

身麻痺が残ったという、複数の診療科にまたがる複数の医師が関与したケースであり、病院の適切な検査・治療義務、協議に関するルールの遵守、経過観察義務が論点とされていた。そこにおいて、ペンシルバニア州裁判所は、4つの「病院の義務」を明示する。

第1の義務は、安全かつ適切な設備を維持管理する義務である。これは、伝統的には医師の行為に基づく責任を免責されてきた「病院」にあっても、施設の管理者が当然に有する義務として従来より認められていたものである。第2の義務は、有能な（適任の）医師のみを選任・雇用する義務であり、病院内で医療行為を行う医師の全てが病院スタッフとされているわけではないという米国の医療提供体制に鑑みた場合、最も重要な病院の義務であるとも考えられている。

第3の義務と第4の義務は、実は密接に関連するものである。第3の義務は、患者のケアに関して施設内において医療行為をなす全ての者を監視する義務であり、Darling判決によって認められた義務であるが、Darling判決において既に、この義務と病院の安全のために定められた各種規則・規定との関係が言及されていた。その関係を独立した義務として明記したのが第4の義務、すなわち、患者のケアの質を確保するため、適切なルールや方針を定式化・採用・実施する義務である。Thompson判決の意義は、Darling判決よりも一歩進めて、この第4の義務を明らかにした点にあるとも言える。

なお、病院がこの4つの義務のいずれかに違反すれば直ちに責任が発生するわけ

ではなく、病院の企業責任を問う場合には、イ)被害を作り出した手続や欠陥について、病院に現実のまたは黙示の認識があったこと、および、ロ)病院の過失が被害者に害をもたらした重大な要因であること、についての証明が必要であるとされている。

では、病院のスタッフが具体的にどのような義務を負うかということ、まず、患者の状態や治療における異常を認識・報告する義務を負うことになり、医師がこのような異常に対応しない場合、他のスタッフは適切な処置がとられるよう病院当局へ助言する義務を負うこととなるわけである。

iii) 関連する問題

しかし、以上のような4つの義務を病院が負担することに伴い、派生的な問題も生ずることとなる。ここでは、チーム医療との関係が顕著となりうる、第3および第4の義務に関連する問題のみ挙げておきたい。

まず、第3の義務は、医療行為者に対する監視義務であるが、医師の裁量との関係が問われることになる。この点、病院の責任が問われるのは、医師の行う指示が通常の医療行為の水準に従ったものでないのに、他のスタッフがそのことを問題視しない場合のみであるから、一応は医療行為の水準で線引きすることが可能である。

しかし、それでは実際に、担当医の処置に対して他の医療スタッフが疑義を抱く場合に、当該医師の指示に従わなかったり変更したりすることは可能であろうか。米国の裁判例には、担当医の処置に疑義があり患者の状態が悪化している場合、病院のスタッフは患者を継続的に監視し、さらな

る評価を模索しなければならないとして、病院の干渉義務を肯定したものもあるが²³、病院のスタッフは、患者に関する医師の指示に従わなかったり変更したりする権限は有さず、患者に対する治療方針を決定する権限も有さないとしたり²⁴、個々の医師がその行為を制御できなかったことについて、病院の企業責任を否定したりするものもある²⁵。思うに、これは、医師の裁量と他の医療スタッフの監視義務が対立する場面でもあるが、チーム医療という観点から考えればチーム内の意思統一の問題でもある。法的責任を論ずる以前に、まずはチーム内の話し合いで解決することが望ましいのは言うまでもないが、それが困難な場合でも院内のしかるべき機関に通報し、中立的な立場からの助言を得られる体制を整えておくことが必要とされる。このような通報の体制を整えておくことは病院の法的義務でもあるが、同時に、このような通報をなすことは、患者の権利を擁護すべき医療従事者の倫理的義務でもあると考えられている²⁶。医師は、時として患者と利益相反の関係に立つことになるため、果たして患者の権利擁護者となりうるか、という問題もあるが²⁷、一定の場面において対立し得ることを強調する

²³ Schoening v. Grays Harbor Community Hospital, 40 Wash.App. 331, 698 P.2d 593 (1985)

²⁴ Jensen v. Archbishop Bergan Mercy Hospital, 236 Neb. 1, 459 N.W.2d 178, 193 (1990)

²⁵ Gafner v. Down East Community Hospital, 735 A.2d 969 (Me. 1999)

²⁶ アメリカ医師会の倫理規定には、無能な同僚医師についての通報義務が規定されている。畔柳達雄他編『医療の法律相談』320頁等、参照。

²⁷ William M. Sage, Physicians as Advocates, 35 Hous. L. Rev. 1529 (1999)

よりも患者の権利を真に擁護するための制度作りを工夫する方が、建設的な議論となる点に異論はないであろう²⁸。

また、第4の義務である、患者のケアの質を確保するため適切なルールや方針を定式化・採用・実施する義務に関して、裁判所は、しばしば医療機関認定合同委員会（JCAHO）の基準を参照する傾向にある。医療機関認定合同委員会の認定は、必ずしも適正な医療機関であることの保証となるものではないが、少なくともこの基準を満たしていない場合、病院は第4の義務を果たしているとは言えないと考えるのである。この第4の義務は、第3の義務を主張する場合に比べて一定の客観性が担保されているため、病院の責任を追及する場合には、第3の義務よりも機能し得ることが考えられる。Thompson判決が第3の義務に加えて、この第4の義務を明記した意図も、この点にあると思われる。このように考えた場合、第3の義務に関して問題となるチーム医療における責任の問題は、実は病院内の自浄作用に関するルールや方針の有無とセットで考えなければならないことに気付かされるのである。

②チーム医療における「説明義務」の問題
ところで、ここまでは、チーム医療内の医師の「手技上の義務」との関係で、米国における病院の義務内容を考えてきたが、医師の「説明義務」に関する病院の責任についてはどのように考えているのであろうか。

²⁸ ジョージ J. アナス著、患者の権利オンブズマン訳『患者の権利—患者本位で安全な医療の実現のために〔第3版〕』（明石書店、2007年）

わが国においても、医師の診療手技上の義務と説明義務との間の違い自体は意識されている。例えば、手技上の義務が本来的給付義務である一方で、説明義務に関しては手技上の義務と同様の給付義務の性質を有する場合と附随義務である場合との2つがあるとされ、あるいは、医療水準に関しても手技上の義務と説明義務との間には差異があるとされたりする。しかし、冒頭で考察した最高裁平成20年判決のチーム医療に関する説明義務の判断枠組みは、手技上の義務の場合との区別をあまり意識しない態度を示しているように思われる。

