



医療経済研究会

No. 584
2013/09/04

「医療におけるリスクマネジメント ～賠償・補償の Law and Economics」

東京大学医学系研究科客員教授
(医療安全管理学)
新星総合法律事務所
児玉 安司 氏

お願い

- ★ 携帯電話をお持ちの方は電源を切るか、もしくはマナーモードにしてください。
- ★ 当研究会の内容につきまして、録音、録画、ならびに資料の無断転載はお控えいただきますようお願い致します。

ご協力宜しくお願い致します。

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会

医療経済研究機構

本資料の全部又は一部を問わず、無断で転載、
使用、複製、配布、改変等することはできません。



一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会

医療経済研究機構

児玉 安司 Yasushi Kodama

【学歴】

1983年3月 東京大学法学部卒
1991年3月 新潟大学医学部卒
1991年5月 医師国家試験合格
1994年10月 第二東京弁護士会登録
1995年6月 シカゴ大学ロースクール修士課程修了
(1994年～95年 フルブライト留学生)
1996年11月 米国ニューヨーク州司法試験合格
2004年2月 医師博士号取得(新潟大学)

【職歴】

1991年～92年 在日アメリカ海軍横須賀病院医師
1992年～94年 最高裁判所司法研修所修習生
1995年 BlattHammesfahr&Eaton 法律事務所(シカゴ)
1995年～96年 Sidley&Austin 法律事務所(シカゴ)製造物責任グループ
1996年～97年 BarlowLyde&Gilbert 法律事務所(ロンドン)再保険部
2012年 新星総合法律事務所

【教職】

- ・東京大学大学院医学研究科特任教授(医療安全管理学)
- ・東海大学非常勤教授
- ・獨協医科大学特任教授

など

【公職】

- ・厚生労働省 医療安全対策検討会議委員(～2003年3月)、医療安全総合対策起草委員会委員長代理(～2002年5月)
- ・日本弁護士連合会 ADRセンター 医療特別部会幹事
- ・東京三弁護士会医療 ADR 医療側仲裁人候補者
- ・医療の質・安全学会 評議員・監事
- ・第6回医療の質・安全学会学術集会プログラム委員長・事務局長(2010年11月～2011年11月)
- ・厚生労働省 診療行為に関連した死亡に係る死因究明等のあり方に関する検討会委員(～2008年12月)
- ・厚生労働省 福祉サービスにおけるリスクマネジメントに関する検討会委員(～2002年4月)
- ・厚生労働省 薬事食品衛生審議会臨時委員 食品衛生分科会員(～2011年1月)
- ・厚生労働省 医療裁判外紛争解決(ADR)機関連絡調整会議構成員
- ・日本医師会 医療安全対策委員会副委員長(～2006年3月)
- ・日本病院会 医療安全対策委員会委員
- ・社団法人全国社会保険協会連合会 社会保険病院運営審議会委員
- ・公益財団法人日本医療機能評価機構 産科医療補償制度調整委員会委員
- ・社団法人日本自閉症協会 倫理・啓発委員会委員
- ・一般社団法人日本医療安全調査機構 診療行為に関連した死亡の調査分析事業運営委員会委員、企画部会委員

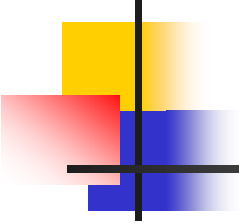
など



医療におけるリスクマネジメント ～賠償・補償のLaw and Economics

児 玉 安 司

(東京大学・医療安全管理学)



- Ronald Coase (1910–2013)

1991年ノーベル経済学賞受賞

「損害賠償の経済分析」

浜田宏一、1977

「法と経済学 日本法の経済分析」

マーク・ラムザイヤー、1990

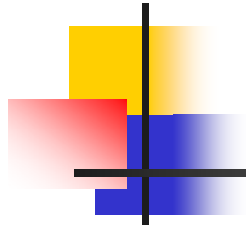
「法と経済学 企業関連法のミクロ経済学的考察」

宍戸善一、常木淳、2004

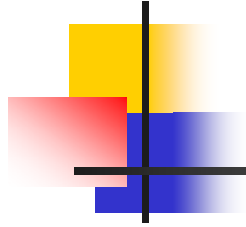


Outline

- 1 医事紛争の現状
 - 1-1 刑事手続
 - 1-2 民事手続
- 2 リスク認識とリスク回避
 - 2-1 患者側
 - 2-2 医療側
- 3 「信頼関係」の再構築
 - 3-1 古典的モデル
 - 3-2 古典的モデルの限界
 - 3-3 プリンシパル・エージェントなど
- 4 昨今の話題から
 - 4-1 無過失補償
 - 4-2 医療事故調査
 - 4-3 医療ADR



1 医事紛争の現状



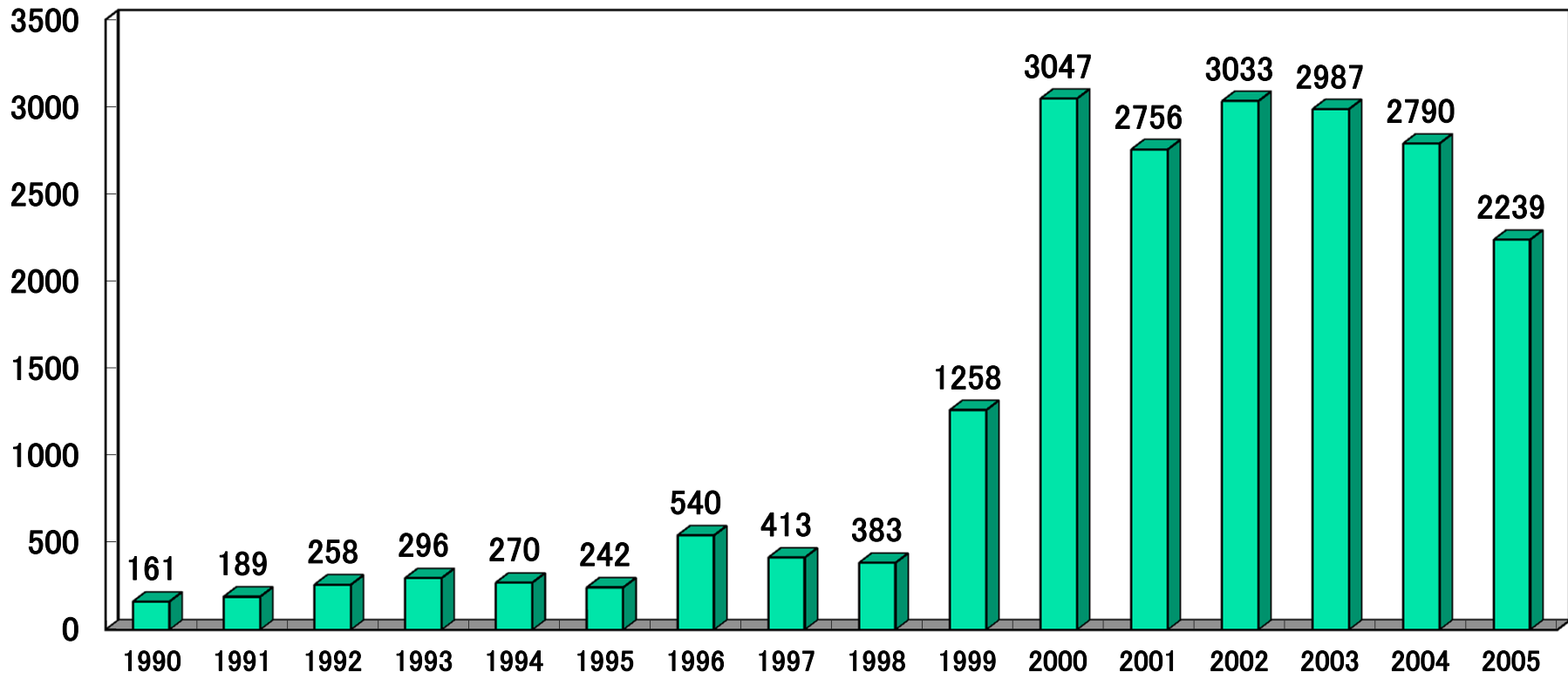
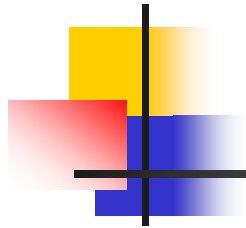
1-1 刑事手続



