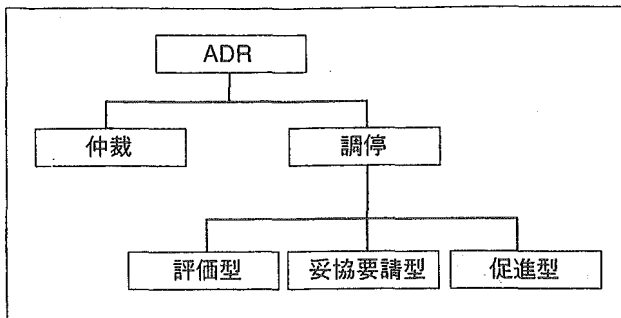


図2 ADRの種類



から除く)。

2) 苦情・相談から、相対交渉、第三者を入れた対話までの一連を対象とする

医療では、医療行為・処方などの不満から始まり、医療事故をきっかけとした紛争まで対象が多岐にわたり、(電話・面接による)苦情相談→相対ないし代理人交渉→第三者を入れた紛争解決まで、多重的で連鎖するので、これらを分断しないようにすべきであろう。したがってここでは、厳密にはADRの射程に入らなくとも、「苦情相談から紛争まで」「相談者との1対1の苦情対応から、第三者を入れた紛争解決まで」を広く対象としたい。

3) 紛争は法的なものにこだわらず、解決を法的な解決(金銭の支払い)にとどめない

医療のトラブルをADRで解決することにより、法的解決によっては得られないものを求めていくとすると、それは法的な紛争、法的な解決に必ずしもとられることなく、広く当事者間の満足を対象とすることになる。

4) 促進型調停を中心とする

ADRの手法には仲裁・調停があり、さらに調停には評価型から促進型まで多様なものがある。医療事故や紛争は、必ずしも経済的なものだけでなく、当事者の感情・思いなどが内包され、それが大きなウエイトを占めるため(その意味で第三者には非合理的と映るのだが)、こ

れをしっかりと受け止める手法としては、現在のところ促進型(変容型も含む)しかないと考えられる。

医療紛争は、医療者の発言、処置、事故などをきっかけとして、最初は当事者間の認識の相違であったものが、次第に紛争として顕在化したものである。その流れに応じて、誰かに相談し、また相手方と交渉する、第三者を入れて解決を図る、法律家を代理人に立てて裁判所で「白黒」の決着をつける、あるいは裁判所での和解などの経過をたどるなど、当事者の紛争解決行動と関係者の働きかけ方によってダイナミックに流動する。

したがってここでは、その流れのうち、裁判所とは関係がない「相談」と「第三者を入れた紛争解決」、特に促進型の調停に焦点をおくことにする。

## 医療にかかわらないADR

ここで、まず医療にかかわらないADRの状況を概観しておこう。

### 1. 一般的相談への対応と問題点

一般的な相談は、とりわけ行政(国レベル・地方公共団体レベル)窓口に多数寄せられており、国民生活センター・消費生活センターだけでも、その数は183万件(2004年度)にのぼる。その多くは電話によるもので、情報提供やアドバイスなどで対応している。たとえば消費生活相談のケースで、相談者がある商品(羽毛布団など)を高額で購入してしまい困っているという場合、書面で知らされた日から起算して8日以内であることを確認して、クーリングオフの手続をとるようにアドバイスする。

しかし、このような対応では、消費者が自分

で考えることをせず相談員から専門的知識をただ教えてもらうという構図になり、消費者が育たないという反省から、相談の手法に疑問が寄せられている。一部マイクロカウンセリングを利用したモデルの提案や、法律家の相談をリーガルカウンセリングとして独自に考えていこうとする先駆的試みがあるが、多くの相談において、その実態は変わっていない。

さらに相談の場合、(相手方との媒介のレベルである)「あっせん」「調停」に移行することが難しい。もしこの移行がうまくいかないなら、ADR(つまり両当事者が話し合いをすること)を実現することも難しくなる。また、相談機関では対処できない場合には、ほかの機関(たとえば弁護士会の窓口など)へ「振り分け」が行われるが、その際に適切な振り分けが行われているかどうかは疑問である。

## 2. ADR機関の課題

ADR機関を設置種別に分けると、裁判所が主体となるもの以外では、行政型ADRと民間型ADRに区別される。しかし、その実態は十分な紛争解決機関と呼ぶには、はなはだ心細い。

