

第2版はしがき

本書初版の刊行から13年が経過した。この間、医療訴訟の第1審新受件数（地方裁判所）は、本書刊行の平成21年までは減少傾向であったものの、それ以降は、今日に至るまで年間約750件～800件と高止まり傾向が続いている。また、医療訴訟の平均審理期間も23カ月～25カ月であり、民事第1審の平均審理期間8カ月～9カ月に比べて2倍以上のまま推移している。訴訟の迅速化のために専門委員制度の導入や鑑定制度の改善を行いながら、数値のうえで効果が現われないことは、専門訴訟としての医療訴訟の難しさを改めて示しているといえよう。

本書は、法律実務家、研究者のみならず医療訴訟に関心をもつ市民に医療訴訟に関する現在の法状況を伝えるという目的のもとに刊行された。そのため、医事法を専攻する研究者、医療訴訟に携わる弁護士および裁判官が共同して、法理論の現状、紛争解決や裁判の場で患者側・医療側が留意すべき点、また訴訟審理のあり方を正確かつわかりやすく解説することに努めた。この第2版もその考え方に基づくものであり、初版刊行以後の法理論と裁判実務の進展を反映して、本書全体を見直し、最新の医療訴訟に関する情報を伝えることを心がけた。初版と同じように、第2版が読者の皆さんの期待に応えるものとなることを切望している。

最後に本書第2版の刊行にあたっては、民事法研究会の海谷祥輝氏に大変お世話になった。記して感謝申し上げたい。

令和5年6月

編者 浦川道太郎
同 金井 康雄
同 安原 幸彦
同 宮澤 潤

はしがき

本書が取り扱う医療訴訟は、「専門訴訟」の代表的なものとしてあげられることが多い。確かに、医療訴訟においては医療行為をめぐる事象が対象となるため、その活動に関与する法律家には、法律専門家としての知識・技量のみならず、それぞれの事案に関連する分野の医学的な知見を十分に把握して臨むことが求められる。医療訴訟が専門訴訟の代表格としてあげられるゆえんである。

ところで、わが国の司法を21世紀の社会にふさわしく、国民にとって身近で、より利用しやすく、頼りがいのあるものにすることをめざして、平成11年7月に内閣の下に設置された司法制度改革審議会は、平成13年6月に提出した意見書において、民事司法制度改革の1つの柱として、専門的知見を要する事件への対応強化を取り上げ、以下の提言をした。すなわち、「これらの紛争に関わる民事訴訟においては、専門家の積極的な協力を得られなければ、往々にして手続の遅滞を生じる。医事関係訴訟事件（民事通常第一審）について見ると、平均審理期間は34.6か月（平成11年。概数）であり、他の事件に比して極端に長くなっているのが実情である。様々な形態による専門家の紛争解決手続への関与を確保し、充実した審理と迅速な手続をもって、これらの事件に対処し、国民が実効的な司法救済を得られるようにすることは、現代の民事司法の重要かつ喫緊の課題である」との問題意識を示した。そのうえで、「専門的知見を要する事件の審理期間をおおむね半減すること」を目標として、①専門委員制度の導入、②鑑定制度の改善、③法曹の専門性の強化といった方策を提言した。

こうした提言を受けて、平成15年には「民事訴訟法等の一部を改正する法律」が成立し、平成16年4月1日から施行された。また、医療訴訟の審理の

運営改善に向けて、各地でさまざまな取組みが精力的に進められている。最大の課題である医学的知見の獲得に関しては、法曹界内だけでなしに、医療界の関係者をも交え、鑑定制度や専門委員制度の運用のあり方に関して協議するなどの取組みもされるようになってきている。その結果、平成20年には医療訴訟の平均審理期間が24.7月に短縮されるなどしているが、なお上記意見書が掲げた「審理期間をおおむね半減する」という目標には到達し得ていない状況にある。

