

学位論文

Work-family conflict and prolonged fatigue

among Japanese married male physicians.

(日本人既婚男性医師のワークファミリーコンフリクトと
慢性疲労との関連について)

北里大学 医学部 公衆衛生学教室

指導教授 堤 明純

申請者氏名 太田 寛

著者の宣言

本学位論文は、著者の責任において調査を遂行し、得られた真実の結果に基づいて正確に作成したものに相違ないことをここに宣言する。

要旨

【目的】

医師は精神的にも肉体的にも大きなストレスにさらされている。その中には疲労が蓄積しているにもかかわらず、無理をして働き続けている医師もいる。疲労したまま働き続けることにより、医師自身の健康を危険にさらしたり、患者の安全に影響を及ぼしたりする可能性がある。疲労が蓄積された結果、短期間の睡眠や休養では解消することが困難となった疲労を、慢性疲労という。医師の慢性疲労は、自分自身の健康を害したり、患者の安全に影響を及ぼしたりする可能性があるため、慢性疲労を軽減することは重要である。

ワーク・ファミリー・コンフリクト (WFC) はワーク・ライフ・バランスの決定因子の一つであり、「仕事領域と家庭領域からのそれぞれの役割の要求が、幾つかの局面においては両立しないという役割間葛藤の一つの形態」として定義される。たとえば、仕事に時間がとられて家庭での役割を果たすための時間がとれないような状況を WFC と言う。WFC は一般労働者では抑うつ、病欠、退職、そして慢性疲労と関連があることがわかっている。本研究は、日本人既婚男性医師における WFC と慢性疲労の関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】

日本のある大学の医学部を卒業し、少なくとも 3 年間医師として働いた 1,746 人の医師を対象とした。WFC と慢性疲労の評価のために、「WFC 尺度」と「慢性疲労尺度 (CIS)」の日本語版を使用した。慢性疲労は、CIS の合計点数の上位四分位点に相当する「CIS の合計点 ≥ 79 」として定義した。WFC は 3 つの形態 (時間、ストレス反応、行動) と 2 つの方向 (仕事から家庭への葛藤 [WIF: Work Interference with Family]、家庭から仕事への葛藤 [FIW: Family Interference with Work]) の 6 つの尺度で構成されている。6 つの WFC 尺度それぞれの合計点を、低、中、高位の三分位に分け、低位の WFC を基準として、中、高位の WFC に対して多変量ロジスティック回帰分析を行い、WFC と慢性疲労の関連を検証した。

【結果】

回答した男性医師 540 人と女性医師 158 人のうち、既婚男性医師 444 人を分析対象とした。慢性疲労には、117 人 (25.9%) が該当した。解析の結果、慢性疲労と有意に関

連していたものは、高位のストレス反応に基づく WIF（オッズ比、5.56、95%信頼区間、2.55-12.1）、中位のストレス反応に基づく WIF（2.53、1.25-5.10）、高位の時間に基づく FIW（1.92、1.08-3.40）であった。慢性疲労と高位のストレス反応に基づく FIW（1.93、0.98-3.83）には弱い関連があった。

【考察】

慢性疲労は、中位と高位のストレス反応に基づく WIF、高位のストレス反応に基づく FIW、および高位の時間に基づく FIW と関連が認められた。これまでの研究でも、ストレス反応に基づく WIF は抑うつ、バーンアウト、仕事への不満足などとの関連が認められている。病院が、ストレス反応に基づく WIF を軽減する対策、例えば、コミュニケーションのスキルを訓練する、メンターを割り当てる、および医師がストレスに対処するための訓練をするなどの組織的な対策をとることにより、ストレス反応に基づく WIF を軽減し、ひいては慢性疲労を軽減できる可能性がある。

高位の時間に基づく FIW は、家庭での役割を果たすのに時間が必要なために仕事での役割を果たすために時間をかけることができないことを示している。医師の一般的な傾向として、過剰に仕事にのめり込むため、家庭での役割に時間がかかることは、葛藤になりやすい。時間に基づく FIW を軽減するための組織的な対策として、非常勤務を認めたり、ジョブ・シェアリングを行なったり、柔軟な勤務体制などの対処をしたりすることにより、時間に基づく FIW が軽減され、ひいては慢性疲労は緩和される可能性がある。

高位の時間に基づく WIF は、仕事での役割を果たすのに時間がかかり過ぎ、家庭での役割を果たすことができないときに生じる。我々の研究では、日本人既婚男性医師については、慢性疲労は時間に基づく WIF と関連が認められなかった。一方で、欧米の医師を対象とした研究では、長時間労働と慢性疲労には関連が認められている。これは、日本人既婚男性医師においては、医師とその家庭の双方が長時間労働を受け入れる以外に選択肢がないと思い込んでいるためではないか、と推測する。今後の研究を行う場合に、考慮する必要があると考える。

【結論】

本研究の結果により、日本人既婚男性医師の WFC と慢性疲労との間に関連を認めた。慢性疲労の軽減は、医師自身の健康を向上させ、患者の安全にも良い影響を及ぼす可能性がある。病院経営者は、病院での労働条件や労働風土を改善するための対策を講じたり、医師たちに WFC への対処の仕方を学ぶ機会を与えたりするべきである。このような対策により、WFC が軽減され、ひいては慢性疲労の軽減に寄与する可能性がある。

目次

	頁
1. 序論 -----	1
1-1. 医師の疲労が注目されている背景 -----	1
1-2. 医療従事者のワーク・ライフ・バランス-----	1
1-3. 社会でのワーク・ライフ・バランスの取り組み-----	2
1-4. 医療界のワーク・ライフ・バランスの現状-----	3
1-5. 医師のワーク・ファミリー・コンフリクトと慢性疲労について-----	4
2. 対象と方法 -----	5
2-1. ワーク・ファミリー・コンフリクトの測定-----	6
2-2. 慢性疲労の測定 -----	7
2-3. 統計 -----	7
3. 倫理的配慮 -----	8
4. 結果	
4-1. 回答者の分布 -----	8
4-2. WFC と慢性疲労との関連 -----	8
5. 考察	
5-1. WFC と慢性疲労との関連 -----	9
5-2. ストレス反応に基づく WIF-----	9
5-3. 時間に基づく WIF -----	10
5-4. FIW -----	11
5-5. 時間に基づく FIW -----	11
5-6. ストレス反応に基づく FIW-----	12
5-7. 本研究の限界 -----	12
6. 結論 -----	12
7. 今後の課題 -----	13
8. 謝辞 -----	13

9. 利害の対立	-----	13
10. 引用文献	-----	14
11. 図表	-----	18
12. 業績目録	-----	26

1 序論

1・1 医師の疲労が注目されている背景

医師は精神的にも肉体的にも大きなストレスにさらされている。その中には疲労が蓄積しているにもかかわらず、無理をして働き続けている医師もいる¹⁾。疲労したまま働き続けることにより、医師自身の健康を危険にさらしたり^{2), 3)}、患者の安全に影響を及ぼしたり^{4), 5)}する可能性がある。よって、医師の健康を守り、医療の質を維持していくためには、疲労の原因を特定して、その原因を取り除いていくことが重要である。

疲労は、診断上非特異的なものであり、健康に対して様々な影響を及ぼす⁶⁾。疲労の定義は、広義には「疲労、倦怠、エネルギーの欠如を感じる」とされており、大きく急性疲労と慢性疲労に分類されている^{6), 7)}。急性疲労は適切な休息や睡眠によって回復する一過性の疲労である。一方、慢性疲労は、日々の疲労の回復が不完全な状態が長期間に続いたために疲労が蓄積された結果のものであり、短期間の睡眠や休養では解消することが困難な病的な疲労である⁸⁾。慢性疲労は疾病による休業やけがと関連があることが明らかになっている^{2), 3)}。特に医師の疲労は患者の安全に影響を及ぼす可能性があるため、慢性疲労を軽減することは重要である⁴⁾。

また、医師の慢性疲労は労働条件と医師の個人的な要因との両方と関連があることが指摘されている¹⁾。日本の医師の慢性疲労に関連した労働に関する要因には、過大な仕事量、仕事のキャリアに対する不満、訴訟や患者数の多さなどの患者関連の問題、他の医師やスタッフおよび患者との関係、さらには管理的業務が挙げられている¹⁾。一方、個人的な要因には、婚姻の状況、子供の世話、家事の状況などが挙げられている。

