

第3回 医療裁判外紛争解決（ADR）機関連絡調整会議

議事次第

平成22年11月2日（火）
14:00～16:00
厚生労働省専用第22会議室(18階)

議題

- 1 医療裁判外紛争解決（ADR）機関の取組み等の紹介及び意見交換
- 2 その他

配付資料

資料1 第2回 連絡調整会議議事録

(医療裁判外紛争解決（ADR）機関の事例紹介)

資料2-1 総合紛争解決センターにおける医療ADR
(北川弁護士提出資料)

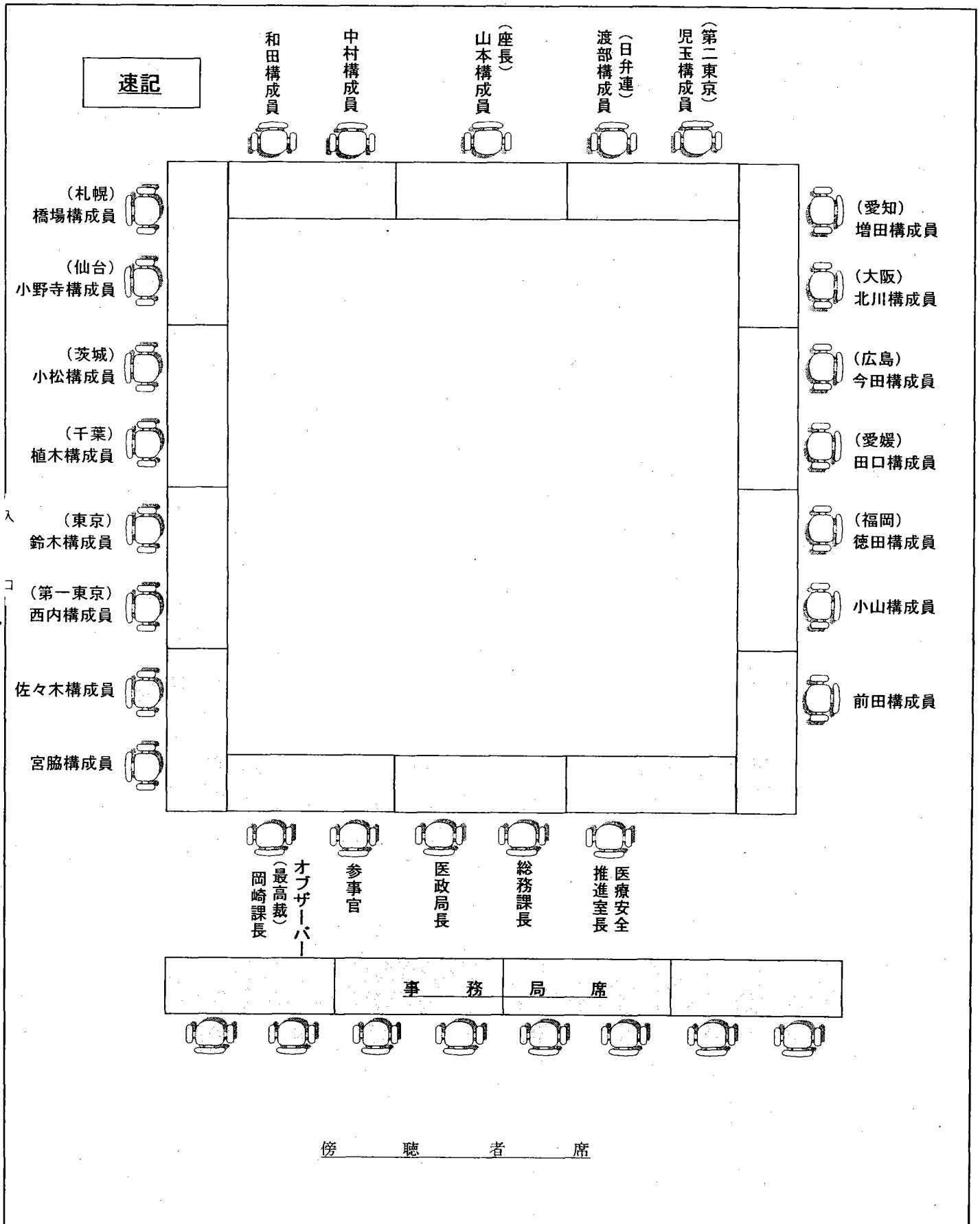
資料2-2 仙台弁護士会紛争解決支援センターからの報告
(小野寺弁護士提出資料)

資料2-3 福岡県弁護士会紛争解決センターにおける医療ADR
(徳田弁護士提出資料)

第3回 医療裁判外紛争解決（ADR）機関連絡調整会議

日時 平成22年11月2日（火）
14:00～16:00

場所 厚生労働省
専用第22会議室（18階）



医療裁判外紛争解決（ADR）機関連絡調整会議

構成員名簿

五十音順

今田 健太郎	広島弁護士会仲裁センター代表
植木 哲	医事紛争相談センター代表
小野寺 信一	仙台弁護士会紛争解決支援センター代表
北川 和郎	総合紛争解決センター代表
児玉 安司	第二東京弁護士会代表
小松 満	茨城県医療問題中立処理委員会代表
小山 信彌	日本病院団体協議会代表
佐々木 孝子	医療過誤を考える会代表
鈴木 利廣	東京弁護士会代表
田口 光伸	愛媛弁護士会代表
徳田 宣子	福岡県弁護士会医療ADR代表
中村 芳彦	法政大学大学院法務研究科教授
西内 岳	第一東京弁護士会代表
橋場 弘之	札幌弁護士会法律相談センター代表
前田 津紀夫	全国有床診療所連絡協議会代表
増田 卓司	愛知県弁護士会紛争解決センター代表
水田 美由紀	岡山弁護士会医療仲裁センター岡山代表
宮脇 正和	医療過誤原告の会会長
山田 文	京都大学大学院法学研究科教授
山本 和彦	一橋大学大学院法学研究科教授
和田 仁孝	早稲田大学大学院法務研究科教授
渡部 晃	日本弁護士連合会代表

オブザーバー

岡崎 克彦 最高裁判所事務総局民事局第二課長

第2回医療裁判外紛争解決（ADR）機関連絡調整会議議事録

日時：平成22年7月7日（水）15:00～17:00

場所：ホテル ルポール麹町マープル3階 会議室

○渡辺医療安全推進室長

定刻になりましたので、ただ今から第2回医療裁判外紛争解決機関連絡調整会議を開催させていただきます。若干、来られていらっしゃる先生も、鈴木先生、いらっしゃいますけれども、ぼつぼつ始めさせていただきますと思います。本日はご出席いただきましてありがとうございます。

4月1日付で事務局のほうに変更ございましたのでご紹介させていただきたいと思いますが、私が1日に変わりました医療安全推進室長の渡辺と申します。お世話になります。よろしくお願ひいたします。

オブザーバーで参加させていただいています最高裁、岡崎課長です。

○岡崎課長（最高裁）

最高裁民事局第二課長の岡崎でございます。この医療ADRのフォーラムは私どもとしても大変関心を持っておりまして、今後ともいろいろと勉強させていただければと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。

○渡辺医療安全推進室長

そうしましたら、以降の進行につきまして、山本座長、よろしくお願ひいたします。

○山本座長

本日はお忙しいところお集まりいただきありがとうございます。本日も、前回に引き続きまして、活発なご議論をいただけることと存じます。

まず初めに、本日の資料につきまして事務局のほうから確認をお願いいたします。

○渡辺医療安全推進室長

座ったまま失礼いたします。

配布資料が全部で6種類ほどあります。ちょっと確認をさせていただきたいと思いますが、議事次第と資料1が第1回調整会議の議事録でございます。資料2-1が札幌弁護士会法律相談センターの取組についてというものでございます。資料2-2が茨城県医療問題中立処理委員会からのもの、資料2-3、広島弁護士会仲裁センターからのものがございます。資料3が総合紛争解決センターにおける医療ADRというものでございます。それと、参考資料といたしまして、東京三弁護士会からご提供のありました医療ADR検証報告書でございます。

なお、検証報告書については当会議メンバーのみの配布となっております。この資料は東京弁護士会等のホームページに掲載されているということでございますので申し添えさせていただきます。

以上でございます。

○山本座長

ありがとうございました。

資料は、皆さん、ありますでしょうか。特にないものはないでしょうか。それでは、議事に入らせていただきます。

前回の会議では、東京三弁護士会、愛知県弁護士会紛争解決センター及び千葉医療紛争相談センターからその取組状況についてご紹介をいただき、質疑応答及び意見交換を行っていただきました。今回も前回に引き続きまして各機関の取組状況をご紹介いただきたいと思います。

今回は、札幌弁護士会法律相談センター、茨城県医療問題中立処理委員会及び広島弁護士会仲裁センターのやはり3カ所からその活動状況についてご紹介をいただき、その後、意見交換を行いたいと思いますので、ご協力のほどよろしくお願ひいたします。

ご紹介をいただく前に、資料1について事務局のほうからご説明をお願ひいたします。

○渡辺医療安全推進室長

資料1については、前回、第1回の議事録でございまして、既に構成員の皆様方には内容をご確認いただきまして、厚生労働省のホームページに掲載しているものでございますが、何かございましたら、会議終了後、事務局までお申出いただけますと思っております。

よろしくお願ひいたします。

○山本座長

ありがとうございました。ご確認をいただければと思います。

それでは、本論に入りたいと思います。

資料の順番ということで、まず初めに札幌弁護士会法律相談センターの取組状況につきまして、橋場弁護士からお願ひをいたします。

よろしくお願ひします。

○橋場構成員

札幌弁護士会の橋場でございます。今日、貴重な時間をいただきましてありがとうございます。

私は弁護士になって18年目なのですが、1年目から医療過誤の患者側の代理人として活動してきたということと、それから札幌にこのADRを立ち上げるころ、平成14年ごろだったと思うんですが、その準備の期間、日弁連のこのADR委員会に通わせていただいているということで、医療とADRの両方を見てきている。今後もこの仕事はライフワークにしていきたいと思って考えております。

今回、資料2-1というのが配られているんですが、これは実は今日いらっしゃる早稲田大学の和田先生と一緒に、昨年の秋に札幌の厚労省主催で行われました医療安全のシンポジウム、それにパネリストとして参加させていただいたときに、札幌近郊、北海道ということで、自分の身の回りの地域における医療事故の数字というものを自分なりにいろいろインターネット等調べまして、どういう状況にあるのかというものを把握したというところ。それと併せて、札幌における医療事故のADRがありますので、その実態について若干ご報告させていただきたいと思っております。

では、座って失礼いたします。

まず、札幌には、1枚目のグラフですけれども、1ページ目、医療事故問題研究会という、これは弁護士会とは関わりがあるものではなくて、医療問題に興味を持つ弁護士約50人弱が集まりまして8つの弁護団を組んでおります。ここに医療に関して相談をしたいんだという電話が入れば、事務局から医療事故の相談カードというのを無料で送りまして、それに記載していただいて返していただく。それについて、返ってきたものについては、その弁護団の主任の弁護士から電話をして、1回目は無料で相談を受

け付ける。やはり医療事件ですから大体1時間ぐらいかけてじっくりお話を伺うという、こういう仕組みになっております。

このほかにも各弁護士事務所では医療事故の相談を受け付けることがあるんですが、その実数はなかなかつかめません。この医療事故問題研究会だけで、平成18年度から22年度の6月15日までの速報値を記載したのがそのグラフでございます。他の地方はどのような状況にあるのかよく分かりませんが、減ってきているというのが実態でございます。

平成18年度に230件ぐらいでしょうか、そのぐらいの相談があったものが、昨年度、平成21年度では150件少しと相談数が激減しているという状況です。

それから、もう一つ、棒グラフの右側にあるのが現実には弁護士が相談をした件数、左側のこの数字が多いほうが何らかのアクセスがあった、調査カードを送った件数ですので、実際に弁護士の相談があった件数というのは平成18年度で130件程度、昨年度は75件程度といった、こういった感じですよ。これは無料相談で、市のコールセンター等にも広く周知されておりますので、まず何かあればここに電話をいただくという、こういうルートができています。医療事故の相談件数が減っているというところですよ。

これはどう考えたらいいのかということは皆さんに教えていただきたいところでもあります。

次、めくっていただきますと、法律相談センターというのを弁護士会が運営しております、特定分野の専門の弁護士を紹介してほしいと、こういう依頼があったときにはその弁護士を紹介するようにしております。ここは相談は無料ではなくて、30分、5,250円というところで、弁護士事務所に行っていたら医療の相談をしていただく。これは患者側に限っております。医療機関側からの相談ではありません。推移としてはこういう動きでありまして、特にこれは激減とか、そういうことはありませんが、平成21年度は若干増えているというところですよ。ただ、この弁護士が受任する件数というのはそれほど多くはありません。平成17年度には12件ぐらいになっていますが、昨年度は9件程度というところでございます。

その法律相談センターと同じフロアに医療ADRのADRセンターがつくられております。これは平成17年度に立ち上がりまして、札幌の場合はそれほど活発な動きというものではありません。お隣の仙台などと比べると、平成17年度から今日まで札幌で受理した件数は全部で139件です。これは仙台の1年分ぐらいですよ。それから、名古屋の大体1年分の3分の1程度というところですよ。これに承諾してきているのが、約7割の相手方がADRの土俵に乗ってきていただいている。7割です。それから、承諾していただいた中で約55%が和解に至っているというところでございます。

医療ADRが専門的にできたのが昨年の6月なんです、それ以前にも通常のADRセンターで医療事件を受理しております。現在まで10件受理しております、そのうち今継続している、まだ動いている事件が1件あるんです。ですから、終わった事件は9件で、和解に至った件数は4件です。ただし、取り下げで終わった1件がどうもADRの手続き外で和解をされたようで、手数料を払いなかったのか分かりませんが、実際は9件中5件が和解に至っているというところですよ。

それから、病院側が紛争解決センターでの解決について承諾してくる、いわゆる土俵に乗ってくるかどうかという点につきましては、今までの10件中9件が手続に乗ってきていただいております。1件だけがこのセンターでは解決できませんということだったんですが、詳細な30ページぐらいの経過報告書ですか、そういった答弁書を出してきていただいて、こういう理由でここでは解決できないんだということだったので、ほぼ100%の承諾率というか、そういったところですよ。これは何が原因しているかとい

うと、この2ページ目の下に「札幌医師会通信による弁護士会医療ADRの告知」とありますが、医師会に対してADRを立ち上げたときにいろいろ資料を持って説明に行ったわけですが、札幌市のこれは医師会ですけれども、ADRセンター、札幌弁護士会から何か書留郵便が来たときには必ず医師会に連絡をしてくださいということで、これは医師会会報ですが、こういった告知がなされている。

それから、ここの顧問弁護士、札幌市医師会を管轄する顧問弁護士が元ADR委員会の委員だったということもあって、積極的に応諾していただいて、和解できるものは和解し、そうでないものは和解までできませんというような形で解決するんですが、いずれにしても、参加しよう、そこに行かないということではないということですね。門前払いということは札幌の場合はございません。

それから、運営なんですが、各地方弁護士会の運営はなかなか厳しいものがありまして、札幌は申立手数料として1万5000円をいただいて、いわゆる期日手数料といって、途中で1回ごとに幾ら幾らという、そういうものはいただいておりません。解決した場合には、通常の弁護士会のADRと同じぐらい、これが高いか低いかは議論があるところでしょうけれども、300万円以下であれば8%の成立手数料というのを双方折半でいただいている。300万円から増えていけば通減していくという関係にあります、そのような費用をいただいて運営しているということです。

まだ1件しか医療の関係では成立していませんが、一般事件でいろいろ計算してみたものがありまして、この139件今まで受けていて、平成17年の夏からすけれども、この調停事業の収支は25万5,000円の赤字です。それで、1件に割りますと1件当たり1,837円弁護士が持ち出しているといった収支になっております。

ただ、これには賃料ですか人件費のことは考えておりませんので、それ以外の収支ということで、収支とんとんというのが札幌の実態であります。このADRはこういう財政的にどう切り盛りするかというのも一つのテーマでありまして、ボランティアで終わっていいのかどうかということも含めまして、札幌は何かのいいでいるということです。

ただ、弁護士の調停人に払う、成立した場合の報酬というんですか、ご苦労さんというお金は3万円にとどめている、他の会よりも極めて低いというところでこういう数字を保っているというのが現状です。

それから、札幌地方裁判所の、じゃ医療訴訟事件はどうなっているのかと、ちょっとその周辺に目を配ってみますと、資料の3ページという右下に書いてあるところの上のグラフでございます。

北海道の場合で、札幌地方裁判所の管轄では、平成15年の6月に医療集中部というのができて、ほとんどの札幌地方裁判所管内の事件は1つの部で医療事件が扱われます。そこが受理した件数、いわゆる新しく訴えが提起された件数が白いほうの棒グラフで、何らかの形で解決に至ったのが黒いほうの棒グラフです。

これまたどんどん減ってきているというのが現状です。平成19年の51件だと思いますが、それをピークに平成20年はぐんと減りまして、去年は31件の訴訟提起ということでございます。22年もほぼ同じようなペースで進んでいるというところですよ。後で全国の数字もちょっと紹介しますが、こういうところでございます。

それから、その下が、これは参考までですけども、全国の医療事件の終結態様別の件数でございます。認容判決というのがどんどん減っているというのがこの傾向であります。ついに、つい最近、最高裁の平成21年度の数字が出たんですが、また落ち込んで認容判決の率は25.3%というのが

平成21年度の数字でございます。

その次のページを見てもらいますと、右下に4ページというところですね。

全国の医療訴訟事件がどうなっているのかというところですね。平成16年が訴え提起の数が一番多かった年で、これがピークです。平成16年の数字がたしか1,000件を超えています、1,110というのをピークに次第に減ってきております。平成17年が999件、平成18年が913、平成19年、若干増えて944、平成20年が877という数字でありました。

つい最近公表された最高裁のホームページに載っている平成21年の訴え提起の総数が733件とピークのときよりも約3分の1減少しているというのが、医療訴訟、訴えですけれども、この実態でございます。この原因は一体どこにあるのかというのがなかなか分からないところで、1つは、医療安全の取組が充実して、かなり病院の中、医院の中で吸収されている率が高いのかどうかという論点もありますし、それから医療の顧問の弁護士が頑張って、訴訟外の示談をきちんとやっているのかという、それが増えたのかどうか、もう一つは調べられなかったのが、今日は最高裁の岡崎さんがいらっしゃっていますが、簡易裁判所の調停の使われる率が増えた。なかなかそうとは言えないのかもしれませんが、なかなかこれが数字がつかめないところで、特に弁護士会のADRがごおんと急に増えて解決しているというわけではないので、一体なぜこう減っているのかというところは、私もまだ原因がしっかりつかめていないところで。

