Kobe University Repository : Kernel

PDF issue: 2026-11-27

法医学から臨床医への提言(3)：医療事故と法律、特に救急医療を中心にして（視点）

菱田，繁

(Citation)
神戸大学医学部神緑会学術誌,6:124-136

(Issue Date)
1990-06

(Resource Type)
departmental bulletin paper

(Version)
Version of Record

(JaLCDOI)
https://doi.org/10.24546/81007160

(URL)
https://hdl.handle.net/20.500.14094/81007160

視　点——

法医学から臨床医への提言　(3)

—医療事故と法律、特に救急医療を中心にして—

兵庫医科大学法医学教室教授　菱田　繁

1）医療事故と医療過誤

医師が診療上において、患者に思わぬ結果が生じ、医師と患者との間にトラブルの生じることを、一般的に医療事故・医療紛争・医療過誤などと言われてきた。

しかし、医療事故の中には事故自体すでにそれが医療過誤に属することの明らかなものもあるが、一方、また事故であるのに間違いないが、これを法律上の過誤として処理し得ないものも少なくない。言いかえれば、医療事故の全てが医療過誤ではないし、医療過誤の全てが医事紛争になるわけではなく、医事紛争の全てが医事裁判に進展するわけでもない。

すなわち、『医療過誤』とは医療行為の手段・方法に誤りがあり、そのために患者が予期せぬ結果となる場合であり、『医療事故』とは医療過誤がなくとも偶発的な事故などで、予期せぬ結果が発生する場合をいう。また、『医事紛争』とは医療上のことが原因で、医師と患者が争うことである。

したがって、医療上において思わぬ事故が発生し、その結果として医事紛争となるのが一般的なケースである。

その事故の原因が、医師あるいは医療補助者の過失によるものか否かによって、医療過誤であるか偶発的な事故であるかで決まる。仮に、事故に至らなくとも誤解や説明不足などから、医事紛争となるケースもみられる。また、紛争に至らないケースも多く存在することは言うまでもないことである。

そもそも、救急医療とは、危急の場合にある患者に対して救命・介護の処置を行う医療行為であって、その事態は突発的であり、これを放置すれば患者に重大な健康障害もしくは生命の危険をもたらすことがほとんど必至的であり、しかもその際の対応処置は、その事情に応じて種々様々であり、決して一定の枠内のものとは限らず、いわゆる“常態でない診療条件”の下での医療行為となるのが一般である。

加えて、当の患者ならびにその身辺の人たちの不安、恐怖、周章狼狽、ときには興奮または呆然自失など、異常な心理反応状態にあることもしばしばである。

こうしたことのために、救急医療は本来的にいわゆる医療事故に結びつく要素を持っているといえる。

以上の理由から、救急医療の現場では常に医事紛争の原因となると予想されるすべての事態を考慮して慎重に治療をおこなわなければならない。

2）救急医療における医師と患者の関係について

通常の診療の場合は、医師と患者の関係を契約関係とされている。すなわち、この診療契約は、診療・治療などという事務処理を目的とするもので、いわゆる委任契約ないし準委任契約であるという考え方が一般的になっている（民法第643条～第656条）。

委任とは、当事者の一方（患者）が事務を処理することを、相手方（医師）に委託し、相手方（医師）がこれを承諾することによって生ずる契約関係である。すなわち、患者が医師を訪れ、その診療を受けることは、疾病の治癒を目的とするものではなく、適切な診療をしてもらうことが目的とされている。したがって、ここに成立した診療契約は、診療という事務処理を内容とする委任契約と考えられる。なお、この際に医師は“善良な管理者の注意”（最善の手段と方法）をもって診療を行わなければならはないのは当然のことである（民法第644条）。ここにいう“善良な管理者の注意”とは、社会通念上必要とされる程度の注意という意味であり、医師の備えている医学上の知識、経験、技術などによって最善を尽くして診療に当たるということである。

これに対し、救急医療で身許不明や交通事故やその他の災害などで、患者が全く意識不明の場合、あるいは自殺未遂者などで診療を拒んだ場合では当然患者からの申込みがないから、前述の契約関係は成立せず、準契約関係の事務管理となる（民法第697～第702条）。すなわち、この場合の診療行為は、義務がない他人の為を思って疾病の治療という事務を処理することになる。ただし、この場合の事務処理は、その事務の性質

に従って、本人の利益に最も適する方法で処理することとなっている（民法第697条）。したがって、依頼のない診療に当たっても、前述の診療契約のある場合と同様に、医師は善良な管理者の注意を用いて診療を行わねばならず、相手に頼まれないからといって、その診療範囲や方法について最善の方途を尽くさなければ、その結果生じた損害に対して賠償しなければならないことになる（民法第698条）。ただし、患者の身体に差し迫った危害を防止するために管理を行う場合、すなわち『緊急事務管理』の場合には、管理人である医師の注意義務が軽減され、管理人（医師）に悪意または重大な過失があるのでなければ、これによって生じた患者の損害を賠償する責任が無いことになっている。

3）医療行為における患者の同意について

古い時代には、患者は医師に対して全幅の信頼をよせていたため、医療上において患者の同意の有無が問題になることは少なかったが、昨今では、医療技術の目覚ましい発達に伴う危険性の増大に加え、医療ないし、医師に対する不信感等のため社会的にも法律の分野においても、医療行為について患者の同意（承諾）が問題となることが多くなった。

しかし、個々の医療行為のすべてについて、患者の同意が必要というわけではない。その理由は、患者が医師を訪れ、その病の治療を依頼することは、医師が医学の法則に基づいて行う医療行為について、患者は全般的な同意をしたものと解されるからである。

しかしながら、患者に重大な影響をもたらすような医療行為、例えば各種の手術や副作用のある薬剤の投与、あるいは放射線療法等、については、患者の同意が必要となる場合がある。すなわち、これらの医療行為の結果、医療事故が発生し、訴訟になったような場合には、説明があったか、有効な同意（承諾）があったか、などが裁判の争点となることが多いからである（判例1～4）。

同意は一応その医療行為が行われる前に得ておくべきであり、患者の同意を得るに先だって、医師の行うべき説明義務の内容としては、①病気の重さ、②治る見込み、③侵襲により生ずる危険、④侵襲の深さ、⑤侵襲の緊急性、⑥侵襲の目的などがあげられる。その方法としては、口頭、文書にいずれによっても有効であるとされている。また、一般に患者がその医療行為に対して積極的に反対しない限り、患者がその医療行為に対して暗黙のうちに同意（承諾）があったものと理解されるので、必ずしも明示されていなくてもよいとされている。ただし、前述の如くその医療行為の結果として、不幸にして医療事故が発生し、それが医療訴訟に進展した場合のことを考慮すれば、手術等の危険性の高い医療行為を行う際には、承諾書などにより明示の同意を得ておくことが望まれる。

なお、この承諾書の内容であるが、例えば、『どのような事情に及んでも苦情は出しません』というような漠然とした内容の誓約書は、法律的に全く意味が無く、これによって患者がこの医療事故の損害賠償請求の放棄をしたということにはならない。すなわち、これらの承諾書あるいは誓約書には、医療行為の個々の危険性について特定し、それについての損害賠償請求放棄の明示をしておくことが必要である。例えば、手術にあたっては、①手術の必要な理由、②手術の内容、③予定している麻酔法、④侵襲する臓器や部位、⑤手術所要時間、⑥必要入院日数、⑦かなりの頻度に発生が予測される危険や障害について、⑧手術開始後に、初めに知り得る症状によって手術内容や病名に変更のありうること、⑨悪性が疑われるケースについては、適当な近親者に判断を正確に説明する、⑩以上の説明については、その要点を必ずカルテに記載しておく。特に、緊急やむを得ず手術を行ったような場合にはその旨を明記しておくこと等の注意が必要である。