1・2 医療従事者のワーク・ライフ・バランス

日本では、企業労働者、特に男性が家庭を顧みずに長時間働くことを当然と

する時代が長く続いてきた。ましてや、人の生命を預かる医師や看護師といった医療従事者は、自分の生活を犠牲にして働くことが当然とされる社会であった。また、医療従事者自身もそのような働き方をすることを当然としてきた。しかし、社会全体でも仕事と家庭生活との釣り合いを保つこと、すなわち、ワーク・ライフ・バランスが重視されるようになっていく。近年、医師不足が深刻になり、「医療崩壊」が社会問題化しているのは、過重労働で仕事に偏りすぎた生活によって燃え尽きた医師が地域の基幹病院から去っていくこともその要因の一つとされている⁹⁾。この状況を改善するための対策として、長期的な視点からは、医師や看護師の増員を図ったり、業務内容を分散させたりすることが検討されているが、短期的に必要なことは、現在病院で働いている医療従事者を大事にして、気持ちよく、元気に働いてもらうことだろう。医療従事者は自分自身の生活を犠牲にするような働き方を解消して、仕事と家庭生活をバランスよく両立させるべく行動することが重要であり、病院もそのような生活をサポートする施策を行うことも一つの方策と考える⁹⁾。このように、医療現場でのワーク・ライフ・バランスの実現は、医療を維持していくための必要条件となっている。ワーク・ライフ・バランスは、一般の職業に従事する人と同様に、医療従事者にとっても重要なことである。

1-3 社会でのワーク・ライフ・バランスの取り組み

関係閣僚、経済界・労働界・地方公共団体の代表などからなる「官民トップ会議」により、平成 19 年に「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」及び「仕事と生活の調和推進のための行動指針」が策定された^{10), 11)}。憲章の中で、目指すべき社会の姿として、「国民ひとりひとりが、やりがいや充実感を感じながら働き、仕事上の責任を果たすとともに、家庭や地域生活などにおいても、子育て期、中高年期といった人生の各段階に応じて多様な生き方が選択・実現できる社会」を掲げ、次の 3 つの柱を示している。

①就労による経済的自立が可能な社会

②健康で豊かな生活のための時間が確保される社会

③多様な働き方・生き方が選択できる社会

少子高齢化の進行により、労働人口の減少は避けがたいものとなっている。従業員の満足感やモチベーションの向上、企業忠誠心の醸成、離職率の低下、生産性の向上などを目指して、企業の生き残りの手段の一つとしてワーク・ライフ・バランスを推進する企業も増えてきている。その中には、医療界も参考にできるような多くの先進事例がある¹²⁾。医療従事者も労働者であるという考え方から、一般企業と同様の労働環境を整えていく必要がある。

1-4 医療界のワーク・ライフ・バランスの現状

ワーク・ライフ・バランスの一つの指標として、表1に病院常勤医師の週あたりの平均労働時間を示した。この表から、「平均の」滞在時間は20代で75時間、30代で68時間に及ぶことがわかる。これは労働基準法で定められた1週間の労働時間である40時間を大きく上回っており、この状況では家族や友人と過ごす時間は少なくならざるを得ない。これまでは、24時間をすべて仕事にささげる献身的医師像を基準とした100時間を超える時間外勤務や、当直と称した事実上の夜間勤務などの過剰な労働により病院の診療が支えられてきた¹³⁾。しかし、このような働き方を前提とした人員配置は限界に来ており、過重労働が違法とされ病院管理者が罪に問われる状況も増加している。ワーク・ライフ・バランスにも配慮した法に則った適切な労務管理がなされるべきである。

厚生労働省の統計によると、病院の医師数は、図1に示すように徐々に増加し、ここ10年で20%増加している^{14), 15)}。2010年の病院の勤務医師18万人は30年前の2倍以上である。しかし、このように病院における医師数が増加しているにもかかわらず、病院勤務医師の繁忙感が経年的に強まっていることが現場から指摘されている。厚生労働省の「医師の需給に関する検討会報告書」

16)による医師の勤務状況調査の結果によれば、3年以上同一の施設に常勤で勤務している医師に3年前と比較した勤務負担を尋ねたところ、67.7%が「勤務負担が増えている」と回答している。病院における繁忙感の増大、その労働に見合う待遇が与えられていないこと、さらに訴訟のリスクにさらされていることなどのイメージが病院の中核を担う中堅層に広がり、燃え尽きるような形で、病院を去る医師が増加している。2008年7月に銚子市民病院が休止し、岩手県では5カ所の県立病院・地域診療センターが2009年に無床化されたが、ともに医師不足が引き金となっている。このような問題から、医師が継続して働くことは、地域の安全・安心を守るためにも重要なことであることが、再認識されてきている。無理な働き方を続けられずに現場を去る医師が増加している現状を考えると、今後はワーク・ライフ・バランスの実現が、人材確保の重要な鍵の一つとなると予想される⁹⁾。

1・5 医師のワーク・ファミリー・コンフリクトと慢性疲労について

ワーク・ファミリー・コンフリクト（WFC: Work Family Conflict）はワーク・ライフ・バランスの決定因子の一つであり¹⁷⁾、「仕事領域と家庭領域からのそれぞれの役割の要求が、幾つかの局面においては両立しないという役割間葛藤の一つの形態」として定義される¹⁸⁾。たとえば、女性の社会進出や共働きの世帯が増加した結果、以前のように家庭や地域社会での役割だけでなく、職場での役割にも時間やエネルギーを使う必要が出てくる。そのような場合に、仕事と家庭を両立させるために必要な時間やエネルギーのバランスの配分がうまく成り立たなくなるような状況が発生する。このように一方の役割に生じる要求が他方の役割から生じる要求とは両立しないときに生じる葛藤が、仕事と生活の間で起こることをWFCと言う。

医師は、他の職業に従事する人たちと比べて、より葛藤の度合いの高いWFCに直面する可能性が高い。医師の勤務は長時間におよび、夜勤や残業もあるた

めに大きなストレスにさらされている¹⁹⁾。さらに、医師の一般的な特徴として、仕事への過度の献身、自分自身のプライベートな生活への関心の欠如、仕事を休むことが困難であること、家庭より仕事を優先する、といったことが挙げられる²⁰⁾。欧米の先行研究では、「仕事からの要求度が高いこと」と「仕事を自分で管理する余地が少ないこと」が WFC と関連があった²¹⁾。さらに、日本の医師の長時間労働は習慣化しており²²⁾、欧米の医師に比べ、より長時間の労働に従事しており、そのことが WFC を増大させている可能性がある²³⁾。特に、WFC は既婚医師にとってより大きな問題である可能性がある²¹⁾。医師の離婚率が高いことは、WFC が増大していることと関連があるかもしれない²⁴⁾。

過去の研究から WFC は労働者の健康と生産性に悪影響を及ぼすことがわかっており、一般の労働者を対象にした研究では、WFC は抑うつ²⁵⁾、病気による休職²⁶⁾、そして退職²⁷⁾、さらに慢性疲労²⁸⁾との関連が認められている。よって、医師においても、WFC は慢性疲労と関連がある可能性がある。しかし、日本の医師について、WFC と慢性疲労の関連を調査した研究は今までになく、医師において WFC が慢性疲労との関連性は明らかにされてはいない。本研究は、日本人既婚男性医師における WFC と慢性疲労の関連を明らかにすることを目的とした。

2 対象と方法

本研究は、1986 年から 2003 年までに日本国内のある大学の医学部を卒業し、少なくとも 3 年間医師として従事した経験を持つ 1,746 人の医師を対象とした。2006 年 11 月、対象者に匿名の自記式質問票に回答するように依頼した。質問票では、基本的な属性、労働条件、WFC、そして慢性疲労についての質問を行った。

2-1 ワーク・ファミリー・コンフリクト (WFC: Work Family Conflict) の測定

WFCはワーク・ファミリー・コンフリクト尺度(日本語版)で測定した^{18), 29-31)}。

表 2 にワーク・ファミリー・コンフリクト尺度 (日本語版) の質問項目を示す。

WFC は 3 つの形態 (時間、ストレス反応、行動) と 2 つの方向 (仕事から家庭への葛藤 [WIF: Work Interference with Family]、家庭から仕事への葛藤 [FIW: Family Interference with Work]) の 6 つの尺度で構成されている。2 つの方向は、言い換えると、「WIF: 仕事で費やす時間や、仕事上の役割に対するストレスなどのために、家庭で果たすべき役割が全うできない状態」と「FIW: 家庭で必要な時間やストレスが大きいために、仕事で必要な時間などが不足して支障が出る状態」ということである。WFC 質問票は 3 つの形態と 2 つの方向の 6 つの尺度の合計 18 の質問項目について質問して、それぞれ 5 段階のリカートスケールで報告される。各尺度の合計点数は、3~15 点となり、各尺度のスコアが高いほど、WFC が高位 (葛藤が激しい) であることを示す。

