

博士論文

医療従事者-患者関係の再考
—「信頼関係」の再構築に向けて—

2020年7月

蔡 源玥

目 次

はじめに	1
第一章 現代医学における医療従事者-患者関係に関する各種概念	5
第一節 「専門職」および医療職の専門職化	5
第二節 「患者」に関する各種課題	9
第三節 「医療従事者-患者関係」について	18
第二章 日本における医療従事者-患者関係の歴史的変遷および現状	39
第一節 古代日本における医療従事者-患者関係	39
第二節 西洋医学の導入および医療の近代化	45
第三節 戦後の医療制度改革およびインフォームド・コンセントの導入	50

第三章 中国における医療従事者-患者関係の歴史的変遷および現状……………	57
第一節 伝統的な医療従事者-患者関係について……………	57
第二節 西洋医学の導入および改革開放前の医療……………	63
第三節 医療にまつわる事件の顛末に見る医療従事者-患者関係の現状…	70
第四章 医療従事者-患者における「信頼関係」の再構築に向けて……………	92
第一節 中国における「人情社会」と医療従事者-患者関係……………	92
第二節 「信頼」に関する考察……………	109
第三節 医療従事者-患者関係と「信頼」……………	154
第四節 医療従事者-患者における「信頼関係」の再構築への提案……………	171
あとがき……………	180
参考文献……………	185
謝辞……………	190

凡 例

1. 括弧の種類について

『』 — 著作名、引用文内で「」で記載された部分

「」 — 引用文、引用語句、強調、固有名詞、論文・資料タイトル

() — 筆者による追加説明

2. 傍点の種類について

ㄱ 傍点 — 原文の傍点

・ 傍点 — 筆者による傍点

3. 出典の表記法について

日本語文献 — 作者『著作名』（訳者）出版社名，発行年，頁.

中国語文献 — 作者『著作名』出版社名，発行年，頁.

英語文献 — Author, “Title of the Essay”, *Title of the Publication*, Publisher, Year of Publication, Pages.

インターネット資料 — 作者「記事・資料タイトル」アドレス，閲覧年月.

はじめに

今日、かつて致死率の高かった疾病を治癒することや、がん患者の寿命を延長することなどができるようになり、人類の平均寿命が伸びたと同時に、生命の質（QOL）も上がってきている。また、体外受精技術、クローン技術、再生医療技術などの技術を以って、命を操作することさえ幻想ではなくなった。人々は、このような現代医療の発展がもたらした安全感のもとで暮らしている。しかし、安全感とともにもたらされたのは、「医学専門用語の多様化や診察の機械化に伴う直接的なコミュニケーションの減少」に起因する医療従事者と患者との関係の疎遠、などの新たな問題である。医療技術がどれほど発展を遂げても、「医療の対象と最終目的」が人間であることには、今日に至っても変わりがないと思われる。ゆえに、「医療」の問題を考える際には、「医療従事者-患者関係」の在り方と切り離せないことを強調したい。

医療従事者-患者関係は、英語で **Professional-patient relationship** と言い、専門家と依頼者との関係として研究されることがほとんどである。他の専門家-依頼者関係と同様に、医療従事者-患者関係は、社会制度、経済、文化などに影響されている。例えば、個人の自由の追求、および契約意識が強いアメリカでは、1960年代に起こった患者の権利運動をきっかけに、医療従事者-患者関係が注目されるようになった。従来の「パターナリズム」よりも——生命倫理学者の R.M. ヴィーチが提示した医療従事者-患者関係のモデルで言えば——「契約モデル」が、もっとも理想的だとされている。さらに、医療の質の高さが世界的に認められている日本の医療現場では、患者への説明不足や、ひとりの人間としての患者ではなく疾病だけを治癒の対象とする傾向などが問題視されている。

一方、1979年、改革開放政策が実施されて以来、中国は、経済、政治、文化などの各方面において著しい発展を遂げたが、新たに構築された社会システムと、伝統的な価値システムとの衝突は、避けられなかった。このことは、医療領域にも当てはまる。医療従事者-患者関係に影響を与える現代的な社会制度や医療システムの導入は、近代まで伝統的な中国医学が主流だった中国では、容易で

はなかった。なぜならば、伝統的な中国医学にもとづいてきた医療従事者-患者関係は、現代的な社会制度が成立する基礎である「一般的信頼」ではなく、「私的道德」によって調節されていたからである（「一般的信頼」と「私的道德」については、第四章において詳述する）。社会環境がそれほど変動しておらず、社会関係に影響を与える要素が少なかった時代では、医療従事者と患者との関係は、私的道德による調節だけで、比較的安定した形を維持することができた。

1950年代から1970年代までの計画経済時代、医療の質は、今より低かったが、前の時代に比べれば発展した。治療費は完全公費だったこともあり、医療従事者と患者との間では、親密な信頼関係が保たれていた。しかし、計画経済時代では、医療どころか、社会全体の発展が停滞していた。1980年代、医療における社会主義市場経済改革が実施された。医療市場の大半を独占している公立病院は、各自の「経営」状況によって損失を負担することになった。そのうえ、現在でも、医療領域へ投入される財政予算の比率は、他の領域と比べるとかなり低い。公立病院は、医療技術の研究を進めることや、医療設備の更新、および病院の経営維持のために、経済的利益を追求せざるを得なくなってしまった。「以薬養医（薬剤費で病院の経営を維持する）」や、必要以上の検査を患者に受けさせるなどの手段を通じて収入を増やしてきた公立病院は、その公益性を失っていた。患者が治療や薬のために大金を支払っても、それ相応の治療効果が得られないようなことが、増えてきた。さらに、より明確な法律制度が構築されるとともに、自らの権利を法的手段によって守ろうとする民衆が増えてきたが、民衆が理解する「権利-義務」と、医療従事者の理解や、法律の規定における「権利-義務」が異なっている傾向も見受けられる。

以上のような事情を背景に、1980年代から、医療トラブルが多発し、中国において医療従事者-患者関係が社会的に注目されるようになった。中国の論文・記事などが収録されているデータベース（cnki.net）を検索してみると、1980年代以降に出版された、医療従事者-患者関係をテーマにした雑誌記事、新聞記事、修士論文、博士論文などは、合わせて40000本以上ある。これらの論文や記事の大半は、医療従事者のスキル・アップを重点的に取り上げたものであるゆえに、

中国における医療の質は、かつてないほど上がってきた。患者も、単なる「医療サービス」ではなく、「よりよい医療サービス」を求めるようになった。しかし、医療現場における暴力事件は、これらの論文や記事によって減ることはなく、近年、むしろ増加してきている。2015年5月に発表された「中国医師執業状況白書」¹によると、59.79%の医療従事者は、言葉による暴力に遭遇したことがあり、13.07%の医療従事者は、身体的な暴力に遭遇したことがある。暴力事件に遭遇したことの無い医療従事者は、わずか27.14%であった。医療従事者に対する暴力事件は、2009年から2015年4月まで、毎年前年比20%以上の割合で増加していた。このように暴力事件が多発している中、医学雑誌 *The Lancet* には、中国の医療の現状や、医療従事者の就業環境などについての報道が、数回掲載された。こういった現状を背景に、中国国内の世論やマスコミにおいて中国の医療従事者-患者関係が議論される際、「悪化している」「緊張状態にある」「医療従事者と患者との間が不信感にあふれている」などの表現が頻繁に使用されている。さらに、医療従事者に対する暴力事件が発生すると、世論やマスコミは、まず容疑者(患者)の特殊性や事件の真相を追及するのではなく、被害者(医療従事者)側の「過失」を疑うのである。

医療者への暴力事件が多発していることや、医療トラブルの増加から判断すれば、中国の医療従事者-患者関係は、確かに理想状態にあるとは言えない。しかし、そもそも現時点ではまだ成立の基礎を持たない社会関係を、はたして「悪化している」と言えるかどうかは疑わしい。さらに、病院や医療従事者は、患者の権利を最優先にした上で、医療活動を展開しなければならないが、医療者側の努力だけでは解決できないような問題もあると思われる。なぜならば、中国における医療従事者-患者関係のこのような現状には、医療者側のスキルに関する原因以外にも、様々な原因があるからである。

現代社会では、医療従事者-患者関係を、他の専門家-依頼者関係と同様に、単なる一対一の相互関係ではなく、医療システムという集合体の中で考えなければならない。したがって、本論文は、まず、第一章において、欧米発祥の現代医

¹ 中国医師協会「中国医師執業状況白書」<http://www.cmda.net/zwqgzdt/596.jhtml>, 参照, 2020年5月閲覧.

学の観点にもとづき、医療従事者-患者関係に関する各種課題および基本的な倫理規則について考察を行う。次に、第二章では、医療倫理や医療制度の歴史的変遷から、日本における医療従事者-患者関係の特徴を説明する。第三章では、中国医学における医療従事者-患者関係が如何に形成されてきたのかを歴史的に分析していく。さらには、医療にまつわる事件をいくつか紹介しながら、医療従事者-患者関係の現状、およびそれらの事件から読み取れる問題を考察する。最後の章となる第四章では、医療従事者-患者関係を良好にする「信頼」の構築方法を探索するために、代表的な学者の理論を参照しながら、欧米・日本・中国における「信頼」について考察する。「信頼」についての考察を手掛かりにし、中国の医療従事者と患者との間に「不信感」が溢れている原因を解明したい。最後に、中国における医療従事者と患者との「信頼関係」の再構築に向けていくつかの提案をする。現代社会における医療従事者-患者関係のあるべき姿の解明に、少しでも貢献できれば、本論文は、その目的を達成したと言えると思われる。

第一章 現代医学における医療従事者-患者関係に関する各種概念

第一節 「専門職」および医療職の専門職化

現代では、医療従事者-患者関係は、「専門家-患者関係 (professional-patient relationship)」と定義づけられ、「専門家-依頼者関係 (professional-client relationship)」の一種とされている。ゆえに、医療従事者-患者関係を議論するために、まずは、「専門職」および医療職の専門職化、次に、「依頼者」としての「患者」に関する各種課題、最後に、両者の関係に関する基本的な概念や、倫理規則などについて明確にしておきたい。

2004年に出版された『生命倫理百科事典 (第3版)』の「専門職と専門倫理」という項目によると、専門職を表す英語、profession は、ラテン語の「professio」に由来し、「professio」はさらに、ギリシア語の「社会に向かって宣言する」という意味の動詞「prophaino」に由来する。ここにおける「宣言」は、「専門職に固有の専門能力を所持し実践するものとして他者の前に現れる時、専門家は自分が専門職のメンバーであり、専門職の倫理的責務を自分自身のものとして受け入れているということを社会に宣言する」² ということを意味している。

同事典によれば、あらゆる専門職には、以下の五つの要素が見られる。すなわち、① 理論体系的組織 (Systematic Theory)、② 諸問題とそれらの取り扱いを定義する権威 (Authority)、③ 構成員の入会を認め、訓練する共同体の拘束力 (Community Sanction)、④ 他者への奉仕の理想を強調する倫理コード

(Ethic Codes)、⑤ 専門職の機能のすべてを実現するために必要な諸制度を含む文化 (The Professional Culture) である。³ 専門職に関する諸属性には、社会契約に起源を発する責任、特権が含まれる。その合意内容は、社会変化、経済状態とともに変化する。「個々の社会は、自分自身の構造、諸価値、技術的諸能力に基づいて、自分自身の基準のいくつかを発展させてきた」⁴ のと同様に、専門職精神が提供するものは、永久不変な一組の諸価値や諸基準ではなく、

² 生命倫理百科事典翻訳刊行委員会『生命倫理百科事典 (第3版)』丸善, 2004年, 2024頁.

³ 同上, 225頁参照.

⁴ 同上, 225頁.

特殊な地域にいる特殊な人々が、自らの義務の本性から生じる重要な葛藤への解決策として企図された、一連の指針である。⁵

さらに、専門職化は、一種の専売制であり、専門職化の過程には、以下の7段階がある。

- (1) 商品の製造——医学や法律の場合は、料金を受け取るサービスを指す。
- (2) 顧客の満足とは関係なく、サービスを実行しなければならない。このことは、医療の場合で言えば、治ることを保証する必要がないことを意味する。
- (3) 供給を減らし、需要を増加させることによって、希少性を作り出さなければならない。
- (4) 免許などの法的手段によって、供給の専売化と特権の管理を行わなければならない。
- (5) 研究することや病院スタッフであることを許可するような、グループの成員としての資格に制限をかけなければならない。
- (6) グループ内部の競争をなくさなければならない。
- (7) グループの連帯性と協力を促進しなければならない。⁶

専門職グループは、他人のために役立つ特別な専門能力を、長期にわたる理論的教育と実地応用の訓練を経て習得し、それを生計維持と結びつけるゆえに、他者との関係には、「市場における人間関係」を特徴づけるものである「契約の尊重」が含まれているだけでなく、市場における義務を超えた、「特別な倫理責務」も含まれている。専門職制度は、専門的な知識、およびその技能の使用を、社会的に管理する制度である。「専門家」と名乗れば、その人が自分の研究領域において、それ相応の研究や訓練を行なってきたと、一般の民衆によって想定される。専門家制度は、その知識や技能を習得する集団に属するメンバーが専門能力を独占または利用することによって、社会を「人質」にするのを防止することに役立っている。専門職制度のもとでは、専門知識が、社会の一般的な福祉のため

⁵ 同上, 225 頁参照.

⁶ 同上, 225 頁参照.

に適用されるように期待されている。その代わりに、専門家への、社会からの見返りが期待される。⁷

医療職における専門職化は、国や文化を問わず、社会における産業化の遙か以前から始まっていた。専門職としての医師への信頼性は、医療に関する社会的・法的な諸制度によって与えられている。古代ギリシアでは、医師は、英雄として見なされていたが、学問的・体系的な訓練を受けていなかった。しかし、中世になると、ヨーロッパで諸大学が作られたことによって、医学的能力は、より厳密に定義されるようになった。1050年以降、専門家精神と専門家の組織化、および病院を開業する免許のための適切な基準をめぐる論争が展開された。13世紀、「医師・薬剤師・雑貨商の商業組合」という、独占的な特権を主張する防衛的な組織の設立によって、医療専門職は、法律職、銀行職、商人、公証人とともに、世評の高い職業の一つと見なされるようになった。イギリスやアメリカでは、医療の専門職化は、医療が、大学から切り離されていないことと、深く関わっている。中世時代に、大学の分科としての医学は、治療行為としての医療から区別され、大学の教師は、医師免許試験制度を創立した。その目的は、社会と専門職双方の利益を守り、医療職の能力と誠実さを確実に保証することにあつた。しかしながら、当時のヨーロッパにはまだ、統一的に認可された——すなわち政府によって法的効力を付与されるような——医学の専門職どころか、統一的な専門職さえ存在しなかった。⁸

ヨーロッパやアメリカでは、医療職の統一的に認可された専門化は、16世紀から20世紀にかけて、徐々に進行してきた。専門化される以前、医療における業務や規制がほとんど無秩序の時代があつた。近代初期のイギリスには、医療実務者の主要な組織、または同業者組合として、内科医の組織、外科医の組織、薬剤師の組織の三つが存在していたが、これらの組織は、互いに競争し合っていた。一方、アメリカでは、1960年まで、ほとんどの医師は各自で、小さなビジネスのように、診療を行っていた。医療における法律制度を含めた諸制度の構築は、医療職を組織化する鍵となった。しかしながら、アメリカでは、医療サービ

⁷ 同上, 2024 頁参照.

⁸ 同上, 226-227 頁参照.

スの質が上がっていくとともに、そうした質の高い医療を求める患者が増えてきた。それと同時に、医療費もますます増えていき、医療従事者および患者の行為を規制したり、または彼らの権利を守ったりするためにある保険制度は、逆に様々な問題をもたらすようになった。⁹ このことについては、第四章の3.2において詳しく考察を行う。

専門職の典型と見なされている医療専門職は、生まれた時から亡くなるまで全ての人に必要とされている。そして、専門職である以上、医療従事者は、その絶えず発展する専門知識と共に成長しなければならない。また、発達していく医療技術、看護の専門職、チーム医療の普及、伝統的な意味における「治療」ではない「癒し・緩和」の専門家の登場、などの新しい要素は、医療における人間関係をより一層多様化させた。しかしながら、医療職の権利と義務には、特定の時代や文化の範囲を超えた、普遍的な部分もあり、それらが、医療従事者-患者関係を基礎づけている。

⁹ 同上, 227-232 頁参照.

第二節 「患者」に関する各種課題

2.1 「患者の権利」について

欧米における医療職の専門職化の過程を見ると、資格試験や法律などによって専門職化される以前、医療職には、統一的な規制がかけられていなかった。医療者らは、各種医療職グループによって発表された、様々な綱領や宣言を主な行動基準としていた。しかしながら、「ヒポクラテスの誓い」を含めたそれらの綱領や宣言のほとんどは、医療者が患者に「恩恵」を与えることや、患者を「害」から守ることに焦点を当てていた。したがって、それらの綱領や宣言は、医療職の行為を規制するためには、ある程度有効であるが、「医療行為」という、医療者と患者との相互協力なしでは成り立たない相互行為において、患者を受け身の立場に位置付けていたのである。患者が治療を通じて得られる結果も、治療方針の正当性も、すべて医療者の道徳心によって左右されていた。そのうえ、ヨーロッパでは、医療者は、元から聖職者的な性格を帯びていたゆえ、すべての市民に医療を受ける権利があることや、患者が一方的に医療者の言うことに従うことは、むしろ当然であった。それに対して、個人の権利と自由が重要視されているアメリカでは、保険制度などによって規定されたような「医療を受ける権利」ではなく、個人が医療を受ける際に行使しうる権利の方に、ヨーロッパ諸国よりも先に、焦点が当てられてきた。なぜならば、従来のパターンリズムに基づく医療には、患者の人権が侵害される可能性があったからである。

このような状況を受け、1969年から、患者の権利の項目について、米国病院協会（American Hospital Association: AHA）および米国外科医師協会の構成員からなる私的かつ自発的な認定組織——病院認定合同委員会（Joint Commission on Accreditation of Hospitals: JCAH）と、1960年代の人権活動家らによって生み出された、草の根消費者団体の一つである全国社会福祉権利協会との交渉が、繰り返された。交渉の結果、AHAは1972年の終わりに、「伝統的な医師・患者関係は新たな局面に突入し、ケアは組織的な構造の中で提供され…施設自身も患者に対する責任を負う」¹⁰ という前提で患者の権利の項目を採択し、『患者の権利章

¹⁰ 同上, 722頁.

典』を公表した。『患者の権利章典』は、患者の以下の権利について注意喚起している。

- (1) 人格を尊重するケアを受ける権利。
- (2) 自身の診断・治療・予後、および自身のケアを調整する責任を持つ医療者が誰なのか、などについての最新の医療情報を知る権利。
- (3) 医学上の重大なリスクや、治療法の代替策などの、インフォームド・コンセントのために必要な情報を知る権利。
- (4) 法律が許す範囲内で、治療を拒否する権利。
- (5) プライバシーに関する権利。
- (6) 秘密保持を要求する権利。
- (7) (症例の緊急度に応じての) 評価・他の医療者への紹介・転院などのサービスを、要求する権利。
- (8) 自身のケアに関係する他の保健施設・専門職種に関する情報を知る権利。
- (9) 人体実験などの研究計画への参加を拒否する権利。
- (10) ケアの合理的な継続性および診療予約に関する情報を知る権利。
- (11) 料金についての点検と説明を要求する権利。
- (12) 自身の、患者としての行動に適用される病院の規則について知らせる権利。¹¹

砂原茂一は『医者と患者と病院と』において、上述の『患者の権利章典』の内容に見受けられるような、医師に課せられる課題について、以下の四つの面から考察を行った。

① 医療責任の明確化。かつての医学は、一つの有機体としての人間を研究対象と見なしてきたが、そうした研究方法では、得られる情報には限界がある。近代自然科学と同様に、医学は、人体を臓器レベル、一本一本の神経レベル、一個一個の細胞レベルまで分解し、それぞれ研究する、という方法によって、その知

¹¹ 砂原茂一『医者と患者と病院と』岩波書店、1983年、150-151頁参照。

識の殿堂を築き上げた。医学が細分化された結果、すべての医学知識を身につけられるような医師は、存在しなくなった。こうして、医療は、ひとりの医師だけでは担えなくなった。医療の効率を向上させるためには、医療に関わる実務を専門職化し、各専門医の責任や、各医療職種の役割を明確にする必要がある。この「必要」に応じて生まれてきたのが、a. 医療における専門分化、およびb. チーム医療である。

「a.医療における専門分化」は、医療の効率を向上させることに成功したが、医療を「部品修理」のようにしてしまった。診療科が極めて細分化された結果、病院へ行く前に、患者はまず、あたかも「どの部品を修理するか」と考えるかのように、自身の症状を自ら「診断」してから行かなければならなくなった。各専門医は、自身の専門知識に基づき、治療法を患者に提示しなければならないが、「どちらとも言えない」というような病気もあるため、患者が、複数の専門医の間に「挟まれる」可能性がある。例えば、魚の骨が「喉」に引っかかったという患者がいるとすれば、その魚の骨は、食道（消化器）にある可能性もあれば、気管（呼吸器）にある可能性もある。どちらとも言えない場合、患者は、複数の診療科の間の往復を繰り返さざるを得ない結果になる。医師が病因を特定し、治療法を提示した場合、提示された治療法には、実は患者の意思は、含まれていないのである。なぜならば、その医師の専門によって、医師にとっての「最適」や、「得意分野」が異なってくるからである。患者が病院に行った場合、内科に行けば、薬をもらうだけで済むかもしれないが、外科に行けば、場合によっては手術を余儀無くされる可能性がある。どちらも、必ずしも間違いとは言えないし、どちらが最適かとも、必ずしも言えないが、いずれにせよ、患者の立場からではなく、専門技術的な立場のみに基づいて治療法を定めるのは、それほど望ましいことではない。したがって、砂原は、患者の病状を総合的に判断できる一般医と専門医、および専門医の間の連絡・協力を緊密化することが重要な課題だと強調した。¹²

医療における分化は、医者専門において起こっただけではなく、診療機関や

¹² 同上, 73-75 頁参照.

病院相互の間、および「医療関係職種」の間でも起こった。「b.チーム医療」は、「医療過程への参入者の増加」を意味するが、このことによって医療責任が分散されたという、チーム医療の「弱点」も見落としてはいけない。アメリカでは、新たな医療専門職が、必要に応じて、どんどん作られてきた。理学療法士、作業療法士などのリハビリテーション医療の専門家を含めた医療関係職種は、1980年代の時点では、すでに24種にのぼっていた。しかも、この24種の中には、伝統的な職種——看護師や薬剤師など——が含まれていないし、ソーシャル・ワーカーや臨床心理士なども含まれていない。治療がスムーズに進展するように、各専門職は、チームとして良い結果を出さなければならない。そのために、各専門職は、それぞれの専門技術を訓練するとともに、チームの一員としての自覚を持たなければならない。そして医師は、医療チームをまとめる責任者としての自覚を持たなければならない。さもなければ、特に医師は、「一匹狼」になりやすく、チーム医療が成立しなくなるからである。¹³

② プライバシーの尊重。上述のように、医療の分業化により、一人の患者は、数人の医療関係者にかかわることになる。その結果、従来のプライバシー観念が通用しなくなり、医師は、患者の個人情報をも、数人もの医療従事者の間で、共有せざるを得なくなってしまう。利益のために患者の個人情報を利用しようとする医療関係者は、以前から少なくなかったが、患者の個人情報を共有する人数の増加によって、プライバシー侵害の可能性は、さらに高まったと言っても過言ではない。したがって、医療者、特に医者への自戒が、いっそう強く要求されている。¹⁴

③ 真実の告知(=情報公開)。医療は、患者のために行われなければならない。それゆえ、患者には、自身の治療に関する情報を知る権利があることは、当然である。しかし、患者に洗いざらい打ち明けることを医療者に強要するのは、現実的に困難である。また、素人の患者にとっては、現代医学における治療内容が、理解しにくいこともあると考えられる。そのため、情報公開は、「建前」になりがちであり、形式上にとどまる恐れがある。また、患者の意思決定の権利を保障

¹³ 同上, 79-84 頁参照.

¹⁴ 同上, 154 頁参照.

するために、新薬、新しい医療技術、治療法の応用などに関しては、期待できる効果や、予測しうる結果を、患者に告知しておかなくてはならない。しかし、注意すべきなのは、心と体とは、互いに影響を与え合うものだという点である。命にかかわる病気ともなれば、患者によっては、真実を告知されると不安や悲観的になる場合もあれば、逆に積極的になる場合もある。ゆえに、③は、医療者に、死と死に行く患者への自らの視座の確立を要求している。¹⁵

④ 知らされた（＝よく説明された）上の同意（informed consent）。医学は、厳密科学ではないため、不確かな要素が多く含まれている。ゆえに、治療を受ける際、患者は、医療行為およびその行為に伴っているリスクなどを詳しく知らされた上で、意思決定しなければならない。どんな決定であろうと、それに伴う責任は、患者が負うことになる。医療者の立場から見ると、この原則は、患者の意思決定を尊重するために採用されたものだとしても、患者側は、それを、医療者が医療における責任を回避するために取る手段と見なす可能性がある。インフォームド・コンセントは、患者への権利侵害が起こらないように提示された手続きであるが、医療者への信頼が失われる原因の一つになりかねない。¹⁶

「患者の権利」を明確化する試みは、患者の治療法に関する意思決定が、尊重されるようになった証である。『患者の権利章典』以外にも、患者の医療に関する権利をめぐる様々な提案がある。また、精神障害者の権利、死ぬ権利などが問題視され、患者の権利も多様化してきた。今なお様々な課題が残っているが、「患者の権利」の重視は、西洋医学における医療従事者-患者関係を、従来のパターンリズムの時代から、インフォームド・コンセントの時代へと転換させた。しかしながら、実際の医療現場では、個々の患者は、独自の利益衡量を持っているが、専門的知識を持っていないゆえ、如何に患者の価値観や選好を尊重しながら治療を施すかが、問題となっている。この問題を解決するためには、医療チームのリーダーとしての医師は、患者の病状を総合的に判断し、病気の原因や進行を、患者にもわかるように説明し、十分な理解を得たうえで、患者の最良の自己決定を引き出すように、努めていかなければならない。

¹⁵ 同上, 159-164 頁参照.

¹⁶ 同上, 167-172 頁参照.

2.2 「ひとりの人間」としての患者

世間一般の認識から見ると、患者とは、「病気」を患っている人間である。一般人は通常、「病気」になって初めて病院に行き、医療との関わりを持つようになり、医療の対象である患者になる。砂原は、「病気」を以下の三つの側面から定義している。すなわち、① 病 (illness)、② 疾患 (disease)、③ 社会的役割の低下¹⁷ である。

①の「病」というのは、患者の身体的または精神的な苦しみや悩みなど、患者が日常生活の中で感じた非日常的な「違和感」と言っても良いが、それは、必ずしも医学的な意味における「疾患」とは限らない。一方、②の「疾患」というのは、医学的カテゴリーとしての病気であり、患者の「違和感」が、顕微鏡や心電図などの医療技術によって調べられた結果、一定の病名をつけられた状態である。¹⁸

以上の二点は、「病気になること」を、患者の主観的感覚と医療者の客観的診断との二つの側面からそれぞれ説明しているが、この二つの側面のどちらも「病気」を、社会や、患者の周囲から切り離していると言えよう。しかし、砂原が述べたように、「人間は一人で孤立して存在しているわけではなく、個体を取りまく自然環境および社会環境との関わりの中で生活している」¹⁹。病気にかかった結果、人間は、家族の一員として、社会の一員として、その役割行動が、制約されてしまうことになる。患者は、身体や精神的状態の変化に止まらず、身分の変化も経験せざるを得ない。したがって、病気になることは、単に個体の状態の変化だけではなく、患者の社会的役割の変化も意味している。²⁰

ところが、前節においても少し触れたが、実際の臨床場面では、患者は、自らの主観的感覚、すなわち「違和感」を、医療者の客観的診断、すなわち「病名」と結び付けることがなかなか難しいと考えられる。その上、医療技術の発展によって、原因や病状が解明できなかった病気が、学問として体系的に解析できるようになり、新しい病名は増える一方である。さらに、軽い症状が、実は想像した

¹⁷ 同上, 9 頁.

¹⁸ 同上, 9 頁参照.

¹⁹ 同上, 10 頁.

²⁰ 同上, 8-12 頁参照.

以上に重い病気の兆候であることも、稀ではない。例えば、お腹が痛いから病院に行って、検査をしたところ、ガンが見つかったというようなケースは、おそらく誰でも耳にしたことがあるであろう。

逆の場合もあると考えられる。例えば、自分のふくらはぎに異常な腫れがあるのに気づき、その腫れたところを触ると痛む人がいるとしよう。その人は、ネットや手元の資料で調べた結果、その腫れがもしかしたら、なんらかのガンの兆候かもしれないと思い、心配で病院に行く可能性がある。わざわざ早起きして病院で長い列に並んで、ようやく医師のところまでたどり着いた「患者」に対して、医師は、「ちょっと触ってみた」だけで、「ただの気のせいだ」という結論を出し、診察の終わりを告げる。「触っただけ」で治療費を払って帰るしかない「患者」にとっての「違和感」が、医師の診断によって解消されたのならば、治療の目的は、達成したと言えよう。しかし、精密検査を受けるつもりで行った「患者」が、その医師の診断を信用できず、医師のことを「ヤブ医者」と勝手に断定する場合、その「患者」は、心理的な「違和感」を感じ続けることになる。この場合、治療の目的は、果たして達成したと言えるかは疑わしい。さらに、患者が、精密検査を受けたとしても、診断の結果になんら変化が生じない場合も考えられる。何事もなかったのにもかかわらず、検査費用を支払わなければならない「患者」の立場から見ると、医師の目的は、治癒ではなく、金儲けに見えてしまうことは、想像に難くないのである。

砂原は、現代医学の進歩が、本来信頼関係によって結びつけられているはずの医師と患者との間に、「不信感」が生じた原因の一つとして考えられると述べている。現代医学の進歩によって、「疾患」だけに注目し、「病」、すなわち患者が感じた「違和感」を、医学的用語で解釈しようとしたり、あるいは放置したりする医師が増えているかのように見える。しかし、医師のそのような「配慮不足」には、チーム医療や分科診療などの背景がある。実際、現代医学が進歩を遂げたのも、同情や共感などの主観的感情を抑えながら、病気を患者から分離し、単なる一種の「自然現象」として客観的立場から取り扱う医師が登場したからであることは、否定できない。

さらに、日本には、「医学」を「医療」と区別して考える傾向が存在している。2007年に出版された『日本の生命倫理・回顧と展望』という論文集に収録された論文「医師・患者関係の変遷」には、次の記述がある。

医師は、「医学」者としての医師、「医療」者としての医師の二つの自分を常に分けて考える必要がある。医学は「科学」だが、医療は「技術」である。科学は「真」を目指し、技術は「善」を目指すものである。科学においては、真実の解明自身が目的であり、特に自然科学の場合には解明される事実そのものは善悪性を持たない。また真実解明という目的を達成するための手段を問うことはなく、また解明のための動機も問わない。興味本位の好奇心が動機でも、お金儲けが動機でも、得られた事実が本物である限り同等の価値がある。しかし、技術はそれを応用したことが「良い」結果をもたらさなければ、存在価値がない。つまり技術にはよい効用という目的と、その目的の善悪を決める基準、つまり倫理が必要となる。²¹

この論文の筆者である桑和彦は、学生時代の先生が主張した「医療と医学は異なる」という言葉を受け、上述の解説を加えたわけだが、砂原は、このように考える傾向は、医学の本質から離れていると強調している。なぜならば、今日に至っても、ほぼ全ての医療行為には、不確実な要素があり、医学は、厳密な科学とは言えないからである。その上、科学的な研究は、それ自身の成功や進展が目的であるが、医学研究の対象は人間であり、研究によって得られた結果の良否は、患者の生死に関わっている。「医療」において、「医学」がもたらす結果を直接受け止めるのは、患者であるゆえに、科学としての「医学」を、技術としての「医療」と分けて考えると、「ひとりの人間」としての患者が、軽視されかねないのである。

病気をひとりの人間としての患者から切り離して考えることは、確かに診断

²¹ 桑和彦「医師・患者関係の変遷」『日本の生命倫理・回顧と展望』九州大学出版会, 2007年, 65頁.

の客観性がある程度保証できる。しかしながら、砂原が述べたように、「医学は病気に悩む人間をケアし、助けるための学問であり、技術でもある」²²。現代社会では、「非日常」である「病」によって悩まされる人々は、自分の家族や友人との繋がりだけでなく、以前の時代よりも多くの社会的役割を持っている。ゆえに、日常的に多数の患者と接する医療者は、「疾患」へのケアをするだけでなく、「病」へのケアおよび社会的役割の回復への配慮をすることが、重要性を増していると思われる。

²² 『医者と患者と病院と』, 58 頁.

第三節 「医療従事者-患者関係」について

3.1 「治療」に基づく人間関係としての医療従事者-患者関係

医療従事者-患者関係は、「専門家-依頼者関係」の一種であり、その基礎となるのは、「治療関係」だと考えられる。『生命倫理百科事典』によれば、治療関係とは、ひとり人間（患者）と、別の個人ないしグループ（治療者）の間に、患者が患っている病気を治したり、その苦痛から解放したりすることを目的に確立された、「治療上の絆」である。歴史的観点から見ると、治療関係は、古くから存在しており、主に以下の四つの形態を取ってきた。すなわち、① 自発的あるいは本能的形態、② 呪術-宗教的形態、③ 経験的形態、そして④ 科学的形態である。

①の自発的あるいは本能的形態の例として、例えば、熱で苦しんでいる子供を、母親が抱っこして寒気から守る行為などが挙げられる。一方、②の「呪術-宗教的」治療関係では、治療師も患者も、治癒とは、「超自然的」行為、または「神の力」によってもたらされたものだとして信じている。²³

未開社会では、先人の積み重ねによって体系化された「医」の知識もなければ、近代医学の知識もなかったため、人間にとって、疾病は、未知のものであり、主に「何かにかかった」「何かに取り憑かれた」と解釈されていたと推測できる。ゆえに、特別な能力の持ち主、特に重い疾病から自ら回復できた者は、呪術医として選ばれ、修業を経て、治癒家の役割を果たしていた。部族全体が信仰している神の体系において、神と人間との仲介者と見なされていた呪術医は、なんらかの儀式や舞踊を通じ、「靈魂」に呼びかけたり、薬草を使用したり、またはいくつかの方法を同時に使ったりして、「邪気」にかかって病に至った患者を、「治療」していた。当時の呪術医にできることは、患者の「心」を癒すこと、言い換えれば、精神的な不安や恐怖を緩和することにすぎなかった。そして、たまたま身体的な病が治ったりする原因は、患者自身の回復力の働き以外には、「邪気」を払うことによって、患者が他人の軽蔑の目から守られ、患者の家族が、看病を怖がらずに済んだからだとも考えられる。²⁴

²³ 『生命倫理百科事典（第3版）』, 1992 頁参照。

²⁴ 吉松和哉『医者と患者』岩波書店, 2001 年, 8 頁参照

さらに、③の「経験的」形態とは、ある治療法に特別な治癒を起こす性質があるのはなぜかを問わないまま、その治療法が、同様な症例でもなんらかの役に立ったため、それを活用することである。例えば、中国の伝統的な医学は、この類に入ると考えられる。厳格な意味での科学的根拠はなかったが、医学における重大な発見は、治療的経験主義に負っている。²⁵

厳格な意味での科学的治療は、紀元前 5 世紀のギリシアで始まった。ギリシア時代では、科学的かつ効果的な「知」が、「自発的あるいは本能的な」治療関係の技術的基礎となり、医療技術の概念が現れた。古代医学の四大治療法は、食事療法、薬物療法、手術、および小規模ではあるが「心理療法」だと言われている。この時期の診断活動（医療行為）は、次の三つの部分から成り立っていた。

- a. 病気の原因は、打ち勝てない「必然の原因」（年齢、先天的な疾病や欠陥などが考えられる）か、それとも「制御可能な偶然」（感染症、食中毒などが考えられる）かを見出し、患者の悩みの種類、およびその遠因または近因を特定し、これらに依拠して予後を予測する。
- b. 一連の診察手段によって、患者の身体を調べる。
- c. 十分な帰納的理由を付ける。²⁶

中世になると、キリスト教徒が、古代ギリシアの医学思想を受け継ぎ、発展させた。修道院で行われた治療は、技術面においては、それほどの進展はなかったが、キリスト教的慈善と医術を、どのように調和させるかが、新たな問題となった。この問題は、すなわち「聖書」と「科学」との間の調和の問題である。15 世紀前後の医療は、キリスト教の医師によって行われていたが、近代自然科学的な思考方法が広まり、医学は、応用的自然科学と見なされるようになった。このことによって、治療法の効果を実験で証明することが要求されるようになった。また、人間の力によって自然現象に影響を及ぼせることが認識されるようになるとともに、効果が証明された治療法の数の増加や、治療範囲の拡大が求められる

²⁵ 『生命倫理百科事典（第3版）』, 1992 頁参照。

²⁶ 同上, 1992-1993 参照。

ようになった。こうした科学的な考えが盛んになり、探究心や創意に富む医師が増えたゆえ、医師はもはや、自分自身を「神の協力者」や「医の技で自然に仕える召使い」として見なさなくなった。同時に、伝統的な治療法が持っていると言われた「治癒力」に対する不信感も、増大していった。²⁷

19世紀から20世紀にかけて、ヨーロッパでは、累進的な速さで進んだ社会の世俗化によって、人々の行動様式に変化が生じた。「知識階級」や「貴族階級」、さらに、19世紀後半に現れた「無産階級」などの階級の区別が、認識されるようになった。その結果、患者が医学的ケアを受ける場は主に、慈善病院（貧困者や無産階級のための医療の場）、患者の自宅（中産階級のための医療の場）、開業医の診察室（金持ちのための医療の場）となった。このようにケアを受ける場は増えたが、医療資源は、今に比べれば遥かに不均衡であったため、政治社会のおよび臨床の側面から、抵抗が起こってきた。この抵抗へ、科学的医学が対応した結果、医学はさらなる世俗化を遂げ、心理療法などの医学的成果も増加したが、もっとも重要なのは、個人の「医療ケアを受ける権利」への目覚めだといえよう。

28

以上、医学がまだ学問として未熟な時代における治療関係を、振り返った。この治療関係には、呪術や経験的な要素が含まれているため、現代医学における「医療行為」として考えられるかは疑問である。現代では、医療技術が進展していくのに連れ、医療の目的は、「生命の保持」や「健康」だけではまとめられなくなり、医療従事者と患者との関係も、より複雑になってきた。しかし、形態がどのようなであれ、医療関係者-患者関係の基礎となるのは「治療関係」、すなわち「医療行為」に基づいた関係であることには、変わりがないと思われる。したがって、今日の、現代医学によって支えられている医療現場における医療従事者-患者関係の在り方を解明するためには、まず、医療従事者と患者を結びつける「絆」である医療行為が目指している目標（医療行為の目的）、およびその目標にどのように近づくか（医療行為のプロセス）について考える必要があると思われる。

²⁷ 同上, 1994-1995 頁参照.

²⁸ 同上, 1996-1999 頁参照.

3.2 「共同行為」としての「医療行為」

清水哲郎は、『医療現場に臨む哲学』において、医療行為について、以下のよう述べている。「医療行為はある人（患者）を相手とした行為であり、つまりその人のために、その人に対してなされるものである」²⁹。そのような行為は、働きかける側から働きかけられる側への一方的行為ではあり得ず、両者の共同行為となる。彼によれば、この「共同行為」としての医療行為を、行為の目的、および行為のプロセス、という二つの座標軸から分析することが可能である。医療行為の目的というのは、すなわち、医療行為を通して得たい結果である。それに対して、医療行為のプロセスは、医療行為の目的を達成するためのやり方である。³⁰ 以下の二節において、「医療行為の目的」および「医療行為のプロセス」について、それぞれ考察を行う。

3.2.1 医療行為の目的について

従来、医療行為の目的は、「健康」または「回復」とされてきた。ゆえに、医療行為への評価は、結果として患者の健康を達成するかどうかによって決定されてきた。しかし、もはや健康の回復が望めない患者の場合、医療行為の目的は、一体何になるのかという問いについても、我々は、考えなければならない。回復が望める患者と、回復が望めない患者にとっての医療行為の目的を、どちらも概括できるように、「医療はその対象（患者）が良くあること（the patient's well-being）を目的とする」³¹ とまとめれば、もっとも無難だと言えよう。

清水によれば、この場合の「良くある」ことを、二つの側面から評価することが可能である。すなわち、患者が置かれた状態についての評価（よい状態）、および患者が置かれた状態でいかに生きているかについての評価（よく生きる）である。

「よい状態」とは、「生が置かれている状態についての評価」³² であり、ここ

²⁹ 清水哲郎『医療現場に臨む哲学』勁草書房、1997年、70頁。

³⁰ 同上、21-22頁参照。

³¹ 同上、25頁。

³² 同上、27頁。

での「よい」には、「その状態の中で生きれば満足する」³³ という意味が含まれている。一方、「よく生きる」ことは、二つの場合に区別することができる。一つ目は、宗教家や哲学者が、「よく生きる」ことや、幸福などについて議論する場合、または我々が、「他人の生」について議論する場合である。この場合では、「よく生きることとは何だろうか」という問いへの答えは、評価される対象が、置かれている状態に対して、どのような姿勢で対応しているかについて、傍観者の立場から見て得られるものとなる。これらの議論は、すべての人に受け入れられているわけではないゆえ、評価される対象、すなわち本人の意見が含まれていない可能性がある。それに対して、二つ目は、「充実した生を送っている」を「よく生きる」と考える場合である。「充実した生」には、評価する本人が「これによしとする」、または、「置かれた環境が与えるチャンスを十分に活用していろいろなことをしてきた」といった意味が含まれているゆえ、評価の基準は、その本人の人生観・価値観となる。したがって、このような場合の「よい」は、「充実した生」を「よい生」として考える本人の満足の表明にほかならないのである。

34

さらに、人が、どのような状態に置かれて生きているかを問題にする際には、QOL (quality of life) —— 「生の質」という言葉が、しばしば使用されている。清水によれば、医療行為の目的には、QOL の総和を向上させることが含まれている。³⁵ そして、医療の場における QOL の評価対象に当たる環境や要素は、以下の四つがある。すなわち、① 身体環境：身体活動の可能性、身体的情態（感じ）、精神機能の状況、② 意識環境：心の状態、自己状況の把握、③ 医療環境：医療設備、医療の日常運営、個別の医療の進め方（患者から見た医療者との関係・コミュニケーション、治療方針の選択への参加——インフォームド・コンセント）、④ 人生環境一般：人間関係、経済状態・仕事・趣味など、の四つである。

36

しかし、以上の諸環境や諸要素は、あらゆる医療活動において、常に注目され

³³ 同上, 27 頁.

³⁴ 同上, 25-26 頁参照.

³⁵ 同上, 28 頁参照.

³⁶ 同上, 52-58 頁参照.

