

厚生労働科学研究費補助金

医療技術評価総合研究事業研究事業

医事紛争における裁判外紛争処理に関する研究

(公募課題番号H15—医療-038)

平成16年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 我 妻 学
(東京都立大学・法学部・教授)

平成17(2005)年 3月

目 次

I. 総括研究報告

医事紛争における裁判外紛争処理に関する研究

フランスにおける新たな調停・補償制度 ----- 1

我妻 学

(資料)

フランスにおける医療紛争

2003年度、2004年度における地方委員会の活動状況

2005年度のリヨン地方委員会の活動

地方委員会の裁定

賠償手続

II. 分担研究報告

豪州Victoria 州におけるHealth Service Commissionerによる苦情処理に関する研究

岩田太 -----38

III. 研究成果の刊行予定に関する一覧表 -----49

厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)

総括研究報告書

医事紛争における裁判外紛争処理に関する研究
—フランスにおける新たな調停・補償制度—

主任研究者 我妻 学 (都立大学法学部教授)

研究要旨

医療の安全に対する不安・不信が問題となっており、医事紛争が裁判所に提起される新受件数も近年、増加傾向にある。医療の安全を確保するために行政および医療機関がさまざまな取り組みをしている。具体的には、①医療機関内部における医療事故情報（アクシデントおよびインシデント情報）を収集・分析し、医療現場の改善に貢献する制度の構築、②医療事故情報を医療機関、国、関連団体相互に迅速かつ適正に共有し、分析する制度の構築、③患者の苦情から重大な医事紛争に対して、裁判による救済制度だけではなく、裁判外の苦情処理および医事紛争処理制度を構築することが急務である。医事紛争は、専門的な知見を有する者の協力が不可欠なため、判決に至るまでの審理が通常の事件よりも長期化する傾向にある。そこで、民事裁判手続においても種々の改善が試みられている。裁判外の苦情処理および医事紛争処理制度を構築するには、我が国における医事紛争の裁判実務を検討し、あわせて、先行する諸外国における裁判外紛争処理手続の調査をふまえた上で、我が国の医事紛争に即した裁判外紛争処理制度の基盤作りを考究することが必要である。そこで、本研究では、最初に、近時の医事紛争に対する裁判実務の改善と平成15年度の民事訴訟法の改正について検討している。つぎに、フランスにおける新たな調停・補償制度とオーストラリアのビクトリア州における裁判外紛争処理制度について、裁判外紛争処理制度が設けられた背景、裁判外紛争処理制度の利用状況から見た評価などを調査・研究している。これらの調査・研究を行うことによって、我が国において、医事紛争のあるべき裁判外紛争処理制度について模索するものである。

〔はじめに〕

医療内容の複雑・高度化と共に、患者の医師に対する意識の変化、社会における権利意識の高まりに対して、医療の安

全に対する不安・不信が問題となっており、医事紛争が裁判所に提起される場合も近年、増加傾向にある。医療の安全を確保するために行政および医療機関がさ

まざまな取り組みをしている。具体的には、①医療機関内部における医療事故情報（アクシデントおよびインシデント情報）を収集・分析し、医療現場の改善に貢献する制度の構築、②医療事故情報を医療機関、国、関連団体相互に迅速かつ適正に共有し、分析する制度の構築、③患者の苦情から重大な医事紛争に対して、裁判による金銭賠償による救済制度だけではなく、裁判外の苦情処理および医事紛争処理制度を構築することが急務である。

そのためには、医事紛争に関する我が国における現行の法制度および実務を十分に検討し、あわせて、先行する諸外国における法制度および実務についても調査・研究した上で、我が国における医事紛争の実態に即した制度設計を行うことが必要不可欠である。

そこで、本研究では、我が国における裁判による患者救済について検討している。つぎに、イギリス、ドイツ、フランス、オーストラリアおよびアメリカなどにおける医事紛争に関する裁判外紛争処理手続を調査・研究してきた。単に諸外国における法制度を表面的に紹介するのではなく、関連する法律制度および裁判外紛争処理手続の実情について、聞き取り調査などを通じて、可能な限り、裁判外紛争処理制度による救済

方法を裁判手続と比較して、裁判外紛争処理手続による解決の利点と問題点を明確にしようと努めている。

医事紛争においては、①患者およびその家族の適正・迅速な救済をどのように図るかという目的と②医事紛争の原因究明と再発防止、医師などの医療機関と患者の信頼を回復するという目的をどのように調和させるか、が問題となる。我が国においては、①患者の適正・迅速な救済のためには、民事裁判が整備されているが、あくまでも個別事件における金銭賠償による救済を目的としており、②医事紛争の原因究明と再発防止など医療の安全そのものを公正・中立に担保する制度は存在しない。諸外国においても医事紛争の二面的性質に対応するために、種々の苦情処理、裁判外紛争処理制度が整備されている。

[裁判による患者救済と民事裁判の改善]

医療訴訟は、紛争の内容が医療行為の適否、医療水準、説明義務違反などの専門的・技術的であるため、争点整理および証拠調べにおいて、専門家の協力が不可欠である。特に、証拠調べ手続において、鑑定人の果たす役割が通常の訴訟よりも重要である。ところが、中立公正な鑑定人に依頼することが困難であり、また鑑定書が提出されるにも時間がかかるなどの問題点が指摘され

ている。

患者あるいは弁護士が診療・治療経過から医師の注意義務などの責任に関して訴状を作成する段階で的確に把握することが困難な場合が多いこと、裁判官も医学的専門知識を有していないため、争点整理に時間がかかること、人証の範囲、順序、尋問の内容などについても審理計画を立てられないこと、適切な鑑定人の選任および鑑定書の作成に時間がかかっていることから審理期間は通常民事事件よりも長期化しているとされる。

医事紛争の適正・迅速な処理のために、東京地方裁判所および大阪地方裁判所などを中心として、医療訴訟を集中的に審理する集中部を設けている。具体的な裁判手続も、当事者が診療経過一覧表および争点整理表を作成し、争点整理を早期に行うとともに被告側の医療機関から早期にカルテ、看護記録、検査報告書などの診療記録を争点整理の早期の段階で提出させている。大学病院、医学関係の学会などと連携して、鑑定人候補者推薦システムを構築し、医事紛争に関する裁判所と大学病院、学会とのネットワークを拡充し、法曹界と医学界の相互の交流を図っている。鑑定手続も、鑑定人を1人選任する（単独鑑定）だけでなく、複数の鑑定人を選任し、共同して1つの鑑定意見を作成すること（共同鑑定）、複数の鑑定人が鑑定書を作成するだけでなく、各鑑定人が口頭で鑑定内容を説明したり、他の鑑定人との間で意見の相違がある部分について、鑑定人相互間、裁判所、当事者と口頭で議論、協議し、その過程で

述べられた内容を鑑定意見とする方法（カンファレンス方式）など多様な試みがなされている。

当事者に協力医の協力がなく、医学的専門的知識が十分に認められない場合に、争点整理を適正・迅速に処理するため、必要に応じて医師などの専門家を調停委員に任命されている（明調20条）。

