

# 医療従事者の メンタルヘルスマネジメントと 支援のありかた

河西 千秋

札幌医科大学医学部神経精神医学講座 主任教授

## Summary

病院や医療機関は、産業精神保健（産業メンタルヘルス）はおろか、一般的な勤労者の健康管理の概念にも疎く、医療者のケア体制の構築が著しく遅れていると思われる。院内で職員のメンタルヘルスマネジメント不調事例が発生すると、院内に精神科があれば、精神科医に対応を依頼する病院が大半だと推察されるが、医療者も勤労者であり、病院にも医療者個人にも、労働安全衛生法が適用されている。厚生労働省は、メンタルヘルスマネジメント・支援における4つの根本概念を示しているが、本来、病院運営管理者や上司は、メンタルヘルスマネジメント・支援体制を自律的に構築し、自らも実践しなければならない。医療の構造は複雑であり、医療者はさまざまな感情反応が生じるなかで業務を遂行し、多大なストレスに曝されていて、昨今のウイルス感染拡大はこれに輪をかけている。ストレスを避けることはできないからこそ、後方支援体制としての産業精神保健体制が必要となるが、それを構築していくためには、組織がこれを中期計画に盛り込むなどして着実に体制を整えることが望ましく、またそのケア体制の実効性について検討していく必要がある。

病院や保健機関、あるいは医療機関は、健康管理未開地のようなものだと著者は常々思っている。「自分の健康よりも患者（あるいは利用者）が第一」という哲学はさておき、医療者は、他者あるいは管理者から、「あなた方は医療者だから（自分の健康は自分で管理できるはず）」とみなされ、また、「自分の健康状態は自分がよくわかっている」という思い込みがあり、また、「忙しいから」という言い訳をして、健康管理を後回しにしがちである。健康問題を、心・身2つに分割した場合、片方の「メンタルヘルス」については、おそらく、職場におけるメンタルヘルスマネジメント・支援の状況はかなり貧しく、医療者が自らのメンタルヘルス・ケアを考える機会、制度化されている年一度のストレスチェックの時くらいなのかもしれない。

実際にメンタルヘルスマネジメント不調事例が病院内で発生するとどうなるかといえば、科長、医局長や師長が精神科医のところに勢い電話をかけてきたり、押しかけてき

たりする。受け手の精神科医は、「はい、わかりました」と、否応なく対応する。もしもそれが緊急であればよいとしても、一般に病院や医療機関では、医療者を勤労者として支援するとか、あるいは普段から保健管理の対象者としてケアしていくという産業精神保健に関する意識は希薄であり、したがって、メンタルヘルスマネジメント危機に対応する職員・専門職は配置されていない。

「いやいや、だから病院に精神科医がいるでしょ」と言うかもしれない。しかし、病院の精神科医は、他の医師と同じように患者を診るために雇用されているのであって、職員のメンタルヘルスマネジメント危機に対応することは通常、求められていない（雇用契約にも書かれていない）。もちろん、医師には応召義務があり、そこで発生した事例に対応しなければならない。ただ、精神科医は、精神科以外の医師とは大きく異なる事情にある。精神科以外の医師も、職員のことで内々に診察を頼まれることが、年に数回くらいはあるかもしれな

いが、たいていそれは通常の診察という形で完結する。

一方、精神科の場合、相談依頼は頻繁で、かつ精神疾患の特性から、その対応は診察室の中だけで収まることはありえない。メンタルヘルス不調者の背景情報の収集から初期対応、職場での対人関係や業務問題の同定、そしてそこへの問題解決アプローチと治療を並行して進めていかなければならず、単に具合の悪い人の診察・治療にとどまらず、職場問題への対応、職場と家族との折衝、安全衛生委員会とのやりとりなどにも関与する。それらの作業と調整は繊細であり、非常に労力がかかる。それは、本務に影響するほどの負担となる。

著者は、医学部と大学附属病院を擁する首都圏公立大学で、組織の健康管理業務に責任者として従事し、大規模な改革を担った経験があり、今も医学部学生や医療者のメンタルヘルス支援に携わっていることから、この問題について、まず総論として、問題の所在や解決アプローチの手がかりになりそうなことについて言及したいと思う。

