

成、救済措置の実施状況の確認、健康被害防止に関する助言や指導の役割を担うことを提案している。つまり、献血者の健康被害救済制度は、法律上の制度とはせず、国の適切な関与の下で、日本赤十字社がその社会的責任のもとに運営すべきというものである。

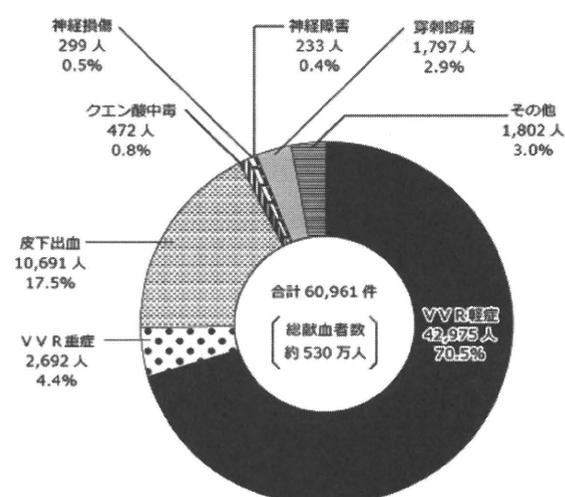
本報告書を受け、厚生労働省は関連法規・規定の整備に着手した。まず、「採血の業務の管理及び構造設備に関する基準の一部を改正する省令」（平成18年9月19日厚生労働省令第162号）を公布し、採血事業者が採血により献血者に生じた健康被害の補償のために必要な措置を講じることを法令上明確に位置付けるとともに、採血事業者が献血者の健康被害の補償のために講ずべき措置の標準的事項として、「献血者等の健康被害の補償に関するガイドライン」（平成18年9月20日付け薬食発第0920001号日本赤十字社あて医薬食品局長通知）を策定した。そして、平成18年10月より日本赤十字社において、「献血者健康被害救済制度」が開始された。以下、本制度について概説する。

3. 献血者健康被害救済制度

(1) 献血者健康被害の発生状況

まずはじめに、献血者の健康被害発生状況を示す。平成21年度の総献血者は約530万人であり、その内の60,961件（年間採血件数の約1.1%）の健康被害が報告されている。その内訳は右上の図の通りである。もっとも発生頻度が高いのは、血管迷走神経反応（VVR）である。VVRは、献血者の心理的不安や緊張、採血に伴う神経生理学的反応により、軽症の場合には気分不

良、顔面蒼白、冷汗、悪心、嘔吐など、重症の場合には意識喪失、痙攣、尿失禁などを起こすことがある。献血者の健康被害の大部分は軽度のものであるが、中には医療機関の受診を必要とするような状態になることもある。



平成21年度献血者健康被害発生状況
(平成22年度第2回血液事業部会運営委員会資料より抜粋)

(2) 献血者健康被害救済制度の概要

次に、平成18年10月より開始された献血者健康被害救済制度の内容について述べる。既述の通り本制度は「献血者等の健康被害の補償に関するガイドライン」に基づき運用されている。

献血者健康被害救済制度では、献血者の健康被害に応じて、医療費、医療手当、障害給付、死亡給付、葬祭料が支払われる。

給付の対象者および給付額は以下の通りである。

①医療費

対象者：採血によって生じた健康被害について医療を受ける献血者等。

給付額：医療機関で受診した場合，その医療に要した費用。

②医療手当

対象者：採血によって生じた健康被害について医療を受ける献血者等。

給付額：医療機関で受診した場合に要する医療費以外の費用（交通費等）。日を単位として支給し，その額は日額4,480円，月額最高35,800円とする。

③障害給付

対象者：採血によって生じた健康被害により一定の障害の状態にある献血者等。

支給額：後遺障害に対して，障害の程度に応じた一時金を給付する。その額は障害等級に応じて44万～1,179万円とする。

④死亡給付

対象者：採血によって生じた健康被害により死亡した献血者等の遺族。

給付額：採血によって生じた健康被害により死亡した献血者等の一定の範囲の遺族に対して，880万円の一時金を給付する。

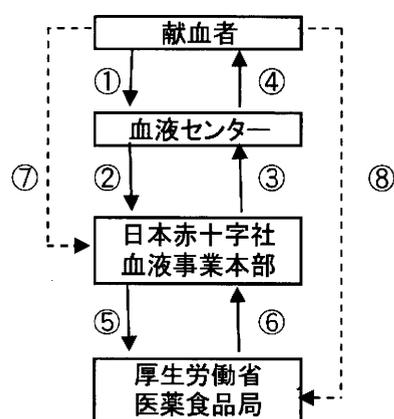
⑤葬祭料

対象者：採血によって生じた健康障害により死亡した献血者等の葬祭を行う者。必ずしも遺族に限定されない。

給付額：その額を199,000円とする。

給付決定手続きは下記の図に示すような流れで進められる。

給付の申請は，健康被害を生じた献血者が血液センターに請求書を提出することにより行い，血液センターが日本赤十字社に支給・不支給の判定を依頼し，日本赤十字社において給付の可否を決定する。ただし，日本赤十字社だけでは判断が困難な場合には，厚生労働省医薬食品局に協議する



- ①給付請求 ②判定依頼 ③判定結果通知
④判定通知・給付 ⑤(判定困難事例)協議
⑥意見 ⑦不服申出 ⑧不服申出

ことができ，同局は医学の専門家等の意見を踏まえた上で，対象事案について意見を述べる。支給不支給の決定は，その根拠とともに献血者に説明される。決定の結果に不服のある場合は，日本赤十字社および厚生労働省医薬食品局に対して申し出ることができる。

給付費は，日本赤十字社が加入する賠償責任保険や自主財源により負担されているものと思われる⁶。平成21年度に本制度により給付された医療費の給付件数は934件で，給付総額は18,411,353円（1件当たり平均19,712円），医療手当の給付件数は932件で，給付総額は18,722,880円（1件当たり平均20,089円），障害給付の件数は12件（14級：8件，12級：3件，11級：1件）で，

⁶ 財源につき日本赤十字社に問い合わせをしたが，回答が得られなかった。しかし，ガイドラインで「健康被害の補償に要する資金を安定的に調達することができるよう，保険の加入等の措置を講じることが望ましい」とされていることから，保険により負担されているものと推測される。

