

最高裁判決2010——弁護士が語る(下)

小児科医過労死認定訴訟

最高裁第二小法廷2010・7・8和解

労働経済判例速報1973号3頁(地裁判決) 労働法律旬報1695号46頁(高裁判決)/損害賠償請求事件
/平成14年(ワ)第28489号 平成19年(ネ)第2615号

法学セミナー
2011/03/no.675

弁護士
弘中絵里

1 | はじめに

2010年7月8日、最高裁第二小法廷において、亡中原利郎医師(以下「中原医師」という)の過労死を巡る損害賠償請求訴訟について、勤務先病院と亡中原利郎医師の遺族との間で和解が成立した。

本件のメインテーマは、勤務先病院に対する損害賠償請求訴訟であるが、同時並行して行っていた労災保険法による遺族補償給付の申請(業務上災害の認定)と密接不可分な関係にあるので、両事件の流れを追いながら、前記和解について振り返っていきいたい。

2 | 和解成立に至る経緯

[1] 証拠保全

私が中原利郎医師の妻であるのり子氏に初めて会ったのは、1999年9月3日のことであった。中原医師は、その年の8月16日に勤務先病院(以下「相手方病院」という)で自死したばかりであった。享年44歳だった。

中原医師は小児科医で、相手方病院の小児科に1987年から勤務していた。小児科(前)部長の定年退職に伴い、1999年2月に中原医師は小児科部長(代行)に就任した。その後、同年2月、3月には小児科医が2名退職し、同年4月時点での小児科医は中原医師を含め3名となった(その後、同年5月に1名増員された)。小児科医が減った3月、4月に中原医師が担当した当直の負担は重く、3月に当直した回数は8回に上った。中原医師が当直を含む勤務の負担を訴えていたことや、不眠に陥っていたこと、そして何より、小児医療の閉塞した状況を訴え、医師を続ける気力も体力もないという遺書が遺されていたことから、のり子氏は、自死と業務との関連性を強く訴えていた。

しかし、のり子氏の手許には中原医師の勤務状況が分かるような客観的資料はほとんどと言っていいほどなかった。そこで、まず我々は証拠保全の申立をするようになった。

証拠保全の申立を行ったのは、2000年12月6日の

ことであった。証拠保全の対象としたのは、中原医師の勤務状況を示す書類(勤務表、日程表、予約外来ノートなど)、労働条件の実態を示す書類(賃金台帳、休暇取得状況を示す書類、就業規則、三六条協定)、身体・精神状況を示す書類(健康診断結果表やカルテ)、小児科の売り上げや労働環境に関するもの(病院会議や診療部長会議等の議事録、医師の稼働状況を記した書類、入院・外来の診療件数等を記載した書類等)であった。

証拠保全を行うにあたり、まず相手方病院にどのような書類が存在するはずかを特定する作業が大変であった。中原医師が自宅に置いていたわずかな書類や、かつて相手方病院に勤務していた医師の助言を得ながら、証拠保全で保全すべき書類を特定していった。

証拠保全の際に明らかになったのは、相手方病院は、中原医師の死が、業務に起因するものとは全く考えていないということであった。その後行った労災保険法による遺族補償給付申請についても、相手方病院からは一切協力を得られなかった。

[2] 遺族補償給付申請

のり子氏ら遺族が求めていたのは、まず自死が過重労働によるものであることを明らかにすることであった。そこで、労災保険法による遺族補償給付を申請することを予定していたが、そのために、まず中原医師が過重労働の状況にあったことを証拠資料によって裏付ける必要があった。

証拠保全のできる限りの資料は入手したものの、中原医師の勤務状況が一見して明らかになるような資料はなかった。タイムカードのようなものは存在しなかったし、残業代等給与の算定に使用するための勤務報告書はあったが、中原医師が報告書の決裁を行う立場であったためか、勤務報告書は勤務の実態を十分に反映していないもののように思われた。

ただ、中原医師が当直や日直を行った日には特定はできたので、弁護団は、平常勤務の場合、あるいは当直や日直を行った場合に、中原医師がおおよそ何時

に出勤し、何時に帰宅していたかをのり子氏から聴取して、中原医師の亡くなる以前1年分の就労状況を取りまとめた表を作成した。

また、これだけでは勤務状況の情報として不足であったので、相手方病院に勤務中、あるいは過去勤務していた医師からの事情聴取をできる限り行った。

弁護団としては、是非とも小児科医が減った1999年3、4月から中原医師が亡くなる直近にかけて、中原医師と共に小児科で働いていた医師からの協力を得たいと考えていたが、同僚のうち一人は中原医師の後任として部長に就任した医師であり、協力を得るのは難しかった。もう一人の医師からは何回か貴重なお話を聞く機会を得られたが、やはり現在も相手方病院とつながりがあるということで、原告側に立って陳述書を提出したり、証言をしたりといった形での協力は難しいとのことであった。

