

第 1 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 3 月 26 日（金）

10:00～12:00

場所 ホテル ルポール麹町 2 階会議室 ルビー

○事務局 定刻になりましたので、ただいまから、第 1 回「医療裁判外紛争解決（ADR）機関連絡調整会議」を開催します。委員の皆様方には、本日大変お忙しい中、遠方よりご出席を賜りまして誠にありがとうございます。開催に当たりまして、医政局長の阿曾沼より挨拶申し上げます。

○医政局長 おはようございます。厚生労働省医政局長の阿曾沼です。今日は、委員の先生方には大変お忙しい中をお集まりいただきまして、また、この会議の委員の就任をお引き受けいただきまして、誠にありがとうございます。

医療事故に関する民事訴訟の数は、平成 16 年をピークに、ここ数年は少し減少傾向にあります。しかしながら、民事訴訟による紛争解決には解決まで時間がかかる、あるいは訴訟にかかる費用が高い、さらに経過や結果が公開されるなど、患者側の、あるいは医療側の双方にとって大きな制約もあると言われております。こういう背景の中で、医療分野においても訴訟とは違う紛争解決手段として、この裁判外紛争解決（ADR）制度の活用が注目されているということです。

この医療 ADR の活用については、弁護士会において主として全国の高等裁判所が存在する地域の弁護士会を中心に活動が展開され、また茨城県においても、地元医師会を中心とした茨城県医療問題中立処理委員会等が取り組まれています。さらに昨年の 12 月には、千葉県の「医療紛争相談センター」が、医療に特化した ADR 機関としては全国で初めて法務大臣から認証されたということも承知しています。

このような医療 ADR 機関の設置が、今後も益々増えていくものと私どもは考えておりました、厚生労働省としても、患者側や医療機関側の双方が利用しやすい環境を整えていかなければならないものと考えています。

この会議においては、実際に現場で活躍されている医療 ADR 機関の方々を中心に、活発なご議論、あるいは情報の共有を行ってまいりました。私どもとしても、今後の ADR の活用の在り方など、幅広く学ばせていただきたいと考えています。

最後になりましたが、本日お集まりいただいた委員の皆様方におかれましては、この会議の開催趣旨にご理解をいただき、より実りある会議となりますようお願いを申し上げて、簡単ですが私どものご挨拶とさせていただきます。

○事務局 医政局長につきましては次の予定がありますので、ここで退席をお許しいただきたいと思います。

続きまして、委員の皆様方を 50 音順に紹介させていただきます。第 1 回ということですので、お名前を私どものほうから紹介させていただいた後に、時間の関係もありますが、委員の方からも一言ご挨拶をいただければと思います。まず最初に広島弁護士会仲裁センターを代表して、今田健太郎委員です。

- 今田 広島は今田です。広島で医療 ADR の仲裁センターの設置の責任者を務めています。よろしくお願いします。
- 事務局 続いて千葉の医事紛争研究会会長の植木哲委員です。
- 植木 はじめまして、千葉大学の植木と申します。医事紛争研究会の会長をやっております。ただいまご紹介をいただきました千葉県の認証第 1 号を取得したセンターです。よろしくお願いします。
- 事務局 仙台弁護士会紛争解決支援センター代表の小野寺信一委員です。
- 小野寺 仙台の小野寺です。よろしくお願いします。
- 事務局 続いて大阪の総合紛争解決センターの北川和郎委員です。
- 北川 大阪総合紛争解決センターの北川と申します。よろしくお願いします。
- 事務局 第二東京弁護士会代表の児玉安司委員です。
- 児玉 弁護士の児玉です。よろしくお願いします。東京三会 ADR で斡旋人を務めさせていただいておまして、また病院側の代理人として、東京に限らず何箇所かの ADR で紛争解決に尽力しております。ユーザーの側でも発言をさせていただく機会があるかもしれません。ADR の発展を祈念しておりますので、先生方、どうぞご指導のほどよろしくお願いします。
- 事務局 続いて茨城県医療問題中立処理委員会代表の小松満委員です。
- 小松 茨城県医師会は中立処理委員会として、4 年前に設立しております。担当副会長の小松です。よろしくお願いします。
- 事務局 続いて日本病院団体協議会代表の小山信彌委員です。
- 小山 日本病院団体協議会の代表としてやってきました。私の立場は、病院側の医師の立場、その病院の医師の立場によって、この会に参加させていただきました。よろしくお願いします。
- 事務局 続いて医療過誤を考える会代表の佐々木孝子委員です。
- 佐々木 佐々木と申します。よろしくお願いします。現在、私は医療過誤を考える会を設立して、活動しておりますが、実は私も 16 年前に息子を医療過誤で亡くして、民事裁判をしました。途中から本人訴訟ということをやりにして、いろいろ考えることができました。よろしくお願いします。
- 事務局 東京弁護士会を代表して鈴木利廣委員です。
- 鈴木 よろしくお願いします。
- 事務局 愛媛弁護士会を代表して田口光伸委員です。
- 田口 愛媛弁護士会の田口と申します。よろしくお願いします。一応、愛媛弁護士会は総会員数が 130 人ということで、小規模会での医療 ADR をどういう形でやっていくのかということで、ご参考になればと思います。よろしくお願いします。
- 事務局 福岡県弁護士会医療 ADR を代表して徳田宣子委員です。

○徳田 福岡から参りました弁護士の徳田と申します。私自身、ご覧のとおり若輩者ですし、福岡の医療 ADR についても去年の 10 月にスタートしたばかりの、まだ若いシステムなので、ここでいろいろなことを学ばせていただけたらと思っています。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 続いて法政大学大学院法務研究科教授の中村芳彦委員です。

○中村 法政大学の中村です。いまから 20 年前、第二東京弁護士会が、初めて弁護士会 ADR を全国に先駆けて設置しました、併せて私はそのときの委員でもありまして、この間、ADR の手続の運営、あるいは ADR のあり方などについて考えたいと思いまりました。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 第一東京弁護士会を代表して西内岳委員です。

○西内 弁護士の西内です。また後ほど簡単にご紹介させていただくかと思いますが、東京の 3 つの弁護士会は、平成 19 年 9 月から医療 ADR を開始しております。よろしくお願いいたします。

○事務局 続いて札幌弁護士会紛争解決センター運営委員会委員長の橋場弘之委員ですが、到着が遅れられているようです。

続いて全国有床診療所連絡協議会を代表して前田津紀夫委員ですが、前田委員もこちらのほうに向かっているという連絡をいただいております。

愛知県弁護士会紛争解決センターを代表して増田卓司委員です。

○増田 愛知県弁護士会の紛争解決センターの副委員長、それから ADR 調査室の室長をやっております増田と申します。よろしくお願いいたします。

○事務局 岡山仲裁センターを代表して水田美由紀委員です。

○水田 昨年 9 月に設立した医療仲裁センター岡山を運営しております、岡山弁護士会の水田です。よろしくお願いいたします。

○事務局 医療過誤原告の会会長の宮脇正和委員です。

○宮脇 医療過誤原告の会の宮脇です。私どもは医療過誤に遭って、裁判を検討又は医療過誤裁判を闘っている原告で作っている団体です。医療過誤の場合は、医療被害者が原因究明の壁に非常に苦しんでいて、ほとんどの被害者が闘うことをあきらめざるを得ない状態です。今回、ADR 機関が発足されましたが、本当に各機関の皆様、ご苦労さまと思います。医療被害に遭って闘いをあきらめざるをえない人たちにとって納得のいく受け皿となっていくように、発展を願っています。よろしくお願いいたします。

○事務局 京都大学大学院法学研究科教授の山田文委員です。

○山田 京都大学の山田です。民事手続法、ADR を勉強させていただいております。よろしくお願いいたします。

○事務局 続いて一橋大学大学院法学研究科教授の山本和彦委員です。

○山本 一橋大学の山本です。大学では民事訴訟法、倒産法を教えています。ADR 法、あるいは仲裁法にも関心を持って勉強しています。よろしくお願いいたします。

○事務局 早稲田大学法務研究科教授の和田仁孝委員ですが、本日は遅れて出席される旨、事前にご連絡をいただい

ております。

日本弁護士連合会を代表して渡部晃委員です。

○渡部 日本弁護士連合会 ADR センター委員長の渡部晃と申します。日弁連は、一昨年の6月に医療 ADR 特別部会というものを作りまして、全国8高裁所在地近辺に、それぞれの弁護士会に医療 ADR 紛争解決センターを作ろうということで、取組みを始めました。この3月にはほぼその目的が達せられたところですが、これからはその医療 ADR を充実させるべく頑張りたいと思っています。この機会も、この時期にそういった場を厚労省に設けていただきまして、大変ありがたいことだと思っています。よろしくお願いします。

○事務局 また、本日はオブザーバーとして、最高裁判所事務総局民事局第二課長の朝倉課長にご出席いただいております。

○朝倉 最高裁で民事訴訟、民事調停などを担当している朝倉です。医事紛争について、社会全体でどのように解決していくのが、不幸にも起きてしまった場合に、患者の方々、それから医師の方々にとって何がいちばんいいのかという観点から、ADR について今日はいろいろなお話を聞きながら、裁判との役割のあり方、もしくは連携の仕方などについても考えさせていただきたいと思っています。どうぞよろしくお願いします。

○事務局 続いて事務局職員を紹介します。医政局総務課長の岩淵です。大臣官房参事官として医療安全を担当している塚原です。医政局総務課医療安全推進室長の中野です。最後になりましたが、私が事務を担当している医療安全推進室長の川畑と申します。本日はよろしくお願いします。