FIW について説明すると、例えば時間に基づく FIW は「家庭での役割に必要な時間のために、仕事での役割を果たすことができないこと」と定義され、ある医師が高齢の両親の世話をするために介護休暇をとる必要があるような状態をいう。ストレス反応に基づく FIW は「家庭からのストレスによる肉体的・精神的疲労のために仕事での役割を果たすことができないこと」と定義され、家族としての役割からの精神的圧迫により、仕事の役割に必要な集中力が低下すること、例えば病気の子供を心配する父親は仕事に集中できないような状態をいう。行動に基づく FIW は「家庭での役割を果たすのに必要な行動様式が、仕事での役割を果たすことの障害になること」と定義され、例えば、家庭という領域では、母親は愛情に満ち寛容であることが期待されるが、しかし、管理者として仕事という領域でこれらの同様の行動が示されると、それは他の従業員との間で葛藤を生じさせる可能性が高くなる、そういう状態をいう。WIF は、以上のような例とは反対の方向に、仕事での役割が家庭での役割を圧迫するよ

うに働く。分析においては、6 つの WFC 尺度それぞれの点数の合計を、それぞれの三分位数を基準に、低、中、高位の 3 段階の WFC に分類した。

2-2 慢性疲労の測定

慢性疲労の測定には、Checklist Individual Strength 日本語版(以下「CIS」とした)を使用した³²⁾。表 3 に Checklist Individual Strength 日本語版の質問表を示す。これは元々慢性疲労症候群を評価するために開発されたものであるが、労働者における疲労の測定に対しても妥当性が確認されている^{7), 33)}。CIS は、4 つのサブスケール（主観的疲労、集中力、動機づけ、身体的活動）に分類された 20 項目で構成されており、過去 2 週間の状況について記入する。各項目への回答は 7 段階のリカートスケールで構成されており、合計点数が高いほど、疲労の程度は高いことを示している。CIS の点数の合計は、個々の項目の回答を合計して算出され、20～140 点の範囲となる。本研究における慢性疲労は、上位四分位点に相当する「CIS の点数の合計 ≥ 79 」として定義した。

2-3 統計

WFC の各尺度に対して、スコアの内的信頼性の検証に、クロンバックの α 係数 (Cronbach's alpha) を算出した。分析では、WFC の 6 つの尺度のそれぞれの点数の合計を、三分位数を基準に三段階、すなわち低、中、高位に分けた。その後、低位の WFC を基準とし、中、高位の WFC に対して多変量ロジスティック回帰分析を行い、WFC と慢性疲労の関連を調べた。具体的に WIF について示す。まず単変量解析を行い（モデル 1）、そして WIF と慢性疲労の関連を分析するために、WIF のデータを 3 つの尺度（時間に基づく WIF、ストレス反応に基づく WIF、行動に基づく WIF）に対して調整した。（モデル 2）。さらに、年齢と先行研究⁷⁾で WFC と関連があるとされた 5 つの WFC の変数（業務量の多さ、キャリア不満足度、訴訟や患者数の多さなどの患者関連の問

題、同僚や患者との関係の良さ、管理職業務) でデータを調整した (モデル 3)。
また FIW 対しても同様の解析を行った。解析には Windows 版 SPSS 15.0³⁴⁾
を使用した。

3 倫理的配慮

本研究は産業医科大学倫理委員会により承認を得た。

4 結果

4-1 回答者の分布

本研究で、男性医師 540 人と女性医師 158 人が回答した。34 人からは回答を得られなかった。回答率は 41.9%だった。男性回答者のうち未婚者 90 人と離婚者 6 人は分析対象から除き、既婚男性医師 444 人を分析対象とした。「CIS の点数の合計 ≥ 79 」と定義した慢性疲労は 117 人 (25.9%) の回答者が該当した。

表 4 は、回答者の年齢分布と WFC の各尺度の中央値と三分位数を示す。半数以上の回答者は 40~49 歳の年齢層に含まれていた。時間に基づく WIF のスコアは、その他の尺度のスコアより高かった。クロンバックの α 係数は、すべての尺度で 0.84 以上であった。

表 5 は、回答者の専門科目を示す。産業医が 27.3%を占めており、日本の医師全体の分布とは異なる。これは調査した大学の特徴によるものとする。

4-2 WFC と慢性疲労との関連

表 6 は、WFC と慢性疲労の関連を示す。すべての 6 次元の WFC の尺度では、高位の WFC は慢性疲労と関連があった。特に、高位のストレス反応に基づく WIF は慢性疲労と強い関連があった。

表 7 は、WFC と慢性疲労の関連を求めるために多変量ロジスティック回帰分析を行った結果である。単変量解析により、中位の時間に基づく WIF、中位の時間に基づく FIW、中位のストレス反応に基づく FIW を除いたすべての尺度において、慢性疲労は WFC と関連があった（モデル 1）。モデル 2 では、中位と高位のストレス反応に基づく WIF、および中位と高位の行動に基づく WIF は慢性疲労と関連があった。時間に基づく WIF と慢性疲労には関連がなかった。また、高位のストレス反応に基づく FIW、中位および高位の行動に基づく FIW は慢性疲労と関連があった。高位の時間に基づく FIW と慢性疲労には、弱い関連が認められた。モデル 3 は、データを年齢と WFC の他の 5 つの変数に対して調整したモデルである。このモデルでは、慢性疲労は、高位のストレス反応に基づく WIF、中位のストレス反応に基づく WIF、および高位の時間に基づく FIW と有意な関連があった。また、慢性疲労と高位のストレス反応に基づく FIW には弱い関連が認められた。分析は、家庭に一緒に住んでいる子供がいるかどうかについても行ったが、有意な関連は認められなかった。

5 考察

5-1 WFC と慢性疲労の関連

日本人の既婚男性医師について、WFC と慢性疲労の関連を検証した。その結果、慢性疲労は、中位と高位のストレス反応に基づく WIF、高位の時間に基づく FIW、および高位のストレス反応に基づく FIW と関連が認められた。WFC を軽減することにより、慢性疲労の軽減に寄与できる可能性がある。その結果として、医師の健康を維持したり、患者の安全が向上したりする可能性がある。

5-2 ストレス反応に基づく WIF

ストレス反応に基づく WIF は、「仕事からのストレスによる肉体的・精神的疲労のために家庭での役割を果たすことができないこと」と定義されている¹⁸⁾。

本研究では、慢性疲労と中位と高位のストレス反応に基づく WIF とに関連が認められた。同様に、子供を持つ日本人男性および女性の IT エンジニア 180 人に関する研究では、WFC の中でストレス反応に基づく WIF のみが抑うつ症状と有意な関連が認められた³⁵⁾。ドイツ人医師に関する研究では、ストレス反応に基づく WIF は、個人の燃え尽き症候群や仕事への不満と関連が認められており³⁶⁾、ストレス反応に基づく WIF を低減することで、慢性疲労を防ぐことができる可能性を示している。ストレス反応に基づく WIF を軽減するために病院が組織的に行うことの出来る対策としては、例えば、コミュニケーションと管理スキルを訓練したり、それぞれにメンターを割り当てたり、および医師がストレスに対処するための訓練をしたりすることなどが考えられる。

5-3 時間に基づく WIF

高位の時間に基づく WIF は、仕事での役割を果たすのに時間がかかり過ぎ、家庭での役割を果たすことができないときに生じる。我々の研究では、日本人既婚男性医師については、慢性疲労は時間に基づく WIF と関連が認められなかった。一方で、欧米の医師を対象とした研究では、長時間労働と慢性疲労には関連が認められている²⁾。しかし、労働時間に関しては、米国や欧州連合の医師の労働時間よりも日本人医師の労働時間のほうが長い。欧米主要国の医師の週あたりの平均労働時間は、多い国でも 55 時間/週程度であるが、日本の常勤医師の労働時間は、平均 63.3 時間/週、最大 152.5 時間/週である^{22), 23)}。故に、このデータから、日本の医師の長時間労働が常態化していることがわかる。それなのに、本研究では時間に基づく WIF と慢性疲労の間に関連が認められない。一つには回答者の中に産業医が占める割合が大きいため、時間外勤務が比較的少ないことがある可能性が考えられる。また、日本人既婚男性医師においては、医師とその家庭の双方が長時間労働を受け入れる以外に選択肢がないと思い込んでいるのではないかと考えられる³⁸⁾。時間に基づく WIF を軽減

するには、労働時間の制限、タイムカードの導入、運営管理者の雇用、および病院内の部門間のよりよい協力体制の構築などの組織的な施策により、医師の労働時間を減らす必要があるだろう³⁹⁾。

