

裁判の迅速化に係る検証に関する検討会（第45回）開催結果概要

1 日時

平成24年6月22日（金）午後1時30分から午後4時まで

2 場所

最高裁判所中会議室

3 出席者

（委員，敬称略・五十音順）

井堀利宏，甲斐哲彦，近藤宏子，酒巻匡，仙田満，高橋宏志〔座長〕，
中尾正信，二島豊太，野間万友美，水野美鈴，山本和彦

（事務総局）

小林宏司審議官，小野寺真也総務局第一課長，本田能久総務局参事官，
岡崎克彦民事局第一・三課長，高橋康明刑事局第一・三課長，
三輪方大行政局第一・三課長，浅香竜太家庭局第一課長

4 進行

（1）第4回報告書に関する反響等

小林審議官から，昨年10月31日に，公益財団法人日弁連法務研究財団と東京弁護士会の共催で第4回報告書を受けてシンポジウムが開かれ，その結果が，判例タイムズの5月1日号から2号連続で掲載されたことが紹介された。

（高橋座長）

シンポジウムにおいては，私も日弁連法務研究財団の理事長として趣旨説明を兼ねた挨拶をし，その中で行われたパネルディスカッションを傍聴したが，準備書面の分量制限，失権効の導入，弁護士強制制度，法廷侮辱に対する制裁など，必ずしも弁護士側に積極的に受け入れられるとは限らない施策がテーマになっていたにもかかわらず，冷静な議論がされていた。また，最高裁判所が率直に裁判官の人的態勢の整備等について施策を提言したことは，高く評価されていた。

(山本委員)

シンポジウムを傍聴したが、大変充実した内容であり、冷静かつ建設的な議論がされていた。傍聴していた弁護士の数も多く、将来の司法制度に対する関心の高さがうかがわれた。今後の活発な議論の契機になればよい。

(2) ヒアリング及び意見交換

ア 医療事故をめぐる近時の状況、医療事故を予防するための取組及び医事紛争を防止・解決するための取組について

宮本哲也・厚生労働省医政局総務課医療安全推進室長から、医療事故をめぐる近時の状況、医療事故を予防するための取組及び医事紛争を防止・解決するための取組について説明された。

具体的には、医療事故をめぐる近時の状況に関しては、病院に対する全体的な満足度は、近年、一貫して上昇しており、「満足」と回答した人の割合は、平成14年においては入院患者で55.5%、外来患者で49.7%であったのが、平成20年においては入院患者で66.3%、外来患者で58.3%となっているが、これは、医療現場の努力により、医療の質が全体的に向上していることの現れではないかと思われること、地方裁判所及び簡易裁判所における医事関係訴訟の新受件数は、平成16年をピークにその後は減少傾向にあり、関係者によると、訴訟に至らない医事紛争も同様に減少傾向にあること、平成11年から平成12年にかけて大きく報道された数件の医療事故を受けて、平成13年、厚生労働省に医療安全推進室が設置されたこと、平成14年、厚生労働省に設置された医療安全対策検討会議において、日本の医療安全対策の基本的な考え方を示す「医療安全推進総合対策」と題する報告書が取りまとめられたこと、その後、同報告書に基づいて種々の医療安全対策が推進され、平成18年に改正された医療法により、全ての医療機関に対して、医療の安全を確保するための指針の策定などを内容とする医療安全管理体制の整備が義務付けられるとともに、都道府県等に

