

## 医療における非財務的アカウントビリティに関する一試論

李 庸 吉

### I はじめに

近年、医療の現場において、クリニカル・ガバナンスということが意識され、医療者と患者のよりよい人間関係の構築、また、そのための制度づくりが提唱・検討・実践されている<sup>1)</sup>。そのような中、医療におけるアカウントビリティの確保は、やはり欠くことのできない、医療システムにおける重要課題として、今後、益々その必要性を増すものと思われる。ただ、つい最近まで、日本においては、医療のアカウントビリティの議論はほとんどなされていなかった<sup>2)</sup>のも事実であることから、アカウントビリティの概念<sup>3)</sup>を含め共通理解なるものが確立されているとは言い難く、未だ混迷の中にあることも否めないであろう。

本稿においては、その射程を医療における非財務的アカウントビリティに限定して検討を行うが、まず、アカウントビリティの概念を、単

なる「説明責任という言葉に矮小化されるような言葉」としてではなく、説明する（account）能力（ability）も包含した概念、つまり「医療におけるインフォームド・コンセントのように、素人が納得できるように説明できる能力、そういった専門家の姿勢を問う概念」<sup>4)</sup>で、また、「アカウントビリティ関係の基本には、ある行為主体から、他の行為主体への、裁量的な意思決定権を含む権限の委譲が存在する」<sup>5)</sup>ということから求められる責任であるという考えに依拠し、論を進めていくことにする。

本稿の見取り図を簡単に示すと、まず、医療におけるアカウントビリティが生成されるにいたった背景につき、分析的に考察し（II）、そこから炙り出されたことを基に、その性質（III）、次いで、その機能（IV）という切り口から検討を加える。最後に、医療におけるアカウントビリティの大枠を示してまとめ（V）としたい。

### II 医療におけるアカウントビリティの生成とその背景

#### 1 医療訴訟の増加と問題状況

図1は医療訴訟（民事）の新受件数を示したもので、図2は、その増加比を通常民事訴訟と対比してグラフ化したもの<sup>6)</sup>であるが、近年、

1) たとえば、浜町（[2005] 140 ページ）は、『クリニカル・ガバナンス』とは、医療者と患者が『治す人と治される人』という関係ではなく、『共に治す人々』という関係を意味し、医療現場のよりよい人間関係の構築とそれを実現するための制度づくりを検討している。」とする。他に、『現代のエスプリ』No. 458 掲載の各論考、小林 [2004]、武藤 [2004] など参照。

2) 孔 [2003] 235 ページ。

3) 実際、「アカウントビリティ」の概念自体、用語として多義的かつ曖昧さを有することは否めず、ゆえにあらゆる領域からやや異なる概念のとらえ方がなされている嫌いもある。

4) 山谷 [2002] 161 ページ。

5) White and Hollingsworth [1999] pp. 6-8, 蓮生 [2010] 5 ページ。Kohler ([1970] p. 6) も同様の趣旨ととらえることができる。

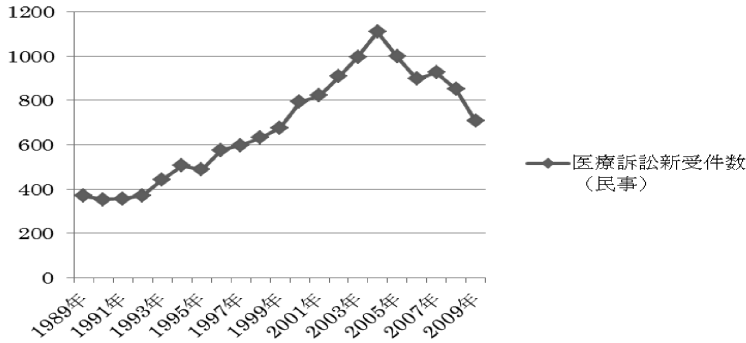


図1 医療訴訟新受件数 (民事)

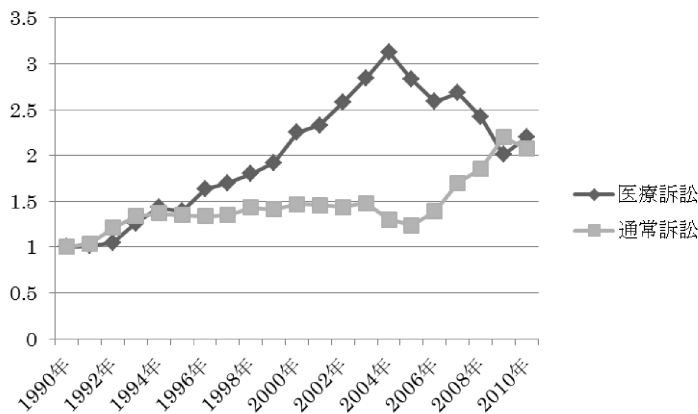


図2 医療訴訟と民事通常訴訟の増加比の対比

※ 1990年の各訴訟件数を1とした場合の増加比を倍数で示したものの年次推移

医事関係訴訟が際立って増加しているのが見て取れる。ピーク時の2004年には1,110件もの訴訟が新たに提起されているが、これはその10年前(1994年:506件)の2倍以上、30年前(1974年:170件<sup>7)</sup>)に比べると6倍以上の伸びとなっている。

医療訴訟、通常訴訟共に2006年頃から新たな潮流が見て取れ<sup>8)</sup>、2009年にはその増加比においては逆転現象を示しているが、1990年代か

ら2005年頃にかけての約15年間の医療訴訟の動向は特徴的な様相を呈している。

これはいったい何を意味しているのであろうか。医療事故そのものが決して少なくない頻度で発生しているのは周知の事実であり、疑義をはさむつもりはないが、問題はその増加率である。実際、上に示された数に沿った勢いで医療事故そのものが発生していると想定することは、昨今、リスクマネジメントに関する議論な

6) ここにおいて示した増加比とは1990年の数値を1とした場合、経年の変化をその倍数で示したものである。次の図3においても同じ。

7) 手嶋 [1997] 314ページの注(2)並びに掲載の表に依拠。

8) このあたりから通常訴訟において大きな増加がみられるのは、貸金業者に対するいわゆる過払利息返還訴訟が全国において激増したことの影響も強く受けていると思われる。医療訴訟のこのあたりの減少傾向に関しては後に触れることにする。

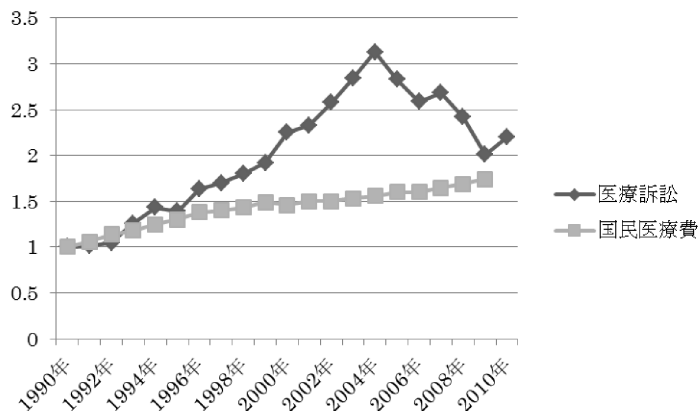


図3 国民医療費と医療訴訟件数の推移 (増加比)

いしはその取り組みも盛んになされている現状からすると、やはり非現実的といわざるを得ず、現に医療事故発生の割合は、少なくともここ30年ほど、あまり変化していないのではないかとの見解<sup>9)</sup>も存在するほどである。

