

会制度は患者から損害賠償請求された被保険会員である医師の申出によって開始され、患者側からの申出は原則として受け付けていないことも異なる。さらに、我が国の賠償責任審査会では、保険金の額まで決めているが、ドイツでは、請求原因しか判断しておらず、損害賠償までは原則として判断しない。

審査会の手続が診療記録と担当医師からの報告書に基づいて書面主義で行われている点で、ドイツにおける調停所あるいは鑑定委員会の手続と共通する。しかし、患者は当事者とはならないため、患者への情報提供、審査会への見解表明、異議などは全く保障されていない。

ドイツにおいても患者と医師とのコミュニケーション不足、裁判外での和解交渉が失敗して、紛争が裁判所に提起されていることが指摘されており、患者と医師との信頼関係の維持・修復するプロセスの重要性が説かれている<sup>(6)</sup>。しかし、調停所あるいは鑑定委員会の役割はあくまでも診療過誤の認定を中心としており、手続も書面主義である。ハンブルク大学病院では、オンズマン制度により、患者の医師・医療機関に対する苦情処理手続を設けている。このようなコミュニケーションを改善する方策は、ドイツにおいてもまだ始まったばかりであり、患者と医師との信頼関係の維持・修復に調停が果たして機能しうるかについても議論がある<sup>(8)</sup>。

今後、我が国において医療紛争について公正・公平な裁判外紛争処理手続を構築する際には、ドイツにおけるように診療過誤、説明義務違反の認定を目的とするのか、さらには患者と医師との信頼関係の回復・維持も重視するのかが検討する必要がある。公平・公正な裁判外紛争処理手続を構築する際に、財源および人材をどのように確保するのか、書面主義、口頭主義いずれを採用するのか、当事者、保険会社あるいは医療機関の関与をどこまで認めるか、鑑定人の選任過程、鑑定書などの判断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のか、などを具体的に検討することが必要となる。

- (1) 医療訴訟対策委員会「東京地裁医療集中部における医療訴訟の整理について」判タ二〇七二号（二〇〇二）二五頁など参照。
- (2) 二〇〇四年二月一〇日に行った医療紛争専門弁護士Ottmans氏への聞き取り調査による。
- (3) 医療紛争専門弁護士Ottmans氏への聞き取り調査による。たとえば、イギリスにおいても、患者の弁護士と医療機関の担当者は、手続の主導権を維持し、費用を節約しうることから、第三者である調停委員に手続を委ねるよりも直接交渉を好むとされている（我妻孝『イギリスにおける民事司法の新たな展開』（都立大学出版会、二〇〇三）二二三頁参照）。
- (4) 担当の医師等の個人責任だけでなく、病院等の組織責任を追及することにもなる（西口元・島田圭子「医師の制度披露責任—個人責任から組織責任へ」判タ二一三三三号（二〇〇三）二二頁など参照）。
- (5) 太田秀哉「保険制度、医師会の医事紛争処理機構について」畔柳達雄・高瀬浩造『わかりやすい医療裁判処方箋』（判例タイムズ、二〇〇四）一八五頁、畔柳達雄「医師賠償責任保険制度」山口和男・林豊編『現代民事裁判の課題九巻医療過誤』（一九九一、新日本法規出版）七六八頁、同「医療過誤の裁判外の救済方法」自由と正義二八巻一〇号（一九七七）一五頁、同「医師賠償責任保険」ジュリ六九一（一九七九）一一〇頁、小海正勝「医師会の医事紛争処理機構の概要」浅井富美彦・園尾隆司編『現代裁判法体系七巻』（新日本法規出版、一九九八）三二五頁、「医師会の医事紛争処理機構」根本久編『裁判実務大系一七巻』（青林書院、一九九〇）五二九頁など参照。
- (6) 二〇〇四年二月九日にハンブルク上級地方裁判所（医療専門部）（Fehlmal 裁判官）、ハンブルク地方裁判所（医療専門部）（Bechler 裁判官）に行った聞き取り調査および医療紛争専門弁護士Ottmans氏への聞き取り調査による。
- (7) ハンブルク大学病院でこのようなオンズマン制度が先駆的に創設された背景には、ハンブルクの病院で整形外科手術の医療過誤（バルンベック事件）および放射線治療の医療過誤（UKI事件）により、多数の犠牲者に対して、ハンブルク州が多額の損害賠償を支払ったこと（事件の詳細については、畔柳達雄『現行型不法行為事件と裁判外紛争処理機構—ドイツにおける「医療事故鑑定委員会・調停所」管見—』判タ八六五号（一九九五）五四頁注(3)参照）もあるようである（ハンブルク大学病院患者苦情相談オンズマンのMakowka博士に対する二〇〇四年二月九日の聞き取り調査による）。
- (8) 医師が保険会社の意向に左右されるので、当事者自治の範囲が制約されること、関連する資料が複雑で膨大なこと、当事者の身体的・精神的負担などを勘案すると口頭主義で調停を行うのに相応しい事件は、自ずから限定される（Schepokat und Neu, Der Stellenwert von Schlichtung und Mediation bei Konflikten zwischen Patient und Arzt, VersR2002, 402）。

