



医療における弁護士の役割拡大の試み : アメリカにおける「医療と法の協調(Medical-Legal Partnership)」からの示唆

手嶋, 豊

(Citation)

神戸法学年報, 28:23-41

(Issue Date)

2012

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(JaLCD0I)

<https://doi.org/10.24546/81005338>

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/81005338>



医療における弁護士の役割拡大の試み

— アメリカにおける「医療と法の協調 (Medical-Legal Partnership)」からの示唆 —

手嶋 豊

- I はじめに
- II Medical-Legal Partnership (MLP) とは何か
- III MLPの現在
- IV MLP実施における諸問題
- V 日本への示唆の可能性
- VI おわりに

I はじめに

本稿は、アメリカにおいて近時展開されている、医療と法の協調 (Medical-Legal Partnership, 以下、MLPという) の活動状況を紹介することを通じて、こうした活動が日本にも展開できないか、その可能性を検討するための資料を提供しようというものである。

MLPの内容は、詳細は以下の章で紹介するが、その概要は「病院に弁護士をフルタイムあるいはパートタイムで配置し (医療への参加も含みうる)、職務遂行、援助を通じて、社会全体の福利を向上させる試みであり、立法・政策提言等多様なものを含む社会活動」、である。

今日の日本で、「病院に弁護士を配置する」という言葉から通常連想されると思われる内容は、病院の立場からは、責任を追及されないための医療事

故対策や、あるいはモンスターペイシェント対策のような、責任回避か自己防衛のための方策、また、当該病院が、研究も目的とする施設の場合、あるいは先端医療を実施している場合には、臨床研究や生殖補助医療、臓器移植・提供といった生命倫理問題に関連する医療行為について、法的見地からのサービス提供という観点から配置する、といったことが考えられる。医療側にとっては、医療をめぐる訴訟が増加している以上、それへの応接が適宜できるように対策・アドバイスの主体として弁護士を配置する、さらに近時クローズアップされている、医療関係者を疲弊させるモンスターペイシェントの存在に対して、これらの者から医療関係者を守るために、弁護士をいわば用心棒代わりに置くという可能性が想起される、ということである⁽¹⁾。他方、患者側からも、実施された医療行為に満足できず、医療過誤を疑っている場合に法的紛争解決を促されるなどの責任追及のための方策が「病院と弁護士」というキーワードで想起しうるものであろう⁽²⁾。これらはいずれも、明示的ではないにしろ、潜在的に紛争の存在を含意している点で、ある種の緊張状態を底流に潜めるものであり、法律家が医療現場で歓迎されないのである。これは換言すれば、医療関係者と弁護士が対立しあうというのが、人々が考えると思われる状況ということであり、医療事故が医療と法の出会う典型的場面と考えられることによる帰結のひとつであって、決して理由のないことではない。

しかしながら、医療事故、生殖補助医療、臨床研究等の、医療現場に存在する法的課題である医事法の守備範囲とされてきた諸問題以外にも、医療現場には様々な法的課題、すなわち、医療現場にいる人の法的課題が存在する。それはたとえば、患者や患者家族が劣悪な環境において生活しているこ

(1) 井上清成『病院法務部奮闘日誌』(日本医事新報社、2009)は、病院に法務部を作ろうとする場合の啓発書という先駆的業績であるが、その内容は紛争対応が中心であり、MLPと異なるものである。

(2) 石川順子＝谷直樹編『患者のための医療法律相談』(法学書院、2010)も、患者が医療のプロセスで被害を受けた場合の法的解決策が中心となっている。

医療における弁護士の役割拡大の試み

とにより引き起こされる各種の問題～これは公衆衛生の問題として総括されてきている～など、医療関係者の法的課題とは別に、医療現場で初めて露になった法的問題があり、これらについて、弁護士がどのようにそれらを改善できるかということも別の問題として考える必要があることが、アメリカでは指摘されている。

こうした問題は、従来、患者本人自身の問題として、少なくとも医療にかかわる法的課題としては積極的に取り上げられてこなかったが、これに対しても法的介入が必要ではないか、ということが指摘されるようになっており、その一つのアプローチが、以下に紹介するMLPである。本稿はこのようなMLPについて、日本の課題としても参照すべきものがあると解するものである。

II Medical-Legal Partnership (MLP) とは何か

[1] 概観

MLPとは、法と医療との相互協力を通じて、当事者の福利を増進させる試みであり、アメリカで今日、非常に活発に議論されている。冒頭に示したように、医療関係者と法律関係者の間の関係は「最悪」なものの、というのがアメリカでは一般的な状況であるが、MLPは、こうしたなかで、医療関係者と弁護士とが手を携えて新たな展開をはかろうとする。

