

研究ノート

医療紛争の予防と解決に向けた法的枠組みの検討

—— 日本から見た韓国医事法と紛争解決システム ——

李 庸 吉

はしがき

本稿は、筆者が西村峯裕先生のご指導のもとで作成した博士学位論文の概要をまとめたものである。本研究に際しては、西村先生の大学院ゼミでの本研究課題に対する議論、貴重なご助言とご指導、そして暖かい励ましを賜り、お陰をもって研究を遂行し論文の完成に至ったものである。この度、西村峯裕教授退官記念号発刊にあたり心からのお祝いと感謝の意をこめて本稿を寄稿させていただく次第である。

第1章 序論

医療紛争がもたらす社会的影響は、深刻かつ大きな社会問題となって久しく、医療訴訟事件の動向やはり、今なお目の離せない動的領域を形成しているといえる。

医療において不幸な結果が発生した場合、その責任追及根拠として、技術過誤と並んで説明義務違反によるものがあるが、殊に後者によるものは近時において格別注目されてきたものである。従来、医療の門外漢である患者側からすれば法的救済を求めるにしても「専門性の壁」をはじめ様々な因子により困難を強いられたが、説明義務違反の構成を採ることにより

診療上の技術過誤に比して、患者側の負担の軽減が図られたとされていることに関連する。

ところが裁判に訴えるという行動をとった患者側の多くが、その第一目的を経済的満足よりも訴訟を通じて医療が改善され、医療被害が減少することを真摯に願っているとする。

つまりは、真相解明と並んで訴訟における紛争予防機能への期待と思いがその核心部分であると思われ、この現象は、近年における医療訴訟の動向（数の増加のみならず日本においてここ数年は減少に転じている現象も含めて）と密接不可分な関係があるようにも見受けられるのである。

そうすると、医師の説明義務は、単に訴訟化を可能ならしめる方途のみならず、医療現場において、信頼を回復させ紛争を予防する機能をも有するとみることもさほどの外れではないように思われる。

医療紛争においては何をにおいても被害救済がまず重要ではあるが、それとともに紛争予防もそれに劣らず重要課題といえることから、本研究では、紛争解決システムという制度的デバイスと共に、説明義務を法的義務として課すことに、上記の紛争予防機能を生じさせる効果が期待できるといった問題意識の下、これを紛争発生「前」の制度的デバイスと位置づけ、医師の説明義務と紛争解決システムにつき考究しようとするものである。

さらに医療紛争に関する問題は、国を問わず、あらゆる国々で活発な研究がなされている分野であるが、本稿では、とりわけ韓国の法状況と制度を検討対象にする。

当該問題は、韓国においても同様に、まさに「時の問題」としてさまざまに取り組みがなされており、殊に、近年医療訴訟の急増により実務家をはじめ多くの研究者たちが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きているようである。

日韓両国は、東アジアにおいて経済的緊密さと社会的・文化的にも密接な相互関連を有し、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比較は、フィードバックという点からも極めて有効であるとの認識から、日本に最も近い隣国でありながら、必ずしも実情が良く知られて

いるとはいえない韓国の医療事情と医事法が、近年目覚しくかつ極めて興味ある変貌を遂げていること、その過程においては、日本と非常に近似した点とともに、注目されるべき顕著な相違点も同時に含まれ、日本の医療制度および医事法にとって参考とされるべきものが少なくないこと、また、この領域の日本語文献が皆無に近く、本研究の意義は決して少なくないものと思われることから、日韓の比較を交えて上記問題を検討することにする。

それに先立ち、まず本章においては、予備的考察として、医師の説明義務をめぐる問題が、近年における医療訴訟の動向と密接不可分な関係にある点を統計資料ならびに先達の実証的研究を基に確認し、本稿において医師の説明義務を紛争解決「前」の制度的デバイスと位置づけることの意味を明らかにする。

第2章 韓国における医療紛争の動向と問題状況

第1節 問題の所在

本章においては、韓国における医療紛争の動向とそこに現れる特徴的な問題状況等につき論じるが、ここでは、訴訟件数のみならず、筆者が入手可能であったすべての資料と情報から、可能な限り、韓国社会における医療紛争の全体像につき、法意識の問題等も併せて素描し、医療紛争ないしは医療訴訟の増加傾向とその原因、紛争解決に向けての取り組みやその予防のための方策に関する議論状況につき、日本との対比を交えながらの考察を試みる。

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が、医事法の領域に関しては、過去においてわずかな日本語文献が存在するのみ（筆者が知りうる限り1985年に西尾昭教授により翻訳され『同志社法学』37巻1・2号において公表された「李永煥論文」、2003年に『早稲田大学大学院法研論集』106号において公表された「李聲杓論文」の2編のみである。）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・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、極めて有益であると思われる。

すでに「韓国民法典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」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」とする事実をはじめ、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」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、日本と類似した性格を有しながらも、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次第である。

第2節 近時の医療紛争の動向とその特徴

何点が特記すべき点を挙げれば、韓国においては、まず医療被害者側において、特徴的な行動がみられる。1990年代後半までは、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、座り込み、狼藉、騒乱等、実力行使に出て、医師に圧力をかける形で「解決」を図ろうとし、一方、医師側は、過失の如何にかかわらず、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」に応じるなどといったことが多かった。

ところが、2000年以降においては、行政主導の新たな紛争解決制度（消費者院による紛争解決等）が創設されたことなども大きく影響し、少しずつ変化が見られ、民事裁判の利用割合も顕著に増加するなど、制度的装置による紛争解決を模索する比率が高まっていく動きが見られた。

また、民事訴訟に先行して、刑事告訴を通した手続きを踏む傾向が大きいのも特徴の一つである。その理由としては、①刑事告訴を経ることで、その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期待する心理、②費用の点で安価である点、③医師側に偏在している情報を捜査過程で一部でも知るため、④患者の相談を受ける弁護士等が真相把握が困難との理由で、まずは刑事告訴を勧める場合が多いといった点が指摘されているが、医療法の改正等を通じて、患者側の診療録写本提出請求権が認定され、医療事故が起されれば、診療記録等を容易に入手できるようになってからは、刑事事件化への傾向は落ち着きつつある。

