

医療専門職とストレス

Medical Profession and Stress

K G Power and V Swanson

University of Stirling, Stirling, UK

© 2007 Elsevier Inc. All rights reserved.

This article is reproduced from the previous edition, volume 2, pp 708-712, © 2000, Elsevier Inc.

内山 綾子 [訳]

東京医科大学公衆衛生学講座

医療専門職の職業性ストレスの原因
職業性ストレスの媒介変数と調整変数
医療専門職のストレスアウトカム
要約

用語解説

一般開業医	地域においてプライマリケアで働く医師；あらゆる種類の疾病の患者が最初に接触をとるところ。
コンサルタント (相談役)	通常病院において二次医療を提供する専門的な医師。
ストレイン	ストレスラーの身体的、心理的、行動的アウトカム。
ストレスラー	個人の資源に負担であると知覚され、個人に作用する外部からの要求あるいは刺激。
相互作用モデル	人と環境のダイナミックな相互作用としてストレスを概念化したモデル。
媒介変数/調整変数	ストレスラーとストレインの間の関係を変える(増減する)介入変数。

医療従事者の職業性ストレスの原因

内在要因

医療労働は決まった形で繰り返されうるものであるが、医師は集中的な技術の駆使を必要としながら高いレベルの責任を負っている。誤った判断や誤診は生命を危険に曝し、訴訟につながる可能性がある。医師は広範な知識やますます複雑化するテクノロジーに精通していなければならないが、単独で行動し判断することが多い。したがって、自主的な決断の当然の結果として、重い責務と過失に対する非常に大きな説明責任が生じる。医療労働の多くの側面は、感情的にストレスフルなものである。例えば、死、トラウマ、苦痛、重篤な病気を扱った

り、患者や身内にとって難しい感情的な決断を促すことである。妊娠中絶のような患者の治療に関わる時には、個人的なモラルや倫理的なジレンマが存在する可能性があるだろう。ウイルス感染症や肝炎やHIVのような接触感染症に曝されることを含めて、環境要因は、個人のリスクを増大させる可能性がある。例えば、救急部門では悪態をついたり暴れたりする患者や精神疾患のある患者から、往診中などに身体的な傷害を負うリスクがある。医療労働の臨床面はストレスの原因になりうるが、内在要因は外在要因や組織的要因に比べると職業性ストレスへの寄与が少ないことが示されている。厳しいトレーニングは通常、医師に臨床的責任に対処する効果的なコーピングのメカニズムを身につけることを促しながら、臨床的問題に対処するだけの力をつけさせる。しかしながら、彼らは日々のマネジメントの繁忙さや、ヘルスケアのさらなる官僚主義化に対処するための資質が必ずしも十分ではない。診察において繰り返されることや取るに足りないことは、苛立ちや繁忙さの原因となる場合があり、また患者や身内の期待や要求は非現実的であると知覚されるだろう。

仕事量

医師の仕事量および絶えず時間に追われる状態は、職業性ストレスの主原因であるとされてきた。これらの要因としては全般的な仕事の多さ、患者の多さ、コンサルテーションの数、往診、時間外労働や夜勤、時間的切迫、オンコール(電話待機)に費やされる時間などが考えられる。オンコール中は警戒態勢であり、その間はリラックスすることが難しいといわれている。夜間の呼び出しに対応することは、身体的精神的機能の低下をもたらす。結果として睡眠障害をきたす。Howieらは、一般開業医における仕事量の影響を評価し、平均的患者数よりも多いこと、時間的切迫(例えば、予約通りにこなせず遅れてしまう)、医師の患者中心の姿勢は、ストレスとの間に正の相関が認められるということを示した。より速いペースで診療することや時間管理がうまくいっていないことは、患者の心理社会的問題に対する医師の認識の低さや、頻繁に薬を処方することと関連していた。

過剰予約の状態や遅い時間の手術などの組織的要因は、診療時間の短縮や患者へのケアの質を落とすことにつながり得る。他方、時間管理の改善は、一般開業医のストレスの減少をもたらす。Agiusらは、時間的に差し迫ることがコンサルタントの主要なストレスラーであると特定した。つまり、中断、打ち合わせの期限、研究のための時間を見つけることや指導に時間が割かれるこ

と、全てがうまくいかないほどやるべきことが山ほどあること、仕事と家庭の葛藤などが主なものである。病院勤務の医師と比較して、コミュニティで働く一般開業医は、自分自身や家族のための時間が少なく、常に患者側から見えており、かつオンコールの状態であると感じている場合がある。いくつかの国では、オンコール要請を管理しようという一般開業医の組合活動の展開の中で、24時間体制の患者ケアへの問題に取り組んでいる。それは潜在的な職業性ストレスの主要原因を低減させる。

