

虚偽内容の障害診断書を作成した医師の賠償責任

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

本件は、生命保険会社であるA社が、O医師に対して、Bについて虚偽内容の障害診断書を作成したと主張して損害賠償請求した事案である。これは、いわゆる和歌山毒カレー被告事件がらみのもので、同事件の被告人Cの夫Bによる保険金詐欺被告事件に関連した民事訴訟である。

保険契約者(被保険者)であるBは、実際には負っていない高度障害を負ったとして、O医師が作成したA社宛の内容虚偽の障害診断書をA社に提出し、高度障害保険金を請求、詐取した。A社は、Bが高度障害を負っていないことを認識しながら虚偽内容の診断書を作成・交付したO医師の行為が保険金詐取の幫助に当たるとして、O医師に対し、Bに支払った保険金相当額5,000万円につき損害賠償請求した。これに対し、裁判所は、5,000万円全額についてO医師の賠償責任を認めた。

キーワード：虚偽の診断書、詐病、高度障害、保険金詐欺

判決日：大阪地方裁判所堺支部平成14年4月26日判決

結論：請求認容

【事実経過】

年月日	詳細内容
平成6年 4月1日	A社は、Bとの間で本件保険契約を締結した。同契約では、「両上肢とも手関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの」、「両下肢とも足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの」は、高度障害状態に該当するものとされており、被保険者に対して高度障害保険金が支払われることになっていた。
平成9年 4月4日	Bは、手足の痛みと脱力を訴えて大学付属のH病院の神経内科を受診し、P教授の診察を受けた。P教授は、Bについて多発神経炎と診断して入院させた。その後、P教授は、Bが大学総長の関係者から紹介を受けた患者であった旨述べたことから、H病

院の医事課の職員に確認したところ、総長の紹介で既に個室の病室を確保した旨の回答を得たことから、大学院生であったQ医師に加え、通常は入院患者の主治医とはならない神経内科の医局長であったO医師を主治医として選任した。

O医師は、Bの入院後、多発神経炎の原因を究明するため、Bに対して筋力検査、CBC検査(血液検査)、血清検査等の諸検査を実施した。筋力検査では、頸前屈が筋力5、肩甲、大胸、三角、上腕二頭、上腕三頭筋が筋力4、手根伸、手根屈が筋力3、腸腰、大腿四頭筋、大腿内転、大腿外転が筋力2、小指球、骨間が筋力2ないし1、前頸骨、足指伸、腓腹・ヒラメが筋力1ないし2であり、握力は0kgであった。また、末梢神経伝導速度の検査で

	は、後頸骨神経及び腓骨神経のいずれも全く機能しておらず、上肢については、感覚神経及び運動神経の振幅及び伝導速度がいずれも低いことが判明した。
4月7日	O医師は、諸検査の結果、多発神経炎の原因を特定することはできなかったが、慢性炎症性脱髄性多発神経炎の疑いが濃厚であると判断し、治療方法としては副腎皮質ホルモン剤であるステロイドの集中投薬を実施するのが適当と判断した。
4月9日	神経内科の医局員らによって構成される医局会において、ステロイドの集中投薬治療を採用する旨決定された。
4月28日	O医師は、Bに対して筋力検査を実施し、その結果、運動神経障害が若干改善した印象を受けた。また、筋力については、手根屈、手根伸、左大腿四頭筋及び左大腿屈筋の評価がいずれも3から3+に改善した。
5月6日	Bは介助なしで朝食及び昼食を全て摂取することができた。また、Bは屈伸運動を自分で行うことができた。 医局会において、Bの治療方針をステロイドの集中投薬治療から血漿交換治療(免疫吸着治療)に変更にする旨決定された。
5月28日	医局会の決定により、Bに対し、DFPP(フィルターを1枚から2枚に増やす免疫吸着治療)が実施された。
6月2日	Bは臥位から座位に体位を変えることが可能となったことから、O医師は、Bの体幹に近い部分の筋力が少し回復したと判断した。
6月5日	Bは、H病院整形外科のR医師の診察を受け、翌6日からリハビリテーションを開始した。
6月13日	Bは、箸を用いて、自力で食事を全量摂取することができた。
6月16日	Bに深部腱反射は認められなかったが、握力検査の結果、右手が10kg、左手が9.5kgであった。

