論　　説

韓国における医療紛争の動向と問題状況（二・完）

李　　庸吉

Ⅰ　本稿の課題と問題視角
Ⅱ　近時の医療紛争の動向とその特徴
Ⅲ　医療紛争解決のための非司法的制度（以上、41巻3号）
Ⅳ　民事訴訟の現況
Ⅴ　医療紛争対策をめぐる立法動向
Ⅵ　結語（以上本号）

Ⅳ　民事訴訟の現況

1　一般的傾向

冒頭で示したとおり、医療訴訟第1審新受件数は、増加の一途を辿っており、しかも近年においては爆発的な増加率となっており、事態は日本以上に深刻といえよう。医療訴訟に関しては、世界的に増加趨勢にあるのは確かであるが、しかしそれを勘案しても、近年においては、その増加率が50%近くに至る状況で、これは日本におけるそれ（約15%）をはるかに凌いでおり、他に類を見ない非尋常的な現象としかいいようがない。

こういった趨勢から、先述のように医療事故による損害賠償請求事件は、「損害賠償（의）[80]」として受理し、これを処理しており、1991年9月にソウル地方法院第15民事部を「医療過失訴訟事件専担部」に定めて医療事件を専門に担当・処理する専門裁判部が登場したのを皮切りに1996年にはソウル高等法院（第9及び第17民事部）に、そして現在では主要都市の地方法院に専門裁判部が設置されるにいたり、医療訴訟事件は専らこの専門裁判部において審理がなされている[81]。

80）事件名に付される記号「의」（発音は「ウィ」に近い）は、「医」を意味する。

次に、医療の中でもどの領域において訴訟事件が頻発しているかという問題であるが、日本のように診療科目別の事件数に関する公式の統計は、今回筆者が調べた限りにおいては見当たらなかったが、医療事故が頻発する診療科として、産婦人科領域で事故が最も多く、次いで内科、整形外科、神経外科等が指摘されており[82]、医療訴訟事件においても概ねこういった領域での係争事件が多くを占めていることが推認されうる。このあたりも大体日本とよく似たような様相を呈していると見てほぼ間違いではないものと思われる。

そして近年においては、医療紛争に対する解決方法においても当事者同士の対話よりも訴訟で紛争を解決しようとする傾向が増加趨勢にあることから、医療は防御的態勢を採ろうとし、そのような副作用が社会的に蔓延していく危険性からも医師－患者間の個人的な次元を超え、深刻な社会的問題として浮き彫りとなっている[83]。

2　医療訴訟の審理方式[84]

(1) 緒言

韓国においては、2002年7月1日より全面改訂された新しい民事訴訟法（2002.1.26 法律第6626号）[85] が施行されているが、全国の法院では、この新法

---

81) パク ヨンホ・前掲注10・108頁。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月であるから、日本より10年も先行して設けられたことになる。

82) パク ヨンホ・前掲注10・71頁（図表4）、キム ソンジュン・前掲注53（2005年）・19頁。

83) キム ソンジュン・前掲注53・19頁。

84) この項に関する記述は、김선중, 새로운 審理方式에 따른 醫療過誤訴訟의 審理와 實務上 諸問題 －민사사건관리방식에 따른 서울지방법원의 실무를 중심으로－, 재판자료 제97집, 법원도서관, 2002년（キム ソンジュン・*「新しい審理方式に則った医療過誤訴訟の審理と実務上の諸問題－民事事件管理方式に則したソウル地方法院の実務を中心に－」裁判資料第97集・法院図書館・2002年*）、キム ソンジュン・前掲注53（2005年）・16－18頁に依拠。

85) 韓国の民事訴訟法は、日本のそれを模範として制定され、その後の改正により日本の民事訴訟法にはない制度を盛り込む形で発展してきている。そのような点から、民法と同様、日本法との密接関連性を有することは自明の事実といえる。その沿革につき若干述べるならば、近代以前においては、比較的整備された中国式の中央集権的律令制度ないしは、固有の司法制度が存在していたが、この独自のものが近代法として

の施行に備えてすでに2001年3月1日から新しい民事事件管理方式に則って民事訴訟手続が行われている。

この新方式を概説すると、まず、当事者が法廷に出廷しないで答弁書や準備書面の数次に渡る交換と証拠の提出を行い、書面による争点整理手続を行い、次に、可能な限り1度の裁判期日を設け最終的に争点を整理して確認する手続である「争点整理手続期日」を経て、次いでこれも極力1度で済むよう証拠調べ期日を設けて、関連証人をまとめてこの日に出廷させ尋問を行う等必要な証拠調べを一括・集中的に執り行う「集中証拠調査期日」の後に審理を終結させる方式で、日本の場合とほぼ同様の流れであることから、法改正にあたっても、日本法（平成8年法[86]）が大いに参考にされていることがうかがえる。

(2) 書面による争点整理手続

訴状が提出されると、法院は訴状副本と共に訴訟手続案内書を被告に送達する。被告は案内書に則って詳細な答弁書と翻訳文を添付した診療記録簿を法院に提出。次いで、法院はこれを準備命令と共に原告に送達し、準備書面と必要な証拠を提出させ、双方の攻防が開始する。

争点整理期日には双方の主張と共に証拠関係の整理を終えなければならないため、事前に証人に対するもの以外の全ての証拠申請及び証拠資料（必要な医学文献や鑑定意見書等）の提出がなされる。

発展するにはいたらず、1900年初期の時代的背景により、当時の日本の法制度がほぼそのまま取り入れられる。そして第二次大戦以降においても、いきなり独自の法制度を設けるのは困難であったことから、引き続き日本法を依用法として使用。1961年にいたって、ようやく韓国独自の民事訴訟法といえるものが制定されたが、それまでの経緯からして日本法の影響から抜け出すものにはなりえず、結局日本の民事訴訟法と類似するものとなった。その後、1990年と2002年の2度にわたる全面改正と幾度かの部分改正を経て現在にいたっている。以上の点も含め、韓国民事訴訟法に関しては、金祥洙『韓国民事訴訟法』（信山社・1996年）が詳しい。

86) 1996年（平成8年）に全面改正された民事訴訟法を指す。「充実した争点整理と集中的な証拠調べの実施」を主要な骨格に据えた平成8年法により導入された制度の運用状況に関しては、菅野雅之「訴訟の促進と審理の充実―裁判官から」ジュリ1317号61頁以下を参照。

(3) 調停回付[87]

韓国においては、特に医療訴訟の場合、訴訟事件として係属後、一旦調停に付されることが通例のようである。例えば、ソウル中央地方法院医療専担部では、書面による争点整理及び期日前の証拠調査が全て完了し、それに則って法院の心証がある程度形成された段階で事件を調停に回付している。医療専担部では医療専担調停委員を各診療科目別に大学病院科長級以上の医師と弁護士各1名で構成された調停委員会を構成し、全ての医療事件は調停委員会の調停を経るようになっている。調停委員の中で医師は医学的側面から、弁護士は法律的な側面から事件を検討した後、調停案を作成し、これを基礎として当事者を説得し、妥協点を導き出す。調停委員による調停が成立しなければ事件を裁判部に戻すが、このとき調停委員は調停の進行過程と事件に対する調停委員の意見を記した調停結果報告書を作成し提出することになる。裁判部は、事件分類段階を経て準備手続期日にこの調停結果報告書を参照し、記録を綿密に検討し、合議を経て最終的に調停案を作成する。この調停案は後に調停が不成立となり、判決を言い渡した場合、当事者に法院に対する不信感を与えないよう判決の結果と極力差が出ないものとなっている。

(4) 事件分類

当事者の一方あるいは双方が調停をまったく希望せず調停が不成立となったり、調停に代わる決定に対し異議が唱えられた事件に対しては、裁判部の合議を経て事件を分類し、審理の方向性を決定する。その結果さらなる主張・立証が必要な事件は釈明準備命令を送り攻防を継続することとし（追加書面攻防段階に分類）、再度調停に付す必要があると判断される事件や事案が複雑で争点整理が必要な事件、証人尋問が必要な事件等は準備手続期日を指定し、争点整理と共に再び調停を勧告し、それ以上追加攻防や調停可能性がなく、争点整理期日も別途指定する必要がないと判断される事件に関しては、第1回弁論期日は指定し、その期日に弁論が終結できるようにする。

