研究ノート

韓国における医療被害救済制度の実情

―新医療紛争解決制度調査報告―

李　　庸吉

Ⅰ　はじめに
Ⅱ　ソウル峨山（アサン）病院
1. 病院の概要
2. アサン病院における患者安全管理
3. 医療紛争業務について
Ⅲ　韓国患者団体連合会
1. 韓国患者団体連合会とは
2. 合同研究会（懇談会）でのディスカッションを通じて
Ⅳ　インチョン（仁川）地方法院医療専担裁判部
1. 韓国の法院における医療専担裁判部とその現況
2. 医療専担裁判部における審理の特徴
Ⅴ　韓国医療紛争調停仲裁院
1. 概要
2. 現在の運用状況
3. 医療事故鑑定団と鑑定業務について
4. 調停委員会の構成と調停業務について
5. 無過失補償制度
Ⅵ　おわりに

Ⅰ　はじめに

韓国においては、2012年4月8日より医療紛争解決のための新たな制度が幕を開け、それに伴い、行政主導で設立された機関として、韓国医療紛争調停仲裁院が産声を上げた。この制度は、2011年4月7日に公布された「医療事故被害救済及び医療紛争調停等に関する法律」[1]の施行によるものであ

1　本法の立法経緯と概要、条文訳については、拙稿「韓国における『医療事故被害救済及び医療紛争調停等に関する法律』」龍谷法学44巻3号327頁以下参照。

る。

筆者は、去る2012年10月18日、19日の両日、新たに創設された医療調停仲裁制度をはじめとした韓国における医療事情ならびに医療紛争処理に関する制度の調査・視察を目的とした、「医療事故調査制度視察団」の一員として訪韓の機会を得た。当視察団は、医療事故調査制度に関心を持つ法律家や市民によって構成された任意団体で、医療被害者の代理人として仕事に従事する弁護士、医療被害者（その家族）、法学研究者らが参加した[2]。

この間、ソウル峨山（アサン）病院、韓国患者団体連合会、韓国医療紛争調停仲裁院、仁川地方裁判所医療専担裁判部を訪問したので、以下、その概要並びに新たに創設された韓国医療紛争調停仲裁院の現況につき報告する。

Ⅱ　ソウル峨山（アサン）病院

（＊訪問：2012年10月18日）

1. 病院の概要

1989年に開設されたソウル峨山（アサン）病院（以下「アサン病院」と称する）は、アサン社会福祉財団[3]傘下の8つの病院の中の主幹病院であるが、2680床と韓国内では最大、アジアで2番目の規模を誇る。

ここで働く職員は、医師1535人、看護師約3,000人をはじめ約8,000人、平均外来患者は約1万人/日、入院約2500人/日、救急患者268/日で、研究・教育にも力を入れており、設立20余年で急成長を遂げ、韓国屈指の病院の

2　調査団の構成は、市民団体から3名、弁護士8名、法学研究者3名の計14名である。

3　アサン社会福祉財団は、「現代グループ」会長チョン・ヂュヨン氏により1977年に設立され、医療事業、社会福祉事業、奨学事業、学術研究事業等を展開している。

1つとなっている。



ソウル峨山（アサン）病院概観

2. アサン病院における患者安全管理[4]

(1) PI室の設置

アサン病院では、患者安全管理体系の一環として、PI（Performance Improvement）チームが創設されており、各部署で問題が発見された場合には、全ての問題がPI室に報告されるシステムになっている。

PI室が誕生したのは1993年で、室長（1名：医師）、副室長（1名：医師）、医師である教授（2名）、看護師（9名）、法律系出身者（1名）でチームが構成されている。

損害が大きな事件などについて、有責かどうかのケース判断をクリニカル教授3名が判断し、それに基づいて、法律系職員が訴訟にするか、示談解決をするか、金額をどうするかなどを判定し、訴訟になった場合は、裁

4　このパートにおける本文の内容並びに図表に関しては、アサン病院PIチームイ・スンギョ氏よりご提示いただいた資料及び説明に依拠。

判準備と列席をするということになる。

(2) 自発的報告と患者安全管理

上に述べたように、アサン病院では診療過程の中で予期せず発生した、患者の安全を脅かす、望ましくないすべての事例がPI室に報告されることになっているが、各部署と診療科ごとに患者安全担当マネージャーとクリニカル・インプルーブメント・パフォーマンスの教授が配属されていて問題の分析を行い、報告がなされる。

自発的報告が最も多く、他に患者の声、医療紛争資料の分析、スクリーニング・システム（死亡ケース、再手術ケース、再入院ケース等）[5]が報告の端緒となっており、あがってきた報告事例に関しては、[図表1]のように、危険度によってレベル0からレベル4までの5段階に分類がなされている。

もしレベル3（回復のために重要な手術などが必要）以上の事件が発生した場合、「赤信号事件」[6]として取扱い、直ちに「赤信号事件会議」が召集される。その目的は個人の非難や責任追及のためではなく、病院のプロセスにどのような欠陥があるか等の原因を分析しフィードバックをすることで今後の医療安全に役立てることにある。レベル2の事例も毎週行われる会議を通してこれを分析し、対策を講じることになっており、そしてこ

5　巨大病院なだけにどこでどのような事象が起こるか出向いてチェックするのは不可能で、また自発的報告だけではすべて集めるのも困難なため、基本的に重大事例、つまりすべての死亡、またハイリスクなもの等、問題が起こりやすいと判断されるものや退院後30日以内に再入院となったものなどのケースがスクリーニングの対象となっている。

6　赤信号事件とは、患者の疾患または基礎疾患の自然な経過と無関係な予期できない死亡、または身体機能の永久的損失をもたらす事例、あるいは患者安全事例の結果と無関係な次の各事件を含む。①他の患者、他の部位、誤った手順による手術や施術、②手術及び施術後の異物残留、③他の患者、他の血液型の輸血、④高濃縮電解質の投与ミス、⑤抗生剤投与ミス、⑥治療的放射線照射（Irradiation）ミス、⑦精神健康医学科安定病棟での自殺、⑧幼児誘拐、他人への幼児引渡し

れらは3か月に一度、副院長に報告（重要な案件については院長に報告）する体制も整っている。

［図表1］患者安全報告事例管理のための分類

レベル	程　　度
Level 0	無危害
Level 1	簡単な仲裁・治療を要する危害（Minor harm）がある場合
Level 2	危害（Major harm）が発生し、集中的な治療・手術が必要
Level 3	永久的な損傷（障害）に到達
Level 4	死亡

PIチームのイ・スンギョ氏によれば、現在週に約250件（約1,000件/月）[7]の報告があるが、レベル3〜4に値するものが月に1件程度で、上述したような取り組みが行われており、また、週に150件程度がレベル0〜1で、この場合、個別分析はしないが、データを集積し、どのような傾向があるのかをチェックし、一定のデータ量が集まると院内の専門のセンター（教育開発センター、糖尿病センター、感染管理室、薬剤師委員会、医療情報室等）と連携してフィードバックを行い改善経路の樹立に役立てるようにしているということである。

そして自発的報告活性化のための取り組みとして、非難・問責の文化（culture of blame）から安全の文化（culture of safety）への転換をはかるべく数年の努力（文化を変えるための努力）を要してきたとされており、具体的には、①恐れを減らす（人事上の不利益を加えないことはもちろんのこと、報告をすることを上の者が奨励する）、②信頼の形成、③知識の

7　医師からの報告はさほど活性化されておらず、月に10〜15件くらいになっており、この克服が今課題となっており、より円滑な報告がなされるよう近々研修等が予定されているとのことであった。

共有、④報告に対する感謝のフィードバック（即時）、⑤現場訪問及び事例分析等があげられる。

また、1年に1度「患者安全の日」を設け、実際に報告があったことにつき、「このように解決した」という事例をフィードバックする等、患者安全セミナーを通じた学習及び情報の共有にも努めているということであった。

3. 医療紛争業務について[8]

(1) 韓国における医療紛争の現況

韓国では年間約2万件の医療紛争が発生していると推定されており、61.3%の開業医が紛争経験を有するとされる。韓国内の医療紛争の解決形態であるが、[図表2]が示すように和解（示談）が69.5%、民事訴訟が2.7%、行政処分が2.6%、刑事訴訟が25.2%[9]という統計がある。

［図表2］医療紛争解決形態（韓国生産性本部[10]資料）

区分	和解（示談）	民事訴訟	行政処分	刑事告訴
比率	69.5%	2.7%	2.6%	25.2%

上に示す[図表2]に示された統計は、韓国全土に関するものであるが、アサン病院では当事者間の和解は90%以上になっており、刑事訴訟に至るものは1%にも満たない状況であるとのことで、院内の取り組みが功を奏している面が大いにあるものと見受けられる。

パク氏によると、医療紛争の増加している原因としては、[図表3]にあ

8　このパートにおける内容と図表は、院務チーム パク・チョルワン氏の提示資料及び説明に依拠。

9　韓国では、まず刑事告訴して捜査資料を民事訴訟での証拠として利用することもみられるようである。

10　http://www.kpc.or.kr/apo/state_sum.asp

るように、国民医療保険実施による受診機会拡大、1990年代に入って患者の権利意識の高揚と市民団体の運動が活発したことに加え、医療技術の発展に伴い国民の医療に対する期待水準も上昇いている点も指摘され、たとえば、アサン病院では肝臓移植の成績がよく、術後の生存率が98％を誇るだけに、もし死亡に至った場合は、医療ミスによるものではないかと疑心暗鬼に陥るといった現象が見られるようである。

