

原 著

大規模自治体病院医師の勤務状況，日常生活習慣および職業性ストレス

井奈波良一，黒川 淳一，井上 真人

岐阜大学大学院医学系研究科産業衛生学分野

(平成 20 年 6 月 3 日受付)

要旨：【目的】大規模自治体病院勤務の研修医以外の男性医師の勤務状況，日常生活習慣および職業性ストレスを明らかにすること。

【方法】A 自治体病院の 67 名の男性医師（年齢 39.9 ± 9.8 歳）を対象に自記式アンケート調査を行った。内科系診療科に属する者 37 名（56.0%）と外科系診療科に属する者 29 名（44.0%）で群間比較を行った。

【結果】対象者全体でみて，1 日の実労働時間は 11.5 ± 2.0 時間であった。1 週間の実労働時間は 66.9 ± 16.4 時間であった。睡眠時間は 6.0 ± 0.9 時間であり，睡眠時間 5 時間未満の者は 4 名（6.1%）であった。バーンアウト得点およびストレス度については，内科系が外科系より有意に高かった（ $P < 0.01$ または $P < 0.05$ ）。1 週間の実労働時間が 80 時間以上の者の割合は，内科系が 19.4%，外科系が 13.8% と有意差はなかった。睡眠時間 5 時間未満の者の割合は，内科系が 5.4%，外科系が 6.9% で有意差はなかった。健康習慣が「不良」と判定された割合は，内科系が 52.9%，外科系が 44.4% と有意差はなかった。離職願望が「非常にある」または「まあまあよくある」者の割合は，内科系では 32.4%，外科系では 27.6% と有意差はなかった。ストレスの原因と考えられる因子では，「あなたが感じている仕事の適性度」の素点平均は，内科系が外科系より有意に低かった（ $P < 0.05$ ）。ストレスによっておこる心身の反応では，「活気」の素点平均は，内科系が外科系より有意に低く（ $P < 0.05$ ），「疲労感」，「不安感」および「抑うつ感」の素点平均は，内科系が外科系より有意に高かった（ $P < 0.01$ ）。ストレス緩和因子では，いずれの項目も，内科系と外科系の間で有意差はなかった。「総合した健康リスク」は，対象者全体では 114.7% であり，また内科系では 123.2% と外科系の 100.3% より高かった。コーピング簡易尺度の素点平均では，「回避と抑制」の素点平均は，内科系が外科系より有意に高かった（ $P < 0.05$ ）。ここ 1 カ月間に医療事故を起こしそうなことが「ある」と回答した者の割合は，内科系が 43.2% であり外科系の 17.2% より有意に高率であった（ $P < 0.05$ ）。

【結論】大規模自治体病院の研修医以外の男性医師では，概して内科系が外科系より燃え尽き度やストレス度が高く，「総合した健康リスク」も高いことがわかった。

(日職災医誌，56：239—245，2008)

—キーワード—

勤務医，日常生活習慣，職業性ストレス

近年，わが国では勤務医の過酷な労働条件に基づく疲労が，医療事故防止や病院の接遇改善の観点から注目されている^{1)~9)}。さらに，最近では研修医の過労死問題がマスコミ等で取上げられている⁷⁾⁹⁾。研修医以外の医師でも，特に小児科，麻酔科，産婦人科医師を中心に長時間労働が問題になっている^{10)~15)}。

新医師臨床研修制度導入後は，導入前に比べて大学病院に研修医が集まらず¹⁰⁾，その分，大学病院では研修医以外の医師の労働が強化されている¹⁶⁾。一方，地域の医療機

関では，自治体病院を中心に大学医局の医師の引き揚げや派遣の中止により深刻な医師不足に陥り，それによる過重労働が原因と考えられている勤務医の離職も問題になっている¹⁰⁾¹¹⁾。

そこで自治体病院勤務医の勤務状況，職業性ストレスを把握する研究の手始めとして，今回，大規模な自治体病院に勤務する研修医以外の医師を対象に，勤務状況，日常生活習慣および職業性ストレスに関するアンケート調査を行ったので報告する。

対象と方法

A 自治体病院の研修医以外の医師 134 名を対象に、無記名自記式のアンケート調査を実施した。なお本調査に先立ち、岐阜大学大学院医学系研究科医学研究倫理審査委員会の承認を得た。

調査票の内容は、性、年齢、所属科、職位、勤務状況（ここ 1 カ月の勤務日数、夜間当直日数、休日日数、病院での 1 日の実労働時間、休憩時間、待機時間、自己研修時間および病院にいる時間のそれぞれの平均等）、日常生活習慣（森本¹⁷⁾の 8 項目の健康習慣）および旧労働省で開発された職業性ストレス簡易調査票（ストレスの原因と考えられる因子 17 項目、ストレスによっておこる心身の反応 29 項目、ストレス反応に影響を与える他の因子（ストレス緩和因子）11 項目、計 57 項目¹⁸⁾、Pines の「バーンアウトスケール」の日本語版¹⁹⁾、コーピング（対処）特性簡易調査票（景山らの 18 項目²⁰⁾、離職願望の有無、ここ 1 カ月間に医療事故を起こしそうになったことがあるか否か、現在の自覚的ストレス度等である。

