

¹³ Kaiser Daily Health Policy Reports, *State Watch New Jersey Governor Signs Medical Error Reporting Bill*, 2004年4月29日を参照

www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?DR_ID=23466

報告を義務付けている他の州は、カリフォルニア、ニューヨーク、ペンシルベニア、テキサス、バージニア、メリーランドの各州である。分析およびこれらの法令へのリンクは

www.consumersunion.org/pub/Bill%20Analysis%20S720-HR663.pdf を参照。

¹⁴ 合衆国憲法修正第14条1項には次の条文が含まれている。「いかなる州も、合衆国国民の免責特権を弱めるいかなる法律を作ったり施行してはならない。また、いかなる州も、正当な法の手続きを経ずに人間の生命、自由、財産を奪ってはならず、管轄下にあるいかなる人に対しても、法による公平な保護を拒んてはならない。」

¹⁵ Evelyn Shuster, *Interview with Charles Inlander*, 2004年4月 (Dr. Shuster 所有の記録)

¹⁶ Federation of State Medical Boards, *Fact Sheet*,

www.fsmb.org/undrabout.htm

¹⁷ 同上

¹⁸ 同上

¹⁹ 同上

²⁰ 同上

²¹ 同上

²² 州医事委員会連盟のサイト *Welcome to DocInfo*, www.docinfo.org を参照

²³ Margot Heffernan, *The Health Care Quality Improvement Act of 1986 and the National Practitioner Data Bank The Controversy Over Practitioner Privacy Versus Public Access*, *Bull. Med. Libr. Assoc.* 84(2), 1996年4月, 263 ページ,

以下も参照 *Health Care Quality Act of 1986*, 42 U.S.C. § § 11101-52 (Supp. 1993年), Susan L. Horner, *The Health Care Quality Improvement Act of 1986 Its History, Provisions, Applications and Implications*, 16 *Amer. J. Legal Med.* 455 (1990年), Elisabeth Ryzen, *The National Practitioner Databank Problems and Proposed Reforms*, 13 *J. of Legal Med.* 409 (1992年)

(データバンクは誤った、あまり関連性のない情報を収集しており、機密の保持が不十分で、その情報で得られる効果よりも費用の方がかかると論している。)

²⁴ Bryan G. Hall, *The Health Care Quality Improvement Act of 1986 and Physician Peer Reviews Success or Failure?* より抜粋、2003年

www.usd.edu/elderlaw/student_papers_F2003

²⁵ 1990 Omnibus Budget Reconciliation Act, 42 U.S.C. § 4205 以下を参照 (1990年)

²⁶ 全国開業医データバンク *Healthcare Integrity and Protection Data Bank, Fact Sheet on the National Practitioner Data Bank*, 米保健社会福祉省, No 2039001-OYI-00921 01 00, 2001年10月11日

Extract from HSAN's annual report for 2003 (Processing Synnove Odegård)

Introduction

The remit of the Health Service Disciplinary Board (HSAN) is to investigate matters of disciplinary sanction and certain authorisation issues regarding health-service staff following a report. The report may be made by a patient, a close relative of the patient if the patient himself is unable, or by the Swedish National Board of Health and Welfare, JO and JK, and in authorisation issues only by the latter. Disciplinary sanctions – reminders and warnings – are punitive measures with an individual and general preventive purpose, whilst authorisation issues – recall of registration and trial periods – constitute protective measures undertaken to maintain patient safety.

The matters are investigated by HSAN's secretariat. In most cases, when it is evident that there is no question of a sanction, decisions are made by the chairman on his own, i.e. they are chairman's decisions, and in other cases they are made by a board, i.e. they are board decisions. The board comprises the chairman, who must have been a permanent judge, and eight further members appointed following proposals by the union organisations, the Federation of Swedish County Councils, the Swedish Association of Local Authorities and the political parties. All members are appointed by the government.

Business targets

In reported cases HSAN must investigate how health-service staff have carried out their profession. HSAN thus contributes to an improved quality of care. The authority's business branch Case Management constitutes independent medical investigation of every dissatisfied patient's complaints and thus provides an opportunity for public and independent control of care. This decreases room for the suspicion always to be found with regard to closed business without public control.

