

「日本医事新報」別刷

第4458号 (2009年10月3日発行)

第4459号 (2009年10月10日発行)

第4460号 (2009年10月17日発行)

# スウェーデンの医療障害補償制度

(1) (2) (3)

— 制度運営組織を視察して

財団法人 日本医療機能評価機構

後 信 山次 信  
神谷 瑞恵 上田 茂

## スウェーデンの医療障害補償制度(1)

— 制度運営組織を視察して

### 財団法人 日本医療機能評価機構

\*1 後 信

\*2 神谷瑞恵

\*2 山次 信

\*3 上田 茂

行われた膨大なデータを活用した情報提供や、専門家団体と連携した脳性麻痺の再発防止の取り組みを紹介する。

#### はじめに

本年1月に、我が国で初めての医療分野における無過失補償制度である産科医療補償制度の運用が開始された。

本制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児およびその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性麻痺発症の原因分析を行い、同じような事例の発生の防止に役立つ情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決と産科医療の質の向上を図ることを目的としている。

運営組織である当機構は、審査や原因分析・再発防止等の制度全般の運営を担っているが、今後の制度の円滑な運営や、我が国における無過失補償制度の将来的な展望を検討する上での参考となる情報を得る目的で、この7月27日から8月1日にかけて、世界でも先進的取り組みを行っているスウェ

#### 要旨

産科医療補償制度が本年1月に創設された。本制度の設計や運営は、医療分野の中立的な第三者機関である財団法人日本医療機能評価機構が担っている。

補償と原因分析・再発防止の機能を兼ね備えた本制度に対しては、紛争の早期解決や医療の質の向上といった点から関係者の期待が寄せられているところである。

当機構ではこの夏に、審査や原因分析など具体的な制度運営の参

を受けているスウェーデンの医療障害補償制度を運営する自治体医療事故保険会社を視察し、審査や補償などの実態について様々な知見を得たので、3回にわたり同国の医療障害補償制度の概要を紹介する。

第1回では、スウェーデンの医療制度や、医療事故等の苦情に対応するシステム、医療障害補償制度の創設経緯と運営組織について紹介する。

第2回では、医療障害補償制度における補償の考え方や、審査の流れについて、実際に審査を行っ

ている医師の話も交えて具体的に紹介する。

補償の対象となる「十分な経験を積んだ医師であれば、回避することができた障害」はどのように判断されているか、年間1万件にも及ぶ補償請求に対してどのように審査や補償が行われているかなど、医療障害補償制度が有効に機能し、医療側・患者側の双方から高い評価を得ている理由について解説する。

第3回では、脳性麻痺に関する審査と補償、および再発防止に向けた取り組みとして、補償請求が



ーデンの医療障害補償制度(The Patient Injury Compensation for Healthcare-Related Injuries)を運営する自治体医療事故保険会社(Landstingens Omseidiga Försäkringsbolag; LÖF)を視察し、多くの関係者から説明を受けた。

スウェーデンの高齢者や障害者

に対する充実した社会保障は我が国でも広く知られているが、医療事故に対する補償制度については医療関係者に向けた情報が必ずしも十分でない。

本稿では、LÖF視察で見聞した事柄を中心に、スウェーデンの医療障害補償制度の仕組みや運用、医療安全への取り組みなどについて

て紹介する。

## 1. 県を中心とした医療制度

スウェーデンの医療制度は、県議会が多くの権限を有し、国の所掌事項は教育や研究などごく一部に限定されている。まず、こうした行政の基本的枠組みが我が国と大きく異なっていることを踏まえ、おく必要がある。

国内には21のランスタイング(内訳は、18の県、二つのリージョンと呼ばれる県と同格の地方自治体、一つのコミュニティと呼ばれる市でありながらランスタイングの業務も所管する地方自治体。以下、総称して「県」という)が存在している。

県によって医療内容は異なるが、格差があると批判的な報道がされることもあり、県による大きな格差は生じていない。

県の医療行政を支える財源は、所得税の一部として確保されている県税から賄われる。県により税率は異なるものの、収入の多寡に関わらず課税される約30%の地方

税のうち、約10%が県に、約20%が市に収められる。この他、一定額以上の収入がある場合には20%の国税を支払う必要があるため、高額所得者の税率は約50%にも上る。

医療コストは原則として税金により賄われており、自費または個人・企業が加入する民間医療保険からの支出は全体の1~2%程度にとどまる。

病院の開設主体も、その多くは県である。人口約930万人のスウェーデンでは、国立の大病院が9施設(人口100万人当たり1大病院)、県立病院が約70施設、私立病院が7施設と、大半が県立病院で占められており、病院に勤務する医師の多くは、県または国の公務員である。

また、プライマリケアを担う開業医も、その半数は県の公務員であり、残りも県と業務委託契約を交わしているため、医師の大半は直接または間接的に県の影響下にあると言える。

なお、日本とスウェーデンの医療関連指標の比較は表1の通りで

表1 日本とスウェーデンの医療関連指標の比較

	日本	スウェーデン
人口1人当たり医療費支出 (06年)*	\$2,578	\$3,202
GDP対比医療費比率 (06年)*	8.1%	9.4%
人口1,000人当たり医師数 (06年)*	2.09人	3.58人
人口1,000人当たり看護師数 (06年)*	9.35人	10.83人
平均余命(男女計) (07年)*	82.6歳	81.0歳
人口1,000人当たり乳児死亡率 (06年)*	2.6人	2.8人
合計特殊出生率 (06年)**	1.32	1.85

(\*OECD Health Data 2009: Statistics and Indicators for 30 Countries, \*\*国立社会保障・人口問題研究所: 人口統計資料集2009より作成)

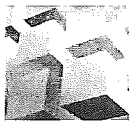
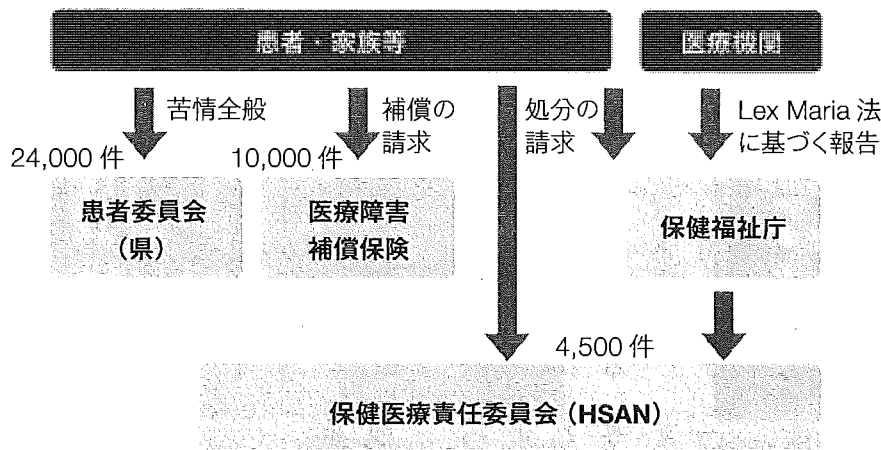


図1 医療事故等の苦情に対応するシステム



(ヘルシンボリ病院ホームページより作成)

ある。

## 2. 医療事故等の苦情に対応する三つのシステム

患者が医療事故や医療従事者の対応等について苦情や不満がある

場合、複数の申し立て方法が用意されている。

苦情の申し立ては、その種類により主に次の3種の組織が窓口となっており、それぞれに苦情を申し立てる（図1）。

(1) 県の患者委員会—苦情全般  
各県に設置されている患者委員会 (Patient's Advisory Board) が、苦情全般の受付窓口となっている。

この窓口での苦情は、医療事故による障害に限らず、医師や看護師、その他の医療従事者の対応に関する内容なども含まれる。ただし、患者委員会は法的な解決手段や補償の機能を有しておらず、医療機関や医療従事者に働きかけを行うことにより紛争解決を図っている。

