

論 説

ニュージーランドにおける医療事故と 被害者の救済

甲 斐 克 則

- 1 序——問題の所在
- 2 ニュージーランドにおける医療事故処理システムの歴史の変遷
- 3 ニュージーランドにおける医療事故処理システムの現状と意義
- 4 結 語——日本への示唆と医療事故被害者救済の課題

1 序——問題の所在

1 近時、医療事故およびその法的処理が大きな注目を集めている。日本における医療事故の法的処理は、従来、医療職者の民事法上の債務不履行責任（民法415条）または不法行為責任（民法709条）を追及する形態が圧倒的であったが、近年、民事法上の責任追及の増加のみならず、刑事事件としての業務上過失致死傷罪（刑法211条1項）による処理も増加しつつある。この現状は、責任の明確化の追求というメリットはあるものの、一方で、訴訟に係る負担・コストの大きさのほかに、医療の質および安全性の確保という観点からは、必ずしも効果的でない部分もあり、ひいては、萎縮医療や一定の専門医の減少（特に産科医の減少）等の問題性をもたらしつつあり、国民にとってデメリットもある。むしろ、重要なのは、迅速な原因解明と被害者救済、責任の明確化、医療事故防止であり、これら3つの視点から、日本における医療事故についての新たな法的処理システムを

構築する必要があるのではないかと、思われる。この点で、医療事故の被害者救済にウェイトを置いたニュージーランドおよび北欧（スウェーデン、デンマーク、フィンランド）におけるノーフォールト（no-fault）・システムによる補償制度（過失の有無を問わずに被害者の補償を行う制度）には、示唆深いものがある。

2 このような問題意識から、2005年11月末から12月にかけて（現地では初夏）、財団法人ファイザー・ヘルスリサーチ振興財団からの助成を得て、この制度の母国であるニュージーランドに調査に出かけた。調査・研究の目的は、ニュージーランドにおける医療事故補償制度の実態を現地で調査し、日本における医療事故の新たな処理システムの糸口を探ることにあった。調査・研究の手法等を含め、成果の概略については、すでに別稿で紹介したので⁽¹⁾、重複になるが、調査・研究の手法の概略は、以下のとおりである。

第1に、受入れ機関であるニュージーランド・オークランド大学ロースクールを訪問し、関連の文献・資料の調査・収集をした。その結果、同図書館等で、現地ならではの図書ないし論文を多数収集することができた。特に報告書の類の収集は、貴重なものであった。

第2に、受入れ担当のオークランド大学ロースクールの畏友ジョージ・ムスラーキス（George Mousourakis）上級講師（現在、新潟大学法学部客員准教授でもある）の世話で、この問題の専門家であるマーガレット・ベネ

（1） 甲斐克則「医療事故と被害者の救済——ニュージーランドにおける医療事故処理システムを中心に——」被害者学研究17号（2007）66頁以下参照。本稿は、それを敷衍するものである。また、2007年6月に早稲田大学で開催された第22回日本保健医療行動科学会学術大会の2日目（6月17日）に、招待されて行った特別講演「医療事故と患者の権利」でも、「患者の権利」という視点からニュージーランドの医療事故処理システムに言及しつつ論じたが、それについては、甲斐克則『〈特別講演〉医療事故と患者の権利』日本保健医療行動科学会年報23巻（2008）掲載予定参照。なお、現地調査で協力していただいた本文記載の方々とファイザー・ヘルスリサーチ財団に対して、再度謝意を表す。

ル（Margaret Vennell）元准教授（ニュージーランドの事故補償システム構築に長年貢献した学者）およびローズマリー・トービン（Rosemary Tobin）上級講師（現在 ACC 等でも活躍中）と、事前に私が送付しておいた質問事項について入念な意見交換をし、ニュージーランドの事故補償システムの成立の背景や現在までの変遷、特に医療事故の補償に関する法改正の経緯や現在の課題等について学ぶことができた。特にベネル元准教授からは、この制度の確立に大きく貢献された具体的な体験談をお聞きしたほか、ご自身の多くの貴重な論文や資料をいただいたことは、予想外の成果であった。

第3に、医療事故の被害者の苦情処理ないし医療機関との紛争の仲介を担当する機関である「保健医療・障害コミッショナー」（Health and Disability Commissioner（=HDC））を訪問したことは、実に意義深いことであった。そこでは、ロナルド・パターソン（Ronald J Paterson）博士（医）およびリーガル・アドバイザーのヘレン・デイビッドソン（Helen Davidson）氏（特に後者）から同コミッショナーの組織・役割・実務内容・課題について入念な説明を受け、質疑応答を行った。