87) 韓国民事調停法（1990年制定）第6条は、「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。」と規定する。元来、当事者双方の合意のある場合にのみ調停回付を認めていたが、1992年の同法改正により、職権調停を認めたものである（金祥洙・前掲注85・255頁）。

(5) 争点整理期日

争点整理期日は、原則的に準備手続期日の形態で進行する。よって事件分類段階で準備手続期日を指定する決定がなされた事件に対しては、予め準備手続回付決定を行い、当事者双方に通知することになっている。

ソウル中央地方法院医療専担部では、争点整理期日を効率的に運営するため争点整理期日前に事件分類段階で予め争点整理案を作成し、これを当事者双方に送付し、検討するようにした後、争点整理期日に当事者より意見を聴取し、異議があれば修正し、異議がなければこれをそのまま調書に添付する方式で争点整理期日を運営している。そしてこの段階でもう一度調停に回付し、調停を勧告し、調停に応じない場合、調停に代わる決定をする。

準備手続を経た事件や準備手続を経ることなくそのまま弁論期日を指定することに決定した事件は、順次第1回弁論期日を指定し当事者双方に通知がなされる。

弁論期日においては、準備手続において整理された争点、または予め作成し送付した争点整理案を双方の当事者に個別的に提示し、説明した上で再度確認する。その上で、証人が採択された事件は、争点と関連したもののうち期日前の証拠調査においても立証がなされなかった部分に限定して証人尋問を実施した後、弁論を終結し、判決の期日を指定する。

3　法院における医療訴訟事件の処理状況

(1) 平均審理期間

韓国においては、医療訴訟の審理期間に関する公式な統計が存在しないようなので、正確なものは示しえないが、パク判事によると、1審判決には平均30月を、2審判決には平均15月を要しているとのことである[88]。2000年以降においては医療専門裁判部が設置された影響もあり、多少短縮されているようであるが、通常民事訴訟1審合議事件の全体的な審理期間が5.4から7.1の間であることからすると、医療訴訟の審理期間はこの3倍ないし4倍に達していることになる[89]。

88）パク ヨンホ・前掲10・116頁。
89）パク ヨンホ・前掲10・116－117頁。

一方、日本における同期間であるが、さきに述べた1996年民法訴訟法の全面改正（いわゆる平成8年法の導入：施行は1998年1月1日）、さらに平成15年改正（提訴前証拠収集手続・計画審理・専門委員制度等の導入）の影響により年々短縮傾向にある。地裁通常訴訟事件の平均審理期間[90]にはまだまだ及ばないものの、たとえば、2006年の平均値が25.1月であるが、これは10年前の1997年の36.3月に比較すると11月以上、1990年の42.8月からすると17月以上短縮されていることになる。またこれにともなって未済事件の数も2004年の2138件をピークに翌2005年以降は減少に転じている[91]。

ところで、医療訴訟において審理期間が長くなるのは、医療行為の適否等が争点となることが多く、この審理のためには医学的・専門的知見を必要とし、また、そのような点を踏まえた的確な判断のために鑑定を行う場合が少なくなく、これに相当程度の時間を要するといったことが多分に影響しているようである[92]。

このような事情は韓国においても同様で、審理期間が長期を要する要因としてはやはり「鑑定の遅延」が挙げられている。従来より、韓国では、主に大韓医師協会に鑑定嘱託を行う。すると同協会はさらに鑑定事項によって該当所属学会に、所属学会はさらにまたある適当な医師を選択し、鑑定を嘱託するといった形であるため、鑑定書が出来上がってくるまで6箇月ないし1年以上かかることも珍しくなく、また、こういった鑑定嘱託の末、作成された鑑定書の内容は不十分かつ不誠実な場合が少なくないため、鑑定医に事実照会や場合によっては再鑑定、あるいは鑑定書の上にさらに別の証拠調査をしなければならない

90）2000年：8.8月、2001：8.5月、2002年：8.3月、2003年：8.2月、2004年：8.3月、2005年：8.4月、2006年：7.8月、2007年：6.8月となっている（最高裁司法統計、「裁判統計から見る医事関係訴訟の状況」民事法情報No.261 (2008年) 5頁＜表2＞参照）。

91）「裁判統計から見た医療過誤訴訟事件について」民事法情報No.169 (2000年) 10頁以下、「医療関係訴訟事件の概況－裁判統計を中心として－」同No.180 (2001年) 34頁以下、「裁判統計から見た医事関係訴訟事件を巡る最近の動向」同No.202 (2003年) 2頁、同No.214 (2004年) 2頁以下、同No.226 (2005年) 2頁以下、「裁判統計から見る医事関係訴訟事件の状況」同No.237 (2006年) 2頁以下、同No.249 (2007年) 2頁以下。

92）佐野勝信「裁判統計から見る医事関係訴訟事件の状況」民事法情報No.249 (2007年)・3頁。

等さらに6箇月ないし1年以上を鑑定のために所用しなければならないといったことがまれではなく、審理が遅延する理由として、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、ほとんどが鑑定による遅延であると指摘されている[93]。

パク判事は、医療訴訟は、極めて専門的な分野における紛争であるにもかかわらず、その閉鎖性による情報偏在、つまり、患者側は、門外漢の上、証拠方法が手中になく、さらに、鑑定を依頼するにしても鑑定人は被告と同業の医師であるため、「『青緑は同色』あるいは『肘は内側に曲げる』といった諺の如く、鑑定人は、同僚意識を有することもあり鑑定結果に期待できないことも多」く[94]、立証困難であるばかりか、実体の把握自体も困難な場合があるとし、こういったことからも医療訴訟の円滑な審理の最大の障害要素は、情報の偏在現象であるとし、この克服が主要課題として常に現れる[95]とされている。

(2) 既済事件の終局区分件数とその割合

韓国における第1審既済事件の終局区分を年度別にまとめたものが〔**表15**〕、それに対応する形で日本の統計を〔**表16**〕にまとめてみた。

全体的に見て、特徴的なのは、日本の場合は和解の割合が多くを占めるといったことに照らし、韓国の場合は、調停を試みて解決を図るといったことがさかんに行われており、また、一旦は訴訟提起された事件にもかかわらず、その成功率もかなりの高率で10年前の状況に比べると明らかに増加傾向にあり、システムにおける成果といえそうである。

一方、判決による終結が日本のそれに比べると割合的に高いのも特徴である。しかし、最近に至ってはその割合は徐々に低下しており、その分和解の割合が増加しているのが目を引く。特に、2002年の11件に対し、2003年には52件と急に約5倍に増加し、その後も引き続き増加傾向を示している点である。パク判

93) パク ヨンホ・前掲注10・117頁。

94) パク判事は、もちろん中には現代医学でも解明できない現象も多く、医師といえども全てを解明できるものではなく、また判断者である判事としても医学的専門家でないばかりか医療の発展が日進月歩のため、固定的な判断基準が見出せず、実態把握が極めて難しいことも合わせて述べられている（パク・上掲書62頁）。

95) パク ヨンホ・前掲注10・62－64頁。

〔表15〕第1審終局区分年度別統計（韓国）

年度	新受件数	既済件数（括弧内は割合〔単位：%〕）							
		合計	却下命令	判決	取下	調停	和解	認諾	その他
1990	84	68 (100.0)	−	48 (70.6)	12 (17.6)	−	7 (10.3)	−	1 (1.5)
1991	128	88 (100.0)	2 (2.3)	72 (81.8)	12 (13.7)	−	1 (1.1)	−	1 (1.1)
1992	75	81 (100.0)	1 (1.2)	57 (70.4)	16 (19.8)	−	4 (4.9)	−	3 (3.7)
1993	179	137 (100.0)	−	98 (71.5)	28 (20.5)	−	8 (5.8)	−	3 (2.2)
1994	208	163 (100.0)	−	115 (70.5)	26 (16.0)	−	10 (6.1)	−	12 (7.4)
1995	179	115 (100.0)	2 (1.8)	82 (71.3)	19 (16.5)	6 (5.2)	3 (2.6)	−	3 (2.6)
1996	290	229 (100.0)	6 (2.6)	125 (54.6)	40 (17.4)	36 (15.7)	10 (4.4)	2 (0.9)	10 (4.4)
1997	399	303 (100.0)	3 (1.0)	181 (59.7)	57 (18.8)	31 (10.3)	13 (4.3)	−	18 (5.9)
1998	542	475 (100.0)	4 (0.8)	308 (64.9)	70 (14.7)	59 (12.4)	16 (3.4)	1 (0.2)	17 (3.6)
1999	508	395 (100.0)	2 (0.5)	215 (54.4)	50 (12.7)	82 (20.7)	11 (2.8)	−	35 (8.9)
2000	519	361 (100.0)	3 (0.8)	221 (61.2)	47 (13.0)	62 (17.2)	8 (2.2)	−	20 (5.6)
2001	666	585 (100.0)	16 (2.7)	263 (45.0)	58 (9.9)	182 (31.1)	5 (0.9)	−	61 (10.4)
2002	671	492 (100.0)	2 (0.4)	228 (46.3)	62 (12.6)	137 (27.9)	11 (2.2)	1 (0.2)	51 (10.4)
2003	755	735 (100.0)	4 (0.5)	393 (53.5)	66 (9.0)	119 (16.2)	52 (7.1)	1 (0.1)	100 (13.6)
2004	802	755 (100.0)	5 (0.7)	384 (50.9)	58 (7.7)	146 (19.3)	69 (9.1)	−	93 (12.3)
2005	867	772 (100.0)	4 (0.5)	355 (46.0)	54 (7.0)	183 (23.7)	85 (11.0)	−	91 (11.8)
2006	979	749 (100.0)	3 (0.4)	372 (49.7)	75 (10.0)	140 (18.7)	82 (10.9)	−	77 (10.3)