ここで、注意しなくてはならないことは、患者の同意さえ得ておけば、医師はすべての診療行為上の責任を免れることができると考えてはならないということである。もし、その診療行為に際して医師側に過失や不注意に基づいた医療過誤の問題が発生した場合には、医師はその条約を理由として損害賠償の責任を免れることはできないのは当然のことである（判例5、6）。

4）同意（承諾）が必要でない場合、特に救急医療行為について

医療行為において、患者の同意（承諾）の不要とする場合には、法律で認められている場合と緊急の場合の二つがある。

前者の場合としては、①優性保護法による優生手術（同法第3、4条）、④伝染予防法による強制入院（同法第7条）、③らい予防法による強制診療と強制入院（同法第5、6条）、④精神保健法による強制入院（同法第29条）、⑤麻薬取締法による強制診療と強制入院（同法第58条の6）および、⑥予防接種法による予防接種（同法第5条）がこれに該当する。

救急患者の場合は、後者の緊急の場合に相当する。すなわち、瀕死の重症者や危急な患者に対して、早急な処置の必要に迫られた際に、患者やその家族あるいはその他の法定代理人との連絡が取れなくて、その同意が得られないからといって、診療行為を手控えるわ

けにはいかない。このような場合には、いわゆる緊急避難（刑法第37条、民法第698条）として、同意（承諾）なしに診療行為を行っても、その行為については違法性を問われることはない。(判例7)。

ただし、緊急避難に名をかりた不当な過剰治療などは、たとえ救急事態としても法的に非難されるのはいうまでもない。また、緊急の場面であっても、その誤診・誤療などにつき当該医師の“重大な過失”がある場合は、必ずしも免責されない(判例8)。

5）エホバの証人の輸血拒否について

「エホバの証人」は19世紀末、アメリカ合衆国で組織されたキリスト教一派の宗教団体であり、我が国に於てもその信者が宗教上の信念に基づいて輸血を拒否するという事件が頻発し、いろいろな社会的関心を集めている。

このような信抑を理由として患者自身もしくはその家族が輸血を拒否した場合、医師のとるべき態度として、次の三つの選択が考えられる。

第一の選択は、患者自身もしくはその家族の意志を尊重して、輸血なしに治療を行うという態度である。この場合にも、意識のある患者で自己決定能力が備わっている（成人等）か、患者が意識明瞭であっても自己決定能力が無い（未成年等）か、あるいは患者自身が意識不明であるかによってそれぞれ状況が異なってくる。

①成人に達している患者自身の意志で、信仰上の輸血拒否の申し出があった場合

この場合、医師は救命のためには輸血が絶対に必要であることを患者に説得し続けるのは当然のことであるが、どうしても受け入れられないときには、医師として不本意ながらそれに従わざるを得ない。たとえ輸血せずに治療して、その結果患者が死亡したとしても、刑法上の未必の故意による殺人とはならない。また、民法上では、患者の申し出である輸血拒否に従ったのであるから、なんの問題も生じないのは当然である。しかしながら、後日のトラブルを避けるために、再三にわたり輸血が必要であることを説得しようとした事実をカルテ等に記録しておくことが必要であり、同時に、本人には「宗教上の信念による輸血拒否であり、その結果、治療上どのような事態が生じても異議は申し立てない」という内容の誓約書をとっておくことが良策である。

②未成年者である患者の両親が輸血を拒否する場合

民法上では未成年者は親の監護の下にある。親の監護権は公序良俗に従い、社会通念上子供に対して有効有益な方法範囲に限られるべきものであり、子供の生命に対して生殺与奪の権利を有するものではない。信仰上の輸血拒否のように、直接子供の生命に重大な関係のある戒律について、未成年者である子供に、親が自己の恣意のままに治療、救命に必要な輸血を拒否するのは監護権の乱用である。よってこのような場合については、両親の意志に反して輸血を強行したとしても、医師はなんら法的責任を追求されないと考える。逆に医師側から、子供の生命尊重についての親の監護権の怠慢、親権の乱用を、民法第834条の定めに従って追従することができる。むしろ、医師が両親の意志に従って輸血せず、そのために子供の生命を失うなどの重大な事態になった場合には、医師は刑法第218条等その他の刑事上の責任を追求される可能性が極めて大きくなる。

③本人が意識不明であり、家族等から輸血拒否の申し出があった場合

この場合は、言うまでもなく、家族等が来院するまでの間は、医師として、救命に必要なあらゆる医療を実施するべきであり、たとえ本人の所持品等から「エホバの証人」の信者であることが判明しても、そのことを考慮する必要はなく、輸血をしたことについて、後で問題とされることもない。すなわち、患者が仮に信者であっても、輸血拒否というような信仰上の戒律を本人がどのように考えているか不明で有る限り、医師は患者救命という医師としての道徳律を守り、必要と考えられるあらゆる処置をするのは当然のことであるからである。その後に家族等が来院し、彼らから信仰上の輸血拒否の申し出があったときには、まず、患者救命のため輸血が絶対に必要であることを説得するとともに、それを申し入れた人たちと患者との血縁関係についても十分に調べる必要がある。もし、申し出た人が患者とは遠い血縁関係であったり、単に同じ信仰を持っている他人であるような場合は、輸血拒否という信仰上の言い分に、医師として耳を貸す必要は全く無い。次に、この輸血拒否が、患者の妻または夫、成年に達した子供などいわゆる相続人または法定代理人と認め得る人からなされた場合でも、そのことが患者本人の生命に重大な影響を与える可能性のあるような事態では、本人のみに決定権のある“一身専属の権利”と考えられ、たとえ相続人、法定代理人といえども、特定の宗教上の戒律を強制する権利はないと考えるべきである。前述のごとく、医療行為における承諾は、緊急の場合でしかも本人が意識不明の時などには、厳密に解釈する必要はなく、善良な管理者としての注意をもって、憲法に言う生命権の安全のために、民法第１条の公共の福祉、権利義務の信義権、権利濫用の禁止等の条意に従って、家族の輸血拒否を無視して医