自覚的ストレス度の尺度として、0%（最低）から 100%（最高）とした visual analogue scale (VAS) を用いた。

調査した日常生活習慣 8 項目に対して、森本の基準¹⁷⁾に従って、それぞれの項目の好ましい生活習慣に 1、好ましくない生活習慣に 0 を得点として与え、その合計を算出した。合計点が、0~4 点の場合をライフスタイル「不良」、5~6 点の場合を同「中庸」、7~8 点の場合を同「良好」と判定した。

医師のストレスプロフィールを作成するために、調査した職業性ストレス 57 項目を、判定基準¹⁸⁾に従って、ストレスの原因と考えられる因子を「心理的な仕事の負担（量）」、「同（質）」、「自覚的な身体的負担度」、「職場の対人関係でのストレス」等に 9 分類し、ストレスによっておこる心身の反応を「活気」、「イライラ感」、「疲労感」、「不安感」等に 6 分類し、さらにストレス緩和因子を「上司からのサポート」、「同僚からのサポート」、「家族や友人からのサポート」および「仕事や生活の満足度」に 4 分類し、分類した項目それぞれについて素点を算出した。

職業性ストレスによる健康リスクを判定するために、職業性ストレス簡易調査票用の仕事のストレス判定図¹⁸⁾を用いた。

バーンアウトスケールの回答から判定基準¹⁹⁾に従い、バーンアウト得点を算出した。算出した得点により、2.0~2.9 点では「精神的に安定し心身とも健全」、3.0~3.9 点では「バーンアウト徴候がみられる」、4.0~4.9 点では「バーンアウトに陥っている状態」、5.0 点以上では「臨床的にうつ状態」と判定される¹⁹⁾。

コーピング特性簡易調査票の回答から、景山らの方法²⁰⁾に基づいて 6 尺度（積極的問題解決、回避と抑制、気分転換、視点の転換、問題解決のための相談、他者を巻

き込んだ情動発散）の素点を算出した。

調査は 2007 年 5 月中旬に実施し、80 名（男性 68 名、女性 12 名）の医師から回答を得た（回収率 59.7%）。

解析対象は、調査票がほとんど無記入であった 1 名を除く男性 67 名（平均年齢 39.9±9.8 歳）とした。

また本報告では、対象者を各種内科、小児科、精神神経科など内科系診療科（以下、内科系）に属する者（37 名（56.0%））の群と外科・小児外科、産婦人科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、麻酔科、救急外来など外科系診療科（以下、外科系）に属する者（29 名（44.0%））の群に分け、群間の比較検討を行った。各アンケート項目に対して無回答の場合は、その項目の解析から除外した。

結果は、平均値±標準偏差（最小~最大）で示した。有意差検定は、t 検定、 χ^2 検定または Fisher の直接確率計算法を用いて行い、 $P < 0.05$ で有意差ありと判定した。

結 果

対象者の所属科の内訳は、内科系では、各種内科が 22 名、小児科が 11 名、精神神経科が 2 名、その他が 2 名であった。一方、外科系では、外科・小児外科が 9 名、耳鼻咽喉科が 4 名、脳神経外科、整形外科、胸部外科、泌尿器科および救急外来が各 2 名、その他が 6 名であった。

表 1 に対象者の特徴を示した。対象者全体でみて、1 日の実労働時間は、11.5±2.0 時間であった。1 週間の実労働時間は、66.9±16.4 時間であった。睡眠時間は、6.0±0.9 時間であり、睡眠時間 5 時間未満の者は 4 名（6.1%）であった。今回調査した項目のうち、1 日のパソコン使用時間、バーンアウト得点および自覚的ストレス度については、内科系が外科系より有意に高かった（ $P < 0.01$ または $P < 0.05$ ）。ここ 1 カ月の手術件数は、外科系が内科系より有意に多かった（ $P < 0.01$ ）。その他の項目については、両群間に有意差はなかった。

