

バーンアウトおよびワーク・エンゲイジメントの観点から分析した コンビニ受診と医師の疲労との関連性

マツモト ユウキ* ホシコ ミチコ*²* モリマツ ヨシタカ*
 松本 悠貴* 星子美智子*²* 森松 嘉孝*
 モリ ミホコ* クシノ ナナエ* イシタケ タツヤ*
 森 美穂子* 久篠 奈苗* 石竹 達也*

目的 過重労働による疲労は医師の地域からの撤退を招く。病院側の対策や住民側の意識改革を行った事例ではこうした問題の改善に成功した報告がされており、病院レベルでの対策が必要とされる。医師の疲労防止のために病院や住民側が出来ることには、昨今話題となっているコンビニ受診の問題があげられる。この問題は比較的新しく、医師の疲労との関連性を科学的に検証した研究は十分に成されていない。そこで我々はバーンアウトおよび労働意欲（ワーク・エンゲイジメント）の観点から、尺度を用いて医師の疲労とコンビニ受診との関連性を検証した。

方法 医師の過重負担が予想される人口10万対における医師数が全国平均以下の都道府県で、人口が多く24時間型社会が浸透していると考えられる中核市および特例市から200床以上を有する病院を44病院抽出した。政令指定都市に関しては人口差が大きくなることが予想されたため今回は除外した。各病院につき3人の医師（内科系、外科系、小児科各1人）をランダムに抽出し計132人に質問紙を配布した。質問紙はコンビニ受診に関するアンケート、ワーク・エンゲイジメント尺度である UWES、バーンアウト尺度である MBI-HSS を使用した。

結果 42人から回答が得られ有効回答率31.8%であった。時間外受診のうちコンビニ受診と思われる患者の割合は中央値5割であった。コンビニ受診で困っているかという問に対しては、61.9%の医師が困っていると回答した。困っていないと答えた医師からは、病院と地域との連携がとれていることを示す内容や、病院によって大きく異なり前勤務地では大変だったといった内容の意見がみられた。検定結果ではコンビニ受診の対策を行っていない病院に勤めている医師では、対策を行っている病院に勤めている医師に比べてバーンアウトの主症状である情緒的消耗感が有意に高かった。また、情緒的消耗感が重度であることへの有意なオッズ比も示され、年齢・性別で調整後および年齢・性別・診療科・当直頻度・当直時の睡眠時間で調整後も有意な値が示された。

結論 コンビニ受診の対策を行っていない病院では、医師がバーンアウトを起こしやすい可能性が示された。病院側は医師のバーンアウトを防止するためにコンビニ受診の対策を行っていく必要性があり、地域医療を支える医師を守るために受診者および行政も含めた地域全体での取り組みが今後必要となって来ることが考えられる。

Key words : コンビニ受診, 医師, バーンアウト, ワーク・エンゲイジメント

日本公衆衛生雑誌 2015; 62(9): 556-565. doi:10.11236/jph.62.9_556

I 緒 言

コンビニ受診とは、一般的に外来診療を行っていない休日や夜間に、緊急性のない軽症患者が病院の救急外来を自己都合で受診する行為を指す¹⁾。近年

こうしたコンビニ受診の増加が問題視されるようになり、某地域中核病院における伊藤らの報告²⁾によれば、時間外救急患者は毎年増え続け、2001年度の5,781人から2008年度は9,924人にまで上り、このうち2次・3次救急患者は全体の5.2%に過ぎなかったとされている。これまでにコンビニ受診が問題となり注目された事例としては、勤務していた救急医7人がすべて辞職に追い込まれた病院の事例や、急患を対象としていた24時間診療を廃止した病院の事

* 久留米大学医学部環境医学講座

²* 久留米市保健所

責任著者連絡先：〒830-0011 福岡県久留米市旭町
67 久留米大学医学部環境医学講座 松本悠貴

例などが挙げられる。一方で、コンビニ受診を控えるように病院側がポスターやパンフレットを作成し患者側に呼びかけたり、また行政が市のホームページや掲示板などを利用して地域住民に注意を喚起したりといった活動も行われている。兵庫県の丹波市ではコンビニ受診の増加による小児科医の地域からの撤退を受け、母親たちが2007年に“小児科を守る会”^{3,4)}を結成しコンビニ受診の抑制運動を始めている。現代の日本社会は高齢化が進み病院にかかる人口は増える一方、それを支えている働き手の数は減少の一途を辿っている。これは周知の事実であるにも関わらず、なぜコンビニ受診のような“限りある資源＝働き手”を大切にせず浪費する逆転の現象が患者の間で起きているのだろうか。

