

までの申立総件数は、二、〇六四件であったが、同年六月一五日以後、同年一二月末日までの申立件総数は、一、四八九件に減少したので、同年の年間申立件総数は三、五五三件にとどまっている（表3参照）。各地域ごとの地方委員会の申立総件数を分析したが、申立総件数の増減の理由は明らかではないとされている⁴⁶。

二〇〇四年一二月末日において六三七件の申立てがなお未済であり、手続が遅延していることが指摘されている⁴⁷。特にイル・ド・フランス（二〇〇四年の既済件数六一九件に対して、未済件数三八四件）、プロヴァンス、アルプ、コート・ダジュール（同年の既済件数三一五件に対して未済件数一〇八件）およびNord—Est（アルザス、ロレーヌ、シャンパーニュ・アルデンヌ、フランシュ・コンテの三地域）の三地域における事件処理の遅延が指摘されている。そこで、遅延を改善するためにイル・ド・フランスなどで一時的に人員を増強することが計画されている。

3 鑑定手続

申立が受理されると、複数の専門家による鑑定に付した上で、地方委員会は、申立ての受理から六ヶ月以内に損害に関する事実関係、原因、損害の程度および範囲、瑕疵の有無などの賠償責任の法的性質などについて、裁定を示さなければならない（公衆衛生法L.1142-8条）。

鑑定は、特に専門性が高い場合を除いて、複数の専門家が原則として合議（collegiale）で、損害が認められるかなどについて、

報告書を作成しなければならない。賠償要件について事前鑑定が行われた場合には、賠償要件を満たすかを専門家が判断する。裁判手続においては、複数鑑定から単独鑑定に移行しているとされている⁴⁸のに対して、地方委員会では原則として複数の専門家に鑑定を行わせていることは興味深い⁴⁹。

専門家が作成した報告書を基に、鑑定手続は、書面主義ではなく、当事者双方を適式に呼び出し、専門家が主催して、対審⁵⁰で行われなければならない（同法1142-12条）。鑑定という対立構造の性格を保障することによって、専門家の公正を担保し、専門家の報告書に対して当事者が意見を述べることによって、実質的に専門家の報告書に対する異議権を保障することができる⁵¹。当事者は自ら、弁護士あるいは協力医などの補助者一名を選任し、同行することも認められている。医療機関は、保険会社が選任した弁護士が原則として同行しているので、患者側に対しても弁護士または協力医を同行するように勧めており、患者が弁護士を

⁴⁸北村・前掲注(9)「鑑定人の役割(一)」一一頁参照。

⁴⁹我が国における医療訴訟の複数鑑定制度について、山下洋一郎「千葉地方裁判所の医療事件の複数鑑定制度」判タ一一九一号（二〇〇五）四三頁、「千葉県医事関係裁判運営委員会第七回定例会」同一二九頁〔森田茂穂〕、医事関係訴訟委員会「医事関係訴訟委員会答申」民事法情報二二七号（二〇〇五）四〇頁など参照。

⁵⁰裁判手続における鑑定手続の対審構造については、北村・前掲注(9)「鑑定人の役割(一)」五頁、同「鑑定人の役割(二)」五頁、萩原・前掲注(9)一三四頁、杉山・前掲注(9)一九二頁、田村・前掲注(9)一七二頁など参照。

⁵¹ Philippe CHAVERINI, Éric MARTINEZ et Laure MICHELANGELI, p.65.

⁴⁶ ONIAM, RAPPORT D'ACTIVITÉ 2004, p.4.

⁴⁷ Ibid.

同行する事件も少なくないようである。ただし、弁護士費用は当事者が負担しなければならない⁵²。

二〇〇二年三月四日法は、法務大臣および公衆衛生大臣の下に、全国医療事故委員会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、単に医療専門家のリストを作成するだけではなく、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(同法L.1142-10条)。地方委員会は、右リストに基づいて、複数の専門家を選任することが予定されていた(同法L.1142-12条。本論文一はじめに1二〇〇二年三月四日法参照)が、同委員会は実現に向けての準備段階であるため、従来と同じように各地方委員会では、裁判所などが作成している専門家のリストに基づいて、現在、専門家を選任している。地方委員会の裁定手続は、なるべく裁判における鑑定と同等の質の高さを維持しながら、鑑定期間を原則として、申立ての受理から三ヶ月以内に短縮し、裁判手続よりも迅速な手続を目指している。公平性の観点からなるべく別の地域の医師を専門家として選任するように配慮されている⁵³。

鑑定手続では、被害者に対して、一から三時間かけて、身体検査をしているので、被害者は、当該専門家の職場である医療機関など鑑定手続が行われる場所まで移動し

なければならず、交通費も被害者が負担しなければならない。例外的に患者が移動に耐えられない状態である場合には、患者の自宅等で鑑定が行われる場合もあるとされている⁵⁴。

委員会から選任された専門家は、当事者および第三者に対して、カルテなどの必要な記録を全て提出することを求めることができ、医療機関は職業上の秘密などを理由に提出を拒絶することはできない。当事者が記録の提出に応じない場合に、専門家は地方委員会に現状のままで報告書を提出する。地方委員会は医療従事者記録の提出に懈怠したことを勘案して判断することができる(公衆衛生法L. 1142-12条)。

専門家は、記録上知り得た情報について守秘義務を負い、遵守しなければ、刑事罰を科される。専門家の費用は、補償公社が原則として負担する。専門家一人あたり原則として、六〇〇ユーロ(約八万〇、四〇円)に固定されており、補償公社との報酬契約に基づいて支払われる。あらかじめ選任されていたが、患者の機能損失が二五パーセントの要件を満たしていない場合には、一五〇ユーロ(約二万〇、一〇〇円)が支払われる⁵⁵。過失が認定されれば、補償公社は保険会社に償還することができる。したがって、当事者は専門家の費用を負担することはない。

二〇〇三年末において、同年に委員会に申し立てられた件数一、九〇七件のうち七割(一、三四九件)について委員会の事務局による審査に付されている。二〇〇三年

⁵²二〇〇五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。

⁵³二〇〇五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。

⁵⁴二〇〇五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。

⁵⁵ ONIAM, RAPPORT D'ACTIVITÉ, 2002-2003, p. 22.

