



令和4年（ネ受）第19号 上告受理申立て事件

申立人 多田 雅史

相手方 医療法人社団 幹和会 代表者理事長 鬼武 義幹

上告受理申立理由書

令和4年4月8日

最高裁判所 御中

申立人 多田 雅史

令和4年2月19日に送達があった頭書事件について、申立人は上告受理申立理由書を提出する。

第1 事案の概要

1. 用語の定義

- (1) 前医 名古屋市立大学医学部附属病院
- (2) 後医 元八事整形外科形成外科
- (3) 厚労省通知 応招義務をはじめとした診察治療の求めに対する適切な対応の在り方等について（甲17）
- (4) 本件当日 令和2年3月31日
- (5) 本件傷病発生時期 令和2年1月下旬から2月上旬
- (6) 回答書 相手方の院長による回答書（甲13）

2. 事案の概要

- (1) 本件上告受理申立ては、事実関係を争うものではなく、原判決に最高裁判所の判例と相反する判断があること及びその他の法令の解釈に関する重要な事項を含むものであることを理由とする。



(2) 本事案は、申立人が、本件当日（令和2年3月31日）、前医の大学病院が発行した紹介状及び検査データCDを持参して、前医の地域医療連携室の指示に従い、同日の午後、相手方医療機関の窓口で受診申し込みをしたところ、相手方が「同一日に同一診療科を受診することはできない」との理由で、診療受付を拒否したことによる医師法19条1項の応招義務違反及び同法17条の医業違反、並びに医療法6条の12による同法施行規則1条の12違反及び同法15条違反により生じた申立人の損害賠償にかかる事案である。

ア 原判決は、相手方の医師法19条1項の応招義務違反を認めながら、相手方が裁判所の和解の勧めにおいて「交通費であれば支払ってもよい」と認めた意見に付度して、同法違反に対する損害賠償金を交通費に相当する5000円と判断したものである。

イ また、相手方が、本件当日、職員間で患者（前医の地域医療連携室の指示により事前に相手方に受診予定を電話連絡した申立人）に関する情報共有の不備があったことを認めており（甲13）、本件訴訟に先立つ民事調停事件において、申立人の損害の一部の支払いに応じる旨を表明していたにもかかわらず、原判決は、それらを一切考慮せず、一方的に相手方医療者に全面的に付度した判決をなした。

ウ しかも、相手方が、本件訴訟になると、受付事務員が「重複受診又は頻回受診のおそれ」があるため、申立人の診療要請に応じなかったことなどの詭弁を弄して診療拒否の正当性を主張したにもかかわらず、かつ、受付事務員が院長の指示に従わずに独断で診療要請に対して「重複受診又は頻回受診のおそれ」を判断したことを認めながら（甲13）、かつ、その正当性を不正に主張したにもかかわらず、原判決は、それらを一切考慮せず、一方的に相手方医療者に全面的に付度した判決をなした。



(3) 原審の弁論期日（令和3年12月17日）、名古屋高裁民事3部の土田昭彦裁判長は、控訴人（本件申立人）及び被控訴人（本件相手方）に対して和解を勧告した。そして、被控訴人の代理人の植木祐矢弁護士は「控訴人の損害は承知しているので、交通費ならば支払ってもよい」と答えたため、同裁判長が控訴人の意見を求めたところ、控訴人は「交通費だけでは控訴人の損害を賠償できない」と答えたため、同裁判長は判決言渡日を宣言し、審理を終結している。

ア そして、原判決は、令和4年1月27日、相手方の医師法19条1項が定める医師の応招義務違反を認定しながら、その損害賠償金として5000円の支払いを命じた。原判決は、有体に言えば、「患者に交通費を支払えば、当日、患者を診察せずに追い返してもよい」という内容であり、①厚生労働省医政局長による医療法19条1項の運用解釈と相違し、かつ、②相手方の医療者の主張及び事情に付度したものであり、③医師法19条1項が定める医師の応招義務を歪曲し、類似の応招義務違反を誘発する危険性がある極めて、法の安定性を欠くものである。

イ その上、原判決は、相手方の応招義務違反を認容しながら、申立人が、前医に相談して別の医療機関への紹介状を受けること、医師法違反について弁護士に相談すること、医療者を監督する行政機関（厚生労働省東海北陸厚生局指導監査課及び名古屋市健康福祉局生活福祉部保険年金課）に医師法及び医療法上の行政指導を依頼する権利までも完全否定しており、それらの権利は国民の基本的人権の侵害であり、憲法32条の裁判を受ける権利を踏みにじるものであって、到底、許されない。