［図表3］医療紛争増加原因（アサン病院 院務チーム）

①全国民医療保険実施による受診機会の拡大
②国民の権利意識の向上（分野別市民団体の活発な活動）
③医療技術発展による期待水準上昇
④構造的矛盾（医療伝達体系、医療費の不合理性）
⑤一般人の医療情報アクセス機会の拡大
⑥合理的医療紛争解決制度及び社会保障制度未整備
⑦大法院判決を通じた立証責任転換などの導入

またインターネットの導入で医療の情報にアクセスしやすくなった点や、合理的医療紛争解決制度と社会保障制度が未整備である点、90年代半ばの大法院判決を通じた立証責任の転換などの導入が図られた点[11]もその要因として考えられるという。

また最近の特徴として、高難度手術を要する重症度が高い患者による異議提起の増加に加えて異議提起経路の多様化、紛争解決の長期化傾向といった点が見られるとのことであった。

11　立証責任に関する韓国の判例は、1990年代に入りその態度に変化が見られ、注目すべき大法院判決（대법원1995.2.10.선고93다52402판결, 대법원1995.3.10.선고94다39567판결など）も登場し、実質的に立証責任の転換が図られたとの見方もあるようであるが、この問題に関しては、本稿においては立ち入らず、別稿において詳述することにしたい。

(2) 訴訟に至る理由とアサン病院での取り組み

パク氏によれば、紛争が訴訟に発展する理由としては、大きく2つのケースがあるという。つまり、①過失の認識に関する温度差と、②賠償金の額に関する温度差である。

①については、すでに上にも述べているが、②に関して付言すると、示談交渉の中で、示談金の額、賠償基準に関して「理解いただけない実情」があるという話で、たとえば韓国の裁判での慰謝料の基準は大体8,000万ウォンが上限というところ、それをはるかに超える億単位の額を要求されるような場合には訴訟で解決を図る方向に向かわざるを得ないということである。

アサン病院が訴えられたケースとしては、現在（2012年10月18日現在）15件の訴訟が進行中であるが、患者相談室を作り、隠さずにしっかりと説明をするようにすることでかつては60件くらいあった訴訟件数が今は4分の1になったということである。

アサン病院では、院内紛争処理フローがよく整っていて、スクリーニングを通じて紛争の早期発見・早期解決に努めるのみならず、類似の紛争が再発生しないよう職員の教育・事例の研究などを通じて予防体系の構築がなされている。

(3) 新しい紛争解決制度について

アサン病院では、実際、新しい医療紛争調停制度を2件につき利用したが、結果的に調停は不成立ということであった。しかしながら、パク氏は、悪くない制度であるとの認識を示された。なぜならば、裁判だと2年くらいの時間を費やすのみならず、高額の費用もかかるため、誰でも利用しやすい制度があることはよいことであると評価する一方で、①財源を確保するために病院に資金提供を要求する点（産科無過失補償）、②過失がない場合でも慰謝料の支払を求められることもある点、③病院側が応諾

し、参与しなければ手続は進行しない点等の問題点も指摘された。

(4) アサン病院の姿勢と原則

すでにみたように、アサン病院では患者相談室を設けており、相談スキル、医療関連の法律知識などを身につけた4人の相談スタッフが業務にあたっているが、おおよそ1週間に200件の相談があり、土日も含め対応している。

また、必要に応じて、直接治療に関わった医師や看護師にも説明してもらうような体制作りをしており、回数は特に制限なく納得してもらえるまで繰り返し説明するようにしている。

また、有害事象が生じた場合、重大な医療過失については認めて謝罪するということを原則としている。多くの場合は、謝罪というよりは、理解の程度に温度差があるので、説明をしっかり行い理解を促すようにしているとのことであるが、要は、患者とその家族にありのままの事実を報告し、その上で「最善を尽くします」という姿勢を連ねるようにしており、医療安全に対する対策が非常によく講じられているというのが印象的であった。



モニター室（ここでさまざまな患者情報を一元管理している）

Ⅲ　韓国患者団体連合会

（＊訪問：2012年10月18日）

1. 韓国患者団体連合会とは

韓国患者団体連合会は、2010年2月4日に創立された患者団体で、韓国において患者中心の保健医療環境を醸成するために疾病、理念、国境を越え、患者の福祉・権利増進運動を展開する患者団体連合体である。

基本事業としては、①闘病支援事業（医薬品・治療材料等保険給付拡大運動、臓器・組織・造血母細胞寄贈活性化活動、疾患別患者の目線に合わせた闘病情報提供）、②政策改善事業（患者中心の保健医療政策開発、患者差別法令及び制度改善運動、保健医療制度RECALL請願運動）、③権益増進事業（患者権利増進及び認識転換キャンペーン進行、患者権利の日行事やコンサート等開催）、④交流協力事業（連合医学セミナー、キャンプ、「いい患者団体づくり」セミナー等開催、国際患者団体連帯活動）を展開している。

また、当連合会は韓国医療紛争調停仲裁院にも積極的に参与し、発言権も有している。



韓国患者団体連合会との合同研究会（懇談会）風景



韓国患者団体連合会の方々

2. 合同研究会（懇談会）でのディスカッションを通じて

(1) 新制度について

立法過程では、医療側、患者側、保険側が参与して論議を重ねたが、一番重視した点は、安価で患者が利用しやすくすることであった。そういった点で、医療紛争調停法に基づく新制度は、何よりも廉価であること、そして迅速性とさらには専門性と公正性を兼ね備えており、患者側にとっては役に立つものになったと評価しうるとしている。

ただ、患者側の弁護士の立場からすると、新制度ができたことで、将来的に仕事の減少という点からの不安、現に依頼件数は減少しているという現象もあるにはあるが、相談者にはまず医療紛争調停仲裁院に相談するようアドバイスしているとのことである。

(2) 問題点と展望

上述のように新制度は患者側には役に立つ制度であると見受けられる反面、問題点としては、まず、医療被害者により申請がなされた場合、被申

請人に申請書が到達後14日以内に応諾がなければ却下となる点で、これは既存の韓国消費者院の場合、職権で調査ができる点との大きな違いでもある。

もう一点は保険会社との問題で、保険会社が応じなければ、やはり手続きの進行とはならない点が指摘された。さらには、鑑定書が刑事事件に援用されるかもしれないということ、医療紛争調停仲裁院の医療事故鑑定団（Ⅴ-3にて詳述）に現職の検察官が入っているという点も医療側の不安要素となっていることに加え、新たに選ばれた大韓医師協会の会長がこの制度に肯定的ではない立場であることも影響してか、現に医療機関側が応じたのは半数にも満たない程度で、当初の予想ほど活性化されていないと感じており、今後うまく定着するか疑問があるという見解も見られた。

患者側を擁護する弁護士からみて、この制度がどのようになるか予測できかねるところもあるが、患者側代表として医療事故鑑定団（非常任委員）に加わっているチョン弁護士は、今までのところ鑑定団の医師は公正に意見を言っていると感じており、また常任鑑定委員は非常任鑑定委員の意見をよく聞き、鑑定会議の進行が行われている点から、鑑定に関しては、客観的かつ公正な鑑定が行われているといえ、立証責任の問題が医療紛争調停法の立法過程において最も紛糾した問題の一つであったことからすると、この点は評価でき、今後も信頼と期待を寄せるに値するかも知れないということである。

Ⅳ　インチョン（仁川）地方法院医療専担裁判部

（＊訪問：2012年10月19日）

1. 韓国の法院における医療専担裁判部とその現況

韓国においては、近年医療訴訟が爆発的ともいえるほどの増加傾向を示し、大きな社会問題となっていることもあって、事件を可及的迅速かつ適

正に処理し、また裁判の質を向上させ、司法需要者により改善された司法サービスを提供するために、事件処理においては、医療分野に対する専門知識と経験を備えた医療専担裁判部を運営している。

[図表4]に示すように、まずソウル中央地方法院第15民事部に「医療専担部」が登場したのを皮切りに[12]、現在、主要都市の3つの高等法院と14の地方法院において医療専担裁判部が設置されるにいたり、医療訴訟事件は専らこの医療専担裁判部で審理がなされている。

この度、インチョン地方法院よりご提供いただいた情報によると、2011年度においては[図表4]が示すように全国の地方法院では666件、高等法院で212件の事件処理が行われている。

12　以前筆者が調べたところによると、ソウル中央地方法院にはじめて医療専担裁判部が登場したのが、1991年9月ということであったが（たとえば、박영호, 의료분쟁과법, 법률정보센타,2005,P108）、今回インチョン地方法院でご提供いただいた上記情報（[図表4]）によると、それより若干早い1990年3月1日となっている。いずれにせよ、日本において東京地裁（第14・30・34・35民事部）と大阪地裁（第17・19民事部）に医療集中部が設けられたのが2001年4月であるので、日本より10年以上先行して設けられたことになる。

