやり方をしておらず

**判決要旨: 病院の安全配慮義務違反は明確**  
原告看護師に対する損害賠償として742万1614円を認定した。  
(逸失利益: 2046万8461円、慰謝料1000万円、計3046万8461円から10%の過失相殺)

(木戸内清: 医学・医療における安全衛生、医事新報、3954:47-61,2000.)

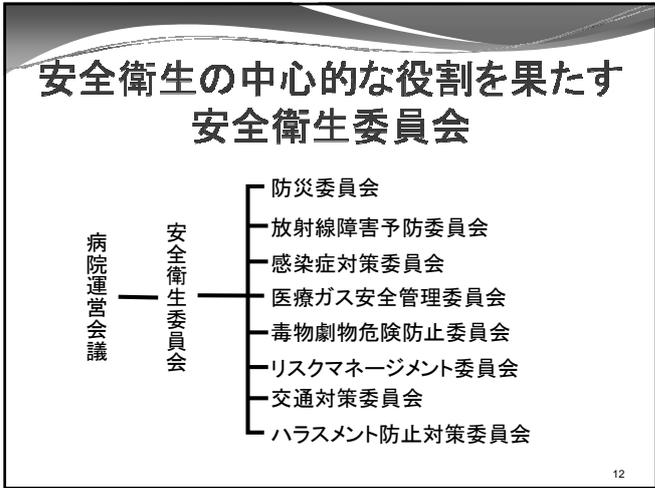
1999年3月9日 朝日新聞

### 医師の健康を守るために...

- Q1. どうして対策が必要なのか?
- Q2. だれが実行するのか?
- Q3. なにをとりあげるのか?
- Q4. 国内と海外での例は?
- Q5. なにが参考になるのか?

10

- ### 医療機関(50人以上)での産業保健活動7つのチェックポイント
- 所属先の医療機関での産業医が誰か知っている
  - 産業医は、職員の相談を受ける機会を設けている
  - 産業医は、院長などの評価者でない人がある
  - 産業医などが職場巡視をしている
  - 産業医を支援する看護職や衛生管理者がいる
  - 院長が職員の健康と安全を守るということを方針としている
  - 安全衛生委員会が定期的に開催されている
- 11



# 医師の健康を守るために・・・

Q1. どうして対策が必要なのか？  
 Q2. だれが実行するのか？  
 Q3. なにをとりあげるか？  
 Q4. 国内と海外での例は？  
 Q5. なにが参考になるのか？



13

# 医師の健康支援のための 職場改善チェックリストの開発(日本医師会)

- 日本医師会が2008年8月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
- 設置目的: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、具体的な施策として提示し、勤務医対策の一環としてその実現を図る
- 2009年2月質問紙調査予定、全国から良好事例を収集
- 施策への提言を目標



14

表1 勤務医の半数以上が、勤務医の健康支援のために必要(「必要だと思う」「必要だと強く思う」と考える上位6つのアクション(n=3,879)

| 番号 | 勤務医の健康支援アクション項目   | 必要だと強く思う | 必要だと思う※ |
|----|---|----------|---------|
| 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                                    | 66.4     | 89.1    |
| 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   | 61.1     | 87.4    |
| 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             | 60.9     | 89.1    |
| 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                             | 58.7     | 87.0    |
| 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  | 51.5     | 85.6    |
| 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 | 47.9     | 83.9    |

※「必要だと思う」と「必要だと強く思う」の回答を合わせたもの

15

# 医療従事者の健康支援のための、職場改善を進める基本ステップ

| STEP | 1 方針づくり          | 2 職場改善チェックリストの活用          | 3 改善計画への合意            | 4 フォローアップ      |
|------|------------------|---------------------------|-----------------------|----------------|
| ねらい  | チェックリストの活用方針を決める | 職場の良好事例から学ぶ、実施可能な改善策を提案する | 良好事例の水平展開、改善計画責任部門決定  | 成果を確かめる        |
| 方法   | 担当部署、活用場面、活用方法   | スタッフ会議や委員会など、小グループでの話し合い  | 良好事例周知、各担当部門との調整、予算措置 | 迅速な改善の実施と評価、記録 |

16

# 事例1 勤務時間と休憩、休日・休暇(領域B)

例:休憩時間を十分確保し、特定の職員に過重な負担がかからないようにした。  
 例:リフレッシュ休暇や休日を交代で計画的に取得するようにした。

解説 サービス残業が当たり前、休日・休暇が十分とれない、というような様々な心理的・身体的負担は仕事上のストレスを増加させ、スタッフを疲弊させます。年間計画で休日の目標値などを定めます。また、患者の苦情対応を任せられる、受け持ち患者が多い、できる人には仕事が集まる、といった一部の職員にかかる特定の負担などを、職場内の短時間のミーティングなどで調整します。これは管理者の労務管理として期待される健康管理面からの取り組みでも該当します。



2 交代制度の導入にともなって、仮眠室を整備した。

Team approach vol.9 2010

17

# 医師が元気に働くための7カ条

## 勤務医の健康を守る病院7カ条



http://www.med.or.jp/kinmu  
 (日本医師会勤務医のサイト)よりダウンロード可能

18



## 取り組みによって・・・

- ① 業務負担の軽減化と効率の改善、および腰痛の訴えの減少が得られた。作業姿勢の変更によって、それまで意識していなかった作業時の疲労感や腰痛の存在に初めて気づいたスタッフもいた。
- ② 業務改善を話し合う過程で、コミュニケーション力およびチーム力が強化された。
- ③ 改善効果を実感することで、「自分たちの職場は自分たちの力で働きやすく変える」という意欲が高まった。

25

## 病棟の資材庫の管理



水平展開事例1

坂田知子, 日本産業衛生学会, 良好実践事例より  
<http://www.paramed-u.ac.jp/~che/gns/home.html>

26

## 取り組みによって・・・

- 当初は、趣旨に賛同はするものの他のスタッフからの協力は得られず、担当者の整理整頓の呼び掛けや努力はさながら賽の河原で石を積む状態であった
- しかし、改善活動が続ける中で、環境整備による仕事のやりやすさを実感し、活動の意義が伝わった。また、経過報告会での自部署の評価・表彰は、改善活動への興味協力およびチームの一員としての自覚を生み、チーム力強化につながった。

27

## 取り組みを進めるために必要な条件

- 組織(理事長や院長など)の方針が明らかである
- 熱心な担当者がある
- 担当者の取り組みへの時間を確保されている
- 小さな改善から始める
- こまめに褒めて、時にすぐ褒める(表彰など)
- 組織の文化となるまでのあくなき挑戦と熱意
- 様々な部署を巻き込む
- 行動変容は難しいがあきらめない(特に医師の)
- 時に外部専門家を活用する

28

## 医師の健康を守る3つの切り口

- 自助(医師自身のセルフケア)
- 共助(医療機関や同僚によるケア)
- 互助(社会、患者、関連団体、家族によるケア)

29

## カナダ医師会倫理綱領 Code of Ethics

53. Seek help from colleagues and appropriately qualified professionals for personal problems that might adversely affect your service to patients, society or the profession.  
(患者、社会、職業に影響を与えるような個人の問題は同僚や専門家に相談する)
54. Protect and enhance your own health and wellbeing by identifying those stress factors in your professional and personal lives that can be managed by developing and practicing appropriate coping strategies.  
(仕事や生活のストレスを対処し、自身の健康やウェルビーイングを守り、高める・・・)

30

## 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
- 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。

31

## もう5分寝ましょう



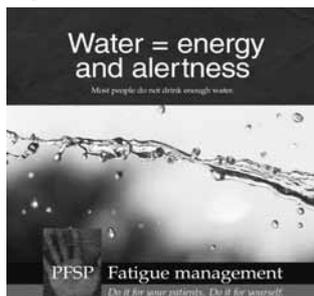
For more information, contact [physicianhealth.ca](http://physicianhealth.ca)



アルバータ医師会(カナダ)

作成疲労マネジメントポスター<sup>32</sup>

## 水分摂取 = エネルギーと覚醒



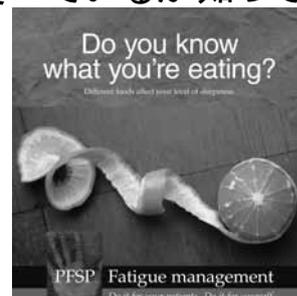
For more information, contact [physicianhealth.ca](http://physicianhealth.ca)



アルバータ医師会(カナダ)

作成疲労マネジメントポスター<sup>33</sup>

## なにを食べているか知ってますか?



For more information, contact [physicianhealth.ca](http://physicianhealth.ca)



アルバータ医師会(カナダ)

作成疲労マネジメントポスター<sup>34</sup>

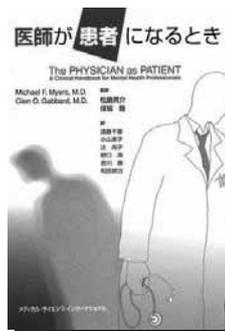
## 医師の健康を守るために...

