

看護法令要覧平成19年度版, 日本看護協会出版会, 2007.

- 31) 湯川倫代: 長期入院児の同胞におこる問題行動に対する家族への援助, 小児看護, 13(4), 465-469, 1990.
- 32) 川名林治: 新生児・小児の院内感染対策, 母子保健情報, 45, 46-50, 2002.
- 33) 小森鎮枝, 熊木孝子: 子どもの入院が家族に与える影響—両親・同胞を中心に考察する—, 埼玉小児医療センター医学誌, 113, 4-7, 1996.
- 34) 中村由美子: 家族の状況から見た面会の規制とその問題点, 小児看護, 15(11), 1433-38, 1992.
- 35) 羽場敏文, 村上良子, 安部治郎他: 心身症を発症した慢性疾患児の同胞4例の検討, 小児保健研究, 52(6), 609-611, 1993.

小児科医のストレス

Current issues in Japanese pediatrician

土田 尚

Nao TSUCHIDA

国立成育医療センター総合診療部

◎日本の医療現場では急性期を扱う、ある程度の規模以上の病院の中堅勤務医が、労働面でもっとも過酷な状況下にあるとされている。医療安全にかかわるストレスもこの層に多い。そもそも医師のストレスを考え検討していくことは、医療安全につながるといわれている。小児医療は子どもたちが発達過程にあり、その臨床評価には医師、保護者や子どもそのものが関与することにもなるために、時間も人員も要するものである。ところが、そのあたりの理解が十分でなく、診療報酬や薬価の問題、軽症の時間外診療、小児医療救急からの撤退などハード面、およびコミュニケーションのとりにくさなどのソフト面の問題が重なって表面化し、結局は小児医療の特殊性そのものが小児科医のストレスにつながることもなっている。これらを打破して、よい研究、よい教育が施される下、そして安全の下で、よい診療が行われていくよう努める必要がある。



Key word 小児科医, 小児医療, ストレス

いま、医師のストレスといわれれば、たとえば医療訴訟との関連など、おそらくそういった文脈に絡めて語られることが多いに違いない。たしかにここ10年近くは、直接にはおもに医療事故による死亡の死因調査や臨床経過の分析・評価などについて行政における対応も十分ではなく、結果として民事手続や刑事手続にその解決が期待されることとなり、ある意味で医療現場は混乱してきたと感じさせる面がある。そのため、医療死亡事故について分析・評価を専門的に行う機関を設ける必要があるとされ¹⁾、2008年6月には医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案²⁾がだされるまでになった背景を考えれば、ここにその一理を求めようとするのも無理のないことではある。

医師のストレス自体は過労など、とくに欧米の研修医が(報告されてきた多くは内科ということになるが³⁾研修プログラムから脱落していくといった話も、とくに目新しいものでもなく、20年以上も前から語られてきている³⁾。ストレスが抑うつや燃え尽き症候群すら引き起こすことも理解できることであるし、想像に難くない^{4,5)}。個人的に

は、日本では医師のストレスについて、10年くらい前までは表だって議論されることはそう多くもなかったように感じられる。しかし昨年、木村ら⁶⁾はこれらに関する論文を提示し、日本のプロフェッショナルリズム形成が欧米に比べて遅れているために、欧米では経験ある医師にも研修医にも共通したストレス要因である、患者の死、人命への責任、患者とその家族との人間関係などをあまり意識していないと断りつつも(つまり、ここでは欧米と日本の研修医の環境そのものに違いはあることも十分認識されているが、それらは認めたいうえでさらに)、わが国の研修医のストレス要因の探索的な研究として、これらへの対策が必要であり、それが医療安全につながることをあらためて説いている。このように、いまや職業性のストレスの研究はその職業を支える層のみならず、その職業に就きはじめてのものにまで対象の範囲が及ぶ時代となった。

医師のストレスは、本来、国ごとの事情(医学教育や医療政策などの違い)、同じ国内でも勤務体系(勤務医や開業医)、病院の性質(慢性病院や救急を

扱う病院など病院の役割による), 医師のポジションや診療科の違いによってもその質は違うはずであるが, なかでも日本でもっとも過酷だとされるのは急性期を扱うある程度の規模以上の病院(とくに 300 床以上)の中堅勤務医のようである⁷⁾. また, 医師の職場内のストレス要因は, 外来患者への対応(44.7%), 医療安全にかかわるストレス(43.9%), 入院患者への対応(41.4%), 職場の人間関係(40.2%)となっていて, 医療機関の病床数が多くなるほど, 概してそれぞれの要因は高まるが, とくに医療安全にかかわるストレスは 300 床以上の場合, 60.4%に達したとするデータも提示されている⁸⁾.