［図表4］法院の医療専担裁判部運営現況

医療専担裁判部運営現況（2011年度）			
法　院	裁 判 部	運営開始	処理件数
ソウル高等法院	第9，17民事部	1996．3.1	147
テ グ 高等法院	第3民事部	2004．2.1	51
プサン高等法院	第2民事部	1998．3.16	14
ソウル中央地方法院	第15民事部	1990．3.1	124
	第18民事部	2003．2.19	
	民事39単独	2002．8.19	170
	民事40単独	1995．10.1	
ソウル東部地方法院	第13民事部	2006．6.1	28
ソウル南部地方法院	第12民事部，民事3単独	2005．11.4	49
ソウル北部地方法院	第12民事部	2007．2.21	32
	民事7単独	2010．2.22	
ソウル西部地方法院	第12民事部	2008．3.10	29
	民事7単独	2009．2.23	22
ウィジョンブ地方法院	第12民事部	2006．2.20	7
インチョン地方法院	第16民事部（現17民事部）	2006．6.21	20
	民事3単独	2006．6.21	27
スウォン地方法院	第7民事部	2006．2.20	12
テジョン地方法院	第12民事部，民事16単独	1996．3.1	34
チョンジュ地方法院	民事3単独	2006．10.1	9
テ グ 地方法院	第11民事部，民事12単独	2001．11.1	41
プサン地方法院	民事3単独	2006．2.17	37
チャンウォン地方法院	第5民事部	2006．3.1	8
クァンジュ地方法院	第5民事部	2005．2.21	17

2. 医療専担裁判部における審理の特徴

(1) 医療専担裁判部における基本的な審理進行について

我々が訪問したインチョン地方法院では、現在、第17民事部が医療専担裁判部となっているが[13]、ここにおいては、まず訴訟の初期段階に被告である医師側に診療経過表を提出してもらい、それに対し原告側で争う部分を主張させる方式を採っている。そして可能であれば、被告側の担当医師を弁論準備期日に出席させ、まず診療経緯に対し、直接原告側に説明させた後、原告らが疑問に思う点に対して答える方式を通じて互いの誤解による

13　以前は第16民事部が医療専担裁判部であったが、2012年8月より第17民事部に移行されたとのことであった。よって第17民事部になってからはまだ日が浅いため、まだ集積された実績や情報等も乏しいとのことで、それまで医療専担裁判部が設置されていた第16民事部の裁判官の方も交えてお話をうかがえるようにお取り計らいいただいた。この場を借りて感謝申し上げる。

不必要な紛争は初期に解決する努力がなされている。



インチョン（仁川）地方法院

弁論準備期日段階で、上記の作業により争点を明確にした後、争う部分に限定し、鑑定を命じるようにしている。よって、ほとんどすべての事件において鑑定が実施されている。また、合議事件[14]の場合、この段階にいたって双方の意見に温度差がある場合には、事件は一旦調停に付されることが一般的である[15]。

14　医療事件の場合、原則として合議だが、1億ウォン以下の事件は単独でもでき、単独医療訴訟専門の裁判官がいるとのことである。

15　韓国民事調停法第6条によると「第1審受訴裁判所は、必要があると認める場合は、訴訟の係属している事件を決定でもって調停に回付することができる」とされている。かつては当事者双方の合意がある場合にのみ調停に付されていたようであるが、1992年の民事調停法改正を受け、職権調停を認めるようになった（金

つまり、まず弁論準備段階で争点整理→鑑定→（意見が合わなければ）調停回付という流れになっている。

(2) 鑑定に関する諸問題

上述のように、医療専担裁判部ではほとんどすべての事件において鑑定が実施されることになっている。

鑑定人は大学病院の医師に依頼することがほとんどで、裁判所が有する鑑定人候補者リストから各科ごとに無差別に選定がなされるようである。ただし、日本と同様に鑑定依頼を断られることも多く[16]、裁判所としても頭を抱える問題のようである。審理遅延の一番の原因は鑑定人がなかなか決まらないことで、他の裁判手続きに進行上の遅延要素があるわけではなく、鑑定に要する時間が判決に至る時間のほとんどを食いつぶしている、というような言葉がでるくらいで、そのほとんどが鑑定の問題であることは、つとに指摘されていることである[17]。現況において、鑑定に要する期間は早ければ3〜4か月、長ければ1年以上かかることもあるとのことである。

また、韓国でよく使われる「肘は内側に曲げる」といった諺の如く、鑑定人が同僚意識を有することからその結果に期待できないことも問題とされてきたことであるが[18]、もし鑑定が不十分だと思われるときは、鑑定補完書を送り、別の医師に依頼することになるようである。

鑑定に拘束力はないが、大きな流れとしてはほとんど鑑定書に沿う形で

祥洙『韓国民事訴訟法』（信山社・1996年）255頁)。

16　多くの場合、多忙で時間がないというのが理由だが、手当ても安いというのが実のところ一番の理由であるとのことであった。聞くところによると、平均的な鑑定費用は30万ウォン（千ウォン＝80円で換算すると24,000円）くらいであるとのことで、日本に比し、10分の1にも満たない程度のかなりの低額であることは意外であった。

17　拙稿「韓国における医療紛争の動向と問題状況（ニ・完)」龍谷法学41巻4号182頁。

18　拙稿・前掲注17・182頁。

の判決がなされているというのが現状[19]のようであるが、裁判所から見て過失があるように思われるのに過失なしという鑑定がなされるときは、専門審理委員を呼び、意見を聞くようにして、場合によっては再度鑑定をやり直すこともある。

(3) 専門審理委員制度

韓国においても日本の専門委員制度類似の専門審理委員制度が日本法の影響を受け2007年に導入[20]されたが、医療訴訟においても、各分野の専門家である専門審理委員を弁論期日に出席させ、裁判部及び当事者が疑問に思う点を直接専門委員に質疑するといった方式が採用されている。裁判部の判断に対しても一助となるばかりか、当事者らにとっても、疑問に思う部分につき、理解に導くのに役立っている。

ただ、専門審理委員の陳述は証拠とはならないことになっている。専門審理委員は大学教授もしくは教授出身の者で、法院の行政処で作成されたリストの中から当事者と利害関係のない者が選ばれる形になっている。

(4) 新たな調停仲裁制度について

最後に新たな調停仲裁制度に関してお訊ねしてみたところ、裁判官としては、新制度について一般的には肯定的に評価しているとのことで、それに基づいて創設された韓国医療紛争調停仲裁院は、素晴らしいシステムでもっと発展してほしいと願っていること、また、今後、医療紛争調停仲裁院医療事故鑑定団に鑑定依頼を行うこともあり得るということである。

19　鑑定書だけでなく、証言を受けて事実認定するのが理想ではあるが、実情からすると、韓国の文化が変わるか、法が変わるかしない限り、現状ではなかなかなか難しいということである。

20　2007年8月14日より施行された改定民事訴訟法（2007.7.13法律第8499号）による。



医療事故調査制度視察団のメンバー（仁川地方法院前にて）

Ⅴ　韓国医療紛争調停仲裁院

（＊訪問：2012年10月19日）

1. 概要

(1) 創設にあたって

韓国医療紛争調停仲裁院（以下、「医療仲裁院」と略称）は、2011年3月に制定された「医療事故被害救済及び医療紛争調停等に関する法律」に基づき、医療紛争に悩む患者と医療関係者のために設立された保健福祉部傘下の特殊法人で、当事者双方の立場を理解し、迅速で公正な被害救済と安心できる診療環境作りを目的とし、2012年4月8日に創設され、ソウル駅前の新しいオフィスビルに居を構えている。

初代院長のチュ・ホギョン氏（検事歴25年、弁護士歴8年、博士（保健学））によると、紛争解決制度については、日本から学んだことがとても多く、個人的にも医療紛争を勉強するために、まず最初に購入した資料

は、日本の『医療裁判判例集』（第一法規）であったと明かされ、韓国において鑑定と調停を一緒に行うというスタイルの医療仲裁院を日本に先立って設立はしたが、決して進んでいる訳ではなく、今後も是非共に学びご指導を願いたいと話された。



医療仲裁院が入居するソウルシティタワービル



受付カウンター

(2) 創設の必要性

韓国においても、経済水準の向上、医療サービスの多様化等も相俟って、繰り返し述べているように、医療紛争は増加傾向にあるばかりか、その歯止めがかからないことで社会的問題となって久しい。また、韓国における特徴として、医療事故にあった場合、患者側の行動として、座り込みやデモ、狼藉等、実力行使といった手段をとることが多くみられ、問題視されていた。一方、医療側は、医療紛争の副作用として防衛診療、消極診療の傾向を示すようになり、それによる医療費の増加、また紛争の様相が過激化、長期化、さらには病院廃業にまで追い込まれる事態の発生等、診療に対する所信や使命感が顕著に低下するといった問題点が指摘されていた[21]。

21　こういった韓国における医療紛争の増加傾向とそれが生み出す社会的副作用に関しては、拙稿「韓国における医療紛争の動向と問題状況（一）」龍谷法学41巻3号38頁以下を参照。

［図表5］医療調停仲裁院の調停と民事訴訟の比較

区　分	医療調停仲裁院　調停	民事訴訟
迅速性 （所要期間）	最長4ヶ月	平均26.3ヶ月
経済性 （費用）	最低22,000ウォン（申請額500万ウォン以下） ＊申請額1億ウォンの場合：162,000ウォン	500万ウォン （1審平均）

また、訴訟による解決を図る場合でも、訴訟期間の長期化傾向（平均26.3か月）と、高額な訴訟費用（1審で平均500万ウォン以上、弁護士費用は勝訴時20%、諸費用含めると1,000万ウォン以上）を要するといったことから誰でも利用できる手段とはなりえなかった（[図表5]参照）。

それを裏付ける参考資料として[図表6]を示す。これは、総務省統計局の統計から平均賃金の男女計月額を日本と並べて示したものである。これを見る限りでは、概ね日本の約80%くらいの所得水準を思わせるが、ここにあげられている韓国の数字は常用雇用者に限られた統計で、非正規雇用が約半数を占める韓国の実態[22]はかなり厳しいものであることがうかがえる。