それよりは、むしろ事故発生の頻度そのものは大きな変化がないにもかかわらず、過去においては暗数となっていたものが何らかの事象を機縁に表在化したとは考えられないだろうか。

まずは、この点に関して、実証的な資料を基に少し検討してみることにする。

医事紛争ないしは医事訴訟増加の理由に関しては、これまで多くの識者から種々指摘されているところである<sup>10)</sup>が、共通してあげられるも

のに、①医学の進歩・高度化による診療対象の拡大と内在する危険、②医療に対する過信（もしくは過度の期待）、③医師・患者数の増大（医療受給機会の増大）、④個人の権利意識の高揚、⑤マスコミの報道姿勢、⑥医師—患者関係の変化、⑦専門職神話の崩壊、⑧医療における患者の疎外、⑨医療不信（医師に対する社会的不信）、などである<sup>11)</sup>。

これらのうち、①、③などが強く作用している場合は、国民医療費の動向に反映される形では、少なからず医療費の動向と牽連性がうかがえるのではないかと思うところであるが、国民医療費<sup>12)</sup>と対比した図3において、それらしきものは見出せない。

次に注目したいのは、⑥医師—患者関係の変化、⑦専門職神話の崩壊、⑧医療における患者の疎外、⑨医療不信（医師に対する社会的不信）で、これらは共通項として医師—患者関係<sup>13)</sup>における意思の疎通、信頼関係といった部分に相通ずる部分を孕んでおり、図1、2に示された

9) 古川 [2005] 55 ページ。この中で著者は、日本では大きな規模の医療事故の実態調査や研究が始まったばかりで、信頼できるデータが発表されていないため、アメリカを例にとり、医療事故の発生割合につき紹介し、コメントを付している。これらは認定基準が異なり、またアメリカのものをそのまま日本に当てはめることはできないが、少なくとも事故比率が急増しているという事実は見出せないということを示すにはそれほど的外れではないようである。手嶋 [1997] 313 ページも同様のことを指摘する。

10) たとえば、手嶋 [1997] 312 ページおよび当該論文の注3)～6)掲載の各文献、平沼 [1997] 10 ページ、星野 [1991] 123 ページなど。

11) さらに手嶋 [1997] 312 ページ、同 [2011] 183 ページは、「医療問題弁護団」など医療過誤訴訟を引き受ける弁護士のネットワーク構築がされたことなども重要と説く。

12) 因みに、1990年度の国民医療費が20.6兆円、2000年度が29.4兆円、2009年度が35.3兆円となっている。

ような結果は、こういったものが反映された、ひとつの実相と読めはしないだろうか。つまり、かつては、紛争化されなかったか、あるいは、されたとしても「暗数」として水面下で潜在的に存在してきたものが、ある時期から訴訟化することが比較的可能となり、ある意味でのポテンシャルエネルギーとして鬱積してきたものが一気に表在化したように筆者には思えるのである。

さらに、上述した指摘につき一言すると、既に30年以上前の実証的研究<sup>14)</sup>の中に近似した指摘がみられる。これによると、医療事故に関しては、様々の因子のために、患者側に責任追及の意思形成が妨げられたり、仮に、かような意思形成がなされたとしても実際、法的に責任を追及するには多大な困難が伴うため、多くの医療事故が紛争化せずに終わっていると推測されるとし、それが「医師の仕事に対する真の理解と尊敬に基づく抑止であるならば、問題はないであろうが、内心の不満や疑問が解消されずに残っており、ただ適当な解決手段がないために医事紛争として表面に現れないにすぎない、というものであれば、その影響は、表面に現れた医事紛争にも増して、重大<sup>15)</sup>」であると指摘されているところが注目に値する。

ところで、1980年代にインフォームド・コンセント論<sup>16)</sup>が脚光を浴びるようになって以後、実務において説明義務違反の構成をとることにより、診療上の技術過誤に比して、患者側の負担の軽減が図られたとされている<sup>17)</sup>。仮にこれが、訴訟化を困難ならしめる壁を取り払う、起爆剤の役割を果たした可能性があるものであれ

ば、インフォームド・コンセントないし説明義務違反の問題が最も活発に議論された時期（1980年代から90年代初期<sup>18)</sup>）に追従するような形で、訴訟化への動きが加速されたとする仮説は、ある程度、図1、2が示すデータとの整合性を持ちうるかも知れない<sup>19)</sup>。

図4は、医療の質を高め、患者との信頼関係を強める必要から医療事故問題を重視する医師や弁護士、患者などの有志で構成する医療事故調査会<sup>20)</sup>が依頼を受けたもののうち、鑑定が終了した733件に対し、各年度毎に累計総数に占める値を示したものである<sup>21)</sup>。資料としては、任意団体のものゆえにある限定的な範疇のデータになるが、結果が示す近時の動向は、それほど的外れなものとはならず、十分資料的価値は有するものと考えられる。

16) この問題を取り扱った最初の論文は、唄 [1965] 「治療行為における患者の意思と医師の説明—西ドイツにおける判例と学説」『契約法体系7巻』有斐閣、66ページ以下（後に同 [1970] 『医事法学への歩み』岩波書店、3ページ以下に所収）であった。ところが、この論文を発表した当時、インフォームド・コンセントの法理は特に注目されることはなく、1971年のいわゆる「承諾なき乳腺摘出手術事件」（東京地裁昭和46年5月19日判決）以後、外国の学説・判例を紹介する論文がいくつか出され、その後1980年代に入ってから脚光を浴びだすようになる。

17) 吉田 [2003] 297ページ並びに同論文注(3)の各論文参照。

18) 吉田 [2003] 278ページ、同論文の注(1)。1992～93年の医事法学会では、続けてインフォームド・コンセント論がシンポジウムのテーマとされている。詳細は年報医事法学7号（1992年）、同8号（1993年）参照。

19) 通常、医事訴訟の場合、素人の患者やその家族が単独で訴訟を起こすことはまず考えられず、その道の専門家たる弁護士による「見立て」が前提としてあって、結果に対するある程度の勝算をもって踏み切るわけであろうから、学界において活発な議論がなされるということは新たな潮流へと向かう1つの潮目を形成しようという考え方も可能であろう。

13) 本稿において、「医師」は、広く「医療の担い手」としての医療者、また医療機関設置者をも含む概念として、「患者」とは医療相談者、その他医療サービスの提供を受ける者を広く包含する概念として用いる。

14) 六本 [1974] 159ページ以下参照。

15) 六本 [1974] 189ページ。

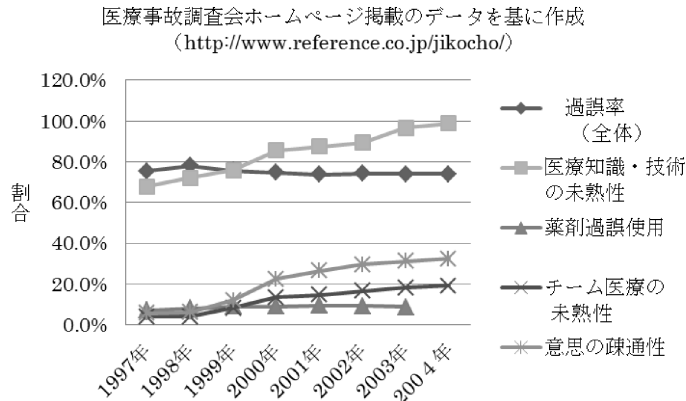


図4 医療事故調査会鑑定総数に対する過誤率と各過誤区分の割合

これによると、実際のいわゆる「医療ミス」による事故の発生頻度（過誤率）がさほど大きく変化していないのがうかがえる。それに比し、注目すべきは、「チーム医療の未熟性」、对患者との「意思の疎通性」の推移であり、特に後者は際立っている。

