

医師のメンタルヘルスと今後の課題

修士課程1年 井原 祐子
博士課程1年 シュレンペル レナ
博士課程3年 安 婷 婷
修士課程2年 下津佐 綾
教授 下山 晴彦

1. はじめに

近年、日本で医療崩壊が社会問題となっている。その原因の1つに、医師、特に勤務医のストレスが指摘されており(保坂, 2012)、勤務医のメンタルヘルス対策は喫緊の課題である。医師は他職種よりも自殺既遂のリスクが高いことで知られており、この150年間で自殺率が増加し続けていることから(Louise, 2016)、問題の深刻さがうかがえる。

国外では、医師のメンタルヘルスは医療の質に直結すると捉えられ、多くの研究が行われている。医師の長期的な職業関連性ストレスが患者ケアにネガティブな影響を与える可能性が指摘されており(Schrijver, 2016; Vincent, 2010 相馬・藤澤訳 2015)、うつ状態の研修医は投薬ミスの危険性が6.2倍になるというデータも示されている(Fahrenkopf et al., 2008)。また、バーンアウト状態にある医師が、経験不足以外の原因による医療事故を起こしたり、業務管理の簡便化を目的に患者を退院させたりするといった、最適な医療を提供していないことも報告されている(Schwappach & Bouluarte, 2009)。以上より、医師へのメンタルヘルスサポートを行い、精神健康度を高く保つことは、患者の安全を守り、医療の質を保証することへと繋がるといえる。実際に、医師への心理学的支援の需要は増加し続けており(Chênevert & Tremblay, 2016)、より良い労働環境作りやストレスの軽減、セルフケア等を支援するプログラムの提供の必要性が指摘されている(Cole & Carlin, 2009)。海外では医師のメンタルヘルスに関する研究が数多く実施されているだけでなく、医師を対象としたメンタルヘルスサポートを行う専門機関が設置され、対策と支援につながる効果研究も行われている。一方、日本では医師を対象としたメンタルヘルス研究は看護師と比較

すると極めて少なく、対策もほとんど講じられていない。

本論考では、今後日本で医師のためのメンタルヘルスサポートモデルを構築するために必要な研究課題を明らかにすることを目的とし、海外文献を中心に以下の順で先行研究のレビューを行う。まず、国内外の先行研究で示唆されている医師のストレス要因について整理する。次に、海外のレビュー文献を参考に、医師が援助要請する際に生じる障壁について論じる。続いて、海外で提供されているメンタルヘルスサポートの取り組みを紹介する。最後に、日本の医師のメンタルヘルスを支援する上で今後求められる研究課題について考察する。

2. 医師のストレス要因

医師のメンタルヘルス研究では要因分析が最も多く行われている。本節では、医師のメンタルヘルスに関連しているストレス要因として、国内外で検討されてきた変数を「デモグラフィック要因」、「労働環境要因」、「心理的要因」の3つに分類して整理する(表1)。

2-1. デモグラフィック要因

表1の通り、デモグラフィック要因として4項目が示唆されているが、その項目に対する一致した知見が得られていないものも多い。例えば、性別については、女性の方が精神健康度が低いという報告がある一方(e.g., Taylor-East, Grech, & Gatt, 2013)、ストレス因子の1つである「自覚的な身体負担度」は男性の方が高いという報告(井奈波・黒川・井上・岩田, 2003)や性差に起因する差異はないという報告もある(e.g., Shanafelt et al. 2012)。

年齢についても同様である。30歳以下の若い医師の方が、年齢の高い医師よりも精神健康度が低く、抑うつ

表1 ストレス要因の分類

1. デモグラフィック要因	性別
	年齢
	婚姻状況
	学歴
2. 労働環境要因	量的労働負荷
	労働時間
	睡眠時間
	休日・休暇の量
3. 心理的要因	内的職業性ストレス
	対患者関係
	パーソナリティ特性
	ソーシャル・サポート コーピング方略