第3節 民事訴訟の状況

民事訴訟においては、2002年7月より、新たな民事訴訟法が施行されているが、この法改正にあたっては、日本法（いわゆる平成8年法）が大いに参考にされていることがうかがえる。これにより事件処理件数が格段に伸びており、「医療訴訟手続き改革の成果」と評されている。

しかしながら、訴訟件数は依然として増加の一途をたどっており、日本に比して、事態は深刻で、また、上訴率が高いのも特徴である。

当事者において判決に対する不服の割合が高いというのは、医療側と患者側において「医療の悪結果」に対する認識の差が歴然として存在する証でもあり、埋めがたい溝が形成されているのは、ある意味で日本以上である

といえそうである。

しかし、見方を変えると、こういった変化は、韓国社会における特徴的な「法化」現象の現れであると読むこともできる。

第4節 医療紛争のための立法動向

「医療紛争の日常化」と医療被害者の集団的実行使が絶え間なく起こり、医療側はいわゆる「防衛診療」等問題回避型の行動を示す傾向が現れたが、これは医療紛争を解決する既存の制度が被害者救済に関しては無力ないしは非効率的であったためである。

このような実情から被害者を迅速・公正に救済し、医療者には安定した診療環境を作るために「医療紛争調停法」が立案され、その制定に向け努力がなされるが、利害関係者の意見対立により難航を極める。結局23年もの紆余曲折を経て2011年3月に立法化され、2012年4月より新制度がスタートするがこの部分は第4章において詳述する。

一方、何度も法案が提出されては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、一定の実効的な成果もあげることになるが、その内容も第4章において詳述する。

以上、総じて見ると、1990年代までの状況に比し、司法的改革をはじめとした様々な取り組みにより、2000年以降はまた違った様相が見られるようになる。このような変化が短期間の間に遂げられたという事実自体も注目に値するが、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。

第3章 紛争発生「前」の制度的デバイス——説明義務

本章では、説明義務法理につき、第1節で韓国においての、そして第2節で日本における各々の説明義務法理の生成とその発展史を概観した上で、

医師の説明義務の特質と規範構造、その機能について検討する。

第1節 韓国における医師の説明義務法理の生成と展開

医師の説明義務に関する問題は、韓国における医師責任法の中でも、いわば牽引車の役割を担ってきたといえるほど、これまで最も熱い議論が展開されてきた課題の一つである。

かつては韓国でも医療は施惠的なもので、「医は仁術」という考えに基づき「人間対人間の医療行為」といった医療観があったが、現代にいたっては、かような伝統的信頼関係は破壊され、漸次、紛争が増加するようになった。しかし、仮に法的救済を求めるにしても医療過失の立証責任が患者側にある関係上、韓国ではこれが大変困難な問題であったことが説明義務と患者の同意権の問題が沸き起こる背景であったようである。

そのような中、まずアメリカやドイツの議論の影響を多く受け、1970年代末頃から医師の説明義務に関する議論の萌芽がみられるようになり、殊に1980年代以降は活発な論議の対象となっていったが、近年にいたっては、日本法に多くの関心が寄せられ、研究も盛んに行われており、韓国の判例・学説に与えている影響も決して小さくないことが文献からも垣間見られる状況である。

そのような中、判例上においては、1979年8月14日の大法院判決、「喉頭腫瘍除去手術」事件が最初の事例として登場し、以後、1980年代にはいくつかの下級審判決と1987年には手術前に具体的な説明を行い同意を得ることは業務上の注意義務であるとする大法院判決が出て、その後、特に1990年代に入り急増傾向を示すようになる。

説明義務の認定根拠としては、一般的に憲法（韓国憲法10条に規定された「人間としての尊厳と価値」から派生する自己決定権）、医療法（療養、管理につき説明・指示する療養指導に関する規定〔韓国医療法24条〕）、民法（診療契約を委任契約と捉えることから韓国民法680条以下、不法行為の一般条項である同750条、慰謝料に関する751条、752条）にその法的根拠を求めることができると考えられており、このあたりは日本

と類似している。

1. 説明義務の範囲

説明義務の範囲については、どういった内容をどの程度説明しなければならないかについて様々な見解があるが、具体的事案によってその説明の範囲が決定づけられていくともいえる。重要な点は、医療の侵襲性と患者の自己決定権に関する事項である。大法院も、説明義務は、手術時だけに限られず、検査、診断、治療のすべての段階で発生するとしつつ、医療過程全般ではなく、手術等の侵襲を与える場面や、悪結果発生の蓋然性がある医療行為を行う場合、死亡等の重大な結果発生が予測される場合のように、患者の自己決定による選択が要求される場合であるとする。そして、医療行為に伴う後遺症や副作用が当該治療行為に典型的に発生する危険であったり、回復不可能な重大なものである場合は、発生可能性が稀少であることをもって免責されるものではないとしている。

また、客観的基準として医療水準、危険の重大性、時間的緊急性、不可避性が挙げられ、当時の医療水準に照らし相当と思われる事項」に関しては、当該患者がその必要性や危険性を十分比較し、選択できるようにする義務があるとしている。また、医療行為が緊急を要するような場面では説明義務は免除ないしは縮小するが、時間的ゆとりがある場合には詳細な説明が要求されるとしており、美容整形や形成外科の手術も医療行為の範疇に入れて考えられ、上記の法理が適用されることになる。

2. 説明義務と立証責任の問題

従来、医師の説明義務違反に対する立証責任を誰が負担するのか、つまり患者側が証明責任を負うのか、あるいは、医師側の方で、適法な説明がなされたことを証明しなければならないのか、という点で見解が分かっていた。この点につき、大法院は、大判 2007.5.31, 2005 ㊦ 5867 によって、医療の特殊性に照らし、「特別な事情がない限り、医師側に説明義務を履行したことに對する立証責任があると解釈するのが損害の公平・妥当な負

