

セスし、それを Medical Practitioners Board に持ち込んだことも報告されている⁵⁹。

D. 考察

いうまでもなく、Victoria 州の新たな取り組みの最大の特徴は、豪州においてもさほど活発とはいえなかった病院における事故事例による死亡を中立的な立場から解明するために、伝統的に解剖を担ってきた法医学者、病理医だけではなく、実際の臨床に関与している医師、看護師なども一緒に協力して、その死因を究明し、そこから、事故予防につなげようとする努力を重ねてきていることである。もちろん、その努力は大変先進的なもので注目に値するが、制度が始まってからまだ数年しか経過していないこともあり、その効果が十分挙げられているかといえば、現段階ではそこまでは結論付けられない。そもそも、何百年もの歴史を有する Coroner の制度の生き残り策という側面がない訳でもなく、その点を置くとしても、医療安全に対する Coroner の機能が医療関係者から十分理解を得られているかといえば、まだまだ心もとない状況である。前述した少くない未報告事例も 1 つの証左であり、さらに、塩化カリウムなどの薬剤の誤投与に対して、保存のあり方やラベルの変更など、いくつかの提言を出しながら同じ失敗が繰り返され、Coroner がそのような提言を出したということすら、行政側の医療安全の担当者にも十分伝わっていないということもあるようである。だからといって、そのような試みが全く無駄かといえば、そんなことはなく、Clinical Liaison Service を通じた Coroner サイドからの積極的な広報の努力もあり、次第にその機能に対する理解も広がってきている。さらに、事故によって家族を失った遺族側からの死因究明の期待が大きいことには疑いがないように思える。

また、Victoria 州の制度は、主として将来の同種の事故防止であって、すでに起きた事故の紛争処理のためではないことは強調しておく必要がある。つまり、

⁵⁹ Re: Dr Rowan Rustem Molnar [2004] MPBV 22 (Available at <http://medicalboardvic.org.au/content.php?sec=106>) (last visited July 3, 2005). Royal Women's Hospital v. Medical Practitioners Board [2005] VSC 225. See also Jamie Berry, Carol Nader, *Court order sparks fear on abortions*, THE AGE, June 30 (Thurs), 2005 (available at <http://www.theage.com.au/news/national/court-order-sparks-fear-on-abortions/2005/06/29/1119724694124.html?oneclick=true>) (last visited on June 30, 2005).

Coroner は、医療関係者の協力を得るためにも、刑事責任だけでなく、民事責任についてもその判断や勧告等が影響を与えないように文言なども慎重に選ぶようになっていることである。この点、日本におけるモデル事業は、中立的な死因究明によって、将来の事故防止だけでなく、直近の紛争の解決にも直結する制度をとっているようにみえるので、その点大きな違いであり、その目的が複数に渡り、冒険的とまではいわないまでも、非常に Ambitious とはいえるように思える。

E. 結論

本報告書においては、このような Coroner による死因究明手続の医療安全に与える潜在的な効果、また、裁判手続への情報の利用などについて概要を明らかにし、日本の制度構築への示唆を示すべく試みた。最終年度として制度の歴史的な背景に対する理解を深めることを中心に検討してきた。Tasmania 州の制度の比較や、実態面にも焦点をあてた検討は十分行えなかったが、それらは今後の課題とし、さらに、日本の制度に示唆となるべくより包括的な検討を行いたいと考えている。

F. 健康情報

特になし

G. 研究発表

本年度はなし

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

【表 1】 Victoria, Tasmania 州における患者の苦情処理先

	Victoria	Tasmania
医師・病院	Patient Liaison Officer /Patient Representative	Patient Liaison Officer /Patient Representative
医療オンブズマン	Health Services Commissioner	Health Complaints Commissioner (HCC)(Ombudsman)
免許登録委員会	Medical Practitioners Board	Medical Council
Coroner	Coroner (Clinical Liaison Service/ Victoria Institute of Forensic Medicine)	Coroner (Magistrate)
オンブズマン(一般)	Ombudsman	HCC と同一人物
民事訴訟	County Court/Supreme Court	Supreme Court

Appendix 1 : Coroner Act 1985 (Vic)からの抜粋.

19. Findings and comments of coroner

(1) A coroner investigating a death must find if possible -

(a) the identity of the deceased; and

(b) how death occurred; and

(c) the cause of death; and

(d) the particulars needed to register the death under the Births, Deaths and Marriages Registration Act 1996.

