

◇ 研究ノート ◇

医療 ADR（裁判外紛争解決）の 活動と利用者調査¹⁾

——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——

平 野 哲 郎^{*1)}
渡 辺 千 原^{*2)}
竹 内 治^{*3)}
中 部 貴 央^{*4)}

目 次

はじめに

1. 背 景

- 1.1 裁判外紛争解決（ADR）とは
- 1.2 日本における医療分野での ADR の活用
- 1.3 本研究班の活動
- 1.4 特定非営利活動法人医事紛争研究会「医療紛争相談センター」
 - (1) センター設立の経緯
 - (2) センターの手続の概要
 - (3) 利用状況の概要

2. 方 法

- 2.1 質問票調査
 - (1) 対 象 者

*1) ひらの・てつろう 立命館大学大学院法務研究科教授

*2) わたなべ・ちはら 立命館大学法学部教授

*3) たけうち・おさむ 弁護士（松本・山下総合法律事務所）

*4) なかべ・たかよ 京都大学大学院医学研究科医療経済学分野特定助教

1) 「はじめに」, 「1.1～1.3」, 「おわりに」は平野が, 「1.4」は竹内が, 「2, 3.1」は中部が, 「3.2」は渡辺が執筆した。

- (2) 調査項目
 - (3) 統計解析
 - 2.2 インタビュー調査
 - (1) 対象者
 - (2) 調査項目
 - 2.3 倫理的配慮と資金源・利益相反
 - 3. 結果
 - 3.1 質問票調査
 - (1) 対象者の基本属性
 - (2) センター利用前
 - (3) 調停前の医師相談委員との相談
 - (4) 調停期間および費用
 - (5) 調停委員への評価
 - (6) 調停への期待と実現、満足度に関する評価
 - (7) 和解契約の成立・不成立と調停への満足および期待の実現
 - (8) 調停後の申立人の行動
 - 3.2 インタビュー調査
 - (1) 代理人を対象としたインタビュー調査
 - (2) 当事者を対象としたインタビュー調査
- おわりに

はじめに

本稿は、2009年から10年間にわたって千葉市で、医療 ADR 機関として活動をしていた NPO 法人医療紛争相談センター（以下「センター」という）の活動内容を紹介し、その利用者へのアンケート調査およびインタビュー調査の結果を報告するものである。

同センターは、2009年4月から活動を開始し、2019年3月に新規受付を終了した。その間、センターへの相談は778件、調停申立ては195件、相手方の応諾があったものは91件に及ぶ（応諾率46.7%）。センターの利用者によるセンターおよび医療 ADR 全般についての評価・意見は、今後の医療紛争解決制度を検討・設計するための貴重な資料となりうる。そこで、同センターの協力を得て調査を実施した。

まずアンケート調査によって、ADR を利用するに当たった期待、利用した上での評価などを数量的に把握した。そのうえで、インタビュー調査を通じて、セン

ター利用の経緯、利用者の目から見たトラブルとその解決手続の中での ADR の位置づけ、利用後の評価や感想などを質的かつ詳細に探索した。

本研究の限界として、アンケートの回収率が低かったこと (17.9%)、インタビューできた当事者・代理人の人数が多くはなかったこと (当事者本人16人、代理人弁護士5人)、センターを利用してから相当期間が経過した当事者については記憶バイアスが生じた可能性があることがあげられる。

このような限界があるものの、医療紛争を ADR によって解決し、あるいは解決しようと試みた当事者や代理人の視点からの評価を量的・質的に把握できたことは大きな成果といえる。

本稿では、まず医療紛争を ADR で解決する意義と医療紛争に関する ADR の類型、私たちの研究のねらいを簡単に述べたうえで (1.1~1.3)、医療紛争相談センター利用の手続や具体的な活動内容を紹介する (1.4)。次にアンケート調査とインタビュー調査の方法を説明し (2.1, 2.2)、アンケート調査の結果およびその統計的な分析を示した (3.1)。最後にインタビュー調査の概要を紹介する (3.2) インタビュー調査の詳しい紹介と分析は別稿を予定している。

1. 背 景

1.1 裁判外紛争解決 (ADR) とは

医療行為・医療事故に関して、医療者と患者との間で紛争が発生した場合の究極的な解決方法は民事訴訟ということになる。裁判手続は公開原則、双方審尋主義などの民事訴訟の諸原則が適用され、中立・公平な立場にあるとされる裁判官による判断がなされ、不服があれば控訴、上告をすることができる。しかし、医療訴訟は専門性が高く、審理に時間を要する²⁾。また医療訴訟は通常は当事者双方が弁護士を立てて争うことになり、弁護士費用も数十万円から数百万円は必要となるし、協力専門家の意見書や証言の取得、鑑定などにも多額の費用を要する。そのため、医療紛争を訴訟によって解決することは、簡易・迅速・安価とは一般的には言いがたい。また訴訟は紛争や対立を激化させる方向に作用し、情報の開示よりも隠匿を促

2) 最高裁判所医事関係訴訟委員会のまとめによれば、2017 (平成29) 年の医療訴訟第一審 (地方裁判所および簡易裁判所) の平均審理期間は24.2か月である (http://www.courts.go.jp/saikosai/vcms_lf/29052601heikinshinri.pdf。2020年10月19日閲覧)。他方、過払金請求を除く民事訴訟第一審全体の同年の平均審理期間は、8.8か月である (https://www.courts.go.jp/vc-files/courts/file4/hokoku_08_gaiyou.pdf。同日閲覧)。

進する傾向があるといわれる³⁾。

これに対して、裁判外紛争解決手続（Alternative Dispute Resolution：ADR）は、簡易・迅速で、安価かつ非公開の手続による解決をもたらすとの期待が高まっている⁴⁾。また、損害の金銭的な賠償にとどまらず、医療事故の原因究明や説明、謝罪、再発防止や医療の質の向上に向けた対策の提言などに踏み込んだ解決を図ることも可能である。また、現実的にはなかなか厳しいが、当事者間の相互理解や協調が促進されることもあり得る。

日本においては、2004年に「裁判外紛争解決手続の利用の促進に関する法律」（以下「ADR 法」という）が制定され、近年、東日本大震災や熊本地震等の被害に関する「震災 ADR」（宮城県弁護士会、熊本弁護士会など）や東京電力福島第一・第二原子力発電所事故による損害賠償請求についての「原発 ADR」（原子力損害賠償紛争解決センター：文部科学省所管）などの活動もあり、ADR の役割の重要性は認識されつつあるが、医療紛争の分野において ADR が広く利用されるには至っていない。ADR は、相手方（ほとんどの場合は医療機関）の応諾がなければ手続そのものが始まらない。ADR による解決のメリットが医療機関に浸透することが普及のための課題である。

1.2 日本における医療分野での ADR の活用

医療紛争解決においても、患者側と医療者・医療機関の間で行われる ADR は複数存在する。

司法付属 ADR といえる裁判所の調停を除くと、日本の医療 ADR は大きく分類して、弁護士会主宰型、医師会主宰型、非営利活動法人（NPO）主宰型の 3 類型がある⁵⁾。それぞれの機関によって、調停の体制は異なり、弁護士のみで構成され

3) 加藤良夫・増田聖子『患者側弁護士のための実践医療過誤訴訟』（2004年、日本評論社）36頁。

4) 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』（2001年、医学書院）、日本学術会議法学会委員会医療事故紛争処理システム分科会『医療事故をめぐる統合的紛争解決システムの整備へ向けて』（2008年、<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-1.pdf>、2020年10月19日閲覧）、植木哲編著『医療裁判から医療 ADR へ』（2011年、ぎょうせい）。

5) 海外に目を向けると、フランスのような行政型の医療 ADR もある（我妻栄「フランスにおける医療紛争の新たな調停・補償制度」法学会雑誌46巻2号（2006年）49頁）。またスウェーデンやニュージーランドのような無過失補償モデルであれば、そもそも医療事故が紛争化することがほとんどない（千葉華月『医療事故による損害の賠償：スウェーデン』）。

る場合や、医師・弁護士の両者が携わる場合がある。

例えば、2007年から東京弁護士会・第一東京弁護士会・第二東京弁護士会（以下「東京三会」という）が合同で運営している「東京三会方式医療 ADR」は、患者側、医療側それぞれの立場で医療紛争解決の経験豊富な弁護士各1名と、それ以外の弁護士1名の3名があっせん人として関与し、医療側の説明や双方の対話による相互理解の促進を行うステップ1をまず行い、さらに両当事者の同意が得られた場合には解決に向けた話し合いであるステップ2を行うという方式を採用している⁶⁾。ただし、事案によってはあっせん人が2名や1名の場合もある。

東京三会方式は、医師は関与しないが、愛知県弁護士会の主宰する医療 ADR は医療側でも患者側でもない弁護士が手続を主宰し、専門医が「専門委員」として医学的知見を提供する方式を採用している。ほかにも各地の弁護士会が ADR を提供しており⁷⁾、その中には医療問題については医師が何らかの形で関与するものがある。千葉県弁護士会が2019年に立ち上げた ADR は、医療紛争に関しては今回調査の対象とした医療紛争相談センターの活動をベースにしており、医師と弁護士がペアで調停に当たる方式を採用している。

次に、医師会主宰型としては、2006年に設立された茨城県医師会医療問題中立処理委員会があげられる。これは、弁護士、大学教授、マスコミ代表、市民代表、医師会理事などから構成される委員会が、話し合いの場を提供し、問題処理の支援を行い、調停をあっせんするものである。同委員会は、医学的な事実認定は同県医師会の医事紛争処理委員会に任せているため、医療機関の責任の有無や賠償額については判断をしないとされているが、中立処理委員会で賠償金の支払を含む和解が成立する事案もあるようである。

最後に、NPO 主宰型医療 ADR であり、今回調査対象とした医療紛争相談センターがこれに当たる。センターは、2009年に ADR 法による認証を受けた。当初は、弁護士、医師、学識経験者（大学教授）の3名で、調停に当たっていたが、途中から弁護士と医師の2名が担当するようになった。センターの ADR の特色の一

ㇿン法」比較法研究72号（2010年）25頁）、水野謙「医療事故に関するニュー・ジーランド法の対応」同10頁）。

6) 日本弁護士連合会 ADR センター編『医療紛争解決と ADR』（2011年、弘文堂。同年10月の補遺を含む）。

7) 日弁連 ADR センターによれば、2020年7月現在、全国50の単位弁護士会のうち35弁護士会が何らかの形で ADR を設置・運営している（https://www.nichibenren.or.jp/legal_advice/search/other/conflict.html。2020年10月19日閲覧）。

つは、調停申立ての前に、医師による無料相談があることである。申立人のほとんどが患者またはその家族（遺族）であるため、医療知識が不十分である。そのため、まずボランティアとしてセンターに協力している医師らが1時間程度の相談を行い、問題点の整理や調停による解決に適しているかの助言などを行う。

なお、裁判所での訴訟や調停と異なる ADR の特徴の一つとして、管轄の制約がないことがあげられる。例えば、センターは千葉市に所在しているが、千葉県外からの申立ても少なくはなく、当事者双方ともに沖縄という事案もある。東京三会方式 ADR や愛知県弁護士会の ADR も同様に都外・県外からの申立ても受け付けている。茨城県医師会医療問題中立処理委員会も医師会会員以外の紛争も対象としている。この柔軟さも利用のしやすい点の一つである。

1.3 本研究班の活動

本研究班は、科研費基盤研究（B）「医療安全と紛争解決の有機的連携の促進のための複数領域による国際比較研究」（研究代表：平野哲郎）の一環として、センターの利用者調査を実施した。