そこで、本書においては、「現代の民事司法の重要かつ喫緊の課題」と名指しされた専門訴訟の代表格である「医療訴訟」を取り上げ、より一層の適切かつ迅速な解決を実現するための方策を探求することにした。第1部では、「医療訴訟の法理」として、医療訴訟において問題となる実体法上の諸問題について法理論的な観点から検討を加え、第2部では、「医療訴訟の実務」として、医療事故を契機に発生した紛争に関する事務を受任する患者側および医療側の双方の代理人が直面するさまざまな実務上の問題について検討を加え、第3部では、「医療訴訟の審理」として、医療紛争が訴訟の場に持ち込まれた場合に生ずる審理運営にあたっての実務上の諸問題について検討を加えることにした。このような趣旨から、編集は、第1部は民事法の研究者である浦川道太郎が、第2部は弁護士である安原幸彦および宮澤潤が、第3部は裁判官である金井康雄があたり、執筆は、それぞれのテーマに造詣が深い研究者および実務家が分担した。論述の方法については各執筆者の方針を尊重したため必ずしも統一されていないが、近時における医療紛争、医療訴訟をめぐるさまざまな動向を踏まえた、現段階における法理論や実務の到達点と今後の課題を提示する内容になったものと考えている。

本書は、読者として、法律実務家、研究者を想定しているが、司法修習生および法科大学院生にとっても医療紛争、医療訴訟の審理の実際を知るため

はしがき

に有益であると考えている。さらに、近時、医療安全の確立をはじめとして、法と医療のあり方が問われる場面が増加してきており、法曹と医療者とが相互理解を深め、連携を進める必要性が認識されつつある。上記のとおり、医療紛争、医療訴訟を適切、迅速な解決に導くためにも、そうした取組みが不可欠であるが、本書が、そのような問題に関心をもっておられる医療者にとっても、医療訴訟の仕組みや実情について理解を深めるものとなり、法曹と医療者のより一層の相互理解、連携の強化に資するものとなれば幸いである。

最後に、本書を企画され、刊行のために多大な尽力をされた民事法研究会代表取締役の田口信義氏および編集部の安倍雄一氏に厚く御礼申し上げたい。

平成21年12月

編者 浦川道太郎

同 金井 康雄

同 安原 幸彦

同 宮澤 潤



第1章 序章

第1節 医療訴訟の意義

医療訴訟とは、医療をめぐる紛争（特に、医療により患者の生命・身体にかかわる被害や精神的被害を与えた医療事故）に関して、医師、医療機関（病院）、看護師等医療補助者の責任を追及して提起される訴訟をいう。広義では、医師等に対する刑事責任を追及する刑事訴訟も含まれるが、本書は、主に、民事責任を問う民事訴訟およびそれに付随する責任追及の手段に焦点を絞って検討する。

医療訴訟は、また、医事紛争（関係）訴訟、あるいは医療過誤訴訟と呼ばれる。前者は、医療訴訟とほぼ同義の用語である¹。これに対して、後者は、現在の民・刑事責任の帰責事由の基盤が故意・過失にあり、医療訴訟が医師・医療機関等の過失を問うものであるため、医療訴訟の実態を示す用語であるといえる。しかし、医師・医療機関等の過誤（過失）を前提にしている用語法であるため、特に医療関係者からは、不適切な用語との指摘がある。

医療訴訟は、一方において、治療のために医師・医療機関にかかりなが

1 最高裁判所は、平成13年6月に審理期間の長期化対策と鑑定人候補者選定のために医事関係訴訟委員会を設置するに際し、「医事紛争事件」について、「民事訴訟事件又は民事調停事件のうち争点若しくは証拠の整理又は裁判をするについて医学又は医療の専門的知識経験を必要とするもの」と定義している（医事関係訴訟委員会規則2条1号）。この定義は医療訴訟で主要かつ困難な争点となる部分を指摘するものであり、医療訴訟の特殊性を示すものである。

ら、期待を裏切られて、医療の結果として重大な権利・法益である生命・身体・健康に被害を受けたことを理由とする点で、被害者たる患者側には、被害感情が極めて強い。他方において、医療訴訟を提起される医師・医療機関の側には、患者の治療に努力したにもかかわらず、かえって患者側から非難を受け、専門家としてとった措置の是非を医療の部外者から事後的に判断されることに対する反発も生じる。このため、医療訴訟は、一般の訴訟に比して、両当事者間の対立が深刻になり、訴訟関係者がその対立に巻き込まれることも稀ではない。

