

**設問 3 1 は初期 4 年間の研修を終えた先生方にかがいます**

3 1. あなたの伴侶が専門職の研修を受けるため、あるいはあなたの家族の事情のために、あなたの 5 年目の研修の選択が制限されましたか

はい いいえ



**“はい” と答えた先生**に、その理由をうかがいます。

**該当するもの全てに×をつけて下さい。**

- 伴侶の現在の仕事や学校
- 伴侶の予定される勤務地
- 必要な収入を得るため
- その他の家庭要因
- その他

お忙しい中、ご協力ありがとうございました。

小児科初期研修についてご意見があれば、自由にお書きください。

---

---

---

---

## 小児科・産科医の勤務状況の改善に関する研究

【分担研究者】	中野 仁雄	九州大学副学長・医学研究院生殖・病態生理学教授
【研究協力者】	平川 俊夫	九州大学病院産科婦人科
	内田 聡子	九州大学病院産科婦人科
	山本 順子	九州大学病院周産母子センター

### ■研究要旨

産婦人科医師不足の現状を分析し、(1)小児科・産婦人科の労働条件等に関する研究、(2) no-fault compensation 制度の研究、(3)女性医師の勤務支援に関する研究、(4)小児科・産婦人科医師育成の支援方策に関する研究、の4つについて実地調査を主体とした検討を行った。今後はこれらに対しての具体的な解決の方策を医療政策化することが求められる。

#### A. 研究目的

本研究の目的は、安心して出産・育児のできる環境を国民に提供するために必要となる小児科・産婦人科医師の確保と適正配置の方策について、特に勤務状況の改善の視点から、現状の問題点を明らかにし、解決の方向性を探ることにある。

本年度は第2年度として、小児科・産婦人科の労働条件等に関する研究、女性医師の勤務支援に関する研究、小児科・産婦人科医師育成の支援方策に関する研究に関しては、初年度に抽出した課題に基づいて実態調査を行い改善の方策を検討した。さらに増え続ける医療訴訟が小児科・産婦人科を選択する際の障害になっていることに鑑み、訴訟に変わる新たな紛争解決の手段として no-fault compensation 制度の研究も開始した。

#### B. 研究方法

本研究を行うにあたっては、既存資料の調査研究、ならびに調査票を用いたアンケート調査を主な手法とした。

なお、産婦人科関係の研究にあたっては日本産科婦人科学会内での本件に関する検討過程、特

に学会のあり方検討委員会と連携して行った。

(倫理面への配慮)

本研究で用いた調査票には、個人情報に係わる情報の取扱いはなく、倫理面で問題とされる事項は含まれていないので、倫理面の問題はないと判断した。

#### C. 研究結果

小児科・産科医師の労働条件等に関する研究  
桃井真里子班員：

##### 【現状の分析と課題の整理】

病院小児医療が不採算であるという認識は医療界全体に共通しているが、行政では未だ十分認識されていない。病院小児医療の問題点を客観的に示すためには、小児科収支に関与する数値化データを収集する必要がある。

##### 【抽出された改善すべき点】

小児科を診療科として有する全国 1,370 の病院を対象に調査票を送付して、小児科医師の勤務時間、小児科診療の収支、小児科の医師・看護師の人件費率を調査した。栃木県内に限った中間報告の結果、以下の問題点が抽出された。

小児科医師の勤務時間・当直回数が極めて長い  
(週平均労働時間は平均 88 時間:月平均当直回  
数は 2-9 回)

小児科収支はマイナス収支である(支出/収入  
=122%)

小児科医師・看護師の人件費率は他科に比べて  
高い

#### 【改善の方策】

病院小児科医師の労働時間の適正化のため、必  
要勤務医数に応じた診療報酬体系が必要である  
小児科収支を適正化する際には、医師の労働適  
正化による人件費率の増加も勘案した収益のア  
ップが必要である。

石川睦男班員:

#### 【現状の分析と課題の整理】

産婦人科医師減少に対しては、一人医長病院の  
統廃合により人的資源を確保する必要性が考え  
られる。また産婦人科医療の現場において労働  
基準法の遵守が求められるようになる。さらに産  
婦人科女性医師の増加に伴い、産休・育休など  
の時間確保への対応も求められる。新しい臨床研  
修制度の下、研修指導にたずさわる教育スタッフ  
の確保も必要となっている。

#### 【抽出された改善すべき点】

北海道を例にとり第二次保健医療福祉圏毎に周  
産期統計と小児科・産科医師数の現状とを比較  
検討した結果、地域にセンター的病院をつくり、  
医療の集中化を図る必要があること、同センター  
病院は産婦人科勤務医師を3-4名以上の複数  
とすること、それに伴い一人医長病院を廃止して  
ゆく必要があることなどが判明した。

#### 【改善の方策】

周産期医療担当の二次病院の医師数を3名以上  
とする。

病院宿日直から産科医を免除する。

二次保健医療福祉圏の産科医数と周産期死亡

率、新生児死亡率、死産率を公表する。

二次保健医療福祉圏の小児科医数と周産期死  
亡率、新生児死亡率、乳児死亡率を公表する。

#### No-fault Compensation 制度に関する研究

岡井 崇班員:

#### 【現状の分析と課題の整理】

我が国では、医療事故に遭遇した患者の補償は、  
裁判において医療過誤を立証し、医療提供者か  
ら損害に対する賠償を得ることに限られているが、  
この方式では、すべての患者に補償を与えること  
ができず、また訴訟の過程で必ずしも事故原因の  
真相が明らかにされるとは限らない。また、医師・  
看護師個人の責任が問われることが多く、事故の  
背景となるシステム上の問題などが厳格に検証さ  
れることは少ない。

#### 【抽出された改善すべき点】

すでに本制度を導入している諸外国の実情調査  
によれば、米国フロリダ州では、事故調査機関が  
よく機能し、原因究明、免許剥奪を含む罰則があ  
って成功しており、スウェーデン、ニュージーラ  
ンド、フィンランド、ノルウェー、デンマークなど  
では社会保障の観点から補償が税金でまかなわれ  
ている。スウェーデンの患者保険制度(Patient  
Compensation Insurance: PCI)では、過失が厳密  
に立証されなくても医療行為の直接的な結果であ  
る可能性が 50%以上であれば補償の対象として  
おり、財源には医療関係者の保険料(医師 1 人あ  
たり年間約 1 万円)と社会保険料(医療)の 0,16%  
(国民 1 人あたり年間約 300 円弱)を充てている。  
PCI の保険契約は任意だが、実際には全ての医  
療関係者が加入している。また同時に、医療規律  
を扱う調査委員会(Medical Responsibility Board:  
MRB)が別途機能しており、各事例の調査・分析・  
処罰提案を行っている。

本制度の問題点としては、給付額が裁判で勝訴  
した場合よりも低額であることへの不満、医師の責

任を問わないため事故が減らない、などがあげられている。しかし対談により医師・患者関係を mediate する場としての意義、感情面での効果は十分にあり、カナダでの訴訟前の仲裁制度(caring)も参考になる。

#### 【改善の方策】

本邦における具体化にあたっては、事故の調査・医師の規範の審議・過誤を犯したものへの処罰の提案等に関わる独立した機構を適正に機能させること、また患者側の提訴権の保持、補償額の適正化、基金の拠出元の調整などが重要である。