ある研究者は、コンビニ受診の増加はその語源ともなったコンビニエンスストアの店舗数の増加と非常によく似た相関を示していると述べている⁵⁾。すなわち、コンビニエンスストアが浸透することで、“なんでも24時間対応してくれるのが当たり前”という概念が日本人の頭の中に浸透し、定着してしまったことがコンビニ受診増加の原因ではないかと推察される。本来、病院の24時間対応はあくまで“生命の危機に関わる救急患者”のみを対象としており、コンビニエンスストアのような対象を限定しない24時間対応とは全く異質のものである。地域医療を支える重要な要素の一つとして医療者の疲弊を招かないようにする住民意識があげられており⁶⁾、先に述べたような病院を利用する側の想像力の欠如は医師の辞職すなわち地域からの撤退を招く⁷⁾。従ってコンビニ受診の問題は地域医療の崩壊と直結しているとも捉えられ得るが、残念ながら地域医療の問題を考える際には“医師の確保”にばかり固執する例が多く、住民側の意識改革や医療資源を守るための病院側の対策にまで配慮出来ている例は少ない。実際にそれらの点に注目し地域医療の中核病院として対策を行ってきた先行事例^{8~10)}では、結果として医師の過重労働の軽減および医業収益・病院の経営の継続性に寄与することに成功している。その中で松原¹⁰⁾は、各地域の病院で出来ることも少なくとも、病院は勤務医を守る姿勢を明確に示すべきであると述べている。病院側のそうした姿勢をさらに促していくためには医師の過重負担と疲労問題との関連性を示す研究が必要と考えられるが、時間外受診と医療職の過労に関してはこれまでに種々の調査・研究がなされ、厚生労働省の医療制度変革においても取り上げられてきた。しかしながら、先述のようなコンビニ受診の問題に関しては注目されるようになって間もない問題であり、医師の疲労との関連性

を調査した学術的研究は我々の知る限り成されていない。そこで我々は、コンビニ受診と医師の疲労との関連性について検討するための医師を対象とした調査を実施した。

II 研究方法

1. 方法と対象

対象者は医師の過重負担が予想される人口10万対における医師数が全国平均以下の都道府県¹¹⁾を選択した。次に人口の少ない市町村よりも人口の多い都市の方で24時間型の社会が浸透していることが考えられたため、中核市・特例市の200床以上を有する病院を対象とした。政令指定都市に関しては大規模な都市も含まれ人口差が大きくなることが予想されたため本研究では除外した。その結果、全国から合計で44病院が対象となった。対象者は研修医・管理職を除いた勤務医とした。1病院につき内科・救急科系医師1人、外科系医師1人、小児科医1人の3人を、病院のホームページよりランダムで抽出し、合計で132人の医師が本研究の調査対象として選ばれた。各対象者宛てに封書で質問紙を配布し、郵送で回答を得ることとした。調査は2014年3月に行った。

2. コンビニ受診の定義

コンビニ受診とはいわば俗称であるため、我々はコンビニ受診の定義づけを以下のように行った。

時間外(夜間・休日)外来患者において、1. 入院の必要がない“軽症”、もしくは治療の必要がない“とくに軽症”と判断される。2. “昼間は仕事があるから”、“待ち時間が少なくて済むから”、“なんとなく不安だから”など、受診の理由に緊急性を感じられない。3. 次の診療開始時間まで自宅で待機していても全く問題がない。4. 主治医からの受診に関する指示がある場合は除く。1~4の条件をいずれも満たしている場合をコンビニ受診とした。対象者へ配布した質問紙の中に本定義を記載し、コンビニ受診に関する質問については定義に基づいたうえで回答を得た。

3. 基本属性およびコンビニ受診に関するアンケート

基本属性については年齢、性、診療科、当直頻度、当直時の平均的な睡眠時間に関する質問を設けた。当直頻度は4件法(1. 月に1回以下, 2. 月に2~3回, 3. 週に1回, 4. 週に2回以上)で回答し、睡眠時間は数字を記入することで回答するものとした。コンビニ受診に関する質問は表1に示すような5項目を用いた。また、コンビニ受診に対する意見として自由記載欄も設けた。

表1 コンビニ受診に関するアンケート内容

提示文 (コンビニ受診の定義)
<p>ここでは、時間外(夜間・休日)外来における“コンビニ受診”について以下のように定義します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●入院の必要がない“軽症”，もしくは治療の必要がない“特に軽症”と判断される ●「昼間は仕事があるから」，「待ち時間が少なくて済むから」，「なんとなく不安だから」など，受診の理由に緊急性が感じられない ●次の診療開始時間まで自宅で待機していても全く問題がない ●主治医からの受診に関する指示がある場合は除く <p>上記4つの条件をいずれも満たしている。</p>
質問項目および回答欄
<ul style="list-style-type: none"> ●当直時に来院する患者のうち，コンビニ受診と思われる患者の割合は概ね何割くらいですか。 <p>(割) ※0~10の間で，数字で記入して下さい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ●先生ご自身は，コンビニ受診で困っていると感じていますか。 <p>①非常に困っている ②困っている ③あまり困っていない ④全く困っていない</p>
<ul style="list-style-type: none"> ●(上記質問に対して) ①および②と回答した先生にお尋ねします。どのようなことで困っていますか。(複数回答可) <p>①睡眠がとれない ②重症患者への対応が遅れる ③クレームや理不尽な要求をする患者が多い ④医師が休職・離職していく ⑤身体的な疲労がたまる ⑥精神的な疲労がたまる ⑦その他 ()</p>
<ul style="list-style-type: none"> ●現在勤務されている病院では，コンビニ受診への対策はされていますか。 <p>①はい ⇒対策内容：() ②いいえ</p>
<ul style="list-style-type: none"> ●コンビニ受診対策の実施について，どのようにお考えですか。 <p>①積極的に実施するべきである ②不本意ではあるが実施するべきである ③出来る限り実施するべきではない ④決して実施するべきではない</p>

4. 疲労および労働意欲に関する尺度

医療従事者を含むサービス業従事者における疲労問題には，代表的なものとしてバーンアウトが挙げられる。バーンアウトの発症にはサービスの受け手からの過剰な利便性の要求が関連しており¹²⁾，コン

