

千葉県立 東金病院 (千葉県・東金市)

医師不足による疲弊が医療者のストレスの根源に。 住民の理解と協力を得て地域で医師を育てる。

東金病院では04年の新医師臨床研修制度導入の直前に10人いた内科医が、06年には2人となる。自前で医師を育てようにも、当時、同院には教育・専門医の資格取得の体制が整っていなかった。勤務医の疲弊は極限状態にあっても、医師が医師を育てるしかない。病院の存続、地域医療の再生を目指す同院にとっての、医師へのメンタルヘルスケアを取材した。

Check Point!

院長の考える、職員のためのメンタルヘルスケア

- 医師不足を解消し、過重労働の疲弊を軽減する
- 研修医も指導医も「振り返り」を通し、心身のストレスを整理し、より良い環境を整える
- 域住民に温かく支えられる病院を目指し、トラブルを軽減する
- 住民に医師の育成など地域医療の再生に協力してもらう
- 住民-医療関係者間のコミュニケーションスキルをアップする



院長
平井 愛山氏

住民の協力で病院使命に邁進。 職員も元気をもらっています

1998年、院長に就任した私の重要な課題のひとつが、内科医を育てることでした。当時はまだ、大学医局から医師が供給されていた時代です。当然、当院に医師を育てるシステムはありませんでした。しかし、地域医療で最も重要なことは、この地で住民のために医療を提供した

いと思う医師の育成と、この病院の医師に診てもらいたいという住民からの信頼獲得を、地域ぐるみで実践していくことです。

私はまず、日本内科学会の教育関連施設の認定を目指したのですが、当時は年間5体の剖検実績がないと認定は受けられませんでした。当院は過去20年間、病理解剖をやっていませんでした。しかも当初は、病理解剖するにも、住民から「亡くなった人に、さらにメスを入れるのか、とんでもない院長だ」といった抗議を受けたこともあります。しかし3年目に年間6体の病理解剖が実施できるまでになり、4年目に認定を受けることができました。

それでようやく、当院で1年の研修をやると、認定内科医の資格がとれるということで、研修医が集まり始めたのですが、2004年からの新医師臨床研修制度で、状況は一変。病院再興、地域医療再生に、再出発を余儀なくされました。しかし、NPO法人「地域医療を育てる会」(P.10参照)など、地域住民の理解・協力には元気をもらっています。公的病院の地域での使命を、住民とともに具現化していく。今は、その成果を積み上げていくことが、病院職員にとってもメンタルヘルスケアになると確信しています。

病院としての最重要課題は 常勤医による各診療科の体制整備

「医療崩壊がこのまま進むのか、歯止めをかけ、さらには再生に向かっていけるのか。そうした危機感の中で、地域の公的病院は医師不足ではあっても、ギリギリのところまで歯を食いしばり、医療提供しています。それだけに、医師だけでなくスタッフのストレスは大変なものです」

東金病院の院長、平井愛山氏は、職員の心身のストレスは、単なる日常の医療行為の中だけのものではなく、医療崩壊の現況にあって、それでも地域医療の再生という切迫した課題の中で倍化されているという。

2004年に導入された新医師臨床研修制度によって、医師供給システムは激変する。千葉大学の医局からの医師派遣に依存していた同院では、04年4月時点で21人いた医師は、06年には10人に。10人いた内科医は、2人へと激減している(図1)。

【図1】診療科と医師配置数の推移

2004年4月	2005年4月	2006年9月
診療科と医師数 (21人)	診療科と医師数 (17人)	診療科と医師数 (10人)
内 科: 10人	内 科: 7人	内 科: 2人
循環器 2名	循環器 2名	内分泌代謝 (院長を含む) 1名
呼吸器 1名	内分泌代謝 (院長を含む) 2名	腎臓内科 1名
内分泌代謝 (院長を含む) 2名	腎臓内科 1名	外 科: 2名
消化器 2名	研修医 2名	整形外科: 2名
研修医 3名	外 科: 3名	産婦人科: 2名
外 科: 3名	整形外科: 3名	小 児 科: 2名
整形外科: 4名	産婦人科: 2名	人工透析: 1名 (腎臓内科兼任)
人工透析部: 1名	小 児 科: 2名	
産婦人科: 1名	人工透析: 1名 (腎臓内科兼任)	
小 児 科: 2名		

