

考察

今回の調査結果からは、以下の点が明らかとなった。

1. 小児科研修開始時点では、プライマリーケア診療を目指している医師が多く、4年間の研修の後、自身の小児科プライマリーケア診断能力について高い評価を与える医師が多かった。すなわち、初期研修4年間の成果はプライマリーケア診療の習得という点については概ね満足の行くものであったと考えられる。
2. 小児科研修終了時、その後の将来計画を立てる際には、専門医療の研修を受けることを希望する医師が多い傾向にあった。しかし、専門医療トレーニングを希望しても実現する可能性は3分の2程度であり、止むを得ず一般小児科診療に引き続き従事している医師が多いことが分かった。
3. 卒後5年目以降に若手小児科医が望む職場とは、同僚・仲間に恵まれ、継続して教育を受けることのできる環境である。
4. 卒後5年目以降の進路決定、職場選択は、医局人事による場合がほとんどであった。その場合、本人の希望通りの職場環境が提供される可能性は半分以下であった。
5. 休職・退職の理由の大半は出産・育児のためで

あり、パートタイムで仕事を続けることにメリットを感じる医師が3分の1を占める。

アンケート調査による実態把握の問題点について

今回の調査結果は他のアンケート調査同様、極めてセレクションバイアスの高いものであると言わざるを得ない。アンケートに回答した者は、回答しなかった者とは勤務状況、進路決定における考え方などが大きく異なる可能性がある。今回の調査では、アンケートに回答しなかった残り6割以上の小児科医の現状把握のためのデータが得られていない。限られた回答者の実態を通して、対象すなわち若手小児科医全体の現状把握を試みる点に問題がある。この問題を解決するためには、小児科医療に関する包括的縦断的データベースの構築が最重要課題である。

結論

病院勤務小児科医のworkforce確保のために以下の3点が重要である。

1. 専門医療研修を継続的に受けられる環境
2. 育児のためのパートタイム勤務体制
3. 小児科医療に関する包括的縦断的データベースの構築

資料1

小児科医の卒後の進路に関するアンケート

1. あなたは現在、卒後何年目ですか。

_____年目

2. 日本小児科学会認定医（専門医）資格をお持ちですか。いずれかを○で囲んで下さい。

はい いいえ

3. 現在の勤務形態を教えてください。いずれかひとつに×をつけて下さい。

- 大学病院勤務医（講師、助教授、教授）
- 大学病院勤務医（有給助手）
- 大学病院勤務医（無給助手）
- 大学病院勤務医（その他_____）
- 総合病院 勤務医
- 小児病院・小児センター 勤務医
- 小規模な病院の小児科勤務医
- 小児科以外の病院勤務医
- 開業（小児科）
- 開業（内科・小児科）
- 開業（小児科以外）
- 非臨床部門（研究職など）
- 休職中（出産、育児）
- 休職中（その他）
- 転科（_____科）
- その他（_____）

4. 現在の勤務形態は何年からのものですか。

西暦_____年から

はじめに、設問5－14で、初期研修についてお尋ねいたします。
卒後年数に関わらずお答え下さい。

ここで“初期研修”とは卒後1～4年目（4年間）の小児科臨床研修をさします。スーパーローテーターとして研修を行った場合にも、卒後4年間の研修期間を初期研修とお考え下さい。先生のご経歴がこれと大きく異なる場合には、以下に具体的にご記載頂き、以後の質問については、お答えになれる範囲でご協力をお願いいたします。

5. スーパーローテーターとして研修を開始しましたか。いずれかを○で囲んで下さい。

はい いいえ

6. 現在までに初期研修（4年間、48ヶ月）を受けた施設の種類とその延べ期間をうかがいます。

大学病院	延べ_____ヶ月	
研修病院	延べ_____ヶ月	
その他の施設	延べ_____ヶ月	（施設の種類）
研修中断期間	延べ_____ヶ月	（中断の理由）

7. 初期研修修了後、あなたは小児科医として将来どのような仕事に従事することを目標としていますか(いましたか)。いずれかひとつに×をつけて下さい。

- プライマリーケア中心
- プライマリーケアと専門医療
- 専門医療中心
- 非臨床部門（研究職など）
- 未定

8. 初期研修を開始した時点で、プライマリー・ケア医を志向していましたか。
いずれかひとつに×をつけて下さい。

- はい
- いいえ
- どちらともいえない

9. 一人の患者を継続的に（1年以上）フォローする、いわゆる continuity clinic の経験の有無についてうかがいます。あり、なしのいずれかを○で囲んで下さい。

大学病院で	あり	なし
パート（非常勤）医師として	あり	なし
総合病院で	あり	なし
小児病院、小児センターで	あり	なし
その他の施設で	あり	なし

10. 病院外の研修経験の有無についてうかがいます。あり、なしのいずれかを○で囲んで下さい。

学校健診	あり	なし
保育園、幼稚園健診	あり	なし
保健所活動	あり	なし
指導医の活動に同行	あり	なし
その他（場所、活動内容を記載してください）	あり	なし

11. 初期研修において、真の指導者といえる小児科医に出会いましたか。いずれかを○で囲んで下さい。

はい いいえ

12. あなたが4年間の初期研修を終えたとき、どのような事柄を重視して、将来の職場や開業計画をしますか、あるいははしましたか。いずれかひとつを○で囲んで下さい。

地域における子どもの数	不可欠	非常に重要	やや重要	重要でない
予想される同僚、仲間	不可欠	非常に重要	やや重要	重要でない
小児科医として継続して教育を受ける機会	不可欠	非常に重要	やや重要	重要でない
研究環境	不可欠	非常に重要	やや重要	重要でない
安定した地位	不可欠	非常に重要	やや重要	重要でない
ある程度以上の収入	不可欠	非常に重要	やや重要	重要でない
拘束時間	不可欠	非常に重要	やや重要	重要でない
家族の意見	不可欠	非常に重要	やや重要	重要でない
勤務地	不可欠	非常に重要	やや重要	重要でない