ビニ受診との強い関連性が予測された。そこで我々はサービス業従事者におけるバーンアウト尺度であるMBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey) を用いることとした。MBIはマストラック¹³⁾により開発され，日本語版は北岡^{14~16)}が翻訳しMind Garden¹⁷⁾に登録されている。下位尺度は情緒的消耗感(情緒的疲弊感)，脱人格化(非人間化)および個人的達成感の低下の3尺度から構成されている。このうちバーンアウトの主症状とされている情緒的消耗感は27点以上が重度，17~26点が中等度，16点以下が正常ないし軽度と判断される。その他の下位尺度のうち脱人格化は13点以上が重度，7~12点が中等度，6点以下が正常ないし軽度と判断される。個人的達成感の低下は31点以下が重度，32~38点が中等度，39点以上が正常ないし軽度と判断される。

また，バーンアウトの対極に位置する概念として，島津はワーク・エンゲイジメント¹⁸⁾を挙げている。Schaufeli¹⁹⁾によって定義されたワーク・エンゲイジメントは，日本語では労働意欲とも呼ばれている概念であり，アウトカムとしては労働意欲が高い者ほど職務満足感が高く離職の意思が低いと述べられている²⁰⁾。従ってコンビニ受診と医師の離職問題との関連性を検討する際に必要な概念であると考えられた。本研究においては労働意欲を測る尺度であるUWES (Utrecht Work Engagement Scale)の短縮・日本語版²¹⁾を用いることとした。本尺度については点数が高い者ほど労働意欲が高いと判断される。

5. 統計分析および倫理的配慮

解析ソフトはIBM SPSS Statistics 20を使用し，両側検定に基づくP値を示し有意水準5%とした。2群間の検定ではunpaired t-検定を使用した。単変量解析では χ^2 検定，多変量解析では多重ロジスティック回帰分析を行った。多重ロジスティック回帰分析では強制投入法を選択した。

本研究はすべて無記名調査とし，質問紙に回答・郵送することで同意を得たものとした。対象者のプライバシー保護には十分配慮し，厳重なデータの管理，保管を行った。なお，本研究は久留米大学倫理委員会の承認を得て行った(承認年月日：平成25年12月27日，承認番号：No. 13227)。

III 研究結果

1. 集計結果

1) 回答率および基本属性

132人中42人の医師から回答が得られた(19都道府県，回答率31.8%)。基本属性および質問項目に

関する回答分布を表2に示す。年齢の平均値±標準偏差は33.4±3.5歳，男女比は全国における医師の男女比（=80.3：19.7）¹¹⁾と大差はなかった。診療

表2 基本属性および各質問項目の回答分布(n=42)

		実数(%)
性別	男性	32(76.2)
	女性	10(23.8)
年齢	30歳以下	9(21.4)
	31-35歳	25(59.6)
	36歳以上	8(19.0)
基本属性 診療科	内科・救急科	13(31.0)
	外科	12(28.6)
	小児科	17(40.5)
当直頻度	月に1回以下	6(14.3)
	月に2~3回	15(35.7)
	週に1回	15(35.7)
	週に2回以上	6(14.3)
当直時の平均的な睡眠時間	3時間未満	11(26.2)
	3時間以上4時間未満	11(26.2)
	4時間以上5時間未満	12(28.6)
	5時間以上	8(19.0)
コンビニ受診の割合	1割以下	7(16.7)
	2~4割	13(31.0)
	5~7割	16(38.1)
	8割以上	6(14.3)
コンビニ受診で困っていると感じているか	非常に困っている	3(7.1)
	困っている	23(54.8)
	あまり困っていない	14(33.3)
	全く困っていない	2(4.8)
コンビニ受診に関する質問	睡眠がとれない	19(73.1)
	重症患者への対応が遅れる	11(42.3)
	クレームや理不尽な要求をする患者が多い	15(57.7)
	医師が休職・離職していく	5(19.2)
	身体的な疲労がたまる	21(80.8)
	精神的な疲労がたまる	22(84.6)
	その他	1(3.8)
現在勤務している病院では、コンビニ受診への対策はされているか	はい	19(45.2)
	いいえ	23(54.8)
コンビニ受診対策に実施について、どのように考えているか	積極的に実施するべきである	33(78.6)
	本意ではあるが実施するべきである	9(21.4)
	出来る限り実施するべきではない	0(0.0)
	決して実施するべきではない	0(0.0)

科別では小児科医の回答率がやや高めであった。診療科の詳しい打ち分けは、内科・救急科系では循環器内科3人，消化器内科3人，総合内科2人，糖尿病内科2人，呼吸器内科1人，腎臓内科1人，救急科1人であった。外科系では消化器外科5人，一般外科4人，脳神経外科2人，整形外科1人であった。当直頻度は月に1回以下=6人(14.3%)，月に2~3回=15人(35.7%)，週に1回=15人(35.7%)，週に2回以上=6人(14.3%)であった。また，当直時の平均的な睡眠時間の平均値±標準偏差は3.6±1.3時間であった。

