

利用者から見た医療 ADR

——医療紛争相談センター利用者インタビューから描く実情と課題——

渡 辺 千 原^{*1)}

中 部 貴 央^{*2)}

佐 藤 伸 彦^{*3)}

平 野 哲 郎^{*4)}

目 次

調査の目的・方法

I インタビュー調査結果の概要

II 医療紛争当事者のトラブル経験と「訴訟をしない」紛争解決過程

III 医療紛争における医療 ADR の利用と紛争解決に関する阻害要因と
促進要因——利用者の視点からの探索的質的分析

IV 医療紛争当事者のニーズ——インタビュー調査のテキストマイニン
グによる分析から

V 代理人から見た医療 ADR——インタビュー調査の結果
結びに代えて

調査の目的・方法

1. 本稿の目的

医療紛争の解決には裁判よりも ADR（裁判外紛争解決）のほうが適合的

*1) わたなべ・ちはら 立命館大学法学部教授

*2) なかべ・たかよ 東京大学医学部附属病院国立大学病院データベースセンター特任助教
京都大学大学院医学研究科医療経済学分野客員研究員

*3) さとう・のぶひこ 立命館大学大学院先端総合学術研究科研究指導助手

*4) ひらの・てつろう 立命館大学大学院法務研究科教授

であると言われ、司法制度改革でのADR拡充策も相まって、司法制度改革期以降、弁護士会を中心に、各地で医療ADRの試みが進められてきた。和解による解決をめざす調停型の手続という共通点はあるものの、手続の進め方や、調停者の人数や資格、医療専門家の関与の有無など、それぞれの機関ごとの違いも大きく、医療ADRと一括りに語ることは難しい¹⁾。

医療ADRは、実際に裁判よりも紛争当事者のニーズにより適合的な解決方法たりえているのだろうか。また、どのような医療ADRであれば、医療紛争の当事者にとってアクセスしやすく、紛争当事者のニーズに応じた解決を提供できるのだろうか。

筆者たちは、こうした問題関心から、千葉県のNPO法人医療紛争相談センター（以下、センターと略称）の協力を得て、その利用者に対する質問票調査²⁾およびインタビューを行った。本稿では、このうちインタビュー調査結果について整理、分析を行う。

医療紛争相談センターは、2009年に認証ADR（かいけつサポート）の1事業者として千葉市で事業を開始し、医療紛争を対象に、弁護士・医師の2名が調停委員として関与する³⁾調停手続を提供してきたが、2019年に事業を廃止し、千葉県弁護士会が主宰する紛争解決支援センター⁴⁾で継承している。センターでの調停は、担当する事件と専門の近い医師が調停委員として関与すること、医師による無料の事前相談が用意されており、調停に先立って問題点の整理や調停による解決の適否についてアドバイスを得られる点に特徴があった。このように、本センターは、事前相談と調停に

1) 渡辺千原「ポスト司法制度改革期における医療事故紛争の脱訴訟化と司法アクセス」立命館法学393・394号(2021年)844頁で、司法制度改革期以降の医事紛争の解決の在り方をADRも含めた司法アクセスの観点から整理、考察している。

2) 質問票調査については、平野哲郎・渡辺千原・竹内治・中部貴央「医療ADR(裁判外紛争解決)の活動と利用者調査——医療紛争相談センター(千葉)利用者に対するアンケート集計結果を中心に——」立命館法学391号(2020年)360頁参照のこと。

3) 開設当初は、学識経験者の委員1名を加えた3人体制での調停も行っていましたが、徐々に2人体制が一般化し、2人体制での調停が主流となっていた。

4) 2019年より事業を開始している。但、センターが行っていた事前相談は行っていない。

医師が関与して、医学的知見の供与や、医学的見地からの評価や意見をもとに紛争解決を行う、医療専門家関与型の医療 ADR である。

他方で、法律専門家については、弁護士が弁護士調停委員として関与し、調停に応諾したケースでは医療機関側の 8 割は代理人がついているが、患者側の申立人の代理人選任率は13%に過ぎず、患者側当事者にとっては、主として本人参加型の ADR である。

よって、本稿が扱うのは、医療 ADR 一般ではなく、医療専門家関与型・本人参加型の医療 ADR である医療紛争相談センターの利用者の声ということになる。そして、本調査も、そうした特定の手続を有するセンターの利用者の評価を得ることを目的の1つとしている。しかし、実際に聞き取りを行うと、申立人は手続の流れや効果についての詳細を十分に把握した上で利用しているとは限らない。様々な経緯から訴訟ではない、話し合いによって何らかの解決を導く手段としてセンターに巡りあい、自らが経験したことからセンター手続を評価しており、センター固有の手続評価と言える部分は実は限られている。

なお、本稿は、インタビュー結果に基づく1つの分析論文であるが、それぞれの章は基本的には各執筆者が分担して執筆している。各章ごとに一定のまとまりのある分析を行っているため、インタビューについての説明の重複や、同じ発話の参照が複数にわたる部分もあることをお断りしておく。

以下、Ⅰ～Ⅳは、申立人調査、Ⅴが当事者の代理人としてセンターを利用した弁護士調査をもとにした分析となる。Ⅰでは調査事項に沿って申立人調査結果の概要を整理し、Ⅱでは、紛争当事者のトラブル経験と紛争解決のプロセスのうち、訴訟を選ばず、センターを利用することになった経緯とその中での訴訟やセンター手続をどう位置づけていたかを分析する（渡辺千原）。Ⅲでは、インタビューデータのテーマ分析を行い、ADR 利用および紛争解決の「阻害要因」と「促進要因」を抽出する（中部貴央）。Ⅳはテキストマイニングの手法で分析し、インタビューでの頻出語句の分

析および調停に期待したことについてのカテゴリ分析から、ADR に対する当事者の期待を析出している(佐藤伸彦)。弁護士インタビューは、当事者といっても、視角が異なり、実際は制度論等に踏み込んだ意見等も多く聞かれた。ADR 論への貴重な示唆も得たが、Vでは主に利用者としての立場からの整理と課題提起を行っている(平野哲郎)。

2. インタビュー調査の方法と実施内容

本調査は、センター利用者に対する質問票調査に加えて、質問票では十分に把握できないような当事者の思いや評価を実際に聞き取るために、質問票の回答において、インタビューへの同意のあった回答者に対して実施した。

(1) 研究対象者

インタビュー対象者は、代理人5人と申立人16人であった。

申立人16人のうち、相手側が応諾して調停に至った12名のうち、和解成立で終結した例が8名、不成立に終わったのが4名である。申立てをしたが相手方が不応諾だった例3名、取下1名の計4名は調停に至っていない。

年齢や性別は、Ⅲ2(1)表2を参照されたい。申立人は、問題となった医療の患者本人10名、遺族6名だった。ただし、インタビュー時点で本人が逝去のため、1名は調停に同席していた遺族へのインタビューとなった。

代理人は、医療機関側が3名、申立人側が1名、両方での利用例があるという者が1名であった。

(2) 実施方法

ももとは対面でのインタビュー実施を予定していたが、2020年2月19日～20日に7件(弁護士5件当事者2件)を実施した後、新型コロナウイルス感染拡大のため調査を延期した。対面でのインタビュー再開の見通しが

立たなくなったため、2020年8月25日～9月5日に電話または Zoom を利用したインタビューへ切り替えて実施した。

インタビュアーは、本稿執筆の4名で、2人1組、1件1時間程度実施した。1件は、インタビュアーの体調不良のため急遽1人のインタビュアーによる調査となった。

実施方法は、当事者は、対面が2名、電話が8名、Zoom が6名であり、代理人5名はすべて対面でインタビューを実施した⁵⁾。

インタビューは、事前に設定した質問項目（インタビューガイド）の内容に沿いつつも、対象者の発言を尊重し、当事者の自発的な語りを聞く半構造化インタビューを心がけた⁶⁾。自然な流れでインタビューが進むよう、発言内容に合わせながら質問事項の順番は適宜変更している。

表1に質問項目をまとめているが、代理人については、代理に至った経緯とセンター手続の評価をより詳細に尋ねている。

表1 質問事項の概要

1	申立に至った経緯の概要
2	調停前の医師相談委員との相談への評価
3	調停員への印象やコミュニケーションへの評価
4	調停の結果への思い
5	センターや医療 ADR など全般への意識

(3) データ・分析方法

以上のインタビューは、研究対象者の同意のもとに録音し（弁護士1名については録音について同意を得られなかったため、聞き取りメモのみ）、以下の分析では、インタビューの録音データを逐語録化したものを用いており、当事者の語りの参照部分はゴシック体で記載している。

次章以降（Ⅱ～Ⅴ）での分析は、各執筆分担者ごとの課題の設定と方法

5) 調査対象者へ協力への謝礼として、Quo カード1000円をお渡しした（希望された方のみ）。

6) インタビュー調査の実施方法については、平野ほか・前掲注2）374頁。

論に基づいて行われているため、各章の記述に譲る。

(4) 倫理的配慮と資金源・利益相反

本研究を行うにあたって、立命館大学における人を対象とする研究倫理審査委員会（承認番号：衣笠-人-2019-2）ならびに京都大学医学研究科・医学部附属病院医の倫理委員会（承認番号：R2026-1）の承認を得て実施した。インタビュー実施前に、自由参加であり途中離脱が可能であること、答えたくない質問には答える必要がないこと、それらによる不利益は一切生じないことを説明し、理解を確認したうえで、書面による参加同意を得た。本研究は、日本学術振興会科学研究費基盤研究（B）を資金源としており、申告すべき利益相反はない。

I インタビュー調査結果の概要

本章ではIIからの各論に至るインタビュー結果全体の概要をまとめておく⁷⁾。

1. 申立てに至った経緯

(1) 当事者の医療トラブル経験

医療にまつわるトラブルは、明らかな過誤が疑われるケースから、医療者とのコミュニケーションでの行き違いが主たる問題となったケース、死亡事例から幸いにも現在は身体上の問題が改善しているケースまで多岐にわたる。しかし、トラブルが身体・生命にかかわるものであるため、患者や遺族にとっての深刻度は高く、当事者の関心の重点は、センター調停よりも、当初のトラブルにある場合が多い。

7) このまとめは、インタビューの後、インタビュアー間で共有した感想や意見も踏まえているが、あくまで執筆者の評価、整理である。また、当事者の語りのなかで現れるセンター利用経験からの分析であり、必ずしも実際の医療トラブルや調停手続、調停委員の言葉の再現ではない。

申立てに至った経緯は、本インタビューでの聞き取り事項としては中心的な項目ではなかったが、この部分が、聴取の比較的大きな割合を占めた。調停についてインタビュアーが尋ねても、医療トラブルの詳細について語られることもたびたびあった。

（2）センターの認知の経路

ADR の拡充は、民事司法制度改革の一環として取り組まれたが、その成果は、現時点では十分ではない。ADR の認知度の低さが要因の1つとされるが、本インタビューでも、最初からセンターを知っていたという申立人は皆無に等しい。

質問票調査でもあったように、多くは弁護士・保健所・医師会などへの相談先から情報を得ている。相手方の医療機関の弁護士から情報を得たというケースもある。アクセスについては、IIで扱う。

2. センター手続の評価

（1）センター手続の理解

センターの手続については、質問票ではかなり詳細な質問項目を立てていたが、インタビューで改めて尋ねてみると、センターの手続の流れを十分に理解していないことが判明することも多かった。10年間のセンター利用者全員を対象とした調査であったため、古いケースの場合には、記憶が曖昧になるということもあるが、手続の流れを当事者が十分に理解するのは容易ではないことの表れでもある。ADR 利用者には手続について丁寧な説明が必要ということであろう。

センターの最大の特徴である、調停前の医師の相談は、専門家の評価を得る貴重な機会である一方で、それを経て調停に至るという仕組みであるために、調停開始時点で、医師に対する有責判断に傾斜してしまうのではないかとの懸念が医療側の弁護士から指摘されている（V参照）。他方、申立人については、事前相談への評価は概ね良好であり、丁寧に話を聞いて

もらえたという人が多かった。

親身に相談に乗ってもらったので、そこで楽になった。

かなり長い時間を割いて、全部説明を聞いてくださって……心情的なことも全部聞いてくださって……ちゃんと心に響くようなことを言ってくださったので、最初本当に安心しました。

(医師による事前相談なので) これはもう……(ミス)……ですよってふうに、もうおっしゃってくださって、すぐ申立ての手続をしてくださいってふうになった……多分、そこで普通の弁護士事務所に行っても、医学的なことっていうのは分からないですよ。

と、専門性の高い事前相談を評価する声もあった。

もともと、当事者によっては事前相談の存在を認識していない、つまり実際には相談を経ている、そのこと自体を忘れている、あるいは印象に残っていないというケースも散見された。

本センターでは弁護士調停委員と医師調停委員の2人体制で調停が行われている。インタビューで調停の進行について尋ねると、弁護士調停委員が司会・進行を担って、医師調停委員が時々意見を挟むというタイプが多いようであったが、組み合わせや事案の性質によっても異なる。トラブルの医学的な評価に重点がある場合には、専門の医師調停委員の事案の評価が決定的な意味を持つ場合もある。これが医療機関側が警戒する部分でもあるが、専門家が入っていることで助けられたという当事者の声は多かった。

やはり、医療事故なので、きちんと分かってらっしゃるお医者様がいらっしゃらないと話が通じないので

協力医というか調停委員に医者がいる形の方が、(医療機関側が)うそをつきにくいだろうと思って(ADRを利用したところ、)やはり専門家が入ってくださってうそがちゃんと暴けたのですごく助かりました。

他方で、問題となった事例と医師の専門領域にずれがある場合など、それほど積極的な発言もなく、あまり印象に残っていないということもあつ

た。

調停という手続の性質やその終結方法についても申立人が理解できていない場合も少なくない。相手方が対決姿勢を崩さず調停期日が空転したり、調停が不成立になった場合に、それまでの期待や交渉過程が遮断され、再開の余地がなくなったことを当事者が受け止めるのは難しい。Ⅲでも指摘されるように、センター調停がうまくいかなかったときの、事後的フォローへのニーズが存在していることが分かった。

(2) 調停委員への印象やコミュニケーションへの評価

調停委員への印象やコミュニケーションへの評価全般については、質問票調査⁸⁾では、医師調停委員・弁護士調停委員ともに、満足度はおおむね良好だが、相手方や代理人に比べると申立人本人の満足度は低い。さらに、調停を通じたコミュニケーションへの満足度も、相手方や代理人より低い。「自分の側の立場を主張できた」は比較的良好だが、事実に関する説明、相手方の主張への理解、相手方と十分に話し合えたなど、相手方からの働きかけを伴うコミュニケーションについての項目は特に低い傾向にあった。本センターでの調停が、当事者関与型であり「対話促進型調停」⁹⁾を志向するものとする、やや残念な部分でもあるが、大半が別席調停で実施されていることからこの結果は必然的ともいえる。

同席調停と別席調停については、ADR 論の中でも議論のあるところであり、対話促進型調停を目指す場合は、同席調停が志向される。本インタビューの対象者が経験した調停では、別席調停が基本であったが、期日の一部や全部で同席調停が試みられた例が複数あった。同席調停は、調停委

8) 平野ほか・前掲注 2) 382頁以下。

9) 司法型 ADR や裁判との対比で、当事者の対話の促進を支援するタイプの調停モデルであり、対話調整型、対話自律型などの言葉で説明される場合もある。和田仁孝・中村芳彦・山田恵子・久保秀雄著『ADR／メディエーションの理論と臨床技法』（北大路書房、2020年）50頁以下など。対話促進型のメディエーションでは、同席調停を原則的なモデルとしている。

