

2011年6月13日

## 医療仲裁センター岡山の報告

岡山弁護士会 仲裁センター運営委員

弁護士 水田 美由紀

## 1 設立までの経緯

- (1) H19/4 仲裁センター運営委員会（以下「単に委員会」という。）内に医療 ADR 検討チーム発足
- (2) 9/1 医療機関と弁護士会との医療 ADR についての懇談会実施
- (3) H20/4 委員会内に医療 ADR 部会発足
- (4) 初夏 医療機関の意見交換会
- (5) H21/3/7 岡山県医師会執行部との懇談会
- (6) 5/25 第1回医療メディエーション研修実施
- (7) 6/14 模擬医療仲裁開催
- (8) 6/18 第2回医療メディエーション研修実施
- (9) 7/10 第1回基礎医学研修実施
- (10) 7/31 第3回医療メディエーション研修実施
- (11) 8/7 第2回基礎医学研修実施
- (12) 8/21 第3回基礎医学研修実施
- (13) 8/28 第4回医療メディエーション研修実施
- (14) 8/29 医療仲裁センター設立記念シンポジウム開催

## 2 設立後の経緯

- (1) H21/9/1 医療仲裁センター岡山設立
- (2) 12/22 千葉NPO「医療紛争相談センター」調査実施
- (3) H22/1/6 岡山県医療支援センター（保健福祉部施設指導課）との意見交換
- (4) 3/25 医療仲裁センターニュース岡山 No.1 発行
- (5) 4/5 待機弁護士制度発足
- (6) 6/2 岡山市保健所医療支援センター担当者との意見交換
- (7) 6/7 倉敷市保健所医療支援センター担当者との意見交換
- (8) 10/13 (社)岡山県病院協会との懇談会
- (9) H23/1/25 医療仲裁人研修実施

## 3 システムの特徴

- ・医療機関による申立の代行（cf.行政仲裁センター岡山）
- ・医学上の争点の有無によるシステムの違い  
医師が仲裁人、あるいは専門員として関与

- ・患者側代理人登録制度
- ・ 〃 当番制度

#### 4 これまでの実績

- ・申立総数 13件, 応諾事件3件, 和解成立2件
- ・和解成立事件(H21-1,H22-9)の紹介
- ・不応諾事件(H22-4)の紹介

#### 5 課題

- ・申立件数の増加
- ・応諾率のアップ
- ・医師仲裁人, 専門員の活用

#### 添付資料

- 1 医療仲裁センター岡山パンフレット
- 2 設立記念シンポジウム冊子
- 3 実績一覧表
- 4 病院訪問報告書
- 5 新聞記事

H21年度申立事件

事件番号 平成22年 (医)	申立日	申立人		弁護士選任 状況		応諾	診療科目	仲裁人数	専門委員	終了日	回数	終結結果	紛争の価格		第1回から解決 までの期間
		患者側	医療側	申立人	相手方								申立時	解決時	
1	H21.9.4	○		○	-	○	脳神経外科	1	-	H21.12.24	3	和解成立	-(謝罪と経緯の説明)	0	約1か月
2	H21.10.6	○		○	○	×	内科	1	-			不応諾	相当額と謝罪		
3	H21.12.25	○		○		×	内科	1	-			不応諾	相当額	-	

H22年度申立事件

事件番号 平成22年 (医)	申立日	申立人		弁護士選任 状況		応諾	診療科目	仲裁人数	専門委員	終了日	回数	終結結果	紛争の価格		第1回から解決 までの期間
		患者側	医療側	申立人	相手方								申立時	解決時	
1	H22.1.27	○		○		×	泌尿器科	選任前	-	H22.3.5	0	不応諾のため終了	¥42,345,114	-	
2	H22.3.5	○		○	○	×	婦人科	選任前	-	H22.4.13	0	不応諾のため終了	相当額	-	
3	H22.3.10	○				×	循環器科	選任前	-	H22.3.24	0	不応諾のため終了	-(経緯に関する納得のいく説明)	-	
4	H22.3.16	○				×	呼吸器科	選任前	-	H22.6.14	0	不応諾のため終了	-(謝罪)	-	
5	H22.3.29	○		○	○	×	泌尿器科	選任前	-	H22.4.12	0	不応諾のため終了	相当額&説明	-	
6	H22.4.2	○		○		×	脳神経外科	選任前	-		0	不応諾のため終了	-(謝罪)	-	
7	H22.4.21		○	○		調整中	消化器外科	1	-			相手方の 応諾待ち	-(治療に関する話し合い)	-	係属中
8	H22.9.7	○		○	○	○	リハビリ	1	3				相当額&再発防止 措置&謝罪		係属中
9	H22.10.8	○		○	○	○	リハビリ科	1	-	H23.3.3	4	和解成立	相当額 120万円		約3ヵ月半

H23年度申立事件

事件番号 平成23年 (医)	申立日	申立人		弁護士選任 状況		応諾	診療科目	仲裁人数	専門委員	終了日	回数	終結結果	紛争の価格		第1回から解決 までの期間
		患者側	医療側	申立人	相手方								申立時	解決時	
1	H23.5.11	○		○			外科	選任前					相当額		

## 仲 裁 セ ン タ ー 報 告 メ モ

2008年7月17日

文責 水田美由紀

## &lt; 病 院 訪 問 ま と め &gt;

- 1 訪問病院：公立，民間合わせ10病院  
病床数100以上400未満の中小病院  
電話聞取病院：2病院
- 2 病院側出席者（複数出席有り）
  - ・理事（長）：A，B
  - ・院長：C，D，B，E，F
  - ・事務局（長）：A，D，E，G
  - ・その他 副院長，リスクマネージャー，医事課長，監事
- 3 医療ADRについて好意的な意見
  - ・制度の意義は理解できる（A，B，H）
  - ・有用なシステムであり，早く立ち上げて欲しい（D）
  - ・成立手数料も妥当では（G）
  - ・院内担当者が担当している事案では制度の利用は期待できる（G，I）
  - ・専門委員の報酬も，特に低いとは思わない（F）
  - ・損保との連携があれば良い制度（B）
- 4 問題点の指摘等
  - ・医師の負担が増えるのでは（C，B，I，J）
  - ・判定委員の結論を受け入れることが可能か（D）
  - ・公務員としての医師は報酬を受け取れないのでは？（J）
  - ・クレーマーの増加につながらないか（C）
  - ・医療問題に対応できる弁護士を質的・量的に確保できるか（C）
  - ・クレーマーのような事案にまで費用の片面敵負担はいかがなものか

(D)

- ・医療判定委員を県内だけでまかなえるのか (A, D)

5 その他の意見

- ・実験的に弁護士をメディエーターとして派遣するシステムを作れないか (C)
- ・医師の協力は、中小病院の勤務医より開業医の方が容易では (A)
- ・医療事故調査会との関係如何、原因について齟齬があった場合は？ (B)
- ・他医療機関、あるいは病院協会との足並みを揃えたい。 (G, J)
- ・協定に費用負担がないのは助かる (J)
- ・人的負担が困難な場合金銭による負担で代替できないか (I)
- ・顧問弁護士との関係は？ (G)
- ・判定委員の依頼は学会にもちかけては？ (F, G)
- ・刑事手続きに連携しないか (B)

6 今後の意向

添付資料5

## 岡山医療ガイド β版

ホーム ニュース(岡山) ニュース(全国) 動画 連載 人間ドック・健康 医療・健康ナ

トップ ⇒ 連載 ⇒ 詳細


 連載



## 第7部 あすへつなぐ (2) ADR 訴訟でない解決目指す

「何が起こったのか、今でも本当に分からないんです」

岡山市内の自宅で、上田道子さん(72)＝仮名＝が仏壇の前に声を振り絞る。

夫を肺がんの治療中に亡くしたのは5年前。目を大きく開け苦しそうな表情だったのを鮮明に思い出す。「お父さん、お父さあーん」。呼び掛けても反応はなかった。

死因について、病院から明確な説明は聞けなかった。納得できない気持ちが続いた。1年後に連絡を取り、主治医から手紙が届いた。それでも疑問は解消しなかった。

今年3月、岡山弁護士会の「医療仲裁センター岡山」に病院の説明、賠償金の請求などを申し立てた。



岡山弁護士会が開いた模擬医療仲裁。約2時間の話し合いで患者、医療機関双方が納得に近づいた＝昨年6月

上田さんが利用したのは、医療ADR(裁判外紛争解決)。訴訟をせず、弁護士や医師など第三者(仲裁人)の立ち合いで、患者側と医療者側が話し合いによる解決を目指す。

2007年、東京の3弁護士会が全国に先駆けて設置。岡山は09年9月にできた。

「ADRは患者、医療側の双方にメリットがある」。医療仲裁センター岡山の運営委員長を務める水田美由紀弁護士は言う。

「裁判は白黒をはっきりつける場。対話の場ではないから、感情の対立がどうしても激化してしまう」

かつて担当した医療過誤訴訟でも、家族を検査ミスで亡くした遺族が主治医の謝罪を強く求めた。それも手紙ではなく、直接会うことにこだわった。

主治医は自分の言葉でわび、和解が成立。「両者がきちんと向き合うことが解決につながる」と感じた瞬間だった。

水田弁護士は「真相究明や 真摯(しんし)な謝罪を求める患者、遺族の気持ちにどう応えていけるかがかぎ」と話す。

ただ、ADRによる話し合いはあくまで任意。双方が納得した上でテーブルに着くのが大前提だ。そこが裁判と最も違う

点でもある。

昨年9月以降、申し立ては10件。だが、実際に話し合いが開かれ、和解にこぎ着けたのは1件。6件は医療機関側が応じなかった。

「(患者には)十分説明したし、病院に落ち度はない」。ある医療関係者は、出席しない理由をこう語る。

～

08年に提訴された医療過誤訴訟は全国で870件。判決までは平均2年の月日がかかっている。

「ADRは短期間での解決が期待でき医療者側の負担も軽くなる。何より、医学的にきちんと相手に説明したいというニーズもあるはず」と水田弁護士。

医療仲裁センター岡山には現在、3人の専門医が医療仲裁人として登録。その1人、倉敷リハビリテーション病院(倉敷市笹沖)の浅利正二院長は「医療は患者と医療者との信頼関係の上に成り立つ。対話を重視し、お互いの納得を目指すADRは今の時代にこそ必要だ」と評価する。

これまでも裁判所の求めで鑑定書を書いたり、参考人として法廷に立ち、厳しい対決の構図を見てきた。

「訴訟では憎しみしか生まれない。両者ともに謙虚な気持ちで、同じ目線で話し合う。そうすれば信頼は取り戻せる」

## ズーム

医療ADR 弁護士会やNPO法人など、さまざまな運営形態がある。医療仲裁センター岡山では、患者、医療機関側のいずれからも申し立てができ、相手側が応諾すれば登録した弁護士を仲裁人に選任。当事者を交え2、3回程度話し合い、和解案を提示する。医療上の争点があれば事前登録した専門医を医療仲裁人や医療専門員に委嘱し、意見を求める。

(2010/6/18)

※登場する団体・人物は掲載時の情報です。

🔍 タグ 呼吸器 事件、事故、裁判  
 🔑 キーワード 肺がん 倉敷リハビリテーション病院 浅利正二 医療仲裁センター 裁判外紛争解決 ADR

## バックナンバー

📖 第7部 あすへつなぐ (8) 心のケア あと半歩 患者に近づく 📅 (2010/6/27)

📖 第7部 あすへつなぐ (7) 問題患者 毅然と対応 意識改革も 📅 (2010/6/24)

📖 第7部 あすへつなぐ (6) 模擬患者 医療者の「本気」引き出す 📅 (2010/6/23)

📖 第7部 あすへつなぐ (5) 訪問診療医 24時間対応 在宅支える 📅 (2010/6/22)

📖 第7部 あすへつなぐ (4) 連携パス 「見放され感」を軽減 📅 (2010/6/21)

📖 第7部 あすへつなぐ (3) 安全対策 組織挙げてミス防止 📅 (2010/6/19)

📖 第7部 あすへつなぐ (2) ADR 訴訟でない解決を目指す 📅 (2010/6/18)

📖 第7部 あすへつなぐ (1) 共感 対話から生まれる信頼 📅 (2010/6/17)

📖 第6部 命の値段 (6) 限界 基盤弱い国保 財政深刻 📅 (2010/5/30)

## 成立手数料

下の成立手数料の概をご参照下さい。

和解により医療トラブルが解決した場合または仲裁判断により終了した場合、「紛争の価額（解決額）」を基礎に、下の率により計算した額を医療機関側と患者側に納付していただきます（原則として折半）。但しこの額は事案の内容によって30%の範囲内で減額することもあります。また和解の内容が金銭の支払いでない場合、仲裁人が500万円以下で一定の金額を紛争の価額とみなして成立手数料を算定いたします。

### 成立手数料の計算方法

次の計算方法によって得た金額に消費税を加算します。

紛争の価額（解決額）	計算式
100万円以下の場合	8%
100万円を超え300万円以下の場合	5%+3万円
300万円を超え3000万円以下の場合	1%+15万円
3000万円を超える場合	0.5%+30万円

下に成立手数料の早見表（目安表）を示しますので、参考にして下さい。

### 成立手数料早見表

単位…円

紛争の価額（解決額）	成立手数料（総額）	一人当たり成立手数料
100,000	8,400	4,200
500,000	42,000	21,000
1,000,000	84,000	42,000
1,500,000	110,250	55,125
2,000,000	136,500	68,250
3,000,000	189,000	94,500
5,000,000	210,000	105,000
10,000,000	262,500	131,250
15,000,000	315,000	157,500
20,000,000	367,500	183,750
30,000,000	472,500	236,250
50,000,000	577,500	288,750
100,000,000	840,000	420,000

※甲案の内容によっては30%の範囲内で減額することもあります。

## その他の費用

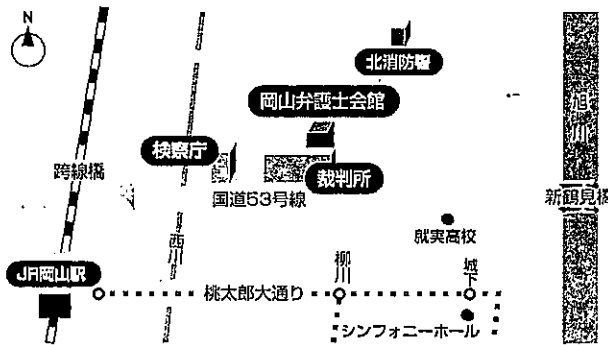
専門医（医療専門員）の意見を求めた場合には、医療専門員3人の場合15万円を医療機関側と患者側それぞれに折半して負担していただくこととなります。また、弁護士法23条の2に基づく照会の費用など実費は、その利益を受ける当事者（双方の利益のために行われた場合は折半）で実費額を負担していただけます。

## 医療仲裁センター岡山

### Information

医療仲裁センター岡山は、岡山弁護士会が、医療機関側と患者側との間で生じた全てのトラブル（医療トラブル）について、双方の話し合いによる真に納得のいく解決を図るため、平成21年9月1日に設立した中立的な機関です。

これまで、医療トラブルは、双方の対立関係が深刻化した場合、裁判により解決する以外ありませんでした。しかし、裁判による解決は、かえって対立関係を助長し、トラブルの激化、長期化を招くなど、必ずしも双方にとって納得のいく解決とは限りませんでした。岡山弁護士会は、このような現状を打開するため、対話促進による双方の話し合いを通じて、早期に納得のいく解決を図るとともに、双方の信頼関係の回復を目指しています。



医療仲裁センター岡山は、岡山弁護士会館又はそれぞれの医療機関において開催します。

岡山弁護士会

〒700-0807 岡山市北区南方1-8-29  
TEL (086) 223-4401  
<http://www.okaben.or.jp/>

受付時間 毎週月～金 10:00～17:00

# 医療仲裁センター岡山

一納得のいく解決に向けて一

対立から

対話へ

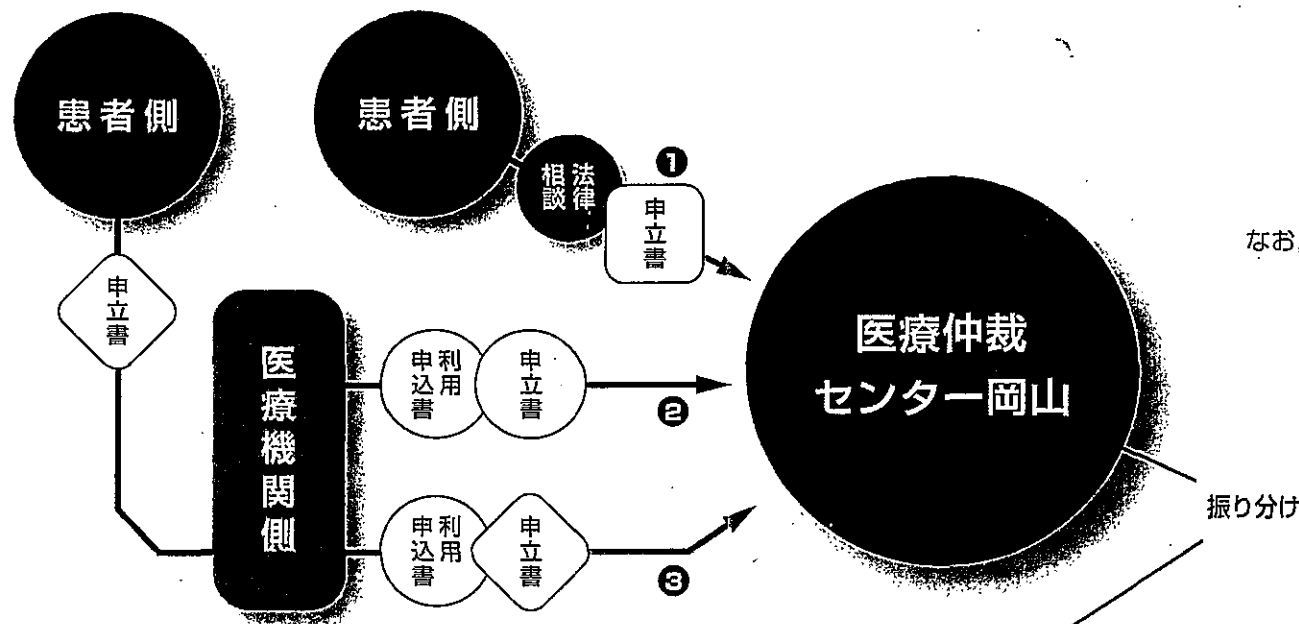
医療機関側と患者側との間で生じたトラブルに、早期に納得のいく解決を図るとともに、双方の信頼関係の回復を目指しています。

添付資料1-1

岡山弁護士会



# 和解のあっせん・仲裁の 手続の流れ



医療機関側と患者側との間でトラブルが生じた場合、中立の立場の弁護士（仲裁人）が間に入り、双方の話し合い（対話促進）による解決を目指して、和解あっせんを行います。

事案によっては、中立の立場の医師も弁護士と共に仲裁人として和解あっせんに加わります。

また、医学上の専門的知見が必要な場合、複数の専門医（医療専門員）から意見を述べてもらうこともあります。

なお、双方の当事者が仲裁人に解決のための結論を委ねた場合、仲裁人が仲裁判断をすることもあります。

## ■ 申立方法

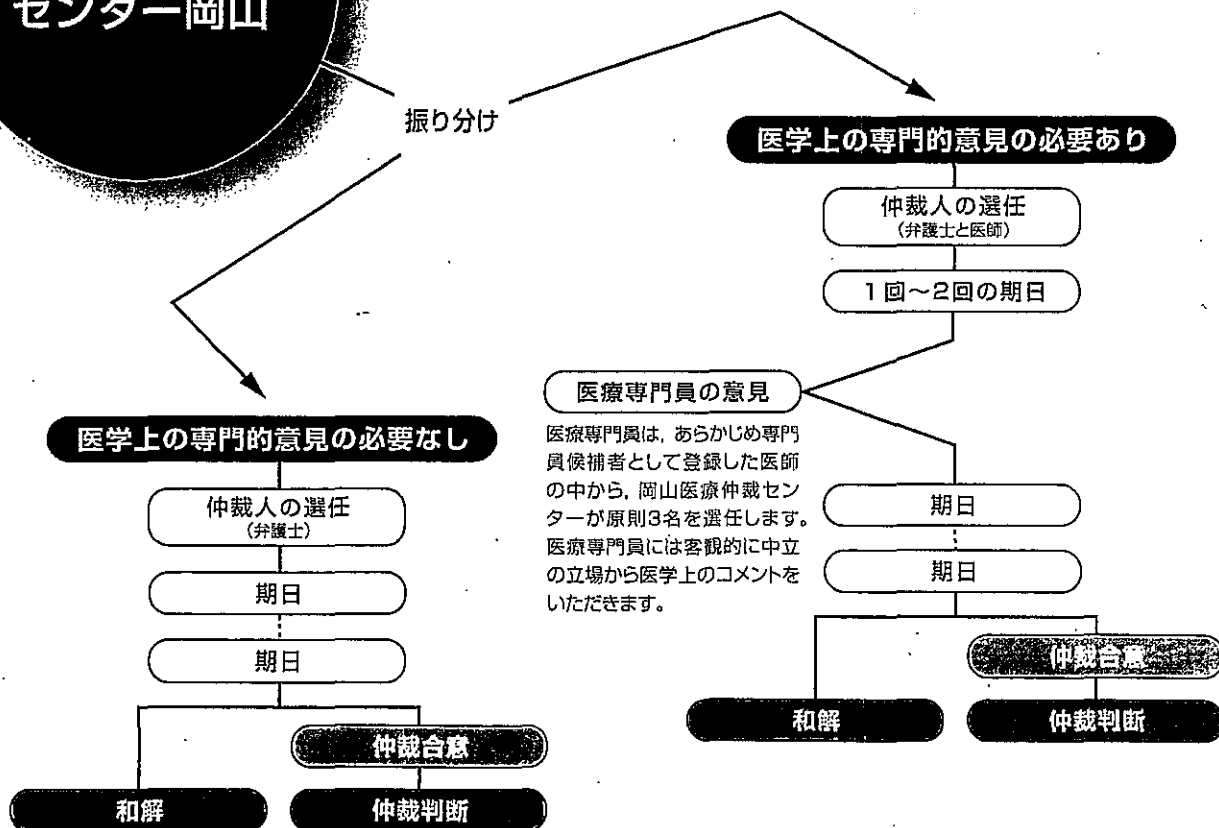
①患者側（患者のご遺族を含みます。）が医療仲裁センター岡山に直接申し立てる方法、②医療機関側が単独で申し立てる方法のほか、③患者側が医療機関側を通じて申し立てる方法があります。詳しくは、岡山弁護士会のホームページ (<http://www.okaben.or.jp>) をご覧下さい。

### 申立手数料 10,500円（税込）

申立の際にお支払いいただけます。なお、申立方法①の患者側が直接申し立てる場合には、患者側に負担していただけますが、申立方法②、③の場合には、医療機関側に負担していただくことになります。

### 期日手数料 双方で21,000円（税込）

期日1回ごとにお支払いいただけます。なお、申立方法①の患者側が直接申し立てる場合には、医療機関側と患者側にそれぞれ10,500円ずつ負担していただけますが、申立方法②、③の場合には、医療機関側に負担していただくことになります。



### 医療専門員の意見

医療専門員は、あらかじめ専門員候補者として登録した医師の中から、岡山医療仲裁センターが原則3名を選任します。医療専門員には客観的に中立の立場から医学上のコメントをいただけます。

**Q2** どんなときに利用できますか？

**A2** 岡山弁護士会では、岡山仲裁センターの開催場所である岡山弁護士会館（3F仲裁室）にて、毎月1回、毎月10:00～17:00の時間帯に開催しています。また、新見地区では新見市協賛施設でも行っています（新見仲裁センター）。詳細は岡山弁護士会にお問い合わせ下さい。

**Q4** 時間と費用はどのくらいかかりますか？

**A4** 仲裁は、当事者間の紛争を迅速かつ公平に解決するための手段です。仲裁費用は、当事者間の合意に基づき決定されます。また、仲裁は、裁判よりも迅速かつ公平に解決できるというメリットがあります。詳細は岡山弁護士会にお問い合わせ下さい。

岡山仲裁センターは、岡山弁護士会が主催する市民のための身近な紛争解決機関です。



**岡山仲裁センターのご案内**  
岡山仲裁センターでは、仲裁申立の前に弁護士による法律相談（交通事故相談員による相談を含む）を受けていただくことになっています。

**開催場所**  
岡山弁護士会館（3F仲裁室）

**時間**  
毎週月～金 10:00～17:00

※必要があれば上記場所・時間以外でも行います。

※また、新見地区では新見市協賛施設でも行っています（新見仲裁センター）。詳細は岡山弁護士会にお問い合わせ下さい。

**法律相談のご案内**  
岡山弁護士会では、いつでもどこでもだれでも、弁護士による法律相談が受けられる体制をつくっています。

**近見法律相談センター**  
TEL: 086-233-4343

**井笠法律相談センター**  
TEL: 086-234-1811

**倉敷法律相談センター**  
TEL: 086-235-0589

**高梁法律相談センター**  
TEL: 086-221-2122

**真庭法律相談センター**  
TEL: 086-229-0778

**岡山法律相談センター**  
TEL: 086-228-1128

**防炎法律相談センター**  
TEL: 086-224-8848

**交野法律相談センター**  
TEL: 086-234-5700

**岡山弁護士会法律相談センター**  
TEL: 086-223-4401

※相談料はどのセンターも40分以内5,250円です。

この他、各市町村などでも弁護士による法律相談を行っています。

**岡山弁護士会**  
〒700-0807 岡山市南1-3-29  
TEL (086) 226-4401

岡山仲裁センター

市民のための紛争解決機関です。

- 岡山県不動産鑑定士協会
- 岡山県建築士会
- 中国税理士会岡山県連合会
- 岡山弁護士協同組合
- リーガルエイド(L・A)岡山
- 岡山県土地家屋調査士会

岡山弁護士会

**Q1** 仲裁とは何ですか？

**A1** 仲裁とは、当事者間の紛争を、第三者（仲裁人）の判断に基づき解決する手段です。仲裁は、裁判よりも迅速かつ公平に解決できるというメリットがあります。また、仲裁は、当事者間の合意に基づき決定されます。詳細は岡山弁護士会にお問い合わせ下さい。

**Q3** どんな人が仲裁人になるのですか？

**A3** 仲裁人は、当事者間の紛争を公平に解決するために選ばれます。仲裁人は、当事者間の合意に基づき決定されます。また、仲裁人は、当事者間の合意に基づき決定されます。詳細は岡山弁護士会にお問い合わせ下さい。

**Q5** 申立はどうすればいいのですか？

**A5** 申立は、当事者間の紛争を公平に解決するために必要な手続きです。申立は、当事者間の合意に基づき決定されます。また、申立は、当事者間の合意に基づき決定されます。詳細は岡山弁護士会にお問い合わせ下さい。

# Arbitration

岡山仲裁センターでは、市民が利用しやすく、スピーディーな紛争解決にあたるため、弁護士、不動産鑑定士、建築士、税理士、カウンセラー、土地家屋調査士など専門家が、専門委員となって仲裁(和解あっせん)と仲裁判断を行っています。



仲裁室(岡山弁護士会館3F)

