

自主的医療ミス報告システムにおける医療従事者の法的保護と、安全教育、情報共有を支援する目的で定められた法律である。この法律は、医療従事者が、訴訟への恐怖や患者の法的権利を妨害することなく、起こった医療ミスの原因を分析し、患者安全確保のために必要な措置や解決策を実践できるよう、定められている。この質向上のための活動過程における情報とその秘密はすべて、法律で保護されている。非合法的な情報の開示への処罰についても言及している<sup>75)</sup>。

ワシントン州でも、質向上(QI)活動に関する情報は、医療事故の民事訴訟で証拠として採用されないことが州法で定められている。現行の法律では、10人以上の医療者が就業している医療施設と病院に対して、QIプログラムの設置が義務付けられている。このプログラムの活動内容は、事故を起こした医療スタッフの処罰手順、定期的な職員の学歴、資格、認定と能力の確認、対象の苦情への即時の解決手順、予期しなかった不適切な結果・患者の苦情・示談・賠償・安全向上活動に関する情報の収集、QI教育プログラム、である。教育プログラムの内容には、質の向上、患者安全、傷害予防、患者とのコミュニケーションの向上、医療事故訴訟の原因、が含まれる<sup>76)</sup>。

#### 4) 大学(看護学部)における患者安全教育と研究

##### (1) 患者安全プログラム

ペンシルベニア大学看護学部では、2005年の春セメスターから患者安全に関するプログラムを開設した(NURS 337/537 Foundations in Patient Safety)。このプロ

グラムは、患者安全について、包括的かつ複数学問的見地から検討するもので、学生は、患者安全についての歴史的側面、現在のエラー管理に関する理解、健康施策の方向性、研究の動向、などについて学習する。また、プレゼンテーションや症例検討をとして、安全文化、現在の方針と研究、安全な患者と医療者経験の理想のための実践的アプローチを構築する方法について検討する<sup>77)</sup>。

講義で検討する患者安全の内容は、患者安全運動の歴史、医療以外の産業における安全科学、エラーの発生理論、安全な組織文化、患者安全に関する組織や報告書、行政における患者安全運動、患者安全の法的基準、患者安全に関する研究とエラーの予防、消費者とのパートナーシップと医療の透明性、課題の将来の方向性、など多岐にわたり、医療で発生するエラーと患者安全文化の構成要素など、理論的な理解と洞察の機会を提供している。IOMの報告書<sup>45)</sup>にもあるように、「エラーは絶対に避けられない」そのため、「エラーについて理解することが重要」という視点に立った多角的、包括的な学習アプローチを展開している<sup>78)</sup>。

ほか、アメリカの大学における患者安全教育では、ワシントン大学健康科学専門職教育センターに設置されている「患者安全促進のための専門職間教育の教職員リーダーシッププロジェクト(A National Curriculum for Faculty Leadership in Interprofessional Education to Promote patient Safety <FLIEPPS>)」がある<sup>79)</sup>。これは、患者安全分野における教育施設的向上と教職員リーダーの育成を通して医療専門職間教育を促進する、というものである。

「訓練者訓練 train the trainer」アプローチを用い、それぞれの教育機関や同僚に対して、患者安全における教育的変化に影響を及ぼすことのできるリーダーの育成を目指している。FLIEPPSでは、はじめての訓練者訓練ワークショップ、「Faculty Training to Promote Patient Safety (患者安全促進のための教職員トレーニング)」を開始した。ワークショップのモジュールハンドブックはワシントン大学のウェブサイトから参照することができる。( <http://interprofessional.washington.edu/ptsafety/resources.asp>)

#### (2)大学での患者安全に関する看護系研究

患者安全に関する看護系の研究は、ペンシルベニア大学看護学部だけでも多数発表されている。2004年にはRogersらが、病院の看護スタッフの労働時間と患者安全との関連について研究し、看護師の長時間労働と仕事上のエラーのリスクの明確な関連を明らかにした<sup>80)</sup>。Clarkeは、職場の患者安全環境と看護師の針刺し事故のリスクについて研究しており、適切な人員配置、器材、あるいは安全に対する組織的文化のない環境で、ナースの針刺し事故のリスクは、少なくとも2倍上昇する、と報告している。そして複数のリスク因子の中で、最も大きな因子は、人手不足であると報告している<sup>81)</sup>。Aikenらは、患者対看護師の比率が高い場合、外科患者の死亡率と救命率のリスクが高く、看護師は、よりバーンアウトや仕事への不満を経験している、と報告している<sup>82)</sup>。

#### D. 考察

#### 1. 周産期医療の実態把握

母子保健の向上は、世界の人々の健康状態の改善・向上にとって重要な課題である。しかし、その問題点や課題は、諸外国間で大きく異なっており、その国独自の問題点の把握と、課題に向けて取り組みが必要である。カナダのように妊産婦および新生児の死亡率や障害率がわずかな国では、自国の母子保健と周産期医療の課題を明確にするために、従来の死亡率・障害率に代わる新しい指標を用いた評価方法の開発が検討されている。例えば、従来外科系入院患者のケアの質を図る指標とされてきた「Failure to Rescue」<sup>1)</sup>の、分娩出産における救命過程と産科医療の質の評価への適用の可能性を検討した論文も発表されている<sup>83)</sup>。妊産婦および新生児の死亡率・障害率の極少ない国における、今後の周産期医療の安全と質を適切に評価するための安全指標や分析方法の開発の動向が注目される。

現在カナダでは、周産期医療に関する全国的な調査を複数の機関で実施しており、統一した周産期のデータベースは存在しない。州単位での調査も存在する。ブリティッシュ・コロンビア州(BC)では、BC リプロダクティブケア計画の一環として州が運営するBC周産期データベース登録で、州の約99%の出産に関するデータを把握している。そのため、そのデータの分析内容やフィードバックは、州の周産期医療の動向

1 「Failure to Rescue」とは、手術後合併症を併発した患者の内、死亡した患者数と治療して退院した患者数を比較することによって測定されるもので、入院患者が合併症を併発した際にその患者を救命できなかった、あるいは適時に診断や治療できなかったことを示す指標である<sup>49)</sup>。

の把握に大きく貢献していると考えられる。データベースへの登録は強制的でないにも関わらずほぼ全出産例のデータを把握していることから、そのデータベース参加への条件、利点、情報管理やそのリスク管理、データ登録方法などについて、さらに調査を進める必要がある。助産師の記録については、BC リプロダクティブケア計画等への提出が CMBC の会則で義務付けられている。医師の記録についても同様の義務がほかの規定等に示されている可能性もあるので、そのことも含めた調査が必要である。また、現在調整中である BC 医師会が開発した助産特定のデータベースについても、今後情報を収集していく必要がある。

2004 年より開始した、ペンシルベニア州の全医療機関を対象とした義務的インシデント報告システムは、周産期医療だけでなく、医療全体の医療事故と医療ミスに焦点を当てた報告システムである。その報告内容の分析の結果、システムに報告された医療事故とニアミスの種類や、発生施設、患者の転帰、該当医療者への対応などの特徴が明らかにされた。今後、この報告システム導入による周産期医療の質評価と患者安全向上への影響や効果についても、調査を進めていく必要がある。