(4) また、第1審の名古屋地裁の齋藤毅裁判官は、令和3年4月、名古屋地裁部総括判事に就任し同事件を引き継いだ際、就任第1回目の同事



件の弁論準備手続において、いきなり「次回弁論で審理終結する」旨を言い出し、また、申請された調査嘱託及び証人尋問について、同日、出席していた申立人及び相手方の意見等を、一切、聞かないまま弁論準備手続きを終了し、調査嘱託及び証人尋問を実施しないまま判決した。

ア 相手方の医療者を監督する東海北陸厚生局及び名古屋市健康福祉部は、応招義務違反の本件当日、相手方医療者に対し電話で応招義務違反の行政指導を行っていたため、「裁判所から事実関係を明らかにするための調査嘱託及び証人尋問の要請があれば応じる」としていたにもかかわらず、同裁判官は、それらの手続きを一切行わないまま、審理を終結し、同年8月27日、被告の応招義務違反を否定する判決を下した。

イ したがって、本事件は、事実関係を明らかにするための司法手続きの一切が省略されたまま、最高裁の上告受理申立手続きまで至ったものであり、いくら、裁判官が多数の事件を抱えて多忙であったとしても、国民の利益を害する審理手続きであり、また、恣意的に相手方医療者に有利な判決を出そうとしたものと言わざるを得ない。

ウ そして、第1審の判決は、独断で、前医及び後医の診断書を無視して申立人の傷病が緊急措置の必要性がないものと決め付け、かつ、医師法の応招義務の運用の細則を定める厚生労働省医政局長の通知（甲17）に反するばかりではなく、医療界と蜜月関係にある与党が指名した最高裁長官の下、「医療者に加担して被害者患者を敗訴させた方が、自らの人事考課上有利だ」ともいえるものであり、いわゆる「ヒラメ裁判官」の典型である。このような行為は、司法の公平性及び公正性を欠くのみならず、国民の司法に対する信頼を裏切るものであり、国民を愚弄しており、言語道断であって、厳しく避難されるべきものである。



第 2 争点

1 本件における相手方の診療拒否は医師法の応招義務違反となるか

(1) 原判決のとおり、本件は相手方の医師法 19 条 1 項が定める応招義務違反であることは明らかであり、相手方院長も回答書 (甲 13) で認めているとおりである。

2 申立人は、本件診療拒否について、前医、弁護士、医療の監督行政機関等に相談する権利が認められるか

(1) 原判決は、本件事件について、「被控訴人が開設する本件医院において医師の応招義務 (医師法 19 条 1 項) に違反する診療拒否 (本件対応)」 (原判決 2 頁 2 から 3 行目) による相手方の医師法 19 条 1 項が定める応招義務違反を認定した。

(2) 一方、原判決は、第 3 当裁判所の判断の 6 頁 2 から 7 行目で、「以上の諸事情も踏まえれば、控訴人が本件医院において本件対応を受けたからといって、他の医療機関宛ての紹介状を取得したり、後医に通院したり、関係機関等に連絡したり、弁護士に相談したりする客観的な必要性が生じたとまで認めることはできず、控訴人が主張する上記①～④の各損害について、本件対応との相当因果関係のある (被控訴人に賠償責任を負わせることが相当な) 損害に当たるということはできない。」として、申立人が弁護士、相手方医療者を監督する行政府である厚生労働省東海北陸厚生局指導監査課及び名古屋市健康福祉局生活福祉部保険年金課に相談する権利までも完全否定しており、それらの権利は国民の基本的人権である。したがって、原判決は、憲法が保障する申立人の基本的人権、裁判を受ける権利を定める憲法第 32 条の「何人も、裁判所において裁判を受ける権利を奪はれない」を侵害するものであり、完全な憲法違反である。

(3) すなわち、原判決は、申立人が本件事件に関して、(1)他の医療機関



宛ての紹介状を取得する権利及び医療機関を選択する権利、(2)後医に入院する権利、(3)医療機関を監督する行政機関（厚生労働省東海北陸厚生局等）に連絡照会する権利、並びに(4)弁護士と相談する権利のすべてを否定するものであり、申立人の基本的人権を侵害している。また、原判決は、事実上、被害者に「泣き寝入り」を勧めて、裁判を受ける権利（憲法第32条）を否定するものであり、到底、看過できない。