1999年

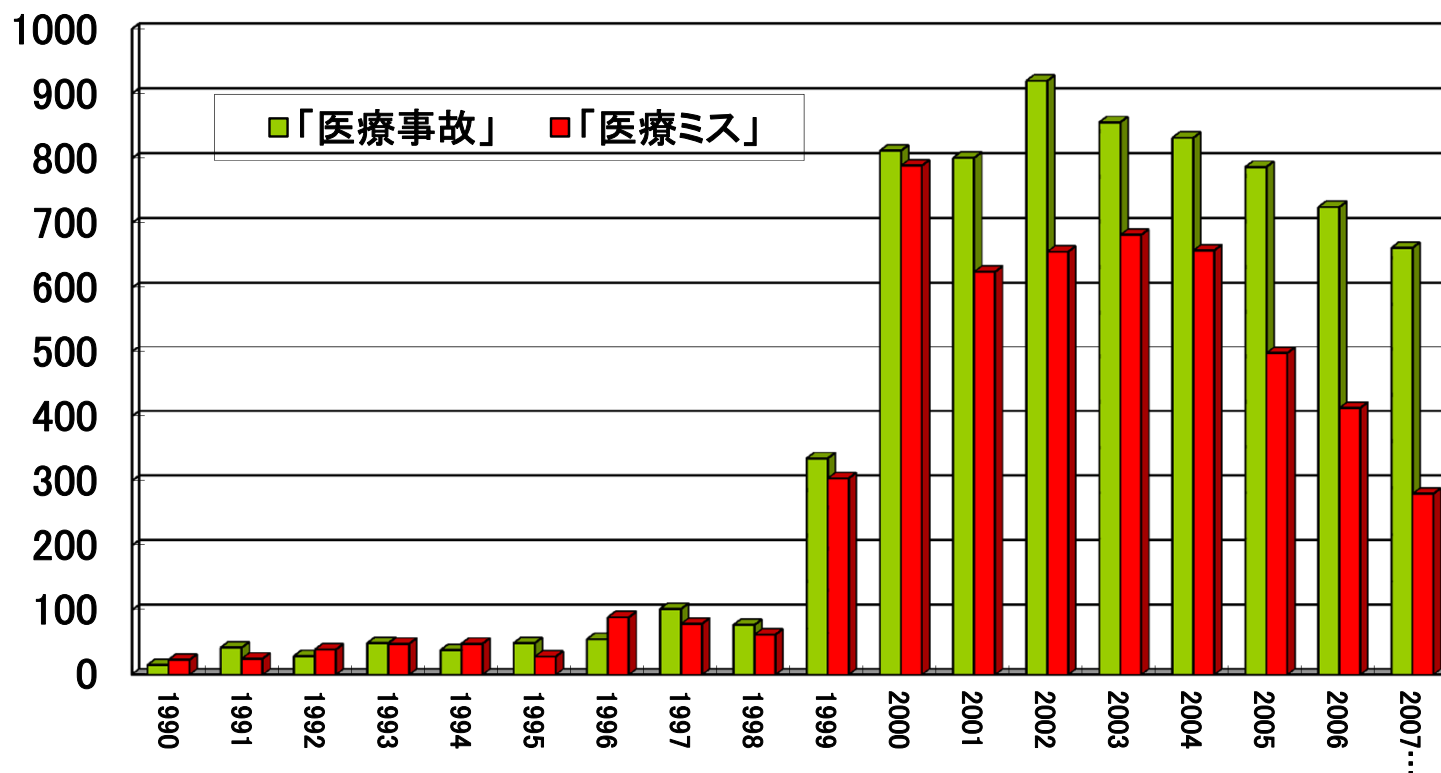
- 1月11日 A大学病院事件
 - 2月11日 B病院事件
 - 7月11日 C大学病院事件(のち無罪)
- ・・・1999年から始まったことはわかるが、
なぜ1999年だったのかはわからない。

主要新聞における「医療事故」記事件数
(日経テレコン21:「大学病院革命」黒川清著)



「医療事故」「医療ミス」の報道件数

(前村聡氏の発表資料に基づく)