ペンシルベニア大学病院 (HUP) で実施しているインシデント報告システム (PORTS) は、施設レベルの医療の質と実態把握だけではなく、現場で発生している事象に対して適時に対応できるように開発されており、行政や第三者機関で運営する報告システムとは異なった、現場のシステム特有の機能を確認することができた。HUP ではほかにも、患者満足度調査、看護

職員の職場満足度調査などを実施しており、施設の医療の質と安全が、多角的に評価されるものであることが分かった。しかし今回、これら対策の管理・運営等にかかる負担については、情報を得ることができなかった。施設への導入を考える際には、その対策による効果だけでなく、その施設の規模と診療や対象の特徴、設置と運営・維持にかかる費用、人的資源、システムを機能させるために必要な組織の構築と教育にかかる費用および、コスト対効果も含めた検討が必要であると考えられる。

## 2. 助産師の質管理

カナダの助産師は主に周産期の母児を中心にケアを提供しているが、アメリカの CNM は、新生児のプライマリーケアは含まないが、すべての年齢の女性に対する婦人科ケアの一部を担っている。カナダ、アメリカ両国間において、業務範囲に相違点は認められたが、いずれの国でも、助産師の免許登録あるいは更新における必須能力や継続教育認定の基準、業務範囲、業務方針などが具体的に示されていた。このことによって、社会に対し、免許登録を受けた助産師の一定レベルの臨床能力を保証していると考えられる。

しかし、助産師の理念を踏襲しようとさまざまな業務方針が具体的に設定される中での矛盾も考えられる。例えば、転送後の患者に対する支援的ケアは、BC で設定している免許登録更新のための臨床実務実績にほとんど反映されない。このことは、転送後の患者に対する助産師による継続ケアの提供を阻害する因子となる可能性も考えられる。BC の臨床実務実績の設定は毎年更新

されているため、このような課題が今後どのように検討されるかも注目される。

また今回、免許登録や更新に必要な臨床実務実績の具体的な数値設定について、その根拠となる情報を得ることはできなかった。このような数値設定は、国際助産師の定義と、その国の助産師の法的管理に従い、実践される場所での周産期医療の課題を考慮して策定されることが必要と考える。その設定基準の根拠や管理上の課題などについてもさらに情報を収集し、検討する必要がある。

### 3. リスクの予測と対応への準備

産科では、その経過にともなうよく知られた合併症や緊急事態に陥る可能性が常にある。リスクを最小限にし、緊急事態に備えるためには、一般的な産科合併症や救急対応における医療チームメンバーの努力が不可欠である<sup>83)</sup>。その国や地域、臨床現場で頻度の高い医療事故や医療ミスの起こりやすい臨床場면을想定し、その予防と対応策を予め具体的に準備し、必要時に実行できるように、医療チーム全体で日ごろから準備をすることは、重要なリスク管理と医療事故予防への行動である。わが国においても、周産期医療における医療事故や医療ミス、および産科訴訟原因等を把握し、フェイラーモード効果分析あるいは臨床ガイドラインを作成して、定期的に医療チームの教育、訓練をするなどの対応は、有効と考える。CMBCの会則にあるように、出産を介助する助産師が、想定される異常と緊急事態におけるお互いの役割について、事前に明確に合意し、定期的にレビューすることは、特に病院外での出産時には必要な準備

と思われる。

ほか、医療事故の中でもっとも多い、薬物投与に関するエラーを予防するための、使用薬剤の一致システムや、周産期病棟における不審者の侵入や新生児の拉致を予防するためのシステムなど、特定の問題の予防や解決への具体的な対策についても、示唆を得た。

### 4. 苦情の対応

カナダでは、州法と各医療専門職能免許登録機関（各職能学会）の会則で、各職能における苦情対応のための手順と法的手続き、苦情内容のための調査委員会の設置、苦情処理の期限、担当委員会の権限や苦情申し立て者と苦情の対象となる医療者の権利と義務、そして職能学会の責任の範囲まで、明記されている。この苦情処理の過程には、事実の客観的な調査と査定、対象医療者と対象職能学会の対応と今後の態度について明らかにされるが、賠償の義務や責任を担うものではない。しかしこの過程によって、当事者間や施設との話し合いで納得の行く結論が導きだされなかった場合、あるいは医療者や施設との直接の話し合いが困難な消費者に対して、一定の手順や基準に沿った客観的な調査や対応の機会を保証できると考える。今回の調査では、具体的な苦情、調査、調停、聴聞などの件数、そして苦情対応の過程にかかる費用や人的負担など、この苦情対応システムの運営に関する具体的な情報を得ることができなかった。しかし、苦情相談への対応手順の枠組みとしては、わが国における対応システムの充実に向けた施策を検討する上で、参考になると考える。

## 5. 訴訟への対応

賠償責任保険は、医療者が適切な保険料で加入でき、傷害を受けた患者が、適切な賠償と法律相談の権利を得られるように整備されることが望ましい<sup>84)</sup>。しかし、アメリカの医療者の賠償責任保険料は高額で、周産期医療に従事することを困難にさせるほどである。助産師の賠償責任保険は、職能団体（ACNM）だけでなく、就業先施設の保険、あるいは公的な保険などが整備されているが、条件はそれぞれ異なっており、すべての助産業務が賠償責任補償の対象とされているわけではない、などの課題がある。また、公的な賠償責任保険制度や医療事故の法的対応は州ごとで異なっている。わが国における制度の参考にするためには、日本の周産期医療訴訟の問題点と課題に焦点を当てた、特定の保険制度に対する調査が必要と考える。

訴訟に関する法整備には、医療訴訟への直接的な対応に関するものだけでなく、訴訟のリスクの存在によって、本来の目的を著しく阻害されると考えられる活動を保護する目的で、そのリスクを排除するために定められたものもある。ワシントン州では、質向上委員会の設置を義務付けており、その患者安全向上に向けての教育的な活動が、訴訟のリスクによって阻害されることのないよう、委員会で交される情報は、連邦法および州法で保護されている。州法でその設置が義務付けられているように、アメリカの患者安全対策の中でも、質向上／保証委員会の活動は、施設レベルの医療安全と質向上に向けた重要な対策の一つである。しかし、その設置、活動の運営・促進

のためは、訴訟のリスクを考慮した法整備が必要であることが明らかとなった。

また、ワシントン州で提案されているように、謝罪行為が直接裁判の証拠として認められない、と法律で明文化されると、訴訟の恐怖から謝罪ができない、という状況が減少し、謝罪がないことで起こり得る感情的な問題や、そのような感情的な問題によって引き起こされる訴訟のリスクも減少することが予測される。わが国における医療訴訟について対策を考える上で、参考となる取り組みの一つと思われる。

また、助産師個人の訴訟に対するリスク管理への取り組みは重要である。ACNMで提供している訴訟の対応やリスク管理についてのガイドラインは、法律や保険制度に関わらず、個々の会員が、それぞれの就業場所において日々の業務で実践できるものであり、助産師個人のリスク管理能力や意識の向上に有用であると考えられる。わが国においても、日本の状況と助産実践の特徴と就業場所を考慮した、助産師のためのリスク管理ガイドラインは、有効な取り組みの一つと考える。

## 6. 協働への動き

緊急事態にチームが適切に対応できるためには、専門職としての実力のほか、医療チーム間の協働、相互的な信頼関係、高度なコミュニケーションなどが重要である。今回の調査では、周産期医療と患者安全における様々な取り組みの中で、複数職種間の協働への動きをとらえることができた。