担をその指導原理とする損害賠償制度の理想及び法体系の統一的解釈の要求に符合する」と判示し、医師負担説の立場を明らかにした。

この部分も日本法にはない韓国の特徴といえるが、一番の問題は、過失（説明義務違反）と悪結果（損害）との間の因果関係の問題であるが、ここにおいても韓国独特の特徴が見られる。

1995年のいわゆる「多汗症事件」判決（大判 1995.2.10, 93 다 52402）が示したロジック、つまり「一般人の常識を基にした医療上の過失ある行為を立証し、その結果との間に一連の医療行為以外に他の原因が介在されていない点、いうなれば、患者に医療行為以前にそのような結果の原因になるだけの健康上の欠陥がなかったという事情を証明した場合においては、医療行為を行った側がその結果が医療行為によるものではなく、まったく別の原因によるものであることを立証しない限り、医療上の過失と結果との間の因果関係を推定し、損害賠償責任を負わせるように立証責任を緩和することが損害の公平・妥当な負担をその指導原理とする損害賠償制度の理想に適う」とし、過失と因果関係を同時に推定する方式を採用した。

この方式はその後、複数の判決の中で引用され定着していったが、大判 2004.10.28, 다 45185 において「……手術途中、患者に死亡の原因となった症状が発生した場合、その症状発生に関し、医療上の過失以外の他の原因があるとは言い難い、間接事実を立証することで、そのような症状が医療上の過失に起因するものと推定することも可能ではあるが（大法院 2000.7.7 宣告 99 다 66328 判決）、その場合においても医師の過失による結果発生を推定することができる程度の蓋然性が担保されない事情をもって、漠然とした重要な結果から医師の過失と因果関係を推定することによって、結果的に医師に無過失の立証責任を負わせることまで許容するものではない」とし、間接事実の立証において蓋然性を要求しており、日本の判例にやや接近する態度ともいうべき「多汗症事件」方式とはやや違う判断を示している。朴永浩判事は、2005年に改定された『医療裁判実務便覧』においても「こういった傾向を過失の立証責任を緩和する方法の2つとして紹介しつつ、一つは間接事実を立証することで過失を推認するが、

このとき必然的に因果関係の認定がなされるようにする方式であり、もう一つは、過失の立証の程度を緩和し厳格な注意義務違反の立証ではない一般人の常識の水準で抽象的に過失と判断される基礎事実だけ立証すれば足りるようにする方案等があると説明している」として、ここに「2つの異なった方式」の採用が見られると説く。

また、この変化を「立証責任の領域で患者に対して寛大な立場を堅持してきた法院も、上で検討した大法院 2004. 10. 28. 宣告 2002 다 45185 判決を通して、因果関係が究明されない事案においては、かえって、一般人の常識水準で他の状況の間接事実による過失行為の証明だけで因果関係を推定することに歯止めをかけ、悪結果を招来したといえる蓋然性のある注意義務違反が介在したのかを判断しなければならないことを判示し、『立場の変化』を示している」とする。そしてこれは、判例が医療訴訟において患者側に立証責任の負担を軽減し患者側を保護しようとした傾向が医療を過度に萎縮させ、その上、責任を果たすことができない医師が経済的に破産したり、命まで断つ事件が発生したことで患者側に対する立証責任軽減に制動をかけたものであるとも評されている。近時においては、大法院の態度に動揺があるようにも見受けられるが、韓国における最も特徴的な断面を映し出しているともいえ、注目に値する。

3. 説明義務の効果

説明義務違反に起因する損害賠償の範囲に関しては、その法益を生命・身体そのものと捉える、いわゆる「身体侵害説」と、自己決定権を保護法益と捉え、慰謝料のみ賠償すれば足りるとするいわゆる「人格権侵害説」が対立している。

大法院は、「医師が上の説明義務に違反したまま手術等を行い、患者に死亡等の重大な結果が発生した場合、患者側において選択の機会を失くし、自己決定権を行使できなくなったことに対する慰謝料のみ請求する場合においては、医師の説明欠如ないし不足によって選択の機会を喪失したという事実のみ立証すれば足り、説明を受けていたならば、死亡等の結果は生

じていなかったという関係まで立証する必要はないというべきである。しかし、その結果による全損害を請求する場合には、その重大な結果と医師の説明義務違反ないし承諾取得過程における過失との間に相当因果関係が存在しなければならず、その場合、医師の説明義務違反は患者の自己決定権ないし治療行為に対する選択の機会を保護するための点に照らし、患者の生命、身体に対する医療的侵襲過程において要求される医師の注意義務違反と同一視できる程度のものでなければならない」と判示している。

この判例の態度は、慰謝料賠償の原因としての説明義務違反に対しては、「医師の説明欠如ないし不足によって選択の機会を喪失したという事実のみ立証すれば足り」、そしてその結果による全損害を請求する場合には、「その重大な結果と医師の説明義務違反ないし承諾取得過程における落ち度との間に相当因果関係が存在しなければならず、その場合、医師の説明義務違反は患者の自己決定権ないし治療行為に対する選択の機会を保護するための点に照らし、患者の生命、身体に対する医療的侵襲過程において要求される医師の注意義務違反と同一視できる程度のものでなければならない」とし、慰謝料請求の原因としての説明義務違反の場合と、財産的損害賠償の原因としての説明義務違反の場合を区別し、立証責任を別立てにするという法理を採用し、二元的に論じており、ここにも韓国における判例法理の一つの特徴が見て取れる。

この度の30件の対象判決を見たところ、説明義務違反と死亡との相当因果関係を認め、全損害の賠償を命じたものは1件のみで、医療過失と説明義務違反を並列的に認めつつ全損害の賠償を認めたものが2件、有責判断を示したその他の20件は自己決定権侵害による慰謝料のみ認めているという結果となっている。