- Q1. どうして対策が必要なのか?
- Q2. だれが実行するのか?
- Q3. なにをとりあげるか?
- Q4. 国内と海外での例は?
- Q5. なにが参考になるのか?



35

## 参考文献



Myers MF and Gabbard GO. The physician as patient, 2009

松島英介, 保坂隆 (監修).  
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,  
2009年, 3600円

36



保坂隆編著.  
医師のストレス  
中外医学社  
2009年  
3570円

37

## 医療機関での産業保健の手引き



第1章 総論  
・ 医療従事者にとってよく現状/リスク管理の手法/労働安全衛生  
専門士の多岐性(OSS+MS)/医療安全との関わり

第2章 感染症から守る  
・ 職業感染とその予防/空気感染/ワクチン接種/感染症に罹患  
した医療従事者の就業制限/バイオテロ

第3章 化学物質から守る  
・ グルタルアルデヒド/五フッ素オキシド/医用ガスと麻酔ガス/解  
剖や病理で用いる化学物質/ラジエーション/造影剤/がん剤  
等の薬品、医療従事者への二次曝露対策/化学兵器物質

第4章 ストレスや疲れから守る  
・ 仕事のモチベーション/メンタルヘルス/過重労働/交代勤務

第5章 その他の危険有害要因  
から守る  
・ 職業性皮膚疾患/放射線/人間工学(腰痛)/医療機関での暴  
力/室内空気環境

菅原出版新社版  
3,465円(税込) 2006年05月 発行  
ISBN4-88412-276-3  
医療機関で医療従事者を対象にした、産業  
保健活動に必要な知識や情報を提供する本。

38



医療施設等における  
メンタルヘルス向上のための  
職場環境改善  
チェックリスト  
2009  
労働科学研究所出版  
2009年,1050円  
(アマゾンで購入可能)

39



ストップ! 病医院の  
暴言・暴力  
対策  
ハンドブック  
医療機関における  
安全・安心な職場環  
境づくりのために  
監修 相澤好治  
編集 和田耕治  
刊行 相澤好治  
相澤好治事務所

相澤好治(監修)、  
和田耕治(編集)  
病医院の暴言・暴力  
対策ハンドブック  
2008年,  
3990円(税込み)

40



## 〇〇医師会 医師の職場環境改善ワークショップ研修会

### ケーススタディの進め方

日本医師会 1

### 医師の職場環境改善ワークショップ研修会 後半の予定

- 14:50-15:20 ケーススタディの進め方(30分):
  - ・健康支援チェックリストの使い方/チェックリスト演習(10分)
  - ・グループワークの進め方のポイント
  - ・事例紹介(労働条件・職場環境等に関連して体調を崩した勤務医の3事例)
- 15:20-16:00 グループ討議(40分):
  - ・事例を通じた勤務医の健康支援課題と組織改善策の討議
- 16:00-17:00 グループ発表と総合討議(60分):
  - ・ケーススタディ討議結果の発表・総合討議/補足説明と意見交換
- 17:00-17:30 アクションプランの作成と発表(30分)
  - ・自分の職場・医療機関の今後の活動計画

日本医師会 2

### 後半：ケーススタディの進め方

10分 導入と進め方ガイド

20分 健康支援チェックリスト実習  
(職場改善視点をレビューする)

100分 グループ討議(45分)・発表(60分)

**事例検討**

ケース2: 管理職の過重労働-グループA, B  
部下の退職、膨大な業務でうつ病になった泌尿器科医Bさん

ケース4: 女性医師、暴言・パワハラ-グループC, D  
先輩医師からの叱責により体調を崩した産婦人科医Aさん

ケース5: 研修医のメンタル-グループE, F  
担当患者の死亡をきっかけにうつ病になった内科研修医Bさん

15分 アクションプランの作成と発表

15分 まとめと総合討議

ワークシート  
記入



ワークシート  
記入

評価シート  
記入

日本医師会 3

## 1. 健康支援チェックリストの 使い方とチェックリスト演習



日本医師会 4

### 医師の健康支援のための職場改善 チェックリスト

- ・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(保坂隆委員長)」で開発
- ・チェックリスト作成の目的: 勤務医の心身の健康を幅広くサポートする対策を検討、具体的な施策を提示し、勤務医対策の実現を図る
  - 医師の健康支援は組織(病院)と個人の取り組みの両輪で
  - 2009年健康支援チェックリスト開発
  - 2009年全国調査
  - 2010年病院産業界向け研修用開発
- ・現場ですすめることのできる職場環境改善ツールを活用して、健康支援の推進



日本医師会 5

### 勤務医の健康支援のために、勤務医が必要だと考える上位6つの職場改善課題※

| 勤務医の健康支援アクション項目   | 0    | 50   | (%)     |
|---|------|------|---------|
| 1 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                                    | 66.4 | 22.7 | 必要 89.1 |
| 2 医師が必要な休憩時間・仮眠時間を取れる体制を整える   | 61.1 | 26.3 | 87.4    |
| 3 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             | 60.9 | 28.2 | 89.1    |
| 4 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                             | 58.7 | 28.3 | 87.0    |
| 5 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  | 51.5 | 34.1 | 85.6    |
| 6 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 | 47.9 | 36.0 | 83.9    |

■ = 必要だと強く思う ■ = 必要だと思う

※「必要だと思う」と「必要だと強く思う」の回答を合わせたもの (2009年2月調査、n=3,879)

日本医師会 6

### 医師の健康支援のための職場改善チェックリストの内容

| 対策大項目               | 具体的な項目   |
|---------------------|--|
| (A)医師の健康支援策         | 生活習慣を見直す機会の提供、ストレス関連情報提供、健康診断、家族の支援、相談窓口               |
| (B)勤務時間と休憩、休日・年休    | 恒常的残業の制限と休日確保、ピーク作業の調整、交代制、育児・介護休暇制度、医師確保支援、開業医・地域との連携 |
| (C)勤務環境の改善          | 休憩設備、健康的な食事、トレーニングルーム                                  |
| (D)業務手順に関連したストレス軽減策 | 暴言・暴力対策、ハラスメント対応、電子カルテシステムの改善、書類・文書化の改善、運搬・作業姿勢などの改善   |
| (E)気持ちのよい仕事の進め方     | 職場内の相談しやすさ、気持ちのよい挨拶、情報周知、運営方針周知、医療事故対応                 |
| (F)安心できる職場のしくみ      | 公正な給与制度、キャリア支援・研修機会、女性医師の支援、医学生・研修医への教育研修の充実           |

日本医師会 7

### 医師の職場改善チェックリスト演習

→対策提案型のチェックリスト形式になっていますので、次のアクション(行動)として何が必要かを、幅広い視点からアセスメントできます。

| 改善チェック項目リスト                                  | この対策を提案しますか？ |    |    |    |
|--|--------------|----|----|----|
|  | いいえ          | はい | 優先 | メモ |
| 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 | ✓            |    |    |    |
| 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        |              | ✓  | ✓  |    |

日本医師会 8

### 活用事例：職員合同メンタルヘルスワークショップ 東北大学病院安全衛生管理室、看護部、医学部教室会主催

- チェックリスト結果を参考に、東北大学病院の職員の働きやすい職場のための
  - よい点3つ
  - 改善点3つ

以下のグループに分かれて討議

- 医局長グループ
- 歯科医師・診療科長グループ
- 若手医師グループ
- 看護部管理者グループ



<良い点>

- Tally'sが院内にできたのはよい
- 教室会の連携がよい
- 医療事故、クレーム対策は組織で対応
- <改善提案>
- 清潔な当直室
- 産業医を増やす、相談窓口の設置
- 職場改善のよい事例の共有

