

医療事故補償制度と損害保険

— 諸外国制度を踏まえた考察 —

主席研究員 佐藤 大介

目 次

1. はじめに
2. わが国における動向
 - (1) 医療関係訴訟の件数と平均審理期間
 - (2) 医療関係者の動向
 - (3) 法曹界の動向
 - (4) 民主党の政策
 - (5) 国内動向のまとめ
3. 海外における医療事故補償制度
 - (1) ニュージーランド
 - (2) スウェーデン
 - (3) フランス
4. わが国から見た各国制度の問題点および教訓
 - (1) ニュージーランド
 - (2) スウェーデン
 - (3) フランス
5. わが国の産科医療補償制度
6. 新たな制度設計に向けて
7. おわりに

1. はじめに

医療事故による被害者救済に関して損害保険が果たしている役割として、医師賠償責任保険や医療施設賠償責任保険による損害賠償請求に対する補償の提供が挙げられる。こうした保険を利用して裁判外で被害者の救済が行われる事例もあるが、訴訟となる場合もある。ただし、医療事故の訴訟は、過失認定や損害額の評価が困難なケースも多い。さらには、時間的・経済的負担とともに精神的な負担も大きく、必ずしも被害者側の満足度が高いとは言えない状況にある¹。

したがって訴訟によらない簡易で迅速な被害者救済を制度化することは重要である。さらには、賠償責任保険による被害者救済は、あくまでも過失責任主義に基づく損害賠償であるため、医療提供者側に過失がない場合には保険金支払に至らず、被害者が補償される仕組みがない。このため、現状の過失責任に基づく賠償という考えに留まらず、無過失の事故に対する補償も含めた制度化が、医療関係者で検討され、法曹界からも求められている²。

そうした要望を受けてか、2009年1月1日より産科医療補償制度が発足し、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児に対する補償が制度化された。この制度は医療提供者側に過失がない場合も含めて補償されるうえ、民間損害保険会社が保険者となっている点で注目すべき制度である。

また民主党においても、医事紛争の早期解決のために、公的な無過失補償制度創設を政策の一つとして掲げている³。

こうした各方面の動向からも、産科医療補償制度と同様の制度が他の医療分野にも拡大していくことが予想できる。

医療において本質的に事故のリスクを完全になくすことはできないであろう。だが、これは自動車の運行において事故のリスクをなくすことができないことと同様であり、自賠責保険のように、加害者が無過失を立証しない限り有責とする補償制度なども参考に、損害保険を利用した何らかの補償制度を作り得る可能性もある。

本稿では、これまで産科医療補償制度の検討等、過去に行われた調査・研究における資料をもとに、海外における医療事故の無過失補償制度を紹介し、制度概要や問題点を整理し、新たな制度設計に向けた提言を行う。本稿が、わが国の損害保険業界における医療事故無過失補償制度の事前研究を検討するきっかけとなれば幸いである。

なお、本稿で申し上げる意見・考察は、筆者の個人的見解であり、所属する組織における見解ではないことをお断りしておく。

¹ 後記 2.(1)を参照願う。

² 後記 2.(2)および(3)を参照願う。

2. わが国における動向

前記「1. はじめに」で述べたいくつかの点について論拠を示し、損害保険業界以外の動向の現状把握としたい。医療関係訴訟の現状、医療関係者および法曹界の動向、民主党政権の政策の3点について説明する。

(1) 医療関係訴訟の件数と平均審理期間

最高裁判所のウェブサイト⁴には、医事関係訴訟事件の処理状況が地方裁判所および簡易裁判所の事件を含め記載されている。これによれば医事関係訴訟の年間新規受理件数は2004年に1,100件を超過し、1994年からの10年間で件数は倍増した。しかし、2004年をピークに現在では新規受理件数は減少傾向にあり、2008年には2004年の8割程度の件数になっており、平均審理期間も2000年に約3年程度であったが、2008年には約2年程度まで短縮されている。

訴訟件数の減少は、個別の医療機関による医療版ADRとも呼ばれる裁判外紛争処理の努力の成果とも考えられる。また訴訟では時間的・経済的負担が大きいことが被害者にも浸透してきている表れとも考えられる。

また、ある医療事故のオンブズマン組織の調査⁵によれば、医療事故被害者241名が、弁護士に依頼し証拠保全、調査、示談、調停、訴訟といった法的行動をとった感想として「事故について言いたいことが言えた(51.0%)」「前向きに考えられるようになった(44.6%)」「これまでの法的行動の結果に満足(42.6%)」という肯定的な意見がある一方で、「精神的に疲れた(73.6%)」「経済的に苦しくなった(49.1%)」という否定的意見も出ている。この調査では提訴から終結まで「5年以上10年未満(35.0%)」が最も多く、ついで「3年以上5年未満(30.0%)」「3年未満(20.0%)」「10年以上(15.0%)」となっている。