日経、朝日、毎日、読売、NHKの合計

(日経テレコン検索、本文のみ、同義語除く) ※2007年は6月30日までを2倍

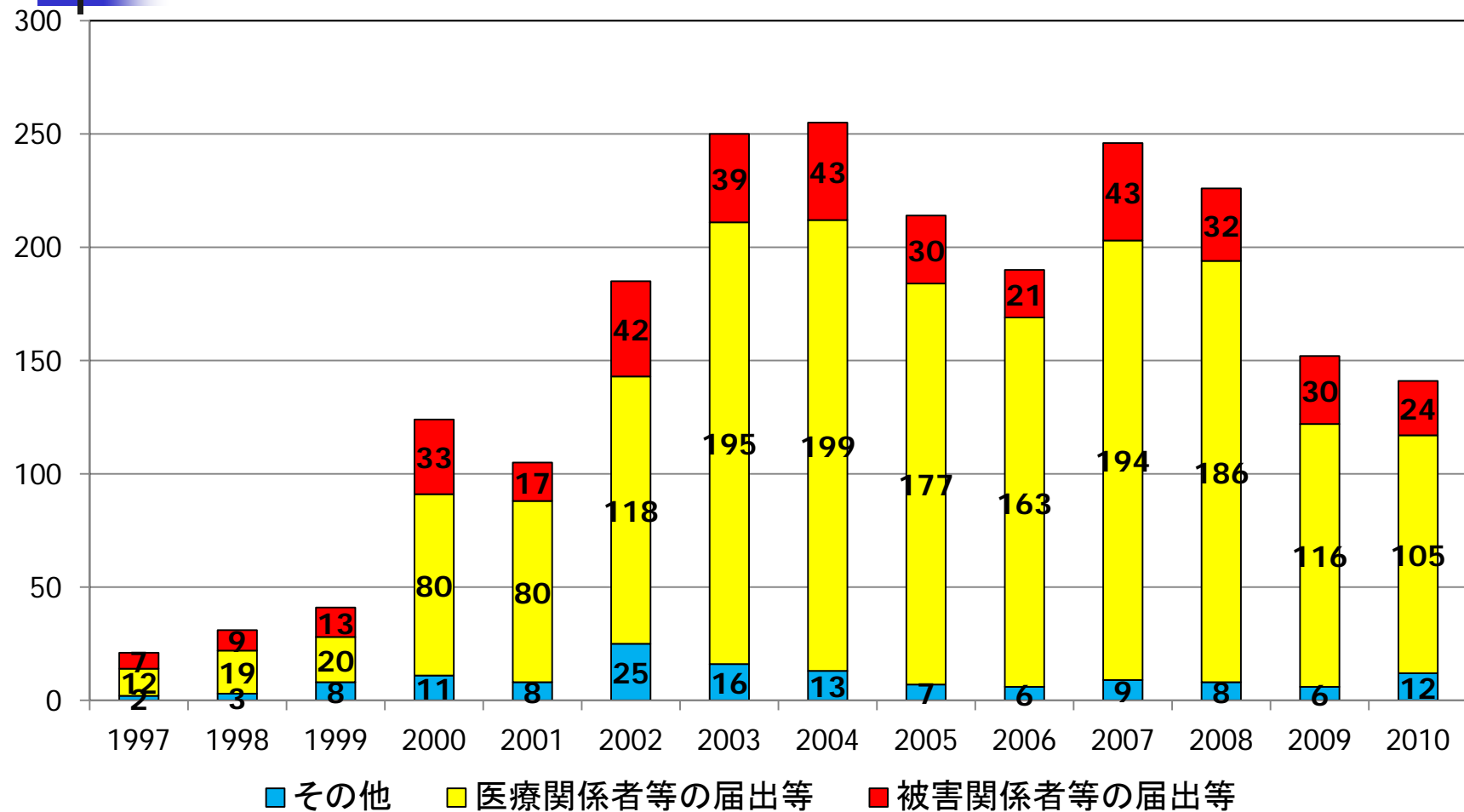


医師法21条

医師は、
死体又は妊娠四月以上の死産児を
検案して異状があると認めたときは、
二四時間以内に所轄警察署に届け出なければ
ならない。

→最高裁平成16年4月13日第三小法廷判決
医師法違反, 虚偽有印公文書作成, 同行使被告事件

医療事故の警察届出件数他





刑事手続の不安定性

- 警察とメディアが先行すると
 - その時点で「組織的隠蔽」とされるリスク
 - 後になって「冤罪」「名誉棄損」とされるリスク

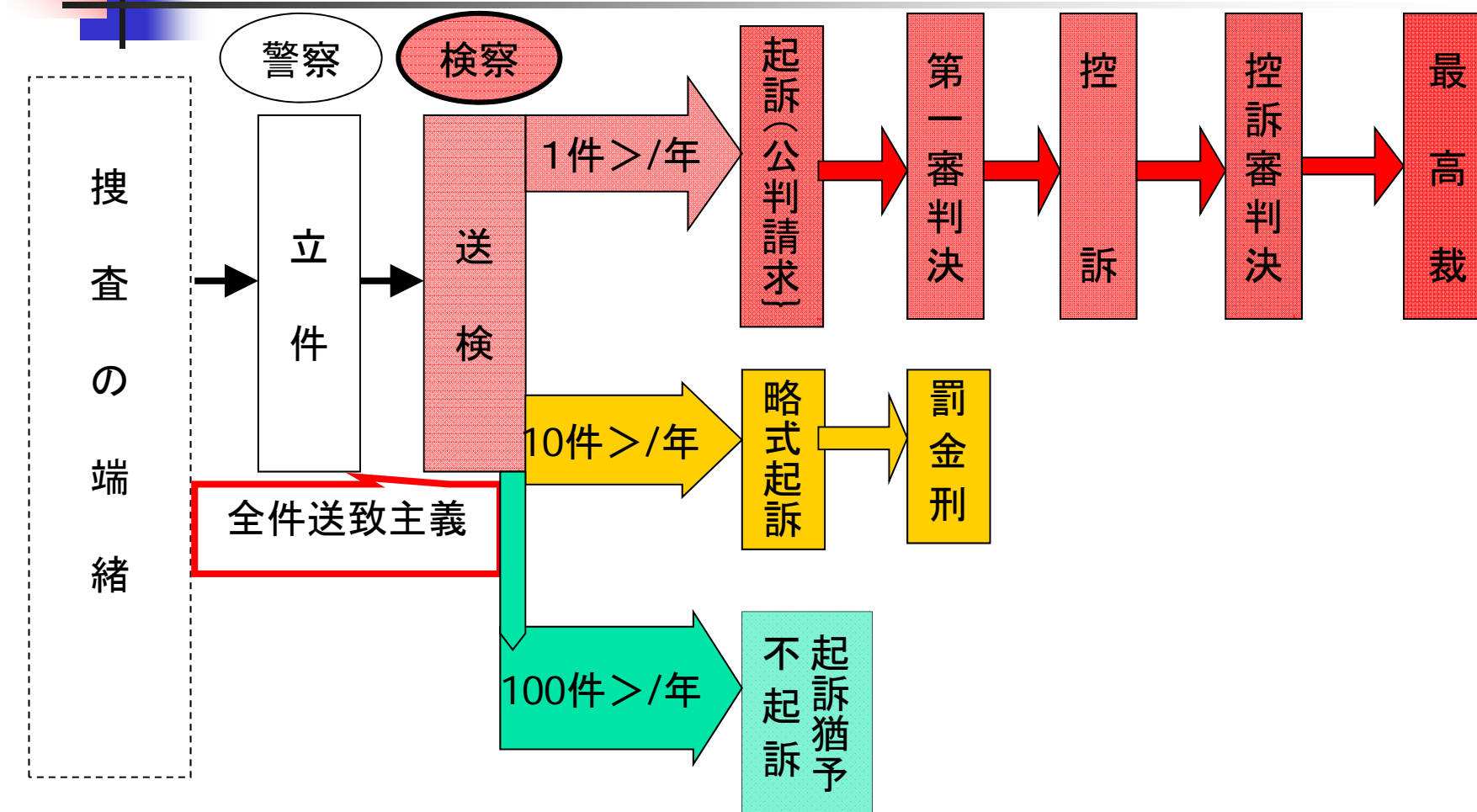
白と言っても黒と言ってもハイ・リスク

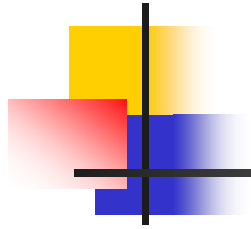
Cf. 民事手続

交渉→ADR→訴訟 いずれも「和解」

刑事手続

～起訴、略式起訴、起訴猶予(不起訴)

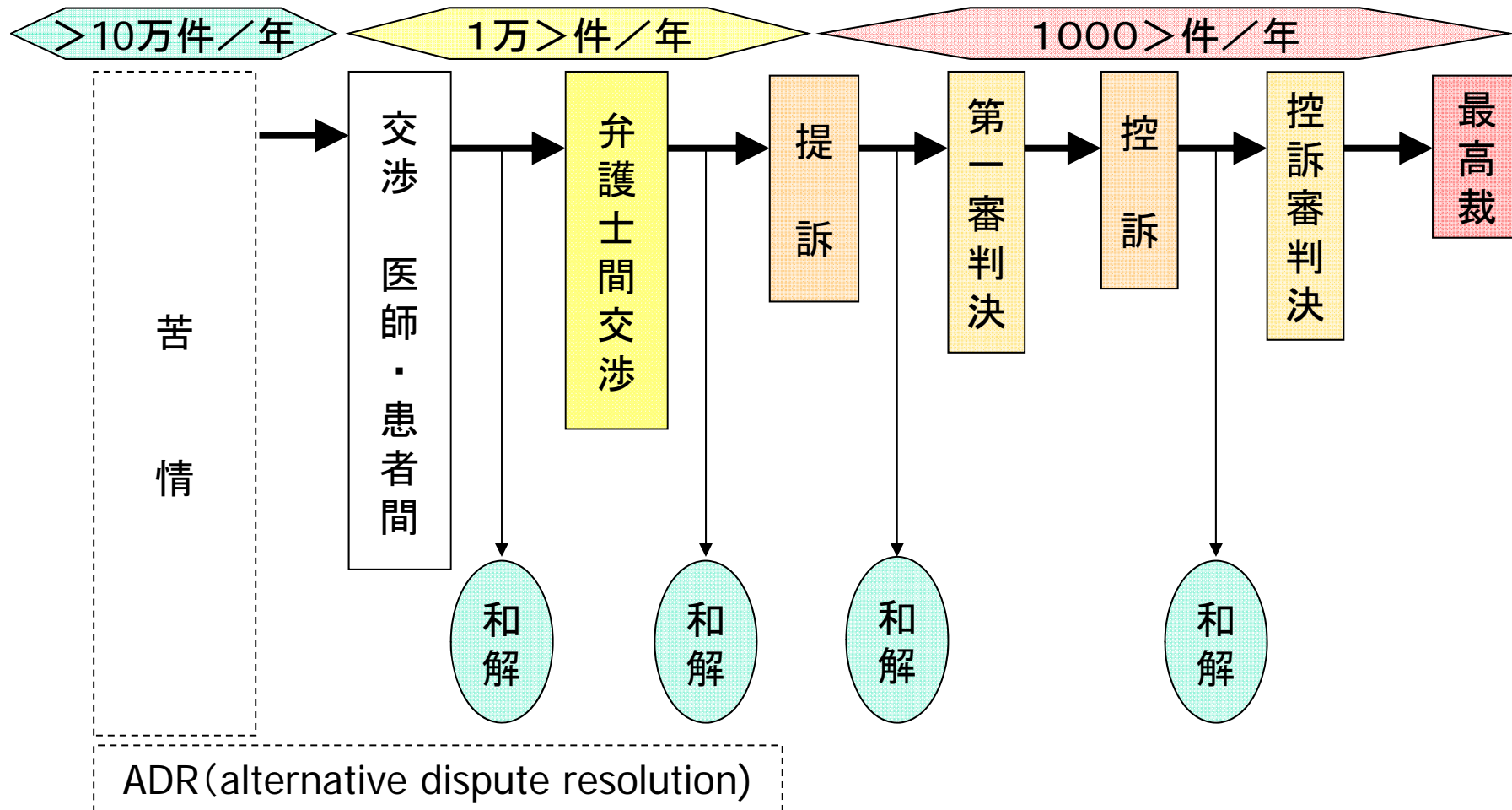




1-2 民事手続

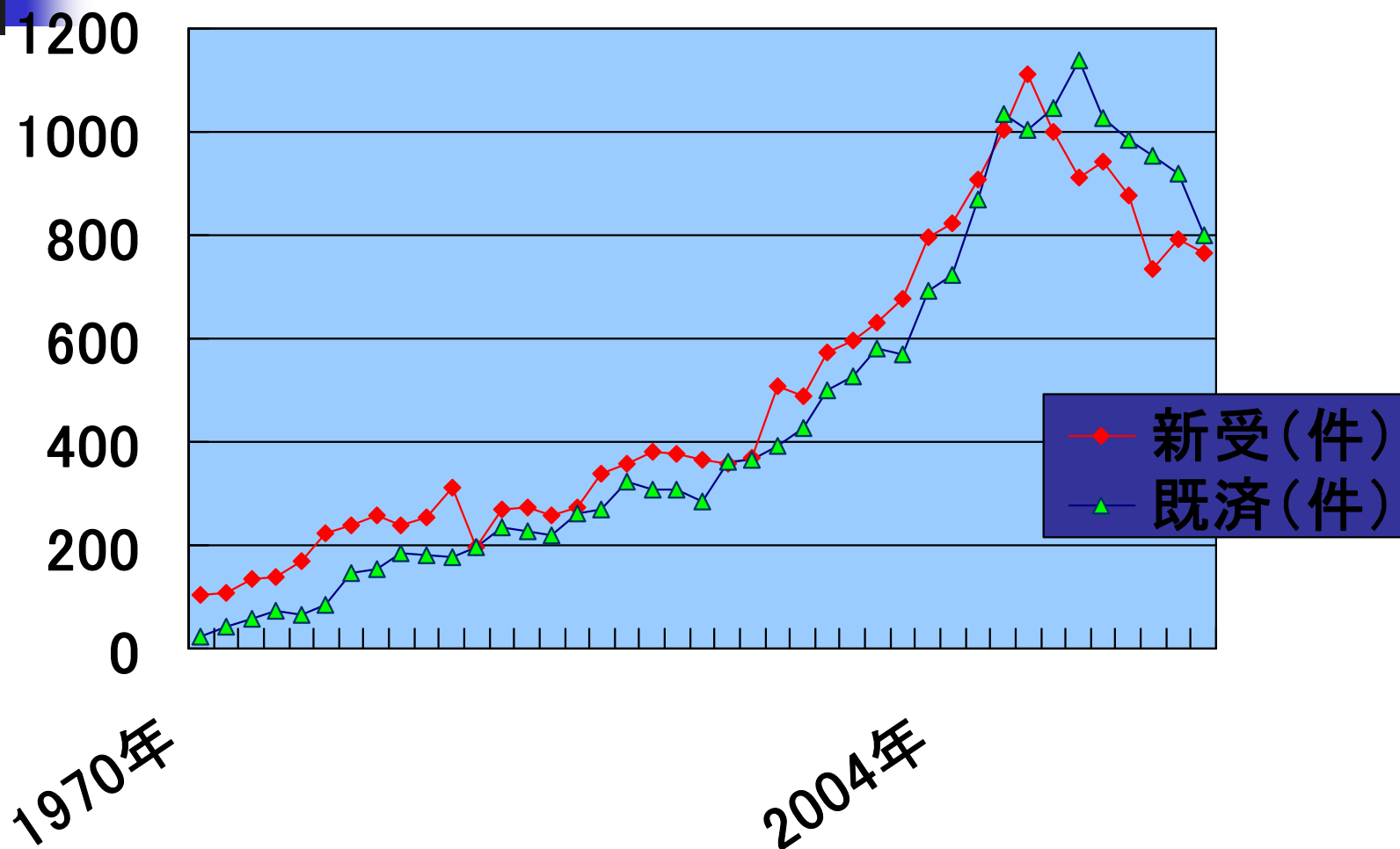
民事手続

～訴訟前和解、訴訟、訴訟上の和解



民事医療訴訟第一審新受及び既済件数

(最高裁判所事務総局発表資料による)





