

講 演

中国における医療保障制度および 医療事故紛争処理の改革動向

夏 芸*

はじめに

- 一 旧医療保障制度およびその問題点
- 二 社会医療保険制度への改革状況及び問題点
- 三 『医療事故処理条例』の改革要点
- 四 『医療事故処理事例』の問題点
- 五 最高人民法院の対応およびその問題点

はじめに

20世紀末に入り、中国においては、社会主義的市場経済体制へという改革の進行に伴って、医療衛生体制も急速に改革されてきている。計画経済体制の下でいわゆる純粋な社会公益的な活動とされてきた旧来の医療は、有償的、専門的な技術サービス提供行為と捉えられつつある。また、経済生活の質が改善に伴って人々は生命健康を重視するようになり、その権利意識も大きく向上している。これらの変化はよりよい医療サービスの提供への要求となっている。しかし、現在までのところ、医療費の価格が10数年前に比べ、数10倍まで上昇したにもかかわらず、新しい医療保障制度が整備されていないなど、中国の医療サービスの提供状況は、決して満足できるものとはなっていない。そうした事情もあってか、医療事故を巡る紛争が年を追って増加し、医療事故紛争の処理は中国では、司法界のみならず、マスコミないし社会の注目を浴びる問題となっている。

このような状況に対して、中国衛生部は、患者の医療サービスに対する要求

* Xia Yun, 元中国江蘇省中西医结合研究院医師, 明治大学法学修士号および福岡大学法学博士号取得, 現在, 中国東南大学法律系教授。

を満足させるために、旧来の医療衛生体制及び医療保障制度に対して大きな改革を行っている。一方、中国国务院は、増加している医療事故紛争をスムーズに処理するために、2002年9月1日、『医療事故处理条例』を施行した。また、中国最高人民法院も、『医療事故处理条例』の施行に合わせて、2002年4月1日に医療事故民事訴訟において「举证責任の転換」を認めるとともに、専門家の法廷での証言を求める制度を施行させた（『最高人民法院關於民事訴訟証拠的若干規定』2001年12月6日最高人民法院審判委員會第1201次會議採決，法釈[2001] 33号）。このような一連の対応はより良い医療サービスの提供及び社会医療保障制度の完備を促進し、医療事故紛争の処理または医師患者関係の改善のために大きな役割を果たしていると評することができる。

本報告では、上記のようなことを今少し具体的に言及し、中国における医療保障制度の変革および医療事故紛争処理の現状を紹介したい。

一 旧医療保障制度およびその問題点

（一）旧医療保障制度の設立

1951年から1956年にかけて、中国人民政府は、企業の従業員を対象とする労保医療保障制度と、主として国家機関および事業機関（生産による収入がなく国家の経費で賄われ、採算にとられない団体を指す。これと相対するのは「企業単位」という言葉である。）の職員等を対象とする公費医療保障制度をそれぞれ立ち上げた。

労保医療制度は、中国政務院が建国初期である1951年2月に公布した『中華人民共和国労働保険条例』（以下『労保条例』と略す）⁽¹⁾に従って設けられた。

労保医療制度は以下の四つの内容からなる。

① 公共事業に従事して負傷した従業員が治療期間中に受けるべき給料をはじめ、負担する診療費、薬代、入院治療費用（入院食費も含める）、通院交通

(1) 1953年1月、政務院は『労保条例』に対して修正を行なっている。『労保条例』は老後生活、医療、就労中の事故による負傷、生育保障等に関する総合的労働保障法規である。当初、国営、公私合営、私営および合作社などの所有制の工場、鉱山および付属企業で働く従業員を対象としていたが、その後、鉄道、水上運輸事業、郵便、交通、建築等企业で働く従業員までも対象とされた。

費等はすべて企業によって負担される。

② 公共事業従事以外の原因で負傷または病気に罹患した従業員が指定された病院で治療を受け、それによって生じた診療費用、手術費用、入院治療費用および薬代はすべて企業によって負担されるが、高額な薬代、入院食費および通院交通費は本人によって負担される。本人が明らかに生計に困窮している場合には、諸般の事情を斟酌して労働保険基金から本人に一定の経済補助を行なう。

③ 従業員の扶養家族が疾病に罹患した場合、指定された病院で無料で診察、治療を受けることができる。なおそのとき生じた手術費用および薬代の二分の一は企業によって負担される。そのほかの費用は患者本人によって負担される。

④ 企業に対し特別の貢献をした労働模範、および軍隊で作戦英雄称号を取得した軍人がその後企業に転勤し従業員となった場合には、許可を得た上で特別手厚い労働保険待遇を享受する。

これに対して、公費医療保障制度はある特定範囲の人々に無料ですべての医療サービスを提供する保障制度であった。この制度は最初、中国共産党が革命根拠地で実施したものであり、中国建国後の一時期において、一部地区で一部のの人々がある特定の疾病に罹患したとき実施される制度であった。しかしその後、政務院の『指示』⁽²⁾、國務院の指示⁽³⁾ および衛生部の規定⁽⁴⁾ に従って、1952年7月から1956年にかけて、各級の人民政府の職員、各党派、各労働者、青年および婦人の団体、各工作隊のメンバー、および文化、教育、衛生、経済を営む事業単位の職員、革命で身体障害者となった軍人、大学および専門学校に在籍する学生および郷政府の幹部、定年後の元国家機関職員などが次々と公費医療保障制度の対象となった。

1956年まで、劳保医療保障制度は2300万人をカバーし、当時全国の従業員数の94%以上を占めていた。一方、1957年までに、公費医療保障のカバーした国家職員数は740万人であった。

(2) 1952年6月27日中国政務院が發布した『关于全国各级人民政府，党派，团体及所属事业单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示』の略称である。

(3) 1956年6月29日、國務院は衛生部の意見に対する返答のなかで、定年した元国家機関の職員が公費医療保障待遇を享受することを許可した。

(4) 1953年、衛生部は『关于公费医疗的几项规定』の中で公費医療保障制度の対象を大学および専門学校に在籍している学生、郷の政府の幹部まで拡大した。

(二) 旧医療保障制度の欠陥

上記のようなば全面的な医療保障制度が打ち立てられてからまもなく、医療費が大幅に上昇し、また医療資源が著しく浪費される現象が現れてきた。これを抑えるために、1957年から1980年代までの約30年の間、衛生部は一連の政策、法規を公布し、病院診療価額、出張診療価額および自費薬品価額などの調整を行ってきた。しかし、所期の効果を納めることができなかった。それゆえに、多くの人々から旧医療保障体系には以下のような致命的な欠陥が存在しているとの指摘がなされ、その改革を求める声は次第に高まってきた。

1 幅広い医療保障は中国の経済状況に相応しくない。

中国の建国初期では、科学技術力および経済力のいずれも極めて弱く、大衆生活のレベルが非常に低下していた。一方、医療の面において、病院数、医師数が著しく不足し、末端の医療組織が存在していないなど、医療衛生資源は甚だしく欠けていた。当時の厳しい医療状況に関しては、1950年に行われた全国第一次衛生工作会议が提出した「三年目標」から見てみるができる。その三年目標においては、三年内に、全国大部分の県で、2～7名の専門医師、1名の薬剤師あるいは薬剤士を有する県衛生院、および全国の大部分の地域で、1～2名程度の医師、1名の助産婦を有する衛生所を設立する、ということが掲げられていたのである。資料によれば、中国の建国初期の1949年において、全国衛生機構の持っている総ベッド数は8.5万床、総医師数は50.5万人であり、患者1000人当たりの医師数はわずか0.67人である。医療保障制度の設立された1957年においてさえも、全国衛生機構の持っている総ベッド数はわずか46.2万床、総医師数は103.9万人であり、患者1000人当たりの医師数はわずか0.84人である。