3 本件診療要請は相手方が主張の「重複受診又は頻回受診」に当たるか

(1) 厚生労働大臣が公文書開示した甲69の1及び2並びに愛知県での国民健康保険事業の状況調査の甲67の1及び2により、「重複受診又は頻回受診」の定義は明らかであるため、本件当日に前医の大学病院の紹介状をもって相手方を受診したことが「重複受診又は頻回受診」には当たらないことは、誰にでも理解できる。

(2) 本件のように、相手方が保険支払機関からの警告リスクを嫌がって、「同一日同一診療科の受診患者」の診療要請を断りながら、訴訟になってから「重複受診又は頻回受診」の定義を歪曲して診療要請の拒否を正当化する行為は応招義務違反であるばかりではなく、虚偽陳述であり、医療機関の社会的責務から許されないことである。

4 相手方が保険診療報酬の支払い機関からの警告を回避する目的で診療拒否したことは応招義務違反に当たるか

(1) 甲17において、厚生労働省医政局長は保険診療報酬の支払い機関からの警告を回避する目的で診療拒否することを認めておらず、言うまでもなく、原判決のとおり、応招義務違反に当たる。

5 相手方の都合に合わせて申立人は本件当日の翌日に受診することが適切であったか

(1) 本件当日、相手方は「同一日に同一診療科を受診することは認められない」と説明したのみであり、「翌日であれば診療できる」とは、一



切、説明していない。だからこそ、申立人は前医に別の医療機関への紹介状の再発行を依頼している。したがって、原判決が、5頁2から5行目で「しかしながら、本件対応は、本件当日における診療を拒否するものであって、翌日午前9時以降の診療時間における診療については何ら拒否するものではなく、実質的にみれば、控訴人に対する診療開始を約16時間半後以降に遅らせるとの対応であったといえる。」としたことは、判断の論理が破綻・矛盾している。すなわち、本件当日、相手方が申立人に対して「翌日受診」を求めた事実がない以上、原判決の判断は事実関係の誤認推論でしかなく、認められない。

(2) しかも、仮に、申立人が、本件当日の翌日に、相手方を再度訪問して診療要請したとしても、すでに相手方は、本件当日、「同一日に同一診療科を受診することは認められない」との理由で診療拒否していることから、翌日であれば重複受診又は頻回受診に当たらないことにはならないため、同様に、診療拒否することになる。したがって、原判決は、事実認定と当裁判所の判断の間に論理的な齟齬・矛盾がある。

6 申立人が相手方に事前に受診予約した電話連絡をもって患者申立人の損害を軽減できるか

(1) 申立人は、本件当日の午前、前医の地域医療連携室の指示により、相手方に本件当日の午後に受診することを事前予約した。

(2) 一方、原判決は、5頁下から5行目から6頁1行目で「加えて、本件医院の担当者は、控訴人からの事前の電話連絡に対し、MRI検査の要否は医師が判断する、MRIの機器が空いていなければ別の日の検査になるとも伝えており（前提事実(3)）、控訴人の主目的たるオープン型MRIの検査を受けるために翌日以降の再来院を要することとなり得ること自体は明確に伝えられ、控訴人もそのことは了承した上で本件医院を訪れたものといえる。」と判示した。



(3) しかしながら、(1)申立人の事前の電話連絡と本件対応による応招義務違反とは何ら因果関係が存在しないこと、(2)前医の紹介状は、オープン型MRIの検査のみを紹介したものではなく、地域医療連携制度により申立人の検査、診断及び治療を依頼したものであること、(3)事前の電話連絡と診療拒否対応は時間がまったく異なること、(4)本件当日、相手方は申立人に対し翌日の受診を求めることはなかったことから、申立人が相手方に事前の電話連絡をしたことをもって、本件当日の本件対応による応招義務違反による損害が、本件翌日の受診により軽減されることは生じ得ず、ここでも原判決は事実認定と当裁判所の判断の間に論理的な齟齬・矛盾がある。