**ARBITRAGE** 仲裁センターの費用は以下のとおりです。

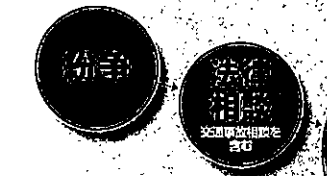
- A) 申立手数料 10,500円** (申立人のみ)
  - 仲裁申立ての時に納付していただきます(事前の法相相談料とは別設)。また、仲裁申立受理後はこれを返還しないこととなりますが、仲裁人が選任される前に申立を取下げた場合限り、半額を返します。
- B) 期日手数料 5,250円** (申立人・相手方双方)
  - 仲裁期日1回ごとに双方から6,250円ずつをいただきます。但し、当事者が異国その他の特別の事情があるときは、減額又は免状することがあります。
- C) 成立手数料** (申立人・相手方双方)
  - 和解により紛争が解決した場合または仲裁判断により終了した場合に、紛争の回数(解決)を基に、下の率に比例した額を当事者双方(原則として各半)で納付していただきます。但しこの額は事案の内容及び争うべき利益の範囲内で減額することもあります。また話し合いによって合意を成すこともできます。

### 成立手数料の計算方法

100万円以下の場合	8%	総額計算方法によって円未満は四捨五入します。
100万円を越え300万円以下の場合	5%+3万円	円未満は四捨五入します。
300万円を越え3000万円以下の場合	1%+15万円	円未満は四捨五入します。
3000万円を越える場合	0.5%+30万円	円未満は四捨五入します。

争うべき利益(請求)	成立手数料(総額)	一人当たり成立手数料
100,000	8,400	4,200
500,000	42,000	21,000
1,000,000	84,000	42,000
1,500,000	110,250	55,125
2,000,000	136,500	68,250
3,000,000	189,000	94,500
5,000,000	210,000	105,000
10,000,000	262,500	131,250
15,000,000	315,000	157,500
20,000,000	367,500	183,750
30,000,000	472,500	236,250
50,000,000	577,500	288,750
100,000,000	840,000	420,000

※争うべき利益は100%の範囲内で計算することになります。



## 仲裁申立の受け付け

**A) 申立手数料 10,500円** (申立人のみ)

仲裁は弁護士のほか、不動産鑑定士、建築士、税理士、カウンセラー、土地家屋調査士など専門家がを行います。

仲裁人を選任し、相手方を相手方として選任することになります。

相手方へ通知して、仲裁手続への出席を呼びかけます。

**B) 期日手数料 5,250円** (申立人・相手方双方)

## 仲裁のための期日

相手方が期日に出席しない場合は手続を進められません。相手方となった方も、申立人の言い分を聞いてみようというお気持ちで是非ご出席ください。

仲裁人が申立人相手方双方の言い分をよく聞いた上で、まず和解のあっせんを行います。3回を目標に努力します。

## 和解成立

## 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。

仲裁判断は裁判所の判決と同じ効力があります。

## 仲裁の合意

## 仲裁判断

## 仲裁判断書

## 和解のあっせん・仲裁の手続きの流れ

岡山仲裁センターは、平成9年3月に誕生しました。申立人・相手方・仲裁人の三者が、原則として同席のうえ、話し合いによって、問題が解決するよう努力しています。当事者の合意があれば、仲裁判断も行います。



申立の受け付けから和解成立までのシステム

## その他の費用

例えば弁護士法3条の2に基づく照会の費用など実費がかかる場合は、その判決を受ける当事者(双方の利益のために行われた場合は折中)で実費を負担していただきます。

岡山弁護士会「医療仲裁センター岡山」設立記念シンポジウム

# 対立から対話へ

## ～納得のいく解決に向けて～

基調講演

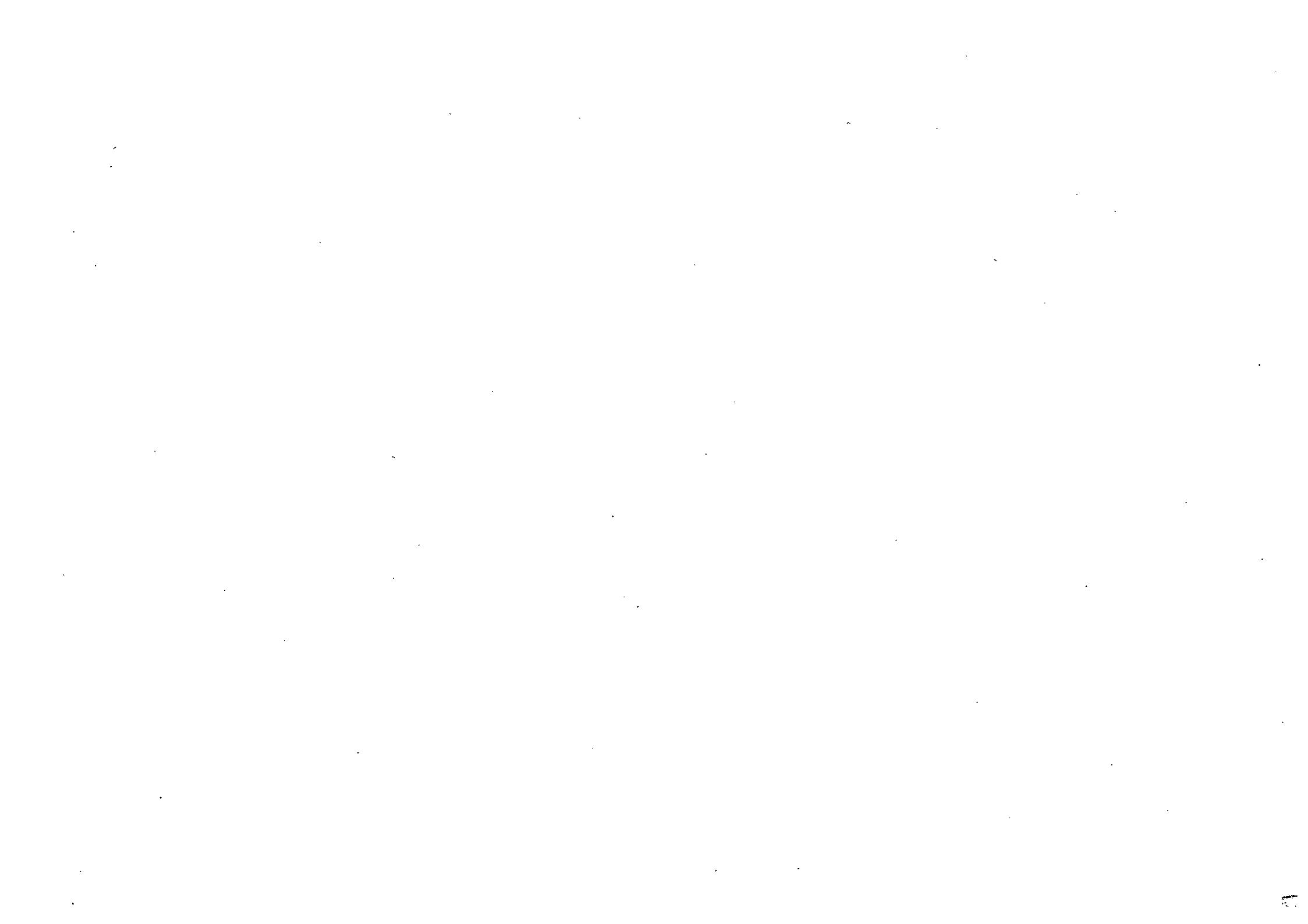
第1部 「医療ADRに期待するもの」

シンポジウム

第2部 「対立から対話へ  
～納得のいく解決に向けて～」

主催／岡山弁護士会

共催／岡山大学大学院 法務研究科



# 岡山弁護士会「医療仲裁センター岡山」設立記念シンポジウム

## 対立から対話へ ～納得のいく解決に向けて～

対立から

対話へ

日時

8月29日(土) 入場無料

午後2時～午後5時

開場 午後1時30分

場所

ピュアリティまきび (地図は裏面参照)

岡山市北区下石井2-6-41

Tel(086)232-0511(代)

予約 不要 定員 200名(先着)

岡山弁護士会は、平成21年9月1日、医療機関と患者等との間で生じた医療トラブルを、和解のあっせん又は仲裁を行うことにより早期に納得のいく解決を図ることを目的として、「医療仲裁センター岡山」を設立いたします。

医療仲裁センター岡山での手続は、事案により医師と弁護士が仲裁人となり、ときに複数の専門医の意見を取り入れながら、話し合いにより解決を促す、新しい解決手続です。

今回のシンポジウムでは、医療トラブルを巡る裁判外紛争解決手続のあり方について、様々な立場の方をお招きし、皆様と一緒に考えてみたいと思います。

基調講演

### 第一部 「医療ADRに期待するもの」

講師

長谷川 剛 (自治医科大学医療安全対策部 教授)

シンポジウム

### 第二部 「対立から対話へ ～納得のいく解決に向けて～」

コーディネーター

稲葉 一人 (中京大学法科大学院 教授)

シンポジスト

青山 興司 (独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 院長)

鈴木 利廣 (医療問題弁護団代表 弁護士)

豊田 郁子 (新葛飾病院 患者支援室 セーフティマネージャー)

長谷川 剛 (自治医科大学医療安全対策部 教授)

主催  
い合わせ

岡山弁護士会

TEL(086)223-4401(代)

岡山市北区南方1-8-29  
岡山弁護士会ホームページ  
<http://www.okaben.or.jp/>

共催

岡山大学大学院法務研究科

## 岡山仲裁センターについて

岡山弁護士会は、平成9年3月に、裁判によらない紛争解決機関（ADR）として「岡山仲裁センター」を設立し、これまで12年間にわたり、市民間のあらゆる紛争につき、中立の立場の弁護士が仲裁人（調停者）となって、双方の対話を促進させる形で、話し合いによる解決をはかっております。

### 稲葉 一人 (いなば かずと)

昭和55年司法試験合格  
大阪・東京地裁の判事・判事補、法務省検事を歴任。  
米国留学を経て、現在、中京大学法科大学院教授（民事訴訟法）  
京都大学大学院医学研究科博士課程を経て、久留米大学医学部と熊本大学大学院文学研究科の客員教授を兼務

医療は、いくらリスクマネジメントをしても、事故は起こり、紛争は生じ、事故で傷つる者が、患者家族側、医療者側に多く生ずる。法的紛争解決、とりわけ訴訟は、この紛争解決として適当であったのか、本当に法律家は役に立ってきたのかという問いから、医療のADRは始まる。院内外の事故調査、無過失保障制度等もそろいつつあるなか、医療のADR、とりわけ、対話・メデイエーション型解決が模索されている。しかし、どこでやるのがいいのか、誰が、どのような方法でやるのかという問いだけではなく、根本には、医療者と患者家族が不信を超えて歩みだすにはどのようなことが今必要であるかを見極める必要がある。岡山では、弁護士会が主体となり、トレーニングを受けた弁護士らが、医療への新たな取り組みに着手した。その展望をシンポジストと議論したい。

### 鈴木 利廣 (すずき としひろ)

昭和51年 弁護士登録  
平成16年度 東京三弁護士会医療関係事件検討協議会委員長  
平成17年度 同上、ADR小委員会委員長  
平成19年9月～ 東京三弁護士会内紛争解決センター等における医療ADR仲裁人候補者

紛争は対話による解決が原則である。対話による解決を促進するためには、力関係の格差是正や第三者の介入を制度的に保障することが重要である。東京三弁護士会では平成19年9月から、従来から弁護士会内にある紛争解決センター（仲裁センター）を活用した形で、医療事故紛争の専門弁護士が関与する新しい医療ADRの実践を開始した。よりよい医療ADRの確立に向けて、いま様々な議論と実践が必要と考える。

### 豊田 郁子 (とよだ いくこ)

平成16年9月まで17年間病院事務職として勤務。  
平成15年3月、医療事故により長男（当時5歳）を亡くす。  
再発防止を願った活動の中で、新葛飾病院 院長と出会い、平成16年10月よりセーフティマネージャーとして新葛飾病院に入職。  
現在は主に患者支援室 院内相談員の役割を担う。  
「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」委員。  
「産科医療補償制度 原因分析委員会」委員。

医療事故が発生した際、患者側が求めることに対して、当該医療機関が向き合わなければならないことは何なのかについて、一緒に考えさせていたいただきたいと思っております。

### 青山 興司 (あおやま こうじ)

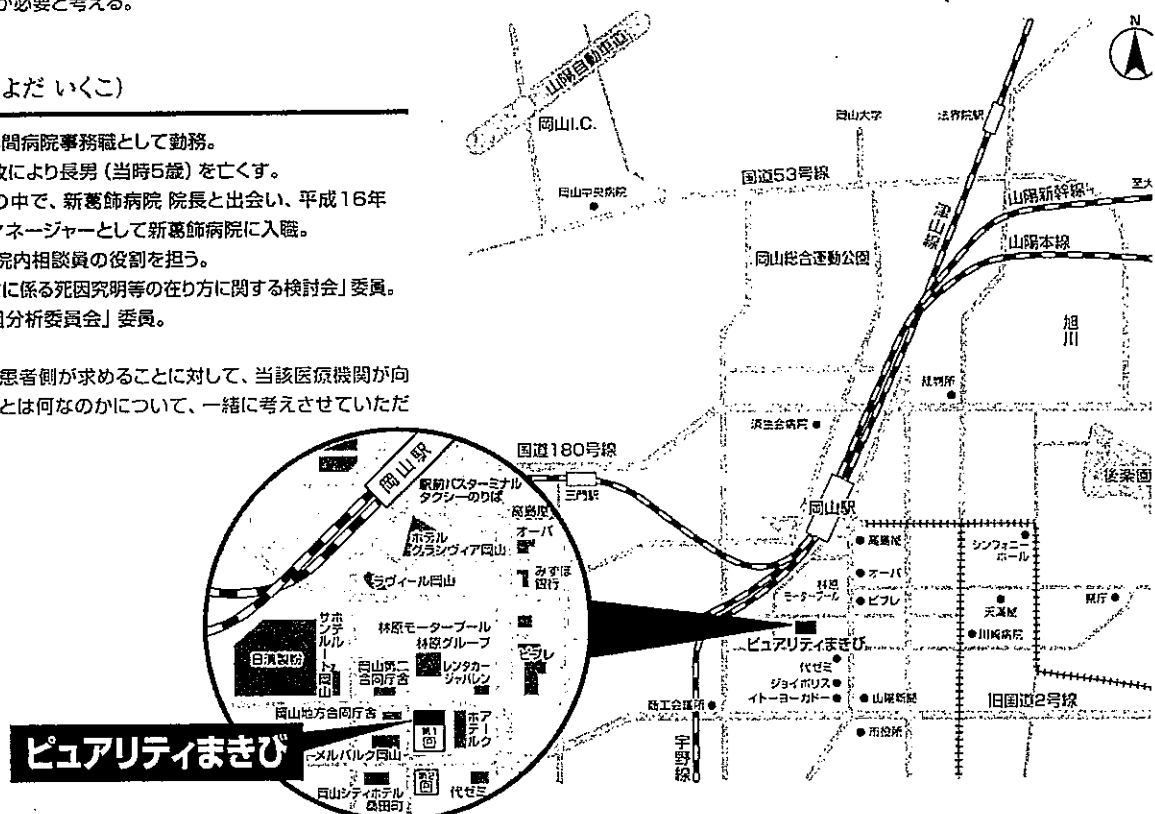
岡山大医学部卒。  
臺北メルボルン小児病院、米国ピッツバーグ大留学。  
川崎医科大学小児外科教授（平成9～16年）、岡山医療センター院長（平成16年～現在）  
日本小児外科学会、日本小児泌尿器学会、日本医療マネジメント学会等に所属。  
小児外科指導医、小児科専門医

地元医療機関の院長として、岡山弁護士会が設立する「医療仲裁センター岡山」に対する期待と不安について、率直に意見を交換したい。  
“この組織は病院・医師・弁護士のためではなく、患者のために設立されたものであり、この目的を遂行する事が結果的には病院および医師に、更には医療界全体に良い結果をもたらす”ことを弁護士・医師のみならず患者も強く認識し、その主旨にそった責任を果たす必要がある。

### 長谷川 剛 (はせがわ つよし)

自治医科大学医学専門学群卒業  
自治医科大学胸部外科レジデント  
ピッツバーグ大学リサーチフェロー  
宇都宮社会保険病院胸部外科部長  
自治医科大学呼吸器外科講師、等を経て現職

病氣ないし死から免れようとする本能的な人の要請と、科学的・医学的な実現能力との絶望的な隔たりが現実の医療には存在します。結果として発生するその距離を多くの蹉跎を繰り返しながら埋めてゆく営みが医療紛争処理過程です。そこで忘れてはならないのは当事者の痛み、願ひ、そして再生の問題です。対話を促進する過程が重要なのは、当事者達のパスとしての痛みには対話を通してしか接近できず、当事者達の再生の契機となるのも対話を通してしかあり得ないということなのです。そういった観点から医療ADRの仕組みが多く議論を経て整備されていくことは望ましいことです。



岡山弁護士会「医療仲裁センター岡山」設立記念シンポジウム

## 「対立から対話へ ～納得のいく解決に向けて～」

開催日 21年8月29日

司会：設立記念シンポジウムを開催いたしたいと思います。

まず、開催に先立ちまして、岡山弁護士会の東隆司会長より、開会のごあいさつを申し上げます。では、お願いいたします。

東会長：岡山弁護士会長の東と申します。  
どうぞよろしくお願いたします。

本日はこのシンポジウムを開催したところ、本当に会場が満員ということで、たくさんの方にご参加いただきまして本当にありがとうございます。医療ADR「医療仲裁センター岡山」に対する関心を持たれている方がたくさんおられることを感じまして、大変うれしく思います。

さて、9月1日から「医療仲裁センター岡山」が設立されます。岡山弁護士会では、

裁判だけではなく、民間の話し合いによる解決機関の重要性を考えまして、平成9年3月に「岡山仲裁センター」を作りました。それから12年たちます。「岡山仲裁センター」は全国でも早い時期に作られた民間の紛争解決機関なのですが、全国的にも申し立ての件数とか解決件数が非常に多くて、私たちとしては非常に自慢をしていたわけです。そして、平成19年3月には行政と住民との間の紛争を解決するために、「行政仲裁センター岡山」を立ち上げました。これも3年たちますが、有効に動いております。

そしてさらに、医療紛争というのは民事紛争の中でも非常に難しく、結果が大きい場合は、感情的対立にまでなり、解決に時間がかかる、あるいは、裁判の結果が出ても当事者に感情的しこりが残って、紛争がまだまだ残ってしまうというような難しい事件がありますが、それを話し合いによって解決しようということで、「医療仲裁センター岡山」を立ち上げることになりました。大変なことではありますが、我が弁護士会の中で本当に熱心に活動しているメンバーが中心となって、立ち上げることになったわけであります。

この立ち上げにあたって、本年6月には模擬医療仲裁を催しました。たくさんの方に三木記念ホールに参加いただきまして、「なるほど、こんなふうに行くのか」という感じで私自身も感銘を受けました。その後、弁護士会の中心となるメンバーは何度も医療関係者の方に来ていただいて研修を積み、着々と医療仲裁センターの立ち上げ準備をしまっていました。今日はそ





の総仕上げということで、このシンポジウムを催したわけです。

本日は、第1部で「医療ADRに期待するもの」というテーマで、自治医科大学医療安全対策部の長谷川剛先生に講演をいただき、第2部では、模擬仲裁で弁護士役の仲裁人をしていただきました中京大学法科大学院の稲葉一人先生にコーディネーターになっていただきまして、独立行政法人国立病院機構岡山医療センターの青山興司先生、そして医療問題弁護団代表で弁護士の鈴木利廣先生、新葛飾病院患者支援室セーフティーマネージャーの豊田郁子さん、さらに自治医科大学医療安全対策部教授の長谷川剛先生を交えて、「対立から対話へ～納得のいく解決に向けて～」ということでシンポジウムを開催いたします。シンポジストのメンバーを見ましても、非常に内容の濃い深い議論が展開されるのではないかとこのように期待しております。会場がいっぱいで、なかなかリラックスできないかもしれませんが、最後までシンポジウムに参加していただきたいと思います。どうもありがとうございます。

司会：ありがとうございました。

申し遅れましたけれども、本日の司会進行役を務めさせていただきますのは、岡山弁護士会仲裁センター運営委員会内の医療ADR部会長を務めております水田がさせていただきます。よろしく願いいたします。

それでは、まず冒頭に、本日厚生労働省から来ていただいております、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室長の佐々木昌弘様においでいただいておりますので、この医療ADRについての厚労省の取り組み等について、簡単にお話しいただければと思います。佐々木様、よろしく願いいたします。

佐々木氏（厚労省）：ただ今ご紹介いただきました厚生労働省の医療安全推進室長の佐々木と申します。まず、本日のシンポジウムの開催、明日後日の仲裁センターの設立ということで、おめでとうございます。

私どもはこのような取り組みを非常に注目しております。なぜか。現在、厚生労働省は医療安全というものをかなり広いトータルなものとして考えております。当然医療そのものの個々の行為の安全、またシステム、組織としての医療の安全、そしてその安全を尽くした、もしくは安全を尽くせなかった場合にどうしても起こってしまう、いわゆる「医事紛争」ということになるでしょうか、その「医事紛争」をどのように解決していくか。ここまでのパッケージ、そしてもしかしたら他にもあります、たとえば、「産科無過失補償」というのもまさにそのようなトータルとしての医療安全という範疇に入るものです。

これらの根底にあるのは何か。これについて私は二つの観点でとらえております。一つは、「医療は誰の手にあるのか」。これは非常に難しいことであります。一番狭く考えますと、当然医療を行う側、医療を受ける患者さんということもあります。ところが、患者さんの周囲にはたくさんのご家族、友人、仲間がおります。医療につきましても、直接医療を行う方だけではありません。そのような中で、医療は誰の手にあるのか、これをしっかり考えいかないと、先ほど申し上げましたパッケージとして医療の安全は担保できないと考えております。私は着任

から1カ月がたちましたけれども、この間、さまざまな観点からこのことを考え、またさまざまな方とお話し、さまざまな現場を見て参りました。正直、まだつかめておりません。その意味では、今日のシンポジウムで、より多くのものを得たいと思っております。

そして、二つ目の視点ですが、ちょうど同じ言葉がここに書かれています、「納得のいく解決に向けて」ということがあります。私が考えております視点の二つ目は、この「納得」です。私は、現在のポストの前が食品安全部というところでした。食品の安全につきましては、最近では「安全・安心」と、「安心」がセットで付いてくる言葉になっています。前のポストの時も、「安全」というのはエビデンス、科学的根拠で担保されるけれども、「安心」は人の



心の中にあるので難しいとよく言われている分野でございました。医療につきましては、先ほどの安全というものが当然さまざまな観点から検証されるべきものでありますが、最終的にたどり着くものというのは、この「納得が得られるか」ということだと思います。「納得」につきましては、たとえば、今日おそらくテーマになるであろう司法の場での解決によって、民事ですとどうしてもそれがお金の形になりますし、場合によって、謝罪ということも付いてくるかもしれません。ただ、それで納得いくのかというのは別物だと思います。そのなかで、その納得というものがどのようなプロセスを経ればたどりつけるものなのか。その観点からも本日のシンポジウムでの話をとても期待しているところでございます。

私ども厚生労働省では、一昨日他の省庁に先駆けて、来年度予算の概算要求を厚生労働大臣の舩添から発表いたしました。そのなかでは、今年度に続き、ADRの協議会を予算要求しているところでございます。どうしても役所という世界ですので、何をしようとしているかというのを形で示すのがこの予算要求ということになります。私どもは紛争処理の解決のシステムを、より多くの方の参画を得てご議論いただいて、わが国に根付いていくことを行政として推進していきたいと考えております。

また、医療安全調査委員会が昨年の6月から、1年あまり次のステップに進めないでおります。そして、医療安全に関する委員会が、明日の選挙で戦っております各政党で若干ニュアンスが異なっております。しかしながら、国民の皆さんが望む最終形というものは、必ず同じ形であるはずですので、その点でも、明日の選挙結果、新しい政権与党がどうなるのかわかりませんが、それでも私ども行政は立ち止まることなく進めていきたいと思っております。ですので、行政の推進力は国民の声、住民の声でございます。もしここがおかしいとか、これを進めるべきということがございましたら、私ども行政のほうにどんどん寄せていただきたいと思っております。

繰り返しになりますが、本日のシンポジウムでたくさんのもので、行政の形で推進して、国民の皆さんにお返ししていきたいと思っております。本日のシンポジウムに期待しております。ま

た、明明後日設立の、この「医療仲裁センター岡山」の活動を期待しております。

以上をもって、私からの言葉とさせていただきます。どうもありがとうございました。

司会：どうもありがとうございました。

ここで、祝電をご紹介したいと思います。本日の設立記念シンポジウム、及び「医療仲裁センター岡山」の設立に際して、兵庫県弁護士会長様、および社団法人岡山県歯科医師会長様から祝電をいただいておりますことを申し伝えます。

それでは、引き続きまして、この9月1日設立予定の当会の「医療仲裁センター岡山」のシステムの概要につきまして、当弁護士会の鷹取司弁護士より皆様にご説明したいと思います。では、鷹取先生、よろしく願いいたします。

鷹取氏：今ご紹介にあずかりました岡山弁護士会の鷹取と申します。私の話の概要は、お手元の設立記念シンポジウム配布資料の最後にレジュメとして載せておりますので、ご覧ください。

まず、「医療仲裁センター岡山」の特徴ですけれども、他の地域の医療ADRと違うのは、一つは「対話型」というのを前面に出していること、もう一つは「専門医が関与する制度」となっていることの2点です。「対話型」というのは、双方の当事者が同じテーブルで話をする（同席）場合、事実関係についてあまり争いが生じない、ということで「事実関係の整理がしやすい」とか、争点も明確になって「争点の整理がしやすい」と言われています。ただ、これはあくまでも紛争解決をする手続きの主催者側の立場、いわゆる調停者、仲裁人からの立場によるもので、これは必ずしも我々が考えている「対話型」のメインのテーマではありません。我々が考えているのは、双方の当事者のコミュニケーションの復活によるお互いの理解ということでございます。

紛争になりましたら、お互いに自分の立場からしか物が見えなくなっているということで、相手が事実関係をどのようにとらえていたのか、自分が相手の立場をどのように認識していたのか、その点について偏った見方をしていることが多いのです。それを、間に第三者が入ることによって、当事者の感情を受け止めて、中立的な立場で話を進めることによって、相手に対する理解が深まるのではないかと。それによって、もしかすると今まで自分が認識していた事実が少し違っていたのかもしれないというふうな「認識の変容」につながっていく可能性があります。また、お互い相手の主張をどのようにとらえていたのか、本当に対立点がどこにあったのか、そのあたりが明確になっていく可能性があると考えています。

そして、双方がある程度お互いの立場とか事情を理解して、初めて相手方の立場も配慮した解決案の検討が生まれてくるのではないかと思います。一方的な自分だけの要求を通していたのでは、お互いに納得のいく解決にはならないのです。自分の立場を配慮してくれた解決案であって初めて、受け入れやすいと考えております。

「岡山仲裁センター」の場合、同じテーブルに双方の当事者が同席で話し合いを進めるスタイルを原則としておりますけれども、これが常に同席かということ、そうではありません。ケースによって柔軟に対応しております。相手に対して敵対感情とか攻撃的言動が強い場合には、