このことから、訴訟による賠償請求には、被害者側の精神的、経済的、時間的負担が大きいものと考えられる。また同様に医療提供者側にも時間的、経済的、精神的な負担は大きいと思われる、関係当事者の双方にとって、訴訟が必ずしも有効ではないと考える。

現状では他に解決窓口が少ないことから、訴訟等の法的手段を選択するしかない状況とも考えられる。

³ 後記2.(4)を参照願う。

⁴ www.courts.go.jp/saikosai/about/iinkai/izikankei/toukei_01.html

⁵ 医療事故市民オンブズマン メディオ ウェブサイトより 阿部康一「医療事故被害者救済策としてのADRの可能性」(2005.8)

(2) 医療関係者の動向

日本医師会では、1972年に次の提言を行っている⁶。

- ①医師の過失がある医療過誤による障害に対しては、医師賠償責任制度の充実により医師が相応の賠償を行うこと
- ②医師側に過失がないのに不可避免的に生じる重大被害に対しては、救済を図るため、国家的規模での損失補償制度を創設し、同時に裁判外の公的な紛争処理機構を設立する必要があること

30年以上経過した現在において、①の医師に過失がある医療過誤による障害に対する医師賠償責任制度については、医師賠償責任保険による制度化が実現しているが、②の医師に過失がない場合の「国家的規模での損失補償制度」についてはほとんど制度化が進んでいない。2004年に日本医師会において「医療に伴い発生する障害補償制度検討委員会」が発足し、無過失補償制度も含めた検討がなされ、2009年1月から産科医療補償制度が実現している程度である。

また、2009年12月に日本医師会総合政策研究機構から発表された論文⁷においても、過失責任主義の限界を指摘し、無過失補償制度の拡充を含めた医療の発展に寄与できる仕組みとして、医療に関する審判制度やADR（裁判外の紛争処理手続）などの創設・死因究明制度の創設等の議論を深めていく必要性を提言している。

(3) 法曹界の動向

日本弁護士連合会においても2007年3月16日付で『「医療事故無過失補償制度」の創設と基本的な枠組みに関する意見書』を公表している。この意見書の趣旨の一つとして、国は「被害者の救済」と「医療の安全と質の向上」を目的として、全ての医療事故を対象とした「医療事故無過失補償制度」を創設すべきである、としている。

産科医療補償制度の創設も踏まえて、「補償領域を限定せず、広く医療事故による重篤な被害に苦しむ人々を対象とする仕組みの創設にむけて、これを第一歩としてさらに制度整備に着手することが喫緊の課題であるといえる」としている。

(4) 民主党の政策

2009年7月に民主党から公表された「民主党政案集 INDEX2009」には、医療事故の公的な無過失補償制度の創設が掲げられている。

それによると、「医事紛争の早期解決を図るため、すべての公的保険医療機関、薬局、介護施設で発生した医療等事故事例全般を対象に、公的な無過失補償制度を創設します。

⁶ 宍戸伴久「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—」国立国会図書館『「レファレンス No.690 平成20年7月号」』（2008.7）、日本医師会法制委員会『「医療事故の法的処理とその基礎理論」に関する報告書』『日本医師会雑誌 68巻2号』（1972.7） p.183-203

⁷ 尾崎孝良「患者の期待権と無過失補償制度—民事訴訟における過失責任主義の限界—」『日医総研ワーキングペーパーNo.209』（2009.12）

補償原資は保険料、健康保険料、公的支出とし、制度運営のための基金を創設します。」となっている。

この政策集にはこれ以上の記載はないものの、政府としても、公的な無過失補償制度創設の意向を持っていることは認識しておくべきと考える。

(5) 国内動向のまとめ

以上見てきたように、医療事故の被害者救済に関しては、過失責任に基づく損害賠償制度だけでは十分な救済が難しく、無過失補償制度の創設が各方面で提案・検討されており、期待の大きい現実的な課題であるといえる。

3. 海外における医療事故補償制度

わが国において、医療事故の無過失補償制度を検討するに際しては、海外の制度が研究されている。ニュージーランド、スウェーデンなどの北欧諸国、フランスなど、いくつかの国では無過失の事故も含めた補償制度が存在している。民間損害保険会社との関係までは完全には明らかでないが、これまで発表されている文献から、ニュージーランド、スウェーデンおよびフランスの制度概要を紹介する。

(1) ニュージーランド

ニュージーランド⁸では1974年から、自動車事故、労災事故、医療事故などの各種の事故による被害補償制度を公的保健医療制度の一環として有している。事故補償制度は事故の被害が無過失の場合も補償対象としており、事故の類型の一つとして医療事故を「治療傷害」と位置づけ、治療やリハビリテーションの現物給付、所得保障などが給付される。

a. 根拠法

現在の制度の根拠法は、「2001年傷害防止、リハビリテーションおよび補償法 (Injury Prevention, Rehabilitation and Compensation Act 2001)」および「2005年傷害防止、リハビリテーション及び補償第二次修正法 (Injury Prevention, Rehabilitation and Compensation Amendment (No.2) Act 2005)」である。

b. 手続概要

治療傷害を受けた者が、発生後12カ月以内に、制度運営主体である公的企業体 (Crown Entity) の「事故補償法人」に補償を請求する。事故補償法人では、申請受