「職員のメンタルヘルスケアは、病院として取り組まなければならない重要な課題のひとつです。しかしシステムや体制作りの前に、医師不足からの疲弊を解消すること。最重要課題は、常勤医師による各診療科体制を整備することです。そうでないと、病院としての体をなさない。当院は、そういった状況下にあった病院なのです」

「患者の死」は医療当事者にとって 想像を絶したメンタルストレス

医師たちの相談には、指導医を中心としたラインケアを行っているが、最終的には院長が自ら「相談窓口」となってケアにあたっている。地域の基幹病院、救急病院としての緊迫は、潤沢な医師を確保しての治療体制とは程遠い想像を絶する過酷な環境にある。それだけに、病院スタッフの疲弊感も半端ではない。

その疲弊した現状を、平山氏が事例で示してくれた。

「40歳の男性が、糖尿病性ケトアシドーシスで当院に運ばれてきました。しかし治療開始の4時間後、病室で亡くなりました」

搬送時の患者は、動脈血pH値7.0、血糖値が800mg/dL以上、HbA1cが13%。治療によって順調に回復しつつあるときの、突然の死だった。当然、医師法第21条にのっとっての所轄警察署への届出をする。警察による検視で問題はなかったため、病理解剖をする。結果は、急性心筋梗塞による死亡。糖尿病性ケトアシドーシスと同時に心筋梗塞を起こしていたと推定された。

「血管は閉塞しかけていましたが、糖尿病で痛みを感じなかったのでしょうか。心筋梗塞は発見できませんでしたが、とにかく糖尿病性ケトアシドーシスの治療をしなければ、翌日には亡くなってしまうので、我々はその治療に専念していました」

遺族側は、病理解剖でわかった患者の死因について納得してくれたそうだが、患者の死は、いかなる場合も、医療当事者にとって想像を絶するメンタルストレスとなっている。それが、遺族の理解を得られないケースとなると、院長としても担当医等をケアしきれないこともあるという。

平井氏は、山武長生夷隈二次保健医療圏での別のケースを示してくれた。

患者が、退院した翌朝に死亡、心肺停止状態で退院した病院に運ばれる。検視の結果、事件性が認められないため、警察も病理解剖を了解していたが、午後になって、遺族の希望から司法解剖することとなる。理由は、病理解剖するのは隠蔽工作ではないかと、同医療施設を疑ったことだった。結果は解離性動脈瘤による死亡と判明する。

「その担当医は、緊張の糸が切れてしまった。病院を辞めるのではなく、医師を辞めました。『とても怖くて、もう患者を診られない、医師を続けられない』と」

警察の不用意な介入が、日本の医療体制を破壊する危険性のあることを指摘する識者は多いと、平井氏もそうした状況を嘆く。一方で、患者にしても、地域住民にしても、こうした医師や看護師等のメンタルストレスは、計り知れるものではないだろう。

「県の病院ということもあり、新型インフルエンザもすっかり診てください。入院患者もすっかり診てくださいとの指導もあります。しかし、現実には厳しいものがあります。まして当院の外来は、ワンフロアですから」

例えば、肺炎の外来患者。発症早期は検査の感度が低いため、入院した翌日になって新型インフルエンザと診断されたケースもあると、平井氏は言う。

同院には糖尿病や腎臓疾患でかかっている患者も多い。これらの患者にとって新型インフルエンザはハイリスクであるだけに、外来、病棟ともに、医師、看護師の院内における感染等に対するストレスは大変なものがある。

医師を育てる魅力ある病院として 再生するチャンスだと確信する

限られた医療資源の中で、皆が納得できるような方向に、どう牽引していくか。同じ目線で問題を共有でき、苦勞をともに分かち合えるスタッフを集め、育てることが優先課題であり、そこでのストレス対策は「ひとりで悩まない、抱え込まない」ように、組織として互いに支えあう意識を醸成することが肝要だと平井氏は考える。そのクリティカルポイントは、若い医師が集まってきたら、彼らが失望しないような教育環境と認定医等の資格取得の魅力あるラインがあるかどうか。加えて地域医療の実践の場として、地域住民とのコミュニケーションがとりやすい環境整備ができて

いるかどうか、だという。

「大学の医局が大学病院を守るように、地方の中小病院も自らを守らなければなりません。医師がいなければ、病院は機能しません。医師を招聘するか、育てるしか方法はないのです」

