

博士論文

大学病院に勤務し未就学児をもつ女性医師および看護師における
病児／病後児保育のワーク・ライフ・バランスへの効果と
その利用に関する研究

瀬戸山 有美

目次

要旨	1
序文	2
目的	13
方法	15
結果	23
考察	28
結論	38
謝辞	39
引用文献	40
図表	53
付録	69

要旨

本研究の目的は、育児をしながら働く医療者における院内病児／病後児保育サービスが、仕事と家庭の役割間の葛藤（WFC）へ与える影響を明らかにすることである。都内大学病院 1 施設に勤務する未就学児をもつ女性医師および女性看護師を対象に、院内病児／病後児保育サービスの導入前後 2 時点において自記式質問紙調査を行い、傾向スコアの逆数による重み付けを用い、サービスの登録の有無による WFC の変化を検討した。結果、登録あり群は 2 時点間で WFC が有意に低下していた。また WFC のうち、仕事から家庭への葛藤（WIF）、家庭から仕事への葛藤（FIW）の両方で低下がみられた。特に WIF が低下しており、今後さらなる検討が必要であるものの、院内で行う病児／病後児保育サービスの有効である可能性が考えられた。

序文

日本では高齢化率が 25%を越え、超高齢社会の時代を迎えている（総務省, 2013）。それに伴い、医療需要の増加が予測されており、医療者不足が懸念されている（内閣官房, 2011）。現在、医師は 303,268 名、うち女性は 59,641 名で全体の 19.7%であり、30 歳未満では女性の割合が 35%を超え、年々全体医師人数に占める女性の割合が増加している（厚生労働省, 2012）。また看護師は 1,103,913 名のうち、9 割以上が女性であるように（日本看護協会, 2014）、医師・看護師において、女性は大きな働き手となっている。しかし、両職種とも 20 代後半から 30 代にかけての女性の離職が問題となっている（厚生労働省, 2006; 宮崎ら, 2008）。厚生労働省によると、毎年離職者等数は約 16 万人に上り（厚生労働省, 2014）、その離職理由として出産・育児など子育てに関する項目が最も大きい割合を占めている（日本看護協会, 2007）。医師においても、子育て世代である 20 才後半から就業率が低下し、35 歳には、男性の就業率が 89.9%であるのに対し、女性では 76.0%にまで低下するとの報告もあるように（日本医師会, 2009）、出産、育児を理由に職を離れる傾向がある。6 歳未満の子をもつ女性は男性よりも家事・育児時間が圧倒的に長く（総務省, 2011）、家庭での役割を大きく担っていると言える。そのため、仕事と家庭での役割の間に葛藤を抱え、仕事と家事・育児の両立の困難さから離職へとつながることが考えられており、育児をしながら就労できる環境を整えることが喫緊の課題となっている。

<ワーク・ライフ・バランス>

仕事と家庭生活の両立に関する概念としてワーク・ライフ・バランス

(Work-life balance, 以下 WLB) が注目されている。WLB とは、仕事と生活の調和であり、「老若男女誰もが、仕事、家庭生活、地域生活、個人の自己啓発など、さまざまな活動について、自ら希望するバランスで展開できる状態」と定義されている (内閣府, 2007)。WLB の実現により、「国民一人ひとりがやりがいや充実感を感じながら働き、仕事上の責任を果たすとともに、家庭や地域生活などにおいても、子育て期、中高年期といった人生の各段階に応じて多様な生き方が選択・実現できる社会」となるのである (内閣府, 平成 19 年)。つまり、育児のために離職するのではなく、また仕事により育児をあきらめるのではなく、仕事と育児を両立することを選択でき、また実現できる社会が望まれているのである。また、WLB の実現は、医療者の仕事と生活の両立を可能にするだけでなく、いきいきと仕事ができることを可能にするため、より質の高い医療の提供につながり、さらには、患者へのケアの満足度や生活の質 (Quality of Life, 以下 QOL) を向上することが期待されている (厚生労働省, 2014)。実際、看護師における調査では、良好な労働環境であるほどバーン・アウトが低く、さらにバーン・アウトが低いほど患者のケアの満足度が高いことを報告し (Vahey et al, 2004)、医療者の労働環境を整えることで患者へのケアが向上する可能性を示している。

WLB の実現には、仕事と育児の役割間の葛藤を軽減することが重要である。この役割間の葛藤をワーク・ファミリー・コンフリクト (Work-family conflict, 以下 WFC) と定義した概念がある。WLB の満足度には WFC が関連していることから (West et al, 2013)、WFC を低下させることが WLB の実現の一助となる。医療者では特に WFC が高いことが報告されている (Fuss et al, 2008;

Mache et al, 2015; 本間ら, 2002)。医療者は WLB の満足度が低く支援が必要な職種であると考えられる。

<ワーク・ファミリー・コンフリクト>

WFC の概念は Kahn ら(1964)が提唱し、ある組織に属する労働者について、そこでの役割と、別の組織での役割とが両立しない場合に経験されるもので、Greenhaus らにより仕事と家庭の役割の間の関係に拡張され、「仕事と家庭の役割が、相互にぶつかり合うことから発生する役割葛藤」と定義されている。WFC には 2 つの方向性があり (Greenhaus et al, 1985)、その方向性の 1 つは仕事から家庭への葛藤 (Work interference with family, 以下 WIF)、もう 1 つは家庭から仕事への葛藤 (Family interference with work, 以下 FIW) である。すなわち、仕事での役割を家庭へ持ち越すことにより葛藤が生じ、また反対に家庭での役割を仕事に持ち越すことにより葛藤が生じるのである。WIF と FIW は相互に影響を及ぼす関係にあり (Greenhaus et al, 1985)、いくつかの研究によっても相関関係にあることが報告されている (Frone et al, 1992; Wang et al, 2014)。WIF、FIW は異なる関連要因をもち (Frone et al, 1992; Michel et al, 2011)、異なるアウトカムを導くことも報告されている (Frone et al, 1997a; McElwain et al, 2005)。また多くの先行研究では FIW よりも WIF のほうが強いことを報告しており (Shimon et al, 2004)、Gutek ら (1991) は多くの時間を割く方の役割の葛藤が強くなると仮説をたて、FIW より WIF が高いことを示した。これは働く人にとって家庭よりも仕事に多くの時間を割いているためだと考察している。Greenhaus ら (1985) は WFC をさらに、時間、ストレス反

応、行動の3形態から捉えている。例えば、時間に基づく葛藤とは、仕事（家庭）で要求される時間が多いために家庭（仕事）の時間が持てないことへの葛藤、ストレス反応に基づく葛藤とは、仕事（家庭）でのストレスのために家庭（仕事）がおろそかになってしまうことへの葛藤、行動に基づく葛藤とは、仕事（家庭）で発揮される行動や能力が家庭（仕事）では対立したり矛盾したりしてしまうことへの葛藤である。WFCは仕事と家庭を両立するために重要な概念であり、近年医療者を対象とした研究も多くなされている（竹内, 2010）。

<医師・看護師のワーク・ファミリー・コンフリクト>

医師・看護師において、WFCの高まりは、バーン・アウト (Dyrbye et al, 2011; Putnik, 2011; Leineweber et al, 2014)、離職・離職意図 (Raymo et al, 2006; Battistelli et al, 2013; Chen et al, 2015)、抑うつ (Hao et al, 2015)、疲労 (Ohta et al, 2011)、精神的健康の低下 (Tang, 2009)、仕事満足度の低下 (Battistelli et al, 2013; Cortese et al, 2010; Yildirim et al, 2008) など、仕事の継続の中断や健康アウトカムの先行要因であることが明らかとなっている。アメリカの内科医師における調査では、仕事と家庭の葛藤を感じている人は感じていない人よりも、QOLへの満足度が低く、バーン・アウトの各症状（感情疲労、非人格化）、抑うつ症状が多かったことを報告している (West et al, 2013)。

医療者の中でも、女性 (Dyrbye et al, 2011)、子どもを養育している者 (Mache, 2015, Dyrbye et al, 2012; Grzywacz et al, 2006) はそうでない者よりも WFCが高いことが報告されている。一般開業医に対する質的研究では、仕事量が家族全体への重要なストレス要因であり、また女性は、男性と同じように仕事を

しながらも、男性よりも家庭の仕事を担っていた (Rout, 1996)。カナダの眼科医師で性別によるライフスタイルの違いを調査した結果、女性は男性に比べ、家庭で家事・育児の役割を多く担っており、出産がキャリアの進行の妨げになると感じ、育児休暇の支援も不足していると感じていた (McAlister, 2014)。日本の看護師を対象にした調査では、30歳代でWFCが最も高く、その関連要因として、未就学児がいること、夜勤があること、同居の大人の人数が少ないことを報告している (本間, 2002)。つまり、女性医療者は男性医療者よりも家庭での役割を多く担っていることにより、仕事と家庭での葛藤を感じており、特に就学前の子どもがいる女性は、養育の役割も求められるためさらに葛藤を感じるのだろう。

WFCの関連要因として、仕事については、仕事量が多いこと (Fuss et al, 2008)、仕事の量的・質的要求が高いこと (Mache et al, 2015)、勤務年数が短いほど (Mache et al, 2015)、週労働時間が長いこと (Dyrbye, 2014)、変則的なシフト勤務であること (本間ら, 2002; Rout, 1996)、夜勤があること (本間ら, 2002)が挙げられている。医師については他に、時間外・夜間のオンコール (Rout, 1996)、開業医ではないこと (Dyrbye et al, 2012)が関連要因として挙げられている。また大学病院に勤務しているほうが開業医よりも葛藤が強いこととの報告もある (Dyrbye et al, 2014)。家庭についての関連要因としては、前述の子どもを養育している、年齢が若いこと (Fuss et al, 2008; Mache et al, 2015)がWFCの関連要因として報告されている。

WFCを軽減する要因も報告されている。上司のサポート、同僚のサポートである。上司のサポートはWFCを低下させ (Yildirim et al, 2008)、仕事満足度

を上げることで、バーン・アウトを下げている (Shanafelt et al, 2015; Leineweber et al, 2014)。同僚からのサポートも WFC が仕事のパフォーマンスを低下させる効果を緩衝した (Wang et al, 2014)。また質的な調査によっても、上司からのサポートや職場のチームワークがない場合に離職につながることを報告されている (Gipson, 2009)。組織でのサポートが WFC を低下させる上で重要な役割を果たしていると言える。Farhadi ら (2013) は、WFC の方向性に着目し、WIF と FIW に分けて解析したものでは、上司のサポートは WIF のみに関連していたと報告している。これは上司のサポートが職場内の資源であるためだと考えられる。つまり、WIF と FIW を分けて分析する必要性を示唆している。

また近年、個人がもつストレス対処能力に関する要因も注目されており、仕事の要求が高いと WFC が高まるが、レジリエンス、自己効力感、楽観性が高いことで仕事の要求の WFC の関連を緩衝すると報告されている (Mache et al, 2015; Innstrand et al, 2010)。また統制感 (Tang, 2009) や首尾一貫性 (Takeuchi et al, 2010) が高いほど WFC が低いことが見出されている。このように、個人内の資源は WFC を緩衝する作用があるようである。

家庭内の資源については、WFC の低下へは、オーストラリアの女性医師を対象にした質的調査において、女性のキャリアアップには WLB への障壁があることを示している (Schueller et al, 2012)。それは、子どもの養育を主に女性が行っているためであり、その改善には夫や他者からの支援が必要であることを述べている。イギリスの Sapey (2015) は、女性の妊娠や出産などのライフイベントに合わせ、今後育児支援が重要になると指摘している。アメリカでは 40

年前に家族の構造や機能が変化し、共働き家庭やシングルマザーが増加し、仕事と家庭の間の葛藤について問題提起された。中でも Thomas (1995) は育児中の家庭への家族支援の必要性を主張し、看護師において職場のフレックスタ
イムや事業内保育所などの家族支援とストレス指標との関係を調査した。家庭
役割への支援の重要性は示唆されているものの (Kawase et al, 2013)、家庭役
割への支援に着目した研究は少なく、特に子どもを養育する場合、一般に、各
国において育児支援が実施されているが、医療職において育児支援と WFC を調
べた研究は数少ない。Fujimoto ら (2008) は、未就学児をもつ母親看護師に焦
点を当て、育児支援の WFC への影響を調査した。育児支援を夜勤当直の減免、
看護休暇、フレックス勤務、育児休暇、院内保育の 5 つに設定したところ、WFC
と有意な関連はみられなかった。これは研究の中で、育児支援の利用の有無で
検討したが、サポートの認識があるかどうか WFC に関連するのではないかと
考察している。また WFC の測定について、仕事と育児のバランスに問題がある
かないかの 2 値で聞いており、WFC の方向性について検討がなされていない。

総じて、医療職におけるこれまでの研究では、WFC の関連要因や WFC のア
ウトカムを明らかにする研究が多く、リスクがある者や介入の示唆は得られて
いるものの、実際に介入して WFC への効果をみた研究は見当たらない。また
WFC を 1 つの概念として測定した研究が多く、WIF と FIW の方向性に着目し
た研究は少ない。社会的な背景も踏まえ、未就学の子どもをもつ女性医師・看
護師の離職を防止し、WLB の実現を目指すため、育児支援の実施と WFC への
影響を評価することは重要である。育児支援は仕事の満足度を上げることも報
告されており (Wilkins, 2012)、その先行要因である WFC を低下させることが

考えられる。そのため、育児支援の WFC、特に WIF と FIW、それぞれへの影響を調査した研究が待たれているのである。

<日本の医師・看護師への育児支援>

女性医師、看護師への就労を継続するための育児支援として、育児・介護休業法により、育児休業、子の看護休暇制度、短時間勤務制度、所定外労働の免除などが実施されているが、特に日中の保育については、病院内保育所事業がなされている。医療法の第 6 次改正（2014）において、医師・看護職員確保対策が明確に盛り込まれ、医療者の離職防止を図るよう、医療機関の勤務環境改善についても述べられている。勤務環境改善の 1 つとして、院内保育所があり、全国 8460 病院のうち約 4 割にあたる 3259 箇所を設置されている。大学病院においては、86.8%に設置され（江口ら, 2014）、日常の保育環境が整いつつあると言える。

育児と仕事の困りごととして、日中の保育以外に、子どもが病気になり、通常の保育が受けられなくなった場合がある（齋藤, 2009）。現在、日本において、子どもが病気になったときの社会的なサポートとしては、看護休暇制度と病児／病後児保育制度がある。子の看護休暇制度は育児・介護休業法により規定されており、1 年に 5 日まで、病気・けがをした子の看護のために休暇を取得できる。しかし、その取得率は 2008 年の調査では全体で 6.1%であり、女性に限ってみても 15.2%と非常に低い値である（厚生労働省, 2008）。これは、子の看護休暇が利用者の申し出により与えられるものであるため、使うには制度を知っていることが第一条件である。その後、平成 24 年には事業所内で子の看護休暇

の規定を設けることが義務化されたが、それでもなお取得率は、女性で 26.1%、男性で 3.1%と低い水準である（厚生労働省, 2012）。また利用には職場の理解、雰囲気が必要であり、休暇を利用することに心理的負担を感じるため（伊藤, 2003）、必ずしも使いやすい制度になっていない。保護者も子どもが病気時には看護休暇の利用を望んでいるものの、さらにセーフティネットとしての病気の子どもの預かるサービスが望まれている（厚生労働省, 2009）。実際に病児／病後児保育を利用した理由として、預かってくれる人がいなかった、仕事を休めなかったことが挙げられている（谷原ら, 2010）。病児／病後児保育制度とは、児童を対象に当該児童が発熱等の急な病気となった場合、病院・保育所等に付設された専用スペースにおいて看護師等が保育する事業、及び保育中に体調不良となった児童を保育所の医務室等において看護師等が緊急的な対応等を行う事業である（厚生労働省, 2009）。病児／病後児保育制度は、1966年に保護者のニーズから開始されたシステムであり（帆足, 2013）、1995年よりエンゼルプランの中で事業化され、1996年より乳幼児健康支援一時預かり事業として市町村が主体として整備が進められてきた。事業類型には病児対応型、病後児対応型、体調不良時対応型があり、国の補助を受けている施設のみで、それぞれ 1173 か所、532 か所、3 か所設置されている（厚生労働省, 2013）。また大学病院においては、病児、病後児型を合わせて 72 病院のうち 31 病院に設置されている（江口ら, 2013）。

近年の病児／病後児保育サービスのニーズの高さは多くの調査により報告されている。1年間に子どもが病気のため仕事を休んだ日数は両親合わせて 9 日であり、子どもの年齢が小さいほど体調不良になりやすく、1歳だと 1年間に 7

回病気に罹ると報告がある（谷原ら, 2010）。一方で、体調不良時でも保育所に無理に連れていくこともあり（大木, 2003; 長谷川, 2007）、実際の病気時の保育ニーズは先述の報告よりも多い可能性がある。日本労働研究機構が行った調査（2003）では、子の看護のために必要な支援として、看護休暇と並び、病児/病後児施設が最も求められている支援であった。利用後の調査では、病児保育は子育ての手助けになっているかの問いには、97%が手助けになっていると答えており（谷本ら, 2006）、その満足度も高いことがうかがえる。また病児保育制度があることにより子育てをしながら仕事を継続できると 9 割の者が感じていた（石野ら, 2013）。病児/病後児保育サービスの利用希望をもつ家族には特徴がある。子どもの体調不良時に家族内資源で対処している群と病児/病後児保育所などの外部資源を利用し対処している群とで検討した調査によると、外部資源の利用群では親族へ頼めず、親族との行き来に時間がかかり、仕事が休みにくく、職場が仕事と育児の両立をしにくい環境であると感じていた（久保, 2012）。また、病児/病後児保育の利用の理由は、仕事が休めずまたは休みにくく、他に預けるところがなかったと述べているように（上別府, 2015）、最終手段として使われていることを示唆している。一方、利用希望がない家族には、他に預け先があること、体調不良時には家庭で看病したいといった保護者の思いや、仕事を休むことができるといった職場の支援が報告されている（上別府, 2015）。医療者は専門職であり人を相手にする職業であること、特に病院においては 24 時間の仕事であることより、休みにくい職業であると考えられる。また突然の勤務変更は WFC を増強する要因であるように（Rout, 1996）、医療者にとって病児/病後児保育は子どもの体調不良に対するセーフティーネットとし

て重要な役割を果たす可能性がある。しかしその効果は評価されておらず、明らかではない。そのため本研究では、病児／病後児保育が、仕事と育児の葛藤を軽減することを定量的に評価することで育児支援としての効果の提示を試みることにした。

本研究の枠組みは、家族ストレス対処理論の家族適応の二重 ABCX モデル (McCubbin, 1986) および Frone らが提示したワーク・ファミリー・コンフリクトのモデル (Frone et al, 1997b) を参考にしている (図 1)。二重 ABCX モデルは、家族のストレスに対して個人または家族が適応していく過程を示しており、モデルには時間の流れを含んでいる。家族は何らかのストレスを受け、その「ストレッサー」の「認知」と同時に既存の「資源」で「順応」し、また「新たな資源」を獲得し「適応」へ向かう継時的なモデルである (McCubbin, 1986)。一方、Frone らのワーク・ファミリー・コンフリクトのモデルでは、ワーク・ファミリー・コンフリクトに関連する要因とその要因間の関連をモデル化している。これらを統合し、WFC の低下という「適応」までの流れを二重 ABCX モデルを用い、WFC に関連する要因を Frone らのモデルより抽出した。本研究では、働く女性医師・看護師において、子どもが病気になった際には、仕事と育児の役割間の葛藤が生じることから、子どもの体調不良 (ストレッサー) により仕事負担感、育児負担感を認知し (認知)、家族や職場からの既存の支援 (資源) を得て対処する (適応: Time1 WFC)。これに新しく職場から院内病児／病後児保育サービスの支援 (新たな資源) を獲得することにより役割間での葛藤、つまり Time2 の WFC が低下する (適応) ことが考えられる。また、WFC のうち WIF と FIW の 2 つの側面について、Frye ら (2004) が他職

種を対象にした研究において、職場からの支援の WIF、FIW への影響を提示した。この研究では、職場からの支援は、家庭から仕事への葛藤よりも、仕事から家庭への葛藤に強く影響することを示し、Frone らのモデルと一致した結果を導いている。よって本研究における院内病児／病後児保育サービスも職場から提供される支援であることより、FIW よりも WIF に影響することが考えられる。

目的

本研究の目的は、以下 2 点である。

- ①大学病院に勤務し、未就学児を養育する女性看護師および女性医師において
院内病児／病後児保育サービスの導入により WFC が低下することを検証すること
- ②院内病児／病後児保育サービスの導入により WIF と FIW が低下することを検討すること

意義

本研究により、院内病児／病後児保育サービスの WFC への効果が明らかになることで、医療職の仕事と育児の両立支援における基礎資料となる。また院内病児／病後児保育サービスが影響する WFC の方向性を明らかにすることで、本支援の意義を明確にでき、今後職場が行う支援の在り方に関する示唆が得られると考える。

仮説

本研究の仮説は、

- ・院内病児／病後児保育へ登録することにより、WFCが低下する
- ・WIFとFIW両方が低下するが、FIWよりもWIFが低下する

である。

本研究では、院内病児／病後児保育の導入を、登録をしたことと定義する。これは、院内病児／病後児保育制度の特徴として事前の登録をしなければ利用ができないため、導入を登録と定義した。また本研究のアウトカムは個人内に発生するWFCであるため、個人が当該サービスを利用できる状態であるか否かが重要であると考えられたため、登録に着目した。

当該院内病児／病後児保育所の概要

本研究で対象となる院内病児／病後児保育は、院内保育園の附属施設である。当該病院職員であれば、事前登録により誰でも利用可能である。利用方法は、前日に電話で予約し（空き状況により当日の予約も可能）、当日は、当該病院の小児外来にて利用可能かの判断を受け、その後利用となる。利用基準は、体温、食欲、消化器症状、呼吸器症状の4条件が設定されており、例えば39度以上の高熱が継続していなく、消耗していないこと、水分摂取・哺乳が可能で、脱水症状がないことである。また空気感染である疾患は預かりできない。登録料は無料で、1回の利用につき6000円と昼食の持参が必要である。開室時間は平日の9:00～17:00である。保育対象は生後9か月～小学校就学前までの子どもで、定員は3名である。職員体制は看護師、保育士各1名が配置されている。