それから、医療訴訟事件の平均審理期間は確実に減少してきております。平成20年で2年ちょっとですね、24カ月ちょっとというところですので、ことしの新しい報告でもここはそれほど変わっておりません。2年と少し、正確なところでは25.2カ月ですね。訴え提起から判決や和解やいろんな取り下げとかあるんでしょうけれども、全部ならずと約2年とちょっとかかっている。平成5年の40カ月を超えているものからすれば、物すごく早くなっているというところが特徴だと思います。

ちなみに、札幌地裁で言いますと、鑑定人を選任する時間を短くしようということで、弁護士会と大学病院側の協力がありまして、昔は6カ月も7カ月もかかったケースもあるんですけども、今は鑑定人の選任については確実に一月以内で鑑定人が決まる。推薦を大学病院に求めるんですが、これは大体2週間ぐらいで複数の鑑定人の候補者が挙がってくると、そういうスピードになっております。

北海道の特徴なんです、医療ADRに医師の調停人を入れるかどうかというこの論点とも関わるんですが、北海道には3つしか医学部を持つ大学がありません。北海道大学と札幌医科大学と旭川に医科大学の3つだけです。ですから、道内で医療事故が起これば、ほぼ大体、情報として伝わってしまいますので、道内の事件を北海道内の医師が鑑定するとか、調停に入ってきていただいて専門委員として関わっていただくというのは非常に医師を危険な立場に置いてしまうと、立ち位置を非常に危ないものにしてしまうという危険性がありますので、弁護士会側としては、裁判所との協議会があるんですけども、鑑定人を推薦していただくときに、患者側なり病院側の希望があれば、北海道内ではなく道外の医師を鑑定人に推薦してほしいということで、今のところ運用としてはほぼ、特に診療して鑑定書を書かなくちゃいけないとか、そういう事案でない限り、北海道とは関わりのない医師を鑑定人を選んでいるというのが訴訟の実態でございます。

札幌の弁護士会が主催する医療ADRでは今のような状況がありますので、今のところ医師の専門委員というのは入れていない、準備していない

というのが札幌の現状でございます。

それから、最後におまけみたいなあれですが、5ページ目です。これは医療安全のところでテーマになっていた医療の萎縮に関わるんじゃないかということで、これは最後の数字は私独自の調査で調べたものですが、平成11年に横浜市大の患者取り違い事件がありまして、平成16年に福島大野病院の有名な産科の事件がありました。その辺から警察への届出総数が激増しております。これについては、民事事件の訴えの提起の数が減ってきているのと比較して、さして減っていないのが現状だということでございます。平成20年の数字につきましては、警視庁に、私、手紙を書きましたら、こういう数字ですということを教えていただきましたので、これは警視庁の内部では公開できる数字ということで、平成21年についても調べてみようと思っています。

ただ、検察庁に送致された件数の中で、どの件数が不起訴になり、どれが罰金になり、どれが公判請求になったのかというところは、いろいろ手をつくしたんですけども、これは法務省のほうでも公表している数字はないということで、私の力ではここは調べることができませんでした。一時、最高裁の委員会の中で元検察官の方の弁護士の方が資料を出しておられまして、ある程度の概数については報告されているんですが、正確な数字というのはまだここをつかめておりません。というのが札幌の現状でございます。

流れとしては、医療自体の相談件数も減り、裁判になる件数も減っている。医療ADRはちょっと低調ですが、申し立てがあれば、病院側はほぼ全件出てきていただいているというのが札幌の現状でございます。

以上でございます。

○山本座長 ありがとうございます。

それでは、ご質問等もあろうかと思っておりますけれども、質疑につきましては3つのご報告が終わった後にまとめてお願いできればと存じます。

引き続きまして、茨城県医療問題中立処理委員会の取組状況につきまして小松構成員のほうからお願いいたします。

○小松構成員 小松でございます。茨城県医療問題中立処理委員会についてご説明したいと思っております。

まず、設立に至った経過からお話したいと思います。

平成14年に日本医師会で未来ビジョン委員会というのができていたんですね。これは、50歳以下の若い医師による委員会でありまして、日本医師会をどのような方向に持っていくかというようなことを検討する委員会でした。私たちの茨城県医師会の中の役員の一人在この未来ビジョン委員会に入っておりまして、そこで彼が医療問題について考えたことがきっかけでございます。そこで、いわゆる医療問題というのが、医事紛争、それが患者と医師との間にコミュニケーションのないことが主な原因であって、そこの中には患者さんのサイドの誤解あるいは医師側の説明不足、そのようなものが大きな原因となって、話し合うことによって解決できる問題も数あるのではないかとということが提案されました。それで、このような中立的に相談できる委員会をつくれれば何とか医事紛争というもの少なくなるのではないかとことを日本医師会に提案したんですね。

しかし、そのことは日本医師会からは取り上げられなかったんですね。茨城県医師会に帰ってきて、彼はまた同じことを、それでは茨城県だけでも独自でもやってみようじゃないかということ提案したんですけども、茨城県でも、それは医事紛争委員会というのがあったから、それでいい

んじゃないかというふうになってしまったんですね。そして、平成16年に茨城県の医師会会長が、今回、日本医師会会長になった原中先生にかわりまして、再度提案して、これは絶対やらなきゃ駄目だということをやいまして、原中会長が、それではやってみようじゃないかということで実現するに至ったという経過がございます。

平成17年にまず準備委員会を立ち上げたんですね。これは弁護士さんと、それから地方紙の社長、それから大学の教授と一般市民代表と医師会の委員として私たち3人入ったんですけども、それで準備委員会を立ち上げて、このようなものをつくりたい、だから協力をしていただけないかということ提案したわけです。6回準備委員会をやりましたが、最初の3回は全く相手にされませんでしたね。医師会が医師の不利になるようなことを、患者の味方になるようなことはやるはずがないという意見が主でした。全く信用されていないという状況で、これはもう大変だ、いわゆる地方紙の社長、弁護士、大学教授、その方たちに、医療機関が患者さんのサイドに立った組織をつくって何かをやろうということは考えられないというふうに見られていたということを非常に衝撃を受けました。しかし、そのときに私たちの役員は、この状態、現在の医事紛争というのは、そういうことを、中立的な委員会をつくらなければ解決できないんだということを説明していったら納得していただいて、それではやってみようかということになってきたわけなんです。

それで、今度は医師会を説得するのが大変でした。今度は医師会のほうも、弁護士が入ってきて、自分たちに不利になる組織になっちゃうんじゃないかというようなことを言う方々が多かったです。けれども、これも、これは決して医療機関に不利になる問題ではなくて、かえって1人で医事紛争に対して患者さん側と対応して悩むよりは、第三者を交えてやったほうがはるかにストレスが少ないという説明をしまして納得させました。それで、平成18年3月18日に理事会で通じまして設立に至ったということになっております。

それで、実際に動き出したのは6月中旬に動き出したわけなんですけれども、委員会の目的というのは、この資料の1ページ目、患者側と医療機関側が第三者を交えて中立の立場で問題処理への話し合いができるということを目指しております。そして、一番問題になったのは費用をどうするかということだったんですね。私たちは、医師会でお金を出したのでは、これが中立と言えるかどうかということが一番問題にしました。

ところが、この費用を出すところがどこもないわけですよ。こういう会をつくりましたからNPOみたいにして寄附してくださいといきなり言っても、そんなもの、寄附する人は恐らくいないと思うんですね。それで、どうしたらいいかということをお話ししたところ、弁護士先生、それから他の委員の方々が、それは私たちが中立的であるという実績を上げれば、お金がどこから出ていても納得させることができるのではないかとというようなことを主張されました。そして、それであれば私たちが医師会で費用を出してやってみようということになって始まりました。

だから、現在は費用も医師会で出しますし、この委員会、あっせん・調停会議といいますけれども、それをやるのも医師会館の中でやっております。それで、現在は費用は茨城県医師会として年間400万円を予算に組んでおります。それで、申立者及び費用ですけれども、これは、患者側、医療側どちらからでも申し立てることは可能ですけれども、申し立て費用は一切無料にしております。これは、だれでも申し立てることが可能であるということをお求めているからです。時々、費用を取ったほうがいいのかという意見もあるんですけども、結論的に言うと、弁護士会、そ

れからその他の委員の先生方から、これはただでやるべきだ、取るものではないというようなことを言われて今に至っています。

同じように成功報酬をどうするかという問題も、これは私たちが提案いたしました。時間を割いてもらっているわけですから、成功報酬をどうするか、これも弁護士会から不要ということをおっしゃいました。だから、この委員会は茨城県の弁護士会の先生方の本当に犠牲的な協力によって成り立っていると言っても過言ではないと思っております。

次ですけれども、5番の委員会の構成ですけれども、これは一応15名以内としております。それで、弁護士、学識経験者、これは大学教授とか新聞社の社長とか、あとは市民代表、それから医師ということで現在は10名ですけれども、今度13名に増やす予定にしております。それは、この委員も交代しなきゃいけないので、いろいろな事情でやめなきゃならない人もいますので、メンバー交代のために経験させておいたほうがいいのかということでも増やすようにいたしました。

それから、次の6番の申し立て・会議についての概要ですけれども、まず申し立ての患者サイド、医療機関、この両方から、どちらからでも結構なんですけれども、県医師会のほうに電話なり、あるいは直接来るなりして、こういう事案で相談したいということで参ります。それを医師会の担当職員が聞きまして、中立委員会とはどういうものかということをお説明しまして申し立ての申込書を送ってもらいます。そして、それを委員長は弁護士の先生がやっていますので、委員長にこういう案件が来ていますけれども、受理しますかというようなことを言いついて、それで調停会議を充足させるというシステムになっています。

あっせん・調停会議、これが、患者側、医療機関側、両方集まってやる会議なんですけれども、この調停会議というものをやっております。それは、調停委員は3名の委員から成り立ちます。弁護士1人です。それに市民代表と学識経験者のうちから1人、医師の委員が1人と3人をセットにして行きます。弁護士が調停委員長になるケースが多いです。開催場所は先ほど言ったように医師会館です。患者、医療機関両者が一緒の場所で待機するということは避け、両方別々の部屋に待機してもらい会議の場へ誘導し始めます。大体、会議の開始時間は夜になります。6時半頃からになることが多いかと思っております。

次のページをお願いします。

会議への出席者ですね。原則として、これは申立人、本人の出席をお願いしていますけれども、お年を召されているとか、あるいは体調が不十分であるとか、場合によっては亡くなってしまった方もおられるわけですから、そういうときは代理人の出席をお願いしています。それから、申し立てられた主に医療機関ですけど、医療機関側が一番いいのは担当した医師がよろしいわけですけれども、責任者である院長あるいは上司、部長とか、そういう人に来てもらっている。まれに弁護士が出てくる場合もございます。これは弁護士だけが出てくることはありません。一緒に必ず医療の実際を説明できる方々に来てもらっているということが事実ですね。

次に、あっせん調停会議の開催ですけれども、あっせん調停会議というのはどういうところか。要するに、最初に始まったとき、裁判よりも時間が短くて相手の補償とか賠償額とか、そういうことを決めてくれるということやうなわきが立ちまして、そういうことを目指してきていたということもあったんですけども、そのようなところではない、あくまでも基本的には患者と医者との間の行き違いをお互いに理解し合う場であるよということをお説明して始まります。だから、医療機関に責任がある、責任がないということをお判定する場所では決してないということをお説明して話し合いにお応

じてもらっています。それで、医療機関側には、自分たちの非がある場合は素直に謝罪してほしいというようなことを言って、そのようにやっています。

それで、会議は、まず最初に一般的には申立者から意見を聞いて、そして次に申し立てた相手側の意見を聞いて、双方の意見を少しずつすり合わせていくというようなことをしています。それで、うまくお互いに歩み寄ってきたと思えば、直接両方を一緒に呼んで、一緒の場で話し合っ解決に持っていくというような方法をとっております。

大体、最初に始まったときの1年目は会議のやり方もうまくなくて、1年以上、一年半ぐらいかかってしまったものもあるんですけども、最近は大体3回まで、半年以内には解決しましょうということを申し合わせてやっております。だから、1回目で余りにも双方の意見の食い違いがあったときは、これはもう調停できない、終わりにしましょうということになることもあります。

大体、会議はやはり2時間です。それで、合意に至った場合は和解契約書をその場で作成してもらいます。これは、最初和解したものを和解しましたといって、後で和解書をつくってサインしてもらおうと思ったら、帰ってから考え方が変わっちゃったというようなことがあって、ちょっとこれはまずい、その場でやっちゃったほうがいいということになりまして、その場で和解させちゃう、署名してもらおうというようなふうにしております。

委員会のこれからの問題としては、やっぱり運営が医師会でこのままやっていたほうがいいのかなというのがいつまでたっても疑問は残ります。

結果は次のところを見てほしいんですけども、今まで取扱った件数です。これは申し立て件数ですね。平成18年度、最初の年で14件ございました。19年が8件、20年が14件、平成21年度13件と大体10件をちょっと超えたぐらいが行われています。合意件数、平成18年度2件、平成19年度1件と少ないんですけども、これは平成18年、19年、特に18年度はそれまで要するに長い間紛争状態にあった事例が多かったんですね。こういうものができたからここに行ってみましょうということが出てきたんですけど、多くはもうこじれてしまっていて、結局、要求するものがやっぱり基本的には合意とか何かの問題、損害賠償にどうしてもいってしまったということがあって合意ができなかったという部分もございます。

そして、その後、19年度からは一応もうちょっときちんと分かりやすくしましょう、ここでできる範囲のことを説明しましょうということになって8件と減ったのではないかなと思っています。20年、21年度は合意件数が6件、8件と増えてきていますね。

これは早期に来ることが、紛争が始まって近い例が多いんですね。だから、時間がたつに従ってこれはこじれてしまってなかなか解決にいかない。問題が起こったときにはできるだけ早期に患者さん側と話し合う、自分のところの説明をよくするということが、昔から言われているように基本的に医療機関側の努力する義務があるのではないのかなと思っております。

それで、結果として解決しなかった事例も、今までは毎日のように医療機関に苦情を言いに来ていた人たちが来なくなった。1回、2回で、あとはそれでおさまったというようなことも聞いております。結果的に、これは私たちがやって、医療機関にも大変メリットがあった、患者さん側にもあるんじゃないのかなというような感じは受けております。

申し立て件数の中で相手方が応諾せず会議を開けなかった例なんですけど、これは3件あります。1つ目は精神病院の問題でありまして、やはり何かそういうメンタルな面でちょっと受けても同じじゃないかなという医

療機関側の考え方で受けられないということ、これは専門家同士の話し合いましたまたは裁判に行った方がいいというようなことで受けなかった例です。2件目は相手方が当時勤務医であったため使用者を通すべきと判断したものの。3つ目は医療機関において既に問題解決一歩前まで来ており、このまま自力で解決をはかりたいとの理由でした。

医療機関側に聞いているんですけども、これで医療機関側というのは、このあっせん調停会議に出てよかったことは、医師がその中に入っていることで非常に安心感があるということとございました。結局、弁護士だけという考えではやはり医療機関側の抵抗というのがあるのかなという感じを受けます。医療問題に関して、本当に現在の医療状況がどうなっているかということを経験が説明することができますから、それで安心感があるということを行っていることが多いですね。

この三者でやるわけですけども、医師会からは3人出ているわけですけども、医師は聞かれたときだけ発言するようにしています。医療問題、この状況に対して実際の医療はどうなっているのか、これで正しいのかどうかということを聞かれたときだけ発言する、主にそういうことにしています。こっちが決して出しゃばって自分のほうから発言するようなことはしないようにしております。

解決金ですけども、これは解決は額としては非常に少ない額になっています。それは、大きな問題は、結局先ほどの札幌の問題で、ここに「医事紛争処理委員会からのお知らせ」というところに「医師賠償責任保険の適用にならないことがあります」と書いてありますね。これは前回のときも、私、質問したことなんですけど、結局こっちだけで勝手に額を決められないんですね、賠償保険で。だから、高額になった場合は医療機関では医師賠償責任保険から払われないと、結局、約束が反故になる可能性がありますから、余り高いものはちょっとできない。それで、そういう高かった場合には、医事紛争委員会という別な委員会がありますから、そちらで有責か無責か決めて、それで大体の額を決めてもらってから中立委員会にもう一回戻すというようなやり方をしております。解決のお金というのは、金銭なしでも3件ありますけど、やはり幾ばくかの10万円とか20万円、そういう解決金というか見舞金みたいなことは出てくるのかなというようなことでやっております。

4番ですね、あっせん調停会議回数ですけど、1回のみが12件、これは第1回目の会議で合意できたもの。まとまらないということで終わりということにしちゃったものですね。2回が19件、3回7件、4回3件、5回開催が2件というような状況です。

次のページですけども、終了までの期間ですね。2年以上が1件という問題、1年半以内が2件というようなことなんですけど、大体今は半年以内に終わろうと努力しております。ただ、これは半年になっても、もっとやれば解決しそうだというときはもう一回延ばします、それは、その辺は柔軟性を持たせてやっております。

大体そんなところですよ。

今日、聞いたところでは平成21年度分で持ち越されていた案件が機能の調停会議で1件合意に至ったと聞いております。21年度の案件は13件のうち9件合意したということで、今のところまあまあうまくいっているかなと思っております。

以上でございます。

○山本座長

ありがとうございます。大変興味深いご報告をいただいたかと思います

が、やはり質疑につきましては後でまとめてお願いできればと思います。
それでは、最後に広島弁護士会仲裁センターの取組状況につきまして今田弁護士からお願いいたします。

○今田構成員

広島で医療ADRの責任者をやっております今田健太郎と申します。着席して報告させていただきます。

皆様のお手元の資料の2-3をご覧くださいと思います。

広島では、ことしの1月より医療ADRのほうをスタートさせまして、現在3件の申し立てがあります。広島では2カ月に1回程度、仲裁人、それから仲裁センターの委員会の委員などが個別具体的な医療ADRの事例検討会議というのをやっておりまして、ノウハウの蓄積とか、それから問題点の共有などを図っているところであります。

広島では、医療ADRをなるべく成功させるという趣旨から、丁寧な運用でスタートしたいということで、現在は医療側から1名、患者側から1名、合計2名の仲裁人で回しているところであります。

申し立て状況でありますけれども、第1号事件、第2号事件は患者側から、第3号事件は病院側からということになっておりますけれども、3件とも今のところ応諾をさせていただいております。

広島では、医療仲裁センターというものがどういったものなのか、そしてどういったメリットがあるのかというのを記載した書面を申し立て書と一緒に送るようにしております、その内容をいろいろと工夫をして書いて、なるべく応諾していただくような形で運用しております。