22　『日経ビジネスオンライン』2010年11月29日記事（http://business.nikkeibp.co.jp/article/world/20101124/217255/），高安雄一「韓国における雇用の非正規化について」佐藤仁志編「雇用の非正規化と国際貿易」調査研究報告書（アジア経済研究所、2010年）（http://www.ide.go.jp/Japanese/Publish/Download/Report/2009/pdf/2009_418_ch3.pdf#search=%27%E9%9F%93%E5%9B%BD+%E9%9D%9E%E6%AD%A3%E8%A6%8F%E9%9B%87%E7%94%A8%27）など。

［図表6］日韓平均賃金の比較（2008年度男女計の平均月額賃金）

	韓　　国 （ ）内は千ウォン=80円で換算した額	日　　本
非農林漁業	2,891,400（KRW） （231,312（JPY））	302,100（JPY）
製造業	2,758,000（KRW） （220,640（JPY））	293,400（JPY）
建設業	3,140,500（KRW） （251,240（JPY））	316,700（JPY）

※総務省統計局（http://www.stat.go.jp/index.htm）統計を引用

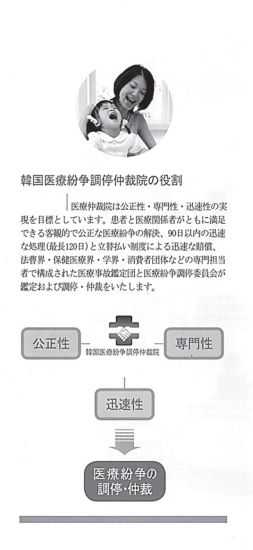
このような状況から、迅速性と経済性という点に鑑み、医療被害者には迅速な被害救済を、そして医療側には安定的な診療環境の確保を目的に立法的解決を図り、双方を紛争の苦しみから解放する必要が喫緊の社会的課題として浮上してくるにいたった訳である。

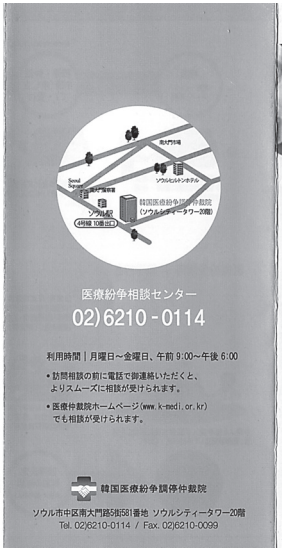
(3) 医療仲裁院の役割

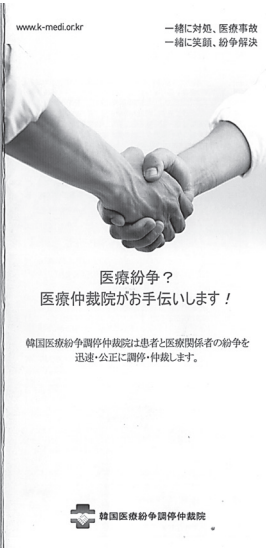
医療仲裁院は、すでに述べたように、医療事故被害者に対する速やかな被害救済と医療人の安定的な診療環境の醸成を目的に創設された保健福祉部傘下の特殊法人であるが、業務においては、①公正性、②専門性、③迅速性の実現を目標に掲げている。

つまり、①患者側と医療機関側双方にとって実のある結果を導出し、互いが満足（納得）できる客観的で公正な医療紛争の解決、②法曹界、保健医療界、学界の専門家によって構成された鑑定部と調停部の有機的な業務遂行を通じ、既存の手続きとは差別化された専門的な紛争解決、③医療事故の事実関係の確定、医療記録の解析、過失及び因果関係有無の判断、実体的真実の究明、合理的損害賠償額の確定等、紛争解決のための核心となる手続きを迅速に遂行できるような組織・業務システムを通じた紛争解決

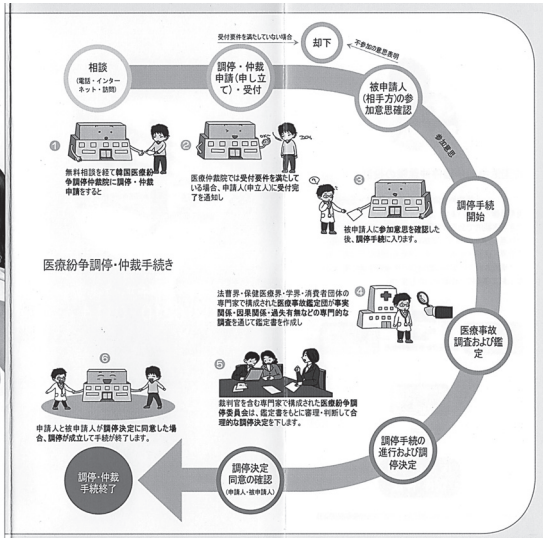
を目指すとしている。











日本語版のパンフレット

(4) 業務の内容と特徴

具体的な対象業務としては、整理すると以下の通りである。

①医療事故に対する相談

②調停申請がなされた事件に対する鑑定団による鑑定

③鑑定結果に依拠し、調停委員会による調停（仲裁）進行と指揮

④他の機関から依頼を受けた受託鑑定につき、鑑定業務を遂行

⑤損害賠償金代払

⑥医療紛争と関連した制度と政策の研究、統計作成、教育及び広報

⑦その他医療事故予防を含めた医療紛争関連業務

医療事故に関する相談はすべて無料で、直接医療仲裁院へ訪問する方法はもちろんのこと、電話、郵便、ファックス、インターネットを介した相談等、あらゆる方法で相談が可能である。また、ソウル駅はじめ主要都市の市庁舎等でも無料一日相談室を設け、相談サービスを提供している[23]。

調停申請がなされると、すべての事件に対し、医療事故鑑定団の事実調査、過失と因果関係の有無、後遺症の確認等の鑑定がなされ、出された鑑定結果を基に調停委員会において損害賠償額の算定、調停業務等を通じて当事者間が双方理解納得の上での合意（和解）を導くなど、調停（仲裁）を指揮することになるが、申請がなされてから、原則90日以内（最長120日）の迅速な処理がなされるようになっている。

法曹界、医療界、学界、消費者団体などの専門担当者で構成された医療事故鑑定団（専門性・中立性）と医療紛争調停委員会（客観性・公正性）による鑑定と調停（仲裁）が1つの機関でなされるというのは世界的にも類を見ない制度で、最も注目すべき点の1つといえる。

また、賠償金を医療機関側から支払ってもらえない場合は、代払（立て

23　医療仲裁院HP（http://www.k-medi.or.kr/Index.do）、中央日報（http://article.joinsmsn.com/news/article/article.asp?total_id=8474866&ctg=1213）等。

替え払い）制度による迅速な賠償を受けられるようになっているのもこの新たな医療調停制度の特徴である[24]。

2. 現在の運用状況

(1) 財源

財源は100％政府出捐の予算で、2012年度予算は103億ウォンとのことであるが、これで年間680件の事件処理が可能と見込まれている。

(2) 利用状況

医療仲裁院が2012年4月8日に出帆後、同年9月末現在の6か月間で約1万4,000件の相談受付[25]（その約90％が電話相談、他はネットと来訪）があり、このうち、実際に調停申請がなされたのが256件で、その内調停につき応諾がなされ、調停開始となったのが86件で、調停応諾率は約40％となっている。

なお、医療仲裁院鑑定団所属選任調査官であるク・ホンモ氏が12月初旬に日本の医療事故・紛争解決制度の調査・視察を目的に来日された折にご提供いただいた情報によると、2012年11月22日現在で、相談件数は23,719件（平均151.1件/日）、調停申請が403件（この内外国人のケースが9件）、調停開始145件、相手方不応諾による却下216件、取下げ等が42件となっている。

[図表7]は、2012年4月の業務開始から同年9月末現在までの申請受付件数を月別に示したもの[26]であるが、見ての通り、4月の5件から始まり、5月（26件）→6月（38件）→7月（58件）→8月（59件）→9月（70件（仲裁1件

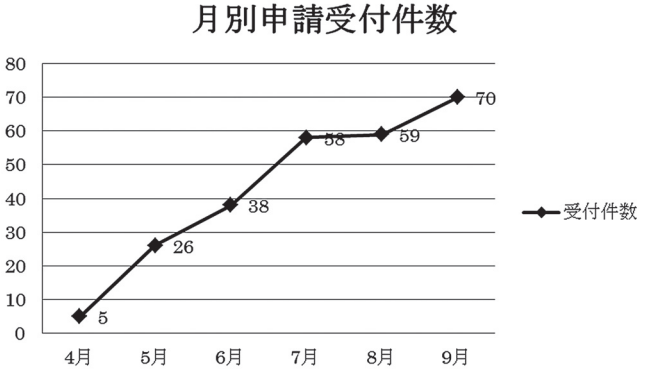
24　なお、これまで代払は1件申請がなされたとのことである。制度の内容については、拙稿・前掲注1を参照のこと。

25　電話相談を含めた相談業務は、カウンセラーと称する看護師等の有資格者がこれにあたっている。

26　医療仲裁院HPより引用。以下の[図表8]～[図表15]も同じ。

含む)）と漸次増加している様がうかがえる。

［図表7］月別申請受付件数



次いで[図表8]は、地域別申請状況をまとめたものである。その他（21.1％）の地域の内訳をあげると、光州（10件）、大田（9件）、忠清北道（9件）、忠清南道（7件）、江原道（7件）、全羅北道（7件）、全羅南道（4件）、済州道（1件）となっている。やはりソウル、京畿道、仁川といった首都圏が半数以上を占めるが、全国各地から申請がなされている。ゆくゆくは各都市に支部をおくことが予定されており、そうなると利便性という点からさらに全国的に利用が見込まれそうである。