⁸ 制度の内容については、宍戸伴久「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—」国立国会図書館『レファレンス No.690 平成20年7月号』(2008.7)、浅井尚子「ニュージーランドの

理から2カ月以内に審査を行い、速やかに補償の決定を行う。

被害者、医療機関のいずれかに、事故補償法人の決定に不服がある場合は再審査の請求も可能であり、再審査の決定にも異議がある場合は地区裁判所に訴訟を提起することができる。

c. 医療事故の補償範囲

治療傷害とは、治療を原因とする身体傷害、不必要な治療および治療の不測の結果による人身傷害とされている。

ただし、治療傷害が被害者の受診前の健康状態に基づく場合や、受療および受療への同意をいわずらに引き伸ばした結果に基づく治療傷害は対象外となっている。

d. 補償の内容

補償として給付される内容は、①治療と治療費用、②各種のリハビリテーション、③所得保障、の3種類である。

リハビリテーションについては、身体・認知リハビリテーション以外にも、車椅子・用具の支給、ホームヘルプ、子の保育および付添介助、自宅の改造、自立訓練といった社会リハビリテーション、職業リハビリテーションも受けられる。

所得保障については、治療障害の程度に応じた補償金が休業中の所得保障として支給される。この支給水準は本人の賃金または最低賃金の80%が上限である。このほかにも永久的な身体機能喪失に対する一括払補償金や死亡時の葬祭料、遺族への一時金、遺族への週払補償金、育児手当が所得保障として支給される（図表1参照）。

図表1 給付の内容

給付の種類	補償の内容
治療および治療費用	・救急・入院・外来による当該傷害の治療 ・治療費用
リハビリテーション	・身体・認知リハビリテーション ・社会リハビリテーション（車椅子等の支給、ホームヘルプ、子の保育および付添介助、自宅の改造、自立訓練） ・職業リハビリテーション ・補足サービス（救急、通院等各種サービス受給のための搬送費用）
所得保障	・治療傷害の程度に応じた補償金 （休業期間中の所得保障として本人の賃金または最低賃金の80%まで） ・永久的な身体機能喪失に対する一括払補償金 ・死亡時の葬祭料 ・遺族補償（一時金、週払補償金、育児手当）

（出典：宍戸伴久「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—」国立国会図書館、レファレンス No.690 平成20年7月号（2008.7））

事故補償制度に学ぶ』『日医ニュース第1052号（平成17年7月5日）』を引用させて頂いた。

e. 財源

事故補償制度のうち、治療障害の補償に関する財源は、医療提供者と国民と政府が拠出し、事故補償法人が管理する治療傷害口座勘定である。拠出の詳細は次のとおりである。

- 医師や医療機関が拠出する治療傷害保険料
- 所得比例で就業者が負担する保険料を原資とする就業者口座勘定振込金
- 非就業者のための政府特別拠出金を原資とする非就業者口座勘定振込金

ただし、事故補償法人のアンニュアルレポートによれば 2007 年 6 月末までは、治療傷害保険料は徴収されておらず、2001 年 7 月 1 日以降の給付は全額政府拠出金から給付されており、2001 年 7 月 1 日以前に発生した給付のみ就業者口座勘定振込金、非就業者口座勘定振込金によることとなっており、政府による拠出金の依存度が高い。

f. 請求件数

新規請求件数は 2006/2007 年度は 3,964 件であるが、請求件数は増加傾向である（図表 2 参照）。

図表 2 治療傷害口座勘定の請求件数

年度	請求件数	人口 100 人当たりの請求件数
2004/2005	1,434 件	0.03 件
2005/2006	2,846 件	0.07 件
2006/2007	3,964 件	0.09 件

（出典：宍戸伴久「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—」国立国会図書館『レファレンス No.690 平成 20 年 7 月号』（2008.7）をもとに作成）

(2) スウェーデン

スウェーデン⁹においても 1975 年から、患者無過失補償保険制度が制度化されている。ただし、すべての事故が補償されるのではなく、予期することができず、かつ予見できないもの、および起こりうる可能性の非常に低い被害に限定され、補償額はかなり低額に抑えられている。

PCI (Patient Compensation Insurance) と呼ばれる保険機構が、医療関係者と任意

⁹ 制度の内容については、岡井崇、木村武彦、重光貞彦、石渡勇「医療事故における無過失補償制度」『周産期医学 34 巻 12 号』（2004.12）p.1857～1863、伊集守直、藤沢由和「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—スウェーデンにおける無過失補償制度とその財源に関する検討—」『平成 19 年度厚生労働省科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）研究協力報告書』を引用させて頂いた。

