

〔論説〕

公益訴訟（政策形成訴訟）としての薬害肝炎訴訟

加藤 高志*

今般、関西大学法学研究所より、「公益訴訟（政策形成訴訟）」の視点から薬害肝炎訴訟について話をさせていただきたいとの依頼を受けた。

もとより公益訴訟についての識見もなく、薬害肝炎訴訟弁護団の末席を汚したに過ぎない者なので内容は杜撰であるが、薬害肝炎訴訟について感じることを書きとめたいと思う。

第1. 薬害肝炎訴訟とは

1. 薬害肝炎訴訟とは

(1) 薬害肝炎訴訟とは、フィブリノゲン製剤・第Ⅸ因子製剤という血液凝固因子を成分とする「血液製剤」によってC型肝炎に罹患した被害者の方々の救済を求め、製薬企業と国の責任を問うた訴訟である。

(2) 出産の際、稀に大量出血に至ることがある。そして更に稀な場合には、血液中の凝固因子が費消され、血液がさらさらの状態になって止血が著しく困難となる場合がある。このとき現象的には、血液凝固因子のひとつ（第Ⅰ因子）であるフィブリノゲンが減少している（そのほかの血液凝固因子も減少している）為、その対症療法としてフィブリノゲン製剤が投与された（もっとも、減少しているのはフィブリノゲンだけではなく、そのほかの血液凝固因子も減少しているのであり、上記病態の治療薬としてフィブリノゲンのみの投与が有効であるかどうかについては、裁判上激しく議論された）。

更に、出産時の大量出血に一般的に使用されるようになり、新生児出血症等の疾病に罹患されていた新生児には、血液凝固第Ⅸ因子製剤が投与された。

また、交通事故等の外傷によって大量出血した場合にも止血剤としてフィブリノゲン製剤等が広く使用されたし、心臓外科手術などの際には、接着用の糊として使用されることが多かったとされる。

(3) 他方、肝臓は「沈黙の臓器」と言われるように、症状が外部にはあらわれにくく、感染が直ちには分からない場合が多かった。その為、C型肝炎ウイルスに感染しても、その事実には

編集部注* 弁護士、大阪弁護士会所属、薬害肝炎訴訟大阪弁護団 本稿は2009年4月2日開催第39回現代法セミナーの講演内容に加筆・修正したものである。

気付かず、異常に気付いた時には相当程度肝炎の症状が進展しており、治療の機会を逸することが多いと言われている。そして慢性肝炎を経て肝硬変や肝がんに至ると、症状は不可逆的に進み、死に至る可能性が極めて高くなる。

2. 薬害肝炎訴訟の特徴

(1) 5地裁の連携

薬害肝炎訴訟は、2002年10月21日、大阪、東京で提訴され、その後、2003年4月から6月にかけて、福岡、仙台、名古屋でも提訴され、5地裁で訴訟が係属した。

5地裁での提訴は、各地の弁護士が連携してなされたものである。薬害肝炎は全国的な問題である為、広く世間に訴え世論を喚起していく必要があった。それゆえ、各地に弁護士を設けネットワークを形成する必要があると考えられたのである。

また、大規模な集団訴訟の場合、判決までかなりの時間を要する。それゆえ時間を短縮させることも大きな目的であった。各地で提訴し、作業を分担し、審理過程を早めようとしたのである。証人尋問を分担し、例えば、大阪地裁で行われた証人尋問について、調書を東京地裁に提出し、審理を早めるということも積極的に行なった。この「工夫」については、裁判所の理解・協力も得られたと感じる。

2002年の秋に提訴し、最も早い大阪地裁では2006年6月21日に判決が言い渡されたが、その間4年を要していないことは評価して良いと思われる。ただ、同じような手法を今後の全ての集団訴訟において行うことは容易ではなく、これを漫然と「モデル」とすることは難しいと思われる。