第4に、事故補償に関してニュージーランドの特徴的機関ともいえる「事故補償法人」（Accident Compensation Corporation（=ACC））オークランド支部を訪問し、マイク・スプラゴン（Mike Spraggon）所長から ACC の組織・役割・実務内容・課題について入念な説明を受けたことも、実に実りある成果をもたらしてくれた。特に、質疑応答の後、ACC に関する貴重な資料も提供していただいたことは、実にありがたいことであった。その他、現地在住の日本人の方々にも医療事故の補償についてヒアリングを行った。

3 本稿では、この調査結果およびその後の分析をもとに、医療事故の法的処理ないし被害者救済の問題をいかに考えるべきかを念頭に置いて、まず、ニュージーランドの医療事故処理システムの歴史的変遷を概観し、つぎに、ニュージーランドの医療事故処理システムの現状と意義について

述べ、最後に、この問題に関して変化の兆しが見える日本への示唆と医療事故被害者救済の課題およびその克服方法について述べることにする。

2 ニュージーランドにおける医療事故処理システムの歴史的変遷

1 ニュージーランドにおける医療事故処理システムは、これまで幾多の変遷がある。ここでは、現地で収集しえた文献のほか、ベネル元准教授およびトービン准教授からのヒアリングをもとに、重要なものを中心に概略を述べておく。

まず何よりも、1967年12月に、オーウェン・ウッドハウス (Owen Woodhouse) 判事を中心に、災害事故の被害者救済システム (ノーフォールト・システム) の確立を説く「事故による人的被害調査委員会報告書」(Report of the Royal Commission of Inquiry into Personal Injury by Accident)⁽²⁾ が出されたことが突破口となった。この報告書は、「ウッドハウス・レポート」 (=Woodhouse Report) と呼ばれ、今日まで、必ずといってよいほど引き合いに出される重要なものである。同報告書には、9部から成る本文188頁 (勧告を含む) のほか、付録 (Appendix) が12個付いている。

この報告書の背景には、相次ぐ各種災害事故への対応として、すべてを従来の訴訟制度に委ねることへの反省があった。そして、訴訟制度による救済では立証の困難さや時間・コストのかかりすぎにより後手に回るか不十分な救済しかできないという現状を何とか打破して、早期の被害者救済を図ろうとする危機感があった。しかし、その提言内容は従来の英国型訴訟制度との葛藤する部分もあり、また財源の確保という重要な課題もあ

(2) 報告書の正式題目は、COMPENSATION FOR PERSONAL INJURY IN NEW ZEALAND. REPOR OF THE ROYAL COMMISSION OF INQUIRY. 1967である。

り、それらを克服すべく、入念な配慮が施されている。オウエン判事ならではの実務感覚と理論的分析力がそれを支えたものと推測される。

この提言を受けて、1972年に「事故補償法」(Accident Compensation Act 1972)が成立し、災害事故の補償体制がスタートした。これにより、従来の不法行為上の損害賠償請求訴訟は提起できなくなった。そして、1974年には、その運用を担う「事故補償委員会」(Accident Compensation Commission)が誕生し、後に1982年の「事故補償法」(Accident Compensation Act 1982)を受けて、現行の「事故補償法人」(Accident Compensation Corporation (=ACC) 設立へと発展した⁽³⁾。

2 しかし、医療事故については、財源確保との関係で必ずしも機能していない部分もあり、1992年には、「事故リハビリテーションおよび補償保険法」(Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Act 1992)ができ、保険システムを組み込む形で医療事故被害者の救済を目的とする補償システムの拡充を目指した⁽⁴⁾。その結果、1994年に、「保健医療および障害コミッショナー法」(Health and Disability Commissioner Act=HDCA)

(3) この当時の状況を伝える文献として、Geoffrey Palmer, *Compensation for Incapacity*, 1979がある。また、スウェーデンの制度との比較をした貴重な研究として、Margaret A. McGregor Vennell, *Medical injury compensation under the New Zealand Accident Compensation Scheme: an assessment compared with the Swedish Medical Compensation Scheme*, PROFESSIONAL NEGLIGENCE, SEPTEMBER/OCTOBER 1989, pp. 141-157がある。邦語文献として、伊藤高義「ニュージーランド事故補償法運用上の問題点」ジュリスト691号(1979)200頁以下、および森島昭夫「被害者救済制度」加藤一郎・森島昭夫編『医療と人権——医師と患者のよりよい関係を求めて——』(1984・有斐閣)425頁以下、特に444頁以下がいち早くニュージーランドの補償システムを紹介している。比較的最近のものとして、浅井尚子「ニュージーランド事故補償制度の30年」判タ1102号(2002)59頁以下を挙げておく。

(4) See Margaret A. McGregor Vennell/Joanna Manning, *Accident Compensation*, [1992] NZ Recent Law Review, pp. 1-14; Margaret A. McGregor Vennell, *Accident Compensation*, [1993] NZ Recent Law Review, pp. 252-257.