程度が高いという報告 (e.g., Shanafelt et al., 2012) がある一方で、年齢と精神健康度との間に関連がないという報告 (e.g., Sepehrmanesh, Moraveji, & Saberi, 2015) もあり、一致した結果は示されていない。

婚姻状況においても、既婚と未婚のそれぞれについて精神健康度の低さと関連が指摘されている (e.g., Issa, Yussuf, Olanrewaju, & Abiodun, 2014; Sepehrmanesh et al., 2015)。その他、子どもの数が増えるほど、精神健康度が低いという関連を示した研究もある (Sepehrmanesh et al., 2015)。

ただし、学歴に関しては、高学歴であるほどバーンアウトのリスクが上昇することが報告されている (Shanafelt et al., 2012)。

2-2. 労働環境要因

労働環境は量的労働負荷の主要因であると指摘されている。医師に特徴的な指標として、患者数、往診、緊急入院、オンコールに費やされる時間等が挙げられるが、これらは精神健康度の低さに関連することが示されている (Baldwin, Dodd, & Wrate, 1997; Howie, Hopton, Heaney, & Porter, 1992; Power & Swanson, 2007; Wada et al., 2010)。

労働時間の長さは医師の疲労による医療過誤や医療事故防止の観点から着目されているストレス因子であり、多くの研究が調査対象としている。井奈波他 (2003) や井奈波・黒川・井上 (2007) によれば、80 時間を超えるとメンタルヘルスが悪化するとされている平均労働時間は、国内の研修医では 86.0 ± 22.3 時間であった。しかし、若い医師を対象とした調査において労働時間の長さと精神健康度に関連は見られず、その一方で、身体症状、社会的機能不全、アルコール摂取量の多さとは関連が示さ

れている (Baldwin et al., 1997)。

睡眠時間について実態調査を行った保坂 (2012) によれば、国内の医師の 41% は平均睡眠時間が 6 時間未満であるが、Wada et al. (2010) は、医師は平均 5 時間未満の睡眠時間で抑うつが高まると報告している。

また、同じく保坂 (2012) の調査では、医師の休日が月平均 4 日以下であると報告されている。救急医師を対象とした実態調査では、ストレスの原因は「生活が不規則で私生活がない」ことが最多であり (岡本・大瀧・菊野・石松・鈴木, 2013)、休日・休暇の数の少なさが医師の精神健康度の低さと関連していることが窺える。

2-3. 心理的要因

前項に挙げた量的労働負荷は、個人によって捉え方が異なる可能性が指摘されている。精神健康度の低さと関連するのは実際の仕事量ではなく個人に知覚された仕事量であるという知見もあり (Issa et al., 2014)、外的職業性ストレスではなく内的職業性が医師の精神健康度に関連する可能性があると考えられる。しかしそのどちらも精神健康度に影響していないという調査結果もあり (Clarke & Singh, 2004)、今後より詳細な検討が必要である。他にも、告知や死への直面といった感情労働や患者の期待に応えなければというプレッシャー等が大きなストレッサーであることが指摘されており (Edwards, Kornacki, & Silversin, 2002)、このような対患者関係に関するストレスが医師の抑うつを予測することが示されている (Firth-Cozens, 1998)。

医師の内的要因に関しては、パーソナリティ特性と精神健康度との関連が多く示唆されている。ハイリスクの特性としては、完璧主義、自己批判、神経質、神経症傾向、強迫的特性、タイプ A パーソナリティ、高い心理的脆弱性、自己評価の低さ、自尊心の低さが挙げられている (Miller & McGowen, 2000; Tyssen & Vaglum, 2002; Power & Swanson, 2007; 中嶋, 2011; Braquehais, Tresidder, & DuPont, 2015)。中でも、完璧主義は高度の専門性や感情労働が求められる環境の中で自己批判を強め、精神健康度の低さや抑うつに繋がるとされている (e.g., Brewin & Firth-Cozens, 1997)。さらに、注意不足による医療過誤の心配やクレーム、訴訟の心配等といった過度の責任感がストレスと関連していることが示唆されている (岡本他, 2013; Chênevert & Tremblay, 2016)。このような医療過誤への恐怖や、医療過誤を他者に自己開示できないということが、さらにソーシャル・サポートの欠如をもたらすことが明らかにされている (Christensen, Levinson, & Dunn, 1992)。