師が患者救命のために輸血を施行したとしても、刑事上の責任は勿論、民事上の不法行為にも相当しないと考えられる。

第二の選択は、輸血しか救命策がない以上、患者を助けるために本人からの輸血拒否の申し出を全く無視して、輸血を強行するという態度である。

我が国の刑法では、医療行為の多くは傷害罪の構成要件に相当しているが、ある条件を満たすときはその違法性が無くなるとする、いわゆる違法性阻却説の立場をとっている。この条件としては、㋑診療するという目的があること（社会的相当性）、㋺診療のための手段や方法が妥当であること（学理的正当性）および㋩患者本人の承諾があること（患者の自己決定権）等があげられ、これらの三つの条件が完備している場合にのみ違法性が阻却される。そこで、あえて患者の意志を無視して強制的に、または麻酔剤等を投与して意識を失わせて輸血した場合には、刑法上で前述の違法性阻却事由の一つが欠けることとなり、その行為が当然傷害罪を構成するという解釈が成り立つ。しかし、一方、医師側としては日本国憲法に定められている基本的人権（第11条、13条）の一つとしての生命権の保全のために、患者の主張を無視したものであって、刑法第37条の『自己又ハ他人ノ生命、身体、自由、若クハ財産ニ対スル現在ノ危難ヲ避クル為メ己ムコトヲ得サルニ出テタル行為ハ（略）之ヲ罰セス（略）』の条文に相当するとして抗弁できる。また、過去の最高裁判所の判例にも見られるように、“医業に於ける人命尊重が何物にも優先するという道徳律である”概念を考え合わせると、患者の救命のために強制的に輸血をしたとしても、そのことで直接的に医師が刑事責任を問われることはないと考えられる。また、民事上では、このような相手の意志に反する行為による権利侵略については、民法第709条および第710条の精神的損害に対する慰謝料求償権に基づいて、不法行為責任を追求されることを覚悟しなければならない。なお、この民事不法行為責任については、前述の刑法第37条の緊急避難は成立しない。また、民法第720条にある正当防衛、緊急避難の条文もこのばあいには相当しない。

第三の選択としては、輸血によってしか救えないのに、それをあくまで拒否するのであれば、充分な医療が出来ないとして辞退する（転院してもらう等）という態度をとることである。

この場合の法律的な問題点としては、医師法第19条にいう「診療拒否」の正当な事由にあたるかという点である。医師側としては、最も必要だと考える治療法を使えないというのでは、責任ある治療ができないという理由で、治療を断ることは考え得るが、こうした理由による診療拒否が正当な事由にあたるか否かについては前例がない。しかし、現実には治療を断っている病院がないとは断言できないと思われる。当然のことではあるが、この場合にも疾患の緊急性を充分に考慮して行動しないと、“患者のたらい回し”として非難されることとなる。

6）診療に応ずる義務について

救急医療の現場では、搬入されてきた患者に対して、患者の病態が担当医師の専門外であることや、応急体制の不備等を理由にした診療拒否がしばしば問題となる。

医師法第19条第1項には『診療に従事する医師は、診療治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではないない』と定められている。これには罰則規程はないので、この規程違反ということで医師が直ちに罰せられることはないが、それが原因で患者が死亡したような場合には、刑事事件や民事事件に発展していく（判例9、10）。この条文でいう“正当な事由”とは、法律で明記されていないが、実際に遭遇する例としては①医師自身が病臥中である場合、②医師が不在であるとかで実際に診療が不可能である場合、③暴風雨や地震等で交通が途絶されている場合、④専門の別、⑤医師が酩酊している場合等、一般社会通念上、妥当やむをえないと認められる場合を意味している。以上の理由のうち、全くの専門外の診療を求められた場合は、それは通常の外来診療患者ならば医師法第19条にいう正当な事由に当たると考えられるが（判例11）、救急患者に対してはその患者が医師の専門外の病態であるという理由で、診療不応召の“正当な事由”という言い訳は当然成り立たない。すなわち、救急患者の場合には医師は少なくとも、その患者を診療した上で、必要により可能な限度の応急処置を施し、“自己の選択”によって専門外の理由の下に、その患者を専門医に転送することが道義上必要である。このことは前述の「エホバの証人」による輸血拒否で、第三の選択の場合にも同様のことが言える。なお、医療費の滞り、休診日、診療時間外、他の患者の治療中である等、は正当な事由とはならない。

また、告示医療機関が救急医療のための適切な施設・設備あるいは空床等を欠いていることを理由に「救急患者に対して不完全な処置あるいは治療しか行えないことが、患者本人に対して不利益となる」という考え方が、救急医療を拒む“正当な事由”とはならない。すなわち、告示医療機関のみならず、救急医療部を持つ大病院はもちろん、すべての病院は医療法第21条及び医療法施行規則第19条に定められているよう

に、病院の各科あるいは各診療所ごとに、それぞれの規模に応じて外来患者及び入院患者の予期しない急変状態に対して、十分に対応するための必要な器具・機械・薬品類の整備や、施設ならびに人員の確保およびその教育・訓練等は義務づけられているからである(判例12、13)。

応召義務を怠ったことが原因で、患者が死亡したり重篤な障害が生じたりすると、㋑刑事事件としては、業務上過失致死傷罪（刑法第211条）あるいは遺棄による致死傷罪（刑法第219条）などで罰せられる(判例9)。㋺民事事件としては、診療の求めに応じなかったことが医師の過失につながるとしている判例や(判例14)、いわゆる『タライ回し事件』として、救急病院などで訴訟となった例がある(判例15)。

7）救急医療上の注意義務について

救急医療においては、その特殊な状況下では特に診療上での誤りや過誤手術あるいは予後判断の誤りなどが起こりやすく、それらが後日の医事紛争の原因となることがしばしば生じる(判例16～19)。一般に、これら各種の医事紛争を処理するための医療過誤裁判の根拠となる法規定は、前述のごとく刑事事件では刑法第211条の業務上過失・重過失致死傷、また、民事事件では民法第709条の一般の不法行為一要件と効果、同第415条の債務不履行による損害賠償責任、同第644条の受任者の注意義務などが相等する。いずれの規定もそのポイントは、医療行為に際しての医師の不注意があるかどうか、またそれが患者の不幸な結果の原因になっているかどうかにあるわけである。

なお、参考までに医療事故裁判における手続の大略を「付図１」および「付図２」に示す。

救急医療の実際では、その場面の状況によって、充分な診断が尽くされないままに、もっぱら担当医の学識・経験・診断能力に基づいて、即断的に応急処置が施されることが多く、その結果として粗診ないし誤診あるいは処置不充分ということも時には避けられないことがある。そのことによって、たまたま生じた患者にとっては不利益な結果あるいは後遺症などについて、医学上やむを得ないとされる限界において、その責を減軽ないし免除されることがある。これは、刑法第37条第１項の“緊急避難”および民法第698条の“緊急事務管理”に定められた法的判断による。しかし、たとえ緊急の場合であっても、誤診・誤療などにつき、医師を始めとした医療スタッフに民法第698条にいう“重大な過失”がある場合には、必ずしも免責されないのは言うまでもないことであり、このことは緊急医療はすべて“緊急避難でないことを知っておかなければならない(判例20)。

8）カルテの法的意味と証拠保全について

カルテ（診療録）や看護記録、レントゲン写真など診療に関する一切の資料が医事紛争や医療事故訴訟の重要な証拠となることはいうまでもない。特にカルテが重要であり、カルテの記録が不充分であると、充分な診療をつくさなかったとして、医師側に不利になるケースも多々みられる(判例21、22)。また、逆に、カルテに詳細に記載し、検査成績も貼布されていると、充分な診療を行ったとして、医師側に有利になるケースもみられる(判例23)。すなわち、カルテの内容によって、訴訟のすう勢がきまるといっても過言ではない。カルテが裁判上において、問題となり、論争された点について列記すると、①患者からの引渡し請求：医療事故訴訟を起こすために、患者本人ないし患者側弁護人から、カルテの提示を求められても、それは拒否することができる。その理由は、カルテ（診療録）の保存者は医師法第24条第２項により、医師または医師の勤務する病院または診療所の管理者ということになっている。したがって、他人の所有する物を請求する場合と同じ関係であって、当事者間の特約のない限り、患者にかかる権利を認めている規定はないからである。したがって、例え弁護士、警察官、検察官であっても次に述べる適正な法的手続きなしには、他人の所有する書類等を閲覧しうる権限はないといえる。