The average handling time for these cases must not exceed six months.

Those who report their dissatisfaction with the care received are few in number in relation to the care provided in Sweden during any one year. According to calculations made by the Swedish National Board of Health and Welfare there are 200 million patient contacts a year, which in relation to the number of patient reports means that about one patient in every 60,000 to 70,000 reports on the care received. Bearing this in mind, the relatively small number of reports received by HSAN cannot by any means provide a fair picture of the quality of care offered in Sweden during the year, i.e. an increase in the number of incoming cases in no way indicates increased shortcomings in care.

The number of people issued with a sanction and the proportion of sanctions for cases received from the Swedish National Board of Health and Welfare

Table 5 *Number of people who have been issued with a sanction*

	2001	2002	2003
Warnings	120	121	124
Reminders	157	172	176
Total	277	293	300

Table 6 *Sanctions and measures in cases from the Swedish National Board of Health and Welfare*

	2001	2002	2003
Authorisation cases	24	41	54
Authorisation measures	24	38	50
Disciplinary cases	99	100	95
Disciplinary sanctions	84	88	82
Sanctions %	85%	88%	86%
Total	123	141	149

Table 5 shows that the number of people who have been issued with sanctions has marginally increased in relation to previous years. The ratio of warnings to reminders changed in the previous year in that the proportion of reminders issued every year has been somewhat greater than the proportion of warnings issued.

Of those issued with a sanction during 2003, 223 are doctors, 36 nurses and midwives and 21 dentists. Other professional groups were issued with 20 sanctions.

Table 7 *Percentage distribution of sanctions*

	2001	2002	2003
Number of settled cases where a sanction may occur (the total number except for cases concerning authorisation and cases rejected for formal reasons)	2,377	2,390	2,379
Percentage of sanctions as a total of these	12%	12%	12%
Of which warnings	43%	41%	42%
Of which reminders	57%	59%	58%

Table 7 shows the percentage distribution of sanctions in relation to the number of disciplinary cases factually investigated, i.e. board decisions and chairman's decisions in cases other than those rejected/written off. The list is not entirely correct, since it can occur that several sanctions are imposed in cases where more than one person has been reported.

Number of cases of recalled registration

There were 23 cases of recalled registration, i.e. there was an increase in relation to previous

years The distribution amongst professional categories is as follows

Table 8 *Number of authorisation measures per professional group*

	2001	2002	2003
Registration recalled			
Doctors	6	8	7
Nurses and midwives	12	8	15
Dentists	1	3	1
Total	19	19	23
Trial period			
Doctors	5	3	1
Nurses and midwives	4	10	16
Dentists		3	1
Others		1	
Total	9	17	18
Restriction of the right to prescribe			
Doctors	4	7	7
Dentists		1	1
Total	4	8	8

The number of people reported is 5,421. Of these, 352, i.e. 6.5%, have received some form of sanction: recall of registration, restriction of the right to prescribe, trial period or disciplinary sanction. Last year the figure was 6.6%.