続きまして、当会議の議事進行等をお願いする座長について、お諮りしたいと考えています。私どもの考えとしては、座長には一橋大学大学院法学研究科において教授を務められ、ADR、仲裁法に関する研究や教育に当たっておられる山本和彦先生をお願いしたいと考えています。本日出席の委員の皆様、いかがでしょうか。

(異議なし)

○事務局 ありがとうございます。異議なしということで、理解させていただきます。誠に恐縮ですが、それでは山本委員に座長をお願いしたいと思います。山本委員、よろしいでしょうか。

(異議なし)

○事務局 では、以降の進行については山本座長をお願いしたいと思います。本日は報道機関の方々もお見えですが、カメラの撮影についてはここまでとさせていただきますので、よろしくお願いします。

○山本座長 ただいま座長を仰せつかりました山本です。一言、私からご挨拶を申し上げたいと思います。先ほど来、皆様のご発言にありましたように、裁判外紛争解決手続(ADR)というのは、様々な分野において重要な役割を果たすことが社会から期待されており、また、そのような方向に向けていろいろな政策が取られていると理解しています。とりわけこの医療の分野においては、裁判外での解決というものが重要な意味を持っていると理解しています。

先ほど医政局長がお話になりましたように、裁判外での迅速な問題の解決、あるいはなるべく費用がかからない形で問題を解決していくということは、非常に重要だと思われれます。また、このような事故、不幸な事故が起きた場合に、患者あるいはご遺族の方々が期待する事故再発の防止という問題は、なかなか裁判の手続でそのニーズに答えていくということは難しいところがあると思われれます。そういう意味では、この医療 ADR、医療におけ

る裁判外紛争解決というものの社会からの期待というのは、非常に大きなものがあると理解しています。

ただ、この ADR というものは、何か制度を作ったり、法律を作ったりすれはうまくいくというものではなくて、それを実際に運用する手続であるとか、あるいは運用される人というものが、非常に重要なものであると思います。そういう意味では、ここにお集まりの、実際に ADR を行われている方々、あるいはそれに関心を持っておられる方々が率直に意見を交換し、情報を共有し、問題点を認識し、それを解決するために取り組んでいくという作業は、極めて重要なことであると理解しています。

私自身は、座長という大任には到底応えられない非力な者ではありますが、この場における議論ができるだけ円滑に進められ、初期の目的を達成することができるよう尽力してまいりたいと思いますので、委員の皆様方にも是非ご協力のほどをよろしくお願い申し上げます。

それでは議事に入りたいと思います。まず、あらかじめお断り申し上げたいと思いますが、この会議はご覧いただいて明らかなように、公開で行われることとなります。議事録については、厚生労働省のホームページで公表されると伺っておりますので、その点についてもご理解をお願いしたいと思います。なお、意見交換等でご発言の際は挙手をいただいて、私のほうから指名させていただきますので、その後にご発言をお願いできればと思います。

それでは、まず最初に事務局のほうから資料のご確認をお願いします。

○事務局 本日は5種類の資料を用意させていただいております。資料1として、「医療裁判外紛争解決（ADR）機関連絡調整会議」の開催要綱とメンバーの一覧を付けています。資料2-1として、東京三弁護士会のほうからご紹介いただく取組みの資料です。資料2-2として、愛知県弁護士会紛争解決センターにおける医療のADRについて発表いただく資料です。資料2-3として、特定非営利法人医事紛争研究会のほうから発表いただく資料となっております。そしていちばん最後ですが、札幌弁護士会紛争解決センター運営委員会からの情報提供の資料として、資料3を配付させていただいております。以上がお手元に配付している資料です。

○山本座長 ありがとうございます。資料はおそろいでしょうか。よろしいですか。それでは最初に、本日の議事の全体について、事務局からご説明をいただきます。

○事務局 本日の議事の流れを説明させていただきます。議題1として、まず本日の会議の目的をもう一度先生方とおさらいしたいと思っております、それを冒頭に説明させていただきます。続いて東京三弁護士会、愛知県弁護士紛争解決センター、及び千葉医療紛争相談センターの順番で、それぞれ20分程度、取組みや特徴についてご紹介いただきたいと思います。その後、残りの時間を使って、紹介のあったADR機関についての取組み状況や課題についての意見交換等を行っていただければと考えています。また、今後のこの連絡調整会議の議論の方向性についても、合わせて幅広くご議論いただければと考えています。

なお、第2回以降の会議においても、今日は3つの弁護士会からご紹介いただくわけですが、引き続きこのような紹介を続けてまいりたいと考えているので、何とぞよろしくお願いしたいと思います。

○山本座長 ありがとうございます。それでは、まず第1の議題です。本会議の開催目的等についてということですが、事務局からご説明をお願いします。

○事務局 資料1の開催要綱をご覧ください。今般、先ほどの医政局長の挨拶にもありましたとおり、まず私どもはこの医療裁判外のADR機関、いままでは医療の分野ということも、なかなか取組み事例が少なかったと認識して

おりますが、弁護士会や茨城県の医師会、千葉の紛争解決センター等を通じて、医療の分野における ADR がだんだん広がってきたと認識しています。この活用をどのようにしていくかということで、まずはその活用のあり方を推進するために、各取組みをされている現場の皆様にお集まりいただきまして、情報共有と意見交換を行っていただければと考えています。

特に弁護士会の皆様におかれましては、既に弁護士会内部における連絡協議会のような意見交換の場はあると存じていますが、それ以外の組織において、ADR の機関との意見交換ということがまだまだなされていないのかと、こちらのほうで考えまして、医療の分野の ADR 機関の皆様にも広く意見交換を行っていただくために、実際の医療裁判外 ADR 機関、医療界の皆様、法曹界の方、患者団体の方々からお集まりいただいて、ここの場で情報を共有していただければというのが、いちばんの目的です。

また、この会議は通常の検討会等とはちょっと性格を異にしておりまして、物事をここで決めていくというよりも、情報共有をして、またここで何か皆様方で決めて、何か取組みの方向性として、自発的に認識していただくということであれば、私どもとしても非常にありがたいと思っています。例えば、3 カ月、あるいは 4 カ月に 1 回という形で、常設委員会というような形の形式を持って、定期的開催していきたいというのが、この会の趣旨です。

連絡調整会議は、私どもの医政局長が主催する会議として位置づけています。私ども医療安全推進室が事務を担当させていただきます。くどい説明になりましたが、以上です。

○山本座長 ありがとうございます。以上がこの会議の目的等として、事務局がお考えのところですが、委員の皆様方からご質問、ご意見等があれば承りたいと思いますが、いかがでしょうか。特段、いまの説明で疑問の点等はございませんか。よろしいですか。

それでは、いまのような会議の目的等を確認させていただいたということで、次に本日の中心的な議題、ADR 機関の取組み等の紹介及び意見交換に移りたいと思います。本日は第 1 回目の会議ということから、医療関係の裁判外紛争解決に先駆けて取り組まれているとお伺いしている東京三弁護士会、愛知県弁護士会紛争解決センター、千葉医事紛争相談センターのそれぞれの代表の方からご発表をお願いしているところです。それぞれ 20 分ずつ程度のご説明と承っています。まず最初に東京三弁護士会の取組みについて、第一東京弁護士会の西内委員からご発表いただいて、その後東京弁護士会の鈴木委員、及び第二東京弁護士会の児玉委員から補足の説明をお願いしたいと思います。それでは、まず西内委員、よろしく申し上げます。

○西内委員（第一東京） それでは私から東京の三弁護士会医療 ADR について、簡単にご説明させていただきます。お手元の資料 2-1 に沿って進めさせていただきます。まず 1 枚目ですが、これは日本弁護士連合会の機関誌である『自由と正義』の 2007 年 11 月号に掲載されたものです。東京には 3 つの弁護士会がございます。そして従前から東京弁護士会は紛争解決センター、第一東京、第二東京弁護士会は仲裁センターを各々設置しておりまして、従前からこういう ADR の取組みは、事件分野に限らず行われていました。その経緯の中で、この 1 枚目の「スタート！医療 ADR」というところのいちばん上に書かせていただいておりますが、平成 19 年 9 月から東京の 3 つの弁護士会の各紛争解決センターと仲裁センターの中に医療 ADR を新設してスタートさせております。

この東京三弁護士会医療 ADR というのは、仲裁・和解あっせん人の人数として 1 名、2 名、3 名の 3 つの体制があります。そのうち 1 名体制というのは先ほど申しましたように、従前から各紛争解決センター、仲裁センターに所属されている仲裁・和解あっせん人が関与されるという形態です。それに対して 2 名、3 名体制というものは、特に 3 名体制、場合によっては 2 名体制を含むこともありますが、いわゆる東京三会方式と言われているも

のです。ちょっとわかりにくいかもしれませんが、そういうあっせん人の人数の体制ごとに分かれているという特徴がひとつあります。

次に資料の2枚目に移ります。その特徴ですが、ここから以下は専ら3名体制、ときに2名体制を含む、いわゆる東京三会方式というものについてのご説明となります。これは、1枚目の広報記事の中のそれぞれのパーツをアップで取り上げたものです。2名、特に3名体制の特徴ですが、医療紛争の仲裁・和解あっせん人に関わるものとしては、医療紛争を数多く扱う経験豊富な委員として、患者側で経験豊富な弁護士15名、それから医療側で経験豊富な弁護士15名につき、それぞれの名簿を作成しております。3つの弁護士会がございしますが、三会共通の名簿として使用しております。それぞれ患者側で経験豊富、医療側で経験豊富な者の各1名ずつが、仲裁・和解あっせん人として関与します。それからもう一人、先ほど申しました従前から行われている仲裁・和解あっせん人が1名加わり、都合3名のあっせん人があくまで中立な立場で仲裁・和解あっせん人として関与していくということを基本型としています。この2名の新しい仲裁人が関与することによって、紛争解決を目的とするADRにおけるスムーズな話し合いを導くことができるのではないかと、その解決に至る可能性も高まるのではないかとという考え方、コンセプトに基づいております。