民事医療訴訟の現状

- 2004年をピークとして
6年間で**34%減少**
→ ほぼ1999年レベルまで回復
- ピーク時でも
年間訴訟件数：米国の100分の1
賠償費用総額：米国の60分の1 >



日本の交通事故訴訟

- 法と経済学—日本法の経済分析
マーク・ラムザイヤー 1990

- 法制度の費用の高さと遅延は見られない
- 裁判外の交渉によって法制度が実効的に運用
 - 「Repeat playerとしての保険会社」
 - 「評判の経済学」
 - 「当事者の予測可能性の高さ」



裁判所の変化

- 1990年代後半から

- の逆転判決の激増

- 訴訟事件の激増・審理促進の要請

- 有額の和解解決の激増

- 期待権・説明義務違反・相当程度の可能性

- ピークを越えたころから

- の逆転判決が散見

- 全体として、当事者の予測可能性が低下

医事関係訴訟事件及び 地裁民事第一審通常訴訟事件の平均審理期間

年	区分	医事関係訴訟事件 平均審理期間(月)	地裁民事第一審通常訴訟事件 平均審理期間(月)
1995		39. 1	
1996		37. 5	
1997		36. 3	10
1998		35. 1	9. 3
1999		34. 5	9. 2
2000		35. 6	8. 8
2001		32. 6	8. 5
2002		30. 9	8. 3
2003		27. 7	8. 2
2004		27. 3	8. 3
2005		26. 9	8. 4
2006		25. 1	7. 8
2007		23. 6	
2008		24. 0	
2009		25. 2	

(注) 地裁民事第一審通常訴訟事件数には、医事関係訴訟事件数も含む。

医事関係訴訟事件の終局区分別既済件数 (1997年～2006年)

(最高裁判所事務総局発表資料による)

年	区分	判決 (認容)	判決 (棄却・却下)	和解	その他	計
1997年		72	121	278	56	527
1998年		101	131	285	65	582
1999年		70	160	267	72	569
2000年		143	162	317	69	691
2001年		128	206	318	70	722
2002年		149	237	381	102	869
2003年		180	226	508	121	1,035
2004年		160	245	463	136	1,004
2005年		151	249	529	133	1,062
2006年		141	261	607	130	1,139
	(通常訴訟)	50,072	10,693	46,541	36,015	134,321

(注1)「(通常訴訟)」とは、平成18年の通常訴訟事件における終局区分別既済件数をいう。

(注2)「その他」には、請求の放棄、請求の認諾、訴えの取下げを含む。

日米の医療リスクマネジメントを 比較してみると・・・

	米国	日本
刑事医療事件	きわめて稀	社会的注目度大 メディアとの連動
民事医療事件	陪審制→高額化 巨額の賠償負担 賠償保険の破綻	キャリア裁判官→安定化 アメリカの60分の1>



医師賠償責任保険の保険料

医師ひとり、1年あたりの保険料・・・

- フロリダ州(2004年)

産婦人科:17万3000ドル

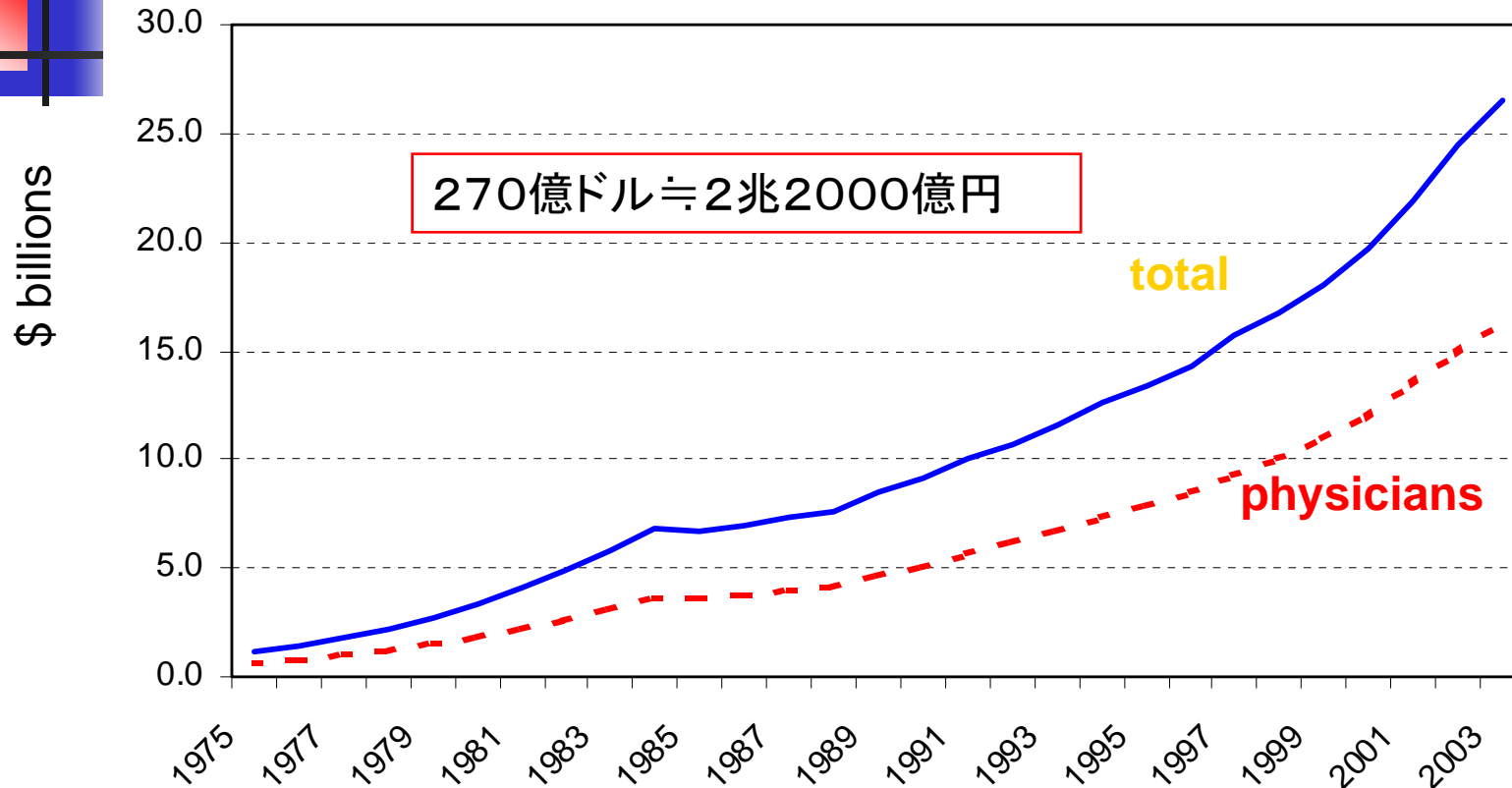
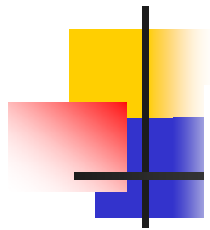
外科:11万1000ドル

内科:3900ドル

- 日本

全科:約5万円

National Malpractice Costs

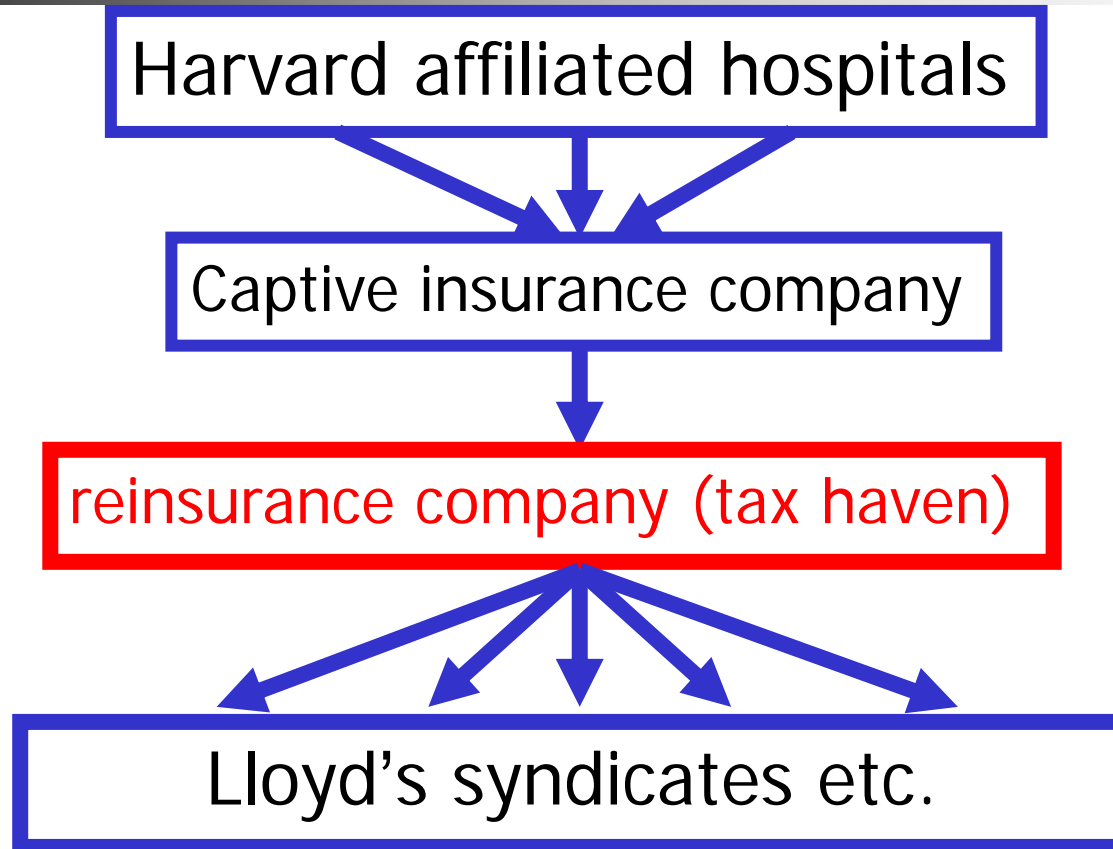


Sources: Tillinghast (2004); US national health accounts; calculation by RR Bovbjerg, Urban Inst.