## 勤労者のメンタルヘルス問題の背景

冒頭から強い口調で述べたが、なぜ医療機関や教育機関でメンタルヘルス管理・支援が課題になりにくいのかということについて、さらに追加すると、医療機関の職員の年齢分布は、多くのところで20代、30代の方々が過半数で、健康問題の発生が比較的少ないことがあるのかもしれない。また、公的医療機関は看護職などの離職率も高く、健康不安を抱えていたり、業務負担が重いと感じた段階で、一部の医療者はすぐにそこから離職をしてしまい、事例化することを免れているのかもしれない。大学病院で働く医師の場合、今

### 著者紹介

河西 千秋(かわにし・ちあき)

札幌医科大学医学部神経精神医学講座

主任教授

横浜市立大学附属病院精神科、藤沢病院、

カリフォルニア大学サンディエゴ校、カ

ロリンスカ研究所、横浜市立大学医学部

健康増進科学／保健管理センターなどを

経て現職。認定病院患者安全推進協議会・

院内自殺の予防と事後対応に関する検討会座長、前国際自殺予防学

会日本代表、日本自殺予防学会副理事長、日本うつ病学会理事、日

本精神科救急学会理事。著者に、「HOPEガイドブック」(へるす出版、

2018年)など。

札幌医科大学附属病院(北海道札幌市中央区): 938床



も人事の中心はいわゆる医局であり、メンタルヘルスに不安のある医師には、早期に人事に関する配慮がなされる傾向がある。しかし、それだからこそ、ひとたび事が起こると、それらの多くが深刻事例として顕在化することを、著者は経験している。

医療者も人間であり、怪我もすれば病気にもなる。勤務する部署により、極端に肉体的にきつい部署もあれば、精神的にかなり厳しい部署もある。また、昨今のCOVID-19の感染拡大下では、救急医療や感染症病棟での勤務や、コンサルテーションにより関与することになった診療科の医療者や手術室のスタッフ、医療機器のサポートや感染症患者の検査にかかわる技師、輪番で夜勤や当直に入る医療者は、自らの命を危険に曝しての業務となり、年代や経験にかかわらず、医療者の心身のストレスは極端に強い。

医療者も勤労者であり、医療者にも職場にも労働安全衛生法が適用される。かねてから、世の中では勤労

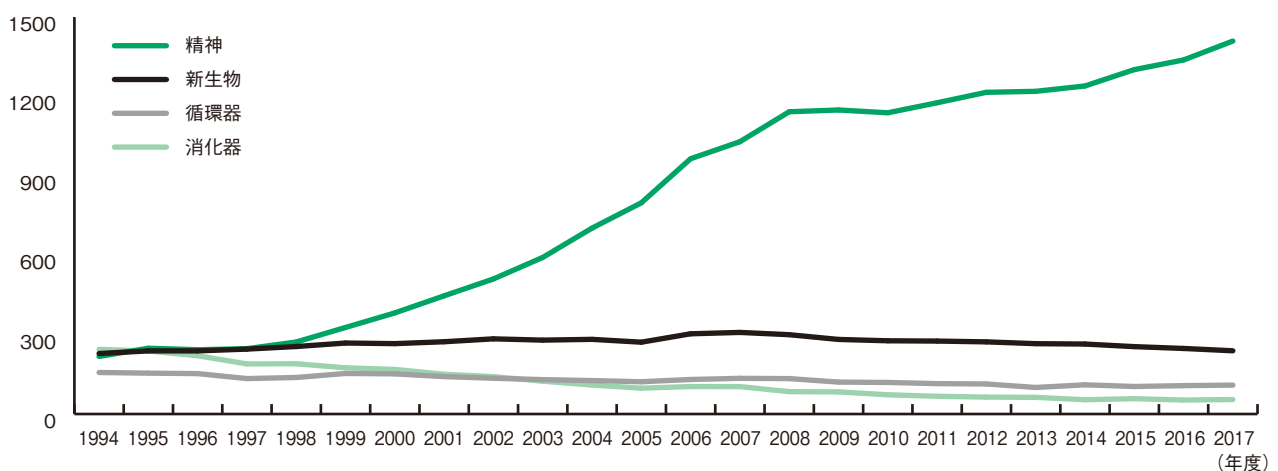


図1 地方公務員の長期病休者の疾病分類の推移

[10万人対、1994(平成6)～2017(平成29)年度]