これに対し、米国において「病院の責任」を判断する際には、インフォームド・コンセントの特性が強調されることとなる。つまり、病院の責任に関しては Thompson 判決により示された4つの義務を果たしたか否かが判断されるのであるが、インフォームド・コンセントは個々の医師の問題に帰するものであり、原則として病院に責任は生じないとするのが、米国の判例の立場である。例外的に、病院の責任が問題となるのは2つの場面に限られ、記録としての同意文書の管理が問題となる場面、および臨床実験の場面においてのみである。

インフォームド・コンセントに関して病院の責任が否定される理由として指摘されるのは、第一に、インフォームド・コンセントは個々の患者のニーズに合わせて医師が行うものであり、その手続きに病院は関与しないという点である。また第二に、インフォームド・コンセントの手続きは全プロセスにおいて専門家としての医師の判断が必要であるという点も挙げられる。こ

の両者に関して、学説からは批判もある²⁹。例えば、第一の点に関しては、病院のインフォームド・コンセントに関する指針や手続きについて医療機関認定合同委員会の認定が影響していることが問題とされ、あるいは、病院スタッフも患者の意思決定に関与すべきであることが述べられる³⁰。また、第二の点に関しては、医師の専門性は「専門的医療水準に基づく診療情報の開示」という義務を正当化する根拠にはなるが、医療の専門家が必然的に診療情報伝達の専門家であるとは言えないと批判される。

さらに、近年、病院はインフォームド・コンセントの手続きに定式化された電子的ツール³¹を用いる傾向にあり、このような説明の定式化が病院の責任に影響を与えうるか否かも問題となる。説明の定式化を推し進めれば、現実に説明に当たる個々の医師の能力以上に、病院の方針というものが、説明内容に大きな影響を及ぼすことになり得るが、これは同時に、説明の形骸化を招きうることにもなる。説明を行う主体、つまり説明義務の責任の所在を問題視する以上に、説明内容の観点からの分析が望まれることとなろう。

このように、米国においては、医師の「説

²⁹ Robert Gatter, THE MYSTERIOUS SURVIVAL OF THE POLICY AGAINST INFORMED CONSENT LIABILITY FOR HOSPITALS, 81 Notre Dame L. Rev. 1203 (2006) 等, 参照。

³⁰ 病院スタッフが患者の意思決定に関与すべき根拠としては、看護師の倫理綱領、あるいは、病院側が「患者の権利擁護者」を雇い患者の治療上の選択に助言するケースが存することが挙げられる。いずれも「患者の権利擁護」が病院側の介入の根拠となっている。

³¹ 例えば“iMedConsent”など。

明義務」に関する病院の責任が非常に限定的に解されており、もちろん、その背景にはわが国との医療提供体制の違いも存するのではあるが、そこにおける責任発生根拠のより詳細な検討は、わが国においても参照されるべきであろう。

E. 結論

本研究では、チーム医療における説明義務について論じた最高裁判平成 20 年判決の分析を出発点として、その具体的事案の解決方法と「チーム医療」問題の議論との間の噛み合わせが悪いことを指摘した。平成 20 年判決の判断枠組みは、代理監督者責任という民法 715 条 2 項の制度とほぼ同様の効果をもたらすものであり、また、説明義務の主体という新たな問題設定を行わずとも、説明義務の範囲を論ずることにより同様の結論を導き出し得たのではないかという疑問が、そこには存していた。「チーム医療」であることを最高裁が強調した真意が、平成 20 年判決を読む限りでは、なかなか見えてこないのである。

そこで次に、チーム医療における真の問題点を探るため、米国における「病院の責任」の内容とその派生的問題について概観した。米国の場合、我が国との医療提供体制の違い、とりわけ病院の役割の違いから、まず、病院の責任が認められること自体が画期的なことであった。これに対して、わが国では、医師の民事責任につき債務不履行責任と不法行為責任とが並列的に論じられ、病院は医療契約の直接の当事者として登場するとともに、不法行為責任においても使用者責任（民法 715 条）と病院の直接責任（民法 709 条）の両方で、病院の責

任を容易に認めてきた。このような複数賠償義務者の責任構成、とりわけ、他人の所為に基づく責任の法的枠組みを再検討し、「チーム医療」としての責任の位置づけを明確にし、新たな理論構成の必要性の有無に関して議論を進めてゆくことが、今後は必要となるであろう。

また、「チーム医療」という枠組みを用いることの意義・目的も探求する必要がある。わが国では、チーム医療の問題は、法的責任の分配の問題として捉えられているように思われる。しかし、米国における病院の責任に関する議論から得られる示唆は、チーム医療の問題が、意思疎通・意思統一のためのシステム作りに連なっていることであり、また、チーム医療における責任の問題は病院内の自浄作用に関するルールや方針の有無とセットで考えなければならないということであった。チーム医療における「説明義務」の問題もまた、説明手続への関与の程度や説明内容に関する専門的判断の有無といった責任発生根拠のより詳細な検討から始めるべきであろう。

このように、「チーム医療」という言葉にとらわれずに従来の法的枠組みを再検討することが必要とされる一方で、チーム医療における意思統一および業務の円滑化を促進するためのシステム作りを行い、説明義務に関しても手続や判断への関与を検討しつつ責任のあり方を考えることが望まれると考える。

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表
特になし

2. 実用新案登録
特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得
特になし

3. その他
特になし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

医療事故被害者救済制度のメカニズムの研究

研究分担者 我妻学 首都大学東京法科大学院教授

研究要旨

医療事故が生じた場合に被害者の救済，原因の究明および医療安全を図る必要がある。従来の過失責任主義と無過失補償制度の議論および2009年1月から創設された産科医療補償制度の分析を通じて，医療事故被害者救済制度のメカニズムの議論の状況を検証している。

A. 研究目的

従来の過失責任主義と無過失補償制度の議論および産科医療補償制度の分析を通じて，医療事故被害者救済制度のメカニズムの議論の状況を示す。

B. 研究方法

判例および内外の文献を中心に研究し，あわせて2009年2月に行ったインターネットを用いた医療紛争に関するアンケート調査結果を参照している。

（倫理面への配慮）

本研究においては，すでに公表されている以外の個別具体的な事例に関する情報の取扱は発生しない。

C. 研究結果

I はじめに

医療事故とは，診断，検査，治療，手術などの医療行為（医行為）に関連して起きた予想に反した意外な悪しき結果を言い，医療側に法的責任のない，いわば不可抗力の場合および医療側に法的責任を帰すことができる場合（医療過誤）の両方を含む

概念として用いる。医療事故が生じた場合に被害者の救済，原因の究明および医療安全を図る必要がある。

産科医療補償制度が2009年1月から創設されている¹。安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として，分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児童及びその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに，事故原因の分析を行い，将来の同種事故の防止に資する情報を提供することなどにより，紛争の防止・早期解決及び産科医療の質の向上を図るものである。