そもそも医師のストレスを考え, 検討していくことが医療安全につながることは重要な意味を持ち, 興味惹かれることである.

以上は医師のストレスの総論でもあるが, 本論に入るにあたり, ここではこのような総論を前提とした診療科の違いによるものについて考えることをお断りしておく. 小児科医のストレスについて, とくに日本ではこれまで言及されてきた事実はむしろ少ないような印象すらあるものの, 新生児科や思春期科の医師もおられるなか, ここではいわゆる国内の(このようなカテゴリーが存在するかどうかわからないが)一般小児科医を中心としたストレスについて考えてみたい.

小児科医のストレス

日本の小児科医のプロフェッショナル集団である日本小児科学会が数年前に小児科医のストレスについて調査し, 発表している⁹⁾. これは同学会登録者から無作為抽出した会員 3,000 名に無記名質問票を送付し, 得られた 850 件の回答のうち, 小児科医として週 35 時間以上勤務している, 質問票に空欄回答のない 590 件のデータを解析したクロスセクショナルスタディの結果である. それによると, [近年, 小児科外来患者数や小児科のある総合病院数が減少しているのに, 患者側の小児科専門医志向や(結果)緊急対応が絶対的に必要とはいえないような状況での夜間・週末等時間外外来受診などが増加しており]長時間労働がジョブストレス因子と心因性症状に対するリスクファクター

となり, 残業なく勤務できることがそれらを減らすプロテクティブファクターとなることが示されている. そして, 日本の小児科医のジョブストレスと心因性症状を軽減するためには, 労働時間を調整することと残業なく勤務できることを奨励することが重要であると結ばれている.

同じ研究内での別の報告である, 同学会員から無作為抽出した回答が得られた 948 名の調査では, 疲労度 4(最高 7)以上の割合は労働者全国平均が 8%であるのに対して小児科開業医 21%, 一般病院勤務医 54%, 大学病院勤務医 70%と著しい乖離があり, 小児科医の仕事上のストレスは労働者全国平均を 100 としたとき, 病院勤務医 113, 開業医 104 であり, とともに労働者全国平均より高かったとしている¹⁰⁾(ただし残念ながら, ここには小児科医以外の医師のデータはないため, 診療科の違いによる差の検討はできていない). さらに, 長時間労働(大学病院勤務医の平均は約 73 時間/wk)による睡眠時間(平均 5.6 時間)の短さ(理想の睡眠時間との差)および完全休日日数の少なさ(平均 1.9 日/月)が小児科医の心理的ストレスととくに関連していたとある.

これらの結果は日本の小児科医のストレスについて語ったものとなっているが, 結論から推測すると, これは医師のストレスの総論と相似の結果といえるものではあっても, とくに小児科という科の有する特徴, あるいは小児医療のもつ特殊性が反映されたものではないのかもしれない.

小児医療の特殊性と

そこにみる小児科医のストレス

小児科医のストレスを語るからには, 小児医療の特殊性というものがあのかどうかについて考えてみたい.

たとえば, 小児医療に時間と人員を要する実態の検証がなされていて¹¹⁾, これは小児看護ということであるのだが, 移乗の自立状況と年齢層別の患者 1 人当たりの総看護時間は 4 歳以上で移乗要介助の群がもっとも長く 6 時間 23 分で, つぎに 0~3 歳で 5 時間 35 分, この 2 群は長時間を要していた. 一方, 4 歳以上の移乗自立群は 4~12 歳で 3 時間 56 分, 13 歳以上で 3 時間 18 分と年齢

の進行とともに成人の看護時間(2時間35分)に近づいていたというデータがある。これはすなわち、小児看護は1人当りの総看護時間が成人の約2倍となっており、それは小児が発達過程にあるために多くの患児が多種の看護を必要とするところによるもので、看護量を要する患児は成人と同様に移乗介助を要する患児と乳幼児であり、その割合は本調査でも全国の病院の約70%で成人病棟の倍を占めていることもわかったと記されている。小児科医の側からみた、このような実態調査は残念ながら今回調べられた範囲ではみあたらなかったが、身体的にも精神的にも発達過程にあることで診療に要求される事項は成人の場合より増え(診察時や採血時の啼泣や予想できない動きなど)、保護者からの聴取や保護者への説明が必要とされることなどから(後述)、小児看護と同様の傾向があるであろうことは推測するに難くない。つまり小児医療は、時間も人員も要するものなのである。

