



Title	中国における医療制度改革と医療現場の暴力：医患信頼の構造的失衡メカニズム分析
Author(s)	徐, 彬原
Citation	待兼山論叢. 哲学篇. 2026, 59, p. 61-79
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/104627
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

中国における医療制度改革と医療現場の暴力

—医患信頼の構造的失衡メカニズム分析—

徐 彬 原

キーワード：医療制度改革／医患倫理／信頼の崩壊／医療現場暴力

1. はじめに

中国社会では、急速な社会変動と大規模な医療制度改革が並行して進められている。その結果、これまで医療従事者が専門的な知識を独占し、患者は受け身の立場に置かれてきたという「情報と権力の非対称性」に基づく医療倫理の枠組みからの大きな影響を受けるようになった。とりわけ、医療サービスの市場化が進むにつれ（後述）、患者と医療従事者との信頼関係に歪みが生じ、医療関係は公益よりも効率や利益を優先する方向へ転換しつつある（嚴予若ほか, 2017）。

近年、中国では患者や家族による医療従事者への暴力事件が頻発することは、患者（家族）や医療従事者の関係の破綻を象徴するかのようである。2018年に、中国医師協会が発表した『中国医療衛生事業白書』には、2016年から2017年まで全国4万4600の医療機関で計14万6200人の医療従事者を対象として実施された調査結果が掲載されている。それによれば、66%の医療従事者が何らかの形で紛争や暴力を経験したことがあると明らかにされた（中国医師協会, 2018）¹⁾。これらの暴力事件の中には、死亡に至る事例も少なくなく（池上新, 2022）、中国人民代表大会および政治協商会議代表の蔡衛

1) 中国医師協会 (2018) 『中国医療衛生事業白書』 <http://www.cmda.net/rdxw2/11526.jhtml> (閲覧日：2025年6月24日)

平が「医療従事者の職業安全保障に関する提言」で引用した資料によれば、2001年7月から2018年7月までの間に計47件の死亡事件が発生した（The Guangdong Committee Of Chinese Peasants And Workers, 2020）²⁾。

こうした凶悪な暴力事件の多発は、医療制度およびその法律の防衛課題を指し示すと考えられることで、社会からの注目を集めてきた。しかし、医療改革をめぐる既存の研究は、制度そのもの、すなわち医療制度改革や法的制裁の強化のみに焦点を当てたものが多く、医療従事者と患者の関係（以下、医患関係と記す）の破綻をいかに解決するかという視点からの考察は十分にされてこなかった。また、倫理的な医患関係に関する議論は、個人の道徳性や職業規範の問いなおしに留まることが多く、問題解決の鍵となる医療制度の背景（マクロな視点）と医患関係（ミクロな視点）の交錯について理論的に深掘りしようとする試みは不足している。

以上の問題を解決するために、本稿ではまず、中国医療保険制度改革の歴史の変遷をまとめ、そこに生じた医療制度に関する問題が、どのように医患関係を歪み、ひいては凶悪事件を招くほどの信頼関係の崩壊につながったのかを明らかにする。次に、中国政府がいかなる制度改革によって暴力事件に対応しようとしてきたかを検討する。以上の内容を批判的に分析することで、医療現場における暴力事件に対する新たな対応策の必要性を提案し、倫理的な医患関係の再構築に向けた理論的枠組みと実践的示唆を提示することを目的とする。

2) The Guangdong Committee Of Chinese Peasants And Workers (2020)「2020年中国人民代表大会・政治協商会議－『羊城晚報』から蔡衛平へのインタビュー：効果的な措置で医療従事者の執業安全を守ることを提案」

<http://www.ngdgd.org.cn/newsreport/f/view-2bc954c913e54ece9321334e2b979303-546c2e361d924c3782a440b9d5b5a9fa.html>（閲覧日：2025年8月25日）

2. 医療保険制度と倫理関係の構造変化

2-1 医療保険制度における体制的歪み

中国では、これまでに二度の大きな医療制度改革が行われてきた。第一次改革（1985－2005）は、1978年の経済体制改革に続き、1980年代半ばから実施され、国家による医療資源供給の独占から市場化路線へと大きく転換したものである。第二次改革（2009－現在）は、重症急性呼吸器症候群（SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome）という流行（2003年）を契機として行われ、社会保障の再構築と国民皆保険制度の整備を目指すものである。

第一次改革の初期段階（経済転換期 1979－1989）では、医療資源の配分には民間資本が導入された。また、戸籍制度の制約³⁾により、都市と農村の構造的な格差が拡大した。農村部では、農村合作医療制度⁴⁾の解体により保障体制が脆弱化し、高額な医療費を負担できない事例が頻発した（Liu et al., 2019, p.16）。一方、都市部では国有企業改革による福利厚生への削減により、失業や保険喪失が進み、深刻な格差が形成された（封進・余央央, 2008, p.3）。その結果、財政制約と制度再構築のはざまに医療財源確保に関する制度的空白が生じた。医療費は急騰する一方で、政府や社会保険からの支出比率は低下し、個人負担が急増することとなった（李玲, 2014, p.54）。