員や相手方の意向による場合や、謝罪等の内容を含む和解が成立する場合の、和解成立のタイミングで行われていた。相手方と直接話すつもりだったのに別席で戸惑ったという申立人もいたが、調停委員のリードで同席調停となった場合には、そのことが不満の原因となることもある。全体としては、コミュニケーション全般に満足していても別席だと「手続の中で相手方と十分に話し合えた」という項目は低評価にならざるをえない。よって、相手との話し合いに当事者の期待がある場合には、同席調停を試みるのが望ましいと思われた。

では、それ以外はどのような場合に調停委員やコミュニケーションに満足し、どのような場合に不満を持つのだろうか。

応諾・和解成立ケースでは、センター利用での満足度が高く、調停委員や調停でのコミュニケーションにも満足している例が多い。

すべてこちらの意見を受け入れ、私の言い分を認めてくださったことになり……認めてくださったというか、そういう感じでした。

このケースでは、相手の反論も聞いているが、自分の言い分について受容的な態度で話を聞いてくれたとの印象を受けている。

医療機関が非を認めないという立場で調停に至っていたケースでは、

このような事実があって、それを全部正確に聞き取ってくださる方たちで……どっちが真実を言っているのかきちんと分析した上で解決しようって、やってくださっていたような気がしますね……見極めようっていう姿勢だったと思います、調停委員の2名は。

と調停委員の姿勢を評価している。

他方で、数は少ないが、強い不満が語られたケースでは、調停の過程で、調停委員が申立人から説明を聞く、また解決の見通しを伝える場面で、申立人の話や紛争解決行動に対して何らかの否定的な言葉が調停委員から発せられていた場合が多い。医師調停委員から「医者を訴えるなんて」という趣旨のことを言われたとか、申立人が自分の感情を語るのを弁護士調停委員に「事実だけ言ってくれ」と発言を遮られたなどが挙がる。

また、調停委員の賠償額の見通しが相手方との話の前後で大きく変わって下方修正された場合に不信感を持った例もあった。

Ⅲの分析にあるように、調停委員から、医学の見地からの評価や、相手方の言い分、賠償の相場などの情報を伝達し、当事者の納得を形成することで解決が促されるのだが、Ⅳでもあるように、申立人は話を聞いてほしいというニーズを有しており、申立人の理解や受容が進んでいない段階で申立人の話を遮るように調停委員の意見が伝えられると強い不信や不満につながる事がうかがえた。まずは申立人の話を傾聴することの重要性、相手方の話を聴取する前に調停結果の見通しを安易に伝えることの危険性は、メディエーションのスキルとしてつとに指摘されているが、まさにそうした点が確認できた。

申立人は調停委員が患者よりなのか医療よりなのかという軸で評価する傾向が強い。医療側の意見を聞いて態度が変わると医療よりなのだと感じるし、中立だと感じられている場合にも、患者にもっと寄り添ってほしかったという希望が聞かれることもあった。これはセンター手続やその意義についての申立人の理解に影響される部分が多い。

3. 調停の結果

調停の結果、金銭的な解決のほかに、医療機関からの謝罪など、調停ならではの解決が図られた例もあった。センターで医療機関からの謝罪の場が設けられた例もある。

その場ですぐ謝罪してくれていれば私はこんなに長い何年もかけてメンタル面で苦しい思いをしなくてよかったんですよって言ったら、申し訳ございませんって。

金銭的な解決としては、申立人の期待よりは小さな金額で落ち着く場合が多く、Ⅲでもあるように、このあたりで解決するしかないと理解して、和解を成立させていることが多い。トラブルを発端にかかったコスト、すなわち事後的に別の医療機関でかかった治療費等をまかなうだけの金額で

はないといった説明も多かった。

そうした具体的な解決内容もさることながら、医療トラブルにおいては、紛争解決がなされても、原状回復までを実現することは原理的に難しい。紛争は解決しても、家族を失った、あるいは健康状態を損なったというもとの負の部分が残る。インタビューに応じてくれた人は、終わっても釈然としないこともあり、何かを話す機会として研究協力を申し出てきているとの印象があった。

4. 調停・センター全般への意識・意見など

センターに対しては、中立的な立場で問題解決を助けてくれる機関と理解している場合もあるが、本センターは代理人をつけずに本人が自ら手続に参加しているケースが多いこともあり、中立よりも「患者側を助けるための機関」であることへの期待が語られることもあった。

たとえば、弁護士調停委員について

あなただけの味方ですよみたいなことじゃなくて、両方の言葉を、両方の意見を聞かなければならないってことをちゃんと最初からおっしゃっていたので、こういう先生は信用できるなって思いました。

という言葉がきかれた一方で、

中立の立場でいらっしゃると思うんですけどね、センターのほうは。

え、どちらの味方?のような言い方も。

きっと中立だったんだと思います……医療機関側に偏りとか、そういうのはないのかもしれないけれども、もう少し優しい言葉をかけてもらえると嬉しかったなとは思っています。やっぱり心も病んでいる、体も病んでいるので、もう少し傾聴してもらえると嬉しかったかもなって。

弁護をお願いしたいという気持ちをくんでくれるような人であってほしいです。

と、中立的な態度や淡々と手続が進むことに対してやや否定的なコメントも聞かれた。

そして、寄り添いが感じられないと不満が残ったという説明がされるこ

とが多かった。

しかし、センター利用に際して何らかの不満があったとしても、こうした ADR があったことについては、「あって良かった」という意見が大半であり、センターが閉鎖したことを惜しむ声が聞かれた。

裁判だと本当に白か黒かしかないんですよね。そういう状態ではなくって、話し合いができたっていうのはいいと思っています。

こんないいシステムがなぜ続かないんだろうってところでショックだった……一般の本当にお金のない弱者でも利用できるってところが本当にありがたいかなと思うので、是非あったほうがいいです。ないのがおかしい。

（裁判をしていたら）大変な裁判で苦しい目に遭ったあげくに負けて、悔しい思いをしていたと思うんです、今頃。そうであれば ADR みたいに医者と弁護士がタッグを組んで調停をやってくださる制度っていうのは本当に被害者にとってはありがたい制度なので、ぜひ存続というか……こういう ADR っていう制度が存続してほしいし、ないところにはあるようにしていただきたいという気持ちがあるので……今回のインタビューに答えさせていただきました。

5. センター利用と弁護士

Vで弁護士インタビューの結果を項目ごとにまとめているので、ここでは記載を割愛する。

制度上、医療機関側の応諾がないと調停に至らないし、応諾しても、実質的に調停を成立させる気がない場合には期日が空転する。医療 ADR の活性化には、医療機関側の理解を高めることが必要であり医療機関側の代理人の役割は大きい。Vでの医療機関側の弁護士の声は、医療 ADR の理解を助け、医療 ADR をよりよくしていく一助となるだろう。

II 医療紛争当事者のトラブル経験と 「訴訟をしない」紛争解決過程

本章では、申立人インタビューで聞き取った内容をもとに、当事者が医

療トラブルにあってから、解決行動に向かい、センターにたどり着き、センター利用を経て何らかの解決や次の解決手段等に向かう過程に着目する。ここでの整理は、ⅢのADR利用や紛争解決の阻害要因と促進要因の抽出と重なる部分も多いが、トラブル解決過程の中で多くの当事者が一度は意識をする、訴訟という回路との選択や対比に焦点を当てる。

事故を契機に紛争として展開する場合、1 侵害の認知 (naming)、2 問責 (blaming)、3 特定した侵害に対する何らかの苦情 (claiming)、4 相手の反論等によって、紛争となり、その解決過程のなかで、時にADRや裁判利用へと至る¹⁰⁾。

本インタビューでのトラブルからセンター利用までについての当事者の語りは、この紛争展開のストーリーでもある。

医療トラブルの場合には、明らかな事故であっても被害者がのように認知しなければ紛争に至らない。そこで、紛争化を避けて医療者のほうでは説明や情報提供を積極的に行わない場合も少なくない。他方で、医療側に過失がないような場合でも患者側は医療過誤を疑うことも多く、認知の段階での情報提供やコミュニケーション不足が、苦情化、紛争化につながる¹¹⁾。

インタビューに応じてくれた当事者が経験した医療トラブルの内容は多岐にわたるが、治療を受けた後の身体上のトラブルや死亡をきっかけに、当該医療機関への苦情に至り、医療機関の対応に納得がいかに、次の行動に至っているという点はおおむね共通する。

10) フェルスティナーの紛争認知モデルである。Felstiner et al, "The Emergence and Transformation of Disputes: Naming, Blaming, Claiming...", 9Law & Society Rev. 63 (1980).

11) 和田仁孝「医療事故紛争の構造と裁判の限界」和田仁孝著『法臨床学への転回第3巻 過程としての裁判と法専門家』(北大路書房, 2021年) 168頁以下。フェルスティナーのモデルを、医療紛争に当てはめて医療事故紛争の構造を分析している。

1. 医療トラブルと紛争解決過程

(1) トラブルの認知と問責

インタビューではトラブル認知から、センターにたどり着くまでの経緯を聞いている。申立人16人は、全員がトラブルの認知のあと、当該医療機関に接触して問題について問いただしている。医療機関内からの内部告発で問題を明確に認知したというケースもあるが、そのケースも含めて身体上のトラブルや死亡について、医療ミスがあったのではないかとの疑いを持って、医療機関に問い合わせ、苦情等の行動に移っている。

医療機関はミスを認めないままに見舞金等の解決を示唆することもあるが、過失や因果関係を認めないことから、紛争段階に至る場合が多い。

(2) 苦情化・紛争化と身体トラブル

医療トラブルは、何よりも自らの身体的苦痛として認識される場合が多い。その場合、「おかしい」と考えて、医療機関に問い合わせるが、十分な説明がなかったとしても、身体上のトラブルの改善が最優先であり、身体上のトラブルを抱えた状態で苦情化、紛争化に進むことの困難を訴える声は多かった。

トラブルの後、センター利用まで1年ほどかかっていたことについて
もうとにかく気がなくなっていたんですね

お金だけじゃなくて、病気の身をかかえながら千葉まで行って、そういうのが、精神的なものが結構つらかったですね。

センターの医師相談のために、治療の経過のメモを作成するのも
体調が悪いときはそれができないんですね。こればかりは自分で作らないと、第三者にはお願いできないものなので、その辺が非常に困りましたね。

私も血を吐くような思いで作ってましたから。パソコンに向かって打ったりするのが30分くらいしかできなかったんです、そのときは。まだ体調が全然、戻ってませんでしたので。本当にそのときは大変でした。

(3) センターにたどり着くまで

医療機関による苦情への対応に納得がいかなかったところから本格的な紛争解決過程が始まり、第三者機関や弁護士への相談等の行動が選択される。

ただ、紛争解決行動の早い段階から訴訟という選択肢を除外する当事者と、訴訟も意識した行動に出る当事者に分かれる。トラブルの段階でセンターの知識があった人は少なく、多くはトラブルの解決のために様々な機関に問い合わせたり相談するなかでセンターを紹介されている。

質問票調査結果にもあるように、センターを知ったきっかけは利用者全体では弁護士が最多であるが、申立人では、ホームページや新聞・テレビなどのメディアで情報を得た人も多く、弁護士に並ぶ。また、自治体や保健所のほか、医師会や相手方医療機関など医療関係者からの紹介もあり、多岐にわたる。

インタビューからは、複数機関への相談を経ている場合も少なくないことが分かった。

一番最初、厚労省なんかに電話しちゃったんですよ、もう、あんまり腹立って（その後）、県の方に言って、市の方についていうことで、最終的に保健所っていうことで（保健所でセンターを紹介された）。

ほかにも、消費生活センターや、医療安全支援センターなどに電話相談し、それらの機関からセンターを知ったなどの声もあった。

町の無料法律相談で紹介されたり、保険会社から紹介された弁護士への相談で紹介された等、法律専門家からの紹介も多いが、医師会からの紹介もある。

（医師会に電話したところ）こちらは医師会ですから医者立場に立っているから、味方、患者さんの立場では立てません……反対の立場だったら、こういう医療紛争センターがあります（と医師会が紹介してくれた）。

センター調停での医療側の応諾率は必ずしも高くないものの、医療側の弁護士がセンター調停に積極的な評価をしていたことがセンター利用に結

びついたケースもあった。

他方で、市の無料法律相談等、相談機関の弁護士からセンターを紹介されたという例は複数あるが、当事者自身が訴訟代理等も視野に入れて相談した弁護士からセンターを紹介されるケースは少なかった。

（4）ADR へのアクセスにおける弁護士の関与

訴訟を視野に入れて弁護士に相談しているケースでは、弁護士は訴訟が難しい場合に ADR の利用を勧めることなく、訴訟を断念した時点で弁護士の関与を打ち切るという例が散見された。申立人が ADR 利用を提案すると弁護士とのつきあいが終わったケースもあった。弁護士は ADR のアクセスをむしろ阻害している面もある。この点はⅢでも指摘のあるところである。

2. 訴訟をしない選択

訴訟は必ずしも紛争解決過程の中心・終着点ではないが、訴訟の Alternative という ADR の名称からもうかがえるように、訴訟という紛争解決手段が代表的な解決手段であることは間違いない。では、本センター利用者は、裁判をどのように意識していただろうか。

訴訟は、国民の誰もが知る紛争解決の方法でもあり、質問票調査でも、本センター以外の紛争解決手段の利用を考えたという申立人は半数弱だが、うち7割は民事訴訟の利用を考えていた。

インタビューでは、訴訟を考えた当事者だけでなく、訴訟を選択肢として考えなかった当事者も、センターの利用の理由や、センターについて評価する際の比較対象としてしばしば訴訟に言及していた。

（1）訴訟を避けた理由

インタビューに応じた申立人の大半は、訴訟について全く考えておらず、考えても弁護士を探すなどの具体的な行動に至ることなく訴訟をしな

い選択をしていた。

訴訟を選ばなかった理由としては、訴訟は弁護士必須で時間もお金もかかるという一般的にもよく使われる性格付けだけでなく、医療裁判では患者側は勝てないものだという声を多く聴いた。

裁判って今まで、絶対、患者が負けるっていうのが、そういうのが有名で……医療の裁判というのは、本当に明らかに医者の方の失敗、……明らかな間違いじゃないとまずは勝てないみたいなことを聞いていた。

(裁判に)時間をかけてる余裕がなかったので、無理かなってところですかね。あと、医療の事件なので、負けますというのが前提だと思うので、それはもう、ほぼ負けるのが分かるので、ちょっとそこはないかな、無理だなって諦めのほうが先です。絶対、負けるのが分かるので。

これらは、裁判を検討して当該ケースの勝訴見込み等を具体的に検討しての言葉ではなく、医療裁判についての一般知識として語られている。確かに、医療過誤訴訟における原告勝訴率は他の類型よりもかなり低いことは事実であるが、それ以上に勝ち目のない裁判という認識が一般的に流布していることがうかがえる。

(2) 医学的知見へのアクセスと訴訟へのアクセス

他方で、弁護士に相談するなどして実際に提訴可能性を検討した人は、当該事件での勝訴可能性も含めた具体的な条件を踏まえて訴訟利用を評価している。

意見書を書いてくれる協力医を見つけることができなかつたために訴訟を断念したという例が複数あった。

このケースでは歯科トラブルで、問題となった治療行為について、複数の後医がセカンドオピニオンとしては先医のミスを認めていたが、裁判のための協力はできないと断られて訴訟を断念していた。申立人がカルテ等のコピーを入手する以外に協力医を探すようにと相談した弁護士に言われて、トラブルの後の治療をしてくれていた病院に頼みに行くこと

親切な医者だったんですが急にけんまくが変わって、もう来ないでみたいな感じで。治療もお断りだみたいなの。……（別の病院でも）〇〇病院で（歯を）折られましたねって、その先生も。それで裁判をやりたいから協力してくれって言ったら、お断りだ、帰ってくれって。