世界的な小児科学の教科書でも記されていることがいくつかある^{12,13)}。

まず、小児の臨床評価は、医師、保護者、小児が関与していることである。やはり、ある年齢に達するまでは問診も保護者から聞き出すことが中心になり、診察も保護者の協力なしにはなしえないといえる。また、理学的所見の評価にも成長という発達段階(新生児から乳児、幼児、学童、思春期、成人に達するまでのそれぞれの成長に対応しているが、このことのもつ意味は大きい)を考慮しなければならない。これらはデータで示すことのできる内容ではないが、理念としては自明のものである。また、教科書では小児医療の特徴といてよいであろうこととして、小児科のなかでも専門化が進んできていることが指摘されているが、日本では専門科の小児科医であっても(内科では聞くような、本質はあまり変わらないはずの家庭医、かかりつけ医、総合診療医およびプライマリケア医の別の議論はこの際さておき、一括りにして)一般の小児科医であっても多くの小児科医がプライマリケアの段階から携わっていることも特徴で、これはこれでかえって専門科の小児科医にとっても一般の小児科医にとっても、たがいにストレス

の要因のひとつになっているといえるのではないであろうか。

これらはいずれも小児医療の特殊性を表している、ある断面にすぎないものとも考えられるが、間接的には小児医療には時間も人員も要することをも示していることにほかならないとも思える。

巷でいわれていることには、日本では近年の医療費抑制の一環で、小児医療に対する診療報酬や薬価も長く低く抑えられていたこともあって小児科自体採算のとれない科として考えられ、小児科閉鎖に追い込まれた病院も多かったとされていること、少子化対策の一環で実施された小児医療費の無料化(あるいは軽減化)などもあって、軽症患者の時間外小児救急外来受診が増え、病院勤務していた小児科医が開業に転向し、結果、小児救急医療からの撤退につながり、現存する勤務小児科医の仕事量が増加し、勤務小児科医がますます疲弊するという悪循環に陥っているとされていること、小児科はもともと女性医師の比率が高かった科であるが、昨今医学部の女子学生の割合も増えるなか、結婚、出産、育児のために、とくに小児救急医療に携わることができずに辞職する女性小児科医も増え、その分残った小児科医の負担が増えていること、これまで地域の病院に小児科医を派遣していた大学病院を研修先を選ぶ研修医が減少したために、地域病院への小児科医派遣がまもなくなくなったことなど、いわゆる小児科での過重労働(しかも単に量の増加ではなく、質の高い仕事を長時間要求されることに問題がある)がある。

以上についてはとくに根拠を示していないので、信頼度については何ともいえるものでもないが、いわれているには理由もあるものと思われる。そして、これらも小児医療の特殊性をおもにハード面から説明するに足る、小児科医のストレスに通じる内容であるとも感じる。これらの多くについては体制を整備していくことで、多少なりとも小児科医のストレスを軽減していくことに貢献することができるように思われる。

最近、コミュニケーション能力が、有効で安全な診療に関する決定的に重要な意味をもつという理由から、プライマリケアにはじまって死の告知に至るまでの広きにわたる小児医療での臨床コ

コミュニケーションに関するエビデンスのレビューを行い、実践的に小児科医が患者たる小児と家族とのコミュニケーションを高めていくための提案が、アメリカ小児科学会の生命・医療倫理委員会によって発表された¹⁴⁾。虐待、性に関する事項、(両親の)離婚や他の多くの状況は個人で違うものの、原則や方法としてはこのような状況にも同じように対応していくことはできると議論されたとある。これらはたしかに小児医療で扱う状況にはいろいろとあるが、ここで扱われているコミュニケーション能力を高めるといふソフト面の充実が小児医療のどのような場合にも応用が効くことを意味している。そもそも種々の診療科特有のコミュニケーションスキルというものが存在するであろうが、小児医療でのコミュニケーション能力を高めることはおのずと小児医療の特殊性から生じる小児科医のストレスの軽減につながるようになるに違いない。