においては、六一〇人の専門家が実際に選任され、五八人について選任が予定されており、合計六六八人の専門家が選任されている⁵⁶。二〇〇四年には、総計一、九二三人(同年六月一五日までは、九〇九人)が選任されている。特にイル・ド・フランスでは、二〇〇三年度において審査に付された事件数四二五件に対して、全体で七五人しか専門家を選任しておらず、鑑定手続の遅延が指摘され、二〇〇四年度に専門家の数が増員されている⁵⁷。

二〇〇四年度においては、事件数が増加するにともない、専門家が選任されてから報告書が提出されるまでは、一一四日間を要しており、鑑定期間が当初の申立ての受理から三ヶ月から約一ヶ月遅延していることが指摘されている⁵⁸。

4 裁定

当該事件についての専門家の鑑定報告書が作成されたあと、各地方委員会の委員長は、集会を開催し、専門家の報告書または報告書の要点、主要な問題点と参考文献が地方委員会の構成員に配布され、委員長が、報告書について意見を述べた上で、委員が相互に協議した上で、損害に関する事実関係、原因、損害の範囲、過失の有無などの賠償責任の法的性質および損害の程度などについて、出席委員の多数決で裁定を下す⁵⁹。

⁵⁶ ONIAM,RAPPORT D'ACTIVITÉ, 2002-2003, p. 22.

⁵⁷ ONIAM,RAPPORT D'ACTIVITÉ, 2002-2003, p. 32.

複数ではなく、一人の専門家をより選任するかについても議論されているようである (p. 61)。

⁵⁸ ONIAM,RAPPORT D'ACTIVITÉ, 2004, p. 5.

⁵⁹ Martinez E., Les avis des commission régionales de conciliation et

出席委員の意見が二分された場合には、委員長の意見によって決する。裁定を下す際に、鑑定報告書の認定には拘束されない。委員会の構成員である医師と地方委員会が選任した専門家の意見とが対立する場合もあり、新たに専門家を選任する場合もある (表5参照)。

患者および医療機関に対して、協議日の一ヶ月前に期日を通知し、協議に出席して意見を述べる機会を与えている。当事者は、協力医あるいは弁護士のいずれか一人を同行することができる。ボルドーでは、半数近くの事件について、患者が弁護士を同行しており、他の地方委員会も患者が弁護士を同行するように奨励している⁶⁰。

裁定では、補償金または賠償金の具体的な金額について提示することはできない。裁定自体に強制力を有しないので、当事者が地方委員会の裁定を受諾するか否かは自由である。

委員長は、申立件数および事件の重要性に応じて、毎月、一日または半日の集会の日程を定める。時間は、一時間から三時間かけて協議されている。集会の定足数は、七人以上であるが、実際には、一四人から一五人の委員が出席し、それ以上の委員が出席する場合もあるとされている。委員は一年間で一回ないし二回、委員会に出席しなければならない。定足数を満たさない場合には、二週間以内に新たに集会を開催しなければならない(公衆衛生法R. 1142-

d'indemnisation,Revue générale de droit medical,n 12,p.281-296.

⁶⁰二〇〇五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。

9条)。集会は、リヨンのように地方委員会の中心であるリヨンで行っている場合とマルセイユのように各地方委員会で個別に行われる場合に分かれているようである⁶¹。

申立てから六ヶ月以内に委員会の裁定が下され、患者、相手方医療従事者、保険会社等の利害関係人および補償公社に通知される(公衆衛生法L. 1142-8条)。地方委員会の委員相互間の合議形式による多様な意見が交換されることによって、地方委員会の判断の質を高めるだけでなく、当事者の満足度も非常に高めていると評価されている⁶²。

二〇〇三年度においては、地方委員会が設立されて間がないため、裁定件数は、八七件に過ぎない。その内、損害発生要件を満たさないとして否定されたのは、二六件である(表5参照)。病理学上予想できる場合、既往症と認定された場合など過失も損害発生要件も満たさないとして却下されたのは、一三件である。二〇〇四年度における裁定件数は、一、二二六件である。損害発生要件を満たさないとして却下されたのは、二八八件である。過失も損害発生要件も満たさないとして却下されたのは二五六件である。事件が基準時(二〇〇二年九月五日)以前に発生しているとして、却下されたのは、二〇〇三年度においては〇件であったが、二〇〇四年度は一七件に増加している(表5参照)。

⁶¹ Philippe CHAVERINI, Éric MARTINEZ et Laure MICHELANGELO, p.66.

⁶²二〇〇二年に行われた当事者へのアンケートでは、満足(satisfait)したおよび非常に満足した回答率は九六パーセントに達するようである。ただし、総数は不明である(ONIAM, RAPPORT D'ACTIVITÉ, 2002-2003, p. 23.)。

症状が固定したか否かについて再度鑑定することを命ずる裁定は、二〇〇三年度は〇件であったが、二〇〇四年度は一件である。申立人が死亡した場合、申請の取下げなどその他の場合は、二〇〇三年度は〇件であったのに対して、二〇〇四年度は三件である(表5参照)。

地方委員会では、損害に関する事実関係、原因、損害の範囲、過失の有無などの賠償責任の法的性質および損害の程度などについて判断するだけで、具体的な賠償・補償額を認定するわけではない。被害者の賠償手続は、裁定によって過失が認定されたか否かによって、賠償・補償の主体が異なるため、裁定が下された後の被害者の救済手続はそれぞれ異なる。

二〇〇四年度においては、二七四件の裁定の内、裁定段階で賠償金の提示前段階は八八件、賠償金・補償金の受諾件数は一三二件であり、受諾を拒絶したのは、わずか五件に過ぎない(表7参照)。