#### 女性医師の勤務支援に関する研究

大澤真木子班員・五十嵐隆班員：

#### 【現状の分析と課題の整理】

女性医師、特に卒後臨床研修必修化のもとでの女性医師への勤務支援に関しては、小児医療研修の位置づけ、ならびに女性医師支援の具体的方策の検討が重要である。

#### 【抽出された改善すべき点】

卒後臨床研修においては、よりよい臨床教育のできる指導的医師を育成することが必須であり、研修内容の評価に際しては、問題解決能力、技術獲得の評価が必要である。

小児救急の問題を改善するため、小児一次医療の実践が可能な他領域医師を育成することが重要である。

マッチングに際して、子どもの養育に関わる親や配偶者との地域的配慮が望まれる。

育児休暇、子どもの急病に伴う休診が可能となるように、非常勤医師の登録や代替医制度を立ち上げることが望まれる。

保育環境の改善のため、感染症対策の指導、保育士一人あたりの受け持ち児数を減らすこと、無認可保育園を認可とすること、につき検討を要する。

#### 【改善の方策】

臨床教育に優れた医師を育成する指導者教育プログラムに対する行政的支援

必修化された2年間の研修制度の研修内容と各学会による専門医制度プログラムとの連動に対する行政的支援

小児医療を夜間救急診療部や一般外来にて経験することの義務化(3ヶ月以上)、特に救急診療のトリアージが可能な医師の育成

臨床研修が産産・育児に伴い中断された場合に、再研修が実施でき、再研修後に研修修了を認定すること

育児環境を考慮に入れた、マッチングにおける地域的配慮

代替医制度、非常勤医師の登録制度の立ち上げに対する行政的支援

退職後の再教育制度に対する行政的支援

保育環境における感染対策の指導、評価

保育士一人あたりの受け持ち児数を少なくすることへの行政的支援(以上、大澤班員)

子育てなどで臨床から離れている医師の実地診療再開に向けての最新の知識を伝授する講習会への行政的支援。講習会は3日程度として定期的に開催、主に外来診療に必要な最新の知識や技術を実地医家の先生が講演する。この講習会は小児科学会認定医の単位として認定する。講習会の受講費用はできるだけ無料とし、開催関連費に公的助成を与える。

研修医と学生の教育に実地医家を参加させるための行政的支援(以上、五十嵐班員)

岡村州博班員：

#### 【現状の分析と課題の整理】

本邦とフランスの産科女性医師について勤務状況を比較した結果、以下の結果を得た。

産科女性は産科を専攻したことについては満足しているが、産休・育児休暇について困惑している。これは代替医師の不足が原因である。

フランスの産科システムの特徴として、施設の機能集中化、機能に応じたレベル分け、機能が低い施設をサポートするネットワークの整備がある。また、スタッフの勤務形態として、常勤医師以外にシニアオンコール、physician under contract など比較的フレックスなポジションを設けて常勤医師の負担を軽減する試みが行われている。

#### 【抽出された改善すべき点】

フレックスな勤務体系、ポジションの設定が本邦でどの程度機能しているかの調査が必要。

過去に行われた調査(日本産婦人科医会、平成7、13年度)は主として都市部の医師が対象となっており、地方の状況の把握が十分でない。

以上の問題を解決するため、東北、東京、九州の全産科女性医師を対象とした勤務状況アンケートを行っているところである。

#### 【改善の方策】

勤務医師の給与体系に関するバランス構築

本邦の勤務医給与は基本的に経験年数により算定されており、このことが産休・育休後の再就職を難しくしている。希望勤務状況に応じたフレックスな給与体系のモデルプランの作成、このためのワーキンググループの設置に対する行政的支援が必要である。

産科施設の機能合理化に関するモデル地域設定の試み

産科施設の機能集中化、機能に応じたレベル分け、機能が低い施設をサポートするネットワークの整備などについて、本邦で導入可能なシステムの構築、さらにモデル地域を設定しての具体的な導入検討に対しての行政的支援が必要である。

産科女性医師バンクの設立

国内産科女性医師全て(研修医は除く)を対象とした登録システムを構築し、多様な勤務形態への対応、再就職に際しての講習会など、新しい勤務への移行がスムーズに行われるような行政的支援

が必要である。

#### 小児科・産科医師の育成の支援方策に関する研究

加藤達夫班員・田中憲一班員・中野仁雄班員：

#### 【現状の分析と課題の整理】

小児科入局医師数の調査によれば、聖マリアンナ大を例に挙げれば、女性が男性の約2倍である一方、男性の多くが退職しないのに対して女性は約2/3が退職する。(以上、加藤)

#### 【抽出された改善すべき点】

小児科入局医師増には、特に少ない男性の入局医師を増やす必要がある。

また、小児科医の人材有効活用に関して小児医療・保健・福祉のワークシェアリングを検討する必要がある。(以上、加藤)

医学生の産科小児科に対する意識を調査することにより、産科小児科医療における問題点を明らかにする必要がある。(以上、田中)

#### 【改善の方策】

小児科指導医の育成

医学生に対する小児科のイメージ作り(一般小児科の診療内容の見学実習など)

医学生早期からの小児科との係わり(チュウトリアル教育などによる学生との連携)

女子学生に対する対応

小児医療・保健・福祉のワークシェアリングに関して、小児科実地医家に本来業務の実態を調査し、その付随するもしくは補助的な事業への参加状況と、今後各自ができそうな事業を明らかにする。小児科医師の有効活用となるバンキング制度の足がかりを模索する。(以上、加藤班員)

全国大学病院において、1・2年生ならびに臨床実習を体験した医学生を調査対象としたアンケート調査を実施する。(以上、田中班員)

医療施設間の機能分担と有機的連携に基づく産婦人科医療体制の整備に向けた行政的支援

産婦人科医の勤務環境の改善、特に女性医師についての妊娠・出産・育児を支援する多様な勤務形態の整備のための施策新臨床研修制度のもとの産婦人科医師確保をめざした教育システムの整備への行政的支援

産婦人科医事訴訟の軽減を図るための施策の立案(以上、中野班員)

#### D. 考察

小児科、産婦人科を専門と定め、研鑽を始める若手医師はいきなり過酷な勤務条件にさらされる。ストレート研修制度から新しい医師臨床研修制度に変わってどうなるか不透明とはいえ、自然に改善の方向を向くとは思えない。

勤務条件の過酷さを、70歳以上が第1集団という際だった特徴をもつ産婦人科が端的に表すのは、病院の専門医数調査は2名勤務が分布のピークとう現実である。これは医師需要に対してほぼ60-65%の供給に過ぎないことを意味する。必定、診療ニーズは過剰の労務負荷で補うしかなく、約1.5人分の働きを強いられる。

しかもこの惨状は、種々の要素の相互相関によりダイナミックな増幅効果が発揮されてより深まることが懸念される。すなわち、施設要因充足が起点であると、安全・快適サービスは向上し施設の評価は上昇、労務負荷は安定し人材リクルートは容易となる。ここには人件費の高騰と施設の債務負荷出現の可能性はあるが、研究開発が強化され、新市場創造といういわば順回転が進む。これに対して施設の要因不足の状況では、各要素の負のポテンシャルによって逆回転が生じる。ここでは縮小均衡へのベクトルを模索するのがせめてものことになる。

勤務条件の改善方策が機能すれば若手医師確保の期待に応えられるが、より深刻なのは効果発現までのラテンシーであり、5-6年は覚悟しなければならない。その間、高齢専門医師のリクルートを