(2) 運動の重視

更に薬害肝炎は、社会に訴えて世論の支持を得る必要のある事件であった為、常に傍聴席を満席にして、裁判所に本件の社会的重要性を認識してもらうように努めた。傍聴された方に裁判の内容・進行状況を理解してもらう為、法廷での主張や立証活動に工夫を凝らした。

例えば、弁論の際に映像やパワーポイントを使い、事前には支援者に対してレクチャーも行ない、弁論後には集会を開いて解説した。もちろん、マスコミの理解・協力も重要であり、マスコミの方とは何度も交流をし、理解を深めてもらうように努めた。2007年秋以降の世論の盛り上がりは、マスコミの理解なくしては実現しなかったと思われる。

3. 法的論点

(1) 多岐に渡る法的論点

訴訟上の論点も多岐にわたった。

そもそも、国の規制権限の不行使に基づく国家賠償請求については、その不行使が「著しく不合理と認められるとき」に限って違法となるという高いハードルが存した（クロロキン薬害事件についての最高裁平成7年6月23日判決）のであるが、大阪地裁は、このハードルはクリアできると判断し、更に1987年になされた加熱フィブリンゲン製剤の承認自体も違法

としたのである。

かような判断をなすにあたっては、以下に列挙するようなポイント・論点が十分に検討されたのだと思われる。

(2) 有効性

① 医薬品は、その治療効果（有効性）が副作用等の危険性を上回り、有用だと判断されねば、薬として承認され販売されてはならないものである。この点、弁護団は、本件で問題となった血液製剤は、先天的にその凝固因子を欠乏させている患者の方を除き、有効性自体がなかったと主張した。

そもそも、医薬品の「有効性」は理屈だけで判断するものではない。科学的な臨床試験を行い、主観的評価を排しても有効性ありと判断できる試験結果がなければ、医薬品として販売してはならないのである。すなわち、まず、その「物質」を「医薬品として承認して良いかどうか」という承認手続の段階で有効性は問題となる。

この点（非加熱）フィブリノゲン製剤の製造承認は、1964年に与えられているところ、大阪地裁判決は、この承認申請に係る臨床試験資料の内容は杜撰であったが、当時の医学的・薬学的知見の下では、厚生大臣の承認に手続的瑕疵があったとまでは言えないと判断した（当時、比較臨床試験や二重盲検法が法規や指針等において明文で要求されていなかったことが、このような判断を導く上で重要な考慮要素になっていたと思われる）。

② しかしながら、有効性の有無は、承認後も、医学的知見の進展に伴い、常に検証されねばならない。そして、大阪地裁判決は、1987年4月当時、後天性低フィブリノゲン血症に対する有効性を認めることはできず、厚生大臣は、フィブリノゲン製剤の適応を先天性低フィブリノゲン血症に限定すべき義務があったと判断した。フィブリノゲン製剤はアメリカでも販売されていたが、FDAが1977年に承認を取り消したことが考慮されたと思われる。

更に、この時点で新たに加熱フィブリノゲン製剤を承認したこと自体も違法だと判断した。

(3) 重篤性

重篤性とは、この製剤の投与によって感染した肝炎という疾病の重さの程度についての争いである（有効性が認められた場合には、副作用との比較衡量がなされるからである）。この点について、被告側から「さほど大したことはない」「全ての感染者が肝硬変・肝がんへと進む訳ではない」という趣旨の主張がなされ、大きな響きをかかったこともあった。肝臓は「沈黙の臓器」と呼ばれ、なかなか症状があらわれないが、症状があらわれた時には既に相当程度症状が進み、肝硬変等へと進展してしまうのであり、いつ自分の病がそのように進行するか分からないという不安を常に感染者は抱えていた。そのことを裁判所に理解してもらうことがポイントであった。

(4) 危険性

危険性とは、当該血液製剤によってC型肝炎ウイルスに感染する危険がどれだけ存するの

かという論点である。被告らは、ウイルスを殺す為の様々な不活化対策をとっているから感染の危険は低い、むしろ輸血の方が感染の可能性は高いのだと主張したが、この点については多様な立証・研究成果の収集により、フィブリノゲン製剤や第Ⅸ因子製剤の危険性の高さが立証できたと考えている。