本研究は、同一の医療事故を契機としながら異なる方向を指向する医療安全アプローチと法的責任アプローチを有機的に連携する制度の構築に向けて、法学者・医療安全担当者・医療経済学者が協働で、制度横断的・国際比較研究を行い、その成果を医療安全確保と医療紛争解決の制度設計にフィードバックすることを目的とする。医療事故に対しては、民事・刑事訴訟、行政処分等の法的責任アプローチは必ずしも医療の質の向上にとって有効ではないと考えられ、産科医療補償制度、医療事故調査制度等の医療安全アプローチが近時導入されたが、二つのアプローチの関係の連携はいまだ十分とはいえない。そこで、本研究では、国内外の医療事故に関する制度がどのように二つのアプローチの関係を調整しているかを調査し、医学的見地から妥当性のある原因究明・再発防止と法的見地から妥当性のある損失補償・制裁を実現するための合理的・効率的な制度を探索することを目的とする。本研究では、①医療の安全と質の維持・向上、②医療事故が発生した場合の原因究明と再発防止策の策定、③医療事故に関連する紛争の予防と円満な解決、④適切な損失補償、⑤司法手続への専門的知見の反映、⑥人的・物的資源の有効配分、⑦行為との均衡の取れた制裁等、医療事故に関わる多様な要請を最大限満足させるためにいかなる制度が適切なのかを探索する。

このような研究目的を遂行するため、実際に医療紛争を訴訟以外のアプローチで解決した、あるいは解決に至らなかったものの解決を試みた当事者や代理人にアン

ケートとインタビューを実施した。本稿では、当事者や代理人へのアンケート調査の集計結果およびインタビュー調査の概要を報告する。

1.4 特定非営利活動法人医事紛争研究会「医療紛争相談センター」

(1) センター設立の経緯

医療紛争相談センターは千葉県内の医師、法学者、法律実務家からなる任意団体「医事紛争研究会」を母体に2007年6月に設立された特定非営利活動法人医事紛争研究会が運営してきた裁判外紛争解決手続機関である。

任意団体として同会の活動は千葉大学において医師ら医療従事者と法学者、法律実務家が医事紛争についての研究会を定期開催していたところに沿革があり、ADR 法制定の議論が進む中で同会による ADR 機関設立に向けた機運が高まり、上記 NPO 法人化に至った。そうした設立の経緯から、同会の行う医事紛争に関する紛争解決支援手続は、医療従事者が直接に手続に関与する点に大きな特徴があった。

センターは2009年4月から ADR 機関としての業務を開始し、同年12月に ADR 法に基づく法務大臣の認証を受けている（認証番号第50号）⁸⁾。センターは2019年2月に新規事件の受付を停止し活動を終了した。

本項においては、センターにおいて行われていた手続の概要を説明するとともに、利用状況の概要を報告する。

(2) センターの手続の概要

センターの紛争解決支援手続は相談・調停の2段階を経る。

i 相談手続

ア 相談前置

センターの調停手続を利用しようとする当事者には、調停申立の前に相談手続を経ることが求められた。医療有害事象に直面した患者やその家族としては、一般に医療の専門的知識に乏しいことから、相手方当事者となる医療者の医療行為の適否の判断は容易ではない。そこで、調停申立の前に中立の専門家から必要な助言を受けさせ、争点の整理、明確化を図ることが相談手続の趣旨であった。その趣旨から、医療機関側からの調停申立をする場合には相談手続は省略された。

8) ADR 法における認証制度の概要については、山本和彦＝山田文著『ADR 仲裁法』（日本評論社、第2版、2015年）250頁以下参照。

イ 相談手続

相談はセンターに登録する医師，歯科医師，看護師により行われた。調停手続における医師調停委員の選任では事案ごとに該当する専門診療科の医師を選任しているが，相談手続段階ではそうした細分化は行えない。相談者側でできる限りカルテ等の資料を持参いただくよう求めているが，実際には資料は一切ない状態で相談者の説明のみに基づいて相談を行うことも多い。1回の相談は原則として1時間としており，必要な事案では複数回の相談手続を行った。相談料は無料とされた。

相談は千葉市内に置かれたセンターの事務所にて行っていたため，大部分の利用者は千葉県やその隣接都県の居住者であったが，相談申込は全国から届いており沖縄県，高知県など遠隔地から相談に来訪する例もあった。患者本人や遺族による相談がほとんどだが，家族による相談も一部見られる。

事案を把握した相談委員から助言を行うが，上記の通り，相談委員は医療者であり，助言の範囲はその医療の専門的知識に基づく範囲のものであり，紛争当事者の過失や因果関係等の法律事項についての助言を行うものではない。

調停手続の概要や，その費用や所要期間についても説明を行い，調停申立を希望する相談者に対しては，相談の席上で申立書の書式等を交付し記載要領の説明も行う。

訴訟を提起することを前提にセンターに弁護士や協力医の紹介を依頼する相談者もしばしば見られたが，そのような要望には応じていない⁹⁾。

ウ 相談前置の効用

以前行った本センターの相談利用者調査からは，相談者の中には，紛争の相手方である医師等に対する不信等に由来してセンターの利用を検討したが，中立の相談委員からの説明を受けることで医療有害事象の結果の受容に至ったと思われる相談者も一定割合で見られた。また，結果に対する悲嘆を相談委員に語り，相談委員がこれを傾聴することが結果の受容の助けになっていると思われるものも見られる¹⁰⁾。

相談手続は一般に医療の専門知識に乏しいと考えられる患者側当事者の調停申立てに先行して争点の整理や明確化を図ることを主眼とするものではあったが，表1

9) 山口祐輔『『医療紛争相談センター』の活動実績と今後の展望』仲裁とADR 10巻(2015年) 44-53頁。

10) TAKEUCHI, Osamu, Chiba Medical Malpractice ADR, in a session of Medical Law, Chaired by WADA, Yoshitaka 2017 Asian Law and Society Annual Conference in Taiwan.

にある通り、相談手続を経ながらも調停申立てに進む相談者は全体の4分の1に留まっており、その背景には、こうした相談手続自体の内包する紛争解決機能が寄与している可能性がある。

ii 調停手続

ア 調停申立て

当事者が調停申立書をセンターに提出することにより調停手続が開始される。センターにおいて調停申立書の書式を配布するが、それによることは要しない。申立人が弁護士を代理人に選任して申立てを行うことも多い。

申立人は、申立時に申立手数料2万円（別途消費税）を負担する（医療機関側の申立の場合には4万円）。申立事項に特段の制限はない。損害賠償を求める場合でも、その金額の確定は求められず、代理人を付さない本人申立ての場合の多くでは「相当額の支払を求める」程度の記載がされる。金銭請求のほか、謝罪を求めるもの、説明を求めるもの、継続的な診療の提供を求めるものなどが見られる。

イ 応 諾

申立書を受領したセンターは、必要があれば申立人に補充等を求めた上でこれを受理する。その後、センターは相手方に申立書を送付し、センターの調停手続を利用した紛争解決を希望するかどうかの回答を求める。

相手方がセンターの調停手続を利用する意思表示をすることを応諾としている。応諾するか否かは、申立てを受けた相手方の自由に完全に任されている。原則として応諾するか否かの回答期限を15日以内に設定しているが、考慮期間を延長する事例も多く見られた。相手方が応諾しないとの意思を示した場合には、調停手続は直ちに終了となる。この場合、申立人にその旨が書面で通知されるとともに、申立手数料の一部（応諾意思確認に要する諸費用として5000円を控除した残額）を返金する。

ウ 調停委員の選任

相手方が応諾の意思を示した場合、センターは調停委員の選任手続に入る。

センターには常時30名程度（半数以上は医師及び歯科医師）の調停委員候補者が名簿登録されている。申立事案の内容に応じて、主としてその専門診療科に基づいて医師・歯科医師の調停委員を1名（医師調停委員）、弁護士の調停委員を1名選任する。設立当初はこれに学識経験者（主として大学教授）から1名を選任していたが、間もなく、期日の円滑な進行を図る（調停委員が1名減員されるだけでも続行期日の調整が大幅に容易になる）等の要請から、調停委員を医師、弁護士から1

名ずつ選任した2名体制の調停委員会を組織するのが通常の運用となった。

弁護士調停委員は、医療訴訟を扱う経験を有する弁護士、裁判官を退官した弁護士など、経験豊富な弁護士から選任している。一般に、医療訴訟を扱う弁護士の中には、患者側の依頼のみを受ける弁護士、医療機関側の依頼のみを受ける弁護士等の傾向があると言われ、一部の弁護士会の行う医療紛争に関するADRでは、そうしたバランスを考慮して複数の弁護士調停委員により調停委員会を組織する例が見られるが、センターの調停委員選任においては、そうした弁護士の傾向は考慮していない。

エ 調停期日

調停期日は調停委員の待機する部屋に両当事者が交互に入室して事情聴取等を行う別席調停の形式での進行を原則としていた。

センターの調停手続の特徴として、医療機関側の聴取の場面では、医師調停委員が直接に争点に関する専門的知見に基づく質疑を発するため、訴訟における主張立証と異なり、専門的事項に関する争点整理が進めやすいメリットがある。しかし、それも医療機関側代理人の対応によっては課題があった。

調停当事者が、事案に関わった医療者との直接の対話を望む等のこともあり、上記別席調停の進行も柔軟に調整することができる。実際、調停の最終段階で医療機関の管理者が患者側当事者に直接に謝罪の言葉を述べるなどした解決事例もある。

相手方が応諾した事案でも、多くの事案では医療者側は弁護士代理人を立てて対応している。患者側当事者も弁護士代理人を選任している事案は少なくないが、医療機関側に比べて割合は小さい。

手続は全部非公開である。調停期日1回ごとに、両当事者は1万円の期日手数料を負担する。

オ 調停の終了

以下の場合に調停は終了する。

- ① 当事者間に和解が成立したとき
- ② 当事者の一方が調停の終了を希望したとき
- ③ 和解の成立の見込みがないとき

和解成立に至ったときは、調停委員会が和解契約書を作成し、両当事者及び調停委員全員がこれに署名押印する。金銭支払を内容とする和解が成立したときは、和解金額の8%以下の金額の成立手数料を調停委員が定める割合で両当事者が負担する。多くは両当事者が折半でこれを負担するが、当事者の一方がこれを負担することを合意することもある。

和解の成立の見込みがないときは、一方の当事者が和解をする意思がないことを明確にしたとき、当事者の一方または双方が一定回数以上期日に欠席したとき、当事者間の主張の隔たりが大きく歩み寄りの姿勢が見られず調停の継続が困難となったとき、などに調停委員会がその旨を判断する。

(3) 利用状況の概要

センターの利用状況について、表 1 の通りである。以下、手続の内容別の利用状況について述べる。

i 相談手続

センターの運営された全期間を通じて778件の相談が実施された。相談者の居住地でみると、千葉県内の居住者の相談が大多数を占めるが、沖縄県、高知県等の遠隔地からの相談もみられた。

相談の内容は多岐にわたり、診断や治療行為にミスがあったのではないかとといったものの他、医療者の説明等の対応、接遇を問題視するもの、将来的な介護や治療の継続を心配するものなど、訴訟における訴訟物として構成しにくいものも多い。

医療機関側への要望の内容についてみると、損害賠償のみを求める相談は少なく、「治療経過や手術についてわかるように説明をして欲しい」、「他の医療機関を紹介して欲しい」など、多様である。弁護士のところに行ったが受任してもらえなかったというケースも散見された。

