

無過失補償理念導入の二つのモデル：スウェーデン とフランスの医療事故補償制度

和田，仁孝
早稲田大学大学院法務研究科：教授

<https://doi.org/10.15017/25978>

出版情報：法政研究. 79 (3), pp.647-681, 2012-12-27. 九州大学法政学会
バージョン：
権利関係：



無過失補償理念導入の二つのモデル

——スウェーデンとフランスの医療事故補償制度

和田 仁 孝

はじめに

一 無過失補償理念導入の背景

(一) 過失責任主義が内包する現代的不適合性

(1) 過失と損害のアンバランス

(2) 損害の広範囲化

(3) 立証負担のアンバランス

(二) 過失責任制度の構造的変容

(1) 保険システムの普及とその観念的影響

(2) 製造物責任法の導入

(3) 無過失補償

(4) ニュージールランドの無過失補償制度

二 過失責任構造変換型モデル——スウェーデンの医療事故補償制度

- (一) スウェーデンの医療事故補償システムの概要と現況
 - (1) スウェーデンの医療事故・苦情対応システムの概略
 - (2) 補償システムの組織構造と手続
 - (3) 補償対象・審査基準
 - (4) 補償費目と水準
 - (二) スウェーデン医療事故補償制度をどう理解するか
 - (1) 過失責任構造の変換としてのスウェーデン医療事故補償システム
 - (2) 補償給付をめぐる社会保障的位置づけ——過失ステイグマからの医療者の解放
 - (3) まとめ
- 三 過失責任への付加型モデル——フランスの医療事故補償制度
- (一) フランスの医療事故補償システムの概要
 - (二) フランスの医療事故救済システムの現況
 - (三) フランス医療事故無過失補償制度をどう理解するか
 - (1) 過失責任への付加型無過失補償導入方式の意義
 - (2) 附帯私訴制度の影響
- 四 諸モデルの功罪と示唆——むすびに代えて

はじめに^①

過失責任主義の根幹には、自らの過失によって損害を発生せしめた場合に、当該過失行為を行なった者がその賠償の責任を負うという、ある意味で単純な、しかし極めて説得性の高い倫理観念が存在する。こうした過失責任理念の基本構造は、我々の社会生活上の常識的行為規範として、一定の妥当性を有している。

しかし他方で、過失の実質的内容の如何について、過失行為と発生した損害の因果関係について、また損害概念そのものの内容について、現実の事案をめぐって多義的な見解の相違が見られることも事実である。法学は、こうした概念の意義とその関係性の明確化について、多大な努力を傾注してきている。しかしながら、なお、明確に一義的な意味が確定される状況に至ってはいないし、また至ることもありえないと思われる。

なぜなら、そうした過失をめぐる行為連関が配置される背景的社会構造そのものが、そもそも不断に変容していることから、また文化的に規定された意識の差異も様々な次元で多義性を内包しているからである。

たとえば、幼児(ないし独身者)死亡の場合の損害の捉え方が、ひとつの例となる。ヨーロッパでは、交通事故であれ、医療事故であれ、幼児が死亡した場合に、両親等、残された家族が受領する損害額は、葬儀費用と近親者への若干の補償の範囲にとどまり、通常数百万円程度である。これに対し、我が国では、幼児の逸失利益、精神損害なども含めた損害額全体、通常は数千万円を遺族が受領する。この相違は、ヨーロッパでは、被害者自身(幼児)に生じた損害は当該幼児に帰するものであり、近親者に直接の損害(逸失利益の発生による損失など)が発生していない以上、これを相続する必然性はなく、残された近親者は、その固有の損害を賠償されるのみであるという合理的な考え方が存在することによる。ほぼすべての西欧諸国はこの相続否定説の前提に立っている。これに対し、我が国の裁判所は、当該幼児に発生した損害を遺族が相続するという相続肯定説を採っているために、遺族は数千万円に至る賠償を受領することに

なるのである。

日本においてこうした相続肯定説が採られる背景には、老親の扶養を、社会ではなく、家族という社会単位で担ってきた我が国の状況、したがって、幼児の逸失利益が多かれ少なかれ両親ら遺族の実質的損害としての意味を持ちうるという事情や、過失を犯したものに對する強い文化的に共有された報復感情があるのかもしれない。

いずれにせよ、この例が示すように、過失責任構造の根幹をなす概念そのものさえ、国際的な視野で比較検証すれば、社会構造や文化的背景に基づき、多大な差異が存在することは否定できない事実である。^②

このことは、別の角度から見れば、過失責任構造も、実は、人為的に構成された改変可能なものにはかならないことを示唆している。こうした改変は、現実にも、陰に陽に様々な損害賠償の制度設計の中で取り込まれてきている。

そうした改変の中でも、発想の根本的な転換に基づくものとして、注目を浴びているのが、無過失補償の制度である。発生した損害への補償をめぐって、過失の有無を問わないとするこの無過失補償理念は、従来の過失責任主義の存在構造を根本的に転換するものとして喧伝されることが多い。しかし、無過失補償の理念は、現実それが導入される制度のあり方において、本当にそうした革新的意義を持ち得ているのだろうか？ また、従来の過失責任主義に基づく制度は、無過失補償理念とはまったく無縁なものだったと言えるのだろうか？

本稿は、やや結論を先取りして言えば、理念的には対立的に捉えられる過失責任主義と無過失補償を、現実の制度に関する限り、連続的な変移の相にあるものとして捉え、その諸相のモデルを抽出すると共に、その功罪や課題を検証していこうとするものである。本格的な検討は、今後に譲らざるを得ないが、本稿では、そのためのプレリミナリーな準備的考察として、スウェーデンとフランスを中心に医療事故をめぐる損害補償のシステムを比較検証していくこととする。医療事故の領域は、過失概念や因果関係自体が、交通事故等と比較しても非常に複雑かつ不確定な要素を内包しており、それゆえ無過失補償理念の導入が、ある意味で適格的であり、かつ実際にも世界的に制度例が見られる領域だけ

らである。

以下では、まず、過失責任主義のもとで、実質的には無過失補償理念の導入が黙示的に進行してきた過程と、それを促した社会的要因について検証する。ついで、医療事故領域での無過失補償理念の導入のふたつのモデルを順次、具体的に検証する。それは、我が国でも導入された産科無過失補償制度の位置、現在検討が行われている無過失補償の拡充といった方向についても、ひとつの示唆を与えてくれるものと思われる。

（1） 本稿は、トヨタ財団二〇一〇年度研究助成金の補助による調査研究に基づくものである。

（2） いうまでもなく、損害概念だけでも、差額説への西原道雄教授の批判を契機に定額化論や死傷損害説をはじめ多様な考え方が提起されている。西原道雄「損害賠償の法理」ジュリスト三八一（一九六七）一四九頁、同「生命侵害・傷害における損害賠償」私法二七（一九六五）一〇七頁、淡路剛久『不法行為法における権利保障と損害の評価』六四頁（有斐閣一九八四）など参照。

一 無過失補償理念導入の背景

（一）過失責任主義が内包する現代的な不適合性

（1）過失と損害のアンバランス

自らの過失によって損害を発生せしめた場合に、当該過失行為を行なった者がその賠償の責任を負うという、極めて単純で説得性の高い規範も、社会の具体的状況に置かれた場合には、ただちに、その明確性にゆらぎが生じてくる。そ

の度合いは、この規範理念が潜在的に持つ本来的な不確定性、つまりそれが言語的構成物である以上、逃れられない「意味の多義性」と「外延の不確定性」に由来するレベルを超えて、社会経済的な要因の変化により、いつそう加速されていく。実際、近代法における基礎的規範としての過失責任主義は、現代社会においては、様々な改変や補正なくして、そのままの形では妥当し得ない状況に立ち至っている。以下、この過失責任主義の変容を促進する要因について、検討しておこう。