さらに別の病院でも歯が折られていることは認めながらも

裁判の協力医としてお手伝いしてほしいって言ったら、やっぱり来ないでくれって感じなんですよ。

この例では、協力医が見つからないまま弁護士がいったんは病院と直接交渉するのだが、交渉の場で病院側の説明に圧倒されてしまった。別の弁護士に依頼しても「協力医もいないのでやっぱり難しい」と言われた。協力医へのアクセスが訴訟アクセスの障害となっている。

また弁護士が頼んだ協力医の意見書が申立人に有利な内容でなかったために弁護士としてこれ以上は対応できないと打ち切られたという例があった。

医療訴訟を起こすためには意見書が必要なので、意見書が手に入ればってということで、（協力医を弁護士と探したが見つからず、結局弁護士が独自に入手した意見書が入った。その意見書の結果がミスを指摘するものではなかったのでもうおしまいです、という形で、なんか実務的に終わってしまったような形でした。

弁護士事務所を通じて得た意見書が、当事者に有利なものではなく意見書作成の費用を支払っただけで弁護士との関わりは終わったという。

医療訴訟を提起する具体的な条件としては、申立人に有利な内容で書かれた協力医の意見書が必須条件とされ、弁護士に相談しても「協力医を探してほしい」と依頼者が弁護士から頼まれ、協力医を探し出せないことが訴訟に行き着かない決定的な理由となっている。

弁護士が増えたこともあり、相談する弁護士を見つけることができないという声は聞かれなかったが、協力医探しや医療 ADR の利用まで伴走してくれる弁護士へのアクセスは容易ではないということもうかがえた。そうした弁護士にアクセスできない場合は、弁護士相談は、ADR を含む広

い意味での司法へのアクセスにむしろマイナスに働きかねないということである。

(3) 訴訟とセンター調停

利用者のセンター評価においてはしばしば訴訟と対比したり、センター調停を訴訟のように理解していたりと、訴訟を一つのモデルとしていることは多い。

センターでの調停を裁判の概念で表現している申立人もいた。

(センター調停が別席であることについて)行く前までは直接話し合ってるのかなと思ってたんですけど、別だったので裁判ってこういう感じなんだなっていう感じでいました。

2回目のときは、判決っていうか、判決じゃないですね

と、調停での和解案の提示を判決となぞらえて表現している例があった。

他方でセンターでの医師調停委員や弁護士調停委員について、裁判をする際には必要な協力医や自分の代理人の役目を果たしてくれるという評価もあった。

医師の調停委員については「協力医のような形で真実をきちんと見極めようとしてくれた」と、協力医の役割を果たしてもらえたと評価する人や、弁護士調停委員もいるので自ら弁護士をつける必要は感じなかったという意見も聞かれた。弁護士調停委員を「わたしのほうの弁護士」と表現する人もいた。センターを、裁判をするには欠けている条件を補うものと位置づけており、こうした評価からは、センターが広い意味での司法アクセスを拡充する機能を果たしていた、と評価できる。

3. 小 括

以上、申立人インタビューから、紛争解決過程におけるセンターへのアクセスと、その紛争解決過程における訴訟への言及から、センターや訴訟の位置づけについて整理を行った。

本調査は、センターを利用した人にセンターの手続や結果についての評価を聞き取ることを主目的としていたが、申立人のトラブル・紛争解決過程の中ではセンター利用はごく一部であり、センターを知り、調停に至るまでにも長い道りを経ていることが少なくないことが分かった。

医療トラブルの解決において、訴訟という選択肢は、「勝つことは無理」という意味で現実的な選択肢ではないと認識されている。実際に利用しようとした場合も、協力医の意見書の調達という患者がクリアするには高いハードルが患者側に課され、それを超えないと弁護士の実質的協力は得られないという構図も見えた。

Ⅲ 医療紛争における医療 ADR の利用と紛争解決に関する 阻害要因と促進要因——利用者の視点からの探索的質的分析

1. 本章の目的

医療紛争解決において、裁判手続以外の解決方法の一つとして、裁判外紛争解決（ADR）の活用が期待されてきた。しかしながら、医療紛争に関わった当事者、さらには ADR 利用者への調査・研究は国内外でも多くなされていない¹²⁾。また、紛争解決として調停が利用されないケースや、調停を行っても解決に至らないケースが存在する。この点において、利用と解決に関する要因は、明らかになっていないと考えられる。

そこで本節では、医療紛争相談センターの利用者である当事者（申立人（患者））の視点から、医療 ADR 利用および紛争解決の促進要因・阻害要因について、質的に探索することを目的とする。本分析を通じて、利用者の視点からの医療 ADR 活用の意義と普及への課題を明らかにし、医療

12) 太田らの研究班において、医療紛争に限らず、ADR 機関の利用者への調査が実施されている。とくに医療事故の申立人は、ADR 利用への満足度が低い傾向であることが指摘されている。太田勝造・垣内秀介編、ADR 調査研究会著『利用者からみた ADR の現状と課題』法と実務14号（2018年）75頁以下。

ADR のさらなる発展に資する情報を得ることを目指す。

2. 研究対象者と方法

本研究は、半構造化個別面接（インタビュー）を用いた探索的質的研究である。

(1) 研究対象者

対象者は、2019年9月～11月に実施した無記名自記式質問紙調査（アンケート調査）¹³⁾の回答者のうち、インタビューへの同意のあった当事者（申立人）16名である。16名のうち、当該事例で相手方が応諾して調停に至った事例は12名（うち、和解成立が8名、不成立が4名）、不応諾だった事例が3名、調停を申し立てたものの相手方に送付する前に取り下げて終わった事例が1名である（表2）。質問項目は大きく分けて5項目であり、半構造化インタビューとして実施した。詳細は調査の目的・方法1.の記述に譲る。

表2 インタビュー対象者の基本属性

N (%)	成立 (A,B,C,D,E,F,G,H)	不成立 (I,J,K,L)	不応諾・取下 (M,N,O,P)
性別			
男性	0 (0.0)	1 (25.0)	3 (75.0)
女性	8 (100.0)	3 (75.0)	1 (25.0)
年代			
30代	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)
40代	1 (12.5)	1 (25.0)	1 (25.0)
50代	2 (25.0)	1 (25.0)	1 (25.0)
60代	1 (12.5)	1 (25.0)	0 (0.0)
70代以上	4 (50.0)	0 (0.0)	2(50.0)
相手方医療機関			
病院	5 (62.5)	2 (50.0)	1 (25.0)
診療所	3 (37.5)	2 (50.0)	3 (75.0)
診療科			
医科	7 (87.5)	4 (100.0)	3 (75.0)
歯科	1 (12.5)	0 (0.0)	1 (25.0)

13) 無記名自記式質問紙調査の結果の詳細は、平野ほか・前掲注2) 360-396頁参照。

（2）解析の概要

逐語録化した録音データについて、テーマ分析手法（Thematic analysis）¹⁴⁾に基づいて分析した。分析手順の概要は、(1) 逐語録を読み返しデータになじみ、(2) 研究目的に関連する箇所注目し、概念コードを抽出した。(3) 該当箇所の内容を表現するコード名をつけ、解釈の偏りを避けるため、類似例や対極例の両観点から継続的に比較検討した。(4) 抽出されたコード同士を比較し、まとまりのあるカテゴリを生成し、(5) カテゴリ間の関係性を分析して全体像を把握した。

テーマ分析は、代表的な質的分析手法の1つである。この手法は、質的データの中にパターンを見出すための体系的プロセスであり、演繹的分析手法と帰納的分析手法に分類される。演繹的分析手法は、既存の理論や先行研究結果を基盤にして、質的データを分析し、既存の理論や先行研究結果で用いられたテーマ等を利用してコーディングを実践していく。一方で、帰納的分析手法は、逐語録化した生データから直接的にテーマを生成する方法である¹⁵⁾。本研究では、医療 ADR 利用や紛争解決への促進要因・阻害要因を探索するために、直接的にテーマを生成して検討するため、帰納的分析手法を採用し、テーマ分析を行うこととした。

3. 結 果

得られたインタビューデータを ADR 利用および紛争解決の「阻害要因」と「促進要因」の2つの観点から分析を行い、33のコードと12のカテゴリを抽出した（表3）。以下、各コードについてカテゴリ別に論じる。紙幅の都合上、コードと語りのバリエーションは一部のみを提示する。【】

14) テーマ分析は、内容を表す概念であるコードを付し、それらの概念の高次化と構造化を行っていく分析であり、質的データ分析で多く用いられる手法である。詳細は、大谷尚著『質的研究の考え方 研究方法論から SCAT による分析まで』（名古屋大学出版会、2019年）165-192頁参照。

15) 土屋雅子著『テーマティク・アナリシス法』（ナカニシヤ出版、2016年）13-26頁参照。

はカテゴリ名、下線部は概念コード、ゴシック体は参加者の語り（注：末尾の括弧内は参加者の性別・年代、調停結果）を示す。

表 3 生成されたコードとカテゴリ

		概念コード (33)	カテゴリ (12)	
阻害要因	ADR利用	1 医師会や医療機関同士がかばいあう印象	①相手側医療機関側との対峙	
		2 医療紛争は患者側は勝てないという医療機関に対峙することへのあきらめ		
		3 医療機関に立ち向かう大変さ		
		4 カルテコピーや記録など書面準備、病院での第三者調査結果や鑑定結果、意見書など証拠収集の大変さ		②手続自体の煩雑さ
		5 裁判に類似した調停手続内容の面倒・不便さ		
		6 代理人なしで進められる仕組みへの不安		
		7 相手方の承諾が前提となって進む		
		紛争解決		8 弁護士からの ADR 拒否
	9 金銭的な賠償よりも真実の追求や謝罪		④請求内容と和解内容の不一致	
	10 和解条件、内容に不満・心残りがあがる			
	11 謝罪はあっても過失認定はない			
	12 センターでの調停を通じて、相手方医療機関の肩がもたれている印象		⑤調停以外の解決方法のフォロー	
	13 相手方が断固として応じない場合の ADR 利用の意義			
	14 調停後の別の紛争解決方法の提示とフォローの必要性			
促進要因	ADR利用	15 相手方医療機関への悔しくて泣き寝入りしないのであきらめない気持ち	⑥申立人の積極的な行動	
		16 相談できる場所としての ADR の探索と紹介		
		17 行政機関や法律事務所の無料法律相談等の利用		
		18 事前の直接交渉や説明・謝罪の機会の確保		
		19 第三者介入による紛争解決		⑦第三者による専門的な解決の希望
		20 医師と弁護士が連携する効果として、それぞれの専門的見地からの確かなアドバイスがある		
		21 ADR の仕組みへの十分な説明、理解と好印象		
	紛争解決	22 弁護士への依頼に対する抵抗感と事案説明の難しさ	⑧紛争解決への期待	
		23 慰謝料をもらう大きな期待		
		24 相手方医療機関が ADR への申立に応じる姿勢をみせる		
		25 申立人主張への医師相談委員の傾聴と同意		
		26 裁判に持ち込むと結果が逆転する可能性がある	⑨裁判との比較	
		27 裁判の場合に時間的・金銭的・精神的負担が大きい		
		28 医療事故が起きる可能性はゼロでなく再発防止をしてほしい		⑩再発防止への強い希望
29 同じ悩みを持つ人に経験を伝えたい	⑪調停委員からのアドバイス			
30 謝罪なくとも損害賠償による過失の認定は同義とするアドバイス				
31 調停委員からの指摘、申立人からの請求を踏まえて相手方の主張や態度が変化				
32 調停委員の間での発言・態度のバランス		⑫調停委員の調停スキル		
33 調停委員の中立性と傾聴				

(1) 阻害要因

<ADR 利用>

①【相手側医療機関側との対峙】

相手側医療機関を申し立てるにあたり、医師会や医療機関同士がかばいあう印象をもっており、医療機関に立ち向かう大変さを痛感していた。また、知人や事前の相談を行った弁護士等からの指摘により、医療紛争では患者側は勝てないという医療機関に対峙することへのあきらめがあることから、ADRを利用して、申立自体や裁判などの別の紛争解決自体に消極的になっている印象が示唆された。

医師会は医師の味方だからとおっしゃって、……医師は医師の味方だけかと思うじゃないですか。……医者は自分の立場を守るものだっていう概念が強いですよ。ね。（女性・70代以上・成立）

実際、聞いても教えてくれない、状況も教えてくれないってところもあったので、無理だろうなという感じはずっとしてたので。無理ですね、医療裁判は勝てないと思います、100%向こうが悪くない限り。今回は100%向こうが悪いわけではないかもしれないので。たまたま起こってしまったっていうのもあるかもしれないので。なので、ちょっと無理です、多分。（女性・40代・成立）

ただ、裁判ってというか、裁判って今まで、絶対、患者が負けるっていうのが、そういうのが有名で、強いていうのがあるので……。 （女性・70代以上・不成立）

そうじゃなくたって十分、痛めつけられてるのに、もう一回、嫌な思いをする、同じことで。これは私はすごい気の毒だと思います。……最後の何とかのすがるつもりで頼ってみたら、もう一回、蹴飛ばされたという結果になると、……すごい精神的なダメージが大きいと思う。（女性・70代以上・成立）

②【手続自体の煩雑さ】

調停手続において、代理人なしで進められる仕組みへの不安が残るほか、カルテコピーや記録など書面準備、病院での第三者調査結果や鑑定結果、意見書など証拠収集の大変さが当事者の負担となっていた。そのため、調停の場合であっても証拠収集への手伝いなどのニーズがみられた。また、民間の調停であるものの、その手続自体には、裁判に類似した調停

手続内容の面倒・不便さが感じられており、相手方の承諾が前提となって進むため、相手方が応じない場合には調停ができないことに対して不満が残る場合があった。

あつという間ではないです。長かったと思います。結局、証拠を集めるのにも時間がかかったので。すぐ開示してくれないんですよ。……そこを代わりに証拠を集める、多分、弁護士さんとかだと、……病院もすぐ出してくれると思うんです。……証拠を集めるのを手伝ってほしい。(男性・40代・不承諾/取下)

調停は、そんなもんでしょって感じだけど。裁判所の毛の生えたもんですから、やり方が。でも、とにかく何か1回、行けば、行った報告みたいな記録みたいなのは、必ず書面で送ってくるから。とにかくきっちりしてる。(女性・70代以上・成立)

③【代理人からの拒否】

調停申立前に弁護士に相談したり、提訴の準備をしていた場合でも、医療紛争相談センターを利用すると決めると、弁護士からのADR拒否があり、自分自身だけで調停に臨まないといけないことがあった。

(医療紛争相談センターを利用するというについては、弁護士さんは) 反対なんですよ、絶対に。(女性・70代以上・成立)

話したんですね。センターさんの方からお話ししたら、弁護士さんも一緒に、みたいなんですけどもって(弁護士に)言ったら、いや、それはできない、みたいなのがあって。(女性・70代以上・不成立)

<紛争解決>

④【請求内容と和解内容の不一致】

当事者は、金銭的な賠償よりも真実の追求や謝罪を希望しており、たとえ謝罪はあっても過失認定はないとの判断になった場合には不満が残っていた。また、和解が成立したとしても、和解条件、内容に不満・心残りがあることが多かった。これは、請求通りの慰謝料金額に達していない場合に不満があるほか、謝罪、事故内容の真摯な説明を望んでいるにもかかわらず金銭賠償だけに落ち着いたことへの後悔もみられた。そして、請求内

容が満たされないことから、センターでの調停を通じて、相手方医療機関の肩がもたれている印象を持っている場合があった。

全般に感じたことが、すごく……病院寄りの意見ばかりで。こちらのほうの話を聞く耳をあまり持ってくれなかった。（女性・60代・成立）

求めているところは……最後まで、曖昧なままだったからというところですかね。……やっぱり説明と謝罪と改善点を示してくれるところまで関わっていただくと嬉しかったなと思います。……私は……申し立てしたのはお金のためではないので、きちんと説明責任です。私が欲しかったのはそこです。改善策が欲しい。今、どうなってるんだろう。本当にどうなってるんでしょう。（女性・40代・成立）