給付総額は7,744,000円（1件当たり平均645,333円）であった⁷。しかしこの数字は、必ずしも実際に医療機関を受診した献血健康被害者の数とリンクしているとは考えにくい。なぜならば、献血者健康被害救済制度の認知度があまりにも低いからである。医薬品医療機器総合機構が、平成22年に一般国民を対象に行った「医薬品副作用被害救済制度に関する認知度調査」によると、献血者健康被害救済制度について「知っている」と回答したのは3.4%、「名前は聞いたことがある」は11.1%、「知らない」は85.5%であった。また、医療関係者（医師・看護師・薬剤師・歯科医師）を対象に行った同調査でも、「知っている」と回答したのは16.2%、「名前は聞いたことがある」は30.6%、「知らない」は53.2%で、医療関係者であっても、その過半数以上が本制度について名前すら聞いたことがないという実状が明らかになった⁸。医療関係者の約85%が、献血者健康被害救済制度について知らない、あるいは十分に理解していないということは、たとえ献血による健康被害により医療機関を受診したとしても、医療関係者から本制度について何ら説明を受けないまま、医療費等を自ら負担している人が多数存在するという可能性が高い。現在、献血前に献血者に配布されているリーフレット「お願い」には、「献血によっ

て健康被害が生じた場合、医療費等を補償する献血者健康被害救済制度がもうけられています。くわしは、血液センター職員にお尋ねください」という文言だけが記されている。これについて、厚生労働省医薬食品局血液対策課「献血推進のあり方に関する検討会報告書」（平成21年3月10日）において、現行の日本赤十字社の「お願い」は、献血者の献血時におけるリスクおよび献血者健康被害救済制度に関する記載が不十分であり、充実すべきであるとの指摘がなされている。献血者への説明はもちろんのことながら、実際に献血者の健康被害の治療に当たる医療関係者へも、本制度の周知を徹底すべきであろう。

（3）補償額と賠償額の関係

献血者健康被害救済制度は、被害者が本制度による補償を受けた場合の損害賠償請求権を制限する性格のものではない。ただし、「献血者等の健康被害の補償に関するガイドライン」では、本制度により給付を受けるべき者が同一の事由について損害賠償を受けた場合には、日本赤十字社はその価額の限度において、本制度による給付を行わないことができるとしている。また、すでに本制度による給付を受けた者が、同一の事由について損害賠償を受けた場合には、日本赤十字社はその価額の限度において、その受けた給付の額に相当する金額を返還させることができるとしている。つまり、補償金と賠償金との二重取りはできないシステムになっている。よって、補償額と賠償額がほぼリンクしていれば、献血者健康被害救済制度による補償を受ければ、あえて訴訟を提起する必要はない。しかし

⁷ 成22年度第2回血液事業部会運営委員会における日本赤十字社提出資料（平成22年8月11日）より。

⁸ 医薬品医療機器総合機構「医薬品副作用被害救済制度に関する認知度調査」調査報告書《一般国民》（平成22年12月24日）、同調査報告書《医療従事者》（平成23年2月22日）。

現実には、それらは必ずしもリンクしていない。

ここで、毎年2件ほど発生しているRSD（反射性交感神経性ジストロフィー）という非常に稀な健康被害をめぐる訴訟について紹介する。RSDとは、外傷（採血）後に交感神経系の過剰な反応により出現する持続性の疼痛と血管運動異常を伴い、皮膚、血管、骨などの委縮をきたす難治性の疼痛症候群である。

〈ケース1〉

1997年1月に仙台市内で献血に参加した女性が、同夜から針を刺した部分を中心に左腕が痛み出し、診察を受けたところ神経損傷と診断された。その後治療を重ねたが、病状は好転せず、転院先の病院でRSDと診断される。女性は左腕全体が麻痺状態となり、回復困難となった。そこで被害女性は日本赤十字社を相手に800万円の損害賠償を求めたが、最終的に日赤側が650万円を支払うことで和解が成立した。本事案は献血によるRSDをめぐる全国初の訴訟であった。

〈ケース2〉

2001年7月に大阪市内の献血ルームで献血に参加した女性が、採血針を刺された際に右手に痛みとしびれを感じたため、中止を求めたが、看護師から「針が太いから痛みはあります」と言われて、そのまま続行された。女性は帰宅後も症状が治まらないため、病院を受診すると、RSDと診断された。女性は痛みで右手中指と小指に力が入らず、筋力も低下し、看護師の仕事が不可能となり、退職した。そこで女性は平成14年10月に日赤を相手に2,000万円の損害賠

償を求める訴訟を起こした。日赤側は治療費など約120万円を女性に支払いながらも過失は否定し争ったが、平成16年8月に日赤側が300万円の和解金を支払うことで和解が成立した。

〈ケース3〉

平成15年7月に大阪市内で献血に参加した女性が、採血針を入れる際に鋭い痛みを感じたため、「やめてください。別の所にしてください」と求めたにも関わらず、看護師は「大丈夫です」と言い、約20分間針を動かし続けた。女性は帰宅後も痛みが治まらず、病院を受診すると、腕の末梢神経を損傷していると告げられ、その後RSDと診断された。女性は上肢麻痺により肩から指までが全く動かせなくなり、回復は困難となった。そこで、平成18年5月に日赤を相手に1億3,000万円の損害賠償を求める訴訟を起こした。日赤側は、治療費や通院費など約211万円を支支払いながらも看護師の過失は否定、全面的に争ったが、平成21年3月に、日赤側は損害賠償債務として7,180万円を被害女性に支払う内容の和解に応じた。日赤がこのような多額の賠償に応じることは極めて異例である。

この3つのケースは、後遺症の程度に若干の違いはあるものの、同じような経緯をたどりRSDという健康被害を発生した事案である。特にケース2とケース3は、RSD発症までの経緯が類似している。それにもかかわらず、日赤側から支払われた和解金の額は著しく公平さを欠く。ケース1およびケース2の和解金の額は、献血者健康被害救済制度の基準による給付額とそれほどの乖離はない。しかし、ケース1は、献血

者健康被害救済制度で定める障害給付の最高額1,179万円を受け取ったとしても、7,180万という賠償額とは大きな開きが生じる。ケース1においては、日赤が高額な賠償に応じた特別な理由があるのかもしれないが、日赤血液事業本部は、「和解条項が第三者に漏洩しないとの内容になっている」として、詳細な和解内容については明かしていない⁹。

このような不公平感と不透明性を払拭し、統一的な補償基準を設けるために創設されたのが、献血者健康被害救済制度であるが、被害者が訴訟により損害賠償請求をする場合には、本制度による基準は意味をなさない。日本赤十字社は、和解により損害賠償を行う場合にも、その賠償額の根拠を可能な限り明らかにし、献血者からの納得が得られるような救済制度を構築すべきである。