方法

1. デザイン

本研究のデザインは、連結可能無記名自記式質問紙を用いた院内病児／病後児保育開所前後 2 時点における前向き観察研究である。子どもの年齢が上がることによる影響を考慮して、調査間隔は 3 ヶ月とした。

2. 対象者

東京大学医学部附属病院に勤務し、未就学児（0 歳～6 歳）をもつ女性医師および看護師

除外基準：育児休業中である者

3. 調査期間

2015 年 6 月～10 月に行った。質問紙調査 1 回目（T1）を 2015 年 6 月に、質問紙調査 2 回目（T2）を同年 10 月に行った。なお、当該院内病児／病後児保育施設は 2015 年 7 月に開所された。また、当該施設への登録は、6 月より順次行われている。T2 は支援導入 3 か月後の評価として位置付け、行ったものである。

4. 調査施設

東京大学医学部附属病院

※当該病院は、病床数 1200 床を超える大学附属の特定機能病院である（東京大学医学部附属病院パブリック・リレーションセンター, 2015）。平成 26 年度の職

員数は約 4 千人で、うち女性医師は約 400 人、女性看護師は約 1400 人である。主なキャリア支援制度として、産前休暇・産後休暇、育児休業、配偶者の出産のための休暇、子どもの看護のための休暇、院内保育園、育児支援室、授乳等のための特別休暇、ベビーシッター費用補助制度、勤務時間を短縮する短時間勤務制度および病院診療医制度を導入している。

5. 調査手順

各診療科・各部署へ対象者の選定を依頼した。依頼の際には文書および口頭により包含基準、除外基準を選定者へ説明した。調査者は選定者より該当者数を確認後、該当者数分の説明文書及び質問紙を各診療科及び各部署へ郵送し、各診療科・各部署より該当者へ説明文書及び質問紙を配布するよう依頼した。調査者は各診療科・各部署から質問紙の配布枚数を文書または口頭にて確認した。該当者が説明文書を読み、参加する場合は質問紙およびフェイスシート（同意書含む）へ記載し、郵送にて調査者へ返送を依頼した。返送があった方に対し、3 か月後に 2 回目の質問紙を自宅へ送付し、回答後 2 週間以内を目安に調査者へ郵送にて返送を依頼した。なお 2 回目の質問紙を送付する際、研究参加の謝礼として 500 円分の図書カードを同封した。また 2 回目の質問紙を配布した 2 週間後に、リマインドの手紙と予備の質問紙を自宅へ送付した。

6. 調査内容

1) 調査 1 回目 (T1)

T1 では、対象者把握のため属性を尋ね、説明変数となる WFC および登録を

予測しうる登録のしやすさに関する項目を調査した。

<属性>

対象者（母親）について、年齢、家族構成、婚姻状況、子どもの人数、経済的ゆとり、職種、雇用形態、短時間勤務制度の利用の有無、夜勤/当直の有無、週当たりの勤務時間、通勤時間、健康状態を尋ねた。配偶者について、年齢、職種、雇用形態、短時間勤務制度の利用の有無、夜勤/当直の有無、週当たりの勤務時間、健康状態を聞いた。また子どもについては、末子について子どもの年齢、性別、健康状態、基礎疾患の有無を尋ねた。選択肢がある項目について、婚姻状況では“既婚”、“未婚”、“離婚”より、経済的ゆとりでは“全くゆとりがない（1点）”～“大変ゆとりがある（5点）”までの5段階で聞いた。雇用形態は“常勤”、“非常勤”、“その他”より、選択してもらった。また健康状態では“良くない（1点）”～“とても良い（5点）”までの5段階で聞いた。

<説明変数>

WFC は、ワーク・ファミリー・コンフリクト尺度日本語版（以下、WFCS）を用いて尋ねた。WFCS の原版は 2000 年に Carlson らにより開発され、日本語版の信頼性および妥当性は渡井ら（2006）により検証されている。WFCS は Greenhaus ら（1985）の 6 次元モデルに基づき、6 つの下位概念について、各 3 項目計 18 項目で構成される。仕事から家庭への葛藤（Work Interference with Family）（以下、WIF）と家庭から仕事への葛藤（Family Interference with Work）（以下、FIW）の 2 方向および、それぞれ時間に基づく（time-based）・ストレス反応に基づく（strain-based）・行動に基づく（strain-based）葛藤の 3 形態

である。「全くあてはまらない (0点)」～「全くそのとおりである (4点)」の5件法で回答を求めた。各尺度について平均点を算出し、0～4点で得点が高いほど、葛藤が高いことを示す。尺度全体のWFCについても平均点を算出した。本研究における尺度全体のクロンバック α はT1では0.86であった。下位尺度ではWIF、FIWがそれぞれ0.83、0.81であった。その他6つの下位尺度では0.74～0.91の間であった。

<登録のしやすさに関する項目>

Andersenは1960年代に家族がヘルスサービスの利用の理由を明らかにし、公平なサービスの展開および政策を開発することを目的として行動モデル(BM)を提唱した(Andersen, 1968)。BMはヘルスサービスの利用を属性、促進要因、ニーズの3つより予測するモデルである(Andersen, 1995)。本研究では、院内病児／病後児保育の登録を予測する変数として、院内病児／病後児保育の利用ニーズの先行研究(大木, 2003; 佐藤, 2006; 久保, 2012; 石野ら, 2013; 上別府ら, 2014)より、要因を抽出した。属性として、子どもの年齢が低いこと、ニーズとして、子どもの脆弱性、家族や家族に代わるサポートがないこと、促進要因として、病児／病後児保育の利用経験があること、利用の希望があること、物理的なアクセスが良いこと、経済的なゆとりがあることであった。これらより、具体的な質問項目として、前述の子どもの年齢、子どもの健康状態、経済的ゆとり、母親の通勤時間に加え、過去3ヵ月間の体調不良のために母親が仕事を欠勤した日数および遅刻・早退日数について聞いた。また、体調不良時の対処方法(誰が看病にあたるか)を複数回答で、“自分”、“夫”、“祖父母”、“病

児／病後児保育”、“ベビーシッター”、“その他”の選択肢の中から選択してもらった。さらに、体調不良時のサポートとして何を希望しているかを、複数回答で“夫”、“祖父母”、“病児／病後児保育”、“ベビーシッター”、“その他”の選択肢の中から選択してもらった。

2) 調査2回目 (T2)

T2では、目的変数であるWFCと、登録の有無に関する項目を聞いた。

<目的変数>

WFCはT1と同様にWFCSを用いた。T2での尺度全体のクロンバック α は0.87であった。また下位尺度ではWIF、FIWがそれぞれ0.83、0.81であった。その他6つの下位尺度では0.74~0.93の間であった。

<登録の有無に関する項目>

当該病児／病後児保育施設への登録の有無を聞いた。加えて、登録ありの者には、登録時期、登録理由を聞いた。登録理由では、“自分の希望”、“家族の勧め”、“上司・同僚の勧め”、“その他”から1つ選択してもらった。登録なしの者には、今後の登録予定を“登録予定である”、“未定”、“登録予定はない”の選択肢により聞いた。また、登録なしの者には、未登録理由について11項目の選択肢から複数回答で選んでももらった。選択肢の例を挙げると、登録のしやすさに関する項目と逆の項目（“知らなかった”、“見てくれる家族、知人がおり必要がない”、“条件が合わない”、“子どもが元気なので必要がない”等）と、“他の病気をうつされるのではないか心配”、“登録すると、利用して仕事に出ない

といけない気がする”である。

7. パイロットテスト

機縁法にて、未就学児をもち、現在病院に勤務している医師 5 名、看護師 3 名をリクルートした。質問紙ドラフトのチェック・リスト（鈴木，2011）を参考にチェックリストを作成し、回答を依頼した。回答を元に質問紙を修正し、質問紙の内容妥当性を担保した。

8. 分析方法

1) 分析方法

T2 の返送の有無において対象者の背景属性の違いがないか検討するため、Mann-Whitney の U 検定および Fisher の正確確率検定を行った。次に、分析対象者の属性を提示するため、全ての変数において記述統計量を算出し、登録の有無による属性の比較を Mann-Whitney の U 検定および Fisher の正確確率検定を用いて行った。またアウトカムである WFCS は、対象者全体と登録有無別において T1 と T2 の変化を確認するため、T1 と T2 の差とその標準偏差を求めた。

仮説である、院内病児／病後児保育に登録することで WFC が低下することを検証するため、以下の手順で解析を行った。院内病児／病後児保育の登録（利用）の有無には祖父母のサポートがない場合などに登録しやすいといった、登録のしやすさがあることが報告されており、それらの交絡を除いても院内病児／病後児保育が WFC を低下させるかを検証するため、本研究では傾向スコアの

逆数による重み付け法 (IPW 法) を用いることとした (山口, 2002; 星野ら, 2006; 星野, 2009)。傾向スコアは、院内病児／病後児保育への登録の有無を従属変数とし、共変量には先行研究で病児／病後児保育の登録に関連することが示されている、子どもの健康状態、子どもの体調不良時の祖父母のサポートの有無、ベビーシッターのサポートの有無、地域の病児／病後児保育への登録の有無、サポートとして病児／病後児保育の利用希望の有無、経済的ゆとり、子どもの年齢、母親の通勤時間、母親の遅刻早退の回数、夫の勤務時間を投入したロジスティック回帰を行い、算出した。算出した傾向スコアの割付の正判別率を ROC 曲線により評価し、判別的中率は 85.1%であった。次に傾向スコアの分布と値を確認した。外れ値については巻末にて感度分析を実施した。また、傾向スコアにより登録あり群と登録なし群において各共変量が調整されているかを確認するため、傾向スコアの算出時に投入した共変量について記述統計量を算出し、登録あり群と登録なし群の差について単回帰分析を行った。院内病児／病後児保育の登録の有無による WFC への効果を検証するため、従属変数を Time 2 の WFC とした重回帰分析を行った。その際、IPW 法を用い、独立変数を階層的に投入した。すなわち、ステップ 1 に Time 1 の WFC、ステップ 2 に院内病児／病後児保育への登録の有無を投入した。

また、仮説 2 である、院内病児／病後児保育登録の効果が WFC の方向性に違いを示すかを評価するため、WIF、FIW を従属変数とした階層的重回帰分析を WFC と同様の手順で実施した。

2) 統計ソフト

IBM SPSS Statistics ver.21 (SPSS, Inc., Chicago, Illinois, USA) を用いて行った。

3) 欠損の取り扱い

WFCS に Time 1、Time 2 とともに欠損がないものを有効回答とした。

4) 有意水準

全ての解析において両側 0.05 未満を有意水準とした。

9. 倫理的配慮

東京大学医学部倫理委員会（審査番号 10859）の承認を得て実施した。研究への参加にあたり強制力が働かないよう、質問紙を配布する者に対し、研究参加は対象者の自由意思によるものであることを説明し、配布することのみを依頼した。また回収は無記名で郵送法のため、誰が回答したか、対象者本人および調査者以外に知られることがないよう配慮した。また T2 は自宅に郵送したため、誰が研究参加者であるか勤務先に知られることがないよう配慮した。

結果

1. 応諾状況

当該病院の全 60 の診療科または部署へ調査依頼を行い、58 箇所（97%）より調査の応諾があった。応諾のあった診療科または部署で選定された対象者は医師 94 名、看護師 97 名、計 191 名であった。選定された対象者全員に、Time 1 において質問紙 191 部を配布し、受取拒否による調査不参加はなかった。133 名（69.6%）より返送があった（図 2、表 1）。Time 2 において、Time 1 で返信があった者から住所不明 1 名、包含基準に含まれない者 4 名（未就学児の養育がない者 2 名、対象職種ではない者 1 名、育児休暇中の者 1 名）を除外した対象者 128 名へ質問紙を配布し、115 名（89.8%）より返送があった。そのうち、WFCS の回答に欠損があった者 2 名を除外し、最終分析対象者を 113 名（59.2%）とした。

職種別の Time 1 の質問紙配布数は医師が 94 名、看護師が 97 名、Time 1 の回答数はそれぞれ 53 名（56.4%）、80 名（82.5%）、Time 2 の回答数はそれぞれ 48 名（94.1%）、67 名（87.0%）、最終分析対象者数はそれぞれ 47 名（50.0%）、66 名（68.0%）であった（表 1）。

Time 2 の回答の有無において、無回答・除外者の方が分析対象者よりも夫の年齢が低く（ $p=.05$ ）、夫の週勤務時間が長かったが（ $p=.04$ ）、その他の属性および Time 1 のワーク・ファミリー・コンフリクトに違いはなかった（表 2）。

2. 対象者の属性

本研究の分析対象者の属性を表 2 に示す。対象者の Time 1 調査時平均年齢は

36.1 歳であり、婚姻状況は離婚・未婚と答えた者が 3 名で 110 名が既婚であった。核家族世帯は 104 名 (92.0%)、親と同居の世帯が 9 名 (8.0%) であった。子どもの人数は 1 人が 65 名 (57.5%) で平均 1.53 人であった。経済的ゆとりが大変ゆとりがある、まあまあゆとりがあると答えた者は合わせて 44 名 (38.9%) であった。夫の調査時平均年齢は 37.4 歳であり、常勤の者が 95 名 (84.1%)、平均週勤務時間は 57.7 時間であった。子どもの Time 1 調査時平均年齢は 2.1 歳、基礎疾患がある子どもは 9 名 (8.0%) であった。健康状態では、対象者、夫、子どもそれぞれ不良であるものが 18 名 (15.9%)、25 名 (22.2%)、6 名 (5.3%) であった。

Time 2 で院内病児／病後児保育に登録した者は 31 名 (27%) で、非登録者は 82 名 (72.6%) であった。登録理由は、“自分の希望”により登録した者が 29 名 (93.5%) で、ほぼ全員が利用の継続を希望していた (29 名)。登録時期は 6 月が 21 名 (67.7%)、7 月が 6 名 (19.4%) であった。登録をしていない者に理由を聞いたところ、“登録の希望はあるが料金、時間、場所など条件が合わないから”が 37 名で最も多く、次いで見てくれる家族、知人がおり必要がないからが 31 名であった。また今後の登録予定では、9 名 (11.0%) が登録予定であり、26 名 (31.7%) が未定と答え、44 名 (53.7%) が予定はないと答えた。

登録の有無による対象者の属性を職種毎に記述した (表 3)。職種内では医師において、登録あり群で子どもの年齢が有意に低かった ($p = .01$)。通勤時間は、職種内では医師、看護師ともに登録あり群の方が短い傾向にあり (医師: 30.3 分 vs 40.4 分; 看護師: 43.6 分 vs 48.9 分)、職種間では医師の方が看護師よりも短かった (35.0 分 vs 46.1 分, $p = .03$)。経済的ゆとりでは、医師で約 60%がゆ

とりがあると答えた一方、看護師では反対に70%以上がゆとりがないと答えた。雇用形態では、看護師は全員が常勤であったが、医師では非常勤である者が7割いた一方、時間短縮勤務については、医師では約3割の利用者であったが、看護師では8割近くが制度を利用していた。

3. T1時点の子どもの体調不良時に対する対処方法

子どもの体調不良時に対する対処では、自分が看ると答えた者が97名(85.8%)と最も多く、次いで祖父母が73名(64.6%)、夫が48名(42.5%)、病児／病後児保育が40名(35.4%)であった(表4)。また17名(15.0%)がベビーシッターを利用していた。

登録の有無別では、登録あり群では登録なし群よりも地域の病児／病後児保育に登録しており($p = .01$)、サポートの希望として病児／病後児保育を選択していた($p < .01$)。登録なし群では祖父母に頼ることができる傾向があった($p = .08$)。また、全体として地域の病児／病後児保育に登録している者は55.7%おり、登録なし群でも53.6%が登録し、28.0%が利用していた。

職種別にみると医師では、登録なし群で祖父母が看ると答えたものが88.9%と、登録あり群よりも多かった($p = .02$)。また登録なし群よりも登録あり群で、地域の病児／病後児保育を利用しており($p = .07$)、利用を希望している者が多かった($p < .01$)。看護師では祖父母が看ると答えた者が登録あり群と登録なし群で差はみられなかったが、サポートの希望として祖父母が看ることを希望する者は登録なし群のほうが多かった($p < .01$)。登録あり群ではサポートを希望していたものが11名中2名であった。T1時点では、看護師に夫婦どちらかで

看病している者が多く（医師 vs 看護師：自分で見る：76.6% vs 92.4%、夫が看る：29.8% vs 51.5%）、医師に祖父母の協力を得ている者が多かった（74.5% vs 57.6%）。地域の病児／病後児保育については利用している者は看護師に多かったが（34.0% vs 36.4%）、利用希望としては医師が多く持っていた（48.9% vs 34.8%）。

4. 時点における対象者のワーク・ファミリー・コンフリクトの変動

対象者全体の Time 1 の WFC は 1.90 ± 0.54 点（平均値±標準偏差）、WIF、FIW はそれぞれ 2.09 ± 0.69 点、 1.72 ± 0.58 点であった。Time 2 の WFC は 1.85 ± 0.52 点、WIF、FIW はそれぞれ 1.98 ± 0.66 点、 1.73 ± 0.53 点であった。

登録有無別にみると、登録あり群において WFC の得点は Time 1 が 1.95 ± 0.52 点、Time 2 が 1.74 ± 0.56 点であった（表 5）。登録なし群において WFC の得点は Time 1 が 1.89 ± 0.54 点 Time 2 が 1.89 ± 0.50 点であった。登録あり群では、WFC および全下位尺度において低下がみられた。

また、Time 1 と Time 2 で基本的属性に変化があったと回答した者は 21 名（18.6%）であった。そのうち、常勤から非常勤になった者が 2 名、非常勤から常勤になった者が 2 名、勤務時間が長くなった者が 14 名、短くなった者が 4 名であった（重複あり）。

5. 院内病児／病後児保育の登録によるワーク・ファミリー・コンフリクトへの影響

傾向スコア算出のためのロジスティック回帰分析の結果を表 6 に示す。傾向

スコアの分布を図3に示す。傾向スコアの登録あり群となし群における分布は、登録あり群の5ケース以外の部分で重なっていた。傾向スコアの逆数による重み付けでは、子どもの体調不良時の祖父母のサポートに群間差があった（標準化した差 = -0.29 , $p < .01$ ）。そのため、Time 2のWFCへの院内病児／病後児保育の登録の影響を検討する際に、祖父母のサポートの有無を調整変数として投入することとした。他の変数では登録あり群となし群の間に差はみられなかった（表7）。

Time 2のWFCへの院内病児／病後児保育の登録の影響を検討したところ、登録をすることにより有意にWFCの低下がみられた（標準化係数 = -0.303 , $p < .001$ ）（表8）。

6. 院内病児／病後児保育登録がワーク・ファミリー・コンフリクトへ与える効果の方向性の検討

仕事から家庭への葛藤および家庭から家庭への葛藤の方向性に着目し、従属変数をWIF、FIWに分けて解析をした。WIF、FIW両方において、登録あり群においてWIFとFIWのどちらも有意に低下しており（WIF：標準化係数 = -0.270 , $p < .001$ ；FIW：標準化係数 = -0.256 , $p = .001$ ）、FIWよりもWIFで効果が大きかった（表9、10）。

考察

本研究は、大学病院に勤務し、未就学児をもつ女性医師および看護師を対象に、院内病児／病後児保育サービスの登録による WFC への影響を観察研究により測定した。本研究で取りあげた院内病児／病後児保育サービスは、子どもが体調不良になるという特殊な状況に対する数少ない支援の 1 つであり、縦断的な検討により仕事と育児の両立を支援するサービスの効果に対し一定の示唆を得たことは、今後の本支援の拡大に寄与するものであると考える。

1. 対象者の特性

本研究の対象者は、核家族世帯は 92.0%、親と同居の世帯が 8.0%であった。平成 26 年の国民生活基礎調査では、児童のいる世帯（18 歳未満の子ども）で核家族世帯は 79.0%であるが、東京都は三世代世帯が最も少ない都道府県であることから（厚生労働省, 2014）、家族構成に偏りはないと考えられる。また、子どもの人数は 1 人が 57.5%で平均 1.53 人であった。18 歳未満の子どものいる世帯では子どもの平均人数は 1.69 人である（厚生労働省, 2014）。本研究では未就学児がいる家庭を対象としているため、全国平均よりもやや少ない人数になっているのは妥当であると考えられ、日本の家族構成に合致していると言える。本研究の対象者は大半が共働き世帯であり、一般の児童のいる世帯よりも経済的ゆとりがあると答えた割合が高かった。よって本研究の対象集団は、日本の一般世帯よりもやや経済的にゆとりのある世帯であったと言える。

2. 院内病児／病後児保育への登録状況

院内病児／病後児保育に登録した者は対象者の 27%であった。登録理由は、“自分の希望”により登録した者が 29 名で、ほぼ全員が利用の継続を希望していた。一方、登録をしていない者は、家族などからのサポートが十分であった者と条件が合わないことなど理由が上がっていた。従って、登録をした者はニーズをもっていたと考えられ、院内病児／病後児保育の制度を有効に使えている可能性があるが、登録をしなかった者の中には、ニーズはあるが登録ができなかった者が含まれていると考えられる。

3. 子どもの体調不良時への対応の実際

子どもの体調不良時に対する対処では、自分が看ると答えた者が最も多く、次いで祖父母が看る、夫が看るであった。これは一般集団を対象とする先行研究と一致する（佐藤, 2006; 久保, 2012）。対処方法について家族を回答した割合をみると、自分が看る、夫が看る、祖父母が看ると答えた者の割合が一般集団を対象とした先行研究（順に 87%、32.4%、43.2%）と比べ、同等もしくは高かった（中川ら, 2004）。本研究対象者の夫の週当たりの勤務時間は一般に長時間労働といわれる 60 時間に近く、実際のサポートを受けるには困難である状況や、9 割が核家族で祖父母と別居している状況の中、家族内で突然の子どもの体調不良に対処するようにしていることがうかがえた。