このような厳しい現実を無視して設立された幅広い医療保障制度は、維持するための基礎を欠いていた。

2 旧医療保障制度の実質は勤務先保障であり、勤務先は幅広い医療保障制度を運営できるわけがない。

1951年政務院の公布した『劳保条例』によると、劳保医療制度を含める労働保険の各項目に必要な費用のすべては労働保険に加入する企業により負担されることになっていた。

具体的には、労働保険費用の一部は直接負担として企業により支払われるが、もう一部は従業員給料総額の3%が企業を通じて労働保険料として納めら

れる。企業の納めた労働保険料の3割は、労働保険総基金として、もっぱら療養院、休養院および孤児院などの集団福利に使われる。残りの7割は、労働保険基金として当該企業の労働組合口座に預け入れられ、企業の従業員の労働保険全項目に使われる。したがって、劳保医療保障は実際、企業の内部で運営されていたものであり、国家により統一して計画調整されることは殆どなかったといえる⁽⁵⁾。

一方、公費医療制度と劳保医療制度とはその保障の対象および内容が異なるが、資金の集め、運営の様式などの面においては非常に似ている。このようなことからして、旧医療保障は実際に勤務先の保障であると言わざるを得ない。

上記のように、企業は法に従って従業員給料総額の3%を労働保険料として納めなければならないほかに、さらに、従業員に対して直接、一部の労働保険費用を支払わなければならない。この部分の支出は大抵上記労働保険料を上回る⁽⁶⁾。ところが、前述したように、劳保医療保障および公費医療保障のいずれも、ほぼ医療に携わるすべての費用を全面的にカバーしようとする制度であったため、また、これに加えて、公費医療保障については、1955年以後、国家机关職員給料制度が実施されたこと⁽⁷⁾、そして、劳保医療保障については、企業の従業員数も大幅に増加し始めたことによって、それぞれの医療保障制度の負担はその耐えられる限度を超えるに至った⁽⁸⁾。

3 旧医療保障制度に関する法規定は完備しなかったもので、それに対する管理も大変混乱していた。

旧医療保障制度に関する一連の政策を支える法的な規定としては、『劳保条例』等少数の法規定が見られるが、大部分は国务院の各部門が下達した行政府

(5) ただ、仮に企業の労働保険基金が余った場合は、余った部分を省あるいは市の労働組合に引渡ししなければならない、労働保険調節金として、集団の労働保険事業のために使われ、企業の労働保険基金の剰余金だけがある限度内で調節使用される可能性がある。しかし、このような調節されることは、やはり統一して計画調整されることではない。

(6) 周恩来総理が共産党の第八期第三回会議で述べた「关于劳动工资和劳保福利问题的报告」によると、中国の第一個五年計画の期間において、国家机关、企業単位、事業単位などが福利などによる支出は、平均で給料総額の19.2%に達し、ある企業のこの部分の支出は、給料総額の30%を超えた、という。

(7) 1955年から、国家机关の職員の報酬は、供給制度から給料制度に変わった。

(8) 統計資料によれば、1953年から1995年までの間、全国公費医療の支出が106倍増えたが、国家の財政収入はわずか27倍増えたにすぎない、という。

の発出した公文書である。これらの公文書は厳格に言えば、法的な効力を具備していないにもかかわらず、時には、『劳保条例』の定めと抵触または『劳保条例』の規定を否定する内容を持っていたため、法律の権威性、厳肅性および強制力を著しく損ねる結果となった⁽⁹⁾。そればかりではなく、医療保障への管理局面を混乱させる原因にもなっていた。特に公費医療の場合には、長い間に、公費医療のカバーする範囲が恣意的に拡大されたこと、自費薬品および栄養剤が普通薬品として大量に処方されたこと、さらに化粧品または生活用品までも薬として生産して処方されたことなどもあった。

4 農村合作医療制度が実施不能のままであった。

劳保医療と公費医療はもっぱら都会で実施されていた医療保障制度であった。一方、農村に関しては、中国政府は、長い間、政府と集団とが一定の補助金を出す、主に農民個人の自由意志で出し合った資金で賄う「農村合作医療制度」を提唱してきた。ところが、農業経済発展の遅滞に伴って農民の生活は依然として貧しかったため、同制度はほとんど実施されないまま今日まで至った。従って、農民は病気に罹ったとき、ほぼ全額の医療費を負担しなければならないので、実際は十分な医療を受けることはできなかった。一方、農村にある医療衛生機関の経営状況も、慢性的な患者数の不足のため非常に困難な状態にあった。

中国人口の大部分は農村人口であるが、農民の生活は中国の経済生活の最低水準にある。市場経済政策が実施されて以来、中国の都会住民の経済収入と農民の経済収入との間の差は著しく増大している。さらに、建国後、中央政府は社会保障を考えると、もっぱら都会と町の住民を対象としており、農村の社会保障はずっと重視されてこなかった。世界の162の国家と地域の社会保険制度を見てみると、その中の70の国家（中には中国の経済力と相当する発展途上国が多くある）と地域の社会保険制度は農村を含め、つまり、農村人口全員はすべて被保険対象とされている⁽¹⁰⁾。ある経済学者が指摘したように、中国社

(9) たとえば、1969年2月財政部が発表した『关于国营企业财务工作中几項制度的改革意見（草案）』は、『劳保条例』の定めた労働保険基金制度を排除するものであった。1966年4月15日労働部へ全国労働組合総会とが通達した『关于职工劳保医疗制度几个问题的通知』も『劳保条例』の定めた医療待遇に関する規定を無効にするものであった。

(10) 劉書鶴「農村社会保障的若干問題」人口研究第25卷第5期（2001年9月）35頁以下参照。

会全体からみれば、都会人口と農村人口とが経済収入および社会地位における差が大きいということは、中国社会におけるもっとも深刻な問題のひとつとなっているといえる⁽¹¹⁾。

二 社会医療保険制度への改革状況及び問題点

（一） 都会と町の職員基本医療保険の設立

1 設立経過

市場経済改革政策の推進に伴って、旧医療保障制度の欠陥がますます顕著となり、それに対する改革は急務となっていた。

これに対して、政府は、1993年から1998年まで、「都会と町職員基本医療保険」（以下「基本医療保険」と略す）を旧劳保医療と公費医療とに代える方針を定め、まず、鎮江と九江という二つの都市でこれを試行した。それから、その試行した経験を踏まえて、1998年12月、国務院は、全国で基本医療保険を普及する指示をした。