4. 諸外国の補償制度

「安全で安心な献血の在り方に関する懇談会」でも、諸外国における採血後の健康被害・事故に対する賠償・補償等に関する制度比較が行われた。そこで本研究においても、フランス・ドイツ・イギリスの3カ国の制度について簡単に概観し、我が国における献血者の健康被害救済制度、および医療全般に関する無過失補償制度を検討する際の参考としたい¹⁰。

(1) フランスの補償制度

フランスでは、1998年7月1日法（「公

衆衛生監視の強化と食料品の衛生上の安全のコントロールに関する法律」）により、フランス血液機構（Etablissement française du Sang (EFS)）をフランス国内の血液事業を管理する唯一の機関とすることが定められ、2000年1月より施行されている。EFSは保健省の支配下にあるが、運営は血液の売上代金によって賄われており、政府からの補助はない。また、同法の施行に伴い、フランス保健製品衛生安全庁（Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)）が、医薬品・血液・血液製品等に関する規制・評価を行う機関として創設された。献血による健康被害情報は、AFSSAPSが収集・管理している。これにより、EFSは血液採集全般に関する運営上の責任を負い、AFSSAPSが、査察や規制監督に責任をもつという血液事業における責任分担が明確化されている。

採血に伴い献血者に生じた健康被害については、「公衆衛生法典（Code de la santé publique）」により、過失の有無にかかわらず、EFSがその責任を負うことが義務付けられている。また同時に、EFSは補償のための保険に加入することが義務付けられている¹¹。献血者に健康被害が生じた場合、治療費、交通費、物損代、休業補償な

⁹ 朝日新聞2009年4月19日。

¹⁰ 諸外国における献血者の健康被害救済制度の関する先行研究として、平成15-17年度厚生労働科学研究費補助金「献血により生じる健康被害の発生防止に関する研究」（主任研究者：河原和夫）が詳しい。また、財団法人血液製剤調査機構発行の広報誌「血液製剤機構だより」および、同機構HP掲載の「Today's News 海外編」は大変参考となる。

どが保険でカバーされることになる。

(2) ドイツの補償制度

ドイツの血液事業は、ドイツ赤十字社、地域・病院付属の血液センター、製薬会社等の民間メーカーの3つの主体によって運営されているが、ドイツ赤十字社が年間採血数の70～80%を占めている。事業主体が一本化されていないものの、欧州指令に基づき、2005年に新輸血法が制定され、これら複数の事業主体に対する共通の基準が示された。2005年新輸血法では、献血は原則として無償とされているが、献血者に対し、交通費や労力に対する報酬を金銭で支給することは禁止されていない。

献血者が採血に伴い健康被害を生じた場合、ドイツでは労災保険によってカバーされることになる。労災保険については、「社会法典第7編 (Sozialgesetzbuch: SGB VII)」によって規定されている。ドイツでは、労災保険の適用対象が就労者に限られず、幼稚園児を含む児童・生徒・学生、ボランティアなど、その適用範囲が広範であるのが特徴である。そして、SGB VII第2条1項13号において、「献血者及び身体組織提供者 (Personen, die Blut oder körpereigene Organe, Organteile oder Gewebe spenden)」も保険の対象となることが規定されている。このことから、献血者のみならず、臓器ドナーや骨髄ドナー

に健康被害が生じた場合にも、労災保険が適用されることになるものと思われる。

労災保険による給付の内容は、SGB VII第27条により具体的に規定されている。その内容は、①応急治療、②医師による治療、③歯科治療 (義歯も含む)、④薬剤、包帯、治療手段、補助器具の支給、⑤在宅看護、⑥病院およびリハビリテーション施設における治療、⑦医学的リハビリテーションといった現物給付のほか、就業不能となった場合には、就労可能となるまでの被災者手当や障害年金が金銭給付によりなされる。さらに、献血者が死亡した場合には、遺族に対して死亡手当が給付されるほか、埋葬場所までの遺体搬送費用も労災保険により補償される。

年間採血数の70～80%を占めるドイツ赤十字社の場合、労災の保険者は連邦政府であり、その財源は税金である。ドイツの労災保険制度は、広く社会的被害に対する補償制度として運用されていると言えるだろう。

(3) イギリスの補償制度

イギリスは、イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドの4地域からなる連合王国であり、採血主体も地域により異なる。イングランドおよび北ウェールズを担当する国立血液サービス (National Blood Service : NBS)、スコットランドを担当するスコットランド血液サービス、北アイルランドを担当する北アイルランド血液サービス、ウェールズ (NBS担当地域外) を担当するウェールズ血液サービスがそれぞれ血液事業を運営し、これらの事業主体を英国輸血サービス

¹¹ Code de la santé publique Article L1222-9 L'Etablissement français du sang assume, même sans faute, la responsabilité des risques encourus par les donneurs à raison des opérations de prélèvement. Il doit contracter une assurance couvrant sa responsabilité du fait de ces risques.

(United Kingdom Blood Transfusion Service : UKBTS) が統括している。このうち、NBSが英国の約85%をカバーし、国内における政策の指導的な役割を果たしている¹²。

かつてNBSは、保健省の中の国民医療サービス (National Health Service : NHS) の特別当局として置かれていた国立血液機関 (National Blood Authority : NBA) によって運営され、NBAがイングランドおよび北ウェールズにおける血液事業の責任を負っていた。しかし、2005年10月に、NBAは廃止され、新たにNHS Blood and Transplant (NHSBT) が、イングランドおよび北ウェールズにおける血液・臓器・組織等の良質で効率的な供給に対する責任を負う機関として、NHSの特別当局として設置された。

イギリスには、献血者に健康被害が生じた場合の補償に関する法律は存在しない。しかし、実際に献血者に健康被害が生じた場合には、過失の有無にかかわらず、NBSが任意で補償している。補償の内容は、治療費や見舞金などの現物支給、クリーニング代や薬剤費の償還、休業補償などで、保険ではなく、NHSからの予算や製剤売上によるNBSの自主財源によって賄われている。これは法的な義務ではなく、献血者からの健康被害や損害の申し立てに対し、NBSがその速やかな解決を図るために善意で行う自発的補償である。