Specialities etc and sanctions

Speciality	2001			2002			2003		
	Number of cases	Number of sanctions	Percentage of sanctions	Number of cases	Number of sanctions	Percentage of sanctions	Number of cases	Number of sanctions	Percentage of sanctions
Outpatient business	8	1	13	16	8	50	9	2	22
Pharmacy business	8	10	125	12	11	92	6	4	67
General surgery	250	24	10	276	35	13	276	26	9
Anaesthesia and intensive care	32	7	22	36	6	17	26	7	27
Paediatric and juvenile surgery	23	4	17	23	4	17	11	3	27
Hand surgery	10	2	20	15	2	13	8	2	25
Neurosurgery	16	0	0	18	3	17	19	2	11
Obstetrics and gynaecology	228	37	16	199	16	8	237	27	11
Orthopaedics	276	14	5	292	17	6	277	11	4
Plastic surgery	18	0	0	29	2	7	31	2	6
Thoracic surgery	13	0	0	12	1	8	16	2	13
Urology	28	2	7	38	4	11	44	5	11
Diseases of the eye	70	15	21	60	8	13	59	6	10
Ears Nose & Throat Dept	47	1	2	38	2	5	49	3	6
Other surgical business	3	0	0	1	0	0	8	0	0
Clinical lab business	2	0	0	1	1	100	4	0	0
General medicine	668	64	10	706	69	10	835	73	9
Paediatric and juvenile medicine	69	9	13	70	7	10	55	4	7
Dermatology and venerology	16	0	0	12	0	0	19	1	5
Geniatrics	25	1	4	36	2	6	21	1	5
Infectious diseases	14	0	0	14	1	7	15	1	7
Internal medicine	202	14	7	209	29	14	189	23	12
Neurology	40	3	8	45	1	2	31	2	6
Oncology	35	6	17	29	2	7	42	8	19
Rheumatology	7	1	14	4	0	0	7	0	0
Other medical business	54	2	4	59	0	0	67	9	13
General psychiatry	363	15	4	315	16	5	317	20	6
Other psychiatric business	9	2	22	7	1	14	3	0	0
Paediatric and juvenile psychiatry	39	4	10	20	2	10	25	1	4
Forensic psychiatry	39	0	0	32	1	3	44	1	2
Administration	2	0	0	2	0	0	12	2	15
Nursing	30	2	7	32	3	9	46	9	20
Radiological spec	31	3	10	24	4	17	34	2	6
Physiotherapy	14	0	0	12	1	8	15	2	13
Dental business	148	29	20	166	22	13	178	25	14
Authorisation cases	56	0	0	63	1	2	83	5	6
All other business	127	4	3	134	11	8	159	9	6
Total	3 020	276	9	3 057	293	10	3 277	300	9

Appeal frequency and change frequency

An appeal against the disciplinary board's decision can be lodged with the County Administrative Court in Stockholm (LR), and appeals against the latter's judgements can in turn be lodged with the Swedish Administrative Court of Appeal in Stockholm (KR). Investigation by the latter does, however, require an investigation permit. The highest court is the Swedish Supreme Administrative Court (RR). Before 1999 appeals from HSAN went straight to the Swedish Administrative Court of Appeal.

Table 11 *Appeal frequency and change frequency*

Year	2001	2002	2003
Number of cases settled	3,128	3,147	3,278
Number of cases appealed against	864	825	747
Percentage of appeals	28	26	23
<hr/>			
Number of judgements in County Administrative Court	797	817	729
Remitted or changed	54	56	53
Number of judgements in Swedish Administrative Court of Appeal (old cases)	8	1	0
Remitted or changed	0	1	0
Total judgements	805	818	726
Total remitted or changed	54	57	53
Percentage change	7	7	7
<hr/>			
Administrative Court of Appeal's changes			
Remitted			
Substantially changed			
		1	
severe			
County Administrative Court's changes			
Remitted	6	4	8
Substantially changed	54	53	45
	39	40	31
severe	15	13	16
<hr/>			
Total	60*	57*	55*

* In some cases more changes occur in the same decision

The biggest proportion of the decisions appealed against is decisions whereby HSAN has imposed disciplinary sanctions or made decisions regarding authorisation measures. Most of the chairman's decisions are thus not appealed against and thus lead to few changes.

The figures show that 31 out of a total of 45 cases appealed against that have been substantially changed by the County Administrative Court were changed in such a way that the assessment was mitigated. In over 70% of cases substantially changed, HSAN has thus imposed disciplinary sanctions on practising professionals, which the County Administrative Court has then changed in such a way that the sanction has either been removed or mitigated – from a warning to a reminder. In the majority of cases the change has taken place after the Swedish National Board of Health and Welfare has recommended approval.

Average cost per case

HSAN's business is almost wholly financed by subsidies. The costs have been SEK 24,722 thousand, which means a cost of SEK 7,541 per case settled. A comparison with previous years shows the following

Information on decisions etc

All decisions in liability cases are passed on to the Swedish National Board of Health and Welfare. The latter thus receives data for its supervisory business. Such notification is also of significance for the reason that under certain conditions the board can appeal against HSAN's decisions, even if the board has not been a party to HSAN. In accordance with the stipulations in Section 10 of the instructions (1996:571) for the Health Service Disciplinary Board, the director-general or his deputy notifies the Swedish National Board of Health and Welfare of the content of a report when it may be of significance to the board's business to have knowledge of the report.