昨今、医療従事者のコミュニケーション不足（あるいはコミュニケーション能力の欠如）への世論の批判の声がマスコミを通じて持ち上がったりもしているが<sup>22)</sup>、まさにこれらのデータはコミュニケーション不足や医療者への信頼の失墜に起因したトラブルが、近時の医事紛争の特徴であるということを物語っており、先の

図1、2に示された結果との、さらには、近年にいたって、説明義務違反を根拠に責任を追及するケースが増大かつ多様化の傾向を示していること<sup>23)</sup>ともある程度の整合性は持ちうるのではないかと考える。

すると次に、これ程までに「訴訟へと走る行動」をとるのは何故なのか、つまり、その「ポテンシャルエネルギーなるもの」の内実に対する疑問が湧いてくる。

その検討に先立って一言すると、裁判に訴えるという行動をとった患者側の多くが、その第一目的を経済的満足に求めているのではないということである。蓋し、通常訴訟の勝訴率が80%を超えるのに対して、医事訴訟においては、概ね20~40%そこそこで、訴訟に費やす費用、時間的コストをはじめ膨大なエネルギーに鑑みて「報われない訴訟」となるリスクの多い「賭け」になること、また、たとえ勝訴判決を勝ち得ても、とてつもなく長い年月を必要とし、真

20) 医療事故の調査、医療記録の検討、意見書作成、鑑定等に関わった経験を有する各科の医師等が結集して1995年に発足（代表世話人＝森功・医療法人医真会理事長）。当会では、依頼された各医療過誤のケースについてそれぞれの専門領域からみてふさわしい医師等複数人によって、客観的な調査・評価を行い、鑑定意見書を作成するとともに、各ケースに関し明らかとなった問題点を解析し、今後の医療の改善のための活動を行っている（医療事故調査会ホームページ：<http://www.reference.co.jp/jikocho/>）。

21) 但し、本表の2004年度に関しては、『産経新聞』2005年10月18日付、朝刊に掲載されたデータに依拠。またそれ以降の状況に関しては、公開された資料等が見当たらないため、残念ながら、2004年度までを示すに留まる。

22) たとえば、東京都立広尾病院事件（1999年2月、病院の看護師が生理食塩水と消毒剤を取り違えて注射したことによる死亡事故—『朝日新聞』1999年3月16日、夕刊、民事訴訟1審判決は、東京地裁平成16年1月30日判決・判例時報1861号3ページ）等。

23) 説明義務違反に関する訴訟の顕著な増加と多様化という現象を指摘するものとして、中村〔2000〕吉田〔2003〕などがある。

の被害救済にはいたらず、殊に説明義務違反を根拠とする場合、これまで集積された事例からすると、認められるのは、いわゆる「名目的ともいえる低額の慰謝料」<sup>24)</sup> レベルで、経済的にはかえってマイナスになり、結局のところ多大な負担を強いられることになるのは経験則上明らかかなはずである。

このように「期待薄」であるにもかかわらず、増加し続けていたという現実があり、いわば一つの「社会病理」といえよう。患者側の代理人として多くの事件を手がけてきた弁護士によると、医療被害を受けた人たちは、最初から弁護士事務所を訪ねるのではなく、警察や都道府県の衛生部、医師会への苦情相談等の行動をとることも多いが、結局のところ、真実の解明を求める方法が裁判以外にほとんど存在しないという現実が、やむをえず訴訟に向かわせている<sup>25)</sup> とし、また、被害原因の究明、同種被害の再発防止は医療被害者の心底からの叫びの一つで、訴訟を通じて医療が改善され、医療被害が減少することを真摯に願っている<sup>26)</sup> とする。つまりは、真相解明と並んで訴訟における紛争予防機能への期待と意思がその核心部分であると思われる。

特に、説明義務違反にかかわる訴訟は、紛争発生の社会的背景である「医師—患者関係」における「信頼関係の破壊」といった現代型医療訴訟の様相を最も映し出している<sup>27)</sup> ともいえ、上に示した社会病理の形成には、これまで述べてきたことからだけでも、その背景には医療側が本来果たすべき責任を十分果たしていないという「責任の欠如」、あるいは「責任の忘却」と

いった問題が推論できる。そして、これらがいわゆる社会病理という結果を招いているのであれば、その病理から実態を解いていくという観点も必要であろう。

## 2 最高裁判例による説明義務法理の形成

### (1) リーディングケース

最高裁において、医師の説明義務が最初に認められたのは、一般に最高裁第二小法廷昭和56年6月19日判決（判例時報1011号54ページ〔頭蓋骨陥没骨折事件〕）であるとされている。この事件は、10歳の男児が自転車の転倒事故によって、頭蓋骨陥没骨折の傷害を受け、開頭手術を行ったが、出血多量により死亡した事案である。判決は、「……開頭手術を行う医師には、右手術の内容及びこれに伴う危険性を患者又はその法定代理人に対して説明する義務がある」とし、説明義務を認めてはいるものの、あくまで判決理由中の抽象論の部分であって、詳細情報までを説明する必要はないとして、説明義務の範囲に関しては相当の限定を加え<sup>28)</sup>、事案との関連では、小児の開頭手術という重大な手術に当たって親への説明義務違反はないとした原判決を肯認した事例であった。

### (2) 「医療水準論」の登場

次いで、説明義務法理に対して非常に大きな影響を与えたのが、最高裁第三小法廷昭和57年3月30日判決（判例時報1039号66ページ〔日赤高山病院未熟児網膜症事件〕）である。この判決は、説明義務の領域においても、「人の生命及び健康を管理すべき業務に従事する者は、その業務の性質に照らし、危険防止のために実験上必要とされる最善の注意義務」<sup>29)</sup> が要

24) 判例タイムズ1131号286ページ（東京地裁平成15年4月25日判決の解説）。

25) 石川 [2004] 33ページ。

26) 加藤 [1981] 48ページ。

27) 福島 [1993] 105ページは、「医者の説明不足が医療に関する不満のトップであることは、よく知られている事実である」とする。

28) 手嶋 [2005] 185ページ。

29) 最高裁第一小法廷昭和36年2月16日判決（最高裁判所民事判例集〔以下「民集」と略称。〕15巻2号244ページ）。

求され、その「注意義務の基準となるべきものは、診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準」であるとして、説明することが法的義務となるか否かは「医療水準」によって画されるとした。いわゆる「医療水準論」が登場し、それが医療措置のみならず、説明義務の領域にも妥当するとされたのである。

同判決以降、医師の診療債務における注意義務の基準は、診療当時の「臨床医学の実践における医療水準」であることが一連の未熟児網膜症事件において繰り返し判示され、説明義務の基準を包含しつつ判例として確立され定着していく。

その後は、医療水準の内容に踏み込んでいく動きがみられる。最高裁第二小法廷平成7年6月9日判決（民集49巻6号1499ページ〔姫路日赤未熟児網膜症事件〕）は、「……診療契約に基づき医療機関に要求される医療水準であるかどうかを決するについては、当該医療機関の性格、所在地域の医療環境の特性等の諸般の事情を考慮すべきであり、……新規の治療法に関する知見が当該医療機関と類似の特性を備えた医療機関に相当程度普及しており、当該医療機関において右知見を有することを期待することが相当と認められる場合には、特段の事情が存しない限り、右知見は右医療機関にとっての医療水準であるというべき」と判示し、医療水準は全国一律的なものでなく、医療機関の性格、地域・環境特性等によって異なってくる相対的なものであるとともに先端医療等の分野においては、「医学的知見」が判断基準の上で重要なポイントとなり得ることも示している。