NHSBTでは、“Blood Matters” というレポートを年に2～3回刊行している。そ

の2009年レポートの中に、献血者の安全に関する報告がある。ここでその内容を簡単に説明する¹³。

従来、血液事業の安全性向上の努力は、受血者の安全に焦点が当てられ、その成果も確実に出ていた。他方、ドナー (献血者) のリスク低減に対する取り組みは、受血者に比べその危険の頻度が少ないとは言え、十分に行われてこなかった。血液供給は自発的なドナーに完全に依存しているが、ドナーには健康被害の可能性こそあれ、献血によって受ける利益はほとんどない。実際、ドナーのうちの約2.7%に献血に起因する何らかの合併症が起きている。そこでNHSBTでは、献血者に生じた合併症に関する体系的分析を行うためのヘモビジランス・プログラム (血液安全監視体制) を確立した。このプログラムでは、ドナーに生じた有害事象を2つのカテゴリーに分けている。1つは、一般的な献血による健康被害の“Donor Adverse Events”。もう1つは、“Donor Adverse Events”の中でも特に重篤な事象である“Serious Adverse Event of Donation (SAED)”である。“Donor Adverse Events”は、14のカテゴリーごとに分類され、データベースに記録されるのに対し、SAEDは個別の事象ごとに監督当局へ報告、記録され、その根本的な原因分析が行われる。SAEDの発生数 (インシデントを含む) は2006年に20件、2007年に15件と、その発生頻度は比較的低いと言えるが、それによって生じた健康被害に対するNBSからの善意の補償や、それ

¹² 血液製剤調査機構「英国の血液事業」血液製剤調査機構だより97号 (2007年) 13頁。

¹³ NHSBT, Blood Matters, issue 27 (2009).

を原因として起こされる訴訟の費用は、(時間的な面も含めて)高額となっている。

(4) まとめ

フランス・ドイツ・イギリスいずれの国でも、過失の有無を問わず、血液事業者が献血者の健康被害に対して何らかの補償を行っている。このうちイギリスのみ、法律上の義務に基づかない任意の補償である。また財源は、イギリスのみ血液製剤の売り上げ等、自主財源により賄っているが、フランスとドイツは保険により賄っている。しかし、その保険も、フランスは民間保険であるが、ドイツは労災保険である。各国それぞれシステムの運用形態に違いはあるものの、欧州諸国では欧州指令(Directive 2002/98/EC)により、血液および血液成分の採取、検査、調整、保存、出荷・出庫、および輸血に関連する重篤な有害事象・反応を収集し、監視し、評価するヘモビジランス(血液安全監視システム)の構築が義務付けられており、安全かつ安定的な献血制度の確立に向けた政策が進められている。今後、本指令がどのように国内法に取り込まれ、献血者の健康被害に対する補償制度がどのように確立されていくのか、今後も注目していきたい。

E. 結論

献血事故により献血者が健康被害を生じる確率は1%ほどで、そのうちのほとんどが軽症であるため、訴訟にまで持ち込まれるケースは非常に少ない。また、献血による健康被害が発生した場合には、血液事業者(採血者)の過失の有無にかかわらず、日本赤十字社が保険や見舞金という形で何

らかの補償を行ってきた。よって、献血者健康被害救済制度は、これまで血液センターごとに判断されてきた補償の内容について統一的な基準を設け、公平性・透明性に配慮した救済制度を構築するという目的で導入されたものであり、産科医療無過失補償制度のような訴訟リスクの低減、患者の救済といった目的は薄いと言える。とは言うものの、本制度が開始されてからも、献血被害者からの損害賠償請求訴訟は起こされており、ほとんどのケースが和解により解決されているが、その和解金の基準については、いまだに不透明さが残る。

献血は通常の医療行為とは違い、自己目的のない全くの利他的な行為である。その献血行為によって受けた健康被害は、無過失補償により救済されるべき最も代表的な分野と言えるだろう。今後、保険診療全般を対象とする無過失補償制度の導入を検討する際には、どこまでの範囲を誰がどのような財源で補償するか、そして医療事故被害者が切に願う真相究明と再発防止をどのようなシステムによって実現するかといった取り組むべき課題は山積している。現代の医療紛争は、無過失補償制度という金銭的な救済制度だけで解決できるほど単純なものではない。医療事故ADRや死因究明制度の活用、院内医療メディエーターの育成、さらには社会保障制度の充実など、総合的な紛争解決システムを模索する必要がある。

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表
特になし

2. 実用新案登録
特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
特になし

3. その他
特になし

厚生労働科学研究費補助金
(地域医療基盤開発推進研究事業)
分担研究報告書

死体に対する遺族の権利について

研究分担者 佐藤 雄一郎 神戸学院大学法学部 准教授

研究要旨

アメリカ合衆国においては、遺族の死体に対する権利が様々な形で認められてきている。その中には、臓器移植や死因確定という公益との関係が問題となり、それら公益よりも優先して認められているものもある。

A. 研究目的

アメリカ合衆国から入ってきたインフォームド・コンセントや患者の自己決定権という概念は、わが国なりに受容され、もしかすると独自の発展を遂げているのかもしれない。しかし、事が医師と患者が共に病気と闘う（あるいは共存する）ということであるとすると、医師が考えるもの、患者が求めるものは、アメリカ合衆国とそれほどの違いはないのかもしれないという気もする。一方で、遺族の権利については、たとえば、外国人は死体に対する思い入れがあまり強くない、一方で日本人は思い入れが強い、といわれることがある。しかし、アメリカ合衆国における代表的な本である、J.アナスのThe Rights of Patients (3rd ed.)¹の第14章は、“Death, Organ Donation, and Autopsy”と題し、遺族の

権利について正面から論じている。後からみるように、死体に対する遺族の権利はさまざまな場面において問題となり、裁判所が遺族の権利を認め、多額の損害賠償が認められているケースもある。

そこで、本稿では、アナスの主張を紹介し、そこで説明されている事柄のいくつかについて補足をした後で、遺族の権利について検討をしてゆくことにする。

B. 研究方法

J.アナス著「患者の権利」のテキスト、また、制定法および判例をデータベースで検索し、収集したデータを検討した。

C. 研究結果

一 臓器摘出に際しての遺族の権利

(1) UAGA1987

先に見たように、1987年に、統一州法委員会全国会議は前記68年法を改正し、1987年統一死体提供法を公表したが、その中には新しく以下のような条項が設けられた。

¹ 旧版の抄訳が日本評論社から（1992年）、第3版の全訳が明石書店から（2007年）だされている。

4条 [検屍官 ([Coroner] [Medical Examiner])] あるいは [地方公衆衛生官吏 (Local Public Health Official)] による認許 (Authorization)