激務の中ではあっても教育体制構築が危急存亡を回避する唯一の道だ。大学の医局が派遣医師を引き揚げたとき、残った医師がどういった学会の指導医・専門医のライセンスをもっているかで、育てられる医師の方向性は決まってくる。そして、それを病院の専門性として地域に還元する方策をとる以外に道はない。

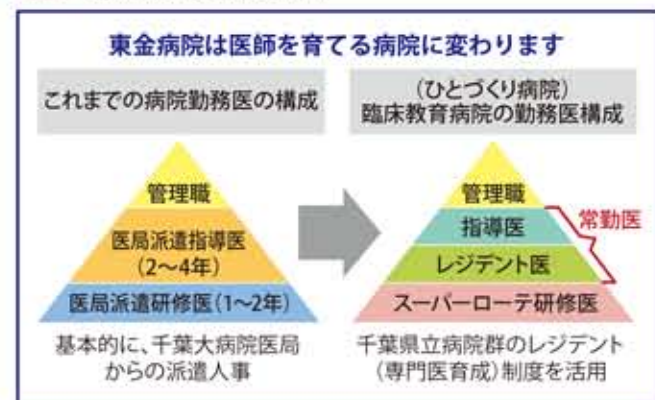
06年、2人になった内科医のひとり、平井氏の専門は総合内科、内分泌・代謝疾患。もうひとりの今村茂樹氏（現・透析科医長）の専門は、腎臓疾患、透析であった。彼らが指導医となって、スタッフを育てることとなる。

一方で、新医師臨床研修制度には期待もあった、と平井氏は当時を振り返る。

「地域の医療を支える医師は、地域ぐるみで育てる」ということを、医療関係者のみならず、広く地域住民が共通の認識としてもつことが重要であり、地域医療再生の出発点だと考える平井氏は、複数のアンケート調査で、若手医師がスキルアップと資格取得を目指していること、指導医や研修プログラムが整備された病院での勤務を望んでいることを知る。

千葉県では、8つの県立病院*1の多様な機能を活かした、病院群スーパーローテート方式による初期臨床研修を行っている。研修医が1～数ヶ月ごとに各病院をローテーションし、1病院では学べない専門医療や地域医療を各院

【図2】「医師を育てる病院」構想



*1 がんセンター、救急医療センター、精神科医療センター、こども病院、循環器病センター、佐原病院、リハビリテーションセンター、東金病院

の特徴を生かしてバランスよく学ぶことができ、研修医にとっての魅力ともなっている。

同院は、この方式では佐原病院、循環器病センターとともに「地域医療研修」を受け持っている。

「2年間の初期研修を終えた多くの研修医は、専門医の資格が取れる病院でのレジデントとなって、より高度で専門的な後期研修を受けることを希望していました」

平井氏は、医師を育てる魅力ある病院として再生しようとする同院(図2)にとって、「ピンチは、むしろチャンス」だと確信する。

そんな指導医の1人が内科医長の古垣齊広氏である。かつて鹿児島県で地域医療を実践していた古垣氏は、平井氏等の地域医療の再生を目指す熱意に共鳴し、招聘に応じている。古垣氏は、総合医であり、家庭医でもある。