日本弁護士連合会は，2007年に医療事故の被害者の救済と，より安全で質の高い医療の実現を目的として，産科だけではなく，全ての医療事故を対象とした医療事故無過失補償制度の創設を提言している²。

民主党の政権公約（マニフェスト）においても医療崩壊を食い止め，国民に質の高

¹産科医療補償制度のホーム・ページ

(<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/outline/index.html>) 参照。

²日本弁護士連合会『「医療事故無過失補償制度」の創設と基本的な枠組みに対する意見書』（2007）参照。

い医療サービスを提供するために、医療従事者等を増員し、質を高めることで、国民に質の高い医療サービスを安定的に提供すること、特に救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建し、国民の不安を軽減することが掲げられている。具体策として、妊婦、患者、医療者がともに安心して出産、治療に臨めるように、無過失補償制度を全分野に拡げ、公的制度として成立することを公約として示していることも注目される。

II 過失責任主義と無過失補償

1 過失責任主義の問題点

不法行為の制度目的は、①被害者の損害の補填（原状回復）と②過失なければ、責任なしとして、個人の自由な活動を保障するものである³。しかし、現行の過失責任主義は、以下のような問題点が存在している⁴。

第一に、患者やその家族が医師などの医療従事者に対して医療事故に関して責任を追求するには、不法行為（民法709条）あるいは診療契約の債務不履行（同415条）を理由として損害賠償請求をする必要がある。近年では、医療事故の被害者を支援するネットワークが構築されつつあるが、民事裁判を提起すること自体が一般人にとって敷居が高いといえよう。

さらに、医事関係訴訟は専門性が高く、医療従事者の過失、当該行為と損害の発生との間の因果関係を立証することは困難

である。診療録、看護記録などの重要な医療記録が医療機関に偏在している状況に対して、医療機関側から任意に提出されるように裁判所が積極的に働きかけていること、各地の地方裁判所に医療集中部が設置され、カンファレンス方式などの鑑定手続の改善が行なわれるなど実務上の工夫がなされている。しかし、専門的な知見を要するため、被害者に専門の弁護士および協力医がいなければ訴訟追行は実際上困難である。医事関係訴訟の新受件数は2004年をピークとして、年々減少傾向にある⁵が、過失、因果関係の認定などが困難なため、平均審理期間は通常の事件と比較して長期化している⁶。医事関係訴訟において患者側が勝訴する（請求認容判決）事件の割合も通常訴訟と比較すると極めて低く、和解による割合が比較的高い⁷。

加害者への責任追及から被害者救済の観点から過失責任主義を修正する特別法が、労働災害、公害などの分野に整備され、

⁵ 2004年の医事関係訴訟事件数は1,110件であるのに対して、2008年は877件である（土田林太郎「裁判統計から見る医事関係訴訟事件の状況」民事法情報273号2頁（2009）参照）。

⁶ 2008年の医事関係訴訟事件の平均審理期間は、24.0ヶ月であるのに対して、その他の通常訴訟事件の平均審理期間は、6.5ヶ月（ただし、実質的に争われた事件の平均審理期間は、18.7ヶ月）である（土田・前掲注（5）3頁参照）。

⁷ 2008年の医事関係訴訟において認容判決で終局した事件の割合は、10.1パーセントと過去10年間で最低であり、和解で終局した事件の割合は、50.0パーセントである。その他の通常訴訟事件において認容判決で終局した事件の割合は27.1パーセントであるのに対して、和解で終局した事件の割合は28.6パーセントである。なお、和解の内容が実質的には原告の請求を（一部）認容したと見られる場合が多いとされている（土田・前掲注（5）3頁参照）。

³ 潮見佳男『不法行為法』5頁（1999）など参照。

⁴ 損害賠償の問題点として、加藤雅信「損害賠償制度の将来構想」山田卓生編集代表『新・現代損害賠償法講座1巻』300頁（1997）以下など参照。

最近では、医薬品の副作用による被害者救済制度⁸のほか肝炎対策基本法が制定されている。これらの特別法が制定されたこと自体は被害者救済の観点から望ましいことである。しかし、特別の救済制度が存在するか否かによって、被害者の救済にアンバランスが生じている。被害者救済の実効性も問題であり、必ずしも救済が実効的に行われているわけではなく、数多くの制度ができたことにともない、各制度間での求償その他の調整も行われていない（被害者救済の非実効性と不公平性）。

第二に、患者が救済を求める手段としては、患者と医師、医療機関あるいはその保険会社との話し合いによるか、あるいは裁判のいずれかの方法しかない。病院などの医療機関内部に相談窓口が整備され、組織的に対応する仕組みが整備されてきているが、小規模の診療所などでは手続の透明性・公平性を担保することは困難である。

民事裁判は、原告と被告が対峙する（二当事者対立）構造をとり、あくまでも法的責任に基づいた損害賠償という金銭請求が中心である。したがって、患者およびその家族が医療事故の原因解明、医師・医療機関による説明・情報の提供、患者と医師・医療機関の信頼関係の修復、再発の防止などを望んでいても⁹それらの期待に応えることは制度上困難である。医師と患者は、交通事故の場合とは異なり、密接な信頼関係を継続的に構築していたのが、医

療事故を契機に信頼関係が崩壊し、患者の不信感が強いことも特徴的である。

医師についても、裁判が原因究明に役立つことには消極的な意見が多く、医療の現実、現場を知らない裁判官が裁判をすることに対する不満も有している¹⁰。

そこで、いわば第三の救済制度として、医療紛争に特化した裁判外紛争処理制度（ADR）を構想し、より適切な解決を図ろうとしている¹¹。

第三に、医師などの医療従事者が裁判によって責任追及される危険は、必ずしも必要とはいえ検査などを行い訴訟が提起されるリスクを減少させるとともに、医師が注意義務を果たしたことを証拠として残そうとする現実性を高める行動¹²だけ

¹⁰筆者が医療紛争に関するアンケートを2009年2月20日から同月27日までWEB上に公開して行った結果による（調査依頼総人数は6,762名、その内の回答有効人数は、517名である。有効回答率は、7.7パーセント。）。裁判官は信頼できるとの質問に対して、医療紛争の経験ありでは、「そう思う」215名中2名（0.9パーセント）しかおらず、「そう思わない」70名（32.5パーセント）、「どちらかといえばそう思わない」63名（29.3パーセント）と否定的な見解が多い。裁判の結果には不満が残りの質問に対して、医療紛争の経験ありでは、「そう思う」215名中94名（43.7パーセント）、「どちらかといえばそう思う」91名（42.3パーセント）を合わせると9割近くを占めている（我妻学「医療紛争に関するインターネット調査」法学会雑誌50巻2号17頁～19頁（2010）参照）。