資料の3枚目がそれを図式化したものです。もちろん申立は患者側と医療機関側、いずれもできます。そして、その次の白枠の中で書かれていることが、先ほど申し上げたことで、この3名の仲裁・和解あっせん人が相互に協力しながら、両当事者間のスムーズな話し合いのお手伝いをする、調整役をするという形です。

次に資料の4枚目ですが、ここに「注意点」というのがあります。いま言ったように、患者側で経験豊富、医療側で経験豊富なそれぞれの仲裁・和解あっせん人が関与するという点について、最近では代理人をされる弁護士には相当程度、理解が浸透して来ているようですが、患者側、医療側のそれぞれの仲裁・和解あっせん人が、患者側あるいは医療機関側について、それぞれの代理人的な立場、あるいは代言をしてくれるのではないかとという誤解が結構あったのです。先ほど申しましたように代理人をされる弁護士の間では、相当程度そうではないという理解が浸透してきておりますが、この3名は、それぞれの紛争解決の豊富な経験的知見を活かしていただき、そして、あくまで中立的な、公正な立場から関与していただく、そういうコンセプトです。そこが、従前はかなり誤解されていたように聞いておりますが、そこはくれぐれも東京三会方式の本当に基本的なスキームの点ですので、よくご理解をいただきたいと思っています。それぞれの3名が中立的な立場から各々の医療紛争解決の豊富な経験的知見を活かし、当事者の自主的な紛争解決を目指すべく、話し合いをスムーズに進め、解決のために当事者が求めている事実関係の説明あるいは争点の整理などのお手伝い、調整役をさせていただくという立場で関与していくものです。

このような特性を有するあっせん人による関与という制度は、裁判所による調停や訴訟上の和解には見られない東京三会方式の特徴としております。

そして、まさにこの点を正確に理解していただかなければ、つまり誤解されると、東京三会方式はうまく機能しないことから、あえて「注意点」として明記しているものです。

次に資料の5枚目ですが、具体的な進行はどうなるのかといいますと、当事者の努力による円満な紛争の解決をADRは目指すものですから、過失や因果関係という法的観点、つまり法的な結論を導くために必要な過失はあるのかないのか、因果関係はあるのかないのか、そういうところが責任論として法的には問題になるわけですが、しかしそのような法的観点だけに絞らない、その点に絞らずに他のものも含めて当事者の意向や要望などを広く話し合いの中で取り上げていくということを考えています。そして、そういう幅広く両当事者の意向・希望・要

望を取り上げ、そしてそれらについても必要な話し合いをしていただく、そしてその調整役をあっせん人はいたします。そのことによって相互理解の促進と柔軟な解決を図る、あるいは目指すということを考えています。

少し下にいきます。赤線部分は私が引いたものですが、その意味でADRというのは、訴訟とは異なり、証拠によって白黒を付けるものではないという点です。ここがいちばん違う点だと思いますが、当事者の話し合いや説明によって相互理解を図ることから、まずスタートします。だから幅広く要望事項・希望事項は取り上げ、その説明、話し合いによって相互理解を促進する。これを第一ステップと位置づけています。この相互理解が促進されることによって、両当事者間に解決に向けた気運が醸成され、高まってくれば、次のステップとしては解決についての内容、あるいは方法などについての話し合いを行う。これを第2ステップという形で考えています。

先ほど申しましたように、東京三弁護士会医療ADRは平成19年9月からスタートしております。そして、申立件数が70件を超えてきたこともありまして、あまり詳しく言うと皆さんはおわかりにならないかもしれませんが、東京には3つの弁護士会がありまして、それぞれに紛争解決センター、仲裁センターというのがございます。その三会共通で設けた東京三弁護士会仲裁センター連絡協議会というのがあります。そしてもう1つは東京三弁護士会医療関係検討事件協議会というのがあります。この二つの協議会が平成21年3月に合同で東京三弁護士会医療ADRのそれまでの運営の現状についての検証のプロジェクトチームを設置して、調査・検証作業を進めてまいりました。もう報告書は取りまとめてあり、完成しております。そして3月中には、公表に向けた三弁護士会の各会の決裁手続が終了する見込みです。それが完成・終了すれば、場合によっては検証の報告書もこの会議にご提出できるかと思えます。私からは以上です。

○山本座長 ありがとうございます。それでは鈴木委員から補足をお願いします。

○鈴木委員（東京） いまの資料のいちばん最後の頁に、日本弁護士連合会が各会に照会をしたものがあります。私も東京三弁護士会の数字を集計してみたのですが、細かな数字は、若干の違いがありますので、大雑把なことを今日は申し上げたいと思います。

いま西内さんから説明があったように、全国の各弁護士会の取組み方について、スタートは、東京三会が日弁連を通して各地の弁護士会にご提案させていただいたというもので、東京三会方式という所から本格的にスタートしたわけです。それ以前でも、特に愛知県弁護士会などは、医療紛争を積極的に取り上げるといような形でやってきましたが、大げさに言いますと日本全国の弁護士会、日弁連から東京三会方式を1つの参考にしながら、取組みを開始してみたらどうかということです。ここに書いてありますように、東京以外でも愛知は前からありますが、大阪、広島、岡山、福岡、仙台、札幌、愛媛が始まっていることになります。

まだ始まった所もあれば、一定期間やっている所もあります。東京三弁護士会の合計数字がいちばん多いわけです。大雑把に言いまして、この2年半のいくつかの弁護士会の活動の数字的な統計からいいますと、申立件数は291件となっておりますが、応諾率は約60%台後半ですね。この数字ですと、応諾率は69%になります。東京三会ですと、63%ぐらいが応諾率になっていることになります。そして応諾したもののうち、既に手続が終了してその中で成立したものが、この表ですと約58%になりますし、東京三弁護士会ですと60%ぐらいになります。非常に大雑把な数字ですが、3件のうち2件が応諾されて、そのうちの約6割が和解によって終了していることになりますので、全体からいいますと、申立件数のうちの約40%ぐらいが和解によって終わっていることになります。

課題としては、これから細かな個々の事案の経験などを持ち寄って交流しながら、いかにして応諾率を高めていくのか、いかにして和解成立率を高めていくのかということになります。以上です。

○山本座長 ありがとうございます。

○児玉委員（第二東京） 第二東京弁護士会の児玉です。東京に3つの弁護士会があることをご存じなかった方もいらっしゃるのではないかと思います。さまざまな歴史的な経緯があって、東京には東京弁護士会、第一東京弁護士会、第二東京弁護士会と3つの弁護士会がありまして、それぞれに組織を持っています。そして、このADRについても仲裁センターという形で、3つの弁護士会にそれぞれ医療ADRも含めた仲裁センターが置かれている状況です。

資料のいちばん最初にありますように、この医療ADRについては、もともと仲裁センター発足時から、どのように進めていくかという問題意識をお持ちであったと伺っています。医療に関してはさまざまな困難がある中で、今日この会に出させていただくのに先立ちまして、第二東京弁護士会の仲裁センターの運営委員長の出井先生ともいろいろお話をさせていただいている中で、医療ADRについてこれまで一生懸命取り組んでくる中で、三会有る意味共通の足場を持つ形で、かつ三会それぞれの仲裁センターの従来の仕組みを生かしながらやってくるといことで、医療ADRの発展について「糸口がつかめてきた状態ではないか。この状態を大変積極的に評価はしているので、さらに発展させていきたい」というお言葉を仲裁センターの運営委員長からいただいていますので、お伝えをしておきます。

第二東京弁護士会が特別な制度として設けておりますのが、手続管理者という制度です。これは細かい話になりますので、資料等は配付していません。どうもADRという言葉について、漠然としたイメージは次第に市民の中に共有をされているところですが、いざ始めるといことになってみると、いざ弁護士会にお出でいただくと、どのように進めていったらいいかわからないというような方もいらっしゃるわけです。これについて、第二東京弁護士会では、手続に関する相談、いわゆる手続相談という制度をADRの前に置いていまして、この手続相談の制度を医療ADRに応用する形で手続管理者を置いて、特にADRをスタートする、実際にあつせん人が間に入って双方の意見を聞きながら、紛争解決の手続をスタートする前の部分の導入のところ、さまざまなサポートをしていただいていると承っています。

現在この手続相談のやり方について、いろいろと実際に手続相談に携わっておられる先生に何人もお話を承ったのですが、こういうやり方で、こういうマニュアルで、このように進めているというものが確定的にあるというお話ではありませんでした。第二東京弁護士会の手続相談についても、さまざまな模索が続けられている状況だと思えます。

私は個人的には、医療に関する裁判も大変多数取り扱ってまいりましたし、それからこのADRに関しても、あつせん人として、また病院側の代理人として何度も事例に参画をさせていただきました。もちろん裁判であれ、裁判外紛争解決手続であれ、紛争解決は理屈も人情もあるものでなくてはいけないと思っていますし、また実際そのように進められているところです。とりわけADRの手続の中では、理屈もある、人情もあるという良い解決が実績として積み重ねられているように思っています。

どこかの時点でお話を聞きたいと思っているのは、山田文先生がADRの手続と秘密性について論文をお書きになっていて、本当はこのADRがどのように活動して、どのような良さがあるかということ、東京三会のこれだけの数の経験をお伝えしようとするれば、こういう外枠の説明ではなく、日々どんな取組みが行われているか、具体的な事例をお話できればというような、やや隔靴搔痒の感を感じています。ただ、ADRの中での手続の秘密性ということ視野に入れながら、よく考慮しながら、市民の方に医療ADRの取組みを十分ご理解いただくというのも、この会議の1つの役割ではないかと思っています。以上です。