2 運営基本方針

基本医療保険は、中国の現段階の経済状況を考慮して、保障レベルは低水準であるが、カバーの幅が広がるよう設計される。そして、その財源については、勤務先と職員と共同して保険料を負担することになっている。すなわち、都会と町にある国営企業、国家機関、事業単位、または一部の集団所有制企業の職員が基本医療保険の被保険対象であり、彼ら（職員）の勤めている勤務先は職員給料総額の6%を保険料として負担し、職員は個人給料の2%を保険料として負担する。このように集めた保険料は基本医療保険基金となる。社会統一して計画調整することと個人通帳との組み合わせという原則に基づいて、基本医療保険基金はさらに、社会統一計画調整基金（勤務先の納めた保険料の7割）と、個人通帳基金（職員個人の納めた保険料＋勤務先の納めた保険料の3割）とに分けられる。

3 医療費の分担方式

保障レベルは低い水準でという方針の下で、現段階の基本医療保険はもっとも基本的な医療保険しか提供できない。検査、投薬、治療などについての基本

(11) 張左己「關於社会保障問題」中共中央党校報告選2000；19参照。

医療保険の利用基準は厳しく設定されている。

社会統一計画調整基金は主に入院基本医療費に対する保障である。具体的には、被保険者は年間入院基本医療費がその地域職員年間平均給料の1割を超えたとき、その超えた分につき、社会統一計画調整基金は、その8割を負担し、被保険者個人は残りの2割を負担する。

なお、社会統一計画調整基金の被保険者に対する年間最大保障額は、その地域職員年間平均給料の4倍までと限定される。

個人通帳基金は、(ア)被保険者の通院基本医療費、(イ)その地域職員年間平均給料の1割未満の年間入院基本医療費、および、(ウ)その地域職員年間平均給料の1割を超えた年間入院基本医療費の2割、を保障する。

(二) 補充性医療保険の発足

基本医療保険が低水準保障の方針で運営されているため、高額医療費または基本医療保険の保障範囲外の医療費が発生したとき、被保険者の自らの負担が極めて重くなる⁽¹²⁾。この問題を解決するために、政府は、各種の補充性医療保険を発足させようとしている。たとえば、現段階においては、勤め先が職員のために購入する国家公務員補充医療保険、社会保険管理機構により社会保険の形で運営されている補充医療保険、企業労働組合が運営する職員相互保険、商業保険会社により運営される補充医療保険、などが現れている。

(三) 医療救助制度の発足

基本医療保険は、保険料を納めることができる企業、事業単位または国家机关の正規職員を被保険対象とする。したがって、パート・タイマー、低収入で保険料を納められない職員は、基本医療保険対象から除外されている。そのため、いくつかの都市の人民政府は、貧困などの原因で基本医療保険に加入することができない人々の医療費を減免する医療救助制度を作り上げている⁽¹³⁾。

(12) 中国の40の都市で行われた調査の結果によれば、0.39%の被保険者の年間医療費が3万人民元を超えた、という。韩旭东「我国医療社会保険的体系及存在问题」河北理工学院学报（社会科学版）2003年11月第3巻第4期102頁参照。

(13) たとえば、2001年12月、北京市民政局、財政局、労働と社会保障局、衛生局が共同して『北京市特困人員医療救助暫行弁法』を公布し、2002年1月1日にそれを実施させた。

（四） 新型の農村合作医療制度の発足

市場経済政策が実施されてから、中国農村の経済は大きな発展を成し遂げ、農民の生活は大きく改善されつつある。ところが、統計によると、病気のため再度貧困に陥った農村家庭は、全体の35%を占める。毎年、約1305万人の農村人口は病気のため生計が維持できなくなるという危険が存在するという⁽¹⁴⁾。

そして、農村経済状況が好転するに伴って、全人大第八期四次会議は農村合作医療制度の実施を国の経済発展の重要項目として要求し、また、国務院も2003年1月16日『加快建立新型農村合作医療制度的意見』という通達の中で、政府が指導、支持をし、農民が自ら志願して参加し、個人、集団及び政府が協力して資金を集め、主に大きな病気に備えるという農民医療相互援助共済制度を発足させる指示をした。

上記『加快建立新型農村合作医療制度的意見』はさらに、(ア)新型の農村合作医療制度は主に県政府あるいは市政府によって統一して計画調整されること、(イ)行政管理上において、各省、地区にはそれぞれ農村合作医療協調班を設置し、県には農村合作医療管理委員会を設置すること、(ウ)運営資金については、農民一人当たりは年間10元を納め、地方政府の財政機構も農民一人当たりに対して10元を出資し、ほかには、郷、村の集団経済組織も応分に出資しなければならないこと、さらに、(エ)中国中部及び西部地域の農民に対して、中央政府は農民一人当たり10元の補助を出すこと、(オ)資金の運営について、主に高額医療費及び入院医療費の一部を清算するという形で使われ、集めた資金に基づいて収入と支出とのバランスをよくとるように、各省、地区にある農村合作医療協調班が清算できる医療費の項目を決めて、各県の農村合作医療管理委員会が清算の金額範囲を決めること、などの具体案を示した。

（五） 社会医療保険制度の実施状況及び問題点

2003年6月末まで、基本医療保険はすでに全国の98%の地区で発動され、被保険者は1.0094億人に上った（2002年末まで、基本医療保険を発動した地区における被保険者の比例は、直轄市レベル機構の職員の50%、県レベル機構の職員の30%、部、省レベル機構の職員の80%に達した。⁽¹⁵⁾）。このような状況か

(14) 張徳元「農村医療保障制度の昨天、今天、明天」经济管理文摘2003年第10期

(15) 蔡仁华「我国医療保険制度改革与発展」解放軍医院管理雑誌2003年10月501頁以下。

らして、1998年以来、中国の医療保障制度は旧来の劳保医療と公費医療という福祉型から社会医療保険型に変わってきたといえよう。基本医療保険は、社会統一計画調整と個人通帳との結びつけ、保険料の共同分担、保障範囲の限定、及び専門医療機構の画定などの政策をとることによって、医療機関間の競争を促進し、医療サービスの質を向上させ、特に、医療費用の著しく増加する情勢を顕著に抑制した（資料によると、1990年から1998年までの間、総合病院において、患者一人当たりの外来医療費および入院医療費の年間増加率はそれぞれ、25.0%及び23.7%であったが、2001年にはそれぞれ、9%及び5%に下がったという⁽¹⁶⁾。）と評することができる。

しかし、現行の社会医療保険制度への改革は未だスタートした段階にあり、制度自身において十分に完備されていなく、制度の運営も厳しい状況にあるというべきである。ことに、このような状況は、現段階における医療衛生体制に生じた混乱と絡み合って、患者の医療サービスへの不満を醸成し、医師患者関係を悪化させ、そして医療事故紛争の処理に支障をもたらす大きな原因となっていると考える。社会医療保険制度を完備させることは目の前に迫っている急務というべきである。そのために、以下のような問題に対する対応はもっとも重要と考える。

