

安田火災記念財団叢書 No.19

昭和56年度版

医 療 と 法 律

—医療過誤をめぐる法律問題と被害者救済の諸問題—

慶應義塾大学法学部教授

中 谷 瑾 子 氏 講 演

財団
法人 安田火災記念財団

医 療 と 法 律

—医療過誤をめぐる法律問題と被害者救済の諸問題—

慶應義塾大学法学部教授

中 谷 瑾 子 氏 講 演

財団法人 安田火災記念財団



本書は、慶応義塾大学法学部教授中谷瑾子氏のご講演（昭和57年3月18日安田火災海上本社ビルで当財団主催により開催）を収録したものです。

昭和57年3月

財団
法人 安田火災記念財団

も く じ

I	はじめに	1
II	医事紛争をめぐる法律問題	2
III	いわゆる「医事法学」の形成と医事法領域における 新たな法理論の展開	8
	1) 「医事法学」—— 新たな理論の展開	8
	2) 患者の自己決定権と医師の説明義務	9
	3) 医療水準（lege artis）論の確立	17
	4) 期待権の侵害に基づく慰謝料請求権の法理	23
	5) その他、信頼の原則など	24
IV	被害者救済の諸問題	26
	1) 医事紛争の増加と患者へのしわよせ	26
	2) 被害患者の救済と医師賠償責任保険	28
	3) 医薬品副作用被害救済基金法と薬害患者の救済	29
	4) 西ドイツにおける新種患者保険の構想とその批判	30
V	おわりに —— まとめと若干の展望	34

1. はじめに

御紹介をいただきました中谷でございます。私は、昭和54年の7月に有志の者と相図り、医療をめぐる法律問題研究会を発足させましたが、後に触れますように、この問題は関わるところが極めて多岐にわたり、健康保険はもとより、皆様御承知のように損害保険とも深く関わっております。そこでこの安田火災の火災新種保険サービスセンター部賠償責任保険課の吉田課長にもその会員のおひとりとして参加していただきまして、保険問題についても勉強する機会がございました。また、その御縁でこの安田火災記念財団からのいろいろな御援助もいただいているわけございまして、目下私どもは、「医療をめぐる法律問題研究会」で医師、あるいは裁判官、弁護士それに法学部・医学部の専任教員有志が、相寄り、相助けて研究を進め、医事法といった体系書を考えたり、あるいは、辞典を作成しようということ、一生懸命努力しているところでございます。

このような御縁で本日、本記念財団において若干のお話を申し上げる機会をお与えいただきましたことにつきまして、大変に光栄に存じ、かつ、厚く御礼申し上げます。

本日は、本記念財団の性格から考えまして、被害者救済の方法に関連させて保険の問題にも若干、言及したいと考えて準備を進めて参りましたが、都合によりまして十分な準備が整いませんでしたので、副題の方も多少、変更させていただきます。

御紹介いただきましたように、私自身は専攻が刑法でございまして、医療問題についても、刑法的なアプローチで研究を進めて参りました。従って、保険問題等に触れます場合は、専門外のことでもあり、あるいは的はずれなことを申し上げたり、時としては、誤ったことを申し上げるかもしれません。その際は後ほど、皆様方から御指摘、御教示をいただくことができますならば、大

変幸でございます。

では、大体、レジュメに沿いまして、順次お話し申し上げて参りたいと思います。しばらくお時間をちょうだいしたいと思います。

Ⅱ. 医事紛争をめぐる法律問題

まず、医事紛争の動向を明らかにしたいと思います。医事紛争の動向とは、言うなれば医療過誤事件訴訟の激増、及びその要因という問題について考えてみたいということでございます。

近年になって、医療過誤訴訟、あるいは医事紛争が非常にふえてきました。特に、集団訴訟という形で社会問題化してきているということも皆様すでに御承知のとおりでございます。医療過誤に関する訴訟がふえて参りましたために、意識的に統計を出してみようと考えられたのは昭和44年頃からということでございます。

表一 1 医療過誤訴訟事件第一審訴訟係属数累年比較

年	訴訟係属数
昭和 45 年 末	308
" 46 "	376
" 47 "	452
" 48 "	514
" 49 "	618
" 50 "	757
" 51 "	848
" 52 "	952
" 53 "	1,007
" 54 "	1,081
" 55 "	1,115
" 56 "	1,213