上記に述べた課題を背景として、政府は段階的に政策を導入し第一次改革を推進した。1985年に国務院が『衛生工作改革に関する若干の問題に関する報告』を発表し、改革が正式に始まった。その後、1992年の『衛生改革

3) 初期の戸籍制度は都市部と農村部の人口の自由な移動を厳しく制限したため、都市部と農村部の格差という二重経済モデルを形成した。

4) 農村集団経済を背景とした協同医療制度（農民が集団経済の力に頼り、自発的な互助を基に発展した社会福祉制度。農村協同組合のメンバーが一定の資金を調達し、毎月定額を出資する。初診料は自分で支払い、その他の入院費は生産チームが負担または一定の割合で償還される）。政府は防疫や低価格医薬品などの面で限られた財政支援しか提供していない。

の深化に関する決定』では、医療改革は社会主義市場経済体制に適応し、競争メカニズムの導入と医療財源の多元化を推進すべきであると明記された（李玉榮, 2011）⁵⁾。その結果、公立病院への財政補助が縮小され、医療機関は薬品販売や自己負担型サービスに依存せざるを得なくなった（唐林俊, 2012, p.6）。1998年に国務院は「城鎮職工基本医療保険制度」⁶⁾を導入し、中国の基礎的な医療保険制度を整備し始めた。2003年に「新型農村合作医療制度」⁷⁾が設立され、農村住民に対する保障の再構築が進められた。こうして第一次改革は、市場化と競争メカニズムの導入、医療財源の多元化という特徴を持ち、公的財政補助の縮小と医療機関薬品への依存に陥らせた。

2006年以降、中国政府は「公益性の回復」を改革の中核的な理念として掲げ、農村と都市をカバーする社会保障制度の再構築を通じて、国民皆保険の実現を意図した。2007年に都市住民医療保険⁸⁾が導入され、2011年に人

5) 李玉榮 (2011)「新時代における中国の医療保険体制改革の歩みと基本的経験」
http://www.hprc.org.cn/gsyj/yjjg/zggsyjh_1/gsnhlw_1/baguoshixslwj/201110/t20111018_162323_2.html（閲覧日：2025年5月13日）

6) 城鎮職工基本医療保険制度は、都市部の在職・退職労働者を対象とする統一的な医療保障制度である。単位と個人が共同で拠出し、医療費を社会統括と個人口座に二分する仕組みを採用している。社会統括は主に入院や高額な医療費に充てられ、個人口座は日常の外來診療に用いられる。これにより、都市部における労働者のカバレッジは拡大した一方で、個人負担の増加や農村との格差拡大といった制度的な歪みも顕在化した。

7) 農村協同医療は政府が主導し、組織、指導、支援を通じて推進され、個人、集団支援、政府による資金を調達し、農民が自発的に参加する医療共済制度である。

8) 都市住民医療保険制度は、職工医療保険の対象外となる都市住民（学生、児童、高齢者、失業者など）を対象に新たな保障仕組みである。この制度は主に政府財政補助を受けるため、住民はわずかな保険料のみを負担する。給付は社会統括を基に、主に大病や入院医療をカバーするが、外來診療の保障は限定的である。これにより、都市における無保険の問題が解決される。中国の医療保障制度は「職工医保（城鎮職工基本医療保険制度）」、「新農合（新型農村合作医療制度）」、「住民医保（都市住民医療保険制度）」という三本柱の枠組みへと発展した。

口の90%以上をカバーする国民皆保険がほぼ実現した(李玉栄, 2011)⁹⁾。とはいえ、この進展は主にカバー率の向上にとどまり、実質的な保障の有効性は限定的であった。保険制度は都市と農村に二分されたため、財源や給付水準に大きな差があった。農民や非正規雇用者が保険制度に組み込まれたが、その保障水準は公務員や企業従業員と比べて著しく低かった。

これに対し、2009年に中国共産党中央委員会と国務院が『医薬衛生体制改革の深化に関する意見』と『医薬衛生体制改革重点实施方案(2009-2011)』を発表したことをきっかけに、第二次医療改革が本格的に始まった。この改革では、政府主導・公益性の回復が掲げられ、基本医療制度の構築、「以藥養医(薬の販売収益による病院運営)」の撤廃、「三医連動(医療・医療保険・医薬品の一体化)」¹⁰⁾の推進が盛り込まれた。しかし、経営の現場では依然として診療費、消耗品、薬品販売が収益源となり、十分な財政補償がないため、地方の医療機関における「看病難(診察を受けるのが難しい)」の問題は解消されなかった。また、医療費の総支出は住民所得の伸び率を上回り続けているため、自己負担率が一定の改善を見せたものの、医療費全体は依然として高水準のままにとどまることになってしまったのである(高春亮ら, 2019, p.74; 封進、余央央, 2008, pp.5-6)。