1 社会医療保険の普及は遅れている

現在、基本医療保険の加入者はすでに1億人を突破したとはいえ、中国の都市と町の職員総人数（2001年の統計）の42%しか占めていない。前述したように、基本医療保険は主に、都会と町にある国営企業、国家機関、事業単位、または一部の集団所有制企業に勤めている職員を対象とし、性質上異なる企業の職員、パート・タイマー、低収入職員、失業者、一部の定年退職者、身障者、孤児、農村から都会に入って出稼ぎ農民等多くの人々は、基本医療保険に加入することができないままである。もとより、政府はこれらの人々に配慮して、職員医療補充保険、商業医療保険などのような補充性医療保険制度を発足させており、また、一部の都市は医療救助制度を用意したのであるが、上記の補充性医療保険制度及び医療救助制度が十分に実施されるまでなお相当時間が必要である。また、このような対応は本当に根本から問題を解決できるかどうかは、なお検討する必要があると思われる。

要するに、現在の補充性医療制度及び医療救助制度のいずれも基本医療保障

(16) 仇雨臨「中国医療保障体系的現状与完善」北京市计划労働管理幹部学院学报 2004年第12卷第3期（総46期）11頁以下。

制度から除外される人々に対する、いわば焼け石に水という程度にとどまる支援であり、根本的な医療保障とはなっていない。現段階における中国の経済事情を考慮して社会医療保険は一応都会と町の職員を主な対象とするのはやむをえない次善の策と考えられるかもしれないが、生命、健康が尊重されるのは公民の基本権であると憲法が認める以上、医療の場においてすべての国民にして公平に医療保障を享受させるのは、政府としての当然負うべき責任である。さしあたりは、政府は迅速に基本医療保険の普及面を拡大すると同時に、経済的な事情の異なる人々のニーズに合わせて、構造の異なる各種類の社会医療保障制度を設立して、すべての人に疾病、特に重病にかかったとき、社会医療基本保障制度の支援が得られるように努力すべきであると考ええる。

2 医療衛生体制の改革と医療保険制度の改革との不均衡

計画経済体制の下において、都会にある大多数の医療機関は、国家から資金の提供を受けて運営されていた「国営所有制」であった。ほかに、運営の必要な資金の一部は国家から出され、残部は、「集体所有制（すなわち、集団所有制）」に属する地方の企業・事業団体から出し合ってもらったという形で運営していた医療機関もある。後者のような医療機構は「集団所有制」医療機構とも言われ、都会にある区の病院、一部の総合工場にある病院などのような、国営病院より比較的規模が小さい医療機構はこれに該当する。なお、「国営所有制」でも「集団所有制」でも、医療機構の性質はすべて福祉的、非営利的ではなければならない。

ところが、社会主義市場経済の実施に伴って、80年代後半、民間診療所が認められ、続いて、2000年以来、国営所有の医療機構に外国資本の参入も認められるようになった。さらに、近年になって、国営医療機構が民間企業により買収された国有民営という病院も現れつつある。このような医療機構体制の変化に合わせて、医療サービスの性質も非営利的のほかに、営利的なものも許されるようになった。統計によれば、2002年末まで、営利的医療機構数が全国の医療機構数の51%を占めたという（詳細は、川城億紅「中国の医療制度について（一）——衛生行政と医療機構の関係——」早稲田大学大学院法研論集第111号64頁以下（2004年9月20）を参照されたい。）。

非営利的である多くの国営医療機構の運営に対しては、国务院の指示によれば、国家は一定の援助（例えば税金、ある費用の減免優遇など）を提供するほか、各地方人民政府も国営医療機関の負担を軽減するために、国営医療機関に対し医療補助を行わなければならないとされた⁽¹⁷⁾。しかし、実際には、国営

医療機構が各地方人民政府の財政部門から医療補助金をもらえることはほとんどない。すなわち、国営医療機関は自らその運営の損益を負担している。そのために、国営医療機関も医療費を引き上げるなど、経済利益を追求する動きをとらざるを得なかった。特に国家は、薬品の販売価格は仕入れ価格より15%～30%上乗せ⁽¹⁸⁾、その価格の差を病院経営資金の足しにすることというのを許容したので、経営上の苦境を緩和するために、現在、医業において薬を必要以上に処方したり、輸入した高価な薬品を処方したりするという「薬で医療を養う」現象が広くみられる。一方、この現象に合わせて、製薬業においても薬品の価格を実際より高く設定する傾向がみられる。このような歪んだ現象は基本医療保険の運営に大きな支障をもたらしている。現在、基本医療保険を実施した多くの地域において多かれ少なかれ、社会統一計画調整基金の収支バランスが崩れている。さらに、このような医療衛生体制の改革と社会医療保険制度の改革との不整合な状況は、医療機構と社会医療保険機構との紛争を起し、または、患者の医療基本保険制度への不満及び不信をも醸成している。したがって、社会基本医療保険制度を運営していくと同時に、政府は医療衛生体制改革の歩調を速めなければなるまい。

3 国家財政からの資金投入は極めて少ない

一方、社会統一計画調整基金の収支がバランスを崩している状況をもたらしたもうひとつ大きな原因としては、国家財政の医業への投入が極めて少ないということが挙げられよう。

社会保障の支えは資金である。資金の集めは社会保障制度のもっとも重要な一環であるといえる。ある統計資料によれば、1997年から1998年まで、低収入国家（一人当たりの平均年間収入は1000～2200ドル）の国民健康への平均支出はその財政総支出の1.26%；中等収入国家（一人当たりの平均年間収入は2200～7000ドル）は2.25%である。しかし、中国のそれはわずか0.62%でしかない。また、前述したように、近年、国家財政および地方財政は病院経営に対する投入がさらに減少しつつあり、また、都会と町の社会医療保険制度に対しては、国家財政および地方政府財政からの投入は殆どゼロに近い。

一方、「一人っ子」政策によってもたらされた高齢化社会の進展に伴って、

(17) 1997年1月15日『中共中央、国务院关于衛生改革和發展的决定（中共中央、国务院の衛生事業の改革及び發展に関する决定）』である。

(18) なお、つい最近、このような上乗せは15%までとされたという。しかも、近い将来は、上乗せは禁止されるという。

社会統一計画調整基金への需要度が年毎に増大しつつある。また、医学の進歩に従って病院医療設備の更新、先端技術の実施が次から次へと行われ、医療コストが増加する一方であるのに対し、国家財政および地方財政からの補助が少ないため、医療価額の値上がりが避けられない（その上で、医業に存在している「業で医療を養う」という現象は医療費をさらに膨らませた。）。このような状況のもとで、これからも国家財政および地方財政から効果的な支援が得られなければ、社会医療保険制度の破綻は免れないであろう。中央政府は各財政支出の構成を調整し、社会保障支出が財政支出に占める比例を引き上げることは必要不可欠である。

4 概 括

以上述べてきたことから、現段階における中国の医療保障制度改革の急務として、(ア)社会各階層の人々のニーズに合わせ多種類の保険制度を構築して社会医療保険制度を普及すること、(イ)国家財政、地方財政は病院経営及び社会医療保険制度に対して力を尽くして支えること、(ウ)医療衛生体制の改革の歩調を速めること、または(エ)農村合作医療制度を着実に実施すること、などが挙げられる。