医療は、患者の身体状況に対して当該診療当時における知見を駆使してその問題を克服しようとする営みであるが、医療を実施するのみでは、実は後述するように、患者の抱える問題は解決しなかったり、解決が遅れる、あるいは価値が減じてしまうことが少なくない。そこでこうした問題を医療者だけでなく、弁護士もなしうることを提供して、いわばチームとして当該患者の福利を最大限にしようということである。

今日、アメリカで広く行われているMLPは、1993年にBoston Medical

Centerの小児科医師であるZuckermanが始めた⁽³⁾のが全米に拡大したと解されている。MLPの具体例としては、全米弁護士会(American Bar Association)の啓発のための絵本⁽⁴⁾に用いられている例1が典型的であり、MLPを紹介する多くの論文で紹介されている。

[2] 二つの例

例1

小児喘息患者の疾患を引き起こす主たる原因が、当該小児が住んでいる住宅の環境、例えばほこりなどのアレルゲンに起因しているのであれば、患者の身体的兆候を、投薬などの医学的処置によって取り除いても、根本原因を除去しなければ、症状は再発することになり、結局、対症療法に終始し、本質的解決には結びつかない。一方、疾病が不良な住宅環境の改善(引っ越し、壁や床の補修その他)によって除去されるのであれば、そちらを手当てすることが最重要であり、対症療法は二次的なものであって、こうした患者の生活環境の改善については、弁護士が介入し賃貸人と交渉することが最も有効である。

このような問題が指摘される背景には、医師は、患者の疾病の原因が確実に推測できても、主治医はそこまでは患者の生活に介入できないのが通常であるということがある。患者の生活改善には環境変更のための交渉が必要になることが多いが、医療関係者がそこで交渉が可能かどうか、そして交渉が可能であっても、それが成功するかについて不明確ということがある。患者が帰宅すれば、治療の効果は結局消失してしまい元の木阿弥になってしまうでは、患者を治療する意味は滅殺され、こうした一時的な対症療法のためにかかる医療費も、無駄になることになる。住宅が公の基準を下回るような環境にあるというときに、居住者がこのことを理由として賃貸人と交渉できる

(3) これにつき、Zuckerman=Sandel=Smith=Lawton, *Why Pediatricians Need Lawyers to Keep Children Healthy*, 114 *Pediatrics* 224(2004).

(4) Jo S.Kittinger=Chuck Galey (illustration), *A BREATH OF HOPE*, 2012.

医療における弁護士の役割拡大の試み

立場にあるかどうかは、当該居住者の法的環境に大きく影響される。不法移民等、賃貸人に対して交渉できる事情が弱ければ弱いほど、このような劣悪な状況は温存される。医療関係者は患者の直面している医学的側面を手当するだけであり、それ以上の対応については、知識もなく、時間も経験もない。そうした事情があるところでは、弁護士によって、事案にふさわしい法的解決を提供すれば良いというだけであるが、弁護士への依頼について財政的な裏付けがない層にとっては、この状態は永続するということが現実のものとしてある。

例 2

傷害を受けたとして治療を受けている患者が、Domestic Violence (DV) の被害者と疑われる事情が存在していると推測される場合に、患者の傷害の治療を行うのは、当面は必要なことである。しかしながら、患者の福利の増進のためには、今後も繰り返されるかもしれない、傷害を治療することを続けるだけに終始するのではなく、患者=被害者を一刻も早くDVシェルターなどの安全生活プログラムに紹介し、加害者から遠ざけ、被害の機会を減らす方が、当事者にとってはるかに好ましい結果になり、生産的であることが推測される。そのための知識を持つ専門家としては様々な職種が考えられるが、その一つの職種が弁護士である。

これら二つの例から導き出せる教訓は、患者の福利・健康は、実は純粋に医学的問題だけで解決するものばかりではなく、患者の属する社会の背景事情に大きな影響を受けており、その事情を解決すれば、患者に現れていた身体的兆候が解決することも、決して少なくはない。患者を取り巻く環境事情が悪ければ悪いほど、疾病や健康障害事由に対する抵抗力は低下するので、それを除去することは急務であるが、貧困層においてはそういった法的サービスを受けられないのが、アメリカでは顕著である。そういった立場の人々にとっては、自己の窮状が法的サービスの実施によって解決できるというこ

とを認識することすら難しい、という状況があり、MLPがなければ自分の問題が法的問題であるということも自覚されない可能性が高いなど、リーガルサービスの貧困階層への提供の必要性は大きいと指摘されている。