○山本座長 ありがとうございます。大変重要な問題提起をいただいたかと思えます。それでは、いまの東京三会のご報告についてご質問等もありかと思えますが、ご質問、意見交換については、一応、本日の3つのご報告すべてが終わったあとにしたいと思っています。引き続きで恐縮ですが、愛知県弁護士紛争解決センターの取組みについて、増田委員からご紹介をお願いします。

○増田委員（愛知） それでは、愛知県弁護士会の紛争解決センターにおける医療 ADR の取組みについてのご報告をさせていただきます。資料としては、2-2 を配付しています。1~9 頁まであります。6 頁以降は、愛知県弁護士会の紛争解決センターのリーフレットをコピーしたものですので、これを適宜ご覧になりながら説明をしたいと思います。

愛知県弁護士会の医療 ADR というのは、特に東京三会のように「医療 ADR」と銘打っているわけではありません。一般の紛争解決手続の中で、医療事件を取扱っているということです。まず簡単に、愛知県弁護士会紛争解決センターの概要について説明をさせていただきます。平成9年4月に、愛知県弁護士会の本会に「あっせん・仲裁センター」を設置しました。これは、愛知県弁護士会でいいますと、10番目のADRセンターということになります。平成11年4月に、愛知県の西三河支部という所にも、「あっせん・仲裁センター」を設置しました。そして平成20年6月に、ADR法第5条に基づく法務大臣の認証取得を得まして、これをきっかけに「あっせん・仲裁センター」から「紛争解決センター」に名称を変えています。

その概要ですが、取扱事件としては、民事紛争すべて。これは話し合いで解決するものであればすべて持ち込んでいただくということになります。医療事件もこの対象にしていまして、その部分がいわゆる医療 ADR ということになります。後にご説明をしますが、愛知県弁護士会の取扱事件の中で多いのが、この医療事件と建築紛争ということになります。申立件数については、3年間の資料の数字を出していますが、平成19年が、本会と西三河と合わせて308件、平成20年が316件、平成21年が292件ということで、年間大体300件ぐらいの数で推移をしています。管轄については特に制限がありませんので、医療事件でも、お隣の静岡県の方が静岡県の方の病院を相手に申立をされて解決をしたという事例もあります。

手続としましては、和解のあっせん、仲裁の2つです。和解のあっせんというのは、当事者が話し合いをして最終的に和解契約書を作って、それで終結をするということです。仲裁については、これは仲裁法の手続に従って、最終的に仲裁判断をして終了をするといった事件で、これは年間、仲裁で終結をするのが一般事件を含めて2、3件というところ。手続については、当事者一方からの申立によって開始し、相手側が応諾をすることによって開始をするということです。申立をしても相手側が応諾をすると、要するに応諾率を高めることが、このセンターで紛争解決をしていくうえの1つの重要な要素になります。申立に当たって相談前置を取っている弁護士会もありますが、愛知県の場合は弁護士の相談を経なくても、当事者が本人でそのまま申立をすることができるということで、窓口としては広く設定をしています。

費用としては、申立手数料が1万500円、期日ごとの手数料はいただいていません。そして、事件が和解、仲裁等によって解決した場合の成立手数料としては、これは解決額に応じていただいています。例えば、解決額が100万円であれば、現在は6万4,400円、500万円であれば17万6,400円です。これは、申立人、相手方当事者の折半が原則になっています。これは、申立人、相手方双方にとって、我々センターで解決したことが利益になるという考え方に基づいています。

それから、あっせん・仲裁人の候補者ですが、ここに書いてありますように、弁護士、カウンセラー、建築士、不動産鑑定士、土地家屋調査士、それから国際商事といった形で、候補者を選任しています。愛知県弁護士会の

会員が全体で1,300名ぐらいですので、弁護士153名というのは、その1割強ということで、弁護士経験、それから法曹経験も含めてですが、10年以上の弁護士を候補者として選任をしていることとなります。

その次にキの所で「専門委員」と書いてありますが、これは医師3名、歯科医師2名を候補者として選任をしています。専門委員というのは、実際に手続実施者となるのではなくて、医療事件についての専門的な知識をあっせん・仲裁人等に教えるといいますか、あっせん・仲裁人の医療事件に関する専門的な知識を補充するために、お手伝いをいただいているというような位置づけです。

紛争解決センターの運営は、基本的には運営に関する特別委員会が行っていきまして、そのあとにADR調査室と書いてあります。これは、昨年の7月からスタートしまして、当会の場合には先ほど申しましたように、相談前置を取っていませんので、あらゆる紛争、法的にあまり整備されていない紛争といったものが持ち込まれますので、ADR調査室委員6名が週3日午後2時間ずつ交代で事務局に張り付いているのです。そちらのほうで、いわゆる裁判所ですと書記官的な役割をする。申立書を点検をして、それについて補正をする必要があるものについては、書面や電話等で補正をします。それから事件の内容を検討したうえで、その事件にふさわしいあっせん・仲裁人を選任するといったことをしています。

このADR調査室を立ち上げたことによって、事務局は選任で3名でやっていますが、単に手続相談に留まらない内容に渡るような相談まで事務局に持ち込まれることがあります。そういったものについては、このADR調査員が対応していることとなります。

次に、愛知県弁護士会の医療事件の処理です。基本的には、一般のあっせん・仲裁の手続と同様ということですので、原則として、あっせん・仲裁人の人数は弁護士1名を選任しています。通常は、医療事件の代理人経験のない弁護士を選任していきまして、ただ例外的に規則上は事案に応じて3名まで選任するということができることになっていますので、事案に応じて1名から3名の範囲で選任をすることとなります。

先ほど東京三会からも報告がありましたが、日弁連ADRセンターで東京三会方式を参考にしながら医療ADRの充実を図るということで、一昨年6月から動いています。私も愛知県も、昨年の8月に、事案によっては東京三会方式、いわゆる医療側代理人経験のある弁護士、患者側代理人経験のある弁護士、経験のない弁護士の3名体制による審理制度を導入をしました。そして、医療側、患者側の代理人経験のある弁護士のあっせん・仲裁人を候補者として8名ずつ選任をしています。ただ現時点では、東京三会方式による3名体制による実施例はございません。これはなぜかと申しますと、後ほどまた説明をしますが、愛知県の場合には相手方、特に医療機関側ですが、代理人が選任される場合が非常に多いです。それから、申立人側も代理人が付く場合が多いです。その代理人というのは、医療事件にかなり習熟していますので、争点がかかり整理をされて出てきます。そうすると、あえて東京三会方式をとらなくても、医療事件の経験のない弁護士が間に入って、あっせん、あるいは仲裁することによって十分解決が可能です。

医師の専門委員制度ですが、これは先ほど申しましたように、あっせん・仲裁人の医療知識を補充するといった役割です。候補者として専任していますが、消化器外科、整形外科、産婦人科、それから歯科医師が2名です。愛知県には4つの大学病院と歯科大学が1つありますので、この候補者の選任は、そういった所に推薦を依頼しています。

愛知県の実績ですが、資料の4頁以下をご覧ください。愛知県の場合には、平成9年4月にあっせん・仲裁センターが立ち上げられたときの1号事件が、医療事件でした。これまでの10年余りの中で、医療事件についての申立件数が250件を超えています。平成19～21年の3年間を合わせますと、合計101件の申立がありました。代理

人が選任をされている率については、申立人については平均で 59.4%、平成 21 年については 70%です。それから相手方の代理人の選任率は平均で 82.2%、平成 21 年で見ますと 80%です。双方に代理人が付いているのが、3 年間平均で 49.5%、平成 21 年は 55%になっていまして、代理人の選任率が非常に高いことが特徴かと思えます。

仲裁人の数ですが、弁護士仲裁人の数としては 101 件のうち 99 件が 1 人で担当していきまして、2 件について 2 人で担当をしています。この 2 人は、いずれも医療事件についての経験のない弁護士です。それから医師の専門委員を付けた事件は、3 年間で延べ 5 人ということで、平成 21 年は 3 件ありました。これは代理人が付いているけれども、あまり医療事件について経験のない方であったり、あるいは本人申立であったりといった事件について医師の専門委員を選任して、あっせん・仲裁人の医療手続を補充していただいたということです。

次の応諾ですが、愛知県の場合は非常に応諾率が高くなっています。3 年平均で 89.2%、平成 21 年は 93.4%です。医療側がどうして応諾するのかということですが、愛知県の場合には、医療事件を中心的に扱っている事務所が、ある程度限られているというところ。医療側としても、紛争解決センターに申立られた事件に応諾し、その手続の中で、医療機関側として説明責任を果たしたいというお考えをお持ちだということです。また、愛知県の場合は期日手数料を取っていませんので、期日手数料をもし取ることになれば、お金を払ってまで説明会に行くのはどうかということになるのかもしれませんが、期日手数料をいただいていないことも、医療機関側がセンターに出てきやすくなっているのではないかと思います。最終結果については、これまで 101 件中 37 件が和解で成立しております。継続中の事件を除きますと 74 件ですので、そのうち解決した事件の半数が和解で解決していることになります。

5 頁ですが、和解により最終した事件については、第 1 回期日から最終までの日数は、平均で 93 日、3 カ月ということになります。通常、第 1 回期日は申立から 1 カ月以内に入れておりますので、大体 4 カ月程度で解決しています。審理回数は最高 6 回、平均 3.4 回です。解決額については最高 3,700 万円、平均 371 万円です。和解の内容としては金銭の支払いもありますけれども、再発防止であったり、今後の経過観察のために病院に赴く場合、治療費は医療側で持つといった、単に金銭解決だけではない和解ができているかと思えます。