13. 4年間の初期研修終了後、どのような勤務形態を希望しましたか、あるいは、希望する予定ですか。いずれかひとつに×をつけて下さい。

- 総合病院の小児科
- 小児病院、小児センター
- 大学病院の小児科
- 小児科以外
- 外国留学
- 研究所、研究室
- 開業
- その他 よろしければ具体的に _____

14. 4年間の初期研修後、どのようなライフスタイルを希望しましたか、あるいは、希望する
予定ですか。いずれかひとつに×をつけて下さい。

- 一般小児科診療
- 小児科指導医
- 小児科 subspecialityトレーニング
 具体的には（循環器、神経など） _____
- 小児科以外に勤務
- 研究中心
- その他（パート、開業、出産等）よろしければ具体的に _____

設問15から31は初期研修終了後（卒後5年目以降）についての設問です。
初期4年間の研修を終えた先生方にかがいます。

4年間の初期研修中の先生方は設問32（学生時代の奨学金に関する設問）に進んで
下さい。

15. 初期4年間の研修を終えた先生方にかがいます。初期研修4年直後における、あなた自身の初期研修の達成度を、以下の項目について5段階評価し、いずれかひとつを○で囲んで下さい。

小児科プライマリーケア 診療能力	劣る	やや劣る	普通	よい	非常によい
専門研修（5～7年目研修） を開始するための準備	劣る	やや劣る	普通	よい	非常によい
後輩医師を指導する能力	劣る	やや劣る	普通	よい	非常によい
診療・研究・教育にITを 活用する能力	劣る	やや劣る	普通	よい	非常によい
地域の医療ニーズを評価 する能力	劣る	やや劣る	普通	よい	非常によい
小児の擁護者として貢献 するための準備	劣る	やや劣る	普通	よい	非常によい
チームワーク能力	劣る	やや劣る	普通	よい	非常によい

16. 初期研修終了後の勤務場所（パートタイムを含む）は以下のうちどれですか。いずれかひとつに×をつけて下さい。

- 研修を中断した その理由は（留学、育児など） _____
- 東京
- 東京近郊（首都圏内）
- 地方の中都市
- 地方の小都市（人口5万人以下）
- 地方の村
- 外国
- その他

設問16に「研修を中断した」とお答えになった先生は、設問32（学生時代の奨学金に関する設問）に進んでください。

17. 初期研修終了後の勤務場所は、4年目の勤務場所と同じ地域（同じ県内、都内）にありますか。いずれかを○で囲んで下さい。

18. 初期研修終了後の勤務場所についてうかがいます。いずれかひとつにXをつけて下さい
(設問13と同様の質問ですが実際の状況を教えて下さい)。

- 大学病院
- 小児病院、小児センター
- 総合病院
- 開業
- 外国留学
- 研究所、研究室
- 小児科以外
- その他 よろしければ具体的に _____

19. 初期研修後のライフスタイルについてうかがいます。いずれかひとつにXをつけて下さい
(設問14と同様の質問ですが実際の状況を教えて下さい)。

- 一般小児科診療
- 小児科指導医
- 小児科 subspecialityトレーニング
具体的には(循環器、神経など) _____
- 小児科以外に勤務
- 研究中心
- その他(パート、開業、出産等) よろしければ具体的に _____

20. 初期研修終了後の勤務場所における望ましい診察患者数について具体的なお考えはありますか。いずれかひとつを○で囲んで下さい。

- 外来患者 ない ある(1日 _____ 名くらいが望ましい)
- 入院受持ち患者 ない ある(_____ 名くらいが望ましい)

21. 初期研修終了後の勤務形式は以下のうち、どちらですか。いずれかひとつにXをつけて下さい。

- 常勤
- 非常勤(パートタイム)

22. 予測される、あるいは実際にあった初期研修終了後1年目(卒後5年目)のおおよその年収についてうかがいます。お分かりにならない場合や答えたくない場合は空欄で結構です。

- 勤務先からの給与として 約 _____ 万円/年
- パート収入として 約 _____ 万円/年

23. 初期研修終了後1年目(卒後5年目)の予測される、あるいは5年目に体験した実働時間についてうかがいます。

- 診療時間(当直時間を除く) _____ 時間/週
- 研究時間 _____ 時間/週
- 教育時間(教育をする時間) _____ 時間/週
- 当直 _____ 回/月
- オンコール _____ 回/月

24. 初期研修終了後1年目（卒後5年目）研修場所の選択方法についてお尋ねします。あてはまるものすべてにXをつけて下さい。

- 医局人事に止むを得ず従ったので選択の余地はなかった
- 医局人事で希望を通した
- 応募書類を送付した _____ ケ所
- 面接を受けた _____ ケ所
- 勧誘を受けた _____ ケ所