カナダでは、MORE<sup>OB</sup>という全国的な協働的産科患者安全プログラムを立ち上げており、病院の産科医療環境における患者安

全文化の構築を支援するための活動を行っている。またカナダでは、深刻化している周産期医療の人材不足の解決のために、協働的な周産期医療モデルを立ち上げている。現在、カナダで進められている医療専門職協働プライマリーマタニティケア計画 (MCP<sup>2</sup>) は、全国的な周産期医療モデルで、バンクーバー南部の地域出産プログラム (SCBP) は、地域密着型モデルの一つである。これらは、特に医療者の人材不足が深刻化する地方でも、患者が居住する地域で、保証された質の医療を受けられるよう考えられている。協働モデルの構築には、各職種の法的管理や、診療報酬に関する問題など、さまざまな障害の存在が明らかになっている。新しく協働的モデル設立を検討する際には、カナダの活動の枠組みやすでに経験された設立・運営過程の問題点、今後の課題と対策は、参考になるとと思われる。

また、ワシントン大学にみられるように、患者安全の教育でも専門職の枠を外した協働的なプログラムも存在する。このように、医療システムや大学の教育プログラムなど、規模の大きなレベルで協働的な環境が整備されることで、臨床場面の小規模なレベルでの医療職種間の関係における協働的な動きにも、影響が及ぶのではないかと考える。今後、このような協働への動きによる周産期医療の質と安全への影響と、臨床現場における医療職種間の関係やチームコミュニケーションの変化に注目し、わが国における今後の周産期医療システムのあり方と患者安全に関する教育環境の構築に向けた取り組みへの参考としたい。

## 7. 周産期医療における研究課題

今後、周産期医療における患者安全に関する助産・看護の研究は、医療全体における医療事故やミスの特徴と、すでに想定されている周産期特有のリスクを踏まえた周産期医療の質と安全性に関する調査が必要と考える。また、医療チームの機能を評価するための指標の開発も必要である。IOMの報告書では、安全な医療環境の整備のためには、患者のニーズに合わせた看護職員配置、継続スタッフ教育、エビデンスに基づいた業務管理、医療提供者に適した労働時間の設定、などが薦められている<sup>57)</sup>。現在公表されている患者安全に関する看護系研究の多くは、看護職員不足の患者効果への影響など、管理レベルに焦点をおいている<sup>58)</sup>。今後、周産期医療に焦点を当てた管理レベルの研究と、病棟や患者との関係など、より小規模なレベルにおける研究も期待される<sup>59)</sup>。

また、施設、職能レベル、大学などの教育機関、海外援助など、さまざまな場所での患者安全教育の普及、自発的な情報発信や社会との適切なコミュニケーションによって医療事故や患者安全の正しい知識や技術の普及に努めることは、不必要なリスクや事故を回避するために重要な対策である。協働への動きも含め、患者安全に向けた組織的な取り組みは、まだ新しい分野である。患者安全に関する教育プログラム、協働や社会との適切なコミュニケーションのあり方なども、重要な研究課題と考える。

## E. 結論

今回の、カナダ、アメリカにおける周産期医療の患者安全に関する取り組みについ

て、看護・助産の視点から調査し、得られた結論は以下の通りである。

1. 妊産婦と新生児の死亡率や障害率の低い国における周産期医療の安全と質を評価する指標は開発途上である。カナダのブリティッシュ・コロンビア州では、BC リプロダクティブケア計画の BC 周産期データベース登録で、州の全出産の 99%にあたるデータを把握している自発的な報告システムの存在が明らかとなった。アメリカ、ペンシルベニア州では州の全医療機関を対象とした義務的インシデント報告システムが導入され、インシデント報告の分析内容が公表されている。今後、このシステムの運用による周産期医療の安全と質向上への影響などに注目する必要がある。

ペンシルベニア大学病院の院内報告システム (PORTS) では、発生しているインシデントの把握だけではなく、即時の対応を可能にしておき、現場のシステム特有の機能を含んだ報告システムの活用が確認された。また、入院患者や看護職員に対する満足度調査なども含めた、包括的な医療施設の評価方法についても確認された。

2. カナダ、アメリカ両国とも、助産師免許の登録・更新のための条件と、業務範囲を具体的に示していた。このことは、一定レベル以上の助産師業務の質保証に寄与すると考えられる。

3. 医療事故を予防するためには、現場におけるリスクを予測した予防対策を準備し、現場の医療チームが必要時に適切な対応を実行できるようにしておく必要がある。その際には、産科医療で考えられている一般的な合併症と緊急事態のリスク、およびインシデント報告などで把握されている頻度

の高い医療事故の分析内容を考慮して、準備をする必要がある。また、新生児の連れ去りや、薬剤の過剰投与など、特定の医療事故を予防するための物理的な対策の活用についても確認された。

4. BC では、医療専門職の苦情対応を州法と免許登録機関の会則で定めている。この苦情対応では、苦情内容に関する事実の調査、客観的な査定、対象医療者への対応と職能の対応が、正式な法的手順を含めて実施される。賠償についての査定はされない。

5. アメリカでは、医療者の賠償責任保険料は高額で、周産期医療に従事することを困難にさせるほどである。また、医療者の謝罪行為と医療の質向上/保証委員会の活動を、訴訟のリスクから保護するための法律が存在する。ACNM では、助産師のためのリスク管理に関するガイドラインを作成し、助産師個人のリスク管理能力の向上に寄与している。

6. 周産期医療、安全対策、教育など、患者安全に関するさまざまな分野で医療専門職種間の協働への動きが認められた。これら協働モデルの導入による課題や、周産期の医療安全への効果について、今後の報告が期待される。

7. これまでの患者安全に関する助産・看護の研究は、管理レベルでの調査が多い。今後、周産期医療と、臨床実践レベルでの研究が期待される。

今回の調査では、それぞれの取り組みに関する導入・運用・管理に関する詳細な情報を十分に得ることができなかった。安全で質の高い周産期医療システムの構築のためには、国、地方、施設、職能、医療者個

人、それぞれのレベルにおける周産期医療の課題と医療事故の実態に関する分析結果を踏まえ、適切と考えられる対策について、管理・運営面の調査を含めながら、具体的な検討をしていく必要がある。

