

令和元年度ウインターセミナー 講演2 紙上採録

現場から考えるメンタルヘルス対策の実際
～認知症ケアと産業精神保健の実例から～

千葉大学医学部附属病院
特任教授／産業医 吉村健佑

令和元年度 事業年報

Activity Report 2019

通巻第17号 別刷

公益財団法人ちば県民保健予防財団

現場から考えるメンタルヘルス対策の実際 ～認知症ケアと産業精神保健の実例から～

千葉大学医学部附属病院
特任教授／産業医 吉村健佑



1. 患者数が増加する精神疾患と認知症

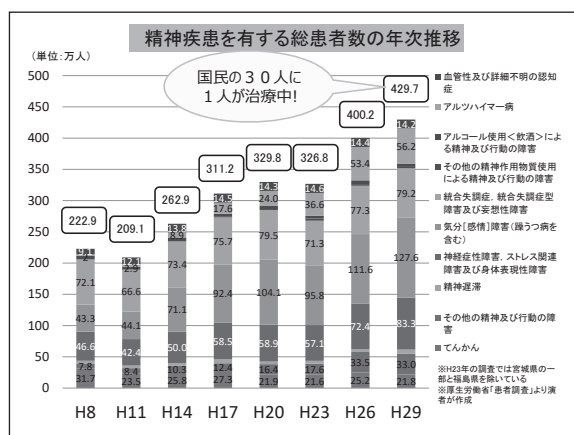
厚生労働省（平成29年患者調査）によると、精神科で治療中の患者は429万人にのぼり、30人に1人が精神科で治療を受けていることが明らかになった。これは、国内の糖尿病患者数、癌患者数よりも多い。そのうちアルツハイマー病については、精神科、脳神経内科、一般内科など多くの診療科で診療しており、精神科に通うアルツハイマー病患者数だけでも50～60万人にのぼる。精神科に通う患者数は非常に多く、精神疾患はそれだけ頻度の高い疾患である。

また、「世代ごとの気になる傷病」（国民生活基礎調査）では、20～30代で「うつ病やその他のこころの病気」が1位、2位と上位を占めた。さらに、20～40代における最も多い死亡原因は自殺であった。近年のこうした動向や頻度を考えると、私たちは、20～40代の方が「健康を害した」とき、最初にメンタルヘルス不調を疑い、「亡くなった」と聞いたら自殺の可能性を考える必要がある。働き盛

りの年代がメンタルヘルスの問題に悩まされているわけだ。

厚生労働省によると、認知症の患者数は、2012年は462万人、2015年は520万人、2060年は1,154万人まで増え、高齢者数の15～20%程度を占めるという推計も存在する。認知症の有病率は年齢とともに上がり、80歳くらいになると20%程度、90歳を過ぎると60%程度が認知症になるとも報告されている。

そもそも認知症は、脳の器質的変性によって生じる症候群である。記憶力の低下、思考・見当



図表1

識・理解・学習・言語機能の低下など、認知機能や実行機能が低下した「慢性高次脳機能不全」の状態であり、認知症そのものは「病名」ではない。原因は様々で、治療可能なものも多い。認知症の原因をアルツハイマー病と考えられがちだが、他にも、水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、脳炎、肝性脳症、ビタミンB12不足など、認知症の原因となりうる疾患が複数あるため丁寧な鑑別が重要だ。