の保険契約を締結する形式を取っているが、実際にはすべての医療関係者が加入している。補償金の支払に際しては、保険機構は個人または病院の責任の有無を問わない。

財源は、社会保険料からの拠出と、医療関係の保険業者の連合からの拠出というふたつの拠出元から調達している。

a. 根拠法

現在の根拠法は、1996年成立、1997年施行の患者保険法である。

b. 運営主体

PCIと呼ばれる保険機構により運営されている。

制度設立当初から1993年12月末まではスウェーデンの主要4保険会社による連合体により運営されていた。

c. 手続概要

患者が医療事故のために損害を被ったと考えた時には、簡単な申請書を保険機構に提出する。申請書はどこの病院にも備え付けられており、医師・看護師もこの申請には協力的である。

申請が受理されると、医師や弁護士をメンバーとする保険機構の調整官が基準に沿って補償を行うかどうかを決定し、補償額も基準に基づき算出される。

被害者がこの決定に不服の場合は、弁護士をつけずに口頭により再審査の請求も可能である。そこで主張が通らない場合、さらに専門家や弁護士を介入させた仲裁手続が可能である。ここまでの段階で大多数の事例で結論が下され、所要期間は数カ月とのことである。ただしこの段階でも解決できない場合には正式な提訴となる。

d. 医療事故の補償範囲

補償される必要条件是、「不適切な医療によって被った避けられたはずの損害」である。判断の基準として、医療行為の直接的な結果である可能性として50%程度が境界線となっている。スウェーデンでも日本でも訴訟ではこの可能性が80%程度以上ないと原告勝訴とならないが、この制度は50%程度まで下げること、因果関係の複雑な事例が多い医療事故で幅広い被害者救済を実現しようとしている。

また、補償される損害の種類は、①治療行為による損害、②一般的な疾患に合併した不合理に重症の損害、③誤診による損害、④事故による損害、⑤感染による損害、の5種類である（図表3参照）。

図表 3 補償対象となる損害

	補償される損害の種類
1	治療行為による損害 ①純粹に医学的に正当化されないもの（単純ミスを含む） ②他の方法が適用され得たもの
2	一般的な疾患に合併した不合理に重症の損害
3	誤診による損害 経験のある専門医であれば正しく診断し得たもの
4	事故による損害 転倒事故など患者自身に責任がない事故
5	感染による損害 院内感染等、医療行為による感染

（出典：岡井崇、木村武彦、重光貞彦、石渡勇「医療事故における無過失補償制度」

『周産期医学 34 卷 12 号』（2004.12）

一方、補償対象とならない損害は、①軽い損害、②重篤な状態に対しリスクを伴う医療を行った場合、③身体的損害の結果生じた以外の精神的障害、④保健医療サービスの資金の限界により生じた政策の結果による損害、の 4 種類である。

①の「軽い損害」に該当するか否かは、10 日以上入院、その損害が 30 日以上続くなどの補償基準が規定されている。

e. 補償の内容

具体的な補償基準や補償額についての詳細は、本稿の調査では判明しなかった。しかし、補償の上限額は日本円で約 8,000 万円相当であり、上限額までの補償がなされる事例は、脳性麻痺のみである。

また、本制度では、補償基準や補償額は 5 年毎に見直される仕組みである。この点が本制度の利点となっている。補償の支払が法律に基づくものではなく、保険契約に基づくものであるため、見直しや変更には比較的柔軟に対応できる。

f. 財源

スウェーデンにおける補償制度の財源は、次のふたつの資金である。

- 社会保険料からの拠出
- 医療関係の保険業者の連合からの拠出

社会保険料からの拠出とは、医療保険サービスを提供する州議会が社会保険料として徴収した中から、医療費相当分の一部を充てているものである。つまり患者側の健康保険料である。

医療関係の保険業者の連合からの拠出とは、本保険制度に加入する医療関係者が支払う保険料からの拠出である。

つまり、この制度では社会保険料である国民の負担と医療関係者の保険料を合わせて財源としている。

g. 補償水準、請求件数

患者補償に要した 1986～1991 年の費用の年間平均額は日本円で約 13 億円相当、一人当たりの平均支払補償額は 190 万円相当である。なお、制度開始初期の 1975～1986 年でみると、全体で年平均約 8 億円相当、一人当たりの平均支払補償額は 36 万円相当である¹⁰（図表 4 参照）。

図表 4 年間平均補償額

年度	年間平均の補償総額	一人当たりの平均補償金額
1975～1986	約 8 億円相当	36 万円相当
1986～1991	約 13 億円相当	190 万円相当

（出典：図表 3 に同じ）

また他の文献¹¹では、2001 年の補償申請は 9,500 件以上あり、そのうちの約 45% が実際に補償されているとのことである。この文献の筆者は、この制度による補償額はかなり低く抑えられており、その一方で補償される基準は回避可能なものであったかどうかという点が特徴であり、スウェーデンでは無過失補償制度といえども、ある種厳格な範囲設定が存在し、その財政的な観点から必然的に制度の維持と安定のためには、範囲設定が縮小せざるを得ない傾向が見られると指摘している。