なければならないというわけではない。患者の状態、医療活動が行われる場面、治療へ参加する医療職の種類を含めた医療活動の内容の差異によって、QOL の評価対象の範囲は異なっている。ゆえに、その範囲を超えた評価をする必要はない。例えば、抗がん剤による治療の過程においては、単に治療効果から評価すると、抗がん剤の投与に伴う苦痛や不自由などが無視されかねないゆえ、QOL 評価がなされるようになったが、こうした QOL の場合には、評価の中心は、患者の身体環境となっている。なぜならば、この場合の評価の目的は、投与中の患者の苦痛がなるべく軽減されるような薬剤の開発を促すことにあるからである。それに対して、予防医学の場合では、医療施設のみならず、特定の範囲の社会環境も、医療環境として、QOL 評価の対象になりうる。さらに、患者の家庭や、宗教などが QOL 評価に影響を与える可能性もある。³⁷

以上、QOL についての清水の見解をまとめた。「よい状態」および「よい生」に関する彼の見解から見ると、医療が患者の「よい生」のためにできるのは、基本的に、「よい状態」を提供することや、「充実した生」を送りたい人のために、環境を整えることなどである。その過程においては、「真の幸福とは何か」を追究する必要がないということは、認められなくてはならない。なぜならば、医療が提供すべきものは、あくまでも整えられた「環境」であり、患者の生に対する「決めつけ」ではないからである。さらに、患者の QOL の総和を向上させる、という「医療行為の目的」を果たすためには、各種の医療専門家、および医療環境を整えるためのその他の専門家は、医療活動が行われる場面に応じ、患者の今後の人生にとっての「良い環境」を、如何にすれば提供できるか、また治療中の患者が、どれほど「人間らしく」過ごせるか、といった問題を考慮に入れるようにしなければならない。これらのことも、疾病だけではなく、「ひとりの人間」としての患者の人生全体を考えた医療を目指すための鍵となりうると思われる。

³⁷ 同上, 60-62 頁参照.

3.2.2 医療行為のプロセスについて

清水は、医療行為を、医療者と患者がともに参加しなければならない、「共同行為」として考えている。しかしながら、医療者との医学知識における差や、病気の深刻さによっては、患者には、必ずしも共同行為の担い手としての対応能力があるとは限らない。ことに重い病気に直面し、不安を抱えたり、精神的に不安定になっていたりする患者の場合、本来の対応能力を保つことさえできなくなる恐れがある。したがって、医療者は常に、患者が医学知識を欠いているということを理解し、「ひとりの人間としての患者」をそのまま受容し、支えなければならない。「受容する」「支える」というのは、医療者が患者の傍らで、コミュニケーションを保ち続けることを指している。コミュニケーションのプロセスは、「互いに向き合う」ことと、「共に同じものに向かう」ことを、医療者と患者が、相互交替で行う過程でもある。共同行為の参加者、すなわち、医療者や医療チーム、および患者やその家族が、① 行為の目的、実施方法などを含めた行為全体について理解し、② その行為全体に合意したうえで、③ それぞれの分担を、協力し合いながら果たす、という結果になることが、コミュニケーションの効果として期待されうる。患者は、①と②に当たるインフォームド・コンセントによって、医療行為の共同参加者となり、闘病を、医療行為において、自身に分担された役割として把握することになる。³⁸

医療従事者-患者関係の在り方は、医療従事者と患者が、共同行為としての医療行為において、それぞれどのような立場にいるかによって決められる。患者が、医師の善意と技術を完全に信頼し、医師の指示に一方的に従うという、従来のパターンリズム型医療従事者-患者関係では、医師が、「父親」の立場から、「子」である患者を指導することになっている。このような関係では、たとえ患者が強く望んでいても、医療者は、父親のごとく、「子のためにならない」ことはしないし、また、必要と考えたことを、強引に実行する可能性もある。したがって、患者はまるで、「まな板の上の鯉」であるかのように、自身の治療過程や結果に対して責任を負わない一方、自らの意志によって選択・拒

³⁸ 同上, 71-72 頁参照.

否などをする権利も持たないことになる。よって、患者の人権への侵害が、起こりかねない。パターナリズムへの反省から、治療方針に関する患者の自己決定権が、重要視されるようになった。その結果、医療者は、患者の「注文」に忠実に応えるような、単なる「技術者」の立場を取るべきだという考え方が、現れるかもしれない。例えば、医師の場合で言えば、医師は、治療法を「メニュー」のように患者に提示し、患者は、提示された治療法の中から自己責任で選択する。そして医師は、患者の「指示」に従えば良いのである。言うまでもないが、このような関係には、パターナリズムと共通した問題がある。すなわち、医療者（または医療チーム）あるいは患者（またはその家族）のどちらか一方に、治療行為におけるすべての責任を負わせているという問題である。³⁹

また、治療方針に関する決定がもたらす責任を、あたかも国境線を引くかのように分け、医療者と患者は、それぞれの責任のみ果たせば良い、というような考え方もしばしば見られる。例えば、1990年、生命倫理懇談会⁴⁰によって提起された、「医師の裁量権と患者の自己決定権の双方を認め、両者の権限の境界線を明確にする」⁴¹ といった考え方が挙げられる。具体的に言うと、治療方針において、その選択の範囲、いわば「メニュー」を限定する権限は医師にあり、その中から選ぶ権限は患者にあるということになるが、この場合に行われているのは、「ここからここまでは医師がする」「ここからここまでは患者がする」という「分業」である。こうした考え方は、一見好ましく見えるが、あくまでも法的調停の論理から出てきたものであり、医療者と患者の立場を対立させることになる。それゆえ、「共同行為」の「初心」に反しているのである。なぜならば、「医療行為は共同行為である」という主張は、医療者と患者が、ともに治療方針の決定へ参加することを目指しているが、「分業」という考えは、医療者の治療における自主権を制限してしまう恐れがあるからである。患者の意思が、そのまま治療方針になると、医療者は、患者が取りうる選択肢を想定したうえで、選択の範囲を提示する可能性がある。例えば、患者が

³⁹ 同上, 73-74 頁参照。

⁴⁰ 1980年代、日本医師会の主導で設けられた、法律、医学、哲学、人類学、生化学、経済学などの専門家から構成される学際的な組織。第二章・第三節において詳しく説明する。

⁴¹ 『医療現場に臨む哲学』, 74 頁。

延命治療を拒否することが予想されるため、そもそも拒否するという選択肢を与えない医師も現れると考えられる。一方、このような医療従事者-患者関係が成立すると、患者が選択したことを、医療者は、必ず遂行しなければならない。例えば、実際の医療現場では、延命治療への拒否を選択肢として与えられた患者が、もし拒否権を行使すると決めたとしても、医療者が、その「拒否」に伴う責任と結果を顧みることなく、黙って患者の決定に従うとは、考えられない。したがって、医師は、「患者の意思表示に同意し、この場合はこの処置をしよう」⁴² という考えに基づいて、行動しなければならないのである。

43

清水は、医療従事者と患者との関係を、「信頼し合いながら協力する関係」として考えているがゆえに、医療者と患者は、治療方針に関する決定を分担して行うのではなく、その決定に、ともに参加すべきだと主張している。すなわち、医療行為は、医療者と患者との共同の決定・合意によってなされるべきである。彼によれば、こうした「べきである」のような倫理的発言には、「そうしなければ、患者が医療者と対等の人間として扱われていない」という意味が含まれており、「決定に到る過程（process of shared decision-making）が、両者の誠実なコミュニケーションのプロセスであってこそ、人間として対等である者同士の関係といえる」⁴⁴。医療者には、病気の進行および治療法に関する専門的知識があるのに対して、患者には、自らの人生の現状や将来の目標に関する情報・判断・設計図がある。両者は、互いに情報を提供し合い、その時点の「最適」とは何かを、合意のうえで決定することが望ましい。患者は、こうして決定に参加することによって、医療行為の主体的参加者になる。医療チームの構成員は、患者と対等の立場で治療方針の選択に参加し、患者の意思について納得・同意・尊重したうえで、チームの一員として各自の役割分担を主体的に果たす。こうすることによってのみ、医療行為は、医療者と患者との「共同」のものとなりうるのである。⁴⁵

⁴² 同上, 75 頁.

⁴³ 同上, 74-76 頁参照.

⁴⁴ 同上, 76 頁.

⁴⁵ 同上, 76-77 頁参照.

治療に関する決定は、合意によってなされることがもっとも望ましいが、合意による決定が困難である状況も考えられる。そのような状況を、以下の二種類に分けて考えることができる。一つ目は、病状の進行や当事者能力によって、患者の意思表示が不明確な場合、または人生観や信念を含めた患者の立場から想像すると、その意思表示が、必ずしも適切だとは言えない場合である。二つ目は、当事者能力のある患者ないし患者の代理人が、医療者の能力を超えるような措置を要求したり、治療上必要であると医療者によって判断されたような措置を、拒否したりする場合である。これらのような状況に直面した際には、医療者は、コミュニケーションの相手は生身の人間であり、感情を持たない単なる理性的判断主体ではないことに留意すべきである。さらに、当事者能力のある患者や、その家族も、医療者はロボットないし奴隷ではなく、「ひとりの人間」であることを、なるべく念頭におかなければならない。なぜならば、患者に自己決定権があるのと同様に、医療者にも、行為を実行に移すか否かについて選択する権利があるからである。したがって、医療行為のプロセスは、医療者と患者が、対等の立場でコミュニケーションをしながら治療を行うという形で、進められなければならない。そして、万が一実際に治療上の必要に応じて、患者の意思表示に反した措置、または患者の気持ちに配慮してなんらかの「欺瞞」をした場合、医療者は、「これは患者のためにやった」と、自らを患者より道徳的に優越した立場においたり、「これは法的に問題がないし、正しい」と、自分の決断を正当化したりするのではなく、むしろ「患者の気持ちに沿えなくて悪かったが、私としては仕方がなかった」という思いを抱えつつも、そのような「仕方がない」の再発を防止するために、今後の医療活動で絶えず努力し続けなければならないのである。⁴⁶

医療行為の目的——患者の QOL の総和を向上させることを果たすために、医療チームは、患者の傍らで支える姿勢を取らなければならないが、両者は、あくまで対等の立場でなければならない。さらに、医療環境を含めた社会環境がより開かれた現代では、医療者は、様々な文化・宗教・家庭などの背景を持

⁴⁶ 同上, 84-90 頁参照.

つ患者に遭遇する可能性がある。それらの背景によって、コミュニケーションを取る方法が異なってくる。ゆえに、医療現場で実際に患者と接する際には、医療チームは、患者に治療方針について一方的に理解させようとするのではなく、「生身の人間」である患者を受容し、理解したうえで、特定の治療方針を提示した理由について患者に理解してもらおう姿勢が重要だと思われる。

3.3 医療従事者-患者関係における基本的な倫理原理

清水が述べたように、我々は、「医療行為の目標は…であるべきだ」や、「医療行為のプロセスにおいて…を注意すべきだ」といったことについて規定しようとする際には、いくつかの倫理的な規則を得ることが可能である。「医療行為」は、医療従事者と患者を結びつける「共同行為」であるゆえ、これらの規則に裏付けを与えるのは、医療従事者-患者関係における基本的な倫理原理に当たるものだと考えられる。今まで、医療に関する倫理原理や医療従事者-患者関係における倫理規則について、様々な議論がなされてきた。中でも、トム・ビーチャムらによる① 自律尊重、② 無危害、③ 仁恵、④ 正義、という四つの医療倫理原理⁴⁷ がもっとも代表的である。以下において、これらの原理を簡単に要約し、医療従事者-患者関係という枠組みの中で考察する。

① 自律尊重原理。ビーチャムらは、「自律尊重原理」を、インフォームド・コンセント、インフォームド・リフューザル (informed refusal)、およびその他の意思決定を考察するための原理として見なしている。「自律尊重原理」は、医療や研究において同意を求める際に、患者や被験者による自律的な選択を保護すること、またはその自律的な選択を可能にすることへの関心に由来する原理である。「自律」という単語は、ギリシア語の「autos (自己)」および「nomos (規則、支配または法律)」から成っており、ギリシアの都市国家において、自己支配、または自己統治を表す概念として用いられていた。そして、「自律」は、自己統治、自由権、プライバシー、個人的選択、自己の意思に従う自由、自己の行動を引き起こすこと、そして、自らの人格でいる、といった

⁴⁷ トム・ビーチャム、ジェイムズ・チルドレス『生命医学倫理』(立木教夫・永安幸正訳) 成文堂, 1997年, 13-17頁参照。

様々な観念の集合体として言及されてきた。⁴⁸ 「自律的人間」とは、自由に自己選択し、かつ、情報を得たうえで、自らの計画に基づいて行為できるような人間である。それに対して、自律的でない人間とは、「少なくともある面では他人に支配されていたり、熟慮しえなかつたり、あるいは、自らの計画に基づいて行為しえなかつたりする」⁴⁹ ような人間である。したがって、「自律的な決定」というのは、決定の主体が、情報を得たうえで、他人に影響されず、自らの熟慮に基づいて出した、実行に移しうるような決定である。⁵⁰

「自律尊重原理」は、一般的に、インフォームド・コンセントなどを分析する際に使われる原理とされているゆえ、患者の自己決定権が第一に重要視されてきた。しかし、「自律」の定義からすると、自律尊重においては、患者の、「自らの人格でいる」という権利に対する尊重も求められている。したがって、医療従事者-患者関係における「自律尊重原理」には、医療者は、患者の人格形成に影響を与えてきた文化・家庭などの成長環境に対する理解を示すべきだ、という意味が含まれていることになる。また、意思決定をする際、個人、家族または親族が持つ役割は、文化によって異なっている。そのため、「患者の自己決定を尊重する」ということは、「治療方針に関する決定権を患者と共有する」ことを意味しているが、場合によっては、患者に対応能力があっても、その家族に「真実を告知」しなければならない可能性があることも意味している。さらに、すでに述べたように、真実を告知されてショックを受けたり、病状が悪化したりすることによって、患者は、元の対応能力を失う可能性がある。しかし、このような状況が実際に起こりうることは、「自律尊重原理」を過小評価する理由にはならず、むしろ医療現場でのコミュニケーションを深めることと、患者の意思を確認する仕組み（例えば、眼球の動きによる意思確認など）を絶えず改善することの、原動力になるべきであると思われる。

② 無危害原理。「無危害原理」は、すなわち、「害悪や危害を加えてはならない」という意味であり、医療実践の最初の原理として言及されることが多

⁴⁸ 同上, 79 頁参照.

⁴⁹ 同上, 80 頁.

⁵⁰ 同上, 79 頁参照.

い。この原理は、規則義務論および規則功利主義の理論において認められており、しばしば、社会道德の基礎としてみなされている。無危害原理には、現実的な危害を加えないことと同時に、危害のリスクを負わせないという意味も含まれている。悪意を持って行動したり、危害や危害のリスクを意識したりすることがなくても、無危害原理に違反する場合があると想定できる。一般人が緊急時に行う救急措置を含め、他人にリスクを負わせるような医療行為をする場合には、その医療行為は、法律や道德が規定した「正当なケアの基準」によって正当化されなければならない。医療者の場合、「正当なケア」に関する法的・道德的な基準には、正規の訓練、技術、および勤勉さなどが含まれている。医療者は、これらの基準に沿って行動するように、期待されている。ゆえに、医療者が、医療行為を実践する際に、もしこの期待を裏切るような行動を取ると、過失行為を行なったことになる。それに対して、医療者が専門的なケアの基準を満たしていないことが明らかでない限り、たとえ患者が治療過程において害を受けたり、または、結果として治療が役に立たなかったりするようなことがあっても、医療者の過失や医療過誤には当たらないのである。⁵¹

「無危害原理」は、「二重結果原理」に由来する問題とともに言及されることが多い。ビーチャムらによれば、「二重結果原理」は、「死のような結果をもたらす行為が、必ずしも殺しに反対する規則のような道德的禁止の対象となるわけではない」⁵² という主張を支持するために利用されている。この原理によれば、「ある人の行動における意図した結果と、その行動の、予見されるが意図されざる結果との間には、道德的に意味ある相違が存在する」⁵³。例えば、中絶、安楽死、医師による死の幫助などの場合、罪のない人を殺す行為は、それ自体は誤っているが、もし特定の医療行為の結果として、行為の対象が死亡するような悪い状況になっても、その医療行為自体が——「正当なケアの基準」によって正当化された上で——良い、または少なくとも次善の結果をもたらす意図でなされた行為であつたりするのであれば、容認される可能性があ

⁵¹ 同上, 142-148 頁参照.

⁵² 同上, 150 頁.

⁵³ 同上, 150 頁.

る。⁵⁴

しかし、「無危害原理」は、一見当然のことのように見えるが、実際の医療現場では、医師が、どのような意図を持っていたか、または「正当なケア」の基準に沿って行動していたかは、確認しようと思っても確認できない場合がほとんどである。それゆえ、患者への「危害」をなるべく減らすために、様々な社会的・法的・制度的仕組みが作られてきた。しかし、この原理はやはり、医療者と患者とのコミュニケーション、相互理解、および信頼によって支えられなければならないと思われる。さらに、「無危害原理」には、患者のQOLの総和を向上させることができなくても、少なくとも低下させることを避ける、という意味が含まれているゆえ、「無危害」は、医療者の立場から見た無危害だけではなく、確実に、「医療行為の対象にとっての無危害」でなければならない。したがって、治療方針に関する決定が行われる際に、患者の利益衡量（患者が一時的に利益衡量する能力を失った場合には、代理意思決定者の利益衡量）が、重視されなければならない。また、医療者は、患者にとっての「無危害」を理解した上で、医療技術者から見た「無危害」に当たる治療法をいくつか提示し、患者との相互理解、および相互合意を求めなければならないと思われる。

③ 仁恵原理。道徳は、人を自律的な者として扱い、危害を加えないことだけでなく、その人の幸福に貢献することも要請している。このような、人に利益をもたらす行為は、「仁恵原理」において扱われる。ビーチャムらによれば、危害を加えないことと、利益をもたらすこととの間は、連続的であるため、この両者を完全に区別して議論することはできない。一方、「仁恵原理」には、他者への援助に積極的に踏み出す、という意味が含まれているため、「無危害原理」以上のものを要請することになる。このような要請のもとでは、「重要かつ正当な利益を越えて他人を援助する義務」が擁護されている。さらに、ある行為の可能的有害性および可能的善を考量し、両者のバランスを維持する功利的義務も重要である。したがって、「仁恵原理」には、利益の提

⁵⁴ 同上, 150 頁参照.

供——幸福の増進と同時に危害の防止または除去を含む——を要請する原理と、利益と危害のバランスの維持を要請する原理、という二つの原理がある。

55

しかし、仁恵的に行為することは道徳的かつ高潔な理想ではあるが、道徳的義務ではないと論じる道徳哲学者も現れるようになった。彼らの考えに従えば、仁恵的な行為は称賛に値するが、もし人が仁恵的な行為をしなかったとしても、その人は義務の履行において不道徳的だとは言えない。ゆえに、自明的な積極的仁恵義務は存在しないのである。このような考えを受け、ビーチャムらは、ある人（X）に他人（Y）に対する仁恵義務が発生する条件について、以下のように規定した。

- a. Y は、重大な損失を受けるリスクがある。
- b. この損失を防止するためには、X の行為（X 一人での行為もしくは他者と協力した行為）が必要である。
- c. X の行為（X 一人での行為もしくは他者と協力した行為）は、損失を防止する確率が高い。
- d. X の行為は、X に重大なリスク、負担をもたらさない。
- e. Y が受け取ると期待される利益は、X が被るであろう危害、負担よりも大きい。

なお、X がこれらの条件に付随している関連事項について気づいた場合にのみ、X は Y に対して、明確な仁恵義務を負うことになる。

例えば、泳ぎが不得意な通行人が、人が溺れているところを見かけた場合、自身も溺れるリスクを冒してまで助ける義務を持たないが、少なくとも救助隊に知らせたりなど、自分にできることを何かしなければ、道徳的に責められることになるかもしれない。ただし、その通行人が、人が溺れているのに気づいてない、あるいは、その人に自分の救助が必要だと認識できていない、などの

⁵⁵ 同上, 231 頁参照.

場合、明確な仁恵義務を負わないことになる。⁵⁶

さらに、ビーチャムらは、仁恵義務には、一般的な仁恵義務と特殊な仁恵義務が存在すると述べている。彼らによれば、一般的な仁恵義務は、一般的に称賛される仁恵行為をする道徳的義務である。上述の「溺れる人を見かけたら助けるべきだ」というのは、一般的な仁恵義務に属している。一般的仁恵義務はまた、「他人から有益な援助を受けた、または受けるだろうから、他人を助ける義務がある」という互惠性から部分的に導かれる。その「互惠性」が明確な場合、すなわち、恩恵の受容や、明示的ならびに非明示的な関与が確実にあった、またはあると期待できる場合、特殊な仁恵義務が生じてくる。したがって、特殊な仁恵義務は、しばしば、特殊な道徳的関係をもたらす制度的役割、または契約上の取り決めを通して、導かれる。それゆえ、特殊な仁恵義務が要請していることは、一般的な仁恵義務よりも強いことが、暗に示されている。例えば、父親が腎不全で死にかけている娘に臓器を提供する義務（特殊な仁恵義務）は、ある人が死にかけている他人に骨髄を提供する義務（一般的な仁恵義務）よりも強いと確信されている。⁵⁷

医療に関して言えば、患者に利益を提供する義務が存在するという確信が、治療や医学研究において前提とされている。患者が、自身の治療を特定の医療従事者・医療チーム・病院に委託し、委託された医療従事者・医療チーム・病院が、その委託を引き受け、両者の相互合意に基づく契約的な関係が成立した場合、医療者には、専門職制度や法律によって決められた、医療職という身分に伴う特殊な仁恵義務がある。そのため、医療従事者には、医療は患者のQOL総和を向上させるために存在するという確信にもとづきつつ、医学研究、報酬、病院の回転率よりも、患者のニーズを優先して行動しなければならない、という義務がある。さらに、「無危害原理」と同様に、医療の場における「仁恵原理」の「仁恵」も、患者にとっての仁恵でなければならない。なぜならば、自律的に行為する権利は、ほぼいつでも、自律的な行為者に対する他者からの仁恵義務よりも、尊重されなければならないからである。したがって、パ

⁵⁶ 同上, 239 頁参照.

⁵⁷ 同上, 243 頁参照.

ターナリストティックな介入は、「仁恵原理」によって正当化されることはない。また、患者の職業・ジェンダー・宗教・性的指向・年齢・民族・人種、あるいは、他の「望ましくない」特徴は、患者のニーズの優先順位を下げる理由にはならない。医療者は、ゆえに、患者がホームレスであるか、業績のある科学者であるかは関係なく、患者のニーズを重視しなければならないのである。

一方、医療従事者-患者関係について考える際には、患者のニーズだけでなく、「仁恵義務」が明確に発生する「d. Xの行為は、Xに重大なリスク、負担をもたらさない」という条件は、必要不可欠な条件だと思われる。例えば、医療者の過労や医療者に対する過酷な道徳的要請などは、医療者に心理的・身体的な負担をもたらし、医療者がもともと持っていた対応能力に影響を与える恐れがあるため、患者のニーズを最優先にするという「仁恵原理」によって正当化することはできない。また、dの条件にしたがえば、患者やその家族に暴力を振るわれた場合、その患者を他の病院に転院させるという選択肢が選択可能であれば、病院は、その患者の治療を続ける義務を持たないことになると思われる。医療従事者と患者は、ともに行為の主体として医療行為に参加しなければならないゆえ、「専門家」対「依頼者」の関係になる前に、まずは、「ひとり」対「ひとり」の関係を維持することが前提になると思われる。

④ 正義原理。正義について、これまで様々な議論がなされてきた。ビーチャムらによれば、正義には、「公正 (fairness)」と「美点 (desert)」——ある人が自分にふさわしいものを与えられたなら、その人に対して正しい行為がなされたことになる——という意味が含まれている。正義はまた、人によって、あるものがふさわしいものとされるか、されないかの、資格 (entitlement) を人に与えるのである。したがって、「正義」は、すなわち、「各人に各人の当然与えられるべきものを与える」⁵⁸ ということになり、正義に基づく主張をする人は、資格に対して主張することになる。ある人が、なんらかの資格を保有すること、または、何かに対して正当に要求しうることは、その人の「道徳的に関連ある特性 (properties)」、例えば、生産的であるとか、貧困であるとか、など

⁵⁸ 同上, 308 頁.

の特性によって基礎付けられている。⁵⁹

正義は、しばしば、「分配的正義」という範囲の中で議論されている。医療者は、「仁恵原理」に基づいて、患者のニーズに応えなければならないが、医療資源が乏しい場合、たとえ特定の患者がすべての医療資源を受ける必要がある、というように見えたとしても、その患者にすべての医療資源を、機械的に与えるわけにはいかない。なぜならば、この場合、特定の患者のために「最善」を尽くすことは、平等な立場にいる他の患者が治療を受ける権利を、多かれ少なかれ剥奪することになり、「特権」を生み出す恐れがあるからである。したがって、医療資源および医療サービスの分配に関する政策の制定においても、「分配的正義」が重要視されている。⁶⁰

財やサービスの分配と再分配に関する正義理論には、大きく分けて以下の三種類がある。

- a. 功利主義理論：公共的功利性が最大化されることを目指す理論。
- b. 自由主義の理論：社会的ならびに経済的自由への権利を強調する（実質的な結果よりも公正な手続きやシステムを重視する）理論。
- c. 平等主義の理論：ロールズのいう「無知のヴェール」に覆われ、身分・出身・歴史的環境などの「不平等」が「遮断」された「原初状態」のもとで、人々は、すべての者の将来の健康を保護し、健康に対するニーズを満足する社会的分配を選択することによって正義を達成しようとするだろうという正義理論。平等主義は、すべての理性的人間が欲するような生活財に対し、平等にアクセスできることを強調する（平等と同時に、ニーズという実質的な原理も重要視される）。⁶¹

医療現場における正義は、通常、医療の高度な道德基準、および患者にとっての「最善」を明らかにするための情報などによって、引き出されなければな

⁵⁹ 同上, 308 頁参照.

⁶⁰ 『生命倫理百科事典（第3版）』, 2014 頁参照.

⁶¹ 『生命医学倫理』, 317-323 頁参照.

らない。患者は誰でも、公平に治療されることを期待しているはずである。それゆえ、医療者が恣意的に患者に便宜を図ったり、特定の患者を後回しにしたりするようなことは、許されることではない。一方、病気の緊急性および生存確率が異なっている患者を、どちらかしか助けられないほど医療資源が乏しい場合、医療者は、一貫して適用される規範に沿って、選別を行われなければならない。このような極端な場合を除き、最初に来た者を最初に治療する、という手続き上の規則が適用される。さらに、医療過誤が起きたり、患者になんらかの——予想外、または予想内の——被害が発生したりした場合、被害を受けた患者またはその家族には、事件の真相を知る権利および賠償を求める権利がある。これらの権利は、「正義原理」によって導かれることが可能である。しかし、「正義原理」はしばしば、患者に対する社会的な差別や、患者の福祉ではなく、効率・収益、あるいは他の「目標」を助長するような社会制度や機構によって、その実現を「妨げられる」。医療者は、医療従事者-患者関係の中で正義を維持するだけでなく、より広い尺度からそれらの「障壁」を取り除くように努力しなければならない。⁶²

以上、医療従事者-患者関係という枠組みの中で、医療における四つの倫理原理について考察を行ってきた。これらの原理にもとづき、ビーチャムらは、医療専門職-患者、および医療専門職-被験者の関係に対して、四つの規則を提示した。すなわち、a. 正直規則：情報開示において患者・被験者を欺かず、真実を語ること、b. プライバシー規則：治療以外の目的で患者・被験者のプライバシーを侵害するようなことをしないこと、c. 機密保持規則：患者・被験者の個人情報に許可なしで第三者に提供しないこと、d. 誠実（faithfulness）規則：患者・被験者との約束・契約を遵守すること、の四つである。⁶³

また、清水はさらに、「医療行為」を焦点にしつつ、これらの原理および規則を、以下の三種類に分類した。

(1) 医療行為を通して、行為の相手（患者）の良好な状態を目指すことに注目

⁶² 『生命倫理百科事典（第3版）』, 2014 頁参照。

⁶³ 『生命医学倫理』, 368-409 頁参照。

した、目的論的原理にもとづく、「他者の益になることをせよ」「他者に害を与えるな」「害に上回る益をもたらせ」といった規則。

(2) 医療行為において、行為の相手（患者）を人間として遇する事に注目した、共同性の原理（義務論的な原理）にもとづく、「人格ないしその自律を尊重せよ」「誠実・真実であれ」「情報を隠すな」「患者の機密をもらすな」といった規則。

(3) 社会的公正という原理から生じた、「医療行為が受益者（患者）に与える利益を上回る害を、第三者に及ぼすことが見込まれるような行為をしてはならない」といった規則。⁶⁴

考察の角度や分類の方法が異なっても、医療における基本的な倫理原理は常に、医療従事者と患者との関係の中に現れ、また、医療従事者と患者との関係を規定している。医療従事者と患者を結びつける医療行為は、「ひとりの人間」である患者に福祉をもたらすことに目的がある。さらに、医療従事者と患者との間には、医学知識や心理的・身体的状態における差があるゆえ、医療者には、専門職の道徳的理念を守ることが、委ねられている。したがって、患者を尊重し、理解し、医療活動において患者のニーズを最優先にする、といった医療者の義務は、どの原理にもとづいて考察しても、患者が医療者を理解するという期待よりも、強いと考えられる。しかしながら、このことは、医療者に対する過酷な要求や暴力行為を正当化する理由にはならない。さらに、医療行為を実施する側としての医療従事者も、実施される側としての患者も、「人間」であるゆえに、医療行為が実施されるプロセスにおいては、医療従事者と患者のどちらも、相手を単なる治療対象または感情を持たない技術者としてみなすと、医療行為の目的から遠ざかる恐れがある。

また、医療行為が行われる文化的・社会的環境も、医療従事者-患者関係の形態、および医療における基本的な倫理原理の実践に影響を与える。ゆえに、医療従事者-患者関係における倫理問題には、医療者の倫理意識を高めること

⁶⁴ 『医療現場に臨む哲学』, 98-101 頁参照。

や、医療者と患者との相互協力、および相互理解を促進するだけでは、解決できない部分がある。例えば、本章において考察した西洋発祥の現代医学における医療従事者-患者関係、および次章において考察する日本における医療従事者-患者関係を、中国における医療従事者-患者関係と比較した場合、医療者、特に医師の社会的地位および権威性が高く、患者は昔、治療方針に関する決定権を持たない時期があったというのは、あくまでも西洋発祥の医療倫理の立場から見た「障害」である。日本では、医療従事者と患者との関係は、「場」を強調する文化や「タテ社会」の文化に影響されており、患者が医師に「逆らえない」ということは、問題視されてはいるが、いまだになかなか改善されない。中国の医療に関しては、むしろ「以人为本（人を本に）」という患者中心主義が強調され過ぎる傾向があり、悪弊になっている。さらに、伝統的な価値観と現代医学にもとづく新たな価値観との衝突、医療資源の分配問題、社会制度に由来する問題などが、医療従事者-患者関係における倫理問題を引き起こす原因として挙げられる。これらのことを視野に入れながら医療従事者-患者関係を理解しなければ、医療従事者と患者との関係の良し悪しに関する考察は、個人の行為によって改善できる範囲の中に、限定されてしまうと考えられる。

第二章 日本における医療従事者-患者関係の歴史の変遷および現状

第一節 古代日本における医療従事者-患者関係

1.1 江戸時代以前の医療から見た日本の医療従事者-患者関係

中国には神農氏の伝説⁶⁵があるのと同様に、日本にも、医学の神に関する様々な伝説がある。例えば、大己貴命と少彦名命は、医方の神とされている。しかし、彼らを医方の神ではなく、日本で医療行為を行った最初の「医人」とすべきだと主張している学者もいる。⁶⁶ 医術がまだ学問として研究されておらず、風邪ひとつでも簡単に命を失う時代では、人々は、疾病を神霊の所為によって生み出されたものと見なしていた。そのため、自らの経験や実体験を活用し病と闘う「医人」は、当然のように神として尊敬されていた。『日本医療史』によると、生産力の低かった原始社会では、部落の首長は、呪術宗教的な職能を兼ねていた。首長の威信は、治病の能力とも関わっていたゆえ、首長の支配基盤を揺るぎなく保つために、祭祀と治病を専門とする補佐集団が生まれた。⁶⁷

奈良朝前の時代から、高麗医学、仏教および隋唐医学などの渡来によって、日本の医療には、大きな変化が生じた。中でも仏教の影響が顕著であり、仏陀に祈祷して病を治すことが行われるようになった。こうして、僧侶が医を兼ねることが始まった。このことによって、仏典が広がるとともに、その中に散見される医説と医方が、当時の治療に採用された。僧医は、インドの医方を日本に伝える媒介となった。一方、天皇も、仏教からの影響を受け、社会救済および医療救護を目的とする公的「病院」を設置した。

文武天皇が大寶元年に撰定した大寶令によって、京都に大学が設置され、各

⁶⁵ 神農氏は、古代中国の神話に登場する「三皇五帝」の一人であり、人々に医療と農耕の術を教えたとされている。伝説によると、神農氏は、百草（大量の植物）を赤い鞭で払い、それを嘗めて薬効や毒性の有無を検証した上で、薬となる植物の効用を、人々に知らせたという。また、神農の体は、頭部と四肢を除き透明であり、内臓が外からはっきり見えたという。もし嘗めた植物が毒草であれば、その内臓は黒くなる。神農氏は、この性質によって、薬草か毒草を判断しただけでなく、その毒草がどの内臓に影響を与えるかも判断できたとされている。神農氏は、あらゆる植物を検証した結果、最終的には猛毒が入っている毒草を誤飲してしまい、亡くなったとされている。

⁶⁶ 日本学士院『明治前日本医学史（第1巻）』丸善出版社、1995年、6頁参照。

⁶⁷ 新村拓『日本医療史』吉田弘文館、2006年、28頁参照。

国に国学が設けられた。経史、文章、法律、書算などの学科が、学ばれるようになった。医学教育は、中国の唐の世にできた医学教育制度と似たような方式を取った。この制度の根本は医療の官営にあるため、大学で医学教育を受けた者は、原則として、国に属する官医になる。官医は、特定の役所に専属する医師と、全国に派遣されて直接一般庶民の診療に従事する者の二種類に区別されていた。後者には、国医博士、国医師、国医生がおり、分科診療もその時代から始まった。医生を、医師が月ごとに考試し、さらに、国司が年の終りに考試していた。また、医学教育を職にしようとする官医は、医疾令に基づいて設置された「典薬寮」での学習、および国学の学習を終え、一定の考試に合格できれば、医博士の資格を与えられる。医博士は、医学を教授する役目を代々引き継いでいた。⁶⁸

奈良朝時代から、日本は中国の制度や文物の輸入に力を尽くしていたが、思想面ではやはり、仏教を崇信し、勸奨していた。ゆえに、仏教は、日本の医術だけでなく、日本人の疾病観にまで影響を与え、やがて日本医道の組成において、重要な役を演じることになった。⁶⁹

平安朝時代、朝廷における疾病の流行を予防したり、疾病を治療したりするため、さらには、必要な救療や支援を貧民に提供するため、貴族らは、天皇に頼らず、自力で続命院、濟苦院、救急院などの救療施設を新設、または拡充した。こうして、様々な医療施設を建設することがもっとも秀れた美事善行と見なされ、医療施設の建設は、社会政策の重要な一大項目として取り扱われるようになった。⁷⁰

しかし、平安朝の末期、禪宗が北宋から日本に伝わると、皇室によって作られた救療施設は少なくなり、鎌倉時代になると、ほぼ全部なくなった。救療施設を増やすことは、僧侶および武士等を代表とする民間の有志者の仕事に変わった。さらに、漢学の衰退につれ、課試の制度がおのずから衰えた。それゆえ、官医を全国に派遣し、一般庶民の疾病を診療するという医療官制は、保

⁶⁸ 『明治前日本医学史（第1巻）』, 7-8 頁参照.

⁶⁹ 同上, 9 頁参照.

⁷⁰ 同上, 13 頁参照.

元、平治の戦乱後に完全に廃絶してしまった。その影響を受け、一般庶民は、それまでまばらに存在していた民間医による治療を求めることによって、自力で医業の道を「開拓」するしかなかった。庶民のそのような医療需要に応えるために、医業を自ら経営する医師が次第に増え、開業医が登場するようになった。一方、諸大名は、自らに専属する医師を抱えていた。このような民間医療の芽生え、および諸大名が専属医師を持つようになったことなどによって、医師と患者やその家族との間に、特殊で親密な関係が生み出された。また、医師に報酬が与えられるようになったことは、鎌倉幕府以後、医師と患者との関係が親密化した結果として考えられる。⁷¹

その後、室町時代に南宋の儒学が日本に入り込み、安土桃山時代に大きな発展を遂げた。儒学は、日本の思想のみならず、医療精神にも影響を与え、後に日本の新医道の基礎となった。また、この時期に、「南蛮流」の医院や育児院が何箇所か設置されたことによって、西洋医学の日本での普及も始まった。⁷²

以上、江戸時代以前の医療について簡単にまとめてきた。田中館愛橘が『明治前日本医学史』の緒言において、「歴史は温故知新の源泉にして、民族の個性を通観する映影なり」⁷³ と述べているが、日本の医療制度、および医の職を務め、医療行為を行う主体の変化から、日本文化の変遷が見えてくると思われる。さらに、同書の序論の筆者である医学博士の稲田龍吉は、「医学および医術は其国の文化の発達に伴うものであり、…医史を記述するには其国の文化の発達と、その当時の交通ある他の国寄りの、文化輸入の模様および其国の人情、風俗、風土等の関係を考慮せねば、医学および医道の依ってくる由来を知ることが出来ぬ」⁷⁴ と述べている。日本は、新羅を始め、中国、インドなどから、文化的影響を受けたが、どの文化もそのまま受け入れたのではなく、独自の方法で変化を加え、日本特有の文化に発展させたと考えられる。室町時代以降、「医は仁術なり」という儒教的「スローガン」が掲げられるようになったが、日本ではやはり、仏教的治療観を根底にした「博濟慈惠」の医療精神が、

⁷¹ 同上, 15 頁参照

⁷² 同上, 18-20 頁参照

⁷³ 同上, 2 頁.

⁷⁴ 同上, 3 頁.

依然として続いていた。このような仏教的治療観は、後の江戸時代では、「古医道」と称されることになり、儒教思想を中心とした「新医道」と対立する時期もあった。しかし、「古医道」は、医官制度と絡み合っていたゆえに、徳川中期まで存続していた。「古医道」のもとでは、医の職は「至上至高の道徳的聖業」とされていた。

江戸時代以前の日本の医療観は、現在なお日本の医療理念に影響を与えていると考えられる。この時期の日本では、仏教思想が医療従事者と患者との関係の根底にあったゆえ、医療従事者-患者関係は、救済的な色彩が強かった。また、治療の報酬は、医療従事者が自分から要求するようなものではなく、あくまでも患者からの感謝の意を表すためのものとされていた。

1.2 『養生訓』に見受けられる儒教的医療倫理思想

江戸時代から、儒教の興隆や蘭学の輸入によって、日本の政治、文化、経済などの分野に様々な変化が生じ、医療倫理思想も同時に変容していった。例えば、仏教が提唱する「献身的」な医療倫理と異なり、もっとも代表的な儒医である貝原益軒は、患者には「良医」を選ぶ権利があり、「良医」にもまた、患者から適切な報酬を要求する権利があると主張している。貝原は、『養生訓』の「択医」において、以下のように述べている。すなわち、保養をするためには、自分で病気に注意するだけでは物足りず、良医を選ぶべきである。また、孝を尽くすためにも、医者 of 良し悪しを見分ける能力が必要である。ゆえに、彼は「みな医術を学ぶがよい」と主張している。しかし、このことは、医療に関する「専門的な」知識まで身につけなければならないという意味ではなく、医術の大意を知っていれば十分だという意味である。なぜならば、「医術は、自分の養生にもなり、父母に仕え、人を救済するのに役立つ」⁷⁵ が、自らの「思い込み」で「治療」を行うような不謹慎な行動をすると、逆効果をもたらしてしまう恐れがあるからである。ゆえに、医術を学ぶ目的は、自分で医薬を使うことにあるのではなく、良医を選ぶ能力を育成することにあると、貝原は

⁷⁵ 貝原益軒『養生訓』講談社, 1982年, 192頁.

強調した。

彼はさらに、「医は仁術である」と主張し、医者を目指す者はすべて、仁愛（人を愛し、人を思いやること）を本とし、自身が得られる利益よりも、人を救うこと、および他人にもたらす利益を重視すべきだと提唱している。また、医術の良否は、人命に関わっているゆえ、医職は、万民の生死を支配する職に当たる。したがって、学問ができるだけでなく、「仁愛」のある人物を抜擢し、医者にすべきである。「仁愛」を身に着けるために、医者を目指す者にはまず、儒書の文章を解読する能力が求められる。それゆえ、医学生になる前に、彼らは、儒学を学ばなければならない。貝原は、当時の医者をも、良医、俗医、福医または時医、小人医、君子医などに分類した。良医とはすなわち、「根底に学問があって、医学に精通し、医術に心をくばり、多くの病気を見て、その変化を心得ている」⁷⁶ 医者である。良医と異なり、医書をそれほど読まず、または読んでも思考せず、旧説だけにこだわり、時代とともに生まれてきた新しい学説を学ぶ意欲がない医者は、俗医である。俗医の中には、「業績」や「研究成果」の有無は関係なく、利口に立ち振る舞い、権力者や上流階級の者へと近づき、好運に恵まれ、高官の一人や二人を治療し、虚名を得た者がいる。このような医者をも、福医または時医という。さらに、医者になるのならば、自分の利益ばかりを求め、病家を貴賤・貧富によって区別するうえ、直ちに治療に行くことよりも、それらの考慮を優先させるような、いわゆる「小人医」ではなく、人のために尽くし、人を救うことに集中する「君子医」になるべきだと、貝原は強調した。⁷⁷

『養生訓』に見受けられる医者に対する道徳的要求は、「ヒポクラテスの誓い」における「患者が自由人か奴隷かとは関係なく、どのような家を訪れる時も、不正を行わず治療をするべきだ」という箇条と共通する内容を持っている。しかし、もっぱら他人の利益を考え、自分の利益を顧みない「君子医」を目指すと、貧窮に陥る恐れがあるという問題がある。

この問題に対して、貝原は、以下のように解答した。彼は、実のところ自分の利益を得るために医者になる者を、禄を得るために主君に仕える者に例えた。実

⁷⁶ 同上, 182 頁.

⁷⁷ 同上, 180-183 頁参照.