はじめ、外科医、内科医、助産師など他の専門職の動員と共に専門診療内容のインフラストラクチャーを整理し、担当者を確保するという広範な資源再配分が高じられなければならない。

#### E. 結論

今後の小児科・産婦人科医療を支えるには、労働時間の適正化、必要医師数に応じた診療報酬体系の確立、地域周産期医療ネットワークの確立支援、勤務条件の改善、多様な勤務形態に対応できる制度設計、新臨床研修制度のもとの教育システムの整備と指導者の育成、医療訴訟を減少させるための新たな制度設計、が必要である。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

中野仁雄: 展望-産婦人科医療 日産婦誌 2003;55(8):795-800

##### 2. 学会発表

中野仁雄: 会長講演「展望-産婦人科医療」第55回日本産科婦人科学会学術講演会, 2003年4月12日, 福岡

#### H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

## 小児科医の労働条件

【分担研究者】

桃井真里子 自治医科大学小児科学教授

【研究協力者】

森 雅人 自治医科大学小児科学講師

### ■研究要旨

小児科医の確保、育成の最大の問題と考えられる病院勤務小児科医の労働条件について検討した。小児科医の労働時間は、平均、週の休日が1日未満の医師が 20-30 歳代では 1/4 を占めた。特に若い医師に長時間労働が認められた。特に初期研修医の労働時間は長く、研修必修化によって小児科研修期間の減少が生じるために、病院小児科医療への影響は3年目以降の医師群に係ることが予測された。とくに、小児科研修が1カ月-3カ月程度の研修である場合、時間外労働は、全て3年目以降になり、より労働時間の過重が増員なしの病院小児科医療に係ってくることを予測され、平成16年度以降の医療現場の再調査が必要であると思われる。また、科別収支が計算可能であった約 40%の施設が小児科の収支がマイナス収支であった。労働時間、医業収支は平均値よりも、問題が大である施設の小児科医療に果たしている役割の分析と改善が重要である。

#### A. 研究目的

少子高齢化のなか、小児科医の激務、夜間救急の小児科医不足、病院の小児科閉鎖が報道され、我が国における病院小児科医療は危機的な状態にある。小児科医療改善のためには病院小児科医の確保に加え、小児科医の適正な配置、救急医療体制の確立など包括的な視点での改善が必要である。小児科医の労働は過重であり、病院小児科医療診療報酬も不採算であるとされるが、その具体的な内容は十分には検討されていない。このためわれわれは、現在の病院小児科医の労働実態、病院の小児科収支を検討することにより、救急医療、小児科医療に対する医師配置の改善、よりあるべき小児科医療の体制を提示することを目的として以下の検討を行った。

#### B. 研究方法

大学病院、小児科を除く小児科を診療科として標榜している全国の 1154 の病院に調査票を送付し、小児科医の労働実態として1週間の労働時間、

小児科診療の収支、医師、看護師人件費率などに関して調査を施行した。(別紙調査票参照)

#### C. 結果

1154 の病院に送付し、241 病院より回答が得られた(回収率 20.8%)。なお、回収できなかった病院に対しては、追加調査の予定である。

241 の病院の小児科医 646 人から勤務実態調査に対する回答が得られた。

##### 1. 全体調査

小児科医師数、小児科病床数

各施設の小児科医師数は 0 人から 16 人で 2 人が 52 施設(21.6%)と一番多かった。(図1)

1-2 名で病院小児科医療を行っている施設の小児科医総数は、回答された小児科医総数の 15.8%であった。5名以下では独立した小児科救急医療体制が取れないとすると、その医師総数は、回答医師総数全体の 50.6%であった。

病床数では 10 施設が外来のみであった。10床未満が 49 施設(20.3%)、10-19 床、20-29 床、

30-39 床がそれぞれ 54 施設 (24.2%)、49 施設 (22.1%)、41 施設 (18.5%) であった。(図2)

図1: 医師数毎の施設数

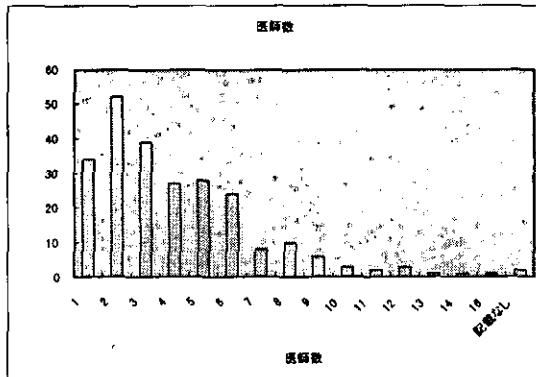
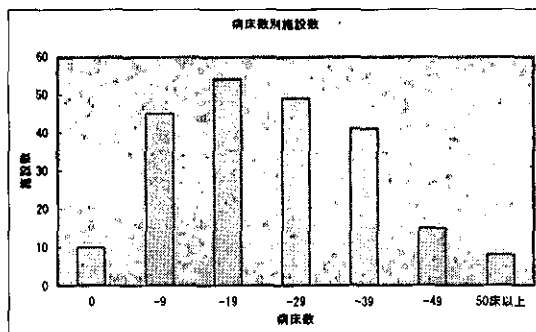


図2: 病床数毎の施設数



収支(表1)

小児科単科としての収支は計算していない、計算ができないといった病院は、回答施設の 63.9% であった。外来(61 施設)、入院(58 施設)、全体(87 施設)での回答であった。また、計算方法も統一されておらず、小児医療収支の数字を単純に比較するのは困難と思われたが、出された数字について、収支について 支出/収益 で検討した。表1のように外来、入院、全体とも約 40%の施設支出/収益 >1.0 でマイナス収支であった。

表1. 支出の収入に対する割合

支出/収入	1 未満 : 黒字	1 以上 : 赤字
全体 (n=87)	47 施設 (54%)	40 施設 (46%)
外来 (n=61)	35 施設 (57.4%)	26 施設 (42.6%)
入院 (n=58)	34 施設 (58.6%)	24 施設 (41.4%)

小児科病床数別の収支を検討した(表2)。

表2. 病床数別の支出の収入に対する割合(%)

病床数	全体	外来	入院
0床	139.4 ± 43.9(n=2)		
1-9	89.1 ± 22.2(n=14)	97.2 ± 31.8(n=12)	83.1 ± 29.0(n=12)
10-19	100.0 ± 20.5(n=20)	95.8 ± 16.7(n=15)	102.7 ± 31.9(n=14)
20-29	92.8 ± 32.1(n=24)	84.3 ± 40.9(n=13)	91.6 ± 31.9(n=14)
30-39	100.3 ± 18.3(n=18)	103.1 ± 18.3(n=12)	101.7 ± 12.4(n=13)
40-49	85.6 ± 29.7(n=5)	87.2 ± 17.0(n=3)	81.7 ± 40.5(n=3)
50-	100.4 ± 5.0(n=4)	100.4 ± 5.0(n=3)	105.9 ± 9.3(n=3)



表のように小児科病床数が 10 床未満と 40-49 床の施設では収益が支出より多かったが、40-49 床の施設は 3 施設での回答であった。10 床以上の施設では支出の割合が 100%以上であり、特に 10-19 床、50 床以上の施設では入院収支において支出が上回っていた。

