
原 著

CES-D スケールを用いた研修医に対する メンタルヘルスケアの試み

藤 信明¹, 上村 宏², 谷口 弘毅³, 内藤 和世¹

¹京都府立与謝の海病院外科*

²京都府立与謝の海病院精神科

³京都第二赤十字病院外科

A Trial Mental-Health Assessment of Residents by Using a CES-D Scale

¹Nobuaki Fuji, ²Hiroshi Kamimura, ³Hiroki Taniguchi and ¹Kazuyo Naito

¹*Kyoto Prefectural Yosanoumi Hospital, Department of Surgery*

²*Kyoto Prefectural Yosanoumi Hospital, Department of Psychiatry*

³*Kyoto Second Red Cross Hospital, Department of Surgery*

抄 録

2004年から必修化された新医師臨床研修制度は、様々な研修機会が与えられる反面、一定の診療科へ帰属しないゆえに指導医との関係が希薄になる恐れを孕んでいる。今回、CES-D (the Center for Epidemiologic Studies Depression) スケールを用いた研修医のメンタルヘルスケアの試みを行ったので報告する。2005年4月から2009年3月までに当院で研修を行った管理型(2年間)および協力型(1年間)の研修医35人に対してCES-D Scale日本語版を年3回(5月, 前期末, 年度末)施行した。CES-Dスケール値は、1年次の初期と前期末および2年次の前期末に高値であった。適時的な面談により、1年次の前期末までは生活様式の変化や責任感の萌芽、2年次の前期末では診療科選択の困惑が抑うつ状態を惹起させることが示唆された。また、著明な高値の際の当院精神科医との連携は、早期かつ適切な対応を可能とした。

キーワード: CES-D, 研修医, メンタルヘルスケア。

Abstract

The new postgraduate clinical-training system that started in 2004 has provided residents with various training opportunities. However, in this system, the residents do not belong to a specific department; therefore, it is feared that the residents' relationship with the attending physician may

deteriorate. Therefore, we attempted to assess the mental health of the residents by using a CES-D (the Center for Epidemiologic Studies Depression) scale. We used the Japanese edition of the CES-D scale to assess the mental health of the 35 residents who had received training in this hospital till March 2009; the assessments were started from April 2005, and they were performed 3 times a year (May, September, and year end). The management-type (2 years) and cooperation-type (1 year) residents were included in these analyses. The timely interviews of the first-year residents suggested that the change in the lifestyle and the portent of the sense of responsibility may lead to a depressed state by September; similarly, in the case of the second-year residents, hesitation over the choice of departments way lead to a depressed state by September. Cooperation with this hospital psychiatrist enabled immediate and appropriate support when the risk of depression was very high.

Key Words: CES-D, Resident, Mental-health care.

序 文

これまで医師のメンタルヘルスに関してはあまり関心が払われなかったが、殊に研修医はストレス反応を呈しやすく、研修医のメンタルヘルスケアが最近注目されるようになった¹⁾³⁾。さらに、平成16年に必修化された新臨床研修制度は、多方面の研修機会が与えられる反面、一定の診療科へ帰属しないゆえに指導医との関係が希薄になる恐れを孕んでいる。今回われわれは、CES-D (the Center for Epidemiologic Studies Depression) を用いて研修医の精神的健康状態を把握し、心理的サポートの試みを行ったので報告する。

対象と方法

平成17年度より20年度までの期間に当院で研修を行った管理型(2年間:自治医科大学卒)および協力型(1年間:京都府立医科大学とのたすきがけ)の研修医35人に対してCES-D Scale⁴⁾日本語版⁵⁾を年3回(第1回目:5月,第2回目:前期末,第3回目:年度末)施行した。CES-Dは、一般人におけるうつ病を発見することを目的とし米国国立精神保健研究所(National Institute of Mental Health: NIMH)により開発されたものである。20項目の質問に対し4段階で自己評価(図1)を行い(0~60点), cut-off値16点以上で抑うつ状態である可能性が高いとされるものである。

