

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）
研究協力報告書

国内外における医療事故紛争処理に関する法制的研究 — 諸外国における医療事故紛争処理に関する研究 —

[研究協力者] 濱野 強 新潟医療福祉大学 助手
[主任研究者] 藤澤 由和 新潟医療福祉大学 助教授

■ 研究要旨

米国においては医療事故報告制度にかかわる様々なシステムの体系的な整備が展開されており、医療事故報告制度を含む医療安全に対しては国家レベルでの取り組みが展開されている。そこで、本研究では先駆的な取り組みを展開しているマサチューセッツ州を中心にニューヨーク州やフロリダ州などとの比較検討を通して、医療事故報告制度と行政処分との関連性に関して分析を行なった。

A. 研究目的

わが国において、医療事故報告制度に関する取り組みの歴史は始まったばかりであり、今後は報告された情報をいかにして医療の安全性に結び付けていくかという具体的な方策に関する議論が求められている。また、米国においても医療事故報告制度にかかわる様々なシステムの体系的な整備は始まったばかりであるが、報告制度を含む医療安全に対する国家レベルでの取り組みが展開されている。こうした体系的な医療安全への取り組み、その中でも医療事故報告制度に関する取り組みには着目すべき点があり、今後のわが国における医療事故報告制度に関する制度設計において、大いに参考になると考えられる。

そこで、本研究では先駆的な取り組みを行っているマサチューセッツ州を中心としてニューヨーク州やフロリダ州などとの比較検討を通して医療事故報告制度と行政処分との関連性に関して分析を行なうことを目的とした。

B. 研究方法

本研究は、米国の医療事故報告制度に関する文献や調査研究資料を集約・分析するとともに、必要に応じて米国の医療事故報告制度に関する研究者に対して聞き取り調査を実施した。

（倫理面への配慮）

本研究は、倫理面に特段の配慮は必要ないと考えられるが、情報の出所に関して可

能な限り明記するよう努めた。

C. 研究結果

マサチューセッツ州では、厚生省（Department of Public Health（以下、DPH））が運営主体となる医療事故報告システムが整備されている。その他には、医師免許登録委員会（Medicine Board of Registration in Medicine（以下、BORIM））が運営主体となる有害事象の報告システムが整備されている。両者の医療事故報告システムの違いは、DPH は各医療機関のライセンスの監督・管理を担っていることから医療の質に関する標準化の視点より報告システムを運用しており、その一方で BORIM は医師のライセンスの監督・管理を担っている組織であることから医師に対してより教育的であり、かつ提供される医療のモニタリングの視点より報告システムを運用している。こうしたマサチューセッツ州の医療事故報告制度に類似した取り組みとして、フロリダ州での医療監督局が管理主体となる医療事故報告制度がある。マサチューセッツ州およびフロリダ州の医療事故報告制度において共通している点は、単に各医療機関に医療事故に関する状況報告を求めているのではなく、なぜそのような有害事象が生じ、今後どのような予防策を講じていく必要があるのだろうかといった報告が求められている。

医療事故報告システムと医師への行政

処分との関連性についてみると、マサチューセッツ州 BORIM が管理している有害事象報告システムである PCA においては、有害事象に関する情報は州法により匿名性が担保されていることから、各医療機関が 3 ヶ月ごとに提出する報告書には有害事象に関わった医師の氏名は記載されておらず、それゆえ医師に対する処分において一連の有害事象に関する情報は用いられない。一方で、DPH が監督している医療事故報告システムにおいては、収集された有害事象に関する情報は必要に応じて各種関係機関に対して提供がなされており、必要に応じて行政処分における検討資料とすることが可能となっている。ただし、マサチューセッツ州においては、現時点において、医療事故報告制度により収集された情報に基づき処分が執行された事例はない。同様に、ニューヨーク州では厚生省（Department of Health）が運営主体となる医療事故報告制度（New York Patient Occurrence Reporting and Tracking System）が整備され、本制度で集約された情報で有害事象として問題が生じている場合においては専門医療行為委員会へ報告される仕組みとなっており、医療事故報告制度と行政処分の明確な関係性が確保されている。ただし、ニューヨーク州においても実際の処分までには至っていない現状にある。

D. 考察

医療安全の推進においては、医療事故に関する正確な情報収集がその一端を担うことは間違いないが、それを行政処分においていかに活用していくかに関しては、米国の状況は非常に参考に資することが考えられた。

E. 結論

医療事故報告制度と行政処分の現状に関してマサチューセッツ州、ニューヨーク州、フロリダ州という先駆的な取り組みに関してその実態調査を行った。行政処分との関連性を考える場合においては、事故報告に対する医師や医療機関に対する何らかのインセンティブも含めた制度構築の検討が必要であることが考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 濱野強、藤澤由和. 米国における州医療事故報告制度の動向に関する研究. 新潟医療福祉学会誌 6(1):56-63. 2006.