2) コンビニ受診の割合および困っているか

「当直時に来院する患者のうち，コンビニ受診と思われる患者の割合は概ね何割くらいですか。」という質問に対する回答は，1割以下=7人(16.7%)，2~4割=13人(31.0%)，5~7割=16人(38.1%)，8割以上=6人(14.3%)であった。なお，中央値は5割であった。「先生ご自身は，コンビニ受診で困っていると感じていますか。」という質問に対する回答では，非常に困っている=3人(7.1%)，困っている=23人(54.8%)，あまり困っていない=14人(33.3%)，全く困っていない=2人(4.8%)であった。

「困っている」グループ(n=26)の者に対して行った質問「どのようなことで困っていますか。(複数回答可)」の回答結果で多かった上位3項目は，精神的な疲労がたまる(=22人(84.6%))，身体的な疲労がたまる(=21人(80.8%))，睡眠がとれない(=19人(73.1%))であり，いずれも疲労と関連した項目であった。以下多かったものはクレームや理不尽な要求をする患者が多い(=15人(57.7%))，重症患者への対応が遅れる(=11人(42.3%))，医師が休職・離職していく(=5人(19.2%))，その他(=1人(3.8%))であった。

3) 自由記載からの意見

42人中21人(50%)の医師から自由記載による意見を得られたが，非常に困っているおよび困っていると答えた者を合わせて「困っている」グループとし，あまり困っていないおよび全く困っていないと答えた者を合わせて「困っていない」グループとして，2つのグループに分けて自由記載からの意見を比較してみることにした。

「困っている」グループからは「時間外の診療で日中と同様の検査を希望する親が多い。」，「明らかにコンビニ受診だとわかっていながら来る場合もあるが，親が本当に子供の状況を把握できていない場合もあり，どういう時にどうすべきかの啓蒙が必要だと思う。」といった，病院を利用するにあたって

の患者のモラルに関する内容が多くを占めていた。また、「是非私たちの苦勞や想いを知っていただきたい。」「治療が必要な急患がスムーズに診療できるようになることを願っている。」「熱い志があって病院長の意向で始めた夜間救急だったが、連日当たり前のようにコンビニ受診が来てスタッフが皆疲弊してしまい、夜間救急をやめてしまったのが残念でならない。」といった、現場で働く医師たちの切実な想いが綴られてあるものもあった。

一方で「困っていない」グループからの意見としては、「現在勤務している病院では一次救急施設への受診がますます上手くいつている。」「地区として急患センターなどに集めて医師が交代で対応し、当直医の負担を減らす努力をしている。」など、病院と地域との連携が上手くとれていることを示す内容が挙げられていた。他の意見としては、「前勤務地ではコンビニ受診が非常に多く全く夜眠れない状態だった。」「病院によって大きく異なると思う。以前勤めていた病院ではコンビニ受診が非常に多く大変だった。」など、現在勤めている病院では困っていないが以前勤めていた病院では困っていたという意見が挙げられていた。

4) コンビニ受診への対策

「現在勤務されている病院では、コンビニ受診への対策はされていますか。」という質問に対しては、19人(45.8%)の医師が“はい”と回答していた。対策内容としては、最も多かったものは時間外一次救急施設の設置(7人)であった。次いで多かったものはコメディカルによるトリアージ(5人)、患者教育・呼び掛け(3人)関連のものであった。その他少数意見としては、開業医と話し合い分業を徹底(1人)、受け入れる専門領域を制限(1人)、薬

を1日分しか出さない(1人)、母親と保育園による啓発運動(1人)などが挙げられていた。

「コンビニ受診対策の実施について、どのようにお考えですか。」への回答については、すべての医師がコンビニ受診対策を実施するべきであると回答していた。そのうち、78.6%の医師が“積極的に実施するべきである”と回答していた。

2. 比較・検定結果

1) 2群間比較・検定結果

労働意欲およびバーンアウト(情緒的消耗感, 脱人格化, 個人的達成感)の点数を, 表3に示すような形で2群に分けて比較・検定を行った。コンビニ受診の割合別およびコンビニ受診で困っているか別の比較ではすべて有意差がみられなかった。病院の対策の有無別では, 勤務している病院が対策を実施していないと回答した医師は対策を実施していると回答した医師に比べてバーンアウトの主症状である情緒的消耗感が有意に高かった($P=0.045$)。

2) 単変量および多変量解析結果

2群間比較・検定にて有意差がみられていた病院の対策の有無別における情緒的消耗感について, 重度(27点以上)および中等度以下(26点以下)に分けて従属変数に設定し単変量および多変量解析を行った。その結果を表4に示す。調整因子としては年齢・性・診療科・当直頻度・当直時における平均的な睡眠時間を選択したが, すべての解析モデルにおいて病院が対策を実施していないと回答した医師で情緒的消耗感が重度であることへの有意なオッズ比が示された。

表3 コンビニ受診の割合, コンビニ受診で困っているか, 病院の対策の有無別による UWES および MBI-HSS 得点の2群間比較(平均値±標準偏差)

	コンビニ受診の割合			困っているか			病院の対策の有無		
	4割以下 (n=20)	5割以上 (n=22)	P値	困っていない ^a (n=16)	困っている ^b (n=26)	P値	対策あり (n=19)	対策なし (n=23)	P値
UWES									
労働意欲	34.5±7.7	30.1±10.5	0.132	32.8±7.6	31.7±10.5	0.723	34.2±7.5	30.4±10.7	0.200
MBI-HSS									
情緒的消耗感	23.7±6.5	25.7±9.5	0.420	24.1±7.0	25.1±9.0	0.719	22.0±7.2	27.0±8.4	0.045*
脱人格化	10.2±5.2	11.0±6.1	0.670	10.1±5.6	10.9±5.8	0.677	9.4±6.1	11.6±5.2	0.204
個人的達成感	27.1±5.6	27.1±7.5	0.967	26.3±6.1	27.6±6.9	0.521	27.7±6.6	26.6±6.7	0.573

