



研修医メンタルヘルス 解体心書

[著]

鈴木裕介
清水真祐子

秋葉原内科saveクリニック



中外医学社

目次 CONTENTS

CHAPTER 1

研修医メンタルヘルスのあらまし ■ 001

医師のメンタルヘルスリスク	001
初期研修医特有のストレス	003
後期研修医のリスク	011

CHAPTER 2

ストレスを理解するためのモデル ■ 016

ストレスとは何か?	016
ストレスそのものが悪いわけではない	018
ストレス反応を理解する	018
心身相関とアレキシサイミア	022
アブセンティーズムとプレゼンティーズム	025
デイリーハッスルズにも注意	026
休み方とリズム	029

CHAPTER 3

過剰適応 ■ 031

過剰適応とは何か?	031
過剰適応の対策	032
うつになりやすい「性格」	033
フォーン反応	036

CHAPTER 4

自らのタイプを知る ■ 040

外向と内向	041
FFS 理論（拡散性と保天性）	043
愛着スタイル	046

CHAPTER 5

医師のキャリアとメンタルヘルス ■ 050

キャリア不安とメンタルヘルスの関連	050
2つのキャリア観ー「専門医取得は『キャリア形成』か？」	052
専門性の定義	053
アドバイスを聞く相手を選ぼう	054
内的キャリア観の道しるべ	055
キャリアにおける「リスク」との付き合い方	057
平時から退路のことを考えておく	059
「休職」「退職」「転職」の3つは早めに経験したほうがよい	060
「やめどき」を考える	062
とはいえ、仕事はしょせん仕事ですから	063

CHAPTER 6

支援職に不可欠な対人査定スキル ■ 065

「クラッシャー上司」を知る	066
ブリリアント・ジャーク	068
機嫌の問題について	069
ハラスメントについて	070
クラッシャーにならないための「権力学」	072
ヨコの成長とタテの成長	074
成人発達理論	075
関係性と期待のアセスメント	077
信頼できる人をどう見抜くか	079

CHAPTER 7

セルフケアと休み方 ■ 082

セルフケアとは	082
コーピングリストをつくる	084
由緒正しき呼吸法	086
身体を用いたコーピングの有用性	087
ベタですが、睡眠対策とか食事も大事	088
食事とメンタルヘルス	089
反芻思考、知っていますか？	091
反芻対策についての基本的な考え方	093

72 時間完全休養	095
感じてはいけない感情はない（陰性感情との向き合い方）	095
怒り感情との向き合い方	096
ポジティブメンタルヘルスの潮流	097

CHAPTER 8

サポートとリソース ■ 106

リソースとは何か	106
ヘルプシーキング（援助希求）というスキル	107
組織の中にナナメの関係をつくる	109
組織の外にサポートを持つ	110
「つながる」の効能とサードプレイス	111
自分の聖域を持とう（情報から切り離され、自然に触れる、降りる）	112

CHAPTER 9

メンタルヘルスとトラウマ ■ 117

トラウマって何？	117
トラウマと関係ない疾患はない？（ACE 研究）	119
トラウマインフォームドケア	122
誰もがトラウマ当事者である	124
境界線を意識したほうがいい人	127
心と身体を分けずに診る	132

CHAPTER 10

対人支援職の自己肯定感 ■ 134

対人支援職と自己肯定感	134
関連概念について	134
「ケアテイカー」体験は、医療を目指す触媒	137
「傷ついた治療者」モデル	138
自分の課題を扱い続けること	140

おわりに	142		索引	150
------------	-----	--	----------	-----

COLUMN

サックコストを考える	058		使える資源（リソース）たち	114
BATNA を持とう	060		境界線は 2 本	129

はじめに

「研修医の4人に1人がうつになるらしい」

そんな「ウワサ」を耳にしたのは、現在の臨床研修制度が始まってしばらくしてのことでした。当時学生だった僕は、卒業したらそんなヤバイ環境に身を投じないといけなのかとビビっていました。5年生時の病院実習が全く肌に合わず、病院に行きたくなさすぎてお腹が痛くなるようなことも度々あったので、「卒業するのイヤだなあ」とわりと本気で思っていました。