表 1 医療紛争相談センター利用件数（平成21年～平成31年）

	相談手続実施件数 ¹⁾		調停申立件数		応諾件数		応諾率 (%)
		うち歯科		うち歯科		うち歯科	
平成 21 年	158	2	23	0	9	0	39.1
平成 22 年	107	12	28	3	13	1	46.4
平成 23 年	90	15	22	5	10	0	45.5
平成 24 年	85	9	31	1	10	0	32.3
平成 25 年	75	5	25	1	15	0	60.0
平成 26 年	64	12	18	2	10	1	55.6
平成 27 年	59	11	12	1	5	0	41.7
平成 28 年	45	14	11	2	7	0	63.6
平成 29 年	47	9	14	6	5	2	35.7
平成 30 年	48	7	8	3	7	3	87.5
平成 31 年			3	0	0	0	0.0
計	778	96	195	24	91	7	46.7

*1) 相談件数は、年度別の集計として表記する。

上記相談件数のうち、調停申立てに進んだものは195件と、全体の4分の1に留まった。

ii 調停手続

上記195件の調停申立のうち、相手方が応諾したものは91件（46.9%）となった。そして、そのうち、和解が成立したものは57件（62.6%）であった。成立に至った事案の60%は2～3回の期日実施で和解に至っている。他方、不成立となった事案の85%が3回目の期日までに和解成立の見込みなし等と判断され調停を終了している。

ただし、上記において和解が成立した事案としているものは金銭支払を和解内容に含むものであり、相手方に支払義務なしとして一応の紛争解決に至っているものも不成立案件に含まれる。和解金額は47%の事案で100万円以下の金額にとどまっているが、1000万円を超える金額の和解金の支払が合意されたものも16%ある。

2. 方 法

本研究は、センター利用者（当事者（申立人、相手方）、代理人）を対象とした(1)質問票調査として、郵送での無記名自記式質問紙調査を実施した。また、調査回答時に同意が得られた当事者・代理人を対象として、(2)インタビュー調査を実施した。

2.1 質問票調査

(1) 対 象 者

本調査における対象は、2009年～2019年でのセンターの利用件数778件のうち、調停申立てを行った195件とした。対象事件195件の申立人ならびに相手方、代理人の計388名を調査対象として、無記名自記式質問紙調査（アンケート調査）を2019年9月～11月に実施した。ただし、不応諾とした相手方については、返答を得られる可能性が極端に低いと鑑み、調査対象から除外した。また、住所不通（宛所不明で返送されたもの）の42名についても調査対象から除外した。

(2) 調 査 項 目

本調査における調査項目は、本邦における ADR 利用者調査の先行調査である、

太田らによる ADR 調査研究会¹¹⁾、東京三会¹²⁾の調査票を参考に、Donabedian が提唱した「ストラクチャー」「プロセス」「アウトカム」¹³⁾を用いて整理し、全33問とした(表2)。また、センターの利用の流れに則して、A) センター利用前、B) 医師相談委員との相談(調停前)、C) 調停申立て、D) 調停の内容、E) 調停後に分類して、調査項目を設定した。

表2 調査項目

	A センター利用前	B 医師委員との事前相談	C 調停申立て	D 調停内容	E 調停後
アウトカム		相談自体への満足(Q10)	調停への期待(Q11)	和解契約成立の有無(Q24) 和解契約成立理由(Q25)	調停後の訴訟提起・経過・理由(Q26-Q28) 調停全体への満足度(Q29) 和解契約の実現(Q30) 調停への期待の実現(Q31) 相手方への信頼回復(Q32) その後の受診行動(Q33)
プロセス	期日の長さ、回数(Q14、Q15)、出席の頻度(Q16)、期日の長さへの満足度(Q18)、費用への満足度(Q19)				
	事案発生から申立までの期間(Q1) センターを知ったきっかけ(Q2) 利用前の話し合い(Q3) 調停以外の方法の検討(Q4、5) 紹介元(Q6) センターを利用した理由(Q7)	相談委員のコミュニケーションへの評価(Q8) 調停への推薦(Q9)	調停への期待(Q11) 代理人なしの理由(Q13)	調停委員(医師・弁護士)への評価(Q21・Q22) 当事者間のコミュニケーションへの評価(Q23)	
ストラクチャー	<事案の内容>相手方医療機関の属性・問題となった医療行為の内容・問題となった医療行為を行った者・診療科/その他 <回答者の属性>性別・年代・教育歴・世帯収入/回答者とセンター利用者との関係/回答者と患者本人との関係 <代理人>代理人の有無(Q12) <同席>同席の有無(Q19)、同席の内容(Q20)				

A) センター利用前

申立てまでの期間、センターを知ったきっかけ、利用前の当事者間協議の有無、調停以外の法的手段の検討、センターの紹介元、センター利用の理由の6問を設定した。

センター利用の理由については、費用(廉価性、見通し)、解決までの期間(短さ、見通し)、手続(柔軟性、非公開性)、専門性、説明や謝罪などの金銭賠償以外の取扱い、無料の医師相談、信頼性、利便性(場所、時間)の12項目について、回

11) 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。

12) 東京弁護士会、第一東京弁護士会、第二東京弁護士会著「東京三弁護士会医療 ADR 第二次検証報告書」(2016年) https://www.toben.or.jp/know/iinkai/iryou/pdf/tokyo3kai_adr_2nd_houkoku.pdf.

13) Donabedian, A. "The quality of Cave: How can it be assessed?," 260(12)JAMA. 1743-8, 1988.

答を「とてもあてはまらない、あてはまらない、どちらでもない、あてはまる、とてもあてまる」の5件法で質問した。

B) 医師相談委員との相談（調停前）

センターの特徴である医師委員との事前相談について、相談委員のコミュニケーション・態度への評価、調停への推薦の有無、相談自体への満足度の3問を設定した。

相談自体への満足を「満足している、どちらかといえば満足している、どちらともいえない、どちらかといえば満足していない、満足していない」の5件法で質問した。そのほか、相談に対応した医師のコミュニケーション・態度について、親しさ、説明のわかりやすさ、医師の意見への納得の3項目を、5件法で質問した。

C) 調停申立て

申立てをした時点における、調停への期待、代理人の有無（なしの場合はその理由）の3問を設定した。調停への期待は、事実関係の検証、社会正義の実現、権利の保護、問題の早期解決、話し合いの場の設定、相手方との関係修復、謝罪、調停委員（医師・弁護士）の意見、調停の秘匿性、専門家による解決、廉価性、再発防止の13項目について、回答を「とてもあてはまらない、あてはまらない、どちらでもない、あてはまる、とてもあてまる」の5件法で質問した。

D) 調停の内容

調停の内容について、期日の長さや回数、出席の頻度、同席調停、期日の長さや費用への満足度、調停委員（医師・弁護士）への満足度、調停でのコミュニケーションの満足度、和解契約成立の有無とその理由、の12問に分類して、調査項目を設定した。

調停委員への満足度について、全体的な満足度、傾聴、問題と背景の理解、専門的知識、説明のわかりやすさ、中立的姿勢、話し合いの積極的なリード、威圧的・強引さの8項目について、回答を「とてもあてはまらない、あてはまらない、どちらでもない、あてはまる、とてもあてまる」の5件法で質問した。

コミュニケーションの満足度は、自身の立場の十分な主張、事実説明の十分さ、相手方の主張の理解、手続中の話し合いの充実度、事実関係の明確さ、謝罪の6項目について、また、和解契約成立（不成立）の理由は、事実関係・医学的評価・法的評価への双方の認識の合致、金銭面の折り合い、調停委員の進行の適正さの5項目について、回答を「そう思う、どちらかといえばそう思う、どちらともいえない、どちらかといえばそう思わない、そう思わない」の5件法で質問した。

E) 調 停 後

調停後の訴訟提起、経過とその理由、調停全体への満足度、和解契約の実現、調停への期待の実現、相手方への信頼回復、当該医療機関への受診行動の8問を設定した。

調停全体への満足度として、センター利用の満足、調停結果への納得、結果の有利さ、結果の正当性、結果の妥当性（法的・事案的）、手続の公正性および公平性、効率性、センターの再利用意向・他者推薦意向の11項目について、回答を「そう思う、どちらかといえばそう思う、どちらともいえない、どちらかといえばそう思わない、そう思わない」の5件法で質問した。

そのほか、調停の事案に関して医療機関の種類、紛争事案の内容（行為の種類、行為者、診療科、事案の内容）の5項目、回答者の基本属性6項目（性別、年齢、学歴、世帯収入、センター利用者との関係、患者との関係）について質問した。

(3) 統 計 解 析

本研究では、各質問項目について、5群（応諾申立人本人・不応諾申立人本人・応諾相手方・申立人代理人・相手方代理人）に分けて記述統計を行った。ただし、群間比較については、サンプル数の限界から、3群（応諾・不応諾・代理人）による比較を行った。カイ二乗検定、Wilcoxon の順位和検定もしくは Kulska Wallis の検定を用いて行った。ただし、2群の比較となる場合には、Mann-Whitney の U 検定を用いた。いずれの検定においても有意水準は 0.05 とした。統計解析ソフトは、IBM SPSS 23.0 を用いた。

2.2 インタビュー調査

(1) 対 象 者

本インタビュー調査では、上述の質問票調査において、回答者にインタビューへの協力依頼を行い、質問紙を郵送する際に同封した返信用はがきにてインタビューへの同意のあった当事者および代理人に対して、インタビュー調査を行った。対象者のうち、インタビューを実施できたのは、当事者が16人、代理人が5人である。

当初は全件対面でのインタビュー調査を計画し、2020年2月19日～20日にかけて5件の対面でのインタビューを行ったが、その後、新型コロナウイルス感染拡大のため、調査を延期した。夏を迎えても新型コロナウイルス感染状況が改善せず対面でのインタビュー再開の見通しが立たなかったため、電話または Zoom を利用する調査方法に切り替えた。8月25日から9月5日にかけて14件の電話または Zoom によるインタビュー調査を行った。インタビューは、2人ひと組で1時間程度で

行った。対面の場合だけでなく、電話や Zoom 用いる場合にも対面調査と可能な限り方法をそろえて調査者は2人ひと組で調査を行った。ただし、電話調査において、調査員の体調不良のため急遽1人の調査員による調査になった例が1件あった。また、2月に設定していたインタビューが延期になり、その間に本人が残念ながら逝去されたため、調停に常時同席していた配偶者を対象とした電話インタビューとなった例が1件あった。

代理人については、全員に対面でのインタビュー調査を行った。当事者については、対面が2人、電話が8人、Zoom 面接が6人となった。代理人を対象とした場合は、一人の代理人が複数事件を担当した経験があるケースが多く、5人のうち3人は複数回利用経験があった。申立人側（患者側）代理人が2人、相手方側（医療機関側）代理人が3人であった。

当事者は、16人のうち、当該事例で相手方が応諾して調停に至っていた事例が12人、不応諾だったのが3人、調停を申し立てたものの相手方に送付する前に取下げで終わったのが1人である。応諾事例のうち、和解成立が8人、不成立が4人である。

インタビュー調査は、代理人、当事者のいずれを対象とした場合も、半構造化インタビューとして実施した。

インタビュー調査実施にあたり、アンケート調査の結果を事前に参照した上で、本人の認識を把握するために調査者からの質問は最小限に控えて本人の説明を受け止める形で聴取するように心がけた。

(2) 調査項目

インタビュー項目は、代理人を対象とした場合は、(1)センターへ申し立てられた紛争の概要、(2)弁護士として関与した経緯、(3)調停に応諾した経緯、(4)調停における同席・別席への意見、(5)調停委員（弁護士・医師）への意見、(6)センターへの意見、(7)調停成立および不成立の要因、(8)医療紛争解決全体への意見とした。

当事者を対象とした場合には、(1)センターに申し立てた紛争の概要、(2)申立てに至った経緯、(3)調停前相談、(4)申立て、(5)手続、(6)調停委員への印象およびコミュニケーションへの評価、(7)調停が成立した場合や成立しなかった場合の結果についての評価、(8)センターへの全体的な評価とした。