しかし、医師・医療機関側の過失の有無にかかわらず、医療訴訟は、医療に対する患者側の期待に反する損害を生じさせた医療事故が対象であり、また、訴訟に発展した原因の多くは、医師・患者間の事故前後の意思疎通の不十分さに帰すべき点があることを想起する必要がある。そうとするならば、医療訴訟においては、単に医師・医療機関等の責任の追及だけではなく、医師と患者との間の対話と信頼関係をいかに構築するか²、また、同様の医療事故の再発をいかに防止するか、という観点も、疎かにされてはならないだろう。

第2節 医療訴訟の状況

I 訴訟件数の増加

医療訴訟に関する統計をみると、昭和40年代の第1審新受件数は100件代であったのに対して、同50年代には200件代、同60年代には300件代と増加し、この趨勢は平成6年に500件代に達した後さらに強まり、平成15年には1,000件代に昇っている。近年では、若干件数は減少してきているものの高止まり

2 患者と医師の間の対話と信頼関係の構築は、たとえば「患者様」という表現で「患者中心の医療」を示そうとする「親切運動」とは違うはずである。

であり、令和3年には758件を数え、昭和45年と比較して約7.5倍の増加が認められる³。

この訴訟件数の増加については、次のような原因が考えられる。

第1に、医療技術の進歩である。医療技術の進歩により、高度な手術等の医療が実施され、大きな効能とともに副作用もある薬剤や複雑な医療器具が施用されるようになり、医療事故発生の際の被害も大きくなってきている。また、市民の治療効果に対する期待も大きくなっており、治療が奏効しない場合の失望と、その際の医師に対する不信感も大きくなってきている。

第2に、市民の教育・知識水準が高くなり、患者と医師との間の知識格差、情報格差が狭まっていることも、原因の一つである。すなわち、以前であれば、医師は、一般市民よりも高い教育を受け、医療の専門家として患者に医療を施す立場（医師のバスターナリズム）を主張できたのに対して、現在では、市民の多くは、高等教育を受け、また、インターネットをはじめとする各種情報源から医療に関する多くの知識を取得しており、医師に対して知識的にも情報的にも大きな格差がない状態になってきている。

そして、上記の進歩した医療に対する期待と、患者と医師とを対等の関係におく社会における民主化が、医療行為に関する過誤が認められれば、躊躇せず医師・医療機関の責任を追及する気運を醸成しているといえよう。

このような状況に変化がないことからすると、医療訴訟の件数の増加傾向は、これからも持続するものと思われる。

Ⅱ 審理期間の長期化

次に、統計から知られることとして、医療訴訟には、医療という専門的知識を要するために通常訴訟事件に比して、審理期間の長期化が認められる。その審理期間は、昭和47年に30カ月を超え⁴、司法制度改革審議会の提言が

3 昭和45年～50年の医療訴訟の統計については、加藤一郎＝鈴木潔監修『医療過誤紛争をめぐる諸問題』（法曹会、1976年）321頁以下参照。医事関係訴訟を含む各種司法統計については、最高裁判所「裁判所データブック2022」を参照。なお、医療訴訟に関する統計については、最高裁判所ウェブサイト「医事関係訴訟委員会について」にも掲載されている。

あるまでこの状態が継続し、近年になって改善が認められるものの、令和3年において、通常訴訟事件（14.6カ月）に比して、なお約2倍の27.5カ月を要するものになっている⁵。

この審理期間の長期化は、司法制度改革審議会においても問題にされ、国民に「実効的な司法救済」を得られるようにするための改善が求められ、特に医療訴訟を含む専門訴訟を対象にして専門委員制度の導入、鑑定制度の改善⁶、法曹の専門性の強化が提言された。そして、専門委員制度は平成15年の民事訴訟法改正（平成15年法律第108号、平成16年4月1日施行）で導入されるなど、これらの取組みは、実行に移されている（詳しくは、第3部第1章第1節以下参照）。