登録の有無別にみると、自分が看るや夫が看ると回答した者の差はみられなかったが、登録あり群では登録なし群よりも地域の病児／病後児保育に登録しており、サポートの希望として病児／病後児保育を選択していた。一方、登録なし群では祖父母が看ると答えたものが多い傾向があった。これは登録あり群

では登録なし群よりも祖父母からのサポートが得られにくく、外部の資源を利用していただけた可能性がある。これは先行研究と同様の結果である（久保, 2012）。

職種別にみると、T1 時点では看護師に夫婦どちらかで看病している者が多く、医師に祖父母の協力を得ている者が多かった。地域の病児／病後児保育については利用している者は看護師に多かったが、病児／病後児保育の利用希望は医師が多く持っており、医師は潜在的に院内病児／病後児保育のニーズが高い集団である可能性がある。

4. 院内病児／病後児保育の登録によるワーク・ファミリー・コンフリクトへの効果

本研究では仮説通り、院内病児／病後児保育の登録により WFC を低下させる結果を示していた。本研究では Time 1 の WFC は Time 2 の WFC に対し大きな説明力を持っていたが、院内病児／病後児保育という新たな育児支援の投入により WFC が低下しており、院内病児／病後児保育サービスの実施を支持するものである。いくつかの先行研究では、育児支援と WFC は関連しなかったと報告しているが（Fujimoto, 2008; Lembrechts, 2015）、これらの研究は職場内で行っているフレックスタイムや育児休暇などを含めた育児支援全てについて聞いており、個々の支援については検討していない。本研究は院内病児／病後児保育という 1 つの支援を評価したことで、有効な育児支援を提示することができた。

本研究の病児／病後児保育施設は職場内に設置されたものであった。職場内の保育所の利用による従業員への WFC への効果を検討した横断研究では、効果

はみられなかったと報告している (Goff et al, 1990)。しかし同時に、保育所の満足度が WFC を低下したことを示している。院内に設置されている保育所機能に加え、病児／病後児保育サービスを導入することは職場からの支援に対する満足度を上昇させることが考えられる。つまり、院内病児／病後児保育への登録により職場からの支援に対する満足度が上昇し、WFC を低下させていた可能性がある。また、Allen (2001) は、様々な職種を対象とした調査において、家族への支援の制度を利用することは、職場から家族への支援を受けていると認知することを通して WFC へ影響することを示唆している。つまり、登録と WFC の間には、これら満足度や支援の認知が媒介していた可能性があり、今後検討が必要だろう。

本研究は院内病児／病後児保育の登録の有無による WFC への効果を検討した。つまり、院内病児／病後児保育が突然の子どもの体調不良に対し家庭内で対処できない場合に利用できる選択肢の一つとして、個人が新たに職場から資源を提供され、獲得することで、個人内の仕事と育児の葛藤を低下させる効果を検証した。実際の利用については検討していないが、メタアナリシスの研究では、実際の支援の利用が少ない場合でも利用可能な支援が存在することが WFC に有効であることを示しており (Casper et al, 2013)、本研究もこれを支持する結果であったといえる。

院内病児／病後児保育の登録の有無による WFC への効果を検討する上で、WFC に関連する要因は、概念枠組み上、Time 1 の WFC を投入することにより考慮することを試みた。先行研究では、WFC の 1 年後の安定性を確認した報告がある (Kinnunen et al, 2004)。本研究でも、Time 1 と Time 2 で基本的属性

に変更があったと回答した者が 21 名 (18.6%) にとどまっていることや、後述の Time 1 と Time 2 の WFC の相関係数が 0.70 と、先行研究と同様であることから (Kinnunen et al, 2004)、Time 2 の WFC に関連する要因を制御しなかった限界は限定的であると考えられるが、今後検討が必要である。

5. 院内病児／病後児保育が与える効果のワーク・ファミリー・コンフリクトの方向性についての検討

院内病児／病後児保育の登録は WIF および FIW の両方を低下させていた。その効果量はやや WIF が大きかった (WIF: 標準化係数 $\beta = -.38$; FIW: 標準化係数 $\beta = -.32$)。本研究の仮説は、職場内で提供される育児支援である院内病児／病後児保育が FIW よりも WIF を低下することであり、これを支持する結果であった。WFC の方向性に着目した先行研究では、家族への支援を職場が行っていると認識していることは WIF と関連しているが、FIW とは関連していなかった結果を示した (Frye et al, 2004)。ここで言う職場の家族への支援の認識は「仕事と家庭の役割を両立するための支援を職場が行っていると認識する程度」を聞いているため、職場からの支援としての認識が結果に反映した可能性がある。本研究では病児／病後児保育施設が院内に設置されていることから、職場からの支援であると認識されやすかったのかもしれない。

一方、FIW も低下がみられた。院内病児／病後児保育は、体調不良の子どもを看病する家庭の役割を担うため、家族を支援する要素が強く FIW の低下につながったのかもしれない。しかし、職場からの家族への支援の認識と WFC に関するメタアナリシスでは、FIW はサンプルが少ないために解析から除外されて

いるように (Kossek et al, 2011)、FIW と職場からの育児支援に関する報告は少なく、特に院内病児／病後児保育と FIW についての新しい知見が得られたと考えられる。

職場が行う支援が従業者にとってどの効果があるかを示すことは、職場の仕事と育児の両立への支援をより効果的に行える可能性がある。本研究は、院内病児／病後児保育への登録により WIF、FIW 両者において低下することが確認され、WIF を低下させたことは家庭生活の満足度の上昇など家庭におけるポジティブな反応を期待でき、FIW を低下させたことは仕事の満足度や仕事のパフォーマンスの向上など職場におけるポジティブな反応が期待できるかもしれない (Kossek et al, 1998; Warde et al, 1999)。

6. 本研究の限界と今後の課題

本研究にはいくつかの限界がある。まず、本研究の対象は、院内に設置された病児／病後児保育施設である。特徴として、職場内にあるため、近くにいる安心感や、緊急時に対応しやすいこと、職場が子育てを支援してくれていると感じられることが考えられるが、地域に設置された病児／病後児保育施設とは、自宅からの距離や、利用料金などに違いがある他 (三沢ら, 2013)、院内と地域の施設両方に登録することができる。そのため、子どもの体調不良時の支援の中で別の資源と考えるのが妥当であり、今回の結果は職場内に設置された病児／病後児保育施設に限定されるものであろう。また都内大学病院内に設置された 1 病児／病後児保育施設であるため、結果の一般化には注意が必要である。本研究の回収率は看護師では約 7 割であったが、医師では 5 割であった。しか

し、医療者を対象とした横断調査の先行研究では、回収率は医師では 28%~42% (Dyrbye et al, 2012; Ohta et al, 2011)、看護師では 45%~70%などの報告があり (Battistelli et al, 2012; Leineweber et al, 2014)、本研究の回収率は同等またはそれ以上であったと言える。また本研究の対象施設では、多くの仕事と育児の両立支援を行っており、他大学病院が標準的に行っている支援（産前産後休暇、育児休業、子の看護休暇、院内保育園など）を網羅していた。そのため、結果は他の大学病院にも適用できると考えられ、医療者への育児支援の促進に寄与するものであると考える。

次に、本研究では仕事と育児の両立支援として最終的なアウトカムである離職や復職率、健康の不調等、客観的指標を測定していない。また評価期間が支援開始後 3 ヶ月と短期的な効果の評価に留まる。しかし本研究では、先行要因である WFC への効果を信頼性・妥当性が検証されている尺度を用いて測定したことは、不本意な離職や健康の不調を未然に防ぐ支援の検討に大きく貢献するものであると考える。また、両立支援制度は入職の選択理由に入る可能性があるなど (Kossek et al, 2011)、その効果は様々な評価をされるべきである。今後は、客観的指標を含めた、長期的な評価をすることにより、さらにその効果を明らかにできるだろう。

また、本研究対象者は女性のみであった。これは現時点での社会的背景また先行研究より女性に限定した。本研究は女性の利用を促進するものではない。女性と男性では女性の方がより WFC を抱えることが報告されているが (Duxbury et al, 1994)、これは育児や家事などの家庭の役割を大きく担っていることが 1 因である。しかし、共働き家庭が増加している現在、家事・育児を

男女ともに行っていくことが望ましい。反対に男性は女性よりも労働時間が長いという報告があり (Guttek et al, 1991)、効果に違いが生じる可能性がある。また仕事や家庭の要因と WIF、FIW や、WIF、FIW とそのアウトカムとの関連の強さには性差があるとの報告もあり (McElwain et al, 2005)、今後は男性を含めて検討していく必要があると考える。

最後に、院内病児／病後児保育サービスへの登録のしやすさが登録あり群となし群により異なることが考えられたため、本研究では、IPW 法により院内病児／病後児保育への登録のしやすさを考慮した解析を行った。しかし IPW 法は外れ値や極端な重みがある場合にはバイアスが発生する可能性があり結果の解釈に注意を要する。本研究においては、傾向スコアの重み付けによる調整において群間差が残る変数があった。また、対象者数の限界から、傾向スコアの分布に偏りがあったことより、比較可能性について限界があったと考えられ、今後より登録のしやすさを反映するモデルの探索が必要であると考えられる。例えば、本研究では登録のしやすさに関して、既存の地域の病児／病後児保育の登録の有無を検討したが、実際の利用の有無や利用回数、また病児／病後児保育を希望通りに利用できているかなどについては検討ができていない。もし測定していた場合、地域の病児／病後児保育の利用頻度が高いほど、WFC は高く、病児／病後児保育へ登録しやすいと考えると、結果は過小評価であった可能性がある (感度分析において登録の有無に加え、利用の有無を投入したところ、WFC への結果は低下することを示し、効果がやや大きくなっていることが確認できた (付録参照))。一方、病児／病後児保育の希望通りの利用ができると思うかについては、利用できているほど登録をしやすく、WFC は低いことが予想

されるため、本研究結果では過大評価をしている可能性がある。本研究では、サービスが開始直後であり、利用者数が少なかったことから、病児／病後児保育で課題となっているキャンセル待ちのような状態になることなく、希望する日に利用できたことが交絡していた可能性がある。このように傾向スコアを用いた解析では未測定 of 交絡因子を調整できないという限界があり、本研究においても、傾向スコア算出時における共変量については、前述の要因のように未知の要因があり、今後さらなる検討が必要であると考えられる。また本研究ではマッチング法など他の統計手法との結果の比較を行っていない。すなわち結果の頑健性について検討できていない。そのため、結果をより強固にするため、他の統計手法を用いたり、対象者数を増やしたりし、結果を確認する必要があるだろう。

7. 臨床への示唆

本研究では登録のしやすさを考慮した解析を行った上で効果を示した。登録した者はほぼ全員が自分で希望し登録した者であったため、登録のニーズに関わらず登録をした効果というよりも、登録しなかった者の中の、ニーズがありつつも登録をしていない者の影響も考えられる。Andersen (1995) によると、ニーズに合致した効果的なアクセスをしたヘルスサービスの利用は健康状態を改善したり、満足度を改善すると述べている。また効率的なアクセスは消費者の利用への満足度を上昇させる。そのため、ニーズがある者に対しては登録を促したり、登録を阻んでいる障壁（例えば、手続きの煩わしさ、窓口がわからないなど）を取り除く支援は有効であるかもしれない。

Thomas ら (1995) は職場内での支援には制度的要素と上司の仕事と家庭の両立への理解の 2 つの要素があると述べている。そのため、職場内の仕事と育児の両立支援制度の構築とともに、上司が制度について理解し、対象者へ適切に支援を提供することでより効果が期待できると考える。同時に Patel ら (2008) は、配偶者の支援が WFC と負の相関を示し、仕事の満足度と正の相関を示していたことより、介入において配偶者からの支援も取り入れるべきだと述べている。例えば、病児／病後児保育は、子どもの体調不良への対処方法の選択肢の一つであり、子どもの状態に合わせて、家族と医学的判断のもと利用できるサービスである。子どもの体調不良時には、家族内でコミュニケーションを取り合いながら、上司、同僚、利用者および家族が共通認識のもと利用することが効果的サービスの利用につながり、両立支援としての効果が発揮されるだろう。

結論

本研究は、院内へ病児／病後児保育サービスの導入による、未就学児をもつ女性医師および女性看護師のワーク・ファミリー・コンフリクトへ与える影響を定量的に評価した。院内病児／病後児保育に登録することにより、登録者のワーク・ファミリー・コンフリクトは有意に低下し、また仕事から家庭への葛藤、家庭から仕事への葛藤も有意に低下することを示した。院内病児／病後児保育の登録により、離職や精神的健康の先行要因であるワーク・ファミリー・コンフリクトを低下させることは、女性医療職の仕事と育児の両立を援助するため、職場からの有効な育児支援である可能性が考えられた。しかしながら、この結果を結論付けるには、登録のしやすさと WFC の交絡要因の除去にはさらなる検討が必要であることが考えられた。

謝辞

まずは、ご指導賜りました東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻家族看護学分野教授上別府圭子先生に心より御礼申し上げます。

本研究立案のきっかけを賜り、また調査全般に渡り温かいご支援をくださいました東京大学医学部附属病院小児科准教授北中幸子先生に厚く御礼申し上げます。また、本研究の実施にご快諾くださり、多くのご協力を賜りました東京大学医学部附属病院副看護部長相馬光代様に深く感謝申し上げます。

本研究の実施に際しましては、ご協力くださいました全ての対象者様へ心より感謝を申し上げますとともに、多大なるご理解ご協力を賜りました東京大学医学部附属病院診療科長様、医局長様、秘書様、庶務課の御担当者様に深く感謝申し上げます。また大変お忙しい中、パイロット調査にご協力くださいました皆様に心より御礼申し上げます。

最後に、日々ご支援をいただきました東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻家族看護学分野の皆様へ御礼申し上げます。

本研究は東海ジェンダー研究所第19回個人研究助成（瀬戸山有美）の助成を受けて行いました。

引用文献

- Allen TD. Family-Supportive work environments: The role of organizational perceptions. *Journal of Vocational Behavior*. 58, 414-435, 2001.
- Andersen MR. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health & Social Behavior*. 36 (1), 1-10, 1995.
- Battistelli A, Portoghese I, Galletta M, Pohl S. Beyond the tradition: test of an integrative conceptual model on nurse turnover. *International Nursing Review*. 60(1), 103-111, 2013.
- Butts MM, Casper WJ, Yang TS. How important are work-family support policies? A meta-analytic investigation of their effects on employee outcomes. *Journal of Applied Psychology*. 98(1), 1-25, 2013.
- Carlson SD, Kacmar KM, Williams JL. Construction and initial validation of a multidimensional measure of work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior*. 56(2), 249-276, 2000.
- Chen IH, Brown R, Bowers BJ, Chang WY. Work-to-family conflict as a mediator of the relationship between job satisfaction and turnover intention. *Journal of Advanced Nursing*. 71(10), 2350-2363, 2015.
- 大臣官房統計情報部人口動態・保健社会統計課世帯統計室. 平成 26 年国民生活基礎調査. 厚生労働省. 2014. (引用日: 2015 年 11 月 16 日)
- <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa14/index.html>
- Duxbury L, Higgins C, Lee C. Work-family conflict a comparison by gender, family type, and perceived control. *Journal of Family Issues*. 15(3), 449-466, 1994.

Dyrbye LN, Sotile W, Boone S, West CP, Tan L, Satele D, Sloan J, Oreskovich M, Shanafelt T. A survey of U.S. physicians and their partners regarding the impact of work-home conflict. *Journal of General Internal Medicine*. 29(1), 155-161, 2014.

Dyrbye LN, Shanafelt TD, Balch CM, Satele D, Sloan J, Freischlag J. Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex. *Archives of Surgery*. 146(2), 211-217, 2011.

Dyrbye LN, Freischlag J, Kaups KL, Oreskovich MR, Satele DV, Hanks JB, Sloan JA, Balch CM, Shanafelt TD. Work-home conflicts have a substantial impact on career decisions that affect the adequacy of the surgical workforce. *Archives of Surgery*. 147(10), 933-939, 2012.

江口成美, 野村真美, 佐藤和孝, 出口真弓, 澤倫太郎. 第 2 回 女性医師を中心とした産婦人科医の就労状況についての調査 - 女性医師の継続的就労に向けて - 2014. (引用日 : 2015 年 11 月 16 日)

<http://www.jmari.med.or.jp/download/WP314.pdf>

Farhadi P, Sharifian R, Feili A, Shokrpour N. The effects of supervisors' supportive role, job stress, and work-family conflicts on the nurses' attitudes. *The Health Care Manager*. 32(2), 107-122, 2013.

Frone MR, Russell M, Cooper ML. Antecedents and outcomes of work-family conflict: Testing a model of the work-family interface. *Journal of Applied Psychology*. 77(1), 65-78, 1992.

Frone MR, Russel M, Cooper M L. Relation of work-family conflict to health

- outcomes: A four-year longitudinal study of employed parents. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*. 70 (4), 325-335, 1997a.
- Frone RM, Yardley KJ, Markel SK. Developing and testing an integrative model of the work-family interface . *Journal of Vocational Behavior*. 50(2), 145-167, 1997b.
- Frye NK, Breugh JA. Family-friendly policies, supervisor support, work-family conflict, family-work conflict, and satisfaction: a test of a conceptual model. *Journal of Business and Psychology*. 19(2), 197-220, 2004.
- Fujimoto T, Kotani S, Suzuki R. Work-family conflict of nurses in Japan. *Journal of Clinical Nursing*. 17(24), 3286-3295, 2008.
- Fuss I, Nübling M, Hasselhorn HM, Schwappach D, Rieger MA. Working conditions and work-family conflict in german hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health*. 8(1), 353, 2008. (引用日 : 2015 年 11 月 16 日)
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/353>
- Gipson-Jones T. Perceived work and family conflict among african american nurses in college. *Journal of Clinical Nursing*. 20(3), 304-312, 2009.
- Goff SJ, Mount MK, Jamison RL. Employer supported child care, work/family conflict, and absenteeism: A field study. *Personnel psychology*. 43(4), 793-809, 1990.
- Greenhaus HJ, Beutell JN. Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*. 10(1), 76-88, 1985.

Grzywacz JG, Frone MR, Brewer CS, Kovner CT. Quantifying work-family conflict among registered nurses. *Research in Nursing & Health*. 29(5), 414-426, 2006.

Gutek AB, Sabrina S, Lilian K. Rational versus gender role explanations for work-family conflict. *Journal of Applied Psychology*. 76(4), 560-568, 1991.

Hao J, Wu D, Liu L, Li X, Wu H. Association between work-family conflict and depressive symptoms among chinese female nurses: the mediating and moderating role of psychological capital. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 12(6), 6682-6699, 2015.

長谷川望, 大野京子, 斎藤義弘, 浦島充佳, 衛藤義勝. 集団保育児の体調不良時の家庭での対応とその支援策について. *小児保健研究*. 66(6), 809-814, 2007.

帆足栄一. 病児保育の歩みと課題. *病児保育研究*. 4, 9-18, 2013.

本間千代子, 中川禮子. 看護職における家庭と仕事の両立葛藤 - 看護職と働く一般女性との比較 -. *日本赤十字武蔵野短期大学紀要*. 15, 31-37, 2002.

星野崇宏. 調査観察データの統計科学—因果推論・選択バイアス・データ融合. 2009.

星野崇宏, 岡田謙介. 傾向スコアを用いた共変量調整による因果効果の推定と臨床医学・疫学・薬学・公衆衛生分野での応用について. *Journal of the National Institute of Public Health*. 55(3), 230-243, 2006.

Innstrand ST, Langballe EM, Espnes GA, Aasland OG, Falkum E. Personal

vulnerability and work-home interaction: the effect of job performance-based self-esteem on work/home conflict and facilitation. *Scandinavian Journal of Psychology*. 51(6), 480-487, 2010.

石野晶子, 加藤英世, 松田博雄, 場家美沙紀. 病児保育を利用する保護者のニーズとワーク・ライフ・バランス (仕事と生活の調和). *小児保健研究*. 72(2), 305-310, 2013.

Jolly S, Griffith KA, DeCastro R, Stewart A, Ubel P, Jagsi R. Gender differences in time spent on parenting and domestic responsibilities by high-achieving young physician-researchers. *Annals of Internal Medicine*. 160(5), 344-353, 2014.

Kahn RL, Wolfe DM, Quinn R, Snoek JD, Rosenthal RA. *Organizational stress : studies in role conflict and ambiguity*. 1964.

上別府圭子. 平成 25 年度 厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業 病児・病後児保育の実態把握と質向上に関する研究 平成 25 年度総括研究報告書. 利用者の病児・病後児保育の登録・利用状況及びその要因に関する調査. 40-47, 2015.

Kawase K, Kwong A, Yorozyu K, Tomizawa Y, Numann PJ, Sanfey H. The attitude and perceptions of work-life balance: a comparison among women surgeons in Japan, USA, and Hong Kong China. *World Journal of Surgery*. 37(1), 2-11, 2013.

Kinnunen*, U., Geurts, S., & Mauno, S. Work-to-family conflict and its relationship with satisfaction and well-being: a one-year longitudinal study on gender differences. *Work & Stress*. 18(1), 1-22, 2004.

Kossek EE, Ozeki C. Work-family conflict, policies, and the job-life satisfaction relationship: A review and directions for organizational behavior-human resources research. *Journal of Applied Psychology*. 83(2), 139-149, 1998.

Kossek EE, Pichler S, Bodner T, Hammer LB. Workplace social support and work-family conflict: a meta-analysis clarifying the influence of general and work-family specific supervisor and organizational support. *Personnel Psychology*. 64(2), 289–313, 2011.

厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健社会統計課保健統計室. 平成 24 年医師・歯科医師・薬剤師調査. 厚生労働省. 2012. (引用日: 2015 年 11 月 16 日) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/12/>

厚生労働省医政局看護課. 第 1 回看護職員需給見通しに関する検討会 (平成 26 年 12 月 1 日) 資料. 厚生労働省. 2014. (引用日: 2015 年 11 月 16 日) <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000072897.html>

厚生労働省雇用均等・児童家庭局雇用均等政策課政策係. 児童家庭局総務課少子化対策企画室少子化対策特別部会 第 27 回 (平成 21 年 9 月 30 日). 2009. (引用日: 2015 年 11 月 16 日) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0930-9e.pdf>

厚生労働省雇用均等・児童家庭局雇用均等政策課政策係. 雇用均等基本調査. 厚生労働省. 2008. (引用日: 2015 年 11 月 16 日) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/71-20.html>

厚生労働省雇用均等・児童家庭局雇用均等政策課政策係. 平成 24 年度雇用均等

基本調査. 厚生労働省. 2012. (引用日 : 2015 年 11 月 16 日)

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/71-24.html>

久保桂子. 共働き夫婦における子どもの病気時の育児への対処. 千葉大学教育学部研究機構. 60, 407-412, 2012.

Leineweber C, Westerlund H, Chungkham HS, Lindqvist R, Runesdotter S, Tishelman C. Nurses' practice environment and work-family conflict in relation to burn out: a multilevel modelling approach. PLOS ONE. 9(5), e96991, 2014.

Lembrechts L, Dekocker V, Zanoni P, Pulignano V. A study of the determinants of work-to-family conflict among hospital nurses in Belgium. Journal of Nursing Management. 23(7), 898-909, 2015.

Mache S, Bernburg M, Vitzthum K, Groneberg DA, Klapp BF, Danzer G. Managing work-family conflict in the medical profession: working conditions and individual resources as related factors. BMJ Open. 5(4), e006871, 2015.

正田梨花, 喜多淳子, 工藤貴子. 病児保育における質的な改善策の提案に向けた文献検討. 大阪市立大学看護学雑誌. 7, 55-63, 2011.

McAlister C, Jin YP, Braga-Mele R, DesMarchais BF, Buys YM. Comparison of lifestyle and practice patterns between male and female canadian ophthalmologists. Canadian Journal of Ophthalmology. 49(3), 287-290, 2014.

McCubbin HI, Patterson JM. Family studies review yearbook: Vol. 1. Olson DH, Miller BC. 87-106, 1983.

McElwain AK , Korabik K, Rosin HM. An examination of gender differences in work-family conflict. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 37(4), 283-298, 2005.

Michel JS, Kotrba LM, Mitchelson JK, Clark MA, Baltes BB. Antecedents of work-family conflict: a meta-analytic review. *Journal of Organizational Behavior*. 32(5), 689-725, 2011.

三沢あき子. 平成 25 年度 厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業 病児・病後児保育の実態把握と質向上に関する研究 平成 25 年度総括研究報告書. 11-52, 2013.

Nalini Sastry. *Women employees and human resource management*. Froneman RM, Russell M, Cooper ML. Universities Press. 135. 2000.

内閣府. 子ども・子育て支援新制度説明会（平成 27 年 1 月 23 日）. 2015.（引用日：2015 年 11 月 16 日）

<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/administer/setsumeikai/h270123/pdf/s3-1.pdf>

内閣官房社会保障改革担当室. 医療・介護に係る長期推計（社会保障改革に関する集中会議第 10 回会議（平成 23 年 6 月 2 日）資料）. 内閣官房. 2011.（引用日：2015 年 11 月 16 日）

<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai10/gijisidai.html>

中川さとの, 桂敏樹. 病児保育に関する現状と課題 - 保護者を対象にしたアンケート調査 -. *小児保健研究*. 63(4), 389-394, 2004.

日本医師会日本医師会男女共同参画委員会日本医師会医師再就業支援事業. 女性医師の勤務環境の現状に関する調査報告. 日本医師会. 2009. (引用日 : 2015年11月16日)

http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408_2.pdf

日本看護協会. 平成19年潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査報告書. 日本看護協会出版会. 2007.

日本看護協会. 平成26年看護関係統計資料集. 日本看護協会出版会. 2014. (引用日 : 2015年11月16日)

<https://www.nurse.or.jp/home/publication/toukei/>

日本労働研究機構. 「育児や介護と仕事の両立に関する調査」. 労働政策研究・研修機構. 2003. (引用日 : 2015年11月16日)

<http://www.jil.go.jp/kokunai/statistics/doko/h1507/subindex.html>

Ohta H, Wada K, Kawashima M, Arimatsu M, Higashi T, Yoshikawa T, Aizawa Y. Work-family conflict and prolonged fatigue among japanese married male physicians. *Environmental Health & Public Health* 84(8), 937-942, 2011.

大木伸子. 保育園児の病気時の保育の実態と保護者支援ニーズ. *小児保健研究*. 62(3), 350-358, 2003.

Patel CJ, Beekhan A, Paruk Z, Ramgoon S. Work-family conflict, job satisfaction and spousal support: an exploratory study of nurses' experience. *Curationis*. 31(1), 38-44, 2008.

Putnik K, Houkes I. Work related characteristics, work-home and

- home-work interference and burnout among primary healthcare physicians: a gender perspective in a serbian context. *BMC Public Health*. 11(1), 716, 2011.
- Raymo JM, Sweeney MM. Work-family conflict and retirement preferences. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES*. 61(3), S161-S169, 2006.
- Rout U. Stress among general practitioners and their spouses: a qualitative study. *British Journal of General Practice*. 46(404), 157–160, 1996.
- 斎藤加代子. 女性医学研究者支援の現状と課題 医のあゆみ. 228, 237-241, 2009.
- Sapey E. Work-life balance in academic medicine. *The Lancet*. 385, S6-S7, 2015.
- 佐藤真澄. 病児保育を利用する保護者のニーズに関する調査. 日本赤十字豊田看護大学紀要. 2(1), 29-34, 2006.
- Schueller-Weidekamm C, Kautzky-Willer A. Challenges of work-life balance for women physicians/mothers working in leadership positions. *Gender Medicine*. 9(4), 244-250, 2012.
- Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ, Sloan JA, Swensen SJ. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*. 90(4), 432-440, 2015.
- Simon M, Kümmerling A, Hasselhorn HM; Next-Study Group. Work-home conflict in the European nursing profession. *International Journal of Occupational and Environmental Health*. 10(4), 384-391, 2004.

総務省統計局統計調査部国勢統計課人口推計係. 人口推計. 総務省統計局. 2013.

(引用日 : 2015 年 11 月 16 日) <http://www.stat.go.jp/data/jinsui/>

総務省統計局統計調査部労働力人口統計室. 平成 23 年社会生活基本調査. 総務

省統計局. 2011. (引用日 : 2015 年 11 月 16 日)

<http://www.stat.go.jp/data/shakai/2011/index.htm>

鈴木 淳子. 質問紙デザインの技法. ナカニシヤ出版. 2011.

竹内朋子. 看護師のワーク・ファミリー・コンフリクト (WFC) についての文

献レビュー. 日本看護管理学会誌. 14(1), 85-94, 2010.

Takeuchi T, Yamazaki Y. Relationship between work-family conflict and a sense of coherence among japanese registered nurses. *Japan Journal of Nursing Science*. 7(2), 158-168, 2010.

Tang CS. The influence of family-work role experience and mastery on psychological health of Chinese employed mothers. *Journal of Health Psychology*. 14(8), 1207-1217, 2009.

谷原雅江, 阿部裕美, 森照子, 岡田恵子. 子どもが病気をした時の保護者の対応と病児保育支援ニーズ. *川崎医療福祉学会誌*. 19(2), 411-418. 2010.

谷本弘子, 谷本要. 病児保育の必要性和課題 - 保護者へのアンケート調査より - . *小児保健研究*. 65(4), 593-599, 2006.

Thomas TL, Ganster, DC. Impact of family-supportive work variables on work-family conflict and strain: A control perspective. *Journal of Applied Psychology*. 80(1), 6-15, 1995.

東京都産業労働局雇用就業部. 平成 23 年度東京都男女雇用平等参画状況調査結

果報告書「均等法、改正育児・介護休業法への対応等企業における男女雇用管理に関する調査」。東京都産業労働局。2012。（引用日：2015年11月16日）

http://www.sangyo-rodo.metro.tokyo.jp/monthly/koyou/sankaku_23/

Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*. 42 Supplement 2, 57-66, 2004.

Wang ML, Tsai LJ. Work-family conflict and job performance in nurses: the moderating effects of social support. *The journal of nursing research*. 22(3), 200-207, 2014.

Warde CM, Moonesinghe K, Allen W, Gelberg L. Marital and parental satisfaction of married physicians with children. *Journal of General Internal Medicine*. 14(3), 157-165, 1999.

渡井いずみ, 錦戸典子, 村嶋幸代. ワーク・ファミリー・コンフリクト尺度 (Work-Family Conflict Scale: WFCS) 日本語版の開発と検討. *産業衛生学雑誌*. 48(3), 71-81, 2006.

West CP, Halvorsen AJ, Swenson SL, McDonald FS. Burnout and distress among internal medicine program directors: results of a national survey. *Journal of General Internal Medicine*. 28(8), 1056-1063, 2013.

Wilkins K, Shields M. Employer-provided support services and job dissatisfaction in canadian registered nurses. *Journal of Nursing Administration*. 42, Supplement 1, S50-S58, 2012.

山口昭男. *多変量解析の展開*. 2002.

Yildirim D, Aycan Z. Nurses' work demands and work-family conflict: a

questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 45(9),
1366-1378, 2008.

图表

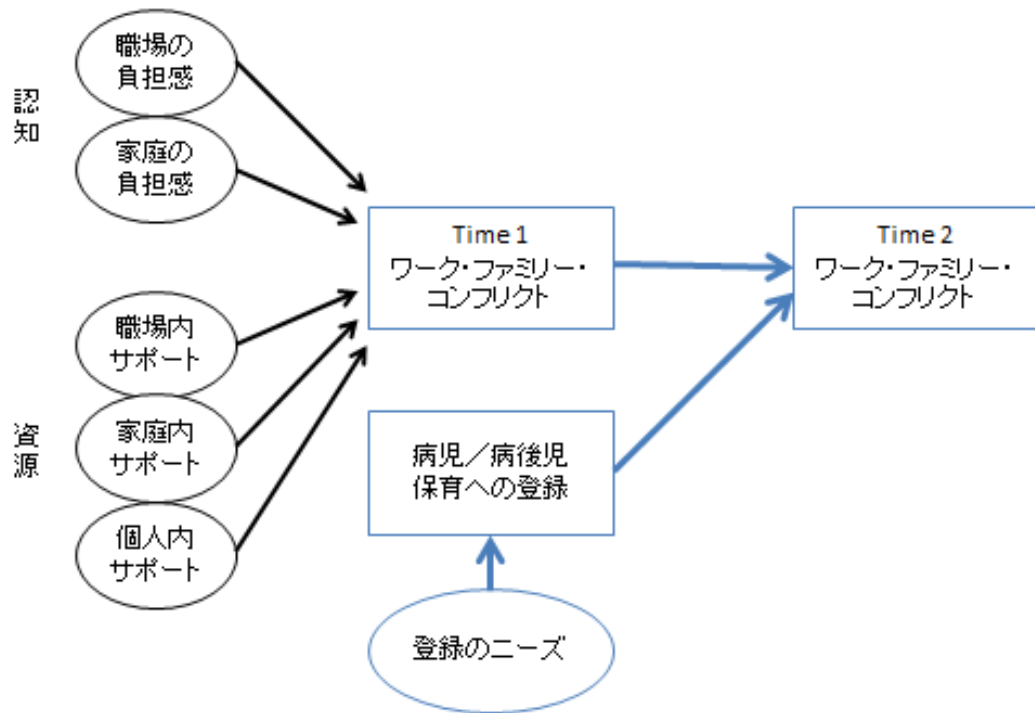
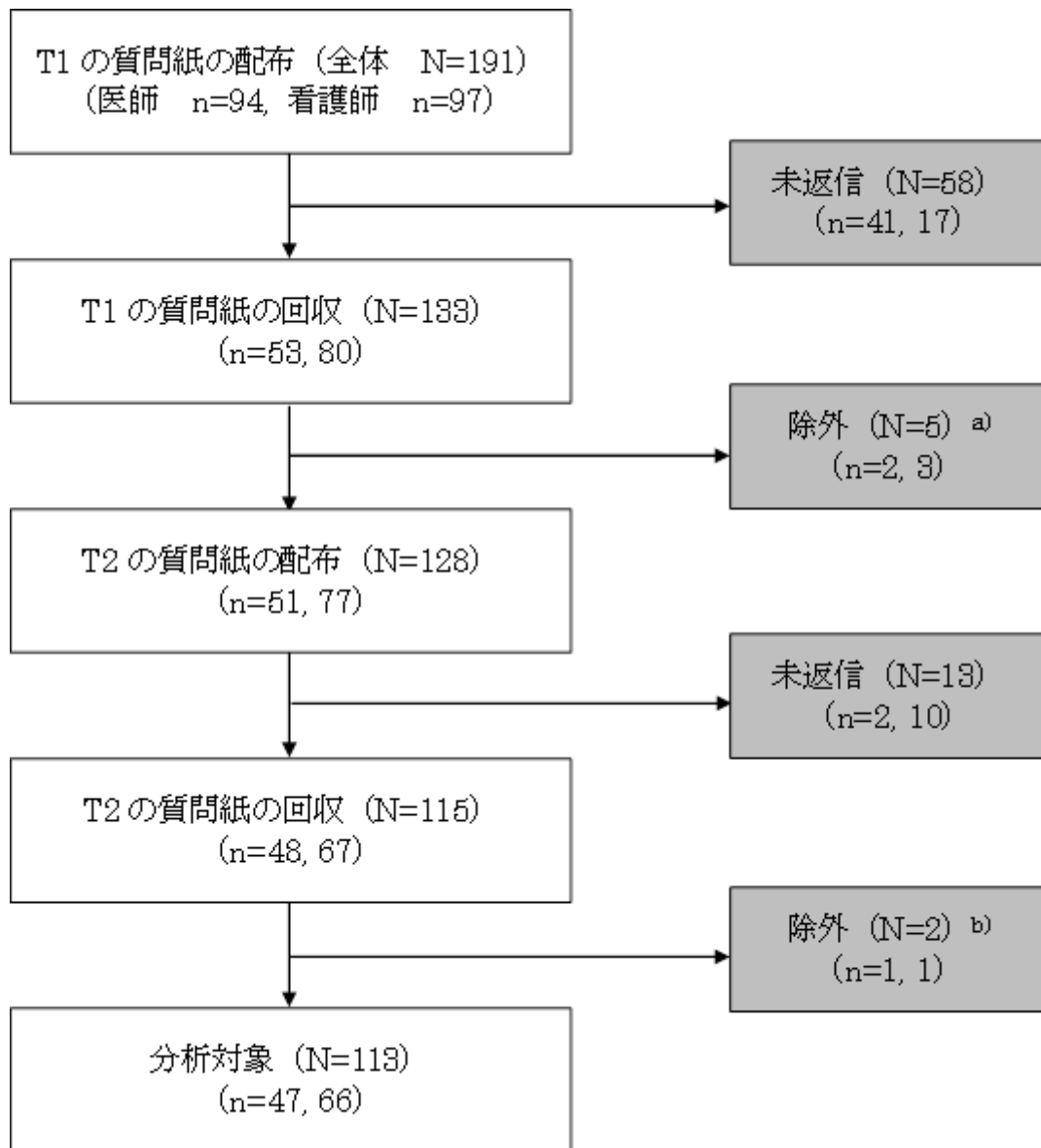


図 1 概念枠組み



- a) 除外理由は住所不明 1 名、対象外 4 名（育児休業中 = 1 名、対象職種でない = 1 名、未就学児がいない = 2 名）である。
- b) 除外理由は WFCS の欠損である。

図 2 調査手順と応諾状況

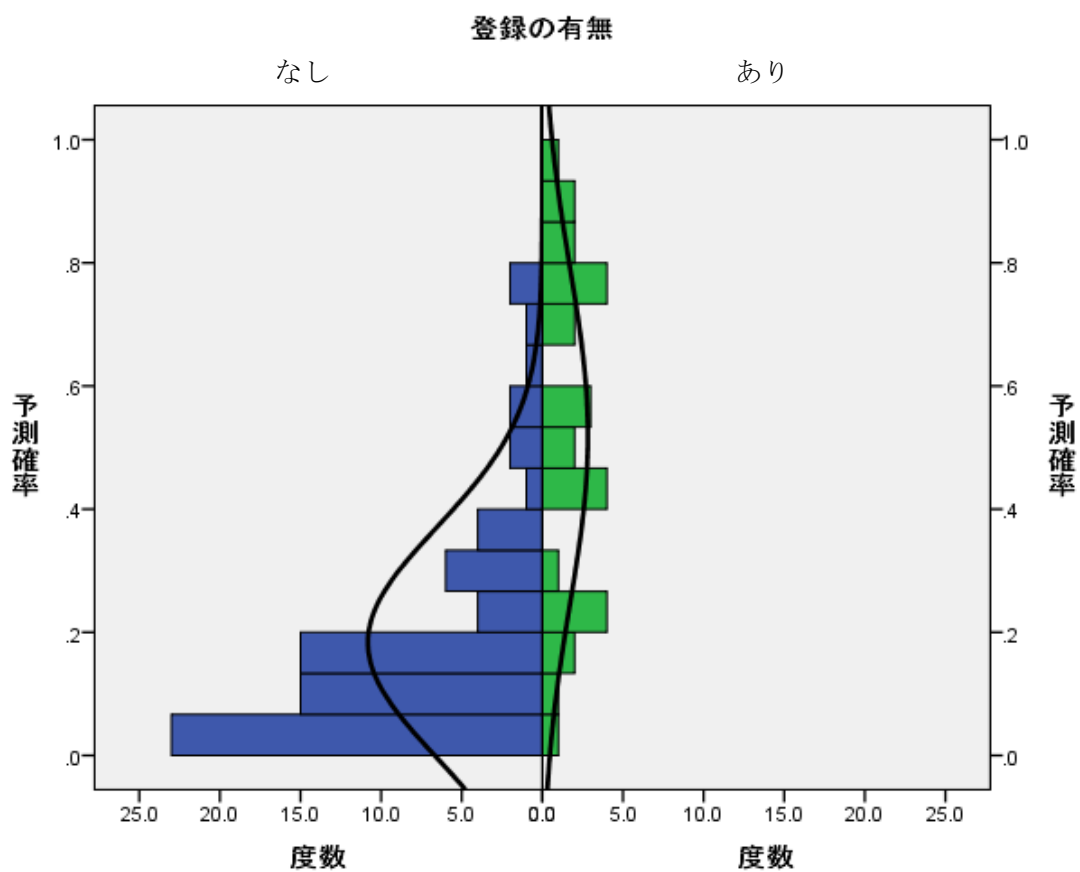


図3 対象者全体の傾向スコアの分布

表1 応諾状況

	T1の配布数	T1の回答数(%) ^{a)}	T2の回答数(%) ^{b)}	分析対象数(%) ^{a)}
医師	94	53(56.4)	48(94.1)	47(50.0)
看護師	97	80(82.5)	67(87.0)	66(68.0)
合計	191	133(69.6)	115(89.8)	113(59.2)

Note. T1, Time1; T2, Time2.

a) 分母はT1の配布数

b) 分母はT2の配布数(医師 = 51、看護師 = 77、合計 = 128)

表2 対象者の属性とT2の無回答・除外者との比較

N = 129

		分析対象者 (n = 113)					無回答・除外者 (n = 16)					p		
		n	%	mean	SD	median	range	n	%	mean	SD		median	range
年齢				36.1	4.75	35	27-51			34.0	4.68	33	28-45	.10 ^{c)}
家族構成	核家族	104	92.0					16	100.0					.60 ^{d)}
	拡大家族	9	8.0					0	0.0					
婚姻状況	既婚	110	97.3					16	100.0					n/a ^{d)}
	離婚	2	1.8					0	0.0					
	未婚	1	0.9					0	0.0					
子どもの人数	1人	65	57.5					8	50.0					n/a ^{d)}
	2人	38	33.6					4	25.0					
	3人以上	10	8.9					4	25.0					
経済的ゆとり ^{a)}	ゆとりがある	44	38.9					6	37.5					1.00 ^{d)}
	ゆとりがない	69	61.1					10	62.5					
勤続年数(年)				10.6	4.84	10	1-27			9.6	5.18	9	3-23	.32 ^{c)}
雇用形態	常勤	78	69.0					13	81.3	13.0				n/a ^{d)}
	非常勤	30	26.5					3	18.8	3.0				
	その他	6	5.3					0	0.0	0.0				
週勤務時間(時間)				37.9	12.92	40	4-90			37.0	10.54	40	7-50	.94 ^{c)}
時間短縮勤務	あり	66	58.4					9	56.3					1.00 ^{d)}
	なし	46	40.7					7	43.8					
夜勤/当直勤務	あり	7	6.2					3	18.8					.11 ^{d)}
	なし	106	93.8					13	81.3					
通勤時間(分)				45.1	22.49	45	5-110			52.5	29.72	60	10-120	.16 ^{c)}
健康状態 ^{b)}	良好	95	84.1					13	81.3					.73 ^{d)}
	不良	18	15.9					3	18.8					

(次頁へつづく)

表2 対象者の属性とT2の無回答・除外者との比較(つづき)

N = 129

	分析対象者 (n = 113)						無回答・除外者 (n = 16)						p
	n	%	mean	SD	median	range	n	%	mean	SD	median	range	
夫の年齢			37.4	5.25	36	26-58			34.5	5.35	33.5	28-45	.05 ^{c)}
夫の雇用形態	常勤	95	84.1				14	93.3					n/a ^{d)}
	非常勤	9	8.0				1	6.7					
	その他	4	3.5				0	0.0					
夫の時間短縮勤務	あり	2	1.8				0	0.0					1.00 ^{d)}
	なし	106	93.8				15	100.0					
夫の夜勤/当直勤務	あり	36	31.9				2	13.3					.15 ^{d)}
	なし	73	64.6				13	86.7					
夫の週勤務時間(時間)			57.7	14.20	56	25-100			67.7	16.64	65	40-100	.04 ^{c)}
夫の健康状態 ^{b)}	良好	83	73.4				12	80.0					1.00 ^{d)}
	不良	25	22.2				3	20.0					
子どもの年齢			2.1	1.57	2	0-6			1.6	1.15	1	0-4	.26 ^{c)}
子どもの健康状態 ^{b)}	良好	107	94.7				14	87.5					.26 ^{d)}
	不良	6	5.3				2	12.5					
子どもの基礎疾患	あり	9	8.0				3	18.8					.18 ^{d)}
	なし	104	92.0				13	81.3					
WFC-T1			1.90	0.54	1.89	0.50-3.50			2.04	0.45	2.03	1.39-2.89	.36 ^{c)}
	WIF-T1		2.09	0.69	2.11	0.44-3.78			2.27	0.74	2.28	0.89-3.44	.35 ^{c)}
	FIW-T1		1.72	0.58	1.67	0.33-3.67			1.79	0.43	1.78	1.17-2.67	.58 ^{c)}