また、最近韓国においては慰謝料の定額化傾向が見られるなどの特徴もあるが、総じていえることは説明義務違反を根拠に慰謝料を命じる場面では、比較的低額の慰謝料を認定するに留まっているのが現状である。

医師の説明義務は、医師責任法上においては、医療上の注意義務と共に医師の過失を判断するための対等な価値を有する注意義務の一環であり、

財産的損害を認めるのが困難な場合に、迂回的に慰謝料賠償に帰結させるためのものではないはずで、説明義務の規範構造と共に慰謝料の法理的機能に関する深度ある継続的な研究が必要とされるところである。

第2節 日本における医師の説明義務法理の生成と展開

韓国の大法院は、①「医師は診療を行うにあたり、患者の状況と当時の医療水準、そして自己の知識経験に基づき適切と判断しうる治療方法を選択する相当な範囲の裁量を有するというべきで、それが合理的な範囲を逸脱したものでない限り、診療の結果をもって、その内いずれか一つのみが正当で、それと異なる措置を取ったことで過失があるということはいできない（下線は筆者）」とし、また、②「医療行為が高度の専門的知識を必要とする分野であり、その医療の過程は大抵の場合、患者本人がその一部を知り得る以外、医師のみが知ることができ、治療の結果を達成するための医療技法は医師の裁量に委ねられているので、損害発生の直接的な原因が医療上の過失か否かは専門家である医師ではない通常人では到底明かせない特殊性があり、患者側が医師の医療行為上の注意義務違反と損害発生との間の因果関係を医学的に完璧に立証するというのは極めて困難（下線は筆者）」であると判示し、判例上において裁量の性質と位置づけを明らかにしている。

すなわち、上記〈①判旨〉では「患者の状況」、「医療水準」、「自己の知識経験に基づき適切と判断しうる」限りにおいては、相当な自由度を許容し、〈②判旨〉では、裁量は、通常人では到底明かせない医療の「特殊性」を特徴づけるものでもあることから、因果関係の立証軽減を図る必要性の根拠を示しているといえる。つまり、これらの場面では、裁量は医師の責任構成要素として捉えることもできる点が垣間見られる。

また、いわゆる「治療上の特権」も裁量と関連した命題ともいえ、この特権による説明義務の制限を広く認定する場合には、医師の裁量の余地は大きく拡大する半面、患者の自己決定権がかなり縮減されることになり、場合によっては、患者の自己決定権が空洞化する憂慮さえある。

したがって、患者に対する医師の説明が常に原則で、説明義務自体に対する一般的制限や無説明が認められるのは、極めて限定的な範囲で、例外的に認められるに過ぎない。先の大法院判例の分析でも医師の裁量を理由に説明義務が免責される例は見当たらなかった。

このように、韓国においても「裁量」は医師責任法の中では重要なキーワードとなっているが、日本においては、従来、医師の説明義務と裁量は二項対立の拮抗するジレンマ関係として捉えられ、ゆえに説明義務と裁量の問題は長らく難問とさえいわれてきた。

本節では、日本の説明義務法理の発展史を概観しつつ、検討を行うが、そのかなりの部分はこの裁量との関係の中で形成されてきたといっても過言ではないように思われる。

以下、日本における説明義務論の勃興から現在の到達点までの説明義務法理の形成と変遷過程を概観しながら、上記韓国における裁量との対比の視点を交えながら医師の説明義務につき、特に裁量との関係を中心に検討してみることにする。

1. 日本における説明義務の位相

近時の学説・判例が、患者の承諾の有効要件ないし前提として、患者に対する医師の説明を要求しているが、医師の説明義務ないしはインフォームド・コンセント論に関する問題を取り扱った最初の論文は、1965年に発表された唄孝一博士の先駆的論文「治療行為における患者の意思と医師の説明——西ドイツにおける判例と学説」である。ところが、この論文を発表した当時、インフォームド・コンセントの法理は特に注目されることはなく、判例上も1971年の「説明・承諾なき乳房切除事件」（東京地判昭和46年5月19日判時660号62頁）あたりからで、とりわけ脚光を浴びだしたのは1980年以後である。

なお、先行研究によれば、説明義務の減免事由については、かつてから問題とされていたとするが、「昭和50年代終わり以降判例上裁量論がしばしば説かれるために、これに対する学上の反応が見られるに至った」と

されており、医師の説明義務と裁量の関係を中心に議論の展開と判例の動きが見られるようになる。そして、ここにおいては「医」と「法」の対立という構図が形成され、そのような中で、この問題に関する議論が繰り広げられており、しかもその時期が1980年代後半～1990年代の説明義務論が最も活発に繰り広げられた時期に相当し、そのような素地を基にかかる時代の波に乗って今日まで推移してきたことがうかがえる。

1970年から2010年までの訴訟件数の推移を見ると、1990年代以降、医療訴訟の急増という新たな潮流ともいえる現象が見られる、1990年頃を一つの転換期と仮定し、まずこれ以前の時期に医師の説明義務と裁量の問題を裁判例の分析を基に論じたものとしては、浦川道太郎教授の研究が注目し、値すると思われるので総論的把握を目的として紹介・検討を行う。

これは、1973年から1991年までの裁判例20件を取り上げ現実の裁判例に即した実証的な検討がなされたもので、この浦川論文によれば、全裁判例20件中、責任肯定例が5件、否定例が15件となっているが、説明義務法理が登場してきた、昭和40年代中頃から50年代中頃までは承諾の必要性・説明義務の強調がなされ、医師の裁量権を制限的に取り扱われてきたのに対し、それ以後は説明義務違反を認めるものは減り、医師の裁量権を強調するものが目立ち、「近年になると疑念を感じさせる判断が増加する傾向」にあり、『『インフォームド・コンセント』が強調されておりながら、このように、裁判実務では、むしろ医師の裁量権が強調されて説明義務の要求される範囲が縮減しつつあるのが現状だといえそうである」とし、さらに裁判例に立ち入って判断の可否を詳細に検討し、「医師の裁量権と説明義務とのあるべき関係を再構築する必要」を説かれる。