25. 初期研修終了後の研修をパートタイム勤務の形態にすることにメリットを感じますか？
いずれかを○で囲んで下さい。

はい いいえ

“いいえ”を選んだ先生は 設問30に進んで下さい。

設問26－29には設問25で“はい”と答えた方のみお答え下さい。

26. 初期研修終了後、パートタイム勤務を実際に選択できる可能性についてうかがいます。その可能性を数値で示してください。いずれかひとつを○で囲んで下さい。

0% 20% 40% 60% 80% 100%

“0%”を選んだ先生は 設問29に進んで下さい。

27. パートタイム勤務を考慮する理由についてうかがいます。いずれかひとつにXをつけて下さい。よろしければ具体的に教えてください。

- 家族のため 具体的には _____
- 兼職のため 具体的には _____
- 進学、研修のため 具体的には _____
- その他 具体的には _____

28. 設問27で「家族のため」を選んだ先生のみにお聞きします。家族とは主に以下の誰のことですか。 いずれかひとつを○で囲んで下さい。

子ども 伴侶 自分の親 伴侶の親 その他

29. 初期研修終了後の研修をパートタイム勤務とすることを考慮したが断念した先生にお聞きします。断念した理由として、重要なもの全てにXをつけて下さい。

- 収入が減少する
- 健康保険など特典を喪失する
- 将来の活躍を阻害する
- パートタイム勤務の職場が少ない
- 常勤をやめたくない
- 同僚の反応、同僚からの支持を得られるか不安である
- 仕事を安定して円滑に行えるか不安である
- 仕事に伴う義務を果たせない
- その他（具体的に）

30. 初期研修終了後の職場はあなたの第一選択の職場ですか。いずれかひとつを○で囲んで下さい。

はい いいえ

↓
いいえと答えた場合、その理由を具体的に教えてください。

31. 初期研修終了後の研修の職場をどのようにして知りましたか。

まず、該当項目全てにXをつけて下さい。

次に、それらの情報源のうち最も有用であったものひとつを選んで○で囲んで下さい。

- 医局の“関連施設”である
- 雑誌の広告
- 小児科スタッフからの紹介、推薦
- 医師職場斡旋業
- 同じ職場で研修したことがあった
- 同僚、友人
- 直接訪問、面談
- その他（具体的に）

32. あなたあるいはあなたの伴侶は、医学部卒業のために返済義務のある奨学金や融資、借金を負っていますか（いましたか）。

はい いいえ

↓
“はい”と答えた先生にお聞きします。あなたの借金の総額は卒業時点でいくらくらいでしたか

総額 _____万円くらい

33. 学生時代の奨学金、借金を清算するために、僻地診療や自衛隊勤務などの義務がありますか。いずれかを○で囲んで下さい。

はい いいえ

34. 結婚生活についてうかがいます。いずれかひとつにXをつけて下さい。

- 既婚、同棲のいずれか
- 離婚、別居、寡婦・夫のいずれか
- 未婚

伴侶（同棲者を含む）が居ない方は設問37に進んで下さい。

35. お子さんはいらっしゃいますか。いずれかを○で囲んで下さい。

はい（ 人） いいえ

36. あなたの伴侶（同棲者を含む）の職業についてうかがいます。いずれかひとつに×をつけて下さい。

- 医師（専門科名 _____）
- 学生
- 主婦
- 専門職、事務職（具体的に _____）
- その他（具体的に _____）

設問37は4年間の初期研修を終えた先生方のみにかがいます

37. 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。

小児科研修のありかたについてご意見があれば、自由にお書きください。

母親のメンタルヘルスに関わる危険因子と補償因子（2） ～妊娠後期から出産後1か月後までの調査～

【分担研究者】 田中 康雄 北海道大学大学院教育学研究科教授

■研究要旨

本研究は、小児医療の地域における分野横断的な支援チームモデルの構築を目指し、3年間検討を繰り返した。

初年度は、小児医療チームの地域における役割を検討するために、児童虐待と発達障害に関して、地域の核となる児童相談所と精神保健センターと、どのような連携状況にあるか調査した。小児医療チームと協働した結果は、比較的よい結果を得ているが、児童相談所や精神保健センターが虐待事例や発達障害事例を協働することが極めて少ないことが判った。

次の2年間では、養育者への支援も含め、産科・小児科医の関わりを検討するため、周産期から出産後の母親のメンタルヘルスに関わるさまざまな因子を、本人、家族、友人・周辺、医療環境から抽出し、エコロジカル的視点で調査した。

結果は、母親の妊娠・出産への期待、配偶者、家族や医療の支え感は、妊娠中から出産後にかけて次第に漸減し、母親1人に精神的負担がかかる様相が認められた。全体に母親のメンタルヘルスは、周囲の支えられ感に比べ低く見積もられがちであった。養育におけるストレスは、比較的低いスコアであったが、子ども側における情緒、自己中心性にストレスを感じやすく、子どもから親への働きかけ、および母親から子どもへの愛着度や親の役割をとることの負担が認められた。

育児における個としての負担を認め、社会資源による協働支援の重要性を改めて強調したい。

A. 3年間の研究目的の俯瞰として

小児医療の地域における分野横断的な支援チームモデルの構築というテーマのもと、3年間の検討を加えた。

前川（1997）は、小児科医の新たなidentityの確立のため、発想の転換としてLa Puericulture（育児学）（Lelong,M.1957）を「成育小児科学」と改訳し、出生前から思春期までの全小児期の子どもの健全育成を科学的に行う分野と定義した。

小林（1998）は、（子が）「育つ」と（周囲が）「育てる」の両者をカバーする言葉として「成育」を定義し、「生殖医療、胎児医療、周産期医療、小児医療、思春期医療をカバーする小児総合医療」として「成育医療」を位置付けた。

いずれも狭義の小児医療の枠を超えた、ひとつの未来型である。当然、医療の対象とその範囲の変化のみでなく、医療の質的变化までの議論となる。

従来の修復モデルに基づいた医療だけでなく、人間を全体として見つめて（奥山，1998）、ライフ・サイクルというダイナミックな流れで生き方（状況）と個々のあゆみ（発達）を見据える医療