(5) 因果関係

上記に述べた危険性の論点は、因果関係論としても争われた。大量に輸血が行われている場合、輸血によって感染した可能性を否定できないのではないかという論点である。

(6) 損害構成

損害賠償請求訴訟においては、通常、通院日数、入院費・逸失利益等を積み重ねて賠償金額を算出する。しかし、この訴訟では、被害を総体的にとらえ、同じ病気（同じ進行程度）であれば被害は同じであると強く主張し、積み重ねによる算出もせず、原告ごとに金額を変えることをしなかった。本件訴訟が構造的被害であり、膨大な数の被害者がいることを訴える意味もあったが、その主張の可否も問題となった。

4. 地裁判決とその後の運動

(1) 原告勝訴判決

2006年6月21日、大阪地裁は、フィブリノゲン製剤につき、先天性のフィブリノゲン欠乏症を除き「有効性はない」として、原告勝訴の判決を下した。その後、2006年8月30日には福岡地裁も同様の理論で、しかも時期を早めて被告らの責任を認め、更に、2007年3月23日にも被告国・製薬企業の責任を認める東京地裁の判決が出された。

いずれも全面勝訴ではなかったが、患者の主張を認め、国の責任を肯定したものであった。

また東京地裁は、有効性を認めたものの警告を怠ったとして、第Ⅸ因子製剤についても被告国の責任を認めた（第Ⅸ因子製剤による感染被害について、大阪地裁、福岡地裁は国に対して責任を認めていなかった）。更に2007年7月31日の名古屋地裁の判決では、有効性はあったと認めたが、極めて限定的だったと評価し、危険性等を添付文書に明記させるべきだったのに、その義務に反したとして、患者側全面勝訴の判決を下した。

直後の仙台地裁では、国の責任を認めない判決が出たものの、全体の流れは国の責任を認めるものであった。

(2) 運動の強化

(1)で述べた一連の流れ、特に東京地裁でも勝訴したことは、我々を大いに勇気づけ、運動を強化する契機となった。東京地裁判決以降救済法が制定されるまでの運動の流れを簡単にまとめたものを末尾に添付するが、ここに記載した以外にも各地で精力的に運動を行い、世論の高まりに努めた。

(3) 政治状況

この時期、政治は安倍政権が揺らいでいるときであった。そのようななか、いわゆる「418名リスト」の問題が明らかになったのである。

418名リスト問題とは、製薬企業や国が、製剤の投与を受けた方々の情報を有しながら、一切その事実を本人に知らせず、その為漫然と病状を進展させ、更に訴訟にあっては、製剤投与の事実を争っていたという事件である。これが市民、国民の怒りに火を付けた。

第2. 大阪高裁での和解勧告、法の制定へ

1. 控訴審への移行

被告国、製薬企業は、各敗訴判決に納得できないとして控訴した。東京地裁以降の判決に対しては、「各地裁判決で判断の枠組み、理論構成が異なる」という理由も付加した。しかし先頭を走る大阪高裁では、書面でのやりとりがなされた後証人尋問に入らず、和解を検討し、2007年11月7日、和解を勧告するとの決定に至った。判決とともに、この和解勧告は、社会に大きなインパクトを与えた。

和解における最大のテーマは、「全員一律救済が認められるか」という点であった。原告の中で線引きをしてはいけない、差別的な扱いをしてはいけない、ということが原告らの最も強い願いであった。

もちろん、法の「理屈」の上では予見可能性、予見時期というものが重要となり、法理論だけを振りかざせば、早い時期に感染した方の請求が認められないという事態は生じ得る。

