

### Ⅲ. AHRQ23 方策

AHRQ はカルフォルニア大学サンフランシスコ校とスタンフォード大学の EBM 研究センターに研究を発注し、この報告書を取りまとめたのであるが、その内容は、5部構成からなっており、主として概要と方法論に関する第1部とより詳細な方法論的検討を行っている第5部、報告とその分析に関する第2部、そして対象8分野、45の具体的な方策に関して検討を行っている第3部、そして総合的な対策に関して言及している第4部から構成されている<sup>13</sup>。

またこの EBM 研究センターは医療安全方策に関する約 3000 以上の文献をアメリカ全土の 11 機関 40 人の調査者とともに検討を行い、その結果として 73 の患者安全方策を EBM の手法によって評価した。その具体的な手法は、まず「方策の潜在的インパクト」、「方策を強めるエビデンスの強固さ」、そして「実行可能性」といった基準に基づいて、専門家のレビューアーが対象となる方策の順位づけをおこなうとされた。例えば「方策の潜在的インパクト」に関してはその方策が対象とする人口の大きさが年間 30 万以上の場合、「高」、年間 3 千に満たない場合を「低」として、その中間を「中」とし、さらにその方策の現在の普及度に応じて最終的な順位づけを調整するとうものであった。こうした順位づけは、さらに「方策を強めるエビデンスの強固さ」、「実行可能性」に関しても同様に行われ、最終的にこれらの順位づけを統合した形で順位づけを導き出している。

そして最終的に 73 の患者安全方策はその有効性と費用、ならびにその方策の難易性、複雑性により 5 つのカテゴリーに分類された。

第一のグループはきわめて科学的根拠が強いもので、強く推奨されうる課題が 11 項目。つづいて有効性が高い第二のグループ 16 項目。あわせて主として行うべき安全方策として 22 項目が推奨されている。ついで 15 項目については中等度の効果があるといわれており、最後の 11 項目については最も弱い根拠となっており、これらはさらに詳しくその有効性が評価され、研究される必要性があることが述べられている。

Addendum to Summary: Patient Safety Practices Rated by Strength of Evidence(Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices)  
<http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/addend.htm>

影響と有効性に関するエビデンスが最も強い患者安全方策		
対象となる患者安全性問題	患者安全方策	実施費用／複雑性
1 中心静脈カテーテル挿入に起因する合併症	中心ライン挿入時におけるリアルタイム超音波誘導装置の使用	高
2 抗凝固薬ワルファリンの長期使用に関連する有害事象	家庭用モニター装置を利用した、患者による自己管理	高
3 人工呼吸装置が関与する肺炎	声門下部の分泌物の持続的吸入(CASS)	中
4 褥瘡性潰瘍	圧力を緩和するベッド素材の使用	中
5 術後の罹患や死亡、および重症患者	各種の栄養補給方策	中
6 静脈血栓塞栓症(VTE)	適切なVTE予防処置	低
7 心臓手術以外の手術を受けた患者における、術中およびその前後期間における心臓合併症	術中およびその前後期間におけるβ遮断薬の使用	低
8 中心静脈カテーテル関連の血流感染	カテーテル挿入時における最大限の無菌バリアの使用	低
9 手術部位感染	抗生物質による予防処置の適正使用	低
10 インフォームド・コンセントの取得忘れ、不十分な説明もしくは患者の理解不足	患者に、インフォームド・コンセントの過程で何を言われたかを思い出して繰り返し述べてもらう	低
11 中心静脈カテーテル関連の血流感染	抗生物質含浸カテーテル	低

影響と有効性に関するエビデンスが強い患者安全方策		
対象となる患者安全性問題	患者安全方策	実施費用／複雑性
12 ICU患者の罹患および死亡	ICU管理体制の変更—ICU専門医による積極的管理	高
13 入院中の合併症(身体機能低下、死)	老人病評価／管理部門	高
14 外科手術が関与する死亡	特定の手術や処置の大規模施設への局	高(不定)
15 対象とされる種類の医薬品に関連する薬剤有害事象(ADE)(鎮痛薬、KC I、抗生物質、ヘパリン)(検出対象)	潜在的ADEのコンピュータによる監視を実施	中
16 罹患および死亡	看護スタッフの変更	中
17 断続的医療に関連する有害事象	入院患者対象薬局と通院患者対象薬局間の情報伝達	中
18 入院に関連するせん妄	多要素からなるせん妄防止プログラム	中
19 人工呼吸装置が関与する肺炎	半横臥体勢	低
20 転倒および転倒による傷害	殿部プロテクターの使用	低
21 手術部位感染	術中およびその前後期間における補足的酸素補給	低
22 インフォームド・コンセントの取得忘れ、不十分な説明もしくは患者の理解不足	AV機器利用	低
23 人工呼吸装置が関与する肺炎	消化管の選択的除菌	低
24 入院中の尿路感染症	銀合金被覆カテーテルの使用	低
25 術後の不十分な疼痛管理	薬物療法以外の介入(リラクゼーション、気晴らしなど)	低

影響と有効性に関するエビデンスの強さが中程度の患者安全方策		
対象となる患者安全性問題	患者安全方策	実施費用／複雑性
26 主として投薬指示過程に関連する薬剤過誤や薬剤有害事象(ADE)	医師の指示のコンピュータ入力(CPOE)および臨床意志決定支援システム(CDSS)	高
27 入院中の尿路感染症	恥骨上カテーテルの使用	高
28 重症患者の医療施設間搬送に起因する有害事象	病院間専門搬送チーム	中
29 指示や監視に関連する薬剤過誤や薬剤有害事象(ADE)	臨床薬剤師助言サービス	中
30 重度の院内感染(バンコマイシン耐性腸球菌、クロストリジウム・ディフィシ)	バリア予防措置(上着や手袋、専用機器、専任スタッフを介して)	中
31 手術部位感染	術中およびその前後期間の血糖管理	中
32 不十分な疼痛緩和	疼痛管理サービス	中
33 抗凝固薬に関連する有害事象	抗凝固薬クマジン供給と関連診療	中
34 人工呼吸装置が関与する肺炎	持続的な揺動	中
35 拘束関連の傷害、転倒	物理的拘束を、支障のない程度に緩和するための介入	中
36 転倒	ベッド備え付け用警報装置の利用	中
37 造影剤により誘発される腎不全	浸透性の低い造影剤の使用	中
38 終末医療についての患者の意向を尊重しない	コンピュータが発する注意喚起による、先進的な医療方針の検討	中(不定)
39 重大な異常結果の不通知(パニコウ塗抹標本検査など)	患者への検査結果通知に関する規則	低
40 ストレス関連の消化管出血	H2拮抗薬	低
41 肺炎球菌による肺炎	肺炎球菌予防ワクチンの接種回数を増やすための方法	低
42 抗生物質耐性株に起因する院内感染	抗生物質の使用の制限	低
43 造影剤により誘発される腎不全	アセチルシステインによる水分補給の慣	低
44 非X線医によるX線写真やCTスキャンの臨床重大な誤読	教育介入および継続的な品質向上方策	低
45 インフォームド・コンセントの取得忘れ、不十分な説明もしくは患者の理解	書面によるインフォームド・コンセント情報の提供	低
46 抗凝固薬に関連する有害事象	リスクの高い薬物の取り扱い規則:ヘパリン用のノモグラム	低
47 手術部位感染	術中およびその前後期間の正常体温維	低