#### 人件費率

小児科病床数毎の人件費率を表 3 に示した。

表3. 病床数毎の人件費率

病床数	医師人件費率	看護師人件費率
0床(n=3)	45.5±19.3	10.6±7.5
-9 (n=13)	39.6±18.1	23.9±13.7
-19 (n=18)	19.5±9.8	26.8±16.3
-29 (n=17)	15.4±6.5	26.6±16.5
-39 (n=20)	14.2±5.3	30.5±15.8
-49 (n=4)	14.2±2.4	27.3±2.6
50 (n=3)	13.5±4.3	32.2±5.5

表のように、検討が可能であった施設数は 78 施設で、小児科病床が 10 床未満の施設では医師人件費率が看護師を上回っていた。小児科 19 床以上の施設では医師人件費率は 13 から 19%で看護師人件費率は 25 から 30%であった。

## 2. 個人調査

### (1) 医師の年齢構成(図3)

年齢は 30 歳代、40 歳代で 58%を占めていた。初期研修医、20 歳代の医師は合計で 22%であった。

初期研修医	9% (61 人)
20 歳代	13% (86 人)
30 歳代	30% (189 人)
40 歳代	28% (176 人)
50 歳代	18% (119 人)
60 歳代	2% (13 人)

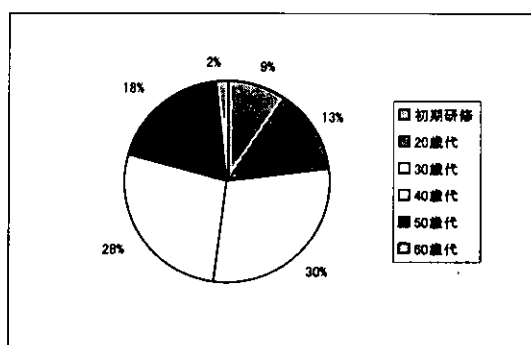


図3: 年齢別医師の割合

### 週の労働時間(図4)

週の労働時間は初期研修医の 73.4 時間が一番長く、年齢とともに減少する傾向にあったが、50 歳代でも 57 時間の労働時間であった。

初期研修医	73.4±17.5 時間(最大 135 時間)
20 歳代	72.1±16.4 時間(最大 120 時間)
30 歳代	69.5±17.1 時間(最大 128 時間)
40 歳代	61.8±13.0 時間(最大 120 時間)
50 歳代	57.1±12.8 時間(最大 100 時間)
60 歳代	50.8±6.5 時間(最大 60 時間)

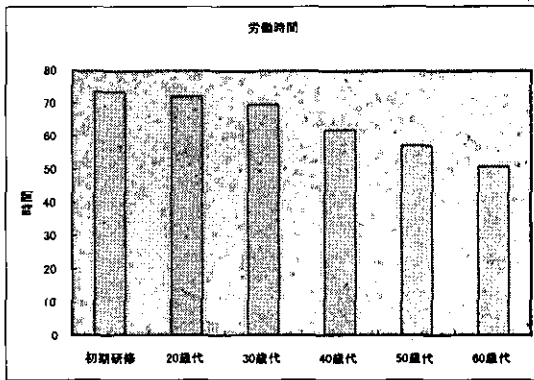


図4: 1週間の労働時間

平均値は記載した通りであるが、最大労働時間が50歳以下でいずれも100時間を超えているのは、労働管理上は極めて重大な問題であると思われる。ここでも、平均値の評価ではなく、どのような施設で長時間労働が成されているのかの詳細な分析を必要としている。

(4) 時間外労働時間(図5)

週の年齢毎の平均時間外労働時間は初期研修医の26.4時間が一番長く、年齢とともに減少する傾向にあったが、50歳代でも14.7時間の時間外労働時間であった。

- 初期研修医 26.4±13.8 時間(最大 50.5 時間)
- 20歳代 23.3±16.1 時間(最大 76 時間)
- 30歳代 21.6±13.6 時間(最大 60 時間)
- 40歳代 17.7±11.3 時間(最大 60 時間)
- 50歳代 14.7±12.4 時間(最大 80 時間)
- 60歳代 9.4±7.4 時間(最大 24 時間)

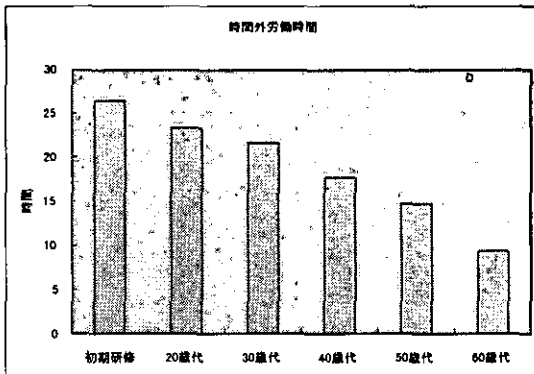


図5: 週の時間外労働時間

(5) 休日の日数(図6)

その週の休日の日数に対する答えとして、初期研修医の33.3%が0日または0.5日と答えた1日未満であり、20歳代、30歳代の医師も約20~25%が1日未満であった。

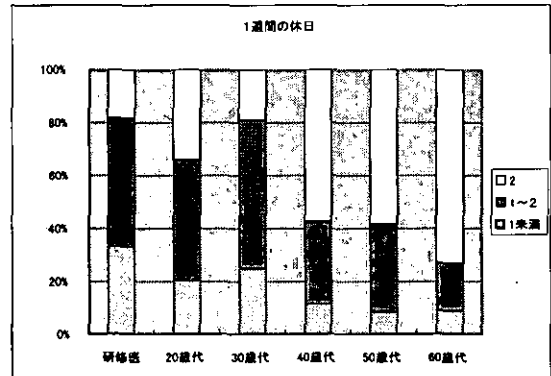
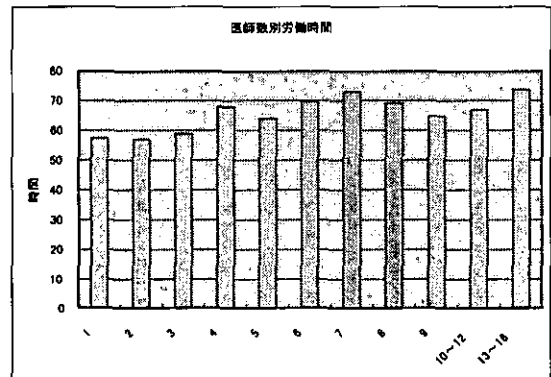


図6: 休日の日数

施設小児科医師数別の労働条件

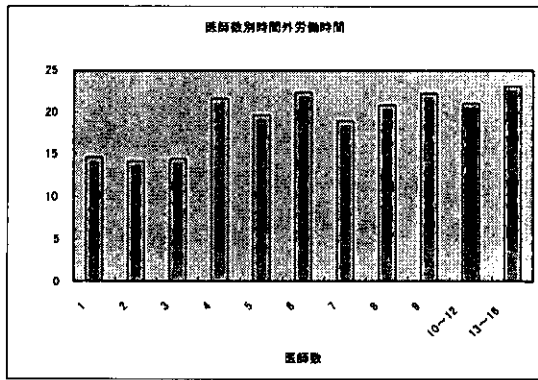
a. 労働時間(時間)