5-4 FIW

次に FIW について検討する。FIW が高いことは、家庭での役割が相対的に大きいことが仕事でのパフォーマンスを妨げていることを示す。欧米の多くの研究では、FIW は疲労とは関連がない^{35), 39)}。一方で、医師の一般的な特徴の一つに仕事への過度な献身があることを考えると、家庭領域からの役割の増大は容易に葛藤を生じさせることになる可能性が高い。家庭での役割にうまく対処できない場合は葛藤を増大させると考えられる。

5-5 時間に基づく FIW

慢性疲労と高位の時間に基づく FIW とに関連が認められた。高位の時間に基づく FIW は、家庭での役割を果たすために多くの時間が必要であるために、仕事での役割を果たすことができないことを示している。日本人 IT 従事者に関する研究では、家庭での役割を果たすのに要する時間が多いほど FIW が高くなることが認められた³⁵⁾。医師の場合も同様に、時間に基づく FIW が高いとき、家庭での役割を果たすのに多くの時間を費やすことになり、仕事での役割を果たす時間が相対的に減少することになる。このような状況では、勤務に関して個人的あるいは組織的な調整が行われなければ、FIW をさらに増大させることになる。また、家庭での役割を果たすために時間をかけることを、医師および病院がもっと重視することが必要であり、病院としても組織的な対策をとることが必要である。例えば、非常勤職員の採用、ジョブ・シェアリング、および柔軟な勤務時間の導入などの対処により、時間に基づく FIW は緩和され慢性疲労が軽減する可能性がある。

5-6 ストレス反応に基づく FIW

高位のストレス反応に基づく FIW とは、家庭内のストレス、例えば子供の世話が大変であることや離婚の危機に直面しているといった深刻な個人の問題にうまく対処することができない場合に仕事に影響が出る状況を指す。我々の研究では、慢性疲労は高位のストレス反応に基づく FIW と弱い関連が認められた。しかし、労働者一般に関する研究では、ストレス反応に基づく FIW は慢性疲労とは関連が認められなかった^{35) 39)}。日本では、医師不足のために、多くの過重労働を強いられており、特に家庭への責任感が強い場合には葛藤を感じると考えられる。ストレス反応に基づく FIW を低減するためには、家庭でのストレスに対処する方法を学ぶ機会を与えるといった組織的な対策を検討すべきである。

5-7 本研究の限界

第一に、本研究は横断的研究であるので、因果関係を特定することはできない。因果関係を決定するには、コホート研究を含む前向き研究を行う必要がある。第二に、すべての回答者は一つの大学の医学部の卒業生であるために、専門分野や労働条件の点には偏りがあり、医師全体を代表してはいない。さらに、回答率は高くはなく、非回答者のデータは不明である。将来的な研究では、複数の大学の医学部の卒業生を対象とし、もっと高い回答率を獲得することが必要である。第三に、分析は日本人の既婚男性医師を対象に行った。将来的な研究では女性医師についても行う必要がある。

6 結論

本研究では、日本人既婚男性医師の WFC と慢性疲労の間に関連を認めた。慢性疲労は医師自身の健康を危険にさらしたり、患者の安全に影響を及ぼしたりする可能性がある。よって、過重労働を避けるために組織として医師の勤務

を調整したり、ストレスに対する医師個人の対処の仕方を学ぶ機会を与えたりすることにより WFC が軽減されて、慢性疲労の軽減に寄与する可能性がある。その結果として、医師の健康を守り医療の質を維持していくことが期待される。

7 今後の課題

本研究の結果、日本人既婚男性医師の WFC と慢性疲労の間に関連を認めた。WFC の軽減によって、慢性疲労が軽減され医師自身の健康や患者の安全の向上が期待される。今後は、女性医師を対象として同様の調査を行い、性差の検討や、対策の違いなどに対しての研究が必要である。また、WFC を軽減するための具体的な方策の提言や、改善するためのツールの開発などを行うことが出来れば、病院および個人の WFC の軽減がより容易に行うことが出来るようになる可能性がある。

8 謝辞

この研究に参加していただいたすべての医師の方々に感謝の意を表します。また、調査研究に際し、和田耕治先生、川島正敏先生、吉野八重先生、阪口洋子先生、清水みどり先生、相澤好治先生にご指導いただきましたことを深く感謝します。また、研究の遂行上、献身的なご支援を賜った衛生学教室ならびに公衆衛生学教室の皆様がこの場を借りて、厚く御礼申し上げます。本研究は一部ヘルス・サイエンス・センター（相模原）から資金援助を受けました。

9 利害の対立

なし

1 0 引用文献

1. Wada K, Arimatsu M, Yoshikawa T, Oda S, Taniguchi H, Higashi T, Aizawa Y: Factors on working conditions and prolonged fatigue among physicians in Japan. *Int Arch Occ Env Hea* 2008, 82(1):59-66.
2. Janssen N, Kant I, Swaen G, Janssen P, Schroer C: Fatigue as a predictor of sickness absence: results from the Maastricht cohort study on fatigue at work. *Occup Environ Med* 2003, 60 (Suppl 1): i71-i76.
3. Swaen G, Van Amelsvoort L, Bültmann U, Kant I: Fatigue as a risk factor for being injured in an occupational accident: results from the Maastricht Cohort Study. *Occup Environ Med* 2003, 60 (suppl 1):i88-i92.
4. Gaba DM, Howard SK: Patient safety: fatigue among clinicians and the safety of patients. *New Engl J Med* 2002, 347(16):1249-1255.
5. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD: Association of Resident Fatigue and Distress With Perceived Medical Errors. *JAMA* 2009, 302(12):1294-1300.
6. Ricci JA, Chee E, Lorandean AL, Berger J: Fatigue in the U.S. workforce: prevalence and implications for lost productive work time. *J Occup Environ Med* 2007, 49(1):1-10.
7. Beurskens AJHM, Bültmann U, Kant I, Vercoulen JHMM, Bleijenbergh G, Swaen GMH: Fatigue among working people: validity of a questionnaire measure. *Occup Environ Med* 2000, 57(5):353-357.
8. Kant I, Bültmann U, Schröer KAP, Beurskens AJHM, van Amelsvoort LGPM, Swaen GMH: An epidemiological approach to study fatigue in the working population: the Maastricht Cohort Study. *Occup Environ Med* 2003, 60 (suppl 1): i32-i39.
9. 太田寛, 渡部真弓: 女性の医療従事者に就業上必要な配慮. 医療機関での産業保

- 健の手引き．編集：相澤好治，和田耕治．東京：篠原出版新社；2006:203-208.
10. 内閣府：「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」．2007.
 11. 内閣府：「仕事と生活の調和推進のための行動指針」．2007.
 12. 諏訪康雄他：ワーク・ライフ・バランス推進事例集．日本経団連出版；2008.
 13. 厚生労働省：医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について．基発第0319007号．2002.
 14. 厚生労働省：施設の種別にみた医療施設に従事する医師数の年次推移．平成18年（2006） 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況．2007.
www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/06/dl/chosa-gaiyo-a.pdf
 15. 厚生労働省：施設の種別にみた医療施設に従事する医師数の年次推移．平成22年（2010） 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況．2011.
www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/10/dl/gaikyo.pdf
 16. 厚生労働省：医師の需給に関する検討会報告書．2006. p.5
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0728-9c.pdf>
 17. Duxbury L, Higgins C: Work-Life Conflict in Canada in the New Millennium. A status report final report.October 2003. Health Canada; 2003.
 18. Greenhaus J, Beutell N: Sources of conflict between work and family roles. Acad Manage Rev 1985, 10(1):76-88.
 19. McCue JD: The Effects of Stress on Physicians and Their Medical Practice. New Engl J Med 1982, 306(8):458-463.
 20. Myers M, Gabbard G: The physician as patient: A clinical handbook for mental health professionals: American Psychiatric Pub; 2008.
 21. Byron K: A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. J Vocat Behav 2005, 67(2):169-198.
 22. 厚生労働省：医師の需給に関する検討会報告書．参考資料 医師の需給推計について 2006. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0728-9c.pdf>

23. Simoens S, Hurst J: The supply of physician services in OECD countries. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Health Working Papers No21.; 2006.
24. Miller M, McGowen K: The painful truth: physicians are not invincible. Southern Med J 2000, 93(10):966.
25. Hammig O, Bauer G: Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland. Int J Public Health 2009, 54:88 - 95.
26. Jansen NW, Kant IJ, van Amelsvoort LG, Kristensen TS, Swaen GM, Nijhuis FJ: Work-family conflict as a risk factor for sickness absence. Occup Environ Med 2006, 63(7):488-494.
27. Harkonmäki K, Rahkonen O, Martikainen P, Silventoinen K, Lahelma E: Associations of SF-36 mental health functioning and work and family related factors with intentions to retire early among employees. Occup Environ Med 2006, 63(8):558-563.
28. Kato M, Yamazaki Y: An Examination of Factors Related to Work-to-family Conflict among Employed Men and Women in Japan. J Occup Health 2009, 51(4):303-313.
29. Netemeyer R, Boles J, McMurrian R: Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. J Appl Psychol 1996, 81:400-410.
30. Carlson D, Kacmar K, Williams L: Construction and initial validation of a multidimensional measure of work-family conflict. J Vocat Behav 2000, 56:249 - 276.
31. 渡井いずみ, 錦戸典子, 村嶋幸代: ワーク・ファミリー・コンフリクト尺度 (Work-Family Conflict Scale: WFCS)日本語版の開発と検討. 産業衛生学雑誌 2006, 48(3):71-81.