日本医師会 9

### 医師の職場環境改善の取り組みが全国で進んでいます




熊本県医師会でのワークショップ  
横浜市立大学麻酔科医局の職場改善ワークショップ

日本医師会 10

### チェックリスト演習

- ケーススタディの前に、自分の職場のレビューを試みます。
- 各自、チェックリストに記入してください(5分)
- チェックリスト結果をもとに、それぞれ各自、以下の内容をワークシート(アクションプランシート)に記入してください(5分)
  - あなたの病院・診療所で、医師(医療従事者)が健康的に、快適に働きやすい職場づくりに役立っているよい点3つ(職場環境、ストレス対策を含む)
  - あなたの病院・診療所で、医師(医療従事者)が健康的に、快適に働きやすい職場にするために改善したい点3つ(職場環境・ストレス対策を含む)

日本医師会 11

### 自己紹介・プチ病院自慢

- グループ内で次の内容を1人1分で自己紹介
  - 名前と所属
  - 最近、休日にした仕事以外のこと(趣味、マイブーム、家族と、・・・)
  - 自分の職場自慢:自分の職場の労働環境レビュー結果の「職場の良い点3つ」をみながら、プチ職場自慢を
- スクリーンから一番遠い人から、時計回りで (10分)

日本医師会 12

## 2. ケーススタディを通じた 医師労働の業務改善の検討



日本医師会

13

## ケーススタディのねらい

- 職場の強みをのばす
  - よい事例の水平展開
  - プラス指向の発想
  - アクション・オリエンテッドで(次に何ができるか)
1. 自主対応を重視する  
グループの参加者間で合意し参加者間で悩みを伝えあう
  2. 現場のよい点に学ぶ  
現場をけなして溜飲を下げない
  3. 小グループ討論を繰り返す  
経験を交流して、まとめる

日本医師会

14

## ルール

1. 立場で発言しない  
「わたしは・・・だから、  
こんなことをいうわけにはいかない」  
「わたしは・・・だから、  
こういわなければならない」
2. 実現可能性を重視する  
こんなちっぽけなことをいって役にたたない  
小変から大変へ
3. 発言は前向きに、しかし演説は避ける  
ポイントをパワーポイントにまとめる

日本医師会

15

## ケーススタディ、3事例

| ケース                 | テーマ                          | グループ |
|---------------------|------------------------------|------|
| ケース2:<br>管理職の過重労働   | 部下の退職、膨大な業務でうつ病になった泌尿器科医Bさん  | A, B |
| ケース4:<br>女性、暴言・パワハラ | 先輩医師からの叱責により体調を崩した産婦人科医Aさん   | C, D |
| ケース5:<br>研修医のメンタル   | 担当患者の死亡をきっかけにうつ病になった内科研修医Aさん | E, F |

日本医師会

16

## グループワークの進め方

1. 役割を決めてください
  - ①司会者(グループリーダー): 進行役
  - ②筆者1: ボードに意見を記録します
  - ③筆者2: ボードを参考に、発表用パワーポイントを作成します。
  - ④発表者: パワーポイントを見ながら皆の前で発表
  - ⑤メンバー、発表者が発表後、グループ内で出たコメントなどを追加発表
2. 司会者が進行役になり、ケーススタディの課題を討議します。  
その際、自分の職場レビュー結果を参考に、すでに取り組んでいるよい対策を共有して、次に、課題について討議してください。

16時10分～16時55分 グループ討議  
17時00分～18時00分 発表と総合討議

日本医師会

17

## 3. アクションプランの作成と フォローアップ計画の作成



18

日本医師会

18

## アクションプランの作成 今後のフォローアップについて

- ・ 15分で各自アクションプランを作成してください。何名かに発表をお願いします。
  - ・ 空いた時間で評価シートの記入をお願いします。
- ＜今後の予定＞
- ・ メーリングリストを開設します。ネットワークにご参加ください。
  - ・ 今後、職場改善事例の取り組み報告会（良好実践交流会）を検討しています。その際は、ぜひご参加ください。

## グループワーク課題 1： 「患者からのクレーム等を契機に体調を崩した内科医 A さん」

A 医師：34 歳、男性、独身、内科勤務医（呼吸器科）、関東出身

経歴：国立大学医学部卒業後、関東地域の研修病院に勤務後、都内の大学の医局に入局

人物評：大学卒業後、都内の病院で初期研修を終了し、都内の大学の第△内科に入局、最近呼吸器科専門医を取得した 30 歳代の医師。昨年から地方の 300 床の救急指定病院に勤務している。性格は誠実で仕事もしっかりこなし、患者からの信望も厚いと同僚の評価も高い。

### < 事例 1 >

20XX 年 10 月、救急外来経由で一泊入院していた肺がん患者 X（当院で Stage I で根治、肺気腫の合併症あり）が煙草を吸いに行くなど、入院態度が悪く安静を守ってくれない。その日、当直だった A 医師は「指示が守れないのであれば退院してもらいます」と伝えたところ、「うるさい、おれは入院費を払うんだ、何が悪い、殴るぞ」と脅された。暴力こそは振るわれなかったが、会話がまったく成り立たず、一方的に暴言を浴びせられた。患者 X は、前回入院時に A 医師が C V を挿入した際、気胸の合併症を生じていた。A 医師には少し後ろめたい気持ちもありその場をやり過ぎせればと、それ以上は言えなかった。一泊入院の翌朝、今度は知り合いの兄貴分らしい付き添いが「入院させろ」と要求したので、その必要はないことを説明すると、凄みを効かせて脅迫され、恐怖を感じた。

12 月には、患者 X が呼吸苦を主訴に夜間救急外来を受診した際、大声を出して「医師 A を呼べ、おれがこんなに息苦しくなったのはあいつのせいだ」といって聞かないことがあった。救急外来担当看護師（A 医師の親しい飲み友達）が A 医師に連絡し、緊急登院して患者 X へ対応し、ことなきを得た。その後も、患者 X が外来受診の際には、度々、胸が苦しいのは A のせいだと主張している。A 医師は断ると診療拒否になると思うが、恐怖を感じながらも我慢して診察しなければならないのだろうか周囲に不満をもらしていた。事務長などに相談しても「個別対応するしかない」と、組織として対応してもらえなかった。

その後、患者 X はどこで知りえたのか A 医師の自宅に電話をかけ、金品の要求を行うようになった。A 医師はほとんどまいってしまい、夜間になると電話がかかってくるかもと不安になり、不眠が続くようになった。別の病院に勤務している友人に電話で睡眠剤を処方してもらい眠れるようになったが、自分の体調管理については周りや上司に相談することもなかった。

上司である内科部長は、A 医師が患者 X につきまとわれて苦勞しているのを知っていたが、A 医師の勤務態度も良く体調が悪いそぶりを見せることもなく、診療業務に支障を来たすことはなかったの、あまり触れないようにしていた。

最近になって、突然、A 医師が来月末で退職したいと内科部長に申し出た。気管支鏡は彼しかできないので、内科としては非常に痛手である。転職先は個人的なことなので知らせたくないといっている。

討議課題 1：A 医師が抱えている問題は、勤務医の就労環境の視点からどのようなものがあるでしょうか。思いつく限り、どんな小さな点でもあげてみてください（想像でもかまいません）。

討議課題 2：あなたが A 医師の上司だったら、経過のなかでどのような対応をしますか。課題 1 で列挙した問題への改善提案を作る形で、グループで意見をまとめ発表してください。その際、勤務医の健康支援チェックリスト項目を参考にしながら、グループ討議参加者の病院ですすで取り組んでいるよい対策を報告しあい、次に改善策について検討する順番で検討してください。

## グループワーク課題 2： 「部下の退職、膨大な業務でうつ病になった泌尿器科医Bさん」

B医師：48歳、男性、既婚、子供3人、泌尿器科、関西出身

経過：国立大学卒業後、母校で臨床研修をしたのち、複数の病院で勤務。本職場は勤続7年。

<事例2>

ベッド数約700床の地域中核病院の泌尿器科の医師。専門外来は設けず泌尿器科領域全般について診療している。3年前からは同科全体を管理する部長職として勤務している。

担当科の医師は部長を含め常勤4人、非常勤3人の計7人で、定員の欠員は1名。同診療科には週3回の外来診療があり、手術や診療以外の時間は受持入院患者への対応もしている。年間百数十件に及ぶ手術は、自ら執刀するほか、それ以外の手術にも立ち会って指導。宿直勤務は月に3回で、救急患者が多いので宿直中の仮眠は難しく、宿日直勤務では30時間を超える連続勤務も普通だった。