＊1990年～2001年までは、パク ヨンホ・前掲注10・109頁［図表15］に、2002年～2006年に関しては、大法院ホームページ上の司法年報のデータにそれぞれ依拠。

〔表16〕第1審終局区分年度別統計（日本）

年度	新受件数	既済件数（括弧内は割合〔単位：%〕）						
		合計	判決	和解	放棄	認諾	取下	その他
1990	352	330 (100.0)	120 (36.4)	160 (48.5)	4 (1.2)	0 (0.0)	24 (7.3)	22 (6.7)
1991	356	361 (100.0)	133 (36.8)	192 (53.2)	1 (0.3)	0 (0.0)	18 (5.0)	17 (4.7)
1992	371	364 (100.0)	152 (41.8)	165 (45.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	22 (6.0)	25 (6.9)
1993	442	347 (100.0)	132 (38.0)	173 (49.9)	2 (0.6)	0 (0.0)	20 (5.8)	20 (5.8)
1994	506	392 (100.0)	178 (45.4)	174 (44.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	21 (5.4)	19 (4.8)
1995	488	426 (100.0)	172 (40.4)	198 (46.5)	2 (0.5)	1 (0.2)	29 (6.8)	24 (5.6)
1996	575	500 (100.0)	176 (35.2)	259 (51.8)	1 (0.2)	0 (0.0)	29 (5.8)	35 (7.0)
1997	597	527 (100.0)	193 (36.6)	278 (52.8)	1 (0.2)	0 (0.0)	27 (5.1)	28 (5.3)
1998	632	582 (100.0)	232 (39.9)	285 (49.0)	3 (0.5)	0 (0.0)	29 (5.0)	33 (5.7)
1999	677	569 (100.0)	230 (40.4)	267 (46.9)	4 (0.7)	0 (0.0)	37 (6.5)	31 (5.4)
2000	794	691 (100.0)	305 (44.1)	317 (45.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	40 (5.8)	29 (4.2)
2001	822	722 (100.0)	334 (46.3)	318 (44.0)	1 (0.1)	0 (0.0)	31 (4.3)	38 (5.3)
2002	909	869 (100.0)	386 (44.4)	381 (43.8)	1 (0.1)	0 (0.0)	63 (7.2)	38 (4.4)
2003	998	1035 (100.0)	406 (39.2)	508 (49.1)	4 (0.4)	3 (0.3)	47 (4.5)	67 (6.5)
2004	1110	1004 (100.0)	405 (40.3)	463 (46.1)	2 (0.2)	0 (0.0)	49 (4.9)	85 (8.5)
2005	999	1062 (100.0)	400 (37.7)	529 (49.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	46 (4.3)	87 (8.2)
2006	913	1139 (100.0)	402 (35.3)	607 (53.3)	1 (0.1)	1 (0.1)	50 (4.4)	78 (6.8)

＊1990年～1997年に関しては、倉島浩二＝森田恵佑「裁判統計から見た医療過誤訴訟事件について」民事法情報No.169（2000年）・13頁（表2）のデータに、また、1998年～2006年に関しては、最高裁判所司法統計（http://www.courts.go.jp/saikosai/about/iinkai/izikankei/toukei_02.html）にそれぞれ依拠。

事によると、これは、2002年6月より、大韓医師協会がサムソン火災保険と医療賠償共済・再共済に関する業務協約を締結し、従来運営してきた共済事業と別途医療賠償共済事業を主導的に統括運営し、新たな医療賠償共済事業を実施したことにより、従来の共済による補償限度額が1千万ウォンに制限されていたことにより、実質的な損害の賠償を担保できなかった問題点を改善し、この医療賠償共済においては、補償限度額を3千万ウォン、5千万ウォン、1億ウォン、2億ウォンの4つから選択し加入できるとしたことにより、実質的な損害の賠償が可能となったこと、また、従来の共済事業においては「先合意・後審査補償方式」（事件発生後、会員又は共済会職員によって和解が成立した後、関連書類を検討し審査委員会に回付し、保証金を決定する方式）であったがゆえに、医師が事件処理に神経をすり減らさずにはいられないシステムを「先審査・後合意補償方式」（事件発生時、一般保険と同様、大韓医師協会職員が事件処理を一括して担当し、終結させる方式）という画期的な補償方式に変更され、大韓医師協会共済会職員が初期対応から事件の終結まで事件処理を担当するようになり、保険料が高額なため、民間保険会社の医療賠償責任保険に加入できなかった相当数の医師たちがこの医療賠償共済を利用し始めたことによる影響が和解の急増に繋がったものと分析がなされている[96]。

また、訴えの取下げも2001年以降は減少が見られるものの、日本のそれが4～5%[97]であることからすると、韓国における特徴的な現象とも見て取れる。これは、既に述べたように、韓国においては、民事訴訟よりも先行してまず刑事告発に向かう傾向があることからすると、訴訟の目的が賠償よりも医療者に対する怒りや恨みといった感情面が先行するがゆえの「制裁」という問題が第一儀的な場合、仮に刑事責任が問われる結果なり、あるいはそれにはいたらなくとも刑事裁判に付されることそのものがいわば社会的制裁であるとの認識を有しているとすると、その後の時間をかけた民事での争いに関しては放棄するといった行動を示すのか、或いは診療債務が治癒という絶対的な結果を保証す

96）パク ヨンホ・前掲注10・131－132頁。また、日本において和解件数が占める割合が約5割に達するのも、日本においては賠償責任保険制度が整備されていることによるところが多いと分析されている。

97）最近の司法統計（最高裁判所ホームページ）から割り出した数値。

るといった性格のものではなく、「手段債務であるということが理解できず、医師に必ず自分たちが期待した『完全な効果』すなわち完治のみを期待し、医師が医療行為の過程で最善の努力を果たしたか否かといったことには全く関心が向かない」[98]といった患者側の日常抱いている考え方ないしは感情面が先行した行動との乖離があり、請求の根拠が充分にないがゆえのことなのか、はたまた立証責任の壁等によるものなのか定かではないが、日本とは違う韓国における特徴的な社会的背景が影響しているようにも感じられる。

もう1点目に付くのは、上述したように2002年7月の民事訴訟法の全面改訂に備え、既に2001年3月より新しい審理方式を導入して審理が行われているとのことであったが、年間処理件数が格段に伸びているのがうかがえる。しかしながら、新受件数が急増している関係で、処理が追いつかなくなっている状況で、従来新受件数と事件の処理件数がほぼ同数で均衡を保っていたところ、1999年には未済件数は新受件数を上回り、さらに増加し続け2003年には既済件数735件に対して、未済件数は概ね1000件に達している[99]。

逆に日本においては同年、既済件数が新受件数を上回っており、初めて未済件数が減少に転じ、さらに減少傾向を示し続けているが、韓国においては、この現象を「医療訴訟手続改革の成果」と評されており、特に平成15年改正民訴法によって導入された計画審理制度と鑑定の選別的実施等に関しては自国においてもこれらの導入は検討に値するとの見解が見られる[100]。しかしながら、日本国内においては、こういった審理期間の短縮といった「成果」の反面、どこまで充分な審理が行われているか疑問を呈する実務家の声もある[101]。