平成15年度の民事訴訟法の改正では、裁判の適正・迅速化をより徹底するために、①訴訟手続の計画的進行を義務づけ（147条の2）、各事件毎に裁判所は、当事者双方と協議して、争点整理、証拠調べおよび判決の予定期間について定め、審理計画の実効性を高めるために期間を徒過した攻撃防御方法に対する失権効もあわせて強化されている（157条）。

医療訴訟では、カルテ、看護記録および手術記録などの重要な証拠が医療機関に存在するので、当事者および当事者の弁護士は、早期に事件の実態を適確に把握する必要がある。従来においては、訴え提起前には、証拠保全手続（234条）が認められているが、訴えの提起前に必要な証拠や情報を適切に収集するのに対応していなかった。

そこで、平成15年の民事訴訟法の改正では、新たに提訴予告通知の制度を設け、訴えを提起する前にも、訴訟において必要となることが明らかな資料を収集するための処分を可能にしている（132条の2以下）。具体的には、実際に訴訟が開始される前段階においても、訴えを提起しようとする者は、当該訴えの被告となるべき者に対して、訴えの提訴を予告する通知をし、提訴予告通知から4ヶ月以内限り、当事者照会、文書の送付嘱託、調査の嘱託、専門家の意見陳述が可能とされている（132条の4）。

裁判所は、争点もしくは証拠の整理または訴訟の進行に関し必要な事項を協議するにあたり、訴訟関係を明瞭にし、または訴訟手続の円滑な進行を図るために必要があると認めるときは、当事者の意見を聴いて、決定で、専門的な知見に基づく説明を聴くために医師などの専門委員を手続に関与することを認めている（92条の2）。ただし、当事者双方が申立てをすれば、裁判所は、専門委員を関与させる決定を当然に取り消さなければならない（92条の4）。

専門委員制度は、医師などの専門的知見を有する調停委員を活用して、医事紛争の争点整理に活用していたのを、争点整理手続だけではなく、証拠調べ、和解手続にも拡充し、専門委員の関与手続を透明化したと言えるものである。したがって、中立・公正な専門委員が選任されるように人的な基盤整備を整えとともに、鑑定人に代替する制度として運用されないように十分に配慮する必要がある。

このように医事紛争の裁判が適正・迅速に処理されるために、法的小および実務上の基盤整備が進められている。このような基盤整備は、患者およびその家族の早期の救済、医療の安全を推進するために高く評価されるものである。しかし、裁判所による医事紛争の解決は、あくまでも個別事件において、金銭賠償による患者およびその家族の適正・迅速な救済に重点がおかれ、医事紛争の真相解明・究明、医事紛争を医療機関の診療・治療へのフィード・バック、患者と医療機関の信頼関係の修復などの面は後退せざるを得ない。医事紛争について、東京地方裁判所および大阪地方裁判所の医療事件集中部では、鑑定人の選任率は年々減少傾向にある。たしかに、鑑定人に過度に依

存した審理は適切ではないが、専門的知見に基づく判断の重要性については、ドイツ、フランスにおける医事紛争の裁判外手続では、裁判手続における鑑定と比較して強調されていることに留意すべきである。

したがって、医事紛争に対する患者および医師などの医療機関の多様なニーズに適切に応えるためには、裁判による患者の救済という既存の法制度だけではなく、裁判外の紛争解決制度を早期に設ける必要がある。

裁判外紛争処理手続は、個別の紛争の実態に即して、法律に基づく判断だけでなく、専門的な知見に基づいて、柔軟な解決を図ることができるとともに手続が非公開であり、その判断も必ずしも公開されないため、プライバシーが保持される。しかし、その反面、公正・公平な裁判外紛争処理手続を行うための専門的知見を有した人材の育成などの人的整備、公正・中立な第三者機関を構築するための組織、財源の確保などの物的整備が必ずしも十分に行われている状況にはない。

そこで、裁判外紛争解決手続の利用の促進に関する法律が平成16年に成立している。同法は、紛争の当事者の自主的な紛争解決の努力を尊重しつつ、公正かつ適正に実施され、かつ、専門的な知見を反映して紛争の実情に即した解決を図るという裁判外紛争処理制度の基本理念（3条）およびその利用の促進を図るために国や地方公共団体の責務（4条）を明確化している。民間の裁判外紛争処理機関の公正・公平性を担保するために、法務大臣による認証制度を設けている（5条）。

医事紛争については、事件の類型化が困難であり、専門的知見を要すること、金銭的な賠償・補償だけではなく、医事

紛争の原因の究明、患者と医師などの医療機関との間の信頼関係の修復など多様な救済が求められていること、患者およびその家族は、医師などの医療機関に対する不信感が強く、公正・中立な第三者機関を構築することが困難であること、金銭賠償・補償を担保するためには、医師や病院が加入している保険会社の意向を無視しては、制度として成り立たないことなどが挙げられる。

〔調査概要とこれまでの調査結果〕

平成16年度について、主任研究者がフランス、分担研究者がオーストラリアのビクトリア州について、それぞれ実地調査を行っている。さらに、イギリス、アメリカ、フランスおよびドイツについて、文献調査、データベースによる検索を行っている。

つぎに、平成15年度における本研究との関係を述べたい。医事紛争の裁判手続の研究として、東京地方裁判所および大阪地方裁判所における医療関係事件集中部の聞取調査を行い、裁判による救済手続について研究している。交通事故の裁判外手続である交通事故紛争処理センターの聞取調査を行い、交通事故の典型的な処理、保険会社との関係について検討している。医療事故に対する日本医師会医師賠償責任保険制度の構築と問題点について、聞取調査を行っている。

比較法としては、ドイツの医師会が運営している調停所、鑑定委員会について詳細に検討を加えている。アメリカにおける医事紛争の苦情処理手続、裁判外紛争処理手続として、調停 (mediation)、仲裁 (arbitration)、Screening Panel (事実審理前の事件選別のための審査) を中心に検討している。

平成16年度においては、平成15年度に

行った調査について、統計資料などの関連文献を補充するなどさらに発展させている。さらに、主任研究者がフランス、分担研究者がオーストラリアのビクトリア州について、それぞれ新たに実地調査を行い、詳細に検討を加えている。

以下では、フランスにおいて、平成14年に新たに設けられた医事紛争の裁判外紛争処理制度を紹介することによって、医事紛争の裁判外紛争処理手続の実情について明らかにしたい。

フランスを取り上げることには、以下の理由がある。

フランスの裁判外紛争処理手続は、患者と医療従事者または医療機関の間の紛争を和解的に解決することを目的とし、裁判手続あるいは患者と保険会社との直接交渉に代替するものではなく、いわば、第三の方法として、新たに被害者に対して補完的 (subsidiare) に賠償を認める制度として理解されている。具体的には、医療事故について、過失責任原則を維持しながら、重大な医療事故などについては無過失の補償制度を設けている。さらに、医療機関および医療従事者に過失が認められた場合に、患者への賠償を担保するために、医療機関および医療従事者に賠償責任保険の加入を義務づけていることも注目される。ただし、保険会社が填補する損害の範囲をめぐって、被保険者がなした損害の範囲をどこまでカバーするのか、保険契約期間内に請求がなされた損害を填補するのか、あるいは契約期間内に発生した損害までを填補するのか、などが議論され、後述するように、保険会社の医療賠償責任保険市場への参入を促進し、医療機関の経済的負担を緩和する目的で、法改正を余儀なくされるなど問題点も指摘されている。

