

者を守るためにも、自分たちのメンタルヘルスを維持することである。

とはいえ、環境がよくても調子を崩すことはあるし、すべてを周りがサポートできるわけでもない。また、不調を自覚した場合になんらかの相談をしようとしながらも、「そうでもなくても忙しいのに、自分のことで周囲を煩わせてはいけない」という遠慮や、「医療関係者なのに健康を維持できないなんて」という恥じらいや自責もある。サポートするよ、という周りの思いがいくらあっても本人がそれに乗じられない、という状況は、他の職業でももちろん起こりうるが、医療スタッフにはなおさらそれが色濃くなっている可能性がある。

今後の方向性として、燃えつき症候群や疲労についても、目が向けられていくだろう。医師のなかでも研修医についての調査はまだ手がつけられていないが、他の職業と比較すると著しく遅れている。

もちろん、粉骨砕身して多くのごみをこなしていく医師は立派だし、必要が

「燃えつき症候群」

「長期にわたり人に援助する過程で、心的エネルギーがたえず過度に要求された結果、過度の心身の疲労と感情の枯渇を主とする症候群であり、卑下、仕事嫌悪、思いやりの喪失の状態を伴う状態」をいう。

重責を負いながら、医療スタッフらが理想的な医療をめざして熱心に取り組んだとしても、現実とのギャップに直面して、期待していたほどの成果が得られないことと非常に頻度の高い病気が増え、燃えつき症候群に陥ってしまうということも起こりうる。

- ①専門的な能力にかかわるストレス…自己の専門的な知識・技術の未熟さによって生じる問題、無力体験
：医師自身にとって、自信を持って困難な状況に対応できないことなど
- ②職場の対人関係にかかわるストレス
- ③職場の労働条件にかかわるストレス…自己の専門的な能力を発揮できるような環境の不備(人材・設備など)によって生じる問題
- ④私生活におけるストレス

燃えつきにかかわるストレスの背景は多様であり、いくつかの要因が絡み合って問題が生じていると考えるほうがより現実に即しているだろう。

(「オウン・メンタルヘルス 医療スタッフのためのストレスマネジメント」、宗像 恒次〔ほか〕著「燃えつき症候群 医師・看護婦・教師のメンタル・ヘルス」(金剛出版)より改変)

「自死」という言葉

「過労死遺族の心のケアを考える会」の有志は、「過労死・過労自殺」を「過労死・過労自死」と置き換えようと呼びかけている。

自死というのはそのほとんどが、心のストレスを抱えて鬱病を発症してしまい、結果として死を選択した状態です。愛する家族を捨てたのではなく、自分の心がいっぱいになってしまい、死を選択することしかできない状態に亡くなったのです。ですから、本人の心や精神が弱かったからではありません。ただ世間ではいまだに、自死について自分かできない人も大勢います。そういう偏見を1日でも早く取り除き、残された家族の方の気持ちを楽にしてあげたい、私たちの呼びかけはそういう気持ちで行っています。皆さんもできれば「自殺」という言葉でなく、「自死」と呼び換えてみてください。

海老原 あや子 著「ありがとう、もう大丈夫 心の再生プロジェクト」(文芸社)より

環境は、今後珍しくなくなるかも知れません」

当直を減らせる背景には、代わりに当直が増えている医師の存在があるかも知れない。また、体力差もある、同様の業務が同じだけの負担になるとは言い切れない。医師の過重労働についても、その人の置かれた環境によって、認識はばらばらだ。周囲に大きな負担を抱えている医師がいないのか、お互いに関心を持つことは重要だろう。

医師も病むうつ病

高橋正雄氏の指摘によると、医師も、ふつうに心身を病むにもかかわらず、その実感が伴わない。医師には、病気が他の人が抱えるものであり、自分はそれを治療する者だという無意識の前提があるのだ。

医師に限らず、中高年になると一般的に生活習慣病を抱えることは珍しくない。糖尿病で食事制限を守れないと、周りから意志が弱いと非難されることがあり、自己嫌悪に陥って、抑うつになることもある。肥満に伴う睡眠時無呼吸症候群などでは睡眠が妨げられ、業務中に眠気を催せば問題を引き起こしかねない。こうして、生活習慣病は精神的な病を併発することもあるため、身体疾患に伴うメ

うつ病について

1988年以来、我が国における自殺者は、年間3万人を超えているが、そのなかの多くの人がうつ状態であったと推測される。うつ病は、代表的な精神疾患であり、その罹患率が3~5%、生涯有病率も男性で5~12%、女性で10~15%と非常に頻度の高い病気である。治療可能な反面、適切な対応がなされていない場合も多い。

うつ病患者の43%は医療機関を受診しておらず、未受診者の86%は受診する必要がないと判断していることとされる。受診者のうち57%は専門医ではなくプライマリケア医を受診し、薬物投与を受けたものは31%、抗うつ薬の投与を処方されたものはわずかに25%であった。プライマリケア医を受診する患者のうち約5~10%が大うつ病と診断されているが、その半数はうつ病と診断されず、そのまま半年を経過してしまう。

うつ病治療の基本としては、①うつ病を理解すること、②心身の安静、③薬物治療、である。WHOによると、抗うつ薬の投与と短期の精神療法で60~80%に効果があるにもかかわらず、適切な治療がなされているのはわずか25%以下である。