三 『医療事故処理条例』の改革要点

1987年、中国国務院が公布した『医療事故処理弁法』は医療事故処理の根拠となる法規定がない状況に終止符を打った（以下『弁法』と略す。また、『弁法』の施行にあたって、中国衛生部は1988年5月10日、『関于「医療事故処理弁法」若干問題的説明』を公表した。）。以来、『弁法』は医療事故の処理および防止のために一定の役割を果たしてきた。しかし、経済体制改革の進行に伴って『弁法』は中国社会の新しい発展や需要に適応できなくなった。このような状況に対し、国務院は関係領域の専門家および学者を召集し『弁法』に対して10回ほどにわたって修訂作業を行い、2002年4月4日、修訂版を『医療事故処理条例』（以下『条例』と略す）として公布し、これと同時に『弁法』を廃止した。そして、2002年9月1日、『条例』は施行された（『条例』の日本語訳については、岩志和一郎、川城憶紅共訳「中国の医療事故処理条例」早稲田大学比較法研究所機関誌「比較法学」第37巻第2号289頁以下（2004年1月1日）を参照されたい。）⁽¹⁹⁾。

『条例』は、『弁法』に比べ患者の権利をより重視し、医療事故紛争の処理に

について主に以下のような改革を行って、現在中国における医療事故紛争の処理のために大きな役割を果たしている。

(一) 医療事故定義の拡大

『条例』の定める医療事故の定義は、以下のように、責任主体、発生の局面、過失の判定基準、因果関係および損害などの点で『弁法』の定義より明確的にされるとともに、その内容は拡大されている。

1 医療事故の責任主体

『弁法』第2条規定（この法律でいう医療事故は、医療関係者が診療および看護活動を行う中において診療または看護の過失を犯し、それによって直接的に病人に死亡、身体障害、または臓器機能障害をもたらしたことを指す。）および衛生部『關於「医療事故処理弁法」若干問題的説明』（以下『説明』と略す）は明確に、医療事故の責任主体は、医療者、看護者および医療後方勤務者（サービス、雑用、支援部門など）であると規定していた。

『弁法』は、その規範の対象として、上記責任主体のほかに、医療関係者を管理する医療機構を当然含むべきであるのに、含めなかった。一般的には、医療関係者が医療事故を起こしたとき、医療機関の監督責任が追究されるのは当然であり、または医療機関の管理上の過失によって医療事故が発生する場合もある。従って、『弁法』と『説明』が医療機関を医療事故の責任主体から除外する規定は妥当ではない。医療機関を含むべきことは『弁法』18条（医療事故の補償金は医療機構により病人またはその家族に支給される。）によっても裏つけられていると考えられる。すなわち、『弁法』18条は実際に、医療機構が医療事故民事賠償責任主体として承認した、のである。『弁法』第2条と第18条の規定は前後矛盾しているといえよう。

『弁法』の上記問題に対して、『条例』第2条は、医療事故の定義を、医療機関および医療関係者が医療活動において医療衛生管理の法律、行政法規、部門規則および診療看護の規範、慣例に違反し、それによって患者が人身損害を受

(19) 『条例』は第一章総則、第二章医療事故の予防と処理、第三章医療事故の技術鑑定、第四章医療事故の行政処理と監督、第五章医療事故の賠償、第六章罰則、第七章附則という七つの章、全63条からなる。さらに、『条例』の施行に合わせるため、中国衛生部は2002年7月、8月に相次いで『医療事故鑑定暫定弁法』、『医療事故分級標準（試行）』などをはじめとする一連の行政規則を公布した。これらの規則は2002年9月1日、『条例』と同時に施行された。

けた事故と定める。すなわちここでは明確に、医療事故の責任主体を医療機構まで拡大したのである。

2 医療事故発生の局面

『弁法』第2条規定は、医療事故発生の局面を「診療および看護活動を行う中において」と限定していた。これは、医療機関が患者に診療行為を施していない限り、医療事故になるはずはないということを意味する。しかし、医療機関の不作为が患者に損害をもたらしたような場合に、この規定に従って医療側に責任を負わないと判断することは当然妥当でないであろう。

このような状況を考慮して、『条例』第2条は、医療事故発生の局面を「医療活動において」と修訂した。

3 過失の判定基準

医療事故責任成立の主観要件について、『弁法』第2条は抽象的に「医療者が……診療または看護の過失を犯し」と規定し、診療または看護の過失がどのような基準で判断されるべきかについては、明確にできなかった。これと関連して、『説明』は医療事故を責任事故と技術事故とを区分し、責任事故は医療関係者が規則、制度、診療または看護の慣例に違反する職務上の怠慢または過失によって生じさせた医療事故をいい、技術事故は医療関係者が技術ミスを犯すことによって生じさせた医療事故をいう、と規定した。ところが、実際には医療事故は常に技術ミスと職務上の怠慢または過失とが絡み合って発生するため、技術事故と責任事故とを厳格に区別するのが困難である。結局、医療事故は技術事故と認定されがちである。そして、技術医療事故の場合には、『弁法』第21条の規定によれば、事故の責任者はただ始末書を書くだけで済み、情状が重大である場合のみ、行政処分が課される。このような扱いは、しばしば医療事故の加害者の責任を軽減し、被害者は十分な経済賠償を得られない、という不当な事態を生じさせる。

一方、裁判実務においては、今まで、医師の過失は医師の技術ミスと同じように理解されてきたといってよく、過失の判断は高度な医学知識を有する医療事故技術鑑定機構の専門家がなされなければならないとされ、裁判官は、不法行為上の過失と医療技術上のミスとをどう区別すべきかについては、あまり深く考えてこなかった。しかし、近年、医療事故鑑定結論が二回ともに「医療事故ではない」としたにもかかわらず、医師の過失を認め、損害賠償を肯定した判決が現れた。このような判決は少なくとも、不法行為上の過失の判断は、医療事故鑑定機構に委ねるのではなく、裁判官が一定の判断基準に基づいて為さ

れるべきという認識を反映する。

一方、法学界においては、診療の下手際が不法行為上の過失に当たるかどうかの判断基準について、客観説、主客観統一説等の見解が見られるが、いずれも十分な議論をしているとはいえない。

ちなみに、客観説は、医師の過失の判断基準が「診療当時の臨床医学の実践における標準医師水準」に求められるべきとする。これは、日本において、かつて唱えられた「絶対的医療水準論」と同様の考えに立つものであろう。

これに対して、主客観統一説は、「標準医師水準説」をとりながらも、その環境に置かれている具体的医師の有する「危険の予見能力」も考慮されなければならない、と主張する。この説は、日本で最近支持を集めている「相対的医療水準論」に近いといえる。主客観統一説の理由は、以下のとおりである。

「標準医師水準」の内容を確定するには、全国の範囲で社会経済の状況、医療技術の設備、現代医学の水準および医師の臨床技術水準などが一定のレベルに統一される前提条件が必要であり、しかしその統一はきわめて困難なことである。一方、病院の所在地域、病院の規模、技術設備の環境、患者数などが異なるにしたがって、医師の専門知識・技術能力・臨床経験なども異なってくる。したがって、各具体的な医師の置かれている具体的な状況を十分に考慮することは重要である。

上記の状況に対して、『条例』第2条は「医療衛生管理の法律、行政法規、部門規則および診療看護の規範、慣例に違反する」という過失の判断基準を明示し（しかも、医療技術事故と責任事故という区分を取り消した）、客観説を採用したと評することができよう。