レジュメの 2 頁のいちばん下から、過去 3 年間の事例ということで、3 頁にいくつかの事例を挙げております。これはいずれも和解によって解決した事件です。アが一般的な医療事件です。この中には有責性について争いのある事件もあります。イが歯科の事件、ウが美容整形、エが鍼灸院等の医療の類似行為ということで、医療にかかわる事件を幅広く処理しております。

3 頁の(5)の「特徴」にまとめましたように、愛知県弁護士会の紛争解決センターにおいては、有責事案における賠償額の確定だけではなく、有責性に争いが有る事案についても解決しています。申立人、相手方のいずれも医療事件に習熟した代理人が付くような事件では、その場で争点がかなり整理されています。そういったものに基づいて話し合いを重ねていけば、妥当な解決が得られているというところがあります。医療機関側としては説明会ということで、患者さんに何とか説明をしたい、そういう場はなかなかないけれども、紛争解決センターで説明をしたいということで、そういう受け皿になっているところはあります。医療側の経験のある弁護士にお聞きしますと、こういう所で説明を尽くした事件については、その後、裁判を提起されたりする頻度は非常に少なくなっているとお聞きしております。ウは、いま申しましたように、医療事件に習熟した代理人の選任率が高いということ、エは、医療側の応諾率が高いということがあります。オのあっせん・仲裁人の医療知識の補充については、愛知県の場合は、医師の専門委員を活用しています。私からのご報告は以上です。

○山本座長 続いて千葉医療紛争相談センターの取組みについて、植木委員からよろしくお願いたします。

○植木委員（千葉） 我々の名前は、特定非営利法人医事紛争研究会というのが母体です。こういう研究会をつくったのが平成15年の9月です。私が、たまたま平成15年に千葉大学に着任したこともあり、その中で医療紛争に特化した研究会をつくりましょうということになったわけです。そのときになぜこういう会合が可能になったかというのには、2つの理由があります。

1つは、千葉地裁との間で従来から、複数鑑定を一緒に研究するという機会がありました。このため医療裁判において鑑定方法を見直すというか、裁判になったときの問題として、鑑定のあり方をどうしようかということをお互いに研究しておりましたので、裁判所との関係が非常に緊密でありました。もう1つは医師会との関係も、非常に友好的に運んだということです。医師会の会員の中に、ADRによる医療紛争の解決に非常に関心の高い理事の先生がいたりして、こういう研究を是非これから進めようということで、医師会も団体として加入されたわけです。また、弁護士会も是非一緒にやろうという機運が高まり、大学関係者と協議をして、こういう研究会を始めたわけです。

その過程で平成18年にADR法ができましたから、これを中心のテーマにして、これからどういう制度設計をするのがいいかということについて、検討していこうということになりました。これも非常に偶然ですが、たまたま当時の千葉地裁の所長さんが、ADR法を自ら法務省の参事官として作られたという経験があったこともあり、その所長さんも非常に熱心で、一緒に研究するというラッキーな状況が重なって、ADR法の研究を大いに進めることになってきました。

それから平成19年に、認証に向けてどういう具体的なプロセスを取ったらいいのかということで、千葉県の担当者といろいろ相談をしたところ、任意団体としてのNPOの法人化がいちばん手っ取り早いだろうという形に落ち着き、この医事紛争研究会というのが機構として、千葉県知事の認証を得ました。それが整った後で、千葉県のほうから若干の補助金が出て、これをさらに進めてもらえないだろうかという話があり、平成20年度から認証に向けて、法務省と折衝を始めたということです。

その過程で、やはり実績を少し出してほしいと言われました。そのためには我々の別働機関である医療紛争相談センターというものをつくって、実績をつくらないといけないということになったものですから、これからご説明する相談センターを別の部隊と言いましょか、その下部機構として平成21年の4月に実働させました。そういうようにしてだんだんと機構を整え、相談委員候補者の研修や調停委員候補者の研修を随時行う形で、法務大臣からの認証が12月1日に出るようになりました。これが去年のことです。

全体の機構図は、資料の最後に添付してあるパンフレットの通りです。これを見ていただくと分かりますように、我々のセンターは2つの大きな問題の簡潔を前提にして考えられています。1つは最後の頁にあると思いますが、医療紛争が発生したとき、手続の申込みや受付をするわけですが、そのときに必ず医療相談をやります。電話がかかってきて日程を調整して、必ず医療相談を1時間受けていただきます。そのため医療のエキスパートである相談委員の先生方とは、随分と長いこと時間をかけて相談の取扱について検討してまいりました。これにより医療相談を受けていただきますと大体8割方は、そこで解決するというのが医療紛争の現実だと思います。

それでもまだ紛争が継続・深刻化する場合には、調停・あっせんの申立を自主的にしていただきます。その中で申立が出れば、当然のことながら調停委員会というものを設置して、事案ごとに医療の専門家である医師と医療に関係する弁護士さんが中心となり裁判所類似の手続、調停の手続をやることとなります。それに学識経験者が加わり、第三者的にそれを監視していく立場の三者構成で、調停を運営していくこととなります。それが実際の流れということになってまいります。認証は12月1日ですが、実際に動いているのは去年の4月6日からですの

で、この4月になりますと1年になります。

私の見たところ、その間の大きな事項をまとめたものが、手続の実施状況と書いてあるものです。電話はたくさんまいますけれども、必ず医療相談を受けていただくことになりますので、相談者は、実際に1時間の予約を取って千葉まで来ていただくことになると、関東一円の方が圧倒的に多いわけです。千葉県が半分ぐらいで、東京が半分の半分、その他に茨城や埼玉といった所が入ってくるという感じでやっております。これまでに大体151件の医療相談を受けていただいております。そういう中で調停手続へ入っていくのは2割弱、申立件数は現在24件となっております。申立の中身は23件が患者さんからの申立ですが、その他が1件、医療機関から説明をしたいという方もいらっしゃるわけですから、当然、医療機関から申立をされる場合も例外的にあります。

そこにありますように、そのうち応諾件数が8件、不応諾が13件、その他が3件となっております。非常に応諾が悪いように見えるかもしれませんが、実はそうではなく、申立件数そのものが24件ということで、大体15ないし16%ぐらいですから、大半は医療相談の手続の中で、ある種の不満というのは解消していることになります。そういう中で応諾をされたものが8件です。それから、これはもう状況的に見て裁判に行ってもらおうほうがいいという形で、診療側で不応諾という形をとられるものが13件、その他ということになっております。

そこで申し立てられた診療科目ですが、そこにありますように内科、外科、整形外科等です。そこには医療紛争の代表的な事案が連なっていると思います。通称、医療紛争御三家と言われるものがあるわけですが、これをザッと見て産科の事例がないということに、若干の驚きがあるかもしれません。おそらく産科の場合は無過失補償制度が実施されましたから、当面はそちらのほうへいっているものと思います。それが後に紛争事案となってくればくるのかもしれないという状況です。医療機関の種別等は、多くは公立であれ私立であれ、病院関係が比較的多いということです。もちろん民間の診療所もありますけれども、それほど多くないというのが現実です。

応諾があった場合の処理状況についてお話しします。応諾されたものの中では、今ずっと審理をしている最中ですが、すでに調停が成立した事案が2件、不調になったものが3件、係属中が3件というように、少しずつ調停が整いつつあるというのが現実です。また、法務省の認証も得られましたあとからは、これからますます成立の方向へ動いていくのではないかと私は考えております。

結局、組織体制をどうするかということになりますと、相談委員は大変な仕事と言えます。各申立人に医療相談を1時間受けていただきますので、ベテランのお医者さんを探してくるのがいちばん大変です。今のところ医師2名、歯科医師1名、看護師1名の4人体制で、月・水・金と、週のうち3回時間を取ってやっています。そのうちの大半は相談で解決してくれますが、どうしてもあっせん・調停へ移行したいという方もいらっしゃいます。そのため調停委員候補者をあらかじめ指定してお願いしておきます。今21名を予約しております。各診療科目の代表的なものはほとんど網羅するということで、調停委員として医師12名、歯科医師1名、裁判官を経験された方を含めて弁護士4名、学識経験者4名という体制でやっております。事務局は、ここには1名と書いてありますが、4月から2名になります。1人は相談についての事務をやる方で、もう1人、4月からは千葉地裁の書記官を定年でお辞めになっている方にお手伝いしていただき、調停事項の事務を担当していただきます。こういう2名体制でやっております。

まだできたばかりですから、確定的な評価は当然できないわけですが、私の印象だけをこれから少し申し上げます。これはあくまでも私見ですので、公式の見解とは違います。私がこれにかかわって見たところ、いくつかの問題点を含めて感じる場合があります。1つは、申立診療科目を見ていただいても分かりますように、一般に紛争がよく出る診療科目と、そうでない科目というのがあると思います。ここでは産婦人科のケースが取り上げら

れておりませんが、とりあえず今、産科補償制度、無過失補償制度が動き出したところですから、当面はそちらのほうへいって、紛争としてはまだ出てきていないということでのバラつきもあるのだらうと思います。要するに、おおむね裁判所の紛争事例とそれほど変わらない申立の診療科目があらうかと思ひます。

それと、今のことにも関連するわけですが、こういうセンターを開きますと、我々は開く前によく言われたことがあります。特に医師の先生方からは、こういうものを開くと、たぶん紛争や裁判が増えて大変になるのではないか、というご心配の向きもあつたように思ひます。あるいは、これは最終的に保険による支払いとの関係がありますので、保険会社においては保険の出費が増えるのではないかという懸念を随分聞きました。しかし、認証されてわずか3、4カ月ぐらひですが、その間の経過を見ておひますと、必ずしもその批判は当たつていない、あるいは、それは杞憂にすぎないのではないかという印象を持つておひます。