* * * * *

(2) A coroner may comment on any matter connected with the death including public health or safety or the administration of justice.

(3) A coroner must not include in a finding or comment any statement that a person is or may be guilty of an offence.

(4) If a coroner has determined under section 17(3) not to conduct or complete an inquest, the coroner is only required to make a finding relating to any of the matters referred to in paragraphs (a) to (e) of sub-section (1) if the coroner believes it is desirable.

20. Record of findings and comments

(1) A coroner or the coroner's clerk must keep a record of each investigation into a death in the prescribed form.

(2) A record is not evidence in any court of any fact asserted in it.

21. Reports

(1) A coroner may report to the Attorney-General on a death which the coroner investigated.

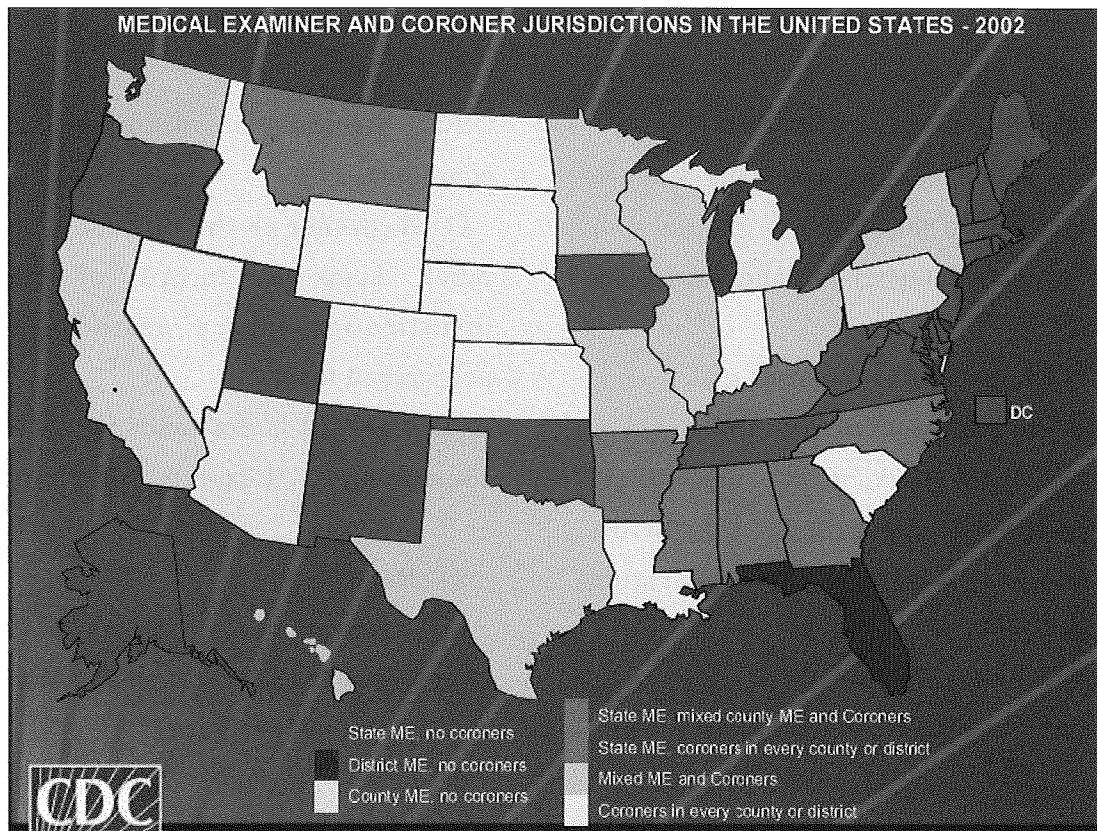
(2) A coroner may make recommendations to any Minister or public statutory authority on any matter connected with a death which the coroner investigated, including public health or safety or the administration of justice.

(3) A coroner must report to the Director of Public Prosecutions if the coroner believes that an indictable offence has been committed in connection with a death which the coroner investigated.

Part 5 - Investigation of Deaths

Coroners Act 1985

Act No. 10257/1985



Appendix 2 (available at <http://www.cdc.gov/epo/dphsi/mecisp/summaries.htm#FIG1>)

(visited on March 31, 2007).