4 因果関係

『弁法』第2条は、医療事故責任成立要件の因果関係を「直接的因果関係」に限定していた。

ところが、医療事故の因果関係の判断に関しては、医療の密室性、医療事故が患者の体内において発生することのゆえに医療事故がどのような経緯を辿って発生したのかを直接立証することは極めて困難である。さらに医療の不確実性あるいは医学自体の未熟性のゆえに、事故原因を説明するための因果法則が確立していないこともある。また、医療過誤の場合、患者側の素因などが絡んで問題となるケースも決して少なくはない。因果関係論は条件と結果との間に直接的な因果関係が存するか存しないかという形だけで議論されるのでは、医療過誤の多くの場合には、因果関係が殆ど否定され、医療過誤の賠償責任を問

えないこととなる。

このようなことを配慮して、『条例』は直接的因果関係論を廃棄した。

ところが、直接的因果関係論は適当ではないとはいえ、上述した医療過誤因果関係証明の困難は一体どのようにして解決されるべきか、ということになると、残念ながら、現在、中国の法学界はこれについてまだ十分に検討されていない。そのため、行政法規としての『条例』は当然明確に規定することができないであろう。

ちなみに、日本では、医療過誤における因果関係証明の困難を緩和するために、いくつかの間接事実を経験則を適用し、それを積み重ねて、因果関係の存在を認定するという方法が下級審判決に採用されるようになり、さらに、学説も加えて、1970年代から、①事実的因果関係証明度を緩和すること、②ある特定の場面で、証明手法の活用によって事実的因果関係を認定すること、③概率的に事実的因果関係を認定すること、④損害概念を転換することによって事実的關係を認定すること、などの理論を模索してきた。最高裁判例もその中の一部の理論を是認するに至っている。このような貴重な経験は中国にとっては大きな参考となろう⁽²⁰⁾。

5 損 害

(1) 中国の医療紛争の一般概念

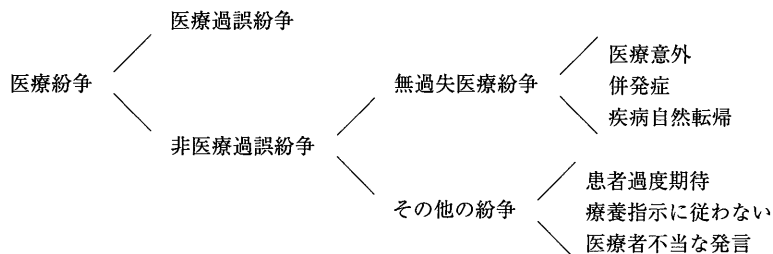
中国では、「医療紛争」は一般に、「非医療過誤紛争」と「医療過誤紛争」とに分類されている。

「非医療過誤紛争」とは、医療関係者に過失が存在しない紛争であり、中には「無過失医療紛争（例えば、医療行為に付随する予見のできる合併症または予見のできない悪しき結果、病気の自然転帰などをめぐる紛争）」と「その他の原因をめぐる紛争（例えば、患者が療養指導に従わなかったこと、医師が不当な発言をしていたことおよび患者が当時の医療水準を超える治療効果を期待していたことにより生じた紛争）」との二つのものがある。

これに対して、「医療過誤紛争」とは、診療活動を行う中において医療関係者が過失を犯し患者に悪しき結果をもたらした場合に生じる紛争を指す。

上記概念を図で示せば以下のとおりである。

(20) このような理論を中国に紹介したものとして、夏芸『医師の説明と患者の同意』中国科学技術出版社（2003年9月）87頁以下参照、または、夏芸「不作為医療過誤型の期待権侵害理論」民商法論叢第32巻（2005年）参照。

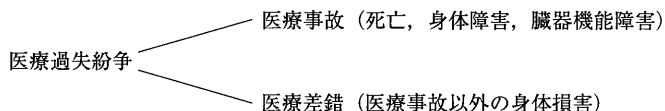


(2) 『弁法』の医療事故損害範囲

『弁法』のいう医療事故は、医療関係者が診療活動を行う中において過失を犯し、それによって患者は死亡、身体障害、または臓器機能障害という特定の損害を受けた場合だけをいう（『弁法』第2条）。

従って、医療関係者が診療活動を行う中において過失を犯し患者に損害をもたらしたが、その損害は、死亡、身体障害または臓器機能障害という程度より軽いものである場合は、「医療事故」とはならない。そして、このような場合に、一般に、「医療差錯」と呼ばれる。

『弁法』の医療事故損害による医療過誤紛争概念は以下のとおりである。



(3) 『条例』における医療事故の損害範囲

『条例』第2条は、医療事故の損害を「患者が人身損害を受けた事故」とし、しかも、『条例』第4条規定は詳細に、死亡、重度身体障害を医療事故1級、中度身体障害、臓器組織損傷によって生じた重度機能障害を医療事故2級と定め、軽度身体障害、臓器組織損傷によって生じた普通の機能障害を医療事故3級、顕著な人身損害およびその他の損害を医療事故4級と定めている。

従って、『条例』のいう医療事故損害は、医療差錯も含め、医療過誤によって生じたすべての損害を指すものである。

(二) 医療事故鑑定制度の改革

『弁法』においては、医療事故技術鑑定は衛生行政管理機関により選任された医療関係者および衛生管理幹部からなる医療事故鑑定委員会によって専ら行

われると規定していた（『弁法』第12条）。しかし、衛生行政管理機関は通常、医療機関を管轄する部門であり、その選任に基づく医療事故鑑定委員会の行なう鑑定はいわば親が子供のために鑑定してやるようなもので、その鑑定結論の客観性は常に患者側に疑われていた。この不満を解決するために、『条例』は、医療事故鑑定をもっぱら比較的中立的な立場にある社会团体——医学会に任せるとし、衛生行政機関が単独で、または当事者双方が共同して、医学会に依頼するという委任方式をとると規定した（『条例』第20条）。

一方、『弁法』第13条は、医療事故技術鑑定委員会の鑑定結論が医療事故処理の唯一の依拠すべき資料であると規定した。しかし、多数説は、国の基本法である『刑事訴訟法』、『民事訴訟法』および『行政訴訟法』の関係規定に拠れば、人民法院は専門的な問題につき鑑定が必要と認めたとき、専門技術者にその鑑定を依頼することができるのであり、『弁法』第13条は明らかに基本法の規定に違反すると強く批判していた。最高人民法院も「医療事故技術鑑定結論は衛生行政部門が医療紛争の認定および処理をするための依拠資料である」という見解を示している⁽²¹⁾。

このような状況に対して、『条例』には『弁法』第13条のような規定を設けていない。

（三）医療事故紛争解決方法の明確規定

1 『弁法』の定めた処理手続き

『弁法』および『説明』によれば、医療事故紛争は以下のように処理される。

(1)原則として、双方の当事者が『弁法』に従って協議で処理する。

協議の場合は、医学専門知識を有する病院の行政管理スタッフが患者側と直接対話し、患者側の医療に対する疑問を解消させるという利点、および訴訟が避けられるという利点があるため、現在においても医療紛争処理の第一の手段として利用されている。