- 1人: 57.4±13.3 7人: 72.9±18.0
- 2人: 57.1±14.1 8人: 69.2±13.8
- 3人: 59.0±12.4 9人: 64.7±15.0
- 4人: 68.0±17.7 10-12: 66.9±12.8
- 5人: 63.9±14.1 13-16: 73.6±14.1
- 6人: 69.6±19.1



b. 時間外労働

- 1人: 14.6±10.9 7人: 18.9±13.0
- 2人: 14.1±14.0 8人: 20.8±12.4
- 3人: 14.4±10.8 9人: 22.2±15.1
- 4人: 21.6±14.6 10-12: 21.0±11.8
- 5人: 19.6±11.7 13-16: 23.2±11.6
- 6人: 22.4±15.5



小児科医師数によって労働時間を分けてみると 4 人以上の医師のいる施設での労働時間、時間外労働時間が増えていた。このことは小児科医師数が 4 人以上の施設になると夜間の輪番制、24 時間体制での小児医療と体制をとっていることが関係していると思われる。(図7)

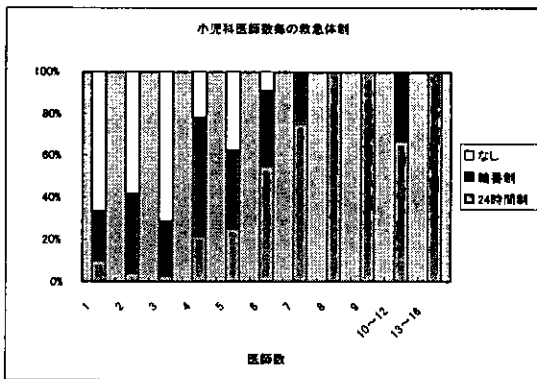


図7:小児科医師数別の小児救急体制

(7) 小児科医としてもっと評価してもらいたい業務(図8)

小児科医としてもっと評価してもらいたい内容はなんですか。という質問に対して以下のような回答が得られた(重複回答あり)。夜間診察が 521 人で最も多く、手技 469 人、親に対する説明 408 人、診察 301 人となった

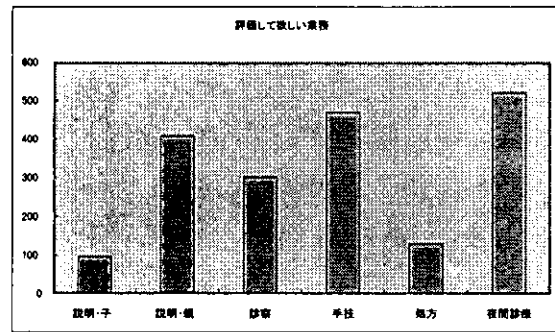


図8:小児科として評価を希望する業務

#### D. 考察

病院・勤務の実態調査をアンケート方式で行った。

①回収率は 20.8%であったが、全国 241 の病院とその小児科医 646 人から回答が得られた。医師数の多い病院は、記載が煩雑であるために、回収が悪い可能性があり、回答した施設規模にバイヤスがある可能性がある。回答なしの施設につき、さらに、調査を施行し、全体像を把握する予定である。約 30%の施設で小児科医は1-2人であり、小児科病床数は 20 床未満が約 45%をしめた。各地域に必要な病院小児科の配置の結果であると考えられるが、病院小児医療の全体像を把握し、より効率的な配置を考案する上で、小児科医数の 1-2名の病院小児医療の存続を、その小児医療の果たす役割と効率の2視点から、検討する必要がある。

②病院小児科収支:小児科単科の収支の検討では多くの施設で回答が得られず、小児科単科としての収支計算は行っていなかったり、困難であったりするのが現状であった。常勤医、非常勤医の算定、減価償却の算定、備品の償却の算定、新生児医療等の公的補助金の算定等、算定に係る基本的方針が異なるものの単純比較は意味が少くないが、回答された収支につき、解析した。約 40%の施設が入院、外来、小児科全体の収支として支出が収益を上回っていた。平均値では、収支の悪さは、表面化しにくい、とくに、入院収支の SE が大きい部分で、収支の悪い施設の医療状況、

を詳細に分析する必要があると考えられた。SE の大きさは、入院収支の計算法の違いがここで、大きく出ている可能性、新生児医療の公的補助金の有無が影響している可能性、新生児医療の規模の可能性、周辺の医療状況から、慢性疾患入院患者の比率の違い、など、が反映していると推定される。収支がプラスの医療施設の小児科医の労働状況、収支がマイナスの施設の労働状況、の比較検討、など、さらに詳細な分析を要する。

③病院小児科医の労働時間:各個人における調査では約 60%が 30-40 歳代の医師であった。1 週間の労働時間は法定労働時間の 40 時間を遙かに超え、初期研修医では平均 73 時間であった。初期研修以降の 20 歳代、30 歳代では、労働時間平均が約 70 時間、40 歳、50 歳代で約 60 時間であった。平均労働時間は実態の把握にはあまり役に立たない数字であり、どのような医療役割を果たす施設で、どの程度の労働時間を課せられ、その労働時間の結果として、小児科収支がどうなっているか、救急医療体制と労働時間の関係、などの分析を必要としている。最大の労働時間が、50 歳代以下はいずれの年代も 100 時間を超えている実態は、緊急の改善を要している。小児科医だけで 24 時間救急対応をしている施設は少数であり、それらの施設における労働条件、輪番制の施設の労働条件などの分析途中であり、結果は別途報告予定である。平均値で論じることは、大きな意義はないが、それでも、平均値において、70 時間は、医療完全管理上も、問題があると考えられる。義務としての労働時間と、医師の責任感からの任意意思としての診療時間は、区別して考えられるべきであり、病院勤務医の義務的労働時間の制限は、医療安全管理上も、緊急の課題であると思われる。

時間外労働は、1 週あたり 15 時間を超え、20-30 時間に達していた。

休日は週に 1 日未満(0-0.5 日と回答した人)と

いう医師が初期研修医では 30%、20 歳代、30 歳代の医師でも 20%に達していた。連続労働時間の制限と同様、休日の確保は、病院小児医療でどのような救急医療体制を組むかにおいても、重要な考慮事項である。

施設の小児科医師数毎の労働時間の検討では 4 人以上小児科医が勤務する施設の医師で 3 人以下の施設より労働時間、時間外労働時間ともに長くなっていた。このことは図 7 のように小児科医 4 人以上の施設では小児救急医療体制を 24 時間体制あるいは輪番制でこなしている施設が多くこのことが労働時間を延長させていると考えられた。某県の半公的病院においては、小児科医 2 名、研修医 1 名で、24 時間時間外小児救急を市の要望で施行していた。研修医だけでは、小児救急はできないために、2 名の常勤医師が、6 日間の午前午後の外来診療と、隔日の救急センター当番を行っていた。このように、平均値では表面化しない、問題をどのようにデータで示しうるか、分析を進めている。

最長労働時間は 120-135 時間に及んでいた。週に 100 時間以上の労働と回答した医師は 21 人 80 時間以上だと 111 人(18%)いた。このうち 83 人(74.8%)は医師数が 6 人以上の施設であり、回答のあった施設はすべて 24 時間体制あるいは輪番制の施設であり、基幹病院と考えられた。

このように現在の小児医療は小児科医の過剰労働により成り立っていると考えられる。さらに研修制度の変わる平成 16 年度からは初期研修医の仕事量が減少することが予想され、そのしわ寄せは他の医師にかかってくると考えられる。過剰労働は効率の低下、意欲の低下、更には医療事故などの原因となることは明らかであり、早急な労働条件の改善が必要であると推察された。