The decisions are also continuously sent to the county councils, patient boards and medical journals, who publish the more interesting settlements.

A large part of the information-related business entails answering enquiries from the general public, various authorities, county councils, private companies, the mass media and researchers. During the year, at the registrar's office alone there have been an average of 934 enquiries a month. For the years 2001 and 2002 the equivalent figures were 741 and 821.

Last year HSAN set up a website (www.hsan.se) to provide information on the business for the general public. Information in Swedish is available in special form for people with visual impairments. It is also available in some common immigrant languages.

Collaboration with other authorities

HSAN has constant contacts with the Swedish National Board of Health and Welfare. As well as the board being notified of HSAN's decisions, it is also party to all authorisation cases (matters of recall or restoration of registration) and to the disciplinary cases reported by the board. As stated under the heading Appeal frequency and change frequency, in certain cases HSAN also needs the board's statement in cases reported by patients. All of HSAN's decisions are also sent to the board, since the Swedish National Board of Health and Welfare is the opposite party for those persons appealing against HSAN's decisions in the County Administrative Court and the Swedish Administrative Court of Appeal. Decisions made by a fully manned board are passed on to the board's Risk Database.

Forms of work, matters regarding staff and premises

The board has convened nearly once a week, except during summer and public-holiday breaks. In spring 2003, 17 meetings (previously 20) were held, whilst only 12 (previously 15) meetings were held in autumn 2003. At every meeting over 20 cases were settled.

The work at HSAN's secretariat is managed by the two full-time chairmen. Those in charge of case management are all lawyers. There is also an administrative unit that handles matters concerning registers, staff, information, data, premises and archives. Financial management is chiefly handled by the Swedish Judicial Board for Public Lands and Funds.

At the end of the year there were 34 staff, and apart from the two chairmen there were in addition 17 lawyers, 10 assistants including registrars, one IT coordinator, one caretaker, three part-time doctors and three hourly paid archive workers. In addition to this an external chairman was hired for board meetings. Furthermore, around thirty hourly paid experts representing various medical specialities are linked to HSAN. They make the medical assessments that form the basis of the board's decisions and present the cases to the board. In certain more complicated cases statements are gathered from an academic council.

Gender issues

Gender distribution of reported staff in cases settled during the year can be seen in Table 13. The report is lacking, likewise regarding patients reported, a number of people, as their ID numbers were not known.

Table 15 *Health-service staff reported*

Age	2001			2002			2003		
	Men	Women	All	Men	Women	All	Men	Women	All
11-20					1	1			
21-30	62	116	178	56	118	174	77	131	208
31-40	369	313	682	452	289	741	486	340	826
41-50	896	640	1536	911	639	1550	904	684	1,588
51-60	1,098	601	1,699	1,074	614	1,688	1,113	683	1,796
61-70	284	94	378	327	125	452	337	139	476
71-80	23	3	26	24	5	29	20	4	24
81-90	1	0	1	4	2	6	2		2
91-100	1	0	1	1		1		1	1
	2,734	1,767	4,501	2,849	1,792	4,641	2,939	1,982	4,921
%	61	39		61	39		60	40	

367 ID numbers missing

386 ID numbers missing

490 ID numbers missing

Of those reported, about 70% were doctors, 12% nurses and midwives, and 3% dentists. Doctors are thus still the predominant group.

In 2003 about 30,000 doctors were practising in Sweden. Of these, just over 40% were women. Gender distribution varies considerably from speciality to speciality. Of the doctors reported, only 40% were women. The total figure for women reported is naturally higher because the group Nurses and Midwives almost exclusively comprises women.

A look at the distribution of specialities in cases reported shows that surgical specialities including orthopaedics but excluding gynaecology constitute about 25%. After this comes general medicine with just over 25% and psychiatry with 12%. The fact that surgery including orthopaedics – a typically male speciality – constitutes a very large proportion of the reports to HSAN is probably one of the explanations why there are so many less reports against female doctors than against male doctors.