2-2 医療の不確実性

前節に述べたように、中国は二回の市場効率と財政制約を軸に医療改革を進めたが、その結果、医療保障の公平性と信頼性に深刻な影響を及ぼした。医療費負担や医療機関選択の責任が個人に転嫁された後、患者の不満が高まった。2006年に実施された全国調査では、「看病難(診察を受けるのが難

9) 李玉栄(2011)「新時代における中国の医療保険体制改革の歩みと基本的経験」
http://www.hprc.org.cn/gsyj/yjjg/zggsyjsxh_1/gsnhlw_1/baguoshixslwj/201110/t20111018_162323_2.html (閲覧日: 2025年5月13日)

10) 三医連動とは、医療、医療保険、医薬品の三領域の改革を効果的に結びつけ、制度環境と行動ルールの再構築を通じて、医療制度改革の目標を達成しようとする基本方針である。

しい)」と「看病貴（医療費の高騰）」が重大な社会問題となっていることが明らかにされた（宋啓超, 2009, p.57；姚澤麟, 2017, p.26）。

このように、第一次医療改革は医療技術や医療提供能力、さらに医療従事者の積極性を向上させた一方で、制度面では「看病難」と「看病貴」という二つの課題を顕在化させる結果となった。第二次医療改革ではこれらの問題の改善が試みられたものの、長期にわたり「看病難」と「看病貴」は依然として患者にとって大きな困難となっていた。これら二つの問題は互いに影響し合い、患者の医療利用を阻む二重の困難を形成している。

まず「看病難」とは、農村部の医療資源不足と都市部の大病院への患者集中による医療アクセスの困難を指す（夏挺松ら, 2011, p.156）。予約困難や短時間診療により、患者の不満と医療従事者の過労が蓄積され、信頼関係の崩壊や対立が生じた。一部の患者は高額な診察券を非公式の方法で購入したり、徹夜で順番待ちをしたりする状況に追い込まれている。

次に、「看病貴」とは、医療費が家計を圧迫する客観的事実を意味する（袁迎春, 2017, p.237）。特に戸籍制度や保険資格の地域的・制度的不整合により、高額治療費を支払っても保障を受けられず、治療を断念せざるを得ない患者が続出した（姚澤麟, 2017, p.27）。このように、医療費の上昇と保障の不備が重なり、「看病難」と相まった結果、患者の医療利用は著しく制約された。

前述の問題により、健康リスクの負担は制度から個人に集中し（ibid, p.25）、医療制度の倫理的基盤が揺さぶられるようになった。医療が効率を優先する過程で、患者の社会的ニーズは軽視されたため、制度への信頼は大きく損なわれた（呂小康, 2020, pp.87-88）。

2-3 消費者モデルの制度的誘導

中国の医療改革以降、患者が医療サービスを受ける自己決定権や知情権といった「医療権利意識」の高まりは好評されてきた。しかし、制度的支援の不足や市場原理の浸透により、この権利意識は次第に「消費者的認識」へと

傾いていった。具体的には、医療が「料金を払えば治してもらってしかるべき商品」と見なされる傾向が強まった。患者と医療従事者の関係は、単純なサービス取引関係として捉えられるようになったのである。

このような認識の形成は、個人の経験や文化的観念によるものだけではなく、改革過程における制度的構造そのものに深く根ざしたものである。

第一に、政府が公立病院に経営自立を求め、価格設定やサービス設計の自由を認めるという背景と関係がある（唐林俊, 2012, p.6）。その結果、病院は高額診療や検査の導入、課金項目の拡充を進めることとなり、制度面でも患者側の医療を「価格化された選択肢」と捉える認識が強化された。

第二に、医療技術の進歩や医療保険制度の革新は、病院が診療や検査を増やす動機を生む構造的要因となった（高春亮ら, 2019, p.75）。実際、医療保険の償還率が2%上昇するだけで、看護サービスの提供量が3%増加することが検証されている。このような背景において、患者の「高額な医療費を支払えばより良質な医療が受けられる」と期待する心理が強まり、十分な説明がないまま再検査や延長治療を受けざるを得ない状況が広がることになった（高春亮ら, 2009, p.70）。つまり、制度・技術の構造が医療費の上昇や過剰診療を生み出し、患者の経済的・心理的負担を増大させているのである。

制度改革の主な目的は、財政効率を高めることであった。しかし、その問題として、医療従事者や病院が収益を優先する傾向が強まった。その結果、公共倫理に基づくべき医療行為が、次第に市場取引として扱われるようになった。こうした変化は、患者と医療従事者の信頼関係を揺るがし、制度全体の倫理的な基盤を弱めることにつながった。

3. 医患信頼断裂のメカニズム

中国の医療改革は、支出抑制に一定の成果を見せたが、「消費者認識」を助長し、患者の不信と対立の感情を強めた（高春亮ら, 2019, p.79）。このように、医患関係は専門性に基づく信頼から、利害対立と人格の物象化へと変