¹¹我妻学「近時の医療紛争の諸問題」いのちとくらし21号15頁（2007）、和田仁孝「医療ADRの二つのモデルと機能性」『民事司法の法理と政策（小島武司先生古稀祝賀記念論文集）下巻』674頁（2008）、西口元「医療ADRの目的と手続」判タ1271号40頁（2008）など参照。

¹²アメリカでは訴訟リスクを回避するために不必要なCT、MRIあるいはX線検査を行い、結果的に医療費が高騰するという悪循環に陥っていると指摘されている（Brennan, M. Mello and D. Studdert,

⁸医薬品医療機器総合機構のホームページ（<http://www.pmda.go.jp/kenkouhigai/help.htm>）参照。

⁹加藤良夫「救済システムが事故防止に機能する」年報医事法学18号96頁（2003）など参照。

ではなく、リスクのある医療をあえて行わなくなる（萎縮医療）ことにつながる（社会的な負の対応）。特に産婦人科の医師が分娩を行わなくなっていることへの危機感が高まり、産科医療補償制度設立の契機となっている。

アメリカのバージニア州およびフロリダ州では、産婦人科医の賠償責任保険料の高騰を抑制し、保険会社が賠償責任保険を引き受けることによって、産婦人科医離れを緩和するために、分娩に関連する脳性麻痺に特化した無過失補償制度を1980年代に既に導入している¹³。

第四に、1970年代以後、交通事故、公害訴訟、製造物責任の被害者救済が図られ、被害者の救済制度が拡充されている点は高く評価されるが、多数の個別的救済システムが並列し、不法行為による損害の填補は制度間の求償を適性・効率的に行うかが問題となる（制度運用費用の非効率性）。

第五に、不法行為による賠償は一括払い（一時金賠償）が原則であるが、逸出利益の賠償、実情にあわせた介護費用を算定する際にも定期金賠償の方が現実に即した賠償となる（定期金賠償）。ただし、定期金賠償は支払いが長期に及ぶため、賠償義務者（保険会社を含む）の資力を確保し、円滑な履行を求めるかが問題となる¹⁴。

Liability, patient Safety and Defensive Medicine, in *Medical Malpractice and the U.S. Health Care System* (W.Sage and R. Kersh(eds.) at 105(2006)).

¹³我妻学「産科医療補償制度について」石川明=永田誠=三上威彦『ボーダレス社会と法（ハルトヴィーク先生追悼記念論文集）』187頁（2009）など参照。

¹⁴佐野誠「定期金賠償の動向と課題」日弁連交通事故相談センター編『交通賠償論の新次元』153頁

2 無過失補償

現在の過失責任主義と特別法による無過失補償制度に対して、加藤雅信教授は、社会的集団責任を基礎とし、一種の救済基金を設立し、事故または疾病にかかった者は事故または疾病にかかったことのみを理由として、故意過失や、一定の行為との因果関係を立証することなく、治療費、逸失利益等の給付を基金より受けることを提唱されている¹⁵。このような総合救済システムを設けることによって、救済の確実性、迅速性、一律公平性、効率性、社会保障的性格を有するとされている。

総合救済システムの構築にともなって、不法行為による損害賠償訴権を人身被害については原則として廃止するという加藤雅信教授の考え方¹⁶に対して、棚瀬教授は、総合救済システムが行政による損害の負担を指向する全体的正義に立脚しており、不法行為の責任が、損害保険の掛け金をあらかじめ支払っておく程度の責任に縮減されてしまい、コミュニティ破壊的な作用をするとして、むしろ加害者と被害者と向かい合い、回復に向けた当事者間交渉を取り込んだ共同体的正義の重要性を説かれる¹⁷。

樋口教授は、不法行為制度の事故抑止機能、制裁機能を重視し、それらの機能が不法行為法の限定または廃止によってどうなるのか、さらに検討が必要であるとして、

（2007）など参照。

¹⁵加藤・前掲注（4）309頁など参照。

¹⁶加藤雅信「不法行為法の将来構想」加藤雅信編『損害賠償から社会保障へ』31頁（1989）など参照。

¹⁷棚瀬孝雄「不法行為責任の道徳的基礎」棚瀬孝雄編『現代の不法行為』15頁（1994）以下参照。

加害者と事故の誘因を特定することによる事故の抑制と責任原則の維持を説かれている¹⁸.

宇佐見教授も不法行為法の機能として、損害填補機能と損失分散機能を徹底するのに対して、制裁的機能と事故抑制機能を重視しないことに疑問を示される¹⁹.

このような不法行為による個別責任追及制度を維持し、加害者の責任を希薄化すべきではないとの批判に対して、加藤雅信教授は、故意、重過失のように有責性が高い場合には、基金による給付を超える損害について、不法行為による個別的責任追及の余地を残すように修正されている²⁰.

訴訟の事後的・回顧的判断による個別的紛争解決を重視し、通常の民事訴訟の場合には、具体的正義に適った私人間の紛争解決がまず目指されるものであり、直ちに社会的な政策論を「訴訟」の場に反映させることに懐疑的な見解も存在する²¹.

III 産科医療補償制度

産科医療補償制度²²に関して、過失責任主義と無過失補償の観点から若干の考察

¹⁸ 樋口範雄「不法行為法の『危機』と『革命』の意義」棚瀬編・前掲注(17) 235頁以下参照.

¹⁹ 宇佐見大司「『総合救済システム』論」古賀哲夫・山本隆司編『現代不法行為法学の分析』227頁(1997)以下参照.

²⁰ 加藤・前掲注(4) 317頁参照.

²¹ 吉田邦彦「法的思考・実践的推論と不法行為『訴訟』」吉田邦彦『民法解釈と揺れ動く所有論』236頁(2000)以下参照.

²² 橋口賢一「産科医療補償制度における課題と展望」富大経済論集 54巻3号 261頁(2009), 畑中綾子「医療事故無過失補償制度の論点」社会技術研究論文集 5巻 125頁(2009), 峯川浩子「産科医療補償制度」年報医事法学 23号 256頁(2008), 我妻・前掲注(13) 187頁など参照.

を行う.

(1) 補償の対象

産科医療補償制度の対象となるのは、2009年1月1日以降に出生した児の内、出生体重が2,000グラム以上かつ在胎週数33週以上で、身体障害者等級が1,2級相当の重症者である²³. ただし、出生体重、在胎週数の基準を下回る場合であっても、在胎週数が28週以上の場合には、個別審査により補償の対象となりうる.

認定症例が同年9月から公表されているが、2010年1月まで審査件数17件中17件全部に補償が認められている. なお、個別審査で認められたのは1件だけである²⁴.

