

表 15. 当該医療機関へのアクセス別の医療過誤事件の内訳

項目	本人が直接行ったもの	紹介によるもの	t 値 ^a
1. 提訴から判決までの時間 (年)	5.05±2.80 (n=271)	5.18±2.87 (n=56)	0.31
2. 損害賠償請求額 (万円)	5911.64±19560.76 (n=264)	3662.96±2109.86 (n=53)	1.82
3. 判決認容額 (万円)	1301.85±6050.02 (n=271)	635.16±1223.83 (n=56)	1.66
4. 請求認容率	0.19±0.33 (n=263)	0.17±0.30 (n=53)	0.48
5. 原告が受診した医療機関数	1.42±1.45 (n=265)	1.89±1.27 (n=54)	2.22*
6. 年齢 (才)	24.07±21.38 (n=246)	23.50±21.67 (n=48)	0.17
7. 年収 (万円)	138.88±577.07 (n=160)	78.06±159.24 (n=32)	1.13
8. 治療者の経験年数 (年)	17.30±10.81 (n=37)	8.24±6.31 (n=9)	2.40*
9. 当該医療機関における 勤続年数 (年)	7.67±7.78 (n=34)	3.06±2.63 (n=7)	2.77**
10. 当該医療機関のベッド数	70.47±97.15 (n=15)	262.33±284.99 (n=3)	1.15

Student の t 検定.

*p <0.05, **p <0.01

表 16. 訴え提起時における患者の生死別の医療過誤事件の内訳

項目	生存の場合	死亡の場合	t 値 ^a
1. 提訴から判決までの時間 (年)	5.27±3.10 (n=179)	4.76±2.41 (n=151)	1.69
2. 損害賠償請求額 (万円)	4763.71±7403.76 (n=175)	6074.70±24949.00 (n=145)	0.61
3. 判決認容額 (万円)	812.50±1757.84 (n=179)	1564.66±7842.76 (n=151)	1.15
4. 請求認容率	0.19±0.33 (n=175)	0.20±0.31 (n=145)	0.12
5. 原告が受診した医療機関数	1.92±1.62 (n=177)	0.97±0.90 (n=144)	6.65***
6. 年齢 (才)	17.78±20.42 (n=156)	30.63±20.49 (n=139)	5.38****
7. 年収 (万円)	55.16±139.31 (n=115)	232.61±802.07 (n=79)	1.95
8. 治療者の経験年数 (年)	15.09±10.22 (n=28)	15.56±11.62 (n=19)	0.15
9. 当該医療機関における 勤続年数 (年)	6.45±7.53 (n=25)	7.14±7.24 (n=17)	0.29
10. 当該医療機関のベッド数	21.89±19.93 (n=9)	183.00±182.56 (n=9)	2.63*

Student の t 検定.

*p <0.05, ***p <0.001, ****p <0.0001

表 17. 疾患程度別の医療過誤事件の内訳

項目	外面から見える障害あり	外面から見えない障害あり	t 値 ^a
1. 提訴から判決までの時間 (年)	5.37±3.29 (n=94)	5.15±2.95 (n=81)	0.47
2. 損害賠償請求額 (万円)	5199.49±6385.64 (n=91)	4957.11±9888.98 (n=80)	0.61
3. 判決認容額 (万円)	1300.14±2568.00 (n=94)	460.38±1033.39 (n=81)	2.91**
4. 請求認容率	0.23±0.31 (n=90)	0.16±0.37 (n=80)	1.33
5. 原告が受診した医療機関数	1.99±1.75 (n=93)	1.80±1.45 (n=79)	0.77
6. 年齢 (才)	17.66±21.24 (n=85)	18.39±20.93 (n=72)	0.22
7. 年収 (万円)	51.44±128.97 (n=66)	57.80±150.74 (n=51)	0.25
8. 治療者の経験年数 (年)	15.86±7.31 (n=7)	14.24±10.94 (n=19)	0.36
9. 当該医療機関における 勤続年数 (年)	8.50±7.63 (n=8)	5.49±7.51 (n=17)	0.93
10. 当該医療機関のベッド数	17.75±21.53 (n=4)	31.50±17.02 (n=4)	1.00

Student の t 検定.