国内外における医療事故に関する法制的研究

—フランスにおける医療リスク監視所（ORM）の創設とその活動—

[分担研究者]

山口齊昭 日本大学商学部 教授

■研究要旨

フランスにおいては、2002 年に無過失による医療事故の補償を含めた医療事故被害救済の制度が創設され、その中心組織として医療事故補償公社（ONIAM）が既に活動を行っているが、2004 年 8 月 13 日に制定された疾病保険に関する法律において、ONIAM に新たな任務が課され、とりわけ同法律により 2005 年 4 月に医療リスク監視所（l'Observatoire des risques medicaux=ORM）が創設された。ORM は上記医療事故被害者救済制度の中で集められた医療事故の情報を分析し、事故の原因や、保険料の算出などにつき検討を行うことをその役割としている。

A. 研究目的

フランスにおいては、2002 年に無過失による医療事故の補償を含めた医療事故被害救済の制度が創設され、既にその活動を実際に行っていることは過年度においても報告したところであるが、フランスにおいては、医療事故被害の補償ないし賠償のシステムが先行したことから、事故情報の集積および分析の部分は、どのような取り組みがなされているか、十分には明らかでなかったといえよう。そこで、本年度は、2004 年 8 月 13 日に、疾病保険に関する法律（la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie）により、2005 年 4 月に創設された医療リスク監視所（l' Observatoire des risques medicaux=ORM）の役割と活動を検討することにより、事故情報の分析がどのように行われているかを検討した。

B. 研究方法

本研究においては、上記法律、および公衆衛生法典等における立法の状況を調査し、また、2007 年末に出された医療リスク監視所の初めての活動報告書を検討することにより、どのような事故情報の分析がなされているかを明らかにする。

（倫理面への配慮）

いずれも法文や公開された活動報告書等の資料に基づくものであることから、倫理的には何ら問題がないものであると考えられる。

C. 研究結果

1 医療リスク監視所 (l' Observatoire des risques medicaux=ORM)

医療リスク監視所 (l' Observatoire des risques medicaux=ORM) は、2004 年 8 月 13 日に制定された、疾病保険に関する法律 (la loi du 13 août 2004 relative à l' assurance-maladie) により、2005 年 4 月に、医療事故補償公社 (ONIAM - Office National d' Indemnisation des Accidents Médicaux) に設置された組織である。医師、保険会社、利用者、疾病保険代表者、保険施設らを編成して構成され、医療事故に関する損害と医療者からの保険金総体の関係の透明性と適正さを検証し、医療上の民事責任に関する情報改善を目指すものである。

2 ORM の構成

この監視所のメンバーは、2004 年 12 月 27 日のアレテにより具体的に定められ、以下の 19 人が構成員とされた。

(1) 社会保障法典 L. 161-37 条に定められた高等保健当局 (Haute Autorite de Sante) の局長または代表者

(2) 保険監視所 (Institute de veille sanitaire) の所長または代表者

(3) 賃金労働者疾病保険機構 (Caisse nationale de l' assurance maladie des travailleurs salariés) の長または代表者

(4) ONIAM (Office National d' Indemnisation des Accidents Médicaux) の長または代表者

(5) 国レベルでの公病院組織から推薦された保健衛生公施設の責任者

(6) 国レベルでの私病院代表組織により推薦された保健衛生私立施設の責任者二人

(7) 国レベルでの労働組合代表組織により推薦された保健衛生公施設で働く臨床家二人

(8) 国レベルでの自由職医師団体代表組織により推薦された保健衛生私立施設で働く医師

(9) 公衆衛生法典 L. 1142-2 条に定める、保険の義務を免れる (大規模) 保健衛生施設の代表者

(10) 国レベルの代表組合組織により推薦された二人の自由職として働く医師

(11) フランス保険会社連合および共済グループにより推薦された 4 名の保険者（保険会社等）の代表

(12) 公衆衛生法典 L. 1114-1 条に規定された条件下で承認を受けた、国レベルでの保健衛生システム利用者団体より推薦を受けた保健衛生システム利用者の代表二名