先天性要因、分娩後の感染症など新生児期要因は、補償の対象から除外されており、対象範囲が限定されすぎているとの批判がなされている. 産科医療補償制度が被害者の早期救済の面だけではなく、産科医療分野では過酷な労働環境や医事紛争が多

²³ 障害程度の認定は、上肢不自由、下肢不自由、体幹不自由及び脳原性運動機能障害(上肢機能・移動機能)の別に認定される. 乳幼児に係る障害認定は、障害の程度を判定することが可能となる年齢(概ね満3歳)以降に行われる. 1級相当とは、両上肢・下肢の機能を全廃し、体幹の機能障害により座っていることなどができないものである. 2級相当とは、両上肢・下肢の機能の著しい障害が認められ、体幹障害により坐位又は起立位を保つことなどが困難なものである(産科医療補償制度に係る診断基準作成に関する検討会『産科医療補償制度に係る診断基準作成に関する検討会報告書』資料参照).

²⁴ 2009年9月の審査件数5件中補償対象5件、同年11月の審査件数3件中補償対象3件、同年12月の審査件数4件中補償対象4件(個別審査1件を含む)、2010年1月審査件数5件中補償対象5件である(「産科医療補償制度第2回～第5回審査委員会」議事要旨参照).

いことなどにより、分娩の扱いをやめる施設が多く、産科医療の提供が十分でない地域が生じていること、更に、産科医になることを希望する若手医師が減少していることなどいわゆる産科医療の崩壊を一刻も早く阻止する観点から、民間の損害保険の活用により早急に立ち上げを図った政策判断²⁵にも留意する必要がある。たしかに、補償の範囲を拡充することは被害者救済につながるが、他方で限られた財源の中での救済範囲を拡充すれば、結局十分な被害者救済を図れない危険性がある。

医療従事者の分娩に関連する訴訟リスクを減少させる政策目的からは、かかりつけの医師のいない妊婦に対して、産婦人科医が分娩を行った場合に、仮に分娩に関連して重度の脳性麻痺を発症したとしても補償する仕組みを構築することによって、医師および病院が妊婦の受け入れを拒否しない体制を支援することが重要である²⁶。

産科医療補償制度では、補償請求者が重度脳性麻痺の児あるいは家族ではなく、分娩機関である。このため、分娩機関が診療録、助産録および検査データなどの分娩に

関連する医療記録を提出しなければ、胎児が出生体重・在胎週数の要件を満たしていても、補償の対象とはならない。同様の問題は、分娩機関が廃止され、かつ分娩機関の開設者が死亡したり、破産手続が開始した場合²⁷にも生ずる。たしかに、被害者は訴訟による救済手段が残されているが、分娩機関のために補償が受けられないのは本末転倒と考える。

(2) 被害者の救済と原因究明

原因を究明することは、将来の再発を防止する観点からは重要であるが、原因究明に要する時間および費用によって、被害者の救済が遅れる事態を避ける必要がある。産科医療補償制度においては、原因分析、再発防止に関して独立の第三者機関ではなく、運営組織内の各委員会で行われる。しかし、補償の認定と原因分析、再発防止は相互に利益が相反する危険がある以上、同一組織とすることは極めて問題があり²⁸、中立・公正な第三者機関を構築すべきである²⁹。

具体的な原因究明作業においても個々の事例における責任追求よりも、分娩に関連した脳性麻痺事例を組織的に分析し、再発防止の観点から行う³⁰方が医療安全に資

²⁵ 日本医療機能評価機構産科医療補償制度運営組織準備委員会『産科補償制度運営組織準備委員会報告書』1頁、4頁(2008)参照。

²⁶ 在胎週数の判断などが困難であり、産科医療補償制度だけでなく、妊婦への経済的支援、出産のリスクを啓蒙することも重要である。バージニア州では、無過失補償制度に加入する前提として、かかりつけ医のいない妊婦の分娩を拒否しないことを医師あるいは病院に課しているが、後で訴訟になる場合のリスクをおそれて、実際には拒絶する場合が少なくないようである (Joint Legislative Audit and Review Commission of the Virginia General Assembly, *Review of the Virginia Birth-Related Neurological Injury Compensation Program*, at 4-7 (2003))。

²⁷ 産科医療補償制度標準補償約款第2条、第6条参照。

²⁸ 産科医療補償制度運営組織準備委員会の議事録上、原因分析・再発防止を別組織で行うことが飯田修平委員より指摘されている (第8回「産科医療補償制度運営組織準備委員会」会議録20頁〔飯田発言〕)。なお、自動車事故における後遺症認定は、第三者機関である損害保険料率算出機構・自賠責損害調査事務所が行っている。

²⁹ 長野展久「医療事故のセイフティネット」病院65巻1号49頁(2006)など参照。

³⁰ 原因分析報告書作成マニュアル(平成22年1月28日版)参照。

するであろう。事例を類型化することによって、仮に訴訟になった場合においても、医療過誤を認定する際の過失の有無などを判断する上でも有益な基準となろう³¹。

産科医療補償制度の原因分析のためには、妊娠中の管理、分娩経過等の情報に加えて、新生児期医療の情報も必要であり、新生児がNICU等への搬送等によって、分娩機関にて新生児期医療の情報を保持していない場合、または情報を保持しているが、原因分析を行うにあたって追加情報が必要な場合には家族からの同意書を添えて搬送先医療機関の協力を得て、新生児の経過等に関する診療情報を搬送先の医療機関から収集することを検討している³²のは正当といえよう。

(3) 一時金払いと定期賠償

産科医療補償制度の補償対象と認定されれば、看護・介護を行う基盤整備のための準備一時金として600万円が支給され、その後20回分割で毎年定期的に120万円が支給される(準備一時金と補償分割金の併用)。分割金に関しては、当該児の生存か死亡かを問わず、一律に支給がなされる。長期的な基金の運用が不可欠であり、損害保険会社や運営組織における長期にわたっての資金管理、給付事務などが必要にな

るからである³³。しかし、補償内容が主に看護・介護費用である以上、将来的には定期金賠償(年金方式)とすべきである。

(4) 過失責任主義と無過失補償

産科医療補償制度においては、補償と損害賠償金が二重給付されることを防止するために、分娩機関に損害賠償責任が認められる場合には、補償金と損害賠償金の調整を行うことが提唱されている³⁴。

たしかに、分娩機関に過失が100パーセント認められる場合には、分娩機関にのみ賠償責任を負わせることに異論はないであろう。しかし、分娩機関にも一定の寄与過失が認められる事例³⁵においては、その負担額をめぐって、紛争が生じうる。一定の寄与過失が認められた場合には、分娩機関と児・家族との示談、裁判外による紛争解決または裁判所による和解・判決等に、求償権者が当事者として参加できるように分娩機関、家族に告知を義務づけるべきであろう。求償義務者が運営組織であるのか、あるいは保険会社であるのかも不明確である³⁶。