- (a) 検屍官は、以下の場合、移植や治療の目的のために、その管理下にある死体から部分の摘出を許可 (release and permit) することができる。
- (1) 当該官吏が、病院、医師、外科医、斡旋機関から当該部分についての依頼を受けている場合；
 - (2) 当該官吏が、当該部分のその後の有用性 (useful life) を考慮した上で、死者の診療録を確認し (locate) 調査し (examine)、3(a)条に挙げられた者に、死体提供ができ、または拒絶できることを知らせるために合理的な努力 (a reasonable effort) を払った場合；
 - (3) 当該官吏が、死者の拒否や反対の意思や、優先権を持つとして3(a)条に挙げられた上位の者の反対を知らない場合；
 - (4) 摘出が医師、外科医、技術者 (technician) の手によるであろう場合；ただし眼の場合には、それらのうちの一かあるいは角膜摘出者 (enucleator) の手による。
 - (5) 摘出が、検屍や捜査を妨げないであろう場合；
 - (6) 摘出が受容される医療水準に従ってなされるであろう場合；および
 - (7) 可能であれば、外観の修復 (cosmetic restoration) がなされ

るであろう場合。

統一州法委員会全国会議の注釈によれば、68年法は死体提供を行うことのできる者として「死体を処分する権限または義務のあるその他の者」を挙げていたが、この規定においては死体提供の目的が限定されていなかったから、その目的を移植と治療とに限定するために、当該規定を廃止して代わりに本条項を設けたのだという²。ということは、全国会議は、検屍官には「死体を処分する権限」があることを前提にしているものと解される。この解釈によれば、68年法の下においても、より上位の者の意思が不明な場合には検屍官が死体提供を行うことができる一州によっては同じ検屍官が摘出を行うこともありうるが、これは利益相反のような気もする一ということになる。このような理解に立てば、本人や遺族の承諾のない身体部分の摘出を認める各州の規定は、実は、死体の管理権を有する者が死体提供をなしうるとする68年法2条の確認規定にすぎないことになる³。

(2) 違憲訴訟

このような検屍官による提供を認める州法に対して、その規定が連邦憲法違反であることを理由とした損害賠償請求訴訟が起こされた。当初は原告の請求は認められなかったものの、1990年代からは、訴えが認められるようになってきている。そのきっかけとなったCleveland事件をみていくこ

² Unif. Anatomical Gift Act §4, 6A U.L.A. 44 (1987).

³ 以下で見ると87年法4条を採択した州は一部であるが、68年法はすべての州で採択されている。

とにしよう。

(事件の概要および判決の流れ)

救急処置が行われた病院において、死者の妻が臓器提供を拒否したにもかかわらず、検屍官事務所が病院からの報告書を読まなかったため、拒否がないものとして角膜が摘出された。検屍報告によって死者の角膜が摘出されたことを知った妻が、検屍官、カウンティ委員会、アメリカアイバンク協会 (Eye Bank Association of America)、アイバンク、臓器幹旋センター、病院を相手取って、被告らの行為は適正手続と平等保護を侵害する“収用”を構成する、2108.60条は適正手続と法の下での平等を侵害する、などと主張し、42 U.S.C § 1983⁴に基づいて連邦裁判所に訴えを提起した (600件のクラスアクションである)。裁判所は、後述するように、原告は死体に対して連邦憲法上の権利を有する、と判示した⁵。その後、若干の原告の追加がなされた、ほぼ同内容の訴訟の提起がなされ⁶、1審は、アイバンクはstate actorでないことを、検屍官には免責特権があることを理由に訴えを棄却したが、2審は、アイバンクについての原審の判断を覆した。その後、両事件は併合され、各被

告が免責特権を有するかが争われたところ、裁判所は免責特権を認めなかった⁷。原告として名の上がったクラスについては各3万ドル、それ以外のクラスについては各5000ドルの損害を認めたSummary Jury Trialを経て、被告らが525万ドルを支払うことなどを内容とする和解案がだされ、裁判所も同案を適切と判断した⁸。さらに、被告らには、原告の弁護士費用の代わりとしての費用およびincentive awardとして、100万8000ドルの支払いも命じられた。

(高裁の判断—遺族の権利について)

原告が適正手続違反の有効な主張をするためには、以下の3つの要件が満たさなければならない: (1) 剥奪 (deprivation), (2) 財産権の (of property), (3) 州法の外観の下で (under color of state law)。法の外観の下でという要件は本件においては容易に満たされ、剥奪の要件も同様である。それゆえ、原告らの請求の有効性は、「彼女が夫の角膜に対して憲法上保護される財産権的権益を有していたか否かにかかっている。」⁹

「適正手続条項によって保護される財産権的権益は利益への抽象的な希望や誘惑 (attraction) 以上のものでなければならない。適正手続条項は、それに対して人が“エンタイトルメントの正統な主張 (legitimate claim of entitlement)”

⁴ 合衆国憲法や法によって保護されている権利などを剥奪した者の損害賠償責任を定めた条項であり、憲法上の権利に関する訴訟は本条を用いなければならない。 *Azul-Pacifico, Inc. v. City of Los Angeles*, 973 F.2d 704, 705 (9th Cir. 1992), cert. Denied, 506 U.S. 1081, 113 S.Ct. 1049, 122 L.Ed.2d 357 (1993).

⁵ *Brotherton v. Cleveland*, 923 F.2d 477 (6th Cir. 1991).

⁶ *Brotherton v. Cleveland*, 968 F.2d 1214, 1992 WL 151286 (6th Cir. 1992).

⁷ *Brotherton v. Cleveland*, 173 F.3d 552 (6th Cir. 1999).

⁸ *Brotherton v. Cleveland*, 141 F. Supp. 2d 894 (S.D.Ohio 2001).

⁹ 923 F.2d 477, 479.

を有する利益のみを保護するのである。これは“いかなる重要な財産権的権益をも”含むと定義されてきた。¹⁰

「死体に対する権利を確立することの重要性は、科学の進歩によって増大してきたし、し続けるであろう。バイオテクノロジーに関する研究や情報の近年の急激な発達は、ヒト組織が科学者、医師や他の者に日常的に売却される市場を作り出してきた。ヒト身体は有用な資源なのである。バイオテクノロジーが発達し続けるにつれて、死体に存する資源を利用する能力も発達するのである。心臓や腎臓、他の有用な臓器が生体の外で長い時間維持される未来は、途方もない将来のものではないのである。」¹¹

「幸いなことに我々は、オハイオ州の最高裁判所が、死体に対して配偶者に認められる権益を財産権とするか、準財産権とするか、財産権としないかについて決定する必要はない。権益の存在は州法の問題かもしれないが、当該権益が適正手続条項によって保護される“エンタ

イトルメントの正統な主張”のレベルにまでなるか否かは連邦法によって決定されるのである。この決定は、州によって認められた権利につけられたラベルによるのではなく当該権利の実質によるのである。」¹²