(1) 過失が認定された場合

地方委員会が過失を認定した場合には、医療機関あるいは医療従事者が加入している保険会社が相手方となる。保険会社は、保険契約の範囲内で裁定を受諾するか否かは、裁定が下された後四ヶ月以内に判断しなければならない。保険会社が裁定を受諾し、被害者またはその相続人も裁定を受諾した場合には、保険会社は被害者またはその相続人が裁定を受諾した後一ヶ月以内に賠償額を提示しなければならない。賠償額は、確定的または仮払いでもよい。症状が固定していない場合には、仮払いであり、症状が固定したとの通知がなされてから二ヶ月以内に確定額を提示しなければならない。確定払いだけでなく、定期金払いでもよい。患者が受諾すれば、当事者間で和

解（フランス民法二〇四四条）が成立し、裁判が係属している場合には終結する。

患者が賠償金を受諾してから一ヶ月以内に保険会社が損害賠償を支払わない場合には、未払分について一般法定利息の二倍の利息が付加される。賠償額から、被害者が社会保険などの第三者から受領した金銭は控除され、当該第三者に直接償還される。なお、過失が認定された場合には、保険会社は鑑定費用について補償公社に支払う必要がある。

被害者が保険会社からの賠償金が低額であることを理由に拒絶した場合に、被害者が裁判所に提訴し、裁判所が保険会社の提示した賠償額が明確に低額であると認定した場合は、保険会社に対して、患者に対して正当な賠償額を支払うように命ずる。さらに、補償公社が被害者に賠償金を支払っている場合には、裁判所は、損害額の一五パーセント以上を制裁金として補償公社に支払うことを命ずることができる。これは、保険会社が不当に過小な賠償額を提示するのを阻止しようとするものである。右制裁金は、補償公社の予算に組み込まれて国民的連帯に基づく患者への補償および鑑定費用の支払いに充てられている。

保険会社が被害者に賠償金を支払った場合であっても、契約者に責任が存在しないと考える場合には、他の責任帰属者または補償公社に対して、代位訴訟を提起することができる。

保険会社が応答しない場合、受諾をしない場合、医療従事者が保険に加入していない場合などには、補償公社が保険会社または医療従事者に代わって賠償金の支払をする（公衆衛生法L.1142-14条）。補償公社は、保険会社および保険に加入していなかった医療従事者に対して代位訴訟を提起することができる。裁判所は、保険会社または保

険に加入していなかった医療従事者に対して、患者に支払った賠償額に一五パーセントの制裁金を加算して補償公社に支払うように命ずることができる。

医療従事者に過失が認められた場合に医師会に医療事故についての報告がなされることは、あまりないとされている。これに対して、院内感染については、二〇〇二年一月三〇日法により、地方委員会は、病院の評価機構（Agence Régional Hospitalier）に報告義務がある。

（2）無過失が認定された場合

地方委員会が無過失を認定した場合には、補償公社は四ヶ月以内に被害者に対して直接賠償金を提示する（公衆衛生法L.1142-7条）。

医療過誤、院内感染の事案の場合には、医療従事者に過失が認められない場合にも、国民的連帯の名の下に損害発生要件である恒常的損失が二五パーセント以上を満たしている場合には、補償公社は、保険衛生大臣の監督の下に被害者に対して、補償額を提示する。患者が承諾すれば、当事者間で和解（フランス民法二〇四四条）が成立し、裁判が係属している場合には終結する。

二〇〇三年度における裁定件数八七件の内、無過失が認定されたのは、二〇件である。一部過失責任と一部無過失責任の双方が認められたのは、二〇〇三年には〇件であったのに対して、二〇〇四年度は二〇件である。一部既往症と一部無過失が認められたのは、二〇〇三年度は三件、二〇〇四年度は一九件である。既往症、過失および無過失が一部競合する場合は、二〇〇三年度は一件、二〇〇四年度は二件である（表5参照）。

裁定を下す場合に、医原性疾患であるのか、医療事故であるのか、あるいは院内感

染であるのか、複合的な要因による場合の判断が困難であるとされており⁶³、地方委員会が下した裁定に対して、保険会社だけではなく、補償公社も裁判などで争えるかが問題となっている（四 国立医療事故補償公社 4 補償公社と地方委員会）。

5 調停手続

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ことを患者および医療従事者または医療機関などに書面で教示している（公衆衛生法R.1142-15条）。当事者に対して、調停手続が無償であること、調停の具体的手続など調停に関する情報を教示している。

調停の申立てをするには、当事者の住所・氏名・職業および係争物などを示す必要がある（同法R.1142-20条）。地方委員会は、地方委員会の構成員とは別の中立で、経験豊かな第三者を選任することができる。さらに、地方委員会の委員を調停人に選任することもできる（同法R.1142-23条。二〇〇二年五月三日のデクレ、二〇〇三年二月一九日および五月二日のデクレ）。調停人の独立性は、調停人の義務である⁶⁴ので、調停人は、地方委員会の構成員と同じように当事者とは、人的、職業的および経

済的に独立していなければならない（同法L.1142-10条）。調停が全部または一部成立した場合は、調停調書に当事者、調停人が署名して地方委員会に提出する（同法R.1142-22条）。調停人には報酬として150ユーロ（約二万〇、一〇〇円）が支払われる。

地方委員会では、調停を奨励しているが、実際に調停が行われた件数は、二〇〇三年度は三六件、二〇〇四年度は、一四九件にとどまっている（表2、表3参照）。このように調停があまり行われていない原因として指摘されているのは、第一に賠償金の支払をめぐる調停手続において、賠償金の支払いおよび具体的な額を決める保険会社が同席できないため、医療従事者または医療機関が当事者間で合意できるような条件で調停案を示すことができないこと、第二に患者と医療従事者または医療機関が調停をする際には、法律問題だけが問題とはならず、裁定手続のように損害に関する事実関係、原因、損害の範囲、過失の有無などの賠償責任の法的性質を決めるだけではすまないこと、第三に当事者の一方しか調停手続に積極的ではないので、当事者双方が調停に同意することはあまりなく、さらに地方委員会の委員長が実際に調停手続に慣れておらず、現実に調停を円滑に主催するのが困難なことである⁶⁵。

二〇〇三年度において調停がなされたのは、三六件に過ぎず、その中で、イル・ド・フランスが一件、ローンアルプが一件を占めている（表2参照）。二〇〇四年度において調停がなされたのは、総計一四九件の内、イル・ド・フランスが五四件、アキ

⁶³二〇〇五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。

⁶⁴ Philippe CHAVERINI, Éric MARTINEZ et Laure MICHELANGELO, op.cit., p.91.