㋑提出命令申立：患者側から要求されたカルテの任意提出に医師側が応じない場合には、裁判所を通じて提出命令申立を行うことになる(民事訴訟法第311条)。これに対して、一方的にこれを拒否することも出来るが、その後の訴訟に影響を及ぼすこともあり、これ以上の拒否は医師側に不利となることが多い(判例24)。特に、民事裁判では、裁判所の提出命令を拒んだ医師が訴訟当事者である場合には、相手側の主張を真実として推定しうる（民事訴訟法第316)、また、医師が当事者でない場合には、証拠提出違反として過料に処せられることがある（民事訴訟法第318条)。

㋺証拠保全手続：裁判開始前または裁判中に、医師側からカルテ等の提示が得られない場合には、原告の申し立てにより、証拠保全手続が取られカルテやレントゲン写真などを証拠として確保したり、その写しを取ることができる（民事訴訟法第343条)(判例25)。この証拠保全手続きは、当事者の一方（患者側）の申立てだけで裁判所が認める処置であるが、これは物的証拠についての規定であり、当事者（医師）に対する尋問は含まれていないと解すべきものであり、カルテの内容に関する医学的判断などについては軽々しく返答

すべきではない。もし、答えるとしても、医師側代理人としての弁護士の立会いを求めた上での発言でなければならず、その準備が整わない限り、黙秘または拒否してさしつかえない。証拠保全手続きと同時にいろいろと質問され、それに答弁したために後に訴訟の進行について、その答弁が重大な意味を持ってきて、極めて苦しい立場に追い込まれた事件もあり、十分に注意をしなければならない。

㈥その他、裁判所が診療録の提出や押収をする権限を持っている（刑事訴訟法第99条）。これに対して、医師には患者の秘密を守るために、この提出命令を拒む権限が認められている（刑事訴訟法第105条「業務上秘密と押収拒絶権」）。また、刑事事件では、裁判官の発する令状により差押・捜索・検証することとなる（刑事訴訟法第218条）。

なお、これらの裁判所の命令によりカルテ等を提出したことで患者の秘密が公になることがあっても、後述の刑法第134条第1項にいう秘密漏泄罪に問われることはない。

9）臨床実務における守秘義務について

医師がその職業上知り得た患者の秘密を守ることは、医業における最高の道徳律の一つであり、このことによって、患者は医師を信頼し、いかなる一身上の秘密についても、開示、陳述して診断の資料とし、また、安心して治療を依頼するのである。それゆえに医師が患者の秘密を漏らすことは、反社会的な行為として刑法第134条「秘密漏泄」にその禁止条文が置かれている。

この義務はきわめて高度な法的義務であることは、刑事訴訟法第149条「業務上秘密と証言拒絶権」、民事訴訟法第281条「証言拒絶権」にも医師が職業上知り得た患者のについては、証言拒否の正当な理由になりうると定められていることからも明らかである。

秘密を漏らしてもよい場合としては、㈠本人に承諾のある場合、㈡患者の父母、妻またはその監護義務者に対して、事の真相を知らせる必要があると判断してこれを告げる場合、㈢医師の正当の義務としての届出義務、すなわち性病予防法（第29条）、優生保護法（第27条）、らい予防法（第26条）、精神保健法（第50条）、結核予防法（第62条）、原子爆弾被爆者の医療等に関する法律（第23条）等、㈣法令の定めるところに従い警察官署、その他の官署に届出または報告する場合、㈤裁判所で証言人として証言する時、医療、衛生官署の官史に対して、法令に基く関係事項についての質問に応じる場合などがある。

臨床実務上は、検察庁からの電話の問い合せなどについても、相手が明らかに検察庁の者だという保証もなく、また仮に検事や事務官であっても、患者に関する病態予後などを電話で問合わせる権利はないものと考えられる。検察庁または警察署は、刑事訴訟法第197条の手続きにより、捜査照会事項として当該患者の病状につき文書で回答を求めることができるのであるから、このように医師側の記録に残せる書状があってはじめて正当な理由によって患者の秘密を他に漏らしたのだという弁明の理由が成り立つことになる。従って、このような電話の照会については、『適切な法的手続で文書で質問して下されば十分に返答できる』むねを答えるにとどめ、患者の病状など具体的内容に触れることは避けることが望ましい。また、弁護士等がたずねてきて、患者に関する事項を質問した時にも、弁護士であれば、医師が患者の秘密を漏らしてもよいというような明文規定は存在しないのだから、本人の依頼委任状でも持参したのならばともかく、それ以外の場合は質問に答える義務は存在しないし答えるべきではない。生命保険会社や、災害保険会社の調査員に対しても同様である。

10）鑑定および証言の義務について

「鑑定」とは、裁判を進めるに当たり、あるいはその前段階である犯罪被疑事件の起訴（刑事関係）または提訴準備（民事関係）のために、特定の専門的知識技能に基づいてある事実の確定または証明ないし判断を行うことである。医療事故裁判においては、結果的な事実よりも、それに至るまでに介在した医学的事情の当否が問題とされることが当然である。しかし、裁判官は医学について平均的普通人としての知識しか有しないので、具体的事実の医学的な診断、処置の当否についての判断の根拠を鑑定人の鑑定（見解）に求めざるを得ないことが多い。よって、全ての医師は、刑事訴訟法第165条や民事訴訟法第302条にいう学識経験のある専門家として裁判所から鑑定を命ぜられることがある。通常、鑑定人には、法医学や精神科などの大学教授や公的病院の専門医あるいは監察医などが選ばれることが多いが、しかし、一般臨床医も裁判所に証人として出延し「自分の経験によって知り得た過去の事実」について尋問を受けたり、時には鑑定書の提出を求められたりすることが非常に多い（刑事訴訟法第143条、民事訴訟法第271条）。すなわち、傷害事件、交通事故、労災事故などの被害者の診療にあたる機会の多い救急医療にたずさわる医師は、このような鑑定人あるいは証人として喚問される可能性を常に念頭におきつつ患者を診療すべきである。この際に、証人となる医師は自ら作成した診療録に基づいて証言するこ

とになるので、救急患者については、主訴、症状、その程度のみでなく、発症にいたる状況およびその経過等も簡潔に記載しておくとよい。例えば、交通事故の患者などを診た場合には、治療部位の所見のみではなく、その他の身体所見や事故状況（歩行者、運転手、同乗者の別、加害者の車種、速度、衝突方向、発生時刻等）なども記載しておくべきである。

11）鑑定書の形式について

鑑定の結果をその命令者または嘱託者に報告するには、口頭による場合と書面による場合とがある。後者による報告書を通常『鑑定書』という（刑事訴訟規則第129条、民事訴訟法第308条）。刑事訴訟規則第129条①及び③にいう「鑑定の経過及び結果」とは、いつ、どこで、誰が、どういう手順の下に、何について、如何なる検査や調査をしたか、その個々の所見はどうか、全体の結論（鑑定）はどうか、その結論を得るに至った理由ないし考察経過（説明）はどうか等を記載することをいう。したがって、特に定められた鑑定書の形式というものはないが、これらの事項は、一応記載されることが必要であり、それによって鑑定書の証拠性を確実にすることができる。その具体的な形式は『別表』に示す通りである。