(3) フランス

ニュージーランドやスウェーデンでは社会保障の一環として補償制度を確立している。これに対しフランス¹²では、2002 年の立法により、基本的には過失責任主義を原則としながら、無過失の事故の補償を国家機関で行う制度を構築した。

医療事故を専門に扱う ADR（裁判外の紛争処理手続）機関を設立し、この機関が事実関係や過失の有無を鑑定し裁定を示す。医療提供者に過失があれば、加入義務化された民間保険会社の賠償責任保険から補償を行うこととなり、無過失の事故など賠償責任

¹⁰ 岡井崇、木村武彦、重光貞彦、石渡勇「医療事故における無過失補償制度」『周産期医学 34 巻 12 号』（2004.12）p.1861

¹¹ 伊集守直、藤沢由和「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—スウェーデンにおける無過失補償制度とその財源に関する検討—」『平成 19 年度厚生労働省科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）研究協力報告書』による。

¹² 制度の内容については、山野嘉朗「フランス賠償医学展望（その 5）」『賠償科学 No.28』（2002.12）および「フランス賠償医学展望（その 6）」『賠償科学 No.30』（2003.12）、山口齊昭「医療事故被害者救済制度について」『賠償科学 No.30』（2003.12）、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」首都大学東京『法学会雑誌 46 巻 2 号』（2006.11）を引用させて頂いた。

保険で支払ができない事案では、新設した補償公社から補償が受けられる制度となっている。ただし申立てできる被害は恒久的な機能障害が 25%以上などに限定されている。

専門機関による ADR の中に無過失補償を組み込んでいる点が大きな特徴である。

a. 根拠法

根拠法は、患者の権利および保健衛生制度の質に関する 2002 年 3 月 4 日の法律（以下、「2002 年 3 月 4 日法」）および医療民事責任に関する 2002 年 12 月 30 日の法律第 2002-1577 号（以下、「2002 年 12 月 30 日法」）である。

b. 運営主体

2002 年 3 月 4 日法により設立された 3 つの機関のうち、①地方医療事故損害調停・補償委員会（以下「地方委員会」）、②国立医療事故補償公社（以下「補償公社」）、が被害者補償の主な運営主体である（図表 5 参照）。

図表 5 制度運営主体

	名 称	性 質・役 割
①	地方医療事故損害調停・補償委員会 (地方委員会)	<ul style="list-style-type: none"> ・国内の各地域圏に設置される医療事故専門の ADR 機関。 ・専門家の報告書を元に過失の有無等の裁定を示すほか、医療紛争の調停も行う。 ・法人格はない。
②	国立医療事故補償公社 (補償公社)	<ul style="list-style-type: none"> ・医療提供者が無過失の場合にも、国民的連帯の名の下に被害者に補償金を支払う。(被害者救済) ・医療紛争を和解的に解決する。 ・地方委員会の運営費用の確保や技術上、管理上の支援。
③	全国医療事故委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・法務大臣および公衆衛生大臣の下にある委員会 ・医療の専門的知見などを審査する。 ・医療専門家への情報提供を行う。

(出典：山口斉昭「医療事故被害者救済制度について」『賠償科学 No.30』(2003.12)、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」首都大学東京『法学会雑誌 46 巻 2 号』(2006.11)をもとに作成)

c. 手続概要

各地方委員会における手続は、申立て、鑑定手続、裁定の 3 段階である。被害者が申立てを行ない、これが受理されると複数の専門家による鑑定手続に付される。鑑定報告書をもとに各地方委員会が裁定を行う。裁定で判断される項目は、①損害に関する事実関係、②原因、③損害の範囲、④過失の有無などの賠償責任の法的性質、⑤損害の程度である。

裁定では、具体的な賠償・補償額を認定することはない。これは過失が認定されるか否かにより、被害者への賠償・補償主体が保険会社か補償公社かに異なるためである。

各地方委員会の裁定に基づき、過失が認定されれば、医療提供者が加入している保険

会社が賠償責任保険に基づき賠償額の提示を行う。無過失と認定された場合には、補償会社が補償額を提示する仕組みである。

また、地方委員会における裁定は強制ではないため、訴訟を選択することや訴訟と地方委員会の裁定手続を併用することも可能である。

d. 医療事故の補償範囲

地方委員会に賠償や補償を申立てるには、一定の要件を満たす必要がある。それは、次の4つのうち、少なくとも一つを充足することである。①恒久的に重大な損害（政令により、機能喪失が25%以上と規定）が発生しているか、死亡していること、②一時的労働不能が連続して6カ月間、または1年の期間内に失業が断続して6カ月以上におよぶこと、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たとえば重大な怪我の治療のため引越せざるを得ないなど、日常生活に重大な損害をもたらすこと、の4つである（図表6参照）。③、④については例外的にしか認められないことから、①および②の要件が申立要件の中核である。

①の機能喪失の認定にあたっては、一覧表が公表されている。たとえば、片目のみ失明した場合は25%の機能喪失が、全盲の場合は85%の機能喪失が、重度の半身不随の場合は90%の機能喪失が認められる。