内科医長
古垣 齊広氏

その古垣氏が心がけているのが、医師のストレスチェックであり、メンタルヘルスケアである。

毎月1回の話し合いの場「振り返り」を設けて研修医の不満やストレスに傾聴・改善

「現在は内科医が11人まで増えていますが、5年前までの医師のレベルとは、やはり違います。以前は各科に医師がいて、しかも大半が医長クラスでしたから」

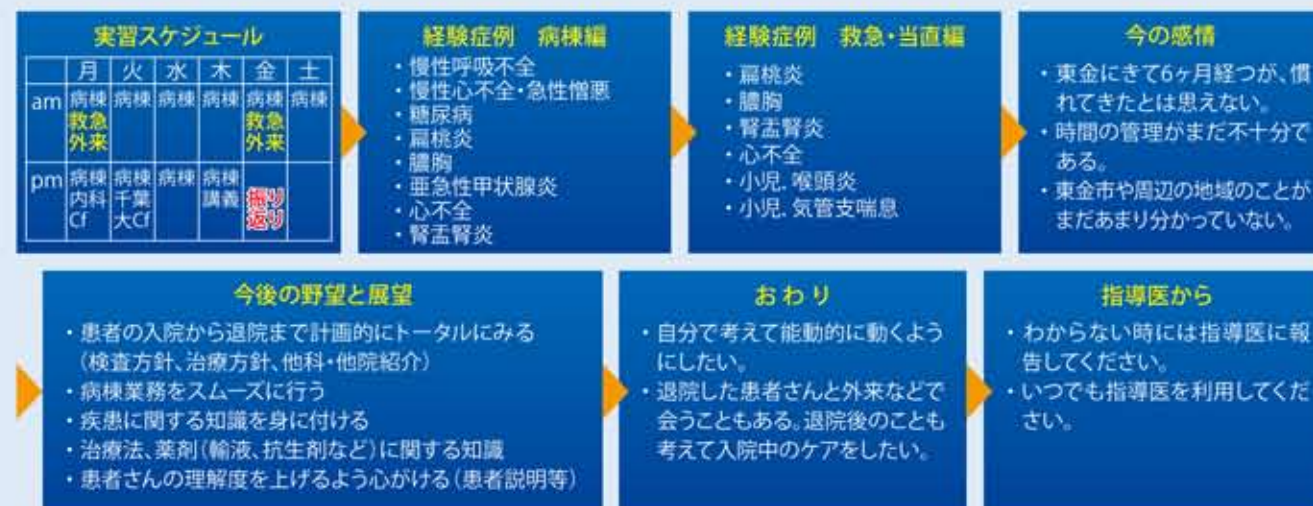
派遣医師の引き揚げ前は若手が少なく、レジデント医も2人くらいで、初期研修医はほとんどいなかったという。現在は、レジデント医が2人、初期研修医が5人。

「彼らを育成するため、できるだけことはやっています。さらに教育内容を魅力あるもの、質の高い教育システムにしていくことが私たち指導医の課題です。一方で、現在の研修をどう感じているか、フランクに話し合う場を設けて、彼らの不満、心的ストレスをケアしています」

普段は、忙しくて研修医とゆっくり話す時間もないため、毎月1回、「振り返り」と称した約1時間の話し合いの場をもつのだという。決められたフォーマットに記入をし、パワーポイントで表示しながら、研修医全員が発表をする(図3)。

【図3】「振り返り」研修医の発表事例

3週間の実習スケジュールはこのような感じでした。院内での実習は、大きく分けて、①病棟での実習 ②外来での実習 ③採血実習がありました。病棟実習は、患者さん数人を担当し、その病態を把握することを目的とし、外来は、病歴から診断へのアプローチや、生活習慣病の管理などを学ぶことを目的として行いました。午前中に外来がない日は、実際の手技の訓練として、中央処置室で患者さんの採血をさせていただいていました。また、院外実習として、岡崎医院での往診や、連携先の見学なども組んでいただきました。さらに、当初は予定していなかったことですが、病理解剖や手術に参加する機会もありました。振り返ってみてもあつという間でしたが、この3週間の中で経験したことを簡単に紹介していきたいと思ひます。



「良好なコミュニケーションが目的ですから、「今月はどうだったか」、いろいろな意見、思いを話しやすいように、ムードメイクは心がけています」

解決を必要とするものは、基本的にはその場で解決を決め、翌月から改善する。

「そうしなければ、翌月の『振り返り』で、また同様の発言となり、発言者のストレスを増幅するだけですから」

古垣氏は、研修医は卒業して間もないこと、学生と社会人とのギャップなどもあるため、他方面からの“気づき”が必要だという。

しかも、同院のように診療だけをやってきた病院には、医師を育てるカルチャーやシステムがない。カルチャーの全くないところで、教育機能を作っていかなければならず、そのパラダイムシフトは大変だ。

「優秀な看護スタッフがいても、医師の教育は別です。医師が医師を指導し、教育するしかないのです。しかも教育体制を1から作っていく。当院が生き残っていくためには、それをやり続けられるかどうかをキーポイントなのです。指導医も大変ですが、やるしかない」

指導医のストレスの背景には、研修医とのジェネレー

ションギャップもあると、平井氏は言う。

「私の卒業した1975年頃は『辛抱9割、良いこと1割』。それが1998年卒業くらいの世代で『辛抱7割、良いこと3割』。2008年前後の卒業となると、『辛抱1割、良いこと9割』です。この世代に辛抱3割を求めると、研修医のみならず指導医も教育することに強いストレスを感じる」