(「オウン・メンタルヘルス」より一部改変)



ンタルケアが求められている。また、医師は患者に出すような指示を、自分は多忙のために実行できないことも多い。

病気になるということには、もちろんすべてにというわけではなく、なんらかの意味がある場合もあると高橋氏はいう。高橋氏は研修医だった26歳のとき、急性腎炎で初の入院体験をしている。「自分は病気を治す者」という思い込みと、不規則な長時間勤務による過労が、その原因だ。

「あのまま無理な勤務を続けていたら、もっと極端な破綻をきたしていたかも知れません。あのとき病気になることは、それまでの生き方に警鐘を鳴らされたということでもあるのです」(高橋氏)

病んだ結果として、普段読むことのないような本を読むことができた。そしてそのとき、生涯にわ

たる研究テーマを見つけたのだ。高橋氏のように、生き方が変わったり自分の本心にやりたいことが見つかったりするきっかけになるという点において、病むことに意味のある場合がある。

医師が病むことには、もうひとつの意味がある。それは、患者の立場を知ること、医師にとって非常に貴重で得難い体験となる。病むこと自体は幸運とはいえないものの、患者側から医療を見つめ、それをまた自分の臨床に生かすことはできる。

ところで、高橋氏は、精神疾患についての医師の理解は、まだまだ不十分だと指摘する。だからこそ、メンタルヘルスになんらかの異変を感じても、受診に結びつかないのではないか、と観ているのだ。しかし、医療全般が日進月歩で、かつては治せなかった疾患や

中原氏は03年、利郎氏の友人たちと「小児科医師中原利郎先生の過労死認定を支援する会」を立ち上げ、小児医療現場の改善に取り組み、それを求める厚生労働大臣宛の署名は、2万筆以上を集めている。取り組みを始めてから、他科の医師からも、その労働環境を嘆く悲鳴にも似た声が届き続けている。

「小児科医だった夫は、女性が多い特殊な職場に勤務し、男性はひとりりで、一番多く当直勤務にあたって、がんばっていました。ところが、裁判を始めてみてわかったのは、当直勤務が労働時間として認められていないことでした」(中原氏)

他業種の判例の場合、80時間以上の残業時間が算定されればかなりの過重労働とされ、100時間

中原のり子氏



なかはら・のりこ 薬劑師。
「小児科医師中原利郎先生の過労死認定を支援する会」のURLは、(http://www.5f.biglobe.ne.jp/~nakahara/)

を超える労働災害だと慣習的に認定されることが多い。ところが、医師にはタイムカードもなく、メモでもしなければ、労働時間を記録したものはない。労働時間が労災認定の大きな鍵を握るにもかかわらず、医師は労働時間を正確に把握しておらず、さらに、当直勤

務は「残業時間」にも入らないのだ。しかも、日勤でも、いのちを預かっている労働内容の過重性は、問われることもない。ちなみに、労働基準法では、休憩時間を除き、労働時間を1日8時間、1週40時間を限度と定めている。

女性医師や初期研修医だけの環境を整えたとしても、全体を改善しなければ解決には至らない。長女が来春医学部を卒業するが、現実には、よほど初期研修に送り出せる状況とはいえない。

「この2年間はいよいよかも知れませんが、その後は過重労働のある段階になります。また、女性医師が増え、同時期に出産・育児・介護などに直面すれば、負担の多い女性医師を護ろうとして孤軍奮闘する男性医師を、そのひずみが襲うことになります。夫のような勤務

症状にもさまざまな対応策が講じられていることは、精神疾患にもあてはまることを認識してほしい。「多くの患者さんが治癒して社会復帰していますが、それを知らず、治らないと思うからこそ隠したり受診しなかったりするという側面もあるのではないのでしょうか。昔自分が医学生時代に学んだ古いイメージに支配されている医師が少なくないようです」(高橋氏)

鈴木氏も、「たとえば、腰痛が痛いとき、急性腰痛症を疑い、コルセットをして鎮痛剤を飲んで働き続けるにしても、整形外科医に診ても

らおうと考えるか

筑波大学大学院
人間総合科学研究科教授
精神科医・医学博士



高橋 正雄氏

たかはし・まさお 1954年秋田県生まれ。1979年東京大学医学部卒、同大医学部附属病院精神神経科、佐久総合病院、東京都衛生局を経て、89年東京大学医学部保健学助教授。人間を「病みながら生きる存在」としてとらえ、人生において病むことの意味や病と創造性の関係、障害のある人間の可能性などを研究しており、05年には「医師のメンタルヘルス」という論文を発表するなど、ボランティアで医師およびその関係者のメンタルヘルスに関する相談や調査にも応じている。

しかし、最近変わってきたところは、いゆる精神疾患については他人の問題として考える傾向があるにしても、認知症については、「自分もなるかも知れない」と認識されているのだ。一口に精神疾患といっても、自分の問題としてとらえ方には、疾患によって温度差がある。

も知れません。リンパ腺が腫れていたから、がんの転移を疑い、受診を考えるでしょう。ところが、心の病気は身体疾患に比べ、病識が乏しく、うつなどを疑うこともせず、「患者を診られない自分にはや医師失格だ」と嘆いたり、「この医療機関の現状ではお先真っ暗だ」と訴えたりします」という。しかも、うつなどは、かなりの知識がなければ発症しても気づけず、病状は悪化してしま