

## 特別寄稿 2

# ガイドラインと医療訴訟について ―一弁護士による 211 の裁判例の法的解析―

桑原博道<sup>1</sup>、浅野陽介<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 仁邦法律事務所

2015 年 12 月 1 日 掲載

本稿は Minds ガイドラインセンターが執筆を依頼し、著者が執筆したものであり、著作権は著者に帰属します。Minds ガイドラインセンターの見解を示すものではありません。

## 要約

昨今、診療ガイドライン（以下、ガイドライン）が医療訴訟に引用される判決が目立っており、ガイドラインを作成したり、利用する立場にある医療者には懸念や危惧が存在する。そこで、2つの裁判例検索システムを用い、ガイドラインを引用した 211 件の裁判例を抽出・検証し、その作成や利用にあたっての注意点を考察した。

まず、211 の裁判例のうち、ガイドラインを裁判所の判断に用いることに関して言及したものが 38 件あったが、その中でガイドラインの序文に言及したものが 14 件あった。しかし、これらにおいても、裁判所の判断にガイドラインを用いることに積極的な裁判例と消極的な裁判例とに分かれた。このことから、ガイドライン作成者において、ガイドラインの証拠価値について疑問を呈するのであれば、序文を工夫する余地がある。

次に、211 件の裁判例のうち、ガイドラインを判決文中の「過失の有無の判断」の中で引用したものは 139 件（65.9%）と多く、ガイドラインを引用する「過失の有無の判断」の数は全体として 200 件に及んでいた。この 200 件のうち、ガイドライン不遵守があると判断されたものは 66 件（33.0%）、不遵守がないと判断されたものは 92 件（46%）あり（これら以外の判断もあり）、これに対し、過失があると判断された数は 43 件（21.5%）、過失がないと判断されたものは、157 件（78.5%）であったことから、ガイドライン不遵守＝過失ではないことが示された。

しかしながら、ガイドライン不遵守がないと判断された 92 件では過失がないと判断されたものが 90 件（97.8%）と圧倒的に多い一方で、ガイドライン不遵守があると判断された 66 件においては、過失があると判断されたもの（31 件：47.0%）と過失がないと判断されたもの（35 件：53.0%）の件数がほぼ拮抗していた。なお、200 件のうち説明義務違反が争点となったものは 21 件あり、これに絞ると、ガイドライン不遵守が認められた 4 件全例に過失があると判断されており、ガイドライン不遵守＝過失の傾向は強い。ガイドライン不遵守があるとされながら過失がないと判断された 35 件について、その理由（複数挙げられている場合あり）をみると、1) 医療現場の実情（人的・物的環境、実臨床の状況等）、2) ガイドラインの作成時期が本件医療行為よりも後であること、3) ガイドラインを過失の有無の判断に用いるのに消極的であるべきこと、4) ガイドラインと相反する他の医学文献の存在、5) ガイドラインをそのまま適用するのは当該患者の症状にそぐわないこと（具体的な症状・所見）などがあった。

このことに鑑み、医療者としては、直感的に当該患者に望ましい治療が想定される場合があるかもしれないが、医療者は、自らの直感を検証するためのツールとしてガイドラインを利用するとよいであろう。医療者の直感とガイドラインが一致していれば、その直感は正しいと言えそうである。これに対して、医療者の直感とガイドラインとの不一致があれば、どのような理由で、その診療行為を直感的に選んだのかを検証すると良い。具体的には、ガイドラインをそのまま適用するのは当該患者の症状にそぐわないかどうか、などを顧みて、自らの直感が正しいかどうかを確認する際にガイドラインを利用すると良い。

## 1 はじめに

診療ガイドライン（以下、ガイドライン）は、一般的な医療行為として何をどのように行なうのかを医療者に伝えて医療全体を良くすることを主眼としている<sup>1)</sup>。換言すれば、あくまで医学上の新たな知見の普及に要する時間を短縮するツールの 1 つというべきものである。この事に関連して、ガイドラインの推奨内容がそのまま適用できる患者は、60～95%との推定もある<sup>2)</sup>。

しかし、昨今、ガイドラインが医療訴訟に引用される判決が目立ち、このことについて、ガイドラインを作成する立場にある医療者やガイドラインを利用する立場にある医療者には、懸念や危惧が存在する<sup>3)</sup>。例えば、ガイドラインに沿わない症例があったり、診療領域によっては、質の高いエビデンスがない状態でやむを得ず、ガイドラインが作成されているという指摘もある<sup>4)</sup>。

もともと、我が国のガイドラインに関する裁判例の解析として、特定のガイドラインに関するものや<sup>5)</sup>、平成 10 年から平成 19 年の 10 年間にに関するものはあるが<sup>6)</sup>、このような限定なく、広く裁判例を抽出して解析したものはないし、また、これらガイドラインに関する裁判例を解析したのも、解析の対象となった項目が、患者の状態や裁判の結果等に限定されている<sup>5) 6)</sup>。

そこで、診療科や年代に限らず、多くの項目に照らして、ガイドラインに関する裁判例を解析し、ガイドラインの医療訴訟における法的位置づけを明確にしたうえで、このような位置づけに鑑みて、ガイドラインの作成や利用にあたり、どのような点に留意する必要があるのかを考察することとした。

## 2 方法

わが国では複数の裁判例検索システムがあるが、裁判例検索システムに全ての判決文が掲載される訳ではない（和解例は全く掲載されない）ことから、可能な限り多くの裁判例を抽出するため、2つの裁判例検索システムを用いて、診療ガイドラインに関する裁判例を抽出した。

具体的には、裁判例検索システムである「判例秘書」と「D1-Law」を用い、いずれも「民事／刑事」の別を「民事」とし、キーワードを「損害賠償」and「ガイドライン」and（「病院」or「診療所」or「クリニック」or「医院」）とした。その結果、「判例秘書」で 528 件、「D1-Law」で 512 件の裁判例がヒットした（平成 27 年 4 月 1 日現在）。このうち、医療訴訟において、判決文中に特定の診療ガイドラインが引用されているもの（ガイドラインと称されてはいるが、医師個人の作成によるものや医療機関内で作成によるものを除く）は、「判例秘書」で 194 件、「D1-Law」で 158 件であった。このうち、両裁判例検索システムにおいて重複したものが 141 件あったので、これを考慮することで、診療ガイドラインに関する裁判例 211 件が抽出された。

なお、同一事件が控訴されることで、地方裁判所と高等裁判所の判決文が掲載されている例もあり（最高裁判所判例はなかった）、このような例が 4 件あった。

そこで、これらについて、1. 年次別判決数、2. 訴訟の対象となった者（被告）の属性（医療者個人を除く）、3. 提出された診療ガイドラインの総数（内、海外のガイドラインの数）、4. 裁判にガイドラインを提出した者の属性、5. 判決文中におけるガイドラインの引用箇所（「当事者の主張」部分を除く）、6. ガイドライン不遵守の有無と過失の有無の対応関係、7. 判決文中における推奨度、エビデンスレベルへの言及、8. 判決文中におけるガイドラインを証拠評価に用いることへの言及（序文、Minds を含む）について解析した。

## 3 結果

### 3.1 年次別判決数

年次別判決数を 5 年ごとに見てみると、①平成 2 年から平成 6 年が 1 件、②平成 7 年から平成 11 年が 5 件、③平成 12 年から平成 16 年が 35 件、④平成 17 年から平成 21 年までが 109 件、⑤平成 22 年から平成 26 年までが 61 件であり（表 判決の欄）、①→②→③→④と急増し、④→⑤は減少していた。

### 3.2 訴訟の対象となった者(被告)の属性(医療者個人を除く)

訴訟の対象としては、医療行為に関わった医療者個人も考えられるが、それを除くと、医療機関が 209 件であり（99.1%）、大部分を占めた。しかし、診療所が訴訟の対象となっている件も、少なくなかった。

そのほかは、刑務所が 1 件（0.5%）、ガイドラインを作成した学会の理事が 1 件であった（0.5%）。刑務所が訴訟の対象となった件は、受刑者に対する診療に関する事例で、ガイドラインが引用されたものである（表 判決 4）。

なお、ガイドラインを作成した学会も 1 件あったが（0.5%）、この件は病院も訴えられている。

### 3.3 提出されたガイドラインの総数(内、海外のガイドラインの数)

211 件の判決で、のべ 289 件のガイドラインが引用されていた。このうち国内のガイドラインが 241 件（83.4%）、海外のガイドラインが 48 件（16.9%）であり、国内のガイドラインが引用されることが多いものの、海外のガイドラインも少なからず、引用されていた。海外のガイドラインが単独で引用され、国内のガイドラインが全く引用されていなかったものは 15 件あった（7.1%）。

### 3.4 裁判にガイドラインを提出した者の属性

289 件のガイドラインのうち、ガイドラインを裁判に提出した者は、原告が 103 件、被告が 75 件、同じガイドラインを 1 つの訴訟のなかで原告と被告が提出したものが 10 件、鑑定人が 11 件、不明が 90 件であり（不明を除いた割合は、原告 51.8%、被告 37.7%、原告と被告 5.0%、鑑定人 5.5%）、原告のほうが被告よりも、ガイドラインを提出しているが、その差は、大きくはなかった。

### **3.5 判決文中におけるガイドラインの引用箇所(「当事者の主張」部分を除く)**

判決文は、主文(結論部分)と理由から構成されるが、理由については、医療訴訟の判決文においては、概ね、争いのない事実、当事者の主張、裁判所の判断で構成され、このうち裁判所の判断には、診療経過、医学的知見、過失の有無の判断、因果関係の有無の判断等が含まれる。過失の有無の判断や因果関係の有無の判断の前に、前提として述べられる医学的知見は、争いのない事実として述べられることもあるし、裁判所の判断の中の医学的知見において述べられることもある。