際は利益のために勤めていたとしても、自己を忘れ、拝領の多少によらず、主君に対する忠義を尽くすべきだという点に関しては、利益を目的とする者は、利益を求めている者とは変わりがない。むしろ、臣として忠義を尽くすほど、自身の利益になる。なぜならば、主君に全身全霊で仕えていれば、禄は、求めなくても、君恩によって、おのずから与えられるものだからである。それと同様に、医者になる者も、もっぱら病気を治し、命を助けることに専念すれば、利益は、そのうちおのずからもたらされるはずである。

良医は、学問を持っているが、必ずしも地位が高い、または有名な医者であるとは限らない。それに対して、学問嫌いの俗医は、好運に恵まれて有名になり、福医になる場合がある。ゆえに、流行っているからといって、その医者の医術が高いとは言い切れない。しかしながら、貝原が強調したように、自身の利益にのみ注目して医療活動を行うような医者は、好ましくはないが、結果的に多くの命を救うことができるのならば、そのような利益を求める医者の存在も、ある程度許容されうる。無論、そのような医者は、「多くの病気を治すことによっておのずから利益が得られる」という期待を抱いているゆえに、人命を救うことに専念し、やりがいを感じるができると思われる。したがって、報酬を与えることは、そのような医者の期待に応え、彼らを治療に専念させるための手段でもある。さらに、貝原は、当時の医者を分類したうえで、良医を選択できるように、患者は、医術をある程度身につけるべきだと主張しているが、彼のこの主張は、それまでの「救済的」な医療観と異なり、医療の中心が患者であるという見方を含意していると考えられる。

第二節 西洋医学の導入および医療の近代化

儒教的な医療観や医療倫理は、今日でも日本の医療に影響を与え続けているが、より効率的に治療を果たせる西洋医学が導入されて以降、漢方医学とともに、次第に衰退していった。西洋医学の導入過程および医療の近代化は、医師免許制度、医学教育制度を含めた医療制度の構築、および医療における漢・洋の争いを手がかりに考察することが可能である。

日本では、江戸時代まで、医者は、儒教的な倫理思想を医療活動の指針とし、「仁」の提供者として、他者(患者)に対する善行を行うように求められていた。しかし、医者には、資格制度が設けられておらず、医療職は、幼い頃から病弱で農耕に向いていない者になるべき職業とされていた。農耕活動を行っていないゆえ、医者は、納税能力をそれほど持ってなかった。したがって、その社会的地位は、全体的に見れば低かった。また、医者による投薬や売薬が無規制の状態にあったゆえ、薬の流通は、様々な弊害を生み出していた。これらの弊害をなくすために、明治初期の当局者は、「売薬取締規則」を公表し、本格的に薬事行政に乗り出した。しかし、売薬の輸入検査体制がまだ確立されていなかったため、贋薬が、西洋から日本に持ち込まれていた。薬が西洋から日本に流入したとともに、医師が薬を処方し、薬局が調剤するという医薬分業の考えも、明治初年に日本に入ってきた。その後、それまで医師の収入源であった薬代が廃止され、医師による診療行為の対価として、診察報酬が設定された。このようにして、薬局における医薬品の販売を可能にする「診察料」の概念が導入された。⁷⁸

また、失われた健康を回復する過程が治療であるという医療観は、現代では当然視されているが、現代医学の発祥の地であるヨーロッパでさえ、中世までは、自明的なものではなかった。回復する過程も治療の一部であるという医療観は、13世紀に大学医学部が設立されて以降、病院という組織を通じて普及し、定着したのである。それ以前は、治療の結果だけが問題視されていた。医師と患者は、治療に先立ち、医療契約を結ぶのが一般的であり、医師は、報酬を前提で、治療の成果を約束していた。そのため、治療の成果や報酬の支払いをめぐり、医師と

⁷⁸ 笠原英彦『日本の医療行政』慶應義塾大学出版会, 1999年, 12-13頁参照.

患者との医事紛争が、頻繁に起こっていた。しかし、中世末になると、治療過程が評価されるようになり、診療報酬が定められた。さらに、治療と医学教育の機能を兼ねた、近代的な病院も誕生した。これらのことによって、医事紛争が多発する状況は改善された。それに対して、江戸時代以前の日本には、医療を集中的に行う医療施設が少なかった。西洋医学に基づいた近代的な病院は、文久元年、オランダの軍医によって初めて建設された。慶応四年に提出された「西洋医術採用方建白」では、医療が国力の強化と皇威の高揚に繋がるゆえ、医学所や病院を設立するべきだと主張された。また、明治初期に行われた廃藩置県以降、西洋医学の流入に伴い、医療に対する社会的需要が増大した。その結果、各県で病院の建設が相次いだ。⁷⁹

医療需要が飛躍的に増大していくのに連れ、供給された医療サービスの質と量が問われるようになり、日本の医療観に変化が生じた。また、政府によるヨーロッパ視察が行われ、「健康保護」の概念が強調されるようになったゆえ、医師の社会的使命がはっきりと認められるようになった。医療観、および医師の社会的役割に対する認識の変化の影響のもとで、医師の資格制度、医師の養成などをめぐり、様々な「道」が模索された。その結果、明治7年、医療制度や衛生行政に関する各種規定を定めた法令——「医制」が制定された。「医制」は、「診察料」を設定し診察報酬を認め、医薬品を「和」「洋」「中」に分類したうえで政府の管理に置くという文部省の構想のもとで制定された、日本で最初の体系的な医事法である。「医制」の制定は、医薬分業を推進することをキー・コンセプトとし、主にドイツやオランダを模範としていた。⁸⁰

明治政府は、医師の資質を向上させるために、「医制」の方針に沿って、医学教育制度、医術開業試験制度、および医師免許制などを構築した。当時、いわゆる「良医」の不足が深刻だったため、医師を養成することは、緊急の課題とされていた。ゆえに、「保護健全意見書」の影響で確立された医師養成制度は、「医制」を支える重要な柱の一つとなった。「意見書」では、「もっぱら一科の学を業として之を歴試経験し其实用を採て教る人」および「各科普し、其要領を学び得て行

⁷⁹ 同上, 4-5 頁参照.

⁸⁰ 同上, 7-8 頁参照.

ふ人」、すなわち、スペシャリストとゼネラリスト両方の育成が唱えられていた。この意見は、「医制」の第十五条に反映された。文部省はそれに従い、即効性のある医学教育体制の改革を断行した。つまり、戦後日本の医療を実践的側面において長く支えてきた、医学専門学校（医専）の設立である。⁸¹

「医制」が公布された当初、日本の医療の世界では、漢方医が依然として多数を占めていたが、政府は、法律、哲学、倫理学、医学を含めた西洋の知識と技術を、積極的に取り込んでいた。ゆえに、「医制」においても、西洋医を育成する方針が示された。漢方医の医業の継続は、当面認められてはいたが、「医制」が定める医術開業試験の科目は、いずれも西洋医学に基づくものであったため、漢方医が新規に認められる可能性は、事実上消滅したのである。また、大阪政府は、売薬者が医術の「真似事」をするようなことを避けるために、漢方を専門とする者の門業や門下生への教授を禁止する手段を取った。⁸² 西洋医と漢方医が対立する中、政府は、医師不足の問題に迫られていた。医師不足を解消するために、政府は、西洋医の育成をさらに急速に進めていった。生計を脅かされた漢方医は、明治十二年、温知社を結成し、漢方医の開業許可を求めようとしたが、この動きは、日清戦争によって終息した。一方、西洋医も、医会を設置することによって組織化し、診察料や手術料の設定に取り組んだ。明治十六年、開業医組合設置法が制定され、各県に今日の医師会に当たる開業医組合が結成された。⁸³ それに対して、明治二十三年、帝国議会の開設に伴い、漢方医は、新たに組織化され、帝国医会が結成された。帝国医会は、漢方医学を、「帝国固有の医術」と位置付け、日本人の愛国心に訴えた。また、帝国医会は、東洋人はそもそも西洋人と人種・風土が異なっているため、日本人の病態には、漢方が適合的であり、その上、漢方医学は、高密度な機器に依存する西洋医学よりも経済的に優れており、医療費の抑制にもつながると主張した。漢方医の要求に応じ、医師免許規則改正法案が提出されたが、漢方医側の委員会は、医学専門家による質疑は不要であるとし、医学論争を回避する姿勢を取った。それに対して、西洋医側の委員会

⁸¹ 同上, 15-16 頁参照.

⁸² 同上, 17-18 頁参照.

⁸³ 同上, 21 頁参照.

は、漢・洋医学の優劣を競う方向へと誘導し、有力者を政府委員や参考人として招致した。漢・洋医の間のこのような争いは、結果的に漢方医学存続運動に大きな打撃を与え、運動を完全なる終息へと向かわせた。⁸⁴

明治十年代まで、日本では官立病院が主流を占めていたが、西南戦争を境に、官立病院の経営が、財政の逼迫によって困難となり、私立病院の数が、次第に増えていった。⁸⁵ 明治後半になると、投資を目的とした病院が各地に建てられ、金融機関と医療機関との間の「絆」が強められていった。この頃には、官立病院と私立病院の割合がすでに逆転していた。そして、私立病院を主軸とする医療体制は、今日まで存続することになった。しかし、当時、医院の広告が新聞に掲載されるようになり、開業すれば金持ちになれるという風潮が生み出された。このような風潮は、国民からの批判を招いた。医療が金儲けになることを防ぐために、政府は、「医業」は「営業」ではないと強調し、医療職に対して税金の特別優遇措置を設けた。また、医療者側も、民衆からの批判に対する反省として、「医師の倫理規定」や「医療職務論」を新たに考えるようになった。病院本来の目的は、貧民の救済であるとされてきたが、資本主義が日本で確立された以上、医師の「仁術」を論じても意味がない、という主張が見られるようになった。なぜならば、かつて日本では、医療は、医師が奉仕する「施療」、すなわち、貧民を救済するための術だとされてきたが、実際には、医療は元から「渡世」、すなわち生計のための術であり、庶民に対して「施療」の医療倫理を実践していたのは、一部の医師に過ぎなかったからである。したがって、むしろ資本主義的な医療の方が、現実にはふさわしいとされるようになった。

一方、医療倫理の重要性に注目した医学史学者、富士川游は、医療者は、特別な義務と責任を果たさなければならず、日常の医療実践において倫理意識を育てる必要があると主張した。しかし、後に起きた様々な戦争によって、人々の倫理観が麻痺し、彼のこのような主張は、受け入れられなかった。⁸⁶ 大正時代になると、工場、炭鉱、農業、漁業に従事する労働者の健康問題——例えば、広範

⁸⁴ 同上, 67-68 頁参照.

⁸⁵ 同上, 13 頁参照.

⁸⁶ 関根透『医療倫理の系譜』北樹出版, 2008 年, 218-224 頁参照.

困に及んだ結核などの伝染病、および労働者の栄養失調など——が深刻化し、社会的・経済的不平等が顕著となった。当時すでに社会的特権階級として見られるようになった医師集団は、これらの健康問題を社会改革によって解決しようとはしなかった。また、工場労働者に適用される「健康保険法」が制定されたが、この「健康保険法」の適用は、政府主導で進められ、「貧民救済」よりも、戦場に送り出す兵員の体力増強のために利用されてしまったのである。関東大震災後の救援活動をきっかけに、東京帝国大学社会医学研究会の学生は、20世紀に入る頃イギリスから日本に紹介された「セツルメント」活動を、東京、大阪、神戸などの大都市で展開した。彼らは、貧窮者に対して無料診察や医療相談を行い、無産者らからの支持を得た。しかし、当時の日本政府は、彼らの行動を支援せず、医療を戦争に利用し続けていたのである。⁸⁷

西洋医学を積極的に取り入れようとするという政府の方針のもとで、「医制」が採択されて以来、西洋医学以外の医療形式は、主流から外されることになった。こうして、日本の医療における近代化が始まった。一方、先進の技術や西洋的な倫理思想の普及だけでなく、患者を「研究対象」として扱い、「病氣」を患者から切り離して診る「現代医学」も、西洋医学の導入とともにもたらされた。また、日本には古来より、強者に学び、権威を尊敬する文化が存在していたゆえ、西洋から流入したパターンリズムは、日本特有の倫理観と融合し、日本の医療従事者-患者関係に影響を与えてきた。日本における医療の近代化は、政府の主導によるものであったからこそ順調に進められてきたが、患者の権利という概念の確立は妨げられた。戦時中、人体実験や非倫理的な研究も行われていたが、それらの実験や研究の対象は主に、中国で捕まえた捕虜や、死刑が宣告された外国の囚人であった。しかし、これらの事実が明らかになった後も、大多数の日本の専門家および一般市民は、このような非人道的な実験を問題視しようともせず、戦争という異常な場面でのみ起こりうる、異常な人たちによる異常な行為として考えていたのである。⁸⁸ したがって、アメリカのように患者側（一般民衆）が自ら権利を要求する権利運動は、ほとんど起こらなかったのである。

⁸⁷ 同上, 228 頁参照.

⁸⁸ 『生命倫理百科事典』, 464 頁参照.

第三節 戦後の医療制度改革およびインフォームド・コンセントの導入

すでに述べたように、日本の医療、および医療に関する各種制度は、戦争のために利用されていた。医療環境は、戦争により悪化したものの、医療制度は逆に、戦争のために利用されていたがゆえに、戦後まで生き延びることになった。特に医療保険は、戦時体制の下、急速な発展を遂げた。昭和十年代後半、国民健康保険の加入率は、保険制度が設立された当時の五倍以上に伸びた。戦後、日本国民の生活は、食糧難およびインフレに脅かされており、医薬品の取引は、他の生活用品と同様に、ヤミ市で行われたりしていた。保険医は、保険診療を避けようと、暗に患者に自費診療を勧めていた。このような状況を背景に、物価対策の一環として、診察報酬および保険料率が引き上げられた。昭和二十二年、新憲法によって、「生存権」が初めて規定され、日本政府は、社会保障制度の確立を目指すようになった。昭和三十年代後半になると、政府および各政党がみな皆保険を目標に掲げたことの影響もあり、ついに国民皆保険が実現された。⁸⁹

戦後の経済の高度成長による財政規模の拡大は、医療サービスの拡充、および病院や診療所を中心とする医療施設の整備を可能にした一方、医療環境が急速に改善されるのに連れ、日本人は、平均寿命が著しく伸び、高齢化を迎えることになった。昭和四十五年には、65歳以上の老人の人数は、すでに全人口の7%を占めるようになり、国連が定めた高齢化社会の基準に達した。さらに、その割合は、わずか24年間で倍増し、⁹⁰ 内閣府が公表した「令和元年版高齢社会白書」によると、日本の総人口は、平成三十（2018）年10月1日現在、1億2644万人であり、65歳以上人口は、3558万人である。65歳以上人口の割合（高齢化率）は28.1%であり、「超高齢社会」の基準である21%を遥かに超えている。日本は、ドイツやフランスよりも先に、超高齢社会に突入したのである。また、令和四十七（2065）年には、日本では、約2.6人に1人が65歳以上、約3.9人に1人が75歳以上になると予測されている。⁹¹ 高齢化社会へ向かっている間、日本政府は、それまで注目を浴びていなかった老人福祉を中心に、対策を展開した。昭和

⁸⁹ 『日本の医療行政』, 98-101 頁参照.

⁹⁰ 同上, 106 頁参照.

⁹¹ 内閣府「令和元年高齢社会白書（概要版）」https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/gaiyou/s1_1.html, 参照, 2020年4月閲覧.

三十八年に老人福祉法が制定され、昭和四十八年に老人医療無料化が実施され、特別養護老人ホームが各地に建設された。しかし、日本の高齢化は、予想以上に急速に進行したゆえ、老人の医療費が国民医療費を押し上げることになった。また、「寝たきり老人」の問題も深刻になる一方であった。これらの問題を解決するために、政府は、老人保険法を制定し、介護保険制度を立ち上げた。⁹² 二十一世紀になると、老人保険法は、後期高齢者制度や健康促進法によって代替され、日本の高齢者福祉は、高齢者の医療を充実させることだけでなく、介護者や高齢者が病気にならないこと、すなわち、健康を維持することの重視への方向転換を遂げたのである。

世界的にも先駆けて完備された日本の医療保険制度のもとで、国民は、保険にさえ加入していれば、平等に医療サービスを受けられるようになっている。また、患者は、保険の種類とは無関係に、受診する医療機関を自由に選択できる。このような「平等」は、日本の医療保険の「保険と租税の一体性」という特徴によって保たれている。すなわち、医療保険料は、年金や税金と類似した形式で徴収され、医療保険への加入は、ある意味では強制されている。被雇用者は、職場を単位とする被用者保険に、自営業者・自由業・農林漁業、または年金生活者などは、地域を単位とする国民健康保険に加入しなければならない。⁹³

平等性は保たれているものの、国民皆保険は、医療費の増大や、患者の大病院志向、医薬に対する過度な依存、などの問題が生じた原因の一つとされている。民間病院に対する税金優遇制度によって、医療供給量は飛躍的に増加し、日本国民の間に、病院（入院）医療が定着した。しかしながら、その時期にはまだ、病院と診療所の役割分担がきちんと行われていなかっただけでなく、病院の間の役割分担や、専門病院と一般病院との峻別も行われていなかった。その上、病院と診療所は、高額な医療機器を購入したりすることによって、患者だけでなく、若くて有能な医師を奪い合っていた。また、一県一医大という方針に沿って、医師の養成が進められ、日本は、むしろ「医師過剰」の状態になった。しかし、先進的な医療機器の価格や土地代の高騰による開業資金の高額化、および病院医

⁹² 『日本の医療行政』, 105-108 頁参照.

⁹³ 同上, 102-103 頁参照.

療の進展によって、新規に開業する難易度が上がってしまった。そのため、開業医の数が大幅に減少し、勤務医の数が顕著に増加していた。これらのことが理由で、医師や医療機関の都市部への偏在は、避けられなかった。国民皆保険による治療費の「平等」も一因となり、ランキングの上位を占める都市部の大学病院で治療を受けたいという患者は、増える一方であった。東京都内の大学病院には、一日に数千人もの外来患者が訪れ、早朝から病院のロビーで長い列を作って順番を待つような光景が日常となった。⁹⁴

このような事態を受け、厚生省は、平成四年に、医療法を改正し、大学病院をはじめとする高度医療機関を特定機能病院に指定した。特定機能病院を受診するには、あらかじめかかりつけ医や小規模の医療機関による紹介状が必要となり、紹介状がない場合には、初診料の他に一定の負担額（特定療養費）が徴収されることになった。⁹⁵ 平成四年当時、徴収のルールは、「病床数が 200 以上で、地方厚生局に届け出た病院は、初・再診において特別の料金を徴収できる」となっていたが、平成二十八年、このルールは、「紹介状なしで特定機能病院及び 500 床以上の病院を受診する場合等には、選定療養として、初診時又は再診時に原則的に定額負担（歯科は 3000 円だが、それ以外は 5000 円）を求める」と改正され、紹介状なしの受診への特別料金の徴収は、制度として定着したのである。さらに、徴収のできる病院は、平成三十年に 400 床以上の病院に拡大されたが、今後 200 床以上の病院にまで拡大されると報道されている。⁹⁶

また、昭和四十年代前後、日本社会は、既存の権威に対して疑問を抱くという欧米の思想潮流に影響され、それまで問題視されていなかった社会現象が、注目されるようになった。例えば、大気汚染、水質汚染、食品添加物、医原病（医療行為が原因の疾病——医師の操作ミスやワクチン接種による病気や死亡事故など）があげられる。同時に、国民の医療への期待と要求も高まっていった。この時期から、医療事件や医療事故をめぐる議論が活発になり、生命倫理や医療倫理

⁹⁴ 同上, 129-133 頁参照.

⁹⁵ 同上, 134 頁参照.

⁹⁶ Gem Med 「紹介状なし外来受診患者からの特別負担徴収義務、地域医療支援病院全般に拡大——中医協総会」 <https://gemmed.ghc-j.com/?p=31262>, 参照, 2020 年 4 月閲覧.

への関心、およびパターンナリスティックな医療への疑問が芽生えた。例えば、日本で行われた最初の心臓移植手術（1968年）では、主治医は、溺れたドナーとレシピエントの双方に対して不適切な手術を行ったと告発された。当事の主治医は、正式に起訴されなかったが、患者の利益という名目で医療技術を利用し名声を求めた彼の行為は、患者の人権を侵害する行為とみなされ、1970年に「患者の権利宣言」を生み出すきっかけになった。この「患者の権利宣言」は、1984年に患者、法律専門家、医師、ジャーナリストで構成されたグループによって新たに体系化され、公的な強制力を持たないものの、日本国内外で議論されたこともあり、一定の影響を示した。また、1991年5月に、日本生協連医療部会（医療生協）の総会で独自に起草された「患者の権利章典」が承認され、医療機関が患者の権利について規定する、最初の試みとなった。同じ1991年には、医療過誤を扱う法律専門家および一般市民たちが「患者の権利制定運動」を始め、インフォームド・コンセントおよび患者の自己決定の尊重に関する法制化を求めた。

97

しかし、当時の日本の医学界は、今よりも閉鎖的であり、「部外者」の介入は認められていなかった。様々な医学会を傘下におさめる日本医師会は、医療問題を社会問題として議論する広範な場を、提供しようとしなかった。それゆえ、臓器移植や体外受精などの先端医療の発展を監視しようとする動きは、ほぼすべて排除され、医療は、医学者や医師会の半ば占有物とされたのである。⁹⁸ 1980年代、日本医師会は、法律、医学、哲学、人類学、生化学、経済学などの専門家から構成された、学際的な「生命倫理懇談会」を設けた。この懇談会は、体外受精、胎児の性選別、脳死と臓器移植などに関する報告書を提出するなど、臨床現場における医療技術の適用に関する課題を取り扱っていた。⁹⁹

生命倫理懇談会設立は、医療界において生命倫理および医療倫理への関心が高まったことを示すが、あくまでも医師会主導で設立されたゆえ、やはり部外者を除外していると思われる。1990年、懇談会は、欧米の個人主義的文化を背景

⁹⁷ 『生命倫理百科事典』, 465-467 頁参照.

⁹⁸ 『日本の医療行政』, 208 頁参照.

⁹⁹ 『生命倫理百科事典』, 467 頁参照.

とするインフォームド・コンセントを、個人主義的文化のない日本社会に、そのまま導入すべきではなく、医師と患者が互いを尊重しつつ、協力して医療を進めるという理念として理解し、訳語も「説明と同意」とすべきだという内容の報告書を提出した。しかし、その頃にはすでに、患者の権利運動が高まっていた。参議院は、1992年に医療法を改正する際に、インフォームド・コンセントを検討する必要性を認めつつも、以下の考えを示した。

① インフォームド・コンセントに強いて訳語を当てるのは不適切である。

② インフォームド・コンセントは、医療に制約を加える原理ではないし、アメリカのように医師と患者を対立関係に置くためのものでもない。インフォームド・コンセントは、医療者と患者が共同してより良い医療環境を築くための理念として理解すべきである。

③ インフォームド・コンセントの実践は、推進されなければならない。医師の説明義務違反に対して法的責務が認められる判例があることは理解できる。しかし、インフォームド・コンセントを法律の中に明文で規定することは、それを形式化し、医師の責任回避のための道具にしてしまう恐れがあり、かえって医療従事者と患者との信頼関係を破壊することになりかねない。

このような考えに従い、2007年に改正された医療法には、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」という内容が追加された。インフォームド・コンセントという理念は本来、患者の人権、および患者の治療方針に関する決定権を認め、医療者にとっても思考転換を迫るものである。しかし、追加された内容は、医師の説明と患者の「理解」については言及しているが、患者の「同意」については言及していない。¹⁰⁰ また、日本においては、「和」の文化や「場」の文化の影響が強いうえ、権威を尊重する傾向も強い。ゆえに、医療の場においては、専門知識を持つ医療の専門家に判断を委

¹⁰⁰ 日本医師会「インフォームド・コンセントの誕生と成長」
https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/b02.html, 参照, 2020年4月閲覧.

ねるべきだとされており、治療方針への同意権（または拒否権）は認められているが、患者には、個人的な意見を出すことを回避する傾向がある。このことが、今日の日本の医療現場において、アメリカとは別の意味で、インフォームド・コンセントを形式に留めてしまっていると考えられる。

以上、日本の医療の歴史の変遷をまとめながら、各時代の医療従事者-患者関係について考察を行ってきた。日本の医療者は、仏教、儒教、そして西洋発祥の生命倫理思想に影響されてきたが、いずれの思想も、そのまま「呑み込む」のではなく、日本特有の文化や倫理思想と融合させた上で受け継いだと考えられる。また、日本の医療保険制度や高齢者福祉制度などは、世界的にも評価されており、民衆の医療システムに対する信頼度は高いと思われる。しかし、一般民衆の人権意識の覚醒は、他の先進国と比べれば遅れていることもあり、日本における医療制度や患者の権利に関する議論は、ほとんど政府や医療界の主導でなされてきた。参議院が提出したインフォームド・コンセントに関する報告書では、インフォームド・コンセントに法的強制力を加えると、医療従事者と患者との信頼関係を破壊する恐れがあると言及されている。第四章において詳しく考察を行うが、確かに、アメリカの医療従事者-患者関係を見る限り、あまりにも社会的強制力を強調しすぎると、医療従事者と患者との信頼関係に様々な問題が生じてくる。しかし、日本の「信頼関係」は、「信頼」というよりはむしろ、政治家や医療者などの権威への服従である。患者の権利への要求も、アメリカのような強力なものではなく、医療従事者との合意、すなわち、医療従事者に決定権を一部「譲ってもらう」、という姿勢に基づいていると思われる。医療行為における医療従事者と患者との相互理解、および協力関係が必要であるとされてはいるが、実のところ、患者は、専門的な知識を持っていないため、説明されても理解できない場合がほとんどである。特に外来では、「二時間待ち、五分間診察」というような、長く待たされた上に説明が不足している状況は、未だにそれほど改善されてはいない。

医療においても権威を尊重する文化が存在しているゆえ、日本の医療は、今日の実情を遂げることができた面もある。しかし、医療環境を含めた社会環境が開

かれた現代では、日本文化にふさわしい集団主義の長所を保ちながらも、より開放的な「信頼関係」を目指す必要があると考えられる。このことについては、第四章において詳しく探究する。

第三章 中国における医療従事者-患者関係の歴史的変遷および現状

第一節 伝統的な医療従事者-患者関係について

古代中国における医療従事者-患者関係は、西周から清王朝の時代までは、比較的安定した形を取っていた。中国の医学生向けの教科書『医学倫理学（医療倫理学）』は、古代中国の医療従事者-患者関係の特徴を以下のようにまとめている。

古代中国における医療従事者-患者関係は、農耕文化と血縁関係で築かれた「人情社会」¹⁰¹に基づいており、医療側と患者側との利益関係は、主に道德によって定められていた。古代中国における医療従事者-患者関係は、次の三つの特徴を有している。

① 直接性：古代では、医師と患者との直接的な接触が治療の前提である。治療は通常、患者の自宅で行われる。医者は、「望（患者の状態を見る）」「聞（患者の声や呼吸の音を聞く）」「問（患者の病状を尋ねる）」「切（患者の脈拍を通じて診断する）」の診療方法を使い、患者の状況確認から治療まで、すべて自分ひとりで実行し、機器または第三者の介入はない。

② 安定性：患者は、特定の医療者と、安定した固定的関係を持っている。地域や交通の制限ゆえに、患者は、自らの健康を特定の信頼できる医者に託すことが多い。患者に健康を託された医者も、その患者に対して治療の責任を取らなければならない。

③ 全面性：医者は、患者を一つの有機体とみなし、患者の体だけでなく、精神的な変化や、患者の疾患がその家族に与える影響まで観察する。医者は、回診を通じ、患者の健康状況や日常生活、思想観念、家庭背景などについて全面的に把握する。必要な時は、患者を慰めたり、励ましたりをし、病で生み出された緊張感を緩和するように努める。このようにして、医者と患者は、親密な関係を維

¹⁰¹ 第四章において詳しく説明するが、中国語では、人間関係が利益交換の媒介の機能を持つ文化は「人情文化」と呼ばれ、中国社会はしばしば、「人情社会」と言われる。

持している。¹⁰²

古代中国には、二種類の医療者がいた。その一つは、朝廷および一部の民間医療を担当する「医官」、すなわち、国家・政府によって養成・組織化され、診療科目が分業化されていた、公的医者である。もう一つは、民間で医療活動を行う民間医者である。以下、古代中国における医療従事者-患者関係について、公的医療および民間の医療という二つの側面から考察を行う。

1.1 公的医療

隋・唐時代の「科挙制」が制定される前、医官の選抜は、民間に腕のよい医者があると王に伝えられ、その医者が王の募集に応じて医官になる、という形で行われていた。医官は、政府（朝廷）から俸禄をもらっていた。後に、秦・漢の時代に中央集権制が定着すると、医官は、「太医令」「御医」「侍医」などの官職になった。「御医」らは、生活は豊かであったが、「王が薬を飲む前に臣が先に試す」とも言われるように、身分としては、（王室の）使用人に等しい。患者と医者は「主-僕^{しゅべ}」の関係であり、このような医療従事者-患者関係を、「応召型」と定義づける学者もいる。¹⁰³

医官は、周王朝の時代から存在しており、「食医」「疾医」「獣医」などの役割を分担し、周王室及び国内の疾病予防・治療の仕事を務めていた。また、周の時代から、医官に対して、いわば「医療審査制度」ともいべき制度が設けられた。毎年末には、医官は、各人の成績・業績を管理者である「医師」によって審査され、十点満点の評価に基づき、その医官の格付けと俸給が決定された。¹⁰⁴ この時期から、中国では、すでに患者を病の類別に応じて処置し、治病記録（今日のカルテ）を残すようになっていたという。¹⁰⁵ その反面、この時期の医療は、ま

¹⁰² 丘祥興『医学倫理学（医療倫理学）』人民卫生出版社, 2013年, 83頁参照。

¹⁰³ 尹秀雲「从历史演变看医患关系恶化的症结（歴史変遷から見た医療従事者-患者関係の悪化について）」『中国医学倫理学（中国医療倫理学）』第20巻4期, 2007年, 54頁参照。

¹⁰⁴ 『周礼』には「十全を上と為し、十に一を失うを之次、十にさんを失うを之次、十に四を失うを下と為す」との記述がある。

¹⁰⁵ 傅維康・呉鴻洲『中国医学の歴史』（川井正久・川合重孝・山本恒久訳）東洋学術出版社, 2000年, 52-53頁参照。

だ呪術との区別が完全についておらず、多少迷信的な要素が混ざっていた。患者、特に王族や王族関係者を治せるかどうかによって、医療に従事している者の宗教的・社会的地位は影響を受ける可能性があった。後に、秦の始皇帝は、思想統一をなし遂げるために「焚書坑儒」を行ったが、医学、占い、農業の書物だけは残した。このことによって、伝統的な医学知識は、連続性を維持することができた。

中国の医療は、隋・唐の時代にさらに進歩を遂げた。特に唐の時代、「科举制」が盛んになり、医療者に対する選抜制度が設けられ、「太医署」という医学教育を集中的に行う機構も設置された。「太医署」には、医科、鍼灸科、按摩科、呪禁科の四科のほかに、さらに内科（七年制）、外科（五年制）、小児科（五年制）、耳・鼻・眼・口・咽喉科（三年制）、物理療法科の区別があり、それぞれの科に博士、助教、師、工、生がいた（また、薬草を栽培する薬草園もあった）。（医）生とは、学生である。博士と助教は、医学知識の授業を担当し、（医）師と（医）工は、臨床治療の教育を担当していた。医学生に対する教育は、極めて厳格であった。試験は、月、半期、年ごとに行われ、卒業するための終業試験も設けられていた。「太医署」の医学生は、年末の試験で優秀な成績を収めることができた場合には、前もって就職することができるが、不合格になった場合には降格させられ、二年以上不合格の場合には、除名されることになっていた。すべての医学生は、「明堂（人体のツボ）」「素問（医学論理）」「鍼経（鍼灸）」「本草（薬草）」「脈経（脈絡）」などの基礎課程を勉強し、それらの基礎課程に合格した後、それぞれの専門を選択し、専門別で教育を受けなければならなかった。「太医署」のほか、地方にも医学校が設置されたが、その規模は、「太医署」より遥かに小さかった。それゆえ、地方で医療活動を行う医療者の数は、少なかった。したがって、地方の医療者は、「回診」の精神を重視しながら医療活動を行っていた。以上のように、唐の時代の医学教育は、当時の世界の平均水準と比べて進んでいたことは、否定できない。そして、それ以降の時代、さらに現代でも、中国における医学教育は、唐の時代を参考にしてきたと言われている。¹⁰⁶

¹⁰⁶ 白壽彝『中国通史・第六卷（下）』上海人民出版社, 1997年, 第五十三章第六節参照。

医官には、朝廷の官員や王族に仕える者のほか、朝廷から派遣され、民間の医療を担う者もいた。例えば、宋の時代には、不幸にして病を患ったが、治療を受けることのできない者を収容するために、民間の慈善施設「安濟房」が設立された（1002年）。そこには、医師及び管理人員が配置されていた。医師は、カルテを残すことを義務付けられ、カルテの記録は、毎年末の考課とされていた。また、管理人員にも、それぞれの職域に応じた賞罰が定められていた。この「安濟房」は、首都にだけでなく、地方の各州・郡・県にも、順次に建設されていった。宋の時代になると、医師の倫理綱領、および医療事故に際しての処理条例が、すでに法律によって規定されていた。例えば、偽りの治療をしたのにもかかわらず、金品を請求する医師は、窃盗と同罪とされた。また、誤って患者を傷つけ、死に到らしめた凡庸な医師は、法律によって繩縛の刑に処せられた事例もあった。¹⁰⁷

1.2 民間の医療

すでに述べたように、民間に派遣された医官以外にも、民間で医療を行う医者がいた。「太医署」でレベルの高い医学教育を受けることのできる学生は、かなり限られていた。その上、医官による医療活動は、皇室や朝廷の官員を主な対象としていた。病気の苦痛を緩和するために、庶民には、民間医者に助けを求めるか、慈善施設に行くかのどちらかしか、手段がなかった。民間医者に関する文献は、春秋時代の末期に、周王室が衰弱し、当時の医官が民間に流出した頃から見受けられる。民間医者は、朝廷によって管理されておらず、次第に社会階層の一つとして現れるようになった。民間医者は、基本的に「良医」「名医」「ヤブ医者」「呪術医」の四種類に区分され、その水準は、玉石混淆であった。「良医」とは、腕も道徳性も高く、個人の理想や信仰を実現するために世の人を救おうとする医者のことであり、医術を金稼ぎのための道具と見なさない者を指す。¹⁰⁸

例えば、隋の文帝の時代の開皇元年（518年）から唐の高宗の時代の永淳元年（682年）まで生きていた孫思邈は、代表的な「良医」とされてきた。彼は、生涯を通して医学を研究し、数多くの医学書を整理・著述したのに加え、医家とし

¹⁰⁷ 『中国医学の歴史』, 306-309 頁参照.

¹⁰⁸ 「从历史演变看医患关系恶化的症结」, 55 頁参照.

て八十年にわたる臨床経験を持っていた。彼はさらに、医療倫理についても書き記した。彼の著書『備急千金要方』、および彼の言行から、古代中国の医者理想像に関して、以下の三点が読み取れる。

① 「全身全霊を以って最高の医療を」：孫思邈は、官吏になって出世する気はなく、病人をひたすら救い、その病苦を癒すことに、自分の生涯を捧げた。彼は、患者に対しては、全身全霊を込め、常に最高の医療を以って臨むべきだと説き、医家が守るべきモラルを強調していた。

② 「医者にふさわしい徳と身だしなみ」：孫思邈は、医者たる者は、医者にふさわしい徳と身だしなみを心掛けるべきだと提唱し、患者を差別なく慈悲心を込めて救うことを求めた。それに対して、名誉や、自分自身の満足感だけにおぼれる者は、医者として失格とされた。また、臨床医の理想的な態度について、彼は、患者を速く救おうと心の底から思ったとしても、患者を詳密に観察し、焦らず、じっくり思考してから結論を出すべきだと主張した。

③ 「社会的責任感を持つべきこと」：孫思邈は、当時の社会・医療界に見られる欺瞞の現象や、名誉欲に走る風潮に強く反発した。彼が提唱した医者モラルは、人道主義の精神にあふれており、中国の伝統医学においては代表的な役割を果たしている。¹⁰⁹

中国における医療職の専門職化は、周の時代からすでに始まっていたと言われて良いと思われるが、「御医」も、民間医者も、統一された「専門職グループ」にはなっていなかった。「御医」は、朝廷によって管理されていたが、王室や官員のために医療活動を行っていた。そのため、患者の病気を治すことができなければ、命を落とす恐れさえあった。「患者」の運命が「医師」の手によって変えられると同時に、「患者」の状況によって、「医師」の運命も決められるようになっていたのである。他の医師に治せなかった病気を治すことができた医官は、王に重用され、一躍、国の頂点に立つ可能性があった。その結果、医官の団体は、

¹⁰⁹ 『中国医学の歴史』, 244-245 頁参照.

その内部の成員を保全する役割や、内部の競争をなくす役割を果たせていなかった。それに対して、民間医は、もとより組織化されておらず、個々人の腕で生計を立てていた。孫思邈のような「良医」が医者モラルを追求したのは、それらのモラルに適合していない「風潮」があつてこそだと推測できる。しかしながら、当時の一部のやぶ医者を除いた医者は、多かれ少なかれ儒家文化に影響されており、惻隠心を持つことや、患者の信頼を得ることを非常に重視していた。したがって、古代中国の医者ほとんどは、患者の回復を自らの責任とみなしており、求めるものが患者と一致していた。古代中国の医学に基づく医療従事者-患者関係では、「患者」が医療の中心だったと思われる。

第二節 西洋医学の導入および改革開放前の医療

2.1 近代中国における西洋医学の移植

中国の伝統的な医療従事者-患者関係は、西洋医学の移植によって変化することになった。16世紀、資本主義発展期に入ったヨーロッパ諸国の侵入とともに、宣教師が渡中した。宣教師は、当時すでに資本主義の萌芽が見られていた中国で教会病院を建設した。教会病院が建設されたことによって、一部の中国の学者は、西洋から移植された医学の学説を受け入れた。このことは、中国の医療の近代化に積極的な影響を与えた。しかし、清政府が後に鎖国政策を施行したため、病院が普及することはなかった。それだけでなく、19世紀のアヘン戦争まで、医学を含めた西洋の学問はすべて、鎖国政策によって、拡張する機会を絶たれた状態であった。だが、当時の資料によると、それでも31人のヨーロッパ国籍の宣教師が中国に渡来し、16個の省に分散して暗に活動を続けていた。そして、アヘン戦争後、中国の社会は「半封建・半植民地」¹¹⁰ 社会となった。その後、一連の条約に基づき、西洋医学の専門病院・診療所・医学校・医学雑誌などが、中国で普及していった。このことによって、西洋医学の教育が、中国国内で行われるようになった。それだけでなく、イギリス、アメリカ、日本に留学する中国の医学生も増えていった。例えば、魯迅はそのうちの一人であった。当時のアメリカ大統領ルーズベルトは、留学生を受け入れることについて提言をした。この提言は、大統領の「備忘録」に以下のように記されている。

一国家が一世代の中国青年の教育に成功すれば、その国家が支出した費用の代価を超え、精神的にも知識的にもまた貿易の上でも、その国に最大級の報酬を獲得することになる。……中国から留学生を受け入れて、わが国の教育施設を彼らに提供することはできる。……この方法で道義的に影響力を持つことは、単純に物質的な概念からしても支出の代価は回収時には付加価値を生じて、他のいかなる方法よりもわが国にとって利益は大き

¹¹⁰ 「半封建・半植民地」とは、当時の中国の社会属性である。当時の中国では、封建政府が形式上の主権を保留しながら、帝国主義勢力に制圧されていた。一方、帝国主義諸国の勢力は衝突しながらも均衡を保っており、中国を完全に植民地にしきれない状態であった。「辛醜条約」の調印がその始まりであった。

い。すなわち、道義的・精神的な支配の後に商業を進めることは、軍旗の支配の後に商談を進めるよりはるかに情理にかなっている。¹¹¹

ルーズベルト大統領は、中国からの留学生を養成することによって、「道義的な支配」を遂げ、さらに「商談を進める」という戦略を立てた。その結果、アメリカへの留学生が増え、それらの留学生の大部分は、帰国後、医学校の教員となり、西洋医学の普及において、指導的な役割を果たしたとされている。¹¹²

医療施設の設置や西洋医学の普及は、治療の場を家庭から病院へと移行させた。そして、患者に対する責任を持つのは、個人の医者ではなく、病院という組織になった。また、西洋医学における医療分業により、医療行為のプロセスに参加する職種が増加し、患者を一つの有機体とみなす従来の「全人医療」は、次第に崩れていった。西洋医学の先進性、および医師主導型の西洋式の医療従事者-患者関係の優越性を認め、西洋の医師のような高い社会的ステータスを追求する中国の医師が増えた。¹¹³ さらに、この時期の中国は、内憂外患が厳しく、医療だけでなく、社会全体が混乱状態にあった。中国の伝統文化を全面的に否定するという民族虚無主義が広まり、後の民国時期に起こった「中医廃止」運動のきっかけになった。

民国の中央政府は、何度か伝統的な医学を医療者に放棄させ、その実践を禁止しようとしたが、そのたびに、激しい抵抗を受けた。1913年、中央政府は、教育カリキュラムから伝統医学の教育を除外するという法令を布告したが、一部の知識人は、中国医学の技術および医療倫理を、西洋医学と統合させることによって、伝統的な中国医学をより科学的なものにすることができると主張した。また、彼らは、中国医学は、今後も大多数の人々にとって、唯一の医療手段になるだろうと、伝統的な中国医学の影響力を強調した。それにもかかわらず、1929年、衛生部（日本の厚生省に当たる）の医官である余雲岫は、伝統医学を抑制し、最終的には廃止するための行政手段の概略を描いた。それに対して、中国医学の医

¹¹¹ 『中国医学の歴史』, 611頁.

¹¹² 同上, 610-611頁参照.

¹¹³ 「从历史演变看医患关系恶化的症结」, 55頁参照.

師は、伝統的な医学を保護・推進する目的で、国医館（国医研究所）という最初の全国規模の中医薬連合を結成して対処した（1931年）。この団体は、古くから伝わってきた伝統的な中国医学を、そのまま継続するのではなく、より科学的なものにすべきとし、中国医学で使用されてきた何千種類もの薬物に対して、薬理的な基礎研究を行うことを唱導した。一連の衝突の結果、近代化された衛生部には、西洋医と伝統医の全医師に免許を与える権限が付与された。このようにして、日本の場合と異なり、中国における伝統的な医学を廃止する試みは、失敗に終わった。1949年時点ではなお、全体の65%の医師が、伝統的な中国医学を実践していた。¹¹⁴

中国医学と西洋医学とのおぼつかない関係は、伝統的な中国医学がそれほど根強く中国人の生活に影響を与えていることを証明した。西洋医学との競争をきっかけに、それまで各自で医療活動を行っていた中国の民間医者は初めて団結し、中国医学および中医師の権威を主張し始めた。一方、西洋医学の普及とともに、中国の患者は、医師が治療方針に関する決定の中心にいるという西洋医学の様式を、受け入れるようになった。伝統的な中国医学が主流だった時代、官僚であれ、普通の民衆であれ、医学に関する知識を多かれ少なかれ持っていたゆえ、治療方針に関する決定権や、医師を選択する能力を有していた。それに対して、当時の大部分の中国人にとって、西洋医学は斬新な領域であった。中国の患者は、伝統的な中国医学への名残を感じたまま、医師の指示通りに治療を受ける「現代の患者」への身分転換を余儀無くされた。

2.2 赤脚医者の急増および「農村医者」への転換

第二次世界大戦、中国共産党と国民党の内戦、朝鮮戦争などの戦争が終わり、1950年代より、中国政府は、社会制度の改革および経済建設に着手した。

1950年8月に、保健衛生に関する最初の全国会議が開催された。会議では、「労働者・農民・兵士のニーズに対応した計画を制定する」という考えが示された。また、予防を重視することや、西洋医学と中国医学との協調を図ることなど

¹¹⁴ 『生命倫理百科事典（第3版）』, 450-451頁参照。

も、医療衛生事業の中心的な政策として発表された。中国は、社会主義理論を国家建設の指導的な思想として採用したゆえ、経済領域と同様に、医療も、ほぼ完全に公有制になった。各医療衛生機関は、国営の工場や施設における労働者の医療衛生、公的医療サービス、無料の予防接種、および農村地域の互助的な医療サービス、という四つの役割を分担していた。無料だった予防接種以外の医療費は、政府、雇用者と協同組合の分担金（寄付金）、および患者自身が支払う極めて少額の規定治療費（受診ごとに10円相当以下で、特定の医師に診てもらう場合には100円相当）によって賄われた（自営業または私的雇用の患者の場合は、治療費の全額を自ら支払わなければならなかった）。こうした計画は、当時まだ医療資源が乏しかった中国において、広い範囲で医療衛生を発展させ、人々の健康状態を著しく改善することに成功した。¹¹⁵

しかし、医療水準および民衆の健康状態は改善されたものの、マルクス主義の哲学は、倫理を政治的イデオロギーによって形成されるものとして見なしているため、倫理に対してはそれほどの注意を払わなかった。したがって、倫理教育は、あくまでも「社会主義的な価値観」を育成するために進められてきた。国家建設の初期、中国の人々はすべて、毛沢東主席の著作を読むように要求された。医療衛生部門では、毛主席が死生観の視点から人民の道德精神を「開発」するために発表した「紀念白求恩（ベシューンを記念する）」や「为人民服务（人民に奉仕する）」などの文章を読むことが、医療従事者全員に求められた。中国古代の歴史家、司馬遷は、「人はいつか死ぬものであり、価値のある死は、泰山よりも重い、価値のない死は、鴻毛よりも軽い」と説いたが、毛主席は、「人民のために死ぬ」ことこそが価値のある死であると論じた。彼は、日中戦争の時期に、中国人の兵士や市民の治療に身を捧げたカナダの医師、ノーマン・ベシューンを医療者の模範として取り上げ、ベシューンの「民衆に対しては無私であり、仕事に対しては誠実である」という精神を称賛した。このように、医療倫理の教育さえ、他の領域と同様に、政治教育の一環として定式化したうえで行われていた。¹¹⁶

¹¹⁵ 同上, 452 頁参照.