このように、医療訴訟は、当該分野の専門家である医療関係者との協働が求められ、また、法曹の中でも専門知識を有するエキスパートを必要とするなど、専門訴訟としての特殊性が次第に明らかになってきている。また、訴訟における審理期間の長期化、紛争解決における専門家の関与の必要性を考慮して、医療紛争については、訴訟に代わる紛争解決手段としてのADR（裁判外紛争解決手続）の制度も各地の弁護士会などを中心に導入されている（第2部第2章第5節参照）。

Ⅲ 患者側の低い勝訴率

医療訴訟における患者側の勝訴率（一部認容を含む）は、昭和45年～50年では39.3%、令和3年では20.1%であり、40%を超える年は稀である⁷。医療

4 昭和47年の第1審通常訴訟事件の平均審理期間が15.7カ月であったのに対して医療事件では31.4カ月であった。加藤＝鈴木監修・前掲書（注3）参照。

5 最高裁判所・前掲（注3）参照。なお、平成13年の司法制度改革審議会意見書は、当時の医療訴訟第1審の平均審理期間34.6月（当時の通常訴訟事件の平均審理期間は20.5カ月）をおおむね半減することを目標にすることを求めたが、実現できてはいない。司法制度改革審議会「司法制度改革審議会意見書（平成13年6月12日）」17頁。

6 医療訴訟の迅速・適正な処理にとり適切な鑑定人候補者を確保し、医学界・法曹界および一般の有識者に医事紛争事件について意見を述べてもらうことを目的として、平成13年7月に医事関係訴訟委員会が最高裁判所に設置された。

訴訟の場合には和解で解決されるケースも多いため（第3部第6章参照）、単純な比較はできないにせよ、通常訴訟での勝訴率が毎年80%を超えていることからすると、原告たる患者側にとって著しく困難な訴訟であることは明らかである。

患者側の勝訴率の低さの原因としては、①医療が成果の不確かなものであるため、医師の治療行為と症状の悪化との間の事実的因果関係⁸が明らかではなく、事実関係の解明の点で本来的に困難があること、また、②事実関係の解明のために必要な患者の治療に関する資料が医師・医療機関の側に収集・保管されており、証拠資料の遍在が顕著であること、さらに、③医師・医療機関の過失を立証するために不可欠な医学的知識を患者側が得ることに困難が伴うこと、などをあげることができる。

これらの困難を克服するためには、患者代理人の訴訟前活動が極めて重要になるが、この点については、第2部第1章第1節に詳論されている。

第3節 医療訴訟の特質と対応

I 医療訴訟における事実関係の解明と事実的因果関係の証明

医療訴訟においては、法的責任追及の前提としての事実関係の解明に著しい困難がある。

医療訴訟を債務不履行として責任追及するか、不法行為として責任追及するかにかかわらず、原告たる患者側は、医療行為（または、その不実施）と患者の悪しき結果の発生との間の因果関係を証明しなければならない。しかし、進歩したとはいえ、完治を保障するにはほど遠い医療の現状の下で、患

7 加藤＝鈴木監修・前掲書（注3）、最高裁判所・前掲（注3）参照。

8 適切な治療が実施されなかった場合の患者の死亡における事実的因果関係については、後述するように、困難を克服する判例法の形成がある。

者の容態の悪化の原因を直ちに医療行為に結びつけることはできず、この因果関係の証明には、症状・体質・精神状態等の患者の個体差と医療効果の不確実性に由来する本来的な困難に加えて、患者側の医学知識の不足や医師・医療機関側への証拠の遍在などの障害も存在している。

このため、公害訴訟と同様に、医療訴訟でも、通常の訴訟よりも証明度を引き下げるべきだと主張する証拠優越説・蓋然性説⁹が主張されたが、判例に採用されるに至っていない。

むしろ、最高裁判所は、ルンバル事件判決¹⁰において、「訴訟上の因果関係の立証は、一点の疑義も許されない自然科学的証明ではな」としたうえで、「特定の事実が特定の結果発生を招来した関係を是認しうる高度の蓋然性を証明することであり、その判定は、通常人が疑を差し挟まない程度に真実性の確信を持ちうるものであることを必要と」とすると判示し、医療訴訟でも、証明度については、特別扱いをしないと判断している。そして、この見解は、不作為型医療事故の場合でも、「医師が注意義務に従って行うべき診療行為を行わなかった不作為と患者の死亡との間の因果関係の存否の判断においても異なるところはな」と述べることで、最判平成11・2・25民集53巻2号235頁により確認されている（詳細は、第1部第3章第5節・第2部第4章第2節参照）。

