

裁判外紛争処理(ADR)を取り巻く 医療事故の紛争解決制度

江 崎 俊 夫

平成19年度日耳鼻医事問題委員会ワークショップ(1月26日)で、日本医師会参与の畔柳達雄弁護士の特別講演を聴きました。配布された「新・法律相談シリーズ 医療の法律相談」の資料を参照し、講演内容をまとめました。

* 日本医師会医師賠償責任保険： 略称「日医医賠責保険」

日医医賠責保険制度は1960年代から70年代にかけてアメリカで発生した「Malpractice Crisis(医療事故訴訟危機)」に触発され、故武見日本医師会会長が1973(昭和48)年7月、開業医などの日本医師会会員を被保険者として強制的に加入させ、日本医師会が契約者となり、日本の代表的な損害保険会社との間に、特別の契約・協定を結んで創設されました。畔柳弁護士は創設に参画され、非常に苦労されたとのことでした。

その趣旨は公正な判断機構に医師の責任の判断を委ねるとともに、医師が高額な賠償に耐える経済的な保証を確保するという構想と決意でした。

公正な判断機構として、保険会社や日本医師会とは切り離れた独立の中立公正な「賠償責任審査会」が設置され、「有責、無責、事実関係不明経過を見て判断」の審査結果を日本医師会や保険会社に連絡し、医療事故の紛争を解決する仕組みになっています。広義のADR(裁判外紛争処理)といえます。実務的には、民事裁判制度を前提としながら共存し、相互に補完し合う関係にあります。

「賠償責任審査会」の委員は、日本を代表する6名の専門医師と4名の法律家からなる合議体で、日本医師会に設置された「調査委員会」の調査報告に基づき、医学的、法律学的見地か

ら検討や審査をしています。審査会の過失(責任)判断は、裁判所の判決に勝るとも劣らない質が保障されていますので、これまで数千件の事件が、裁判あるいは判決を待たずに保険会社の支払で早期に解決しています。

「調査委員会」は日本医師会に常置され、各分野の専門分野の医師約15名、医療訴訟に造詣の深い弁護士6名や保険会社社員2名から構成されています。医師の委員が都道府県医師会の医事紛争委員会から付託された医療事故の事実関係を調査し、委員会では報告された事案を審議して事実関係と責任の有無について意見を集約し調査報告を作成します。

この制度が十二分に機能を発揮しているのは、都道府県医師会の理事や職員、医師、顧問弁護士から構成された「医事紛争委員会」が医療事故の事実関係の調査などに協力していることと、制度維持のために日本医師会、都道府県医師会や保険会社が多額の費用と労力や時間を投じているからです。

ただし、この制度は賠償金が100万円以上の医療事故が日本医師会に付託されます。

なお、賠償金の限度額は1億円とされていますが、これはあくまでも賠償金の限度額であって、争訟費用(訴訟費用、弁護士費用、仲裁・和解・調停に要する費用等)などは別途に支払われます。最近では、日医A会員に自動付帯している「日医医賠責保険」に、任意加入で賠償金1億円上乗せする「日医医賠責特約保険：限度額2億円」があります。また、日本医師会から回答がくるまで期間は約半年とのことでした。

* 裁判所内での解決—司法制度改革

1990年代後半頃から日本の医療事故訴訟が急増してきましたので、裁判所が従来型の審理方

式をとる限り、医療事故訴訟の処理や審理期間の滞りは一層増加することが予想されました。この時期に一致して知的財産権訴訟や医療事故訴訟など専門的知見を必要とする訴訟への対応強化が、司法制度改革の最重要論点の1つとして取り上げられました。

1996（平成8）年に新民事訴訟法が制定され、1998（平成10）年に新民事訴訟規則が施行されましたが、その前後から医療事故訴訟の審理促進に関して、裁判所を中心に様々な工夫や提案が行われています。医療事故訴訟に関しては、交通事故訴訟の経験から最高裁は2000（平成12）年春から、東京と大阪で医療事故訴訟の集中的審理の実験を開始し、弁護士会との協議を重ねた上で2001（平成13）年4月から東京地裁に4部と大阪地裁に2部の集中部を創設し、本格的な医療事故訴訟の集中審理を開始しましたので、次第に全国の裁判所でも審理促進が進むと思われる。

