



平成20年度国内共同研究

## 医療分野における紛争処理およびその関連する事象の補償にかかわる諸制度の国際比較研究

静岡県立大学経営情報学部 准教授

藤澤 由和

「医療分野における紛争処理およびその関連する事象の補償にかかわる諸制度の国際比較研究」という長いタイトルですが、要するに医療分野における紛争処理と、その紛争処理に関わるその後の補償の問題に関する国際比較研究をさせていただきました。

### 【ポスター 1】

論点としてはいくつかございますが、今回出てきた成果の論点はここに挙げた3つあります。

紛争処理と補償制度というものは、国によって、文化的、社会的、司法とか社会保障の文脈も含めて、色々な組み合わせがあるので、なかなか日本と単純に比較することは難しいかなと思われまして、補償そのものに対する社会的な考え方とか位置づけも異なります。制度をどう評価し、それを踏まえて日本でどう考えていくかということもあると思います。

それらをどう考えていくかということをご提示します。

### 【ポスター 2】

それぞれの国で色々なやり方をされていて、いくつかのパターンがございます。

フランスのように、紛争問題と補償の問題を一体的に運用しているような、比較的新しく、2002年にできた制度があります。

### 【ポスター 3, 4】

あと、ニュージーランドやスウェーデンの、無過失補償の代表としてよく出てくるよう

ポスター 1

研究成果の論点

- 紛争処理における補償制度の位置づけ
- 補償制度の社会的位置づけ
- 制度の評価

ポスター 2

紛争処理における補償制度の位置づけ

- 一体型
  - フランス：医療事故等被害者救済制度（2002）
  - 過失責任の原則を保持する一方で、国民連帯の下で、重大な医療事故について無過失補償をおこなうことにより、被害者の早期救済し、紛争を可能な限り和解的に解決することを目的とする。
  - 地方医療事故損害調停・補償委員会により、医療機関の無過失が認められる裁定が下され、恒常的損失が25%以上の事案に関して、公社が補償額を提示し、患者が承諾すれば和解が成立。

な制度もありますが、ニュージーランドとスウェーデンとは若干違います。フィンランド、デンマークなど北欧の国は、スウェーデンの制度を基に、ほぼ同じような制度を運用しています。

#### 【ポスター 5】

ドイツは、補償の部分は基本的に切り離して、紛争処理だけに特化するような、制度といますか、自立的なやり方をするパターンです。

#### 【ポスター 6】

アングロサクソン系は主にそうなのですが、ほとんど民事分野で補償の問題を解決しようとしています。その中でもアメリカなどではある領域、例えばバージニア州とかフロリダ州などでは産科に関していわゆる補償制度はある。日本もこれに近い。

そういったわけで、いくつかのパターンがございます。

ここでフランスをご説明します。非常に典型的なのが、原則的に過失責任、つまり何らかの行為において過失があったということを認めるか認めないかという文脈と補償の文脈

ポスター 3

### ■ 紛争処理における補償制度の位置づけ

- 分離型（補償制度）
  - ニュージーランド：事故補償制度（1974）
  - 事故の「予防」、事故により生じた障害などを「リハビリテーション」を通しての社会復帰を促し、かつ事故により生じた被害に対して「補償」を一括して行う制度。
  - 医療事故に対しては、1992年の法改正により、独立した補償対象とされた。
  - 治療による被害（Treatment Injury）を受けた、国内外のニュージーランド国民、在住権保持者およびニュージーランド一時滞在者。

ポスター 4

### ■ 紛争処理における補償制度の位置づけ

- 分離型（補償制度）
  - スウェーデン：国民および患者に対する補償保険制度（1975）
  - 公的および私的医療提供者らの拠出による保険制度に基づく、医療による事故被害者への補償制度
  - 補償対象となる被害としては、特定の基準を満たすなどの、治療による被害、機器による被害、診断による被害、感染被害、事故関連被害、投薬被害などを受けた者など。

ポスター 5

### ■ 紛争処理における補償制度の位置づけ

- 分離型（紛争処理制度）
  - ドイツ：鑑定委員会・調停所（1970年代）
  - 医療行為における紛争に関わる法的、経済的な問題に対して、専門職としての自律性の担保と同時に解決への道筋を探る方策として。
  - ここでの結果に対する強制力は無いため、補償という問題に関しては保険会社との直接交渉（示談）か、もしくは裁判による決着を求める必要がある。

ポスター 6

### ■ 紛争処理における補償制度の位置づけ

- 領域型
  - アメリカ：バージニア出産関連脳性麻痺補償制度（1987）
  - 医師および医療機関の自主的な拠出により、出産における脳性麻痺障害への補償を行うことを目的とする。なお、制度への参加、不参加は各自により選択することができる。
  - 新生児が日常生活におけるあらゆる活動において困難を伴う恒久的障害が対象（ただし出生時から10年以内に申し立てる必要があり、死産の場合は、対象から排除）。

---

は複雑に組み合わされているのですが、フランスにおいては過失責任というものに関して、全ての医療従事者、医療機関に保険に入ってもら。強制的にです。強制的に日本というところの医賠責と同じところに入るのですけれども、その上で、基本的に保険でほとんど処理をする。保険で処理をして、保険では対応できない部分（なかなか難しい問題がたくさんあります）に関しては、国家連帯の名の下に、国によって補償するというやり方をしております。

日本は今、医療安全庁を作るといような話になってはいますが、そういう部分とスキームは結構似ているのですけれども、医療従事者を中心に司法関係者も含めて、各地域ブロックごとに事実認定を行うような機関を設け、その中で話し合いが行われて、公社というか、公的な組織で補償額を認定して、それで患者が受け入れれば和解が成立する仕組みを作っている。