〔**表17**〕は1990年から2006年までの医療訴訟事件（第1審）の認容率の推移を日本の同数値と対比させグラフ化したものである。

ここでの認容率とは、判決総数に対して認容判決（一部認容を含む）件数の占める割合を示している。韓国の第1審裁判所の認容率は、1990年代前半にお

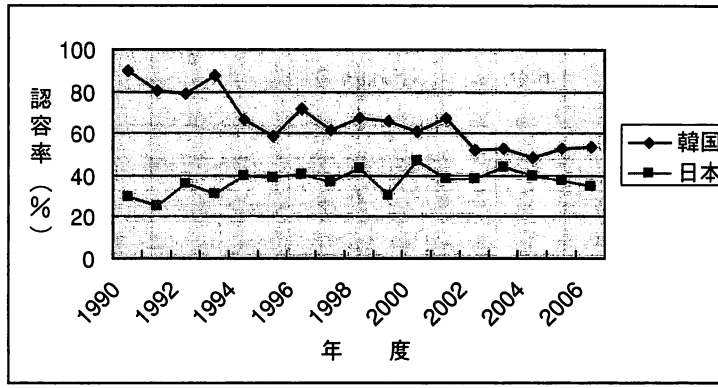
98）パク ヨンホ・前掲注10・98頁。

99）パク ヨンホ・前掲注10・114頁。

100）パク ヨンホ・前掲注10・115及び120頁。

101）たとえば、2008年11月25日付「毎日新聞（朝刊7面）」によると、控訴審は原則として証人尋問をせず書面審理である点等、迅速化の名のもと、3審制が形骸化しているとの指摘がある。

〔表17〕医療訴訟事件判決における認容率の比較



いては、かなり高率を示しており、これは民事通常訴訟のそれと大して変わりない値[102]であるが、94年、95年に下降した後、漸次低下傾向を示しながらも、近時は日本のそれよりやや高めの概ね50%前後で推移している。

ただ、このグラフの示す20年に満たない比較的短い期間に医療における事故や過失の態様がそれほど極端に変化したということは考えられず、1つの事象に対する司法判断つまりは法院の態度に変化を及ぼすような医療を取巻く社会的な価値観、あるいは社会そのものの変化の表れとも読めるであろうか。

〔表18〕は、韓国における控訴審での統計をまとめたものである。これに対応する日本の統計は2005年以降のものしか存在しないため、経年の変化等を一定のスパンで対比してみることはできないが、2005年～2007年までの3年間の統計をまとめたものが〔表19〕である。

まず、〔表18〕からいえるのは、韓国においては控訴審においても調停を活用するケースが相当数あること、そして近年にいたっては、やはり先に見た第1審のデータ同様、和解による終局が急に増えだしたということである。

---

102) 韓国の司法統計によると民事通常訴訟の第1審における認容率は、概ね90%前後である。これは、日本（司法統計によると最近は82~84%くらいの値を示している。）のものと比較的近似した値といえるが、そこからすると、日本の医療訴訟事件における認容率はかなり落差があるといえる。

〔表18〕控訴審（高等法院・地方法院）年度別統計（韓国）

年度	新受件数	既済									
		合計	却下命令	判決			取下	調停	和解	認諾	その他
				棄却	破棄取消	その他					
1990	1	1	−	1	−	−	−	−	−	−	−
1991	3	1	−	1	−	−	−	−	−	−	−
1992	7	6	−	−	4	−	1	−	1	−	−
1993	10	4	−	2	2	−	−	−	−	−	−
1994	15	10	−	4	1	−	5	−	−	−	−
1995	27	11	−	4	6	−	−	−	1	−	−
1996	34	21	−	8	7	−	2	−	−	−	4
1997	82	50	−	18	13	−	5	13	1	−	−
1998	146	147	−	45	44	−	25	28	5	−	−
1999	147	121	−	39	50	−	18	12	2	−	−
2000	190	176	−	43	57	−	25	49	2	−	−
2001	150	140	1	42	41	−	28	27	−	−	1
2002	167	140	−	53	43	−	6	37	−	−	−
2003	267	185	−	55	48	−	9	56	17	−	−
2004	273	224	2	58	50	−	10	74	30	−	−
2005	239	248	1	71	46	−	10	79	40	−	1
2006	243	245	−	88	60	1	11	50	32	−	3

＊1990年〜2001年までは、パク ヨンホ・前掲注10・109頁［図表15］に、2002年〜2006年に関しては、大法院ホームページ上の司法年報のデータにそれぞれ依拠。）

〔表19〕控訴審（高等裁判所）年度別統計（日本）

年　度	新受件数	既済						
		合計	判決			命令	和解	取下その他
			総数	棄却	取消			
2005	209	248	161	119	42	1	79	6
2006	262	260	158	117	41	1	96	5
2007	217	256	159	106	53	2	89	6

＊最高裁司法統計より

＊＊控訴審でも地裁に係属した分に関しては医療事件の分野別統計が存在しないため、高裁のみの統計となっている。

そして控訴の件数も年々増えており、それに合わせて裁判所での処理も行われており、先に見た民事訴訟法の全面改正にともなう新しい審理方式の導入の反映でもあろうが、控訴提起数、控訴審での既済件数とも変化が著しいのが近

年の特徴で司法の疲弊ないしは機能不全に陥るレベルに達しているようにも感じられるほどである。

また、〔**表19**〕の日本のデータと比較した場合、棄却率が日本のそれに比して格段に少ないばかりか、年によっては、1審判決が覆り控訴人が逆転勝訴する取消判決の方が多いのも目を惹く。韓国における医療訴訟の控訴率が高い理由として、国民の訴訟を通じた補償額に対する期待値の大きさに比し、実際の医療訴訟では、患者側の既往症等を理由に過失相殺がなされ、認容額が意外なほど小額である場合が多いこと、他方、医療鑑定の結果「過失なし」との趣旨の回答にもかかわらず、法院において種々の間接事実を根拠に医師の過失を推定したり、一般人の常識を根拠に医師の過失を認定するケースも結構見られ、このような直接的な証拠なしに医師側の過失判断がなされたことに対する不満から控訴する場合も多いこと等があげられている[103]が、比較的高率を占める取消判決は、このような側面が控訴審において逆反映された結果ともいえるだろうか。

〔**表20**〕に対比できる日本の統計は筆者が知りうる限り存在しないようなので、ここにおいては、比較の上で相対的に韓国の特徴を炙り出すという作業はできないが、大枠としていえることは上告数に関してもその増加傾向は著しく、裁判所における事件処理がそれに追いつかなくなりつつある現象がうかがえる。また、圧倒的に棄却例が多いが、これは原告・被告のどちら側が上告したものか定かではないこともあり、この数値に関する詳細な分析は筆者の現在の状況と能力からしては困難であり、今後の課題としたい。

次いで〔**表21**〕は、上の〔**表18**〕〔**表20**〕に依拠して、下級審判決と上訴の数、つまりは第1審判決総数に対して新たに控訴提起された数を、そして控訴審判決総数に対しては新たに上告受理された数を対比し、その割合を示したもの[104]である。また、〔**表22**〕は、〔**表19**〕に依拠して同様の条件で作成した日

103）パク ヨンホ・前掲注10・125頁。

104）その年度におけるこれらの数値が正確な控訴率等を示す訳ではないであろうが、韓国民事訴訟法によると、控訴を提起する場合の控訴期間は、「判決書が送達された日から2週以内に」行わねばならず（韓国民訴法396条）、同じく上告審においてもその手続は控訴審におけるそれを準用（同425条）されるとあるため、判決から上訴提起までの時間が接近していることから考えると、上記数値はそれほど的外れなものではなく、

〔表20〕 上告審（大法院）年度別統計（韓国）

年　度	新受件数	既　済			
		合計	判　決		取下
			棄却	破棄	
1993	6	3	3	−	−
1994	10	8	8	−	−
1995	13	13	12	1	−
1996	25	24	23	1	−
1997	31	32	31	1	−
1998	29	19	17	2	−
1999	24	24	24	−	−
2000	29	28	26	1	1
2001	42	32	29	2	1
2002	44	51	47	4	−
2003	38	43	41	2	−
2004	49	33	30	1	2
2005	60	48	46	2	−
2006	74	56	51	5	−