**p <0.01

表 18. 被告の地位別に見た医療過誤事件の内訳

項目	担当者(例、主治医)	中間(医長)/上級管理職(院長)/その他	t 値 ^a
1. 提訴から判決までの時間 (年)	4.18±2.31 (n=28)	5.11±3.01 (n=168)	1.56
2. 損害賠償請求額 (万円)	3292.54±2330.17 (n=28)	4585.96±7436.01 (n=162)	1.77
3. 判決認容額 (万円)	598.68±1700.00 (n=28)	931.18±1786.05 (n=168)	0.92
4. 請求認容率	0.12±0.25 (n=28)	0.24±0.38 (n=162)	2.14*
5. 原告が受診した医療機関数	1.27±1.12 (n=22)	1.56±1.24 (n=167)	1.02
6. 年齢 (才)	19.35±20.19 (n=23)	25.24±22.39 (n=150)	1.19
7. 年収 (万円)	-- --	-- --	-- --
8. 治療者の経験年数 (年)	7.20±6.30 (n=5)	19.72±9.98 (n=29)	2.69*
9. 当該医療機関における 勤続年数 (年)	3.26±3.04 (n=5)	9.26±7.99 (n=27)	1.64
10. 当該医療機関のベッド数	93.50±89.80 (n=2)	41.25±45.61 (n=8)	1.24

Student の t 検定.

*p < 0.05

表 19. 原告の法的主張別に見た医療過誤事件の内訳

項目	債務不履行を中心	不法行為/その他を中心	t 値 ^a
1. 提訴から判決までの時間 (年)	5.08±2.86 (n=215)	5.19±2.85 (n=137)	0.34
2. 損害賠償請求額 (万円)	12263.03±69739.61 (n=210)	5888.45±9107.17 (n=132)	1.31
3. 判決認容額 (万円)	3007.29±25035.70 (n=216)	1836.82±3282.86 (n=137)	0.68
4. 請求認容率	0.08±0.23 (n=210)	0.36±0.40 (n=132)	7.61****
5. 原告が受診した医療機関数	1.50±1.48 (n=193)	1.49±1.35 (n=129)	0.06
6. 年齢 (才)	23.60±20.78 (n=172)	24.03±22.27 (n=125)	0.17
7. 年収 (万円)	72.69±155.74 (n=106)	191.17±758.71 (n=89)	1.45
8. 治療者の経験年数 (年)	18.17±10.91 (n=29)	10.62±8.69 (n=18)	2.48*
9. 当該医療機関における 勤続年数 (年)	8.78±8.45 (n=24)	4.00±4.40 (n=18)	2.37*
10. 当該医療機関のベッド数	57.72±76.13 (n=11)	172.71±212.95 (n=7)	1.37

Student の t 検定.

*p < 0.05, ****p < 0.

表 20. 要因別に見た原告の勝訴率

	勝訴者の割合	p 値
1. 原告別の医療過誤事件の内訳		
筆頭者が本人のもの	42.21%	
筆頭者が本人以外のもの	36.55%	0.32
2. 当該医療機関へのアクセス別		
本人が直接行ったもの	41.00%	
紹介によるもの	31.37%	0.20
3. 訴え提起時における患者の生死別		
生存の場合	42.77%	
死亡の場合	35.92%	0.22
4. 疾患の程度		
外面から見える障害あり	48.86%	
外面から見えない障害あり	37.50%	0.14
5. 被告の地位別		
担当者 (例、主治医)	28.57%	
中間(医長)/上級管理職(院長)/その他	45.00%	0.11
6. 原告の法的主張別		
債務不履行を中心	17.87%	
不法行為/その他を中心	73.85%	0.001

カイ 2 乗検定.

安心な医療の確保に向けて －医師と患者のミスマッチ

分担研究者：
信友浩－（九州大学）
研究協力者：
前田正一（九州大学）

1. はじめに

本研究班は、平成10年度厚生科学研究費補助金・政策科学推進研究事業に基づき安全・安心な医療の確保に向けて取り組んできた。その素材として、本研究班は、医療過誤関係民事訴訟事件の判決書に注目してきた（本研究の詳細は別稿「医療過誤関係民事訴訟事件210裁判例の分析－東京地方裁判所過去10年間の全確定判決から」に記載）。しかし、別稿にも述べているように、判決書収集、それからの要因抽出などの作業の時間的關係から十分なデータセットが現段階では未完成の状態である。そのため、別稿では完成した一部のデータセットを用いて分析を行ったが、本稿は筆者が当該判決書を読む中で得られたものを素材として、医師と患者のミスマッチに視点をあて、安全・安心な医療の確保に向け