診療業務に加えB医師には部長としての管理業務があった。各種院内会議、個別症例検討会、若手医師の指導、毎月2000枚程度にも及ぶ膨大なレセプトのチェックも一人で行い、毎月初めには、レセプトチェックのため泊り掛けで作業することも少なくなかった。2年前から退職や病欠で医師不足が深刻化していた。人材確保に悩み、出身大学に「非常な激務です。このままでは小生は病気になってしまいます」と窮状を訴える手紙を送ったが、後任医師の派遣は決まらなかった。勤務病院では医局員の確保は部長の仕事だった。

今年の3月頃から「最近をよく疲れる」との訴えを周囲に漏らすようになった。これまでは忙しいながらも出かけていた趣味の囲碁教室へは行かなくなった。医局員は今年5月に合計3人に減り、更に1人が退職予定となってしまった。この頃からB医師は時々語調強く、人を叱責する姿も見られるようになったが、的確な注意でもあったため、病棟の看護師やB医師をよく知る医師も、責任感の表れだろうと思っていた。同じ頃、同年の内科医長Hさんは、B医師の変化が気になって「最近、どう？」と聞いたことがあったが、B医師は中学受験を来年に控えた子供の話などをしながら「最近眠れなくて・・・年かな・・・」と答えていた。Hさんは個人的な健康に関してあまり立ち入った話は悪いと思い、無理に声をかけるのはやめた。

5月以降は外来3回すべてを一人で担当。6月からB医師の登院時間はだんだんと遅くなった。院長はB医師の出身大学の先輩で、B医師の体調を心配していたが、医局が違うので「大丈夫か、君が倒れたら困るからくれぐれもよろしくたのむよ」というのみだった。今年1月から6月までの残業時間は月平均100時間。緊急呼出待機（オンコール）時間も、月100時間前後に及び、膨大な日常業務は一向に減らなかった。

7月には不眠や首の痛みなどを訴え、B医師は1か月、職場を休んだ。周囲はうつ病だろうと推測していたが、薬物治療の状況は不明。体調が少し回復した8月に職場に復帰した。

8月下旬に、B医師は最後の手段として、大学に出向いて教授・准教授に直接窮状を訴えて、短期間でも良いから何とか医師を派遣して頂けないかと懇請したが、最終的に拒否され、がっくりと肩を落としてしまった。職場の同年の内科医長Hさんは、その話を聞いた際にB医師の顔には大変な疲労感と絶望感が浮かんでおり、ふと『自分がいない方が良いのかな、自分が辞めた方が事態は改善するのかな・・・』とこぼしていたのを記憶している。

討議課題1：B医師が抱えている問題は、勤務医の就労環境の視点からどのようなものがあるでしょうか。思いつく限り、どんな小さな点でもあげてみてください（想像でもかまいません）。

討議課題2：このような管理職勤務医の健康悪化を予防するために必要な改善について、勤務医の健康支援チェックリスト項目などを参考に、①医師個人、②すぐに職場や病院ができること、③長期的に病院が取り組む改善提案をグループでまとめ発表してください。その際、グループ討議参加者の病院ですでに取り組んでいるよい事例を先に報告しあい、それらの報告された経験を活用して、次に改善策について検討する順番で検討してください。

### グループワーク課題 3： 「妊娠を機に上司から心ない言葉を受けた女性外科医Cさん」

C医師：37歳、女性、新婚、一般外科、九州出身、国立大学卒

経過：国立大学卒業後、母校で臨床研修、複数の病院で経験を積み、1年前から現在の病院に就職。

#### <事例3>

C医師は一般外科医としてベッド数300床の病院に勤務している女性医師。現職場の医師の体制は50代の部長、40代の男性医師、本人、30代の女性医師、30代の男性医師の計5人で、研修医もローテーションで回ってきている。当直は5日に1回程度のサイクルであり、外科医としてのやりがいも感じており、周りの評価も高かった。部長は彼女に絶大な信頼を置いていた。

C医師は現在、独身であるが、1年前から別の病院の年下の内科医師と交際を始めていた。彼はとても優しく、結婚をあきらめかけていたが、「この人となら上手くいきそうだし、子供がほしいけれども、今の仕事を中断したくないし・・・」、と同僚の女性医師には悩みを話していた。

2ヶ月前からC医師にはむかむかする感じが始まり、近くのクリニックの産婦人科を受診したところ妊娠を告げられた。彼に相談したところ、本当に喜んでくれて、これを機に早速いろいろと手続きをしようと言ってくれたが、お互い忙しく具体的な話は進まず、時間ばかりが過ぎた。未婚の母になるかもしれないという不安で、職場にはその事実をすぐに告げられずにいた。また、本気で彼は結婚を考えてくれているのか、不安でもあった。職場は休まずに当直もこなした。

妊娠5ヶ月目になって、やっと入籍の話がまとまり、部長や職場の同僚にやっとその事実を伝えることができた。すると部長や同僚の反応は・・・

○部長「どうしてもっと早く教えてくれなかったの。仕事はどうするの？指導的な立場にあるのに、困ったなあ。ぎりぎりまで働いてくれるよね。産後はいつ戻ってくるの？当直免除はできないけど、これを機にやめるってのはナシね。」

○男性医師「Cさんが妊娠か、女性はわからないものだな。」

○女性医師「おめでとうございます。代わりの先生はいつ来るんですか？」

周りの反応は思ったより冷たかった。妊娠を機に勤務条件の緩和を希望したが、部長は「医師も足りないこういう時期なので、なんとか頑張ってくれないか」というだけだった。総務の人事管理担当者も、「これまで、妊娠された先生は、産休は取らずにほとんど退職して医局に戻っておられます。その際は別の先生に来てもらっているのが通例なのですが・・・。医師が看護師と同じように時短勤務などの勤務条件を変更した前例がありません。私もおかしいと思うのですが、部長と相談して院長先生に決めていただくしか・・・、申し訳ありません」といっています。Cさんは激務の中での出産が不安になって、このまま勤務を続けようか、いったん退職しようか迷っている。

課題1: 事例を参考に病院における母性保護の課題を整理し、病院職場における女性医師が抱える健康上の課題、問題点を列挙してみてください。

課題2: 女性医師が健康で安心して長く働き続けられる勤務環境にするために、必要な取り組み例を列挙し、実現性の高い対策3つをまとめてください。その際、本日提供された資料を参考にしながら、すでに皆さんの病院で行っている取り組みや配慮している事項があればそれらを先に討議し(育児・介護休暇、育児に関する制度づくり等)、次に、必要な対策を討議する、という順ですすめてください。

## グループワーク課題：4 「先輩医師からの叱責により体調を崩した産婦人科医 A さん」

A 医師：32 歳、女性、既婚、産婦人科基幹病院勤務医

経歴：卒業後に出身大学病院にて 2 年間研修後、地元の県立 B 病院に 5 年間勤務中。

人物評：義理堅く真面目。夫は脳外科医師。子どもは 3 歳と 6 歳。近くに住む義母が育児を手伝っている。

### < 事例 4 >

B 病院産婦人科では 8 名の医師がおり、2 人 1 組で当直勤務をすることになっている。A 医師は C 医師とコンビを組むときに何となく嫌な気分になっていた。C 医師は女性、独身で、A 医師より 10 年先輩である。C 医師は子どもの発熱などでたまに遅刻、早退することをしかたがないと思いつつもその分自分に負担がかかるのを不満に思っていた。

ある当直の夜、入院患者の診療に関することで C 医師は A 医師に対し、看護師や研修医などの前でひどく叱責した。「持ちのあなたが中途半端な仕事をしていることで周囲はとても迷惑している、かえって辞めてくれた方がよほど助かる」などとも言った。A 医師は泣き出してしまったが「そうやって職場で泣いたりするなんて大人として失格だ」と C 医師は容赦なく、叱責は 30 分以上にわたった。

A 医師はできるだけ保育園や義母の手伝いを利用して育児をしながら仕事を続けてきた。当直勤務も同じ回数を行っており、家庭と仕事とそれぞれを両立させながら相当がんばっているつもりだった。しかし仕事が長引くときなどでも早めに帰宅せざるを得ないときもあり、後ろめたい気持ちになるときもあった。

C 医師は若手の女性医師、とくに子育て中の場合には厳しく接する傾向にあり、これまでも数名が辞めているので、いろいろ言われても気にしないように、と医局長からは言われており、これまで A 医師もいろいろ小言をいわれたことはたびたびであった。

