

韓国における医療紛争の動向と問題状況（一）

李 庸 吉

- I 本稿の課題と問題視角
- II 近時の医事紛争の動向とその特徴
- III 医事紛争解決のための非司法的制度（以上、本号）
- IV 民事訴訟の現況
- V 医療紛争解決のための立法論
- VI 結語

I 本稿の課題と問題視角

1 本稿の意義と課題の設定

医療紛争¹⁾がもたらす社会的影響は、今や深刻かつ大きな社会問題となっており、この分野に関する研究は、今後の紛争予防という意味においても、医療崩壊の抑止・よりよい医療の確保といった法政策的観点からも目の離せない重要課題の一つといえよう。

当該問題は、韓国においても同様に、まさに「時の問題」としてさまざまな取り組みがなされている。殊に、近年医療訴訟の急増により、この領域を専門にする弁護士や法務法人の増加、またこうした実務家をはじめ多くの研究者たちが医療紛争に関し活発な研究と議論を展開しており、その成果もかなり蓄積されているようである。

1) 用語の使用に関してであるが、基本的には韓国で使用されている用語をそのまま用いる形をとることにし、同じ漢字文化圏でありながら、そのまま使用すると意味不明なものを除いて、翻訳もなるだけ直訳ないしはそれに近い形をとることをお断りしておく。「医療紛争」「医療訴訟」で統一し、裁判所は「法院」と称されており、これもそのまま用い、「地方法院」（＝地方裁判所）、「高等法院」（＝高等裁判所）、「大法院」（＝最高裁判所）と表記する。

ここ日本においては、近年、韓国法への関心が高まっている²⁾が、医事法の領域に関しては、筆者が知りうる限り、過去においてわずかな日本語文献が存在するのみ³⁾で、連綿とした研究の軌跡はうかがえない現状であることから、今この時期に韓国医事法に関する研究に着手することは、資料性という意味でも意義のあることと思われる。

殊に、東アジアにおいて市民社会を有し、経済的緊密さと社会的・文化的にも密接な相互関連をもつ成文法国家という意味においても欧米とはまた違った位相にあり、そのような国同士の法状況の参照ないし比較は（フィードバックという点からも）、極めて有益であると思われる。

すでに「韓国民法典⁴⁾が日本民法典をベースにしつつ、ドイツ民法典そのほかを参考に起草され」、「その後は、ドイツの学説や日本の判例を参考にして発展してきて」⁵⁾おり、また、「韓国民法学は『翻訳法学』から出発した」といえるほど当時「主に日本の法律書籍が翻訳・出版されていた」⁶⁾とする事実を

2) 近時、韓国法に関する日本語文献が続々と登場していることからもうかがえる。たとえば、高翔龍『現代韓国法入門』（信山社・1998年）、大村敦志「日韓比較民法研究序説」同『法典・教育・民法学—民法総論研究』（有斐閣・1999年）、鄭鍾休「韓国民法改正試案について—債権編を中心として」岡孝編『契約法における現代化の課題』（法政大学出版局・2002年）157頁以下、尹龍澤＝姜京根編著『現代の韓国法—その理論と動態』（有信堂高文社・2004年）、加藤雅信ほか編『21世紀の日韓民事法学—高翔龍先生日韓法学交流記念—』（信山社・2005年）、大村敦志「韓国民法の50年と日本民法の60年—二つの民法学と民法典の未来のために」ジュリ1322号（2006年）38頁以下、梁彰洙「韓国民法における『外国』の問題—韓国民法学史の一齣を契機として」ジュリ1310号（2006年）、高翔龍『韓国法』（信山社・2007年）等、それ以外にも枚挙に暇がない程になっている。また、2008年度の日本私法学会では、拡大ワークショップ「民法改正—韓国から日本へのメッセージ」が開催されている（「民法改正—韓国から日本へのメッセージ」〔大村敦志執筆部分：はじめに〕ジュリ1362号83頁）。

3) 筆者が知りうる限りでは、李永煥（西尾昭訳）「診療行為における医師の説明義務—判例を中心として〔韓国〕」同志社法学37巻1・2号（1985年）195頁以下、李聲杓「韓国における医師の説明義務」早稲田大学大学院法研論集106号（2003年）236頁以下の2編のみである。

4) 現行韓国民法典が制定・公布されたのは、1958年2月22日（法律第471号）で、1960年1月1日より施行された。

5) 大村敦志・前掲注2（1999年）・165頁。

6) 梁彰洙・前掲注2（2006年）・139頁。

はじめ、市民生活の基本法である民法が歴史的にも密接な関係を持ちつつ今日に至っていることは種々の労作⁷⁾によって語られているところである。

もう1点特記すべきこととして、「医療化」⁸⁾における密接関連性があげられる。これはその文化交流史⁹⁾からも他の欧米諸国とは違う蓄年の歳月の中で培われた両国の医療文化と価値観等、今日において医療制度は若干異なりながらもなお、共通性格を有する部分があることは、医事法の領域の研究においては考慮すべき要素であるように思われる。

このような点に鑑みると、韓国医事法は、ほぼ共通した性格の機能中枢を有しながらも、独自の発展を遂げているといえる。こういった側面にも光をあてることで、今日まで医事法の領域において専らの手法であった欧米法との比較研究とはまた違ったフィードバックが期待できるばかりか、両国の現況を比較しその異同を問うことは東アジア市民社会と医療社会に法文化形成のあり方とあるべき医療の姿を問う試みにもなりうるものと考ええる次第である。

そこで、本稿においては、韓国における医療紛争・医療訴訟の増加傾向とその原因、紛争解決のための取り組みや紛争予防のための方策・措置に関する議論状況等を紹介し、これらが、日本法の影響を多分にうけていると拝察されることから、日本との対比をまじえながら若干の検討を試みるにより、僅かながら、両国の今後の研究のさらなる発展と展望に繋がるものに資することを目的とする。

7) たとえば、鄭鍾休『韓国民法典の比較法的研究』（創文社・1989年）など。

8) 現代医療がその対象領域を拡大していく現象をいうが、社会学的な分析によると医療の担い手の意志とは関わりなく、知識や権益を独占している医療組織は、自律的に医療化を推進していく傾向があると指摘する。そしてI・イリイチは医療化を人々の専門家医療に対する依存への増大という視点で捉え、社会そのものが医療化していくことは、治療の副作用として生じる「臨床的医原病」のみならず、医療によって作られる病んだ社会という「社会的医原病」を生み出すという（医療人類学研究会編『文化現象としての医療』（メディカ出版・1992年）70頁以下）。なお、イヴァン・イリッチ〔金子嗣郎訳〕『脱病院化社会—医療の限界』（晶文社・1998年）も参照。

9) 著名な「朝鮮通信使」に代表されるように、近代以前の古くから医術に関しても日韓両国は交流が盛んに行われた歴史的事実がある。

〔表1〕 医事訴訟新受件数と人口の年次推移

	医療訴訟新受件数（括弧内は人口10万人当たりの数）		人 口 （単位：千人）	
	韓 国	日 本	韓 国	日 本
1989年（平成1年）	69 (0.16)	369 (0.30)	42,449	123,205
1990年（平成2年）	84 (0.20)	352 (0.28)	42,869	123,611
1991年（平成3年）	128 (0.30)	356 (0.29)	43,296	124,101
1992年（平成4年）	75 (0.17)	371 (0.30)	43,748	124,567
1993年（平成5年）	179 (0.41)	442 (0.35)	44,195	124,938
1994年（平成6年）	208 (0.47)	506 (0.40)	44,643	125,265
1995年（平成7年）	179 (0.40)	488 (0.39)	45,093	125,570
1996年（平成8年）	290 (0.64)	575 (0.46)	45,525	125,859
1997年（平成9年）	399 (0.87)	597 (0.47)	45,954	126,157
1998年（平成10年）	542 (1.17)	632 (0.50)	46,287	126,472
1999年（平成11年）	508 (1.09)	677 (0.53)	46,617	126,667
2000年（平成12年）	519 (1.10)	794 (0.62)	47,008	126,926
2001年（平成13年）	666 (1.40)	822 (0.64)	47,357	127,316
2002年（平成14年）	671 (1.58)	909 (0.71)	47,622	127,486
2003年（平成15年）	755 (1.58)	998 (0.78)	47,859	127,694
2004年（平成16年）	802 (1.67)	1110 (0.87)	48,039	127,787
2005年（平成17年）	867 (1.80)	999 (0.78)	48,138	127,768
2006年（平成18年）	979 (2.03)	913 (0.71)	48,297	127,770

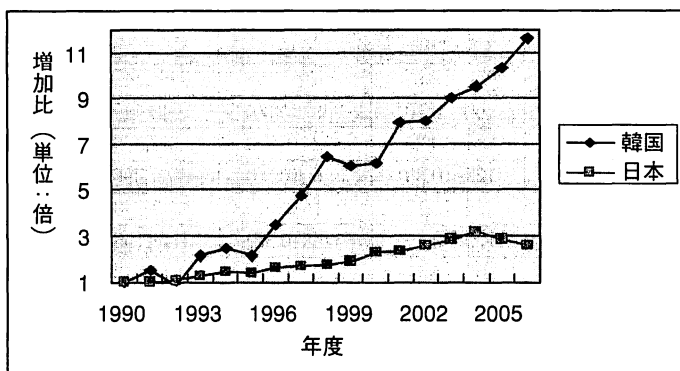
*韓国の人口は、韓国・統計庁ホームページ（<http://www.nso.go.kr/>）より、日本の人口は総務省統計局ホームページ（<http://www.stat.go.jp/index.htm>）よりそれぞれ引用。