適時的に面談を行い、研修医の精神状況の把

握と研修プログラムの修正の必要性の検討を行った。さらに平成20年度においては、前期末に当院研修プログラム責任者および研修管理委員会委員長により10人の研修医全員に個別の面談を集中的に行い、その面談自体の有用性も検討した。面談内容は、睡眠や食事などの生活環境、対人関係、同僚や上司の支援状況、診療上の悩み、さらには志望診療科など多岐にわたり、一人につき30から60分ほどの時間をかけた。同時に、年3回のCES-Dスケールのうち1回でも尺度点数が16点以上を認めたhigh risk群とそれ以外のlow risk群に分け、比較検討を行った。

データの取扱い方法については、尺度点数が指導医や研修医などの目に決して触れることがないように当院研修プログラム責任者および研修管理委員会委員長のみが取扱いとした。ただし、尺度点数が著明な高値の場合のみ当院精神科医長による精神医学的面接を依頼した。

統計学的検討はunpaired *t* testを用い、有意水準を両側5%とした。

結 果

対象期間の研修医数は、研修期間が2年間の研修医が6人、1年間の研修医が29人の計35人(延べ41人)であり、男女比は27:8であった。全研修医の第1, 2, 3回目の尺度点数は、各々 10.4 ± 8.1 (mean \pm SD) (n=40), 11.2 ± 7.6 (41), 9.1 ± 6.3 (40)であり、前期末で高値を認めた(図2)が、評価時期間で有意差を認

CES-D Scale

平成____年____月____日

氏名_____

この1週間について、もっとも当てはまるものを○で囲んでください。

	ない	週に 1~2日	週に 3~4日	週に 5日以上
1 普段は何でもないことがわずらわしい。	A	B	C	D
2 食べたくない。食欲が落ちた。	A	B	C	D
3 家族や友達から励ましてもらっても、気分が晴れない。	A	B	C	D
4 他の人と同じ程度には、能力があると思う。	A	B	C	D
5 物事に集中できない。	A	B	C	D
6 ゆううつだ。	A	B	C	D
7 何をするのも面倒だ。	A	B	C	D
8 これから先のことについて積極的に考えることができる。	A	B	C	D
9 過去のことについてよくよ考える。	A	B	C	D
10 何か恐ろしい気持ちがある。	A	B	C	D
11 なかなか眠れない。	A	B	C	D
12 生活について不満なく過ごせる。	A	B	C	D
13 ふだんより口数が少ない。口が重い。	A	B	C	D
14 一人ぼっちで寂しい。	A	B	C	D
15 皆がよそよそしいと思う。	A	B	C	D
16 毎日が楽しい。	A	B	C	D
17 急に泣き出すことがある。	A	B	C	D
18 悲しいと感じる。	A	B	C	D
19 皆が自分を嫌っていると感じる。	A	B	C	D
20 仕事が手につかない。	A	B	C	D

図1 CES-D 自記式質問紙票

めなかった。次いで、第1, 2, 3回目の尺度点数の経時的推移をみると、男女別では男：各々 10.2 ± 8.7 (31), 11.3 ± 8.4 (32), 8.6 ± 6.3 (30), 女：各々 11.0 ± 6.0 (9), 11.0 ± 4.6 (9), 8.7 ± 3.6 (9) であり、いずれの時期も女性が男性に比べ標準偏差が小さかった(図3)。また、学年別では1年次： 11.2 ± 8.9 (24), 11.3 ± 7.2 (24), 9.9 ± 7.0 (23), 2年次： 9.1 ± 6.7 (16), 11.1 ± 8.5 (17), 7.9 ± 5.3 (17) と、1年次の初期と前期末および2年次の前期末に高値を示し、標準偏差が大きいのは1年次初期と2年次前期末

であった(図4)。ただし、CES-D 尺度点数はいずれも有意な差ではなかった。年度別の推移(図5)でも、前期末で標準偏差の大きくなる傾向であった。

平成20年度における High risk 群(H群, $n=6$) と low risk 群(L群, $n=4$) の検討では、H群の尺度点数の経時的推移は 14.7 ± 9.9 , 18.2 ± 2.8 , 12.5 ± 8.0 で、L群は 7.5 ± 3.9 , 9.5 ± 3.9 , 5.3 ± 4.6 であり、前期末のみ有意差を認めた(図6)。