表には示さなかったが、内科系と外科系の間で、職位別割合に有意差はなかった。「バーンアウトに陥っている状態」および「臨床的にうつ状態」と判定された者の割合は、内科系ではそれぞれ 25.0%（9 名）、16.7%（6 名）であり、外科系のそれぞれ 10.3%（3 名）、3.4%（1 名）に比べ高率であったが、有意差はなかった。1 週間の実労働時間が 80 時間以上の者の割合は、内科系が 19.4%（7 名）で、外科系が 13.8%（4 名）と有意差はなかった。睡眠時間 5 時間未満の者の割合は、内科系が 5.4%（2 名）、外科系が 6.9%（2 名）で有意差はなかった。ライフスタイルが「良好」と判定された割合は、内科系が 5.9%（2 名）、外科系が 3.7%（1 名）あり、「不良」と判定された割合は、内科系が 52.9%（18 名）、外科系が 44.4%（12 名）と有意差はなかった。離職願望が「非常にある」または「まあまあよくある」者の割合は、内科系ではそれぞれ 16.2%（6 名）、16.2%（6 名）であり、外科系ではそ

表1 対象者の特徴

	内科系 (N = 37)	外科系 (N = 29)	全体 (N = 66)
年齢 (歳)	41.1±10.4 (26 ~ 62)	38.3±8.9 (27 ~ 57)	39.9±9.8 (26 ~ 62)
経験年数 (年)	16.0±10.5 (2.1 ~ 38)	13.7±8.7 (3 ~ 33)	15.0±9.8 (2.1 ~ 38)
勤務日数 (日/月)	25.3±3.2 (20 ~ 31)	24.8±4.4 (10 ~ 31)	25.1±3.7 (10 ~ 31)
夜間当直回数 (回/月)	2.5±2.3 (0 ~ 8)	1.6±1.5 (0 ~ 6)	2.1±2.0 (0 ~ 8)
休日日数 (日/月)	5.4±2.8 (0 ~ 10)	4.7±2.8 (0 ~ 10)	5.1±2.8 (0 ~ 10)
実労働時間 (時間/日)	11.7±2.1 (8 ~ 16)	11.2±1.8 (7.5 ~ 15)	11.5±2.0 (7.5 ~ 16)
実労働時間 (時間/週)	67.4±17.7 (37.9 ~ 112.0)	66.2±15.1 (47.2 ~ 105)	66.9±16.4 (37.9 ~ 112)
休憩時間 (時間/日)	0.8±0.3 (0 ~ 1.5)	0.6±0.4 (0 ~ 1.5)	0.7±0.4 (0 ~ 1.5)
待機時間 (時間/日)	0.5±0.7 (0 ~ 3)	0.3±0.8 (0 ~ 3.5)	0.4±0.7 (0 ~ 3.5)
自己研修時間 (時間/日)	0.8±0.8 (0 ~ 4)	0.7±0.7 (0 ~ 2.5)	0.8±0.8 (0 ~ 4)
その他の理由での在院時間 (時間/日)	0.3±0.5 (0 ~ 2)	0.3±0.5 (0 ~ 2)	0.3±0.5 (0 ~ 2)
病院在院時間 (時間/日)	13.6±2.2 (9.3 ~ 21)	12.9±1.7 (9 ~ 16.5)	13.3±2.0 (9 ~ 21)
睡眠時間	6.0±0.9 (3 ~ 8)	6.0±0.8 (4 ~ 8)	6.0±0.9 (3 ~ 8)
喫煙量 (本/日)	2.7±5.5 (0 ~ 20)	2.8±6.5 (0 ~ 20)	2.8±5.9 (0 ~ 20)
飲酒日数 (日/週)	3.3±2.8 (0 ~ 7)	2.6±2.4 (0 ~ 7)	3.0±2.6 (0 ~ 7)
飲酒量 (合/週)	1.1±0.9 (0 ~ 3.8)	1.1±1.5 (0 ~ 7.6)	1.1±1.2 (0 ~ 7.6)
アルコール量 (g/週)	29.4±24.8 (0 ~ 102.5)	30.9±39.7 (0 ~ 205.1)	30.1±31.9 (0 ~ 205.1)
森本のライフスタイル得点	4.3±1.3 (2 ~ 7)	4.6±1.1 (3 ~ 7)	4.5±1.2 (2 ~ 7)
パソコン使用時間 (時間/日) **	5.4±2.5 (1 ~ 11)	3.7±1.9 (1 ~ 7)	4.7±2.4 (1 ~ 11)
バーンアウト得点*	3.5±1.4 (1.4 ~ 6.7)	2.9±1.0 (1.1 ~ 6.1)	3.2±1.3 (1.1 ~ 6.7)
ストレス度 (%) **	69.2±20.2 (20 ~ 100)	53.0±24.3 (10 ~ 90)	62.1±23.4 (10 ~ 100)
外来患者数 (人/週)	105.8±84.2 (0 ~ 500)	77.6±41.1 (5 ~ 170)	94.2±70.7 (0 ~ 500)
入院患者数 (人/週)	8.2±5.8 (0 ~ 20)	7.0±4.3 (0 ~ 15)	7.7±5.2 (0 ~ 20)
手術件数 (件/月) **	3.2±8.4 (0 ~ 30)	12.8±8.3 (0 ~ 40)	7.2±9.5 (0 ~ 40)