# 医療におけるADR

## 1. 先行するADRの課題

医療におけるADRは緒についたばかりである。日本では医療以外でもこれまであまり発達しておらず、大苦戦をしているとさえいえる。しかし、われわれは先行するADRの経験を大切に、そこから学ばなければならない。これは医療ADRを行う際にも同じである。そのうえで、医療上さらに配慮すべき点を検討し、修正できること、新たに方法論を考える必要があ

るものを区別しながら検討を進め、上述の轍を踏まないように、制度設計をする必要がある。

しかも現在、日本の医療にかかわらないADRは、いくつもの課題を抱えている。その課題はおおむね次の点にまとめられる。

- ①ADR機関が相談を行っているが、その相談件数が非常に多い
- ②いわゆる話し合い(あっせん、調停つまりADR)に至る事案が少ない
- ③民間ではクレームの対象となっている業界が主導的に設立するか、士業(弁護士など)が設立主体となっている
- ④多くの民間型ADR機関が苦戦している
- ⑤設置主体がこれまでADRの手段(仲裁or調停、評価型or促進型)についてあまり考慮してこなかった

## 2. 医療における相談の窓口

### 1) 病院内の相談窓口——患者相談窓口

医療には法的な仕組みとして、医療法施行規則が改正され、2003年4月1日からは、特定機能病院および臨床研修病院に対して、患者相談体制の整備が義務化され、現在病院には、医療提供者が設置した医療法施行規則による「患者相談窓口」と、規則によらない「患者相談窓口」が存在している。

### 2) 病院外相談窓口——医療安全支援センター

2005年10月現在、都道府県に47、二次医療圏に28、指定都市に14、中核市に25の医療安全支援センターが設置され、2005年度上半期の相談受付件数は、苦情1万3,527件、相談9,516件のほる。今般の医療法関連法令の改正では、医療安全支援センターの法制度化が図られる予定である。

そうなれば、各病院の「患者相談窓口」と

「医療安全支援センター」は、相談の受け皿として認知され、多くの相談が集中することが予想される。しかし、そこでは現在、相談員の権限が不明確となっており、また訓練する機会もないため、誠実に対応すればするほど相談員が疲弊するという状態が起こっている。加えて、受けた相談をどこに振り分けるのか、相手方とどのようにして対話の場をつくるかという問題も抱えている。

## 医療における第三者を交えた話し合い ——ADR実現のポイント——

では、どのようなADRを構築するか。

ここでのポイントは、①ADRのシステム設計の問題、②ADRを支える人の問題に分けられる（同時に両者は密接に関連する）。メディエーションを、臨床に近いところで関係者のその場その場の努力で行う場合は、システムの設計上の問題は少ないが、医療という環境下で信頼性のある継続的な作業を目指すのであるならば、公平で安定性のある仕組みづくりを常に視野に入れておく必要がある。

### 1. 設置主体、システムづくり

設置主体には、各病院、複数の病院が連合した第三者機関、医療安全支援センターなどいくつかの選択肢が考えられる。これにより、当事者、特に患者・家族から見た信頼度（公平感など）が異なってくる。また、設置主体によって維持・運営資金の調達方法も異なる。

ADRにおける最大のネックは、（苦情）相談が当事者間の対話につながらないということである。そのための条件として「システムとして実行できること」、相談を受ける相談員や事務局といった「人の力に支えられること」が相互

に関連してくる。

### 2. ADRを支える人の育成——中立者の選定

誰を中立者にするかもADRの大きな課題である。病院関係者では、一方の実質的当事者と濃密な利害を有することになり、両当事者から本当に信頼される存在とは言い切れない。

では、どのような条件の人を中立者として選定すればよいか。米国では、かつて法律家（弁護士）であれば、すべて中立者となれるとしてきたが、最近はそのような資格の有無だけで判断せず、ある一定の期間確立したトレーニングを受けて、OJTを修了した者を中立者として選定することとしている。ADRの質はADRを担う人の質に依存しているのであるから、その人を育てることも、ADR機関の一つの大きな役割といえるのである。

では、医療の専門家（医師・看護師など）でなくてもいいのか。この点も諸説ある。医療の背景や文脈を正確に知る必要があるという考えから医療関係職が適当とする意見もあれば、他方、無心に当事者の意見を聞くためにはなまじ医療の知識はないほうがいいという考え方もある。

以上、医療ADR・メディエーションを行うためには、システム設計の配慮はもとより、メディエーションを支える人材の育成、また実践のなかでいかにその成長を支援するかが、ADRの発展には不可欠であることがわかる。

そこで今回は、①（筆者が経済産業省でかわった）メディエーター養成のプログラム、②医療メディエーターの養成のプログラム、③新しく制定されたADR法や、医療上の改革を踏まえ、これからの医療ADRのあり方とメディエーターの役割を説明する。