具体的な医療紛争の裁判外紛争処理手

続も、事実関係および過失の有無などについて、専門家の報告書をもとに鑑定手続を行った上で、裁定を示す医療事故損害調停・補償委員会(Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI) 以下、「地方委員会」と略記する)、地方委員会において、重大な損害が認定された場合に、補償制度の窓口として新たに国立医療事故補償公社(Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales(ONIAM) 以下、「補償公社」と略記する)を設立している。全国医療事故委員会(la Commission nationale des accidents médicaux)(CNIAM)をあわせて設置して、医療の専門的知見などを審査した上で医療事故専門家の全国リストを新たに作成し、将来的に会における鑑定人の整備を図る予定である。

このように医事紛争の裁判外紛争処理手続に関する意欲的な試みがなされており、我が国における医事紛争の裁判外紛争処理手続のあるべき姿を構築する際に、裁判外紛争処理制度の理念や目的だけではなく、人的、物的整備をする際に具体的な問題点についても、きわめて参考となると考えられるからである。

[フランスにおける新たな医療紛争の裁判外紛争処理手続]

1 二〇〇二年三月四日法

フランスでは、ジョスパン内閣の公衆衛生大臣であったクシュネール(Kouchner)の下で、二〇〇二年三月四日に患者¹(mala

¹本法が、患者(patient)という医療従事者および医療機関の立場から用いられる受動的な用語ではなく、医療行為を求める病人(malade)または保険制度利用者(usagers

de)の権利および保険衛生制度の質に関する法律²(以下、二〇〇二年三月四日法と略記する)が、成立し、フランスの医療制度、特に医療事故の賠償制度に大きな変化をもたらしている。具体的には、国が患者の権利を保護すること(公衆衛生法L.1110-1条)、患者は自己の尊厳を尊重する権利を有すること(同法L.1110-2条)、医師などの医療従事者は、医療情報か否かを問わず、守秘義務を有すること(同法L.1110-4条)、医療従事者が健康状態に関する情報を提供する義務を有すること(同法L.1111-2条)、患者は医療機関などが保存している本人の健康状態に関する全ての情報を入手することを認めている。さらに健康に関する決定を医療関係者だけではなく、患者が共同で行うこと(同法L.1111-4条)³など患者と

du système de santé)というきわめて広範で能動的な用語を用いていると指摘されている(山野嘉朗「フランス賠償医学展望(その5)」賠償科学二八号(二〇〇二)七二頁)が、本論文では、一般的な用語である患者という言葉を用いることとする。

² LA LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.同法については、François Ponchon, LA LOI du 4 mars 2002: la mise en pratique 2003, 2003; Legros B, État des lieux sur les différents régimes d'indemnisation des conséquences des accidents médicaux, Médecine et droit 2004-01/02, n° 64, p.12 など参照。

³医師は、患者の治療行為を拒絶または中断する意思を尊重しなければならない。したがって、医師は、患者が尊厳死を選択した場合には、医師はその決定を尊重する必要がある(Ponchon, op.cit., p.25)。ただし、子の生死に関わる治療については、たとえ親が治療を拒絶したとしても最終的な治療の決定は医師が行うことになる(公衆衛生法 1111-4条)。

医療従事者の基本的な権利・義務関係を明確にしている。

医療事故の賠償については、医療従事者および医療機関の過失責任原則(同法L. 1142—1条 I)⁴を従来通り維持している。医療機関などに民事賠償責任あるいは行政上の責任が認められた場合の賠償を担保するために、医療従事者、医療機関および医薬品製造業者などに対して、賠償責任保険の加入を義務づけ(同法L. 1142—2条)、義務を遵守しなかった場合には、四万五、〇〇〇ユーロ(約六〇三万円)の罰金と賠償責任を負う場合には業務停止の制裁を課している(同法1142—25条)。デクレ⁵によって、補償の限度額は事件一件当たり三〇〇万ユーロ(約四億二〇〇万円)かつ年間一、〇〇〇万ユーロ(約一三億四、〇〇〇万円)を下回らない額に設定されている。

院内感染事故については、過失の証明責任を患者に課すのではなく、医療機関または医療従事者が外来の原因(*cause étrangère*)によることを証明しなければ(責任推定規定)、原則として院内感染についての責任を負うことになり、証明責任が転換されている(同法1142—1条 I)。

制定後に院内感染の医療機関側の証明責任および保険期間をめぐって、医療機関、保険会社からの強い批判が起こり、二〇〇二年一月三〇日に民事医療に関する法律(About Loiとも呼ばれている、以下、二〇〇二年一月三〇日法と略記する)によって修正が加えられている⁶。この点について

⁴ 医薬品の欠陥を理由として責任を負う場合を除いて、医療専門家および予防・診断・治療行為を行う全ての医療機関は、過失がない限り、損害の責めを負わない。

⁵ Décret n° 2003-288 du 28 mars 2003.

⁶ LA LOI n° 2002-1577 du 30 Décembre 2002 relative à la responsabilité civile médical.

は、後述する。

医療事故、医原性疾患(*affection iatrogène*)および院内感染などの偶発的な医療リスク(*aléa thérapeutique*)の被害者が、医療従事者、医療機関および医薬品製造業者に過失責任を問うことができない場合に、新たに国民的連帯(*solidarité nationale*)の観点から例外的に補償を与える制度を構築している。なお、医療事故、医原性疾患および院内感染の概念について、規範的な定義規定が設けられているわけではない。

被害者に補償が認められるためには、予防・診断・治療行為に直接起因する損害であること、予見される病状の進行の観点から異常の結果がもたらされ、デクレ⁷で定められた重大な損害(恒常的な機能喪失が二五パーセント以上)が恒久的に生じていることなどが認められる必要がある(同法L. 1142—1条 II)。

補償を認めているのは、二〇〇一年九月五日以後に発生した医療事故であり、それ以前に発生した医療事故については補償の対象とはされていない(二〇〇二年三月四日法101条)。

本論文との関係では、医療事故について、過失責任原則を維持しながら、重大な医療事故などについては無過失の補償制度を設けて患者およびその相続人を早期に救済することが注目される。医療紛争の簡易・迅速で和解的解決を図るために、以下の三の機関が新たに設けられている。

第一に裁判外の紛争処理手続機関として地方医療事故損害調停・補償委員会(CRC I)以下、「地方委員会」と略記する)を新たに設けている(公衆衛生法L. 1142—5条、同法1142—7条)。同委員会は、事実関係および過失の有無などについて、専門家の

⁷ Décret n° 2003-314 du 4 avril 2003.