割と話し合う早い段階のときに、医者に歯向かうなんてっていうか、そういうことを言ったので。えっと思って。……あもう駄目だなんて私たちは思いました。……医者を訴えるなんてもっての外だみたいな感じで。（男性・50代・不成立）

⑤【調停以外の解決方法のフォロー】

調停は相手方の応諾があって前進するにも関わらず、相手方が断固として応じない場合の ADR 利用の意義へ疑問をもたれることが多かった。調停が意図と異なり終了してしまった場合に、泣き寝入りするしかないのか、ほかに相談する場所がないのかなど、調停後の別の紛争解決方法の提示とフォローの必要性がみられた。

もう入ったら「はい、これでもう、きょうは終わりですね」みたいのをパッと言われたんですよ。それで「え」って息子が言ったら、「いや、もう全然駄目、駄目。全然聞き耳持たないから、もう駄目。きょうはこれで、もうおしまいですね」みたいな感じ、あっさり言われちゃって。うちとしては、こんなに期待を膨らませていったのに。（女性・70代以上・不成立）

今後は調停のほうとかは全く受けてもらうこともできずっていうので、実際途方に暮れたというか、……相談センターには、……電話で連絡はしてたんですけども、もうこうなってしまったからにはみたいな形で、一度はもうそこで切れてしまった感じです。（女性・40代・不成立）

(2) 促進要因

<ADR 利用>

⑥【申立人の積極的な行動】

医療紛争の原因となった事案の発生後、申立人は、相手方医療機関への悔しくて泣き寝入りしないであきらめない気持ちを持ち続け、行政機関や法律事務所の無料法律相談等の利用などを行い、相談できる場所としてのADRの探索と紹介をうけていた。また、相手方医療機関に対して、事案に関する真実の探求を目的として、事前の直接交渉や説明・謝罪の機会の確保を積極的に図っていることが多かった。

顔も見たくないし、謝罪してもらっても仕方がないというような感じですね。それに本当のことを言ってくださると思いますし。(女性・70代以上・成立)

僕は違う件で弁護士さんの知り合いがいたんで、その方に多分、最初、相談したと思うんですよ。ただ、医療は詳しくないって言ってたんで。それで、……そのセンターを紹介してもらった。(男性・40代・不応諾/取下)

僕は資料、集めて、父はその当時の健康診断の結果だったり、入院した診断書だったり、その後、証拠……集めて、「健康診断をした先生に話したらどうですか」って言われたんで、それを持って健康診断の先生に話しに行きました。(男性・40代・不応諾/取下)

結局、その後、あまりにもおかしいなと思ったので、……こういうちょっと医療ミスじゃないかということで、相談したいというふうに、千葉県医師会のほうに連絡しましたら、その医師会のほうから医療紛争相談センターを紹介され……ました。(女性・40代・不成立)

⑦【第三者による専門的な解決の希望】

多くの申立人は、行政機関や法律事務所への相談を実施しても、弁護士への依頼に対する抵抗感と事案説明の難しさを感じていた。紹介などを受け、医療紛争相談センターのADRの仕組みへの十分な説明、理解と好印象をもって申立を行っていた。センターの特徴である、医師と弁護士が連携する効果として、それぞれの専門的見地からの確なアドバイスがあるこ

とも期待が寄せられ、満足感も示されていた。センターに申立を通じて第三者介入による紛争解決を図ったことで、相手方が不応諾であっても和解につながったケースがみられた。

非常に2人とも法的なことはきちっと弁護士がちゃんと言ってくれるし、弁護士が医療で分からないことは医者尋ねながら、その弁護士が法的なことをアドバイスして下さるみたいなので、2人で連携してするので、その場に医者がいるから医者に相談しながら連携しているの確に回答をくださる感じだった。（女性・50代・成立）

今回の件で、私は事前にそういう法律に明るい方、または弁護士ではない、どっちかっていったら、法律のことを知らない私たち寄りの方からいろいろとアドバイスいただけて、ADRにも持っていったっていうのが一番よかったのかなって思っただけですね。（女性・50代・成立）

どうしたらいいかが分からず、まず、……医師会から促されるまま、じゃあ、ここに頼ってみようって形で連絡を個人的にしたので、間に何か弁護士さんをお願いするとかという考えがちょっと浮かばなかったのと、それも費用的にかなりかかるのかなと……、自分でまずやってみました。（女性・40代・不成立）

⑧ 【紛争解決への期待】

調停の前提として、相手方医療機関が ADR への申立に応じる姿勢をみせること、またセンターの特徴である申立前の医師相談委員による相談を通じて、申立人主張への医師相談委員の傾聴と同意があることで、和解に至り、申立人自身がおった身体的・精神的負担に対する慰謝料をもらう大きな期待がみられた。

こういう亡くなり方はしないんで、多分、……おっしゃってることで大丈夫でしょう、みたいなことはお話しになりましたね。……多分「そのときに絶対負けませんよ」みたいなことを言ってくさったんだけど、そのときはもう、わらをもつかみたい感じだったんで。（女性・70代以上・不成立）

センターに行きましたら、……お医者さまが専門に……全部書類をご覧いただきましてね。これは申し立てたほうがいいですよっていうことを言われまして、……目を通して後日に申し立てたという形でしょうかね。（女性・70代以上・成立）

当然、期待してました。当たり前だと思って。それだけの被害を受けてるから。
(女性・70代以上・成立)

⑨【裁判との比較】

ADR と比較して、裁判の場合に時間的・金銭的・精神的負担が大きいため、回避している傾向がみられ、和解案に同意した場合にも、裁判に持ち込むと結果が逆転する可能性があると考えている場合がみられた。

下手をすると、今の内容が裁判に持ってくと全部ひっくり返る可能性があるからって言うふうに言われたんですね。なので、裁判だと本当に白か黒かしかないですよ。そういう状態ではなくって、話し合いができたっていうのはいいとは思ってます。(女性・50代・成立)

裁判っていう言葉は、やっぱり主人との間では出たんですけど、でも、面倒くさい、お金がかかる、あと子どもを産んだばかりだったので、そういうところに時間をかけてる余裕がなかったので、無理になっていうところですかね。(女性・40代・成立)

協力医が見つからなかったの、……裁判とか調停をやればよかったですけど、私の場合は協力医がなかなか見つからなかったの、ADR のほうがいいのかなと思いますね。(女性・50代・成立)

<紛争解決>

⑩【再発防止への強い希望】

申立人は、自身と同じような事案が発生することについて、医療事故が起きる可能性はゼロでなく再発防止をしてほしいという希望がみられた。また、再発防止や泣き寝入りをなくすことを願って、同じ悩みを持つ人に経験を伝えたいという思いがみられた。

こういうことを経験したり、悩んだりしている人は今いるかもしれないのに、それの助けができていない、できなかったっていうところがすごく自分の中では心苦しくて。やっぱり同じような経験の人に、同じような自分の経験を伝えたいなって思ってたんですけど。(女性・40代・成立)

最善を尽くしたとしても、医療過誤っていうのは、起きる可能性はゼロじゃないで

すよね。……病院全体で、病院が不幸にして医療過誤を起こしてしまったが故の被害者がここにいるんだよっていう。（女性・50代・成立）

⑪【調停委員からのアドバイス】

医師もしくは弁護士の調停委員からの指摘、申立人からの請求を踏まえて相手方の主張や態度が変化した場合や、和解案に納得できない場合でも、調停委員から、謝罪なくとも損害賠償による過失の認定は同義とするアドバイスがある場合に、和解に至ることがみられた。

最後に謝罪を求めてっていうので、……先生から言われたのは、結局、裁判で白黒付けてないから、実質的な損害があったとしてもお金は払いますっていうふうに言ってるけれども、これは裁判になったら、向こうは全力で白を勝ち取りにくるから、だったら、もう実があるほうで決着をしたほうがいいっていうところだったんですね。（女性・50代・成立）

1回目のときはずっとうそをついていたんです、折ってないとか何とか、いろいろうそをついていたんですけど、調停委員のドクターが……簡単に見抜いちゃって……。確か2回目の段階で、……医療ミスは一切やってないけども、……つらい治療を受けることになってしまって、本当につらい目に遭われてしまったことに対するお見舞金をお支払いしたいということを……言いたしたみたいですね、弁護士に対して。（女性・50代・成立）

⑫【調停委員の調停スキル】

実際の調停において、医師もしくは弁護士の調停委員の間での発言・態度のバランスにばらつきが指摘された。医師もしくは弁護士いずれかが主導的になる場合が多く、調停委員の発言や態度によって和解に至っているケースもみられた。また調停委員の中立性と傾聴に対して、冷静に対応していることが中立的であると感じられた一方で、申立人の主張に対して寄り添ってほしいという希望がみられた。

ある程度は仕方がないんですけども、もうちょっと、何ていうのかな、中立の立場でいらっしやると思うんですけどね、センターのほうは。だけど、やっぱり、一応、もうちょっと把握していただいて、……こちらが訴えるだけじゃなくて……。

お医者さまは、いろいろ言っていたでいて、こちらのことも、ちゃんと意向も、あれしていただいたみたいなんですけど。(女性・70代以上・不成立)

そうですね、分かりますねっていうのを、まずあってからでもよかったのかなと。淡々と行き過ぎてるなどは思いました。……やっぱり心も病んでいる、体も病んでる状況で、もう少し傾聴してもらえとうれしかったかもなって。……印象は、でも多分、弁護士の方が中心になって話が進んでいったような気がするんです。(女性・40代・成立)

ただあんまり、(弁護士の)先生がいろいろ仕切ってらして、全部細かくお話しなさるので、お医者さんの話す……余地が、余地っていうか、……私が聞いてもご存じないことが多くて。それで先生、お医者さまの発言は少なかったですね。(女性・70代以上・成立)

弁護士さんのな方はものすごい高飛車でした。……多分、その高飛車な弁護士が(医師調停委員に話を)振ったときには答えたと思うんですけど。振らない限りは、ないような、おとなしい方でした。(女性・60代・成立)

4. 考 察

本節の分析では、医療 ADR 利用者の申立人を対象とした質的分析として、医療 ADR 利用および紛争解決としての和解への阻害要因と促進要因を探索した。調停の終局区分ごとの概念コードの頻出状況の比較(表4)も通じて、以下の3点が示唆された。

(1) ADR 利用への勧奨の必要性

終局区分に関係なく、申立人自身もしくは家族に起きてしまった「医療紛争」に対する身体的・精神的苦痛が大きくとも、あきらめずに積極的な行動に移した結果として、申立人は ADR という裁判手続に頼らない紛争解決にたどり着いていた。ADR 手続の認知経路は、弁護士・弁護士会の紹介が多いが¹⁶⁾、医療紛争相談センター利用者は、自治体の法律相談や医

16) 弁護士会系の ADR の場合では、弁護士や弁護士による紹介が重要な役割を果たしていることが、示されており、法テラスや自治体の法律相談も、申立人の利用に一定の役割を果たしている。垣内秀介「II ADR 手続の認知と利用への経緯」太田・垣内編、ADR

師会、相手方医療機関からの紹介も見受けられたことが特徴的である¹⁷⁾。これは医療紛争相談センターでは、開設当初に千葉県内の医療機関、行政機関等へ広報を行ったため、地域内の医療 ADR に対する認知の向上に寄与したと考えられる¹⁸⁾。しかしながら、申立人が依頼した弁護士が ADR 利用を拒否する事例が複数存在し、申立人が代理人を付けずに調停に至っている場合がみられた。裁判手続によらない紛争解決方法をとる場合には、一定程度法的知識がないととどり着かないと考えられるため、弁護士による ADR 利用の勧奨が、ADR 利用への大きな促進要因となりうる。よって、今後の課題として、医療紛争が発生してしまった医療機関から、もしくは、法的相談を受けた法テラスもしくは法律事務所から、すぐにこうした解決方法にとどり着ける工夫が必要であり、医療紛争解決に ADR 利用が可能であることを勧奨する必要性が示唆された。

↘ 調査研究会著・前掲注 12) 92-100頁。

17) 本インタビュー調査実施前に行った、質問紙調査においても、同様の結果が示されている。平野ほか・前掲注 2) 378頁。

18) 平野ほか・前掲注 2) 379頁。

表 4 調停結果区分別・概念コードの頻出

カテゴリー	概念コード	成立 (A,B,C,D,E,F,G,H)	不成立 (I,J,K,L)	不承諾・取 下 (M,N,O,P)
①相手側医療機関側との対峙	医師会や医療機関同士がしばしばいう印象	A,H	K	-
	医療紛争は患者側は勝てないという医療機関に対峙することへのあきらめ	A,B,C,D	J,K	P
	医療機関に立ち向かう大変さ	A,B,D,E,G,H	I,K	P
②手続自体への煩雑さ	カルテコピーや記録など書面準備、病院での第三者調査結果や鑑定結果、意見書など証拠収集の大変さ	A,C,D,G,H	I,J,L	M,N,O,P
	裁判に類似した調停手続内容の面倒・不便さ	A,B,H	I,J,K,L	N
	代理人なしで進められる仕組みへの不安	F	J	O
	相手方の承諾が前提となって進む	A	J,L	P
③代理人からの拒否	弁護士からの ADR 拒否	B,D	I,L	M,N,O,P
④請求内容と和解内容の不一致	金銭的な賠償よりも真実の追求や謝罪	A,B,C,D,F,G	I,K	P
	和解条件、内容に不満・心残りがあ	A,C,D,E,F,G,H	J,L	N,O
	謝罪はあっても過失認定はない	D,F	-	-
	センターでの調停を通じて、相手方医療機関の肩がもたれている印象	A,C,D,E	J	-
⑤調停以外の解決方法のフォロー	相手方が断固として応じない場合のADR利用の意義	A,C,E	I,K,L	M,N,O,P
	調停後の別の紛争解決方法の提示とフォローの必要性	A,F	K,L	M,P
⑥申立人の積極的な行動	相手方医療機関への悔しくて泣き寝入りしないであきらめない気持ち	A,B,C,D,E,F,G,H	I,J,K,L	M,N,P
	相談できる場所としての ADR の探索と紹介	A,C,D,E,F,H	I,K,L	M,N,O
	行政機関や法律事務所の無料法律相談等の利用	A,B,C,D,E,G	I,J,K	M,O
	事前の直接交渉や説明、謝罪の機会の確保	A,C,D,F,G,H	I,J,K,L	N,P
⑦第三者による専門的な解決の希望	第三者介入による紛争解決	D	L	N,O
	医師と弁護士が連携する効果として、それぞれの専門的見地からの確かなアドバイスがある	A,D,G,H	K,L	M
	ADR の仕組みへの十分な説明、理解と好印象	A,B,D,E,F,H	K,L	M,N,O
	弁護士への依頼に対する抵抗感と事案説明の難しさ	A,H	L	M,N,P
⑧紛争解決への期待	慰謝料をもらう大きな期待	B,H	K	-
	相手方医療機関がADRへの申立に応じる姿勢をみせる	C,D,G,H	J	M,N
	申立人主張への医師相談委員の傾聴と同意	B,D,E,F,G,H	I,J,K,L	M,P
⑨裁判との比較	裁判に持ち込むと結果が逆転する可能性がある	A,G	-	-
	裁判の場合に時間的・金銭的・精神的負担が大きい	A,B,C,D,E,F,G	J,K	M,P
⑩再発防止への強い希望	医療事故が起きる可能性はゼロでなく再発防止を希望したい	G	-	-
	同じ痛みを持つ人に経験を伝えたい	A	-	P
⑪調停委員からのアドバイス	謝罪なくとも損害賠償による過失の認定は同義とするアドバイス	D,G	-	-
	調停委員からの指摘、申立人からの請求を踏まえて相手方の主張や態度が変化	A,B,D	L	-
⑫調停委員の調停スキル	調停委員の間での発言・態度のバランス	A,B,C,E,F,G,H	I,J,K,L	-
	調停委員の中立性と傾聴	A,B,C,D,E,F,H	J,K,L	-