#### 参考・引用文献およびウェブサイト

- 1) Public Health Agency of Canada: Make Every Mother and Child Count Report on Maternal and Child Health in Canada, Public Health Agency of Canada, 2005.
- 2) Health Canada: Special Report on Maternal Mortality and Severe Morbidity in Canada – Enhanced Surveillance: The Path to Prevention. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2004.
- 3) British Columbia Reproductive Care Program: Perinatal Database Registry, <http://www.rcp.gov.bc.ca/peridata.htm>, access 11/29/05.
- 4) Andrew, E.: The Emergence of The Profession of Midwifery in British Columbia, proceeding of the 27<sup>th</sup> Congress of the International Confederation of Midwives, Brisbane, 2005.
- 5) B.C. Reproductive Care Program B.C. Perinatal Database Registry: British Columbia Perinatal Database Registry Overview, Vancouver, B.C.:B.C. Reproductive Care, 2003.
- 6) College of Midwives of British Columbia: Exploring Midwifery as a Career, <http://www.cmbc.bc.ca>, access 11/07/05.
- 7) Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada: Recommendations for a Sustainable Model of Maternity and Newborn Care in Canada, [http://sogc.medical.org/conferences/maternity2000/index\\_e.shhtml](http://sogc.medical.org/conferences/maternity2000/index_e.shhtml), access 9/20/04.
- 8) University of British Columbia, Midwifery Program: Midwifery in B.C., <http://www.midwifery.ubc.ca/inbc.html>, accessed 11/07/05.
- 9) BC Health Services: Medical Services Plan Manual for Midwives, <http://www.healthservices.gov.bc.ca/msp/infoprac/midwives/index.html>, access 11/14/05.
- 10) College of Midwives of British Columbia: Welcome to the College of Midwives of British Columbia, <http://www.cmbc.bc.ca>, accessed 11/07/05.
- 11) College of Midwives of British Columbia: Bylaws for the College of Midwives of British Columbia (Amended effective: October 3, 2002), <http://www.cmbc.bc.ca>, access 11/07/05.
- 12) Health Human Resources Unit, Centre for health Services and Policy Research, The University of British Columbia: Midwives in British Columbia.
- 13) College of Midwives of British Columbia: Questions and Answers about Midwifery Registration in British Columbia (Revised: March 2003), <http://www.cmbc.bc.ca>, access 11/07/05.
- 14) College of Midwives of British Columbia: New Registrants Policy (Revised: October 3, 2005), <http://www.cmbc.bc.ca>, access 11/07/05.
- 15) College of Midwives of British Columbia: Continuing Competency



- Requirements, <http://www.cmbc.bc.ca>, access 11/07/05.
- 16) College of Midwives of British Columbia: Requirements for Active Practice, <http://www.cmbc.bc.ca>, access 11/07/05.
  - 17) College of Midwives of British Columbia: Policy on Continuing Competency in Emergency Skills (Revised: October 2, 2005), <http://www.cmbc.bc.ca>, access 11/07/05.
  - 18) College of Midwives of British Columbia: Standards of Practice, <http://www.cmbc.bc.ca>, access 11/07/05.
  - 19) College of Midwives of British Columbia: Midwives Regulation (Revised: July 28, 2005), <http://www.cmbc.bc.ca>, access 11/07/05.
  - 20) College of Midwives of British Columbia: Model of Midwifery Practice, <http://www.cmbc.bc.ca>, access 11/07/05.
  - 21) College of Midwives of British Columbia: Standards of Practice Policy (April 14 1997), <http://www.cmbc.bc.ca/docs/pracplcy.htm>, access on 11/07/05.
  - 22) College of Midwives of British Columbia: Informed Choice Policy, <http://www.cmbc.bc.ca/docs/informed.htm>, access 11/07/05.
  - 23) College of Midwives of British Columbia: Policy for Second Birth Attendants (Revised: October 14, 2005), <http://www.cmbc.bc.ca>, access 11/07/05.
  - 24) College of Midwives of British Columbia: Statement on Home Birth (Revised: October 3, 2005), <http://www.cmbc.bc.ca>, access 11/07/05.
  - 25) Janssen, P.A., Lee, S.K., Ryan, E.M., Etches, D.J., Farquharson, D.F., Peacock, D., & Klein, M.C.: Outcomes of Planned Home Births versus Planned Hospital Births after Regulation of Midwifery in British Columbia, Canadian Medical Association Journal, 166(3), 315-323, 2002.
  - 26) College of Midwives of British Columbia: Indications for Planned Place of Birth, <http://www.cmbc.bc.ca/docs/planplace.htm>, access 11/07/05.
  - 27) College of Midwives of British Columbia: Indications for Discussion, Consultation and Transfer of Care (Revised: October 3, 2005), <http://www.cmbc.bc.ca>, access 11/07/05.
  - 28) College of Midwives of British Columbia: Required Equipment and Supplies for Home Birth Setting (Revised: October 3, 2005), <http://www.cmbc.bc.ca>, access 11/07/05.
  - 29) College of Midwives of British Columbia: Supportive Care Policy, <http://www.cmbc.bc.ca>, access 11/07/05.
  - 30) College of Midwives of British Columbia: Shared Primary Care Policy (revised: February 9, 1999), [http://www.cmbc.bc.ca/standards\\_of\\_practice/SharedPrimaryCare\\_Policy.htm](http://www.cmbc.bc.ca/standards_of_practice/SharedPrimaryCare_Policy.htm), accessed on 11/07/05.
  - 31) College of Midwives of British Columbia: Continuity of Care Policy (September 15, 1997), <http://www.cmbc.bc.ca/docs/contnuty.htm>, access 11/07/05.
  - 32) College of Midwives of British Columbia: Clinical Practice Guideline, <http://www.cmbc.bc.ca>, access 11/07/05.
  - 33) College of Midwives of British Columbia: Policy on Records and Record Keeping (Revised: December 12,

- 2000), <http://www.cmbc.bc.ca>, access on 11/07/05.
- 34) Ministry of Labour and Citizens' Services British Columbia: Medical Practitioners Act, [http://www.qp.gov.bc.ca/statreg/stat/M/96285\\_01.htm](http://www.qp.gov.bc.ca/statreg/stat/M/96285_01.htm), access 11/09/05.
- 35) College of Physicians & Surgeons of British Columbia: Rules Made Under the MPA, R.S.B.C. 1996, Chapter 285 (Consolidated to July 27, 2005), [https://www.cpsbc.ca/cps/physician\\_resources/legislation/rules\\_pf](https://www.cpsbc.ca/cps/physician_resources/legislation/rules_pf), access 11/14/05.
- 36) College of Physicians & Surgeons of British Columbia: Rules Made Under the MPA, R.S.B.C. 1996, Chapter 285 (Consolidated to July 27, 2005), [https://www.cpsbc.ca/cps/physician\\_resources/legislation/rules\\_pf](https://www.cpsbc.ca/cps/physician_resources/legislation/rules_pf), access 11/14/05.
- 37) Ministry of Labour and Citizens' Services British Columbia: the Health Professions Act, [http://www.qp.gov.bc.ca/statreg/stat/H/96183\\_01.htm](http://www.qp.gov.bc.ca/statreg/stat/H/96183_01.htm), access 11/09/05.
- 38) College of Midwives of British Columbia: Making a Complaint, [http://www.cmbc.bc.ca/docs/making\\_a\\_complaint.htm](http://www.cmbc.bc.ca/docs/making_a_complaint.htm), access 11/07/05.
- 39) Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project: <http://www.mcp2.ca/english>, access 11/18/05.
- 40) The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada: Welcome to MORE<sup>OB</sup>, <https://www.moreob.com/en/index.htm>, access 11/15/05.
- 41) Harris, S.J. & Saxell, L.: Collaborative Maternity Care: The South Community Birth Program, Canadian Journal of Midwifery Research and Practice, 2(3), 26-28, 2003.
- 42) The South Community Birth Program: <http://www.scbp.ca/team.htm>, access 11/18/05.
- 43) Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S. (ed.): To Err is Human: Building a Safer Health System, Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 1999.
- 44) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Sentinel Event Statistics, <http://www.jcaho.org>, access 11/04/2005.
- 45) Declercq, E.R., Sakala, C., Corry, M.P., Applebaum, S. & Risher, P.: Listening to Mothers: Report of the First National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences, Conducted for the Maternity Center Association by Harris Interactive, Harris Interactive Corporate Head Quarters, New York, October 2002.
- 46) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Facts about the 2005 National Patient Safety Goals, <http://www.jcaho.org/accredited+organizations/patient+safety>, access 02/14/05.
- 47) University of Pennsylvania Health System: Special Issue Patient Safety, University of Pennsylvania Health System News March 2004.
- 48) Patient Safety Authority: PA-PSRS (Pennsylvania Patient Safety Reporting System), <http://www.psa.state.pa.us/psa/site>, access 11/29/05.
- 49) Patient Safety Authority: Patient Safety Authority Issues Annual Report