報告書をもとに鑑定手続を行った上で、裁定(avis)を示すことが主たる目的であるが、医療紛争の調停も行うことが認められている。

第二に、裁判外紛争処理手続である地方委員会において、重大な損害が認定された場合に、補償制度の窓口として新たに国立医療事故補償公社（(ONIAM)以下、「補償公社」と略記する）を設立している。

第三に、法務大臣および公衆衛生大臣の下に、破棄院の構成員であるDominique LA TOURNERIE氏を委員長として、全国医療事故委員会(CNIAM)をあわせて設置して、医療の専門的知見などを審査した上で医療事故専門家の全国リストを作成する予定であった。同委員会は、医療専門家の全国リストを作成し、専門家に関する情報提供を行うこと、専門家の養成、専門家の活動指針の勧告など広範な目的を有している(公衆衛生法L.1142-10条)。ただし、専門家を個別に推薦することは予定していない。

同委員会は、五年を任期として医療従事者代表(医療従事者の専門家三名、一〇人以下の医師、公立医療機関勤務医二名)、利用者代表四名、有識者一六名(医療事故分野の専門家八名、科学の専門家八名)から構成される予定である⁸。裁判所から任命される従来の鑑定人⁹とは別に、医療の専門分野に特

⁸ 同委員会は、地方委員会と同じように補償公社から独立して運営されることが予定されている(Oniam, Rapport D' Rapport D' ACTIVITÉ, 2002-2003, p. 12)。

⁹ フランスにおける鑑定人については、北村一郎「フランス民事訴訟における鑑定人の役割(一)(二)」法協一一〇巻一号(一九九三)一頁、二号(一九九三)一七九頁、徳田園恵「鑑定の活用をめぐる問題について—フランスの実情と比較して」判ター〇一〇号(一九九九)四二頁、萩原貞正「フランスの民事事件における鑑定について」大東法学三八号(二〇〇一)一一七頁、田

化したリストを任意に作成する目的は、専門性を高め、医療事故に関する各地域の地方委員会の裁定の均質性に配慮する目的を有している¹⁰。このような多様な目的を実現するには時間がかかるため、二〇〇五年四月八日現在、同委員会はまだ準備段階にある。

医療紛争を和解的に解決するために構築されたフランスの新しい制度は、完全に実現されたわけではないが、医療紛争の裁判外紛争処理手続は既に活動しており、一定の成果を上げていると理解されている。

二〇〇二年三月四日法による医療制度の改正については、既に我が国で紹介がなされている¹¹が、地方委員会および補償公社の具体的な活動についてまで検討したものはない。そこで、本論文では、最初にこのような制度が立法化されたこと背景事情に

村真弓「民事訴訟における鑑定について—裁判官と鑑定人の共同関係確立の必要性」同志社法学五三巻四号(二〇〇二)一五八頁、杉山悦子「民事訴訟と専門家(四)」法協一二〇巻一〇号(二〇〇三)一三九頁など参照。

¹⁰ Ponchon, La Loi du 4Mars2002, p. 84. 鑑定人名簿の整備の問題について、徳田・前掲注(9)四五頁、田村・前掲注(9)一八六頁、鈴木健太=福田剛久=川上裕・イギリス、ドイツ及びフランスにおける司法制度の現状(一九九九)一九八頁参照。

¹¹ 同法を紹介する文献として、山野・前掲注(1)七〇頁、同「フランス賠償医学展望(その6)」賠償科学三〇号(二〇〇四)四八頁、同「医療事故の賠償・補償と紛争処理—フランスの新制度を参考に—」同三一号五〇頁、同「医療賠償責任保険に対する最近のフランス保険法典改正について」愛知学院大學論叢法學研究四五巻一=二号(二〇〇三)七七頁、山口齊昭「医療事故被害者救済制度について」賠償科学三〇号(二〇〇三)五三頁、工藤哲郎「フランスにおける医事責任法の改正について」判ター一七六号(二〇〇五)一一一頁など参照。

ついて述べ、つぎに二〇〇二年一月三〇日法による修正点について述べる。

2 調停・補償制度手続が設けられた背景

(1) 補償手続

フランスでは、公立病院における医療紛争について、行政裁判所が管轄し、事実上、医療機関側に証明責任を転換し、患者の補償を認めてきた¹²のに対して、私立病院における医療紛争について、裁判所が過失責任の原則を維持し、患者に証明責任を課していた¹³。さらに損害賠償請求の消滅時効は、公立病院は行政機関であることから四年間であるのに対して、私立病院については契約上の損害賠償として、三〇年に分かれていた。このようにフランスでは、医療紛争の相手方である病院が公立か、私立かで、患者の救済に差異があり、不平等であるため、統一的な救済をするために、新たな立法による解決が不可欠となっていた。

フランスにおいても医療訴訟の事件数は増加している(表1参照)。医療訴訟の専門性から提訴までの準備に時間がかかり、提訴後も時間がかかること、鑑定費用¹⁴など

¹²行政裁判所における医療事故損害賠償責任訴訟については、北村和生「フランス行政判例における医療事故と無過失責任の展開」立命法学二七一=二七二号(二〇〇〇)二九七頁など参照。

¹³フランスにおける医師の賠償責任については、山野嘉朗「フランス賠償医学展望(その1)~(その5)」賠償科学二三号(一九九八)一八頁、同二五号(二〇〇〇)四四頁、同二六号(二〇〇一)五九頁、同二七号(二〇〇二)八頁、同二八号(二〇〇二)六八頁など参照。

¹⁴鑑定費用については、北村・前掲注(9)「鑑定人の役割(二)」一二頁、杉山・前掲注(9)二〇一頁、荻原・前掲注(9)一四七頁、加藤新太郎ほか「<座談会>民事訴訟における専門的知見の導入—鑑定の効果

訴訟費用もかかるため、むしろ和解的解決(amicable)が強調されていた。一九八〇年代から調停手続を整備することが試みられてきたが、実現には至らなかった。そのため、患者は、医療機関あるいは医療機関が加入している保険会社と直接交渉するほかはなかった。

一九九六年四月二四日命令によって調停委員会(commission de conciliation)が医療機関内に設けられたが、名称とは異なり、調停を行うというよりは患者に情報を無料で提供する役割しか果たさなかった¹⁵。

患者が自ら必要な資料を収集することは、必ずしも容易ではなく、このような内部的な手続には、公平性、手続の透明性に問題があり、裁判外の公正な医療紛争を解決する制度基盤を新たに設ける必要があった。さらに、ワクチンの副作用、院内感染の被害者に対する特別の救済を図ることも急務であった。

(2) 調停手続

パリにあるジョージ・ポンピドゥー欧州病院(Hôpital Européen Georges Pompidou)¹⁶では、今まで医療機関が患者の権利を尊重していないとして、より患者の権利を保護するために、二〇〇〇年に患者権利課(Ch

的利用を中心として」判ター一〇一〇号(一九九九)一八頁〔山本和彦発言〕、徳田・前掲注(9)四三頁、鈴木=福田=川上・前掲注(9)一九七頁など参照。

¹⁵ Rousset G, La conciliation en établissement de santé, Droit déontologie et soin 2003-03, vol.3, n° 1, p.28.