リーガルサービスは基本的には経済ベース、自由競争の下に、一定程度の経済水準にある層にしか提供されていない。食物摂取もままならない、電気・ガスの供給も厳しいという状況の人々（このほか、教育、移民、医療保険、障害等）の救済を考えようとしても、医療関係者はこうした問題の処理についての知識が不足している。そこで医師と弁護士がこれまで反目しあっていたというところが、こういった仕組みを作ることで問題を解決するという方向が選ばれたということである。

[3] 様々な診療領域・患者群への拡大

この種の取り組みは、上記の2例に限られるものではない。MLPの基本文献⁽⁵⁾によれば、がん患者（第12章）、HIV/AIDS患者（第13章）、高齢者（第14章）への援助などが、MLPの例として挙げられており、特定領域での活動で実績のあるMLPも多数存在する⁽⁶⁾。これらの活動は、関係する当事者のすべてにとって、すなわち、①患者・患者家族としては、患者の生活一般の改善に役立つこと、②医療関係者にすれば、患者が問題を抱えていると治療が奏功しにくい点を解決しうること、③医療機関としては、医療費支払い、医療プランの提案に支障が生じる懸念を減じること、でいずれも利益のあるものであるとされる⁽⁷⁾。以下では、同書が触れている多くの論点のう

(5) Tyler=Lawton=Conroy=Sandel=Zuckerman ed., Carolina Academic Press, 2011 POVERTY, HEALTH AND LAWの第四編以下。

(6) たとえば、Ellen Cohen et. al., Medical-Legal Partnership, 2010 JGIM 136, 137は、ニューヨーク州のLegalHealth (<http://legalhealth.org>)やMLP Boston,FAPの活動を紹介している。

(7) なお、住宅、食糧スタンプ、在留資格、家庭内暴力、電気・水道・ガスの供給などにおける低所得者層への法的援助も問題とされており、医療に限定しない法的援助の機会を提供することで、患者の満足度も上がり、「保護されている」と感じる割合が高くなっているという。社会保障分野について、弁護士が関与しうる

ち、上記の三者について、その問題となるトピックを抜粋する。

① がん患者・がんサバイバーの患者本人及び家族に対する支援⁽⁸⁾

がんに罹患したという診断を契機として、患者には様々な社会的不利益が発生する可能性がある。近時、がんの予後は従来に比べて大きく改善している状況ではあるが、治らないがんもなお存在し、早期なら治るがんでも治らない段階まで進んでしまえば治らないということもある。なお、別の文献では、疾患が早期の段階で見つかったという場合と、進行期の段階で見つかったという場合、さらに進んで終末期に至った場合と、様々な段階が考えられるが、それらにおいて必要とされる法的課題も変わりうること、医療以外の側面を手当てすることにより、予後が改善し、患者の満足度が上がっているという調査があることも指摘されている⁽⁹⁾。

予後がよい段階・初期の段階で疾患が発見されたが、その旨を雇用主に報告したことで雇用が打ち切られるとすれば、職場で契約している医療保険の場合、雇用が終了すれば保険給付もなくなり、その結果、治療費を支払う方策が閉ざされてしまい、治療を続けられないということになる。それでは疾患が早期に発見され予後がよいと予測されても、治療を継続できない結果として結局放置と同じことになって予後が悪くなるということが起こり得る。

次に、疾病を理由とする雇用の打ち切りとはいかなくても、例えば、抗がん剤を一週間連続で一定期間実施するという治療計画が立てられた場合に、一週間にわたって一定時間、職場を空けることができないと、治療に支障をきたすということが起こり、その結果としてやはり予後が悪くなることもあり得るであろう。そこでこの場合、適切な治療計画への参加の保障が不可欠で

場面は日本に比べて格段に大きく、医療をきっかけとして、経済的弱者層への法的サービスの拡大が論じられている。

(8) Supra note 5, at 395-435.

(9) Fleishman et al., *The Attorney as the Newest Member of the Cancer Treatment Team*, 24 J. of Clinical Oncology 2123, 2124(2006).