前述の通り、医療従事者の大半は県の公務員、または県からの委託を受けた開業医であ

るので、医療従事者にとって県つまり雇用主や契約先に苦情が申し立てられることは、必ずしも望ましいことではない。このため、患者委員会への苦情申し立ては有効に機能しているとされる。

患者委員会には、年間約2万4000件の苦情が寄せられる。

(2) LÖF等の保険会社—補償  
医療事故に関する金銭的補償については、LÖF等の保険会社に対して補償請求が行われる。医療障害補償法 (The Patient Injury Act) によりすべての医療機関が医療障害補償保険への加入を義務づけられており、すべての県立医療機関はLÖFと保険契約を交わしている。

国内の約90%の医療事故をカバーしているLÖFでは年間約1万件の申請を受け付けており、このうち約4300件を補償している。

なお、医療障害補償制度からの補償の有無に関わらず、訴権は制限されていない。このため、患者は裁判に訴えることにより金銭的補償を求めるとも可能であるが、

医療事故に関して民事訴訟が提起されることはきわめて少ない。

(3) 国の保健医療責任委員会—医師等に対する懲戒等の行政処分  
医師や看護師等に対する指導や懲戒等の処分を求める苦情は、国の保健福祉庁 (Socialstyrelsen、我が国の厚生労働省の一部に相当) が管轄する保健医療責任委員会 (Hälsö-och sjukvårdens ansvarsnämnd、Medical Responsibility Board; HSAN) が窓口となっている。

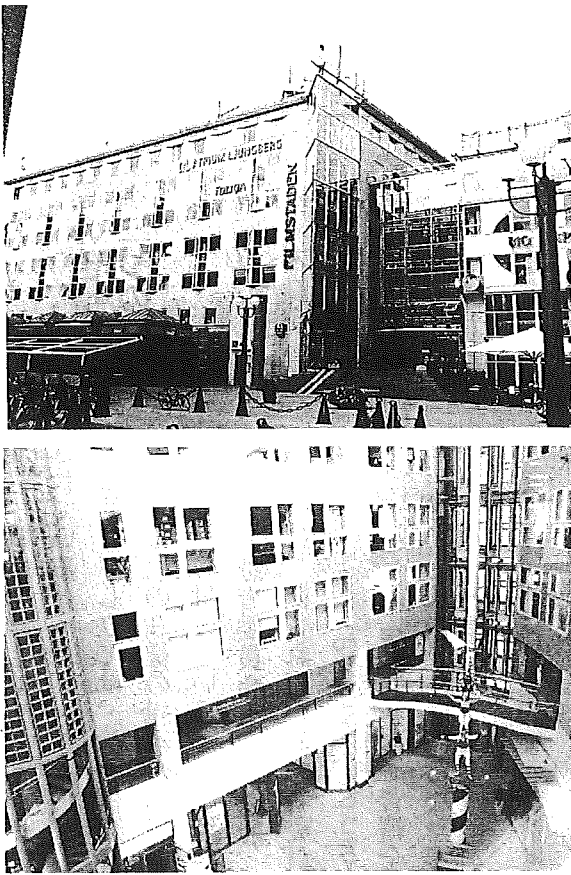
その他、Lex Maria法に基づく医療機関から国への医療事故報告制度がある。重大事故に関する医療機関から保健福祉庁への報告数は年間約1600件に上る。

Lex Maria法は、重大事故の発生原因に関する客観的な調査を行い、同じような事例の再発防止を図ることを主たる目的としている。

しかし、医師など医療従事者個人に対する処分が必要と思われる事例に関しては、保健福祉庁からHSANへと報告が行われ、懲戒等の要否が検討される。



図2 LÖF, PSRのオフィスが入っているビル



H S A Nでは、保健福祉庁からの回付も含めて年間約4500件の申し立てが受理され、このうち約400件が何らかの指導や懲戒の対象となる。

この中で30件が免許取消、146件が戒告、234件が訓告とされており、その多くはLex Maria法に基づき医療機関から報告された事例である。

なお、医療従事者への刑事訴訟は年間1件以下とされる。

医療事故等の苦情の窓口がそれぞれ切り離されて運営されている

ことが特徴であり、そのことによりそれぞれの取り組みが有効に機能していると考えられる。

### 3. 医療障害補償制度の経緯

医療障害補償制度は、1975年に県の自主的な取り組みとして開始された。

それ以前は、患者が医療事故につき補償を求めるには損害賠償請求訴訟を提起する以外に手段がなく、医療事故による障害の補償を受けることが困難な状況にあった。

一方、このような民事紛争については医療側に厳しい報道が数多くなされ、医療機関や医療従事者も苦しんでいた。

このため、県は、民事紛争を防止し、また簡単な手続きで患者が補償を受けられるよう、医療側、患者側双方にとって合理的な基準で補償がなされる任意の制度として、自ら医療障害補償制度を創設したのである。本制度の創設により、訴訟の数は劇的に減少した。

当初は、複数の保険会社による共同事業体と県とが保険契約を結び、制度が運営されていたが、EU加盟に伴う欧州共同体競争法（独占禁止法）の影響により、県が出資する保険会社として1994年にLÖFが設立され、1995年に制度の運営業務を開始した。

任意の制度として22年を経た後、1997年には医療障害補償法が制定され、法律に基づく強制加入の制度となった。これは、一部の私立の医療機関が保険に未加入で、患者が本制度による補償を受けられないケースがあったため、法制化に至ったとされる。

同法は、医療事故による障害に対する患者の補償請求権を明確にするとともに、すべての医療機関に対して医療障害補償保険への加入を義務づけている。

### 4. 制度を運営するLÖFとPSR

前述の通り、LÖFは各県の出資により設立された公営企業である。

設立当初は同国全体が好景気で民間企業の人気が高く、公営企業であるLÖFには優秀な人材が集まらなかったため、既存の保険会社2社に審査業務を委託し、これらの保険会社の審査部門を引き抜く形で、障害審査株式会社(Per-skadereglering AB; PSR)を設立した。以降はPSRが一元的に審査や補償請求に関する関係者との調整等を行っている。

PSRは現在、LÖFの100%子会社として事実上一つの組織であり、同じオフィスで業務を行っている。LÖFとPSRの業績はともに好調であり、LÖFとしても職員の募集を円滑に行える環

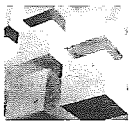


図3 オフィスの入口とヒヤリング風景



境が整ったため、2010年には両社が合併することとなっている。現在、年間1万件に及ぶ補償請求事案に対し、LÖFとPSRは次のような体制で速やかな補償を行っている。

LÖFとPSRは、首都ストックホルムの事務所のみで業務を行っている。

LÖFの職員数は、CEOのカイ・エツシンガー氏を含めて7名であり、彼らは個々の補償請求事案への対応ではなく、広報活動や補償請求事案の統計分析等を行っ

ている。

PSRの職員数は、約100名であり、そのうち75〜80名が審査および関係者との調整業務(クレームアジャスターと呼ばれる)を行っている。残りの約20名が職員向けの教育や庶務等の業務を担っている。

また、医療事故防止や患者安全に関する業務には4名の職員が専従している。

職員の経歴や学歴は、概ね3分の1が経済学系、3分の1が法学系、3分の1が医療系(看護師等)

であり、現在では保険会社からの転職者が大半を占めている。

また、非常勤の顧問医師が約80名在籍しており、医学的見地から審査を行っている。顧問医師はいずれも専門領域における実務経験の豊富な医師であり、日頃は診療を行いながら、週に数時間程度PSRに来て審査を行っている。