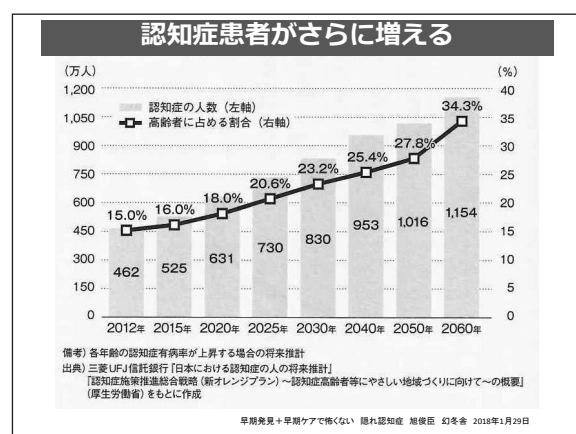
老化と認知症の違いについては幾つか挙げられる。例えば、老化の場合は加齢によるもの忘れは多々あるが、その進行は緩やかで半年程度の間なら目立った変化はない。それに対し、認知症は進行が速く3～4か月ほどで様子が違ってしまふ等の進行速度の違いがある。老化の場合なら忘れるのは体験の一部だが、認知症では直近の出来事を丸ごと忘れてしまったりする。さらに、認知症の場合は、もの忘れを自覚できないため生活に支障が出るが、そのこと自体を認識・把握することができない。日常生活に支障があるか否かについて、が認知症診断の重要な基準となる。

2. 認知症の中核症状と周辺症状

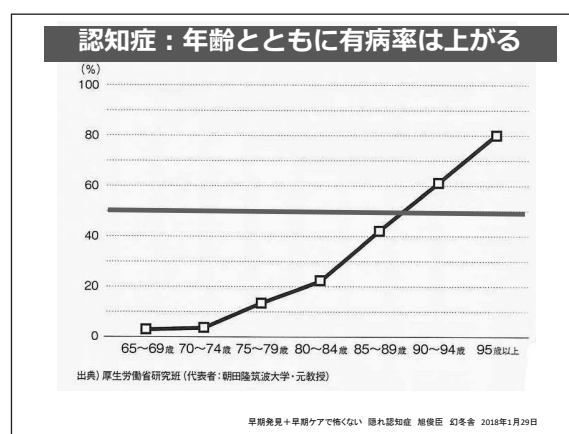
認知症の中核症状とは、認知機能の低下を中心とする記憶障害、見当識障害、理解・判断力の障害、実行機能障害、失語・失認・失行を指す。見当識障害とは、時間、場所、人物を正確に認識できなくなることである。実行機能障害は、一人での着替えや、計画だった行動ができないなどのことである。失語・失認・失行は、言葉がうまく出てこない、目に見えていても認識できない、行動を実行できないことであるが、中核症状だけであれば実は本人はさほど困らず、大きな支障なく暮らせることは多い。

問題なのは周辺症状である。周辺症状の例として、失禁、便を壁に塗ったり口に入れたりする弄便(ろうべん)、介護拒否や施設から帰ろうとする帰宅願望、私物を誰かに盗られたなどの妄想、夜間せん妄や睡眠障害、食物ではない物を食べてしまう異食、暴力や暴言、人が襲ってくるなどの幻覚や徘徊、及び不安や抑うつなどがあげられる。これらの周辺症状は、本人のQOLを著しく下げると同時に介護を困難にする。ただ、中核症状は薬のみで改善できないことが多いが、周辺症状は抗精神病薬などの薬による治療が可能であることが多い。

認知症の検査というと長谷川式簡易知的能力評価スケール(HDS-R)などによるスクリーニングが知られているが、診断をつけるには、脳の画像検査や血液検査などの体のチェックも重要だ。女性の場合は甲状腺機能の低下によるうつ症状や認知機能低下も多いため、早計に認知症と決めつけず、まずは血液検査を行い甲状腺ホルモンのチェックを行う必要がある。他にも、アルコールの多飲によるビタミン不足や正常圧水頭症など、治療できる認知症があるため、血液検査と頭部のMRI検査は



図表 2



図表 3

必須といえる。残念ながら、未だに、認知機能の低下だけでアルツハイマー病と診断してしまう医師もいるため、認知症患者のケアや支援をする際には、医学的な検査を受けているか否かを必ず確認して欲しい。

3. 把握しておくべき四大認知症の特徴

身体疾患によらない認知症として、アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、及び前頭側頭型認知症の四大認知症に分類される。

●アルツハイマー型認知症

アルツハイマー型認知症は、最も有名である。初期症状はもの忘れ、置き忘れ、日時がわからないなど。また、問診で色々と質問した際に「今はたまたま言葉が出てこなかっただけ」と上手にとり繕う点も顕著な症状の一つである。