対し、医療に関する苦情への対応などを通じて医療安全の確保に関し必要な措置を講ずるため、医療安全支援センター設置の努力義務が定められたこと等について、説明された。

医療事故を予防するための取組に関しては、医療事故情報収集等事業及び医療安全支援センターの2点について説明された。

具体的には、医療事故情報収集等事業については、平成16年に改正された医療法施行規則等により、公益財団法人日本医療機能評価機構が、国の登録を受けた第三者機関である「登録分析機関」として、特定機能病院等の報告を義務付けられた病院及びその他任意参加の医療機関から医療事故事例の報告を受けるとともに、任意参加の医療機関から、誤った医療行為等が実施されたが結果として患者に影響を及ぼすに至らなかった事例等（以下「ヒヤリ・ハット事例」という。）の報告を受け、これらの報告を受けた情報を分析し、その結果を医療機関側や国民に広く公表する医療事故情報収集等事業が開始されたこと、医療事故事例報告件数及びヒヤリ・ハット事例報告件数は、いずれも増加傾向にあり、平成23年に、前者は約2800件、後者は約62万7000件となったこと（なお、ヒヤリ・ハット事例については、報告すべき内容を平成22年に変更したところ、平成21年までの水準を大きく上回るようになった。）、これらの報告件数の増加は、上記報告内容の変更のみならず、医療安全に関する意識の向上による、各医療機関からの報告の円滑化が原因であり、医療事故等の増加によるものではないと分析していること、医療事故情報収集等事業の報告の現況等について、3か月に1度報告書を作成し、関係機関に配布するとともにインターネットで公表しているほか、特定のテーマについて、定期的に医療事故情報とその対策を1枚の紙に取りまとめて、関係機関に医療安全情報を提供していること、外国においても活用してもらえよう英文の報告書も作成していること等について、説明された。

医療安全支援センターについては、同センターは、医療法に基づき、医療に関する苦情に対応し、又は相談に応ずるとともに、患者側や医療機関側に対し、助言等を行うこと、同センターは、全国372か所において、年間10万件の相談等を受け付けているところ、その内訳は、約半分が苦情であるが、苦情の割合は減少傾向にあり、希望する医療に関する相談が緩やかな増加傾向にあること等について、説明された。

医事紛争を防止・解決するための取組に関しては、「医療裁判外紛争解決（ADR）機関連絡調整会議」（以下「医療ADR機関連絡調整会議」という。）、医療事故の調査制度の検討、患者家族と医療従事者との対話の促進及び産科医療補償制度の4点について、説明された。

具体的には、医療ADR機関連絡調整会議については、厚生労働省において、平成22年から、医事紛争に関する裁判外紛争解決手続（以下、裁判外紛争解決手続を「ADR」といい、医事紛争に関するADRを「医療ADR」という。）機関の活用を推進するため、情報共有及び意見交換を行うことを目的として、医療ADR機関、医療界、法律家、患者団体等の代表者で構成される医療ADR機関連絡調整会議を開催していること、以前は、医療機関側の法律家に対する不信感が、弁護士の間与する医療ADRの利用に関する阻害要因となっていたが、最近では、医療ADR機関連絡調整会議における医療ADR機関の報告等を通じ、医療ADRの意義に対する医療機関側の理解が進みつつあること等について、説明された。

また、医療事故の調査制度の検討については、平成19年から医療事故の調査制度の創設に向けた検討が始められ、平成20年6月には医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案が作成されたが、同大綱案をめぐって様々な意見の対立があったため、法案提出には至らなかったこと、厚生労働省において、平成23年に、「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会」を設置して検討を進めているところ、平成24年に、

同検討会の中に、「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」を設置して、関係者のヒアリングを実施した上で、医療事故に係る調査制度の目的や組織の在り方等に関する議論を進めていること、現在、医療機関側に国民の信頼を得るために一定の活動をしなければならないとの機運が高まっており、そのような機運を制度の構築につなげるための検討を進めていることについて、説明された。

さらに、患者家族と医療従事者との対話の促進については、特定機能病院等の医療機関227施設に対するアンケート結果によれば、回答した197施設の50.3%の施設が、医療機関側と患者側とのコミュニケーションの仲立ちをし、十分な話し合いをする職員（以下「医療対話仲介者」と仮称する。）を配置しており、41.1%の施設は医療対話仲介者を配置していないが配置の必要性はあると考えているなど、医療対話仲介者の必要性についての認識は全体的に高まっていること、医療機関側と患者側との対話を促進するため、患者側に対する支援体制の整備を診療報酬上の算定要件に追加したこと等について、説明された。

次いで、産科医療補償制度については、分べん時の医療事故については、過失の判断が困難であり、裁判で争われる傾向にあることが、産科医不足の原因の1つであるため、産科医等のモチベーションの維持、患者側の救済、医事紛争の早期解決、事故原因の分析を通じた産科医療の質の向上を目的として、平成21年から、日本医療機能評価機構において産科医療補償制度の運営が開始されたこと、同制度は、制度に加入している分べん機関で出生した子が、通常の妊娠・分べんにもかかわらず脳性麻ひとなった場合において、所定の要件を満たしたときに、子及びその家族への補償、脳性麻ひ発症の原因分析、再発防止策の策定と情報提供等を行うものであること、1分べんに当たって妊産婦が実質的に負担する掛金（保険料）と同額の3万円を、加入機関における分べん時に妊産婦に対して支払われる出産育児一時金に追