第1号事件について申し上げます。

資料では、ただ今進行中というふうになっておりますけど、第1号事件は残念ながら4回目に取り下げとなってしまいました。第1号事件は、事案の趣旨は、交通事故で入院したけれども、包帯を強く巻かれてしまって後遺症が残ったという訴えであります。こちらは、一度民事調停のほうで申し立てがありましたけれども、病院側のほうが民事調停の場では1円も出さないということで不成立となった事案であります。本件につきましては4回ほど審理を重ねました。そして、病院側も数十万円までの解決金を支払うというところまで歩み寄りを見せまして、和解条項まで実は作成されたところであります。しかしながら、第4回、成立予定日に医師本人が出席しなかったということで、感情がこじれてしまって不成立になってしまいました。

先ほど小松先生のご指摘もありましたけれども、3回目で成立していればうまくいったのかなとは思いますが、この方、申立人の方は耳が不自由な方でして、常に筆談でやっておりました。ですので、大変時間を要したということと、医師が出席できないことの理由の説明等についても、手話通訳者などが同行していればまた言葉の行き違いなどが防げたのではないかなというように事例検討会の場では課題として残ったところであります。

それから、第2号事件につきましては現在第3回の期日が入っているところです。

こちらは、病院側も日弁連の医療ADRの監事の先生が代理人についておりまして、積極的に応諾をいただいております。現在、争点を整理中です。

この第2号事件の問題点は申し立て適格でありまして、実際に治療を受けられた方はもう輸血の措置などによって亡くなっておられます。ということで、そのうちの相続人の一人が申し立てをされているところであります。

すけれども、結局、可分債権ということで法定相続分だけの請求ということになってしまいますので、病院側としては、そのうちの1人の相続人との間で仮に和解ができたとしても、第2次的な紛争が発生するのではないかなといった危惧を持たれているところではあるようです。

それから、代理人という方を連れてこられるんですけれども、この代理人というの、弁護士以外の代理人をどの範囲まで認めるのかということについては広島弁護士会でも確立されたルールがないところでありまして、今後ちょっと検討していかなければならないところかなというふうに考えております。

それから、第3号事件は病院側からの申し立てでありまして、ビタミンK欠乏症ということで、高次脳機能障害の障害が残っております。医師会内部においても、これは高次脳機能障害で3級の認定が出ておりまして、一定額までは保険会社より支出されるけれども、それを超える部分については自己負担となる。ただし、医療機関側としては、過失の部分で言えば、厳密に言えば争いはあるんだけど、公開の法廷でさんざんやり合うよりは、1億円でどれだけ上積みするかということで、双方納得の上で早期解決を図りたいという意向が強いという事例でございます。こちらについても、現在、争点整理中でありまして、次回、第2回目の期日が予定されておる。

それから、広島弁護士会では、私のほうが5月27日に地域の中核病院でこの医療ADRについての講演会を行いました。医師、看護師が100名程度出席していただいて、医療ADRというものがどういったものなのかというのをいろいろと熱心に聞いていただきました。概ね感触としては好感触で、こういった紛争に仮に巻き込まれた場合には積極的に利用を考えたいというような声がある一方、お医者さんのほうから、ここで話した内容が、将来、刑事事件の資料に使われるのではないかなとか、あるいは民事訴訟において何か資料として出されるのではないかなといったような懸念を持たれているようなお医者さんもいらっしゃいました。あるいは、仲裁人が必ず金額を出されるのか、その金額に事実上拘束されることになるのではないかなといったようないろいろな疑問を持たれておるようで、この辺は弁護士会としてもきちんと説明、それから説明の工夫をして、医療ADRにより応じていただけるようなPRをしていかなければいけないかなというふうに思っております。

最後に、今後の課題でありますけれども、広島弁護士会は、現在医療側が2名、それから患者側が4名、仲裁人として確保しております、実際の仲裁の場では色分けはしていませんけれども、合計6名というのでは余りにも仲裁人の負担が大きいということで、必ずしも医療経験がない先生であっても仲裁人として入っていただくことで一連の仲裁を進めることができないかどうかということやADRの先進会である隣の岡山県などを参考にしながら今後進めていきたいというふうに思っております。

それから、広島では医師会との連携というのはいま皆無でして、いろいろ努力はしておるんですけれども、今後、医師会さんとの連携も深めていかなければいけないかなというのが現時点での大きな課題になっております。

以上です。

○山本座長

ありがとうございました。

それでは、本日予定しておりました3つの機関からのご発表が全て終わりましたので、ただ今のご説明あるいは資料に関する質問も含めまして、

構成員の皆様から幅広くご発言をちょうだいできればと思います。

ご質問、ご意見のある方は挙手をお願いします。

どうぞ、児玉先生。

○児玉構成員

第二東京弁護士会の児玉でございます。いろいろな地域の活動の多様性を聞かせていただきまして大変勉強になりました。

ADRというものの本質は人と人の心の間に橋をかけるような仕事でございますので、そういう関係づけと連携ということに関しまして感想を2点申し上げます。

1点目は保険会社との関係ということでございますけれども、東京三会、いずれもADRで金額の提示や有責・無責判断につきまして、応諾をしていただいた上で話し合いの過程で、医師会や、あるいは保険会社のほうで判断といいますか、ご意見、ご見解をちょうだいして、それを踏まえて納得はしていただきながら、そこにも一つきちんとした連携の橋がかかって解決事例を積み重ねているところでございまして、この辺は、基本的に保険というものの性質上、トップダウンでADRそのものについて直ちにこういう対応をせよということは多分難しく、一例一例の事実を見ながら是々非々でそのご判断をしていただくもののように思いますが、いずれにしてもその問題についてはADRがこうやって認知されていくにつれ、連携が強化されていき、容易に越えられる溝になっていくのではなからうかという印象を持っております。

2つ目は、小松先生のご報告の中で感じたことでございますけれども、やはりこのADRというのは患者さんと医療者側の対話であると同時に、医と法の対話という側面がございまして、また医療側の先生というか、患者様を入れてはおられるが、積極的に発言はしないで、むしろ学識経験者や弁護士が入って紛争解決を促進しながら、そして意見を求められたときに医師が専門家として発言をするということで、そういう意味では弁護士会で各地で行われておりますモデルの中でADRの和解あっせんのある人あるいは仲裁人候補者等と呼ばれている立場に加えて、医師会の先生方が専門委員としてご参加をいただくというようなこともしばしば話題に出ているところでございまして、そういう意味では、このADRという場を通じて医と法の対話と連携の在り方が進んでいくのが大変望ましいと思っておりますし、そういう意味では茨城県医師会での小松先生の取組に大変感銘を受けた次第でございます。

以上でございます。

○山本座長

ありがとうございます。ADRについての本質的なコメントをいただいた形ですが、小松構成員、どうぞ。

○小松構成員

今のお話の中で賠償額のお話が、私、前回は聞いたんですが、これは私たちが一番最初問題にしたことございまして、それで損保会社とも話して、やっぱり最初に相談してほしいということをやったんですけど、ただ私たちは、もし最初に話し合っても、恐らく損保会社でそんなこと、これは先にそっちで話したから、自分たちに相談しなかったから払いませんよというようなことは社会正義上できないと思ったんですね。だから、もうこれはそのままいきましょう。こういう規約は日本医師会の医師賠償責任保険には書いてあるんです。だけど、それは、恐らくはそうい

うことは起こり得ないということで始めました。

恐らくは、賠償額は時間が超えるよりこれでやられたほうがはるかに安く解決すると思うんですね。損保会社もそのほうがいいと思ってくるんじゃないかと私たちは思っております。

○山本座長

ありがとうございます。保険の問題については前回もかなりご議論をいただいたかと思っておりますけれども、一つの方向が示されたのではないかと思います。

今の点でもほかの点でも……どうぞ。

○宮脇構成員

医療過誤原告の会の宮脇と申します。

全国でこういう形でADRの機関が努力を積み重ねられていることについては、私たちとしても非常に心強く思っています。最近の被害者からの相談で、病院が事故当初は責任を認めていたんですけど、そのうち大分態度が変わってきて全く話し合いに応じなくなった、もうADR機関にお願いしようと思うんだけどというふうな話がぼつぼつ聞かれるようになっていっているので、そういう点では、今日のお話を伺って、各ADR機関で医療者と被害者を結びつけていくという形で地道に努力を積み重ねておられることに対して敬意を表したいというふうに思っております。

医療裁判になぜ医療被害者が訴えるのかということ、もともと医療裁判に行くまでには、医療の専門の弁護士を探すことであるとか、鑑定医を探すとか、それから裁判の中でも医療機関側と戦っていくと裁判所のハードルが非常に高くて、先ほど北海道の先生がお話しになられたように、勝訴率も25%という程度で、一般の経済的な面からすると全く割に合わない裁判なんです。それでも真実を知りたいという思いに突き動かされ、あえて敗訴が予想されたとしても何らかの手がかりを得たいという思いで裁判という形になっていくケースがあるわけなんですけれども、ADRの今日のお話の中で、北海道や茨城については非常に受任率も高いということで、それから解決していく割合も増えているということでは、医療機関のほうに被害者に対して納得できるような情報公開がかなり進んでいるということであれば、今後にとって展望があるなというふうに思います。そういう点で東京弁護士会もいろいろ工夫されていることは今日の資料でも出されておりますけれども、実際に調停に当たられていて、今日報告された構成員の先生方は、医療機関からの正直な情報公開という点で、実感としてはいかがなものでしょうか。

○山本座長

小松構成員、お願いできますか。

○小松構成員

医事紛争委員会というのがあるんですけど、これは前置きですけども、医療機関側から申請して、こういう苦情が来まして、だからご判断してくださいと医事紛争委員会のときに上げてくるんですね。それで、資料も一緒に出してくるわけなんですけれども、それが全部そろっているかどうかというのは分からないですね。ただ、足りない場合は、これはないか、あれはないかと聞くわけですけども、それで出してくることはあります。

この中立委員会の場合は、まず患者側と医療機関の間でいろんなやりとりがあります。その間に疑問点は、大概の人はこういうところが疑問だけ

ら、これはないのか、あれはないのかというようなことを持ってきますので、そのときに中立委員会の委員は、それが患者サイドから言われれば、これを出してください、あれを出してくださいと言えば、まずほとんどの医療機関は対応します。それは隠しているかどうかは分かりませんよ。

1例ないというのがあったのは、5年以上過ぎたMRIの写真だったんですけども、それは倉庫に置いておく場所がないから他県の倉庫に移したんですね。それが見つからなかつたんですね。それは、ただコピーはあるんです。現物を出せと言われたものだから、それが出せなかつたことが1例ありますけれども、コピーはございました。

まず、患者サイドが要求する資料というのはほとんど出されますね。

○山本座長

ありがとうございました。

ほかのADR機関でもし今の、どうぞ。

○佐々木構成員

茨城のほうのすごい成功されておられる、医療者と患者の対話を築かれているというのは大変いいことだと思います。だけれど、この医療ADRというのは2つあって、対話型ADR、また裁判準拠型ADRというのがあるんじゃないかと思えます。対話型ADRということにおきましては、コミュニケーションをどのようになされているのかなと思うんですけども。医療者と患者に向き合ってちゃんと思いを伝えてほしいという、医療者側も思いを伝えたいという気持ちがあると思うんですね。患者も言いたい。そのお互いの言うその場におきまして、コミュニケーションの仕方というのはどのようになされているのかなと思えます。

そしてまた、対話が決裂しましたら裁判に行くわけですけれども、裁判というところは、やはり医療裁判というのは、人間の生命、身体、健康、そういうようなものを裁くのに、法律的とか、また損害賠償とかいう、そういうようなものは望んでいないわけですね、私たちは。医療者と向き合っていたきたい、そして本当に心を通じ合って解決していきたいという思いがございますので、対話型というのは必要だと思いますので、まずコミュニケーションの仕方はどうなっているのかということをお聞きしたいと思うんですけども。

○山本座長

小松構成員、申しわけありません。

○小松構成員

私たちは、特別のコミュニケーションはどうすればいいとか何かということはやっておりません。ただ、説明、話をまず聞くことから始まるんです。申立人とこっちの委員が対面してやるわけですが、その人の訴え、それがどういうことに疑問を持っているのかということをお聞きして、それで次に医療機関側から、こっちの申立人が、患者さんはこう言っていますよ、あなたはどうか考えますかということをお聞きします。また、それを返して、それを繰り返すわけですね、しばらくの間。その間に、弁護士が中心になってやるわけですけれども、医療問題で患者さんにこれはこういうところで誤解しているなというところがあれば、これは医者の言っているほうが正しいですよ、こういうものです。そうして、医者の言っていることに疑問があれば、私たちはそれはちょっとおかしいんじゃないのかというようなことは言います。それで、すり合わせていってやっぱり何

回か話している間に誤解は解けてくる人が多いんですね。ただ、これはそれで解けない人もおります。これは事実でございます。

○佐々木構成員

第三者機関が入っておられるということでしょうかね、そのコミュニケーションの間には。

○小松構成員

ええ、だから感情的にならないことですよね。人間は抑える者。たまには物すごく暴言を吐く人もいますけれども、それはやめてほしい。

○佐々木構成員

そうですね。けれど、そのコミュニケーション技法を持たれた方という、そういう方が進めていくというのも必要ではないかなと思います。

○小松構成員

やっぱり弁護士さんは上手ですね。うまくいろんな調整してくれますよね。本当にありがたい。医者がやったらとてもできないですね。

○佐々木構成員

ありがとうございます。

○山本座長

よろしいでしょうか。

それでは、ほかのいかがでしょうか。

どうぞ、和田構成員。

○和田構成員

さっきもお話が少し出ていました応諾率の話ですけれども、この前も、そこをどういうふうクリアしていくのか一つのテーマになっていたと思います。今日お話を聞くと、茨城の場合は医師会のところでやっておられるということで、医療側にも余り抵抗もないだろうと予測はつくんですが、北海道が存外に10件中9件で応諾されているという、これは非常に高い率ですね。少し耳に挟んだようなところでは、やはり10件ぐらいで一、二件ぐらいしか応諾してくれないというふうなところもあって、必ずしも主催者にお医者さんが入っているかどうかともまた違うような気もするんですね。

その応諾率を決めているファクターには一体どんなものがあるのか考えた場合、一つの仮説的な考え方としては、医療機関そのものよりは医療機関の顧問弁護士のADRに対するスタンスというのが影響していることもあるかと思うんですが、その辺り、北海道の橋場先生のところで非常に率が高いということで教えていただければ。

○山本座長

お願いします。

○橋場構成員

そのとおりでございます。医療ADRを立ち上げるときに、患者側の事件を多くやっている弁護士のほかに、医師会の顧問をやっている事務所のいわゆる勤務弁護士たちも若手が入ってかなり熱心に活動していたとい

う実態があるんですね。

医療側も、今まで裁判には起こさないけれども、簡易裁判所の調停に持っていつている事件というのは実は結構あったそうなんです。それを患者側が弁護士会のADRに申し立てたときには、それを積極的に使おうじゃないかという、そういう理解と機運があるのではないのかなという気がしておりますね。

さらにいえば、医療側も、今日の今田先生の紹介があった病院側が申し立てるといのがありますよね。そのときにADRを使うときの費用を医師賠償保険で使えるのかどうかということについても真剣に今ちょっと協議しているようなところがありまして、やっぱり保険会社に分かってもらえれば、お医者さんの側の委員会がありますよね。あれは医師側の代理人として普通活動される委員会というふうに私は理解しているんですけども、あそこ件数もかなり事件はたくさんある中で、まだまだ弁護士会の医療ADRに組上に上がるような事件というのはたくさんあるのではないのかなという気がしています。

札幌の特殊性は、さっき申し上げたとおりに、訴えられた病院側の顧問弁護士の理解があるという、狭い地域ですので、そういったことで今のところはうまくいっているということなんです。

○山本座長

小松構成員、何か一言。

○小松構成員

今の橋場先生の話で、今の最後の発言は非常に問題なんですよ。医事紛争委員会のことを言われたと思うんですけども、決してあれは医療側に立った委員会ではないんですよ。例えば茨城県医師会の医事紛争委員会があります。毎年40件前後の紛争があるわけなんですけれども、それが上げられるんです。21年度の有責率、医療側に責任ありというのは6割です。委員が20人の委員でやるわけなんですけれども、これは極めて厳しいです。今は医療側に非常に厳しい。これは勤務医から開業医から入った専門の委員がいるわけなんですけれども、この委員会は非常に厳しいです。もうそれは行き過ぎじゃないのと思うようなことまで行きますね。ちょっとそこまでやられたら耐えられないよと。私たちは委員ですけれども、執行部ですから余り発言しないようにしていますけれども、ちょっと厳しいなというような意見が多いですね。

それで、先ほどの和田先生の話で応諾率の問題なんですけれども、私たちのところは委員長は弁護士がやられているんです。その委員長の考え方が、来たものは全て受けるという考え方なんです。弁護士が今3人入っているんですけども、顧問弁護士はその中に入っていない。これは医事紛争委員会に別組織になっていますので、顧問弁護士を入れるとまるっきり医師会の関係になってしまいますので、顧問弁護士は入っていません。それで、1例だけ受けられないのが、委員長が受けないと言ったのが、やくざみたいな男が絡んでいて、これはちょっと紛争に対応できないというような、恐喝なんですよ、要するに。この事件はちょっと中立委員会の問題ではないだろうということで、それ1件は断りました。そういうことがございました。

○山本座長

よろしいですか。

それでは、ほかに。

どうぞ、中村構成員。

○中村構成員

中村でございます。

このADRの問題を考えると常に話題になる論点として、ADRというのは相談の段階の件数は多いんだけど、実際にADRという形であつせんなり調停なりで申し立てされる件数というのは、今日のお話を聞いていてもそんなに数は多くないということがあります。前回の東京の場合もそうだと思うんですが、相談からADRにうまく結びつけていくためにどんな工夫をそれぞれされていらっしゃるのか。先ほどの小松先生のお話ですと、中立委員会の場合には、もともとアクセスしてこられる方は申し立てを当初から予定されていらっしゃると思うのですが、もうちょっと幅広く、特に弁護士会なんかの場合でしたら法律相談からADRへというような結びつきというのが一つあると思うのですが、基本的には患者さん側の申し立てがほとんどだとすると、そこがうまくつながっているとスムーズにADRにアクセスでき、これは医療だけに限らずADR一般の問題だと思うんですが、そのための工夫が特に医療の場合どういうことが考えられるのか、またどういうふうに関心を実践に実践をしていらっしゃるのかについて、札幌や広島あるいはほかの弁護士会でも結構でございますので、少しご意見をいただければと思います。