2000年8月 スウェーデン患者保険協会法律顧問カール・エスペルソン
患者傷害に関する法(The Patient Injury Act)1996年6月19日成立

序文

第1条：本法は、患者が傷害について補償を受ける権利とヘルスケア提供者らがかかると補償についての保険(patient insurance 患者保険)に加入する義務を取り決める条項を含む。

第2条：本法のもとでは、医学研究に被験者として自発的に参加するものまたは移植その他の医学目的のために臓器その他の生体材料を提供する者は患者に等しいと見なされる。

第3条 本法はスウェーデンにおけるヘルスケアと医療サービスに関連して生じた傷害のみに適用される。

第4条 患者が傷害について補償を受ける権利は、傷害が生じた事態の後に起こった状況にもとついて限定され、これは保険契約法(the Insurance Contracts Act)(1927年第77号法)により保険金額を支払う保険業者の義務限定を伴うことがある。

第5条 本法において

ヘルスケアならびに医療サービスとは以下を意味する。

かかる活動は公衆衛生ならびに医療サービス法(the Public Health and Medical Care Services Act)(1982年第763号法)または歯科サービス法(the Dental Services Act)(1985年第125号法)、または他の類似の医療活動ならびに医薬品小売業活動を意味し、公衆衛生並びに医療における専門家活動に関する法(the Act on Professional Activity in Public Health and Medical Care)(1998年第531号法)第1章の規定を適用さ

れるスタッフにより実施される活動であるという前提条件が常に適用される。

ケアの提供者とは以下を意味する。

かかるヘルスケアならびに医療サービスに関しては、かかるサービスに責任を有する州当局、郡委員会、市町村(国民に対するケアの提供者)ならびにヘルスケアと医療サービスを提供する私人(民間ケア提供者)。(1998年第535号法)

患者の傷害について補償を受ける権利

第6条・患者の傷害に対する補償は、身体傷害が圧倒的に以下の原因により生じた蓋然性がある場合に支払われる。

- 1 診察、ケア、治療または同様の処置であって、選択された手順と異なるやり方でおこなうかまたは医学的見地から遡及的に評価した場合に、治療の必要に害がより少ないやり方で応えることができた他の利用可能な手順を選ぶことによって、傷害が避けられた場合
- 2 診察、ケア、治療または同様の処置を実施するにあたって用いられた医療技術器具または病院備品における欠陥、またはそれらの不適切な使用による場合
- 3 正しくない診断
- 4 診察、ケア、治療または同様の処置に関して、感染症原因物質の移動があった場合
- 5 診察、ケア、治療または同様の処置に関して、または患者の移送またはヘルスケア施設または装置の火災または他の損害に関して起こった事故
- 6 規則または指示に反した医薬品の処方または提供

第1項第1号、第3号による補償を受ける権利に関しては、適用可能な行動指針の原則は、当該分野で経験を有する専門家または経験を有する他の実務家のそれとする。

第1項第4号による補償を受ける権利は、感染症が妥当に許容されるべき状況においては存在しない。これに関して、処置に係わる疾患または傷害の性質と度合、他の面での患者の健康状態、感染予知の可能性などについて考慮しなければならない。

患者の傷害について補償を受ける権利の例外

第7条 以下の場合には患者の傷害に対する補償は支払われない。

1. 傷害が、治療をしないと直ちに生命に危険を与えるか重度の障害を伴う疾患または傷害の診断または治療に必要な処置の結果であるとき
- 2 傷害が第6条第1項第6号に記載された以外の場合で、医薬品により生じたとき

患者の傷害に対する補償の決め方

第8条 患者の傷害に対する補償は、不法行為損害補償法 (the Tort Liability Act) (1972年第207号法)第5章第1-5条ならびに第6章第1条により決定され、当該法の第9-11条に記載された限定をうける。

第9条 患者の傷害に対する補償が決定されると、補償決定の際に適用される国民保険法 (the National Insurance Act) (1962年第381号法)による基本金額の20分の1に等しい金額が控除される。