個別に話を聞くとか、あるいは期日自体をずらして、そういう方から先に話を聞いて、話し合いに向けた地ならしをしていくということも考えられます。

それから、当事者が明確に別々で話をしたいと望む場合があります。同席だと極度に精神的ストレスが強い場合——ケースとしてはセクハラとかパワハラとかそういうケースがあったわけですが、これは期日をずらすということもやっていました。それから、ここには「後出しじゃんけん」と書いていますが、最終場面で金額の詰めの調整が行われるような場合は、やはりお互いに相手の前では切り出しにくいということで別席にするということもありました。このように、常に同席というわけではなく、柔軟に対応するという事は考えております。

それから、「医療仲裁センター岡山」のもう一つの特徴は、「専門医が関与する制度としている」ことです。何のために専門医に関与してもらうのか。話し合いをするためには、相手が何を言っているのか、専門用語すら分からなくては話し合いにならないわけですから、そういう部分を補うということがあります。さらに、双方に医学上の対立点がある問題について、第三者がどういう見方をしているのか、話し合いのための材料を一つ提供してもらうものがあつたほうがいいのではないかと。また、医学的観点からの説明も、相手方の当事者からよりも中立的な立場の第三者からの説明のほうが受け入れやすいのではないかと考えました。

それから、「的外れの話し合いとならないため」ということもあります。医学上の専門的分野が争点になる場合ですから、医学的な専門的知見が必要で、それから大きく外れたような話し合いではなかなか解決に結びつかないと思われまふ。そういう意味では、絶対的なものではなく、一定の限界はありますが、こういう形で真実性の担保をする必要があるのではないかと考えます。また、医療関係者にとつても、門外漢による手続きの進行ではなかなか信頼がかけないかもしれませんが、医療関係者が入ることによつて、それなりの信頼が得られるのではないかと考えております。

そして、専門医がどのような形で関与するのかということについては、二段階の関与を考えています。一つは、「医師仲裁人」という立場で関与してもらうこと、もう一つは、「医療専門員」という立場で関与してもらうことです。医師仲裁人の役割は、先ほど述べましたように、医学上の基本的なこともなかなか分からないことがある、そういう場合に、当事者の方に基本的説明をしていただく。次に、後で述べますように、医学上問題となる争点について医療専門員に意見を求めます。どのような点について意見を求めるのか、それを医療仲裁人に整理していただくのです。さらに、三番目として、医療専門員から出た意見書も、そのままでは当事者にはわかりにくいかもしれない。それを中立的、客観的立場から説明していただく。そのような役割を期待しております。



そして、医師仲裁人というのは、あくまでも公正・中立性を有する仲裁人としての立場を守るために、自らは評価・判断を下さないということを前提にしております。そのような医学上の争点について、評価・判断をしていただくのは「医療専門員」に任せるという形です。そして、医療専門員の役割は、先ほど述べました医学上の課題、争点について意見書を作っていただく。一つの問題について、原則として複数の3名という形で意見書を出してもらうことを考えています。ただ、これは立派な鑑定書のようなものではなくて、あくまでも話し合いの材料にするためのものですから、一応内容が明確であればいいということで、1枚から3枚程度、求める事項によりますけれど、その程度の簡易な意見書に結論と簡単な理由を附してもらう程度のものでと考えております。

私の説明はこの程度にさせていただきます、このあとの長谷川先生の基調講演、さらにはパネリストの皆さんのパネルディスカッションによって、対話型の医療ADRというものに対する議論が深まることを願っております。

では、終わらせていただきます。

司会：それでは、お待たせいたしました。第1部の基調講演に移ります。

本日は、自治医科大学医療安全対策部教授の長谷川剛様にお越しいただきまして、「医療ADRに期待するもの」をテーマにお話しいただきます。長谷川さんは、医療ADR全国連絡協議会の発起人をなさっており、医療関係者として医療ADRに深くかかわっておられますことより、本日も非常に示唆に富むお話をいただけるのではないかと期待しております。

それでは、長谷川さん、よろしく願いいたします。

## ◆第1部

### 基調講演「医療ADRに期待するもの」

講師：長谷川 剛

長谷川氏：どうも、皆さんこんにちは。自治医科大学の医療安全対策部というところのポジションにいますが、臨床医で呼吸器外科、肺ガンなどの診療を主にしている外科医です。時間がタイトだそうなので、早速話を始めたいと思います。

今日の話は「対話型ADR」についてというよりは、そのバックボーンになっていると思うケアの問題について話します。よく医療者はケア、ケアと言うのですが、今日はケアの思想とかケアの考え方の問題を、少しでも弁護士の方々、あるいは医療関係者の方々、一般の方々に感じてもらえたらという思いで参りました。

それから、冒頭ですけれども、このADRの立ち上げ、たぶん弁護士会の方は大変なご苦労をされたと思うのです。心からお喜びとおめでとうという言葉を送りたいと思います。

(では、少し暗くなります。)

最近の話ですが、日本麻酔科学会というのが、インフルエンザで春に開催の予定が延期になって、お盆にあったのです。そこで、医療の問題をできるだけ市民に参加してもらい理解をしてもらいましょうということで市民公開講座というのがあって、今話題になっている「(兵庫県立) 柏原病院の小児科を守る会」の方が来てお話をされたり、ご主人を血液の難治性疾患で亡くされ、医療の事故の問題などを一生懸命やっておられる山内さんという方とか、神戸大学の医療安全をやっている江原先生なんか、「医療の質・安全学会」でこういう「医療安全全国共同行動」というものを行っているのですが、それについての話などがありました。その中に、慶應大学の情報やコミュニケーションのことをやっている秋山美紀さんという美人の方がおられました。『地域医療を守れ』、『地域医療におけるコミュニケーションと情報技術』という本を出されていて、その方のお話の中で、医療の再興のためにはいろいろなコミュニケーションの再興、それは今のテクノロジーなども利用してやらなくてはいけないというような話があったのですが、彼女自身が自分で「実は私はがんなんです」という話をされたのです。子宮がんで、しかも肺転移があるのですが、実は私も何度か相談を受けていました。医療者と一般の方々間の情報不均衡を直さなければならない、そのために情報技術を利用しなくてはいけない、がんの治療などもコミュニケーション促進とかそういうことをどんどんやらなくてはいけないということを、一生懸命全国にモデルも作って進めておられた研究者である彼女が、彼自身ががんになってしまったのです。しかも、非常に進行していて、そこで「当事者としての経験というものは、実は全く違うということを思い知りました」と正直にお話しになったのです。

つまり、今までさんざん医者の方に行っては「ちゃんと説明しなくてはいけない」、患者さんにも「臆(おく)することなく質問してくださいね」と言っていて、そのための仕掛け作りもたくさんやって来られた秋山さんご自身ががんになったとき、「全く違う世界に入った」と

いうことをおっしゃったのです。これは、自分が病気になると、今までと全く違う考え方をしている、つまり今までは「医療資源というのは限りがあるから、あまり無理を言ってもしかたがないでしょう」と患者さんにも話していたのに、自分が病気になると、「私に最善のことをしてよ」と思うわけなのです。彼女がそういう話をしてくれたので、いざ自分自身の体に何かが起こったとき、人間というものはこれだけ認知が変わるのだと、この問題はとても大きく深いのだなというのを思い知らされました。

その会で、さらに茨城県は医師会主導でADRが動いているのですが、そこの医師会の先生が来られて、茨城県の医師会での紛争解決の一つの手段として、患者と医師の間の誤解を解く方法を提供するために「医療問題中立処理委員会」を設立したことを話されました。心掛けたのは、いかに中立性を担保するか、特に医師会がやりますので、ものすごく医者に対する不信感の強い方々の紛争の対応について、医師会がやるということだけで信じてもらえないというがあるので、その人選についてすごく苦慮しましたという話がありました。委員は弁護士会から推薦された弁護士3名、学識経験者として被害者支援センター理事長の大学教授とか、あとは地元紙のマスコミの社長さん、それから市民団体の方々も入ってもらって、それから医者も専門医を入れて、2006年4月からずっとやっています。これ（スライドの内容）は、外科系の雑誌に抄録として出たものをそのまま持ってきたのですが、当日も大体同じくらいの数字でお話しされていました。2006年度に14件、2007年度に8件、その後もいろいろとあるそうです。手術に関するものが12件で多かったということでした。「斡旋調停会議」を開催し、結論が出たものは11件、継続中4件、取り下げ2件、相手側の拒否1件、今後開催されるのが4件等、当日のお話ではもう少し数が増えていたような実情でした。

やっておられて、やはりなかなか中立性の維持とか費用負担が大変で、この場合は特に医師会がお金を出しているのですが、医師会の中でも相当議論があるそうです。ただ、その時小沢先生がおっしゃったのは、こういう話し合いの場を作ったことで、実は弁護士さんもそうだし、患者さんのご家族も医者側もそうだし、いろいろな予想外の反応が結構あって、要するにさまざまなレスポンスがあるということをお勉強しましたとおっしゃいました。特に、弁護士さんも、「いや、やっぱりこの医療現場の話をこうやって聞いてみると、ちょっと今までと認識が変わりましたね」というような話がたくさん出てきました。それがすごく良かったように思いますというのが、当日のお話でした。

今の話は、この夏8月のお盆の真っ最中に、麻酔科学会の市民公開講座に行ってきた、こんなことがあったという報告でしたが、今日私が提供しなくてはいけない話は、医療のこういう紛争解決とか紛争処理というのですか、医療の問題は、私のように医師の立場からいくと、やはりそのことが、今後の診療がより安全にあって、みんな順調に回復していくような過程に結びついてほしいという思いがあります。つまり、医療安全にどういうふうにかこういうことが役立ってくれるのかなと。もっと言うと、私自身はもっともっと日本の医療が安全になってほしいと思って仕事をしていますから、そうすると、どういう仕掛けがあると良いのかなとこのを考えるわけです。それで医療安全に制度設計的に必要なのは、やはり報告制度、分析・研究・情報還元制度みたいなものがないと、失敗を学習できないわけです。それから、ちょっ

とだけ今触れられると思いますが、やはりどうしてグレーゾーンとか、あるいは、これに過失があるというのはとても言い難いけれども、そこに有害事象があって患者さんは非常に辛い状況になっているということが医療現場ではあるわけです。今日も「産科無過失補償」の話も先ほど出ましたが、そういった無過失補償制度みたいなものの範囲をもう少し考えていかななくてはいけないだろうと。それから、岡山は「対話型」という名前を使っていたのでここに「対話型」と書きましたが、こういったケア型のADR、裁判外紛争処理というのは非常に大事だろうと思っています。

## 立から対

～納得のいく解決に向けて～

主催/岡山弁護士会 共催/岡山大学大学院



それと、やはり医者に対する、あるいは医療従事者に対する教育・再教育の問題。これは実は質を上げていくために最も大事なところなので、我々がしっかりやっていたらいい。もう一つは、やはりそういったコミュニケーションギャップの問題、社会に向けての説明、広報、説明の仕掛け自体も、この時代ですからもっとも本当は考えなくてはいけないというふうに思っています。こういうことを総合的に組み合わせないと、医療の安全問題という

のはうまくいかないのだろうと考えています。

それからあとは、やはり社会保障費の増額や、医療を提供する環境がもう少し改善されないと、現状は相当厳しいということは事実です。一番左に書いてあるのが、GDPあたりの医療費です。アメリカ、スイス、ドイツ、日本とずっとあって、これは2000年ですから少し古いですが、日本は18位でこんなに低いところにいます。それから、医師数の国際比較も、OECDの1,000人あたりでみたときは、フランス、ドイツ、アメリカ、イギリスよりも日本は少ない。先進国の医者・看護師数の比較も、米国、英国、ドイツ、フランス、日本でみれば、日本が一番低いのです。最も注目したいのはこの右下のグラフで、みんな右肩上がり上がっているのが、100床あたりの医師数とか看護師数の増加なのです。医療というのは、どんどん進歩しているのです。私自身も一生懸命勉強していますけれど、自分の専門である呼吸器以外の領域の話は、正直に言えばついていけないくらいものすごい加速度的な進歩をしています。当然医療も高度化して、人間の労力も手間もかかるわけです。それに合わせて欧米はある程度人が増えているのですが、日本は増えていないのです。これは逆に言えば、少ない人数で、ある程度効率的に低額でいろいろなことがやれているという言い方にもなるのですが、ただ現状で、安全という立場から考えると、ここはなんとかしていかななくてはならないのではないかということが背景にあります。ということで、社会保障費のある程度の増額とかそこから発生する負担を、我々はやっていかななくてはならないということについては、政治家の話しになりますが、多少は考えないといけないのです。

それから報告制度の話ですが、今は、医療の事故とかインシデント・アクシデントなどにつ



いては、報告制度があります。日本医療機能評価機構がやっていて、そこでヒヤリハットを募集したり、医療事故収集事業、これは特に大学病院のような特定機能病院に関しては、もう強制的な報告制度になっています。それ以外にも、たとえば、済生会とか全社連とか民医連なども病院の連合として自主的にやっていますし、病院組織の中でも独自の収集システムを持っていて、自分たちなりに質を改善するための活動をしているところがあります。また、地域でやっている所もあります。東京都には東京都の収集事業というのがあります。

ところが、報告するところまでは、だいたい頑張っでやれているなというところまで来たのですが、医療者側としての問題点は、それをしっかり分析して研究するプロセスがまだまだ弱い、しかも情報をいい形で返すというのがなかなか難しい、というのが今我々が直面している問題です。特に医者の中身の話などというのは、学会とかそういうところをうまく通してフィードバックしないと、医者のパフォーマンス自体はなかなか変えにくいだろうというのが個人的な思いです。ただ、報告制度というのは、いま動いています。これは数年前に比べれば、中身も十分充実してきているから、ここ数年でさらにいいものになっていくだろうという期待はしています。この分析・研究・情報還元のあたりには、もう少しお金も投下していただけるといいかなと思っています。

次に、「(医療事故)無過失補償」ですが、調べてみると、実は昭和47年に日本医師会雑誌に「医療事故の法的処理とその基礎理論」という論文が出ているのです。今から37年前の段階で、「医師に過失のある障害は、医賠償を充実させましょう。医師に過失のない障害というのはやはりあるから、これは国家的規模での損失補償制度を創設し、同時に裁判外の公的紛争処理機構を設立する必要がある」ということを言っているのです。でもその後どうだったかというところ、昭和48年日本医師会が医賠償を作って、一般保険会社がそれに乗っかってきてくれて、病院対象の保険、それから学会対象というのがあります。私など個人の医者は学会中心で入ることが多く、病院は、こういう病院全体の保険というのに入ることが多いのです。このように、それなり保険制度は拡充し、機能してきた歴史があります。ただ、無過失のほうは進展がなかったのです。つまり、我々は、30年間それをほったらかしていたのです。

もっとも、そういった中でも、現実には平成7年に500件前後だった医療紛争、医療事故訴訟が、平成15年には1,000件を越えるというふうにどんどん増えていったのです。つまり、これは発生した被害・損害に対して、やはりどうしても納得できないという精神的なもの、プラス、ある種の補填されるべきものが放置され今の保険だけではなかなかうまく機能していないということがきつと背景にあるのでしょう。

これを医者立場で考えてみると、今ある程度きちんとやっている病院では、今ここにいらっしゃる医療機関の方は皆さん大丈夫だと思いますが、明らかに過誤があったケースは、今はきちんとそのことを説明して謝罪し、さっき言った病院の保険や医賠償を使って補償する方向で、いろいろと示談交渉をするケースが多いと思うのです。A型の患者にB型の輸血をしたとか、右足の切断手術をすべきところを左足を切ってしまったとか、抗がん剤の投与期間を通常よりはるかに短い休業期間で設定していたとか。つまりシスプラチンという抗がん剤を入れたら、間を2、3週間空けるという決まりがあるのですが、それを無視して3日後にまた入れてしまっ

て患者さんが副作用で死んだ。こういったケースは、あまりに間違いが明らかなので、逆に言うときちんとした謝罪が成立しやすいし、補償、示談等も動きやすいケースだと思うのです。

ところが、現状ではなかなか回避不可能な合併症というものがあるわけです。たとえば、手術期の肺塞栓症。いろいろな対策をするようになって防げるようにはなっていますが、静脈の中の血管が肺に詰まってしまう病気があるのです。それから、内視鏡検査で、消化管に穴を開けてしまう。たしかに、これは検査をしている者が下手なんだろうと考える人は多いと思いますが、どんなに上手な人がやっても、ある患者さんの状態ではやはりゼロとは絶対にならないような状況があるのです。それから手術期の心筋梗塞。心筋梗塞とか脳梗塞というのは、要するに、人間の体の中には全身血管がありますが、動脈硬化でどんどん固く細くなっていくわけです。本日お越しの方を見渡しても、半分以上の方は動脈硬化が結構やばいという顔をしておられます。そうすると、こうしてしゃべっている途中でも、急に血栓ができて詰って倒れてしまうのです。たとえば、野球の長嶋茂雄さんや総理大臣の小淵さんもそうでした。これらは予測不可能なところがあるのです。これがたまたま手術のときに起こったら、「それは手術が悪い」と言われてしまうけれども、医者側からすると「ちょっと予見できないよな」というような部分があるわけです。

では、これは放っておいていいのかといえば、医者側からすると「しょうがないですよ」と言うのだけれど、患者さん側からしたら、病気を治そうと思って期待して入院して治療を受けたところ、突然半身不随になる、あるいは意識障害でしゃべれなくなってしまうとか、最悪の場合死んでしまう。やはりつらいし、生活に対する影響は大きいのです。そこをなんとか補償・補填されないとやはりつらいなと、医療現場にいる我々でさえ思うわけです。その他、縫合不全などはテクニカルな問題があると言われるけれど、やはり一定の確率で起こるだろうし、診断の遅れの問題、また、医療現場では日常のように行われている採血や点滴などで、末梢神経を傷つけてしまうということも起こります。これは刺している側には見えないものですから、回避は難しい、こういうケースなども、私たちからすると不可避な事例なのですが、でも何とかしてあげたいと思う領域です。その他には、くも膜下出血。中年女性の突然死で、これは結構多いものです。

また、判断に苦慮するものというものもやはりあります。転倒・転落の問題、自己抜去、モニターからのアラームに対しての対応が遅れる、診断の遅延（検査結果がなかなか届かなかった、解釈が難しかった）など、いわゆる我々が「グレーゾーン」と呼ぶものです。こういうのをどう考えるか。おそらく、こういった問題について、医療者側も苦勞しているし、患者さん側も非常につらい思いをすることになるのです。そのあたりを何とかカバーしていく手だてとして、私はこういったADRの議論の中で本質の問題を話し合いながら解きほぐしていただけるといいなという思いはあります。

ちなみに、無過失補償の話は海外ではどうなっているのかというと、ニュージーランドは、1972年に包括的な事故補償制度で「事故補償法」というのがあって、1992年「事故のリハビリテーション及び補償保険法」、運営主体は公法人で、事故補償公団というのを作ってやっています。もちろん、うまくいっている部分やうまくいっていない部分は詳細に調べるといろいろ

と出てくるそうです。それからイギリスでは、NHS（国民保健サービス）といって、国家が国民皆保険サービスをやっているのですが、1978年に「ピアソン報告」というのが出されました。1970年代に先進国はみなこの無過失補償の話をやっているのです。本報告では、ニュージーランドやスウェーデンの無過失補償制度を検討するように求めたのですが、その時採用は勧告されず無視されたのです。しかし、1997年に、これはイギリスですごく有名な「王立ブリストル小児病院事件」といって、ある心臓外科医がやった手術が極端に成績が悪いということがオープンになって、これが英国を揺るがす大規模な事件になったというものです。しかし、それ以後、このブリストル事件を契機にいろいろと考えていくと、医療の安全問題を考えるとき、無過失補償の問題というのは無視できないでしょうということで、2001年に補償制度の設立を提案して、2006年からNHS補償法という——これは運営主体が国家のNHSになりますが、そういうものが立法されました。

スウェーデンもやっています。スウェーデンは1975年に、「Patient Compensation System」といって、PCIと呼ばれています。これは任意保険形式で、医療者と国が負担し、半々でやっているものです。この特徴は、「Medical Responsibility Board」といって、過失ある医者へのペナルティを考えています。これが、いまもう一つの話題である、医師の自立的懲戒制度とか、医者責任をどう考えるのか、あるいはもう少し先を考えると、刑事責任の問題をどう考えるのかということに通じるようなことです。適用基準としては、治療行為による被害や誤診による損害とか、そこに線を引くにはいろいろな議論をむこうでもやっているのだと思います。医師の過失を検証して、必要に応じて懲戒、警告、免許停止ないしは取り消しなどの処罰をするようなことを連動させて動かしているわけです。

それから、アメリカについては今日来られている和田先生などの視察情報なども入れて作ったスライドですけれども、米国のCOPICです。アメリカはもう少しプライベートセクターでいこうというところがあって、要するに自由主義国家ですから、医者が中心になって、プライベートセクターで保険会社を作っています。そこでは患者さんとかご家族に対するレスポンスを非常に大事にしていて、スリーアールズ（3Rs）プログラムといって、3つのRとは、Recognize、Respond、Resolveです。予期しない有害事実を認めよう、発生後即座に対応しよう、多様な問題を解きほぐそうという意味です。協調的なコミュニケーションとか情報開示をやっている。2万5千ドルまでの無過失補償とか、5千ドルまでの時間損失補償みたいなことを組んで、これはネット上でも情報を得ることができますが、それなりに機能しているようです。

つまり、ここまでの動向を見ると、「無過失補償」の問題というのは、やはり今全世界的な動きであり真剣に考えていかなくてはいけない、日本も考えていかなくてはいけない。日本ではどうか。産科無過失補償が今動いています。治験の問題などは、裏できちんと補償制度があります。特定の薬の医薬品副作用のものについても、被害救済制度や保険というのはあるのです。実際のところ、厚労省は頑張っているのです。こういうふうには、部分的に機能しているわけです。そうすると、さっき言った、避けがたいとかグレーゾーンだとか言うものについては、埋めていく仕掛けを考えていけば何とかできるかもしれないと、私は個人的に思っています。

これは全く勝手なアイデアですが、この間、保険会社の人たちと一緒に、そういう領域をカバーする特定の特約保険のようなものを作ったらどうだろうかと話したりしましたが、たとえば、そういうことだって商品化する可能性はあり得るということです。

それでようやくADRにたどりつきました。つまり、医療の安全問題をきちんとやっていくためには、今言った報告制度を充実させて、そこでの特に分析研究にお金を落とさせていただきたいと思いますが、加えて情報還元制度をつくらなくてはいけない。それから、無過失補償もやらなければいけない。教育制度もやらなくてはいけない。そしてもう一つは、ADRの問題で、ADRをどう考えるかというのは、私は法的な難しい議論は分からないのですが、自治医大でいろいろな患者さんと接したり、また私もこういう仕事柄、いろいろな人と会ってお話していて、ADRがうまく合うというのはどんなものだろうと考えてみたときに、一つは、裁判には普通はならない、弁護士さんが取り合ってくれないようなことで、しかし「本当につらいの。お医者さんに聞いてほしいの」とか「謝ってほしいの」というような事例があるわけです。

自治医大は、患者さんに歩み寄って、病院として一生懸命話をしています。たとえば、さっきの例の点滴漏れの末梢神経障害で、仕事ができなくなるくらいひどい場合は別にして、ある程度機能が戻って回復してきてはいるが「あの時の対応は……」というようなことを言われてきたことがあります。それから、救急外来などで、医者としては、熱が出て頭痛があって、どうしても髄膜炎をチェックしないといけないので、背中に針を刺して髄液をチェックするということがあります。細菌性の髄膜炎というのは、放っておくとあとで頭に障害が残ったりして大変なことになるので、背中に針を刺す検査をするわけですが、それがそううまくいかないこともあるわけです。うまくいかないのは、実はこちらが下手というよりは、患者さんの背骨が曲がっているとか患者さんが太っているとか、いろいろな患者要因もあるわけです。しかし、そこでうまくいかなくて何度も針をまわされて、患者さんが怒ってしまうようなケースもあるわけです。

こういうのも、救急外来なのでどうしても込み合っているから、「あの時、医者とか看護師の態度もイマイチだった」と言われたりするということも容易に想像できることなのです。そういう場合、弁護士さんのところに行っても取り合ってくれなくて、逆に病院の相談窓口などでお医者さんと話し合いの場をもう一回つくとか、そういうことをやっていますけれども、そういうことをやることによって、結構うまくいったりすることも多いのです。

また、裁判にはしたくないという事例もあります。これは日本人の国民感情として、裁判沙汰を回避したいとおっしゃるご家族も多いのです。そうではなくて、病院とちゃんと話ができるなら、それがいいという人もいます。それから、病院との関係を良好に保ちたい。特にこれは、家族がまだ病気を診てもらっている、今後また診療を受けなくてははいけないというケースは、「裁判でない形で解決できれば」と言われます。その他の、内容が微妙なとか複雑な関係というのは、人間関係のことです。それから、他の病院ですけれども、ずっと病院が誠実に説明を尽くして、病院がうそを言っているようにも思えないし、補償の問題も提示してくれるのもういいよと。ただ、今まで病院がそう言ってくれたけど、本当にそれが他の人から見て、

それでいいのかが分からない。そういう意味で、第三者に確認してもらいたいというケースもあるわけです。これなどは、まさにこのADRにフィットするのかなという気はします。そのほかに、複雑な関係をはらんだ事例の話や自治医大の話などぜひしたいものもあるのですが、時間の関係でパスします。

こういうときに、どうしても裁判になった場合に、敵対的な関係でいろいろなやりとりをしないではいけない。というのは、これもごく最近のことですが、原告の患者さん側の証人として裁判をお手伝いしたケースがあって、相手は同じ領域の医者だったのです。世間は狭いもので、「長谷川は、なんか呼吸器外科の関係で、原告側の裁判で証言しているぞ」というようにあちこちからプレッシャーはかかるし、裁判の場では、向こうの弁護士もその医者も、「おまえなんか医者じゃない」みたいにさんざん言われましたが、あの敵対的な関係でフェアにものを言っていくというのは大変でした。たぶん裁判にかかわっておられる弁護士の方々も、きっとご苦労が多いだろうなと思いました。そうすると、ADRというものが、やはり医療現場から期待されているのは双方の立場、考え方を尊重して、協調的な関係で問題を見ていくということ。ここはものすごく大きなメリットだと思うのです。医療安全の立場から言えば、エラーの分析に関しては、ヒューマンファクターとよばれる研究が非常に進んでいます。エラーの発生に対して私たちは人間工学的、心理学的にいろいろと解析してやりますけれども、その時に、どうしても当事者の内面心理の分析、あるいは詳しく話を聞くことというのは、とても大事なのです。しかし、裁判の場に引っ張り出される、あるいは刑事責任の問題もそうですけれども、もちろんある程度のフェアネスというのは大事なただけけれども、ただ、しょせん我々は弱い人間なので厳しい刑事責任追及が前提となると話しがしづらくなります。そこできちんとこういった話を引き出すという意味でも、実はこういう協調的な解決、話し合っているとやっているとというのは、とても大事なことだと思います。

それから、何よりももっと大事なのは、その被害を受けた方、ご家族、ご本人の今後の生活。前向きに人生を生きられることがもっとも大切です。そして、医療事故に関しては、悪気があるのではなく、悪気があるてすれば犯罪ですから、多くの場合は善意で患者さんによくなってもらおうと思ってやっていることが、結果として悪いというのがほとんどです。しかしながら、最悪のケースでは医師や看護師の自殺、あるいはうつ病になるとか退職するということが起こっているわけです。そういったことに対して、やはり業務に対して前向きに戻って来られるように、また被害者の方も生活に対して希望を表示して前向きに生きていける、そういうものやっていくためには、こういう協調的な関係で解決していくことというのが大事ではないかと思います。