影響／エビデンスの強さが低い患者安全方策		
対象となる患者安全性問題	患者安全方策	実施費用／複雑性
48 入院中の合併症(転倒、せん妄、身体機能低下、死亡など)	老人病相談サービス	高
49 医療チームの医療遂行能力問題に関連する有害事象	航空産業スタイルのクルー資源管理の適用(麻酔危機管理、MedTeamsなど)	高
50 医療従事者の疲労に関連する有害事象	医療提供者個々の就業時間の制限	高
51 中心静脈カテーテル関連の血流感染	中心静脈カテーテルの皮下トンネル短期利用	中
52 特定の処置や状況に対する経験が浅い、あるいは不慣れた医療提供者に起因する有害事象	シミュレーターを利用した訓練	中
53 医薬品の調剤および／または投与における薬剤有害事象(ADE)	自動調剤器の利用	中
54 患者誤認による有害事象	バーコード化の実施	中(不定)
55 中心静脈カテーテル関連の血流感染	挿入部位の消毒(ポビドンヨード、クロルヘキシジンなど)	低
56 中心静脈カテーテル関連の血流感染	ヘパリンの使用	低
57 入院患者の腹痛に対する不十分な緩和	診察上の精確さを損なわない程度の、急性腹症患者への鎮痛薬の投与	低
58 院内感染	手洗い順守を強化(教育／行動様式の変更、洗面台の技術や設置、洗剤の材料を介して)	低
59 終末医療についての患者の意向を尊重しない	生命維持治療用の医師の指示書の使用(POLST)	低
60 調剤におけるADE	1回量投与システム	低
61 麻酔術における重篤事象	術中の生命徴候や酸素供給の監視	低
62 引き継ぎ時の有害事象	標準化・構造化された医師用の申し送りシステム	低

影響／エビデンスの強さが最も低い患者安全方策		
対象となる患者安全性問題	患者安全方策	実施費用／複雑性
63 中心静脈カテーテル関連の血流感染	カテーテルの定期的交換	高
64 転倒および転倒関連の傷害	患者治療エリアにおける特別の床材の使用	中
65 間違った部位への侵襲的診断や治療	「治療部位への印」の慣例化	中
66 中心静脈カテーテル関連の血流感染	抗生物質のルーティーン投与	中
67 麻酔装置の誤作動による合併症	麻酔前チェックリストの使用	低
68 退院時の情報提供不履行に関連する有害事象	構造化された退院要項の使用	低
69 手術器具の患者の体内への置き忘れ	縫合針、器械およびスポンジの勘定	低
70 人工呼吸装置が関与する肺炎	スクラルフエートの使用	低
71 転倒	識別プレシットの使用	低
72 造影剤により誘発される腎不全	テオフィリンによる水分補給実施規則	低
73 重症患者の病院内搬送に起因する有害事象	搬送中の人工呼吸を手動ではなく機械で行う	低

#### IV. リープフォログ 3 方策

リープフォログ・グループは先にも述べたとおり、米国 Business Roundtable、ロバート・ウッド・ジョンソン基金(Robert Wood Johnson Foundation)およびフォーチュン 500 に上げられるような大企業より構成され、その医療サービスにおける購入力とその影響力を通して医療の質や安全を高めていこうとする団体である。このリープフォログ・グループは 2000 年に安全を高めるための具体的な指標として EBM に基づいた 3 つの方策を推奨した<sup>14</sup>。それは「医師によるコンピュータオーダリングエントリー」、「根拠に基づく病院紹介」、「集中治療室への専門医師配置」の 3 点である。「医師によるコンピュータオーダリングエントリー」に関しては、医師が直接薬剤オーダーを誤薬予防ソフトと連結したコンピューターを通して行うことにより、薬剤の処方より生じる深刻なエラーを 50%以上減らせることが示されているとしている。「根拠に基づく病院紹介」に関しては、非常に難しい症状を抱える患者を、その患者の症状に適切な治療や手術を年間どのくらい行っているかなどの科学的な根拠に基づいた治療成績を示している病院に紹介することによって、患者の死亡リスクが 30%以上引き下げられることが示されているとしている。「集中治療室への専門医師配置」に関しては ICU に救急医療の資格を持つ医師を配置することによって、患者の死亡リスクを 10%以上引き下げられることが示されているとしている(表 3)。リープフォログ・グループの戦略はこうした三つの方策を具体的に実施する医療機関による医療サービス購入を促進することによって、医療安全を推進することができるものである。また 2001 年より全米 22 の地域において、このリープフォログ・グループが推奨する 3 つの方策を各医療機関がどの程度実施しているかに関するデータを收拾しており、かりに全米の医療機関がこの 3 つの方策を実施した場合、6 万人以上の人々が医療事故を避けることができ、50 万件以上の誤薬事故を予防することができ、約 97 億ドルが節減できると主張している。

June 2003 THELEAPFROGGROUP FACT SHEET

(<http://www.leapfroggroup.org>)

方策	内容と根拠
医師によるコンピュータオーダーリングエントリー	医師が薬剤オーダーを誤薬予防ソフトと連結したコンピューターを通して直接行うことにより、薬剤の処方より生じる深刻なエラーを50%以上減らせることが示されている。
根拠に基づく病院紹介	複雑な(高度な)医療を要する患者を、科学的に妥当な基準を満たす病院(例えば当該治療、手技の年間施行数など)に紹介することにより、患者の死亡リスクが30%以上引き下げられることが示されている。
集中治療室への専門医師配置	ICUに救急医療の資格を持つ医師(専門医)を配置することにより、患者の死亡リスクを10%以上引き下げられることが示されている。

V. まとめ

コンセンサスに基づいた NQF30 方策は、EMB 手法に基づく AHRQ の評価によって全てカバーされているものである。また Leapfrog の提示した 3 方策も当然含まれている。したがって、この 30 方策は極めて重要かつ緊急性の高いものであり、医療安全を実質的に推進するためにも、医療現場において実施されることが望ましく、かつその効果も高いと考えられる。