	また、Bは自力で立位に体位を変えることができた。
6月28日	Bは立位訓練の際、約30秒間、立位を保持することを2回することができた。
6月30日	Bは、リハビリ室で約30m歩行することができた。
7月9日	Bは松葉杖一本での歩行が可能となった。
7月11日	Bはほぼ自力で入浴することが可能となった。
7月17日	H病院整形外科のS医師が、Bの身体障害者診断書・意見書を作成した。 同書面では、握力が右手1kg、左手2kg、動作・活動については、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 立つ(手すり、壁、杖、松葉杖、義肢、装具) ・ 排泄のあと始末をする ・ コップで水を飲む ・ シャツを着て脱ぐ ・ ズボンをはいて脱ぐ(自助具) ・ ブラッシで歯をみがく(自助具) ・ 顔を洗いタオルで拭く ・ タオルを絞る ・ 背中を洗う ・ 二階まで階段を上がって降りる(手すり、杖、松葉杖) ・ 屋外を移動する(家の周辺程度)(杖、松葉杖、車椅子) ・ 公共の乗物を利用する に×が付されており、筋力テストでは、肩、肘、前腕、手、中手指節、近位指筋で△、股、膝及び足の筋力は×とされていた。そして、障害の程度が身体障害者福祉法別表に掲げる障害の1級相当であるとの意見が付されていた。
7月18日	Bは、入浴の際、浴槽に介助なしで入ることができた。
7月28日	Bは松葉杖で約200mを歩行することができた。
7月31日	Bに対して握力検査が実施された結果、右手が12kg、左手が

	14kgであった。
8月29日	O医師は、Bに対し、退院を許可した。 末梢神経伝導検査を実施したところ、正中神経の運動神経は遠位潜時3.96m毎秒(正常値は3.32m毎秒)、伝達速度は47.6m毎秒(正常値は40ないし60m毎秒)、振幅が2.637mv(正常値は5ないし10mv)であった。また、Bは、リハビリの最中、ロフトランド杖を用いて階段の昇降等の訓練をした。
8月30日	Bは、Cに付き添われて、H病院を退院した。
9月9日	Bは車椅子に乗ってO医師の診察室に入室し、Cが、O医師に対し、障害診断書の用紙を手渡し、作成を依頼した。 O医師が、Bに対し、退院後の状況を尋ねたところ、Bは週3回リハビリのためにH病院に通院していること、車椅子に乗って診察に来たのは歩行できなくなったためであることを告げた。 O医師は、Bの四肢の状態を確認するために、Bに対し、四肢を動かすように指示した。しかし、Bは、下肢については腰を使ってほんの少しだけ浮かしたただけであり、上肢についても、肩は動かすことができず、手を少し動かしたただけであった。また、握力検査においても、Bは握力計を握ることができなかった。 上記の各検査を終えたところ、Cは、O医師に対し、障害診断書に介護者が必要である旨記載するように依頼した。O医師は、Cに対し、介護者が必要である旨記載することを了解し、16日に本件診断書を受け取りに来るように告げた。 なお、O医師は、Bに対し、従前と同内容の28日分の投薬処方をしたのみで、特段、検査入院等を勧めなかった。
9月16日	Cは、H病院に赴き、本件診断書

	を受け取った。 本件診断書には、「4. 傷病名」として「慢性炎症性脱髄性多発神経炎」と記載され、「14. 今回の受傷から初診までの経過、初診時の主訴・所見およびその後の経過、障害状態の詳細」として「H9.2.20頃～四肢運動障害、知覚障害が進行し、寝たきり状態となった。治療とリハビリにより(やや)軽快した。」(なお、上記(やや)の部分は、BあるいはCが加筆した記載である。)との記載がなされ、「19. 中枢神経系または精神の障害(脊髄損傷を含む)・胸腹部臓器の著しい障害」の項目については、「A 食物の摂取」欄につき「ウ 自分では困難」、「B 排便・排尿」欄につき「ウ 特別の器具により、自力で排せつできるが、あとしまつは自力で不能」、「C 衣服着脱・起居・歩行・入浴」欄につき「エ ねがえり・ベッド上の小移動のみ自力で可能」にそれぞれ丸印が付されている。 また、「21. 運動麻痺・欠損・短縮」には、運動麻痺の項目に丸印が付された上、人体図の四肢の全てに斜線が引かれており、「24. その他の障害状態の有・無」には「上・下肢ともに筋力は0～1/5、握力0kg、振動覚0秒」、「25. 回復の可能性と症状の固定についての意見」には、「運動障害と知覚障害は、高度に残存している。介護者が必要である。」、「症状の固定時期 9年8月30日頃」と記載されている。なお、本件診断書の「21. 運動麻痺・欠損・短縮」の記載欄には、注意書きとして、「四肢の完全運動麻痺の場合は、その部位を斜線で示してください。」との記載がある。 「22. 手指・足指の運動障害」、「23. 四肢関節の運動障害」については、それぞれ「運動障害」の
--	---