¹¹⁶ 同上, 453 頁参照.

この時期、民衆は、徹底した政治思想教育のもとで、国家の建設に対して絶大な情熱を抱き、生産力の発展だけを重要視していた。治療費が安いことや、生産力の発展の絶対的な重視などの理由によって、民衆が当時の医療条件や医療制度に不満を表すことはなかった。一方、計画体制のもとの医療は、従来の医療よりは発展したとはいえ、実際には、全体的に水準が低かった。したがって、医療の需要は供給を大幅に上回り、一般人はしばしば、官僚に比べると不十分なケアしか受けることができなかった。その上、ほとんどすべての病院は、設備の修理や交換が不可能であるほどの赤字を抱えており、医療従事者たちは、「人民のために死ぬ」覚悟で、医療事業を支えていた。¹¹⁷

文化大革命の時期になると、中国の民衆は、階級闘争にいっそう熱狂した。毛沢東主席が「医学教育に長い時間は必要ない」と発言したため、医学生に対する教育は「実践」に偏っていった。医学の教育は、学校で本に書かれた知識を学ぶよりは、実際に患者と接触し、経験を積み重ねるほうが効率的だとされるようになった。一見問題のないやり方であるが、実際のところ、いわゆる開業医になろうとする者は、専門性や学歴が問われることもなく、政治的な思想さえ合格できれば、長くて半年間病院で研修した後、「赤脚医者（はだしの医者）」として農村部へ大量に送られた。「赤脚医者」は、古代において民間に派遣された医者に相当する者であるが、医学について極めて浅い知識しか持っていない。彼らは、患者の自宅まで医療器具の入った箱を持ち歩き、昔ながらの経験を生かして診察した。こうした「赤脚医者」が、国中にあふれ、ピーク時には150万人に達した。彼らは、農村部で多く発生する疾病や、助産などに関する簡単な知識しか持っていなかったが、自ら進んで患者の家を訪ねたり、多額の料金を請求しないにもかかわらず、患者のニーズに応じた治療を行なったりしたため、「無私」という医者のイメージを確立した。また、勤務医を目指すために医学校に入った学生は、医学の基礎課程——数学、物理、有機化学、生物学、ロシア語など——を一年足らず学んだ後に、医学校の先生について貧困な農村地域に行き、農民たちと働きながら、「赤脚医者」とともに「実践」を通じて勉強していた。¹¹⁸ このよ

¹¹⁷ 同上, 452 頁参照.

¹¹⁸ 胡大一「回寛城（寛城に戻る）」『中华心血管杂志』2015年第4期, 2015年, 289-290 頁参照.

うな医療形態によって、中国の医療従事者-患者関係が再び親密性を有したと思われる。

また、毛沢東主席の「医療の中心を農村におく」という命令のもと、当時医療サービスの保障がなかった農村においても、医療条件が改善された。さらに、文化大革命の時期に医学校の先生と学生が農村まで行ったことによって、医療衛生知識が広い範囲に普及していった。もともと「粗末」な医学知識しか持っていなかった「赤脚医者」も、ある程度医学教育を受けられるようになり、医術を向上させることに成功した。1985年、『人民日報』は、『赤脚医者』の名称を廃止し、農村医者の発展に力を入れる」というタイトルの文章を発表し、「赤脚医者」は、次第に消滅していった。2004年1月1日から施行された「農村医者従業管理条例」により、農村医者は開業する前に、医者組織に登録し、教育を受け、従業テストに合格しなければならなくなった。こうして「赤脚医者」という名称は歴史の舞台から去っていったが、¹¹⁹ 実際には、違法な医療活動を続ける「赤脚医者」が大量に残っていた。

文化大革命の後、中国は、多大の問題を抱えながら、改革開放政策を実施し、各領域において社会主義市場化改革を行なった。1979年、広州で中国自然弁証法研究会と中国科学技術協会の学術的支援のもとで、現代中国の医療倫理の始まりとも言える医学哲学会議が開催された。会議に出席した哲学者、医師、および医療衛生官僚は、死の概念と安楽死の正当性や、差別のない医療サービスの供給などの問題を論じた。文化大革命期に強調された、労働者・農民・兵士への医療サービスにおける奉仕は、他の職種の人に対する差別であると問題視された。また、1980年代になると、『医学与哲学（医学と哲学）』『中国医学倫理学』などの学術雑誌が刊行されたのに続き、中華医学会に付属する中国医学倫理学会も設立された。同じ時期から、大多数の総合的医学大学および単科大学、看護学校などでは、医学倫理学¹²⁰ が、選択または必修科目として設置されるようになった。医学倫理学のカリキュラムには、伝統的な道德、医療職の倫理、社会医学、

¹¹⁹ 陳煜「“赤脚医者”，悬壶济世」『中国生活记忆』中国轻工业出版社，2014年，参照

¹²⁰ 日本では、「医療倫理学」「医療倫理」と称することが多いが、中国では、授業科目の場合、「医学倫理学」と称することが多い。

医療従事者-患者関係、安楽死や遺伝学を含めた先端医学に関する倫理的課題、および保険医療政策に関する知識が含まれている。¹²¹

改革開放前の中国の医療従事者と患者は、歴史的な観点から見ても、もっとも親密な信頼関係を保っていた。しかし、この時期の「信頼関係」は、他の領域と同様に、限られた状況でしか有効でない、一種の「幻」または「ユートピア」であったと考えられる。当時の政策は、農村における医療資源の不足を、一時的に緩和することはできたものの、当時の限られた条件のもとで実施され続けていたがゆえに、医療者や一般の民衆のニーズを犠牲にただけでなく、医学の発展を遅らせてしまったことも否定できないと思われる。また、現代中国の医療倫理は、最初から政治的イデオロギーを前提としていたため、医療者に対する医療倫理の教育も政治的な色彩が濃厚で、定式化された社会主義的な道徳の教育が主に行われてきた。1980年代、あらゆる分野において行われた市場改革、および社会が開かれたことによってもたらされた価値観の多様化などが原因で、中国における医療従事者-患者関係に新たな変化が生じた。医療をめぐる事件が多発し、以前は道徳的教育のもとで保たれていた医療従事者と患者との間の親密な信頼関係はしばしば、「不信感に溢れている」とか、「悪化している」と言われるようになった。その「不信感」の原因を解明し、医療従事者と患者の「信頼関係」を再構築する方法を探るために、次の節において、様々な事件を紹介しながら、現代中国における医療および医療従事者-患者関係について考察を行っていく。

¹²¹ 『生命倫理百科事典（第3版）』, 453頁参照.

第三節 医療にまつわる事件の顛末に見る医療従事者-患者関係の現状

3.1 医療システムおよび医療市場の不健全に起因する事件

3.1.1 三つの事件（事件①～③）の概要

事件①：2016年1月、ある東北人の女性は、母親を北京の病院に連れていき治療を受けさせようとした。列に並んでいたところ、番号札を売買する「票販」に割り込まれてしまった。その結果、女性は、希望の医者番号札を手に入れることができなかった。早めに母親に治療を受けさせるために、女性はその日、寒い中、朝早くから並んで順番を待っていたが、彼女の前に誰かが人の代わりに椅子を事前に置いて、順番を確保していた。中国では、こういうことは珍しくないため、女性は、それほど気にしなかった。ところが、開院時刻になると、十人ぐらゐの「票販」がそこに入り込んできたのである。さらにひどいことには、その人たちは、もらった番号札を元値の十数倍の価格で、きちんと並んで待っていた患者や家族に売ろうとしたのである。その女性は怒りのあまり、泣きながら「票販」や横で見ている保安係を大声で叱った。周囲の人がその様子をスマホで録画してビデオをネットにアップロードしたことによって、この事件は、全国に大騒ぎを引き起こした。¹²²

事件②：2012年3月23日、ハルビン医科大学第一附属病院で、かつて同病院の患者だった少年李（当時17歳）が、標的となった医師および阻止しようとした医師や周囲の者をナイフで刺した。その結果、刺された医師は死亡、三人が負傷した。事件当日は、少年李の6度目の通院の日であり、強直性脊椎炎を患っていた彼は、祖父に連れられ、故郷からハルビン市病院を訪れた。李は、医師を刺した後、旅館で休憩していた祖父のところへ逃げたが、自身もナイフで負傷していたため、17時頃病院に戻り、傷口の処理を受けようとした。そこで彼は、負傷して治療を受けていた目撃者に犯人だと指摘され、傷口の処理が終了した後、警察官に連行された。半年後の10月、少年李は、故意殺人罪（傷害致死）

¹²² Sina News 「東北女孩挂号被要4500元（番号札の代金に4500元を要求された東北女性）」
<http://hlj.sina.com.cn/news/s/2016-01-26/detail-afxnurxp0000221.shtml>, 参照, 2020年4月閲覧.

の判決を受け、当時まだ 17 歳だった彼は、無期懲役の刑に処された。

李は、貧困家庭の生まれであり、故郷は、ハルビンまで車で 10 時間かかる距離のところにある。彼は 2009 年から、足に持続的な痛みを感じていたため、地元の病院で検査を受けたが、骨が伸びているだけだからほっといてもいいと診断されたため、その痛みを一年間ほど放置した。しかし、一年間経っても痛みが消えなかったため、やむを得ず、少年李は、2010 年からハルビン医科大学附属第一病院に通い始めた。病院に通い始めた当初、李は、自分の痛みが骨の問題だと思い、整形外科で CT 検査を受けた。当時の医師は、彼の病気にはリウマチ疾患の疑いがあると診断し、彼を同じ病院のリウマチ疾患科の主任医師である張医師に紹介した。しかし、その「専門家」であるはずの張医師は、CT 診断結果を「見もせず」、リウマチの問題ではないと結論づけたと、李の祖父は事情聴取で述べている。

誤診された結果、李の足の状況は悪化し、2011 年 4 月になると、李はすでに歩けない状態になった。そのため、李は、祖父に伴われ、ハルビン医科大学附属第一病院の整形外科に再び入院し、ようやく強直性脊椎炎と診断された。今回の診断を下したのは、偶然にも、前回誤診をした張医師であった。李は、正確な診断を受け、強直性脊椎炎を中心に治療を始めたが、家の財産をほぼ全部医療費に当てることになった。そして、李は、第二回の入院治療の際、高熱を出し、結核と診断されたが、薬の相性のため、先に結核を治療しなければ、脊椎炎の治療もできないと医師に告げられた。結核がなかなか完治しないため、足の痛みを抑えるための薬を注射してもらえなかった李は、「精神的に追い詰められ、犯行に及んだ」と供述した。

後に、記者による取材において、李は犯行時の心理について、「その診療科にいる白衣を着ているやつをできるだけ多く傷つけたかった」と述べた。頸部をナイフで刺されてから 20 分も経たないうちに死亡した王浩医師（当時 28 歳）は、李の担当医ではなく、ちょうど研修医として実地研修をしていた、ハルビン医科大学の大学院生に過ぎなかった。殺害された五日後、彼が待ち望んでいた香港大学博士課程の入学許可書が家に届いた。この凄惨な事件は、中国全土の医療関係

者を震え上がらせたが、事件についての世論調査の結果は、医師の怒りと悲しみをさらにかきたてた——事件に対して思うことについて、インターネット上で世論調査が行われたが、回答者 6161 人のうち、65%に当たる 4018 人が「うれしい」と回答したという結果が出たためである。¹²³

事件③：2016年2月26日、西安電子科技大学の大学生、魏則西（21歳）は、匿名のQ&Aサイト「知乎」に投稿された「あなたは人間にできる最大の『悪』は何だと思えますか」という質問に対して、自分の闘病過程を例にして、「最大の『悪』とは、人の希望を利用して騙すこと」と読み取れるような答えを書き込んだ。

魏は、大学二年生の健康診断で異常が見つかり、精密検査を受けた結果、がんの一種である滑膜肉腫の末期であることが判明した。滑膜肉腫は、悪性軟部腫瘍であり、それを治療するための技術はいまだに開発中であり、臨床で有効性を実証されていないゆえ、治癒がほぼ不可能な難病である。たとえ末期であっても治療法は必ずあると考えた魏の両親は、魏を連れて、北京、上海、広州などの医院を訪ね歩いたが、どの医院も治癒の可能性に否定的であった。絶望した魏の両親は、インターネットを活用して治療法を探すことに思い付き、2014年3月30日に、中国最大の検索エンジン「百度」で、「滑膜肉腫の治療法」をキーワードにして検索してみた。検索結果の第1位にランクされていたのは、「武装警察北京総隊第二医院」（以下「武警第二院」と略述）の生物免疫療法であった。両親は魏とともに、武警第二院の「生物診療中心（センター）」の医師、李志亮と面談した。両親は、息子が滑膜肉腫の末期であることを告げ、何としても生物免疫療法で治療して欲しいと述べると、李志亮は、両親に以下のように語った。すなわち、「生物免疫療法は、米国のスタンフォード大学が研究開発した治療法で、滑膜肉腫を治癒できる確率は、80～90%に達しているので、息子さんの命は20年間保証できる」と。

このような「保証」を聞いた後、半信半疑の両親は、魏と一緒に李志亮や病院について調べた。その結果、「主任医師」である李志亮は中央電視台（中央テ

¹²³ 楊璐「哈医大一院血案：受害者与行凶者（ハルビン医科大学第一付属病院事件：被害者と犯罪者）」『三联生活周刊』2012年第14号、2012年、参照。

レビ) の番組で何度か紹介されたことがあり、武警第二院は、中国の病院の中で高いランクに位置する「三級甲等医院」¹²⁴ であることが分かった。武警第二院の生物免疫療法が「百度」の検索結果で第1位にランクされていたこともあり、信頼できると判断した両親は、魏の治療を武警第二医院に委ねることを決断した。2014年9月から2015年12月末まで、魏は、武警第二院で合計4回にわたる生物免疫療法の治療を受けた。この間の費用は、20数万元(約400万円)に達したが、家中の財産をかき集めても到底その額には足りず、両親は、親戚や友人に借金して賄った。しかし、魏則西の病状は、一向に改善しなかったばかりか、がんが肺に転移する始末で、医師から余命2か月と宣告されるに至った。¹²⁵

魏は、自分の病気の厳しさを知った後、闘病過程や心境を「知乎」に書き込み、そのおかげでたくさんの有力者と知り合いになった。その中の一人は、アメリカにいる留学生であり、魏のためにグーグルで検索したり、アメリカの病院を尋ねたりして、生物免疫療法について詳しく調査した。しかし、調査した結果、その技術は、すでにあまり効果が見られなかったため、アメリカでは用いられなくなったことが判明した。また、魏の事情を知った香港の「知乎」ユーザーは、香港から特効薬を魏に送ったが、ようやく真相を知った魏は、その頃にはすでに財産を使い果たし、命の終わりも近かった。¹²⁶ 魏が同サイトに書き込んでから二か月後の4月12日、「知乎」ユーザーが書き込んだ、「魏則西はどうなりましたか」という質問に対して、魏の父は、魏のアカウントを使い、ちょうどその質問が投稿された日の8時17分に、魏は亡くなったと答えた。¹²⁷

3.1.2 三つの事件から見た中国における医療システム・市場の現状

今日、救急の場合を除けば、患者が医師や看護師と直接関わりうる最初の場所は、外来病棟である。中国の病院の外来病棟では、①のような事件は、さほど

¹²⁴ 中国の病院のランキング制度や医師の肩書きについて、3.1.3において詳しく説明する。

¹²⁵ 北村豊「21歳の辞世ブログが暴いた中国医療の暗部」

<https://business.nikkei.com/atcl/opinion/15/101059/051000049>, 参照, 2020年4月閲覧.

¹²⁶ 魏則西「你认为人性最大的“恶”是什么? (あなたは人間にできる最大な『悪』は何だと思いますか)」<https://www.zhihu.com/question/26792975>, 参照, 2020年4月閲覧.

¹²⁷ 魏則西「魏则西怎么样了? (魏則西はどうなりましたか?)」

<https://www.zhihu.com/question/42392347/answer/94900511>, 参照, 2020年4月閲覧.

珍しい出来事ではない。その原因を解明するために、まずは、中国の医療システムの構造を、公立病院のランキング制度および医療職の昇進制度から考察する。

中国では、公立病院は、規模やサービスの対象によって、一級、二級、三級病院に分けられており、一・二・三級病院には、さらに甲・乙・丙等の区別がある。ランキングの最下位は、一級丙等病院である。それは、特定のコミュニティに居住している人々を対象とし、予防、医療、保健、リハビリテーションなどのサービスを提供する衛生院を主とする。二級病院は、いくつかの特定のコミュニティに居住している人々を対象とし、総合的な医療サービスを提供しながら、医学教育および医学研究もある程度行う地域病院である。三級病院は、いくつかの地域に居住している人々を対象とし、高水準かつ専門性の高い医療衛生サービスを提供しながら、高度の医学教育および医学研究も行う、地域病院以上の病院である。三級病院の甲級の上には、さらに特等があり、一級丙等から三級特等までのランクは、あわせて10級あるということになる。¹²⁸ この分級基準は、1989年に定められたものであるが、2020年現在、三級特等と正式に認定された病院はまだない。したがって、三級甲等病院は、現時点では、中国における最高の医療水準を満たす病院となっている。三級甲等病院に認定されると、その病院は、インフラが完備し、医療の水準や医療サービスの質も高く、有名な専門家が集まっている病院として世間に見なされ、日本における大学病院に近い存在となる。

また、中国では、医療職——今はまだ医師と看護師がメインであるが——の医療活動・医学教育の資格、および収入は、業績で決められる職名に応じて定められている。勤務医は、医士（学生）、医師（助教）、主治医師（講師）、副主任医師（准教授）、主任医師（教授）などの職名で区分されている。職名は、昇進試験の結果によって決定されるが、学歴、経験、従業の年数などから構成される基準を満たさなければ、試験の受験資格は得られない。医士は、中・高等の衛生職業専門学校を卒業し、農村部の基礎的な衛生保健事業を中心に医療活動を行う。彼らは、医師免許試験を受験する資格を持たないゆえ、ここでは、医学の学士号およびそれ以上の学歴を持つ医師の資格を、以下の表を用いて説明してい

¹²⁸ 中華人民共和国衛生部「医院分級管理办法（病院の分級管理制度）」参照, 1989年11月29日公表。

能力、学識水準なども、審査の基準として用いられている。¹²⁹ 看護師の昇進に関する制度も、医師の場合と類似している。

試験以外の要素に対する審査は、一つ上の資格を持つ医師または看護師が出す評語・評価、審査対象となる医師・看護師本人が影響力のある医学雑誌に発表した論文の数などを記した書面を材料として行われる。その中でも論文の数は必要条件であり、たとえ試験に合格しても、この条件を満たさなければ昇進できない。このような昇進制度の下では、上級の医師・看護師との個人的な人間関係の良し悪しによって、評語が客観性を失う恐れがある。さらに、昇進のために、医師や看護師は、勤務中はなるべく多くの患者を診察しなければならないだけでなく、プライベートでも試験勉強や論文の作成のために、多くの時間を犠牲しなければならない。したがって、医療者の過労は、もはや当たり前のことのように受け取られていると言っても過言ではない。

また、国際的に影響力を持つ雑誌に論文を發表することが望ましいが、「外国語の能力が低い」や、「同じ研究分野で権威のある推薦者から推薦を得ることが難しい」などの事情によって、医師・看護師は、仲介者に依頼して、論文を翻訳したり、推薦者を探したりして發表する場合がある。しかしながら、仲介者の質は玉石混淆であり、中には、投稿のルールを悪用し、不正を行う者もいる。2017年4月20日、腫瘍生物学の雑誌 *Tumor Biology* は、過去に掲載された論文を撤回する声明を出した。撤回されたのは、2012年から2015年の間に發表された107本の論文である。その論文の筆者は、すべて中国の医学研究機関や医療機関とかかわりを持っていた。論文を撤回したのは、これらの論文の筆者が雑誌に提示した「推薦者意見」の「推薦者」は、実在の人物ではあるものの、その連絡先（メールアドレスなど）は偽物だったと判明したからである。¹³⁰ 雑誌側は、審査時に油断があったことを認めたが、この事件は、中国の現行の医療職の昇進制度には不適切な点があることを示した。医療者らは、自らの能力が推薦に値する

¹²⁹ 中華人民共和国人力資源・社会保障部「臨床医学專業中、高級技術資格評審条件（試行）」参照、1999年8月18日公表。

看護師の昇進制度は1993年作成された「看護師登録管理弁法」に依拠している。

¹³⁰ cf., Torgny Stigbrand, “Retraction Note to multiple articles in *Tumor Biology*”, *Tumor Biol*, SAGE Publications Inc., 2017.

基準に達していないにもかかわらず、収入の増加や昇進のために、論文を大量に発表せざるを得ない。仲介者は、医療者のこのような「弱み」に付け込んで高額な手数料を設定しているゆえ、ルールを守った上で仲介者としての役目を果たすように期待されているが、中には、利益に誘惑され、不正を行う者も現れてしまう。さらに、医療者は、もし臨床治療にのみ集中してしまうと、医学研究をする余裕がなくなるが、逆に医学研究ばかりしていると、患者を治療する臨床能力が落ちてしまう。ゆえに、昇進のために発表された論文には、盗作や他人の研究成果を自分の名で発表したものが少なくない。

一方、研究成果を地道に積み重ねて昇進を遂げた職名の高い医師は、研究者として、難病について独自の研究成果を上げてきたかもしれないが、逆に患者を治療する臨床医としての能力は低くなっている可能性がある。しかし、中国では、病院のランキングの高さや専門家の所属はむしろ、患者を「引き寄せる」ための道具になっている。患者が外来で診察を受ける際には、診察料とは別に、「列に並ぶ」ための「番号札料」を払わなければならないことになっている。その「番号札」の料金は、日本における初診料・再診料のように、病院の規模によって定められているのではなく、同等規模の病院では、地域や医師の職名によって異なってくる。従来の「番号札」制度のもとでは、「番号札料」は、普通医の場合には日本円で300円相当、専門家の場合には、専門家のレベルに応じて500～1000円相当となっている。今でもこの制度を継続している病院が大多数であるが、「番号札」自体は、決して高額なものではないし、列に並べば手に入るゆえ、なんら特別な価値を持たない。事件①の「票販」らが売買するのは、その「番号札」に付随している「優先」される権利、およびより良質な医療資源へのアクセスであると考えられる。

すでに述べたように、日本では、近年まで、患者はどの病院で治療を受けても料金が均一であったゆえ、規模の大きい病院が混み合うという状況が長年続いていた。それに対して、中国の場合は、医療資源は日本と同様に都市部に集中しているが、農村部と都市部の間の医療条件の差があまりにも大きすぎるため、事件①における東北から北京まで行った女性や、事件②における少年李のよう

に、地元の低いレベルの病院で治療費を「無駄」に払うよりも、多大な代償を払ってまで遠く離れた大都市で治療することを選択する人が現れたのである。治療を受けるために払わざるを得ない代償には、治療費だけでなく、旅費、宿泊費、食費などの費用、家族や患者自身の時間が含まれている。これらの代償が大きければ大きいほど、患者が医療に対して抱く期待や信頼も大きくなると思われる。さらに、どうしても治りたいという気持ちも強くなる。したがって、事件①では、「票販」の行為が間違っていると誰もがわかっているにもかかわらず、その場で並んでいた他の人には需要があるゆえ、その女性以外は誰も阻止しようとは思わなかったし、むしろ「票販」と取引して専門家の「番号札」を手に入れようと思っていたかもしれない。また、事件②の少年李のように、専門家を信頼し、多大な犠牲を払ったにもかかわらず、期待を裏切られ、最終的には暴力に手を染めたという患者や患者の家族は少なくない。

また、格差が激しいため、特に北京や上海の「三級病院」は、常に混み合っている。この状況を改善するために、2017年4月8日から、北京市では、大学病院相当の病院から患者を分流すること、および薬代の歩合を病院の収入から分離することを中心とした医療改革政策¹³¹が実験的に施行された。この政策によって、「番号札」制度と薬代の歩合は消滅し、その代わりに医師の技術的価値を体現できるように、「医事サービス費（医療サービス料金）」が設定された。外来で受診する場合、普通医が50元（日本円で800円相当）、副主任医師が60元（1000円相当）、主任医師が80元（1400円相当）、知名の専門家が100元（1700円相当）となっているが、保険がカバーできる分は、いずれも40元（650円相当）である（なお、一級のコミュニティ病院で「普通外来」を選択した場合、自費金額は16円相当である）。入院患者に関しては、入院費用はやや高くなるが、その代わりに、ハイテク設備を使用した検査費用は検査項目によって低くなる場合がある。この政策の目的は、患者が払う費用の総和を上げず、医師が処方書を大量に出すことによって収入を増やす、という薬代の歩合によって生じた現象を消滅させたいという点で、医療従事者の収入を保障し、医療職の技術的な価値を反映するこ

¹³¹ 北京市人民政府「医薬分業総合改革実施方案（薬代の歩合を病院の収入から分離するために総合改革政策）」参照、2017年3月31日公表。

とにある。また、この政策は、「三級病院」の患者を分流し、コミュニティでも治療できるような病気を診てもらうために大病院に行く患者を減らし、事件①のような「票販」の「市場」をなくすことによって、医療資源をより適切に利用することを目指しているが、それ以上に重要なのは、医療市場の主体である公立病院の医療サービスの質を全体的に向上させ、格差を縮小させることだと思われる。

医療における格差を解決するために、私立病院の導入が長年提唱されてきたが、現段階の中国では、医療保険がカバーできるのは、公立病院での治療だけである。その上、民間の資本によって運営されている私立病院のほとんどは、一昔前までは電柱に紙の広告を貼り付け、中絶、性病、皮膚病、リウマチなどの「人に言いにくいが早く治癒してほしい」ような病気を痛みなしで素早く治療できるとアピールし、客を集めてきたが、今では「百度」に広告を載せ、「先端的な技術」で治療を行う様子が写っている写真を用いて、患者を騙し続けている。③の魏則西事件で魏を欺いた「武警二院」は三級甲等病院ではあるが、その「生物免疫療法センター」は、実は「莆田系」と呼ばれる医療詐欺集団によって運営されていた。「莆田系」病院とは、福建省莆田市出身の「赤脚医者」が、「赤脚医者」制度が廃止された後も、無免許で違法な医療行為を行い続けて創業の資本金を積み重ねて設立し、後に全国に拡散した病院のことを指す。それらの病院には、「先進的な技術」が必要となる難病でも「治療」可能だとする病院だけでなく、韓流ブームに乗った韓国式整形美容院も大量に存在している。しかし、いわゆる「韓国からの医者」は、実のところ、医師免許すら持っていない場合もあったため、医療事故を引き起こすのは必然であった。政府は長年にわたり、私立病院市場の混乱状態を解消するために様々な手を打ってきた。しかし、国土が広い分、市場全体を監視する難易度も高いゆえ、私立病院の規範化には、まだ様々な課題が残っていると思われる。

以上、中国における医療市場の現状に関して、病院の分級制度、医療職の昇進制度および私立病院市場の混乱を中心に考察を行ってきた。中国では、民衆は、医療従事者という専門職グループや医療というシステムではなく、特定の医

師や病院に付属している「ブランド」、例えば「主任医師」や「三級甲等病院」など、に信頼を置いていると思われる。その原因は、中国の医療サービスにおける格差や、医療システムおよび医療市場の不健全さにあると考えられる。しかし、いくら医療サービスの質を全体的に向上させたとしても、各々の病院や医師の間には、技術の差があるのも事実である。また、もっとも優秀な「専門家」が、優秀な臨床医師でもあるとは限らない。したがって、個々の医師や病院に信頼を置くことは、かえってトラブルの源になる恐れがあると思われる。さらに、事件①②③を見る限り、法律などの手続き的な手段よりも、アクセスしやすい医療者への暴力に訴えたり、ネットに曝したりというような手段を通じて問題を「直接」解決する方が「手っ取り早い」、という考えを抱えている人が少なくない。また、医療者が法律に従い、事前にインフォームド・コンセントを患者から取得したにもかかわらず、患者やその家族は、望まない結果だったことを理由に、事件を起こした事例もある。これらの事例から、民衆は、医療の限界に対して認識が不足していること、法律制度に対してはむしろ敵意を持っていること、などが読み取れると思われる。次の節においては、インフォームド・コンセントが「引き金」となった事件を手がかりにし、法律が中国における医療従事者-患者関係にどのような影響をもたらしているかについて考察を行う。

3.2 インフォームド・コンセントにまつわる事件

3.2.1 二つの事件（事件④、⑤）の概要

事件④：2007年11月21日、妊娠9ヶ月の妊婦、李麗雲は、風邪で呼吸困難を訴え、当時同居していた男性、肖志軍に伴われ、北京のある病院の呼吸器科で診察を受けた。ところが、検査の結果、彼女は、ただの風邪ではなく、重症肺炎にかかっていることがわかった。妊娠9ヶ月の妊婦にとって、心肺機能に影響を与える重症肺炎は、非常に危険な病気であるゆえ、医師は、すぐに産婦人科に入院するよう指示を出し、李麗雲は、同病院の産婦人科に引き受けられることになった。しかし、その後、李の心肺機能は衰える一方で、胎児だけでなく、自身の命も危険な状態になった。ゆえに、医師は、緊急帝王切開手術を行い、妊娠を

中止させ、とりあえず李の命だけでも助けるという治療方針を提示した。手術する前の同意書には、患者自身、あるいは配偶者または親族の署名が必要となるが、李はすでに意識不明の重体に陥っており、意思決定ができない状態になっていた。そのため、主治医は、手術の緊急性と必要性を説明した上で、李と一緒に来ていた肖志軍の同意を求めようとしたが、肖は、「私たちは風邪を治療しに来ただけで、子供は妻が自分で産めるから、風邪だけ治してくれればいい」という理由で、何度も帝王切開手術の責任書への署名を拒んでいた。また、肖以外に、連絡が取れる李の肉親もいなかったため、法的にも、医師には、帝王切開の手術を行う権利はなかった。最後、肖は、自己責任という前提で、薬などの手段による保守治療を貫き、帝王切開手術は行わない、という内容の承諾書に署名した。その結果、医師は、妊婦と胎児のどちらも救うことができず、3時間後、李と子供は、母子ともに死亡するという結末となった。

後日、李の両親にやっと連絡が取れ、彼らは病院に対して訴訟を起こしたが、判決の結果は、「病院の医療行為には問題がなく、法的責任はない」であった。判決の理由としては、李の病状は、進行が速く、状況が複雑であり、臨床的な処置も難しかったが、こうした点が彼女の死亡に深く関係していることや、治療法をめぐる、医療者側と患者（家族）側の意見に大きな食い違いがあったため、そのことが治療の過程および治療の結果に影響を与えたこと、などが挙げられた。ただし、妊婦が病院で亡くなったのは事実であるため、病院は、妊婦に対する「人道主義」的な責任を負っているとされ、遺族に十万元の「人道主義賠償」を支払った。¹³²

事件⑤：2016年10月3日午前、山東省萊蕪市の萊鋼医院で、小学生になったばかりの子供を持つ34歳の元小児科医、李寶華（彼の妻も同病院で看護師を務めている）は、更衣室で15ヶ所ほど刺され、5時間後に亡くなった。容疑者の陳建利は、犯行の直後に捕まった。李医師の同僚によると、陳容疑者の妻は事件の前に、萊鋼医院で出産したが、新生児は2日後、新生児敗血症や肺炎などの先天的な病症で重体になり、治癒の可能性は低い状態にあった。そのため、李医

¹³² 搜狐ニュース「丈夫拒簽致产妇死亡案:折射医患关系（夫のサイン拒否による妊婦の死亡事件：医療従事者-患者関係を反映する）」<http://health.sohu.com/20071203/n253764347.shtml>, 参照, 2020年4月閲覧。

師は、何人かの小児科専門医師とともに、医学的観点から状況を説明し、治療を放棄することを家族に提案した。家族は、治療の放棄に同意したが、新生児が亡くなった後、陳容疑者は、子供の死亡を、李医師が治療を放棄すると提案したせいでとし、賠償金額について病院と合意に至らなかった。犯行を実行する前、陳は、病院で暴れたため、逆に器物損害で二万元ほどの賠償を請求されてもいた。こうした一連の出来事によって、病院や李医師に対する恨みを持ち続けていた陳は、李医師を襲い、その最中も李医師が逃げられないように、更衣室のドアを何度も塞ごうとしたという。¹³³

3.2.2 二つの事件から見る中国におけるインフォームド・コンセントの実態

事件④の経由を見ると、肖志軍は、恐らく極めて特殊な患者の家族だと言えよう。したがって、この事件もある程度の特殊性を帯びている。しかし、この特殊な事件から、当時の中国におけるインフォームド・コンセントの実態が読み取れる。また、この事件は、後に制定された法律によっても解決できないところがあり、今日でも様々な場面で考察対象として議論されている。

中国語では、インフォームド・コンセントは「知情同意権」と訳されるが、事件④が発生した当時、中国におけるインフォームド・コンセントは、主に以下三つの法律・条例を根拠に行われていた。

(1) 「医療機構¹³⁴ 管理条例（1994年9月1日より執行）」の第33条：医療機構は、手術、特殊な検査、もしくは特殊の治療を行う際、患者本人の同意、および承諾書への署名を取得することが義務付けられており、患者本人の同意が取れない場合は、その場にいる患者の家族や関係者の意見なしでは、手術を行う権利を持たない。患者本人の同意が取れず、その家族や関係者もその場におらず、もしくは他の事情がある場合、担当医は、医療処置方案を提出し、医療機構の責任者、または権限のある他の責任者の許可を得たうえで、方案を執行する責任を

¹³³ 搜狐ニュース「“交代病情” 惹杀身之祸 医生遭患者家属砍死(病状を告知した医師に禍 患者家族に切りつけられ死亡)」<http://news.sohu.com/20161005/n469605664.shtml>, 参照, 2020年4月閲覧.

¹³⁴ 日本では、病院や診療所などを「医療機関」と称するが、中国では、「医療機構」と称する場合がほとんどである。

持つ。

(2) 「医療機構管理条例実施細則（1994年9月1日より執行）」の第62条：医療機構は、患者本人の自らの病状、診断、治療に対する知情権を尊重しなければならない。手術、特殊な検査、特殊な治療などを行う前に、患者に対して、必要な説明をすべきである。病状を患者に説明することが難しい場合や、患者の精神的安定性を保護するために、治療行為において、特別の手段を取ったり、欺瞞を余儀なくされたりする場合は、患者の家族に知らせ、状況を説明する義務がある。

(3) 「執業医師法（1995年5月1日より執行）」の第26条：医師は、患者および患者の家族に、病状の真実を告知しなければならない。ただし、患者への悪影響に注意すべきである。医師は、実験性のある臨床治療を行う場合、病院、患者本人、および患者の家族の許可を得なければならない。

当時の法律を適用すると、その場に居合わせた肖志軍は、関係者に当たり、彼の同意および書面上の署名なしでは、病院は、手術を実施する権利を持たないため、患者を「見殺し」にすることになったが、法律は、確実に守られたということになる。また、上記の法律・条例の中には、「特殊な状況」や「その他の特殊な状況」といった表現が何箇所あるが、これは、非常に曖昧な表現であり、訴訟の場においては、解釈によって、裁判の結果が異なってくる可能性もある。一方、病院が肖の意見を見做し、手術を行ったとしても、その手術の結果は、予測不可能である。手術が成功し、妊婦と胎児が両方救えた場合もありうるし、手術の過程においてなんらかの想定外の状況が発生し、妊婦か胎児、もしくはやはり母子ともに、障害が残ったり、死亡したりする場合も十分考えられる。また、成功した場合でも、帝王切開手術が患者およびその家族の同意なしで行われた事実には変わりがなく、手術費やその後の治療費の担い手は、不明瞭なままになる可能性が極めて高いと思われる。

2009年12月26日に制定され、2010年7月1日より施行された「侵權責任法（権利侵害事件における責任を区分するための法律）」は、医療者による損害の

責任についてより具体的に規定した。以下の第 55 条、第 56 条と第 60 条の内容は、上記の事件の法的判断の根拠として適用できる。

第 55 条：手術、特殊な検査、特殊な治療が必要となる際、医師には、患者に治療のリスク及び代替治療の方案について詳しく説明し、十分理解させたうえで、患者の書面による同意を取得する義務がある。患者に説明するのが不適切な場合、患者の近親者に説明し、書面による同意を取得する義務がある。

第 56 条：医療者は、命に危険のある患者を救命するなどの緊急事態において、患者、もしくは患者の家族の同意が取れなかった場合、医療機構の責任者、または権限のある他の責任者の許可を得れば、医療処置を直ちに行うことができる権利を持つ。

第 60 条：医療機構に過誤がなく、以下の原因によって患者が損害を被った場合、医療機構の責任は免除される。

(1) 患者またはその親族が、医療行為が規範的に行われているにもかかわらず、医療機構に協力することを拒否した場合。ただし、医療機構や医療者に過誤があった場合は、医療機構の責任が問われる。

(2) 危篤状態の患者を救命するなどの緊急事態において、医療者ができる限りの治療義務を尽くした場合。

(3) 当時の医療の条件や医療技術の水準が原因で、治療することが難しかった場合。

「侵権責任法」は、医療行為によって法的責任が発生しうる状況を明確にし、医療者が法的責任に「怯えず」医療行為を行えるようにすることに焦点を当てた。また、その場に親族や関係者がいるにもかかわらず、同意が取れなかった場合での解決策として、この法律は、一定のルールを設けた上で、医療者に治療を行う権利を与えることによって、患者の命を救うことを最優先にしていると考えられる。しかし、事件⑤では、病院にも、李医師にも、医療行為に関して何の過失もなかった。その上、すでに述べたように、患者の家族からのインフォー

ムド・コンセントも取得されていた。それにもかかわらず、事件は起こった。このような事件は、現代医学の限界についての無知、およびインフォームド・コンセントや法律制度についての無理解がもたらした悲劇にほかならない。

中国人は、「人」との直接のつながりを古くから重要視してきたゆえ、法律のような「道具」は、むしろ人を隔てるもののように見えてしまう。このことも、多くの患者やその家族が、法的観点ではなく、自らの基準によって「悪徳医者」を決めつける原因の一つとなっている。また、事件⑤では、子を亡くした恨み、および病院で暴れても目的を果たせず、逆に賠償を求められた恨みが重なった結果、犯人は、警察に釈放された後、犯行に及んだ。

こうした医療者に対する暴力事件が多発している原因の一つとして、医療環境の安全性が十分に重視されていないことが考えられる。次の節において、このことについて考察していく。

3.3 中国における医療環境の安全性を疑わせる事件

3.3.1 三つの事件（事件⑥～⑧）の概要

事件⑥：2007年7月、福建省武夷山市中医院（漢方病院）は、やむを得ず1週間休業した。原因は、次のとおりである。産婦人科の患者、李は、出産予定日から1週間過ぎたのにもかかわらず、出産の予兆がなかったため入院した。検査の結果、胎児の頸部が、臍帯に巻きつけられていることが分かった。しかし、治療をしても李の状態はよくなり、胎児は、胎内で死亡した。また手術中に、李が大出血するという緊急事態が生じたため、医師は、妊婦の命を優先し、患者の家族に告知しないまま、李の子宮を緊急切除することにした。その後、李の夫の範は、病院の処置に不満を感じ、「医闹」という暴力組織に「復讐」を依頼した。

「医闹」というのは、患者や家族の依頼を受けて病院で暴れたりなどし、賠償を求めるのを「助ける」集団である。彼らは、患者の親戚と一緒に病院を囲み、霊堂や「花圈」（菊の花で作られた花の輪で、中国の葬式でよく使われている）などを設置した。そのうえ、彼らは、爆竹を鳴らしたり、「紙銭」（薄い紙で作られた偽物の紙幣で、死者があの中世でもお金に困らないように、中国の葬式でよく使

われている) を焼いたりして、病院の営業を妨害した。その結果、病院の医師や看護師のみならず、病院に行って治療を受けようとしている普通の患者さえも、病院に入ることを恐れたため、病院は、入院中の患者を他の病院に転院させ、休業を余儀なくされたのである。その間、病院は、司法検定、和解、医療事故検定などの解決法を提案したが、患者の家族に受け入れられず、額は、200 万元（約 3000 万円）の賠償を請求し、過激な行為でもって病院を屈服させようとした。最終的に、病院は、22 万元（約 330 万円）の賠償金を払うことに同意し、事件は収まった。¹³⁵

事件⑦： 2015 年 6 月 24 日の午後、ある人（記事では匿名）が、乳膿瘍を患っている子供を連れて重慶医科大学附属小児病院の腫瘍外科に来たが、患者の病気の重さは、入院する基準に達していなかったため、医師は、外来で点滴を打って治療すればよいと告げ、患者の入院を拒否した。しかし、病院に通うタクシーの費用がかかることや、外来で治療すると保険が適用されない（実は適用されるのだが）ことなどを理由にし、入院を主張し続けたが、やはりかなわなかった。その結果、患者の家族は、腫瘍外科の医師を、言葉で攻撃するだけでなく、殴ってしまった。しかし、その医師の同僚によると、医師が殴られた後に呼んだ警備員は、喧嘩を止めはしたが、結局はそのトラブルを「医者と患者との殴り合い」として処理したという。



図 1

2015 年 6 月 25 日 重慶医科大学附属小児病院・正面口

搜狐ニュースより

こうした処理の仕方に不満を持った病院の医師と看護師らは、翌日の 11 時から 14 時過ぎまで、「傷医事件零容認（医師を傷害する事件を容認できない）」「医者尊厳神聖不可侵犯（医者の尊厳は神聖であり犯してはいけない）」などのスローガンや、安全な医療環境に対する要求を書いたプラカードを持ち、病院の正門前でデモ活動を行った（図 1、参照）。しかし、記事によると、警察は通報を受け、医師らの行為は事前申請のないデモ活動に当たると見なして阻止し

¹³⁵ 搜狐ニュース「福建武夷山医闹事件了结 医院补偿患者 22 万（武夷山『医闹』事件が解決へ 病院が家族に 22 万元を支払い）」<http://news.sohu.com/20070714/n251054040.shtml>, 参照, 2020 年 4 月閲覧。

ようとし、医師らともみ合うことになった。デモ活動は、長続きしなかったものの、効果的ではあった。医師を殴った患者の家族は拘留され、調査を受けたという。¹³⁶

事件⑧：2016年5月5日17時20分前後、広東省人民医院の歯科に所属する主任医師、陳仲偉（60歳）は、自宅で襲われた。全身30ヶ所も刺され、二日後の5月7日に亡くなった。犯人は犯行後、ビルから飛び降りて自殺を図った。事件の調査報告によると、犯人はかつて、陳医師の患者であり、25年も前に、陳医師に顎の骨を削る手術をしてもらっていた。しかし、彼は、歯が術後に変色したという理由で、以前から病院に対して賠償を求めており、陳医師にも、長く付きまとっていた。陳医師は、事件の1か月ほど前に、一度犯人を捕まえて警備室に届けたことがあるが、重く受け止めてもらえなかった。また、その犯人は、精神的な疾病を疑われており、精神科で治療を受けたこともあるという。事件当日、犯人は、陳医師が住むビルで数時間待ち伏せ、遂には殺人を犯したわけである。¹³⁷

3.3.2 三つの事件に見る医療者と患者との「対立」

事件⑥が起こったのは2007年であり、当時、医療トラブルの法的解決は、2002年に国務院常務会議で公布された「医療事故処理条例（2002年9月より執行）」（以下「条例」と略述）に依拠していた。しかし、その「条例」に従い、医療事故の鑑定を要求すれば、たとえ事故だと認定されても、被害者（患者）の損害状況によっては、賠償金額が極めて少なくなる可能性がある。その上、医療事故の鑑定は、医学会の管轄のもとで行われるゆえに信頼度が低いという理由から、裁判所内部においても、その効力に対する認識が統一されていない。¹³⁸ その結果、病院はもちろん、患者側も、法的手段を通じて問題を解決することに反感を持つ

¹³⁶ The Paper 「重庆医生被患者家属打伤：医护集体拉横幅抗议，打人者已被拘（重慶の医者が患者の家族に殴られる：医療者がプラカードを持って抗議、犯人は逮捕済）」

https://www.thepaper.cn/newsDetail_forward_1345298, 参照, 2020年4月閲覧.