以上

- 
- <sup>1</sup> Brennan T A, Leape L L, Laird, N M, et al. :Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients: Results of the HMPS I . *New England Journal of Medicine*, 324: 370-376, 1991.
  - <sup>2</sup> Thomas E J, Studdert D M, Burstin, H R, et al. :Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. *Medical Care*, 38: 261-271, 2000.
  - <sup>3</sup> Wilson M R, Runciman W B, Gibbert R W, et al. :The Quality in Australian Health Care Study. *Medical Journal of Australia*, 163: 458-471, 1995.
  - <sup>4</sup> Vincent C, Neale, G, Woloshynowych M: Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*, 322: 517-519, 2001.
  - <sup>5</sup> Davis P, Lay-Yee R, Schug S, et al.: Adverse Events Regional Feasibility Study: methodological results. *New Zealand Medical Journal*, 114: 200-202, 2001.
  - <sup>6</sup> Davis P, Lay-Yee R, Schug S, et al.: Adverse Events Regional Feasibility Study: indicative findings. *New Zealand Medical Journal*, 114: 203-205, 2001.
  - <sup>7</sup> Schioler T, Lipczak, H, Pedersen B L, et al.: Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records [Danish]. *Ugeskr Laeger*, 163: 5370-5378, 2001.
  - <sup>8</sup> Thomas E J, Studdert D M, et al.: A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA I : Context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics. *International Journal of Quality Health Care*. 12: 371-379, 2000.
  - <sup>9</sup> Runciman W B, Webb R K, Helps S C, et al.: A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA II : Reviewer behavior and quality of care. *International Journal of Quality Health Care*, 12: 379-388, 2000.
  - <sup>10</sup> 川島康男,瀬尾憲正,森田 潔,他. 「麻酔関連偶発症例調査 1999」について : 総論-日本麻酔科学会手術室安全対策委員会報告. *麻酔*. 50: 1260-1274. 2001.
  - <sup>11</sup> 日本消化器内視鏡学会偶発症対策委員会. 消化器内視鏡関連の偶発症に関する第3回全国調査報告-1993年より1997年までの5年間. *Gastroenterological Endoscopy*. 42: 308-313. 2000
  - <sup>12</sup> The National Quality Forum: Safe Practices for Better Healthcare. A Consensus Report. The National Quality Forum 2003.
  - <sup>13</sup> Agency for Healthcare Research and Quality: Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment Number 43. Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services 2001
  - <sup>14</sup> Birkmeyer, JD et al: Leapfrog Safety Standards: The Potential Benefits of Universal Adoption. The Leapfrog Group 2000.

オーストラリアにおける患者の苦情処理 — ヴィクトリア州を中心に

研究協力者 立教大学大学院法学研究科博士後期課程 峯川浩子

研究要旨

医療事故情報の取り扱いを巡っては、オーストラリアにおいても議論が盛んであり、さまざまな制度的取り組みがなされてきているところであるが、同国におけるこの問題は、Malpractice Crisis に起因する不法行為法制度改革・医療制度改革と密接な関係がある。すなわち、医療過誤訴訟の増加・責任保険支払額の増大を抑制するために、①医療の質と安全—医療事故の防止—を図り（したがって、同じ過ちを繰り返さないという事故防止策を講じるために、事故情報が収集・分析・蓄積される）、②事故（苦情）が生じた場合であっても民事手続き以前に、責任を明らかにすることで医療や医師に対する不信や不満を解決し紛争を避ける、という政策目標がその背景にある。

オーストラリアにおいては、1970年代頃まで医師がなす治療や結果に対して患者が疑問を呈することはほとんどなかった。しかし、消費者運動の高まりと共に、治療や結果を盲目的に受け入れることはなくなった。結果として、患者は唯一の苦情および紛争処理手段である医療過誤訴訟に訴えるようになり、訴訟が増大した。このような背景のもとでオーストラリアの各州は、患者の不満や患者と医療機関との間の紛争を解決するために、訴訟手続きに至る以前にこれらの問題を処理するADR（裁判外紛争処理）システムの構築（具体的には第三者機関の設立）を優先課題として取り組んできた。また、医師実務法を徹底的に改正し、無能力やネグリジェンス（民事上の過失）を懲戒手続きの根拠理由に組み込んだ。さらに、医療過誤訴訟の増加・責任保険支払額の増大を抑制するために不法行為法制度改革と保険制度改革が今日連邦レベル・州レベルで今日進行している。

本稿においては、これらの取り組みのうち、第三者機関の苦情処理のメカニズムと医師免許登録委員会による懲戒手続きについて検討する。

A.研究目的

医療の安全と医療や医師に対する不信を改善するために、オーストラリアにおいてはどのような取り組みがなされているのかを検討することにより、我が国における医療安全の推進と医療および医師に対する信頼を回復するための方策を講じる手がかりを得ることを目的とする。

B.研究方法

公刊されている判例、書籍、論文およびウェブ・サイト上からの情報の収集・分析、インタビュー等により研究を行った。

## C.研究の成果

### はじめに

今日オーストラリアでは、州レベルの立法を通してヘルスケアの消費者に対して苦情を申立てる権利を認めており、州政府はヘルスケアサービスの質や保健医療従事者に関する苦情を処理するための第三者機関を設立している。オーストラリアで初めて、苦情を処理するための機関設立に関する立法を行ったのは、ヴィクトリア州（1987）である。その後、サウス・オーストラリア州（SA）を除く全州がヴィクトリア州に類似した法律を制定した。

医療に対する国民の不信や医療関係者の公的責任の高まりと共に、これら第三者機関の必要性に関しては、広いコンセンサスがある一方で、第三者機関の介入が医療関係者の公的責任の形成に対し、どの程度効果があるかについての一致した見解は得られていない。この点に対する見解の相違は、苦情処理機関の主要な機能について、「訴追アプローチ」と「調停アプローチ」という2つの立場を形成している。本稿においては、まず、医師を中心にして医療関係者をめぐる法制度と懲戒手続きの概要について概観し（Ⅰ）、次に、「訴追アプローチ」と「調停アプローチ」について簡単に紹介する（Ⅱ）。さらに、「調停アプローチ」を採る州の中でも、先導的立場にあるヴィクトリア州における第三者機関の苦情処理のメカニズムと医師免許登録委員会による懲戒手続き概要について紹介する（Ⅲ）。

### Ⅰ. 医療関係者をめぐる法制度と懲戒手続きの概要

一般に、医師プロフェッションは会員の能力と倫理を保持して、一般市民の期待に答える義務があるといわれる。しかし、医師集団もまた、弁護士や公認会計士といった他の職業集団と同じように、立法によって、その会員の能力や倫理を統制する権限が付与されない限り、その会員に対し「効果的な統制」をなすための、限定的な能力しか有しない。

オーストラリアにおいて、医師プロフェッションに対する規制を課す立法は、医師実務法あるいは医師法といった免許法の形態で、19世紀に導入され始めた。それは、現代の医療行政において欠くことのできないものとなっているけれども、オーストラリアを含めた欧米諸国では、医師プロフェッションそのものが、国家に対して、免許による規制を要求した。医師は、職業に就くための基準、教育訓練の期間、登録、業務と行為の水準を支配する権限を国家に要求し、そのような統制に関する権限は、医師免許登録委員会(Medical Registration Board)として知られる制定法上の機関 (Statutory Body) に対して付与された<sup>1)</sup>

---

<sup>1)</sup> アメリカやイギリス・カナダといった英米法圏の国々では、政府が立法によって、継続的な政府の監督に服さない自己統制する機関をしばしば創造し、立法や監査、執行も含めて、政府の有する機能を民間部門に委譲する。例えばアメリカの医師や看護師といった専門職者の免許委員会もオーストラリアのように、準立法機能（施行規則制定）、準行政