④小児科医として評価が必要と思われる業務:夜間診察、手技、親への説明が多かった。親への説明には、休日や時間外の夜間を要求されることは、

近年多く、また、説明に長時間を要することは少なくない。これらが診療報酬で適切に評価されることも、病院小児科医のプロとしての業務を適正に評価することにつながり、縊り良い労働への強力なインセンティブになることが推定される。説明は当然の医療行為であるので、全ての医療行為に不随するものであるが、一定時間以上の説明、時間外における説明、には、医師の時間あたりの労働評価として別途算定するべきであろう。また、受益者側も、時間外の長時間の説明の要求などに対して、当然の対価を支払う、という意識があるべきである。

#### E. 結論

アンケート方式により小児科医の労働条件について検討した。小児科の病院収支は多くの病院で算出されていなかった。算出された施設でも約 40%は赤字であった。また、個人の労働時間、時

間外労働時間は 70 時間、60 時間がそれぞれの年代で平均値であり、ほとんど休日もとれないという医師が多いことが確認された。平均値だけではなく、医療状況と労働時間の関係の分析が必要である。さらに、未回収施設からの回収後に、データの詳細な分析の予定である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

論文発表

準備中

学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 女性医師の支援に関する研究

①主な小児医療施設長と大学病院小児科教授における産休ならびに育児休業についての法的知識や各施設での現況認識についてのアンケート調査結果

【分担研究者】	大澤真木子 東京女子医科大学小児科主任教授
【研究協力者】	三石知左子 葛飾日赤病院副院長小児科部長 田良島美佳子 東京女子医科大学小児科

### ■研究要旨

妊娠出産育児を経験した女性医師は産科と小児科において特に信頼と評価を得ている場合が多い。しかしこの貴重な体験が女性医師にとって仕事継続上の最大の難関でもある。妊娠出産を迎える年齢の女性医師は、休業中の知識・技術獲得の遅れ、復帰後の育児や家族との関わりなどの他に経済的な不安を有している。また、大学医局に所属し、関連病院への出向と帰局を反復している場合が多い。妊娠出産における法的支援システムを理解し、それを配慮・適用することで、十分な手当を受けることが可能となり、経済的な不安は軽減しうる。そこで、管理職として人事面に関与している全国の大学病院小児科教授と主な小児医療施設長が、妊娠出産育児期の法的な整備状況をどの程度理解しているかを調査検討した。産休・育児休業に対する管理者側の法的整備状況の認識は低いものではなかった。また産休育児休業中の経済的保障は十分とはいえないまでも社会保険、雇用保険がカバーする制度が整っており事業主負担は大きくない。したがって妊娠・育児期の女性医師を抱えることが経営そのものを圧迫するものではなく、むしろ積極的に活用すべきである。このことを管理者側に広く認識してもらうことが重要であり、さらに早急に解決すべき問題は代替え要員用のポストを確保できる制度を新たに作り、産休・育休中の中長期的な代替え要員を確保し、妊娠中・育児期の突発的なトラブル発生時の対処できる環境を作る事にある。

#### A.研究目的

妊娠出産育児を経験した女性医師は同性のクライアント(CS)が多い産科と小児科において特に信頼と評価を得ている場合が多い。しかしこの貴重な体験が女性医師にとって仕事継続上の最大の難関であることも事実である。休業中の知識技術面の遅れ、復帰後の子どもや家族との関わりなどの他に経済的な不安があるこの妊娠出産を迎える年齢の女性医師の多くは大学医局に所属し、関連病院への出向と帰局を繰り返している場合が

多い。妊娠出産における法的なサポートを理解しそれを人事面で配慮適用することで、十分な手当を受けることが可能となり、経済的な不安は軽減する。そこで、管理職として主な人事面に関与している全国の大学病院小児科教授と主だった小児医療施設長が妊娠出産育児期の法的な整備状況をどの程度理解しているかを調査検討した。

## B.対象と方法

全国の大学病院小児科教授ならびに主だった小児医療施設長 103 名にアンケートを送付した。アンケート内容は、産休ならびに育児休業についての法的な知識や各施設での現況認識についての知識の有無を尋ねたものである。

## C.結果

回答は 62 通で回答率は 60.2%であった。

### 1 産休期間について

妊娠して予定日の 6 週間前から産前休業、出産後はそこから 8 週間産後休業となる。これは労働基準法第 65 条に定められているが、この産休期間について知っているのは 59 名(95.2%)であった。

### 2 産休中の給与について

「出産手当金」といって産前産後休業中無給の場合健康保険法第 50 条により標準報酬日額の 6 割が休業日数分出産手当金として支給されることになっている。この「出産手当金」については 42 名(67.7%)と 3 分の 2 が知っていた。

実際に産休中に支払われる給与は労使間の自主的決定に任されている。そのため事業主から支給される場合や、健保で支給される不足部分に共済会が上乘せして支給される場合もある。こういった産休中の給与がどこから出ているかについて知っているのは 30 名(48.4%)と半数弱であった。内訳は(複数回答)健保給付のみ 1 施設、施設給付のみ 17 施設、健保と施設給付 7 施設、健保と共済会給付 2 施設、健保と施設と共済会給付 8 施設であった。

その給付期間については知っていたのは 21 人(33.9%)と 3 分の 1 であった。

また給付率も一般企業では 60~100%と様々であるが自分の所属大学ないし施設の給付率を知っていたのは 15 名(24.2%)であった。

自施設で助手以上のポストの医師の産休中の給与の有無については支給しているが 48 名(77.4%)、支給しないが 3 名(4.8%)、未記入 2 名(3.2%)、その他 9 名(14.5%)であった。その他が 9 名のうち 7 名の回答に「これまでに助手以上で産休を取った医師がいない」旨の記載があった。

### 3 育児休業について

育児休業は育児・介護休業法に基づき男性は子どもが生まれた日から、女性は産休後子どもが 1 歳になる前日までの間、希望する期間休業することができるが、男性の育児休業取得については 48 名(77.4%)が知っていた。

### 4 育休中の経済的保障について

育児休業中の社会保険料は本人負担分と事業主負担分ともに免除される。この免除制度を知っていたのは 17 名(27.4%)であった。

雇用保険法に基づき育児休業基本給付金と育児休業者職場復帰給付金の育児休業給付制度がある。育児休業基本給付金は 1 歳未満の子どもを養育するために育児休業中の労働者が休業開始時賃金月額額の 3 割が雇用保険から支給される。このことは 24 名(38.7%)が知っていた。また育児休業者職場復帰給付金は育児休業を終了し休業前と同じ事業主に 6 ヶ月以上雇用された場合に休業開始時賃金月額額の 1 割に休業月をかけた金額が支給される。このことを知っていたのは 13 名(21.0%)と最も低く、他の制度の認識率より低かった。

### 5 両立支援のための事業主の義務について

育児・介護休業法により事業主は 3 歳未満の子を養育する労働者に対して a 短時間勤務の制度、b フレックスタイム制、c 始業・終業時刻の繰り上げ繰り下げ、d 所定外労働をさせない e 託児施設の設置運営などを講じなければならない。A、b、c について知っているのは順に 25