また、最高裁第三小法廷平成7年4月25日判決（民集49巻4号1163ページ）は癌告知に関する事案であるが、担当医師が患者本人に事実を知らせずその家族の者に癌罹患の事実を告げたに過ぎなかったため、海外旅行に出掛ける計画を有した本人を翻意させることができず、結局、約半年後には死亡したと患者の遺族が主

張し、医療機関に損害賠償を請求したものである。最高裁は、その理由中の判断枠組みには、単に「癌告知の是非」のみが取り扱われたのではなく、患者に影響を及ぼしうる予後不良等の「悪しき情報」を「誰に」、「いかに伝えるか」という問題<sup>30)</sup>、さらに、情報伝達（説明）そのものがストレートになし得ない場合、どのような代替的措置をとり、フォローがなされたか、といった点が義務違反の判断構造の中に取り込まれている。同判決は、患者本人への告知について、それが患者に与える精神的打撃と治療への悪影響を考慮して、一定の場合、患者本人以外の者への説明が問題となりうる場面があることを示し<sup>31)</sup>、患者に不利益をもたらす可能性がある場合、「告知しない」というのも「治療上の特権」により認められるが、その場合は、代替する方策を検討することが説明義務履行如何の評価に含まれる<sup>32)</sup>、としている点が注目された。

そして、「時代の変化を象徴する判決」とも評された<sup>33)</sup>、最高裁第三小法廷平成12年2月29日判決（民集54巻2号582ページ〔東大医科研病院「エホバの証人」輸血拒否事件〕）が登場する。ここにおいては「患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない」として、原告の意思に反して輸血を施した医療機関への慰謝料請求を認めた原判決を維持し、限定的な範囲ではあるが、事実上、医療現場における患者の自己決定権を、最高裁として初めて承認した<sup>34)</sup>。

さらに注目すべきは、最高裁第三小法廷平成13年11月27日判決（民集55巻6号1154ペー

30) 熊代 [2006] 143 ページ。

31) 熊代 [2006] 142-143 ページ。

32) 手嶋 [2005] 188 ページ。

33) 樋口 [2000] 41-42 ページ。

ジ〔乳房温存療法事件〕〕である。当時医療水準として未確立であった乳房温存療法に関する説明義務に関して争われた事例で、その選択肢を奪われたとする患者の慰謝料請求を棄却した原判決を破棄して原審に差戻し、医療水準として未確立の療法に関してまで医師は常に説明義務を負うとはいえないが、一定の要件が備わる場合、すなわち、「当該療法（術式）が少なからぬ医療機関において実施されており、相当数の実施例があり、これを実施した医師の間で積極的な評価もされているものについては、患者が当該療法（術式）の適応である可能性があり、かつ、患者が当該療法（術式）の自己への適応の有無、実施可能性について強い関心を有していることを医師が知った場合など」は、説明義務が発生すること、また、「患者自身の生き方や人生の根幹に関する生活の質」にも関わるような場合には、説明義務は拡張されうることを示した。

### （3）説明義務概念の拡張傾向とその内実

説明義務の質的深化と範囲の拡張をもたらした先例として、最高裁第一小法廷平成17年9月8日判決（判例時報1912号16ページ、判例タイムズ1192号249ページ）と、最高裁第二小法廷平成18年10月27日判決（判例時報1951号59ページ、判例タイムズ1225号221ページ）を取り上げたい。

前者は、妊娠中期を過ぎて胎児が骨盤位であることが判明したものの、特に問題がないと判

断されたため経膈分娩の従来方針を維持すると伝えられた妊婦が、不安を再三訴え、帝王切開術による分娩を繰り返し希望したが、医師はいつでも帝王切開術に移行できるとして取り合わず、結局分娩開始後に深刻な事態が発生し、その結果胎児が死亡したために、子を失った夫婦が、分娩方法について十分な検討をした上で意思決定する権利が奪われたとして損害賠償請求したという事案で、最高裁は、「上告人らが胎児の最新の状態を認識し、経膈分娩の場合の危険性を具体的に理解した上で、被上告人医師の下で経膈分娩を受け入れるか否かについて判断する機会を与えるべき義務があった」として原判決を破棄・差戻したが、ここでは患者が新しい事態の意味が正しく理解できるような説明のみならず、そのための環境に配慮して、「判断する機会」を与えたか否かを重要視している。

後者は、未破裂脳動脈瘤の予防的治療としてコイル塞栓術を実施したところ、術中にコイルが瘤外に逸脱し、結局は脳梗塞を惹起し患者が死亡した事案である。

最高裁は、「A（筆者注：患者）の動脈りゅうの治療は、予防的な療法（術式）であったところ、医療水準として確立していた療法（術式）としては、当時、開頭手術とコイルそく栓術という2通りの療法（術式）が存在していたというのであり、コイルそく栓術については、当時まだ新しい治療手段で」、また、「開頭手術では、治療中に神経等を損傷する可能性があるが治療中に動脈りゅうが破裂した場合にはコイルそく栓術の場合よりも対処がしやすいのに対して、コイルそく栓術では、身体に加わる侵襲が少なく、開頭手術のように治療中に神経等を損傷する可能性も少ないが、動脈のそく栓が生じて脳こうそくを発生させる場合があるほか、動脈りゅうが破裂した場合には救命が困難であるという問題もあり、このような場合にはいずれにせよ開頭手術が必要になるという知見を有していたこと」、また当然有すべきでもあるその知

34) 潮見 [2006] 96 ページは、最高裁が示した「意思決定をする権利」とは、「自己決定権」そのものを指しているのではなく、ここでは「宗教上の信念に基づく人格権」に特化した判断枠組みを提示したものと見るのが適切であるとされ、一方、樋口 [2000] 41-42 ページは、宗教とは無関係な患者の意思決定にもその射程が及ぶとする。また、この事件に関する詳細な分析を行ったものとして、平野 [2001] も参照のこと。



見について分かりやすく説明する義務があったとし、さらに術前のカンファレンスで新たな問題点が判明した場合、その点も含めて具体的に説明をした上、「開頭手術とコイルそく栓術のいずれを選択するのか、いずれの手術も受けずに保存的に経過を見ることとするのかを熟慮する機会を改めて与える必要があった」として原判決を破棄・差戻した。

ここで改めて「熟慮・判断する機会」を強調するのは、これが説明義務において、副次的なものではなく、渾然一体として説明義務概念を構成するものとして位置づけようとする方向性を示した点、さらにより注目されるべきことに、「最新の状態」に関する認識を得るために必要に応じた医療措置上の問題点を説明義務の不履行の要素をなすものとし、診療債務の履行全体との関連並びに医療過程との関連でそのプロセス性を示した点にこれら2つの判決における説明義務の概念的飛躍が認められた<sup>35)</sup>。

#### (4) チーム医療と説明義務

最後に、チーム医療における説明義務に関する初の判断を示した最高裁第一小法廷平成20年4月24日判決（民集62巻5号1178ページ）を取り上げる。

大学病院において、大動脈弁置換術を受けた患者Aが動脈縫合部からの出血が続いたことにより死亡した事案であるが、Aの治療には心臓外科教授Yを総責任者として、C医師を主治医とするチームであっていたが、カンファレンスにおいてD医師を執刀医とすることが決定され、主治医のC医師より患者Aおよびその家族Xらに手術の必要性、内容、危険性等につき説明がなされた。ところが、Y教授は、C医師に対し、Y自らが執刀医となる旨伝えたが、Y自身がAおよびその家族Xらに対し、