平均値 ± 標準偏差 (最小～最大)

内科系と外科系の差：* P < 0.05, ** P < 0.01

表2 対象者のストレスの原因と考えられる因子の素点平均

	内科系 (N = 37)	外科系 (N = 29)	全体 (N = 66)
心理的な仕事の負担 (量)	10.5±2.1 (3 ~ 12)	9.7±1.7 (6 ~ 12)	10.1±1.9 (3 ~ 12)
心理的な仕事の負担 (質)	10.6±1.8 (5 ~ 12)	9.8±1.6 (6 ~ 12)	10.3±1.7 (5 ~ 12)
自覚的な身体的負担度	3.0±1.0 (1 ~ 4)	3.1±0.6 (2 ~ 4)	3.0±0.9 (1 ~ 4)
職場の対人関係でのストレス	5.9±1.7 (3 ~ 9)	6.0±1.5 (3 ~ 10)	5.9±1.6 (3 ~ 10)
職場環境によるストレス	2.1±0.9 (1 ~ 4)	2.0±0.7 (1 ~ 4)	2.1±0.8 (1 ~ 4)
仕事のコントロール度	6.8±1.8 (3 ~ 10)	7.4±1.9 (4 ~ 12)	7.1±1.9 (3 ~ 12)
あなたの技能の活用度	1.7±0.7 (1 ~ 3)	1.7±0.6 (1 ~ 3)	1.7±0.7 (1 ~ 3)
あなたが感じている仕事の適性度*	2.8±0.7 (1 ~ 4)	3.2±0.6 (1 ~ 4)	3.0±0.7 (1 ~ 4)
働きがい	3.1±0.9 (1 ~ 4)	3.3±0.6 (2 ~ 4)	3.2±0.8 (1 ~ 4)

平均値 ± 標準偏差 (最小～最大)

内科系と外科系の差：* P < 0.05

それぞれ 0.0% (0名), 27.6% (8名) であった。

表2に対象者のストレスの原因と考えられる因子の素点平均を示した。「あなたが感じている仕事の適性度」の素点平均は、内科系が外科系より有意に低かった (P < 0.05)。

表3に対象者のストレスによっておこる心身の反応の素点平均を示した。「活気」の素点平均は、内科系が外科系より有意に低かった (P < 0.05)。「疲労感」, 「不安感」および「抑うつ感」の素点平均は、内科系が外科系より有意に高かった (P < 0.01)。

表4に対象者のストレス緩和因子の素点平均を示した。各素点平均はいずれも、内科系と外科系の間で有意差はなかった。

これらの結果を用いて仕事のストレス判定図から読み取った「総合した健康リスク」は、対象者全体では 114.7% であり、また内科系では 123.2% と外科系の 100.3% より高かった。

表5に対象者のコーピング簡易尺度の素点平均を示した。「回避と抑制」の素点平均は、内科系が外科系より有意に高かった (P < 0.05)。

表には示さなかったが、ここ1カ月間に医療事故を起こしそうになったことが「ある」と回答した者の割合は、内科系が 43.2% (16名) であり外科系の 17.2% (5名) より有意に高率であった (P < 0.05)。

表3 対象者のストレスによっておこる心身の反応の素点平均

	内科系 (N = 37)	外科系 (N = 29)	全体 (N = 66)
活気*	5.8±2.3 (3~12)	7.0±2.1 (3~12)	6.3±2.3 (3~12)
イライラ感	7.2±2.6 (3~12)	6.5±2.1 (3~12)	6.9±2.4 (3~12)
疲労感**	8.2±2.7 (4~12)	6.7±1.7 (4~10)	7.6±2.4 (4~12)
不安感**	7.5±2.5 (3~12)	5.8±1.7 (3~9)	6.8±2.3 (3~12)
抑うつ感**	11.4±4.9 (6~24)	8.7±2.5 (6~17)	10.2±4.2 (6~24)
身体愁訴	19.7±6.3 (11~44)	17.3±5.9 (11~44)	18.7±6.2 (11~44)

平均値 ± 標準偏差 (最小~最大)

内科系と外科系の差: * P < 0.05, ** P < 0.01

表4 対象者のストレス緩和因子の素点平均

	内科系 (N = 37)	外科系 (N = 29)	全体 (N = 66)
上司からのサポート	7.9±2.5 (3~12)	8.0±2.3 (3~12)	7.9±2.4 (3~12)
同僚からのサポート	8.2±2.2 (3~12)	8.9±1.6 (5~12)	8.5±2.0 (3~12)
家族や友人からのサポート	9.7±2.1 (3~12)	10.3±1.6 (6~12)	9.9±1.9 (3~12)
仕事や生活の満足度	5.8±1.6 (2~8)	6.1±0.9 (4~8)	5.9±1.3 (2~8)