○山本座長

いかがでしょうか。今……じゃ、北川構成員。

○北川構成員

大阪の北川です。

医療に限らないというお言葉もありましたのでちょっと甘えて発言させていただきたいと思っておりますが、大阪では従前、弁護士会ADRということで民事紛争処理センターというのをやっております、こちらでは、手続相談に来られた方に対して中身の話もやっぱり聞きますので、聞いたやつをまとめて申し立ての書をつくる手伝いをさせていただいたということがあります。人によってどういう手伝いをするかというのは違うんですけども、私の場合ですと、当事者とかは自分で書けるでしょうからそのまま置いておきまして、どういう示談あつせんを求めているのか、それでその理由は何かということについていろいろ聞いたやつをまとめて、別紙としてつければこれをいいというような形にして本人に差し上げるというようなことをしておりましたので、相談に来られた方は、比較的、少なくとも私が相談に関与したものについてはそのまま申し立てていわれる、もしくは後日その別紙をつけて送ってこられるというような形が多かったというのがありまして、今現在、弁護士会ADRは総合紛争解決センターに発展的解消をしまして、それで一体だれが受け付け相談をするんだというようなことで、当初はしてなかったんですけど、なかなか形式的なことが分からなくて申し立てに至らないというようなことも多かったようなんです。

例えば医療ADRの関係で言うと、だれが申立人でだれが代理人かも分からへんような申し立て書みたいなのも本人さんの部分もありまして、それで悩んで書けないというようなものが相当あったんじゃないかと思われますので、総合紛争解決センターのほうでも、申し立ての補助、そういう制度を採用することにいたしました。

民事紛争処理センターの場合は毎日2時間ずつぐらい当番でやっていた

んですけれども、総合紛争解決センターの場合は、ほかの団体さんも多いので、なかなかそこまでのことは決められないということで週1回なんですけど、これは報酬を出すという形でしっかり相談していただいて、できるだけ申し立てにスムーズにつながるようにということに現在運用を始まりました。

以上です。

○山本座長

ありがとうございました。

児玉構成員、先ほど手を挙げておられました。

○児玉構成員

第二東京弁護士会の児玉でございます。

法律相談からADRの応諾に至るプロセスで、やはり実際に初動で、例えば医療安全支援センターから法テラス等の公益的な法律相談に携わる弁護士への相談窓口への紹介件数が統計上も大変多数に上っているわけですが、こちらからの医療ADRの利用率が、今ははっきりとした統計はまだ把握しておりませんが、東京都等の私が知る限りの情報では、それほど公益的な法律相談に携わった弁護士が関わってADRを利用するあえて言えば利用率というものがまだまだ改善の余地がある状況にあると思います。

それから、もう一つはADRの先ほど来話題になっている応諾率、医療機関側が応諾をするかどうかという場面で、率直に申し上げてそのようなことがないのではないかと始めてのことではありますが、医療側に立たれる弁護士の先生がADRに余り理解を示してくださらないというような地域も特定の地域ではあるのですが、特定の地域ではございますが、実際にあるというようなお話を承っております、この点で、お隣に座っておられます日弁連ADRセンター委員長の渡部先生を中心といたしまして、各会のADRの取組の連絡調整をしていく中で、弁護士会の中で医療ADRに対する理解をさらに深めていく啓発、連絡調整、それから情報提供等の地道な相互理解の理解を深める取組というのが必要になってくるのではないかとすることが1点でございます。

2点目は応諾率ということで、もう一つのファクターは、個々の弁護士のクライアントとしておられる医療機関あるいは医療界の先生方と、それから法律家の間の相互理解の問題でございます、この点につきましても、日弁連ADRセンターでの連絡調整を行う医療ADR特別部会の中で、各地で今ADRの取組、現場で一生懸命始まっておりますので、個々の取組を医師会、あるいは病院団体、あるいはその地域の中核となる基幹病院の先生方、あるいは現場で診療に携わっておられる開業医以下の多くの先生方にどのように認知をしていただき、理解をしていただくかという、そういう相互理解を進めるような取組を今どのようにスタートしようかということを検討し、また各地の工夫を促し、アイデアをお出しいただくように連絡調整を行っているところでございまして、まさにこういう場を厚生労働省にご用意いただいているわけで、こういう場を通じて、医と法の対話と相互理解、そして医療ADRへの理解の広がりが出てくるという期待感を持ちつつ、また私どもの取組も強化していきたいと思っております。

以上でございます。

○山本座長

ありがとうございました。

どうぞ、増田構成員。

○増田構成員

先ほどの中村先生の相談からADRにどう結びつけるかということなんですけれども、愛知県の場合には、医療ADRでもそのほかの一般のADRも相談前置というのをとっているわけではございません。ただ、先ほど橋場先生から札幌の医療過誤問題研究会というのが報告されましたけれども、愛知県でも医療事故の情報センターというものがありますし、医療過誤問題の研究会といったところもございまして、そういったところに相談に来た方から相談を受けて、それがADRで解決することがふさわしいということであれば代理人になったり、あるいは自分が代理人にならないまでも弁護士会の紛争解決センターを紹介していくと、そういった形での持ち込みがされているというのが実情だろうと思います。

ただ、こういった研究会に関わっていない弁護士、例えば交通事故等の相談を受けているような弁護士からも申し立てがされています。愛知県では、弁護士会紛争解決センターにおいてどういったADRがなされているのかといったことを弁護士会の会報で広報したり、あるいは各自自治体の無料法律相談にパンフレットを置いたりしていますので、実際にどういった形でADRがなされているかというその実績の問題と、あとどういった形で広報しているのかということが申し立て件数、相談からADRに結びつける一つの要素であろうかというふうに思います。

それからあと、応諾率につきましては、愛知県の医療ADRについては90%ぐらいの応諾率がございすけれども、これもやはり特に医療側の弁護士、顧問の弁護士であり、あるいは保険会社の弁護士をされている、そういった先生方が非常に積極的に出てこられるというところがありますので、まず応諾率を上げるためには医療側の先生方に理解をしてもらうということが先決だろうというふうに思っています。

以上です。

○山本座長

ありがとうございました。

じゃ、小野寺構成員、どうぞ。

○小野寺構成員

仙台の小野寺ですが、医療ADR内のADR一般の申し立て件数をどうやって増やすのかということから、ちょっとお話をしてみたいというふうに思っています。

仙台は、弁護士の数が約330人ぐらいで、毎年申し立て件数が110件ぐらいです。ですから、弁護士の数にしてみれば率は低くはないんですけども、なかなか110件を突破できないので、どうやったらもっと増やせるのかということで、この前ちょっと興味深い調査をしてみたんですが、330人の弁護士で申立人、代理人になった人あるいは相手方になった弁護士の4年間の数を集計してみたんですが、3分の1の弁護士が使っている。3分の2の弁護士は全く使っていないということが分かったんですね。つまり、ADRを使っている人はまた使う。使わない人は一向に使わないという二極に分化しているということが非常にはっきりしたんです。そうだとすると、その3分の2にどうやって切り込んでいくのかということですね。

要するに、弁護士が絶えずお勧めメニューとして頭の中にADRを置いて

ているかいないかということが件数を増やしていく場合の大きな要素だろう。3分の2の弁護士さんは多分調停というふうにいっちゃうんだろうと思うんですね。ADRというのは知識としては知っていても、メニューとしてまでは浮上していないという現象が分かったので、そこをどうやって突破していかといろいろ議論した結果、一つの方策としては仲裁人に若い弁護士を補助者としてつけよう、もう義務的につけちゃおう、1年生、2年生のときの弁護士さんをもつ仲裁人のそばに置いて、弁護士会に入ったときからADRを頭の中にたたき込もう、そうすればその先生は自分の事件を抱えるようになってからADRのことを頭の中に置いて相談を受けるだろうということが1つです。

それから、もう一つは、このADRが広がっていくかどうかというのは専門分野に広がっていくかどうかだろう。例えば、建築紛争をADRで解決できるか、あるいは犯罪被害者をADRで解決できるかという、この専門分野が外縁を広げていくんだろうという問題意識に立って、仙台の場合は犯罪被害者とか、あるいは建築紛争委員会のトップの弁護士をインタビューして、どうやったらADRで建築紛争あるいは犯罪被害者を解決できると思いますかというインタビュー記事を拾って皆さんに投げかけていくことを検討中です。

それから、裁判所で毎年やっている医療問題の懇談会がありますね。毎年、弁護士会としてはADRの現状を報告して、仙台の名立たる病院の院長先生にADRというのがあるんだよということをお伝えしているということで、これもかなり長い地道な広報活動あるいは実績を積み上げていく中で少しずつ、先ほども先生がおっしゃった対話と連携が築かれていくのではないかなというふうに思っています。

○山本座長

どうぞ、植木構成員。

○植木構成員

千葉で医療紛争相談センターを主催しています植木です。今までとはちょっと違う視点からの発言となりますが、よろしいですか。

今日のご報告もそうですが、前回の場合もそうでしたが、ADRの主体となっているのは弁護士会が中心になってやられている紛争解決センターの経験であり、そこでの特有の問題が前面に出てきているというふうに思っております。いずれもお話の最初の出発点が法律相談という観点から問題が捉えられているのです。したがって、その法律相談の中でそれができるだけ裁判にいかないために、ADRを利用した場合の問題点はどのようなのであろうかという、そういう趣旨のご発言が多かったように思います。

ただ、我々の場合は、千葉の場合はそういう出発点が法律相談ではございません。多分、茨城の場合もそうだと思いますが、出発点はあくまでも医療に関する不信の解消、あるいは医療に対する紛争の相談から出発しているという点です。したがって、我々の場合は、それに対処するためにはとにかく徹底的に医療相談を行い、それに懇切丁寧に応えてやる、これが一番大事だと思っております。前回もお話をしましたように、それをしっかりやりますと大体8割ぐらいは紛争にならないでちゃんと解決するんだというのが大前提でございます。

その中でなぜこういうことを申し上げるかということ、最終的には医療ADRというものの特殊性を、対話であれ、和解、仲裁であれ、どういうふうに理解して紛争の解決を図るかということだろうと思います。それは1

つには、紛争の原因について当事者間に争いがあるというときに、調停委員が弁護士さん、あるいはその関係者だけであられるときに、それだけで因果関係等々の問題に争いがあるとき、それを専門の医師を排除して本当に紛争の解決ができるかどうか、それが弁護士会中心のセンターに対する疑問の出発点であります。そのためにはやっぱり調停委員の中に、何らかの形で医師の専門家が入っていただくほうがよろしい、というスタンスで我々はやっているわけでありまして。当事者もそれを望んでいる。それが裁判をしないで紛争を解決できるADRの歳代のメリットであると考えます。

それからさらに第2番目に、仮に因果関係がある程度明確で、争いの内容が一応はっきりしており、あとは補償だけの問題である、あるいは損害額の算定の問題だということになったとしても、それはもちろん法律的な判断でありますから、弁護士さんが調停委員としてそれに対するある種の基準を策定し、妥当な解決提案を出すというのはそれでいいんでしょうけれども、ただその際であっても、結局具体的な金額を決める際に何が問題になってくるかということ、やっぱり診療機関や当該医師の違法度の問題が重要となります。そうしますと、この事件はひどいなとか、あるいはこれは医師としてはやってはいけないことだとか、当時としてはやむを得なかったとか、ある種の注意義務の内容についての評価、そういうものをやっぱり考慮しないと具体的な金額は出てこないだろうと思います。したがって、そういう意味でもやっぱり医師の専門家としての関与が調停にあたってはどうしても必要になってくる。これが2点目でありまして。

それから、第3点目ですが、今日の小松先生のお話とも若干関係するわけですが、結局、医療ADRで解決する最終的な目的は一体何だろうか、という問題です。裁判と違う医療ADRというもので目指すべき目標は一体何だろうかということに関わると思うんです。我々は、同種の事故の再発を防ぐことを歳代の目標にしており、当該事故の解決を図るということは当然のことではありますが、同時に同じような事故が再び出てくるということだけは防がなければいけない、と考えています。そういうこととの関連で言いますと、私も若干経験をしたところでありますが、病院の代理人の先生が出てこられていろいろとお話をしてある程度まとまってくるわけなんですけれども、どうしても代理人の場合は当該事案の解決には一生懸命になるわけですが、その事案の解決を通して何が問題になっているのか、何が今問われているのかということについての評価が十分なされない傾向にあります。したがって調停で問題医となった点が病院側に十分伝わらない、あるいは当該医療従事者に伝わっていない点が気になります。そういうところからすれば、私は若干の勇気を持って言いますと、できるだけ代理人と同時に病院の関係者も和解のテーブルに同席していただくほうが、二度とそういう問題を起こしてはいけないんだ、あるいはどうしたら再発を防げるのだらうかということを考えていただくためにはベターではないかと、そういう印象を持っています。

以上です。

○山本座長

よろしいでしょうか。ありがとうございました。

どうぞ、小山構成員。

○小山構成員

病院の代表ということでもって出席させていただいています東邦大学の小山と申します。

今、病院の応諾率の話題が出ておりましたけれども、確かにいろいろな問題を含んでいると思いますが、まず1つはADRは何なのと言われたときに、この会議もそうなのですが、例えば茨城県あるいは千葉県のように医師会がやっているようなADRもあるし、弁護士さんが中心となってやっているADRもある。ここの中の根本的な違いは、特に茨城県の小松先生がおっしゃったのですが、当時者同士を連れてくるということを一大目標にしている。ここだけだったら我々も分かるし、我々もやっぱり努力していかなくちゃならないという気はあるんですけども、名古屋とか、あるいは札幌もそうだという話だったんですけども、代理人同士の話し合いをするんだったら何もADRの必要があるのかという疑問が我々の中に出てくるんですよ。一番大事なのは、患者さんが納得できるような解決の仕方をする一つの方法としてこのADRというものがもし出てきたんだとしたら、やはり医療の場合は当事者同士が出てくるようなものをADRというふうに僕は位置づけたほうがいいのではないかと思いますよ。そこのところはどうもはっきりしないので、医療側は何となく、どっちなんだろうなというふうに思いながら、もし代理人同士だとしたら、今、鈴木先生がおっしゃったけれども、ある評価が必要だということになった場合には、中立的な評価というのは、裁判所のほうが中立的な評価ができるし、ちゃんとした結論が出せるだろうというような気がするんですよ。それが弁護士さんのところで全部評価をされてしまうようなADRだとすると、ちょっと違うのかなという認識を持っているところがあります。

それから、もう一つ、このADRに参加するかしないかというのは、先ほど札幌の方もおっしゃってましたけれども、やはりその病院の弁護士さんがどの程度ADRにということ、これは非常に大きな要素になります。病院で何か起きたときには、ADRから話が来た場合には、どうしようかという相談を必ずしますので、これは逆に我々の問題というよりも弁護士さん同士の間の問題であるんだと思います。

医療側とすれば、この10年間、恐らく物すごい努力でもってこの医療安全あるいはこういうことに対する対応に対して並々ならない努力を僕らはしてきたと思うんですよ。それが先ほどから話が出てきているように、医療紛争が少しずつ減っているということはあるんですけども、でもいまだに厳然としてあることは事実ですので、ただこれも、今、鈴木先生がおっしゃったような形の8割ぐらいは話し合いをすると……

○鈴木構成員

植木先生です。私ではなくて植木先生。

○小山構成員

植木先生がお話しになった8割ぐらいは話し合いで解決するというレベルのものなんですよ。これが代理人同士になっちゃうともっと複雑な話になっちゃうって違う方向へ行くんですよ。だとすると、もうそこにいるよりも裁判のほうがいいよというような考え方も医療側には出てくるのではないかなというふうな感じがいたします。

以上です。

○山本座長

どうぞ、鈴木先生。

○鈴木構成員

小山先生、ちょっと誤解があると思うんですが、私は東京三弁護士会で

やっているのですが、申立人は大半が患者さん側です。代理人がついていないことも少なくありません。非常に多いです。代理人がついている場合も、ご本人は必ず出頭しています。

しかし、病院側は代理人しか出頭しないということが間々あります。あるいは、病院の責任者が出頭したとしても、担当医が出頭することはほとんどありません。申立人の患者さんは、担当医との間で話をしたいと言いますけれども、病院側は担当医を出すわけにはいかないというものも非常に多いです。しかし、私たちはタイミングを見計らって、担当医と直接対話をするを何とか実現できたらどうかということを、代理人がついている場合も、あるいはついていなくて病院管理者が出てくる場合もお話をし、それはタイミングを見計らって院内でそういう対話を行うこともあります。

ですから、本人同士の対話を望んでいる対話型といったときに、患者さん側は必ず本人が出てきますけれども、病院側はその対話の対象者は病院管理者であることがすごく多いんですね。あるいは、医事課の担当者であることが多くて、そこところが、ですから病院側がむしろ直接ご本人が出てきて話し合いを成立させるということにどういうふうにしたらいいかというところが、今、対話型の問題点の一つではないかというふうに思います。

患者側が、本人を差し置いて弁護士が出ていってどんどんしゃべるということはほとんど少ない、少なくとも東京三会、弁護士会型の場合には少ないというふうに言えると思いますが、いかがでしょうか。ここに参加している弁護士の方々、皆さん、うなずいておられると思うんですけども。

○小山構成員

一部そういうところもあるんだと思うんで、それは個々の事例によって違ってくると思いますけれども、ただ一般的にそれを受けるといったときに、例えば前回、たしか名古屋ですか、80%以上がそれぞれが代理人になっているという事実もありますよね。そこにご本人が入っている。我々とすれば、ある意味、病院の中で非常に患者さんとの対話に努力しております。かなり無理難題を言ってきます。とんでもない時間帯だったり日曜日だったりしますけれども、それに対しても医療側は非常に一生懸命に対応しようとしているんですよ。対応しようとしているんですけども、そこにADRというものが出てきたときに、これならいいよねというふうに思ったんですけども、どうも内容が当事者同士の本当の対話になっているのかなというのは、例えば今の茨城県とか千葉県なんかのデータを見ますと、ああ、これはそうですねという感じはするんですけども、今の弁護士さん代表の方々のADRの報告を聞きますとやっぱりちょっと違うのかな。それは、この前の患者代表の佐々木さんも少しおっしゃってましたけれども、患者さんが望んでいるのは当事者同士の話し合いだということなので、やっぱり我々もそれは努力していく必要がありますけれども、そこら辺のプロパガンダというんですか、広報というんですか、本人同士がやるのがADRですよ、医療界のというような話をしていただければ、それなりのほうに行くのではないかなというふうに思っております。