	1975	2003	ratio
\$ billions (CPI adj.)	1.16	7.76	6.70
% hlth expend	0.89%	1.59%	1.78

1976年 Harvard RMF 設立

Captive & reinsurance



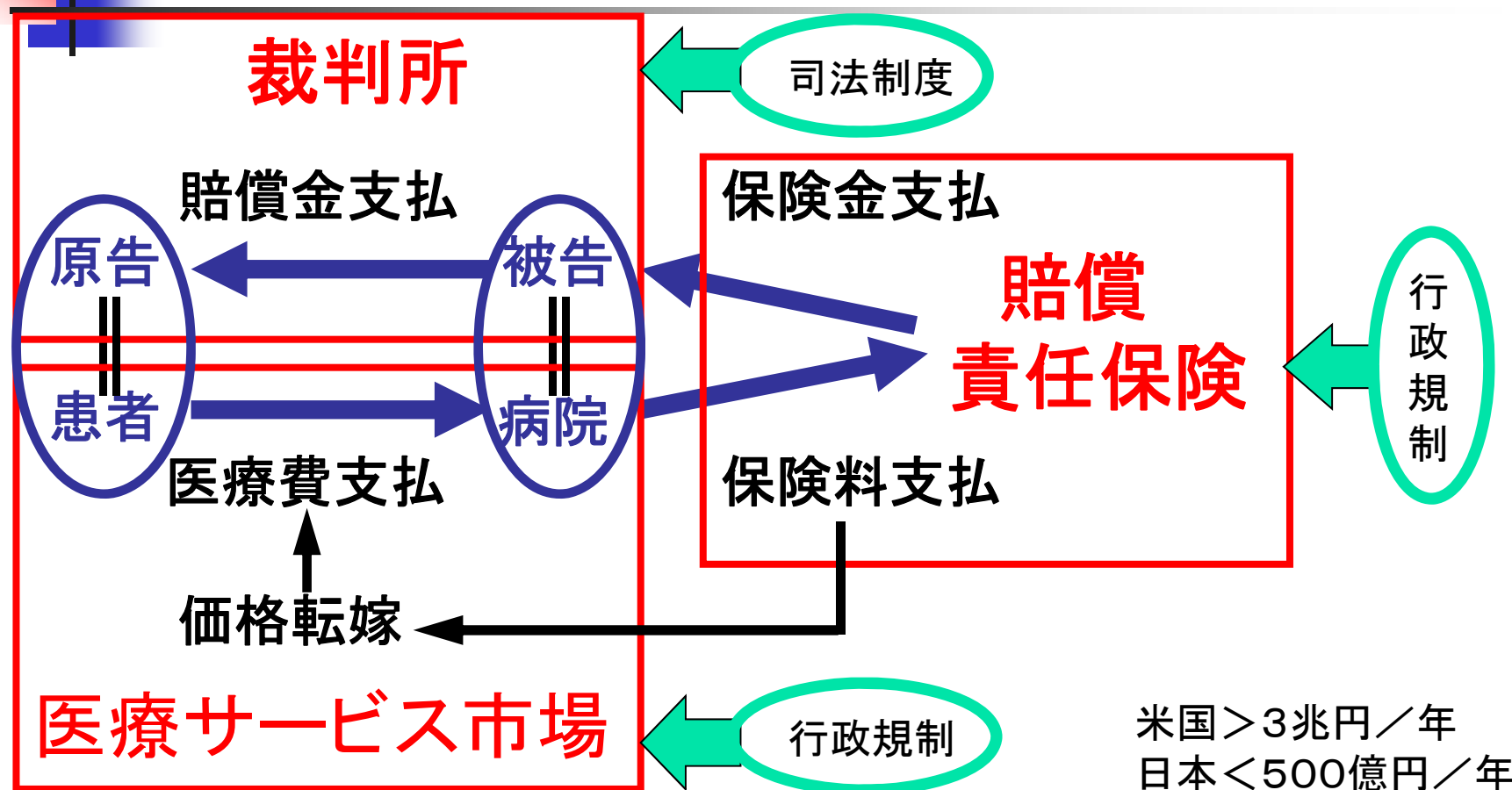
現状については、 <http://www.rmfm.harvard.edu/>

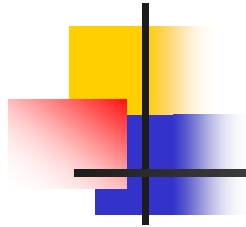


保険会社に対する規制の変化

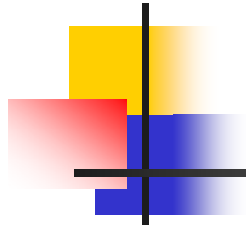
- 1999年ころまでの医師賠償責任保険
 - loss ratioが上昇しても料率を上げられない
- 激増期
 - 急速なloss ratioの悪化
 - 規制緩和とデメリット料率の導入
- 下降期
 - 急速なloss ratioの改善
 - 約款「法律上の賠償責任」の下での和解促進

損害賠償の法制度とキャッシュフロー





2 リスク認識とリスク回避



2-1 患者側の リスク認識・リスク回避

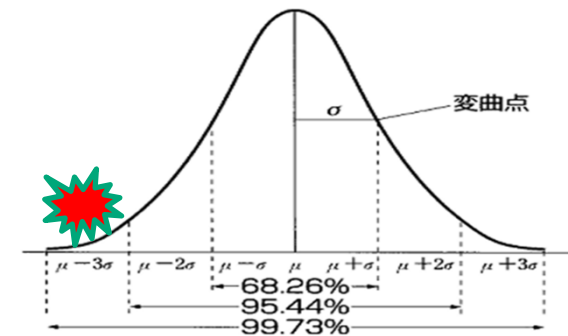


「重大な合併症は0.1%の確率」

- 医療一般、手術、救急・・・
- 比較のために
東京国際空港の年間発着数33万6000件
0.1%→年間336件→週6件「重大な事故」
- 医療は「不確実」？ きわめて不安定な技術！

テイル・リスク

- 確率分布の裾野にあり、確率は極めて小さいが、一旦起こると大きな損失



- ミス・プライス

→その分の損失を無視して価格設定

原発の事故から手術の合併症まで
「補償」の財源は「価格」から産まれる



テイル・リスクの対応

- コミュニケーションの「質」

断片的な数値ではなく

直感的な理解と納得

- * 公教育

- * 相談・支援（医療機関～公的機関）

- ミス・プライスの問題

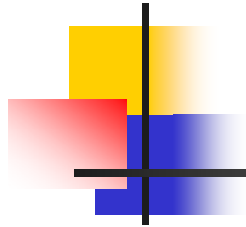
どの範囲の賠償・補償のコストを

どのように政策に織り込むか



患者側のリスク回避

- どうすれば、いいのか？
医療の評価？紹介？保険？
- 院内のカウンセリング・苦情相談
患者団体のサポートやピアカウンセリング
公的な相談支援まで
納得？相互理解？
どのような原理原則で？
どのような事実を前提として？



2-2 医療側の リスク認識・リスク回避



医療事故の2つの典型

- 作為型

誤注射など「ミス」が明らか

損害発生に拘らずレポート

ヒヤリハットレポートなどで実態把握

- 不作為型

発見遅れ、診断遅れ、治療遅れ・・・

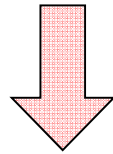
どこまでが「ミス」が明らかでない

カルテのサンプリング調査などで実態把握



あらゆる液体が静脈注射される理由

- 消毒薬、内服薬、外用薬・・・
- 原因は、個々の看護師の不注意??