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況

なし

医療事故と無過失責任制度に関する研究

[分担研究者] 淡路剛久 立教大学大学院法務研究科 教授

[分担研究者] 峯川浩子 立教大学大学院社会学部

■研究要旨

国際的にみて、医療過誤訴訟は通常過失責任制度の下で運用されている。しかし、現行の損害賠償制度は、被害者に対する賠償の問題のみならず、事故抑止の観点からも不十分な制度だとして、無過失責任をベースとしたアプローチに置き換えることが近年主張されてきている。そこで、本研究においては、これまでわが国において導入されてきた無過失責任制度について概観すると共に、スウェーデン無過失責任モデルについて検討を加えた。

A. 研究目的

無過失責任制度に関する知見を獲得することを目的とする。

B. 研究方法

これまでに公刊された判例、書籍、論文、新聞記事等により情報を収集し研究を遂行した。

（倫理面への配慮）

個人を同定しうるような特定の情報を扱う際には、細心の注意を払い、その取り扱いに留意した。

C. 研究の成果

I. 日本における無過失責任立法

日本の不法行為法は、1960年代頃から人身不法行為の事例が増加し、いくつかの領域において無過失責任法が定められた。民法典の外で立法化された無過失責任の規定および保障基金制度としては、以下のようなものがある

① 鉱業活動によって引き起こされた損害に対する鉱業権者の責任については、鉱

業法（109条）

- ② 労働災害 労働基準法、労働者災害補償保険法
- ③ 原子力事故に対する原子力事業者の責任 「原子力損害の賠償に関する法律」（3条）
- ④ 大気汚染による健康被害 大気汚染防止法（25条）
- ⑤ 水質汚濁による健康被害 水質汚濁防止法（19条）
- ⑥ 交通事故 無過失責任に近いものとして自動車損害賠償保障法（3条）および自動車損害賠償責任保険
- ⑦ 公害健康被害補償 「公害健康被害の補償等に関する法律」
- ⑧ 医薬品副作用被害 医薬品副作用被害救済制度につき、「医薬品医療機器総合機構法」
- ⑨ 予防接種被害 予防接種被害救済制度につき、予防接種法
- ⑩ 犯罪被害 犯罪被害者等給付金支給制度につき、「犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律」
- ⑪ 欠陥商品 製造物責任法
- ⑫ アスベスト被害 「石綿による健康被害の救済に関する法律」

しかし、医療過誤に対する民法の不法行為規定の適用については、学説上要件論の再構成の議論がなされているが、判例は一貫して主観的責任の枠の中で変遷してきており、被害者の権利の拡大は、あくまで過失責任の枠内ですすめられているというのが現状である。

しかし、現行の損害賠償制度は、被害者に対する賠償の問題のみならず、事故抑止の観点からも不十分な制度だとして、無過失責任をベースとしたアプローチに置き換えることが近年主張されてきている。そこで、以下ではヨーロッパ諸国や合衆国から注目を集めているスウェーデンにおける無過失責任制度について検討する。

II. スウェーデンにおける無過失責任制度

1、スウェーデンの医療制度およびそれをめぐる法的議論の概要

スウェーデンの医療は福祉制度の一部である。その提供については国や自治体に責任があり、税金による歳入によって賄われる公的健康保険と深く関連している。

大部分の医療施設は自治体によって設立されており、患者が医療サービスを受けた場合に、最低限の自己負担が要求されている外は、公的健康保険が、患者が受けた残りの医療費を全てカバーする。ごく少ない割合で民間の医療施設も存在するが、患者が私立の医療施設で医療サービスを受けた場合でも、公立病院と同様の償還がなされる[1]。