第一に、科学・技術の高度な発展・展開がある。いうまでもなく、近代法が成立した時代と、現代とは、その社会生活が、まったく異なる技術基盤の上に営まれていることは否めない事実である。たとえば、自動車をはじめとする高度な移動手段は、我々に不可欠の利便性をもたらすと同時に、いったん事故が発生した場合には、甚大な損害を発生させるというリスクをも増大させている。一瞬の不注意が、人の死をもたらす危険性は、かつての牧歌的社会では想像できない程に大きくなっていく。もちろん、そうしたリスクをいかに低減させ回避するかについても科学技術は貢献しているが、なお、そのリスクの存在は解消しきれるものではない。

医療の領域は、まさにこのリスクの増大とリスクの低減とが、拮抗する中で機能しているという意味で、示唆的な領域である。人の死や疾病のリスクを低減するための知見や技術が、同時にそれに付随する新たなリスクを生み出してしまふ。医学の発展は、救命の可能性を高めていくものの、同時に高度化した医療技術は、人体が内包する偶発的不確定性と相対するとき、しばしば、取り返しのつかない有害事象を生み出す契機ともなりうる。

これら、科学技術のいずれの領域にも共通するのは、それが高度化し発展すればするほど、ほんの小さな行為が、決定的で不可逆的な被害を生み出してしまふという点にある。

すなわち、過失と、それに伴う損害の大きさのバランスが大きく崩れた状況にあるということである。

交通事故のような類型でさえ、一瞬のよそ見、一瞬の考え事が不注意を生み出し、その間に人の死さえ惹起してしま

う。自動車を運転中に、一瞬のよそ見、一瞬の考え事にとらわれたことなど一切ないと言い切れるドライバーがどれほどいるだろうか。実は、多くのドライバーに共通の過失行為が、ある状況の下で甚大な被害を引き起こした際には、賠償の責任を負うことになるのである。飲酒運転や過度なスピード違反などの例を除けば、すべてのドライバーは、損害発生につながる過失行為を日常的に経験していると言っても過言ではないだろう。

医療行為の場合には、さらに微妙な場合が多い。医師の診断や、高度で複雑な手術に係わる手技をめぐる過失は、自動車運転における不注意(よそ見、居眠り等)とは比較にならないレベルの微細な判断や行為に関わっている。また、患者の取り違えや薬液の間違いなどについてさえ、自動車事故におけるよそ見や居眠りと比べれば、より微妙な要素を、その過失は孕んでいる。

『人は誰でも間違える』によって示された知見は、損害の発生を個人の微細な行為における「過失」に帰責する発想それ自体の問題を明確に抉出している。³⁾それは医療に限らず、先に述べたように自動車運転についてさえ、多くのドライバーが、甚大な事故の加害者運転手と同様の過失行為を日常的に経験しているのだとすれば、当てはまる見解ということができるだろう。

まず、個人の行為に内在する「過失的性質」と、それによって生じる「損害」の大きさとのアンバランスが、現代社会における過失責任主義の問題点の第一である。

(2) 損害の広範囲化

第二に、上述の点と、重なり合うことでもあるが、ひとつの過失行為が生み出さうる損害の範囲の面での拡大をあげることができる。科学技術の発展は、それによる大量生産・大量消費の構造を生み出してきた。このことも我々の生活の利便性を高める一方で、リスクの広範囲な拡張をも伴うことになった。

大量生産製品の設計に過失があった場合、その過失が生み出す損害は、広範な製品使用者全体に及ぶことになる。欠陥をもった自動車、医療機器などが広く使用され、各所で当該欠陥に起因する被害が発生する現象は、しばしば我々が見聞してきたところである。また、設計上は問題がなくなるとも、製造工程で不純物が混じるなどの不適切な状況が発生すれば、同様に拡散した損害が発生する。食品や医薬品の製造工程で問題が発生すれば、それを利用した多くの消費者に広く損害が発生することになる。

このような、大量生産、大量消費に伴うリスクの存在形態も現代的な特徴である。

(3) 立証負担のアンバランス

第三に、過失責任主義のもう一つの側面での限界も、この点から明らかになる。過失責任主義は、訴訟上、過失の存在、因果関係の存在、損害発生の実事のすべてについて、被害者側に立証責任を負わせている。しかし、高度に発展した技術社会では、第一に、そうした専門知識がないところでの立証の困難、第二に、立証に必要な証拠資料のほとんどが相手方内部に存在するという困難が、存在しており、これをそのまま被害者側に負わせることは現実的ではない状況が生まれてくる。

さて、以上のような現実的課題に直面して、損害賠償制度は様々な対応のための制度や規範レベルでの対応を行なってきた。以下、この高度技術社会が内包する困難への過失責任制度による対処についてみていこう。

(二) 過失責任制度の構造的変容

(1) 保険システムの普及とその観念的影響

上述した過失と損害のアンバランスは、同時に責任負担の能力をめぐる困難とも結びついている。まず、問題になるのは、この点である。発生した損害について、加害者側にその負担能力がなければ、過失責任制度は画餅に帰してしまふ。実際、自動車普及し始めた時代には、保険制度も未整備で、加害者側に損害賠償の支払い能力がないような事案が頻発した。こうしたケースでは、加害者側のみならず、被害者側も救済されないまま、双方の家族の生活が破綻するような社会問題も生じることとなった。

こうした事態を改善する方策として、保険システムは、まさに過失責任制度が実質的に機能するための不可欠の基盤として、整備され、普及することになった。このことは、過失行為というものが、人間にとって「特殊で稀な不注意」を意味するのではなく、日常的に「誰もが経験しうる行為上の不注意」であるという意味での「過失の意味拡散」、そして他方で、それに伴う「損害概念の膨張」の結果ということもできる。保険システムの普及は、損害賠償能力の担保という実際の機能にとどまらない、過失や救済をめぐる意識ないし観念の変容の契機となったといえよう。

第一に、救済の程度を拡張する方向への意識づけが強化されていく。保険による担保がある以上、加害者個人の支払能力を考慮する必要はなく、被害者に対し十分な救済をもたらすことを妨げる意識的制約は弱まっていく。かつ、その適切な程度は、保険システムが有効に機能する範囲によって事実上定まってくる。こうした過失責任と保険システムの融合は、交通事故の領域で進んできたために、損害額の算定も、交通事故領域固有の特性によって支配されることになった。交通事故領域固有の特性とは、加害者と被害者の互換性、およびその潜在的加害者、すなわち、保険加入者の範囲が極めて広いことにある。この点は、潜在的加入者が限定される医療事故のような領域で、同等の救済を提供しよ

うとすれば、保険システムが破綻しかねないという、米国などが経験した問題をも惹起することになる。まず、保険普及による救済の充実、別角度から見れば、救済の拡張がひとつの影響である。

第二に、上述した「過失の日常化」は、保険制度普及への動因であるとともに、それによって強化される「結果」でもある。保険システムの存在が、それ自体、過失行為は誰でも犯しうる日常的な行為の不注意であるとの意識を前提とし、また、そうした意識を再生産・再強化していくことになるのである。そしてこのことは、個人が直面する「過失」と、「過失なき行為」との境界を不分明なものとする捉える意識を生み出していく。医療事故の領域で、大きな知見として捉えられた「人は誰でも間違える」は、実は、自動車を運転する人であれば、誰もが常識として暗黙のうちに認識していたテーゼにはかならないのである。

こうした発想は、自動車賠償責任法のなかに典型的に表現されている。自賠責法の基本精神は「被害者の救済」にほかならない。これを現実化するために、いわゆる自賠責保険を強制とし、かつ「運行供用者」概念を創設することで、直接の加害運転手でなくとも賠償責任を負う形をとり、結果として、すべての被害者が、自賠責保険枠組で救済を受けられるようにしたのである。無保険車の場合ですら、国が被害者を救済した上で加害者に求償することとし、また、この自賠責保険の範囲では、ほとんど無過失補償に近い運用（もちろん完全ではないにせよ）がなされることとなった。このように、「過失の日常化」と「救済の充実」への意識は、相まって、実質的には、強制保険システムという形の暗黙の無過失補償の理念の導入を促してきたとも言えるのである。