2.3 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）の承認を得ている。本研究は、日本学術振興会科学研究費基盤（B）を資金源としており、申告すべき利益相反はない。

3. 結 果

3.1 質問票調査

(1) 対象者の基本属性

調査対象者346名のうち、62名から回答を得た（回収率17.9%）。表3に、対象者の基本属性を示す。回答者のうち、応諾・申立人は29名、応諾・相手方は6名、不応諾・申立人は11名、申立人代理人は3名、相手方代理人は13名であった。回答者の多くは女性（58.7%）であり、とくに応諾・申立人で多かった（75.9%）。また、50代以上が多数を占め（67.4%）、世帯年収が500万円未満が43.5%であった。

対象となる事案について、医療機関の種類（n（%））は、私立病院（19（30.6））が最も多く、次いで診療所（17（27.4））、公立・公的病院（8（12.9））、歯科診療所（7（11.3））、大学病院（5（8.1））、その他・無回答（6（9.7））であった。また問題となった診療行為の種類（n）については、誤診・見落とし（29）が最も多く、次いで手術（24）、説明に関する問題（17）であった（図1）。その他には、ストレッチャーからの転落や出産時の事故、患者の不在の搜索遅れによる死亡発見などが挙げられた。問題となった行為者（n）はその大半が医師・歯科医師（56）であり、診療科（n）は外科系（25）と内科系（23）はほぼ同数であり、歯科は8件であった。

(2) センター利用前

センターを利用するにあたり、申立人や相手方の多くはホームページや弁護士を通じてセンターを認知していたが、自治体や保健所といった行政機関、相手方医療機関を通じてセンターを認知したケースが存在した（図2）。しかしながら、センターの利用について、本人のみで決定したケースが最も多く、次いで弁護士による勧めから利用を決定していた。（図3）。申立人が代理人をたてた事案は応諾・申立人で5名と、非常に少なかったにもかかわらず、弁護士によるセンターの紹介や利用勧奨のケースが存在したことから、センター利用前に弁護士への事前相談を多くの申立人が行っていたことがうかがえた。

表 3 回答者の基本属性

	計 n=46	応諾		不応諾 申立人 n=11
		申立人 n=29	相手方 n=6	
性別, n(%)				
男性	14 (30.4)	6 (20.7)	2 (33.3)	6 (54.5)
女性	27 (58.7)	22 (75.9)	0 (0.0)	5 (45.5)
その他・不明	5 (10.9)	1 (3.4)	4 (66.7)	0 (0.0)
年齢, n(%)				
30-49	10 (21.7)	6 (20.7)	1 (16.7)	3 (27.3)
50-69	16 (34.8)	11 (37.9)	1 (16.7)	4 (36.4)
70≦	15 (32.6)	11 (37.9)	0 (0.0)	4 (36.4)
その他・不明	5 (10.9)	1 (3.4)	4 (66.7)	0 (0.0)
教育歴, n(%)				
小学校、中学校、高等学校	14 (30.4)	10 (34.4)	0 (0.0)	4 (36.4)
短期大学、高等専門学校	10 (21.7)	8 (27.6)	0 (0.0)	2 (18.2)
大学・大学院	15 (32.6)	10 (34.5)	2 (33.3)	3 (27.3)
その他・不明	7 (15.2)	1 (3.4)	4 (66.7)	2 (18.2)
世帯収入(万円), n(%)				
<249	9 (19.6)	6 (20.7)	0 (0.0)	3 (27.3)
250-499	11 (23.9)	7 (24.1)	0 (0.0)	4 (36.4)
500-999	7 (15.2)	5 (17.2)	0 (0.0)	2 (18.2)
1000≦	7 (15.2)	5 (17.2)	2 (33.4)	0 (0.0)
その他・不明	12 (26.1)	6 (20.7)	4 (66.7)	2 (18.2)
回答者と利用者との関係, n(%)				
本人	28 (60.8)	19 (65.5)	1 (16.7)	8 (72.7)
家族	9 (19.6)	7 (24.1)	0 (0.0)	2 (18.2)
その他・不明	9 (19.6)	3 (10.3)	5 (83.3)	1 (9.1)
回答者と患者との関係, n(%)				
本人	24 (f)	15 (51.7)	1 (16.7)	8 (72.7)
家族	14 (22.6)	11 (37.9)	0 (0.0)	3 (27.3)
その他・不明	8 (38.7)	3 (10.3)	5 (83.3)	0 (0.0)

* 当事者（応諾申立人・応諾相手方・不応諾申立人）に限定して示す。

図 1 事案の争点となった診療行為

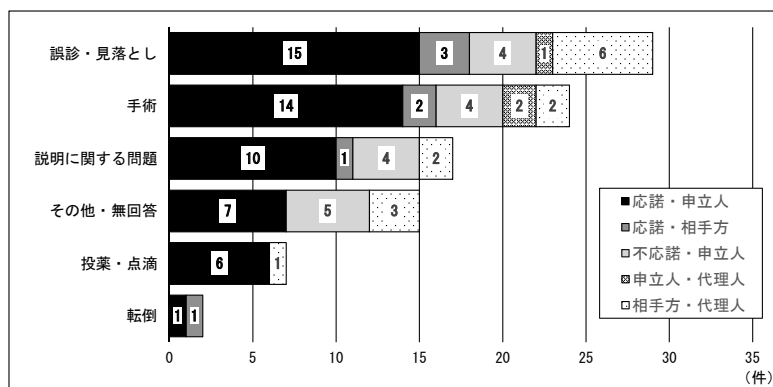


図2 センターを知ったきっかけ (複数回答可)

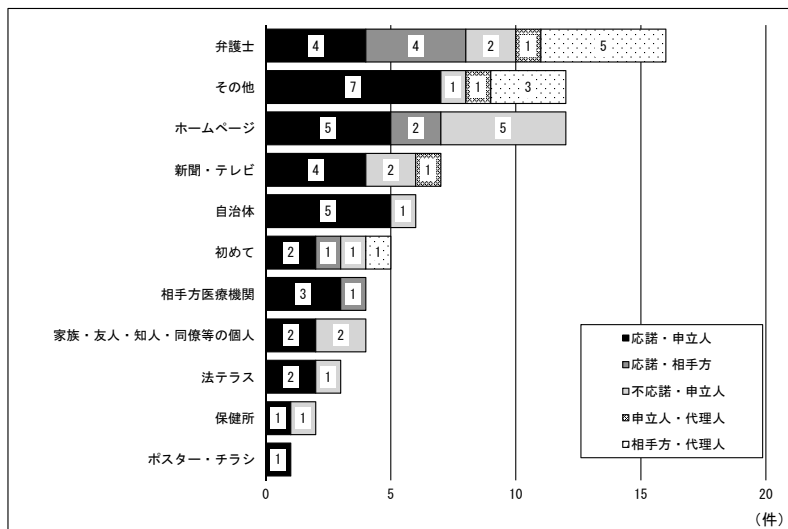
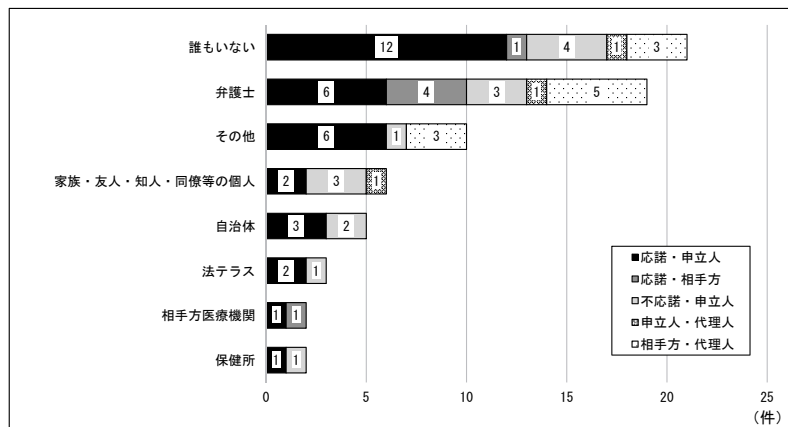


図3 センターの利用を勧めた人・団体 (複数回答可)



太田らの調査結果においても、ADR 機関の利用の認知経路は、専門家による紹介が多いことが示され、ADR 利用前に、弁護士や法テラス、自治体主催の法律相談などに事前相談の訪問をしていることが要因と推測されており¹⁴⁾、本研究結果も同様の傾向であったと考えられる。

実際にセンターの広報は、センター設立時に立ち上げにかかわった弁護士らによって、地域包括支援センターや千葉県内の各行政機関窓口への広報を実施しており、地域内での認知度向上に一定程度の効果があったと考えられる。さらに弁護士へのインタビュー結果から、弁護士会や千葉県内の弁護士事務所等を通じて、弁護士間でセンターの利用に関する情報交換が行われていることが明らかになった。申立人が、提訴の検討も含めて法律相談に訪れた際に、医療紛争に関する事案の場合に、弁護士がセンターの紹介を行っていた可能性に鑑みれば、医療専門 ADR の周知として弁護士への広報は一定程度の効果があったと考えられる。

センターを利用した理由について表 4 に示す。「費用が安い」「期間の見通しがつく」「専門的な知識に優れている」「信頼できる」ということに対して、評価は高い

表 4 センターを利用した理由について

	mean (SD)	計 n=62	応諾		不応諾		代理人		p
			申立人 n=29	相手方 n=6	申立人 n=11	相手方 n=3	申立人 n=13	相手方 n=13	
1. 費用が安い		3.9 (0.9)	3.9 (1.0)	4.3 (0.5)	4.1 (0.9)	3.7 (0.6)	3.6 (0.7)		0.18
2. 費用の見通しがつく		3.7 (1.0)	3.5 (1.1)	4.3 (0.5)	4.1 (0.8)	3.7 (0.6)	3.3 (0.9)		0.20
3. 解決までの期間が短い		3.5 (1.0)	3.1 (0.9)	3.7 (0.8)	3.3 (1.0)	4.3 (0.6)	4.3 (0.9)		< 0.01
4. 解決までの期間の見通しがつく		3.4 (1.0)	2.9 (1.0)	3.5 (0.8)	3.4 (0.8)	4.0 (0.0)	4.3 (0.9)		< 0.01
5. 手続の進め方が柔軟である		3.5 (1.0)	3.2 (0.8)	3.3 (0.5)	3.2 (1.1)	4.7 (0.6)	4.6 (0.5)		< 0.01
6. 手続が非公開で行われる		3.6 (1.2)	3.3 (1.3)	3.3 (0.5)	3.7 (1.3)	3.7 (0.6)	4.4 (0.8)		0.03
7. 専門的な知識に優れている		3.8 (1.1)	3.4 (1.1)	4.2 (0.4)	3.4 (1.4)	4.0 (0.0)	4.9 (0.3)		< 0.01
8. 説明や謝罪など金銭賠償以外の問題を扱える		3.4 (1.2)	3.0 (1.1)	3.5 (1.2)	3.5 (1.4)	3.7 (0.6)	4.3 (0.8)		0.01
9. 無料の医師の相談がある		3.3 (1.2)	3.3 (1.2)	3.0 (1.4)	3.6 (1.1)	4.0 (0.0)	2.5 (1.2)		0.49
10. 信頼できる		3.9 (1.0)	3.4 (1.0)	4.3 (0.5)	4.2 (0.9)	3.7 (0.6)	4.7 (0.7)		0.01
11. 場所が便利である		3.2 (1.1)	3.2 (1.1)	3.7 (0.8)	2.6 (1.4)	3.7 (0.6)	3.5 (0.7)		0.17
12. 時間が便利である		3.1 (1.2)	2.9 (1.1)	3.3 (3.0)	2.6 (1.0)	3.7 (0.6)	3.8 (1.7)		0.04