これらに加え、保健衛生、社会保障、および、経済を担当する省の代表者が参与し、ORM の諮問に関わる。

3 ORM の設立経緯

フランスにおいては 2002 年に、医療事故の救済制度として、過失による賠償と無過失による補償の制度を組み合わせた被害者救済システムが設立され、医療者に対しては保険への加入が義務づけられた。しかし、リスク自体は限られた分野（産科、外科、麻酔科）に集中しており、当初、リスク計算ができないことからアメリカ系の大規模保険会社がこれら保険市場から撤退するという状況が生じた。このため、法律の手直しが行われるとともに、保険会社を見つけることができない医師らに宛てた一時的な医療保険グループが作られ、その場をしのぐ政策がとられたが、これらのいきさつは、リスクが集中する分野の存在と補償の増大という問題を明らかにした。このため、保険制度が立ちゆくために、客観的に損害および保険料の関係等を分析する必要が意識され、2004 年 8 月 13 日、疾病保険に関する法律（la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie）が制定され、これにより 2002 年に設立された被害者救済システムの中での損害と保険料の関係を分析する ORM が設立されることになった。このように、ORM は被害者救済のために不可欠となる保険の部分に焦点を当て、かかる視点から救済システムの中で報告されてきた医療事故を分析するものである。

4 ORM の設置に伴い採られる措置および ORM の任務

(1) 質の改善とリスクの減少に寄与する措置による保険災害（医療事故）の予防
上記のとおり、ORM は主に保険の観点から、システム維持のための保険料の算出等を目的として設立されているが、保険事故の減少はすなわち保険料の引き下げにつながるものでもあることから、医療の質の改善やリスク減少の医療安全に対してもその目的が向けられているものである。これと関連して、1996 年のオルドナンスの

延長の下定められた 2002 年 3 月 4 日法においては、保健衛生システム従事者に対する継続的教育の措置が定められ、また、2004 年の疾病保険改革法では、職業臨床家に対する評価（査定）の義務づけが盛り込まれている。そして、これによれば 5 年ごとに評価が義務づけられ、5 年サイクルでの更新査定が行われるため、このことはケアの提供の質の向上、ひいては保険事故（医療事故）の減少に寄与しうるものである。また、同法は、保健衛生施設で業務に従事する医師の信用評価に関する措置も定めており、この措置はリスクを見やすくすることに寄与するものである。

(2) 医師に対する保険料支払いの援助

また、ORM の創設に伴って、医師の保険料支払いを援助する制度も設けられた。職業実務契約（Contrats de Pratiques Professionnelles=CPP）という契約に基づくものと、また、個々の医師の評価に自ら参加する者に対して保険料支払いの援助を行うものがある。このプロジェクトは、医師の評価を伴うために、医師に医療の質を高めるための努力を促し、そのことが一方で、保険会社については保険金支払いの金額を減らすことにつながるものである。

(3) 損害についての情報共有

ORM に関連する組織としては、国立医療事故補償公社（ONIAM=Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux）、地方調停・補償委員会（CRCI=commissions régionales de conciliation et d'indemnisation）、保健衛生関係の省庁、保健衛生施設の連合、医師の労働組合、利用者＝患者の団体等さまざまなものがあるが、これまでは医療事故に関する情報がこれら関係者の間に分散していた傾向があるため、これをまとめることが ORM の主要な目的となる。そしてこれらの情報を集積することにより、リスクを分析して適切な保険の料率等を算出し、保険の市場の適切化につなげることが監視所の任務である。

5 データの分析方法

データの分析は、以下の分類によって行われる

(1) データの出所

データは次の 5 つにより収集、提出されたものが使われる

- ① AP-HP（パリ病院公扶助協会）
- ② 保険会社

- ③ ONIAM
- ④ 国
- ⑤ EFS（フランス血液機関）
- ⑥ その他

(2) 原因行為の行われた場所

- ① 施設外
- ② 営利目的の私的保健衛生施設
- ③ 公的医療サービスに参加する私的保健衛生施設
- ④ 公的保険衛生施設
- ⑤ 他の施設

(3) 問題となっている人物の状況

- ① 私的・公的施設
- ② 保健衛生職業人
- ③ その他

(4) 問題の分野

- ① 不明
- ② 麻酔、蘇生
- ③ 生命科学領域
- ④ 解剖細胞病理
- ⑤ 外科領域（産科、美容外科を除く）
- ⑥ 美容・形成外科
- ⑦ 産科
- ⑧ 医科領域
- ⑨ 他の医療専門職
- ⑨-1 助産師
- ⑨-2 歯科医
- ⑨-3 その他
- ⑩ 薬剤師
- ⑪ パラメディカル