顧問医師が医療機関に有利な審査をしているとの謗りを受けることのないよう、医師はLÖFやPSRの利益と無関係であり、報酬は審査結果に拠らず時間給としている。また、医師に利害関係があるケースは担当しない、などといった対応が行われている。

補償請求事案は、原則として1事案につき1名のクレームアジャスターが担当し、顧問医師の助言を得て、補償の可否や補償額の決定等の業務を行っている。

制度運営部職員、\*3 同理事・産科医療補償制度事業管理者)

(1財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業部長・産科医療補償制度運営部技監併任、\*2 同産科医療補償

## スウェーデンの医療障害補償制度(2)

— 制度運営組織を視察して

### 財団法人日本医療機能評価機構

うしろ 後

しん 信

やまなみ 山次

まこと 信

かみたにみずえ 神谷瑞恵

うえだ 上田 茂

#### 5. 医療障害補償制度の 審査と補償

(1) 三つの基本的な考え方  
スウェーデンの医療障害補償制  
度は、次の三つの基本的な考え方  
に基づいて運営されている。

① 「回避することができた」(avoidable) 障害」のみが補償対象  
である。

② No-Blame for doctors 懲戒  
等の医師個人の責任追及を行  
わない。

③ 裁判に拠らない事務的な手続  
きである。

医療障害補償制度は「十分な経  
験を積んだ医師であれば、回避す  
ることができた障害」を補償の対  
象としており、「十分な経験を積  
んだ医師であつても回避すること  
ができなかった障害」は補償の対  
象とならない。この点については  
後述する。

また、本制度はあくまで補償を  
目的としたものであり、医師等の  
医療従事者に対する懲戒等の処分  
を含む責任追及とは完全に切り離  
して運営されている。懲戒等の処  
分を含む責任追及の申し立ては別  
の窓口であるHSANに行われて

おり、このことが医療障害補償制  
度が効果的に機能している大きな  
要因とされる。

そして、意見や証拠を闘わせて  
責任を追及する訴訟上の手続きで  
はなく、事務的な手続きとして補  
償の可否が決定されており、99・  
9%が訴訟によらず、事務的な手  
続きにより補償を受けている。

#### (2) 補償対象の考え方

##### ① 回避することができた障害

医療障害補償制度では、スウェ  
ーデン国内における医療行為によ  
り発生した障害や疾病が補償の対  
象となる。補償対象の要件は医療

障害補償法により規定されている  
が、最も重要で特徴的な点は、「十  
分な経験を積んだ医師であれば、  
回避することができた障害」のみ  
が補償の対象となることである。

本制度は、医療機関または医療  
従事者の「過失」があることを補  
償責任の要件としていない。代わ  
りに「十分な経験を積んだ医師で  
あれば、回避することができた障  
害であること」を必要としている。  
こうした考え方は Specialist Stan-  
dard と呼ばれている。

我が国の場合、医療事故の過失  
は「当該医療機関において期待さ  
れる医療水準」を判断の根拠とし  
ているが、本制度では「十分な経  
験を積んだ医師」が基準となつて  
いるため、患者側にとっては補償  
を受けやすくなっている。

また、十分な経験を積んだ医師  
であつても回避することができな  
かった医療事故までは責任を求め  
ないため、医療機関や医療従事者  
にも、一定の納得感のある合理的  
基準として支持されている。

##### ② 十分な経験を積んだ医師

「十分な経験を積んだ医師」とは、



表2 補償対象に関する医療障害補償制度と産科医療補償制度の比較

	医療障害補償制度 (スウェーデン)	産科医療補償制度 (日本)	訴訟 (日本)
過失の判断基準	十分な経験を積んだ医師の水準	問わない	当該医療機関において期待される医療水準
因果関係	51%以上の因果関係が必要	必要(明らかに分娩に関連がない場合を除き補償対象)	相当程度の蓋然性の立証が必要

経験豊富な専門医師、および当該診療分野の経験が豊富な医師を指す。例えば、プライマリケアにおける皮膚科関連の医療事故の場合、経験豊富な皮膚科の専門医師であれば回避することができたかどうかではなく、プライマリケアとして

表3 補償対象外となった主な理由(上位5位)

	理由	割合(%)
1	十分な経験を積んだ医師であっても回避することができなかった	26
2	治療等の医療行為と障害が無関係	18
3	診断ミスではない	17
4	患者に障害が生じていない	6
5	障害発生時点で適用できる保険がない(時効等)	5
6	その他	29

(Statistics for LÖF 1997~2004)

ての皮膚科の診療経験が豊富な医師の水準において回避することができたか否かが、補償可否の基準となる。

③51%以上の因果関係  
医療行為と障害の因果関係も必要とされるが、不法行為の場合と比べて、緩やかと言ってよい。すなわち、一般的な訴訟で求められるレベルの蓋然性ではなく、51%以上の可能性があれば因果関係があると認められるため、患者にとっては補償を受けやすく、医療機

関や医療従事者にとっても納得感のある水準が設定されていると言える(表2)。

LÖFにおいては年間約1万件的補償請求を受け付け、このうち約4300件が補償の対象となる。補償対象外となった約5700件の主な理由と割合の内訳は、表3の通りである。

上位二つは1975年の制度創設以来、常に変わっていない。なお、最近では「診断の遅延」を補償の申請事由とするケースが年々増加する傾向にある。その他の割合が高いが、これは補償額が免責金額以下である年間約500件のケースも含むためと考えられる。

(3)補償対象となる六つのカテゴリー

補償対象は、以下の六つのカテゴリーのいずれかに該当する障害である。

①治療行為による傷害

検査や看護、治療の直接の結果として傷害が発生した場合を指す。最も代表的な補償請求の理由であり、後方視的な観点からの検討の結果、回避することができたか否

かが、特に重要な判断基準となっている。具体的には、以下の項目について審査を行い、補償の可否が決定される。

②スウェーデン国内における医療行為の結果として傷害が生じているか。

③身体に傷害があるか。

④医療行為と傷害との間に因果関係があるか。

⑤治療は医学的に正しいものであったか。

⑥医学的に認められた方法が用いられたか。

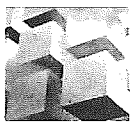
⑦後方視的に検証した結果、選択した手技を異なるやり方で実施していれば、より少ない傷害で治療ができ、傷害を回避することもできたと考えられるか。

⑧後方視的に検証した結果、異なる治療法を選択することによって、より少ない傷害で治療ができ、傷害を回避することもできたと考えられるか。

⑨医療機器等による傷害

検査、看護、治療等に使用する医療機器、または病院設備の故障





や欠陥、欠陥的使用方法により傷害が発生した場合を指す。

医療機器等には、器具・器械、装置やその他の補助装置が含まれる。器具・器械には、メス、鉗子、注射器、カニューレといった簡単な器具から、透析器や人工呼吸器等の複雑な機器が含まれる他、ペーサーメーカー、ステント、人工関節、人工血管、歯科補綴等、体内に埋め込む物も含まれる。また、滅菌済みのデイスポージブルやその他の消耗品も含まれる。松葉杖も含まれると判断された事例もある。

病院設備には、ベッド、ランプ、椅子等が含まれる。

この場合の「欠陥」とは、マニュアル等に定めた通りに作動しないことを言う。また、「欠陥的使用方法」とは、取扱説明書に則しない使用方法を言う。

医療機器のメーカーから製造物責任に基づく損害賠償金が支払われる場合は、LÖFに返戻されることとなっている。

### ③ 診断誤りや診断遅延

診断誤りや診断遅延により、疾病や傷害が生じた場合と悪化した場合を指す。診断時に確認できるはずの症状の見落とし、あるいは当該診療分野の経験豊富な医師の診断基準から逸脱した診断によって治療が行われなかったり、遅延したため、症状が悪化した場合も含まれる。