しかし、協議による処理には弊害もあると指摘されている。医療事故が発生した後、通常、病院側はまず強硬な態度を取り、事故または過失などを否定する。これに対して患者側はしばしば事故の事実を流布するという手段を採る。そこで医療側は病院の名誉、または裁判の面倒を配慮して、大きく騒ぐ患者側に対し高額賠償を出し、声の小さい患者側に対し低額賠償を出し、黙っている

(21) 最高人民法院『關於对医療事故争議案件人民法院应否受理的復函』（1989年10月10日）参照。

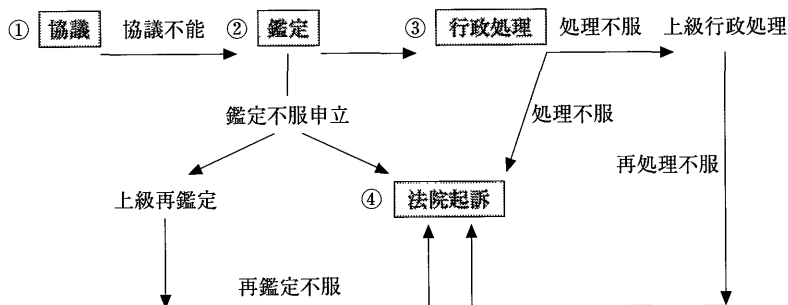
患者側に対し賠償をしないという態度を取ることが多い（中国では「大鬧大賠，小鬧小賠，不鬧不賠」という）。このようなことからして，協議が確実に医療側と患者側の權益を公平に保護する手段といえるかは疑問がある。このほかに，医療側は重大な過失を犯し，法の規定に従って行政処分ないし懲罰などが科される可能性が大きいと判断する場合には，高額の賠償金で協議の合意を求める傾向が強くなる。この場合の協議による合意は，往々にして医療側の重大な錯誤ないし罪を隠すこととなりかねないという指摘もある。

(2)協議で紛争解決ができない場合，当事者は医療機関の所在地にある医療事故鑑定委員会に鑑定を申し込むことができる。そして，当事者は，上記鑑定の結論に基づき，医療機関を所轄する衛生行政管理機関に対してその処理決定を請求することができる（『弁法』第11条および『説明』三，医療事故の処理手続き）。

ところが，患者側は，衛生行政機関が医療側と同じ運命共同体であり，衛生行政機関を監督する制度も設けられていないため，衛生行政機関の処理結果が公平な立場にたつことはありえないと考える。従って，実際には衛生行政管理機関によって紛争を処理されたケースは非常に稀である。

(3)当事者は，鑑定結論または行政管処理決定に対して不服がある場合は，鑑定結論または処理通知書を受け取ってから15日以内に上級鑑定委員会の再鑑定または上級行政処理決定を請求することができるし，またこれと同時に，管轄地にある人民法院に対して医療機関を相手に訴訟を提起することもできる（『弁法』第11条および『説明』三，医療事故の処理の手続き）。

（『弁法』の定めた手続きの図示）



2 人民法院の受理

しかし，人民法院の訴訟に対する対応は以下のとおりであった⁽²²⁾。

(7)当事者が鑑定委員会の鑑定結論に不服を申し立てて訴訟を提起した場合は、人民法院の所管外に属するもので、人民法院はそれを受理しない。

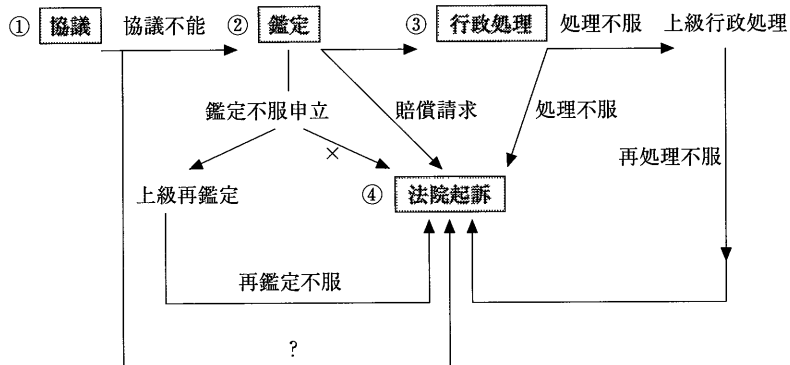
(イ)当事者が行政処理決定に対して不服があり、法律の規定に従って人民法院へ訴訟を提起した場合は、行政訴訟事件であり、人民法院行政審判法廷により受理される。

(7)当事者が鑑定委員会の鑑定結論に対して異議があるが、新たな鑑定を申請せず、医療機関に対し損害賠償を求めるために人民法院へ訴訟を提起し、且つ『民事訴訟法』の規定に一致する場合は、民事審判法廷により受理される。

上記のような複雑な対応は司法審判に混乱をもたらしていた。

さらに、医療事故訴訟が提起される場合は、医療事故技術鑑定委員会の鑑定結論を得ていなくても受理すべきか否か、などの問題も生じていた。これについて法的な処理基準は不明なままなので、司法実務における処理の混乱を招いた。一部の人民法院は、『弁法』第11条に基づき、当事者が鑑定委員会の鑑定結論を提出することができなければ、訴訟の申し立てが受理されないとしたが、その他の人民法院は、『民事訴訟法』の規定に従って、鑑定手続を得たかどうかに関わらず、『民事訴訟法』の定めた一定の条件に満足すれば、その訴訟の提起を受理する、としていた。

(人民法院の受理の図示)



(22) 最高人民法院【關於對醫療事故爭議案件人民法院應否受理的複函】(1989年10月10日)，最高人民法院【關於當事人對醫療事故鑑定結論有異議又不申請重新鑑定而要求醫療單位賠償經濟損失為由向人民法院起訴的案件應否受理的複函】(1990年11月7日)參照。

3 『条例』の定めた処理手続き

上記の状況に対し、『条例』は、医療事故の紛争は、当事者間の協議、行政衛生機関の調停または民事訴訟という三つの手段で解決されると明確に規定している（『条例』第46条）。この規定は、長い間存在していた『弁法』と『民事訴訟法』ないし最高人民法院の司法解釈との不一致によって生じていた民事訴訟の受理においてみられた混乱を解消した。

(1) 当事者間の協議

協議の内容は、医療事故の原因、医療事故の等級、賠償額などが含まれる。協議は医療事故鑑定を行われたかどうかに関わりがなく、当事者間の自由意思に従って行われる。

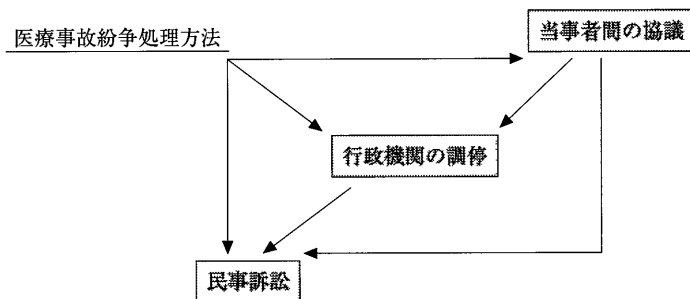
(2) 行政衛生機関の調停

当事者間の協議は合意に達しない、または、当事者のいずれの一方が協議を選ばない場合は、双方の当事者の自由意思に基づいて行政衛生機関の調停手続きが行われることもできる。なお、調停で達成した協議は法的な強制力を有しない。当事者は調停で達成した協議に対してその後不服を生じ、そのため人民法院に訴えた場合は、民事訴訟として処理される。