職場での人間関係

同僚との人間関係が、医師のストレスの潜在的原因の1つである。特に、医学生とコンサルタントの人間関係は、ストレスの原因となる場合がある。さらに、医師になるために多くのトレーニングを積むような従来の競争スタイルは、最近の全科診療で医療チームを重視することと合致しない。チーム医療が以下の事柄を惹起する場合がある。すなわち、専門職間での役割葛藤、不確実性やあいまいさ、独裁的な医師も自主的な医師も医師の役割が減少しているという感覚である。

ジェンダーの問題

男性と女性の医師では、職業性ストレスの原因とレベルが異なる。医学部に入る女性が今や50%を超えているにもかかわらず、いくつかの専門（例えば外科）では女性が少なく、概してコンサルタントのグレードをもつ者は少ない。いくつかの専門への後援とOBのネットワークはなお、女性を差別するキャリアシステムの重要な要素であると考えられている。その職業に就く女性の増加が、医療の構造的階層秩序に変化をもたらさだろうという仮定は、まだ現実とはなっていない。インドでは性別による役割隔離が一般的で、医師が従事しようとする専門分野の選択はジェンダーに基づく固定概念に強く影響を受ける。それはほぼ例外なく、女性医師は女性や子どもの医療問題を扱うということになる。

役割葛藤：家庭と仕事のインターフェース（境界面）

家庭と仕事のインターフェースのストレスは、医療専門職によくみられる。仕事と家庭の間のストレスは双方向である。また、様々なライフステージでの家庭や職業の役割の複雑さに応じて、男性医師と女性医師とは異なる影響を及ぼす場合がある。人ばかりを相手にして感情面で要求度の高い医療労働は、個人の感情を疲れ果てさせ、配偶者や家族とのコミュニケーションを減らす場合があり、また家庭内の人間関係の問題は仕事の遂行に有害な影響を及ぼす場合がある。女性医師は男性の同僚に比べ、幸せな結婚生活をうまく続けることができない。英国では、女性医師の約3分の1が独身であり、男性医師よりも女性医師の離婚率が高い。

職業性ストレスの媒介変数と調整変数

相互作用の心理学的モデルは、ストレッサーとストレスアウトカムあるいはストレイン間の関連を決める際に、個人差を重要視する。仕事の構造的特徴および医療従事者個人の構造的特徴が、ストレッサー-ストレイン関係に影響を及ぼす。

構造的要因

医療の特徴とタイプ（例えば、単独診療、グループ診療；公益団体設立、営利団体設立）あるいは医学の専門領域は、多かれ少なかれ医師のウェルビーイング全般に損害を与え脅かす場合がある。一般開業医が医療の中で最もストレスフルな分野の1つであるということを示した比較研究もある。麻酔科や精神科もまた、多かれ少なかれ他の専門領域よりもストレスフルであると考えられている。しかしながら、様々な医学専門領域のストレス量についてのエビデンスは決定的ではない。様々な専門領域の医師の精神疾患の罹患率について比較した研究もある。それによると、消化器科医、外科医、放射線科医、腫瘍医の間には差異が認められなかった。また、コンサルタントの内科医、外科医、放射線科医の間には差異が認められなかった。

気質的要因

医療職を選ぶ人には、仕事関連のディストレスを経験しやすい心理的特徴がある。Cooperとその共同研究者は、一般開業医のタイプAパーソナリティは精神的ウェルビーイングの低下を予測するというを示した。タイプAパーソナリティによって説明されるストレインの分散の割合はごくわずかにすぎないが、その所見は他の研究でも裏づけられている。内的統制は、医療専門職におけるストレスレベルの低下と関連していた。また病院のコンサルタントにおいて、神経症傾向は職業性ストレス、情緒的消耗感、脱人格化、仕事関連の達成感の低下と大いに関係しているということがわかってきた。

コーピング

医師は、教育やトレーニングの期間、社会的地位、経済的安定を有することから、大多数の職業集団よりも多くのコーピングの資源をもつ。しかしながら、医師のコーピングを取り扱った研究はほとんどない。コンサルタントの神経症傾向と情動焦点型コーピング方略の関連は、仕事のストレッサーに対するネガティブな評価につながるとDearyとその共同研究者は主張している。薬物やアルコールの乱用、その頻度の増加といった、仕事に関連する適応的でないコーピング行動は検討されてきているが、適応的なコーピングは必ずしも頻繁には研究されてこなかった。ソーシャルサポートは、重要な介在変数で

あるとみなされてきた。ソーシャルサポートの質と量の増加は、男女医師ともに、自覚的ストレスの低下、職務満足、精神的ウェルビーイングの向上と関連する。他方、女性医師は男性医師より幅広いソーシャルサポートおよび家庭や仕事ベースのコピーング方略を利用する。