このカテゴリでは、診断がなされた時点における経験豊富な専門医師の有する知識を基準に判断される。典型的な事例には、腱や神経の損傷、骨折や脱臼の見落としがある。分娩時の障害はこのカテゴリに該当することが多い。診断遅延については、診断遅延により障害が生じた場合に補償対象となる。

「障害」とは、通常、診断遅延がなければ期待できた症状と診断遅延があったことによる実際の症状との差と規定されている。

なお、乳癌では、診断遅延が必ずしも身体的な障害を生じさせたとは言えないケースがある。より

早期の診断がなされてもその後の治療に影響しない事例では、予後に影響しない限り、身体的な障害は生じない。しかし、そのような事例でも、診断遅延がいくらかの腫瘍増大をもたらした可能性が高ければ、再発や死亡のリスクが高まる可能性がある。そうした苦悩や不安を含む患者の精神的苦痛について、2万5000 SEK (1 SEK ≈ 約15円。2万5000 SEKは約38万円)が支払われる。

④ 感染  
検査、看護、治療等をきっかけとして、患者が病原体に感染した場合を指す。したがって、患者の腸管や口腔内に常在していた細菌等、既に患者の体に存在していた病原体による感染の場合は補償されない。しかし、感染が患者の体に存在していた細菌によるのか、別の場所から感染したのかを決定することは、実際には容易ではない。

審査では基礎疾患の性質や重症度、患者の一般的な健康度、予期される感染の可能性やその重症度を考慮することになる。基礎疾患

が重症であるほど、合併症の可能性が高いため、補償の可能性は低くなる。もし感染のリスクが無視できる程度、あるいは予測困難な程度であれば、補償の基準は満たされることになる。

したがって審査では、治療等を要する基礎疾患等の重症度や治療中の感染のし易さと感染症の重症度との関係を検討しつつ、発症した感染に対して補償することの合理性を評価することとなり、実際には種々の診断基準を総合的に評価して決定している。

患者が補償されない具体的なケースは、感染が小規模であり障害が短期間のみ生じた場合、基礎疾患が感染よりも重症である場合、感染が治療結果あるいは治療期間に影響しなかった場合、合併症として感染が起こりうると見込まれる場合等である。

一方、補償の可能性があると、具体的な状況を挙げてみると、感染が基礎疾患より重症である場合、治療の状態から見て感染したことが不合理である場合、生命の危機のある状態になったり慢性的な治療



図3 補償請求書式

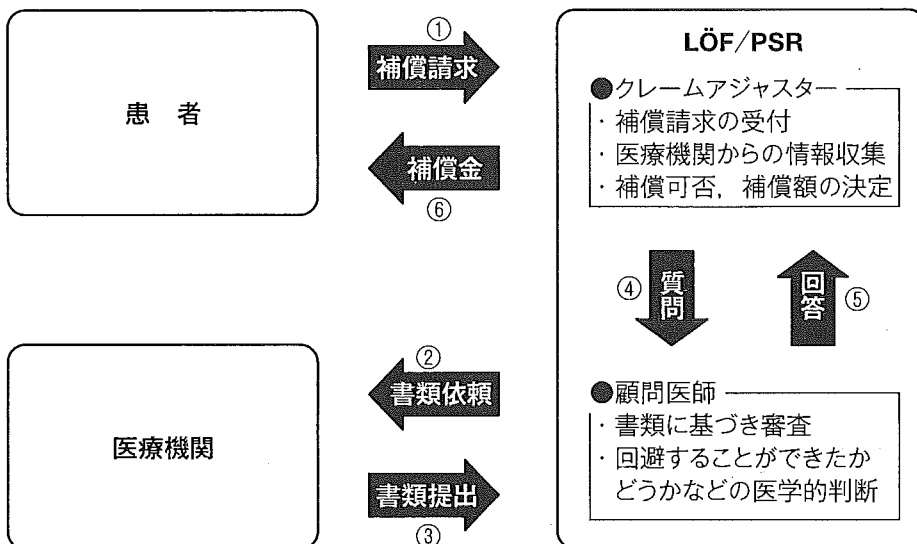
検査、看護、治療等と関係のある傷害が発生した場合を指す。治療に関連した傷害が補償対象となるので、補償されるのは医療の中の特定のリスクに限定され、治療とは無関係に発生する通常の傷害は除外される。

⑤ 治療中の事故

を要したり後遺障害を生じたりした感染の場合、感染のリスクが小さく予期できなかった場合、感染のために外科治療の結果がより悪くなった、あるいは外科治療の効果がなかった場合等である。

しかし、特に重症の心疾患の場合、感染が容認されるべきかそうでないか合理的な評価が難しい。

図4 補償の流れ



例えば、ラウンジやトイレに行き際に生じた傷害のような患者自らが対処しなければならぬ場合は、治療と関連するとは考えられず、補償対象にならない。同様に、医療施設内であっても火災や食物中毒等といった治療とは無関係の事故による傷害は対象外である。

一方、救急車による搬送中の転落、検査中のベッドからの転落、誰かの見守り下での歩行訓練時の転倒などは補償対象である。

⑥ 投薬ミス

医薬品の規制や指導に反した処方

① PSR における情報収集

患者から補償請求書類の提出を受けた PSR は、担当するクレームアジャスターを決定し、必要なカルテや画像等につき、患者が受

② PSR における情報収集

患者から補償請求書類の提出を受けた PSR は、担当するクレームアジャスターを決定し、必要なカルテや画像等につき、患者が受

③ 書類提出

④ 質問

⑤ 回答

⑥ 投薬ミス

① 患者から PSR への補償請求者は、PSR に対して補償請求を行う。請求方法は、所定の書式 (A4 判 3 枚、図 3) に障害を負った時期や施設名、障害の簡単な説明等を記載するだけでなく、同時に、必要な個人情報の手入力等に関する同意を含む委任状を提出する (図 4)。

なお、請求は、事故を知った時から 3 年、あるいは事故から 10 年の時効までの間に行わなければならない。

② PSR における情報収集

患者から補償請求書類の提出を受けた PSR は、担当するクレームアジャスターを決定し、必要なカルテや画像等につき、患者が受

方や投薬により障害が発生した場合を指す。したがって、投与量が過剰であったり禁忌であったりした場合は補償対象となる。処方は正しかったにも関わらず副作用が出た場合は、医薬品に関する製造物責任または医薬品補償保険による補償が検討される。

(4) 補償請求から補償可否の決定までの流れ

① 患者から PSR への補償請求者は、PSR に対して補償請求を行う。請求方法は、所定の書式 (A4 判 3 枚、図 3) に障害を負った時期や施設名、障害の簡単な説明等を記載するだけでなく、同時に、必要な個人情報の手入力等に関する同意を含む委任状を提出する (図 4)。

なお、請求は、事故を知った時から 3 年、あるいは事故から 10 年の時効までの間に行わなければならない。



◆コラム；クレームアジャスターからのお話◆

PSRにおいてクレームアジャスターの統括と教育を担当するアシッフ・カッサム氏から話を伺った。

- クレームアジャスターの担当は診療科ではなく事案の難易度により振り分けられており、1件の対応に約40～50時間を要する難しい事案、1件1時間程度で対応できる簡易な事案、その中間の事案の三段階に応じて、担当者が決定される。
- 産婦人科と精神障害に関連する事案は、より専門的な知識や経験が求められることから、専任の担当者にて集中的に対応している。
- 1件の事案の対応に要する時間は平均10～15時間であり、1名当たり年間約200件弱の補償請求事案を担当している。
- PSRにおいては1週間で37.5時間が標準労働時間とされており、これを超過して勤務した場合は残業代が発生する。残業代が生じた場合、PSRにとっては残業代負担が増え、また従業員にとっても税金が高額になるため、残業はあまり行わない。