32. Vercoulen J, Swanink C, Fennis J, Galama J, van der Meer J, Bleijenberg G: Dimensional assessment of chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res* 1994, 38(5): 383-392.
33. Aratake Y, Tanaka K, Wada K, Watanabe M, Katoh N, Sakata Y, Aizawa Y: Development of Japanese version of the checklist individual strength questionnaire in a working population. *J Occup Health* 2007, 49(6): 453-460.
34. SPSS: SPSS for Windows Version 15.0. CHICAGO: SPSS Inc.; 2007.
35. Watai I, Nishikido N, Murashima S: Gender Difference in Work-Family Conflict among Japanese Information-Technology Engineers with Preschool Children. *J Occup Health* 2008, 50(4): 317-327.
36. Fuss I, Nubling M, Hasselhorn H-M, Schwappach D, Rieger M: Working conditions and work-family conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health* 2008, 8:1-17.
37. Hiyama T, Yoshihara M: New occupational threats to Japanese physicians: karoshi (death due to overwork) and karojisatsu (suicide due to overwork). *Occup Environ Med* 2008, 65:428-429.
38. Payette M, Chatterjee A, Weeks WB: Cost and workforce implications of subjecting all physicians to aviation industry work-hour restrictions. *Am J Surg* 2009, 197(6):820-827.
39. Greenhaus J, Parasuraman S, Collins K: Career involvement and family involvement as moderators of relationships between work-family conflict and withdrawal from a profession. *J Occup Health Psychol* 2001, 6(2):91-100.

表 1 医師平均労働時間比（週あたり） 病院勤務医

		平均値		
		診療時間 ¹	従業時間 ²	滞在時間 ³
男性	20-	51.3	57.4	74.9
	30-	44.5	52.2	68.4
	40-	40.3	49.6	64.5
	50-	31.9	43.7	58.7
	60-	22.6	35.4	50.0
	70-	21.6	30.1	41.0
	80-	14.6	18.8	31.4
女性	20-	47.8	52.2	68.8
	30-	41.4	47.8	61.1
	40-	37.5	44.6	56.7
	50-	32.4	41.6	52.5
	60-	27.4	35.3	46.6
	70-	22.4	31.4	39.5

1：「診療時間」：実際に診療した時間

2：「従業時間」：さらに診療に教育や会議等をあわせた時間

3：「滞在時間」：さらに待機時間をあわせた病院にいる時間

厚生労働省 日本の医師需給の実証的調査研究班：医師の
需給に関する検討会報告書，2006 年

表 2. ワーク・ファミリー・コンフリクト尺度（日本語版） 質問項目

時間に基づく仕事から家庭への葛藤（WIF）

1. 自分が家族と過ごしたい時間を、思っている以上に仕事にとられる。
2. 仕事に時間がとられるため、仕事と同様に家庭での責任や家事をする時間がとりにくい。
3. 職務を果たすのに多くの時間を使うため、家族との活動ができないことがある。

時間に基づく家庭から仕事への葛藤（FIW）

4. 家族としての責任に時間を費やすために、自分の職務が妨げられることがよくある。
5. 家族と時間を過ごすために、自分のキャリアアップに役立つ職場での活動に時間がかけられないことがよくある。
6. 家族としての責任を果たすために多くの時間を使うので、仕事の活動が犠牲になっている。

ストレス反応に基づく仕事から家庭への葛藤（WIF）

7. 仕事から帰った時、くたくたに疲れていて、家族といろいろなことをしたり、家族としての責任が果たせないことがよくある。
8. 仕事から帰った時、精神的に疲れ切っていて、家族のために何もすることができないことがよくある。
9. 職場でのストレスのために、家に帰っても自分が好きなことさえできないことがよくある。

ストレス反応に基づく家庭から仕事への葛藤（FIW）

10. 家庭でのストレスのために、職場でも家族のことが頭を離れないことがよくある。
11. 家庭での責任からくるストレスがよくあるので、仕事に集中するのが難しいことがある。
12. 家庭生活の緊張と不安のため、往々にして仕事をする能力が低下してしまう。

行動に基づく仕事から家庭への葛藤（WIF）

13. 仕事の際に使う問題解決行動は、家庭での問題解決には効果的でない。
14. 職場で、有効かつ必要な態度や行動は、家庭ではむしろ逆効果だろう。
15. 職場では効果的な行動は、良い親や配偶者となるには役に立たない。

行動に基づく家庭から仕事への葛藤（FIW）

16. 家庭ではうまくいく行動が、職場では効果的でないように思う。
17. 家庭では有効かつ必要な態度や行動は、職場ではむしろ逆効果だろう。
18. 家庭で、問題をうまく解決する行動は、職場では有用でないように思う。

表 3 Checklist Individual Strength 日本語版

下記のそれぞれの問いについて最近 2 週間のあてはまるところに○をしてください。

例：とても疲れている場合

1 疲れている	○						
---------	---	--	--	--	--	--	--

少し疲れている場合

1 疲れている			○				
---------	--	--	---	--	--	--	--

	はい、 そのとおりです						いいえ、 ちがいます
1 疲れている							
2 とても活動的だ							
3 考えるのがめんどうだ							
4 身体がへとへとだ							
5 やりたいことは何でもしたい							
6 健康的だ							
7 一日にたくさんのことをしている							
8 何かをする時、十分集中できる							
9 弱っている							
10 日中たいしたことができない							
11 集中力がある							
12 身体が休まっている							
13 集中するのが面倒だ							
14 身体の具合が悪い							
15 やりたいことがいっぱいある							
16 すぐに疲れてしまう							
17 一日にやれることは多くない							
18 何もする気になれない							
19 すぐに気が散る							
20 体調がよい							

表 4. Characteristics of the participants ($n = 444$) and work-family conflict

	n	%
Age		
27-29	16	3.6
30-39	170	38.3
40-49	239	53.8
50+	19	4.3
The median (tertile range) of work-family conflict		
Cronbach's alpha		
Work interference with family		
Time-based	11.0 (9.0-12.0)	0.93
Strain-based	8.0 (6.0-10.0)	0.91
Behavior-based	8.0 (7.0-9.0)	0.88
Family interference with work		
Time-based	6.0 (6.0-7.0)	0.84
Strain-based	6.0 (4.0-6.0)	0.89
Behavior-based	8.0 (6.0-9.0)	0.94

表 5. 回答者の専門科目 ($n = 444$)

専門科目	人数	%
内科	101	22.7
整形外科	69	15.5
外科	32	7.2
小児科	18	4.1
精神科	14	3.2
産婦人科	13	2.9
泌尿器科	12	2.7
脳神経外科	12	2.7
麻酔科	9	2.0
皮膚科	7	1.6
眼科	7	1.6
耳鼻科	6	1.4
放射線科	6	1.4
産業医	121	27.3
その他	17	3.8

表 6. Association between work-family conflict and prolonged fatigue

	Work interference with family				Family interference with work			
	Prolonged fatigue				Prolonged fatigue			
	+		—		+		—	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Time-based								
Low	21	(13.4)	136	(86.6)	21	(19.5)	95	(80.5)
Intermediate	51	(29.7)	121	(70.3)	44	(33.3)	143	(66.7)
High	45	(39.1)	70	(60.9)	52	(36.9)	89	(63.1)
	$\chi^2 = 24.2$ p value <0.01				$\chi^2 = 12.8$ p value<0.01			
Strain-based								
Low	15	(8.9)	153	(91.1)	25	(15.9)	132	(84.1)
Intermediate	41	(26.8)	112	(73.2)	44	(24.3)	137	(75.7)
High	61	(49.6)	62	(50.4)	48	(45.3)	58	(54.7)
	$\chi^2 = 60.5$ p value<0.001				$\chi^2 = 28.7$ p value <0.001			
Behavior-based								
Low	26	(14.2)	157	(85.8)	28	(15.6)	151	(84.4)
Intermediate	51	(31.7)	110	(68.3)	66	(30.8)	148	(69.2)
High	40	(40.0)	60	(60.0)	23	(45.1)	28	(54.9)
	$\chi^2 = 25.8$ p value <0.001				$\chi^2 = 22.0$ p value <0.001			