7 医療において最優先されるべきは医師の利益か、それとも、医療を受ける患者の利益のいずれか

(1) そもそも、医師法19条1項が定める医師の応招義務は、医師又は医療機関側の自己都合により、義務の履行が免責又は軽減されるものではなく、甲17（厚生労働省医政局長の令和元年12月25日付け「応招義務をはじめとした診察治療の求めに対する適切な対応の在り方等について」）が示すとおり、医師が不在等の特殊な事情が存在しない限り、医療者は応招義務があり、医療を受ける患者の利益こそが最優先されるべきであり、同法同条及び医療法1条はその趣旨により立法されている。一方、原判決は、事実上、「診療拒否の応招義務違反が生じて、翌日に診療すれば問題ない」という趣旨であるため、医師法19条1項及び医療法1条の法令の解釈に関する重要な事項を含むものである。

(2) また、原判決は、相手方が保険支払い機関から指摘を受けることがないように、健康保険の支払制度における「同一日同一診療科の受診の回避」を患者の申立人に求めるものであり、本末転倒であって、医師法19条1項の法令の解釈に関する重要な事項を含むものである。



8 医療者は患者に交通費を支払えば当日の診療要請を拒否できるか

(1) そのような行為が原判決を判例として認められれば、医療行為全体の不安定を生じさせるものであり、また、患者のみならず、ひいては医療者にとっても不利益を生じさせるため、認められない。

(2) 後医の診断書の甲63のとおり、申立人は、現在も、後医において傷病のリハビリ治療を継続していることから、相手方の応招義務違反による損害は、5000円よりも遥かに重大である。

(3) 原判決は、『相手方が、従前通り「同一日同一診療科の受診患者の診療拒否」を継続しても、交通費相当の損害賠償金（5000円）を支払えば、診療拒否してもよい』と認めたことと同義であり、事実上、応招義務違反を許容するものであって、有体にいえば、「都合の悪い患者は5000円で追い返すことができる」というものである。

(4) そして、相手方にすれば、「前医の紹介状があっても、同一日同一診療科の受診患者は、今までどおり、診療要請を断ればいい。その際、5000円（交通費相当）を渡せば済むこととの判例をいただいた。」として、従前どおり、保険支払い機関から指摘を受けるおそれのある患者の診療を断る理由付けを原判決が示したことになる。原判決が、事実上、不良医療機関ともいえる相手方の自己都合による診療拒否を黙認したことは、その他の医療機関において医療者の自己都合による類似の応招義務違反を誘発するおそれのあるものであり、到底、看過できず、医師法19条1項及び医療法1条の立法趣旨の重要性を軽んじているものである。

9 相手方以外の医療機関が原判決を判例として患者に交通費を支払えば診療要請を拒否してもよいか

(1) 全8項と同様に認められない。原判決が確定すれば、判例集に掲載され、多くの医療者が原判決を引用して、堂々と、応招義務違反を謀る



ことができることになり、極めて危険である。

1 0 医療者の受付事務員が独断で「重複受診又は頻回受診」を判断したことは医師法に違反するか

(1) 医行為は、医師法 17 条により、「医療及び保健指導に属する行為のうち、医師が行うのでなければ保健衛生上危害を生ずるおそれのある行為」と定義されており、その解釈は、厚生労働省が『「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為(「医行為」)を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。』

(甲 48) と通知している。

(2) したがって、患者の診療要請が「重複受診又は頻回受診」に当たるか否かの判断は医師の医学的判断が必要であり、診療行為の要否に影響を与えるものであるため、当然、医行為である。よって、相手方が受付事務員に独断で「重複受診又は頻回受診」の判断を行わせた行為は医師法 17 条違反である。

1 1 医療者が甲 17 に定めのない身勝手な理由で診療拒否した損害は交通費のみで賠償されるか

(1) 医療者が甲 17 に定めのない身勝手な理由で診療拒否した行為は、医師法の応招義務違反であり、すでに上記 8 及び 9 項で述べたとおり、その違法行為の損害が交通費の支払いのみでは賠償できないことは明らかである。