（2）和解における調停委員の役割の大きさ

紛争解決とはなにか、と本節では論じえないが、「和解」という一定の終局に至ることを解決と捉えた場合に、解決に至るには、事案の内容に依存するほか、調停委員の手腕によるところも大きいことが示唆された。実際に、申立人の請求内容と和解内容が一致しないことが、和解契約の不成立にもつながる一方で、納得しない申立人に対して、『お詫びとしてとらえる』や『裁判になった場合に逆転する可能性がある』といった調停委員（主に弁護士）のアドバイスから、妥協として和解に至っているケースも多くみられた。説得にあたった弁護士調停委員のアドバイスは、法的解決としての落としどころであったと推察されるが、申立人が納得せず妥協したという観点から、一般的常識と法的解決との間の認識の乖離が一定程度示唆されたと考えられる。訴訟上の和解では、代理人がいない場合には、裁判官の勧奨が和解に至る要因として指摘されており¹⁹⁾、裁判官への当事者の心象が和解成立の要因の一つとも指摘される²⁰⁾が、医療紛争相談センターの仕組みにおいては、この乖離を埋めることは調停委員の役割である。よって、この調停委員の勧奨が紛争解決への促進要因とも阻害要因ともなることが示唆されたことは今後の ADR 制度活用において重要な点と考えられる。

さらに、この「和解」に至ることだけが申立人にとって解決に至ったと感じられていないことが本分析から明らかになった点も、今後重視すべき点であると考えられる。これまで ADR は裁判手続によらない解決方法として、相手方との交渉、真摯な説明、謝罪といったことが実現できることが期待されてきた²¹⁾。医療紛争相談センターでは、中立性という観点か

19) 守屋明「訴訟の提起と和解の選択：再論——裁判官の和解勧奨・弁護士のリスク回避・訴訟当事者の気がかり——」法と政治62巻2号Ⅱ（2011年）61-98頁。

20) 今在慶一朗・今在景子「民事紛争における和解成立の要因と効果」心理学研究第75巻3号（2004年）238-245頁参照。

21) 和田仁孝・前田正一『医療紛争メディカル・コンフリクト・マネジメントの提案』（医学書院、2001年）植木哲編著『医療裁判から医療 ADR へ』（ぎょうせい、2011年）

ら、医師・弁護士の調停委員が存在し、客観的聞き取りによる調停（主に別席）が実施された。身体的・精神的苦痛を抱えた申立人においては、真に望む説明責任の履行や謝罪が実施されずに和解した場合の多くには不満が残っており、期待される効果が実現していないことが多い可能性が示唆された。とくに調停という場に臨んだにも関わらず相手方医療機関が全く応じない態度を見せて不成立に至る場合には、調停委員が交渉の余地がなくとも、どの程度相手方医療機関への説得し、真摯に対応するか、申立人へ説明するか、という点に調停委員の役割は非常に大きい。

(3) 紛争解決に向けた支援のあり方

医療紛争相談センターで調停を行うにも、調停に必要な証拠書類を収集することが必要であり、多くの申立人は代理人をつけずに本人（もしくは家族）だけで申立てを行ったため、自身で証拠収集を行っていることが多かった。この点は、裁判手続であれば、多くの場合代理人が実施する業務を申立人本人が実施しているため、書面準備や証拠収集が大変であったと考えられ、そのような意見も多かった。また、本人が証拠収集を行うか、代理人が行うかで相手方の対応が変わった可能性があったと考えられる。実際に、不応諾であったものの医療紛争相談センターからの調停の通知を受けて、独自に和解に至るケースもみられ、第三者、とくに法曹関係者が介入することで相手方医療機関の対応が変わるという可能性は示唆されたといえる。また、申立人自身が書面を準備したため、争点の整理や請求額の根拠など、苦勞して準備されていた。しかしながら相手方医療機関は代理人がついて答弁書を作成している場合なども多い。ADRの特徴として、代理人がいなくとも当事者間での調停が可能であるが、この点は利用者たる申立人自身は不安に感じており、阻害要因となっていた。ADRの課題として、申立人のみで調停に臨む場合には、法的観点からの支援体制

↘などを参考されたい。

が必要であるとも考えられる。

本分析の限界として、医療紛争相談センターと1つの医療 ADR 機関の利用者に対して、初対面のセンター関係者以外である筆者らが録音しながら行った面接であり、さらに電話や Zoom を活用した面接によって、医療 ADR 利用への批判的意見が表出しづらかった可能性がある。特に当事者において調停の利用が10年前の場合もあり、医療過誤という記憶に強く残る事案であっても、調停内容に関して記憶バイアスがある可能性があった。しかしながら、本邦において医療 ADR 利用者への調査は限定的であり、当事者および代理人の意見を踏まえた今回の知見は、医療 ADR 機関のあり方への認識を深める重要な資料となり、意義あるものと考えられる。

5. 小 括

本分析において、医療 ADR 利用に対して、相手方医療機関もしくは法曹関係者からの勧奨の必要性が示唆された。申立人本人が行動を起こし、相談に向かった先にて ADR が勧奨されることが重要であり、とくに弁護士への積極的理解と勧奨が必要と考えられた。また、請求内容と和解内容は不一致となる場合が多いため、和解成立の要因として、調停委員のアドバイスなどその役割は非常に大きいことが明らかとなった。和解に至っていても当事者は納得できていない場合もあることは、留意が必要である。最後に、調停として ADR を利用する場合に証拠収集を始めとした手続を申立人本人がすべて行うことがほとんどであり、代理人を立てない場合の支援・対策が必要であると考えられた。

謝辞

本研究実施にあたり研究にご参加くださいました皆様、ご指導いただきました京都大学大学院医学研究科医療経済学分野の今中雄一教授に心より深く感謝申し上げます。

Ⅳ 医療紛争当事者のニーズ——インタビュー調査の テキストマイニングによる分析から

1. インタビューデータのテキスト分析

本章では、当事者を対象としたインタビュー調査に基づいて、医療紛争当事者がセンターに対していかなる期待を抱いていたかについて分析することを目的とする。

(1) データと方法

1) データ

分析には、当事者のインタビュー調査の逐語録を用いた。ここでの当事者は、医療機関の当事者はおらず、患者本人もしくはその家族である。したがって、患者側のセンター利用経験が分析対象となる。インタビューに応じた当事者のうち、実際にセンターに申し立てた応諾・成立 8 名、応諾・不成立 4 名、不応諾 3 名を対象として分析する。

インタビューは、半構造化面接法で行われており、インタビューに先立って行われた質問票調査の質問項目に基づき、「申し立てたときに期待したことで特に当てはまるものと当てはまらないものについて、その理由」を質問している。

2) 方法

ここでは、テキストマイニングと呼ばれる手法を用いて、当事者のインタビューデータを分析する。テキストマイニングとは、「テキストデータを計算機で定量的に解析して有用な情報を抽出するためのさまざまな方法の総称であり、自然言語処理、統計解析、データマイニングなどの基盤技術の上に成り立っている」ものである²²⁾。テキストマイニングは、Twitter

22) 松村真宏・三浦麻子『人文・社会科学のためのテキストマイニング [改訂新版]』(誠信書房, 2014年) 1頁。

など SNS への投稿，議事録，質問票調査の自由回答欄やインタビューデータなどの質的なテキストデータを，計量的に分析する手法を指す。テキストマイニングには，無料のソフトウェアから商用のソフトウェアまでさまざまなものがあり，それぞれ特徴がある。

なお，テキストマイニングのソフトウェアのうち，Text Mining Studio 6.4（以下，TMS）を用いた。

分析の手順は，次の通りである。

(1) インタビューデータから，申立時に期待したこととその理由に対応すると思われる当事者の回答を抽出し，インタビュアーの発言部分を除き，当事者のみの分析対象ファイルを作成した²³⁾。

(2) データは，明らかな誤字の修正，表記ゆれの統一，および類義語辞書を用いて類義語をまとめた。また，ユーザー辞書を用いて，抽出する複合語の指定を行った。これは例えば，計算機（コンピューター）の自動処理の際，専門用語など正しく分かち書きがなされないことがあるからである。

(3) さらに，インタビュー対象者の匿名性に配慮するため，人名や，病院といった組織名など，情報保護設定を行った。[人名 番号] や [地名 番号] などの形で保護がなされる。

(4) インタビュアーと当事者との問答で行われるインタビューであるが，一度の返答を一つの段落とし，Excel ファイルにデータを整理した。当事者の各返答の一つの段落は，Excel ファイル 1 行として整理され，分析対象はその 1 行を単位とした²⁴⁾。

23) 石井陽子・二宮一枝・富田早苗「児童相談所における保健師の対人支援活動の特徴と対人支援能力——計量テキスト分析を用いて——」日本公衆衛生看護学会誌 Vol. 8 No. 3 (2019年) 155頁を参考にした。

24) 他方，狩野俊介・三浦剛「精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの作成と活用のあり方に関する研究——精神科病院と相談支援事業所のソーシャルワーカーへのインタビュー調査——」社会福祉学第60巻第1号（2019年）50頁は，一つの段落に存在する1文を対象としている。

(5) 分析は、樋口耕一の「計量テキスト分析」の考え方を参考に、まずはデータ全体を探索的に分析し(段階1)、分析者の関心に従ってカテゴリルールを設定、仮説的に分析した(段階2)²⁵⁾。

以下では、それぞれについて頻出語などの分析を行うが、それぞれの当事者によって文章や一つの発言あたりの長さの違いなど、分析上の限界もある点には注意が必要である。そのため、同じ行中にあらわれる重複した単語はカウントを1とした。また、コンピューターによる自動処理によって頻出語や係り受け頻度を抽出する一方、それだけではどのような意味で用いられていたかという文脈までみることは難しい。そこで、必要に応じて、逐語録の原文を参照して確認することとしたい²⁶⁾。

(2) 分析結果

1) 基本情報

総行数75行、平均行長(文字数)165.7文字、総文章数282、平均文章長(文字数)44.1文字、延べ単語数2281語、単語種別数772種であった。

25) 樋口の「計量テキスト分析」の考え方については、樋口耕一『社会調査のための計量テキスト分析【第2版】内容分析の継承と発展を目指して』(ナカニシヤ出版、2020年)を参照のこと(特に、第1章および第2章)。樋口の計量テキスト分析では、恣意的な操作を避けつつ探索的に分析する段階1と、分析者の仮説に基づいてコーディングルールを作成して明示的に分析を行う段階2からなるアプローチが提唱されている(樋口・同18-19頁、25頁)。

樋口は、KH Coder という計量テキスト分析のためのフリーソフトウェアの開発者であり、計量テキスト分析の考え方に近いソフトウェアの一つに TMS を挙げている(樋口・同20頁注5)。TMS は、商用ソフトウェアであり、KH Coder にはない機能がある。

26) 岡部大祐によれば、テキストマイニングの限界としては、①言語データを扱う上で、言語化されたものが必ずしも語り手の意図を反映しているものとはいえないこと、②コンピューターによる処理のため、文章全体の意味を扱うのが難しいこと、③どの語を同義語とみなすかなど、語や語の表現の揺れや同義語の処理は分析者に委ねてしまうこと、が挙げられている(岡部大祐「計量テキスト分析の基礎」田崎勝也編著『コミュニケーション研究のデータ解析』(ナカニシヤ出版、2015年)200頁)。

2) 単語頻度解析

表5は、単語頻度解析を行った結果である。分析には、「形容詞－一般」,「形容詞－非自立可能」,「名詞－一般」,「名詞－サ変可能」,「名詞－サ変形容動詞可能」,「名詞－形容動詞可能」,「名詞－固有名詞」,「名詞－固有名詞組織名」の8種の品詞を使用した²⁷⁾。また、「いう」「ふう」など広く一般に日常会話の中で用いられるが、それ単体では分析上意味をもたずキーワードとして解釈が難しいと思われる単語は、分析の対象から除いた。

表5 期待・単語頻度解析（上位20語）

単語	頻度	単語	頻度	単語	頻度	単語	頻度
良い	23	話	11	気持ち	7	説明	7
弁護士	15	感じ	10	形	7	調停	7
医師	14	ミス	9	裁判	7	病院	7
お金	11	向こう側	8	謝罪	7	先生	6
医療紛争相談センター	11	相談	8	人	7	納得	5

まず、「良い」が最も出現頻度が多かった。また、「弁護士」、「医師」、「先生」といった専門家に関する語や「医療紛争相談センター」、「裁判」、「調停」といった紛争解決手段や紛争解決機関に関する語も頻出していた。「お金」といった語や「謝罪」、「説明」、「話」といった語も多かった。「ミス」という語も頻出語であった。「納得」という語も頻出語として抽出されている。

「良い」について、上位頻出語がどのような表現の中で出現し、他のどのような単語と同時に用いられていたか（共起していたか）をみるため、注

27) テキストマイニングで用いる品詞について、林俊克『Excelで学ぶテキストマイニング入門』（オーム社、2002年）68-69頁、若林宏輔『法心理学への応用社会心理学アプローチ』（ナカニシヤ出版、2016年）166-167頁を参考にした。例えば、林は、「形容詞－自立」「形容詞－接尾」「形容詞－非自立」、「名詞－サ変接続」「名詞－一般」「名詞－形容動詞語幹」「名詞－固有名詞－組織」の7種に属する形態素が必要であるとしている。

ただし、品詞の分類はテキストマイニングのソフトウェアによって異なるため、TMSでの分析に必要なと思われる品詞を対象とした。

目分析を行った。その結果、「良い」は、「良い－思う」、「良い－いう」、「良い－言う」、「行く－良い」という表現の中で用いられていた。さらに、原文を参照した結果²⁸⁾、

病気の治療って、本当、がんってお金もかかるので、早く解決できるのが一番いいと思いますよね、何でも

私の場合は協力医がなかなか見つからなかったので、ADR のほうがいいのかなと思いますね。

というような裁判などとの比較から ADR の方がよいと思ったというのや最初に医療紛争相談センターへ行って、おじさんの先生がしてくれましたよ。話、聞いてくれて、そのときに医療紛争相談センターに行ったほうがいいですよみたいなことをおっしゃったかしらね。

というように医療紛争相談センターへの申立てを勧められたというの、弁護士の調停委員の方も、医師の調停委員の方も、非常にいい方だっているのは、何回か接してて非常に分かりました。

というように調停委員の評価に関するものも見られた。

3) 係り受け頻度解析

表 6 には、係り受け頻度解析の結果を示した。この分析で用いる単語は、係り受け元を「名詞－一般」、「名詞－サ変可能」、「名詞－サ変形容動詞可能」、「名詞－形容動詞可能」、「名詞－固有名詞－組織」、係り受け先を単語頻度解析で用いた 8 種の品詞と「動詞－一般」、「動詞－非自立可能」とした。

係り受け頻度解析の結果を見ると、「医療紛争相談センター－行く」という係り受けの出現頻度が最も多かった。次いで、「お金－かかる」が多く、「ミス－いう」と「納得－いく＋ない」が頻出の係り受け表現として続く。「こちら－話」、「意見－聞く」、「話－聞く」という表現も見られた。また、「謝罪＋ない－いう」や「説明－謝罪」といった上位頻出語の「謝

28) 引用した原文の下線部は、筆者による。

表6 係り受け頻度解析（上位20語）

係り元－係り先	頻度	係り元－係り先	頻度
医療紛争相談センター－行く	6	向こう側－弁護士	2
お金－かかる	4	謝罪＋ない－いう	2
ミス－いう	3	女性－医師	2
納得－いく＋ない	3	説明－謝罪	2
こちら－話	2	相談－行く	2
意見－聞く	2	中立－立場	2
医師－行く	2	弁護士－医師	2
医療紛争相談センター－利用	2	弁護士－頼む	2
顔－見る＋したくない	2	弁護士－立てる	2
泣き寝入り＋したくない－いう	2	話－聞く	2