¹³⁷ 搜狐ニュース「广东省人民医院口腔科一医生被砍至生命垂危(広東省人民病院歯科の医者が切りつけられて重体)」<http://news.sohu.com/20160505/n447853329.shtml>, 参照, 2020年4月閲覧.

¹³⁸ 梁慧星「中国侵权责任法解説（中国侵權責任法についての解説）」『北方法学』2011年01期, 2011年, 5-20頁参照.

ている。ゆえに、患者は、世間から「弱者」だと思われるように、「医闹」を雇い、自分の正当性と被害者としての「惨めさ」を「アピール」することを選択する。そうすることによって、医療事故と認められるかどうかは関係なく、世論は、自然に患者贖罪になり、病院の評判が下がる。そのため、多くの病院は、事件⑥の病院のように、過誤があると認定されていないにもかかわらず、高額な「人道補償」で事件を収束させるしかないのである。

また、中国の法律には、「中国公民には、政府部門に申請したうえデモをし、正当な権利を主張する権利を持っている」という箇条があるが、上述のように、医療者側が申請なしでデモを行い、社会の秩序を乱した場合、警察には、阻止する義務がある。それに対して、患者側が、病院で過激な手段を使って病院の経営を妨害したり、医師や看護師に傷害を与えたりなどした場合、実際にどういう処分を受けるかは、以下の通りである。第一に、病院の公共財を破壊しても刑罰を受けない。第二に、医療をめぐる事件に限らず、殴り合い事件の負傷者は、「軽傷」以上に達することが減多にないため、「刑法」は適用されない。したがって、医療者に暴力をふるった者は、被害者の治療費、誤工費（被害者の仕事が中断されたことに対する賠償）、病院の設備の修理費用、などの費用を賠償するほか、せいぜい5日以上15日以下の拘留となる程度で、医療従事者に対する暴力犯罪のコストは、きわめて低い。2015年8月29日、第十二回全国人民代表大会常務委員会第十六次会议で、「集団で社会秩序を妨害し、仕事・生産・営業、及び教育・科学研究・医療活動を中断させ、重大な損害を与えた場合、集団の主要メンバーに対して、三年以上七年以下の懲役刑を処する」、という内容が、「刑法」に初めて追加された。それ以降、集団で医療活動を妨害する現象は、ある程度少なくなった。

2016年3月に開かれた「两会」¹³⁹にて、中国中医科学院附属望京医院の整形外科主任、温建民委員は「傷医者即入刑」を提出し、医療環境の安全性を強調した。彼は、医療従事者に暴力を振るった者に対して、致傷程度が軽傷以下で、

¹³⁹ 「两会」とは、通常同時に開かれる、全国（または地方各級）人民代表大会会議、および中国人民政治協商会議全国（または地方各級）委員会会議の両者を、同時に記事で言及する際に使用される略称である。あくまでもマスコミの報道や、国内外向けの記者会見などの場合に言いやすいように作られた語であり、正式的な名称ではない。

故意傷害罪の量刑標準に達していなくても、三年以下の懲役刑を処すべきだと主張した。彼の主張に対して、「どの職業の従業者も同じような危険に直面する可能性がある。例えば警察、教師、バスの運転手など。故意傷害罪には、すでに全職業の従事者に対する保護が入っており、医療従事者だけを特別視する必要はない」という反論もある。一方、量刑標準を定める際には、世論だけでなく、現存の法律との衝突も、考慮に入れなくてはならない。したがって、温の提案を実現するためには、様々な現実的な困難がある。¹⁴⁰ しかし、事件⑧の陳医師は、病院ではなく、自宅で殺害された。中国では、こういった医療従事者に対する暴力事件が起こると、事件⑧のように、たとえ犯行者が警察署まで連行されても、その犯行が未遂であれば、短時間の拘留や教育だけで解放される可能性が高い。そのため、医療従事者は、仕事場から離れた場所でも、犯人に恨まれている限り、身の安全を守ることができない。こうした事件へ対処するため、格闘術を学んだり、護身道具を購入したりする医療者が増えており、まるで患者と「対立」する立場にいるかのようになっている。したがって、医療環境の安全性を如何に確保するかが問われており、前述の温委員が提示したような提案も、その必要性を示していると思われる。

以上、合わせて8つの事件を挙げながら、中国の医療事情について考察を行ってきた。これらの事件の中には、精神的にも身体的にも追い込まれて暴力に訴えた患者もいれば、特殊な患者家族もいる。しかし、病院が実際に医療事故を起こし、隠蔽したケースも無論あるが、最も驚くべきことは、医療に関わる事件に対する中国の一般大衆の反応である——例えば、王浩医師の事件をきっかけに行われた世論調査の結果や、それ以降に起きた他の事件に対する、「医師がもし何も悪いことをしていなければ、怒りを買うこともないだろう」「その医者はきっとなんか悪いことをやっている」「今回は悪いことをしていなかったとしても、中国にはまだたくさんの悪徳医者があるのだ」といったコメントなどが挙げられる。中国の世論は、「弱者」を守る傾向が強い分、いわゆる「強者」に対する

¹⁴⁰ 搜狐ニュース「政协委员温建民：“建议伤医者即入刑”（政协委员温建民：医療従事者に対して暴力を振るった者に、懲役刑を課すべきだと提案）」https://www.sohu.com/a/62544355_377326, 参照, 2020年4月閲覧.

道徳的糾弾が激しい。その結果、特定の事件や物事に対する民衆の見方は、バランスを崩し、どちらかに偏ってしまうことがよく見られる。しかも、「弱者」「強者」を判断するための基準は、法律のように統一された尺度ではなく、個人的・感情的な考えであることが多い。よって、民衆の声を無視して法律ばかり強調すると、民衆の反感を招く恐れがある。そのため、ごく稀な事例ではあるが、場合によっては、世論の影響によって裁判の結果に変化が生じることさえある。このような状況は、中国の文化的・社会的環境によるものであり、法律を単なる「冷血な道具」にさせないという点においては、積極的意味を持つかもしれないが、あくまでも個人の感情的な判断に基づくものであるため、「平等」を求める現代的な社会制度とは、相容れないとも考えられる。

また、医療に関する判断を個人的な感情に委ねた患者やその家族は、期待通りの結果が得られなかった場合、無論その結果に対しても客観視できなくなり、暴力事件や争いが起こりかねないし、逆に、患者は、期待通りの結果を得たいがゆえに、その信頼を正真正銘の「悪徳病院」に利用され、騙される恐れがある。



図 2

2015年2月27日 8:38 徐州市のある病院・外来病棟

筆者が撮影

筆者は、ボランティアとして地元の公立病院の外来病棟のホールで働いたことがある。仕事の内容は、患者の案内、秩序の維持などであった。その病院は、眼科がもっとも有名であり、地元だけではなく、少し離れている町からも、患者が大量にやってくる。しかし、眼科が他の病院より優れているとはいえ、眼科医の人数は限られている。外来で患者を診察する眼科の普通医師は、一日当たり多くても8人しかおらず、それぞれの眼病治療の分野において、特別の成果を収めてきた各レベルの専門医は、多くても5人しかいない。もっとも忙しい時期、すなわち、新学期が始まるまでの一週間、子供のメガネの調整や視力の治療などのために、毎日千人ほど患者が来る。開院時刻の1、2時間前から、さらには徹夜までして並ぶ患者も少なくない（図2、参照）。こうして

何時間も待たせられる患者はもちろん、一日百人以上の患者を診察しなければならない医者や看護師も、身体的にだけでなく、精神的にも疲れている。こうした特殊な時期はともかく、平日には、患者の数は半分ほどになるものの、出勤する医者の数の方も少し減ることになっている。患者と医療者が喧嘩したり、もめたりすることは、日常茶飯事と言っても過言ではない。

一方、筆者は、以下のような場面を見たこともある。いかにも優しそうに見える中年二人組の女性の中の一人が、田舎から来ていることが一目でわかるような、年寄りの患者の後ろに並び、「何の病気で来られたの」と親しげに話しかけた。話しかけられた患者は、女性の親切そうな様子を信じ、疑うことなく自分の病気について話し始めた。そうすると、女性の仲間も、赤の他人のふりをして、「ああ、その病気か、かかったことあるよ。ここじゃ治してくれないから、いいところを紹介するよ」と言いながら会話に加わった。外来病棟の看護師によると、その女性の二人組は、正体不明の病院から派遣された「医托（サクラ）」である。ごく日常的な会話を通じて患者の信頼をだまし取り、患者を自分らが雇われる病院に連れていくことが、彼らの「仕事」である。しかし、患者が騙されていることがわかっているにもかかわらず、表面的には何ら問題がないゆえ、病院の従業員は、彼らを阻止できない。しばらく経つと、その患者は女性に連れられていったが、その姿を見て、筆者は、自分の無力さをしみじみと感じた。

筆者が遭遇したのは、公立病院よりも赤の他人の言葉を信頼する患者の姿であったが、それで病気が治るのならともかく、最も恐ろしいのは、その患者が、信頼だけでなく、命までもてあそばされる場合があることである。したがって、中国における医療従事者-患者関係においては、昔ながらの「信頼」の構築方法は、もちろん積極的な役割も果たしているが、すでに社会的環境が変化した今日では、そればかりを強調することは、逆に「不信」の原因になる恐れがあると思われる。次章においては、医療従事者-患者の信頼関係の「再構築」について考察を行う。

第四章 医療従事者-患者における「信頼関係」の再構築に向けて

第一節 中国における「人情社会」と医療従事者-患者関係

歴史的変遷からみると、中国における医療従事者-患者関係は、主に道徳、および医療者と患者との個人的関係が親密か疎遠かによって、調節されていた。そして、人間関係が社会関係の構成に与える影響は、医療だけでなく、中国人の日常生活の様々な場面において見られる。特に教育、医療、就職など、人生が関わる選択がなされる際、重大な役割を果たしている。古くから中国に存在していた、人間関係が利益交換の媒介の機能を持つ文化は、「人情文化」と呼ばれており、中国は、しばしば人情社会であると言われる。中国の医療、および信頼の構成について理解するために、まず人情社会が医療従事者-患者関係に与えている影響の考察から着手したい。

1.1 医療従事者-患者関係における過剰な「謝礼」現象

2008年、中国の医学新聞『生命時報』によって行われた調査によると、900人の調査対象において、たまに知り合いを通じて特定の病院や医者を訪ねる人は、53.3%を占めている。毎回必ず知り合いを頼りにする人は、18.2%を占めている。さらに、知り合いを頼りにしたいが、病院で働く知り合いがいないという人は、14.84%であり、そもそも知り合いを頼りにする考えを持っていない人は、わずか13.65%である。これに対して、800人の医師を対象に行われた調査によると、知り合いに頼まれても特別扱いをしないと答えている医師は、半数以上であり、普段より細かく診察すると答えている医師は、およそ30%である。そして、12%ほどの医師は、知り合いへの配慮ゆえに、自らの経験や専門家の意見に基づいて、「最も必要な」検査だけ患者に受けさせたりすると答えている。その結果、診察が粗雑になり、通常の全面検査によってならば検出されうるはずの疾患が見逃され、逆にトラブルを起こす可能性さえ考えられると指摘している医師もいる。そのほか、6%前後の医師は、知り合いに治療を任されると、プレッシャ

一を感じてしまい、そのせいで通常通りの診察ができなくなると答えている。¹⁴¹

さらに、中国では、患者、特に入院患者や手術を受ける患者などのような、医療者と長期的に付き合わなければならない患者が医療者に謝礼を贈る現象は、珍しくない。謝礼の種類や形式は、シンプルな果物や花束から、高級レストランでの食事や多額の金銭まで、様々である。例えば、三級甲等病院である浙江大学附属寧波医院循環器内科の集計によると、2017年から2018年の間、循環器内科に属している医師らに限っても、患者から贈られた金銭やギフトカードなどの謝礼を、およそ50回以上返却している。その金額は、合わせて12万元（190万円相当）以上になる。¹⁴² 同じ三級甲等病院である蕪湖市第一人民医院の集計によると、2018年の一年間、合わせて303人の医療者が、患者から贈られた総額22万元（350万円相当）以上の謝礼を返却した。中でも最も多く謝礼を贈られ、返却したのは、産婦人科の医師である。¹⁴³ さらに、上述の集計結果は、あくまでも医師や看護師が一時預かってから、病院の管理者を通じて返却した金額であり、贈られた時点で断ったり、患者の治療代として使ったりした医療者もある。また、このような現象は、決して例として挙げた二つの病院にだけ存在しているわけでない。

中国では、医療者に対する謝礼は、古来より存在していた。例えば、太医院に属しており、皇室及び朝廷の官員のために医療サービスを提供する医官ならば、患者を治すことによって、莫大な賞金を手に入れたり、昇進を果たしたりすることは珍しくなかった。民間医者の場合、医療資格に関する規定が制定されておらず、診療費も朝廷によって統一されていなかった。そして、孫思邈のような「良医」は、学問を使って人を救うことを天職と見なし、自ら見返りを求めないのが医療者のあるべき姿としたが、患者の方から感謝の気持ちを表すために送る謝

¹⁴¹ 搜狐ニュース「近9成病人看病想找熟人 7成医生对此反感（知り合いを通じて診察を受けようとする患者は9割 7割の医者は反感）」<http://news.sohu.com/20080817/n258941437.shtml>, 参照, 2020年4月閲覧.

¹⁴² 浙江大学附属寧波医院「2017-2018年红包（财物）退还情况（2017-2018年度の謝礼返却状況集計）」http://www.nbdyyy.com/art/2018/9/17/art_92_46448.html, 参照, 2020年4月閲覧.

¹⁴³ 蕪湖市第一人民医院「2018年全院退“红包”、收到锦旗、感谢信情况统计（2018年度の謝礼返却及び感謝状受け取りの状況集計）」

<http://www.whfph.com/a/zhuanti/wuhongbaoyiyuan/2019/0528/13683.html>, 参照, 2020年4月閲覧.

礼は認めていた。ゆえに、医師は、治療において主導権を握ってはいるものの、その経済的および社会的地位は、患者が主観的に感じる治療効果によって変動が生じやすいことが想定できる。さらに、庶民が気軽に利用できる医療施設はそれほどなかったため、庶民にとって、信頼できる医師との個人的関係を保つことこそが、健康維持の重要手段だったと考えられる。このようにして、何千年もの間に渡り、中国の医療従事者-患者関係は、比較的安定した形を保っていた。

実際、そもそもなぜ謝礼の返却についての集計がなされているかということ、謝礼は、数年前まで暗黙の合意として存在しており、そしてあまりにも当然視されてきたゆえ、正常な医療活動の妨げになっていたからである。また、同じ『生命時報』の調査によると、調査対象となった800人の医師のうち、少なくとも週に一回は、知り合いに直接的あるいは間接的に治療を頼まれる医師は、およそ40%を占めており、知り合いに頼まれたことのない医師は、一人もいなかったという。¹⁴⁴ 確かに医療者は、有力な患者から規定外の謝礼を受け取ることによって、不正利益を得られたり、もしくは日常の医療行為において、その患者を特別扱いすることによって、病院での地位や権力を手に入れたりする可能性がある。そして、たとえ患者が有力者でなくても、医師が患者の期待に応えることによって、医療現場における人間関係が円滑になることは、否定できない。しかし、医療技術が昔と比べて大幅に発展し、医療制度も確立した今日でも、なぜ「謝礼」がまだこれほど当然のように存在していたのかということ、それは、中国には「人情」の文化があるからだと考えられる。

1.2 「人情」と「人情社会」

1.2.1 「人情」

日本語にも「人情」という言葉があり、『広辞苑』によると、「人情」は、主に以下の二つ意味を持つ。すなわち、① 自然にそなわる人間の愛情・いつくしみ・なさけ、② 人心の自然の動き、という二つである。¹⁴⁵

¹⁴⁴ 「近9成病人看病想找熟人 7成医生对此反感（知り合いを通じて診察を受けようとする患者は9割7割の医者は反感）」参照, 2020年4月閲覧.

¹⁴⁵ 新村出『広辞苑（第7版）』岩波書店, 2018年, 2243頁参照.

一方、中国語では、「人情」にはより複雑な意味が含まれている。『辞海』によると、「人情」は、① 人の感情、② 人情の常、③ 人の心・思想、または世情・世論、④ 冠婚葬祭などの行事に行われる贈り物のやりとり・お付き合い、⑤ メンツ・情誼、などの意味を持つ。¹⁴⁶ 順に説明していく。

① 人の感情。これは、人情の基礎的な意味でもあり、人間の喜び、悲しみ、欲望などの人の感情を指す。『礼記』には、以下のような記述がある。「人情者、聖王之田也。修礼以耕之，…本仁以聚之，播楽以安之（人情は賢明な君主にとって畑であり、君主はそれを、礼を修めて耕し、…仁をもって一つにまとめ、楽しみを種のように蒔いて民を安定させなければならない）」¹⁴⁷。この言葉は、孔子が統治者に対して与えた、「賢明な君主は常に民の感情を安定させ、楽に暮らせることを心掛けなければならない」という意味の助言である。そして、ここでの「人情」は、日本語の人情の意味①と同じだと考えても良いと思われる。

② 人情の常。すなわち、世間一般の常識、一般的な考え方である。『莊子・逍遙遊』には、「大有径庭，不近人情焉」とある。これは、莊子が「道」について語りあっている二人の会話を聞き、その中から読み取れる道理の深さに感激して発した言葉であり、道教の思想が高妙すぎて、世間一般の考え方とは大違いだということの意味している。

③ 人の心・思想、または世情・世論。西晋の思想家である歐陽建は、政治闘争に巻き込まれ、処刑される際、『臨終詩』において、「真偽因事显，人情难豫观」（「他人が言うことが真実か偽りかは、事件が起こってから初めて明らかになる。人の考えを掴み取ることは至難の業だ」と嘆き、悔しさを表していた。さらに、古代の君主や現代の政治家は、しばしば「人情を得る」という言い方をするが、ここで、「人情」は、さらに深い意味を付与され、いわば民衆全体の思想の動き、世論、または社会全体の有り様や動きなどを指している。

④ 冠婚葬祭などの行事で行われる贈り物のやりとり・お付き合い。中国の詩人杜甫は、『戏作俳谐体遣闷』で「於菟侵客恨，粃糲作人情」という詩句を通じ、故郷から離れて、地方を止むを得ず転々とする窮地に陥っていながらも、客とし

¹⁴⁶ 夏征農・陳至立『辞海（第6版）』上海辞書出版社，2009年，1885頁参照。

¹⁴⁷ 楊天宇『礼记释注』上海古籍出版社，2004年，281-282頁参照。

で訪問先の主に「糶糶（古代のお菓子の土産）」を「人情礼」として贈らなければならなかった、という愁傷の気持ちを表している。このような描写から、人々がどれほど「人情」を重視していたかがわかる。

⑤ メンツ・情誼。明・清の世の文学者李漁が書いた曲劇、『奈何天・計左』には、「人情留一线，日后好相见」というセリフがある。このセリフは、相手との人情を重視し、相手のメンツを考えた上で行動しなければ、後日再び会うときに、気まずくなる恐れがあるという意味であり、「人情」の重要性を強調している。さらに、中国語には「人情世故」という熟語がある。古代の文学作品には、「あなたって、学問はわかっているようだけど、人情世故がわかっていないなんでもったいない（『警世恒言・張叔儿巧智脱楊生』）」というセリフが見られる。また、「世の中で生きていくためには、学識だけではとても足りず、どうやって一人の『人間』として周囲の人と良好な関係を保てるかも知っておかなければならない」、というような教えは、様々な文学作品において見られる。これらは、まさに人情文化を代表する考え方だと思われる。

以上、日本語と中国語における「人情」の意味を説明したが、中国語では、「人情」は、日本語の「人情」だけでなく、「義理」の意味も含まれていると考えられる。しかしながら、中国語の「人情」と日本語の「義理」には、相違点もある。

ルース・ベネディクトは『菊と刀』において、日本人の「恩返し」について分析する際、「義理」の概念を「義務」と区別して説明した。彼女は、日本人の報恩を、「返す量にも期限にも際限がない恩返し」と、「収支が均衡していて、特定の時点で返済の期限がやってくる恩返し」の二種類に分けている。前者は、「借り」から生じるものであり、「義務」と呼ばれている。義務には、「忠」——「天皇、法、国家に対する責務」、「孝」——「両親及び父祖に対する責務（暗に、子や孫に対する責務を含む）」、任務——「仕事に対する責務」などがある。これらの「義務」は、生まれ持ったものであるため、果たすのは当然であり、「不本意」なことでは決してない。一方、後者は、与えられた厚意と同じ量だけ返すべきものとみなされている「義理」である。義理は、義務と異なり、返済には期限がついている。ベネディクトは、「義理」を二つの範疇に分けて考えている。一つは、

「世間に対する義理」、すなわち、主君、家族、恩を受けた他人、叔父・叔母などの共通の祖先から恩を受けた親戚に対する責務であり、もう一つは、「名に対する義理」、すなわち、汚名をすすいで恨みを晴らす責務、自分の（職業上の）失敗や無知を認めない責務、および日本の礼儀作法を守る責務である。

ベネディクトが参考にしたある日本の国語辞典では、「義理」は、「正しい道筋。踏み外してはならない道。世間に対する申し開きをしないで済むようにするため不本意ながら行う何らかの事柄」と定義されている。彼女によると、「義務」を果たすことには、「不本意な」要素が入っていないのに対して、日本には、「義理ほど辛いものはない」という言い方があるという。「義理」を果たすことは契約の遂行と似ており、例えば、血の繋がりのある自らの肉親に対する責務は「義務」になるが、婚姻という契約によって結ばれた配偶者の場合、配偶者に対する責務は「義務」となるものの、配偶者の父親であれ、兄弟姉妹であれ、すべて「義理の」をつけないといけないことになる。

さらに、ベネディクトは、日本と中国との「家族関係」における相違点についても言及している。「中国では、このような多数の親族や、それよりはるかに多くの遠縁の人々が、共同で蓄えている資源の分前に与る」。しかし、日本人からすると、「契約上の」親族からは、以前に一度も恩を受けていなければ、同じ先祖から恩を受けていたわけでもないため、遠縁の親族に対する援助は、「義理がらみで」止むを得ないものとみなされることになる。そして、義理は、「人情の自然な発露として寛容に振る舞うことは要求されない」。「義理ほど辛いものはない」が、それでも義理を果たさなければならないのは、「世間の声」に従わなければならないからである。

ベネディクトによれば、義理を英語で定義することが難しいが、あえて例えると、「借金の返済を促す強制力」と近いものが働いていると解釈できる。人から受けた厚意や励ましの言葉などに対して、アメリカ人も、一定のお返しをするが、銀行のローンや借金を返済するように、「几帳面な計算」が必要だと考えていない。それに対して、日本人の「義理」には、「几帳面な計算」が含まれている。もう一つ借金などとの類似点は、「義理」には返済の期限があり、受けた厚

意や恩以上のものを返すのがタブーとされていることである。そして、借金やローンと同じように、「恩返し」にも、返済期限がある。期限が過ぎてしまった場合、受けた恩にお返しするつもりがなければ、当然、人としての信用が低下し、評判は悪化する。一方、お返しするとなれば、返すべきものは、利子のように膨らんでいく。¹⁴⁸

以上のように、アメリカ人であるベネディクトの観点を借りながら、日本の「義理」を説明したが、ベネディクトは、実際に日本に来たことがなかったため、『菊と刀』は、書籍やインタビューに依拠している。よって、彼女の観点には、多少先入観と誤謬が入っているが、参考にするのには、十分だと思われる。「義理」の定義に関しては、確かにベネディクトが言うように、「不本意」さが入っているが、日本人にとって、「義理」は、ベネディクトが考えるほど辛いものではないと考えられる。アメリカやヨーロッパのように、契約精神を重視する文化に影響されている研究者からすると、「義理」は確かに、「義理」というよりは、むしろ「理不尽」なものに見える可能性がある。しかし、伝統的な東洋文化は、明白な契約ではなく、曖昧な道德準則に基づいている。そのため、このような文化に影響されている人々は、そのルールに当然のように従っているだけである。「不本意」や「辛さ」などの思いを抱えながら「義理」を果たす姿は、文学作品では悲劇的、ヒーロー的と見なされるが、文学作品には、やはり「そこまでして」という極みがないと、文学作品として認められないと思われる。実際のところ、現代の日本人は、「義理」を意識して行動することがあまりないとの指摘もある。

149

日本語には、「義理と人情の板挟み」という言い方があるが、それは、義理と人情という二つの「板」に挟まれて身動き取れず苦しんでいる様子を表しており、両立しない義理（社会規範による拘束）と人情（人間の情欲や人間らしい思いやりの情）の間で葛藤する人間心理を表現している（『日本大百科全書』による）。ところが、中国人の「人情」に対する態度は、「不本意」や「辛さ」からは

¹⁴⁸ ルース・ベネディクト『菊と刀』（角田安正訳）光文社、2015年、183-229頁参照。

¹⁴⁹ 長野晃子「義理は日本文化に固有のものか」『東洋大学社会学部紀要』38巻1号、2000年、68-69頁参照。

程遠い。日本の「義理」には、元から「不本意」が入っていたが、借りと返しを明白に規定する契約の制度が導入されるとともに、「不本意」に「義理」を背負わなくても済むようになった。その上、近年になると、核家族化の進行が早まり、遠縁の親族との関係は、ますます重視されなくなっている。したがって、「義理」も次第に薄れつつある。それに対して、中国では、血縁、地縁、友情など、何らかのつながりを持っていることは、むしろ喜ばしいことである。これが、中国の「人情」と日本の「義理」との大きな相違点である。中国人からすると、人とのつながりおよび人情のやりとり自体が利益をもたらすため、実際に行われた、目に見える資源の交換は、むしろ付加価値である。なぜならば、一回や二回で交換できる資源は、有限であるが、人とのつながりを持てば、その有限が無限に広がるからである。よって、ベネディクトも述べたように、中国では、遠縁の親族であっても、親しい関係を保つために努めなければならないのは、中国では、「人情」が、共同の生活で蓄えた資源の交換の媒介になれるからである。今日では、都市化が進展し、「共同生活で蓄えた資源」の交換は、親戚や個々の家庭などの狭い範囲内に限られるようになり、家庭によっては、交換を行わなくても暮らしには支障が生じない。そこで必要とされるのは、農作物などの生活必需品ではなく、「社会」で上手に生活していくための「社会資源」となっている。「人情」は、昔ながらの交換だけでなく、「社会資源」の交換の媒介にもなることから、中国は「人情社会」と呼ばれている。この「人情社会」については次節において詳しく説明する。

1.2.2 「人情社会」

中国では、「人情」という言葉は、長く使われてきたが、「人情社会」の概念は、比較的新しい。人情社会は、「知り合い社会」や「関係社会」とも呼ばれ、個人と個人の間で行われている利益のやり取りが、主にその二人の人間関係の良し悪しによって決められる社会のことを指す。この場合、実際に交換されるのは、利益だけでなく、人間の感情や義理でもあるため、「人情社会」という名が付け

られたと考えられる。¹⁵⁰ ここでの「人情」は、「人情」の五つの意味を全部含めて考えなければならない。孔子が当時君主に勧めていた「人情を畑のように耕す」という統治思想は、次第に君主から庶民に浸透し、やがて庶民の日常生活にも影響を及ぼすようになった。結果、「人情」や、「人情」を目的とするお付き合いなどは、何よりも大事なものとなった。そして、「人情」に関する言い伝えや文学作品からみると、「人情」を如何に営めばいいかは、学問、専門知識よりも重視されている場合もある。

「人情社会」では、「人情」は、資源交換の媒介の役割を持っている。交換可能な資源は、お金や品物などの実物でもよければ、地位、機会、許可など、目には見えない「助け」でも良い。例えば、AさんとBさんは親友であり、Aさんは、知り合いのCさんをBさんに紹介して、BさんとCさんは、その後仲良くなって結婚した。Bさん夫婦が順調に結ばれたため、Aさんは、BさんとCさんにとってただの友達ではなく、今後の人生につながる結婚の仲介人となった。中国ではこの場合、Aさんの行為を「Bさんに人情を売った」と言い、Bさん夫婦の社会的、経済的資源はそのため、ある程度Aさんの資源となる。さらに、Aさんは、Bさんの親友ではなく、目上の人であれば、Bさん夫婦は、春節や中秋節などの伝統祝日になるたび、Aさんに実物の礼を送らなければならない。さらに、BさんかCさんあるいは彼らの親密な人が、病院、学校などの公共機関に勤めているとしよう。Aさんやその家族、友達が病気になったり、子供の入学で悩んだりしている時、もしAさんがBさん夫婦に融通してもらうように頼めば、Aさんとの関係を維持するために、Bさん夫婦は、Aさんのために可能な限りの便宜を図らなければならない。その便宜の対象は、Aさん本人ではなくても良いため、今度は、Aさんおよび助けられた人が、Bさん側から「人情を売られる」。こうした人情のやりとりの中で、人間関係のネットワークは、どんどん拡大していく。なお、たとえ最終的にBさんとCさんが結婚できなくても、Bさんは、少なくともAさんに食事を奢るなどをし、人情を返さなければならない。なぜかという、売られた人情を返さないと、恩知らずだと思われ、共通の友人

¹⁵⁰ 馮必揚「人情社会と契約社会」『社会科学』, 2011年第9期, 2011年, 67頁参照.

や所属している同じグループの間で、評判が悪化してしまい、周囲から排除される可能性さえ考えられるからである。

1.2.1 において述べたように、日本にも中国の「人情文化」と類似している文化が存在しているが、今日では、すでに薄れている。では、中国は、なぜ今でもこれほど強く「人情」に影響されているのか。この問題について、「人情社会」が生まれた原因から分析したい。

中国の社会学者、費孝通は『郷土中国』において、中国社会の基盤となっているのは、「郷土性社会」と述べている。¹⁵¹ というのは、数千年前より、中国の経済や社会の発展は、農業に頼るところが大きいからである。農耕業の発達には、水利、土地、気候など、人力によって簡単に動かすことのできないものが必要となるため、ある地域に住んでいる家族は、移住したり、遷居したりすることがほとんどない。人口の密度が一定の程度に達すると、都会に出稼ぎする人もいるが、その人たちは、農村部で覚えた習慣や人との付き合い方を受け継いでいる。そして、身体的、精神的に衰えた老人たちや、学校教育を受けていない壮年期の人などは、やはり生まれた土地に残ることを選択する。ゆえに、中国の農村部における人口の大きな変動は、滅多に見られない。特定の地域に住んでいる異なる家族は、同じグループ——例えば村——に属していることが多い。そのため、たとえ血縁関係がなくても、多かれ少なかれある種のつながりを持っており、親密な人間関係を維持している。¹⁵² また、中国の農村部においては、生まれも育ちも同じ地域であり、自分の生活範囲から出ることなく一生を終える人が多数である。大人が同じ地域で生活しているため、周りの人と協力しながら、生まれた子供の世話をしたり、生産活動を進めたりする結果、親の背中を見て大きくなった子供達は、兄弟のように親密な関係になる。そして、その子供達もまた親や親戚の紹介で、ふさわしいと思われる相手と結婚し、子供を作り、同じように育てる。農村部の人にとって、周りの「他人」は、自分とほとんど変わらない運命を歩んでおり、実はそれほど「他」なる人間には見えていないと考えられる。そして、他人との関係も、何らかの目的を持って、自ら選択して築くもので

¹⁵¹ 費孝通『郷土中国 生育制度』北京大学出版社、1998年、6頁参照。

¹⁵² 同上、7-9頁参照。

はなく、生まれた時からそこにあって、自分は、ただそれを受け入れればいいものである。

先人が作り上げた環境の中に生まれ、その環境で生活して人と出会い、そしてその環境で亡くなっていく。このような循環が繰り返される中、互いに助け合いながら暮らすことが、最も効率のいいことだと見なされ、人間関係および社会関係の「ネットワーク」は、どんどん拡大して行く。このような「ネットワーク」の特徴を表す概念として、費孝通は、『郷土中国』において、「差序格局」という概念を提起した。「差序」というのは、「秩序に差がある」と理解して良いであろう。「格局」は、構えや分布という意味である。「差序格局」とは、すなわち、社会を水面に例えると、そこで生まれた社会関係の「輪」の大きさは、均一ではなく、「己」という中心に石を投げて広がっていく波紋のように、次第に遠く、薄くなっていくということである。中心から近ければ近いほど、波紋がはっきり見えるのと同じように、社会関係の中心となる「己」との「絆」が強ければ強いほど、社会関係も強力である。また、波紋の大きさや明晰度は異なっているが、中心点となるもの、「己」があるため、重なる部分もあれば、全く関わりのなく、異なっている部分もある。しかし、いずれにせよ、人間関係のネットワークは、個人から発した「糸」、つまり私的繋がりからなっている。ところが、「己」は、中心ではあるが、このネットワークは、決して個人主義ではなく、むしろ「自我主義」（あるいは利己主義）であると言ったほうがふさわしい。なぜならば、個人主義は、共同体や国家などに対して、個人の権利と自由を尊重することを主張する立場であり、個人は共同体にいるという前提もあれば、権利と義務の概念もあるからである。それに対して、「己」が中心となると、自分の利益が、もちろん中心となり、そして何よりも重視されてしまう。「差序格局」が存在しているため、中国人の場合、「己」から近い「輪」のために、遠い「輪」の利益を犠牲にしてもおかしくないのである。¹⁵³ この犠牲は、冒頭であげた例によって説明できる。Aさんに人情の借りができたBさんは、Aさんにとっての「コネ」になり、Aさんのために、自分が所属している団体の公平性を犠牲にしてまで、便

¹⁵³ 同上, 27-33 頁参照.

宜を図らなければならない。無論、この犠牲は、誰のためにでもできることではなく、また、するかどうかも全く強制的ではないゆえに、私的道德、すなわち「己」の判断基準によって調整されている。そして、このような親密性を持つ人同士は、互いのことを「熟人」、すなわち熟知している人と称する。日本語には、「会社にコネがある」という言い方があるのと同じように、中国語には、「会社に熟人がいる」という言い方がある。人との繋がりを重視している「郷土性」は、「人情社会」が生まれた原因の一つだと考えられる。

以上、費孝通の『郷土中国』を参照しながら、中国農村部の郷土性の特徴、および「人情社会」が生まれた原因について説明してきた。費孝通は、ドイツの社会学者テンニエスの理論を借りて郷土性社会をさらに全面的に分析した。テンニエスは、相互肯定の関係によって形成された集団を結合体 (*Verbindung*) と名付け、さらに形成された結合体を二種類に分けている。すなわち、「実在的有機的な生命体——ゲマインシャフト (*Gemeinschaft*)」と「観念的機械的な形成物——ゲゼルシャフト (*Gesellschaft*)」である。テンニエスは、ゲマインシャフトを、「全ての信頼に満ちた親密な水入らずの共同生活」と説き、ゲゼルシャフトを、「公共生活 (*Öffentlichkeit*)」と「世間 (*Welt*)」と説く。前者は、言語、慣習、信仰などを共にし、ともに暮らし、あらゆる幸と不幸をシェアすることによって生まれた共同体であり、後者は、営利、旅行、学術などの共通目的によって結ばれた共同体である。¹⁵⁴ 費孝通は、生活単位が村や村落である中国の農村部はゲマインシャフトであると述べ、テンニエスがいう「ゲマインシャフト」と「ゲゼルシャフト」は、中国の言葉で言い換えれば、「礼俗社会」と「法理社会」になるのではないかと主張している。¹⁵⁵

「礼俗社会」と「法理社会」は、費孝通が『郷土中国』において提起した概念である。「礼俗社会」とは、人と人との関係が「礼」、すなわち、ある社会に広い範囲で認められている行為の基準、によって結び付けられている社会である。そして、この基準は、社会安定の基礎にもなっている。¹⁵⁶ 「ある社会に広い範囲

¹⁵⁴ テンニエス『ゲマインシャフトとゲゼルシャフト』(杉之原寿一訳) 岩波書店、1976年、34-36頁参照。

¹⁵⁵ 『郷土中国 生育制度』, 9頁参照。

¹⁵⁶ 同上, 48-52頁参照。

で認められている」基準であるという特徴から判断すると、「礼」は、「伝統」、「習俗」によって維持されていることがわかる。なぜならば、伝統は、社会の経験の積み重ねからなっているからである。ひと昔前の社会では、人々の協力、および代々受け継がれてきた経験の積み重ねなくしては、有限な自然資源を如何にもっとも効率よく利用できるか、という問題は解決できなかった。また、交通手段が発達していなかったため、人々の生活は、一定の範囲の中に限られていた。ゆえに、先人に試され、有効だと証明されたやり方を学び、その上で実際に出会った状況に応じ、少しずつそれらのやり方を改良していけば、ほとんどの困難を乗り越えられたと想像できる。

費孝通は、「礼俗社会」では、「人は教わったまま生きて行けばいい。生まれた時から運命が定められていた」と述べている。同時に、彼は、「法理社会」と対照的な概念としてあげられた「礼俗社会」は、決して無秩序ではないし、独裁社会でもないと主張している。「法理社会」の社会秩序を維持するのは、法律であり、その法律は、「人」の合意の上で作られた明白なものである。それに対して、「礼俗社会」の社会秩序を維持するのは、「礼」であり、それに対しても人々の合意が必要とされるが、その合意は、「教わった経験通りにやれば生活上の需要が満たされうる」というシンプルな認識である。ゆえに、行為が目的に到るまでの筋合いを、特にはっきりさせなくても通用する。したがって、その基準は、法律みたいに定められた基準があり、だれにでも適用できるような明白なものではない。「法治」と「礼治」との違いは、この点にあると考えられる。

しかし、法律は、明白なものであるとはいえ、道具として使われる際には、使う側の解釈によって完全に異なる結果をもたらすことや、既存の「礼」に衝突することが十分考えられる。そして、先に述べたように、「人情社会」が生まれた原因として、中国には「差序格局」が存在していると考えられる。そのため、自らの判断基準を持つ郷土性社会の人々にとっては、法律はしばしば、正義や公平を守るように作られたものではなく、むしろ「郷土の倫理性に不満を持っている一部の人」が作った、伝統的な秩序を壊すための道具であるかのように見えていた。例えば、現代では、他人の命を奪った犯人にも生存権があるとされ、裁判で

は、死刑にならない確率はかなり高く、死刑になってもすぐには執行されない。無論、これは、冤罪防止のためになるが、伝統的な「礼俗」が適用される場合は、やはり「目には目」という考え方の方が正しいとされるといえよう。さらに、当時の中国農村部の人には、まだ法律に対する認識が不足しており、完全に受け入れられていなかったのにもかかわらず、新しい司法制度が導入されたがために、「法」と「礼」に食い違いが生ずるのは必然であった。実際、自分の利益を（時には不正な利益を）守るために法律や制度を乱用する人は少なくなかった。これに対して、費孝通は、「法律秩序を構築するというのは、法廷を立ち上げたり、法律条例を公布したりするような、簡単な手段を通じてできることではない。民衆がいかにして作られた法律を正確に利用するかが、重要なポイントとなる。すなわち、社会の構造や民衆の思想などの面においても、改革が必要とされる。そうしなければ、法治の進歩を得る前に、礼治を壊すという代償を、先に払わなければならないことになりかねない」¹⁵⁷ と強調している。

人と人とのつながり、「人情」を重視する「人情社会」が形成されたのは、農業が中国経済を支える柱であり、中国社会の基盤となる農村社会には、「郷土性」という性格があるからである。また、農村部における人口の流動性が低かったため、数千年を経て築き上げられた「暮らし方」、すなわち費孝通がいう「礼俗」「伝統」がよく守られている。新しい技術、思想や経済形式が入り込むまでは、同じ地域で暮らしている人々が助け合いながら生産活動を行うことが、最も効率のいい生活方式であると見なされた。このような「郷土性社会」で生まれ育った人々は、それほど深く考えなくても安心して暮らせてきたため、都市部に出稼ぎに行く場合も、親や身近にいる人々からの教を「人生の知恵」として覚えて出て行くことになる。それらの「教え」は、すでに「長者（目上の人）」によって有効だと証明されているゆえ、疑う余地がない。逆にその通りにやらなければ、ひどい目に遭う恐れがある、という「強制力」を持っていると考えられる。このようにして、伝統が守られ、そして完全に消滅ことがないまま、今日まで受け継がれてきた。しかし、「法」と「礼」の衝突から、以下のことが推論できる。

¹⁵⁷ 同上, 57-58 頁参照

すなわち、教育などの手段を通じて、民衆の視野を開拓し、伝統を守りつつも、現代化に必要とされる知識を普及させなければ、むしろ国の発展に害を及ぼすことになる。医療現場における暴力事件や、「不信感」を含め、現在の中国で起きている様々な「不調和」現象が、その証であると思われる。

1.3 「人情社会」と医療従事者-患者関係における「不信感」

以上の節において、「人情」と「人情社会」の特徴について説明した。「人情」、あるいは「人情」に近いものは、どの国、どの社会にも存在しているが、問題となるのは、人情に基づく利益のやりとりが、どれほどの頻度で行われているか、その影響範囲がどれくらい広いかであり、最も重要なのは、「人情」は、なぜ中国の医療現場において、その効用を発揮できるかであると思われる。

医療現場では、ごく稀な併発症や、症状が軽く、徹底的な精密検査でなければ検出できない疾患が存在している。よって、いくら完璧な医師でも、100%成功できるという保証ができない。たとえ失敗の確率が万分の一であっても、実際に失敗の結果を受け取るのは、患者自身及びその家族であり、彼らにとっての確率は100%である。従って、手術のリスクや致死率を事前に説明し、許諾を得なければならない。すなわち、インフォームド・コンセントを取った上で治療を行うことが、義務付けられている。ところが、その数え切れないほどの「不確定」を契約の中で完全に規定することは不可能である。そのため、医療の知識を備えておらず、その上、医療における契約の不完全性についての認識が不足しているにもかかわらず、医療者から完璧なケアや、100%の治癒率を求める一部の中国の患者にとっては、紙に書いてある文字よりは、「知っている人」の方が頼りになると感じられるのは、むしろ当然のように思われる。ゆえに、中国人が病院に行く前に、医療機関で働いている、すでに信頼関係が築き上げられている知人がいるかどうかを、まず考えてしまうことは、理解できなくもないであろう。

しかし、今日では、患者は、医療従事者と異なる文化や教育背景を持つ場合がほとんどである。1.1の調査をみると、確かに実際に知り合いを通じて治療を受ける患者と、そうしようとする患者は、調査対象の86%以上を占めているが、毎

回必ず知り合いを頼りにする患者の比率は、18.2%だけである。医療機関に知り合いがいれば心強くて便利であるが、自らの健康を見知らぬ医療従事者に託すのが、むしろ一般的になっている。一方、知り合いの医師に専門家を紹介してもらったり、多額の謝礼を贈ったりしてもなお、医療サービスの満足度が低いという患者は少なくない。実際、心強いと思い、知人を通じて治療を受けたが、治療後に感染症（リスク範囲内のものではあるものの）を発症してしまい、トラブルや人間関係の悪化に至るケースも多く見られる。¹⁵⁸ また、患者は、正式な手続きに則って、患者としての義務を果たした上で、治療を受けているわけではないゆえに、知り合いが関わっている医療トラブルは、法律手段によっては解決し難い。この場合、医療における「人情」の存在は、医療秩序を壊しているだけでなく、患者にも医療者にも役に立っておらず、単なる負担になってしまっていることがわかる。したがって、「人情型」の医療従事者-患者関係に反感を持っている医療従事者や患者は、今日では増えつつあると考えられる。

アメリカの社会学者である Jennifer Vanderminde らが強調しているように、医療従事者と患者との従来との関係は、親と子のようなシンプルで絶対的な「絆」であった。しかし、医療職の多様な職種や医療保険制度などの登場によって、一本の糸で結ばれていた医療者と患者は、無数の糸で結ばれるようになった。この変化によって、医療従事者-患者関係は、弱まっていったと言っても良い。昔ならば、深い親密さ（intimacy）と信頼（trust）から成り立っていた、一人の医師と一人の患者との関係には、今や患者のケアだけでなく、経済的な損益にも関心を持つ人が入り込んでいる。医療従事者と患者との「関係」は、もはや「relationship」とは言えず、「associations」、すなわち、「協力」になっている。その上、医療の実践方法が変わったのと同時に、医療者や医療システムに対する患者の見方も変わってきている。たとえば、アメリカでは、20世紀末から、自らのことを消費者とみなし、メディカル・コンサルテーションを、安上がりや待ち時間の短縮のための取引とみなす患者が増加している。¹⁵⁹

¹⁵⁸ 「近9成病人看病想找熟人 7成医生对此反感（知り合いを通じて診察を受けようとする患者は9割7割の医者は反感）」参照、2020年4月閲覧。

¹⁵⁹ cf., Jennifer Vanderminde and Sharyn J. Potter, “Challenges to the Doctor-Patient Relationship in the Twenty-First Century”, *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, Blackwell Publishing Ltd, 2010, p. 356.