(2) 製造物責任法の導入

また、消費者保護の観点から、製造物責任法も、諸外国に遅れてではあるが我が国でも導入されている。いうまでもなく、製造物責任法は、被害者側に過失の立証を要求せず、製品の欠陥の存在と、発生した損害、それを結ぶ因果関係

を立証すれば、賠償が得られるという構造をとっている。これにより、被害者側は、欠陥の発生に関する企業側の過失にまで踏み込む必要はなくなった。すなわち、被害者側にとっては、製品開発経過など相手企業の手の内にある証拠に基づく立証をしなくても、手元に存在する製品の欠陥と、因果関係、損害を証明すれば足り、格段に立証が容易となるのである。

いうまでもなく、ここでは過失の有無を責任認定の上で要件としないという点で、無過失補償理念への接近が見られると言ってもいいだろう。科学・技術が発展し、企業対消費者という新たな主体関係をも内包する現代社会状況における過失責任構造の不適合性を、無過失補償理念への近接によって克服しようとする試みが、ここでも見られるのである。

(3) 無過失補償^④

さらには、無過失補償の理念をストレートに導入しようとする試みも、存在する。我が国でも、医薬品副作用被害救済制度や、近年導入された産科医療補償制度などがあり、一般に無過失補償制度として言及され認知されている。

世界的に見ても、医療事故の領域で無過失補償制度として言及される制度を持つ国がいくつかある。医療事故の領域は、交通事故などと比較し、過失の認定が非常に難しい領域である。第一に、医学的にも特定の手法や診断をめぐって過失であるか否かが不分明である場合が多いこと、とりわけ新生児脳性麻痺のようなケースでは、先天性のものか医療行為に関わるものかの判定自体が困難な場合もあること、第二に、発生した有害事象の原因が確定できず、因果関係の面でも過失責任の構造を当てはめるのに困難があること、第三に、過失の不確定性の帰結として、そうした不分明な状況がありながら、過失責任構造のもとで、たまたま過失ありと認定された場合には救済されるが、過失なしとなった場合には救済されないという救済のアンバランスの問題（これは過失の法的判断基準が明確であるか否かでなく、明確であったとしても存在する「当該基準自体の妥当性の根拠」の問題である）など過失責任主義の限界が明確化してくる領

域である。それゆえ、医療事故領域で無過失補償理念の導入が必要視される背景には合理的な根拠があるといえる。実際に、スウェーデンをはじめとする北欧諸国、フランス、フロリダ州、ヴァージニア州、そして日本と、多くの国で導入が試みられている⁵⁾。次節以下ではこうした試みを検討していくが、その前に、徹底した無過失補償システムへの転換を果たしたニュージーランドの例を簡単にみておきたい。

(4) ニュージーランドの無過失補償制度⁶⁾

ニュージーランドは、唯一、人身損害事案に関して、過失責任主義を放棄し、完全な無過失補償システムを採用した国である。人身損害が発生した場合、それが「外力」によるものであれば、被害者は、医療事故であれ、交通事故であれ、スポーツ事故であれ、事故補償局 (ACC: Accident Compensation Corporation) に補償申請を行い、そこで審査の上、補償が提供される。これら事故については、加害者に対し損害賠償を請求する訴権そのものが廃止され、訴えることはできない。この意味で、ニュージーランドのシステムは、過失責任主義から無過失補償システムへの完全な転換を実現していると言えるのである。

その結果、医療事故の場合、訴訟リスクがゼロで賠償責任のリスクもないことから、医療機関は進んで原因究明やACCへの申請、審査への協力を行なっていると言われる。この制度は一九七四年に始まり、その後、総選挙ごとに批判にさらされつつも存続してきている。

いうまでもなくこうした完全な無過失補償制度の採用は、他の国では見られない。その導入については、様々な方式があり、それぞれに問題を内包もしている。

*

さて、以上、過失責任主義の基本構造を理念として維持しながらも保険制度との機能的融合を果たすことで生じる内

部からの実質的変容、製造物責任に見られるような部分的改訂、さらにはニュージーランドにみられるような完全な無過失補償制度の採用まで、過失責任主義の現代的変容の態様を検討してきた。各国で医療事故をめぐる導入されている無過失補償理念は、ニュージーランドのスキームと伝統的過失責任主義を極とする連続線のなかに位置づけられるものである。すなわち、過失責任主義から無過失補償制度への抜本的転換というよりは、過失責任主義の暫時的変容のひとつの形態と捉えるべきであると考えられる。なぜそうなのか、医療事故領域における無過失補償理念導入の二つのモデルを、以下ではより詳細に検証する中で示していくこととする。取りあへるのはスウェーデンとフランスのシステムである。

- (3) 医療事故をめぐる、米国における実証的データに基づき、ミスはそもそも完全に防御することが困難なこと、システム低要因の影響が強いことなどを指摘する研究の成果が提示されている。Janet Corrigan, Linda T. Kohn and Molla S. Donaldson (eds), *To Err is Human: Building a Safer Health System*, National Academy Press 2000.
- (4) 無過失補償をめぐることは、さしあたり、加藤雅信編『損害賠償から社会保障へ…人身被害の救済のために』(三省堂一九八九、棚瀬孝雄編『現代の不法行為法…法の理念と生活世界』(有斐閣一九九四)、和田仁孝「交渉的秩序と不法行為訴訟」前掲棚瀬編一〇三頁。
- (5) フロリダの出生時脳性麻痺無過失補償制度についてのレビューとして、David M. Studdert, Lori A. Fritz and T. Brennan “The Jury is Still In: Florida’s Birth-Related Neurological Injury Compensation Plan after a Decade”, 25(3) *Journal of Health Politics, Policy and Law* 499 (2000) および Sandy Martin “NICA: Florida Birth-Related Neurological Injury Compensation Act: Four Reasons Why This Malpractice Reform Must be Estimated”, 26 *Nova Law Review*, 609 (2001-02)。またヴァージニア州の同様の制度について、我妻学「分娩に関連する脳性麻痺に対する無過失補償制度…バージニア州における無過失補償制度を中心として」法学会雑誌四八(二)七九一―一七(二〇〇七)参照。
- (6) ニュージーランドの無過失補償制度については、特に医療事故との関連で検討を行うものとして、甲斐克則「ニュージーランドにおける医療事故と被害者の救済」比較法学四二巻一号(二〇〇八) 宋戸伴久「外国における医療事故補償制度―ニュージーラ

ンドと英国の場合」レファレンス№.六九〇 五九七三(二〇〇八)、浅井尚子「ニュージーランド事故補償制度の30年」判例タイムズ№.一〇〇二(二〇〇二)、藤澤由和「ニュージーランドの医療安全・補償制度」伊藤文夫、押田茂實編『医療事故紛争の予防・対応の実務——リスク管理から補償システムまで』新日本法規四六八—四七七(二〇〇五)など参照。

二 過失責任構造変換型モデル——スウェーデンの医療事故補償制度

(一) スウェーデンの医療事故補償システムの概要と現況

まず、スウェーデンの医療事故補償システムの基本的な構造やその実績などについて見ておくことにしたい。スウェーデンの制度については、既に多くの報告がなされているため、ここでは簡潔に整理するにとどめる。⁷⁾

スウェーデンでは、一九七五年より自発的システムとして「患者保険」と呼ばれる医療事故にかかわる補償制度が始まった。当初、数社の保険会社コンソシアムが対応していたが、EU加盟を機に、一九九四年にランスティング(県レベルの地方自治体)が共同で出資する保険会社として現行のLOF(ランスティング相互保険会社)が設立され業務を引き継いだ。その後、一九九七年には医療傷害補償法により、すべての医療機関が加入すべき強制的な保険システムとなっている。以下はその概要である。