2 予備的考察

まずはデータを示しておく。〔表1〕は、韓国において医事訴訟の統計が存在する1989年から2006年までの医事訴訟新受件数と人口の年次推移を日本と対比してまとめたものである¹⁰⁾。

10) 韓国においては、1989年9月1日から医療事故に関する損害賠償請求事件は、「損害賠償（의）」として受け付けて処理を行っているため、この年度から医療訴訟の統計が存在するようである。また、1991年9月からソウル中央地方法院に医療過失訴訟事件専担部が設置されたのを皮切りにプサン、テグ等、順次、地方の法院にも設置されていった（박영호 [パク ヨンホ]、의료분쟁과 법 [『医療紛争と法』] 법률정보센터, 2005 [法律情報センター・2005年]・108頁〔筆者注：斜体で表示しているものはハングル表記の文献を示す。以下同じ〕）。

〔表2〕医療訴訟の増加傾向比較

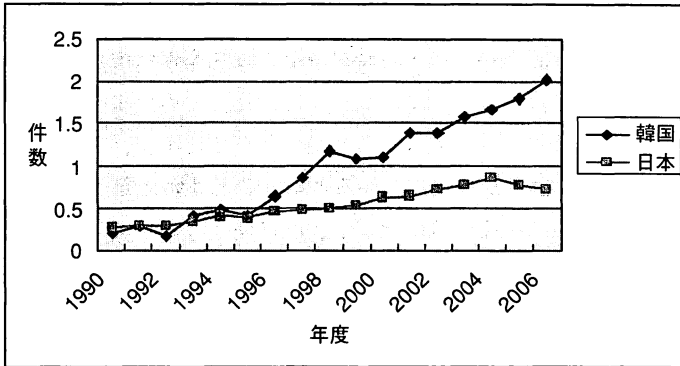


この表から明らかなように、近年、韓国における医療訴訟は急増しており、特に1996年以降においては、日本の増加傾向をも凌駕するほどの勢いである。増加率の点でややばつきはああるものの1990年の84件からすると¹¹⁾、ここ約15年で10倍を超える値を示しており（〔表2〕参照）、また、単純にその数だけを見ても2006年には日本における新受件数を上回る「逆転現象」が起こっている。この数値が尋常なものではないということは、2倍以上の開きがある人口数と対比してみれば一目瞭然である。

さらに〔表3〕は〔表1〕で示した人口10万人当たりの訴訟件数をグラフ化したものである。1990年代前半までは、増減の起伏があり、一概にはいえないが、それでも1995年までは日本と同頻度あるいは、それ以下の割合であることがうかがえる。ところがそれ以降、日本も増加傾向にあるにもかかわらず、それをはるかに凌ぐ勢いで増加し続けており、1998年の時点では、日本が0.5件/10万人（約20万人に1件の割合）なのに対し、韓国では1.17件/10万人（約8万5千人に1件の割合）で、すでに倍を超える割合で、かけ離れたものとなっている。

11) 韓国では医療事故に関する損害賠償事件請求を「損害賠償(의)」として受け付けて処理がなされ始めたのが1989年9月1日からであることからすると、1989年度のデータはそれ以降のもので12ヶ月分の数値を網羅していない可能性も考えられることから、確実に丸1年間のデータが反映されている翌1990年を基準とし、これを1とした場合の増加比をまとめたものが〔表2〕である。

〔表3〕人口10万人当の訴訟件数年次推移



〔表4〕全国医療施設数（括弧内は人口10万人当たりの数）

年 度	韓 国	日 本
1996年	31,173 (68.5)	156,756 (124)
1998年	34,588 (74.7)	161,540 (127.8)
2000年	38,665 (82.3)	165,451 (130.6)
2002年	44,029 (92.5)	169,079 (132.6)
2004年	47,378 (98.6)	172,685 (135.1)
2006年	51,286 (106.2)	174,944 (136.9)

そして、2006年には日本が0.71件／10万人（約14万人に1件）なのに対し、韓国では2.03件／10万人（約5万人に1件）となっており、もはや次元を異にするレベルに達している。

次に〔表4〕を示しておく。これは、全国の医療施設の数の推移をまとめたものである。限られた範囲のデータでしかないが、少なくともここからも若干読み取れるのは、10年間の間の医療施設の増加が日本が1.11倍の伸びに対して、韓国では1.64倍となっており、影響の程度は不明ながら、確かに医療施設の数に比例して動いていく部分はあるようである。また、単純に医療施設数を事件数で除する値が統計学上如何ほどの意味を有するか定かではないが、1996年度には韓国において107施設に対し1件、日本では272施設に対し1件の割合であったのが、2006年度においては、韓国で52施設に1件の割合、日本では191施設に1件の割合で訴訟事件が起きているということになり、ここにおいても歴然

とした差がみられ、日本との対比により、相対的な発生頻度の評価という意味では、参考に値するものと思われる。

しかしながら、訴訟数が増加する時期やその増加率が医療施設の推移に必ずしも連動しているとはいえず、また、日本と対比してみた場合、かなり違う様相を呈しており、日本にも当てはまる共通項と、その上に、さらなる韓国社会における特徴めいた因子が作用しているということはいえそうである。

また、当然ながら、医療紛争の全てが訴訟に向かうわけではないので、ここに現れているのは、韓国社会における医療紛争のほんの一断面を示しているにすぎないということである。

それらすべてを解明するのは筆者の現在の能力からは到底不可能であるが、本稿においては、上記に示された事実を前提としながら、この医療訴訟データの枠内のみならず、その背後に横たわる韓国社会における特徴的な要素（法意識の相違からくる患者（被害者）行動等）を含め、医療紛争の全容に目を向け、それらを可能な限り捉えるよう努めながら、韓国の現況を紹介しつつ検討を加えていくことにしたい。

Ⅱ 近時の医療紛争の動向とその特徴

1 医療紛争の現況とその特徴

医療事故や医療紛争（医療訴訟ではない）自体を把握できる資料はなかなか存在せず、医療紛争の全貌を把握するのは困難ではあるが、事項別に整理すると次のような相貌を呈し、またそれぞれにおける特徴が指摘されている。

(1) 増加趨勢

現在、韓国において医療紛争を公式に担当し、事故報告を受け付け、処理する機構としては保健福祉家族部の中央医療審査調停委員会と大韓医師協会共済会があるが、医療紛争調停委員会は実質的にほとんど活動がなされていない状態で、大韓医師協会共済会もまた、医師全員が加入会員となっているわけではないので、医療紛争の実態の把握には限界があり、また、相当数の医療紛争は外部に報告されず、医師と患者の間で内々に解決されており、医療機関では資料の漏出を制限していることもあって、全体的な状況を把握するのは不可能で

〔表5〕 調査機関別医療事故件数（1983—1989）

	‘83年	‘84年	‘85年	‘86年	‘87年	‘88年	‘89年	計
保社部	41	444	474	576	530	555	503	3123
医協共済会	130	285	323	295	298	302	310	1943
YMCA	51	32	44	57	57	105	127	505
合 計	222	761	841	928	928	962	940	5571
増加率(%)		242.8	10.5	10.3	-1.2	4.9	-2.3	4.4

*パク ヨンホ・前掲注10・66頁〔図表1〕を引用

ある。

しかしながら、1980年代後半までは保健社会部（現在の保健福祉家族部）やYMCA市民仲介室等信憑性がある公式的な団体が調査が行われた医療事故に対する統計数値が〔表5〕である。

ここにおいて注目すべきは1984年に医療事故件数が240%以上も上昇している点である。その理由は何故だか分析もなされていないようであるが、保健社会部において受け付けられた件数が一気に10倍以上となっており、他は全体的に漸増傾向にあるといえる。

1989年以降におけるの公式資料としては、大韓医師協会共済会の資料が唯一のものであるが、先述のように全員加入となっていないため、その加入率の逆数を乗じたくらいの数が大体韓国において発生した医療事故であるとみてさほど広い意味で医療紛争を把握する有用な資料となり、かつ、約20年間の医療事故発生の流れをつかめるものでもあるので、〔表6〕として示しておく。

（2）医療紛争当事者の行動

パク判事は、前掲注10掲記書の中で、概ね2000年を境に紛争当事者の行動に変化が見られ、これが訴訟件数にも表れていると分析する。以下、このパク判事の見解に依拠して紛争当事者の行動の特徴につきまとめてみることにする。

① 1990年代まで

韓国において、1990年代後半まで、大部分の医療紛争は当事者間の合意（示談・和解）によって終結し民事訴訟を通して解決されるケースは稀であったようだ。しかし、パク判事はこのような紛争解決を望ましい現象とは見ていない。なぜならば、この当時医師たちが他方当事者と合意（和解）をするのは、心か