これをガイドラインに関する医療訴訟についてみると、前提として述べられている医学的知見の中でガイドラインを引用したものは101件(47.9%)と、全判決中の約半分に留まった。しかし、過失の有無の判断の中で引用したものは、139件(65.9%)と、全判決中の約2/3に及んだ。そのほか因果関係の有無の判断の中で引用したものは、22件(10.4%)と少なかった。

これらには記述されず、ガイドラインが当事者の主張としてのみ引用されたものは、25件(11.8%)に過ぎなかった。

### **3.6 ガイドライン違反の有無と過失の有無との対応関係**

#### **(1) 全体的な傾向について**

1つの裁判例において、複数の過失の有無が争点となることがある。そのため、過失の有無の判断の中でガイドラインを引用している裁判例の件数は、上記のとおり139件であったが、ガイドラインを引用している過失の有無の判断の数としては、全体として200件であった。

このうち、ガイドライン不遵守があると判断されているものは66件(33.0%)、ガイドライン不遵守がないと判断されたものは92件(46.0%)、ガイドラインを引用はしているがガイドライン不遵守の有無を判断していないものは39件(19.5%)、複数のガイドラインが引用され、一方のガイドラインから見れば不遵守となっていないが、他方のガイドラインから見ると不遵守となっていると判断されたものは3件(1.5%)あった。

他方、結果として、過失があると判断されたものは、43件(21.5%)、過失がないと判断されているものは、157件(78.5%)であり、ガイドライン不遵守の有無の判断と過失の有無の判断とは必ずしも一致していなかった。

しかし、ガイドライン不遵守があると判断されているものについては、その66件のうち、過失があると判断されたのは31件(47.0%)、過失がないと判断されたものは35件(53.0%)と、ほぼ拮抗していたのに対し、ガイドライン不遵守がないものと判断されたものについては、その92件のうち、過失があると判断されたのは2件(2.2%)、過失がないと判断されたものは90件(97.8%)と、過失がないと判断されたものが圧倒的に多かった。

ガイドライン不遵守がないにもかかわらず、過失があると判断された2件も、ガイドラ

インを遵守しているというよりは、ガイドラインには記述がないという意味において、ガイドラインの不遵守ではないというものであった（表 判決 131・153）。

ガイドライン不遵守があるとされながら過失がないと判断された 35 件において、その理由として挙げられているものは（複数の場合がある）、医療現場の実情が 13 件、ガイドラインの作成時期が当該医療行為よりも後であることが 10 件、ガイドラインを過失の有無の判断に用いるのに消極的であるべきことが 9 件、ガイドラインと相反する他の医学文献の存在が 7 件、ガイドラインをそのまま適用するのは当該患者の症状にそぐわないことが 7 件、医療施設の特徴が 3 件、当該医師の特徴が 3 件、保険制度の制約が 2 件、その他が 5 件であった。

複数のガイドラインが引用され、一方のガイドラインから見れば不遵守となっていないが、他方のガイドラインから見ると不遵守となっていると判断された 3 件については、いずれも過失が否定されていた。

## （2）海外のガイドラインについて

海外のガイドラインが単独で引用され、国内のガイドラインが引用されていなかった 15 件については、ガイドライン不遵守があると判断されているものは 4 件であり、ガイドライン不遵守がないと判断されたものは 8 件であり、ガイドライン不遵守の有無を判断していないものは 3 件であった。

他方、過失があると判断されものは、2 件であり、過失がないと判断されたものは 13 件であり、やはりガイドライン不遵守の有無の判断と過失の有無の判断とは必ずしも一致していなかった。

ガイドライン不遵守があると判断された 4 件のうち、過失が認められたのは 1 件のみであり、ガイドライン不遵守がないと判断された 8 件のうち、過失があると判断されたものはなかった。

## （3）説明義務違反について

過失のうち、説明義務違反が争点となっているものは 21 件あった（10.5%）。このうち、ガイドライン不遵守であると判断されているものは 4 件、ガイドライン不遵守でないと判断されているものは 2 件、ガイドラインを引用はしているがガイドライン不遵守の有無を判断していないものは 15 件であり、ガイドライン不遵守の有無を判断していない場合が多かった。

もっとも、ガイドライン不遵守であると判断されている 4 件については、全て過失が認められ、ガイドライン不遵守がないと判断されている 2 件については、いずれも過失が否定されていた。なお、ガイドライン不遵守の有無を判断していない 15 件のうち、過失が認められているものは 6 件、過失が否定されているものは 9 件であった。

### **3.7 判決文中における推奨度、エビデンスレベルへの言及**

まず、判決文中に推奨度の引用がある判決は 21 件（10.0%）であった。このうち、9 件は平成 21 年以前のものであったが、12 件は平成 22 年から平成 26 年の 5 年間のものであり、判決文中に推奨度の引用がある判決文は増加傾向にあった。

また、判決文中にエビデンスレベルの引用がある判決は 10 件（4.7%）であった。このうち 2 件は平成 21 年以前のものであったが、8 件は平成 22 年から平成 26 年の 5 年間のものであり、判決文中にエビデンスレベルの引用がある判決文も増加傾向にあった。

### **3.8 判決文中におけるガイドラインを裁判所の判断に用いることへの言及（序文、Minds を含む）**

裁判例 211 件のうち、ガイドラインを裁判所の判断に用いること自体について、何らかの言及があるものが 38 件（18.0%）、特に言及がないものが 173 件（82.0%）であり、何らかの言及があるものは少なく、ガイドラインを裁判所の判断に用いること自体に言及することなく、ガイドラインを判決文中に引用しているものが多かった。

何らかの言及があるものについて、積極的に裁判所の判断に用いる旨の表現が見られるものは 19 件、消極的な表現が見られるのは 17 件であり、ほぼ同数であった。そのほか、積極的な表現と消極的な表現が含まれているのは 2 件であった。

判決文中にガイドラインの序文が引用されているものは 14 件であり（6.6%）、引用されていないものは 197 件（93.4%）であり、ガイドラインに序文が引用されることは少なかった。ガイドラインの序文を引用している 14 件のうち、ガイドラインを裁判所の判断に用いるのに積極的であったのは 6 件、消極的であったのは 8 件であった。

判決文の中で MINDS に言及しているものは 1 件であったが（0.5%）、最も直近の裁判例であった（表 判決 1）。



## 4 考察

### 4.1 ガイドラインの作成に関して

#### (1) ガイドラインを証拠として用いることについて（証拠能力）

ある書類について、裁判で証拠として用いる資格があることを、「当該書類には証拠能力がある」と表現する。この点、ガイドラインは、医学上の新たな知見に関するツールの 1 つに過ぎず、医療訴訟に証拠として用いる資格を否定すべき、すなわち証拠能力を否定すべき、との意見が、ガイドライン作成者の中にはあるかもしれない。

しかし、民事訴訟では、自由心証主義が採られている（民事訴訟法 247 頁）。自由心証主義とは、裁判所は、判決をするに当たり、裁判に顕れた全てのことを斟酌して、自由な心証によって判断しようというものである。したがって、民事訴訟で裁判に用いられる証拠には、一般的に資格の制限はない。すなわち、ある書類について証拠能力が否定されるのは、極めて例外的な場合のみである<sup>7)</sup>。

したがって、ガイドラインには証拠能力があり、ガイドラインを医療訴訟で用いることは禁止されない。

実際、211 件の判決の中で、ガイドラインの証拠能力を否定したものはなく、この点を議論したものすらなかった。

#### (2) 証拠として用いられたガイドラインの価値について（証拠価値）

##### 1) 全体の傾向について

もっとも、ガイドラインに証拠能力があっても、証拠価値がどの程度あるかは別の問題である。証拠価値とは、当該証拠が裁判所の判断に役立つ程度のことである<sup>8)</sup>。

この点、ガイドラインを引用した裁判例において、ガイドラインを裁判所の判断に用いることに関する言及なく、ガイドラインを判決文中に引用している判決が多かったこと、何らかの言及があっても、積極的な表現が見られるものが半数であったことからすると、裁判所は、ガイドラインの証拠価値を高く認めているというべきであろう。

このように裁判所が証拠価値を高く認めているからこそ、211 の判決で、海外のものも含めて、289 件ものガイドラインが提出され、年次別に見てもガイドラインを引用する判決が急増しているものと考えられる。

実際、東京地方裁判所内の医療訴訟対策委員会自らが、医療訴訟の審理運営指針として、患者側や医療側の弁護士は、「事案に関連する診療ガイドラインが公表されている場合には、提出することを検討すべきである。」と述べている<sup>9)</sup>

なお、平成 22 年から平成 26 年は、その前の 5 年間に比して減少しているが、このことをもって、医療訴訟におけるガイドラインの重要性が減じていると考えることはできない。なぜなら、医療訴訟全体の判決数が、平成 17 年から平成 21 年の 5 年間で 1904 件、平均すると 380.8 件/年であるのに対し、平成 22 年から平成 25 年の 4 年間（平成 26 年については、平成 27 年 4 月 1 日現在では未発表）では、1242 件、平均すると 310.5 件/年と減少

している<sup>10)</sup>し、また、最近の判決については、検索システムにはまだ掲載されていないことが考えられるからである。

もちろん、後述するとおり、証拠価値が高いからといって、ガイドライン不遵守＝過失としているものではない。

## 2) 序文について

他方、ガイドラインを判決文中に引用するもののなかに、消極的な表現がみられているものが半数あったこと、ガイドラインを積極的に用いたり、消極的に用いたりするにあたって、序文を引用しているものが散見されたことにも注目する必要がある。