また、鑑定書作成および取扱い上の注意としては、①鑑定書は、提出者たる鑑定人にその作成上の権威と責任が専属するものであり、その保証のために次の処置を必要とする。㋑各葉毎に割印を施す。㋺文字の抹消、訂正は原字が読める程度に棒線を加えてこれを行い、該当行の欄外にその文字数を記載する。この際、「壹」、「貳」、「参」、「拾」等の文字を用いる。加入した場合も同じ要領でその旨を記載する。これらの改変部、字数の部には押印する。㋩鑑定書の綴じ目または糊付部も押印する。②鑑定書はこれを命令官または嘱託官の手許に送達するまでは、その全文または一部の内容を（たとえ解説的にせよ）第三者に公表してはいけない。また、送達が終わっても、関係弁護人など正当の理由がある者以外には、みだりにその内容を公にしてはいけない。③鑑定書の控えを作成して手許に保存しておく必要がある。これは、後日証人として召喚されることがあるので、その資料として必要となる。

『判例１』：

26才の映画女優が、右乳房にシコリがあるのに気づき、国保組合病院外科で診察を受け、試験切除したところ、乳癌と判明した。そこで医師は父親の承諾のもとに右乳房切除を施行した。その際、左乳房について試験切除して検査したところ、癌ではないが、乳腺症性腫瘍と判定された。医師はこれも将来癌化すると判断して、左乳房の全切除を行った。

患者側は、「右乳房は手術を承諾したが、左乳房については承諾していない」として訴えた。

裁判所は、「患者の承諾を得ないでなされた手術は、患者の身体に対する違法な侵害である。患者の生命の危険が差し迫っていて承諾を求める時間的余裕のない場合などの特別な事情のある場合を除いて、医師はその手術について、患者が承諾するかどうか確認すべきである。」として不法行為の成立を認めた（昭和46年５月、東京地裁）。

『判例２』：

ある医療法人の病院で舌癌の患者に癌の事実を伏せたまま、舌を切り取る必要があると説明したが承諾が得られなかった。そこで舌の潰瘍であり、舌を切り取るのではなく、潰瘍部分を焼きとるだけだからと説明したところ、「舌を切り取らないのなら」と承諾した。しかし担当医は舌の$\frac{2}{3}$を切除した。

手術後に患者は言語障害や咀嚼機能の減退を生じ、舌の切除手術について承諾していないと訴えた。

裁判所は、舌切除を明白に拒否していたことを重視して、癌告示を避けた説得で、なんとか拒否の状態を翻意させた上で切除すべきであったと判示した。そして、承諾なしに切除を決行しなければならないほど、死の危険が迫っている緊急な状況でもないとして、手術をした医師の不法行為を認め、さらに法人の開設者にも使用者責任を認めた（昭和49年３月、秋田地裁大曲支部）。

『判例３』：

当初、医師からの母趾の切断を行うと告げられていた脱疽の患者について、手術にとりかかったところ、さらに下腿の切断も必要であるということが判ったので下腿を切断した。それに対して患者が、下腿切断については同意を与えていないので、医師の行為は義務違反であるということで医師を訴えた。この場合は、緊急避難が認められ医師が勝訴した。

『判例４』：

気管支成形手術中に肺動脈本幹に損傷を生じた場合に、その損傷が不可避的な事故であったとは認められないとして、医師の過失を認めた事例において、原告（患者側）は「気管支成形手術に対する一抹の不安を覚え、万一の場合、左肺を全剔されるかもしれないと憂えて、予め担当外科医長その他関係各医師に対し、その手術の安全性を確かめ、且ついかなる場合にも肺全剔を絶対に行わないよう申し入れをなしたところ、その確約が得られたので、手術を受けた。しかるに医師はその約束に反して左肺葉を全部剔出するに至った」と主張している。これに対し判決では、「医師の

講じた一連の処置は緊急事態に対処する医師の処置として一応是認し得べく、患者の生命安全の確保を第一義する医師としては、必ずしも術前の患者の明示の意思に拘束されるべきいわれはない」と判断している(昭和37年12月、静岡地裁浜松支部、昭和42年７月、東京地裁、昭和43年７月、最高裁、医師敗訴)。

『判例５』：

肺結核患者が死亡した場合に、担当医が病状の悪化に伴い適切な処置をとらなかった点に過失があるとした事例において、被告（医師側）が「仮に過失があったとしても、原告（患者側）は患者の入所に際しては誓約書を差入れており、その誓約書には症状の経過および転帰など本人の身上に関しては一切苦情をいわない旨誓約しているのであるから、原告らは損害賠償を請求することは許されない」と抗弁したのに対し、裁判所は、「右誓約の趣旨は、病気には医師の最善の努力にもかかわらず不測の事態の生じることのあることを認め、そのような際、苦情をいわないという趣旨のものであると解するのが相等であって、少年保養所の職員（医師）の不法行為についてまでその損害賠償請求権を放棄するという趣旨をも含むものであるとは到底解せられない、仮に、そのように解すべきものとするならば、その限度において右誓約は公序良俗に反し無効のものといわねばならない。それ故、いずれにしても主張は採用することができない」と判断している（昭和40年８月、大阪高裁)。

『判例６』：

前記『判例４』において、手術の前に、気管支成形手術において如何なる事態を生じても、一切異議を述べない旨の誓約事を医師に差入れた。そして、その手術の過失により患者に損傷が生じ訴訟となったのであるが、病院側は、過失による損傷賠償請求権は予め放棄されたものとして争った。これに対して裁判所は「誓約書は単なる例文に過ぎないもので、これをもって、被害の損害賠償責任を免れることはできない」としている。

『判例７』：

交通事故により右大腿部および膝部に複雑骨折を起こした18才の患者に対し、出血多量のため止血剤、強心剤、プラスゲン10cc投入のうえ、患者に右足の切断を説得して右下腿部の３分の１を切断した。その後、強心剤、止血剤混入リンゲル500ｇを投与したが、術後１時間あまりで死亡した。患者は切断手術を止めるように、また良い設備の病院に移送してくれるように依頼したのに医師がその意思に反き、また患者の父母の来院をまたずに手術を強行した点、さらに切断は不要なのにこれを行ったこと、また、止血、輸血などの適切な処置を講じなかったと主張した。

判決は、手術については医師の説得によりこれを了承したものと認められること、父母の来院をまたなかった点については、医師が警察の係官に通知を依頼していたこと、緊急を要する手術で来院をまつ余裕のなかったことを認め、医師に過失はないとし、手術の要否については患者の全身状態、患部の症状、細菌感染の危険などから切断手術は必要なものであったことを認めた。さらに、止血、輸血の点についても格別遺漏の点はなく、したがってこの点に重大な過失が認められない以上、出血多量は医師の責任に帰し得ないとしている（昭和40年12月、名古屋地裁・岡崎支部、患者敗訴)。

『判例８』：

前記『判例４』において、手術の際に、手術担当医は気管支と肺動脈の癒着を剝離しているときに左肺動脈本幹に亀裂が生じ、出血するに至ったので、直ちに、肺動脈の縫合を行ったが、血管壁が脆弱化して完全に止血することができず、肺動脈本幹を結紮し、左肺を全剔するに至ったのである。この事例で、裁判所は、「気管支と肺動脈の癒着の難易性について、殊更に検討をすることなく、漫然と剝離操作を繰り返し、肺動脈本幹を損傷したことは、医師としての注意義務に欠けた過失がある」と判断した。