Note. SD, Standard deviation; n/a, not available; T1, Time1; WFC, Work Family Conflict; WIF, Work Interference with Family; FIW, Family Interference with Family.

a) 大変ゆとりがある、まあまあゆとりがあるはゆとりがあるに、どちらでもない、あまりゆとりがない、全くゆとりがないはゆとりがないに分類した。

b) とても良い、まあまあ良いは良好に、どちらともいえない、あまり良くない、良くないは不良に分類した。

c) Mann-WhitneyのU検定によりp値を算出した。

d) Fisherの正確率検定によりp値を算出した。

表3 職種毎の院内病児／病後児保育への登録の有無による対象者の属性

N = 113

	医師(n = 47)						看護師(n = 66)				
	登録あり(n = 20)		登録なし(n = 27)		p^a	登録あり(n = 11)		登録なし(n = 55)		p^a	
	mean or n	SD or %	mean or n	SD or %		mean or n	SD or %	mean or n	SD or %		
年齢	36.9	5.52	35.9	4.01	.72 ^{c)}	35.2	5.33	36.2	4.75	.52 ^{c)}	
家族構成											
	核家族	17	85.0	25	92.6	.64 ^{d)}	11	100.0	51	92.7	1.00 ^{d)}
	拡大家族	3	15.0	2	7.4		0	0.0	4	7.3	
婚姻状況											
	既婚	20	100.0	26	96.3	1.00 ^{d)}	11	100.0	53	96.4	n/a ^{d)}
	離婚	0	0.0	1	3.7		0	0.0	1	1.8	
	未婚	0	0.0	0	0.0		0	0.0	1	1.8	
子どもの人数											
	1人	15	75.0	15	55.6	n/a ^{d)}	9	81.8	26	47.3	n/a ^{d)}
	2人	5	25.0	9	33.3		2	18.2	22	40.0	
	3人以上	0	0.0	3	11.1		0	0.0	7	12.7	
経済的ゆとり ^{a)}											
	ゆとりがある	12	60.0	16	59.3	1.00 ^{d)}	3	27.3	13	23.6	1.00 ^{d)}
	ゆとりがない	8	40.0	11	40.7		8	72.8	42	76.4	
勤続年数(年)		11.1	6.11	9.6	4.57	.64 ^{c)}	11.2	3.63	10.7	4.74	.49 ^{c)}
雇用形態											
	常勤	6	30.0	6	22.2	n/a ^{d)}	11	100.0	55	100.0	n/a ^{d)}
	非常勤	14	70.0	16	59.3		0	0.0	0	0.0	
	その他	0	0.0	5	18.5		0	0.0	0	0.0	
週勤務時間(時間)		41.2	19.02	36.3	17.09	.73 ^{c)}	39.2	11.29	37.2	7.24	.78 ^{c)}
時間短縮勤務											
	あり	7	35.0	8	29.6	.75 ^{d)}	9	81.8	42	76.4	1.00 ^{d)}
	なし	12	60.0	19	70.4		2	18.2	13	23.6	
夜勤/当直勤務											
	あり	1	5.0	2	7.4	1.00 ^{d)}	0	0.0	4	7.3	1.00 ^{d)}
	なし	19	95.0	25	92.6		11	100.0	51	92.7	
通勤時間(分)		30.3	18.46	40.4	19.75	.12 ^{c)}	43.6	16.75	48.9	24.30	.55 ^{c)}
健康状態 ^{b)}											
	良好	18	90.0	22	81.5	.68 ^{d)}	8	72.7	47	85.5	.38 ^{d)}
	不良	2	10.0	5	18.5		3	27.3	8	14.5	

(次頁へつづく)

表3 職種毎の院内病児／病後児保育への登録の有無による対象者の属性(つづき)

N = 113

	医師 (n = 47)					看護師 (n = 66)					
	登録あり (n = 20)		登録なし (n = 27)		p	登録あり (n = 11)		登録なし (n = 55)		p	
	mean or n	SD or %	mean or n	SD or %		mean or n	SD or %	mean or n	SD or %		
夫の年齢	38.0	6.90	38.2	5.03	.59 ^{c)}	36.3	4.58	37.0	4.86	.59 ^{c)}	
夫の雇用形態					n/a ^{d)}					n/a ^{d)}	
	常勤	17	85.0	19	70.4	11	100.0	48	87.3		
	非常勤	1	5.0	4	14.8	0	0.0	4	7.3		
	その他	0	0.0	3	11.1	0	0.0	1	1.8		
夫の時間短縮勤務	あり	1	5.0	0	0.0	.43 ^{d)}	0	0.0	1	1.8	1.00 ^{d)}
	なし	18	90.0	25	92.6		11	100.0	52	94.5	
夫の夜勤/当直勤務	あり	9	45.0	13	48.1	1.00 ^{d)}	1	9.1	13	23.6	.43 ^{d)}
	なし	10	50.0	13	48.1		10	90.9	40	72.7	
夫の週勤務時間(時間)		60.0	17.32	55.7	11.90	.49 ^{c)}	59.1	14.29	57.5	14.29	.82 ^{c)}
夫の健康状態 ^{b)}	良好	15	75.0	21	77.8	1.00 ^{d)}	8	72.7	39	70.9	1.00 ^{d)}
	不良	4	20.0	5	18.5		3	27.3	13	23.6	
子どもの年齢		1.0	1.4	2.2	1.64	.01 ^{c)}	1.9	1.38	2.4	1.49	.26 ^{c)}
子どもの健康状態 ^{b)}	良好	18	90.0	27	100.0	.18 ^{d)}	10	90.9	52	94.5	.53 ^{d)}
	不良	2	10.0	0	0.0		1	9.1	3	5.5	
子どもの基礎疾患	あり	2	10.0	2	7.4	1.00 ^{d)}	0	0.0	5	9.1	.58 ^{d)}
	なし	18	90.0	25	92.6		11	100.0	48	87.3	
WFC-T1		1.98	0.58	1.93	0.51	.48 ^{c)}	1.89	0.41	1.86	0.56	.67 ^{c)}
	WIF-T1	2.08	0.81	2.05	0.68	.80 ^{c)}	2.10	0.68	2.11	0.67	.87 ^{c)}
	FIW-T1	1.89	0.56	1.81	0.61	.64 ^{c)}	1.69	0.39	1.62	0.60	.69 ^{c)}

Note. SD, Standard deviation; n/a, not available; T1, Time1; WFC, Work Family Conflict; WIF, Work Interference with Family; FIW, Family Interference with Family.

a) 大変ゆとりがある、まあまあゆとりがあるはゆとりがあるに、どちらでもない、あまりゆとりがない、全くゆとりがないはゆとりがないに分類した。

b) とても良い、まあまあ良いは良好に、どちらともいえない、あまり良くない、良くないは不良に分類した。

c) 登録あり群と登録なし群についてMann-WhitneyのU検定によりp値を算出した。

d) 登録あり群と登録なし群についてFisherの正確確率検定によりp値を算出した。

表4 院内病児/病後児保育への登録の有無別の子どもの体調不良時の対処方法

N = 113

	全体 (N = 113)		登録あり (n = 31)		登録なし (n = 82)		$p^a)$	
	n	%	n	%	n	%		
対処方法	自分	97	85.8	27	87.1	70	85.4	1.00
	夫・パートナー	48	42.5	12	38.7	36	43.9	.67
	祖父母	73	64.6	16	51.6	57	69.5	.08
	病児/病後児保育	40	35.4	17	54.8	23	28.0	.01
	ベビーシッター	17	15.0	6	19.4	11	13.4	.56
サポートの希望	夫・パートナー	78	69.0	23	74.2	55	67.1	.65
	祖父母	67	59.3	17	54.8	50	61.0	.67
	病児/病後児保育	46	40.7	21	67.7	25	30.5	.00
	ベビーシッター	13	11.5	4	12.9	9	11.0	.75
地域の病児/病後児保育の登録		63	55.7	19	61.3	44	53.6	.53

a)登録あり群と登録なし群についてFisherの正確確率検定により算出した。

表5 院内病児/病後児保育への登録有無別のワーク・ファミリー・コンフリクトと時点における差

N = 113

	登録あり(n = 31)			登録なし(n = 82)		
	Time1	Time2	difference ± SD ^{a)}	Time1	Time2	difference ± SD ^{a)}
	mean ± SD	mean ± SD		mean ± SD	mean ± SD	
WFC	1.95 ± 0.52	1.74 ± 0.56	-0.21 ± 0.42	1.89 ± 0.54	1.89 ± 0.50	0.01 ± 0.39
WIF	2.09 ± 0.76	1.77 ± 0.71	-0.31 ± 0.64	2.09 ± 0.67	2.07 ± 0.62	-0.04 ± 0.49
FIW	1.82 ± 0.51	1.70 ± 0.52	-0.11 ± 0.38	1.68 ± 0.61	1.73 ± 0.54	0.05 ± 0.49
time based WIF	2.47 ± 1.02	2.19 ± 0.91	-0.28 ± 0.86	2.43 ± 0.97	2.48 ± 0.39	0.06 ± 0.84
time based FIW	2.77 ± 0.72	2.65 ± 0.59	-0.13 ± 0.54	2.50 ± 0.77	2.58 ± 0.76	0.09 ± 0.65
strain based WIF	2.08 ± 1.06	2.00 ± 0.88	-0.08 ± 0.95	2.12 ± 0.95	2.13 ± 0.96	0.01 ± 0.70
strain based FIW	1.14 ± 0.87	1.08 ± 0.83	-0.06 ± 0.85	1.10 ± 0.92	1.08 ± 0.66	-0.02 ± 0.74
behavior based WIF	1.72 ± 0.77	1.16 ± 0.73	-0.56 ± 0.79	1.72 ± 0.82	1.55 ± 0.76	-0.17 ± 0.78
behavior based FIW	1.54 ± 0.67	1.39 ± 0.78	-0.15 ± 0.69	1.46 ± 0.80	1.54 ± 0.76	0.09 ± 0.86

Note. WFC, Work Family Conflict; WIF, Work Interference with Family; FIW, Family Interference with Work.

a) (Time2)-(Time1)より算出した。

表6 傾向スコアの算出時のロジスティック回帰分析の結果^{a)}

N = 113

	オッズ比	95%信頼区間		p
		下限	上限	
子どもの月齢	0.95	0.91	0.98	.003
子どもの健康状態	0.64	0.28	1.44	.280
祖父母のサポート ^{b)}	0.48	0.15	1.52	.209
ベビーシッターの利用 ^{b)}	1.14	0.24	5.31	.872
地域病児／病後児保育への登録 ^{b)}	0.82	0.24	2.76	.751
病児／病後児保育への利用希望 ^{b)}	4.45	1.46	13.58	.009
経済的ゆとり	1.62	0.83	3.16	.155
通勤時間	0.97	0.94	1.00	.059
遅刻早退回数	1.43	0.88	2.34	.151
夫の勤務時間	1.03	0.99	1.07	.185

a) 従属変数を院内病児／病後児保育への登録とし、ありを1、なしを0とおいた。

b) ありを1、なしを0とおいた。

表7 傾向スコアによる重み付けによる各変数の調整の状況

N = 113

	調整前 ^{a)}						調整後 ^{b)}					
	登録あり(n = 31)			登録なし(n = 82)			登録あり(n = 109)			登録なし(n = 103)		
	mean or n	SD or %	mean or n	SD or %	$p^{c)}$	difference ^{d)}	mean or n	SD or %	mean or n	SD or %	$p^{c)}$	difference ^{d)}
子どもの月齢	21.8	16.26	34.5	18.16	< .01	-0.31	33.5	16.74	33.2	17.23	.93	0.01
子どもの健康状態	4.4	0.8	4.5	0.6	.34	-0.09	4.5	0.7	4.4	0.7	.36	0.09
祖父母のサポート					.08	-0.17					< .01	-0.29
	あり	16	51.6	57	69.5		37	33.9	65	63.1		
	なし	15	48.4	25	30.5		72	66.1	38	36.9		
ベビーシッターの利用					.44	0.07					.50	-0.07
	あり	6	19.4	11	13.4		9	8.3	13	12.6		
	なし	25	80.6	71	86.6		99	91.7	90	87.4		
地域病児／病後児保育への登録					.47	0.07					.24	-0.12
	あり	19	61.3	44	53.7		47	43.1	56	54.4		
	なし	12	38.7	38	46.3		62	56.9	47	45.6		
病児／病後児保育への利用希望					< .01	0.34					.70	0.04
	あり	21	67.7	25	30.5		49	45.0	42	41.2		
	なし	10	32.3	57	69.5		60	55.0	60	58.8		
経済的ゆとり	3.4	0.91	3.1	0.90	.14	0.14	3.1	0.72	3.1	0.89	.96	0.01
通勤時間 (分)	35.0	18.75	46.1	23.13	.02	-0.22	44.6	18.93	43.7	22.36	.84	0.02
遅刻早退回数	1.1	1.34	0.7	1.04	.09	0.16	0.7	1.22	0.8	1.06	.64	-0.05
夫の勤務時間 (時間/週)	59.7	15.98	56.9	13.50	.38	0.09	53.5	13.41	56.7	13.20	.23	-0.12

Note. SD, Standard deviation.

a) 傾向スコアによる重み付け前

b) 傾向スコアによる重み付け後

c) 登録ありを1、登録なしを0とした従属変数とし、単回帰分析により算出した。

d) 登録あり群から登録なし群を引いた標準化した差の値

表8 院内病児／病後児保育への登録がワーク・ファミリー・コンフリクトへ与える影響^{a)b)} N = 113

	ステップ1			ステップ2		
	β	t	VIF	β	t	VIF
WFC-T1	.67	8.83 ***	1.04	.70	9.89 ***	1.05
祖父母のサポート ^{c)}	.16	2.12 *	1.04	.08	1.06	1.12
登録 ^{d)}				-.30	-4.17 ***	1.11
R ²	.43			.52		
調整済みR ²	.42			.50		

Note. WFC: Work Family Conflict; T1: Time1; T2: Time2; β : 標準化係数; R²: 決定係数; VIF: Variance Inflation Factor.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

a) 従属変数はWFC-T2とした。

b) 重み付き最少2乗法回帰により算出した。

c) 祖父母のサポートありを1、なしを0とおいた。

d) 院内病児／病後児保育への登録ありを1、登録なしを0とおいた。

表9 院内病児／病後児保育への登録がワーク・ファミリー・コンフリクトへ与える影響
 (仕事から家庭への葛藤)^{a)b)}

N = 113

	ステップ1			ステップ2		
	β	t	VIF	β	t	VIF
WIF-T1	.67	8.99 ***	1.02	.70	9.89 ***	1.03
祖父母のサポート ^{c)}	.13	1.68	1.02	.05	0.68	1.10
登録 ^{d)}				-.27	-3.68 ***	1.11
R ²		.44			.51	
調整済みR ²		.43			.49	

Note. WIF, Work Interference with Family; T1: Time1; T2: Time2; β : 標準化係数; R²: 決定係数; VIF: Variance Inflation Factor.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

a) 従属変数はWFC-T2とした。

b) 重み付き最少2乗法回帰により算出した。

c) 祖父母のサポートありを1、なしを0とおいた。

d) 院内病児／病後児保育への登録ありを1、登録なしを0とおいた。

表10 院内病児／病後児保育への登録がワーク・ファミリー・コンフリクトへ与える影響
 (家庭から仕事への葛藤)^{a)b)}

N = 113

	ステップ1			ステップ2		
	β	t	VIF	β	t	VIF
FIW-T1	.63	7.89 ***	1.05	.64	8.40 ***	1.05
祖父母のサポート ^{c)}	.15	1.81	1.05	.07	0.91	1.14
登録 ^{d)}				-.26	-3.28 **	1.10
R ²		.38			.44	
調整済みR ²		.37			.42	

Note. FIW, Family Interference with Work; T1: Time1; T2: Time2; β : 標準化係数; R²: 決定係数; VIF: Variance Inflation Factor.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

a) 従属変数はWFC-T2とした。

b) 重み付き最少2乗法回帰により算出した。

c) 祖父母のサポートありを1、なしを0とおいた。

d) 院内病児／病後児保育への登録ありを1、登録なしを0とおいた。

表 11～25 は付録を参照

付録

1. サブグループ解析

<目的>

本研究では、医師と看護師の 2 職種を対象に行った。職種における違いを検討するためサブグループ解析を行うこととした。

<方法>

職種毎に分け、本編と同様の解析を行った。すなわち、“登録のしやすさ”を示す傾向スコアを算出し、その逆数による重み付けをした階層的重回帰を実施した。傾向スコアの算出は本編と同様の変数を組み込み、職種毎に算出した。また重み付けにより登録あり群と登録なし群において共変量が調整されているかを確認するため、単回帰分析を行った。従属変数は Time 2 の WFC、WIF、FIW であり、説明変数としてそれぞれ対応する Time 1 の WFC、WIF、FIW と、登録の有無を投入した。

<結果>

職種毎の属性は表 3 に示した。医師において、登録あり群のほうが登録のなし群よりも子どもの年齢が有意に低かった。他の変数に差はなかった。看護師においては登録の有無による属性の違いはなかった。職種間においては、週勤務時間は医師がやや長かったが、医師では看

護師よりも非常勤である割合が高く、看護師では短時間勤務制度利用者の割合が医師よりも高かった。医師では看護師よりも経済的ゆとりがあると答えた割合が高く、また看護師では雇用形態について全員が常勤であったのに対し、医師では半数以上が非常勤であった。

表 11 医師における院内病児/病後児保育への登録有無別のワーク・ファミリー・コンフリクトの記述統計量

と Time1 と Time2 の差

		登録あり (n = 20)			登録なし (n = 26)			n = 47
		Time1	Time2	difference ± SD ^{a)}	Time1	Time2	difference ± SD ^{a)}	
		mean ± SD	mean ± SD		mean ± SD	mean ± SD		
WFC		1.98 ± 0.58	1.76 ± 0.54	-0.22 ± 0.45	1.93 ± 0.51	1.83 ± 0.49	-0.10 ± 0.38	
	WIF	2.08 ± 0.81	1.75 ± 0.68	-0.33 ± 0.68	2.05 ± 0.68	1.83 ± 0.62	-0.23 ± 0.46	
	FIW	1.89 ± 0.56	1.78 ± 0.51	-0.11 ± 0.41	1.81 ± 0.61	1.84 ± 0.54	0.02 ± 0.46	
	time based WIF	2.42 ± 1.05	2.20 ± 0.92	-0.22 ± 0.86	2.58 ± 0.98	2.38 ± 0.88	-0.20 ± 0.72	
	time based FIW	2.82 ± 0.62	2.63 ± 0.58	-0.18 ± 0.57	2.69 ± 0.70	2.79 ± 0.61	0.10 ± 0.56	
	strain based WIF	2.02 ± 1.09	1.92 ± 0.75	-0.10 ± 0.94	1.75 ± 0.88	1.63 ± 0.85	-0.12 ± 0.61	
	strain based FIW	1.27 ± 0.92	1.25 ± 0.79	-0.02 ± 0.95	1.28 ± 1.16	1.21 ± 0.63	-0.07 ± 0.77	
	behavior based WIF	1.82 ± 0.90	1.18 ± 0.78	-0.63 ± 0.90	1.83 ± 0.98	1.47 ± 0.86	-0.36 ± 0.93	
	behavior based FIW	1.58 ± 0.75	1.45 ± 0.78	-0.13 ± 0.64	1.46 ± 0.91	1.51 ± 0.80	0.05 ± 0.93	

Note. SD, Standard Deviation; WFC, Work Family Conflict; WIF, Work Interference with Family; FIW, Family Interference with Work.

a) (Time2)-(Time1)より算出した。

医師において、登録の有無別に T1 と T2 の WFC の変化量をみると、登録あり群では WFC および全ての低位尺度で低下がみられた (表 11)。登録なし群では FIW、time based FIW、behavior based FIW で増加がみられ、他の尺度では低下がみられた。比較的 WIF の尺度で大きな変化がみられた。

表 12 看護師における院内病児/病後児保育への登録有無別のワーク・ファミリー・コンフリクトの記述統計量と Time1 と Time2 の差

		登録あり(n = 11)			登録なし(n = 55)		
		Time1	Time2	difference ± SD ^{a)}	Time1	Time2	difference ± SD ^{a)}
		mean ± SD	mean ± SD		mean ± SD	mean ± SD	
WFC		1.89 ± 0.41	1.69 ± 0.61	-0.20 ± 0.38	1.86 ± 0.56	1.93 ± 0.50	0.06 ± 0.39
	WIF	2.10 ± 0.68	1.82 ± 0.78	-0.28 ± 0.61	2.11 ± 0.67	2.17 ± 0.60	0.06 ± 0.48
	FIW	1.69 ± 0.39	1.57 ± 0.52	-0.12 ± 0.35	1.62 ± 0.60	1.68 ± 0.54	0.06 ± 0.50
	time based WIF	2.58 ± 1.02	2.18 ± 0.94	-0.39 ± 0.88	2.35 ± 0.97	2.53 ± 0.84	0.18 ± 0.87
	time based FIW	2.70 ± 0.90	2.67 ± 0.63	-0.03 ± 0.48	2.40 ± 0.79	2.48 ± 0.80	0.08 ± 0.69
	strain based WIF	2.18 ± 1.03	2.15 ± 1.10	-0.03 ± 1.01	2.30 ± 0.94	2.38 ± 0.92	0.08 ± 0.74
	strain based FIW	0.91 ± 0.76	0.76 ± 0.84	-0.15 ± 0.67	1.01 ± 0.78	1.02 ± 0.67	0.08 ± 0.74
	behavior based WIF	1.55 ± 0.43	1.12 ± 0.69	-0.42 ± 0.54	1.67 ± 0.74	1.59 ± 0.71	-0.08 ± 0.68
	behavior based FIW	1.45 ± 0.52	1.27 ± 0.80	-0.18 ± 0.81	1.45 ± 0.75	1.56 ± 0.75	0.10 ± 0.84