者のメンタルヘルス問題が漸次増大し、1990年代には、「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」が出され、2000年代からは相次いで、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が出され、長時間労働者への医師の面接指導が義務化され、そして、2014年には、法の改正によりストレスチェック制度が確立・義務化された。2019年からは、「働き方改革法案」が順次施行されている<sup>1)</sup>。

この間、メンタルヘルス不調にかかる労災問題や「過労自殺」をめぐる訴訟が相次ぎ、メンタルヘルス管理に関して、職場における「安全配慮義務」の概念が提示され、徐々に知られるようになった。図1に、地方公務員における長期病休者の疾病別の推移を示す。一般企業からはこのようなデータが出てこないの、地方公務員のデータとなるのだが、検査や手術などの医療技術の進歩により身体侵襲が低減されたことで、入院期間が短縮化され、がん、循環器、消化器領域においては長期病休者が減少したり一定範囲内で収まっているものの、精神疾患領域だけが異常な増加を示している。この1998(平成10)年からの変化は、同年から激増した日本の自殺問題の推移と同調・並行している。

## メンタルヘルス管理・支援の基本原則

表1に、メンタルヘルス管理・支援における産業保健の根本的な概念について示す。これは、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」等<sup>1, 2)</sup>にも明記さ

表1 4つのメンタルヘルス・ケア

|                             |
|-----------------------------|
| 1. セルフケア                    |
| 1) ストレスやメンタルヘルスに対する正しい理解    |
| 2) ストレスへの気づき                |
| 3) ストレスへの対処                 |
| 2. ラインによるケア                 |
| 1) 職場環境等の把握と改善              |
| 2) 相談対応                     |
| 3) 職場復帰支援                   |
| 3. 事業場内産業スタッフ等によるケア         |
| 1) 具体的なメンタルヘルスケアの実施に関する企画立案 |
| 2) 個人の健康情報の取り扱い             |
| 3) 事業場外資源とのネットワークの形成やその窓口   |
| 4) 職場復帰における支援               |
| 4. 事業場外資源によるケア              |
| 1) 情報提供や助言助言を受けるなどのサービス活用   |
| 2) ネットワーク形成                 |
| 3) 職場復帰支援                   |

れている。

まず「セルフケア」とは、勤労者自身が、自分自身のストレスへの気づきや対処法を身につけ、実践することを指す。病院の運営管理者は、職員がセルフケアを実践できるように研修機会や情報提供を行う必要があり、また相談を行いやすい体制や環境を整えなければならない。

その運営管理者と直属の上司が行う管理とケア、支援のことを「ラインケア」という。運営管理者と上司は、職員の状況を日常的に把握し、職員に対する研修機会の提供や情報提供だけでなく、職場環境の把握と改善、メンタルヘルス不調者への気づきと対応などに取り組み、病気休暇や休職をした職員の支援を行わなければならない。そのためには、運営管理者と上司自身が教育を受けなければならないし、相談対応体制の運用の仕方に配慮し、また職場復帰体制を構築し、同様にその運用に配慮しなければならない。

次に、「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」であるが、これを可能とするために、運営管理者は、病院のなかに該当部署(職員健康管理室、あるいは保健管理センターなど)をつくり、該当部署が必要なケア、つまり、研修・知識獲得機会の提供、相談対応体制の構築と運用、メンタルヘルス増進体制の構築と運用を行い、これに従事するスタッフを配置する。それと関連し、各部署の衛生担当者は、セルフケアやラインケアの実施を支援し、病院の人事労務担当者は、運営管理者をサポートし、上記の体制・運営が円滑になされるような職場配置などの人事管理に配慮する。