(1) スウェーデンの医療事故・苦情対応システムの概略

スウェーデンの医療事故・苦情に関する対応システムは、図1に示すような構成を有している。本稿では補償に関わ

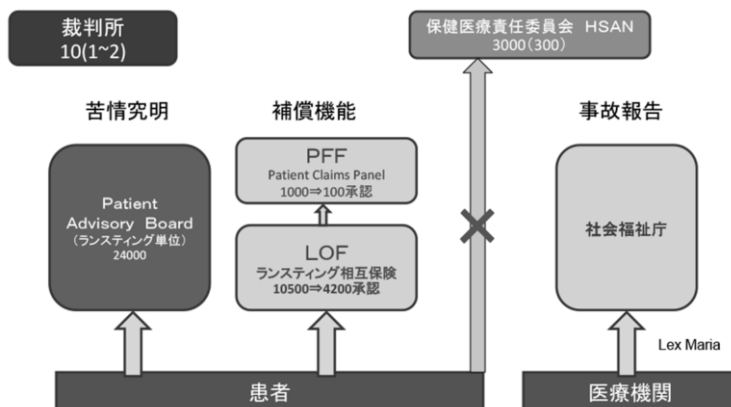


図1 スウェーデンの医療事故・苦情対応の全体システム

る組織である、LOF、PFFを中心に見ていくが、他のシステムの機能を簡単に整理しておく。

まず、事故に限らず、様々な医療に関する苦情について、患者はランスタングごとに設置された患者支援委員会 (Patient Advisory Board) に申し立てることができる。ただし、これは苦情レベルの問題が中心であり、補償請求を申し立てることはできない。一方、医療機関側については、レックス・マリアという、ストックホルムのマリア病院での事故の経験を踏まえて施行された法に基づき、社会福祉庁への事故報告の義務が課されている。

また、スウェーデンにおける無過失補償制度の背景理念を示す象徴的な変化が、図1の右上に配置した保健医療責任委員会 (HSN) の役割変容に見られる。HSNは、もともと医師免許の更新や、過失事故その他の事由による免許の停止、剥奪など通じた個々の医師への懲戒や監督機能をその役割とし、患者側からの申し立ても受け付けていたが、二〇一一年一月より、法改正によって、これらの機能のほとんどを喪失した。現在は、組織も極端に縮減され、定期的な免許更新や教育指導といった役割のみを付与され、個々の医師に対する懲罰・規律機能は失われたのである。これにより、患者側から個々の医師に対するサンクションを申し立てうるような手続は、スウェーデンには存在しないことと

なった。医療事故において、個々の医療者に責を問うのではなく、「医療機関のシステム改善」と、「再発防止」、「被害者への適切な補償の给付」を重視する、世界的にも例を見ない方向に、二〇一一年より舵を切ったと言っている。

ただし、それにつながる理念は、既にLOFによる医療事故補償制度の公的承認の動きの中にも溶け込んでいる。実は、スウェーデンのシステムは、「無過失補償」すなわち、No-fault Compensation システムではなく、「非責任追及補償」すなわち、No-Blame Compensation システムにほかならないと、LOFの責任者自身が言及している。これが何を意味しているか、無過失補償システムが持ちうる機能との関係でも興味深いポイントであり、後に検討することとする。

(2) 補償システムの組織構造と手続

LOFは、各ランスタイングからの付託・契約によって設置された公的な保険会社である。資金は、各ランスタイングから拠出されるが、国民一人あたりに換算すると、日本円で、ほぼ一人一〇〇〇〇円の負担となっている。二〇一一年三月現在、LOFの職員は管理部門や審査担当者を含め一六名で、約一〇〇〇名の協力医たる顧問専門医を確保している。

申請は、患者からの補償請求をもって開始する。この請求は、事故を知った日から三年以内ないし事故発生から一〇年以内になされねばならない。まず、受理すべきか否かについて、LOFのアジャスターによる第一次的審査が行われる。実際に患者としての地位を満たしているか、被害は人身被害か精神被害か、どの類型に属する被害か、申立可能期間を経過してはいないか、免責範囲か否か、など基本的事項がチェックされ、正式受理の可否が判定される。

続いて、正式に受理する場合、アジャスターは、当該医療機関にカルテやその他必要な情報等の提出を求める。責任追及とは無縁であることから、医療機関は進んで協力を行うだけでなく、有害事象発生時には患者がLOFへ申請する

よう支援することも行われている。この点は、患者から懲戒申立のできたHSANへの手続きが二〇一一年に廃止されたことから、いつその協力関係が促進されていると推測される。

当該医療機関から、書面、情報の提供を受けた後、アジャスターは、それらを吟味し、被害類型ごとに準備されたシートに基づき、専門医への質問・確認項目を抽出していく。こうして準備された質問項目につき、協力医に照会し、その判断を仰ぐ。

通常は一名の医師が判断することになるが、評価が難しい事案では、当該診療科に属する顧問医師の合議が開かれることもある。ただし、これは過去数件にとどまり、極めて稀なケースとされている。この医師による審査・判断を受けてアジャスターは、補償の可否につき判定し、当該患者および当該医療機関に書面にて通知を行う。これが患者において受諾されれば、事案は終了となる。

しかし、ここで、補償対象外とされたような場合、患者側は、この判断を不服として、LOFの上位に設置されたPF (患者請求審査パネル) にアピールすることができる。ここで示された結論に、なお、不服があれば、残された手段は訴訟ということになる。

さて、このスウェーデンの医療事故補償システムの現況についても簡単に見ておく。二〇一〇年度の実績を中心に見ておこう。

二〇一〇年度にLOFが受理した申立件数は、約一〇五〇〇件で、このうち四一%の事案が補償対象と判定され、一定の補償を受領している。この年度の補償総額は、四二一、〇〇〇・〇〇〇スウェーデンクローネ (約五〇億円) で、平均補償額は約一〇〇、〇〇〇クローネ (約一二〇万円) となっている。処理期間は、六ヶ月以内に処理された案件が六〇%、一年以内に処理された案件が八〇%となっており、処理期間の点でも伝統的不法行為システムより、明らかに迅速であると言える。

また、不服審査の実績は、二〇一〇年度で、一〇〇〇件強の不服申立がなされている。このうち一〇〇件程度、すなわち一〇％程度で、判定が覆っている。さらにPFFでの不服審査にも納得できない場合には訴訟となるが、年間の訴訟件数はわずか一〇件程度であり、かつそのうち患者側が勝訴するのは、一〜二件に過ぎない。

このようにスウェーデンでは、LOFおよびPFFからなる医療事故補償制度が、伝統的不法行為訴訟を、ほぼ駆逐するほどの機能を果たしているといえることができる。

(3) 補償対象・審査基準

では、具体的に、どのような審査基準がもうけられているのだろうか。スウェーデンのシステムは実は無過失補償システムではないということか。この点を理解するために、対象となる傷害類型と審査基準を確認しておく。まず、補償対象となる類型は次の六つにカテゴリー化される。

1. 治療行為による傷害 (Treatment Injury) : 検査・治療・手術・看護など医療行為の直接的結果として傷害が発生した場合。これが最も主要な請求の根拠といえる。
2. 医療機器による傷害 (Material-related Injury) : 検査・治療に用いる医療機器・設備の欠陥により生じた傷害。人工呼吸器等の複雑な機器から、メスや注射器のような日常的器具、消耗品、さらにはベッドなどの欠陥による傷害も含まれる。
3. 誤診による傷害 (Diagnostic Injury) : いわゆる症状の見落としによる誤診や、診断の遅延により、症状がより増悪した場合などがこれにあたる。
4. 感染による傷害 (Infection Injury) : 検査・治療の過程で病原体に感染したような場合である。ただし、もともと基礎疾患の重症度、合併症発生可能性なども考慮して補償対象か否かが決定される。

5. 治療に付随する事故による傷害 (Accident-related injury) : いわゆる狭義の医療事故ではなく、治療中のベッドからの転落による傷害、歩行訓練時の転倒による傷害などである。

6. 誤投薬による傷害 (Medication Injury) : 誤薬や、使用に関する規制に反した投薬の結果、発生した傷害がこれに該当する。

これにより、多くの医療関連の傷害はカバーされているが、我が国の不法行為訴訟で争われる説明義務違反については、それ自体として、対象にはなっていない。

さて、個々の案件について具体的に、補償対象とすべきか否かを決定する基準は、どのようなものか。ここにスウェーデンの医療事故補償システムを特徴付ける主たる要因が内包されている。

