

情や関心を保育者に求めると推測される。乳児は、そばにいる養育をしてくれる大人に、微笑みかけるといった働きかけをしていく。そのような乳児の行動や情動に敏感に反応していく保育者が必要である。また、子どもの中には、自ら微笑みかけていくことで、保育者の愛情を受けていく子どももいるが、気質的に難しく、泣くことが多く、新しい環境や新しい保育者に慣れて安心した関係を築いていくことの難しい子どももいる。保育者には、難しい子どもたちとも愛着を築いていくことができるような、子どもからの働きかけに応じていくことを大切にできるような訓練や教育が必要である。

このような関係を考えたときには、なるべく同じ保育者と安定した関係を大切にするために、保育者の継続性を考え、乳児期の保育者の交代は、避けるべきである。

乳児を集団養育するとしても、保育者との1対1の関係を大切に考えている文献が多く、保育者ひとりに乳児は2人か3人くらいしかみられず、かなり費用がかかる。

母親が1日に10時間くらい保育園に預けたとしても、子どもには1)毎日の母親からの分離体験と2)保育者を他の乳児とシェアすることと3)家とは違う生活に慣れることなどの負荷がかかる8)。それでも、安定した愛着関係をもつことはできるようになると推測される。子どもは安心できる場所で継続した質のよい保育を受けることができれば、保育者との間に安定した愛着関係をもつことが可能であろう。

しかし、また、母親の重要さもいわれている。母親が、子どもとの間で、継続して安定した愛着関係をもっていると、子どもが、また、新しい保育者とも良い関係をもつことができると推測される。

以上述べたことは、多くは、統計データによる

ものであり、多くの子どもは、というのが前提である。気質的に難しい子ども、愛着関係をもちにくい自閉症圏の子ども、発達の遅れた子ども、などは、個別に療育的対応を考える必要がある。

5) 保育園養育以外の母親によらない子どもの養育

欧米の文献によると、施設養育というか、眠る時も親と離れているという事は、考えていない。イスラエルのキブツなどの文化的に特殊なものは愛着関係を築くのによくない、と考えられている8)。Hospitalism が問題であることは古くよりいわれているが、施設養育と、保育園のような1日のうちの特定の時間だけを母親以外の人に養育されることとは区別して考えられている。

日本では祖父母による養育があるが、欧米では祖父母に養育されるよりも乳母を雇うのが保育園以外の保育としては一般的である。1993年の Am J Psychiatry では、16%が父親に養育されており、24%が祖父母または血縁者に養育されていて、6%が家で血縁でない人がみており、54%のほとんどが、血縁者でない家でみられており、残りが保育園にいつている。7)

以前の日本では、祖父母が乳幼児の養育にあたるのが一般的で、子どもにとっては、保育園と家というふたつの環境に慣れなくてはならないというストレスもなく、個人的に養育されるという利点がある。しかし、養育にあたる祖母と母の意見が食い違うことがあり、子どもからみた2人の養育者の役割が混乱していることが少なくない。わが国の児童精神医学の臨床では、このような家庭内の役割の混乱、養育態度の不安定さは、家族の状況をみたときに大きな問題として感じられるところである。これは、母親の就労にかかわらず、日本の家族のもっている問題であろう。

欧米では、家庭での母親以外の養育が、祖母によるということは稀で、多くは、乳母やベビーシッターを雇うことが考えられるが、質の良い乳母を見つけることは難しい。乳母になることは、雇う方からは高額でも、1人の子どものみを世話するため、雇われる方にとっては経済的に恵まれないことになる。質の良い保育者は、保育園に就職する方を好むことになると考えられ、質のよい保育者が乳母として家庭内で継続して子どもを世話するということは、とても難しくなっている。7)8)

6) 保育時間の長さ子どもの成育との関連

もともと保育園養育は、それほど長時間とは考えられていなかった。しかし、現実的には、労働時間が長時間になり、複数の保育者のもとで育てられているようなことがみられる。保育時間と愛着関係との関連を検討した研究は、1988年のBelskyらのmeta-analysisによる報告で、1週間に20時間以上の乳児の家庭外保育ではinsecureな愛着をもつ割合が大きいといわれた(14)。しかし、これについては、保育園の預ける時間についての影響だけでなく、その他の要因が関連している可能性が高いので検討が必要であると考えられている。

最近の研究でも、乳幼児期に多くの時間を母親以外に養育された子どもは、より外向的問題(非行や反抗)やおとなとの葛藤をもつといわれる。保育の質、保育のタイプ、保育の不安定さを考慮に入れても、また、母親の子どもへの敏感さや家族の要因も考えても、長時間保育は、子どもの行動に影響があるといわれている。母親以外に養育される時間の長さは、保育のさまざまな面ほどは影響しないが、子どもの問題行動に影響があるといわれた。どれくらいの長時間保育が限界なのか、ということは明らかではない。週に20時間なのか30時間なのかという

結論はない。16)

その点からは、長時間保育や24時間保育に対してはかなり慎重に考えた方がよいと思われる。母親以外の養育者が子どもをみるとしても、保育園から祖父母やベビーシッターへと複数の保育者に引き継がれていくことにも慎重な配慮が必要とされる。

7) 日本における研究

日本では、母子関係についての研究はあるが、乳児の保育園養育などについては、研究は少ない。菅原らが、川崎市民病院の産科で出生した子どもの気質や問題行動を10年くらい予後研究したものがあり、保育園にあずけた子どもは、行動的にはむしろ安定していると結論した。しかし、ある乳児のサンプルを無作為で保育園と家庭養育に分けることはできないので、これは、実証的研究の限界をしめしている。川崎市民病院で10年前に子どもを出産した女性で、出産後も仕事を続けた人は、高学歴で高収入であり、職場の人間関係もよく、仕事に残るように言われたような女性が多いということも考えられる。保育園養育の影響よりも2群の家族のかたよりがあるということを考慮すべきである。

8) 母親によらない養育の質の向上を目指すのか、母親に育児時間を保証するのか。

保育園は、日本でもこの30-40年の間に増えてきた。従来、保育園は、貧困家庭、母子家庭に対する施策として社会保障の役割であったが、最近では、女性が家庭内での仕事よりも社会で自己実現することを選ぶようになったため、家族をもつことと外での仕事を両立することを望む母親のためにも機能するようになってきた。

一方で、育児休業法が1992年に施行され、乳児の育児については親が休業してあたるという

選択も広がってきた。

どちらの選択をしたとしても、母親には社会からのかんがりの援助が必要である。乳児を家庭外の保育に託している母親にも母親と乳児の間の愛着関係が重要であり、保育の質も重要である。

乳児を養育するために親が休業してあたることも意味のある選択である。乳児期の母子関係は大きな意味をもつ。また、母が職場に復帰した時、新しい保育者と幼児との関係を良好なものとするには、この乳児期の母親との安定した関係が必要であり、周囲からの援助は欠かせない。

また、母子関係は一方的に母親からの要因によるものではなく、母子相互作用で築かれていくもので、難しい気質の子ども、発達的に社会的な関係に問題をもつ子どもなどに対しても柔軟に対応していけるような社会資源が必要と思われる。