右に述べたように、スウェーデンの医療制度は皆保険制度を実現している我が国のそれと類似するが、医療責任に対する国民の考え方は大きく異なる。すなわち、わが国においては、医師と患者との関係は私法上の契約関係として捉えられているのに対し、スウェーデンにおいては、個々の医療施設や医療従事者が提供する医療サービスは、私法上のものではなく患者と国家や公共団体との公的関係と捉えられている。したがって、近年しばしば議論されている、最適な医療を受ける患者の権利についても、我が国においては民事の契約関係を中心とした領域において議論がなされているのに対し、スウェーデンにおいては憲法を中心とした公法上の問題として活発な議論がなされているとされる[1]。こうした医療サービスをめぐる見解の相違は、医療事故が生じた場合の損害補填の在り方にたいしても影響を与えており、スウェーデンにおいては 1970 年代に地域の医療施設が医療傷害に対する無過失責任制度を自主的に構築し、1990 年代後半に政府は立法によってこれを国家的な制度となすこととした。また、スウェーデンにおいては、受けた医療サービスにより患者が侵害を被った場合には、無過失補償制度を利用して損害を補填できる外、不法行為責任に基づいて医療従事者や医療施設に損害賠償請求をすることが可能であるが、不法行為責任制度がそのために利用されることはめったにない[1]。

2、無過失責任補償と不法行為制度との関係

スウェーデンにおいて医療過誤上の民事責任は、基本的に、1972 年に制定された不法行為法 (Skadeståndslagen: SkadestL) (1972:207) によって規制されている。不法行為法 (SkadestL) は、患者を賠償する責任は、損害を引き起こした医療従事者とその使用者にあるとする。したがって、医療従事者は、故意あるいは過失が原因となって生じた損害に対して個人的に責任を負う。また医療施設は、業務の範囲で行為した被用者の過失ある治療によって引き起こされた損害に対して責任を負う。医療過誤における証明責任は一般不法行為に比べて低いといわれているが、し

かし、いずれの場合も、患者は常に医師や看護師の過失と患者の侵害との間の因果関係を証明しなければならないことになる。

1998 年に制定された「患者傷害法（Patentskadelagen : PSL）によると、患者が健康保険によって損害を補償されたか否かにかかわらず、1972 年不法行為法は全ての医療過誤に対して適用される（§ 18）として、不法行為に基づく損害賠償請求権が補償制度と共に患者に保障されることを認めている。当然、患者は 2 つの制度によって 2 度損害を補填されることはなく、もし健康保険によって患者に補償がなされれば、支払われた補償額は、民事責任における判断においても考慮される。

1972 年不法行為法は、精神的損害だけでなく、経済的損害（治療費用、稼働利益の損失）についても賠償される権利を患者に保障している（SkadestL 5 Ch. § 1）。また、医療過誤が患者の死の原因である場合は、配偶者は経済的損失を賠償される権利を有する（SkadestL 5 Ch. § 2）。したがって、例えば、「患者傷害法」の下では、患者が医療過誤により死亡した場合に受けられる補償は、葬式費用と遺族が患者をサポートするために出捐した経済的損失のみというように補償の範囲が制限されているが、遺族が訴訟を提起した場合には、不法行為法の下でその他の経済的損害等認められる可能性がある。

3、財源－医療傷害保険

医療事故により生じた患者の損害に対する補償は、医療傷害保険（medical injury insurance）が負担している。

医療傷害保険（medical injury insurance）は、当初 1975 年に地域の病院の経営者が協定する任意の保険組織としてスタートした。その財源は、地域の税金と医師や歯科医師、理学療法士の団体によって出資された[2]。

そのおよそ 20 年後、医療傷害保険（medical injury insurance）は、1997 年制定の「患者傷害法（Patentskadelagen : PSL）」によって法的に根拠づけられた。患者傷害法（PSL）は、患者が医療侵害を受けた場合に補償を受ける権利を保障する。本法は、かつての任意保険の内容を基礎とするが、その他の付加条項と共に、新たに、患者が受けた侵害を賠償するために保険に加入することを全ての医療従事者に対して義務付けた。最大補償額が 900,000Euro であるということを除けば、損害額の算定方法は基本的に不法行為法におけるのとほぼ同じである[2, 3]。しか

し、例えば患者が医療過誤により死亡した場合のように患者や遺族が受ける補償の範囲には制限がある。

4、医療傷害保険の下で認められる補償

患者傷害法はその思想として、相互連帯に基づく無過失責任の原理に根拠を置いている。したがって、原則的に、患者が医療上の過失を証明する必要はない。補償に対する権利は、その傷害が患者に対して責任を有する医療従事者の誰かの行為と関連するという事実根拠をおく。患者の損害が以下の事実によって引き起こされたと考えられる場合には、通常身体的障害と精神的障害の双方に対して補償がなされる。