尺度点数が概ね20を超える場合に積極的に

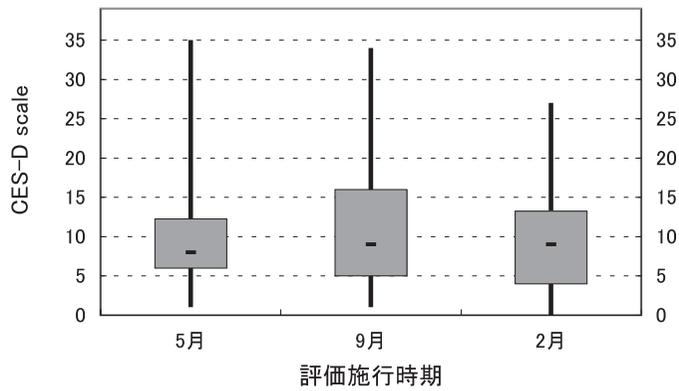


図2 評価施行時期別の CES-D スケール

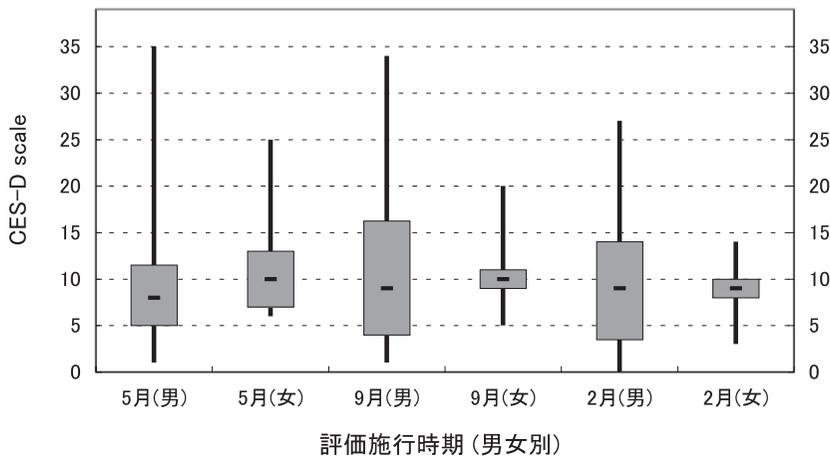


図3 男女別・評価施行時期別の CES-D スケール

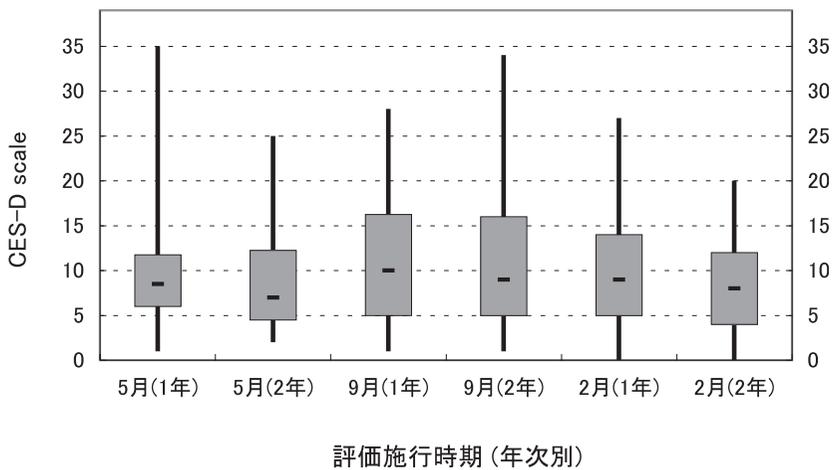


図4 研修年次別・評価施行時期別の CES-D スケール

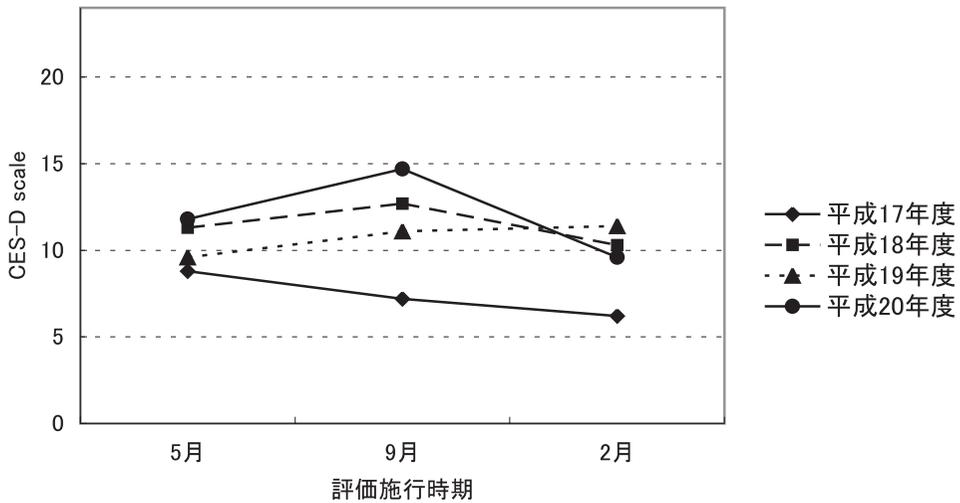


図5 年度別・評価施行時期別のCES-Dスケール

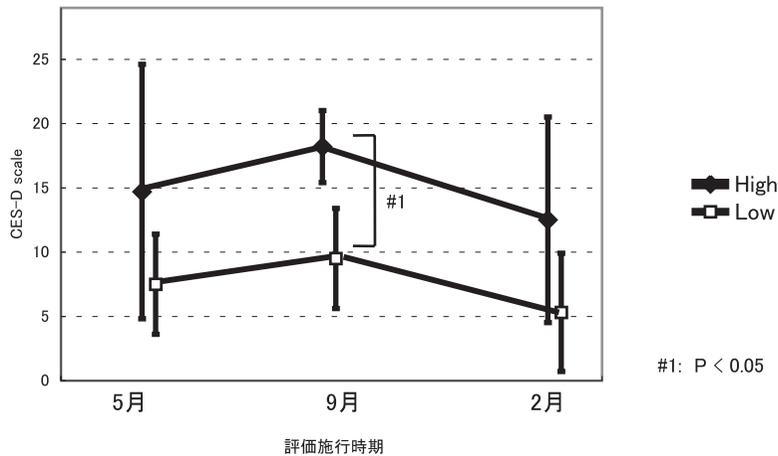


図6 High risk 群と low risk 群・評価施行時期別のCES-Dスケール

行った研修プログラム責任者あるいは研修管理委員会委員長による適時的な面談、さらに研修医全員に対して集中的に前期末に施行した前述二者による個別面談により、1年次の中期までは生活様式の変化や責任感の萌芽、2年次の中期では診療科選択の困惑が抑うつ状態へと惹起させることが示唆された。また、尺度点数が概ね30を超えるような高値の際は、当院精神科医と連携を図り早期かつ適切な対応を行った。平

成20年度末現在、研修プログラムの修正まで必要とする事例を経験していない。

考 察

平成16年より卒後臨床研修制度が必修化されたが、その臨床研修の理念は、「医師としての人格を涵養し、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得させるとともに、アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備する」ことであ

る⁶⁾⁷⁾。

道喜ら³⁾の卒後臨床研修必修化の前後における研修医のメンタルヘルスの変化に関する検討では、必修化導入後においても研修開始2ヶ月後に新たに抑うつ状態を呈した研修医は4分の1を超える高い割合を占めるものであった。研修医のストレスを改善させた要因は、睡眠時間の増加と対人関係困難の減少と同僚や上司の支援の増加であり、ストレスを悪化させた要因は、達成感の減少であると報告した。さらに、達成感の減少の理由を、志望診療科以外の研修および各ローテート期間の短さに起因する消極的な感覚であると分析した。また、松崎ら⁸⁾は、ストレス増強要因とストレス緩和要因がストレスに与える影響は、1:3で緩和要因の影響が大きいと報告した。これらは、個々の研修医におけるストレスの要因を的確に把握し、増強要因の減少と緩和要因の増大を図ることの重要性を示唆していると考ええる。