を目指すものと理解できよう。

われわれは、児童思春期の精神保健として、発生率の減少を目的とする一次予防、有病率の減少をめざす二次予防、障害と主体的な自立、あるいは尊重された自立のための三次予防をメンタルヘルス・プロモーションして、子どもの健全育成を行うもの（Silverman,M.1995）に力点を置いている。そのため、係わる者は、1）個における課題は、成長・発達していくものと理解し、2）ダイナミックなライフ・サイクルに呼応する専門的対応をコーディネートしなければならない。この成長・発達という連続線に注目し「成育精神保健」という文言を提案する。

さらに生活モデルに重点移行して行う対人援助（social work）理論（Germain,C.1973. 平山ら，1998）と、ウリエ・ブロンフェンブレナー（U.Bronfenbrenner）の提唱した人と環境の相互作用性（Ecological-Environmental Model）（Bronfenbrenner,U.1979）を援用して、3）親子、家族、保育所・幼稚園・学校などとの関係機関、社会などとの相互関係性や環境との関わりを把握し、全体としてのwell-beingの支援を目指す。そのため、各専門家たちは、4）

常に中心に居る子どもの権利を守る「アドボケーター（advocator:代理者・代弁者）」意識を持つことの重要性を認識し、子どもの法的・社会的権利を守り主張し続けることを説いてきた。

筆者は1)～4)を総括して、エコロジカル成育精神保健という新語を提唱し、この理念は5)おのおの専門性が発展・向上して、はじめて機能するものであることであることを強調した（田中，2003）（図1）。この地域における支援モデルとして、小児科・産科医師（以下小児医療チーム）による、「児童虐待問題」と「発達障害のある子どもと養育者」に関する分野における調査を初年度行った。その結果は、小児医療チームと児童相談所や精神保健センターが虐待事例や発達障害事例において協働することは、数的に決して多くなかったということであった。

しかし、虐待や発達障害事例において、今後早期発見および早期予防という視点がより求められる分野であることには変わりはなく、ここに医療が介入するとすれば、産科・小児科医を置いて他にない。加えて子どもにある課題に対する早期対応は、養育者への早期支援にも繋がるため、ひじょうに重要な分野であろうと考えた。

そこで次の2年間では、他職種と協働して産科・小児科医の関わりの深い周産期から出産後の母親のメンタルヘルスについて検討した。

はじめに、不適切な養育と発達障害に関連した自験例を対象に、Jay BelskyのParenting Process Modelを援用しながら危険因子と補償因子について検討した。図2は、Jay BelskyのParenting modelである。このParenting Process Modelは、子どもに対する不適切な養育を予防する視点を提供してくれるもので、Parentingの形成過程に心理・社会的要因（夫婦関係・家庭状況、仕事・経済状況、ソーシャルネットワークなど）の関与を示唆したものである。ここでは、Parentingを左右する因子は、母親のメンタルヘルスと子どもにある行動・気質および発達状況だけでなく、夫婦・家族状況、仕事・経済状況、および広くSocial・Networkが関与していることを明確にしている。

B. 研究方法と対象

より早期のParentingの状態を検討するため、今回、周産期から出産後の母親のメンタルヘルスを

研究対象にした。母親のメンタルヘルスを検討するスケールを、既出の「うつ病マタニティブルーの自己質問票、エジンバラ産後うつ病質問票、CESDうつ病スケール、Pearlin Mastery Scal、などを参考し、本研究用に新たに作成した。

さらに、BelskyのParenting Process Modelに示される諸因子についての自己記入式の質問票も新規作成した。

これに、すでに作成されている養育のストレス尺度、PSI（Parenting Stress Index）日本版（101項目のロング版を使用）を購入し日本語訳の改変を行ったものを、自己記入式の養育のストレスを計る評価表として使用した。

対象者は、妊娠後期（妊娠28週目以降）、出産後1週間以内、出産後1ヶ月前後に調査協力を依頼した。

これにより、本人、家族環境、友人・周辺環境、医療環境にある因子が、妊娠後期から出産後1か月までの母親のメンタルヘルスにどのような関係性をもつか検討し、産科・小児科領域が関与できる状況を検討することにした。

C. 結果

表1の質問票と、表2に示した項目によるメンタルヘルススケール、さらにPSI（Parenting Stress Index）日本版（101項目のロング版を使用）をまとめて、各病院に配布した。

妊娠中、出産直後、出産後1ヶ月前後という3回の調査のため、協力してくれた方は、総計28名であった。

結果を述べていく。

対象者は28名、年齢は24歳から40歳までで、平均年齢は31.7歳であった。

最終学歴は、短大あるいは大学卒が13名46.4%で、次いで高校卒が9名、32.1%、専門学校卒が6名21.4%である。

今回の妊娠は、2回目という方が15名、53.6%で、次いで初回妊娠10名（35.7%）、3人目というのが2名（7.1%）である。

年収は300～500万円（11名、39.3%）および500～800万円（8名、28.6%）に集中していた。

同居している家族は、配偶者と子どもという核家族が14名（50%）である。いづれかの親との同居は、4名（14.3%）と少ない。

次に質問に対する答えを表3に示す。全体に肯定的な評価と言えるが、妊娠中、出産前後ともにメンタルヘルススケールにおいて若干低値を示している。さらに各項目を統計的に検討したところ、本人に関わる質問において、妊娠中と出産直後で、有意差（肯定的）を認めた。また、配偶者との関係では、妊娠直後と妊娠一ヶ月後において、有意差（否定的）を認めた。妊娠中と出産一ヶ月後における義親でも負の有意差を認め、これは、医療に於いても同様であった。

