

週間毎にも測定している。測定しているモノアミン代謝産物は homovanillic acid (HVA),

3-methoxy-4-hydroxyphenylethylene (MHPG), 5-hydroxy-indole-acetic acid (5-HIAA) の3種類である。MHPGに関しては、free と total を測定している。運動や食事の影響を避けるために、採血の2日前から低モノアミン食を摂取させ、起床時に採血を行っている。

末梢血の MHPG は、中枢神経のノルアドレナリン機能を 30%程度反映することが知られているが、free と total のいずれが、より中枢神経の機能と関連するのかについては、十分な結論に至っていない。

m-ECT の奏功機序は明らかでない。一方、うつ病の病態生理にモノアミンが関与することは確実である。そこで、今回われわれは、m-ECT の奏功機序を解明することを目的として、モノアミンに対する m-ECT の作用と抗うつ薬の作用は同じであるとの仮説を立てた。この仮説を検証するために、大うつ病性障害患者における m-ECT 施行前後の血漿モノアミン代謝産物の変化を測定し、m-ECT 非施行群と比較した。

B. 研究方法

福島県立医科大学医学部附属病院神経精神科では、倫理委員会の承認を得て、書面によるインフォームドコンセントを得られた入院患者全員に血漿モノアミン代謝産物濃度 (5HIAA, HVA, MHPG) を測定している。特に、気分障害圏の患者は、入院時およびその後3週間ごとに測定している。この中で、m-ECTを施行された症例と、m-ECTを施行されなかった症例の血漿モノアミン代謝産物濃度を比較した。

福島県立医科大学神経精神科に入院した DSM-IV 診断基準による大うつ病性障害患者

のうち、入院時および入院3週後の2回にわたって血漿モノアミン代謝産物濃度を測定することができた16名(男性5名、女性11名;24~73歳、平均年齢±標準偏差 52.8 ±15.8 歳)を対象とした。上記の気分障害入院患者(n=16)を、m-ECT 施行の有(n=5)無(n=11)により2群に分け、血漿モノアミン代謝産物(HVA, free MHPG, total MHPG, 5HIAA)の変化を検討した。採血と症状評価(17項目 Hamilton うつ病評価尺度;HAM-D)は、入院時および3週後の2回行った。

上記の期間内に m-ECT を施行し、かつ血漿モノアミン濃度を測定した対象は、5名、全例女性、平均年齢は 52.6 ±5.6 歳 (24~73 歳)であった。うつ病で、m-ECT を施行しなかった者かつ血漿モノアミン濃度を測定した対象は、11名、男性5名、女性6名、平均年齢は 45.7 ±4.4 歳 (37~51 歳)であった。m-ECT 施行群、非施行群ともに、SSRI (フルボキサミンまたはパロキセチン)を主剤にしていた。

モノアミンの測定は、高速液体クロマトグラフィー/電気化学検出器を用いて内部標準法で行った。

m-ECT は、正弦波刺激装置を用い、100-110 ボルト、刺激時間は 2-5 秒であった。施行回数は、原則的には 8 回とした。

統計処理は、繰返しのある二元配置分散分析を用いた。

(倫理面への配慮) 患者背景調査の対象となった情報は、通常の診療行為の際に獲得される範囲内のものである。また、採血量は、日常的な臨床検査での採血量の範囲内の量である。

C. 研究結果

精神科入院患者のうち、気分障害患者の血漿モノアミン代謝産物濃度測定結果を検

討したところ、抗うつ薬が有効であった患者と m-ECT が有効であった患者とでは、血漿モノアミン代謝産物濃度に差があることが判明した。

対象となった患者全体 (n=16) の HAM-D は入院時が 26.4 ± 6.5 、3 週後が 15.6 ± 7.2 であった。m-ECT 施行群 (n=5) の入院時が 26.0 ± 6.2 、3 週後が 20.2 ± 8.8 であった。m-ECT 非施行群 (n=11) の入院時は 26.6 ± 6.9 、3 週後は 13.4 ± 5.6 であった。m-ECT の有無および治療の前後を 2 要因とする繰返しのある二元配置分散分析の結果は、次の通りであった。m-ECT の有無の要因 ; $F=1.43$, $df=14$, $p=0.24$; 治療の前後の要因 ; $F=21.1$, $df=14$, $p<0.001$; 2 要因の交互作用 ; $F=2.1$, $df=14$, $p=0.16$ 。分散分析の結果、治療の前後の要因のみが有意であり、m-ECT の有無によらず治療 3 週後に HAM-D は有意に低下していた。

血漿モノアミン代謝産物 free MHPG、total MHPG、HVA、5HIAA の各治療前後の結果は表に示す通りであった。血漿モノアミン代謝産物濃度について、m-ECT の有無および治療の前後を 2 要因とする繰返しのある二元配置分散分析を行った。その結果は、表の通りであり、血漿 free MHPG 濃度については、m-ECT の有無の要因 ; $F=2.7$, $df=14$, $p=0.13$; 治療の前後の要因 ; $F=6.2$, $df=14$, $p=0.26$; 2 要因の交互作用 ; $F=1.2$, $df=14$, $p=0.16$ であった。血漿 total MHPG 濃度については、m-ECT の有無の要因 ; $F=7.3$, $df=11$, $p=0.02$; 治療の前後の要因 ; $F=10.6$, $df=11$, $p=0.008$; 2 要因の交互作用 ; $F=11.3$, $df=11$, $p=0.006$ であった。血漿 HVA 濃度については、m-ECT の有無の要因 ; $F=0.36$, $df=14$, $p=0.56$; 治療の前後の要因 ; $F=0.22$, $df=14$, $p=0.64$; 2 要因の交互作用 ; $F=0.082$, $df=14$, $p=0.78$ であった。血漿 5HIAA 濃度については、m-ECT の有無の要因 ; $F=2.1$, $df=6$, $p=0.20$; 治療の前後の

要因 ; $F=1.26$, $df=6$, $p=0.30$; 2 要因の交互作用 ; $F=1.26$, $df=6$, $p=0.30$ であった。

m-ECT 施行群、m-ECT 非施行群ともに血漿 free MHPG 濃度の有意な減少 ($p=0.026$) が認められた。血漿 total MHPG 濃度は、m-ECT 施行群でのみ有意に減少した ($p=0.008$)。一方、両群ともに血漿 5HIAA および HVA 濃度には有意な変化はなかった。

D. 考察

抗うつ薬が有効であった患者と m-ECT が有効であった患者との間には、血漿モノアミン代謝産物濃度に差があることが判明した。m-ECT は自殺念慮を持つ患者に有効であることが知られており、今後、自殺企図の有無と血漿モノアミン代謝産物濃度を検討する事が課題である。

今回の研究のオリジナルな点は、うつ病患者血漿 MHPG を薬物療法 (SSRI) の前後に測定しただけでなく、m-ECT の前後にも測定し、両者を比較した点である。服用薬物が三環系抗うつ薬でなく SSRI であった点と、conventional ECT でなくて m-ECT であった点も従来の報告と異なる。