但し、ニュージーランドのような純粋な無過失責任制度[6,7]とは異なり、「回避可能性ある侵害の原理」が導入されており、患者が賠償を得るためには、「侵害が回避可能であり、医学的に不合理な治療から生じ、そして患者が少なくとも病院に10日間滞在するか、少なくとも30日就労を休業していなければ賠償は得られない。したがって、正確にはスウェーデンの制度は無過失責任制度というよりも、むしろ、自家保険に基づく賠償責任制度に近いと思われる。同様の指摘をなす研究者も少なくない[3,5,6]。

なお、医療事故の類型とそれに対する補償の在り方は以下の通りである[1]。

① 医学的処置に対する選択の誤り

医学的見地から、患者が受けた検査・ケア・医学治療およびそれらに類似した活動において、選択された手段とは別の手段を用いる、あるいは他の有用な方法を用いれば患者に対する侵害が回避可能である、あるいは、より危険性の少ない方法での選択が可能であった場合には補償がなされる。右の各医療手段と結果に関する証明責任は患者にある。

また、患者の侵害は予見可能であり、かつ回避可能であった必要がある。後述のように、これに対する評価は保険会社がなすが、技術と経験を持ったスペシャリストを基準にして（「スペシャリストの水準」といわれる）、評価時に明らかになっていた事実を前提として判断される。つまり、事後的な観点から評価がなされるということである。

② 欠陥のある医療機器および備品

患者が受けた検査・ケア・医学治療およびそれらに類似した活動において、欠陥のある医療機器や備品が用いられたり、医療機器や備品の管理が悪くて患者を侵害した場合には、製造物責任法（Productansvarslagen）の下で補償を受けた場合でも、PSL § 2 の下で請求をなすことができる。

③ 不適切な診断

不適切な診断に対する補償は、技術と経験を持ったスペシャリストがそのように解釈したであろう方法で症状が観察されたり解釈されたかどうか、である。技術と経験を持ったスペシャリストであれば気づいていたであろう症状に気づかないで、その結果として診断が遅れた場合には、補償がなされる。

④ 感染

患者に対する検査・ケア・医学治療およびそれらに類似した活動をする中でなんらかの感染を導いた場合には、患者の疾病の状況や医学的な事情による。すなわち、患者の病気そのものが、異常に感染しやすいものであった場合には補償がなされない可能性が高い。他方で、手術やその他の治療において細菌の侵入を遮断することは技術的に可能である。この場合は補償がなされる可能性がある。

5、補償に対する制限

医療傷害保険による補償は、医療従事者の行為から生じた回避可能な損害に焦点を当てていることから、つぎのような原因によって生じた損害は補償されない[1]。

① 合併症

患者のもともとの疾病や状態が原因となって生じた疾病や傷害、その他の合併症は、補償をするだけの理由がある侵害だとは考えられていない。また、医療従事者は治療が成功することを保証することはできない。したがって、たとえ治療がうまくいかなかったとしてもこれに対する補償はなされない。

② 潜在的なリスク

医学治療にはリスクがつきものである。患者が複数の疾患や傷害を負っている場合には、合併症の危険性も増大し、そのリスクはより高まる。こうした事情の下では、しばしば短い時間で早急な判断が求められる。患者傷害法（PSL）は、診断や治療・ケアをなすにあたっての患者の身体や生命を脅かす必然性のある危険につい

ではその引き受けを認めるが、患者の疾患に内在するリスクから生じる生命の喪失や侵害、障害についての賠償については予定していない。したがって、たとえそれが深刻な疾患や傷害によって生じたとしても、患者がもともと患っていた疾病や傷害が原因で死亡したような場合には賠償はなされない。

③ 薬物の副作用

薬物の副作用に関しては PSL の下では賠償がなされない。したがって賠償を望む場合には、患者は薬物の製造会社や供給会社の保険による賠償を申請しなければならない。

④ 時間的制限

PSL の下で賠償を得るためには、患者がその事実気づいた日以降 3 年以内に賠償申請をしなければならない。ただし、損害が生じた後、10 年を超える場合には請求をなすことができない。

6、手続き

賠償に対する手続は、患者が所定の申請書類を提出したときに開始される。

申立てが保険会社に到達すると、病院に対して診療録等の提出を求める。そして、弁護士や看護師などの資格をもった苦情処理係が診療録を審査すると共に、非常勤の顧問医に診療録を見てもらってアドバイスを受ける。顧問医は通常申立てにおいて問題となっている医師と同じ専門分野の医師が選ばれる。顧問医の意見を聞いた後、相談員がその侵害が賠償されるべきか否かを公式に決定する[3]。