表 7. Multiple logistic regression analysis of the association between work-family conflict and prolonged fatigue

	Work interference with family						Family interference with work					
	Model 1		Model 2		Model 3		Model 1		Model 2		Model 3	
	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)	OR	(95% CI)
Time-based												
Low	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Intermediate	1.32	(0.86-2.02)	1.52	(0.82-2.82)	1.53	(0.80-2.94)	0.78	(0.50-1.20)	1.41	(0.80-2.63)	1.83	(0.88-3.80)
High	2.30	(1.45-3.62)	1.29	(0.62-2.69)	1.72	(0.80-3.71)	2.14	(1.38-3.32)	1.80	(0.95-3.40)	1.92	(1.08-3.40)
Strain-based												
Low	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Intermediate	2.04	(1.09-3.61)	2.92	(1.51-5.68)	2.53	(1.25-5.10)	0.84	(0.54-1.29)	1.29	(0.72-2.31)	1.13	(0.61-2.09)
High	4.66	(2.95-7.35)	7.10	(3.38-14.9)	5.56	(2.55-12.1)	3.23	(2.03-5.14)	2.87	(1.53-5.38)	1.93	(0.98-3.83)
Behavior-based												
Low	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Intermediate	1.56	(1.02-2.40)	2.18	(1.24-3.83)	1.60	(0.81-3.15)	1.56	(1.02-2.40)	2.05	(1.22-3.44)	1.17	(0.61-2.25)
High	2.31	(1.44-3.71)	2.22	(1.19-4.17)	1.47	(0.67-3.22)	2.61	(1.44-4.75)	3.54	(1.74-7.21)	1.76	(0.73-4.24)

Model 1: univariate.

Model 2: adjusted for three dimensions on work interference with family and family interference with work, respectively.

Model 3: adjusted for age and five other variables* of work-family conflict

*: a heavy workload, career dissatisfaction, patient care issues, relationships with other physicians, staff, and patients, administrative work.

OR: odds ratio; CI: confidence interval

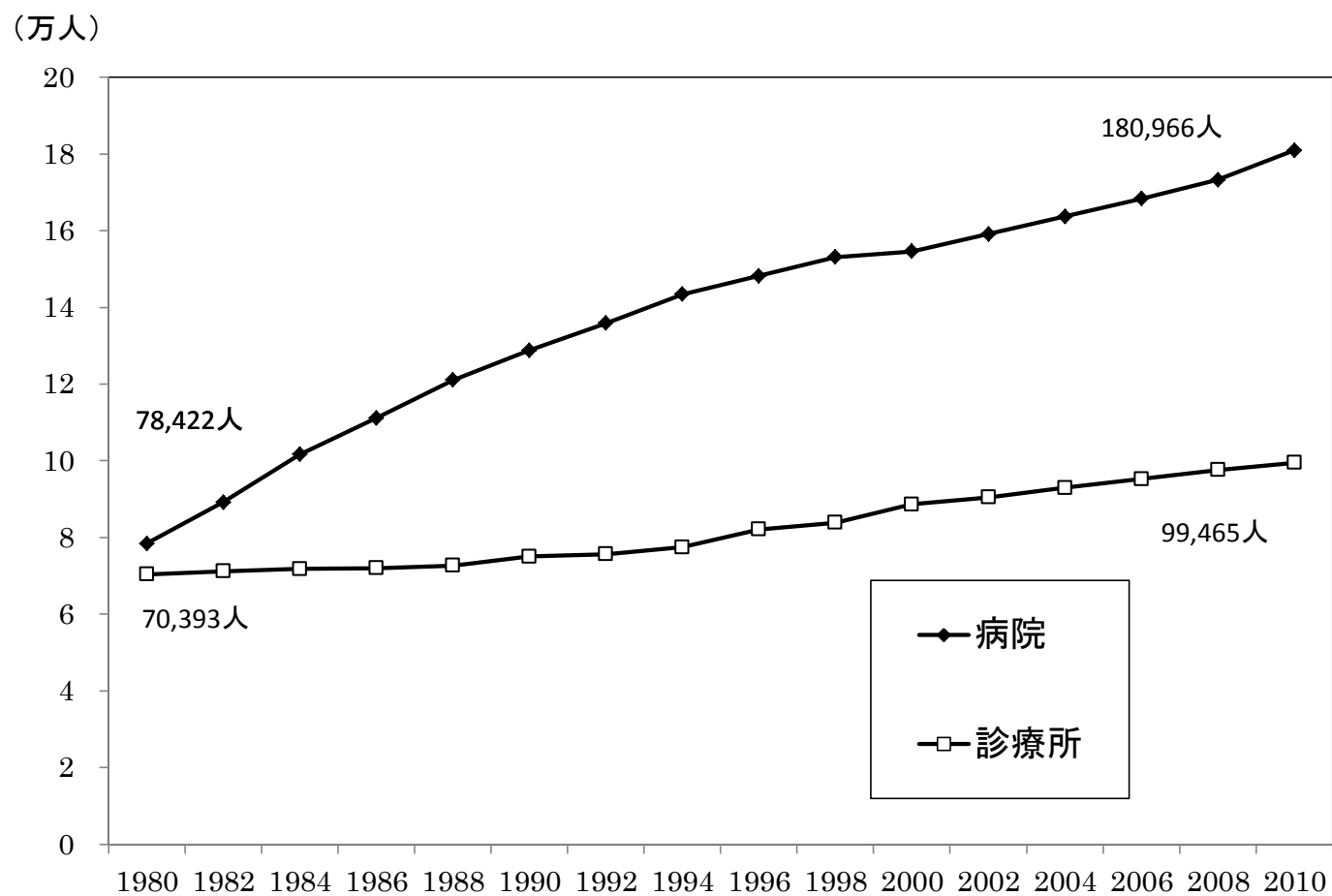


図 1 施設の種別にみた医療施設に従事する医師数の年次推移[13, 14]

1 2 業績目録

1 2 - 1 原 著

1. Wada K, Suehiro Y, Ohta H, Yoshikawa T, Hosaka T. Association of depressive symptoms with dietary habits among Japanese physicians. *Open J Preventive Medicine*. 2012. 2(3), 287-290. doi:10.4236/ojpm.2012.23041
2. Kawashima M, Wada K, Ohta H, Moriya R, Aizawa Y. Evaluation of Validity of the Urine Dipstick Test for Identification of Reduced Glomerular Filtration Rate in Japanese Male Workers Aged 40 Years and Over. *J Occup Health*. 2012; 54: 176–180.
3. Sasaki K, Yoshida A, Ohta H, Kotake K, Aizawa Y. Abnormality of risk factors for atherosclerotic disease among young Japanese aged 19 to 39 years old: an evaluation of health checkup data. *Environ Health and Preventive Medicine*. 2012. [Epub ahead of print] DOI 10.1007/s12199-012-0289-3
4. Wada K, Suehiro Y, Ohta H, Yoshikawa T, Hosaka T. Association of depressive symptoms with dietary habits among Japanese physicians. *Open J Preventive Medicine*. 2012; 2(3), 287-290. doi:10.4236/ojpm.2012.23041
5. Kawashima M, Wada K, Ohta H, Terawaki H, Aizawa Y. Association between asymptomatic hyperuricemia and new-onset chronic kidney disease in Japanese male workers: a long-term retrospective cohort study. *BMC Nephrol*. 2011; 12: 31. Published online 2011 July 2. doi: 10.1186/1471-2369-12-31. Impact Factor 2.14
6. Shimizu M, Wada K, Wang G, Kawashima M, Yoshino Y, Sakaguchi H, Ohta H, Miyaoka H, Aizawa Y. Factors of Working Conditions and Prolonged Fatigue among Teachers at Public Elementary and Junior High Schools. *Industrial*