⑩-1 看護師

⑩-2 運動療法士

⑩-3 その他

(5) 損害を受けた器官

① 不明

② 中枢、末梢、自律神経系統

③ 眼

④ 耳

⑤ 循環器系統

⑥ 免疫等系統

⑦ 呼吸器系統

⑧ 消化器系統

⑨ 泌尿器、生殖器系統

⑩ 生殖・出産関係行為

⑪ 内分泌・代謝系統

⑫ 頭部骨関節筋肉系統

⑬ 頸部胸部骨関節筋肉系統

⑭ 高齢者骨関節筋肉系統

⑮ 年少者骨関節筋肉系統

⑯ 全身骨関節筋肉系統

⑰ 被蓋系統

⑱ 乳房腺

⑲ その他

(6) 損害の状況

① 不明

② 予防行為（ワクチン接種等）

③ 診断行為

④ 治療行為

⑤ その他

(7) 損害の性質

- ① 不明
- ② 技術的過失
- ③ 手技上の無過失（医療災害）
- ④ 院内感染
- ⑤ 処方又は医薬品の投与に起因する事故
- ⑥ 医薬品または器具に起因する事故
- ⑦ 説明不足
- ⑧ 組織上の問題
- ⑨ 他の理由

(8) 原因事故の生じた年度

(9) 保険請求のあった年度

(10) 解決の年度

(11) 責任割合

(12) 支払金額

(13) 被害の生じた年度

(14) 被害者の性別

(15) 後遺障害の割合

(16) 死亡事故か否か

(17) CRCI の意見

(18) 示談または裁判

(19) 刑事責任の有無

(20) データの種類（新規・継続）

6 2006 年における分析結果

2006 年において、データの分析結果は以下のとおりとなった。

(1) データの出所

全件 735 のうち、AP-HP からのものが 27 件 (6%)、保険会社からのものが 530 件 (56%)、ONIAM からのものが 178 件 (38%) であった。

(2) 解決方法

AP-HP からの資料 27 件のうち、示談によるものが 16 件、そのうち、CRCI を通したものが 1 件、それ以外のものが 15 件である。また、裁判によるものが 11 件であり、それらはすべて CRCI を通さず、直接に裁判となったものであった。

保険会社からの資料 530 件のうち、示談によるものが 212 件、そのうち、CRCI を通したものが 59 件、それ以外のものが 153 件である。また、裁判によるものが 318 件であり、それらはすべて CRCI を通さず、直接に裁判となったものであった。

ONIAM からの資料 178 件については、示談によるものが 176 件、それらすべてが CRCI を通したものであった。裁判によるものは 3 件のみであり、1 件が CRCI での調停が不全の後裁判となったものであり、1 件は直接に裁判となったものであった。

以上、全体では示談によるものが 404 件（55%）、そのうち CRCI によるものが 236 件、それ以外のものが 168 件で、裁判によるものが 331 件（45%）、そのうち CRCI の後に裁判となったのが 1 件、直接裁判となったものが 330 件であった。

このように過半数が示談によるものであり、示談のうちの 60% 近くが CRCI を通じて行われたことがわかる。

(3) 責任の原因

責任の原因者については、735 件中、416 件が施設に責任原因が求められ、301 件が職業人に、18 件が不明であった。施設に責任が求められたもの（416 件）のうち、45 件は私的施設、22 件が公的病院サービスに参加する私的施設、348 件が公的施設であった。また、職業人に責任が求められた 301 件のうち、施設外が 163 件、私的施設内が 121 件、公的病院サービスに参加する私的施設内が 11 件、公的施設内が 2 件、それ以外が 4 件であった。

私的施設においては、職業人に責任があるものが、施設自体に責任がある場合の 3 倍近くとなっている。

(4) 事故の状況

全 735 件中、予防行為によるものは 1 件のみ（0.1%）、診断行為によるものは 81 件（11%）、治療行為によるものが 591 件（80%）、その他（非治療的行為など）が 55 件（8%）、不明が 7 件（1%）である。やはり治療行為によるものが圧倒的に多い。

(5) 損害の性質

735 件のうち、手技上の過失によるものが 228 件（31%）、過失のないもの（医療

災害）が 142 件（19%）、院内感染が 139 件（19%）、処方又は医薬品の投与に起因する事故が 23 件（3%）、医薬品または器具に起因する事故が 11 件（1%）、説明不足が 9 件（1%）、組織上の問題が 54 件（7%）、他の理由が 83 件（11%）、不明 46 件（6%）となっている。