数日後、A 医師は出勤途中に C 医師のことを思い出し、突然動悸やめまいにおそわれ、座り込んでしまった。その日は何とか出勤したものの、ときどき C 医師のことがフラッシュバックして気分不良となり、出勤できなくなる日が続いた。

上司である D 部長(男性)は A 医師より事情を聴き、別の県立病院への異動を提案した。そこは A 医師の自宅からは遠く離れており、通勤は困難であった。A 医師は県立病院を辞めようかどうか迷っている。

討議課題 1：A 医師をとりまくトラブルの背景にどのような問題があるでしょうか。現在の医療、当直問題、ワークライフバランスなど、想像でもかまいませんので列挙して下さい。

討議問題 2：A 医師に対してどのようにサポートが可能か考えつく対策をあげてください。

討議課題 3：あなたが D 部長の立場であればどのように対応しますか。

## グループワーク課題 5： 「担当患者の急な死亡をきっかけに、うつ病になった内科研修医 A さん」

A 医師：26 歳、男性、未婚、内科研修医

医学部卒業後、ベッド数 400 床の地域中核病院の研修医として 2 年目。臨床研修病院として、またハードな研修で有名であるこの病院を自ら希望して選択した。

責任感が強く、遅刻や欠勤もない。長時間勤務も自分が医師として成長するためには、必要と考えている。入職時から 12 人の同期医師たちとともに、内科、外科、小児科などをローテーション研修しながら、月に 6 回の救急外来当直を続けてきた。ちなみに、当直明けは、勤務を行う必要はなかったが、病院に残っていることが多かった。最近では病棟や外来を任せられるようになり、少し自信がついてきたところである。

現在は血液内科に配属され、病棟の入院患者中心に診療していた。年間 200 件を超える抗がん剤治療を行っており、緩和ケアも当該診療科で行っており、多忙であった。血液内科の医師は部長を含め常勤 2 人のみで、研修医といえども貴重な戦力となっている。

白血病の寛解導入後の地固め治療目的の 30 歳代の患者の担当となり、抗がん剤治療を行った。副作用による白血球減少で易感染状態になった患者に対して、手洗いの励行、マスクの着用、共用トイレの使用の自粛などの指示をしたが、守ってくれなかった。その後、患者は重症の肺炎を発症し、懸命の治療を行ったが、死亡した。A 医師にとっては、このような患者の予期せぬ突然の死亡は初めての経験であった。

患者の家族からは、地固め治療の必要性、肺炎罹患後の治療内容などについて、問い詰められた。部長とともに、直接の担当医であった研修医も患者への説明の場に同席せざるを得なかった。当初は感情的になっていた家族も、説明に納得してくれた。

A 医師は、その後もその他の内科の病棟業務および救急当直を、特に表面上は問題なく行っていた。しかし、笑顔が減り、ため息をつくことが多くなった。合間を見つけては、同期とともに飲みに行っていたが、誘いを断ることが多くなり、1 人医局にいることが増えてきた。同期の研修医は、その変化に気づいていたが、時が解決するしかないと思っていた。

A 医師が臨床研修委員長（医師）に相談したところ、「医師は患者一人を診ているのではなく、多くの患者が待っている。1 人の患者の死亡にいちいち落ち込んでいては医師を続けていくことはできない。忙しく働いていれば、そのうち、忘れる。そんなことを考える時間があるのは、暇があるからだ。また休むとなるとそれはうちで研修したとは言えない」などとプレッシャーをかけられたそうである。そうした言葉に A 医師も納得したが、睡眠時間もさらに少なくなり、食事も不規則にしか摂らなくなっていた。急に明るくなったり、ふさぎこんだりする様子も見られるようになった。周囲の強い勧めで病院の非常勤の精神科医を受診した結果、うつ病と診断され、内服治療が始まった。しかし、休むことについてはかたくなに拒否した。

この状況に、危機感を持った内科部長の提案で、緊急の臨床研修委員会が開かれ、ようやく A 医師の病気休職が決まり、とりあえず 2 ヶ月間の休職の後に、再度、復職について検討することとなった。実家に帰った A 医師は、療養をしているが、臨床研修を修了しないことには、その後のキャリアに支障を来すことや、こうなったことを悔やんでやりきれない気持ちにさいなまれている。

課題 1：事例の課題を列挙してください(数分程度で挙げて、課題 2, 3 に時間をかけてください)。

課題 2：A 医師の苦悩の経過のなかで、①上司・管理職、②産業医や健康管理等の専門医、③職場の同僚がサポートできるとすればどのタイミングに、どのようなことがあるでしょうか。

課題 3：このような研修医の健康悪化を予防するために改善すべき点について、勤務医の健康支援チェックリスト項目、勤務医の健康を守る病院 7 か条などを参考に、①医師個人、②職場、③病院ができることを各グループでまとめてください。その際、すでに取り組んでいる事例を先に報告しあい、次に改善策について優先する順番で検討してください。

## グループワーク課題6（産業医としての対応）： 「臨床研修中にメンタル不調で休職となった研修医の復職」

A医師は40歳で、ベッド数550床、総職員数980名の地方のN大学病院の内分泌・代謝内科の学内講師を務めている。数年前に日本医師会認定産業医基礎研修会を受講し、以降、産業医という業務に興味を持った。2年前、大学の健康管理センターで産業医（兼務）を募集していたので、所属教室の許可を得て、週に1日半程度、当該病院の産業医を行うようになった。

N大学病院の産業医としては、毎月の衛生委員会（委員長：病院長）に参加し、定期的な職場巡視を行うとともに、職員の健康診断結果の判定と休職した職員（医師、看護師、医療技術職、事務職等）の復職面談を担当している。初期臨床研修制度や7:1看護の導入により新卒者の採用が増加し、最近では勤務開始後3年までにメンタル不調で休職する職員（特に看護師と医師）が増加傾向である。

××年3月、臨床研修指導担当教員よりA医師に電話が入った。要件は「臨床研修中に体調を崩し、3カ月の間休職していた2年目の医師が職場に戻りたいとのことで、診断書を持ってきた。ついては、産業医であるA医師に本人との面談を実施してもらい、復職の可否判断をお願いしたい」というものであった。

＜事例6＞B医師：28歳、男性、独身、眼科所属

経歴：2年間の浪人生活を経て私立医科大学に入学、留年を1度経験し27歳で卒業、眼科に入局し臨床研修を母校の大学病院で開始した。在学中は、運動部に所属し練習には定期的に参加していたが、留年時に数カ月体調不良を経験したことあり。N大学病院の臨床研修医として各科を1-2カ月毎にローテーションしていたが、2年目の秋、胸部外科（2カ月）を研修中、威圧的な指導で有名な指導医と、寡黙な性格の本人との間で意思疎通がうまくいけなくなり、次第にカルテの記載ミスや、朝カンファレンスの遅刻が増えるようになった。B医師は自主的に近くのメンタルヘルスクリニックを受診し「うつ病」と診断され休職をすることになったが、最近体調が回復してきたようである。

人物評：東北出身の20代後半の研修医。在学中より大学近隣に一人暮らししている。家族は母親と再婚した義理の父、その間に生まれた弟の4人家族である。元来、寡黙で余り口数の多いほうではないが、学生時代は部活動にも励み友人もいた。義理の父は会社の役員である。

A医師（産業医）は内科医であるが、産業医を兼務するようになってから医師会が開催する産業医研修会に定期的に参加し、企業等の一般職員に対するメンタル不調者への対応については一定の知識を学んでいた。しかし、N大学病院には医師向けの復職手順は存在せず、一般職員も含めた大学全体で運用する「復職支援実施要領」が準備されているだけであり、今までその手順に沿って医師に対し、産業医として面談を行い復職の可否判断を行ったことはなかった。今回初めてとなる医師への復職面談は、病院の事務（人事）部門としても注目しており、今回の対応が今後の病院職員の復職に関する1つの基準（ロールモデル）になるものと考えていた。

討議課題1：A医師（産業医）は、B医師との復職面談に先立ち、事前にどのような準備を行う必要があるでしょうか。（参考資料、病院内のルール・規定、場所と時間、面談立ち会い者の調整等）

討議課題2：A医師（産業医）は、面談を通じて復職の可否判断を行う際、どのような情報を、だれから、どのようにして入手する必要があるでしょうか。留意事項を含めて検討ください。