今回の結果では、気分障害患者の m-ECT 施行後には血漿モノアミン代謝産物のうち血漿 free MHPG の減少を認めた。血漿 5HIAA および HVA は変化しなかった。抗うつ薬を服用し、m-ECT は施行しなかった患者でも、同様の結果であった。われわれは、モノアミンに対する m-ECT の作用と抗うつ薬の作用は同じであるとの仮説を立てたが、ノルアドレナリンに対する作用に関しては血漿 free MHPG 濃度の結果からその仮説が正しいことが判明した。ただし、3 週後の血漿 total MHPG 濃度低下は、m-ECT のみに認められたことは仮説に適合しない所見であった。この相違点は、m-ECT が抗うつ薬に抵抗性のうつ病に対して有効な治療手段であ

ることに関連する可能性が考えられる。すなわち、ノルアドレナリンに対する m-ECT の作用は抗うつ薬よりも強く、このことが m-ECT が難治性うつ病に対して有効である理由と考えられた。

うつ病と血漿モノアミン代謝産物の関係については、ノルアドレナリンとセロトニンの機能低下がうつ病の病因に関連していると説明されることが多い。抗うつ薬は脳内のノルアドレナリンやセロトニンの再取り込みを阻害し、抗うつ薬投与により血漿 MHPG 濃度が増加することは既にこれまでも報告されている。例えば、Shinkai らは、血漿カテコラミン代謝産物濃度は大うつ病でスルピリドまたはフルボキサミンへの反応を予測することを報告した。彼らの結果では、スルピリド反応者は血漿 HVA 濃度の治療前に低値を示し、フルボキサミン反応者は血漿 MHPG 濃度の治療前に高値を示した。Ueda らの報告では、血漿 MHPG 濃度はミルナシプランとパロキセチンの反応性に関連しており、ミルナシプラン反応者は治療前の血漿 MHPG 濃度の低値を、パロキセチン反応者は治療前の血漿 MHPG 濃度の高値を示した、とされている。これらの報告をまとめると、SSRI は血漿 MHPG 濃度を減少させ、SNRI は血漿 MHPG 濃度を増加させ、こうした作用が症状改善に関連すると考えられる。今回のわれわれの症例では、SSRI を服用している患者が多く、SNRI を服用している患者は含まれていなかったけれども、われわれの結果でも、SSRI を服用している患者における血漿 MHPG 濃度の減少が認められた。従って、抗うつ薬(SSRI)が脳内のノルアドレナリンの分解を減少させて、ノルアドレナリンの作用を増強させる可能性が示唆された。

次に、m-ECT の効果と血漿モノアミン代謝産物の関連について述べる。ECT 施行前後のモノアミン代謝産物は、髄液において

は検討されてきた。Harnryd らは、髄液 MOPEG (ノルアドレナリンの主要な代謝産物)濃度の ECT 後の有意な増加を報告した。しかし、血漿についてはほとんど報告されておらず、わずかに Werstiuk らの報告があるのみである。彼らは、血漿 MHPG 濃度が、ECT 前には正常対照に比較して高く、ECT 後に減少することを報告したが、この結果は統計学的には有意ではなかった。この Werstiuk らが報告した血漿 MHPG 濃度の ECT 後の減少は、今回のわれわれの報告と矛盾しない結果であった。二つの研究結果に共通するように、うつ症状の改善に一致して m-ECT が血漿 free-MHPG 濃度を減少させたことは、脳内のノルアドレナリン系に作用してうつ症状を改善させた可能性があると考えられた。また、total MHPG の値は m-ECT 施行群入院時が非施行群入院時に比べて高く、これは両群の病態あるいは重症度の違いを反映する可能性がありうる。

入院3週後の血漿 total MHPG 濃度低下は抗うつ薬と m-ECT との相違点であった。この相違点は、前述のように m-ECT がノルアドレナリンにより強く作用することにより抗うつ薬に抵抗性のうつ病に有効な治療手段であることに関連する所見と考えられる。但し、m-ECT 施行群入院時、3週間後の total MHPG は少数例なので、今後の症例の蓄積が必要である。

E. 結論

抗うつ薬が有効であった患者、m-ECT が有効であった患者では、血漿モノアミン代謝産物濃度に差があることが判明した。特に、ノルアドレナリン代謝産物である血漿 MHPG 濃度が SSRI 投与後および m-ECT 施行後に症状改善と一致して低下することが見いだされた。m-ECT は自殺念慮を持つ患者

に有効であることが知られており、今後、自殺企図の有無と血漿モノアミン代謝産物濃度の関連を検討することが課題である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

(1) 増子博文: 様々な環境でみられる精神症状の理解と対応 症状から治療まで 救急医療における精神科的諸問題 自殺企図. 日本医師会雑誌 2004; 131: S185-S186

(2) 大場真理子, 増子博文, 丹羽真一: 様々な環境でみられる精神症状の理解と対応 症状から治療まで 一般外来でみられる精神障害・症状と対策 慢性疼痛. 日本医師会雑誌 2004; 131: S150-S151

(3) 岡野高明, 高梨靖子, 上野卓弥, 石川大道, 板垣俊太郎, 橋上慎平, 宮下伯容, 増子博文, 丹羽真一: 成人発達障害に対する治療の実際. 精神科治療学 2004; 19: 553-562

(4) Mashiko H, Kurita M, Shirakawa H, Ohtomo K, Hashimoto M, Miyashita N, Niwa S.: Case of bipolar disorder successfully stabilized with clonazepam, valproate and lithium after numerous relapses for 47 years. Psychiatry Clin Neurosci. 2004; 58: 340-341

(5) 岡野高明, 國井泰人, 和田明, 高梨靖子, 橋上慎平, 石川大道, 板垣俊太郎, 増子博文, 丹羽真一: 遷延している気分変調性障害における内分泌機能の検討(第1報). 精神科診断学 2004; 15: 61-62

(6) Kurisaki E, Hayashida M, Nihira M, Ohno Y, Mashiko H, Okano T, Niwa S, Hiraiwa K.: Diagnostic performance of Triage for benzodiazepines: urine analysis of the dose of therapeutic cases. J Anal Toxicol. 29:539-43 2005

(7) 増子博文, 三浦至, 上野卓弥, 西野敏, 丹羽真一: Ethyl loflazepate の血中濃度に対する fluvoxamine maleate 併用の影響. 臨床精神薬理 2006; 9: 2465-2470

(8) Mashiko H, Miura I, Ueno T, Niwa S: Influence of fluvoxamine maleate on the plasma ethyl loflazepate concentration. Int Clin Psychopharmacology 21: A33-34, 2006

(9) 増子博文, 小林直人, 竹内賢, 上野卓弥, 三浦至, 宮下伯容, 丹羽真一: 気分障害患者の血漿モノアミン代謝産物濃度の変化から見た m-ECT の奏功機序 (The effect of m-ECT on plasma monoamine metabolites level in patients with mood disorder). 精神医学 2006 48 653-657