* Kruskal Wallis 検定を用いた ($p<0.05$)。なお、比較においては、応諾、不応諾、代理人の 3 群で比較した。

14) 太田・垣内編, 前掲註 11), 87-110 参照。

一方で、センターの特徴である「無料の医師の相談がある」について、弁護士へのインタビューでは、「患者寄りになっている」、「無料の医師相談を経たうえでの調停は、すでに相手方医療機関にとって不利と感じる」といった意見がきかれた。また、「説明や謝罪なども扱える」という ADR の特徴について、応諾・申立人の評価は比較的低かった。場所や時間の利便性については、申立人や相手方代理人において評価は低い傾向にあった。

一方で、センターの広報は医療機関をも対象としていたことから、申立人が相手方医療機関からセンターでの調停を紹介されて、ADR による解決を図ったケースが存在した。医療紛争解決において、ADR は重視されているものの、医療機関にその手段が認知されていない場合が多い。ADR 専門機関が、相手方になりうる医療機関への周知を図ることによって、第三者による紛争解決への移行をスムーズにさせる。しかしながら、松村・渡辺による院内事故調査の事例検討¹⁵⁾では、院内での事故調査の充実や事故発生前のインフォームドコンセントの充実さをより重視することで、紛争解決への可能性が示されていた。院内における事故調査ならびにその説明によって和解に至ることは第一段階として望ましいとも考えられるが、和解に至らず提訴となるケースも残念ながら少なくない。さらに、ADR 機関での調停に応諾しない医療機関も多く存在し、センターでも応諾率は活動期間を通じて約 5 割であった。その点において、医療機関への ADR による解決手段の周知は、ADR 専門機関へのスムーズな紹介や応諾率の向上につながり、第三者による紛争解決の効果を大きくしうると考えられるが、その効果検証は今後の課題である。

(3) 調停前の医師相談委員との相談

医師相談委員の態度やコミュニケーション、そして相談自体への満足に関する結果について表 5 に示す。相談の利用は申立人のみであり、応諾と不応諾で比較した結果、いずれの項目についても、応諾の場合に、不応諾と比較して、高い評価であった。

調停申立前の相談に関する評価は、応諾、不応諾の 2 群間で大きく異なり、医師相談委員の対応についても、親身さや説明のわかりやすさ、医師の意見への納得について、いずれの項目も不応諾の場合に低かった。この点について、必ず医師相談委員による事前の相談を受けてから調停を申し込むというセンター特有のプロセス

15) 松村由美・渡辺千原『院内医療事故調査の在り方——ある医療事故事例における事故調査と紛争解決過程からの考察——』立命館法学383号(2019年)474-502頁。

表 5 医師相談委員への評価

mean (SD)	計 n=62	応諾 申立人 n=29	不応諾 申立人 n=7	p
1. 親身である	3.2 (1.4)	3.6 (1.3)	2.1 (1.2)	0.02
2. 説明がわかりやすい	3.3 (1.3)	3.7 (1.2)	2.1 (1.2)	0.01
3. 医師の意見に納得できる	2.9 (1.4)	3.3 (1.4)	2.0 (1.3)	0.06
4. 全体への満足度	3.1 (1.6)	3.4 (1.5)	2.1 (1.6)	0.08

* Mann-Whitney の U 検定を用いた ($p < 0.05$)。なお、比較においては、応諾、不応諾、の 2 群で比較した。

が影響した可能性がある。つまり、必ず応諾されるわけではないことが医師相談委員から説明され、また、センターのホームページにて紹介されていても、申立人の多くが、調停を申し立てたら必ず応諾され調停が実施されると認識していたと考えられる。実際に相談委員を担当していた医師らは、調停申立てをした場合でも相手方によって不応諾の場合があるなど、センターでの調停のプロセスについて説明しているが¹⁶⁾、センターの仕組みと申立人の理解に差があることが窺えた。つまり、センターの特徴である相談前置の仕組みについては、相談委員が丁寧な説明を行っていたにも関わらず、調停申立てへの「審査」に類した印象が残され、その後は調停が必ず実施されるものとの認識が形成された可能性が残される。

(4) 調停期間および費用

調停の平均期間 (mean (SD), 月) は、全体で 7.1 (7.7) であり、期日の平均開催回数は、3.7 回であった。この期間について、「長い」「やや長い」と感じたのは、18 名 (36.7%) であり、相手方代理人において 5 名 (41.6%) とやや長く感じ

16) 中部貴央・竹内治『医療紛争における裁判外紛争解決 (ADR) での相談前置のあり方——相談利用者ならびに相談委員への調査結果から——』日本医事法学会第 49 回研究大会：福岡、2019 年 11 月 16 日-11 月 17 日。(ポスター発表) 相談を受けたが調停申立てを行わなかったセンターの相談利用者 246 名を対象とし、自記式質問紙調査 (2017 年) のほか、相談委員の医師 2 名・歯科医師 1 名への半構造化面接および質問票調査 (2019 年 7 月) を実施し、その調査結果について報告した。医師相談委員への調査の結果から、医師相談委員は傾聴と共感、事案の整理、調停手続の説明等多くの役割に努めていたが、利用者に理解されない場合が存在し、利用者が診療経過に対する客観的評価を明確に希望する場合には、相談のみで解決する事案が多いことが明らかになった。

ている場合が多かった。

費用への評価について、表 6 に示す。機関におさめた手数料や利用料、弁護士費用、弁護士以外の専門家に支払った費用、交通費や宿泊費等の実費、費用全体、いずれについても、「安い」「やや安い」と感じた場合が多かった。ただし、機関におさめた手数料や利用料について、応諾・申立人については 7 名 (26.9%) が「高い」「やや高い」と感じていた。

表 6 費用への評価について

mean (SD)	計	応諾		代理人		p
	n=51	申立人 n=29	相手方 n=6	申立人 n=3	相手方 n=13	
1. 機関におさめた手数料・利用料	2.6 (1.0)	2.6 (1.2)	2.2 (1.2)	2.7 (0.6)	2.6 (0.5)	0.77
2. 弁護士費用（着手金や成功報酬）	2.7 (0.8)	2.6 (1.3)	2.8 (0.4)	—	—	—
3. 弁護士以外の専門家に支払った費用	2.5 (0.9)	2.0 (1.4)	2.8 (0.4)	—	—	—
4. 手数料以外に紛争解決のために支払った実費（交通費や宿泊費など）	2.5 (0.9)	2.5 (1.0)	2.0 (1.0)	2.0 (1.4)	3.0 (0.0)	0.43
5. 1.～4.の合計を含む手続きにかかった費用全体	2.5 (1.0)	2.7 (1.1)	2.0 (1.0)	2.5 (0.7)	2.3 (0.5)	0.47

* Mann-Whitney の U 検定を用いた ($p < 0.05$)。なお、比較においては、応諾、代理人の 2 群で比較した。

(5) 調停委員への評価

調停委員への評価を表 7 に示す。医師調停委員よりも弁護士調停委員の方がいずれの調査項目においても申立人および相手方の評価がやや高い結果となった。一方で、応諾・申立人や申立人代理人は、他と比較して、医師調停委員、弁護士調停委員のいずれについても、やや低い評価であった。

調停における当事者間のコミュニケーションの満足度では、自身の主張は十分にできたかに関する評価は高い一方で、相手方との十分な話し合いや謝罪に関する評価は低かった（表 8）。とくに申立人において、相手方の主張への理解、話し合いの十分さ、事実関係の判明、謝罪については、いずれも満足度が低かった。

表 7 調停委員（医師・弁護士）への評価について

1) 医師

調停委員（医師）への評価 mean (SD)	計 n=51	応諾		代理人		p
		申立人 n=29	相手方 n=6	申立人 n=3	相手方 n=13	
1. 医師の調停委員には満足している。	3.4 (1.5)	3.0 (1.5)	4.0 (1.0)	3.0 (2.0)	4.1 (1.2)	0.10
2. よく話を聞いてくれた	3.5 (1.3)	3.3 (1.4)	3.8 (0.8)	3.3 (1.5)	4.1 (1.2)	0.14
3. 問題とその背景をよく理解していた	3.5 (1.4)	3.3 (1.4)	3.6 (0.9)	3.0 (2.0)	4.2 (1.1)	0.08
4. 専門的知識に優れていた	3.5 (1.3)	3.2 (1.3)	3.6 (0.9)	3.3 (1.5)	4.3 (1.0)	0.03
5. 言うことがわかりやすかった	3.6 (1.3)	3.3 (1.4)	3.6 (0.9)	3.3 (1.5)	4.4 (0.8)	0.03
6. 中立的な立場で手続を進めていた	3.6 (1.4)	3.2 (1.4)	3.8 (0.8)	3.8 (0.8)	4.3 (1.3)	0.02
7. 話し合いを積極的にリードしていた	3.0 (1.2)	2.7 (1.3)	3.4 (0.9)	3.4 (0.9)	3.8 (0.8)	0.02
8. 威圧的・強引だった	2.0 (1.1)	2.2 (1.1)	2.0 (1.0)	2.0 (1.0)	1.6 (1.2)	0.06

* Mann-Whitney のU検定を用いた ($p<0.05$)。なお、比較においては、応諾、代理人の2群で比較した。

2) 弁護士

調停委員（弁護士）への評価 mean (SD)	計 n=51	応諾		代理人		p
		申立人 n=29	相手方 n=6	申立人 n=3	相手方 n=13	
1. 弁護士の調停委員には満足している。	3.5 (1.4)	3.1 (1.5)	4.4 (0.5)	3.7 (1.2)	4.2 (1.1)	0.07
2. よく話を聞いてくれた	3.8 (1.3)	3.5 (1.4)	4.4 (0.5)	3.7 (1.2)	4.3 (1.1)	0.23
3. 問題とその背景をよく理解していた	3.7 (1.4)	3.2 (1.5)	4.4 (0.5)	3.7 (1.2)	4.5 (0.9)	0.02
4. 専門的知識に優れていた	3.5 (1.2)	3.2 (1.2)	3.8 (0.8)	3.7 (1.2)	4.2 (0.9)	0.03
5. 言うことがわかりやすかった	3.8 (1.2)	3.5 (1.3)	3.6 (0.5)	4.0 (1.0)	4.5 (0.9)	0.01
6. 中立的な立場で手続を進めていた	3.7 (1.3)	3.2 (1.4)	4.4 (0.5)	4.0 (1.0)	4.6 (0.9)	<0.01
7. 話し合いを積極的にリードしていた	3.7 (1.2)	3.4 (1.3)	3.8 (0.4)	3.7 (1.2)	4.5 (0.9)	0.01
8. 威圧的・強引だった	2.2 (1.3)	2.5 (1.3)	1.8 (1.1)	1.7 (1.2)	2.0 (1.3)	0.28