診した医療機関に提出を依頼する。

必要な情報は事案により異なるが、例えば脳性麻痺の場合、分娩記録、CTG（胎児心拍数モニター）、小児科の記録、妊娠中に診察した産婦人科医の意見書等が必要とされる。提出された書類に不備がある場合、原則として文書にて照会を行い、面談やヒヤリングは行わない。

LÖFは県議会との間で予め書類提供に係る約定を定めており、またそもそも県が設立した保険会社であるため、医療機関が書類の

提出に協力しないことは稀である。

多くの医療機関が情報提供に協力的であるのは、提出書類から明らかにミスがあると判断される場合であっても、LÖFからHSANに通知が行われないため、懲戒等の処分につかれないからである。

患者がHSANに申し立てを行うことは自由であるが、医療事故が発生した場合、多くの医師はLÖFに対して補償請求するよう患者にアドバイスするとともに、補償を受けられるよう書類の提出に

応じている。結果として、多くの患者は満足し、良好な関係が築かれるため、HSANに通知することなく解決に至っている。

③六つのカテゴリーへの分類と医師への質問シートの作成  
クレームアジャスターは整理した情報を基に論点を絞り込み、六つのカテゴリー毎に予め分類された医師への質問シート（A4判3枚程度）を作成する。質問シートには、例えば治療等が障害の主な原因と考えられるか、患者の症状を正しく診断できなかった場合、何をいつすべきであったか、といった質問項目が記載されている。

④医師による審査  
ほぼすべての事案につき、医師が審査を行う。  
審査は、該当する診療科の医師が、原則として1名で行う。担当の医師が患者を診察することはなく、カルテ等の書類のみで審査を行い、その医学的判断をシートに記載する。医師は、簡易な事案であれば1時間に3件程度、難しい事案であっても、1時間に1件程度のペースで審査を行う。

極めて判断が困難な事案は、1カ月～2カ月に1回、当該診療科の顧問医師全員が集まって合議を行うが、例えば整形外科においては年間約2200件の補償請求事案のうち、合議にかけられるのは5件程度であり、極めて特殊な場合に限られる。

⑤補償可否の決定  
医師による審査結果を受けて、クレームアジャスターは補償可否を決定し、患者に対して通知する。請求から補償可否の決定までの期間を見ると、6カ月以内に約7割、8カ月までには約8割の事案が決定している。

なお、補償対象とすることを決定した障害であっても、後遺障害の程度が確定しないため、補償額が同時に決まらない場合がある。この場合、その時点で見込まれる後遺障害の程度を基準に仮払いを行い、将来障害程度が確定した時点で、補償額が決定される。また、補償額の一部は年金払い方式を採用しており、将来障害程度が改善した場合は、補償額が変更されることもある。



◆コラム；審査医師からのお話◆

審査を担当する外科医師と整形外科医師から話を伺った。実際に審査を行っている医師の視点から、制度がどのように映っているか紹介する。

トム・ベルグ氏(外科医)

- 臨床経験35年のベテランであり、スウェーデンを代表する大学病院であるカロリンスカ研究所において長年臨床に携わってきた。
- 20年以上前に、学会を通して依頼があり、この仕事を始めた。現在は週に2回、1回につき3～4時間程度PSRに来て、審査を行っている。
- 外科の顧問医師は3名である。
- 審査においては患者を診療することはせず、カルテ等の書類から判断する。治療した医師に会うことはないが、意見書の提出を求めることはある。コクランレビューやその他の文献も参照しながら、医師として「おそらくこのようなことであろう」という意見を述べる。
- 審査は、PSRのクレームアジャスターが作成した質問項目に対して、「はい」「いいえ」「答えられない」のいずれかをチェックする。事案によっても異なるが、質問は簡素化が進んだ結果、現在では10問程度になっている。
- 意見書を添付することもある。裁判ではないので、責任追及ではなく事実の確認を行っている。

アンドレ・スタルク氏(整形外科医)

- 週1回、2～4時間程度PSRに来て審査を行っている。メールを活用することもある。
- 整形外科は15名程度の顧問医師がいる。
- 審査においては、回避することができたかどうかを後方視的な視点で判断するため、当時の医療技術等に関する文献を調べることは多い。
- 整形外科分野では裁判にならずに和解することが多いが、訴訟になった場合、10件中8件はLÖFの主張が認められている。

(5)審査結果に不服がある場合  
PSRによる審査結果に不服がある場合、患者は、国が設置している患者不服審査委員会(Patient Claims Panel)に不服を申し立てることができる。補償対象外と判断された事案や、補償対象

であっても補償額に不服がある事案のうち、年間約1000件が申し立てされる。患者不服審査委員会では再審査を行い、その結果をLÖF等に対して勧告する。この委員会の勧告には強制力はないものの非常に尊重されており、

年間約1000件につき審査結果が覆っている。また、医療障害補償制度は訴権を制限するものではないため、補償の有無に関わらず、患者は裁判に訴えることもできる。しかし、訴訟に至るケースは極めて稀で年間10～15件程度であり、その多くは補償可否の争いではなく、補償額の多寡が争点となっている。裁判所は和解を勧めることも多く、患者が勝訴するのは年間1～2件程度とのことである。

委託を受けているため、被告はLÖFとなる。LÖFは2名の法律専門家を職員として雇用しており、彼らが中心となって対応する。  
(6)補償の水準  
医療障害補償制度は、自動車事故や労働災害における損害賠償と同一水準で補償額が決定されている。補償額は、主に以下の①～⑤までの費目を積算して算出される。  
①苦痛等に対する慰謝料  
医療事故による障害を治療するに当たっては、苦痛等に対する慰謝料として1日当たり一定額が支払われる。入院は1日当たり130SKR(約2000円)、外来は1日当たり77SKR(約1200円)である。

②後遺障害に対する慰謝料  
後遺障害が残存した場合、その後遺障害の程度に応じた慰謝料が支払われる。スウェーデン保険連合が定めた基準に従い、後遺障害の程度に応じたパーセンテージ(喪失率)と、患者の年齢、就労の有無等により補償額が決定される。これは自動車事故や労働災害、訴訟でも同様である。

訴訟に至った場合、LÖFは医療機関の開設主体である県から補償責任の履行も含めて

訴訟に至った場合、LÖFは医療機関の開設主体である県から補償責任の履行も含めて



表4 2002～2008年の平均補償件数と補償額の割合

診療科	補償件数		補償額 (割合；%)
	件数(件)	割合(%)	
整形外科	920	24	23
一般外科	450	12	10
産婦人科	310	8	25
プライマリケア	320	9	7
一般・専門歯科	530	14	2

(Stockholm County Council Notifications for the year 2002～2008より作成)

③追加で必要になった医療費や薬代、通院交通費

医療事故による障害の治療等に要する医療費や薬代、さらに通院交通費が支払われる。ただし、これらは患者負担額の上限が設定され、その超過分は社会保障から助成されていることから患者負担額の上限を限度に支払われている。

④介護等に要する費用  
介護助成金や障害助成金から支

払われる額を超過して介護等に要する費用がある場合、超過分に対して支払われる。

⑤逸失利益

もし後遺障害がなければ本来得られるはずだった利益と、疾病手当との差額が逸失利益として、患者が65歳になるまで毎年1回支払われる。補償額は後遺障害の程度や、事故が起こらなければ得ていたであろう収入により算出される。