(最高裁判所民事局第二課事件係調べ 昭57.3.16)

お手許に、あらかじめお届け申し上げました資料の表-1を御覧になっていたかと思えます。この表-1にあります、昭和45年末というのは、12月31日現在ということでございます。また、訴訟係属数と申しますのは、第1審の訴訟係属数でございます。訴訟係属数と申しますのは、裁判所に訴えを提起いたしましてそれが受理されたが、まだ、判決あるいは和解等による解決ができない、そのまま訴訟中であるという意味でございます。それが昭和45年の12月31日現在で308件であったのが、10年後の昭和55年12月31日現在では1,115件、昨年末には、1,213件となっております。昭和45年と申しますと、もう、すでに医事紛争がかなり多発するようになってからの数でございます。これを基礎として考えましても、11年間で約4倍になっているということがわかるわけでございます。

もっとも、非常に激増したとは申しますものの、医療という特殊専門的な領域における紛争にもかかわらず、裁判所側にはこれを取り扱う専門の部はありません。裁判官も医療については素人でございますので、その審理等については、専門家の鑑定に俟つことが多いわけでございますし、裁判官御自身がいろいろ医療についての勉強をされて、それから判断を下さなければならないという事件の性質上、解決が困難なため裁判がどうしても長期化いたします。一般の、通常の訴訟事件の審理期間に比べまして医療過誤訴訟の審理期間は約2倍かかるというようなデータもございます。

新しく受け付ける数、これを新受件数と申しますが、年末の訴訟係属数つまり、未済件数に比べますと、新受件数はそれほど多くはない、つまり増加はしていないのですが、未済がたまるものですから、結局、毎年末の訴訟係属数はこのように多くなってくる、という事実を正確に受けとめる必要があります。

しかし、その点を十分考慮したといたしましても、医療をめぐる紛争のすべてが裁判所で争われるわけではありません。むしろ医事紛争の大多数は、訴訟

以前の段階で何らかの形で結着がつけられているのでございます。

例えば、民事事件として考えてみますと、医療サイド、医師・病院と、被害者、ないしは被害者の家族との間の示談というような形で決着がなされることの方が多いようです。しかし、示談で済まされるのが一般の事件の場合とどのくらい差があるのかというような統計は、私の手許にはございません。しかし、刑事事件になりますと、非常にはっきりいたします。

刑事事件では一般の刑法犯の起訴率（御承知のように日本には、起訴猶予の制度というのがございます。欧米諸国では、通常犯罪の嫌疑がかなり濃厚であると考えられる段階になりますと、被疑者は起訴されてしまいます。これを、起訴法定主義と申します。これに対して日本の場合には、起訴するかしないかは検察官に委ねられている、いわゆる起訴猶予制度というのがとられております。従って、捜査機関によって認知された犯罪件数がそのまま起訴されるわけではありません。そういう形で起訴される率を起訴率と申しますが、その起訴率は一般の刑法犯についてみますと、65%ないし66%で、のこりの34～35%は不起訴その他の処分を受けることになるというのが一般でございます。更に刑罰を科される罪としては、刑法犯だけではなくて、特別法犯というのがあります。たとえば覚せい剤取締まり法違反などもその中に入るわけですが、この特別法違反罪の方が起訴率が高いものですから、刑事事件全体の起訴率をみますと、大体、88ないし89%が起訴されることになっております。

ところが、医療過誤に関する起訴率はと申しますと、これは10%未満でございます。90%以上が起訴されないで、起訴猶予、あるいは不起訴処分を受けているのでございます。この資料の表-1は民事事件でございますが、これも訴訟になるまえに示談その他当事者間の話し合いで解決された大多数の医事紛争の実数から見ると、実にその氷山の一角にすぎないのです。

そういう意味で医事紛争、あるいは医療過誤訴訟というものは、戦前のよう

に稀有な事例でなくて、日常的なものになってきた、我々の身近かなものになってきたということは事実であろうかと思うわけです。

このような医事紛争の増加に伴って、重大で解決困難な、しかも、従来あまり論じられなかった新たな法律問題が次々と提起されるようになりました。このような事態に対して、我が国では昭和44年（1969年）の12月6日だったと思いますが、医師と法学者らをメンバーとする、学際的な日本医事法学会という学会が創設されました。また、その後、医療過誤に関する研究論文、あるいは著書、判例集、「医療と法」といったような雑誌なども、急速に数を増すなど各界の対応もとみに整えられて、問題意識も次第に鮮明になりつつあるというのが現状ではなかろうかと思われまます。ところで、このような医事紛争の激増にはそれなりの原因があると考えられているわけですが、それを指摘する多くの見解を概括しますと、大体次のとおりであろうかと思ひます。