での考察を試みる。

2. 医師と患者のミスマッチが生じる構造

生と死に関する知識と技術を豊富に有する医師に対して、社会がさらにプロフェッションとしての力を付与している。この付与された力に応じて、医師が役割をになえないとすれば、医師と患者との間にミスマッチが生じうる。

① 個人レベルでのミスマッチ

必然的に疾患には不安感がともなう。なぜこんなになったのだろう、これからどうなるのだろう、という不安である。このような不安感をもった患者に接した医師は、型通りに主訴を聞き、現病歴をとり、そして理学的検査（聴診など）を行ない、その他の検査をオーダーするであろう。それらにもとづき、考えられる疾患とその鑑別診

断を行ない、場合によっては、最後に「何も異常ありませんでしたから」ということにもなる。その結果、患者は、得心し、安心して、診療室を退出することはできないということになる。

以上のことは、患者が必然的にもっている症状への不安感に対し、誰もがもっているものだとして、医師がそれを無視あるいは軽視していることを示している。患者は、まずこの不安感を医師に全面的にかつ個別的にわかってもらいたい気があるのであり、「あっ、この先生は私のことをわかってくれそうだ」とわかると、医師への信頼感が醸成され始めるのである。このプロセスを経ないばかりに、心身の苦痛を「主訴」としてのみ取り上げ、表層的にのみ、医師がその役割をになっている、というミスマッチが生じてくる。もし医師が、そのサイト（臓器）専門性あるいはステージ（病期：早期・急性期・リハビリ期）専門性で診察したとすれば、このミスマッチはさらに強くなってくる。

①個人間レベルでのミスマッチ

疾患の原因が特異性の高い要因であれば、原則的には、医師は患者の協力を得ることだけでその原因を除去できる。その結果として、治癒をもたらすこともできる。外傷性出血などがその典型である。しかし、多くの疾患では前記のような特定要因が原因になることはなく、複合要因の組合せで発症・進展しており、また同一疾患であっても、その複合要因の組合せでは均質ではない、という特性をもつ。つまり患者を中心とする人間関係も対象として、なぜこの疾患が生じてきたのか、という原因診断ができなければならない。これは、患者自身と周囲の人びとがかかえる不安を解消するためにも必要なことである。

ところが、現在の医師は疾患の原因を患者の中のみに見つけていこうとするか、反対に患者の環境（社会）のみに注目していくかのいずれかに偏っている。このような原因診断は、患者の不安を解消し、治療・再発防止・予防に万全を期するには、不適切（ミスマッチ）な原因診断といえる。

3、ミスマッチの原因

①医療技術への自信

医師は若い時から、自らのもつ知識と技術のみによって、患者の問題を解決できるという経験を多くもつことができる。その結果強烈な自己充実感・効力感をもつようになり、患者の問題を「主訴」としてのみ理解し、診療していることに気づかないままになっていることになる。問題が解決していかない患者は、遅かれ、早かれ、その医師のもとから遠ざかっていく傾向があるので、医師は効力感が失われていくことからまぬがれる。これらのことは、就職した多くの人が最初に味あわされる自己限定感が、経験を経るごとに自己充実感を味わえるようになるというキャリアパスとは反対の流れである。さらに、医療技術への自信はやがて、医療技術ロマン・万能の世界へと医師をいざなうことになる。

すなわち、卒後数年の間に、医師は自己完結的なロマンの世界の住人となり、そのことに何の疑いもいだかなくなっているのが通常である。このこと

は、つぎのようなミスマッチの原因②、原因③ともつながっているようである。

②主治医の偏在

「心身の苦痛とそれにとまなう不安」に、適切に反応・共感できる医師を主治医とすれば、前述したようにすべての医師が主治医の役割をになっているとは考えにくい。これは、素質的に、すなわち主治医として保有しているはずのレセプターがないのか、あるいはレセプターがあるにもかかわらず、作動させる機会がないままなのかは不明である。