冒頭の「ウワサ」は、2004年に前野先生のグループが行った、研修医のストレスに関する調査でのことです。1年目の研修医の実に35.8%が、研修開始2ヵ月後に「抑うつ状態」であり、そのうち新規にうつ状態の人の割合は25.2%でした¹⁾。また、抑うつ状態になった研修医の約11%が医療事故を起こしそうなことが「まあまあある」「よくある」と答えたという報告²⁾があります。

そうした高ストレス環境が明らかになり、勤務時間の減少などの措置が図られたこともあり、2011年の同様の研修では、研修開始3ヵ月後での抑うつ状態の研修医は30.5%（新規うつ状態率19.6%）と改善が見られています³⁾。しかし、そもそも日本人全体の抑うつの割合が15.2%であること⁴⁾から考えても、臨床研修医というのはメンタルヘルス的には超ハイリスクな職業だと言えるでしょう。

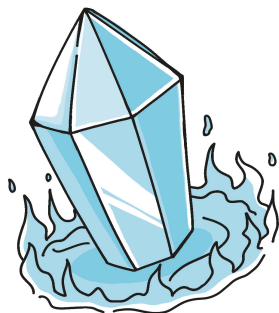
さて、これは日本だけのことなのかというと、そうでもありません。JAMAの2015年のメタアナリシスで「研修医のうつの割合は28.8%」⁵⁾と報告がありました。研修医のメンタルヘルスリスクの高さは全世界に共通するものであり、知的な生産活動の中では「最もメンタルヘルスリスクが高い職業の一つである」と言われています。過酷な環境であることがわかっている以上、しかるべき準備・対策が必要ですが、残念ながらこうした問題に対する医療現場の理解や対策は十分とは言えません。医師は一般の人よりもメンタルヘルスの知識に明るいはずなのに、医師自身のケアはしばしば後回しにされ、まさに「医者の不養生」を地で行くような状態となっています。なぜなのでしょう。

一般的に、初学者が危険を伴う営為を習得するにあたって、最初に学ぶのは「自衛のスキル」です。格闘技であれば「受け身」、スキーやスケートであれば「減速」や「安全な転び方」を習得するところからスタートするでしょう。しかし、メンタルヘルスリスクが高いとされている医療の現場なのに、そのような自衛の技術を最初に習得する機会や習慣はありません。実に不思議なことです。短パン・サンダルで富士登頂を目指すかのようなのです。

また驚くべきことに、勤務医の40%が、自分自身の体調不良について他の医師に相談を全くしないのだそうです⁶⁾。世代や診療科によっては、「医師は強くあるべき」「メンタルヘルスの不調を感じるのは甘え」といった価値観が根強く残っているところもあるように思います。その場で生き残り続けている「強者」の事例のみを基準に判断して、物事の本質を見落とす傾向のことを「生存バイアス」と言います。事故から生還した人の話だけを聞いて、「その事故はそれほど危険ではなかった」と判断することはできません。むしろ、医療現場にこそ、メンタルヘルス問題に対する偏見が根強く残っているのかもしれません。

そして、そのような環境の影響を受けて「メンタル不調は甘えだ」という価値観を内在化させてしまった人が、ひとたび精神的に危機を迎えると、それはたちまち自らを追い詰める刃になります。適切な相談やサポートを求めることを困難にして、孤立を深める要因になっていきます。特に、医師として圧倒的に立場の弱い研修医は、自分の悩みや不安を同僚や上司に伝えづらく、心理的なサポートを受ける機会はさらに少なくなるでしょう。また、適切に休むことやヘルプを求めることが、「プロとして求められる高度な技術」であることも、教えられる機会が乏しいのではないかと思います。

申し遅れましたが、私は秋葉原で心療内科のクリニックをやっている鈴木裕介と言います。ゲームとコンテンツ好きが高じて、ゲームの「セーブポイント」のような安心と回復の拠点ができたらいいなと思って「save クリニック」という名前をつけました。ゲームの喩えとかがちょっと多いかもしれませんが、そこは何卒ご了承ください。過去には高知県