医者にもいろいろな人がいて、しょうがない者がいるのは、私も認めます。ここに少し小さい字で書いてあるのですが、とくにこのあとでケアの話をしたのであえて書きました。「EBM (Evidence Based Medicine) 尊重」、今そういう根拠のある医療をすることはとても大事なのです。しかし、それに偏ってしまっていて、病気が歩いて病院に来ているわけではなく、人間が病気になっているわけですから、その人間に対する見方のようなものが欠落している医者がいるというのは事実です。それから、ケアの問題。それはこのあとにお話しします。統合

的観点というのは、たとえば、消化器内科の医者が、消化器の病気ばかり診ていて他は分かっていないとか、実は病気としても全体的に診なければいけないのに、それさえできなくなって、さらに人間とか社会関係全体でその人をとらえてあげなくてはいけないのに、それができない。そういう医者がいるということは事実なのです。

病院内で、安全のことを注意してこういうことを確認してくれと言っても、嫌だと言う先生もいるわけです。また、いろいろな標準化（standardization）というのが医療安全の推進にいいと言われているけれども、「おれはおれのやり方でやるぜ」と言う人がいるわけです。今はだいぶ状況は変わってきましたけれども、それこそ10年前というのは、継続的に医師を教育するという発想はあまりなくて、医師免許を取ってしまったら、それであとは好き放題みたいなところがありました。実はその中には徒弟的な関係での教育が裏にはたくさんあって、それがとても重要なのですが、ただ継続的に目に見える教育の機会というのは欠如しているのは事実です。しかし、これは弁護士さんはどうなのですかと聞いたら……、弁護士さんはどうなのでしょうか。

医療崩壊ということが盛んに言われるようになって、これは医療者側が現実にさっき言ったように低医療費で人数少ないところで、救急現場なんかは特にかつかつでやっているのもう勘弁してくれというという意味で「被害者意識」のようなことがすごく出ているわけです。新聞で裁判の話が出ると、またいじめられているとか思ってしまうのです。しかし、「その意識が強すぎる感もなきにしもあらず」というのが今のバランスだと思います。

弁護士さんについては、私が見ている限り、クライアントの最善の利益を守るのが弁護士だというのだけれど、クライアントの利益とは何なのかと突っ込んだとき、たとえば、その時に駆け込んだ患者さんたちの家族のことを考えて、本当にしっかりものを言ってくれる人もいます。けれど、そうでない弁護士もたくさんいます。それから、病院に付いている弁護士さんでもそうです。病院がクライアントなのだけれど、それは損害賠償額を少なくすることがクライアントの最善の利益かと言われたら、病院は必ずしもそうとばかりは言わないのではないかと思います。また、医者の方に行き行って受けるものに、ドクターハラスメントと言うのがありますが、弁護士さんによる心理的ダメージの話もたくさんあって、これは実際、逆に弁護士さんのところに行き行って、いろいろ言われたことによって精神的に傷つけられてうつ病になってしまったとか、そういうのも現場ではあります。

もう一つは、どうしても過失責任を追及していかないと、論理として成り立たないということはあるのですが、あまりに過剰な過失責任の追及になると、社会がだんだんギスギスしてきて、要するに人のあら探しばかりするようになってしまうという弱点があると思うのです。これは、幾人か法律家でそんなことを言っている人がいますが、やはりそこにはある種のバランスみたいなものがあるだろうと。それから、リーガリズムという言い方がいいのかどうか、つまり現実、現状をきちんと把握できないで、ただ条文だけを押しつけるという方々は現実にいらっしゃるという話です。私としては、こういう技術進歩、特にITの問題や医療の問題などは、日進月歩ですからそういった時代の進歩や変化について、やはり「頑張っついでこいよ」という思いがあるのです。そういうことが、私の弁護士批判としてはあります。岡山県の

弁護士会の講演で、こんな勝手なことを言って申し訳ありません。

それから、ちょっと知ってほしいのは、医療の問題を考えると、ケアの思想というのがあります。医者も分かっていない人はいっぱいいますから、医療関係の人もぜひいいおさらいをして下さい。メイヤロフという思想家が、『ケアの本質』という本を1971年に書いています。ケアするというのは、その人が成長すること、自己実現すること、助けることですよと書いています。メイヤロフというのは、ある種の哲学者、思想家です。「人間というの、ケアすることを通じて、世界の中に自分の在り場所を得る。ケアすることを通じて、人生の意味、生きているということを感じる」というのです。そこに本質的な、実は活動様式、存在様式というのがある、メイヤロフさん自身は、影響を受けていませんと言っているのだけれど、たとえば、ドイツの哲学者のハイデッガーなんかはゾルゲ（関心）ということをすごく重視したのですけども、そういった問題と通じるということがあります。どうしてこんなことを言っているかと言うと、メイヤロフのケアの話でものすごく大事なところは、「ケアというの、他者が私に対して呼びかけ、私たちはケアによってその呼びかけに応えるという責任応答可能性 (responsibility) をはらんだ行為であり、関係性である」、それが非常に大事なんだと言っているわけです。

これは医師現場では、ものすごく大事な話なのです。こういった発想がないと、ただマニュアルに従う、ただこの基準がある、もっと言えば、法律がこうなっているからというだけでは、とても医療や看護は、できないということがあります。こういうケアの思想というの、実は哲学や思想を勉強すると一つの流れとしてあります。1982年にギリガンさんという女性が、道徳の発達段階のことについて書いています。ギリガンさんのボスというの、コールバーグという人で、男の倫理のほうが女の倫理よりも進化している、倫理、道徳教育の発達段階があるというのを学説として発表した人です。ギリガンさんは女性だから、「何をふざけたことを」と思ったと思うのですけれども、そうではなくて、男の倫理と女の倫理はそもそも違うのだというようなことを、ある子どもに対するインタビューで彼女は発表するのです。「ハインツのジレンマ」といわれるものですが、これを読みます。

ハインツという男が、自分では買うことのできない高価な薬を、妻の命を救うために盗むべきかという道徳的ジレンマの問題を、ジェイクという11歳の男の子と、ジェイミーという女の子に出したわけです。ジェイクは、ハインツはその薬を盗むべきだと考えた。彼によれば、ハインツのジレンマというの、薬屋の財産とハインツの妻の命という二つの事項についての、価値の優劣を巡る葛藤に他ならない。そして、財産よりも生命のほうが、価値の優劣について論理的な優位性を持っている。それゆえ、ジェイクはハインツは薬を盗むべきだという結論に達した。つまり、ジェイクは、論理的にロジカルに道徳的ジレンマを解決する方法を見いだした。ハインツは盗むことで法を犯すことになるのではないかと、ギリガンが意地悪に質問したら、彼は法も人為的なもので間違える可能性もあると考える。道徳的ジレンマの解決に関して、演繹的な論理を用いて道徳性を区別して、いかに法が間違いを犯すかを考える能力を出しているわけです。これは、ギリガンに言わせると、この男の子にとっては、この人間に対する数学的問題のようなたぐいの解釈であると。

それに対して、女の子のエイミーは、ハインツが薬を盗むべきかどうかという問いに対して、責任を回避するように確信なく答える。彼女によれば、ハインツは盗んではいけないが、そうすると妻が死んでしまう。しかし、もしハインツが薬を盗んで監獄に行くことになったら、彼の妻の心労も重なって、病気はさらに重くなってしまふかもしれない。だから、ハインツは薬を盗むのではなく、みんなに相談して、薬を買う金を工面する方法を考えるべきだということです。こういう道徳的ジレンマの問題を、エイミーはそういうロジカル、論理の問題ではなくて、時間を越えて広がるさまざまな人間関係の物語として解釈しているわけです。

これはたまたま子どものインタビューからですが、しかし彼女はこの後、アメリカで人工妊娠中絶の問題、その他いろいろのインタビュー形式のスタディーをやって、実は男の倫理と女の倫理、ここでは男性と女性というようにわざわざしていますが、そうではなくて、分かっているのはそこで抽出される考え方です。ものの考え方が違うのだと。それを彼女は女性側の話を「ケアの倫理」と呼んで、一方でロジカルに数学の理詰めのようにいくのを「正義の倫理」と呼んで、これは考え方が違うのだということを言っています。どうしてこういうことを言っているかということ、せっかく「対話型ADR」で面と向かっていろいろと話をさせていただけるのであれば、もちろん法は大事で、ロジカルな問題は絶対大事です。我々の医学も科学ですから、原理は大事なのです。しかし、我々は人間として生活をしているので、そこに発生する生活者としての問題、感情の問題、ケアの倫理の問題、ケアの問題も、度外視できないはずなのです。それをせっかくなので、ぜひ考えていただきたいのです。

さらに、ノディングスという人がそういったことをまとめた『ケアリング』という本を1984年に出しています。ポイントとしたら、そういう受容性、関係性、応答性の問題が大事だということを行っているのですが、次の文章は、日本語版の翻訳が出るときにノディングス自身が序文として訳してと送った中に書いてあったものからの引用です。

「ケアリングというのはあまりにも私事にわたり、あまりにも仲間内のことと結びついているので、政治問題や社会政策といったもっと広い世界では言うべきではないという反論があります。」アメリカでは、ケアの問題というのは、もっと政治的な問題、社会政策の問題、あるいは道徳教育の問題に広がったという事が裏にあるのです。「これは明らかな誤りです。正義はしばしば、あまりにも割り切りすぎ、無邪気すぎ、感受性を欠きすぎです。私の国では、正義はよく目隠しをしててんびんを下げた女性の絵姿で表されます。ケアリングは」、これは言葉を言い換えると、直接やはりみんなでも面と向かって話し合うということなのかもしれませんが、「この目隠しを外して、人々が実際に何を乗り越えて進んでいるのかを目の当たりにしてくれるのです。」というのが、彼女の序文です。

医者なので、ここで私的な自分の経験の話を入れます。実はこの写真は30代の女性ですが、この時点でヘモグロビンが5くらいです。若いのですが、子宮の悪性腫瘍である子宮筋肉腫の手術をして、残念ながら再発して肺に転移したときに私は手術でかかわったのです。それ以後個人的にいろいろなお世話をすることがあったのですが、残念ながら再発してもものすごい下血と肺転移で苦しいからと入院して、もう末期になったのです。それまではメールでやりとりしていたのですが、これはそのときに彼女がくれたメールです。その日は、実はさらに具合が悪



くなったのです。それまで何回も告知はされていて、きびしいという話はされているし、ターミナルケアの話もして今後どうするかという話もしていたのです。

「先日は大変失礼いたしました。先週は痛みやら熱やら副作用との戦いにことごとく破れ、さんざんでした。今日はわりと気分もよく、元気です。でも私、自分の病気に対する認識がほんとになかったのですね。実はもうそんなに長くないんですね。治るものだと思ったのですが、ちょっとがっかりです。先生との約束も、きっと果たせないでしょう。ごめんなさい」。約束というのが、末期だということで、医者も看護師も一生懸命に彼女のためにベストを尽くそうということで、「何がしたいの」とか「会いたい人はいない？」とか言って、いろいろとかかわったわけです。だけど彼女は、「べつにもう会いたい人はいないのよ。会いたい人にはみんな会ったし」「何したいってみんな聞くんだけど、わかんない、特に何したいって言われてもね」というわけです。ターミナルケアでさえ、たとえば、ものの本を読めば、最後に希望を聞いてこれかなえてやってとか、いろいろ出てくるのだけれど、でも現実には直接面と向かって話をしたときに、その人の何かを理解するとか分るとか引き出すとか、そんな簡単な話ではないのです。ただ、少なくとも彼女に対して応答を続けるのです（応答性）。それから彼女の訴えることは受容する（受容性）。あとはなんとか関係性を続ける（関係性）。もうやけくそで、「うちの近所に焼き鳥屋があるから、ちょっと調子が良かったら焼き鳥屋に行こうよ」というのが、この約束です。

でも、彼女はもう厳しくて、とても行けそうにない状況になったのです。ただ、実はこれは焼き鳥屋に行ったのです。ビール半分と焼き鳥3本だけ少し食べられたのです。それは、たまたまその日彼女の調子が良かったのです。ちなみに、この写真はうちに寄って、犬とか子どもとかカミさんまで写っています。若い看護師も二人付いてきています。彼女は下血しているので、男の私が連れて行っても駄目なのです。「昨夜はありがとうございました。熱が上がることもなく、痛みもないうえに、ほどよい疲れでぐっすり眠れました。本当に楽しくて、先生の家から部屋に戻ってから、感激の涙、涙でした。突然押しかけたのに、ご家族の皆様も快く受け入れてくださって、本当に感謝しております。奥さまによろしく。」たまたま、実は私はこの時呼吸器外科学会を栃木でやっていて、すごく忙しい時期だったのです。「すでにお忙しいのですか。返信はいりません、頑張ってください」と言われて、少しの間は大丈夫だろうと思って、返信をしなかったのですが、その数日後に彼女は亡くなってしまったのです。

あとでお母様からお手紙をいただいて、「前略、ごめんくださいませ。長谷川先生、本当に大変お世話になりました。あの日、連れて行っていただいた後、焼き鳥屋さんから戻ってきて、お部屋でぼろぼろと涙しているのです。『どうしたの』と聞くと、声をつまらせ『うれしかった。うれしかった』と感激の涙だったのでした。……このあと、この感謝の気持ちをどう表してよいのかわかりません。エリコにとって……」彼女は40歳手前だったのですが、さらに「お葬式にはそんなに人も来ないだろうと思っていただけでも、ものすごくたくさんの方が来てく」とつぶられていました。本当は、ADRとか医療補償の話だから、医療事故後の対応の話がいいのかもしれませんが、守秘性も問題などいろいろあってお話しできないところもあるので、ターミナルケアに近いような話を一つ出しましたが、たとえば、こういったときに、ある基準

とかあるマニュアルとかだけでは、やはりファンクションしないということ、たぶん医療現場でこういうことにかかわっている方々は分かると思うのです。ただ、医者とか看護師も、今の時代、マニュアル主義になったり、EBM主義になって、「こんなことはアホちゃうか」とか言う人もいます。そんな無駄なことはするなと。でもたぶん医療従事者がこれを捨てたら、もうアウトだという気はします。

最後に、医療ADRに期待するもの。そういう意味では、今我々が抱えている問題は、多くの世界で顧客中心主義、これはデパートなどサービス業ではあちこちでクレーマーの問題などでみんな苦しんでいますけれど、これは業界の方々に言わせれば、我々は「顧客至上主義」と「顧客中心主義」を間違えてきてしまったと。相手の言うことを何でもかんでも聞いて尊重する何たら至上主義というのと、相手にとって最もいい対応、相手にとって最も価値のあることをするという、要するに患者中心、顧客中心主義とは違うのに、どうもそれを混同してきたきらいがあるというわけです。私も、医療について全く同じだと思っています。

これをもう少し広げると、今の時代さきほど食品の話が厚労省からありましたが、ある一つの専門領域で事故なりトラブルが起こったときに、それはものすごく広い領域で被害が発生する社会に我々は生きているわけです。そのために私たちは飛行機でアメリカにも行けるし、おいしい物も簡単に手に入るし、車も乗れるし、すごくぜいたくができるようになってきました。一方で、残念ながら、私は食品の専門のことも車の専門のことも原子炉のことも、もちろんわかりません。しかし、原子力で事故が起これば、その後何十年も大変な被害が発生するという、そういう社会に我々は生きているのです。つまり、こういう患者至上主義、患者中心主義の問題の本質は、実はそういう専門家、私であれば医療の専門で、私のメス一つで患者さんがそこで死ぬかもしれないという特殊な技能と知識を持っている人間が、生活者である相手に対して、どういうふうに情報共有を図って意思決定をやっていくかという一つの時代の課題だと思うのです。これは弁護士さんも同じだと思うのです。法律という非常に高度な専門知識を持っていて、しかしそれが生活者である、あるいはある事故なり被害で本当に心に傷を負った人に向かってどう立ち向かうのかという問題がたぶん突きつけられているのです。

医療界では、『To Error is Human』という本が出て、医療事故の問題が取り上げられそれ以後、IOMという米国科学アカデミー医学研究所がこういう本をたくさん出しています。この本が出ている中で、彼らは21世紀の医療にかかわる専門家の教育ということでシンポジウムをやって、そこで提出しているのが「Patient Centered Care」を提供する、つまり患者至上ではなく「患者中心のケアを提供する」ことがやはり最も大事な我々のテーマなのだ。そのときに、「Work in interdisciplinary teams」というのは、多職種チームで仕事ができなくては駄目ということなのです。医療現場には、看護師さん、検査技師さんなどいろんな職種の人があります。さらに社会に向けては、ソーシャルワーカーとかいろいろな人もいます。でも、もっと紛争の問題、あるいは医療を一生懸命やっても発生するある種の有害事象後の問題に関して言えば、ひょっとしたら弁護士さん、あるいはいろいろな法曹関係の方々と多職種連合チームを作ってやっていかなければならないのかもしれないかもしれません。

そうはいっても、医学や科学の進歩というのは圧倒的に優れていますから、「employ evide

nce based practice」、やはり証拠に基づいたきちんとした医療は勉強して提供できるようにしようということです。それから、「apply quality improvement」というのは、たとえば、事故報告を学習に結びつけるようなクオリティーコントロールの問題です。こういうものをどんどん適用していく必要があるのです。最後は、「utilize informatics」ということで、この時代ですから、コンピューターをつかえないと駄目、情報技術を使おうということがテーマなのです。

医療界では、もちろん枝葉の部分ではいろいろなことを言っているけれども、本幹としては、21世紀にこういうことをどんどんトライしてやっていこうという流れになっていると思うのです。そんな中で、さっきのIOMの出している一番新しいものは、『Transform in preventing medication error』という、お薬の間違いを防ぐという本で、最近1年以内くらいに出ているものです。このIOMの出している研究の成果というのは医療界にとって非常に大事なもので、しかし逆に医療界のみならず、21世紀のケアの問題の一つの大事なありようを示しているのです。薬を使うシステムについて、我々は今どこにいて、今後どんなふうになったらいいのかという話がありますが、これははしょります。

最後になりますけれども、もう一つ、シドニー・デッカーという人の本を紹介します。裁判所に行くと、剣とはかりを持って女神が立っているわけです。そして目隠しをしています。あの目隠しは、いろんな雑念を払って、公正にするために目隠しをしているという説と、現実は何も見えていなくて法廷はいいかげんだという説と、両方あるのですが、デッカーの本は、この目隠しを外そうとしているのです。実は副題を「Balancing Safety and Accountability」というもので、これは芳賀繁という立教大学の心理学者が翻訳して、たぶん秋に出ると思います(『ヒューマンエラーは裁けるか』)。例の医師の刑事責任の問題もそうですが、責任追及の問題と安全のために何を守らなくてはいけぬかというバランスをしっかりと考えていかなければいけません。それを、JusticeではなくあえてJustと言っているのがポイントなのですが、『Just Culture』という本が訳されて出ます。これは予告みたいですが、秋の「医療の質・安全学会」のときに、芳賀繁さんにしゃべってもらって、シンポジウムでこういう問題を議論するようになりたいと思うので、関心のあるかたは、その本を買ってぜひ来てください。

それで、どうしてかということ、結局正義一辺倒では、残念ながら安全の問題をクリアできないというのが、工業界、原子力、いろいろな領域で言われている一つのポイントなのです。ただ、ではそこはなんでもかんでも免責でいいのかということ、そんなことはないわけです。では、そのバランスをどう取るのかという議論を、みんなでやっていこうという話なのです。

「医療ADRに期待するもの」、やはり医療は、不確実で限界があるとさんざん言われています。でも、そうであれば、当事者が救済される制度設計を考えないと駄目なわけです。それを、われわれ医師会を含めやってこなかったということは、確かにあるわけです。今からでも遅くないので、無過失の問題をしっかりと考えていこうと。これはADRの中でそういった問題について、いろいろと気づくと思うのです。この人にとってどういう補償が一番大事なのか。それから、当事者の再生の問題。これは実際に被害を受けられた方がいかに生き直せるかということが一番大事で、その時に今日紹介したケアの思想というのは役に立つでしょう。また、

多様な対応ができることが大事で、患者さんとかご家族でもいろいろな人がいるのです。それでいろんな要求があります。それに対して、あまり窓口の狭い一辺倒な対応はまずいだらうと。そういう意味では、こういった弁護士会が頑張ってくれて立ち上げてくれた医療ADRには、私はすごく期待しています。

私は医療安全の専門なので、やはり各パーツが機能するようにADRが動いてくれるといいなと思っています。このあときっと鈴木さんからそういうお話があると思いますが、東京の弁護士会をはじめ、各地で医療ADRの取り組みが動いていますから、それに対する期待は大きいです。繰り返しになりますけれども、専門領域、専門家と生活者との情報共有と意思決定をどう考えるかというのは、これは根幹にある一つの問題です。それから、当然、みんなつらいんです。治ると思って治療を受けたら、傷つけられた。だから、そういう悲嘆体験、喪失体験からの回復というのを、我々はどう考えるのかということです。最後に、安全という観点では、そういったことから我々は学習して、安全な文化を確立していくというのが一番大事で、医療ADRの中で、そういったことがうまくファンクションする方向に動いてくれるといいなと思っています。

ご清聴、どうもありがとうございました。

司会：長谷川先生、どうもありがとうございました。本当に幅広い観点からお話しいただいて、無能な司会者には要約できないぐらいいろいろな期待をいただいたような気も致します。

それでは、第2部に入ります前に、若干休憩をいただきたいと思います。それでは、3時20分ごろから始めたいと思います。それまで、少し休憩をお願いいたします。

## ◆第2部

### シンポジウム「対立から対話へ ～納得のいく解決に向けて～」

司会：それでは、壇上におられる方々をご紹介します。

まず、一番左端は、先ほどご講演いただきました長谷川さんです。よろしくお願いいたします。皆さん方から見まして向かって左におられるのが、地元岡山の医療関係者としてご出席いただいております青山興司さんです。独立行政法人国立病院機構岡山医療センターの院長をお務めになっておられます。次に、豊田郁子さんをご紹介します。豊田さんは、ご自身が医療事故の被害に遭われたというつらい経験を乗り越えて、現在医療機関内において、医療安全に取り組んでおられる方です。よろしくお願いいたします。次に、東京弁護士会所属の鈴木利廣さんをご紹介します。鈴木さんは、患者側の代理人によって構成されております医療問題研究会の代表をしておられます。また、医療専門のADRの先駆けであります、東京三会の医療ADRにも深く携わっておられますので、今日はそのようなお話もいただけるのではないかと思います。よろしくお願いいたします。そして最後に、本日のコーディネーターをお務めいただきます、稲葉一人さんをご紹介します。稲葉さんは、現在中京大学法科大学院教授をしておられまして、本日の企画のプレ企画とも言える模擬医療仲裁のときには、法律家の仲裁人役という、非常に難しい役を担当していただきました。今日はまた難しいコーディネーター役をお願いしたいと思いますが、よろしくお願いいたします。

それでは、ここからはマイクをコーディネーターの稲葉さんにお渡ししたいと思います。よろしくお願いいたします。



稲葉氏：はい、ありがとうございました。

時間が押しておりますので、最初に全体の時間的な配分だけお話ししておきます。この後、鈴木さん、豊田さん、青山さんということで、約15分ずつお話をさせていただきます。その後、長谷川さんに少しコメントをしていただいて、私が少し司会するような形で、今日のお話を踏まえて、今日の題である「対立から対話へ ～納得のいく解決に向けて～」、岡山のセンターは何ができるのか、どんなことが問題点で、どのようなことをこのような手法で解決していかなければならないかをディスカッションしたいと思います。最後には、鷹取さんに、決意表明をしていただいて、17時にはきっちり終わらなければならないようになっております。実は、この後に場所を使うといわれておりますので、最後が17時と決まっていることだけご了解いただ

きたいと思います。その意味で、会場から質問を受けたりすることがかなり難しい状態であるということもご理解いただいた上で、今日のお話をそれぞれ聞いていただけますでしょうか。

それでは、迫っておりますので、最初に鈴木さんからお話をさせていただきます。ご紹介は司会者のほうでしていただきましたので、あとは鈴木さんに15分間お願いしたいと思います。よろしくお願いたします。

鈴木氏：弁護士の鈴木利廣です。この岡山には、29年前に初めて来ました。日本弁護士連合会の人権大会が秋の10月に行われて、そのときに日弁連では初めて本格的に「医療と人権の問題」を取り扱いました。第一分科会で、私はまだ5年目の弁護士でしたけれども、その実行委員をさせていただいて、「健康権」ということで、医療との関係で健康に生きる権利をどのように構成していくのか、そこで問題なのはどんなことが問題なのか、その中心に医療事故を取り扱い、制度的な問題、紛争解決の問題、そういうものを29年前に取り上げたことを、今日岡山駅を降りたときに思い出しました。日本弁護士連合会の中で私たちはまだまだ若手でしたけれども、先輩方に随分たたかれましたけれども、医療を充実させることによって健康に生きる権利を実現していこうじゃないかということをやりました。29年たって医療に伴う紛争解決をどうするのかということで、改めてお呼びいただいたことを感謝したいと思います。

私のレジュメは配布資料の9ページ以下に出ていますので、今日は対話型紛争解決が主題ですから、皆さんの顔が見えるように電気を消さないでお願いしたいと思います。それを見ながら、またもしお手元に配布資料がない場合はスライドを見ていただくということでいきたいと思います。前半は、ちょうど2年前に始まりました東京三弁護士会、東京に三つの弁護士会がありますけれども、三弁護士会で始まった医療版ADRの中間報告をさせていただきたい。弁護士会として正確な意味で中間報告したわけではなくて、私個人として数の集計などをして印象を述べることとなります。後半は、医療事故紛争について、対話型紛争解決というのはどんな課題や考え方があるのかをお話ししたいと思います。

2007年9月、ちょうど2年前に、東京三弁護士会の各仲裁センターの中に医療ADRを新設しました。さかのぼると、2002年4月に東京地裁の民事部に医療集中部ができました。その前の年の4月に優先配転部ができてトライアルが始まったわけですが、これは1998年に始まった新しい民事訴訟法の理念をもって、医療事故紛争、つまり医療訴訟がどのように新しい審理方式になるのかを裁判所が提案してスタートを切ったということです。

この方式は、我々は90年代に入って既にあちこちで実践してまいりましたので、裁判所の考え方はあまり違和感なく、この審理方式をご説明すると長くなるので今日は割愛します。4人の裁判長の下に四つの部ができて、東京三弁護士会とどのように対話していくのかということで、翌年、東京三会という協議会の中に医療関係事件検討協議会を作っていただいて始まりました。

つまり、当時は医と法の対話をどのように展開していくのかということと、それから法の中でも裁判所と弁護士会は対話しないところだったのです。東京という大きいところでは、裁判所と弁護士会は、幹部の対話はあるけれども、日常的に専門家同士の対話はあんまりないという状況でしたが、裁判所と対話しようと。患者側弁護士と医療側弁護士も対話しないのです。お互

いに遠くから石を投げ合っているという状況でしたけれども、やはり医と法の対話、そして裁判所と弁護士会の対話、そして弁護士の中における医療側弁護士と患者側弁護士の対話がこの当時既に始まりつつあった状況の中で、この協議会が設置されました。