罪」という単語に関わる係り受けが見られた。「顔－見る＋したくない」や「泣き寝入り＋したくない－いう」といった係り受け表現も見られた。「中立－立場」という係り受けもある。

単語頻度解析でも多かった「お金」は、「お金－かかる」という係り受け表現が頻出していた。原文を参照すると、例えば、

やっぱり、お金もかかることですし、やっぱり、勝機がありますからやりましょうっていうことで。

というように、費用面に言及する意見が見られた。

「意見－聞く」という表現を原文で参照すると次のような表現で用いられていた。

内容的には分からないけれども、パンフレット拝見して、ちゃんとした対応して、私の意見もちゃんと聞いて進行してくださるんだなっていうのを思い出してね。

ですから私は、意見を聞くというよりか、こちらの言い分を聞いてもらって、やっぱりあちらが間違ってたってことを証明してほしいっていう気持ちでしたね。

「意見－聞く」の係り受け表現は、自分の意見をきいてもらえるのではないかという期待があらわれているものと考えられる。

「中立－立場」は、原文では次のように述べられていた。

はい。中立の立場で見てくれるからこれがいいんじゃないかって、最初から言っただんですけど。とにかく[人名3]弁護士が、絶対最初は[地名1]弁護士会の調停のほうがいいからって言って。それで始まったんです。

ある程度は仕方がないんですけども、もうちょっと、何ていうのかな、中立の立場でいらっしやと思うんですけどね、医療紛争相談センターのほうは

医療紛争相談センターが中立の立場から紛争を見てくれることを期待していたものと思われる。

4) カテゴリ分析

当事者が調停を申し立てるにあたって期待していたことについては、インタビュー調査の前に実施した医療紛争相談センター利用者を対象とした質問票調査でも、「今回の調停を申し立てた時点で期待したことについてお伺いします。以下について、それぞれあなたに最も当てはまる数字1つを選んで○をつけてください」という質問を用意している。最も当てはまるものを選んでもらう項目としては、「1. 手続きを通じて、事実関係をはっきりさせること」、「2. 社会正義を実現すること」、「3. 自分の権利を守ること」、「4. 問題を早く解決すること」、「5. 相手方と話し合いの場をもつこと」、「6. 相手方との関係を修復すること(仲直り)」、「7. 相手方に謝罪させること」、「8. 調停委員の医師の意見を聞くこと」、「9. 調停委員の弁護士の意見を聞くこと」、「10. 他人に知られずに、問題を解決すること」、「11. 専門家に問題を解決してもらうこと」、「12. 安い費用で解決すること」、「13. 手続きを通じて、再発防止につながること」の13項目を用意した。

そこで、以下では、調停を申し立てた時点で期待したことをたずねる13項目をカテゴリルールとして設定し、抽出された語の原文を参照しながら、係り受け表現などの文脈を確認しつつカテゴリルールを付与してグループ化し、調停申立時にインタビューに応じた当事者がどのような期待をもっていたかを分析する²⁹⁾。表7にカテゴリルールの一例を示した。な

29) カテゴリ作成および、カテゴリ作成後の分析への活用については、(株)NTT データ

お、カテゴリルールの作成過程で、「6. 相手方との関係を修復すること（仲直り）」、「10. 他人に知られずに、問題を解決すること」のカテゴリルールに付与すべき語が見られなかったと解釈し、結果的に分析は11のカテゴリルールを用いて行った。また、カテゴリルールの一例「->」は、係り受けの関係にあることを示している。

表7 カテゴリルールの一例

*事実関係をはっきりさせること
医療ミス、嘘、説明責任、泣き寝入り+したくない、明らか&ミス&過誤、説明&求める、説明&欲しい
*社会正義の実現
中立、責任&重大さ、人&命
*権利を守る
感謝料、損害賠償請求、勝つ、勝機
*問題を早く解決すること
早い->解決+できる&解決+できる->良い、時間&裁判
*相手との話し合い
直接&話し合う、説明->聞く+したい&直接
*相手方に謝罪させること
謝罪+ない、謝罪+したい、謝罪&求める、謝罪&知る+したい
*調停委員の医師の意見を聞く
協力医、第三者->意見&意見->聞く+したい、医師&言う&意向
*調停委員の弁護士意見を聞く
第三者->意見&意見->聞く+したい
*専門家に問題を解決してもらうこと
専門、法律相談、補償+ない、医療的、第三者&意見&専門的
*安い費用で解決すること
費用+ない、無駄&お金&使う+したくない、裁判&お金&かかる、お金+ない
*手続を通じた再発防止
改善策、改善点

↘タ数理システム「Text Mining Studio バージョン6.4 マニュアル」((株) NTT データ数理システム, 2020年) 103-131頁, 209-230頁, (株) NTT データ数理システム「Text Mining Studio バージョン6.4 チュートリアル」((株) NTT データ数理システム, 2020年) 73-85頁, 服部兼敏『テキストマイニングで広がる看護の世界 Text Mining Studio を使いこなす』(ナカニシヤ出版, 2010年) 66-68頁, 112-123頁を参照した。

分析の結果、全体では「事実関係をはっきりさせること」が最も多かった。次いで、「安い費用で解決すること」、「自分の権利を守ること」と続く。その一方で、「調停委員の弁護士の意見を聞くこと」は頻度が少なかった。「相手との話し合い」や「問題を早く解決すること」もそれほど多くなかった。属性別でみると、応諾では、「事実関係をはっきりさせること」の頻度が多い。その後、「安い費用で解決すること」、「自分の権利を守ること」と続く。不応諾では、「事実関係をはっきりさせること」、「安い費用で解決すること」、「専門家に問題を解決してもらうこと」への期待が見られたが、他の項目に関する期待は見られなかった。

表8 カテゴリ分析・結果

カテゴリ	応諾	不応諾	合計
事実関係をはっきりさせること	13	2	15
安い費用で解決すること	9	1	10
自分の権利を守ること	9	0	9
社会正義の実現	6	0	6
専門家に問題を解決してもらうこと	5	1	6
相手方に謝罪させること	5	0	5
調停委員の医師の意見を聞く	4	0	4
手続を通じた再発防止	3	0	3
相手との話し合い	2	0	2
問題を早く解決すること	2	0	2
調停委員の弁護士の話を聞く	1	0	1

2. 考 察

ADR 利用者の手続に対する期待について、先行研究によれば、対決的な期待を示す利用者よりも相手との話し合いの場を持つことに期待する利用者がいくらかは多いとされている³⁰⁾。その一方で、「手続を通じて、事

30) 前田智彦「真実と対話に対する当事者の期待——和解の成否と手続の評価に対する影響」太田・垣内編・前掲注12) 113頁。もっとも、ADR 調査研究会では、(1)社会正義を実現すること、(2)自分の権利を守ること、(3)問題を早く解決すること、(4)相手方と話し

実関係をはっきりさせること」は、調査項目のうちでも「期待する」「ある程度期待する」の合計では上位の期待であった。全体では「『専門家の関与の下、事実関係をはっきりさせて、自分の権利・利益を早期に実現する手続』との期待を抱いている」という結果であった³¹⁾。

また、インタビュー調査の前に実施された質問票調査³²⁾では、調停への期待について、「問題を早く解決すること」、「専門家に問題を解決してもらうこと」、「安い費用で解決すること」について期待が高く、「相手方との関係修復」や「他人に知られずに問題解決」については大きな期待は見られない。応諾・不応諾の申立人では、「相手方に謝罪させること」が約6割、「手続きを通じた再発防止」は約8割が期待していた。「事実関係をはっきりさせること」について応諾・申立人は8割程度期待している一方で、不応諾・申立人は6割程度にとどまった³³⁾。

インタビュー調査の結果から全体では、調停申立時において、裁判と比較して調停には「安い費用で解決できる手続きであり、事実関係についてはっきりさせ、自分の権利を守ること」が期待されていたと考えられる。「安い費用で解決すること」は、質問票調査でも期待の高かった項目であり、本インタビュー調査の対象者においても改めて費用面での期待が確認できた。他方で、インタビュー調査では、「専門家に問題を解決してもらうこと」は一定の期待が見られたが、「問題を早く解決すること」に対する期待はあまり言及されていなかった。また、「相手方との関係を修復すること」や「他人に知られずに問題を解決すること」は、申立時には期待

↘し合いの場をもつこと、(5)相手方との関係を修復すること（仲直り）、(6)手続きを通じて、白黒をはっきりさせること、(7)自分の利益を守ること、(8)相手方をこらしめること、(9)相手方に非を認めさせること、(10)第三者に話を聞いてもらうこと、(11)他人に知られずに、問題を解決すること、(12)専門家に問題を解決してもらうこと、(13)手続きを通じて、事実関係をはっきりさせることの13項目を聞いており、質問が異なる点に注意である。

31) 前田・前掲注30) 113頁。

32) 質問票調査の結果については、平野ほか・前掲注2) 376-393頁を参照のこと。

33) 平野ほか・前掲注2) 384頁。

されていなかった。属性別では、応諾・申立人では質問票調査と同様、「事実関係をはっきりさせること」への期待は多く見られたが、「手続きを通じた再発防止」への期待はあまり言及されていなかった。例えば、原文を参照すると「泣き寝入りはしたくないということで。他に手だても分からなかったものですから」と述べた申立人がいたように、とにかく何があったか事実関係をはっきりさせる手段としてセンターに申し立てるしかなかったといったことがうかがえる。不応諾では、事後的にインタビュー調査という形で申立時の期待を聞いているということもあり、実際に調停に進むことができなかったことや治療費や申立てまでの費用などの点から、相手の謝罪や再発防止よりもまずは事実関係をはっきりさせたいという期待や安い費用で解決したり、専門家に問題を解決してもらったりするという結果への言及が中心になったと考える。

一方、単語頻度解析や係り受け頻度解析、原文参照の結果からは、医療紛争相談センターを紹介されて行ったところ、調停申立てを勧められたが、お金もかかることであり、また泣き寝入りしたくないという思いもあり、相手方の話だけでなく中立に話を聞いてもらうことで事実を明らかにしようという期待を抱く申立人が少なくなかったと推察される。

申立人自身や双方の「意見や話を聞いてほしい」という期待も少なくなかった。これは、原文を参照した結果にもあらわれていたように、医師や弁護士といった専門家の意見を聞きたいというよりも第三者に話を聞いてほしいという期待として表れているものと考えられる。申立人も「意見を聞く」と「話を聞いてほしい」という期待はやや異なる期待であると認識し、「専門家である調停委員に意見を聞きたい」というよりも「(中立的な)第三者に話を聞いてほしい」という期待が表れているものと思われる。インタビュー調査前の質問票調査では、申立時に期待することについて「第三者に話を聞いてほしい」という質問項目を用意しなかったため、質問票調査の段階ではそうした期待がどの程度あったのか図ることができなかった。これに対して、本調査の先行研究であるADR調査研究会の調査

では、ADR に対する期待として「第三者に話を聞いてもらうこと」という項目を用意している。「第三者に話を聞いてもらうこと」への期待は、「期待した」と「ある程度期待した」を合わせて6割を超えており、全体では上位とは言えないまでも一定の期待を抱いていることがうかがえる³⁴⁾。今回のインタビュー調査でも、第三者に意見や話を聞いてほしいという期待が、インタビューの中で一定程度表れていることから、ADR に対する申立人の抱いている期待についての調査項目として用意しておくことは必要かもしれない。

3. 小 括

以上から、当事者、特に患者側申立人にとっては、「第三者に話を聞いてもらうこと」に対する期待は小さくないものと思われる。これは、話を聞いてもらえれば事実関係をはっきりさせることができ、自分の言い分の正しさや相手方のミスを明らかにすることができるだろう、という期待の表われとして言い換えることができるかもしれない。「ミス」が単語頻度解析上位20語の中に見られることから、「ミス」は明らかであるという申立人の認識を示すものと推察される。

また、例えば、「絶対に大丈夫でしょうという話がありました」や「相談に行った結果、じゃあ、負けるの分かってやるんじゃね。やっぱ、お金もかかることですし、やっぱり、勝機がありますからやりましょうっていうことで」と述べられていたが、センターへ相談して申立てを勧められたことが、少なからず調停に対する期待を抱かせる結果になっていたようにも思われる。

さらに、係り受け頻度解析の頻出係り受け表現である「弁護士－立てる」は注目である。原文では、「弁護士を立てることをあまり知らなかった」や「弁護士を立てるってことが分からなかった」という表現で用いら

34) 前田・前掲注30) 113頁。

れていた。これは、「私はもちろん ADR って何か全く知らなかった」という意見にも見られるように、裁判の仕組み以上に ADR が何か一般には浸透していないために、弁護士に頼んでよいのかどうか分からないという申立人の戸惑いが表れているようにも思われる。司法アクセスという問題を考える上で、裁判以外の紛争解決方法や弁護士の役割・機能に関する教育の充実も期待される。

V 代理人から見た医療 ADR——インタビュー調査の結果

1. はじめに

センターを利用した弁護士が、医療紛争解決の手段として ADR をどのように評価しているのかをインタビューを通じて概観し、若干の考察を加える。特に医療紛争解決に関与した経験の豊富な弁護士による、訴訟や裁判所の調停との比較や、ADR の中でも医師が調停委員として関与する医療紛争相談センターと、医師が関与しない東京三会 ADR との比較についての意見も聴くことができた。患者側と医療側によって評価が異なる点があることは予想されたが、逆に立場が違っても同じように評価している点や、同じ患者側・医療側であっても意見が分かれた点があるなど興味深い結果が得られた。

2. センターを利用した理由

(1) 申立人 (患者側)

申立人側の弁護士がセンターを利用した理由は以下のようなものであった。

「医療機関がきっちりとした診療をしていたからといって、今の後遺症を避けられたかという点になると、ちょっと難しい事案である」ため、「責任追及して損害賠償請求のまな板の上に乗」せるのは困難であったが、「もうちょっと丁寧な診療をしてくれてよかったではないかという思いがあった」ので「何らかの解決を目指

したいということで」申し立てた。その際、「相手に乗ってきやすい形にしておかないと、そもそも不応諾の可能性が高いなと思ったので」患者も医療機関も千葉なのでこの ADR を選択した。

事前の交渉経緯から、医療機関側の言い分は「大体は想像がついて」いたが、それを前提にして、どういう解決を図るかを調停委員と相談しながらやっていくしかないと考えていた。

調停前の医師による相談が魅力的であった。また、調停委員に医師が入っているので早期解決への期待と、申立てや鑑定費用節約という観点から申し立てた。

このように、患者側が申し立てた理由は、① 訴訟で法的責任を追及するのはやや困難とはいえ医療側に不適切な点があり、第三者を交えた話し合いの中で一定の解決を図ること、② 早期解決の期待、③ 費用の節約等である。特にセンターについては、④ 医師による無料の申立て前相談の存在、⑤ 調停委員に医師が入るといふ、専門性への期待が加わる。

(2) 相手方（医療側）

医療側が申立てに対して応諾した理由は以下のようなものであった。

当該事案は「過失について黒寄りのグレー」で「訴訟にはしたくない」と思っていたが、「損害論については少し隔たりがあり」、「グレーなものはグレーなものとして、同じ土俵に立った上で解決することができるのであれば有益だろうと考えて」応諾した。

病院が想定していた金額をはるかに上回る金額を請求されたので、「民事の示談は無理だなというふう判断しまして」、「訴訟になるぐらいなら医療者なり、弁護士なりに説得してもらって、お見舞金ぐらいで解決できればというので、（患者に対して）医療 ADR を勧めた。」

「私たち以外の専門家の意見も聞いたほうが、お互いに納得できませんかねと（患者側に）言って、それは（患者側も）そうだと思っている」ということで、センターの ADR であれば、「医師も弁護士もいるから、客観的な人からの意見」が聞けるので患者側に申立てを勧めた。