本人および友人における評価以外は、妊娠中から次第に肯定的な評価は漸減していく。出産直後は、メンタルヘルススケールもやや向上（安定）し、同時に配偶者評価が最も高値を示すということも認められた（表4）。

さらにデンドログラム解析を行ったところ、妊娠中は本人に関する項目と医療に類似性があり、配偶者と義親の評価も関連していた。ここでは、メンタルヘルススケールはどことも相関を示していない。

出産直後も、本人に関する項目と医療の評価には類似性が継続し、出産1ヶ月後になると、本人に関する項目と配偶者評価に類似性を認め、医療は義親と類似性を認めていく、という結果を得た。

これらは、妊娠・出産における周囲からの支え感、決して低くはないが、出産後から漸減していくようで、母親になった女性が個として自己支援していくような様相を呈しているといえるかもしれない。唯一普遍的な支え感、友人の存在であるようである。

次に施行した日本語版PSIについて、検討した。

PSIは、親領域と子ども領域それぞれに以下のような項目を設定して、それぞれのスコアを換算するというものである。親領域には、子育ての能力、孤独感、愛着、健康、役割による制限、抑うつ感、配偶者との関係といった7項目が、子どもの領域では、注意散漫・多動、適応力、子どもから親への働きかけ、自己中心性、気分、受容力といった6項目からなっている。

今回の28名の結果では、それぞれのスコアが75%以上を示す高い結果を示した項目は少なく、この値とメンタルヘルススケール等との関連を明確にすることはできなかった。

しかし、ストレスを感じている項目をあえてあげておくとすると、親領域では、愛着、役割による制限が、子どもの領域では、気分と自己中心性に留意するべきである。

出産後、母親が独りで子育てに直面するような傾向を認め、さらにストレス条件として子どもとの関係性を作り上げるときに必要な愛着と役割、さらに関係性を困難にしやすい自己中心性と気分という項目に、早期に留意するべきであるという結果は、ある意味子育て支援のポイントを突いているように思われる。

D. 考察

28名の協力者により、妊娠後期から出産後までの女性にある種々の条件やメンタルヘルスについて、検討してきた。

われわれは、親子、家族、保育所・幼稚園・学校などとの関係機関、社会などとの相互関係性や環境との関わりを把握し、全体としてのwell-beingの支援を目指すことが地域支援になるという考えのもと、調査を進めてきた。養育者への早期支援を考えると、出産以降の孤立化をいかに防ぐかが重要な視点ではないだろうか。

さらに、ここに認める孤立化が、ストレス尺度による調査により、孤独感としてストレスとして自覚されていないということにも注目しておきたい。われわれの養育文化が、容易に出産後の抑うつ気分を、正当な気分変化として表在化するにいたらしめなかった背景から、ある意味「当たり前」の養育状況としてこの孤立化を受け入れていると推定することができないだろうか。

E. 結論

本研究は、小児医療の地域における分野横断的な支援チームモデルの構築を目指し、3年間検討を繰り返した。

初年度は、小児医療チームの地域における役割を検討するために、児童虐待と発達障害に関して、地域の核となる児童相談所と精神保健センターと、どのような連携状況にあるか調査した。小児医療チームと協働した結果は、比較的よい結果を得ているが、児童相談所や精神保健センターが虐待事例や発達障害事例を協働することが極めて少ないことが判った。

次の2年間では、養育者への支援も含め、産科・小児科医の関わりを検討するため、周産期から出産後の母親のメンタルヘルスに関わるさまざまな因子を、本人、家族、友人・周辺、医療環境から抽出し、エコロジカル的視点で調査した。

結果は、母親の妊娠・出産への期待、配偶者、家族や医療の支え感は、妊娠中から出産後にかけて次第に漸減し、母親独りに精神的負担がかかる様相が認められた。全体に母親のメンタルヘルスは、周囲の支えられ感に比べ低く見積もられがちであった。養育におけるストレスは、比較的低いスコアであったが、子ども側における情緒、自己中心性にストレスを感じやすく、子どもから親への働きかけ、および母親から子どもへの愛着度や親の役割をとることの負担が認められた。

発達障害という、ある意味「育てにくさ」を密かに持ち続ける子どもたちに向き合うときに、この孤立感、支えられ感の消滅は、母子関係を危機的に追いつめていく可能性を示唆する。さらに子どもが虐待されやすい年齢は0歳から4歳に集中しているとも言われ、この孤立した育児の時期との関連を、まったく無関係と切り捨てることは出来ないように思われる。

育児における個としての負担を認め、社会資源による協働支援の重要性を改めて強調したい。そこに、小児医療の地域における分野横断的な支援チームモデルの必然性があるように思われる。