D. 結論

家庭外の乳児の養育では、保育者と乳児との間にかなりよい関係があるべきで、保育者は、よく訓練され、子どもの気持ちに敏感に反応し、継続的に保育することが大切である。すなわち、保育者の質を高め、同時に、一人の保育者が担当する子どもの数を少なくし、保育者が定期的配置転換などされずに継続的に保育ができるシステムを作る事が重要である。また、家庭外で保育されている子どもにも、母親の影響は大きいと考えられている。

E. 文献

1) Belsky J. Emanuel Miller lecture developmental risks (still) associated with early child care. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42(7):845-59

2) Thompson RA. The legacy of early attachments. *Child Dev* 2000;71(1): 145-52

3) Erel O, Oberman Y, Yirmiya N. Maternal versus nonmaternal care and seven domains of children's development. *Psychol Bull* 2000 Sep;126(5):727-47

4) The NICHD Early Child Care Research Network. Early child care and self-control, compliance, and problem behavior at twenty-four and thirty-six months. *Child Dev* 1998; 69(4):1145-70

5) NICHD Early Child Care Research Network. Child care and mother-child interaction in the first 3 years of life. *Dev Psychol* 1999;35(6):1399-413

6) Lamb ME. Effects of nonparental child care on child development: an update. *Can J Psychiatry* 1996 ;41(6): 330-42

7) American Psychiatric Association Task Force on Day Care for Pre-School Children. Day care for early preschool children: implications for the child and family. *Am J Psychiatry* 1993 ;150(8):1281-7

8) Eberhart-Wright A. The challenge of Multiple Caregivers. In: Maldonado-Duran JM. ed. "Infant and Toddler Mental Health" Washington, DC. American Psychiatric Publishing, Inc. 2002 :207-235

9) Caldwell BM, Wright CM, Honing AS, Tannenbaum J. Infant Day Care and Attachment. *Am J Orthopsychiatry* 1970; 40; 397-412

10) Bowlby J. Attachment and Loss, Vol 1: Attachment, Revised Edition. Basic Books, New York 1982: pp.448

11) Ainsworth MD, Bell SM. Attachment, exploration and separation: illustrated by the

- behavior of one-year-olds in the strange situation.
Child Dev 1970;41:49-67
- 12) Schaffer HR, Emerson PE. Patterns of response to physical contact in early development. J Child Psychol Psychiatry 1964 ;5 : 1-13
- 13) Brockington IF. Motherhood and Mental Health 1996 Oxford University Press, Inc. Oxford, 1996: pp.629
- 14) Belsky J, Rovine MJ: Nonmaternal care in the first year of life and infant-parent attachment. Child Dev 1988; 59:157-167
- 15) Waters E, Matas L, Sroufe LA. Infants' reactions to an approaching stranger: description, validation, and functional significance of wariness. Child Dev 1975; 46:348-56
- 16) National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network: Dose Amount of Time Spent in Child Care Predict Socioemotional Adjustment During the Transition to Kidergarten? Child Dev 2003; 74:976-1005.

女性医師の支援に関する研究

③臨床研修新制度の女性医師への影響

【分担研究者】

大澤真木子 東京女子医科大学小児科主任教授

■研究要旨

妊娠出産育児を経験した女性医師は産科と小児科において信頼と評価を得ている場合が多い。しかしこの貴重な体験が女性医師にとって仕事継続上の最大の難関でもあり、同時に、少子高齢化は我が国の大きな問題でもある。平成 16 年度医師国家試験合格者を対象に、臨床研修新制度が開始される。若手医師の 3 割が女性である現在、女子医学生の新制度に対する考えを知る事は重要と考え、東京女子医大 6 年生にアンケート調査を行い、その意見を集約した。大半は、本制度のため、結婚、出産、育児などの時期は、今までよりも年齢が上がってからになると考えていた。研修先のマッチングにおいては、祖父母などの育児支援が得やすい環境への地理的配慮が必要と回答した。臨床研修 2 年間の間に、出産／育児のために一時研修が中断される場合には、その後再開修可能なシステムの構築が必要である。また、初期研修とその後の専門的な研修との連動性統合性が重要である。

A.研究目的

平成 16 年度医師国家試験合格者を対象に、臨床研修新制度が開始される。本制度は、医師としての人格の涵養を図り、アルバイトをせず研修に専念できる環境を整備すること。プライマリ ケアの基本的診療能力を修得できるようにする事である。

この際、臨床研修病院としては、二次医療圏に最低一つの幅広い臨床研修を提供できる体制をとり、将来は、臨床研修は地域の病院で行ない、高度専門医療の研修は特定機能病院で行う方針とのことである。

また、研修医は、学修性と労働性の 2 面性をもつ事が確認された。研修医の採用は原則公募とし、臨床研修病院は、研修プログラム、研修医の処遇につき公表して研修医を募集する。その教育指導体制の充実+研修医の処遇改善をふくめた環境整備をするための財源が計上された。診療報

酬上の配慮については、臨床研修機能の評価につき中央社会医療協議会で検討されるとのことである。本制度により、医学部教育が実質的に 2 年間延長した事となる。最も若い年齢を考えると医学部卒業時が 24 歳、研修終了の年齢が 26 歳、その後更に広い臨床の実力を高め、自分の専門分野の基礎的実力を得るために研鑽すると 30 歳となる。一方、医学的には、25 歳から 30 歳における出産が最も児の異常が少なく、女性が 35 歳を超えると、また男性が 40 歳を超えると、児の異常の起こりやすさは僅かながら高くなる。妊娠出産育児を経験した女性医師は産科と小児科において信頼と評価を得ている場合が多い。しかしこの貴重な体験が女性医師にとって仕事継続上の最大の難関であることも事実である。また一方現在の日本の少子化は社会問題でもある。若手医師の 3 割が女性である現在、女子医学生のこの制度に対する考えを知り、問題があればそれに対応

する必要があると考え、アンケート調査を行い、その意見を集約した。

B.対象と方法

平成15年10月に、東京女子医大 6 学年を対象に、下記内容のアンケートを実施した。

- (1) 来年度の研修制度は期待できますか? :1.できる、2.どちらかといえばできる、3.どちらかといえばできない、4.できない、5.分からない、6.その他
- (2) 来年度の研修に不安はありますか:1.ある、2.どちらかといえばある 3.どちらかといえばない 4.ない 5.わからない 6.その他
- (3) 今回の臨床研修必修化はあなたの医師としての生活設計に影響がありますか? :1.ある、2.どちらかといえばある 3.どちらかといえばない、4.ない 5.わからない 6 その他
- (4) ある、どちらかといえばあると答えた方それはどんなことですか?
基礎医学に進むつもりであったがその時期が遅れる
若い時期に米軍病院で研修したいと思っていたがおくれる
留学したいと思っていたがその時期が遅れる
その他
- (5) 今回の臨床研修必修化はあなたの女性医師としての生活設計に影響がありますか? :1.ある 2.どちらかといえばある 3.どちらかといえばない 4.ない 5.わからない 6.その他
- (6) 女性医師としての生活設計に影響がない、どちらかといえばないと答えた方それはなぜですか? :1 結婚はせず一生仕事に専念するつもりだから、2 いずれにせよ研修終了前は、仕事に専念するつもりだから、3 女性としての生活設計と仕事は無関係だから 4 その他
- (7) 貴方の医師、女性としての生活設計に影響が