訴訟はできるだけ避けて、ADR で早期解決できるのであればその方がよいという点で病院と代理人は同じ意見だった。

「訴訟やって2年かけて無責っていうのも魅力かもしれないけど、ADRで半年くらいで終わるんだったらという、時間をお金で買うくらいを選択を(医療機関に)してもらおう余地はある。」

「訴訟になると、いろいろ公開されるっていうのもありますし、厳格な証明手続などもありますし、だったらその前に調停やってみて、駄目なら訴訟すればいい」と思っていた。

感情的に直接交渉が難しく「第三者がいたほうがまとまる可能性が高いなというような事案では、こちらから提案してもいいのかなと思います。」

患者側に「言いたい気持ちはあるってのは私もよく分かりますから、そうであれば、お話をしてお本人たちに納得してもらおうのも、ADRの大事な機能かなと思ってます。」「ドクターの代わりに私が聞かせてもらいます」という気持ちでADRに臨んでいる。「話をじっくり聞くと、お互い歩み寄ろう、みたいになる」ので、ADRで「話を聞くのは大事だと思います。」

ADRで委員から有責を前提にした案を提示された場合、「裁判の基準よりはADR基準のほうが安いっていうのは、ある程度、保険会社も期待するでしょうから」説得しやすくなる。

医療側は、①訴訟で勝訴できるとは限らない事案や感情的に当事者間での交渉が難しい事案について、医師や弁護士など専門家の客観的な意見を踏まえて話し合いたい、あるいは第三者からの説得を求めたい、②早期かつ非公開での解決を図りたい、③依頼者に訴訟を避けたいという希望がある、④保険会社への説得材料としてADRで示された意見を使いたいなどの場合に承諾をしたり、患者側に申立てを勧めたりしていた(患者に申立費用の負担をさせないために医療機関から申立てをした例もあった)。さらに、特にセンターでは、医師が調停委員として加わっていることが、医療者や保険会社の説得材料として有効な手段であることを理由として挙げられた。

ADRで患者側の言い分を調停委員や病院側代理人(事案によっては院長や医療者)が聞くことによる納得というカウンセリングの機能を承諾の理由として挙げた代理人が複数おり、実際にそれが解決につながったと感じたという意見もあった。

今回インタビューに応じてくれた弁護士ではないが、ADR で解決する意思はほとんどないにも関わらず、患者側の主張や証拠を探る目的での応諾がなされる事案もあるようである。また、他の医療側弁護士が応諾を拒否する理由として、医師調停委員の話が患者に有利な材料を与えてしまうという懸念があるからかもしれないという推測もなされていた。

3. センターの手続

(1) 医師による無料の申立て前相談

センターでは、調停を申し立てる前に、患者側は医師による無料の相談を受けることができる点が、他の医療 ADR と比較した場合の特色であった。

ア 申立人

患者側はどうしても事実関係が分からないので、医師の意見が聞けるのはとてもよかった。希望する診療科が選べるのであれば有料相談（例えば30分1万円）でもよい。相談内容はメモを取りながら聞くが、その内容を後で ADR や訴訟で出すことは予定してないと思うし、迷惑だと思うのでしていない。

患者側が医療行為に関する情報を得る手立てとして高く評価する代理人がいる一方、医療情報は自分で収集するから特に必要ないと考える代理人もいた。

イ 相手方

「もし事前相談をすることでやめとこうって思ってくれる人がいるのであれば、医療側としてはすごくありがたい。」

「率直に医療機関側の立場で言うと、箸にも棒にも掛からないってものは来たとしても応諾しない」から事前相談によるスクリーニングについては、それほど必要性は感じていない。

相談した医師が「それなりに問題があるなっていうふうに判断して」調停の申立てを勧めているとすると、「始まった段階からちょっと患者側に寄っているという印象を持っている。」

医師の相談についてはスクリーニング効果を評価する代理人と、患者の

申立てを後押ししていると受け止めて中立性に疑問を投げかける代理人がいた。

(2) 医師調停委員

センターの ADR は、医師が調停委員として加わるのが特徴の一つであった。

ア 申立人

「医師が医学的な見地からこうだと言ってしまう」ことは「裁断的じゃないかと思って」いたため、「医師があっせん人になるのには、それ以前は懐疑的だったが」、「裁断的じゃない話し合いの雰囲気ができるかっていうのは、その中に入るあっせん人の言い方話し方に左右されるところも大きくなって、判断示すことが直ちに悪いということもない」と思った。

「第三者の医師もこういう意見言うんだったら、完全に受け入れるわけではないけれども、それが客観的な意見ということで、それを前提とした解決をしようと、申立人本人もそういう気持ちになったので、医師のあっせん人というものの効用はある」と思った。

鑑定をせずに医師に話を聞いてもらえるのはリーズナブルでよい。

「われわれが知りたい分野の専門家」であった。

「お医者さんもすごく優しい感じだったので、」 「基本的には患者さんは被害者意識も強いですし、お医者さんでも優しいんだという感じだと、」安心して「言いたいことを伝えられやすい。」

医師という立場だと「最初は、自分たちの考えを受け入れてくれてないんじゃないかという警戒を持ってましたけれども、よく聞いてくれる態度であった。」

医師調停委員は『「申立人の方が怒られるお気持ちは分かりますけれども』と言いながら、『診療記録に基づくと、こういう判断にどうしてもなってしまいます』と言われ、受容的な態度をとりつつ、医師としての意見は、われわれも調査してきた内容からするとそうだろうなと思うものもあり、それを受けて、申立人のほうも、あの先生言ってるのはそのとおりなんだろうなっていうような感じになっていきました。』

「調停委員である医師がづらい目に遭ってきたことを分かってくれたと、そういうふうに申立人は受け取ってましたね。それであれば、若干の解決金でこれを決着さ

せて、新たな一步を踏み出したい、申立人自身や奥さんが言った言葉だったと思います。」

患者側は、中立性・専門性のある医師が間に入って意見を述べてくれるという点を概ね高く評価している。特に、医師が加わらない東京三会 ADR を経験している代理人は、当初医師が加わることに懐疑的であったが、実際に経験して肯定的な評価に変わっている。

医師調停委員が受容的に患者の言い分に耳を傾ける姿勢が、医療に不信感を抱いている申立人の気持ちに変化をもたらしたようである。

イ 相手方

「率直に言うと、医師が入ってくると」「簡易鑑定みたいに方向づけられちゃうので怖いなというところがあります。」「患者さん側の協力医として意見書が出てくるのであったら、そこに対して」「反論するっていうのはいいんですけども、判断権者の中にドクターがいて、その意見と対立してっていうのは違う。不調になった場合には最後は裁判所でやるので、その先生（調停委員）の意見に対してコストかけて反論する必要はない。」ただし、具体的に担当した医師委員については「すごく専門的な立場でやってらっしゃる先生」で特に不満はなかった。

「ドクターの委員っていうのは、非常に代理人として使いやすいなという印象を持ちました。医学的にちゃんとお話をされて、そこに院長もいましたし、委員がああいうふうに言ってる以上、」「責任なしは押しづらいんじゃないかと。先生側もドクター同士の、私たちとは違う共通言語があるんでしょから、たしかにそこまで言われればそうかなというので、ドクターが納得してくれるっていうのがあった。」

「医学的知識、紛争解決への熱意、人柄全てにおいて優れて」おり、「中立的に、専門的なご意見いただいたかなと思っています。」

自由診療の事案だったので、相場についての意見も重要だったが、損害賠償算定の内訳についても医師委員から具体的な説明があり、説得力があった。

医師調停委員の意見が結論に大きな影響を与えかねないため、それが不利なものだった場合について懸念を示す代理人もいた。ただ、その代理人も具体的な事案で接した医師調停委員の専門性・中立性には満足しており、この懸念は抽象的なものであったということもできそうである。センターの医師調停委員のレベルが高かったこともあると思われるが、医師調

停委員の意見が医療者の納得につながったと高く評価されている。

(3) 弁護士調停委員

センターでは、医師調停委員と弁護士調停委員がペアで調停に当たる。

ア 申立人

「話をよく聞いてくれた。やっぱり話を聞いてくれたほうが本人」の「満足度が高い。」

「進行は弁護士の先生がされてました。」

イ 相手方

「コミュニケーションを主に取ってたのは、弁護士のほうでした。」「手続進行は弁護士が行い、スムーズに進んでいた。」「まとめる力はある先生なんだろうなというふうには思いました。」

「弁護士委員は、元裁判官でフェアに考えてくれている」と感じた。

医師調停委員に比べると、弁護士調停委員は代理人にとっては同業者ということでだいたい予想がつく存在であるためか、それほど多くのコメントはなかったが、患者側・医療側ともに医師調停委員が専門的意見を述べ、進行役を弁護士調停委員がになうという役割分担には満足していた。

(4) 治療を行った医師の ADR への出席

ADR では、訴訟とは異なり、患者と医師の直接対話が実現することがあるのか尋ねた。

ア 申立人

「本人は自分の治療をした人に直接話をしたいんだけど」「医者と直面は、調停だと多分ないですね。基本的には裁判の尋問とかまで出てこないと思う。」

和解が成立した事案では「本当はこっちのいう事実を正直に認めて、謝罪してほしいっていうのが一番大きかったですけども、それは残念ながらありませんでした。」

患者側としては、医師本人と直接話をしたい、特に有責という結論で和解が成立した場合には謝罪をしてほしいと希望するケースが多いが、実現は

容易ではないようである。

イ 相手方

ADR の場で説明をしてほしいという求めがあった場合、医師を出席させるかという、「多分しないと思います。紛争になっていて損害賠償請求が来てる段階での話なので書面で出させていただきます。」「私が患者側の代理人でドクターから話聞けるっていったら、争点になりそうなところを聞きます」から、「簡易的な尋問になってしまいます。」

「行きたくないって言われちゃうと、無理に同席させるものではないですし」、「忙しかったりもします。」

「真実を知りたいというふうにおっしゃる患者さんに対して、こちらの思っている真実を話したときに、それで満足するかっていうと、」「それは真実ではないでしょう、まだ隠してるって言われてしまうことが多々あるので、満足されるというのは難しい。」

「解決した段階で一番最後のときに出てきてお話する」というのであれば「全然、結構です。」

他方、医師が出席した事案もある。

「私がもし患者側だったら、当の本人が調停に来るのは当たり前じゃないかというふう思うだろう」から「たしかにドクターには気の毒だったんですけど、一番の責任者って意味で」「少なくとも、肝心なところでは来てもらう必要があると思う。」

「結局、ごめんさえ言ってくればいいという人も中にはいますから、そのときに本人が言うのと代理人が言うのではインパクト違いますからね。」「ドクターの顔が見えて、目の前でそういうふう言ってもらえるのと、そうでないのとでは人の感情としても違う。」

「一つは、医療的なことを調停委員から聞かれても（代理人は）答えられないのでもいいほうがいい、」「もう一つは患者さんに」「ちゃんと対応していますという姿勢を示す」ために「できるだけ本人か院長に来てもらうようにしていました。」

医療側代理人の対応としては、①医師の出席は簡易尋問になったり、言質を取られるおそれがあるという観点から、最終段階以外では原則として出席させないという方針を採る場合、②医師本人の出席したくないという意向や多忙を理由に出席を無理には求めないという方針を採る場合、

③ 患者側に向き合う姿勢を示したり，調停委員からの質問に答えたりするためにできる限り出席をさせる方針を採る場合に分かれている。

(5) 別席調停・同席調停

センターでは，主に弁護士調停委員の方針によって，交互面接方式（別席調停）の場合と，両当事者が同席する場合があった。

ア 申立人

「被害感情強かったので，（本人の）同席はあんまりよろしくないかなとこちらも思っていました。医療 ADR で同席でいきましょうっていうのは，両方とも代理人だけが出てきてる」「事案ぐらいしかないかもしれない。」

「最終局面で，それこそ決着のありようとして，ちゃんと説明しますとか，謝罪しますとかっていうときの同席くらいかもしれないですね。」

本人同士の同席は，医療側から説明や謝罪をすることが明確になっている場合以外は，感情的に難しいと患者側代理人は考えている。

イ 相手方

「代理人だけであれば同席でも結構なんですけども，ADR の場でこちらがこちらの言うべきことを言ったら，（申立人本人は）おそらく激高するだろうなと思いました。別席じゃないと，多分，言うべきことが言えないです。」

本人の同席は「最後の段階かなという感じです。」

「できれば同じ情報を共有して進めたほうがよくて，それで解決しなかったら，それはしょうがないんじゃないかなと思うんです。自分たちが作り上げて合意に至る」のがよいので「1 回目やって見極められれば，2 回目からは同席のほうがいいと思います。」

医療側代理人も，本人同席調停には否定的な意見が多いが，最初は別席で事案を見極めて，同席が可能そうな事案であれば2 回目以降は同席をする方がよいという意見もあった。

4. 患者の希望

(1) 謝罪・関係修復

ADR では、金銭賠償にとどまらず、謝罪や関係修復への期待があるので、その点について尋ねた。

ア 申立人

「患者さんの訴えをちゃんと聞いてくれなかったという怒りが強かったので、謝罪や再発防止に関する条項としては、『本件に関して遺憾の意を表し、本件を貴重な経験として、今後、患者の訴えを真摯に聞き、医療に役立たせることを確約する』というのが入りました。割と一般的な文言とはいえ、これは本件の申立人にとっては意味がある文言でした。」

過失があった場合に医療側が謝罪して関係を修復できたというケースは「ないです。そんなうまくいかないですね。」

イ 相手方

「ADR という限られた期間で崩れている双方の関係修復をすることは難しい。」

「謝罪を院長がしたことがありました。ただ、医療事故でよくあることですが、謝ってほしいと言われて謝ってもよかったというのはなかなかないですね。当たり前だろうという捉え方になってしまって。なんでそれを今さら謝るんだって。もっと前に謝らなかったのかということになってしまうことも多いんです。」

(2) 再発防止

医療紛争では、患者側が再発防止策について求めることも少なくない。

ア 申立人

「センターを利用したことで、再発防止に結び付いたと思えるようなケースは特にない。」

イ 相手方

「医師が、以後は説明をきちんとするようになるなど、一定の改善はみられることもある。」

謝罪や再発防止が、満足のいく形で実現することは ADR であっても困難なことが多いようである。

5. ADR と弁護士

(1) ADR における代理人の必要性

センターでは患者側は代理人をつけないことも多かったのですが、代理人の必要性について尋ねてみた。

ア 申立人

「患者さんご本人でやると、やっぱり何が争点なのかとかが分からなかったりして、せっかく伝えるべきことを伝えられなかったりするんで、」弁護士がついた方がよい。

本人申立てでも「ありだとは思いますが。ただ、代理人つけるのも弱い立場にいる人たちの権利だと思ってるので、」「代理人全くつけないのが完全な理想形だというのは違うかなとっている。」

イ 相手方

「弁護士が言うのもおかしいですけど、無駄な支出はしないほうがいい」から、患者側は代理人をつけなくてもよい事案もあると思う。

「ADR は弁護士なしでもできますし、病院としても必ず参加するようにしていますから、と患者側にお伝えして、ADR を積極的に勧めていました。」

(2) 弁護士報酬

アメリカの場合は、ADR より裁判の方が報酬が多くなるという理由から、ADR に消極的な弁護士がいるようなので、日本ではその点はどうなのか尋ねた。

ア 申立人

訴訟と調停で手間が全然違うので「訴訟以降で、プラスでもらうようにしています。弁護士費用に関しては、調停のほうが安く上がるというメリットはあると思います。」

イ 相手方

「裁判になった場合には訴訟着手金がもらえて、成功報酬もちょっと段階が上が」るが、「ADR でも交渉でも調停でも、保険会社の基準は変わらない。」

「医療機関側の代理人としては、訴訟のほうがお金になるからこれを訴訟にしようっていう発想はあんまりしてないです。」「医療機関側で、わりと医療訴訟ばかりを手掛けている事務所の弁護士については、むしろ1件でのフィーというよりも、