まず第一の基準は、「回避可能性 (Avoidability)」と呼ばれる基準であり、Specialist Standardとも称されている。すなわち、「十分な経験を積んだ医師であれば回避できた傷害であること」が補償対象としての認定条件となる。通常の過失認定では、当該医療機関の医療水準を前提に過失か否かの認定がなされるが、このスウェーデンの回避可能性基準は、どのような医療現場で起こった事案にせよ、考えうる最良の医師・環境であれば回避できたかどうかが基準となる。それゆえ、この基準をクリアし、補償対象となる事案の範囲は、過失責任主義の下で過失概念が採られている場合と比べ、格段に広がることとなる。

しかしまた、逆に、このことは、最良の医師であっても回避不能だったと判断される事案は補償対象とならないことを意味しており、この点で、スウェーデンのシステムは、実は、ニュージーランドのような本来の意味での無過失補償システムではないということになるのである。スウェーデンの補償システムは、無過失補償というより、むしろ、過失の認定水準を、大きく緩和することで、補償対象を拡充する機能を目指しているものと評価すべきである。

この点は、第二の基準についても同様である。第二の基準は、因果関係に関して、五一%以上の可能性が認定できれ

ば補償対象となるというものである。過失責任構造の下では、通常、相当程度の蓋然性を証明できなければ賠償責任は発生しないが、スウェーデンの五一%基準に拠れば、格段に補償対象範囲が拡大することになる。ここでも、スウェーデンのシステムは、伝統的過失責任構造の拡張的転換を目指していると評価できるだろう。

(4) 補償費目と水準

最後に補償費目とその水準について見ておく。補償の対象となる費目自体は、過失責任主義のもとでの損害費目と大きく変わるところはない。1. 事故傷害により必要となった治療費等の積極損害、2. 逸失利益や休業損害を中心とする消極損害、3. 後遺障害にかんする慰謝料、入・通院慰謝料などの精神損害などである。死亡事案で死者への精神損害補償などが存在しない点を除けば、費目自体に過失責任システムと大きな相違はない。幼児等、独身者死亡の場合に、損害賠償請求権の相続構成が採られない点は、過失責任スキームでも、現在のスキームでも同様である。

しかし、その実質的意義は我が国のシステムにおけるそれとはまったく異なる。たとえば、休業損害は、そもそも充実した社会保障制度のもとで、もともとその八〇%が手当され、医療事故補償システムからの負担は、その二〇%に限られる。後遺症が残り、離職せざるを得ないような場合でも、社会保障の側で六四%は負担され、医療事故補償制度からは三〇%強の負担にとどまっている。住宅改造費用や介護費用も一定額を超えれば社会保障制度で負担されるため、医療事故補償システムからは、自己負担金の部分のみ負担すれば足りる。また、社会保障の側から医療事故補償システムへの求償も、医療事故補償システムから加害施設や医療者の損害保険への求償も、狭義の過失が明らかの場合であってもなされることはない。

こうした点から見て、スウェーデンの医療事故補償システムは、まさに医療事故被害者に対する社会保障制度の一環ないし補完としての意義を有しているといえる。

(二) スウェーデン医療事故補償制度をどう理解するか

さて、以上、スウェーデンのシステムについて、紹介してきた。すでにその記述のなかでも、やや先取りに評価を示してきたが、ここでは、スウェーデンの医療事故補償システムを如何なるものと評価し、位置づけるべきか、その特徴を踏まえつつ検討していこう。

(1) 過失責任構造の変換としてのスウェーデン医療事故補償システム

まず、第一に、医療事故の補償認定の可否基準の点から見る限り、スウェーデンのシステムは、明らかに、本来的な無過失補償システムであるということはできない。

しかしながら、そもそも、無過失補償システムが、ありとあらゆる有害事象ケースを包摂しようとすれば、それは社会保障とほとんど同義となるし、また現実にはそうしたシステムを実現しようとすれば、財政的にも大きな困難が伴う。ニュージーランドは例外として、無過失補償理念を導入しようとする国は、様々なやり方で、一定の歯止めをかけている。たとえば、それが適用される事案の領域を医薬品の副作用被害に限定したり、新生児脳性麻痺事案に限定したりという領域ごとに限定する方式も、そのひとつである。この他にも、後に見るフランスのように被害の重篤度によって線を引く方式も考えられる。また、過失責任スキームが残存する中で、いずれのスキームを選択するかを選択する当事者に残すかどうかなども制度設計上のポイントとなる。

この点で、スウェーデンの方式は、「過失↓因果関係↓損害⇨賠償責任」という過失責任主義の構図そのものを、全体を通して維持しつつ、それを拡張的に変換・緩和することで、無過失補償理念を部分的に導入しようとする方式と位置づけることができる。また、ニュージーランドと異なり訴権は奪われておらず、当事者は訴訟提起を行うことも許さ

れている。さて、この方式は、領域ごとの導入や、重篤度による導入と比較し、いかなる特徴を持つだろうか。

第一に、ほぼすべての医療事故領域がこれによって例外なくカバーされる点である。領域を限定した導入方式では、過失責任構造がそのまま維持される領域と、無過失補償理念が適用される領域とが混在することになるが、スウェーデンの方式では、全てがここに包摂されることになる。こうして医療事故有害事象事案は、回避可能性、五二%の因果関係基準をクリアする限り、広範に救済がなされるようになったのである。

第二に、過失責任構造が拡張的に変換されることで、そもそも過失責任スキームを選ぶか、過失責任構造に基づく民事訴訟を選択するかという問題が、事実上、解消されてしまうことである。先に述べたように、スウェーデンでは、損害賠償請求権は奪われておらず、事故被害者は、LOFの補償システムでも、訴訟でも選択することは理論的には可能である。しかし、現実には、過失責任主義に基づく訴訟手続より拡張された「回避可能性↓五二%因果関係↓損害」補償」という基準が採用されている以上、かつ補償費目や水準に差異が無い以上、被害者にとって、弁護士費用を負担し訴訟を利用するメリットは、ほぼ皆無である。その結果、LOFおよびPFFの判定を不服とする場合の訴訟はわずかながら存在するものの、当初より訴訟に訴えるケースは存在しない。すなわち、スウェーデンの医療事故補償システムが採用した過失責任スキームの拡張型変換システムは、本来的な無過失補償ではないものの、伝統的な過失責任型訴訟をほぼ駆逐することに成功しているのである。

(2) 補償給付をめぐる社会保障的位置づけ——過失ステイグマからの医療者の解放

スウェーデンの医療事故補償システムの第二の特性は、それが理念的に社会保障制度と接合されている点である。

第一に、過失が明白な事案であっても、LOFによる無過失補償制度から給付がなされ、これを別途損害保険に求償するといったことがない点が重要である。すなわち、狭義の過失の有無にかかわらず、補償のためのシステムはこの医

療事故補償システムに一本化されているのである。この点は、「過失」という概念およびその補償給付への影響を完全に放棄していると言い換えることもできる。

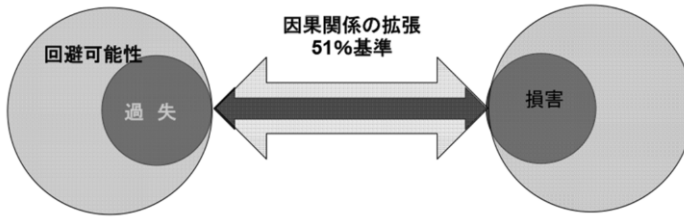
この点は、過失のステイグマを医療者に課すことを回避するという制度哲学とも関連している。スウェーデンのシステムは、無過失補償ではなく、非責任追及補償 (No-blame Compensation) であるというのはこの点に、まさに反映している。先にも指摘したように、スウェーデンは、二〇一一年より、医療者への懲戒を担ってきたHSANを機能、規模両面で格段に縮小改組し、個人へのネガティブな懲戒を廃止すると共に、患者・被害者からの医療者個人へのサンクションを求める申立ルートを廃絶した。