ある、どちらかといえばあると答えた方(推測可)それはどんなことですか? :1.婚約、2.結婚、3.妊娠、4.出産、5.育児 6 その他

- (8) 影響があると答えた項目にどのように影響しますか?
- (9) その影響を取り除くためにどのようなことが希望されますか
- (10)臨床研修期間は国家試験終了後 2 年とされていますが、妊娠、出産、育児、病気などで一時的に中断されることがあった場合には、その期間を延長して研修医としての研修ができるシステムがあった方がよいですか? :1 あった方がよい、2 どちらかといえばあった方がよい、3 どちらかといえばなくてよい 4 不要 5 わからない 6 その他
- (11)今年度のマッチングプログラムに不安や不満はありますか:1.ある 2.どちらかといえばある 3.どちらかといえばない 4.ない 5.わからない 6.その他
- (12)今年度行われているマッチングプログラムでは、婚約者、夫婦などの pair の研修先の希望は配慮されてはいません。地域的なものは配慮される必要があるでしょうか? :1 ある、2 どちらかといえばある 3 どちらかといえばない 4 ない 5 わからない 6 その他
- (13)子育てと仕事の両立可能な要素に祖父母に育児の応援を依頼することが屢々認められますが、マッチングプログラムでそのような地域的なものは配慮される必要があるでしょうか? 1 ある 2 どちらかといえばある 3 どちらかといえばない 4 ない 5 わからない 6 その他

C.結果

回答は71通で回答率は71%、結果は、図1-12のようであった。

D. 考察

米国の病院実習中の医学生(クリニカルクラーク)は、「医療スタッフの中の一労働者」であり、病棟受け持ちの一員としてその work force を担う。診察も、検査も、処方も上級医の指導下に彼等が行う。彼等は4年制の大学を卒業後医学部に入るの、若くても高卒後 7,8 年である。これに対し、日本の医学生が病院実習に臨む時は、平均的には高卒後 5.6 年、実習の実態は「見学する研修生」である。国家試験合格時の臨床技能には米国と日本では格段の開きがある。従来の日本の医学教育では、実践と技術の習得が欠けていた。それに対し最近では OSCE やクリニカルクラークシップが導入され、少し改善が認められている。しかし、卒業時には、国民にプライマリーケアを提供できる状況には育っておらず、これも新研修制度の改革の一要因と考える。

今回のアンケートの結果、新制度により、自分の医師としての実力獲得により時間がかかる、専門医獲得へより時間が罹る、親から独立できる年齢が上昇するという懸念を抱いている事が判明した。また、研修終了後に専門を選択し入局する場合、その後数年経たないと該当科全体の様子が把握できず、その中で自分が実力、career を積む為にどのように行動すれば良いのかの計画をたてる事が不可能なので、必然的に妊娠、出産、育児に関わる年齢が遅くなる、仕事と育児を両立する時の年齢が上昇する事が上げられていた。中にはそれに伴う先天異常危険因子の増加を懸念している者もいた。

また、研修中に、仮に産休、育児休暇などで休む必要が生じた場合の扱い、一時休職後の復帰への不安が示された。

研修医の研修効果を高めるために一般に住居は病院から30分以内である事が望まれるが、現行では、pair matching は行われないので、夫婦が同

一の病院や、近隣の病院に入れなくなる可能性があり、結婚しても別居を余儀なくされるという者もいた。

医学の進歩は目覚ましく、その情報量も膨大なため、学生時代や研修医2年間に全てを教え込むことは不可能であり、生涯教育が必要である。しかし特に基本的技能については、育児などで一時的に中断を余儀無くされる場合、模倣のレベルではなく、自己制御可能なレベル、身について自動化できるレベルまで達している事が望ましい。そのためにも、基本的技術の段階的効果的獲得(1理論、2模型、3臨床医同志の訓練、4患者への実践による自動化)が可能なプログラムの立案が望まれる。

また、「自ら考え、問題を発見し解決する力」、「学び方」を学び「問題解決能力」を身につける必要がある。研修中に、「自ら責任を持って考え、診療プロセスを計画し、それに対する指導を受けながら、医療スタッフの一員として動ける」ことが重要であろう。

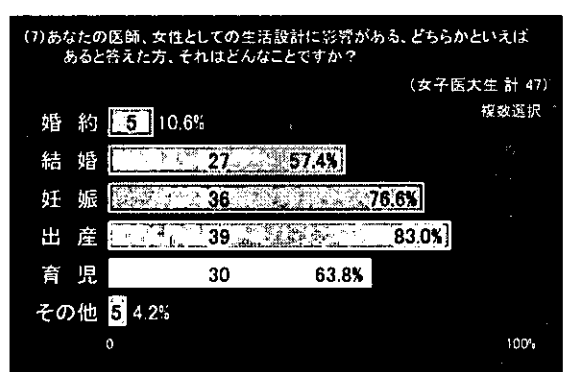
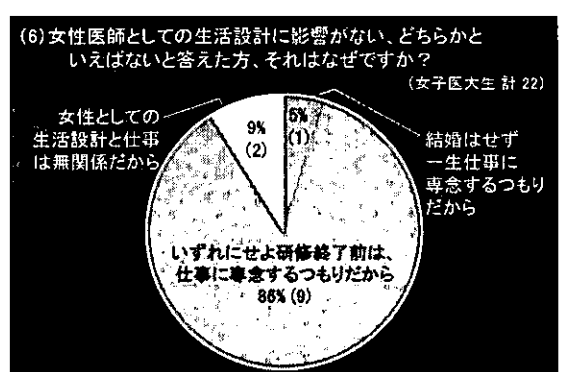
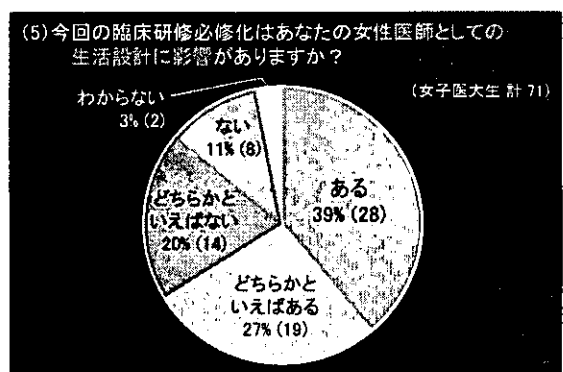
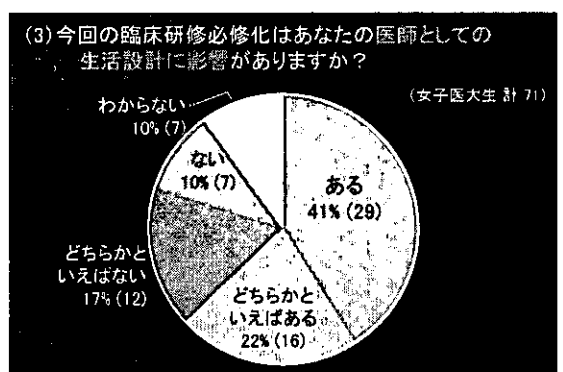
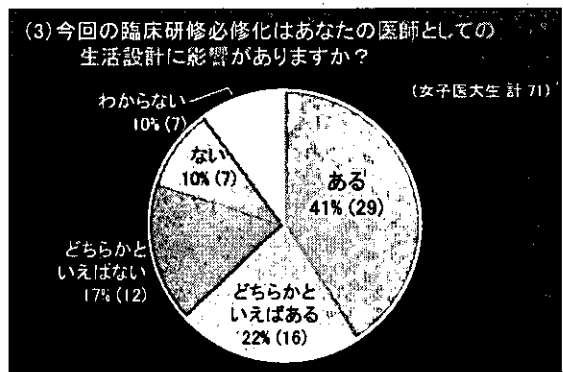
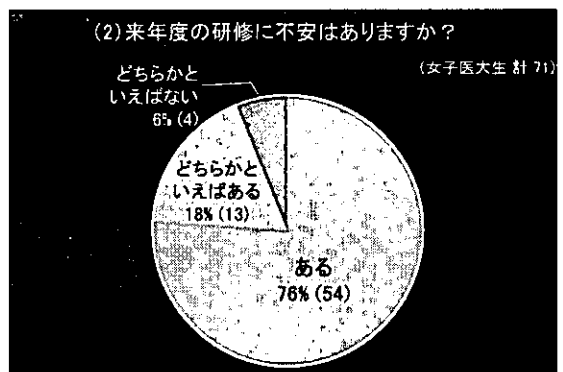
「又一方、患者/家族との接触、role model との触れあいを通し自らの感性・共感性を磨き「患者さんにより重要な問題点は何か」を生物学的側面+社会的・心理的・倫理的側面を含めて検討し、同僚の医師やコ・メディカルの協力を得て実践できる人間性と人間関係能力を開発する事も必要である。これら、再現可能な基本的技能/態度の獲得をせず見学に終わるようであれば、新研修制度は女性医師にとって単なる過重に終わってしまう。