医療専門職のストレスアウトカム

職務満足

職務不満足とモラル（士気）の低下は、一般的に医療専門職のストレスアウトカムであるといわれている。それは、職務満足と職業性ストレスの間の中程度の負の相関が頻繁に報告されていることによるものである。仕事に対する不満足は、職務遂行能力の不足、精神的不健康、不適切な処方と関連する。女性医師は男性医師よりも職務満足が高いことが一貫して報告されている。

身体的不健康

医学の知識があるからといって良好な健康状態が保てるという保証はないが、医師は一般住民や他の専門職と比較して罹患率や死亡率において良好な数値を示している。しかしながら、何らかの原因による死亡率（例えば、肝硬変、交通事故）は、医師が他の職業集団よりも比較的高く、医師が自分の健康を自分で治療してしまうか無視してしまう傾向に対して、懸念が示されてきた。医師は自ら検索できる豊富な情報源があるため、正確な罹患率データの収集が医師は他集団よりも難しい場合がある。

精神的不健康

医師は精神的ディストレス、不安、うつ病の罹患率が標準よりもはるかに高いということを示した研究もある。長時間労働、過重労働、医療行為の感情面での要求のために、若手医師や研修医は先輩医師より心理的ディストレスに弱い場合がある。しかしながら、医師の仕事のストレスと精神的不健康の間の直接的因果関係は必ずしも厳密に立証されてこなかった。不安やうつ病の有病率については、多くの研究が研究のベースにジェンダーの差を考慮してこなかった。一方で、女性医師は男性医師や他の専門職女性よりも、深刻な精神的健康問題に悩んでいるということを示した研究がある。他方、ストレスに関連した精神的ディストレスにおいて、女性医師と男性医師あるいは女性医師と他の専門職女性との間に有意な差が認められなかったという研究もある。

バーンアウト尺度は、医療専門職を対象としたストレスインの指標のうち、特に感度が高いものであろう。この尺度は、脱人格化や情緒的消耗感を含む。オーストラリアで行われたある研究では、一般開業医のうち、若い男

性医師は若い女性医師よりもバーンアウトに苦しむことが多いということが明らかになっている。これは、患者のケアにおいて、女性医師の方がより共感的・心理社会的アプローチをとることによるかも知れない。しかしながら、他の研究では医師のバーンアウトのジェンダー差は認められなかった。さらに、バーンアウトの概念は、ネガティブな感情になりやすい傾向や神経症的傾向と重複する場合がある。またそれは、バーンアウト尺度を用いた研究で、従属変数と独立変数の交絡を招くことにもなる。

行動的アウトカム：アルコールと薬物使用

医師は概して、他の社会集団よりもアルコールおよび薬物乱用の有病率が高い。薬物乱用の主原因は、自分で薬を処方することによる。スコットランドでは、男性医師のアルコール依存症による精神科入院が、他の社会階級の男性集団より2.7倍高い。また、45歳～54歳の年齢層の男性医師の精神科入院のうち、58%はアルコール依存症によるものである。単独診療の一般開業医もまた、薬物およびアルコール問題による入院があまりに多い。一般開業医および一部の専門分野の医師、特に麻酔医は、他の専門医よりもアルコール依存や薬物乱用の割合がはるかに高い。男性は概して、女性よりもストレスに対処する手段としてアルコールを使用することが多いと論じられてきた。このジェンダー差は、一般開業医の研究を反映している。しかしながら、研修医を対象としたある縦断研究では、対象となった医師に男女の区別はなかったが、飲酒習慣と自己申告によるストレスやうつとの間に関連はみられなかった。

自殺

米国の医師の自殺率は、一般住民の2倍、他の専門職の3倍である。麻酔学、薬学、精神医学などの特定の専門分野の医師は、自殺のリスクが高いといわれている。英国の研究では、40歳以下の医師の自殺による過剰死亡率が明らかになったけれども、専門分野による差異は認められなかった。女性医師もまた、一般住民よりも3～4倍自殺の可能性が高い。医師の自殺率の高さを説明しようと思っても、推測の域を出ない。自殺の手段が利用しやすいこと（例えば、薬物が容易に入手できるなど）、専門的技術が使いやすいこと、自殺を成功に導く知識があることが、自殺率を高めている可能性がある。また、アルコール依存および薬物乱用の多さや医師の職業役割ストレスに加えて、強迫的行動やうつ傾向などの医師のパーソナリティ特性もまた重要であろう。

患者のケアへの影響

過労で睡眠不足の医師というメディアが作り上げたイメージが依然として残っているが、医師の仕事の遂行や

患者のケアに及ぼすストレスの影響を調査研究することは、方法論的に難しいことがわかっている。長時間労働や睡眠不足は、研修医の仕事の遂行に影響を及ぼし、覚醒低下、注意不足、情報をうまく思い出せないといった事態を引き起こし、疲れきった研修医は自分たちが負うリスクをあまり考慮しない。医師を対象とした Mechanic による古典的研究では、仕事上のフラストレーションと不十分な仕事の遂行（検査や処方などが不適切であったりすること）を関係づけて考えている。処方行動（prescribing behavior）は、仕事遂行の客観的指標の1つである。また、職務満足度の低い一般開業医の処方は効果が得られないことも示されている。しかしながら、何が処方を効率的にするのかについての見解は一致していない。