他科との連携不良やチームワークの欠如がストレスとなる (e.g., 岡本他, 2013) 等、ソーシャル・サポートの欠如は、ストレスにつながるリスク因子であると言われている。一方で、チームでの協働がより優れたストレス対処として機能する可能性や (Sexton, Thomas, & Helmreich, 2000)、職場の同僚やスタッフとの良好な人間関係と職務満足感との関連 (Wada et al., 2009)、家族、友人等の親密な関係からのソーシャル・サポートと医師の精神健康度との関連 (Weiner, Swain, & Gottlieb, 1998) も指摘されている。しかしながら、同僚との問題、いじめ等の対人関係の不良が医師にはしばしばあるとされており (Garelick & Fagin, 2004; Quine, 2002)、ソーシャル・サポートが欠如しやすい傾向がある可能性も考えられる。さらに、医師はキャリアと私生活を両立することに難しさを抱えていることが多いという報告や (Chênevert & Tremblay, 2016)、家族との関係不良は職場でのパフォーマンスに影響するという指摘があり (Power & Swanson, 2007)、医師の家族によるソーシャル・サポートは欠如しやすいと考えられる。

2-4. まとめ

上述のように、医師のメンタルヘルスには種々のデモグラフィック・労働環境・心理的なストレス要因が関連していることが国内外の文献より報告されている。また、薬剤へのアクセスが容易であることから自己処方 (self-medication) を図りやすい (Miller & McGowen, 2000) 等、医師のストレス要因への不適切なコーピング方略についても指摘されている。このようなコーピングは精神健康度の低さと関連し (Power & Swanson, 2007)、生活習慣やQOLが身体的・精神的健康にも影響する (Torres, Ruiz, Müller, & Lima, 2011)。そのため、ストレス要因に加えて医師の勤務状況や業務内容等の諸特徴を考慮したストレスコーピングを検討することが医師のメンタルヘルスの向上に寄与すると考えられる。次節では、ストレスを抱えた医師が、他者に相談しようとする際に抱く障壁について概観する。

3. 医師の援助要請

あらゆるメンタルヘルス支援において、サービス・ギャップが存在することがしばしば問題となっている。サービス・ギャップとは問題を抱え、支援を必要とする人々にサービスが行き届いていない状態のことである (Kushner & Sher, 1991; Stefl & Prosperi, 1985)。支援は、支援を必要とする人々が求めることではじめて成

立する。このような他者に助けを求める行動のことを援助要請行動 (help-seeking behavior) と言う (DePaulo, 1983)。近年、援助要請は多方面で注目されている概念であり、医師についても研究が行われている。医師は援助サービスを提供する職業であるが、自らが援助を必要とする際にはどのような障壁を経験し、どのような援助要請の特徴を持つのだろうか。これらを概観するために、Kay, Mitchell, Clavarino, & Doust (2008) によるシステマティックレビュー論文を紹介する。

Kay et al. (2008) は論文 26 本を対象にレビューを行い、多くの医師は自らのかかりつけ医 (General Practitioner; GP) を持っている一方、GP 選択の難しさから自己治療を行っていると明らかにした。また、彼らは医師が医療ケアにアクセスする際の障壁を、患者側・提供者側・システムの 3 カテゴリーに分類した。患者側として感じている障壁には、他の医師に診察される「恥ずかしさ」、治療費や時間等を費やすことへの抵抗である「時間とコスト」、健康の自己管理ができるという確信を持つ医師の「パーソナリティ要因」、医学知識を持つがゆえに自己判断が可能であったり、医療の限界を認識したりしていることに由来する「医療知識」の 4 つの側面が挙げられている。次に、医療ケア提供者側としての障壁には、守秘義務やケアの質への懸念が挙げられている。システムとしての障壁では、構造的な問題と文化的な問題の 2 点が挙げられている。前者には、長時間勤務や代診医を見つけることの難しさにより、医療ケアへのアクセスが難しくなっていること、後者には、医師は健康であり自身の病気をコントロールするべきであるという強いプレッシャーから、同僚に病気の開示ができずに自己治療を選びやすいということが含まれている。