第1に、医療の実情と、それ自体にある要因が考えられなければなりません。我が国では、昭和36年以降、御承知のとおり、国民皆保険制度が確立されました。それによって、医療機関の利用が被保険者の当然の権利として飛躍的に増大しました。しかし、これは一方では、医師と患者との信頼関係の希薄化につながります。何故なら、保険による診療を受けるということで、個人的な信頼関係を前提としない医療というものが行なわれるようになってきたからです。信頼関係が希薄化いたしましたために、患者の思いどおりの結果が得られないと、ただちに紛争に発展する土壌ともなりました。他面、被保険者である患者は、当然のこととして医療を安易に受けるようになりましたから患者が殺到いたします。いわゆる「3時間3分」ということが言われるようになりました。病院にいくと3時間も待たされて、診察時間はたった3分間でおわるという不満がずいぶん聞かれるようにもなりました。

医師は、患者が多数殺到するために問診診療、保健指導などに十分な時間をさくことができないようになりました。これも、医事紛争、医療過誤を醸成し

たということがいえるだろうと思います。

また、医療保険の診療収入としては、単純な診察だけでは低い点数しか与えられませんので、採算がとれませんから、医師としては自ずからできるだけ数をこなすようになります。従って医療行為数というのが飛躍的に増大するわけです。医療行為数が飛躍的に増大すれば、それに伴って医療過誤・医事紛争もそれに随伴するということになろうかと思えます。

第2番目の要因としましては、薬剤や、医療器機の日進月歩の開発、これは誠に目ざましいものがございませうけれども、これによって、従来は助からなかったような命も助けられるようになりました。

しかし、その反面、それは従来予測できなかったような未知の危険を孕み、これが、患者の生命、身体への侵害の結果を発生させたときは、医師の個人的過失を越えた被害者救済責任が問題になることもあり、スモンとかサリドマイドあるいは、未熟児網膜症の事件に見られるように、非常に大きな社会問題化して、新しい集団訴訟の形態での紛争が続発するようになりました。

これも比較的近年、昭和40年代以降に続発している現象のひとつだろうと思えます。

3番目の要因といたしましては、医療の高度の専門化がかえって、全身的な健康状態の把握を困難にし、専門的には非常に細かく詳しく精密な診療をするけれども、しかし、全体的な診療が忘れられてしまう、全体的な健康状態に関する医療というものがかえって忘れられてしまうといったようなことがあります。

また、高度の専門化は、必然的に、チーム医療方式をとらせることとなります。昔は、外科手術でも、ひとりのお医者さん、せいぜい2～3人のお医者さんが看護婦を使って手術をしていたわけですが、今日では多人数のチームによる外科手術が行なわれるのは、珍しいことではなくなりました。そのように多数の者が参画することになりますと、それだけ責任分担が明確にならなければな

らないわけですが、その責任分担が明確にされませんと、思わざるところにブラックホールができてしまい、思わぬ医療過誤が発生しがちになってきているということがいえるだろうと思われます。

第4番目の要因といたしましては、以上の医療サイドの要因に対して、患者サイドの要因として、民主社会における一般人の権利意識の向上が指摘されます。患者としては、医療サービスを受けることは権利であると考えますし、同時に、権利侵害が行われた場合に、昔のように、お医者様がやってくださった、お医者様が努力をしてくださっても患者は死亡した、これはやむをえなかったんだというように、あきらめたりしないで、そういう侵害があれば、必ず損害賠償、慰謝料の請求をするというような、そういう権利意識が今日ではかなりはっきりしてきたということが指摘されます。