ある。

また、疾病の進行程度にもよるが、処置によっては身体機能の喪失や体力の消耗といったことが起こる場合もあるが、そうすると、障害に対する各種給付の問題や労働関係の課題が生じることが予想される。

患者の予後が悪いことが予測されるような段階になれば、解決すべき法的課題はさらに増大する。疾病の進行によって仕事を続けられなくなれば、退職を迫られる可能性はより高まり、医療費の問題はより切迫性を帯びることとなる。また、患者が最期をどのように迎えるかということについての問題、死亡後の財産関係の相続その他多くの課題があり、これらの社会的要因によるストレスは、ターミナル期のQOLを悪化させる原因となりうる。

疾患について、患者が抱える医学的な問題の解決こそが医療関係者の第一の重要課題であるが、それが唯一の方法であるとは限らない。非医学的な問題解決の援助があれば、患者の予後が明らかに改善すると考えられるケースが多々あるだろうということは、多くの診療医が持っている経験とされるが、これまでのところ、そうした非医学的な側面において、特に法的課題の解決のための援助は、十分なものではなかったという問題意識が生まれている。たとえば、腫瘍医の多くが患者の非医学的問題について援助したいと考えているがその大半は実現していない。予後がよい事例が増加するにつれて疾病以外の側面での援助の必要性は高まっているが、その多くは法的援助がないと考えられ、これまで、医師と弁護士の間で対立状況の不信が両者の協力を妨げている面があったとも指摘されている⁽¹⁰⁾。

② HIV感染者/AIDS患者⁽¹¹⁾

HIV/AIDSについては、この疾患の当初の患者多発群が差別の対象とされる層であったことから、とりわけ法的課題は多いとされる。典型的には、

(10) Id. at 2123.

(11) Supra note 5, at 437-479.

医療における弁護士の役割拡大の試み

罹患を理由とする、あるいは罹患原因を理由とする差別禁止・雇用問題の問題がある。また、検査の可否、検査結果の開示・守秘、パートナーへの情報提供の問題や、治療法の選択、治療へのアクセス可能性についても、重要な法的課題がある。また、子供がHIV感染者/AIDS患者となっていた場合、特に保護に値することから、学校への情報提供、親権者の決定などの特有の問題が起り得る。

③ 高齢者医療⁽¹²⁾

高齢者は加齢によって様々な身体的課題が生ずるのが通常であり、このため医療・介護と距離が近いものである。そこでたとえば、特有の医学的・法的问题として、メディケアによる公的医療の恩恵をうけることができるか、当該高齢者がその地位にあるかどうか、不当に排除されていないかといった点で法的に保護を受ける必要性は大きい。また、医療における意思決定などについて、どのような処置を求めるか、意思能力の有無の判定といった問題や、リビングウィルの実施、長期医療の費用負担や居住場所の問題などがある。さらに、その立場の弱さから、高齢者虐待の問題も医療現場ではしばしば問題となるものであり、これらについては各種の連邦法・州法があり多様な方策があることから、法的な援助を十分考えることができる。

Ⅲ MLPの現在

アメリカの国全体レベルでは、The National Center for Medical Legal Partnershipsが中心となって活動しており⁽¹³⁾、MLPの構成要素として①医

(12) Supra note 5, at 481-525.

(13) National Center for Medical Legal PartnershipのURLは、<http://www.medical-legalpartnership.org/> (last visited on 12/18/2012.)であり、そこからアクセスできる資料により、MLPについての多くの情報を得ることができる。本稿の記述もその多くをこれに負っている。

療の場面での法的援助 ②従来の方法の変更 ③政策の変更、が挙げられている。同ホームページによれば、2012年段階において、250以上の医療センター・病院、そして38のロースクール、28のメディカルスクール・全米医師会（AMA）・全米弁護士会（ABA）等の協力の下に、毎年54000人の患者に対してサービスが提供されるなど、成功したプロジェクトとして位置付けられている。

MLPの具体的内容は各州で様々なものがあるが、Killeleaによれば⁽¹⁴⁾、大体4種類に分けられるとされる。その第一は、弁護士が医療機関を巡回するような形で、法律的な問題の存否を聞いて回るという方法である。より具体的には、医療機関に弁護士が医療機関にパートタイムで滞在する、というのが一番簡便な方法である。これにより医療と弁護士との障壁がかなり低くなり、リーガルサービスを使用しやすくしたという功績が認められる。第二に、医療機関と法律事務所が非公式に協力し合う形がある。例えば、カリフォルニア州バークレー市にあるEast Bay Community Law Center (EBCLC) は、地域に根付いて弱者の援助を行うというものである⁽¹⁵⁾。第三に、医療機関内部に法的サービスを提供する場所を準備するという形態がある。さらに第四に、医療チームの中に弁護士を加えることを考える立場も認めようという主張もあり、医療チームに弁護士を直接加えて、相互に検討して、より良い方向に進めるという提案もなされ、ニューヨーク州等ではこういったようなことも行われている。このように第一から第四に進むにつれて、法律家の医療への関わり方がより深くなり、医療と弁護士との障壁がかなり低くなって、リーガルサービスを使用しやすくしたという功績も認められる。こうしたリーガルサービスは現在、基本的に無料で行われている。こ

(14) Amy Killelea, *Note, Collaborative Lawyering meets colliaborative Doctoring: How a Multidisciplinary Partnership for HIV/AIDS services can improve outcomes for the Marginalized Sick*, 2009 *Georgetown Journal on Poverty Law and Policy* 413,420.