しかし、本件のような発生構造を持ち、絶え間なく、かつ、膨大な数の被害者が発生している事案において、一部のものが救済され、一部のものが救済されない（例えば、1985年1月1日に製剤を投与された方に対しては賠償が認められ、1984年12月31日に投与された方に対しては何ら賠償がなされない）ということは、いかにも解決策としてはバランスを欠くように思われる。

それゆえ、双方の譲歩が求められる和解の中で、2007年秋から、国会行動、大臣との面談と運動を重ねていったのである。

2. 大阪高裁所見

大阪高裁は、2007年12月13日、和解案を提示するとともに所見を示した。

「1審原告らの方々からは、譲歩できない点はあるものの、相当の譲歩をしてでも、和解による早期解決を望む気持ちがひしひしと伝わってきました。」「当裁判所としても、本件紛争の全体的解決のためには、1審原告らの全員、一律、一括の和解金の要求案は望ましいのではないかと考えておりますが、上記5地裁の判決の内容、結果に反する要求であり、1審被告らの格段の譲歩のない限り、和解骨子案として提示しないことにしました。」

大阪高裁は苦渋をにじませながら一律救済の和解案提示を断念したのである。

3. 福田首相の自民党総裁としての決断

しかし、大阪高裁が、「被告らの格段の譲歩がない」からこそ、望ましい全員一律救済ができないのだと述べたことから、原告の一律救済の訴えを支持した世論が政府の対応を厳しく批判し

た。

そして突然、2007年12月23日、福田首相が、「首相」としてではなく、「自民党の総裁」として、議員立法によって救済法を提出し全面救済を図ると発表した。

この時、司法の限界を乗り越えるべく、解決の方法として法が生み出されたと言える。

4. 法の制定

2008年1月に救済法ができ、その後、フィブリノゲン製剤等を投与されたことが証明でき、かつ感染の認められた方を裁判所が認定し、給付手続へと進んでいる。2009年10月末日現在、5つの弁護団で約1600名が提訴している状況であり、その7割強の原告が和解を成立させている。

しかし、救済法が制定され、提訴できる原告の方々の和解が成立したことによって我々弁護団・原告団の活動が終わるものではない。

個別救済をいかに広げることが大切であり、更には真相究明、再発防止、恒久対策へと課題が続いている。

第3. 弁護団の戦略

1. 提訴時の激しい議論

当該訴訟を提起しようとした時点での弁護団の戦略は、「迅速に勝訴判決を取得する」というものであった。そして、その目的を実現させる為の具体的戦略について、弁護団の中でも激しい議論が交わされた。

弁護団は、フィブリノゲン製剤や第Ⅸ因子製剤には、そもそも投与された方々の疾患に対して有効性がないのだと判断した。そして、百歩譲っても、先天性欠乏症の方を除き有効性が認められる症例は殆どないのだから、感染の危険性について警告をなす必要があったと考えた。

そして、そう構成すれば勝訴判決を早期に取得できると考えた。しかし、それでも、実際には、勝訴することは容易ではなかったのである。

2. 輸血による被害者の問題

その中で、輸血による感染被害についても提訴するのかという議論がなされた。

輸血によってC型肝炎ウイルスに感染した方々は血液製剤による感染被害よりも遥かに多く、この方々の提訴・救済なくして、我々の目的を達することはできないとの意見もあった。

しかし、目的が輸血による感染者を含む全員救済であったとしても、原告として提訴すべきかどうかについては別途検討する必要がある、輸血は出血に対応するもので有効性がないとは言にくい、輸血による感染被害も含めて損害賠償請求訴訟を提起し判決を得るには長時間を要することが懸念されるとの意見が多数を占めた。それゆえ本件訴訟においては、輸血による被害を対象としなかった（先天性疾患の方についても同様の議論がなされた）。