要約

医師の職業性ストレスの程度とその影響に関する種々の研究について、あるレビューが示しているのは、それが専門や文化を超えて広範囲に及ぶということである。それ故、医師と患者双方の今後のウェルビーイングにとって、医療専門職のストレスを特定し管理することが重要である。しかしながら、この集団におけるストレスやストレインの測定は、他の職業集団の場合と同様に方法論的問題がある。測定ツールは、主に横断面での自記式質問紙調査や半構造化面接の技術から構成される。回答率は大幅に異なり、代表性に疑義を覚えるほどである。このような回答率の低さは、小規模な研究や狭い視点に基づいた研究で起こり得る。多様な尺度と方法を用いると、研究間の比較、専門間の比較、文化間の比較が困難になる。精神的不健康の標準化された尺度を用いた多くの研究は、ストレスと心理的ディストレス、特に不安と抑うつとの間の正の相関を報告している。標準化された尺度とは、General Health Questionnaire (GHQ 精神健康調査票)、Maslach Burnout Inventory (Maslach のバーンアウト尺度)、Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD 尺度) などである。

しかしながら、ストレス反応の身体的側面ないし行動的側面を扱った研究はほとんどない。また、医療専門職のストレスサーあるいはストレインの媒介変数や調整変数といった個人差を考慮した研究もほとんどない。このように方法論的に洗練さを欠くことは重要な手落ちである。例えばジェンダーを考慮すると、女性医師は男性医師に比べ以下の事柄が報告されている。すなわち、職務満足が高く、行動的アウトカムが異なり（例えば、アルコールや薬物の使用頻度が低い）、コーピング方略をより多く活用している。同様に、職務不満足や精神的不健康などといったストレインのアウトカムと明らかに関連す

る要因である神経症傾向のような気質的要因も考慮されないことが多い。医療専門職のストレス研究において、経験的あるいは記述的な刺激-反応モデルから、より洗練された相互作用を概念化したモデルへの転換が必要とされている。このようなより洗練されたアプローチは、医師の選択、研修、継続的な専門的能力の開発に影響を及ぼす。つまり、医師、マネージャー、教育者は、医療専門職が最も必要とするストレスに対処するための技能を高めることができる。このことは、医療専門職とそのケアを受ける患者の双方に直接的に関連するものである。

参照項目

介護者とストレス；職場ストレス。

参考文献

- Agius, R. M., Blenkin, H., Deary, I. J., Zealley, H. and Wood, R. A. (1996). Survey of perceived stress and work demands of consultant doctors. *Occupational and Environmental Medicine* **53**, 217-224.
- Cooper, C. L., Rout, U. and Faragher, B. (1989). Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners. *British Medical Journal* **298**, 366-370.
- Deary, I. J., Blenkin, H., Agius, R. M., Endler, N. S., Zealley, H. and Wood, R. (1996). Models of job-related stress and personal achievements among consultant doctors. *British Journal of Psychology* **87**, 3-29.
- Firth-Cozens, J. (1987). Emotional distress in junior house officers. *British Medical Journal* **295**, 533-535.
- Grol, R., Mokkink, H., Smits, A., et al. (1985). Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Family Practice* **2**, 128-135.
- Howie, J. G. R., Hopton, J. L., Heaney, D. J. and Porter, A. M. D. (1992). Attitudes to medical care. The organization of work and stress among general practitioners. *British Journal of General Practice* **42**, 181-185.
- Mechanic, D. (1972). General medical practice: some comparisons between the work of primary care physicians in the United States and England and Wales. In: *Public expectations and health care*. New York: Wiley.
- Richardsen, A. M. and Burke, R. J. (1991). Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. *Social Science and Medicine* **33**, 1179-1187.
- Riska, E. and Wegar, K. (1993). Women physicians: a new force in medicine? In: Riska, E. & Wegar, K. (eds.) *Gender, work and medicine*. London: Sage.
- Sutherland, V. J. and Cooper, C. L. (1993). Identifying distress among general practitioners: predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction. *Social Science and Medicine* **37**, 575-581.
- Swanson, V., Power, K. G. and Simpson, R. J. (1998). Occupational stress and family life: a comparison of male and female doctors. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* **71**, 237-260.
- Winefield, H. R. and Anstey, T. J. (1991). Job stress in general practice: practitioner age, sex and attitudes as predictors. *Family Practice* **8**, 140-144.