# フランスにおける医療紛争の新たな調停・補償制度

我 妻 学

- 一 はじめに
- 二 地方医療事故損害調停・補償委員会
- 三 地方医療事故損害調停・補償委員会における裁定手続
- 四 国立医療事故補償公社
- 五 おわりに

## 一 はじめに

### 1. 二〇〇二年三月四日法

フランスでは、ジョスバン内閣の公衆衛生大臣であったクシエネール (Kouchner) の下で、二〇〇二年三月四日に患者 (malade) の権利および保険衛生制度の質に関する法律<sup>(1)</sup> (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、医療情報が否かを問わず、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 (同法 L.1111-3 条) 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)<sup>(2)</sup> など患者と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)<sup>(4)</sup> 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 L.1142-25 条)<sup>(5)</sup>。デクレによって、補償の限度額は事件一件当たり二〇〇万ユーロ (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來の原因 (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 L.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る、医療機関、保険会社からの強い批判が起こり、二〇〇二年二月三〇日に民事医療に関する法律 (About Loi) と呼ばれている、以下、二〇〇二年二月三〇日法と略記する) によって修正が加えられている<sup>(6)</sup>。この点については、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 (alea 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 L.1142-2 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 (Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI) 以下、「地方委員会」と略記する) を設立している (公衆衛生法L1142 4条、同法L1142-7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 (Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infection nosocomiales (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、破産院の構成員である Dominique LATOURNERIE 氏を委員長として、全国医療事故委員会 (Commission nationale des accidents médicaux) (CNAM) 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L1142-10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<sup>(9)</sup>。裁判所から任命される従来の鑑定人<sup>(10)</sup>とは別に、医療の専門分野に特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<sup>(11)</sup>。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の背景事情について述べ、つぎに二〇〇二年十二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) 賠償・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<sup>(12)</sup>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<sup>(13)</sup>。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。

フランスにおいては、医療訴訟の事件総数は、それほど多くはないにしても、事件数は増加傾向にある (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、判決が出されるまで時間がかかること、鑑定費用<sup>(14)</sup>など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、表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

表1 フランスにおける医療紛争

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									

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

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<sup>(15)</sup>。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、さらに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)<sup>(16)</sup>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、二〇〇〇年に患者権利課 (Chargé des Droits des Usagers) を設けている。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、一五〇〇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、困難ともなっているようである<sup>(18)</sup>。

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 (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (A.P.H.P.))<sup>(19)</sup>

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、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<sup>(20)</sup>。

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L1142-5条)。

3 二〇〇二年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、その後に二〇〇二年二月三〇日法により修正が加えられている。

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

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、保険によって賠償とされている<sup>(21)</sup>。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<sup>(22)</sup>。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<sup>(23)</sup>と指摘されている。

そこで、二〇〇二年二月三〇日法は、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（公衆衛生法二二四―一―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）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、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（公衆衛生法二二四―一―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L1121-2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。（同法L1121-1条）重大な院内感染が生じたとき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<sup>(29)</sup>。