解決には同じ目線にたった問題意識の共有と、支え合う仲間意識で歩を進めるしかない。

「医師のメンタルヘルスケアは、『振り返り』と、必要に応じての個人面談を粛々とやっていくことが、今は一番の方法だと考えています」

住民が病院の実情を知って協力すれば疲弊した病院を改善できるのではない

お互いに十分なコミュニケーションがとれてこそ、相手の状態を理解し、共に解決の方策を考えられるという意味では、疲弊した病院スタッフ、教育によって医師を育てようとしている病院の実情を地域住民、あるいは患者が知ることも重要である。

崩壊する地域医療に対し、不満を言っているだけでは

解決の道はない、とNPO法人「地域医療を育てる会」の理事長、藤本晴枝氏は語る。



NPO法人「地域医療を育てる会」
理事長
藤本 晴枝氏

「自分たちが住んでいる地域の医療の実情を知らないで、無いものねだりでは、問題は解決しません。私たちも崩壊の途にある地域医療の再生に、当事者の一人としてかかわるようにしたい。そのために、できることをやろうと思いました」

同会では、情報誌「CLOVER」(写真)を毎月1回発行し(2万部)、東金市の全戸に配布している。情報誌では、救急医療体制の実際、病院の医師不足の理由などを住民に分かりやすく解説している。一方で病院自らが、医師を育てていかなければならない時代であることを訴える。

思いを強くしていたころ、06年、東金市に住む男性が心筋梗塞で救急搬送される。3つの病院で受け入れを断られ、救急車で1時間もかかる千葉市内の病院で一命をとり止めた。「私が重症患者だったら命はなかった」というその男性の、もうひとつの思いは、「病院に空きベッドがなければ、受け入れられない。医師がいなければ、診てもらえない」という問題意識だった。

コンビニ受診や緊急とはいえ救急搬送など、住民が病院の実情を知って協力すれば、改善の道は開けるのではないかと、そう考える市民も増えていた。

一方、藤本氏は、病院の実情をあるシンポジウムを通じ知っていく。そして、医療現場の大変さを共有するようなネットワークを作りたいと考え始めた。

地域に魅力を感じてくれる 医師の育成は病院だけでなく 住民も協力してこそ可能

同会では、07年4月から東金病院の若手医師研修の一環として、「医

師育成サポーター」*によるレジデント研修を担っている。実は同院は前述の男性の受け入れを断った病院である。しかし、藤本氏等は病院の大変さを理解していたからこそ、同院が医師を育てることに、サポーターとして協力をする。

東金病院の内科医が2名となった06年当時、藤本氏が院長の携帯を鳴らしたときのこと。

「夜の9時頃でした。この時間だったら、院長のお仕事も一段落されているだろうと思ってかけました」

しかし、待合室には患者が残っていた。日によっては、夜の11時くらいまで診療することもあるのだと知る。

「『患者さんも元気でない、病院にかかれない』と、院長とは冗談を交わしましたが、入院の患者さんもいますから、



情報誌「CLOVER」

【図4】コミュニケーションスキル評価指標と評価の推移

評価指標		評価集計結果	
セッション1: 医師の自己紹介および(ミニレクチャー)		第1回	第11回
①接遇	身なり (1~5, 5:大変良い)	3.7	4.3
	挨拶 (1~5, 5:大変良い)	3.7	4.3
	態度 (1~5, 5:大変良い)	3.9	4.3
	返事 (1~5, 5:大変良い)	3.9	4.3
②声	声の大きさ (3:ちょうど良い)	3.0	3.0
	話の早さ (3:ちょうどよい)	3.0	3.0
	語尾の明瞭さ (1~5, 5:大変良い)	3.8	3.8
③表情	笑顔 (1~5, 5:大変豊か)	3.4	4.1
④説明力1 (内容)	知らない言葉 (1~5, 5:全くなかった)	3.7	4.5
	専門用語の言い換え (1~5, 5:十分にある)	3.2	4.4
	話の長さ、説明の区切り (1~5, 3:ちょうどよい)	3.2	3.4
	どこがわかりにくかったですか? (自由回答)	-	-
⑤説明力2 (手法)	アイコンタクト (1~5, 5:大変豊か)	3.6	4.2
	相手の反応をみでの柔軟な説明 (1~5, 5:大変豊か)	3.6	4.2
	反復説明で、わかりやすい工夫 (1~5, 5:大変豊か)	3.7	4.1
	冊子の内容を越えているか (1~5, 5:充実している)	3.9	4.6
セッション2: 講話に関する質疑応答		第1回	第11回
⑥傾向と 対応力	質問への傾聴 (1~5, 5:大変良い)	4.2	4.4
	止めどもない質問への対応 (1~5, 5:大変良い)	3.9	4.3
	知らないこと、間違いを率直に認める (1~5, 5:大変良い)	3.8	4.5
セッション3: テーマを決めた自由討論とその司会		第1回	第11回
⑦司会者能力	質問者・発言者間の調整能力 (1~5, 5:大変良い)	3.7	4.2