	箇所丸印が付けられていた。「22. 手指・足指の運動障害」については、左右の各手指及び各足指につきそれぞれ伸展度及び屈曲度の記入欄があり、「23. 四肢関節の運動障害」についても、関節部位と伸展度及び屈曲度、内転度及び外転度、内旋度及び外旋度の記入欄があるが、いずれの記入欄についても何らの記載もなされていない。
11月12日ころ	Bは、Cと共謀の上、本件診断書を添えて、「慢性炎症性脱髄性多発神経炎」により、四肢が完全運動麻痺になった(用を全く永久に失った)として、A社に対し、高度障害保険金の請求を行った。
11月18日	A社は、Bに対し、本件保険金5,000万円を支払った。
平成10年11月6日、同10日	O医師は、検察官から事情聴取を受け、それぞれ、同日付けで作成された供述調書に署名・押印した。
平成11年7月21日	A社は、B及びCを共同被告として、共同不法行為等を理由に、5,000万円の支払を求める訴えを和歌山地方裁判所に提起したところ、同事件の第一回口頭弁論期日において、Bらは、いずれもA社の請求を認諾した。
平成12年10月20日	和歌山地方裁判所は、Bに対し、A社に対する保険金詐欺等の事実を認定の上、懲役6年の実刑判決を言い渡した。

【争点】

被告の責任(不法行為に基づく損害賠償責任)の有無

【裁判所の判断】

1. Bによる詐病の認識の有無について

Bは6月13日、箸を用いて自力で食事を全量摂取することができたこと、7月11日ころ、ほぼ自力で入浴することが可能となったこと、同月31日の握力検査の際、右手が12kg、左手が14kgであったこと、同年8月29日のリハビリの際には、ロフトランド杖を用い

て階段の昇降等の訓練をしていることが認められ、H病院の退院時である8月30日の時点においても、Bの状態がこれらと同様の状態かより改善した状態であったと推認されるどころ、同日からわずか10日しか経過していない同年9月9日の時点において、Bの状態が四肢をほとんど動かすことができない状態まで悪化したというのは通常では考え難い事態であるというべきである。これに加え、O医師が、Bの詐欺被疑事件における検察官に対する供述調書において、9月9日の診察時に、わずか10日ほどで四肢をほとんど動かすことができないまでにBの症状が後退することはほとんどありえないと考え、Bの訴える前記症状は詐病であると思った旨及び本件診断書を作成した当時、既にH病院整形外科の医師により身体障害の等級認定のためBの障害が身体障害者福祉法別表に掲げる障害の1級相当である旨の意見が出されており、立場上、同医師による上記意見を覆すような内容の診断書を作成することはできなかった旨述べていることを併せ考慮すると、O医師は、9月9日の診察時にBの訴える症状が詐病によるものであることを認識しつつ、本件診断書を作成したと認められる。

2. 保険金請求の認識について

診断書の宛名が保険会社となっていたこと等を考慮すると、O医師は、本件診断書が高度障害に関する保険金の請求に用いられることを認識していたと認められる。

3. 総括

O医師は、9月9日当時、Bの訴える症状が詐病によるものであることを認識しつつ、真実のBの状態とは異なる内容の本件診断書を作成し、本件診断書がBらによって、A社に対する高度障害に関する保険金の請求に用いられることを認識しつつこれを交付したのであるから、その結果として、A社が保険金の支払をすることにより損害を被ることを予見得たというべきであるので、O医師が本件診断書を作成の上、これを交付したことが民法709条の不法行為