(UWES; Utrecht Work Engagement Scale, MBI-HSS; Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey)

a; 「あまり困っていない」および「全く困っていない」と回答した者を合わせたもの。

b; 「非常に困っている」および「困っている」と回答した者を合わせたもの。

*; unpaired t-検定にて有意差あり ($P<0.05$)。

表4 病院の対策の有無における、情緒的消耗感(重度/中等度以下)を従属変数とした単変量および多変量解析

	対策あり n=19	対策なし n=23	P値
情緒的消耗感が重度であるケース数(%)	5(26.3)	14(60.9)	
オッズ比 (95%信頼区間)			
モデル 1 ^a	1.00	4.36(1.16-16.3)	0.025*
モデル 2 ^b	1.00	6.21(1.32-29.3)	0.021**
モデル 3 ^c	1.00	9.61(1.28-72.0)	0.028**

a; 調整なし, b; 年齢, 性で調整, c; さらに診療科, 当直頻度, 当直時の平均的な睡眠時間で追加調整

*; χ^2 検定にて有意差あり ($P < 0.05$)

** ; 多重ロジスティック回帰分析にて有意差あり ($P < 0.05$)

(オムニバス検定; $P < 0.05$, Hosmer & Lemeshow 検定; $P \geq 0.05$, 正解の割合 ≥ 70)

IV 考 察

本研究ではコンビニ受診と医師の疲弊問題との関連性を示すために、医師を対象とした質問紙調査を行った。時間外診療の中でもコンビニ受診に焦点を絞り医師の疲弊問題との関連性をみた研究調査はこれまでに成されていない。今回我々が実施したような小規模調査においても有意な関連性がみられた場合、その効果量が大きいことが予想され、今後大規模調査を行いより正確にその関連性を立証する必要性が考えられる。

本研究の回答率は31.8%であったが、医師を対象とした郵送による質問紙調査では、本研究のように医師会や大学同窓会などの団体を經由せずに行った場合の回答率は2割に満たないケースも多い。従って、本回答率は決して低い数値ではないと考えられ、本研究テーマに関する医師たちの関心の高さも窺えた。男女比は全国における医師の男女比¹¹⁾と大差なく、診療科に関しても大きな偏りはみられていなかった。

1. コンビニ受診によってもたらされる弊害

本研究におけるアンケート結果からは約6割の医師がコンビニ受診で困っていると感じており、約4割の医師が困っていないと回答していた。困っていない医師からの意見をみると、病院と地域との連携が上手くとれている内容の意見や、前勤務地では困っていた、病院によって大きく異なるなどの意見が挙げられており、医師がコンビニ受診で困らない要因として病院の果たしている役割が大きいことが推測される。

一方困っていると回答した者で、困っている内容

として最も多かったものが疲労に関連した事項であった。当直時の睡眠は呼び出しが来ない合間にとるため、確保できる元々の睡眠時間が絶対的に少なくなることが予想される。実際に本研究対象者における当直時の平均睡眠時間は3.6時間であり、先行研究^{22~24)}で報告されている医師の非当直時の平均睡眠時間(6時間前後)を大きく下回っている。加えて、いつ呼び出されるかわからないというプレッシャーの下での睡眠は深睡眠が減少し中途覚醒が生じやすく²⁵⁾、当直時の睡眠の質の低下も指摘されている²⁴⁾。そのためたった一人のコンビニ受診患者が徹夜を招くというケースも珍しくないであろう。多くの場合、医師は当直の翌日も通常勤務を強いられているのが現状²⁶⁾であり、当直時に睡眠を全く確保できなかった場合は少なくとも32時間以上眠ることなく働き続けることとなる。こうした状況で多くのコンビニ受診患者が病院に押し寄せると、医師の疲労がたまり身体的・精神的健康障害をもたらすことは容易に想像が可能である。また、医師の疲労は医師個人の問題に留まらず、当然のことながら医療過誤のリスク要因^{27~29)}ともなり得る。重症患者への対応の遅れについても本調査にて約4割の医師が感じており、コンビニ受診によってもたらされる弊害は医師だけでなく他の受診患者(本来の救急患者)にまで及ぶ可能性が示唆された。

困っている内容として疲労に次いで多かった回答が「クレーマーや理不尽な要求をする患者が多い」であった。自由記載においても非良識的な患者に関するエピソードがいくつか記載されていた。コンビニ受診という行為そのものが自己都合による非良識的行為であるため、こうした患者が必然的に多くなった結果とも考えられる。しかしながら、休養が思うようにとれない状態-“過重負担”および“自律性の欠如”に加えて、救急外来にも関わらず軽症患者を多くみなければならない、さらには理不尽な要求に応えなければならない、という“役割の曖昧さ”はすべてバーンアウト発症のリスク要因¹²⁾として挙げられている。医師のバーンアウトと離職願望には有意な関連性³⁰⁾がみられており、本研究においても「医師が休職・離職していく」と2割程度の医師が回答していた。内容の深刻さから考えると楽観視して良い数字とも思えず、医師の地域からの撤退による地域医療崩壊の問題を考えていくうえでは、コンビニ受診の問題に関しても十分に考慮していく必要性が示唆される。