#### （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<sup>(30)</sup>。

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L1142-2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（reclamation）を生じさせる原因事実（fait generateur）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<sup>(30)</sup>。これに対して、二〇〇二年二月三〇日法は、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

二〇〇二年十二月三〇日法は、保険会社の医療賠償責任保険市場への参入を促進し、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〕本論文は、医療技術評価総合研究事業 (医療紛争における裁判外紛争処理に関する基礎的研究—医療—038) (代表：我妻学) の成果の一部である。

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 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 MATAGRIN 氏、同ホルト支部委員長 Philippe LEMAIRE 氏、シヨージ・ボンピドゥー欧州病院患者権利課 (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シヨージ・ボンピドゥー欧州病院紛争調停部 Pierre CHEVALIER 氏から補充聞き調査を行った。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、山野嘉明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、山口育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。二〇〇二年一月一四日にイル・ド・フランス (Ile-de-France)、ロース・アルプ (Rhône-Alpes)、プロバンス・アルプおよびノール・パティ・カレ (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)、二〇〇二年十二月三〇日法は、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)、ノルドパティ・カレ (一五地域)、プロバンス・アルプ (一五地域)、ロース・アルプ (一一地域) およびアルターニエ (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ヨレ<sup>(27)</sup>、リヨン (表4参照)、ボルドー<sup>(28)</sup>、ナンシー<sup>(29)</sup> 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。

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、補償公社は裁定手続形成過程に干渉してはならない。



表2 2003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							
(Bourgogone)	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 Cote 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
Poiton-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	1,911	1,349	610	58	264	87	36	77

ONIAM, RAPPORT D' ACTIVITÉ 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
Bourgogone	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	149	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
Miédi-Pyrénées	160	0	114	5	44	78	8	10
Poiton-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	3,553	637	1,923	131	532	1,226	149	177

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

表4 2005年度のリヨン地方委員会の活動

2003年5月12日～ 2005年3月15日	新規申請	不適法却下			委員会による裁定で、認定否定		
		基準時前の 損害	その他	事前鑑定	損害の重大性なし	その他	調停の申立
Auvergne	102	5	0	18	4	0	8
Rhône-Alpes	584	34	18	90	36	18	30*
Bourgogne	150	6	0	19	9	0	6

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。

\* 5件が継続中、7件が調停成立、18件が手続開始前

## 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、私立病院管理者一名、国立医療事故補償公社の代表一名、保険会社（公衆衛生法L.1142-2条の医療賠償保険）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（同法R.1142-6条）。当事者と身分上、職業上のつながりを有してはならない。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<sup>(33)</sup>。

## 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二八日からフリーダイヤ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ービスが開始されている。

二〇〇三年二月までに二万二、二〇件の電話があり、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<sup>(34)</sup>。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<sup>(35)</sup>。

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、二〇〇二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<sup>(註)</sup>。

### 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ことであり（公衆衛生法L1141-5条）、医療機関などの医療事故に対する報復や刑事責任を追究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、多様な法的観点を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ので、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L1141-14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<sup>(35)</sup>。ただし、鑑定前の専門家の判断は、鑑定に代替するものでなく、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<sup>(36)</sup>。

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L1142-28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（二三・八パーセント）であった<sup>(37)</sup>。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、五三三件（一五・〇パーセント）と増加している<sup>(38)</sup>。

## 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、損害発生の年月日、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L1142-4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が明確にい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の事実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<sup>(39)</sup>。

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きる。申立人が提訴する予定であるか、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L1142-1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、ポルトーでは、委員長とシエ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審査している。申立書の記載に不備が存在する場合あるい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<sup>(40)</sup>が、直ちに却下するよりも、二〇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<sup>(41)</sup>。

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ではなく、適切な委員会に申請書を送っているようである<sup>(42)</sup>。