ところで、上述したように、患者が医学的検査や治療を受けて、侵害を被った場合の評価には、技術と経験あるスペシャリストがその侵害を避けることができるのであれば、賠償金が支払われるとする「スペシャリストの水準（specialist standard）」が用いられている[1、3]。これを判断するのは、顧問医である。そこで、申立てにおいて問題となっている医師の行為がスペシャリストの水準に適切であったかどうかについてどのように判断するかであるが、我が国と同じようにスウェーデンにおいても、例えば糖尿病やいくつかの癌治療など、学会である程度のコンセンサスがある場合や国家的なガイドラインがある場合を除いて、通常医学治療に関するスペシャリストの水準は標準化されていない。そこで、実務においては、保険会社のその専門分野に属する全ての顧問医にとって、その案件における医師の行

為が専門的水準に適っていないであれば、それは回避可能性があったと判断されており、結局のところは、その顧問医の経験や学識が「スペシャリストの水準」となっているようである[3]。なお補償額は、基本的に不法行為法における損害の算定方法を基礎として、医療侵害の性質や患者の不具の存続期間や程度、医療侵害によって発生した費用やその他のファクターを考慮して判断される。

7、顧問医の中立性を保つための処置

賠償の決定において、顧問医の意見が重要な位置づけを占める以上、顧問医は中立的で公平な判断をなす必要がある。そこで、顧問医のための倫理綱領が Association of Insurance Company Consultant によって発布されており、倫理に基づいて判断すべきことが求められているとされる。それには、つぎのような事項が含まれる[3]。

- ◆ 顧問医は保険会社の経済的利益に注意を払ってはならない。
- ◆ 顧問医に対する償還は、時給が支払われることになるその事案の結果とは関係なく支払われるべきである。
- ◆ 顧問医が自分自身に欠格事由があると思う場合には、その事案に携わるべきではない。

8、申請から決定までにかかる期間

全申請のうち 50%は 6ヶ月以内、8ヶ月で 70%、12ヶ月で 80%が決定に至っている。

9、不服申立て

患者が、保険会社の決定に不満足な場合には、政府によって指名される独立した助言機関である“Patient Claim Panel”に対して苦情を申立てることができる。費用は無料である。また、裁判所に対して不服申立てをなすこともでき、どちらを選択するかは患者の自由である。

10、賠償金の申請状況と支払い状況

The Regions Mutual Insurance Company for Patient Injury の最高決定責任者

である Kaj Essinger 氏によると、医療侵害に基づく補償の申立件数は徐々に増加しており、2004 年の申立て件数は 9000 件（人口 1000 人につき 1 件に相当）であり、他国に比べて制度を利用する人が多いとする。HOPE STUDY[4]によると、2004 年度に賠償金が支払われた件数は 2650 件であり、1000 万人あたりの賠償金支払件数は 3000 件となっている。また、患者 1 人あたりが受け取る賠償金の額は平均 10,000 Euro であり、オランダ同様他国より低い額となっている。

【表 1】医療侵害の賠償金に関する国際比較（参考資料 4, P15 より作成）

国	賠償金が支払われた件数	人口	1000 万人あたりの賠償金支払件数	患者 1 人あたりが受け取る賠償金の平均額
スウェーデン	2650 件	9,000,000 人	3000 件	10,000 Euro
デンマーク	1500 件	5,000,000 人	3000 件	22,610 Euro
スペイン	350 件	40,000,000 人	100 件	48,000 Euro
フランス (SHAM)	400 件	公立病院の 70%を対象	—	13,000 Euro
オランダ (MediRisk)	500 件	16,000,000 人	300 件	10,000 Euro

11、医療従事者や医療サービスに対して不服がある場合の手続

患者が医療に対して不服がある場合には、地域ごとに設置されている「患者諮問委員会」に対して申立てをなすことができる。申立てがなされると患者諮問委員会は、患者と医師や看護師等とコンタクトを取り、問題を解決するためのあつせんを行う。また、懲戒手続を行う医療責任委員会に対しても苦情を申し立てることができる。毎年 3,000 件程の申立てがなされており、場合によっては、医療スタッフに対し、警告や訓戒、免許の取消しなどの懲戒がなされる。なお、医師の懲戒は年間 300 件程度であり、そのうち免許の取消しは 20 件程度である[2, 4]。

12、スウェーデンにおける無過失責任制度のまとめ

1997年に制定された損害賠償法（Patientskadelagen）は無過失の原理に基づいており、患者が医療過誤の結果として損害を受けたと申立を行うと補償金が支払われる。しかし、補償金には制限がある。医療従事者は患者の補償のために強制保険に加入することが義務付けられており、また、患者は医学的ケアとの因果関係を証明しなければならない。したがって、同国の無過失責任モデルは純粋な無過失責任補償制度というよりも、自家保険に基づく賠償責任制度に近い。さらに、患者は1972年不法行為法（Skadeståndlagen）に基づいて、損害賠償の申立をなすこともできるが、補償金を得ていれば、それは賠償金から差引かれる。