医療専門職者の中でも最も早く、免許による規制を獲得したのは医師であったけれども、今日、医師、歯科医、薬剤師、看護師、検眼士、理学療法士、心理療法士の6種は、いずれの州においても登録を要求されており、専門職毎に独立した免許登録委員会がある。

#### 1、免許登録委員会

免許登録委員会は、オーストラリアにおいては医療関係者の監視者であり、一般に州における専門的実務の水準を促進し、維持するほか、免許登録の決定、教育内容の決定を行い、保健省に対して専門的実務や登録に関連する事項の助言などを行う。登録された医療関係者は、各免許登録委員会が規定した準則に服さなければならず、専門的視点からそのプロフェッションに罪があると非難されるような場合には、一般的に免許登録委員会は、制定法が定める範囲でその専門職を懲戒する権限を有する。しかし、その権限と範囲については、法域によって大きな差がある。免許登録委員会は、医療関係者の登録当局 (Registration Authorities) であるが、制定法上の機関 (Statutory Body) であり、その職務が遂行される方法に関して制定法上の規定に服する。

なお、日本の医師会に相当する団体として、オーストラリア医師会 (Australian Medical Association; AMA および支部たる各州の医師会) があるが、医師会は医師の関心事の為に、政策的な発案を行う任意の団体であり、医師免許登録委員会とは異なる。同様に、看護師の場合にも、Australian Nurses' Association、Australian College of Nursing があるが、看護師免許登録委員会) Nurses Registration Board とは異なる任意の団体である。

#### 2、免許登録委員会の構成

各州における医師免許登録委員会と看護師免許登録委員会の構成員数は法域によって様々である。しかし、通常、医師免許登録委員会の場合には、医師、法律家、医師ではない一般人によって構成される。看護師免許登録委員会の場合は、准看護師、登録看護師 (助産婦)、法律家と看護師ではない一般人となっている。

以下に、ニューサウスウェルズ州、ヴィクトリア州における医師免許登録委員会と看護

---

機能 (例えば、免許の授与、調査や訴追)、準司法機能 (違反がなされたかどうかを決定するために聴聞を開く、制裁を課す) といった3つの多大な権限を有する行政法上の行政機関である。こうした行政の自己統制モデルに関して、例えば、E.ゲルホーン、R.M.レヴィン著、大浜啓吉、常岡孝好訳『現代アメリカ行政法』(木鐸社、1996年); Margot priest, The privatization of Regulation: Five Models of Self Regulation, 29 Ottawa L. Rev. 233 (1997-98); Texas Medical Practice Act ; <http://www.tsbme.state.tx.us/rules/rules/htm>; Texas Nursing Practice Act & Nursing Peer Review Act ; <http://www.bne.state.tx.us/nparr.htm>

師免許登録委員会の構成員について記す。

(1) ニューサウス・ウェールズ州

① NSW 医師免許登録委員会の構成 (Medical Practice Act 1992 § 130)

20人の委員によって構成され、州総督 (Governor) によって全て任命される。そのうち医師は12名である。委員の任期は4年で、再選可能である。

■保健省の役人である医師か、あるいは、Area Health Service Act 1997の下で構成される公的保健機関の被用者である医師—1名

■オーストラリア医師会 (NSW) が選抜した医師—2名。

■シドニー大学の評議会、ニューサウスウェルズ大学の評議会、ニューカッスル大学の評議会が共同で選出した医師—1名

■他8名の医師は以下のグループが1名ずつ選出する。

the Royal Australian College of Physician(NSW Committee)

the Royal Australian College of Obstetricians and Gynecologists( NSW Committee)

the Royal Australian College of Surgeons( NSW Committee) ,

the Royal Australian College of General Practitioner(NSW Faculty),

the Royal Australian College of Medical Administrators(NSW Committee),

the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists( NSW Branch),

the Royal college of Pathologists of Australasia

the Royal of Australasia College of Radiologists

■Health Care Complaints commission に関連する団体によって選抜された者—1名。

■保健省大臣によって選抜されたバリスターかソリスター—1名

■医師ではない6名は、大臣によって選抜される。そのうち少なくとも4名は、医療サービスの消費者として患者の利益に詳しい者と大臣が考える者が選抜される。

② NSW 看護師免許登録委員会の構成 (Nurses Act 1991 § 9)

13名の構成員によって構成される。

■ 登録看護師によって、選出された登録看護師—3名

■ 准看護師によって選出された准看護師—1名

■ 助産婦の登録団体によって選出された登録看護師—1名

■ NSW Nurses' Association によって選出された登録看護師—1名

■ NSW College of Nursing によって選出された登録看護師—1名

■ 保健省、地域保健サービス、外来サービス、保健行政法人の役人であり、かつ保健省大臣によって選出された登録看護師—1名

■ 看護教育の専門性を有する登録看護師—1名

■ 保健省大臣によって選出された精神看護の領域で実務を行う登録看護師—1名

■ 保健省大臣によって選出されたバリスターかソリスター—1名

■ 保健省大臣によって選出された消費者の代表者—2名

## (2) ヴィクトリア州

① Vic. Medical Practitioners Board の構成 (Medical Practice Act 1994 § 67-69)  
保健省大臣によって選抜され、評議会 (Council) の理事によって指名された 12 名によって構成される。

■ 12 名のうち 9 名は、登録された医師である。残りの 3 名は、1 名は法律家であり、2 名は医師ではない一般人である。このうち、2 名が免許登録委員会の委員長および委員長代理に指名される。

② Vic. Nurses Board の構成 (Nurses Act 1993 § 65, 67-71)  
保健省大臣によって選抜され、評議会 (Council) の理事によって指名された 12 名によって構成される。

■ 12 名のうち、9 名は Division 2 において登録されている登録看護師である。残りの 3 名は、1 名が法律家であり、2 名は看護師ではない者である。このうち、2 名が免許登録委員会の委員長および委員長代理に指名される。

### 3、懲戒手続き (disciplinary action)

全ての州の実務法は、医療関係者の専門的行為について、苦情を申し立てる権利を国民に認めている。さらに、申し立てられた事項を調査した結果として、医療関係者を懲戒する権限を懲戒当局 (disciplinary Authority) に委任している。懲戒当局は、懲戒事項を決定するために聴聞を行うが、一般にその前提として、調査、鑑定人の召還、証書や文書作成の依頼、申し立ての前提となる事実アクセスすることやその事実に関係する人に対して補助を強要したり、事実と反する証言の制限等の権限を有する。ヴィクトリア州 (Vic.)、ウェスタンオーストラリア州 (WA)、ノーザンテリトリー (NT)、オーストラリアキャピタルテリトリー (ACT) では、免許登録委員会が懲戒する権限を有する。クウィーンズランド州 (Que)、サウスオーストラリア州 (SA)、タスマニア州 (Tas) では免許登録委員会に懲戒の一部を行う権限を認める。ニューサウス・ウェールズ州 (NSW) では、医事審判所、専門職水準委員会、心身障害登録者委員会に懲戒する権限がある。