¹⁶ 四の病院Laennec, Boucicaut, Broussais, Saint-Lazare)を統合し、一般病棟七四〇床、外来病棟六五床、救急病棟一五床を有し、Broussaisにも一般病床がある。

argé des Droits des Usagers) を設けている¹⁷。具体的な職責としては、患者と医師の苦情を仲介して、関係の修復に努めること、苦情の手紙が寄せられた場合に実際に問題となった診療課を調査することである。二〇〇四年に四五〇人～五〇〇人の苦情が寄せられているが、大部分の事件（九五パーセント）は待ち時間が長い、食事がまずいなどの苦情で係争性のないものようである。苦情が寄せられた診療科の責任者を呼び出して事情を聴取しているようであるが、医師の理解を得るには、困難をともなっているようである¹⁸。

ジョージ・ポンピドゥー欧州病院が所属するパリ公立病院協会(l' Assistance Publique- Hôpitaux de Paris(A.P.H.P))¹⁹では、患者と医師との間の紛争の和解的解決を促進している。

患者の一般的な苦情処理に対しては、個々の病院に設けられている苦情処理課で対応しているが、より係争性の高い事件については、外科、整形外科、産婦人科、内

¹⁷一九九五年にBroussais病院で実験的に患者の苦情処理が設けられたとされている。

¹⁸二〇〇五年三月一八日に行ったジョージ・ポンピドゥー欧州病院患者権利課Jaen WILS氏からの聞き取り調査による。

¹⁹ 三九の病院が属し、全体で二万四千病床あり、九、三百人が病院全体で勤務している。

二〇〇三年の年間予算は五五億二、八〇〇万ユーロである。二〇〇三年に九〇〇万件の医療行為が行われ、苦情件数は六千件である。二〇〇五年四月八日に行ったパリ公立病院法務部兼ジョージ・ポンピドゥー欧州病院紛争調停部Pierre CHEVALIER氏からの聞き取り調査による。

科などから構成される七人の調停人を選任して対応している。カルテなどの医療記録を医学的に分析した後に、法曹資格者による過失などの法的判断をふまえて、賠償額まで提示している。患者の大部分は、賠償に応じているとされる。二〇〇四年度に同病院の責任が問題となった事件（二九六件）の約六割（一八四件）は、裁判外で和解的に解決されており、残りの約四割（一一二件）が裁判手続で解決しているとされている。裁判外での賠償総額は、三七四万二、四二四ユーロであるのに対して、裁判上の賠償総額は六〇三万〇七六九ユーロにも及ぶ²⁰。

このように裁判外の紛争処理を積極的に進めている医療機関も存在していることから、地方委員会の裁定手続において、当事者間で賠償額について合意に至らない場合および恒久的に重大な損害が生じていないとして、地方委員会の裁定手続が却下された場合にも、訴訟を回避して、和解的解決を促進する観点から地方委員会に調停の申立てを行うことができる（公衆衛生法L. 11 42-5条）。

3 二〇〇二年一二月三〇日法による修正

二〇〇二年三月四日法は、患者の権利に配慮した画期的な法律であったが、既に指摘したように法律の制定がなされた後に、特に院内感染における医療機関側の証明責任および保険期間をめぐって、医療機関、保険会社から強い批判がなされ、その後二〇〇二年一二月三〇日法により、修正が

²⁰二〇〇五年四月八日に行ったパリ公立病院法務部兼ジョージ・ポンピドゥー欧州病院紛争調停部 Pierre CHEVALIER 氏から提供された資料に基づく。

加えられている。

二〇〇二年三月四日法においても医療従事者および医療機関の過失責任主義を従来と同じように採用している。しかし、院内感染事故については、医療機関に外的要因が存在したことについて証明責任が課され、かつ賠償責任を担保するために医療機関に賠償責任保険への加入が一律に義務づけられている。公衆衛生法など関連する法律では、外的要因についての規範的な定義がなされていないため、外的要因と内的要因の相違をどのように判断するのが問題となり、医療機関が免責される範囲をめぐって議論がなされている。医療従事者および医療機関に賠償責任保険への加入が一律に課されているので、医療従事者および医療機関の財政的負担も問題となっている。

さらに、保険会社が填補する損害の範囲をめぐって、被保険者がなした損害の範囲をどこまでカバーするのか、保険契約期間内に請求がなされた損害を填補するのか、あるいは契約期間内に発生した損害までを填補するのか、をめぐって議論があった。判例上は保険契約で契約期間内に請求された損害に限定することは無効であり、保険契約期間内に損害が発生していれば、保険によって賠償されるとされている²¹。そのため、保険会社にとっても保険契約期間内に実際に請求されなくても、契約期間内に医療事故が発生していれば、填補する責任が認められるおそれがある²²。さらに、保険会社が無過失であるとして医療従事者および医療機関に対して保険金の支払いを拒絶した場合にも、国立医療事故補償公社が補償を行い、患者が救済される場合がありうる。

そのような場合に裁判所が医療機関の過失責任を認めて、あとから国立医療事故補償公社が保険会社に求償する場合もないとはいえないため、保険会社のリスク計算を行うことはきわめて困難になる危険が存在した。そのため、賠償保険の保険料が急騰したり、保険会社が賠償保険市場から撤退したりしたため、医療従事者および医療機関も結果的に賠償責任保険に加入することができなくなる事態が生じたと指摘されている²³。

そこで、二〇〇二年一二月三〇日法は、保険会社の医療賠償責任保険市場への参入を促進し、医療機関の経済的負担を緩和する目的で、三月四日法に以下のような修正を加えている。

(1) 重度の院内感染事故についての責任軽減

医療機関または医療従事者に院内感染事故の責任を負わすことができない場合でかつ、患者が死亡した場合または恒久的な機能喪失率が二五パーセントを超える重度の損害が生じた場合には、医療事故、製造物責任の場合と同様に、国民的連帯の名の下に無過失補償を新たに認めている（公衆衛生法L. 1142—1—1条）。二〇〇二年三月四日法は、院内感染事故について、医療機関または医療従事者が外来の原因によることを証明しなければ、原則として院内感染についての責任を負わせていた（責任推定規定）のに比較すると医療機関の責任を緩和している。ただし、医療機関などに過失を推定する規定は残っているので、医療機関は院内感染が外的要因であることを証明する必要性は残っている。

(2) 国立医療事故補償公社による求

²¹ 破棄院一九九〇年一二月一九日判決 (Civ/lre, 19 Décembre 1990, Bull. civi. I, n303, p. 212) .

²² Ponchon, 79.

²³ C.Paley-Vincent, Responsabilité du médecin, Mode d'emploi, 2002, p. 185.