(15) EBCLCは、UC Berkeley ロースクールによって設置されており、Oakland Children Hospitalと非公式に協力し合う関係になっている。

これは、医療を受けること、同時に、リーガルサービスを受けることが最も必要な人々に実は提供されていないということであり、そこでの課題はまさに経済的問題である。

ロースクール・メディカルスクールのそれぞれには、「貧困と法 (Poverty and Law)」等の名称の講座の中などで、MLPに関するプログラムが存在する⁽¹⁶⁾。ロースクールの学生にとっては比較的抵抗なく取り組むと思われるが、医療関係者にとっては、目の前の小児喘息の子供がどういう問題を抱えて、それがどういう法的問題と解決策があるのかということは容易には想起できるわけではないということはあるので、こうした課題に関する知識を医療関係者に提供するというのもMLPの作業として重視されている⁽¹⁷⁾。

従来のリーガルサービスは、揉めに揉め危機的状況に陥って初めて弁護士が職務を受けるというのが通常であって不十分であり、そうした纏れた糸をほぐす流れが必要で総額としての解決コストが高くなり、そもそもそういったコストがかかることが考えると放置されているというのが現状だとすれば、問題が深刻化する前にリーガルサービスを受けられれば、社会全体のコストも減り、改善するメリットが非常に大きいと理解されている⁽¹⁸⁾。

(16) カリフォルニア州のサンフランシスコ周辺では、カリフォルニア大学Berkeley校とStanford大学のジョイントプログラム、UCSF (カリフォルニア大学サンフランシスコ校・メディカルスクール)とUC Hastings校・ロースクール、のジョイントプログラムなどがある。なお、Wettach, *The Law School Clinic as a Partner in A Medical-Legal Partnership*, 75 Tenn. L. Rev. 304(2008)なども参照。

(17) AALSのシンポジウムのテーマであるTeaching Health Law Outside the Classroomを特集した9 *Indiana Health Law Review* 389以下 (2011-2012)は、近時の各地ロースクールのMLP活動について情報を提供している。なお、Wettach, *The Law school clinic as a partner in a medical-legal partnership*, 75 Tenn. L. Rev. 305 (2008)も参照のこと。

(18) Kelly A. Scott, *Medical-Legal Partnerships: Practicing Preventive Law*, ABA Health eSource, July 2009 Vol.5 No.11 (<http://www.abanet.org/health/esource/Volume5/11/Scott.html>) (last visit on 12/18/2012). なお、より望ましい治療成果を得るため、MLPへの投資を増やすべきとの主張をするものとして、Sandel

IV MLP実施における諸問題

[1] 概観

MLPには、前章で述べたような種類があり、実際に行われる場合には、その形態によってさまざまな流れが考えられる。例えば、弁護士の関与が最も濃厚な、医療チームに弁護士が加わるという前掲四の場合には、医師が患者を診察し、法的問題の存在の可能性が推測されれば、チームの弁護士に患者の個人情報を示して、弁護士がそれを検討することになる。その検討の結果、法的問題の解決の方向性を患者に示して、その意向を確かめ、患者の了解がとれれば、法的援助が実施されその結果、患者のかかえる社会的課題が解決に導かれるという流れになる。

弁護士と医療関係者が協力し合って、患者の問題、特に法的課題について十分なサービスを受けていない社会層の問題を解決するというこうした方法の意義は、医師・弁護士のいずれもが、その職務に公益的な性格を内包している面があり、そのために協力できるものがあれば協力できるという形での活動を通じて、その公益の側面を示していることである。もっとも、そうした理念面の積極的側面ばかりを強調することは意義があるとしても、具体的には様々な問題が起こり得る。以下ではそうした点について論じた論文から、その概要を紹介する⁽¹⁹⁾。

[2] 利益相反の可能性

問題の一つ目は、利益相反の可能性であり、誰が誰の当事者となるのかという点を通じて、それが典型的に現れるのが、医療過誤の疑いを患者側が取

et. al., 29 Health Affairs1697, 1703(2010).