このことからすると、ガイドライン作成者がガイドラインの証拠価値について疑問を呈するのであれば、序文を工夫する余地がある。

具体的には、ガイドラインを消極的に用いた判決で、序文を引用したものとしては、次の例がある。

### i) 平成 26 年 10 月 31 日大阪高等裁判所判決（表 判決 1）

早期母児接触の際に急変した症例であるが、早期母親接触に関するガイドラインがあり、その遵守が問題となった事例である。

この事例について、①安全性の確保については、「今後さらなる研究、基準の策定が必要です。」との注記が付されていたこと、②本件ガイドラインは、「守らなければならない規則ではない」と位置づけられており、その作成目的は、カンガルーケアの安全な実施方法について啓蒙することにあるとされ、ガイドラインの記載を根拠として過失があるとするを否定していた。

### ii) 平成 24 年 12 月 27 日東京地裁判決（表 判決 34）。

精神疾患の患者の症例について、抗精神病薬の投与量・投与方法が問題になったが、これに関するガイドラインがあった事例である。

この事例について、①抗精神病薬のエビデンスには製造承認前のものが含まれ、対象患者や有効性の評価項目にもかなり偏りがあるので、それを一般化するのは慎重でなくてはならない、②治療計画は個々の患者の医学的な所見を総合判断して主治医が決定するのが原則であり推奨はその参照とすべきものであるとされ、ガイドラインの記載を根拠として過失があるとするを否定していた。

### iii) 平成 23 年 1 月 31 日大阪地裁判決（表 判決 55）

肺がんの治験に参加した患者が、治験薬投与から約 1 か月後に死亡したが、肺がんの診療に関するガイドラインがあった事例である。

この事例について、①本件診療ガイドラインに示したエビデンスは特定の症例集団の臨床試験の結果であるから、本件診療ガイドラインはあくまでも診断や治療に対する「指針」であり、強制力を持つものではないこと、②肺がん診療医は、診療に際し、一つひとつ自らの知識から個々の症例の身体状況や価値観、感性に応じて、十分なインフォームドコンセン

トを行って、より良い治療選択を実践していくことが重要であり、また、いかに優れたガイドラインでも、すべての患者に適用できるわけではなく、ガイドラインを金科玉条のごとく実地診療に振りかざすことは厳に慎むべきであることとされ、ガイドラインの記載を根拠として過失があるとすることを否定していた。

医学的な知見が現時点では確立はしておらず、流動的ではあるが、現時点での参考のために、ガイドラインを作成するという場合もある。そのような場合であれば、i)にあるように、今後、更なる基準が必要で、現時点のものは規則でない、ということを強調しておかないと、確立された医学的知見に基づいたガイドラインであると誤解されよう。

そのような場合ではないのであれば、ii) や iii) を更に進めて、当該ガイドラインは、遵守を義務づけられる医療水準について述べるものではなく、また、当該ガイドラインはあくまで診療を行なう際の参考に過ぎず、患者を直に診療している医療者の裁量を限定するものではないことについて、当該ガイドラインを取り巻く環境に即して、強調することも必要であろう（医療水準論、裁量論については後述）。

### （3）推奨度やエビデンスレベルの記述について

判決文中に推奨度やエビデンスレベルの引用がなされる例は増加しているが、これらは科学的に判断され、ガイドラインに記述されることであって、当然のことながら、判決文に引用されている例の増加を考慮して推奨度やエビデンスレベルを決めることには合理性がない。

### （4）ガイドライン作成者自身と医療訴訟への関与について

ガイドラインを作成した学会が訴えられたという事例において、平成 19 年 9 月 19 日大阪地裁判決では、同種末梢血幹細胞移植に関連したガイドラインが引用されており、ドナーの死亡について病院が訴えられるとともに、学会にはガイドライン遵守に関する監視義務違反があるとして、学会も訴えられたものであるが、判決では、「ドナーの生命身体の安全管理は、同種末梢血幹細胞移植を実施する各医療機関が、それぞれの責任において行うべき問題」であるとして、学会にガイドライン遵守の監視義務はないとされ、学会に対する損害賠償請求を棄却している（表 判決 111）。

上記判決文は、他のガイドライン、他の学会にも共通することであり、この点からも、学会がガイドライン作成に当たり、自らが賠償請求される可能性を考慮することには合理性がない。

そのほか、ガイドラインを作成した学会の理事が訴えられた事例（表 判決 3）は、マスコミ等で話題となった病気腎移植の発覚に伴う学会理事の発言によって、ガイドラインが改正され、それにより修復腎移植を受ける権利（人格権）が侵害されたというものである。しかし、学会理事の発言に問題はないし、それらの発言によってガイドラインが改正されたというものでないことを理由として、請求は棄却されている。このように事例自体が、極めて特異的なものであった。

## 4.2 ガイドラインの利用に関して

### (1) 医療者の裁量論や医療水準論との関係

医療訴訟において、過失があると判断されるのは、医療水準に達しない診療を行なった場合である（医療水準論）。一方で、医療者には専門家として、診療に対する裁量がある（裁量論）。この医療水準論と裁量論との関係については、医療水準に従って医療行為が行われている以上、裁量の逸脱が認められない限り、過失はないと考えられている<sup>11)</sup>。

これをガイドライン不遵守と過失との関係についてみると、過失の判断の際にガイドラインが引用されている裁判例が多いが、ガイドライン不遵守と判断された数と過失があると判断された数を比較した場合、過失があると判断された数の方が少ないことは、ガイドライン不遵守=過失ではないことを意味している。すなわち、ガイドラインと医療水準はイコールではなく、仮にガイドラインが存在したとしても、医療者には専門家として、診療に対する裁量があることが認められていることが分かる。

しかし、ガイドライン不遵守があると判断されているものについては、過失があると判断されたものと過失がないと判断されたものの数がほぼ拮抗しているのに対し、ガイドライン不遵守がないものと判断されたものについては、過失がないと判断されたものが圧倒的に多く、しかも、厳密に言えば、ガイドラインを遵守しているにもかかわらず、過失があると判断されたものがないことからすると、ガイドラインは、医療水準を推し量る1つの要素あるいは事情にはなっているといえるであろう。海外においても、診療ガイドラインをもって、責任があることの証明にも責任がないことの証明にも用いられているとされているところである<sup>12) 13)</sup>。

このことについては、医療訴訟に携わっていた裁判官自身が「ガイドライン自体は、法律家が考える規範という概念とは少し異なると考えたほうがよいであろう。そして、それ自体が直ちに医療水準（医療としてあるべき一定の水準）を構成するというわけではないと考えられる。むしろ、ガイドラインの内容は、当該診療についてエビデンスや医療者のコンセンサスが反映しているという限度において医療水準を推し量る1つの要素ないし根拠事情であると考えるのがよいと思われる。もちろん、事案によっては、ガイドラインが判断の決め手になる重要性を有することは否定できない。」<sup>1)</sup>、「診療ガイドラインは、標準的な診療内容を推奨する旨の記載があったとしても、少なくとも診療ガイドラインのみで医療水準を認定することはできない。」<sup>14)</sup>、「医療訴訟における診療ガイドラインの位置づけを一言でいえば、医療水準を知るための有力な証拠であるといえる。」<sup>15)</sup>と述べている通りである。

### (2) 立証責任との関係

原告の方が被告よりもガイドラインを多く提出しているのは、医療訴訟上の立証責任との関係によるものと考えられる。すなわち、医療訴訟においては、過失（履行の不完全性）の有無や因果関係の有無が争点となるが、これらの立証責任は原告にある<sup>11) 16) 17) 18)</sup>。そのため、原告において、過失や因果関係があることを立証するために、ガイドラインを提出していると考えられる。

しかし、ガイドラインを提出している数の差が、原告と被告の間で、それほど大きくないことは、被告においても、例えば、原告の立証が成功して、裁判所が過失があると評価しないよう、立証を検討する必要がある<sup>11)</sup>、そのためにガイドラインを提出しているためと考えられる。実際、ガイドライン不遵守がないものと判断される場合には、過失がないと判断され易いことからすれば、被告側から、このような趣旨でガイドラインが提出されるのは当然であろう。

### (3) ガイドラインと異なった診療を行なう場合

このようにガイドラインは、医療者側が自己の診療行為の正当性を確認するためにも利用されるものである。ただ、一方で、ガイドライン不遵守の場合には、過失があると判断されたものと過失がないと判断されるものが拮抗していることからすると、ガイドラインと異なった治療を選択する場合には、慎重な検討が望ましいといえることができる。特に、訴訟の対象となっている医療施設の属性からすると、病院の場合には、診療所の場合に比べ、その必要性は高いと考えられる。

このような慎重な検討にあたって参考になるのは、ガイドライン不遵守があるとされながら過失がないと判断された理由である。以下、順次、裁判例を挙げる。

#### 1) 医療現場の実情

13 件と最も多く挙げられている理由である。具体例は、次のとおりである。

##### i) 平成 26 年 10 月 31 日大阪高等裁判所判決（表 判決 1 前掲）

早期母児接触の際に急変した症例である、早期母親接触に関するガイドラインがあり、実際の監視体制がガイドラインと異なった事例である。

この事例について、「早期母子接触における監視体制は、平成 20 年から 22 年までの間に、強化されていったことがうかがわれ、本件事故の直近の時期においては、わが国の分娩を取り扱っている産科医療機関一般において、本件ガイドラインが指針として示す監視体制が、整ってきていたといえることができるものの、急速に整ってきたという状況であり（スタッフの常時配置率は、平成 20 年には 30%であったものが、平成 22 年には 74.8%、パルスオキシメーターの装着率は、平成 20 年には 8%であったものが、平成 22 年には 42.4%）、平成 22 年においても、多くの医療機関において監視体制が整っていたとまでいうことはできず、また、体制が変わってきている状況が広く知られていたとも認められない。」ということが挙げられている。