質することとなった（庄暁平, 2018, p.33）。

医療従事者の業績や診療件数を数値で評価する仕組みは、患者と医療従事者の間に役割認識の乖離を生み出し、医療倫理の希薄化を促している。その結果、患者は権利主張を強め、医療結果への期待を絶対化する傾向が強まる。一方、医療従事者は防御的な形式で対応し、倫理的応答が消極化する状況生まれる。こうした双方の期待のズレは対話を断絶させ、暴力的衝突のリスクを高める温床となっている。

3-1 医療への過度な期待

近年、制度的な支援の不足や医療行為の限界への理解不足という背景に、診療方針や治療情報について、患者が自ら情報収集・意思決定を積極的に行う傾向が強まっている。これにより、医療従事者の専門的判断は相対化され、従来の権威性が揺らぐようになった。さらに、情報通信技術の発展に伴い、患者はインターネットを通じて医療情報を容易に入手できるようになり、医療従事者の判断への依存度は低下している（余衛娟, 2017, p.94）。この傾向は、誤情報の拡散や医療に対する過度な不信感を募らせている。

医療現場では、患者による医療従事者への過度な期待、患者の情報源の多様化、消費者心理の浸透が医療従事者に影響を及ぼしている。この影響により、医療従事者は以下の二つのストレスに直面している。

第一に、労働環境に起因するストレスである。近年、多くの医療従事者が週 50 時間を超える勤務を強いられ、80 時間を超える過重労働者も増加の一途をたどっている（iResearch, 2017）¹¹⁾。このような慢性的な疲労感診療の質を損なうだけでなく、患者の不満を通じて再び医療従事者に心理的圧力として跳ね返る悪循環を生み出している。特に、地方や小規模の医療機関では、十分な財政補償がないまま業務量が増加し、過労やバーンアウトのリスクが高まっている。また、多くの医療従事者が「給与と業績が一致しない」

11) iResearch (2017). 『2017 年中国医療従事者に対する調査報告書』。 <https://www.iresearch.com.cn/Detail/report?id=3063&isfree=0>（閲覧日：2025 年 5 月 17 日）

「将来に希望を持ってない」と不満を示している（iResearch,2017）¹²⁾。それゆえ、労働環境の物理的負荷に加え、制度的不安定さも精神的ストレスを増幅させていることが示された。

第二に、患者の期待や不信感から生じる心理的ストレスである。情報通信技術の発展に伴い、患者はインターネットから容易に医療情報を得るようになったが、その中には誤情報が多い。これは、専門的判断に対する不信を助長している（余衛娟, 2017, p.93）。診療の即効性や完治を当然視する患者の要求が満たされない場合、医療従事者は訴訟や暴力的行為のリスクに直面している（劉振華, 2015, p.162）。これらが医療従事者に対する心理的ストレスは診療行為そのものを上回り、日常的な不安感の増加や職務意欲の低下を引き起こしている。

前述の背景に、多くの医療機関では防衛的医療を採用せざるを得なくなっている。例えば、ハイリスク患者の診療回避、難治症例の転院拒否、責任回避のための形式的診療を行うなど、リスクや対立を最小化する診療行動を優先せざるを得ない（王密詩, 2021, p.1）。こうした対応は、医療の公共的使命や信頼構築機能をさらに弱めることとなり、信頼崩壊の悪循環を促進することになってしまうのである。

3-2 医療従事者の防衛的行動と倫理的沈黙

制度の不均衡や医患関係の崩壊を背景に、中国の医療従事者はリスク回避を最優先とする「防衛的医療」に傾くようになった。これは単なる慎重な判断ではなく、患者と医療従事者の間の倫理的な対話そのものを縮小させる行動である。

防衛的医療は主に「誤りを避ける」という姿勢である。そのため、文化的・社会的な配慮が後回しにされ、過剰検査や形式化された手続きが次第に常態化するようになった。一方で、終末期医療や難治性疾患のケースは意図

12) 同上

的に避けられる傾向が強い（王貞ら, 2022, p.103）。このように、医療の目標が責任履行から責任回避へと移行しつつある（呂小康, 2020, p.89）。

さらに、長時間労働や暴力事件、メディア報道の影響により、医療従事者は「黙っている」ことを安全な戦略と見なすようになった。具体的には、患者に病状の詳細な説明や治療方針の約束を避け、短く簡潔に話したり、曖昧な表現で対応したりすることなどが挙げられる。場合によっては、リスクのある治療よりも保守的な治療法を提案することで、誤解や対立を回避しようとする（池上新, 2022, p.161；王貞ら, 2022, p.113）。

医療従事者の防衛的行動は、制度の矛盾を直接背負わざるを得ない現状による結果だといえる。医療従事者は制度の代表として患者と接する一方で、制度の不備から生じる患者の不満や不安を直接受け止めなければならず、その結果、過重な感情労働を強いられるのである（姚澤麟, 2017, p.31）。重い感情労働の中で、深い対話は回避され、信頼を築く機会も失われていく。つまり、医療従事者の沈黙は無関心な態度ではなく、制度が弱くて微妙な環境で、参加自体がリスクを伴うことため、これは受動的な選択の結果である（王貞ら, 2022, pp.104–105）。このような医療従事者による防衛的対応は、社会に「冷たい医療」という印象を与え、患者の敵意を強め、制度的不信と沈黙の悪循環を生むことになってしまったのである。