第10条 患者の傷害に対する補償は、事件ごとに補償決定の際に適用される国民保険法 (1962年第381号法) に基づく基本金額の1,000倍を最高限度と

する。しかしながら、各傷害事件に関して患者の傷害に対する補償金は、各傷害を受けた患者についてこの基本金額の 200 倍を最高限度とする。

第 1 項に記載された金額は、利子または訴訟費用についての補償を含まない。

第 11 条 第 10 条第 1 項の最初の文言により適用される賠償責任額が補償を受ける権利を有する者の満足を得るのに十分でない場合は、その補償金は各人で割った額だけ減額される。

傷害事件が起こった後で、第 1 項に基づく減額が必要となる危険がある場合は、政府または政府が任命した当局が、当面は補償額を割った額のみを支払うべきという命令を出すことがある。

保険の義務など

第 12 条 ヘルスケア提供者は、本法が適用される傷害に対する補償を提供する患者保険に加入するものとする。かかる活動が公共のヘルスケア提供者と契約した民間ヘルスケア提供者によって行われる場合は、公共のヘルスケア提供者が保険に加入しなければならない。

第 13 条 患者の傷害についての補償は保険業者が支払うべきである。いくつかの患者保険が同一の損害に適用される場合は、保険業者らは補償を行う共同責任を有する。かかる場合には、保険業者らは補償賠償金額を均等に負担するものとする。

第 14 条 患者保険に加入していない場合は、第 15 条により患者保険協会 (Patient Insurance Association) に加入している保険業者らが共同で、患者保険加入の場合に支払ったであろう患者傷害補償の支払責任を有する。かかる場合は、協会が保険業者らの代表となる。

保険業者間の賠償責任額は、翌暦年に各社に適用される患者保険料との関係

により配分される。

患者保険協会

第 15 条 患者保険を引き受ける保険業者らは患者保険協会に加入しなければならない。

政府または政府が任命する機関が協会の定款を定めるものとする。

患者保険料

第 16 条 患者保険協会は、ヘルスケア提供者が本法による保険に加入していなかった期間についてヘルスケア提供者から補償金（患者保険料）を受け権利を有する。患者保険料は、保険料が決定されたときに有効であった国民保険法（1962 年第 381 号法）により適用される基本金額の 15 パーセントに等しい額（年額）とする。

保険料が決定されたときに同等の範疇にあるヘルスケア提供者に適用される年間保険料の 2 倍に等しい額がそれよりも高額の場合は、保険料は当該金額を基礎として計算することかできる。

患者の損害査定委員会 (Patient Claims Panel)

第 17 条： 患者保険協会に加入している保険業者らは共同で、患者の損害査定委員会を維持し、その費用を負担する。委員会には患者の利益を代表する者を含む。委員会の構成に関する更なる規則は政府が決めるものとし、政府は委員会の手続規則をも承認する。

委員会は、患者または他の損失を蒙った者、ヘルスケア提供者、保険業者、または裁判所の依頼により、損害請求事件において意見を述べるものとする。

損害

第 18 条 患者の傷害賠償金は本法に基づき支払うことができるが、損害を蒙った者はこれに代えて不法行為による損害賠償をこれに適用される規則に基づき請求できる。

第 19 条 . 本法に言及した傷害を理由として不法行為による損害賠償金を支払った者は、支払金額を限度として、傷害を受けた者が患者傷害賠償を受ける権利を引き受けるものとする。しかしながら、第 20 条第 1 項にもとづき不法行為賠償責任を有する当事者が患者賠償金を再請求できたときは、これは適用されない。

再請求

第 20 条 故意または重過失により生じた損害に対して患者傷害補償金が支払われたときは、保険業者は支払金額を限度として傷害を受けた当事者の不法行為賠償を受ける権利を引き受けるものとする。

製造物責任法 (the Product Liability Act) (1992 年第 18 号法) が適用される傷害について患者補償金が支払われたときは、保険業者は当該法にもとづく傷害を受けた者の損害補償についての権利を、支払金額を限度として引き受けるものとする。

交通損害法 (the Traffic Damages Act) (1975 年第 1410 号法) により交通保険が適用される場合で、傷害について患者補償金が支払われたときは、保険業者は当該法にもとづく傷害を受けた者の損害補償についての権利を、支払金額を限度として引き受けるものとする。