次いで、上述の浦川論文の指摘と問題意識に倣い、医師の説明義務が裁量との関係で問題となったものの内、医師の説明義務と裁量との狭間でのジレンマ的關係が如実に現れ、特徴的な変遷を示していると思われるのが、特に癌をはじめとした予後不良の場合における情報提供、つまり病名・病状等の「告知」といった場面と、複数の治療法がある場合の「療法選択」の場面、特に危険性の説明に関するものを取り上げ、各論的検討として下

級審判例を考察する。

告知事例に関しては、不告知が問題となった事例、末期癌の事例、不相应な告知がなされた事例の3つのタイプに分けて検討したが、告知すべきか否かが問題というより、悪しき情報を、誰に、いかに伝えるか、さらに告知そのものがストレートになしえない場合、どのような代替的措置を採り、フォローがなされるべきかが問われており、「配慮の要素」が判断構造に取り込まれている。

危険告知の事例においても、近年の裁判例は、従来のものに比して、明らかに説明義務の拡張現象がうかがえ、「説明の具体性」に関しては深化が見られる。

これらの裁判例においては、説明さえ施せばよいのではなく、正確かつ分かりやすい説明をする義務を措定し、「誤認・誤解を生じるような説明」は「説明の瑕疵」ないし説明義務の不完全履行として捉え、さらに「特段の事情」により説明をなし得ない場合には、「その旨」を説明すべきであるとするとする等、手術の危険性という問題の前には、「緊急の必要」が現存する場合を除いては、説明義務を免除する「聖域」を極力縮減させようとする裁判所の姿勢が見て取れる。

すると、上の異なる2つの場面における裁判例の検討から、次のような帰結が得られるだろう。すなわち、医師の裁量は、患者の気質との関係を含め、医学的妥当性といった側面を加味した最善・最良の判断を追及する場面においては、相当程度の範囲を有するが、「配慮の要素」を排斥する方向に機能するものではなく、患者保護に立脚してこそ初めて正当化されるものといえる。

2. 最高裁判例による説明義務法理の展開

最高裁において、医師の説明義務が最初に認められたのは、最二小判昭和56年6月19日判時1011号54頁（頭蓋骨陥没骨折事件）で、10歳の男児が自転車の転倒事故によって、頭蓋骨陥没骨折の傷害を受け、開頭手術を行ったが、出血多量により死亡した事案である。判決は、「……開頭

手術を行う医師には、右手術の内容及びこれに伴う危険性を患者又はその法定代理人に対して説明する義務があるが、そのほかに、患者の現症状とその原因、手術による改善の程度、手術をしない場合の具体的予後内容、危険性について不確定要素がある場合にはその基礎となる症状把握の程度、その要素が発現した場合の対処の準備状況等についてまで説明する義務はないものとした原審の判断は正当」としたもので、説明義務を認めてはいるものの、あくまで判決理由中の抽象論の部分であって、詳細情報までを説明する必要はないとして、説明義務の範囲に関しては相当の限定を加え、事案との関連では、小児の開頭手術という重大な手術に当たって親への説明義務違反はないとした原判決を肯認した事例であった。

次いで、医療水準論の登場により、説明義務法理に対して非常に大きな影響を与えた、最三小判昭和 57 年 3 月 30 日判時 1039 号 66 頁（日赤高山病院未熟児網膜症事件）、医療水準は全国一律的なものでなく、医療機関の性格、地域・環境特性等によって異なってくる相対的なものであるとともに先端医療等の分野においては、「医学的知見」が判断基準のうえで重要なポイントとなり得ることも示した、最二小判平成 7 年 6 月 9 日民集 49 卷 6 号 1499 頁（姫路日赤未熟児網膜症事件）、ほぼ同時期に登場した最三小判平成 7 年 4 月 25 日民集 49 卷 4 号 1163 頁は癌告知に関する事案だが、その理由中の判断枠組には、単に「癌告知の是非」のみが取り扱われたのではなく、患者に影響を及ぼしうる予後不良等の「悪しき情報」をどのように伝えるかという問題、患者に不利益をもたらす可能性がある場合、「告知しない」というのも「治療上の特権」により認められるが、その場合は、代替する方策を検討することが説明義務履行如何の評価に含まれる、としている点が注目された。

そして、「時代の変化を象徴する判決」とも評された、最三小判平成 12 年 2 月 29 日民集 54 卷 2 号 582 頁（東大医科研病院「エホバの証人」輸血拒否事件）が登場する。ここにおいては「患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の

一内容として尊重されなければならない」として、限定的な範囲ではあるが、事実上、患者の自己決定権を、最高裁として初めて承認した。

さらに注目すべきは、最三小判平成13年11月27日民集55巻6号1154頁（乳房温存療法事件）である。当時医療水準として未確立であった乳房温存療法に関する説明義務に関して争われた事例で、「当該療法（術式）の適応である可能性があり、かつ、患者が当該療法（術式）の自己への適応の有無、実施可能性について強い関心を有していることを医師が知った場合などにおいては」、説明義務が発生すること、また、「患者自身の生き方や人生の根幹に関する生活の質にもかかわる」ような場合には、説明義務は拡張されうること示した。

説明義務の質的深化と範囲の拡張をもたらした2つの判決、最一小判平成17年9月8日判時1912号16頁判タ1192号249頁と、最二小判平成18年10月27日判決が相次いで登場する。これらにおいても、上掲平成13年判決同様「熟慮し判断する機会」を与えるべしとしたが、ここで改めて「熟慮・判断する機会」を強調するのは、これが説明義務において、副次的なものではなく、渾然一体として説明義務概念を構成するものとして位置づけようとする方向性を示した点、さらにより注目されるべきことに、「最新の状態」に関する認識を得るために必要に応じた医療措置上の問題点を説明義務の不履行の要素をなすものとし、診療債務の履行全体との関連で、かつ時々刻々と変化する医療過程との関連で、そのプロセス性を示した点にこれら2つの判決における説明義務の概念的飛躍が認められた。