3-3 期待の齟齬と相互不信の構造化

現代中国の医療現場では、患者と医療従事者の期待が大きくずれ、そのことが信頼の喪失と対立を深刻化させている。防衛的医療や形式的な対話が広がるにつれて、医患関係は「結果・責任・補償」をめぐる交渉へと変容しつつある（劉振華, 2015, p.162；王密詩, 2021, p.1）。

医療従事者は医療の不確実性を理解してほしいと願うが、専門的な説明は患者に伝わりにくい。一方で、わかりやすく簡略化した説明は「誠意がない」と受け取られるリスクがある（池上新, 2022, p.172）。患者側は、医療を「費用に見合う成果が得られるサービス」とみなす傾向が強く、不確実性や

偶然性を受け入れにくい（余衛娟, 2017, pp.93-94；劉振華, 2015, p.163）。

上記の認識のずれは、患者の不満と医療従事者の防衛的対応を互いに影響し、感情的な対立を強める。患者は要求が通らない場合、しばしば理不尽と感じられる一方、医療従事者の冷たい態度は責任逃れと解釈されやすい（王晨ら, 2014, p.7）。その結果、医療従事者は行動を増やすが、説明を減らすようになり、患者は最初から疑念や敵意を抱えたまま診療を受けるようになる。

本来、医療現場は相互理解と支援の場である（呂小康, 2020, p.88）。しかし現在、それは責任をめぐる対立の場へと変質している。この変化は個人の態度ではなく、制度的な仕組みや社会的雰囲気によって形づくられている。患者にとって信頼はリスクへと変わり、医療従事者にとって対話は懲戒を招く危険となる。その結果、思いやりと協働という倫理的基盤が失われ、制度的圧力・情報の非対称性・発言の抑制が悪循環を形成し、最終的に対話の不在という形で現れている。

4. 信頼崩壊の顕在化と法理秩序の成立

中国医療制度の不備や非効率、さらに医療に対する認識の乖離により、患者の不満は蓄積し、矛先が次第に医療従事者に向けられている（姚澤麟, 2017）。制度改革の失敗による不信は、過激な現象を招いている（劉振華, 2015, p.163）。例えば、暴力事件などの医患対立が顕在化している。

4-1 暴力の頻発

1980年代以降、制度不信と感情的対立という背景に、医療現場における暴力事件の頻発は深刻な状態になってきた。1980年代の調査によると、病

院破壊は257件、医療従事者被害は350人超と報告されており¹³⁾、特に社会変動期に、暴力行為がますます先鋭化した。こうした暴力行為が単なる偶発ではなく、制度不信と怒り感情の累積はその引き金だといえる（馬路瑤, 2020, p.65）。2013年の中国医院協会報告によると、2003年から2012年までに重大暴力事件は計40件発生し、2012年には過去最多の11件を記録した。さらに、2013年から2021年までに確認された医療暴力事件は364件に上り、2016年には過去最多の73件を数えた（XiaoYu et al., 2022）。

代表的な事例としては、孫文斌医師殺害事件や、重度の後遺障害を負った陶勇襲撃事件が挙げられる。これらは単なる個人の感情爆発ではなく、制度的歪みの爆発点であり、医療従事者が「代理的対象」として暴力の標的となった典型例である（趙敏ら, 2017, p.93；池上新, 2022, pp.172-173）。

このような背景のもと、医療従事者は本来の支援者としての役割を果たしにくく、自己防衛を最優先とする診療へと追い込まれている。その結果、ハイリスク患者の回避や対話の縮小が進み、患者の不満と敵意をさらに強化する悪循環が形成される。暴力は例外的な逸脱行為ではなく、制度的不信と倫理的均衡の崩壊が生み出した構造的な問題として理解すべきである（呂小康, 2020, p.91）。

4-2 医療関係における制度的欠如

不信感が溢れる医患関係の背景に、制度への信頼崩壊は、暴力や対立を深める要因となっている。制度そのものは存在していても、患者からの安心感や倫理的な帰属意識が欠けているため、最終的に形骸化してしまった（呂小康, 2020, pp.89-90）。

現行制度は医療保険や手続き面で一定の保障を提供するが、その運用モデ

13) 人民日報(1986)「医療従事者と患者の相互尊重と理解について」『人民日報』
<https://cn.govopendata.com/renminribao/1986/8/27/3/#%E5%8C%BB%E6%82%A3%E5%8F%8C%E6%96%B9%E8%A6%81%E4%BA%92%E5%B0%8A%E4%BA%92%E8%B0%85>（閲覧日：2025年6月27日）

ルは画一的で、人間的配慮や倫理的対応に欠いている。そのため、患者は「正義があるようでない」という不満が生まれやすい。加えて、制度は量的指標に過度に依存し、医療の人間的配慮を後景に追いやり、不信を蓄積させている。