果たして、病院のなかにこのような部署をもつところはどれくらいあるのだろうか。大学病院の場合、大学に保健管理センターをもつところはあるが、たいていの場合そこは学生利用施設であり、職員は対象外である。だから、行き場のない職員、あるいはその上司は、精神科医のところに駆け込んでくることになってしまう。病院運営管理者がそれで事足りているのであれば大きな誤解であるし、精神科医や精神科認定看護師などは、自分たちが何とかしてしまっている現状をそれでよしとしてしまうのではなく、本来あるべきケア体制の構築について、病院運営管理者に進言すべきである。

最後の「事業場外資源によるケア」とは、病院が抱えるメンタルヘルス問題や求める職員へのサービスに関して、専門機関の支援を活用すること、また、職員自身が職場外の社会資源を求めることを指す。しかし、運営管理者や上司は、メンタルヘルス管理・支援を外部に丸投げすべきではなく、主体はあくまでも病院にあり、運営管理者や上司にあることが、指針などに明

記されている<sup>1, 2)</sup>。

## 医療者に生じうる

### メンタルヘルス不調の種類

医療の世界は多層的で複雑である。患者の治療には、多くの場合、家族・親族が関与し、上級・同僚・後輩医療者がかわり、多職種の医療者が参加する。医療状況も職場も、常に動き続けている。そこから発生する心身の緊張・疲弊、あるいは複雑な対人関係、不安・悲しみ・怒りなどの感情反応が、ストレスとなる。

医療者は、医療現場に立つ前に、常に自己研鑽を求められるため、普段の活動も知らず知らずのうちに疲労につながる。ストレスはすべて悪というわけではなく、ストレス・フリーだと人の精神は弛緩してしまい、自己を成長・発展させることができないばかりか、緊張感を欠いた生活は医療事故を引き起こすかもしれない。しかし、過重ストレスに曝露されたり、それが持続すると、心身の健康が損なわれ、職場での人間関係に悪影響を及ぼしたり、ひいては医療事故のリスクも高まる。

職場の過重・慢性ストレスの結果として生じることのある精神疾患として、頻度の高いものは、適応障害とうつ病であり、これは医療者も同じである。それぞれの診断基準を表2、3に提示する。

この2つの障害は、移行性がある。つまり、適応障害と診断されても、症状が遷延したり、進展し、うつ病の診断基準を満たす状態に移行することが、まれならず起こる。なお、「適応障害＝軽症の精神障害」ではない。適応障害はうつ病の軽症型でもない。著者は、自殺未遂者ケアの診療・研究に従事しているが、3次救命救急センターに搬送される致死性の高い自殺未遂者の80%は、精神障害を有していることが明らかとなっており、また、適応障害などのストレス関連障害は、このうち10.3%を占めていた<sup>3)</sup>。

ところで、昨今のCOVID-19感染拡大下で特に問題となる医療者の精神障害は、急性ストレス障害とPTSD(心的外傷後ストレス障害)である。急性ストレス障害は、心的外傷の後に一部の人に生じる精神障害で、①侵入的症状、②陰性気分、③解離症状、④回避症状、⑤覚醒症状、の5種類のカテゴリーに属する14の項目のうち、一定数を認めた場合に診断されるものである。

心的外傷は、本人がそのことで衝撃を受けたのなら何でもよいというものではなく、「実際に、または危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への、曝露」となっており、その曝露は、直接の体験か、あ

表2 適応障害の診断基準 (DSM-5)

- A. はっきりと確認できるストレス因に反応して、そのストレス因の始まりから3カ月以内に情動面または行動面の症状が出現
- B. これらの症状や行動は臨床的に意味のあるもので、それは以下のうち1つまたは両方の証拠がある。
  - 1) 症状の重症度や表現型に影響を与えうる外的文脈や文化的要因を考慮に入れても、そのストレス因に不釣り合いな程度や強度をもつ著しい苦痛
  - 2) 社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の重大な障害
- C. そのストレス関連障害は他の精神疾患の基準を満たしていないし、すでに存在している精神疾患の単なる悪化でもない。
- D. その症状は正常の死別反応を示すものではない。
- E. そのストレス因、またはその結果がひとたび終結すると、症状がその後さらに6カ月以上持続することはない。