(6) 院内感染における後遺障害等の割合

院内感染事故 139 件のうち後遺障害喪失率 25%未満の事故が 94 件（施設外 7 件、私的施設 24 件、公的施設 9 件、公的サービス参加の私的施設 55 件）、25%以上のものが 20 件（私的施設 12 件、公的施設 1 件、公的サービス参加の私的施設 7 件）となっており、死亡事案は 25 件（私的施設 4 件、公的サービス参加の私的施設が 21 件）となっている。全体では 7 件が施設外、39 件が私的施設内、10 件が公的施設内、83 件が公的サービス参加の私的施設内となっている。

(7) 院内感染事故データの出所

AP-HP からのものが 10 件（7%）、保険会社のものからが 101 件（73%）、ONIAM からが 28 件（20%）となっている。

(8) 領域

問題となっている領域としては、不明が 24 件（3%）、麻酔・蘇生・緊急医療関係が 56 件（8%）、生命科学領域が 5 件（1%）、解剖細胞病理が 3 件（0.5%）、産科、美容外科を除く外科領域が 365 件（49%）、美容・形成外科が 7 件（1%）、産科が 27 件（3%）、医科領域が 101 件（14%）、他の医療専門職領域が 15 件（2%）、助産師領域が 4 件（0.5%）、歯科医領域が 28 件（4%）、その他が 6 件（1%）、薬剤師、パラメディカルは該当がなく、看護師は 7 件（1%）、運動療法士は 4 件（0.5%）、その他が 83 件（11%）となっている。

(9) 男女別

735 件中女性の被害者が 374 件（51%）、男性被害者が 361 件（49%）であった。

(10) 行為と請求の年度

対象分析データの問題となっている行為は 2003 年から 2004 年にそのピークがあり、請求年度は 2005 年にピークがある。行為があつてから請求までにはおおよそ 1, 2

年がかかっていることがわかる。

(11) 生存割合

死亡事故は 113 件 (15%)、生存または他の理由により死亡したものは 622 件 (85%) であった。

(12) 後遺障害等級ごとの数

後遺障害等級（労働能力喪失割合）ごとの割合は、喪失率 10% 未満が 334 件 (46%)、25% 未満が 153 件 (21%)、50% 未満が 94 件 (13%)、80% 未満が 26 件 (4%)、80% 以上が 15 件 (2%)、死亡が 113 件 (15%) となっている。AP-HP や、保険会社のデータにおいては喪失率が低いものが多いが、ONIAM のデータでは 25% 以上 50% 未満のものが最も多く、喪失率によって、訴える窓口がやや異なっていることがわかる。

(13) 支払額（額ごとの件数）

まず、AP-HP では、支払額 15000～50000 ユーロが 22 件 (81%)、～100000 ユーロが 2 件 (7.4%)、～200000 ユーロ、400000～500000 ユーロ、1000000～2000000 ユーロが各 1 件ずつ（いずれも 3.7%）となっている。保険会社では 15000～50000 ユーロが 327 件 (62%)、～100000 ユーロが 113 件 (21%)、～200000 ユーロが 54 件 (10%)、～300000 ユーロが 17 件 (3.2%)、～400000 ユーロが 8 件 (1.6%)、～500000 ユーロが 3 件 (0.5%)、～1000000 ユーロが 3 件 (0.5%)、～2000000 ユーロが 2 件 (0.5%)、2000000 ユーロ以上が 3 件 (0.5%) となっている。また、ONIAM では 15000～50000 ユーロが 82 件 (46%)、～100000 ユーロが 44 件 (25%)、～200000 ユーロが 24 件 (13%)、～300000 ユーロが 9 件 (5%)、～400000 ユーロが 10 件 (5%)、～500000 ユーロが 4 件 (2%)、～1000000 ユーロが 4 件 (2%)、～2000000 ユーロが 10 件 (5%)、2000000 ユーロ以上は 0 件となっている。

全体では 15000～50000 ユーロが 431 件 (59%)、～100000 ユーロが 159 件 (22%)、～200000 ユーロが 79 件 (11%)、～300000 ユーロが 26 件 (3.5%)、～400000 ユーロが 18 件 (2.5%)、～500000 ユーロが 8 件 (1%)、～1000000 ユーロが 7 件 (1%)、～2000000 ユーロが 4 件 (0.5%)、2000000 ユーロ以上は 3 件 (0.5%) となっている。なお、すべての資料は 15000 ユーロ以上の支払いである。