### 4、懲戒手続きの根拠

今日、全ての法域において、懲戒手続きとなる主要な理由は、「専門的に不適切な行為」である。かつて、オーストラリアにおける懲戒手続きの主な理由は、個人の医師が、「専門的観点から見て不名誉な行為 (infamous conduct)」を犯すことであった。そのような行為には、「過誤や能力が不足する重大な専門家過失 (malpractice) や重大な無能力」は含まれていなかった。換言すれば、「不名誉な行為」は、専門的実務を指したのではなく、むしろ、プロフェッションの名声を不評にするような、患者との姦通や犯罪といった「非紳士的な」行為であった<sup>2)</sup>。医療に対する公共の不信や不満が高まる中で、多くの州は、「医師実務法」

<sup>2)</sup> Hoile v. Medical Board of South Australia, 104 CLR 107(1961)

David Thomas, Introductory Overview, in MEDICINE CALLED TO ACCOUNT: HEALTH COMPLAINTS MECHANISMS IN AUSTRASIA 4(Thomas ed. 2002) [hereinafter cited as Thomas]

をはじめとする各医療専門職者の「実務法」を改正した<sup>3)</sup>。そして、古めかしい「不名誉な行為」の用語を捨て、もっと厳格な統制がなされるように、「専門的に不適切な行為」の語を採用し、その定義の中に、無能力とネグリジェンス（民事上の過失）を含めた<sup>4)</sup>。法律上の定義は様々であるが、何が専門的観点からいって不適切な行為を構成するかについての基準は類似する。「非倫理的な行為(unethical conduct)」「専門的に不適切な行為(professional misconduct)」「専門的観点から不適切な行為(misconduct in a professional respect)あるいは「非専門的行為(unprofessional conduct)」といった言葉は全て、免許登録委員会ないし懲戒当局において調査することができる「行為」を表現している。以下に、ニューサウス・ウェールズ州、ヴィクトリア州における「専門的に不適切な行為」の内容について記す。

#### (1) ニューサウス・ウェールズ州

NSWは二段階の基準を導入している。「専門的に不適切な行為(professional misconduct)」とは、登録の抹消を正当化できるほどに十分な不満足な専門的行為である。それよりも深刻ではない「不十分な専門的行為(unsatisfactory professional misconduct)」とは、医業に従事するプラクティショナーによって、適切な知識・技術・判断・注意の欠如が示される行為である。(NSW Medical Practice Act 1992 § 36)

これには、非倫理的行為も含めた以下の行為が含まれる。

- 本法および施行規則に対する（作為・不作為にかかわらず）、プラクティショナーの違反
- そのプラクティショナーの免許登録の置かれている状態に対する（作為・不作為にかかわらず）、そのプラクティショナーによる違反
- 以下の犯罪に関して有罪と決定される、あるいは犯罪の判決に服する行為：

(i) Mental Health Act 1990 § 204 の下での犯罪

(ii) Children and Young Persons (Care and Protection) Act 1998 § 175 の下での犯罪

(iii) Guardianship Act 1987 § 35 の下での犯罪

(iv) コモンウェルスの Health Insurance Act 1973 § 128A, 128B, 129, 129AA, 129AAA の下での犯罪

医師が承認されたガイドラインに違反した場合は、「専門的に不適切な行為」あるいは「不十分な専門的行為」となる可能性がある。たとえば、1995年に官報で告示された規則は、医師や看護師に感染防止の水準に従うことを要求するが、これに従わないことは「懲戒手続き」の根拠となる。

#### (2) ヴィクトリア州

---

<sup>3)</sup> Thomas, Id. at 5.

<sup>4)</sup> NSW Medical Practice Act 1992, § 36-38; Vic Medical Practice Act 1994, § 3; Qld health Practitioners (Professional Standard) Act 1999 § 124; Sa Medical Practitioners Act 1983 § 5; Wa Medical Act 1894 § 13(1); Boerema v. Medical Board of Western Australia; Tas Medical Practitioners Registration Act 1996 § 45(2); NT Medical Act 1995 § 38(1)(g),(h); 38(2); ACT Medical Practitioners Act 1990 § 35(1).

ヴィクトリア州では、「非専門的行為(unprofessional conduct)」が、他州における「専門的に不適切な行為(professional misconduct)」や「専門的観点から見て不名誉な行為(infamous conduct)」の定義を包含している。これには、次の行為が含まれる(Vic Medical Practice Act 1994 § 3)。

- 一般市民や同僚の医師が登録されている医師に対して、合理的に期待できると思われる水準以下の専門的行為
- 専門的に不適切な行為(professional misconduct)
- 専門的観点から見て不名誉な行為(infamous conduct)
- 健康にとって合理的に要求されていない、度を越えた不必要な医療サービスの提供
- 患者に傷害を生じさせる可能性のある方法での医業の遂行
- 医師実務法および施行規則に対する違反
- ヴィクトリア州の内外で正式起訴される可能性のある犯罪の事実発見
- 有罪の決定ゆえに、医師に継続的な実務を行わせることが公共の利益に適わない場合
- 医師実務法の下で課せられた免許の状態、制限に対する違反

## II. 医療の公的責任と第三者（苦情処理）機関の機能

### 1. 公的責任と2つのアプローチ

オーストラリアにおける第三者機関は、主に二つの機能を有する。第一に、裁判外の調停や和解の過程を通して、あるいは、関係した医療関係者に対して直接的に法的手続きをとることにより、訴訟に至る以前に苦情の解決を試みる。第二に、医療関係者の公的責任を形成し、執行するメカニズムとして機能する。これは反面、提供される医療の水準について監視し、その質を改善する機関として見ることもできる。医療に対する国民の不信や医療関係者の公的責任の高まりと共に、第三者機関の必要性に関しては、広いコンセンサスがある一方で、第三者機関の医療への介入が、医療関係者の公的責任の形成に対し、どの程度効果があるかについての一致した見解は得られていない。この点に関する見解の相違は、苦情処理機関の主要な機能について、「訴追アプローチ(prosecutorial approach)」と「調停アプローチ(conciliation approach)」という2つの立場を形成している<sup>6)</sup>。両者の立場を分ける観点のひとつは、「医師-患者間の信頼と法との関係」である。

「調停アプローチ(conciliation approach)」の支持者は、歴史的に、法以外のものが、患者と医師との間の適切な関係を決定すると考えられてきた点に着目する。ヒポクラテスの誓いは、決して法によって、執行されてこなかった。それ故に、苦情処理機関の目的は、医師と患者との信頼の回復に置かれるべきであり、極度の状況の場合にのみ、法の発動が執行されるべきであると主張する<sup>6)</sup>。したがって、「調停アプローチ」によれば、裁判外に

<sup>6)</sup> Thomas, *supra* note 2, at 5.