［図表8］地域別（医療機関所在地）申請状況

計	ソウル	京畿道	釜山	慶尚南道	テグ	仁川	慶尚北道	その他
256	78	62	19	12	11	10	10	54
100%	30.5%	24.2%	7.4%	4.7%	4.3%	3.9%	3.9%	21.1%

また[図表9]は医療機関種別、[図表10]は診療科目別に、さらに[図表11]は医療行為別に整理したものである。件数からすると一般病院が最も高い

値を示しているが、このクラスの全病院数からすると総合病院に比して相対的に事故遭遇率は高いとはいえず、逆に総合病院の方が同確率は高いと見受けられるが、これも他院からの転送も含め高難度の手術をはじめ難易度の高い治療が多く行われていることからすると理解に難しくない数字の現れのように思われる。

診療科目別には、内科が最も多く、次いで整形外科、歯科の順で外科、産婦人科、救急医療が後に続く。医療行為別には手術が最も多く全体の23.8%を示すが、検査（18.4%）、診断（8.6%）と治療にいたるまでの過程における問題と捉え、これらを合わせると27%となり手術以上の高い値となり、軽視できない。

［図表9］医療機関種別

計	総合病院	病院	医院	その他
256	82	99	75	0
100%	32%	38.7%	29.3%	0%

［図表10］診療科目別

計	内科	歯科	外科	産婦人科	神経外科	整形外科	救急医療	小児科	その他
256	59	25	21	18	16	45	18	11	43
100%	23%	9.8%	8.2%	7.0%	6.3%	17.6%	7.0%	4.3%	16.8%

※その他：韓方（9）、胸部外科（8）、耳鼻咽喉科（6）、形成外科（5）、眼科（3）、泌尿器科（3）、麻酔科（3）、皮膚科（2）、家庭医学科（2）、映像医学科（1）、その他（1）

［図表11］医療行為別

計	手術	処置	検査	診断	注射	抜歯	投薬	患者管理	その他
256	61	59	47	22	15	10	9	8	25
100%	23.8%	23.0%	18.4%	8.6%	5.9%	3.9%	3.5%	3.1%	9.8%

※その他：神経治療（8）、分娩（5）、鍼（4）、韓薬（2）、インプラント（1）、院内感染（1）、その他（4）

被害の程度を表すものとして見ることもできる調停申請金額別にまとめたのが[図表12]であるが、最も多いのが501～1,000万ウォンで42件（約16%）あり、500万～5,000万ウォンの間で126件と約半数を占め、1億ウォンを超えるものは23件で全体の約9%となっている。

［図表12］調停申請金額別

区　分	件数	区　分	件数	区　分	件数
100万ウォン	18	2,001～3,000万	22	2億1～3億	6
101～300万	28	3,001～5,000万	32	3億1～4億	2
301～500万	36	5,001～7,000万	5	4億1～5億	1
501～1,000万	42	7,001万～1億	24	5億ウォン以上	—
1,001～2,000万	26	1億1～2億	14		

次いで、[図表13]は、調停申請と処理内容につき、さらに詳細な内訳を月別に示したものである。調停申請がなされたものの内、医療機関が調停に同意し、調停開始にいたったのは256件中86件、不応諾による却下が125件、取下げ4件、応諾確認中が41件となっている。確認中の41件を除き215件につき応諾率をみると40%ということになる。6月のみ38件中19件とかろうじて50%を超えているが、あとは総じて不応諾による却下が多い傾向となっている。うかがったところによると、通常、多くの医療機関は、紛

争を自分で解決しようとするので、応諾率が低い傾向にあり、これを高めていくことが今後の課題ということである。

［図表13］ 月別申請件数及び処理現況（2012年9月30日現在）

区分	調停（仲裁）申請					処理内容			
	計	訪問	Web	郵便	FAX	調停開始	不応諾（却下）	申請取下	確認中
4月	5	3	1	1	−	2	3	−	−
5月	26	9	5	10	2	10	16	−	−
6月	38	17	3	16	2	19	18	1	−
7月	58	25	7	23	3	24	34	−	−
8月	59	28	7	23	1	21	36	2	−
9月	70	29	11	29	1	10	19	1	41
累計	256	111	34	102	9	86	125	4	41

[図表14]は、被申請人の応諾により調停開始となった86件の終局区分を示すものである。調停が完了にいたった27件に対してみた場合の調停成立率として88％と発表がなされているが、確認中であるものが9件あり、この結果如何で大きく左右されることになる。また、この確認中の9件を除き、棄却2件、取下げ4件を含めた33件で見ると、調停成立率は約73％となる。いずれにせよ、医療機関側の応諾があり、調停開始がなされると、理解納得の上、それなりの結果が導かれる可能性も期待できそうだが、まだ日が浅く、安定的とはいえないため、今後の動向をフォローしてみなければ現時点では未知数であるところが大きいことは否めないことも確かかもしれない。

［図表14］ 調停開始件数と処理現況（2012年9月30日基準，単位：件）

調停（仲裁）開始	手続進行中	調停手続終了						
		小計	調停手続中合意（A）	調停決定書作成			棄却	取下げ
				調停成立（B）	調停不成立（C）	確認中		
86（1）	44（1）	42	15	9	3	9	2	4

※調停成立率：88%{(A+B)/(A+B+C)}×100}

(3) 外国語電話通訳サービス

医療仲裁院は、2012年6月8日より外国人患者のための医療紛争相談電話通訳サービスを開始し、法務部外国人総合案内センターとの業務提携により18か国の外国語に対応できるようになっている。

外国人患者が医療紛争に関する相談を要する場合、医療仲裁院と外国人総合案内センターとの間で設置された専用回線を通じて三者会談のスタイルで相談を受けることができる。

新たな医療紛争調停制度創設に際し、医療仲裁院は、「医療事故被害救済及び医療紛争調停等に関する法律」に則して、内・外国人すべての人に対して医療紛争に関する相談と調停・仲裁業務を実施しており、メディカルツーリズムに寄与することにもつながるとの予想もなされている[27]。

現に2012年9月30日現在、外国人患者の事件受付及び処理現況に関しては[図表15]が示す通りである。

27 뉴스1코리아,2012年6月8日記事（http://news1.kr/articles/696291）。

［図表15］外国人患者事件受付及び処理現況

No	申請人（国籍）	被申請人	事件概要	請求額	備考
1	32歳女性（ベトナム）	○○病院	帝王切開術後子宮出血持続,摘出するも腹腔内炎症	5,000万ウォン	不応諾
2	50歳女性（中国）	○○医院	隆鼻術、鼻中隔弯曲症矯正、骨切除術後鼻閉感、鼻呼吸に支障	600万ウォン	不応諾
3	28歳男性（スリランカ）	○○病院	尿路結石で薬物療法後、衝撃波砕石術施行するも結石残存	41万2千ウォン	応諾
4	55歳男性（中国）	○○医院	下唇下部の掻痒症で処置（注射、軟膏、投薬）後真菌感染	3,000万ウォン	応諾
5	51歳女性（中国）	○○医院	上顎臼歯抜歯、下顎前歯インプラント治療後顎関節痛、頭痛等	900万ウォン	応諾

3. 医療事故鑑定団と鑑定業務について[28]

(1) 鑑定団と分野別鑑定委員会の構成と現況

鑑定団の構成は、法に基づき、50人ないしは100人以内で構成されるようになっているが、2012年10月31日現在、医療仲裁院に直接雇用されている常任鑑定委員は4名[29]、調査官[30]が14名、そして非常任鑑定委員が79名（[図表16]参照）となっている。また、諮問委員[31]は59名となっている。

28　このパートにおける内容ならびに図表等の資料は医療事故鑑定団所属選任調査官ク・ホンモ氏よりご提供いただいた資料・情報とインタビューを通じてご教示いただいたことによる。

29　後述のように医療仲裁院に直接雇用されている医師で医療仲裁院の中で鑑定業務にだけ専念するようになっているが、大抵は大学病院で診療科長と裁判所の鑑定も経験した経歴を有する者である。

30　鑑定委員の業務を補佐するための実務経験を有する専門家で、医師、歯科医師、韓医師、薬剤師、韓薬師、看護師等の資格を有する者である。

31　専門知識が必要な場合は外部の諮問委員に意見を聴取できることとなっている。

［図表16］医療事故鑑定団非常任鑑定委員の現況

医療人	医師、歯科医師、韓医師等	43名
法　曹	検　　事	3名
	弁　護　士	20名
消費者権益委員		13名
合　　計		79名

（2012年10月31日現在）

また分野別鑑定部が設けられ、現在6部で構成されているが、2013年には15部で構成される予定となっている。

実際、鑑定業務にあたる鑑定委員会は、学識と経験が豊富な5人のメンバーで構成されており、医療人（分野別専門医、歯科医、韓医等）2名、法曹2名（うち現職検事が1名）、消費者団体から1名ということになっている。

医療人は、常任の委員と非常任の委員がいて、常任の医療人は医療仲裁院に直接雇用された医師であって、他で診療することはできず、医療仲裁院の中で鑑定の業務だけに専念し、鑑定委員会がなされるときの部長の役割をすることになる。