- for 2004 Country's First Mandatory Reporting System for Adverse Events and Near-Misses; Data Reveals Trends and Patterns to Help Enhance Patient Safety,  
<http://www.psa.state.pa.us/psa/site>, access 11/29/05.
- 50) Patient Safety Authority: Annual Report for 2004 Executive Summary, <http://www.psa.state.pa.us/psa/site>, access 11/29/05.
- 51) Hughes, R.G. & Oritz, E.: Medication Errors Why They Happen, and How They can be Prevented, American Journal of Nursing, 3(Suppl), 14-24, 2005.
- 52) Pronovost, P., Weast, B., Schwartz, M., Wyskeil, R.M., Prow, D., Milanorich, S.N., Berenholtz, S., Dorman, T., & Lipsett, P.: Medication Reconciliation: A Practical Tool to Reduce the Risk of Medication Errors, Journal of Critical Care, 18(4): 201-205, 2003.
- 53) Barnsteiner, J.H.: Medication Reconciliation: Transfer of Medication Information Across Settings – Keeping It Free from Error, American Journal of Nursing, 3(Suppl), 31-36, 2005.
- 54) Burke, K.G., Mason, D.J., Alexander, M., Barnsteiner, J.H., & Rich, V.L.: Making Medication Administration Safe, American Journal of Nursing, 3(Suppl), 2-3, 2005.
- 55) Rich, V.L.: How We Think about Medication Errors, American Journal of Nursing, 3(suppl), 10-11, 2005.
- 56) University of Pennsylvania Health System: Patient Bill of Rights & Responsibilities, [http://www.pennhealth.com/hup/vi\\_files/bill.html](http://www.pennhealth.com/hup/vi_files/bill.html), access 11/20/05.
- 57) Page, A (ed.): Keeping Patients Safe Transforming the Work Environment of Nurses, The National Academies Press, Washington, D.C., 2004.
- 58) American Nurses Credentialing Center: Benefits of Magnet, <http://www.nursecredentialing.org/magnet/consumer/benefits.html>, access 11/30/05.
- 59) Burgess, A.W. & Lanning, K.V.: An Analysis of Infant Abductions 2nd ed., National Center for Missing & Exploited Children, 2003.
- 60) American College of Nurse-Midwives: About the American College of Nurse-Midwives, <http://www.midwife.org>, access 11/02/05.
- 61) American College of Nurse-Midwives: Division of Accreditation American College of Nurse-Midwives Overview, <http://www.midwife.org>, access 11/02/05.
- 62) American College of Nurse-Midwives: CNM-Attended Births Continue to Rise: Midwives Attended Over 300,000 Births in 2003; 97% in Hospitals, <http://www.midwife.org>, access 11/02/05.
- 63) American College of Nurse-Midwives: Annual Report 2004, Washington DC: American College of Nurse-Midwives, 2004.
- 64) American College of Nurse-Midwives: With Women for a Lifetime, American College of Nurse-Midwives: Silver Spring, MD, DC, (A brochure about the college), distributed 3/31/2005.
- 65) American College of Nurse-Midwives: Clinical Education for Midwifery Students, <http://www.midwife.org>,

- access 11/02/05.
- 66) American Midwifery Certification Board, Inc.: Information for Candidates of the National Certification Examination in Nurse-Midwifery and Midwifery, American Midwifery Certification Board, Inc.: Linthicum, MD, 2005.
  - 67) American College of Nurse-Midwives: Education Calendar: CEU Opportunities, <http://www.midwife.org>, access 11/02/05.
  - 68) American College of Nurse-Midwives: Professional Liability Resource Packet, American college of Nurse-Midwives: Silver Spring, MD, DC, 2002.
  - 69) American College of Nurse-Midwives: Professional Liability: A Recurrent Problem, <http://www.midwife.org>, access 11/02/05.
  - 70) ACNM Department of Standards and Practice Professional Liability Section: Midwifery Strategies for Liability Risk Reduction (revised: 12/03), <http://www.midwife.org>, access 11/02/05.
  - 71) American College of Nurse-Midwives: State Facts Certified Nurse-Midwives in Washington, <http://www.midwife.org/prof/print.cfm?id=54>, updated 9/02, access 2005/11/02.
  - 72) Washington Nurse-Midwives: With Women, Through Time a Celebration Honoring Three Decades of Nurse-Midwifery Accomplishments in Washington State, 9<sup>th</sup> April 2005, Seattle.
  - 73) Washington State Nurses Association, ARNPs United of Washington State, Washington Association of Nurse Anesthetist, Washington Chapter of American college of Nurse-Midwives, and Association of Advanced Practice Psychiatric Nurses: Policy Priorities for Washington's Nurses Briefing Paper for the Liability Insurance Crisis January 21, 2004.
  - 74) Washington State House of Representatives Office of Program Research Judiciary Committee: Bill Analysis HB 2292 & SB6087, March 2005.
  - 75) World Health Organization: Congress Debates Legislation on Patient Safety, [http://www.who.int/patientsafety/news/us\\_congress\\_debate/en/print.html](http://www.who.int/patientsafety/news/us_congress_debate/en/print.html), access 12/13/05.
  - 76) Washington State House of Representatives Office of Program Research Health Care Committee: Bill Analysis ESSB 6210.
  - 77) University of Pennsylvania School of Nursing: Course outline Spring 2005 NURS 37/537: Foundations in Patient Safety.
  - 78) Barnsteiner, J.H.: Applying Human Factors to Patient Safety, hand out for the NURS337/537: Foundations in Patient Safety, 2005.
  - 79) Almgren, G., Dippery, S., Esselman, P., Fuller, S., Grant, S., Johnson-Crowley, N., Kimball, A.M., Larson, E., Mitchell, P., Norris, T., Odegard, P., Robins, L., Solomon, C., & Ward, D.: Best Practices in Patient Safety Education Module Handbook, A National Curriculum for Faculty Leadership in Interprofessional Education to Promote patient Safety (FLIEPPS) University of Washington Center for Health Sciences Interprofessional Education, Seattle,

- 2004.
- 80) Rogers,A.E., Hwang, W.T, Scott, L.D.,  
Aiken, L.H. & Dinges, D.F.: Hospital  
Staff Nurse Work and Patient Safety.  
Health Affairs, vol.23, 1-11,2004.
- 81) Clarke, S.: Injuries from Needle Sticks,  
Penn Nursing University of  
Pennsylvania, vol.7, no.2, 5-6, 2004.
- 82) Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M.,  
Sochalski, J., & Silber, J.H.: Hospital  
Nurse Staffing and Patient Mortality,  
Nurse Burnout and Job Dissatisfaction,  
Journal of the American Medical  
Association, 288 (16), 1987-1993, 2002.
- 83) Simpson, K.R.: Failure to Rescue  
Implications for Evaluating Quality of  
Care During Labor and Birth, Journal  
of Perinatal & Neonatal Nursing, 19(1),  
24-34, 2005.
- 84) Washington State Nurses Association,  
ARNPs United of Washington State,  
Washington Association of Nurse  
Anesthetist, Washington Chapter of  
American college of Nurse-Midwives,  
and Association of Advanced Practice  
Psychiatric Nurses: The Medical  
Liability Insurance Crisis Policy  
Priorities for Washington's Nurses,  
January 21, 2004.