また、相手方病院の小児科医の場合、複数の医師でチームを組んで診療に当たることは小児心身症の診療以外はほとんどなく、通常の外来診療も、入院患者についても、日直・当直においても、それぞれの医師が当該患者を受け持つことになる。また、当時小児科の部長は中原医師のみであり、科による独立性・独自性が高いので（他科と小児科では診察の状況も内容も人数も雰囲気も異なる）、他科の部長の体験を単純に中原医師の体験になぞらえることもできない。このように、亡くなった本人以外に、本人の勤務実態を正確に知る者がいない上、小児科の同僚の数が少なく協力も得られにくいというのが、本件の最大の難関であった。

2001年9月、できるだけ証拠資料をそろえて、のり子氏らは遺族補償給付申請を行った。中原医師が受けた心理的負荷の内容としては、当直による負荷を中心に、部長（代行）に就任したことに伴う職責の変化や職務内容の質の変化、医師が減員したことに伴う職務量の加重化と病院の支援・協力体制の欠如などを列挙した。

しかし、2003年3月、新宿労基署は不支給決定を出した。その理由は、うつ病を発症した事実は認められ、業務以外の心理的負荷の原因も認められないが、業務による心理的負荷のレベルが強くないので、業務との因果関係が認められないというものであった。新宿労基署も、当直による負荷を中心に業務の負荷を検討したが、中原医師の当直回数が他の医師よりも恒常的に月当たり1～2回多かったことは認められるものの、相手方病院には当直明けの振替休日制度があり、

中原医師がこの制度を利用していないとは認められず、また、病院の資料によれば、午前2時を越えて患者が来ることはほとんどなく、午前2時を過ぎたら休めることが多かったと考えられ、当直中の実働時間は当直による拘束時間よりも相当に少ないといえることから、当直が特別の過重負荷をもたらしたものと評価できないというのであった。

このような評価は到底納得できないものであったので、2003年5月、不支給処分取り消しを求め、東京労働局労災審査官に審査請求をした。

しかし、これに対しても2004年3月に棄却決定が出されたため、同年5月に労働保険審査会に再審査請求をした上で、同年12月に労災不認定取消訴訟（以下「行政訴訟」という）を提起した。

[3] 相手方病院に対する損害賠償請求

このように、労災保険法による遺族補償給付を求める一方で、中原医師が過重労働となったのは、相手方病院の安全配慮義務違反によるものであるとして、2002年12月、東京地裁に相手方病院に対する損害賠償請求訴訟を提起した。

相手方病院の主張は原告側と真っ向から対立するものであり、うつ病の発症すら認められない、うつ病に罹患していたとしても業務外の原因によるものである、業務内容は過重ではないというものであった。

弁護団は、中原医師の勤務の過重性として特徴的なのは、3月の8回の当直を中心とした当直業務の心身の負担にあると考えていた。相手方病院における当直は、テレビで報道されるような、夜間もひっきりなしに患者が訪れて行列をなすようなものではなかった。しかし、結果的に患者が来ないとしても、それは結果論であり、当直中は臨戦態勢を強いられ、仮眠をとれたとしても自宅で就寝できる状態とは全く異なること、当直を複数回行うことにより生活リズムに乱れが生じ、睡眠障害に陥ること、年を重ねるにつれて当直による負担は重くなること、日中勤務に比べ、十分な協力体制や診療体制が調えられていないことも、当直業務の負担を増すものであることなど、当直業務の大変さを訴えていった。

さらに、新宿労基署が「午前2時以降は仮眠がとれた」と推測していたことに注目し、それを翻すために、実際に中原医師は当直の日にどの程度仮眠を取ることが可能であったかを検証した。証拠保全で入手した資料等により、当直日の何時にどのような症状で患者が

来院し、どのような処置を行ったか、おおよそのことは分かっていた。そこで、かつて中原医師の同僚として相手方病院で働いていた医師の協力を得て、当該処置であればどの程度の時間がかかるものかを教えてもらい、一覧表にし、最後の患者の来院が午前1時であったとしても、その処置が明け方まで長引くこともあることなどを明らかにした。