診療・研究・教育

さらに、医師の仕事という診療ばかりがクローズアップされがちであるが、他に研究や教育などがあり、これらも大きなウェイトを占めている。そして、これは小児科医に限ったことではなく、勤務医・開業医の別もない。よい診療を行うためには研究や教育が欠かせないことであるにもかかわらず、これらについてはあまり語られることがない。

医師のストレスは診療に関連するものがその要因として語られることが多いが、よい診療を行うその礎には、よい研究、よい教育というものが存在するはずである。診療の陰日向となり、良質の研究や教育が存在している、あるいは存在しなければならぬということにも目を向けなければならない。

おわりに

ここではストレスをネガティブな印象を中心に記してしまっただが、本来ストレスというもの環境によって生物の変化が必要な場合に対応できるようにすることであるので、悪い面と作用するものばかりではなく、有益なストレスというもの

存在することも思い起こす必要があると思う。

健全な精神と健全な肉体があつてこそ、医師は安全の下で医療が行えるということを忘れてはならない。

ここ数年の小児科医数は減っていない(30代後半から40代前半の医師の減少はあるにしても、また、地域による偏在ということはあるにしても)という報告もあり¹⁵⁾、明日を担う子どもたちと対峙することを願う小児科医は少なくない。有害なストレスは最小限とされた安全の下、十分な小児医療を行っていくことができるような現場になっていくよう努めたい。

文献/URL

- 1) 医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案・第3次試案。厚生労働省，平成20年4月。http://search.e-gov.go.jp/servlet/Public?CLASSNAME=Pcm1030andbtnDownload=yesandhdnSeqno=0000037306
- 2) 医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案。厚生労働省，平成20年6月。http://search.e-gov.go.jp/servlet/Public?CLASSNAME=Pcm1030andbtnDownload=yesandhdnSeqno=0000039556
- 3) Smith, J. W. et al. : Emotional impairment in internal medicine house staff. Results of a national survey. *JAMA*, **255**(9) : 1155-1158, 1986.
- 4) Reuben, D. : Depressive symptoms in medical house officers : Effects of level of training and work rotation. *Arch. Intern. Med.*, **145** : 286-288, 1985.
- 5) Shanafelt, T. D. : Burnout and self-reported patient care in an internal medicine. *Ann. Internal Medicine*, **136**(5) : 358-367, 2002.
- 6) 木村琢磨・他 : わが国における研修医のストレス要因の探索的研究。医学教育, **38**(6) : 383-389, 2007.
- 7) 豊田章宏・他 : 勤務医の労働実態分析。日本医師会雑誌, **135** : 2231-2234, 2007.
- 8) 栗原伸公 : 医師・医療スタッフの過重労働とメンタルヘルス。産業医学レビュー, **19**(4) : 247-269, 2007.
- 9) Umehara, K. et al. : Association of work-related factors with psychosocial job stressors and psychosomatic symptoms among Japanese pediatricians. *J. Occup. Health*, **49** : 467-481, 2007.
- 10) 梅原 桂・他 : 小児医療のグランドデザイン 小児医療改革案のまとめと今後の展望 小児科医のストレス調査。日本小児科学会雑誌, **110**(2) : 129, 2006。(会議録)
- 11) 谷村雅子 : 小児看護に時間と人員を要する実態の検証。医学のあゆみ, **206**(9) : 719-722, 2003.
- 12) Behrman, R. E. et al. : *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th ed. Saunders, Philadelphia, 2004.
- 13) Kliegman, R. M. et al. : *Nelson Textbook of Pediatrics*

rics, 18th ed. Saunders Elsevier, Philadelphia, 2007.
14) Levetown, M. and the Committee on Bioethics :
Communicating with children and families : From
everyday interactions to skill in conveying distressing

information. *Pediatrics*, 121(5) : e1441-e1460, 2008.
15) 江原 朗 : 新医師臨床研修制度導入年度の小児科
医の状況—導入前と比較して偏在は進行していな
い. 日本医師会雑誌, 136(9) : 1804-1808, 2007.

●お知らせ●

■日本トリプトファン研究会第40回学術集会

会 期 : 12月6~7日(土・日曜)
会 場 : 川崎医科大学 現代医学教育博物館
住 所 : 岡山県倉敷市松島 577

プログラム : シンポジウム「トリプトファンと高次生命
機能(仮題)」と一般発表
連絡先 : 川崎医大・生化学・刀祢重信
TEL : 086-462-1111, FAX : 086-462-1199
e-mail : tone@med.kawasaki-m.ac.jp