統一死体提供法の一部であるOhio Rev. Code 2108.02(B)条は、原告らに故人の死体の処分をコントロールする権利を明文で認めている。また、オハイオ州の判例は、原告に、死体の占有権と、死体の侵害に対する請求権を認めている¹³。「オハイオ州がこの権益をどのように分類するにせよ、非常に制限されてはいるが、全体として、これらの権利は死体に対する実質的な権益を構成する。」¹⁴我々は、角膜をも含む故人の死体に対して原告に認められている権利の総体は、修正14条の適正手続条項によって保護される“エンタイトルメントの正統な主張”のレベルにまでなっていると判断する。この権利は、同じ第6巡回控訴裁判所のWhaley v. County of Tuscola¹⁵事件および第9巡回控訴裁判所のNewman v. Sathyavaglswaran¹⁶事件においても認められている。

(3) UAGA 2006

このため、2006年統一死体提供法においては、前述のように、検屍官による臓器提供の規定は削除された。よって、臓器提供

¹⁰ *Id.* at 480. 先例事件名と引用省略。なお entitlementとは適正手続なしに侵害されない権利のことであるが(BLACK'S LAW DICTIONARY 532 (6th ed. 1990)), もともとは、公的扶助や社会保障の受給を打ち切る場合に聴聞手続が必要か否かという問題をめぐって、受給資格を財産権と同様に扱う(new propertyとする)ための概念であった。なお、打ち切りの際いかなる手続が必要とされるかについて、Mathews v. Eldridge, 424 U.S. 320 (1976) は、当該行為によって影響を受ける個人の利益、その利益が誤った剥奪を受ける危険性、さらなる手続保障の利益、かかる職務と、更なる手続保障とがもたらす財政上・行政上の負担とを含む政府の利益、とが考量されるとしていた。

¹¹ *Id.* 先例事件名と引用省略。

¹² *Id.* at 481-482. 先例事件名と引用省略。

¹³ 1審で挙げられたCarneyおよびEverman判決が引用されている。

¹⁴ *Id.* at 482.

¹⁵ 68 F.3d 1111 (6th Cir. 1995).

¹⁶ 287 F.3d 786 (9th Cir. 2001).

はopt-inの仕組みに完全に一本化された。しかし一方で、死体からの臓器提供をさらに進めるという要請もある。このため、同法は、臓器提供について提供のできる主体について範囲を拡大するとともに、遺族の拒否権を明文をもって否定したわけである。

上述したように、これまでも、本人による提供意思が示されていれば、それだけで提供には十分であり、遺族の拒否権は法律上認められていなかったわけであった。しかし、実態としては、遺族が拒否をすれば臓器摘出は行われていなかったようである（これは、アメリカ合衆国だけではなく、遺族の拒否権が認められていない国（わが国を除いてほとんどであるが）においても同じようである）¹⁷。はたして、2006年法は、この実務を変えようとする意図があるものであろうか（コメントによれば、そのようにも読める）。また、実際に、実務は変わるものであろうか。

また、同法で見落としとしてはならないのは、「本人」の拡大である。これまでは、生前の提供は、18歳以上の成人本人によるものしか認められていなかった。しかし、2006年法においては、代理人や後見人などによる生前の提供が認められたわけである。では、遺族はこのような提供を拒むことができるか。8条(a)項は、本人が死体提

供を行った場合には拒否が認められない旨規定する（“if the donor made an anatomical gift of the donor’s body or part under Section 5”，ここでいうdonorとは本人を指す（定義規定である2条(7)項は“Donor” means an individual whose body or part is the subject of an anatomical gift.という)）。しかし、同条(c)項において、提供者以外の者によって提供がなされた場合には、他の者は、「10条の下においては」撤回や修正ができないと規定する。コメントによると、生前に後見人が提供をしていた場合、死後、その子が提供の撤回をすることは許されない、一方で、代理人が提供の意思表示をし、その後に後見人が付された場合、後見人は提供の撤回ができる、とのことである（これは、4条に名前が挙がっている者はouter egoであるから、とする）。これは、後者については撤回が本人の生前に行われることが理由なのであろうか（10条は、死後の臓器提供や撤回の規定である）、あるいは、代理人や後見人は本人の代わりであるから撤回は許されるが、家族は本人の代わりではない（家族固有の価値観を有する）から撤回は許されないという理由なのであろうか。それにしても、本人と血縁関係のないこともある代理人や後見人よりも、血縁関係を有し、あるいは本人と長年同居してその考えなどを知るはずの家族が劣後するというのは、バランスとして適切なのだろうかという疑問が生まれるし、そもそも、家族固有の拒否権を認めなくてもよいのか、という疑問も生ずる。

¹⁷ 佐藤雄一郎「提供意思」ジュリスト1264号（2004年）。アメリカの医師国家試験においても、患者本人が臓器提供カードを持っていても、家族が反対した場合には、臓器提供をやめるべきというのが正解とされるという（樋口範雄「不明確な法の伝える明確なメッセージ」第4回終末期医療に関する懇談会資料）。

二 解剖に際しての遺族の権利

(1) 死因の解明に必要な場合

先に見たBrotherton判決が遺族に死体に対する権利を認めたために、移植目的の摘出だけではなく、死因解明目的の臓器摘出についても法的に問題になってくることは、容易に想像ができることであった。しかるに、同じハミルトンカウンティ（検屍官は変わっている）における解剖について、同じ原告側代理人が、訴訟を提起することとなった。

解剖の際には、胸腹腔内の臓器は、ホルマリン固定する部位を除いては解剖後体腔に戻されるが、脳は、全体をホルマリン固定しなければならないので、固定まで14日ほど、その後標本作製や死因の検討を含めると、解剖から21日ほどかかることになるが、死体はその前に、（脳がない状態で）遺族に引き渡されていることになる。遺族は、死体の引き渡し時に脳の保存について通知せず、また、脳組織の検査終了後にその通知をしなかったことは、連邦憲法上保護される権利の剥奪であるとして、42 USC § 1983に基づいて損害賠償を請求した。

両当事者からのsummary judgmentの申立を受けた連邦地裁は、第6巡回控訴裁判所の2つの事件¹⁸を引き、以下のように論じる¹⁹：原告は、解剖それ自体や、解剖に際して臓器を保存することを違憲と主張しているのではなく、死体の引き渡し時に脳の保存について通知を受けなかったこと

¹⁸ いうまでもなく、BrothertonおよびWhaley判決である。

¹⁹ Hailey v. Parrott, 2005 U.S. Dist. LEXIS 44837 (S.D. Ohio, 2005).