一方、Braquehais et al. (2014) によると、スペインでは医師の援助要請が多く、メンタルヘルスプログラムに自発的かつ早期に参加している。彼らはその理由を、医療事故の恐れがない限りは強制参加ではなく、かつ懲罰的ではない、医師の苦痛に対して判断を下さないような (non-judgmental) アプローチを用いたモデルであることに由来するという仮説を、過去 13 年分のデータ分析をもとに支持している。

国内では、医師の援助要請行動に関する研究自体が寡少である。しかし、日本医師会のプロジェクト委員会が実施した E メール・電話相談の受付件数は 3 ヶ月間で 10 件程度であり (日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会, 2012)、日本の医師が援助要請行動をとることは少ない可能性が推測される。今後日本で医師対象のメンタルヘルスサポートを展開し、援助要請しや

すいサービスを考える上では、日本の医師の援助要請の傾向やその要因を探索的に明らかにする必要がある。次節では、現在提供されている医師のためのメンタルヘルスサポートについて概観する。

4. 医師を対象としたメンタルヘルスサポート

国外の現状を概観するために、Braquehais et al. (2015) による医師のためのヘルスプログラム (Physician Health Programs; 以下、PHPs) に関するレビュー論文を紹介する。

PHPs は 1970 年代にアメリカで始められた、薬物乱用を中心としたメンタルヘルス問題を抱える医師の支援を目的としているプログラムであり、カナダ、オーストラリア、イギリスでも発展した。その後、スペインやノルウェー、スイスなどのヨーロッパの国々においても、新しいモデルの PHPs が導入されるようになった。

アメリカの PHPs は、特に薬物乱用の問題を抱える医師への援助を目的とし、薬物乱用の疑いがある場合は検査機関にリファーされ、必要に応じて長期的な治療やモニタリングを受けることになる。多くの州で PHPs の成果や満足度が得られていると報告されている。

カナダでは 2000 年初頭にプログラムが発展し、3 つの基盤となるモデルが確立されている。1 つ目はボランティア団体によるピアサポート、2 つ目は医師・研修医・その家族に対するコミュニティの専門家による支援モデル、3 つ目は専門スタッフによるカウンセリング等のサービスである。後に、プログラム間のコミュニケーションや連携が促進されるようになり、共通したビジョンの下、各地で支援の実践が実施され、一定の成果が上がっている。同論文内では紹介されていなかったが、同じカナダでもフランス語圏であるケベックでは、医師が医師としての機能を失う前の予防的な介入 (Programme d'aide aux médecins du Québec; PAMQ) も行われている。

スペインでは、1998 年より医師会と医業評議会の役割を担う Colegio de Médicos という監督の下で PHPs が発足されている。スペインの医師は Colegio de Médicos への登録が義務付けられており、とりわけ物質関連障害等の医療過誤の恐れのある医師は PHPs への参加が要求され、従わない場合は医師免許が一時停止・剥奪となる。また、バルセロナでは外来診療に加え、自傷他害の恐れがない限り匿名でも参加できる入院プログラムが提供されている。

オーストラリアでも 2000 年までに、ピアサポートや医療ボランティア団体によるアドバイスサービス (Doctor's Health Advisory Service; DHAS) が発足している。医師だけでなくその家族もサービスの対象である点が特徴であり、後にヘルスプランニングやリファグループなどのサービスが増設されている。

イギリスでは 2008 年に NHS-PHP (National Health Service Practitioner Health Program) が発足し、医師のために助言やコンサルテーション、治療等のヘルスサービスが提供されている。