本件手術につき説明したことはなかった。遺族であるXらはYの手技上の過失および術前に十分な説明を行わなかったことを理由に提訴したというものである。

第1審（大阪地裁堺支部平成16年11月19日判決：請求棄却）と原審（大阪高裁平成18年6月8日判決：Yの信義則上の説明義務違反を認容）で判断が分かれたが、最高裁は、「一般に、チーム医療として手術が行われる場合、チーム医療の総責任者は、条理上、患者やその家族に対し、手術の必要性、内容、危険性等についての説明が十分に行われるように配慮すべき義務を有するものというべきである。しかし、チーム医療の総責任者は、上記説明を常に自ら行わなければならないものではなく、手術に至るまで患者の診療に当たってきた主治医が上記説明をするのに十分な知識、経験を有している場合には、主治医に上記説明をゆだね、自らは必要に応じて主治医を指導、監督することと定めることも許されるものと解される。そうすると、チーム医療の総責任者は、主治医の説明が十分なものであれば、自ら説明しなかったことを理由に説明義務違反の不法行為を負うことはないというべきである。また、主治医の上記説明義務が不十分なものであったとしても、当該主治医が上記説明をするのに十分な知識、経験を有し、チーム医療の総責任者が必要に応じて当該主治医を指導、監督していた場合には、同総責任者は、説明義務違反の不法行為を負わないというべきである」と判示した。ここにおいて総責任者は「説明が十分に行われるよう配慮すべき条理上の義務」を負担するもので、一般の説明義務よりもやや広い概念にとらえることができ、また常に直接自ら説明を行わなければならないものではなく、主治医に委ねてもよいが、それは医師を含む構成員を指導・監督することにあるという実態に即したもの<sup>36)</sup>で、

35) 池田=李 [2007] 232 ページおよび 240 ページ以下。

36) 野澤 [2009] 64 ページ。

医療環境醸成義務ともいうべき性質のものといえよう。

#### (5) 小括

以上、約30年間の最高裁判決の流れを概観してみると、近年、その判断枠組みと判断基準において際立った拡張傾向を示すように見受けられるが、その内実は、日進月歩の医療の性格にも相俟ってのことと思われる。

医師の説明義務に関する判例の発展史は、当初事例的な意味しか有しないと評価されたもの<sup>37)</sup>を含めて個別特殊な事例にぶつかりながら普遍的なルールにつなげていく、「判断の創造性」<sup>38)</sup>が如実に見て取れ、説明義務を診療債務の不可分の一部として、他の様々な義務との有機的連関に立つ主要な債務とする現在の到達点からして、説明義務は、それぞれの事案に応じて拡張可能かつ動的な性質を有するものである<sup>39)</sup>といえるであろう。

近時におけるこうした動向は、改めて説明義務は何故必要なのか、を考えると見えてくる。すなわち、かつては伝統的な医師像に基づき、医師がどのように患者に振舞うのかだけが問題となっていたが、従来ありがちだったような一方的施しのような関係では到底立ち行かず、患者の人権を軸に医療のあり方を規範的にとらえ、医師と患者とが人間として対等な当事者として向き合うこと、そして新しいプロフェッション像の考え方からすれば、患者の理解・納得と同意が原則であって、特段の事情のない限りすべての医療現場に貫かれなければならないと考えるのは、今日、国内外を問わず先進諸国の趨勢である。

### 3 医療法の変遷

次に、医療法人制度の根拠規定である「医療法」の変遷過程を概観する(表1も参照)。

医療法は、医療界における「憲法」とされ、1948年に公布され、1950年に医療法人制度が創設(追加)された<sup>40)</sup>。医療法人制度は、医業の非営利性を損なうことなく法人格を取得することにより、私人の医療機関経営の困難を緩和する制度とされている<sup>41)</sup>。

本法施行後、医療界においては「自由放任主義」がとられ、制定後約40年もの間、目立った改正は行われなかったが、富士見産婦人科事件(1980年)<sup>42)</sup>をきっかけに「医療の荒廃」に対する批判が高まり、1985年に第一次改正が施行された。

次いで、第二次改正医療法が、1992年に成立。ここでは、医療施設機能の体系化、医療に対する適切な情報提供が中心課題となった。

そして1997年の第三次改正では、地域医療支援病院と介護保険導入の基盤整備、医療の担い手による「適切な説明」が努力義務としてではあるが、明文規定が設けられ、実質上、インフォームド・コンセントが行政法規としても明確に位置づけられることになった。

2000年の第四次改正と併せて医師法が改正され、医師の臨床研修が必修化、つまり研修への専念義務が設けられたが、そのコンセプトの素晴らしさとは裏腹に、医師不足が深刻化し、特に、地域の病院が破綻状態に陥るといった現象が相次いだ。

2006年6月14日、第164回通常国会において成立した第五次改正医療法は、「患者の視点に立った、患者のための医療提供体制の改革」を基本的考え方として、当面の諸問題の解決を

37) 上掲、最高裁平成7年4月25日判決、同平成13年11月27日判決等。

38) 原島 [2002] 46 ページ。

39) 池田=李 [2007] 233 ページ。

40) 川淵 [2006] 10 ページ。

41) 川淵 [2006] 106 ページ。

42) 病院ぐるみの無資格診療により、正常な子宮や卵巣を摘出するといった常軌を逸した乱診が繰り返された事件。

表1 医療法の変遷

医療法改正	摘 要
第一次改正 (1985年)	富士産婦人科事件（1980年）をきっかけに「医療の荒廃」に対する世論が高まり、改正に着手
第二次改正 (1992年)	医療施設機能の体系化，医療に対する適切な情報提供が中心課題
第三次改正 (1997年)	地域医療支援病院と介護保険導入の基盤整備，医療の担い手による「適切な説明」が努力義務として規定
第四次改正 (2000年)	良質な医療を効率的に提供する体制の確立 医師法改正と併せ医師の臨床研修必修化
第五次改正 (2006年)	医療安全の確保，医師不足問題への対応，医療従事者の資質向上，医療法人制度改革等

図り、安心・信頼のおける良質の医療を提供する体制を確立することと、患者ニーズに対応することに主眼がおかれている。川淵は、この第五次改正医療法で示された「これからの医業経営のキーワード」として①非営利性、②公益性、③効率性、④透明性、⑤経営の安定性の5つをあげており、これに「患者視点に立った安全・安心で質の高い医療」が加わり、強くその実践が求められる<sup>43)</sup>とする。

#### 4 問題点

これまで見てきた3つの背景から浮上してくる問題点を簡単に整理してみることにする。

インフォームド・コンセントとそれを有効ならしめるための説明義務に関しては既に考察したが、この説明義務違反を根拠に民事責任を追及するといった場合、2つの法的構成が可能である。1つは、図5に示す契約構成で、根拠規定となる民法415条は、「債務者がその債務の本旨に従った履行をしないときは、債権者は、これによって生じた損害の賠償を請求することができる」としている。

ここにおいては、医療者のとった行為に着目し、「債務の本旨」に照らし、不適切ないしは不十分な行いや振舞いに関して責任を追及すると

いう規範構造で、一方、図6に示す不法行為構成の場合は、根拠条文を709条におき、「故意又は過失によって他人の権利又は法律上保護される利益を侵害した者は、これによって生じた損害を賠償する責任を負う」とする。ここにおいてもその行為において一定の「故意又は過失」の存在があるか否かという点に主眼がおかれることになる<sup>44)</sup>。