〔表6〕大韓医師協会共済会加入状況と受付事件数

区 分	加入対象者数	加入者数	加入率 (%)	事件受付数
1期 ('81.11.1~'82.10.31)	6,625	2,418	36.5	191
2期 ('82.11.1~'83.10.31)	6,675	2,346	35.1	130
3期 ('83.11.1~'84.10.31)	6,741	3,913	58.0	285
4期 ('84.11.1~'85.10.31)	6,821	5,164	75.7	323
5期 ('85.11.1~'86.10.31)	8,461	4,874	57.6	295
6期 ('86.11.1~'87.10.31)	10,061	4,805	47.7	381
7期 ('87.11.1~'88.10.31)	10,082	5,069	50.3	342
8期 ('88.11.1~'89.10.31)	10,186	5,294	52.0	366
9期 ('89.11.1~'90.10.31)	10,240	5,477	53.5	290
10期 ('90.11.1~'91.10.31)	10,454	5,796	55.4	308
11期 ('91.11.1~'92.10.31)	11,390	5,643	49.5	309
12期 ('92.11.1~'93.10.31)	11,851	5,660	47.8	283
13期 ('93.11.1~'94.10.31)	12,383	5,576	45.0	310
14期 ('94.11.1~'95.10.31)	13,218	5,974	45.5	282
15期 ('95.11.1~'96.10.31)	13,715	6,169	45.0	319
16期 ('96.11.1~'97.10.31)	14,111	6,309	44.7	300
17期 ('97.11.1~'98.10.31)	15,186	6,441	42.4	358
18期 ('98.11.1~'99.10.31)	16,156	6,422	39.7	364
19期 ('99.11.1~'00.10.31)	17,462	6,648	38.1	485
20期 ('00.11.1~'01.10.31)	18,942	6,802	36.0	500
21期 ('01.11.1~'02.10.31)	21,140	6,643	31.4	505
22期 ('02.11.1~'03.10.31)	23,193	5,055	21.8	410

(1期～10期までは、パク ヨンホ・前掲注10掲記書146頁〔図表31〕、11期～22期は、チェジノン・後掲注63掲記論文31頁〔表17〕に依拠して作成)

ら自身の過誤を反省し、謝罪する気持ちからではなく、患者側の行動、つまり、民事訴訟による合理的な損害賠償を求めるなど、合法的な解決を図るのではなく、医師を業務上過失致死傷罪や殺人罪で告訴し、医師側が刑事処罰等を恐れる状態にした後、脅迫、籠城、暴言、騒乱等の非合法的な手段で合理的金額よりはるかに高額な金額を要求し、後に、要求額を減額する方法で医師に圧力をかけ、医師の過失如何に関わらず、患者側の脅迫や業務妨害を回避するための「臨時方便」として「和解」に応じることが多かったからだという。

以下の〔表7〕は大韓医師協会共済会が1990年に調査した医療紛争時の実力行使の態様である。紛争時、非合法的な行動に出た1224件の内、暴言・騒乱が

〔表7〕医療紛争実力行使の態様

報告事件数	A 暴言(騒乱)	B 病院占拠・籠城	C 狼藉(器物損壊)	A+B	A+B+C
1224	563	226	72	158	63
100%	45.90%	18.40%	5.80%	12.90%	5.10%

* 大韓医師協会共済会資料,1990（前掲注10掲記書・8頁より引用）

45.9%で最も多く、ついで病院を占拠し、座り込み等を行う行動が18.4%等になっている。日本においては近年患者のモラル上の問題がマスコミにも取り上げられ¹²⁾、問題となっているが、韓国においてはすでに早々から存在し、結局のところ、こういった被害は善良な国民に転嫁されることになる¹³⁾、として問題視されている。

② 2000年以降

パク判事によると、2000年代以降、紛争当事者間の合意による紛争解決の比率は、従来80%であったのが、65%に減少し、反面、法院による紛争解決は、3%そこそこであったのが、15～19%にまで増加、また、消費者院による医療紛争解決制度¹⁴⁾が1999年から開始され、この消費者院による紛争解決が3.1～8.2%と相当な率を占めるようになったようであり¹⁵⁾、この点は注目に値する。このように2000年代以後においては、従来、制度的装置による紛争解決を回避してきた当事者が、ここにきて制度圏内の紛争解決を模索する比率が高まっているといった動きがみられるようである。

(3) 刑事告訴の利用

韓国では、医療事件に限らず、民事訴訟に先行して刑事告訴を通した刑事的

12) 2007年8月19日、「読売新聞」の記事によると、全国の大学病院で、一年間に医師、看護師が患者や家族から暴力を受けたケースが約430件、理不尽なクレームや暴言が約990件確認されている。以前は医療者と患者の関係においては医療者側のモラルを問われることがほとんどであったが、ここにきて、患者側の、しかも大変ショッキングなモラル上の問題が浮上してきた。

13) パク ヨンホ・前掲注10・87～89頁。

14) 詳細は後述（Ⅲ－4）する。

15) パク ヨンホ・前掲注10・89頁。

な手続きを踏む傾向があるといわれる。例えば、パク判事は、「1989年だけでも医療過失に起因する刑事事件の発生数は409件にも上ったのに反し、医療事故による民事事件の受付件数は69件に過ぎなかった点を照らし合わせると、医療過失事件の場合、一旦医療事故が発生すると刑事告訴を行い刑事事件化するが、大部分がここで終わり、民事訴訟には踏み切らなかったものと思われる」と分析する。もっとも、このような状況は、民事訴訟提起件数が爆発的に増えた現在においてそのまま当てはまるとはいえない、とされつつ、ストレートに民事訴訟を提起せず、まずは刑事告訴・告発を通した刑事的処理を先行する傾向は今だに存在するようだ、と付け加えることを忘れない¹⁶⁾。

さらに、刑事事件化する理由として、次のようなことが指摘されている¹⁷⁾。

すなわち、①刑事告訴を通じて捜査手続き上において医師の過失が明らかにされるのを漠然に期待する心理、②刑事告訴は費用の面で安価である点、③医師が独占している情報を捜査過程で一部でも知るためであり、④患者の相談を受ける弁護士や相談員が真相把握が難しいという理由でまずは刑事告訴を勧める場合が多いとする。

しかしながら、医療法の改正等を通じて患者側の診療記録写本提出請求権が認定され、医療事故が起きれば患者側で無理に刑事告訴を提起しなくとも診療記録等を容易に入手できるようになり、医療事故の刑事事件化傾向は、少しは落ち着きつつあるようである。

(4) 紛争当事者行動と法意識

韓国法制研究院の朴相哲研究員は、国民法意識の「非正常的な現象」の現れとして、「紛争解決の有用な手段は、法よりも『金と権力そして様々な縁』であると思う国民が70%を占めており、また、刑事告発を、債務者を圧迫して金銭を取り立てる手段としてあるいは民事裁判の証拠収集として悪用する事例が急増している」点を指摘される¹⁸⁾。「勿論、このような現象をただちに国民法

16) パク ヨンホ・前掲注10・61頁。

17) パク ヨンホ・同上・61頁。

18) 朴相哲「韓国人の法意識」加藤雅信ほか編『21世紀の日韓民事法学—高翔龍先生日韓法学交流記念—』（信山社・2005年）30頁。また、同論文、注（2）によると、「2001

意識の変化と断定することはできないかもしれない」とされ、筆者もそのように思えるが、仮に一断面にせよ、こういった面が医療現場において投影された事象として、上述の(2)(3)を無理なく説明できるそれなりの整合性を有しているように思われる。

また、韓国法制研究院は、韓国全土を対象とした法意識調査を1991年、1994年の2度に渡り、行っているが、2回にわたる調査から得た特徴として、法に関して極めて否定的なイメージをいっていること、そしてこの否定的イメージは、学歴が高いほど強くなっていることが指摘されている¹⁹⁾。それは、「韓国では長く軍事的な力を背景にした、いわゆる権威主義体制が続いていた」こともあり、「国民からすると、法は政治体制を維持するための権力者の道具であって、国民の権利を守るためのものではなかったようである」²⁰⁾といった背景事情にも関係しているであろう。

また、1991年調査では、韓国人の法意識は、過去に比し肯定的な認識と権利意識が高揚している側面も有しながら、その「高まったと示された権利意識は、法的に確認可能な権利主張に限られず、累積した被害意識と法に対する嫌悪感の反映として、利害関係が曖昧模糊で非妥協的な情緒レベルの権利主張までを含む可能性もある²¹⁾」との指摘も示唆に富む。

しかしながら、こうした法意識は比較的短期間の間に明らかな変化もみられるようである。韓国政府の広報処が1999年におこなった『『遵法意識』に対する国民意識調査』で行われた「法はなぜ必要か」との設問が先の1991年調査にもあるが、91年調査では「社会秩序を維持するため」(76.7%)がもっとも多く、次いで「無念な或いは悔しい思いの人を救済するため」(8.8%)、「国家を統治

年9月10日現在、同年の被告訴人の数は49万7494名であり、起訴率はわずか19.4%である(朝鮮日報、2001.9.11。)とする。また、高翔龍『韓国法』(信山社・2007年)31頁以下においても、上記のような点も含め韓国人の法意識につき詳細にまとめられている。

19) 青木清「資料・韓国法制研究院『国民法意識調査研究』南山法学16巻3・4号(1993年)・307頁、同「韓国人の法意識〔特集 契約観・訴訟観・法意識の国際比較〕」ジュリ1297号(2005年)79-80頁。

20) 青木清・前掲注19(2005年)・80頁並びに同論文注4)掲記の同「第11章 韓国の社会と法」河合準雄＝加藤雅信『人間の心と法』(有斐閣・2003年)277頁も参照。

21) 朴相哲・前掲注18・34頁。高翔龍・前掲注18・39頁。

するため」(7.5%)、「犯罪人を処罰するため」(3.2%)、「紛争を解決するため」(1.9%)と続く。これに対し、99年調査では、「人々の権利と安全を保護するため」(48.6%)が最多で、次に「社会秩序の維持のため」(45.1%)、「犯罪者を処罰するため」(4.8%)、「人々や集団間の利益を調整するため」(1.5%)となっている²²⁾とのことである。

こういった法意識の問題も紛争当事者行動、つまり上に示した(2)(3)の問題のみならず、冒頭(I-2)の「予備的考察」にて検討した医療訴訟の動向にも深く関連するものと思われる。