●血管性認知症

血管性認知症は、脳の微小な血管が徐々に詰まって血液循環が悪くなり、脳の機能がうまく発揮されず起こる。脳梗塞や脳出血の発作後に発症するとされているが、日常的に少しずつ血管が詰まっていって発症する方もいる。たとえば、糖尿病は体中の小さな血管が詰まっていくため、それにより認知機能が低下することがある。

●レビー小体型認知症

レビー小体型認知症の場合、最も特徴的な症状はありありとした幻視である。虫や小動物、幽霊や妖怪など、実際には無いものが見え、話しかけたり追い払ったりする。身近な人と介護者を見間違えることも多い。さらに、動作がゆっくりになって小股で歩くパーキンソニズムという特徴がある他、立ちくらみなどの自律神経症状が出ることもある。

●前頭側頭型認知症

前頭側頭型認知症は、以前はピック病と呼ばれていた認知症で、性格の変化が目立ち若い人でも発症する。短気になったり、嗜好が変わって甘い物が好きになったり、話を通じなくなることが特徴である。働き盛りのうちに発症すると、社会的地位や人間関係を損なうなど、社会生活が難しくなるケースが多い。

患者の評価や治療・支援に当たる際には、それぞれの認知症の特徴をよく考慮すべきである。中核症状を十分かつ確実に改善できる薬剤はまだ開発されているとは言えず、投与にあたっては「益」と「害」のバランスを考慮して行う。一方で周辺症状に対しては、薬物療法が良く効くことがよくある。特に、抑うつやイライラ感などは改善しやすいため、主治医や精神科の医師と相談して使って欲しい。

4. 認知症の治療方法とケアのポイント

認知症ケアの一例を紹介する。

86歳のある女性患者は、1年半前の夫の死後から一人暮らしをしていた。食事を届けていた姪が認知症を疑い1年5か月前に精神科を受診させた

認知機能低下をきたす疾患
• 甲状腺疾患 • 神経梅毒 • VitB12欠乏症 • うつ病（仮性認知症） • アルコール依存症、ウェルニッケ脳症（VitB1欠乏） • 薬物性認知機能低下（降圧薬・抗ガン剤など） • 血管炎（SLEなど） • 感染症（HIV脳症、ウイルス性脳炎） • 慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症
谷口俊文、内科診療ストロングエビデンス、医学書院2014。（一部改変）
採血検査・頭部画像検査は必須！

図表 4

が、症状が軽度であったため薬剤の処方もなく終わった。

女性は、排泄は自立していたが、入浴は拒否することもあり清潔を保てなくなっていた。ある日、姪が訪ねると女性が動けなくなっていた。救急車で搬送となり、検査の結果、左上腕近位端骨折と診断される。

入院7日目、整復固定術施行。術後の深夜、ふらつきながら立っているところを発見され、転倒・転落の危険性が高いこと、及び安全確保のためベッドごとナースステーションに移動するなどの対応が実施された。本人いわく「帰ろうと思った」とのこと。

女性は、手術前から認知症の存在が示唆されていたが、術後数日間は夜間せん妄を認めたため、眠前にリスペリドン内服液0.5mL内服開始、離床センサーが鳴ったら訪室することで転倒・転落を防いだ。日中は本人の希望によりナースステーションで過ごし、病棟内の散歩や日光浴を行うことで落ち着いて過ごすことができた。病棟スタッフの対応として、女性に何かを押しつけるのではなく行動を見守るようにしたため、抵抗して興奮することもなかった。

認知症のケアを行う際、患者の恐怖心を取り除くことは重要である。話をする際は、正面に立ち話すと警戒心が強まる傾向があるため、横から話しかけ、患者の肩にそっと手を置いて話すようにすると警戒心は薄らぐなどの、介護にあたっては方法を工夫することが必要である。精神科の薬を飲むこと自体を不安に思う家族は多いが、専門医による適切な処方であれば、内服の効果により本人の苦痛緩和にもなる。さらに、適切な内服とあわせ、看護師を含む病棟スタッフによる対応の工夫により、穏やかに療養することができる。