[4] 支援の会

他方、本件で非常に大きな力を発揮したのは、「小児科医師中原利郎先生の過労死認定を支援する会」(<http://www5f.biglobe.ne.jp/~nakahara/>)の発足であった。

当直による拘束時間が勤務時間にカウントされないなど、医師の労働環境については重大な問題があるにもかかわらず、医師の過労問題はそれまであまり論じられていなかった。医師の中でも、医師たるもの、私生活や心身を犠牲にして患者を診るべきであるといった風潮が古くからあり、また患者や社会もそういった医師の良心と努力と犠牲に甘えてきたという実態があった。しかし、このままでは医師自身の心身の健康が損なわれ、ひいては患者の健康が守られないことにもなる。そのような中で、本件は中原医師個人の問題にとどまらず医師の労働環境を巡る社会問題でもあるという観点から、中原医師の労災認定と小児医療の環境改善を求めて、2003年8月に前記支援の会が発足したのであった。

支援の会の発足を助言したのは弁護団長である川人博弁護士であるが、のり子氏はそれを受けて実に精力的に活動した。中原医師とのり子氏を取り巻く人々が、これに共感してのり子氏の家族と共に活動し、のり子氏らを支え、小児科医の労働環境を改善する活動を広げていった。

まず、発足してわずか4か月後の2004年1月には、労災認定を求める11,703名分の署名を集め、東京労働局に提出した。その後も渋谷駅や亀有駅前での街頭活動を行ったり、支援する会の総会にあわせて過労問題を考えるシンポジウムを行ったりした。のり子氏は、医師会主催の講演や民主党の勉強会、保険医協会主催の講演会や東京大学教養学部のゼミなど全国を飛び回って講演した。月3回の講演を行うこともまれではなかった。こうした精力的な活動によって支援者の輪が広がり、会員となった鈴木敦秋記者がのり子氏を含む三家族の姿を記した『小児救急「悲しみの家族たち」

の物語』(講談社、2005年)を執筆されるなど、本件はマスコミにも取り上げられ、医師の過労問題の代表例として社会の注目を浴びることとなった。

[5] 二つの地裁判決

こうした中で、2007年3月14日に、中原医師の死が過重労働によるものであったと認め、労災不認定を取消す旨の判決が出た。支援の会では、国に対し、この判決に控訴しないよう求める要請書を送付運動を展開した。国が控訴しなかったのは、こうした世論の声による力が大きいと考えている。

他方、同月29日には、相手方病院に対する損害賠償請求を棄却する旨の判決が出された。もともと、相手方病院に対する請求については、中原医師の労働が過重であったこと、それが原因で自死に至ったことの立証に加え、病院にそれに関する過失があったことも立証しなくてはならない。その意味では行政訴訟よりもハードルの高い面があった。しかし、損害賠償請求訴訟の判決は、労働が過重であったこと、自死の原因が業務にあったことさえも否定しており、到底納得のいかないものであった。そこで、我々は控訴した。

[6] 控訴審

弁護団は、控訴審の裁判官に、現場で働く医師の感覚を実感してもらうことが必要であると考えた。通常勤務に当直勤務が不定期に加わるという勤務状況は、9時～17時を基本とする一般的な日中勤務や勤務交代制、夜間勤務とも異なるイレギュラーな勤務形態であった。私も、当初はなかなかこのような勤務による負担を想像しづらかったし、本人たちから直接話を聞く機会の少ない裁判官であればなおさらのことと思われる。当直業務がどの程度心身に負担となるものなのか、現場で働く医師達の声を裁判官に届けるために、弁護団は小児科医へのアンケートを行った。実際にアンケートを集めるために動いたのは、支援の会の方々、のり子氏、そしてその趣旨に賛同してくれた方々であった。様々な年代、地域で働く小児科医が、それぞれの言葉でアンケートに回答してくださった。これを裁判所に提出できたことは、裁判官の心証にもとても大きな影響を与えたことと思う。

しかし、2008年10月22日に出された東京高裁判決は、業務の過重性や、業務の過重性からうつ病を発症し、自死に至ったという因果関係を認めたものの、病院に予見可能性がないとして、病院の責任を否定した。