1994) が成立し、患者の権利を保障する独立の公的機関である「保健医療および障害コミッショナー」(Health and Disability Commissioner=HDC) が設立された。

しばらくはこの制度が定着していったが、1998年の「事故保険法」(Accident Insurance Act 1998)の成立にもかかわらず、財源不足のためか、補償額に満足しない被害者は、懲罰的損害賠償を求めて訴訟を起こしたりした。

3 ベネル元准教授は、ヒアリングの際に、いくつかの判例に言及されたが、例えば、子宮頸部塗抹テストの診断過誤に関するボトリル事件 (A v Botrill [2003] 1 AC449; [2003] 2 NZLR 721 (PC), Botrill v A [2001] 3 NZLR622 (CA)) は、その話にもしばしば出てきた代表的な事件であった。ベネル元准教授の熱弁が今でも脳裏に残っている。

本件では、被告医師が原告患者について当初は「異常な細胞はない」と診断したが、後に上皮内高度扁平上皮異型 (高度 SIL) と診断し、精密検査の結果、侵襲性がんと判定された。原告は、医療事故の補償を受けたが、被告の懲戒処分が軽かったこともあり、注意義務違反を根拠に被告に対して 100,000 ニューゼaland・ドルの懲罰的損害賠償 (exemplary damages) を求める訴訟を提起した。1999年3月19日の第1審判決では原告が勝訴したが、2001年6月13日の第2審判決では被告が勝訴し、さらに2002年7月6日の枢密院司法委員会判決では、被告の行為が著しく正義に反する場合には懲罰的損害賠償が認められるとして原告勝訴となった⁽⁵⁾。

(5) See Joanna Manning, Reflections on Exemplary Damages and Personal Injury Liability in New Zealand, [2002] New Zealand Law Review, pp. 143-184; Judith Ferguson, Medical Misadventure under Accident Compensation: Diagnosis and Treatment of a Problem?, [2003] New Zealand Law Review, pp. 485-515. なお、邦語文献としては、佐野隆『『ネグリジェンスを理由とする懲罰的損害賠償金に関するニューゼalandの判例』のその後の展開』帝塚山法学9号(2005)381頁以下が本判決およびそれに関する賛否両論について詳細に分析して参考になる。また、それ以前の判例およびその分析については、同「ネグリジェンスを理由とする懲罰的損害賠償金に関するニ

本件は、当時、ニュージーランドにおいて相当なインパクトがあったようである。とはいえ、懲罰的損害賠償を認めるべきか否かについては、ニュージーランドにおいて賛否両論が分かれており、そして、2001年には、「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)が成立したが、決定的ではなかった⁽⁶⁾。財政問題とも絡んで、ニュージーランドの医療事故補償システムは失敗ではなかったか、という評価が日本でも一部に広がったのも、このような事情があったからであろう。

しかし、上記ボトリル事件判決等を踏まえて、2003年には、「保健医療および障害コミッショナー改正法」(Health and Disability Commissioner Amendment Act 2003)が成立し（2004年発効）、同コミッショナーに患者の権利の実現に向けた強い権限を賦与した。同時に、「保健医療実務家適性保険法」(Health Practitioners' Competence Assurance Act 2003)も成立して、イギリスの保険会社と連携をとりながら保険制度の色彩を強くして財源確保を図っている。なお、現在、「傷害防止、リハビリテーションおよび補償法修正案」(Injury Prevention, Rehabilitation and Compensation Amendment Bill)を策定中とのことである。

4 ベネル元准教授の話によると、これらの法制度の変遷途上では、ノーフォールト・システムが政権の転換期に危機を迎えた時期もあったが、様々な工夫によりその危機を乗り越えてきたという。もちろん、課題も指摘された。特に、例えば、場合によっては医療ミスについて（補償がある