2. コンビニ受診の対策

コンビニ受診の対策がすでに実施されている病院は全国に多数存在するが、対策の実施に関しては問

題点が存在する。本研究対象者の自由記載から引用すると、「軽症の中に重症が紛れているので、多少のコンビニ受診はやむを得ない」、また「多くの人は悪気がなく受診しており、疲弊している医療従事者側との気持ちの齟齬を感じる」といった意見も挙げられていた。対策を実施すると本来の救急を必要とする重症患者が受診しにくくなるのではないかという点に関しては、4病院が連携して患者教育・呼び掛けを行ったり、時間外の軽症患者に限定して選定療養費を導入したりする対策を実施した結果が松岡^{31,32)}によって報告されている。また12の国公立病院を対象とした選定療養費導入前後での受診率の比較も江原³³⁾により報告されている。彼らの報告によれば、対策を実施することにより時間外の外来患者が減少した一方で、入院患者（すなわち重症患者）はほとんど影響を受けなかったことが明らかにされている。本研究結果からもコンビニ受診対策の実施における問題点を十分に把握している医師を含めたうえで、すべての医師が「実施するべきである」と回答し、さらに7割以上の医師が「積極的に実施するべきである」と回答していた。こうした明瞭な現場の声からもコンビニ受診対策の実施によるメリットはデメリットを大きく上回ることが予測される。

対策内容の種類については時間外一次救急施設の設置が最も多く、次いでコメディカルによるトリアージ、患者教育・呼び掛けとなっていた。小児科におけるコンビニ受診増加の要因の一つとして、核家族および夫婦共働き世帯の増加に伴い子供を診療時間内に受診させることが困難になったことも考えられる。対策内容で最も多かった時間外一次救急施設の設置は、そうした要因に基づくコンビニ受診に対して一定の効果が得られているのではないかと推測される。先行研究において選定療養費の導入では効果が得られた^{31~33)}という報告がある一方で、患者教育・呼び掛けでは十分な効果が得られなかった²⁾という報告もある。しかしながら、先述された問題点の一つである患者と医療従事者との気持ちの齟齬に関する問題については、患者教育・呼び掛けが必須であることも考えられる。どのような対策が最も効果的なのかは本研究では明らかにできなかったため、今後各対策の有効性については検討していく必要がある。

3. コンビニ受診とバーンアウトおよび労働意欲

今回我々は、バーンアウトという概念に注目をして医師の疲労に関する評価・解析を行った。バーンアウトの主症状である“情緒的消耗感”の中の“情緒”が意味するものとは「24時間なんでも対応します」といった、おもてなし精神ともいえる“サービ

ス利用者への思いやり”を指す³⁴⁾。心理学の分野では、こうした他者への思いやりというものはエネルギー資源の一つであると考えられている。すなわち、思いやりとは決して無尽蔵にあるものではなく、一定量消費すると回復するまでに時間を要するという点である。従って、「24時間なんでも対応してくれ」といったサービス利用者からの過剰な思いやりの要求があり、休む間もなく使い続けていると、やがて底を尽きてしまう。これが“情緒的消耗感”というものである。本研究にて、コンビニ受診対策を実施していない病院に勤務する医師の情緒的消耗感は有意に高く、情緒的消耗感が重度であることの有意なリスクも示されていた。コンビニ受診の患者が抑制されず多数来院することにより、過剰な思いやりの要求に曝露されることでバーンアウトを発症してしまう可能性が示された。また、コンビニ受診の割合別では5割以上、病院の対策の有無別では対策なしにて労働意欲の平均値は低かった。先行研究において伊藤ら²⁾はコンビニ受診がもたらす大きな問題点として、医療者側の労働意欲を著しく低下させ得ると報告している。今回有意差がみられていなかった労働意欲についてもサンプル数を増やし再度検討し直す必要性が考えられる。

本研究の解析結果より医師のバーンアウトの主症状である情緒的消耗感と病院のコンビニ受診対策の実施に有意な関連性が示され、自由記載よりコンビニ受診から医師の受ける影響は病院によって大きく異なるという意見が複数あげられた。これらの結果から総合的に考察すると、コンビニ受診と医師の疲労問題との関連性については、病院の果たす役割が大きい可能性が示された。医師のバーンアウト防止のために病院はコンビニ受診対策を積極的に実施していく必要があると考えられる。

4. 本研究の限界と今後の展望

本研究はサンプル数が少なく都道府県が限定されていることや、コンビニ受診に関心のない医師からは回答が寄せられていないセクションバイアスの可能性もあり、より一般化するためにはさらに大規模な調査が必要とされる。コンビニ受診の定義については今回独自に設定されたものであるため、回答の際に対象者が各自の印象にも基づいて回答している部分も考えられる。また、コンビニ受診患者の割合に関しても医師の主観であり正確に件数を測定していないためその正確性に乏しい。それに因り情緒的消耗感について、病院の対策の有無別による比較で有意差が出た一方、コンビニ受診の割合別の比較で有意差が出なかったことが考えられる。しかしながら、こうしたコンビニ受診と医師の疲弊問題との