実は、ADR利用促進法と呼ばれている法律が2004年12月に国会を通過して、2007年4月に施行されることが分かっていたわけです。そういう中で、2007年4月のADR促進法の施行に間に合うように、医療事故分野においてADRのあり方を考えようじゃないかということで、私は2004年度に全体委員長だったものですから、小委員長になって、2005年4月から1年かけて、医療事故紛争とADRのあり方についての提言書を取りまとめる。そして、その提言書を東京三会の中の仲裁委員会にお願いして、何とか仲裁の仕組みの中でやらせていただけないでしょうかということで、2007年度にご了解いただいて、2007年の後半、9月からスタートしたことになります。

(東京三会提言)

この提言の趣旨はここに書いてありますが、問題点としては、医療事故紛争は一般の経済事件以上に当事者、とりわけ被害者の心情に配慮する必要があるというのが、我々専門弁護士の長い経験の中で出てきたことでもあります。そして、専門紛争における責任判定が非常に難しいということです。それから金銭問題に関しては、一方で損害保険の枠にとらわれる有責判断が非常に厳しい、そして、裁判所の中でも、損害額の算定はほかの事件に比べて極めて特殊な形態をたどっています。

そういう中で解決策として、まずは心情に配慮する形で、診療情報の積極的開示と説明責任を促進しようじゃないかということですね。紛争解決の場合には、当事者間の格差を是正することが非常に大事だと思うのですが、医と患の間には情報格差が大きく横たわっていて、紛争解決を妨げているということになります。二つ目は、既に当時始まりつつあった、院内・院外の事故調査委員会の報告です。こういうものを責任判定や事実の調査に活用していこうということでもあります。そして、医療事故紛争を長く手掛けてきて、紛争の実情を知っている専門法曹が関与するというところで取りまとめをしました。

そして、医療版ADRとして、我々が最も使い勝手のいいところとしては、各弁護士会によって名前は区々ですけれども、弁護士会の中にある「仲裁センター」を活用する。仲裁委員に専門弁護士が関与することです。そして、三会の医療協議会では、患者側弁護士15名、医療側弁護士15名の合計30名の名簿を作りました。この名簿をそれぞれ三つの仲裁センターが、勝手にといいますか、それぞれの実情に応じて活用していただくようにしました。仲裁、協議会との間で、専門弁護士2人でやるよりも、むしろ仲裁の専門家が3人目として真ん中に座ったほうが円滑にいくのではないかと考えたのです。我々も、仲裁のスキルに関しては必ずしも専門家ではなかったということもあって、3人体制を原則にしながらやっていたんじゃないかと。

ところが、従来の仲裁センターのいろいろいきさつがあって、三会で3人を原則にするのかどうか、人材が確保できるのかどうかなど、さまざまな問題で、統合の方向にはいっていませんけど、三会が1人体制、2人体制、3人体制はそれぞれの事案や会の実情に応じてやっている。我々専門弁護士からすると、3人体制を原則にしてほしいということで、今、進めています。

そして、従来、弁護士会の仲裁センターでは、医事紛争に関しては責任に争いのある事案については受け付けないとしていました。紛争解決が難しいからです。しかし、責任のある事案について積極的に受け付けていかなければ、医療版ADRの名に値しないということで、それも受け付けるということです。そして、専門医の協力に関しては将来の課題にしようということになりました。

2009年8月末で丸2年になるわけですが、09年6月までの集計で80件です。うち3件が病院からの申し立てになります。そこで最初の1年間、つまり2007年9月から08年8月末までの最初の1年間51件について数の集計を、その後の1年に関してはまだ流動的で動いていますので、きちんと数を集計してもあまり統計的なものにならないだろうと思ひまして、私は1年間をずっと追い掛けて集計をしてきました。三つの弁護士会でそれぞれスライドのような件数だったわけです。

中間取りまとめとしては、相手方応諾率ですね。主には患者さん側が申し立てをして病院が応諾するかどうかということです。これも3人体制、2人体制、1人体制というそれぞれの弁護士会のいろいろな事情で使い分けをしているわけですが、最後の線を引いたところだけですね。応諾については、2、3名体制は応諾率が高いが、1名体制の場合に応諾率が低いのです。つまり、病院側は専門法曹がかかわって3人でやってくれているということで、話し合いを試みようかという動機付けがされているのではないかということを示唆していると思います。

代理人の就任率ですけれども、双方に代理人がつく場合、申立人側のみ、相手方のみ、双方なしは、こんな件数になっていますが、これも病院側、医療側の代理人がある場合の応諾率がないものに比べて優位の差があるのですね。この辺も後で出ますけれども、病院側弁護士の役割が非常に大きいのではないかと思います。

応諾事案32件中の終了の30件であります。応諾したもの、つまり本格的な示談戦が始まったものの、2件はまだ終了報告がないということで、かなり長くかかっているやつが2件あるのですが、その終了の30件を集計してみました。全体としては17件が和解成立ということで、57%です。結構争いのあるものが少なくないものですが、結構な成立になっている。成立事案については、3名体制が10件、2名体制が2件、1名体制が5件ということです。

全体としての結論としては、成立率は2、3人が67%で、1人体制が42%ということで、専門弁護士が関与した事案のほうが成立しているものが多いということになります。しかも、成立事案と不成立事案などを見ても、医療側に代理人がついたものの成立が高い。ここでも病院側に弁護士がつくことの示談成立に向けた有効性があるのではないかと思います。何回ぐらいやっているのか。大体一月に1回ぐらいですけれども、成立したものが3.3回、不成立が2.6回。これも3人体制、2人体制であまり差がないように見えるのですが、専門弁護士が関与したほうが成立に向けてしつこく努力をするという傾向があって、不成立の場合の回数が1人体制の場合には1回目で見えなくなる傾向にあるようですけれども、2人体制の場合には結構長くかかって最終的には不成立になるということになっています。ですけれども、3人体制の有効性が一つの取りまとめになる。

細かくは、来年の3月に向けて中身に手を突っ込んだ分析をしていますので、どういうとこ



ろが成立の要因になっているのか、不成立の要因になっているのかを見たいと思いますが、私の印象としては、3人体制、つまり専門弁護士が関与することで紛争の実態を知っているということですから、争点整理がしやすい。それから、昨今医療側の説明責任が強調されている、そういうご時世であるということを経験側の代理人が自分のクライアントである病院にきちんと説明して、とにかく説明責任は尽くすということです。そういう中で、専門弁護士同士は法廷での熾烈な争いをしていますので、何とかこの紛争を裁判にせず解決するというところに共通の価値を見いだせないのだろうかと考えます。合意形成に向けて努力をしているところが、3人体制の有効性に関与しているのではないかと思います。それから、先ほど言った医療機関の代理人の役割、これも数多く病院側で紛争解決をしている人が実情をよく理解しているところに意味があるだろうと思います。

#### (法志向型と対話自律型)

このADRを考える上で、昨今、法志向型と対話自律型を対立的なものにとらえているというご意見もあるのでありますが、私は対立的にとらえるべきものではないと考えています。紛争解決というのは、権利義務関係を軽視せず、かつそれだけに頼らない、感情や心情への配慮を十分していくことが大事だと思います。医療事故への公正な社会的対応は、これは別に医療事故に限らないのですが、日常的な安全対策となって、しかし、それでも事故は発生すると、しかるべきところに報告されて原因究明がされている。それは再発防止や被害者対応に生かされる。例外的に刑事捜査が開始する場合もある。

しかし、99年まで医療事故紛争は何もなかった。つまり、被害者対応、文句があるなら裁判でも何でもどうぞということしかなかったわけです。歴史上、1903年に初めての医療裁判が始まったわけでありましたが、100年間医療側は対話を拒んできたという中で、最近は医療側の中でも対話による紛争解決が重要だということが認識されてきたのだろうと思います。被害者の対応としてはいろいろな要求があるわけですが、被害者の思いを念頭に置きながら紛争解決をしていくことが大事だと思うのです。

一番優先順位の高いものは、やはり原因究明、情報開示、説明責任、そこが被害者達の願いになっているわけですが、そこに関してはつい最近まで十分な対応や仕組みが無かったこととなります。こういう心情を理解した上で、まずもって当事者間の対話による解決が重要である。対話が困難な場合には、仲裁的な第三者が関与するとか、公的な紛争解決の仕組みとしては、従来、一般事件については裁判外の対話は結構あるわけですが、医事紛争に関しては司法しかなかったのです。そこに当事者間の話し合いやADRという公的な仕組みも出来始めたのです。これは先ほど長谷川先生から出ました、事故調査や無過失補償制度がないとうまく機能していかないということです。

#### (紛争解決の基本的考え方)

このスライドが私の一番言いたいことですが、対話による紛争解決については、力関係の是正が極めて重要であります。親子のけんかで、お父さんが子どもを見下したような背の高さから、「君はこういうことをしなきゃいけないんじゃないか。約束しなさい」と強く言って、嫌々「はい」と言わせる。これは対話による紛争解決じゃないわけです。やはり力関係、

対話というのは対等、平等でないと成り立たないものですから、医療における医と患の力関係の格差は情報格差であります。医学という知識、そして何が行われたのかという診療情報です。こういう情報の格差をきちんと是正するという事です。それから、お互いに相手方の心情に配慮する。その上で、第三者的に仲裁人が必要であるということでもあります。

これはWHOの患者の権利の促進に関する欧州会議が、今から15年前に出した患者の苦情解決に関する宣言の中に出てくる文言であります。最後のところだけ目を通していただきたいと思えます。「患者は自分の苦情について、徹底的に、公正に、効果的に、そして迅速に調査され、処理され、その結果について情報を提供される権利を有する」つまり、紛争を解決することは患者の権利であるという考え方です。今、院内の紛争解決と院外の第三者機関、相互に補完し合いながら、院内できちんとした対応が取られないようなところが第三者機関に持ち出しでもなかなかうまくいかないわけです。院内の紛争解決については、患者の権利擁護者をどう確保していくのか。もう既に20年ぐらい前にペイシェンツ・ライツ・オフィサーとか、ペイシェント・アドボカシーという考え方で、欧米では医療現場において患者の権利擁護担当者をどう作っていくのかということがスタートしていますけれども、院内ADRとか院内紛争解決はそういう延長線上にあるのだらうと思えます。

稲葉氏：いや、構いません。これぐらいの延長は大丈夫です。多分、中間の取りまとめの中身について、鈴木さんが今ご理解している範囲の中でもう少し質問をしたいというところが出てくると思いますが、その点はちょっと後に置かしていただけますでしょうか。

まずは3人の方のお話を聞きたいと思えます。豊田さん、大丈夫ですか。それでは、駆け足のような感じなのですが、豊田さん、お願いいたします。



豊田氏：新葛飾病院の豊田と申します。よろしくお願いたします。私は、今ご紹介いただきましたように、2003年3月に5歳の息子を医療事故で亡くしました。これがそのときの新聞報道ですが、内部告発がきっかけで、テレビでも大きく取り上げられた事故、この内部告発が無ければ、多分私たち遺族は泣き寝入りしていたと思えます。それほど痛ましいことが起きたことを証明するのが難しい事例でした。

息子は明け方におなかが痛いと訴えて、病院を2回受診して、その後入院するのですが、病院の中で重篤な状態になっていたことに気付いてもらえず、そのまま病室にショック状態になって亡くなりました。

当初、病院が説明をしてくれない状況でしたので私がカルテ開示の申し出をして、説明を受

けましたが、そのころは決して裁判にしたいと思ったことはありませんでした。ですが、その後被害を何重にも受けたような思いをしまったので、病院を恨むようになっていき、そして裁判を考えるようになりました。でも息子の事例は医師の不作為に当たる事例ですので、裁判は非常に難しいと言われ続け断念しまして、その後和解に至りました。今ここに載っているものは、私たち遺族が傷ついた場面です。

先ほどから長谷川先生がいろいろ説明されていて、調査報告書の話などいろいろ出てきましたけれども、私の息子の場合には、調査報告書が遺族に直接手渡されることなく、記者会見の場で先に報告書を公表されてしまったということがありました。その後、私はその報告書を手にはしましたが、ショックだったのは、事実関係が違っていることでした。家族に一切聞き取りをしていなかったのが、医療関係者にだけ聞き取りをして作った報告書は、私たちにとっては傷つけられるもの以外の何物でもありませんでした。息子は最初「麻痺性イレウス」と診断されていたようですが、実際には緊急手術をしないと助からない「絞扼性（こうやくせい）イレウス」だったのですが、そのことについては診療経験の少ない医師にその判断は難しいということで終わらせられてしまって、内部告発の中に書かれていた、実際には看護師が外科のコンサルトや大学病院の転科を何度も勧めていたのに、先生はそれを無視してしまったということについては一切触れられていませんでした。根本原因を究明してもらえないような内容ではありませんでした。

私の記憶と病院の記憶に違いがあります。8時半から10時半までの2時間の間、先生は息子のところに来なかったのですが、病院が回答しているのは「9時半に、1時間後に診察と説明をした」と言っているのです。病院はこのことを証明するのに「採血の結果が出た時間がこの時間でレシートに印字されているからこの時間に説明しているはずだ」と言いますが、説明しに来ているのは、実際は10時半なんです。それを私たちが立証することができないということがあって、こういうところも不信感につながっていきました。

報告書の最後のところに、実際に事故調査委員会を立ち上げて検討したのが全部で10回あり、その期日が載っていたのですが、私がすごくショックを受けたのは、カルテ開示を受けた際に、実はすでに4回審議されていたことです。私たちに審議していることを一切言いませんでした。もう一つ問題だと思ったのは、当事者や関係者や、または事実確認をした人がその場に同席していませんでした。病院長と小児科部長、責任者は出てきてくれましたが、その人たちは事実確認をしていないのでカルテに記載されていること以外は説明ができない状態でした。ですので、最終的に私たちに話したことは「担当医師は最善を尽くしました。これ以上に関しては第三者に判断していただかないと分からない」ということしか言えず、つまり、裁判をするならどうぞしてくださいという意味でした。この時点で対応をシャットアウトされました。

このようなことから、私たち遺族が最も傷ついたことは、死因を知ることとは別に、急変するまでに何が起きたのかということをも主治医や責任者はなぜ説明してくれなかったのかということ。それからもう一つ、院内の事故調査委員会で審議していたことをカルテ開示の際になぜ黙っていたのか。これは今でも不思議でしかたがないです。そういうことをされたら、隠ぺいしようとしていたとしか思えないと思ってしまう。

このような形で病院を恨むような日が続いてしまったのですが、その後同じように医療事故を経験した遺族の方が私に声を掛けてくださって、事故体験を語る講演活動を少しずつ始めるようになりました。その中で医療事故問題で患者を支援してきた新葛飾病院の清水院長と出会うことができました、患者の視点で医療安全の職を担ってほしいという依頼を受け、2004年10月から新葛飾病院の患者支援室に勤務しております。この部屋には医療安全対策室と、患者さんのための図書室、患者相談窓口の三つの機能があるのですが、現在私は主に相談窓口の相談員の役割を担っています。ですので、今は逆の立場で、医療事故やトラブルが発生した際に病院の職員として、患者さんに対応するという役割を担っています。

被害者としての活動は今も続いていまして、昨年2月に、患者の視点で医療安全を考える連絡協議会というものをつくろうと、発起人有志でまずその準備会を立ち上げました。その後10月に正式に発足しました。現在は被害者の会5団体を中心に活動しているのですが、この会は、被害者の人たちだけで固まって活動しようということではなく、ほかにも弁護士の方、ジャーナリストの方、さまざまな立場の方々の支援を受けながら緩やかな連合体を作っていきたいと考えていて、その中で提言していきたいこと、要望などを行政や医療側に届けていき、対話を持ちたいと思っている会です。

今、医療事故の対応の中で、ADRが盛んに言われるようになってきましたが、医療事故調査機関設立について、厚生労働省で2年前から議論が重ねられてきましたが、それが立ち止まってしまっていることもありまして、医療事故被害者や家族、遺族が、最も重要だと思うことはどの部分だと考えているのかを、昨年9月にアンケートを採りました。「最も重要な目的について、あなたの考えはいかがですか」という質問をしました。次のいずれですかということで、「1. 真相究明、2. 紛争防止・紛争解決、3. よく分からない」という質問をしました。その結果、真相究明を第一義とする方が圧倒的に多くて、37名の方が第一義とするという回答をされていました。ほかにも、真相究明だけではなく紛争解決も最初から必要なのだという人もいましたし、再発防止の取り組みも最初から考えてほしいという方も確かにいたのですが、でも、それはトラブルになってしまって、傷つききった人たちも回答していることから、紛争解決は最初からという人もいますけれども、多くの方はまず真相究明をしてもらいたいのだという思いがこのアンケートにはつづられていました。

まとめてあるものを読みますと、「裁判に勝訴・和解をしても、なお多くの医療被害者が納得できない思いを抱いているのはなぜか。それは真相が明らかにされないまま紛争が終結したからなのです」、「ほんの10年前には、患者は医療裁判をしない限り、カルテさえ見ることができませんでした。調査だけでは何ら意味を持たないと考えます。その後の被害者家族を救済する制度が無ければ」、「現実を受け入れるための事実が欲しい」といった回答などがありました。

私は、一番大切なことは医療事故の当事者同士、または関係者が相手を知ろうとするプロセスだと思っています。「解決に向けて」という言葉が適切な言葉かどうか分かりませんが、実際に病院の中で対応していると、患者さんが理解や納得をしていくまで、そして事故を起こした当事者の人たちが理解や納得をしていくまでには、本当に長い時間がかかることを実感しています。長い時間がかかる中で、その前提として被害者の方が何を願っているのかを医療者の

方に知っていただきたいと思います。「医療事故が起きたとき、患者、家族、遺族の一番の願いは、何が起きたのかを知りたいということ。情報開示がなされた上での正直な話し合いが必要だと思います。それから、医療事故の被害に遭ったと感じた患者や家族は事故発生時に、最初から紛争だとは思いません。正直な話し合いをするために、当該医療機関は何よりも真相究明に向き合うことが大切ではないか」と申し上げたいと思います。

ですので、当該病院がしっかりと対応することが一番大切ですが、それでも、どうしても第三者機関に依頼せざるを得ないケースがあると思います。今、紛争解決センターに依頼しているケースが1件あります。詳細はまだ申し上げられないのですが、このケースは患者さんが疑問を持たれて少し落ち着いたころにお手紙をいただきまして、主治医と私でご自宅に伺って、説明をしました。そのときはある程度理解できましたということで、私たちは帰宅しました。ところが、数カ月すると、分からなくなってしまったと言われました。そういうふうに言われて、主治医が口頭の説明ではわかりにくいのだと反省をして、もっと分かりやすくと文章に書いて、それを持って主治医と私で伺って説明をしました。そこで患者さんは納得されました。

ところが、よく考えたけどどうしても納得いかないと、病院長にお手紙が来ました。そのときにご自身がおっしゃっていたことは、術前にリスクの説明を受けた。記録も実際残っていて、サインもしている。だけれども、まさか自分がこういうことになるとは思わなかった。説明を受けたことは分かっている。でも、それでも納得ができない。それから、事実を正直に伝えてくれているのは分かるのだけれども、内容が難しくてもどうしても理解できない。ということで、私たちのほうでも話し合いをしまして、双方にとって、第三者に介入していただくことが必要なのではないかとということになって、ご本人にお話ししたところ、ぜひそうしていただきたいということになりました。

今、まだその最中ですがけれども、話し合いを重ねた結果、患者さんがそちらを選択されるケースもあると思います。こうなったからといって、私たちが全く連絡を取らないことはありません。いつでも連絡が取り合える環境になっております。このようなケースはADR機関に依頼することも選択肢の一つではないかと思い、ご紹介させていただきました。ありがとうございました。(拍手)

稲葉氏：どうもありがとうございました。私は豊田さんのお話を聞くことがよくあるのですが、毎回毎回感銘を受けます。皆さんも同じような思いを受けられたのだらうと思いますけれども、事故の被害者の方がこういう場面でお話しすること自身、非常につらいことであるということは私たちも配慮しなければならないのだらうと思います。これは対応する場面で、先ほどから配慮のことが出てきましたが、そこはいつも考えながらやっているつもりです。

さて、用意ができれば、青山さんにいきたいと思いますが、できましたか。それでは、お願いいたしますでしょうか。

青山氏：私は、ここにペーパーがないので、ここで説明させていただきます。先ほどから、やはり豊田さんのようにメディエーションが非常によくできる方でも、外部のADRを必要とす

るような例もあるということで、岡山でADRを作られるということは非常にいいことだと考えていますが、実は岡山のADRの特徴は、医療従事者がその中にかなりの位置を占めるというか、参加するという立場を取っておられます。



残念ながら、私が拝見した限りでは、岡山が出しておられる医療ADRは、医療従事者が非常に参加しにくいと思います。このままでは実現が難しいかと思しますので、これを維持するにはどのようにしたらいいか、その一点に絞ってお話をしたいと思います。つまり、医療ADRの目的は「納得の解決、不満の解消」です。解決までの時間が短縮されること、経費もこれに含まれていますけど、これが一番大きな目的だと思います。

しかし、納得の解決というのは、医療紛争においては100%納得のいく解決は無理なのです。なぜかといいますと、これは医療の持つ特殊性であります。すべての患者は病院に改善を求めて来られるわけです。そのため改善しないと期待に添えないことになるわけです。けれどよく考えてみると、死にたいと思って来られる人はおられませんから、死亡例は全例当てはまらないのです。また、よく知れた合併症があり、これは20%の合併症の範疇だ、と言ったとしても、20%といったら5分の1ですけど、実は20%に入った人にとっては100%なのです。すなわち5分の1の人は決してその期待に添えないということになるわけです。

本来、医療というのは100%納得のいく解決は無理な仕事だと考えられます。一方、医師は決して悪意ではなくて、精いっぱい善意でやっているつもりなのです。ですから、そこには必ずギャップが生じる。これは医療の本質だと思います。

そうすると、納得のいく解決するためには、どうしたら良いかといいますと、紛争が起きた場合、患者、医療者、双方が歩み寄らなければなりません。患者もそうですが、医療者もそうです。両方が歩み寄ることに意味があるわけです。そのとき、これはキーワードですけど、特に医療者は"相手の気持ちになって考える"必要があります。自分の家族ならどうするだろうかと、これは非常に重要なことなのです。また、患者は、相手を信頼する気持ちを持つことが必要です。医療者は情報提供、真実を話すことが重要です。そして、期待に添えなかったことに対して、謝罪の意を示す。これも医療従事者の重要なことだと思います。ADRの役割は、納得への手助けをすることであり、決して誘導ではなくて、中立的な立場で信頼を得ることが重要であると思います。

岡山医療ADRを見てみますと、①医療事故ではないトラブル、②医療機関が過失を認めた例、③医療行為に対して紛争が予想される例、をすべて取り扱おうとしておられます。これは非常に難しいわけです。とにかく一番難しいのは、医療行為に対して紛争が予想される場合ですが、それには専門的見解が必要ですから、医師の協力が必須なわけです。だけど、今の形で

は医療者の協力を得るのはまず無理だろうと思います。

これは風が吹けば桶屋が儲かるというような話かもしれませんが、今のままでいくと窓口を広げますから、対応例が非常に増えることが推測されます。そうすると、今ですら忙しい医療者のほとんどが参加を拒否することになります。結果として、医療者の要望に病院が応えないことになりますから、患者さんも弁護士も、マスコミを含めて、医療側を非難することになります。

その結果、私たちが納得しないうちに弁護士会が作ったからだと、医療者の不満は、弁護士会に向くわけです。そうすると、医師と弁護士の関係が悪化するわけです。そうすると、医療者はさらに協力を拒否することになります。この岡山ADRは医師の協力がなかったらできない特色ですから、自然消滅につながる可能性が高くなるわけです。これでは困ります。

なぜ岡山医療ADRはそうなったのか。それは、医師の意見をほとんど聞かずに弁護士会のみで始めたことにあるわけです。これは大きな問題です。弁護士会は「医師に説明はした。説明をしても医師が耳を貸さない」と言うでしょう。そのとおりなのです。事実一部の弁護士は、医師の意見を聞く事に相当努力をされた事を私はよく知っております。しかし、ほとんどの医師は、医療ADRの知識がありません。だから、弁護士がいくら言おうと、そんなものに耳を貸しません。先ほど言いましたように、何となく対象例が増えて忙しくなるのがいやと思うだけです。これは医療者のADRに対する知識不足による事が多いと思いますが、現実には、多くの医師たちは興味がなく、必要性も感じていないのです。それが問題なのです。

その理由の一つは、医師と弁護士のコミュニケーションがないからだと思います。実際に弁護士の人と会って話をしますと、弁護士は「医師は弁護士を憎んでいるのではないか」と思っている人が以外と多いわけです。これには少々驚きます。

本当に弁護士に対して医師は悪い感情を持っているのでしょうか？個人的興味で恐縮ですが、私たちの病院で、一般医師80名、医長クラスの医師20名で、医師の弁護士に対する感情について聞いてみました。弁護士についてどういうふうに思うのかの質問に対し、若い医師は「裏切られる可能性があると思うので付き合いたくない」「医師にとっては敵のように思う」という悪感情が12%ありました。72%は無関心またはどちらでもない、残りの16%が好意的に考えている、との事です。

20年以上の医長クラスの医師は、「弁護士は嫌いだ」というのが20%。「無関心 特別な感情はない」が36%でした。長く医療に携わっている人たちの45%が好意的に考えているし、あるいは親しくなりたいという結果でした。誤解を恐れず、私なりの独断で医師の仕事と弁護士の仕事を考えてみますと、求める方向性の考え方には相当に違いがあるとおもいます。ある一つの事項の対応の仕方として二つの意見があった場合、医師はどうかして一つの良い方向を求めていこうと考えるわけです。弁護士は、二つの意見があった場合、どちらもであっても、そのなかで自分に有利なものを見つけ出し、その方向を主張するという立場を取ります。その点で弁護士と医師はその育ち方が違うのです。そういう背景を考えると、年を重ねれば重ねる程、離れていくのではないかと思いましたが、結果は少し違って、経験のある医師は弁護士と親しくしていたり、弁護士の仕事を認めているということで、これは面白い結果だと思います。

ついでにという訳ではありませんが、今日のテーマのADRについてはどう思っているかも尋ねてみました。若い先生方は「全く知らないし、関心もない」が約29%「よく知っているがかわりを持ちたくない」が4%、ADRの勉強をしたいという人が67%でした

医長は、やはり「全く関心がない」という人が22%ありますが、「よく知っているが、かわりを持ちたくない」というのも14%あります。それで、「かわりを持ちたい」というのが64%。つまり、全体の概略60-70%の医師がADRをよく知り、どういうものを勉強してさらにかわりを持ちたいという結果でした。本院では以前にもADRについて弁護士の話をした事がありますので、それも加味する必要があるとは思いますが、この集計結果は非常に歓迎すべきものだと思います。

そこで今後の岡山ADRがどうあるべきかに関して私の意見を述べさせていただきます。まず第1にADRの取り扱い例に関して制限すべきであると思います。何でもかんでも取り扱ったら大変なことになると思います。そこでADRの取り扱い例は、

- ① 原則的に医療者が過失を認めている場合に限る。とします。  
どうしても取り扱い例を増やしたいために範囲を広げるなら
- ② 過失を認めていない場合には補償額上限を100万円とすることが必要です。
- ③ 対話回数は3回までとする。
- ④ 3年間で見直す。
- ⑤ 可能な限り内容を公開する。