お詫びと訂正

平成 16 年度総括・分担研究報告書「リスク管理を含めた諸外国の包括的産科管理のあり方に関する研究」に収録されております、分担研究報告書「カナダの周産期医療と医療安全対策の概要」の文中に誤りがありました。

p.31 下から 5 行目

「仰臥位」→「腹臥位」の誤りです。

お詫びして訂正いたします。

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）  
分担研究報告書

ニュージーランドの産科医療と安全管理システム

分担研究者 戸田律子（特定非営利活動法人 いいお産プロジェクト理事）

協力研究者

Karen Guilliland：ニュージーランド助産師会理事長、カンタベリー地域保健局評議委員

Sally Pairman：ニュージーランド助産師評議会 会長、オタゴ助産師単科大学学長

Sue Bree：ニュージーランド助産師会会長、ニュージーランド助産師評議会評議委員 開業助産師

Sandy Grey：開業助産師 保健/医療従事者懲戒裁判所専門家証人

Ann Yates：国立女性病院質管理部門部長 保健/医療従事者懲戒裁判所専門家証人（助産師）

Glynette Gainfort：ニュージーランド助産師会理事 ラ・レーチェ・リーグ（利用者）

研究要旨

日本の産科医療が女性にとって安心・安全となるためのシステムのモデルケースとして、平成16～17年度にニュージーランドのマタニティケアを文献と聞き取りによって調査した。妊娠・出産・産褥ケアは、1. LMC(マタニティケア担当者) による継続ケア 2. 全ての分娩に助産師が立ち会うこと 3. プライマリケアと第2次、3次施設の役割分業と完全オープン制連携の整備 4. モジュール型診療報酬 5. 全国的な診療データベースによる診療データの確保と透明性が特徴である。

利用者安全システムは、1. 医療過失・事故を直ちに恐れることなく報告・対応する現場の風土の形成 2. 好ましくない出来事を教訓として教育や質改善に活かし、医療従事者を支援する体制 3. 医療従事者の質の水準維持のための実践免許更新制度 4. 病産院の水準維持のための認定制度 5. 医療由来の傷害に関する無過失補償制度 6. 安全性の向上のための第三者機関 が、それぞれ密接に連携をとりながら、利用者の安全性の向上に努めていることが明らかになった。

A 研究目的

妊娠・出産・産後の医療ケアは、女性の身体能力が発揮されるよう、十分に快適であるべきことが推奨されている。一方、わが国の産婦人科領域に関連した医療訴訟の増加に伴って、医療従事者への物心両面の負担の増加が、産婦人科医師の減少、および医療事故や過誤の隠蔽体質や防衛医療につながる懸念されている。

こうした背景から、どうすればマタニティケアの快適性を高めつつ、安全性の高いシステムを構

築できるかを、ニュージーランドの例に学び、模索することが本研究の狙いである。

リサーチクエスション（RQ）は以下の通りとした。

**RQ1** ニュージーランドのマタニティケア概容。

**RQ2** ニュージーランドの産科関連統計指標。

**RQ3** ニュージーランドの産科領域の、医療安全システムとその実際。

B 研究方法

2004年4月～2005年3月までには、主にインターネットや文献から、ニュージーランドの産科医療システム及び産科関連指標を調べ、班会議で他の研究者と検討のうえ、整理・分析を行なった。

また、2005年8月に研究協力者のもとに赴いて研究協力者から関連資料を収集。関係者にインタビューを行なって現場の声を収録し、帰国後録音をもとに要約起こしをした。これをもとに、システムを複数の視点からとらえた内容を総合してまとめた。

#### 倫理的配慮：

すでに公開されている文献からの情報ではない場合、著者の了解を得てから資料として使用した。また、インタビューの際には、研究主旨と報告形式を伝え、了解を得てからインタビューの収録を行なった。

## C 研究結果

### RQ1 ニュージーランドのマタニティケア概要

#### **【特徴】**

1. LMC(マタニティケア担当者：Lead Maternity Carer)により、妊娠から産後10回の訪問まで継続したケアが提供される。
2. 産科医・助産師・産婦人科認定GP(一般医)がLMCとなることができるが、それぞれが自律しながらも、ガイドラインに添った良好な協働関係によりマタニティケアを担う。
3. 全出産に助産師が立ち会う法的義務がある。また、助産師がLMCとして介助した分娩は2002年の統計では、全体の72.3%を占める。
4. 全国に90箇所存在する分娩施設は法により、基準に基づいた機能評価を受け、認定を3年毎に更新する。

5. 分娩施設は、プライマリ、第2次、第3次病院としての機能により分業・連携を行なう。共通したカルテ様式を使用して、利用契約のある産科医・助産師・産科認定GPが随時利用できる、完全オープン制である。
6. 妊娠・出産・産褥の医療費はモジュール型診療報酬請求によって保健省の保健予算から支払われるため、利用者にとっては基本的に無料である。
7. 施設利用費は、保健省の管轄下にある21の保健管区にある地域委員会によって、保健区の人口に応じて分配された健康予算から支払われる。
8. 診療報酬請求に伴って、詳細に妊婦の動向と産後にいたるまでの経過、アウトカムがつぶさに保健省に報告され、公表されるため、診療の透明性が確保され、質の低下が防止されている。

#### I. 国の概観

ニュージーランドは約27万平方キロの南北に長い島国で、人口約410万人の小さな国である。主要産業は農業と牧畜業(羊の数は人口の約10倍)だったが、近年は、林業、観光や水産業に力を入れている。

出生数は年間57,620人(2005年9月現在)。合成特殊出生率は2.0でここ10年間、ほぼ横ばいを維持している。

#### II. マタニティケアの特徴

ニュージーランドのマタニティケアの特徴は、「女性とのパートナーシップ」を軸に、利用者の意向を汲んだ変革の歴史がある点である。

とりわけ、ニュージーランド助産師協会が中心となって推進してきた助産師職の質管理の方策

は、自主的に毎年ポートフォリオの評価を行ない、一定量の研修を義務付けるなど、先駆的だった。このため、他の保健/医療従事職も見習うべきだとして、2004年より保健/医療従事者の技能を保証する法 Health Practitioner's Competence Assurance Act 2003 の元で、全ての保健/医療専門職に助産師会方式が適用されることになった。本研究が主にニュージーランドの助産師の活動に焦点を当てているのは、助産師の取組みが最もよく整備され、うまく稼動しているためである。

### III. 継続ケアのマタニティケア担当者 LMC

LMC は、妊娠から産後まで一貫して女性の意向を尊重して継続ケアを行なう人である。ケア計画の作成と必要な検査、人員(社会資源や専門家)への紹介、入院施設の手配など、全て女性に必要とされることを手配し、お産の介助をオンコールで行なう。帝王切開の際にも手術介助に入る。変化の渦中にいる妊娠・出産・産後の女性にとっては、安心して頼れる存在である。