加することにより、分べん機関の制度加入を促進していること、これまでの支払件数は約300件であること等について、説明された。

続いて、委員から、医療事故情報収集等事業において報告対象とされている医療事故は、医療機関側に法的責任があるものに限定されているのかとの質問がされ、これに対し、宮本室長から、医療安全の観点から、過失の有無を問わず、患者が予期していたものを上回る処置を要するなどした事例を幅広く報告対象としている旨、回答がされた。また、委員から、無過失補償制度は、産科医療補償制度より対象が広いが、その財源をどのように考えているのかについて質問され、これに対し、宮本室長から、大変難しい問題であるが、補償金額や対象となる医療事故を限定することも視野に入れつつ、産科医療補償制度や諸外国の例を参考に検討中である旨、回答がされた。さらに、委員から、日本医療機能評価機構における運営委員会の委員について質問され、これに対し、宮本室長から、幅広い立場の方が参加されており、例えば、「産科医療補償制度運営委員会」の委員については、医療機関側から産科や小児科の医師、法律家から患者側や医療機関側の弁護士、そのほか患者団体の代表者等に務めていただいている旨、回答がされた。

イ 医事紛争の実情、医事紛争を防止・解決するための制度の概要やその在り方等（患者側代理人の立場から）について

鈴木利廣・明治大学法科大学院教授（弁護士）から、医事紛争の実情等、医事紛争を防止・解決するための制度の概要やその在り方等について、患者側代理人の立場から説明された。

医事紛争の実情等に関しては、医療事故における患者側の願い、医療事故への公正な社会的対応の在り方、医療事故対策の基本及び医事紛争の発生・展開プロセスの4点について、説明された。

具体的には、医療事故における患者側の願いについては、医療事故における患者側は、単に金銭による損害賠償を求めているのではなく、まずは医療

事故に関する原因究明，情報開示及び説明責任の履行，次に再発防止，責任の明確化と医療機関側による謝罪，原状回復のための医療保障を望み，その後金銭的補償及び損害賠償を望むものであり，これらが不十分であった場合に，更に社会的制裁を望むものであること等について，説明された。

また，医療事故への公正な社会的対応の在り方については，以前は医療事故に対応する社会的なシステムが構築されておらず，医療事故の予防及び医事紛争への対応については医療機関側の自主的な努力に委ねられており，医療事故が発生した場合にも，外部には公表されず，極めて明白な過失が認められるなど例外的な場合を除き，刑事処分も科されなかったが，平成11年に社会の耳目を集める医療事故（いわゆる広尾病院事件など）が発生したことを契機として，医療安全への取組が始まったこと，医療事故への公正な社会的対応の在り方としては，(ア)まず，日常的に安全対策を実施すること，(イ)事故が発生した場合には，事故の当事者がしかるべき公的機関に報告し，同機関において原因の究明及び分析を行うこと，(ウ)それを受けて，加害者において，被害者への適切な対応を行うとともに，再発防止策を検討し，日常的な安全対策にフィードバックすること，(エ)場合により，加害者やその所属する組織に対して行政処分が課され，例外的な場合には，更に，捜査を経て加害者に刑事処分が科されること，以上の一連の流れが適切であると考えられること等について，説明された。

次いで，医療事故対策の基本については，アメリカでは，医療事故を医療機関側のリスクマネジメントないし損失防止の問題として捉え，複数の州において損害賠償額や弁護士費用の上限を設定しようとする動きがあったが，その後，社会的に大きな影響を与える医療事故が起こったことを契機に，患者の安全を基本として医療事故への対応を検討しようという機運が生じたこと，日本においても，以前は，医療事故が起こった際に，医療機関側が患者側と対立する姿勢を取ることが多かったが，前記平成11年に発生した社