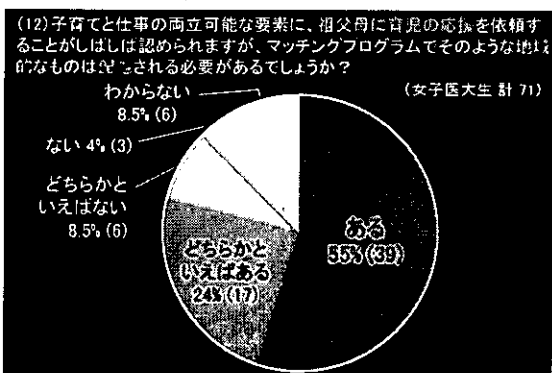
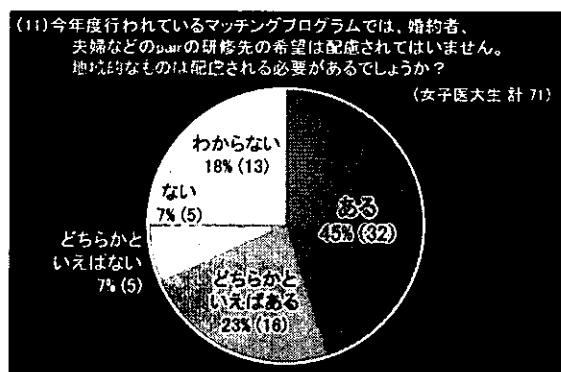
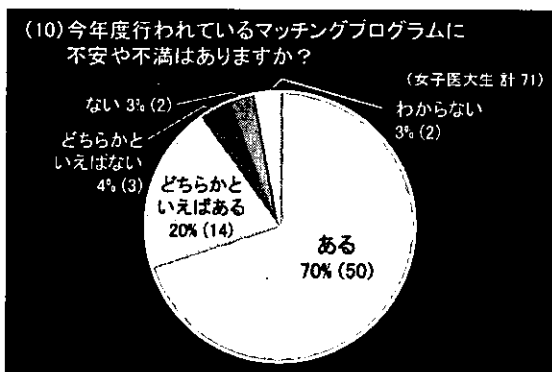
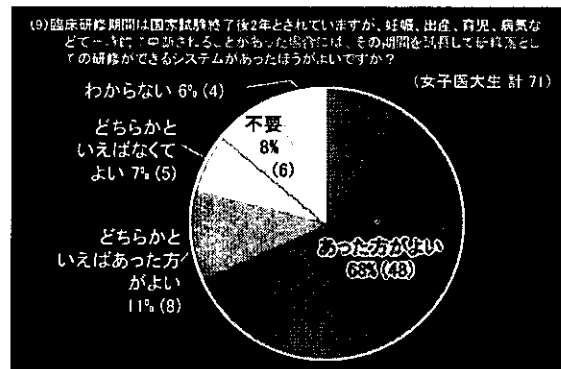
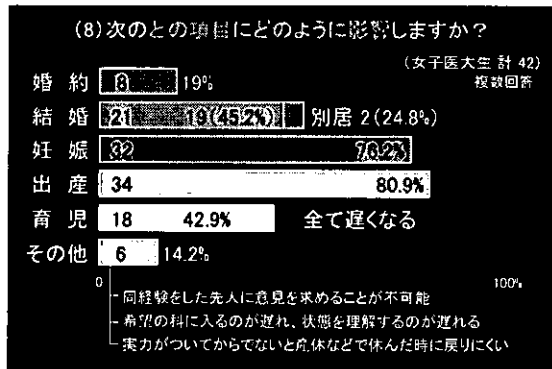
E. 結論

新制度開始にあたり、以下が望まれる。1. マッチング情報の早期公開。2. (前期)初期研修プログラムの充実とその後の(後期)研修プログラム(専門医制度における配慮/家庭医育成)への連動

と充実。3. 妊娠、出産(産休)、育児休暇への配慮。4. 女性医師の出産・育児に伴う中断に際し、再研修再開/完了可能な制度、完了し易くするためのマッチングにおける地域的配慮(夫婦、育児支援可能な環境確保(祖父母/院内保育))の導入。5. より良い臨床能力を早期に身に付けるた

め、卒前臨床教育を実践的なものとする必要があり、そのため良い臨床模型の開発および卒前/臨床教育能力の高い教師としての医師の開発/育成、さらには臨床教育者評価の新システムを確立する。





No-Fault Compensation の理念と海外での実践状況

【分担研究者】	岡井 崇	昭和大学医学部産婦人科学教室教授
【研究協力者】	木村 武彦	昭和大学医学部産婦人科学教室
	重光 貞彦	龍ヶ崎済生会病院産婦人科
	石渡 勇	石渡産婦人科病院

■研究要旨

産科医療は、医療提供者に過失がない場合でも、結果が悪い時には訴訟となる率が高い特性を有している。訴訟が多いことは学生が産科を敬遠する主たる原因の一つでもある。本分担班では医療提供者の過失の有無を問わず医療事故に遭遇した患者の補償を行う No-Fault Compensation 制度について研究を行った。

諸外国の論文調査に基づき、1) 医療事故を減少させる観点、2) 補償を受ける患者の観点、3) 医療財政(国民医療費)の観点、4) 医療提供者の観点、から本制度のメリット、デメリットについて検討した。その結果、No-Fault Compensation 制度には上記 1)～4) のすべての面で利点が多く、我が国でもその導入を早急に検討する必要があると考えられた。

A. 研究目的

No-Fault Compensation 制度のメリット、デメリットを、1) 医療事故を減少させる観点、2) 補償を受ける患者の観点、3) 医療財政(国民医療費)の観点、4) 医療提供者の観点、から検討することを目的とした。