Health 49 (4): 434-42. 2011. Impact Factor 0.950

7. Sakaguchi H, Tsunoda M, Wada K, Ohta H, Kawashima M, et al. (2012) Assessment of Border Control Measures and Community Containment Measures Used in Japan during the Early Stages of Pandemic (H1N1) 2009. PLoS ONE 7(2): e31289. 2011. doi:10.1371/journal.pone.0031289 Impact factor 4.41
8. Wada K, Ohta H, Kawashima M, Sakaguchi H. Correlation of “Google Flu Trends” with sentinel surveillance data for influenza in 2009 in Japan. The Open Public Health Journal. 2011; 4, 17-20. DOI: 10.2174/1874944501104010017
9. Ohta H, Wada K, Kawashima M, Arimatsu M, Higashi T, Yoshikawa T, Aizawa Y. Work-family conflict and prolonged fatigue among Japanese married male physicians. Int Arch Occup Environ Health. International Archives of Occupational and Environmental Health. Published online: 26 Jan, 2011. DOI: 10.1007/s00420-011-0613-z. Impact Factor 1.91
10. Nagai M, Wada K, Kawashima M, Shimizu M, Sato N, Ohta H, Sakaguchi H, Ikeuchi R, Tsunoda M, Aizawa Y. A classification of the 10 most commonly faced health and social issues by social service recipients in Kotobuki-cho, Yokohama. The Kitasato Medical Journal. 40(1). 42-48. 2010.
11. Watanabe M, Wada K, Sakata Y, Aratake Y, Kato N, Ohta H, Tanaka K. Maternity blues as predictor of postpartum depression : A prospective cohort study among Japanese women . Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. 29(3), 206-212. 2008. Impact factor 1.582

1 2-2 著 書

1. 太田寛 他. 保健・医療従事者が被災者と自分を守るためのポイント集. 和田耕治、岩室紳也 編集. 中外医学社, 東京, 2011; 69-70.
2. 太田寛 他: 臨床医のためのパブリックヘルス. 和田耕治, 太田寛 編集. 相澤好治, 中外医学社, 東京, 2010.
3. 太田寛 他. 妊婦・授乳婦の薬, 杉本充弘 編, 中外医学社, 東京, 2009; 24-5.
4. 和田耕治, 太田寛, 他. 相澤好治, 森晃爾 (監訳), 亀田高志, 和田耕治, 奈良井理恵 (翻訳): イギリス発産業保健の ABC, 南山堂, 東京, 2008 : p.143-147.
5. 太田寛, 渡部真弓: 女性の医療従事者に就業上必要な配慮. 相澤好治, 和田耕治編. 医療機関での産業保健の手引き, 篠原出版新社, 東京, 2006 : 203-208

1 2-3 総説・講座

1. 太田寛、川島正敏、和田耕治、相澤好治. マスク／レスピレーター～医療従事者が最低限知っておくべき呼吸用防護具の知識～. 薬局. 2011 ; 62(11). 126-130.
2. 太田寛、矢内勝、吉川徹. 広がるグッドプラクティス～被災地で呼吸用保護具の適正使用に関するセミナーを開催～. 労働の科学. 2011 ; 66(8). 494-495.
3. 和田耕治, 太田寛, 阪口洋子. 新型インフルエンザの流行初期における停留措置の意思決定のあり方の検討. 日本公衆衛生学会雑誌. 本公衆衛生学会雑誌流行初期における停留措置の意吉野八重、川島正敏、太田寛、和田耕治、相澤好治: 子宮頸がん検診受診の現状と受診率向上のための方策の検討 (総説). 産業医学振興財団 産業医学ジャーナル 2011; 34 (1) : 61-65
4. 和田耕治, 太田寛, 黒田梨絵, 三木明子. 東京都の医療機関における暴力の現状 (その

- 2) 職員間での暴言、暴力、セクハラ行為.安全医学 2011; 7(1), 33-40.
5. 吉野八重, 川島正敏, 太田寛, 和田耕治, 相澤好治: 子宮頸がん検診受診の現状と受診率向上のための方策の検討. 産業医学ジャーナル 2011; 34(1): 61-65.
6. 和田耕治, 太田寛, 阪口洋子: 特集: パンデミックインフルエンザ 公衆衛生の立場から. 日本臨牀 2010; 68(9):1722-1726.
7. 和田耕治, 太田寛, 川島正敏, 阪口洋子, 相澤好治: 新型インフルエンザから学ぶ包括的な感染症対策. 保健医療科学 2010; 59(2): 94-99.
8. 藤井和之, 堀慎一, 太田寛, 新美とき葉, 佐藤順子, 土井裕美, 林崇, 瀬戸裕. 当院でのスメラⅢa の取扱いについて. 埼玉県医学会雑誌. 2010; 45(1), 139-142.
9. 和田耕治, 太田寛, 川島正敏, 田中克俊, 相澤好治: 医療機関における職員の復職支援体制の現状と対策. 日本医事新報 2010; 4500:105-108.
10. 和田耕治, 太田寛, 広瀬達子: 東京都の医療機関における暴力の現状 (その 1) 看護職と事務職が経験した患者による暴力と患者同士の暴力. 安全医学 2010; 6(2):34-39.
11. 和田耕治, 太田寛, 川島正敏: 企業におけるリスクに応じた新型インフルエンザ対策. 健康開発 2010; 4(2):17-23.
12. 太田寛, 和田耕治, 相澤好治: 医療従事者のワーク・ライフ・バランスの現状と今後の展望. 産業精神保健 2009; 17(3): 145-9.

1 2-4 研究報告書

1. 高橋謙, 和田耕治, 太田寛: 企業における新型インフルエンザ (A/H1N1) の対応に関する調査のレビュー. 分担研究報告書. 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金 (労

- 働安全衛生総合研究事業) 平成 22 年度総括・分担研究報告書. 65-77, 2011.
2. 和田裕一, 喜多恒和, 太田寛: HIV 感染妊婦とその出生児の調査・解析および診療・支援体制の整備に関する総合的研究. HIV 感染妊婦とその出生児に関するデータベースの構築および HIV 感染妊婦の疫学的・臨床的情報解析. 厚労省科研費研究班会議 総括・分担研究報告書. 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金 (エイズ対策研究事業). 平成 22 年度総括・分担研究報告書. 22-68, 2011.
 3. 吉村健清, 和田耕治, 太田寛: 新型インフルエンザの流行初期における今後の停留のあり方に関する検討. 平成 21 年厚生労働科学研究費補助金. 新型インフルエンザ対策における検疫の効果的・効率的な実施に関する研究. 平成 21 年度総括・分担研究報告書. 95-107, 2010.
 4. 相澤好治, 佐藤敏彦, 角田正史, 工藤雄一郎, 和田耕司, 太田寛, 川島正敏: トナーの取扱いに関わる健康影響調査. 平成 21 年度研究報告書. 北里大学・東芝テック (株) 2010.
 5. 島悟, 田中克俊, 太田寛: メンタルヘルス不調者の効果的な職場復帰に関する調査研究 分担研究報告書. 平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金 (労働安全衛生総合研究事業). 平成 21 年度総括・分担研究報告書. 130-144, 2010.
 6. 高橋謙, 和田耕治, 太田寛: 職域における新型インフルエンザ対策の定着促進を支援するツール作成. 平成 21 年厚生労働科学研究費補助金 労働安全衛生総合研究事業 .職域における新型インフルエンザ対策の定着促進に関する研究 平成 21 年度総括・分担研究報告書. 65-76. 2009.
 7. 相澤好治, 佐藤敏彦, 角田正史, 工藤雄一郎, 和田耕司, 太田寛, 川島正敏: トナーの取扱いに関わる健康影響調査. 平成 21 年度研究報告書. 北里大学・東芝テック (株) . 2009.
 8. 安井良則, 中山健夫, 太田寛, 豊川貴生: 新型インフルエンザ対策(A/H1N1) 妊娠中の人や授乳中の人へ 感染しない 感染してもひどくならないために. 平成 21 年厚生労働科学研究費補助金 特別研究事業 2009 年度第一四半期の新型インフルエ

ンザ対策実施を踏まえた情報提供のあり方に関する研究．2009．
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/pdf/ninpu_1217_2.pdf

9. 渡部真弓, 和田耕治, 坂田由美, 太田寛, 田中克俊, 池田正人. 女性労働者の産後の復職に関する要因の研究. 平成 18 年度産業医学に関する調査研究助成調査研究報告集. 産業医学振興財団. 71-95, 2007. <http://www.zsisz.or.jp/images/pdf/h18-05.pdf>