今回のCES-Dを用いた自己評価点数と適時的な面談により、1年次の中期末までは生活様式の変化や責任感の萌芽、2年次の中期末では診療科選択のジレンマが抑うつ状態を惹起させるものと推測された。さらに、1年次初期と2年次前期末の時期に標準偏差が大きくなることから、各々の研修医に応じた対応が望まれることも示唆された。一方、CES-DスケールによるHigh risk群(H群)とlow risk群(L群)の検討で興味深いことは、前期末においてはH群と

L群で有意差に至るにもかかわらず、その後は再び有意差が解消する(図6)ということである。前期末に全研修医に対して集中的に施行した個別の面談が、メンタルヘルスケアに有用であった可能性を示唆するもとを考える。

さらに、尺度点数が著明な高値を示した際の当院精神科医師との連携は、早期かつ適切な対応を可能としたと考える。ただし、CES-Dの自己評価尺度はあくまで参考資料として使用するものであり、精神科医による精神医学的面接に代わるものではないことも十分認識しておく必要がある⁵⁾。

本研究は研修医に対するメンタルヘルスケアの検討であったが、一方で指導医のメンタルヘルスケアも注目されつつある。谷口ら⁹⁾によると、指導医の2割以上がCES-Dスケールによる抑うつ状態であったことを報告し、その背景には長時間労働および臨床業務や教育業務など多岐にわたる過重な業務が影響している可能性を指摘している。研修医のメンタルヘルスケアと同時に、指導医とりわけ中堅クラスの医師のメンタルヘルスケアを充実させる¹⁰⁾ことも、よりよい医学教育体制を構築していくために重要であると考えられた。

結 語

CES-Dスケールを用いた研修医に対するメンタルヘルスケアを試みたので若干の文献的考察とともに報告した。

文 献

- 1) 木村琢磨, 前野哲博, 小崎真規子, 大滝純司, 松村真司, 尾藤誠司, 青木 誠. わが国における研修医のストレス要因の探索的研究. 医教育 2007; 38: 383-389.
- 2) 前野哲博, 中村明澄, 前野貴美, 小崎真規子, 木村琢磨, 富田絵梨子, 笹原信一郎, 松崎一葉. 新臨床研修制度における研修医のストレス. 医教育 2008; 39: 175-182.
- 3) 道喜将太郎, 吉野聡, 笹原信一郎, 谷口和樹, 友常祐介, 富田絵梨子, 宇佐見和哉, 林美貴子, 中村明澄, 前野哲博, 松崎一葉. 卒後臨床研修必修化の前後における研修医のメンタルヘルスの変化に関する検討. 医教育 2008; 39: 381-386.
- 4) Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Measurement 1977; 1: 385-401.
- 5) 島 悟, 鹿野達男, 北村俊則, 浅井昌弘. 新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医 1985; 27: 717-723.
- 6) 厚生労働省令第158号. 医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令(平成14年12月11

- 日). 2002.
- 7) 第 150 回国会参議院国民福祉委員会附帯決議 (平成 12 年 11 月). 2000.
- 8) 松崎一葉, 笹原信一郎. 大学・研究所のメンタルヘルス. 臨精医 2004; 33: 869-875.
- 9) 谷口和樹, 笹原信一郎, 前野哲博, 吉野 聡, 友常 祐介, 富田絵梨子, 宇佐見和哉, 林美貴子, 道喜将太郎, 中村明澄, 前野哲博, 松崎一葉. 臨床研修病院における指導医の労働実態およびメンタルヘルスに関する研究. 医教育 2008; 39: 305-311.
- 10) 平山愛山. 【現状】自治体病院の惨状- 崩壊から再生へ. 医のあゆみ 2007; 222: 441-448.