<sup>6)</sup> *Ibid.*

おける直接的な医師と患者との話し合いによってこそ、医師と患者との信頼が回復されることになり、裁判外の調停や和解が苦情処機関の活動の中心となる。

これに対して、「訴追アプローチ(prosecutorial approach)」の支持者は、プロフェッションは、認知される失敗に対しては信頼を根拠づけるために、責任を明らかにすることによって公共に答えるべきであるという理念に基づいている。訴追アプローチによれば、法は最終的な手段ではなく、医療を執行するための日常的な手段であり、達成されるべきと考えられる正義を公共に保障することによって、信頼が回復されることになる<sup>7)</sup>。懲戒の目的の一つは、信頼の回復である。したがって、法的調査と訴追が、苦情処機関の活動の中心となる。

## 2、訴追アプローチ(prosecutorial approach)

「訴追アプローチ」は、医学的過ちに対する専門職者の公的責任を保障し、結果的に侵害を受けた人に対して、正義を与えるということを予定している。公的責任の執行は、医療施設に対してだけでなく、過失ある、無能力なプラクティショナー個人に対する法的ペナルティの発動を要請する。このアプローチは、特にニューサウス・ウェールズ州とニュージーランドの苦情処理メカニズムと結びついている<sup>8)</sup>。ニューサウス・ウェールズ州の苦情処理機関である Health Care Complaint Commission(HCCC)は、主に、ヘルスケアにおける専門的水準の違反を調査し、プラクティショナーを訴追することに焦点をおいた苦情処理を行っている。HCCC は、プラクティショナーを召喚することや記録を調査するために、広範囲の調査権限を付与された制定法上の機関である。その役割の中心は、水準以下のケアを特定し、矯正することを、公共に保証することに向けられている。

オーストラリアにおける各州の医師免許登録委員会には、歴史的に、次の2つの重要な権限が国家によって付与されてきた。第一に、実務の水準を決定し、認定資格や登録資格の基準を定める。第二に、高度の水準を維持するために、会員に対し懲戒手続きを執行する<sup>9)</sup>。しかし現行法の下では、ニューサウス・ウェールズ州医師免許登録審議会には、医師を懲戒する直接的権限が付与されておらず、HCCC が、苦情を調査し、問題のある医師を訴追し、医事審判所、専門職水準委員会、心身障害登録者委員会に医師を懲戒する権限が委ねられている<sup>10)</sup>。換言すれば、HCCC は、歴史的に医師免許登録委員会に委ねられていた2つの機能のうちのひとつである「懲戒手続き」を執行する上で重要な役割を演じており、医師免許登録委員会は、事実上、「懲戒手続き」を執行するための自律した権限を喪失してしまっている。したがって、この「訴追アプローチ」は、医師の自律に多大な影響を

7) *ibid.*

8) ニュージーランドにおいては、Health and Disability Commissioner が苦情処理にあっている。活動の詳細は、Health and Disability Commissioner Act 1994；藤澤由和、長谷川敏彦「医療安全政策の国際動向とその方向性」；5. 苦情対応、病院第62巻1号48頁、51頁以下参照。

9) Thomas, *supra* note2, at 2.

10) 峯川浩子「オーストラリアにおける医療の安全の推進と法的問題」平成14年度研究報告書「医療安全推進に関する法的問題に関する研究」109頁以下参照。

及ぼすとして疑問が投げかけられている<sup>11)</sup>。他方で、医師免許委員会は、専門的行為に対して懲戒を行ってこなかったという歴史的事実と、一般大衆の間に、誤りを侵した医師に対して、強い「応報」の感情があることをある調査が示しており<sup>12)</sup>、これらは、「訴追アプローチ」を支持する論拠のひとつとなっている。

### 3、調停アプローチ(conciliation approach)

「調停アプローチ」は、後述するヴィクトリア州をはじめとして、ニューサウス・ウェールズ州を除く、全州がヴィクトリア州に類似したアプローチを採用している。調停的アプローチの支持者は、医学的誤りや不運が生じたとき、非法的紛争解決の手法を通して処理することが、医師（医療関係者）と患者との紛争を処理するために最善の方法であると主張する<sup>13)</sup>。したがって、苦情処理機関の主な仕事は、過誤を侵した医師（医療関係者）と権利を侵害された患者との直接的対話が促進されることにある。その方法としては、係わった当事者が直接的に対話するか、あるいは、調停者が当事者間に入るかである。いずれにしても、当事者間において、信頼が修復される方向に動くことを期待するものである。調停的アプローチの採択を進めることには、強い実用性があると言われる。第一に、医療の苦情の大部分は、このような方法で、もっと上手く解決することができ、法に頼る必要性はないということが、経験的に示されている。著しいネグリジェンスや無能力は、懲戒団体に差し向ける必要があるが、それはほんの一握りのケースにすぎない。第二に、医療関係者に対して、医療過誤の結果の怖れを少なくすることによって、非敵対的なアプローチは、当事者の直接的対話を容易にし、過ちを正すことができる。それは、制度を改善することにも寄与することになる。第三に、調停を基礎にした苦情処理が、公的支出を抑制し、国庫に対しより少ない要求をなすことになる<sup>14)</sup>。

これに対し、訴追アプローチの支持者は、調停は不適切な公的責任のメカニズムであるとして、「和解と信頼の回復は、個人的レベルにある。それらは、適切な法手続きの適用の努力と過ちや非行に対する賦課を覆い隠す可能性がある。個人的な手続きは、正義が達成されたとしても、公共はそれが達成されたことを見ることはできない。この可視性の欠如はまた、制度的問題を不明確にする可能性がある」と主張している<sup>15)</sup>。

## III. ヴィクトリア州における苦情処理

ヴィクトリア州は、オーストラリアで初めて、医療サービスに関する苦情を処理する第

---

11) David Thomas, *New South Wales: The Complaints Unit/ Health care Complaints Commission, in MEDICINE CALLED TO ACCOUNT: HEALTH COMPLAINTS MECHANISMS IN AUSTRASIA* 21-26 (Thomas ed. 2002)

12) Thomas, *supra* note at 8; 1996年2月から1997年2月までの間に、HCCCによる苦情処理が終結した人を対象に行われた調査の結果、290人は苦情処理の過程や結果に対して不満足であった。それらの人のうち、補償を望む人は少なく、多くの人は医師を処罰してほしいと願っていた。

13) もっとも、ニューサウス・ウェールズ州のHCCCも、機能の中心が調査や訴追に置かれているとはいえ、直接的対話や調停による紛争の解決を行っていることに注意されたい。詳細は、平成14年度研究報告書「医療安全推進に関する法的問題に関する研究」109頁以下参照

14) Thomas, *supra* note at 9.