* Mann-Whitney のU検定を用いた ($p<0.05$)。なお、比較においては、応諾、代理人の2群で比較した。

表 8 調停での当事者間・当事者と調停委員間のコミュニケーションへの満足度

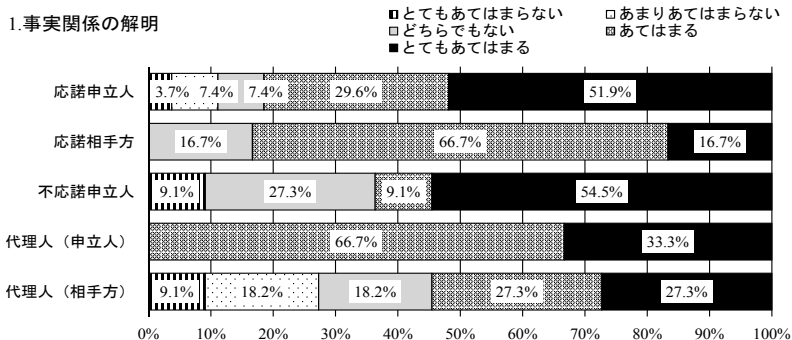
	mean (SD)	計 n=62	応諾		代理人		p
			申立人 n=29	相手方 n=6	申立人 n=3	相手方 n=13	
1. 自分の側の立場を十分に主張できた	3.7 (1.3)		3.2 (1.5)	4.2 (0.4)	4.3 (0.6)	4.4 (0.8)	0.02
2. 事実に関する説明は十分であった	3.3 (1.4)		2.8 (1.5)	4.2 (0.4)	3.7 (1.5)	4.3 (0.8)	0.01
3. 相手方の主張について十分に理解できた	2.7 (1.5)		1.9 (1.2)	3.8 (1.3)	3.0 (1.0)	4.0 (1.2)	< 0.01
4. 手続の中で相手方と十分に話し合えた	2.2 (1.1)		1.7 (0.8)	3.2 (0.4)	2.3 (1.2)	3.1 (1.0)	0.01
5. 手続の中で事実関係をはっきりした	2.7 (1.4)		2.1 (1.2)	3.8 (0.8)	2.7 (1.5)	3.6 (1.1)	0.01
6. 相手方からの謝罪があった/自分側から謝罪した	2.5 (1.5)		2.0 (1.4)	3.6 (0.9)	3.0 (2.0)	3.0 (1.3)	0.09

* Mann-Whitney のU検定を用いた ($p < 0.05$)。なお、比較においては、応諾、代理人の2群で比較した。

(6) 調停への期待と実現、満足度に関する評価

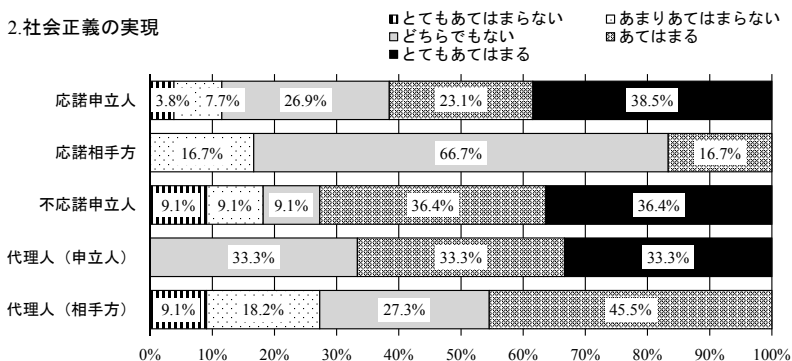
調停への期待について、5群で比較した結果を図4に示す。いずれの立場からでも「問題の早期解決」「専門家による問題解決」「安価な解決」について期待が高かったが¹⁷⁾、「相手方との関係修復」や「他人に知られずに問題解決」については大きな期待は見られなかった。しかし、相手方代理人については、「他人に知られずに問題解決」することに期待が高かった。申立人（応諾・不応諾）は、「相手の謝罪」を期待している場合が約6割、「再発防止」へは約8割が期待しており、比較的期待が大きい結果となった。「事実関係の解明」について応諾・申立人、応諾・相手方、申立人代理人は8割程度期待している一方で、不応諾・申立人や相手方代理人では6割程度にとどまった。

図4 センター利用への利用者の期待について

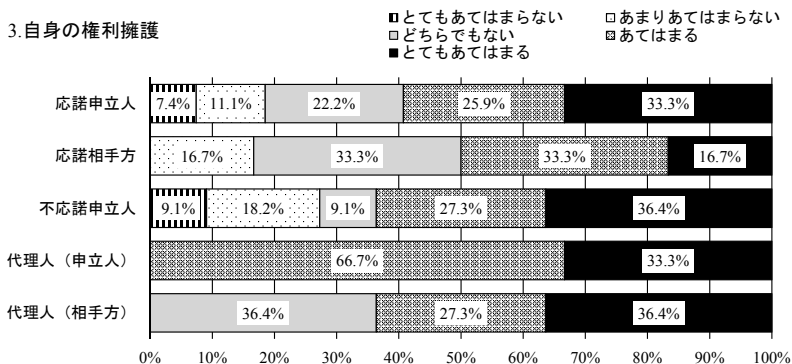


17) 「ともてあてはまる」「あてはまる」を選んだ場合を期待が高かったとしている。

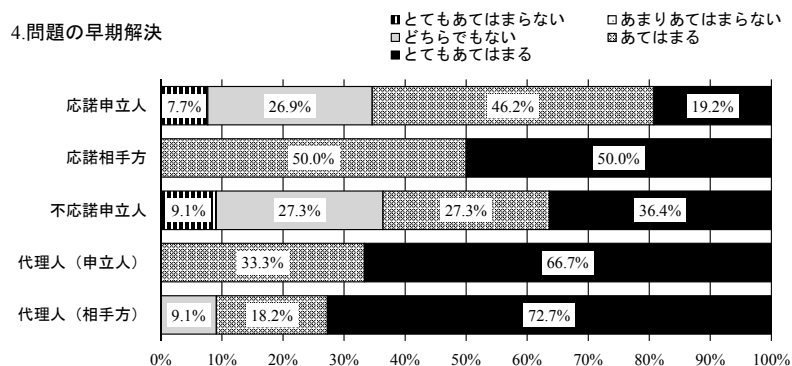
2. 社会正義の実現



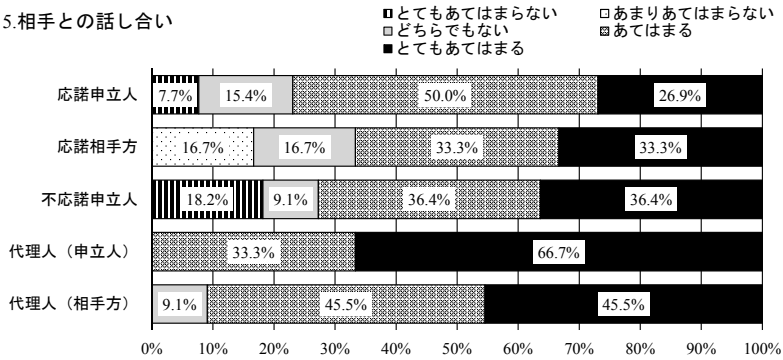
3. 自身の権利擁護



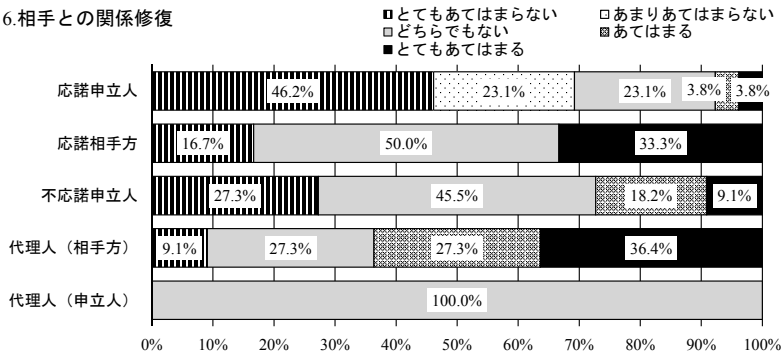
4. 問題の早期解決



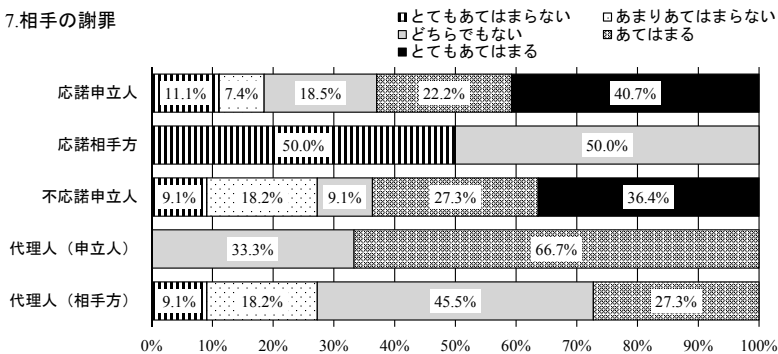
5.相手との話し合い



6.相手との関係修復

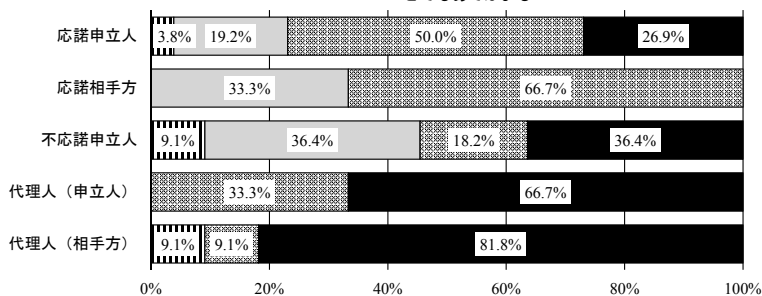


7.相手の謝罪



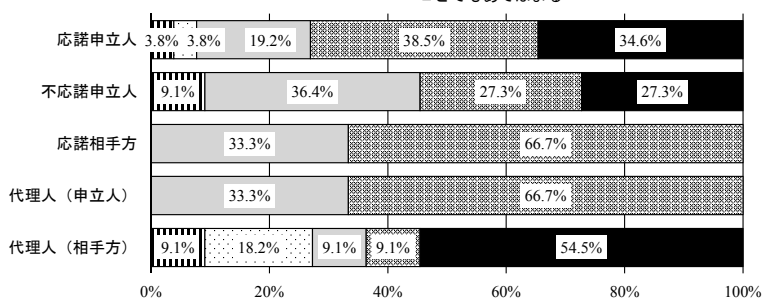
8.調停委員（医師）の意見を聞くこと

☐ とてもあてはまらない ☐ あまりあてはまらない
☐ どちらでもない ☐ あてはまる
☒ とてもあてはまる



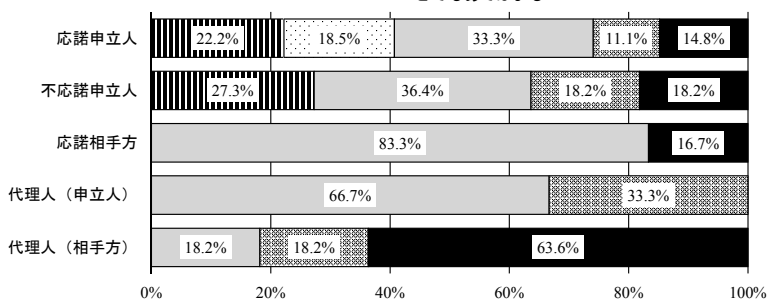
9.調停委員（弁護士）の意見を聞くこと

☐ とてもあてはまらない ☐ あまりあてはまらない
☐ どちらでもない ☐ あてはまる
☒ とてもあてはまる

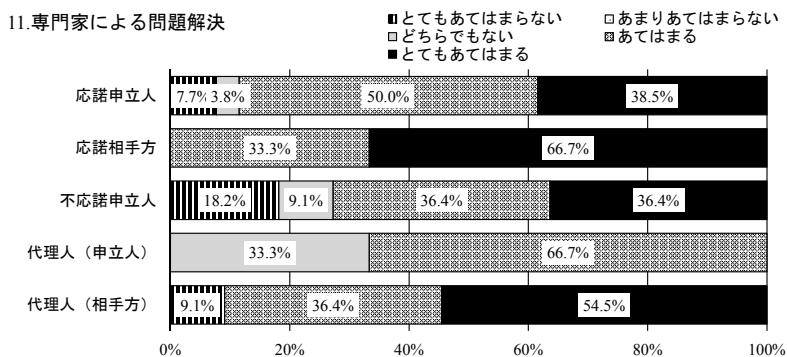


10.他人に知られずに問題解決

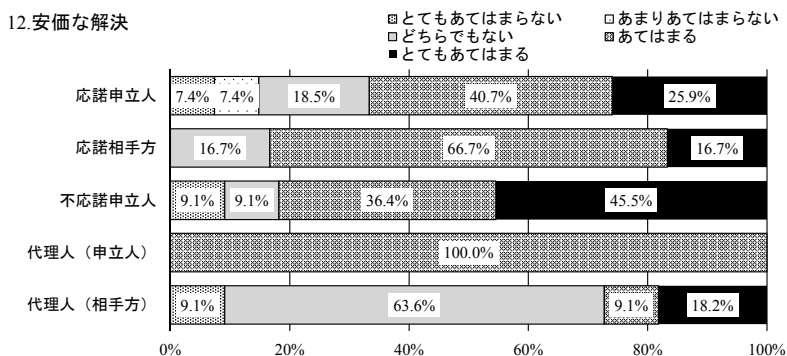
☐ とてもあてはまらない ☐ あまりあてはまらない
☐ どちらでもない ☐ あてはまる
☒ とてもあてはまる