2 医療紛争の増加原因

(1) 医療者側の要因

① 医療需要の増加による受診機会の拡大

医療紛争増加現象の原因としてまずもっていえることは、医療行為自体の爆発的な増加、つまり受診機会の拡大があげられる。

1989年、全国国民医療保険実施²³⁾による医療保険制度の拡大により国民の医療

22) 青木清・前掲注19(2005年)・83頁。

23) この点につき詳述するのは、本稿の方向性から逸脱するので、本文中においては述べないが、概要をここにおいて簡単に記すことにする(以下は、国民健康保険公団ホームページ：<http://www.nhic.or.kr/>に依拠)。

現在韓国においては健康保険制度は法律による強制加入のいわゆる皆保険制度となっている。社会保険方式の健康保険は社会的連帯を基礎に医療費問題を解決しようとするのが目的で、所得水準等保険負担能力により等差負担、1年単位の会計年度を基準に収支を予定し保険料が計算され、各個人の経済的能力により一定の負担で財源を助成し、個別負担と関係なく必要に応じて均等な給付を受けることができ、病気等により発生する家計への負担を軽減する所得再分配機能を遂行している。

沿革につき概説すると、1963年11月、社会保障に関する法律、同年12月医療保険法が制定され、任意適用方式でスタートしたが、社会与件にも合わず有名無実であった。その後1970年に勤労者、公務員、軍人等を対象に強制保険とする医療保険法制定。さらに1977年7月、500人以上の事業所における勤労者と工業団地勤労者強制適用(486の組合設立)。1979年7月、300人以上の事業所まで適用拡大。同年より公務員・教職員医療保険実施。

1980年代にいたっては、全国国民医療保険実施のための準備に着手していく。職場医療保険は1981年1月に、100人以上の事業所勤労者、1982年12月には16人以上事業所勤

費に対する負担が過去に比して激減したことで、医療サービスの需要が急激に増加したこと、また、医科大学の増設²⁴⁾により医師の数や医療機関が増えたことも併記すべき事項としてあげられている。1949年には3,672名に過ぎなかった登録医師数が1980年には22,564名、1990年には42,554名、2000年には72,503名となっており現在も毎年3,000名以上の医師が新たに輩出されているばかりでなく、医療機関の数も2007年12月31日現在、52,914施設となっており²⁵⁾、かつては都市部にしかなかった病院が今では各地域毎に行き渡るように開設されており、国民が医療に容易に接することが可能になったことで、受診件数が急増し、これに伴って医療事故及び医療紛争発生件数も同様に増加傾向を示すといったように、医療需要が増加するほど医療事故と医療紛争の量も比例して増加する現象が起きているとされている。

しかし、筆者がやや違和感を感じるのは、医療人のマンパワーの増加自体も医療需要の増加、つまり患者の受診機会の増加因子に含めて医療事故ないし紛争増加の要因としているところである。〔表8〕〔表9〕は韓国と日本の主な（双方の対比ができる統計が入手し得るという意味での）医療従事者数を示した近時の統計であるが、これらからすると、人口当たりの医療人の数は日本の方が

労者にまで適用範囲拡大し、1988年7月、5人以上の事業所勤労者にまで拡大適用がなされた。

地域医療保険は、1988年1月、農漁村地域に実施したのに次いで、1989年7月には都市地域まで拡大適用し、韓国においては、医療保険実施12年目にして全国民医療保険を達成する。1997年12月31日「国民医療保険法」が制定され、1998年10月1日から多数保険者方式（組合方式）から医療保険制度において統合主義方式に変更。公・教公団と227の地域医療保険組合を統合する。

2000年7月1日「国民健康保険法」施行。翌々年の2002年1月19日には国民健康保険財政健全化特別法が制定され、2003年7月1日より財政統合運営となり現在に至っている。

24) 韓国における医科大学は、1960年代には8校であったが、現在、国立10校、私立31校の合わせて41校が設置されている（大韓医師協会ホームページ：http://www.kma.org/index_general.html）。

25) この統計は、病院・医院ほか歯科医院、韓方病院、韓医院、助産院等を含むすべての医療機関数である。因みに、この年の5年前にあたる2002年末現在で44,029施設、10年前の1997年末には32,700施設で、現在、下記ホームページ上に公開されている最古のものが1994年の統計で、この年は28,121施設であるが、この時点を基準に比べても、まだ15年にも満たない間に2倍近い増加となっている（保健福祉家族部ホームページ：http://www.mw.go.kr/user.tdf?a=user.new_portal.index.IndexApp&c=1001）。

〔表8〕主な医療従事者数（韓国）

年度	合 計	医 師	歯科医師	韓医師 ²⁶⁾	薬剤師	看護師	看護助士	助産師
2001年	224,169	54,002	13,814	9,442	2,607	68,013	75,064	1,227
2002年	241,999	58,647	14,679	9,825	2,704	75,239	79,731	1,174
2003年	251,925	61,388	15,015	10,788	2,558	78,319	82,925	932
2004年	266,470	61,052	16,065	11,177	2,671	82,552	91,722	1,231
2005年	272,865	63,411	16,782	11,915	2,793	86,299	90,465	1,200
2006年	284,786	66,075	17,577	12,756	2,885	90,867	93,466	1,160

〔表9〕主な医療従事者数（日本）

年度	合 計	医 師	歯科医師	薬剤師	看護師	準看護師	助産師
1996年	1,473,237	240,908	85,518	194,300	544,929	383,967	23,615
1998年	1,552,648	248,611	88,061	205,953	594,447	391,374	24,202
2000年	1,631,105	255,792	90,857	217,477	653,617	388,851	24,511
2002年	1,706,971	262,687	92,874	229,744	703,913	393,413	24,340
2004年	1,778,375	270,371	95,197	241,369	760,221	385,960	25,257
2006年	1,847,554	277,927	97,198	252,533	811,972	382,149	25,775

上まわるが、逆にこの数が少ないほど医療現場をとりまく環境は劣悪で、医療安全が脅かされることになるのではなかろうか。

たとえば、医師数をみると、日本の場合、人口1,000人に対し、2.0人の割合で、これは、アメリカ2.4人、イギリス2.4人、ドイツ3.4人、フランス3.4人に比

26) 韓国医療法では、医療人とは、「医師、歯科医師、韓医師、助産師及び看護師」となっている（第2条）。韓医師は、伝統医学である韓医学の理論に基づいて医療行為全般を行う医療人で、鍼灸も含め、韓方（漢方）と名のつくことに関してオールマイティーで、診療科として内科、婦人科、小児科、神経精神科、鍼灸科、眼耳鼻咽喉皮膚科、再活医学科、四象体質科の8科を有する。歴史的には、中国から伝わった漢方医学が韓国の特徴を生かした独自の民族医学として発達し、継承され現在にいたるが、当初、西洋医師に対する相対的名称である「漢医師」で定着していたが、1986年、「漢医師」の名称を「韓医師」に変更し、民族医学としての立地を強化した。養成機関としては、現在は6年制の大学（かつては4年制）での教育システムとなっており、全国で11校設置されている。韓医学に対する国民の信頼は厚く、また、大統領の主治医としても、洋医師と韓医師の2名が選ばれており、自ずと好意的な競争関係が維持されている（金成俊「韓国韓医学通信（第28報）」漢方の臨床55巻6号〔2008年〕・138頁）とのことである。なお、上記の件も含め、韓医学・韓医師の歴史経緯と現状に関しては、金英信「韓国韓医学の現代史と現状（上）（中）（下）」漢方の臨床53巻8号（2006年）・9頁以下、同9号（2006年）・163頁以下、同10号（2006年）・117頁以下が詳しい。

して低く（OECD加盟国平均：3.0人）、OECD加盟国30カ国中27位となっており、対策が急務とされているが、韓国の場合、同1.6人でOECD加盟国中29位となっており、日本以上に、医療現場が疲弊した事態であるのが読み取れる。よって、日本よりはるかに深刻な事態に直面しているといえそうである。

② 医学の発展とそれによる医療行為の複雑化

韓国においては、近年医学技術は目を見張るほど急速な発展を遂げており、このような医学の発達に伴い、複雑な手術等先端技術を駆使する施術行為が増加するほど、新たな診断・治療技術の複雑性は、常にそれに付随する副作用を有し、患者に発生する悪結果である医療事故の増加につながり、したがって医療紛争も増えるという結果をもたらす²⁷⁾。

一方、このように医学・医療の発達が日進月歩であるため、大学卒業後においても継続的に研鑽義務を果たし、医療の進歩に歩調を合わせるべきところ、一部の医師たちはそのような義務自体怠るようになり、最近の医術の発達を反映できない場合も少なくなく、これも医療紛争発生の可能性増大に関係している²⁸⁾と分析されている。

さらに、医療界がインターン、レジデント、専門医等の階級構造をなしており、専門医たちは、自分の地位を掲げて、患者を直接診断・治療せず、インターンやレジデントに一任することが多く、まだ専門医としての基準（注意義務の基準）を満たすことのできない、いわば医術の練磨段階にある彼らに業務が偏重するといった構図を示し、その結果、医療ミスによる事故発生も多く、患者側からしてもインターンやレジデントが治療に当たる場合、彼らに対する不信のため、何ら過失がなくとも医療事故等の悪結果が発生すると、インターンやレジデントが治療したこと自体が過失であるとの主張をもって病院に抗議するといったケースも少なくないようである²⁹⁾。