「ニュージーランドの判例」比較法学31巻2号（1998）221頁以下参照。

(6) ニュージーランドにおける懲罰的損害賠償をめぐる議論および諸立法の経緯については、佐野隆「ニュージーランドにおける懲罰的損害賠償金をめぐる問題の立法による解決」比較法学33巻1号（1999）199頁以下、同「懲罰的損害賠償の非懲罰性」大須賀明編『国家の法的関与と自由——アジア・オセアニア法制の比較研究——』（2001・信山社）169頁以下、マイケル・ティルベリー（佐野隆訳）「司法上の救済手段による『犯罪』行為の規制：懲罰的損害賠償の場合」大須賀編・前出『国家の法的関与と自由』83頁以下参照。See also Manning, *supra*, note 1, Ferguson, *supra*, note 1.

がゆえに) 医師に責任があるにもかかわらず、「どうせ補償がなされるのだから」という姿勢からその医師に反省がみられないケースもときおり存在するなど、欠点もあるという。だが、それを差し引いてもなおこの補償システムを存続させる意義の方が大きいということをベネル元准教授は最後に強調された。おそらく、このシステムは、ニュージーランドが世界に先駆けて生み出した独自のものであるという自負心が国民の間に定着しているからであろう。

3 ニュージーランドにおける医療事故処理システムの現状と意義

1 では、ニュージーランドにおける医療事故処理システムの具体的状況はどうなっているのでしょうか。筆者が行った現地調査をもとに、以下、ポイントを示しておこう。

(1) 保健医療・障害コミッショナーの役割と患者の権利保護 まず、「保健医療・障害コミッショナー」(The Health and Disability Commissioner (=HDC)) は、以下のことを樹立するための独立した国のサービス提供機関である。すなわち、①医療および疾病に関するサービスを受ける消費者(consumers)の権利を増進しかつ保護すること、②消費者と医療および疾病に関するサービス提供者との間の諸問題の解決を支援すること、③ヘルスケアおよび疾病に関するサービスの質を増進すること、である。

ここにいう「医療および疾病に関するサービスを受ける消費者(患者)の権利」の根拠となる法典である「医療および疾病に関するサービスを受ける消費者の権利法典」(The Code of Health and Disability Services Consumers' Rights)」(全6箇条)は、ニュージーランドにおけるすべての医療および疾病に関するサービスに適用される。同法典は、すべての消費者に対して権利を賦与し、サービスを提供する人々および組織に対して義務を課す(1条および2条)。それは、公的なものであれ私的なものであれ、以

下のものを含む広い範囲の提供者をカバーする。すなわち、i) 病院、ii) 休養ホーム (rest homes), iii) 医師, iv) 在宅ケア提供者 (home care providers), v) カウンセラー, vi) ホメオパシー医 (類似療法専門家) (homeopaths), vii) 看護師, viii) 治療マッサージ師 (therapeutic masseurs), ix) 検眼師 (optometrists), x) 助産師 (midwives), である。なお、敢えて Consumers という用語を用いているのは、保健医療消費者＝患者のみならず、障害サービス消費者を含むからである（4条の定義参照）。

2 重要なのは、2条において規定されている、以下の10の権利内容である。

権利1 は、尊重されつつ取り扱われる権利 (Right to be Treated with Respect) であり、プライバシーを尊重される権利、宗教・価値・信念の尊重を含む。**権利2** は、差別・強制・ハラスメント・搾取を受けない権利 (Right to Freedom from Discrimination, Coercion, Harassment, and Exploitation) である。**権利3** は、尊厳および独立の権利 (Right to Dignity and Independence) である。**権利4** は、適正水準のサービスを受ける権利 (Right to Services of an Appropriate Standard) である。**権利5** は、有効なコミュニケーションを受ける権利 (Right to Effective Communication) である。**権利6** は、十分な情報提供を受ける権利 (Right to be Fully Informed) である。これは、病状、他の選択肢、期間、研究参加に関する告知、法的・倫理的に要求される情報、検査結果、処置の結果を含む。

権利7 は、インフォームド・チョイスを行う権利およびインフォームド・コンセントを与える権利 (Right to Make Informed Choice and Give Informed Consent) である。この内容は、以下の10項目にわたっており、重要なものとなっている。

(1) 何らかの制定法、もしくはコモンロー、もしくは本法典の他の何らかの規定が別様に規定する場合を除き、消費者がインフォームド・チョイスを行い、かつインフォームド・コンセントを与えさえすれば、消費者に対して諸々のサービスが提供される。