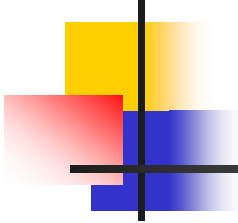


○共通するファクター

注射器→三方活栓→体内へ

○根本原因 (Root Cause)

注射してはいけない液体を
注射器で計量していること



レポート制度

- 2002年の医療法施行規則改正
事故情報収集→分析→マニュアル→研修
- 病床数の5倍が目安
100万床の急性期病床で<500万件
- 病院によってパターンが決まる
ex. 薬剤関連が35%、抜去15%、転倒15%



医療機関での死亡者数

- 剖検率 = 剖検数 / 死亡者数
- 医療機関での死亡者数は全国で100万人超
急性期病床は107万床
- 都内「病院」での年間死亡者約8万人
都内の年間死亡者約12万8000人
 - * 救命救急センターは病床数の倍近く
 - * 後方病院がない総合病院は病床数と同程度
 - * 後方病院がある専門病院は病床数の6割



カルテのサンプリング調査

研究	調査年	カルテ数	有害事象率	
米	カリフォルニア	1974	20864	4.7%
国	ハーバード	1984	30195	3.7%
	ユタ・コロラド	1992	14052	2.9%
オーストラリア	1992	14179	16.6%	
デンマーク	1998	1097	9.0%	
ニュージーランド	1998	6579	11.2%	
英国	1999	1014	10.8%	
カナダ	2000	3745	7.5%	
フランス	2002	778	14.5%	
日本(堺班)	2004	4389	6.0%	



サンプリング調査の含意

- 各国の医療の質の差を示すものではない
- $-2SD \sim -3SD$ を有害事象と認識している
- “To Err is Human” Based on the findings of one major study, medical errors kill some 44,000 people in U.S. hospitals each year. Another study puts the number much higher, at 98,000.
- 日本は5万人から10万人か・・・



医療機関の賠償リスク？

- 死亡損害

慰謝料 2000万円～2800万円

逸失利益 賃金×余命の1/2or67才まで
金利5%でNPVに換算

- * 最高裁判決

民法所定の法定利率5%と「公平」

- * 市中金利との差が賠償対応に影響

- 5000万円×6万人=3兆円？ >>500億円



医療機関の賠償リスク？

- 過失—因果関係—損害
過失・因果関係が認定される蓋然性
→立証の困難と割合的心証
- 過失:「当時の医療水準」
「期待権侵害」「説明義務違反」
- 因果関係:「高度の蓋然性」
「相当程度の可能性」
→賠償額が数十分の1になる



医療側のリスク回避

- 防衛医療

ハイリスクの患者をみない

ハイリスクの患者をみる病院から退職

* やりがい・インセンティブは？

* 職業倫理・オートノミーは？



医療側の対応の乱高下

- 1998年以前の典型
 - 「カルテを開示すると訴訟が増える」
- 1999年～2006年
 - メディア＋刑事事件、警察届出義務
 - 事実と評価の共有、相互理解への動き
- 2006年～
 - 「立ち去り型サボタージュ」
 - プロフェッショナル・オートノミー



2001年5月9日A新聞社説

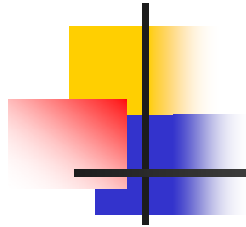
- 疑わしきは届け出よ・・・



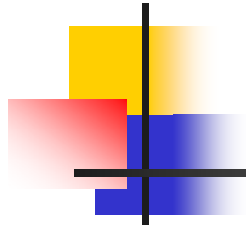
相互のホールドアップ

- 疑わしきは警察に届け出よ

- 医療崩壊と立ち去り型サボタージュ



3 「信頼関係」の再構築



3-1 医師患者関係の古典的モデル



自由な意思決定

- 医師と患者の自由な契約

 - 準委任契約(民法656条)

 - 報酬の約束(648条1項)

 - 相互解除の自由(651条1項)

 - 国民皆保険

 - 医療の現状との乖離



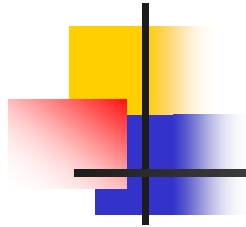
インフォームド・コンセント

- 民法典に明確な規定なし
- アメリカでの判例法の発展
→ 一部のみを輸入
- 患者の自己決定 > 専門職の自己規律



Bioethicsと Layman control

- Bioethics
1960年代～アメリカの生命倫理
- Layman control
普通の人 lay peopleの判断
 > 専門職の判断 professionalism
- 倫理委員会



3-2 古典的モデルの限界



Carl E.Schneiderらの調査

- 教育研修病院のPrimary Careのクリニックを訪れる患者312人(疾患の重症度は多様)の意識調査
 - * 情報希求度 79.5 ± 11.5
 - * 自己決定希求度 33.2 ± 12.6
- 日本でも同様の調査結果(大木、福原ら)
- 患者が求めるもの
情報 > 自己決定



契約の社会化

- 社会保険法令
 - 医療給付
 - 価格決定(経済的インセンティブ)

- 行政法規
 - 応招義務(医師法19条)

→ 契約締結も価格決定も公法秩序

cf 電気



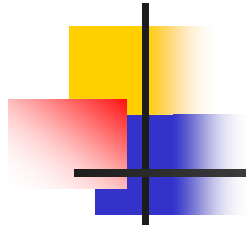
相対取引ではない

- Quality Access Costに関する公共選択
- 患者・医療機関・社会保険の三面関係
- 医療機関に関わる多様なStakeholders
医師、医療従事者、管理者、開設者・・・
- 契約の束、しかも、不完備契約の束



医療不信と医療崩壊

- 1999～2006 「医療不信」
情報の非対称性 (Laterality)
- 2006～2010 「医療崩壊」
結果の不確実性 (Uncertainty)



3-3 プリンシパル・エージェントなど



Principal-Agent理論

- Principal-Agent Relationship

情報格差がある 情報: $P < A$

結果の不確実性 損害: $P > A$

取締役—株主

金融業—投資家

官 僚—政治家

専門家—顧客 ...

大きな構造変化の中で

Strukturwandel der Öffentlichkeit

- 全ての業界の失敗
証券・銀行、政治・行政、食品、自動車、航空
原子力発電、建設・・・【共通する特徴】 DOUBT !
- 過去
専門家の権威・・・市民の沈黙
- 現在
専門家と市民の対話
 - ・適切な情報提供
 - ・意思決定への参加



モニタリングとオートノミー

- Principal(一般人)がAgent(専門家)に依頼



- 患者のためのモニタリング
医師のオートノミーと職業倫理



情報生産機能の強化の必要性
モニタリングとオートノミーのバランス

医師・歯科医師の行政処分件数

区分 年度	業務上過失致死傷 (医療)	診療報酬 不正請求	その他	合計
2006 (うち取消数)	20	19	59 (4)	98 (4)
2007 (うち取消数)	12	19	81 (10)	111 (10)
2008 (うち取消数)	4	36	64 (9)	104

