

## 最終試験の結果の要旨

報告番号	総研第 577 号		学位申請者	貴島 沙織
審査委員	主査	堀内 正久	学位	博士 (医学)
	副査	郡山 千早	副査	加治 建
	副査	田口 則宏	副査	網谷 真理恵
<p>主査および副査の5名は、令和2年9月8日、学位申請者 貴島 沙織 君に面接し、学位申請論文の内容について説明を求めると共に、関連事項について試問を行った。具体的には、以下のような質疑応答がなされ、いずれについても満足すべき回答を得ることができた。</p> <p>質問1) 回収率28.1%は何に対しての回収率か。  (回答) 送付した37病院のうち回答が得られた18病院に在籍する研修医380名を分母とした。</p> <p>質問2) 回収方法により回答が影響される可能性があるが、どのように配布回収をしたのか。  (回答) 研修責任者に郵送し、研修医に配布してもらった。回答は個別の封筒に入れて回収し、中身が見えないようにした。</p> <p>質問3) Maslach Burnout Inventory (MBI)の日本人の平均、医師の平均値等と比較して、この値はどのくらい高いのか。  (回答) 医療従事者に高い傾向があり、Hokuriku journal of public health 2011; 37(2): 34-40の日本人の平均、医師の平均と比較し今回のデータは高い。</p> <p>質問4) MBIにおけるBurnout(BO)の傾向は医療職独特なのか。それとも職種に関わらずこのような傾向はあるのか。  (回答) 他職種でも開始時には高いということが報告されている(燃え尽き症候群 土居 健郎監修 金剛出版 1993)。さらに医療職は高い。</p> <p>質問5) 経験をして2年目でSense of Coherence(SOC)が上がったり職務効力感が上がったりしないのか。  (回答) SOCはストレス対応能力の根幹であり、1-2年で変化しない(Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well: San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1987)と言われている。ストレス対応能力の素質は変わらないが、どう対応するか対応策は習得する。</p> <p>質問6) BOの指標とうつ病との関係はあるか。  (回答) うつ病はストレス反応を超えた病的状態であり、BOは職業に起因した現象である。別の状態であるが、BOとうつが関連したという報告はある(Acad Med. 2010; 85(10): 1630-4.)。関連はあるが、MBIがどの程度高値であればうつになるというデータは明確ではない。</p> <p>質問7) 回収された施設の分布はどのような環境だったのか。  (回答) 大病院3割、小病院7割程であり、地方小病院が多くなった。</p> <p>質問8) 3,15ヶ月目を選んだ理由は何か。  (回答) 時期についての報告はないので、早期として3か月目、その1年後として15か月目を選んだ。</p> <p>質問9) BOの定義として、2項目を選択した理由は何か。  (回答) BOをより表現しているのがemotional exhaustion(EX)とcynicism(CY)である。海外の報告でも2項目で判定している研究が多数あるため採用した。</p> <p>質問10) 他の職種でもBO率は同程度か。  (回答) もともとストレスの高い集団の報告が多く、ストレスの低い職種の報告が少ない。教師は40%、看護師は36%など高いという報告がある。BOの判定基準が報告により違い正確に比較はできないが、ストレスチェックで高ストレス者の報告を見ると、サービス業、医療職、小売業はストレスが高く、研究者、金融業、官公庁、農業などは少ない。</p> <p>質問11) BOは就業自体に支障を生じているか。  (回答) BO研修医はミスが多い、患者への注意が低下すると報告されている。研修プログラム離脱の可能性もある。</p> <p>質問12) SOCを45で分けている理由は何か。</p>				

# 最終試験の結果の要旨

(回答) 本研究の対象者の平均値で分けた。

質問 1 3) Limitation で日本の現状しかみていないとあったが、日本の現状は世界と比べてどうか。

(回答) 研修医において SOC を評価した報告は少なく、今回の日本のデータが海外の参考になるのではと思われる。

質問 1 4) 回答者の研修ローテーションで、院外に出て研修を行うことがあるか。

(回答) 基幹型病院にない科(精神科、地域医療など)を回る際は院外に出ることがある。2年目は院外の施設にいる可能性もあり、回収率が低かった。

質問 1 5) どういうプログラムに乗っているかというのは評価したか。

(回答) アンケートには記載していただくようにしたが、評価が難しい部分であり詳しいローテーションのデータは解析していない。

質問 1 6) 労働時間について、今回は法律を超えない範囲でやっていると思うが、この範囲でやっているのか。

(回答) 本来であれば労働基準法を超えない範囲で働かないといけませんが、自己研鑽で残っていると主張すると長時間労働が許容されるのが現状である。医師自体の労働時間の規制が難しい状況である。

質問 1 7) 指導医のうつ傾向や BO についての調査はあるのか。

(回答) 指導者にも BO の報告はある。

質問 1 8) 研修終了、進路への燃え尽きの影響はあるのか。

(回答) 燃え尽きた人も研修を再開している報告がある。

質問 1 9) MBI で評価しているが、この方法しかないのか。別のスケールはあるのか。

(回答) Pines のスケールがあるが、より個人の特性を評価しておりスケールの特性が違う。世界の論文の 93% で MBI が用いられていると報告がある。広く使用されているスケールが MBI である。

質問 2 0) MBI は精度が確立したスケールなのか。

(回答) 多言語に翻訳されて、世界どこで解析しても同じ因子に分かれるというデータがあり、妥当性が示されている。

質問 2 1) 先行研究で日本の研修医の40%は燃え尽きているという結果は、同じような研修時期に行われた報告か。

(回答) 時期についての報告はない。

質問 2 2) 無記名の方が回収率は上がると思うが、記名式にした理由は何か。

(回答) 当初はコホートを予定していた為記名式とした。

質問 2 3) 研修中断の割合はどれくらいか。

(回答) 研修医の 1.2~1.3% が臨床研修を離脱しているという報告がある。

質問 2 4) 職業上のストレスの指標と MBI との関係をした研究はあるか。

(回答) MBI とストレスの指標を評価した報告はないが、ストレスチェックにおいて、職業性ストレスと MBI 類似の内容を調べている可能性はある。

質問 2 5) SOC は変わらない可能性があるのであれば卒前教育から高めるプログラムを導入するという考えもあるのではないか。

(回答) 卒業前に自己効力感を高めるプログラムなど、導入すると良いかもしれない。

質問 2 6) SOC を構成している要素は何か。

(回答) 把握可能感、処理可能感、有意味感である。因子構造については種々である。

質問 2 7) Table 4 でデータを羅列しているが、統計的な処理はされているのか。

(回答) 解析を行い労働時間と SOC が BO リスクと有意に関連していたが、表には記載していない。

質問 2 8) 研修医8000人中の60名は少ないと思われるが、全体を表していると考えてよいか。

(回答) サンプル数は少なく、これで全体を語るのは難しいと思われる。

質問 2 9) ストレスコーピングで休日の過ごし方など重要と思うが、休日の過ごし方は SOC に入っていないのか。

(回答) SOC は素因、性格。コーピングはストレスに対しどう行動するかを見ており、見ている部分が違い含まれていない。

以上の結果から、5名の審査委員は申請者が大学院博士課程修了者としての学力・識見を有しているものと認め、博士(医学)の学位を与えるに足る資格を有するものと認定した。