平均値 ± 標準偏差 (最小~最大)

表5 コーピング特性簡易尺度の素点平均

	内科系 (N = 37)	外科系 (N = 29)	全体 (N = 66)
積極的問題解決	10.0±2.3 (3~12)	10.0±2.1 (5~12)	10.0±2.2 (3~12)
回避と抑制*	7.0±2.4 (3~12)	5.9±1.6 (3~10)	6.5±2.2 (3~12)
気分転換	7.3±2.7 (3~12)	7.3±2.6 (3~12)	7.3±2.6 (3~12)
視点の転換	7.1±2.1 (3~11)	7.4±2.1 (3~12)	7.2±2.1 (3~12)
問題解決のための相談	8.1±2.6 (3~12)	8.4±2.0 (4~12)	8.2±2.3 (3~12)
他者を巻き込んだ情動発散	4.6±2.3 (3~12)	4.4±1.6 (3~9)	4.5±2.0 (3~12)

平均値 ± 標準偏差 (最小~最大)

内科系と外科系の差: * P < 0.05

考 察

著者らの調べた限りでは、わが国の勤務医の勤務状況、日常生活習慣および職業性ストレスに関して、内科系と外科系を詳細に比較検討した報告はない。

国立保健医療科学院が2005年に行った医師労働環境の現況調査²¹⁾によれば、常勤勤務医の1週間平均労働時間は産婦人科が69.3時間で最も長く、以下、小児科(68.4時間)、外科(66.1時間)、内科、麻酔科(それぞれ63.3時間)の順となっていた。著者らは、今回、例数不足のため、診療科ごとの検討を行わなかったが、大規模自治体病院の研修医以外の男性医師の1日の実労働時間および1週間の実労働時間は、内科系と外科系で有意差はなく、対象者全体でみて、それぞれ11.5±2.0時間、66.9±16.4時間であった。この結果は、著者らが2006年に調査した大学病院で働く研修医以外の男性医師の実労働時間(それぞれ11.2時間、69.3時間)と殆ど差がなかった¹⁶⁾。また同医師の自己研修時間および在院時間は、それぞれ平均で0.8時間、13.3時間であった。これらの結果も大学病院で働く研修医以外の男性医師(それぞれ1.0時間、13.4時間)と差がなかった¹⁶⁾。

佐藤と小柳⁷⁾が2000年に行った調査では、公立病院では1カ月間の休日出勤数および当直日数については内科系と外科系で差がなかったとしている。受け持ち入院患者数は内科系、外科系で差がなかったが、1日の外来担当患者数は、内科系が外科系より多かった。著者らは、大規模自治体病院男性医師の1カ月間の休日出勤数でなく休日日数を調査したところ内科系と外科系で有意差がなく、対象者全体でみて5.1±2.8日であった。また、当院は電子カルテが導入されており、1日のパソコン使用時間は、内科系が5.4時間で外科系より1.7時間長かった。ここ1カ月の手術件数は、外科系が内科系より有意に多かった。しかし、1カ月間の当直日数、1週間の外来患者数および1週間の入院患者数には内科系と外科系で有意差がなかった。

5時間未満の睡眠では、ほとんどの者で精神機能が大幅に低下し、不随意的なマイクロ睡眠に襲われ、気分も悪化させるため、ミスが発生する可能性が高いことから、米国では、2002年6月、研修医の労働時間の上限を週80時間とするガイドラインを発表し、これに関する法案も同月、米上院に提出された¹²⁾。富田らは、研修医では労働時間が週80時間を超えると、健康な状況を保つために必

要な達成感が得られず、メンタルヘルスが悪化することを報告している²²⁾。また、長期間にわたる1日4~6時間以下の睡眠不足状態では、睡眠不足が脳・心臓疾患の有病率や死亡率を高めると考えられている²³⁾。本調査の男性医師のうち1週間あたりの実労働時間が80時間以上であった者の割合は、対象者全体で16.9%であった。この結果は、前述の大学病院医師(25.7%)¹⁶⁾より低率であった。また、有意ではなかったが内科系(19.4%)が外科系(13.8%)よりやや高率であった。一方、睡眠時間5時間未満の者の割合は、対象者全体では6.1%であった。この結果は、前述の大学病院医師(2.6%)¹⁶⁾より多少高率であった。また内科系の割合は5.4%であり、外科系の6.9%と差がなかった。