を構成することは明らかである。

【コメント】

1. 不法行為に基づく損害賠償責任

本件判決は、O医師には、A社がBに対して支払った保険金相当額の5,000万円全額について損害賠償責任があると判断した。BがA社に対して行った行為は、明らかな詐欺行為である。そして、O医師は、BがA社に対して詐欺を行うことを認識しつつ、真実とは異なる内容の診断書を作成、交付したのであるから、A社が保険金を支払って損害を被ることを予見できたというべきと裁判所は認定し、請求を認容している。

もっとも、保険金を受領したのはBであることからすると、何ら利益を得ていないO医師が保険金相当額について損害賠償責任を負うとの判断は、酷に思われるかもしれない。

しかし、A社の損害を予見できたにもかかわらず、真実とは異なる内容の診断書を作成、交付するという不適切な行為を行った以上、原則として、損害額全額について賠償責任を負うのが法の建前とされている。不法行為に基づく損害賠償責任においては、賠償責任を負う全ての加害者は、その役割の大小にかかわらず損害額全額の賠償責任を負うこととなっており、そのことにより被害者の救済が図られている（役割の大小に応じた調整は、被害者への賠償がなされた後、加害者間でなされるべきとされている）。

そのため、O医師は、A社が被った損害額全額について、賠償責任を負うことになった。

2. 診断書作成に関する法規制

診断書の作成に関しては、医師法及び刑法に規定がある。

医師法では、診察をした医師が診断書の交付を請求された場合に、正当の事由がなければその交付を拒んではならないとする定め（19条2項）や、自ら診察しないで診断書を交付してはならないとする定め（20条）があり、20条違反に対する罰則として50

万円以下の罰金刑が定められている（33条の2第1号）。

刑法では、「医師が公務所に提出すべき診断書、検案書又は死亡証書に虚偽の記載」をすることについて、3年以下の禁錮刑又は30万円以下の罰金刑に処するとされているが（虚偽診断書等作成罪、刑法160条）、その対象となるのは「公務所に提出すべき」診断書等に限られていることから、虚偽内容の診断書を作成することが直ちに犯罪に該当するわけではない。しかしながら、例えば、本件のように虚偽の診断書が詐欺に用いられた場合には、詐欺に用いられることを知って診断書を作成した医師も詐欺罪の共犯となり得るので注意が必要である。

3. 虚偽診断書が作成される背景

推測するに、本件では、患者が大学総長の関係者から紹介を受けた者であるとして、特別にO医師が主治医となったという事情や、O医師が診断書を作成するに先立ち、整形外科医師が身体障害者1級相当との診断書を作成しており、これに抵触するような診断書を作成しにくかったという事情、あるいは、患者なり患者家族なりの強烈的な性格を見て、面倒を避けようという思いがあって、患者の詐病に従った内容の診断書を作成してしまったものと思われる。

また、本件以外でも、各種の診断書において、患者の利益を考えて実際よりも重い症状が記載されているのではないかとと思われる例や、内容を検討することなく患者の主訴をそのまま記載したのではないかとと思われる例が散見される。

しかしながら、医療の専門家である医師に対する公の信頼を保持するためには、虚偽内容の診断書を作成するようなことは厳に慎まなければならない。

また、虚偽診断書を作成したことに関する損害賠償責任は、過失ある医療行為によって患者に身体障害を生じさせたものではないため、医師賠償責任保険の対象にならず、医師が自己負担しなければならない。本件でいえば、O医師は、5,000万円を自己負担しなければならない。かかる経済的観点からも、

診断書に記載する内容について安易に考えてはならないというべきであろう。

【参考文献】

判例時報1798号103頁

【メディカルオンラインの関連文献】

- (1) [末梢神経の治療の進歩**](#)
- (2) [多発性神経炎***](#)
- (3) [虚偽性障害と詐病**](#)
- (4) [医師賠償責任保険に関する注意点**](#)
- (5) [慢性炎症性脱髄性多発神経炎の臨床像—その具体的事例と治療—**](#)
- (6) [身体障害者診断書・意見書,年金診断書**](#)
- (7) [末梢神経障害\(CIDPを含む\)**](#)
- (8) [鑑定書・意見書について考える***](#)
- (9) [意見書を書くときの注意**](#)
- (10) [主要文書の記載要領**](#)

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。