さらに、制度設計における責任の所在が不明確なため、患者の怒りや悩みは制度ではなく「現場の医療従事者」に向けられるようになる（姚澤麟, 2017, p.31；余衛娟, 2017, p.95）。しかし、医療従事者は制度の代弁者として責任を負わされながらも、裁量権や十分な説明責任を与えられていない。その結果、医療従事者は制度と患者間の板挟みとなり、心身の疲労と防衛的診療が日増しに深刻化している。

このように、制度は一見整っているように見えても、実際には医療従事者を追い詰め、信頼を損なっている。感情や倫理を切り捨てた制度は、医一患一制度という三者間の権力と責任の分配を混乱させている。その結果、暴力は単なる偶発ではなく、制度への不満による「構造的現象」となり、さらに常態化する傾向を示している（王晨ら, 2014, p.9）。したがって、法的規制だけでは暴力を抑止できず、制度そのものの正当性を回復し、倫理的対応の仕組みを再構築することが不可欠である。

4-3 法的対応とその倫理的限界

1980年代末以降、中国の医療現場における暴力と対立の深刻化に伴い、法的対応が段階的に整備されてきた。公法の領域では、『医療事故处理措置』（1987）¹⁴⁾を皮切りに、『医師法』（2005）や『公安行政处罚法』（2006）¹⁵⁾等により、医療秩序を乱す行為に対して、厳罰方針が制度化されていた。私

14) 1987年、『医療事故处理措置』では、医療秩序を乱す行為は公共秩序に対する妨害と規定された。

15) 2005年、2006年の『医師法』や『公安行政处罚法』は、暴力や脅迫に対して拘束、罰金などの行政処分を行うことを明確にする。

法領域では、『不法行為責任法』(2009)¹⁶⁾ および『民法典』(2021)¹⁷⁾ を通じて、医療過誤の損害賠償請求の要件が明確に定められ、それぞれの権利や義務の関係が明確化された。さらに、社会法では、『基本医療衛生と健康促進法』(2019)¹⁸⁾ が、医療従事者の人身保護を明記し、暴力防止の理念的な枠組みを整えた。これらにより、暴力行為の処罰根拠や手続きは明確化され、秩序回復において一定の効果を上げている。

しかし、こうした制度は主に秩序維持とリスク管理に重点を置いたものであり、医療暴力の背景にある不信や感情的対立に十分に対応できていない。暴力は単に公共秩序の違反として捉えられ、信頼の崩壊や制度への不満といった本質的な課題を見逃している。

また、法制度は定量化ルールの運用に偏る傾向があり、かえって医患関係の対立を強める危険がある。例えば、強硬な取り締まりは一時的な効果があっても、医療従事者が制度に守られ、患者が制度に見捨てられたと感じやすくなるため、双方の不信感が深まってしまう(王密詩, 2021, p.2; 朱晶晶, 2017, p.35)。

さらに、インフォームド・コンセントなどの仕組みも形骸化しやすい。医療従事者はリスク回避のために冷たい態度で説明義務を果たし、患者には表面的な情報しか与えられない。結果として、患者は十分な理解や尊重が得られないと感じるため、信頼の再構築が難しくなる(庄曉平, 2018, p.33)。加えて、法制度の焦点は行為責任や損害賠償の明確化に置かれ、関係修復や社会的合意形成といった倫理的課題への対応は乏しい。とりわけ医療事故後の処理では、賠償や処罰といった最後の措置だけが重視され、当事者の感情や信頼の断絶に十分目を向けていない。こうした状況は、法的枠組みの中で避

16) 2009年の『不法行為責任法』は、身体的被害の治療費や慰謝料などの賠償責任を明確に定め、医療事故に私法根拠を提供した。

17) 2021年に施行された『民法典』は人格権、生命健康権の保護を強調し、更に医療従事者の法的地位と権益保障を明確にした。

18) 2019年の『基本医療衛生と健康促進法』は、いかなる組織又は個人が医療従事者の身体安全に対する脅かし、侵害を禁止している。

けざるをえない倫理的ジレンマを生み出しているといえる。

5. 考察

法律規制を中心とした暴力対応モデルは、確かに秩序維持の効果を示している。しかしその問題として、医患関係を二項対立的に固定化し、医療紛争を「誰の責任か」という個人の責任に矮小化されることになってしまった（王密詩, 2021, p.2）。その結果、制度設計の欠陥やガバナンスの課題が見えにくくなり、社会文化的要因や現場の感情は十分に統合されていない。

本稿の分析が示したのは、制度信頼の崩壊は単なる制度不備の問題ではなく、社会的認知の誘導失敗、役割の曖昧化、防衛的医療、一方的な責任転嫁といった複数要因が絡み合った構造的断絶であるという点である。さらに、制度と文化規範の不均衡は倫理秩序を弱体化させ、感情・制度・倫理がそれぞれ断絶する三重の亀裂を生んでいる。