D. 考察

スウェーデンは社会保障体系に到達している国であり、加えて、現行の制度が実質的に稼働しはじめからの年月が浅いので、財源の有用性や医療従事者の行動に与える影響等についてのデータが不足している。したがって、スウェーデンの経験から、無過失責任制度についての評価を加えるのは時期尚早であるが、この無過失責任モデルは医療事故に限定されたものであり、制度財源の運用方法や事故の抑止という点において参考になることは間違いない。

E. 結論

無過失責任制度の利点は、賠償の迅速化と賠償を受けることのできる適格者が増大することである。また、訴訟の恐れがなくなるので医療事故情報を収集することができる。しかし、医療から生じたあらゆる傷害を補償するには多大な費用がかかることから、財源の問題や補償の範囲をどのようにするかという問題がある。また、医療従事者に事故を防止しようとするインセンティブを与えず、事故抑止の効果が減少する可能性がある。それ故に、訴訟に代わる代替手段として、行政による統制や医療者による自己規制のメカニズムが機能していることが不可欠である。したがって、無過失責任制度の導入には、慎重な検討が必要である。

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

該当なし

【参考文献】

1, Christian Dahlman, Lotta Wendel, Swedwn, in Michael Faure, Helmut Koziol ed., TORTS AND INSURANCE LAW VOL.1: CASES ON MEDICAL MALPRACTICE IN A COMPARATIVE PERSPECTIVE (2001).

2, Susan Adelman, Li Westerlund, The Swedish Patient Compensation System: A viable Alternative to the U.S. Tort System?, Bulletin of the American College of Surgeon (Jan. 2004).

3, Kaj Essinger, Medical Liability in the Land of the Midnight Sun, PIAA's Newest International Member Sheds Some Light , The Physician Insurer PIAA second Quarter (2006).

4, Standing Committee of the European Union, Final Report of Hope's Sub-Committee on Co-ordination, Insurance and Malpractice, (Dec. 2004).

5, Michael Faure, Economic Analysis Concerning Optimal Prevention and Compensation of Damage Caused by Medical Malpractice : an Introduction, Paper for Cost Containment in National Health Insurance System International Conference (24-25 February 2005).

6, David Dobbs, Malpractice Mess

[<http://www.slate.com/toolbar.aspx?action=print&id=2113103>].

7, Gail Weiss, Malpractice: Can No-Fault Work ?

[<http://www.memag.com/mermag/content/printContentPopup.jsp?id=108942>]

8, Cathy Scott, Time for Fine-Tuning: The Review of the no-Fault Medical

Misadventure Scheme in New Zealand 2004/05, Paper for Cost Containment in National Health Insurance System International Conference (24-25 February 2005).

労働委員会の特質と展望

—ADR としての労働委員会の視点から—

[分担研究者]

西野喜一 新潟大学大学院実務法学研究科 教授

《目次》

- 一 序
- 二 労使紛争の特異性
- 三 労働委員会の特質
- 四 労働委員会制度の展望（その 1）改正労働組合法関連
- 五 労働委員会制度の展望（その 2）その他

一 序

労働委員会は、労働組合法上多彩な役割を付与されているが、その中で特に重要なのは労使間紛争の解決機能であり、具体的には、不当労働行為の審査及び労働争議のあっせん・調停・仲裁からなっている（労働組合法 20 条）。労働委員会がその発足以来積み重ねてきた労使紛争解決の実績と先例は膨大なものであって、労働委員会が ADR の代表例の一つとされる所以である。

本報告は、紛争解決機関としての労働委員会を、労働紛争を含めた民事紛争一般に対する典型的な紛争解決手段である民事訴訟の場合と対比して、労働委員会の機能、役割を明らかにするため、

- ① 労働紛争の特異性
- ② 労働委員会の特質
- ③ 労働委員会の展望

を検討することを目的とする。

二 労使紛争の特異性

労働紛争、労使紛争の最大の特徴は、それが現に生きて活動している事業体（通常は営利法人である。）の中の紛争であって、未来志向の解決が強力に要請されるということである。一般の民事紛争では過去に一回限りとして生起した事象（例え