図表6 申立要件

地方委員会への申立要件	
①	・恒久的に機能喪失が25%以上の重大な損害が発生している または ・死亡している
②	・一時的労働不能が連続して6カ月間におよぶ または ・1年の期間内に失業が断続して6カ月以上におよぶ
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（例外的規定）
④	・日常生活に重大な損害をもたらす（例外的規定）

（出典：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」首都大学東京『法学会雑誌46巻2号』（2006.11）をもとに作成）

したがって、すべての医療事故を補償対象としているものではなく、一定水準以上の重度の損害を賠償・補償の対象としている。

また、対象となる医療事故は2001年9月5日以後に発生したものに限定されている。

e. 財源

民間損害保険による過失責任に基づく賠償については、医療提供者が負担する保険料が財源である。

一方、補償公社の財源は、公的医療保険者である疾病保険機関からの交付金を主な財

源としている。

f. 請求件数

2004年の地方委員会での裁定件数は、1,226件であった。このうち医療提供者の過失が認められ、保険会社での賠償となった案件は、245件で全体の20.0%であった。無過失事故とした補償公社での補償となった件数は209件で全体の17.0%であった。裁定結果として最も多かったものは、却下で561件、全体の45.8%に上っている。却下される主な理由は、損害発生要件を満たさない、過失および無過失の不存在、損害発生が裁定の対象となる2001年9月5日以前であることであった（図表7参照）。

図表7 2004年の地方委員会の裁定結果

裁定の結果	件数(件)	構成比(%)
保険会社への提示(過失)	245	20.0
補償公社への提示(無過失)	209	17.0
却下(損害発生要件を満たさない)	288	23.5
却下(過失および無過失の不存在)	256	20.9
却下(損害発生が基準日以前)	17	1.4
一部過失および一部無過失の事故の損害認定	20	1.6
自然現象および一部無過失の事故の認定	19	1.5
自然現象および一部過失の事故の認定	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	2	0.2
新たな専門家または補充の専門家の選任	152	12.4
症状固定後の再鑑定	11	0.9
その他(申立人の死亡、申立て取下げ)	3	0.2
合計	1,226	100.0

(出典：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」首都大学東京『法学会雑誌46巻2号』(2006.11)をもとに作成)

g. 制度の一部変更

フランスでは、制度発足してまもなく医療機関や保険会社から強い批判が起こり、2002年12月30日法によって制度に一部変更が加えられた。この点は損害保険会社にとって大変興味深い点であるため紹介する。

この制度発足当時には、主に次の4点の問題があり、賠償責任保険を提供する民間損害保険会社が、賠償責任保険の保険料の大幅引き上げやこの分野からの撤退などが相次ぎ、大きな問題となった。

これを改善するため2002年12月30日法が制定され、問題点が改善された。どのような問題が発生し、どのように改善したかについて概要を説明する。

問題点 1

賠償責任保険の付保義務が課せられたため、保険会社のエクスポージャーが増大した。

→法改正による改善

賠償資力のある一部の医療提供者については、付保義務が免除された。

問題点 2

院内感染による被害は、医療提供者がその原因が外来のもので過失責任のないことを証明しない限りは、医療提供者の過失責任とされていた。このため、院内感染リスクは結果的に民間の賠償責任保険が担保することになっており、保険会社にとっては定量的な把握がしにくいリスクを負うこととなっていた。

→法改正による改善

死亡または機能喪失 25%以上の院内感染被害は、補償公社が補償責任を持つことで保険会社のリスク負担が軽減した。

問題点 3

フランスの判例では、クレームズ・メイド・ベース¹³の契約が否定されていた。賠償責任保険をオカレンス・ベース¹⁴とした場合、保険会社には保険責任の終了時期が判明しないというリスクがあった。

→法改正による改善

クレームズ・メイド・ベースの契約が認められるようになった。あわせて保険契約終了後の請求期限を定めることとした。これにより保険会社の保険責任終了時期が明確になった。

問題点 4

保険会社が補償公社から求償されるリスクがあった。

院内感染により患者が死亡または機能喪失 25%以上となった場合は補償公社が補償を行うが、補償後に医療提供者に過失責任が認められた場合には、補償公社から保険会社に求償されていた。そのため保険会社は求償リスクについて、定量的把握や責任の終了時期を把握できなかった。

→法改正による改善

補償公社が補償を行った後は保険会社への求償は原則¹⁵としてできなくなった。

¹³ 保険期間中または保険期間終了後の所定の期間内に保険会社に通知された賠償請求に対して保険金支払をする契約方式。

¹⁴ 保険期間中に発生した事故に起因する賠償請求に対して保険金を支払う契約方式。保険期間終了から何年も経過した後に賠償請求されたとしても、保険金支払の対象となる。

¹⁵ 例外は、過失が明らかな場合や院内感染防止措置に関する規制に従っていなかった場合である。出典：伊藤文夫、押田茂實編集『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（2005.12）