償の制限

重大な院内感染について、医療機関等に過失責任が認められる場合には、なお医療機関は責任を負うので、補償公社が補償した後に、補償公社から保険会社に求償される危険性が問題となっていた。そこで、重度の院内感染について、補償公社が補償をした場合には、もはや医療従事者、医療機関に対して求償することを原則として行うことができないようにしている。恒久的な機能喪失が二五パーセントよりも少ないと判断して保険会社が患者に対して賠償金を支払っている場合に、あとから二五パーセント以上の重度機能喪失が認定された場合には、保険会社による当該賠償金の求償を補償公社にすることが認められている（公衆衛生法L. 1142-17-1条）。

（3）院内感染報告体制の整備

医療機関の経済的負担を緩和する必要があるにしても、常に医療機関が重大な院内感染について、責任を負わないとするのはモラルハザードが生ずるおそれがあるので、院内感染予防義務に明らかに違反したと認められる場合には、例外的に当該医療機関に対して、補償公社が求償権を行使することができる（公衆衛生法L. 1142-21条）。

補償公社による補償の対象となる機能損失率が二五パーセントを超える重大な院内感染事故が生じた場合には、地方委員会は監督官庁と補償公社へ、直ちに報告することが規定されている。さらに、補償公社は、半年ごとに議会および全国医療事故委員会へ報告書を提出しなければならない。重大な院内感染が生じた場合、補償公社が認めた医療機関の実名が年次報告書に公表されている。二〇〇四年度においては、院内感

染事故についての裁定件数は合計一九件に過ぎない。その中で、重大な事例は、一〇件あり、医療機関および被害者の氏名、損害の程度、男女、年齢が公表されている。そのうち七〇歳以上の高齢者が六名(女性)を占め、いずれも院内感染により死亡している²⁴。

（4）保険法の改正

賠償責任がカバーする損害の範囲をめぐって、二〇〇二年三月四日法は、保険業界からの反発を招いたので、二〇〇二年一二月改正法は、賠償責任保険に関する保険法の改正をしている²⁵。

予防、診断、治療活動の範囲内で第三者に生じた損害を理由とする民事責任、行政責任（公衆衛生法L.1142-2条）については、保険契約によって負担する被保険者の活動に帰責事由が認められ、かつ一件の請求(*réclamation*)を生じさせる原因事実(*fait générateur*)または複数件の請求を生じさせる同一の技術的理由を有する原因事実に起因することにより、被保険者が責任を負う第三者に生じた全ての損害または、損害の総計について、保険がカバーする事故と定義している(保険法251-2条1項)。当該請求には、地方委員会による裁判外の和解的解決、損害の被害者またはその相続人が被保険者またはその保険会社に対して行った損害賠償請求が含まれる（同条2項）。

保険契約は、契約期間内に請求がなされた場合には、最初になされた請求を基

²⁴ ONIAM, Rapport 'D' ACTIVITÉ, 2004, p. 11.

²⁵ 詳細については、山野・前掲(11)愛知学院大學論叢法學研究四五卷一=二号七七頁、同「フランス責任保険契約法の新たな改正動向」同四五卷三号（二〇〇三）二三六頁以下など参照。

準として、損害を填補することとしている。ただし、保険契約締結時に被保険者が既に原因事実の存在について悪意である場合には、損害を填補しないとしている(同条6項)。

賠償責任保険について、契約期間内に損害が発生したが、実際に請求されたのは契約期間満了の日または保険契約の全部または一部が解約された日以後であっても賠償しなければならない。ただし、保険会社は、保険契約上、五年を下回らない範囲で賠償範囲に制限を課すことを認めている(同条4項)。

最初の請求が契約期間内になされた以上、医療従事者が職業活動の停止または死亡前に締結した最後の契約によって、原因事実が最初の請求の時に保障されていた被保険者の活動の範囲内で契約期間内または契約期間以前に発生している場合にも、保険期間満了の日または保険契約の全部または一部が解約された日以後も保険でカバーする。保険でカバーする最低期間を保険契約で一〇年以下に設定することは認められていない。ただし、最初の請求が、医療従事者が新たに活動を再開した場合で、活動再開後に生じた保険事故はカバーしない(同条5項)。

従来判例は、保険期間中に発生した保険事故について、保険期間中に被害者が請求することを条件として、責任保険のカバーする範囲を制限することは無効であるとされていた²⁶。これに対して、二〇〇二年一月三〇日法は、会社に責任保険のカバーする範囲について一定の制限を設ける余地を認め、判例法の立場を

踏襲しないことを明らかにするとともに、被害者保護の観点から、最低期間を設けていることは注目される。

(5) 賠償保険契約の締結義務の緩和

二〇〇二年三月四日法では、過失責任を担保するために一律に医療機関に保険加入を義務づけていたが、被害者への補償の財源を十分に確保している医療機関に対しては、保険の締結義務が免除されている。

二〇〇二年一月三〇日法は、保険会社の医療賠償責任保険市場への参入を促進し、健全な医療機関については、保険加入義務を緩和して、医療機関の経済的負担を緩和することをあわせて認めている。

補償公社の支出は、医療事故、医原性疾患および院内感染の賠償の払込金、補償公社および地方委員会の管理費用および地方委員会の鑑定費用から構成されている(公衆衛生法L. 1142-23)。

補償公社が補償する対象についても、一九七三年から一九八八年までの間に抽出された成長ホルモンによる患者の治療を行うフランス脳下垂体協会(France- Hypophyse)の職務を引き受けることになり(同法L.1142-22条)、拡充されている。

[付記] 本論文を作成するに当たり、二〇〇五年三月一五日から同月一八日まで、患者側弁護士のCarine Durrieu-DIEBOLT氏、患者団体の一つである医療事故被害者連盟(Federation Nationale Associations de Victimes d'Erreur Medicale et Infection Hospitalier)、地方医療事故損害調停・補償委員会リヨン支部委員長Dominique-Henri MATA GRIN氏、同ボルドー支部委員長Phillippe LE MAIRE氏、ジョージ・ポンピドゥー欧州病

²⁶詳細については、山野・前掲(11)愛知学院大学論叢法學研究四五卷一=二号七七頁、同・前掲(25)愛知学院大学論叢法學研究四五卷三号二三六頁など参照。

院患者権利課 (Hôpital Européen Georges Pompidou Charge des Droits des Usagers) Jean WILS氏、国立医療事故補償公社Dominique MARTIN氏から聞き取り調査を行った。さらに、同年四月八日にパリ公立病院法務部兼ジョージ・ポンピドゥー欧州病院紛争調停部Pierre CHEVALIER氏から補充聞き取り調査を行った。面会の日程調整、通訳および補充資料の収集について、奥田七峰子氏にご尽力をいただいたことを厚く御礼申し上げる次第である。

フランスにおける医療紛争の裁判外紛争処理制度に関して、山野嘉朗愛知学院大学教授より、関連する文献を提供していただくなど多大なご協力を賜った。二〇〇五年三月に行った調査に対して、山口齊昭日本大学助教授よりご意見を賜った。あわせて、感謝申し上げる次第である。

二 地方医療事故損害調停・補償委員会

1 組織

二〇〇二年四月末に地方医療事故損害調停・補償委員会および補償公社が二〇〇二年三月四日法に基づいて、設立されている。二〇〇二年一〇月一四日にイル・ド・フランス (Ile-de-France)、ローヌ・アルプ (Rhône-Alpes)、プロバンス・アルプおよびノール・パー・カレー (Nord-Pas-de-Calais) の四の地域が当時の公衆衛生大臣大臣Mattei氏から正式に認められ、二〇〇三年に一〇地域が新たに加わっている(表2参照)。各地域の地方委員会の初代委員長は、法務大臣から任命されている。

二〇〇四年末現在、地方委員会は、国内だけではなく、ギアナなどの海外領土を含めた一七七の地域圏を網羅しており(表3参照)、二〇〇二年一二月三〇日法は、複数の地域を管轄する地方委員会の設立を認め