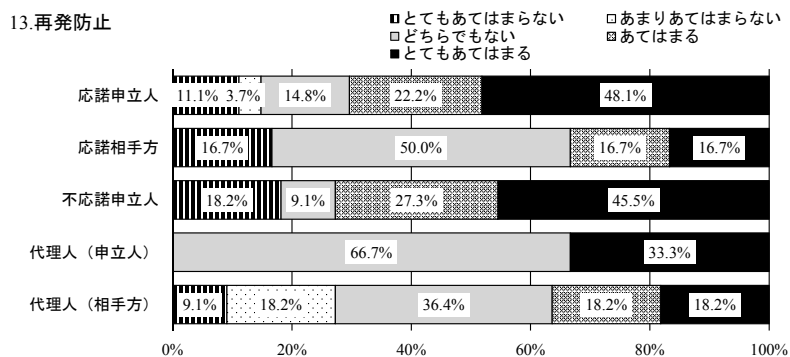
11. 専門家による問題解決



12. 安価な解決



13. 再発防止



一方で、これらの調停への期待の実現では、応諾・申立人において、他の群と比較して評価が低い傾向がみられた（表 9）。とくに「相手方との関係を修復すること」については、申立人（応諾・不応諾）の評価は低い一方で、相手方代理人の評価は高かった。「自分の権利を守ること」「問題を早く解決すること」「相手方との話し合いの場をもつこと」「他人に知られずに、問題を解決すること」については、応諾、不応諾、代理人の間で差が認められ、とくに相手方代理人で評価が高かった。

表 9 調停への期待の実現について

	mean (SD)	計 n=62	応諾		不応諾		代理人		p
			申立人 n=29	相手方 n=6	申立人 n=11	申立人 n=3	相手方 n=13		
1. 手続を通じて、事実関係をはっきりさせること	3.2 (1.4)		2.8 (1.5)	3.7 (0.5)	3.1 (1.7)	3.3 (1.2)	3.8 (0.8)	0.35	
2. 社会正義を実現すること	3.0 (1.3)		2.9 (1.5)	2.8 (0.4)	2.9 (1.6)	3.3 (0.6)	3.3 (0.7)	0.53	
3. 自分の権利を守ること	3.3 (1.4)		3.1 (1.6)	3.5 (0.8)	3.0 (1.5)	3.0 (1.0)	4.3 (0.6)	0.13	
4. 問題を早く解決すること	3.5 (1.5)		3.1 (1.6)	3.8 (0.4)	3.0 (1.7)	3.7 (1.2)	4.7 (0.5)	0.01	
5. 相手方と話し合いの場をもつこと	3.1 (1.5)		2.8 (1.5)	3.5 (0.8)	2.6 (1.8)	4.0 (1.0)	4.2 (1.0)	0.01	
6. 相手方との関係を修復すること (仲直り)	2.4 (1.3)		1.9 (1.0)	2.8 (1.3)	1.6 (0.9)	3.0 (1.0)	4.2 (0.8)	<0.01	
7. 相手方に謝罪させること	2.6 (1.4)		2.4 (1.5)	2.3 (1.0)	2.7 (1.9)	3.0 (1.0)	3.3 (0.8)	0.15	
8. 調停委員の医師の意見を聞くこと	3.5 (1.3)		3.2 (1.3)	3.5 (0.5)	2.6 (1.6)	4.0 (1.0)	4.9 (0.3)	<0.01	
9. 調停委員の弁護士意見を聞くこと	3.5 (1.4)		3.5 (1.4)	3.8 (0.8)	2.6 (1.4)	3.7 (1.2)	4.1 (1.3)	0.03	
10. 他人に知られずに、問題を解決すること	3.4 (1.2)		3.1 (1.2)	3.5 (0.8)	2.7 (1.2)	3.7 (0.6)	4.5 (0.8)	<0.01	
11. 専門家に問題を解決してもらうこと	3.6 (1.3)		3.4 (1.4)	4.0 (0.9)	3.1 (1.4)	3.0 (1.0)	4.5 (0.7)	0.13	
12. 安い費用で解決すること	3.6 (1.2)		3.5 (1.2)	4.3 (0.8)	3.3 (1.7)	3.3 (0.6)	3.9 (0.9)	0.94	
13. 手続を通じて、再発防止につながる こと	3.2 (1.2)		3.2 (1.4)	3.2 (0.4)	3.0 (1.6)	3.0 (0.0)	3.3 (0.8)	0.91	

* Kruskal Wallis 検定を用いた ($p<0.05$)。なお、比較においては、応諾、不応諾、代理人の 3 群で比較した。

調停への期待の実現について、各項目の期待が大きい（「あてはまる」、「とてもあてはまる」と回答した場合）場合に、期待の実現についても評価が高い傾向にあった（表 10）。「相手方に謝罪させること」については、期待の大小による 2 群間に有意差は認められず、いずれの群でも、その評価は低かった。

調停結果全体への満足度について、いずれの立場からも、「センターの調停を利用してよかった」との回答が多い傾向にあり、とくに応諾・相手方や相手方代理人で評価が高かった（表 11）。また、手続のわかりやすさやセンターの再利用意向についても同様の傾向であった。しかしながら、申立人からの結果への納得や有利さ、正当性など、結果の満足度に関連する項目の評価は低く、とくに不応諾の場合にも低かった。

表 10 期待の大きさによる調停への期待の実現について

	期待が小さい		期待が大きい		p
	n	mean (SD)	n	mean (SD)	
1. 手続を通じて、事実関係をはっきりさせること	10	2.6 (1.0)	36	3.4 (1.4)	0.06
2. 社会正義を実現すること	21	2.6 (0.8)	24	3.4 (1.4)	0.01
3. 自分の権利を守ること	18	2.6 (1.1)	29	3.9 (1.2)	< 0.01
4. 問題を早く解決すること	10	2.7 (1.6)	36	3.9 (1.2)	0.03
5. 相手方と話し合いの場をもつこと	9	2.1 (1.1)	37	3.5 (1.3)	0.01
6. 相手方との関係を修復すること（仲直り）	34	2.2 (1.1)	11	4.0 (1.0)	< 0.01
7. 相手方に謝罪させること	24	2.5 (1.0)	22	2.9 (1.6)	0.33
8. 調停委員の医師の意見を聞くこと	8	3.1 (1.2)	37	3.9 (1.1)	0.08
9. 調停委員の弁護士意見を聞くこと	13	2.9 (1.2)	32	4.1 (1.1)	< 0.01
10. 他人に知られずに、問題を解決すること	29	2.9 (1.0)	18	4.5 (0.5)	< 0.01
11. 専門家に問題を解決してもらうこと	4	2.3 (1.0)	41	3.8 (1.2)	0.02
12. 安い費用で解決すること	17	3.2 (1.3)	29	3.9 (0.8)	0.03
13. 手続を通じて、再発防止につながる	20	2.7 (1.0)	26	3.7 (1.1)	< 0.01

* Mann-Whitney の U 検定を用いた ($p < 0.05$)。対象は、応諾申立人、応諾相手方、代理人とした。

表 11 調停への全体的な満足度について

	mean (SD)	計	応諾		不応諾		代理人		p
		n=62	申立人 n=29	相手方 n=6	申立人 n=11	申立人 n=3	相手方 n=13		
1.	センターの調停を利用してよかった	3.8 (1.4)	3.7 (1.5)	4.8 (0.4)	3.2 (1.5)	3.7 (1.5)	4.3 (1.1)	0.18	
2.	調停の結果に納得している	3.2 (1.5)	2.7 (1.4)	4.3 (1.0)	2.3 (1.6)	3.7 (1.5)	4.4 (0.8)	< 0.01	
3.	調停の結果は、あなたにとって有利だった	2.8 (1.4)	2.4 (1.4)	3.3 (0.5)	2.2 (1.3)	2.7 (1.5)	4.0 (0.9)	0.01	
4.	調停の結果は、正当だった	3.1 (1.5)	2.6 (1.4)	4.3 (0.8)	2.5 (1.6)	3.0 (1.0)	4.4 (1.0)	0.01	
5.	調停の結果は、法律上の権利・義務を踏まえたものだった	3.3 (1.5)	2.9 (1.4)	4.2 (0.8)	2.5 (1.6)	3.3 (1.5)	4.4 (0.9)	0.01	
6.	調停の結果は、問題の実情を踏まえたものだった	3.1 (1.4)	2.8 (1.3)	3.8 (0.8)	2.4 (1.4)	3.3 (1.5)	4.1 (1.2)	0.01	
7.	手続は分かりやすかった	3.8 (1.2)	3.7 (1.3)	4.3 (0.8)	3.2 (1.3)	4.0 (1.0)	4.3 (1.2)	0.05	
8.	手続の進め方は公正・公平だった	3.5 (1.4)	3.1 (1.5)	4.3 (0.8)	3.0 (1.6)	3.7 (1.2)	4.3 (1.2)	0.06	
9.	手続の進め方は効率的だった	3.6 (1.3)	3.4 (1.3)	4.2 (1.0)	2.7 (1.3)	3.7 (1.2)	4.3 (1.2)	0.02	
10.	もし同じような問題が発生したとしたら、センターの調停を利用したい	3.6 (1.4)	3.4 (1.4)	4.7 (0.8)	3.0 (1.3)	3.3 (2.1)	3.9 (1.6)	0.20	
11.	同じような問題抱えた人にセンターの調停を勧めたい	3.6 (1.5)	3.5 (1.4)	4.7 (0.8)	2.7 (1.4)	3.3 (2.1)	4.1 (1.5)	0.06	

* Kruskal Wallis 検定を用いた ($p < 0.05$)。なお、比較においては、応諾、不応諾、代理人の 3 群で比較した。

センター利用での期待について、問題の早期解決や見通しがつくこと、手続の柔軟性や非公開性、専門性、金銭賠償以外の問題の取り扱い、信頼性などが挙げられ、とくに代理人がこれらの理由に強く同意していることが明らかになった。一般的に ADR の特徴として指摘される、迅速性、廉価性、非公開性などが、本研究の結果においても ADR 機関の利用における期待としても認識されており、とくに代理人についてその認識が高かった。

また、代理人の調停への期待は、問題の早期解決や相手方との話し合い、専門家による解決、非公開性、調停委員の意見の聴取が多く挙げられていた。一方で、申立人を中心とした当事者は、非公開性以外は共通して期待が高い。さらに、当事者は事実の解明や安価な解決を望み、申立人は、相手方の謝罪を強く期待していた。