具体的には、説明義務やリスク管理の強化は、医療従事者の裁量権を制約し、患者の不安や価値観への応答を制度の外へ押し出してしまう。こうした制度設計は共生の医療空間を狭め、倫理的配慮を単なる手続き遵守へと還元する傾向を強めている（呂小康, 2020, pp.87-88）。結果として、医療従事者は制度の代弁者として責任を負わされながら支援を受けられず、患者は感情吐露する場を失って不満を溜める。医療暴力は、この構造的摩擦が激化した極端な表現にほかならない。

したがって、医患関係の崩壊は個人のモラル低下によるものではなく、制度論理の偏りと文化的規範の不均衡が結びついた結果である。これは、単に法制度を整備したり、職業倫理教育を強化したりするだけでは信頼回復が困難な理由である。その代わりに、制度構造そのものの自己反省を促し、患者の感情的な正義感や倫理的期待に応えられる仕組みを築くことが急務である。こうした基盤がなければ、制度は形骸化された規制にとどまり、人と人、患者と医療従事者、権力と責任をつなぐ架け橋にはなり得ない。

6. おわりに

本稿は、中国の医療制度改革と医療現場における暴力事例を分析した後、制度構造の歪みと信頼崩壊のメカニズムを明らかにした。暴力は単なる例外状況ではなく、制度における倫理的な課題によって生じる結果であることが示された。

そして、医療保障制度の歪みと責任の個人化は、医療サービスの格差と倫理的関係の断絶を生み出し、両者の相互作用を防御的かつ対立的に変化させていることもわかった。さらに、制度的対応も倫理における緊張関係を緊張関係を解消せず、むしろ対話や相互理解の機会を閉ざすことで、新たな暴力行為を生み出す可能性がある。

今後の課題は、制度を単なる管理道具にとどめず、人間関係をつなげる架け橋として再構築することである。そのためには、制度は感情・共感・責任が交差する場として設計され、倫理的応答のプラットフォームとして働かせることが不可欠である。本研究は「共生的医患関係」の再構築に理論的基盤を提供するものであり、今後の制度設計において、倫理の余白や現場の裁量権をどのように位置づけることは重要な課題である。

[参考文献]

- 池上新 (2022)「医疗暴力事件はどのように医療関係者と患者の信頼に影響を与えるか——認知と帰属の視点から」『社会科学』Vol.11. 160-173 頁。
- iResearch (2017)『2017 年中国医療従事者に対する調査報告書』。 <https://www.iresearch.com.cn/Detail/report?id=3063&isfree=0> (閲覧日：2025 年 5 月 17 日)
- 封進、余央央 (2008)「医療・保健制度改革：市場化、インセンティブメカニズム、政府の役割」『世界経済ダイジェスト』Vol.1.1-13 頁。
- 袁迎春 (2017)「受診の難しさと高価な医療をめぐる言説の変遷：1978-2012 年 -- 人民日報を例として」『安徽師範大学紀要 (人文社会科学版)』Vol.2.236-244 頁。
- 王晨、曹艷林、鄭雪倩、高樹寛、賈曉莉、程宇涛 (2014)「医療従事者と患者による暴力事件に対する認知と態度分析」『中国病院』Vol.18. 7-9 頁。

- 王貞、封進、宋弘 (2021)「医療従事者と患者間の対立と医療費の増加による防衛的医療行為」『中国医院』Vol.44. 102-125 頁。
- 王密詩 (2021)「社会葛藤理論の視点から医療現場の暴力に対する予防研究 ——上海を例に」中国上海市委員会党校出版。
- 夏挺松、盧祖洵、彭績 (2011)「中国における“受診の難しさ、高額な医療”という問題の原因と対策の分析」『中国社会医学杂志』Vol.28.155-157 頁。
- 賈曉莉、周洪柱、趙越、鄭莉麗、魏琪、鄭雪倩 (2014)「2003 年 -2012 年中国医療現場における暴力事件に関する調査研究」『中国病院』Vol.3.1-3 頁。
- 嚴予若、万曉莉、陳錫建 (2017)「現代の医療従事者と患者関係の再構築 ——ハーバーマスの視点から」『清華大学紀要 (哲学・社会科学版)』Vol.32.171-177 頁。
- 高春亮、毛豊付、余暉 (2009)「インセンティブ、財政負担と中国医療保障制度の発展 ——中華人民共和国建国後の医療制度文書に基づいて」『管理の世界』Vol.4.66-74 頁。
- 高春亮、余暉 (2019)「新医療保険制度改革は医療支出の増加を抑えることができるのか」『江海学刊』Vol.3.73-79 頁。
- 宋啓超 (2009)『医療制度改革と関連政策の方向性』中国社会出版社出版。
- 朱晶晶 (2017)「医療従事者と患者の関係に対する認知と構築研究」南京医科大学出版。
- 庄曉平 (2018)「中国における医療従事者と患者の関係における倫理的ジレンマ——Emanuel モデルに基づく考察」『學術研究』Vol.267.32-36 頁。
- 人民日報 (1986)「医療従事者と患者の相互尊重と理解について」『人民日報』<https://cn.govopendata.com/renminribao/1986/8/27/3/#%E5%8C%BB%E6%82%A3%E5%8F%8C%E6%96%B9%E8%A6%81%E4%BA%92%E5%B0%8A%E4%BA%92%E8%B0%85> (閲覧日：2025 年 6 月 27 日)
- 趙敏、姜泰明、楊靈雲、屈万勇 (2017)「2000 年 -2015 年のメディア報道に基づいた暴行傷害事件のデータ研究」『医学と哲学』Vol.1.89-93 頁。
- 中国医師協会 (2018)『中国医療衛生事業白書』<http://www.cmda.net/rdxw2/11526.jhtml> (閲覧日：2025 年 6 月 24 日)
- The Guangdong Committee Of Chinese Peasants And Workers (2020)「2020 年中国人民体表大会および政治協商会議—『羊城晚報』による蔡衛平氏インタビュー：医療従事者の執業安全を確保するため、実効的な対策を講じることを提案」<http://www.ngdgd.org.cn/newsreport/f/view-2bc954c913e54ece9321334e2b979303-546c2e361d924c3782a440b9d5b5a9fa.html> (閲覧日：2025 年 8 月 25 日)
- 唐林俊 (2009)「中国の医療制度改革の現状を分析する ——“受診の難しさ、高額な医療”問題への影響要因から」西南財経大学出版。
- 李玲 (2014)「中国新医療保険制度改革の現状、問題と地方の実践研究」『中国市場』Vol.32.52-56 頁。

