

フランスの医療事故補償制度の最新動向

石塚 秀雄

1. 医療事故補償制度の特徴

当機関誌では、これまで主要各国（フランス、イギリス、ドイツ、デンマーク）等の医療事故補償制度についての紹介を行ってきた。とりわけフランスの医療事故補償制度について、2007年定期総会記念講演にフランス政府機関 ONIAM から責任者の局長を呼び、講演等を実施し、機関誌にその内容を掲載した（20号参照）。以後、一定時間も経過しており、フランスの最新状況を紹介したい。

はじめに、改めて、医療事故補償システムについての概要について簡単に述べる。日本にはこれまでのところ、いわゆる医療事故補償システムは存在しない。医療事故訴訟が存在するのみである。医療事故補償システムのあり方としては次のようなものがある。①当事者同士の手続き、②医療団体による手続き、③患者保証団体による手続き、④民間保険・共済機関による手続き、⑤政府機関による手続き、⑥裁判（訴訟）による手続き、⑦以上のいくつかの組み合わせ、である。医療事故

補償制度は各国の医療制度および医療機関の形態によって、それぞれ特徴がある。いずれにしても、基本は、第一に「被害」にあった患者の権利を守ることである。第二に、補償を誰がするのかである。理屈としては、普遍主義的な医療制度であれば、公的（機関）の責任が問われるだろうし、民間的な傾向をもつ医療制度ならば、契約原理に基づく責任が問われることにもなる。しかし、医療制度および医療機関の各国のあり方はそれぞれ単純ではなく、いわば混合型といってよい。表1はヨーロッパの主要国の医療事故補償制度である。裁判を通じた解決方法は、いわば契約原理に基づくものといえる。一方、フランスの制度の特徴は、国家が補償の責任を持つという側面では「普遍主義」原理に基づくものといえる。

2. フランスの医療制度の特徴

フランスの医療制度は、ドイツのビスマルクモデル（社会保険モデル）とイギリスのベバリッジ（普遍主義モデル）の混合型といえる。医療機関も公的病院と民間医療機関の混合型である。一方、

表1. ヨーロッパの主要国の医療事故補償制度

国名	関連法律	実施主体
ドイツ	裁判外仲介手続き規則	地方医師団他。医師責任不問。
イギリス	医療訴訟裁判外民事手続規則（1999） 患者人権法（1998）	示談がだめなら裁判。公的医療は医療局。民間医療は契約原理。
スウェーデン	過失医療事故被害者保障法（1975） 患者保障法（1996）	無過失保証。医療責任と被害者保証を分離。
デンマーク	患者保証法（1991） 被害保証法	患者保証協会（基準認定）。無過失保証。過失ある場合は被害補償法による。
スイス	医師責任裁判外仲介手続規則（1982） 民法	医師連合会。州仲介局の出番少な。裁判所。民法第364条「医師の委託責任…」
イタリア	民事裁判所規則	医師は詐欺、重大な過失以外は損害責任を負わず。
フランス	医療過誤責任保証法（2002） 患者権利法（2002） 医療事故処理規則（2002）	ONIAM（政府機関）。 保険者団体。 裁判所。

石塚作成

社会保障予算は独立しており、国家予算との二本立てである（日本は国家予算の中に社会保障予算が組み込まれている）。さらに社会保険の管理は、国、ONDAM 疾病金庫、(労働者・農民・自営業)の共同管理である（日本の場合は、実質的に国の管理）。

フランスの病院数は公的病院が997、民間病院が2000、民間診療所800などである。公的医療サービスを実施する病院と民間医療を行う営利病院（診療所）が1000ある。また表2は3セクターで分けたものである。

表2. フランスの3セクター病院区分

種類	数	構成比	ベッド数	構成比
公的病院	1,315	31.3%	303,420	65.7%
非営利病院	1,446	34.4%	64,917	14.0%
営利病院	1,442	34.3%	93,812	20.3%

Fehap, 2007

医療事故補償の対応も、医療機関の性格によって、原理的な相違があるといえる。すなわち、公的病院の場合は、無過失責任賠償法（医療法）の適用が考えられるし、医療制度の傘下でない民間病院の場合は自由医師の責任が考えられる。自由医師とはフランスの医師約20万人のうち約6割を占める。自由医師の9割はGAMM（医師相互保険団体）に加入している。民間病院はSHAM（病

表3. 賠償請求数の推移

年	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	合計
請求数	1907	3553	2728	2736	3446	3561	3615	4117	25663
月平均	半期分	296	227	228	287	297	301	343	—