がその方向に向かう良い社会的制度が必要となる。医療事故を減少させる観点からみて、事故に対応する最適な制度の条件とされている事項を表-1 に示す。

<表-1>

医療事故対策 - 最適なシステム

1. 医療提供者の事故の報告を鼓勵し支援する
2. 医療事故の真相・原因を究明し防止対策を講じる機構を有する
3. 能力の劣る者、怠慢な医療を行う者、善意にかける者を規制する機構を有する
4. 医療提供者に医療過誤を減少させるためのインセンティブを与える
5. 医療事故が生じた時の迅速、公平、適切な補償制度を有する
6. 医師・患者間における率直性と開放性を促進し、相互の信頼関係を確保する

(Shadlen, EM, et al. JAMA, 2001, 改定)

B. 研究方法

①No-Fault Compensation 制度に関する海外の論文を検索し、制度の内容と実践結果、及びそれに対する評価を検討した。②本制度の海外における実施状況をインターネットを通じ各国の厚生省に問い合わせた。

C.D. 結果と考察

I、現行訴訟制度の問題点

医療事故の頻度を低下させるためには、医療

1～6 の条件を考えると、現在日本で行われている訴訟による患者の補償と事故を起こした医

療提供者の処遇には重大な問題点が存在する(表-2)。

すなわち、訴訟では医療提供者の過失に焦点が当てられるため、背景にあるシステム上の欠陥等が表面化し難いこと、被告となった医療提供者が法廷での議論が医療向上に役立つと信じていないこと、また、自分への非難、責任追及、賠償請求に対し防御的になることなどを考えると、事故原因の究明を訴訟という手段で達成しようとする思考自体に無理がある。個人情報保護の観点から事故に関するデータの収集・解析が進まず、防止対策が遅れることも事故防止の観点からは重大な欠陥である。現行の制度は、その他、患者の補償に公平性、迅速性がない、など大きな問題を抱えている。これらの問題点を解消する制度として No-Fault Compensation が提唱され、現在、少なからぬ諸外国で実施されている。

<表-2>

医療事故訴訟の課題点	
- 医療事故を減少させる観点から	
1.	医療提供者個人の過失に焦点 背景となるシステム上の欠陥等が表面化しない
2.	個人への非難、責任追及、賠償請求 被告は裁判での立証が医療向上に役立つと思っていない 自己防衛的になり、進んで情報提供をしない
⇒	医療事故の真相・原因が正しく究明できない データ収集・解析が不十分で防止対策が遅れる システムの改善が進まない

II、No-Fault Compensation を実施している国

表-3に、今回我々が行ったインターネットを通じての各国厚生省への問合せに対し、回答の得られた国名を示す。スウェーデン、ニュージーランド、フィンランド、ノルウェー、デンマークなどの国々は社会制度の一環として No-Fault Compensation が確立されている。イギリスは事

故による重篤な障害についてのみ適応され、フランスは国立の施設にのみ適応されている。アメリカは州によって法律が異なるが、フロリダ州とバージニア州では分娩に関連した神経学的後遺症にのみ No-Fault Compensation の制度が適応されている。筆者らはこれら各国の制度の中で、多くの論文に引用され、最も良い制度と評価されているスウェーデンの制度について検討した。

<表-3>

No Fault Compensation 諸外国の状況	
社会補償制度の一環として確立	スウェーデン、ニュージーランド、フィンランド、ノルウェー、デンマーク、...
部分的に施行	イギリス、フランス、アメリカ(フロリダ州、バージニア州...), ...
現在検討中	アイルランド、スイス、カナダ、ドイツ、オーストラリア、オランダ、アメリカ(ニューヨーク州、ユタ州...), ...

III、スウェーデンの制度

スウェーデンは1962年に国民保険制度の整備を開始した。その中で医療事故を解決する制度として、1975年にPCIと呼ばれる保険機構を設立した。その経緯については以下の説明がされている。すなわち、その頃のスウェーデンでは事故にあった患者がそれを裁判で立証し補償を得ることが非常に困難な状況であったこと、及び、当時既に医療事故の補償額が急増することを見越して、法律家がこの制度を提唱し、国が採用したと記されている。目的は、表-4に示す如く、医療事故による被害患者の効率的な補償と医療事故を減少させるための社会制度の設立である。

<表-4>

-スウェーデンの制度-	
No Fault Compensation制度 導入の理由と経緯	
1962年:	国民保険 (医療費, 分娩, 年金など) の整備
1975年:	PCI (Patient Compensation Insurance) 設立 医療事故の補償を得る (裁判での立証) のが困難 医療事故の補償額が増加することを見越して、法律家の提言
制度の目的	
①医療事故による被害患者の効率的な補償 ②医療事故を減少させるための社会制度の設立	

<表-5>

-スウェーデンの制度-	
Patient Compensation System	
<ul style="list-style-type: none"> PCI (patient compensation insurance) が補償を支払う 形式: 任意の保険契約 実態: すべての医療関係者が入っている MRB (medical responsibility board) が医療規律を扱う 	

PCI は個人又は病院の責任の有無を問わず補償金を支払う機構である。任意の保険契約の形式を取っているが実際にはすべての医療関係者が加入している。MRB は医師の医療規範を制御する機能を担っている。補償金を支払う機構と医療過誤を制御する機構が完全に独立していることが本制度の最大の利点と考えられる(表-5)。

補償される損害とその条件を表-6 に示す。必要条件は不適切な医療によって患者が受けた避けられたはずの損害である。従って、周産期の領域では、先天疾患に起因する脳性麻痺や未熟性のため生じた神経学的後遺症は補償されない。スウェーデンに於いても、また日本でも、訴訟では損害が医療行為の直接的な結果であった可能性が 80%程度以上ないと原告は勝

てないが、この制度ではその可能性の閾値が 50%程度まで下げられているため、因果関係の複雑な事例が多い医療事故では結果的に幅広い患者が補償されることになる。これが本制度の原点である。表-6 に示す適応基準の中で、“純粹に医学的に正当化されないもの”とは単純なミスなどを含む。2, の“一般的な疾患に合併した不合理に重症の損害”は 1991 年に追加された項目である。本制度の利点の一つは、補償の支払いが法律ではなく保険契約の形で行われているため比較的容易に補償基準が変更できる点である。基準や補償額は 5 年毎に見直される。2, の事項は最初の理念とは異なっているが、たとえば麻疹で非常に高度な脳障害が起こった例などがこの項目の追加で補償されることになったと記されている。革新し進歩させる事が容易にできるのも優れた制度と評価される理由の一つである。“誤診による損害”については、経験のある医師であれば正しく診断し得たものと規定されている。感染に関しては院内感染が補償の対象になる。除外基準として、軽い損害が挙げられており、10 日以上の入院、その損害が 30 日以上続くなどの補償基準が規定されている。また、重篤な状態に対してリスクを伴う医療を行った場合は適応外になり、精神的な障害に関しては、身体的障害の結果生じたものだけが補償の対象となる。資金の限界により生じた保健医療サービス政策の結果による損害は補償されない。