表3 抑うつエピソードの診断基準 (DSM-5)

- A. 以下の症状のうち5つ(またはそれ以上)が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも1つは、1) 抑うつ気分、または2) 興味または喜びの喪失である。
  - 1) その人自身の言葉か、他者の観察によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分
  - 2) ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味または喜びの著しい減退
  - 3) 食事療法をしていないのに、有意の体重減少、または体重増加
  - 4) ほとんど毎日の不眠、または過眠
  - 5) ほとんど毎日の精神運動焦燥、または制止
  - 6) ほとんど毎日の疲労感、または気力の減退
  - 7) ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感
  - 8) 思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められる。
  - 9) 死についての反復思考。特別な計画はないが反復的な自殺念慮、または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画
- B. その症状は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- C. そのエピソードは物質の生理学的作用、または他の医学的疾患によるものではない。

るいは他人に起きたことを直接目撃したか、あるいは近親者、または親しい友人に起こった出来事を耳にした場合、とされている。これらの衝撃的な出来事を経験した人の約2割が、急性ストレス障害に罹患すると

される。また、PTSDの前駆的な状態となりうる。

## あるべき医療者のメンタルヘルス支援体制

さて、病院において、誰が医療者のケアの担い手(主役)となるべきなのか? 意外と思うかもしれないが、答えは「総務課」、あるいは「庶務課」と呼ばれる部署の人事労務担当者である。人事労務担当の主たる仕事の1つは業務・就業管理であり、健康管理もそこに含まれる。

なお、いわゆる大企業には、ほぼ例外なく健康管理部門というものが置かれていて、そこには看護師や保健師、そして企業によっては産業カウンセラーが配置されている。産業医以外に、嘱託精神科医が非常勤で関与しているところもある。そのようなところでは、人事労務と健康管理部門が連携して健康管理に当たっている。読者の病院にはそういうものがあるだろうか?

### ■以前の保健管理センターの体制

著者は、以前、首都圏の公立大学医学部に長く勤務し、さまざまな役職を経験してきたことから知り合いが多く、学内・附属病院から、数多くの医療関係者や職員、学生のメンタルヘルス相談を依頼されていた。一方、並行して行政や団体・企業のメンタルヘルス支援にもかかわっていたので、産業保健のことも知悉しており、本来、職員・学生対応は、大学当局や病院当局が統括・管理すべき要件であると考えていた。その後、たまたま当該大学が、訳あって保健管理センターの抜本改革を行うこととなった際に、責任者としてこれを担当することとなった。

そもそも、そこには保健管理センターという部署はあるにはあったものの、内科医が兼務でセンター長を務めており、実質的には看護師1名が常駐する「保健室」だった。しかし、経年的にメンタルヘルス不調者

が事例化することが増え続け、とりあえず学生相談に従事するカウンセラーが必要となり、複数のキャンパスのうち、メイン・キャンパスの学務課による雇用で2名、そして医学部キャンパスの看護学科担当学務課による雇用で1名の、臨床心理士が配置されていた。しかし、出勤は週2回、しかも数時間の限られた時間で、肝心の学生にその存在はあまり知られておらず、職員の相談は相談室の業務範囲外ということで取り扱われることがなかった。

結局、職員に関しては、深刻化すると精神科医局や外来に突然の要請が来て、精神科医(その多くが著者であった)が対応に奔走する、といったありさまだった。このような事例の多くは、著者からすれば、「ラインケアがあれば事例化する前に収束できたのではないか」、「職場介入をしていれば、同一部署から繰り返しメンタルヘルス不調者が発生することは防止できたのではないか」というものばかりであった。