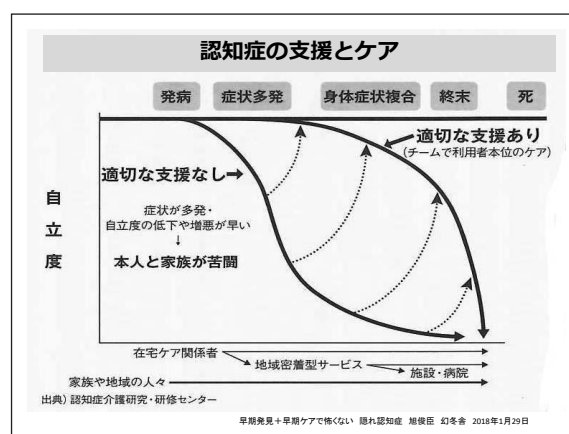
このケースのポイントは、独居であり、入院前は支援を受けておらず情報も乏しかった点である。薬を処方しても自分で管理し服用することは不可能と思われた。女性の姪からは「退院後に入所できる施設を探してほしい」との依頼があったことから、そこで介護保険の申請を行い、要介護2と認定されたためケアマネージャーについてもらい、医療ソーシャルワーカー（MSW：Medical social worker）と連携して退院先を検索した。金銭的な条件も調整しつつ、入院後45日で退院・施設入所となった。

退院先の検索は、家族の希望・金銭的事情・キャパシティによるが、介護保険の導入が必須であることは間違いない。このケースではケアマネージャーと病院の連携により施設入所となったが、もう少し軽症であれば、訪問での診療・看護・介護サービスの組み合わせが検討できたかもしれないケースである。

5. 認知症の治療方法とケアのポイント

認知症のケアとして日光浴は重要なポイントであり、午前中に光にあたりメラトニンホルモンをリセットする治療を行っている。これにより概日リズムが自然に戻り、日中の覚醒、夜間の良眠、早朝や午後の暴力行為の減少、ベッド転落の減少など、夜間の睡眠に関連した行動・心理症状（BPSD：Behavioral and psychological symptoms of dementia）、つまり周辺症状を改善できる。

認知症は放置すると急激に症状が悪化し、自宅での介護が不可能になってしまう恐れがある。最



図表5

期には、病院でも拘束が必要な状況となってしまう場合もあるが、周辺症状に対する適切なケアや環境を整えることで本人のQOLを上げ、少しでも健康寿命を伸ばすことが認知症治療の目標である。

例えば、同じ話を繰り返す患者に「さっきも同じ話をしていましたよ」と対応するのは当然よくない。本人は初めてのつもりでいるため、介護する私たちに不信感を持ってしまう。「ちょっと待っていてね。向こうで聞いてくるから」といった返答をして一旦その場を離れる、もしくは本人の興味のある話をして雰囲気を変えろといった対応が効果的である。また、認知症リハビリテーションには幾つものメニューがあるが、精神科で実践してきたものとしては、たとえば回想法がある。回想法は、楽しかったことや良かったこと、好きなことに話題を向けて頭を満たし、嫌なことやイライラを追い出す方法である。本人の時間は穏やかで充実したものにすることができる。実施の際には、話をふくらませやすくするため、本人のテーマに関連したものを事前に用意しておく工夫も効果的である。

また、認知症患者の家族と接していると、付き合い方がわからず疲れきり、そばにるのが嫌になっている方も多い。そういう家族には、具体的なケアの方法を伝え、支援、日頃の苦勞を労い、肯定していくことつまり、介護者自身を支えることも認知症ケアの一環である。

6. 職場のメンタルヘルス対策の指針と事例

2019年4月に働き方改革が施行となり、労働時間に上限規制が設けられた。ただ、残業が制限されるとそのしわ寄せが中間管理職にいき、法令違反の状態で働いている人が300万人もいるという記事がメディアに掲載されたこともあった。