医療者個人の過失を問うことなく、補償を損害保険に求償せず、補償を医療事故補償システムのみで完結させるスウェーデンのシステムには、社会保障的な意味合いで医療事故被害を認識するという哲学が、色濃く反映しているといえる。

第二に、医療事故補償システムで提供される補償の金額が、手厚い社会保障制度による給付を前提としていることで、低額におさえられている点を見逃してはならない。スウェーデンなどの高福祉国では、本来、過失の有無に関わらず、比較的高度な社会保障給付による手当がなされている。その具体的規模は、既に上述した。したがって医療事故補償システムが給付する額は、それらを差し引くことで比較的低額に抑制され、いわば、社会保障制度の補完機能を果たすシステムにほかならないということもできる。日本や米国などは、その背景環境が大きく異なるのである。

この点でも、実は、過失責任構造と無過失補償理念との狭間にある中間的要素をスウェーデンのシステムに見ることができ。すなわち、本来、社会保障制度から給付される金額に、医療事故補償システムから上乘せされる補償とは、ある意味で、回避可能性基準、五一%基準をクリアしたケースのみが対象とされる以上、この拡張した基準を満たす場合に限った「賠償的意義」をそこに含んでいるとも言えるからである。

No Blame Model



- ・訴訟は減少＝訴訟より緩和された基準
- ・対審構造から、行政的救済への転換(管理コスト減)
- ・手厚い社会保障システムが背景

図2 スウェーデンの過失責任拡張型モデル

スウェーデンの医療事故補償システムはこの点で、社会保障制度の一環として位置づけられる側面と、緩和的に拡張され変換された基準のもとではあるが「賠償的意義」を内包する側面とをもち、まさに過失責任と無過失補償理念との融合的特性を有しているともいえるのである。

(3) まとめ

以上のようにスウェーデンのシステムは成熟した社会保障制度を背景に、過失責任構造を拡張的に変換した基準を採用することで、救済の広範化、訴訟の抑制、医療者個人への非難可能性の縮減などの効果を果たしているといえるだろう。その制度スキームは、本来的な無過失補償システムではなく、中間的解決方策ではあるが、包括的なスキーム採用によって、まさに「非責任追及型補償システム (No-blame Compensation)」を実現しているといえることができる。

しかし、他方で、筆者の視点からは、それが真に医療事故有害事象を経験した患者・家族のニーズに適合的か否かについては疑問が残ることも事実である。No-blameを追求することは重要であり、それにより事故報告や再発防止に向けての検証が促進されることも事実であると思われるが、同時に、患者・家族の疑問に直接向き合うシステムが、やや等閑視されているような印象を受ける。実際に、患者側からHSANに医

療者の懲戒を求める申立が廃止された二〇一一年以降、患者・家族から警察への訴えが増加しているとの報道もあると言われる。実際、他の諸国と比べ、事故後の患者との対話のシステムが、薄弱であることは否めない。今後、このシステムが有効に機能し続けるかどうかは、見守っていく必要があるだろう。

(7) スウェーデンの医療事故無過失補償制度については、その詳細な報告が各所でなされている。とりあえず、下記参照。財団法人日本医療機能評価機構「スウェーデンの医療障害補償制度(1)・(3)・制度運営組織を視察して」医事新報第四四五八号、四四五九号、四四六〇号(二〇〇九)、伊集守道、藤澤由和「医療事故の予防と患者補償制度…スウェーデンにおける制度設計の実態」経営と情報二二(一)、一〇一―一〇二(二〇〇八)。

三 過失責任への付加型モデル——フランスの医療事故補償制度

(一) フランスの医療事故補償システムの概要

フランスでは一九九〇年代、公立病院に関しては、過失を推定することで損害賠償を認める判決が出て、保険会社が医療事故の領域から撤退を試みたりするケースもあり、また他方、私立病院や開業医の場合には通常の過失責任の法理が適用されるなど、バランスを欠く状態が続いていたこともあって、抜本的な解決が求められていた。そこで、二〇〇二年、通称、立法時の大臣の名前を採ってクーシヨネ法と呼ばれる「患者の権利及び保健システムの質に関する法律(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé)」が制定され

るに至った。

この二〇〇二年法では、事故の報告義務や、患者の苦情に対応するための「病院メディエーター (Mediateur hospital)」の配置、一定範囲の無過失補償システム、地方医療事故損害賠償・調停委員会 (C R C I) の設置などが定

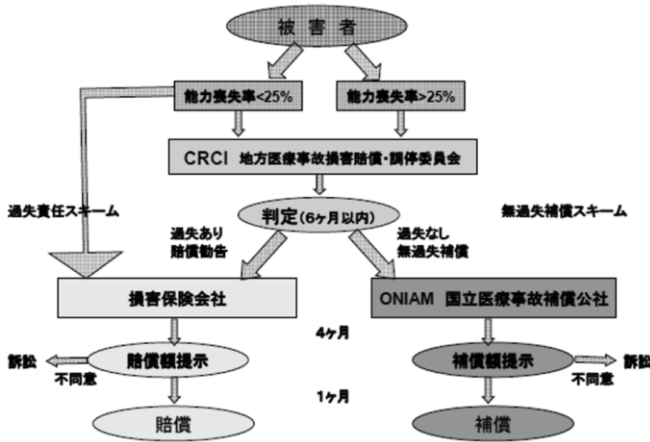


図3 フランスの医療事故賠償・補償システム

められている。

フランスの制度についても多くの紹介がなされており、その詳細はそれらに譲り、ここでは、とりわけ無過失補償システムについて、その概要を簡潔に示した上でその意義を検証していくことにしたい。(図3参照)。

まず、フランスのシステムは、基本的に過失責任構造を維持しつつ、「労働能力喪失率が二五%以上」「連続六ヶ月以上の労働不能」「専門能力の喪失」などの重篤なケースに限って、無過失補償理念を導入するというシステムである。

医療事故が発生した場合、被害者側は、この二五%以上の能力喪失に該当すると考える場合、各地域のC R C Iに申し立てることになる。二五%に満たない事案では、従来通り、各医療機関との交渉、それで解決しない場合には訴訟ということになる。また、まず医療機関および損害保険会社との交渉に持ち込まれた事案でも、二五%基準に該当すると考えられる場合には、医療機関・保険会社から被害者を通じC R C Iにリファーする場合も存在する。ただし、損害

賠償請求訴訟の訴権は、保障されており、被害者は、この制度に申立てずに、直接訴訟を行うことも可能である。

こうしてCRCCIに持ち込まれた事案については、CRCCIは鑑定意見などに依拠して六ヶ月以内に過失の有無について判定を示すことになっている。ただし、そもそも二五%基準に満たないとされた事案やその他の事由でCRCCIの手続の非該当事案と考えられる事案については、医療機関の保険会社へと、いわば差し戻され、通常の過失責任を前提とした交渉過程に移行することになる。これらをクリアした事案は、法律家、医療者、患者代表、鑑定人などで構成される委員会が審査される。ここで示される判定には、過失の有無の判断や適切と思われる補償の程度も含まれている。この委員会で、過失なしでかつ二五%以上の能力喪失に該当するとなった事案は、公的な補償公社であるONIAMが対応する。また、審査の結果、過失があったと判定される事案は、医療機関の保険会社が賠償に対応することになる。なお、CRCCIには、紛争解決手続としての調停手続も備えられているが、これはあまり機能していない。

CRCCIによって分岐された流れのうち、無過失の事案では、ONIAMが四ヶ月以内に具体的な補償額を提示するが、もし、被害者側が不満であれば、訴訟を提起することも可能ではある。また、稀にONIAMが、CRCCIの判断を受諾せず争うケースも存在する。また過失ありとされた事案では、保険会社は、CRCCIの勧告を受容して賠償をするか、あるいは四ヶ月以内に新たな提示を行わねばならない。四ヶ月以内に新たな提示をしない場合や提示があまりに低額な場合には、ONIAMが代わって賠償し、保険会社に求償することもできる。