保険会社、病院との長いお付き合いの中でご満足いただくことを望んでいる。」

「毎回の出廷に幾らっていう契約にしたら、たしかに訴訟の方が弁護士報酬が多くなるという面もあるんですけど、数こなしたほうが、相対的には（利益は）大きいんじゃないかと思います。」

患者側は費用節約の観点から弁護士をつけない選択もありうるが、権利保護の観点からはついているのがベターとはいえる。

医療側は、報酬は ADR 応諾の判断には影響していないようである。

6. 他の紛争解決との比較

(1) 訴訟との比較

いずれの代理人も豊富な医療訴訟の経験があるので、訴訟と ADR の比較について尋ねた。

ア 申立人

争いが少ない事案は示談交渉で決着がつき、次の段階として ADR があり、裁判は最後の段階である。ADR の利用が増えて訴訟が少なくなっているが、患者側にとって難しい事案しか訴訟になっていない感じがあり、裁判所からすると「患者側がわがまま言ってんじゃないかっていう印象がある」のではないかと懸念される。「裁判所に正しい理解してもらうためには、もうちょっと裁判を利用しなきゃいけないんじゃないかと最近思っている。」「ADR は重要なツールであることには間違いない。ただ、最終決着は裁判っていうツールである以上、裁判所に、医療紛争の実相について正しい認識持ってもらう必要があると考えたら、もうちょっとという事案を裁判所に」提訴した方がよいという問題意識を持っている。

争いが少なく比較的解決が容易な事案や、双方が訴訟での勝訴は難しいかもしれないと感じている事案が、ADR によって解決しており、それ自体は ADR の重要な役割なのだが、それによって裁判所が扱う事件の中で、患者側にとって証明が困難な事案の割合が高くなり、裁判所の患者側に対する見方が厳しくなっているのではないか、という危惧が示されている。同様の懸念は医療 ADR が盛んな愛知でも患者側弁護士から聴取したことがある。

イ 相手方

「費用かけて意見書出してやるのであれば訴訟でいいかなという気は」しており、ADR はそのようなことをせずに解決できる点にメリットがある。

「メリットは、迅速であること、柔軟であること、時間や曜日が自由に入れられること」である。

弁護士調停委員が患者側だったら、病院側だったらという、当たり外れを気にする代理人がいるかもしれないが、当たり外れがあるのは裁判官でも同じである。

千葉の裁判所は ADR との連携には関心が高く、ADR で解決できる事件は ADR で解決してほしいと考えていると思う。

ADR を利用した経験のある医療側弁護士としては、訴訟よりは ADR による解決の方が早期・簡易・柔軟であることにメリットを見いだしており、ADR に適した事案についてあえて訴訟にしたいと考えることはないようである。

(2) 民事調停との比較

合意による解決という点で ADR と共通する裁判所の民事調停との比較について尋ねた。

ア 申立人

「ADR を申し立てて（医療側の応諾が）なかったのは、」 「裁判所に民事調停を申し立てても、多分駄目だろう」と考えられるので「裁判しています。」

イ 相手方

ADR に比べて「本人調停が結構多」く、「出頭義務があるので」出頭はするが「1 回行って不調に終わらせてしまう率は高い。」

裁判所調停では、東京だと医師が調停委員として入るが、それ以外の地方裁判所や簡易裁判所では入らないことも多い。「できれば調停で解決したかったのに、○科の調停委員がないという理由で民事調停ができず、訴訟になってしまった事案もある。」

民事調停では裁判官が入るからよいという弁護士もいるが、自分は「それに代えてでも医師委員がいる」ということがセンターの魅力だと思っている。

裁判官がずっと立ち会うわけではないため進行管理が不十分、期日が入りにくいなどの不満がある。

（3）東京三会 ADR との比較

東京の3つの弁護士会が合同で運営している東京三会 ADR では、医療側と患者側の弁護士が2人であっせんをするタイプ、さらに医療事件はしていないが調停にたけた弁護士・学者が入って3人であっせんするタイプがある。それらとセンターの ADR の比較について意見を聴いた。

ア 申立人

2人体制の場合、医療側のあっせん人が医療側に、患者側のあっせん人が患者側に厳しいことを言っており、役割分担としてうまく機能している。

3人体制の場合、調停にたけている弁護士は「こういう話をしていくといっているプランが描けている」ので、「そういう先生にいていただけるのはありがたい。」

イ 相手方

2人体制の場合、「医療事件をやっている弁護士が2人入っているの、温度感を共有できる。」

「主に患者側やっている弁護士の先生っていうのは、相手方になると、結構大変ですけども、あっせん人として入る部分には、すごく合理的なことをおっしゃる先生のほうが多い。患者側、医療機関側にかかわらず専門的にやっている先生はすごくいい。」

医療側のあっせん人だからといって、医療機関側の肩を持つわけではないし、逆もしかりである。「多分、裁判になったらこういうご主張も出てくると思いますけどねみたいな言い方をして、フォローしてくれる先生もいます。」

「千葉の ADR のときに関わっていた先生（弁護士調停委員）は、すごく私は満足です。ただ、できればもう一人、別の先生がいるともっと良かったのかなっていうのは思っています。」

「東京三会 ADR の経験はないですけど、おそらくどんなに詳しくても弁護士さんの言うよりは、同業で、しかもほとんど専門分野が同じか近い先生に指摘をされると、ドクター側もある程度納得をしやすい」のではないかと思います。医師調停委員が「ドクター側を説得してくれて過失なしは無理ですよっていう場合もあれば、これは医学的に病院側の言っていることが正しいと言ってもらって患者側が納得する場合もある。」「まさに ADR は話し合いの場ですから、そういうふうになってくれることが主なのかなというので、医師委員を入れない手はないと思います。」

7. 全 般

(1) センターを利用した結果と感想, ADR の在り方

最後にセンターを利用した結果と感想, さらに ADR の運営の在り方について総括的に尋ねた。

ア 申立人

「調停でまともらなかったけど, 裁判せずに終わったので, ある程度, 調停の結果を踏まえて裁判しないという判断ができた。」

「責任追及困難で, 相手も応じないから無理ですという終わり方をする場合もありますけれども, やっぱり何らかの決着をつけてあげたい。そこで気持ちの一区切りをつけることが, 今後の人生を歩む上で, その人にとっては重要っていう局面っていっぱいあると思うんですね。そこのお手伝いを, 関わった弁護士としてはけりをつけてあげたい。そのときにけりをつけられる制度としては, ありがたい制度だと思ってます。」

イ 相手方

「例えば, こういうあたり問題になるんじゃないのっていうところを(調停委員から)お話ししていただければ, それはある程度そうですねって ADR の中では認めることはある。」そのようなやり取りの中で「合意形成をしていく。ここはあんまり望ましくなかったかもしれませんがねっていうのを, そのまんま患者さんには伝えないでほしいけれども」「ここで妥協する余地はありますよっていうようなところでお話ししていくのは, やぶさかではない。」

裁判であれば無責を主張する事案であっても, ADR に応諾する以上「多少のお見舞金はしょうがないかなという覚悟は, 持って」臨んでおり, 当初想定していた金額以内であれば合意を成立させる。

「訴訟での認容額よりは多いと思うが, 訴訟コストと早期解決のメリットを考えて成立させた。」

(2) ADR の運営

NPO 法人が運営していたセンターは10年で活動を終えざるを得なかったわけであるが, ADR を持続的に運営するためにどのようなことが必要と考えるかについて尋ねたところ, 相手方代理人から以下のような意見が述べられた。

医師委員について「大学教授かそれに準ずるクラスの人が出てますけど、そこを譲ったら」それなりに確保できるのではないかと。運営団体に「医師のつてがどれぐらいあるかっていうのがあると思う。その地域の医療を動かせるような人をうまくつかんで、よしやるぞってなれば、多分、その先生がちょっと頼みたいって言ったらやるか、みたいなどころがあります。」

医療 ADR は医療者にとってはすごくいいから、協力してほしい。

ADR の利用を増やすためにこ入れするべきところは「医院長じゃないですかね。お医者さんって基本は根っからいい人が多くて、患者さんのためについていうところから出発してますから、そういう人であれば、分かってくれるんじゃないかと、私は思ってます。」

「時間が短い分、コストパフォーマンス上がる」ので、「経済面からしても、医療 ADR は貢献するような気はする。」

「住宅紛争審査会³⁵⁾は、国交省の外郭団体である公益財団法人が運営しており、予算がしっかりついて、建築士と弁護士が解決している。研修も充実している。弁護士会が委託されて運用している。このような方式がよいのではないかと。」

8. 小 括

(1) ADR 利用の目的と成果

患者側も医療側も、訴訟になった場合に立証困難が予想される事案、損害額についての隔たりが大きい事案、感情的に直接交渉が困難な事案などについて、第三者である専門家の調停委員の客観的な意見をベースに話し合いを進めることや早期の解決を ADR に期待している。特にセンターの場合は、医師調停委員の意見が聞けることを重視する意見が患者側にも医療側にも見られた。医療側は、調停委員からの意見があれば保険会社との関係などで、示談交渉より解決をしやすかったり、訴訟よりは低コストで早期に解決できるメリットを感じている。

医療側が（患者側の主張や証拠を探る目的ではなく）、真摯に話し合いで解決する目的で応諾し、実際に和解が成立した場合には、その期待は概ね満

35) <http://www.chord.or.jp/trouble/>（2021年7月27日閲覧）。

たされているといえる。和解成立に至らなかった事案であっても、患者側としては、調停委員の意見を聴くことなどによって一定の納得を得られた場合もあるようである。

(2) 医師の事前相談

患者側としては情報収集の機会として、医療側としては申立てのスクリーニングとして評価する意見がある一方、必要性や中立性の観点から懐疑的な評価もあった。現実問題としては、センターの申立て前相談はボランティアの医師によって行われていたが、ADR に一般的に付置するのは困難であり、中立的な医師の意見を患者側が聞ける手段が ADR 以外にあるのが望ましいように思われる。

(3) 医師調停委員

患者側・医療側いずれの代理人も東京三会 ADR を経験している者の中には、センター利用前には医師調停委員の存在に懐疑的な意見を持っていた者もいたが、いずれも結果としては医師調停委員の意見が解決に有益だったと述べている。むしろ、専門的・客観的な立場からの意見については双方から高い評価がされており、特に患者側からは医師調停委員が受容的に話を聞いてくれたことへの満足感が示された。

(4) 対話・謝罪・再発防止等

ADR の特色の一つとして、当事者同士の直接対話が挙げられるが、医療 ADR でそれが実現しているのは一部にとどまるようである。代理人だけの同席についての抵抗は少ないが、本人を含めた同席は、患者側も医療側も最終局面以外は難しいと考えている代理人が多い。

また、金銭賠償以外の面については、ケースバイケースではあるが、裁判上の和解でも用いられるような謝罪文言が ADR の和解でも入れられることもあるが、ADR だから謝罪や関係修復が容易というわけでは必ずし

もなさそうであるし、再発防止に ADR が果たしている役割はまだ小さいと言わざるを得ないようである。

(5) ADR における代理人弁護士の役割

センター利用者本人へのインタビューでは、弁護士をつけることは思いつかなかつたし、調停委員に弁護士がいるので必要も感じなかつたという意見が少なくなかつた。これに対して、弁護士インタビューでは、実際に弁護士が受任した事件は相応に難件であつたと思われることもあり、弁護士に委任する必要性を肯定する意見が多かつた。ただし、申立人本人へのインタビューでは弁護士に相談したところ、センターを紹介されて自分で申立てをした例もあり、ADR といえども患者側が医療紛争を受任する弁護士を探すことの困難が伺えた。

また、医療側代理人が、ADR の本人申立てを患者側に勧めている例もあつた。患者側は ADR の存在自体を知らないことが多いので、医療側が第三者を交えた話し合いによる解決を望む場合、医療側からの申立て推奨は ADR の普及に有効と思われる。

ADR と訴訟の選択に、弁護士報酬の問題が影響するかというと、患者側弁護士は、医療訴訟は負担が重いので、報酬のために ADR より訴訟を選ぶということはあまりないように思われる。医療側事務所は多くの事案を受任するため、報酬は ADR に応諾しない理由にはなっていないようである。

(6) 他の紛争解決手段との比較

訴訟に比べた場合の ADR による解決の様々なメリットについては、どちら側の代理人も ADR の利用経験があれば認識している。ただし、患者側代理人の中には裁判所が一部の難件のみを扱うことになるために、裁判所の患者側に対する見方が厳しくなることを懸念する声がある。

医療紛争の解決手段としては裁判所調停はあまり評価されていない。セ

センターの弁護士調停委員(元裁判官)に対するインタビューでも、裁判所での調停は、当該事案に適した分野の医師の調停委員の不足、期日の間隔や時間帯、管轄の制約などの問題があり、センターのADRの方が当事者にとっては使い勝手がよいのではないかという意見が述べられていた。

患者側も医療側も、東京三会ADRを利用した経験のある弁護士は、その方式も高く評価しているが、センターのみを利用した経験のある弁護士は医師調停委員が関与することの意義を強調している。

東京三会ADRを利用した弁護士へのアンケートでは、第三者の医師による医学的知見の導入については、「必要性を感じた」が12%、「特に必要性を感じなかった」が83%と医師は不要との意見が圧倒的に多い³⁶⁾。しかし、これは自分が経験した方式がよいと感じる面もあるように思われ、実際に医師が入る方式を経験すると意見が変わる可能性はあると思われる。

9. おわりに

今回、インタビューに応じてくれた弁護士は、患者側も医療側も、ADRには、客観的な立場の専門家の意見・説得に基づく早期解決の提供、患者側の意見を聴く場としての役割、解決に要する費用の節約、双方の当事者の納得など多くのメリットがあるということを語ってくれており、医療紛争の解決のプロが、紛争解決手段として医療ADRを高く評価していることが判明した(もっとも高く評価している弁護士だからインタビューに応じてくれた可能性はある)。

一方、ADRの普及や運営について、公的なサポートや医療機関の理解の必要性も浮かび上がった。センター方式のADRを運営する場合、特に協力してくれる医師と予算の確保が重要になる。公益財団法人方式は非常に魅力的な提案であるが、実現のためには立法や予算措置が必要である。

36) 東京弁護士会、第一東京弁護士会、第二東京弁護士会「東京三弁護士会医療ADR第二次検証報告書」(2016年)63頁。https://www.toben.or.jp/known/iinkai/iryuu/pdf/tokyo3kai_adr_2nd_houkoku.pdf。(2021年7月27日閲覧)。

当面は各弁護士会が運営している今の方式を拡充する方向が現実的と思われる。医療 ADR の利用や協力を拡大するためには、利用して良かったという声を、特に医療側に伝えていく必要性を感じる。

最後に、貴重な経験や意見をお話いただいた弁護士の方々に心から感謝いたします。

結びに代えて

以上、質問票調査に加えて、同意のあった申立人本人および代理人のインタビュー調査をもとに、センター利用の経緯や利用しての評価を整理、分析してきた。

当事者の声には強く訴えかける力があり、インタビューで直接当事者の声を聞かせていただけたことは、医療紛争の特質や紛争解決の在り方を考察していく上で大変有り難い機会であった。様々な情報提供等の協力に応じてくださった医療紛争相談センターの関係者、そして長時間に及ぶインタビューに快く協力くださった当事者／代理人の方々には心から感謝の意を伝えたい。

各分析の含意はそれぞれ章の小括に委ねるが、本稿での声が、実施機関数の上でも、また実施状況の上でもなお発展途上にある日本の医療 ADR の開発、向上に少しでも寄与することを願い、また我々がそうした研究を続けていくことを誓って本稿の結びに代えたい。

* 本稿は、科学研究費基盤研究 (B) 2528500e の研究成果の一部である。