会の耳目を集める医療事故について捜査が行われたことを契機に、医療機関側において、医療事故の徹底分析、患者側への誠実な対応、再発防止策へのフィードバックを行うようになったこと、同年、アメリカにおいても、人は誰でも間違えることを前提に、個人の注意力のみに頼らない患者の安全に向けたシステムの構築が検討されるようになったこと、諸外国では、民事紛争解決手続のほか、一定の専門性を有する者の行為について、同じ専門性を有する他者がその行為の妥当性を審査する「同僚審査」や第三者機関が事業者を評価する「公的医療の質評価システム」が確立されており、これらが医療の質を確保する上で大きな役割を果たしているが、日本においては、このようなシステムがまだまだ十分に機能していないこと等について、説明された。

また、医事紛争の発生・展開プロセスについては、医療の結果が悪かったというだけで弁護士に相談する人は少なく、多くの場合、患者側は、医療事故（予期に反した意外な結果）の発生前から生じていた診療への不安、医療事故の発生、医療事故後における医療機関側の不誠実な対応が重なることにより、医療不信に陥り、そのうち一部の人だけが、様々な精神的・経済的負担を乗り越えて、ようやく弁護士に相談するものであること、苦情や相談への対応体制として、例えば、院内相談窓口、地域医師会、都道府県医療安全支援センター、患者の権利オンブズマン等の民間NPO、弁護士が挙げられるが、これらは、現在でも質・量ともに不十分であること等について、説明された。

医事紛争を防止・解決するための制度の概要やその在り方に関しては、無過失補償制度、医療ADR、医事関係訴訟における工夫及び医事紛争の防止・解決システムを支える制度の4点について、説明された。

具体的には、無過失補償制度については、スモン等の薬害を契機として、昭和55年に、医薬品副作用被害救済制度が創設され、医薬品の製造販売業

者からの拠出金等を財源として、薬害の被害者に医療費等が給付されることとなったが、最近では、医事関係訴訟における判断基準を踏まえて、給付の要件である因果関係及び適正使用の認定が厳格化されてきた上、また、同制度においては原因分析や再発防止策の策定が行われないという問題があること、平成21年に、産科医療補償制度が創設され、原因分析や再発防止策の策定の充実化が図られつつあるが、同制度による医事紛争の防止・解決は今後の課題であること等について、説明された。

医療ADRについては、弁護士会が運営する医療ADR（例えば、東京、愛知、大阪で設立されている。）と弁護士会以外が運営する医療ADR（例えば、千葉ではNPO法人、茨城では医師会が医療ADRの運営主体となっている。）があるが、医療機関側の一部に弁護士会が運営主体である医療ADRへの誤解や反発があるため利用が進みにくく、他方、医療機関側は自らが主体となって医療ADR機関を運営することについては消極的であること、

東京三弁護士会においては、1人～3人の弁護士があっせん人となって、患者側と医療機関側との対話を促進し、手続の透明性を高めるため、原則として両当事者同席の下に手続を進めていること、専門家の意見に基づく裁断型の解決ではなく、対話による解決を重視し、医師等の専門家を関与させないものとしていること等について、説明された。

医事関係訴訟における工夫については、平成13年から、医療集中部において新しい審理方式が試みられていること、医療事故に関する判決は、明治38年に、患者側による損害賠償請求が立証責任論で棄却されたことを皮切りに、患者側原告の認容率が極めて低い状況が続いていたところ、その後、判断基準等の変遷に伴い認容率が上昇したものの、その後再び下降するなど変遷している点は問題であると感じており、今後とも、医療機関側並びに弁護士及び裁判所のそれぞれが、医事紛争の公正な解決を目指して努力し、工夫を重ねていく必要があること等について、説明された。

医事紛争の防止・解決システムを支える制度に関しては、制度検討の前提となる医療事故そのものの増減を把握できる統計データが、現在、我が国には存在しないため、いわば氷山の一角である医事関係訴訟等を見て水面下に隠れている医療事故を想像するしかなく、この点は今後の課題であること、医療事故の患者側は、様々な事情により萎縮して真相の究明等を断念しがちであるから、医療機関側において、患者側に診療情報を開示して説明責任を果たすとともに、医療機関側及び第三者機関における医療事故の原因分析制度を整備することが重要であること等について、説明された。

以上のほか、患者側弁護士に関して、昭和52年に「医療問題弁護団」が設立され、現在では全国の大半の弁護士会に医事紛争を専門とする弁護士のグループがあるが、弁護士の研修内容や研究活動には濃淡があること、関係者によると、近年、医事紛争を専門としない弁護士が医事関係訴訟に参入するようになってきているところ、医事関係訴訟については、依頼者からの弁護士に関する苦情も少なくないため、専門弁護士制度の創設が急務ではないかと考えられること等について、説明された。