2. 学会発表

(1) 第 61 回日本心身医学会東北地方会 (2005 年 9 月 10 日、盛岡市)
症状改善に一致してパロキセチンの副作用としての悪心が再燃したパニック障害の一例: 増子博文, 佐藤葉月, 小山徹平, 山本佳子, 丹羽真一

(2) 第 62 回日本心身医学会東北地方会 (2006 年 2 月 18 日、仙台市)
精神症状改善に一致して抗うつ薬

(SSRI, SNRI)の副作用としての嘔気が出現した5例：増子博文、竹内賢、三浦至、佐藤葉月、小山徹平、山本佳子、丹羽真一

(3) 第17回福島県精神医学会(2006年2月19日、福島市)

精神症状改善に一致して抗うつ薬(SSRI, SNRI)の副作用としての嘔気が出現した5例：増子博文、竹内賢、三浦至、佐藤早苗、佐藤葉月、小山徹平、山本佳子、丹羽真一

(4) 第102回日本精神神経学会シンポジウム(2006年5月12日、福岡市)

精神科医療における病名告知：増子博文、丹羽真一

(5) 第60回東北精神神経学会総会(2006

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

年9月17日、秋田市)

WAIS-Rと卓越した球技競技者における空間認識能力：笠原諭、増子博文、丹羽真一

(6) 第18回福島県精神医学会(2007年2月25日、福島市)

精神症状改善に一致して抗うつ薬(SSRI, SNRI)の副作用としての嘔気が出現した11例：増子博文、竹内賢、三浦至、小山徹平、山本佳子、丹羽真一

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得 なし

医療過誤と医師のストレスに関する研究

—医師の自殺の労災認定と時間管理—

分担研究者：黒木宣夫 東邦大学佐倉病院精神医学研究室教授

研究要旨：最高裁判所事務総局発表（民事局集計）による「医事関係民事訴訟事件統計」（平成 16 年）によれば、平成 17 年度中において、全国の裁判所に新たに提起された医療過誤訴訟の件数（いわゆる新受件数）は 1110 件にも上り、平成 8 年度（575 件）と比べると、実に 2 倍近く増加し、医療過誤訴訟の認容率は、平成 8 年から平成 16 年までの 9 年間の平均値で 39.9%であるが、平成 8 年 40%、平成 10 年 44%、平成 12 年 46% 近年次第に上昇傾向にあることが報告されている。最近、多くの医療機関で目標管理制度や電子カルテが導入され、在院日数短縮、稼働率アップが求められるようになり、病院で働く従業員に過重負荷がかかってきていることは論をまたない。判例タイムス 908 号(96.8.1)以降と、判例時報 1567 号(96.8.1)以降に掲載されている医療過誤判例 286 例(医療者側の責任が問われた事例)に関して、医療過誤の内容、判決内容に関して調査したので、その報告をすると同時に労災認定事例、地公災認定事例、行政訴訟後に労災認定された事例をどうして医師のストレス状況と自殺を防止するための手立てについて若干の考察を行う。また、在院時間の把握が曖昧とされている時間管理に関して某総合病院の調査を実施したので、その結果に関して報告する。

A. 医療福祉業における精神障害の労災補償状況¹⁾

1. 平成 16 年度の精神障害等の労災補償状況をみると、精神障害の請求件数は 524 件であり、前年度に比べ 77 件の増加（17.2%増）、認定件数は 130 件であり、前年度に比べ 22 件の増加（20.4%増）している。そして平成 16 年度の医療福祉関係の請求件数は 52 件であり、認定件数が 20 件に及び、製造業(30 件)について第 2 位となっている。

B. 過去の医療過誤裁判事例における分析

1. 調査対象と方法

泉公一弁護士(兵庫県弁護士会所属)²⁾が判例タイムス 908 号(96.8.1)以降

と、判例時報 1567号(96.8.1)以降に掲載されている医療過誤判例を判決言渡日順に紹介しているが、紹介された 471 例の中で記載十分な事例、救急隊出動の遅れ、学校・スポーツクラブ・刑務所内事故、心霊術者の療法等の記載は除外、また判決で医師、病院側の過失が問われなかった事例 91 例は除外、要旨の記載で理解できる 286 例の医療者側の責任が問われた事例について調査・整理してみた。

2.調査結果

1)診療科

診療科(表1)	生存	死亡	殺人	計	%
外科系	37	56		93	33%
内科系	51	43		94	33%
産科(周産期)	23	22		45	16%
整形外科	12	6		18	6%
脳外科	9	17		26	9%
精神科	3	6	1	10	3%
計	135	150	1	286	100%

判決の要旨から読み取れる範囲で診療科別に分類してみた。(表 1)

単独の診療科で目立ったのは、産科(周産期)で 45 件(16%)、脳外科 26 件(9%)、整形外科 18 件(6%)、精神科も 10 件みられた。内科系 93 件(33%)、外科系 94 件(33%)であった。

2)医療過誤(出来事)の内容

医療事故で過失が問われた裁判事例の事故内容を内科系、外科系に分けてみると、外科系が全体の 63%(181)、内科系が 37%(105)であった。その内容は「身体疾患の治療・手術・手技上・処置・治療のミス(帝王切開で仮死・死亡、前立腺手術で括約筋損傷)、誤診、検査不十分で癌の精査をせず死期が早まった、別身体疾患の発現)別疾患を見逃し、増悪(死亡含む)交通外傷、結石+腹膜炎)誤診、検査不十分」「適切な処置・治療の遅れ、治療不十分(高カロリー輸液で B1 投与せず)、副作用(ショック)や治療の説明不十分、身体疾患の治療

医療過誤(出来事)の内容(表2)	内科系		外科系		件数	
投薬ミス(結核性髄膜炎でありながら抗生剤投与)	7	6.7%	5	2.8%	12	4.2%
手術・手技・治療に伴う合併症	5	4.8%	43	23.8%	48	16.8%
身体疾患の治療・手術・手技上・処置・治療のミス(帝王切開で仮死・死亡、前立腺手術で括約筋損傷)、誤診、検査不十分で癌の精査をせず死期が早まった、別身体疾患の発現)別疾患を見逃し、増悪(死亡含む)交通外傷、結石+腹膜炎)誤診、検査不十分	15	14.3%	50	27.6%	65	22.7%
手術・処置の説明不十分、術後の残存症状の説明不十分(豊胸手術で段差残存)	2	1.9%	11	6.1%	13	4.5%
適切な処置・治療の遅れ、治療不十分(高カロリー輸液でB1投与せず)、副作用(ショック)や治療の説明不十分、身体疾患の治療で癌の精査をせず死期が早まった、別身体疾患の発現)	46	43.8%	50	27.6%	96	33.6%
別疾患を見逃し、増悪(死亡含む)交通外傷、結石+腹膜炎)誤診、検査不十分	12	11.4%	12	6.6%	24	8.4%
その他(証拠書類の改ざん、臨床試験の承諾得ず、機器欠陥・薬剤にミス)	2	1.9%	4	2.2%	6	2.1%
院内感染(MRSA、緑膿菌、転倒、うつぶせ)	16	15.2%	6	3.3%	22	7.7%
	105	100%	181	100%	286	100%