27) 한국의료법학회보건의료법학편찬위원회（韓国医療法学会保健医療法学編纂委員会），보건의료법학－개정판－（保険医療法学－改訂版－），동림사，2003（以下『保健医療法学』とする。）・112頁、パク ヨンホ・前掲注10・93頁。

28)パク ヨンホ・前掲注10・93頁。

29)パク ヨンホ・同上・93－94頁。

③ 医療機関の大型化に伴う営利追及化及び危険管理体制の不在

医師及び医療機関の急増と医療需要の増大により、今日の医療機関はその存続のため、営利性の追及は避けられない状況となっている。殊に、1997年のIMF勧告措置等の影響もあって一定の限定された医療報酬制の中で、病院運営のための経費は上昇し多くの病院が倒産に追いやられている現実においては、生き残りのため、より多くの患者を効率的に診療することが求められることから、かつて存在した全人的医療とは程遠いものになっており、「2時間待って5分診療」という言葉が流行しているという現実³⁰⁾は、これらを端的に示していて、かつ、日本の医療現場との共通項を見出すのにも充分であろう。

特に最近大型化し、組織化された総合病院という病院形態において伝統的な医師と患者の信頼関係が緊密に形成されることが非常に困難で、医療の非人間化に伴う患者の疎外感を助長し、また、医療機関の大型化は医療機関の商業的競争を誘発させるため、営利追及化による倫理意識の低下をもたらすことにもなり、一方では、チーム医療の形態によって意思疎通の不一致等により重大な結果発生を招く場合も増えている³¹⁾。

④ 医療従事者の過大な業務負担

韓国においては、「専門医修練及び資格認定等に関する規定」により修練病院あるいは修練機関の指定を受けた大病院で「専攻医」たちが勤務している。この「専攻医」たちは医師でありながら、大部分は非常に低い報酬と長時間の勤務を余儀なくされ、睡眠時間3～4時間といった激務の中で夜間の当直も担当する³²⁾。したがって、救急患者の場合、大体彼らが診療にあたることになるが、問題は、彼らが激務による過労により時折診療が疎かになったり、集中力が減少し医療ミスを犯す可能性が濃厚であるということである。そして看護師の場合も同様、相当な激務となっており、看護師の供給不足の状態が常であるといった現状も日本と酷似しており、このような業務負担はヒューマンエラーを惹起し、ひいては医療紛争につながるものである。

30) パク ヨンホ・前掲注10・94頁。

31) 前掲注27『保健医療法学』・P112。

32) パク ヨンホ・前掲注10・96頁。

⑤ 医師－患者関係の変化と変化に適応できない医師の社会意識

多くの研究で医師の権威に対する一般人の否定的視角が医療事故を紛争化するのに寄与する要因として作用しているという³³⁾。

かつて韓国において医師といえば、専門職種で、その数も極めて少なく、「仁術の施患者」として患者から相当な尊敬と信頼を寄せられてきた。しかし、今日、多くの医師が養成され、各種専門職の登場により、過去のような医師に対する限りない尊敬と信頼、医師の指示と処方に対して盲従するといったことは失せていき、医師は、患者に対し、全治療過程に対して説明し、患者から承諾を得なければならないといった水平的関係に変化した³⁴⁾、といわれる。

このように垂直的な関係であった医師と患者の関係が水平的関係へと変化しているにも関わらず、一部の医師たちが、自身の優越的地位を当然視し、医療知識に乏しい患者に対して、説得的な立場というより、権威的で、命令的な立場を取り、医学的知識に乏しい患者の主張や要求を無視するといった態度をとることもあり、こういった場合、患者としては過失云々よりもこういった医師の態度に憤慨し、医師と患者の関係が極度に悪化するケースは多い³⁵⁾。医療事故の紛争化は医師と患者間の関係が相当部分寄与する。即ち、医師と患者間の意思疎通方式と相互作用形態、医師が存在する不確実性のとらえ方、患者の同意の求め方等、医師と患者間に成立している信頼の程度が直接的に事故を紛争化するのに寄与する要因として指摘されている³⁶⁾。

医師と患者が親密な意思疎通構造を有しているならば、医療過誤訴訟の量を減少させることができ、このために意思疎通の重要性に関する教育及び患者の声に積極的に耳を傾けようとする技術実習 (demonstration of active-listening

33) 前掲注27『保健医療法学』・112頁。

34) バク ヨンホ・前掲注10・96－97頁。また、丁容鎮編著, 대법원판례정선 보건의료법외료분쟁 (『大法院判例精選 保健医療法学・医療紛争』), 울림사, 1999・50頁は、「身体の自然治癒力を強化する伝統医学では疾病の治療においては、安静と投薬等侵襲行為ではない対応療法を主に行うので、医療事故、医療紛争は発生する可能性が極稀であったし、また、医師と患者間の関係も仁術という温かい人間関係で、相互信頼と尊敬の中で行われたので、医療事故が発生しても医師を恨むことなく、そのまま受け入れるため医療紛争が発生する余地がなかった」という。

35) バク ヨンホ・前掲注10・96－97頁。

36) 前掲注27『保健医療法学』・112頁。

technique) が意思保守教育の内容として、医師又は医科大学の学生に訓練づけられなければならないと主張もなされている³⁷⁾

⑥ 医療人の医療法理に対する知識不足

大体において医師たちは医療法をよく知らないだけでなく、知る必要がないとも考えてきた。その根源的な理由は、医科大学教育において医療法が扱われる場合がほとんどなかったし、これまで医師たちは医療法を知らなくとも医療活動に大きな支障はなかった。このような傾向が、医療紛争が発生したとき、医師たちが法的権限や義務をおろそかにする契機として作用した。

特に医師の説明義務等の各種法的義務と医療過誤等の責任法理に関する理解が不足したまま、診療にあたるといったことも、現在の医療を取巻く状況からすると医療紛争を増加させる要因となりうる³⁸⁾。

(2) 患者側の要因

① 患者の医療の本質に対する理解不足

医療行為は、身体に対する侵襲を伴うため、本質的に危険性を帯びることになり、医療の非定型性、身体が多様性（個人差、特異体質等）、またその治療に対する効果も様々であるばかりか結果に対して予測不可能であるという「医学の不確実性」といったことから常に事故が起こる可能性を孕んでいるものであるが、患者はかような医療の本質に対する理解不足のため、医療事故が起これば、常に過誤の存在を疑い医療紛争を起こすことになる³⁹⁾。即ち、患者たちが、医療に対する高い期待と完全な効果・満足だけを要求するとき、それに沿わない結果が発生すると医療に対する不満が増幅し（医療行為の過程において最善の努力を尽くしたか否かというところに理解と関心が向かず）、紛争化する要因として作用したりする⁴⁰⁾。

37) 前掲注27『保健医療法学』・112-113頁。

38) 同上・113頁。

39) バク ヨンホ・前掲注10・97頁。

40) 前掲注27『保健医療法学』・113頁。またバク判事は、患者は医療行為が手段債務であるということが理解できず、悪結果発生の場合、無条件に医療ミスとして過失を主張するといった行動をとることで医療紛争が増加するのだという。このため過失の立

② 国民の権利意識の増大及び診療契約としての意識の変化

国民の権利意識の伸展により、人権意識が高まったことが挙げられる。現代の民主化社会で国民の権利意識の高揚に伴い患者は医師と対等な立場で医療に積極的に参与することを望むようになった。最近においては、かつての医療父権主義から医療の全過程において意思決定に参与することを主張する患者主権主義に置き換わり⁴¹⁾、また、紛争を回避し、穏便に問題を解決しようとする過去の消極的思考から、積極的に自己の権益を主張し、問題点を明らかにすることで、同様の被害に苦しむ人がまたと出ないよう再発防止に資することが望ましいといった思考への転換がみられ、かつては泣き寝入りしていたような事項に対しても訴訟を通じて問題を提起する事例が増えはじめるなど、訴訟が日常化し、医療分野においてもこういった趨勢が反映され、医療紛争が増えている⁴²⁾。

よって、医療事故が発生すると患者側はその問題を医師側が契約上の義務を履行していないといった責任問題として眺めるようになり、このような変化は医療事故が紛争化する重要な要因となっている⁴³⁾。

③ 健康に対する関心増大と医療情報の拡散

近年文化水準の増大と経済成長により、多くの国民が健康に関してはもちろんのこと、専門的な医療知識に対しても関心を持つようになり、かつては貧弱であった医療に対する情報が、各種メディアやインターネットを通じて容易に入手できるなど、医療情報が拡散し、患者は医師の医療行為に対し、それなりの判断基準をもって事を明確にしようとする傾向へと変化がみられるようになった。患者が医療を認知する水準が増加するにつれ、患者が医療事故の大部分を（ときにはまともな医療行為に対してまでも）医師の過失や過誤として認知し、医療紛争へと進行している⁴⁴⁾。

証が事実上不可能であったり、困難な医療事故に関しても、患者側では丈夫だった患者が死亡したという事実のみをもって自分に勝訴可能性があるものと安易に考え、不必要に訴訟を乱発する傾向さえあると指摘する（パク ヨンホ・前掲注10・98-99頁）。

41) 前掲注27『保健医療法学』・113頁。

42) パク ヨンホ・前掲注10・99頁。

43) 前掲注27『保健医療法学』・113頁。

④ 経済的補償心理の増加

医療訴訟の増加に伴い、これを通じた金銭的補償事例が蓄積され、このような先例の累積を通じて患者は経済的補償の可能性に対して期待を有するようになるため（それが1次的な目的ではないにせよ）、紛争が増加する傾向があることを否定することはできない⁴⁵⁾。