次いで、委員から、医療事故の件数を把握するためにはどのようにすべきか、との質問がされた。これに対し、鈴木教授は、現在も医療事故情報の報告制度は存在するが、いまだ十分なものではなく、今後これを更に充実させ、医療機関側の意識改革等により適切に報告がされるようにすべきである旨、回答がされた。

ウ 医事紛争の実情、医事紛争を防止・解決するための医療機関における取組、医事紛争を防止・解決する制度の概要やその在り方等（医療機関側代理人の立場から）について

児玉安司・東京大学大学院医学系研究科特任教授（弁護士）から、医事紛争の実情、医事紛争を防止・解決するための医療機関における取組、医事紛争を防止・解決する制度の概要やその在り方等について、医療機関側代理人

の立場から説明された。

具体的には、医事紛争の実情に関しては、医療機関で死亡する人は年間約100万人にも上っているところ、もともと医療機関は病人や負傷者を預かる機関なのであるから、医療機関における死亡が全て「医療事故」なのではなく、このうち「医療事故」となるものは、調査及び評価を経た上で判定されなければならないが、例えば、警察への届出がされた件数は年間約100件であり、医療機関における死亡者数の1万分の1にすぎないこと、医事紛争の発生に関する要因として、医療機関側から医療に伴う危険性について客観的な数値を挙げて具体的な説明を受けても、その数値の評価が医療機関側と患者側とで異なる場合が少なくないこと、医事紛争の発生に関する医療機関側の要因としては、(ア)現在から過去へ遡って行う事後的な評価と治療行為の時点における当該医療機関の立場から行う評価との間にずれがあること、(イ)医師の経験や医療機関の規模等は多様であるため、医療機関側に求められる注意義務の程度にも幅があること、(ウ)各診療科の専門性・独立性が高いため、院長等ですら内部の見解をまとめるのに困難を来し、医療機関側が医療事故への対応方針を定めるのに時間を要すること等が挙げられること、医療機関側の医事紛争解決に対する意識としては、医療機関側の努力について患者側の理解を望む思いの強さ、刑事裁判・民事裁判への発展や報道による批判にさらされることへの恐怖感、法的手続によらない解決への過度の期待が挙げられること、医療機関側による説明会は、医療事故の発生後初期の段階で行われるが、データを挙げた専門的な説明だけでは患者側の直感的な理解を得にくい上、患者側弁護士が、当事者を「赦しと共感」の境地にたどり着かせることに興味がなく、法律的に重要な事実のみにこだわって尋問のような質問に終始する場合には、説明会における相互理解と医事紛争の解決は困難になること、事故報告によって医療事故の発生を正確に認識し、それを減少させるための工夫を検討することが、医療の質の向上

につながるが、医療安全に対する意識が広がれば広がるほど、医療事故の報告件数が増加するというパラドックスに陥ること、予期に反した意外な結果が発生した場合、医療機関側が医療事故と認識するか否かと実際に医事紛争になるか否かは必ずしも一致せず、医事紛争の発生件数は、患者側の医療に対する期待を関数として決定されること等について、説明された。

また、最近のトピックスとして、多くの医療機関において導入されている電子カルテには、入力者、入力時間及び変更履歴に関する情報が保存されているが、電子カルテ以外にも、メモリーやハードディスク等、多様な電子媒体の中には膨大な量の有益な情報が残されているにもかかわらず、医療機関においても、これらの情報の全体像を把握できておらず、紛争の解決のために活用できていないこと、ガイドラインが医事紛争の防止や解決に対して相当の役割を果たすのではないかと期待されることもあるが、実はガイドラインにも多様なものがあり、専門家が専門家向けに作成したものや専門家が一般医師の啓発のために作成したもののほか、専門家が作成したとはいえないものもあること（例えば、医事法 21 条に基づく届出に関しては、法解釈の問題であるにもかかわらず、法律家ではなく医療団体等がガイドラインを作成している。）、医師賠償責任保険に関して、過去の保険金支払の多寡によって医師の支払う保険料に大きな差をつける、いわゆるデメリット料率が導入されたこと、以前は、非常に高額な保険金が認められるか全く認められないかのいずれかであったが、最近では、因果関係が証明されなくても、適切な医療が行われていれば患者が生存していた相当程度の可能性が証明される場合には、医師は、患者が同可能性を侵害されたことによって被った損害に対する賠償責任を負うとする判例（最高裁平成 9 年（オ）第 42 号同 12 年 9 月 22 日第二小法廷判決・民集 54 卷 7 号 2574 頁）等の理論を前提として、法的な損害賠償責任として一定額が認められ、保険による支払の対象とされるようになったこと等について、紹介された。