(19) 以下の記述は、Campbell=Sicklick=Galowitz=Retkin=Fleishman, *How Bioethics can enrich medical-Legal Collaborations*, 38 J.L.Med. & Ethics 847(2010)及び Boumil = Freitas = Freitas, *Multidisciplinary Representation of Patients: The potential for ethical issuesand professional duty conflicts in the Medical-Legal-Partnership Model*, 13 J. Health Care L. & Pol'y 107(2010)に大きく依拠している。

り上げてきたときに、その病院の医療チームに、弁護士が加わっていたとするとどうするのかである。これは病院とMLPの弁護士との関係によるが、MLPによってそれが患者の福利を良くするための一メンバーであると説明を受けていたところ、治療の首尾が悪く、過誤の懸念を抱いたときにその統一性をどのようにとるかが、ここで端的に問題となる。一般論としては、事前に医療過誤の問題は取り上げないと明示することが実際上行われ、医療事故について相談をしたいということであれば、一般的に、患者の権利を擁護する組織や、医療事故専門の弁護士の案内をすることは許されると解されている。また、費用のそれぞれの職種への配分方法はどうするかについては、事前の取り決めが必要であるとされる。

[3] 医師と弁護士の守秘義務範囲の違い

次に、医師、弁護士には守秘義務があるものの、アメリカの場合には法的義務と倫理違規範と分かれており、医療関係者と弁護士との間で若干の相違がある。そこで、一方の職種で免責が認められている反面、他方は倫理的に情報提供すべきだということで、この違いをどう扱うのかという問題がある。端的に言えば、ある種の依存症患者、あるいは特定疾患の患者が発生したときに、行政機関に報告しなければならないことが医療機関・医療関係者には法的義務として存在するが、弁護士の方は逆に特権としてそのような報告義務は免除されていることになっており、相互の協力においては、そのような問題の調整をどう図るかという問題がある。これは医療倫理・放送倫理の点からも問題視されるが、医師、弁護士はそれぞれ別々に記録を準備することが推奨されている。

[4] 運営費用の問題

三番目の問題として、MLPは慈善活動の一環として行われているところが多いが、経済的には引き合わないということが少なくない。多くの場合には、こうした活動の価値を認めて、寄付や援助で運営されている実情があ

る。MLP自体、現状を改める活動の一環として存在しているところがあり、政治的にコミットメントをしていかざるを得ないという側面もあるが、政治的活動に対して、公的な機関は援助をしてはならないという仕組みになっている場合があり、社会制度変革の活動としてMLPを行うことは、公的扶助を受けることとの関係では衝突が生じる恐れがあり、MLPの運営費用をどうするのかということが非常に大きな問題として存在する。アメリカでは、いくつか大きな援助をする団体、民間団体があるため、そちらから援助を受ける、年次にわたる援助を受けるということでこれまでは実施してきたようであるが、今後、何らかの形でさらなる活動の活性化を図ることを検討するとすれば、何らかの新しい業務を生み出す仕組みを考えないと、長期的には行き詰る可能性もあると指摘されている。

[5] 医療関係者と弁護士との文化理解への貢献

医療関係者と弁護士としての文化理解がこのMLPによって進むかは未知数であるが、両者が協力をし合うということをABA・AMAともに協力していることは前述した。弁護士は社会の病気を治す、医師は個人の病気を治す、そういう意味では病気を治す点で共通しており文化の土壌は共通であると指摘されることがあるが、弁護士の仕事は社会の病理を攻撃してそれを正すという側面があり、紛争志向的である。医師・医療関係者の職務執行が他人を害することがあるというのは、極めてまれなことだろうと考え、ベクトルがやはりそれぞれ交わらない方向を向いているというところがあり、乗り越えがたい文化障壁がなお残ると考えられなくもない。しかし、職務内容の違いを理解した上で、協力し合えるところは協力するというレベルにとどまれば、これも大きな問題にはならず、弁護士の職務が常に紛争と不即不離の関係にあると解するのも一面的であり、患者の法的問題は満足な治療を受けるための手続きという側面もあることからすれば、両者の職務内容が全く異なるということも相対的なものにとどまるとも言っているとされている。

[6] 更なる展開可能性：MLPを学問体系上、どのように位置づけていくか

以上のようなMLPのさらなる展開可能性については、学問体系の観点から、法的な仕組みを通じたPublic's Health legal Serviceという形での発展を図るのが一つの方向性で、弁護士も公衆衛生にそれなりの力と役割を果たし得るという理解がある⁽²⁰⁾。なお、これまで述べてきたようなMLPは、カナダ・オーストラリアなどの諸外国でも行われるようになってきていることが注目されよう⁽²¹⁾。