4. わが国から見た各国制度の問題点および教訓

以上のように、ニュージーランド、スウェーデン、フランスの制度を大まかに紹介したが、各国の制度はわが国に当てはめることのできない問題点があるため指摘しておきたい。

(1) ニュージーランド

ニュージーランドの制度は社会保障制度として被害者救済という面で補償の有用性が高い。しかしニュージーランドは人口規模が約 430 万人の国であり、わが国で当てはめた場合には、社会保障費の絶対的なコスト負担が膨大なものとなり、現実感の乏しいものとなる懸念がある。

(2) スウェーデン

スウェーデンについては、社会保障制度に基づき、保険機構を用いて補償を行っている。しかし、ニュージーランドと同様、人口規模 930 万人と小規模であり、高負担高福祉という国民的理解がなされている点でわが国と大きく異なっている。

また 1970 年代から制度化され、既に 30 年以上の運用実績がありながら、補償水準としては低いものでしか実現できていないという点で、医療事故の無過失補償制度の困難性を感じることもできる。

(3) フランス

一定以上の重度の被害者に限定されているものの、無過失補償制度を医療事故専門の ADR 機関と組み合わせている点、ならびに、過失責任主義を否定せずに制度を実現している点は参考となる。

医療事故被害については、わが国でも ADR 機関がまだ多くはないことから、国家的な ADR 機関によって被害者救済の一元的な受付機関を設立した意味合いは大きいと考える。

ただし、先に述べたように、過失責任に基づく損害賠償は民間の賠償責任保険を利用したが、制度導入当初には、保険会社にとって保険責任の終期が判明しない等、リスクの定量的把握が困難であることが問題となり、補償公社の補償と保険会社の賠償の棲み分けを明確化する等の改善がなされた経緯がある。

公的制度の中で民間保険を利用する際には、民間保険会社の保険責任を明確化することが保険引受リスクの管理上必須であることを示唆する事例であり、官民での事前の十分な調整が必要である。

5. わが国の産科医療補償制度

わが国では2009年1月から、医療事故の無過失補償制度として、産科医療補償制度が発足した。通常の妊娠・分娩にもかかわらず、分娩に関連して重度脳性麻痺となった新生児と妊産婦への補償の機能と、原因究明・再発防止の機能を併せた制度であり、紛争の早期解決と産科医療の質の向上が目的となっている。

そして補償機能については、各分娩機関が被保険者、日本医療機能評価機構を契約者として民間保険会社が保険者となっている。民間保険による補償の範囲は詳細には公表されていないようだが、公的保険制度に民間保険会社の機能を加えた点で注目すべき制度であろう。

産科医療に関しては、少子化対策や産科医療の担い手不足といった面からも、早急な補償制度の実現が求められていたものと考えられる。

補償範囲が極めて限定的であることから、制度の早期実現を優先したのと考えられるが、今後、他の無過失補償制度を創設するという観点からは、より広範な補償範囲を持つ制度を幅広い国民的議論を経て創設することが望ましいと考える。

6. 新たな制度設計に向けて

医療事故において医療提供者の過失責任を全て免責した補償制度を作ることには無理があると考ええる。フランスの事例のように、過失責任に基づく賠償と、過失責任を問えない事故の補償とを并存させる考え方は現実的かつ有効性が高いと考える。

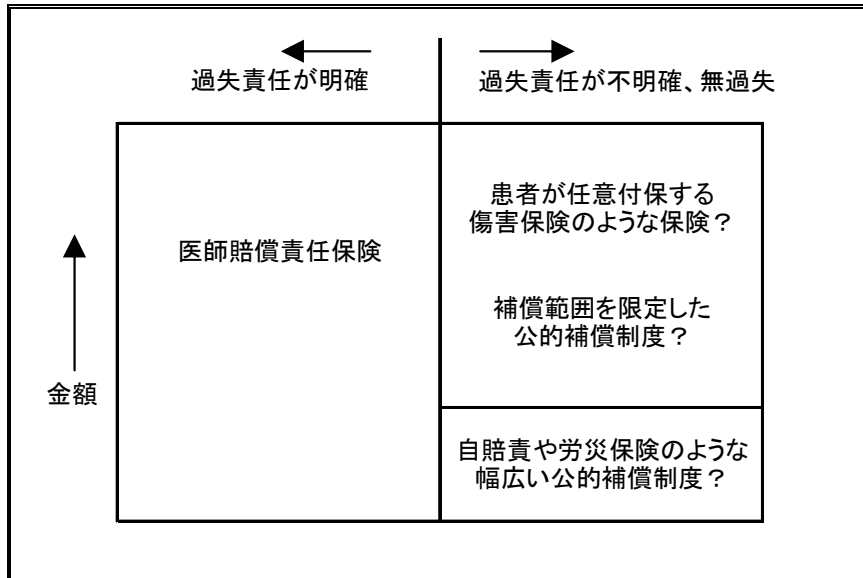
わが国において、過失認定に重きをおかない被害事故の公的救済制度としては、自賠責保険や政府労災保険がある。これらの保険には上乗せとして任意の自動車保険や民間保険会社の労災保険もあるように、医療事故の補償についても補償金額で階層分けした制度も考えられる。