⁶⁵ ONIAM, RAPPORT D'ACTIVITÉ, 2002-2003, p. 22.

テヌが二一件、ローンアルプは一六件である(表3参照)。地方委員会の裁定手続で、過失が認められた場合には、保険会社は調停よりも、患者との直接交渉を好むことも指摘されている。調停手続は、カルテなどの必要な医療記録を開示しない医療機関に対して、開示を促す役割も果たしているようである⁶⁶。

6 裁判手続との関係

地方委員会の裁定手続は、当事者が既に裁判を提起していても申立をすることを認め、裁定手続の進行中に訴訟を提起することを認めている。地方委員会に提出する申立書には、裁判を提起しているかを記載する欄はあるが、地方委員会が積極的に照会することはしていないようである。申請書は保険会社にも送付されるので、被害者の二重請求の危険は、保険会社の責任に委ねているからである。

裁判所から、当事者が損害賠償責任に関して意見を求めるために地方委員会が呼び出される場合が増加しているようである。

四 国立医療事故補償公社

国立医療事故補償公社の役割は、第一に医療従事者および医療機関が無過失の場合にも、国民的連帯の名の下に特別に被害者に補償金を支払うこと(公衆衛生法L.1142-1条2項)によって、早期に救済し、医療紛争をなるべく和解的に解決することである(同法L.1142-22条)。設立当初の補償公社の補償の対象には、強制的なワクチンの副作用および生物医薬品(biomedicales)

の場合も含まれている。さらに、二〇〇二年一月三日法により、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)の職務にも広げられている(同法L.1142-22条)。

第二に補償公社は、地方委員会へ予算を配分するとともに、地方委員会自体が法人格を有しないので、補償公社が地方委員会事務局への予算配分、施設の管理および職員の雇用などの物的・人的整備を行っている。ただし、具体的な職員人事は、各地方委員会に委ねられている。このように報償公社は、医療紛争の新しい紛争処理手続の中心的な役割を果たしている。

地方委員会が医療機関の無過失を認めた裁定を下した場合、補償公社は支払義務者の立場に立ちうるので、地方委員会は、補償公社とは独立性が維持されなければならない(同法L.1142-6条)。したがって、地方委員会の委員長は、補償公社から報酬が支払われるが、補償公社に服従する義務はない。

1 組織

二〇〇二年一月四日に、当時の公衆衛生大臣Mattei氏の監督の下に国家機関として設立されている。二〇〇三年に本部は、パリからパリ近郊のパニョレ(Bagonel)に移転している⁶⁷。補償公社は、アスベスト被害者補償基金(le Fonds d'indemnisation de s victims de l'amiante(FIVA)と人員および情報技術について相互に協力している。

2 人的構成

補償公社の理事長は、前元老院議員のCI

⁶⁶ 二〇〇五年三月一八日に行った国立医療事故補償公社 Dominique MARTIN 氏への聞き取り調査による。

⁶⁷ 補償公社と CITEP 間の一〇年間の利用計画に基づいている (ONIAM, RAPPORT D'ACTIVITÉ, 2002-2003, p. 13.)。

aude HURIETが就任し、その他の評議員は、国の代表一名、保健衛生大臣が選任した利益代表者九名（二名の利用代表者、フランス国立病院連合の代表者一名、私立病院連合の代表者一名、などを含む）および補償公社の事務局表二名、合計二三名から構成されている。実際の運営の責任は、保健衛生大臣委員から選任されたDominique Martin氏が行っている⁶⁸。評議員は交通費を除いて無給である。

3 予算

補償公社の財源は、疾病保険機関の一般交付金、義務的予防接種に直接の原因がある損害の補償を担保するために国が拠出する基金、過失が認定された場合に保険会社に償還した地方委員会の鑑定費用、保険会社あるいは保険に加入していない医療機関が賠償を受諾しない場合などに補償公社が立て替えた賠償金に対する制裁金およびこれらの者に対する代位請求などから構成されている（公衆衛生法L.1142-23）。これに対して、補償公社の支出は地方委員会の運営費、鑑定人費用、医療従事者が無過失であるが、国民的連帯の観点から患なされる患者に対する補償などから構成される。

二〇〇二年から二〇〇四年の予算として、人件費を含めて、七、〇〇〇万ユーロが配分されている。二〇〇二年に補償公社の設立として、五四、〇〇〇ユーロが支出され、六九、九四五ユーロが活動資金とされている。二〇〇三年に地方委員会の設立のために、三、三六一ユーロが支出され、一三六、

⁶⁸Martin氏は、もともと医者から国立行政学院を卒業し、クシュネール元公衆衛生大臣の元で公衆衛生省のブレーンとして活躍されたようである。

六七九万ユーロが活動資金とされている。二〇〇四年度は、九、一八六ユーロが支出され、一九七、六九四ユーロが活動資金とされている。二〇〇五年度の予算は、三、〇〇〇万フランが配分される予定である。当初の予算の繰越金も残っているので、予算としては十分であるとされている⁶⁹。

4 補償公社と地方委員会

補償公社と地方委員会が相互に独立している以上、特に過失の認定および損害の範囲などなどについて、地方委員会の下した裁定に対して、補償公社が拘束されるのか、その正当性について問題となっている。補償公社が地方委員会の下した裁定に従わずに、過失の認定および損害の範囲などについて、地方行政裁判所(tribunal administrative)、大審裁判所(Tribunal de grande instance)などの裁判所に提訴しているからである。二〇〇三年一二月末日まで裁判所に係属している事件数は五〇件であったのが、二〇〇四年度は一九一件までに達している(表7参照)。補償公社が支出する補償金は、国庫から支出すること、いったん患者に支払われた補償金を回収することはできないことから、補償公社が拘束されることを法律上規定されなければ、裁定に拘束されない見解と補償公社の使命が被害者の迅速な救済である以上、それを妨げることができないとするのが、保健衛生法上の趣旨であるとして裁定に拘束されるという見解に分かれている⁷⁰。

⁶⁹ ONIAM,RAPPORT D'ACTIVITÉ, 2004, p. 6, 2002-2003, p. 32, 2002-2003, p. 14.