で癌の精査をせず死期が早まった、別身体疾患の発現)は外科系 55%(100 件) を占め、内科系 63%(61 件)であった。差異があるのは外科系は「手術・手技・治療に伴う合併症」が 24%(43)を占め、内科系は院内感染(MRSA、緑膿菌)、転倒、うつぶせで事故が発生したなどの病棟管理上で発生した事故が 15%(16)を占めていた。(表 2)

3)外科系・内科系からみた法的責任の内容(表 3)

判決の内容(表3)	内科系		外科系		件数	
観察・注意義務(治療薬の不足・手術遅れで後遺症残存した過失、事前告知違反)、危険性・留意点指導、別の身体疾患発症(ウエルニク脳症)した過失	13	12.4%	30	16.6%	43	15.0%
術後管理上の過失・慰謝料、経過観察・注意義務(事前告知)違反	2	1.9%	15	8.3%	17	5.9%
手術・手技・治療が失敗したことによる過失	4	3.8%	19	10.5%	23	8.0%
手術・処置・検査・治療・転医が適正に行わなかった過失	32	30.5%	48	26.5%	80	28.0%
病院側の不法行為・債務不履行責任、生存可能性侵害	33	31.4%	27	14.9%	60	21.0%
問診・告知・説明義務違反・精神的苦痛と損害(2)、延命利益が失われた	16	15.2%	31	17.1%	47	16.4%
精神的損害・苦痛(夫<妻)			2	1.1%	2	0.7%
自己決定に不当な影響を与えた精神的苦痛、自己決定権を侵害	1	1.0%	1	0.6%	2	0.7%
その他(業務上過失致死、患者の同一性確認を怠った過失、偽証罪、虚偽有印公文書作成罪が成立)	3	2.9%	5	2.8%	8	2.8%
厚生省課長の過失責任、製造責任	1	1.0%	3	1.7%	4	1.4%
	105	100%	181	100%	286	100%

「観察・注意義務(治療薬の不足・手術遅れで後遺症残存した過失、事前告知違反)、危険性・留意点指導、別の身体疾患発症(ウエルニク脳症)した過失」「術後管理上の過失・慰謝料、経過観察・注意義務(事前告知)違反」「手術・手技・治療が失敗したことによる過失」は外科系 64(35.4%)が内科系 19(18%)より多いが、上記内容の発生は、手術・手技・治療が失敗、あるいは術後管理上の問題、さらに手術の時期が遅れたために後遺障害が残存した場合など外科系の治療過程での医療事故に伴う問題が発生する危険性が高いと言える。「手術・処置・検査・治療・転医が適正に行わなかった過失」「問診・告知・説明義務違反・精神的苦痛と損害(2)、延命利益が失われた」は、内科系 48(45.7%)、外科系 79(43.6%)でほぼ同じ割合で発生していた。しかし「病院側の不法行為・債務不履行責任、生存可能性侵害」などの法的責任の発生は、内科系 3(31.4%)を占めるのに外科系は 27(14.9%)に過ぎなかった。

4)生死からみた法的責任の内容(表 4)

死亡事故に特徴的な法的責任に関しては「延命利益が失われた、裁量逸脱過失」8 件で、手術や早期転院などの医師の判断によっては延命が可能であった事例に対して判決が下されていた。「そ

の他(業務上過失致死、患者の同一性確認を怠った過失、偽証罪、虚偽有印公文書作成罪が成立)」は、同様に死亡事故(死亡 7、生存 1)に多くみられた。「観察・注意義務(治療薬の不足・手術遅れで後遺症残存した過失、事前告知違反)、危険性・留意点指導、別の身体疾患発症(ウエルニッケ脳症)した過失」「手術・手技・治療が失敗したことによる過失」「病院側の不法行為・債務不履行責任、生存可能性侵害」は死亡 62、生存 64 とともに 44%であった。「手術・処置・検査・治療・転医が適正に行わなかった過失」「術後管理上の過失・慰謝料、経過観察・注意義務(事前告知)違反」は死亡 56(39.7%)、生存 41(28.3%)であった。殺人は「精神科で措置入院中の精神分裂病患者が院外散歩中に無断離院して、通行人を殺害した事件」で無断離院を防止すべき注意義務を尽くさなかった過失を問われた。(表 4)

判決の内容(表4)	死亡(殺人1)		生存		件数	
観察・注意義務(治療薬の不足・手術遅れで後遺症残存した過失、事前告知違反)、危険性・留意点指導、別の身体疾患発症(ウエルニッケ脳症)した過失	19	13.5%	24	16.6%	43	15.0%
術後管理上の過失・慰謝料、経過観察・注意義務(事前告知)違反	12	8.5%	5	3.4%	17	5.9%
手術・手技・治療が失敗したことによる過失	10	7.1%	13	9.0%	23	8.0%
手術・処置・検査・治療・転医が適正に行わなかった過失	44	31.2%	36	24.8%	80	28.0%
病院側の不法行為・債務不履行責任、生存可能性侵害	33	23.4%	27	18.6%	60	21.0%
延命利益が失われた、裁量逸脱過失	8	5.7%			8	2.8%
問診・告知・説明義務違反・精神的苦痛と損害(2)	5	3.5%	34	23.4%	47	16.4%
精神的損害・苦痛(夫<妻)	1	0.7%	1	0.7%	2	0.7%
自己決定に不当な影響を与えた精神的苦痛、自己決定権の侵害			2	1.4%	2	0.7%
その他(業務上過失致死、患者の同一性確認を怠った過失、偽証罪、虚偽有印公文書作成罪が成立)	7	5.0%	1	0.7%	8	2.8%
厚生省課長の過失責任、製造責任	2	1.4%	2	1.4%	4	1.4%
	141	100%	145	100%	286	100%

2.医療事故(出来事)のストレス強度の評価

1999年9月に「心理的負荷による精神障害に係わる業務上外の判断指針」が公表されが、業務上外の判断指針の基本的な考え方は、業務による心理的負荷、業務以外の心理的負荷、個体側要因を総合的に判断して業務上であるか否かを判断するということであり、判断の要件は、(1)対象疾病に該当する精神障害を発病していること、(2)対象疾病の発病前6ヶ月間に客観的に当該精神障害を

発病させるおそれのある業務による強い心理的負荷が認められること、(3) 業務以外の心理的負荷及び固休側要因により当該精神障害を発病したと認められないことと規定されている。