1 2-5 症例・臨床治験・その他

1. 山ノ井康二, 田島敏樹, 太田寛, 中川潤子, 渡邊理子, 木戸道子, 笠井靖代, 宮内彰人, 石井康夫, 安藤一道, 杉本充弘. 二絨毛膜双胎の 1 児に胎盤血管腫、胎児水腫を発症した 1 例. 日本産科婦人科学会雑誌 61 巻 2 号 p.706, 2009.
2. 細川あゆみ, 安藤一道, 白田泉, 田島敏樹, 太田寛, 中川潤子, 渡邊理子, 木戸道子, 笠井靖代, 宮内彰人, 石井康夫, 杉本充弘. 品胎妊娠の膜性診断と周産期予後. 日本産科婦人科学会雑誌 61 巻 2 号 p.707, 2009.
3. 市瀬茉里, 安藤一道, 細川あゆみ, 田島敏樹, 太田寛, 中川潤子, 渡邊理子, 木戸道子, 笠井靖代, 宮内彰人, 石井康夫, 杉本充弘. 総合周産期センターにおける早発型新生児 GBS 感染症の現状 日産婦のガイドラインで予防可能か? 日本産科婦人科学会雑誌 61 巻 2 号 p.611, 2009.
4. 白田泉, 安藤一道, 細川あゆみ, 太田寛, 菊池真紀子, 中川潤子, 渡邊理子, 木戸道子, 笠井靖代, 宮内彰人, 石井康夫, 杉本充弘. 前置癒着胎盤 17 例の検討. 日本産科婦人科学会雑誌 61 巻 2 号 p.485, 2009.
5. 白田泉, 宮内彰人, 細川あゆみ, 田島敏樹, 太田寛, 中川潤子, 渡邊理子, 安藤一道, 杉本充弘. 切迫早産に対する硫酸マグネシウムの有効性－塩酸リトドリンとの比較検討－. 日本周産期・新生児医学会雑誌 45 巻 2 号 p.442, 2009.
6. 田島敏樹, 市瀬茉里, 細川あゆみ, 白田泉, 太田寛, 渡邊理子, 安藤一道, 杉本充弘. 妊娠 18 週にて第 1 児を流産後、満期産まで妊娠を継続した Delayed interval delivery

- の1例. 日本周産期・新生児医学会雑誌 45 巻 2 号 p.437, 2009.
7. 太田寛, 板岡奈央, 斉藤敬子, 白田泉, 市田宏司, 有馬香織, 田島敏樹, 渡邊理子, 中川潤子, 木戸道子, 笠井靖代, 宮内彰人, 石井康夫, 安藤一道, 杉本充弘. 双胎の両児ともに子宮内胎児死亡となった周産期心筋症の1例. 日本産科婦人科学会東京地方部会誌 58 巻 2 号 p.195-199, 2009.
 8. 市瀬茉莉, 安藤一道, 細川あゆみ, 太田寛, 菊池真紀子, 中川潤子, 渡邊理子, 木戸道子, 笠井靖代, 宮内彰人, 石井康夫, 杉本充弘. 当院で発生した新生児早期 GBS 感染症 6 例の検討. 日本産科婦人科学会関東連合地方部会誌 45 (3) p.230, 2008.
 9. 市田宏司, 板岡奈央, 斉藤敬子, 白田泉, 太田寛, 菊池真紀子, 渡邊理子, 木戸道子, 笠井靖代, 宮内彰人, 石井康夫, 安藤一道, 杉本充弘. 副腎褐色細胞腫合併妊娠の1例. 日本産科婦人科学会関東連合地方部会誌 57 巻 3 号 p.431-434, 2008.
 10. 安藤一道, 細川あゆみ, 白田泉, 田島敏樹, 太田寛, 佐藤千歳, 杉本充弘, 中島やよひ, 川上義. 早発型妊娠高血圧症候群を発症した絨毛膜三羊膜性品胎妊娠の1例. 日本周産期・新生児医学会雑誌 44 巻 2 号 p.475, 2008.
 11. 渡邊理子, 細川あゆみ, 市田宏司, 田島敏樹, 太田寛, 菊池真紀子, 佐藤千歳, 中川潤子, 安藤一道. 杉本充弘. 分娩時胎児ストレス評価としての臍帯血中各種逸脱酵素濃度の検討. 日本周産期・新生児医学会雑誌 44 巻 2 号 p.456, 2008.
 12. 白田泉, 安藤一道, 細川あゆみ, 田島敏樹, 太田寛, 佐藤千歳, 渡邊理子, 杉本充弘. 前置癒着胎盤で外科的処置を要した 7 症例の検討. 日本周産期・新生児医学会雑誌 44 巻 2 号 p.430, 2008.
 13. 斉藤敬子, 松本陽子, 宮内彰人, 白田泉, 板岡奈央, 太田寛, 菊池真紀子, 佐藤千歳, 渡邊理子, 木戸道子, 笠井靖代, 石井康夫, 安藤一道, 杉本充弘. 妊娠中に発症した急性リンパ性白血病の1例. 日本産科婦人科学会東京地方部会誌 57 巻 2 号 p.279-282, 2008.
 14. 安藤一道, 佐藤千歳, 宮内彰人, 本池良行, 松本陽子, 太田寛, 菊池真紀子, 渡連理子, 木戸道子, 笠井靖代, 篠塚憲男, 与田仁志, 石井康夫, 川上義, 杉本充弘. 当セ

- ンターにおける生殖医療後の多胎分娩の現状. 産婦人科の実際 57 巻 4 号 p.741-748, 2008.
15. 白田泉, 笠井靖代, 斉藤敬子, 板岡奈央, 田島敏樹, 市田宏司, 富田純子, 太田寛, 菊地真紀子, 佐藤千歳, 渡邊理子, 木戸道子, 宮内彰人, 石井康夫, 安藤一道, 杉本充弘. 下肢静脈血栓症を合併した帝王切開 2 回既往のある癒着胎盤の 1 例. 日本産科婦人科学会東京地方部会会誌 57 巻 1 号 p.76-80, 2008.
 16. 笠井靖代, 市田宏司, 富田純子, 太田寛, 菊地真紀子, 佐藤千歳, 渡邊理子, 木戸道子, 宮内彰人, 石井康夫, 安藤一道, 杉本充弘. 妊娠関連乳癌 7 症例の臨床的検討. 日本産科婦人科学会雑誌 60 巻 2 号 p.596, 2008.
 17. 白田泉, 笠井靖代, 安藤一道, 富田純子, 太田寛, 菊地真紀子, 佐藤千歳, 渡邊理子, 木戸道子, 宮内彰人, 石井康夫, 杉本充弘. 癒着胎盤症例において外科的処置を要した 7 例の臨床的検討. 日本産科婦人科学会雑誌 60 巻 2 号 p.587, 2008.
 18. 渡邊理子, 富田純子, 太田寛, 菊地真紀子, 佐藤千歳. 木戸道子, 笠井靖代, 宮内彰人, 石井康夫, 安藤一道, 杉本充弘. 過去 5 年間の当施設における子宮筋腫核出術既往妊娠症例の分娩経過についての検討. 日本産科婦人科学会雑誌 60 巻 2 号 p.557, 2008.
 19. 板岡奈央, 笠井靖代, 斉藤敬子, 白田泉, 富田純子, 太田寛, 菊池真紀子, 佐藤千歳, 渡邊理子, 木戸道子, 宮内彰人, 石井康夫, 安藤一道, 杉本充弘. 分娩後の外陰・膣壁血腫症例の検討. 日本産科婦人科学会東京地方部会会誌 56 巻 4 号 p.429-433, 2007.
 20. 太田寛, 篠塚憲男, 杉本充弘, 安藤一道, 石井康夫, 宮内彰人, 木戸道子, 笠井靖代, 渡邊理子, 佐藤千歳, 菊地真紀子, 富田純子. 妊娠中期に発見された正常胎児の大腿骨骨幹部骨折の一例. 日本産科婦人科学会関東連合地方部会誌. 44 巻 3 号 p.295, 2007.
 21. 菊地真紀子, 石川陽欧子, 泉玄太郎, 本池良行, 太田寛, 富田純子. 松本陽子, 佐藤千歳, 渡邊理子, 篠塚憲男, 木戸道子, 笠井靖代, 宮内彰人, 石井康夫, 安藤一道,

- 杉本充弘．重症妊娠高血圧腎症で早産帝王切開術を 3 度繰り返した 1 例．日本産科婦人科学会東京地方部会会誌 56 巻 2 号 p.154－158, 2007.
22. 本池良行，篠塚憲男，太田寛，松本陽子，菊地真紀子，佐藤千歳，渡邊理子，木戸道子，笠井靖代，宮内彰人，石井康夫，安藤一道，杉本充弘．既往子宮内手術に起因する腹腔内出血を起こした（妊娠 30 週）1 例．日本産科婦人科学会東京地方部会会誌，56 巻 1 号 p.9－11, 2007.
23. 石川陽欧子，菊地真紀子，泉玄太郎，本池良行，太田寛，松本陽子，佐藤千歳，渡邊理子，笠井靖代，木戸道子，宮内彰人，石井康夫，安藤一道，杉本充弘．産褥期に発症した周産期心筋症の一例．日本産科婦人科学会東京地方部会会誌 55（4） p.430－434, 2006.
24. 太田寛，青野一則，今村好久．卵巣悪性腫瘍との鑑別に苦慮した子宮体部良性腫瘍の 2 例．日本産科婦人科学会雑誌．58 巻 2 号 p.462, 2006.