医事紛争を防止・解決するための医療機関における取組に関しては、医療安全と管理及び医事紛争と管理の2点について、説明された。

具体的には、医療安全と管理については、1991年に作成されたアメリカ医療機能評価機構の報告書は、日本における大量生産に関する品質管理の手法が産業界の品質と生産性の大幅な向上に貢献したことに着目し、このような手法を医療にも導入することを強く推奨したこと、1999年に、アメリカ学術会議の医療部会が発表した「To Err is Human : Building a Safer Health System (人は誰でも間違える)」という文書においても、大量生産における品質管理の手法を医療に持ち込むべきであるとの提言がされたこと、医療安全と管理の基本的な枠組みは、宮本室長が説明されたとおり、平成14年から平成18年にかけて、医療法施行規則や医療法の改正等により構築されたこと等について、説明された。

医事紛争と管理については、「医療事故」及び「医療ミス」に関する1年間の報道件数は、平成11年を境に急増しており、平成10年まではそれぞれ数十件～約100件であったのに対し、ピークである平成14年には、「医療事故」は約900件、「医療ミス」は約600件に上ったこと、医療事故についての警察への届出等の件数は、平成10年までは年間50件未満であったのに対し、ピークである平成16年には年間250件を超えたこと、民事第1審における医事関係訴訟の年間新受件数は、平成10年には600件強であったところ、ピークである平成16年には約1100件に上ったが、その後6年間で約34%減少し、平成22年には平成11年の約700件と同程度に落ち着いたこと、ピークである平成16年においても、アメリカと比較すると、医事関係訴訟の年間新受件数は約100分の1、損害賠償費用総額は約50分の1にとどまっていたこと等について、説明された。

医事紛争を防止・解決する制度の概要やその在り方に関しては、労働審判においては、労働者側審判員が労働者側を、使用者側審判員が会社側を、

それぞれ説得することにより、当事者の理解を得やすくなっており、日頃の対立がむしろ和解の原動力になっているところ、同様に、東京三弁護士会の医療ADRにおいては、中立あっせん人1名、患者側代理人としての経験が豊富な弁護士のあっせん人1名、医療機関側代理人としての経験が豊富な弁護士のあっせん人1名から構成される3人の合議制を原則とし、患者側あっせん人が患者側を、医療機関側あっせん人が医療機関側を説得することにより、対話による解決の効果的な促進を目指しており、申立件数は、平成19年9月からの合計で約200件に達したこと、同ADRに専門家を関与させる必要がないか議論されたこともあったが、専門家による裁断よりも、対話による解決を目指すことになったこと等について、説明された。

エ ア～ウを踏まえての質疑応答及び意見交換

委員から、建築紛争に関するADRにおいては、中立性確保のため、弁護士会が運営するADRに学会や現役を退いた熟練の建築家が関与することも多く、このことが、建築紛争におけるADRの利用を促進していると考えられるが、医療ADRでは、このような中立的な専門家の確保が十分されていないため利用が進まないのではないかと指摘がされた。これに対し、鈴木教授から、医療ADRへの申立件数が少ない原因としては、(ア)一級建築士は、他の一級建築士や施工会社を批判することを躊躇しない人も少なくないし、紛争解決の局面で裁判所や当事者に対して協力する人も多いと感じているが、医事紛争においては、建築紛争とは異なり、専門家が紛争解決に協力する状況にはなく、医師の中には、多忙な中、なぜ紛争解決のために協力しなければならないのかといった発言をする者も見受けられること、(イ)広報活動の不十分さなどから、医療ADRが広く認知されておらず、また申立てに当たっての精神的なハードルも高いこと、(ウ)医療機関側が弁護士に不信感を抱いており、弁護士会が運営する医療ADRに患者側から申立てがされても、医療機関側は同手続に応じることさえしない場合も少なくないことな