- ・前川喜平(1997)。成育小児科学。診断と治療社、東京。
- ・Lelong M(1957)。La Puericulture。France。(山本高治郎訳(1960)。育児学、白水社、東京)
- ・小林 登(1998)。成育医療とは、life stageそしてlife cycleからみた小児医療の未来。小児科診療6：1057-1062。
- ・奥山真紀子(1998)。成育医療の現状と将来。高齢少子化時代の精神保健・医療所収。臨床精神医学増刊号。国際医書出版、東京、pp43-49。
- ・Silverman M(1995)：Preventive psychiatric disorder。In Handbook of Studies on Preventive Psychiatry(Raphael B. Burrouws GD ed)。Elsevier, Amsterdam, pp11-30。
- ・平山尚。エコロジカル・システム。モデル。社会福祉実践の新潮流(平山尚、平山佳須美、黒木保博、宮岡京子共著)所収。ミネルヴァ書房、京都、pp23-36。1998。
- ・Bronfenbrenner,U.(1979)：The Ecology of Human Development . Experiments by nature and design. Harvard university press.America.
- ・田中康雄：エコロジカル成育精神保健からみた地域連携について~子どもたちにある可能性を保障するために~、精神保健研究16号(通巻49号)、2003。
- ・Belsky：The Determinants of Parenting：A Process Model.Child Development,1984.55,83-96.
- ・吉田敬子：母子と家族への援助、金剛出版、東京、2000。
- ・Brockington IF(1996)：Pregnancy adjustment。In Motherhood and mental health. Oxford University Press。pp.61-71。
- ・Germain C(1973)：An Ecological Perspective in Casework Practice,Social Casework 1：323-330。