討議課題3：医療従事者のメンタル不調へ適切に対応するため、病院では今後どのような取り組みを進めていく必要があるでしょうか。

## 医師の職場環境改善ワークショップ研修会 ＜ケースのグループ討議結果例＞

### 事例2：部下の退職、膨大な業務でうつ病になった泌尿器科医Bさん

|      |   |   |
|------|---|---|
| 事例   | 部下の退職、膨大な業務でうつ病になった泌尿器科医Bさん   |   |
| 課題1： | B医師が抱えている問題は、勤務医の就労環境の視点からどのようなものがあるでしょうか。思いつく限り、どんな小さな点でもあげてみてください（想像でもかまいません）。  |   |
|      | <b>グループA</b>  | <b>グループB</b>  |
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・問題が明確なのに、相談可能な窓口（受け皿）がない</li> <li>・「うつ」傾向が出た時に十分なサポートなし</li> <li>・同僚・上司への相談ができなかった</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・部長という責任のある地位、多忙、過労</li> <li>・月 2000枚 レセプト 手術件数百数十件で自ら執刀。</li> <li>・最近眠れなくなった。疲れるとの訴え</li> </ul>   |
| 課題2： | 管理職である勤務医の体調悪化を予防するために、1) 医師個人、2) 職場の上司・管理者、3) 同僚、4) 産業医は、それぞれの立場からどのような改善に取り組むことができるでしょうか。グループで意見をまとめ発表してください。その際、各病院ですでに取り組んでいる事例（よい事例）を報告し合い、次に、課題1で指摘した問題の改善策について検討する順番で討議をすすめてください。勤務医の健康支援チェックリスト項目も適宜、参考にしてください。   |   |
|      | <p><b>①医師個人ができること</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・メンタルヘルスケアの自己管理の大切さをわかってもらう</li> <li>・同僚に弱音を吐く関係を作る</li> <li>・職場を変える</li> </ul> <p><b>②職場の上司・管理者として取り組むこと</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師確保；すぐには難しい。管理者・事務長の努力</li> <li>・医療補助員の導入→役割軽減</li> <li>・相談しやすいシステムを作る</li> <li>・開業医の先生と連携して協力</li> </ul> <p><b>③同僚として取り組むこと</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談をうける</li> <li>・専門医の受診を勧める</li> <li>・周囲の人が気付き問題の共用化</li> <li>・家族の人への情報提供</li> </ul> <p><b>④産業医として取り組むこと</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・セルフケア・セルフチェック用の紙を作る</li> <li>・治療状況を把握する</li> <li>・相談窓口を周知させる</li> </ul> | <p><b>①医師個人ができること</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外来を部下に分担させる。</li> <li>・普段から人間関係、チームワークをとっておいて気遣い助け合う環境を作っておく。</li> <li>・地域連携で外来を他の病院にお願いする。</li> </ul> <p><b>②職場の上司・管理者として取り組むこと</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医局員が減っていることに配慮してベット数や担当患者を減らす。</li> <li>・職員の増員が無理なら当直だけでも大学に依頼する。</li> <li>・院長が「君が倒れたら困るからくれぐれもよろしく」等と追い込む発言をしない。</li> </ul> <p><b>③同僚として取り組むこと</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・周囲（看護師、部下）がBさんの異変に早く気づいてあげる。</li> <li>・家族が異変に気づき病院へ訴える。</li> </ul> <p><b>④産業医として取り組むこと</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・産業医がアンケート等で精神状態をチェックしていつてあげる</li> </ul> |

#### 事例4：先輩医師からの叱責により体調を崩した産婦人科医 A さん

|      |   |  |
|------|---|--|
| 事例   | 「先輩医師からの叱責により体調を崩した産婦人科医 A さん」  |  |
| 課題 1 | A 医師をとりまくトラブルの背景にどのような問題があるでしょうか。現在の医療、当直問題、ワークライフバランスなど、想像でもかまいませんので列挙して下さい。   |  |
|      | グループ C  | グループ D   |
| 討議結果 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ A 医師育児環境（2人の育児、ご主人が脳外科医、義母が育児に参加しているが、本人への負担が多い）</li> <li>・ A 医師の性格（生真面目） PTSD 発症</li> <li>・ C 医師の性格</li> <li>・ D 部長のパワハラへの知識不足</li> <li>・ 当直体制</li> <li>・ ワークバランス(産婦人科医・A 医師に負担)</li> </ul>         | <p>トラブルの背景</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①短時間正規雇用制度がない<br/>育児中も当直</li> <li>②院内保育所、病児保育がない</li> <li>③夫の育児参加は？</li> </ul>   |
| 課題 2 | A 医師に対してどのようにサポートが可能か考えつく対策をあげてください。  |  |
| 討議結果 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家庭でのバックアップ（ご主人に問題を共有してもらう:カウンセリングに同席）</li> <li>・ 院内保育、病児保育</li> <li>・ カウンセリング（A 医師に対する）</li> <li>・ PTSD の治療</li> <li>・ C,D 医師へのパワハラの教育</li> <li>・ 当直の組み合わせの変更</li> <li>・ 同僚の助け合い（当直回数の軽減）</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>①当直体制の見直し <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当直回数の軽減</li> <li>・ C 医師と同じ日にしない</li> <li>・ 医局全体で話し合い・見直し</li> </ul> </li> <li>②院内保育施設</li> <li>③夫の協力が必要</li> <li>④熊本県医師会に相談窓口がない<br/>熊本県が非協力（国は 1/2 負担事業）</li> </ul> |
| 課題 3 | あなたが D 部長の立場であればどのように対応しますか。  |  |
| 討議結果 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ A 医師の話聞いてカウンセリングや心療内科受診の勧め、休暇等の勧め</li> <li>・ C 医師への指導（担当部署があれば相談）</li> <li>・ 職場全体へのパワハラの教育体制確立の提案</li> </ul>   | <p>C 医師の A 医師への態度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ D 部長から話をする（C 医師を教育する）</li> <li>・ C 医師へ転勤を勧める</li> <li>・ A 医師に産業医との対話を薦める</li> </ul>   |

## 事例5：「担当患者の急な死亡をきっかけに、うつ病になった内科研修医 A さん」

|      |   |  |
|------|---|--|
| 事例   | 「担当患者の急な死亡をきっかけに、うつ病になった内科研修医 A さん」   |  |
| 課題 1 | A 医師の苦悩の経過のなかで、①上司・管理職、②産業医や健康管理等の専門医、③職場の同僚がサポートできるとすればどのタイミングに、どのようなことがあるでしょうか。   |  |
|      | <b>グループ E</b>   | <b>グループ F</b>  |
| 討議結果 | <p><b>①上司・管理職</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者死亡後の上司のサポート</li> <li>・3 人の医師で仕事し、普段から忙しかったためケアが必要だった。</li> <li>・指導医が専門医へ受診させるなどの指導をさせる。</li> <li>・指導医が常日頃からの気配りを。</li> <li>・研修指導医のメンタルヘルスに対する知識が低い。</li> <li>・指導医は是非トレーニングを！</li> </ul> <p><b>②産業医や健康管理等の専門医</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ラウンドするなど日頃からのケア</li> </ul> <p><b>③職場の同僚</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・同期が気づけば上司などへの相談をすすめる。→体制、教育（ヘルスケア）。</li> </ul> | <p><b>①上司・管理職</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・最初から内科全体診療面での研修医への指導が必要だった。</li> <li>・患者死亡後の指導医のサポート</li> <li>・研修医が負担を感じたころに、日ごろの業務の軽減、患者のクレームに上司が対応すべきだった。</li> <li>・研修指導医を持つべきであった</li> </ul> <p><b>②産業医や健康管理等の専門医</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ひきこもった段階での介入</li> </ul> <p><b>③職場の同僚</b></p> <p>変化がみられた時に、広く上司に報告する。同僚のサポートをもう少し積極的に行うべきであった。</p> |
| 課題 2 | このような管理職勤務医の健康悪化を予防するために改善すべき点について、勤務医の健康支援チェックリスト項目、勤務医の健康を守る病院 7 か条などを参考に、①医師個人、②職場、③病院ができることを各グループでまとめてください。その際、すでに取り組んでいる事例を先に報告しあい、次に改善策について検討する順番で検討してください。   |  |
| 討議結果 | <p><b>①医師個人としてできること</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の性格を認識して普段から健康状態の把握にこころがける。</li> <li>・チェックリスト（簡易ストレスチェック表）の活用。</li> </ul> <p><b>②職場としてできること</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・常勤医の部長でない先生（おそらく年齢が近い）が相談するなりする。</li> <li>・同僚のサポート。</li> </ul>  | <p><b>①医師個人としてできること</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・頑張りすぎない。</li> <li>・気分転換、社会勉強をする。</li> <li>・息抜き時間をもつ。</li> </ul> <p><b>②職場としてできること</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・同僚やスタッフなどと挨拶をする。</li> <li>・上司にこまめに声をかける。</li> <li>・救急業務などの負担軽減。</li> <li>・当直業務後にきちんと帰し、休養を奨励する。</li> <li>・業務量のチェック。</li> </ul>   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <p>③病院としてできること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・啓蒙活動。</li> <li>・勤務体制の把握。</li> <li>・ルール・システムを決めて対応する（面談するなど）。</li> <li>・産業医などの健康管理者が声かけなどを行う。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修医を集めた勉強会などを定期的に行う。</li> </ul> <p>③病院としてできること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修医サポート体制の確立。</li> <li>・休暇をとりやすい雰囲気にする。</li> <li>・十分な病気休業期間を設ける。</li> <li>・外部の臨床心理士の利用。</li> </ul> |
|--|--|---|