この5項目が実行されれば医療者の協力も得やすいと思います。

まず争いになるようなものは、このADRでは今のところは無理だと思います。先ほど言いましたように、医療者の協力も得られていないような現状でこれをやると時間がかかるばかりで無理です。原則的に医療者が過失を認めている場合は補償額をどうするかということですのである程度解決に向かって事を進めることができます。先ほど東京では争いもやっていると言われましたけど、ADR先進県である名古屋でも制限つけていると聞いています。全国的にもADRをやっているところは過失を認めた例に限っているところが多いと思います。もし岡山弁護士会で、過失を認めた例を超えての取り扱いを希望されるなら、上限額を設ける必要があります。現状では上限100万円程度が良いかと考えていますが、金額には多少の考慮がいるかもしれません。いずれにしても比較的払い易い金額の設定は必要かと思います。ADRを熱心にやっていらっしゃる中西先生の言を借りましても、ほとんどの場合、最初は感情的な対立だと思います。ですから、医療者はしっかりと情報を公開して、真実を話し、必要に応じて謝意を示す必要があります。患者は謝意を求めることが多いので金額の上限を決めておけば医療者も入り易いと思います。

それからもう一つ重要なことは、対話回数は3回までとする事です。つまり、長引かない事が重要です。この制限があると患者側も医療従事者も、とにかく3回で解決しよう、これで解決しなかったらADRにかけた意味がないということになるので、どっちも解決しようという意志を持つこととなります。これが解決には非常に役立つと思います。そして、3年間で見直すという意味ですが、おそらく私の提言が全て実現すると、弁護士会に金銭的メリットが非常



に少なくなります。殆どゼロになるかも知れませんが、持ち出しになる可能性もあるでしょう。言い換えれば、おそらく弁護士会は当分の間ボランティアでやってもらうことになると思います。そこで3年間の期間で何をするかと言いますと、岡山ADRでしっかりと実績を出して、信頼を得る期間が必要なのです。3年間の期間に信頼を得る事が出来たなら、岡山で弁護士と医師が協力してつくった岡山ADRは本当に素晴らしいものだ、という事になると思います。そこに至って初めて、利益者負担が成り立ち、ボランティアからの脱皮が可能になると思います。当然、医療者、患者の了承は必要ですが、信頼を得るために情報の公開は非常に役立つと思います。

最後に、「この組織は病院、医師、弁護士のためではなく、患者のために設立されたものである。この目的を遂行することが結果的には病院及び医師、さらには医療界全体によい結果をもたらすことを弁護士、医師のみならず、患者も強く認識し、その趣旨に沿った責任を果たす必要がある」と思っています。岡山弁護士会の今後の行動に期待しています。以上です。(拍手)

稲葉氏：青山さん、どうもありがとうございました。途中までは本当に設立シンポのお話なのかどうかと思いましたが、最後はご希望も含めて、建設的なご意見をいただいたということで一応納得したみたいなのところがあるのですが、最初に私のほうから、プレゼンテーションをしていただいた方々に少し質問をしていきます。その上で、幾つかの論点にまとめ、もう一度議論をするというやり方にさせていただいていいでしょうか。

まず、こちらにお越しになっている方々は医療についてそれほどご存じない、あるいは紛争解決についてご存じないので、多分今日出てきた「ADR」というお話もあまりご理解されていない方がたくさんいらっしゃると思います。ADRは英語の略ですが、「裁判外で紛争を解決すること」、「裁判ではない方法で紛争を解決すること」というような大きな意味でとらえていただけたらいいと思います。

それから、仲裁とか調停とかメディエーション (mediation) という言葉も、実はお分かりにならない方がいらっしゃると思います。岡山は「仲裁センター」といっていますが、実質的に中身としては話し合いを促進するという形を取られております。だから、調停センターといってもいいわけですが、一応弁護士会は伝統的に「仲裁センター」という名前を使うところが多いということは知っておいてください。それから、調停とメディエーションは、英語の訳としては調停で、メディエーションというのは同じなのですが、ただ少しニュアンスが違って、日本では調停というと裁判所の調停を思い出すことが多いものですから、あえて「メディエーション」という言い方をしています。メディエーションという言い方は、どちらかというと、話し合いを促進するという手法を重点的に使うという色彩が強いとお考えいただければと思います。これぐらいの定義を前提にして、この後はお話をしていきたいと思っています。

皆さんのところには、岡山医療仲裁センターの「和解、あっせん、仲裁の手続きの流れ」というペーパーがありますので、これをお手元に置きながら聞いていただくと少し分かりやすいかもしれません。

それでは、まずは多分この後の議論に出てくると思うのですが、一つは最後に青山さんが受

理の事件を少し絞るべきなのではないかということに対して、東京ではこれまでそうではなかったけれども、責任に争いのある事案を受け付けるということにされた経緯と、責任に争いがある事件を弁護士会ではどうやって話し合いによって解決しようとしているか。まず、その工夫のところを鈴木さんにお話しいただけますでしょうか。

鈴木氏：従来は、医の説明責任は、患者側からみると必ずしも十分ではなかった。そういうことを前提にして責任に争いが出ているわけです。同じ情報が、共有されて責任に争いが出るといことも最終的には一定率ありますけれども、むしろ情報が共有されていないままに責任についての争いが激化していく。こういうところに着目しなければいけないわけです。

それから、さっき豊田さんが「医療被害者たちが最も重要視しているのは、真相究明だ」といいました。つまり、どういうプロセスで亡くなったのか、その原因がどこにあるのか、そういうことについて分からない、納得できないということです。医療版ADRは損害賠償責任、あるいは金銭給付というところに収れんしていく仕組みではなくて、医と患の信頼関係を回復することも念頭に置きながら対話を進めていくところにあるわけなので、さっきまとめました30件の解決事案の中にも、確か3～4件ぐらいあると思いますが、金銭給付が伴わない紛争解決、示談の成立もあるわけです。

つまり、情報を共有していくことによって双方が理解して、「なんだ、患者さんご家族はそんなところに疑問を持っていたのか」と疑問も払しょくできる。そういう意味で、最終的な紛争解決にお金が絡むこともあれば、絡まないこともあるということですから、従来、法律家が念頭に置いた医療事故を相談したいのでという、すぐに、賠償金はいくらで、着手金がいくらで、勝つと報酬がいくらという頭の回転を止めることが非常に重要なわけです。そういうことを念頭に置きますと、責任に争いのないものだけを扱っていても、全体の医療事故紛争のごくごく一部しか扱えないだろうと思うのです。

我々は始めて2年になりますけれども、これはあくまでもまだトライアルですから、岡山弁護士会のように、こういうやり方でやって、こうすればこういうふうになるのだという設計を書いて始めたかということ、必ずしもそうではないのです。今までの仲裁のやり方や、あるいは今までの医療専門弁護士がやっていた紛争解決の手法なども、いろいろ議論しながら、歩きながら考えるというやり方でやって、最初の1年なり2年間分をきっちり分析してステージアップしていこうと考えているのです。当時、既に検討の段階で、名古屋弁護士会が「責任に争いのあるものは難しい」と言って、原則的に扱わないことも承知していました。そういうことを承知しながら、本当の紛争解決に手を突っ込んでいこうということです。名古屋弁護士会の増田先生が、今日おいでになっていますけれども、現在は責任に争いのあるものも含めて対応しているのではなかったですか。

増田氏：はい。

稲葉氏：ありがとうございました。そうすると、鈴木さんが今おっしゃった、責任に争いのあ

る事案を受け付けるということをして、当然院内、院外の事故調査報告書を利用したり、あるいは被告側の代理人が付いていただくことによって説明義務をちゃんと果たしていただくということで、情報を共有しますよね。それが第一の段階。その段階で、なお責任の所在、そうすると法的な問題が少し出てきますけれども、その次のステップはどうやって越えていくのですか。

鈴木氏：責任には争いが出ますね。しかし、そこでは専門弁護士が関与していますから、責任はものすごくいっぱい争われるのではなくて、ある程度裁判になったときの論点を念頭に置いて争点が絞られてきます。しかも、争点に関しては、専門弁護士たちには、過去に判例があったり、どういうところが問題になったり、今の医学の水準が大体どんな感じなのかということがそれなりに分かってくるということです。

そうすると、次のステップは、そういう争いがある中で、この紛争を裁判所に持っていくことが当事者の利益に資するのか。当事者というのは両方です。それとも、ここで何らかの解決策を見いだして、その解決をすることが当事者の利益に資するのか。その段階では、当事者が考える紛争解決策をお出しいただくわけです。そこにさらに争いが出るのかどうかということなのです。その点では、最後のつめは保険会社を説得できなくて金銭的な争いが残る事案も結構あるのだらうと思うのです。そこは病院側の弁護士が仲裁人にいますので、保険会社を説得するためにはどういう手練手管が必要なのかということも出たりしながら、このへんであればむしろ裁判所に行かずに解決したいと当事者が一致すれば、そこで示談が成立することになるのです。

つまり、裁判所だったらどんな判決が出るのかということを経済認識にして解決策を目指しているわけではないのです。この事件が裁判所へ行けばどういう結論になるのかは、病院側、患者側、専門弁護士が知恵を結集しても分からないのです。

稲葉氏：そうすると、その場面では、岡山の場合は医療仲裁人という医師の仲裁人を置くとか、あるいは医療専門員という意見書を書いていただくような手続きがあるのですが、東京ではそういう手続きは使っていないということになるのですか。

鈴木氏：提言にも「将来の課題」と書きました。この2年間の実績を踏まえて「将来の課題」を、もう少し分かりやすく言うと、一つは医療関係者の協力が本当に得られるのか。もう一つは、得られた場合にこれは医学的には有責だとか、これは問題ない無責だという意見が出てきたときに、結局は裁断型になるのです。裁判官の代わりに医療専門員が決めるということになるわけです。つまり、誰かに決めてもらうという仕組みに移行していく危険性があるということです。

平成15年に民訴法が改正されて、専門訴訟に専門員が置かれる仕組みになりました。医療訴訟も、医療集中部が専門員を欲しいと言っていたわけです。ところが、実際に運用してみますと、争点整理に使いたいということだったのですが、実は専門家は自分の意見を言いたいので

す。専門家は何が問題だということまで、意見を止めろといっても止まらないのですね。「私はこう思う」というところまで出てしまうのですね。

そうすると、やはり医療訴訟においても専門員の使い勝手というのは、結局鑑定意見に全部委ねることになるのではないかという、かつての鑑定意見依存型の裁判の反省の上に立ってできた医療集中部が元へ戻る危険性もあるのです。

ここは対話を重視すれば、誰かに決めてもらう、その誰かは専門弁護士でもなければ、仲裁弁護士でもなければ、医療専門家でもない。争いの幅をできる限りどこまで縮められるのか。その上で、当事者がどんな解決を望んでいるのかを擦り合わせていくことを大事にしようということです。現在は東京三弁護士会も裁判所も、東京の13の医科大学の医療安全担当者とはワンシーズンに1回ぐらい裁判所で協議会を行っています。医療界にこういう情報も提供しています。今のところ、とにかく専門員の助言を得ず、やってみようじゃないか、どこまでやられるかやってみようじゃないかと。その上で、もし専門員の意見を得ることが限界事例として必要な場合が出てくれば、その次のステップとして考えようとなっていますね。

稲葉氏：そうすると、岡山のやり方というのは、ある意味では少し先を走っている部分もあるのかもしれませんが、鈴木さんがおっしゃったのは、多分裁判所というところもこの5年から10年の間に非常に改革がなされて、かなり昔の医療訴訟とは違うやり方をしているのですよね。その裁判所と医療ADR、弁護士会の仲裁センターがどういう役割分担をするのかという問題なのだろうと思うのですが、鈴木さんとしては、最後に決めるのは誰か、というところが一つ大きなポイントだということによろしいでしょうか。

鈴木氏：この間も弁護士会で医療集中部の裁判長をお呼びしまして、和解のスキル、裁判所は和解を成立させるために、どんなことを考えながらスキルを身に付けているのかをいっぺん聞いてみようということでもやりました。ADRと裁判所の和解の決定的違いは、「納得しないなら判決だ」という、懐に刃（やいば）を持っているところが最大の違いですね。ADRには刃がないのです。だから、ひたすら「紛争解決が大事だ」ということを強調するしかないということなのです。最高裁判所の民事局とか東京地裁の医療集中部とADRについて意見交換していますが、裁判所は弁護士会ADRを注目をしています。

それはなぜか。今まで紛争解決の難しい事案も易しい事案も、紛争解決が裁判所ばかりに持ち込まれる右肩上がりの傾向にあったわけです。日本の司法はどのような役割を果たせばいいのかということについて、裁判所も新しく司法の役割論を組み替えようとしているのではないかと思います。ですから、裁判外の紛争がどのように解決していったら、それがどういう役割を果たしてきて、裁判所に科せられる役割は何なのかということを知りたいのです。ですから、最高裁判所も医事紛争に対してどんな紛争解決があるのか。を知りたいがっています。

我々は、裁判上の和解スキルも念頭に置きながら調停スキルを磨こうと思っていたのですが、むしろ裁判官もADRで紛争解決しているスキルを裁判上の和解に、つまり、納得がいかないのなら刃を出すぞというのではなくて、刃をいったん棚に置いた上での解決を考えはじめてい

るようです。

裁判所も最近裁判を始めるときに「裁判官の何々です。よろしく願います」というあいさつから始まるわけです。裁判所もものすごく変わってきています。「駄目だったら判決だぞ」と言っていたわけですが、裁判和解協議を始めるときに「お子さんが亡くなられたことに関しては、裁判所も本当にご同情申し上げます」みたいな話から入って行って、心情をきちんと聞いた上で、病院側からも聞いた上で擦り合わせをする。だから、今までの裁判批判は、裁判制度に対する批判ではなくて、対話による解決を裁判の中でも外でもやらなくてはいけない。そういうものが裁判の中でも外でも軽視されていたということだと思います。隣人とのけんかも国際紛争も、対話による紛争解決のルールがないところに問題があるので、そのルールを試行錯誤しながら作っていかうということだと思います。

稲葉氏：どうもありがとうございました。私自身も、裁判官の和解の技法をアメリカに勉強に行きましたけれども、そのときに言われたのは「裁判官の和解もADRだ」と言われたのです。つまり、判決を書くということとの関係では、話し合いによって解決するという一つの手法なのだというふうに、アメリカでは既に考えられていたことが、今、鈴木さんがおっしゃることによって、そのへんの境界域の問題がかなり出てきたのではないかと思います。今おっしゃったように、昔の裁判官は「裁判官の何々です」とか言いませんでした。昔は、自分のことを「裁判所は」と言っていたのです。「裁判所はこう思います」という言い方をしていました。僕自身が裁判官だったものですから、自分ではそういう言い方をしていました。多分この10年間ぐらいでかなり変わったのだらうなと思いました。

それでは、今度は豊田さんにご質問させていただきたいと思います。豊田さんがおっしゃったのは、院内で話し合いをするようなフェーズ、そういう場面と、やはり院外に持ち出して弁護士会のような法律家がかかわるようなところで解決するものと、実は二つとも必要だという形に聞こえたのですが、院内で解決できなくて院外で解決したほうが良いような事案というのは、さきほども事例を一つ挙げていただきましたが、どんな特色を持っているとお考えですか。どんな事案が、弁護士会でこういう話し合いの俎上（そじょう）に乗るのか。ちょっとご意見を聞かせていただけますか。

豊田氏：私は大きな賠償金を払うようなケースは経験していないので何とも言えないのですが、本来でしたら明らかなミスであれば当該の病院がミスをしっかり認めて、情報をすべて開示して原因究明もできる限りのことをした上で賠償金を支払うことになると思うので、それをADR機関に依頼することは必要ないのではないかと思います。

ですから、青山先生と逆になってしまうのかもしれませんが、むしろ説明もしっかりしてもらったけれどもどうしても理解できないという場合や、決してお金目的で言っているのではない人でも、受け止めなければいけないときに、ある一定の金額を頂かないとどうしても自分自身が納得できないのだという方もいらっしゃると思うのですね。逆にそういうときこそ第三者に入っていた方がいいのではないかなと思います。

なぜ必要と思うのかといいますと、反対に医師側は、明らかなミスがないのに、なぜ賠償金を払う必要があるのか、なぜお見舞金を払う必要があるのか、たとえ1万円でも払う必要はないと考える先生が多いことを感じます。無過失補償の考え方も理解できないという先生の意見も聞きます。双方が今やるべきことやこれからのあり方を考えていくには、第三者の方に入っていただかないと、当事者だけで次のことを考えるのは難しいのではないかとは言えると思います。

稲葉氏：そうすると、明らかにミスが分かる、病院も認めている、あるいは全く関係がないという両極端を除いて、相互の認識が違ったような事案というのは、院内でお話し合いをすることも当然あるのだけれども、患者さんが納得できない場合には仲裁センターのようなところで話し合いの場を持ってもらうというのは、患者のご遺族とか現在相談員をされている立場から見ても、やはり必要な事案はそこそこ出てくるという感じですかね。

豊田氏：そうですね。例えば当院で医療事故が発生し、警察が入って司法解剖になった場合、医師自身はミスだと思っていなくても、第三者が調査してミスだという結果が出たのであれば、それを受け止める必要があるということを理解している医師は多いと思います。けれども、第三者が介入しない場合に、当院のように小さな民間病院で細かく原因を調査することは難しい、当事者本人では判断できないことが出てきますので、そのような場合には、調査のことだけではなく話し合いの場にもやはり第三者の介入が必要になってくると思っているのですけれど。

稲葉氏：どうもありがとうございました。豊田さんにはまた後で少し振り返ってみてお話を聞きたいと思いますが、今度は青山さんに。

一般論で言うと、病院の中で話し合いの機会を持つ、あるいは院内メディエーターといわれるような形で紛争解決していくことについては、医療の、特にドクターは比較的肯定的な意見が出ると思うのですが、ご家族の中には一部違うというご意見もあったり、そういう場所を作っていただくこと自身が非常に大事だという思いがあります。どちらかという、院内で話し合いをすることについては、医療従事者のほうが利点を感じている。逆に、さっきおっしゃったように院外で、病院とは離れた弁護士会のセンターでお話をするときは、多分医療事故の被害者の方々は非常に納得をされるのだけれども、どちらかという医療従事者のほうが距離を置きたくなるという関係にあるように思ったのですが、この中で青山さんが今後医療者の方に弁護士会の仕組みがいいんだと訴えるためには、どういう戦略を採っていったらいいか。その一つは、多分事件の幅を見直すとか、あるいは回数を制限するということですが、むしろ弁護士会の方が医療関係者に「この弁護士会の医療ADRというのは、医療者にとってもやるに値するんだよ」というときに、どんなことに注意すればいいとお考えになりますか。

青山氏：難しい質問ですけど、やはり、医療者が医療ADRを認めることだと思うのです。誤解されると困るんですけど、やはり医療従事者がそれを認めるためには、これに対してメリッ

トがあるかどうかを判断するわけです。先ほどお話しましたように、今の段階でいくと、あまりにも負担が増えてメリットが少ないのではないかと考えている、と思います。大きく医療全体から考えればこの医療ADRは、患者さんのみならず医療従事者のためになり、大きなメリットなのですが、それが個々に考える時、本当にメリットかなと思うことがあるのだと思います。そのあたりがもう少し明らかにならないと、医療者はなかなかこれに参加しないのではないかと思います。

先ほどから話がありますが、まず岡山ADRは最初に門出する時から、あまり大風呂敷を広げないほうが良いと思います。つまり少しずつ実績を上げて、医療従事者も患者もみんなADRに対して信頼感が出たときに更に充実していくのが良いと思います。これが基本なので、将来的には理想的な形ですべて対応できる格好になれば良いと思います。この理想の形は最初からは無理だと思います。先ほど東京も名古屋もと言っておられましたけど、最終的には紛争のある例は、東京の場合も解決のうち10%ですし、名古屋も今やっと始められたところです。今までの実績がある所ですら、少しずつ進んでいるわけですから、それを踏まえて考えないとこのADRは維持できないのではないかと心配しています。

稲葉氏：鈴木さんにもう一度かえるのですが、実は医療事故の訴訟数が平成17年以降、100件ぐらい減っているのですよね。減っているということが東京のADRセンターとか話し合いの機運、院内のものもあるかもしれませんが、それと何か関係しているのですか。

鈴木氏：2004年（710件）をピークに05年06年と2年続けて医療過誤訴訟の件数が減ったことは、多分歴史上ないと思いますね。07年はほぼ横ばいで08年（877）で減少しました。これが何を意味しているのかということなのですが、これは想像でしかないのですが、1999年の二つの事故が原因になって医療事故に関する公的なシステムが何もないこと明らかになって、警察が動いたことを一つのきっかけにして、ADRだけではなくて医療事故の調査委員会（院内・院外）、そして2002年の医療法施行規則の改正につながって行って、さまざまな仕組みが試行的に出来始めていたわけです。当然のことながら、この仕組みは、医と患の対立構造を解決することにも一定の寄与をしているだろうと思うわけです。

そうしてきますと、やはり最終的には裁判所に持ち込むという選択を残しつつも、裁判所に持ち込むしか方法が無かったという時代とは明らかに変わってきているのではないかと。医療事故そのものが減っているとは到底思えない。医学が進歩すればするほど、絶対数の医療事故が増えていくわけです。医療行為が増えれば医療が高度化すれば、一定の確率で起きている医療事故は相対としての数は増えていくわけですから、それがどの程度紛争化するかというきちんとした統計はないのですが、やはり法的紛争の数が減っていること自体は、全体として医と患の対話が進み始めていることを示唆しているのではないかと思います。

稲葉氏：分かりました。個別的に東京のセンターでやられたことが寄与しているかどうかは別として、少なくとも医療者と国民との間の対話が少しずつ、まだ小さいかもしれないけれども

回復しつつあるというのが今の医療訴訟を減らしていると。長い目で見ると、岡山のセンターというものも、そういうものの回復になるのではないかなと思いました。

もう一点ですが、青山さんのおっしゃったこととの関係で、病院側の代理人という存在ですが、民間のセンターの場合は、行っても来なくても別に不利益があるわけではないですから、来ない方は来ないのですね。行ったらお金を取られるのではないかと思ったりするのでなかなか応諾してもらえないところ、病院側の代理人がついている事案については応諾率がかなり高く、かつ、事件の解決率も高いということが出ていますけれども、鈴木さんから見た病院側の代理人のADRセンターについての役割というか重要性みたいなところをコメントいただけますでしょうか。

鈴木氏：僕ら患者側弁護士は、専門家である医療者のお尻に火をつけてきたわけですね。その火は大したことなかったわけですが、1999年以降刑事捜査の介入とあいまって、全身を焼き尽くすような炎と化しているのではないかと医療者が思ってきた場面もあるだろうと思います。重要なのは、病院側が医療事故を起こして、それが苦情につながり紛争化しつつあるときに、どういう解決の仕方をすべきなのかをサポートする法律家がこれまでほとんどいなかったということです。病院側の代理人というのは、訴訟が起きて、訴状が病院に送達されてから初めて相談ということが圧倒的に多かったわけです。

ところが、今は日常的に危機管理として弁護士に相談することも増えてきていますし、10年ぐらい前に、厚生省がブレインストーミングで、どこから出たか分からないようなペーパーがあるのですが、その中には確か500床以上の病院には弁護士が常駐する時代が来るだろうと予測していた。医療事故が起きたとき、院内はパニック状態になるわけです。それを日常の平和的な業務に戻していくために、法律家の役割は非常に重要だということです。紛争解決をどうしていくのかという、病院側弁護士と病院との日常的なコミュニケーションがあって、ADRの重要性もあって、保険会社を説得して何らかの解決をやったほうが病院にとっても利益があるということが、きちんとした病院側弁護士のいるところは少しずつ分かり始めたということだろうと思います。

そのときに最大の問題は、病院側弁護士は、これまでほとんど保険会社からの依頼を受けてやってきたのです。保険会社の利益と病院の利益は利益相反です。保険会社は一文でも安いほうがいいわけです。しかし、病院はある程度払っても、きちんと納得してもらって紛争解決したいという思いがあります。医療事故紛争の中でも、病院が早く頭を下げて、このぐらいの金額だったら解決したいというのに、保険会社がノーという事案もあるわけです。そういうときに、医療側弁護士の役割は、保険会社との利益相反を断ち切ることです。そのことが分かっている保険会社の依頼は受けないという病院側の弁護士もでてきましたけれども、まだまだ多くの病院側弁護士は、保険会社の利益を頭の中に入れて、本当はコンフリクト (conflict) を起こしているのですけれども、起こしていないかのようなことでやっているのです。

これからは、どういう病院側弁護士が病院にとって利益になるのかという、依頼筋である病院が病院の立場をきちんと理解してくれる弁護士を見定めていくことがないと、この制度は前



進していかないだろうと思います。

東京三会では病院側の代理人で出てくる人が、別の事案でADRの調停者になっているという事案が結構多いのです。地方の場合には、病院側弁護士の供給源が非常に小さいので、ある地域はたった一つの事務所がすべてのエリアの病院側の事件を占めているということがあります。こういうところでは無理なので、周辺部分の隣接県から調達することも考えていかないといけないのではないかと思います。

稲葉氏：ありがとうございます。弁護士像というか弁護士の役割みたいところが、かなり大きな音を立てて変わってきているといいますか、裁判的な紛争解決だけではなくて、もっと違った紛争解決の能力を広く見て、依頼者にとって本当にプラスになることは何なのか、医療紛争について解決とは何なのかという、根本的なところの議論をようやく始めて、それを分かる人たちが増えてきているというお話だったと思います。はい、どうぞ。

青山氏：紛争を解決するのは、基本的には院内で解決することが最もいいと思っています。これを外に出すことなく、そのためには院内のメディエーションを非常によくやっていって、ここに豊田さんがいらっしゃいますが、そこも一生懸命やって、たくさんの中の一例だけ外へ出したとおっしゃっていましたが、やはり基本はそこだろうと思います。やはり、それは当然外で、いわゆる医療ADRでやるのと同じような格好で、やはり患者さんにきちんと説明して、謝罪が必要なら謝罪をするという姿勢を病院が持つということです。ADRというのは、実際問題、うまくいきたらいいのですが、そのときは病院がしっかりいけば出るのは非常に少なくなるということは言えるだろうと思います。ですから、それが重要ではないかと思えます。

稲葉氏：多分、豊田さんがやっていることがメディエーションなのかどうか、メディエーションの定義がありましてなかなかややこしいところがあるのですが、豊田さん、私たちといたしますか法律家や医療者も「紛争解決」というけれども、患者にとって「私たちは、紛争かと思われることが非常に心外だ」という思いが出ていますけれども、そのところをちょっとだけお話しただけですか。「紛争を解決していく仕組み」と私たちは何げなく使っていることであるながら、医療事故の被害者の方が「本当のことを教えてもらえない」と言っていって、「あなたはクレマーだ」と言われてしまうと立つ瀬がないという思いみたいなところを、豊田さん流のお話でしていただけますでしょうか。

豊田氏：確かに紛争になってしまうことがあるわけですが、こういう会話の中で最初から紛争というイメージに聞こえてしまうのですね、そうすると、病院に傷つけられた患者であるにもかかわらず、最初から文句を言い続けて、言い掛かりをつけているみたいなイメージを持たれてしまう。実際、ショックを受けて、病院にいきなり怒鳴って来られる方というのは、かなりの数でいらっしゃいますが、でも、それも話を聞いていくと、傷つききって、そういう