ある女性医師が過重労働からうつ病となり自死に至った事例を紹介する。

この女性は、高校を卒業後、看護助手として働きながら医師を目指して勉強を続けた。28歳の春、大学医学部に合格。6年間で卒業し2年間の臨床研修を終え、3年目には37歳となっていた。

医者は3年目が最も厳しい時期だといわれている。最初の2年間は、何かあれば指導医が助けてくれるし、責任もとってくれる。しかし3年目からは、全責任を自分一人で負わねばならない。この女性は真面目に頑張っていたが、多い月では250時間を超える残業をしていた。これは毎日8時間働いたあとに10時間も残業していたという数字である。心身ともに疲労した女性は精神科を受診し、睡眠薬を処方してもらったりもしていたが、最終的には睡眠薬をあおり自殺してしまった。彼女の人生がこのような最期となったことは、非常に残念なことである。

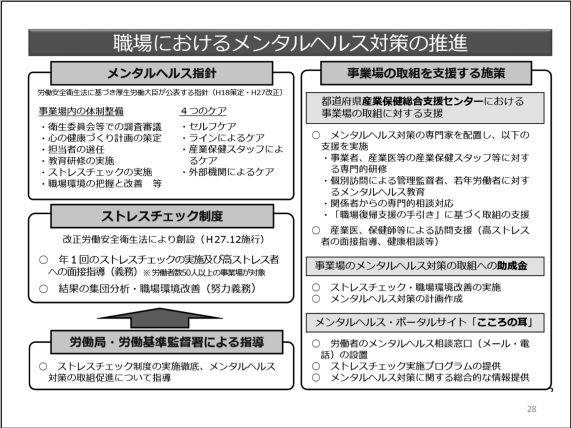
過重労働に伴う自殺は医療職に限らないが、現在も年間8～10人の医師が過重労働で亡くなっている。医師ですらこのような状況下、メンタルヘルス対策への気運は一気に高まっている。厚生労働省

【図表4-4】回想法のテーマと用意するものの例

テーマ	用意するもの
お手玉	でんでん太鼓
故郷の春に咲く花	春の七草
お手伝い	熊手
小学校の思い出	制服
冬の思い出	火鉢
冬の行事	うすときね
冬の制服	外套
遠足	弁当箱
初夏の故郷	柳行李
雨の日の過ごし方	番傘
授業中	教科書

早期発見・早期ケアで怖くない 隠れ認知症 施設員 幻冬舎 2018年1月29日

図表6



図表7

の「職場におけるメンタルヘルス対策の推進」では、メンタルヘルス対策を実施していくための「メンタルヘルス指針」として、事業場内の体制を整備し4つのケア（セルフケア、ラインによるケア、産業保健スタッフによるケア、外部機関によるケア）を守ること、ストレスチェック制度を活用し、職員のストレス状態をチェックすること、ストレスの高い職場には優先的に介入し、上司を教育すること、外部の支援を受けるなどの対策が挙げられている。

労働者と一般地域住民を比べてみると、労働者の方がうつ病や双極性障害といった気分障害を抱えている割合が高い傾向にあると報告されている。働くことは、身体・精神面においてリスクが高いため、注意が必要である。また、職場でのストレスについて質問では、日本の労働者の5～6割は不安や悩みを抱えていることも報告されており、これは諸外国に比べて高い数字である。

私が産業医として面談する際、必ず質問するのは次の3点である。1つ目は「業務の質」である。今の仕事が自分の能力や経験に合わないと感じるか。また、それにより辛さを感じているか。2つ目は「業務の量」で、業務の全体量が多過ぎてさばき切れず、ストレスを感じているか。3つ目は「対人関係」で、セクハラ・パワハラを含む対人関係に悩んでいるか。これら3点のうち一つも問題がないという人はほほいしない。職場におけるストレスを確認する際、まずこの3点の質問をすることで、どこに問題があるのか、おおよそを確認することができる。現在、50人以上の事業所では産業医を置くことが義務づけられている。優秀でやる気のある産業医がどんどん増えているので、ぜひうまく活用して欲しい。