##### ii) 平成 25 年 4 月 26 日大阪地裁判決（表 判決 25）

ERCP 後、急性膵炎を発症した症例であるが、急性膵炎に関するガイドラインがあり、実際の診療が必ずしもガイドラインに合致しなかった事例である。

この事例について、「本件手術当時、ERCP の施術に携わる医師の間では、急性膵炎に関する厚労省診断基準やガイドライン第 2 版の存在及び内容は広く認識されていたが、初期診療コンセンサス初版については、その存在自体が広く認識されていたとは必ずしもいえず、ERCP 後膵炎の診断基準及び治療指針としては、Cotton らの診断基準や

ERCP 偶発症防止指針が広く用いられていたものの、なお十分なものとまではいえず、臨床実務では、個々の患者の循環動態のモニタリングを行いながら、各患者に適した輸液量や速度が設定されており、ERCP 後膵炎についての統一された診断基準や治療指針は未だ確立していなかった（現在も確立していない）」とし、ガイドライン等はあったものの臨床実務では、治療方針が確立されていなかったことが挙げられている。

i) は、ガイドラインが推奨する診療が一般的なものとまではいえず、ii) は、ガイドラインはあるものの診療内容が確立していなかったというものである。したがって、このような場合には、ガイドラインと異なる診療が行なわれても過失とはならない。

もっとも、注意しなければならないのは、医療慣行＝医療水準でもない、ということである（平成8年1月23日最高裁判決<sup>19)</sup>）。したがって、単に、一般的にはこのような診療が行なわれているから、同様に行なっても良い、ということではなく、ガイドラインでは、当該診療が勧められているが、自らの施設では人的あるいは設備的に確実に実現できるか、あるいは、そのような診療が実臨床で確立されているとまで言えるか、というように、より掘り下げて検討した上で、診療方針を決めるのが望ましいと考えられる。

## 2) ガイドラインの作成時期が当該医療行為よりも後であること

10件と1)に次いで多い理由である。もっとも、過失の判定資料となるのは、診療行為当時の知見であるので<sup>20)</sup>、診療行為よりも後に作成されたガイドラインをもって、診療行為に過失があるとされてはならないのは当然である。

もっとも、ガイドラインの作成時期との関係では注意を要する裁判例がある。

i) 平成21年1月27日仙台地裁判決（表 判決84）。

急性胆道炎の症例であるが、急性胆道炎に関するガイドラインが作成されてから4ヶ月と時間的に間がなかった事例である。

この事例について、「急性胆道炎に関して、本件ガイドラインが初めてのガイドラインであり、それ以前には、共通の診断基準や重症度診断基準も存在せず、治療方法も標準化されていなかったという事情はあるものの、2月16日の段階では本件ガイドラインが発行されてから4か月経過していたのであるから、少なくとも被告病院のような総合病院において消化器科を担当する★医師や消化器を含む外科手術を実施する★医師にとっては、本件ガイドラインの内容は医療水準であったというべきである。」と述べられている。

ii) 平成19年9月20日東京地裁判決（表 判決110）。

インフルエンザ脳症の症例であるが、インフルエンザ脳症に関するガイドラインが作成される9ヶ月前の事例である。

この事例について、裁判所は、「ガイドラインが発表されたのは、本件の約9か月後ではあるけれども、ガイドラインが、平成16年までに発表された文献等を参考文献としていること（乙B7別紙文献3）、被告★医師本人が、ガイドラインの内容に則って治療をしようと考えていた旨述べていること（被告★反訳書4・15頁）に照らせば、ガイドラインの内容

は、本件当時も一般的な知見であったと推認することができ」と述べられている。

i) からすると、施設の性格や医師の専門性によっては、ガイドライン作成から比較的早い時期でもガイドラインを参考にした診療を求められることになる。なお、古い時代の診療所に関する事例についてであるが、ガイドライン作成後 9 カ月経っているが、ガイドラインと異なった診療を行なっても過失とはされなかった例がある（表 判決 209）。

もっとも、ii) については、ガイドライン作成者でもないのに、作成されていないガイドラインを参考にして診療を行なう事など、理論的に出来ないものであるから、あくまで例外的なものとするべきであろう。

なお、既にガイドラインはあったが、診療行為後にガイドラインが改訂され、改訂前後の 2 つのガイドラインが裁判提出された事例について、改訂後のガイドラインを参考にして過失を判断すべきでないとしたものとして、平成 19 年 2 月 16 日東京地裁判決（表 判決 129）、診療行為が外来において継続されているが、その途中でガイドラインが作成された事例について、ガイドラインを参考にして過失を判断すべきでないとしたものとして、平成 25 年 8 月 8 日東京地裁判決（表 判決 20）がある。

### 3) ガイドラインを過失の有無の判断に用いるのに消極的であるべきこと

9 件あるが、実際に医療を行なう上では、医療者が序文を参照したり、ガイドラインの目的を考察して診療を行なうことは考えにくい。

### 4) ガイドラインと相反する医学文献の存在

7 件あるが、ガイドライン自体がエビデンスに基づいて作成されるようになっているので、他の医学文献があることが理由とされる事例は、減っていくものと考えられる。

### 5) ガイドラインをそのまま適用するのは当該患者の症状にそぐわないこと

7 件あり、具体例としては、次のとおりである。

#### i) 平成 20 年 9 月 29 日仙台地裁判決（表 判決 87）

喘息疾患の症例について、ガイドライン上は、ステロイドの投与が必要であるが、手術の前であることを考慮してステロイドを投与しなかった事例である。

この事例について、「ガイドラインはその作成された時点における喘息治療の一規範を示したものであって、個々の病態に応じて治療方法が検討されることを想定しているものである（乙 B 7、証人★ 28 頁）ところ、侵襲性の大きな手術の前にステロイドを投与する方法に関しては、その有用性が報告される一方で、対象症例、投与時期、投与量について明確な指標がなく、またその投与による術後合併症発生頻度の減少などの明確な評価が得られていない（甲 B 6）ことなどの理由から、ステロイドの適応をできるだけ厳密に選択することも求められており、結局、術前のステロイド投与をいつ行うかについては個々の病態に応じて検討されるべき事項であるということが出来る。したがって、被告病院の医師は、本件におけるステロイドの投与に関し、ガイドラインで示されているところに従って投与すべき義務までは負っていないというべきである。そして、★医師は、★の喘息症状について、6 月 30 日の時点で良好な状態に回復したと判断し、免疫機能の回復程度等を考慮して、本

件手術前及び術後にプレドニンを投与するように指示し、★医師は、★医師の指示に従って、プレドニンを投与したというのであるから、被告病院の医師らは大動脈弁置換術を実施するに際し、炎症反応等に配慮した慎重な管理を行っていたということができ、その診療行為は適切なものであったというべきである。」と述べられている。

#### ii) 平成18年5月25日東京地裁判決(表判決141)

帝王切開を決定した妊婦について、海外(WHO)のガイドラインでは、帝王切開の決定から30分以内に娩出する必要があるとされているのに対し、娩出まで47分を要した事例である。

この事例について、「帝王切開の実施を決定してからその開始までの間の経過において、第2児の臀部の下降が認められたことから、再度経膈分娩を試みたことを含め、被告病院の医師らの措置等に不適切な点があるとは認められないこと、また、帝王切開を決定した目的が分娩の遷延により胎盤早期剥離などによる第2児の状態の悪化を予防することであり、直ちに手術的操作をして第2児を娩出させなければならない状況にはなかったことにかんがみると、帝王切開の実施を決定してから手術開始までに47分を要したことが、時間を費やしすぎており、不適切であったとまでいうことはできない。」と述べられている。

このことについては、医療訴訟に携わっている裁判官も「診療ガイドラインの記載の根拠はあくまでエビデンスであり、当該記載が当てはまらない患者も当然想定される」と述べている<sup>14)</sup>。

もっとも、i) ii) から判明するとおり、当該患者の症状を抽象的に挙げるのでは足りず、具体的な患者の症状を検討することが必要である。

#### 6) 当該施設の特性

3件あるが、引用の趣旨が正反対のものになっている。例えば、平成16年2月23日東京地裁判決は、先進施設であることを理由にガイドラインを遵守していなくとも過失はないとしているのに対し(判決表182)、平成8年3月28日広島地裁判決は、開業医であることを理由にガイドラインを遵守していなくとも過失はないとしている(判決表209)。

もっとも、このこと単独でガイドラインと異なった診療が許容されたものはない。

#### 7) 当該医師の特性

3件あるが、このこと単独でガイドラインと異なった診療が許容されたものはない。

また、例えば、このうち、平成19年2月16日東京地裁判決(表判決129)では、「被告★は、全く無経験に上記ガイドラインの範囲を超える手術を行っているものではなく、多くの症例を手がけた経験に基づいて適応に関する判断を行い」とした後に「しかも、…原告から上記ガイドラインに合致しない場合も手術に同意する旨の同意書を徴していることが認められる。これらのことからすると、同ガイドラインの基準に反することを理由に、直ちに照射が不適切であったとすることはできない。」としており、この事例では、ガイドラインに合致しないことまでの同意を取り、許容されていることが参考になる。

#### 8) 保険制度の制約



2 件あり、具体例としては、次のとおりである。

i) 平成 21 年 12 月 16 日名古屋地裁判決（判決 表 62）

子癇発作の患者に対して、ガイドラインの記載では硫酸マグネシウムを投与することになっていたが、保険適応がなかった事例である。

この事例について「上記の各報告やガイドラインにおいても、全ての子癇発作が予防できるとまではされておらず、子癇の予防目的での投与としては保険適応がないことを考えると、標準的な予防法であるとみるのは困難である」と述べられている。