言い方しかできなくなってしまうと言っているのに、それが怒鳴られたことですぐに紛争を起こされている、みたいな受けとり方をしてしまう。そうでなくて、病院が身構えている姿に多くの患者さんが傷ついているということを知って頂きたいです。

私も病院の職員ですので、当院の中で起きた出来事は冷静に判断できていないこともあると思いますけれど、日頃お電話などで他院の患者さんから相談を受けたりしていると、患者さん自身が「最初に少し言い方がきつかったかもしれないけど、すごいクレーマー扱いされてしまって、病院が話を聞いてくれない」という悩みをもっている方がとても多いことを知ります。話を聞いていると、クレーマーではないことはすぐわかります。ですから、傷ついたときには誰もがそういう言動になりうるものなのだとすることを、医療者が理解していないといけないと思います。

稲葉氏：どうもありがとうございます。豊田さんの聞き方というのは、本当に覚悟を持った聞き方なので、いわゆる人の話を聞くというのとちょっと違うなと思うときがあるのですが、長谷川先生、ケアの精神とか非常に哲学的なところまでいろいろと、すごく大事なことをお話ししていただいたのですが、岡山の弁護士会に、まさに病院の外で紛争解決することに対して、特に長谷川さんのようにさまざまな形で医療現場の中でも対話を促進していこうとされている立場として、最後にこの弁護士会に一番期待するようなところを少しコメントしていただけますでしょうか。

長谷川氏：最初、私だけ立ってあいさつしなかったのが、ごめんなさい。実はずっとそれを気にして、小心者なので、頭の中にあまり入っていません。どうも、長谷川です。

青山先生から厳しいお言葉がありました。私は岡山の弁護士さんたちのADRに非常に期待しているということは繰り返して言います。また、これまでの努力は決して無駄にならないと思います。

今までの議論を聞いていて、あるいは青山先生のお話でもそうだし、医療者側の立場という形で出てくる言葉も、今日のハインツのジレンマで言えば、みんな男の子の論理、つまりジェイクの論理であって、エイミーの倫理にはたどり着けないなと思ったのです。もし、岡山弁護士会が今のようにジェイクの論理だけでやるのであればうまくいかないですよ。大したことにならない。そうではなくて、岡山弁護士会の皆さんが、あえてエイミーの倫理を追い掛けてみようかという気持ちで、医療者なり、あるいは患者さんなり、ご家族なりと話し合いの場を作っていただけると、梓の話とかいろいろあって、青山先生がおっしゃるとおり難しい問題が、特に医療者に意見を求めるところで、意見を出す側の医療者の立場になってくると確かに難しい問題がいっぱいあるのです。でも、そんなことは大丈夫ですから。難しいとか、困っていることも一緒に話をしてください。

つまり、医療の問題を解決していくのは、はっきり言って正論だけではいかないのですから。今日も言ったように、少ない医療費で少ない人数で、ものすごい状況で医療をやっていて、それは裁判だって一緒ですよ。今まで弁護士の方々も、こういう問題はどこまでタッチしていい

かどうか分からなかった。裁判官もどんどん変わってきているというお話もありましたよね。つまり、世の中全体が専門職と一般人との間のコンフリクトの問題をどういうふうに扱うかという大きい流れの中なので、トライ・アンド・エラーなんかありだと。ただ、そのときに従来型のジェイクの論理だけでやってしまっただけでは、せっかくの試みが無駄になるのではないかと聞いていました。

稲葉氏：実はこの会場には、岡山弁護士会の医療ADRセンターの仲裁人候補者の方々をいろんな面で支えていただいた和田先生がいらっしゃいますので、少しコメントをしていただけますでしょうか。

和田氏：少し油断していましたので。もうあまり時間がありません。それぞれのご報告については、鈴木先生の話も、またいつもながら豊田さんのお話も非常に感銘というか刺激を受けることが多くて、また、青山先生のブラックジョークなのか本気なのかというお話も、その背後にある先生の思いとか問題点の指摘というのはまさに正鵠を得ているというふうに思いますし、非常に刺激的だったと思います。これについて、それぞれコメントをしていくと、たぶん30分くらい時間をいただかないといけないと思うので、それとは別に、すでに少しお話に出たこともあります、話したいと思います。

この第三機関のADRというものがきちんとした形で動いていくときの条件として、二点あると思っています。一つは、鈴木先生がご指摘になったような、やはりその手続きの中でのフェアネス (fairness) を本当にどう確保していくのかということ。特に情報開示です。これが裁判でも本当にどこまで行くか分かりませんし、できるのかというのは難しいかもしれませんが、このあたりがADRという場合、やはり医療側の行動そのものに期待せざるを得ないところ



がどこかあります。ですから、そのあたりの背景の制度設計とかシステムとか、やはりそういったトータルなものの中で考えていかないと、ADRというものが、実はうまく機能していない可能性があるのです。これは同時といっても大きな問題なので、それぞれのところで先生方が考えられているわけですが、そういう連携を常に念頭に置いておくことが一点です。アメリカでも「対話自立型」というけれども、結局、自立というのは、もちろん十分な情報がきちんと共有されたうえで始めて自立になるのであって、そこが欠けている場合には、「対話型」といってもうまくいかない。これは対話型ADRのメディエーションの一般的論の中でもなされていることで、こういう問題もやはり共通してあるだろうと思います。

もう一点は、これも鈴木先生が言われましたけれども保険の問題です。長谷川先生も指摘さ

れたように、このところが、ADRで合意ができたとしても、保険会社が果たしてそれに乗るのかどうか。たぶんこれは東京三会などだと、いろいろ取り決めもされているのだと思いますが、こういうものが広がっていく、普及していくときに、どこまで保険会社がそれを本格的に取り上げていくのかということが大きな課題になってくると思います。そうなってくると、その先には無過失救済システムというものをどういうふうに組み込んでいくのかという、これも大きな課題ばかりで申し訳ないのですが、そういう全体のトータルの中でこのADRが成功するかどうかというのは決まっていくだろうと思います。

ただ、それは一朝一夕になりませんので、取りあえずはできるところからやっていくしかないのです。門戸をあまり広げすぎてもあれなのですが、たぶん門戸を狭くしても広くしても、なかなか数というのはそんなに来ない。患者さんからは来ても、医療側がなかなか乗らないというのがあると思います。ですから、まず取りあえずは、門戸は広くてもいいと私は思うのです。それで、さまざまなケースで本当にこの岡山の弁護士会が実績を積み重ねて、それが医療界の信頼を得ていき、そして、患者さん達の信頼も得るという形で実績を積んでそれを積み重ねていけば、その上にいろんなことを、試行錯誤をまさにとらえられるのか考えていけばというふうに思います。

そういう意味で、ぜひ岡山の弁護士さん達には頑張ってもらいたければと思います。

稲葉氏：どうもありがとうございました。今後も支援をよろしく願いいたします。

私のパワーポイントがありましたけれども、最終的には、対話をするための前提条件とはいったいどういうことなのか、というようなことを話そうと考えていました。そうすると、こういう医療のADRが、裁判所ではなく、かつ病院の外でできるということがいろいろな意味でたぶん院内での話し合いの仕方、あるいは、裁判所での裁判のあり方みたいなのところにも、相互に影響してくるのではないかと考えています。私個人は病院の中で、場合によると誰も入れずに、しっかりと医療者と患者さんが説明をしてご理解をいただけるというものを理想としながら、それができないときに、院内に第三者が入ると。あるいは、それもできないときには、院外の方々もこういう支えに。しかし、それでもできないときは、やはり裁判所があるということなのです。

最後に一つお願いしたいのは、あまり裁判の悪口ばかり言わないでほしいなということなのです。私は裁判所の代表でもなんでもありませんが、裁判によってできたことも、実はたくさんあるということですから、その点は誤解しないようお願いしたいと思います。

最後に、鷹取さんに、今日のお話を聞いて今後の決意表明をしていただいで終わりにしたいと思います。よろしく願いいたします。

鷹取氏：岡山弁護士会の鷹取です。

青山先生を前にして決意表明というのはなかなかしづらい雰囲気がありまして、「また大風呂敷を広げた」と言われたいないようにしたいと思います。ただ私たちは、患者の方々は、本当に医療者を信頼して委ねてきた、医療者の方々は、自分たちのできる限りのことをやってきた、

そういう中で、不幸な結果が生じたということで、不毛な、対立的な訴訟といった解決になっていくことは、なんとしても避けたい、という思いは今でも強く持っております。

ですから、ある意味で、まだまだ十分に理解が得られていない中での出発ではありますが、青山先生がおっしゃられたようなご指摘も謙虚に受け止め、医療者の方々とも十分な対話やコミュニケーションを図って、これから対話型の医療ADRというものを岡山に定着させていきたいと思っております。

今日はどうもありがとうございました。

司会：それでは、本日の予定はこれで終了いたしました。

では閉会にあたりまして、当会の担当副会長の奥津弁護士より、閉会のあいさつをいたします。お願いいたします。

奥津氏：岡山弁護士会副会長の奥津です。時間が本当にありませんので、早口で申し訳ないです。

今日はお暑い中、このようにたくさんの方にお越しいただきまして、本当にありがとうございました。シンポジウムの中身も非常にレベルの高いものだったと自負しております。来週には、「医療仲裁センター岡山」が立ち上がりますが、今日のシンポジウムの内容をしっかりと肝に銘じてといいますか、もう一度勉強し直してしっかりしたものにして、立ち上げて頑張ってくださいと、決意を新たにしているところです。

特に、今日いらしている医療関係の皆さまのご協力もぜひお願いしたいと思っています。さきほど言いましたように、医療関係の皆さまのご協力を前提としている制度になっておりますので、ぜひ興味のある方にはご協力していただけたらと、この場をお借りしてそのお願いもしたいと思っております。

最後に、今日のシンポジストの方々に、盛大な拍手をお願いします。よろしくをお願いします。

(拍手あり)

それではこの会を終了したいと思います、どうも皆さまありがとうございました。

岡山弁護士会

「医療仲裁センター岡山」

設立記念シンポジウム

《配布資料》

日 時：平成21年8月29日（土）

午後2時～午後5時

場 所：ピュアリティまきび

[主催] 岡山弁護士会

[共催] 岡山大学大学院法務研究科

< 目次 >

P 1 自治医科大学医療安全対策部 教授 長谷川剛

P 9 医療問題弁護団代表 弁護士 鈴木利廣

P 19 新葛飾病院患者支援室 セーフティーマネージャー 豊田郁子

P 27 岡山弁護士会 弁護士 鷹取司

平成21年8月29日  
岡山弁護士会「医療仲裁センター岡山」  
設立記念シンポジウム

# 医療ADRに期待するもの

自治医科大学医療安全対策部  
長谷川剛

医療ADRに期待するもの（自治医大長谷川）

1

## 本日の話題

1. 医療安全推進に必要なパーツ
2. 事例紹介
3. 医師の勘違い、弁護士の勘違い
4. ケアの思想
5. 医療ADRに期待するもの

医療ADRに期待するもの（自治医大長谷川）

2



# 医療安全推進に必要なパーツ (制度設計)

報告制度、分析・研究、情報還元制度

無過失補償保険制度

対話型（ケア型）ADR

（再）教育制度

社会へ向けての説明（広報・説明制度）

**社会保障費の増額・医療提供環境の改善**

医療ADRに期待するもの（自治体大長谷川）

3

## 事例紹介

医療ADRに期待するもの（自治体大長谷川）

# 医師の勘違い

EBM偏重

Careの軽視

統合的観点の欠如

安全問題の軽視：標準化に対する抵抗

継続的教育機会の欠如

医療崩壊：被害者意識

# 弁護士勘違い

クライアントの利益の誤解

弁護士による心的ダメージ

過剰な過失責任主義

リーガリズム

時代の変化

# ケアの思想：メイヤロフ

1971年『ケアの本質』 (On Caring)

一人の人をケアする (care for) とは、その人が成長すること、自己実現することを助けることである

医療ADRに期待するもの (自治医大長谷川)

7

# ケアの思想：ギリガン

1982年『もう一つの声』 (In A Different Voice)

ハインツのジレンマ

ケアの倫理 vs 正義の倫理

医療ADRに期待するもの (自治医大長谷川)

8

# ケアの思想：ノディングス

1984年『ケアリング』

受容性・関係性・応答性

ケアリングはあまりにも私ごとにわたり、あまりにも仲間内の事と密接に結びついているので、政治問題や社会政策といった、もっと広い世界では有益ではないという反論があります。これは明らかに誤りです。正義は、しばしば、あまりにも割り切りすぎ、無邪気すぎ、感受性を欠きすぎです。私の国では、正義はよく、目隠しをして天秤を下げた女性の絵姿であらわされます。ケアリングは、この目隠しをはずして、人々が実際に何を乗り越えて進んでいるのかを、目の当たりにさせてくれるのです。

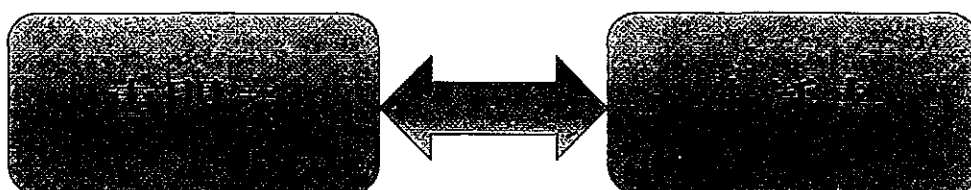
医療ADRに期待するもの（自治医大長谷川）

9

## 患者至上主義と患者中心主義

Patient-centered Care

社会生活において専門家の判断があらゆる生活者に影響を及ぼす状況では、どのように専門家と生活者の間で情報共有を図り意思決定を行っていくかが時代の課題



医療ADRに期待するもの（自治医大長谷川）

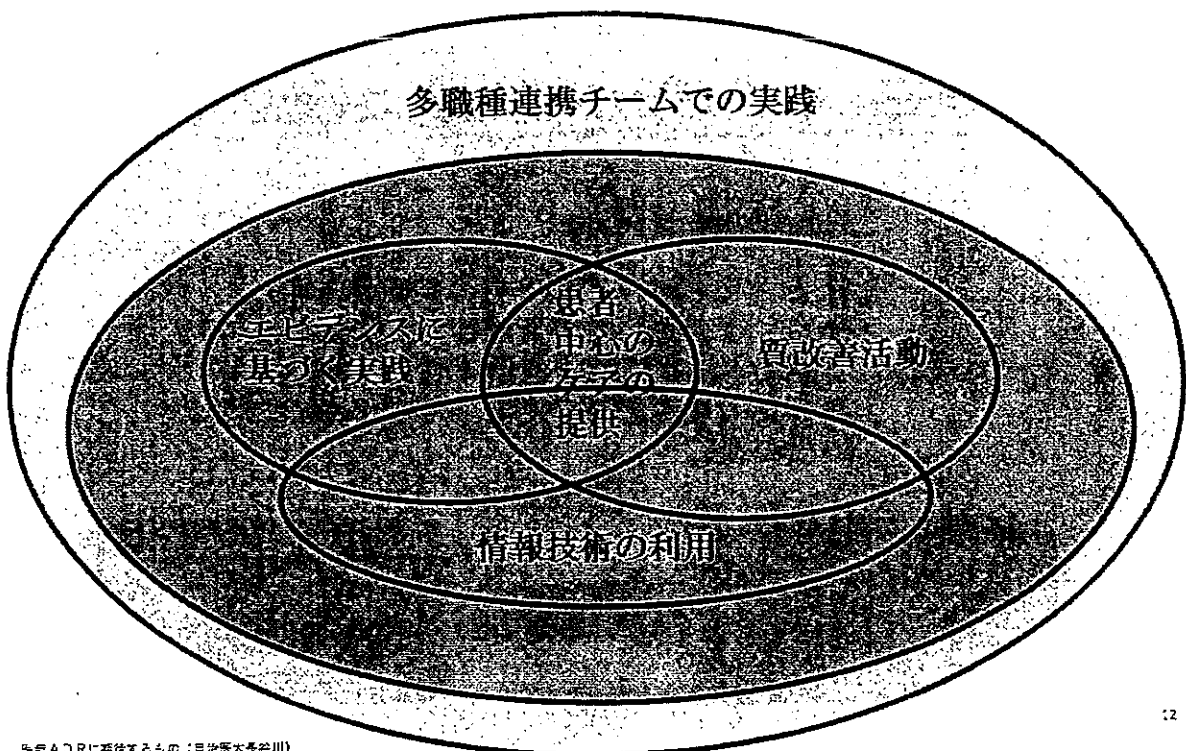
10

# Health Professions Education: IOM

- Provide patient-centered care
- Work in interdisciplinary teams
- Employ evidence-based practice
- Apply quality improvement
- Utilize informatics

11

医療ADRIに期待するもの（自治医大長谷川）



12

医療ADRIに期待するもの（自治医大長谷川）

# 医療ADRに期待するもの

医療の不確実性・限界：当事者救済の制度設計

当事者の再生：ケアの思想

多様な対応

医療安全推進の各パーツを機能させること

各地で始まっている医療ADRの取り組みに対する期待は大きい

専門家と生活者との情報共有と  
意思決定をいかに考えるか？

悲嘆体験・喪失体験からの回復を  
いかに考えるか？

# 医療版ADR

2009. 8. 29

岡山弁護士会シンポ

鈴木利廣

1

## 東京三弁護士会の経過

2002年4月 東京地裁民事部医療集中部設置

2003年4月 東京三会医療関係事件検討協議会設置

2006年6月 医療事故紛争とADRのあり方に関する提言書

2008年9月 東京三会各仲裁センター内に  
「医療ADR」新設

2

## 提言の要旨（1）

### ① 医事紛争解決における留意点

- a. 被害者の心情への配慮
- b. 専門紛争における責任判定の困難性
- c. 損保会社の関与と損害額算定の特殊性

3

## 提言の要旨（2）

### ② その解決策

- a. 医療機関からの診療情報の積極的開示  
と説明責任の促進
- b. 院内・院外の事故調査報告の活用
- c. 医事紛争専門法曹の関与

4



## 提言の要旨（3）

### ① 医事紛争解決における留意点

- a. 弁護士会あっせん仲裁センターの活用
- b. 仲裁委員に専門弁護士の関与  
仲裁委員候補者30名（患者側専門弁護士・医療側専門弁護士各15名）の名簿を三会が共有
- c. 責任に争いのある事案も受付
- d. 専門医の協力については将来の課題<sup>5</sup>

### 受付数（08.9～09.6）

東弁 45件

一弁 9件

二弁 26件

---

計 80件

\*うち3件は医療機関からの申立

## 中間とりまとめ（1）

～最初の1年間（受付51件）の集計

### ①受付数

東弁 30件

一弁 7件

二弁 14件

---

計 51件

\*うち2件は医療機関からの申立<sub>7</sub>

## 中間とりまとめ（2）

②相手方応諾率 63%（32／51）

\* 3名体制 16件、2名体制 3件、1名体制 13件

\* 不応諾事案（19件）は、3名体制 3件、2名体制 1件、1名体制 11件、未定4件（二弁）。二弁は  
応諾後に仲裁人を決定。

\* 応諾率については、2, 3名体制は83%（19／23）、1名体制54%（13／24）

## 中間とりまとめ（3）

### ③代理人就任事案（ ）内は応諾率

* 双方あり	16件	(81%)	13/16)
申立人のみあり	10件	(30%)	3/10)
相手方のみあり	11件	(82%)	9/11)
双方なし	14件	(50%)	7/14)

\* 応諾率は医療側代理人有の78% (22/28)、  
無は43% (10/23)

9

## 中間とりまとめ（4）

### ④終了事案30件(2009.7.2現在、2件は不明?)

- \* 和解成立 57% (17/30)
- \* 成立事案 (17件) について、3名体制10件、  
2名体制2件、1名体制5件
- \* 不成立事案 (13件) について、3名体制5件、  
2名体制1件、1名体制7件
- \* 成立率は2, 3人体制 67% (12/18)、  
1人体制 42% (5/12)
- \* 成立率は、医療側代理人有 67% (14/21)、  
無43% (3/7)

10

## 中間とりまとめ（5）

### ⑤示談あっせん期間（回数）

成立 （17件） 3.3回  
（2, 3人体制 3.3回、1人体制 3.4回）

不成立（13件） 2.6回  
（2, 3人体制 3.3回、1人体制 2回）

11

## 中間とりまとめ（6）

### ⑥まとめ

- a. 3人体制（医療専門弁護士関与）  
の有効性
- b. 医療機関代理人の役割の重要性

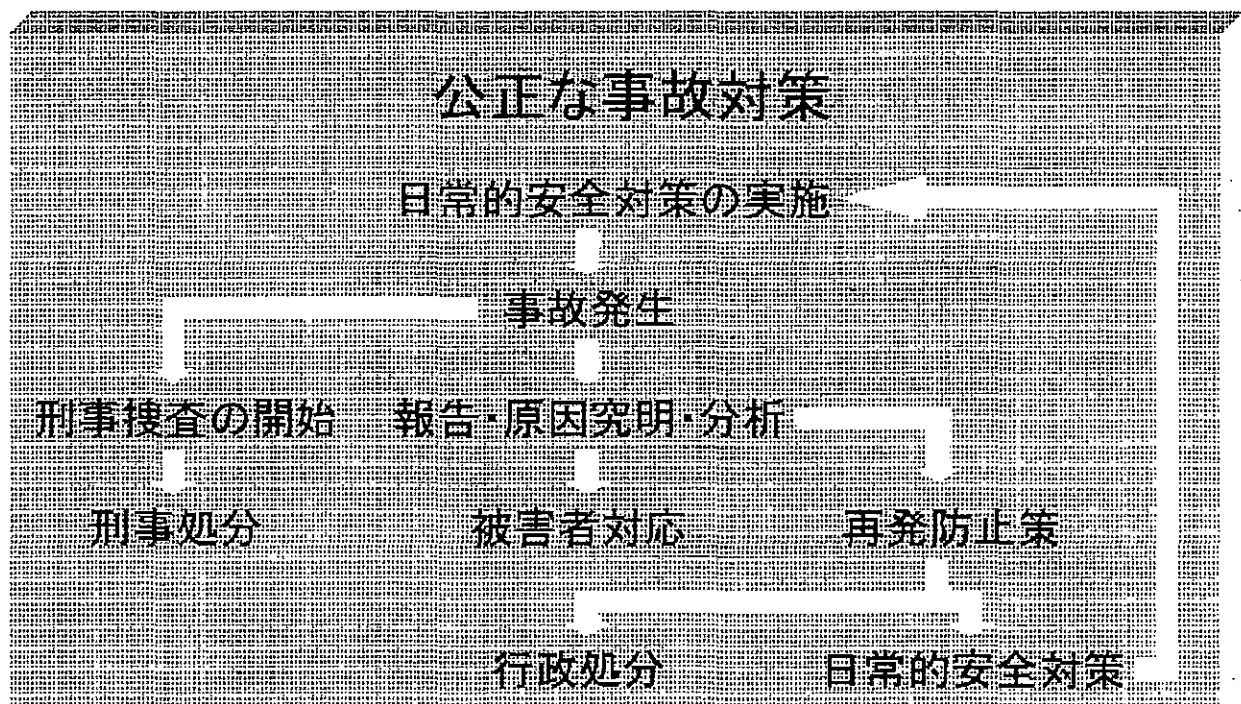
12

# 法志向型と対話自律型の対峙 への疑問

- ①紛争解決に際して法の支配、権利義務関係を軽視すべきでない。
- ②紛争は法志向だけで解法できるものではない。感情・心情への配慮は不可欠である。

13

## 医療事故への公正な社会的対応



## 被害者の願いと被害者対応

- a. 原因究明、情報開示と説明責任
- b. 再発防止策の実施
- c. 責任の明確化と謝罪
- d. 現状回復のための医療保障、  
金銭的補償・賠償
- e. 社会的制裁

15

## 真の紛争解決のために

- ①まずもって当事者間の対話による解決
- ②対話の困難性の克服
  - a. 仲裁人的第3者の関与
  - b. 公的紛争解決システム
    - ・ADRと司法制度（訴訟、調停）の利用
- ③公的制度の必要性
  - 事故調査制度、無過失補償制度

16

# 対話による紛争解決の基本的 考え方

- ①力関係（情報格差）の是正
- ②相手の立場（心情）への配慮
- ③第3者的仲裁人の必要性

17

## 欧州における患者の権利の促 進に関する宣言（1994年）

「患者が自己の権利が尊重されていないと感じる場合には、苦情申立ができなければならない。裁判所の救済手続に加えて、苦情を申し立て、仲裁し、裁定する手続を可能にするような、その施設内での、あるいはそれ以外のレベルでの独立した機構が形成されるべきである。これらの機構は、患者がいつでも苦情申立手続に関する情報を利用でき、また独立した役職の者がいて患者がどのような方法を採るのが最も適切か相談できるようなものであることが望ましい。これらの機構は更に、必要な場合には、患者を援助し代理することが可能となるようなものにすべきである。患者は、自分の苦情について、徹底的に、公正に、効果的に、そして迅速に調査され、処理され、その結果について情報を提供される権利を有する。」

18

# 施設内紛争解決システム においては

患者の権利擁護者をどう確保するかが  
重要！



「対立から対話へ～納得のいく解決に向けて」

内部告発からマスコミ報道に

「状況報告書」

看護師 顔色が悪くおなかもふくれて  
いる。 待てそうもないの  
ですが。

当直医 なに考えてる。待たせておいて  
病棟処置中だとか  
言っさ。

3分後再び電話。

看護師 すぐに診ていただけませんか。

当直医 いいから待たせておいて  
さらに1.0分後。

新岡山病院で顔を洗ってるから

医療安全対策室 / 患者支援室

豊田郁子

平成21年8月29日



事故後の病院の対応

- 息子(理貴)の死亡後、生じた不信感  
遺族が医療被害を二重、三重に受けたと感じたとき
- ・ 事故直後の病院の対応
- ・ カルテ開示の際の対応
- ・ 報道されることが判明した直後の謝罪？  
「結果的にお助けできず、申し訳ありませんでした」
- ・ 無断の記者会見
- ・ 記者会見上での謝罪？
- ・ 調査報告書作成と公表についての無断発表
- ・ 説明会後の遺族からの質問書に対して出された回答
- ・ 病院内での再発防止の取り組み無断HP公開

## 院内調査報告書に納得できなかったこと

事実関係が違う(家族に聞き取りがない)

病名＝「絞扼性イレウス」

「診療経験の少ない医師にその判断は難しい」

看護師が重症と思い、外科のコンサルトや大学病院の転科を勧めるほど苦しんでいた息子を、8年目の小児科認定医が本当に重症と判断できないものなのか。

根本原因を究明し、説明して欲しい、向き合って欲しいと願う遺族の思いは届かなかった。

## 私(母親)と病院の記憶の違い、意見の相違

### 母親の記憶

8:00頃～

腹部レントゲン、腹部CT指示(当直医師)  
当直医師「ガスがすごいのでもう一度浣腸をして検査をしましょう」  
浣腸、採血、点滴を施行

(観察室に移動) 8:30過ぎ～10:30  
まで医師は一度もこなかった。

10:30頃

当直医師「血液検査の結果は特に異常はありません」・・・医師はそのまま黙る  
私(母親)は医師の顔をジッと見る  
当直医師「このままではお母さんも心配でしょうから入院しますか？」