(14) 高額支払い事例

500000 ユーロを超える高額支払い事例としては 14 件がある。5 件が ONIAM 出典の資料で 8 件が保険会社、1 件が AP-HP である。無過失のものが 4 件、組織上の問題が 5 件、過失が 3 件処方に関するものが 1 件、製品に関するものが 1 件である。職業人の過失に関するもので 3000000 ユーロを超えるものもあった。

(15) 領域ごとの支払総額および平均額

不明が 24 件で総額は 1873144 ユーロ、平均 78048 ユーロ、麻酔・蘇生・緊急医療関係が 56 件で総額は 5562267 ユーロ、平均 99326 ユーロ、生命科学領域が 5 件で総額 402736 ユーロ、平均 80547 ユーロ、解剖細胞病理が 3 件で総額 136389 ユーロ、平均 45463 ユーロ、産科、美容外科を除く外科領域が 365 件で総額 30183982 ユーロ、平均 82923 ユーロ、美容・形成外科が 7 件で総額 474173 ユーロ、平均 67739 ユーロ、産科が 27 件で総額 4759052 ユーロ、平均 176261 ユーロ、医科領域が 101 件で総額 9168405 ユーロ、平均 90776 ユーロ、他の医療専門職領域が 15 件で総額 1257328 ユーロ、平均 83822 ユーロ、助産師領域が 4 件で総額 8659409 ユーロ、平均 2164852 ユーロ、歯科医領域が 28 件で総額 933091 ユーロ、平均 33325 ユーロ、その他が 6 件で総額 544713 ユーロ、平均 90786 ユーロ、看護師は 7 件で総額 355711 ユーロ、平均 50816 ユーロ、運動療法士は 4 件で総額 149933 ユーロ、平均 37483 ユーロとなっている。

(16) 後遺障害等級・支払額と示談・裁判の関係

これについては、等級や支払額の多寡と示談しやすいかどうかの相関関係はあまり見られない。

D. 考察

これまで、フランスでは医療事故の救済制度として過失による賠償と無過失による補償の制度を組み合わせた被害者救済システムが 2002 年に創設されたことが紹介されてきたが（拙稿『『患者の権利および保健衛生システムの質に関する法律』による医療事故等被害者救済システムの創設とその修正』年報医事法学 18 号、拙稿「医療被害者救済制度について」賠償科学 30 号等）、医療事故情報の分析については、（少なくとも法制度として明らかな形での）十分な体制は必ずしも整備されていなかったものといえよう。

しかし、フランスにおいても、これら事故情報の分析や、責任保険の保険料に関す

る分析が可能になったのは、被害者救済制度の構築の中で、医療者、医療機関、医療システム利用者、保険会社、疾病保険等の医療事故に関わる当事者を、その枠組みの中ですべてまとめることができていたからであるとも思われ、参考になろう。

とりわけ、ORM がその報告書で出した各種のデータはより細かい分析はこれからとはいえ、極めて貴重なものであり、わが国の制度設計においても参考になる。また、735 のデータのうち過半数の 530 のデータが保険会社からであることを鑑みると、わが国での制度設計の際にも保険会社の強い協力が必要となることを示唆しているものといえよう。

E. 結論

わが国においては、既に医師賠償責任保険が存在し、また、有害事象の収集・分析に関する試みも始まっており、無過失補償に関する制度も分野を限ってであるが、発足するであろうことが確実になりつつある。しかし、賠償責任保険に関する詳しいデータ等も明らかではなく、これらが有機的に関連づけられ、医療事故全体として分析が可能になるにはいまだ遠い状況にあるとも評価されよう。フランスの制度は、出発点が事故分析ではなく、むしろ補償・賠償を目的としたものであったが、全体を包含する形でまず補償・賠償の仕組みを作ったことにより、自己の分析も可能になったものとも評価が可能であり、参考になると思われる。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

いずれも該当なし。

る分析が可能になったのは、被害者救済制度の構築の中で、医療者、医療機関、医療システム利用者、保険会社、疾病保険等の医療事故に関わる当事者を、その枠組みの中ですべてまとめることができていたからであるとも思われ、参考になろう。

とりわけ、ORM がその報告書で出した各種のデータはより細かい分析はこれからとはいえ、極めて貴重なものであり、わが国の制度設計においても参考になる。また、735 のデータのうち過半数の 530 のデータが保険会社からであることを鑑みると、わが国での制度設計の際にも保険会社の強い協力が必要となることを示唆しているものといえよう。