<表-6>

-スウェーデンの制度-	
補償される原因の条件と基準	
<賠償条件>	<ul style="list-style-type: none"> 十分な賠償によって覆ったわけではないはずの損害 (賠償行為の自発的な結果である可能性50%が閾値)
<過失基準>	<ol style="list-style-type: none"> 過失行為による過失 <ul style="list-style-type: none"> ・被害に医学的に正当化されないもの ・性の方法が過失されるもの 一般的な常識に合致した不合理に重症の過失 誤診による過失 <ul style="list-style-type: none"> ・経験のある専門医であれば正しく診断し得たもの 事故による過失 <ul style="list-style-type: none"> ・転倒事故など、患者自身に責任がない事項 過失による過失 <ul style="list-style-type: none"> ・院内感染など、医療行為による過失
<除外基準>	<ol style="list-style-type: none"> 純い過失 重篤な状態に付随するリスクを伴う医療を行った過失 身体的損害の発生した以外の精神的損害 医療従事者サービスの質の低下により生じた医療の結果による過失

表-7 に補償を受けるための手順を示す。Claim は、患者が事故のために損害を被ったと考える時、最初に簡単な申請書を提出することで成立する。どこの病院にも置いてあり、医師・看護師はこの申請に協力的である。次の段階の Decision で PCI の調整管(医師・弁護士などがメンバー)が基準に則って補償するかどうかを決定する。補償額も基準に沿って計算される。その決定に患者が不服な場合、Appeal という手段をとる。すなわち、患者を混えたパネルを開催し、患者の主張を認めるかどうか検討する。患者は口頭で訴えればよく、通常、弁護士はつかない。そこで主張が通らない場合、更に次の段階に移ることが出来る。Arbitration(仲裁)では専門家及び弁護士が介入するが、これは裁判ではなくディスカッションにより補償額等に妥当な決着を付けようとするものである。実際、ここまでの段階で大多数の事例で結論が下され、所要日数は数ヶ月と記されている。それでも解決しない時、最後に正式な提訴となる。患者には訴訟を起こす権利が残されている。しかし、実際にはスウェーデンでの年間の訴訟は 10 例程度である。人口割で換算すると日本では 140 例ぐらいの医療訴訟の数に相当する。現在、日本の医療訴訟数は 1000 例に近づいており、本制度を同様に運用すると、その数が大幅に減る

計算になる。更に、PCI のデータはシステムティックな事故防止対策のために利用される。

<表-7>

-スウェーデンの制度-	
補償を受ける手続きと裁定及び不服の申請と提訴	
1) Claim	: 簡単な申請書を提出(医師等が協力)
2) Decision	: PCI 機構の提議書
3) Appeal	: 補償が却下又は補償額に不満の時 patient claims panel が検討 患者は口頭で訴える 通常弁護士は付かない
4) Arbitration	: 弁護士が付く 専門家が呼ばれる
5) Sue	: 正式な提訴

表-8 に、Medical Responsibility Board の構成と機能を示す。

MRB は PCI から完全に独立している。委員の 9 名は最終決定を下すメンバーで、判事が 1 人、政治家が 4 人、医療提供者の代表が 4 人加わっている。政治家は患者の側に立ち、医療提供者の側の 4 人と同数で、判事 1 名が中立の立場とされている。この本委員会は週に 1 回程度持たれるが、実際にはこの委員会の下部組織である調査委員会が、調査、分析、処罰の提案を行う。調査委員会には、法律家と医療関係者で構成する 21 人のスタッフが常勤しており、更に医療アドバイザーとして 50 名の専門家が加わっている。この 50 名の専門家が事例に応じて個々の分析を行い、必要に応じてさらに別の専門家を呼び、実際に過誤があったか否か、また過誤の程度はどうかについても審議し、過誤と認定された時は、事故の責任を取るべき医療提供者の処罰を提案し、上の委員会に上申する。処罰には、懲戒、警告と免許の取り消しがあるとされているが、免許の取り消しには一時停止が含まれると思われる。MRB で処罰が決定された事例は州議会に報告される。

<表-8>

—スウェーデンの制度—	
MRBの構成と機能	
委員	: 9名(判事、政治家、医療提供者代表)
委員会	: 1回/週、15-25件、提案の許諾
調査委員会	: 調査・分析・処罰の提案 21名の full time staff (法律家、医療関係者)
医療アドバイザー	: 50名の専門家、必要に応じて専門家を呼ぶ 個々の事例の分析
罰則	: ①懲戒、②警告、③免許取消し

<表-9>

—スウェーデンの制度—			
MRBの実績			
	1970年	1976年	1980年
委員会に提議された件数	390件	492件	372件
処罰された医師	3人/100人		2人/100人

IV、医療事故を減少させる観点から

次に、スウェーデンの制度で実際に事故を減らすことができたかどうかが重要であるが、それを検証することは非常に困難であった。参考データとして表-9を示す。

委員会に提議された件数は、1970年の390件から1976年には492件と増加したがその後減少している。この数はPCIにClaimされる数の約3/1に相当する。その間、医師数は増えて処罰された医師の割合を計算すると、1970～1996年の間の平均は100人に3人、1980年には100人に2人に減少したことになる。しかし、この数は委員会の裁量で決まる側面もあるため、実際に事故が減少したことの検証としては不十分であり、この点は更に検討を要する。但し、この数を日本に当てはめると非常に大きな数字になることは事実で、日本で30万人の医師が働いているとすると、年間6000人の医師が何らかの処罰を受ける計算になる。実際には警告などが多く、医師免許停止までいくのは5人～10人である。日本の場合、医道審議会が医師免許停止が決定されるのは犯罪行為や脱税のみで、医療の質が問われないことを考えると、MRBは医師にとっては非常に厳しい制度であると言える。

V、補償を受ける患者の観点から

患者の満足度について、米国のバージニア州とフロリダ州を例に検討した(表-10)。両州共、補償の対象は分娩に関連する神経学的後遺症であるが、impaired infantの定義は両州で異なる。バージニア州は狭く、フロリダ州は広いため適応症例の数に差が生じている。補償額も両州で異なっている。表-10の基準額は医療費と介護費と逸失利益を計算した額で、フロリダ州では、1995年に補償額として基準額に1,000万円の慰謝料を追加した。これに基づき、脳性麻痺例での補償額を計算すると、最初の5年間でバージニア州は2,800万円、フロリダ州は3,800万円となる。この差が患者の満足度に影響を与えていると言われている。ちなみに米国では脳性麻痺事例で患者側が勝訴した場合、最初の5年間に受ける賠償額の平均は5,000万円であり、その額と比較すれば本制度で補償される額は低い。両州の比較で更に重要な事項は医師の規範を審議する機構の優劣である。フロリダ州はDivision of Medical Quality Assuranceと呼ばれる機構が機能していると評価されている。一方、バージニア州のそれはほとんど機能しておらず、同州の産婦人科医師は、本制度の導入後も同じミスを繰り返すと患者の不満が強いことが指摘されている。逆に、フロリ

ダ州での患者の満足度は比較的高い。
 以上のことから、本制度に対する患者側の満足度には、補償を受けられる被害者の数、補償額、医療提供者側の規範の制御、の 3 点が重要と言える。

<表-10>

No Fault Compensation
 バークニア州とフロリダ州の比較

	バークニア州	フロリダ州
補償の対象	分娩に関連する神経学的障害症 "impaired infant" の定義が狭い 過剰症例が少ない	分娩に関連する神経学的障害症 "impaired infant" の定義が広い 過剰症例が多い
補償額	基準額	基準額 + 慰謝料 (約1,000万円)
医師の損害を管理する組織	機能していない	機能している (DMQA)
被害者の満足度	不満が強い	満足度が高い