この上記判断指針に説明してあるストレス(心理的負荷)の強度を評価すると、出来事に遭遇した心理負荷を軽度「Ⅰ」、中等度「Ⅱ」、高度「Ⅲ」と三段階に分け、上記判断指針では医療事故と精神疾患との因果関係を認めるためには、さまざまな角度から判断することになる。すなわち、1)事故や災害の体験には、7.「悲惨な事故や災害の体験」をしたことは中等度のストレス「Ⅱ」、修正する着眼点は「事故や被害の大きさ、恐怖・異常性の有無」、イ.被害者が「大きな病気や怪我をした」は高度の心理負荷強度「Ⅲ」、修正する着眼点は「被災の程度、後遺障害の有無・程度、社会復帰の困難等」である、2)「仕事の失敗」「過重な責任の発生」の具体的出来事の中には7.「重大な人身事故、重大な事故」を「起こした」あるいは「発生に関与した」は心理負荷強度「Ⅲ」で、その強度を修正する着眼点は「事故の大きさ、加害の程度、処罰の有無等」で修正される、イ.「病院(会社)にとって重大な仕事上のミスをした」は心理負荷強度「Ⅲ」で、その強度を修正する着眼点は「失敗の大きさ・重大性、損害などの程度、ペナルティの有無」である。ウ.「病院(会社)で起きた事故(事件)について責任を問われた」は心理負荷強度「Ⅱ」で、その強度を修正する着眼点は「事故の内容、関与・責任の程度、社会的反響の大きさ、ペナルティの有無」、等である。

まず被害者の精神疾患発症と医療事故との関係を判断するためには、被害者の「事故の悲惨・異常性」と「大きな病気」の客観的判断である。判断指針「精神障害等の労災認定P96(労働省労働基準局補償課編、平成12年3月発行、労働調査会)⁴⁾によると「大きな病気やケガをした」の判断は、同判断指針では被災の程度、後遺障害の有無、社会復帰の困難性等から判断されるとされている。すなわち、鎖骨骨折程度のケガは、精神疾患発症の有効な原因とはならず、『大きな』とは、完全治癒に不安を残すような大きな病気やケガをした場合のように社会常識的に重篤であると認められる程度の傷病や、以前のような仕事を続けることは到底不可能になるような病気やケガをした場合等を指している。また同指針には「事故や災害の体験」では、「生死に関わる事故への遭遇等心理的負荷が極度のもの」は「特別な出来事」として、総合評価を「強」とすることができると規定されている。この規定は、出来事の心理負荷が極度のものは、それ自体で精神障害を発病させるおそれがあるという考えからであり、出来事に伴う変化を待たずして発病が認められる精神障害としては、逆に言えば出来事のその直後から発病したことが要件となると「精神障害等の労災認定P177」⁴⁾に記載されている。

C. 事例

1.医療事故(出来事)から精神障害を発症した労災認定事例(事例1)

1)事例の概要と精神障害発症の有無

平成X年夏のある日、外科医であるAは、肝内結石の疑いのある患者に対し、当該患者の主治医より内視鏡的逆行性胆道膵管造影検査(ERCP)の要請を受け、検査担当医としてERCPを施行した。

患者は、検査中より痛みと吐き気を強く訴えたため、検査を途中で終了したが、合併症である膵炎を発症した。Aは、この時に「これは医源性で私が作った膵炎だから私が主治医になります」と申出ており、主治医を交替し、その後Aが当該患者の治療を行っていたが、数日後、患者の症状が悪化したため手術を施行することになった。

Aは、毎日頻回に患者の病室をたずね、同僚の内科医師に「自分の施行した検査で患者

が重体に陥ったのは明らかなことなのに謝罪できないのが辛い」とよく口にしていた。

Aは、検査から数週後に患者の状態が落ちつくまで2~3日病院に泊まったことがあり、妻によれば患者の容態が落ちついてから普段どおりの勤務に帰ったが、医師損害賠償保険が切れていることを気にしていた。検査1ヵ月後からいらいらして些細なことでも突っかかってくるようになり、2ヶ月後には態度が一変したり、それまで忘れたことのないポケベルを忘れて行くようになった。さらに「医者をやめようか」との発言もあった。

2ヵ月半後に患者の容態が急変し、これを境にそれまで突っかかっていたのが急に突っかかからなくなり、好きであったビールをぴたりとやめ、それまで止めていた煙草を吸うようになった。さらにこの日を境に患者の家族からの風当たりも強くなり、夜も眠れなくなり睡眠薬を服用するようになっている。そして、外科部長、内科部長、Aらで患者の家族に対して説明を行っている。その翌日Aは、病院で倒れ、点滴を受けている。

その後、患者の容態がさらに悪化し、Aはほとんど病院に寝泊まりするようになり、勤務の合間をぬって患者の病室やナース看護師詰所を頻回に訪室し、患者の状態を聞いている。

妻や病院関係者によれば、傍から見ても相当疲れているようであり、睡眠不足、食欲不振、患者のことになるとおどおどした感じで暗く寡黙になる、うつむいて歩くなどの申述があり、かなりのうつ状態となった。

そして、検査から3ヵ月後の午後、医局で休憩をしていた同僚医師らに対して突然「大丈夫です。自殺なんかしませんから。」と大声で叫び、看護師詰所に出たり入ったりして患者のカルテやモニタ見たりしていた。その翌日、看護師詰所に出たり入ったりを繰り返し詰所にいた看護師に対して「2晩も眠っていないからぼーっとする。ご飯も食べていない。」ともらし、自宅に電話した後、病院の屋上から飛び降りた。以上のことから ERCP 検査が誘因となって検査した患者の状態に連動してAの精神状態も変化してきており、検査で患者が重体になったことに非常に責任を感じ、患者の状態が悪化するのと並行して抑うつ状態が増悪している。自殺数日前には、かなり精神病的な状態で、現実判断力、集中力などの機能にも障害が及んでいるが、「精神病症状を伴ううつ病」と判断でき、典型的なその異常心理状態で自殺にいたったものと推認する。

2)業務外要因(個体側要因)の検討

Aの性格については、Aの妻は、「おおらかで明るく、きちょうめんで責任感が強い人だった」と申述しており、職場上司は、「几帳面、真面目、責任感が強い人だった。」と申述している。Aの性格は、ほとんどの人が共通して、きちょうめんで責任感が強く、まじめであると評価しており、その生活史において、社会生活、家庭生活において良好な適応を示してきており、私生活の上での特に問題となることは認められない。

3)業務と精神障害との関係

Aは、問題となった検査の1ヶ月前にB病院外科医師としてH総合病院から赴任し、診療にあたっていた。

今回の ERCP 検査は、肝内結石の疑いのある患者の主治医から検査依頼を受けて、Aが検査担当医として検査を施行した患者に合併症である膵炎が患者に発症したものである。

専門医の意見では、膵炎は、稀ではあるが ERCP 検査の合併症として予想されるものであって、Aもそのことは十分心得ていたが、前任地の病院では、検査の前に本人から承

諾書を取っていたが、ここでは取っていなかったこと、転勤の忙しさに紛れて医師賠償責任保険が切れていたこと、検査後に発症した膵炎の治療に関し、転勤後間もなく、慣れない病院のシステム上、Aの思うように治療や家族への対応ができなかったことなどが大きな精神的な負担になったと思われる。

本事案について「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針³⁴⁾」(以下「判断指針」という。)により、職場における心理的負荷となる出来事について検討すると別表1に例示された出来事の類型として「役割・地位等の変化」、具体的出来事として「転勤をした」に該当し、平均的な心理的負荷の強度は「Ⅱ」である。