15) *Ibid.*

三者機関(Health Service Commissioner ; HSC) を設立した。HSC は、Health Services(Conciliation and Review) Act 1987 (HSA) の下で設立された公的機関であり、事務所を構え、医療関係者や医療サービスに関する苦情を受領し、苦情原因の特定や調査、調停といった活動を行う。ヴィクトリア州の苦情処理機関の特徴は、苦情の評価にあたり、医療関係者が不合理に行為したと判断した場合には、調査のためにその苦情を各専門職者の免許審議会に差し向け（それ故に、医療関係者の懲戒手続きには介入しない）、大部分の苦情を、調停の過程を通して処理する点である。その後、ニューサウス・ウェールズ州を除く全州が、ヴィクトリア州に倣って、同じような苦情処理システムを導入した。

HSA の下での調停は、当事者間での問題解決を促進するための、インフォーマルな調停であるが、賠償に関する折衝や賠償額に関する調停もなされる。これが失敗に終わった場合には、裁判所における公式な調停に移すことができる。インフォーマルな調停の間に述べたこと、認めたことの証拠は、裁判所やヴィクトリア州民事行政審判所(Victorian Civil and Administrative Tribunal(VCAT)<sup>16</sup>)、免許登録委員会の前での手続きにおいては、証拠として認められない

苦情の申立ては、HSC にも、また、各専門職の免許登録委員会にも申立てることができる。調査の後、苦情を申立てられた医療関係者が、不合理に行為したというだけの、正当な理由があると HSC が判断した場合には、苦情は関係する免許登録委員会に差し向けられる。免許登録委員会が受理した苦情は、公式な聴聞を実施するか、インフォーマルな聴聞を実施するかを決定するために、予備調査が行われる。聴聞において深刻な苦情や医療関係者が適切な水準に適っていないという証拠があった場合には、懲戒手続きが実施される。

以下では、ヴィクトリア州における苦情処理のメカニズムについて紹介し、次に、医師免許審議会における懲戒手続きの概要について論述する。

## 1、HAS の指導原理と HSC の機能

### (1) 指導原理

HAS の指導原理は、ヴィクトリア州における医療提供者と利用者に対して、以下のことを促進することにある。

- 状況が許される限り、できるだけ迅速な質のあるケアの提供
- 思いやりのあるヘルスケア
- ヘルスケアを提供されている人に対するプライバシーと尊厳の尊重
- 提供されるサービス、有益な治療に関する適切な情報の提供
- 個人のヘルスケアに影響を与える意思決定への参加
- 治療を受容するあるいは拒否するためのインフォームド・チョイスや教育への参加、リサーチプログラムの環境づくり

---

<sup>16</sup> 苦情の内容が、医療サービスの費用に関連するものであったとき、HSC による苦情処理では適切な問題解決がはかれない場合がある。そのような内容の苦情処理は、HSC よりむしろ VCAT の Civil List による苦情処理が容易で有益であると言われている。



HSA は、本法に規定された HSC の活動を円滑に行うために、その運営を掌る医療調査評議会 (Health Service Review Council) の設立を規定している。評議会は、大臣によって任命された 11 名で構成され、次のような活動を行う (§ 12)。

- 医療の苦情や HSC の運営に関し、大臣に助言する。
- 専門性を与えるために、HSC に対し手引と助言を与える。
- HSC、HSC の運営、および、本法において導かれた原理を助長する。
- HSC によって評議会に差し向けられた問題に関し、大臣と HSC に対し助言を与える。
- 大臣の承認を持って、医療サービスに関連した事項を、調査のために HSC に差し向ける。

## (2) HSC の機能

HSC は、1988 年に、Health Services(Conciliation and Review) Act 1987 (以下、HSA と記述する) の下で設立された公的第三者機関である<sup>17)</sup>。

HSC の主要な任務は、質のある医療提供を補助するために、ヴィクトリア州で提供された医療サービスの利用者からの苦情を受領し、調査し、苦情を解決することである<sup>18)</sup>。また、2002 年 1 月 1 日に、Health Records Act 2001 (Vic) (以下、HRA と記述する) が発効した。本法は、(a)公的・私的保健医療施設が所有する個人情報に関する保護、(b)自分の保健医療情報にアクセスする権利を個人に提供し、(c)保健医療情報の処理に関する苦情を解決するために利用可能な枠組みを提供することを目的とした法律である。保健医療情報を所有する組織は、本法におけるブラーバシーの原理に従って、個人に関する保健情報を管理しなければならない。個人情報にアクセスすることが困難な場合には、その苦情を HSC に申立てることができるようになった。したがって、HSC は、今日、「医療サービスに関する苦情」の外、「個人の保健医療情報に関する苦情」処理も行っているが、手続き的には、「医療サービスに関する苦情」処理とほぼ同一である<sup>19)</sup>。

## 2、HSC の苦情処理のメカニズム

### (1) 苦情の申立て

ヴィクトリア州で医療サービスを受けた人は誰でも、HSC に対し、口頭あるいは文書で、医療関係者が不合理に行為したことを申立てることができる<sup>20)</sup> (§ 17(1))。但し、苦情の申立てが口頭でなされた場合には、苦情申立てを確実にするために、申立人に対し、文書

---

<sup>17)</sup> HAS § 1 は、本法の目的を次のように規定する。(a)医療サービスの利用者のために、独立した、利用できる調査メカニズムを提供すること、(b)医療サービス供給の質を調査し、改善するための手段を提供すること、(c)HSC の機能と権限を明らかにすること。

<sup>18)</sup> HSA は、HSC の活動を次のように規定する；(a)利用者の苦情を処理する。(b)導かれた原理が実施され得る方法を提案し、医療の質を改善するために、サービス提供者を補助する。

<sup>19)</sup> なお、HSC によって苦情が拒否された場合には、ヴィクトリア州民事行政審判所で手続きを取る権利が与えられている。

<sup>20)</sup> 郵送での文書のほか、e-mail による苦情の受付も行っている。(Health Services Commissioner Annual Report 2002/2003 at 15(hereinafter cited as Annual Report))

での申立てをなすように要求しなければならない (§ 17(2))。

申立てには、次のことが含まれる (§ 16(1))。

- 医療関係者が医療サービスを提供しない。
- 医療関係者の医療サービスを提供する方法が不適切である。
- 医療関係者の医療サービスの提供が不適切である。
- 医療関係者が保持し、かつ、申立人に関連する記録に対して、アクセスが拒否されたり、制限されたりしている。
- 申立人の健康記録の開示

治療が与えられた医療施設に対し、ある医療関係者に関して苦情を申立て、満足のいく回答が得られなかった場合には、医療施設は適切な調査や適切な行動をとらなかったことを、HSCに申立てることができる。苦情の受領に基づき、HSCは、苦情の処理をどのように進めるかを決定するために、電話や面談による予備的な評価を行う。苦情が、取るに足らないものであったり、些細なことであったり、12ヶ月以上前に生じた出来事であった場合には、HSCは、申立てを拒否することができる (§ 19(1)(3))。苦情が既に、裁判所、検死官、行政控訴審判所(Administrative Appeals Tribunal)、産業裁定委員会(industrial tribunal)あるいは免許登録委員会に持ち込まれている場合には、右の機関や委員会等に委ねられている問題の範囲において、その苦情を拒否しなければならない (§ 19(2))。HSCが、苦情が調停に適しておらず、免許登録委員会によって適切に解決されるだろうと判断する場合には、免許登録委員会に苦情を差し向けることができる (§ 19(6))。また、HSCの意見において、他の人物や組織、機関によって調査が要求される場合には、苦情を他の人物や組織、機関に差し向けることができる。HSCは、苦情の申立てを受けてから通常28日以内に、(a)苦情を受理する、(b)苦情を拒否する、(c)免許登録委員会等他の機関や人物に苦情を差し向ける、という決定を行わなければならない (§ 19(8))。