更に製剤が投与された事実の立証ができるかどうかを検討するにあたっては、カルテがあるか

どうかを重視した。これもできる限り論点を減らし、早期に勝訴判決を得る為の「決断」であった。

3. 抜本的な解決へのスケジュールを描く

もちろん弁護団は、勝訴の可能性が高い被害者だけに絞り、また製剤の使用事実の立証が容易な人だけに限定して訴訟を提起したからといって、それらの方々の勝訴判決だけを得て、それで全てを終わりにしようとしたのではない。そのようなことは全く考えていなかった。

我々は早期に勝訴判決を得ることで、この薬害の発生構造を社会に知らしめ、更には市民、国民の健康を疎かにしてきた医薬品行政、血液行政に対する問題性を顕在化させ、市民、国民の怒りに火をつけ社会的議論を巻き起こすことで、より広範で抜本的な解決へと進めようとしたのである。

その意味でも地裁の勝訴判決は、必ず早期に取得すべき必要があったし、大阪高裁が全面解決を「意識して」和解勧告を行ったことも（提示した和解案を全面的に肯定することはできないとしても）評価できるものと思われた。

4. 真相究明・再発防止、恒久対策

(1) 弁護団の視点

弁護団が、地裁判決→和解勧告（原告団からの和解拒否）→救済法の制定へと進む中で特に意識したのは、①個別救済の拡大のみならず、②真相究明、再発防止、③恒久対策の拡充であった。

フィブリノゲン製剤の投与を受けた方は、納入先リストから推定しただけでも全国で約30万人弱、そのうち約1万人に肝炎が発症したといわれている。そのほか、輸血などによりC型肝炎ウイルスに感染している方は200万人以上にのぼり、さらに、B型肝炎に感染している方は150万人以上いるといわれている。ウイルス性肝炎患者は、合わせて350万人を超えることになる。

大阪地裁判決が「損害（総論）」の項で指摘しているように、C型肝炎ウイルス感染者には、精神的損害（C型肝炎が慢性かつ進行性の疾患であることによる強い不安感）、経済的損害（治療費の支出、就労制限による得べかりし利益）、社会的損害（感染を避けるための抑制的行動、職業生活での不利益な取扱い等）などの深刻な損害が発生している。

しかも、このような深刻な事態を招いた原因は、我が国の医薬品行政や血液行政に存する。国が、提訴できた原告のみならず、多数のウイルス性肝炎患者の被害救済の為抜本的な恒久対策を講じなければならないのは明白であった。

(2) 恒久対策

そこで我々は、本件法律による支給範囲を広げる努力だけでなく、真相究明、再発防止、更に恒久対策の充実へと力を注いだ。もちろん個別救済の間口を広げるのも大切である。しかし、それだけでは不十分であることは、先に述べたとおりである。このような「工夫」だ

けでは、薬害被害の教訓が後に生かされるとは言えず、何よりも多くの肝炎被害者が救済され得ないからである。

350万人を超える感染者がいると推測され国民病と言われながら、肝臓病についての予算、対策はこれまで微々たるものだった。当時予算はせいぜい数億円である。それが、2002年の提訴後予算が増え、判決後には更に増額されるようになったのであり、そのことだけでも提訴や判決に多大な効果があったと評価できる。

また、恒久対策として医療体制の充実を図ることは極めて重要である。製剤によって感染したと思われる方でも投与事実を立証できず救済を受けられない方が多く、何よりも同じ医療行為である輸血での感染者には、個別救済の途が閉ざされている。それゆえ、この対策の拡充がなければ、我々弁護士が、勝訴判決の早期獲得の為原告を絞り込んだ意味が失われてしまう。具体的には、インターフェロン投与についての治療の進展に現場の医師がついていけず、専門医との連携が充分にはできていないという問題が存し、慢性肝炎の治療に効果があるインターフェロンについては、費用が高額で受けられないという状況もあった。これらの点については、当初とても支援などは無理と拒絶していた国も、原告団、弁護団の粘り強い交渉によって、2009年10月末日現在インターフェロンに関しては、所得に応じ、1万円、3万円、5万円を限度とする形で月額負担額を抑える為の費用支援がなされるようになっている。