一方で、保険適応にもなっていることがガイドラインを遵守すべき理由の 1 つになっているものがある。具体例としては、次のとおりである。

ii) 平成 21 年 9 月 29 日大阪地裁判決（判決 表 68）

肺動脈血栓塞栓症の予防について、ガイドライン上、弾性ストッキングの着用が推奨される患者で、保険適応もあった事例である。

この事例について、「本件当時、ガイドラインによれば弾性ストッキングの着用が推奨され、我が国における肺血栓塞栓症の予防法の主流は弾性ストッキングであったこと、弾性ストッキング着用は保険が適用される予防法となっていたことに照らして考えると、本件当時の臨床医学の実践における医療水準としては、弾性ストッキングないし弾性包帯の着用が一般的標準的な予防法となっていたものと考えられる。」とされている。

## 9) まとめ

これらのうち、実際の診療における判断の際に、積極的に考慮しうるものは、1) 医療現場の実情（人的・物的環境、実臨床の状況等）、5) ガイドラインをそのまま適用するのは当該患者の症状にそぐわないこと（具体的な症状・所見）であろう。副次的に考慮しうるものとしては、6) 当該医師の特性、7) 当該施設の特性、8) 保険制度の制約が挙げられよう。そこで、ガイドラインと異なった診療を行なう場合には、可能な限り、複数の医療者にて、上記要素について検討することの望ましい。

また、ガイドラインと異なった診療を行なう場合には、理由を医療記録に記載することが勧められるが<sup>2)</sup> 具体的な記載内容としては、上記要素のうち、肯定しうる要素に関して具体的に記載をすることになる。

### （4）説明について

ガイドラインに説明に関してまでも記載がある場合には、診療の場合と異なり、ガイドライン不遵守＝過失となる傾向が強いので、注意を要する。このような傾向に関しては既に多くの論文で指摘するところである<sup>2) 21)</sup>。説明に関しては、診療の場合と異なり、例えば、施設の人的・物的環境や患者の症状・所見の問題は起こり難いので、当然であろう。

具体例としては、次のとおりである。

i) 平成 19 年 9 月 19 日大阪地裁判決（表 判決 111 前掲）

同種末梢血幹細胞移植に関連したガイドラインについてのものであるが、ガイドラインが求めている説明を行なわなかったことについて、「同種末梢血幹細胞移植は、平成12年4月の診療報酬改定で健康保険適用が承認され、ガイドラインも策定されたが、同年3月下旬に有害事象が発生したため、同年7月にガイドラインの改訂がされたものであるところ、改訂後のガイドラインにおいて、末梢血幹細胞を採取するためには、ドナーに対し、G-CSFを投与する必要があるが、その短期及び長期の安全性について十分認識されていないことから、同種末梢血幹細胞移植の概略を説明した上で、G-CSF投与及びアフエレーシスの目的、方法、危険性と安全性について詳しく説明し、文書による同意を得るようにすること、その際、G-CSF投与後の短期及び長期の安全性調査（フォローアップ制度）を実施し、調査への協力を依頼することなどが定められている。しかるに、被告★は、★や原告に対し、ドナーの安全性を確保するための制度として設置されたフォローアップ制度について、その目的等を説明せず、単に年1回の定期検査があるとの説明及び★に面会に来た際に声をかけてくれれば血液検査を行う旨を告げたにすぎず、被告★の説明内容は、ドナーの安全性確保というフォローアップ制度の趣旨、目的を適切に伝えたものとはいえず、本件ガイドラインを踏まえた説明をしたとは認められない。」として説明義務違反を認めている。

もっとも、ガイドラインに説明に関する記載がなされることが、比較的少ないためか、裁判例自体が少なく、これも全く例外を許容しないものではなからう。

ちなみに、上記は、ガイドラインに説明に関する記載があるにもかかわらず、そのような説明をしなかったというものであったが、説明の際にガイドライン自体を渡すということに関する裁判例もある。具体的には、次のとおりである。

#### ii) 平成19年2月16日東京地裁判決（表 判決129 前掲）

眼科領域におけるレーザー手術の際に合併症などの説明が十分かどうかが問題となったが、説明の際にガイドラインを渡していたという事例である。

この事例について、「初診時に、…『エキシマレーザー屈折矯正手術のガイドラインーエキシマレーザー屈折矯正手術ガイドライン起草委員会答申ー』…等の資料を配付しており、これらにおいては、上記認定のとおり、合併症について言及されている。」として、説明義務違反を否定している。

もっとも、専門家向けガイドラインでは、患者が理解しがたい場合もあろうから、患者向けガイドラインの整備が急がれるところである。患者向けガイドラインが整備されれば、患者に対する説明の際にガイドラインを渡すことも一般化されるであろう。

#### (5) その他の留意点

診療や説明に当たっての通有性のある留意点としては、上記のとおりであるが、個別の事例においては、1) 添付文書との関係、2) ガイドライン相互の齟齬、3) 海外のガイドラインへの考慮、4) 刑事事件におけるガイドラインの扱いについても問題とならう。

## 1) 添付文書との関係

添付文書とガイドラインの内容が異なる場合については、2つの裁判例があった。具体的には、次のとおりである。

### i) 平成 25 年 9 月 12 日東京地裁判決（判決 表 18）

うっ血性心不全の患者であり、添付文書上は禁忌であるが、ガイドライン上は推奨される薬を投与した事例である。

この事例について「うっ血性心不全患者に対して、メインテートの投与は禁忌とされていた…しかし、臨床現場では、慢性心不全患者に対する効能・効果から、メインテートが使用されており（乙B3ないし6）、第1次診療期間の当時においても、2005年ガイドラインでは、頻脈性心房細動を合併した心不全の場合、β遮断薬がClass I（エビデンスから通常適応され、常に容認される。）とされており、実際に、平成23年5月には、メインテートについて、慢性心不全に対する効能・効果及び用法・用量が追加承認されるに至っている…そうすると、第1次診療期間当時において、正式な効能・効果等として承認されてはいなかったものの、臨床現場での投与状況、ガイドラインにおいて適応が認められていたこと等に鑑みれば、メインテートは頻脈性心房細動のレートコントロールについて適応があったといふべきである。」とされている。

### ii) 平成 25 年 2 月 27 日大阪地裁（判決 表 31）

子宮体がんの患者について、当該抗がん剤は、添付文書上、過敏症があれば禁忌であるが、ガイドライン上は過敏症があっても再投与が可能であり、当該抗がん剤を投与した事例である。

この事例について、「仮に『禁忌』の対象にパクリタキセルの副作用の疑いのあるあらゆる過敏症を含むとしても、その種類や原因、程度を問わずあらゆる過敏症の既往を理由に再投与が禁止されるとする解釈はおよそ現実的ではない。子宮体がんの治療においてはパクリタキセルを使用するTC（TJ）療法が第1選択であり、実際、日本婦人科腫瘍学会が編集した「卵巣がん治療ガイドライン」においても、パクリタキセルによる急性過敏反応が生じた場合でも「ステロイド投与を行ったうえでの再投与が可能である」とされており、医療現場においては、パクリタキセルによる「過敏反応」が生じた場合に投与が「禁忌」とされているとは解釈されておらず（「過敏症」に薬疹をはじめとするIV型アレルギー反応まで含むと解するような考え方は臨床上とられていない。）、急性過敏反応が生じた場合でもステロイド剤の併用によって再投与を行うという診療方針は、単なる医療慣行ではなく、医療水準に適った診療方針といいうる。」とされている。

いずれの事例についても、添付文書上は禁忌とされていても、ガイドライン上は推奨されている薬剤であれば投与しても過失はないとされている。裁判上、添付文書に反する薬剤の使用は、合理的理由があれば過失は推定されないと考えられているが<sup>19)</sup>、ガイドラインの記述は、そのような合理的な理由に該当すると考えられる。

## 2) ガイドライン相互の齟齬

複数のガイドラインが引用され、一方のガイドラインから見れば不遵守とはなっていないものの、他方のガイドラインから見ると不遵守となっていると判断された3件については、いずれも過失が否定されているが、これは医師の裁量論からすれば、当然のことである。さもなくば、裁判所がガイドラインの優劣を決めることになってしまう。

ただし、当該診療行為について、あるガイドライン上は、エビデンスをもとに推奨されているが、他のガイドライン上は、エビデンスが乏しいとして推奨していない診療行為に関し、当該診療行為を行なわなかった事例について、前者のガイドラインが1つの根拠となっており、過失が認められたものがある（表 判決 64）。裁判所は、何故か後者のガイドラインに関しては、過失の有無の判断としての記述においては引用しておらず、ガイドライン相互の齟齬には言及をしていない。この事例では、実臨床においては、当該診療行為を行っており、保険適応もあったことが決め手となったようであるが、他の裁判例や裁量論との関係で整合しないものと考えられる。

## 3) 海外のガイドラインについて

まず、海外のガイドラインが単独で引用された場合についても、ガイドライン不遵守の有無の判断と過失の有無の判断とは必ずしも一致していなかったことは、このような場合においても、医師の裁量論が働くためと考えられ、むしろ、ガイドライン不遵守があると判断された4件のうち、過失が認められたのは1件のみであることは、海外との実臨床の違いに対する配慮があるものと考えられる。実際、平成14年10月30日東京地裁判決（表 判決 195）、平成14年9月4日松江地裁判決（表 判決 197）は、このことを理由として、海外のガイドラインには反しているものの過失を否定している。

また、海外のガイドラインと国内のガイドラインとの齟齬があり、国内のガイドラインに則って診療を行なった場合については、国内のガイドライン相互の齟齬に比して、裁量論が広く働くのは当然であろう。このような例としては、平成21年7月24日鹿児島地裁判決（表 判決 70）、平成19年12月17日東京地裁判決（表 判決 104）がある。