第 21 条 第 14 条第 1 項に基づき患者補償金が支払われたときは、補償金は患者保険に加入する義務を有したヘルスケア提供者によって再請求されること

がある。この場合には、患者保険協会が保険業者の代理人となる。

第 22 条 第 21 条に基づき金額の請求が行われたヘルスケア提供者は、支払金額を限度として、第 20 条に基づき保険業者に生じた諸権利を引き受けるものとする。

法定制限

第 23 条 本法に基づき患者傷害の補償を受けることを希望する者は、請求を行うことができると知ったときから 3 年以内、いずれにしても傷害が生じたときから 10 年以内に手続を開始しないと、その補償を受ける権利を亡失する。

補償を受けたいと希望する者が、第 1 項に記載した時期内にヘルスケア提供者または保険業者に傷害の通告を行った場合は、同人は保険業者の事件に関する最終決定を受領してから 6 ヶ月以内に手続を開始することができる。

保険業者に関して第 2 項に記載された事柄は、第 14 条第 1 項に記載された場合には患者保険協会に適用される。

ヘルスサービス専門家の活動に関する法 (1998 年第 531 号法)

(Law on Professional Activity in the Health Service)

[情報と歴史]

第1章 冒頭規則

第1条 本法は

ヘルスサービス・スタッフの義務 (第2章)

許可と登録に関する規則 (第3章)

或る種のヘルスケアと医療措置を行う権利に関する制限 (第4章)

懲戒的制裁、登録抹消、その他 (第5章)

スウェーデン国立保健福祉委員会 (the Swedish National Board of Health and Welfare) による監督 (第6章)

ヘルスサービス部門の懲戒委員会の活動 (第7章)

責任規則、上訴、その他 (第8章)

に関するヘルスサービス部門における専門家活動についての規則を定めるものである。

(原文の訳注 下線を施した章の一部を(スウェーデン語から)翻訳した)

第2章：ヘルスサービス・スタッフの義務

一般義務

第1条 ヘルスサービスの全スタッフは、学問の原理に基づき経験を応用してその業務を行うものとする。患者は、これらの要件に沿って専門的で良心的ヘルスケアと医療を提供される。ケアは可能な限り患者と協議の上計画し、実施する。患者には思いやりと敬意を示すものとする。

第1a条 良くない治療を受ける危険がある子どもたちに関する事柄において

は、全ヘルスサービス・スタッフは、関係社会団体、組織、その他関係者と協力する。情報公開に関する事柄では、本法第 2 章第 8-11 条ならびに秘密保持法 (the Law on Confidentiality) (1980 年第 100 号法)、法 (2003 年第 418 号法) に規定される制限が適用される。

第 2 条 患者のヘルスケアと医療に責任を有するものは、患者がその健康状態と利用できる診察、ケア、治療について各個人に適応した情報が与えられることを保証する。

患者に情報を与えられない場合は、これを患者に近い者に与える。しかし秘密保持法 (1980 年第 100 号法) 第 7 章第 3 条または第 6 条、または本章第 8 条第 2 項又は第 9 条第 1 項にこれに対する障害があるときは、当該情報を患者または患者に近い者に与えてはならない。

子どもが社会福祉委員会 (the Social Welfare Board) の保護を必要とするかも知れないことに関して委員会に報告する義務についての規定は、社会サービス法 (the Law on Social Services) (2001 年第 453 号法) 第 14 章第 1 条と法 (2004 年第 418 号法) を参照のこと。

第 2a 条 学問の知識と経験を応用した結果、いくつかの治療代替策がある時は、患者のヘルスケアと医療に責任を有する者は、患者が希望する代替策を選択する機会が与えられるよう支援する。

患者のヘルスケアと医療に責任を有する者は、生命に危険があるまたは格段に重篤な疾患または傷害をもつ患者に対して、学問の知識と経験を応用した結果明確な指針が得られず、医療上の決断が患者に特別の危険をもたらすか、または患者の将来の生活の質に重要な意味を持つかも知れないときは、かかる患者が新たな医療上の評価が得られるよう支援する。