# 医師の健康支援のための職場改善チェックリスト (2009版)

(日本医師会「勤務医健康支援プロジェクト(委員長:保坂隆(東海大))」調査票より作成、2009年9月)

○性別 : 男 ・ 女      ○年齢 : 20代・30代・40代・50代・60代      ○卒業年次 (      年)      ○役職 : 非管理職 ・ 管理職  
 ○勤務先 : 診療所・病院 (      床) ・その他      ○診療科 : 内科・外科・小児科・産婦人科・他の診療科 (      )

**【チェックリストの使い方】**この職場改善チェックリスト集はアクションチェックリストと呼ばれるスタイルをとって、全国の医療機関ですすでに行われている良好事例に基づいて作成されています。チェックの際には、どの対策を行えばより医師が健康で安全に、無駄なストレスが少なく、安心して仕事を続けられるかという視点で対策を選びます。それぞれのチェック項目に対して「この対策を提案しますか?」という問いに、「いいえ」または「はい(優先する)」と答えます。具体的には、「いいえ」は対策が必要でない、またはすでに対策が行われている場合にチェックします。その対策が今後必要と考える際には、「はい」にチェックします。一通りチェック後、「はい」にチェックした項目から、特に優先して取り上げる3-5項目を選び「優先する」をチェックします。

このチェックリストは、職場の問題点や課題を抜け落ちなく隅々までチェックするためのものではありません。管理者、職場の同僚、産業医など多くの関係者でグループを作って、チェック結果を利用して自分たちの職場の良好点を見つけ、改善できる点を話し合う(討議)する目的で利用します。

| 対策項目                      | 改善チェック項目リスト<br>-対策がすでに行われている、または該当しない場合 → 「いいえ」<br>-その対策を取り上げたい、今後必要な場合 → 「はい」 にチェックする | この対策を提案しますか? |    |    |    |
|---------------------------|--|--------------|----|----|----|
|                           |  | いいえ          | はい | 優先 | メモ |
| <b>A</b><br>医師の健康支援策      | 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   |              |    |    |    |
| <b>B</b><br>勤務時間と休憩、休日・年休 | 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を調整をし、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   |              |    |    |    |
| <b>C</b><br>勤務環境の改善       | 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  |              |    |    |    |
| <b>D</b><br>業務手順ストレス軽減    | 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、心身に負担の少ない取り扱い方法を検討する   |              |    |    |    |
| <b>E</b><br>気持ちのよい仕事の進め方  | 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                          |              |    |    |    |
| <b>F</b><br>安心できる職場のしくみ   | 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、医師の心身の健康を保つ方法について教育を行う  |              |    |    |    |

本チェックリストに関するお問い合わせは日本医師会地域医療第2課(03-3946-2121)までご連絡ください



## 自分の職場のレビューと職場環境改善アクションプラン

### 1. 自分の職場の労働環境のレビュー（チェックリスト記入を終えて整理する）

|  |          |  |       |
|--|----------|--|-------|
| A：あなたの病院・診療所で、医師（医療従事者）が健康的に、快適で働きやすい職場づくりに役立っているよい点（職場環境、ストレス対策を含む） |          | B：あなたの病院・診療所で、医師（医療従事者が）が健康的に、快適で働きやすい職場にするために改善したい点3つ（職場環境・ストレス対策を含む） |       |
| 1  | ①具体的なよい点 | ②その理由  |       |
| 1  |          | ③改善課題  | ④その理由 |
| 2  |          |  |       |
| 2  |          |  |       |
| 3  |          |  |       |
| 3  |          |  |       |

### 2. アクションプラン（行動計画、グループワークの後に記入）

|  |       |         |      |
|--|-------|---------|------|
| A：短期的な対策（あなたが自分の職場・組織に戻って1ヶ月以内に取り組むこと） |       |         |      |
| 1                                      | ①改善提案 | ②具体的な内容 | ③担当者 |
| 2                                      |       |         |      |
| 3                                      |       |         |      |
| B：長期的な対策（あなたが自分の職場・組織に戻って6ヶ月以内以上かかる対策） |       |         |      |
| 1                                      | ④改善提案 | ⑤具体的な内容 | ⑥担当者 |
| 2                                      |       |         |      |
| 3                                      |       |         |      |



## 〇〇医師会 医師の職場環境改善ワークショップ研修会の評価アンケート

本日の研修ご苦労さまでした。このアンケートは今後の研修をよいものにしていくために、研修内容の評価を行なうものです。ご協力をお願いします。

1. 記入者の性別 男・女 年齢：\_\_\_\_\_歳 都道府県（\_\_\_\_\_）
2. 本研修会をどこで知りましたか？
  1. 地元医師会を通じて、2. 日本医師会のサイトで、3. 同僚の紹介、
  4. メーリングリスト、5. その他（\_\_\_\_\_）
3. 今回の日本医師会 医師の職場環境改善ワークショップ研修会についてお聞きします。

(ア) 今回の研修内容は医師の健康改善や労務環境改善に：

1. とても役立つ 2. 役立つ 3. あまり役立たない 4. わからない
- (イ) 研修内容：1. すでに知っていることが多い 2. 普通 3. 初めて聞いた話が多い
- (ウ) 難易度：1. やさしい 2. 普通 3. 難しい 4. とても難しい
- (エ) 研修資料：1. とてもよい 2. よい 3. やや物足りない 4. 物足りない
- (オ) 時間：1. 長い 2. ちょうどよい 3. 短い
- (カ) 開催場所：1. よい 2. 普通 3. 改善が必要
- (キ) 研修全体として：1. とても満足 2. 満足 3. やや不満 4. とても不満

(ク) 研修内容：該当するものに○をしてください

|                        | ①大変参考になった | ②参考に になった | ③あまり参考に ならなかった | ④全く参考に ならなかった |
|------------------------|-----------|-----------|----------------|---------------|
| ①講義 1. 医療機関での産業保健活動の展開 |           |           |                |               |
| ②講義 2. 医師のメンタルヘルス      |           |           |                |               |
| ③演習 1. チェックリスト記入と意見交換  |           |           |                |               |
| ④演習 2. 事例検討のグループ討議と発表  |           |           |                |               |
| ⑤演習 3. アクションプランの作成と発表  |           |           |                |               |
| ⑥まとめと総括                |           |           |                |               |

(ケ) 今回の研修内容は、あなた自身が自分の職場や組織で実施することができますか？

1. 資料があれば実施できる 2. 外部講師の協力があれば、実施できる（協力者：\_\_\_\_\_）
3. 自分が実施するのは難しいと思う 4. 自分は実施できない 5. その他（\_\_\_\_\_）

(コ) 今回の参加者のフォローアップ研修会（半年か1年後の職場改善成果報告会）を実施する場合、参加したいと思いませんか？ 1. はい 2. いいえ 3. わからない

4. 今回の研修に参加して、勉強になったこと、よかったと思うことを記入してください。

5. 今回の研修に関して物足りなかったこと、今後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で行なって欲しい研修内容などご自由に意見をお書きください。