(二) フランスの医療事故救済システムの現況

さて、以上のように、フランスの無過失補償制度は、過失責任主義を前提としつつ、「能力喪失率二五%以上」および「専門能力の喪失」「連続六ヶ月以上の労働不能」の事案について無過失補償システムを、いわば接ぎ木的に接合し

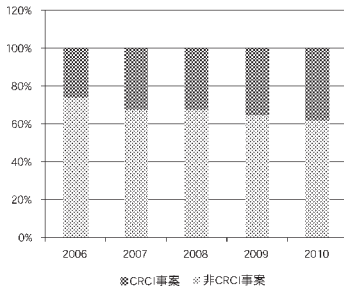


図5 SHAM : CRCI 事案の割合

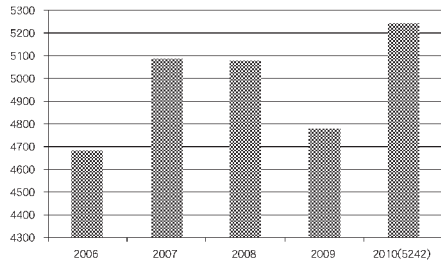


図4 SHAM (病院相互保険会社) 年間取扱医療人身被害事件数

たシステムとすることができる。それゆえ、この制度の機能を客観的に把握するためには、CRCIやONIAMのデータよりも、より広範な医療事故賠償の全体像を示唆するデータの参照が不可欠となる。全国的なデータは限られているが、以下では、フランスの主たる医療サービス供給主体である公立病院の大半の保険を担当しているSHAM(病院相互保険会社)の処理データを参照しつつ、フランスのシステムの現況を把握していくことにしよう。⁹⁾

まず、図4は、SHAMの年間取り扱い事案数の推移である。二〇一〇年に五二〇〇を超えているが、ほぼ年間五〇〇〇件前後の医療事故事案が処理されていることがわかる。

図5は、SHAMが対応した事案のうち、CRCI関連事案の比率である。二〇一〇年に至るまでCRCIの事案が少しずつ増加しており、二〇一〇年度にはほぼ三分の一に達している。国民にとってのCRCIの認知度、信頼度の向上と関連しているかもしれない。もともと、後に見るように、これらのうち、ONIAMによる無過失補償の対象となった事案数は非常に限定されており、多くは、対象範囲外の事案である点には注意しておく必要がある。次のデータで見るといったように、実は、対象として承認される可能性が小さくとも、とりあえず申立ててみるといったような行動が増加している可能性も否定できない。

図6は、二〇一〇年度にSHAMが扱ったCRCI関連事案についての処理結果を示すデータである。まず、二六%、ほぼ四分の一の事案が審査手続きに入ること

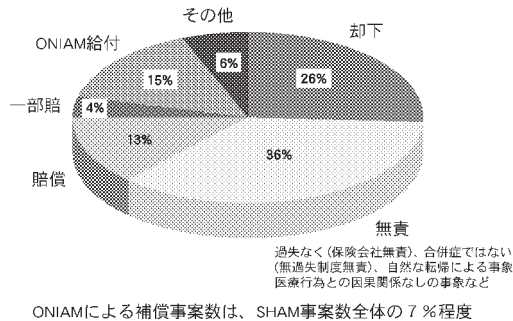


図6 SHAM:CRCI 事案の内訳（2010）

なく、CRCIにて却下されている。これには、あきらかに二五%基準に到達しない事案や、なかには法施行前の非該当の事案などが含まれている。

次に、三六%と最大の割合を占める無責のカテゴリーであるが、これは無過失責任という意味ではなく、二五%基準はクリアしているものの、保険会社にも、ONIAMにも賠償・補償の責任がないとされた事案で構成されている。すなわち、被害とされたものが、もともとの病気の自然な転帰によるものであり、過失もなく、また無過失補償の対象にもならない事故とは言えない事案、因果関係がまったく確認できない事案などが該当する。このように、SHAMが扱ったCRCI事案の三分の二近くが、そもそも賠償・補償に該当しない事案であった。

一三%を占める賠償事案は、CRCIの判定により過失ありとされ、かつその勧告に従ってSHAMが賠償を提示し解決した事案である。すなわち過失責任スキームの下で、CRCIのいわば仲裁的勧告を受諾した事案である。また、四%を占める一部賠償は、SHAM側で別途賠償額を提示し、それで合意が成立した事案である。

次の一五%が、ONIAMによる無過失補償の事案となる。すなわち、SHAMが年間扱う五〇〇〇件の事案のうち、三分の一近くがCRCI関連事案であるが、事実上、CRCIからONIAMに至る無過失補償システムで救済されているのは、そのうちでも一五%に過ぎないこと、したがってSHAMが年

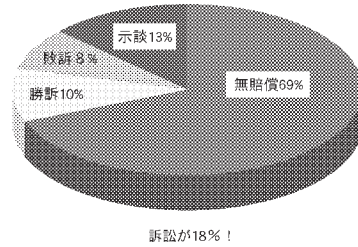


図7 ONIAM 事案を除く SHAM の処理結果

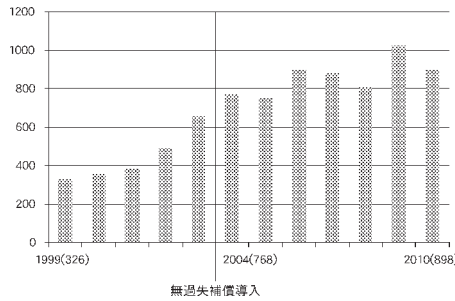


図8 SHAM における訴訟件数の推移

間に扱う事案のうち、無過失補償の対象事案となつたのは、全体の六〜七%程度ということになる。

図7は、SHAMの年間処理事案のうち、ONIAMで無過失補償された事案を除くケース、すなわち過失責任スキームで処理された事案の内訳である。六九%が交渉の結果賠償がなされなかつた事案で、示談で合意が成立した割合が一三%である。

注目すべきは、勝訴事案、敗訴事案をあわせて、一八%が訴訟に至っているという事実であろう。SHAMの年間処理事案が五〇〇〇件程度であることから、年間一〇〇〇件程度の訴訟をSHAMだけで抱えていることになる。我が国と比較しても人口規模の差異を念頭に入れば、数倍の頻度で訴訟が起きていることになる。

図8は、SHAMにおける年間訴訟件数の推移を示すデータである。これを見る限り、訴訟

が増加傾向を示していることは一目瞭然であるが、注目すべきは、二〇〇二年の無過失補償制度の導入後（縦のライン）も、訴訟は減少することなく、一貫してほぼ増加傾向を示している点である。無過失補償理念の導入が、訴訟の激減をもたらしたスウェーデンの事情とは、同じ無過失補償理念の導入でも、大きな帰結の差異をもたらしているといえる。

また、新生児脳性麻痺のような事案では、非常に高額な賠償額が訴訟で示されることが多く、当初より被害者が無過失補償制度に申立てることなく、直接、裁判所に提訴する例が少なからずあるとのことであった。次に、その背景を検討してみよう。

(三) フランス医療事故無過失補償制度をどう理解するか

(1) 過失責任への付加型無過失補償導入方式の意義

フランスのシステムは、スウェーデンのように過失責任のスキームを拡張的に変換するような方式ではなく、原則として過失責任構造を維持し、それを前提としながら、そこに無過失補償理念を部分的に付加する方式をとっている。この点が、フランス型無過失補償システムの第一の特徴である。

言うまでもなく、この場合、無過失補償システムの対象にならない事案では訴訟の抑制につながることは当然に予測されるし、該当事案についても、スウェーデンとは異なり、訴訟と無過失補償システムの実質的競争（競争）という事態が生じてくる。無過失補償システムは迅速性や手続の簡便性では優位に経つが、もし、訴訟によって得られる賠償の程度と、無過失補償制度が提供する賠償の程度に大きな開きがあるとすれば、被害者にとって、その程度に応じて、両システムへの選好の度合いが異なってくる。この点で、賠償額が極めて大きくなる脳性麻痺事案では、無過失補償