一方、過去の様々な経緯から、医師鑑定人の確保が極めて困難な状況にあることを打破するために、2001（平成13）年7月最高裁判所内に最高裁規則に基づく「医事関係訴訟委員会」を設置し、法曹界、医学界の有識者を選任して、鑑定人確保を含めて医療事故関連の訴訟促進のための措置を講じています。同時に各地裁ごとに地域の大学病院などへの働きかけを強化し、鑑定人確保のための協議や講習を今日まで継続的に繰り返しています。その効果は顕著で、医療事故訴訟の集中部の存在する裁判所はもちろん、それ以外の裁判所でも、医療事故の民事事件の審理期間は大幅に短縮しました。2007（平成19）年の最高裁ホームページでは、医療事故関連の訴訟事件の新受件数が大幅に増加したにもかかわらず、平均審理期間は、1997（平成9）年36.3件（月）、2003年27.7件、2004年27.3件、2005年26.9件、2006年25.1件と確実に短縮しています。期間が短縮した事実、裁判所が医療事故関連の訴訟の処理に、次第に習熟してきたことを示します。

さらに2003（平成15）年の民事訴訟法改正で専門委員制度が導入されたので、裁判所は医学的知見を得ることが一層容易になりました。医療事故の紛争は一般的に訴訟を起こして争う確立が高い傾向がありますので、専門委員制度

は、高度の医学的判断を必要とする民事調停制度に影響を与え、裁判所は裁判と調停という2つの紛争処理手法が可能になります。

* 裁判外紛争処理（ADR）制度による解決

ADRとはAlternative Dispute Resolution（直訳：論争に代わる解決）で、1960年代にアメリカで議論や提案された制度で、日本では2004（平成16）年12月「裁判外紛争解決手続き利用の促進に関する法律：ADR法」が制定されました。

過去10年に1回ほど、医療事故の紛争の早期解決を目的として「医療事故審判所」の設立構想が、医師側や患者側の双方から提起されました。しかし、医師側は審判所が責任なしと判定することを夢みていますし、患者側は有利な責任判定が迅速に行われ早期に賠償金が入手できると期待しています。設立構想は同じでも同床異夢の関係にあり、少し議論するとそのことが判明し、構想が終息することを繰り返していました。

ADR法は裁判外紛争処理手続を、裁判所外で民間紛争処理手続を業として行う者を国が認証するためのもので、同法6条には16項目にわたる厳しい認証基準が定められています。

裁判外紛争処理手続事業が、裁判所の手続に代替するものである以上は、厳しい規制があるのみならず、実際には調停裁判所に匹敵する手続や、人的や物的施設が要求されますので、継続するには多数の費用が必要となります。

もし仮に紛争処理機関ができたとしても、賠償金の支払者である国や保険会社などが、そこでなされた和解契約を承認しなければ、この機関の結論は画餅に留まります。言い換えれば、日医医賠償保険が制度を設計したように保険会社の参加が得られ、裁判所の判決に匹敵するだけの内容のある判断をいつもできる医師や法律家集団と、事実関係を調査する人々の確保ができない限り、継続性ある制度として定着させることは、非常に困難です。

最近では医療事故の紛争を裁判外紛争処理制度で解決できるという議論が盛んに行われていますが、「紛争」の対象となる内容や、紛争の解決方式の解釈は、論者によって、千差万別で統一されていません。

* 最後に

ADR 法のモデルは「財団法人 交通事故紛争処理センター」で、保険会社が支払う保険金または損害賠償金に、被害者が不満を持った場合に、センターが間に入って和解契約（いわゆる示談）の斡旋をする交通事故処理専門の公的機関です。この場合は警察署（公的な機関）が過失責任の判断と認定を行っていますので、センターは賠償金の多寡を話し合うだけです。また、センターは出された裁決を保険会社に支払わせる法的な強制力があります。

一方、医療事故の紛争では、示談の話し合いをしようとしても、交通事故と異なり医師の過失責任の判断が一番の争点で、認定の難しさがあります。更に保険会社の関与もありませんので、裁判外紛争処理の機関が設立できる可能性は極めて低いということでした。また、医療事故の紛争は、現行の日本医師会医師賠償責任保険や、裁判所内での司法制度改革で十分に対応できるとのことでした。