ニュージーランドとスウェーデンは同じ無過失補償と言われているのですけれども、大きく違うのは、スウェーデンは医療に特化したパターンであり、ニュージーランドの方は医療だけではなくて、基本的に全ての事故に関しての補償制度があり、その中の1つのサブ制度として、医療分野が走っているということです。

実際、ニュージーランドの場合は何回か改革が行われておりますので、直近の話というのは難しいのですが、一番近いところの話ですと、元々ニュージーランドの場合は医療者から「これは事故である」という認定の証明書を書いて貰わないと補償は受けられない、しかしそういうものがあるとなかなか補償を受けられなくなるという可能性が高いということで、その規制を外して、単なる医療行為上のプロセスにおいて何か問題が起った、それによって何らかの障害や病気になったことを証明できるだけで補償するようになったと言われています。それによって急激に補償申請が高まって、ファンドの運営がかなり厳しくなってきた、また近々改革になるのかなと言われています。

スウェーデンに関してですが、スウェーデンの医療制度そのものは少し特殊で、いわゆるイギリス型の公的な医療制度で、個別の医療機関を運営する公的なランスタング（日本では県にあたるようなところ）がお金を出し合って患者救済のためのスキームを作っています。ただスウェーデンは非常に面白いところがありまして、過失とか無過失とか、そういう議論は一切しない。あくまでも完全に補償に特化した制度という形で議論されている。よく、無過失補償になると医療従事者の責任が無くなるとか、たまに変なことを聞いたりするのですけれども、全くそれは文脈が違って、補償に関しては過失・無過失という問題とは切り離して、補償の問題として議論する。それとは別に、医療従事者の問題に関しては、例えばパフォーマンスが著しく低いとか、そういうものはまた別の観点から処理していくというやり方です。完全に切り離してやっています。

ニュージーランドも基本的には切り離すということになっていたのですが、元々は切り離されてなかったのを切り離した結果、かなり色々制度的に混乱が生じている。最初から制度設計をしていけばよいのですが、途中で変えるとぐちゃぐちゃになってしまうということです。

ドイツはご存知のように、日本の医師会とは違う、日本の弁護士会に近いような、かなり自立性の高い医師会が独自に事故調査会みたいなものを持っていて、そこで認定する。ただこれは裁判とは一切関係ないので、全く補償とは切り離されている、ということです。

## 【ポスター 7, 8, 9】

最後にまとめです。

問題の同定に対する制度的な扱いというのでしょうか、日本でよく議論になるところの「どこがどのように事故の問題を考えるか」という話なのですが、アングロサクソン系を中心に、ヨーロッパもかなりそういうところが多いのですけれども、日本と違ってコロナ制度みたいな、医療分野だけではなくて、あらゆる領域における不審死とか、そういうものを検討する司法的部分が存在している。司法との関係性というところで、アングロサクソン系だと日本と違って、特にトートという不法行為の文脈が非常に大きいので、単純に比較はできない。あとまた、ニュージーランド、スウェーデンのように社会保障制度が高い国においては、広く薄く早く補償をすることはかなり意味があるのですが、日本だと必ずしもそれが当てはまらないということで、単に無過失補償制度を作ってもいいのかという部分があると思います。

最後に今一番テーマになっているものは、この補償の問題は結構後ろ向きな話なのですが、今、それを医療の質と結びつけていくような制度設計ができることが求められている段階だということです。

## ポスター 7

## 補償制度の社会的位置づけ

- 問題の同定に対する制度的な扱い
- 司法制度との関係性
- 社会保障制度との関係性

## ポスター 8

## 制度の評価

- 制度の安定性
- 補償の額と範囲
- 医療（の質）の問題として

## ポスター 9

## 謝辞

- 本研究の遂行に関しては、海外の多くの方々のご協力を頂いた。中でも下記の方々からは非常に大きな支援を頂き、この場をお借りしてお礼申し上げます。
  - Professor Charles Vincent (Imperial College London, Faculty of Medicine, UK)
  - Bernie Harrison (Director, Director Organisational Development and Education, Clinical Excellence Commission, Australia)
  - David Hirsch (Barrister, NSW, Australia)
  - Dr Jillann Farmer (Medical Director, Patient Safety Centre, Queensland, Australia)

---

## 質疑応答

会場： 最後に「医療の質の問題として」と言われたことは、日本がこれから制度設計するに際して参考にすべきことだということですね。色々な国を参考にされて、先生から日本に何か良いサジェスション (suggestion) をお願いしたいと思います。

藤澤： 今、ほぼ多くの国の医療政策・医療制度を考えている研究者や、行政の担当官、医系の担当官達は、単に後ろ向きに補償してどうするかという問題を、どうやって制度全体として医療の質に結びつけるかということを一生涯考えています。当然日本においてもそう考えるべきなのですが、まだ社会的、文化的、司法の問題、社会保障の問題があって、単純に持ってこれません。やはり日本は日本なりの創意工夫をしていく必要があります。そしてもう一つ重要なのは、日本の医療は5年後、10年後、100年後、最後はどこに向かっていくつもりなのか？ それが無いと、個別の制度設計をいくらやっても厳しいかなと私は思っております。そこら辺は是非、お考えいただければと思います。

会場： それでは、永久に我が国では作れないということなのでしょうか（笑）。

藤澤： 今日日本は、色々すごく細かな議論が多いのですが、100年後ではなくても、5年後、3年後でも良いのですけれども、将来への考えが重要です。お金の問題もそうなのですけれども、もう少し広い部分で考えていくことが必要かなと思います。そんなに難しいことではないと思うのです。やはり医療従事者は優秀ですので、お考えいただければよろしいと思います。

会場： 是非提案をしてください。