(2) 消費者は、判断能力がない (not competent) と信じるのに合理的な理由がなければ、インフォームド・チョイスを行う能力およびインフォームド・コンセントを与える能力があるものと推定されなければならない。

(3) 消費者の能力が減少する場合、本人の能力が適切なものである限度まで、インフォームド・チョイスを行う権利およびインフォームド・コンセントを与える権利を維持する。

(4) 消費者がインフォームド・チョイスを行う能力およびインフォームド・コンセントを与える能力がない場合、およびその消費者に代わって同意を与える権限を有する人がいない場合、提供者は、以下の場合にサービスを提供することができる。(a) それが消費者の最善の利益 (best interests) である場合、(b) その消費者の考えを確認するために合理的手段が採られている場合、(c) (i) 消費者の見解が確認され、かつ、それらの人々の見解を尊重することにより、提供者が、合理的根拠に基づいて、そのサービスの提供が、もしその消費者が能力があればなしたであろうインフォームド・チョイスと合致する、と信じるか、もしくは、(ii) その消費者の見解が確認されておらず、その消費者の福祉に関心がありかつ提供者にアドバイスを与えうる他の適切な人の考えを提供者が考慮する場合、以上のいずれかの場合、である。

(5) あらゆる消費者は、コモンローに合致するアドバンス・ディレクティブ (将来のヘルスケアに関する文書または口頭の指示——4 条の定義参照) を利用することができる。

(6) ヘルスケアの処置に対するインフォームド・コンセントが要求される場合、以下のことが書かれていなければならない。(a) その消費者が何らかの研究に参加する予定があるか否か、もしくは (b) その処置が実験的なものであるか否か、もしくは (c) その消費者が一般的に意識喪失状態にあるか否か、もしくは (d) その消費者に関する敵対的効果の重大なりスクがあうか否か。

(7) あらゆる消費者は、サービスを拒否し、サービスへの同意の撤回をする権利を有する。

(8) あらゆる消費者は、サービスを提供してくれる人について選好を表明し、その選好が実施可能な場所を指定する権利を有する。

(9) あらゆる消費者は、ヘルスケアの処置の過程で摘出されたか獲得された身体の一部もしくは身体的物質 (bodily substances) の返還もしくは処分について決定する権利を有する。

(10) ヘルスケアの処置の過程で摘出されたか獲得された身体の一部もしくは身体的物質のいかなるものも、以下の場合以外の方法で、貯蔵され、保存され、もしくは利用されてはならない。(a) 消費者のインフォームド・コンセントを得ている場合、もしくは (b) 研究の目的に照らして、それが倫理委員会の承認を得ている場合、もしくは (c) 以下のひとつもしくはそれ以上の目的に照らして、サービスの質を保証もしくは増進するためにそれぞれ行われる活動である場合。(i) 専門的に承認された質の保証プログラム、(ii) サービスの外部監査 (external audit)、(iii) サービスの外部評価。

権利 8 は、支援を受ける権利 (Right to Support) であり、**権利 9** は、授業・研究に関する権利 (Right in Respect of Teaching or Research) である。

最後に、**権利10**は、苦情を申し立てる権利 (Right to Complain) である。8項目にわたる重要なものである。

(1) あらゆる消費者は、その消費者にとって適切な形式で提供者に対して苦情を申し立てる権利を有する。

(2) あらゆる消費者は、以下の者に対して苦情を申し立てることができる。(a) 苦情を申し立てられるサービスをした個人、(b) その提供者に関して苦情を受け付ける権能を有する者、(c) その他、(i) 1994年の保健医療・障害コミッショナー法 (The Health and Disability Commissioner 1994) の下で提供された独立した弁護士、および (ii) 保健医療・障害コミッショナーを含む適切な者。

(3) あらゆる提供者は、苦情について、公平に、わかりやすく、迅速に、かつ効果的に解決するよう促進しなければならない。

(4) あらゆる提供者は、1か月以内に消費者の苦情についての進捗状況に関して消費者に情報を提供しなければならない。

(5) あらゆる提供者は、苦情を処理する場合、本法典におけるその他の重要なすべての権利を充足しなければならない。

(6) あらゆる提供者は、提供者の従業員を除き、以下のことを保証する苦情手続を有していなければならない。(a) その苦情が、その期間内に消費者の満足が得られるよう解決されなければ、受理後5日以内の労働日に書かれていると承認されていること。および、(b) 消費者は、(i) 1994年の保健医療・障害コミッショナー法の下で提供された独立した弁護士、および(ii) 保健医療・障害コミッショナーの利用可能性を含めて、重要な内部および外部のあらゆる苦情処理手続について情報提供されていること。