○鈴木構成員

千葉や茨城はまさしく医師会が関与している。つまり、だから医師会が関与して……

○植木構成員

千葉の場合、医師会は関与していません。純粋のNPO法人です。

○鈴木構成員

医師会は関与してないですか。千葉の場合には医療関係者ですし、茨城の場合には医師会がイニシアチブをとっているんですね。ですから、直接対話をしようということをつくった制度になり得るんだろうと思うんですけども、弁護士会がやっている場合には残念ながら、東京三会は応諾率が3分の2ぐらいでしたかね、3件に1回は応諾してこないわけですけども、応諾してくる場合でも、要するに医師の側が積極的に紛争解決をしたがっているのかどうかというのがはっきり見えないケースが少なくないんですね。

そういう中で、私たちは、裁判所のように判決とか、そういう権力を持っているわけではないので、紛争解決という共通の方向性をどうやって共有できるのかということから出発してやっているんですね。ですから、私は医事紛争に35年ぐらい関与していますが、ことして日本で初めて医療裁判が起きたときから107年がたちますけれども、多くは、最初の100年間は医療側は対話を拒んできた医療事故に関して、しかしこの10年ぐらいは医療側も対話を拒んでいくほうがかえってリスクが大きいというふうに思って、対話を促進しようというふうになってきたかと思うんですけども、この紛争を解決することに価値があるという共通の価値観を見出せるかどうか、つまりここに座って解決できるのか、座って無駄なのではないか、そういう実績も絡んでいると思うんですけども、そういう辺りが、私たちから見ると、医療側が本気で紛争解決しようとしている事案のほうがかつしろ少ないというふうに思うんですね。

ですから、ここは要するに紛争解決という共通の価値観を共有するためにはどうすればいいのか。つまり、直接対話を阻んでいる要因は何で、それを促進するためにはどうすればいいのかということ、専門職能集団の責任や法的責任も一方でありますけれども、他方で紛争解決することのメリットが医療界でどのぐらいあるのか。ほったらかしにしておくメリット、デメリットと紛争解決したほうがいいのかというメリット、デメリット、その比較もしながら、多少、効率主義になりますけれども、全体的に紛争解決することが至上の共通の価値なんだということをどうやって盛り上げていくのかということがこれから求められてくるのではないかとこのように思いますけど。

○小山構成員

お言葉を返すようですが、紛争解決したくないと思っている医者なんて1人もいません。あり得ません、それは。

○鈴木構成員

いやいや、それは先生、言い過ぎですよ。

○小山構成員

だけど、紛争解決しなければ、終わらない以上進まないんですよ。

○鈴木構成員

それじゃ、なぜ100年間対話を拒んできたんですか。裁判所しかなかったんですよ。

○山本座長

じゃ、渡部構成員、どうぞ。

○渡部構成員

こういう場が議論を深めるのならば、大変価値があって、相互の理解が進むと思うんですが、余り言い合いになってもどうかなという気がいたします。

私は日弁連の立場で申し上げますが、先ほど札幌の発表の中で、裁判所の勝訴率が25%ということがありましたけれども、その中に隠れていて、明らかでないのが和解率の問題がありまして、最高裁の岡崎課長は、オブザーバーの立場なので、なかなか言いにくいところがあるのでしょうかけれども、私が代わりに申し上げますと、和解の数がかなり多いので、それを含めると、和解は支払額がゼロの場合もありますけれども、大体が患者側に、何がしか払われることが多いので、それを含みますと7割方、患者側の勝訴になっているのではないかとこの感触を、私は持っております。ただ、平均審理期間を見ますと1年半以上かかって審理が長くなっているわけですね。

ところで、弁護士会の宣伝をするのが私の立場かもしれませんが申し上げますと、弁護士会のADRの場合は原則3回で半年以内に解決するという大体の目標がありまして、現実にも、大体そうなっているところがございます。

そこで、先ほど札幌の例で応諾率が9割という話がございましたけど、札幌の場合は、2年前に、日弁連ADRセンターの中に医療ADR特別部会ができて、その検討過程を経て、札幌の医療ADRができました。

日弁連ADRセンター医療ADR特別部会において、私の考えていたのは、医療機関側が弁護士会に対して抱いているイメージ、すなわち、弁護士会が患者側に立っているのではないかとこの見方でありまして、医療機関側から余り信用していただいていないのではないかと感じている部分がございます。

それならば医療機関側の代理人の先生に、まず理解をしていただくことが重要であろう。そうすれば、結果的には、実は患者側のためにもなるのではないかと。各高裁所在地に医療ADRをつくるときに、医療側の代理人の経験豊富な方と患者側の代理人の経験豊富な方と両方入れて、立ち上げに努力していただくという形をとりました。

それは、参加していただくことによって、弁護士会の医療ADRに対して両方からの理解を得られるということが目標としてもありました。

そういう形でやっていまして、この3月に8高裁付近に、は弁護士会の医療ADRは立ち上がったわけですけども、そうしていきますと、今、札幌の例でありますように、医療ADRの監幹事の中に医師会の顧問の方もいらして、弁護士会の医療ADRというのは必ずしも患者側のやめだけではないんだ、それは医療側にもちゃんと配慮してやってもらえるんだという理解が生まれてきたところにこの応諾率が生まれてきたのだと思います。

弁護士会ADRというのは権力の契機がありません。弁護士会ADRは判決できませんし、当事者は出頭を拒否をできるわけですね。それが9割方来ていただけるというのは、医療側の少なくとも代理人が弁護士会ADRを信頼しているということですね。

だから、そこは、そういった感触、弁護士会ADRに対し、医療側と患者側双方から、信頼感を抱いていただくということが我々にとっては重要なことと思っております。そしてこれから、我々日弁連としてやるべきことというのは、保険の問題、医師会の問題、いろいろあります。患者側の

先生方は弁護士会の医療ADRを信頼していただいていると思いますし、医療側の先生もかなり信頼がだんだん高まってきている。

問題は、依頼者の側の先生達の弁護士会ADRに対する信頼感の問題です。医師会側の先生とか病院側の先生の信頼感がどれだけ高まってきてくれるのかというところにあるものですから、そこの信頼関係が高まるような工夫をしなければならぬと思っています。立場上、今口に出して詳しくは言えませんが、そういった工夫をいろいろとこれから各方面にやっていきたいなと思っております。児玉先生が先ほどちょっと言われたこととつながるのでございますけれども。

○山本座長

ありがとうございました。

それでは、和田構成員、どうぞ。

○和田構成員

ずっと議論を伺っていて2つ軸があると思うんですね。

1つは医療側か患者側かということですが、実はこれは余り本質的な問題ではない。ADRに対する医療側の不信感の構図というのはそうではなくて、医療側の論理と法律の論理とのギャップというところにあるんじゃないかと僕は思うんですね。先ほど鈴木先生がおっしゃったことは非常によく状況が分かるのですけれども、ただ例えば神奈川の当事者が来られていて、弁護士さんも来られている、こちら側、医療側は弁護士しか出てこないというときに、その場の議論で、だれが主導権を持って定義しているのか。そのときに、例えば患者さん側が真相を知りたいというときには医療経過の事細かなことも知りたいと思っておられて、ところが弁護士から見ると、法的権利を守ってあげようとする場合に注目すべき事実関係があり、そこにちよつとずれがありますよね、医学的な真理と法律的な評価というところでも。そうしたときに、例えばその患者さんが、真相を知りたいという言葉にもっと情緒的な意味をも含めているときに、例えばその患者さんが、真相を知りたいという言葉にもっと情緒的な意味をも含めているときには、それをだれがその場でコントロールするのかという辺りが一番の問題です。僕は患者さん側も医療側もそういうずれを感じている部分があると思うんですね。ですから、その辺りの内実のようなものが、メカニズムのようなものをもう少し詳しく教えていただければと思います。

○鈴木構成員

弁護士が関与すると、法的責任の有無に限局して対話を進めていくのではないかという誤解があるように思うのですけれども、私たちは、申立人が何を望んでいるのか、あるいは病院側がどういうことをご希望しているのか、そこを中心に考えようとしています。ですから、その先に法的責任が出ることはありますけれども、まずは法的責任を入りにしないという形で進めていこう。

実は、私は、医療機関が話し合いに積極的になれない要因の最大のものは、話し合いをすれば結局法的責任が追求されるのだといういわば法的責任への恐れみたいなものが多分あるんだと思うんです。ですから、弁護士会がやっているADRが法的責任の有無を判断する機関だというふうに誤解を受ければ、それは応諾しないだろうというふうに思います。

ともあれ、法的責任は場合によっては棚に上げてでも、まずは実情をお互いに何を希望しているのかというところからいく。しかし、その先に一

応の説明がされて、いろいろ問題が生じて、やはり医学的に見て問題のある事案だということも病院側も一定認識してくるということになれば、その次のステップとして、それでは最終的な解決として法的責任を絡ませる必要があるのかどうか。多くの場合にはそこはやっぱり法的責任も絡まざるを得なくなるという形になるんだろうと思うんですね。

つまり、法的責任というのは、損害の公平な分担という損害賠償法の理念が、さっき児玉先生が医と法の対話とおっしゃいましたけれども、必ずしも医療界の中には、損害賠償責任ということが損害の公平な分担を図るシステムなんだということがご理解いただけていなくて、東京地裁の13医科大学と弁護士会と裁判所の初期の対話の中に、民事上の損害賠償でもって鑑定人がこれは有責じゃないかと言うと、この先生が刑務所に行くのかというふうに考えたので、なかなかそこは踏み込んで法的責任に言及するわけにいかないんだという、それはすごく大きな誤解ですよ。

ですから、そういうようなところが解きほぐれてきていて、法的責任といっても、損害賠償責任の場合には、被害者といいますか患者さんに生じた金銭的な負担が、その一部が病院側もシェアしていく必要があるのではないかという、そういうようなやわらかい対話をしていくことによってそこが乗り越えられる場合も少なくないのではないかというふうに思います。

○和田構成員

要するに民事手続は損害の配分なんだということ意味づけ自体が、先生は、今、ソフトとおっしゃったけれども、多分、患者さんから見たら、あるいは医療側から見れば、それ自体まだ非常にハードで、問題の本質はそういうところじゃないんだ、もっと別のところに問題があると感じている。民事司法の機能として、もっともっと広がりがあることを本当は望んでいる。それを損害の公平な分担だと言っているのは我々法律家だけじゃないでしょうか。

○鈴木構成員

だから、最後の出口のときにそういう問題が出ることもあるということも申し上げているので、それを入り口にしてはいけないということも申し上げていますね。

○和田構成員

それは、分かっています。

○山本座長

どうぞ。

○前田構成員

我々の受ける印象は、でも今、まさに和田先生がおっしゃったような印象を持つんですね。特に鈴木先生のまさにそういう言い回しですと、我々はそういう感情を持たざるを得ない。

それから、さっき紛争を解決したくない医者はだれもいないと小山先生はおっしゃいましたが、まさにそのとおりで、ただその土俵が皆さん側にあるのか、あるいは中立的な場所にあるのかという問題だと思うんです。

恐らく、医療者が話し合いの場に立てない状況が一時的につくられたんですね。今ADRというものができ始めて、我々は積極的に患者さんに対話をするのは全く違和感もございません。ただ、一時的にはやっぱり医療者が基本的に医療被害の加害者と扱われていた時期があることも、これは

否定できないですよ。

要するに、医療にミスがないのに過誤と言われ、我々に責任がないのに被害者と言われ、それをまたマスコミが後押しをして、患者さん側の弁護士さんたちがそれを追い風にして、まさに我々は黄門様に裁かれる悪人のように扱われた時期があるわけですよ。

それをちょっと今こらえてもう一度やり直そうとしているときに先ほどのような言われ方をすると、非常に我々はつらいですよ。

○鈴木構成員

いやいや、しかし……

○山本座長

ちょっと、じゃ児玉構成員、どうぞ。

○児玉構成員

私は現場の実践をやっておる人間でございますので、余り学問的な理念系に踏み込むこと自体も躊躇を感じるのですが、先ほど来の議論の中で、非常に純度の高い純粋系あるいは理念系として、例えば医学の論理か法の論理か、院内の対話か院外の対話か、対話型ADRか裁判準拠型ADRか、医療相談か法律相談か、当事者による対話か代理人を介入させるか、どちらかかというある意味純粋に極端な議論、それから最後、私、心に響いた大事な言葉ですが、加害者か被害者かというような、極端な純粋な言葉というのは南極と北極の果てで話をしているようなもので、南極の果てにも北極の果てにもペンギンもいないかもしれない。我々がいるのはその間の人の世界です。人と人がそれぞれ心を持ち、言葉を持って語り合う中で、語り合える土俵を何とかつくりたいという願いはぜひとも共有していきたいものだというふうに思っております。

以上でございます。

○山本座長

どうぞ。

○小松構成員

今、鈴木構成員と小山構成員の話聞いてまして、まさにこれが今の現実の状況なんですよ。

このADR、患者と医療側との対話をしていきたいという、それによって植木先生が言われたように、事故の再発を防いでいきたいということを願っているわけなんですけれども、確かに今まで医療機関に対するバッシングというのは非常に強かったわけですね。特にそれで、医療事故に対しても、医療機関側がやはり昔、隠ぺいしたとか何かという問題が言われてきましたよね。それは事実あったんですよ。だけど、それは責められて仕方ないんですけど、現在、医療機関側でそのようなことを考えている人たちはもうほとんどおりません。その代わり、そのところに一方的に医療機関が弁護士会からたたかれたという、要するに、鈴木先生もそうだったのかもしれないけれども、医療事故専門の人たちの弁護士にたたかれたという事はトラウマになっています、医療機関は本当に。

それで、弁護士会主導ということに対しては、やっぱり納得いかないという人が多いんですよ。これは事実でございます。だから、ここで、患者と医療機関との対話と同じように、医療機関と弁護士会、医師会と弁護士会、医師と弁護士、この対話これから必要になってくるんですよ。この

ADRをやるにしても、最初私たちが始めようとしたとき、弁護士の先生も、そんなことをやるはずがないと、こう言われたわけですから、そのような誤解があるわけなんです。今はそうじゃない。医療機関はそうじゃなくなっています。今、小野寺先生が、仙台では医師会とこれから話し合っていくと言いました。それが非常に大事なんだと思う。弁護士会と医師会が話し合っていく、それによってこのADRというのがこれからどんどん発展してうまくいくように私たちが努力しなきゃいけないんですね。

これが駄目だ、あれが駄目だと言っている駄目なんです。お互いに理解し合わない限り、医者と患者どころか、弁護士と医師と理解し合わなきゃ駄目だと私は思っているんですね。そのようにしていく会にしてほしい。お願いします。

○山本座長

ありがとうございました。

○宮脇構成員

基本的な質問ですが、渡部先生から、高裁の範囲でADRを少なくともカバーできるとお話しがありました。前回からのお話では地域的なカラーが相当強いという思いがありまして、それから全国を見渡せばADR機関ができてるところというのは一部ということもあります。被害者は全国にいるわけですよ。例えば青森であれば仙台がADRを受けてくれるのか、それから群馬、埼玉はどうなのかとか、そういう疑問に我々はしよつちゅう直面しています。そういう点で、ADRを受任する領域は高裁の範囲と言うのが、今の到達点なのかどうなのかご確認いただければと思います。

○渡部構成員 全国弁護士会の紛争解決センターや仲裁センターには、管轄はございませんので、要するに全国各地の地方の方でも、例えば青森の方が東京の仲裁センターに申し立てることもできるんですね。ただ、アクセスの問題がありまして、それはなかなか難しいからやはり仙台でやっていただく、今のところはそれしかないんです。

ただ、医療ADRを立ち上げていない弁護士会ADRにおいても、医療紛争は扱っています。全国の弁護士会52会のうち26弁護士会30センターの仲裁センターなり紛争解決センターがあるんですね。ここでは、医療ADRのないところでも、一般の事件として、普通の事件として受け付けていると思いますので、それは対応可能だと思います。ただ、東京三会方式のように、医療側の経験豊富な先生、患者側の経験豊富な先生という、そういう方々が付いて、弁護士会医療ADRの手続をやっていただくというわけにはいかないかもしれませんが、ただ、受け付けはしていると思います。

それから、全国規模で仲裁センターなり紛争解決センターをもう少し拡大していこうかというのは、今、実は来週にでも日弁連ADRセンターの会議にかけたいと思っているのですが、拡大の方向で考えております。日弁連としてもそのように考えておりますので、それはADRとして、医療紛争に限らず一般の紛争も弁護士会ADRで解決できるような形をとっていきたく思っております。

○山本座長

ありがとうございました。よろしゅうございましょうか。

どうぞ、中村先生。

○中村構成員

医療者と弁護士という話が出ましたけれども、私はさつきからお話を聞いて1点だけ気になるのは、ADRというのは紛争解決が目的だというふうにおっしゃられて、それは、医療者、弁護士、そこは共通の思いだということですね。

しかし、私は、ADRというのは別にそこですべて解決を図らなくても、それが法的解決だろうと、あるいはそれ以外の解決であろうと、やはり患者さん本人が一番そこでの主役であるはずであって、その方が何を望んでいらっしゃるのかが重要で、先ほど児玉先生から話合いの場というお話がありましたけど、例えば説明会方式ということで、ADRをそういう説明会の代わりに使うというようなことが、前、愛知県弁護士会のセンターの方からお話を聞いたことがあります、いろんな使われ方がADRであっていいはず。その中で完結的に何か最後まで和解をしなればいけない、和解をしてこそ初めて成果なんだというふうに位置づける必要がそもそもあるのだろうかという根本的な疑問があります。その話合いの場をつくるということ自体がむしろ設置目的の大きな意味なのではないか。

特に、今日、東京三会の検証報告書に載っておりますところで、私が1つ気になるのは、この7ページのところを見ると、先ほど応諾率の話が出ましたけれども、応諾率について、7ページの下のところ、不応諾事件25件のうち、代理人が選任されている事件は申立人11件、相手方6件である。不応諾事件では、申立人、相手方とも代理人選任率が低い傾向にあるということ、特に相手方において、その傾向が顕著であることが指摘されています。

相手方の代理人選任率が低いというのは、先ほどから和田先生が指摘されたことだと思いますけれども、弁護士の方の認識がまだ十分でなくて、医療側の病院等を説得できない、あるいは弁護士自身がADRに対する認識が乏しいということがあるんだと思います。そして、特にその申立人本人が申し立てたものに関しては応諾してくれないという病院がまだあるということは、やはりその手続の中で解決が目指されるのだと理解すると、そこへ行ってもこれまでも話し合っているけども無理だから、行っても解決は困難だ、あるいは過失が問題なんだから行っても無駄だというふうな認識が最初からあるのではないかと。しかし、その場で第三者を交えて話し合うことそのものに意味を認めるのであれば、そういうことについてもとりあえずは応諾をして、話をしてみ、その展開によって、場合によっては訴訟という選択をせざるを得ないかもしれないけれども、話合いの場そのものを閉ざす必要はないんじゃないかと思えます。その意味で、ADRというものをどういうふうにもっとも位置づけるのかということをやはり前提としてもう少し議論しておく必要があるように思えます。