導入後も、訴訟が重要な選択肢であり続けているようである。

また、スウェーデンのシステムが、有過失のケースでも無過失補償システムから給付され、損害保険への求償もされないという意味で、社会保障的要素を色濃く有していたのに対し、フランスのシステムでは、過失の有無が明確に判定され、有過失の場合には過失責任スキームへの投げ返しが行われる点で、その発想の基盤が大きくことなる。すなわちフランスでは、能力喪失率二五%以上の事案も含めて、過失責任スキームを基本とし、それを作動させることを前提としつつ、そこで救済されないわずかな無過失の重篤な事案についてのみ限定的に無過失補償を作動させるという仕組みなのである。SHAMの事案で言えば、無過失補償スキームでの救済事案は、その取り扱い件数の六〇七%に過ぎなかった。

このようにフランスの限定的、付加的無過失補償システムは、過失責任への補助的システムにすぎず、それゆえ、訴訟の抑制や、医療者のステイグマからの解放といった機能は期待できない。

しかしながら、他方で、これまでまったく救済されなかった事案が救済されるようになったことは評価すべきである。SHAM事案の六〇七%を多いと見るか少ないと見るかは議論の余地があるところではあるが、これらの重篤ケースは、これまで救済の対象になつていなかったわけであり、それ自体は、救済の拡大として純粹に評価すべきであると考えられる。そもそも、無過失補償理念の導入を、訴訟抑制等を主目的に考えることは、妥当ではなく、救済の拡張という点で、考えていく視点が、まずもって前提となるべきではないだろうか。

(2) 附帯私訴制度の影響

もう一点、フランス法には、附帯私訴制度が存在することも、訴訟との関係で影響を及ぼしているといえる。フランス法では、刑事訴訟において、被害者が訴追された加害者に対し、損害賠償を求める訴えを、併せて行うことができる。¹⁰⁾

この場合、被害者側は、弁護士費用を負担することなく、検察官の訴訟遂行に委ねることができるため、ひとつの有力な選択肢となっている。実際に医療事故についても、この賠償獲得を目的とする刑事訴訟が行われており、こうした制度の特徴も、訴訟と無過失補償理念導入の意義を評価する際には考慮しておく必要がある。

- (8) フランスの医療事故無過失補償制度についても、その紹介や考察を行う文献は枚挙にいとまがない。さしあたり、下記を参照。我妻学「フランスにおける医療紛争の新たな調停・補償制度」都立法学会雑誌 四六八(二) 四九一九五(二〇〇六)、山口斉昭「フランスの医療安全・補償制度」前掲伊藤・押田編四三九-四四八(二〇〇五)。
- (9) 以下の図表は、SHAMの二〇一一年度年次報告書のデータに基づき作成した。
- (10) フランスの附帯私訴についてはさしあたり下記参照、エマニュエル・ジュラン(加藤雅之訳)「フランスに置ける私訴権(附帯私訴)」慶應法学一〇号、三二九-三四六(二〇〇八)。

四 諸モデルの功罪と示唆——むすびに代えて

さて、以上、過失責任主義が様々な形で現代的状況に適應してきたその方策について検討した後、その最先端にある無過失補償理念の導入の具体的意義と影響につき、スウェーデンとフランスのシステムを取り上げ検討してきた。¹⁾

ここで明らかなのは、過失責任から無過失責任への不連続の転換というよりは、以前より見られる過失責任構造の継続的変容過程のなかに、具体的な無過失補償システムの導入も位置づけられるということである。実際、スウェーデンの過失責任の緩和的拡張・変換方式は、ある意味で、我が国の自賠責保険の無過失救済的運用と比較すれば、実は、より過失責任スキームに近いと言えるかもしれない。また、フランスのシステムも、一定の限定された領域で無過失補償

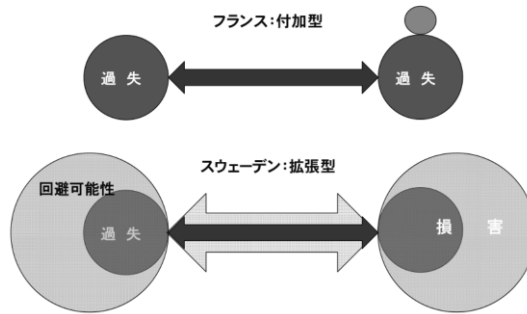


図9 過失責任拡張型モデルと付加型モデル

を提供しつつも、過失責任構造を前提とした付加的機能を担っているに過ぎないとも言える。

我が国の産科医療無過失補償システムは、いうまでもなくフランスの過失責任への付加型のシステムに限りなく近い。過失が明らかの場合に損害保険との調整を行うことを前提としている点は、過失責任を基本として維持しながら、限定的に補償を付加するフランス方式と同様と言つてよい。紙幅の関係から検討できなかったが、米国のフロリダ州で採用されている新生児脳性麻痺無過失補償制度も同様である。訴訟の帰結が陪審制の下で、予測可能性が低いという背景もあり、また訴訟での賠償額と無過失補償制度の賠償額とに一定の差異が存在することもあって、無過失補償制度を迂回して訴訟を提起する例も多いとの報告もある。フランスもこの点では同様であった。

訴訟抑制、過失のステイグマからの解放といった機能を無過失補償システムに期待するためには、過失責任スキームを原則として保持するのではなく、スウェーデンのように過失責任スキームをそれ自体を変換するシステム設計でなければ難しいと思われる。しかし、他方で、スウェーデンのシステムも、背景の高度な社会保障制度によるバックアップを必須の要件としていることから導入は難しく、また、効率的に金銭補償は提供できるものの、被害者側と医療側との対話の場を求めるニーズは、逆に未整備である。

こうした点から考えて、無過失補償理念を生かしたシステムの構築にあたって

は、訴訟抑制や過失ステイグマからの解放といった間接的ゴールを念頭に設計したり、成果を評価したりするのではなく、有害事象の発生により苦しむ人々への救済の範囲を広げ、社会を構成する成員としてそうした制度を支えていく観点から設計し、効果を評価していくことが必要であると考ええる。産科医療補償制度も、訴訟抑制といった観点ではなく、救済の拡張にこそ、注目していくべきであろう。

また、患者側が求めているものが、金銭的救済だけではなく、医療者側の真摯な対話の姿勢と誠実な説明であることはいままでもない。我が国でも、医療メデイエーターの配置が普及するにともない、訴訟件数や紛争件数が減少しているとの報告もある。対話のためのシステムの実効化こそが、医療者・患者双方にとって有益な訴訟抑制をもたらす可能性を持つのであり、無過失補償はその本来掲げた「アルトゥリズム」の理念から評価していく必要がある⁽¹²⁾。

- (11) 諸国の医療事故無過失補償システムの比較検証や導入可能性の検討を試みる海外の文献として、下記を参照。Michelle M. Mello, Allen Kachalina and David Studdert, "Administrative Compensation for Medical Injuries: Lessons from Three Foreign Systems", *The Commonwealth Fund*, 2011, 著者 Allen Kachalina, Michelle M. Mello, Troyen A. Brennan and David Studdert, "Beyond Negligence: Avoidability and medical injury compensation", *Social Science and Medicine* 66 (2008) 70-82; David Studdert et al., "Can The United States Afford A Compensation For Medical Injury?" *Law and Contemporary Problems* vol. 60-2, (1997)
- (12) 無過失補償制度の背景にある倫理的根拠について考察するものとして、尾崎恭一「無過失医療事故補償制度の倫理的根拠について」埼玉学園大学紀要、人間学部篇 七、七九-八七、二〇〇七

付記 吾郷眞一教授、レビン小林久子両教授には、筆者の九州大学在任中、ひとかたならぬお世話になり、また研究上、多大な示唆や刺激を与えていただいた。本稿を両先生のご退官にあたり、献呈させていただきたいと思う。