ば、契約不履行なり、交通事故その他の不法行為なり)の事後的決着をつけるという形態のものが多く、そのため、その解決は裁判所による一刀両断の判断で差し支えないというものが多い。しかし、労働紛争の場合には、紛争の前後を通じて当該事業体は本来の活動を継続しており、紛争解決後も労使としての長い関係が続くのであるから、労使間の紛争の解決は、今後の事業活動に支障を来たさず、むしろそれを発展させるようなものでなければならない。労使紛争は双方当事者に多大な影響を与えるものであるが、その紛争の解決を誤り、労使間の関係が一層悪化した結果、当該事業体自身が倒産するようなことになっては、労使双方が回復できない損害を被ることになるからである。

このように未来志向解決の重要性ということが労使紛争の特徴であるが、そのことは同時に、紛争解決に当たる者が労使間のさまざまな事情に十分通じていなければならないということでもある。営利企業の経営や労使紛争の解決に当たって考慮に入れなければならない要素は甚だ多く、確かに労使関係自体もその一つであるが、広範囲な景気動向や当該産業全体の将来への見通しということも欠かすことができない。全体的な視点が重要だということは同じ紛争を労働者側から見た場合にも同様であって、当該事業体が大きなものであればあるほど、紛争のある様式での解決の影響は極めて広範囲なものとなる。これが、紛争をいわゆる要件事実に分解し、これに法律を当てはめれば結論が出てくるし、またそれ以外の解決方式を取る余地はないという一般の民事訴訟とは様相を大きく異にしているところである。

三 労働委員会の特質

まず、民事訴訟を担当する裁判所と比較することで、ADR の一である労働委員会とその紛争解決制度の特色を見てゆく。但し、裁判所があらゆる種類の紛争を対象とするのに対して、労働委員会が扱うのは労使紛争のみであり、かつ、裁判類似の手続で紛争処理を扱うのは不当労働行為の救済申立事件のみであるので、全体としての叙述の力点は不当労働行為救済の審査事件に置く。

1 構成上の特色

(1) 労働委員会の最大の特質は、公、労、使の三者構成であるということであり（労働組合法 19 条）、公益の立場のほか、使用者の立場を代表する者及び労働者の立場を代表する者が共同して紛争の解決に関与することが制度上保障されて

いるということである。このことは、労働委員会における紛争解決が、他の紛争解決機関のように判断者の独りよがりのものであることを防止し、労働者及び使用者のそれぞれの立場を反映した極めて合理的なものとするに大きく貢献している。「3人寄れば文殊の知恵」という格言があるが、公益の立場から紛争を捉えている公益委員に、実際に事業体の経営者として人を雇用する側から労使関係を見てきた者（使用者側委員は要するにこのような人たちである。）、実際に労働者、労働組合の指導者として、雇用される立場から労使関係を見てきた者（労働者側委員は要するにこのような人たちである。）が加わって紛争解決機関を構成するというのは非常に合理的なシステムであると評価することができる。

（2） 調停の場合には、調停委員会は、公、労、使の三者の立場を代表する者から構成されるべきものであることについては明文がある（労働関係調整法 19 条、20 条）。あっせんの場合には、このような明文はないが、各労働委員会の内規によって、同様の扱いにしていることが殆どである。

調停、あっせんは当事者の合意を前提とする紛争解決様式であるから、当事者の解決を得るためには、調停委員、あっせん委員側からする当事者への説得活動ということが必須となるが、他の ADR と異なる労働委員会独自の特色として、労働者側委員からする労働者への説得、使用者側委員からする使用者への説得が極めて有用であるということが挙げられる。実際に労働者（又は使用者）としてその立場、利害に通じ、その立場での労使紛争もその解決も経験した者からする説得は、相手方の立場からする説得より説得力を有するのとはもとより、中間的な立場からする説得よりも効果的であって、この三者構成である労働委員会は、労使紛争（労働争議）の解決に重要な機能を果たしている。

仲裁の場合には、仲裁裁定が労働協約と同一という強力な効力を有する（労働関係調整法 34 条）ことから、仲裁委員は公益委員から選任されることになっている（同法 31 条の 2）。しかし、この場合にも、労働者側委員及び使用者側委員は、仲裁委員会の同意の下で、仲裁委員会に出席して意見を述べることができる（同法 31 条の 5）とされているのであって、労働者或いは使用者の意見が紛争解決に反映される途が確保されている。