V 日本への示唆の可能性

[1] 日本の問題状況

日本でも、医療現場では法律問題として考えられる難問は少なくない。しかしそれを解決することは自主的な活動に任されており、大半は実質上、放置されているものと推測される。例えば、意思表示ができない状態になった終末期の患者の治療方針が、意思表示ができる段階に表明されていた患者本人の希望と明らかに違うものがとられている場合、主治医の患者への治療方針を変更させるためには、相当な覚悟と障壁を乗り越える必要がある。他方、医療現場は、モンスター患者・その代理と称する人への対応で疲弊して

(20) Public Health Legal Serviceという方向性について、IOM: *The Future of the Public's Health in the 21st Century* (2003); For the Public's Health: *Revitalizing Law and Policy to Meet New Challenges* (2011); Schulman=Lawton=Tremblay=Retkin=Sandel, "*The First Wealth is Health*": *The Nexus of Health, Poverty, and the Law*, 15 *Geo. J. on Poverty L. & Pol'y* 729(2008); Elizabeth Tyler, *Aligning Public Health, Health Care, Law and Policy: Medical Legal Partnership as a Multilevel Response to the Social Determinants of Health*, 2012 *J of Health & Biomedical Law* 211など参照。

(21) これにつき、Pro Bono Institute, *Canada Embraces Medical-Legal Partnerships*, <http://thepbeye.probonoinst.org/2012/01/23/canada-embraces-medical-legal-partnerships/> (last visited 12/18/2012)。

いるともされ、これらを放置することは好ましいことではない。こうした状況下において、MLP導入が行われれば、それにより期待できる効能としては、放置されている法的サービスを受けるべき層の権利回復と医療現場の法律問題の相対的安定、相当規模の弁護士業務の創設・展開といったことが考えられる⁽²²⁾。

[2] 検討を要する課題

MLPの導入が日本でも期待できるものがあるといえるとしても、以下に掲げるような様々な問題があり得るところである。またそもそも前提として、病院での弁護士の立ち位置をどうするかという問題がある。その関与の形態につき、インハウスローヤー（病院内弁護士）か、法律事務所からの派遣で病院はその出張所という扱いか、あるいは、病院内開業（フルタイム・パートタイム）という可能性もあるかも知れない。いずれにせよ、この立ち位置が決まらなると、以下の問題から派生的に出てくる問題のスタンスが決まらない⁽²³⁾。その関係では、単に医療機関に法務部を作るのと大差はない、ということにもなりかねないが、MLPは法務部の業務にとどまらず、患者の状況に医療の観点から援助を行うという点で違いがあることに注意する必要がある。本稿では、前掲（32頁）でいう第四の立場、すなわち最もMLPの関与が深いものをその立場として、そこに含まれる課題を考えることとしたい。具体的には、①現行法制度との抵触問題、②他業種との摩擦問題、③適切な弁護士業務の実行可能性の問題、④財政問題、⑤弁護士の地位の問題、である。

まず、①の現行法制度との抵触問題であるが、医療法、弁護士法にMLP

(22) 内容は異なるが、日本弁護士連合会高齢社会対策本部編『超高齢社会におけるホームロイヤーマニュアル』日本加除出版、2012年）4頁～13頁は、本稿の問題意識と通じるものと解される。

(23) この問題は、医療界・法曹界、あるいは日本社会が、MLPをどの程度受け入れる可能性があるかによって異なりうる。以下の記述は、最も先鋭的な立場での課題を検討したものである。

医療における弁護士役割拡大の試み

導入に直接的に障害となる規定はみあたらない。医師法との関係では、弁護士がどこまで治療に関わることを認めるか、について検討の余地があるが、MLPの弁護士が実施するのは医療行為そのものでも、医業類似行為でも診療の補助でもなく、その職分を維持する限り、問題は起こらないと考えられる。但し利益相反の可能性は考慮を要しよう。

次に、②他業種との摩擦問題であるが、医療現場に弁護士が入ることに對する抵抗感をどう緩和するか（医療免許を有する弁護士が先鞭を切ることはひとつの選択肢である）、社会福祉士との職域の抵触という問題は、内容的には重複する部分もあるが、社会福祉士では対応できない課題を弁護士が行うことに主眼があることを理解する必要がある。なお、他業種ではないが、MLPの導入により、顧問弁護士との競合問題が派生してくる可能性はないではない。しかしこれについては、病院の弁護士としてのみ活動するわけではなく、活動部分が違うので、MLPを始めてもその顧問弁護士の仕事を侵害することにはならないので、障害にはならないものと思われる。