中国の場合、医療従事者-患者関係は、まだ人情文化に深く影響されている。「人情」によって築き上げられる信頼関係には、複雑な要素が入っておらず、無論良い一面を持っているが、多額の「謝礼」を払い、医療者と個人的な関係を作ろうとするような行為は、むしろ医療行為の妨げになる恐れがある。そして、自分の病気が治らなかつたり、手術が失敗したりすると、その失敗の原因を謝礼が足りていないことや、ほかの患者が医師と個人的な関係を持っているから特別扱いを受けたことなどに、原因を求めてしまう患者がいる。しかし、医師が実際の治療において、知り合いを特別扱いしないことや、特別扱いしても、精神的な慰め以外には、それほどメリットになっていないことからすると、医療には、「人情」が必要不可欠な要素ではないと結論づけられる。また、経済的な安定などを理由に医療職を選択している医療従事者は、いないわけではないが、患者の健康及び社会への復帰を望んでいないような医療者は、滅多にいない。医療行為の目的を果たすために、医療従事者-患者関係において、「信頼」が欠かせない要素となる。また、上述のように、医療従事者-患者関係を考える際には、単純な医療従事者と患者との関係として考えることは、もはやできなくなっている。したがって、患者が医療者を信頼することは、一人や二人の医療者を信頼するだけでなく、医療者が所属している医療機関、および医療システム、患者が経済的に頼りにしなければならない保険制度なども含め、すべて信頼しなければならないということの意味するようになった。

なお、中国における医療従事者-患者関係の歴史を分析した結果、両者の関係は、決して完璧ではないことが明らかになった。また、医療者が患者からの「謝礼」を返却していることから、いわゆる「悪徳医師」が、次第に減少している傾向が見られる。よって、「人情」は、確かに、冷たい印象を持つ現代医学に「暖かさ」を持たせるが、今の中国においては、どのようにすれば患者に「医療」という「集合体」を信頼させ、「人情への信頼」から「制度への信頼」に転換できるかが、問題になっていると考えられる。

第二節 「信頼」に関する考察

第一節においては、中国の「人情社会」の特徴、および「人情」が医療従事者-患者関係にどのような影響を与えてきたかについて分析した。「人情」は、中国の伝統的な信頼関係を構築することにおいて、重要な役割を果たしてきた。そして、すでに述べたように、今日では、医療従事者と患者との間に、様々な要素が入り込んできたため、両者の関係は、昔のように「一直線」ではなくなっている。救急などの緊急時以外、患者は、受診するまで、どの病院を選ぶか、どの医師を選ぶかなどの選択をしなければならない。医療現場でのやりとりだけではなく、この「選択」の過程を通じて、患者と医療従事者との「信頼関係」が構築されうると考えられる。

患者、特に中国の患者にとって、どのようにすれば「人情」などの主観的な感情以外のものを根拠にし、病院や医師との「信頼関係」を構築できるかという問題を解明するために、以下の論述において、「信頼」という言葉が有する意味、「信頼」の文化的効用、および何人かの社会学者による信頼論や信頼に関する研究を考察する。

2.1 「信頼」の辞書的意味

『漢語大辞典』によると、「信頼」は、「信任」、「信用」と「依靠（頼る）」などの意味にわけて考えることができる。宋の時代の政治家、沈括は、亡き友人のために書いた碑文に、「居家得乡人之欢，姻族益亲；仕于邦，则当剧处繁，能以多为约，人信赖之」と綴った。すなわち、「その友人が生きていた頃、地元で愛され、親族からはさらに親しまれており、仕事では、繁劇な公務に務め、国のために力を尽くしており、人々から信頼されていた」という意味である。他には、「共通の理想を持つ仲間との友情から信頼と慰めが感じられる」という文例も挙げられている。¹⁶⁰ そして、「信頼」の類義語である「信任」は、『辞海』によると、他人や自分がその下で暮らしている制度を信じて、任せるという意味を持ち、他人が自分の望み通りのことをしてくれるという期待も意味している。同じ

¹⁶⁰ 漢語大辞典編集委員会『漢語大辞典』上海辞書出版社、1986年、1423頁参照。

く類義語としてあげられる「信用」は、「信じて使う」という意味のほか、「約束を果たした上で、他人の信頼を得る」という契約的な意味も持っている。¹⁶¹ また、「依靠（頼る）」は、「他人や何らかの物事を通じて目的を果たす」という動詞の意味、および「目的を果たすために助けがもらえると期待される他人あるいは物事」という名詞の意味を持っている。

一方、『広辞苑』によると、日本語の「信頼」は中国語に近い意味を持ち、「相手のことを正しいと思い」、「信じてたよること」を指している。¹⁶² また、『大辞林』によると、「信頼」は、「ある人や物を高く評価して、全て任せられるという気持ちを抱くこと」とされている。「信頼」の類義語として「信用」が挙げられているが、「信用」は、「嘘や偽りがなく確かだと信じて疑わない意を表す」言葉であり、それに対して、「信頼」は、「気持ちを表す」ための言葉だとされている。

163

さらに、英語の場合、「信頼」に当てはまる単語は多数あるが、もっともよく使われているのは、「trust（直感に基づく信頼、信用；信頼から生じる責任、義務；強い期待、希望など）」、「confidence（理性・証拠に基づく信頼、信用；打ち明け話、内緒の話、秘密）」、「faith（理屈を超えた心情的な信頼、信用；信仰、信念；信条、教義；約束、誓約；義務、忠誠、誠意）」などがある。また、今や主に「希望」という意味で使われている「hope」という単語も、もともと「信頼、信用する」という意味を持っていた（『ジーニアス英和大辞典』による）。

以上、例をあげながら中国語、日本語、そして英語の「信頼」の使い方、およびコンテキストを説明してきた。「信頼」という言葉は三つの言語において、ほぼ同じ意味を持っているが、中国語では、引用した『漢語大辞典』の例文に見られるように、「信頼」は、相手の人柄や、能力に対する肯定的な態度である。その肯定的な態度の根拠は、相手が自分の望み通りに行動してくれることであると考えられる。「望み通りの行動」は、「望み」という要素が入っているゆえ、「そうして欲しい」「そうするように期待している」などの意味が含まれている。し

¹⁶¹ 『辞海（第6版）』, 2555-2557 頁参照。

¹⁶² 『広辞苑（第7版）』岩波書店, 2018年, 1529 頁。

¹⁶³ 松村明『大辞林（第3版）』三省堂, 2006年, 1309 頁参照。

たがって、相手の行動は、「私」、あるいは、相手の周りの人に何らかの利益をもたらさなければならない。「人情」を説明するためにあげた例の中には、「学問はわかっているようだけど、人情世故がわかっていないなんてもったいない」という文例があったが、能力を持っていても、他人のために何かをするという「自覚」を持たなければ、周囲から肯定的な評価を受けることは、考えにくいであろう。他には、革命期に自分と「共通の理想」を求めることによって、相手から「慰め」や「信頼」が感じられる例も挙げられている。「革命期」というのは、すなわち他に頼れる相手がなく、誰を信じるかが、場合によっては生死に関わる問題になりかねない、という特殊な状況である。心の拠り所のない時に現れる「似た者同士」に対して生まれるのは、「信じられる・頼りになる」という感情である。

以上のことから考えると、中国では、人々の信頼関係は、英語の「trust」に近いものに基づいており、人々の間に「共通の部分」、例えば血縁、地縁関係や、同じ目標、理想などが存在していれば、信頼関係は、比較的生まれやすい。そのほか、信頼できるか否かを判断される立場にいる者が、自らの能力を活用し、判断を下す立場にいる者や、周囲の人になんらかの積極的な影響をもたらすことによって、信頼関係が築き上げられる。また、「trust」の古代英語における原義が、「firmness」、すなわち「固い」、「堅固」である¹⁶⁴ のと同様に、「信頼できる」ということは、任せられるということの意味し、ある人が信頼できる相手であるかどうかは、その人の道徳性や人間性の判断基準にもなる。ただし、この場合の「信頼」や「trust」を根拠づけるものは、あくまでも判断する側の主観的な感覚であり、決して客観的なものではないといえよう。なぜならば、血縁や地縁関係、理想などは、人それぞれであり、一般性を持っていないからである。一方、相手が持つ能力は、業績や成果によってある程度客観的に判断できるが、判断する主体が個人である以上、その基準の客観性は、保証できないであろう。確かに、2009年に出版された『辞海』には、「制度への信任」や「約束を果たした上で得る信用」などの「信頼」に関する契約的な表現が書いてあるが、1986年に出版された『漢語大辞典』では、明白には言及されていない。辞書の方針や編集者の

¹⁶⁴ 寺澤芳雄『英語語源辞典』研究社, 1997年, 1468頁参照。

違いにも関係があるかもしれないが、「信頼」の契約的な意味は、比較的最近になって付与されたことを間接的に説明できるかと思われる。さらに、「人情」によって維持されていた「信頼関係」は、「郷土社会」に基づくものであったため、その「信頼関係」の有効範囲は、「己」が発信元となる「人間関係のネットワーク」によって制限されていた。このことは、医療トラブルだけでなく、中国で起きている様々な問題の背景になっている。

「信頼」に該当する英単語が持つ意味を、西洋文化の影響を受けた上で拡張された「信頼」の意味として理解しても良いと思われる。もちろん、「faith」が表す宗教的な「信頼・信仰」は、中国や日本にも存在している。中国では、キリスト教や仏教など、今でも多くの信者を持つ宗教が数多く栄えていた。これらの宗教は、信条や教義を通じて、未知のものに対して恐怖感を感じる人に、未知のものを理解するための「道」を提供していた。英語には、ある人物や物事を信頼する意味で使う「have faith in...」という熟語があるが、ここでの「信頼」は、やはり心情的なものである。このような「信頼・信仰」は、「理屈を超えた」解明できないものであり、無論、「構築」できるものでもないため、本論文ではその文化的効用は認めるが、深い追究はしない。

もう一つ「信頼」として解釈された英単語に、「confidence」があるが、この英単語は、「con-」と「fidence」の二つの部分からなっている。「con-」は、ラテン語の「cum-ともに」に由来しており、「fidence」は、ラテン語の「fidere-信頼する」に由来している (cf. *The Oxford Dictionary of English Etymology*)。したがって、「confidence」を直訳すると、「ともに信頼する」となるであろう。そう解釈すれば、ここでの「信頼」は、「両者の平等」に基づく「契約交換」的な意味を持つことになる。一方的な主観的判断ではなく、信頼する側とされる側は、同時に互いのことを信じなければならない。「trust」関係にいる両者にも、血縁や共通の理想など、互いに信頼するためのある種の基礎があると見られるが、その基礎は、自然にもたらされたものであり、「理性・証拠」は、一般的な状況では必要とされないと考えられる。なぜならば、特殊な事情がない限り、我が子と血が繋がっていることを疑う親はいない。また、理想や目標は、自らの人生の中で自然

に生まれたものである。一方、「confidence」関係を築くためには、「理性・証拠」が必要であり、「trust」関係において自明であった「基礎」は、意図的に示さなければならなくなる。例えば、両親のどちらとも似ていないため親に DNA 鑑定を要求する子供が求めるのは、「trust」ではなく、「confidence」だといえよう。同様に、「理想」ではなく、取引の成功を実現させようとする二つの会社が求めるのも、「confidence」であると考えられる。中国語、日本語、英語の三つの言語いずれにも、「信頼」を表す言葉があるということは、「人を信じて、頼りたい」という気持ちが、どの文化にも存在しており、「信頼」が重要であることを示唆している。一方、中国語、日本語において強調されるのは、主観的な「信頼」であるが、英語では、主観的な「信じる気持ち」以外に、証拠や理性的判断が必要とされるような、客観的な「信頼」も重要視されている。そのため、英語を中国語や日本語に翻訳する際に、中国語・日本語における「信頼」の意味も拡張されることになった。

人間は社会的動物である以上、その社会に対する「信頼」の効用を無視することができない。これまで「信頼」に関して、言語学だけでなく、心理学、社会学、文化人類学などの分野において様々な研究が行われてきたが、「信頼」をよりよく理解し、それをいかなる形で医療従事者-患者関係に応用するかを考察するために、次の節において、「信頼」の文化的位置付けについて分析したい。

2.2 中国・欧米・日本文化における伝統的な「信頼」

2.1 において「信頼」の辞書的意味について考察した。「信頼」と訳される言葉は、それぞれの言語で、ほぼ同じ意味を指すが、微妙な相違点もあることがわかった。このような微妙な違いは、言語が生まれた歴史・文化・社会的環境から分析することができる。一方、「信頼に値する」人間は、どの国や社会でも好ましい相手とされ、積極的に評価されることは、疑う余地がない。では、そもそもなぜ「信頼」がそこまで重視されているのか。この問題について、まずは中国・欧米・日本文化における伝統的な「信頼」の考察から着手したい。

2.2.1 中国における伝統的な「信頼」

伝統的な中国社会では、「信頼」は主に「誠」と「信」から論じられていた。「誠」は、「誠実」であり、「欺瞞なく自らの言葉通りに行動する」ことである。「信」は、「約束を果たす」や「期待を裏切らない」という意味で理解されて良いであろう。儒教思想の影響のもと、「君子」らしい言動が推奨されており、「誠」と「信」は、道徳的義務として重視されてきた。「現代中国における信頼問題」という課題について研究している中国の学者、孫鳳蘭の博士論文によると、孔子は、『論語』において、他人と付き合う時に取るべき態度を、以下のように述べている。すなわち、「君主には忠、父母には孝、兄弟には悌、友人には信」と。君主と臣民を結びつけるのは、統治への畏敬であり、父母兄弟を結びつけるのは、血縁である。畏敬および血縁は、生まれつきのものだと考えられて良いが、その一方、もともと関わりのない相手の肯定的評価を得て、友人になるためには、「信」を持って付き合わなければならないとされていた。孔子は、相手の人柄を判断する際、「最初は、相手の言葉を聞くだけで、言葉通りの行動をとると信じていたが、(それだけでは不十分だと気づき、)今は、その言葉を聞くだけでなく、その人の行動を見てから判断するようにしている」と述べ、「信」の重要性を強調しながらも、君子は、「信」を維持するためにいかなる行動を取るべきかを説いた。そして、君子と友人の関係だけでなく、社会を安定させるために、君主も民からの「信」を重視しなければならない。例えば、『論語』「顔淵」には、「民信なくば立たず」という言葉がある。弟子の顔淵が孔子に良い政治の必要条件を尋ねると、孔子は、「食、兵、民の信頼」という三つの条件をあげ、さらに、もしこの三つの条件から止むを得ず割愛しなければならないとするならば、まずは「兵」、次は「食」の順で手放すと答えた。「兵」は、すなわち「軍事」であり、「食」は「食糧」である。「仁政」を提唱する孔子が軍事をもっとも必要のない条件として選択するのは当然であるが、次に食糧を選択したのは、「食糧がいくら豊かであっても、人は常に生まれたり、亡くなったりするものであるが、民の信頼を失った政治は、成り立たない」からである。¹⁶⁵

¹⁶⁵ 孫鳳蘭『基于现代性脱域机制的中国转型期信任问题研究（現代的脱埋め込みメカニズムから見る中国の社会転換期における信頼問題）』蘇州大学, 2017年, 18-19頁参照.

儒教思想が主流として定着したのは、秦帝国および漢王朝初期の「試行錯誤」があったからである。春秋戦国時代が終わり、法制を推奨していた始皇帝は、バラバラだった諸国を一つにまとめ、中央集権制度を発足させた。しかし、秦の世の後半になると、始皇帝は、不老不死の霊薬ばかりを追求し、次第にその政権は、崩れていった。その時、中国史上最初の農民反乱が起きて、やがて秦帝国が覆された。秦帝国が滅びたのは、始皇帝が民を無視し、自らの欲望に溺れたからだと言われてきた。前漢の世になると、その教訓を受け、当時の政治家・哲学者である董仲舒は、儒教思想が中央集権制の統治者の需要にもっとも一致していると、当時の皇帝である漢武帝に進言した。道教思想を推奨していた漢王朝初期の皇帝が行った「無為の治」に反対し、もともと儒教思想に好感を抱いていた漢武帝は、その進言を受け入れ、儒教思想を唯一の正統として確立させた。彼は、進んで民衆の思想をコントロールして統治を固めるために、董を中心に置き、「罢黜百家，独尊儒术（諸子百家を排し、儒学のみを尊ぶ）」という政策を行った。その後、董は、孔子・孟子の思想を受け継ぎながら、「仁」「義」「礼」「智」「信」の「五常」を儒教倫理の核心として定めた。以降二千年もの間、儒教の価値観・倫理観にふさわしい文学作品が大量に作られ、「五常」は、儒教の発達とともに人々の日常生活に浸透していった。中国は、時代の変遷や戦争から影響を受けはしたが、儒教思想が中国を一つの国としてまとめながら、完全に崩壊させることなく今日まで導いてきた。そして、「信」を含めた「中华民族の伝統美德」教育は、今でも道德教育の重要な一環として行われ、中国文化の「根」に当たるものだと認められている。

以上の考察から、儒教思想が主流だった中国の伝統文化では、「信」が非常に重要な役割を持っていることがわかった。そして、その「信」を得て初めて他人から頼られ、職を任せられ、自らの価値を実現することや、求めている目標に達成することが可能になる。しかし、一度でも「信」を破れば、「頼」を自然に失うことになり、他人から警戒され、場合によっては、周囲から遠ざけられることもありうる。「信」は、個人と個人との付き合いにおいては、個人の行動基準および相手を判断する基準の役割を持っている。さらに、古代における朝廷の役

員、今日における政治家らは、政治理想を実現するために、民衆に信じてもらうことを前提としている。「信」は、中国社会の安定に重大な効用を発揮しているが、道徳的要求にとどまることが多く、その道徳は、個々人の人間関係のネットワークに基づくものであるため、一般化された「契約」を含意しているとは言えない。

2.2.2 欧米における伝統的な「信頼」

西洋文化にも「信」を重視する伝統があり、中国の「信」と同様に、「欺瞞なく誠実に人と付き合うこと」は、徳目として当然視されてきた。そして、キリスト教は、聖書に書かれた人間と神との間の約束である「旧約・新約」を通じ、ヨーロッパ諸国における信頼概念に影響を与えてきた。キリスト教は信者に、神を信じ、神を頼り、自らの運命や願望を神に託す代わりに、信者は、神への忠誠心を持ち、聖書に書かれた「約束」を守らなければならないと教えている。さらに、宗教の信徒は、神と約束を交わすことを通じ、宗教における身分と地位を手に入れる。同時に、共通の神へ忠誠を誓う他の信徒との間に、信頼関係が生まれる。ゆえに、神は、単なる心の拠り所だけでなく、信徒のあいだの信頼関係の媒介ともなっていた。宗教自体は、専制の道具にされていた時代もあったが、「約束を交わす」ことは、相互の信頼関係を築き上げる手段として、宗教の広がりとともに民衆の日常生活に浸透し、世俗的信頼関係の形態、および構築方法に大きく影響を与えてきた。17世紀後半になると、科学を皮切りに、あらゆる分野で啓蒙思想が芽生え、教会や特権階層による専制と対抗する政治学説が主流となった。古代ギリシアから受け継がれてきた自由・民主・平等などの契約思想は、国家を正当化する思想基盤になり、ロックやルソーをはじめとする哲学者が社会契約論について論じた際には、各人の合意で結ばれた協力関係、および自由かつ平等な契約関係の重要性を強調していた。ゆえに、今日に至るまで、契約に基づく信頼関係の構築は、むしろ当然のように望ましいこととされてきた。

2.2.3 日本における伝統的な「信頼」

社会学者のアンソニー・ギデنزは、伝統とは、それを守ろうとする「守護者」がいて、過去の出来事なり状態についての記憶を反復再現し、再解釈した結果であると述べている。そして、それは、個人および個人が属す社会のアイデンティティの媒体でもあり、アイデンティティの連続性にとってもっとも重要な「基本的信頼」の拠り所でもあった。¹⁶⁶ この観点から見ると、「伝統思想」とは、中国にとっては儒教思想、欧米諸国にとってはキリスト教思想や契約思想だと言えよう。

それに対し、日本では、丸山真男が述べたように、時代によって、「儒教や仏教や、それらと『習合』して発達した神道や、あるいは江戸時代の国学」などが「伝統思想」と呼ばれ、明治以降に流入したヨーロッパ思想と対比された。しかし、「外来思想を摂取し、それがいろいろな形で私たちの生活様式や意識の中に取り込まれ、文化に消しがたい刻印を押したという点では、ヨーロッパ産の思想もすでに『伝統化』している」¹⁶⁷。これら日本の歴史に足跡を印し、「伝統思想」と呼ばれて来た「思想の断片」はみな、「雑然と同居し、相互の論理的な関係と占めるべき位置が一向判然としていない」¹⁶⁸。このような雑居性は、日本文化の特徴とされているが、日本人の人間関係や信頼観にも影響を与えていると思われる。

日本の言語学者・評論家である鈴木孝夫が『日本人の人間関係事典』において述べているように、日本の国土は、広くないにも関わらず、極めて変化に富んでいるが、外国と国境を接することがないため、近隣諸国の人間がたえず流入することも、多数の旅行者を迎えることも少なかった。ゆえに、文化的諸条件が、諸外国にその例を見ないほど「等質的」である。彼によれば、日本人には、「人みな同じ」「自分によいことは他人にもよいはず」という素朴極まりない人間観の持ち主が多い。こういった「等質性」は、日本の人種的均一性、宗教、生活文化

¹⁶⁶ ウルリッヒ・ベック、アンソニー・ギデنز、スコット・ラッシュ『再帰的近代化：近現代における政治、伝統、美的原理』（松尾精文・小幡正敏・叶堂隆三訳）而立書房、1997年、151-153頁参照。

¹⁶⁷ 丸山真男『日本の思想』岩波書店、1961年、8頁。

¹⁶⁸ 同上、8頁。

一般、および言語に見られる。¹⁶⁹ さらに、丸山が『日本の思想』において述べたように、これらの思想の雑居性や文化的等質性は、日本を「外来文化」と区別するための特質である。日本思想史の包括的な研究は貧弱であり、日本には、「自己を歴史的に位置づけるような」¹⁷⁰ 思想的座標軸が欠如していた。ゆえに、特に戦時中や敗戦後の日本では、「日本人が書いた」日本人論や日本語論が盛んであった。

さらに、日本は、集団主義が強いとされてきたが、その集団の枠は、「家制度」などの影響で「場によって決められる」ことが多い。また、中根千枝が『タテ社会の人間関係』で述べたように、「日本社会は、全体的にみて非常に単一性が強い上に、集団が場によってできているので、枠をつねにはっきりしておかなければ一集団成員が自分たちに、つねに他と違うのだということを強調しなければ—他と区別しなくなりやすい」¹⁷¹。2.3.3において詳しく説明するが、日本の社会学者山岸俊男によれば、このような「内集団ひいき」の程度が特に強く、人々が集団内部で協力しあっている程度が、集団間で協力しあっている程度よりもずっと強い集団主義の存在は、「安心」を生み出すが、「信頼」を破壊する。ここでの「安心」は、集団内部の仲間とだけ付き合っている限りは他人に利用されたり、搾取されたりする警戒が必要ではないということを意味する。言い換えれば、社会的信頼についてはまだ認識が甘いということであろう。したがって、日本人にとって、如何に「集団の温床」から抜け出し、集団内部だけでなく、集団から分離された個人として一般的信頼を築き上げるかが問題となっている。¹⁷²

2.2.4 まとめ

伝統的な「信頼関係」、およびそれを支える各種の概念は、中国・日本・西洋文化において、異なる形でその効用を発揮している。中国の伝統的な信頼概念においては、君子たる者はまず、常に自らの言葉通りの行動を取らなければならず、他人に対しても、その者の言葉だけでなく、実際の行動を見てから信頼でき

¹⁶⁹ 鈴木孝夫『日本人の人間関係事典・言語生活』講談社、1980年、350-353頁参照。

¹⁷⁰ 『日本の思想』、2頁。

¹⁷¹ 中根千枝『タテ社会の人間関係』講談社、1967年、49頁。

¹⁷² 山岸俊男『信頼の構造——こころと社会の進化ゲーム』東京大学出版会、1998年、1-4頁参照。

るかを判断しなければならないとされてきた。そして、信頼を壊すような行動を取る人は、道徳に違反していると思われ、道徳的な批判を受けることになる。しかしながら、伝統的な中国社会における道徳は、あくまでも費孝通が言うところの「私的道德」であり、「人間関係のネットワーク」に制限されているため、必然的に主観性や個人感情が抜けず、客観性が保証できない。「私的道德」や「差序格局」の影響が強いゆえに、このような伝統的な「中国式信頼」は、「人格的信頼」とも言われ、むしろ伝統から現代への転換期における一般的信頼関係の構築を妨げている。それに対して、欧米には、古代までさかのぼることの出来る契約精神の伝統がある。それゆえ、普遍的な信頼関係は合意の上で作られた法律や制度によって築き上げられるものである、という認識は、障害なく広がっていった。一方、「集団主義」に依拠した「安心感」に満ちた日本では、集団を超えた「一般的信頼」は、それほど重要視されていなかった。しかし、近年になると、医療分野に限らず、日本人の社会生活の中で、「不信感」を招く出来事が珍しくなくなった。それゆえ、それまでずっと安定していた「日本型システム」が疑われるようになった。日本もまた、他の国とは別の意味において、「一般的信頼関係の構築」という問題に直面している。

以上、中国・欧米・日本における伝統的な「信頼」についてまとめてきたが、「信頼」は、どの文化においても社会を安定させ、同じ文化的アイデンティティを持つ人たちを結び付ける「接着剤」となっていた。しかし、近代になると、伝統的な信頼関係と、現代社会に必要な「一般的信頼」との間にズレが生じ、場合によっては、現代化の妨げにもなっている。ゆえに、「信頼」は、様々な学問分野で研究の対象とされるようになった。次節では、これらの学問の成果を参照しつつ、現代中国の医療従事者と患者との信頼関係を再構築する方法を解明していきたい。

2.3 社会学における「信頼」研究

前節まで言及してきた「信頼」は、道徳的概念であり、相手を評価するために使う基準でもあった。外部環境の変化から生ずるリスクが少なかった伝統社

会、およびギデنزが言う「前近代社会」においては、信頼は、「人々の間の結束を強める働き」を果たしていた。しかしながら、特に戦後、人々が直面しなければならないリスクが増えていったため、「信頼」は、単なる評価のための基準にとどまらず、むしろ「必要とされるもの」として扱われるようになった。ゆえに、1968年に出版されたニクラス・ルーマンの著書『信頼——社会的な複雑性の縮減メカニズム』をはじめとする社会学の研究書においても、「信頼」は、一つの問題として見なされるようになった。本節では、主にルーマン、ギデنز、そして山岸俊男の信頼研究の成果、および近年の中国における信頼研究の現状をまとめていきたい。その際、医療従事者-患者における信頼関係の構築方法の参考にするため、とりわけ「専門家信頼」および「抽象的システム信頼」に焦点を当てていきたい。

2.3.1 ルーマンにおける信頼論——人格的信頼からシステム信頼へ

ルーマンは、『信頼——社会的な複雑性の縮減メカニズム』の冒頭において、以下のように述べている。すなわち、「信頼とは、最も広い意味では、自分が抱いている諸々の〔他者あるいは社会への〕期待を当てにすることを意味するが、この意味の信頼は、社会生活の基本事実である」¹⁷³と。一定の信頼なしでは、われわれはすべてに対して不安を抱き、経済活動や自己実現どころか、ごく普通の暮らしもできないことになるであろう。

ルーマンは、「複雑性の縮減」という問題を準拠にし、信頼への研究を展開した。「複雑性」という概念は、「システム形成によって可能となる諸可能性の数を特徴づける」¹⁷⁴。複雑性を縮減する必要がある理由を、ルーマンは、次のように述べている。

人間の体験の能力の限界は、体験の志向的な構造によって与えられ、特徴付けられている。どの志向も、狙いをつけた物事を捉え、それ以外の点で

¹⁷³ ニクラス・ルーマン『信頼——社会的な複雑性の縮減メカニズム』（大庭健・正村俊之訳）勁草書房、1968年、1頁。

¹⁷⁴ 同上、6頁。

は世界をそのまま前提にしている。そのつど狙いをつけられたものの限界は、たえず突き破られることになっている。体験のこうした自己運動的な性格は、世界の複雑性が受け止められ、そして有意味な振る舞いへの指示へ縮減されるための、基本的な前提である。体験は、そのつどの限界をずらして別の限界を受け入れるという仕方では、そのつどの限界を超えることはできない。¹⁷⁵

異なる文化は、戦争や商業的交流をきっかけに関わりはじめるまで、それぞれ単なる同一世界の「他」と「我」として匿名の状態が存在していた。このような関わりが交通手段や技術の制限のため、狭い範囲でしか行われていなかった時代、人間の体験の限界によって限られている世界も、比較的単純で確実であり、信頼の基盤は、「馴れ親しみ」に置かれていた。科学技術の発展や社会制度の変動がもたらした無数の可能性によって、かつて単純に見えていたものや出来事は、もはやそれまでと同じような見方で見られなくなった。その結果、本来人々の有限な体験範囲内で認識できていた「他者」が取りうる行動にも、無限の可能性が生じた。なぜならば、それまで、人々は大抵の場合、ともに同じものごとを体験してきた者同士で暮らしており、「他」と「我」の区別をはっきりつけていなかった。当然、このような世界でも、様々な差異と意見の相違が存在しているが、そういった状況が現れると、以下のようにされるとルーマンは言う。

それらの差異・相違は世界の側にあるのではなく、むしろ世界内の一対象である人間の側にあるとされる。つまり、それらの差異・相違は、人間の非理性、悪意、疎遠な出自、そして今日では特に好んで、人間の「コンプレックス」のせいだとされ、そうすることによって、差異・相違の持つ鋭さがぼかされてしまうのである。人々は、差異・相違を「コンプレックス」という世界内の特殊な事実のせいにし、その特殊な事実に対して、不

¹⁷⁵ 同上, 28 頁.

信とか警戒、闘争の準備あるいは心理的に訓練された無関心といった方策によって対処できるのである。¹⁷⁶

しかし、完全に異なる体験をしてきた相手を知ることによって、「他」と「我」が同時に存在していることに気づき、「他」も「我」も、同じ角度から事物を見ることもできるし同じような行動をとる自由もある、というふうと考えられるようになれば、そこで初めて、「世界の伝統的な自明性が揺すぶられ、世界の複雑性がまったく新たな次元で現れてくる」¹⁷⁷。すなわち、人々は広い範囲における「情報の不足」について認識し始めたのである。

馴れ親しみのある世界は、過去が優位を占めている世界であり、例えば歴史や我々自身あるいは他人の体験談などはみな、「馴れ親しみ」のあるものである。これらの「馴れ親しみ」は、「予期されざる行為を排除する」¹⁷⁸ という手段によって、世界を単純無害化し、問題を解決するのである。「馴れ親しみのある世界」にとどまる人々は、「確認されたものごとが反復し、周知の世界が将来に向かって継続される」¹⁷⁹ と想定する。確かに、確実な経験がなければ、信頼も成り立たないが、信頼は、決して過去からの帰結にとどまってはならない。なぜならば、信頼には、「期待」という成分が入っており、将来へ向けられているからである。したがって、ルーマンは、「信頼は、過去から入手しうる情報を過剰利用¹⁸⁰ して将来を規定するという、リスクを犯すのである」¹⁸¹ と述べ、信頼の問題を「リスクを賭した前払いの問題」¹⁸² と捉えることができるかと主張している。

また、ルーマンは、「社会秩序が複雑で可変的であればあるほど、その社会秩序は全体として自明性・周知の馴れ親しんだものという性格を失う」¹⁸³ と

¹⁷⁶ 同上, 30 頁.

¹⁷⁷ 同上, 31 頁.

¹⁷⁸ 同上, 32 頁.

¹⁷⁹ 同上, 32 頁.

¹⁸⁰ 同上, 原註によると、原文の「überziehen」はもともと預金残高以上に引き出すことを指すが、ルーマンにあっては、所与情報から、与えられている以上のメッセージを引き出すことを指す, 33 頁.

¹⁸¹ 同上, 33 頁.

¹⁸² 同上, 39 頁.

¹⁸³ 同上, 34 頁.

述べている。それまで大きな変動がありえないと想定された自然環境、人間関係などを含めた生活世界は、すでに個々人の体験だけでは認識不可能なまでに複雑化し、このような複雑化も、すでに制御不能になっている。そこで、社会の複雑性を縮減するために、われわれは、信頼・不信の基盤である生活世界への馴れ親しみを、その馴れ親しみを構成する間主観的過程への信頼へと、切り替えなければならないのである。「間主観的」とは、すなわち、ある物事に対する認識は、認識に関与する主体の主観的判断に基づいた合意であるということを目指す。この間主観的な構成は、「世界内の存在者の、周知性の様式・真偽の間われ方・把握しうる複雑性の程度」¹⁸⁴ とともに変化するのである。われわれは、「間主観的なコミュニケーションを通じて、世界のより大きな複雑性を捉え、それを縮減しうるシステムを安定化すること、そしてこのシステムが機能することに信頼を寄せること」¹⁸⁵ を重視しなければならないのである。こうしない限り、「意味と世界を構成する超越論的な過程は、より高度の複雑性の段階において実現される」¹⁸⁶ ことは、不可能である。

ルーマンは、信頼を「人格的な信頼」、および非人格的な「システム信頼」の二種類に分けており、「信頼は、まず、日常的な世界への馴れ親しみを基盤として、さしあたり人格的な（従って制約された）信頼である」¹⁸⁷ と主張している。「人格的な信頼」は、他者とのつながりの中から生まれた、他者の「人格システム」に対する信頼である。この場合、信頼の準拠システムは、自分自身の人格システムとなっており、新たに他者に出会うたびに、学習しなければならないことになっている。ゆえに、信頼が対処しなければならない複雑性は、「行為の自由」へと拡大し、われわれは、他者、および自分自身の自由な振る舞いに含まれる不確実性、というリスクを負わなければならないが、「人格的な信頼」は、その不確実性の要素を埋め合わせる働きをするのである。このような学習は、コミュニケーション過程における相手の「自己呈示」によってのみ可能であるが、ある人が特定の時間・場所・状況において、どの

¹⁸⁴ 同上, 29 頁.

¹⁸⁵ 同上, 37 頁.

¹⁸⁶ 同上, 37 頁.

¹⁸⁷ 同上, 37 頁.

ような行動を取るかは、あくまでもその人の自由である。われわれは、複数の他者の人格システムの内、どれを信頼するかを選ぶ自由を持ちながらも、選んだ相手によって、裏切られるリスクを負う覚悟をしなければならない。人格システムに準拠する場合、信頼することに伴うリスクが解消されることはなく、個々人の内部で無視されているか、対処方法を学習することによって、免疫ができていくかにすぎない。信頼の拠り所は、個々人の道徳性となっており、そのため、コントロールされやすいが、システムの内的な相互合意の上での保障が特に必要になってくる。¹⁸⁸

ところが、今やわれわれが出会いうる他者は、環境の複雑化とともに数えきれなくなってきた。われわれに把握できない情報の増加によって、いくら保障をつけ、覚悟をしても、人格的な信頼だけを頼りにすると、リスクはむしろ増える一方である。したがって、このような個々人の体験だけでは対処できない、あるいは、学習できるほど長いつながりではない場合、一般化できるシステム信頼を考える必要が生じてくるのである。言い換えれば、社会システムの内部分化に伴う高度化・複雑化が次第に必要とされ、他者は、単なる同じ体験をし、漠然といる存在者であるだけでなく、「システムの複雑性とその縮減を共同で引き起こす者として、視野に登場してくるようになると、信頼は拡大され、かの本源的な・問題の余地なき世界の馴れ親しみを押し退けねばならなくなる」¹⁸⁹。とはいえ、信頼は、馴れ親しみの代わりではなく、新たな種類のシステムへと変化するのである。この変化の過程を、ルーマンは「文明化の過程」¹⁹⁰と呼んでいる。

訳者の正村俊之の解説によれば、人格的な信頼に対して、「システム信頼は、準拠システムの動機づけとは無関係になっており、いわば自動的に学習される。信頼の形成は、準拠システムからみて、環境を構成しているシステムの内的なコントロールのもとに置かれている。リスクを負う必要性が軽減される」¹⁹¹。システム信頼は、専門的知識に基づきながら、社会システム自身の

¹⁸⁸ 同上, 69-86 頁参照.

¹⁸⁹ 同上, 37 頁.

¹⁹⁰ 同上, 110 頁.

¹⁹¹ 同上, 242 頁.

手でコントロールされている。よって、システム信頼のもとに置かれている人々にとって、信頼への保障は、個々人の道徳性ではなくなり、システムの権威になっているのである。ゆえに、非人格的なシステムへの信頼は、学習しやすいが、個人が自らの経験・自由によって容易に変えることができない。すなわち、コントロールしにくいと考えられる。

ルーマンの考えに従えば、信頼が形成されるためには、「情報の不足」という背景がなければならない。この「情報の不足」は、環境や認識対象の複雑化がもたらしたと考えられる。信頼が社会的な複雑性を縮減できるのは、「信頼が情報不足を内的保障された確かさで補いながら、手持ちの情報を過剰利用し、行動予期を一般化するからである」¹⁹²。信頼には、「馴れ親しみによって自然に成立する人格的な信頼、一般的なシステムのメカニズムに対する信頼」¹⁹³ などがある。さらに、「複雑化」が進めば進むほど、それを縮減して対処する手段としての信頼も拡大されていく。しかし、いずれにせよ、信頼を「複雑性を縮減する」という機能の側面から捉えることによってのみ、高度に複雑な社会を作ることが可能となるのである。

信頼を理解するために、ルーマンの信頼理論は参考になるが、ルーマンに対して批判的な態度を持つギデنزが言うように、信頼は、情報不足やリスクがあったときにのみ必要となってくるのではなく、むしろ持続的な状態として捉えるべきである。ギデنزは、ルーマンの信頼論と異なる形で信頼を概念化しながら、近代における信頼を分析する試みをした。次の小節において詳しく説明していきたい。

2.3.2 アンソニー・ギデنزにおける信頼論——「脱埋め込み」理論に基づく信頼論

ギデنزは、1990年という、時代の変わり目の時期に出版された著書『近代とはいかなる時代か——モダニティの帰結』において、信頼問題を取り上げた。

¹⁹² 同上, 176 頁.

¹⁹³ 同上, 176 頁.