最後に、チーム医療における説明義務に関する初の判断を示した最一法判平成20年（2008年）4月24日民集62巻5号1178頁を取り上げる。ここにおいてチーム医療の総責任者は「説明が十分に行われるよう配慮すべき条理上の義務」を負担するもので、一般の説明義務よりもやや広い概念と捉えることができ、また常に直接自ら説明を行わなければならないものではなく、主治医に委ねてもよいが、それは医師を含む構成員を指導・監督することにあるという実態に即したもので、医療環境醸成義務ともいう

べき性質のものともいえよう。

以上、約30年間の最高裁判決の流れを概観してみると、近年、その判断枠組と判断基準において際立った拡張傾向を示すように見受けられるが、その内実は、日進月歩の医療の性格にも相俟つてのことと思われる。

医師の説明義務に関する判例の発展史は、当初事例的な意味しか有しないとい評価されたものを含めて個別特殊な事例にぶつかりながら普遍的なルールにつなげていく、「判断の創造性」が如実に見て取れ、判例上、説明義務を診療債務における他の様々な義務との有機的連関に立つ主要な債務と捉えようとしているように見受けられる現在の到達点からして、説明義務は、それぞれの事案に応じて拡張可能かつ動的な性質を有するものであるといことができる。

また、それはただ説明義務の範囲が拡大しているのみならず、自己決定権の行使を担保するための説明の観点から、質的变化も生じているとみるべきであろう。

3. 診療債務と説明義務

ここにおいては、まず、診療債務は手段債務性が強いといった特徴を、医学・医療の不確実性、そして初診時における患者の訴えを聴取することを起点として、医療側からの働きかけ（診察・診断・説明・治療）と患者側からの働きかけ（応答・受容・協力）との絶えざるフィードバックによって構成される、本質的に過程的なもの（プロセス）であるといった根本的な性質に由来する点から説く。

さらに医療には Cure と Care といった2つの要素があり、Care の本質には、Cure とは別の、科学を超えた人の交わり、コミュニケーションの中で、いのちの本質を探り、いのちの価値、生活の質を高める方向での、患者並びにその家族の自立を助けるといった側面があり、それが 'Care' するという行動であるとする日野原論文からの示唆、また、医師は、歴史的には、聖職者、法律家と並んで古典的プロフェッションとされてきたが、このプロフェッション性という観点から「債務の本旨」としての「説

明」を読み解くと、ここに求められるのは、端的に Cure を前提とした Reasonable Care（合理的配慮）ということに帰結する点を説く。

そして一方、裁量なるものは、結局のところ、権利というより、その実相は権限の方に近く、仮に権利と捉えるなら、それは親権同様の「義務的権利」ないし「利他的権利」として保護義務ないしは「一定の義務」と一体として行使する場面でこそ正当化されるものであるように思われる。つまり、患者のために真摯かつ誠実に用いられるためにのみ作動するものだというのであり、患者の保護義務に立脚したものであってはじめて正当化されうる。

4. 小括

医療行為は、医師と患者が緊密な情報の交換を通じて協同して患者の心身の疾病や傷害からの回復を目指す営みで、患者との絶えざるフィードバックによる過程的充足を求められる特質を有するプロセス債務ともいべき特質が認められる。そして、その過程的充足という債務の本旨履行の根幹性を担保するのが説明義務そのものといえ、それが給付義務か付随義務なのかということとはともかく、診療義務とは別途独立した義務ということとはできそうである。

また、裁量との関係もすでに検討したように、裁量自体が義務履行ないしは患者保護を前提として、その行使が正当化される一つの権限である性格からすれば無条件に認められるものではなく、主に検査法や治療法の選択等、診療義務の場面では広く認められるが、その内容等については説明しなければならず、特に患者の人生の根幹に関わる重要な選択場面においては、裁量を理由に「説明義務」が免除されることは、ほとんどないといえるべきであろう。

第4章 紛争発生「後」の制度的デバイス —— 裁判外紛争解決システム

本章においては、主に、韓国における裁判外紛争解決システムにつき紹介し、検討する。

第2章で見たように、韓国において医療紛争は増加の一途をたどっており、既存の制度では太刀打ちできず、また、それがもたらす社会的影響の深刻さから、立法的解決を図ろうと尽力がなされてきた。そして2011年4月、23年の紆余曲折を経て、「医療事故被害救済及び医療紛争調停等に関する法律」が新たに制定されるに至り、2012年4月より施行され、迅速性・専門性・公正性という3つのキーワードを掲げて、ユニークな新制度がスタートしている。

まず第1節では、従来の裁判外紛争解決制度につき、概観し、特に実効的な成果をもたらした韓国消費者院による取り組みと実績につき、紹介する。

次いで、第2節では、新制度導入経緯と制度の概要に加え、新たに設立された、韓国医療紛争調停仲裁院につき、1年間の実績と共に紹介する。

第1節 韓国における従来の非司法的医療紛争解決制度

医療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、1981年12月、医療法改正の際、医療審査調停委員会の根拠規定が制定され、中央と地方に医療審査調停委員会が設けられ、また大韓医師協会共済会といった補償システムも存在したが、前者は広報不足や、手続き上の制約、公正性に対する疑問等の理由からほとんど利用されていない状況で、後者は強制加入ではないために危険分散機能が果たせず、最高で3,000万ウォンという低い補償額から現実に即した解決手段とはなりえなかった。

また、韓国では、医師賠償責任保険の制度が脆弱である影響も大きいとの指摘がなされている。1973年に賠償責任保険が登場したものの財政赤字のため、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