これが、最近の医師と患者との間の信頼関係の減少と相まって、被害者の泣き寝入りを減らして紛争を増発させた要因であろうかと考えられます。

以上のような要因がありまして、やはり、医事紛争なり、医療過誤訴訟なりは当然に、必然的に増加する傾向にあるわけです。しかも、これら現存の問題が遂次、ひとつひとつ解決されたとしても、科学・医療・医薬の進歩というものが、次々と新しい方法なり治療なり薬剤なりを開発いたしますと、またそれに随伴して、今まで考えられなかったようなさまざまな結果を新たに発生させてしまうということがあるわけです。したがって今後医療が進歩すれば、必ず医事紛争、医療過誤が減るかという、どうもそうではない、やはり、次々と問題が解決されても、また次の新たな問題が出てくるというような形で、やはりそう急速にこういう状況は終焉しないのではないかと考えられるのでございます。

Ⅲ. いわゆる「医事法学」の形成と医事法領域における新たな法理論の展開

1) 「医事法学」——新たな法理論の展開

このような医療過誤、あるいは医事紛争等を通じて、いろいろな問題が法の領域でも提起されるようになりました。そこで、今までは考えられなかった医事法といったような新たな学問領域というものも形成されるようになりました。

昔から医事法あるいは、医事法制というような講座は医学部の講座の中にあっただかと思いますが、その場合の医事法制というのは、医師法、医療法、あるいは伝染病予防法、結核予防法、母子保健法あるいは優生保護法、精神衛生法、薬事法、その他いわゆる医事、医療衛生に関する諸法規、諸制度を対象とした学問領域でありました。

しかし、先ほど申し上げましたような医療過誤事件や薬害事件の多発を契機といたしまして、これらをめぐる法律問題に対応するためには、単なる法理論（従来の民事責任論、あるいは刑事責任論といったような）あるいはそういう法解釈学だけでは不十分であることが痛感されるようになりました。

そこで、前に申し上げましたように昭和44年に「医事に関する法の研究を推進し、それにより国民の健康にして文化的な生活に貢献すること」を目的として日本医事法学会が創設され、医事法という新しい法分野が公認されるようになったわけです。この学会では発足以来、特に医師－患者関係についての研究にウエイトを置いた研究が行なわれて参りましたが、単に医薬に関する制度や仕組みを明らかにする以上の内容をもつものでございます。

そのような意味での医事法は、法的責任が民事法上の責任と刑事法上の

責任と行政法上の責任とに分かれるところから、民事法的、あるいは刑事法的、行政法的なアプローチを必要とすると共に、更に、結果が被害者の生命身体に関わるものでありますので、社会法、社会保障的な視座をも必要といたします。

同時にそれだけではなくて、生命の始まりとか、終わりあるいは死の概念、安楽死などの問題も研究の対象としています。このように医学の進歩は人類の発達にいろいろの問題を提起するだけに、医事法は、いわゆるバイオテクノロジーあるいはバイオエシックス（生命倫理）といったものとも深く関わりをもっているのです。そういう意味では医事法は、非常に壮大な学問領域であるということが考えられるわけでございます。

しかし、その対象も研究方法もまだ若い学問領域でございますので、形成途上にあるわけで、これからの研究の成果が大いに期待されるところでございます。

このように医事法学は、まだ若い学問領域で、いろいろな複雑な問題を抱えておりますけれども、その中から特に注目すべき法理論の若干を以下に御紹介しようというわけでございます。

2) 患者の自己決定権と医師の説明義務

患者の承諾（自己決定権）と医師の説明義務の問題について少しお話申し上げます。

患者には基本的に治療に関する自己決定権があると考えられます。それは医師の説明というものを前提としての特定治療に対する本人の承諾という形で行使されようかと思えます。

この患者の治療に対する承諾ないし同意というのは、民法上、契約の成立に重要であることに疑いはないわけですが、刑法上は「被害者の同意」という、犯罪を不成立にする要件のひとつとして従来から論じられて参りました。

特にドイツでは19世紀末頃からすでにこういう問題は長く論じ続けられて

きたところでございます。これに対して我が国では、古来「医は仁術」と考えられて、医師に対する絶大な信頼が寄せられてきたこと、患者自身の人権意識の薄弱なことなどから、患者の承諾、つまり、自己決定権と医師の説明義務については最近まではそれほど本格的な研究というものはなかったように思われます。

また、この点に関する裁判例も戦前は、わずかに1例を数えるだけでございました。その1例というのは、昭和5年5月の長崎地方裁判所佐世保支部の判決でございまして、子宮の周辺にできた腫瘍の摘出にあたり、患者の承諾を得ないで子宮そのもの、及びその付属物を摘出した事件で、説明を十分していないし、患者の承諾も得ていなかったということで、その治療は違法であると判断され、150円の損害賠償が認められております。