もう一例、28歳の救急救命士のケースを紹介する。

消防本部に入職して5年目の男性で、生真面目で人付き合いもよく、部下の面倒見も良いと評判だった。ただ、上司からの難しい要求も嫌な顔をせず引き受け、徹夜やサービス残業のみならず、家に仕事を持ち帰ることも多く慢性的に寝不足状態だった。ある日、気道確保に失敗し、緊急で救急医が介入する事態が起きた。上司から叱責された上、始末書と再発予防マニュアルの作成を命じられ、さらに業務が増え多忙となってしまった。その後、同僚に「疲れた」ともらすようになり、プライベートでは父親に胃がんが見つかったため対応に追われ、余裕をなくして交際相手と口論することもあった。朝のめまい、倦怠感、食思不振がみられるようになり、同僚が精神科の受診を勧めるも、とり合わなかった。この頃から遅刻や夜勤中の居眠りなどの問題行動が目立つようになった。

ある日ついに無断欠勤がみられ、同僚が彼の様子を見に行くと、寮の自室でうつろな目をして独語しながら臥床していた。そこで上司と相談し、精神科受診となった。受診の結果、「うつ病」の診断を受け、医師から薬物療法と休養を指示されるも本人は「迷惑がかかるから」と休みたがらず、かつ本人の強い希望もあり短期間（2週間）の休養となった。2週間の休養により、食欲は安定し、睡眠も得られるようになり、本人は早期の復職を希望したため、主治医は「復職可能」の診断書を発行した。復職後、精力的に仕事に打ち込むが、焦るばかりでミスが目立った。そしてある日とうとう、寮の自室で薬物自殺を図ってしまった。幸い同僚に発見され助かったが、危険な状態であった。

この救急救命士は働き者であったが、上司がその真面目さに甘えて仕事をやらせ過ぎていた。過労に加え、父親の病気や交際相手との不和、そして精神科受診への抵抗感が大きかったこともネックとなった。さらに、この職場での最大の問題は、関係者に主治医である精神科医は出てくるが、産業医が一度も出てこない点にある。産業保健不在の職場がまだまだあることは大きな問題である。

このケースは、真面目な方が頑張り続けた結果、発症してしまう典型的な「従来型うつ病」である。うつ病の中には、自己主張が強く攻撃的になる「非定型うつ病」（いわゆる「未熟型うつ病」）と呼ばれるタイプもあり、対応が異なるので、注意が必要である。

7. ストレス反応と心の健康づくりのコツ

セルフケアを行う上では、自分の不調がどこに現れやすいかを知っておくことが必要だ。身体へのストレス反応は、頭痛やめまい、腰痛や下痢など様々あり、自分だけでなく、部下の症状も把握しておくことが望ましい。場合によっては心理的な変化や、行動面に変化が出ることがある。ストレスがたまったら、男性は酒を飲む、タバコを吸う、不機嫌になって黙り込むといった人が多いが、一方、女性は甘い物を食べたり、友達とおしゃべりをしたり、買い物をするなどストレス対処法（ストレスコーピング：Stress coping）の種類が豊富で上手だといわれている。

厚生労働省が出している「労働者の心の健康の保持増進のための指針」というガイドラインがある。ガイドラインでは、計画をたてて心の健康づくりに取り組み、衛生委員会を使い、セルフケア、ラインケア、事業場内産業保健スタッフ・つまり産業医や産業保健師を活用と事業場内資源によるケアの実践が挙げられており、この4つの指針を順番どおりに守ることが理想である。