中断している。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師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、保険料が高額なことや、他方、保険会社にとってはリスク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のが現状である。

このように医療紛争を解決する既存の制度が被害者救済に関しては、無力ないしは非効率的であったため「医療紛争の日常化」と医療被害者の集団的実行使が絶え間なく起こり、医療現場は疲弊し、大きな社会問題となり、その対策が喫緊の課題となった。

このような実情から被害者を迅速・公正に救済し、医療者には安定した診療環境を作るために、立法的解決を図ろうと、「医療紛争調停法」が立案され、その制定に向け努力がなされるが、利害関係者の意見対立により難航を極める。何度も法案が提出されては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、一定の成果も見られるに至った。専門性の問題や被害救済額が一定の範疇にとどまるなど、問題点も指摘されたが、この消費者院の機能と実効的效果に関しては示唆を得ることも多い。

そして、その後23年もの紆余曲折を経て2011年3月ようやく「医療事故被害救済および医療紛争調停等に関する法律」として立法化され、2012年4月より新制度がスタートする。

第2節 新たな医療被害救済制度と韓国医療紛争調停仲裁院

上に述べてきたような社会状況から、医療被害者には迅速な被害救済と共に、医療者側には、安定的な診療環境の確保を目的として立法的解決を図ろうとした取り組みは、2011年3月11日、無過失医療補償の内容を盛り込んだ、新たな医療紛争調停法（正式名称：「医療事故被害救済及び医療紛争調停等に関する法律」）の制定で結実し、2012年4月8日より施行されている。

1 新たに制定された「医療事故被害救済及び医療紛争調停等に関する法律」の主要骨子

(1) 韓国医療紛争調停仲裁院設立

最も中核となるのは、医療紛争を迅速・公正かつ効率的に解決するための機関である韓国医療紛争調停仲裁院（以下、「医療仲裁院」という。）の設立・運営に関する規定である。

医療仲裁院は、法人の形態とし、その業務は、① 医療紛争の調停・仲裁及び相談、② 医療事故の鑑定、③ 損害賠償金代払（立替払い）、医療紛争関連制度と政策の研究等をあげている。

また、財源としては、政府出捐金と運営収益金を充当することとしている。

(2) 医療紛争調停委員会の設置

医療仲裁院は、紛争の調停ならびに仲裁の2つの機能を1つの機関が果たす形をとっている。そのために、「医療紛争調停委員会」を置くことを規定し、医学的並びに法的側面から事件を検討した上で調停案を作成し、これを基に当事者を説得し、妥当な解決に導く制度的装置として機能するようにしている。

「医療紛争調停委員会」は、委員長及び50人以上100人以下の調停委員で構成されるがその定数の5分の2は判事・検事、または弁護士資格を有する者、同5分の1は保健医療団体または保健医療機関団体が推薦する者、さらに5分の1は、消費者権益に関する学識と経験が豊富な者で、非営利民間団体が推薦する者、最後の5分の1は、大学や公認の研究機関で副教授以上、またはこれに該当する有識者の中から任命・委嘱することになっており、さらに調停委員会は、その業務を効率的に遂行するために、5人の調停委員で構成された分野別、対象別、地域別調停部を置くことができ、また、調停委員の業務を補佐するために、弁護士など大統領令で定める者を「審査官」として置くことができる。

(3) 医療事故鑑定団の設置

医療紛争の迅速かつ公正な解決を図るため、医療事故鑑定団をおくことを規定している。立法推進の過程で医療界と市民団体間の意見対立がもつとも際立ったこととして、立証責任に関する問題が挙げられるが、結局この問題は、医療事故鑑定団を通した客観的調査と医療仲裁院での調停がなされるならば、立証責任の主体を明示する必要がさほどないことを理由に、法文に規定しないとの結論が導かれた。このような立法趣旨を具現するために設けられたのが、医療事故鑑定団設置に関する規定である。

(4) 医療事故の調停・仲裁手続

調停の申請は、医療事故の原因となった医療行為が終了した日から10年以内かつ、被害者やその法定代理人がその損害及び加害者を知ったときから3年以内でなければならない。

申請があれば、まず鑑定団が60日以内に鑑定を終え、その結果に照らし、調停部は、調停申請があった日から90日以内に調停決定を行わなければならないことになっている。ただし、鑑定、調停共、必要と認定する場合は、その期間を1回に限り30日まで延長することができる。

調停を申請した者は、調停手続進行中、いつでも被申請人と和解することができ、この場合、調停部は手続を中断し、当事者が合意した内容に沿って調停調書を作成するが、これは、裁判上の和解と同一の効力を有する。

一方、紛争当事者が、調停部の終局的決定に従う旨を書面で合意し、仲裁を申請することができるが、仲裁判定は確定判決と同一の効力を有する。

また、本法による調停及び仲裁手続は韓国国民のみならず外国人も利用することができるよう規定されている。

(5) その他

その他には、不可抗力により発生した分娩時の無過失医療事故に対する補償に関する規定、調停の成立や仲裁判定が下された場合、または法院の

民事手続において賠償を命じられたにもかかわらず、被害者が医療機関より金員の支給を受けることができなかった場合、医療仲裁院に立替払いを請求することができる代払制度の規定、医療事故により保健医療人が業務上過失致傷罪を犯したときであっても、調停が成立もしくは調停手続中の和解等により調停調書が作成された場合には、被害者の明示した意思に反し、公訴を提起することはできない旨の規定である刑事処罰特例制度がおかれている。

2. 医療仲裁院の役割と組織構造

医療仲裁院は、独立した特殊法人で、その業務においては、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 医療被害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を、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、そして、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。

加えて、医療事故・紛争の予防も含め、医療紛争と関連した制度と政策の研究、統計作成、教育、広報活動もその中心的な業務としており、上に述べたすべてが、有機的に結びついた業務の遂行がなされる組織構造となっている。