戦前の例としては、それが1例ぐらいです。ところが、昭和46年ごろから、この医師の説明義務、あるいは承諾というものを問題にした裁判例がかなり出てまいりました。

まず、承諾なしになされた乳腺摘出手術を違法として合計450万円の損害賠償を認めた裁判例があります。これは、若い女性タレントさんが左の乳腺炎の手術をするというので、左の乳房の摘出については承諾を得て手術を開始したが、いざ手術を始めてみると、反対側の方にもその症状があるのでとった方がいいという医師の判断で、両方摘出してしまったわけです。しかし、この場合は、御本人がまだ若い女優さんである、両方の乳房が摘出されたのでは非常に困るといったようなこともありまして、承諾なしにされたこういう手術というものは違法であるとして、東京地裁は昭和46年5月19日合計450万円の損害賠償を認めたわけでございます。

その次に、昭和48年の3月27日には、秋田地方裁判所大曲支部で、舌ガンに関する手術についても、ガンであったために本人には病名を知らせなかったので、本人は手術を希望しなかった、それにも拘わらず手術を行なったと

ということで、これについても、損害賠償が認められているわけでございます。

この事件においては30万円が、損害賠償として認定されております。

その他いくつかのケースを挙げることができます。たとえば、精神病質治療のためのロボットミ手術を行なった。ところが、予想外に人格低下の後遺症を被ったということで、原告本人に対する3,800万円を上回る額他に、妻とふたりの子供に対しても合計345万円という高額な損害賠償を認めた札幌ロボットミ事件というのが昭和53年にあります。

更に横浜地裁昭和54年2月8日の判決の事例では、交通事故にあった6歳の少年が、事故の手術の結果下腿部にケロイド傷が残りましたので、それを治すために皮膚移植、皮植手術を行なうように医師が勧めたわけですが、父親はそれに賛成いたしませんでしたが、母親は医師の勧めに応じて、それじゃあお願いしますといって手術を受けさせました。ところが、その手術に際して化膿防止のためにクロロマイセチンサクシネートの点滴を投与したところその子供がショック死をしてしまったという事件では、最近では親権は、両親のいずれかが親権を単独行使すればいいというものではなく両親の共同行使でなければならないので、母親の承諾はあったけれども父親の承諾がなかったということを経由して、両親に対し合計1,800万円あまりの債務不履行及び不法行為責任が認められております。

このように注目すべき裁判例が相次いでおります。

また、裁判例としてそれが違法だということになったのではありませんが、現場のお医者様の間でかなり問題になっておりますのに、輸血拒否の問題があります。「エホバの証人」というキリスト教の一派（わが国では一般に、「ものみの塔」という宗派として知られている）においては他人の血液を受けると自分自身がなくなってしまうという考え方で、輸血拒否を行なうわけですね。

かなり大きな交通事故にあった「エホバの証人」の信者が病院にかつぎ込

まれました。輸血をして手術を行なえば十分助かる見込みがある、ところが、このかつぎ込まれた人の奥さんも熱心な「エホバの証人」の信者で、どうしても輸血について承諾をしない。他の親類はぜひ輸血をしてでも助けてほしいと言ってるけれども、奥さんがどうしても承諾をしない。一方では奥さんの説得を続けながら、一方では輸血用の血液を用意して手術をして、最後まで奥さんの承諾を得られなかったために輸血することができず、結局その患者は死亡したというケースなどもあるわけです。

こういう場合にアメリカでは、裁判所による輸血許可命令というものを裁判所から受けるようになっている（宣告判決訴訟）わけです。本人の承諾がなくても裁判所の輸血許可命令を受けて（しかも裁判所は24時間中申請をすればそれが出せるような体制になっています）、それで救済されるという場合があるわけですが、日本にはそういう制度もございませんから患者（ひいては家族）の自己決定権というものを尊重すると、こういうような場合にみすみす助かる命も助けられなくなるので、それでいいのかといったような問題もあるわけです。自己決定権を100%尊重しようとするれば、それでかまわないのだというふうに割り切ってしまうこともできるわけですが、果たしてそれでいいのかというような問題もあるわけです。