## (2) 苦情に対する調停

ヴィクトリア州は、医療関係者やサービスに関する苦情を処理する方法として、医療制度の中に、調停システムを導入した。

苦情は、申立人が、その医療関係者とその問題を解決するために全ての合理的な手段を取ったと、HSCを満足させない限り、調停には差し向けられない (§ 19(5))。HSCが、代弁なくしては、調停手続きが効果的に機能しないと判断した場合を除き、申立人も医療関係者も、調停手続きの間、他者を用いて代弁させることはできない。苦情を調停に差し向けるにあたり、HSCは、HSAの下で指定された調停人を任命する (§ 20(4A))。本法の下で指定された調停人とは、調停を行うという本法の目的のために雇用された人物、あるいは、本法の目的のために雇用され、HSCにより、文書で、調停の職務をなす権限を付与されている人物である (§ 20(1))。調停人の職務は、苦情の解決を促進することである。そのために、医療関係者と苦情の申立人との調整を図り、インフォーマルな議論を行わせる。また、議論の展開を補助し、当事者が合意に達することができるように援助を行う (§ 20(5))。

調停人は、到達した合意内容の詳細を HSC に報告する (§ 20(6)(a))。合意に到達しなかった場合には、苦情が調査されることも含めて、他の推奨をなすことができる (§ 20(6)(b))。調停人は、HSC への報告を除き、調停の間に得られた情報を明かすことはできない (§ 20(15))。調停人の推奨が為されたか否かにかかわらず、HSC が、その苦情は調停できない、あるいは、さらなる手続きが保障されないと判断した場合には、苦情の処理を中止することができる (§ 20(10B))。また、HSC は、(a)医療関係者あるいは申立人が、その問題に関連した法的手続きを始めたことを知ったとき、(b) 特定の問題が ヴィクトリア州民事行政審判所の前に提出されていることを知ったとき、あるいは、(c)その問題が裁判所、ヴィクトリア州民事行政審判所、専門職免許審議会によって、適切に処理されるべきであると考えた場合には、苦情において上がってきた問題を処理することを中止しなければならない。 (§ 23(1)(a)(b)(c))。インフォーマルな調停の間に述べたこと、認めたことの証拠は、裁判所やヴィクトリア州民事行政審判所の前での手続きにおいては、証拠として認められない (§ 20(14)(a))。同様に、HSC が調査を行うための権限を行使する根拠として、用いることができない。 (§ 20(14)(b))、

### (3) 苦情の調査

HSC が苦情を受理すると決定した苦情が、HSC の意見において、調停に適さないと判断した場合 (§ 21(1))、または、調停に着手した苦情が、調停を行うのに正当であるかどうかを決定するために (§ 21(2))、あるいは、苦情を免許登録委員会等他の機関や人物に苦情を差し向けるかどうかを決定するために、苦情の調査が実施される (§ 21(2)(4))。調査の方法は、HSC の裁量に委ねられている (§ 21(3)(a))。HSA は、可能な限り形式的かつ技術的ではなく、調査を進めることを要求している (§ 21(3)(b))。調査の後に、苦情は調停が適していると決定した場合には、遅滞なく、調停のために苦情を差し向けなければならない。苦情を申立てられた医療関係者が、不合理に行為したというだけの、正当な理由があると HSC が判断した場合には、苦情は関係する免許登録委員会に差し向けられる (§ 21(2)(5))。通知が、公共の健康と安全を危険にさらすのでなければ、14 日以内に、免許審議会に差し向けた苦情のことについて、医師に通知しなければならない (§ 22(1))。免許登録委員会が苦情を調査する場合には、審議会はその手続きの進行や結果について、HSC に対し報告しなければならない (§ 24)。HSC は、罰則付召還札状(subpoena)に対する権限を有し、証人の召還や作成された文書の提出を要求することができる (§ 25)。また、治安判事に対し、土地家屋に立ち入り、調査するための令状を請求することができる (§ 27)。さらに、HSC はヘルスケアの水準に対し深刻な違反がある場合には、大臣や議会に報告し、大臣や議会の要求に基づいて、公式な調査を実施する (§ 25(b))。

## 3、HSC による苦情処理の評価 (2002/2003 年)

### (1) 予備調査と苦情の受理件数 <sup>21)</sup>

<sup>21)</sup> Annual Report, *supra* note 20, at 15-16.

2002/2003年、HSCは、7,907件の電話による予備調査を行った。このうち、「医療サービスに関する苦情」の予備調査が5,814件、「個人の保健医療情報に関する苦情」の調査が2,093件であった。予備的調査の後、一部面談を行い、HSCが実際申立てを受理したの1,327件であった。この内訳は、「個人の保健医療情報に関する苦情」が1,238件、「個人の保健医療情報に関する苦情」が89件であった。(表1参照)

表1 新たな苦情と調査 (Annual Report 2002/2003, Table1. より作成)

	電話による調査	苦情		合計
		面談	ケースの受理	
医療サービスに関する苦情	5,814	951	1,238	8,023
保健医療情報に関する苦情	2,093	75	89	2,257
合計	7,907	1,046	1,327	10,280

### (2) 苦情の深刻さ<sup>22)</sup>

HSCは、苦情を受理した際と、苦情の処理が終わったときに以下のようなスケールで、苦情の深刻さについての評価を行う。一般に、深刻さが高いほど問題を解決するために、時間や人材等が必要である。2002/2003年度は、低い54%、中等36%、高い10%の割合であった。

①低い 電話、手紙あるいは説明で容易に解決できるであろう問題。そのような問題には、取るに足らなかつたり、いやがらせだつたり、明らかに思い違いであつたり、調査が正当と認められないような苦情が含まれる。

②中等 誤解がある場合。そのような問題には、しばしば、記録に対するアクセスや費用についての紛争、無礼な言動、深刻な後遺症や続発症のない診断や治療に関するエラーが含まれる。

③高い クオリティ・アシュアランスの重要な問題が含まれている、再発を避けるために業務に変化が必要である、あるいはポリシーを発展させる必要があるような問題。人身傷害や専門的に不適切な行為、違法あるいは非倫理的な行為、深刻な医原的結果へのインフォームド・コンセントの欠如を含める。

### (3) 苦情の内容<sup>23)</sup>

▶ 2002/2003年度において、申立てられた苦情のうち最も多かつたのは治療49%(1157件)(前年度は51%)であり、次いでコミュニケーション(12%)、アクセス(10%)、費用(6%)権利の問題(5%)、管理上の問題(3%)であった。

▶ 医療提供者の苦情で最も多かつたのは、医師(36%)であり、次いで病院(35%)、医師・開業歯科医師を除く他の医療関係者(24%)、開業歯科医(5%)であった。

▶ 医師に対する苦情で最も多かつたのが不適切な診断(23%)であり、次いで不適切な治療(21%)、未熟・無能力な治療(17%)、過失ある治療(15%)、投薬(10%)、悪い診断(4%)、大雑把な治療(3%)、その他(2%)であった。

<sup>22)</sup> Id. at 17.

<sup>23)</sup> Id. at 27-36.