当直医師に母親だけ呼ばれ、理責の過去の病歴についてのみ聞かれ答える

11時入院 病室に医師は一度も来なかった

### 病院側の記録と主張

8:30頃 グリセリン浣腸

8:40頃 血液検査、点滴(観察室移動)

9:00頃 腹痛の訴えなし

9:30頃 診察・説明をした(当直医師)

(報告書の記録) 母親に入院の説明をした  
A医師は、説明の際に、顔色を見たところ、  
顔色が回復してきたので大丈夫だと思った

※カルテ開示の際、小児科部長より、採血  
結果の記録がレシートに9:30の時刻で  
印字されていることを説明される(記録が  
印字で残っているので、この時間にお母さん  
に説明していると思いますと話す)

10:15頃 覚醒していたが、状態は変わ  
りなかった

10:30頃 入眠している様子だった

## 当該病院事故調査委員会の審議経過と実際の説明

(院内調査報告書より)

第1回 平成15年3月10日(月)

- ・3月9日の状況の概要について、関係者から事実確認した。

第2回 平成15年3月24日(月)

- ・診療録に基づき整理した詳細な症状経過、検査結果等の検討を行った。

第3回 平成15年4月2日(木)

- ・入院時に撮影したエックス線写真、CT所見の検討を行った。
- ・急変の原因についての検討を行った。

第4回 平成15年4月7日(月)

- ・医師の診断内容と妥当性等についての検討を行った。

問題点① 事例を検討していたことを遺族に話さなかった。

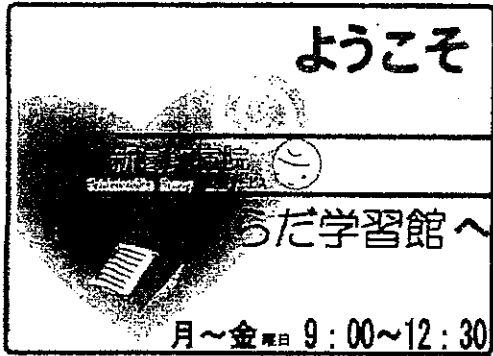
問題点② 当事者や関係者又は事実確認をした人が同席していない。  
そのため責任者(院長・小児科部長)が説明できなかった。

ところが実際にカルテ開示(この4回の審議後)で説明されたのは、  
「担当医師は最善を尽くしたと申しております。これ以上に関しては  
第三者に判断していただかないと分からないかもしれませんね」

## 最も傷ついたこと

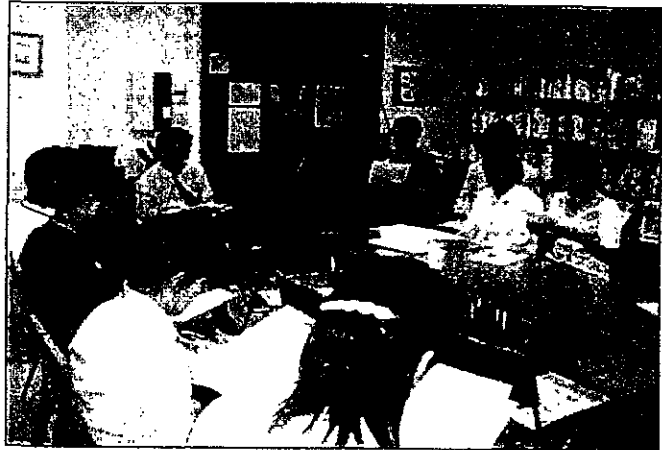
- 解剖で死因を知ることとは別に、急変するまでに何が起きたのかを、主治医や責任者は何故、説明してくれなかったのか。
- 院内事故調査委員会で審議していたことをカルテ開示の際に何故、黙っていたのか。  
(隠蔽しようとしていたとしか思えない)

## 新葛飾病院 患者支援室 (からだ学習館・相談窓口)



## 院内研修会の様子

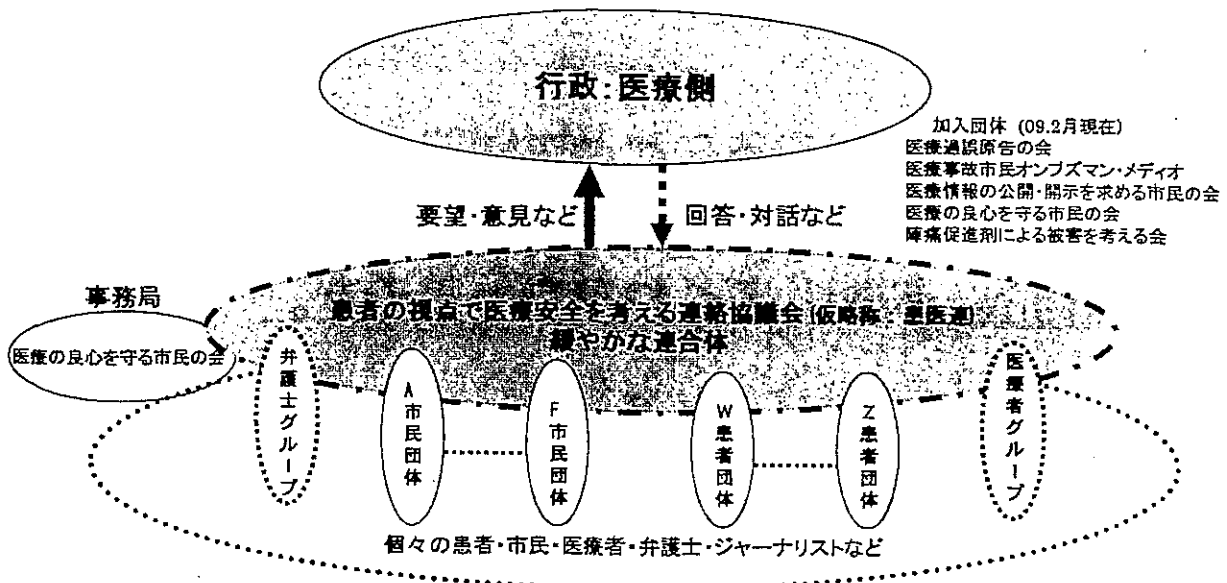
- ・医療者間の対話を促進するための研修会  
対象者：全職種 参加人数：20～30人程度



### 向き合うことの大切さ

- 患者さんの声に耳を傾ける (聴く)
- 相手の身になって考える (想像する)
- 対話をもつよう努力する  
(コミュニケーション)

## 患者の視点で医療安全を考える連絡協議会 (略称：患医連)



- 2008年2月 発起人有志による準備会立ち上げ
- 3月 準備会発足 シンポジウム
- 10月25日 午前11時から 設立総会 (名古屋市；愛知県勤労会館)
- 午後1時30分から 医療の良心を守る市民の会 第6回シンポジウム

<アンケート調査>  
「医療事故調査機関の設立」  
最も重要な目的について

2008. 9. 26

「患者の視点から医療安全を考える連絡協議会(略称:患医連)準備会

1. 調査期間 2008. 9. 15～24
2. 対象者  
・医療事故被害者・遺族  
(患医連 準備会傘下の各会会員など)
3. 回答者  
・42名・1団体

## 設問

「医療事故調査機関の設立」

最も重要な目的

について、あなたのお考えはいかがですか。

1. 次のいずれですか？(複数回答可)

- 1) 真相究明
- 2) 紛争防止(紛争解決)
- 3) わからない(その他)

2. その理由・意見などを簡単に記述してください。

- 回答者の全員が  
真相究明を目的にすることを求めている。

真相究明を第一義とする	・・・	37
紛争解決を第一義とする	・・・	0
真相究明と紛争解決	.....	5
真相究明と再発防止	.....	1

- 裁判に勝訴・和解をしても、なお多くの医療被害者が納得できない思いを抱いているのは何故か？  
それは真相が明らかにされないまま、紛争が終結したからなのです。
- ほんの10年前には、患者は、医療裁判をしない限り、カルテさえ見ることができませんでした。
- 調査だけでは何ら意味を持たないと考えます。その後の被害者家族を救済する制度がなければ・・・
- 現実を受け入れる為の「事実」が欲しい

## 医療事故の当事者同士または関係者が 相手を知ろうとするプロセスが大切！

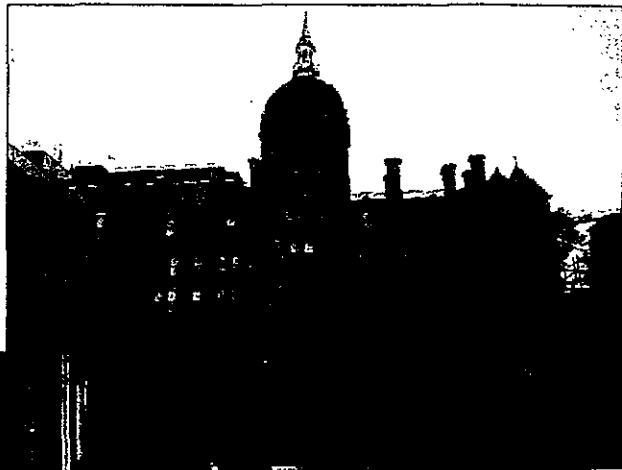
- 医療事故が起きた時、  
患者・家族・遺族の一番の願いは、  
何が起きたのか知りたいということ、情報開示が  
なされた上での正直な話し合いです。
- 医療事故の被害に遭ったと感じた患者や家族は、  
事故発生時に、紛争だ！などと思いません。  
正直な話し合いをするために、当該医療機関は  
何より真相究明に向き合うことが大切ではない  
でしょうか。

## 医療ADR機関に依頼するケース (当院のケース)

# ジョンズ・ホプキンス こども病院

患者・家族と共に創り上げる  
「患者安全プログラム」

2008年5月8日



## 架け橋～患者・家族との信頼関係をつなぐ対話研究会

### オープンセミナー

後援 厚生労働省・医療過誤原告の会・医療の良心を守る市民の会

日時 平成21年9月5日(土)14時30分～17時00分(14時～受付)

場所 愛育病院隣接「日本子ども家庭総合研究所」4F講堂

参加費 1,000円(資料代含)

テーマ

「患者のストーリーから学ぶ」



研究会お問合せ先

メール: [medmed-kakehashi@nifmail.jp](mailto:medmed-kakehashi@nifmail.jp)

事務局: 新葛飾病院医療安全対策室内 担当 杉本  
東京都葛飾区堀切3丁目26番5号

FAX: 03-3697-1501



# 医療仲裁センター岡山について

岡山弁護士会

弁護士 鷹 取 司

## 1 対話型であること

### (1) 我々の考える対話型

ア 同席による事実関係及び争点の整理がメインではない

また、これも調停者（仲裁人）による判断のためではない

イ コミュニケーションの復活による相互理解

① お互いが事実関係や相手の立場をどのように認識していたか、そして、  
どう認識を改めたか

② 双方の食い違いがどの点にあるのか

ウ 双方の立場や事情を踏まえた解決案の検討

お互いの納得のため（自分の立場を無視したような解決案には応じたく  
ない）

### (2) 常に同席か → 柔軟に対応

ア 相手に対して敵対感情、攻撃的言動の強い場合

先に話を聞くことも

イ 当事者が別席を望む場合

① 精神的ストレス

従来も、セクハラ、パワハラの場合は

② 後出しジャンケン

金額の調整の場面

## 2 専門医が関与する制度としていること

### (1) 何のための関与か

#### ア 話し合いの前提

当事者（特に患者側）の専門的知識不足を補う必要

相手方からより、中立的立場からの説明の方が受け入れやすい

#### イ 的外れの話し合いとならないため

真実性の担保

#### ウ 医療関係者からの信頼

### (2) どのような関与か→2段階

#### ア 医療仲裁人の役割

- ① 医学上の基礎的な説明
- ② 医学上の課題（争点）の整理
- ③ 医療専門員の意見書を分かりやすく説明

↓

仲裁人としても公正・中立性を害さないため、自らの評価、判断を下さない

↓

その役割は医療専門員に

#### イ 医療専門員の役割 → 医学上の課題（争点）について意見書の作成

- 原則として3名を選任
- A 4 1～3枚程度の簡易な意見書

結論と簡単な理由

## 3 今後の課題

### (1) 弁護士仲裁人

対話型手法の習熟

(2) 医師による医師仲裁人，医療専門員への協力体制

(3) 代理人弁護士との理解

本音を引き出しての話し合いの場であること → 訴訟の前哨戦ではないこと

(4) 医療関係者の対話型への理解

患者側にとって対話の場が必要であること

医師にとっても患者側の理解が得られることが癒しにつながる

# 「医療仲裁センター岡山」設立記念シンポジウム アンケート

※ 数字はアンケートの回答実数。  
( )内の数字はパーセンテージ。

問1 医療仲裁センター岡山の設立についてどう思われますか

大いに期待する	期待する	あまり期待できない	分からない	合計
26 (31)	42 (50)	8 (9.5)	8 (9.5)	84 (100)

問2 問1の回答の理由を教えてください。(2つ以上当てはまる場合は、そのすべてを選んで下さい。)

当事者の対話促進に期待できる。	48	(52.2)
専門医がいて信頼性が高い	11	(12)
当事者の負担が大きい(費用・時間)	9	(9.8)
実績がないので分からない	19	(20.7)
その他	5	(5.4)
合計	92	(100)

問3 医療仲裁センター岡山について

積極的に利用してみたい	10	(12.3)
利用することも検討する	40	(49.4)
利用は差し控えたい	1	(1.2)
何ともいえない	30	(37)
合計	81	(100)

問4 問3の回答の理由を教えてください。

費用的負担が少ない	3	(3.6)
対話促進型で裁判よりは利用しやすい	38	(45.8)
専門性があり、裁判より迅速な解決が期待出来る	22	(26.5)
内容がよく分からない	11	(13.3)
メリットを感じない	9	(10.8)
合計	83	(100)

問5 本日のシンポジウムについて

あなたのために役立つテーマでしたか

はい	いいえ	どちらとも いえない	合 計
70 (85.4)	1 (1.2)	11 (13.4)	82 (100)

内容はわかりやすかったですか

はい	いいえ	どちらとも いえない	合 計
66 (80.5)	1 (1.2)	15 (18.3)	82 (100)

またシンポジウムに参加したいですか

はい	いいえ	どちらとも いえない	合 計
67 (80.7)	2 (2.4)	14 (16.9)	83 (100)

問6 医療仲裁センター岡山の今後について

対話促進型で進めてもらいたい	63	(72.4)
専門性を発揮してもらいたい	17	(19.5)
その他	7	(8)
合 計	87	(100)

問7 差し支えなければあなたのお立場を教えてください

医療関係者	法曹関係者	一般市民	合 計
53 (63.1)	12 (14.3)	19 (22.6)	84 (100)

問8 本日のシンポジウムに参加された感想があればお聞かせ下さい。

医療仲裁センター岡山の設立についてどう思われますか（問1）  
とあなたの立場（問7）

1 医療仲裁センター岡山の設立についてどう思われますか。		大いに期待する	期待する	あまり期待できない	分からない	小計
あなたの立場を教えてください	医療関係者	10 (18.9)	32 (60.4)	3 (5.7)	8 (15.1)	53 (100)
	法曹関係者	8 (66.7)	3 (25)	1 (8.3)		12 (100)
	一般市民	8 (42.1)	7 (36.8)	4 (21.1)		19 (100)
	小計	26 (31)	42 (50)	8 (9.5)	8 (9.5)	84 (100)

医療仲裁センター岡山の設立についてどう思われますか（理由）（問2）  
とあなたの立場（問7）

2 医療仲裁センター岡山の設立についてどう思われますか。（理由）		当事者の対話促進に期待できる	専門医がいて信頼性が高い	当事者の負担が大きい（費用・時間）	実績がないので分からない	その他	小計
あなたの立場を教えてください	医療関係者	28 (50)	5 (8.9)	5 (8.9)	16 (28.6)	2 (3.6)	56 (100)
	法曹関係者	9 (60)	3 (20)	1 (6.7)	1 (6.7)	1 (6.7)	15 (100)
	一般市民	11 (52.4)	3 (14.3)	3 (14.3)	2 (9.5)	2 (9.5)	21 (100)
	小計	48 (52.2)	11 (12)	9 (9.8)	19 (20.7)	5 (5.4)	92 (100)

医療仲裁センター岡山について（問3）  
とあなたの立場（問7）

3 医療仲裁センター岡山について		積極的に利用してみたい	利用することも検討する	利用は差し控えたい	何ともいえない	小計
あなたの立場を教えてください	医療関係者	2 (3.8)	29 (55.8)		21 (40.4)	52 (100)
	法曹関係者	3 (27.3)	5 (45.5)		3 (27.3)	11 (100)
	一般市民	5 (27.8)	6 (33.3)	1 (5.6)	6 (33.3)	18 (100)
	小計	10 (12.3)	40 (49.4)	1 (1.2)	30 (37)	81 (100)

医療仲裁センター岡山についてどう思われますか（理由）（問4）  
とあなたの立場（問7）

4 医療仲裁センター岡山についてどう思われますか。（理由）		費用的負担が少ない	対話促進型で裁判よりは利用しやすい	専門性があり、裁判より迅速な解決が期待できる	内容がよく分からない	メリットを感じない	小計
あなたの立場を教えてください	医療関係者	1 (2)	22 (44.9)	13 (26.5)	8 (16.3)	5 (10.2)	49 (100)
	法曹関係者	1 (7.7)	8 (61.5)	2 (15.4)	1 (7.7)	1 (7.7)	13 (100)
	一般市民	1 (4.8)	8 (38.1)	7 (33.3)	2 (9.5)	3 (14.3)	21 (100)
	小計	3 (3.6)	38 (45.8)	22 (26.5)	11 (13.3)	9 (10.8)	83 (100)

医療仲裁センター岡山の設立記念シンポジウムについて（問5）  
とあなたの立場（問7）

5 本日のシンポジウムについて		あなたのために役立つテーマでしたか				内容はわかりやすかったですか			
		はい	いいえ	どちらとも いえない	小計	はい	いいえ	どちらとも いえない	小計
あなたの 立場を 教えて 下さい	医療関係者	45 (86.5)		7 (13.5)	52 (100)	39 (75)	1 (1.9)	12 (23.1)	52 (100)
	法曹関係者	11 (91.7)		1 (8.3)	12 (100)	12 (100)			12 (100)
	一般市民	14 (77.8)	1 (5.6)	3 (16.7)	18 (100)	15 (83.3)		3 (16.7)	18 (100)
	小計	70 (85.4)	1 (1.2)	11 (13.4)	82 (100)	66 (80.5)	1 (1.2)	15 (18.3)	82 (100)

5 本日のシンポジウムについて (つづき)		またシンポジウムに参加したいですか				合 計			
		はい	いいえ	どちらとも いえない	小計	はい	いいえ	どちらとも いえない	小計
あなたの 立場を 教えて 下さい	医療関係者	40 (76.9)	1 (1.9)	11 (21.2)	52 (100)	124 (79.5)	2 (1.3)	30 (19.2)	156 (100)
	法曹関係者	12 (100)			12 (100)	35 (97.2)		1 (2.8)	36 (100)
	一般市民	15 (78.9)	1 (5.3)	3 (15.8)	19 (100)	44 (80)	2 (3.6)	9 (16.4)	55 (100)
	小計	67 (80.7)	2 (2.4)	14 (16.9)	83 (100)	203 (82.2)	4 (1.6)	40 (16.2)	247 (100)



医療仲裁センター岡山の今後について（問6）  
とあなたの立場（問7）

6 医療仲裁センター岡山の今後について		対話促進型 で進めて もらいたい	専門性を 発揮して もらいたい	その他	小 計
あなたの 立場を 教えて 下さい	医療関係者	40 (74.1)	9 (16.7)	5 (9.3)	54 (100)
	法曹関係者	9 (69.2)	4 (30.8)		13 (100)
	一般市民	14 (70)	4 (20)	2 (10)	20 (100)
	小 計	63 (72.4)	17 (19.5)	7 (8)	87 (100)

「医療仲裁センター岡山」の設立についてどう思われますか。＜理由＞（問2）  
とあなたの立場（問7）

【医療関係者】

- 「事故調」等の他の機構・組織との整合性、調整が計られていません。（これには病院や損保会社の顧問弁護士との調整も含まれます）⇒今後のスムーズな運営には問題が多数あります。

【法曹関係者】

- 医者の協力次第では？

【一般市民】

- グレーゾーンの解決に悩む当事者にとっては力強い味方になる得ると思うので。

「医療仲裁センター岡山」についてどう思われますか。＜理由＞(問4)  
とあなたの立場(問7)

【医療関係者】

- ・ 医療について完璧ということはありません。余りにも世の中が医師・医療関係者に結果についての責任を押しつけている様に思えます。患者又は家族はどうなんですか？
- ・ 「事故調」等の他の機構・組織との整合性、調整が計られていません。(これは病院や損保会社の顧問弁護士との調整も含まれます)⇒今後のスムーズな運営には問題が多数あります。
- ・ 利用するようなことを起こしたくない。

【法曹関係者】

- ・ 責任に争いが無いものは、示談で(院内で)解決可能だろうし、争いのあるものが果たして解決するのか…。

【一般市民】

- ・ 医療に争いのある事件で、医師側がすぐに出て来る制度は、一般人には、このADRは医療者側の立場かと考えてします。

「医療仲裁センター岡山」の今後についてどう思われますか。＜理由＞(問6)  
とあなたの立場(問7)

【医療関係者】

- ・ 医療現場についてもよく認識してからにして下さい。
- ・ 私は基本的には「対話促進型」を期待しております。病院側の理解が当ADRの発展(成功)のKey Pointです。
- ・ 他県のまねで終わって欲しくはないが、力がなさそうに感じる。期待してきたが、せっかく来ても質問も出来ず、一方通行の研修会であった。

「医療仲裁センター岡山」設立記念シンポジウムに参加された感想(問8)  
とあなたの立場(問7)

コメント前の印は、問1でそれぞれ、◎は「大いに期待する」、○は「期待する」、×は「あまり期待できない」、△は「分からない」と回答された方を表示しています。

【医療関係者】

- 勉強になりました。
- 看護師です。本日は有意義なシンポジウムに参加させていただきありがとうございました。対話が最も大事な相互理解をするための手段だと思っています。

日常において、患者さんの心に添えるようにと対話を心がけていますが、実際に紛争が起きようとした時、私達医療者側が誠意で説明を重ねていく必要がありますが、医療者側当事者として苦しい立場となります。医療仲裁センターの役割が大きいものがあると思います。必ず必要と思いますので頑張っていたきたいです。
- 対話、患者の心情を理解しようとする気持ち、両者お互いに自分を出して、正直に話し合いをすることの大切さ、それを支援する専門職の働きを期待します。又、自分自身そう心がけたいと思いました。
- 討論等の話し合いの中で、専門用語が多すぎると感じた。もう少し、具体的な話しが聞きたかった。
- 法曹関係者と医療関係者のギャップを埋めることも必要ではないでしょうか（医と患だけでなく）。

医療現場の状況はむしろ患者さんの方がわかっている気がします。岡山ADRに対する医療者の協力を確実なものにするために相互理解が必要だと思います。
- 色々な視点の意見が聞けて勉強になった。
- 医療事故を経験された方の話が聞けてよかったです。
- 患者さん側も医療者側もしっかり話のできる土台ができるといいですね。院内であれ、院外であれ。
- △ 医師の研修の現状について改善を望み、よい医師を育てることにすべての人が協力することが、結局、患者のためになるのでは。医師と医療現場の●●（判別不能）とさせず、育て大切にすべきではないか。医師は神様ではない！
- × 次回シンポジウムをするなら、本日と同様ではダメです。岡山ADRの実績を検証するため、シンポジウムをやるべきでしょう。

ミニシンポジウムの内容はさておき、第一線の医師（年齢45歳前後）の参加が少ない印象でした。残念です。基本となる院内での解決の中核となる（近い将来です）医師は、医療安全には関心が乏しいことを改めて認識しました。
- 今後、患者様との対応の参考になったが、クレマーと言われる方々も多く、中には、言わないと損と考えている方も多いのも事実です。
- △ 患者側が納得できる対話は、医療従事者が責任をもって誠意をつくして対応しなければ、成し遂げえないと思う。

現実的に医療側の体質が変わらないから、ADRが立ち上がったのだと思うが、むしろ医療側を変えるためには、黒子のような地道な対応をする機関として存在する方がよいのではないかと感じた。
- △ もう少し具体例があれば、わかりやすかった。

- これだけの人が集まったことだけでもスゴイ。関心を持っている人が多いと感じた。
- 「～権」というものの多用，ゴリ押しの「～権」をできるだけ排除した形のADRを希望します。
- × 本当に立ち上げるのであれば，時間をとってしっかり医療機関等への呼びかけをゆっくり説明してほしい。時間なし，早口，一方的であった。今の患者のクレーマーの実態を知っているのか！！笑い話では終わらない！！
- 病院外でこのような仲裁センターが設立されるということは，院内での対話がいかに不足しているのか，信頼されていないのかと感じる。  
基本的には院内できちんと対話し，解決すべきことなのだろうが…院内での活動を考えるためにもおもしろいシンポだった。会場からの意見や質問を受けるためにも次回を希望します。医療者も弁護士の方と直接お話をしたいと思っています。
- ◎ やり続けていって下さい。

#### 【法曹関係者】

- ◎ コンパクトながら密度が濃かった。
- ◎ とても勉強になりました。とても面白かったです。
- 他士業の奮闘に大いに期待します。
- ◎ 予想以上の参加者にびっくりしました。
- × 青山先生のお話が本質だと思います。あまり大風呂敷を広げない方が…。
- ◎ まずは始めて実績を公開，検討することが最終的に各分野の多くの方の信頼につながると思います。
- ◎ 事例報告を含め定期的にシンポジウムを開催してほしい。

#### 【一般市民】

- ◎ ぜひ1年後の振り返りシンポジウムをお願いします。  
広く<対話><コミュニケーション>のあり方について勉強になりました。期待しています。
- ◎ 薬害に遭って手術をして頂きまして命をとり止めましたので，大変感心がありました。  
(下肢血栓のためにです)
- 医療従事者の認識がまだ不足している状況で，優れた医療従事者が参加してくれるか疑問，考え方などに偏りがあるのも危惧されます。  
受理内容の制限は反対。早期解決は必要ですが，回数制限も反対します。専門知識がない患者側への配慮に重点を置きながら，良いスタートを期待しております。
- もっと弁護士会と医療側が協力体制をとればよりよいものになりそう。
- 設立後の報告セミナー等は，あるのでしょうか。定期的に聞いてみたいです。
- × 90%を弁護士で解決して，5%を医療仲裁人が出ることにより解決し，残り5%が裁判所で解決と図式を作られないと，本ADRは解散となりますと思われる。

◎ 医療仲裁センターの設立お目出とうございます。

医師の性善説を背景に医師及び医療機関の診療業務に関し、患者が不服の申し立てをしようとしても、これを受け付け、調査し指導出来る行政機関が皆無である一治外法権的エリアにある一ことが医療問題の解決をむずかしくしている様に感じています。

この改善も含めて活発なご活動ご期待申し上げます。

◎ これからも普及活動がんばって下さい。

岡山弁護士会「医師仲裁センター岡山」  
設立記念シンポジウム

**対立から対話へ**  
～納得のいく解決に向けて～

発行 岡山弁護士会  
発行日 平成22年7月10日  
印刷 株式会社 三門印刷所