つまり、いずれの責任の構成をとるにしても、行為責任として過失の存在、いふなれば、あたかも犯人捜しのように「誰の」、「どのような落ち度」なのかを特定しなければならない点がある意味、一つの問題点<sup>45)</sup>ともいえる。

しかしながら、この場合、「システム責任」あるいは「組織責任」では、日本の法律上、法的責任の追及は不可能で、この点はいわば法の欠缺ともいえ、これを補完する「何か」が必要であり、そして「何に」「どう」求めるかという課題が浮上してくるであろう。

他方、医療法に関しても概観したが、上に見たように、「医療法は、もともと医療機関に対す

44) 「被用者がその事業の執行について」他人に損害を与えた場合、民法715条にもとづき「使用者責任」を追及することができる。

45) 現に産科医療からの撤退をはじめ医療の委縮現象、ひいては医療崩壊の一里塚と思える現象が全国各地で起きている。

43) 川淵 [2006] 49 ページ。

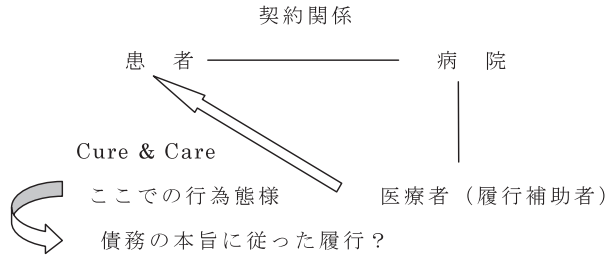


図5 契約構成

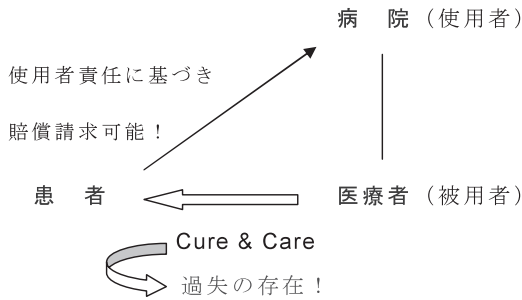


図6 不法行為構成

る箱モノ規制のための法律であり、その中に、リスクマネジメントや安全対策、苦情対応などの仕組みが、最近になって細々と建て増しされて組み込まれてきたに過ぎない<sup>46)</sup>ため、これまでのところ、実効的な効果が現れているとは言い難く、また、「医療機関の監査と言え、監督官庁の監査しかないような法体系は時代のニーズに合致しない<sup>47)</sup>ともされている。たとえば、会社法の領域では、その改正を通じて、ガバナンスとコンプライアンスの取り組みを支える組織法の整備が行われているが、医療の領域においては、そのような取り組みはなされてこなかった。

### Ⅲ アカウンタビリティの性質論

#### 1 信頼責任としてのアカウンタビリティ

冒頭で示した、本稿がとらえるアカウンタビ

リティ概念の中核的な要素で「裁量的な意思決定権を含む権限の委譲」というところに着目してみると、そこには委譲(委託)する側の「信頼」ということが1つのキーワードとなることは容易に想像できるだろう。

法の世界で医療者と患者の関係をとらえると、日本の民法では「準委任契約」と解釈するのが通説となっている。また、アメリカやカナダでは、この関係を信託類似の信認関係(fiduciary relation)ととらえる考え方<sup>48)</sup>が承認されているが<sup>49)</sup>、ここでも信用・信頼ということが重要な要素となっている。

ところで、ルーマンは、信頼の社会的機能に着目した分析を通して、社会的事象において複雑性の縮減(解決の局面)を果たす社会的メカニズムのうちの一つとして「信頼」ととらえている<sup>50)</sup>が、同様の社会的メカニズムである「法」と「信頼」は単純なシステムにおいては、複雑性縮減の機構として分離しないが、内部分化した複雑な社会秩序にあっては、これら二者は分離し、各々別個のメカニズムとして機能するとしている<sup>51)</sup>。

48) 先駆的論文としてFrankel [1983]がある。また、Frankel説を含め、信認関係につきまとめたものとして、樋口 [1999]がある。

49) 手嶋 [2011] 28ページ。

50) 大庭=正村訳 [1990] 10-11ページ。ルーマンの信頼理論をはじめ、信頼に関する学際的研究の動向をまとめたものとして、石川 [2008]も参照。

51) 大庭=正村訳 [1990] 60-61ページ。

46) 児玉 [2006] 43ページ。

47) 児玉 [2006] 43ページ。

さらに、ルーマンは、この信頼を、他人との関わりを通して形成される、いわば人の振舞いに含まれる不確実性を埋め合わせる働きをする「人格的信頼」と、貨幣や、真理、正当化された政治権力など非人格的なシステムに対する「システム信頼」を区別する<sup>52)</sup>。人格的な信頼の場合には、相手の表現しているものを洞察し、期待外れに終わることのないよう用心し、それなりの心構えをしておく必要があるが、システム信頼の場合には、そういったものに必要がなく、したがって信頼が一般化され、学習は容易になされるが、たとえば、信頼に足るものかどうかのチェック等、システム信頼のコントロールには専門的な知識を有する専門家のみが行いうる<sup>53)</sup>が複雑な社会において果たす役割は大きく重要である。

現実社会においては、こういった「信頼」と法の強制力によって担保される「安心」が車の両輪の如く調和して機能しており、また、そこから生成されるのがいわゆる社会的信頼であると考えられ、そしてこの社会的信頼に対する応答責任として、アカウンタビリティが求められるという考え方も可能ではないだろうか。

## 2 ソフトローとアカウンタビリティ

### (1) ソフト・ローの概念

近年、法学の分野で「法律」のように、絶対的な法的拘束力を持たないが、法的価値が全くないともいい切れない、いわば法と非法なるものの中間的な存在を総称してソフト・ロー (soft law)<sup>54)</sup> と呼び、検討対象に加えられ、研究がなされている<sup>55)</sup>。

ソフト・ロー論は、「法」か「非法」かの二項対立ではなく、法規範の拘束度や義務度にも様々な段階や程度がありうるとの認識から出発している<sup>56)</sup>。

つまり、それは、法を「プロセス」として認識することともいえ、すなわち、ある法規範が「萌芽を見せる段階」から、完全な法として成立するいわば「完成の段階」までを、すべて「法」としてとらえ、完成した法をハード・ロー、それにいたる全中間段階にあるものをソフト・ローととらえる。すると、各ソフト・ロー規範は、法の生成過程のいずれかの段階にあることを示すのであって、法的に無価値なものでもないことになる<sup>57)</sup>。

すると、「実質的な拘束力」が作用する場面や、「何らかの法的効果がある」との表現がしばしば用いられ<sup>58)</sup>、あるいは、「生成しつつある法」<sup>59)</sup> という考え方がなされたりもすることから、ソフト・ローは、その特徴として、可変性、柔軟性、多様性、応答性といった特徴 (図7) を有し<sup>60)</sup>、「(厳格な) ハード・ローの縦系に対する、(柔軟な) 横系となってその機能を補う役割を果たす」<sup>61)</sup> ととらえられている。