6. 貴院で取り組んでいる勤務医の職場環境改善や健康支援の取り組みについて教えてください。また今課題になっていることを教えてください。

ご協力ありがとうございました。



熊本県医師会「医師の職場環境改善ワークショップ研修会」開催報告

坂本 不出夫

平成22年12月4日（土）14：00～18：30

熊本県医師会館 7F 講堂

伊津野熊本県医師会産業保健担当理事の挨拶の後、司会進行を坂本が担当した。

#### 研修オリエンテーション：吉川徹 労働科学研究所副所長

研修会開催の意義、開催に到る経過について、「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」報告書内容などを提示して説明が行われた。

#### 講義1：医師のメンタルヘルス：赤穂理絵 東京都立駒込病院神経科医長

医師の健康調査から、医師の不養生（生活習慣病・食習慣・運動不足）・医師は医師の診察を受けない・仕事上のストレスが大きいなどの問題点、また医師のストレスの特徴について説明があり、ストレス状態の客観的指標、不眠症、うつ病対策・治療について、医師を診察するときの注意点まで、詳しい講義内容であった。

#### 講義2：医療機関での産業保健活動の展開：和田耕治 北里大学医学部講師

医師の職場環境改善に取り組む意義、医師の健康を守るための対策・実行、国内・国外での取り組み例、日医開発のチェックリスト、医師が元気に働くための7か条、勤務医の健康を守る病院7か条などの説明及び紹介があった。

（休憩）

#### ケーススタディの進め方：吉川徹 労働科学研究所副所長

健康支援チェックリストの進め方、同演習、グループワークの進め方のポイント、事例紹介の説明があり、予め分けられていたA～Iチームにグループワーク課題が与えられた。

A・Dグループ課題：

「部下の退職、膨大な業務でうつ病になった泌尿器科医Bさん」

B・Cグループ課題：

「先輩医師からの叱責により体調を崩した産婦人科医Aさん」

E・Fグループ課題：

「担当患者の急な死亡をきっかけに、うつ病になった内科研修医Aさん」

G・H・Iグループ課題：

「臨床研修中にメンタル不調で休職となった研修医の復職」(産業医としての対応)

最初は、ワークショップ研修に慣れていない先生方もあって、やや戸惑いもあったようだが、次第に議論も盛り上がり、グループ発表と総合討議では、多くの問題点指摘、改善策の意見発表が出された。

その後、参加者に「自分の職場のレビューと職場環境改善アクションプラン」、「熊本県医師会 医師の職場環境改善ワークショップ研修会の評価アンケート」の作成を依頼した。多くの意見や感想が出されたようであり、グループ意見発表と共に吉川先生のもとでまとめられ、次回研修会の参考にさせていただく予定である。

最後にまとめと総括を坂本と吉川先生で行い、長時間の研修会を終了した。

#### 参加者44名

(公的病院：22名、私立病院：15名、医師会立病院他7名)

上記講師の先生方と共に協力いただいた、梶木繁之 産業医科大産業医実務研修センター講師、立石清一郎 同助教に感謝申し上げます。

## 医師の職場環境改善ワークショップ研修会（岡山県医師会）

日時：平成 23 年 2 月 27 日（日）

13:00～17:30

場所：岡山衛生会館 5 階中ホール

|                        |                                  |                   |
|------------------------|----------------------------------|-------------------|
| 開会挨拶                   | 岡山県医師会理事                         | 道明 道弘             |
| 挨拶                     | 岡山県医師会副会長・<br>岡山産業保健推進センター所長     | 石川 紘              |
| 研修オリエンテーション            | 労働科学研究所副所長                       | 吉川 徹先生            |
| 講義 1 「医師のメンタルヘルス」      | 三井記念病院精神科部長                      | 中嶋 義文先生           |
| 講義 2 「医療機関での産業保健活動の展開」 | 産業医大産業医実務研修センター                  | 立石 清一郎先生          |
| グループ討議                 |                                  |                   |
| ケーススタディの進め方            | 労働科学研究所副所長                       | 吉川 徹先生            |
| グループ討議                 | 吉川先生、中嶋先生、立石先生<br>ファシリテーター       |                   |
|                        | 松江記念病院健康支援センター<br>福岡産業保健推進センター所長 | 春木 宥子先生<br>織田 進先生 |
| まとめと総括                 | 労働科学研究所副所長                       | 吉川 徹先生            |
| 閉会 修了証授与               | 岡山県医師会理事                         | 道明 道弘             |

2008 年に過酷な労働条件等が重なって、勤務医の健康障害が問題となり日本医師会に勤務医の健康支援プロジェクト委員会が出来、委員である吉川、中嶋先生等が中心となり、平成 23 年 3 月に東京で行われた医師の職場環境改善ワークショップ研修会が好評で、日本医師会産業保健委員会で紹介され、まずは委員の地元で開催することになった。平成 22 年 12 月に熊本県医師会（坂本委員）で開催され、この度中四国で初めて岡山県医師会（道明委員）で開催となった。病院長、部長、医長、医院長等 37 名が参加し熱心に討議した。この研修会は、参加者が自分の病医院に帰って、学んだことを次々にリレー形式で伝えることにも重点を置いている。そして、そのリレーで医師の職場環境改善に寄与することを主眼にしている。

講義 1 は、中嶋三井記念病院精神科部長による医師のメンタルヘルスに関する分かりやすい講義であった。医師のストレスの特徴、医師の健康調査、医師を診察する時の注意点等を詳細に述べた。

講義 2 も、立石産業医大産業医実務研修センター助教による分かりやすい講義であった。体制作り、展開の上で留意すべき点、自助・互助・公助での枠組み、国内や海外の病院での取組み等の詳細な講義であった。特に、病院内に安全衛生委員会を作り、各委員会（感染等）の報告を行うことを推奨した。また、産業医には院長以外がなることが望ましいことも述べた。

休憩の後、二部はグループに別れてのケーススタディを行った。まずは、吉川労働科学研究所副所長によるケーススタディの進め方の講義があり、健康支援チェックリストの使い方、チェックリスト演習、グループワークの進め方のポイント等が話され、事例（労働条件・職場環境等に関連して体調を崩した勤務医の3事例）の紹介があった。

3 事例（部下の退職、膨大な業務でうつ病になった泌尿器科医 B さんのケース、先輩医師からの叱責により体調を崩した産婦人科医 A さんのケース、担当患者の急な死亡をきっかけに、うつ病になった内科研修医 A さんのケース）別にグループに別れて討議した。これらのケースの勤務医の健康支援課題の整理と組織的取組み改善策の討議を熱心に行った。次に、グループ別にケーススタディ討議結果の発表と総合討議（補足説明と意見交換）を行った。参加の先生方から活発な意見がたくさん出た。他人事ではないとの切実感も見られた。真剣に熱心に討議が行われた。最後に自分の職場・医療機関の今後の活動計画を行い、吉川副所長によるまとめと総括で締め括った。道明理事による修了証授与と閉会の挨拶で無事終了した。

（担当理事道明、石川副会長）

日医発第544号（地Ⅱ103）  
平成 22 年 8 月 30日

日本医学会長  
高久 史麿 殿

日本医師会長  
原中 勝征

勤務医の健康支援のための取り組みについて（依頼）

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

日本医師会では、平成20年度に「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、勤務医のストレス対策、労務環境の改善等、勤務医の健康支援の検討を行ってきました。このような取り組みは、勤務医の健康を守るためだけではなく、医療安全などの観点から患者のためでもあります。

これまで、日医会員で勤務医1万人に対し、「勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査」を実施し、その結果を踏まえ、「勤務医の健康を守る病院7カ条」と「医師が元気に働くための7カ条」の作成、Eメール相談・電話相談の実施、「医師の職場環境改善ワークショップ研修会」の企画・開催などの取り組みを別添報告書のとおり、行ってきました。また、併せて、委員会の委員が講師となり、報告書（19頁参照）のように各学会等で、勤務医の健康を守る取り組みについて報告を行い、啓発的な活動を続けております。

今後も引き続き、病院での組織的な勤務環境の改善の推進などにより勤務医の健康を守り、また勤務医自らも自分の健康を守る意識の醸成が重要であります。そのためには各医学会分科会からの発信が不可欠です。また、それぞれの科に特徴的な点を明らかにし、そのための具体的な取り組みを行うことも各医学会分科会にしかできないことです。近年、様々な取り組みもなされ良好な事例も集まりつつあります。こうした取り組みの推進のためにも、各医学会分科会において、勤務医の健康支援策に関するシンポジウムの開催など啓発的活動に取り組みされるよう、貴職の特段のご高配をお願いいたします。