で研修医のメンタルヘルス支援の仕事をしていたりしました。

この書籍では、こうした研修医のメンタルヘルスにおける現状に光を当てるとともに、医療現場での具体的な支援のあり方についても触れていきたいと考えています。なぜならば、メンタルヘルス問題は決して個人の弱さによるものではなく、厳しい労働環境や組織の構造から生じるものであり、個人の努力だけで克服することは困難だからです。

そもそも、メンタルヘルス課題は、個人の問題で解決するものではなく『マネジメントの課題である』という認識も十分であるとは言えません。メンタルヘルスとマネジメントの関係は雨と傘のようなものです。降り止まない雨から濡れないよう身を守るために、一人ひとりが持っている傘の帆を少し大きくしたり、傘の骨を少し丈夫にしたりすることはできるでしょう。しかし、セルフケアスキルの上達による対処には限りがあります。傘をさしている現場の人間に、雨を止ませることはできないからです。

自らに降ってくる仕事を止めることができるのは、仕事の量をコントロールする権限を持っている者、つまりマネジャーだけです。しかし、医療現場において90%以上がブレイングマネジャー、つまり、多忙な日常業務もこなしながら部下や同僚の管理もしないといけない立場にあります。止むことのない患者や地域社会のニーズや、経営層として収益を確保しなければならないプレッシャーのさなかで、「職員を守るためにいったん業務を縮小しよう」という意思決定を取れるマネジャーは稀だと言わざるを得ません。

本来、組織で取り組むべき重要課題であるにもかかわらず、最も立場の弱い個人の要因に帰結して、有効な組織的対策が講じられにくい点も、非常に大きな問題だと感じています。現に、約7割の事業所の経営者は、メンタルヘルスの悪化の原因は「個人の性格の問題」だと回答しています⁷⁾。

「権力の強い奴が、いろんな不都合を権力の弱い奴のせいにできてしまう」という構造の典型で、「まあ、あいつが弱かったよね」で済まされてしまう現実がある、ということも心得ておかなければいけません。

本書は研修医の先生方向けにセルフケアとその前提になる知識などをお伝えする内容が中心ですが、メンタルヘルスとは基本的に組織の課題であり、個人でできることには限りがある、ということは忘れないでいただきたいのです。もっと言えば、あなたが職場で心を病んだとき、それがすべてあなた一人の責任である、というケースはほとんどありません。このことを、ことさら強調しておく必要があります。

研修医としての日々の診療に向き合う中で、心の健康がどれほど重要であるかは言うまでもありません。メンタルヘルスに習熟することは、個人を守るだけにとどまらず、将来的な臨床力の向上にもつながると考えています。どの診療領域に進んだとしても、心の問題に全く関係のない患者さんはほとんどいません。もっと言えば、心に関するリテラシーの向上は、ありとあらゆる人間関係に応用可能であり、個人の幸福度を高めるものです。そのために必要と考えられる知識や考え方、具体的な TIPS などを医療・臨床心理学・教育学・経営学などあらゆる領域から網羅的に引っ張ってきた、というのが本書の特徴です。メンタルヘルスに関わる臨床家として、自ら実践して効果を実感している内容だけを載せています。実効的かつ根本的な問題解決につながるような内容を心がけました。そして、いま実際に研修医としての苦悩を肌で感じている世代である清水医師と共同で筆を執っており、ヒアリングやディスカッションを重ねながら「現役世代」のリアルな声を反映できるよう努めました。また、少しでも楽しんでいただけるように、本書の中にいくつか伏線を散りばめています。

臨床研修は決して容易ではない道のりですが、その旅路を少しでも楽にするための「冒険の書」として携えてもらえたら、これほどうれしいことはありません。

鈴木 裕 介

参考文献

- 1) 前野哲博, 中村明澄, 前野貴美, 他. 新臨床研修制度における研修医のストレス. 医学教育. 2008; 39: 175-82.
- 2) Yoshino S, Sasahara S-i, Maeno T, et al. Relationship between mental health of Japanese residents and the quality of medical service. The Society of Physical Fitness, Nutrition and Immunology. 2007; 17: 3-11.