- 李玉荣 (2011)「新時代における中国の医療保険体制改革の歩みと基本的経験」
http://www.hprc.org.cn/gsyj/yjjg/zggsyjsxh_1/gsnhlw_1/baguoshixslwj/201110/t20111018_162323_2.html (閲覧日: 2025年5月13日)
- 劉振華 (2015)「医療トラブル事件の反省と予防・管理メカニズムの再構築」『広西社会科学』Vol.6. 162-166頁。
- 呂小康 (2020)「関係ガバナンスから共同体構築へ: 医療従事者と患者の信頼を再構築するための共同経路研究」『南京師範大学紀要 (社会科学版)』Vol.4. 84-93頁。
- 馬路瑤 (2020)「医療現場における暴力事件の原因と予防—悪性事件に係る刑事判決文書97件を研究対象に」『犯罪調査』Vol.2. 64-77頁。
- 姚泽麟 (2017)「改革開放以降における医療サービス責任の私人化と医患関係の悪化」『東南大学学报 (哲学社会科学版)』Vol.19. 24-32頁。
- 余衛娟 (2017)「ネガティブなステレオタイプとネガティブなステレオタイプの解決—医療従事者のイメージに関する研究」『都市ソーシャルワーク研究』Vol.3. 85-104頁。
- Liu, Y., Rao, K., & Hsiao, W.C. (2003). *Medical expenditure and rural impoverishment in China*, Journal of health, population, and nutrition, 21 3, 216-22 .
- Philip C.C. Huang. (2003). *Profit-Making State Firms and China's Development Experience: "State Capitalism" or "Socialist Market Economy"?*, Modern China, 38(6), 591-629.
- Yu X ,Ting T C ,Yi S Z , et al. (2003). *Workplace violence against Chinese health professionals 2013-2021: A study of national criminal judgment documents*, Frontiers in Public Health, 10, 1-11.

(大学院博士後期課程学生)

SUMMARY

Structural Imbalance of Doctor-Patient Trust in China: Mechanisms of Healthcare Reform and Medical Violence

Binyuan Xu

With rapid social transformation and profound medical reforms in China, The asymmetric ethical model based on “information and power” has therefore faced structural imbalance. Marketization of medical services has further distorted doctor-patient trust, making relations utilitarian and gradually eroding the trust mechanism.

In recent years, this rupture has been most visible in the rise of violence against medical personnel. According to the White Paper on China’s Medical and Health Care Career , a 2016–2017 survey of 44,600 institutions and 146,200 staff showed that about 66% had faced disputes or violence. Severe cases have led to injuries and deaths. Data cited by NPC deputy Cai Weiping indicate that between July 2001 and July 2018, 47 medical staff were killed in violent incidents.

The persistence of such tragedies reflects systemic and legal shortcomings in protection mechanisms. Yet most research emphasizes institutional reform or legal sanctions, paying insufficient attention to repairing trust directly within doctor-patient relations. Ethical discussions often stay at the level of individual morality or professional norms, lacking theoretical exploration of how systemic (macro) structures intertwine with doctor-patient (micro) interactions.

To address these gaps, this paper reviews the evolution of China’s health insurance reform and analyzes how institutional problems have distorted doctor-patient trust, sometimes resulting in violence. It then examines government reforms aimed at reducing such violence. Building on this, the paper proposes strategies for response and offers a framework for reconstructing ethical doctor-patient relationships.