E. 結論

わが国においては、既に医師賠償責任保険が存在し、また、有害事象の収集・分析に関する試みも始まっており、無過失補償に関する制度も分野を限ってであるが、発足するであろうことが確実になりつつある。しかし、賠償責任保険に関する詳しいデータ等も明らかではなく、これらが有機的に関連づけられ、医療事故全体として分析が可能になるにはいまだ遠い状況にあるとも評価されよう。フランスの制度は、出発点が事故分析ではなく、むしろ補償・賠償を目的としたものであったが、全体を包含する形でまず補償・賠償の仕組みを作ったことにより、自己の分析も可能になったものとも評価が可能であり、参考になると思われる。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

いずれも該当なし。

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

－医療過誤訴訟において認められてきた法益について－

[分担研究者]

佐藤 雄一郎 神戸学院大学法学部 准教授

■研究要旨

医療事故の真相究明や再発防止を目指し、裁判外紛争処理手続（ADR）が広く提唱されている。しかし、ADR によって医事紛争を解決するにしても、真相究明や再発防止だけでなく、被害者に対する金銭賠償・補償も同時に行われる必要があると考えられる。訴訟外での支払いはすでになされており、ここでも同様の（あるいはそれ以上の）柔軟な対応がされているものと考えられるが、通常和解条項には秘密保持の項目があり、正確なところは定かではない。あるべき賠償・補償について検討するため、医療過誤訴訟における法益について整理した。最高裁が、柔軟に損害賠償を認めていることを確認した。

A. 研究目的

医療事故の真相究明や再発防止を目指し、さまざまな取り組みが行われ、あるいは検討中であり、その中では、裁判外紛争処理手続（ADR）が広く提唱されている。しかし、ADR によって医事紛争を解決するにしても、真相究明や再発防止だけでなく、被害者に対する金銭賠償・補償も同時に行われる必要があると考えられる。そこで、あるべき賠償・補償について検討するため、医療過誤訴訟における法益について整理する。

B. 研究方法

公開されている判決を調査・検討し、本研究の目的に合う形で整理する。

（倫理面への配慮）

検討対象はすべて公開されている判決であり、個人が特定される情報は扱わない。

C. 研究結果 および D. 考察

1. はじめに

医療事故被害者と医療者が手を携え、医療事故の真相究明や再発防止を目指してさまざまな取り組みが行われ、あるいは検討中である。この中では、さまざまな形で

の裁判外紛争処理手続（ADR）が提唱されている。しかし、ADR によって医事紛争を解決するにしても、真相究明や再発防止だけでなく、被害者に対する金銭賠償・補償も同時に行われる必要があることはいうまでもなく、よって、来たるべき ADR の制度構築に向け、適切な金銭賠償・補償の仕組みについて検討することが必要と考えられる。あるべき賠償・補償について検討するため、医療過誤訴訟における法益について整理する。

2. 賠償責任を負う者

いうまでもなく、不法行為による損害賠償の責任を負う者は、第一には当該不法行為者であり、第二には、「ある事業のために他人を使用する者」および「使用者に代わって事業を監督する者」（民法 715 条）である。後者につき、直接は診療を担当していない産婦人科部長が監督責任を負うものとする判決がある（東京高判平 13・1・31 判タ 1071・221、なお刑事事件としては最決平 17・11・15 刑集 59・9・1558 がある。また、近時、説明義務に関して最判平 20・4・24 が出されている）。また、債務不履行による損害賠償の責任を負う者は債務者であり、契約当事者である医療機関の開設主体である。債務不履行構成においては、個々の医師等は履行補助者となり、これを被告とすることはできない（もっとも、現実には、債務不履行と不法行為との両方を択一的に請求するから、後者において医師等が被告となることはありうる）。被害者、つまり患者の過失が絡む場合は、過失相殺という形で処理がされるから、賠償額のみの問題となるが、他者の過失が絡む場合、すなわち、交通事故と医療過誤との重畳などがあつた場合には、当事者と損害賠償額と両方の問題となる。最高裁は、この場合には共同不法行為の問題となり、被告となつた医療機関は損害の全額の賠償を要するとする（最判平 13・3・13 民集 55・2・328、不真正連帯債務となり、共同不法行為者間での求償で調整がされる）。

3. 法益

（1）生命・身体

古典的な、生命や身体の完全性が法益となることには議論の余地はあるまい。また、損害の捉え方について、いわゆる差額説をとるにしても、あるいは損害事実説をとるにしても、これは説明の違いと考えられ、本報告書の目的については具体的な結論な差異を生ずるわけではないと考えられる。