また、患者の方々は、「感染する病気」だということで不当に差別されてきた。

疾患に対する社会の理解が充分でなく、離婚をせざる得なくなったり、仕事を辞めざる得なくなった方も多数存した。しかし、それらの差別は、国の医療・医薬品行政の誤りによって感染させられた上に、正確な医学的知識が伝えられない為に生じたことである。行政が対策をとる義務が存することは明らかであった。

我々は、その観点からも働きかけを行い、社会福祉制度に組み入れるよう努めた。その結果2010年度より、重篤な肝硬変に至った方々が身体障害者手帳を取得できるようにもなった。更に、我々が最重要目標としていた肝炎対策基本法も、ようやく2009年11月30日に成立した。この法律を出発点として、更に恒久対策を充実していくことが今後の課題である。

第4．司法の役割

1．司法の機能と限界

裁判所の和解勧告は、全面解決へ進む契機として、非常に大きなものであった。しかし、他方、裁判所の和解案では解決できなかったことも事実である。その意味で訴訟に限界が存した為、最後の解決策が立法機関に「投げられた」という側面があることは否めない。ただ、同時に法は、給付金支給手続きを司法によって行うこと（司法認定方式）を定めた。「行政を窓口にして認定手続を行うと、きっと多くの申請が蹴られてしまう」「司法こそが公正中立な立場で、かつ人権保障の観点から認定手続を担ってくれる」との思いがあり、司法に期待されたことも重視したいと思

う。

2. 和解の意義

また、我々が判決ばかりでなく和解に重きを置いた点についても、一言触れておきたい。判決で国の責任を明確にする、ということは重要である。しかし、判決に固執して長期に時間を掛けることのデメリットも存する。特に進行性の疾患を抱えている原告らにとっては「時間との戦い」であり、10年間戦って全面勝訴したとしても失うものは大きい。訴訟を早く終わらせることには大きな意味があった。

更に、より大きな和解の意義は、金銭賠償以外の解決策への道筋をつけやすいという点にある。訴訟が損害賠償請求訴訟の形態をとらざるを得ず、金銭しか請求できないのに対し、和解なら別途条項をもうけ、医療体制の検討や社会保障制度の充実等、根本原因に遡った解決策を創出することができるからである。

この点、例えば開発の是非を問う環境訴訟等では、開発許可等の行政処分そのものを裁判で問うこともできるだろう。しかし、医薬品・医療の制度自体を問い改革を求めることは、判決自体では行い得ない。判決理由中に指摘されることはあっても、直接判決によって変革することはできないのである。

裁判は不可欠だが、判決で全ては解決できない。しかし、広範な問題の解決の為には、やはり裁判は必要だという関係である。筆者には、「司法」とは何なのか、裁判所が果たすべき役割は何なのか問われているようにも思われる（なお、本件では立法に伴い基本合意を成立させることができ、これを基点として真相究明や恒久対策の充実を図るための取組みがなされている）。

第5. 公益訴訟

1. 公益訴訟のイメージ

筆者は、「公益訴訟」「公共訴訟」について確たるイメージも識見も持ち合わせている訳ではなく、まして厳密な定義づけを行う能力も有していないが、シェイズ（Chayes, A.）は、公共訴訟の特色を挙げる中で、以下のような点を指摘している（以下の検討に際しては、孝忠延夫教授の「アジアにおける現代型訴訟の展開可能性と『法の支配』—『公益訴訟』を手がかりとして」を参考にさせていただいた）。

- ① 侵害された権利に対応した補償に限定されず、将来志向のアドホックな救済をはかるものであること。したがって、その影響は、訴訟当事者以外の多数の人々に重要な結果をもたらすこと。
- ② 権利と救済との理論的結びつきを厳格には求めず、交渉により決められていくこと。
- ③ 裁判所は、判決後も事件に関与し、引き続き管轄権を有すること。
- ④ 訴訟の対象は、個人の権利・義務をめぐる紛争の解決ではなく、公共政策の実施、内容に関する申立てであること。