専門医を、患者の心身の苦痛を、専門とする疾患をモデルとして、診断治療する医師とすれば、すべての医師は少なくとも専門医としての役割はにたえる。また、専門医は本来、主治医に対してコンサルティング機能をになっているとされている。したがって、もし専門医が主治医と共同して医師の役割を果たすのであれば、あるいは専門医が同時に主治医としてのセンスがあるとすれば、前記した個人レベルでのミスマッチは生じないであろう。その

意味で、主治医の役割をになえる医師の分布は、普遍的ではなく、偏在しているといえる。

②和魂洋才

原因②と関連することであるが、明治期に西洋文化・技術を導入するときの大方針「和魂洋才」が医師養成教育に影響していると思われる。この大方針のころは、有効な技術を貪欲に導入しよう、しかし、その技術がつくられたときの適用にあたっての倫理的配慮（魂＝スピリット）は、さしあたり考慮しないでおこう、というものであろう。医療技術適用時の大前提・倫理的配慮は、技術そのものによって患者の心身を傷つけてはならない。たとえ有効な技術であっても、患者に傷害を与えるようなものであれば、この大前提を破っているというころの傷み、うしろめたさをもって患者に接しなさい、というものである。このスピリットが、現在どのていど医師の間に定着しているか、いないのかは知らない。しかし、病名告知や処置時の医師の言動により、患者の気持ちが大きく傷つ

いたといエピソードは、投書・本・シンポジウムなどで目にし、耳にするところである。

③しょうがない

自己完結的ロマンチストたる医師は、また手持ちの医療技術を使いきってしまうと、患者にはもう何もしてあげられない、と思い込んでしまいがちなものである。「しょうがない」という気持ちである。ちなみに、ここでいう医療技術とは、薬剤、機器、処置・手術・療法、医療支援システムの四種であるとする。

しかし、「しょうがない」と感じる時の実状は、四種の技術中、前3種（狭義の医療技術）を使いきったケースに限られているのではなかろうか。医療支援システムを思いついたとしても、家族、ソーシャルケースワーク、あるいは職場・友人くらいである。

したがって、この医療支援システムがもっと開発され、普及・定着すれば、今日の医療技術をより多くの患者が享受できるようになるであろう。また、「しょうがない」と感じた医師に

対し、刻々の医療提供に心身のエネルギーをほとんど使いきってしまっているという現状を社会は理解し、医師・看護婦などのエネルギー回復のための支援システムの開発に関心をもつ必要がある。その原因としては、二つ考えられる。ひとつは、私的にも、公的にも、狭義の医療技術の効果に対しては圧倒的な賞賛と見返りを与えるが、医療支援システムを開発した人あるいはそれを維持している人には相対的に低いか、ほとんどゼロの見返りしか与えていない。ここでいう見返りとは、フィードバック全体のことであり、お金だけをいうのではない。権限・名誉・敬意・謝意などを含むものである。しかし、お金からみても、わが国では、お礼の気持ちを担当医に示すこと（私的見返り）は通常であっても、医局・病院・研究新興財団・学会などへの公的見返りは欧米ほどではない。

他のひとつは、原因②で述べた主治医の少なさであろう。主治医は、患者の心痛・不安に反応・共鳴できる、という信頼醸成装置を使うことによって、

患者を核とする個人間および社会レベルの共鳴共同体までも醸成できる。

この共鳴共同体が一過性の医療支援システムにとどまることもあるが、定着し、社会的医療支援システムに成長することもある。いずれにしても主治医のもつこのようなコミュニケーション力が医療支援システムづくりの強力な条件となっている。

以上のことからわかるように、医療を医師・患者間だけの私的な営みとする「私」優先の医療にしておくことの貧しさ、そこに生じる安易な「しょうがない」という心情が、深層部分にかかわるミスマッチを生じさせているようである。

4、おわりに

以上、簡単に今回収集した判決を読んで感じたことを素材に、医師と患者のミスマッチに関して述べた。今、別稿でも述べているように「信頼に値する医療の確立」を目標に掲げ、「信頼を妨げているもの」を系統的にレビューし裁判例研究を行っている。そこでは、本稿で述べた点を中心に詳細に分析す