II 医療訴訟における事実的因果関係認定における判例法の展開

このように、現行の裁判実務上では、患者側による因果関係の立証には極めて大きな障害があるが、いくつか、この障害を緩和する方法も判例により採用されている。

第1に、事実上の推定による因果関係の証明である。これは間接事実を前提にして経験則により因果関係を明らかにするものであり、ルンバル事件

9 加藤一郎編『公害法の生成と展開』（岩波書店、1968年）29頁、徳本鎮『企業の不法行為責任の研究』（一粒社、1974年）128頁。

10 最判昭和50・10・24民集29巻9号1417頁。

判決でも採用され、多くの医療訴訟においても使用されている¹¹。

第2に、医師・医療機関の所持する診療録等の情報提出を可能にする手段の改善である（詳しくは、第1部第4章第3節・第2部第2章第1節参照）。このために、厚生労働省医政局長通知¹²が発出され、また、民事訴訟法の文書提出命令の改正などが行われている。さらに、診療録等が医師・医療機関の側で改ざんされたり、破棄されたりして、医療行為の内容を具体的に主張・立証することが患者側にとり困難になる証明妨害があった場合には、患者の証明責任を軽減する取扱いがされており、学説には、文書提出命令に反してカルテ等を提出しない場合に民事訴訟法224条3項により、医療過誤の証明責任の転換が可能であると主張する者¹³もあり、カルテ改ざんの場合にも証明責任の転換を認めるべきだとの主張も多くなっている。

第3に、新たな損害論、法益論の導入である。前述したように、最高裁判所は、作為型・不作為型を問わず、医療訴訟において、事実的因果関係の証明に高度の蓋然性の証明度を要求している。この見解に従うならば、医師の注意義務として実施されるべき医療措置が怠られ、患者の死亡という転帰が生じた場合には、注意義務に即した（医療水準に合致した）医療措置を医師が実施していたならば、死亡を回避できた高度の蓋然性があることを患者側は立証しなければならないと考えられ、特に適正医療を実施しても長期の余命が期待できない重篤な患者について、立証上の著しい困難に遭遇する。

この問題の解決策として、最高裁判所は、「医師が注意義務を尽くして診療行為を行っていたならば患者がその死亡の時点においてなお生存していたであろうことを是認し得る高度の蓋然性が証明されれば、医師の右不作為と患者の死亡との間の因果関係は肯定されるものと解すべきである」と説示し、長期の生存期間の立証の困難性を緩和して、現実の死亡時点における死亡の回避可能性の高度の蓋然性の証明で足りると立証負担の軽減を図っている。そして、この問題の重点を、「患者が右時点の後いかほどの期間生存し得た

11 遠藤賢治「医療過誤訴訟の動向(2)」司研51号115頁以下。

12 平成15・9・12医政発第0912001号厚生労働省通知。

13 高橋宏志『重点講義民事訴訟法(下)[第2版補訂版]』（有斐閣、2014年）211頁。

かは、主に得べかりし利益その他の損害の額の算定に当たって考慮されるべき事由である」と、損害論に移行させている¹⁴。

また、一方で、医療水準に合致した医療が提供されなかったが、他方で、医療行為の懈怠と患者の死亡との間の因果関係の存在が証明できない事例では、最高裁判所は、「医療水準にかなった医療が行われていたならば患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性の存在が証明されるときは、医師は、患者に対し、不法行為による損害を賠償する責任を負うものと解する」との見解を示し、「生存の相当程度の可能性＝延命利益」を一つの法益として承認する見解を示すに至っている¹⁵。

このような一連の判例の考え方は、医療訴訟における事実的因果関係の証明の困難性に配慮したものであるが、医療訴訟に特有な新たな損害論の展開としても、注目すべきものある（詳しくは、第1部第5章第4節・第2部第4章第3節参照）。