さらに、③適切な弁護士業務の実行可能性の問題として、MLPの実際の職務内容としては、医療機関内の弁護士の仕事としてのMLPの業務、医療における意思決定の援助（決定能力の判定、意思決定に必要な情報収集、末期状態における方針決定、患者の意識不明時の代諾者の選定など）、相続、遺言、離婚と親権などについての法的問題の分析と援助、DV・児童虐待の被害者保護といった業務と、病院弁護士としての仕事として、医療事故対策・予防対策、モンスターペイシェント対策、労務管理その他、さらに生命倫理の担い手として、臨床試験・臓器移植等の倫理委員会委員、生殖補助医療、終末期医療等の倫理問題への意見、リスクマネジメント委員、事故調査委員としての活動、が考えられる。これらを弁護士として具体的に活動する場合、ジェネラリストとして十分な業務執行をすることができるか、という問題がある。これらは経験の殆どない弁護士でも手に負える案件ばかりとは考えにくく、相応の経験と技量がないと失敗が起こる可能性がある。さらに、病院の弁護士にそれだけのニーズを掘り起こしうるか、という問題もあ

るが、リーガルサービスの必要性は人の生死の場面で生じることが少なくないので、法律問題を解決できる方策が、各地の弁護士会ではなく、病院内にあるならば、それを利用しようとすることもあるのではないかと思われる。それでは十分な受任が見込めない場合は、パートタイムジョブとして始める形で対応することになるか。

また、④財政問題、⑤弁護士の地位の問題、も重大であり、業務内容の複雑さ、困難さに比べて、経済的収益が必ずしも望めない可能性があること、MLPに参加することが、当該弁護士のキャリア形成に有益な道なりと示すことができないと魅力ある職務とはいえない等の課題もあり、これらが解決されなければ、有為な人材の供給が期待できない可能性がある。それでも、アメリカの貧困層が日本に比べてはるかに不利な状況に置かれているのに対し、日本ではそこまで格差は大きくないと考えられるため、リーガルサービスを有料で提供する形としても、強い抵抗が生じないのではないか。また、消費者金融における過払い事案の経験など、採算がとれる手法を編み出すこと、さらに、上記のように、「医事」弁護士としての仕事以外に、病院にいることをきっかけとして各種一般事件を任される等の事態が生じれば、その面での受任から職務量全体の底上げも期待できるかも知れない。

VI おわりに

以上、ごく駆け足でMLPについて、その一端の紹介と試論を示した。医療に関わる患者情報を収集・提供し、それをもとに治療を実施してその医療上の問題を解決するように努力する、というのが診療契約であるが、そこに弁護士が加わった場合、より広い患者情報をもとに、社会的な問題を解決することも含めてひとつの診療契約となってくることになる。法的援助の必要性を認識し得たらそれを提供しなければ、診療契約に反するという見方は医療関係者の観点からは受け入れがたい面があるように思われるものの、医療が病気を治すだけ、に限定されず、患者の福利を向上させるために、使い得る手段と方法というのはその周辺にも多くあるということを改めて再認識させられるMLPの活動は興味深いものがあり、今後も検討してゆきたいと考える⁽²⁴⁾。

本稿は、科学研究補助金（課題番号23252005）の成果の一部である。なお本稿執筆に際して、早水暢哉弁護士（東京弁護士会）から、実務家としての有益なご意見を受けたほか、2012年9月29日、医と法の架橋研究会（早稲田大学）においても種々ご示唆を賜った。記して感謝申し上げる。

(24) 本稿では、それぞれの箇所ですべて引用の文献のほか、Retkin et.al., *Lawyers and doctors working together—a formidable team*, 20 *Health Lawyer* No.1.33(2007); Retkin et.al., *Medical Legal Partnerships: A key strategy for mitigating the negative health impacts of the Recession*, 22 *Health Lawyer* No.1 29(2009); Randy Retkin=Julie Brandfield=Margo Hoppin, *Medical legal partnerships: a key strategy for mitigating the negative health impacts of the recession*, 2009 *Health Lawyer* 29; Marybeth Musumeci, *Ugmenting advocacy: giving voice to the medical-legal partnership model in medicaid proceedings and beyond*, 44 *U.Mich. J. L. Reform* 857 (2011); Monica Carmean, Note, *Medical-legal partnerships: unmet potential for legislative advocacy*, 19 *Geo. J. on Poverty. L. & Pol'y* 499(2012)を参照した。