大規模自治体病院男性医師のライフスタイル得点は全体では4.5±2.4点であり、また内科系と外科系で有意差はなかったが、森本らの研究¹⁷⁾による男性一般集団(4.1±1.4点)より多少高かった。また、ライフスタイルが「良好」と判定された医師の割合は、内科系が5.9%、外科系が3.7%と有意差はなかったが、外科系が一般集団(7.0%)¹⁷⁾より多少低かった。一方、ライフスタイル「不良」と判定された割合は、内科系が52.9%、外科系が44.4%と有意差はなかったが、外科系が一般集団(55.5%)¹⁷⁾より多少低かった。

旧労働省が勤労男性10,041名を対象として行った調査結果¹⁸⁾と比較して、ストレスの原因と考えられる因子に関しては、大規模自治体病院の研修医以外の医師のほうが、とりわけ「心理的な仕事の負担(量)」および「心理的な仕事の負担(質)」の素点が高く、逆に「職場の対人関係でのストレス」および「あなたの技能の活用度」は低かった。ストレスによっておこる心身の反応に関しては、「疲労感」の素点が高かった。注目に値する点は、ストレス緩和因子であり、「同僚からのサポート」、「家族や友人からのサポート」および「仕事や生活の満足度」の素点が高かった。これらの結果は、前述の大学病院医師と同様であった¹⁶⁾。これらの結果を用いて、仕事のストレス判定図から読み取った「総合した健康リスク」は、114.7%であり、大学病院医師(107.0%)よりやや高かった。

内科系医師と外科系医師の職業性ストレスを比較すると、ストレスの原因と考えられる因子に関しては、内科系医師の「あなたが感じている仕事の適性度」の素点平均が、外科系より有意に低かった。ストレスによっておこる心身の反応に関しては、内科系医師の「活気」の素点平均が、外科系より有意に低く、「疲労感」、「不安感」および「抑うつ感」の素点平均が、外科系より有意に高かった。ストレス緩和因子に関しては、いずれの項目も、内科系と外科系の間で有意差はなかった。これらの結果を用いて仕事のストレス判定図から読み取った「総合した健康リスク」は、内科系では123.2%に達し、外科系

(100.3%)よりかなり高く、何らかの対策を講じる必要がある。実際、自覚的ストレス度は、内科系が外科系より有意に高くなっていた。

日本の急性期病院では、今日、過重労働と医療訴訟多発から若年医師の職場離脱が急速に進行し、このまま続くと日本の急性期医療は崩壊し、医療システムは壊滅する危険も孕んでいるといわれている¹⁰⁾¹¹⁾²¹⁾。前述の佐藤と小柳⁷⁾の2000年の調査では、公立病院医師では、「機会があれば他の病院に移りたい」と回答した医師の割合は内科系(33.0%)と外科系(31.8%)で差がなかったとしている。本調査の大規模自治体病院男性医師でも、離職願望が「非常にある」または「まあまあよくある」者の割合は、内科系では32.4%、外科系では27.6%とほぼ同様の結果であった。また、対象者全体では30.3%であり、大学病院医師(42.5%)よりかなり低率であった。しかし、この病院では、この点に関する過去の調査がないため、離職願望を持つ医師の割合の変化については判断できない。今後、継続的な調査が期待される。

バーンアウト(燃え尽き)は、離職の原因になることは周知の通りである²⁴⁾。さらに最近では、看護職では燃え尽きが医療事故の原因となることが示唆されている²⁵⁾。著者らも、最近、離職願望のある医師は、ない医師より、バーンアウト得点が有意に高く、またここ1カ月間に医療事故を起こしそうになったことが「ある」と回答した者の割合が有意に高率であったことを報告した¹⁶⁾。本調査の勤務医のバーンアウト得点は、内科系が外科系より有意に高かった。さらに「バーンアウトに陥っている状態」または「臨床的にうつ状態」と判定された者の割合は、内科系(41.7%)が外科系(13.7%)より有意ではないが高率であった。また、ここ1カ月間に医療事故を起こしそうになったことが「ある」と回答した者の割合も、内科系(43.2%)が外科系(17.2%)より有意に高率であった。最近の研究によれば、燃え尽きは、個人的要因より過重労働、仕事のコントロール(裁量)の欠如、低い仕事のサポート(社会的支援)等の心理社会的労働環境要因に関連しているとされている²⁶⁾。したがって、この病院の崩壊を防ぐために、さしあたって特に内科系医師に対する社会的支援を増やすことが重要と考えられる。この点に関して、当病院では、すでに市医師会などが協力する「小児夜間救急室」を開設し、週2回午後6時~11時までには、当病院の当直医に加え、当番の開業医による小児科診療を実施している。これに加え、今後、院内内では、特に内科系医師に対して上司や同僚による社会的支援を増加させる複数の担当医によるチーム医療の更なる喚起を促すことも重要と考えられる。