○山本座長

ありがとうございました。本質的な問題を提起いただいたかと思いますが、残念ながら、私の不手際で既に予定されていた時間を経過しております。

今日は文字どおり大変活発なご議論をいただきまして、前回はちょっと個人的には皆さん、ややかみしもを着けてご遠慮があるのかなというふうに思っておりましたが、今日は大変率直なご意見の交換をいただけたかと思えます。

恐らくは、このような形で率直に対話を積み重ねていくしか問題を解決していく方法はないんだろうというふうに思っていますので、そういう意味では、意見の対立はもちろん残ってはおるわけでありましてけれども、大変有

意義な会合であったというふうに私自身は思っております。

それでは、また恐らくフリートキングで今日のような議論を継続していただく機会というのは今後の会合の中で引き続きあると思います。今日はここまでとさせていただきますと思います。

次回も今回と同様、3機関程度から取組状況をご紹介いただき、その後、意見交換を行うという方向で考えております。次回、取組状況をご紹介いただく機関につきましては、事務局から後日ご連絡をさせていただきますので、その際にはご協力方よろしくお願ひいたします。

以上で、本日の議題は終了ですが、最後に事務局のほうからお願ひいたします。

○渡辺医療安全推進室長 ありがとうございます。

次回、第3回の会議の日程についてでございますけれども、別途調整をさせていただきますと思います。

また、今、座長先生からもございましたように、次回の取組状況の発表につきましては、本日、資料を提出いただいたけれども、お話まで行かなかったと思いますけれども、北川先生を初め、個別にお願ひをさせていただきますというふうに思っておりますので、皆様方のご協力を引き続きお願ひできればと思っております。

以上でございます。

○山本座長

それでは、今日はこれで閉会いたします。長時間にわたるご議論、どうもありがとうございました。

次回以降の開催につきましても引き続きよろしくお願ひいたします。

ありがとうございました。

(了)

平成22年10月25日

総合紛争解決センターにおける医療ADR 2

公益社団法人総合紛争解決センター運営委員会委員

弁護士 北川和郎

1 総合紛争解決センターについて

(1) 総合紛争解決センターの組織等について

① 大阪府下の士業団体，社会福祉士会，消費者団体，経済団体，地方公共団体等が参加して設立した同名の公益社団法人が運営するADRであり，各参加団体の多様な専門性を生かして，ここだけで医療紛争を含むあらゆる種類の民事紛争を扱うことができるようにした「総合型ADR」である（資料1）。

② 経緯

平成21年 1月 一般社団法人総合紛争解決センター設立

同 年 3月 ADR機関「総合紛争解決センター」運営開始

同 年 9月 公益認定（大阪府 第1号）

同 月 ADR認証（認証番号 第43号）

③ 事業の運営

総務部会，事業運営部会，広報部会，研修部会からなる運営委員会と財務委員会によってADR事業が運営されている。

④ 参加団体

大阪弁護士会

大阪司法書士会

大阪土地家屋調査士会

(社)大阪不動産鑑定士協会

大阪府行政書士会

(社)大阪府宅地建物取引業協会（以上，正会員）

日本公認会計士協会近畿会

(社)大阪府建築士事務所協会

(社)大阪社会福祉士会

大阪府社会保険労務士会

(社)大阪府建築士会（以上，準会員）

近畿税理士会

特定非営利活動法人消費者ネット関西

全大阪消費者団体連絡会

(社)消費者関連専門家会議西日本支部

特定非営利活動法人消費者情報ネット（以上，賛助会員）

大阪府

大阪市

堺市
東大阪市（準会員）
大阪府市長会

(2) 総合紛争解決センターの事業について

① 事業の対象は、和解あっせん手続及び仲裁手続である。

② 手続実施の方法

全件3名の和解あっせん人が担当する。

3名の内訳は、弁護士である和解あっせん人と各紛争類型に応じた専門性を有する和解あっせん人2名の合計3名である。なお、医療事件については後述する。

③ 申立件数（平成22年5月31日現在）

ア 平成20年度（同年3月のみ）	2件
イ 平成21年度（同年4月から同22年3月まで）	132件
ウ 平成22年度（同年4月から10月まで）	86件

④ 事件の概要

ア 事件の種類としては、不動産売買や賃貸、請負、貸金、その他の契約紛争、不法行為、労働、家事、会社、相隣関係等多岐にわたっているが、不法行為（交通事故（20件）、医療事故（13件）等）関係の事件（65件）、不動産賃貸借関係の事件（23件）が比較的多いようである。

イ 代理人の選任された割合は低く、6割弱の事件において双方とも代理人が選任されておらず（6月時点では7割弱であったが、少し低下した。）、申立人だけに限定すれば、8割5分以上の事件において代理人が選任されていない。

ウ 終了原因については、成立したもの（仲裁判断を含む。）が3割強、不応諾が3割弱あり（いずれも6月当時と大きな差異はない。）、その余は不成立である（資料2）。

2 総合紛争解決センターにおける医療事件について

(1) 多種多様の専門家を擁し、総合型ADRを標榜する総合紛争解決センターにおいては、医療事件についても、総合紛争解決センターの専門分野の1つとして実施している。

(2) 専門的知見の担い手

各種の専門家の団体を主な構成員としているため、医療関係の団体にも参加を呼びかけていたが、設立時点においては、医師関係の団体の参加がなかったことから、この分野の専門家としては、医療事件に習熟した弁護士をもって、専門家として扱ってきた。

設立後も、あらゆる分野の専門家と協働していきたいとの考えから、医療関係の分野においても、医師ないしその団体が当センターに参加を求めため、大学病院等に参加を働きかけるなどしていたところ、この度、「和解あっせん人・仲裁人候補者追加搭載者」（資料3）のとおり、医師資格を有する和解あっせん人候補者を選任する

ことができた。なお、これは、医療関係の団体の参加があったわけではないが、大阪府立病院機構の理事から医師のご推薦をいただき、個別に承諾をいただくことで、実現したものである。ただし、現時点ではすべての診療科目を網羅しているわけではないので、一層の充実をはかっていきたい。

(3) 和解あっせん人

その関係で、前記和解あっせん人候補者の追加搭載前の医療事件における和解あっせん手続については、和解あっせん人の構成を、専門性を有する医療事件に習熟した弁護士2名と弁護士又は司法書士1名の合計3名で事件を担当することとしている。医療事件に習熟した弁護士は、専門的知見の利用という趣旨であれば、1名で足りるのではないかとも思われるが、東京3会方式と同様、医療側の代理人として多数の医療事件を手がけた弁護士と、患者側の代理人として多数の医療事件を手がけた弁護士を1名ずつとしていた。

今回の和解あっせん人候補者の名簿への追加搭載に伴い、和解あっせん人の構成を、医師1名と専門性を有する医療事件に習熟した弁護士2名の合計3名で事件を担当することとなり、最後の1件以降は、この構成となる。この構成による運用の状況については、ある程度実績が蓄積された後、報告させていただきたい。

(4) 申立件数

ア 平成21年度（同年4月から同22年3月まで）	4件
イ 平成22年度（同年4月から10月まで）	9件

(5) これまでの事件の状況

① 本人申立ての割合

これまでの8件の申立ては、いずれも代理人なしの本人申立てであり、100%であった。一般市民にとって、医療事件のハードルも相当低くなったものと思われる。

なお、相手方（いずれも医療側である。）の代理人選任は、現時点で5件あり、これによれば選任率は38%であるが、新件の動向により多少上昇するかもしれない。

② 応諾の状況

回答待ちの2件及びあっせん選任中の1件を除く10件のうち1件が不応諾であっただけで、他は応諾があり、応諾率は90%となった。ちなみに、不応諾の1件は、申立人、相手方の双方に代理人がついていない事件であった。

③ 事件の分野

事件の分野としては、歯痛やインプラントに関するもの、視力回復手術に関するもの、腰痛に関するもの、心筋梗塞に関するもの、ガンに関するものなどがある。

④ 申立ての趣旨

慰謝料等の損害賠償のほか、説明、謝罪を求めるものが多数見受けられる。

⑤ 終了原因の状況

終了した事件は6件であり、まだ統計数値として有意義なものといえるかどうかはわからないが、その内訳は、成立3件、不成立1件、申立ての取下げ1件、不応諾1件であり、成立率は全終了事件の50%、応諾のあった事件の60%という結果となった。今後は、更なる成立割合の向上が課題となろう（資料4）。

手続の流れ

和解あつせん人が、
事実関係・事情をお聞きし、
解決へ向けて調整を図ります。

和解成立

ご注意

相手方が手続には
応じない場合は
終了となります。

和解 不成立

手続は終了となります。

争点を明らかにし、事案によっては
証人の尋問、現場の検証、
専門家（鑑定人）の意見を聴くなどします。

和解成立

和解による解決が適当
であると思われる事案
については、当事者双
方に和解をお勧めする
ことがあります。

仲裁判断

※解決した場合、成立手数料・費用を
当事者双方で分担して納付して頂きます。

お問い合わせ先

総合紛争解決センター

06-6364-7644
(お問合せ時間 平日午前9:00～午後5:00)
<http://www.soufun.or.jp>



交通手段

- ・京阪中之島線「なにわ橋駅」下車 出口(1)から徒歩約5分
- ・地下鉄・京阪本線「淀屋橋駅」下車 1番出口から徒歩約10分
- ・地下鉄・京阪本線「北浜駅」下車 26号階段から徒歩約7分
- ・JR東西線「北新地駅」下車 徒歩約15分

次の団体の協力により運営しています

- 大阪弁護士会 大阪司法書士会
 - 大阪土地家屋調査士会
 - (社)大阪府不動産鑑定士協会
 - 大阪府行政書士会
 - (社)大阪府宅地建物取引業協会
 - 日本公認会計士協会近畿会
 - (社)大阪府建築士事務所協会
 - (社)大阪社会福祉士会
 - 大阪府社会保険労務士会
 - 近畿税理士会 (社)大阪府建築士会
 - 特定非営利活動法人消費者ネット関西
 - 全大阪消費者団体連合会
 - (社)消費者関連専門家会議西日本支部
 - 大阪府 大阪市 堺市 大阪府市長会
- (平成21年3月現在)

総合紛争解決センター

和解あつせん手続

和解あつせん人を
選任します。

- 相手方に、出席する
よう勧めます。

センターから
当事者双方に
次の通知をします。

- 和解あつせんの期日と
場所(第1回目)。
- 和解あつせん人の氏名。
- 和解あつせんの手続概要。

仲裁合意

和解あつせん手続の内容・進行によっては
仲裁手続へ移る場合があります。

仲裁手続

仲裁人を
選任します。

- 相手方に、出席する
よう勧めます。

センターから
当事者双方に
次の通知をします。

- 仲裁の期日と場所
(第1回目)。
- 仲裁人の氏名。
- 仲裁の手続概要。

ご注意

仲裁合意書の
提出が必要です

ズバリ!お答えします!

Q&A

Question
Answer
総合紛争解決センターって?

裁判と並ぶ魅力的な紛争解決機関になることを目指し、各種専門家団体、経済団体、消費者団体、自治体等が参加している裁判外紛争解決機関(ADR)です。司法関係者にとどまらず、紛争の内容に応じ、それぞれの分野の専門家が、和解あっせん人、仲裁人として関与することにより、公正、迅速、低費用で解決を得られることを目指します。

Q1

Question
Answer
どのような紛争に利用できますか?

- 民事上のあらゆる紛争の解決に利用できます。たとえば、次のとおりです。
- 金銭貸借に関する問題
 - 不動産・住宅に関する問題
 - 近隣に関する問題
 - 労働問題
 - 高齢者・障がい者に関する問題
 - 交通事故に関する問題
 - 建築紛争に関する問題
 - 境界問題
 - 夫婦、親子間の問題
 - 医師紛争問題
 - 知的財産に関する問題
 - 消費者問題
 - 相続に関する問題
 - 夫婦、親子間の問題
 - 福祉に関する問題
 - など

Q2

Question
Answer
手続の内容は?

「和解あっせん」と「仲裁」という、2つの手続があります。

「和解あっせん」とは、和解あっせん人が、当事者双方から、事情、意向を聴取し、専門的知識を活用することにより、当事者が公正かつ迅速に和解できるよう支援する手続です。

「仲裁」とは、当事者間の合意に基づいて、仲裁人が裁判官のように最終的な判断をするという、いわば民間裁判所です。

どちらの手続も、非公開で行われますので紛争の内容が外部に漏れる心配はありません。

Q3

Question
Answer
どうやって申し立てるの?

総合紛争解決センター事務局(大阪弁護士会館内)で受付をします。

本人で申立てができますし、専門家がお手伝いをすることも可能です。

詳しくは、お問合せ時間内(裏面のとおりに)にお電話ください。

Q4

Question
Answer
解決までの時間は?

事案にもよりますが、相手方が手続に応じた後、3回程度(3か月程度)で解決するよう努力いたします。

Q5

手数料のご案内

申し立てのときの手数料
一律 **10,500円** (税込)

※申立手数料は紛争額にかわりません。

少額紛争で
お悩みの方に
朗報!

解決した時の手数料
一例) 紛争解決額100万円未満で
15,750円 (税込)

和解が成立した場合、又は仲裁判断がなされた場合は、下の表を基準に、申立人・相手方のそれぞれの負担額を決めます。

紛争解決額	標準額 (税込)
0~100万円未満	15,750円
100万円以上~200万円未満	21,000円
200万円以上~500万円未満	31,500円
500万円以上~1,000万円未満	52,500円

事案により、成立手数料を30パーセントの範囲で増減する場合があります。

紛争解決額が1,000万円以上の場合は、お問い合わせ下さい。

1. 申立受理事件類型別

申立受理案件類型		2008	2009	2010	計
1	不動産売買をめぐる紛争	0	6	2	8
1	手付金返還請求	0	1	0	1
2	契約解除	0	0	1	1
3	買い戻し	0	1	0	1
4	その他	0	4	1	5
2	不動産賃貸借関係	0	15	8	23
1	明渡	0	2	0	2
2	賃料増額	0	0	1	1
3	賃料減額	0	0	0	0
4	敷金・保証金返還	0	4	2	6
5	賃料配分・管理費用分担	0	0	0	0
6	滞納賃料	0	2	3	5
7	原状回復費用	0	3	1	4
8	更新料	0	0	1	1
9	借地権買取	0	1	0	1
10	修理・修繕費用	0	1	0	1
11	その他	0	2	0	2
3	請負契約に関する紛争	1	7	7	15
1	建築工事代金	0	0	2	2
2	契約の解除	0	1	1	2
3	建築工事の損害	1	3	3	7
4	デザイン料	0	0	0	0
5	その他	0	3	1	4
4	貸金をめぐる紛争	0	8	7	15
1	債権額、過払金等を巡る紛争	0	1	0	1
2	債務弁済協定	0	0	0	0
3	その他	0	7	7	14
5	その他の契約紛争	0	19	15	34
1	リース契約	0	0	0	0
2	商品委託取引	0	4	2	6
3	預り金返還	0	0	1	1
4	動産売買	0	2	1	3
5	銀行関係	0	1	2	3
6	手数料返還	0	0	0	0
7	契約不履行	0	6	0	6
8	立替金	0	0	0	0
9	サービスの提供を巡る紛争	0	1	0	1
10	先物取引を巡る紛争	0	0	0	0
11	その他	0	5	9	14
6	債務不存在確認	0	2	0	2
7	不法行為を巡る紛争	0	36	29	65
1	けんか	0	3	0	3
2	動物事故	0	1	2	3
3	交通事故	0	13	7	20
4	医療過誤	0	4	9	13
5	名誉毀損	0	0	0	0
6	近隣紛争	0	1	0	1
7	婚姻外男女関係	0	3	3	6
8	賠償額確定	0	2	1	3
9	スポーツ事故	0	0	1	1
10	故意による加害	0	1	3	4
11	その他	0	8	3	11
8	知的財産がらみの紛争	0	1	0	1
9	家族及びその関係者間紛争	1	15	3	19
1	離婚・夫婦関係調整	0	1	0	1
2	婚約破棄	0	1	0	1
3	養育費・親権	0	0	0	0
4	相続	0	5	2	7
5	親子関係	1	0	0	1
6	その他	0	8	1	9
10	職場の紛争	0	7	4	11
1	解雇・退職	0	5	0	5
2	労働災害	0	0	1	1
3	賃金	0	0	2	2
4	その他	0	2	1	3
11	会社関係の紛争	0	4	1	5
12	相隣関係	0	8	6	14
13	マンション（区分所有）関係	0	2	2	4
1	管理費滞納等	0	0	0	0
2	その他	0	2	2	4
14	その他	0	2	2	4
合計		2	132	86	220

2. 月別受理件数

月	2008	2009	2010	計
4月	-	6	19	25
5月	-	12	11	23
6月	-	7	14	21
7月	-	9	8	17
8月	-	6	13	19
9月	-	10	14	24
10月	-	12	7	19
11月	-	12		12
12月	-	17		17
1月	-	8		8
2月	-	14		14
3月	2	19		21
合計	2	132	86	220

3. 申立受理事件結果別

結果	2009	率	2010	率	計	率
成立（和解契約）	18	19.6%	31	34.1%	49	26.8%
成立（仲裁判断）	0	0.0%	3	3.3%	3	1.6%
成立（和解的仲裁判断）	8	8.7%	0	0.0%	8	4.4%
成立件数合計	26	28.3%	34	37.4%	60	32.8%
不成立（申立人取下げ）	13	14.1%	13	14.3%	26	14.2%
不成立（相手方離脱）	1	1.1%	1	1.1%	2	1.1%
不成立（見込み無）	25	27.2%	16	17.6%	41	22.4%
不成立（民事紛争外）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
不成立（終了合意）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
不成立（続行不能）	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
不成立件数合計	39	42.4%	30	33.0%	69	37.7%
不応諾	26	28.3%	27	29.7%	53	29.0%
不受理	1	1.1%	0	0.0%	1	0.5%
終結事件数合計	92	100%	91	100%	183	100%
継続中件数合計	42		37		37	
終結件数+継続件数	134		128		220	