(3) 制度的要因

① 医療事故に対する社会的補償制度の欠如

現代医学が開発した治療法と医薬品にも本質上危険性が内在されており、医療行為により発生する不祥事の中には医師の過誤なしに発生する場合も多い。

例えば、予防接種により被った損害に対しても補償を受けるところが漠然としていて、まずは医師に賠償を求めるしかないのが現実である⁴⁶⁾。

医療人の過誤によらない不可抗力であったり、原因が定かでない予見不可能な医療事故による損害の場合、これを評価し、相当の補償をする制度が必要である。韓国においては、こういった医療事故に対する社会的補償制度が確立されていないがゆえに、抑鬱した悔しさを訴えることができない患者は直接的な暴力行使や訴訟を通して損失の補償を受けようとする傾向を示し、やはり、医療紛争増加の原因となる⁴⁷⁾。

また、賠償責任制度自体の問題点を指摘する見解⁴⁸⁾もある。これによると医療紛争及び医療訴訟の増加は、もはや世界各国で共通して起こっている現象で、医療行為の増加と社会の民主化による権利意識の向上がもたらす医療紛争増加現象はこれ自体さほど深刻な問題ではないこと、それはアメリカや日本では、韓国のように、患者側で実行使により病院業務を妨害したり、医師個人を脅迫したり、医師個人に対する刑事告発を乱発するといったことは稀で、ほとんど見られない点をあげ、それは日本の医師会においては医師賠償責任保険に強

44) 前掲注27『保健医療法学』・114頁、パク ヨンホ・前掲注10・100頁。

45) 前掲注27『保健医療法学』・114頁。

46) 이 덕환 (イ ドクァン), 의료행위와 법 (医療行為と法), 文英社, 1998・14頁。

47) イ ドクァン・前掲注46・14-15頁、前掲注27『保健医療法学』・114頁。

48)パク ヨンホ・前掲注10・101頁。

制加入となっている等、賠償責任制度が充実している点を重要視する。

韓国においては、医療過失保険制度の導入はしているものの、国民への広報不足と医療人の加入不足⁴⁹⁾のため、未だ行き渡った機能にはいたらず、結局のところ、経験豊かな専門家が冷静かつ合理的に紛争処理をするといったことには程遠く、紛争経験の全くない患者と医師が感情的に対立し、敵対することで互いの関係の悪化を招き医療紛争の解決方法が過激化するという事態を招いている。

② 各種市民団体、医療専門弁護士等の増加

医療人のみならず、法曹の急激な増加により、専ら医療訴訟を専門に取り扱う医療専門弁護士が続々と増え、医師の中でも医療記録の鑑定や訴訟での鑑定証人を職業とする医師が登場するなど医療事故が発生したとき、患者側はこういった職業人を容易く利用できるようになったことで、従来、対話で解決を図ろうとした医療事故に関しても今ではより紛争化する傾向にあり、特に医療被害にあった家族の会等の活動が活発化し、患者側で、彼らの医療紛争の経験と組織的な助力を得ることができることにより、医療紛争は益々増加している⁵⁰⁾。

③ 適切な医療紛争調停機構や紛争解決のための制度的装置の不在

医療事故が紛争化する前に事案を公定し、客観的評価と患者側の適正な被害救済、医師側には医療活動が萎縮しないよう迅速に解決することができる機構の存在は望ましいが、このような活動をする機構が不在であったり、存在しても有名無実である等、それなりの問題点があるため十分に活用しきれず、結局のところ、ほとんどの医療紛争が制度圏外で解決されており、それによる副作用が医療界及び国民全体に及ぶという悪影響が深刻であるという⁵¹⁾。

また、長らく論議されてきた医療紛争調整法が立法されず、紛争の円満な解

49) バク ヨンホ・前掲注10・102頁の注88)によれば、消費者保護院紛争調停2局において、全国163箇所の総合病院を対象に調査を実施したところ、医療賠償責任保険に加入している総合病院は29.6%にすぎないとする。

50) バク ヨンホ・同上・103頁。

51) バク ヨンホ・同上・103頁。

決にかかる時間が長期に及び、それによる社会的、経済的損失をもたらしているとの指摘もある⁵²⁾。

3 医療紛争が生み出す社会的副作用

(1) 防御的診療の傾向

医療紛争最大の副作用としていわば防御診療の傾向があげられている⁵³⁾。

医療紛争の様相が過激化、大型化、長期化し、医師たちには病院廃業等の被害が発生し、診療に対する所信や使命感が顕著に低下するようになり⁵⁴⁾、紛争を回避するために防御的な診療傾向、つまり、医療事故を意識し、自己を保護するため、救急患者や失敗率の高い治療を拒否するという消極的防御診療（萎縮診療）の形をとったり、通常必要ではない検査や治療手段を採択し、部分的に過剰診療をするといった積極的防御診療をする傾向が一般化した⁵⁵⁾。

人道主義実践医師会が1991年実施した医療倫理に関するアンケート調査において専門医の49.5%、開業医及び奉職医の36.5%が過剰診療をしたことがあるとの回答がなされている⁵⁶⁾ ことから防御診療の傾向はかなり蔓延しているといえ、医師たちが法的規制を意識し、上述のごとく自己保護のための方法や措置を講ずるもので、「医療紛争の予防医学」とまで呼ばれている⁵⁷⁾。

52) 前掲注27『保健医療法学』・114頁。

53) 김선중=이경환=김원호 (キム ソンジュン=イ ギョンファン=キム ウォノ), 연세의료법윤리학총서3 의사와 변호사가 함께 풀이한 최신의료판례 (『延世医療法倫理学叢書3 医師と弁護士が共同で解析した最新医療判例』), 동림사, 2003・30頁、前掲注27『保健医療法学』・116頁、김선중, 최신실무 의료과오소송법 (キム ソンジュン『最新実務 医療過誤訴訟法』), 博英社, 2005・19頁。

54) キム ソンジュン=イ ギョンファン=キム ウォノ・前掲注53・29頁。

55) キム ソンジュン=イ ギョンファン=キム ウォノ・同上・30頁、パク ヨンホ・前掲注10・104頁。

56) キム ソンジュン=イ ギョンファン=キム ウォノ・同上・30頁、パク ヨンホ・同上・104頁。

57)パク ヨンホ・同上・105頁及び同注89) 掲記の論文 (서재관, 한국방어의학소론, 부산의사회지 제22권 25호, 제43쪽 [ソ デュグエン「韓国防御医学小論」ブサン医師会誌第22巻25号・43頁])。

（2）医療費等社会的費用の上昇

医師の防御診療も医療費上昇の要因になるが、最近、医療紛争が増加するにつれ、医療事故による損害賠償費用、訴訟費用、賠償責任保険料に関連する費用等、経済的損失が急速に増加しており、これは、結局患者に転嫁され、医療費上昇の無視できない要因になっている⁵⁸⁾。

（3）診療環境（医療現場）に与える影響

医療事故により提訴されはしないかという心理的不安感が作用することから、応急医療（救急医療）を忌避する傾向が多く、またとかく事故発生率が高いことから、産婦人科を筆頭に内科、外科、小児科等4つの科が忌避され、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科、精神科、形成外科等に医師が集中するといった深刻なマンパワーの需給の不均衡が生じているが、この点も現在の日本で起こっている問題がそのまま映し出されるごときである⁵⁹⁾。

また、医療紛争の危険性と低価の診療費のため、1次病院で手術室や入院設備をなくした結果、一般外科医師の間では、最も簡単な手術であるとされる、盲腸、痔疾、脱腸の手術さえも大学病院でしなければならないような形態への医療給付体系の歪曲が指摘されている⁶⁰⁾。

さらに、紛争が継続している間の深刻な影響として、先に述べたごとく、韓国では、患者側が実力行使による業務妨害等により円滑な診療活動が不可能となったり、民事訴訟に敗訴した場合、莫大な損害賠償を支払わなければならない可能性もあるため、その間は訴訟準備等にも神経を遣わねばならず、心理的不安感のため疲弊し、新たな患者を診る上で集中した診療をすることが困難なのはもちろん、新たなミスを犯す可能性さえ生じるといった、いわゆる2次的に派生する影響も決して軽視できないとの懸念もなされている⁶¹⁾。

以上のように、医療紛争の増加は、医師の診療環境を不安定にし、結局全体

58) キム ソンジュン＝イ ギョンファン＝キム ウォノ・前掲注53・30頁、前掲注27『保健医療法学』・117頁、パク ヨンホ・同上・106－107頁。

59) キム ソンジュン＝イ ギョンファン＝キム ウォノ・同上・30－31頁、前掲注27『保健医療法学』・117頁、パク ヨンホ・同上・105－106頁。

60) キム ソンジュン＝イ ギョンファン＝キム ウォノ・同上・31頁。

61) パク ヨンホ・前掲注10・106頁。

的な医療の質の低下を招き、先述のごとく何よりも医師－患者関係の悪化から両者間の不信を増幅させ、これがさらに医療紛争を増加させるという悪循環を惹起し、結局のところ最終的には一般国民がその被害を被ることにならざるを得ない。

Ⅲ 医療紛争解決のための非司法的制度

1 医療審査調停委員会

医療事故による紛争の増加とその内容の深刻性から社会問題となったことにより医療紛争が法的問題に発展する前に紛争当事者がこれを自律的に解決できるよう客観的で公正な立場で医療事故を調査し、紛争を調整し、長期に及ぶ不毛な争いを回避し、解決に導けるよう1981年12月の医療法改正の際、医療審査調停委員会の根拠法規が制定され、1982年から医療法第54条の2の規定⁶²⁾に基づき、保健福祉部長官の傘下に中央医療審査調停委員会、市・道知事の傘下に地方医療審査調停委員会を設置し、医療紛争に対する調停制度を施行している。