(7) 書面による苦情の承認後の労働日の10日以内に、提供者は、以下のことをしなければならない。(a) 提供者が、(i) その苦情が正当なものであることを認めるか、それともその苦情が正当であると認めないかどうかを決定しなければならない。もしくは、(b) もしその苦情を調査するのにもっと時間が必要であると決定すれば、どの程度の期間がさらに必要かを決定しなければならない。そして、(ii) もし追加期間が20労働日以上となる場合、消費者に、その決定および延期の理由を知らせなければならない。

(8) 提供者が、苦情が正当であると承認するか否かを決定した後はできるかぎり早く、提供者は、消費者に、(a) 決定の理由、(b) 提供者が取ろうと要求する行動、および(c) 提供者が取っているいっさいの抗告手続を知らせなければならない。

かくして、苦情を申し立てるに際しては、消費者が信義に則って行為し、公正で誠実であること、そして重要であると分かっているすべての情

報を共有することが重要であるとされる。濫用を防止するためであろう。また、コミッショナーの管轄権は、ケアの質に限定される。サービスに関する資金提供もしくは資格の問題についてはカバーしない。

3 現在、スタッフは約50名であり、改正法により権限が強化された。とりわけ、原因解明のため調査権限を有する点、紛争の仲介等をする点、場合によっては医師に謝罪を要求したりもする点が特徴である。解決手法は、一種のADRと見ることもできる。なお、刑事医療過誤事件は、それほど多くないようである。それは、HDCのような活動が、ある種の「修復的司法」（後述のようにニュージーランドはその母国でもある）の役割を担っているからではなかろうか。コミッショナーの上記デイビッドソン氏の話によれば、通常は、1件について5名（医療関係者と法律家）がチームを組んでこの仕事にあたるとのことである。それでも、解決には12か月から18か月かかることもあるという。

また、改正法により、権限が強化され（改正法38条参照）、被害者救済も強化されたとのことであるが、ヒアリングの結果、課題として、アスベスト被害者の扱いの問題（特に因果関係の確定）があるということであった。他の機関（とりわけ後述のACC）との連携はうまくいっており、それなくしては、理念の実現は困難だということである。また、財政面は、現在のところ問題ないとのことであった。このHDCのような機関は、あまり日本では知られていないが、医療事故の処理に関して、もっと注目してよいように思われる。

3 (2)事故補償法人（ACC）つぎに、事故補償法人（Accident Compensation Corporation（=ACC））について概観しておこう。これこそ、ニュージーランドの象徴ともいべき機関である。あらゆる事故被害に国民が対応できるように作成された数種類の「Your Guide to ACC」というパンフレットがACCオークランド支部の入口に置いてあったので、それを手に取って、ACCオークランド支部の所長室に行くと、親日派の上記スブラゴン所長は、大歓迎をして下さり、そこで一般論を話された後、さらに

会議室で2005年版の『年次報告書』⁽⁷⁾とパワーポイントを用いて、詳細に以下の点を説明して下さった。

まず、ACCのミッションは、上述の「ウッドハウス委員会報告書」以来、予防、負傷者に対するリハビリ義務、負傷者に対する損失補償義務、以上の3つが柱となっている。それを受けて、ACCの現在のビジョンは、予防、ケア、回復にある。

ACCによる補償対象はあらゆる事故形態を含むが、2005年版の『年次報告書』によると、1日あたり4,400件程度、1年間に1,600,000件程度の請求があるという。そのうち、重傷者は106,869人（オークランド地区では24,164人）で、全体の6.7%を占め、死者は1,075人（オークランド地区では210人）である。重傷者106,869人が事故遭遇した原因・場所は、家庭が27,269件、スポーツが18,511件、道路が4,837件、仕事36,010件、その他が20,242件である。永住権を有して、一定の税金を納めている国民が受給資格者となる。2005年度のACCの収入は27億（2.7 billion）ニュージーランドドルであり、支払い項目の割合のうち、2005年6月段階で、治療（medical treatment）に関するものが7億7,900万（779million）ニュージーランドドルで、全体の40%を占める。