本項の規定は、歯の治療に関する法 (the Law on Dental Care) (1985

年第125号法)、法(1998年第1661号法)による歯の治療には適用されない。

第3条 患者が死亡した場合は、ヘルスサービス・スタッフは死者に関するその業務を行う。遺族には敬意と考慮を払うべきである。

第4条 ヘルスケアと医療の分野における専門家活動の一部として、何者かの健康状態またはケアについて証明書を発行するものは、この文言を注意して選ぶものとする。

第5条 ヘルスサービス・スタッフは、その任務遂行のやり方について責任を有する。

第6条 ヘルスサービス・スタッフは、良質で安全なケアを行うために、その業務を第三者に移管してもよい。

業務を移管する者は、前者が問題とされる業務を実施する能力があることに責任を持つ。

第7条 ヘルスサービス・スタッフは、患者がヘルスケアと医療に関して重篤な傷害または疾患による影響を受けたり、その危険に曝されたときは、ケア提供者に対してこれを報告する。

秘密保持の誓い、その他

第8条 個人のヘルスケアと医療の分野においてヘルスサービス・スタッフとして現在、過去を問わず働いた者は、その活動中に個人の健康状態または他の個人的状況について知り得たことを許可なく開示してはならない。法律または法令により情報提供の義務を果たすときは、これは許可のない開示とは見なされない。

第5章 懲戒的制裁と登録抹消、その他

一般規定

第1条 本章はヘルスサービス・スタッフが、ヘルスケアと医療の分野において専門家として業務を行う場合に適用される。本章は以下に関する規定を定める。

- 1 懲戒的制裁
- 2 試用期間
- 3 登録抹消
- 4 ヘルスケアと医療の分野において他の専門業務を行う許可の抹消
- 5 麻薬、アルコール含有医薬品、変性アルコールを処方する許可の制限

第2条 第3～5条の規定は、ヘルスケアと医療の分野において患者の安全を旨とする専門業務に適用される。

これらの規定はヒトについての臨床研究にも適用される。

懲戒的制裁

第3条 ヘルスサービス・スタッフの一員が故意または過失によって第2章第1条、第2条、第2a条、第4条、第6条、第8条または第9条による義務またはケアの安全性に直接係わる他の規則に基づく義務を果すことを怠る場合は、懲戒的制裁が課されることがある。過誤が些細または許容されるように見えるときは、懲戒的制裁を控えることもある。

懲戒的制裁とは、注意または警告である。

特定の理由がある場合には、懲戒的制裁を過去にヘルスサービス・スタッフであった者にも行うことがある。

懲戒的制裁を、ストライキあるいは同様の抗議行動に参加した被雇用者に行

ってはならない。法（1998年第1661号法）

第4条 ヘルスサービス・スタッフの一員に対して法的手続が取られた場合は、該手続が適用される犯罪に関しては本章による懲戒的制裁の手続を開始せず、継続しない。ただし第7章第12条による申立の通知は行われることがある。

刑事手続によって法的手続の審査が行われるときは、懲戒的制裁の手続は議論上の欠陥以外の理由により行為が犯罪と見なされないときは、開始せず、継続しない。

第5条 懲戒的制裁は、第7章第12項または法（1986年第765号法）第21条第3項による Riksdag 代表に対する指示、または政令（1975年第1345号）による司法長官（Attorney General）に対する指示を添えて当人に報告が通知されてから2年以内に行われるもの以外には、課されることはない。

懲戒的制裁は、犯罪が行われてから10年以降に行われることはない。

試用期間

第6条 ヘルスケアと医療の分野において専門職に従事すべく登録された者に対して、もし当人がその専門職実施において不適格であるまたは別途不適切であることが立証された場合で、警告が十分に効力を発しないまたは第2条または第4条に則して適当でないと見えるときは、3年間の試用期間を定めることがある。

試用期間はさらに、疾病その他の状況により専門職を十分実施できないだろうと危惧される登録済専門家にも課されることがある。

登録の抹消

第7条 ヘルスケアと医療の分野における専門職従事の登録は、もし登録さ