* 2004年2月以降、法務省から刑事処罰の情報を受けて処分

最近の金融監督上の諸課題について

平成19年11月27日 金融庁 監督局長 西原政雄

<http://www.fsa.go.jp/common/conference/danwa/20071127.html>

■ 金融行政の目的

「金融システムの安定」

「利用者の保護」

「公正・透明で活力ある市場の確立」

Cf 「医療介護システムの安定」

「患者・利用者の保護」

「公正・透明で活力ある市場の確立」

最近の金融監督上の諸課題について

平成19年11月27日 金融庁 監督局長 西原政雄

<http://www.fsa.go.jp/common/conference/danwa/20071127.html>

■ ベター・レギュレーション

- ・ルール・ベースの監督と

- プリンシプル・ベースの監督の最適な組合せ

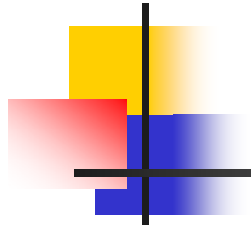
- ・優先課題の早期認識と効果的対応

- ・金融機関の自助努力の尊重と

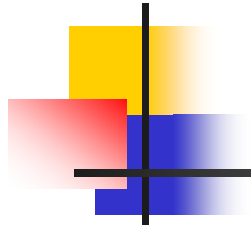
- 金融機関へのインセンティブの重視

- ・行政対応の透明性・予測可能性の向上

■ 医療でのベター・レギュレーションは何か



4 昨今の話題



4-1 無過失補償



損害賠償と社会保障

■ 損害賠償

過失責任主義

要件：加害者の過失＋因果関係＋損害

賠償額：被害者の損失に対する填補賠償

× 加害者の懲罰（最判H9-7-11）

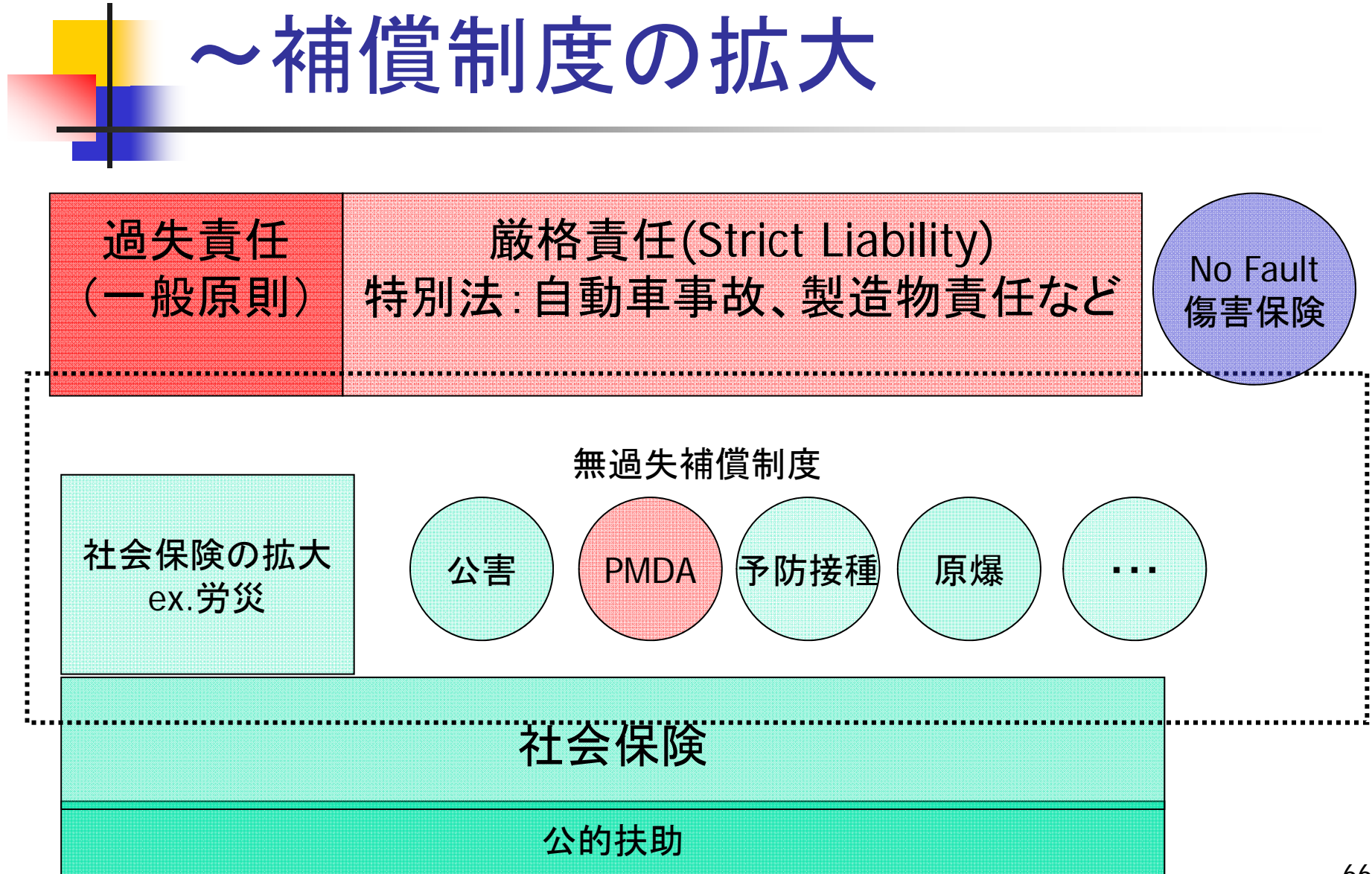
■ 社会保障

ナショナル・ミニマム

* 相互扶助、公平性、所得分配・・・

* 損害賠償との連続性をどこまで強調するか

賠償と保障の「すきま」を埋める ～補償制度の拡大





無過失補償

損害賠償と 社会保険・公的扶助の
すきまをうめる様々な社会保障制度

■ ポイント

1) (一次的負担)

誰がどのように財源を負担し、
どのような範囲で救済を行うか

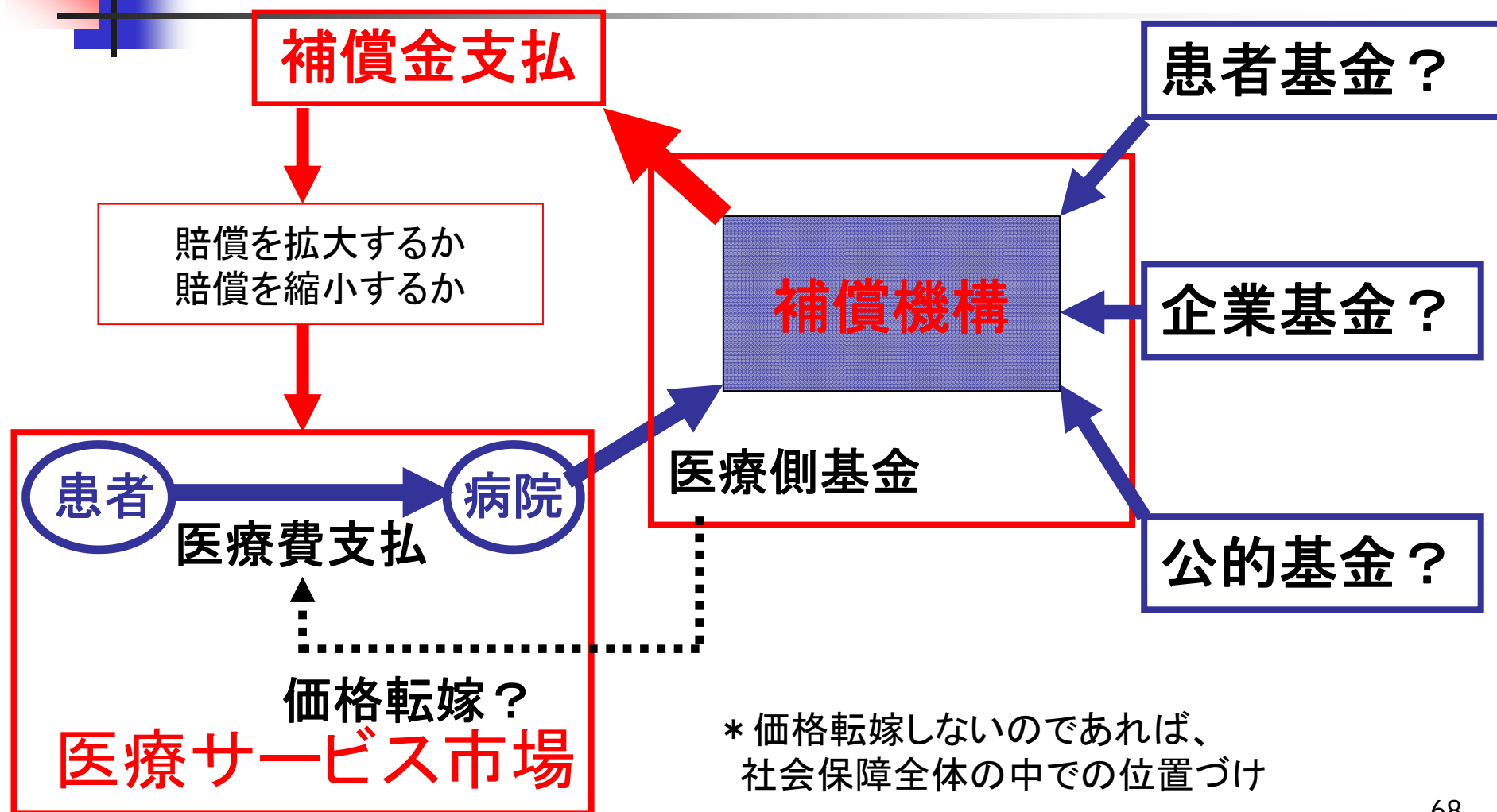
2) (二次的な負担)

救済の範囲の拡大や損害賠償への波及などを、
どのように予測し制御し財源を見出すか

3) 外部不経済(Externality)の処理としてefficientか

無過失補償を支える新たなスキーム

2006-9-20@医政局





検討課題

- 賠償

- 損害賠償の要件が厳しく、
500億円程度の損害賠償責任保険

- 補償

- どこまで要件を緩めるか

- どこまでの規模の補償を行うか

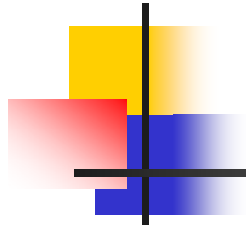
- 誰がどのような原理原則で負担するか

- 紛争からの解放とモラルハザード



社会保険との関係

- 無過失補償の原資？
- 質の担保
不正請求のチェックだけ
- 社会保険→医療機関→損害保険
わずか500億円を割いて
弁護士と裁判所の「過失責任主義」



4-2 医療事故調査とオートノミー

「公的な中立的機関」を求める 2001年以降の動き

- 2001(平成13)年4月に日本外科学会等の声明
「公的な中立的機関」の設立をめざす
↓
- 2004(平成16)年9月に日本医学会基本領域19学会の声明
- 2004(平成16)年10月から医療機能評価機構への報告制度
↓
- 2005(平成17)年度から日本内科学会
「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」
↓
- 2007(平成19)年度から厚生労働省
「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」

評価の目的

「評価に携わる医師等のための評価の視点・判断基準マニュアル案
(第2版)」 厚生労働科学研究費・山口班・木村班

- この事業は医学専門家が中心となり、(中略)透明性と公正性をもって医療の質・安全の向上のため評価を行うものであり、医療関係者の責任追及ではない。医学専門家による評価結果報告書が、結果の良し悪しに関わらず、診療担当者と患者遺族との間の相互理解を促進し、医事紛争を抑制・解決することに役立つことが期待できる。

評価の方法

「評価に携わる医師等のための評価の視点・判断基準マニュアル案
(第2版)」

- 診療行為は適切だったとしても必ずしも良い結果を保障するものではなく、なかでも医療死亡事故は遡って判断すると何らかの反省点が存在することも多い。
- しかしここで行う医学的評価は、結果を知った上で振り返って診療行為を評価するのではなく、死亡の発生に至るまでの診療過程を時間的経過に沿って段階的に分析し、診療行為の時点の当該病院での診療体制下において、適切な診療行為であったか否かを医学的根拠を示しつつ評価するものである。