前述のように、国民や海外からの移住者のうち一定の納税者については、身近なサービスが受けられるよう、わかりやすいパンフレットが様々なところに配置されているが、それでも、詳細を知らない国民もいるという。特に医療との関係では、具体的には、事故予防、医療事故補償金掛け金の徴収、補償金支払、事故による疾病治療とリハビリ・サービス、政府への助言が主な職務内容である。そして、「治療によって惹き起された傷害」（Injury caused by treatment）というパンフレットには、治療傷害（treatment injury）とは何か、誰がカバーするか、何がカバーされるか、ACCはいかにして援助することができるか、どのように苦情を申し立て

（7）詳細については、ACCIDENT COMPENSATION CORPORATION ANNUAL REPORT 2005を参照。

るか、といった内容がわかりやすく記述されている。

また、「ACC 請求者の権利法典」(The Code of ACC Claimants' Right)により、ACC 請求者の 8 つの権利と ACC の義務も規定されている。ACC 請求者の**権利 1**は、尊厳と尊重をもって扱われる権利である。**権利 2**は、公平に扱われる権利である。**権利 3**は、文化、価値および信条を尊重してもらう権利である。**権利 4**は、支援者 (support person or persons) に対する権利である。**権利 5**は、有効なコミュニケーションを受ける権利である。**権利 6**は、十分な情報提供を受ける権利である。**権利 7**は、プライバシーを尊重される権利である。そして、**権利 8**は、苦情を申し立てる権利である。

4 ACC が医療上のエラー (error) と認定した事案は、直ちに HDC に報告される。HDC は、それを受けて、医療機関等に連絡をして、原因説明や謝罪を要求したりする。しかし、ACC が医療事故として扱う件数は、実際の数より少ないとも言われている。それは、特に、財源ないしコストと関係するようである。補償額が少ないと受け止められる場合、別途訴訟を起こした方がよいと考える人々もいるようである。実際にそのような訴訟のケースもあることは、先に紹介したとおりである。また、アスベスト被害の場合は、補償額を含め、難しい問題があるとのことであった。それにもかかわらず、ACC の関係者は、全体として、よく機能しているという自負心をもっている。財政上の問題について質問をしたところ、年次報告書記載の具体的数値を示しつつ、現在は基盤が安定しているとの回答が返ってきた。日本に帰ったら、この模様を論文に記しておく旨を述べたところ、感謝されて、所長室を後にした。

4 結 語——日本への示唆と医療事故被害者救済の課題

1 以上、ニュージーランドの医療事故補償制度について現地調査を中心に概観してきた。本調査から、当面の課題として、アスベスト被害の認

定の問題や、補償額と訴訟額のギャップをはじめとする今後のコスト維持の工夫、補償がなされれば問題が解決したと考える医療職者の無反省な態度、なお残る訴訟への対策等があることも判明したとはいえ、むしろ、このユニークな試みが長年にわたり工夫を凝らして柔軟に変遷しつつも維持されている点に注目したい。この種の制度の工夫は、形を変えて、オーストラリア、スウェーデン、デンマーク、フィンランド等でも行われている。

2 日本では、冒頭に述べたように、刑事事件を含め、医療事故訴訟は増加しているが⁽⁸⁾、今後は訴訟だけで医療事故の問題を語る時代は終わりになるかもしれない。また、刑事事件として立件して処罰しても、真の問題解決になるか、疑問のケースもある。現在、日本では、医療事故の届出をどのようにすべきかが熱心に議論されているが⁽⁹⁾、それと連動して、医療事故被害者の真の救済制度、医療の質と安全を確保するための新たな制度を構築する際、ニュージーランド等のこの種の制度は、諸種の課題はあるものの、本格的に研究しておくに値するものであることを今回の研究で痛感した⁽¹⁰⁾。

(8) 21世紀に入ってから医療事故の法的処理の刑事法の動向については、甲斐克則『医事刑法への旅Ⅰ（新版）』（2006・イウス出版）112頁以下、特に125頁以下、同「医療事故と刑事法をめぐる現状と課題」刑事法ジャーナル3号（2006）5頁以下、同「刑事医療過誤と注意義務論」年報医事法学23（2008・印刷中）参照。我妻堯＝鈴木利廣＝甲斐克則「特別鼎談：医療事故の現状と法的対応」現代刑事法7巻1号（2005）62頁以下、飯田英男＝山口一誠『刑事医療過誤』（2001・判例タイムズ社）、飯田英男『刑事医療過誤Ⅱ』（2006・判例タイムズ社）、同『刑事医療過誤Ⅱ〔増補版〕』（2007・判例タイムズ社）、宇都木伸＝町野朔＝平林勝政＝甲斐克則編『医事法判例百選』（2006・有斐閣）等参照。