＊1990年～2001年までは、パク ヨンホ・前掲注10・109頁［図表15］に、2002年～2006年に関しては、大法院ホームページ上の司法年報のデータにそれぞれ依拠。

本のデータである。上告審の統計が存在しないため、〔**表21**〕に対応したものとなりえず、また、期間も3年間と非常に限定された範疇のものしか作成できなかったが、参考までに示しておく。

〔**表21**〕から、韓国における控訴提起数そのものは1990年代初頭においては僅かであったのが、漸増を続け、1990年代後半からその増加傾向に拍車がかかっているのが見て取れるが、判決との割合を見ると、その増加傾向は1996年を境に一気に急加速しているのがよくわかる。これは先に示した（〔**表1**〕〔**表2**〕を参照）医療訴訟第1審新受件数の非尋常的な増加傾向とある程度連動した動きとなっているのが見受けられることから、ある意味での韓国社会における特

参考に値する指標に十分なりうると考える。パク ヨンホ・前掲注10・124頁の［図表24］において1989～2001年の控訴率が示されているが、2002年以降のデータを限定的ながら〔表22〕の日本のそれと対比可能であることから上のような表のまとめ方にした。

〔表21〕下級審判決と上訴数の対比（韓国）

年　度	第1審判決総数（A）	控訴審・新受件数(B)	B/A（%）	控訴審判決総数（C）	上告審・新受件数(D)	D/C（%）
1991	133	3	2.3	1	−	−
1992	152	7	4.6	4	−	−
1993	132	10	7.6	4	6	150
1994	178	15	8.4	5	10	50.0
1995	172	27	15.7	10	13	76.9
1996	176	34	19.3	15	25	60.0
1997	193	82	42.5	31	31	100
1998	234	146	62.4	89	29	32.6
1999	231	147	63.6	89	24	27.0
2000	304	190	62.5	100	29	29.0
2001	331	150	45.3	83	42	50.6
2002	386	167	43.3	96	44	45.8
2003	406	267	65.8	103	38	36.9
2004	405	273	67.4	108	49	45.4
2005	400	239	59.8	117	60	51.3
2006	402	243	60.4	149	74	49.7
平均			39.4			61.9

＊1990年代前半の控訴数が少ないため、B/Aの平均値はやや低めだが、2004〜2006年の3年間の平均値を取ると62.5%となり、〔表22〕に見る日本のそれ（59.3%）をやや上回る値となる。

〔表22〕第1審地裁判決と上訴数の対比（日本）

年　度	第1審（地裁）判決数（A）	控訴審（高裁）新受件数（B）	B/A（%）
2005	399	209	52.3
2006	399	262	65.7
2007	362	217	59.9
平均			59.3

＊最高裁司法統計のデータに依拠して作成

徴的な「法化」現象の現れであると読むことも可能であろう。上告審の数値はかなり変動があって一概にはいえないが、平均的に高い確率で上訴が行われているのは事実である。

もう一点この数値からいえるのは、当事者が判決を不服とする割合が高いと

いうことは、医療者－患者間において「医療における悪結果」に対する認識の差が歴然としており、埋めがたい溝が形成されているということも指摘でき、その程度はある意味日本以上であるということもいえそうである。

V　医療紛争対策をめぐる立法動向

1　序

既に示してきたように医療需要の増加に比例した医療事故の増加、そして社会的賠償・補償制度の不備等に相俟って医療紛争が増加趨勢にあることから、これに対処するため1981年12月、医療法改定を通じて医療紛争調停制度が設けられたが、種々の問題点及び関係当事者の認識不足等の理由から、ほとんど有名無実で活用がなされていない状況であった。

このような中、医療紛争による深刻な社会的状況を認識し、単一法案の必要性が1980年代末から医療界からの提起により論議され、その制定のための努力がなされてきた。政府は、医療事故の予防、被害救済を社会福祉の次元で解決するために長年にわたり立法を試案してきたが、利害当事者間の意見対立によって難航を極めているのが「医療紛争調停法」の立法化作業である。以下、本法案の主要な内容と立法推進過程につき見ていくことにする。

2　医療紛争調停法案の目的と主な内容

(1) 法案制定の必要性

医療紛争が増加趨勢にあり日常化されていること、また紛争が長期化するにつれ、その社会的波及効果、さらには、紛争当事者が負担する直接費用のみならず、紛争解決に要する時間・費用等の社会的費用をも勘案すると[105]、医療事故が紛争化する前に事案を公定し、客観的に判断し、患者には適正な被害救済を、医師には医療活動が萎縮しないよう迅速に解決を図ることの出来る機構が必要となってくる。

105) 國會事務處法制室, 醫療紛爭調停法案에（に）대한（対する）法制的檢討, 國會事務處法制室, 2000・4頁によれば、韓国において紛争解決に支出される費用は、年間約900億ウォン以上に上ると推定されている。

換言すれば、次の3つの観点からその必要性が指摘されている[106]。

まず、社会的観点から、国民が安全に治療を受けることのできる権利を規定し、その生命・身体・財産上の被害を迅速かつ公正に救済し、一方、医療人に対しては、安定的な診療環境を造成することがあげられている。

2つ目には、国民の観点から、医療事故が過誤によるものであることを疑わせる場合、調査等を行える機関及び患者のための制度が存在しない現実から専門知識に対する情報の非対称による不信を解消してくれる仲裁機関が必要であるとの点をあげている。

そして3つ目としては、医療人の観点から、医療事故は、医療行為において不回避的なものであるために、事故予防と過誤を犯した医師に対する制裁の必要性が台頭しているところから、刑事責任特例及び賠償に対する基準を設ける必要性があげられている。

(2) 医療紛争調停法案（94年政府提出法案）の主要骨子[107]

同法案は医療事故に対する賠償に関する事項と調停のための手続等を定めているが、その主要な骨子を整理すると以下の7つにまとめられる。

第1に、医療紛争調停のため、保険社会部に中央医療紛争調停委員会を、特別市・直轄市及び道に地方医療紛争調停委員会を各々設置し、国民の利用便宜を図る。

第2に、調停委員会の委員は、調停の公正性のために公益を代表する者や医療人及び消費者を代表する者の中で保険社会部長官または特別市長・直轄市長及び道知事が任命又は委嘱するようにする。

第3に、医療紛争に関する実質的な調査及び調停業務を遂行するために調停委員3人で構成する調停部を置く。

第4に、委員会に調停を申請したあと、90日が経過した場合を除いてこの法による調停手続を経なければ訴訟を提起できないようにする調停前置主義を採択し、訴訟に先立って迅速な調停を通じて被害者の権利を救済するようにする。

---

106) チェ ジノン・前掲注63・48頁。

107) 國會事務處法制室・前掲注105・31－32頁、李載衡・前掲注63・215頁。

第5に、医師・歯科医師及び韓医師は、医療賠償共済の責任共済に加入しなければならず、医療賠償共済組合が定めた共済料を納付することとし、調停委員会の紛争決定に則った被害賠償を制度的に保障する。

第6に、安定的な診療環境を助成するために、いかなる者も医療紛争を事由として医療機関の医療用施設、機材・薬品その他の器物を破壊・損傷させたり、医療機関を占拠し診療を妨害することができないようにする。

第7に、医師等の医療行為に因って患者が死傷した場合、その医療行為が不可避で、医療行為者に重大な過失がない場合は、その情状を斟酌し、刑法第268条の刑を軽減または免除できるようにする、といった内容が盛り込まれている。

3　医療紛争調停法の立法推進経緯[108]

(1) 立法推進過程の概観

医療紛争調停制度が必要との論議は1980年代末から医療界から提起され[109]、1991年には大韓医師協会と病院協会が共同で関連法案を作成し議員立法で推進したが、医療界の一方的な立場に偏し衡平性を欠くとのことから霧散し、政府主導で新しい法案が作成された。保健福祉部は1991年6月、医療事故救済法制定のための2度にわたる公聴会と5回にわたって法案制定対策委員会を開催するといった努力の末、医療紛争調停法試案を作成したが、診療収入の1%ずつの負担による紛争調停基金を助成し、重過失により患者が死亡した場合、家族の意思とは無関係に医師を刑事処罰できるとしたことに対して医療界が反対し、