評価点の増加 ■ >1.0 ■ 0.5~0.9 ■ <0.5

*「医師育成サポーター」は、同会に登録している住民ボランティア。医療の知識は必要ない。サポーターはレジデント研修で、研修医の話し方などを評価し、コミュニケーション能力の向上のアドバイスをする。

医師はいつ寝るのだろう。これは大変だ、と思いました」

医師不足の現実を知った藤本氏は、住民も協力して、この地で医師を続けたいと思ってくれる若手医師の養成に協力したいと考える。「病院のため」は「住民のため」、地域のために働いてくれる医師を協力して育てようと決意する。

「医師育成サポーター」によるレジデント研修では、研修医のコミュニケーションスキルアップを図る目的で、1人の研修医を月1回、1年かけて研修するというもの。サポーターが研修医の話し方、説明の仕方などを5段階で20項目以上、を評価する(図4)。

「住民の願いは、『分かりやすい説明をしてくださり、私たちの話をちゃんと聞いてくれる医師に診てもらいたい』ということです」

住民とのコミュニケーションを通して、この土地の住民のために働きたいとひとりでも多くの医師に思ってもらいたいと、藤本氏はレジデント研修に期待をしている。

疾患についての勉強しかしてこなかった研修医が、同院で地域医療の現場を知り(図み1)、また「医師育成サポーター」との対話では、疾患の背景に生活があることを知る。研修医は次第にサポーターとの月1回の研修を楽しみにするようになり(図み2)、コミュニケーションスキルも確実にアップしている(図4)。研修医との対話では、サポーター側も育っているという。

「医師と上手にコミュニケーションがとれる患者が増えていけば、そのコミュニケーションを通して、医師もまた育っていくことにもなるのではないのでしょうか」

千葉県医師数は、人口10万人あたり141人と、全国で4番目に少ない。しかも初期研修医を引き受ける研修病院は千葉市以西に集中する。医師の人材育成基盤の極端な地域格差。だからこそ、同院では魅力ある教育体制の構築、地域住民との医療課題の共有と打開のための協働が必要なのである。

その地道な、しかし着実な取り組みの好循環こそが、この地域の医療の再生に情熱をもつ同院の医師たち、コメディカルにとって、今現在、最も有用なメンタルヘルスケアになるのではないだろうか。

【図み1】「地域医療研修」(研修医の感想)

この研修を通して、地域医療に対する見方が大きく変わったと自覚しています。この研修前の地域医療に対する意識は、正直高いものではありませんでした。診療所は病院の下にあるものと思ひ込み、福祉・介護・調剤、また地域の救急医療体制に関しては、考えたことすらないのが正直なところでした。大学医学部・卒業臨床研修を通して、診断と治療に関する知識と経験だけを学び、その背景にあるものに対してまったく学ぶ機会がありませんでした。今回の研修は4週間と短い期間でしたが、今までの私の考えを一変させるものだったと思っています。診療所の役割、地域のさまざまな医療サービス、地域の医療資源の実態など、病院にいたのでは見えてこないものを数多く体験し理解できたことは大きな財産になったと考えています。

(研修医の感想文より)

【図み2】「コミュニケーションスキル研修」(研修医の感想)

研修を受ける前は大勢の方を前にうまく話ができるだろうか、うまく話を盛り上げられるだろうかなど不安に思うことが多かったのですが、会を重ねることに皆さんとの距離が近づき、話しやすくなりました。また皆さんが積極的にディスカッションしてくださるので、盛り上げようとしなくても自然に話が盛り上がり、研修前の不安は杞憂でした。今はレジデント研修で皆さんと接することが楽しみです。

病院基本データ

■ 名称/千葉県立 東金病院 ■ 所在地/千葉県東金市市方1229 ■ 開院/1953年8月 ■ 職員数/□□□名 ■ 病床数/191床(結核12床) ■ 診療科目/内科、神経内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、小児外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科