名(40.3%)、23名(37.1%)、21名(33.8%)であった。

#### D. 考察

産科小児科医が減少している。また、女性医師の割合が若い年齢ほど増加しており 29 歳以下では 33%で 3 人に 1 人は女性である、こういった状況下では、今までと異なり、「出産育児のために仕事の制約が高くなる可能性の若手女性医師」を敬遠できなくなっている。むしろ女性のクライアントが多い産科小児科にとっては CS の点から身近に感じられる年代の女性医師の必要性が高く、積極的に活用していくことが病院が企業として生き残っていくための差別化のポイントとして重要になっている。管理する側としては、法的な制度を熟知し積極的に利用することにより、企業負担を減らし、女性医師にとって仕事をしやすい環境を整備していく必要がある。

出産すると「出産育児一時金」が社会保険では 1 児ごとに 30 万円が支給されることはよく知られている。この他に産前産後休業中無給の場合には「出産手当金」が支給されるが、このことは事前に産休経験者の医師数人に尋ねてみたが知っている者はおらず、管理者側のアンケート回答者の 3 分の 2 が知っていたのはこちらの予想を上回るものであった。若手医師は一労働者であり自分を守る法的知識を十分に知っておく必要があると考えられる。産休中に支払われる給与は労使間の自主的決定に任されているため給付状況は様々である。アンケート回答者の半数弱が自分の施設ないし関連施設の給付状況を知っていた。内訳は健保給付のみ 1 施設、施設給付のみ 17 施設、健保と施設給付 7 施設、健保と共済会給付 2 施設、健保と施設と共済会給付 8 施設であった。また給付率については質問していないが一般企業では健保給付のみは 60~80%、自施設給付のみは 60~100%であることが多い。給付主体が複

数の場合は合算して 100%になるようにしているところが一般的であり、今回回答のあった施設もこれと同様であると考えられる。自施設の給付率について知っているのは回答者の約 4 人に 1 人でありこの数字は低いものではないと考えている。また自施設のみならず関連施設の給付状況についても数名からの回答がありよく認識しているといえる。

自施設で助手以上のポストの医師の産休中の給与の有無の質問でその他が 9 名のうち 7 名の回答に「これまでに助手以上で産休を取った医師がない」旨の記載があった。これは助手のポストが少ないのか、産休前に休職するあるいは他施設に移動するのか実情は不明である。

1992 年に施行された育児休業法はその後介護休業も入り最近では 2001 年に改正されている。男性の育児休業取得については回答者の 4 分の 3 以上が知っており質問の中では産休期間に次いでよく知っていた。しかし実際に男性が育児休業を取ることは非常に少数であり例外的といってもよいくらいである。

育児休業中の社会保険料は健康保険法と厚生年金法により本人負担分と事業主負担分が免除されるが、介護休業にはこの免除はない。この免除を知っているのは 17 名(27.4%)と出産手当金の制度やその給付状況の認識より低いものであった。ちなみに免除されていても休業中の雇用関係は継続しているので社会保険の被保険者としての資格は継続している。

育児休業基本給付金は 24 名(38.7%)が知っていたのに対して育児休業者職場復帰給付金は 13 名(21.0%)と制度の認識率の中で最も低かった。育児休業中に関連病院から帰局あるいは事業主が違う多施設に移ることがあれば当然ながらその時点で育児休業基本給付金の支給は打ち切られる。また育児休業者職場復帰給付金は育児休業



前と同じ事業主に6ヵ月以上雇用された場合に支給されるものなので育児休業終了後6ヵ月以内に帰局あるいは事業主が違う他施設に移った場合この給付金は全く支給されない。この点をよく配慮した上で的人事異動が望まれる。

育児・介護休業法第 23 条、則第 34 条により事業主は以下に述べる育児のサポート体制を講じることを求められている。a 短時間勤務の制度 b フレックスタイム制 c 始業・終業時刻の繰り上げ繰り下げ d 所定外労働をさせない e 託児施設の設置運営などを講じなければならない。2001 年の改正でこれらのことが1～3歳までの子どもを養育する労働者に対しても該当するようになり、加えて1歳までの育児休業制度に準ずる措置を講じなければならなくなった。さらに3歳から小学校就前に達する子どもを養育する労働者に対しても上記のことを努力義務とするよう事業主は求められている。a,b,c についての知識を尋ね 3～4 割が知っていたが、どの程度実行されているかについては質問しなかったので不明である。

事業主に求められているこのようなサポート体制を具現化し易くするため、育児・介護休業法に基づいて指定法人として21世紀職業財団が 1986 年設立され両立支援事業を積極的に推進し助成金や奨励金が用意されている。

## E. 結論

産休・育児休業に対しての管理者側の法的整備状況の認識は低いものではなかった。

また産休育休中の経済的保障は十分とはいえ

ないまでも社会保険、雇用保険がカバーする制度が整っており事業主負担は大きくない。したがって妊娠育児期の女性医師を抱えることが経営を圧迫するものではなく、むしろ CS の点から積極的に活用すべきである。このことを管理者側に広く認識してもらうことが重要であり、さらに早急に解決すべき問題は産休・育休中の中長期的な代替要員の確保、代替え要員用のポストの確保ができる制度を新たに作ること、あるいは妊娠中・育児期の突発的なトラブル発生時の対処にあると考える。

## F. 文献

- 1) 女性会員問題検討委員会:女性医師の活性化について(答申)東京都医師会雑誌. 2003;56(8):1254-1279
- 2) 厚生労働省雇用均等 児童家庭局母子保健課(編):健やか親子 21 推進協議会事務局「健やか親子21」関連資料(母子保健レポート2002)p211
- 3) 厚生労働省雇用均等 児童家庭局:女性労働者の母性健康管理のために。平成14年4月(パンフレットNO10)。全 38
- 4) 大澤真木子:女性医師の勤務支援日本医師会雑誌 2004; 131(1):65-69

## 女性医師の支援に関する研究

### ②母親の就労と乳幼児保育—乳児保育についての文献的検討—

【分担研究者】	大澤真木子 東京女子医科大学小児科主任教授
【研究協力者】	猪子 香代 東京都精神医学総合研究所
	石井かやの 東京女子医科大学小児科

#### ■研究要旨

近年、社会は大きく変化し、女性は就労しその上で子どもをもつ傾向が強い。女性医師の半数以上が既婚であり子を持つ。職場の理解や保育施設の整備などの問題とともに、子どもの養育についての不安も感じている。この点について文献展望した。絶対的な結論はえられなかったが、家庭外の乳児の養育では、保育者と乳児との間にかなりよい関係があるべきで、保育者は、よく訓練され、子どもの気持ちに敏感に反応し、継続的に保育することが大切である。すなわち、保育者の質を高め、同時に、一人の保育者が担当する子どもの数を少なくし、保育者が定期的配置転換などされずに継続的に保育ができるシステムを作る事が重要である。また、家庭外で保育されている子どもにも、母親の影響は大きいと考えられており、母への育児支援も重要である。

#### A.目的

現代では、多くの女性が、充実したやりがいのある仕事を持ち、自分が母親としても幸福な人生を送りたいと考えるようになっていく。

しかし、仕事を継続しようとするときに、子どもを誰かに預けなくてはならない、そのことが子どもに与える影響の有無は最も心配なことのひとつである。

乳児保育については、さまざまな考えが提唱されている。母親による養育が望ましいという考えには根強いものがある。しかし、近年、社会は大きく変化し、女性は就労しその上で子どもをもつ傾向が強い。女性医師の半数以上が既婚であり子を持つ。職場の理解や保育施設の整備などの問題とともに、子どもの養育についての不安も感じている。