(3) 民事訴訟

当事者は医療事故発生後において、医療事故鑑定を行われたかどうかにかかわらず、直接的に人民法院に民事訴訟を提起することができる。

（『条例』の定めた処理手続きの図示）



(四) 医療事故賠償概念の導入

『弁法』では、医療事故を発生させた医療機関は事故の状況に合わせ医療事故の被害者に一回限りの経済補償金を与えると規定していた（『弁法』第18

条)。そして、これに基づいて中国の各省、自治区、直轄市が定めた経済補償金の最高額は概ね3000元から7000元（日本円で約45000円から100000円）程度であった。このような極めて低額な補償は、被害者保護の目的達成ができず、医療事故再発の防止に役立たないばかりではなく、さらに、多くの患者を訴訟へと駆り立てるひとつの大きな要因となっていた。

一方、民事賠償裁判となると、一部の人民法院は、民事損害賠償には民法の原則を適用すべきであると考え、『民法通則』第119条、『道路交通事故処理規定』または『消費者權益保護法』の規定を参照して賠償額を算定し、その金額は時には、「経済補償一時金」より10数倍ないし数10倍となるものであった。

上記の混乱を抑えるために、『条例』は経済補償の代わりに医療事故の賠償という概念を用い、医療事故の賠償額を大幅に増加させる規定および精神損害賠償に関する規定を設けている。

賠償額を確定するとき、医療事故の等級、医療過失行為が医療事故損害結果に寄与した程度、および医療事故損害結果と患者の事故前の疾病状況との関係を考慮しなければならないという原則に従う（『条例』第49条）。

被害者に対する賠償項目について、『条例』は、『民法通則』第119条規定を参照して、①医療費、②欠勤給料、③入院食事補助費、④入院付添費、⑤障害生活補助費、⑥障害者補助器具費、⑦葬儀費、⑧被扶養者生活費、⑨通院交通費、⑩宿泊代、⑪慰謝料と定める。しかも、各項目の計算基準についても明確に規定している（『条例』第50条）。

または、被害者家族の損害賠償については、『条例』第51条も明確に規定している。

四 『医療事故処理条例』の問題点

しかし、『条例』は上述のような優れた改革を行ったと同時に、『弁法』に存在していた幾つかの問題点を解決することなく受け継いだという一面もあるといわざるを得ない⁽²³⁾。特に、以下の二つの問題は多くの者に指摘されている。

まず、『条例』は、医学会の鑑定結論は医療事故処理の依拠すべき資料とな

(23) ここで挙げた問題点のほかに、医療事故発生後、カルテの保管、事故現場の保存、事故原因の調査などに関する規定の中で、衛生行政部門の責任が明確にされていない、などのことが指摘されている。周偉主編『常見医療事故的鑒識与紛争処理』人民法院出版社（2003年1月）311頁以下参照。

るという規定は置いていないが、人民法院が医学会の鑑定結果の法律効力を判断できないとき医学会に再鑑定を依頼すべきか、それとも司法鑑定を依頼すべきか、などのような疑問については何も答えていない。

それから、『条例』は『弁法』と同様に行政法規であるにもかかわらず、医療事故民事責任および賠償についても多くの規定を設けており、しかもその賠償原則、賠償基準がいずれも『民法通則』の民事責任および賠償に関する規定と一致していない。これらが医療事故損害賠償の処理に混乱を生じさせている。

前者の問題については、司法鑑定は当然利用されるべきという見解が通説的な立場となりつつあるが、医学会の鑑定のほかに、当事者が自らの意思で司法鑑定も含まれる鑑定機関の鑑定または鑑定人の鑑定を依頼する方式も認められるべきとする説も有力である⁽²⁴⁾。

後者の問題に対しては、医療側は、『条例』は『弁法』と同様に特別法であり、一般法である『民法通則』より優先適用されると主張している。そして『条例』の起草者も、医師患者関係は民事法律関係とされていても、医療の高度な専門性および危険性を考慮すれば、一概に『民法通則』を適用することは適当ではないというコメントを示していた⁽²⁵⁾。その理由としては、『民法通則』の損害賠償原則に従うと、医療側の負担すべき賠償金額は、公益性の福祉事業を営む病院の耐えられる賠償金範囲を遥かに超えるため、実際の損失どおりに賠償すると、病院の経営ができなくなり、最終的には患者の權益が損害される、ということが挙げられる。

しかしながら、法学界における多数説は、『民法通則』と『条例』とは国家の基本法律と行政法規という上位法・下位法の関係にあり、医療事故民事賠償

(24) 唐德華（最高人民法院原副院長）主編『「医療事故処理条例」的理解与適用』中国社会科学出版社（2002年5月）221～232頁参照。

(25) 起草者は、さらに、医療事故の処理は公民の健康権と財産権にかかわるため、衛生部門によって法に従って事故の当事者である医療機関および医療関係者の行政責任が追及されるほか、被害者に対する民事賠償の問題は一番重要な課題であるとしていた。『立法法』の関係規定に従えば、医療事故処理の専門法律は全国人民代表大会によって制定されるべきである。しかし現段階においてそのような立法の経験が足りないので、一応国务院によって行政法規を作られ、今後条件の許せるときこれを法律に移行させたほうがいいというコメントを示した。『医療事故処理条例』起草グループ編著『医療事故処理条例釈義』中国法制出版社（2002年4月）2頁参照。

に適用されるのは上位法の『民法通則』であると主張し、また、医療の高度な専門性および危険性をもって患者の基本権利を無視し、医療の福祉性を強調して医療事故被害者への賠償を低く制限することを賛成できないとして、医療責任保険制度を完備することをもって医療事故被害者への填補を図るべきであると提案している。

五 最高人民法院の対応およびその問題点

一方、患者が必要な医学知識を欠き、しかも医療活動において作成されたカルテなどの証拠資料を入手しにくいと、訴訟において医療側の過失および因果関係を証明することが極めて困難である、などのことを考慮して、最高人民法院は2002年4月1日に医療事故民事訴訟において「举证責任の転換」、および専門家の法廷での証言を求める制度を施行させた。

これに対して医療界は、上記の規定は医業の高度危険性、治療効果の不確定性、疾病メカニズムの不明確性および患者が外来で作成されたカルテを所持するなどの事情を無視して医療側に重い証明責任を押し付け、医療事故訴訟の急激な増加および保身医療を惹き起こすものであると強く反発している。

ところが、『举证責任の転換』が実施されてからのこの一年半の状況を見ると、確かに医療事故訴訟事件が著しく増加しているが、患者の勝訴率は殆ど変わっていない。この現象の最大の原因は、医療側の過失および因果関係の証明が医学専門的な問題であり、人民法院が医学的な知識を欠き正確な判断を下すことができないため、過失および因果関係に関する認定が殆ど医学会の鑑定結論どおりに行なわれている、ということにあるように思われる。

そうすると、現時点では医療事故の被害者を救済するためには、『举证責任の転換』を実施するより、人民法院が医療側の過失および因果関係を正確に認定できるための方策を考えることが最大の課題であるといえよう。