業務の過重性と自死との因果関係を認めたことは、地裁判決に比べれば大きな前進であった。アンケートが少なからず影響したと思っている。しかし、病院が業務の過重性に気づかないということはあり得ないので、業務の過重性を認めながら予見可能性がないとすることは、論理的に矛盾していると思われた。また、同じ判決の中で、当直勤務に対する評価が、過重性を認定する場面と予見可能性を認定する場面とで異なっていた。このような高裁判決は承伏しかねるものであったので、2008年11月4日、我々は上告受理の申立を行った。

3 | 最高裁——和解成立へ

高裁判決に衝撃を受けていたのり子氏、そして支援の会の方々は、再び最高裁での見直しを求めて、精神的に活動をした。まず、見直しを求める署名活動を行い、毎月1回、家族の過労死を経験した3家族と共に、最高裁に要請行動を行った。最高裁に提出した署名は、累計で33,277筆にも達し、広報手段としての「いのちを守る」と印字されたボールペンを1万2千本配布する「ボールペン作戦」も行われた。

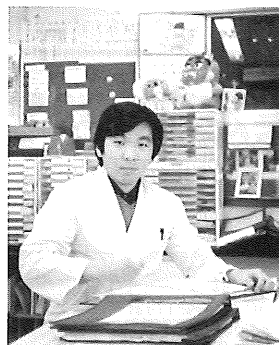
こうした中で、2010年春、最高裁より和解の打診があった。

和解に向けた最高裁での協議は、第二小法廷の意を受けた調査官の下で行われた。1回目の協議の席で、調査官は、「本件が、よりよい医療の改善につながるようにしたい。今は、当事者双方の意見には相当の開きがあるが、我々は粘り強く和解成立に向けて努力していきたいと考えている。」とおっしゃった。その言葉からは、調査官、そして第二小法廷の並々ならぬ思いが感じ取れた。

本件を医師の労働環境を改善するきっかけにした、それによって医師の身体や患者の健康、日本の医療を守りたいというのが、本件訴訟の一番の目的であった。最高裁判所の思いは、まさに我々の思いと一致したものであり、今までの活動が最高裁判所に届いたのだと実感できる言葉でもあった。

また、和解に当たり、相手方病院が、中原医師の死亡が労災認定された事実を真摯に受け止め、深く哀悼の意を表したことが、和解成立の大きな柱となった。

こうして、最高裁から打診を受けるまでは、和解という選択肢は全く頭になかったが(そもそも最高裁での和解は非常に珍しいものである)、何回かの協議を重ね、同年7月8日に和解成立となった。和解条項の前文に



生前の中原医師の執務中の様子。

は、医師を取り巻く諸問題に対して、患者、病院、裁判所が同じ土俵に立ってより良い医療を実現しようという姿勢が明確に示されており、実に格調高い内容となっている。そして、和解成立の手続きは、おそらく二度と訪れることはないであろう、景色のいい荘厳な会議室の中で、受命裁判官である古田佑紀最高裁判事の下、行われた。これで、11年間の法的紛争が、一定の成果を得て、全て終了するのだという深い感慨に包まれた瞬間であった。

4 | 和解成立後

和解成立後、2010年10月16日に、最後の支援の会の総会が開かれ、同年12月31日をもって、支援の会は解散となった。最後の総会には陰に陽に支援してくれた人々が大勢集まり、本件や支援の会が果たした役割を確認すると共に、今後も医療の改善に向けて検討すべき課題が沢山あることが確認された。

中原医師が自死してから11年、その間、1998年に亡くなった研修医森大仁氏の過労死が過労によるものであったとして勤務先病院の損害賠償が認められ、その後中原氏の事件で過重労働が認められ、医師や研修医が労働者であること、医師が過労の状況にあることが、世間に広く認知されるようになった。2009年には、医師が個人加入する全国医師ユニオンも発足した。研修医の労働環境も改善の兆しが見え、当直の負担軽減に気を配る病院も徐々に増えてきた。中原医師の遺書が原点となって、運動が広がり、流れが変わっていった。声を上げること、行動を起こすこと、粘り強く取り組むことの大切さを教えられた事件であった。

【参考文献】

関西医科大学研修医(過労死損害賠償)事件(大阪高判平16・7・15 労判879号22頁)、アテスト(ニコン熊谷製作所)事件(東京高判平21・7・28(労判990号50頁)、鈴木敦秋『小児救急「悲しみの家族たち」の物語』(講談社、2005年)。

(ひろなか・えり)