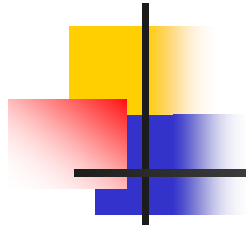
内科学会モデル事業の実績

- モデル事業実施地域： 10地域
平成18年～平成24年末
評価結果報告書概要の公表：149例
評価終了事例数：163件
- 平均期間： 約10カ月

日本医療安全調査機構の設立

(平成22年3月26日)

名 称	一般社団法人日本医療安全調査機構		
主たる事務所	東京都港区浜松町二丁目3番25号		
法人の公告方法	当法人の公告は、官報に掲載して行う。		
法人成立の年月日	平成22年3月26日		
目的等	当法人は、診療行為に関連した死因の調査分析を行うことを目的とする。		
役員に関する事項	東京都練馬区旭丘一丁目43番13号 代表理事 高久史磨		
	理事	高久史磨	日本医学会会長
	理事	寺本民生	日本内科学会理事長
	理事	里見進	日本外科学会理事長
	理事	長村義之	日本病理学会理事長
	理事	中園一郎	日本法医学会理事長
	監事	山口徹	
	監事	兼松隆之	



4-3 医療ADR



医療ADRの背景

- 1999年以降の大きな社会的・経済的变化
- 医事紛争対応のinnovativeな変化
 - ・コミュニケーション
 - 情報の共有／感情の共有
 - ・法的制裁の制御
 - 民事／刑事／行政
 - ・経済的変動と規制の変化
 - 損害賠償保険と健康保険



裁判外紛争解決手続きの利用の促進 に関する法律(ADR法)の基本理念

第三条 裁判外紛争解決手続きは、法による紛争の解決のための
の手續として、**紛争の当事者の自主的な紛争解決の努力を尊重**
しつつ、公正かつ適正に実施され、かつ、専門的な知見を反
映して紛争の実情に即した迅速な解決を図るものでなければ
ならない。

2. 裁判外紛争解決手続きを行う者は、前項の基本理念にのっとり、**相互に連携を図りながら協力するように努めなければなら**
ない。



医療裁判外紛争解決(ADR)機関 連絡調整会議

(目的)

裁判外紛争解決(ADR)機関の活用を推進するため、医療裁判外紛争解決にかかる情報共有・意見交換を行うことを目的とする。

(構成員)

裁判外紛争解決(ADR)機関、医療界、法曹界及び患者団体等の代表者

- 平成22年3月26日 第1回会議開催
- 平成22年7月7日 第2回会議開催
- 平成22年11月2日 第3回会議開催
- 平成23年6月13日 第4回会議開催・・・



医療ADR

- 札幌弁護士会 医療紛争解決センター
- 仙台弁護士会 紛争解決支援センター
- 東京三弁護士会紛争解決・仲裁センター
- 愛知県弁護士会 紛争解決センター
- 公益社団法人総合紛争解決センター(大阪)
- 岡山弁護士会 医療仲裁センター岡山
- 広島弁護士会 仲裁センター
- 愛媛弁護士会 紛争解決センター
- 福岡県弁護士会 紛争解決センター

日弁連ADRセンター医療ADR特別部会

-
- 茨城県医療中立処理委員会
 - 医療紛争相談センター

弁護士会ないし弁護士の関与

東京・愛知・大阪・茨城（抜粋）

名称	あつせん人	専門委員	実績 (平成21年度以降)	応諾率
東京三弁護士会紛争 解決・仲裁センター	弁護士 1名／2名／3名	なし	平成21年度 38件 平成22年度 32件 平成23年度 45件	71%
愛知県弁護士会 紛争解決センター	原則弁護士1名	あり(医師) 年1～3件	平成21年 41件 平成22年 36件 平成23年 28件	74.1%
公益社団法人 総合紛争解決センター (大阪)	弁護士2名 医師1名	なし	平成21年度 4件 平成22年度 13件 平成23年度 9件	33%
茨城県医療中立処理 委員会	弁護士1名、 学識経験者1名、 医師1名	あり	平成21年度 13件 平成22年度 12件 平成23年度 13件	72.7%



共通点など

- 裁判よりも圧倒的に短期間で解決
- 医師の専門的知見の導入には課題
- 普及と応諾率については、ばらつき

⇒ 地域の特性に応じた活動の支援・促進

⇒ 法曹界と医療界の相互理解の促進

日弁連ADRセンターでの取組み

各地のADRごとの取組み



対立の原因

- 立場性？

患者側弁護士 v 医療側弁護士？

- 専門性？

医師が出てくれば解決するか？

医師の意見の対立が、医療訴訟の原因

* 鑑定書の乱舞と激しい意見対立

* 患者側協力医 v 医療機関の医師



労働審判・労働委員会

- 裁断するより、話し合い解決



労働者側委員（審判員）使用者側委員（審判員）
が「話し合い解決」で活躍



毒をもって毒を制する？

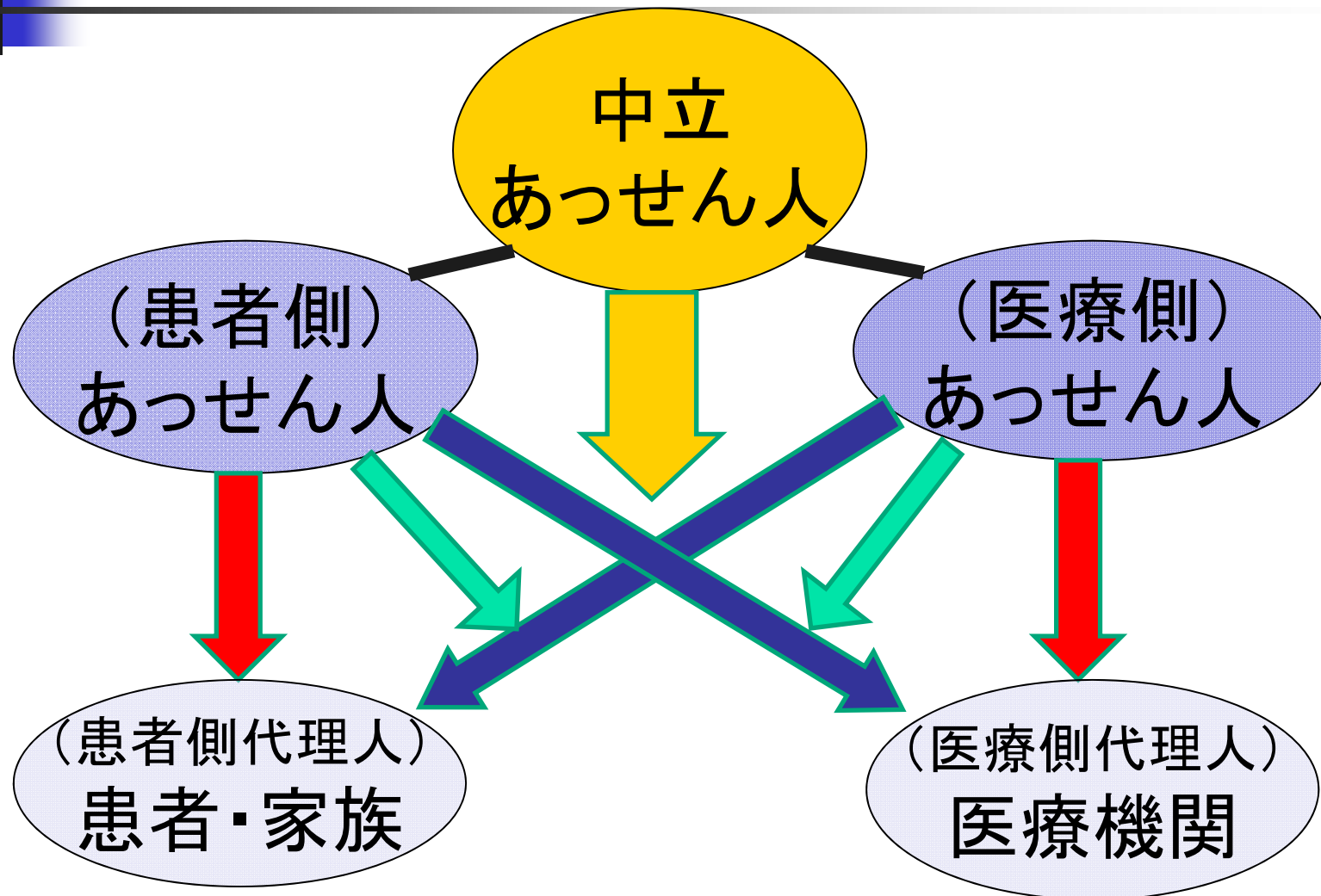
日ごろの対立が、和解の原動力に



東京三弁護士会の特徴

- 仲裁＋患者側＋医療側
- それぞれの経験を生かして、話し合いの多様化
- ひとりの力よりも、三人寄れば文殊の知恵

医療ADR(3人型)



医師の意見対立の原因 ～「医者は十人十色」

- 医学についての知識・経験の差

研究者	臨床現場
狭く深い専門分野	幅広い実践
医科学志向	臨床実践志向
文献重視・実験重視	経験重視
原則重視	多数の例外

- 紛争解決についての経験・理解の差

- 専門委員と病院に見解の相違

責任論？／因果関係論？／損害論？



まとめ

- 情報共有
- 権利義務の明確化 ⇔ 契約の不完備性

- モニタリング・コスト
- モニタリングとオートノミーのバランス

- 「第三者」の調査、「第三者」の解決