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、形式的理由で終了した事件数五〇七件（既済事件の二七パーセント）の三二パーセントを占めている<sup>(43)</sup>。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、同年十二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、継続して毎月平均三〇〇件の申立てがなされている<sup>(44)</sup>。二〇〇四年六月一五日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、同年十二月末日までの申立総件数は、一、四八九件に減少したので、同年の年間申立総

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<sup>(45)</sup>。

二〇〇四年十二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<sup>(46)</sup>。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、フランシェ・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

申立てが受理されると、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L1141の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<sup>(47)</sup>。

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<sup>(48)</sup>で行われなければならない（同法L1141の8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つて、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。<sup>(51)</sup> 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。<sup>(52)</sup>

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つた。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L1141-12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L1141-12条。本論文一はじめに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。<sup>(53)</sup>

鑑定手続では、被害者に対して、一時間から三時間かけて、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。<sup>(54)</sup>

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勧告して判断することができる（公衆衛生法L1141-12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。<sup>(55)</sup> 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。二〇〇三年においては、六一〇人の専門家が実際に選任され、五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。<sup>(56)</sup> 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。<sup>(57)</sup>

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。<sup>(58)</sup>

## 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<sup>(9)</sup>。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いずれか一人を同行することができる。ポルドーでは、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<sup>(10)</sup>。

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.1160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<sup>(11)</sup>。

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R.1160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つて、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<sup>(12)</sup>。

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)。

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、裁定によつて過失が認定されたか否かによつて、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。

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	23.0	209	17.0
保険会社への提示 (過失)	18	20.7	245	20.0
損害発生要件を満たさないため却下	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	100.0	1,226	100.0

ONIAM, RAPPORT D'ACTIVITÉ 2004, p.9.

(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

表6 賠償手続

年度	2004
事件の処理段階	件数
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
受諾前段階	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'ACTIVITÉ, 2004, p.10.

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、確定払い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。一時金払いだけではなく、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額は控除され、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(公衆衛生法二二六二条)。

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、損害額の二五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(同法二二六



15条。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(同法L1140-12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二五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、二〇〇二年二月三日法により、地方委員会は、病院の評価機構(Agence Régionale 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補償金を提示する(公衆衛生法L1140-1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事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、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)。

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6参照)。

## 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R1140-15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、相手方の住所・氏名および申立内容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二二日のデクレ)。調停人の独立性は、調停人の義務である<sup>(64)</sup>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 R.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一五〇ユーロ(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、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<sup>(65)</sup>に調停を円滑に主催するのが困難なことである。

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・フランスが二一件、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、アキテーヌが二一件、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<sup>(66)</sup>。

#### 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てをすることを認め、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.1141-1 条 1 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.1142-2 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、二〇〇二年十二月三〇日法により、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の職務にも担げられている(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利用などの物的・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。このように補償公社は、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L1141-6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

二〇〇二年一月一四日に、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バニヨレ (Bagnolet) に移転している<sup>(67)</sup>。補償公社は、アスベスト被害者補償基金 (le Fonds d'indemnisation des victimes 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 Claude HURIEU が就任し、その他の評議員は、国の代表二名、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、全国医療事故委員会代表一名などを含む) および補償公社の事務局代表二名、合計十三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<sup>(68)</sup>が行っている。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L1141-23)。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、四〇〇万ユーロが支出されている。二〇〇三年に地方委員会の設立のために、三、三六一万ユーロが支出されている。二〇〇四年度は、一、五〇〇万ユーロが支出されている。二〇〇五年度の予算は、三、〇〇〇万ユーロ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<sup>(69)</sup>。

### 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

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'ACTIVITÉ 2002-2003, p.24 ; 2004, p.8.

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。二〇〇三年十二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、補償公社が裁定に拘束されることが法律上規定されていない以上、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、それを妨げることは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。

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。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 de 9 août 2004) により、ワクチンによる被害、H1V 感染事故被害者<sup>(72)</sup>、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。

さらに同年八月十三日法 (La loi de 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がられたことにもない、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<sup>(73)</sup>。

## 五 おわりに

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。

医療紛争を法律に従って、和協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協的に解決することを目的としており、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 (subsidiar) 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<sup>(74)</sup>。