108) 國會事務處法制室・前掲注105・18－19頁、김용균=이원형,「의료분쟁조정법」제정을 위한 공청회, 공청회자료집, 2002 (キム ヨンギュン=イ ウォニョン「『医療紛争調停法』制定のための公聴会」公聴会資料集〔2002年〕)、パク ヨンホ・前掲注10・297－298頁、チェ ジノン・前掲注63・50－52頁、李載衡・前掲注63・218－221頁、국무조정실, 참여정부 핵심공약 추진 결과, 국무조정실, 2008 (*国務調整室「参与政府核心公約推進結果」国務調整室〔2008年〕*) に依拠。

109) 医療紛争調停法制定のための論議は、1988年大韓医師協会「医療事故処理特例法」制定建議に端を発する。しかしながら、この法案は、関係機関と協議の結果、重過失がある場合であっても医師が免責される内容になっている等の問題点から日の目を見るにはいたらなかった。

立法推進が保留となった。

次いで、1994年11月、紛争調停委員会の構成、調停前置主義、家族と親族（4親頭以内）以外の第三者介入禁止、重過失の場合を除き医師の刑事処罰免責等、医療界の要求を大幅に組み入れた推定法案が作成され、第14代国会[110]で審議されるに至った。

政府主導で提出されたこの法案は、刑事処罰免責範囲拡大に対する法務部の反対にもかかわらず、国務会議を通過し、1995年3月国会所管常任委員会において公聴会を経て、同年11月、12月に国会保険福祉委員会の法案審査にて医療紛争調停前置主義、医療人に対する刑事処罰特例を認定、医療行為妨害及び狼藉防止等を大幅に受容したが、無過失補償、共済基金の政府出資等の要求事項が欠落しているといった理由で大韓医師協会の反対にあって議決には至らず、第14代国会閉会（1996年5月）と共に廃案となった。

1997年、保険福祉部が'94年案と同じ骨子を維持した上、刑事処罰特例条項の例外として8つを規定する等、再立法を推進したが、関係部署と協議の過程で法務部の異見により次官会議に上程するにはいたらなかった。

1997年7月、キム ビョンテ議員ほか30人が「医療紛争調停法案」を発議し、同年11月、チョン ウィファ議員ほか37人が同法案を発議、また1999年11月保健福祉委員会法律案審査小委員会において2つの法律案を検討した結果、これに対する代案として委員会案を作成した。

しかしこの委員会案は、医療人の刑事処罰特例条項に対する異見により国会法制司法委員会でその審議が保留状態のまま、結局、2000年5月、第15代国会[111]の任期満了で処理されず、廃案となった。

政府が主導した医療紛争調停法案の作成が失敗に終わると、2002年10月、イウォニョン議員が紛争解決機構として中央と地方に各々医療紛争調停委員会を特殊法人の形で設立し、国家・保険公団・保健医療人中央会及び保健医療機関団体等が財源を負担し、基金を造成することで、無過失医療事故等に対しても

110）1992年5月30日～1996年5月29日（選挙実施：1992.3.24、投票率：71.9%、議員定数：299）。

111）1996年5月30日～2000年5月29日（選挙実施：1996.4.11、投票率：63.9%、議員定数：299）。

補償がなされるようにすること、業務上過失致傷罪を犯した保健医療人に対して、医学的に認定されない行為、もしくは、社会常識に反する医療行為等を行う等、12の例外条項[112]に該当しない場合には被害者の明示した意思に反して控訴を提起できないようにするが、医療賠償総合保険又は共済組合の総合共済に加入している場合には被害者が示した意思に関係なく公訴提起できないとする内容等を含めた医療紛争調停法案の提出がなされたが、2003年2月保険福祉部会議で開催された公聴会以後、特に進展を見ないまま2004年5月、第16代国会[113]の任期満了でまたもや廃案となった。

2005年12月、イ ギウ議員による発議で、16代国会において提出された「医療紛争調停法（案）」を基礎とした法案でもって第17代国会[114]において立法推進。また、法案名を「医療事故予防及び被害救済に関する法律」に変更がなされた。同法案は、保健福祉委員会に移送後、2007年8月、法案審査小委員会にて他の2つの法案と合わせて併合審査の結果、委員会代案として通過するも、保健福祉委員会全体会議において立証責任の転換等に対するハンナラ党の反対により法案審査小委員会において再論議に付されることになり、保健福祉委員会法案審査小委員会にて係留中（2007年12月現在）であったが、結局、法制定にはいた

112）イ ウォニョン議員が発議した法案において、保健医療人の刑法第268条の業務上過失致傷罪を犯した場合、①医学的に認定されていなかったり、社会通念に反する医療行為等を行った場合、②無資格にして医療行為等を行ったり、免許された以外の医療行為を行った場合、③薬剤に対する必須的な過敏反応調査をしないまま薬剤を投与した場合、④処方と違う薬剤を使用したり、処方箋なしに医薬品を調剤した場合、⑤血液型が適合しない血液を輸血した場合、⑥手術または治療・調剤・投薬過程において患者を取り違えた場合、⑦有効期間が経過したり変質した医薬品を使用した場合、⑧開腹手術中、ガーゼを残留させたのにもかかわらず、放射線撮影もせずにして敗血症を惹起した場合、⑨1回用医療器具を消毒をろくに行わないまま再使用し、感染させた場合、⑩気管挿管した人工呼吸器や中心静脈カテーテルが抜け、警報音が鳴ったにもかかわらず、これを放置し、死亡に至らしめた場合、⑪気管切開を行いながら食道を穿孔させ死亡に至らしめた場合、⑫中心静脈挿管をしながら放射線撮影をせず、肺を穿孔させた事実を看過した場合の12のケースに該当する行為を指す。

113）2000年5月30日～2004年5月29日（選挙実施：2000.4.13、投票率：57.2%、議員定数：273）。

114）2004年5月30日～2008年5月29日（選挙実施：2004.4.15、投票率：60.6%、議員定数：299）。

〔表23〕各法案の相違点

	1994年 政府案	1997年 キム 議員案	1997年 チョン 議員案	2002年 イ 議員案
調停前置主義	必要的	必要的	必要的	任意的
刑事処罰特例	業務上致死傷不問 重過失以外は刑の 減免	業務上過失及び重 過失致傷罪の場合 に7事項以外特例 認定	業務上過失致傷罪 の場合のみ8事項 以外特例認定	業務上過失致傷罪 の場合のみ12事項 以外特例認定
診療妨害・ 狼藉救済	採　択	採　択	削　除	削　除
無過失補償	な　し	補　償	な　し	補　償

＊パク ヨンホ・前掲10・302頁の表に依拠。

＊＊2005年イギウ議員案は2002年イ ウォニョン議員案とほぼ同旨。

らなかった。

4　医療紛争調停法の主な争点とその議論状況

(1) 主な争点と各法案の内容における相違点

これまで論議されてきた法案の中で、法案の形で国会へ提出された医療紛争調停法案の主な争点とその内容を表で示したのが〔表23〕である。

以下、各々につき若干述べることにする。

(2) 必要的調停前置主義

医療紛争に関わる訴えは医療紛争調停法による調停手続を経なければ提起することができないこととするものである。

この制度の導入理由としては、必要的調停前置制度ではなく任意的調停前置制度として運営する場合、患者は調停申請と訴訟を同時に提起する可能性があり、社会的浪費だけを招来する虞があること、また、調停前置制度は専門分野の紛争を低廉な費用とより簡便な手続により国民の被害を迅速に救済するための制度であり、調停当事者が調停決定を受け入れない場合裁判請求権は保障されており、国民の裁判を受ける権利を本質的に制限するものではないことなどがあげられている[115]。

115）前掲注108・公聴会資料・78頁。

これに対して賛成意見を示しているのが、医療界で、調停の活性化のためには必要的調停前置主義が採られるべきとする。その理由として、低廉な費用で迅速な解決が図れる方法であり、当事者の利用便宜性、円満性、完結性、譲歩可能性等の利点があり、医療紛争調停制度の早期定着のためには必須的装置としており[116]、また、市民と非法曹専門家が参与する機構に解決過程の初段階を委ねることで非権力的、相互譲歩的・市民連帯的に社会正義を実現できるといった点で望ましい[117]、としている。