時代に即応した家族の生活や子どもの養育につ

き、何が適切なのか、従来の生活のどんなものは守っていかなければならないのか、新しい家族や養育の形態を取り入れるときに何を大切に考えればよいのか、乳幼児精神医学や心理学の分野の文献から、子どもの発達や情緒的影響について考察する。

#### B.方法

Medline によって、child, infant, toddler, care, rear, mother, maternal, work, employment, nursery, infant day careなどをキーワードに文献を検索した。

#### C.結果

##### 1)乳児と母親の関係についての理論。

乳児と母親についての関係は、精神医学や心理学では注目される場所である。

乳児と母親の関係は、bonding, attachment, mother-infant interaction<sup>11)</sup>などといわれ、attachment 愛着ということばが最近では好んで用いられている。また、この関係は、母親と子どもに相互におこるものであるという考えから、Mother-infant interaction 母子相互作用ともいわれる。これは、母親が一方的に乳児に愛情をかけるというよりも、子どもが母親に微笑みかけることによって母親の愛情や子どもへの感情が生まれてくるとの考えからであろう。愛着が相互に生まれるために、子どもが、泣くこと、微笑むこと、で母親の愛情が育っていくと Bowlby は述べている。乳児は、母親もしくは養育をしてくれる人に特別な繋がりをもつといわれ、生後7-8ヶ月になると母親とそれ以外の人への反応に明らかな違いがみられる。

この人生早期の母親との愛着関係は、子どもに基本的信頼を築かせるといわれている。

## 2) 乳幼児の愛着研究

乳幼児の母親に対する愛着の研究に、Strange Situation Test が用いられることが多い。これは、基礎に Bowlby<sup>10)</sup>による、乳幼児を母親から離れた影響を観察して、母子の間には、安定した持続する関係が必要であるという考えがある。母親の存在により探索行動が生じ、分離によって啼泣と探索がおこり、再会により、探索行動や接触の抵抗行動が生じるとされている。1歳6ヶ月の乳児において、健康的な乳児は「愛着を抱いた(secure)」反応をし、問題のあると考えられる乳児は、insecure な反応(「回避的」もしくは「両価的」な反応)をしめす。「愛着を抱いた(secure)」と考えられる乳児は、再会のときに直ちに母親への接触と接近を求め、「回避的」な乳児は、再会のときに母親から離れるか無視した。「両価的」な乳児は、再会のときに終始受け身で、母親に対して怒りと攻撃を、あるいはその

かわりに抵抗と探索行動をしめした。

このような Secure な反応をしめした子どもは、子どもが大きくなった後も、協調的であったという。しかし、こうした乳幼児の反応と症例の社会的心理的状況との関連を、直接的であると強調することには、疑問も呈されている。

乳幼児の母子相互関係は、どのように観察され測定されるかということも重要な要素である。これには、母親による自己記入による評価-質問票、もう少し大きくなった子どもには、こどもによる自己記入の質問票、構造化面接、母子観察(入院生活や家庭での生活を直接に観察する)、ビデオテープなどを用いた方法などが考えられている。母子関係は、心理行動的な事実であり個人に特異的なものであるが、客観的に評価しようと試みられている。

母親と乳幼児の関係、母子間の愛着は、一方的に母親からの働きかけによって生じるものと考えられている訳ではない。乳幼児の行動が母親の情動に強い影響を与えていることも強調されている。泣くこと、微笑むことは、乳児が母親の情動に影響を与える主要な因子である。乳幼児が、いつも世話をしてくれる母親を認知し、視線をあわせ、微笑むことは、母親の情動に働きかけ、一方、母親も自分が微笑み、話しかけ、子どもをみつめようとする。反対に、自閉症のような発達上の遅れなどにより、他者への社会的反応の遅れる子や、機嫌が悪くいつも泣いているような乳幼児は、虐待やネグレクトを受けやすい。

Hospitalism の影響を受けた子は、大人に反応して微笑むという行動がおこらないということが印象的であるといわれる(Schaffer HRら1964)。

## 3) 保育園養育の子どもへの影響

保育園養育の子どもの発達への影響を調べた

研究は、おのずから研究としての限界が存在する。保育園で子どもを養育しようとする家族とそうではない家族では、子どもを保育園で養育させる以前から、違いがあると考えられるからである。

最初の保育園についての研究は、保育園で養育される乳児と家庭で養育される乳児に違いはないというものであった(Caldwell ら、1970)9)。Bowlby10)は、乳幼児精神医学に大きな影響を与えたひとりだが、Bowlby の愛着理論では、養育者と乳児間の関係が良好で安定したものであると、安心 (security)を感じる事が多く、発達にも社会的な関係も良好になると推測されている。安心 (security)を感じる事ができることは、母子の愛着の質に相関すると考えられている。Ainworth による Strange Situation Test が用いられて、secure な愛着が、その子どもの後年の社会的に良好な機能と関連があること、insecure な愛着がその子どもの後の社会的に問題のある予後と関連があることがのべられた。Strange Situation Test は、母子関係を実験的な状況で観察するという手技である以上に大きな影響を乳幼児精神医学にもたらした。7)

質のよい保育を受けた子どもの愛着や後年の発達は、家庭で育った子どもたちのそれと有意な違いはないというのが 1970 年代に得られた結果である。しかし、保育されてきた子どもたちの中には insecure な愛着をもち、社会的に望ましくない行動をする者も多く存在するともいわれるようになった。1986 年の Belsky の研究では、乳児の家庭外での養育は、「愛着の問題」、「幼児の攻撃的行動および反抗」に関連があるといわれた。これは、かなり影響のあった研究らしく、その後に引用されている1)。しかし、多くは反対意見で、質のよい Day Care は子どもにとってもよい、と言われている 3)。また、Day

care の影響よりも Mothering の影響の方が大きく、乳児の家庭外の保育は、子どもたちの問題行動とは関連がない、質の良い保育は子どもたちの行動によい関連があるとされた4)。この際、保育者と子どもとの間に良い関係を築く事ができることが重要である。保育者は、よく訓練され、子どもたちの気持ちに敏感に反応し、子どもとかなり継続的な安定した関係をもてる必要がある。保育の質が悪く保育者と安定したよい関係がもてないときには、家庭外の保育は悪い影響をもたらす6)7)。但しここで、このような子どもたちの気質を問題行動とみるか否か、ということも意見がわかれる。家庭外保育された子どもたちは、攻撃的で反抗的であると解釈するか、積極的で独立心に富むと評価するのかわかることである。

このように研究の結果が、かなり違うことの背景には、1970 年代の乳幼児保育の対象として選ばれたのが、多くは大学に併設されたような質の高い育児を提供し、恵まれた家庭の子どもたちであったのに対して、1980 年代には、対象が広くあつかわれ、質のよくない保育を提供する施設に子どもを預けている貧困家庭の子どもたちであったということが考えられる。また、家庭の状況と預けている施設の状況とは、かなりの相関があるといえ、これは、家庭が施設を選択することができるので、自然におこってくる現象である。恵まれた教育のある家庭の子は、質の高い保育施設に多いといえることができる。また、心理的、経済的にたいへんな家庭は質のよくない保育施設に子どもを預けている傾向があるのであろう7)。

#### 4) よい保育とは。

保育園の質は、重要なことである。7)

乳児は、保育者に対しても愛着をもつ。乳児は、世話をされるだけでなく、自分に向けられる愛