Note. SD, Standard Deviation; WFC, Work Family Conflict; WIF, Work Interference with Family; FIW, Family Interference with Work.

a) (Time2)-(Time1)より算出した。

看護師において、登録の有無別に T1 と T2 の WFC の変化量をみると、登録あり群では WFC および全ての下位尺度で低下がみられた。登録なし群では behavior based WIF で低下がみられたが、他の尺度では増加していた (表 12)。

表 13 傾向スコアの算出時のロジスティック回帰分析の結果^{a)}

N = 113

	医師(n = 47)				看護師(n = 66)			
	95%信頼区間			p	95%信頼区間			p
	オッズ比	下限	上限		オッズ比	下限	上限	
子どもの月齢	0.92	0.86	0.99	.021	0.96	0.90	1.02	.148
子どもの健康状態	0.20	0.03	1.34	.097	0.73	0.24	2.25	.585
祖父母のサポート ^{b)}	0.03	0.00	1.02	.051	0.71	0.17	2.95	.634
ベビーシッターの利用 ^{b)}	1.85	0.09	40.02	.694	1.13	0.06	22.42	.936
地域病児／病後児保育への登録 ^{b)}	0.06	0.00	1.42	.081	1.59	0.29	8.85	.596
病児／病後児保育への利用希望 ^{b)}	13.12	1.10	156.04	.042	2.75	0.58	12.99	.203
経済的ゆとり	1.97	0.49	7.98	.341	1.79	0.63	5.11	.275
通勤時間	0.92	0.86	0.99	.025	0.98	0.95	1.02	.419
遅刻早退回数	1.52	0.52	4.42	.439	1.36	0.65	2.86	.417
夫の勤務時間	1.00	0.91	1.08	.915	1.03	0.97	1.09	.380

a) 従属変数を院内病児／病後児保育への登録とし、ありを1、なしを0とおいた。

b) ありを1、なしを0とおいた。

表 13 は傾向スコアを算出した際のロジスティック回帰分析の結果である。判別的中率は医師で 91.8%、看護師、78.8%であった。傾向スコアの分布を図 4、5 に示す。

傾向スコアによる各共変量の重み付けでは医師において、|0.2|を超える変数は子どもの月齢（標準化した差 = -0.25）、祖父母のサポート（= -0.21）、病児／病後児保育への利用希望（= 0.25）であったが有意差はみられず、調整前よりも差は縮小されていることが確認された（表 14）。看護師において、祖父母のサポート（= -0.29）、病児／病後児保育への利用希望（= -0.23）、夫の勤務時間（= -0.22）であり、祖父母のサポートでは有意な差がみられた（ $p = .02$ ）（表 15）。

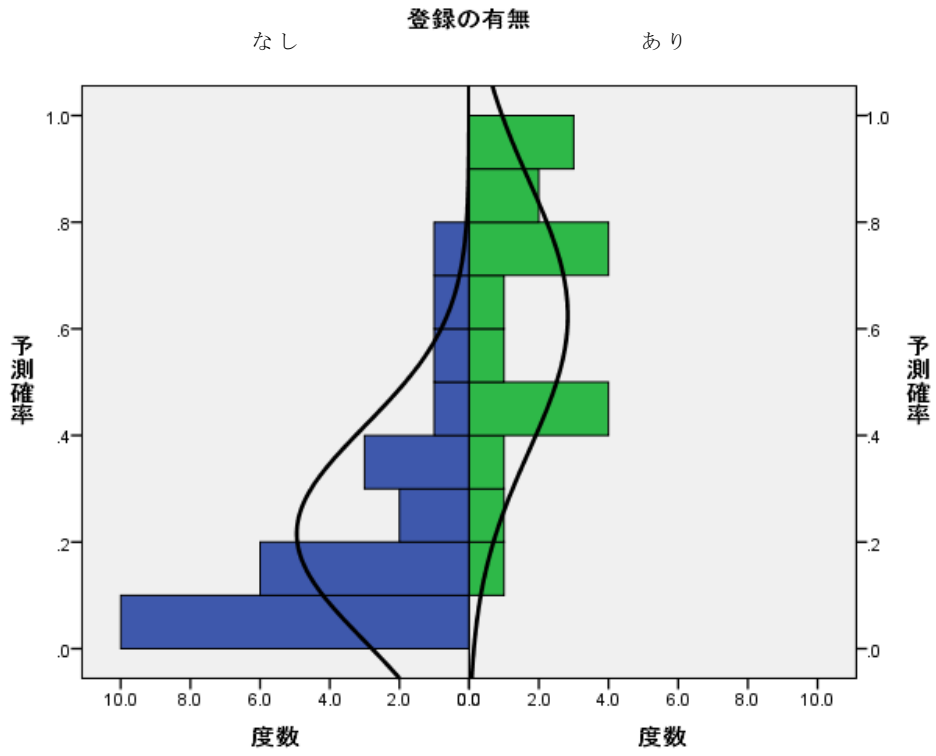


図 4 医師の傾向スコアの分布

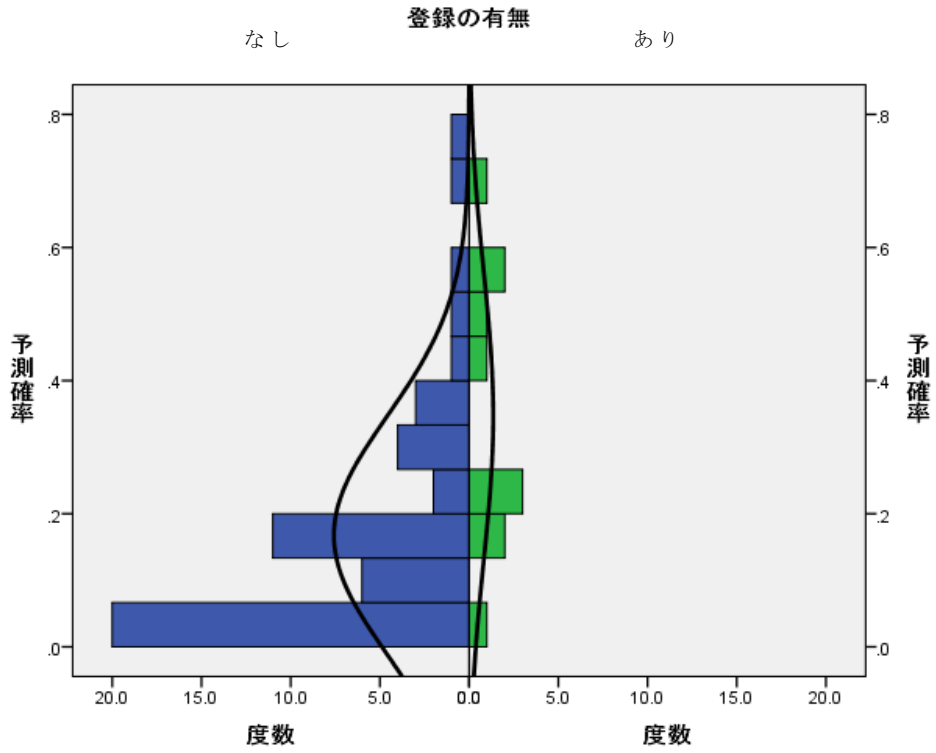


図 4 看護師の傾向スコアの分布

表 14 傾向スコアによる重み付け前後の登録のしやすさに関する変数の比較（医師）

n = 47

	調整前 ^{a)}						調整後 ^{b)}					
	登録あり (n = 20)		登録なし (n = 27)		$\rho^{c)}$	difference ^{d)}	登録あり (n = 30)		登録なし (n = 37)		$\rho^{c)}$	difference ^{d)}
	mean or n	SD or %	mean or n	SD or %			mean or n	SD or %	mean or n	SD or %		
子どもの月齢	18.2	16.21	33.3	19.22	<.01	-0.39	21.3	15.73	30.1	18.05	.10	-0.25
子どもの健康状態	4.5	0.7	4.7	0.5	.23	-0.18	4.5	0.7	4.7	0.5	.31	-0.16
祖父母のサポート					.01	-0.38					.17	-0.21
	あり	11	55.0	24	88.9		20	66.7	31	83.8		
	なし	9	45.0	3	11.1		10	33.3	6	16.2		
ベビーシッターの利用					.94	-0.01					.68	0.07
	あり	5	25.0	7	25.9		8	26.7	8	21.6		
	なし	15	75.0	20	74.1		22	73.3	29	78.4		
地域病児／病後児保育への登録					.34	0.14					.46	0.12
	あり	11	55.0	11	40.7		16	51.6	15	40.5		
	なし	9	45.0	16	59.3		15	48.4	22	59.5		
病児／病後児保育への利用希望					<.01	0.45					.11	0.25
	あり	15	75.0	8	29.6		21	70.0	17	45.9		
	なし	5	25.0	19	70.4		9	30.0	20	54.1		
経済的ゆとり	3.6	0.9	3.4	0.9	.71	0.06	3.6	0.9	3.5	0.9	.81	0.04
通勤時間（分）	30.3	18.46	40.4	19.75	.08	-0.26	30.3	18.03	37.0	18.40	.24	-0.18
遅刻早退回数	1.3	1.41	1.0	1.24	.52	0.10	1.3	1.37	1.1	1.26	.69	0.06
夫の勤務時間（時間/週）	60.0	17.32	55.7	11.90	.34	0.15	57.0	19.90	57.0	11.11	1.00	0.00

Note. SD, Standard deviation.

a) 傾向スコアによる重み付け前

b) 傾向スコアによる重み付け後

c) 登録ありを1、登録なしを0とした従属変数とし、単回帰分析により算出した。

d) 登録あり群から登録なし群を引いた標準化した差の値

表 15 傾向スコアによる重み付け前後の登録のしやすさに関する変数の比較（看護師）

n = 66

	調整前 ^{a)}					調整後 ^{b)}							
	登録あり(n = 11)		登録なし(n = 55)		$\rho^{c)}$	difference ^{d)}	登録あり(n = 74)		登録なし(n = 62)		$\rho^{c)}$	difference ^{d)}	
	mean or n	SD or %	mean or n	SD or %			mean or n	SD or %	mean or n	SD or %			
子どもの月齢	28.3	14.90	35.1	17.77	.24	-0.15	36.35	12.38	34.45	17.25	.62	0.06	
子どもの健康状態	4.1	0.8	4.4	0.7	.20	-0.16	4.6	0.6	4.3	0.7	.15	0.19	
祖父母のサポート					.38	-0.11					.02	-0.29	
	あり	5	45.5	33	60.0			20	27.4	35	56.5		
	なし	6	54.5	22	40.0			53	72.6	27	43.5		
ベビーシッターの利用					.84	0.03					.42	-0.11	
	あり	1	9.1	4	7.3			2	2.7	5	8.1		
	なし	10	90.9	51	92.7			71	97.3	57	91.9		
地域病児／病後児保育への登録					.44	0.10					.07	-0.23	
	あり	8	72.7	33	60.0			29	39.2	39	62.9		
	なし	3	27.3	22	40.0			45	60.8	23	37.1		
病児／病後児保育への利用希望					.14	0.19					.75	-0.04	
	あり	6	54.5	17	30.9			22	30.1	21	33.9		
	なし	5	45.5	38	69.1			51	69.9	41	66.1		
経済的ゆとり	3.0	0.8	2.9	0.8	.69	0.05	3.0	0.55	2.9	0.82	.48	0.09	
通勤時間（分）	43.6	16.75	48.9	24.30	.50	-0.09	51.75	14.35	49.64	23.63	.67	0.06	
遅刻早退回数	0.9	1.22	0.6	0.90	.32	0.12	0.6	1.15	0.6	0.94	.77	-0.04	
夫の勤務時間（時間/週）	59.1	14.29	57.5	14.29	.74	0.04	51.48	11.69	57.34	14.26	.08	-0.22	

Note. SD, Standard deviation.

a) 傾向スコアによる重み付け前

b) 傾向スコアによる重み付け後

c) 登録ありを1、登録なしを0とした従属変数とし、単回帰分析により算出した。

d) 登録あり群から登録なし群を引いた標準化した差の値

医師における Time 2 の WFC への院内病児／病後児保育の登録の影響を検討したところ、登録することにより、有意に WFC の低下がみられた（標準化係数 = -0.27, $p = .02$ ）（表 16）。WFC の下位尺度の WIF では、有意ではなかったが低下する傾向がみられた（標準化係数 = -0.19, $p = .08$ ）（表 17）。FIW では有意に低下することが確認された（標準化係数 = -0.30, $p = .01$ ）（表 18）。

看護師における Time 2 の WFC への院内病児／病後児保育の登録の影響を検討する際、前解析で祖父母のサポートに群間差があったため、祖父母のサポートも調整変数として解析に投入した。登録することにより、有意に WFC の低下がみられた（標準化係数 = -0.37, $p < .001$ ）（表 19）。WFC の下位尺度の WIF（標準化係数 = -0.36, $p = .001$ ）（表 20）、FIW（標準化係数 = -0.28, $p = .011$ ）（表 21）の両方で有意に低下することが確認された。

表 16 医師における院内病児／病後児保育への登録がワーク・ファミリー・コンフリクトへ与える影響^{a) b)}

n = 47

	ステップ1			ステップ2		
	β	t	VIF	β	t	VIF
WFC-T1	.69	6.10 ***	1.00	.73	6.77 ***	1.02
登録 ^{c)}				-.27	-2.55 *	1.02
R ²		.48			.55	
調整済みR ²		.46			.53	

Note. WFC, Work Family Conflict; T1, Time1; T2, Time2.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

a) 従属変数: WFC-T2

b) 重み付き最少2乗法回帰

c) 院内病児／病後児保育への登録ありを1、登録なしを0とおいた。

表 17 医師における院内病児／病後児保育への登録がワーク・ファミリー・コンフリクトへ与える影響（仕事から家庭への葛藤）^{a) b)}

n = 47

	ステップ1			ステップ2		
	β	t	VIF	β	t	VIF
WIF-T1	.72	6.63 ***	1.00	.73	6.90 ***	1.00
登録 ^{c)}				-.19	-1.78	1.00
R ²		.52			.55	
調整済みR ²		.51			.53	

Note. WIF, Work Interference with Family; T1, Time1; T2, Time2.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

a) 従属変数: WIF-T2

b) 重み付き最少2乗法回帰

c) 院内病児／病後児保育への登録ありを1、登録なしを0とおいた。

表 18 医師における院内病児／病後児保育への登録がワーク・ファミリー・コンフリクトへ与える影響（家庭から仕事への葛藤）^{a) b)}

n = 47

	ステップ1			ステップ2		
	β	t	VIF	β	t	VIF
FIW-T1	.64	5.39 ***	1.00	.69	6.13 ***	1.03
登録 ^{c)}				-.30	-2.65 *	1.03
R ²		.41			.50	
調整済みR ²		.40			.48	

Note. FIW, Family Interference with Work; T1, Time1; T2, Time2.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

a) 従属変数: FIW-T2

b) 重み付き最少2乗法回帰

c) 院内病児／病後児保育への登録ありを1、登録なしを0とおいた。

表 19 看護師における院内病児／病後児保育への登録がワーク・ファミリー・コンフリクトへ与える影響^{a) b)}

n = 66

	ステップ1			ステップ2		
	β	t	VIF	β	t	VIF
WFC-T1	.55	5.16 ***	1.11	.70	7.07 ***	1.14
祖父母のサポート ^{c)}	.28	2.62 *	1.11	.20	1.94	1.17
登録 ^{d)}				-.37	-3.73 ***	1.12
R ²		.38			.50	
調整済みR ²		.36			.47	

Note. WFC, Work Family Conflict; T1, Time1; T2, Time2.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

a) 従属変数: WFC-T2

b) 重み付き最少2乗法回帰

c) 祖父母のサポートありを1、なしを0とおいた。

d) 院内病児／病後児保育への登録ありを1、登録なしを0とおいた。

表 20 看護師における院内病児／病後児保育への登録がワーク・ファミリー・コンフリクトへ与える影響（仕事から家庭への葛藤：WIF）^{a) b)}

n = 66

	ステップ1			ステップ2		
	β	t	VIF	β	t	VIF
WIF-T1	.61	5.63 ***	1.06	.68	6.74 ***	1.12
祖父母のサポート ^{c)}	.23	2.16 *	1.06	.15	1.46	1.13
登録 ^{d)}				-.36	-3.45 ***	1.15
R ²		.35			.46	
調整済みR ²		.33			.44	

Note. WIF, Work Interference with Family; T1, Time1; T2, Time2.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

a) 従属変数: WIF-T2

b) 重み付き最少2乗法回帰

c) 祖父母のサポートありを1、なしを0とおいた。

d) 院内病児／病後児保育への登録ありを1、登録なしを0とおいた。

表 21 看護師における院内病児／病後児保育への登録がワーク・ファミリー・コンフリクトへ与える影響（家庭から仕事への葛藤：FIW）^{a) b)}

n = 66

	ステップ1			ステップ2		
	β	t	VIF	β	t	VIF
FIW-T1	.59	5.47 ***	1.10	.59	5.47 ***	1.10
祖父母のサポート ^{c)}	.24	1.45 *	1.10	.16	1.45	1.19
登録 ^{d)}				-.28	-2.64 *	1.09
R ²		.32			.39	
調整済みR ²		.29			.36	

Note. FIW, Family Interference with Work; T1, Time1; T2, Time2.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

a) 従属変数: FIW-T2

b) 重み付き最少2乗法回帰

c) 祖父母のサポートありを1、なしを0とおいた。

d) 院内病児／病後児保育への登録ありを1、登録なしを0とおいた。

< 考察 >

本研究において、両職種において院内病児／病後児保育へ登録することが有意に WFC を低下させていた。これは登録により仕事と家庭の役割間の葛藤が減少したことを示しており、仕事と家庭生活の両立支援として有効であると考えられた。

WFC の方向性については、FIW はどちらの職種でも低下を示した。院内病児／病後児保育は、体調不良の子どもの看病という家庭内の役割増加により発生する仕事との役割間の葛藤に対する支援であり、また子どもの体調不良は職種に影響されるとは考えにくい。そのため FIW では両職種で同様の結果が得られたのだろう。

一方、医師において Time 2 の WIF の低下はみられたが、有意な低下ではなかった。WIF に関連する要因として、仕事の負担感がある (Frone et al, 1992)。例えば、学会など時期による仕事量の低下により医師全体の WIF が低下していた可能性もある。今後は WFC に関連する要因を含めた検討が必要であろう。また属性の違いでは医師は半数以上が非常勤であった。当該病院は病院診療医制度を取り入れている。先行研究では、フレキシブルな勤務体系は WIF を低下することが報告されており (Thomas et al, 1995)、結果に影響を及ぼした可能性がある。

病児／病後児保育を登録する者は、先行研究にあるように子どもが

体調不良となった際の既存のサポートが不足している場合、WFCが高い集団であることが考えられ、結果を過大評価する可能性があることから、背景要因の調整を試みるため、傾向スコアによる解析以上の結果を得た。しかし、本編にもあるように本研究では傾向スコアの算出のモデルに限界があり、医師においては、傾向スコアの分布に重ならない部分が大きいため結果を過大評価している可能性がある。また看護師においては、登録なし群において傾向スコアが非常に小さい対象者が多く、登録あり群ではなだらかな分布を示していた。看護師では地域の病児／病後児保育を利用している者が医師よりも多く、祖父母のサポートが少なかった。地域での病児／病後児保育をすでに利用していたが、その地域の病児／病後児保育の利用のしやすさや、他に部署における休暇の取りやすさ、あるいは個人の休暇を取ることに對する考えなどにも群間において偏りがあったかもしれない。これらは本結果を過小評価する可能性があり、今後さらなる検討が必要であると考えられる。

2. 感度分析

1) 傾向スコアの逆数による重み付けが10を超えるケースが1ケース(34.86)あったため、結果への影響を検討した。傾向スコアの逆数による重み付けを10とした場合(①)、および当該ケースを除外した場合(②)で解析を行ったところ、①、②どちらの場合も最終的な結果に大きな変化はみられなかった(表22、23)。

①傾向スコアを10とした場合

表22 ①傾向スコアの逆数による重み付けを10とした場合^{a)b)} N = 113

	ステップ1			ステップ2		
	β	t	VIF	β	t	VIF
WFC-T1	.71	10.21 ***	1.00	.73	10.97 ***	1.01
登録 ^{c)}				-.23	-3.43 **	1.01
R ²		.50			.56	
調整済みR ²		.50			.55	

Note. WFC: Work Family Conflict; T1: Time1; T2: Time2; β : 標準化係数; R²: 決定係数; VIF: Variance Inflation Factor.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

a) 従属変数はWFC-T2とした。

b) 重み付き最少2乗法回帰により算出した。

c) 院内病児/病後児保育への登録ありを1、登録なしを0とおいた。

②除外した場合

表23 ②除外した場合^{a)b)} N = 113

	ステップ1			ステップ2		
	β	t	VIF	β	t	VIF
WFC-T1	.75	11.30 ***	1.00	.75	11.72 ***	1.00
登録 ^{c)}				-.17	-2.68 **	1.00
R ²		.56			.59	
調整済みR ²		.55			.58	

Note. WFC: Work Family Conflict; T1: Time1; T2: Time2; β : 標準化係数; R²: 決定係数; VIF: Variance Inflation Factor.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

a) 従属変数はWFC-T2とした。

b) 重み付き最少2乗法回帰により算出した。

c) 院内病児/病後児保育への登録ありを1、登録なしを0とおいた。

2) 感度分析 1)においては、傾向スコアが 10 を超えるケースを対象に結果への影響を検討したが、図 3 に示すように登録あり群と登録なし群において予測確率が重ならない対象者について検討する。