『判例９』：

幼女を全身麻酔による抜歯後、麻酔からの覚醒を十分見極めずに帰宅させた（午後３時30分頃)。その後、患者宅より午後４時30分頃と、５時30分頃の２回にわたり、「麻酔から醒めていない」、「手足が冷たい」などの訴えがあったのに放置し、午後７時頃迎えにきた車で、やっと往診し、強心剤・人工呼吸をした。午後８時、近所の内科医がかけつけた時はすでに手遅れの状態となった。その間、家族からの要請された救急病院の入院措置等もしなかった。

本件は、「被告人が麻酔の危険性を軽視し、歯科医師としての誠意がないし医療道義に欠けるものである」として、禁錮４か月（執行猶予）の刑に処せられた（昭和47年５月、東京地裁)。

『判例10』：

患者は心臓脚気の診断のもとに、ビタミン剤の皮下注射と散薬の投与を受けた。10月26日の注射後、悪寒・発熱を覚えたため、被告医師の往診を求めたが、被告はこれに応じかねたため、頓服２服を持たせて帰した。同29日患者は人に助けられて来院した時には左腕上膊部が相等に発赤・腫脹し、化膿状態が進行していた。被告人はもう３日程すれば十分に化膿するから、それから切開しようといい、患部を湿布するように命じた。

同月31日に2か所を切開したが、十分に排膿しないまま、ガーゼ交換の治療を繰り返した。ついで、被告人は11月6日から13日まで不在すると告げ、治療を原告にまかせた。原告は不安になり他医に転医し、そのまま放置すれば敗血症の恐れがあるといわれ、切開・化膿止めの治療を受け、ついに治癒後、瘢痕形成・筋萎縮等の機能障害を起こした。被告の行為は、「指導義務・応招義務違反をともなう診療上の注意義務違反である」と判決された（昭和29年12月、札幌高裁）。

『判例11』：

内科専門医である被告宅に、水に溺れた者を運び、応急処置を求められても、溺者に対する治療経験がないから、一丁先の他医を紹介した。

この行為は「医師としての相当のことであり、正当な事由なく拒んだことにはならない」とされた（昭和3年3月、大審院）。

『判例12』：

妊娠3か月の女子の中絶に際しラボナールAの静脈麻酔を行ったところ、就眠確認後3～4分して看護婦が同女の呼吸困難、その他の異常に気が付いた。その旨を伝えられた医師が直ちにビタカンファー及びテラプチックを注射、続いて閉鎖式心臓マッサージや人工呼吸を看護婦に行わせる一方、他の見習看護婦をして麻酔器を取りにやらせ、また気管内挿管や応援医師による各種注射、開胸心マッサージ等を行ったが、結局回復せず、急変後約2時間で死亡した。しかもこの間、緊急時使用の麻酔器や加圧酸素吸入器が手術室に置いてなかったために他の部屋にとりに行かせるやら、一旦持ったきたものが新生児用のものであったので、改めて成人用のものを取りに走らせるやらで、少なくとも5～6分の遅れがあるなど、要するに蘇生器の設置や看護婦訓練の不足なども指摘される状態であった。

これに対して裁判所は、『医師の本件麻酔行為は、残念なことであるが医療行為のマンネリズム化に堕し、粗漏ずさんな点があったとのそしりは免れ難く…(中略)…殊に病院は科学的かつ適切な診療を行うことを目的とし、それに必要な人的物的施設も法で定められているものであるから（医療法第21条、医療法施行規則第19条）一般の医院または診療所よりもさらに高度の医療を要求されていて然るべき立場にあり…(中略)…この場合、予算の不足を理由として人的物的設備の不充分…(中略)…なるが故に万全の医療が出来ない旨を高言したり、他の病院において施用されていないことをもって、設備の水準を弁疎したりすることは本末転倒の論議というべく…(中略)…そのために医師に全幅の信頼を寄せて手術を委ねた患者の生命が損われてもよいということには絶対にならないことを知るべきである…』という厳しい判決を下している。（昭和46年10月、甲府地裁）。

『判例13』：

閉鎖循環麻酔下に胆石摘出手術中に、患者の呼吸浅表、促迫、血液変色、脈拍頻少等、一般状態の悪化に麻酔医が気づき調べたところ、ボンベの酸素欠乏が認められた。直ちに補助ボンベと交換したのであるが、その所在が、手術室内でなかったために、その取換えにやや時間を要した。その結果、手術完了後引続き約45分間酸素補給を行ったが、患者は低酸素血症に基づく後脳症として四肢不全麻痺、言語障害が後遺症として残った事例で、裁判所は病院側の救急体制の不備に過失責任があるとし判決した（昭和48年2月、東京地裁）。

『判例14』：

Y病院の産婦人科医Aは患者Xに対し、胎児が骨盤位であり、早期期破水のおそれがあり、引続き臍帯脱出も起こるから、早期破水の場合は昼夜を問わず入院するように告げた。Xは就眠中、突然に早期破水がおこり、午前4時頃、Y病院に赴いて入院したが、当直の助産婦Bは陣痛がないからその危険はないとして、Aに告げず、午前8時半頃になり、やっと臍帯脱出を発見した。そのため、Xの胎児は死亡した。

裁判所は、「Bが必要な措置をとらなかったため」として、過失を認めた（昭和50年3月、大阪地裁）。

『判例15』：

患者Xは国道上において普通貨物自動車にはねられ、救急車に収容された。消防司令室は、14～15か所の病院に依頼したが、「医師不在」、「手術後の患者がいる」、「患者手術中」、「重症患者がいる」」、「当直医が内科のため」等の理由で断られ、救急車が現場到着後2時間19分を経て、やっと国立千葉病院に収容されたが、8時間後に死亡した。Xの父親は、断った病院の中で、救急告示病院であり、公立病院であるA病院の開設者である君津中央病院組合（国保組合）を相手に訴訟を提起した（昭和51年2月提訴、千葉地裁）。

『判例16』：

4才の子供がガラスコップの破片で右手首を損傷、直ちに外科医院に救急搬送され、そこで切断された筋腱4か所をとりあえず縫合したが、ガラス片が発見されないので翌日改めて精密検査のため来診するように告げたのに、翌日は他の整形外科医に受診、その後指の屈伸運動不全に対するマッサージを継続、約3か月を経た時点で正中神経損傷が未処置のままであることが発見されて、改めてその縫合手術をうけてから不充分ながらも指の屈伸運運動も回復し得た。これが前医の処置ミスとして訴訟になったが、裁判所は当時の状

況上、前医の救急処置としてやむを得ない程度のものであったと認定し、原告の主張を退けた（ガラス片は結局入っていなかった）（昭和45年12月、大阪地裁）

『判例17』：

交通事故による骨折・脱臼処置後の障害につき医師の若干の不手際が問責されなかった例で、これは被告者（原告）と加害運転者（被告）の間の損害賠償請求事件に医師の救急処置の適否が介在する、いわゆる"三角関係"の例である。その中で、事故当時の大腿複雑骨折に主眼をおいた医師の広範囲のギブス固定処置の際、股関節脱臼が看過された疑いがあったが、引き続く約50日の入院治療中、患者（原告）が無理に一時帰宅したまま、さらに約40日を経過、その間医師の帰院指示に応じなかったため、その股関節脱臼の発見・整復の機会を患者自らが逸した。という形になり、そこに原告患者の過失があるとして被告加害者の賠償責任が軽減された。その際、医師の初療時の不手際は患者の負担になるとした点で法実務上の特異例となっているが、そのため特に医師の責任が別個に問われていない（昭和45年9月、千葉地裁）。