ている(公衆衛生法L.1142-5)。実際にも九地域(イルドフランス(一八地域)、ノルドパー・カレー(一五地域)、プロバンス・アルプ(一五地域)、ローヌ・アルプ(一一地域)およびブルターニュ(一〇地域))の各地方委員会は、一〇以上の地域を管轄している。さらに、人的、物的資源を有効に活用するために、フランス全体をバニョレ²⁷、リヨン²⁸、ボルドー²⁹、ナンシー³⁰の四の地域の地方委員会に再編成し、相互に密接な連絡をとって活動している(表4参照)。

地方委員会自体は、法人格を有しないため、補償公社から予算が配分され、管理組織も重なりあうが、地方委員会の裁定手続は中立に行われなければならないので、補償公社は裁定続形成過程に干渉してはならない。

2 人的構成

各地方委員会は、独立の組織である。委員会は、司法官あるいは行政官から選任される委員長一名および委員長代理一名、公衆衛生省から選任された患者団体代表六名、医療従事者三名(開業医代表一名、勤務医二名)、国公立病院管理者一名、私立病院管理者二名、国立医療事故補償公社の代表二名、保険会社(公衆衛生法L.1142-2条の

²⁷ バニョレが管轄しているのは、バッセー、ノルマンディ、イル・ド・フランス、北カレー、ブルターニュ、ロワール、ピカデーなどである。

²⁸ ボルドーが管轄しているのは、アキテーヌ、リモザンなどである。

²⁹ リヨンが管轄しているのは、ブルゴーニュ、アキテーヌ、プロバンス、ローン・アルプなどである。

³⁰ ナンシーが管轄しているのは、アルザス、ロレーヌなどである。

医療賠償保険)の代表二名および損害賠償の専門家(医学部の教授、法学部の教授など)四名、合計二名の委員から構成されている。司法官は、現職であるか、名誉職であるかを問わない。現職の司法官の場合には、出向となる。委員の死亡、辞職などの不測の事態に備えて代理が選任されている(公衆衛生法L.1142-6条、同法R.1142-5条)。

委員の任期は三年であり、再任も可能である。当事者と身分上、職業上のつながりを有してはならない(同法R.1142-6条)。委員は、職務上知り得た情報などについて守秘義務を負っている。

委員長は、毎月、一日または半日の集会の日程を定め、当該事件の過失の有無などについて裁定が下される(裁定手続の詳細については、後述する)。

委員長は、医療事故補償公社から給料が支払われているが、各地方委員会は、医療事故補償公社から独立しており、医療専門家以外だけではなく、患者団体も参加させることによって、各地域の地方委員会の独立性・公平性を担保しようとしている。その他の委員については、実費しか支払われていない。ただし、医師である場合には、休業補償が認められている³¹。

3 広報活動

地方委員会の情報を提供するために、地方委員会が正式に設立する前の二〇〇二年二月二十八日からフリーダイアルで地方委員会の住所および電話番号などを知らせるサ

³¹二〇〇五年三月一五日に行った地方医療事故損害調停・補償委員会ボルドー支部委員長 Philippe LEMAIRE 氏に対する聞取調査による。

ービスが開始されている。

二〇〇三年一二月までに一万一、二一〇件の電話があり、そのうち設立前に問い合わせがあったのは、一、六〇一件であった³²。二〇〇四年一月一日から六月末までの電話による照会件数は、五、四〇六件である³³。

二〇〇三年七月初めに地方委員会のホームページ(www.commission-creci.fr)を立ち上げている。このように医療事故の補償制度を正式に立ち上げる前から広く啓蒙活動をしていることは注目すべきである。

4 予算

各地方委員会の財源は、国立医療事故補償公社から資金が提供される。二〇〇二年度は、賠償公社および地方委員会の立ち上げのために、二〇〇二年から二〇〇四年まで人件費などを含めて、七、〇〇〇万ユーロの予算が配分されたが、当該年度の総支出は四万八、三二九万ユーロに過ぎなかった。二〇〇三年度の総支出は三三六万ユーロであった。二〇〇三年度において、地方委員会への申請が三〇〇件あまりであったことから勘案して、年間四、〇〇〇件の申請がなされると予測していたが、事件数が減少したので、支出も大幅に増加しなかった。二〇〇五年度についても、事件数が一定程度減少すると考えられているので、設立時の七、〇〇〇万ユーロの残額を基にした予算を配分しても、地方委員会の活動に支障がないと考えられている³⁴。

³² ONIAM,RAPPORT D'ACTIVITÉ 2002-2003,p19.

³³ ONIAM,RAPPORT D'ACTIVITÉ ,1er semestre 2004, p. 5.

³⁴ONIAM,RAPPORTD'ACTIVITÉ ,2002-2003, p. 14; ONIAM,Rapport'D'ACTIVITÉ ,2004,p.4. 二〇〇五年三月に行った国立医療事故補償公社 Dominique MARTIN 氏への聞取調査による。

三 地方医療事故損害調停・補償委員会における裁定手続

地方委員会の目的は、患者と医療従事者または医療機関の間に生じた紛争について、和解的な解決を図るものである。医療機関などの医療事故に対する報復や刑事責任を追及することを目的としているのではない。地方委員会の主たる任務は、事実関係および過失の有無などについて、専門家の報告書をもとに鑑定手続を行った上で、裁定を下すことである。地方委員会は、司法官、医療機関の代表者および保険会社の代表などで構成されているので、多様な法的観点から考慮して裁定が下されることが期待されている。地方委員会の手続は、対審構造(adversaire)をとり、当事者間で活発な議論がなされることも期待されている。ただし、地方委員会は、患者に対して具体的な賠償金あるいは補償金を提示して、当事者間の紛争を終局的に解決することまでを目的としているわけではない。地方委員会は裁定の他に、調停も行うが、当事者間の関係改善自体を目的としているわけではなく、実際にも調停件数は必ずしも多くはない(この点は、後述する)。

地方医療事故損害調停・補償委員会における裁定手続は、申立て、鑑定手続、裁定の三段階に分けられる。

1 申立要件

二〇〇二年三月四日法によって、医療事故、医原性疾患および院内感染に対して、賠償または補償を認めているのは、二〇〇一年九月五日以後に発生した医療事故である。それ以前に生じた医療事故および感染については、地方委員会で救済を求めることはできないので、申立ては却下される。既に生じている事故に対する賠償また

は補償請求が殺到し、多量の事件によって、手続が遅延し、手続費用および補償によって、国からの財源が枯渇するのを回避するための趣旨である。

申立ての要件としては、患者に①恒久的に重大な損害(機能喪失(*incapacité permanente partielle*)が二五パーセント以上)が発生しているか、または死亡していること、②一時的労働不能(*incapacité*)が連続して六ヶ月間または一年の期間内に失業が断続して六ヶ月以上におよぶ場合、③医療事故前に従事していた職業をもはや継続できないこと、④日常生活にもたらす重大な損害(たとえば、重大な怪我の治療のため、引っ越さざるを得ない場合)のうち、少なくとも損害発生要件の一つを満たす必要がある。ただし、③、④については例外的に認められるにすぎない。

機能喪失を認定するための一覧表が公表されており、例えば、片目のみ失明した場合は二五パーセントの機能喪失が認められる。重度の半身不随(*Hémiplégie majeure*)の場合には、九〇パーセント、全盲の場合には、八五パーセントの機能喪失が認められる。