非常任の医師というのは、医療仲裁院に直接雇用されるのではなく、診療科によって専門の医師を選定するという形で、医療仲裁院から招聘し、参与してもらうことになる。

鑑定部というのは、医学的な判断をする部署であるにも関わらず、その構成において医師が5名中2名という過半数以下にとどめるというところで、当初医療界からは非常に激しい反発があり、逆に、消費者団体や法曹界の方からは、医師が2名もいると異議が唱えられた。

結局、2名の医師が、医学的な判定をして、それを非医療人である他の3

名を説得・納得させることができないということであれば、その鑑定結果というのは、結局は医療側の肩を持つような方向にとられても仕方ないであろうという考えの下、そのような構成に落ち着いたという経緯がある。

よって、医師が鑑定書を作成するときに、そこには経験的な結果というだけでは不十分で、根拠をしっかり明示した説得性のある鑑定書でなければならないことになる。

しかしながら、鑑定において公正性ということと専門性というのは、場合によっては衝突することもあり、公正性を追求すれば専門性がグレードダウンし、逆に専門性を追求すれば公正性というところがグレードダウンするという側面は否めない微妙な問題を孕んでいるのも確かで、そのようなことに鑑みると、結局この委員会で合意に至るということは、それはおそらく公正性という部分と専門性という部分の両方がしっかりと備わったものとなると考えられた訳である。

ところが、議論の中で委員会の全員が全てにおいて合意に至るというわけではなく、少数意見がある場合には、鑑定書に少数意見として別途記載することが法によって定められている。

そして調停部において法的な判断をするときに、少数意見も含めて判断がなされるようになっており、ここに一種の安全装置が設けられている。

つまり、調停部から見て、鑑定書がしっかりとした、「信頼に値するもの」とは認められないということになった場合には、鑑定部に再鑑定を要求することが可能であり、再鑑定の要請がなされた場合には、その時の鑑定委員のメンバーではなく、新たに鑑定委員会を構成し、もう一度やり直しという形をとることになっている[32]。

32　しかし今の段階では、再鑑定に至ったケースはまだ1件もないとのことであった。また、当事者が鑑定意見書に疑問があるときは、調停部に提示することができ、説明も調停部から行うようになっている。

(2) 現職検察官を入れる趣旨

鑑定委員会の構成委員の中に現職の検察官を入れる理由は、端的にいえば、公正性の確保というところにある。

同じ法曹でも弁護士の場合、どうしてもいずれか片方に寄ってしまう傾向性を示す場合がないとはいえず、その点、検察官というのは、事件に対して場合によって処罰をする立場にあることから、相対する弁護士と多様な形で意見を交換しながら進めていけるように、いわばここにも安全装置としての役割を果たせるようにする意図があるとのことである。

最初は現職検事が含まれているという点で、医療界からは、民事事件を刑事事件にシフトするような方向にもって行かれるのではないか、との懸念から大変な反発があったという。しかし実際はそのようなことはなく、現に今鑑定委員として任命されている検事の意識もそのような方向にはないとのことである。

一方、弁護士の方は、医療を専門にしたローファームや個人開業の弁護士が大体対象となって選ばれたようであるが、非常任委員の場合、鑑定委員の仕事以外のときは、実際に自分の事務所で患者側の代理人として仕事をしているのが通常であるので、たとえば、医療仲裁院内部で得た情報などを利用して自分が受任した事件を遂行するといったことのないように、ここにも安全装置として、患者側や医療機関の秘密に対しては守秘義務を徹底し、誓約書の提出を求めると共に、仮に調停が成立しなかった場合には、申請人のその後の状況（結局訴訟を提起したのかどうかということ）をフォローし、仮に鑑定委員に選任された弁護士と関連のある弁護士がその事件を受任するといったことがないようにしており、そのような不適切なことがあったときは、場合によっては非常任の鑑定委員の資格を剥奪することも予定されているが、今のところはそのようなことは全くないようである。

(3) 鑑定書作成までの流れ

鑑定業務は、まず第1次的に、調査官が診療録と画像資料等を基に調査報告書を作成することから始まる。これは鑑定委員が事件を把握する根拠となるものでもあり、後にこの報告書に基づいて鑑定委員会で議論がなされることになるものである。

まずは事実関係、つまりカルテと画像資料をベースに診療経過を読み起こしていき、それだけでは判断できない部分に関しては、申請人、被申請人と極力多くの対話を通じて事実関係をすり合わせる作業を時間毎に細分化したタイムテーブルを作って整理する方法で行うが、調査官が単独で調査をするとなるとどうしてもどちらかに偏った調査となりがちな場面というものもありうるため、その場合は弁護士である審査官[33]と協議をして事件の因果関係と争点、過失の有無をしっかりと洗い出した上で再度調査に入るといったように協議・申し合わせを随時経ながら進行していく。

過失の有無に関しては、医師の方がよく把握できることが通常であるが、因果関係については法曹の方がよくわかるという事情があるからである。

このように1次的に調査官が作成した調査報告書[34]と共に診療録、画像資料といった一切の資料を一緒に鑑定委員に送付し、これらの資料に目を通した上で鑑定委員会の会議に臨むことになる。そこで議論を通してまとまったことを基に常任の鑑定委員が鑑定書草案を作成し、これをさらにすべての鑑定委員に見てもらった上で承認を得て最終的に鑑定書の完成ということになる[35]。

33　調停委員の業務を補佐するための実務経験を有する専門家で弁護士等の資格を有する者。

34　ク調査官によると、この調査報告書を作成するのに大体1週間ないしは2週間を要するとのことである。

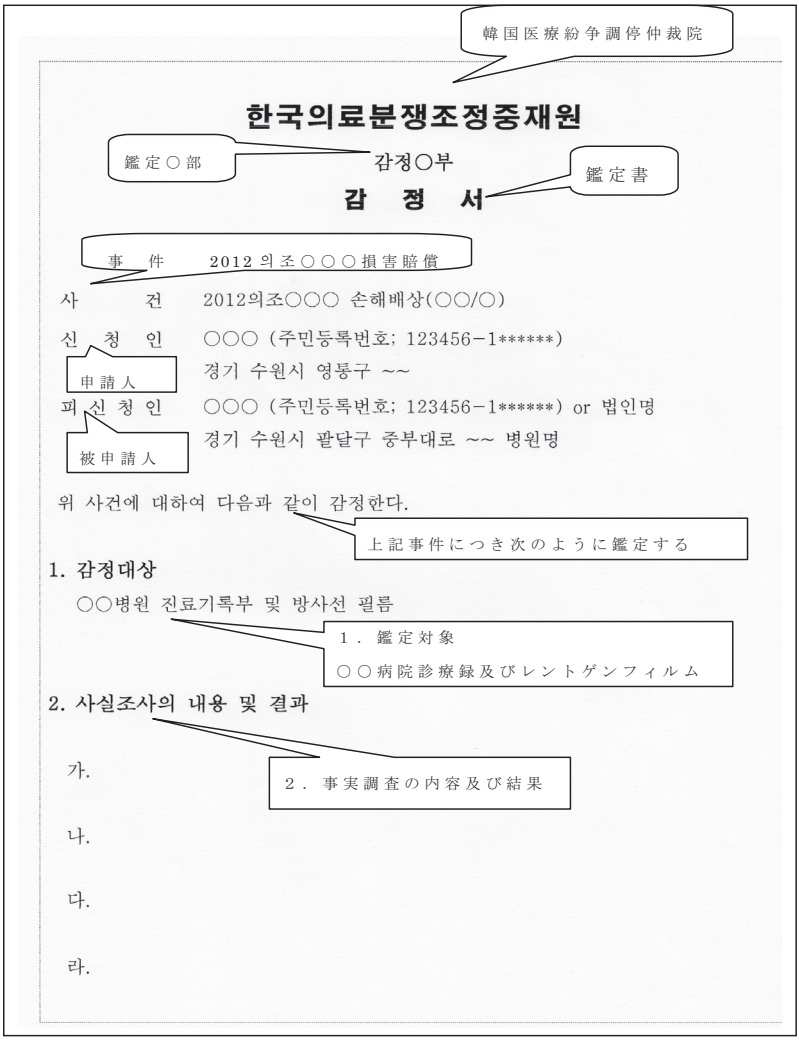
35　ク調査官によると、これまでの鑑定業務から、過失ありと判断された有責率は70～80％程度に上るという。

鑑定書は60日以内（30日の延長可）に作成することとなっているが、実際にはそれより早くできていることがほとんどである。

このようにしてできあがった鑑定書が調停部に回され、それを基に調停手続きが進行されることになる（後掲[図表18]参照）。

以下、「鑑定書サンプル」と「医療事故鑑定団運営規定」の骨子を整理したものを参考までに付しておく。

■添付資料（鑑定書サンプルNo.1）



韓国医療紛争調停仲裁院

한국의료분쟁조정중재원

鑑定○部　감정○부　鑑定書

감 정 서

事　件　2012의조○○○損害賠償

사　　건　2012의조○○○ 손해배상(○○/○)

신 청 인　○○○ (주민등록번호; 123456-1******)
申請人　경기 수원시 영통구 ~~

피 신 청 인　○○○ (주민등록번호; 123456-1******) or 법인명
被申請人　경기 수원시 팔달구 중부대로 ~~ 병원명

위 사건에 대하여 다음과 같이 감정한다.