『判例18』：

切迫流産に対し緊急中絶手術を行った医師が堕胎罪に当たるとして訴訟されたこと（刑事事件）につき、それは状況上、優生保護法14条第4項に該当する母体の危険に対する救急措置として妥当であり、堕胎罪に当たらないとされた（昭和28年5月、高松高裁）。

『判例19』：

交通事故で崖下に転落、病院搬入当時意識不明で出血の疑いがあったので、その際の上腕骨折には非観血的保存処置をしたにとどまったというのは、その状況下では妥当であり、2週間後の手術時局所にすでに仮骨形成があって不完全接合に終わったのはやむを得ないとされた（昭和33年11月、東京高裁）。

『判例20』：

4才の男児が中型貨物自動車に接触して左下腿を受傷し、ちょうどその現場の前にあった外科医院に搬入した。当時医師が不在で看護婦が止血バンドや消毒ガーゼの装置をしたが、約30分して帰院した医師がただちに診断した結果、左下腿皮膚の挫裂創、筋層挫断、創内汚染、下腿骨膜剝離、踝骨部開放性複雑骨折などの所見があり、このままでは破傷風ないしガス壊疽の危険があり、生命は保証し難いとして、父親に承諾をさせた上で大腿部（膝上5cm）で切断手術を行った。後日になって、始めこの事故で損害賠償を負担（和解）した自動車の持主が、当該手術はさほどでもない負傷を過大視して、適正な経過観察ならびに感染予防処置もとらずに過急、過剰に行った過失があるとして、自己がすでに支払った賠償金の半額をその医師が負担すべきであるとの訴えを起こしたが、審理の結果その主張が容れられ、かつ、医師の診断は粗漏、というよりむしろ虚偽診断の疑いがあることも判明し、結局その医師の敗訴におわった（昭和44年7月、水戸地裁日立支部）。

『判例21』：

前記『判例20』で、裁判所は「医師の作成した診療録に診断の根拠となるような記載がない」として虚偽診断を疑った。

『判例22』：

保険診療の記載欠如から診療粗漏を指摘した例。本件は新生児黄疸につきその措置が遅れたことに過失を認めた判決である。但しその発生には分娩時の頭蓋内出血関与の蓋然性もあるとして、賠償額を50％に留めたのであるが、その判示の中に「……同人の診療録であるカルテには病名と診療費の計算以外、在院中の患者の症状については何ら記載がなく、母体の体温表に新生児の出生児の体重、注射薬、嘔吐症状の記載程度しか残っていない…」という指摘があり、このことから「被告医師が嬰児の症状に対し詳細な観察を尽くさなかったことが推測される」としている（昭和47年3月、宮崎地裁、医師敗訴）。

『判例23』：

十二指腸潰瘍手術のためエーテル全身麻酔施行し、皮切を行った時点で急性心停止となり、応急措置で心拍動は再開したが意識は回復せず、1週間目に肺炎で死亡した。この事例で裁判所は、一・二審とも手術前の諸検査、麻酔の方法の細部、全身管理の各部の記載を詳密に検討して医師（国）の過失を否定した（昭和41年4月、高知地裁、昭和46年9月、高知高裁、患者側敗訴）。

『判例24』：

スモン訴訟において、患者側から診療録の提出を求められたが、医師は患者の秘密を守る義務があるとしてこれを拒否した。

これに対して、裁判所は「患者が医師に損害賠償請求をしているときに、その請求権の基礎事実たる自己の病名・症状についての秘密を守る問題は派生しない」とした（昭和52年9月、福岡高裁）。

『判例25』：

妊婦Aは出産のために、医師Yの診療を受けたが、途中で死亡した。そこでAの遺族であるXが申立人となり、損害賠償請求訴訟の提起前の証拠保全として、医師Y作成の診療録の提出命令を求めた。

裁判所は「診療録は患者にとって、医師の診療行為の適否を判断するための資料となる文書であり、これ

は民事訴訟法第312条第３号後段にいう“挙証者の為　　とした。
に作成された文書”として、当然に提出すべきものだ」

別表：「鑑定書の形式」

鑑　定　書

鑑定人　○　□　○　□提出

1.「前　文」
Ⅰ 受命又は受託状況：① 事件名（例えば、被疑者○○○○に対する□□□□被疑事件）、② 命令又は嘱託者の氏名、職分（鑑定処分許可状があるときは、その発布者の氏名、職分も記載）、③ 被検査者の氏名、年齢、性別、要すれば職業、住所等、④ 書類があるときは、その表示、資料番号、出所等
Ⅱ 鑑定事項：（例えば、1)損傷の部位、性状、程度、2)損傷発起の原因、用器の種類及び用法、3)死因、4)因果関係、5)その他等）
Ⅲ 着手状況：① 診察又は検査場所、日時ないし期日、② 診察者あるいは検査者の氏名、職分

2.「検査方法」
その具体的な記載、もしくは公知の方法であればその方法名。ただし検査の内容によってはこれを略することもあり、あるいは検査所見に伴って記載することもある。

3.「検査所見(調査所見)」
Ⅰ.生体検査の場合：一般の診断方法に従った身体外表所見や、特殊の損傷(痕)の検査、各種臨床医学的検査所見を記載する。
Ⅱ.記録に基づく鑑定の場合：鑑定の根拠となる記録記載事項を、原文のままたは要旨として摘出、その配列を工夫して記載する。この際その原記録中の所在を明示する(記録中の不確定事項については、慎重にかつ公平に判断して取捨選択することを要す)。

3.「説　明」
これは、その検査所見または調査所見から次の結論(鑑定)が導き出される理由を述べる重要な部分で、通常は鑑定事項の順に従って記述される。ただし、時には、殊に臨床上の事項では、むしろ包括的に記述する方が理解に便利であることもある。説明に当たっては、要所毎にその根拠となる検査所見または出所(鑑定書中の項目番号または頁)を付記する。

4.「鑑　定」
鑑定事項の順に従って各項目毎に簡明に、ただし一応その記載だけで要点が判る程度に記載する。

5.「後書き」
Ⅰ.鑑定着手、終了、鑑定書提出の各年月日(終了日は、検査の終了日ではなく、鑑定書作成完了日とし、通常は提出日と一致させる)。
Ⅱ.鑑定人の住所、氏名(自署及び押印)。時には現職名その他の肩書を付してもよい。
Ⅲ 添付の付図、付表、写真等がある場合にはその旨及び枚数。