また、「検査後の膵炎という合併症を誘発させた医療事故」は「病院で起きた事故(事件)について、責任を問われた」に類推適用でき心理的負荷の強度は「Ⅱ」と判断できる。すなわち、Aの業務上の精神的負担としては赴任したばかりの慣れない病院での自らの責任によって患者を死にいたらしめるような検査後の合併症に対する自責と後悔、検査前に本人から承諾書をとっておらず、医師賠償責任保険が切れていたこと、病院のシステム上、治療や患者家族への対応において、必ずしも自らの医師として知識と良心に基づいて行動できなかったことがあげられ、これらは、発症原因として十分強度な精神的負担であった。特に患者の状態が急変した自殺前の約1か月間の勤務状態は、通常の勤務に加えて当該患者につききりであり、これに睡眠障害も加わり、正常な精神を持った人間でも精神的変調を来す可能性があるような心身共に疲弊尽くすような状態であり、業務による心理的負荷の総合評価は「強」と判断できる。

2.業務過重性による自殺

1)管理職の医師の自殺(事例2)

(1)事例の概要：T病院部長である被災職員は、X年からT病院に勤務し、腎疾患を中心とした専門グループを立ち上げ、X+5年からは部長、X+5年6月頃から医長の体調不良、医長業務も担当するようになった。X+5年9月に週4日の非常勤医師1名が体調を崩し、病休となった。

X+6年4月に異動で2人部長であったが、一人の部長が異動したため、本人が内科を統括するようになった。

X+6年5月の末で同科の常勤医師2名退職、医員1名しか補充ができず、常勤2名と非常勤医師1名の3名となった。

X+6年7月に非常勤医師が1名着任し、同科は常勤2名と非常勤医師2名となった。欠員を補充するため大学等に医師の派遣交渉を行っていたが人員は補充されず、精神的負担が大きくなり、自らもX+6年7月に不眠や首の痛みなどを訴え、1カ月職場を休んだ。被災直前のX+6年8月下旬に出身大学に「非常な激務です。このままでは小生は病気になるてしまいます」と窮状を訴える手紙を送ったが、医師派遣は難航し、医師派遣を断られた翌日、自宅で薬物注入し、救急搬送された。2週後に多臓器不全のため死亡、内科病床数は総数で129床あり、年間入院患者延実数は1632人(X+5年度)内科の中でも2日に1人は新しい患

者が入院していた。

(2)業務内容

部長職は通常、4～5人の入院患者の主治医となるが、医長の体調不良等により、20～25人の患者の主治医をしていた。(若手医師を指導・ペアでの担当を含む。)外来は1日60～80名、入院は20～25名を担当、また、内科責任部長として、内科全患者の責任を担っていた。手術(シャント手術、カテーテル挿入、腹膜手術等)週2回行っていた。検査に関しては「腎生検は一般病院にしてはかなり多いと思われる、年間約60症例の生検数のすべての症例について本人の立ち会いのもとで行っていた。(同僚職員の「上申書」より。)宿日直 自殺前6ヶ月時間外は月平均99時間であった。臨床研究、受託研究もあったが、カンファレンスは、週2回、1回2～4時間程度であった。レセプト点検は、本人は1週間間の間に約2,000件の処理していた。その他に病院運営、院内会議、カンファレンス、宿日直・外来診療等調整、学会発表の助言・指導・文献検索等、設備整備に関わる業務があった。

2)長時間残業の末の自殺(事例3)

(1)事案の概要

89年10月から外科医として同病院に勤務。別の病院へ移った1週間後の92年4月、両親宅で薬物を注射して自殺3年勤務した最後の年度の3月中旬ころまでに、うつ病を発症し、転勤から1週間後に、うつ病による自殺念慮から、両親宅で薬物を自己の身体に注射して自殺した。死亡時29歳。「…30年という短い人生をふりかえると…毎日が楽しいとか、生きててよかったと思った事は一度もありませんでした。」「…動機は、毎日の生活に心も体もつかれ、精神的にまいってしまい、休息したいということです。」との遺書を残していた。

(2)業務過重性の有無

	時間外	宿日直	合計
30ヶ月間	150.6	20.0	170.6
12ヶ月間	146.1	21.0	170.6
6ヶ月間	154.2	19.8	174.0

自殺前6ヶ月間、12ヶ月間、30ヶ月間の1ヶ月平均の時間外労働時間と宿日直回数を調べたところ、月平均の残業時間が146～154時間、宿日直回数が19.8～21回であった。恒常的な長時間残業が発生していたことは明らかであった。そして労働基準監督署が自殺前6ヶ月の時間外80.5時間としていたことに対して地裁は本件病院の予算上の理由によるものと判断し、月平均の残業時間が146～154時間、宿日直回数が19.8～21回を採用した。

D.考察

1.医療過誤裁判事例調査より

訴訟医療事故によって精神疾患が発症するためには、前述したような大きな病態を引き起こすほどの事故ということが前提となる。すなわち、純粋に医療事故のために重度の後遺障害が残存し

た程度により被害者の心理負荷強度は「Ⅲ」になる可能性があり、逆に医療事故の影響は少なく、身体疾患そのものの影響で後遺障害が残存した場合は、あらかじめ医師が患者に後遺障害の程度をどのように説明しているかで、患者の後遺障害に対する受け入れが変わり、そのストレス強度は低下するということになる。

次に医療従事者の側からすれば、仕事上のミスのために患者が死亡（加害の程度により強度「Ⅲ」）した場合、判断指針では「責任を問われた」に該当、ストレスは中等度の強度「Ⅱ」ということになり、刑事処分を受け大きな社会的反響を呼んだとなるとストレスは修正されて総合評価も強度「Ⅲ」になる可能性が出てくることになる。

このように患者や医療従事者に精神疾患が発症した場合、医療事故に伴う心理負荷の総合評価が強度「Ⅲ」以上になるようであれば、精神疾患発症との間には相当因果関係が存在するということになる。

「急性咽頭炎の患者に対しステロイド剤の点滴及び非ステロイド消炎鎮痛剤の投薬したところ出血性胃潰瘍になり胃の全摘手術を受けたが、多臓器不全等で死亡(大阪地裁)判例時報 1706-41」のように死に至るほどの疾病でないと医療者、家族が判断考えていない間に死に至ってしまった場合や抗ガン剤を過量投与されて死亡した女子高生の患者を担当した主治医、指導医が業務上過失致死罪で起訴され有罪が確定し、病院側に 7600 万円の支払いが命じられた事件(さいたま地裁・2004.03.25 東京朝刊)、綿あめの割りばしをのどに突き刺し、救急受診した翌日に死亡した事故で、担当医師が検査しなかったために頭蓋内に 7.6cm の割りばしが刺さっているのがわからず局所の処置を投薬のみで帰宅させていた(2002.08.03 東京朝刊)事故のように大きな診断上の誤診をしてしまったために、死亡という取り返しのつかない事態(大きな病氣)を引き起こされた場合を考えてみる。その原因が明らかに医師の誤診による場合は、上記判断指針によると患者に致命的な病態(「異常な出来事」は心理負荷強度「Ⅱ」で「生死に関わる事故」を着眼として修正して「Ⅲ」)を引き起こさせ、医師の「仕事の失敗」に該当、具体的出来事は「責任を問われた」で心理負荷強度「Ⅱ」で重大な事件、死亡事故に繋がったという観点から修正して強度「Ⅲ」となり、医療事故に伴うストレスは十分、医療者側、患者(遺族)側双方に精神疾患を引き起こす可能性が相当因果関係をもって存在することになる。