文献

図1 エコロジカル成育精神保健モデル

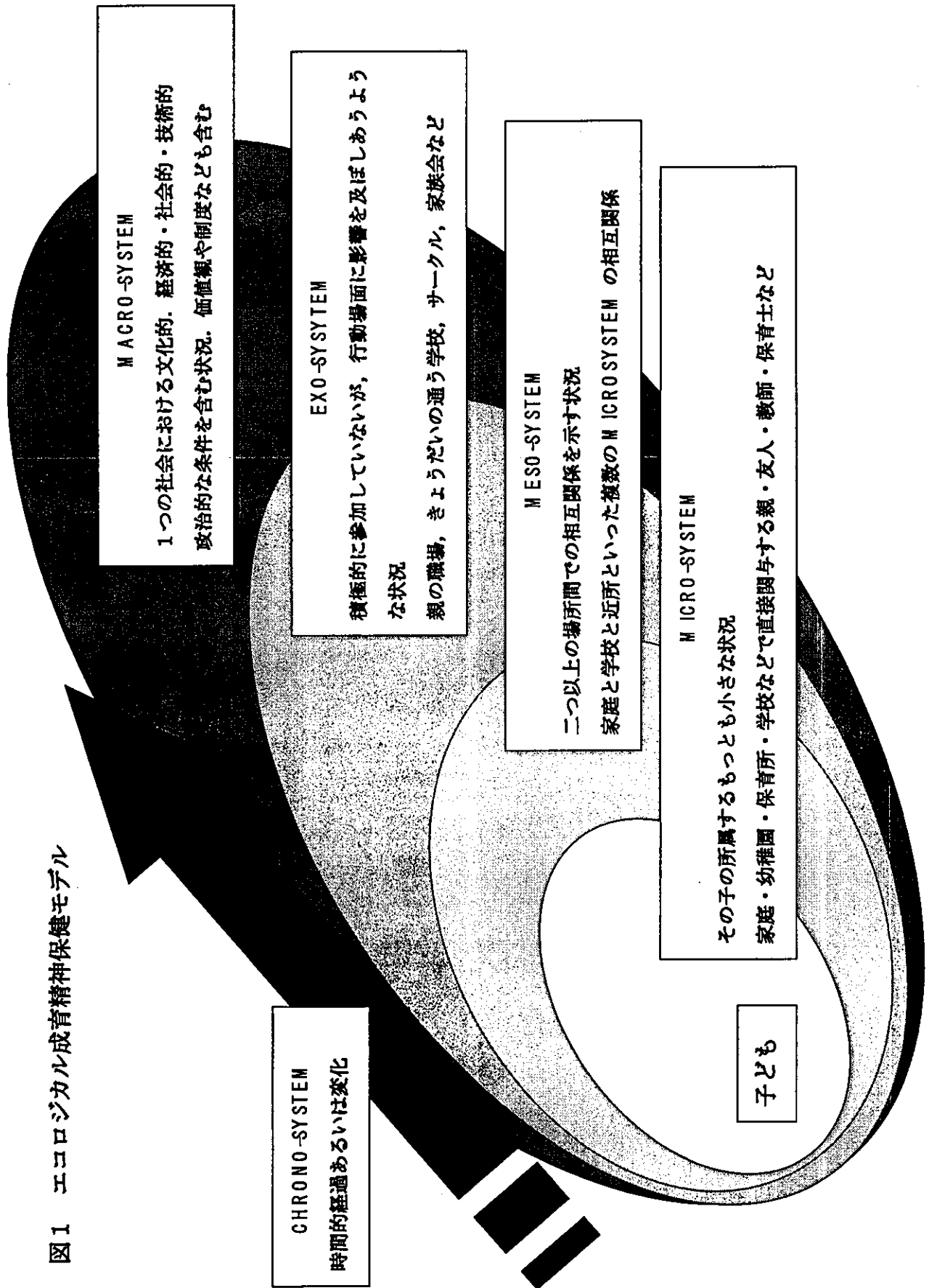


図2 Belsky の Parenting Process Model

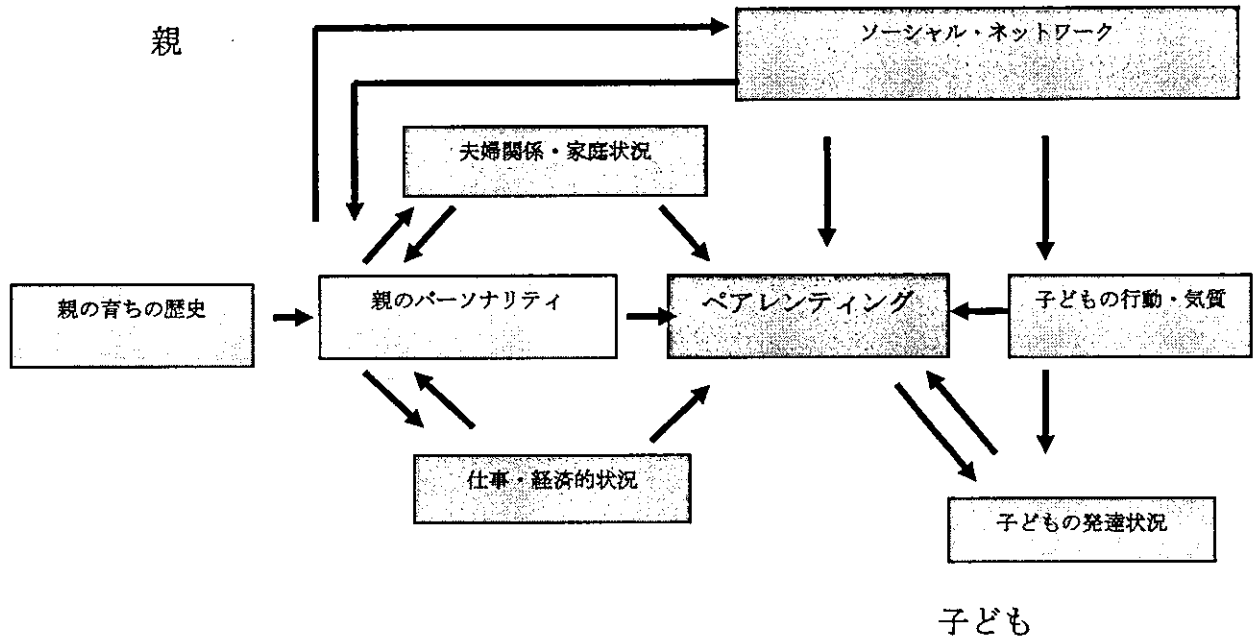


表1 質問票

- | | |
|---|--|
| <p>1) 年齢</p> <p>2) 居住地域（都道府県名）</p> <p>3) 最終学歴</p> <p> 1. 中学校</p> <p> 2. 高校</p> <p> 3. 専門学校</p> <p> 4. 短大・大学</p> <p> 5. 大学院</p> <p>4) 婚姻状況</p> <p> 1. 既婚</p> <p> 2. 未婚</p> <p> 3. 非婚</p> <p> 4. 離婚</p> <p>5) 何回めの出産になりますか？</p> <p> 1. はじめて</p> <p> 2. 2回目</p> <p> 3. 3回目</p> <p> 4. 4回目以上</p> <p>6) 以前に流産をしたことがありますか？</p> <p> 1. ありません</p> <p> 2. 1度あります</p> <p> 3. 2度あります</p> <p> 4. 3回以上あります</p> <p>7) 以前に中絶をしたことがありますか？</p> <p> 1. ありません</p> <p> 2. 1度あります</p> <p> 3. 2度あります</p> <p> 4. 3回以上あります</p> <p>8) 年収は？</p> <p> 1. ～300万</p> <p> 2. 300～500万</p> <p> 3. 500～800万</p> <p> 4. 800～1,000万</p> <p> 5. 1,000万～</p> <p>9) 同居している家族</p> <p> 1. 配偶者のみ</p> <p> 2. 配偶者と子ども</p> <p> 3. 配偶者、子ども、実親</p> <p> 4. 配偶者、子ども、養親</p> <p> 5. 子どものみ</p> <p> 6. ひとり</p> <p>10) 同居している家族のなかに、アルコールや精神的な問題がある</p> <p> 1. いない</p> <p> 2. いる</p> | <p>本人に関する質問</p> <ul style="list-style-type: none"> ・私は煙草を・・・ ・私はアルコールを・・・ ・私は妊娠（出産、育児）をうれしく思う ・私は出産（養育）が待ち遠しい ・私は、今から育児が楽しみだ ・私は、子どもが好きだ ・私は結婚生活に満足している <p>家族環境に関する質問</p> <p>配偶者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・配偶者との関係は良好である ・配偶者は妊娠中の私を支えてくれる ・配偶者は出産を心待ちにしている ・配偶者は子どもが好きだ ・配偶者は結婚生活に満足していると思う <p>実親</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実親との関係は良好である ・実親は妊娠（出産、育児）の私を支えてくれる ・実親は出産を心待ちにしている ・実親は子どもが好きだ <p>養親</p> <ul style="list-style-type: none"> ・養親との関係は良好である ・養親は妊娠中の私を支えてくれる ・養親は出産を心待ちにしている ・養親は子どもが好きだ <p>友人に関する質問</p> <ul style="list-style-type: none"> ・困ったときに、支えてくれる友人がいる ・友人とは、すぐに連絡がとれる ・友人と話をすることで、気持ちが安らぐ ・困ったときに相談できる人が友人以外にいる <p>情報に関する質問</p> <ul style="list-style-type: none"> ・妊娠や出産に関して、雑誌、テレビなどからの情報が役立つ ・妊娠や出産に関して、インターネットの情報が役立つ <p>医療に関する質問</p> <ul style="list-style-type: none"> ・担当医師との関係は良好である ・担当医師は、相談しやすい ・担当医師は、困ったときに頼りになる ・医療スタッフは、相談しやすい ・医療スタッフは、困ったときに頼りになる ・病院は、受診しやすい |
|---|--|