これらは、いずれも薬害肝炎訴訟にもあてはまることと思われる（ただ、④については少し異なるようにも思われる）。

しかし一方で、「公益訴訟、政策形成訴訟」という言葉には違和感もある。「公益」、「政策形成」という言葉に対する違和感、警戒感である。

例えばインドにおいては、環境訴訟が多数提起され、「社会活動」にかかわる広がりとそれに対する批判も出されてきたと報告されている。また、積極的差別是正措置が平等権に反するとする訴えが「公益訴訟」として提起されるなど、公益訴訟がさらに多様化してきているとも言われている。即ち、そもそも「公益」とは何かという問題が生じているのであり、個々の人権（侵害）を離れて訴訟のあり方や意義を論じることには疑問も存するのである。

また、憲法改正案の中で「公共の福祉」はだめだから「公益」や「公の秩序」で制限しようという動きもある。従来日本では、「公益」とは私人（集団を含む）の権利・自由の主張に対する「公の利益」（国家利益を含む）を指して用いられることが多かった。それゆえ「公益」の言葉を吟味せぬまま公益訴訟という言葉を使うことにはためらいも感じるのである。

2. 「公益訴訟」に不可欠の条件

「公益訴訟」とは何か。

この点筆者は、同様の構造を持った具体的な人権侵害が多数発生している、そこには根本的原因が存在する、その根本原因を是正する為の制度改革が必要である、他方、我が国の不法行為法を前提とすれば救済されない被害者が生じる可能性があり、その「おさまりの悪さ」を社会に訴え、行政や立法も総動員させて解決へと導く必要がある、という場合に提訴される訴訟こそ、「公益訴訟」と呼ぶことができるのではないかと感じている。抽象的な公益というよりは、多数者の一括救済の為の手段というイメージである。

弁護士は、通常、目前の依頼者の利益を考え訴訟を進める。しかし公益訴訟は、その個別救済だけに留まらないのだと常に意識する必要がある。そして、その意識は代理人弁護士だけでなく、原告自身にも求められることになる。

薬害肝炎訴訟において、弁護士は常に原告に対し、「この訴訟はあなた達だけのものではない」と言い続けてきた。特に実名を出して戦ってこられた原告の方々に対し、そのことだけでも辛いのに、「これはあなた1人の裁判ではないのです。あなたは350万人の代表選手なのです」とプレッシャーをかけ続けてきた。通常の弁護士業務の中では考えられない言葉である。

しかし原告の方々は、自分達は運よくカルテがあって提訴できたのだ、自分達を支援してくれる人達の中に同じように肝炎で苦しんでいる人がいるのだ、ということをも十分に理解されていた。だからこそ、その人達の救済が必要である以上、提訴できた原告の中でさえ「線引き」がなされることなど、到底許されなかったのである。

3. 訴訟に関わる人々の意識

構造的な要因によって同種の被害を受けている人々が1人2人ではなく、全国に数多くおられ

るのだということを意識する。それを弁護士だけでなく、原告自身が、そして裁判所が、社会が認識していく(させていく)。その視点から、弁護団は、どう活動すべきか、何を重視するか、訴訟をどう運営するのかを常に考えることになる。

更には、被害が、人権侵害が、何故そこまで広がってしまったのか、根本原因に立ち戻った真相究明、再発防止を考える。訴訟の枠組みを超え、全面的解決を図る。それらの契機となるものが、公益訴訟ではないかと考える。

司法に第1に期待すべきことは少数者の人権保障であり、更に、その人権保障の枠組みをつくることこそが、より多くの人権の保障を実効あらしめるのだ。かような発想を常に意識させるのが、公益訴訟だと考える。

法律は国会で制定されるものであり、民主主義とは言っても、法律は多数者の論理で制定されることが多い。しかし、その法律(国家賠償法)を使いながら、我々は最終的に新たな法を創造した。