第4節 医療訴訟における法的構成

医師・医療機関に対し、医療事故を原因とする損害賠償請求訴訟を提起する場合には、過失責任を前提として請求権競合を認めるわが国の判例法の立場からは、債務不履行責任（民415条）の構成と不法行為責任（民709条・715条）の構成が可能である。

当初においては、不法行為責任では、過失の証明責任を被害者が負担し、債務不履行責任では、帰責事由の不存在の証明責任を債務者が負担することをあげて、債務不履行責任を追及する利点が強調されたこともあった。しかし、医師・医療機関と患者との間の契約関係が善管注意義務に基づき事務遂

14 前掲最判平成11・2・25。

15 最判平成12・9・22民集54巻7号2574頁。本判決の「生存していた相当程度の可能性」の考え方は、最判平成15・11・11民集57巻10号1466頁により転送義務違反における「重大な後遺症が残らなかった相当程度の可能性」に拡大され、また、最判平成16・1・15裁判集民213号229頁により債務不履行責任の構成にも認められている。

〈編者略歴〉

浦川道太郎（うらかわ みちたろう）

早稲田大学名誉教授、弁護士（弁護士法人早稲田大学リーガル・クリニック）、
公益財団法人自動車製造物責任相談センター理事長

（略歴）

昭和44年3月 早稲田大学法学部卒業

昭和49年4月 早稲田大学法学部助手

昭和50年3月 早稲田大学大学院法学研究科博士課程終了

昭和60年4月 早稲田大学教授

平成13年4月 司法試験第二次試験考査委員（平成17年まで）

平成16年4月 早稲田大学大学院法務研究科教授

平成21年4月 ゲットェンゲン大学法学部名誉法学博士

平成22年4月 早稲田大学法学学術院教授

平成28年3月 早稲田大学定年退職

平成28年4月 早稲田大学名誉教授

令和5年2月 法学博士（早稲田大学）取得

（主な著書）

（共編）『民法(4)債権各論〔第5版〕』（有斐閣、2023年）

（単著）『ドイツにおける危険責任』（成文堂、2022年）

（共編）『不法行為研究(1)・(2)・(3)』（成文堂、2020年・2021年・2022年）

（共編）『法律知識ライブラリー(1)交通損害賠償の基礎知識(上)・(下)』（青林書院、
1995年・1995年）

本書第1部担当

金井康雄 (かない やすお)

司法研修所教官

(略 歴)

昭和51年3月 京都大学法学部卒業

昭和53年4月 裁判官任官。東京地裁判判事、札幌地家裁判事補、最高裁家庭局付、最高裁人事局付、大阪地裁判事、最高裁人事局任用・調査課長、東京地裁部総括判事、最高裁人事局参事官、東京高裁判事、東京地裁部総括判事等を経て

平成18年11月 司法研究所教官

平成22年2月 甲府地家裁所長

平成24年3月 最高裁首席調査官

平成26年11月 札幌高裁長官

平成28年4月 定年退官

平成29年12月 東京都労働委員会会長代理

令和元年12月 東京都労働委員会会長

(主な著書)

(共編者)『民事証拠法大系(1)総論(1)』(青林書院、2007年)

(共編者)『民事証拠法大系(2)総論(2)』(青林書院、2004年)

(共編者)『民事証拠法大系(3)各論(1)人証』(青林書院、2003年)

(共編者)『民事証拠法大系(4)各論(2)書証』(青林書院、2003年)

(共編者)『民事証拠法大系(5)総論(3)鑑定・その他』(青林書院、2005年)

本書第3部担当

安原 幸彦 (やすはら ゆきひこ)

弁護士（東京南部法律事務所）

（略 歴）

昭和50年 3月 東京大学法学部卒業

昭和52年 4月 弁護士登録（第二東京弁護士会）

平成17年 4月 東京三弁護士会医療関係事件検討協議会委員長

（主な著書）

（共著）『裁判実務シリーズ(5)医療訴訟の実務』（商事法務、2013年）

（共著）『医療事故の法律相談〔全訂版〕』（学陽書房、2009年）

（共著）『労働契約Q&A〔第3版〕』（日本評論社、2008年）

（共著）『専門訴訟大系(1)医療訴訟』（青林書院、2007年）

本書第2部担当

宮澤 潤 (みやざわ じゅん)