上記事件につき次のように鑑定する

1. 감정대상

○○병원 진료기록부 및 방사선 필름

1．鑑定対象
○○病院診療録及びレントゲンフィルム

2. 사실조사의 내용 및 결과

2．事実調査の内容及び結果

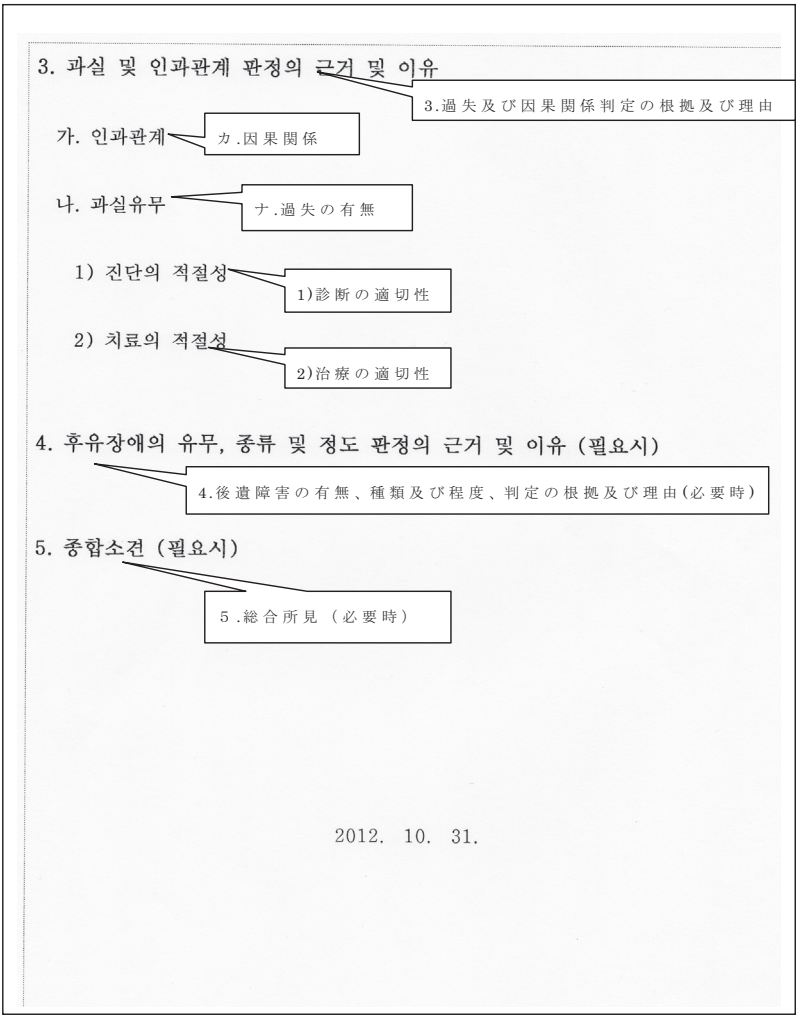
가.

나.

다.

라.

■添付資料（鑑定書サンプルNo.2）



医療事故鑑定団　運営規定骨子

(1) 医療仲裁院は、医療紛争の迅速・公正な解決を支援するために、鑑定団をおくが、鑑定団は、団長1名を含め50名以上100名以下の鑑定委員により構成する。

(2) 鑑定部は5名の鑑定委員（常任鑑定委員である鑑定部長1名と4名の鑑定委員）で構成され、鑑定を行う合議体をいうが、調停または仲裁事件の鑑定、他の機関から依頼された鑑定（受託鑑定）を行う。

(3) 鑑定団は、①医療紛争の調停あるいは仲裁に必要な事実調査、②医療行為等をめぐる過失の有無及び因果関係の究明、③後遺障害発生の有無等の確認、④他の機関から依頼された医療事故に対する鑑定をその業務とする。

(4) 鑑定団には鑑定の効率性を図るために分野別（医学分野、歯科分野、薬科分野、韓医科分野）に鑑定部をおくことし、①医療紛争事件に対する鑑定及び鑑定書の作成・送付、②過失の有無及び因果関係の究明、③調停部の要求による再鑑定、④他の機関から依頼された鑑定、⑤その他鑑定業務に関連する事項をその業務として管掌する。

(5) 鑑定委員の任期は3年とし、連任することができない。また、鑑定事件と関連した被害者、告発人と親族、代理人及び弁護人等、利害関係人は該当鑑定の鑑定委員になることができない。

(6) 鑑定委員は、調停委員を兼任することができない。

(7) 院長は、鑑定委員の業務を補佐するために医師・歯科医師及び韓医師、薬剤師、韓薬師、看護師等、大統領令で定める者の中から調査官をおくことができるが、臨床経験を有する勤務経歴者の中から公開競争の方法で選抜する。

(8) 調査官は、常任鑑定委員の指揮を受け、①事実調査、意見陳述の聴取、②調査報告書の作成、鑑定書作成等の支援、③鑑定委員の補佐、④その他、鑑定支援に関する業務を担当する。

(9) 鑑定団において実施する鑑定は、診療記録鑑定と身体鑑定の分野に分けて実施するが、医療仲裁院において申請がなされた調停または仲裁事件等に対する鑑定と、法院、警察署、公共機関等、他の機関より依頼された鑑定を行う。

(10) 鑑定部は、調停または仲裁申請があった日から60日以内に鑑定書を作成し、調停部に送付しなければならないが、その処理においてやむを得ない事由によりその処理が困難な場合には、その処理期間を1回に限り30日まで延長することができる。

(11) 調停部より再鑑定の要求がある場合、団長は新たな鑑定部を構成して鑑定を実施し、諮問委員に諮問を受けることができる。

(12) 他の機関からの鑑定依頼事件は、受付がなされた日から90日以内に迅速に処理しなければならない。

(13) 団長は、鑑定の基本原則や処理手続に違背した鑑定、同一の事件が重複して鑑定依頼された場合や、鑑定が不可能な場合（鑑定の対象ではない場合等)、その他不適当であると認められる場合は、その事由を明示し、鑑定依頼事件を差し戻すことができる。

(14) 鑑定部長は、鑑定部会議が終了すれば、鑑定書を作成しなければならない。鑑定書には、①事件番号と事件名、②当事者と代理人の氏名及び住所、③鑑定対象、④事実調査の内容及び結果、⑤過失及び因果関係の有無、⑥後遺障害の有無、種類及び程度、⑦⑤、⑥の事項に関する鑑定所見、⑧作成日、⑨管轄鑑定部の名称の各事項につき記載後鑑定部会議に出席した鑑定委員全員が記名捺印または署名しなければならない。

(15) 鑑定委員の鑑定所見が一致しない場合には、在籍鑑定委員の過半数が賛成した鑑定所見を記載することとするが、これに反対する鑑定委員の意見を付して記載しなければならない。

(16) 鑑定部長は、鑑定が完了したときは、調停部に鑑定結果通知書を送付しなければならず、鑑定部に所属の鑑定委員は調停部に出席し当該事件

に対する鑑定結果を説明しなければならない。また、他の機関より依頼を受けた鑑定が完了した場合には、鑑定依頼機関に鑑定結果通知書を送付しなければならない。

(17) 鑑定に関する記録は、発生年度の翌年から5年間保存しなければならない。

(18) 何人も鑑定部会議及び鑑定と関連して職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。

(4) 受託鑑定業務

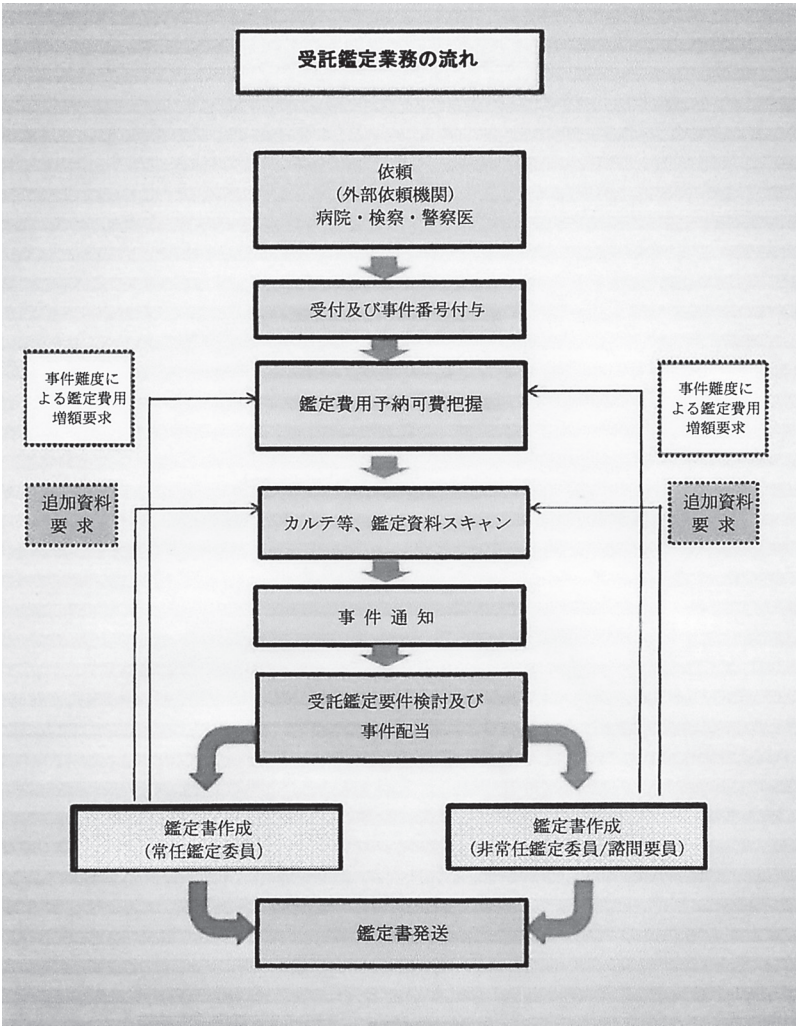
「医療事故被害救済及び医療紛争調停等に関する法律」は、その第25条第3項第4号において「他の機関から依頼された医療事故に対する鑑定」も医療事故鑑定団の業務の一つに定めている。