もちろん、機会があれば、法人幹部に、あるいは会議体で具申もしたし、管理職研修会も提案したが、以前にはまったく取り合ってもらえなかった。そのようななか、詳細は伏せるが、かなり深刻な事例が重なって起きた年があり、あまりのことに大学法人幹部が動かざるをえなくなり、学生と教職員双方のメンタルヘルス管理が大学の中期計画に取り上げられ、保健管理センターの抜本改革が行われることとなったのである。

### ■保健管理センターの抜本改革

著者は、それまでの学生・職員対応の経験や、行政や団体、企業での嘱託精神科医としての経験から、思い切った改革を行う必要性和、そのための明確で強いポリシーの発信が必要と考え、保健管理センターの基本業務案(表4)に加え、新しい保健管理センターのア

表4 保健管理センターの基本業務(例)

- 健康教育・保健管理
- 保健・福祉相談
- 感染症の予防対策
- 応急医療・危機介入
- 学生健診、教員・職員健診の支援・補助
- 健診・感染症に関する診断書の発行
- 教員・職員研修
- 情報発信
- 地域貢献
- 調査・研究

表5 「新しい保健管理センター」のアジェンダ(例)

1. 保健管理の統合組織として、すべての学生・教職員を対象とする。
2. 法と科学と道義性に基づく保健管理を行う。
3. 各部署に拡散しばらばらに実施されていた保健管理、情報収集・解析、相談業務、危機介入等の業務を保健管理センターを拠点に集約・統括する。
4. 相談対応機能を強化する。
5. 専門職個人に任されていた困難事例・深刻事例を積極的に取り扱う。
6. 法人の安全管理に貢献する。
7. 健康不調予防のための体制整備・教育・研修・啓発を強化する(ヘルスプロモーション)。
8. 上記の目的を果たすためのシステム構築に取り組む。
9. 優れた保健管理モデルを開発し、社会に発信、貢献する。

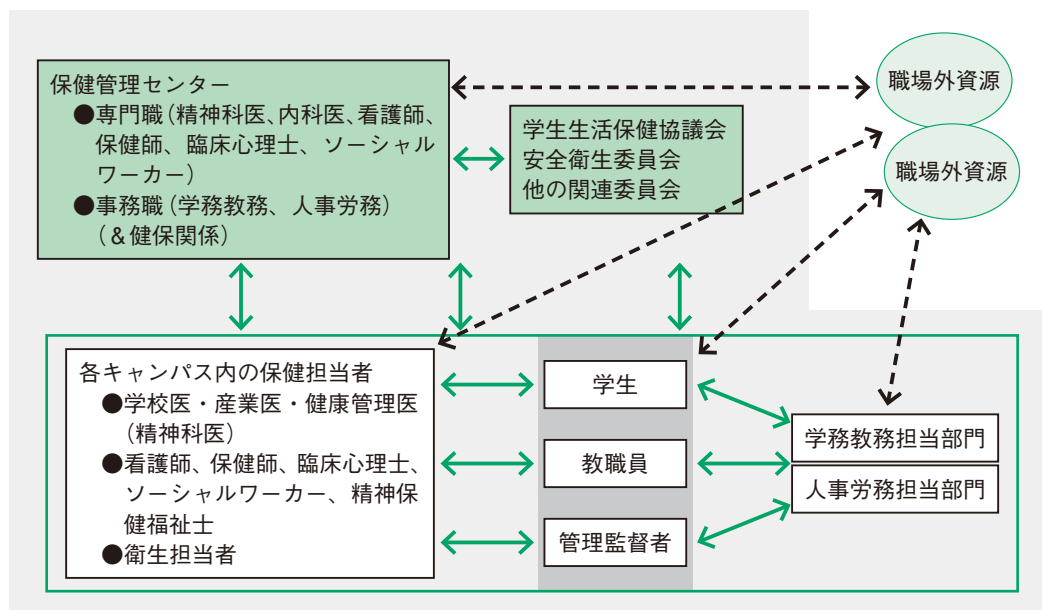


図2 大学・附属病院の保健管理体制 (例)