3. 医療仲裁院 1 年の実績

医療仲裁院の利用度合いは、少しずつではあるが着実に伸びが見られ、2013 年に入って 100 件を超えだしている。

申請があった 804 件の終局区分をみると、被申請人の応諾により、調停開始となったのが、299 件で 40% を割っており、これを高めていくのが

今後の課題となろう。

ただ、調停が終了した196件の内訳をみると、調停が成立した数は手続中の和解を合わせると、133件で、調停成立率は83.1%となっている。

また、医療仲裁院は、外国人患者のための医療紛争相談電話通訳サービスを、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しており、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。この1年間で外国人の受付申請は12件であった。

第3節 小括

韓国において疲弊と混乱が錯綜した医療環境ないし社会状況を克服すべく、紛争解決手段として講じてきた医療ADR（Alternative Dispute Resolution：裁判外紛争処理）は、23年という長い論議の末、新たな医療紛争調停法の制定という形で実を結び、2012年4月8日の施行からすでに1年以上が過ぎたが、やはり現時点（注：2013年11月末現在）においてはまだ詳細な分析と十分な評価を行うには時期尚早の感がある面も否めない。殊に、2013年4月から施行された「分岐医療事故補償事業」と刑法上の業務上過失致傷罪に対する「被害者反意思不処罰特例制度」にいたっては、その実相がまだつかめていない状況である。

ADR制度が効率的に運営されるためには、「組織機構の客観性」、「委員構成上の公正性」、「医師会・弁護士会等専門機関の積極性」等が重要な要素として要請されることは夙に指摘されているところであるが、政府からの出捐によって運営している関係上、独立した法人（特殊法人）の形態とはいえ、行政型ADRの色彩を帯びていないとは言い切れず、どこまで第三者機関たりうるのかといった疑問の余地がなくはない。

一方、医療事故鑑定団の構成と取り組みは非常にユニークで、その実相は医療鑑定のみにつきない点、つまり医療者の医療上の過失の有無のみならず、法的評価が伴う因果関係の鑑定まで一手に引き受けている点は注目

に値する。

医療ADRが目指すのは、当事者の相互理解をともなった紛争解決であらねばならず、そのためには医療機関側の合理的説明への意欲を失わせないこと、診療経過とエビデンスを患者側と医療側が共有することで相互理解を促進するといった働きかけも重要であろう。

そうすることで、訴訟に比し時間的・費用的「経済性」という点において優位である医療ADRに質的な意味での充足が付加されるように思われる。

第5章 結語

本稿の具体的な課題は、日韓における医師の説明義務法理の生成と確立過程並びにその適用状況をフォローし、紛争解決の場面においてどのように機能的役割を果たしているか、またアドホックな紛争解決に尽きず、そのフィードバックによる反射的効果はどうかを確認することにあった。

そして説明義務では解決できない部分を、裁判外紛争解決システムでは、どのように対処が可能なのかも併せて考察すべく、これらを共通の枠組みで検討することを試みた。

そのため、まず第1章では、説明義務をかような視点から捉えることの意味を明らかにするため予備的考察を行い、次いで、検討の素材を韓国医事法と紛争解決システムに求めた関係で、まず社会状況の把握とその違いによって考慮すべき要素を認識するため、第2章では、韓国における問題状況を紹介し、日本との対比も交えながら検討を行った。

そして、第3章では、日韓における医師の説明義務法理形成過程をフォローしながら、各々の特徴並びに共通項を炙り出せるよう努め、さらに第4章では、韓国における旧来の制度と対比しつつ2011年3月、23年間の紆余曲折の末、ようやく日の目を見ることになった新たな紛争解決制度の導入過程と新法施行後1年間の歩みをフォローした。

それらから、上に整理したような帰結を得たが、医療紛争が他の一般事

件と違うところは、医学・医療専門家の行為の中で発生する関係上、一般責任法上の法理による解決は自ずと限界がある点である。そこには情報の非対称性による格差といった構造上の問題がまず横たわっている。説明義務は、これをある程度解消する機能を有するのは間違いないが、場合によっては、裁判手続きによるよりも、ADRにより実効的な効果が得られることは想像に難くない。

ただ、その場合、専門性と公正性、さらに独立性（第三者性）がいかに確保されるかがポイントとなるであろう。その点、韓国は、日本にはまだないスタイルの制度をスタートさせたが、日本からすれば、「一方では実現したが他方では実現していないという立法の研究」は、比較の意義が大きく、今後を展望する上で有益だといえる。

最後に、今後の課題を若干示して本稿を結ぶことにする。

すでに日韓比較の意義については示したが、それを踏まえて残された課題を示せば、まず1つ目としては、今回は医師の説明義務違反に関する大法院判例という非常に限られた範疇のものに限定せざるを得なかったことから、今後は入手の困難性といった問題点はあるが、下級審判例を含めたより精緻なさらに深みのある研究の必要性である。

この度、判例の検討を通じてみた、医師の説明義務につき、今一度付言すると、医師責任法上においては、医療上の注意義務と共に、医師の過失を判断するための注意義務の一環であり、財産的損害を認めるのが困難な場合に、迂回的に慰謝料賠償に帰結させるためのものでも、また諸事情の割合的解決に委ねるためのものでもないはずで、説明義務の規範構造と共に慰謝料の法理的機能に関する深度ある継続的な研究が必要とされるということである。

もう1つは、法理形成過程の背景や社会状況の違いの把握と、それを踏まえることは、比較研究の上では非常に重要なことであることを改めて認識したことから、今後は、可能な限り法社会学的な視点からの研究も有益かつ必須であると考え次第である。

今回の研究を通じて、韓国の法院の態度に動揺が見られることや、理論

構築の点では、ある意味での脆弱さが、韓国の論者の評価からもうかがえる点があったことも事実である。

しかし、これから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、過渡期ともいえる面は有するが、そのような状況の中で、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面も併せ持ち、それによる実効的な成果や、法曹界・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きており、今後さらなる成熟と共に、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。