ルーマンと異なり、ギデنزは、モダニティの進展にともない、日常生活のあらゆる面において激しい変動が見られる今日では、信頼を自由行為によって起こりうるリスクへの対処法としてではなく、より持続的な状態として考えるべきだと主張している。¹⁹⁴

まず、モダニティについて、ギデنزは、次のように述べている。「『モダニティ』とは、およそ十七世紀以降のヨーロッパに出現し、その後ほぼ世界中に影響が及んでいった社会生活や社会組織の様式のことをいう」¹⁹⁵。そして、

「モダニティが生み出した生活様式は、伝統的な社会秩序類型を《すべて》過去に類例のない形で一掃していった。また、内容の面では、我々の日々の存在性の最も親密な私的側面を部分的に変えていった」¹⁹⁶。モダニティとともに変動した社会制度と伝統的な社会秩序との間には、「非連続性」という区別がある。なぜならば、伝統的なものと近代的なものとの間には、確かに連続性があるが、十七世紀から二十世紀という、人類の歴史からするとごく短い期間に生じた変動、そしてその変動によって生じた影響は、かつてないほど「劇的かつ包括的なものであった」¹⁹⁷からである。「非連続性」を説明する、近代社会の変動の特徴は、以下の三点である。¹⁹⁸

一つ目は、変動の速さである。ギデنزは、伝統的文明もちろん、絶えず変化はしていたが、近代における体制の変動の速さは、極端であると強調している。中でも科学技術においては、もっとも顕著であるが、他のすべての領域においても、急激な変動を見いだすことができる。

二つ目は、変動の広がりである。この点については、ギデنزは、『再帰的近代化』においても言及している。すなわち、「世界中のどこでも、自分たちの局域的活動が、遠く離れたところで生ずる出来事や行為作用によって影響されたり、時として規定すらされていったりするという事実を認識していない人は、もはやほとんど誰もいない。…今日、一人一人の行為は全地球規模で生ず

¹⁹⁴ アンソニー・ギデنز『近代とはいかなる時代か——モダニティの帰結』（松尾精文・小幡正敏訳）而立書房、1993年、49頁参照。

¹⁹⁵ 同上、13頁。

¹⁹⁶ 同上、17頁。

¹⁹⁷ 同上、17頁。

¹⁹⁸ 同上、17頁参照。

る諸々の帰結に付随して引き起こされている」¹⁹⁹。グローバル化によって、かつて相互関係が全くなかった地域が連結され、地球上のほぼすべての地域は、社会の変容を余儀無くされていった。このような広がりも、かつての時代には、見られなかった現象である。

三つ目の特徴は、「社会形態には先の時代にはまったく存在しなかったものがある」²⁰⁰ という点である。例えば、「国民国家という政治システムや、無生物エネルギー源への生産の全面的依存、生産物と賃金労働の徹底した商品化など」²⁰¹ の近代都市の生活様式は、実際には、かつて全近代都市を村落社会から区別してきたものとは、全く異なる原理によって、秩序づけられているのである。ギデンズによれば、この三つ目の特徴は、近代的制度の本質に関係している。

ギデンズは、モダニティという時代に生じた変動について、以上の三点から特徴付けているが、彼は、さらに以下のように指摘している。「近代的社会制度の発達とその世界中への普及は、前近代のいずれのシステムと比べても、人々が安心でき、努力し甲斐のある生活を享受できる好機を生み出してきた」²⁰²。このことは、古典的社会学の基礎を形作った人々が総じてもっとも力説してきた点である。しかし、モダニティには、陰鬱な面もある。ギデンズによれば、社会学の創始者のマルクス、デュルケム、マックス・ウェーバーの三人はいずれも、近代の工業労働が多くの人々を単調反復労働という規律に従わせ、結果的に品性を卑しくしていくと考えていたが、「生産力」の増進が大規模な自然環境破壊の可能性をもたらすことになるとは、誰も予見できなかった。さらに、政治権力の強硬な行使や、軍事力の発達、すなわち戦争の産業化や、核兵器の発明なども、モダニティの陰鬱な面として挙げられている。²⁰³

モダニティは、科学技術や社会制度の発展をもたらした一方、かつてなかったリスクと危険との種もまいてきたと理解して良いと思われる。なぜならば、

¹⁹⁹ 『再帰的近代化：近現代における政治、伝統、美的原理』, 108 頁.

²⁰⁰ 『近代とはいかなる時代か——モダニティの帰結』, 17 頁.

²⁰¹ 同上, 18 頁.

²⁰² 同上, 19-20 頁.

²⁰³ 同上, 20-23 頁参照.

それ以前の時代では、人々が直面していたリスクは、時間的・空間的に狭い範囲の中に制限されていたからである。例えば、人間の生活が伝染病、天候、自然災害などの自然界の偶発的な出来事に左右されていたことから生じるリスクや、山賊・地方軍閥などの人的暴力によってもたらされていた脅威、などが挙げられる。それに対して、ギデンズは、モダニティが示すリスクと危険の輪郭について以下のようにまとめている。

1. 《激しさを増した》という意味での《リスクのグローバル化》。例えば、核戦争は人類の生存を脅かしかねないこと。
2. 地球上のすべての人々、あるいは少なくとも相当数の人々に影響を及ぼす《偶発的事件の数の増加》という意味での《リスクのグローバル化》。例えば、地球規模の分業体制に生じている変化。
3. 《創出環境》、つまり《社会化された自然環境》に由来するリスク。人間の獲得した知識を物質的環境に注入すること。
4. 多数の人びとのライフ・チャンスに影響を及ぼす《制度化されたリスク環境》の発達。例えば、投資市場。
5. 《リスク》の《リスクとしての認知》。宗教や呪術的知識は、リスクに対する「認識のずれ」を「確信性」に転換させることはできない。
6. 《広く流布したリスク認知》。われわれがともに直面していく危険性の多くは、一般の人々にも広く認識されていること。
7. 《専門家知識の有す限界の認知》。いずれの専門家システムも、専門家の示す通則を採用した場合の帰結について完全に熟知しているわけではない。²⁰⁴

これらには、モダニティとともに生まれてきたリスクもあれば、後ほど説明する「脱埋め込みメカニズム」がもたらす「安心感」によって生じたリスクもある。いずれにせよ、時間的・空間的な制限の中では、現れるはずのないもの

²⁰⁴ 同上, 155-156 頁.

であると考えて良いであろう。なぜならば、モダニティ自体は、時間・空間の変容と密接に結びついている²⁰⁵ からである。前近代の文化、とくに農耕国家は、それぞれ異なった時間測定手段を所有しており、歴などの時間を規定するシステムも異なっていた。機械時計が現れるまで、時間測定は、等一性がなく、「時間を場所に結びつけるかたちでおこなわれていた」²⁰⁶。一方、機械時計の発明および普及は、それまでできなかった、時間を「帯状区分」し定量化することや、世界規模における暦の標準化などを可能にした。

時計、交通手段、電話、インターネットなどの出現によって、今日の社会生活においては、われわれは、時間と空間の制限から解放され、相手の情報や居場所をよく知らなくても、相手と相互行為を行うことができるようになった。このような相互行為の時間・空間の制限からの離脱を、ギデنزは、「脱埋め込み」と定義づけている。時間・空間の制限からの離脱は、「社会システムの脱埋め込み」過程においても最も重要な条件とされている。「社会システムの脱埋め込み」はすなわち、地域や時間にとらわれていた「社会関係を相互行為の局所的な脈絡から『引き離し』、時空間の無限の広がりの中に再構築する」²⁰⁷ ということを意味している。伝統的世界から近代世界への移行を、「分化」や「機能の特殊化」という概念を用いて特徴づけていた他の社会学者たちと異なり、ギデنزは、近代の社会制度に本質的に関連しているのは、脱埋め込みメカニズムであると主張している。「脱埋め込みメカニズム」は、社会関係の脱埋め込みを果たすための媒介であり、「象徴的通標」と「専門家システム」の二つの類型に分けて考えることができる。なぜならば、この二つのどちらも、「社会関係を前後の脈絡の直接性から切り離れた」²⁰⁸ からである。

象徴的通標とは、「いずれの場合でもそれを手にする個人や集団にかかわりなく『流通』できる、相互交換の媒体」²⁰⁹ をいう。例えば、交換価値の普遍化を可能にしている貨幣である。

²⁰⁵ 同上, 31 頁参照.

²⁰⁶ 同上, 31 頁.

²⁰⁷ 同上, 35-36 頁.

²⁰⁸ 同上, 43 頁.

²⁰⁹ 同上, 36 頁.

一方、専門家システムとは、「我々が今日暮らしている物質的社会的環境の広大な領域を体系づける、科学技術上の成果や職業上の専門家知識体系をいう」²¹⁰。一般の多くの人々は、つねになんらかの専門家——医療者、建築家など——に相談したりしているわけではないが、専門家の知識を一つに統合しているシステムは、われわれの日常生活の多くの側面に影響を与えている。この場合、信頼されているのは、その専門家の能力だけでなく、その人たちが応用する専門家知識でもある。例えば車が故障したり、交差点で人とぶつかったりするようなリスクが存在しているが、リスクを最小限にするために、専門家知識によって作られたものや制度に信頼を置かなければならない。なぜならば、われわれは、多種多様な専門家システムを利用することができ、それを知りこともできるが、そのシステムに関して持っている専門技術的知識は、せいぜい初歩的なものに過ぎないからである。特定の専門分野が生み出す知識に精通していることは、一般の人々が専門家システムに信頼を寄せるために必要とされる条件ではない。

専門家システムは象徴的通標と同じように、拡大化した時空間とともに「拡張」し、あらゆる種の「当然そうなるであろう」との期待を可能にすることによって、脱埋め込みを行っていく。このような「拡張」は、ギデンズによると、「専門技術的知識を評価するのに用いる判断基準が特定の個人に属するものではないことを介し、また、専門技術的知識のあり方を管理するために用いる一般大衆からの批判（専門技術的知識の創出はこうした批判に基づいている）によって、達成されていくのである」²¹¹。したがって、専門家システムへの信頼は、専門家システムが通常想定どおりに作動するという経験や、専門家システムの需要者を保護するために設立された同業者団体や統制機関の存在に基づく場合が多い。²¹²

一般人は、専門家システムや象徴的通標に信頼を置くことによって、その需要が満たされる。同様に、専門家システムや象徴的通標のような脱埋め込みメ

²¹⁰ 同上, 42 頁.

²¹¹ 同上, 44 頁.

²¹² 同上, 44 頁参照.

カニズムも、一般人による信頼を前提にしている。ギデنزは、信頼とそれに付随する事柄を以下のように概念化している。

信頼は従来、他人が有する行動の自由に対抗するための工夫とされてきた。しかし、ギデنزの考えでは、信頼は、時間的に・空間的にそこに居合わせていないことと関係している。なぜならば、従来の信頼論に従えば、特定の相手の全ての行動や考え方が、つねにはっきりわかっているならば、「信頼が成り立つ」ということになる。しかし、ギデنزの考えでは、それができれば、そもそも「信頼」するかどうかは関係なくなるし、また、自らが知り尽くしているシステムを「信頼」する必要もない。相手の行動をコントロールできないゆえ、「賭け」のように信頼するのではなく、相手は、「私」の需要を満たしてくれるし、「私」も、そう信じるための十分な根拠を持っているゆえ、信頼するのである。しかしながら、「私」の需要を満たすこと以外、相手が、日常生活または専門分野において、何をしているか、何ができるか、具体的にどの技術・知識を利用して「私」の需要を果たしているか、などについては、知り尽くす必要がない。したがって、信頼を研究するときに考えなければならない課題は、「自由行動への支配力の欠如」ではなく、「十分な情報の欠如」である。

さらに、信頼は、リスクだけではなく、偶発性とも関連している。人の行為の結果であれ、システムの働きの結果であれ、たとえ「行為」と「システム」を事前に把握することが可能であっても、どのような結果が出るかは、偶発的なことである。ゆえに、「信頼」には、(結果が)「偶発的であっても当てにする」という意味が含まれている。人間・個人に対する信頼の場合、相手を当てるにできるか否かは、「信義」や「好意」などの属性に基づいている。しかしながら、社会生活における信頼は、人やシステムが頼りになると信じることではない。象徴的通標や専門家システムを信頼すると言っても、そうした「信頼」は、相手の「道徳的高潔さ」ではなく、不案内な原理の正しさを信じることに基づくものである。もし「確信」を相手の誠実さや好意、あるいは抽象的・専門技術的原理の正しさに対して示す信仰とすれば、信頼を、「所与の一連の結

果や出来事に関して人やシステムを頼りにすることができるという確信」²¹³と定義づけることができる。

近代という時代状況のもとでは、信頼は、a. 社会的に作り出されたものという一般的認識と、b. 近代の社会制度の不断に変化する特質がもたらした、人間の行為の変容可能性の著しい拡大、という脈絡の中に見いだすことができる。人間の下す決断と偶然性に対する人々の認識に変化が生じたことの結果として、リスクという概念が出現した。リスクは、それを背負うことによって本人が意識しているか否かに関係なく危険を招くが、「偶然の好機」でもある。一方、信頼は、ある種の活動がさらされやすい危険性を、最小限に抑えるのに役立つ。そのため、何を「許容可能」なリスクとみなすかは、信頼維持の上で最も重要となる。例えば、航空機が重力の法則に違反するものであるがゆえ、飛行機旅行を危険なことだと考える人もいるかもしれない。航空会社が、旅客マイルあたりの死亡数の比較によって、飛行機旅行のリスクが統計的に如何に低いかを証明することは、信頼を維持するための行いとなる。しかし、リスクは、単に一人ひとりの行為の問題ではなく、場合によっては、すべての人類に影響を与えるというようなリスク環境も存在している。例えば、核戦争などが挙げられる。²¹⁴

一連の具体的な危険が滅殺、ないし最低限にとどめられている状況を「安心 (security)」と定義づけることができる。「安心」は、通常、信頼と許容可能なリスクとの間のバランスによって支えられている。安心の中でも極めて重要な一形態は、「存在論的安心」である。それは、存在の本質に関係する安心感であり、ほとんどの人が、「自己のアイデンティティの連続性にたいして、また、行為を取り巻く社会的物質的環境の安定性に対していただく確信」²¹⁵のことを指す。存在論的安心は、無意識に根ざしている、感情的・心理的現象であり、その基盤をなしているのは、信頼にとっても重要な、人とものごとに感じられる「信憑性」である。信頼感の初期の形成段階は、保護者が自分から離れ

²¹³ 同上, 50 頁.

²¹⁴ 同上, 49-53 頁参照.

²¹⁵ 同上, 116-117 頁.

ていっても、いつかは戻ってくることに對する信賴によって遂げられる。そして、我々が他者に感じる信憑性は、相手とつねに一緒にいなくても、愛情が取り消されることにはならないという認識に基づいている。したがって、信賴は、時間的・空間的隔たりを括弧にくくって無視し、たとえ不安が現実に存在しているものであっても、生きる上での不安を遮断していくのである。²¹⁶

信賴感には、普遍的な心理学的特質もあるが、前近代の文化における信賴關係の諸条件と、近代世界における信賴關係の諸条件との間には、根本的に異質なものがあつた。というのは、前近代世界での存在論的安心感は、近代世界と比べると、「場所」というローカルな環境に制限されており、時空間を超えた信賴感のある相互行為を確立させることが難しかったからである。前近代文化における信賴を伴う環境として、① 親族關係、② 馴染み深い生活環境——地域共同体、③ 宗教的世界觀、④ 現在と未来を結びつける媒介——伝統などが挙げられる。一方、近代文化における信賴關係を伴う環境として、① 友人や恋人に見られる親密な対人關係性、② 時空間の無限の広がりを超えて社會關係を安定化させている抽象的システム（例えば、貨幣システム、専門家システムなど）、③ 過去と現在を結びつける様式——反事實的未来志向的（すでに発生した出来事と異なる状況に基づいて、未来を想定する）思考、すなわち知識や経験に對する反省などが挙げられる。²¹⁷

ギデンズの信賴理論をもう一度振り返ってみると、彼もルーマンと同様に、信賴を「対人信賴」と「抽象的システム信賴」に分けて考えていることがわかる。対人信賴は、「互いに熟知の間柄であり、長年に及ぶ交際を基盤に、…互いに信賴に値することを信憑性の証拠によって実証してきた人々同士の間で確立された信賴性」²¹⁸ であり、顔の見えるコミットメントを必要としている。この「顔の見えるコミットメント」のなかで、相手の誠実さや好意がわかる要素が求められている。²¹⁹ それに對して、抽象的システム信賴は、抽象的システムに責任を負う人々や集團との出会いを前提としていない場合もあるが、多

²¹⁶ 同上, 122-123 頁参照.

²¹⁷ 同上, 127-129 頁参照.

²¹⁸ 同上, 106 頁.

²¹⁹ 同上, 112 頁.

くの場合そうした人間や集団との出会いを必要としている。ギデنزは、そうした出会いを、「抽象的システムへの《アクセス・ポイント》」²²⁰と称しており、そのアクセス・ポイントは、顔の見えるコミットメントと顔の見えないコミットメントとが、交わっている場となっていると述べている。抽象的システムに対する信頼は、専門家知識に対する信頼によって支えられている。また、専門家やその代理人との接触も、極めて重要な意味を持つ。アクセス・ポイントにおける「顔の見えるコミットメント」は、システム代表者としての専門家の「平常通り業務中」という態度、あるいは少なくとも「イメージ」によって明示される。例えば、裁判官の威厳に満ちた態度や、旅客機の場合だと乗務員の陽気で平然とした態度などが挙げられる。それ以外、専門家が専門知識を運用するアクセス・ポイントも、その専門性および一般人との隔たりを示さなければならない。²²¹一般人の専門システムへの信頼は、アクセス・ポイントでの経験に基づいているのである。なぜならば、ある特定の抽象的システムとのアクセス・ポイントで不快な思いをすると、利用者は、場合によってはそのシステムから、全面的に撤退しかねないからである。アクセス・ポイントでの経験には、直接経験と、コミュニケーション媒体等の情報源を介して、専門家だけでなく、一般の人々にも供給されていく最新の知識とが含まれている。²²²

さらに、信頼メカニズムは、一般の人々と専門家との関係のみならず、抽象的システムの「内側」にいる人々の活動とも関係している。その人たちの活動の規範となるのは、職業意識であり、職業意識は、法的拘束力によって支えられる場合もあるが、そのシステムにともに属している仲間たちの信頼性を、内部で保つ役割を果たしている。一方、ある抽象的システムに属している人々は、そのシステムに自然に身を委ねているように見える。しかし、ビジネスマンが対面で契約を結んだり、研究者が公の場において研究成果を発表したりするのと同様に、信頼が長続きするためには、「顔の見えるコミットメント」の形で固められなければならないのである。²²³このようにして、特定の抽象的シ

²²⁰ 同上, 107 頁.

²²¹ 同上, 108-109 頁参照.

²²² 同上, 115-116 頁参照.

²²³ 同上, 111 頁参照.

システムに帰属している人々は、時空間の無限の広がりの中で脱埋め込みメカニズムに「奪われた」ローカル——社会システムにおける自分自身の居場所を、社会関係の再埋め込みを通じて「奪い返し」、再び「存在論的安心」を手に入れるのである。

以上において、ギデンズの「脱埋め込み」理論に基づく信頼、および信頼と関わりを持つ各種概念についてまとめてきた。ギデンズにおける信頼は、人間のアイデンティティ形成に不可欠な「存在論的安心」を原点にしている。ゆえに、信頼の対義語は、「不信」ではなく、実存的な「不安」となる。モダニティの発展によって創り出された制度や、専門家システムを中心とする抽象的システムなどの「脱埋め込みメカニズム」は、従来よりも大きな「安心感」をもたらした。一方、法律や様々な制度がもたらす人間関係の「非人格化」や、絶えず生じてくる新たなリスクのグローバル化などの問題も同時に現れた。脱埋め込みメカニズムの成立も、その発達によって生じたリスクの解決も、持続的に存在する信頼によってのみ可能になる。「信頼」の根拠となるものには、抽象的システムに対する不案内な知識に基づく確信、アクセス・ポイントにおける専門家との接触経験、他者の道徳性・信義に感じられる信憑性などがある。逆に言えば、社会全体からすると、抽象的システムの信頼性に疑問があれば、民衆は「不安」を感じる。他者との信頼関係に疑問があれば、相互行為をする片方ないし両方とも「不安」を感じ、行為が成立できなくなる恐れさえある。したがって、時空間の無限の広がりの中、信頼は、依然としてその基礎的な働きを示しており、道徳的な面だけでなく、今日我々の社会生活のあらゆる面において、重要視されなければならない。さらに、前近代社会における信頼は、「ローカル」、すなわち熟知された環境や文化によって保たれていた。そして、「ローカル」を超えた「ストレンジャー社会」である今日では、伝統を含めた「ローカル」は、アイデンティティの維持においてなお重要な意味を持つことを認めながらも、ギデンズがいう脱埋め込みと再埋め込みの過程において、信頼関係が具体的にどのように構築されていくか、を考えることも必要だと思われる。

2.3.3 山岸俊男における信頼論——「安心社会」から「信頼社会」へ

2.2 においても少し触れたが、山岸によれば、日本は「集団主義文化」が強いため、社会生活を成り立たせる「安心感」は、「信頼」ではなく、「集団内部」にいることによって得られてきたのである。したがって、アメリカ社会が「信頼社会」であるとするのならば、日本社会は「安心社会」である。一方、彼は、「集団主義が信頼を破壊する」と主張しており、この点の理解が重要なのは、閉鎖的な集団主義社会からより開かれた社会への転換に際して、一般的信頼が、きわめて重要な役割を果たすと考えられるからだとして述べている。²²⁴ この主張の正しさを証明するために、山岸は、ルーマン、バーナード・バーバーやフランシス・フクヤマらの信頼論に基づき、信頼及び信頼と関連している概念をまとめた。

まず、山岸は、ルーマンを援用したバーバーの信頼定義にしたがい、信頼を、「自然秩序に対する期待および道徳的社会的秩序に対する期待」²²⁵ と定義づけている。「自然秩序に対する期待」の例として、「あしたも太陽がのぼるだろう」というような期待があげられる。それに対して、「道徳的社会的秩序に対する期待」とは、人間・社会に関わる信頼である。山岸によれば、例えば、説得コミュニケーション研究において、説得の効果を上げる要因は、説得者の専門性に基づく能力（*competence*）と、説得者の意図についての信頼性（*trustworthiness*）とに区別されている。²²⁶ 同様に、「道徳的社会的秩序に対する期待」という意味の信頼は、バーバーの信頼論においてさらに「① 社会関係や社会制度の中で出会う相手が、役割を遂行する能力を持っているという期待」²²⁷、および「② 相互作用の相手が信託された責務と責任を果たすこと、またそのためには場合によって自分の利益よりも他者の利益を尊重しなくてはならないという義務を果たすことに対する期待」²²⁸ という二種類に分けられている。山岸は後者、すなわち「相手の意図に対しての期待」²²⁹ を中心に信

²²⁴ 『信頼の構造』, 4 頁.

²²⁵ 同上, 33 頁.

²²⁶ 同上, 35 頁参照.

²²⁷ 同上, 35 頁.

²²⁸ 同上, 35 頁.

²²⁹ 同上, 37 頁.

頼研究を展開した。彼は、このような特定の相手についての情報に基づく「情報依存的信頼 (information-based trust)」を、他者の信頼性 (つまり他者がどの程度信頼できる人格の持ち主であるか) のデフォルト値としての「一般的信頼 (general trust)」と区別する必要があると述べている。特定の相手に対する「情報依存的信頼」のもととなる情報は、大きく分けて以下の三種類がある。

① 相手の一般的な人間性。この場合の信頼を「人格的信頼」と理解しても良い。信頼が成り立つための情報として、相手とのこれまでの付き合いの中で得られた直接情報、他人からの評判や、相手を持っている社会的な地位、または役割・資格から得られた間接情報などが挙げられる。間接情報の中でもっとも重要なのは、評価であり、相手を評価する際には、相手の評判と同時に、外部から簡単に観察できる何らかの指標が用いられることもある。例えば、社会的カテゴリー、すなわち、偏見やステレオタイプ (多くの人に浸透している先入観、思い込み、固定観念などの類型化された観念) などがある。

② 相手が自分に対して持っている感情や態度。この場合の信頼は「人間関係的信頼」とも捉えられ、特定の相手を信頼するのは、相手が信頼のできる人格特性の持ち主であることがわかっているからではなく、相手が自分に対して好意的な態度や感情を持っていることがわかっているからだという場合の信頼を指す。

③ 相手にとっての誘因構造。この意味での信頼は、「社会的不確実性」と関係している。「社会的不確実性」が低い社会においては、安定した関係の成立は、「安心 (assurance)」によって保証され、「相手の行動が相手自身にもたらす利益ないし不利益の評価」²³⁰ にもとづいている。例えば、「相手は嘘をつかないほうがいいと思っているだろうから、相手が自分を搾取する意図を持っていない」という期待が、他人との関係の基盤の一部となっている。この場合、他人の行動の意図について考える必要はないし、「信頼」も、その効果を示す余地がない。逆にいえば、「社会的不確実性」が高ければ高いほど、「安心」が提供されにくくなるため、「信頼」が必要となってくるのである。このような状況に直面すると、

²³⁰ 同上, 37 頁.

人々が取りうる行動は、次のようになるであろう。すなわち、相手を信頼することによって、主観的に社会的不確実性を低下させるか、特定の関係の中の利己的な行動が、本人にとっての不利益をもたらす「仕組み」を組み込むことによって、客観的に社会的不確実性を取り去るかのどちらかになると考えられる。²³¹

山岸は、③の「安心」と①②の「信頼」とを区別して考えるべきだと主張している。「安心」の効用は、「関係強化」、すなわち、社会的不確実性が低い環境において、閉鎖的な関係に所在している人々の中の結束を強めることに見られる。それに対して、「信頼」の効用は、「関係拡張」、すなわち、社会的不確実性が高い環境において、人々を固定した関係から解き放ち、新しい相手との間の自発的な関係の形成に向かわせることに見られる。このような「安心」と「信頼」との区別にもとづき、山岸は、「信頼は社会的不確実性が存在しているにも関わらず、相手の（自分に対する感情までも含めた意味での）人間性のゆえに、相手が自分に対してそんなひどいことをしないでだろうと考えることである。これに対して安心は、そもそもそのような社会的不確実性が存在していないと感じることである」²³²と述べた。さらに、彼は、従来の信頼研究において、信頼は、「社会関係の潤滑油としての役割を果たす」²³³と解釈されてきたが、このような解釈は、実は「安心」だけを重視しており、「関係拡張」という意味での信頼を見落してきたと述べている。

また、フランシス・フクヤマの信頼理論によれば、中国、韓国、イタリアなどのような、強固な家族主義社会では、家族の枠を超えた他者一般に対する信頼が育まれないため、自発的な集団や組織の形成が困難である。このことは、公立的な組織運営を必要とする経済発展の足枷となる。家族主義が強く、家族以外の「他人」に対する信頼が育成されない社会は、低信頼社会であり、その逆に、アメリカ、日本、ドイツのような、血縁関係にもとづく家族の枠を超えた、他者一般に対する信頼が存在する社会は、高信頼社会である。²³⁴ 山岸は、フクヤマの観点を認めながらも、日本企業が長年同じ取引相手と「コミッ

²³¹ 同上, 44-63 頁参照.

²³² 同上, 40 頁.

²³³ 同上, 55 頁.

²³⁴ 同上, 4 頁参照.

トメント関係」を結ぶ傾向があるという事実に基づき、日本人は、「集団」という「既存の閉鎖的な関係」に安心感を持つという結論に至った。「コミットメント関係」とは、すなわち、「短期的利益を逃がすことになっても同一の相手との関係を継続する」²³⁵ ような関係である。このようなやり方は、安心できる環境を保証する一方、「他にもっと良い（より大きな利益を与えてくれる）相手がいても、その相手と付き合うチャンスを失う、あるいは放棄する」²³⁶ ということになる。さらに、彼は、日本における「集団」も、フクヤマがいう「枠」にあたるものとして考えられるが、その「集団」は、強固な「血縁関係」を超えることができているからこそ、日本は、経済成長を遂げることができたという考えを示した。それに対して、アメリカの企業は、既存の取引関係に満足するのではなく、取引相手になりうるすべての対象を「フェア」に評価した上で行動する。アメリカでは、このような「血縁」だけでなく、「閉鎖的なコミットメント関係」も超えた一般的信頼が、社会関係の開放性の基盤となっている。それゆえ、日本ではむしろ望ましいと思われている「内的集団ひいき」や「コネ」は、アメリカでは望ましくない、または「アンフェアな」行動だと考えられやすいのである。²³⁷

山岸によれば、アメリカ社会は、開放的な環境によって、膨大な利益を生み出してきた一方、「信頼の崩壊」²³⁸ という問題に直面している。そして日本も、閉鎖的な社会から機会を有効に利用できる開かれた社会への移行を余儀なくされている。これらの問題は、「関係に依存しない普遍的な原理に従って効率的で公正な社会・経済・政治制度を確立」²³⁹ することを通じ、「社会的知性に裏打ちされた一般的信頼の育成」²⁴⁰ を可能にするという方法によってのみ解決できると彼は述べている。

以上、山岸の信頼論についてまとめてきた。彼は、経済的な角度から日本における「コミットメント関係」を、アメリカにおける枠を超えた「一般的信

²³⁵ 同上, 64 頁.

²³⁶ 同上, 80-81 頁.

²³⁷ 同上, 103-104 頁参照.

²³⁸ 同上, 200 頁.

²³⁹ 同上, 202 頁.

²⁴⁰ 同上, 202 頁.

頼」と区別しながら、ますますボーダレス化していく社会に直面する際、閉鎖的な関係がもたらす「安心」だけに満足するのではなく、関係を解放する役割を持つ「一般的信頼」を重視しなければならないと主張している。

2.3.4 中国における「信頼危機」について

山岸は、低信頼社会と高信頼社会との区別を説明する際に、フクヤマにおける家族主義の強さに基づいた信頼理論を根拠として提示した。フクヤマによれば、中国は、血縁関係にもとづく家族主義が強いため、低信頼社会であり、日本は、高信頼社会である。しかし、「人情社会」という文化の存在は、中国社会における信頼関係がフクヤマの主張とは異なっていることを示唆している。なぜならば、伝統的な中国社会における信頼関係は、「差序格局」という形を取っているが、「格局」を構成する「輪」は親族関係だけではないし、また、原点にもっとも近い「輪」であるとはいえ、親族関係は、到底、人間関係のネットワークの広がり原点ではないからである。さらに、「己」を中心に拡張していく信頼関係の根拠は、強固な血縁関係だけではなく、友人関係や利益関係など様々な形式がある。しかしながら、拡張すれば拡張するほど、信頼関係も弱まっていく。「己」と「己」との間に何の接点もない、もしくは中心から遠い「輪」が接点となっている場合、信頼関係を築き上げるのも難しくなる。この場合、信頼の根拠は、広い範囲で認められてきた「礼」、すなわち倫理規範となる。「礼」が社会関係を安定させるのに有効である「礼俗社会」では、「礼」の有効範囲は、それを認めている人々を覆っている。したがって、その有効範囲内における人間関係は、「礼」によって拡張されていき、むしろ開放的であり、その意味では、「礼俗社会」は、決して「低信頼社会」ではないと考えられる。しかしながら、時代の発展とともに、「礼」が調節できる範囲も限界に来ている。そのため、日々新たな形を見せている今日の世界に直面している中国もまた、「礼」を超えた信頼関係をどのように作り上げることができるか、という問題を考えざるを得なくなっている。

現代の中国においても、信頼に関する様々な研究がなされてきたが、主に「信頼危機」を中心に行われてきた。研究の始まりは、1990年代であった。当時、改革開放政策の施行によって、中国社会は、経済領域を皮切りに、全般的な開放および発展を遂げてきた。しかし、「信頼危機」という言葉も同時に現れた。中国の論文・新聞・出版物のデータベースを検索したところ、1950年代から2020年現在まで、タイトルやキーワードに「信頼」が含まれている論文や記事は、7万本以上あり、「信頼危機」が明確に使われ始めたのは、1990年代半ばからであるということがわかった。1990年代以前、中国における信頼問題の研究は、信頼の「社会関係の潤滑油」としての役割を中心に展開されていた。1990年代以前は、ちょうど改革開放政策と社会主義市場経済政策のおかげで、中国の経済が徐々に復興し、社会制度も、それまでと異なった形に変わっていった頃であり、人々の生活は、前の時代と比べればかなり良くなったと言える。

しかし、ギデنزがいうように、社会生活が時間的・空間的に制限されなくなっていくうちに、リスクも陰で無限に拡張していった。1985年、鄧小平は、「先に豊かになれる者たちを富ませ、落伍した者たちを助けること、富裕層が貧困層を援助し、最終的には共同富裕を実現する」という「先富論」を提唱し、一部の沿岸都市や都市部に有利な経済政策を制定した。「先富論」は、確かに「経済というケーキをみんなで分かち合えるほど大きくする」という目的を達成した。しかし、「みんなで助け合う」という目的は、理想的ではあるが、先に豊かになった一部の者がどのような方法を使って豊かになったか、豊かになった後落伍者を富ますのに役立つことをするか、といった問題が、実現のための妨げになっている。その結果として、一部の者や地域が先に豊かになったことによって生み出された経済的な格差が、医療、教育など様々な分野における格差をもたらしたことは無視できない。

1978年に行われた改革開放政策によって、経済、文化などを含めた社会環境が激しく変化していった。同時に、特に1990年代以降、中国では「信頼危機」が訪れ、「社会関係の潤滑油としての信頼」だけでなく、「新たな時代にお

ける信頼関係の構築」も注目されるようになった。社会学者の鄭永年によれば、中国における「信頼危機」は、経済、政治、社会生活という三つの領域に見られる。

経済領域における「信頼危機」は、市場化政策がもたらした消費者と生産者との間の「信頼危機」である。改革開放政策を施行する際、中国政府は、社会生産のあらゆる分野において市場化改革をし、銀行、金融、投資などの核心的な社会経済再生産システムにおいては国家管理を強めたが、住宅、医療、教育のような人々の日常生活と密接に関わっている分野においては市場化を進め、本来公共資源であるものを私有化する事態になっている。²⁴¹

このような市場化が「不安」や「信頼危機」をもたらすことは、それほど予想に難くない。中国では、個人経営者の生産活動への情熱は高いが、大手銀行から資金を借りるためには、例えば、担保人か担保にできる不動産の提供や、会社が所属する地域に住んでいることなど、様々な条件がついている。そのため、個人が起業目的でローンを組むことは、容易ではない。その他の金融機関から資金を借りる場合、条件は少し緩くなるが、その代わり、利子が高いという欠点がある。したがって、起業は、個人経営者にとって、リスクがかなり高い。一方、起業できた経営者にとって、ユニークな製品やサービスを提供し続けることによって経営を維持し、市場開拓に成功することが、当然理想的ではあるが、1990年代では、製品やサービスの知的財産権への保護がまだ不足しており、中小企業が経営を維持することは、困難であった。また、詐欺や脱税をしたり、市場を独占したり、劣悪品を生産販売したりするような、市場の公正性を破壊する手段を使用して、より大きな利益を得ようとする企業も少なくなかった。²⁴² しかし、市場における一般的信頼は、経済主体である企業が長期的または短期的な取引関係を維持することでしか得られない。また、信頼がなければ、市場が拡張していくことも考えられにくいのである。したがって、まず企業同士が、取引関係ないし信頼関係を、より自由に構築できるようにしな

²⁴¹ 鄭永年・黄彦杰「中国的信任危机（中国における信頼危機）」『文化縦横』, 56号, 2011年2月, 18頁参照.

²⁴² 同上, 22頁.

ければならない。しかし、中国においては、国家独占の金融市場化政策の施行につれ、市場自体は開かれ、経済の自由度は、ある程度高くなったが、経済主体としての企業における契約精神への不遵守や、一部の企業の成長が政策によって制限されていたことによって、市場における信頼関係は、相変わらず限られた範囲でしか生まれない状態であった。

さらに、日常生活にもっとも必要な住宅、医療、教育などの民生領域における市場化によって、国家財政の負担は軽減されたが、本来限られた資源は、さらに売り手市場となった。その結果、「住房難（住宅を確保するのが難しい）」、「上学難（学校に入りにくい）」、「看病難（治療を受けるのが難しい）」などの言葉が現れた。民生領域は、需要が高いことは明らかであるが、再生産の周期が長いだけでなく、市場化に必要な条件に欠けている。再生産の周期が長いゆえに、住宅の建設、病院の医療設備および医療従事者の育成、学校の建設および教師の育成、などのために必要な資金や時間などは国家政策の支持がなければ獲得することが難しいと考えられる。したがって、住宅、医療、教育などの分野には実際、自力で完全に市場化する条件が揃っていないことを認めざるを得ない。経営の基本となる人件費や、学校や病院を建設するための資金などを確保するために、組織の上層部にいる有力者は、下層部にいる労働者の給料を減らしたり、「消費者」の要求に無理やり答えたりするしかなかった。その結果、住宅領域では「豆腐渣工程（手抜き工事）」、医療領域では前節において分析した「紅包現象」、教育領域では「择校費（特定の学校に入学するための点数を取れていないのにもかかわらず、その学校に入りたい場合に支払う寄付金）」などが横行するようになった。

このようにして、商品として売買されている公共資源の「最低値段」は、実質的に上げられ、資源への期待値も同時に自然に上げられた。一部の人は、政治的・経済的特権を行使することによってより良質な資源を手に入れることができるが、政治的・経済的特権を持っていない大半の人は、医療、住宅、教育のために、場合によっては全財産を使ったり、ローンや借金を背負ったりする可能性がある。その上、特に医療や教育においては、もともと人によって得ら

れる効果が異なるため、どんな代償を払っても期待していた効果が得られない場合が考えられる。にもかかわらず、これらのサービスを利用しないわけにはいかない。日常生活の基礎的需要を満たすことさえ自由にできないことによって、「不安」を身近に感じざるを得ない状態は、特に若者たちの、経済力への盲目的な追求を促した。しかし、上述のように、ほとんどの人にとって、個人で経営する場合は、リスクを伴っているし、従業員として働く場合は、支出が収入を上回ってしまう恐れがあるため、それらの合法的な手段では、経済的自由を実現する目処がつかなかった。また、民衆の法律意識がまだ低く、社会信用システムもまだ構築されていなかった当時では、違法行為のコストは、相対的に低かった。そのため、経済領域においても、民生領域においても、一般的信頼関係を破壊するような行為が頻繁に見られるようになり、消費者と生産者との信頼、ないし市場全体における信頼が保たれにくく、「信頼危機」が起こったのである。

政治領域における「信頼危機」は、民衆と政府や公的機関との間で起こった「信頼危機」である。鄭によれば、市場の管理責任はほとんど政府機関にあるが、政府の権力を有効に制御できる社会組織がない。そのため、そもそも上述のような手抜き工事などを防止する責任を持っているはずの権力機関においても、「コネ」による入職や贈収賄などの不正が行われている。権力が権力者の私益をもたらすための道具になってしまったことによって、一般市民が権力者や権力機関に対して、信頼感を抱くことが難しくなった。さらに、市場管理責任の過度な集中などがもたらした一連の問題は、以前から存在していたが、新しく構築された社会制度によって、完全には解決されなかったと言える。²⁴³ 其上、以前から裏で行われていた不正の一部や、「政治の専門家」である官僚の個人的行為が、一般人と専門家とのアクセス・ポイントとしてのマスコミの発達に連れ、表面化し、広く伝播するようになった。一方、マスコミが権力または資金によって買収されて偏向した記事を書いたり、隠蔽の「共犯者」になったりするような事件も少なくない。それゆえ、政府や公的機関は、以前と

²⁴³ 同上, 21-22 頁参照.

比べてはるかに広い範囲においてその公信力を失い、民衆と政府との間でも、「信頼危機」が起こったのである。

社会生活における「信頼危機」は、一般民衆の間で起こった「信頼危機」である。改革開放以前、中国における一般民衆の間の信頼関係は、地縁・血縁関係によって調節されてきたが、社会が開放的になったのにもない、「己」や「礼俗」に制限されている地縁・血縁関係に代わり、信頼関係を調節できる抽象的システムが求められるようになった。しかし、上述のように、バランスの悪い市場化政策は、信頼関係を調節するという役割を果たせていないと言える。さらに、交通手段の発達、および経済優遇政策の地域格差によって、農村部から都市部、内陸部から沿岸部への労働人口移動は、以前より激しくなった。その結果、「郷土性」が破壊され、人々は、馴れ親しみのある地域や人間から離れ、互いの付き合い方にも変化が生じた。異なる生活習慣・習俗の衝突から生まれる地域差別や、大都市の戸籍を持つ、いわゆる「原住民」に有利な就職環境がもたらす、「移民」差別などの現象が現れ、信頼関係を構築することが難しくなった。

さらに、費孝通も言及しているように、伝統的な中国社会における社会関係は、「礼俗」の元で、安定していた。礼俗は、人間関係の親密さや郷土固有の倫理性によって左右される可能性があるが、法律には、「適応範囲内のすべての人を同一視する」という前提が付いており、一般的信頼の構築において積極的な意味を持っているはずであるが、場合によっては、法律が道徳的責務から逃れる言い訳になる恐れがある。例として、2006年中国南京市で起きた「彭宇事件」および2011年広東省佛山市で起きた「小悦悦事件」が挙げられる。

「彭宇事件」の主人公は、彭宇という若い男性であり、彼がバスから降りた時、ちょうど同じバス停に止まっていた他のバスに乗ろうとしていた老人、徐氏が転んだ。彭は、その時徐氏を助けたと証言している。その後、二人が一緒に病院に行き、老人が検査を受けた結果、骨折していることが判明した。しかし、「助けられた」側の老人はその後、彭にぶつかられたから転んだと主張し、彭に治療費の賠償を請求した。事件は、最終的に和解で収まり、彭は、一

部の賠償請求に応じたが、世間では、「助けたのに汚名を着せられるのは不公平だ」「彭が本当にぶつかっていなかったのなら、自分から助けるわけがない」など様々な意見や論争があった。²⁴⁴ その後、転んだ老人が「自分のせいで転んだんだから、助けてくれても大丈夫だよ」と宣言した後やっと助けられたような事件や、倒れて意識がなくなった老人が放置され、結局亡くなってしまったような事件が頻発するようになった。

法律によって罰せられることや、責任を負うことを恐れて、道徳的責務から逃れようとすることによって引き起こされた事件の中でもっとも悲惨なのは、「小悦悦事件」である。小悦悦は、佛山市在住の2歳の女の子である。2011年10月13日の夜、彼女は、両親が目を離した隙に一人で家から数メートル離れた場所へ出かけ、通りかかった車に轢かれた。しかし、彼女を轢いた車は、そのまま去っていき、彼女は、後から来た2台目の車に再び轢かれが、2台目の車も、そのまま去っていった。この事件は、単なるひき逃げ事件に見えるかもしれないが、監視カメラを確認して犯人を探そうとした警察官は、驚くべき事実を目にした。1台目の車が小悦悦を轢いた後、通行人が3人も通ったにもかかわらず、ひとりも彼女を助けようとしなかったのである。さらに、2台目の車が去っていった後、合わせて15人もの通行人が通っていった。こうして、2台の車に轢かれた小悦悦の隣を、合わせて18人が通っていったわけだが、ようやく19人目の、屑拾いの老人である陳氏（当時60歳）が、彼女を道端へ運んだ。しかし、陳は、農村部出身で、教育のレベルが低く、警察へ通報する方法や救急車を呼ぶ方法が分からなかったため、近くの店に尋ねても、小悦悦を助けようとする者は、一人もいなかった。通行人が陳の代わりに警察に通報するまで、小悦悦は、ずっと放置されていた。救助を待っている間、小悦悦の母親も他人から話を聞き、やっと現れた。小悦悦はその後、病院に搬送されたが、心肺停止の重体であり、およそ一週間後の10月21日に、亡くなったのである。このような事件は、あくまで特殊な現象なのかもしれないが、「今時の人はお金の計算ばかりで、もはや何も信用できなくなった」「中国人の道徳水

²⁴⁴ Sina News 「南京彭宇案再調査（南京彭宇事件再調査）」 <http://news.sina.com.cn/s/2011-11-08/115823432989.shtml>, 参照, 2020年4月閲覧.