それはなぜか。裁判所との関係で申ひますと、千葉地裁では年間大体26、27件の紛争事例が裁判になっておひます。3月が終わらないと統計が出ませんから、何とも言えませんが、昨年12月末の段階で裁判所にお聞き申ひますと、昨年度に入つてきたのが18件でした。今年、最終的に3月末までにどのぐらひになるのか、22、23件ぐらひになるのかどうかは分かりませんが、いわゆる裁判になる事例というのは、相対的に少なくなつておひます。

もう1つは、同時に私は千葉県医師会の紛争処理委員会にも入れていただひているわけですが、最近の傾向をずっと見ておひますと、月に大体10件が審査をされてきたというのが、これまでの経験でした。これが1月、2月の段階になってきますと、非常に減つて3件前後になっておひます。これが何を意味するかというのは、もっと分析をしてみないと分かりませんが、申立人が仮に患者さん側であつたとしても、裁判までして最終的に争ひ事をして解決をするということ、本質的に望んでやつておひますということではないのです。是非ともそれに替わるものとして、迅速かつ専門的な判断のできる第三者の公正な機関があれば、そこへ委ねることは十分あり得る、という選択肢をとつていらつしやるのではないかと思つておひます。

また、千葉県は当然のことながら、医療法に基づく医療相談事例の報告をしなければいけませんから、その相談事例がどのぐらひ来ているのかということが問題になります。これも7月か8月ぐらひにならないと結果は見えてきませんが、いわゆる紛争事例というのは、私は相対的に減つておひますのではないかと思つておひます。これは憶測なので真偽のほどは分かりません。

このように、1つには、医療ADRができたから医療紛争が頻発するとか、増長するということは、たぶんないでしょう。もう1つ、裁判所などの関係で申ひますと、産科の事例が今ここに入つてきていないことから見られるように、たぶん今後は裁判所とADRの間で、解決の方法についてある種の住み分けを考えなければいけないということ、それはどうしても問題になってくるだらうと思ひます。仮に産科の事例が出てきたとして、ADRでそれが解決できるかという、なかなか難しいだらうという印象を持ちます。それはなぜかと申ひますと、やはり金額がすごく嵩みます。もう1つは、原因の特定が非常に多岐で難しいということであらうかと思ひます。そういうものは、最終的に裁判所で争つて解決していただくほうがいいのではないのでしょうか。

いままでの経験から申ひますと、大体100万円前後の和解金が出るものが多いことから申ひますと、軽微な診療過誤に関連するものと、いわゆる説明義務違反に関する事案というのが、ADRの解決としては圧倒的に多くなるわけ、です。応諾があつた事件の処理件数や処理の状況を見て、それらを類型化すると大体4つか5つぐらひに分かれます。1つ目は診断についての争ひ事、2つ目は治療、処置・手術等に関する争ひ事、3つ目が治療中の医療機関側の対応についての争ひ、4つ目が医療事故発生後の医療機関に取られた対応についての主張・文句という

か争い、その他というようになっています。そういう中で解決した事案を見ますと、全部が裁判所に行く必要のない事案が多く存在するのです。そのことから判断して、ADR は裁判所を補完をしながら紛争の解決に当たることができること、その意味で裁判と ADR はそれぞれの特徴を活かして共存できるのではないかというのが、私の考えているところです。

もう1つは、そういう医療 ADR の基本プランは、どういう風に評価されているのかということです。少なくとも千葉県の場合は、県の協力やいろいろなこともありまして、少し認知度が増えてきています。特に認証があった後はまた増えて、こちらのほうへ解決を委ねる県民の方が多くなっているということ、実感として持っております。県民の皆さんは比較的によく思っているというか、解決された内容についての異論・反論はあまり聞いておりませんので、当事者は非常に満足して解決されているという印象を持っております。

こういうことをやっていて、結局問題はどこにあるのか。医療相談の先生、調停委員、事務局等と合わせて、総計 30 名前後を事前に確保しておくことが必要になります。最終的にはこれに要する財政負担というのがいちばん大きいわけで、これをこれからどうやって解決していくのかということです。いままでは千葉県から若干の補助金を出していただいておりますが、将来的にはどういう形で予算化していただけるのかということも含め、検討しなければいけません。あるいは、これをもっと全国的に展開するとすれば、どういう形がいいのかということについては、その設置・機構体制を含めて、財政的な基盤をどうやって確保していくのかということが大きいと思います。いまはほとんどボランティアで手弁当でやっております。これがずっと制度として確立したときに、ボランティアでいつまでも続くかという、やはり難しいだろうという印象を持っております。以上です。

○山本座長 ありがとうございます。以上、3 つの ADR 機関からご発表いただきました。大変貴重な興味深い情報提供をいただけたかと存じます。残された時間で、いまのご報告に対してのご質問あるいはご意見、何でも結構ですのでお願いできればと思います。

○小松委員（茨城） 茨城県の中立委員会の小松でございます。いま 3 人の委員から発表されましたけれども、この委員会のメンバーを見てもわかるように、医師会から出ているのは私 1 人です。正直言ってこの ADR 関係の委員会というか、組織というのは弁護士会を中心になされているというのが事実かと思っております。私どもが中立委員会というものを組織したのは、医師会側の提案でつくらせてもらいました。いままでの 3 つの組織と違うところは、予算を茨城県医師会から出していることです。これが年間 400 万円で、会員から集めた会費から出しております。それと、もう 1 つ違うのは、申立料も成功報酬も一切取っていないということです。また、どんな人でも申し立てることができるというのが特徴かと思っております。

そこで、増田先生に質問です。解決額が高いですね。この額が日本医師会の賠償責任保険の関係とは、どのようになっているのでしょうか。あれはまず、最初に日医に出さないと保険が下りないことになっていますよね。その辺が私の所でも非常に問題になっていると思うので、これを教えてほしいと思います。

○増田委員 制度の運営にはかかわっておりますけれども、実際に相手方の医療側の代理人ではないものですから、日医との関係でどういようにお金が出ているのか、私自身はよく分かりません。

○児玉委員 利用者として、医療機関側で ADR を使わせていただいているのですが、医療機関側あるいは代理人も関与しながら、保険との関係調整は適切に進められて、ADR の中で保険を利用した、しかも保険会社側から見ても納得のいく解決というのが、もう随分事例が積み重ねられているところです。医師会の関係にかかわる事案でも、東京ですでに事例が随分出てきております。

○植木委員 最終的にはお金の問題ですから、保険で出していただかなければ、どうしようもなくなってきます。そこで我々が制度設計をするときに、その点をどのように解決すべきか、またどうすればいいのだろうかといういろいろ考えました。ご案内のように日本医師会の場合、100万円以上は日医のほうで承認を得なければいけないということになっておりますので、そのことも含めて県の医師会とも相談しました。たまたま我々の組織については、県の医師会は当然のことながら問題はないという見解であり、100万円までについては絶対的に県の医師会の保険から出す、保険から填補することに吝かではないという了承を得ました。これを公に言っているかどうかは分かりませんが、100万円まで保険で補填されれば、その同額程度は医師の個人負担で解決するほうが良いとする会員は増えることになるでしょう。問題は100万円を超える場合ですが、この点につき日本医師会側と交渉したら、同会につきましても千葉県はADRはそれほど変なことをやっていないということに認識されつつあると思っています。そこでできるだけ善処するという返事をいただいております。私は「誓約書を書いてほしい」と申し入れましたけれども、そこまではできないけれども尊重するという形で、日医のほうはご理解を得られつつあるのではないかと思います。

もう1つは、今のところ、それはあまり中心的な問題にはなっていないということです。被申立人のほうが病院が多いことから、病院は日医の保険に加入していない場合は自家保険をやっています。そちらのほうは自分の保険会社と調整をされたら解決する問題ですので、いまの日医の限度額の問題というのは、直接的には問題になっていないと理解しております。

○小松委員 ありがとうございます。

○山本座長 非常に重要な問題ですが、よろしゅうございますか。

○宮脇委員 原告の会の宮脇です。いまのお話を伺って、大変学ぶことが多くありました。被害者側も病院側も紛争を解決していく上では、やはり事実関係の明確化や正確な原因究明が基本的に大事だと思います。ADRの報告をお聞きしまして、特に愛知県の場合は代理人の選任という形をとられていて、そこで事件の整理がされているとおっしゃっていました。病院側からの説明責任を果たしたいということが相当強いということでしたが、ADRを本当に成功させていく上では、やはり病院側の態度というか、積極的にかかわっていく姿勢が非常に大きなカギだろうと思います。そういう点で千葉県でも、相談段階でその点をかなり努力されているのではないかと感じました。ADRでの病院側の積極的な姿勢を、どうやって引き出す工夫をされているのか、愛知県と千葉県についてお話いただければと思います。

○増田委員 愛知県の場合は平成9年の4月に立ち上がって、それから延べ250件の医療事件をやっております。そうすると医療側の代理人もこの10何年の間に、紛争解決センターで解決することが、本当に患者さんにとっても、もちろん医療側にとってもいい解決になり、お互いにこれからの質のいい医療を進めていく上で大事だという認識を、次第に深められてきています。そういったこれまでの積重ねが、医療側が紛争解決センターによって応諾をして解決したいという事例につながっているのだろうと思います。