(9) この点については、甲斐・前出注（6）『医事刑法への旅Ⅰ（新版）』147頁以下参照。

(10) この点について参考になる最近の文献として、伊藤文夫＝押田茂實編『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——』（2005・新日本法規）、および「〈特集〉事故調査と安全確保のための法システム」ジュリスト1307号（2006）がある。なお、前者には、藤澤由和「ニュージーランドの医療安全・補償制度」も含まれている（468頁以下）。

3 被害者学の観点で考えてみると、医療事故の被害者は、第1に、何よりも事故の原因を知りたいのであり、第2に、事故の責任が明確な場合には医療者側に謝罪（何も司法の場によるものとはかぎらない）を求め、第3に、今後の類似の事故防止策を講じてもらいたいものである⁽¹¹⁾。この願望を制度の枠組の中にいかにして取り込むかが重要である。

ニュージーランドは、先住民のマオリ（Maori）族が考え出した加害者と被害者の間の和解，すなわち，いわゆる「修復的司法」（restorative justice）の発祥の地であり⁽¹²⁾，あらゆる事故の処理において，刑事事件も含め，修復的司法の観点からみると，本稿で紹介した制度も，いわばこのような法文化の風土から自ずと発生した制度のように思われる。ADRがこのような形で活用されていることを，われわれはもっと学ぶべきであろう。ましてや，医療は，人類が生存していくうえで今後も不可欠なものである以上，「被害者」である患者側と「加害者」ないし「行為者」である医療者側の「和解」に基づく修復的司法により，より良い，より安全な，より質の高い医療制度を確立していくことができるように思われる。現にその実践例もある⁽¹³⁾。

(11) この点については，Charles Vincent, Maeve Ennis, and Robert J. Audley（安全学研究会訳）『医療事故』（1998・ナカニシヤ出版），および山内桂子＝山内隆久『医療事故』（2000・朝日新聞社）参照。

(12) ニュージーランドの修復的司法については，ジョージ・ムスラキス（荻野太司＝吉中信人訳）「修復的司法：現今の理論と実践に関する考察（一）（二）（三）（四・完）」広島法学29巻1号（2005）176頁以下，2号284頁以下，3号（2006）90頁以下，4号204頁以下参照。

(13) 例えば，第37回日本医事法学会のシンポジウム「医療事故と刑事責任」では，私も企画責任者兼報告者として参加したが，パネリストの1人である豊田郁子氏は，お子さんを医療事故で亡くされた悲しみを乗り越え，新葛飾病院のメディエーターとして働いている旨を報告された（年報医事法学23（2008）掲載予定参照）。これこそ，医療事故における修復的司法の実践例である。なお，豊田郁子「医療訴訟防止のためのメディエーターの役割」別冊日本医師会雑誌135巻12号（2007）2529頁以下，清水陽一「『医療と患者のコミュニケーション』に向けて——新葛飾病院のADR（裁判外紛争解決）の取り組み——」看護教育48巻5号（2007）398頁以下参照。

ごく最近、日本でも、いくつかの新たな試みがある。ひとつは、医療事故の届出について、第三者機関を設けて、そこへ届け出ようという試みであり、すでにモデル事業が始まっている⁽¹⁴⁾。しかし、第三者機関のあり方については、ニュージーランドの HDC も参考の余地があるように思われる。私自身は、これに事故原因の早期究明を目指す医事審判制度を併せて作るべきであると考えている。例えば、海難審判制度などは参考になる。

もうひとつ、出産時の事故に関して、産科医の任意加入に基づくものではあるが、2007年度から、民間保険の活用により、「無過失補償」制度が導入されている。これは、以上の提言の突破口になるかもしれないと思われるので、その動向に注目したい。しかし、もちろん、被害者の「真の救済」が金銭補償だけで済むものではなく、精神面も含めた支援体制や事故の再発防止も重要であることを付言しておきたい。

要するに、医療は、人類が生存していくうえで今後も不可欠なものである以上、日本でも、患者側と医療者側の真の「和解」に基づく修復的司法により、迅速な原因解明、被害者救済、責任の明確化、医療事故防止を基軸とした処理システムが設計され、より良い、より安全な、より質の高い医療制度を確立していくことができるように思われる。

(14) この点については、ジュリスト1307号掲載の「特集：事故調査と安全確保のための法システム」(2006)、ジュリスト1323号掲載の「特集：医療安全と法」(2006)を参照されたい。