（これがあれば、脳が返還可能になってから、脳がそろった状態で引き渡しを受けることを選択できた）、あるいは、脳組織の検査が終了したときに、その引き取りのために、通知を受けなかったことを問題としている。Brotherton判決の射程は広く、本件がこれから区別されるという理由もないし、死因が確定した上は、検屍官の権限と遺族の権利とは両立しうる、と。

この判決に対して被告は控訴したようであるが、その後（控訴を取り下げて）和解に応じたため、控訴裁判所の判断は仰がれないまま、600万ドルのsettlement fundをつくることで合意がまとまった²⁰。

ところが、この訴訟の後、同様の訴えが起こされることとなる。Albrecht v. Toreon事件は、87のカウンティ（これは、オハイオ州におけるハミルトンカウンティ以外のすべてのカウンティである）における解剖後の臓器の保存を理由とする訴訟である。連邦控訴裁判所は、解剖についてのオハイオ州法の規定について確認するため、オハイオ州最高裁に意見確認を行った²¹。オハイオ州最高裁は、事件当時の州法の規定によれば、遺族は解剖後の組織や臓器に対して権利を有していない、と回答した（反対意見は、州法が事件後に改正され²²、遺族

²⁰ Hailey v. Parrott, 2007 U.S. Dist. LEXIS 69647 (S.D. Ohio, 2007).

²¹ 2007 U.S. Dist. LEXIS 17461 (S.D. Ohio, 2007).

²² ORC Ann. 313.123. 2006年に追加された条文であり、「解剖」の定義の中に、臓器や組織の検査を明示し、宗教上の理由による臓器摘出の制限がある場合を除いては、解剖後の組織や臓器は「医療廃棄物」(medical waste)であり適切に処分できることを定めている。

の権利を明示的に否定したことを考えれば（その反対解釈として）改正前は遺族は権利を有していた、とする²³。これに基づき、連邦地裁は被告のsummary judgmentの申立を認めた²⁴。

さらに、この問題は他州にも波及をする。Waeschle v. Dragovic事件は、Brotherton事件がWhaley事件を呼び起こしたように、オハイオ州の事件がミシガン州に「飛び火」した事件であった。連邦地裁は、解剖後の身体部分に対する遺族の権利を認め、さらに、州最高裁への意見確認は必要ないとした²⁵。しかし、控訴を受けた連邦第6巡回控訴裁判所は、BrothertonおよびWhaley事件と本件とを区別し、解剖後の法医学的検査のために摘出された身体部分についての権利は確立されていない、とし、それゆえ、被告の免責特権を認め、summary judgmentの申立を認めた²⁶。

（2）研究利用の場合

では、臓器移植でも死因の確定でもない、研究利用の場合はどうか。わが国でも提言がなされている脳バンクをめぐる、アメリカ合衆国で訴訟が提起されている。

たとえば、アメリカ合衆国のメリーランド州にあるスタンレー脳バンクは、自らも統合失調症および双極性障害の研究を行いながら、全世界中の研究者に脳のサンプルを提供している。ウェブサイトには、サン

プルは、近親者の認許を得て、検屍官事務所および組織バンクとの合意に基づいて収集されている、とある²⁷。実際に、脳バンクと検屍官事務所との契約によって、脳バンクが給料を負担する病理医は、遺族に接触し、候補者の脳を摘出し研究目的で利用することの許可（permission）を得ることとなっており、近親者あるいはワシントン州法に基づき法的に権限を有する者の書面による許可なしに脳が摘出されてはならないと規定されている。

しかし、メイン州とワシントン州で、遺族が、自分たちは脳の研究利用について聞かされていなかったとして、訴えを提起している。メイン州の訴訟²⁸においては、1998年から2000年までに99の脳が摘出されたが、そのうち13件については同意がなかった（説明が全くなかった場合と、「小さなサンプル」が摘出されるとの説明を受けていた場合とがあったようである）。もっとも、同事件においては、請求（conversionという不法行為の一種）に必要な所有権もしくは占有権が認められないとして訴えが退けられているため、実際にどのような説明がなされていたかは不明なままである。一方で、ワシントン州の訴訟²⁹においては、父と姉（あるいは妹）がフロリダ州に住んでいるため、検屍官事務所の病理医は父親に連絡を取ろうとしたも

²³ Albrecht v. Treon, 118 Ohio St.3d 348 (2008).

²⁴ Albrecht v. Treon, 2009 U.S. Dist. LEXIS 44721.

²⁵ Waeschle v. Dravic, 2008 U.S. Dist. LEXIS 70103.

²⁶ Waeschle v. Dravic, 2009 U.S. App. LEXIS 16083 (6th Cir.).

²⁷ <<http://www.stanleyresearch.org/dnn/BrainResearchLaboratorybrBrainCollection/Overview/IntroductiontotheStanleyBrainCollection/tabid/186/Default.aspx>>.

²⁸ Bourgoin v. Stanley Med. Research Inst., 2005 Me. Super. LEXIS 157.

²⁹ Amaker v. King County, 540 F.3d 1012 (2008).

の連絡が取れず、州内に住む叔母の承諾によって脳などを摘出した（ただしこれは検屍官事務所の主張であり、叔母はそのようなことは記憶にないと主張している）、という事例であった。この事件においては、最近親者の父親ではなく、姉が、死体に対する権利があるかについて、州の最高裁に意見確認（certification）がなされている。

D. 考察

このように、臓器移植、死因確定、および研究という異なった目的のための臓器・組織の摘出・保存・利用について、アメリカ合衆国の連邦裁判所は、遺族の権利を認めたり認めなかったりしているわけである。必ずしも統一的な理解は容易ではない；80年代の権利の否定－90年代前半の権利の容認－90年代後半の権利の否定、のような時間的な変遷であるのか、あるいは、臓器移植、死因確定、研究それぞれの公益性と遺族の権利とのバランスの問題であるのか。

ただ、遺族の権利を認めなかった事件の中には、最近親者でなかったことを理由とするものがあるので、最後にこの点を検討しておくことにしたい。

Brotherton判決は、遺族の権利の根拠の一つとして、死体提供法の規定を挙げている。本人が提供も拒否もしていない場合には、本人の死後、一定の序列のついた遺族等が死体提供をすることが認められる。そして、いくつかの事件において、裁判所は、この序列の最上位の者だけが保護される、と考えているようなのである。

Whaley v. County of Saginaw事件³⁰は、

先に挙げたWhaley事件³¹とほぼ同様の事件であるが、死者の兄弟姉妹の原告適格が争われた。裁判所は以下のように判示した。

「被告らは、すべての原告が原告適格を有するわけではないと主張する。被告らが主張するには、M.C.L.A.333.10102条によって作られた階層のために、序列において死者へ最も近い親族のみが原告適格を有する。」³²「本裁判所が決定せねばならない問題は、誰が身体を処分する優先権を有するかを決定する制定法による枠組みが、原告らが身体の処分権を侵害されたと主張する訴訟に適用されるか否かである。」³³この問題を扱った判決はないが、死体の損傷を理由とする損害賠償請求事件が関連性を有する。

先例は、一般論として、死者の身体の処分権に対する侵害を理由とする訴訟は、ただ一人の者か、一つのクラスによってのみ提起できると示唆している。また、「兄弟姉妹が原告適格を有すると考えることは、検屍官が、身体やその臓器の提供にあたって制定法上のすべての階層の者らの同意を得なければならないということになる。しかし、階層を設けた理由は最近親者の手に絶対的決定権

³⁰ 941 F.Supp. 1483 (E.D.Mich. 1996)..