この他、医療行為や、医療行為による障害の結果として患者が死亡した場合、葬儀費用や近親者の精神的苦痛に対する慰謝料が支払われる。ただし、逸失利益等の支払は打ち切られる。

医療費や薬代、介護に伴う住宅改造費、介護用ベッドや車椅子の購入費、疾病手当、介護助成金等は社会保障から支払われるが、医療障害補償制度から国の社会保障に対して充当することはない。ちなみに、死亡した本人に対する慰謝料や、いわゆる懲罰的損害賠償の概念はない。

なお、補償額には、物価基礎額

(社会保障や年金等の給付額の算定基礎数字で、物価変動に応じて毎年決定される)の20分の1(約3万円)の免責金額と、患者1人当たり支払限度額(物価基礎額の200倍、約1億2000万円)、1事故当たり支払限度額(物価基礎額の1000倍、約6億円)が適用される。

(7)100億円の財源と65億円  
の補償

LÖFの医療障害補償制度の財源は、地方税により賄われている。県は、住民1人当たり約10ドルを保険料として毎年LÖFに支払っている。スウェーデンの人口は約930万人であるため、年間の保険料収入は年間100億円弱となる。県や病院、診療科毎に事故率等による保険料の差は設けられていない。なお、国からの資金の助成はない。

2008年のデータを見た場合、補償対象件数約4300件に対して支払総額は約4億3500万SKR(約65億円)で、1件当たり平均補償額は約150万円となる。

補償額が数千万円に上る事案も

あるが、大半は補償額が30万円程度に満たない低額なケースである。診療科ごとの補償件数と補償額の全体に占める割合は表4の通りである。

整形外科や一般外科が補償件数の多くを占めている。産婦人科は、補償件数では約8%だが、補償額では全体の約4分の1を占める。

これは、産婦人科には分娩時の障害が含まれ、補償額の単価が他に比べ高額なためである。

一方、歯科は補償件数が比較的多いものの、補償額では2%程度と少ない。これは、歯科治療による障害が一般に比較的軽微なものが多くことによる。

スウェーデンの手厚い社会保障では、医療事故が原因となった障害の治療や介護等に対しても給付されるため、その上乗せである本制度の補償額は比較的低い水準となっている。しかし、近年の景気悪化の影響により社会保障が削減される傾向にあり、これに伴ってLÖFの負担が増大しているとされる。



## スウェーデンの医療障害補償制度(3)・完

— 制度運営組織を視察して

### 財団法人 日本医療機能評価機構

後 信 山次 信

神谷瑞恵 上田 茂

#### 6. 脳性麻痺に関する 審査と補償

医療障害補償制度は全診療科を  
対象とした制度だが、このうち産  
婦人科、特に脳性麻痺に関する補  
償請求についてどのような対応を  
行っているか、PSRで脳性麻痺  
部門の統括責任者を務めているエ  
ヴァ・ドゥーバン氏から説明を受  
けた。

##### (1) 脳性麻痺に関する審査

産婦人科全体では年間365件  
程度の補償請求が行われている。  
このうち75件〜100件が、分娩

時に子どもに生じた障害で、残り  
は母親に関するものである。子ど  
もの障害には、低酸素による脳障  
害、帝王切開の手法ミス、引き抜  
き損傷、死産等があり、約45%が  
補償対象となる。なお、脳性麻痺  
の発症率は出生1000人当たり  
2人程度とのことであり、我が国  
と同様の水準と見られる。  
産婦人科領域のクレームアジャ  
スターは、審査等において特に専  
門的な知識や経験が求められるこ  
とから、経験豊富な職員が担当し  
ている。

他の疾病や障害の場合、審査す

る医師はそれぞれ1名だが、産婦  
人科領域ではまず、必ず2名の産  
科医が別々に審査を行う。2名の  
見解が合致すればその見解が結論  
となり、相違する場合はさらに第  
3の産科医に意見を聞く。産科医  
による審査では、帝王切開や吸引  
分娩等の方法の選択の適切性、C  
TG(胎児心拍数モニター)の解釈、  
陣痛促進剤の使用等に関して検討  
が行われる。なお、顧問の産科医  
は5名である。

脳性麻痺に関する産科医の審査  
の結果、「十分な経験を積んだ医  
師であれば、回避することができ

た」と判断された場合、次に小児  
科医が、そのことと脳障害との因  
果関係等について審査を行う。

小児科医により51%以上の因果  
関係があると判断された場合は補  
償対象となるが、脳性麻痺の場合  
はその時点で障害程度が確定して  
いないことが多いため、補償額を  
決定できないことがある。このた  
め、原則として子どもが4歳にな  
った時点で障害程度を確認し、そ  
れに応じた補償額を算出する。ま  
た、必要に応じて就学時および18  
歳の時点で見直しのための診断を  
行い、障害程度に変化があれば補  
償額の変更を行う。

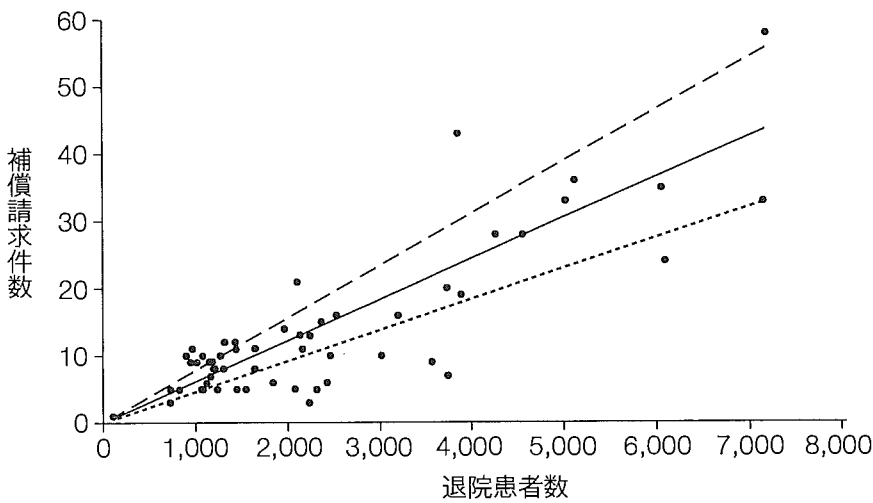
##### (2) 高額な補償額

脳性麻痺に対する補償額は、他  
の障害に比べ、概して高額になる  
傾向にある。これは主に、後遺障  
害に対する慰謝料と逸失利益が高  
額なことによる。

脳性麻痺の後遺障害程度は最高  
の99%であり、一時金の慰謝料と  
して170万SKR(約2500  
万円)が支払われる。また、将来  
の逸失利益も患者により差はある  
ものの、3500万円程度になり、



図5 股関節の手術における病院ごとの補償請求件数と退院患者数の分布



具体的には、病院ごとの補償請求事案に関する障害の発生時期、内容、程度、部位、補償可否、国民番号等の情報をデータ化し、各病院の患者安全責任者であるCMO (Chief Medical Officer) に対して定期的に提供している。

図5は、各病院の患者安全責任者に提供されるデータの一例である。2002年から2007年にかけての股関節の手術における病院ごとの補償請求件数と退院患者数の分布を示したものであり、縦軸が補償請求件数、横軸が退院患者数、丸印がそれぞれの病院を表す。3本の線は、中央の線が補償請求率の平均値、上の線が補償請求率の高い上位25%のライン、下の線が補償請求率の低い下位25%のラインである。