## 4) 刑事事件におけるガイドラインの扱い

刑事事件に関して、ガイドラインの扱いが問題となったものとして、平成25年9月17日横浜地裁判決がある。この判決では、ガイドラインは「目標とする姿勢、望ましい姿勢を示すものと位置付けられている。」「我が国の麻酔担当医が、当該医療機関での職務体制や患者の容体、麻酔や手術の進行状況を問わず、全身麻酔をした患者に対し、手術室にて絶え間ない監視をしているかといえ、決してそうではない。」と述べ、ガイドラインを過失の判断に用いるのは消極的であるべきこと、実臨床とガイドラインの記述とが異なることを根拠として、ガイドラインがあるからといって過失を認めていない。この点は、これまで見た民事事件と類似している<sup>22)</sup>。

もっとも、ガイドラインに関するものではないが、産科医療における刑事裁判において、「臨床に携わっている医師に医療措置上の行為義務を負わせ、その義務に違反したのものには刑罰を科す基準となり得る医学的準則は、当該科目の臨床に携わる医師が、当該場面に直面

した場合に、ほとんどの者がその基準に従った医療措置を講じていると言える程度の、一般性あるいは通有性を具備したものでなければならない」と述べたものがある<sup>23)</sup>。

これは、刑事事件においては、民事事件とは異なり、更に実臨床の現状を重視すべきことを述べたものである。このことからすれば、刑事事件においては、民事事件と異なり、ガイドライン不遵守の事実があっても、それは度外視して、実臨床がどのようになっているかを尊重して、過失の有無が判断されることも十分に考えられる。

## 5 おわりに

ガイドラインを作成する医療者は、序文の表現については検討の余地があるが、本文に関しては、医療訴訟を考慮する必要性は全くない。ガイドラインを利用する医療者は、自らの直感を検証するためのツールとして、ガイドラインを利用することが重要である。すなわち、経験を積んだ医療職であれば、直感的に、当該患者に対しては、どのような診療行為が望ましいか、判断可能であると思われる。しかし、その直感が正しいかどうかは、患者・家族への説明や裁判所への説明のことを考えると、検証が必要というべきである。その検証方法として、ガイドラインを利用し、ガイドラインと合致していれば、その判断は正しいものと考えて良さそうであり、ガイドラインと合致していなければ、どのような理由で当該診療行為を直感的に選んだのか、検証することになる。後者の検証の際には、個別患者の具体的な症状・所見などが改めて顧みられることになる。ガイドラインが裁判所で使用されることを悲観的に捉えるよりは、裁判の傾向を正しく知り、その傾向を前向きに捉えて、ガイドラインの作成や患者説明を含めた診療に活かすことが重要であると考えられる。

表

	判決	被告	提出者 海外	引用部分 （「過失の有無」の 争点数）	GL の不 遵守	過失 理由	証拠評価・序 文引用，エビ デンスレベル ・推奨度
1	H26.10.31 大阪高裁 19 控訴審	病院	原告 3	医学的知見 過失の有無（3）	○	×	・消極 ・序文引用 ・MINDS
					×	×	
					△A	×	
2	H26.10.29 鹿児島地裁	病院	不明 2	医学的知見			・エビデンスレベル ・推奨度
3	H26.10.28 松山地裁	作成者	原告 1	その他			
4	H26.9.19 福岡高裁	国（刑 務所）	原告 4、不明 1 海外 1	医学的知見 過失の有無（1）	○	○	
5	H26.9.17 札幌地裁	診療所	不明 1	医学的知見			
6	H26.5.29 神戸地裁	病院	被告 2	医学的知見 過失の有無（1）	×	×	
7	H26.5.29 名古屋高裁	病院	不明 1	過失の有無（1）	△	○	
8	H26.5.15 奈良地裁	病院	原告 1、不明 3	過失の有無（4）	×	×	・推奨度
					×	×	
					×	×	
					○	×	
9	H26.4.24 広島高裁 岡山支部	病院	原告 2	過失の有無（2）	○	×	・推奨度 ・エビデンスレベル
					×	×	
10	H26.3.27 東京地裁	病院	原告 1	医学的知見 過失の有無（1）	△	×	

11	H26.2.4 横浜地裁 川崎支部	病院	被告1	医学的知見 過失の有無(3)	×	×	・推奨度
					×	×	
					×	×	
12	H26.2.3 大阪地裁	病院	不明1	医学的知見 過失の有無(1)	×	×	
13	H26.1.30 さいたま地裁	病院	不明1；不明	過失の有無(2)	×	×	・積極 ・エビデンスレベル
					○	× エビ	
14	H26.12.25 東京地裁	診療所	原告1、被告1	医学的知見 因果関係の有無			・推奨度
15	H25.12.12 福島地裁	刑務所	不明1	医学的知見			
16	H25.11.13 岡山地裁	病院	不明1 海外1	過失の有無(1)	×	×	
17	H25.11.1 福岡地裁	診療所	原告1	医学的知見			
18	H25.9.12 東京地裁	病院	原告2、不明1 海外1	医学的知見 過失の有無(3)	○	×	・推奨度 ・エビデンスレベル
					×	文献	
					×	×	
19	H25.9.11 大阪地裁	病院	原告1、不明1 海外1	医学的知見 過失の有無(1)	○	×	・消極 ・序文引用
20	H25.8.8 東京地裁	診療所	原告1	過失の有無(1)	△	×	
21	H25.8.8 東京地裁	病院	原告1、被告1	過失の有無(2)	×	×	
				因果関係の有無	×	×	
22	H25.7.17 京都地裁	病院	被告4、原告1 海外1	医学的知見 過失の有無(5)	×	×	・積極 ・序文引用
					×A	×	
					△	×	
					○	×	
					○	時期	
					○	○	
23	H25.6.28	病院	原告1	医学的知見	×	×	



	東京地裁			過失の有無 (1)			
24	H25.5.31 大阪高裁 35 控訴審	病院	不明 2	過失の有無 (1)	△	×	・推奨度 ・エビデンスレベル
25	H25.4.26 大阪地裁	病院	原告 1、被告 1	医学的知見 過失の有無 (2)	○	×	・推奨度 文献 実情
					×	×	
26	H25.4.18 神戸地裁	病院	不明 1	医学的知見 因果関係の有無			
27	H25.3.27 高松地裁	病院	原告 1、不明 1 海外 1	医学的知見			
28	H25.3.21 東京地裁	病院	原告 2、被告 1	医学的知見 過失の有無 (1)	△	×	
29	H25.3.14 東京地裁	診療所	不明 2				
30	H25.2.28 名古屋高裁	病院	原告 1	過失の有無 (2)	×	×	
					×	×	
31	H25.2.27 大阪地裁	病院	原告 1、被告 1	過失の有無 (2)	△A	×	
					×	×	
32	H25.1.24 東京地裁	病院	原告 and 被告 1	医学的知見 過失の有無 (1)	×	×	
33	H25.1.17 仙台地裁	病院	被告 1	医学的知見 過失の有無 (1)	△A	○	
34	H24.12.27 東京地裁	病院	原告 2	過失の有無 (2)	×	×	・消極 ・序文引用
					○	×	
35	H24.10.30 大阪地裁	病院	不明 2	医学的知見 過失の有無 (1)	△	×	・消極 ・推奨度 ・エビデンスレベル
36	H24.7.26 東京地裁	診療所	原告 1 海外 1	医学的知見			
37	H24.5.30	病院	原告 1、被告 1	医学的知見	×	×	

	東京地裁			過失の有無（2）	×	×	
38	H24.5.24 広島高裁	病院	原告1	医学的知見 過失の有無（2）	×	×	
39	H24.5.7 仙台地裁	病院	原告1、被告1	医学的知見 過失の有無（2）	×	×	・積極
40	H24.3.28 仙台高裁 秋田支部	病院	原告1	医学的知見			
41	H24.3.27 大阪地裁	病院	不明2	因果関係の有無			
42	H24.3.27 福岡地裁	病院	不明2	医学的知見 過失の有無（1）	○	○	
43	H24.1.26 東京地裁	診療所	被告1	医学的知見 過失の有無（1）	○	○	・積極
44	H23.12.9 東京地裁	病院	原告3	医学的知見 過失の有無（3） 因果関係の有無	○ ○ ×	○ × × 其他	・積極
45	H23.9.29 東京地裁	病院	被告2、原告 and 被告1 海外2	医学的知見 過失の有無（2）	○ ×	× × 意見 文献	
46	H23.9.22 東京地裁 立川支部	診療所	被告1	過失の有無（1）	×	×	
47	H23.8.12 名古屋高裁	病院	不明1 海外1	過失の有無（1）	○	○	・積極
48	H23.7.25 大阪地裁	病院	鑑定人1	医学的知見			
49	H23.6.9 東京地裁	病院	原告1	過失の有無（2）	×	×	
					○A	○	

50	H23.5.31 金沢地裁	病院	原告 and 被告 1	医学的知見 過失の有無 (2)	×	×	・積極 ・序文引用 ・推奨度
					×	○	
51	H23.4.27 東京地裁	診療所	原告 1	過失の有無 (1)	×	×	
52	H23.3.24 東京地裁	病院	原告 1	過失の有無 (1)	×	×	
53	H23.3.23 東京地裁	病院	原告 1				
54	H23.3.9 広島高裁	病院	原告 1 海外 1	因果関係の有無			
55	H23.1.31 大阪地裁	病院	原告 3、不明 1	医学的知見 過失の有無 (1)	○/×	×	・消極 ・序文引用 ・推奨度 ・エビデンスレベル
56	H22.12.13 東京地裁	病院	原告 1、不明 2 海外 2	医学的知見 過失の有無 (3)	×	×	・推奨度 ・エビデンスレベル
					△A	×	
					×	×	
57	H22.11.26 福岡高裁	病院	被告 1	過失の有無 (1)	×	×	
58	H22.6.30 仙台地裁	病院	原告 1	医学的知見 過失の有無 (1)	○	○	・積極
59	H22.3.29 高松地裁	病院	原告 1、被告 1	医学的知見 過失の有無 (3)	○	×	・消極 ・序文引用
						時期 実情	
					×	×	
					○	×	
						消極	
60	H22.3.1 大阪地裁	病院	原告 and 被告 1	医学的知見			
61	H22.2.24 富山地裁	病院	被告 1 海外 1	過失の有無 (1)	×	×	
62	H21.12.16	病院	原告 1	医学的知見	○	○	