(2) また、患者へ交通費の支払いのみで診療拒否ができることになれば、間違いなく、類似の応招義務違反事件が多発して、医療が崩壊する。

第 3 本件が示す我が国における課題

当会の全国ベンゾジアゼピン薬害連絡協議会 (BYA) は、医療事故問



題を警鐘する被害者組織であり、会員数が約 400 名の団体である。ここに、本件が示す我が国の医療及び司法が抱える課題について弁論する。

1 我が国の医療が抱える課題

(1) 医療安全の向上は、現下のコロナ禍を含め、誰もがリスクある国民共通の課題であり、医療行政の医療事故防止に対する基本的考え方は、「事故症例の報告及び再発防止対策の共有化」であるが、現状、その情報の共有化が進んでいない。

(2) 特に、医療法改正（平成 27 年）による医療事故調査制度及び医療事故情報収集等事業では、報告義務の判断が医療機関に一任されているため、たえず報告の不履行問題が指摘されるが、厚労省医政局は「医療法は行政が医療者に指導できない建付け」として不履行を放置し、また、コロナワクチンでも死亡例が適正に報告されず過小評価が指摘されており、これらは「事故隠し」の人権侵害である。

(3) 我々の全国ベンゾジアゼピン薬害連絡協議会（BYA）でも、ベンゾジアゼピン（BZD：ベンゼン環＋ジアゼパム環の化学構造の向精神薬で国内に約 40 種類が認可、バルビタール酸の災禍の後継薬）は、医療者及び厚労行政も共に、副作用の「依存性及び離脱症状」（臨床用量依存、睡眠障害、パニック発作、記憶障害、幻覚、痙攣、せん妄、精神病様症状など多様）を正しく認識せず、「原疾患や他の疾患」と誤診して、適切な治療も医薬品副作用救済制度（PMDA）も受けられず、被害者の大半がセーフティネットから漏れ、国内には多数の被害者及び被害者団体がある。その結果、国連麻薬統制委員会（INCB）が「日本は世界第 2 位の BZD 消費国であり不適切な処方がある」（2010 年）と警告しても、未だに医療現場では「安全な薬」と誤解し、不適切な大量処方が続き新たな被害者が生まれている。

(4) また、一般に知られていない BZD 副作用の 1 つに「奇異反応」



(Paradoxical reaction) があり、薬剤の鎮静効果とは逆に易怒性が生じ、米国のカプラン臨床精神医学テキスト (DSM-5) によれば、患者の性格変容が生じ、人間関係の対立による失職・家庭崩壊、脱抑制による過量服用 (OD) の自殺企図、長期に渡る遷延性離脱症候群など体験者しか理解できない症状が多く、医療者はおろか家族にも理解されない難しい病態があり、特に、被害患者は 8 割が女性という特徴もある。

(5) 一方、米国では、CDC 等がオピオイドを含む依存性薬剤の危険性を警告し、過量服用 (OD) の死亡者統計も公開されている (資料 1)。他方、日本では、適正な診断も被害者の統計もなく、厚労省は、BZD 医薬品添付文書の改訂 (平成 29 年) 及び診療報酬の減算改訂を行い、現在、重篤副作用総合対策検討会で、重篤副作用疾患別対応マニュアル (BZD 受容体作動薬の治療) を検討しているが、副作用の実態及び重篤度の評価が不十分な状況で、大きな改善は期待できない。

(6) 以上より、我が国の医療は、コロナ禍への対応をみても「脆弱」と言わざるを得ず、医療安全の向上のためには、医療事故等の情報及び類似事故の再発防止対策を医療者及び国民への共有化を進めることが必要不可欠であり、専門的に被害者の声を集めて、以下の医療系課題の解決が必須である。

- ① ベンゾジアゼピンを含む向精神薬及び抗精神病薬の副作用の実態調査
- ② 医療事故等の報告制度の見直し
- ③ 我が国特有の精神医療の後進的課題
- ④ 安全工学の視点から医療事故の分析及び再発防止対策の検証
- ⑤ 米国と同等の医学的・薬学的に中立な調査機関の設立
- ⑥ 医療訴訟の公平性を保つ立証責任の転換
- ⑦ 無過失補償制度等の充実



2 我が国の司法が抱える課題

(1) 最高裁判所が資料を公開しているとおりの(資料2、甲66再掲)、我が国における医療訴訟の認容率は一般訴訟の5分の1しかなく、極端に低いことは大きな社会問題として警鐘されている。かかる状況下において、原審及び第1審のあまりにも杜撰かつ公平性及び公正性を欠く司法審理手続きは許し難いものである。その根本的な原因は、司法裁判官は、憲法80条により任期が10年と定められているにも拘らず、ほぼ全員を再任して定年まで雇用を継続しているため、全員が官僚化して裁判所での昇進栄達を望む有様になっていることが原因である。