VI、医療財政の観点から

スウェーデンでは本制度の補償金を 2 つの拠出元より調達している(表-11)。医療保健サービスを提供している州議会が社会保険料の中の医療の部分として集めた金額の一部を PCI に拠出する。これは医療保険に相当するものであるが、全体で 1 人平均 20 万円弱が徴収され、そのうち 300 円、0.16%が PCI に拠出される。一方、医療関係の保険業者の連合も資金を拠出する。これは日本の医賠責に相当するもので形式的には任意であるが、実際にはすべての関係者が加入している。医師の保険料は年間約 1 万円である。看護師、病院もそれぞれ別途に加入している。従って、PCI は患者の健康保険と医師側の損害賠償保険の両方で運用されていることになる。

<表-11>

—スウェーデンの制度—
 PCIの資金

- ・州議会 (保健医療サービスを提供)
 社会保険料 (医療) (1989年 1人 約20万円/年)
 上記の内PCIに0.16% (1人約300円/年)
- ・保険業者の連合
 医療関係者の任意保険 (1989年 医師1人 約1万円/年)

表-12 にスウェーデンで患者補償に掛かったコストの集計を示す。1975 年～1986 年のコストを平均して日本の円に換算すると、年間約 8 億円となる。1986 年から 1991 年では 13 億円である。1 人当たりを支払った補償額の平均は 36 万円と 190 万円である。補償を受けた患者の数は近年減少しているが、補償額の単価が上昇したため、コスト総額は上昇している。補償額の安い人が入っているので、平均値は高額にならないが、脳性麻痺の事例ではかなり高額な補償を受けられる。本制度による補償額の上限は 8,000 万円であるが、この金額が支払われるのは脳性麻痺の事例のみある。日本でも同じ様な頻度で同じ医療事故が生じると仮定して、スウェーデンの制度を適応すれば、年間の費用は 180 億円と計算できる。現在、アメリカの場合、医療事故に関わる諸費用は 10 兆円に及ぶと言われており、この額の差は驚異的である。アメリカではその内患者にわたる金額は 18-40%で、過半が弁護士の費用等に使われているとの報告もあり、アメリカは、特に経済的な理由からスウェーデンの制度に興味を持っている。そこで、スウェーデンの制度をアメリカの州に適応した場合のコストの概算が報告されている(表-13)。

<表-12>

	Jan. 1975-July 1986	Jan. 1975-Dec. 1991	Change 1986-1991
Trial claims	44,947	62,890	18,243
Resolved	40,306	58,972	18,666
Number compensated	22,252	23,606	3,354
(% of resolved)	(55.2)	(40.4)	(18.0)
Denied compensation	18,054	33,366	15,311
(% of resolved)	(44.8)	(56.6)	(42.0)
Unresolved	4,241	3,918	-423
(% of total)	(9.7)	(6.3)	
Total cost of payees* (SEK)	478m (1986/87)	658m	380m (1986/87)
Cost per paid claim (SEK)	21,220 (1986/87)	33,308	113,290 (1986/87)

Sources: Örebro, Security Insurance, Patient Insurance and Pharmaceutical Insurance in Sweden, 34
Ann. of Comp. Law 835-56 (1986); C. Lagergren, The Swedish Patient Insurance: A Descriptive
Report 23-24 (Feb. 1992) (Skandia Insurance Co., Stockholm).
*Total cost and total cost per paid claim are computations of current SEK. Without conversion to constant
SEK, they understate the current value of total payout since 1974. The exchange rate in 1992 was
roughly SEK 7 = \$1.

試算によると、ユタ州では、現行の制度で勝訴により賠償金が得られる患者の約 10 倍の数が No-Fault Compensation 制度で補償され、その総費用は現行とほぼ同額の 60 億円になると報告されている。コロラド州でも現行の 4 倍近くの患者が補償を受けられ、訴訟の費用を含めた全コストも現行より安くなることが示されている。

<表-13>

	Compensation System, No. of Events	Cost, \$ (millions)	Compensation Package
Utah	All adverse events	5514	227
	Severely compensable events	2900	31
	Highly compensable events	1752	27
Colorado	All adverse events	11,978	418
	Severely compensable events	8978	179
	Highly compensable events	3022	84
Utah - Alternative Model	No-fault model based on Swedish concept	1465	55
	Medical malpractice system	2907	129
Colorado - Alternative Model	No-fault model based on Swedish concept	972	92
	Medical malpractice system	2907	129

Utah: No-fault model based on Swedish concept: Full wage replacement; No household production; Health care costs; Pain and suffering up to \$100,000.
Colorado: No-fault model based on Swedish concept: Full wage replacement; No household production; Health care costs; Pain and suffering.
Medical malpractice system: Actual tort award.

VII、まとめ

1) 医療事故を減少させる観点からみて、No-Fault Compensation 制度は理念的に訴訟より優れた制度である。今回検討したデータのみからではその実証は不十分であるが、本制度により医療事故を減少させ得る可能性は高い。本制度を理念通り運用するためには、患者

補償と切り離れた独立の機構、すなわち、事故の報告、事故内容の調査、原因の究明、防止対策の推進、医師の指導、罰則の適応を担う機構が有効に機能することが不可欠である。更に、事故減少を推進するために、保険料に experienced rate を導入し医療提供者側に経済的インセンティブを与えるべきと主張する意見もあり、この点は検討を要する。

2) 補償を受ける患者の観点からみても、本制度には利点が多い。簡単な手続きと低額の費用で、迅速に、より多くの患者が補償される。また、類似した状況で高額な賠償金が得られる場合と全く受けられない場合が存在する訴訟制度での不公平感が解消されることも非常に重要である。

一方、補償額が訴訟で勝訴となった場合より低額であることは避けられないデメリットである。また、患者側の不満は、事故を起こした医療提供者の責任が追求されないことや、事故原因の解明と再発防止対策が進まないことに対しても強く、医師の規範を制御する独立の機構が重要であることを窮わせる。

3) 医療財政の観点からみた場合、本制度が優れていることは明らかである。本制度により医療事故に関わるコストが大幅に削減され、国民医療費の増加が抑制できる。

4) 医療提供者の観点に立った場合も本制度には利点が多い。医療提供者は訴訟の精神的苦痛から解放され、現行制度と比べて事故の真相を明らかにし易い。また、訴訟とは異なり、医師と患者の信頼関係が崩壊しないのも本制度の大きな利点である。一方、本制度では、医療提供者の事故防止に向けた努力や医療の質向上を目指す意欲が低下すると懸念は、医師の規範を制御する機構にお

ける罰則の適切な運用により払拭できること
 がスウェーデンでの実践で証明されている。
 (表-14, 表-15)

<表-14>

No Fault Compensation	
表とめ - 1	
1) 医療事故を減少させる観点	<ul style="list-style-type: none"> ○ 基本的には“訴訟”より優れており、事故減少を実現できる可能性が高い ○ 実際に事故が減少したかの検証はまだ不十分
	⇒ 独立した調査機関の組織が重要 (事故の報告・調査、原因の究明、防止対策の推進、医師の指導、罰則の適用) 適度な経済的インセンティブも必要か?
2) 被害を減らすべき原則の観点	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被害を減らす(医療従事者、患者の費用、決定が早い) ○ より多くの被害者が補償を受けられる ○ 不公平感が低減する ○ 補償額が高い × 医療従事者への不満が解消できない
	⇒ 理状の権利の保持 補償額の適正化 過誤を犯した者への罰則の強化