この経過を振り返り、筆者は、薬害肝炎訴訟こそが「公益訴訟」の名に値するのではないかと感じているのである。

東京地裁判決後の運動概要

2007年

- | | |
|-----------|---|
| 3月23日 | 東京地裁判決 |
| 3月28日～30日 | 「かえせ！命を」日比谷公園かもめ広場にて、座り込み実施 |
| 3月29日 | 公明党が官邸に全面解決要望 |
| 3月30日 | 山口原告団代表・鈴木弁護団代表が官邸入り。下村副官房長官と面談。小沢民主党代表が座り込み現場で原告らと面談。 |
| 6月25日 | 官邸要請行動。山口原告団代表・鈴木弁護団代表が官邸入り。塩崎官房長官と面談。 |
| 7月29日 | 参議院選挙で民主党が圧勝。 |
| 7月31日 | 名古屋地裁判決。全面勝訴。 |
| 8月1日～ | 民主党と肝炎治療費助成法案について協議検討開始。 |
| 8月2日 | 原告らと小沢民主党代表が面談。 |
| 9月7日 | 仙台地裁判決。はじめて国に敗訴。 |
| 9月10日～12日 | 日比谷公園かもめ広場にて座り込み実施。 |
| 9月11日 | 大阪高裁に和解上申。 |
| 9月12日 | 安倍総理辞任。 |
| 9月14日 | 大阪高裁にて、「より早期に、より妥当な解決のためには和解によるのが適切。少しでも和解の可能性があれば和解勧告する」旨の宣言。 |
| 10月2日 | 民主党が参議院に「肝炎対策基本法」を提出。 |
| 10月15日 | 大阪高裁に「原告らが求める和解骨子」提出。 |
| 10月16日 | 参議院予算委員会で418名リスト問題が取り上げられる。 |
| 11月7日 | 大阪高裁和解勧告。原告らが舩添厚労大臣と面談。 |
| 11月16日 | 与党が衆議院に「肝炎対策基本法案」を提出。 |
| 11月22日 | 「切り捨ては許しません！」企業要請行動と緊急集会。 |
| 12月4日 | 原告らが舩添厚労大臣と2回目の面談。 |
| 12月10日 | 「全員一律救済」のため、福田総理政治決断要請行動。原告ら(山口、桑田、福田、浅倉)と鈴木、山西が官邸に入り、大野副官房長官と面談。 |
| 12月13日 | 大阪高裁から所見と和解骨子案などが提示。原告ら小沢民主党代表と面談。 |

12月14日～19日 東京銀座等で署名等の街宣活動。
12月20日 国から和解修正案提示→原告団拒否。
12月23日 福田総理・総裁が議員立法による全員一律救済を与党に指示。
12月25日 原告ら（山口、桑田、福田、浅倉）と鈴木、山西が官邸に入り、福田総理と面談。
12月28日 与党PTから「薬害肝炎被害者全員救済法案の骨子」が発表。

2008年

1月4日 与党PTから「薬害肝炎被害者全員救済法案」が発表。
1月8日 法案が全員一致で衆議院可決。
1月11日 法案が全員一致で参議院可決成立。
1月15日 原告団と厚生労働省が基本合意書締結。原告団に対し福田総理が謝罪。

参考文献

孝忠延夫 「アジアにおける現代型訴訟の展開可能性と『法の支配』－『公益訴訟』を手がかりとして」『北東アジアにおける法治の現状と課題・鈴木敬夫先生古希記念』成文堂、2008年所収
薬害肝炎全国原告団出版委員会（編集）『薬害肝炎とのたたかい—350万人の願いをかかげて』桐書房、2009年

『判例時報』1942号（2006. 11）

「C型肝炎関西訴訟第1陣第1審判決」

国家賠償責任を中心に（宇賀克也）

製薬会社の責任（手嶋 豊）

因果関係論・損害論（渡邊知行）

C型肝炎訴訟の今後の展開（西埜 章）