(2) 官僚裁判官の原因は、憲法80条の「判断する者は公正性及び公正性を保つため任期を10年とする」と定めた憲法の立憲趣旨を踏みにじっていることにあり、事実上、憲法80条は機能しておらず、同条は削除されているにも等しい状態にあり、明らかな憲法違反が司法主体により横行している。一方、先進諸外国では、裁判官は定められた任期で免官され、弁護士や法学者など実社会を経験した人物を裁判官に登用して、司法の公平性及び公正性を確保している。

(3) 以上より、日本の医療事故裁判における被害者原告の認容率が極端に低い原因は司法制度における憲法違反の運用及び司法制度の後進性にあり、憲法80条が定める10年の任期後は全員の裁判官を退官させるべきであり、それにより、原判決及び本件第1審判決のような与党と蜜月関係にある医療界に付度した判決を回避することができ、全国民の人権の保護及び福利への貢献が可能となる。

(4) また、憲法82条は「裁判の対審及び判決は、公開法廷でこれを行ふ。」と定められているが、現在の法廷は、事実上、密室化しており官僚裁判の独断が横行しており、日本には司法を監視する組織はないが、裁判官が密室で何をしても良いということにはならない。したがって、



憲法 8 2 条の立憲趣旨により、全法廷の審理をインターネット中継して、国民に公開すべきである。

(5) 総括

医療行為は最も人道的であるべき行為であり、医療者はその社会的責務がある。医療者が社会的責務を放棄して、一方的に高額な報酬だけを貪ることは許されない。また、一般的に、医療事故において、医療者が「謝罪すれば訴訟で不利になる」として、患者被害者からの謝罪要求を拒む行為は、一層、対立を生じさせ、我が国の医療安全の向上に資することはできない。さらに、近年の類似する医療事故の多発は、医療者による医療事故の報告義務の不履行を放置する司法にも責任がある。

第 4 結論

原判決は、医療法 1 9 条 1 項の応招義務違反の解釈を歪曲し、容易に、相手方以外のその他の医師による患者を選別できる応招義務違反を誘発するものであり、憲法違反及び医師法の解釈の過誤が明らかで、極めて危険、かつ、法の安定を害するものである。その結果、国民の基本的人権（憲法 3 2 条他）及び最優先されるべき医療を受ける患者の利益（医療法 1 条）を損なうものであるため、当然、破棄されるべきである。

第 5 付属資料

- 1 米国の医療分析期間（米国国立衛生研究所：N I H、米国疾病予防管理センター：C D C）によるベンゾジアゼピン系薬剤に起因する死亡事故の統計データ
- 2 地裁民事第一審通常訴訟事件・医事関係訴訟事件の認容率（平成 1 1 年～令和 2 年）【甲 6 6】：最高裁判所の甲 4 5 の 1 の最新版でも、依然、通常訴訟と医事関係訴訟の認容率に大きな乖離がある。 以 上