二〇〇五年三月一八日に行った国立医療事故補償公社 Dominique MARTIN氏への聞取調査においても強調されていた。

⁷⁰ ONIAM,RAPPORT

補償公社の見解は、実際に補償の支払を拒絶したのは、裁定で無過失が認められた事件の内の二パーセントに過ぎず、きわめて例外的な事例であるとしている⁷¹。裁判所の判断が下されるまで、まだ時間がかかるようであるが、被害者の救済をめぐる補償制度の根幹にかかわる問題であることから、その判断が注目される。

二〇〇四年度に被害者が補償公社の申出を拒絶した件数が六件であり、その内で訴訟が係属しているのは三件である。

5 二〇〇四年八月九日法による対象の拡大

二〇〇四年八月九日法 (La loi du 9 août 2004) により、ワクチンによる被害、HIV感染事故被害者⁷²、輸血によるB型、C型肝炎、クロイツェルヤコブ病の被害者およびその相続人に対する補償も二〇〇五年に補償公社に移管されている。

さらに同年八月一三日法 (La loi du 13 août 2004) により、補償公社の医療事故に関するデータを収集し、分析も今後行う予定である。このように、補償公社の対象である被害者の補償の範囲が広げられたことにもともない、補償公社の物的および人的施

設も大幅に拡充されている⁷³。

[むすびにかえて]

フランスにおける二〇〇二年三月四日法は、患者が自己の尊厳を尊重する権利を有すること、医師などの医療従事者が健康状態に関する情報を患者に提供する義務を有すること、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るなど患者の権利を飛躍的に保護しているといえよう。

医事紛争を法律に従って、和解的な解決を促進すること、重大な損害を被った被害者および死亡した被害者の家族などに対して迅速に賠償・補償を認めるために、あらたに裁判外紛争処理手続機関として、地方医療事故損害調停・補償委員会を設けている。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ているので、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に賠償を認める制度である。患者は地方委員会を利用するか、あるいは裁判手続を利用するかについて、自由に選択することができるだけでなく、地方委員会と裁判手続を併用することを認めている点に特色がある。例えば、ドイツにおける医師会が行っている調停所および鑑定委員会では訴訟が提起されれば、裁判外手続である調停所および鑑定委員会の手続は終了するのは対照的である⁷⁴。

地方委員会は、損害の状況、原因、性質および程度などについて、専門家による鑑

D'ACTIVITÉ, 2002-2003, p. 12. , 2004, p. 8

⁷¹二〇〇五年三月一八日に行った国立医療事故補償公社 Dominique MARTIN 氏への聞取調査においても強調されていた。

⁷² フランスにおける HIV 感染事故被害者については、鎌田薫「フランスにおける HIV 感染事故被害者救済と安全対策(上)」ジュリー〇九七号 (一九九六) 五一頁、北村和生「フランスにおけるエイズ国家賠償訴訟」法時六五卷八号 (一九九六) 六七頁、同「フランス行政賠償責任における HIV 感染血液訴訟」立命法学二五一号 (一九九七) 一頁など参照。

⁷³ONIAM,RAPPORT D'ACTIVITÉ, 2004, p. 3.

⁷⁴ ドイツにおける医師会の調停所および鑑定委員会については、我妻・前掲 (44) 八四頁など参照。

定に付した上で、申立てがなされてから六ヶ月以内に裁定を示し、過失が認定された場合には、保険会社による損害賠償の支払い、無過失が認定された場合には、補償会社による補償の支払いによって患者の救済を図っている。したがって、院内感染か、麻酔事故かなどの医療事故の性質あるいは公立病院、市立病院あるいは診療所など医療事故が発生した場所がどこであるかを問わず、患者は統一的に地方委員会に申立てをすることによって、救済を求めることができる。既に述べたように、フランスでは公立病院か、私立病院かで裁判所の管轄が異なるので、このような統一的な救済窓口を設けたことは、患者の救済にとって画期的な制度であると思われる。

さらに、民事裁判手続のように過失に応じて損害賠償が認められるか否かという硬直的な解決ではなく、地方委員会は、専門家による過失の有無および損害の程度等の鑑定を基にして、弾力的な裁定を下すことによって、柔軟な解決を図ることができる。

地方委員会の手続は、必要な書類もできるだけ患者が迅速に作成できるように、簡素化している。地方委員会の裁定は、申立後、原則として六ヶ月以内に示されなければならない。補償会社あるいは保険会社が当該裁定の判断を受諾するか否か、受諾した場合には具体的な補償額または賠償額を四ヶ月以内に示さなければならない。患者が提示された補償額または賠償額を受け入れた場合には、一ヶ月以内に補償額または賠償額を支払わなければならない。このように手続全体としては、申立てから一ヶ月以内に補償または賠償まで支払われることが予定されている。

フランスにおいても医療紛争は、訴えの提起から判決まで三年から四年かかっているとされており、地方委員会の裁定手続は

裁判所よりも簡易・迅速に患者の迅速な救済を図っている。専門家の費用は原則として補償会社が負担するので、鑑定手続を含めて手続費用は無料なので、鑑定費用などの裁判費用を負担するよりも被害者にとっては、地方委員会の手続費用を利用する方が費用負担が軽減される利点が存在する。ただし、必要な書類のコピー代、鑑定手続に同席するための交通費は被害者が負担しなければならない⁷⁵。当事者は弁護士を選任する必要はないので、弁護士を選任した場合には費用は各自が負担しなければならない。