54) 一般的に国家によってその強制力が担保されるものをハード・ロー (hard law)、社会規範であるが、それ自体では法的拘束力を持たないものをソフト・ロー (soft law) とそれぞれ呼称しているが、なお、曖昧さの残る概念であることは否めない。尚、この概念は1970年代に国際法の領域で現れてきたとされている (位田 [1985 a] 5ページ, 同 [2005] 78ページ)。

55) 位田 [2005] 78ページ。ソフト・ローの概念につき批判的に検討するものとして、位田 [1985 a], 同 [1985 b], 民事訴訟の機能との関係につき、遠藤 [2009], コーポレート・ガバナンスにおけるソフト・ロー規制について考察するものとして、谷口 [2009] など。

56) 位田 [1985 b] 9ページ。

57) 位田 [1985 b] 9ページ。

58) 位田 [1985 b] 13ページ。

59) 位田 [1985 b] 10ページ。

60) 遠藤 [2009] 921ページ。

61) 黒澤 [2007] 633ページ。

52) 大庭 = 正村訳 [1990] 36-38ページ。

53) 大庭 = 正村訳 [1990] 108ページ。

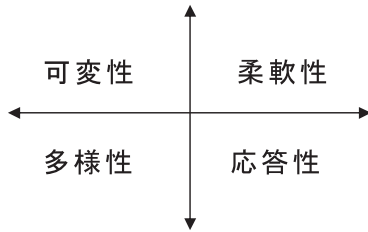


図7 ソフト・ローの特徴  
(遠藤 [2009] 921 ページの記述に依拠し筆者作成)

## (2) 医療におけるソフト・ローとアカウントビリティの位置づけ

医療を規律する規範の形態は様々で、その最上位には拘束力の強い法律があり、違反すると刑罰や損害賠償といった効果（制裁）が国家によって担保されている。

その次に、国が策定するガイドラインがあるが、これには法律に基づく指針<sup>62)</sup>と、それに基づかないもの<sup>63)</sup>がある。

さらに下位には、専門家集団による自主規制と呼ばれる指針（ガイドライン）があり、その事業・活動に携わる人たちが自主的に規範を作成して、自主的にそれを守ろうとするもので、医療にはこのような自主規制が非常に多い<sup>64)</sup>。しかしながら、これらは、医療現場においてその機能的役割を果たしているのも周知のとおりである。

上に示したもので、強制規範である法律以外のものは、すべてソフト・ローとして、あるいは

はその枠組みの中で機能しており、その実効性は、それを遵守する側の意識に依存するのである<sup>65)</sup>。

医療自体、傷病に苦しむ者を救うという、それ自体に倫理性が高い善行であるからして、それを志す医療者の意識に基礎をおく規範形態でもって実効性が期待でき、法の拘束力に頼らなくとも下位の規範レベルのもので機能することになる。

その観点からとらえると、医療におけるアカウントビリティも同一の枠組みの中でとらえることができるものと思われる。

## IV アカウタビリティの機能論

前節で見たように、実際の医療現場においては、ハード・ローである法規範と様々なガイドライン等、いわゆるソフト・ローと称されるものが渾然一体となって機能していることから、アカウントビリティの機能の一つに、法の欠缺を補いながら、機能的役割を果たすといった相補作用をまず指摘できるが、さらに特徴的な機能といえるものを示すのに社会心理学的な視点が参考になる。

渡部＝森本 [2008] によると、社会的ジレンマでの相互効力がいかに成り立ち得るかにつき、実験研究からの知見として、一つは「他者への信頼」の重要性を挙げるが、その信頼を下支えする「別の規範」がサンクション (sanction) であり、協力者に褒賞を与えることを正のサンクションまたはリワード (reward)、逆に非協力者に罰を与えることを負のサンクションあるいはパニッシュメント (punishment) としているが、リワードについてみると、社会的ジレンマにおける協力は、その相手から直接報われる直接互惠性ではなく、その行動により「協力的である」という評判を得ることになり、第三者

62) 指針作成の根拠が法律にあるため、その法律の範囲内で法律と同様の拘束力をもつもので、たとえば、「人に関するクローン技術等の規制に関する法律」に基づく「特定胚研究に関する指針」など（位田 [2005] 73 ページ）。

63) 「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」等、同じ「指針」でも、法律の求めではなく、行政の効果的かつ安定的な運営のために作られる（位田 [2005] 74 ページ）。

64) 位田 [2005] 74-75 ページ。

65) 位田 [2005] 79 ページ。

表2 アカウンタビリティの特質

(医師の法的説明義務との比較から)

	責任発生 根 拠	性 質 (枠組み)	機 能
(法的) 説明義務	過 失	ハード・ロー	制裁型
アカウンタビリティ	信 頼 権限委譲	ソフト・ロー	支援型

は、「協力的である」という評判を得ている者に対してのみ協力的に振舞うといった協力ネットワークを通じて報われるというリワードの間接互惠性の議論<sup>66)</sup>は示唆に富む。

通常、法の世界においてはそれが遵守されなかったときの効果として制裁（上記でいえば負のサンクション）だけが論じられるが、ここにおいては、協力的な振舞いに対するリワードという正のサンクションを引き合いに考えたとき、制裁型の法に対し、支援型<sup>67)</sup>の「法」として機能するという解釈も可能ではないかと考える。

## V まとめ

これまでの議論をもとに医療におけるアカウンタビリティの特質を整理すると表2のようになる。

かつては、医療パターナリズム、閉鎖性（非透明性）ということが医療文化の一側面でもあり、ゆえに医療を受ける側にあっては、医療技術の進歩に伴って生じてくるリスク等、医療安全に係る情報の入手困難、また航空や鉄道界のような事故を科学し、事故の予防と安全の確立に努めるといったことがなされてこなかった

が、1999年の東京都立広尾病院事件<sup>68)</sup>や横浜市立大での患者取り違え事件<sup>69)</sup>あたりから大きな変化の波が押し寄せることになる。

厚生労働省の研究班が発足し、医療安全に関する様々な取り組み、また2000年5月には国立大学附属病院長会議の作業部会により『医療事故防止のための安全管理体制の確立について』の中間報告<sup>70)</sup>がまとめられ、医療現場でも「インフォームド・コンセントあるいは患者の権利の確保といった医療の透明性の確保や説明責任の遂行が、医療文化として徐々に浸透し始めた時期<sup>71)</sup>とされる。するとⅡにおいて示した医療訴訟の動向（図1、2）において大体2005～2006年頃からその数が減少に転じている理由として、その程度は不明ながら、医療におけるアカウンタビリティとガバナンスということが意識されると共に、少なからぬ医療機関においてその取り組みがなされていったことの影響も想定される<sup>72)</sup>。

66) 渡部＝森本 [2008] 44-56 ページ。

67) 「制裁型の法・支援型の法」については、樋口 [2008] 241 ページ以下において述べられている。本稿で提示した「支援型の『法』」は若干意味合いを異にするが、樋口教授の議論に示唆を受け、筆者なりの解釈を行い示したものである。

68) 消毒液を血液凝固阻止剤と取り違えて点滴されたために、患者が死亡するにいたった事件。死亡原因に関する遺族の問いに、解剖結果など誤薬注入とは断定できないという回答を繰り返したため、遺族は不信感を募らせた。

69) 心臓手術が予定されていた患者と肺手術が予定されていた患者を取り違えて手術した事件。患者を取り違えて手術するという重大な医療ミスの発生のみならず、複数の医師、看護師等が関わっていたにも関わらず、誰一人としてそれに気づかなかった点も大きな問題とされた。

70) [http://www.umin.ac.jp/nuh\\_open/iryoudjiko.htm](http://www.umin.ac.jp/nuh_open/iryoudjiko.htm)