³¹ 注35.

³² 941 F.Supp. 1483, 1489. なお333.10102条は近親者による死体提供の規定であり、提供者は、優先順に、(a)配偶者、(b)成人の息子または娘、(c)親のどちらか、(d)成人の兄弟姉妹、(e)死の時点での死者の後見人、(f)身体を処分する権限を与えられまたは義務を持つその他の者、である。

³³ *Id.* at 1490.

を認めることにある。提供のための同意を求める際、階層の最高位にある者、たとえば配偶者、による決定は、配偶者より下の者らを拘束する。親や兄弟姉妹が、臓器を提供するという配偶者の決定に不合意であっても、親や兄弟姉妹は配偶者や検屍官を訴えることはできない。最近親者のみがこのような決定を行う権利を有するのであるから、最近親者のみが身体に対する財産権を有する。³⁴

また、先に挙げたAmaker事件³⁵においても、最近親者である父親でなく、姉妹が原告適格を有するかが問題となっている（執筆時点では、ワシントン州最高裁の判断がでておらず、連邦裁判所の手続は止まっている）。

この、最近親者のみが連邦憲法上デュー・プロセスによって保護されるということは、どのように理解すべきであろうか。一つは、Whaley判決が（そしてBrotherton判決も）いうように、遺族の権利を財産権として説明すると、所有者は1人なのであるから、それ以外の者は財産権は認められず、当然、連邦憲法上も保護されないという理解が可能であろう。しかし、死体に対する権利を財産権といったのは、単にデュー・プロセスによって保護されるのがlife, liberty, or propertyであったためであって、便宜的なものに過ぎず、しかも、new propertyと呼ばれるものは古典的な財産権とは異なるのであるから、遺族の権利について、財産権というものの性質

による制限をかけること必要でもないし合理的でもない、と考えることもできよう。

もう一つは、本人が死体提供に同意も拒否もしていない場合、遺族は上述のように死体提供を行う機会が与えられているが、より上位の者がいる場合、その者による提供ないし拒否が行われていれば、より下位の者は提供ないし拒否をする機会が与えられないのだから、そもそもより下位の者の希望は保護されないのだ、という理解も可能であろう。しかし、より上位の者が提供を行い、より下位の者がそれに不服がある、という事件であればともかく、一連の事件はそうではなかったのであるし、しかも、上位の者がavailableでないときには決定権は下に降りてくるのだから、最上位の者しか保護されないということは必ずしも自明なものとは思われない。さらに、UAGA 2006では、最上位に、代理人が挙げられている³⁶。では、代理人がいる場合、遺族はまったく保護されないことになるのであろうか。そもそも、本人の希望ですら、尊重こそされるが決定的なものではなかったことを考えると³⁷、本人意思とは別に、遺族の希望というものも、保護されなければならないように思われる（この両者をどのようにバランスするのかは難し

³⁴ *Id.* at 1491.

³⁵ *Supra* note 50.

³⁶ UAGA 2006によると以下の通り：(1)生前にも提供をすることができた代理人、(2)配偶者、(3)成人の子、(4)両親、(5)成人の兄弟姉妹、(6)成人の孫、(7)祖父母、(8)特別の世話と配慮を示していた成人 (an adult who exhibited special care and concern for the decedent)、(9)後見人、(10)死体を処分する権限のあるその他の者。

³⁷ 丸山英二「臓器移植をめぐる法律問題（4）」神戸法学雑誌29巻1号30～52頁。

い問題であろうが).

E. 結論

アメリカ合衆国においても、遺族の権利は上述のようにさまざまな形で論じられ、一部は、臓器移植や解剖による死因の確定という公益に勝って認められてきている。わが国においては、このような法的紛争があまりなく、遺族の権利の相対的な強さについてははっきりしないところがある。アメリカ合衆国における議論をそのまま導入することはできないであろうが、わが国における検討の参考になるものとする。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

佐藤 雄一郎「死体に対する遺族の権利について」岩田太編『患者の権利と医療の安全』（ミネルヴァ書房、2011年）

2. 学会発表

佐藤 雄一郎「遺伝学的検査と家族」日本医事法学会第40回記念大会（2010年11月、東洋大学）、年報医事法学26号収載予定

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
岩田 太	患者の権利と医療の安全 —医療と法のあり方を問い直す—	岩田 太	患者の権利と医療の安全 —医療と法のあり方を問い直す—	ミネルヴァ書房	東京	2011年	1-365
小山田朋子	医学と利益相反—近年のアメリカ法の動向						230-240
児玉安司	「医療安全・医事紛争の10年をふりかえって」						350-360
我妻 学	医学研究における医療情報の保護						173-200
磯部 哲	倫理審査と倫理審査委員会—医療プロフェッションの自律性	青木清＝町野朔共編	医科学研究の自由と規制	上智大学出版	日本(東京)	2011年	307-322
磯部 哲	医科学研究における個人情報保護	青木清＝町野朔共編	医科学研究の自由と規制	上智大学出版	日本(東京)	2011年	277-294
児玉安司	「法制度と医師のプロフェッショナルリズム」	森本 剛・中島和江・種田憲一郎・柳田国夫	医療安全学	篠原出版新社	日本	2010年	99-105
児玉安司	「新しい時代の医療安全をめざしてコミュニケーションと社会システムの構築」	中島和江、児玉安司	医療安全ことはじめ	医学書院	日本	2010年	283-295
児玉安司	「医事紛争」 「医療賠償責任保険」	日本医療・病院管理学会、 学術情報委員会	新版医療・病院管理用語事典	市ヶ谷出版社	日本	2011年	
畑中綾子	介護事故訴訟から学ぶ利用者との関係	伊藤重夫編	介護施設・安全安心ハンドブック	ぎょうせい	東京	2010年	217-238