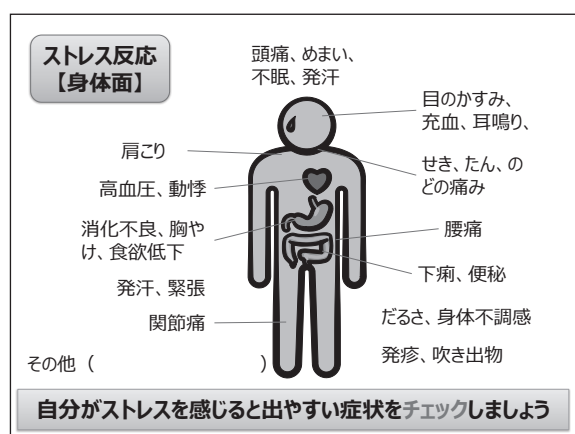
睡眠時間については、4時間半を切ると顕著に死亡率が上がる。死亡率が最も低いのは7時間睡眠といわれている。逆に、8～9時間も寝ている人はまた死亡率が高くなっている。これは睡眠が浅い、あるいは睡眠時無呼吸症候群などの基礎疾患がある人が多いためかもしれない。

また、産業精神保健については、第一次予防として「病気になりにくい職場づくり」のための3つの方法が確立されている。一つ目は「上司に基礎知識を与えること」、次に「一人ひとりがストレス対処能力を高めること」、最後に「ストレスチェックから始め働きやすい環境をつくること」であり、この方法を実施すればうつ病や適応障害が減ることがわかっている。具体的には、机の配置や、休憩時間や休暇の取り方なども工夫していくと、職員が生き生きと仕事のできる環境へと改善できる。そして、第二次予防は早期発見・早期介入、第三次予防は再発予防と復職支援である。

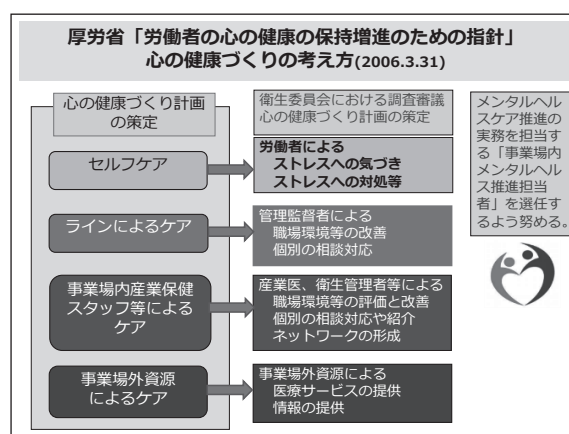
上司への教育内容のひとつとして、医療現場での管理職向けの書籍から、5つの褒め方のコツを紹介する。

- 1) 結果ではなくプロセスを褒める。結果だけでなく、態度や姿勢も評価することが大事である。
- 2) 本人の成長を基準に褒める。「半年前や3か月前のあなたに比べてとても頑張った」というように、本人自身の成長を褒めると良い。
- 3) 誉めるタイミングは、時間をおかずにその場で行うのが良い。たとえば朝礼で褒め、周囲にも知らせる。
- 4) 誉め言葉のマジックワード「さ・し・す・せ・そ」を使う。

「さ」は「サンキュー！さすが！」



図表 8



図表 9

「し」は「しっかりしている！しらなかったよ！信頼してるよ！」

「す」は「素晴らしいね！すごいね！」

「せ」は「センスいいね！」

「そ」は「その通り！尊敬するよ！」

5) 直接褒めるばかりでなく、時には第三者の口から評価していることが伝わるようにする。

上記の褒め方に対して、部下のメンタルヘルス不調を疑った時の悪い声かけ例を紹介する。

- 「ぼーっとしているぞ、しっかりしろ」
- 「最近ミスが多いぞ、気を引き締めろ」
- 「また遅刻か。たるんでるぞ」
- 「若い時は死ぬほど頑張ればいいんだ」
- 「死んでも明日までに仕上げろ」
- 「君には期待しているんだ」
- 「暗い顔しているな、酒でも飲んで気晴らしだ」 など

メンタルの不調を疑った相手に対して、このような言葉を決して使ってはいけない。最も避けなければならないのは「メンタル弱そうだな、うつ病か？」などと、メンタル不調を疑っていることを伝えてしまうことだ。「この人はデリカシーがなく相談できない」と警戒されてしまう恐れがある。