※成り率及び不成立率は終結事件数合計を分母とする。

4. 当事者の類型

結果	計	率
双方個人	101	45.9%
申立人法人	15	6.8%
相手方法人	86	39.1%
双方法人	17	7.7%

7. 申立補助制度の利用状況

月	2010
4月	-
5月	7
6月	5
7月	6
8月	3
9月	5
10月	2
11月	
12月	
1月	
2月	
3月	
合計	28

5. 代理人（弁護士等）の有無

結果	計	率
双方なし	125	56.8%
申立人代理人	28	12.7%
相手方代理人	31	14.1%
双方代理人	15	6.8%

6. あっせん人の配てん状況

団体名	選任数
大阪弁護士会	235
大阪司法書士会	107
大阪府不動産鑑定士協会	27
大阪土地家屋調査士会	14
大阪府行政書士会	35
大阪府宅地建物取引業協会	42
大阪社会福祉士会	23
大阪府社会保険労務士会	22
NPO法人消費者ネット関西	13
日本公認会計士協会近畿会	16
全大阪消費者団体連絡会	4
大阪府建築士会	17
大阪府建築士事務所協会	18
(社)消費者関連専門会議 (ACAP)	10
近畿税理士会	47
NPO法人消費者情報ネット	19
あっせん人の指名を受けた件数	4件

和解あっせん人・仲裁人候補者追加登載者

2010年9月30日

	氏名	所属等	専門
1	正岡 徹	大阪府立成人病センター顧問 (財) 骨髓移植推進財団理事長	血液内科
2	小山 博記	大阪府立成人病センター名誉総長	乳腺外科
3	堀 正二	大阪府立成人病センター総長	循環器内科
4	森本 靖彦	社会福祉法人石井記念愛染園附属 愛染橋病院名誉院長	内科学 (内分泌代謝領域)
5	奥山 明彦	社会福祉法人石井記念愛染園附属 愛染橋病院院長	泌尿器科
6	露口 泉夫	富田林福祉公社けあばる施設長	気管支喘息、COPD、 結核
7	籠本 孝雄	大阪府立精神医療センター院長	精神科
8	佐藤 文三	財団法人日本生命済生会 付属日生病院名誉院長	内科学 (内分泌代謝領域)
9	河 敬世	大阪府立母子保健総合医療センター顧問	小児科
10	山口 武典	財団法人循環器病研究振興財団理事長 国立循環器病研究センター名誉総長	内科 (脳卒中)
11	佐治 文隆	市立芦屋病院事業管理者	婦人科
12	天方 宏	大阪健康保険組合連合会嘱託医	歯科

2010.10.7時点

医療事件一覧

公益社団法人総合紛争解決センター

No.	受理 年度	当事者	代理人有無	申立年月日	あっせん人①	あっせん人②	あっせん人③	結果	紛争額	期日 回数	あっせん 日数
1	21	相手方法人	双方なし	H21.6.30	弁護士	司法書士	社会福祉士	不成立(見込み無)	算定不能	1回	174日
2	21	双方個人	双方なし	H21.9.7	弁護士 (医療機関側)	弁護士 (患者側)	司法書士	成立(和解契約)	紛争額1,000,000円 解決額69,430円	2回	79日
3	21	相手方法人	相手方代理人	H22.2.26	弁護士 (医療機関側)	弁護士 (患者側)	司法書士	不成立(申立人取下げ)	¥800,000	0回	87日
4	21	双方個人	相手方代理人	H22.3.15	弁護士 (医療機関側)	弁護士 (患者側)	司法書士	成立(和解契約)	紛争額:相当額 解決額:116万円	3回	200日
5	22	双方個人	双方なし	H22.4.9	弁護士 (医療機関側)	弁護士 (患者側)	司法書士	不承諾	¥7,440,630	0回	38日
6	22	双方個人	相手方代理人	H22.4.13	弁護士 (医療機関側)	弁護士 (患者側)	司法書士	成立(和解契約)	紛争額:相当額 解決額:50万円	2回	80日
7	22	双方個人	相手方代理人	H22.4.27	弁護士 (医療機関側)	弁護士 (患者側)	司法書士	次回第3回(12/8)	¥6,500,000		
8	22	双方個人	双方なし	H22.6.2	弁護士 (医療機関側)	弁護士 (患者側)	社会福祉士	次回第3回(11/15)	¥3,234,000		
9	22	相手方法人	双方なし	H22.8.20	弁護士 (医療機関側)	弁護士 (患者側)	司法書士	次回第1回 (11/12)	相当額		
10	22	双方個人	相手方代理人	H22.9.3	弁護士 (医療機関側)	弁護士 (患者側)	司法書士	次回第1回 (11/17)	¥4,822,450		
11	22	相手方法人	双方無し	H22.9.17	弁護士 (医療機関側)	弁護士 (患者側)	司法書士	相手方回答待ち	¥10,000,000		
12	22	相手方法人	双方無し	H22.9.17	弁護士 (医療機関側)	弁護士 (患者側)	司法書士	相手方回答待ち	相当額		
13	22	相手方法人	双方無し	H22.10.13	弁護士 (医療機関側)	弁護士 (患者側)	医師	あっせん人選任中	相当額		

仙台弁護士会紛争解決支援センターからの報告

平成 22 年 1 1 月 2 日

弁護士 小野寺信一

1. センター名称 「仙台弁護士会紛争解決支援センター」

2. 発足 平成 18 年 4 月 1 日

3. 全体の申立件数と医療事故の申立件数

平成 18 年度 107 件 (うち医療事故 11 件)
 平成 19 年度 101 件 (うち医療事故 13 件)
 平成 20 年度 118 件 (うち医療事故 16 件)
 平成 21 年度 105 件 (うち医療事故 13 件)
 平成 22 年度 41 件 (うち医療事故 4 件) (※ 10 月 28 日まで)

4. 平成 18 年度～平成 21 年度までの医療事故の応諾・不応諾 (不応諾後取下げ)

	申立件数	応諾	不応諾 (不 応諾後取り 下げ含)	取り下げ (プレ審理 前後を含 む)	和解	終了宣言	進行中
平成 18 年度	11	6	3	2	6	0	0
平成 19 年度	13	7	4	2	5	2	0
平成 20 年度	16	10	5	2	6	4	0
平成 21 年度	13	11	2	0	6	1	1

5. 平成 18 年度～平成 21 年度までの和解額

平成 18 年度	平成 19 年度	平成 20 年度	平成 21 年度
3,000,000	2,000,000	600,000	700,000
11,520,003	1,500,000	300,000	1,500,000
700,000	6,000,000	8,000,000	500,000
2,500,000	350,000	2,090,103	300,000
2,040,087	2,000,000	118,744	40,000,000
150,000		700,000	150,000

6. 仙台弁護士会の ADR の特徴

- ① 先進地調査に基づく発足 (「お勧めメニュー」「奥が深い」「やり方次第」)
- ② 平成 21 年 10 月 2 日仙台で開催された第 13 回全国仲裁センター連絡協議会の講演者柳田邦男氏の唱える「2.5 人称の視点」を全員で学習。仲裁人の質の向上の鍵は弁護士と依頼者との関係にあるとの視点で 9 人の先輩弁護士を訪問し、依頼者に対する説得のノウハウを会内誌「c a f e ADR」に掲載。(好評)
- ③ 新人弁護士の補助者への積極採用
- ④ 先輩弁護士訪問シリーズの復活
- ⑤ 医療 ADR 広報を目的とした病院向け講演会開催の予定

平成22年11月2日

福岡県弁護士会紛争解決センターにおける医療 ADR

福岡県弁護士会

弁護士 徳田 宣子

1 福岡県の医療 ADR の概要（参考資料1 紛争解決センターパンフレット）

従前の紛争解決センターの一部として、医療紛争に特化した医療 ADR が平成21年10月1日に設立。

法律相談前置をとっている。申立手数料1万0500円で、解決金額に応じて成立手数料を負担していただいております、期日手数料はない（これらの点については通常事件と同様である）。

仲裁人は原則3名選任（診療行為とは無関係な単なるクレームについては1名選任）、主任仲裁人（元裁判官や学識経験者である会員を比較的多く選任している）のほか、医療機関側代理人の経験を有する弁護士、患者側代理人の経験を有する弁護士で構成している。

2 現状（参考資料2「医療 ADR 集計」参照）

（1）平成21年度

平成21年度は、10月1日からの開始ながら、半年間で22件と申立件数が多かった。

しかしながら、22件中（うち回答待ち1件、取り下げ1件）、応諾されたのが8件（約36%）と低く、不応諾12件と半数以上が不応諾という結果に終わった。なお、応諾された事案のうち和解成立が4件、継続中が3件取り下げが1件と和解率は5割である。

また、申立人に代理人が就任したのは6件のみであり、本人申し立て事案が多いのも特徴的であった。

（2）平成22年度

平成21年度は約半年間で申立件数は9件であり、減少傾向にはあるものの安定した申立件数を維持している。

9件中（うち回答待ち2件）、応諾されたのが4件（約44%）と回答済事

件の半数を超え、不応諾は3件である。以下のような紛争解決センターの取り組みが功を奏しているのではないかと考えられる。

3 問題点とその改善に向けた取り組み

(1) 問題点

福岡県では、開始当初、想定以上の申立を受けることができ、順調にスタートを切ったが、申し立てても不応諾に終わることが多く、医療機関側からの理解を求めることが急務と考えられた。

(2) 紛争解決センターとしての取り組み

ア 相手方となる医療機関側への働きかけ

- ①相手方に申立書を送付する際に医療 ADR の説明文書を添付（参考資料3「医療 ADR について」）
- ②回答期限までに回答書が来ない場合、督促文書を送付する
- ③期日、時間、開催場所について、応諾しやすいよう対応する（旨伝える）
- ④不応諾の回答があった場合も、事案に応じては担当者（当会紛争センター運営委員会委員）から応諾するよう説得を試みる

イ 医師会との協議

医師会の医事調停との連携の必要性があることや診療時間外での ADR 実施や電話会議の実施を検討してほしいという意見の他、医療機関では対応困難な患者への対応として医療機関側からの利用も考えているという意見が出された。また、明らかに不適切な申立があることが指摘され、以後当会紛争センター運営委員が申立書の補正を紹介弁護士（法律相談を担当した弁護士）を通じて依頼するようにしている。

4 今後に向けて

幅広く医療 ADR を使ってもらうために、会員向け研修会を行ったり、広報に力を入れるなどするとともに、医師会との協議を続けるなどして応諾率がさらに改善されるよう取り組んでいく。

以上

時間をかけずに
トラブルを
解決したい。

裁判までするのは
ちよつと…
でも、このままでは
納得できない。

あまり
費用をかけずに
トラブルを
解決したい。

そんなときこそ、

弁護士会の

あっせん仲裁

紛争解決センターで解決しよう!



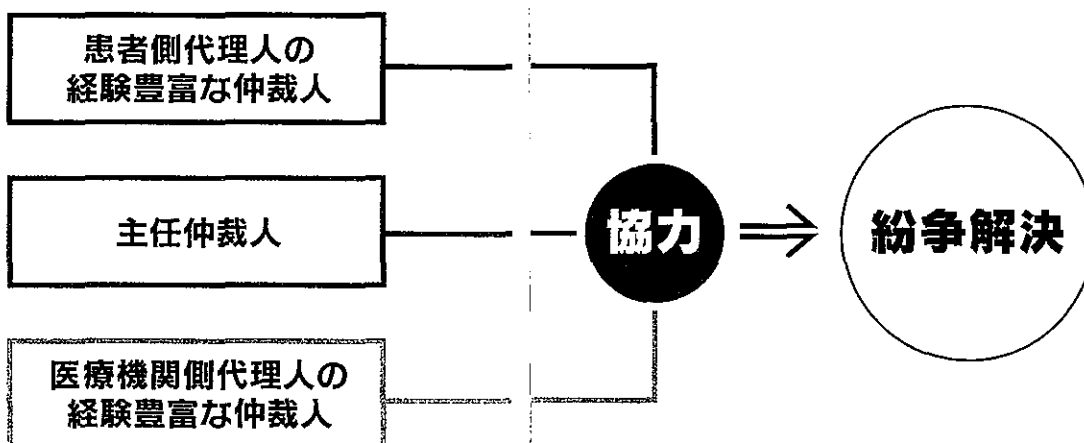
福岡県弁護士会
紛争解決センター

医療ADRのお知らせ

《平成21年10月1日創設》

従来、医療紛争は専門性が高く話し合
21年10月1日から医療事件を多数
ADRが開設されることとなりました。

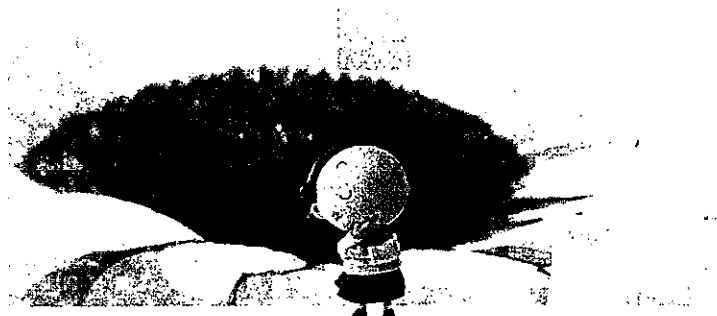
いは難しいと考えられてきましたが、平成
扱う経験豊富な弁護士が仲裁人となる医療



医療紛争の実態を良く知っている弁護士
医療紛争に関する問題につき充実した話

が仲裁人に加わるため、従来理解されづかった
し合いが行われます。

弁護士会の 紛争解決センターってなに？



Q1 紛争解決センターではどんなことをするの？
 仲裁人がトラブルについて当事者双方の言い分を聞いた上で、法律的な観点から方針を示したり、解決案を提示して話し合いで解決できるように「あっせん」をしたり、あるいは当事者双方からの申し出があれば、裁判所の判決に相当する「仲裁判断」を出します。

Q2 どんなトラブルについて利用できるの？
 事案の種類や金額の多少は問いません。各種の事故の損害賠償、金銭のトラブル、家庭内のもめごと、相続問題、従業員の解雇をめぐるトラブル等様々な事案に幅広く利用できます。

Q3 どんな人が仲裁人としてあっせん・仲裁をしてくれるの？
 経験豊富な弁護士が仲裁人になります。仲裁人は双方の言い分をよく聞いたうえで、公平・中立な立場で妥当な解決をはかるように努力します。
 必要に応じ各分野の専門家の助言を得ることもできます。

Q4 どれくらい時間がかかるの？
 早期の解決を目指しますのでおおよそ3ヶ月程度で解決するよう努力します。そのため、1回ごとに十分な時間をとります。

Q5 紛争解決センターを利用するにはどうしたらいいの？
 まず弁護士による法律相談を受けていただく必要があります。その上で、弁護士から紛争解決センター宛の紹介状の交付を受けて、それを紛争解決センターへ提出して下さい。
 (注)交通事故の場合は、交通事故相談所の交通相談でも構いません。

- 天神センター** 092-741-3208
- 北九州センター** 093-561-0360
- 久留米センター** 0942-30-0144
- 飯塚センター** 0948-28-7555

紛争解決センターの費用は？



申立手数料
申立人 1件につき10,000円
 (消費税は別途必要になります)
 仲裁申立時に支払っていただきます。
 特別な事情がある場合は減額または免除されることがあります。(第1回期日前に申立が取り下げられたときは半額が返還されます。)

成立手数料
申立人・相手方 双方で負担
 (消費税は別途必要になります)
 仲裁判断がなされた場合または和解が成立した場合に、仲裁判断書・和解契約書に示された解決額を基準として次の割合により、成立手数料を算定し、原則としてこれを申立人と相手方で半分ずつ支払っていただきます。

※なお、特別の事情があるときは減額又は免除されることもありますので、仲裁人にご相談ください。

解決額	割合
100万円までの場合	8%
100万円を超え300万円までの場合	5%+3万円
300万円を超え3,000万円までの場合	1%+15万円
3,000万円を超える場合	0.5%+30万円

成立手数料 早見表

解決額	成立手数料額(双方で負担する合計額)
10万円	8,000円
30万円	24,000円
50万円	40,000円
100万円	80,000円
300万円	180,000円
500万円	200,000円
700万円	220,000円
1,000万円	250,000円
5,000万円	550,000円

(消費税は別途必要になります)

※通訳・鑑定等が必要な場合には、別途実費を負担していただくことになります。

紛争解決センターの 手続の流れ



ご注意
申立だけで時効を中断することはできませんのでご注意ください。

法律相談前置主義

申立の前に、あっせん・仲裁に適する事案かどうかの点を含め、弁護士による法律相談を受け、紹介状の交付を受けてください。

トラブル発生

法律相談

申立手数料
1件につき**10,000円**
(申立人のみ。消費税は別途必要になります。)

紛争解決センター受付

仲裁人は経験豊富な弁護士、元裁判官等が中心となっています。

仲裁人を選びます

相手方がどうしても期日に出席しない場合は手続きを進められません。相手の方も、とにかく申立人の言い分を聞いてみようというお気楽な気持ちで是非ご出席ください。

相手方へ通知して出席を呼びかけます

あっせん・仲裁のための期日

ご注意
仲裁人の仲裁判断には原則として不服申立ができませんので、ご注意ください。

仲裁の合意

和解成立

※あっせん・仲裁では、必要に応じて次の専門委員に参加いただき適切な解決を目指します。
医師、建築士、行政書士、公認会計士、司法書士、社会保険労務士、税理士、土地家屋調査士、不動産鑑定士、弁護士

和解不成立

仲裁判断

仲裁判断は裁判所の判決と同じ効力があり、仲裁判断書で強制執行もできます。
(ただし、執行判決が必要です)

仲裁判断書

成立手数料
(申立人・相手方双方)

和解契約書

仲裁人が立会人となり、申立人・相手方双方の署名・押印を得て和解契約書を作成します。

医療ADR集計【平成22年10月15日現在】

【H22年度】

部会	申立件数	期日前					期日後			
		不受理	相手方応諾	相手方不応諾	取下	回答待ち	継続中	取下	和解成立	和解不成立
福岡	4	0	0	1	0	1	0	0	1	1
北九州	3	0	0	1	0	1	0	0	0	1
筑後	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1
計	9	0	0	3	0	2	0	0	1	3

【H21年度(平成21年10月～平成22年3月)】

部会	申立件数	期日前					期日後			
		不受理	相手方応諾	相手方不応諾	取下	回答待ち	継続中	取下	和解成立	和解不成立
福岡	11	0	0	7	0	0	1	1	2	0
北九州	7	1	0	3	0	1	0	0	2	0
筑後	4	0	0	2	0	0	2	0	0	0
計	22	1	0	12	0	1	3	1	4	0

平成 年（ ）第 号

平成 年 月 日

先生

福岡県弁護士会紛争解決センター

(担当職員 ●●)