申立人を中心とした当事者は、代理人と比較して、ADR への期待する要素は多く、不応諾や和解契約不成立など望まない終局が当事者の満足度に大きく影響を与えていたと考えられた。実際に申立人は、調停の結果自体への納得や正当性などについて不満は大きく、期待が大きい反面、満足度が低いことが推察された。

（7）和解契約の成立・不成立と調停への満足および期待の実現

和解契約の成立・不成立による調停への満足および期待の実現に関する評価の比較について、表 12 に示す。調停への満足に関して、いずれの項目においても、和解契約成立の場合に、有意に評価が高かった。期待の実現に関して、「手続を通じて事実関係をはっきりさせること」、「問題を早く解決すること」「相手方との関係を修復すること」についてのみ、和解契約成立の場合に、有意に評価が高かった。調停委員の意見を聞くことや、専門家による解決、廉価性、再発防止については、2 群間に有意差は認められなかった。

また、相手方と話し合いをもつことについて期待が高かったが、その実現に関して、代理人と比較して申立人の評価は低かった。和解契約成立後、当事者間の同意があれば同席する場合があったが、センターの調停の多くは、別席調停で実施されたため、顔をあわせない調停の実情に申立人の期待に反していた可能性がある。代理人の「期待の実現」への評価が高かったことは、別席調停に慣れがあったことが原因として考えられる。別席調停は、申立人の期待に反していた可能性があるものの、再利用意向や他者推薦意向は高いことから、ただちにセンターでの別席調停の実施が満足度に大きく影響したとは言いきれない。

表 12 和解契約成立有無による調停への満足および期待の実現について

	mean (SD)	和解契約 成立 n=29	和解契約 不成立 n=9	p
調停への満足	1. センターの調停を利用してよかった	4.4 (0.9)	2.3 (1.5)	< 0.01
	2. 調停の結果に納得している	3.7 (1.3)	1.7 (1.0)	< 0.01
	3. 調停の結果は、あなたにとって有利だった	3.4 (1.3)	1.4 (0.9)	< 0.01
	4. 調停の結果は、正当だった	3.6 (1.4)	1.7 (1.0)	< 0.01
	5. 調停の結果は、法律上の権利・義務を踏まえたものだった	3.9 (1.2)	1.8 (1.2)	< 0.01
	6. 調停の結果は、問題の実情を踏まえたものだった	3.6 (1.3)	1.8 (1.2)	< 0.01
	7. 手続は分かりやすかった	4.2 (1.1)	3.0 (1.4)	0.01
	8. 手続の進め方は公正・公平だった	3.9 (1.3)	2.1 (1.4)	< 0.01
	9. 手続の進め方は効率的だった	4.1 (1.1)	2.6 (1.2)	< 0.01
	10. もし同じような問題が発生したとしたら、センターの調停を利用したい	4.0 (1.3)	2.4 (1.3)	0.01
	11. 同じような問題抱えた人にセンターの調停を勧めたい	4.1 (1.2)	2.4 (1.2)	< 0.01
期待の実現	1. 手続を通じて、事実関係をはっきりさせること	3.4 (1.3)	2.0 (1.4)	0.01
	2. 社会正義を実現すること	3.3 (1.2)	2.3 (1.4)	0.09
	3. 自分の権利を守ること	3.7 (1.3)	2.6 (1.7)	0.09
	4. 問題を早く解決すること	4.1 (1.1)	2.0 (1.6)	< 0.01
	5. 相手方と話し合いの場をもつこと	3.5 (1.3)	2.6 (1.7)	0.13
	6. 相手方との関係を修復すること（仲直り）	2.9 (1.4)	1.7 (1.0)	0.03
	7. 相手方に謝罪させること	2.8 (1.3)	2.3 (1.7)	0.37
	8. 調停委員の医師の意見を聞くこと	3.9 (3.3)	3.3 (1.6)	0.41
	9. 調停委員の弁護士意見を聞くこと	3.8 (1.3)	3.3 (1.6)	0.41
	10. 他人に知られずに、問題を解決すること	3.6 (1.4)	3.1 (0.3)	0.13
	11. 専門家に問題を解決してもらうこと	4.0 (1.1)	3.1 (1.7)	0.21
	12. 安い費用で解決すること	3.7 (1.0)	3.4 (1.1)	0.59
	13. 手続を通じて、再発防止につながる	3.3 (1.2)	3.0 (1.7)	0.67

* Mann-Whitney のU検定を用いた (p<0.05)。対象は、応諾申立人、相手方代理人とした。

(8) 調停後の申立人の行動

調停後の訴訟提起について、「何もしなかった」場合は44名（71.0％）であったが、その理由として、「和解契約が成立した」（27名）ほか、「調停での調停委員の説明で納得できた」（3名）、「自身の主張が認められる見込みが少ないと考えた」（5名）、「訴訟等をする費用・時間等がない」（2名）が理由として挙げられた。

また、民事訴訟を提起した事案は8名（12.9％）であった。その結果が判明しているものは、全部勝訴（1名）、全部敗訴（2名）、訴訟上の和解（1名）であった。また、そのほか行動を起こした場合は、「相手方と話し合いをした」が2名

(3.2%), 「その他手続を利用した」が4名(6.5%)であった。

調停後、調停前より相手方に信頼を置くことができるようになったかについて、「そう思う」「どちらかといえばそう思う」と回答したものは39名(68.4%)であり、当事者で相手方の医療機関の受診をしている場合は6名(13.0%)にとどまった。

調停後、和解契約が不成立であった場合でも、提訴につながらないことが一つの調停の意義として見いだしうる点から、センターは医療紛争解決に特化した ADR 機関として有益な紛争解決機能を果たしていたと考えられる。

3.2 インタビュー調査

本研究で実施したインタビュー調査の結果の概要を以下に示す。結果の詳細およびその分析は、別稿での検討に譲り、今回はその概要のみを整理しておくことにする。

(1) 代理人を対象としたインタビュー調査

インタビューに応じた代理人は、センターを複数回利用した経験がある者が多い。センターの手続等について十分な知識をもち、1度利用してみて、さらに利用を選んでいるということからも、概ねセンターに好意的な評価を持っていた。医療機関側の代理人であっても利用に積極的である場合もあるが、一方で申し立てられてやむなく応じた場合もみられた。それでも不応諾事件が多い中で、応諾している時点で一定の積極性が見られると考えられる。訴訟において過失を争うのは厳しいという見立てでありながら、「気の毒と思える事情がある」などの理由から何らかの解決を早期に図ることが望ましいと考えてセンター利用に至った例が多かった。

このセンターでは、調停の申立ての前に医師相談委員による無料の相談手続があること、調停委員が医療専門家(医師・歯科医師)と法専門家(弁護士)の2名(以前は学識経験者1名の3名体制で行っていたこともあるが、おおむね2名体制である)で行われることに特徴がある。特に、医師調停委員は、当該紛争で問題になった医療についての専門に近い医療専門家を選任する。よって、医療専門家の専門的な知見や意見を得ることができる点をどう評価するかが評価のポイントとなっていた。

特に、センターが千葉にあって東京に近いため、千葉弁護士会だけでなく東京の弁護士会所属の弁護士も少なくなく、医療 ADR としては「東京三会方式医療 ADR」と比較していた事例も見られた。

センターの特徴である医療専門家の関与についての見解としては、医師調停委員の事件評価は「専門家による評価だから」安心できるとか、助かると考える代理人もいれば、「専門家による評価だから」訴訟での鑑定のように決定打になるところが不安であるとする代理人もいた。

調停前の医師による相談について、特に患者側の代理人にとっては、探すのも難しく費用もかかる協力医の意見を求める代わりに、医師の意見を無料で得ることができるという点にメリットがあるとの意見が聞かれた。他方この相談によって事件がスクリーニングされていると調停委員が考えるであろうことから、調停が開始する時点で調停委員は患者側に傾斜する可能性が高いという問題を指摘する声もあった。

実際に利用しての評価としても、関与した医師調停委員の中立性、専門性、調停委員としての態度などから、その意見に納得できると感じられたかどうか調停の成否や評価に影響を与えたと感じている。医療機関が「その調停委員がそう言うなら受け入れよう」と和解を受容できたケースもあった。ADR は、制度の設計よりも人の問題だという意見も聞かれた。

(2) 当事者を対象としたインタビュー調査

当事者を対象としたインタビュー調査では、インタビューに応じたのはすべて患者本人もしくはその家族であり、医療機関の当事者はいなかった。

当事者には、紛争の概要を説明してもらったが、紛争の解決過程よりも、問題となった医療行為とそれをめぐるトラブル自体が本人にとって非常に大きく重い出来事であり、その部分に非常に詳細な説明がある場合が多かった。

一方、センターの手続については、当事者にとってかなり理解や受け止めにばらつきがみられた。インタビューに応じた当事者のうち、代理人をつけてセンターを利用した人は1名のみで、訴訟も視野に入れて弁護士への相談をしていた場合であっても、「このセンターの利用に当たって弁護士をつけるという選択肢があるとは考えていなかった」という意見も挙げられた。

インタビューに応じた当事者はおおむね質問紙調査にも丁寧に回答していた。しかし、調停前に必ず実施されている医師による事前相談について、アンケート用紙には何らかの回答をしていたにもかかわらず、インタビューで改めて尋ねてみたところ、その手続に記憶がない場合が散見された。逆に調停手続について知らないまま相談のみ受けていた後、調停手続の存在について別途知識を得て申立てにいたったというケースもみられた。

ADR の手続の性質や流れについて、当事者が正確に理解することは容易ではないということが判明した。本調査においては、センターでの調停の手続を踏まえて詳細に評価を求めるアンケート項目を設定しているが、これについて十分理解した上で回答できているとは限らないということである。

その上で、センター全体についての評価は、こうした医療 ADR の仕組みがあることについては概ね好意的な評価であった。もっとも、具体的な調停での経験については当事者が具体的に抱えていたトラブルの性質や、それまでの経過、実際に行われた調停の調停委員とケースとのマッチング、また当事者の個性などもあり、かなり多様であった。

当事者が体験したトラブルとセンターでの調停に関するインタビュー調査結果は、センターが提供してきた特定の手続を評価する上でも貴重なデータであり、紛争解決過程全般や ADR 研究にとっても示唆に富むものであった。

おわりに

以上のとおり、本稿では、医療紛争の当事者がどのようにしてセンターのことを知って、利用するに至ったのかという経緯、センターの特徴である医師による無料相談の前置に対する当事者や代理人の評価、センターの調停におけるコミュニケーションや期間・費用面での満足度、申立ての前に抱いていた期待とその実現の比較、当事者や代理人に対するインタビューの概要など、多くの観点にわたる一次資料を紹介した。例えば、訴訟と比較した場合の ADR に対する期待としてあげられることの多い「相手方との関係修復」について申立人より相手方の方が高い期待を持っていたり、医師である調停委員の意見を聞くことができるというセンターの特徴について当事者本人よりも代理人の方が高く評価しているなど、回答者の属性による興味深い差異が見受けられた。

次稿では、インタビュー結果のより詳細な紹介を行った上で、本稿で紹介したアンケート結果と総合して分析を行い、どのような医療 ADR が、医療紛争当事者によってより利用しやすく、満足のいく解決をもたらすことができるのか、また医療の質の向上に結びつくという問題などについての検討を行いたい。

謝辞 本研究の実施にご協力いただいた医療紛争相談センター関係者、質問調査にご回答いただき、また、インタビューに応じていただいた利用者の方々、質問票調査の設計・方法・分析等につき、貴重かつ建設的な助言をいただいた

た今中雄一教授（京都大学大学院医学研究科医療経済分野）に深く感謝いたします。

* 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。