被害者が裁判費用や裁判の長期化を回避したい場合や心理的に裁判手続を選択したくない場合に、地方委員会の救済手続は、相手方が公立病院かあるいは市立病院かを問わず、患者の救済窓口が一本化されていること、公正で迅速な手続、無償であることから魅力的なものとなっている。

地方委員会の裁定手続は、あくまでも過失の有無および損害の程度等の法的問題について判断し、具体的な補償・賠償額については、地方委員会ではなく、医療従事者または医療機関の属する保険会社あるいは補償会社が患者に提示している。医療従事者の過失の有無、因果関係の存在などの実体法上の請求権をめぐる問題と具体的な補償、賠償額双方をめぐる当事者間に争いが存在する場合に、双方についての審理を併行して進めると、請求原因が存在しないことが判明した場合には、補償、賠償額をめぐる審理は全く無駄に帰してしまうおそれがある。フランスにおいては、ドイツにおける医師会の調停所および鑑定委員会と同じように、原因判決に相当する部分に限

⁷⁵ Philippe CHAVERINI, Éric MARTINEZ et Laure MICHELANGELI, op.cit., p.51.

定して地方委員会の裁定に委ねていることは注目される。我が国において、医事紛争の裁判外紛争処理手続を構築する場合にも患者に対する賠償・補償と切り離して、医事紛争の原因を究明する制度を構築するのが現実的な選択といえるのかもしれない。

フランスにおける地方委員会は、ドイツのように医師会が提供するのではなく、独立の公正・中立な機関である。地方委員会は、国立医療事故補償公社から予算が配分されるが、両者は別個・独立の機関である。

地方委員会の裁定手続が、手続の公正の観点から口頭主義で行われていることも書面主義で行われているドイツにおける調停所および鑑定委員会とは対照的である。口頭主義では、患者と医療従事者双方が出頭しうる期日を調整する必要があり、時間と費用がかかること、医療過誤の有無を判断する決め手は、カルテ、手術記録などの医療記録であり、口頭主義を採用するか否かでは結論が異なること、多数の新受件数が申し立てられている中で、口頭主義を採用すると手続が遅延することが挙げられている。

フランスにおいては、地方委員会の手続に対する当事者の満足度が高い反面、手続が遅延すること、当事者、特に重度の障害を負った患者の出頭を確保することが困難であること、医療従事者に弁護士が選任されている場合に当事者間の実質的平等を確保するためには、患者側にも弁護士を選任する必要があることが指摘されている。

地方委員会の裁定手続および補償公社の設立については、フランスにおいても高く評価されているが、問題点としては、以下の点が指摘されている。

第一に、地方委員会に申請書を提出する際には、重大な損害が生じていることが明らかな診断書のほか、休業証明書、給与証

明書、保険会社から支払われた賠償金などの必要書類を提出しなければならず、鑑定など地方委員会の裁定手続も専門的であるので、被害者が救済を得るためには、弁護士や医者との協力が実際には不可欠であるとされている。そのため、被害者が弁護士を選任する割合も増加しており、患者団体が弁護士費用を無料にするように圧力をかけているようである⁷⁶。

第二に、地方などで恒久的に重大な損害（機能喪失が二五パーセント以上）であることを診断して、証明する医師を捜すことの困難性も指摘されている。

第三に、地方委員会の裁定手続も申立てが受理されるまでに三ヶ月かかっており、専門家の報告書が六ヶ月以内に示されるのは困難であり、一ヶ月遅れていることなど迅速な患者の救済手続として設計された期間が短すぎることも指摘されている。

第四に、被害者の救済の面からすると、重大な損害（機能喪失が二五パーセント以上）が認められるのは、きわめてまれな場合であり、大部分の軽微な傷害については、補償されず、患者の救済としては、不十分である。

患者に対する補償の財源が国庫から支出されるので、患者を救済する必要性との関係で、このように重大な損害に限定されるのもやむを得ない面がある。

地方委員会と賠償補償公社との関係で述べたように、被害者の損害が、医療過誤と院内感染など複合的な場合には、救済手続が一本化されているので、患者の救済にとっては非常に有益である反面、相手方である医療従事者、医療機関の保険会社と補償

⁷⁶二〇〇五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。

公社が過失割合および賠償・補償額をめぐる紛争が生ずると、結局、裁判所で最終的に判断しなければならず、複合的な要因で医事紛争が生じている場合に、両者をどのように調整してゆくかが問題となる。

フランスにおける地方委員会の裁定手続のように対審構造をとる場合には、どのように患者の手続保障を図るのか、をあわせて検討する必要がある。

今後、我が国において医事紛争について、公正・公平な裁判外紛争処理手続を構築する際には、フランスにおけるように医療紛争に対する損害賠償だけではなく、例えば、C型肝炎、HIV感染事故被害者などのように重大な被害が生じている場合などに対象を拡げてゆくのか、書面主義、口頭主義のいずれを採用するのか、医療従事者以外に当該医療機関あるいは保険会社などの利害関係人の関与を認めるのか、鑑定人の選任、鑑定人の作成した鑑定書に対する異議権などの当事者の実質的な手続保障をどのように確保するか、などを具体的に検討する必要がある。

オーストラリアのビクトリア州では、民事訴訟が、医療の専門性・特殊性から必ずしも十分には機能していないと批判され、そのような批判に答えるべく近年充実してきたとされる、迅速で安価かつ公平な処理方法として策定された独立行政委員会・Ombudsman・Health Service Commissionerなどの広く行政による苦情処理システムが構築されている。このことは、医療という専門領域において、専門知識を持たず、しかも、専門家からの情報提供が必ずしも十分とはいえない状況のもとで、苦情申立てを行う人々の置かれた現状を考えると、完全ではないにせよ、その情報格差を埋め、誤解、不信を解きほぐす機能が求められていることが指摘される。このような適切な情報の提供により、患者と医師などの医療機関との間の誤解、不