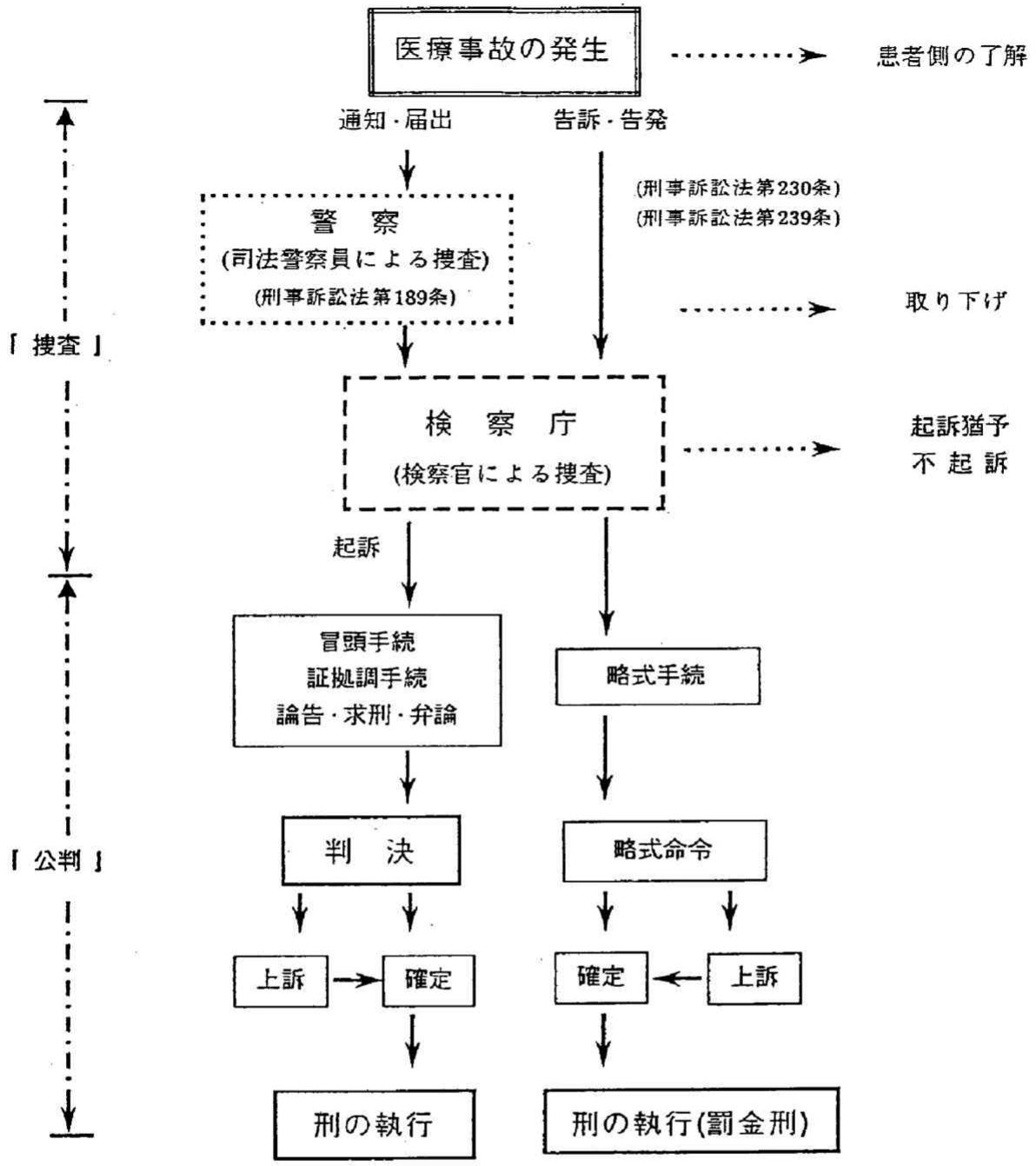

図1：医療事故における刑事裁判の流れ

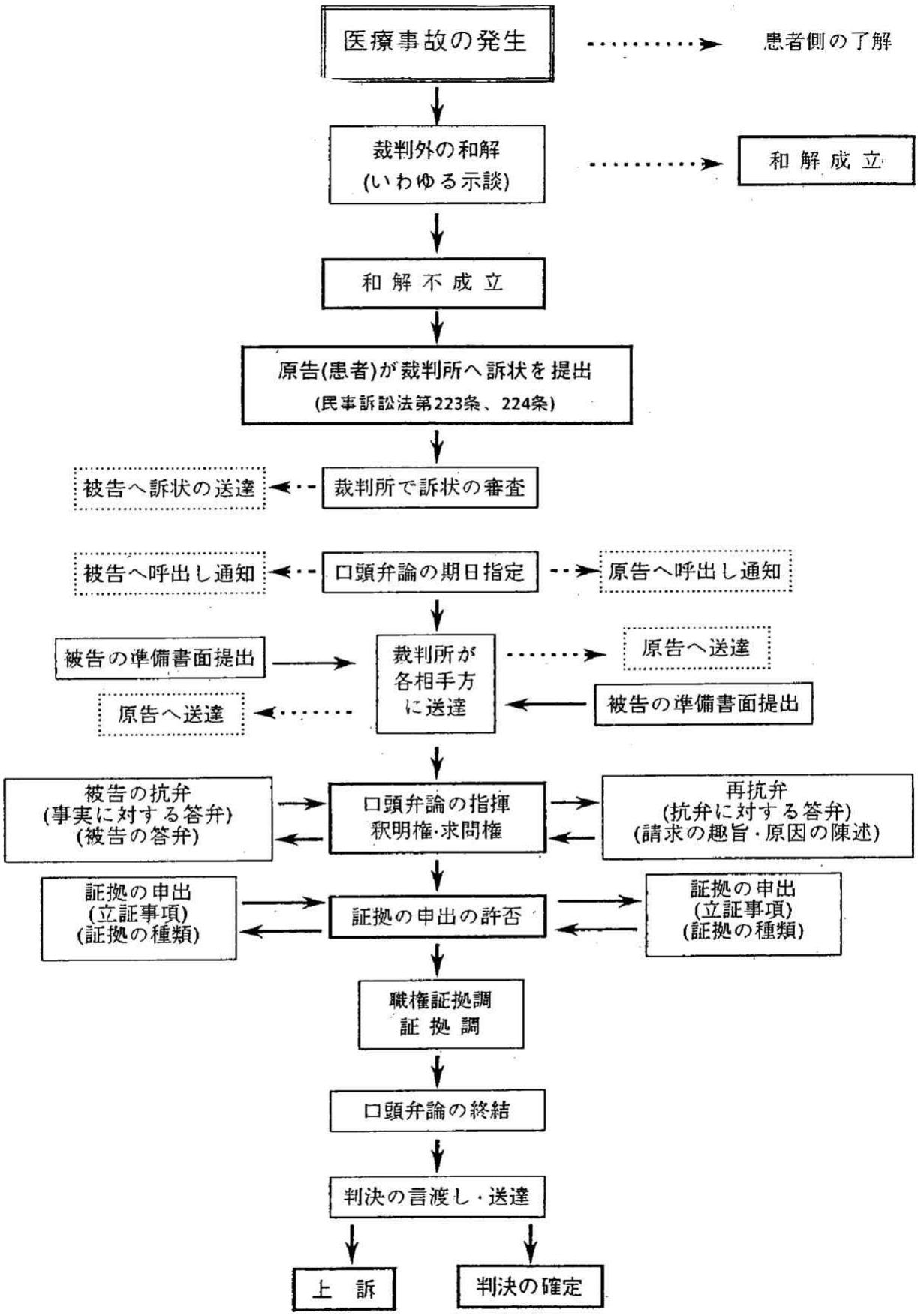

図２：医療事故における民事裁判の流れ