LMC は、産婦人科専門医、助産師、産婦人科認定 GP の中から女性の自由意志で選ばれる。2003年時点で73.2%の女性は、助産師を LMC として選択し分娩している。産婦人科医と助産師は妊産婦の状況に応じて3段階の推奨レベルで協働するが、その関係はきわめて良好である。

Level 1 LMC は、専門医の診察が適切だと女性に勧められる場合があってもよい。

Level 2 LMC は、専門医の診察が適切だと女性に勧めなければならない。

Level 3 LMC はケアの責任を専門医にゆだねるべきだ、ということに女性に勧めなければならない。

出産は LMC が利用契約を交わしている病産院や自宅の中から、女性が選んだ場所で LMC と助産師の立会いのもとに介助される。LMC が助産師の場合は、もう1人、助産師が補助に入る。LMC が医師の場合には、医師は助産師を雇って立ちあわせることが法的に義務付けられている。通常、病産院の勤務助産師がその役割を果たす。

### IV. ニュージーランドの助産師

マタニティケアの中心的な担い手である助産師の教育は、3年間のダイレクトエントリープログラム、及び従来の看護教育の上に助産師教育がおかれたプログラムが、単科大学と4年制の大学で提供され、その全てにおいて、同等の助産学士号が提供されている。特に、ダイレクトエントリーの3年間のプログラムは、第2のキャリアとして助産師職を考える女性にとって魅力的であり、実践家としての助産師を育てるのにふさわしい。教育期間が3年間であっても実習期間が18ヶ月を下回ることはなく、その間に4~6箇所、100近いケース(このうち分娩介助は40例あまり)の実習を行なう。さらに通常、卒業後も引き続き、経験のある助産師のメンター(実践顧問)がつくので、すぐに開業することが可能な実践力となる。

助産師には開業権のほか、会陰縫合、特定の薬剤処方、点滴(オキシトシンを含む)などの医療行為が認められている。

女性の置かれる人的・物的環境を整え、感情・精神的な側面を含めた支援によって身体機能を引き出すために、必ずお産の際には助産師がケアにあたることが法的に義務付けられた。助産師は、産婦に寄り添い、正常からの逸脱をいち早くキャッチして必要に応じて産科や小児・新生児科医の手配を行ない、協働する責任もある。



## RQ2 ニュージーランドの産科関連統計指標

### V. カルテ

カルテは全国的に書式・様式が統一され、クリニカルパスをチェックしながら記入できる1冊の本のような形態である。診療・検査結果や妊婦との話し合いの結果引き出された女性の意思についても、カルテに添付・記入されている。記入するとカーボンによって2部コピーが作成されるこのカルテの1部は、直接女性に手渡され、もう1部は保健省への診療報酬を請求する際に提出される。(このデータを元に、全国レベルの産科統計が詳細に集められ、公表されて医療の透明性に役立っている。)

### VI. モジュール型診療請求

妊娠・出産・産後は1. LMC登録 2. 妊娠中期 3. 妊娠後期 4. 分娩期 5. 産後 と、時期により分けられ、このモジュール(構成単位)ごとに基本的に行なわれるべき診療内容の概容はあるものの、詳細については臨床判断により決定されている。モジュールごとの診療報酬は一定額であり、保健省にカルテのコピーをつけて請求する。妊娠・出産・産褥の訪問10回までを含めたケアは無料で、お産のために入院した施設利用費も、産褥36時間までは無料となる。(自費で入院期間の延長は可能であり、初産の場合はそうする人が多い。)

帝王切開など、大きく正常を逸脱したために必要な手術や処置に関しては、モジュール外の予算が用意されている。また、女性が産科専門医による specialist care を望んだ場合には、全くモジュール請求とは異なる別体系の自由診療となるため、約4割の女性たちは医療保険に加入している。

NZHIS :New Zealand Health Information Service と MNIS: Maternal and Newborn Information System により、データが診療報酬請求に伴って収集され、データベース化されている。

このデータを元に、Report on Maternity 及び Fetal and Infant Deaths, Medical Practitioners, New Zealand Nurses and Midwives など、多くの年次報告書が作成され、医療・保健の問題点や新たな目標などが作成され、医療関連の疫学的な研究に活用されている。

## RQ3 ニュージーランドの産科領域での、苦情対応のシステムと実際

### I. 概容

ニュージーランドの患者安全システムは、相互信頼と相互支援の土壌の上に立ち、情報の透明性と関係者の協力体制によって質の向上を図る。

言いかえると、不満に対応する際、「誰かのせいにはしない」が、「必ず改善のための材料とする」こと。そして、不満のある医療の利用者に対しては、医療提供者側の過失の有無に関わらず、利用者の心身を傷つけたことに対してきちんと謝罪し、説明を十分に行なうこと。何がどのような要因でどのように改善されうるかを突き止め、対処することによって、再発防止に努めることを基本姿勢としている。

また、このような対応が可能なのは、利用者から保健/医療従事者を告訴する権利がないこと。Accident Compensation Scheme (事故無過失補償制度) により、医療過失と医療事故に対しても、保険が適用され、利用者の治療費が時間を待たずに

補償されているからである。

利用者の安全性の向上のためには、多角的な取り組みが必要とされ、産科領域でその鍵を握る機関としては、1 保健と障害局 2 各保健/医療専門職評議会 3 各専門職団体 4 病院(地域保健局) 5 ACC がある。

各保健/医療専門職評議会や専門職団体の基本的姿勢や対応は少しずつ違うが、各々マニュアルや解説書が準備されている。最も先駆的に取り組んできた助産師を例に以下に解説を加えたい。

## II. 保健と障害局

### 【組織概要】

1994年に成立した Health and Disability Commissioner Act により設立された第三者機関。局長以下4部門(問題解決 Complaints Resolution、仲裁 Advocacy、教育と法人サービス Education and Corporate Services、法的手続 Proceedings)の理事と、秘書までを含めて50人余りからなり、年間運営費7百万 NZ ドル(国庫から支払われる)の組織である。2003年~2004年の1年間に、7,000件以上の電話の相談と、1,142件の苦情に対応した。このうち、医療従事者に向けられた苦情は763件で、そのうち産婦人科医は22名(実働産婦人科医数推定200名中)、助産師は37名(実働助産師数約2,300名中)だった。

### 【広報】

保健と障害局では、積極的に利用者の権利と問い合わせ窓口の広報活動をパンフ、ポスターを通して行ない、利用者の権利をアピールしている。

### 医療サービスを受ける時のあなたの権利

#### 1. 尊重:

どんな時にもあなたは尊重されるべきです。あなたの文化、価値観や信念が尊重されるだけでなく、プライバシーも守られなければなりません。

#### 2. 公平:

あなたが差別されたり、無理に何かをしたり、強引にされたりすることがあってはなりません。

#### 3. 尊厳と自立:

医療サービスはあなたが、自立して尊厳ある生活を送れるように支援するべきものです。

#### 4. 適切な水準:

あなたには、あなたのニーズに応じて慎重、かつ技能を駆使した治療を受ける権利があります。あなたのケアに携わる全ての人々が協働する必要があります。

#### 5. コミュニケーション:

あなたには話を聞いて理解してもらい、必要な手段で情報を受ける権利があります。必要なら、できるだけ通訳が提供されなければなりません。

#### 6. 情報:

あなたには、あなたの状態や選択肢の説明を受ける権利があります。どれくらい待ち時間が必要か、発生する費用の見積り、推定される恩恵と副作用の情報も含まれます。十分な情報を得るためなら、どんな質問をしてもかまいません。