どが考えられる旨、回答がされ、児玉教授から、医療機関側は、カルテを開示して説明しているにもかかわらず医療ADRに申立てがされた場合には、納得できず、むしろ被害感が生じる結果、手続に応じないことがある旨、医療の専門分野は細分化しており、日々高度化していることから、医療の現場を退いたり最先端の研究から引退した専門家が、争点に関し適切な知見を有していない場合も多いと思われる旨、回答がされた。

また、委員から、裁判所は医師の鑑定書を的確に判断できているのか、とりわけ、1つの医療事故について複数の医師の見解に対立がある場合、いずれが正当なものであるかを的確に判断できているのかとの質問がされた。これに対し、鈴木教授から、鑑定書の記載をそのまま採用した判決も見られるが、そのような判決が最高裁判所において破棄されたこともあり、裁判所は、鑑定人が鑑定に当たり客観的資料を基に検討しているか、質問に適切に答えているか等の観点から鑑定結果を厳密に検討する必要がある、1件の医事関係訴訟において複数の鑑定書が提出された場合にも、どちらの鑑定意見がより科学的な根拠を有しているかについて慎重に吟味する姿勢を求められるようになった旨、患者側代理人としても、私的鑑定書において、自己に有利な結論が記載されていても、科学的根拠がない場合には証拠として提出しないこともある旨、回答がされた。

さらに、委員から、医事関係訴訟の新受件数が減少し、かつ、医療ADRの申立件数が増加していないのは、圧倒的多数の医事紛争が潜在化しているためではないかと思われるが、今後は、このように潜在化している医事紛争をどのような方向で解決していくべきかとの質問がされた。これに対し、鈴木教授から、訴訟は最終手段であるのが社会として健全な姿であると思われるので、医療に関する苦情や医事紛争を、まずは社会内において対話により解決するシステムを構築することが望ましい、具体的には、医療機関側と患者側の対話を促進するため、医療対話仲介者についての検討を進めるととも

に、医療ADRについては、管轄がなく全国の医事紛争を取り扱うこともできるメリットに着目し、その活用を進めていくべきであり、市民に身近なものとして各地に設置することが望まれる旨、回答がされた。また、児玉教授からは、医療安全支援センターでは、最近、地方自治体等において出前講座を実施しているが、これに加えて、義務教育等の場においても医療に関する教育を行うことにより、医療機関側と患者側の相互理解が進み、医事紛争の減少につながる可能性がある旨、回答がされるとともに、医事紛争の顕在化に関して、現在、高齢化社会の進展に伴い、介護をめぐり、入院の可否や入通院等に関する代金の支払が問題となる紛争が起こり始めており、今後はこのような医事紛争が増加する可能性も高い旨、説明がされた。

最後に、委員から、相談段階における医事紛争の解決状況について質問がされた。これに対して、鈴木教授から、東京都の医療安全支援センターにおいては、相談に対して助言を行っているが、それだけでは解決しない複雑な医事紛争については弁護士会へ紹介している旨、東京や福岡で設けられている患者の権利オンブズマンにおいては、相談員による相談のほか、話し合いの場への患者側に対する同行支援、オンブズマン会議による調査及び勧告も行うなど、相談のみにとどまり後は泣き寝入りという事態に陥らないよう、医事紛争の解決へ向けたきめ細やかな対応を行っている旨、説明がされた。

以上のほか、委員から、国民の立場からすると、医事紛争を専門とする弁護士に関する情報の開示が望まれるとの意見、裁判所においても、医事関係訴訟は複雑困難な事件であると認識されているようであるが、医事紛争については、訴訟による解決に限らず、医療ADRなど社会内において解決される制度が整備される必要があるとの意見、医療機関側と患者側の認識のずれにより医事紛争が起こることが多いという実情を踏まえ、医事紛争に至る前の段階で、医療機関側と患者側のコミュニケーションの場を構築するなどして両者の認識の共通化を進めることが望ましいとの意見が述べられた。

* ヒアリング及び意見交換の後，宮本室長，鈴木教授及び児玉教授は退席された。

(3) 報告

小林審議官から，国内実情調査の結果について報告された。

(4) 今後の予定について

次回以降の検討会は，事務局において日程調整を行うこととなった。

(以上)