D. 考察

産科医療補償制度によって、従来の過失責任主義では救済されなかった被害者に

³¹ フランスにおける医療事故補償制度において、被害者に補償を行っている ONIAM が、裁判所による賠償額と比較して、ばらつきをなくすように被害に対する補償の評価基準を設け、なるべく平等な救済を図っていることは参考になる(ドミニク・マルタン「フランスにおける医療事故補償制度と ONIAM の活動について」いのちとくらし 20 号 9 頁(2007) 参照)。

³² 「第7回産科医療補償制度原因分析委員会」会議録 49 頁〔後技監発言〕参照。

³³ 日本医療機能評価機構産科医療補償制度運営組織準備委員会・前掲注(25) 9 頁参照。

³⁴ 日本医療機能評価機構産科医療補償制度運営組織準備委員会・前掲注(25) 13 頁参照。

³⁵ 名古屋地判平成1・2・17判タ703号は、胎児を横位と診断しながら事前に帝王切開の準備をしておかなかった医師に出産時の胎児血液循環障害による脳性麻痺につき、過失を認め、その寄与割合を3分の2としている。

³⁶ 第1回「産科医療補償制度運営委員会」会議録 38 頁〔鈴木利廣発言〕。

救済制度が拡充されたこと³⁷は積極的に評価すべきである。今後どのような補償制度を整備・拡充してゆくのか、組織的に検討する必要がある。たしかに、従来のように過失責任を修正する特別立法を個別に制定することは制度の効率性から問題がある。しかし、肝炎基本対策法にみられるように、包括的な救済・補償制度よりも個別の被害者救済の観点から立法化していることに留意すべきである。

実質的にも産科医療補償制度が立ち上がったばかりの状態を検証を十分にしないで、包括的な救済制度に置き換えることは適切ではなく、現実的とも思えない。産科医療補償制度に関して、産婦人科以外の診療科の医師に必ずしも十分に浸透していないようであり、医療従事者全体の理解を得られるように努める必要がある³⁸。

E. 結論

総合救済システムによる被害者救済の視点は高く評価されるが、医療事故の救済制度に関して、過失責任主義か無過失補償かといった二者択一的な制度設計よりも

³⁷ 分娩時の低酸素症が認められた女兒に脳性麻痺が生じたことについて、その原因は不明であり、担当医師に気管内挿管が遅れた過失は認められないとして、損害賠償請求を否定した大阪地判平成20・1・30判タ1262号285頁は、傍論として出産した子どもが脳性麻痺となった場合の無過失補償制度の早期実施を期待するとしている。

³⁸ 筆者が行った医療紛争に関するアンケートでは、産婦人科では、64名中63名(98パーセント)が「言葉も内容も知っている」と回答し、「言葉は聞いたことがあるが、内容はわからない」と回答しているのは1名に過ぎない。これに対して、内科では「言葉も内容も知っている」と回答しているのは、203名中76名(37パーセント)、外科では155名中52名(33パーセント)に過ぎず、専門分野によって制度への関心の度合いが異なっている(我妻・前掲注(10)7頁)。

過失責任主義を維持しながら無過失補償を補完させる複合的な制度の方が適切と考える³⁹。医療行為が個体差の大きい人体を対象としており、患者も何らかの疾患があり、その治療を目的として医師に受診するのであり、その後の患者の状態の変化に対応して医師は、臨機応変に治療方針を判断、変更する必要がある、さらに医療や医療技術の進歩によって、治療方法も一新される可能性があり、事前に一義的に決められないからである⁴⁰。

診療契約に基づき医療機関に要求される医療水準自体も「当該医療機関の性格、所在地域の医療環境の特性等の諸般の事情を考慮すべきであり、右の事情を捨象して、すべての医療機関について診療契約に基づき要求される医療水準を一律に解するのは相当でない」⁴¹、とされている。

G. 研究発表

1. 論文発表

我妻学「医療紛争に関するインターネット調査」法学会雑誌50号2号1頁～106頁同「産科医療補償制度について」石川明＝永田誠＝三上威彦『ボードレス社会と法(ハルトヴィーク先生追悼記念論文集)』187頁(2009)

³⁹ 不法行為について、潮見・前掲注(3)15頁など参照。

⁴⁰ 手嶋豊「医師の責任」山田卓生編集代表『新・現代損害賠償法講座3巻』317頁(1997)以下など参照。

⁴¹ 最2小判平成7・6・9民集49巻6号1499頁参照。最3小判平成9・2・25民集51巻2号502頁は、開業医が副作用を有する多種の薬剤を長期間継続的に投与された患者について薬疹の可能性のある発疹を認めた場合においては、自院又は他の診療機関において患者が必要な検査、治療を速やかに受けることができるように相応の配慮をすべき義務があるとしている。

	特になし
2. 学会発表 (発表誌名巻号・頁・発行年等も記入) なし.	2. 実用新案登録 特になし
H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む.)	3. その他
1. 特許取得	特になし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

「医療事故に関するニュー・ジーランド法の対応に関する研究」

研究分担者 水野謙・学習院大学法学部教授

研究要旨 ニュー・ジーランドでは、事故による人身侵害について、1972年事故補償法の制定以来、原則として、事故補償公団（ACC）による無過失補償がなされている。しかし、医療事故についても同様の立場が貫かれているのかについては検討の余地が残されている。本報告では、1972年法以降、いくつかの変遷を経て制定された2001年侵害防止、リハビリテーション及び補償法（の2005年第2次修正法）の下で、Treatment Injuryの補償という考え方がどのような意義を有しているのかについて検討した。また、ニュー・ジーランドの各種の制定法において、医療従事者の能力はどのように確保されているのか、患者の権利侵害についてACCによる補償以外にどのような紛争処理手段が用意されているのかなどについても併せ検討し、医療事故に関するニュー・ジーランド法の対応について、より総合的な考察を試みた。

A. 研究目的

ニュー・ジーランドでは、1972年に事故補償法（Accident Compensation Act）が制定され、事故による人身侵害について、原則として、事故補償公団（ACC）による無過失補償がなされている。この点は、わが国でもかねてから注目され、紹介や検討がなされているところであるが、医療事故についても同様の立場が貫かれているのかについては従来必ずしも十分な検討がなされているとはいえなかった。本研究では、1972年法以降、いくつかの変遷を経て制定された2001年侵害防止、リハビリテーション及び補償法（Injury Prevention, Rehabilitation, and Compensation Act. 以下、「IPRC法」という）の2005年第2次修正法の下で導入されたTreatment Injuryの補償という考