2.業務上認定された事例より

1)労災認定事例からみたメンタルヘルスの必要性

提示した事例 1 の自殺を何故、防ぐことができなかったかということが、まず問題にされねばならない。2 ヶ月半後に患者の容態が急変した後、A は断酒し、不眠のために睡眠薬を服用し、病院に寝泊まりするようになり、A の抑うつ状態は急激に増悪している。家族、職場とも A の異変に気づきながら、何の手立てもできず A は自死に至った。医師、看護師は健康を守る専門家であり、自らの健康は自ら守るという自己保健義務があることは論をまたないが、A の抑うつ状態の増悪過程を振り返ると、何とか精神状態を保とうと必死に戦っている姿が浮かび上がり、周囲に助けを求めない姿勢が窺われる。

すでに本人自らが実施した検査の合併症により患者の病態が悪化していく過程で A にうつ病が発症していたのは明らかである。注意をしなければならないのは、職場が本人のうつ病発症に気がついていながら、何の配慮もなかったという点が、医療機関におけるメンタルヘルスカケアを実施して

いく上で問われるべきである。Aは、うつ病に罹患していたがために判断能力を失っていた可能性があり、ほとんど病院に寝泊りをしていて、自分が異常な事態と判断される。

この事例は、早期に精神科治療に導入すべき事例であり、医療機関におけるメンタルヘルスケアへの導入や体制の必要性を考えさせられる事例である

事例2は、本来は常勤医師4名と非常勤医師2名体制が、常勤医師2名が退職し、非常勤医師1名が病休となり、患者も4~5名から20~25名を担当、なおかつ内科を統合しなければいけないという新たな業務に伴う責任が発生した。このように退職や病欠で医師不足が深刻化し、部長として人材確保に悩み、出身大学から医師派遣も難航し、派遣を断られた翌日、自宅で自殺した。本来の医療体制に欠員が生じ、業務量が増加、さらに内科部長としての責任が発生し、自らも病気になり、長時間残業が恒常化し、十分強度の過重性が認められ、公務災害として認定された。

事例3は労基署が当初「自殺と業務の因果関係は認められない」として遺族補償給付金を支給しないことを決めたため、提訴されたが、高裁では、1) 最大259.5時間、平均170.6時間に及んでいた、2) オンコール体制や宿直の過重性を評価、3) 医師は裁量性があるがゆえに過重性が増す、4) 外科医の業務の質から、心理的負荷が高い、5) 休日は月平均1~2日しかなく、徹夜勤務を重ねていた、6) 遅くとも自殺の1カ月前にはうつ病にかかっていた等と認定した。労働基準監督署の月平均80時間残業と裁判所の時間外労働の把握が大きく違っていた点で医師の時間外労働の把握を問う地裁判決となった。本件訴訟の意義 裁判所レベルでは、これまで研修医が病院を訴えた損害賠償請求訴訟の認容判決があるだけである。認容判決は医師の自殺訴訟として初めてであり、医師の行政訴訟としても初めてである。今日、医師の過重労働が問題され、過労死も後を絶たない中で、今回の判決の与える影響は大きい。

3. 医師の時間管理に関して

長時間残業に関して「心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針について³¹⁾」によれば「極度の長時間労働、例えば数週間にわたる生理的に必要な最小限度の睡眠時間を確保できないほどの長時間労働は、心身の極度の疲弊、消耗をきたし、うつ病等の原因となる場合がある」と記載されているが、実務的には4~5時間の睡眠が数週以上、継続した場合は、長時間労働とうつ病との間には相当因果関係が存在すると判断される。

医師は看護師のように二交代~三交代制で休日夜間対応しているわけではない。宿日直勤務者については、労働基準監督署長の許可を得た場合には、労働基準法上の労働時間、休憩、休日に関する規定は適用が除外される。すなわち、1) 労働時間（労働基準法第32条）、2) 休憩（労働基準法第34条） 労働時間、3) 休日（労働基準法第35条）、4) 時間外・休日労働の割増賃金（労働基準法第37条）が除外されている。一般的許可基準として、1) 勤務の態様・常態としてほとんど労働する必要のない勤務、原則として、通常の労働の継続は許可しない、2) 宿日直手当：1日又は1回につき、宿日直勤務を行う者に支払われる賃金の1日平均額の1/3以上、3) 宿日直の回数・宿直については週1回、日直については月1回を限度、4) その他：宿直については、相当の睡眠設備の設置が決められている。医師、看護師等の宿直の許可基準（一般的基準の取扱い細目）には、1) 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること、2) 夜間に従事する業務は、一般の宿直業務以外に、病院の定時巡回、異常事態の報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温等、特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務に限ること、3) 応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等があり、昼間と同態様の労働に従事することが常態であるようなものは許可しない、4) 夜間に十分睡眠がとりうること、5) 許可を得て宿直を行う場合に、2)のような労働が稀にあって

表6	1週間の院内滞在時間	1週間の宿日直時間	宿日直時の緊急診察件数	緊急診察時間	1日平均睡眠時間	1週間も時間外労働	時間外緊急診察件数	診察時間
件数	58	58	58	58	58	58	58	58
有効件数	58	47	44	42	30	50	43	41
最大	100	52	40	12	7	45	10	11
最小	35	0	0	0	0	0	0	0(0.5)
平均	62.6	14.5	5.9	2.2	4.2	14.6	1.1	1.2
標準偏差	16.7	13.5	8.6	2.9	1.5	9.5	1.9	2

表7	拘束時間	拘束緊急診察件数	拘束診察時間	カンファ時間	会議時間	院外勤務先	院外宿日直回数	院外の勤務時間
件数	58	58	58	58	58	58	58	58
有効件数	45	37	37	53	55	56	49	56
最大	72	10	16	5	10	4	3	47
最小	0	0	0	0	0	0	0	0
平均	17	0.7	0.8	2.4	1.9	1.6	0.4	11.2
標準偏差	19.7	1.7	2.6	1.2	2	0.8	0.7	8.4

医師の時間管理が行われていない医療機関(大学病院300床)における衛生委員会活動の中で実施された調査(表6、7)によると、医師60名から回答が得られた。1週間の院内滞在時間平均時間は62.6時間、1週間の宿日直時間の平均時間は14.5時間、宿日直時の緊急診察件数：5.9、緊急診察時間：2.2時間、1日平均睡眠時間：4.2時間、1週間の時間外労働：14.6時間、時間外緊急診察件数：1.1、緊急診察に要した診察時間は1.2時間であった。次に1週間の平均拘束時間は17時間、拘束緊急診察件数は0.7件、拘束時に呼び出されたときの診察時間は0.8時間、1週間の平均カンファレンス時間は2.4時間、1週間の平均会議時間は1.9時間、1週間の院外宿日直回数は0.4回、院外の1週間の勤務時間11.2時間であった。