TEL 092-741-3208

FAX 092-752-1330

医療 ADR について

拝啓

この度、貴殿を相手方とする仲裁の申立てがなされたことについては、別添の『仲裁のお知らせ(医療 ADR)』にて、お知らせしたところですが、本書面では、本手続(医療 ADR)の趣旨、内容等について説明いたします。

本手続は、医事紛争に精通した中立・公正な立場の弁護士3名(医療機関側・患者側の代理人経験を有する弁護士各1名を含む)があっせん・仲裁人となり、3回程度話し合いの中で、当事者双方の言い分を聞いた上、話し合いによる紛争解決を目指すものです。

このように、本手続は、あくまでも当事者双方の合意に基づく紛争解決を図る手続ですので、本手続を利用されるか否か、あるいは、利用されるとしてもその中であっせん・仲裁人から示された解決案に応じるか否かは、貴殿のご意向次第であり、何ら強制力を有するものではありません。

また、医師会の医事調停制度等、他の紛争解決手段のご利用を妨げるものでもありません。

本手続を利用されるメリットとしては、一般的に、

- ・簡易、迅速に医療紛争を法的外見解を踏まえながらもそれに拘泥することなく、双方の納得のもとに解決し、当事者間の信頼関係を回復することができる
- ・あっせん・仲裁人という第三者を交えて、患者に対して説明する場としても利用できる
- ・法的責任があるが、金額面に争いがあるような事案あるいは法的責任の有無が微妙な場合でも金銭面での折り合いをつけることができる
- ・話し合いの日、時間、開催場所等については柔軟に対応できる
- ・非公開の手続きである

といったことが挙げられます。

一口に医事紛争と申しましても、医療機関側の法的責任の有無が正面から争われる事案から、医療機関側から詳しい説明を受けただけで患者側が納得される事案まで様々です。

相手方の言い分を確認するためにも、裁判という厳格な司法手続の俎上に乗せられる前に、中立・公平な第三者の関与の下、一度でも当事者間で話し合いの場を持たれることは、たとえ結果的に紛争の最終的な解決に至らなかったとしても、双方にとって有益なことでありこそすれ、決してどちらか一方に不利益に働くものではないと思われまます。

本手続にはこのようなメリットがあり、また、福岡県ではまだ馴染みの薄い制度ですが、東京都や愛知県等の他の地域では医療 ADR による紛争解決が医療機関側・患者側の双方で活発に利用され、一定の成果を上げているという実績もありますので、貴殿にも本手続の話し合いの席について頂きたく、お願い申し上げます。

本手続の期日（話し合いの日）、時間、場所につきましては、さしあたり別添の『仲裁のお知らせ（医療 ADR）』に記載した通りに設定しましたが、不都合でしたら、別添の書面『期日の調整について』にご記入の上、回答書と一緒に当センターまでご返送いただければ、申立人等関係者と協議の上、調整させていただきます（日時につきましては、診療時間外を希望して頂いて結構です。場所につきましても、必要であれば病院で期日を開いた事例も過去にあります。）。

以上、本手続の趣旨、内容についてご理解頂き、本手続を医事紛争解決の1つの手段として積極的にご利用頂ければ幸いです。（医師会顧問）弁護士に知人がおありでしたら、同弁護士にご相談の上、ご協力ください。

敬具

医療紛争相談センター の利用状況

NPO法人医事紛争研究会代表

植木 哲

月刊「法律のひろば」平成22年9月号（63巻9号）32～37頁
特集「ADRの拡充・活性化の軌跡と展望」より

ぎょうせい

医療紛争相談センターの利用状況

NPO法人医療紛争研究会代表

植木 哲



一 医療紛争相談センターの設立経緯

医療紛争相談センターは特定非営利活動法人医療紛争研究会を運営主体とするADR機関である。千葉市中央区に事務局を置き、医療現場における患者及びその家族等と医療機関又は医師、看護師等の医療者との間の争訟（医事紛争）を解決するためのサポート業務を行っている。

医事紛争研究会は千葉県内の医師、法学者、法律実務家等により定期的な勉強会を開催する任意団体であったが、裁判外紛争処理の利用促進に関する法律制定の時期に医療ADRを中心的な研究テーマに据え、後のADR機関認証取得を見込んで平成19年6月に法人格を取得した。医療紛争相談センターの業務は平成21年4月に開始し、同年12月に法務大臣の認証を得ている（認証番号第50号）。

二 医療紛争相談センターの手続の概要（図1）

1 相談

(1) 相談前置

医療紛争相談センターでは調停の前に相談手続を提供している。当初から調停申立てを希望されて問合せをしてこられる方に対しても、相談手続を経てから申立てをするように求めている。

医療機関からの調停申立てについては相談手続を経ないことを認めたケースがある。相談手続は医療の知識に乏しい相談者が医療の専門家からの客観的な助言を受けることを主たる目的としているので、医療機関側からの申立てについては相談手続を省略しても調停が可能と判断されたためである。

(2) 相談手続の内容

相談にはセンターに相談委員として登

図1 医療紛争相談センターの手続の概要

相談手続
医師又は看護師による医療者の立場からの助言
↓
調停申立て
相手方が応諾しなければ手続終了となる
↓
調停手続
調停委員は医師・弁護士・学識経験者の3名

録している医師又は看護師が当たり、相談者の出会ったケースについて医療者の立場から診療録の用語解説や疑問点についての説明、疾患やその治療方法についての一般的な説明などを行っている。

相談手続は無料で利用することができる。

週1回相談日を設け、1人1回1時間程度を原則としている。

相談場所は千葉市内のセンター事務局に限られているが、来所が可能なのであれば日本全国からの相談を受け付けている。

できるだけ診療録等の資料を持参するよう求めているが、そうした資料の一切

ない状態で相談者の話のみをもとに相談を行う例も少なくない。

相談手続においては医療行為についての相談委員からの説明等のほか、センターの調停手続についての説明も行われる。調停手続が当事者間の話し合いによる和解を目指す手続であること、申立ての仕方、申立て後の手続の流れ、手続に要する費用、時間等を適宜説明し、相談者が調停申立てをするか否かを判断することができるようになる。

2 調停

(1) 申立てと相手方による手続応諾

相談者は相談手続後に調停申立てをするかどうかを検討する。特に申立期間を制限することはしていない。

申立てをする場合には申立書をセンターに送付する。

センターは調停申立書を受理すると、書類の不備等を検討し必要に応じて修正を求めた上、相手方に申立書副本を送付してセンターの調停手続を利用した紛争解決を希望するかどうかを問い合わせる。センターの調停手続を利用するかどうかは完全に当事者の意思に任せており、申立てを受けた相手方は自由な判断で応諾するか否かを決定できる。通常、

応諾するか否かの回答を15日以内にするように求めているが、多くのケースでは相手方の事情を聞いて考慮期間を延長している。

(2) 調停委員の選任

相手方が応諾した時点でセンターが調停委員3名を選任して調停委員会を組織する。調停委員は医師、弁護士、学識経験者（主に大学教授）から各1名選任される。

医師調停委員は、申立書に記載された医療行為の診療科目の専門医から選任される。医師調停委員は適宜その専門的知見に基づく説明を加える等して話し合いを促す役割が期待される。

弁護士には医療訴訟を多く扱う弁護士とそうではない弁護士がおり、また、医療訴訟を扱う弁護士は医療機関側を代理することの多い弁護士と、患者側を代理することの多い弁護士に二分されるといわれる。しかし、センターとしてはこうした弁護士の属性を調停委員への選任の考慮要素とすることはしていない。弁護士調停委員には、学識経験者調停委員とともに中立的立場から、その法的知識、経験に基づき手続の進行を司る役割が期待されている。

(3) 調停期日

センターの調停期日においては申立人、相手方が交互に調停委員の面前で経緯や気持ちを述べる別席調停方式が用いられているが、必ずしもその運用に固定されているわけではなく、調停委員が事案ごとに柔軟に進行方法を定めて話し合いを行う。

調停期日において各当事者は代理人を期日に出頭させることができる。

患者側当事者はこれまですべてのケースで申立人本人が出頭して手続を行っていた。この点で、弁護士代理人を介さなくては手続が困難とされる医療裁判とは大きく趣が異なる。1件のみ患者側が弁護士代理人を通じて調停を申し立てた例があるが、この例では相手方が手続に応諾していないため、患者側弁護士代理人出頭のもとに手続が行われた例は未だ存在しない。

医療機関側は弁護士代理人の出頭により手続が行われる例と、病院の職員（医事課課長等）が出頭して行われる例とが半々という状況である。医師等、調停申立ての対象となっている医療行為の当事者となっている医療者本人が出頭して説明を行う等した例も存在する。

代理人としては弁護士のほか、当事者の親族を期日に出頭させることもでき

る。また、当事者が選んだ医師等を参考人として期日に出席させて意見を述べさせることもできる。

期日においては適宜調停委員からも意見が述べられる。特に医師調停委員から医療の専門家としての意見が当事者に述べられることが多い。シャーカステンを使用しながら説明を行うなど、事案に応じて充実した調停が可能となるように工夫を重ねている。

(4) 調停の終了

調停は、以下の場合に終了する。

- ① 当事者間に和解が成立した場合
- ② 当事者の一方が調停の終了を希望した場合
- ③ 和解の成立の見込みがない場合

和解の成立の見込みがない場合とは、一方の当事者が和解をする意思がないことを明確にしたとき、当事者の一方又は双方が一定回数以上期日に欠席したとき、当事者間の主張の隔たりが大きく歩み寄りの姿勢がみられず調停の継続が困難となったとき、などをいう。

設立以降平成22年8月15日までに相手方が手続に承諾して調停手続がスタートした申立てのうち、調停終了に至っていないものは7件ある。申立日から7か月から11か月で終了に至っており、裁判に比

べると短期間で一応の決着をみる事が明らかとなっている。実際には調停委員の選任や期日の調整に時間がかかった結果として調停期間が伸びている場合が多く、センターとしてそうした時間を短縮できるよう運用上の工夫をしているところである。

期日は3回までというのを原則としているが、実際にはばらつきがある。これまでに終了した調停事件の期日回数は平均すると3回、最も多かったものでは5回であった。

(5) 手続費用

申立人は、調停申立ての段階で手続費用として2万1000円(税込)を支払う(医療機関側が申し立てる場合には4万2000円)。相手方が承諾しなかった場合には手続費用5000円を控除した残額が返金されることとなっている。

また、期日ごとに両当事者が1万500円を期日手数料として支払う。

さらに、金銭支払いを内容とする和解が成立した場合に限り、成立手数料として解決額に応じた金額を支払う(解決額の8・4%以下)。成立手数料の負担割合については調停委員会が事案ごとに定めることとされている。

三 医療紛争相談センターの利用状況

1 センターへの問合せ状況

(1) 広報の状況

センターではリーフレットを作成して県庁、市役所等の公共施設のほか、弁護士会法律相談センターなどに置いてあるほか、テレビ、新聞等のマスメディアの取材に応える形で広報活動を行っている。また、平成22年4月からセンターのホームページを開設して手続の案内等を行っている。

医療紛争相談センターホームページURL
<http://www4.ocn.ne.jp/~chibaadr/>

(2) 問合せ状況

平成22年8月までの電話問合せを分析すると、問合せ自体は千葉県に限らず全国各地からのものがあり、医療ADRへのニーズの普遍性をうかがわせる。しかし、当センターの提供する手続はセンター事務局所在地である千葉市内での実施を前提としており、こうした全国的なニーズには対応できていない。

センターでは週3日、月、水、木曜日の午後を受付時間としているが、人員の

表 相談内容の類型別分析

(1) 診断に関するもの
診断ミスではないか
検査をせず診断が遅れた
最初に言われた診断名と後で聞いた診断名が異なる
待ち時間の間に症状が悪化したのでは
原因不明と言われているがどうなのか
(2) 治療・処置・手術に関するもの
手術・処置後に容態悪化。ミスではないか
治療が不適切ではないか
治療を受けたのに回復しない
診断書に〇〇と病名があったが治療されていないのではないかと
検査や処置のミスがあった
死後に〇〇と判明したが診断・手術ミスではないか
もっと厳格に生活指導をすべきだったのではないかと
処置のために悪い結果になってしまった
担当医が若く経験が少なかった・専門医でなかった
(3) 治療中の対応に関するもの
説明がなかった
入院を希望したのに家に帰された
待たされた
家族の同意を確認してくれなかった
職員の対応が冷たかった
病院の管理責任はないのか
(4) 医療事故後の対応に関するもの
病院の対応が悪い
説明した筈だと言われたが、説明を受けていない
記録は改竄されているはずなので信用できない
医療事故後の話合いで要望が通らない
弁護士に相談したが断られた
どうすればよいか分からない
(5) 相談者の悲嘆、病気の受け止めに関するもの
適切な治療が行われていれば回復したはずだ
どの病院にいても病気を否定されるのは隠蔽だ
薬の副作用に違いはない
(6) 介護問題・治療の継続について
介護にかかる費用を賠償してほしい
転院先、入所先が見つからない
ずっと入院させてほしいが転院を促された

確保により受付時間を拡張できるような努力している。

2 相談手続

(1) 設立から平成22年8月15日までの1年4か月間で相談手続の利用件数は204件となっている。

半数が千葉県内の患者又はその家族からの相談であるが、高知県、沖縄県といった遠隔地からの相談例もある。

相談の内容は多岐にわたっており、診断や治療についてミスがあったのではな

いかといったものや、医療者の説明等の対応を問題視するもの、将来的な介護や治療の継続についての心配などがある。

医療機関側への要望の内容についても損害賠償請求のみというケースは少なく、「治療経過や手術について分かるように説明して欲しい」、「謝罪をして欲しい」「今後も治療をして欲しい」、「他の医療機関を紹介して欲しい」などと多岐にわたっている(表)。

「弁護士のとこに相談に行ったが受任してもらえなかった」というケースも散見される。医療ADRは裁判では不可

図2 相談件数と調停申立件数の比較



能な柔軟な解決を目指すことのできる手続であり、弁護士に受任してもらえなかった案件でも取り扱う余地はあるものの、実際にどのような解決が可能かは未知であり、今後運用の工夫を重ねる必要がある。

(2) 相談件数204件に対して、同期間内にされた調停申立ての件数は33件であった。相談者の8割以上が調停申立てに至っていないことになる(図2)。

その理由は様々であり、相談手続利用者に対するアンケート調査結果を分析すると、「相談委員の説明により医師の治

療行為に問題がないと納得した」「相談委員に不満を聞いてもらうことにより満足しそれ以上の手続を望まなかった」「相談委員によるセカンドオピニオンを得たことで不安が解消した」などの理由が見出された。

総じて相談手続に対する利用者の満足度は高いものの、相談申込みを受けても相談枠の予約が1か月以上先まで入れられない状態が続いており、センターの人的、物的資源の拡充が求められているところである。

(3) 相談委員は医療者であり法的観点からの助言は一切していない。相談者が弁護士を伴って相談にくることは拒んでいないが、実際に弁護士を同行する例はごくまれであった。

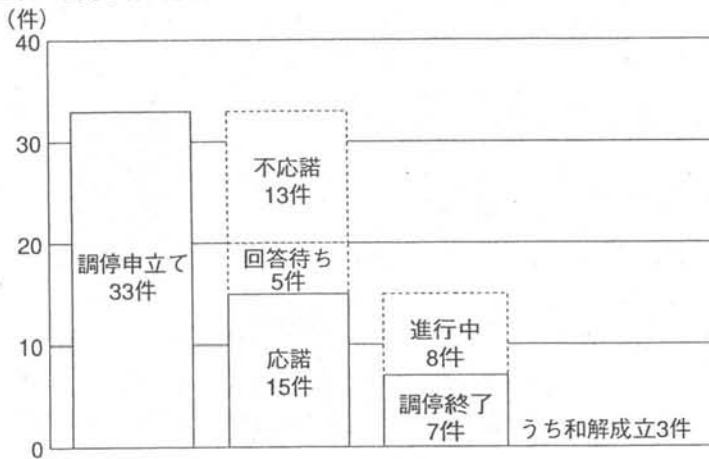
3 調停手続 (図3)

(1) 申立件数と応諾率

平成22年8月15日までにされた調停申立ては33件であった。請求の内容は何らかの補償を求めるものほか、説明を求めるもの等多岐にわたる。補償を求める額についても様々であると考えられるが、請求額を明示しない調停申立ても多い。

前記33件のうち15件で相手方が応諾し

図3 調停事件の分析



た(45・5%)。申立てのほとんどは患者側(患者本人又はその家族等の関係者)からの申立てであるが、医療機関側(医療機関又は医師、看護師等の医療従事者)から申立てがされたものも2件存在する。医療機関側が申し立てた例ではいずれも相手方が手続に応諾している。

(2) 和解率

調停申立てに相手方が応諾した15件のうち、平成22年8月15日までに調停終了に至ったものが7件である(残りの8件は手続進行中)。

そのうち和解が成立したものは3件である。和解が成立したものだけをみても争点の所在は様々であった。具体的には、1件目は紛争の当初から相手方が責任を認めており損害額の算定のみが問題となったケースであり、2件目は申立前の交渉では責任の所在も含めた全面的な争いのあったものである。3件目は調停申立前には当事者間に本格的な交渉はなく、争点の所在を確認するところから調停がスタートした。こうした紛争類型ごとに調停委員会が進行を工夫して調停成立を目指している。

和解金額という観点からみても調停案件の多様性が顕著である。2件は100万円以下の金額での和解であるのに対し、1件は1000万円以上の金額での和解となった。

4件は調停不成立に終わった。調停不成立の理由を分析すると、調停委員会が調停成立の見込みなしとして調停を終了させたものが3件、医療機関側の申出により調停が終了したものが1件となっている。

四 今後の展望

平成22年に入ってから申立件数及び申立てに対する応諾率の増加が顕著になっている。これは平成21年に法務大臣の認証を受けたこと、及び、運用実績がある程度集積されてきたことにより手続利用者からの信頼を得やすくなったためと分析している。現在、そうした件数の増加に対応すべくセンターの体制を整備しているところであるが、任意団体を運営母体とする当センターの性質上、人的物的資源の制限の中で多くの課題に直面している。今後、関係者からの一層の支援を賜りたい。

近時、厚生労働省内に医療裁判外紛争解決機関連協議会議が設置されるなど、医療ADRの在り方をめぐる議論が展開しつつある。その中で当センターとしてもその運用実績の中からの示唆をもって議論の充実に貢献できるよう努力していく予定である。

(うえき・さとし)

特定非営利活動法人医事紛争研究会
医療紛争相談センター

連絡先

住所…〒260-0013

千葉市中央区中央4-10-8

コーケンボイス千葉中央901号室

電話…043-216-2270

(電話受付時間 毎週月・水・木曜
日午後1時～5時)

ホームページURL…

<http://www4.ocn.ne.jp/chibaadr/>