予測確率が 0.8 を超えるケースは登録なし群では観測されなかったため、除外したデータについて重回帰分析を行った (表 24)。登録することによる影響は小さくなっていったが ($\beta = -.17$)、本解析においても有意な低下を示す結果が得られた。

表24 感度分析5ケースを除外した場合 N = 108

	ステップ1			ステップ2		
	β	t	VIF	β	t	VIF
WFC-T1	.75	11.23 ***	1.00	.76	11.64 ***	1.00
登録 ^{c)}				-.17	-2.55 **	1.00
R ²	.57			.59		
調整済みR ²	.56			.58		

Note. WFC: Work Family Conflict; T1: Time1; T2: Time2; β : 標準化係数; R²: 決定係数; VIF: Variance Inflation Factor.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

a) 従属変数はWFC-T2とした。

b) 重み付き最少2乗法回帰により算出した。

c) 院内病児／病後児保育への登録ありを1、登録なしを0とおいた。

3) 登録のしやすさに関する項目として、すでに地域の病児／病後児保育に登録しているかだけではなく、実際に利用したことがあるかはサービスへの登録のしやすさに影響することが考えられる。そのため、傾向スコア算出時における共変量として、地域の病児／病後児保育登録の有無を変えて、利用あり、登録はあるが利用なし、登録なしの3値に分けた変数を投入した。

その結果、最終のモデルでは、本編の結果と同様、院内病児／病後児保育への登録が Time 2 の WFC を低下させるという結果が得られた（標準化係数 = -0.33, t 値 = -4.65, $p < .001$ ）。WIF（標準化係数 = -0.29, t 値 = -4.04, $p < .001$ ）、FIW（標準化係数 = -0.28, t 値 = -3.73, $p < .001$ ）についても同様であった。

3. その他の分析結果

1) 院内病児／病後児保育の登録なし群の未登録理由別の対象者の基本的属性を比較した結果を表 24 に示す。

未登録理由として、「知らなかった」者を除外し、「地域の病児保育に登録しており十分だから」「見てくれる家族、知人がおり必要ないから」「自分が看ると決めているから」「休みが取りやすく必要がないから」「子どもが元気なので必要がないから」のいずれかを回答した者を「必要なし」、いずれも回答がなく「料金、時間、場所など条件が合わないから」「病児／病後児保育がどのようなところかなじみがないから」「他の病気をうつされるのではないか心配だから」「登録すると利用して仕事に出ないといけない気がするから」のいずれかに回答した者を「条件合わず」とした。対象者の時間短縮勤務の利用のみ条件合わずの群が有意に多かったが、他の子どもの年齢や通勤時間などの変数に差はなかった。

表24 未登録者の未登録理由別の属性比較

n = 77

		必要なし(n = 51)						条件合わず(n = 26)						p
		n	%	mean	SD	median	range	n	%	mean	SD	median	range	
年齢				35.9	3.89	36	27-45			36.7	5.80	36.5	28-47	.66 ^{c)}
家族構成	核家族	47	92.2					25	96.2					.66 ^{d)}
	拡大家族	4	7.8					1	3.8					
婚姻状況	既婚	49	96.0					26	100.0					n/a ^{d)}
	離婚	1	2.0					0	0.0					
	未婚	1	2.0					0	0.0					
子どもの人数	1人	23	45.1					13	50.0					n/a ^{d)}
	2人	19	37.3					12	46.2					
	3人以上	9	17.6					1	3.8					
経済的ゆとり ^{a)}	ゆとりがある	17	33.3					10	38.5					.80 ^{d)}
	ゆとりがない	34	66.7					16	61.5					
勤続年数(年)				10.0	4.57	10	1-21			11.0	5.07	10	3-22	.50 ^{c)}
雇用形態	常勤	36	70.6					23	88.5					n/a ^{d)}
	非常勤	15	29.4					3	11.5					
	その他	0	0.0					0	0.0					
週勤務時間(時間)				35.9	12.40	40	0-70			37.5	9.78	35	5-60	.95 ^{c)}
時間短縮勤務	あり	27	52.9					21	80.8					.03 ^{d)}
	なし	24	47.1					5	19.2					
夜勤/当直勤務	あり	4	7.8					2	7.7					1.00 ^{d)}
	なし	47	92.2					24	92.3					
通勤時間(分)				44.2	24.26	45	5-110			51.4	20.81	50	15-90	.20 ^{c)}
健康状態 ^{b)}	良好	45	88.2					20	76.9					.21 ^{d)}
	不良	6	11.8					6	23.1					

(次頁へつづく)

表24 未登録者の未登録理由別の属性比較(つづき)

n = 77

	必要なし(n = 51)						条件合わず(n = 26)						p
	n	%	mean	SD	median	range	n	%	mean	SD	median	range	
夫の年齢			37.6	3.73	37	29-47			37.4	6.72	36	26-50	.65 ^{c)}
夫の雇用形態	常勤	38	74.5				26	100					n/a ^{d)}
	非常勤	8	15.7				0	0.0					
	その他	5	9.8				0	0.0					
夫の時間短縮勤務	あり	1	2.0				0	0.0					1.00 ^{d)}
	なし	47	92.2				26	100.0					
夫の夜勤/当直勤務	あり	17	33.3				6	23.1					.43 ^{d)}
	なし	32	62.7				20	76.9					
夫の週勤務時間(時間)			55.4	11.99	55	25-88			59.9	15.95	58	40-100	.43 ^{c)}
夫の健康状態 ^{b)}	良好	38	74.5				18	69.2					.40 ^{d)}
	不良	10	19.6				8	30.8					
子どもの年齢			33.2	17.64	31	0-5			36.9	20.00	37	5-67	.51 ^{c)}
子どもの健康状態 ^{b)}	良好	48	94.1				26	100					.55 ^{d)}
	不良	3	5.9				0	0					
子どもの基礎疾患	あり	4	7.8				3	11.5					.68 ^{d)}
	なし	47	92.2				22	84.6					
WFC-T1			1.84	0.49	1.83	1.50-3.00			1.99	0.57	1.81	1.06-3.50	.48 ^{c)}
	WIF-T1		2.05	0.63	2.11	0.67-3.78			2.18	0.70	2.22	1.00-3.33	.41 ^{c)}
	FIW-T1		1.64	0.58	1.67	0.33-3.00			1.79	0.61	1.78	0.88-3.50	.48 ^{c)}

Note. SD, Standard deviation; n/a, not available; T1, Time1; WFC, Work Family Conflict; WIF, Work Interference with Family; FIW, Family Interference with Family.

a) 大変ゆとりがある、まあまあゆとりがあるはゆとりがあるに、どちらでもない、あまりゆとりがない、全くゆとりがないはゆとりがないに分類した。

b) とても良い、まあまあ良いは良好に、どちらともいえない、あまり良くない、良くないは不良に分類した。

c) Mann-WhitneyのU検定によりp値を算出した。

d) Fisherの正確確率検定によりp値を算出した。

2) 院内病児／病後児保育の登録および WFC と、仕事満足度、家庭満足度、WLB の満足度の関連を Pearson の相関係数を算出し検討した (表 25)。

WFC が高いと仕事満足度、家庭満足度、WLB の満足度が低い結果であった。院内病児／病後児保育に登録し WFC が低下することにより、仕事満足度、家庭満足度の上昇や、WLB の満足へつながることが示唆された。

表25 WFCと仕事満足度、家庭満足度、WLB満足度の関連

N = 113

	WIF-T1	FIW-T1	WFC-T1	仕事満足度-T1	家庭満足度-T1	WLB満足度-T1	WIF-T2	FIW-T2	WFC-T2	仕事満足度-T2	家庭満足度-T2	WLB満足度-T2
WIF-T1	1	.411**	.868**	-.433**	-.426**	-.476**	.674**	.352**	.606**	-.149	-.287**	-.433**
FIW-T1	.411**	1	.809**	-.368**	-.324**	-.491**	.371**	.655**	.569**	-.323**	-.247**	-.413**
WFC-T1	.868**	.809**	1	-.479**	-.451**	-.573**	.636**	.583**	.700**	-.272**	-.319**	-.504**
仕事満足度-T1	-.433**	-.368**	-.479**	1	.509**	.553**	-.321**	-.374**	-.394**	.507**	.436**	.460**
家庭満足度-T1	-.426**	-.324**	-.451**	.509**	1	.551**	-.298**	-.296**	-.339**	.432**	.564**	.406**
WLB満足度-T1	-.476**	-.491**	-.573**	.553**	.551**	1	-.429**	-.404**	-.478**	.396**	.414**	.715**
WIF-T2	.674**	.371**	.636**	-.321**	-.298**	-.429**	1	.526**	.900**	-.230*	-.437**	-.482**
FIW-T2	.352**	.655**	.583**	-.374**	-.296**	-.404**	.526**	1	.843**	-.429**	-.336**	-.437**
WFC-T2	.606**	.569**	.700**	-.394**	-.339**	-.478**	.900**	.843**	1	-.365**	-.448**	-.528**
仕事満足度-T2	-.149	-.323**	-.272**	.507**	.432**	.396**	-.230*	-.429**	-.365**	1	.497**	.529**
家庭満足度-T2	-.287**	-.247**	-.319**	.436**	.564**	.414**	-.437**	-.336**	-.448**	.497**	1	.444**
WLB満足度-T2	-.433**	-.413**	-.504**	.460**	.406**	.715**	-.482**	-.437**	-.528**	.529**	.444**	1

数値はpearsonの相関係数である

*p<.05, **p<.01

Note. WIF, Work Interference with Family; FIW, Family Interference with Work; WFC, Work Family Conflict; WLB, Work Life Balance; T1, Time1; T2, Time2.

4. 本研究で使用了た資料

子育てをしながら働く女性医療者の ワーク・ライフ・バランスに関するアンケート

へのご協力をお願い

1. この研究について

近年、核家族化や共働き世帯の増加等、家族を取り巻く社会が変化してきており、小さなお子様をもつご家族の育児と仕事の両立（ワーク・ライフ・バランス）の問題に注目が集まっています。病院では多くの女性が勤務しており、働く女性医療者が子育てをしながら就労を継続できる環境を提供することは急務とされています。そこで今回、より働きやすい環境づくりを目指したアンケート調査を行います。ここでは特にお子さまが体調不良となった場合のサポートについてお聞きしたいと考えています。

この調査にご参加いただくことで、よりよい育児と仕事の両立支援の構築につながると考えております。大変お忙しいとは存じますが、ぜひともご協力いただけますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

今回の調査は未就学児がいらっしゃる女性医療者の方を対象に、お一人につき2回（6月と10月）のアンケートにご回答いただきたくお願い申し上げます。



【アンケートへの参加方法】

- ① この説明文書を最後までお読みください。
- ② 研究へご協力いただける場合は、6月末日までにフェイスシートと1回目のアンケートにご回答をお願いいたします。
- ② 回答後、同封の返送用封筒に入れ、調査者宛にフェイスシート（アンケートの表紙裏にございます）とアンケートを合わせて郵送（学内便可）にてご返送ください。回答後2週間以内にご返送くださいますと幸いです。
- ③ 10月1日以降に調査者より2回目のアンケートと謝礼をご自宅へ郵送させていただきます。
- ④ 10月中を目安にご回答いただき、調査者宛に郵送（学内便可）にてご返送ください。これで調査終了となります。
- ⑤ ご返送がない場合、11月初め頃にリマインドの葉書を送らせていただきます。）

2. 研究協力の任意性と撤回の自由

この研究へのご協力は、あなたの自由です。研究にご協力いただけない場合にも、あなたの不利益につながることはございませんので、ご自由に調査へのご協力をお決めください。

フェイスシートの同意書欄にご署名いただき、アンケートを提出された場合、研究参加の同意となります。本アンケートは無記名のため、提出後の同意撤回ができませんのでご了承ください。

3. 個人情報の保護

あなたからいただく個人情報として、フェイスシートに記載する氏名・住所があります。これは2回目のアンケートおよびリマインドの葉書をあなたへ送付するために書いていただくもの

です。なおアンケートは匿名です。あなたからいただいたフェイスシートおよびアンケートには全てIDをつけて管理いたします。アンケートに回答した内容が氏名・住所と連結できないよう、アンケートとフェイスシートは別々に厳重に保管します。そのため個人的な結果を勤務先を含め第三者へ知られることはありません。

4. 研究結果の公表

研究の成果は、個人情報明らかにしないようにした上で、集計された全体の結果を学会発表や学術雑誌及びデータベース上で公表します。

もし調査者へお問い合わせいただければ、全体の結果についてお伝えいたします。

5. 研究参加者にもたらされる利益及び不利益

この研究が、あなたに直ちに有益な情報をもたらす可能性は高いとはいえません。しかし、この研究の成果は今後の子育て支援制度の充実や発展に寄与することが期待されます。したがって、将来、あなたに子育て支援の面で利益をもたらす可能性があると考えられます。

アンケートの回答によってかかる不利益はございませんが、時間的負担としましてアンケート1回にかかる時間が15分程度ございます。御時間のよろしい時にご回答いただければと存じます。

6. 研究終了後の資料等の取扱方針

あなたからいただいた資料は、この研究のためにのみ使用いたします。

研究終了後、あなたからいただいた資料等は、パソコン上から削除し、紙媒体はシュレッダーにて破棄します。

7. あなたの費用負担

今回の調査にご参加していただく上で、あなたの費用負担はございません。

研究にご参加いただいた謝礼としまして、ささやかながらアンケート1回につき粗品（ボールペン）と2回目のアンケート郵送時に図書カード500円分をお送りさせていただきます。

8. その他

この研究は、東京大学医学部倫理委員会および東京大学医学部附属病院両立支援推進委員会の承認を受けて実施するものです。

この研究に関する費用は、東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻家族看護学教室の教室運営費から支出されています。

ご質問等がございましたら、お気軽に下記連絡先までお寄せください。
何卒宜しくお願い申し上げます。

平成27年6月15日



【連絡先】

東京大学大学院 医学系研究科
家族看護学教室

研究責任者：上別府 圭子（かみべつぷ きよこ）

調査担当者：瀬戸山 有美（せとやま あみ）

Email: am-setoyama@umin.ac.jp

Tel/ Fax: 03-5841-3399（内線：23399）



「大学病院に勤務し未就学児をもつ女性医療従事者における病児保育のワーク・ライフ・バランスに対する効果に関する研究」

1 回目

子育てをしながら働く方の ワーク・ライフ・バランスに関するアンケート

この度は、アンケートにご協力いただき誠にありがとうございます。
いただいた回答は調査目的以外には使用致しませんので、率直なご意見をお聞かせください。

- 1) 所要時間は15分程度です。**6月30日までに**ご回答いただき、回答後は2週間以内を目安にご返送いただけますと幸いです。
- 2) 返送は返信用封筒に入れ、お手数ですが郵送（学内便可）にて調査者宛へお送りください。
- 3) 正解・不正解を問うものではありませんので、思われたとおりにお答えください。
- 4) 質問の中に回答したくない項目があった時は、お答えいただかなくても構いません。
- 5) 研究参加はあなたの自由意志によるものですので、回答を中止することもできます。
- 6) 未就学児のお子さまが2人以上いらっしゃる方は追加質問紙と書かれている用紙にも、ご記入のほどよろしく願いいたします。
- 7) 質問の意味や、答え方が分からない場合はお気軽に調査者までお問い合わせください。

【連絡先・返信先】

東京大学大学院医学系研究科家族看護学分野

研究代表者：上別府 圭子（かみべつぷ きよこ）

連絡担当者：瀬戸山 有美（せとやま あみ）

〒113-0033 文京区本郷 7-3-1

TEL : 03-5841-3399 Mail : am-setoyama@umin.ac.jp 内線 : 23399

<回答例> 選択肢の中から、当てはまる数字を1つ○で囲んでください。複数回答可と書かれている質問は、当てはまる数字全てを○で囲んでください。選択肢内に括弧（ ）がある場合は、具体的に数字等をご記入ください。

(1) 今まで体調不良でお子さまが保育園を休んだことがありますか

a. あり

(3) 回

b. なし



フェイスシート

調査へ同意いただける方は以下にご署名をお願いいたします。また2回目の質問紙を郵送するため、下の欄にご住所をお書きください。

—同意欄—

私は、研究課題「大学病院に勤務し未就学児をもつ女性医療従事者における病児保育のワーク・ライフ・バランスに対する効果に関する研究」のアンケート調査への参加にあたり、本研究の研究参加者となることに同意いたします。

平成 27 年 月 日

氏名（自署） _____

ご住所 〒 _____

※本紙はアンケート集計前に切り取られ、アンケート用紙とは別の場所で保管いたします。

それでは、次のページからアンケートにお答えください。

Q1 あなたについて教えてください。

(1) 年齢	() 歳
(2) 同居している方 (あなたから見た続柄) ※複数回答可	a.配偶者 b.子ども c.父 d.母 e.義父 f.義母 g.その他 ()
(3) 婚姻状況	a.既婚 (事実婚含む) b.離婚・死別 c.未婚
(4) お子さまの人数	() 人 そのうち未就学児の人数 () 人
(5) 過去 1 年間の世帯収入 (ボーナス含む)	a.300万円未満 b.300～500万円未満 c.500～700万円未満 d.700～1000万円未満 e.1000万円以上 f.回答したくない g.わからない
(6) 経済的ゆとり	a.全くゆとりがない b.あまりゆとりがない c.どちらでもない d.まあまあゆとりがある e.大変ゆとりがある
(7) 職種	a.医師 b.看護師 c.院生 d.医師 (研修医) e.助産師 f.その他 ()
(8) 勤続年数	() 年目
(9) 診療科	a.内科 b.外科 c.小児科 d.産婦人科 e.精神科 f.その他 ()
(10) 勤務場所	a.病棟 b.外来 c.手術室 d.その他 ()
(11) 雇用形態	a.常勤職員 b.非常勤職員 (パート・アルバイト) c.派遣職員 d.その他 ()
(12) 1 週間あたりの勤務日数	() 日
(13) 1 週間あたりの勤務時間 (残業時間含む)	() 時間
(14) 短時間勤務 (時短) の利用	a.あり b.なし
(15) 夜勤/当直の有無	a.あり b.なし
(16) 通勤時間 ※交通手段は問いません	() 分
(17) 健康状態	a.とても良い b.まあまあ良い c.どちらともいえない d.あまり良くない e.良くない

Q 2 あなたの配偶者について教えてください。

※Q 1 (2) で同居している方 a. 配偶者に○をつけた方のみお答えください。

(1) 年齢	() 歳
(2) 職種 ※医療関係者の場合は職種に○をしてください	a.会社員 b.公務員 c.自営業 d.学生・院生 e.その他 () f.医療関係者 (医師 ・ 看護師 ・ 他 ())
(3) 雇用形態	a.常勤職員 b.非常勤職員 (パート・アルバイト) c.派遣職員 d.休職中 e.育児休暇中 f.その他 ()
(4) 短時間勤務 (時短) の利用	a.あり b.なし
(5) 夜勤/当直の有無	a.あり b.なし
(6) 1 週間当たりの勤務時間 (残業時間含む)	() 時間/週
(7) 健康状態	a.とても良い b.まあまあ良い c.どちらともいえない d.あまり良くない e.良くない

Q 3 あなたのお子さまの中で未就学児 (0-6 歳) のお子さまについて教えてください。

※該当するお子さまが2名以上いらっしゃる場合は一番年下のお子さまについてご回答いただき、年上のお子さまについては別紙にご回答ください。

(1) 年齢	() 歳 () ヶ月 ※お手数ですが月齢までお書き下さい
(2) 性別	a.男 b.女
(3) 健康状態	a.とても良い b.まあまあ良い c.どちらともいえない d.あまり良くない e.良くない
(4) この3ヵ月間の お子さまの通院回数	() 回 うち予防接種・健診のため () 回
(5) 基礎疾患の有無	a.あり b.なし
(6) 日中の保育者	a.保育園 b.幼稚園 c.祖父母 d.その他 ()
(6) で a.保育園と答えられた方のみ ① 保育園の入所期間	a. () 年 () ヶ月
② 1 日の保育園へのお預け時間	() 時間保育

Q 4 あなたのお子さま（方）が体調不良になった場合について教えてください。

(1) どなたが看病されますか。あなたがとる対処方法 <u>全て</u> に○をしてください。	a.自分が休む b.夫が休む c.祖父母に預ける d.病児保育を利用する e.ベビーシッター f.その他（ ）
(2) 上記で○をした対処方法の中で、1番多いもの <u>1つ</u> に○をしてください。	a.自分が休む b.夫が休む c.祖父母に預ける d.病児保育を利用する e.その他（ ）
(3) 夫からのサポートはどれくらい得られていますか。	a.とても十分 b.まあ十分 c.どちらでもない d.やや不十分 e.全く不十分
(4) 誰からのサポートを希望していますか。 ※複数回答可	a.夫 b.祖父母 c.病児保育 d.ベビーシッター e.通っている保育施設 f.その他（ ）
(5) 地域での病児保育に登録していますか。	a.登録し利用している b.登録しているが利用したことはない c.登録していない
(6) <u>最近3ヵ月の中で、お子さま（方）の体調不良のため、</u> ①仕事を休んだことがありましたか。	a.あり（ ）日 b.なし
②①の際、利用した休暇はなんですか。 ※複数回答可	a.看護休暇（ ）日 b.有給休暇（ ）日 c.欠勤（ ）日 d.その他（ ）
③遅刻や早退をしたことがありましたか。	遅刻・早退を合わせて a.あり（ ）回 b.なし

**次は仕事についての質問です。
回答は休みながらでも構いません。
よろしくお願いします。**



Q5 あなたの仕事について、最も当てはまる数字に1つ○をしてください。

質問項目	そうだ	まあ そうだ	やや ちがう	ちがう
1. 非常にたくさんの仕事をしなければならない	1	2	3	4
2. 時間内に仕事が処理しきれない	1	2	3	4
3. 一生懸命働かなければならない	1	2	3	4
4. かなり注意を集中する必要がある	1	2	3	4
5. 高度の知識や技術が必要なむずかしい仕事だ	1	2	3	4
6. 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	1	2	3	4
7. 自分のペースで仕事ができる	1	2	3	4
8. 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	1	2	3	4
9. 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	1	2	3	4