なお、年間退院患者数の統計情報は保健福祉庁が公表しているため、そのような統計情報を入手して有益な分析を行うことができる。(2) 病院で積極的に行われる RCA

病院での原因分析や再発防止の取り組みであるRCA (Root Cause Analysis) は、LÖFより情報提供を受けた各病院において、患者安全責任者を中心に自主的に実施されている。

RCAは「なぜ」を繰り返し問いかけることにより、医療事故が発生した原因を突き詰める手法で

重度の脳性麻痺児1人につき合計7000万円程度の補償金が支払われる。

7. 再発防止の取り組み

LÖFとPSRは、医療障害補償制度による患者に対する補償を

主要業務としているが、直接または間接的に、医療機関での原因分析や再発防止の取り組みに対する支援等を行っている。

(1) 医療事故データベースの病院への提供

LÖFには、年間約1万件に上る補償請求が行われる。LÖFでは、すべての補償請求事案に関する情報を蓄積しており、この蓄積されたデータを病院に提供することで、病院での原因分析や再発防止、医療提供体制の改善に向けた取り組みに寄与している。

これらの情報は、医療従事者に分かりやすいよう、病院ごとの手術件数と補償請求件数の関係や、補償請求件数と補償対象件数の関係をグラフ化するなどの工夫が施されている。また、他の病院と比較することで医療安全の取り組みが促進されるよう、他の病院に関する情報も提供されている。以前はLÖFのホームページにおいて各病院の補償請求件数が公表されていたが、補償請求事案の発生率と医療事故の発生率とは必ずしも一致しないことや、ランキングサイトに悪用されたことなどにより、現在は一般への公開は行われていない。

の線が補償請求率の低い下位25%のラインである。

データを受け取った病院は、他施設と比較して自施設の状況を認識し、必要に応じて対策を検討することができる。もともと、補償請求率が高いからといって一概に医療安全に問題があるとは言えず、患者にとって補償請求しやすい風通しの良い環境が整備されている場合もあるため、この情報の活用については各病院の判断に任されている。



あり、ここにおいても「No-Blame」すなわち「誰がやったのか」という責任追及とは切り離す考え方が徹底されている。

LÖFは、病院におけるRCAを促進するインセンティブとして、補償請求事案について病院がRCAを実施した場合、1件につき1万SKR(約15万円)を病院に支払っている。

### (3)脳性麻痺に関する医療安全プロジェクト

患者にとって影響が大きく、またLÖFにとっても運営面での影響が大きい医療障害について、再発防止に向けたプロジェクトが実施されている。

中でも、脳性麻痺を含む小児脳障害は人道的に再発防止の必要性が高く、また医療障害補償保険の年間支払額の20〜25%を占め、LÖFの収益にとっても影響が大きいことから、過去の脳障害に関する補償請求事例の分析と再発防止の取り組みが行われている。

1990年から2005年にLÖFに報告された小児脳障害に関する472事例の中で、分娩中に

回避することができたと判断された177事例について、脳障害の発症原因の分析が行われた。その結果、CTGの解釈誤り、陣痛促進剤の不適切な使用、帝王切開の判断遅延等不適切な分娩方法、新生児蘇生術の誤りが、主な脳障害の発症原因であるとされた。

この研究は、LÖFに蓄積された補償請求事案のデータを基に、スウェーデンの代表的な大学病院であるカロリンスカ研究所において行われ、研究結果は2008年2月のBritish Journal of Obstetrics and Gynaecologyで発表されている。

さらに、2007年から2010年にかけて、医療専門家が自ら改善に取り組むべきとの考えの下、スウェーデンの産婦人科医会、小児科医会、助産師会が主体となつて、LÖFと連携し、分娩の安全向上のプロジェクトが進められている。

まず、産婦人科医、小児科医、助産師によるリサーチグループにより、セルフアセスメントシートが作成された。質問項目は、①組織、

②コミュニケーション、③技量、④技術の活用、⑤医薬品の管理、⑥記録、⑦フォローアップに関するものである。

具体的には、妊婦や胎児のリスク評価、他の言語による意思疎通、モニタリングの読み方、子宮収縮剤の取扱い、胎児機能不全やその他の緊急時の対応、医療事故発生後の患者・家族や医療従事者への対応、医療従事者の確保や医療安全管理、文書管理などに関して26項目の質問が設定されている(表5・図6)。このシートは、スウェーデンで分娩を取り扱っている48病院すべてに送付され、各病院において自己評価が行われた。

次に、産婦人科医会等から各病院に派遣された監査者(Medical auditor)が、セルフアセスメントシートに基づき詳細なヒヤリングを行い、問題点を発見している。発見された問題点については、監査者によるレポートが取りまとめられ、全48病院で共有される。さらに、監査を受けた病院は、6ヵ月以内に改善策を策定し、報告する。

これらの取り組みに対して、LÖFは監査者の派遣費用等を負担するとともに、プロジェクトに参加した病院に対して5000ユーロ、改善策を実施した病院に対して1万5000ユーロのインセンティブを支払うことにより、取り組みをバックアップしている。これらの支援に係るコスト総額は、脳障害児2名に対する補償コスト相当であり、LÖFにとっても有益と見られる。

また、小児脳障害の発症原因の分析の結果、CTGの解釈誤りが大きな要因の一つであったことを受けて、LÖFは前述の3団体と協力してCTGの解釈に関するWeb上の研修ソフトウェアを開発した。この研修ソフトは2009年8月にリリースされ、スウェーデン国内の医療機関であれば、無料で使用することができることである。ソフトウェアの内容は、胎児管理の質の向上を目的として、基本的な知識やCTGの読み方等を学習できるようになっている。

具体的には、胎児、子宮、羊膜、





表5 セルフアセスメントシートの質問事項(抜粋)

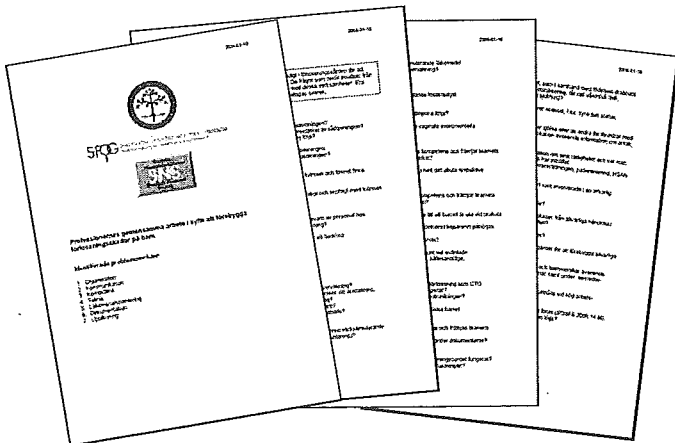
- 電話で助言するためのセルフアセスメントについて
  - a. リスクアセスメントを行うための方法/ガイドラインはどのようなものですか?
  - b. 助言の内容の根拠となる方法/ガイドラインはどのようなものですか?
  - c. 上記a, bが貴院において遵守されていることを、どのように確認していますか?
- 正常分娩のモニタリングについて
  - a. 貴院におけるスタッフによる妊婦の観察、陣痛の状態、胎児モニタリングに関する方法/ガイドラインはどのようなものですか?
  - b. 貴院においてそれらが遵守されていることを、どのように確認していますか?
  - c. 貴院では、分娩の進行の評価に関する方法/ガイドラインはどのようなものですか?
  - d. 貴院においてそれらが遵守されていることを、どのように確認していますか?
- 緊急事態に対応するチーム(分娩、麻酔、手術、小児科)や超緊急帝王切開への対応について
  - a. 貴院における方法/ガイドラインはどのようなものですか?
  - b. 貴院においてそれらが遵守されていることを、どのように確認していますか?
  - c. 貴院では、どのようにして医療チームが専門知識を共有していることをどのように確認し、また連携や意思疎通を深めることを促進していますか?
- 貴院では、患者が患者の権利に基づいた情報を受け取れることや、障害の発生の疑いがある場合にどのような組織に依ればよいかという情報を受け取れることを、どのように確認していますか(PSR、医療団体の患者オンブズマン、患者委員会、HSAN、保健福祉庁への報告)?
- 貴院では、必要な知識や技術を持った医師や助産師が、1日24時間そして休日にも適切に配置されていることをどのように確認していますか?
- 文書化による記録には規制が存在します。貴院では、それらの規制や患者情報法が遵守されていることを、どのように確認していますか?