関連性に着目をして調査を行った研究は我々の知る限りなく、その点については本研究の意義があるといえる。今後少子高齢化が加速し働き手が益々減少していく中、高齢者や育児の支援ばかりではなく、むしろ高齢者や育児を支える働き手の負担をいかに軽減していくかが重要な課題となる。そのためには病院側が働き手をバーンアウトから守るための対策を行うことに加え、サービス（病院）を利用する側の理解と協力も必須である。具体的な例として、先に紹介した小児科を守る会では母親たち自らが「コンビニ受診を控えよう」、「かかりつけ医を持とう」、「お医者さんに感謝の気持ちを伝えよう」という3つのスローガンを掲げて地域へ呼びかけている³⁵⁾。“支える or 支えられる”という一方的な関係から、“支え合う”という意識の変換が今後の地域医療の問題を考えていくうえでの鍵となるのではないだろうか。

V 結 語

アンケート調査に回答した医師42人のうち、約6割の医師がコンビニ受診で困っていると感じており、困っていないと答えた医師からは病院と地域との連携が上手くとれている内容の意見や、前勤務地では困っていた、病院によって大きく異なるなどの意見が挙げられていた。コンビニ受診対策の実施については、回答が得られたすべての医師が実施するべきであると考えており、そのうち7割以上の医師が積極的に実施するべきであると回答していた。検定結果では勤めている病院がコンビニ受診対策を実施していないことは、バーンアウトの主症状である情緒的消耗感が重度であることのリスク要因となっていた。本研究より医師のバーンアウト防止のために病院はコンビニ受診対策を積極的に実施していく必要があることの可能性が示され、地域医療を支える医師を守るために受診者および行政も含めた地域全体での取り組みが今後必要となって来るであろう。

御多忙中に関わらず今回の研究調査にご協力をいただき、また貴重なご意見をいただきました先生方に心より御礼申し上げます。

(受付 2015. 1. 22)
(採用 2015. 7. 7)

文 献

- 1) 上越地域振興局健康福祉環境部. 上越メディカルナビ コンビニ受診とは: 医療機関の適正な利用について. <http://www.joetsu.niigata.med.or.jp/medicalnavi/zikan/conveni.html> (2015年8月18日アクセス可能)
- 2) 伊藤重二, 白崎信二, 布施田哲也, 他. 地域中核病

- 院における時間外2次救急の安全を確保するためのコンビニ受診抑制に対する取り組み. 地域医学 2011; 25 (2): 154-164.
- 3) 丹生裕子. 県立柏原病院の小児科を守る会. <http://mamorusyounika.com/> (2015年8月18日アクセス可能)
- 4) 丹生裕子. 住民運動で守る地域医療 地域医療を守るのは一人ひとりの心がけ. 全国自治体病院協議会雑誌 2009; 48(12): 1839-1845.
- 5) 本田 宏. 「医療崩壊」のウソとホント: 国民が知らされていない現場の真実. 東京: PHP 研究所, 2009; 120-153.
- 6) 香川恵造. 医療マネジメントを駆使した地域医療の活性化. 日本医療マネジメント学会雑誌 2011; 12(3): 148-155.
- 7) 小松秀樹. 病院はどう生き残るか 立ち去り型サポーターजू. 医学のあゆみ 2007; 222(6-7): 435.
- 8) 松原要一. 統合医療情報システムにおける情報管理. 全国自治体病院協議会雑誌 2005; 44(9): 1341-1346.
- 9) 松原要一, 二瓶幸栄, 石原 良, 他. 鶴岡市立荘内病院における救急医療の検討: 新病院でどのように変わったか, 最近の5年間を中心に. 鶴岡市立荘内病院医学雑誌 2007; 17: 1-9.
- 10) 松原要一. 勤務医が勤務医として長く勤務するためには 当院の取り組み: 地域医療の中核病院を目指す市立病院の立場から. 新潟医学会雑誌 2008; 122(1): 25-29.
- 11) 厚生労働省. 平成24年(2012年)医師・歯科医師・薬剤師調査の概況. 2013. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/12/> (2015年8月18日アクセス可能)
- 12) 久保真人. バーンアウト(燃え尽き症候群): ヒューマンサービス職のストレス. 日本労働研究雑誌 2007; 558: 54-64.
- 13) Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour 1981; 2: 99-113.
- 14) 東口和代, 森河裕子, 三浦克之, 他. 日本版 MBI (Maslach Burnout Inventory) の作成と因子構造の検討. 日本衛生学雑誌 1998; 53(2): 447-455.
- 15) Kitaoka-Higashiguchi K, Nakagawa H, Morikawa Y, et al. Construct validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey. Stress and Health 2004; 20(5): 255-260.
- 16) 北岡和代, 増田真也, 荻野佳代子, 他. バーンアウト測定尺度 Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) の概要と日本版について. 北陸公衆衛生学会誌 2011; 37(2): 34-40.
- 17) Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, et al. Maslach Burnout Inventory. <http://www.mindgarden.com/117-maslach-burnout-inventory#dada> (2015年8月18日アクセス可能)
- 18) 島津明人. 職場のメンタルヘルス入門編 ワーク・エンゲイジメント. 産業ストレス研究 2014; 21(3): 295-297.