Q6 あなたの職場について教えてください。

1. 次の人たちに、どのくらい気軽に話ができますか？	全く できない	多少	かなり	非常に できる
①上司	1	2	3	4
②職場の同僚	1	2	3	4
2. あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか？	全く ない	多少	かなり	非常に
①上司	1	2	3	4
②職場の同僚	1	2	3	4
3. あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらい きいてくれますか？	全く ない	多少	かなり	非常に
①上司	1	2	3	4
②職場の同僚	1	2	3	4
4. 子どもの病気で仕事を休むことになった場合、次の人たちは 理解をしめてくれますか？	全く ない	多少	かなり	非常に
①上司	1	2	3	4
②職場の同僚	1	2	3	4

Q 7 最近1ヵ月間のあなたの全体的な仕事のでき具合は何点で表せますか？最も当てはまる数字に1つ○をしてください。

全くできなかった									非常によくできた
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Q 8 あなたは、ご自分の仕事と家庭生活の両立に関して次のような気持ちになることはありますか？あてはまる数字1つに○をつけてください。

質問項目	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	まあその通りである	全くその通りである
1. 自分が家族と過ごしたい時間を、思っている以上に仕事にとられる	0	1	2	3	4
2. 仕事に時間がとられるため、仕事と同様に家庭での責任や家事をする時間が取りにくい	0	1	2	3	4
3. 職務を果たすのに多くの時間を使うため、家族との活動ができないことがある	0	1	2	3	4
4. 家族としての責任に時間を費やすために、自分の職務が妨げられることがよくある	0	1	2	3	4
5. 家族と時間を過ごすために、自分のキャリアアップに役立つ職場での活動に時間をかけられないことがよくある	0	1	2	3	4
6. 家族としての責任を果たすために多くの時間を使うので、仕事の活動が犠牲になっている	0	1	2	3	4
7. 仕事から帰った時、くたくたに疲れていて、家族といろいろなことをしたり、家族としての責任が果たせないことがよくある	0	1	2	3	4
8. 仕事から帰った時、精神的に疲れ切っていて、家族のために何もすることが出来ないことがよくある	0	1	2	3	4
9. 職場でのストレスのために、家に帰っても自分が好きなことさえ出来ないことがよくある	0	1	2	3	4
10. 家庭でのストレスのために、職場でも家族のことが頭を離れないことがよくある	0	1	2	3	4
11. 家庭での責任からくるストレスがよくあるので、仕事に集中するのが難しいことがある	0	1	2	3	4
12. 家庭生活の緊張と不安のため、往々にして仕事をする能力が低下してしまう	0	1	2	3	4

質問項目	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	ややあてはまる	全くその通りだ
13.仕事の際に使う問題解決能力は、家庭での問題解決には効果的でない	0	1	2	3	4
14.職場で、有効かつ必要な態度や行動は、家庭ではむしろ逆効果だろう	0	1	2	3	4
15.職場では効果的な行動は、良い親や配偶者となるには役に立たない	0	1	2	3	4
16.家庭ではうまくいく行動が、職場では効果的でないように思う	0	1	2	3	4
17.家庭では有効かつ必要な態度や行動は、職場ではむしろ逆効果だろう	0	1	2	3	4
18.家庭で、問題をうまく解決する行動は、職場では有用でないように思う	0	1	2	3	4

**のこり 3 ページです。
次は育児や家事についての質問です。
よろしくお願いします。**



Q9 育児について感じていることを教えてください。

質問項目	まったくない	たまにある	時々ある	しばしある	いつもある
1. お子さまの世話のために、かなり自由が制限されていると感じることはありますか	0	1	2	3	4
2. お子さまの世話が、自分で責任を負わなければならない家事等の仕事と比べて、負担になっていると感じることがありますか	0	1	2	3	4
3. お子さまのために、自分には望ましい私生活（プライバシー）がないと感じることがありますか	0	1	2	3	4
4. お子さまがいるために、趣味や学習、その他の社会活動などに支障をきたしていると感じることがありますか	0	1	2	3	4
5. お子さまとのかかわりで、腹を立てることがありますか	0	1	2	3	4
6. あなたがお子さまにやってあげていることで、報われないと感じることがありますか	0	1	2	3	4
7. お子さまのやっていることで、どうしても理解に苦しむことがありますか	0	1	2	3	4
8. お子さまとのかかわりの中で、我を忘れてしまうほど頭に血がのぼることがありますか	0	1	2	3	4

Q10 あなたが家事を負担する割合は、全体を100%とするとどれくらい行っていますか？

全く行っていない											すべて行っている
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%	

Q11 あなたご自身について、最も当てはまる数字に1つ○をしてください。

質問項目	よくあてはまる		← →			まったくあてはまらない	
	1	2	3	4	5	6	7
1. 私は、日常生じる困難や問題の解決策を見つけることができる	1	2	3	4	5	6	7
2. 私は、人生で生じる困難や問題のいくつかは、向き合い、取り組む価値があると思う	1	2	3	4	5	6	7
3. 私は、日常生じる困難や問題を理解したり予測したりできる	1	2	3	4	5	6	7

Q12 日頃、あなたがあなたの家族をどのように感じているのか教えてください。
 ※ここでの家族とはあなたが「家族である」と考える人であり、同居の有無を問いません。

質問項目	めったにない	ときどき	ほとんどいつも
1. 何か困ったときに、家族に頼れることに満足している	1	2	3
2. 家族が話し合ってくれたり、私と同じ問題を共有してくれたりすることに満足している	1	2	3
3. 新しいことを始めたいという私の願いを、家族が受け入れ、応援してくれることに満足している	1	2	3
4. 家族が互いに愛情をあらわすことや、私の感情（怒り、悲しみ、愛など）にこたえてくれることに満足している	1	2	3
5. 家族と一緒にいる時間の過ごし方に満足している	1	2	3

Q13 あなたについて教えてください。

(1) 現在のあなたの生活はワーク・ライフ・バランスがどの程度とれていると思いますか。あなたの状況に最もあてはまると思う番号1つに○をつけてください。

全くとれていない					とれている				かなりとれている
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(2) 満足について、あなたの状況に最もあてはまる番号1つに○をつけてください。

質問項目	不満足	やや不満足	まあ満足	満足
1. 仕事に満足だ	0	1	2	3
2. 家庭生活に満足だ	0	1	2	3

Q14 さいごに、現在、お子さまが体調不良になった際の対応で困っていることや、育児と仕事を両立する上でこんなサポートがあるとよいなど、ご意見・ご感想がございましたらご自由にお書きください。

()

書き忘れがないか今一度ご確認ください。



アンケートは以上になります。

- ・ 同封の返信用封筒に入れ、郵送にて **2週間以内を目安にご返送**ください。
- ・ 2回目のアンケートは10月頃に発送させていただきます。

ご協力のほど何卒宜しくお願いいたします。

ご協力、誠にありがとうございました。

「大学病院に勤務し未就学児をもつ女性医療従事者における病児保育のワーク・ライフ・バランスに対する効果に関する研究」

子育てをしながら働く方の ワーク・ライフ・バランスに関するアンケート

この度は、アンケートにご協力いただき誠にありがとうございます。
いただいた回答は調査目的以外には使用しませんので、率直なご意見をお聞かせください。

- 1) 所要時間は15分程度です。
- 2) 回答が終わりましたら同封の封筒に入れ、**10月31日までに**ご返送ください。
- 3) 正解・不正解を問うものではありませんので、思われたとおりにお答えください。
- 4) 質問の中に回答したくない項目があった時は、お答えいただかなくても構いません。
- 5) 研究参加はあなたの自由意志によるものですので、回答を中止することもできます。
- 6) 質問の意味や、答え方が分からない場合はお気軽に調査者までお問い合わせください。

【連絡先・返送先】

東京大学大学院医学系研究科家族看護学分野

研究代表者：上別府 圭子（かみべつぷ きよこ）

連絡担当者：瀬戸山 有美（せとやま あみ）

〒113-0033 文京区本郷 7-3-1

TEL : 03-5841-3399 Mail : am-setoyama@umin.ac.jp

7) 回答の仕方について

選択肢で回答をお聞きする場合は、当てはまる数字に1つ○で囲んでください。複数回答可と書かれている質問は、当てはまる数字全てを○で囲んでください。選択肢内に括弧（ ）がある場合は、具体的に数字や文字をご記入ください。**また、Q1, Q2 は1回目のアンケート時（6月時点）と変わりがなければ右上の口にチェックを入れ、次の質問にすすんでください。変わりがあ**
る場合は変わりがあ
る質問番号に○をし回答してください。

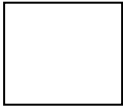
<回答例>

(6) 夜勤/当直の有無	a.あり	b.なし
--------------	------	------

まずは、アンケートを記入した日をお書きください。

2015 年 月 日

それでは、次のページからアンケートにお答えください。



Q1 あなたについて教えてください。

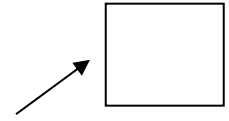
1回目（6月時点）と変わりが無い方は、右上の口に✓チェックをつけ、次のQ2にお進みください。

(1) 同居している方 (あなたから見た続柄) ※複数回答可	a.配偶者 f.義母	b.子ども g.その他 ()	c.父	d.母	e.義父
(2) 婚姻状況	a.既婚 c.離婚・死別	b.婚姻以外の内縁 d.未婚			
(3) 経済的ゆとり	a.全くゆとりがない c.どちらでもない e.大変ゆとりがある	b.あまりゆとりがない d.まあまあゆとりがある			
(4) 雇用形態	a.常勤職員 c.派遣職員	b.非常勤職員 (パート・アルバイト) d.その他 ()			
(5) 勤務している診療科	a.内科 e.精神科	b.外科 f.その他 ()	c.小児科	d.産婦人科	
(6) 勤務場所	a.病棟 c.手術室	b.外来 d.その他 ()			
(7) 雇用形態	a.常勤職員 c.派遣職員	b.非常勤職員 (パート・アルバイト) d.その他 ()			
(8) 短時間勤務 (時短) の利用	a.あり	b.なし			
(9) 夜勤/当直の有無	a.あり	b.なし			
(10) 1週間あたりの勤務日数	() 日				
(11) 1週間あたりの勤務時間 (残業時間含む)	() 時間				
(12) 通勤時間 ※交通手段は問いません	() 分				
(13) 健康状態	a.とても良い d.あまり良くない	b.まあまあ良い e.良くない	c.どちらともいえない		

Q2 あなたの配偶者について教えてください。

※Q1(2)でa.配偶者に○をつけた方のみお答えください。

1回目(6月時点)と変わらない方は、右上の口(□)に✓チェックをつけ、次のQ3にお進みください。



(1) 職種 ※医療関係者の場合は職種に○をしてください	a.会社員 d.学生・院生 f.医療関係者(医師・看護師・他())	b.公務員 e.その他()	c.自営業
(2) 雇用形態	a.常勤職員 c.派遣職員	b.非常勤職員(パート・アルバイト) d.休職中	e.その他()
(3) 短時間勤務(時短)の利用	a.あり	b.なし	
(4) 夜勤/当直の有無	a.あり	b.なし	
(5) 1日の平均勤務時間 (残業時間含む)	() 時間/週		
(6) 健康状態	a.とても良い d.あまり良くない	b.まあまあ良い e.良くない	c.どちらともいえない

**次は仕事と家庭の両立についての質問です。
よろしくお願ひします。**



Q3 あなたは、ご自分の仕事と家庭生活の両立に関して次のような気持ちになることはありますか？あてはまる数字1つに○をつけてください。

質問項目	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	まあその通りである	全くその通りである
1. 自分が家族と過ごしたい時間を、思っている以上に仕事にとられる	0	1	2	3	4
2. 仕事に時間がとられるため、仕事と同様に家庭での責任や家事をする時間が取りにくい	0	1	2	3	4
3. 職務を果たすのに多くの時間を使うため、家族との活動ができないことがある	0	1	2	3	4
4. 家族としての責任に時間を費やすために、自分の職務が妨げられることがよくある	0	1	2	3	4
5. 家族と時間を過ごすために、自分のキャリアアップに役立つ職場での活動に時間をかけられないことがよくある	0	1	2	3	4
6. 家族としての責任を果たすために多くの時間を使うので、仕事の活動が犠牲になっている	0	1	2	3	4
7. 仕事から帰った時、くたくたに疲れていて、家族といろいろなことをしたり、家族としての責任が果たせないことがよくある	0	1	2	3	4
8. 仕事から帰った時、精神的に疲れ切っていて、家族のために何もすることが出来ないことがよくある	0	1	2	3	4
9. 職場でのストレスのために、家に帰っても自分が好きなことさえ出来ないことがよくある	0	1	2	3	4
10. 家庭でのストレスのために、職場でも家族のことが頭を離れないことがよくある	0	1	2	3	4
11. 家庭での責任からくるストレスがよくあるので、仕事に集中するのが難しいことがある	0	1	2	3	4
12. 家庭生活の緊張と不安のため、往々にして仕事をする能力が低下してしまう	0	1	2	3	4
13. 仕事の際に使う問題解決能力は、家庭での問題解決には効果的でない	0	1	2	3	4
14. 職場で、有効かつ必要な態度や行動は、家庭ではむしろ逆効果だろう	0	1	2	3	4
15. 職場では効果的な行動は、良い親や配偶者となるには役に立たない	0	1	2	3	4

質問項目	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	まあその通りである	全くその通りである
16.家庭ではうまくいく行動が、職場では効果的でないように思う	0	1	2	3	4
17.家庭では有効かつ必要な態度や行動は、職場ではむしろ逆効果だろう	0	1	2	3	4
18.家庭で、問題をうまく解決する行動は、職場では有用でないように思う	0	1	2	3	4

Q4 あなたについて教えてください。

(1) 現在のあなたの生活はワーク・ライフ・バランスがどの程度とれていると思いますか。あなたの状況に最もあてはまると思う番号1つに○をつけてください。

全くとれていない		とれている				かなりとれている			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

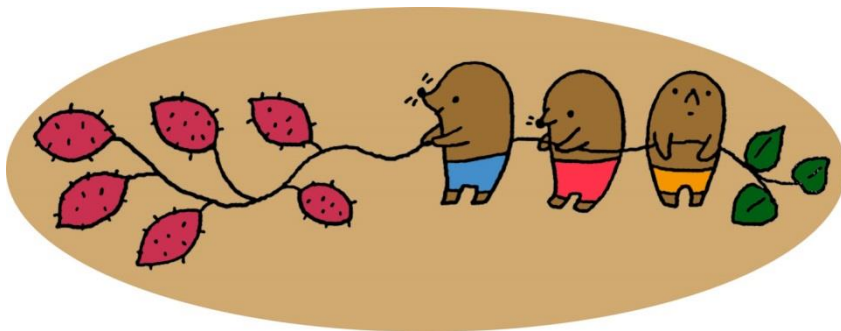
(2) 満足について、あなたの状況に最もあてはまる番号1つに○をつけてください。

質問項目	不満足	やや不満足	まあ満足	満足
1. 仕事に満足だ	0	1	2	3
2. 家庭生活に満足だ	0	1	2	3

**次は病児/病後児保育についての質問です。
回答は休みながらでも構いません。
よろしくお願いします。**

Q5 皆様にお聞きします。病児/病後児保育について、以下の質問についてそう思いますか。当てはまるもの1つに○をしてください。

質問項目	全くそう 思わない	あまり 思わない	どちら ともいえ ない	やや 思う	全くその 通りだ
1. 専門スタッフに看てもらえるので安心感がある	0	1	2	3	4
2. 医師に看てもらえるので安心感がある	0	1	2	3	4
3. 子どもが病気になったとき、親が仕事を休むことは 当たり前である	0	1	2	3	4
4. 周りが病児/病後児保育の利用に賛成している	0	1	2	3	4
5. 子どもを病児保育へ預けることへの罪悪感がある	0	1	2	3	4
6. 仕事を休む時、申し訳なく感じ、仕事を休むのを 躊躇してしまう	0	1	2	3	4
7. 子どもの特性（人見知り、新しい場所を嫌うなど） から病児/病後児保育の利用に抵抗がある	0	1	2	3	4



Q 6 東大院内の病児/病後児保育所が今年の7月より始まりしました。以下の質問にお答えください。

(1) 東大院内の病児/病後児保育に登録していますか？	a.はい→Aへ	b.いいえ→Bへ
-----------------------------	---------	----------

A:登録している方にお聞きます

①登録した理由として最も当てはまるもの1つに○をしてください	a.自分の希望 c.上司・同僚に勧められたから d.その他()	b.家族に勧められたから	
②いつ登録されましたか？	a.6月中 d.9月中	b.7月中 e.10月中	c.8月中
③登録して満足していますか	a.満足している d.あまり満足していない	b.まあ満足している e.満足していない	c.ふつう
④③で○をつけた理由を教えてください	()		
⑤今後利用の希望はありますか	a.利用したい	b.利用したくない	

B:登録していない方にお聞きます

①登録していない理由として当てはまるもの <u>全てに</u> 、○をしてください(複数回答可)	a.東大院内にあることを知らなかったから b.地域の病児保育に登録しており十分だから c.登録希望はあるが料金、時間、場所など条件が合わないから d.体調不良の場合に看ってくれる家族、知人がおり必要がないから e.体調不良時は自分で看ると決めているから f.職場の理解があり休みが取りやすく必要がないから g.病児/病後児保育がどのようなところかなじみがないから h.他の病気をうつされるのではないかと心配だから i.子どもが元気なので必要がないから j.登録すると、利用して仕事に出ないといけない気がするから k.その他()		
②今後登録する予定はありますか？	a.登録するつもりだ	b.登録する予定はない	c.未定

Q7 皆様にお聞きします。東大病院内の病児/病後児保育について、以下の質問について
 そう思いますか。当てはまるもの1つに○をしてください。

質問項目	全くそう 思わない	あまり 思わない	どちら ともいえ ない	やや 思う	全くその 通りだ
1.希望した日にいつも利用できる	0	1	2	3	4
2.開所時間が希望と合わない	0	1	2	3	4
3.利用料金が高い	0	1	2	3	4
4.自宅から病児/病後児保育まで遠い	0	1	2	3	4
5.利用する場合、自宅から病児/病後児保育まで 交通手段に困る	0	1	2	3	4
6.病児/病後児保育の利用方法について情報をよく 知っている	0	1	2	3	4
7.利用登録の手続きが煩雑である	0	1	2	3	4
8.実際の利用する時の手続きが煩雑である	0	1	2	3	4
9.職場内にあるので安心感がある	0	1	2	3	4
10.職場内のスタッフに看てもらえるので安心感が ある	0	1	2	3	4



Q 8 あなたのお子さまの中で未就学児のお子さまについてお聞きします。7月から今までの3ヵ月間について、勤務日に体調不良になった場合の対処について教えてください。

<p>(1) <u>最近3ヵ月の中で、</u> ①東大病院内の病児/病後児保育を利用しましたか</p>	<p>a. 利用した () 回 b. 登録しているが利用していない c. 登録していない d. あることを知らなかった</p>
<p>②東大病院内の病児/病後児保育の利用を希望した日に利用できましたか (例：定員超え、感染症により)</p>	<p>a. はい () 回 b. いいえ→できなかった回数 () 回 c. 利用を希望する日がなかった d. 登録していない</p>
<p>③東大病院内の病児/病後児保育を利用する際の交通手段は何ですか 普段の通勤と同じ場合は上段に、違う場合は下段に○を付けてください</p>	<p>普段と同じ a. 徒歩 b. 自転車 c. バス d. 電車 e. その他 () 普段と違う a. 徒歩 b. 自転車 c. バス d. 電車 e. その他 ()</p>
<p>④東大病院内<u>以外</u>の病児/病後児保育を利用しましたか</p>	<p>a. あり () 回 b. 登録しているが利用していない c. 登録していない</p>
<p>(2) <u>最近3ヵ月の中で、お子さま(方)の体調不良のため、</u> ①仕事を休んだことがありましたか</p>	<p>a. あり () 日 b. なし</p>
<p>②①の際、利用した休暇はなんですか ※複数回答可</p>	<p>a. 看護休暇 () 日 b. 有給休暇 () 日 c. 欠勤 () 日 d. その他 ()</p>
<p>③遅刻や早退をしたことがありましたか</p>	<p>遅刻・早退を合わせて a. あり () 回 b. なし</p>
<p>(3) 最近3ヵ月の中で、お子さんが体調不良になった場合、どなたが看病されますか。 あなたがとる対処方法<u>全て</u>に○をしてください</p>	<p>a. 自分が休む b. 夫が休む c. 祖父母に預ける d. 病児保育を利用する e. ベビーシッター f. その他 ()</p>
<p>(4) 上記(3)で○をした対処方法の中で、一番多いもの<u>1つ</u>に○をしてください</p>	<p>a. 自分が休む b. 夫が休む c. 祖父母に預ける d. 病児保育を利用する e. ベビーシッター f. その他 ()</p>

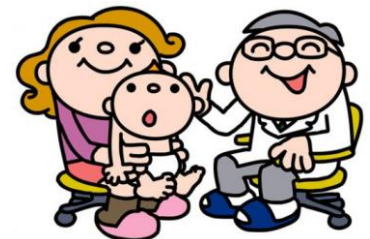
Q 9 皆様にお聞きします。東大病院内の病児/病後児保育施設が開始され、何か職場内やご自身の感覚で変わったことや、よくなったこと、他にご意見がありましたら、ご自由にお書きください。

[]

Q10 実際に東大病院内病児/病後児保育施設を利用された方にお聞きします。利用してみていかがですか。ご感想をご自由にお書きください。

[]

書き忘れがないか今一度ご確認ください。



アンケートはこれで全て終了です。
ご協力いただき、誠にありがとうございました。

同封の返信用封筒に入れ、郵送（学内便可）にて 2週間以内を目安にご返送ください。