医療法第54条の3の規定により、市・道知事に紛争の調停を申請するという手続きを経なければならない、また紛争の原因が発生した日から1年以内に申請しなければならないという制約があること、広報不足により本委員会の存在自体周知されていない等の理由から、ほとんど利用されていない状況である。

62) 医療法第54条の2は、その1項において、「医療行為を原因として生じる紛争（以下“医療紛争”という）の調停のために保健福祉部長官傘下に中央医療審査調停委員会を、市・道知事傘下に地方医療審査調停委員会をおく。」とし、2項においては「中央医療審査調停委員会及び地方医療審査調停委員会の構成・運営・調停委員の資格、その他必要な事項は大統領令で定める。」と規定する。さらに3項では、「中央医療審査調停委員会は、医療紛争を調停する以外に保険福祉部長官が附議する次の事項を審議する。」とし、「1.医療行為の範囲」、「2.医療人の種別による業務の限界」、「3.その他医療に関する重要事項」をあげている。

2 大韓医師協会共済会

(1) 沿革と概要

本共済会は、開業医が医療紛争に遭遇する事態の増加にも関わらず、政府レベルでの対策もなく、医師賠償責任保険も活性化されない中、医療紛争が発生したとき、紛争事件を審議し、補償金を支給し、会員医療人達を支援する自救策として開発された。社団法人大韓医学協会（1993年5月29日、大韓医師協会に名称変更）の一事業部として設立され1981年11月1日より事業を開始し（1年単位で1期の事業を運営）、今日にいたっている。当初は、非制度圏事業として運営されたが、1987年、改定医療法により、医療紛争による被害の補償等のため、保健社会部長官の許可を得て共済事業が出来るように規定がおかれ、1989年8月7日、大統領令（第12773号）により改定された医療法施行令において共済事業の内容と共済事業の許可申請及び運営に関して具体的な規定が設けられ、1990年8月14日、保健福祉部の共済事業許可を取得し、法律的地位を確保し、10期共済会が始まった1990年11月1日から制度圏事業に転換された。

共済会の事業趣旨は、まず1つ目に、医療紛争から迅速に会員の身辺と財産を保護し、次いで2つ目として、医師－患者相互間の被害が最小限に食い止められるよう事態の収拾、仲裁、調停を最優先におき、3つ目として、事件の程度に見合う適正な補償金を審査の上、支給することを主要な機能としている。他には、内規として、患者側の籠城（座り込み？）や狼藉等により医療機関が損失を被った場合、当該医師と協議の上で告発措置を講じ、患者側が病院側と法的に対立する場合には、費用の支援と事件解決に助力することを指針としている。

(2) 問題点

問題点として、次のようなことが指摘されている⁶³⁾。

63) 최진홍, 의료분쟁의 해결방안에 관한 연구 (의료분쟁조정법틀안을 중심으로), 서강대학교대학원석사학위논문, 2005 (チェ ジノン・「医療紛争の解決案に関する研究 (医療紛争調停法律案を中心に)」ソガン大学大学院碩士学位論文 (2005年)・31-32頁、パク ヨンホ・前掲注10・150-152頁、李載衡・「医療事故의 (의)被害救済에 (に) 관한 (関する) 研究」(漢陽大学校大学院博士學位論文・2007)・187頁。

まず、1点目として、本共済会は大韓医師協会が会員を対象として任意加入形式で実施しており、全員強制加入でないことから、危険分散機能が制約されざるを得ない。

2点目として、非現実的な補償額があげられる。〔表10〕にみるように、基本共済の場合、補償限度額が1口当たり1千万ウォンで3口まで加入が可能であるから、最高補償額といっても3千万ウォンにすぎない。

3点目としては、医療紛争が発生した場合、その審査・判定の基準として医療人の過失の有無を問題としない。つまり、加害者側の医師が所属する大韓医師協会共済会の審査委員が参与し、過失の有無より被害の補償に主眼をおき解決を図るため、補償率は高いが補償額は低く、医療過誤に基づいた被害賠償という次元からは乖離がある。

4点目に、紛争の審査を医師協会支部委員会を経て、中央審査委員会で行うが、これは医療者団体の審査であるため、患者側としてはその公正性に疑心をもつということである。

このような点は、加入率にも端的に現れている。先（Ⅱ－1－（1））に示した〔表6〕からうかがえるように、共済会が設立された直後から1991年までは大体50%前後であったのが、その後年々低下し、2003年（22期）に至っては21.8%にすぎない。

本共済会は、1987年には医療法上その根拠が明文化され（医療法第28条の2）、形式的には保健福祉部の監督下にあるが、実質的には、公正性が認められないこと等により紛争解決に大きな役割は果たせていないようである。^{64, 65)}

3 民間保険会社による医師賠償責任保険

韓国において医療賠償責任保険が最初に登場したのは、1973年で、東邦火災

64) チェ ジノン・前掲注63・31頁。

65) 医協共済会は、上記問題点を克服し、共済事業活性化のため、民間保険会社を提携し、既存の共済以外、最高限度額最高2億ウォンの「医療賠償共済」を2002年より販売し始めた。危険担保力等の関係で対象は、病床30以下の病・医院に限られるが、それなりの反響と成果がみられるようで今後有用な制度として期待されている（パク ヨンホ・前掲注10・152－157頁）。

〔表10〕医協共済会 共済納付金と補償限度額（適用期間1年）

種別	適用（準用）診療科	診療領域又は範囲	納付金(ウォン) 〔1口当たり〕	補償限度額
1種	放射線科、病理科	－注射をしない場合	60,000	1千万ウォン
2種	内科、小児科、結核科 家庭医学科等	－基本（外来）診療に該当するもの （主に単純な一般診療領域） －通常の注射、投薬の診療領域 ＊1種の領域を含む	115,000	1千万ウォン
3種	外科系 －外科、整形外科 神経外科、形成外科等 眼科 麻酔疼痛医学科 耳鼻咽喉科 精神科	－外科系の処置/手術等の診療 －麻酔施術による診療 －精神科入院診療 －形成外科は美容目的の本来の診療（施術処置）とは別に注射/投薬/処置中に惹起された事故 －眼科の場合 白内障/緑内障/エキシマレーザー等の手術 －麻酔科等ペインクリニック治療 ＋1、2種診療領域を含む	366,000	1千万ウォン
特種 A	産婦人科	－分娩又は産婦人科手術（13週以下の中絶手術を含む）を施行する場合 ＊1、2、3種診療領域含む	653,000	1千万ウォン
特種 B	産婦人科	－分娩又は産婦人科手術（14週以上の中絶手術を含む）を施行する場合 ＊1、2、3種、特種A診療領域含む	1,123,000	1千万ウォン

（チェ・ジノン・前掲注63掲記論文32頁の〔表18〕を引用）

保険により医師賠償責任保険の形態で導入され、以後約10年間4つの保険会社が賠償責任保険の普通約款に医師職業の危険担保と医療施設特別約款を付加し保険契約を締結する形態で実施されたが、派生する諸問題と、財政赤字のため、1984年以降すべての保険会社が医師賠償責任保険の販売を中断するにいたった⁶⁶⁾。

その後1990年代後半からサムソン火災をはじめ一部民間保険会社が医療賠償責任保険市場に再び参入し始めたが、加入者側にとっては、事故に対する保険

66) 1973年～1984年の間4つの保険会社が282件の保険契約を締結し、357万ウォンの保険料を徴収したが、この間の保険金給付額は、1,318万ウォンとなった（李載衡・前掲注63・189頁）。

金に比して保険料が高額で、他方、保険会社にとっては、医療事故による損害率が高く、リスクの引き受けの問題点等、複合的な要因から、さほど活性化していないのが現状のようである⁶⁷⁾。

4 韓国消費者院による被害救済

(1) 韓国消費者院⁶⁸⁾の医療被害救済現況

韓国消費者院は、1999年2月5日「消費者保護法」の改正により、金融、保険、法律、医療等、「専門サービス」と称される領域での被害救済が可能となり、医療被害救済に関しては、1999年4月よりその業務が実施されている。

① 相談受付と処理過程

救済の流れを概説すると、まず相談チームが電話、ファックス、インターネット等多様な方法で消費者（被害者）の相談を受け付け、話を聞き、有益かつ重要な情報等を提供したり（大部分はこの段階で不安が解消されることが多い）、調査が必要な場合は被害救済手続きを踏むことになる。被害救済が必要な事件は、紛争調停局医療チームに移管され、担当者が事件を検討した後、被害者と内容を確認し、該当病院に「受付通知書」と「解明要求書」を送付。同時に国内外医学文献と法院（裁判所）判例を研究し、専門家の諮問⁶⁹⁾を経て医師側の過失の有無、責任の程度を判断し、最終解決案を導き出す。

次の段階は、当事者の説得と合意（和解）勧告である。両当事者に調査結果、

67) チェ ジノン・前掲注63・40頁。

68) 韓国消費者院は、1987年7月1日消費者保護法により「韓国消費者保護院」として設立された後、2007年3月28日消費者基本法により「韓国消費者院」に機関名が変更された。当機関は、消費者の權益を増進させ、消費生活の向上を図り、国民經濟の發展に寄与するために國家が設立した専門機関である。その主な機能は、消費者の權益に関する制度と政策の研究及び建議、物品やサービスの規格・品質・安全性等に関する試験検査及び調査・分析、消費者の權益増進・安全及び消費生活向上のための情報の収集・提供及び國際協力、消費者のクレーム処理及び被害救済などである（ホームページ：<http://www.kca.go.kr/index.jsp>）。