	名古屋地裁			過失の有無（2）	○	× 文献 保険	
63	H21.12.10 津地裁	病院	原告1、原告 and 被告2	医学的知見	×	×	・積極
				過失の有無（3）	○A	○	
					△A	×	
64	H21.11.25 大阪地裁	病院	被告1	医学的知見	×	×	・積極 ・序文引用 ・エビデンスレベル
				過失の有無（2） 因果関係	○	○	
65	H21.11.20 横浜地裁 小田原支部	病院	被告1	医学的知見			
66	H21.11.10 仙台地裁	病院	被告1、原告 and 被告1	過失の有無（2）	△	×	
					△	×	
67	H21.11.4 岐阜地裁	病院	鑑定人2	過失の有無（1）	×	×	
68	H21.9.29 大阪地裁	病院	原告1、鑑定人2 海外1	医学的知見 過失の有無（1） 因果関係	○	○	・積極 ・序文引用
69	H21.9.11 広島地裁	病院	原告1	医学的知見	×	×	
				過失の有無（2）	△A	×	
70	H21.7.24 鹿児島地裁	病院	被告2 海外1	医学的知見 過失の有無（1）	○/×	×	
71	H21.6.30 神戸地裁	病院	被告1 海外1				
72	H21.6.18 岐阜地裁	病院	原告1、被告1、 不明1 海外1	医学的知見	×	×	
				過失の有無（3）	×	×	
					○	○	
73	H21.5.18 大阪地裁	病院	被告1、不明1 海外1	医学的知見			
74	H21.4.16 東京地裁	病院	被告1	医学的知見 過失の有無（1）	×	×	・推奨度
75	H21.4.16	病院	原告1	過失の有無（2）	×	×	・積極

	大分地裁				×	×	
76	H21.3.30 東京地裁	病院	原告1	医学的知見 過失の有無(2)	×	×	
77	H21.3.26 横浜地裁	病院	不明1 海外1				
78	H21.3.26 大分地裁	病院	原告1	医学的知見 過失の有無(1)	×	×	・積極 ・序文引用
79	H21.2.25 静岡地裁 沼津支部	病院	原告1	過失の有無(2)	○	○	
					×	×	
80	H21.2.23 東京地裁	病院	原告1	過失の有無(1)	○	×	実情
81	H21.2.9 大阪地裁	診療所	不明1	医学的知見 過失の有無(2)	×	×	
					○A	○	
82	H21.2.5 東京地裁	病院	原告1、原告 and 被告1	医学的知見 過失の有無(1)	○	○	
83	H21.2.3 東京高裁	病院	原告1	過失の有無(1)	×	×	
84	H21.1.27 仙台地裁	病院	不明1	医学的知見 過失の有無(1)	○	○	・消極
85	H21.1.20 岡山地裁	病院	不明1 海外1				
86	H20.11.25 仙台地裁	病院	不明1 海外1	因果関係			
87	H20.9.29 仙台地裁	病院	原告 and 被告1	医学的知見 過失の有無(2)	×	×	・消極
					○	×	患者 消極
88	H20.9.1 東京地裁	病院	被告1				
89	H20.8.28 仙台高裁	病院	原告1	過失の有無(1)	△	○	・積極
90	H20.8.19	病院	不明1	医学的知見	○	×	

	仙台地裁			過失の有無（1）		時期 実情	
91	H20.7.31 東京地裁	病院	原告1	医学的知見			
92	H20.7.10 東京地裁	病院	原告1	医学的知見 過失の有無（1）	△A	×	
93	H20.6.10 福岡高裁	病院	原告1	過失の有無（1）	○	○	
94	H20.6.6 長野地裁	病院	原告1 海外1	過失の有無（3）	×	×	
					×	×	
					×	×	
95	H20.5.20 福島地裁	病院	原告1 海外1	医学的知見			
96	H20.4.23 前橋地裁	病院	不明1				
97	H20.3.31 金沢地裁	病院	不明1				
98	H20.3.27 東京地裁	病院	原告1	過失の有無（1）	×	×	
99	H20.2.29 京都地裁	病院	原告 and 被告1	医学的知見			
100	H20.2.28 東京地裁	病院	原告1	医学的知見			・推奨度
101	H20.2.28 那覇地裁 沖縄支部	病院	被告1	医学的知見			
102	H20.2.7 那覇地裁 沖縄支部	病院	被告1	因果関係の有無			
103	H20.2.1 長野地裁	病院	不明1				
104	H19.12.17 東京地裁	病院	原告2、被告1 海外1	過失の有無（3）	○/×	×	
					×	×	
					×	×	
105	H19.11.22	病院	不明2	過失の有無（1）	△A	○	

	京都地裁						
106	H19.11.21 大阪地裁	病院	不明1	過失の有無(1)	△	○	
107	H19.11.21 札幌地裁	診療所	不明1	医学的知見 過失の有無(1)	○	× 消極 患者	・消極
108	H19.11.13 京都地裁	病院	被告1	医学的知見 過失の有無(1)	○	× 時期	
109	H19.10.23 京都地裁	病院	被告1	医学的知見 過失の有無(1)	×	×	
110	H19.9.20 東京地裁	病院	被告1	医学的知見 過失の有無(1) 因果関係の有無	○	○ 文献 其他	
111	H19.9.19 大阪地裁	病院 学会	原告1、不明1	医学的知見 過失の有無(2)	○A	○	・積極
					○	× 其他	
112	H19.8.27 東京地裁	病院	原告1	医学的知見 過失の有無(1)	×	×	・推奨度
113	H19.8.24 東京地裁	病院	原告1				
114	H19.8.21 福岡地裁	病院	不明1	過失の有無(1)	△	×	
115	H19.8.9 福岡地裁 小倉支部	病院	原告1	医学的知見 過失の有無(1)	○	○	
116	H19.7.26 東京地裁	病院	原告1、不明1 海外1	医学的知見 過失の有無(1)	×	×	・推奨度
117	H19.6.27 東京地裁	病院	被告1	医学的知見			
118	H19.6.21 東京地裁	病院	不明1	過失の有無(3)	×	×	
					×	×	
					○	○	
119	H19.6.13 名古屋地裁	病院	不明1	医学的知見 過失の有無(1)	○	× 時期	

120	H19.5.31 東京地裁	診療所		過失の有無(2)	×	×	
					×	×	
121	H19.4.26 東京地裁	診療所	原告1	過失の有無(1)	×	×	
122	H19.4.24 山形地裁	病院	原告2	医学的知見 過失の有無(1) 因果関係の有無	×	×	・消極
123	H19.4.10 神戸地裁	病院	不明1	医学的知見			
124	H19.3.30 東京地裁	病院	不明1 海外1	過失の有無(2)	△	×	
					△	×	
125	H19.3.29 東京地裁	病院	被告1	過失の有無(1)	△A	×	
126	H19.3.29 東京地裁	病院	被告1 海外1	因果関係の有無			
127	H19.3.27 東京高裁	病院	不明1	過失の有無(1)	○	○	
128	H19.3.22 横浜地裁	病院	不明1	医学的知見			
129	H19.2.16 東京地裁	診療所	被告2	過失の有無(1)	○	×	時期 医師
130	H19.2.14 名古屋地裁	病院	不明1				
131	H19.1.31 札幌高裁	病院	被告1	過失の有無(1)	N	×	
132	H18.12.25 東京地裁	病院	被告1	医学的知見			
133	H18.12.11 東京地裁	病院	不明1	医学的知見			・推奨度
134	H18.12.8 東京地裁	病院	原告1	因果関係の有無			
135	H18.9.20 東京地裁	病院	原告1	医学的知見			
136	H18.9.14	病院	被告2 海外1	医学的知見	○	○	



	福岡高裁 167 控訴審			過失の有無 (1)			
137	H18.9.13 名古屋地裁 一宮支部	病院	原告 1	違法性の有無 過失の有無 (2)	×	×	
					×A	×	
138	H18.7.31 東京地裁	病院	被告 1	医学的知見 過失の有無 (1)	×	×	・消極 ・序文引用
139	H18.7.28 東京地裁	病院	被告 1	因果関係の有無			
140	H18.6.30 名古屋地裁	病院	鑑定人 1	医学的知見			
141	H18.5.25 東京地裁	病院	不明 1 海外 1	過失の有無 (1)	○	×	患者
142	H18.5.17 東京地裁	病院	原告 2	医学的知見 因果関係の有無			・推奨度
143	H18.4.26 東京地裁	病院	被告 1	医学的知見 因果関係の有無			
144	H18.3.27 新潟地裁	病院	原告 1 海外 1	過失の有無 (1)	△	○	
145	H18.3.7 和歌山地裁	病院	原告 1、被告 1	過失の有無 (2)	△	×	
					△	×	
146	H18.3.2 東京地裁	病院	被告 1	医学的知見 過失の有無 (1)	○	×	・消極 ・序文引用
147	H18.2.20 長崎地裁 佐世保支部	病院	原告 1				
148	H18.2.10 大阪地裁	病院	原告 1				
149	H17.12.19 東京地裁	病院	被告 1				
150	H17.12.14 さいたま地裁	病院	不明 1				
151	H17.12.9 高松高裁	病院	原告 1	過失の有無 (1)	○	○	
152	H17.10.19	病院	原告 1	過失の有無 (3)	×	×	・消極