ストレス要因に遭遇した労働者にストレインが発生し、それが健康上・行動上の問題に発生する過程には、当事者が選ぶコーピング(対処)が大きく影響するとされている²⁰⁾。仕事を辞めたいと思うほどのストレスのあ

る看護師の対処行動では、「上司に相談する」は48.2%にすぎず、それが効果的と評価した割合も53.0%と他の対処行動より低かったことが報告されている（上位7項目で最低順位）²⁷⁾²⁸⁾。そこで本研究では、内科系医師と外科系医師のコーピングの相違についても検討した。その結果、6種類のコーピング尺度²⁰⁾のうち「回避と抑制」の素点平均だけが、内科系医師が外科系より有意に高くなっていた。景山ら²⁰⁾は「回避と抑制」というコーピングを多く使う者は、自分の考えや意見、感情を、正直に率直に、なおかつ適切な方法で表現することが苦手であると考えられ、このような特性は、職場に人間関係のトラブルが少ないときには問題を引き起こさないが、その種のトラブルが多い状況にあっては、対人関係由来の不快感情をうまく解消できず、自ら抑うつ感を高めてしまいやすいとしている。幸いにも「職場の対人関係でのストレス」得点は、内科系と外科系で全く差はなかった。また結果には示さなかったが、ここ1カ月間に患者、同僚、上司、部下、看護師、事務および研修医とのトラブルがあったと回答した者の割合も、内科系と外科系で差はなかった。

以上のことから、大規模自治体病院の研修医以外の男性医師では、概して内科系が外科系より燃え尽き度やストレス度が高く、「総合した健康リスク」も高いことがわかった。なお、医師のストレス状況、対処、燃え尽き状態には、男女差があることが報告されており²⁹⁾、これらを一般化するためには、今回の結果が、女性医師にもあてはまるか否かについても含め、他病院での調査等、さらに検討する必要がある。

謝辞：データの整理を手伝ってくれた奥村まゆみ氏に感謝する。

文 献

- 1) 長谷川朝穂：救急医療に携わる医師のストレス。医のあゆみ 153：247—250, 1990.
- 2) 松井三明, 鹿島勇治, 五十嵐隆, 他：医学部付属病院医師の勤務実態と疲労徴候の調査。日本公衛誌 42 (特別附録)：887, 1996.
- 3) 野田大地, 鈴木庄亮：勤務医の労働条件—少数例の労働時間, 余暇, 及び面接調査から—。民族衛生 63 (2)：120—126, 1997.
- 4) 小柴健一郎：麻酔科医師の労働負担と蓄積的疲労の検討。手術医学 20：114—117, 1999.
- 5) 高椋正俊：医師の労働条件。日医新報 3975：59—62, 2000.
- 6) 大矢幸弘, 広瀬輝夫, 板倉洋治, 赤澤 晃：プライマリケア, 救急医療, 専門診療の3役を欧米の半分以下の人数でこなす日本の小児科医。日児誌 106：2—7, 2002.
- 7) 佐藤裕俊, 小柳泰久：外科医の勤務状況の現状と分析—医療事故防止対策に関連して—。日臨外会誌 63(3)：533—541, 2002.
- 8) 小柳泰久, 逢坂由昭, 青木達哉, 佐藤裕俊：外科医の勤務状況と蓄積的疲労徴候。日臨外会誌 63 (6)：1329—1334, 2002.