69) 消費者院には60名の諮問委員団が構成されており、特に内科、一般外科、産婦人科、齒科、整形外科の諮問医は週に一度消費者院を訪ね、医療チームと論議し、合理的な判断を下すのに助力している。

専門家意見の内容等説明し、そこに過失が認定される場合、両当事者の意見を総合し、適正な補償がなされるよう導く。両当事者が自由意思に基づき合意した場合、合意書を作成し被害救済終了となる。この段階で請求事件の処理が終了しなかったり、30日以内に合意に達しない場合は、消費者紛争調停委員会に調停要請等の処理に移ることになる。

② 業務実績

消費者院の資料によると、医療被害救済業務が開始された1999年4月以降、相談件数は年々増加の一途をたどり、相談のみならず、被害救済として受け付けられ、解決・処理された数も相当の数に達しており、医療チームの専門化への努力とそれに伴う質的・量的成果ともいえる結果の集積がうかがえる⁷⁰⁾。

〔表9〕は、1999年から2005年までの被害救済として受け付けられた事件数をまとめたものであるが、7年に満たない間に4,646件を処理し、被害者の救済と紛争の解決に多大な役割を果たしていることがわかる。

増加率をみても業務開始の翌年である2000年度は一気に66%の増加となり、その後も20%以上の勢いで増加し、2003年度には増加率ではややマイナスに転じるものの、661件と決して少なくない処理件数となっており、2004年度は約33.9%、2005年度は23.5%とまた増加趨勢を示している。医療機関別にみると、医院が総じて最も多いのだが、総合病院や病院に比して相対的に大学病院が高い数値を示しており、2005年度に至っては、医院の347件をはるかに凌ぐ409件と最多となっている。

消費者院によると、大学病院関連の事件が多いのは、3次診療機関として重症患者が多いことから、それだけ医療事故の危険性も高いといった点と、大学病院の医療紛争処理体系が整っていないといったシステムエラーを指摘する⁷¹⁾。

70) また、この医療チームの活動のもう一つの成果として、主要総合病院に「民願担当室」（いわば市民相談室？）の設置を実現させ、病院内において被害相談等の1次相談窓口を設けることができたとのことである（前掲、消費者院ホームページ）。

71) 消費者院によると、大学病院には医療紛争担当職員がほとんど存在せず、医療賠償責任保険加入率も総合病院の半分にも満たないばかりか、消費者院の被害救済処理時の解明資料提出もかなりの遅延傾向にあるという（消費者院資料「医療被害救済業務

〔表11〕医療機関別被害救済現況

区 分	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	合計
大学病院	53	108	165	257	241	328	409	1,561
総合病院	55	73	71	110	103	97	137	646
病 院	31	65	113	108	90	106	190	703
医 院	120	177	202	243	213	332	347	1,634
薬 局	6	19	4	6	1	1	2	39
その他	6	8	4	3	13	21	8	63
総 数	271	450	559	727	661	885	1,093	4,646

(＊韓国消費者院資料に基づき作成。以下の〔表12〕〔表13〕も同じ)

次に、〔表11〕は各年の被害救済状況を事件の処理結果別にまとめたものである。一定の賠償をすることで示談に至ったケースが最も多く、7年間を通して1,465件、返金が261件で、被害に対する金銭的な補償によって示談が成立したのは1,726件である。全被害処理件数の内、証拠資料不備や医師の説明書遅延等により処理が確定されなかった「相談その他」の1,385件を除外すると3,261件であるから、これを考慮すると、この段階での実質的な示談成立率は52.9%となっている。

また、「情報提供」は527件で、被害に対する事実調査を通じて病院側の責任を問うことが困難と思えるものが大部分であり、これは、両当事者間に横たわる尖锐化された確執を客観的立場から理解・説得を促すことで、感情的解消を図り早期に紛争を終結させたという意味で、意義が大きい⁷²⁾といえる。

「調停要請」は306件で、被害救済業務を開始後30日以内に事実調査が充分遂行できず合意勧告ができない状況で調停委員会に移管されたケースが多いという。また、両当事者が合意勧告を受け入れない場合や、被害に対する補償額が比較的小額に止まるような事件で訴訟に踏み切っても実質的に利益がないようなケースで交渉が決裂した場合も調停委員会に委ねることになる⁷³⁾。

「取下・中止」(652件)の原因は、医療事故により障害が生じ、それが一時

分析結果」、「総合病院の医療紛争処理実態調査」：前掲・韓国消費者院ホームページより入手可能)。

72) チェ ジノン・前掲注63・27頁。

73) チェ ジノン・同上・27頁。

〔表12〕 処理結果別被害救済現況

区 分	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	合計
賠償	95	152	234	234	190	245	315	1,465
返 金	76	71	15	15	26	39	19	261
情報提供	25	72	80	69	51	76	154	527
調停要請	43	15	16	38	43	64	87	306
取下・中止	—	63	97	161	112	107	112	652
その他	19	13	4	6	6	2	—	50
相談その他	13	64	113	204	233	352	406	1,385
総 数	271	450	559	727	661	885	1,093	4,646

（＊「相談その他」は、証拠資料不備や医師の説明遅延等により処理未確定のもの）

〔表13〕 処理金額別被害救済現況

区 分	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	合計
～10万ウォン	44	21	21	5	3	4	—	98
～100万ウォン	84	95	66	53	51	84	75	508
～500万ウォン	49	74	93	93	82	93	143	627
～1000万ウォン	9	10	38	38	42	40	54	231
～5000万ウォン	12	20	29	56	35	57	52	261
5000万ウォン～	—	3	2	7	3	6	10	31
合 計	198	223	249	252	216	284	334	1,756

（韓国消費者院の資料では、1999年～2003年までは、金額区分の欄を各々「10万ウォン以下、10万ウォン（超）～100万ウォン以下…」とし、2004年と2005年度は同「10万ウォン未満、100万ウォン未満、500万ウォン未満…」となっているが統一的な表を作成するため、筆者は「～」のみを使って上記のような表記とした）

的なのか永久障害なのか、障害率（程度）の判定を受けるために時間を要する場合、患者側が、被害救済受付後に訴訟へと方針転換した場合、（死亡事故で）解剖結果が出るまでに時間が経過してしまう場合、個人的な事情で請求を取り下げる場合等、多様である⁷⁴⁾。

〔表11〕は、処理金額別の被害救済結果を示したものである。業務開始初期には100万ウォンまでの比較的小額のものが多いが、7年間総じて見ると、100～500万ウォンの金額帯が一番高い比率を示しており、近年に至るほど高額化

74) チェ ジノン・前掲注63・27頁、同注42) 掲記論文（김경례, 의료분쟁과 소비자보호, 석사학위논문, 2003〔キム キョンレ「医療紛争と消費者保護」碩士学位論文・2003年〕）。

〔表14〕消費者紛争調停委員会の構成

常任委員	非常任委員					合 計
	消費者代表	事業者代表	分野別専門家	弁護士	小 計	
2	9	9	24	6	48	50

(韓国消費者院ホームページより)

傾向が見られる。5000万ウォン超のうち、1億ウォンを超えるものが2004年、2005年、各々2件存在する。2005年12月31日現在までの最高処理金額は、2004年の胸部外科関連事件で、手術後低酸素性脳障害を惹起した件で、3億4千万ウォンの賠償がなされている。

総処理金額も年々増加しており、2005年だけをみても総額約26億8千万ウォンに達し、1件あたりの平均は約804万ウォンとなっている。

こうした急増傾向を示すのは、国民の消費者院に対する認知度が高まっていること、また経済的（無料）、時間的負担（30日以内の迅速処理）がかからない⁷⁵⁾といった点が大きい。

(2) 消費者紛争調停委員会

消費者紛争調停委員会は、消費者院の「合意勧告」が受け入れられない場合、紛争を迅速に解決するために1987年8月設立された準司法的機構で、消費者保護法第35条に基づき、公正取引委員長が任命する委員長1人、常任委員1人を含め、財政経済部長官が任命する消費者及び事業者団体代表、法曹界、医療、自動車、保険、製造物責任等の分野別専門家50人により構成（〔表13〕参照）されている⁷⁶⁾。

本調停委員会は、消費者（患者・被害者）と事業者（医療者・病院）双方から証拠と関係資料を提出させ、試験・検査結果や専門委員会の意見を参考に被害を処理する⁷⁷⁾。調停が成立すると、消費者紛争調停委員会は調停書を作成するが、その内容は、「裁判所の和解」と同一の効力、つまり民事訴訟法上の確定判決と同じ効力が付与される⁷⁸⁾。

75) 消費者院資料。

76) 前掲消費者院ホームページ、チェ ジノン・前掲注63・28頁、李載衡・前掲注63・197頁。

77) 李載衡・前掲注63・197頁。

本来、韓国消費者院の消費者紛争調停委員会の業務対象には、医療紛争業務は除外されていたが、医療審査調停委員会が国民の信頼を得られず、有名無実な状態となると、政府は1998年12月消費者保護法を改正（1999年4月6日施行）し、これを通じて医療紛争業務も取り扱えるようにすることで、消費者院を医療紛争解決機構として公式に認定するに至った⁷⁹⁾。

医療審査調停委員会が有名無実なのに反し、消費者院の医療紛争調停は、年々活性化しており、今後もより一層の利用が見込まれると共に期待がなされている。

（未完）

78) 前掲消費者院ホームページ、李載衡・前掲注63・197頁。

79) 李載衡・同上・198頁。