え方について検討する。このTreatment Injuryの補償というカテゴリーは、IPRC法の制定前に制定された1992年の法律（Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act）の下で導入されたMedical Misadventureの補償というカテゴリーに内在する欠点や曖昧さを改め、治療の過程で生じた医療事故についても無過失補償を行おうとするものであるが、果たして、IPRC法のかかる立法趣旨は現実に貫徹されているといえるのだろうか。また、そもそもIPRC法の全体の枠組みの中で、事故の「補償」という考え方が、どのような位置を占めているのだろうか。これらについて検討することは、産婦人科の出産事故について無過失補償制度が導入されたわが国の議論状況に対しても、大きな示唆をもたらすにちがいな

いと思われる。また、本研究では、IPRC法の補償スキームの検討にとどまらず、ニュー・ジーランドの各種の制定法において、医療事故に関連する諸制度はどのような手当てがなされているのかなどについても併せ検討を行った。これは、医療事故に関するニュー・ジーランド法の対応に関する全体像を把握し、医療事故に関する補償制度のあり方をより広い視点から理解するためである。

B. 研究方法

本研究については、ニュー・ジーランドの各法律については、ニュー・ジーランド政府のホーム・ページにアクセスし、その最新の状況をチェックした上で、ニュー・ジーランドの医事法または不法行為法に関する体系書や諸論稿などを参照した。また、やや古いが、2007年にニュー・ジーランドのウェリントンのACC本部で行ったIPRC法の解釈・適用に関する聞き取り調査の結果も役立てている。

(倫理面への配慮)

既存の文献等を利用しているため倫理的側面への配慮は特に問題とはならない。

C. 研究結果

IPRC法の下でTreatment Injuryというカテゴリーは、医療従事者の過失を要求すると、医療従事者を非難する風土 (blaming culture) を残し立証の困難と審理の遅延を招くという、それ自体十分に理解しうる意図の下で、医療従事者の過失を要件とすることなく補償を認めるべく創出されたものであった。しかしながら、その実際の適用場面にあつては、過失を要

求しないという改正の趣旨は十分には達成されてはいない側面がある。また、IPRC法の下では医療事故に伴う補償水準は決して高額とはいえない。この点は、IPRC法が事故の被害者への補償と並んで、事故の予防及び被害者の社会復帰及び職場への復帰を重視していること、またIPRC法以外の法律において医療事故が生じないような、あるいは患者の権利が侵害されないような、様々な方策がとられていることと併せて、より総合的な見地から理解されるべきである。わが国においても、今後医療事故について無過失補償の導入の拡大を検討する際には、このような総合的な考察が必要であると思われる。

D. 考察

(1) ニュー・ジーランドにおける1972年事故補償法の下では、当初、労働に起因する被害と交通事故による被害に救済が限定され、また補償は一括払いがなされていた。しかし事故補償法を改めた1992年法 (Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act) は、Medical Misadventure (医療事故) による侵害を事故 (accident) による侵害と独立のカテゴリーで設け、これに対する補償をするに至った。また当該法律は、肉体的機能の喪失及び精神的損害について補償金の一括支給を廃止した。この後者の廃止については、その4年前に公表された法律委員会報告書の見解 (補償の一括払いは、被害者の収入の維持という目的にそぐわない) が影響を与えている。

これに対して、2001年のIPRC法は、05年の第2次修正法においてMedical

Misadventure に代え、Treatment Injury というカテゴリーを設け、また、永続的な障害に対する一時金による補償を復活させた(もっともそれ以外は週ごとの支払いが ACC によってなされている)。このうち前者については、従来の Medical Misadventure というカテゴリーに含まれるいくつかの問題点を改めたものである。すなわち、Medical Misadventure には、92 年法の下では、①医療従事者の「過失」を前提とする Medical Error (医療過誤) と、②「稀有」で「重篤な」結果をもたらしたことに着目する Medical Mishap (医療に関する災難) とが含まれていたのであるが、このうち①については、医療従事者を非難する風土を永続させ、立証の困難と審理の遅延を招くという批判のほか、そもそも人は誤りに陥りがちであり、人の誤りは結局のところ組織的要因に基づくものであるという批判もなされていた。また、②については、何をもって、稀有で重篤というのか、その判断が難しいという批判がなされていた。このような批判を受けて設けられた Treatment Injury の補償に関する規定は、医療従事者の行った医療行為(治療、診察、治療の決定、病気の予防などを含む)によって死亡や負傷という人身侵害(疾病や感染によるものは原則として含まれない)を被った場合に、ACC が無過失で一定額の補償を行うというものであり、注目すべき法改正といえる。

(2) しかし、これについては以下の大きく 2 つの点に注意が必要である。

第 1 に、何をもって「医療行為によって」生じた人身侵害というのかが問題である。例えば外科手術に伴って患者を切開して

も、これが医療行為に当然に伴う医的侵襲であり、無過失補償の対象である Treatment Injury には当たらないということに異論はない。しかし治療に伴って副作用が生じた場合はどうだろうか。あるいは患者の潜在的な健康状態によって生じた侵害は含まれないことは法文で明記されているが、このことは裏を返せば、きちんと治療していれば、患者の健康状態を改善またはその悪化を防ぐことができたのに、そのような正当な治療をしなかった、という場合でなければ、Treatment Injury とはいえないことを意味している。言い換えると「医療行為によって」生じた人身侵害といえるためには、医療行為に当然に伴うものではない場合や、患者の潜在的な疾病について正当な治療を行わなかった場合であることが必要であるのではないのか、というのが学説からの批判である。つまり Treatment Injury について判断するためには、結局のところ、医療行為に対する何らかの法的評価を経る必要がある。これは、医療従事者の過失の有無を判断することと非常に近接しやしないか。また、法文には、医療行為が望ましい結果を生じさせなかったからといって、それだけでは Treatment Injury とはいえないとも規定されている。これは、医療行為が、一定の結果の実現を保証するものではなく、医療水準に従った望ましいプロセスを経たかどうかの問題であることを示している。かかる医療行為の本質に照らすならば、「医療行為によって」生じた人身侵害といえるかどうかを判断する際には、医療従事者の行った医療行為の過程に注目せざるを得なくなる。このように考えると、IPRC 法