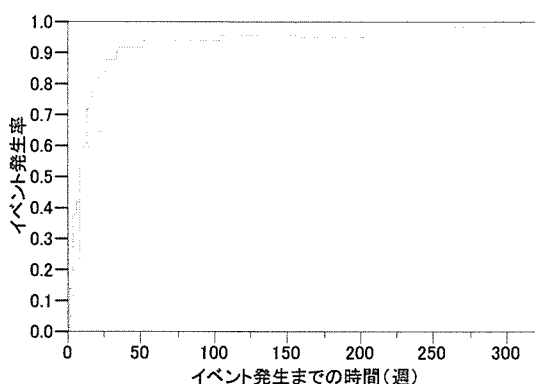
山村⁶⁾は平成15年度災害科学に関する研究の中で発症前に十分な睡眠が確保できなかった55例について「睡眠時間を4時間未満(睡眠時間<4)と4時間以上(睡眠時間>=4時間)で層別化して、生存時間分析(精神疾患発生率)を行った結果：ログランク検定(p=0.0099)、一般化ウイルクソン検定(p=0.0167)の結果から、十分な睡眠時間の確保ができていない場合に発症までの期間が短いことが確認できたことになる。すなわち、4時間未満の睡眠が20週続いた時点で80%の発症率(イベント発生率0.8)であるのに対し、4時間以上の睡眠では60%(イベント発生率0.6)であった」と報告している。

長時間労働と睡眠時間との関係については、次の報告が参考になるものとする。

NHK調査報告(表8)

睡眠	7.4時間
食事等(食事、身の回りの用事、通勤等の時間)	5.3時間
仕事(拘束時間=法定8時間+休憩1時間)	9.0時間
余暇	2.3時間

総務庁の「平成8年社会生活基本調査報告」及びNHKの「2000年国民生活時間調査報告書⁷⁾」によれば、標準的な労働者の1日の生活時間では、睡眠時間は7.4時間とされている。また、過労死



の新認定基準（平成 13 年 12 月 12 日付け基発第 1063 号通達）⁸⁾の根拠となった「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書」ではこの調査から、睡眠時間と時間外労働との関係について表 2 のとおり報告している。

睡眠(表9)	1日の時間外労働	1カ月間の時間外労働
7.5時間	2時間	45時間
6.0時間	4時間	80時間
5.0時間	5時間	100時間

すなわち、1日の労働時間8時間を超えた時間外労働が2時間程度、4時間程度及び5時間程あり、これが1カ月継続した状態について（それぞれ睡眠は7.5時間、6.0時間、5.0時間。）1カ月の平均勤務日数（休日労働日は含まない。）21.7日に乗じて、1カ月間の時間外労働時間数を概ね45時間、80時間及び100時間としている。内山⁹⁾も平成15年度災害科学に関する研究の中で「4時間睡眠を1週間にわたり続けると健常者においてもコルチゾール分泌過剰状態がもたらされるという実験結果もある。これらを総合すると、4～5時間睡眠が1週間以上続き、かつ自覚的な睡眠不足感が明らかな場合は精神疾患発症、とくにうつ病発症の準備状態が形成されると考えることが可能と思われる。」と報告している。

2006年11月2日に労働安全衛生法等の一部（平成17年法律第108号）¹⁰⁾改正に合わせて改正された労働安全衛生規則では、産業医の職務として面接指導等の実施等が追加され、面接指導の具体的な対象者として、「1週間当たり40時間を超えて労働させた時間が1月当たり100時間を超え、かつ、疲労の蓄積が認められる者」とされている。さらに、衛生委員会の調査審議事項として、長時間にわたる労働による労働者の健康障害の防止を図るための対策及び労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策を行うことが記載されている。このような行政施策は、労働者の睡眠確保を守ることで睡眠不足によって誘発される精神疾患や業務災害を防止するためであることは論をまたない。

E. 結論

判例タイムス908号(96.8.1)以降、判例時報1567号(96.8.1)以降に掲載されている医療過誤判例の中で要旨の記載で理解できる286例の医療者側の責任が問われた事例について医師のストレス評価に関して考察を加えた。医師の需給に関する検討会(第4回)、医療機関における過重労働・メンタルヘルス対策に係わる調査報告書・某大学病院の調査結果から医師の時間管理の現状を明らかにし、過重労働による健康障害を防止する目的で改正された労働安全衛生法を遵守するためにも、また睡眠時間と精神疾患発症との観点からも医師の時間管理は避けては通れない問題であることは論をまたない。

文献

- 1) 厚生労働省補償課：精神障害等の労災補償状況 2004、5
- 2) 医療過誤訴訟の近年の現状：全日本弁護士法人
<http://www.office-hokuto.com/minji-iryuu-kago.htm#>

- 3) 労働省労働基準局補償課職業病認定対策室：心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針について、1999、9.
- 4) 医師の需給に関する検討委員会(第4回)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/txt/s0425-4.txt>
- 5) 医療機関における過重労働・メンタルヘルス対策に係わる調査結果報告書(平成17年度)P36(表3-4)、P46(表3-14)財団法人、労災保険情報センター、2006
- 6) 山村重雄：長時間残業調査データ生存時間分析解析結果、平成15年度災害科学に関する研究 P157-159
- 7) 総務庁「H8年度社会生活基本調査報告」、NHK放送文化研究所「2000年国民生活時間調査報告書」、『放送研究と調査』2001年4月号
- 8) 厚生労働省：脳・心臓疾患の認定基準の改正について、2001.12.12(平成13年12月12日付け基発第1063号通達)
- 9) 内山真：睡眠と精神障害との関係に関して 平成15年度災害科学に関する研究 P5-28
- 10) 厚生労働省：労働安全衛生法等の一部改正(平成17年法律第108号)2006.11.2

時間外労働に関する調査

年齢()歳 性別(男 女) 名前

所属は下記に○をおつけください。

整形外 眼科 放射線 メンタル 病理 耳鼻科 小児科 麻酔科 内科 皮膚科 産婦人科
外科 泌尿器科 脳外科 内視鏡

1. 最近、1週間の院内滞在時間 時間
2. 最近、1週間の宿日直の時間(平日17～9時、土14～9時、日・祝9～9時) 時間
宿日直時に緊急で診察した件数 ()件
診察に要した時間 時間
宿日直時の1日平均睡眠時間 時間
3. 最近、1週間の時間外労働時間(通常勤務9～17時以外&宿日直以外)は 時間
緊急で診察した件数 ()件
診察に要した時間 時間
4. 最近、1週間で拘束時間は 時間
緊急で診察した件数 ()件
診察に要した時間 時間
5. 最近、1週間のカンファレンスの時間は 時間
6. 最近、1週間の会議に出席した時間は 時間
7. 最近、1週間の院外での勤務先 ()ヶ所
当院外の宿日直の回数()回
院外での勤務時間 時間
8. その他に時間管理やメンタルヘルスに関するご意見があればお書きください。