#### 7. あなたが決めます:

決定はあなた次第です。いつでも NO と言えますし、いつ気が変わったとしても、そのように申し出て差し支えありません。

#### 8. 支援:

ほとんどの状況下で、あなたは支援してもらう権利にいてもらう権利があります。

#### 9. 教育と研究:

これらの権利は全て、教育や研究に携わる場合にもあてはまります。

## 10. 苦情：

苦情を言って差し支えありません。苦情はサービスの向上につながります。苦情を申し出るのに困難があってはなりませんし、苦情を申し出たこと

によって、治療や扱いが変わってはなりません。

(筆者訳)

### 【相談窓口】

不満の表明や問い合わせは、医療の利用者（一般利用者）、その家族や友人、医療従事者、および全国の公立病院の運営を行なっている地域保健局など、誰が行なってもよい。フリーダイヤルの電話、ファックス、手紙、インターネットでもメールによる相談窓口が設けられている。

### 【苦情処理のプロセス】図1

相談は、その問題の大きさにより軽度の上は口頭や書面で、相談(advocacy)にのるだけで解決する。電話の受付の96%がそのような内容である。より大きな問題をはらんでいるケースに関しては、電話、または査察をし、関係者から事情を聴く調査を行ない、専門家のアドバイスを受けて、報告書案を作成する。難易度の高いケースに関しては、苦情申し立て人を擁護し代弁する仲裁人(mediator)を立てる場合や、調停(arbitration)が行なわれる場合があり、解決にむけて報告書案が作成される。報告書案は、利用者から不服がある場合、見直しされてから、改めて最終報告書として当事者に送られる。インターネットで公表され、関連専門団体や評議会にも書面で送られる。

さらに刑事過失や、倫理上人権侵害などの問題があったケースに関しては、Director of Proceedings を通して、保健/医療従事者の懲戒裁判所や、人権裁判所にケースが送られる。

図1 保健と障害局の相談処理の流れ

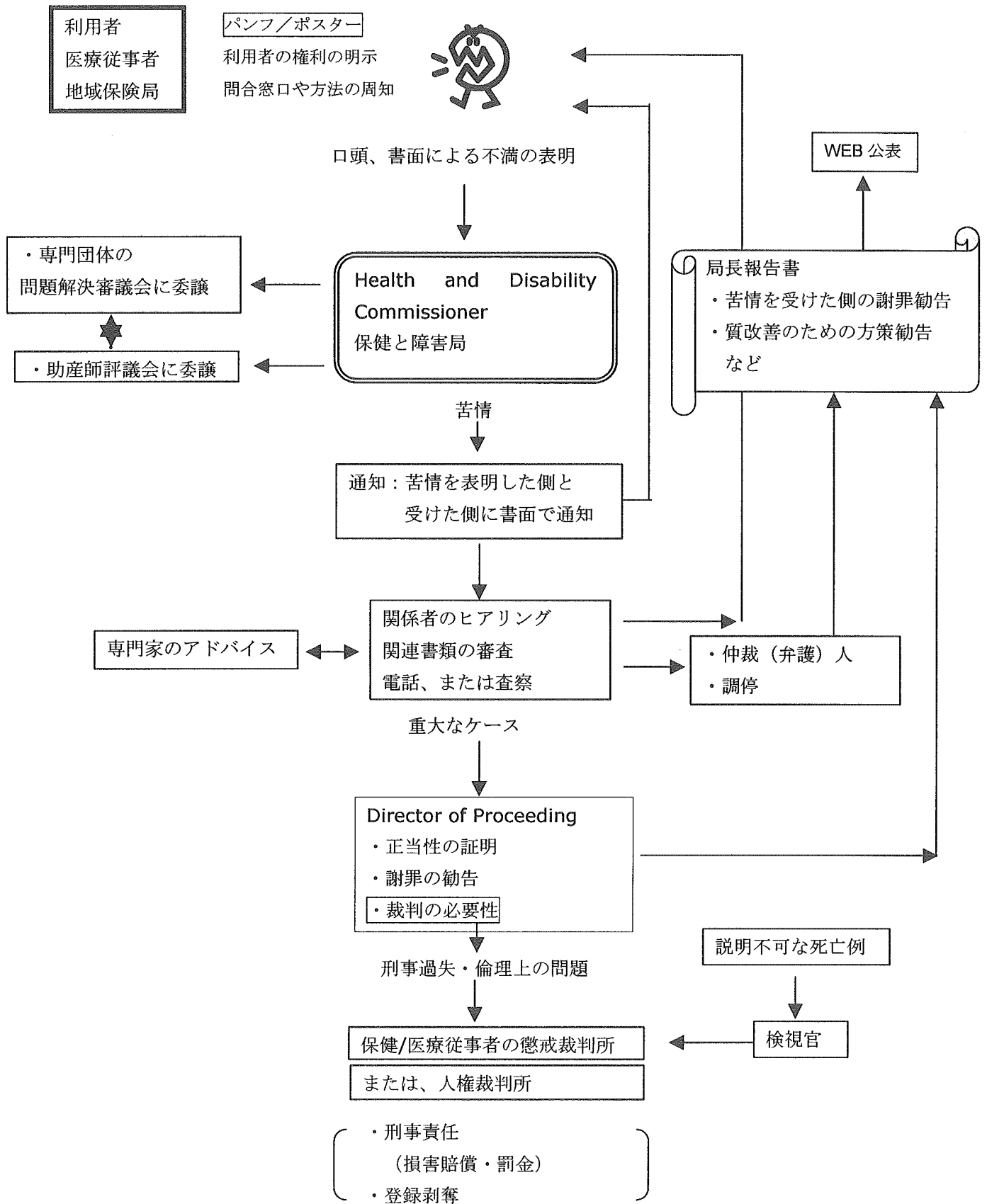
保健/医療従事者の懲戒裁判では、判事1人、弁護士1～2人、利用者1人、同業の専門団体から3人が集まり、審議される。審議は専門家としての意見は、「平均的」な女性や家族に対して、「平均的」な保健/医療従事者なら、その時点ではどのようにするのが普通であったかが問われる。審議の結果、無罪・有罪・罰金や処分について決まる。処分には懲戒免職も含まれる。

### 【新たな傾向】

保健と障害局は、第三者機関として重要な役割を果たすが、仲裁・調査・調停等、報告処理時間と運営コストがかかりすぎると指摘されている。

助産師評議会の場合、ニュージーランド助産師協会とも協働し、医療の利用者の視点を中心にすえながら、過失責任と懲罰ではなく、支援と学習による問題解決型の取り組みを行なっており、それが保健と障害局にも高く評価されている。

そのため近年、助産師評議会に苦情の対応を委譲するようになっており、その件数は増加傾向にあるという。評議会は、技能審査に基づいて免許発行の権限を持つため、ある程度の強制力がある上、職能を熟知するものとして、同胞に対してより細やかな助言と研修の機会が提供でき、より迅速な対応ができるなど利点は大きい。



III. 保健/医療専門職評議会

(例：助産師評議会) 図 2