そういうことで、日本でも患者の自己決定権、患者の承諾あるいは、その承諾を得るためには医師には説明義務が課せられている。説明を十分しなかった場合には、仮りに承諾があってもその承諾は有効とはいえない。従ってその結果、悪い結果が発生した場合にはその説明義務を尽くさなかったという理由で、あるいは、得られた承諾は適法な承諾ではなかったという理由で医師は責任を問われるというようなことになるわけでございます。

ドイツでは昔からこの医師の説明義務、あるいは患者の承諾・自己決定権というものが論じられてきましたから、その範囲もどれだけの説明をしなければならないのか、すなわち、どういう病気の場合にはどれだけの説明をしな

ければならないのか、あるいはどれだけのリスクがあれば、それについて説明をする必要があるのか、逆にこのくらいリスクなら説明する必要がないといったようなかなりきめ細かな議論が展開されてきております。いずれにせよ、その承諾というものに非常にウエイトが置かれておりますし、また、承諾を得ないで手術をした場合どうかということについて、立法で解決しようという提案などもあるわけです。

ドイツでは立法化は進められておりませんが、1974年のオーストリア刑法110条では「専断的治療」と題してそういう規定を置いております。その規定をちょっと御紹介申し上げますと、「医学の水準に合っているものでも、承諾を得ないで他人を治療した者は、6月以下の自由刑あるいは、360日以下の日数罰金に処する」とあります。

日数罰金という刑罰は、皆様方にはちょっと耳新しい方もおられるかと思しますので、説明申し上げます。わが国の場合罰金は、4,000円以上いくら以下、例えば業務上過失致死傷の場合は20万円以下、贈賄の場合は100万円以下、ポルノの頒布、販売、陳列の場合も100万円以下というように決まっているわけです。それは、富める者にも貧しい者にもすべて、ほとんど同じ額を科されることとなります。

もとよりその一定の範囲内で裁量ということが行なわれますけれども、しかし、基本的な額は変わりません。そうしますと、例えば1万円の罰金でも貧しい人にとっては大変経済的な負担になる。ところが、お金持ちの人にとっては、1万円なんていうのは本当にお小遣い程度、あるいはお小遣いにもならないくらいかもしれません。そういう意味で、刑罰の個人に与える効果は、個人の資産その他経済的事情によってまるで違うわけです。それは法の下での平等の保障に関して、ノミナルな平等は保障されても実質的な平等という点から言うと問題があるわけです。そこで刑罰効果の実質的な平等を得るために富める者にも貧しい者にも同じくらいの痛みを与えようということと考え

られたのが日数罰金制なのです。この制度では罰金を責任に応じて一定の日数で示すわけです。この点では貧富の差によらず同一に決定されます。しかし、経済的に豊かな者、収入の多い者については、1日の罰金額というものの基準を高くするわけです。

その1日の基準は、ドイツの場合は2マルク以上1万マルク以下ですから、大体、1マルクを100円と単純に計算しますと、1日200円以上200万円以下という中で量刑されることとなります。

オーストリアも同様の日数罰金制をとっておりまして、1日が、オーストリアの場合20シリングで、最高が3,000シリングになっており、その360日以下の日数罰金に処することになっております。

少し脱線しましたが話をもとに戻しましょう。オーストリア刑法110条第2項は、「行為者が、手術が遅れると患者の生命または健康が重大な危険にさらされると考えてその者の承諾を得なかったときは、あると思った危険が存在せず、かつ、必要な注意をはらえばそのことを知ることができたと認められる場合に限り、第1項によりこれを罰する。」と規定しています。つまり、遅れると生命が危ないという場合は本人の承諾を得ないで手術をしてもいいが、しかし、その危険が本当は存在しなかったとか、誤診であったという場合で、しかも、注意をはらえばその誤診をしないですんだはずだという場合には、処罰されるというのが第2項の規定です。

第3項は、行為者は、専断的な治療を受けた者の請求に基づいてのみ訴追する。つまり親告罪であるという規定になっているわけでございます。

これに対して、アメリカにおいて確立されたinformed consentの法理という問題があります。アメリカでは1960年に、カンサス州のネーサンソン対クライン事件という判決で初めて、このinformed consentの法理というのが細部にわたって詳細に論ぜられたといわれております。

それによりますと、医師は、患者の疾病に関するありとあらゆる事実を