その他ヨーロッパの PHPs は主に問題を抱えている医師のためのカウンセリングが提供されている。ただし、構造化された治療戦略が伴っていない等のプログラム上の問題があり、PHPs の基準に満たさないケースもあることが報告されている。

上述の PHPs には、メンタルヘルスやアルコール、薬物乱用の問題を主としたプログラムもあれば、ケースマネジメントを行わず困難を抱えている医師にカウンセリングを提供するプログラムもある。同論文の著者らは、医療安全を保証しつつ、支援を必要とする医師の参加を促すという双方のバランスが、プログラムをデザインする上で必要な検討点であると指摘している。また、今後は秘密保持、医師を対象としたオーダーメイドの治療プラン、リスクや臨床問題となる証拠のあるケースのみに強制治療を提供する等の必要があるとも指摘している。

国内では、2008 年 6 月、病院勤務医の精神面を含めた健康回復へのサポートを課題として「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会 (現：勤務医の健康支援に関する検討委員会)」が日本医師会内に設置された。2014 年 10 月に施行された改正医療法の規定では、医療機関の管理者が医療従事者の勤務環境改善に取り組むこととする努力義務規定が創設され、職員の健康支援の一環としてメンタルヘルス対策が求められるようになった (中野, 2014)。しかし、現状の研究の少なさの影響か、諸外国のようなメンタルヘルス対策は十分には行われていない。取り組みに関する報告も、院内で職員用の心理的支援相談室を開設した数件の事例に留まっている (e.g., 橘, 2009)。そのため、今後は体系化されたメンタルヘルスサポートシステムの構築が求められると考えられる。次節では、先行研究の限界点について指摘し、日本でのメンタルヘルスサポートの展開可能性を踏まえて今後の課題について考察する。

5. 考察

本論では、今後日本で医師を対象としたメンタルヘルスサポートを展開することを視野に入れ、研究課題を明らかにすることを目的に、ストレス要因・援助要請・メンタルヘルスサポートに関する先行研究を概観した。本節では今後の展開可能性について、先行研究の限界点を指摘して考察する。

まず、ひとまとめに「医師」といっても、初期（前期）研修医・後期（専門）研修医・専門医・指導医等の様々な立場や診療科で働く者が含まれている点が挙げられる。また、医師が抱えるストレスには性差があることも指摘されており（塩入・赤穂, 2009）、今後女性医師に関する知見等から性差についてもレビューを行う必要がある。

さらに、日本の医師は欧米の医師とは異なり、一人で外来・病棟・検査・手術等、多様な業務を抱え、さらに当直後の勤務継続による長時間労働を強いられることが多い（岡本, 2009）という特徴がある。加えて、文化的背景や医療事情の違いから、米国を中心に国外で発展してきた医師のメンタルヘルスサポートは、そのままでは日本に適用できないと考えられる。そのため、今後日本で同様のサービスを展開するためには、まず日本の医師を対象とした基礎研究が必要である。

しかし、国内の文献は海外文献の内容を取り上げたレポートが多く、厳密に日本での調査をしている研究が非常に少ないという問題がある。例えば、国外の研究では、医師がサービスの提供側に求めることに、①医学的知識、②勤務形態による労働環境の差異の理解、③医師という職業の専門性・特殊性等を含めた医師の仕事の理解の3点があると言われているが（Chênevert & Tremblay, 2016）、日本においても、サービスの具体的なニーズについて、当事者である医師の意見を明らかにする調査が必要であると考えられる。

以上より、今後日本の現状に適したメンタルヘルスサポートのモデルを構築するためには、研究対象を日本の医師に絞るだけでなく、診療科や、研修医とその他の医師を区別して調査する等、より詳細な知見を積み重ねていくことが求められるだろう。