ジェンダを打ち出した(表5)。また、新たなスキーム(図2)を提示し、「学生支援の主役は学務担当者」、「教職員の健康管理の主役は人事・労務担当者」であり、「保健管理センターの保健・医療系専門職はこれを支援する役割」であることを強調した。

保健管理センターの機能と位置づけの改編にあたり、種々の規定・規程の改訂も必要となったので、自ら、既存文書の改定と新規文書の起草を行った。そして、保健管理センターには、公募により常勤精神科医が医学部教授兼センター長として配置され(著者)、常勤保健師1名、常勤看護師1名、常勤臨床心理士3名と非常勤臨床心理士1名を擁する体制となった。さらに、当該大学の2つの附属病院において健康管理室が整備され、産業医、精神科医、学校医、看護師が、いずれも兼務ではあったものの、担当者として委嘱された。

メイン・キャンパスにある保健管理センターは、所属の臨床心理士を、定期的に2つの附属病院に派遣し、終日、相談対応にあたることとしたが、その前に専用ウェブサイト、情報リーフレットを刷新し、学務教務行事などを活用し、相談対応体制に関するプロモーションを頻繁に行い、啓発に努めた。

職場起因性のメンタルヘルス不調には職場介入を行い、また、職場のラインケアやヘルスプロモーションのためのメンタルヘルス研修など(faculty developmentを含む)を、各所で定期実施した。研修会では、特に、①どのように職員のメンタルヘルス不調を疑えばよいのか、②どのタイミングで気になる職員に声をかけたらよいのか、③誰がどのような役割を担い何をすべきなのか、ということ、スキームと規定・規

程を提示しながら、管理職・中間管理職に対する研修教育で示した。また、相談対応から問題解決に至った事例について複数のパターンを供覧し、保健管理センターに相談を持ち込むことのメリットを伝えた。

就業審査会のあり方も改革し、ただ単に休・復職の書類審査を行うだけでなく、不調者の経過や支援についてしっかり議論を行う場とした。それは、日常的な保健活動が実現可能となった<sup>4)</sup>。

さらに、メンタルヘルス危機を未然に防ぐ、あるいは危機に迅速に介入するために、定期健康診断に、全般健康度と抑うつ、および自殺念慮に関するスクリーニングを導入した。そして、強い抑うつが疑われる教職員は1カ月以内に直接の対応を行い、自殺念慮の存在が強く疑われた教職員には、1週間以内の危機介入面接を目指した。抑うつに関しては、70%近い教職員とコミュニケーションをとり、自殺念慮者については、結果的に2週間以内に全員に介入することができた。

これらの改革を行った結果、2013(平成25)年度の保健管理センター来談者数は、約8700名の全キャンパス人口に対して、延べ2400件余りに増大し、医学系キャンパスでは延べ1392件(実数416件)にものぼった。つまり、最も相談しやすい大学、病院へと変貌したのである。

## 認定病院患者安全推進協議会主催 研修会におけるメンタルヘルス教育

著者は、認定病院患者安全推進協議会(以下、協議会)

とともに、入院患者の自殺事故調査を2度にわたって実施するとともに<sup>6, 7)</sup>、調査結果に立脚した形で、協議会とともに2011年より、「院内自殺の予防と事後対応のための研修会」を経年的に現在まで実施している<sup>8-10)</sup>。研修プログラムには、自殺予防の取り組みに加えて、医療事故の当事者となったスタッフへのケア方略も含まれており、2019(令和元)年度までに274施設から580人が受講した。

特にこの研修会で関心が高く、また好評を得ているのが、そのケア方略のパートである。ここでは自殺事故など、衝撃的な出来事に遭遇した人の心理的反応や特異的な反応、関連精神疾患などについて講師がレクチャーを行い、医療者がその当事者となってしまった場合の解説をした後に、事例検討を行う。続いて、いくつかの課題を設定してグループワークを行い、医療スタッフがメンタルヘルス不調に陥った場合に、現場の上司や管理部門が行うべき喫緊の対応とフォローアップが話し合われる。最後に、ワークを受けて、講師が対応とケアの基盤となる産業精神保健の考え方について、not to do/to doを含む事細かな解説を行う。