（3） 不当労働行為の救済は、証拠調べに基づく判断としてなされるので、裁判に類似している。また、この救済命令は一種の行政処分であって、強力な法的効

果を持っているので、この審査及び判断は公益委員のみによってなされる（労働組合法 24 条 1 項）。しかしながら、この場合にも、労働者側委員及び使用者側委員は、調査、審問、和解の手續に参与し（同項）、審査中の証人等出頭命令・物件提出命令の発令及び最終的な救済命令の発令に際して意見を述べることができる（同法 27 条の 7 第 4 項、27 条の 12 第 2 項）。ここでも、労働委員会の命令が「世間知らず」のようなものに墮することを防ぐ方策が制度上確立しているのである。

ここでいう「参与」にどの程度のものを意味させるのかということは各労働委員会及び当該事件の審査委員会の裁量であるが、参与委員は、調査、審問に立ち会うことができるのはもとより、審問の時間・場所について通知を受ける権利（労働委員会規則 41 条の 7 第 4 項）、審問再開に際しての意見陳述権（同 41 条の 8 第 2 項）、審問での当事者・証人への尋問権（同 41 条の 15 第 3 項）、和解への参加（同 45 条の 2 第 2 項）については明文があり、その実質的機能の大きいことが知られる。

2 手續上の特色

(1) 労働委員会の手続上の特色のその 1 は、労働委員会では申立がすべて無料であることである。民事訴訟においては申立手数料（収入印紙によって納入する）が必要であり（民事訴訟費用等に関する法律）、この手数料額が訴額に応じて逦増するというのが我が国の特色である。その結果、訴提起に要する費用は、訴額 100 万円の事件であれば 1 万円、1000 万円の場合には 5 万円である。また、調停申立（労働審判申立も同じ）にはその半額の手数料が必要となる。労働紛争を解決しなければならないという立場に置かれるのは通常は労働者側であるから、手数料が必要か無料であるのか、ということとは彼らにとって小さくない差異であろう。

(2) その 2 は、労働委員会ではその手續が簡易であり、民事手續には素人である労働者でも容易に遂行できることである。調停は、裁判所であっても労働委員会であっても、格別の手続知識を要せず、要するに調停委員の前で自分の言い分を述べればよいのであるから、この点は共通であるが、裁判所での民事訴訟と労働委員会での不当労働行為救済手續との間には極めて大きな差異が存する。

裁判所での民事訴訟手續に関しては、これを規律するため、民事訴訟法及び民事訴訟規則という 2 つの大きな法典が存在してそれぞれ数百か条に及び、これに通暁することは素人にはまず不可能である。だからこそ、当事者の代理人となって訴訟

を遂行する弁護士が職業として成り立つのである。特に民事訴訟では、弁論主義という極めて技術的な原則が適用されており、主張と立証を峻別する、当事者が主張しない事実は採用しない、当事者間に争いがない事実はそのまま判断の根拠となる、当事者が申し出ない証拠は採用しない、という重大な法則があり、しかもその中には民事訴訟法の条文の上でははっきり謳われていないものがある。真実はどうであったのか、正義はどちらにあるのか、ということよりも、当事者の腕次第で訴訟の勝敗が決まる、ということが多いのである。

これに対して、労働委員会での救済手続にはさほど面倒な規定はなく、手続関係を規律する条文も労働組合法、労働委員会規則にそれぞれ十数か条ある程度に過ぎない。要するに、素人である労働者でも、言いたいことを述べ、それを常識が教えるように立証すればよいのであって、手続を理解すること自体に時間や労力を要するということはなく、また、手続を誤ったことが原因で勝つべき事件で敗れるということもないのである。

労働委員会の委員は原則として非常勤である（労働組合法 19 条の 3 第 6 項、19 条の 12 第 6 項）が、専門家でない非常勤の者であっても、委員職が務まるということもその手続が簡易であることを示している。

3 救済内容に関する特色

労働委員会での救済の内容に関する特色は、行政救済の一として、当事者の申立内容に必ずしも拘らず、事案の内容に即して柔軟な対応ができるということである。

民事訴訟の場合には、民事訴訟法に、裁判所は当事者が申し立てていない事項について判決をすることができないという明文（民事訴訟法 246 条）があるため、裁判所は当事者の申立内容に完全に拘束され、紛争の実態に即した適切な解決ということは二義的なものとされる。それだけに申立人には、まず申立時点でその救済内容自体を慎重に設定することが求められるわけである。また、新しい法律関係を作り出すような判決（いわゆる形成判決）ができるのは、法律にその旨の規定がある場合に限られる。

これに対して、労働委員会の不当労働行為に対する救済命令には、そのような制約がなく、労働委員会はその裁量により、行政機関として当該紛争にもっとも適切と考えられる解決策を提示することができるのであって、そこには何の制約もない。