信を早期に解消し、相互の信頼関係を修復し、深刻な医事紛争に発展することを未然に防ぐ意味でも裁判外紛争処理制度を構築することは有益といえよう。

医事紛争について、交通事故をめぐる紛争処理との比較から、過失責任を堅持しながら、被害者の救済を担保するために包括的な賠償保険制度の法的整備および財源の確保が必要である。交通事故については、過失および過失割合の認定について、全国一律の基準が設けられているのに対して、医事紛争では、事件を類型化するのが困難であり、特に医療水準などについて、当該医療機関、医事紛争の発生した時期などによっても異なるため、具体的な医事紛争に適用すべき基準を確立するには時間がかかることが予想される。さらに、患者とその家族は医師などの医療機関に対する不信感が強い場合が多く、中立・公正な裁判外紛争処理手続の基盤整備についても困難であると予想される。

交通事故においては、民事責任や刑事処罰とは、別個に、免許保有者の質を維持すること、事故の原因究明と再発防止の目的のために、交通事故の現場検証に基づく、事実認定や事故の程度および対応に応じて処分行為が行われているが、運転者に対する再教育が果たす役割も重要である。

医事紛争においても、再発防止のための医事紛争の原因究明と医師などの医療従事者に対する再教育の面からの医療に対する安全性の確保がきわめて重要である。この点で、医道審議会医道分科会においては、平成14年12月に「医師及び歯科医師に対する行政処分の考え方」をまとめ、刑事事件とならなかった医療過誤についても、当時の医療水準に照らして明白な注意義務違反が認められる場合には行政処分の対象とする旨を明確化するとともに、医業停止

処分を受けた医師に対する再教育についても議論を行い、平成16年12月の「厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール」において、行政処分を受けた医師・歯科医師に対する再教育制度の検討を明記し、今後、医療従事者に対する再教育についても早急に整備されることが期待されている。

医事紛争の裁判外紛争処理手続は、民事裁判による金銭賠償による救済、患者と医療機関との直接交渉による救済とは、区別される、いわば第三の救済方法として、早急に整備されることが望まれている。

表1 医療紛争

年度	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
控訴院	248	241	237	250	262	292	295	278	365
大審裁判所	567	543	560	560	729	791	889	945	941
小審裁判所	54	159	155	175	117	62	79	64	74
急速審理		500	800						

1999年全国家族連盟(Union National des Association Familiales)

表2 2003年度における委員会の活動状況

	申請	継続中	鑑定	不合法却下	事前鑑定	委員会による過失認定	調停の申立て	委員会開催件数
Auvergne	37	28	14	1	5	4	1	4
Rhône-Alpes	190	132	82	1	38	20	10	7
(Basse-Normandie)	1							
(Bourgogne)	3							
Bretagne	80	73	41	1	8	2	1	6
Pays de la Loire	76	71	32	5	10	3	1	3
PACA(Provence Alpes Côte d'Azur)	232	182	88	23	44	8	3	8
Languedoc-Roussillon	113	93	63	8	10	13	1	6
Ile de France	690	425	70	5	60	5	11	7
Haute-Normandie	35	20	6	0	0	0	0	1
Centre	0							
Nord-Pas-de-Calais	113	61	58	0	32	20	1	12
Picardie	46	30	21	2	9	7	0	7
Aquitaine	102	82	34	5	14	2	4	4
Limousin	0							
Midi-Pyrenees	84	60	30	3	18	2	2	4
Poitou-Charentes	0							
Alsace	40	33	19	2	7	0	0	3
Champagne-Ardenne	0							
Franche-Comte	0							
Lorraine	69	59	52	2	9	1	1	5
合計	1911	1349	610	58	264	87	36	77

ONIAM, RAPPORT D'ACTIVITE 2002-2003, p. 32.

表3 2004年度における委員会の活動状況

	申請	継続中	鑑定	事前鑑定	不適法却下	委員会による過失否定	調停の申立て	委員会開催件数
Auvergne	58	1	36	0	16	17	4	5
Rhône-Alpes	362	4	221	1	80	135	16	11
Basse-Normandie	89	0	43	7	12	13	1	3
Bourgogne	134	0	52	0	17	18	2	10
Bretagne	143	0	82	11	12	68	5	10
Pays de la Loire	162	0	84	6	21	57	6	9
PACA	335	108	202	19	27	138	10	12
Languedoc-Roussillon	145	10	92	14	17	94	8	11
Ile de France	619	384	282	21	116	146	54	18
Haute-Normandie	67	15	58	5	27	15	6	5
Centre	148	3	61	4	4	30	5	6
Nord-Pas-de-Calais	194	2	77	0	20	69	2	15
Picardie	73	2	36	2	0	28	0	3
Aquitaine	207	0	151	9	49	96	21	11
Limousin	65	0	31	3	13	11	0	4
Midi-Pyrénées	160	0	114	5	44	78	8	10
Poitou-Charentes	100	0	63	2	12	30	1	5
Alsace	86	15	50	4	9	45	0	8
Champagne-Ardenne	136	24	63	5	6	36	0	4
Corse	12	0	7	0	0	1	0	2
Franche-Comté	98	20	49	6	10	30	0	5
Lorraine	149	49	69	7	20	71	0	8
Guyane	0	0	0	0	0	0	0	1
La Réunion	10	0	0	0	0	0	0	1
合計	3553	637	1923	131	532	1226	149	177

ONIAM, RAPPORT D'ACTIVITE 2004, p.23.