表2 メンタルヘルス・スケール項目

過去1週間の状態にもっとも近いと思われる項目を選んでください。

- ・いつもは、気にならないことが気に障る
- ・食べる気がしない，食欲がない
- ・家族や友人に慰められても，気分は沈んだままである
- ・他の人と比べて，自分の調子が悪いように感じる
- ・目の前のことややるべき事に，集中できないように思われる
- ・意気消沈している，元気がでない
- ・かなり努力しないと，うまくできないように感じる
- ・将来に対して，希望にあふれていると感じる
- ・自分の人生は，失敗であったと思える
- ・すぐ不機嫌になる
- ・幸せな気分である
- ・いつもより，口数が少ない
- ・寂しい気分である
- ・人が親切に感じる
- ・生活を楽しめる
- ・泣きたい気分である
- ・涙が止まらない
- ・自分はみんなから愛されていないと感じる
- ・やる気がおきない
- ・気分がふさぐ
- ・リラックスできている
- ・テレビや雑誌などを見て，おもしろいと感じる
- ・したいと思うことが沢山ある
- ・人と話をすることが億劫な感じである
- ・以下のような身体症状が，突然現れることがある（動悸，発汗，ふるえ，息苦しさ，胸の痛み，吐き気，めまい感など）
- ・疲れやすい
- ・イライラしやすい
- ・夜の眠りが悪い（寝付けない，途中でよく目が覚める，ぐっすりと眠った感じがしないなど）
- ・落ち着かない気分である
- ・緊張しやすい
- ・音などに敏感になったように思われる
- ・理由もなく不安になる

表3 質問に対する解答（1～4点の4段階評価）

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
妊娠中					
本人に関わる質問	28	2.17	4.00	3.5655	.36101
家族環境：配偶者	26	2.40	4.00	3.7769	.38916
家族環境：親	25	3.00	4.00	3.8533	.25604
家族環境：養親	27	2.33	4.00	3.6173	.50386
友人	28	2.50	4.00	3.6339	.50682
情報	28	2.50	4.00	3.3214	.49468
医療	27	2.38	4.00	3.4491	.41059
メンタルヘルス・スケール	25	2.36	3.45	2.9333	.35426
出産直後					
本人に関わる質問	28	2.00	4.00	3.7024	.38048
家族環境：配偶者	28	3.00	4.00	3.8214	.27401
家族環境：親	27	2.33	4.00	3.7037	.43690
家族環境：養親	26	2.00	4.00	3.4615	.61879
友人	27	1.75	4.00	3.6204	.61773
情報	27	2.50	4.00	3.2778	.44578
医療	27	2.13	4.00	3.3704	.44732
メンタルヘルス・スケール	27	2.55	3.36	2.9675	.25283
出産1ヶ月後					
本人に関わる質問	28	2.33	4.00	3.6012	.36666
家族環境：配偶者	27	2.80	4.00	3.7407	.34111
家族環境：親	26	2.33	4.00	3.7692	.38608
家族環境：養親	26	2.00	4.00	3.4615	.60426
友人	28	1.00	4.00	3.6161	.69216
情報	28	2.50	4.00	3.1429	.50657
医療	27	2.25	4.00	3.2963	.44822
メンタルヘルス・スケール	28	2.15	3.42	2.9188	.32292

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講師

内田 聡子 九州大学医学研究院生殖・病態生理学

兼光 聡美 九州大学病院小児科

■研究要旨

本研究班における3年間にわたる産婦人科医師不足の現状分析を踏まえて、具体的な解決の方策を医療政策化するために、産科分担研究者の研究成果を統合して「産科若手医師の確保育成に関する政策提言」を作成した。その骨子は、(1) 周産期医療における産婦人科医師の待遇改善、(2) 周産期医療における産婦人科医師確保に関する積極的支援、(3) 地域の特性に応じた周産期医療システムの確立・推進、(4) 医事紛争の減少に対する取り組みへの支援、の4点である：

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。

本年度は最終年度として、3年間にわたる産婦人科医師不足の現状分析を踏まえて、具体的な解決の方策を医療政策化するために、産科分担研究者の研究成果を統合して「産科若手医師の確保育成に関する政策提言」（以下、政策提言）を作成した。

B. 研究方法

政策提言を作成するにあたっては、小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究（鴨下班）の分担研究者のうちの産婦人科医10名で産科担当者会議を組織した。構成者の氏名と所属は以下の通りである。

朝倉啓文 日本医科大学
石川睦男 旭川医科大学
岡井 崇 昭和大学
岡村州博 東北大学
木下勝之 順天堂大学
田中憲一 新潟大学
中野仁雄 九州大学
平原史樹 横浜市立大学
藤井信吾 京都大学
村田雄二 大阪大学

(五十音順)

政策提言は中野が起案し、計2回の集合会議にて各研究者が研究成果を持ち寄って具体的な肉付けを行い、通信にて仕上げた。なお、集合会議には鴨下重彦班長ならびに厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長の同席を得た。

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。

また、日本産科婦人科学会、特にその「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

産科若手医師の確保育成に関する政策提言は以下の通りである。

1. 周産期医療における産婦人科医師の待遇改善

1) 周産期医療における産婦人科医師の勤務条件の改善

(1) 産婦人科医師の勤務時間の適正化

◆分娩待機など長期拘束時間の適正評価

◆睡眠時間の確保

◆当直・夜間勤務の翌日の休みの保証

(2) 産婦人科医師の研究・研修時間の保証

(3) 多様な勤務形態の導入

◆時間帯交代主治医制、グループ制、ワークシェアなどの導入に対する支援