胎盤の解剖と生理(胎児循環、羊膜・羊水、ガス交換、酸塩基平衡等)等の基礎知識、CTGモニタリングの基礎知識(CTGの導入の歴史、スウェーデンにおけるCTGモニタリングに関する推奨事項)、具体的な波形の分類や読み方(心拍数基線、Variability, Ac-

celeration, Deceleration, それらのリスク評価等)、胎児心拍の異常と胎児の生理学的反応などが学習できるようにになっており、さらに演習問題(CTGの波形、病歴、質問と回答等)が用意されていることである。CTGの演習用教材としては、

①実際の事例のCTGや臨床経過を活用して、設定された質問に回答して学ぶ教材、②正常、あるいは異常パターンのCTGで、学んでおくべきいくつかのパターンの教材(オキシトシンの過剰投与の事例等)、③実際の事例のCTGや臨床経過に対して、自らの知識

図6 セルフアセスメントシート イメージ



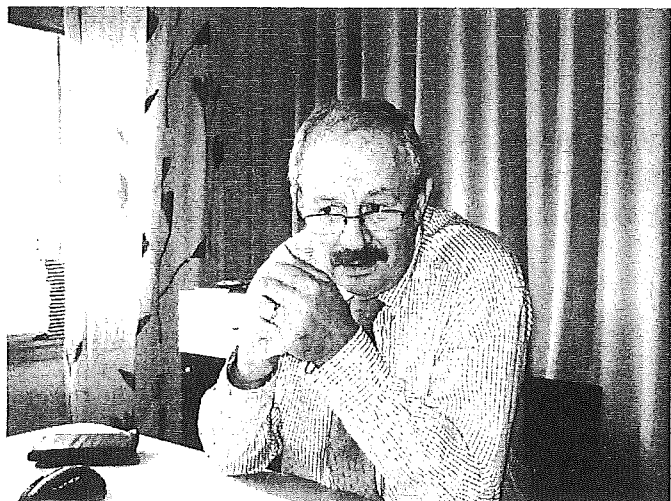
(1) No-Blame for Doctors  
医療障害補償制度ではNo-Blame

を試すことのできる教材などが用意されているとのことである。  
まとめ  
3回にわたりスウェーデンの医療障害補償制度の仕組みや運用の現状と経緯を紹介したが、この中で、特に強く印象を受けた4点を述べることで、本稿の結びとした



me for Doctors, すなわち医療従事者の責任追及を行わないことが徹底されており、このことが結果的に医療障害の補償や医療安全の推進に大きく寄与していると思われる。懲戒等の処分と補償とが完全に切り離されていることにより、医療障害補償制度への報告や情報提供が滞りなく行われ、患者は補償を受けやすくなっており、また医療従事者は懲戒等を恐れることなく積極的に協力している。

図7 カイ・エッシンガー CEO (上)  
両国の会合出席者 (下)



LÖFのCEOであるカイ・エッシンガー氏も、補償と懲戒とを切り離していることにより、医療障害補償制度や再発防止の取り組みが有効に機能していると繰り返し話されていた。

### (2) 社会保障等を基盤とした制度

医療障害補償制度が単独で取り組まれているのではなく、HSA N等の苦情受付制度や、手厚い社会保障の基盤の上に運用されてい

ること、また病院の大半が自治体病院であるというスウェーデン固有の事情により、この制度が有効に機能していると思われる。

### (3) 簡易な審査と納得感のある補償基準

補償可否を決める審査が比較的簡易に実施されている。すべての医療事故による障害を対象として年間1万件に及ぶ補償請求に対応し、また申請の受付から概ね半年以内に補償可否を決めるためには、

簡易な審査は必須であると考えられる。

また、医療障害補償制度は「十分な経験を積んだ医師であれば、回避することができた障害であること」や、「51%以上の因果関係」を補償の基準としていることにより、患者側と医療側の双方にとって納得感のある基準として支持され、また比較的低コストですべての医療分野での補償を実現できていると考えられる。

我が国の人口はスウェーデンの約14倍であることを考慮すると、我が国において無過失補償制度を検討する場合、補償対象の件数や財源はより大規模となるため、審査の方法や補償の基準を考える上で学ぶべき点は多い。

### (4) 専門家団体との協力による再発防止

LÖFが専門家団体と協力して、Web等を活用し、情報発信を行いながら、再発防止に取り組んでいる点も印象的であった。

原因分析・再発防止の取り組みにおいては、年間1万件におよぶ補償請求事例のデータが効果的に



□□文献□□

- 1) Berglund S, et al : BJOG 115 : 316, 2008.  
 2) 松良基広, 他 : 医療の質・安全学会誌 4 : 48, 2009. 3) 伊集守直, 他 : 経営と情報 (静岡県立大学・経営情報学部/研究紀要抜冊) 21 (1), 2008. 4) 伊集守直 : 厚生労働科学研究費補助金医療安全・医療技術評価総合研究事業「国内外における医療事故・医事紛争処理に関する法制的研究」平成19年度総括・分担研究報告書, 2008, p213. 5) 千葉華月 : 損害賠償法の軌跡と展望 (円谷 峻, 他編), 日本評論社, 2008, p227.

□□インターネット資料□□

- 在日本スウェーデン大使館ホームページ  
<http://www.swedenabroad.com>  
 LÖFホームページ  
<http://www.patientforsakring.se/>  
 ヘルシンボリ病院ホームページ  
<http://www.helsingborgslasarett.se>

活用され、各病院の患者安全責任者を中心に組み込まれている。LÖFは必要な情報の提供やインセンティブの設定等による支援を行うのみであり、病院や医療関係団体等による自主的な取り組みが尊重されている。

さて、我が国の産科医療補償制度は、補償とともに脳性麻痺発症の原因分析や再発防止を行っている。原因分析は、分娩機関からの情報と保護者からの意見を十分に確認した上で、産科医、小児科医、法律家、患者の立場の有識者等か

ら構成される原因分析委員会、個々の事例につき医学的評価を行う、その結果を分娩機関と保護者にフィードバックする、という透明性の高い、我が国独自の丁寧な取り組みである。制度創設の目的である紛争の防止・早期解決と産科医療の質の向上に寄与するような原因分析・再発防止を行うためには、分娩機関の協力が必要不可欠であるが、スウェーデンの制度における「No-Blame for Doctors」の考え方で責任追求を行わないことが、医療機関や医療従事者

の協力的な姿勢につながり、患者にとっても有益な結果をもたらしており、学ぶべきものが多いと考えられる。

最後に、医療障害補償制度等に関して非常に熱心にご説明いただいたLÖFのCEOのカイ・エツシンガー氏、PSRのエヴァ・ドゥーバン氏、アシッフ・カッサム氏、トム・ベルグ医師、アンドレ・スタルク医師に感謝を申し上げるとともに、本視察にご協力いただいた在スウェーデン日本国大使館の岡部史哉一等書記官、東京海上日動火災保険株式会社の小松利彰氏、増永淳一氏、他関係各位に改めて御礼申し上げ、本稿の結びとさせていただきます。