6. 引用文献

- Baldwin, P. J., Dodd, M., & Wrate, R. W. (1997). Young doctors' health: I. How do working conditions affect attitudes, health and performance? *Social Science & Medicine*, **45**, 35-40.
- Braquehais, M. D., Tresidder, A., & DuPont, R. L. (2015). Service provision to physicians with mental health and addiction problems. *Current Opinion in Psychiatry*, **28**, 324-329.
- Braquehais, M. D., Valero, S., Matalí, J. L., Bel, M. J., Montejo, J. E., Nasillo, V., ... Casas, M. (2014). Promoting voluntary help-seeking among doctors with mental disorders. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, **27**, 435-443.
- Brewin, C. R., & Firth-Cozens, J. (1997). Dependency and self-criticism as predictors of depression in young doctors. *Journal of Occupational Health Psychology*, **2**, 242-246.
- Chênevert, D., & Tremblay, M.-C. (2016). Analyse de l'efficacité des programmes d'aide aux employés: Le cas du PAMQ. PAMQ. Retrieved from <http://www.pamq.org/assets/pdf/Rapport-Chenevert-VF.pdf> (February 28, 2017.)
- Christensen, J. F., Levinson, W., & Dunn, P. M. (1992). The heart of darkness-The impact of perceived mistakes on physicians. *Journal of General Internal Medicine*, **7**, 424-431.
- Clarke, D., & Singh, R. (2004). Life events, stress appraisals, and hospital doctors' mental health. *NEW ZEALAND MEDICAL JOURNAL*, **117**, 1-8.
- Cole, T. R., & Carlin, N. (2009). The suffering of physicians. *Lancet*, **374**, 1414-1415.
- DePaulo, B. M. (1983). Perspectives on help-seeking. In B. M. DePaulo, A. Nadler & J. D. Fisher (Eds.), *New directions in helping*. Vol. 2 Help-seeking. (pp. 3-12.) New York: Academic Press.
- Edwards, N., Kornacki, M. J., & Silversin, J. (2002). Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ*, **324**, 835-838.
- Fahrenkopf, A. M., Sectish, T. C., Barger, L. K., Sharek, P. J., Lewin, D., Chiang, V. W., ... Landrigan, C. P. (2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*, **336**, 488-491.
- Firth-Cozens, J. (1998). Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *British Journal of General Practice*, **48**, 1647-1651.
- Garelick, A., & Fagin, L. (2004). Doctor to doctor:

- getting on with colleagues. *Advances in Psychiatric Treatment*, **10**, 225-232.
- 保坂隆 (2012). 医師のための産業医の意義 精神神経学雑誌, **114**, 351-356.
- Howie, J. G., Hopton, J. L., Heaney, D. J., & Porter, A. M. (1992). Attitudes to medical care, the organization of work, and stress among general practitioners. *British Journal of General Practice*, **42**, 181-185.
- 井奈波良一・黒川淳一・井上真人 (2007). 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 日本職業・災害医学会会誌, **55**, 219-225.
- 井奈波良一・黒川淳一・井上真人・岩田弘敏 (2003). 1年目研修医の勤務状況、日常生活習慣および職業性ストレスに関する研究 日本職業・災害医学会会誌, **51**, 209-214.
- Issa, B. A., Yussuf, A. D., Olanrewaju, G. T., & Abiodun, O. A. (2014). Mental health of doctors in a tertiary hospital in Nigeria. *The Pan African Medical Journal*, **19**, 178. doi: 10.11604/pamj.2014.19.178.3642
- Kay, M., Mitchell, G., Clavarino, A., & Doust, J. (2008). Doctors as patients: A systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *British Journal of General Practice*, **58**, 501-508.
- Kushner, M. G., & Sher, K. J. (1991). The relation of treatment fearfulness and psychological service utilization: An overview. *Professional Psychology: Research and Practice*, **22**, 196-203.
- Louise, B. A. (2016). Physician Suicide. Medscape. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/806779-overview>. (February 19, 2017.)
- Miller, M. N., McGowan, K. R. (2000). The painful truth: physicians are not invincible. *Southern Medical Journal*, **93**, 966-973.
- 中嶋義文 (2011). 現代医療の特性と医療スタッフのストレス ベイッククリニック, **32**, 173-180.
- 中野孝浩 (2014). 医療法改正案における医療機関の勤務環境改善に向けた取り組み内容について 小児科医と労働基準 Retrieved from http://plaza.umin.ac.jp/~ehara/kinmu_kaizen/20140627.pdf (2017 2 月 25 日)
- 日本医師会勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会 (2012). 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会報告書 日本医師会
- 岡本博照・大瀧憲夫・菊野隆明・石松伸一・鈴木幸一郎 (2013). 2003 年時の救急医師の仕事のストレスについて 民族衛生, **79**(3), 71-79.
- 岡本博照 (2009). わが国の医師のメンタルヘルスの評価と状況 産業精神保健, **17**, 97-101.
- Power, K. G., & Swanson, V. (2007). Medical Profession and Stress. *Encyclopedia of Stress*, **2**, 674-678.
- Quine, L. (2002). Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *BMJ*, **324**, 878-879.
- Schrijver, I. (2016). Pathology in the medical profession?: Taking the pulse of physician wellness and burnout. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, **140**, 976-982.
- Schwappach, D. L. B., & Boluarte, T. A. (2009). The emotional impact of medical error involvement on physicians: A call for leadership and organisational accountability. *Swiss Medical Weekly*, **139**, 9-15.
- Sepehrmanesh, Z., Moraveji, A. R., & Saberi, H. R. (2015). Mental health of general physicians in emergency wards. *International Archives of Health Sciences*, **2**, 39-43.
- Sexton, J. B., Thomas, E. J., & Helmreich, R. L. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*, **320**, 745-749.
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., ... Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, **172**, 1377-85.
- 塩入明子・赤穂理絵 (2009). 女性医師のストレス 保坂隆 (編) 医師のストレス (pp.42-47) 中外医学社
- Stefl, M. E., & Prosperi, D. C. (1985). Barriers to mental health service utilization. *Community Mental Health Journal*, **21**, 167-178.
- 橘稚佳子 (2009). 医療機関におけるメンタルヘルス・ケアの実践 産業精神保健, **17**, 22-25.
- Taylor-East, R., Grech, A., & Gatt, C. (2013). The mental health of newly graduated doctors in Malta. *Psychiatry Danubina*, **25**, 250-255.
- Torres, A. R., Ruiz, T., Müller, S. S., & Lima, M. C. P. (2011). Quality of life, physical and mental health of physicians: a self-evaluation by graduates from the Botucatu Medical School-UNESP. *Revista Brasileira*

a de Epidemiologia, **14**, 264-275.

Tyssen, R., & Vaglum, P. (2002). Mental Health Problems among Young Doctors: An Updated Review of Prospective Studies. *Harvard Review of Psychiatry*, **10**, 154-165.

Vincent, C. (2010). Patient Safety. 2nd edition. Hoboken: Blackwell Publishing. (ヴァインセント, C. 相馬孝博・藤澤由和(訳) (2015). 患者安全 篠原出版新社)

Wada, K., Arimatsu, M., Higashi, T., Yoshikawa, T., Oda, S., Taniguchi, H., ... Aizawa, Y. (2009). Physician job satisfaction and working conditions in Japan. *Journal of Occupational Health*, **51**, 261-266.

Wada, K., Yoshikawa, T., Goto, T., Hirai, A., Matsushima, E., Nakashima, Y., ... Iglehart, J. (2010). National survey of the association of depressive symptoms with the number of off duty and on-call, and sleep hours among physicians working in Japanese hospitals: a cross sectional study. *BMC Public Health*, **10**, 127. doi:10.1186/1471-2458-10-127

Weiner, E. L., Swain, G. R., & Gottlieb, M. (1998). Predictors of psychological well-being among physicians. *Families, Systems, & Health*, **16**, 419-429.

(指導教員 下山晴彦教授)

付記

本研究は、文部科学省科学研究費の基盤研究A（課題番号 16 H 02056）の助成を得て行われた。