○植木委員 最終的にこれは和解調停ですから、病院側が応諾をするということでない、当事者が申し立てただけではどうにもならない。仲裁とは違いますので、話し合いが着かないだろうと思います。この問題について、いまは確かに患者側からの申立が圧倒的に多いというのは、ある意味で当然のなりゆきだと思うのです。しかし、医療機関側からも申立をされている例もあります。それが1件ということで今は少ないにもかかわらず、やはり申立をされている。このときに患者さんが応諾されるかということになりますと微妙ですし、応諾されなければ、もうどうしようもなくなってきます。いずれにせよ、両方で応諾していただくことが不可欠な要件になりますか

ら、当事者がそういうことを思っている、相手方が乗ってこなければどうしようもない。これは両方ともに言えるわけです。

ただ、今のところは先ほども申しましたように、あっせん・調停に行くのが医療相談事例の15%か16%程度ですから、その前に一所懸命に原因の説明をしてあげれば、大半の紛争は解決するというのが、むしろ大きいと私は理解しております。そういう意味では、医療相談をされる先生が、信頼のできるちゃんとした対応をされたら、結局、紛争というものはある程度は収まるのです。裁判まで行くのは、そのうちもっと少なくなるのではないかなというのが私の印象です。

○佐々木委員 私も息子を医療過誤で亡くしており、裁判で医療者に説明を求めたのですけれども、誠実な説明がなかったことで、裁判という手段を取らざるを得なかったわけです。医療者の誠実な説明というのは、被害者にとっては本当に大切なことだと思います。それで納得できる、それによっていい感じになると思うのです。しかし被害者になった場合、どこに行ったらいいか、持って行き場のない気持が訴訟という手段を取らざるを得なくなるのです。そうしたときにADRがあれば、そこへ行って聞こうということになります。そこには医療者との対話、必ず当事者同士が会って話をし、医療者にしっかりとした誠実な説明をしていただきたいのです。

人間というものは、命や身体にどういうことが起こるかわかりません。不可抗力もあります。一生懸命していても突発的に亡くなってしまう場合もあります。そういったときには誠意を持って、一生懸命に医療者が説明をすることによって、「ああ、そうだったのか」ということで、患者も被害者になった方も払拭できるわけです。そういう場合があると思います。もし、そこにミスがあるのであれば、しっかりと説明されて、そこで謝罪するということになれば、患者サイド、被害者も納得できるわけです。

ADRは、確かに迅速で、負担も少なくできるわけですが、弁護士の先生方の仲裁で医療者の出てこない中で、本当に納得できているのかということを感じます。それが駄目であれば、裁判のほうに行かれるかもしれませんが、裁判の中でも弁護士と裁判官と私たちとの闘いになります。しかし、そこには医療者の顔が見えないわけです。そうなりますと、準備書面の中での話し合いで終わってしまっ、本当に医療者の顔が見えない、いちばん聞きたいところが出てこないということになります。そうなりますと、証人尋問などで呼んでいただきたいという申入れをします。

私の場合は和解の話がきました。途中で証拠が見つかって、「これ以上争うことはない。もう金だけの問題だから」と弁護士に言われたのです。私はそうではないと。金銭的なものために裁判をしているのではない、なぜ死んだのかという真相究明がしたい、それを説明していただきたいということで裁判をしているわけです。そこで、金銭だけではないということを言いましたが、弁護士においては「民事裁判で勝ち取るものは金銭である」と言われて、私は弁護士を解任して、本人訴訟を裁判長に申し出て、2人の医療者を1時間ずつ、2時間証人尋問いたしました。そして本人尋問も受けました。そこで、初めての症例でわからなかった、ということが初めて説明されたわけです。本当に簡単な事案ながら、5年という歳月がかかりました。これは大変な負担です。本当にその医療者に誠意があれば、そこでラウンドテーブルで話し合えば、短時間で済んでいたことでしょう。この双方にとっての負担は、大変な損失だったと思います。そういうことでわかって、裁判の法廷の中で認められたわけです。

これはこれで一件落着ですけれども、残された我々にとっては、当然のことが当然にわかっただけで、死んだ命は返ってこないのです。命は返ってこないけれど勝ち取ったということは、うれしいことではないのです。当然のことがわかったのだから、これをもっと早く誠意を持って話して下さっていたならば、もっとお互いが癒さ

れていたのではないかと思います。被害に遭った方というのは、受けとめてくれる持って行き場というものが必要なのです。それはやはり医療者との当事者同士の対話だと思います。それから ADR に申し出をしていくということもいいかと思います。

○小松委員 いま、医療者と患者さん側との対話のことをおっしゃったのですが、医師会には医事紛争処理委員会がありますが、患者側は全然出てこないのです。もちろん医者も出てこないということで、当事者は出てこないのです。ところが中立委員会は医療者と患者側の両方を呼びます。それで両方の意見を聞いて、場合によっては両方を同席させ話をします。そうすると、単独で医療者が患者さんに対して言うよりは、第三者がいるものですから、大変話しやすくなって、正直に謝罪することもできるし、医療者にとっては医師も委員の中に入っているということで、非常に安心感があって、比較的うまくいっているのではないかと。当事者同士が話し合える機会としては、私の所のやり方は非常にいいのではないかと思います。

○山本座長 いまの佐々木委員からの問題提起で児玉委員、どうぞ。

○児玉委員 対話というのは本当に大切なことです。医療機関側もこの 10 年、対話の機会をつくる努力を一所懸命やってきたと思います。また、対話をしていく上でのスキルと言いますか、わかってもらいやすい話し方というのも、医療機関側での習練がだいぶ進んできたように思います。私も当初は、死亡事案や、植物状態になってしまったような重大・重篤な結果を招いた事案で、かつ、場合によっては法律的な責任がないというお話をしなくてはいけない事案については、ADR での解決は無理ではないかと思っていたのです。

しかし実践の中で、いま申し上げたような重大事案でも、ADR の手続に持ってくる前に病院のドクターがきちんと向き合って、患者さん、あるいは患者さんご遺族との対話を、しかも初動からきちんと持つような体制を持っております。それでもなお最後の最後に、対話だけでは納得がいかないという気持ちが残るときに、やはり外部の、しかも中立の第三者が間に入って話を聞くと。東京三会でも他の会でも同じだと思いますが、弁護士だけではなく、もちろん病院のお医者様にもおいでいただいて、訴訟の場とは随分違った形で、まさにラウンドテーブルを囲んでご遺族や患者さんとお話できるような場を、実際に私自身もあっせん人の立場でいろいろと配慮をしながら、つくろうとしてまいりました。

逆に医療機関側代理人として、これはとても無理ではないかと思っているような事例でも、仲裁の手続を活用してこられた練達の先生方の巧みなリードと、ともすれば理屈に傾きがちな裁判の審理に比べて、本音というか、人の気持ちを大切にするような、納得がいかない気持ちの焦点は一体どこであるのかということを手帳に引き出すような仲裁人、あっせん人のリードによって、双方が納得して解決できるようなところにたどり着いた事例も経験しております。そういう意味では対話のない、弁護士が判断する ADR ではなく、外部の中立性、第三者性というものを導入しつつも、医療と患者の対話を促進していく 1 つのあり様であるということ、実践の中から感じております。

○佐々木委員 よくわかりました。これからそういう方向に行かれるということ、私はいま感じました。それから、弁護士の合議体で進められるということを知りましたが、これには結局、専門の医療者、協力医というものが不可欠だと思います。また、私たちも被害に遭った人の情報を、弁護士の先生に全部提供していかないといけません。そして弁護士さんのほうからも、医療者からの情報提供というのがどの程度か、カルテの開示も私たちに教えていただけるのか、ということを感じましたのでお願いいたします。

○山本座長 それはいずれか。東京はどうでしょうか。

○児玉委員 私が対応させていただいている範囲では、きちんとした病院ではもうすでに大小を問わずカルテ開示をしたうえで、納得のいかない方にはきちんとご説明をするというところが出発点になっています。病院でそういう努力をしても、なおご納得いただけない事例で、しかも双方にとって負担になる裁判という手続を選ぶよりは、ADR という場で一度話をしてみませんかということを、こちらからお話する場合があります。ですから情報開示をしないでやっているわけではありません。むしろその前に医療機関で一生懸命、説明会や情報開示をしたうえで、さらに話し合いを続ける場として ADR を利用させていただいているという状況です。

○山本座長 名古屋も千葉も、それはそういうことでよろしいでしょうか。

○植木委員 皆さんに聞いてください。

○山本座長 それでは和田委員、どうでしょうか。

○和田委員 今日は所用で途中からの参加になってお話を聞けなかったのですが、もしかしたら、もうお話の中に出てきたかもしれないのですが、今のことと関連して、客観的なデータを教えていただきたいのです。まず、ここを利用されている場合の弁護士の選任率です。当事者本人が来られるのですか。あるいは申立があり、応諾とか、それぞれ位置づけられたケースの中で、弁護士の選任率と当事者本人が来るケースについてです。

もう1つは、いま児玉先生からお話がありましたけれども、ラウンドテーブルのような形で同席で実施しているのか、別席でそれぞれからお話を聞くような形でやられているのか。どちらがデフォルトで、どちらがエクセプションなのか、状況によってはどちらも使うのか、どちらかしかやらないのか、その辺りを客観的なデータとしてご教授いただければと思います。

○山本座長 もし今の段階でおわかりであれば、まず東京からお願いします。おわかりでなければ、また後で資料を補充していただくことは可能ですので、おわかりの範囲でお願いします。

○西内委員 本日、東京三会からお配りしたのは資料 2-1 です。このデータの末尾に、いまご質問のあったものは出ておりませんが、いま進めております検証の報告書の中では出ております。詳細はそちらのほうに書いてあります。