る予定である。

ットワーク論」(からだの科学、No.
158)を修正、加筆したものである。

付記：本稿は筆者の既筆の稿「医療ネ

医療過誤関係民事訴訟事件210裁判例の分析

－東京地方裁判所過去10年間の全確定判決から

研究協力者：

前田正一（九州大学）

主任研究者：

萩原明人（九州大学）

分担研究者：

信友浩一（九州大学）

1、はじめに

本研究班は、表記のとおり平成10年度厚生科学研究費補助金・政策科学推進研究事業（研究課題：安全・安心な医療の確保に関する基礎的研究）の交付を受け、「信頼に値する医療」の確立という根本的課題解決を最終目標として取り組んできた。本研究班がこうした研究を実施した背景には、近年医療過誤訴訟が急増している（1）ことからわかるように、医療過誤の予防、抑止さらには安全・安心な医療を確保することによって国民の「信頼に値する医療」の確立を早期に実現することが、いま社会

が解決を迫られている最も喫緊な課題の一つであると考えたからである。

ところで、こうした医療過誤あるいは医療事故に関しては、信頼に値する医療の確立という視点からは、法がこれまで諸外国ばかりでなくわが国においても重要な役割を果たしてきた。その最たる例が、アメリカにおけるインフォームド・コンセントの法理の確立であった。現在では、このインフォームド・コンセントの法理はわが国でも医療倫理の支配的枠組みの中に位置しており、医師が患者さんに説明するという行為も一般化しつつある。さらに、法が信頼

に値する医療の確立に寄与した近年の具体的事例で言えば、褥創の裁判例もその一つであろう。つまりこの裁判例を機会に、現場の医療者はこれまで以上に褥創のケアに十分配慮するようになったのである。このように信頼に値する医療の確立という視点からは、これまで法がその役割の一翼を担ってきたし、今後もその役割はますます増加するものと思われる。ただ、近年のような状況下にあっては信頼に値する医療の確立という目的を達成するためには、法のみでは十分ではない。というのも、法は、「過去の事実を過去の判断基準に照らして典型的・一般的に処理する過去志向的（retrospective）活動である」（2）からでもある。つまり、法は問題となった医療行為を事後的に解明し、その法の拘束性でもってよき医療の確立に努めるのである。

このように見てくると、信頼に値する医療の確立という根本的課題解決への展望を開くために重要な意義を有するものは、事後処理的作業の継続とともに事前防止的作業への着手であるように思われる。そこで、本研究班はこの事前防止作業に注目してい

るのである。この事前防止作業という点からすれば、いわゆるニアミスに代表されるような医療現場の事例をつぶさに調査し紛争化以前の事例を素材に検証を行うという作業が重要な意義を有してくる。しかし、そのためには、ニアミス事例をも何らかの形で報告するという現場の医療者にとってはなんとも「つらい」作業を伴うことにもなる。

そこで、本研究班は、上記のような状況を斟酌し、また時間的制約からもこの事前防止作業に近い形での作業を実施できるように、以下のとおり医療過誤関係民事訴訟事件の判決書に注目し、それによる基礎的資料を作成することを当面の目標とした。本稿もその資料の提供を行うことを目的とするのであるが、この基礎的調査も、信頼に値する医療の確立という根本的課題への解決作業を早める上記制約下における唯一の方法であるとも考えている。つまり、それはこの作業の基礎の上でも十分に医療過誤、医療事故防止のための雛形確立とその模擬操作による改革方向の提示が可能となり、さらにはこうした作業の積み重ねが事

前防止作業への道を確保すると考えるからである。

そこで本稿では上記のような認識のもと、次章2において本班が行った研究概要を示した上で、3章において本稿表題のとおり東京地方裁判所過去10年間の確定判決の主だった要因に関する分析を行う。

(1)「最高裁が集計した医療過誤訴訟は、97年度の新規提訴分が595件と92年に比べ59.5%増えた。この間、年50件のペースで増加しており、それ以前の5年間(89-92)は300件台とほぼ横ばいだったのに対し、増加傾向が著しい。」日本経済新聞1998年8月22日(朝刊)

(2) 田中成明「法的対処の特質と限界」第1回日本医学会特別シンポジウム 医と法 日本医学会(1994年)

2、本班の行った研究概要(基礎的調査)

①調査の対象

本研究班は、調査対象として、医療過誤関係民事訴訟事件の裁判例(3)に注目し

た。当該判決は、他の事件に比べて公表される割合が高いと思われるがそれでも全裁判例が公表されることはない(4)ため、本研究班は、平成元年から10年までの過去10年間(京都地裁のみ過去5年)に、わが国の高等裁判所所在地の7地方裁判所(高松地裁を除く)と京都、神戸、小倉、熊本の計11の地方裁判所に繋属した全医療過誤関係民事訴訟事件確定判決を対象とした(5)。