71) 平山 [2008] 67 ページ。

そのような点に鑑みると、医療におけるアカウントビリティとは単に説明する責任という矮小化した概念ではなく、透明性を基軸とした組織風土（医療文化）醸成義務なるものを前提とする概念であるともいえるのではなからうか。

## 参考文献

- Frankel, T. [1983] *Fiduciary Law*, Cal. L. Rev., pp. 795-832.
- Kohler, E. L. [1970] *A Dictionary for Accountants*, fourth edition, PRENTICE-HALL INC., Englewood Cliffs, New Jersey. (染谷恭次郎訳 [1974] 『コーラー会計学辞典』丸善)。
- Luhman, N. [1973], *Vertrauen: Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*, 2. erweiterte Auflage. (大庭健 = 正村俊之訳 [1990] 『信頼—社会的な複雑性の縮減メカニズム』勁草書房)。
- White, F. and Hollingsworth, K. [1999] *Audit, Accountability and Government*, Clarendon Press, Oxford.
- 池田恒男 = 李庸吉 [2007] 「説明義務違反を認めなかった原審の判断に誤りがあるとされた事例—予防的な治療に際しての医師の説明義務について」『龍谷法学』第40巻第3号, 200-251ページ。
- 石川博康 [2008] 『『信頼』に関する学際的研究の一動向』中山信弘編集代表, 藤田友敬編『ソフトローの基礎理論』有斐閣, 67-98ページ。
- 石川寛俊 [2004] 『医療と裁判—弁護士として, 同伴者として』岩波書店。
- 位田隆一 [1985a] 「ソフトローとは何か (一) —国際法上の分析概念としての有用性批判—」『法学論叢』117巻5号 1-26ページ。
- [1985b] 「ソフトローとは何か (二)・完」『法学論叢』117巻6号, 1-21ページ。
- [2005] 「医療を規律するソフト・ローの意義」樋口範雄 = 土屋裕子編『生命倫理と法』弘文堂, 70-98ページ。
- 遠藤直哉 [2009] 「ソフトローをめぐる民事機能強化と刑事抑制化の構想—医療・行政・市場・報道における予防規制—」棚瀬孝雄ほか編『権利実効化のための法政策と司法改革』商事法務, 919-959ページ。
- 加藤良夫 [1981] 「医療過誤訴訟が医療に及ぼす影響について—問題提起の意味で—」『ジュリスト』745号, 48-52ページ。
- 川渕孝一 [2006] 『第五次医療法改正のポイントと対応戦略60』日本医療企画。
- 熊代雅音 [2006] 「医療訴訟における説明義務について」『ジュリスト』1315号, 138-156ページ。
- 黒澤正一 [2007] 「ソフトローとしてのSRのISO化・国際標準化—ISO14001に学ぶ—」奥島孝康監修・著『企業の統治と社会的責任』社団法人金融財政事情研究会, 605-636ページ。
- 孔泰寛 [2003] 「日本の医療におけるアカウントビリティの現状と課題—アカウントビリティの前提となる評価システムを中心として—」『同志社政策科学研究』第4巻第1号, 235-251ページ。
- 児玉安司 [2006] 「医療現場から見た医療安全・医事紛争の10年—1999年から2006年までの3つの物語をめぐる—」『ジュリスト』1396号, 34-43ページ。
- 小林暁峯 [2004] 「クリニカルガバナンス」『医療経営白書』2004年度版, 151-158ページ。
- 潮見佳男 [2006] 「輸血拒否—東大医科研病院事件」『医事法判例百選 (別冊ジュリスト No. 183)』96-97ページ。
- 谷口友一 [2009] 「コーポレート・ガバナンス規制における補完性と柔軟性—イギリスにおける『遵守又は説明』規定の生成と展開—」『法と政治』第60巻第3号, 51-110ページ。
- 手嶋豊 [1997] 「医師の責任」『新・現代損害賠償法講座3』日本評論社, 311-339ページ。
- [2005] 「医療と説明義務」『判例タイムズ』1178号, 185-189ページ。
- [2011] 『医事法入門 (第3版)』有斐閣。
- 中村哲 [2000] 「医師の説明義務とその範囲」太田幸夫編『新・裁判実務大系1・医療過誤訴訟法』青林書院, 69-102ページ。
- 野澤正充 [2009] 「チーム医療における総責任者の説明義務」『速報判例解説 [4]』4号 64ページ。
- 唄孝一 [1965] 「治療行為における患者の意思と医師の説明—西ドイツにおける判例と学説」『契約法大系7巻』有斐閣, 66-102ページ以下 (後に同『医事法学への歩み』岩波書店 (1970年) 3ページ以下に所収)。

72) 委縮医療や地方の中堅病院におけるリスクの高い産科医療からの撤退等、医療崩壊に関連する事象の影響も多いと見受けられる。



- 蓮生郁代 [2010] 「アカウンタビリティの意味—アカウンタビリティの概念の基本的構造—」『国際公共政策研究』第14巻第2号, 1-15 ページ。
- 浜町久美子 [2005] 「看護職の立場からのクリニカル・ガバナンス—納得のためのプロセスとしての合意形成—」『現代のエスプリ』No. 458, 139-148 ページ。
- 原島重義 [2002] 『法的判断とは何か』創文社。
- 樋口範雄 [1999] 『フィデューシャリー [信託] の時代—信託と契約—』有斐閣。
- [2000] 「『エホバの証人』最高裁判決」『法学教室』239号, 41-42 ページ。
- [2008] 「医療と法—法のあり方再考—」同『続・医療と法を考える—終末期医療ガイドライン—』有斐閣, 233-258 ページ。
- 平沼高明 [1997] 『医事紛争入門』労働基準調査会。
- 平野哲郎 [2001] 「新しい時代の患者の自己決定権と医師の最善義務—エホバの証人輸血拒否事件判決がもたらすもの—」『判例タイムズ』1066号, 19-49 ページ。
- 平山愛山 [2008] 「医師紛争解決に向けた医療機関の取組み—透明性の確保と説明責任の遂行—」『判例タイムズ』1271号, 66-74 ページ。
- 福島雅典 [1993] 『医療不信・よい医者は患者が育てる』同文書院。
- 古川俊治 [2005] 『患者さん参加型医療のすすめ』かんき出版。
- 星野雅紀 [1991] 「医師の説明義務と患者の承諾」山口和男・林豊編『現代民事裁判の課題⑨医療過誤』新日本法規, 123-141 ページ。
- 武藤正樹 [2004] 「病院組織改革の新たな取り組み—クリニカル・ガバナンスの構築—」『教育と医学』52巻11号, 1073-1081 ページ。
- 山谷清志 [2002] 「行政の評価と統制」福田耕治・真淵勝・縣公一郎編著『行政の新展開』法律文化社, 145-181 ページ。
- 吉田邦彦 [2003] 「近時のインフォームド・コンセント論への一疑問—日本の医療現場の法政策的考察を中心として—」同『契約法・医事法の関係の展開』有斐閣, 278-328 ページ。
- 六本佳平 [1974] 「医療事故に対する患者側当事者の行動—医療事故紛争発生の条件を中心に—」唄孝一=有泉亨編『現代損害賠償法講座4 医療事故・製造物責任』日本評論社, 159-208 ページ。
- 渡部幹=森本裕子 [2008] 「信頼と規範の社会心理学」中山信弘編集代表, 藤田友敬編『ソフトローの基礎理論』有斐閣, 43-65 ページ。