○山本座長 同席で行っているかどうかというのは。

○西内委員 同席型かどうかというのは、調査は取っていないように記憶しております。

○児玉委員 同席か別席かというように、分別してやるような手続の設計にはなっておりません。当然、ADR では仲裁の実務をたくさん経験してきた者がやっておりますので、同席と別席を併用し、ケース・バイ・ケースで柔軟に使い分けていくというのが、ほぼすべての手続でそのようになっていると思います。ただ、東京三会以外の ADR で、それはそれとして1つのポリシーかもしれないのですが、期日決めも含めて、完全別席という制度をとっておられるように感じた所があります。それは少し変わった形なのだろう、何か考えがとおりになるのだろうと感じました。少なくとも弁護士会関連の ADR センターで私が知っている限り、問題は同席か別席かではなく、その2つの方法をいかに柔軟に的確に使っていくかという状況です。ですから今後とも同席率、別席率というのは統計の取り様がない。それぐらい柔軟に交じり合っているとご理解いただければと思います。

○山本座長 名古屋については、代理人選任率は資料 2-2 の4頁でご説明いただいたかと思いますが、同席かどうかという問題についてはどうですか。

○増田委員 愛知県は同席か別席かということについて、特に規則上の規定があるわけではありません。いま児玉先生がおっしゃったように、あっせん・仲裁人が事件を解決するに当たって別席にしてみたり、最終段階では同席にしてみたりということで、それは非常に柔軟に使い分けていらっしゃるだろうと思います。基本的にはと言いますか、多くのあっせん・仲裁人がやっているのは、最初は別席だろうと思います。

○山本座長 千葉のほうは植木委員、いかがでしょうか。

○植木委員 最初に代理人が付かなければいけないかという問題ですが、千葉はそういうことは一切関係ありません。付かれてもいいし、付かれなくてもいい。特に患者さんのほうが申立をされる場合に、代理人を強制しておきますと、裁判所へ行ったのと何ら変わりがないということになります。そのようなことをしなくても ADR が利用できる所にメリットがあると思っておりますので、大半は申立をされる患者さんの側で、ご自分で自分の主張を述べられる場合が圧倒的に多いと思います。被申立人である病院側の場合は、代理人が付く場合と付かない場合の両方があります。両方ともそれぞれ長所・短所があります。それはそれなりに個別の事案の中身の問題ですので、それぞれ自由にご判断されていいのではないかと考えております。

実際に調停を行う場合は、今度は弁護士の調停員が主としてリードをされるという形になります。通常、弁護士さんの経験からすれば、裁判所でやられているやり方を踏襲してやっていらっしゃるのが、ごく普通だと思います。そういう意味では原則として別席でやって、最後にちゃんと解決するときには同席していただいて、和解書にサインをしていただくことが必要です。その書面を作る場合には、当然のことながら同席していただくということをやっております。そこで解決した場合は、ほとんど円満に解決しているというのが現実です。今後の方向としてはこれをそのまま続けるのか、少し改めるのかについては現在協議中です。

○鈴木委員 同席・別席に関しては、誰と誰の同席なのですか。申立人が患者側である場合は、申立人本人が来るのが非常に多いというか、ほぼ 100% そうだろうと思います。相手方の医療機関の場合に誰が出てくるのか、誰が同席するのか。同席対話促進型というのは、基本的に担当医と患者さんのコミュニケーションが非常に大事だろうと思うのですが、多くの場合、代理人が付いた場合も付かない場合も病院管理責任者です。これは院長が出てくるわけではなく、医療安全担当の方が出てきたり、総務課の人が出てきたりしているので、申立人側から見ると、「あなたと話をしてもしょうがないでしょう」という人が出てきてしまうので、その場合は同席のしょうがないのです。そういうことも一方であります。

私は東京三会では5件、あっせん人として担当しました。私のやり方は、誰が同席者であろうが同席を原則にしながら、別席にする場合には、特別の配慮をしなければいけないときに、例外的に別席にしようという考え方で、3人のあっせん人の中では、弁護士の中でもそれぞれの経験がありますので、その辺りは協議をしながら、問題意識を持ちながらやらないとうまくいきません。真ん中に座っている手続主催者が、これまでのような民事調停型の調停委員のやり方をやっている、どうしても別席原則だと思い込んでいる場合があります。医事紛争の1つの特殊性として、やはり同席を非常に重要視する必要があるということで、あっせん人の中で協議が整えば、同席のほうに重きを置いていくことになると思います。

そういう中で、担当医とのコミュニケーション、対話を求めたいという場合に、それをどの段階でどういう形でやるのかで、我々もかなり苦勞をしています。あっせん人が日程上難しいので、あっせん人抜きで当事者間で病院で説明をしていただくというのを、期日外に設けています。そこに担当医が出てきて、手術の手技ミスに関しては深くお詫びをして、わだかまりを取るという形で、その後は金銭的な交渉に入ると。その金銭に関しては、当事者があっせん人の提案を尊重したいということなので、あっせん人の間で協議をしてご提案をさせていただ

くという形です。

つまり、どうすれば紛争解決が可能なのかということです。紛争解決の出発点は、当事者が両方とも、この紛争を解決したいという意欲がないと紛争解決はしないわけです。何とか振り切りたいと思って、自分の言い分を100%相手に認めさせようというところからスタートするケースが多いので、その段階で同席でいきますと、話が壊れてしまうこともあるのです。それはケース・バイ・ケースですけれども、まずは紛争解決が大事だということで一致点を見出せれば、いろいろなやり方を工夫していけます。

東京三会もこの2年半やってきて、西内先生が委員長になって外側のデータのことは、検証として少しやり始めました。今後はそれぞれの経験で問題点を抽出して、どうするのかという方針をみんなで議論していきます。今日は水田先生がおいでになっていますけれども、岡山弁護士会は、最初からこういうやり方でやろうではないか、ということを利用者にメッセージとして送っているのです。これは我々も非常に参考にさせていただいて、最初からこういうやり方でいくというのもあれば、経験の中でつくってきたものを段階的に、こういうやり方にだんだんと収斂させていこうというやり方もあるのです。いまの論点としては同席か別席かとか、法律関係をどの程度重視するのかとか、いろいろな論点があるので、それをどうやって越えていくのかという段階ではないかという気がします。

○児玉委員 先ほどの植木先生のご発言で、まさか誤解はないと思いますが、議事録に残ることですので補足させていただきます。裁判所での和解手続もずっと別席でやって、最後に合意するときだけ同席にするというやり方は、現在はとられておりません。別席にしたり同席にしたり、両方のコミュニケーションのあり様を活用しながら、柔軟に手続を進めていくというのが、昨今の裁判所での和解のあり様だと思います。それに加えてADRは、フォーマルな雰囲気の間ではありません。

例えば、私が知っている大変熱心な手続主催者で、ADRの手続に大変慣れておられる先生がいらっしゃいます。あまり形式ばった弁護士会の会議室を使っていたのでは進まないということで、みんなの合意で、ある事務所の部屋を決めて、土曜日でも日曜日でもみんなで集まって、ドクターにも来てもらって、ざっくばらんに話をしていこうと。紛争解決というのは、対話やコミュニケーションの技術が大事ななということを感じさせていただけるような、本当に涙もあり、怒りもあり、そして笑顔もあるような、そういうコミュニケーションの中で和解が成立していったという成功事例も聞いております。

○山本座長 大変貴重な意見交換で、先ほどの佐々木委員の問題提起とも密接に関連するようなお話だったのでないかと思います。鈴木委員が言われたように、まさに医療事故における紛争解決のあり方というのは、今みんなが手探りで求めている段階であると思います。そのためにこの会議も催されているのだらうと思いました。私の不手際で、必ずしもまだ十分に意見の交換ができていない部分もあろうかと思いますが、この会議は定期的に継続していくものですので、引き続き今日のご議論を深めていただくことはできるかと思います。

問題提起として出たさまざまなこと、例えば応諾率を高めるための努力はどのようにあるべきか、財政基盤の問題、保険との関係といった問題は、おそらく医療関係のADRにとって、必ず乗り越えていかなければならないハードルであろうと思います。

また、今日の3つの機関のご報告でも、それぞれ微妙にやり方が違います。例えば、専門的な知見をどのように取り入れるかという観点では、患者側、医療側の弁護士を加えてやっていくけれども、医師自体は必ずしも直接は関与されないという東京の方式とか、医療の専門委員という制度を設けて、それに対応していこうとされている名古屋の方式とか、直接医師を調停委員に加えていこうという千葉のやり方と、それぞれ微妙に違っていたか

と思います。それぞれの利点、どういうところに特質があるかということを検討していくというのも、今後のこの会議の役割ではないかと思いました。

今後ともさまざまな機関から、引き続き実情のご報告をいただきながら問題意識を共有して、論点を深めて、よりよいADRのあり方を探究していきたいと思います。どうか引き続きご協力のほど、よろしくお願ひしたいと思ひます。

本日は資料3として、札幌弁護士会の紛争解決センターの橋場委員から、ペーパーのご提出をいただいておりますが、時間が超過してしまいましたので、これについては次回以降、ご説明等の時間を設けたいと思ひます。非常に興味深いデータが出されているかと思ひます。それでは次回以降の連絡について、事務局からお願いいたします。

○事務局 次回以降、第2回の会合については別途、各先生方と日程調整をさせていただきます。次回以降もADR機関の取組みについて、発表を重ねさせていただきたいと思ひますので、こちらもそれぞれ個別に調整させていただきたいと思ひております。また、本日の議事録については、原案ができた段階で各委員にご確認をしていただいた後、厚生労働省のホームページで公表させていただきたいと考えております。

○山本座長 本日は長時間にわたりまして、ご議論をどうもありがとうございました。また第2回以降の開催についても、どうぞよろしくお願ひいたします。本日はこれにて終了したいと思ひます。