これに対し、法曹界、消費者団体が反対の姿勢を示している。

まず、法曹界の立場を見ると、まず、裁判を受ける権利を本質的に侵害しないとはいうが、裁判を受ける権利の中でも代表的なのが、「迅速な裁判を受ける権利」であることからすると、これを侵害し、多様な紛争解決中、最終的といえる裁判を制限するのは基本権の侵害で、調停前置主義は憲法違反になる素地があること[118]、また、実際、運営結果国民には不必要な手続を1回余分に経なければならないということになり、このような発想は、国民の権利救済にそれだけ遅延をもたらすだけでなく、調停は、訴訟と違って攻撃防御が充分になされないまま相互譲歩を勧奨されながら妥協にいたる傾向があるため、実体的真実の究明の点が不十分なこともあり、仮に調停結果が思わしくない場合、その結果が訴訟において反映され、不利に適用される余地もある点等をあげ、必要的調停前置主義には反対の姿勢を示している[119]。

また、消費者団体は、すでに国家賠償と行政審判手続等でさえ調停前置主義につき違憲判決がなされたこと、大多数の事件が調停を通じ紛争解決が可能であるとするあまりに楽観的な展望に基づいた導入主張には同意できないとし、さらに、多くの医療紛争被害者たちが二重の社会的・法律的・時間的費用負担を強いられる可能性が大きいとの理由から必要的調停前置主義の導入に反対の立場を示している[120]。

116）前掲注108・公聴会資料・85頁、チェ ジノン・前掲注63・61頁。

117）前掲注108・公聴会資料・97頁。

118）前掲注108・公聴会資料・108頁、최재천, 의료분쟁조정법안에 대한 비판적 고찰, 법률신문2726호,1998（チェ ヂェチョン・*「医療紛争調停法案に対する批判的考察」法律新聞2726号（1998年）*）。

119）チェ ジノン・前掲注63・61頁。

(3) 医療人に対する刑事処罰特例

提案内容は、医療人の刑事処罰範囲は、医療の社会的利益を考慮し、診療行為に対し刑法の関与を最小化するべきであるとの理由から、業務上過失致傷罪又は重過失致傷罪を犯した保健医療関係従事者等が総合共済や医師賠償責任保険に加入の場合は、公訴提起できないこととするものである[121]。

この刑事処罰特例の法律案に、賛成の態度を示している医療界の導入賛成理由としては、医療行為は他の犯罪とは違って本質的に利益をもたらす行為であり、その特質上人体に対する侵襲を伴い悪結果を招くが、一般の犯罪と違ってその行為の善意性が考慮されるべきで、特に緊急性が要求される医療行為等、常に事故発生の危険に晒される医療人に対し、一般犯罪と同様の罰則を適用するのは刑事政策上望ましくないこと、また、その医療事故によるリスクは医療人としても診療回避、防御診療、規格診療、事故頻度が高い分野への専攻忌避、医療人の早期引退等を招き、これによる社会的損失を招来することをあげている[122]。

これとは対照的に、法曹界は法理論上危険性を有すると難色を示している。

その理由として、刑法の衡平性の問題、さらに、たとえば産業界において安全管理者が災害保険に加入の条件をもって安全事故に対して刑事責任が免責されることがないことと比べても、医療人のみを特定的に手厚く保護することは、平等に反するとし、人の生命をあずかる医療人にはより高度な注意義務を課することで国民の生命と身体の完全性が保障されるという側面を理由としてこの制度の導入には反対している[123]。

(4) 医療人・医療機関への暴力行為等に対する加重処罰規定

医療事故を事由として保険医療機関を占拠又はその施設・設備等を破壊・損傷させたり、保健医療関係従事者等に暴行又は脅迫をし、診療を妨害してはな

---

120) チェ ヂェチョン・前掲注118『法律新聞』、チェ ジノン・前掲注63・60頁

121) 前掲注108・公聴会資料・88頁、パク ヨンホ・前掲注10・317－318頁、チェ ジノン・前掲注63・68－69頁。

122) 前掲注108・公聴会資料・98頁、パク ヨンホ・前掲注10・319頁、チェ ジノン・前掲注63・69－70頁。

123) 前掲注108・公聴会資料・112頁、パク ヨンホ・前掲注10・319－320頁。

らず、これを教唆・幇助する行為に対しては加重処罰できる根拠規定をおくとするものである。

本法案に診療妨害や狼藉行為規制に対する加重処罰条項をおくことは、望ましい医療風土造成のためであり、また調停法の早期の定着のためにも必要であるというのが導入理由である。

当初この法案は医療機関での不当・不法な狼藉行為を救済する趣旨で出発しただけに、現行法（刑法・医療法等）によっても救済が可能であるとの理由から削除するならば、医療人の身分と診療権が保障されないばかりか狼藉行為の深刻性は単純に医療人個人に対する暴行と脅迫に止まらず、社会全般に多大な悪影響を及ぼしている社会的問題であるとの認識から救済装置が必要とするのが医療界の主張である[124]。

これに対し、法曹界、消費者団体は、現行法でもっても救済可能であるとの理由から導入に反対の立場を示した[125]。

(5) 無過失補償制度の導入

無過失補償の原則は当初の1994年政府案には盛り込まれておらず、1997年の法案からこれの受容がなされた。医療行為は、公益性と善意性をその基礎として提供されるが、それは同時に医療事故の発生可能性を内在しているゆえ、国家は保健医療人が充分な注意義務を果たしたにも関わらず、不可抗力的に発生した医療事故と判明した場合、患者の生命・身体上の被害に対して補償がなされるべきとして無過失補償制度を採択している[126]。

この無過失補償制度の導入賛成論の立場を示しているのが医療界で、その理由としては、かなりの医療事故において医師の過失の有無の判定が困難な現実から有過失の場合だけを補償対象とした場合、法案の実効性が低下し、国民も納得しがたい点[127]、医療事件の訴訟過程で立証責任の転換や「一応の推定の原則」等、訴訟法的便法を使用するより、立法を通じた解決が必要であるとの現実的根拠も示しており[128]、また、医療事故が科学的に完全に究明がなされない

124）前掲注108・公聴会資料・90頁。
125）前掲注108・公聴会資料・72頁。
126）パク ヨンホ・前掲注10・338頁、チェ ジノン・前掲注63・65頁。
127）前掲注108・公聴会資料・88頁。

人体に対するもので、かつ予測が担保されない場合、運命・宿命として甘受しなければならない不合理の除去のため無過失補償制度の必要性とその基金を医療人・医療機関と医療用具製造業者、国家及び地方自治体においてまかなうべきであると主張し、その理由としては、韓国の医療制度は社会保険である医療保険制度により医師が希望しなくとも保険診療をしなければならず、よってその危険に対する負担は医師のみならず、全国民が引き受けるのが公平であると見ている[129]。

こういった主張の論拠としては不可抗力という医療の特殊性に起因する事故に対しての補償がなされなければ、狼藉等の抑止・中断をはじめ紛争解決を図れないため、補償基金を定めない法案は無意味で、また、国家が医療人に規格診療を強要し、低報酬政策のため多数の患者の診療を余儀なくされるため、事故の補償も社会保障の次元で検討されるべきであると主張されている[130]

しかしながら、政府（企画予算処（局））は、民法の過失責任主義と矛盾し、予算拡大方針に則った医療紛争調停基金の設置の困難、多大な数の医療事故が無過失と判定される現実から保険者の財政負担が大きく、医療人の事故防止のための努力が低下し、事故予防機能が低下するとの理由から消極的な姿勢を示している[131]。

同様に、法曹界からも過失責任主義を原則とする民法法体系にマッチしない点[132]、過失と無過失、免責の区分が不可能で、かつ無過失への逃避現象を防ぐ方法がない点[133]、さらには、医療側、患者側双方共、迅速な補償による解決だ

128）한의사협회 의료정책연구소, 무과실 의료사고의 피해자 구제제도를 위한 실태조사 및 인식도조사에 관한 연구, 의료정책연구소, 2003（大韓医師協会医療政策研究所「無過失医療事故の被害者救済制度のための実態調査及び認識度調査に関する研究」医療政策研究所〔2003年〕）・130頁。

129）チェ ジノン・前掲注63・67頁。

130）チェ ジノン・前掲注63・67頁及び同注83）掲記文献：전수정, 의료분쟁조정법연구, 석사학위논문, 2003（チョン スジョン『医療紛争調停法研究』碩士学位論文〔2003年〕）・54頁、パク ヨンホ・前掲注10・339頁。

131）医療政策研究所・前掲注128・129頁、チェ ジノン・前掲注63・67頁。

132）前掲注108・公聴会資料・111頁、医療政策研究所・前掲注128・129頁、パク ヨンホ・前掲注10・339頁。

133）前掲注108・公聴会資料・111頁。

けに眼が行き、事故の原因究明のための努力がおざなりになり、過失有無の究明の不実化を招来し、通常の疾病等によって患者が死亡した場合にも無過失医療事故として補償を要求する等、無過失補償事例を増加させ莫大な財源を要するなどの問題点を指摘する見解もある[134]。