(3) 上記のようにもちろん生の紛争それ自体に分析の光を当て現実を微細に観察することが最善の方策であることは十分承知しているが、その作業には多大な困難を伴うため今回のような期間的制約下でのその作業は不可能である。そのため本研究班は裁判例に注目したが、本研究班が行ったように未公表裁判例を含めた全裁判例の分析はこれまでなされていないため、本資料も十分な意義を有しているものと思われる。

(4) 特に近年のように医療過誤事件が増加してくると公表裁判例数は増加しても、

全裁判例に占める公表裁判例の割合は低くなっていると思われる。

(5) 裁判例に現れた事件の生の全医療過誤事件に対する割合は、少ないことは十分認識しているが、この裁判例の分析も十分な意義があるものと思われる。

②調査対象の収集作業

平成10年5月から同年12月にかけて、上記各裁判所に医療過誤関係民事訴訟事件確定判決の判決書謄写許可の申請を行い、許可が下りた裁判所から順に謄写作業を行った。当該対象判決書は各地方裁判所が医療過誤関係民事訴訟事件裁判例として最高裁判所に報告した事件リストに基づいて確定した。京都地方裁判所のみ記録保存の関係から、上記のように過去5年分となった。なお、調査対象最終年の平成10年に下された判決は、謄写許可が下りた時点までの分とした。

3、本稿の分析対象

本稿の分析対象としては、収集時期の関係と判決書からの各要因抽出作業の時間的關係から東京地方裁判所分とした。また、

この東京地方裁判所分の分析も代表的な要因(6)に限り分析することとした。なお、この要因抽出作業は、九州大学法学部在籍者、卒業者、同大学院修士課程卒業者により行われた(7)。

(6) 変数化可能な要因中心の分析は、微細な動きや微妙な変容は視野の外に置かざるをえないが、こうした分析も十分な意味があるものと思われる。

(7) 本研究においては、当事者の氏名等が記載された判決書謄本を利用したため、その取り扱いには極めて慎重な態度で望んだ。そのため、当事者の氏名等が抽出作業員以外の外部に知られるという危険性は全くないものと思われる。

①、結果

結果は以下の表及び図により提示している。なお表は、判決数、認容数、認容率の年次変化(表1)、訴えの提起から判決までの年平均期間(表2)、年最大認容額、年平均認容額の年次変化(表3)、医療類型別判決数、医療類型別認容数、医療類型

別認容率（表4）、医療類型別最大認容額、医療類型別平均認容額（表5）、診療科別判決数（表6）の6つを表記しており、グラフは当該表中の数字①から⑧につき作成している。

4、まとめにかえて

上記のように、本研究班は「信頼に値する医療」の確立という根本的課題解決のための基礎資料を作成することを目的として医療過誤関係民事訴訟事件の裁判例に注目しその作業を行ってきた。しかし本文中でも述べたように、「信頼に値する医療」の確立という根本的課題解決のためには、何よりも事前防止作業が必要となる。また、医療過誤関係民事訴訟事件の裁判例に注目した本研究班の作業報告書も時間的關係から東京地方裁判所の判決書のみを対象とし、かつ代表的な要因のみに視点をあてた分析に留まった。しかし、本研究班は上記のような認識を有しており、今回の裁判例に基づく全資料の詳細分析、さらには事前防止作業には早急に着手し、それらの作業が終了後の早い段階で何らかの形を用いてそれ