申立書に添付されている診断書から重大な機能喪失が認められるか、一時的労働不能が連続して六ヶ月間または一年の期間内に失業が断続して六ヶ月以上におよぶか否かなどの申立要件を満たすか否かが、明確ではない場合には、地方委員会、あるいは委員長が地方委員会を代表して、一人または複数の専門家を選任する(公衆衛生法L. 1142-14条)。例えば、ボルドーでは、個別に選任するのではなく、法医学者が一ヶ月に二日間、定期的に重大な機能喪失が認められるかを申請書類から判断しているとさ

れている³⁵。ただし、鑑定前の専門家の判断は、鑑定に代替するものではなく、あくまでも二次的なものであり、機能喪失の重大性に関して最終的な判断とは認められない³⁶。

地方委員会に対する申立期間は、医療事故または院内感染などの発生から一〇年間である（公衆衛生法L. 1142-28条）。契約上の損害賠償請求は、行為時から三〇年間、国家賠償請求は、行為時から四年間と分かれているので、地方委員会は、市立病院であるか、公立病院であるかを問わず、地方委員会に対する申立期間を一律に行為時から一〇年間と規定している。

二〇〇三年に地方委員会に申立てがなされた一、九〇七件の内、医療事故の発生日が基準時である二〇〇一年九月五日以前の事件および損害発生要件を満たさないとして、委員会の裁定前に却下された事件は、二六四件（一三、八パーセント）であった³⁷。二〇〇四年度に申立てがなされた三、五五三件の内、基準時および損害発生要件を満たさないとして却下された事件は、五三二件（一五、〇パーセント）と増加している³⁸。

2 申立て

申立書には、被害者の情報として、被害者の氏名、性別、生年月日、出生地、住所および電話番号のほか、損害時の職業およ

び現在の職業、社会保険番号、健康保険を記載する。被害者の相続人または法定代理人が申請する場合には、被害者の情報を記載する。

相手方の情報としては、病院などの医療機関名、医薬品、医療器具の製造・開発または販売者の名前、住所を記載する。

申立要件を満たすかを地方委員会が判断するために、損害発生の日、症状、金銭的損害について具体的に記載する。患者は、地方委員会に申立てをする前にカルテ、手術記録、損害の性質および機能喪失の割合を正確に記載している診断書、社会保険証のコピー、休業証明書、給与証明書、保険会社から賠償金が支払われていれば支払証明書などの必要書類もあわせて添付しなければならない。患者は、医療従事者、医療機関などに対して、損害の状況および原因について情報を求めることができ、損害が発覚した日または明示の請求がなされた後一五日以内にカルテ、手術記録のコピーなどの情報が提供されなければならない（公衆衛生法L.1142-4条）。

相手方を医療従事者とすべきなのか、あるいは医療施設とすべきかが問題となりうる。被害者に弁護士や協力医がついていない場合には、相手方を医療機関に勤務している臨床医というように、医療従事者か医療機関か明確にしていけない場合が少なくないようである。相手方によって損害発生的事实関係および当事者の請求内容も異なるので、申立人に説明を求める地方委員会があるが、運用は統一しているわけではないようである³⁹。

地方委員会に申立てをした場合にも裁判を提訴することはでき、裁判所に提訴していても地方委員会に申立てをすることがで

³⁵ 二〇〇五年三月一五日に行った地方医療事故損害調停・補償委員会ボルドー支部委員長 Philippe LEMAIRE 氏に対する聞取調査による。

³⁶ Philippe CHAVERINI, Éric MARTINEZ et Laure MICHELANGELI, p.59.

³⁷ ONIAM, RAPPORT D'ACTIVITÉ, 2002-2003, p. 22.

³⁸ ONIAM, RAPPORT D'ACTIVITÉ, 2004, p. 5.

³⁹ D. -H. MATAGRIN, L' Indemnisation des Risqué Médicaux, p. 17.

きる。提訴するか、あるいは既に提訴している場合には提訴した年月日および裁判所名を記載する（同法L. 1142-7条）。患者が重複して賠償を受領するのを回避するために、同一の損害に関して賠償金を受領しているか、または賠償金を請求しているか、を明らかにしなければならない。最後に書類作成年月日と作成者が自署する。

例えば、ボルドーでは、委員長とジュリスト一名が医療事故の発生が基準時である二〇〇一年九月五日以後であるかなど申立書の形式的記載内容をチェックしている。申立書の記載に不備が存在する場合は必要な記録が添付されていない場合に、地方委員会がどのように対応するかについては、必ずしも統一されていないようである⁴⁰が、直ちに却下するよりも、三〇日以内に申請書の補正を求めているようである。申請段階にあまり厳格に運用するとできるだけ和解的に解決するという精神に反することになるが、申立てから六ヶ月以内に裁定を下すという地方委員会の迅速な手続を円滑に維持するには、なるべく正確に情報が提供されなければならないからである⁴¹。

申立ては、地方委員会に郵送あるいは持参して行う。地方委員会は、電話による無料の情報提供を行っており、申立書はインターネットから入手することができる⁴²が、電話やインターネットなどによる申立ては、認められていない。申立書は、医療事故または院内感染などの生じた場所を管轄する地方委員会に提出しなければならない。管轄でない地方委員会に申請書が提出された場合に、管轄がないとして却下するのは

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Philippe CHAVERINI, Éric MARTINEZ et Laure MICHELANGELO, p.57.

⁴² 補償公社のホーム・ページから入手することができる。

なく、適切な委員会に申請書を移送しているようである⁴³。

例えば、ドイツにおける調停所または鑑定委員会では、調停所または鑑定委員会を提供している医師会に所属する医師を相手方としなければならないので、管轄を違背する調停所あるいは鑑定委員会に申立てがなされた場合には、申立ては却下されている。ノルドライン鑑定委員会では、二〇〇四年度の既済事件一、八八五件の内、管轄違背を理由として却下されているのは、一五八件であり、形式的理由で終結した事件数五〇七件（既済事件の二七パーセント）の三パーセントを占めている⁴⁴。ドイツにおける調停所または鑑定委員会とフランスにおける地方委員会は、提供主体、具体的な手続は異なるので、単純に比較することはできないが、フランスにおける受入窓口段階での柔軟な運用は、我が国において医療紛争の裁判外手続を構築する際にも参考になると考える。

二〇〇二年一二月から二〇〇三年八月二〇日までに地方委員会への申立総件数は、六二三件であったが、同年九月末日までの申立総件数は、九〇二件、同年一二月末日までの申立総件数は、一、九〇七件であり、八月以後は、継続して毎月三〇〇件の申立てがなされている⁴⁵。二〇〇四年六月一五日

⁴³ 二〇〇五年三月一五日に行った地方医療事故損害調停・補償委員会ボルドー支部委員長 Philippe LEMAIRE 氏に対する聞き取り調査による。

⁴⁴ ドイツ連邦医師会法律顧問 Berner 氏が二〇〇五年八月二日にメールで提供された資料に基づく。ドイツにおける調停所、鑑定委員会については、我妻学「ドイツにおける医療紛争と裁判外紛争処理手続」都法四五卷一号（二〇〇四）五四頁以下参照。

⁴⁵ ONIAM, RAPPORT D'ACTIVITÉ 2002-2003, p.20.