参加者のほとんどが、そのような観点から事後対応やスタッフケアを考えたことがなく、参加者にとっては目から鱗の体験となるようだ。なお、著者は最近、神奈川県、北海道、長崎県の看護協会などでも、同様のスタッフケアのための研修会を行っている。

## まとめと展望

医療者は日々、大きなストレスを経験するが、そのこと自体は避けられない。だからこそ、後方支援体制が必要となる。感染拡大下では、医療現場は戦いの場の様相を呈する。戦う前に後方支援体制を整えるのは当たり前のことで、そもそも後方支援体制を構築することは、労働安全衛生法や各種指針により、管理・監督者に義務づけられている。医療者や医療系学生のメンタルヘルス問題を、病院で働く精神科医が個人で、しかも真っ向から対応するのは、量的にも質的にも困難であり、何らかの健康管理部門を設け、まずは対応調整を行う専任スタッフを置くべきだと、著者は考える。職員の福利厚生、離職防止や医療安全上のリスクヘッジを考慮すると、ベネフィットは大きいと考える。

冒頭で、医療機関の産業精神保健不毛を嘆いたが、一方で、何らかのポリシーが策定され、適格なリーダーさえいれば、医療機関ほどやりやすいところはない。すぐに専門性や合理性をもって本質的な検討や作

業を進めていくことができ、医療者のメンタルヘルス問題を取り巻く状況を一変させることができる。

ところで、著者は現在の職場に転勤し、また産業精神保健活動を、ほぼゼロから開始することになった。まず、大学の学校医という立場で深刻・複雑事例に対応し、医療者のことも引き受けつつ、外側から大学健康管理部門を改革していくためのお手伝いをしていところである。「道遠し」を実感してはいるものの、この5年で保健師が新たに保健管理センターに配置され、心理師が配置され、着実に状況は変わりつつある。

## 文献

- 1) 厚生労働省：こころの耳：施策概要・法令・指針・行政指導通達。  
<https://kokoro.mhlw.go.jp/guideline/> (2020年7月1日閲覧)
- 2) 厚生労働省：職場における心の健康づくり。  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055195\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055195_00002.html) (2020年8月1日閲覧)
- 3) Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, Sato R, Konishi A, Kato D, Furuno T, Kishida I, Odawara T, Sugiyama M, Hirayasu Y: Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. BMC Psychiatry 2007; 7: 64.
- 4) 飛田千絵, 近藤智津恵, 金澤直樹, 岸本智美, 土井原千穂, 鈴木貴代美, 河西千秋: 横浜市立大学における教職員の健康管理システムの構築. CAMPUS HEALTH 2014; 51: 331-332.
- 5) 金澤直樹, 岸本智美, 土井原千穂, 飛田千絵, 近藤智津恵, 大山寧寧, 鈴木貴代美, 河西千秋: 横浜市立大学の学生・教職員における全般健康度とメンタルヘルスとの関連について. CAMPUS HEALTH 2014; 51: 553-554.
- 6) 岩下覚, 南良武, 河西千秋: 精神科領域における医療安全管理の検討その1: 病院内における自殺に関するアンケート. 患者安全推進ジャーナル2006; 13: 64-69.
- 7) 河西千秋, 井上佳祐, 大塚耕太郎, 大西秀樹, 加藤大慈, 杉山直也, 張賢徳, 花井恵子, 稗田里香, 竜トシ子: 病院内の入院患者の自殺事故調査. 患者安全推進ジャーナル2016; 45: 83-91.
- 8) 河西千秋: 病院内の自殺事故. (院内自殺の予防と事後対応に関する検討会ワーキンググループ監: 病院内の自殺対策のすすめ方. 患者安全推進ジャーナル別冊, 2011, p6-7.)
- 9) 河西千秋: 院内自殺対策の現状と「院内自殺の予防と事後対応のための研修会」活動. 患者安全推進ジャーナル2013; 32: 52-56.
- 10) 河西千秋, 加藤大慈: 院内自殺事故の事後対応. 看護管理2012; 22: 406-409.