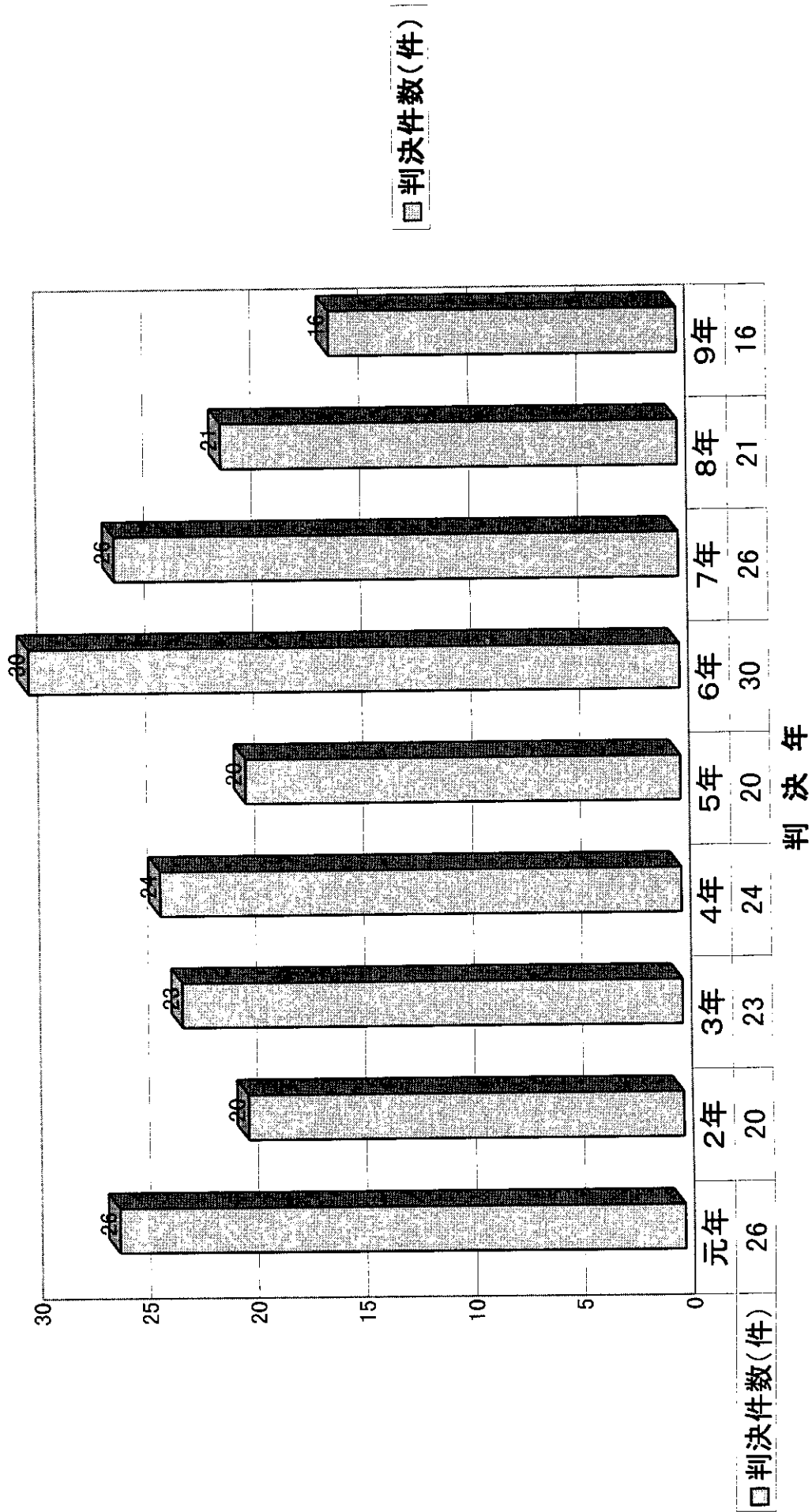
ら結果の公表を行う予定である。

参考文献

- ①金川琢雄「インフォームド・コンセント法と判例理論からの検証」、『生命倫理学講義』53頁以下、日本評論社（1998年）
- ②東海林邦彦「医療過誤民事判例をめぐる問題点の多角的検討」平成8年度～平成9年度科学研究費補助金研究成果報告書（1998年）
- ③田中成明「法的対処の特質と限界」、『第1回日本医学会特別シンポジウム 医と法』11頁以下、日本医学会（1994年）
- ④樋口範雄「不法行為制度の危機と改革の意義—アメリカの医療過誤訴訟を例にとって」ジュリストNo. 987, 86頁以下（1991年）
- ⑤我妻「医療過誤訴訟は医療事故防止・医療の質の向上に役立っているか」年報医事法学11号, 59頁以下（1996年）
- ⑥和田仁孝「民事紛争処理論」信山社（1997年）
- ⑦和田仁孝「医療過誤訴訟と将来給付」

法学教室No.200, 83頁以下(19
97年)

①判決件数の年次変化



②認容率の年次変化