表4 2005年リヨン地方委員会の活動

2003年5月12日～2005年3月15日	不合法却下		委員会による裁定で、認定否定	
	新規申請	基準時前の損害	事前鑑定	損害の重大性なし
Auvergne	102	5	0	18
Rhone-Alps	584	34	18	90
Bourgogne	150	6	0	19
				その他
				調停の申立
				4
				36
				18
				30(5件継続中、7件成立、18手続開始前)
				9
				0
				6

裁定

国立補償公社による補償			
2003年5月12日～2005年3月15日	50パーセント未満の支払	50パーセント以上の支払	全額の支払い
Auvergne	0	1	0
Rhone-Alps	3	8	2
Bourgogne	1	0	0
			院内感染
			5
			0
			3
			42
			0
			6

保険会社による賠償			
2003年5月12日～2005年3月15日	50パーセント未満の支払	50パーセント以上の支払	全額の支払い
Auvergne	1	1	2
Rhone-Alps	0	4	2
Bourgogne	0	0	1
			院内感染
			2
			26
			8
			1
			0

国立補償公社と保険会社双方の支払			
2003年5月12日～2005年3月15日	国立補償公社	保険会社	その他
Auvergne	0	0	0
Rhone-Alps	4	1	0
Bourgogne	0	0	0
			院内感染
			0
			0
			0
			1
			0

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 MATAGRIN氏より、二〇〇五年三月一六日に提供された資料に基づく

表5 地方委員会の裁定

	2003年		2004年	
	件数	パーセント	件数	パーセント
国立医療事故補償公社への提示(無過失)	20	23	209	17
保険会社への提示(過失)	18	20.7	245	20
損害発生要件を満たさなため却下	26	29.9	288	23.5
過失および無過失の不在のため却下	13	14.9	256	20.9
損害発生時が基準時(2001年9月5日)以前のため却下	0	0	17	1.4
一部過失および一部無過失の事故の損害認定	0	0	20	1.6
自然現象および一部無過失の事故の認定	3	3.4	19	1.5
自然現象および一部過失の事故の認定	0	0	4	0.3
自然現象、一部過失および一部無過失の事故をそれぞれ認定	1	1.1	2	0.2
新たな専門家または補充の専門家の選任	6	6.9	152	12.4
症状固定後の再鑑定	0	0	11	0.9
その他(申立人の死亡、申立の取下げ)	0	0	3	0.2
合計	87	100	1226	100

ONIAM, RAPPORT D'ACTIVITE 2004, p.9.

表6 賠償手続

	2004 件数
事件の処理段階	
賠償の提示前	88
患者の承諾	132
(内訳)	
暫定的提示	57
終局的提示	75
受諾の承諾前	43
承諾の拒絶	5
国立医療事故補償公社への提示前	6
合計	274

ONIAM, RAPPORT D'ACTIVITE, 2004, p.10.

表7 裁定に対する不服を理由とする裁判手続

年度	2003	2004
地方行政裁判所	20	117
行政控訴院	3	6
大審裁判所	19	54
控訴院	8	14
計	50	191

ONIAM, RAPPORT D'ACTIVITE 2002-2003, p.24; 2004, p.8.

医事紛争における裁判外紛争処理に関する基礎的研究:

豪州Victoria州におけるHealth Service Commissionerによる苦情処理に関する一考察

分担研究者 岩田 太 上智大学・法学部・助教授

研究要旨

日本においては近年医療過誤紛争の効率的な処理に注目が集まっている。その主たる要因は、医療過誤訴訟の増加現象に対して、伝統的な裁判による処理が十分対応していないという認識が広がっていることにあると思われる。実際に、医療過誤紛争の母数たる医療過誤数が近年増加しているかどうか、また、反対に紛争化傾向が拡大しているかどうかについては、その基礎資料たる医療事故数の実態についても、また、医療事故の紛争化の過程および実数についての詳細な研究の蓄積がわが国ではほとんどない状態で、その実態だけでなく、認識された問題に対する対処・努力の成果の判断基準すらないのが実情である。裁判上の処理については、訴訟の遅延、医療過誤訴訟の専門性、また、裁判においては金銭の請求を中心とせざることをえないこと、などから加害者である医療者側だけではなく、被害者およびその家族にとっても、大きな不満が存在する。このような現象は、日本独自のものではなく、諸外国でも同様の問題を抱えており、それに対する諸施策が試みられてきた。豪州においても、合衆国同様、不法行為訴訟の増加、裁判の遅延、時折起こる膨大な賠償額、弁護士費用の高さ、また、2001年のテロによる保険会社の破綻など外在的要因なども重なり、様々な改革が試みられてきた。そこで、本稿では日本において医療過誤紛争のあるべき姿を探求する前提として、豪州における経験に学ぶべく、考案された裁判外紛争処理制度、利点と問題点、また、実施状況などを素描する。市民の紛争を処理する中心的な機能を担うとされている民事訴訟は、医療の専門性・特殊性から必ずしも十分には機能していないと批判されてきた。そこで、本報告書では、そのような批判に答えるべく近年充実してきたとされる、迅速で安価かつ公平な処理方法として策定された独立行政委員会・Ombudsman・Health Service Commissionerなどの広く行政による苦情処理システムを中心に述べる。

A. 研究目的

日本においては近年医療過誤紛争の効率的な処理に注目が集まっている。その主たる要因は、医療過誤訴訟の増加現象に対して、伝統的な裁判による処理が十分対応していないという認識が広がっていることにあると思われる。実際に、医療過誤紛争の母数たる医療過誤数が近年増加しているかどうか、また、反対に紛争化傾向が拡大しているかどうかについては、その基礎資料たる医療事故数の実態についても、また、医療事故の紛争化の過程

および実数についての詳細な研究の蓄積がわが国ではほとんどない状態で、その実態だけでなく、認識された問題に対する対処・努力の成果の判断基準すらないのが実情である。裁判上の処理については、訴訟の遅延、医療過誤訴訟の専門性、また、裁判においては金銭の請求を中心とせざることをえないこと、などから加害者である医療者側だけではなく、被害者およびその家族にとっても、大きな不満が存在する。

このような現象は、日本独自のものではなく、諸外国でも同様の問題を抱えており、それ対