他の機関とは、法院、警察署、検察、公共機関を指す。まだ法施行から日が浅く、実績としてはまだこれからであるが、最も公正で専門性の高い鑑定がなされるならば、法院をはじめ外部機関からの鑑定依頼は漸次増加していくことが予想され、将来的には鑑定専門の医療機関設立の構想も有しているとのことである。

なお、現在（2012年12月末現在）までこの受託鑑定は7件の受付がなされ、4件に関しては解決にいたり、3件は手続きが進行中とのことである。

以下、受託鑑定業務に関するフローチャート（[図表17]）を付しておく。

［図表17］受託鑑定業務の流れ



4. 調停委員会の構成と調停業務について

(1) 医療紛争調停委員会と分野別調停部の構成

医療紛争調停委員会は、50人以上100人以下の調停委員で構成され、その定数の5分の2は法曹、同5分の1を医療人、同じく5分の1を消費者団体が推薦する者、最後の5分の1は学識経験者で構成されるようになっている。

実際の事件の調停業務にあたるのは、やはり5人の調停委員で構成される調停委員会であるが、法曹2名（うち判事を1名含む）、医療人1名、消費者団体より1名、学者（学識経験者）1名で構成される。



調停室

(2) 医療仲裁院における調停業務の特徴

一番の特徴ともいえるべき点は、鑑定と調停を一つの同じ機関でできることである。たとえば、法院では外部の第三者である大学病院等の機関に鑑定依頼をするため、鑑定意見等も書面でやり取りする関係上、理解し辛かったりするが、医療仲裁院では、鑑定も調停も同じ機関でできるので早くて、理解もしやすく、また随時協議をしながら進行していくことが可能であることから迅速のみならず、より妥当な結論に導ける環境が整えられ

ているともいえ、世界でも類を見ない新制度の最も特徴的な側面である。

ただ、医療仲裁院での調停は、医療機関の応諾があってはじめて調停手続きが開始されることになっていて、この「調停」は当事者間において合意（和解）を導く制度であり、強制することはできない[36]。

調停手続きの流れからみると調停準備期日と調停期日がある。

準備期日は、和解の勧奨を目的として常任委員と審査官、両当事者である申請人、被申請人で行われる。

それに対し、調停期日は鑑定書ができた後に5名の調停委員出席の下に行われ、鑑定書の説明もこのときに行われることになる。このとき、当事者から鑑定に対する異議が出され、妥当であれば、再鑑定を請求することも可能である。

申請人と被申請人が調停手続き進行中に合意（和解）に至れば調停調書を作成し、調停終了となる。双方が合意にいたらない場合は、両当事者の事情を可能な限り酌みながら調停決定を行うことになる。この調停決定に対し、双方が同意した場合は調停成立となる[37]。

調停部は、鑑定部と違って、医療記録だけではなく、それ以外の要素（両当事者の事情、立場、要求等）も考慮することとなっており、よって調停決定は、過失の有無だけではなく、再発防止も含めてなされるということがありうる[38]。そして調停決定に対し、当事者双方が同意した場合、裁判上の和解と同等の効力を有し、その他、当事者双方が調停部の決定に従う旨を予め書面で合意し仲裁申請をした場合には審理を経て仲裁判定を行うことになるが、これは確定判決と同等の効力を有する。

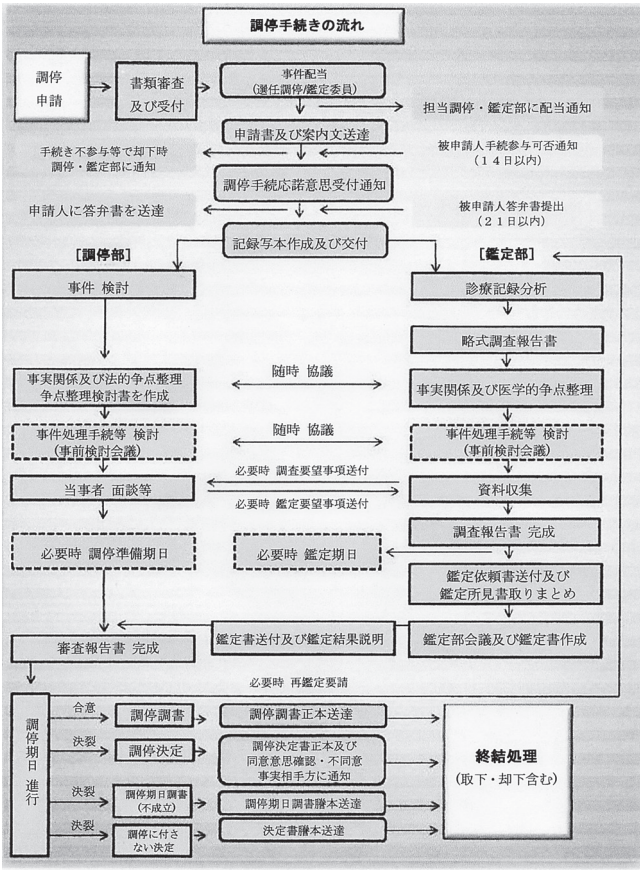
36　공감코리아（http://www.korea.kr/）,2012年8月9日.

37　調停部ク・ヨンシン審査官によると、ご自身が4月から17件担当し、過失があるとされたもの20%、調停決定以前に合意が成立したのが2件、15件に対しては調停決定がなされたが、そのうち1件は決裂に終わったとのことである。

38　過失はないが少額の慰謝料を払わせるといった決定がなされることもありうるわけである。

調停申請から鑑定を含めた調停手続き全体の流れをフローチャートで示したのが[図表18]である。

［図表18］調停手続きの流れ



5. 無過失補償制度

大きな問題点として今なお産婦人科医師会との間で財源負担をめぐって紛糾しているのが2013年4月より実施予定の分娩事故に対する無過失補償制度である。

財源をめぐっては、結局のところ、国家が7割、分娩実績のある医療機関が3割を負担するという方向で決定がなされてはいるが、産婦人科医師会は、過失責任に基づくものであればその財源の一部を負担するといった点においては同意できるが、無過失補償に関しては、全額国家が別途財源を準備するべきであると強調し続けている。

また、大韓産婦人科学会が行った設問調査によると、2013年4月無過失補償制度施行にともない、産婦人科専門医2人に1人は分娩の取り扱いをやめるか悩んでいるといった結果が明らかになった[39]。

2012年7月～8月にかけて産婦人科専門医559名（男性331名、女性228名）を対象に「分娩関連勤務環境」に対する設問調査を行い8月29日に結果を発表したものである。

これによると分娩自体をやめると回答した医師が25％、悩んでいると回答した医師が51％、持続するつもりであると回答したのが24％となっており、大韓産婦人科学会関係者は分娩を担当する医師数の急激な減少が予想されると分析し、懸念を示している。

Ⅵ　おわりに

新たな医療紛争解決制度とその顕現体ともいえる医療仲裁院をめぐり、病院関係者、患者擁護団体、裁判官と各々立場の違う三者よりその見解も含めて話を聞く機会に恵まれたが、三者共に共通してるのは、多少問題点はあるものの新制度につき比較的肯定的で、また、期待も寄せている面も明らかに見られたことである。

今回は、新制度出帆後まだ日が浅いこともあって、制度のすべてを充分に調査・把握し分析するにはいたらなかった。

39　청년의사, 2012年8月29日記事（http://www.docdocdoc.co.kr/news/newsview.php?newscd=2012082800035）

特に損害賠償金代払制度や2013年4月から施行予定となっている無過失補償制度に関しては、その動向につき、目が離せず、引き続き注視していきたいと考えている。

しかしながら、おそらく世界でもはじめての試みとなったであろう鑑定と調停・仲裁を一つの機関で行うというスタイルの医療仲裁院設立は大きな意義があると思われ、今後実効的な効果が現れてくることも十分期待できるように感じられると共に、日本と韓国が今後もより良い制度設計を目指して互いに示唆を与えあいながら対話をし続けていく必要性を強く感じた次第である。

そして最後に医療仲裁院のク調査官が12月の来日時に語っておられた言葉を紹介しつつ本稿を結ぶことにする。

「医療仲裁院の大きな目的というのは、調査をすることでもなければ、調停を成立させることでもありません。一番大事なことは、この事例を根拠として、二度と同じような事態が起こらないように予防することにあると思います。そのためには何よりも資料が重要で、その資料も歪曲された形のものではなく、しっかりとしたまともな資料でなければならず、そのために自分は調査官として忠実にこの仕事を全うしたいと思います。」

ずっしりとした重みと共に熱い思いが伝わってきたこの言葉がとても印象的であった。

付記：先般の訪韓においては、お一人お一人すべてお名前をあげることはできないが、訪問先の各機関・団体の方々には大変お世話になり、数々の貴重なご教示を賜った。また、本稿執筆に際し、この度の「医療事故調査制度視察団」の一員としてご一緒した龍谷大学法科大学院平野哲郎教授より視察メモをご提供いただき、筆の遅い筆者の作業は大いに助けられた。さらに、当視察団団長の堀康司弁護士には写真数点の掲載をご快諾いただ

いた。ここに記し改めてお礼申し上げる。