さらには、被害者となる可能性のある国民側で、傷害保険・医療保険のような定額給付の保険に任意加入することで、公的補償制度による補償限度額の上乗せをすることも考えられよう（図表8参照）。

ただし、制度設計はあくまで方法論であり、多くの選択肢が考えうるはずである。制度設計よりも優先すべきは、まず、第一に国民的議論に基づくコンセンサスの形成であると考ええる。現時点では医療事故の発生については、新聞報道等もあり、ある程度、社会的に認知されていると考えるが、その損害を、誰が、何を財源に、どの程度の補償を、どうやって行うか、については検討や議論が必要であろう。前記「2. わが国における動向」で記載のとおり、ある程度の基本的検討はなされてきている。今後は、各方面での議論を経て医療事故補償の国民的なコンセンサスが形成されることを期待する。

そうしたコンセンサスに基づき、損害保険の利用も含めた制度設計の検討が行われるべきであろう。

図表 8 医療事故補償制度の構想イメージ



(出典：筆者作成)

7. おわりに

医療においては、本質的に過失・無過失を問わず事故の発生を完全になくすることはできないであろう。自動車事故の発生が完全にはなくせないであろうことと同様にも感じられる。ただし、医療事故の賠償・補償に関しては、自動車事故における自賠償保険・自動車保険と同様には考えられないであろう。事故の過失割合などがある程度、類型化できる自動車保険と比較して、医療においては極めて個別性・専門性が強いものであり、一律に過失割合を決めることはできないと考える。

医療事故が発生した場合に、患者を救うために善意で対応した医療提供者に対して、訴訟による損害賠償請求といった大きな負担を課すことが、結果的に医療の担い手の不足や訴訟対策的な過度の検査・投薬等につながるとしたら、患者にとっても医療提供者にとっても不利益となるであろう。

リスクをなくすことはできないが、リスクに対して何らかの備えを考える際に、損害保険の有用性は高いと考える。医療事故に対する補償制度に関しても、損害保険が何らかの役割を果たすことができないだろうか。医療事故補償制度が国民的議論となる前に損害保険業界において官民の役割分担の検討などがなされても良い課題ではないか、と考える。

<引用・参考文献>

- ・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」首都大学東京『法学会雑誌 46 巻 2 号』
- ・浅井尚子「ニュージーランドの事故補償制度に学ぶ」『日医ニュース第 1052 号（平成 17 年 7 月 5 日）』
- ・阿部康一「医療事故被害者救済策としての ADR の可能性」（2005.8）
- ・伊集守直、藤沢由和「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—スウェーデンにおける無過失補償制度とその財源に関する検討—」『平成 19 年度厚生労働省科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）研究協力報告書』
- ・伊藤文夫、押田茂實編集『医療事故紛争の予防・対応の実務』新日本法規出版（2005.12）
- ・岡井崇、木村武彦、重光貞彦、石渡勇「医療事故における無過失補償制度」『周産期医学 34 巻 12 号』（2004.12）
- ・尾崎孝良「患者の期待権と無過失補償制度—民事訴訟における過失責任主義の限界—」『日医総研ワーキングペーパーNo.209』（2009.12）
- ・小西貞行「医師賠償責任保険」『周産期医学 34 巻 12 号』（2004.12）
- ・宍戸伴久「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—」国立国会図書館『レファレンス No.690 平成 20 年 7 月号』（2008.7）
- ・長谷川友紀、長谷川敏彦、相馬孝博、山田順子「諸外国における医療安全対策に関連した法制度等に関する予備的研究」『平成 13 年度厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）研究報告書』
- ・山口齊昭「医療事故被害者救済制度について」『賠償科学 No.30』（2003.12）
- ・山野嘉朗「フランス賠償医学展望（その 5）」『賠償科学 No.28』（2002.12）
- ・山野嘉朗「フランス賠償医学展望（その 6）」『賠償科学 No.30』（2003.12）

<参考サイト>

- ・医療事故市民オンブズマン メディオ ウェブサイト <http://homepage3.nifty.com/medio/>
- ・厚生労働科学研究成果データベース ウェブサイト <http://mhlw-grants.niph.go.jp/>
- ・最高裁判所ウェブサイト http://www.courts.go.jp/saikosai/about/iinkai/izikankei/toukei_01.html
- ・産科医療補償制度ウェブサイト <http://www.sanka-hp.jcqhcc.or.jp/>
- ・日本医師会総合政策研究機構ウェブサイト <http://www.jmari.med.or.jp/>
- ・日本弁護士連合会ウェブサイト http://www.nichibenren.or.jp/ja/opinion/report/070316_2.html
- ・民主党ウェブサイト <http://www.dpj.or.jp/news/?num=16667>