- 19) Schaufeli WB, Salanova M, Gonzalez-Roma V, et al. The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies* 2002; 3: 71-92.
- 20) 島津明人. 職業性ストレスにかかわる最新情報 職業性ストレスとワーク・エンゲイジメント. *ストレス科学研究* 2010; 25: 1-6.
- 21) Simazu A, Schaufeli WB, Kosugi S, et al. Work engagement in Japan: validation of the Japanese version of the Utrecht Work Engagement Scale. *Applied Psychology* 2008; 57(3): 510-523.
- 22) 原田佳明, 埜田和史, 鶴田一郎, 他. 勤務医の労働環境実態と医療安全. *日本医療・病院管理学会誌* 2008; 45(3): 215-226.
- 23) 井奈波良一, 黒川淳一, 井上眞人. 大規模自治体病院医師の勤務状況, 日常生活習慣および職業性ストレス. *日本職業・災害医学会会誌* 2008; 56(6): 239-245.
- 24) 田村義之, 千葉 茂. 医師の睡眠習慣に関する調査: 勤務状況および生活習慣との関連性について. *精神神経学雑誌* 2011; 113(9): 853-862.
- 25) 庄司卓郎, 齋藤むら子, 酒井一博. いつ睡眠から起こされるか分からないストレスが睡眠構造に及ぼす影響. *労働科学* 1995; 71(11): 443-450.
- 26) 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. 勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査報告書. 2009. http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090902_32.pdf (2015年8月18日アクセス可能)
- 27) Lamberg L. 長時間労働に寝不足, 医師の不養生, 患者の安全脅かす. *JAMA (日本語版)* 2002; 3: 27-30.
- 28) 佐藤裕俊, 小柳泰久. 外科医の勤務状況の現状と分析: 医療事故防止対策に関連して. *日本臨床外科学会雑誌* 2002; 63(3): 533-541.
- 29) 埜田和史, 中村賢治, 北原照代, 他. 某国立大学附属病院研修医の睡眠実態. *産業衛生学雑誌* 2005; 47(6): 246-253.
- 30) 井奈波良一, 黒川淳一, 井上眞人. 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* 2007; 55(5): 219-225.
- 31) 松岡良太. わが国におけるERの現状 コンビニ感覚の救急受診をいかにして抑制したか: 救急医療圏単位での試み. *日本救急医学会雑誌* 2009; 20(8): 430.
- 32) 松岡良太. わが国におけるERの現状 コンビニ感覚の救急受診をいかにして抑制したか: 救急医療圏単位での試み. 2009. http://www.jaam.jp/er/presentation/meeting/37/endai_4.pdf (2015年8月18日アクセス可能)
- 33) 江原 朗. 選定療養導入による時間外受診への影響について: 200床以上の国公立病院における検討. *日本臨床救急医学会雑誌* 2009; 12(5): 516-519.
- 34) 久保真人. バーンアウトの心理学: 燃え尽き症候群とは. 東京: サイエンス社, 2004; 22-61.
- 35) 丹生裕子. 地域医療を守りたい-住民としてできること: 県立柏原病院の小児科を守る会の取り組み. *医療の質・安全学会誌* 2009; 4(1): 112-116.

Investigation of the relationship between convenient visits and doctors' fatigue using burnout and work engagement scales

Yuuki MATSUMOTO*, Michiko HOSHIKO^{*,2*}, Yoshitaka MORIMATSU*,
Mihoko MORI*, Nanae KUSHINO* and Tatsuya ISHITAKE*

Key words : convenient visits, doctor, burnout, work engagement

Objectives Fatigue caused by high workload is often responsible for the high attrition among doctors, and has contributed to a disruption in community medicine. In order to address this problem, institutional mechanisms at the hospital level are required. Previous studies have shown that systemic measures at the hospital level and a change in the mindset of patients can help manage the problem. "Convenient visits" refer to emergency visits for non-emergency problems. It is an avoidable cause of high workload on doctors. Convenient visits also refer to emergency consultation for non-emergency symptoms. As this is a new phenomenon, its relationship with doctors' fatigue needs further research. We investigated the relationship between convenient visits and doctors' fatigue using burnout and work engagement scales.

Methods We selected 44 hospitals, with >200 beds each, in provincial cities of prefectures with a doctor-population ratio lower than the national average. These cities were considered likely to manifest the phenomenon of 24-hour society and include overworked doctors. Ordinance-designated cities were excluded from this study owing to wide population variability. Three doctors from each hospital were randomly selected from among physicians, surgeons, and pediatricians. We distributed questionnaires (a questionnaire concerning convenient visits, Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey, and Utrecht Work Engagement Scale) to 132 doctors.

Results Forty-two doctors responded to the survey. The median proportion of convenient visits among emergency visits was 50%. Sixty percent of the doctors surveyed were annoyed by convenient visits. Other doctors indicated good collaboration between the hospitals and communities or that they were not currently annoyed by convenient visits, although they had been annoyed previously. The emotional exhaustion in doctors, who worked in hospitals that did not restrict convenient visits, was significantly higher than in those who worked in hospitals that restricted these visits. A significant risk of serious burnout was found via crude and multiple logistic regression analysis (adjusted for age and gender, or adjusted for age, gender, clinical department, frequency of work shifts, and sleep duration during work shifts).

Conclusion Doctors working in hospitals that do not protect them against convenient visits are more prone to burnout. Although the number of convenient visitors is increasing, many hospitals lack systemic measures to manage them. This contributes to doctors' burnout. We suggest that hospitals control convenient visits for preventing doctors' burnout. Collaboration between hospitals and communities is required to help alleviate this problem.

* Department of Environmental Medicine, Kurume University School of Medicine

^{2*} Kurume Health Center