弁護士（宮澤潤法律事務所）

（略 歴）

昭和52年 3月 慶應義塾大学法学部法立学科卒業

昭和62年 4月 弁護士登録（東京弁護士会）

平成18年 4月 東京三弁護士会医療関係事件検討協議会委員長

平成20年 7月 産科医療保障制度運営委員

平成21年 4月 財団法人日本医療機能評価機構評議員

（主な著書）

（共著）『医療・介護における個人情報保護Q&A〔第2版〕』（じほう、2020年）

（共著）『医療安全管理事典』（朝倉書房、2006年）

本書第2部担当

●第2版執筆者一覧●

(執筆順)

〈第1部〉

浦川道太郎 (早稲田大学名誉教授、弁護士(弁護士法人早稲田大学リーガル・クリニック)) 第1章

村山 淳子 (筑波大学ビジネスサイエンス系教授) 第2章、第4章

手嶋 豊 (神戸大学大学院法学研究科教授) 第3章

山口 斉昭 (早稲田大学法学学術院教授) 第5章

〈第2部〉

安原 幸彦 (弁護士(東京南部法律事務所)) 第1章第1節

宮澤 潤 (弁護士(宮澤潤法律事務所)) 第1章第2節・第3節、第2章第5節、第4章第1節I、第5章第3節I

伊藤 律子 (弁護士(プルミエ法律事務所)) 第2章第1節

細川 大輔 (弁護士(細川大輔法律事務所)) 第2章第2節

柴田 崇 (弁護士(柴田崇法律事務所)) 第2章第3節、第3章第2節、第4章第2節I

渡辺 直大 (弁護士(渡辺法律事務所)) 第2章第4節、第5章第4節I

谷 直樹 (弁護士(谷直樹法律事務所)) 第3章第1節

木下正一郎 (弁護士(きのした法律事務所)) 第4章第1節II

松井 菜採 (弁護士(すずかけ法律事務所)) 第4章第2節II

秋葉 信幸 (弁護士(秋葉・高橋法律事務所)) 第4章第3節I

後藤真紀子 (弁護士(東池袋法律事務所)) 第4章第3節II

小西 貞行 (弁護士(小西貞行法律事務所)) 第5章第1節I

大森 夏織 (弁護士(東京南部法律事務所)) 第5章第1節II

棚瀬 慎治（弁護士（弁護士法人棚瀬法律事務所）、医学博士）第5章第2

節Ⅰ

石井 麦生（弁護士（すずかけ法律事務所））第5章第2節Ⅱ

森谷 和馬（弁護士（ゆりの木法律事務所））第5章第3節Ⅱ

五十嵐 裕美（弁護士（西荻法律事務所））第5章第4節Ⅱ

〈第3部〉

金井 康雄（東京都労働委員会会長）第1章、第6章

加藤 幸雄（弁護士（弁護士法人片岡法律事務所））第2章

秋吉 仁美（元高松高等裁判所長官）第3章

大森 直哉（大阪地方裁判所判事）第4章

近藤 昌昭（慶應義塾大学法科大学院客員教授、弁護士（アンダーソン・
毛利・友常法律事務所外国法共同事業））第5章

大寄 悦加（神戸地方裁判所明石支部判事）第5章

（所属は、令和5年5月現在）

【専門訴訟講座④】医療訴訟〔第2版〕

令和5年9月7日 第1刷発行

定価 本体8,000円＋税

編者 浦川道太郎・金井康雄・安原幸彦・宮澤 潤
発行 株式会社 民事法研究会
印刷 文唱堂印刷株式会社

発行所 株式会社民事法研究会

〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿3-7-16

〔営業〕TEL 03(5798)7257 FAX 03(5798)7258

〔編集〕TEL 03(5798)7277 FAX 03(5798)7278

<http://www.minjiho.com/> info@minjiho.com

落丁・乱丁はおとりかえします。
カバーデザイン 袴田峯男

ISBN978-4-86556-574-4 C3332 ¥8000E