	東京地裁				×	×	・序文引用
					△	×	
153	H17.10.13 函館地裁	病院	被告1	過失の有無(1)	×	○	・消極
154	H17.8.29 福岡地裁	病院	不明1	医学的知見 過失の有無(1)	△A	○	
155	H17.8.18 広島地裁	病院	不明1	医学的知見			
156	H17.7.29 大阪地裁	病院	鑑定人1	過失の有無(1)	△	×	
157	H17.7.20 東京高裁	病院	被告1				
158	H17.7.6 大阪地裁	病院	原告3 海外2	過失の有無(1)	○	×	・消極 ・推奨度 ・エビデンスレベル
159	H17.6.30 高松高裁	病院	鑑定人1	医学的知見 過失の有無(1)	△A	×	
160	H17.6.23 東京地裁	診療所	不明1 海外1	過失の有無(1)	△A	×	
161	H17.6.10 東京地裁	病院	不明1				
162	H17.5.19 東京地裁	病院	被告1	過失の有無(1)	×	×	
163	H17.5.17 高松高裁	病院	被告1	過失の有無(1)	○	○	
164	H17.4.22 大阪地裁	病院	不明1				
165	H17.4.15 東京高裁	病院	不明1				
166	H17.3.29 水戸地裁	病院	原告1	医学的知見			
167	H17.3.24 熊本地裁		被告1	因果関係の有無			
168	H17.2.24 東京地裁	病院	不明1	医学的知見			
169	H17.1.28	病院	原告1、鑑定人3	医学的知見	○	×	・積極/消極

	大阪地裁		海外 1	過失の有無 (1)		消極 医師 施設	・推奨度
170	H17.1.26 大阪地裁	病院	不明 1				
171	H16.12.28 東京高裁 182 控訴審	病院	被告 1、不明 1 海外 1	医学的知見 過失の有無 (1)	×	×	・消極
172	H16.12.27 東京地裁	病院	不明 1	過失の有無 (1)	△	×	
173	H16.11.5 札幌地裁	病院	被告 1 海外 1	過失の有無 (1)	×	×	
174	H16.11.1 東京地裁	診療所	被告 1 海外 1	過失の有無 (1)	×	×	
175	H16.9.30 東京地裁	病院	原告 1 海外 1	過失の有無 (1)	△	×	
176	H16.9.15 東京地裁	病院	原告 1	過失の有無 (1) 因果関係の有無	×	×	
177	H16.8.5 東京地裁	病院	原告 1	医学的知見			
178	H16.7.20 高松高裁	病院	不明 1				
179	H16.6.16 東京地裁	診療所	不明 1	医学的知見			
180	H16.5.13 東京地裁	病院	不明 1				
181	H16.2.24 東京地裁	病院	被告 1	医学的知見 過失の有無 (1)	○	○	・積極 ・推奨度
182	H16.2.23 東京地裁	病院	被告 1、原告 and 被告 1 海外 1	過失の有無 (3)	○	×	・消極/積極
					△A	○	
					×	×	
183	H16.2.2 東京地裁	病院	被告 1、不明 1 海外 1	医学的知見 過失の有無 (1)	○	○	・推奨度

184	H16.1.30 東京地裁	病院	原告1 海外1	医学的知見			
185	H15.12.26 東京地裁	病院	原告1	過失の有無(1)	○	× 実情 其他	
186	H15.12.18 大阪地裁	病院	被告1	因果関係の有無			
187	H15.11.26 名古屋地裁	病院	被告2	過失の有無(1)	△	×	
188	H15.9.8 大津地裁	病院	被告1	過失の有無(1)	×	×	
189	H15.6.27 東京地裁	病院	不明1 海外1				
190	H15.4.25 大阪地裁	病院	被告1、不明2	医学的知見 過失の有無(1)	△	×	
191	H15.4.2 岡山地裁	病院	被告1				
192	H15.3.27 新潟地裁	病院	不明1	過失の有無(1)	○	○	
193	H15.2.26 広島地裁	病院	不明1	過失の有無(1)	×	×	
194	H14.11.25 東京地裁	病院	不明1	過失の有無(1)	△A	○	
195	H14.10.30 東京地裁	病院	不明1 海外1	医学的知見 過失の有無(1)	○	× 実情	
196	H14.9.26 大阪高裁	診療所	被告1	医学的知見 過失の有無(1)	△A	○	・積極
197	H14.9.4 松江地裁	病院	不明1 海外1	過失の有無(1)	○	× 実情	・消極
198	H14.2.25 神戸地裁 姫路支部	病院	原告1	過失の有無(1)	○	× 文献 其他	
199	H14.2.14	病院	原告1、被告3	医学的知見	×	×	・積極

	仙台地裁			過失の有無（2）	○	× 患者	
200	H13.10.26 大阪地裁 堺支部	病院	不明 1 海外 1				
201	H13.8.30 大阪高裁	病院	不明 1 海外 1	因果関係の有無			
202	H13.7.19 東京高裁	病院	不明 1 海外 1	過失の有無（1）	△	×	
203	H13.2.28 東京地裁	病院	不明 1	過失の有無（1）	○	× 患者	
204	H13.2.28 富山地裁 高岡支部	病院	不明 1	過失の有無（1）	○	○	・積極
205	H12.4.26 横浜地裁	病院	不明 1	医学的知見			
206	H10.10.28 横浜地裁	病院	被告 1	過失の有無（1）	×	×	
207	H9.11.19 岡山地裁	病院	不明 1	過失の有無（1）	○	× 時期 実情	
208	H9.4.7 京都地裁	病院	不明 1	過失の有無（1）	×	×	
209	H8.3.28 広島地裁	診療所	原告 1	過失の有無（1）	○	× 時期 施設	
210	H8.3.18 宮崎地裁	病院	不明 1	医学的知見			
211	H6.10.27 福岡地裁	診療所	不明 1	因果関係			

※Aは説明義務が争点となったものである。

※原告 and 被告は、同一のガイドラインを原告と被告の双方が提出したものである。

## 参考文献

- 1) 高橋譲, 基礎的な医学的知見, 医療訴訟の実務(商事法務), p166~182, 2013
- 2) 福井次矢・桑原博道, 診療ガイドラインの法的側面, 日本内科学雑誌第101巻第9号, p2706~2711, 2012
- 3) 山口直人, Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014(医学書院)序文, pvii~viii, 2014
- 4) 木村紀子・吾郷真子・田中雅人・田畑奈都子・長谷部義幸・平島要・和佐正紀, ガイドラインをどのように臨床に役立てるかーガイドラインは守らなければならないのかー日本未熟児新生児学会雑誌, Vol.27No.1, p151~154, 2015
- 5) 大平雅之・桑原博道・小原克之, 脳卒中診療が争点となった医療訴訟における診療ガイドラインの取扱い, 脳卒中第36巻第1号, p10~15, 2014
- 6) 水澤亜紀子, 添付文書やガイドラインと民事責任, 小児科臨床 Vol.62 増刊号, p1303~1311, 2009
- 7) 春日偉知郎, 証拠調べ, 新民事訴訟法講義〔第2版補訂正版〕(有斐閣), p276~343, 2006
- 8) 青山善充, 証拠の評価と証明責任, 新民事訴訟法講義〔第2版補訂正版〕(有斐閣), p344~376, p2006
- 9) 東京地方裁判所医療訴訟対策委員会, 医療訴訟の審理運営指針(改訂版), 判例タイムズ 1389号 p5~36, 2013
- 10) 最高裁判所 HP, <http://www.courts.go.jp/saikosai/iinkai/izikankei/>
- 11) 榮岳男, 注意義務違反(総論, 医療水準), 医療訴訟の実務(商事法務), p274~287, 2013
- 12) Medical Practice Guidelines in Malpractice Litigation :An Early Retrospective, Andrew L .Hyams ・ David W.Shapiro ・ Troyen A.Brennan, Journal of Health Politics, Polisy and law, Vol.21, p289~313, 1996
- 13) Troyen A.Brennan, Practice Guidelines and Malpractice Litigation:Collision or Cohesion?, Journal of Health Politics, Polisy and law, Vol.16, p67~85, 1991
- 14) 森富義明・西澤健太郎, 診療ガイドライン, 医療訴訟(青林書院), p301~322, 2014
- 15) 大島眞一, 医療訴訟の現状と将来ー最高裁判例の到達点ー, 判例タイムズ 1401号 p5~87, 2014
- 16) 廣谷章雄, 注意義務違反, 医療訴訟(青林書院), p273~283, 2014
- 17) 黒野功久, 因果関係, 医療訴訟(青林書院), p634~647, 2014
- 18) 秋吉仁美, 医療訴訟の実務(商事法務), p543~563, 2013
- 19) 住田知也, 添付文書, 医療訴訟の実務(商事法務), p205~230, 2013
- 20) 廣谷章雄, 争点整理2(争点整理上の工夫, 診療経過一覧表, 争点整理表の作成など), 医療訴訟の実務(商事法務), p112~123, 2013

- 21) 藤倉徹也, 医療事件において医療ガイドラインの果たす役割, 判例タイムズ No.1306, p60～69, 2009
- 22) 木内淳子・安本和正・後藤隆久・野坂修一・小林功武, ガイドライン（指針）を根拠に刑事訴訟に至った事例の検討, 日臨麻会誌 Vol.35No1, p120～127, 2015
- 23) 飯田英男, 福島地裁判決平成 20・9・17, 刑事医療過誤Ⅲ, p201～247, 2012

引用記載例：

桑原博道, 浅野陽介. “特別寄稿 2, ガイドラインと医療訴訟について—一弁護士による 211 の裁判例の法的解析—”. Minds 診療ガイドライン作成マニュアル. 小島原典子, 中山健夫, 森實敏夫, 山口直人, 吉田雅博編. 公益財団法人日本医療機能評価機構. 2015, [http://minds4.jcqh.or.jp/minds/guideline/special\\_articles2.pdf](http://minds4.jcqh.or.jp/minds/guideline/special_articles2.pdf), 2015 年 12 月 1 日参照.