の下で医療事故について、無過失補償という枠組みが、理論的に貫徹されうるのかについては、なお注意深くこれを見守る必要があるだろう。

第2に、IPRC法の下では、永続的な障害に対する一括払いの補償金の給付以外には、医療費や週ごとの補償金などがACCによって給付されるが、これらの補償金の水準は決して高くないことにも注意が必要である（永続的な障害についても最高10万ドルまでしか給付されないし、毎週の補償金もかつての収入の80パーセントの水準にとどまる。収入がない家庭の主婦などには支給されない）。これは、IPRC法が、補償金の支払いについて、あくまで元の職場に社会復帰するまでの間支給されるためのものに過ぎないと位置づけていることから理解することができる。ACCは、被害者の社会復帰を助けるべく、リハビリ提供者及び使用者と協力しあいながら、さまざまな社会的または職業上のリハビリ・プランを1人1人の被害者のために策定しているのである。また、IPRC法の最大の眼目は、法律の名前（Injury Prevention, Rehabilitation, and Compensation Act）にも現れているように、侵害の防止にあることも忘れてはならない。例えば、各地域のACCは、事故の防止のための情報の提供や啓蒙プログラムの実施に取り組んでいる。Treatment Injuryとの関係では、Treatment injuryが生じ、それが公衆へのリスクを伴うものとACCが判断した場合、ACCは、患者の安全にかかわる関係諸機関に対して、当該リスクや情報を報告している。これは侵害の防止のために広く情報の共有をはかる

ためのものといえるだろう。

(3) ところで、以上のようなIPRC法の下では、事故や医療行為による人身侵害については民事訴訟の提起は禁じられ、被害者は加害者と相対することなく、ACCから補償金を給付されることになる。①しかし、このような制度の下で、加害者の顔を見ることなく補償金を受け取る被害者は、果たして心理的な満足を得ることができるのだろうか。②また、ACCによる（一応の）無過失補償スキームが採用されているIPRC法の下では、加害者による侵害の防止というインセンティブは働きにくくなる。IPRC法が、それに向けて社会全体の取り組みに力を注いでいることは前述のとおりであるが、このほか、IPRC法以外の法律で、医療事故の抑止につながる何らかの手当てはなされていないのだろうか。

このうち、①の疑問について、私が聞き取り調査を行ったACCの法務担当者は、「あなたの疑問は分からなくもないが、IPRC法の下では、被害者に対する補償は加害者の責任ではなく、Community Responsibilityなのだ」という回答を行った。このCommunity Responsibilityという考え方は、1972年の事故補償法制定に影響を与えた1967年の王立委員会におけるWoodhouse Reportでも強調されていた基本理念である。これは、移民国家としての歴史を背景に、さまざまな社会問題についてCommunityを構成する人々が協力して解決しようとする精神風土によって培われた考え方であるといわれている。また、近時では、インド出身のアメリカの経済学者・哲学者のAmartya Senの唱え

る Human Capability という考え方から、Community Responsibility という理念を再評価できないかという注目すべき見解も唱えられている。すなわち、人間の生活の豊かさを、その人の有している財や、その人の享受しうるサービスの保有量ではかるのではなく、人々が実際に何をすることができ、どんな状態になれるのかではかるようとする Human Capability という考え方の下では、本人の自律的なライフ・プランや、発展可能な潜在能力が重要なカギを握っている。これは、Community が協力し合いながら被害者の社会復帰を支援し、その中で、実際の必要に見合った補償を行おうとする IPRC 法の基本的な態度と整合的に理解できるのである。

(4) 次に、②の医療事故の抑止にかかわる問題について IPRC 法以外の法律の対応状況は次のとおりである。すなわち、まず、2003 年に制定された、医療従事者の能力と職業への適合性を確保するための法律 (Health Practitioners Competence Assurance Act. 以下、「HPCA 法」という) は、公衆の安全の影響を及ぼすと考えられる一定の医療分野 (カイロプラクティック、食餌療法学、医療放射線技術、薬学、医療実験科学、看護師、作業療法、視力検査と視力調剤、理学療法、足治療、心理学、歯科学、歯科衛生、歯科技術、産科学、整骨療法、薬剤学など) について、分野ごとに、医療従事者の属する団体の中に、医療従事者の登録や監督を行う機関 (authority. 以下「登録・監督機関」という) を置くように定めている。これらの登録・監督機関は、不適格者の登録をあらかじめ禁止し、また、不適切な医療を行った従事者がいると通

報を受けた場合に、当該従事者の能力を調査し、再教育プログラムやカウンセリングを行ったり、業務範囲の見直しを行うなどしている。また、過失に基づく医療過誤が行われた場合や、従事している業務への信頼を失わせるような医療上の行為が行われた場合は、法律専門家・医療関係者・一般市民がその構成員である裁判所 (tribunal) が、上記の各分野の医療従事者に対して、免許の取消しや罰金など各種の懲戒手続きを行っている。これらの医療従事者に対する様々なサンクションや能力向上プログラムは、いずれも医療事故の抑止に実質的に寄与するものであると考えられる。

また、1994 年に制定された、病気の治療を受けた者及び不確定期限のサポートを受けなければならない障害者の権利の促進及び保護を行うため国によって設置された単独法人たるコミッショナーに関する法律 (Health and Disability Commissioner Act. 以下、「HDC 法」という) は、患者の権利 (インフォームド・コンセントにかかわる権利や適切な水準の治療を受ける権利など) が侵害されたという訴えを患者等から受けた場合、コミッショナーが調査を行い、主要な争点に争いがなく、しかも大衆の安全にかかわらないような場合には仲裁手続きに移行させたり、IPRC 法でカバーされるべき領域については ACC に訴えを付託したりしているが、医療事故の抑止という観点から注目されるのは、主として次の 2 点である。すなわち、まず、訴えの内容が、広く公衆の健康や安全にかかわるとコミッショナーが判断した場合には、コミッショナーが保健

省の長官にそれを報告する。また、患者の権利が侵害された場合には、人権調査裁判所（Human Rights Review Tribunal）がそれを審理することもある。人身侵害については IPRC 法の下で補償されるわけであるが、それ以外に、例えば患者の権利侵害に伴って患者が屈辱などを味わったような場合には、裁判所は、医療従事者に対して損害賠償を命ずることができるのである。これらは、いずれも医療事故を抑止する機能を有するものといえるだろう。

E. 結論

とかくわが国では、ニュー・ジーランドといえ、人身侵害に関する無過失補償がなされているという情報だけが、やや独り歩きしている感があるが、特に医療事故については「無過失」補償がなされているの

かについては、理論的に微妙な点が残されている。また、無過失「補償」の金額は決して高額ではない。IPRC 法の下では被害者の社会復帰に必要なかぎりでの補償がなされるのであり、また、IPRC 法のほか HPCA 法や HDC 法は、医療事故を抑止するための様々な方策を設けている。ニュー・ジーランドにおける医療事故に対する補償は、これらの総合的な政策の中で、よりよく位置づけられるのである。

G. 研究発表

特になし。

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

特になし。