<表-15>

No Fault Compensation	
表とめ - 2	
3) 医療財政(国民医療費)の観点	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療事故に絡むコストが削減できる(特に事務手続き経費) ○ 医療保険料増額が抑制できる ○ 国民医療費の増加を抑制できる
	⇒ 社会の拠出元の負担が重要
4) 医療提供等の観点	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訴訟の精神的苦痛から解放される ○ 事故の真相を明らかにできる ○ 医師・患者の信頼関係を維持できる × 事故防止、医療の質向上への効果が低下する
	⇒ 罰則の適正化が不可欠

E. 結論

1. “No Fault Compensation”を国民と社会に有益な制度とするためには、事故を調査し医師の規範を審議する独立した機構を適正に機能させることが最も重要である
2. 我が国でも“No Fault Compensation”の導入を早急に、真剣に検討する必要がある

<文献>

1. DIANA BRAHAMS
 No-Fault Compensation
 THE MEDICO-LEGAL JOURNAL,1985 Vol.53
 Part Four 189-191

2. DIANA BRAHAMS
 A Conference on No-Fault Compensation
 THE MEDICO-LEGAL JOURNAL,1989 Vol.57
 Part One 3-5

3. DIANA BRAHAMS
 No-Fault Compensation Finnish Style
 THE LANCET,1988, 2, 733-736

4. DIANA BRAHAMS
 Medicine and the Law
 THE LANCET,
 1990, Dec 15, Vol.336 1499-1500

5. DIANA BRAHAMS
 No-Fault Compensation Finnish Style
 THE LANCET,September 24,1988, 733

6. DIANA BRAHAMS
 “No-Fault” Compensation-Reform of Present
 System Long Overdue
 THE LANCET,June 15 1985, 1403-1404

7. Harry Orriss
 The no-fault principle
 Health and Social Service Journal,February
 1,1980 146-147

8. Jackie O’Byrne
 No-Fault Compensation
 Nursing Standard,January 30 1991,
 Vol.5 No.19 22

9. B Knight
 No-Fault Compensation and Performance Review

- Annals Academy of Medicine, January 1993, 77-78
Vol.22 No.1 61-64
10. David M.Studdert, Troyen A. Brennan
No-Fault Compensation for Medical Injuries
JAMA, July 11, 2001, Vol.286, No.2 217-223
11. Randall R. Bovbjerg
Obstetrics and Malpractice – Evidence on the
Performance of a Selective No-Fault System
JAMA, 1991, June 5, Vol.265, No.21 2836-2843
12. Cynthia, L.Gallup
Can No-Fault Compensation of Impaired Infants
Alleviate the Malpractice Crisis in Obstetrics?
Journal of Health Politics, Policy and Law
Winter 1989, Vol.14, No.4 691-705
13. Andrew D.Freeman
No-Fault Compensation Palsy Insurance
Journal of Health Politics, Policy and Law
Winter 1989, Vol.14, No.4 707-718
14. Josephine Y.King
No-Fault Compensation for Medical Injuries
Journal of Contemporary Health Law and Policy,
1992 Vol.8 227-236
15. Kathryn Whetten-Goldstein
Compensation for Birth-Related Injury
ARCH PEDIATR ADOLESC MED 153
1999, Jan 41-48
16. Gordon M. Stirrat
No-Fault Compensation for Accidental Injury
Bristol Medico-Chirurgical Journal, 1986, August
17. Roy Bors-Koefoed
Statistical Models of Outcome in Malpractice
Lawsuits Involving Death or Neurologically
Impaired Infants
The Journal of Maternal-Fetal Medicine 7, 1998,
124-131
18. Frank A. Sloan
No-Fault System of Compensation for Obstetric
Injury – Winners and Losers
Obstetrics & Gynecology, 1998 March, Vol.91,
No.3 437-443
19. B.L.Stalnaker
Characteristics of successful claims for payment
by the Florida Neurologic Injury Compensation
Association Fund
Am J Obstet Gynecol, 1997 August, Vol.177, No.2
268-273
20. Jill Horwitz
No-Fault Compensation for Medical Injury – A
Case study
Health Affairs, Winter 1995, Vol.14, No.4
164-179
21. David M.Studdert
Toward a Workable Model of “No-Fault”
Compensation for Medical Injury in the United
States
American Journal of Law & Medicine 27, 2001,
225-252
22. Bovbjerg RR, Sloan FA

“No-Fault” for Medical Injury – theory and
evidence

U Cinc Law Rev,1998, 67, 53-123

23. Danzon PM

The Swedish patient Compensation system –
lessons for the United States

J Leg Med,1994, 15, 199-248

24. Miller RS

An analysis and critique of the 1992 changes to
New Zealand’s accident Compensation scheme

Maryland Law Rev,1993, 52, 1070-1092

小児科・産科医の育成の支援方策

①神奈川県下小児科医へのアンケート調査

【分担研究者】

加藤 達夫 聖マリアンナ医科大学 小児科学教授

■研究要旨

神奈川県下小児科医へのアンケート調査の結果

1. 小児科医の長時間労働、当直負担の重さと偏在の実態が再確認されたが、一方で多様な就労形態に基づく実働時間のばらつきも認められた。
2. 地域の様々な保健・医療・福祉・教育活動に小児科医が参加している状況が確された。
3. これらの活動にさらに参加してもよい、活動調整のためのシステムに登録してもよいと回答した小児科医がかなり存在し、システム整備の妥当性が示された。

A. 研究目的

少子高齢化の急速な進行にともなう小児科医療への軽視、不採算による病院小児科の縮小など、小児科医療をめぐる厳しい環境の中、一方では専門性を求める患者家族の意識の高まりや小さな子供を抱える家庭のライフスタイルの変化が加わり、救急小児科患者が増加し続けているという現実がある。このような中、少数の病院小児科医に負担が偏在し、過酷な勤務状況のために小児科医療を離れる医師も少なくなく、また大学の小児科入局者の減少にもつながっていると考えられる。

小児科医にもとめられる役割が増大していると考えられる中、現在の小児科医マンパワーの不足は早急に解決されるべき問題である。小児救急医療の集中化を軽減する体制整備や小児医療の不採算性改善のための施策、女性医師の診療継続のための支援など、さまざまな方面から問題の解決が図られるべきであろう。

その迅速な解決策の一つとして、限られた小児科医マンパワーを最大限に発揮できるシステムの構

築の必要性が喚起されてきている。システム整備によって、さまざまな理由により小児科医としての経験・能力を発揮できない状況を余儀なくされている医師を活用し、小児科医全体の実動力を高めることが期待される。今回われわれは、このようなシステムを地域で構築するために、神奈川県下の小児科医の勤務・就労・活動状況を把握し、小児科医のシステムに関する意識をさぐるため、アンケート調査を行った。

B. 研究方法

日本小児科学会神奈川県地方会会員名簿、神奈川小児科医会会員名簿、聖マリアンナ医科大学・東海大学・北里大学・昭和大学・横浜市立大学の各小児科同窓会名簿、横浜市行政医師会名簿をもとに、郵送によるアンケート調査を実施した。

アンケートの質問項目は、平成 15 年 12 月 1 日現在における回答者の年齢、性別、小児科医としての就労形態(病院フルタイム勤務、診療所開業、その他のフルタイム勤務、パートタイム勤務、医師