資料

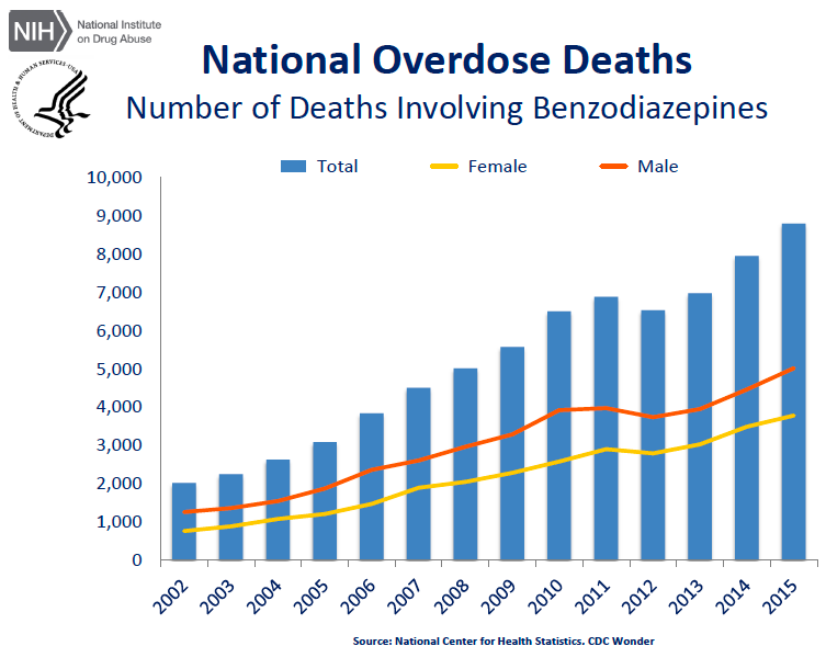


図1 米国国立衛生研究所（NIH）によるベンゾジアゼピンの過剰摂取（OD：オーバードース）の死亡者数の統計 ＜米国は世界第1位のBZD消費国＞

Figure 8. National Drug Overdose Deaths Involving Benzodiazepines, by Opioid Involvement, Number Among All Ages, 1999-2017

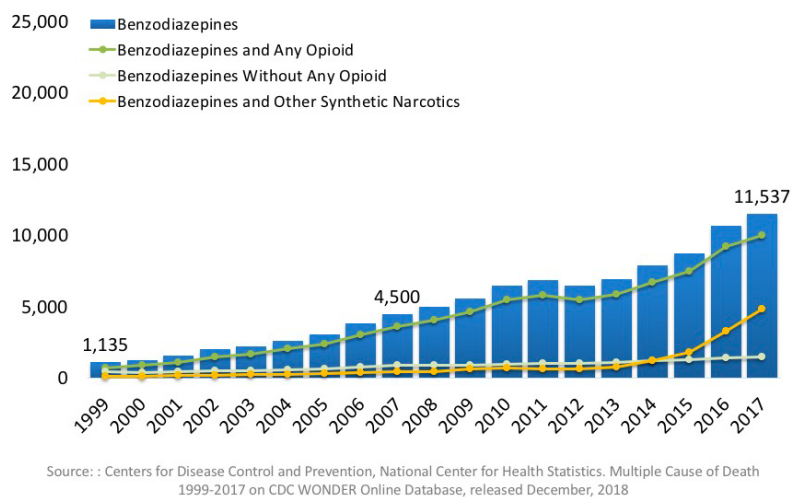


図2 米国疾病予防管理センター（CDC）によるオピオイドが関与するBZDの過剰摂取（OD）による死亡者数の統計。BZDのOD死亡者数は1999年の1135人から2017年には11537人まで増加

3 地裁民事第一審通常訴訟事件・医事関係訴訟事件の認容率

(平成11年～令和2年)

年	区分	通常訴訟		医事関係訴訟
			(うち人証調べ実施)	
平成11年		86.1%	69.9%	30.4%
平成12年		85.2%	68.7%	46.9%
平成13年		85.3%	68.7%	38.3%
平成14年		84.9%	68.2%	38.6%
平成15年		85.2%	68.7%	44.3%
平成16年		84.1%	67.4%	39.5%
平成17年		83.4%	65.4%	37.6%
平成18年		82.4%	63.5%	35.1%
平成19年		83.5%	63.8%	37.8%
平成20年		84.2%	62.4%	26.7%
平成21年		85.3%	62.5%	25.3%
平成22年		87.6%	62.3%	20.2%
平成23年		84.8%	62.5%	25.4%
平成24年		84.4%	62.5%	22.6%
平成25年		83.6%	62.2%	24.7%
平成26年		83.7%	62.2%	20.4%
平成27年		83.3%	60.6%	20.6%
平成28年		80.0%	61.5%	17.6%
平成29年		84.9%	61.4%	20.5%
平成30年		85.5%	61.4%	18.5%
平成31年 令和元年		85.9%	61.9%	17.0%
令和2年		86.7%	61.0%	22.2%

(注)1 認容率とは、判決総数に対して認容(一部認容を含む。)件数の占める割合である。

2 地裁民事第一審通常訴訟事件は、地方裁判所の医事関係訴訟事件も含む。

3 医事関係訴訟事件の認容率は、平成16年までは地方裁判所及び簡易裁判所の事件、平成17年以降は地方裁判所の事件をそれぞれ基礎としている。

4 本表の基礎となる事件数のうち、平成16年までの医事関係訴訟の事件数は、各庁からの報告に基づくものであり、概数である。

5 令和2年の数値は、速報値である。