- 9) 吉田 貢：勤務医と過労死。神奈川県医師会報 595：49, 2000.
- 10) 吉村博邦：臨床研修修了後の医師の教育(大学病院)。日医ニュース (on line) 1077：勤務医のページ 1—3, 2006.
- 11) 鶴田憲一：医師の過重労働とその背景及び今後の動向について。日本国際医学協会誌 420：4—5, 2006.
- 12) Lamberg L：長時間労働に寝不足—医師の不養生, 患者の安全脅かす。JAMA (日本語版) 3：27—30, 2002.
- 13) 長谷川俊彦：医師の労働環境と生産性。産衛誌 49 (臨増)：249—250, 2007.
- 14) 江原 朗：報道にみる勤務医の過労死労災請求：高い小児科医の請求率。日本医師会雑誌 135：349—351, 2006.
- 15) Umehara K, Ohya Y, Kawakami N, et al: Association of work-related factors with psychological job stressors and psychosomatic symptoms among Japanese pediatricians. J Occup Health 49: 467—481, 2007.
- 16) 井奈波良一, 黒川淳一, 井上真人：大学病院医師の離職願望と勤務状況, 日常生活習慣および職業性ストレスとの関係。日職災医誌 55 (5)：219—225, 2007.
- 17) 森本兼囊：ライフスタイルと健康。日衛誌 54：572—591, 2000.
- 18) 「作業関連疾患の予防に関する研究」研究班：労働省平成11年度労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書。東京, 東京医科大学衛生学公衆衛生学教室, 2000.
- 19) 稲岡文昭：Burnout 現象と Burnout スケールについて。看護研究 21：147—155, 1988.
- 20) 景山隆之, 小林敏生, 河島美枝子, 金山由季子：勤労者のためのコーピング特性簡易尺度 (BSCP) の開発：信頼性・妥当性についての基礎的検討。産衛誌 46：103—114, 2004.
- 21) 長谷川俊彦：医師労働環境の現状, 第12回医師の需給に関する検討会 国立保健医療科学院院長コース説明資料, 2006.
- 22) 富田絵梨子, 吉田 聡, 宇佐見和哉, 他：週80時間労働が研修医のストレス構造に与える影響。産衛誌 49 (臨増)：341, 2007.
- 23) 和田 攻：労働と心臓疾患—“過労死”のリスク要因とその対策—。産業医学レビュー 14 (4)：183—213, 2002.
- 24) Borritz M, Rugulies R, Christensen KB, et al: Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. Occup Environ Med 63: 98—106, 2006.
- 25) 北岡(東口)和代：精神科勤務の看護者のバーンアウトと医療事故の因果関係についての検討。日本看護科学会誌 35 (3)：31—40, 2005.
- 26) Escriba-Aguir V, Martin-Baena D, Perez-Hoyos S: Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. Int Arch Occup Environ Health 80: 127—133, 2006.
- 27) 久保田聡美：ストレスマネジメント その理論と実際 第11回ラインによるケア⑥上司からの効果的なケアとは。週刊医学界新聞 2725：6, 2007.
- 28) 久保田聡美：ストレスマネジメント その理論と実際 第12回ラインによるケア⑦辞めたいというスタッフへの対応。週刊医学界新聞 2725：6, 2007.
- 29) 久村正也：医師のストレス—ストレス状況, 抑うつ傾向,

燃え尽き状態の男女医差. ストレス科学 12 (1) : 61—64, 1997.

別刷請求先 〒501-1194 岐阜市柳戸 1—1
岐阜大学大学院医学系研究科産業衛生学分野
井奈波良一

Reprint request:

Ryoichi Inaba
Department of Occupational Health, Gifu University Graduate School of Medicine, 1-1, Yanagido, Gifu, 501-1194, Japan

Study on the Working Conditions, Life-style and Work-related Stress Among Doctors in the Large Scale Municipal Hospital

Ryoichi Inaba, Junichi Kurokawa and Masato Inoue

Department of Occupational Health, Gifu University Graduate School of Medicine

This study was designed to evaluate the working conditions, life-style and work-related stress among medical doctors in the large scale municipal hospital. A self-administered questionnaire survey on the mentioned determinants was performed among 67 male doctors excluding residents (age: 39.9 ± 9.8 years) working in the A large scale municipal hospital. Subjects consisted of 37 doctors belonging to the departments of internal medicine, pediatrics, and etc. (Group A) and 29 doctors belonging to the departments of abdominal and pediatric surgery, otolaryngology, and etc. (Group B).

The results obtained were as follows:

1. Working time of the doctors in a day was 11.5 ± 2.0 hours. Working time of the doctors in a week was 66.9 ± 16.4 hours. Sleeping time of the doctors 6.0 ± 0.9 hours. There were no significant differences in the percentages of doctors who worked for over 80 hours in a week between the Group A (19.4%) and the Group B (13.8%). There were no significant differences in the percentages of doctors who slept for under 5 hours in a day between two groups. There were no significant differences in the percentages of doctors whose life-style was poor between two groups. There were no significant differences in the percentages of doctors who had the desire to resign from working at the hospital very frequently or frequently between the Group A (32.4%) and the Group B (27.6%).

2. Score of the burnout and degree of subjective stress in the Group A were significantly higher than those in the Group B.

3. Concerning the cause of stress, score of psychological work aptitude in the Group A was significantly lower than that in the Group B ($P < 0.05$). Concerning the psychosomatic response to the stress, scores of vigor in the Group A was significantly lower than that in the Group B ($P < 0.05$). Scores of fatigue, distress and depression in the Group A were significantly higher than that in the Group B ($P < 0.01$ or $P < 0.05$). Concerning the factors contributing to relieve the stress, there were no significant differences in the scores of support from superiors, support from colleagues and family or satisfaction on work as well as in the daily life between two groups. Total risk to health in the Group A and the Group B were 123.2% and 100.3%, respectively.

4. Concerning the stress coping, score of avoidance and suppression in the Group A was significantly higher than that in the Group B ($P < 0.05$).

These results suggest that concerning the male doctors excluding residents in the large scale municipal hospital, in general, degrees of burnout, psychological stress and total risk to health in the Group A were higher than those in the Group B.

(JJOMT, 56: 239—245, 2008)