(6) その他

その他にも、医療紛争調停委員会の設置・構成、医療賠償共済組合の設立及び加入義務化、医療過誤調査制度（医療事故判定機構の設置）、財源調達問題等も検討事項として議論がなされているが、立法化のネックとなった主な争点とまではいえないため詳述は割愛する。

5　小括

上述の如く、韓国の医療現場においては、「医療紛争の日常化」[135]とそれに伴う被害者側の集団的物理力の行使が絶え間なく起こっており[136]、このため医療側は防御診療、過剰診療、診療忌避等に逃避しようとする傾向を示すことになる。これは医療紛争を解決する既存の法制度が被害者救済に関しては無力であったり、非効率的であったためである[137]。このような実情から、被害者を迅速・公正に救済し、安定した診療環境を作るために医療紛争調停法が試案され、その制定に尽力されてきたが、関連利害関係者の意見対立により、難航を極め続けてきており、その制定は、なかなか容易ではないということもまた1つの現実のようである。

一方、医療紛争調停法制定の試みは1990年代までの状況下においてはある程

134）医療政策研究所・前掲注128・129頁、パク ヨンホ・前掲注10・339－340頁。

135）大韓医師協会医療政策研究所が行った実態調査（1998年1月～2002年12月までの5年間）によれば、患者又は患者家族との医療紛争を経験の有無に対し、経験を有する者が44.4%（回答者1117名中496名）にもおよび、これはまさに、医療紛争が身近で日常化された現象であることを物語っている（医療政策研究所・前掲注128・43頁）。

136）医師が患者や家族から暴行や暴言を浴びることはすでに日常茶飯事で、医師自身も医療事故の後遺症や経営悪化に苦しみ、自殺にまで及ぶケースも稀ではないようである（2007年9月15日付朝鮮日報〔インターネット版〕：http://news.chosun.com/site/deta/html_dir/2007/09/15/2007091500313.html）。

137）国務事務所・29頁。

度の合理性を有したかもしれないが、今となっては医療紛争調停法そのものの必要性は失せたのではないかとみる見解もある[138]。その理由としては、医療賠償責任保険の商品販売や大韓医師協会の医師賠償共済事業の活性化、また、法院においては医療専担部の設置等も相俟って、かつて5%程度にすぎなかった調停及び和解率が2002年には30%台までの急進展をみせさらに伸び続けていること、加えて消費者保護院の目覚しい成果等、1990年代とは違った様相がみられることをあげている。

思うに、このような変化が比較的短期間の間に遂げられたという事実それ自体も注目に値することだが、ここには韓国社会が医療を取巻く環境の変化に適応してきた姿、つまり法運用の特徴的な断面が映し出されているともいえ関心を引くところである。

その内実につき、もう少し触れてみると、まず民事司法の動向に関しては、日本における改正民訴法（平成8年法）や最高裁が進めてきた訴訟の迅速化（書面重視、争点整理手続の拡充等）の名のもと口頭弁論の形骸化、和解の多用化と「非訟化」傾向（弁論手続における訴訟と和解の溶解）、職権主義の強化といった日本と酷似した点が目を惹く。この場合、ほとんどの医療事件においてその救済対象が、ほかならぬ人間の生命・身体そのものであることからすると、事件解決時において単なる収束のみならず、「実態的緩和」が如何ほど図られているのかという点に関して疑問の余地があるように思われる。

また、もう1点注目に値することとして、上に見た韓国における実績は、医療紛争を消費者問題として捉え解決を図っていこうとする「消費者問題化」傾向が顕著に見られることである。

これはすでに見てきたように、医療法改正を通じて設置された医療審査調停委員会が有名無実化しており、それを補完するための医療紛争調停法もその制定には難航を極め、廃案となる動きが繰り返される中、政府としては社会状況の深刻さから、苦肉の策として消費者院を通じて問題の解決を図ろうとした意図が読み取れるが、医療問題に関しては、その施策を講じる場合、「医療の本質」をその中核にすえて問題を見ていく必要があるように思われる。

138）パク ヨンホ・前掲注10・310頁、349－350頁。

いうまでもなく医療者は、古くから教師や法曹と並んでプロフェッションと称されてきたが、責任論においても現代社会においてその存在が希薄となっている「プロフェッションの概念」を基軸に医療の供給者としての法的・社会的・倫理的責任を体系的かつ根本的に検討することが重要ではなかろうか。もちろん現在の社会状況は、従来のような旧態依然たるプロフェッション論では対応できない現実を示しているともいえ、ここに新しい時代のプロフェッション像の構築が必要とされていることは、市場の論理では医療は真の医療たりえないことが様々な場面で浮き彫りとなっている現実からもいえることで、たとえば、アメリカ医療を題材にしたドキュメンタリー映画「SiCKO」は見る者にそのことを端的によく示しているように思えるのである。

そしてある意味では、こういった現象は「医療の本質」についての問いかけというものが社会の要請というレベルでなされているようにも見受けられる。

医療というのは、「人間の手による、極めて人間的な施し」である。非常にシンプルながら、これはあらゆる医療問題を考える上で常に中核に据えておくべき概念ともいえ、したがって、医療の質向上（医療安全）による医療事故防止のための努力、医療者－患者関係における信頼の回復による紛争予防といった現在直面する課題においていかなるアプローチが必要かを上記の点を踏まえたうえで再考する必要があるように思えるのである。

Ⅵ　結語

これまで見てきたように、韓国における医療を取巻く法的諸問題は増大の一途にあり、一方こういった医療環境とそれに歩調を合わせて進化・発展していくべき判例・学説といった医事法理論はその量と質において相対的に未熟であるとの韓国の研究者の指摘がある[139]。

筆者がこの度、把握した事実からしても確かに日本に比して短期間の間に目を見張るほどの急激な変化とそれに対応する社会的な政策が待ったなしの状態

139）石熙泰,醫療過失判斷基準에（に）관한（関する）學説判例의（の）動向, 李銀榮・梁彰洙ほか編「韓國民法理論의（の）發展（Ⅱ）〔債權編〕」, 博英社, 1999・1126頁。

で求められている現状であるといえるが、これは果たして医療の危機と相俟って司法の危機をも意味するものであろうか。

たとえば、冒頭に示した医療訴訟が急増している現象も、国民の意識水準向上により、かつての「物理力による私的な解決よりも法的枠組み内において合法的な手段を通じて医療紛争を解決しようとする傾向が漸次増加しているという現象」とも見ることができることから、これを「否定的側面としてではなく、肯定的に解析」[140] することも可能であろう。

つまり、目まぐるしく進展していく動態的な法化過程にあるという意味からも過渡期であるとはいえそうであるが、そのような中で柔軟かつ俊敏なる対応という点では、日本より先んじているともいえ、また、それによる実効的な成果や法曹界や学界における活発な研究活動の蓄積による成果が年々拡充されていっていること、さらに近年においては「法学と医学知識を兼備した公的な法医官」[141] の育成が論議されるといった取り組みも行われていることからしても、それは「進歩的動揺期」[142] にあるとも捉えることができるのではないだろうか。そして、それがゆえに今後さらなる成熟とともに日本との比較研究と発展的学術交流がますます期待されるところであることを最後に強調しておきたい。

〔付記〕

1．前号において筆者のミスにより、目次部分の校正がなされておらず、未修正のままの掲載となっており、本号と相違が見られるが、正しくは本号掲載の通りであることをここに記し、お詫び申し上げる次第である。

2．本稿執筆のための資料収集の点で、プサン大学校法学研究所ファン ドンヒョク氏にご配慮いただいた。また、専攻が異なるにもかかわらず、プサン大学校人文大学漢文学科のキム ソンジン教授は筆者の作業の進行を気にかけてくださり、資料収集の点でも大変お世話になった。そして、釜大新聞社（同大学新

140）パク ヨンホ・前掲注10・342頁。
141）李載衡・前掲注63・230頁。
142）石熙泰・前掲注139・1127頁。

聞部）のパク チョンミンさん（現在は卒業生）にも資料収集の点で幾度となく献身的かつきめ細かな配慮にあずかった。これらの方々にこの場を借りてお礼申し上げたい。