部下のメンタルヘルス不調を疑った時の良い例を紹介する。

- 「顔色が悪いぞ、体調でも悪いのか？」
- 「ミスが目立つが君らしくないな。悩み事でもあるのか？」
- 「最近疲れているようで心配だな。ちゃんと寝ているか？」
- 「ちょっと痩せたんじゃないか、体調はどうだ？」
- 「よかったら話を聞かせてくれないか？」 など

大切なポイントは、顔色や睡眠、食事がとれているかなど、体調についての声かけから始めることである。そして、「上司だから声をかけているのではなく、人としてあなたのことを心配しているので、できれば相談して欲しい」という「I（アイ）メッセージ」を使うのが行動変容を促すポイントとなる。

褒め方のコツ
1) 結果ではなく「プロセス」に注目 2) 本人の「成長」を基準に褒める 3) タイミングは「その場」で！周囲とも共有 4) 「さ・し・す・せ・そ」を使おう！ 5) 時には第三者の口から伝える
裴英洙：医療職が部下に悩んだら読む本、日経BP、2017.

図表10

部下のやる気を下げてしまう 5つの叱り方
1) 時間差叱り 2) 恥かかせ叱り 3) 追い打ち叱り 4) 思い出し叱り 5) 比較叱り

裴英洙：医療職が部下に悩んだら読む本、日経BP、2017.

図表11

8. 行動変容に効果的なナッジ

認知症のケアも同様だが、メンタルヘルス対策は相手の行動や考え方を変えることが肝心である。しかし、多くの依存症や嗜癖行動にみられるように「わかっちゃいるけどやめられない」というのが人間の本質で、いくら論理的に説得を試みても人の行動を変えることは難しい事もある。人間は、感情や好みによってこそ動くことも忘れてはならないし、それが本質といえるのだ。

そこで今、注目されているのが「ナッジ (nudge)」である。「ひじで軽くつつく」が語源の言葉だが、ナッジは、望ましい方向へと自然に行動を変える仕組みである。

「ナッジ (nudge)」の事例をいくつか紹介する。

- ヨーロッパで男性用小便器の中にハエのシールを貼ったところ、利用者がそのハエを目がけて小便をするようになり、便器周辺の汚れが劇的に軽減された。
- 児童向け学習書「うんこドリル」がある。「うんこ」に大ウケする子どもたちの間で大人気となり、楽しみながら学べるドリルとして今もヒットしている。
- 大腸がんを早期発見するためのゲームアプリ「うんコレ」もナッジの成功例の一つだ。これは毎日、排便の時間と量と色を報告させることでゲームが進む仕組みとなっており、病的な状態になるとアラートが出て、病院に行かないと話が進まないというゲームである。遊びながら健康チェックするよう行動変容を促すわけで、好評を博し東京ゲームショーでも話題となった。

私は最近、ナッジのように、面白いことや好きなことをして健康になれたり幸せになれたりするのをアシストするのが保健師や産業保健師の仕事の面白味ではないかと考えている。対象が認知症患者であれ一般の労働者であれ、より良い方向へ行動変容を促し、困りごとを減らすことは共通の目標であるから、常に頭を柔らかく使いながら仕事に臨んで欲しい。

吉村健佑先生の略歴

1978年生まれ、千葉大学医学部医学科卒業。精神科医・産業医として勤務後、厚生労働省に入省。医療情報分野の制度設計・政策研究に関わる。

2018年より千葉大学病院にて病院経営・管理学の教育研究および産業保健活動を実施。

2019年より千葉県と千葉大学病院が連携して医療政策を推進する目的で新設された、千葉大学病院次世代医療構想センターのセンター長・特任教授に就任。専門は精神保健学、産業医学、医療政策。精神保健指定医、精神科専門医／指導医、社会医学系専門医／指導医、労働衛生コンサルタント（保健衛生）、公衆衛生学修士、医学博士。