ONIAM, 2010

表4. 賠償請求の処理数の推移

	2006	2007	2008	2009	2010
CRCI 受理数	658	758	813	786	732
付帯意見書(1件につき複数コメント)	1435	1898	2093	2063	1786
処理終了案件	292	513	561	748	458
支払い総額(100万ユーロ)	35.73	62.78	73.88	62.59	46.05
支払い平均(ユーロ)	61,547	86,924	98,688	75,173	79,392

注. 支払い総額は年度にまたがるために、処理件数と支払い平均との整合性はない。

ONIAM, 2010

院共済組合保険会社）と保険契約している。

3. オニアム (ONIAM、全国医療事故補償局) の最近の動向

オニアムが2003年からスタートしてから毎年の賠償請求は増加傾向にある。請求は地方のCRCI（医療事故補償調停地方委員会）が窓口となる（表3）。

賠償請求数のうち妥当として受理されるのは5分の1程度である。表4はONIAMによる処理件数と平均賠償額である。

またONIAM 医療事故訴訟の当事者になっている件数は表5の通りである。訴訟数は増加傾向にある。これらの訴訟は、ONIAM すなわちCRCI に対する請求手続きを通過して訴訟に至った場合と、CRCI に対する請求をすることなしに、直接訴訟に至ったものがある。

ONIAM が被害者のために起こす訴訟とは、補償額が一端確定し、それが保険者が支払うべきものであるのに保険者が補償金の支払いを拒否した場合に行うものである。通常、補償金支払いが確定した場合、保険者は2ヶ月以内に支払う義務がある。

表5. ONIAM が関わる訴訟の種類

裁判所の種類	訴訟件数
行政裁判所	669
行政控訴院（行政高等裁判所）	52
国務院（行政裁判所）	1
大審裁判所（地方裁判所）	759
控訴院（高等裁判所）	33
破棄院（最高裁判所）	7
合計	1521

ONIAM, 2010

表6. ONIAM が関わる医療事故訴訟件数

訴訟審議場所	2009	2010	前年対比
CRCI への請求なしの訴訟	741	894	+21%
CRCI への請求後の訴訟	462	624	+31%
合計	1203	1521	+26%
ONIAM が被害者のために起こす訴訟	106	151	+42%
ONIAM に対して被害者が起こす訴訟	340	458	+34%
ONIAM に対して保険者が起こす訴訟	2	2	—
ONIAM に対して CPAM が起こす訴訟	14	13	-7%

ONIAM, 2010

また、患者被害者が CRCI への請求なしに直接裁判に訴える訴訟の内容は、表7の通りである(年度上の数字の整合性はない)。訴訟の結果、いわゆる ONIAM が敗訴にり賠償義務が生ずる率はきわめて低く10%に満たない。また、CRCI への請求後、被害者が不服で訴訟に持ちこむ場合でも、被害者が勝訴する率は数パーセントときわめて低い。

表7. 患者被害者の直接訴訟の内容 (CRCI への請求なし訴訟)

判決内容	2007-2010	2010
訴訟破棄	43	12
ONIAM に過失なし	238	64
訴訟の事項	164	50
ONIAM に補償責任あり	33(7%)	13(9.3%)
合計	478	139

ONIAM, 2010

4. オニアムの経費

オニアムは公的機関であるので予算と決算がある。2010年度の予算と決算を表8に示す。

表8. オニアムの予算決算 (2010年度)
単位100万ユーロ

項目	予算	決算
医療事故補償金	90	56.67
VIH 被害者補償金	8	4.33
義務的ワクチン被害補償金	1.9	1.92
専門家・弁護士委託費用	5.14	5.06
職員人件費	7.75	7.06
予備費	1.70	1.27
合計	114.50	76.31

ONIAM, 2010

5. オニアムの機能

オニアムによる国家医療事故補償制度は、国民的連帯に基づき医療事故被害者に賠償を支払うものである。医療事故被害者が補償を受けるルートは実際には医療供給側の法人形態によって3種類ある。私的な示談、裁判、そしてオニアムである。オニアムの制度はフランスの公的医療制度と密接に関係したものとして作られたものである。日本もまた国民皆保険制度を謳っているが、公的な医療事故被害者補償制度を作るという考えは希薄である。その理由はいくつかあげることができよう。すなわち、①日本の医療供給サイドは民間セクターが主体である。そのために医療事故の責任について個別に対応する傾向がある。②政府に普遍主義的医療制度を充実させる観点が弱い。③医療事故責任に関する法体系において事故責任が刑法的視点によって処理される。④患者(被害者)団体など市民団体が医療事故補償制度に関心が薄い。すなわち、患者の権利の拡大をする取り組みが弱い。⑤医療裁判主体を選好する傾向がある。この場合は、被告原告、契約原理などの論理を好むということになる。

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)