準は50年前に逆戻りした」といった声が出るようになった。²⁴⁵ そういった声に、中国社会の広い範囲で起きている「信頼危機」が反映されているように思われる。すなわち、その「信頼危機」とは、個人の利益と道徳観念が衝突した場合、本来「共通部分」として一般的信頼関係の基礎をなしていた道徳ではなく、個人の利益の方が選ばれ、信頼関係が成立しにくくなったという事態である。²⁴⁶

中国における「信頼危機」の原因についての見方は、二通りある。

一つ目は、「信頼危機」は、中国における「伝統の残留」によってもたらされた、という見方である。ギデنزの信頼論によれば、一般的信頼を可能にする「脱埋め込みメカニズム」には、「交換価値の普遍化を可能にしている貨幣」および「専門家システムを中心とする抽象的システム」の二種類がある。伝統的な信頼関係の基礎をなしていた抽象的システムは、「礼俗」と考えて良いが、鄭は、「礼俗」には、「特殊性」が含まれているため、「礼俗」またはそれと似たような観念が、広い範囲において許容されている限りは、普遍性を要求する一般的信頼を構築することは難しいと論じた。この場合、もっとも普遍性を示すことができるものは、象徴的通標としての貨幣であるゆえに、経済至上主義が現れた。しかし、貨幣の「使い手」、すなわち金融・銀行・投資などの信用システムの管理者は政府であり、結局のところ、社会のすべてが社会そのもののためにではなく、一部の人に集中している特権のために動いており、信頼も、その一般性を失うことになった。鄭は、改革開放政策や市場化そのものがこのような状況をもたらしたのではなく、以前から存在していた問題が新たな制度のもとにおいても解決されず、同時に、伝統的な「差序格局」も、完全に消滅していないゆえに、このような状況が現れたと述べている。²⁴⁷

二つ目は、近代化の過程における「伝統」との断絶ゆえに、「信頼危機」が起こったという見方である。²⁴⁸ 1919年に起きた一連の学生運動、「五四運動」

²⁴⁵ The Paper 「“最美婆婆” 陈贤妹这五年 (『もっとも美しい婆さん』と呼ばれている陳賢妹の過去5年間)」 http://m.thepaper.cn/newsDetail_forward_1556982, 参照, 2020年4月閲覧.

²⁴⁶ 「中国的信任危机 (中国における信頼危機)」, 23頁参照.

²⁴⁷ 同上, 23頁参照.

²⁴⁸ 高兆明 「信任危机的现代性解释 (信頼危機の現代性解釈)」 『学术研究』, 2002年第04期, 2002年, 5頁参照.

では、封建文化を含めた中国の伝統的な文化が全面的に否定され、「賽先生 (science-科学)」と「徳先生 (democracy-民主)」の後について新文化運動を展開する、というスローガンが掲げられていた。「五四運動」をはじめとする中国の思想解放運動は、伝統的な文化や価値観に対して、全面的な批判、懐疑、否定を行い、中国共産党の成立に思想上の基礎付けを提供したが、その過程においては、伝統の積極的効用も問答無用で否定された。中国の応用倫理学者である高兆明は、ギデンズの信頼論に基づき、伝統は、歴史、文化、価値観だけでなく、「存在論的安心」を維持する役割も持っていると強調した。確かに伝統や前時代の「馴れ親しみ」を超えなければ、社会関係は、新たな制度によって「脱埋め込み」を遂げることは不可能である。しかし、中国の近代化過程における伝統への批判は、あまりにも徹底的に行われてしまった。その結果、前近代まで権威や信仰対象とされてきたものは消滅したが、他に信頼の基礎になりうるもの、例えば宗教、契約精神などが存在しなかったため、人々は、解放によってもたらされた無限の自由を感じると同時に、「何を信じればいいのかわからない」という状態に陥ったのである。高は、このような「アイデンティティの断層」が「信頼危機」の源であると主張している。²⁴⁹

「信頼危機」が起こった原因について、鄭と高は異なった見方を示した。鄭は、経済領域の市場化改革、およびその結果を手かがりにし、中国における「信頼危機」が生まれた原因は、経済活動への一般人の参入率が低く、また、経済市場における、一般的信頼の育成を実現できる制度が完全ではないため、人々の信頼構築方法は、信用システムではなく、まだ伝統的な「差序格局」に基づいていることにあると論じている。一方、高は、思想解放運動による伝統文化への全面的な否定は、一民族にとっての「根」、すなわち伝統文化を動揺させ、「存在論的安心」の基礎となるものを完全に無くそうとしたが、伝統の代わりに、社会全体において一般的信頼を可能にする役割を果たすべきだった、新たに構築された社会制度には、「信念基礎」が欠けていたため、「信頼危機」が起きたと結論づけた。

²⁴⁹ 同上, 7 頁参照.

さらに、「信頼危機」の対処法について、鄭は、「信頼危機」が見受けられるような様々な事件や違法行為は、実は昔から存在しており、新たに構築された制度によって解決されていないと述べ、より開放的な経済・政治政策のもとで、貨幣および権力が、社会全体のために役立てるような社会環境を作り出すべきだと主張している。それに対して、高は、信頼を維持するための制度を重視すると同時に、伝統文化を、全面的に否定してはいけなると述べ、新しいリスクに直面する際に、文化的アイデンティティを維持し、「存在論的安心」を保つために、中国の伝統文化にある道徳および人格に対する要求を重視しなければならないと強調している。

1990年代という中国の社会環境が激しく変動する時期に、人々は、信頼することにはリスクが伴っていることを意識し始めた。「信頼危機」は、特定の領域でのみ起きているのではなく、解放された社会生活の全般に及んでいる。近代化がもたらした社会環境の時空間の拡張への対処法として、信頼を提示したギデンズによると、社会関係の「脱埋め込み」と「再埋め込み」は信頼によってのみ絶えず繰り返され、発展していくことが可能であり、信頼もまた、「脱埋め込み」と「再埋め込み」によって維持されている。しかし、鄭の視点から見ると、中国の経済をはじめとする社会制度は、まだ「ローカル」から抜け出せず、「脱埋め込み」を果たしてはいない。一方、高の視点から見ると、中国社会は「脱埋め込み」にのみ集中しており、制度の信憑性がまだ足りていない状態のまま、「再埋め込み」の土台ともなる伝統的な信仰や道徳観念を破壊した。「脱埋め込み」も「再埋め込み」も、どちらも十分に機能しなかった結果、人々が不安を感じるようになり、「信頼危機」が現れたと考えられる。

2.4 「信頼危機」の解決に向けて

本節において、信頼の辞書的意味、ルーマン、ギデンズ、山岸の信頼論、そして中国における「信頼危機」をまとめながら、信頼の文化的・社会的定義、および近代化がもたらした信頼への新たな見方を説明してきた。それらを

どのようにすれば医療関係者-患者関係に生かせるかを探究するために、ここまでの内容をもう一度振り返ってみたい。

まず、「相手信じ、頼りにする」というのが、信頼のもっとも基礎的な意味であり、その中には、相手の人柄や能力に対する肯定的な態度が含まれている。この意味での信頼は、伝統社会を安定させる基盤であり、ルーマンがいう「馴れ親しみ」、すなわち歴史、血縁・地縁、共同の目標・理想などを前提にしている。そのほかには、相手の行動、またはすでに信頼できると判断された第三者による相手に対する評価も、相手が信頼に値する者であるか否かを判断する根拠となる。このような、複雑性が過去の経験によって縮減された社会において生じた本源的な信頼は、世界がその自明性を失い、社会秩序がさらに複雑化するまで、人々に安心感を提供し続けてきた。しかし、社会秩序の複雑化によってもたらされた情報が、個人にとってすでに制御不可能となった場合では、高度複雑化の社会を可能にするためには、情報不足を補完し、複雑性を縮減する手段としての信頼も同時に拡張されなければならない。ルーマンは信頼を、個人が「馴れ親しみ」だけでは対処できないほどの複雑性を感じたり、新たに出会う相手や物事への情報不足を感じたりする際取る、「リスクをおかす」行為として考え、信頼を個人の行為の意図に帰結した。すなわち、行為の主体が「信頼する」という選択をしない限り、信頼も存在していないということになる。

ルーマンのこのような主張に対して、ギデンズは、異なった見方を示した。彼によれば、信頼は、より持続的な状態であり、その目的は、相手の自由行動に含まれている不確実性や、システムへの知識の不足に対処することではなく、「不安」が現実存在している状態においても、時間的・空間的隔たりを超えて「存在論的安心」を維持させることにある。ギデンズにおける信頼は、相手の行動や、抽象的システムの働きが、どのような結果をもたらすかは予測できなくても、当てにするという意味を含んでおり、相手や抽象的システムについて知り尽くす必要がないという点において、時間と空間の制限を超えた一般的信頼である。このような社会とともに無限に拡張する可能性を持つ信頼に

よってのみ、社会関係の脱埋め込みが実現できるのである。しかしながら、「存在論的安心」の場合と同じように、抽象的システムによって拡張されてローカルを超えた社会関係——すなわち、一度時間と空間の範囲から逸脱した社会関係は、何らかの「顔の見えるコミットメント」、例えば、システムに対する「不案内の知識」、アクセス・ポイントにおける専門家との接触経験、相手の道徳性・信義などによって固められ、再び埋め込みを果たさなければならない。貨幣、専門家システムを中心とする抽象的システムを含めた「脱埋め込みメカニズム」への信頼によって、社会関係の脱埋め込みを完成させなければ、特定の社会は、時間と空間の無限な広がりによってもたらされたリスクには、対処できない。一方、もっとも原初的な信頼は、人間が生まれ育った環境によって提供されてきた。脱埋め込みによって、そのような環境の安定性に変化が生じ、人間は、「存在論的安心」の剥奪を感じてしまうことになるが、再埋め込みを果たさなければ、人間は「不安」になり、「信頼危機」が起こることになりかねないと考えられる。

したがって、日本経済が「コミットメント関係」から解放されることを求める山岸の主張に対して、彼が言うような「コミットメント関係」がもたらすのは、必ずしも悪影響だけとは限らないと私は反論したい。アメリカ人の「一般的信頼度」が高いのは、司法制度や保険制度の保証、キリスト教思想や、古くから受け継がれてきた契約精神に影響された結果であるということには、山岸は言及しなかった。確かに閉鎖的な社会関係では、今日ますますボーダレス化している貿易やリスクに対処するには物足りないが、完全に「はやりに乗る」必要もないと考えられる。なぜならば、日本人は、「コミットメント関係」に安心感を感じるが、この「コミットメント関係」も「一目惚れ」や「片想い」的なものではなく、「長年の付き合い」を前提としていると推定できるからである。「長年付き合い」ためには、やはり相互の忠実、およびともに取り組んでいる事業——友情や婚姻などの人間関係も含めて——への誠意を示し合わなければならないと考えられる。日本企業の「集団主義」や「コミットメント関係」の重視を知ることによって、日本企業を取引先として選択する外国

の企業も同様に、このような取引関係に安心感を感じられるはずである。この場合、山岸が避けようとしている「閉鎖的な社会関係」は、社会的アイデンティティとして、むしろ信頼関係構築のきっかけになりうると思われる。取引の成立は、どんな状況でも「相互尊重」「相互理解」を前提にしており、その中には、社会的・文化的な尊重も含まれている。グローバル化や世界のボーダレス化がいくら広がっても、一民族のアイデンティティの象徴にあたる伝統や「スタイル」は、決して無意味なものにはならない。

このことは、中国において「信頼危機」が発生した背景及び原因から、もっとも明白に理解できると思われる。鄭と高は、一見異なった角度から「信頼危機」を解明しようとしたように見えるが、実は同じ問題、すなわち、「伝統」と「現代」とのバランス、または費孝通がいう「礼俗」と「法理」とのバランスを、どのようにすれば維持できるかという問題を中心に議論していると考えられる。

一方では、鄭が指摘したように、伝統的な中国社会では、統治者および政治的・経済的制度は時代によって変わったが、「郷土性」にもとづく信頼関係は、歴史の積み重ねの中で自然に、自発的に生まれたゆえに、それほど変動しなかった。²⁵⁰ 中国で行われた思想解放運動によって、伝統的な思想が批判・否定され、近代化のきっかけともなる民主・科学思想が広がり、統治者が統治目的で作り出した、伝統的な道德思想を含めた封建的な政治・経済制度は、解体された。しかし、思想運動の主体となったのは、労働者と学生だけであり、人口の大半を占める農民階層にまで、思想運動は浸透できなかった。したがって、中国における「民主思想」は、ヨーロッパのように市民によって「生み出された」のではなく、直接道具として「持ち込まれた」にすぎず、農耕生活に由来する「郷土性」にもっとも影響されてきた農民は、やはり「郷土性」を信頼の拠り所にするしかなかった。一般的信頼を要求する抽象的システムの構築のための環境が、整っていなかったと考えられる。²⁵¹

²⁵⁰ 「中国的信任危机（中国における信頼危機）」, 19 頁参照.

²⁵¹ 同上, 19 頁参照.

もう一方では、高が指摘したように、思想運動によって否定されたのは、封建的な思想だけでなく、中国の伝統的な道德観・価値観も、全面的に批判された。鄭と高の観点を合わせて見ると、中国の歴史を貫いてきた、一般的信頼の維持にある程度役立っていた王権や道德観・価値観は破壊されたが、一般的信頼を生み出さない「郷土性」は、まだ残っている。「郷土性」が存在している限りは、政治・経済制度などの「脱埋め込みメカニズム」が成立しない。その結果、社会制度を構築する際、「持ち込まれた」ものを、「再埋め込み」するのではなく、直接一般的信頼ではなく、私的信頼を生み出す「郷土性」によって、「埋め込み」することになった。「伝統」と「現代」、「礼俗」と「法理」は、実は二種類の価値システムとして中国で衝突しており、このような衝突が、「信頼危機」を生み出したのである。したがって、一般的信頼を構築する方法としては、「伝統」を影も残らず除外するか、「伝統」と「現代」をなんらかの形によって融合させ、一般的信頼の構築と結びつけるかのどちらかになるであろう。歴史の長い中国では、前者は当然不可能だと考えられるため、後者の方が適していると思われる。

第三節 医療従事者-患者関係と「信頼」

第一章においてすでに述べたが、医療従事者-患者関係は、「治療」という共同行為にもとづく人間関係である。古代の「呪術」「漢方」「祈祷」から、今日の「医療技術」に至るまで、「治療行為」は、その形態が文化や時代によって異なるが、医療者と患者との相互協力なしでは成立しない、ということには変わらない。医療技術が近代化によって高度な発展を遂げる以前の医療従事者-患者関係は、比較的安定した形を取ってきた。そして、18世紀前後になると、社会が開かれ、新たに構築された社会制度のもと、「専門家システム」としての医療システムにおける医療技術の発展、および制度的保障は、他の領域と同様に、以前よりもはるかに大きな「安心」を人々にもたらした。しかし、社会が時間的・空間的に無限に拡張していくうち、以前から存在していた問題、および新たに生じた問題が次第に明らかになり、人々は、医療行為には様々なリスクが伴っていることについても、あらためて意識するようになった。こうして、医療従事者-患者関係も社会関係の一種として、「脱埋め込み」と「再埋め込み」を果たさざるを得なくなった。

3.1 医療における「許容可能なリスク」

ギデンズは、「安心」は、「許容可能なリスク」と信頼との間のバランスによって支えられていると述べた。リスクを「許容可能」な範囲にまで抑え、「安心」を維持するために、まずは、医療行為においては何を「許容可能なリスク」とみなすべきかを明確にしなければならないと思われる。

現代の医療行為における「リスク」は、以下の三つにわけて考察することができると思われる。

一つ目は、医療技術の開発に伴うリスクである。すなわち、治療過程において投与される薬や、使用される医療機器、治療法のような、医療現場では医療者または患者の個人差によって容易に変えられない、標準的な医療行為の「道具」の進歩に伴うリスクである。これらのリスクに関して問われるのは、薬や

医療機器の安全性、副作用、開発過程の正当性、および治療法の効果などということになるであろう。

二つ目は、医療行為において絶対的優位を占める医療者の自由行為に由来するリスクである。古代から、医学知識がないのにもかかわらず、医療の名を借りて金儲けしようとするようなヤブ医者には存在していたが、近代になると、医療者の判断に起因する医療事故はもちろん、従来のパターンリズム型の医療のもとで、解剖のための違法な死体売買、産婦人科や精神科における一連の人体実験などが見受けられるようになった。近代では、従来の「金儲け医療」のリスクだけでなく、「医学の発展」という名目のもとで、医療者が倫理規則や患者の権利を無視し、患者を実験台として扱うリスクがさらに加わったのである。これらのリスクに関して問われるのは、医療プロセスの規範性、事故対策、医療者の職業倫理および診療能力などということになるであろう。

三つ目は、個々人の患者の特殊性によるリスクである。ここでいう「特殊性」には、患者の身体、心理や病状の進行における個人差だけでなく、教育水準、宗教、経済、文化などの多様化による差異が含まれている。これらの差異を理由とする治療法への拒否または非協力が、医療トラブルに至った例は少なくない。さらに、グローバル化が進展している今日では、外国人の患者が治療を受ける際に、言語が通じないため、コミュニケーションがスムーズに進まない、というリスクもあると考えられる。これらのリスクに関して問われるのは、周密な事前検査、十分なインフォームド・コンセント、および円滑なコミュニケーションなどが行われているか否かということになるであろう。

では、「許容可能なリスク」とは何であろう。以上において挙げたリスクには、医療者の自制、および患者の意思表示によって防ぐことができるものや、制度や法律によって予防できるものもある。したがって、医療行為における「許容可能なリスク」とは、人間の意志や、人間によって作られた制度、法律、医療技術が「最善」を尽くしても制御不可能なリスク、すなわち、医療そのものの不確実性、または「医療の限界」から生じるリスクであると考えられる。

医療の限界によって生じるリスクを、ギデンズが示した近代世界におけるリスクの六つ目の「広く流布したリスク認知」、および七つ目の「専門家知識の有す限界の認知」と結びつけることができる。特定の専門領域に関する知識をまったく持たないと、一般人にとって、その専門領域の専門家を信頼することには、無限のリスクが伴っているかのように見えてしまう。そのため、信頼が生まれにくいと考えられる。また、ギデンズが述べたように、近代のリスク環境に対する認識が一般の人々の間に広く浸透した結果、専門家知識の有す限界に人々が次第に気づくようになっていった。専門家知識には限界があることを知ることは、盲目的に信頼することを防げるが、その限界の範囲についての情報をまったく持たないと、信頼は生まれにくいのである。また、専門家自身がその分野について精通していないことが一旦一般の人に知られると、その専門家が所属している専門家システムに対する信仰も崩れていく恐れがある。したがって、一般の人との信頼関係を維持するために、専門家は、「広報活動」をせざるを得なくなる。「広報活動」の目的は、一般の人が専門知識に対して無知であるということを目覚めさせないことである。「広報活動」では、専門家は通常、一般人がもっとも関心を示そうな、一部の知識しか伝えない。そうすることによって、一般人は、専門知識に対しては無知なままであるのにもかかわらず、その一部の知識を知ったため、信頼する根拠を有したと「勘違い」し、信頼を持つようになる。しかし、「広報活動」の本来の目的は、リスクがあるということを目覚めさせないことにあるのではなく、「リスクはあるが、このような情報を持って、この専門家を信頼しておけば、リスクは抑えられる」と知らせることにあると思われる。一方、専門家がリスクの真相や、リスクが実際に存在している事実についてごまかしたり、隠蔽したりする場合、専門家が依頼者の代わりにリスクを背負うことになる。これらの隠蔽やごまかしが一般の人々に気づかれることによってもたらされる、もっとも有害な点は、「専門家の限界が存在していること」が問題ではなくなり、「専門家システムの信憑性が失われる」ということである。²⁵²

²⁵² 『近代とはいかなる時代か—モダニティの帰結』, 162 頁参照.

近代において急激な発展を遂げた医療技術は、以前と比べれば、治癒率をはるかに上げたが、医療の限界から生じる「許容可能なリスク」は、相変わらず存在している。信頼によって支えられている医療システムは、あくまでもリスクを「許容可能」な範囲にまで抑え、可能な限り「許容可能なリスク」とのバランスを維持するために役立つが、リスクそのものをなくすことはできない。一般人がこのことについて認識できなければ、信頼も無意味なものになりかねないと考えられる。実際、第三章で述べたように、中国では、患者またはその家族の医療への無知ゆえの暴力事件は少なくない。このように、「許容可能なリスク」の存在が、過度な広報活動、例えば、病院のランキング制度、医師の肩書きおよび業績、薬や治療法の治療効果を誇張した宣伝などによって、はっきり知らされていない状態では、「許容可能なリスク」の存在が一旦発覚すると、患者は、裏切られたような気持ちになってしまうのである。逆に、医療の限界が、治癒が期待できないくらい大きいと思われると、信頼も生じにくいと考えられる。

「許容可能なリスク」に対する無知ゆえの医療トラブル、または一般人が医療に対して先入観を抱くことを避けるために、一般人の医療や医療システムへの認識を、医療知識の普及、生命に関する教育などによって育成することが必要となってくるであろう。それだけでなく、特定の疾病の「許容可能なリスク」を、患者および家族に事前に説明することは、インフォームド・コンセント取得の一環として、行う必要がある。

近代における医療技術の発展によって、「許容可能なリスク」が前の時代よりはるかに減少したと同時に、それ以外のリスクも無限に生じている。無限に生じてくるリスクに対処するために、「許容可能なリスク」とのバランスを取り戻すまで、抽象的システムにおける「脱埋め込み」と「再埋め込み」を絶えずおこなっていく必要がある。以下において、アメリカ、日本、および中国の医療従事者-患者関係における「脱埋め込み」と「再埋め込み」を考察する。

3.2 日米における医療従事者-患者関係の「脱埋め込み」と「再埋め込み」

医療従事者-患者関係は、専門家-依頼者関係として、専門家システムという「脱埋め込みメカニズム」によって一般化されたが、アメリカにおいて、もっとも理想的とされているのは、R.M. ヴィーチが提示した医療従事者-患者関係の区分で言えば、「契約モデル」である。

アメリカでは、従来の医療従事者と患者との関係はパターナリズムに基づいてきた。すなわち、専門的な医学の知識を持っているのは医師であり、素人である患者は、治療方針の決定を医師に委ね、それに従えばいいとされてきた。しかし、前節において述べたように、社会の開放によって、このような医師主導・患者従属型の治療関係に存在していたリスクが、以前よりはっきりと自覚され、1960年代後半に患者の人権運動が引き起こされた。

パターナリズムには依拠しない医療従事者-患者関係を規定するために、ヴィーチは、次の四つのモデルを提示した。

① 「技術者モデル」：医師は価値判断には関与せず、科学的事実のみを提示し患者の決定に従う。

② 「聖職者モデル」：医師は患者のためを考えて様々な価値判断を行い、一方的に治療方針を決定する。

③ 「仲間モデル」：医師は患者と共通の目的を持った仲間として、親しみのある対等な関係の中で治療を行う。

④ 「契約モデル」：医師、患者の双方が価値判断や決定の主体であり、利益や責任について双方の理解があり、信頼に基づく契約関係の下に治療が行われる。

ヴィーチは①の「技術者モデル」について、以下のように批判している。すなわち、医療従事者を含む、応用技術型の科学者が全く自らの価値観に影響されないのは、論理的に不可能である。自分が客観的な意見を述べていると思

込む者は、自分を騙しているだけである。原子爆弾やナチスの医学実験は、われわれに「純粋な科学者」の愚かさを明示した。

一方、②の「聖職者モデル」に対して、ヴィーチは「患者に有益かつ害を与えない」というスローガンを根拠にすると、医療従事者が意思決定において絶対優位を占めることになってしまうと批判している。このモデルの下では、患者は医師を聖職者のように尊敬してしまい、その結果、自由と尊厳が奪われる恐れがある。

③の「仲間モデル」においては、医療従事者と患者は仲間であり、信頼と信用が鍵となる。医療従事者と患者が共通目標を持っており、互いに忠実に言質を与えることができる。このとき、互いの信頼と信用が保たれ、「仲間モデル」は適切に応用されている。しかし、「仲間モデル」を考えると、われわれは、現実主義の立場からの疑問に答えなければならない。すなわち、「完全には同じ価値観を持たない仲間が、完全なる互いの忠実 (mutual loyalty) と目標 (goals) に基づく共通利益 (common interest) のために仲間モデルを採用する根拠は、いったい存在するかどうか」という疑問である。

さらに、ヴィーチは④の「契約モデル」について以下のように説明する。

ここでの「契約」の理念は、明白な条文で書き出されるものではなく、宗教や婚姻のような、象徴的形式を持つ「合意」に基づくべきものである。はっきり言語化されなくても、契約関係にある双方には、一定の範囲に限られてはいるが、義務と期待できる利益がある。そして、この契約関係の鍵となるのは、自由、尊厳、真実の告知、約束の遵守、および正義である。この契約関係が成立する前提は、完全に対等な利益がないと認識されても、信頼と信用が保たれていることである。契約違反を防止するために、この関係が社会的拘束力によって制度化され、支持されていても、やはり、「契約モデル」が成立するためには、誠実に義務を果たすことが必要条件となっている。

「契約モデル」では、治療方針を決めるための基本的な価値判断基準の枠組み (basic value framework) は、患者自身の価値観に基づいて決定される。一旦決定されると、患者は、自分自身の健康のためになるあらゆる治療方針は、必

ずや上述の枠組みの中で行われている、と信じる根拠を持っている。ゆえに、「契約モデル」において、治療方針が確実に医療従事者と患者との共通認識となる。さらに、治療方針の決定権の共有は、患者も医療従事者も、道徳的清さを保ち続けているという現実的な保障がなければ成立しない。また、信頼と信用が破壊されると、契約も成立しない。²⁵³

なぜ「契約モデル」がアメリカにおいて、もっとも理想的だとされたかについて、以下において考察してみたい。

まず、「契約モデル」は、アメリカにおいてもっとも理想的とされているとはいえ、現実においては必ず実現できるとは限らないということを念頭におかなければならない。「契約モデル」は、あくまでもヴィーチが考えた、その時代にとって最適な「モデル」であり、無限に近づくことはできても、完全に実現することは、できないのかもしれない。また、時代が次の段階まで発展すると、より適切な「モデル」が提示される可能性もあると考えられる。言い換えれば、「契約モデル」は、1970年代にもっとも必要とされていた、医療者と患者との間の医療行為における平等、患者の権利の保証などを実現するための方向を示したゆえに、理想的とされたのである。「契約モデル」が採用されると、医師は、単に法的な義務を機械的に遂行するのではなく、患者の理解度に応じて説明をし、患者の価値観に照らして、「最善」と考えられる治療へ向け、患者を援助しなければならない。患者も、一人の価値観の担い手として、治療方針の決定において積極的な責任を担っていくことが求められている。したがって、「契約モデル」は、医療者と患者との間の医療行為における不平等を、最小限に抑えることができる。この点において、「契約モデル」は、当時の権利運動の趣旨に沿ったものである。

しかし、ヴィーチは、「契約モデル」の前提となるのは、「完全に対等な利益がなくても、信頼と信用が保たれている」ことであると述べたが、医療の不確実性から生じる「許容可能なリスク」が存在している限り、医療契約における

²⁵³ cf., Robert M. Veatch, "Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age", *The Hastings Center Report*, vol. 2, no. 3, The Hastings Center, pp. 5-7.

「利益」は、他の契約における「利益」とは異なり、「完全に対等」であることは不可能である。したがって、契約型医療従事者-患者関係を実現するためには、社会的拘束力および信頼を維持するための抽象的システムが、他の契約よりも強力でなければならないと考えられる。

アメリカでは、社会的拘束力として、自由・正義・平等などに基づく契約の重視、広い範囲で展開された人権運動、宗教的拘束力などが挙げられる。これらの社会的拘束力に依拠し、医師による医療契約の破壊を防止するための法律制度や保険制度が構築されたが、医師にかかる保険料の高騰がもたらす医療費の高騰、法的責任から逃れるための過度な「防衛医療」、および医療のビジネス化、などのような弊害を生み出したことがしばしば指摘されている。

多少誇張された部分はあるが、2007年に公開されたアメリカの保険会社についてのドキュメンタリー*Sicko*を見るかぎり、アメリカの医療保険は医者と患者との関係を経済的な色彩の濃いものにしたと言える。

アメリカ社会は、個人主義が非常に強く、個人の意志が十分に尊重される社会である。その一方、何でもかんでも自力で解決しなければならない社会でもある。*Sicko*の3年前の2004年に公開されたアニメ *The Incredibles* の中にも、常識的には受け入れがたいプロットがある。超能力を持っている英雄である主人公は、自殺しようとしている男性を救った。ところが、公共財産を破壊し、自殺しようとした男性の自己決定権を無視してまで救い、そのせいで男性が骨折してしまった、という理由で、その主人公は訴えられた。その後、英雄でいられなくなった主人公は、保険会社の社員になった。そして、あるおばあさんに会社の制度を利用して賠償をもらうコツを教えると、ボスにひどく叱られた。いよいよ堪えられなくなった主人公は、ボスを殴ってしまった。その結果、主人公は、会社を辞め、英雄に復帰することを決めた。超能力を持つスーパー・ヒーローについての映画ではあるが、そこには、現実の問題が反映されている。

また、*Sicko* で紹介された保険会社も、驚くほどの権力を握っている。例えば、映画で描かれたように、病院に通う前、患者はまず、保険会社と付き合い

なくてはならない。保険に入っていない患者は、治療代を全額自己負担しなければならない。お金がなければ、いわゆる貧民のために設立された病院に運ばれ、そこに「捨てられる」。保険に入るためには、高額な保険料を定期的に払わなければならない。しかし、高い保険料を受け入れ、加入しようとしても、昔かかったことのある疾病について、詳しく保険会社に教えなくてはならない。「かかったことがあれば保険に加入できない」と指定された疾病のリストを見ると、監督が映画の中で指摘しているように、確かにほとんどの病気がそのリストに含まれているように見える。「保険に加入する資格」を有しており、加入できたとしても、実際に治療が行われるかどうかは、保険会社にとって儲かるかどうかによって決定される。つまり、直接医者と交渉するのは、まず保険会社なのである。

監督はその後、カナダ、イギリス、フランス、さらにキューバの病院も訪問した。それらの国家の病院は、治療費が無料であったり、薬剤費が均一であったり、しかも医者が電話一本でいつでも家まで来てくれるなどの事実、監督は驚かされた。

こうしてみると、医療制度の違いゆえに、アメリカの医療従事者と患者関係は、正真正銘の「金銭取引」になっているが、ヨーロッパ系の医者は、今でもヒポクラテスの誓いに従い、医者としての誇りと尊厳を保っているように思える。

しかし、ドキュメンタリーというものは、極端な事例を取り上げ、見せたいシーンだけを視聴者に見せ、監督の個人的感情を混入させている可能性を持つ。*Sicko* は、アメリカの医療問題に対する注意力を喚起するのに役立っているかもしれないが、完全に信じてはいけない。例えば、*Sicko* によれば、ヨーロッパやカナダでは、治療費を全額政府が払ってくれるのにもかかわらず、医療の質は保たれており、しかも医者は、安定した給料をもらい、想像以上に豊かな生活を送っている。しかし、このようにあまりにも完璧に描かれたヨーロッパ諸国の医療制度の裏には、政府の財政危機や、民衆へのおもねりが潜んでいることもしばしば指摘される。

アメリカにおける医療問題は、「契約モデル」が実際に「再埋め込み」される際、一部の医療者または患者は、「契約」だけを重要視し、ヴィーチがいう「誠実に義務を果たす」こと、および医療従事者-患者関係における基礎的な倫理規則を無視し、道徳的清さを破壊した結果である。しかしながら、「契約」によってもたらされた問題や衝突は、医療以外の分野における契約関係にも存在しており、「契約モデル」それ自体に問題があるとはいえない。「契約モデル」が採用されたことによって、アメリカでは、医療者も患者も前の時代で主流であったパターナリズムから解放され、医療従事者-患者関係の「脱埋め込み」が可能になったのである。

一方、世界的な医療の質を誇る日本における医療従事者-患者関係の変容は、インフォームド・コンセント導入の経緯から見受けられる。すでに述べたように、日本の医療現場には、「あまりにも患者に説明しない」時期があり、現場の医療者は、アメリカから来たインフォームド・コンセントを「日本的に」「説明と同意」というように理解して、「医師と患者との人間関係」に焦点を当てた。「説明と同意」は、インフォームド・コンセントの正式的な訳名にはならなかったが、このような方針にしたがい、日本の医師は、外来で患者を診る際、長い時間をかけて丁寧に説明し、患者に理解させたいという治療を行っている。中国の論文においても頻繁に言及されている。さらに、日本では、近年、かかりつけ医、個人が運営する開業医病院に関する制度、および紹介状制などの制度が発展している。まだ完全に普及したとは言えないが、このような医療の枠組みの下で、軽症の患者が身近な病院で治療を受けることを通じて、まずは医師と患者との「人間関係」を築き上げる「場」が設置されるであろう。また、こうすることによって、大学病院の医療負担が軽減され、医学教育と研究を中心とすることができ、その上、重症の患者が必要な医療を受けられるようになることが期待されている。

また、日本では、患者は、一見自由に病院や医師を選ぶことができるように見えるが、実際には、病院の名前、専門、および口コミくらいしか情報がなない。このような仕組みによって、特定の医師や病院ではなく、医療システムと

いう抽象的システムを、患者に信頼させることが実現されたのである。ギデンズが言うように、時間的・空間的に無限に広がっていく近代では、信頼関係は、すでに「脱埋め込み」を遂げた抽象的システムに帰属している。この点においては、日本の医療従事者-患者関係は、「信頼」を伴っている。なお、第二章で述べたように、中国における漢・洋医学の論争とは異なり、日本における漢・洋医学の論争は、漢方医学の「敗戦」で終息したゆえに、医療における「脱埋め込み」は、すでに遂げられたと言える。その上、日本における医療制度の改革は、政府に主導され、オランダを模範にしたため、西洋医学およびその倫理思想の導入のための土台、すなわち「再埋め込み」のための「ローカル」を作ることができたのである。

しかし、日本における医療従事者-患者関係には、インフォームド・コンセントが「説明と同意」という意味で導入されてはいるが、あくまでも医療従事者主導の「改革」であり、患者が一方的に受け入れているという点には、変わりがなかった。山岸が言うように、日本人は、「閉鎖的な社会関係」に安心を感じるが、そのことは、医療従事者-患者関係においても同じであると思われる。確かに日本は、医療技術の高さが世界的に認められており、国民皆保険の健康保険制度は、医療の公益性をある程度保証している。このような医療システムは、国民に「安心」をもたらしていると同時に、患者の権利意識の高まりによる「医療の質への追求」、および増えつつある医療訴訟、過度な医療資源利用による医師の過労、高齢社会によってもたらされた医療費の増大、などの新しいリスクにも直面している。日本の医療システムはすでに、「脱埋め込み」を遂げたとは言えるが、いかに「安心」だけでなく、「信頼」に支えられた医療を築き上げ、医療従事者-患者関係における「再埋め込み」を行うかという問題が、まだ残っていると思われる。

3.3 中国の医療における「埋め込み」

かつて中国は、世界に先駆けて医療従事者-患者の信頼関係モデルを築き上げた。例えば第三章で述べたように、隋唐時代の孫思邈や、赤脚医者 of 事例

は、そのことを端的に裏付けている。それらの事例に見られるように、「医は仁術」が中国の伝統的な考え方である。しかし、中国における「信頼危機」について考察した際にも言及しているが、1970年の末に、改革開放政策が開始されて以来、中国は、思想領域においても各種の変革に直面し、多様でしばしば相容れない価値観が前面に出てきているため、社会生活における緊張と葛藤は避けがたい。「信頼危機」は、まさに「伝統」と「現代」、「礼俗」と「法理」などの価値システムがぶつかりあった結果である。第三章では、ここ数十年中国で発生した医療をめぐる事件をいくつか考察したが、それらの事件は、社会全体に及んだ「信頼危機」が、医療領域においても起こったことの証である。社会が開かれると同時に構築された社会制度は、一般的信頼を構築することができず、伝統的な信頼も動揺させてしまったことは明白である。中国の医療従事者と患者との間の信頼関係を再構築するためには、まず、中国の医療システムが「脱埋め込み」を遂げなければならないと思われる。中国の医療における「埋め込み」、およびそれらの「埋め込み」が、新たに構築された社会制度のもとで、どのように変化したかについて、以下において考察を行う。

まず、中国において、医療職の社会的地位は、医療の技術的価値とは一致していない。第一章で触れたように、現代的な意味での医療職は専門職の一種である。中国では、古代から医療の専門職が朝廷に配置されてきた。しかしながら、儒教の時代の初めから、すなわち漢の時代から、ほとんどの医家たちは、副次的資源（すなわち、財政的な繁栄や社会の信望といった、医療実践から生じる有形無形の報酬）については、コントロールしていなかった。彼らの治療実践に対する評価は、公衆の意見、すなわち素人（非医療者）の満足度に依拠していた。つまり、中国の伝統的な医療従事者-患者関係は、西洋医学のようにパターナリズムに基づくものではなくて、むしろ「患者が中心」であった。儒家文化が主流であった当時の中国では、政策決定者が医療資源を、権力の根源となりうるものとみなしていたことは明白である。その権力の転移を防ぐために、いくつかの政治手段が取られた。例えば、生計のために医業を行う者たちは、非倫理的であると強調したことや、教養のあるすべての人間は、自分の

親族を治療できるほどの十分な医学知識を持つべきだと提唱したことなどが挙げられる。しかし、「医官」は、あくまでも一種の官職であり、当時の支配階層である朝廷のために医療活動を行っていたのである。唐の時代以前は、宮廷以外の医学校や、それに類した施設で治療家を教育するような系統的な試みは、全く知られていない。これらの医学施設の創立は、儒教的倫理の基本的教義に基づくものであるが、孫思邈のような、道徳性が高く、医師団体の一員である自覚を持って医療活動を行う者は、民間の医者には極めて少数であった。

254

一方、伝統的な中国医学で使われる医学用語は、儒家文化に基づいており、中国人にとって、理解しやすいし、応用するのも難しくなかった。中国医学は、完全には西洋医学に代替されておらず、今でも、専門大学が設置されているほど、多くの人に信用されている。その上、前述のように、古代より、良質の医療は、朝廷・政府によって管理されてきたゆえに、中国では昔から、患者自身が医者になり、自分や家族の、時には偶発的な経験を根拠にして自ら治療を行うことが多く見られた。さらに、文化大革命期になると、「誰でも本を読んだら、実践を通じて医者になれる」という考えが広まり、医療職の「技術的専門家」としての価値が軽視されていた。今日では、インターネットの発達による医学知識の普及が、国民の健康意識や衛生保健知識の向上につながっている。ところが、今でも多くの人々が、本来は複雑な医学を、一つや二つの文章で要約できる学問としてみなしてしまっている。その結果、患者が病院で治療を受ける場合、医師、例えば、中国の主治医師の診断のうちには、実は十年以上の勉強と経験との積み重ねが含まれている、という事実を軽視する恐れがあり、トラブルを引き起こしかねないのである。

さらに、収入および昇進制度という点を見ても、医療従事者は、現代でも古代のように、公務員として位置付けられたままである。日本やアメリカでは、医師の収入は最上級であるが、2015年に中国政府が公表した、2006年から2013年までの労働状況統計報告書「中国労働統計年鑑 2015」によると、中国

²⁵⁴ 『生命倫理百科事典（第3版）』, 446-447 頁参照.

の医療従事者の平均収入のランクは9位であり、国有制行業の中でも、金融業、電力・石油供給業、交通運輸業、そして科学研究機関などの従業者よりも収入が低い状態であった。²⁵⁵ また、公立病院の医師と看護師の収入は、基本給（収入全体の30%前後）とボーナス（収入全体の70%前後）からなっている。基本給の額は、職名によって決められ、ボーナスの額は、担当する患者の数や患者が払った治療費によって決められる。その上、医療の質を向上させるために、医者も看護師も医学知識についての試験だけでなく、患者の対応方法などについての定期試験を受けることが強要されている。試験に合格できない場合、ボーナスが減ってしまう。これらが原因で生じる過労や収入の不安定性は、医療従事者の意欲をそぐ恐れがある。

次に、医療における市場化改革および医療保険の混乱は、専門家システムへの「アクセス・ポイント」としての病院および医療職を、「利益だけ求める」という道に追い込んだ。中国の病院は、今でもほとんどが公立である。医療における市場化改革が行われたことによって、病院自体は公立の状態にあるが、経営の損益は自己責任となっている。病院の収入には、治療費と検査費だけでなく、特定の会社の薬剤や医療設備を使うことによって得られる歩合も含まれている。医薬品や医療設備の会社による賄賂が、腐敗に繋がった場合もある。さらに、このような仕組みは、病院の間の競争を煽り、病院間の格差をさらに拡大させたのである。収入を上げるために、各病院は、ランクを上げるための形式的な整頓や改革をしたり、ランキングや専門家の肩書きおよび業績をアピールしたりして、より多くの患者を引き寄せようとしている。このような患者の「奪い合い」が、「ランキング上位の病院だけが信用できる」「業績の高い医師だけが信用できる」というイメージを作り上げたのである。したがって、医療に対する信頼は、やはり特定の病院や個人としての医師を対象にしている。このことは、特に医療システムの「脱埋め込み」に不利な影響を与えたと思われる。その上、昇進のために行われた不正、魏則西の悲劇を生み出した「専門家」と名乗る医療詐欺集団の登場、患者をなるべく多く受け入れようすること

²⁵⁵ 中華人民共和国人力資源和社会保障部「中国労働統計年鑑 2015」
http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/zwgk/szrs/tjsj/201803/t20180302_289123.html, 参照, 2020年4月閲覧.

による医療の質の低下などは、「アクセス・ポイント」としての医療職への一般的信頼を引き下げたのである。

さらに、中国の国民医療保険制度のもとでは、保険が適用される治療項目の場合でも、治療費の患者自己負担部分の比率が、戸籍地、病院のランキングなどによって違ってくる。一方、どうしても保険の適用範囲に含まれていない輸入薬を使用しなければならないような重い病気、例えばがんにかかると、全財産を使ってしまってもおかしくない。保険が適用されない治療項目のための商業保険もあるが、鄭が言及したように、保険制度が立ち上げられた当初、社会全体に及ぶ金融システムへの信用は、制度によって築き上げられなかった。その上、商用保険の保険料は、通常の保険料よりはるかに高い。したがって、保険は、一部の人には詐欺のように見えていた。今やネットやアプリで簡単に加入できる商業保険が増えてきているが、やはり普及度は低いと思われる。

また、2011年の政府経済報告によると、中国のGDP総額のうち、医療支出は、わずか1.35%しか占めていなかった。しかも、その中の20%ぐらいしか、保険制度や病院の運営資金に使われていなかった。残りの80%は、主に病院のインフラ整備などに使われたという。今や多くの病院は、市場化改革、および保険制度の混乱によってもたらされた利益追求に対して、「必要以上の検査を患者に受けさせることは絶対に禁止である」と謳っているが、「結局大した問題でなくても、病院に行ったら必要でない検査を受け、必要でない薬を買うため何千元もかかる」というようなことが定着してしまい、公立病院は、その公益性を失ってしまったのである。

最後に、医療行為から生じるリスクを抑えるための法律には、不合理なところがある。医療トラブルを減少するために、2001年12月、最高人民法院が公布した、『最高人民法院关于民事诉讼证据的若干规定（民事裁判における証拠提出に関する規定）（2002年4月より実施）』によると、医療行為が原因で引き起こされた裁判に関して、举证責任は、被告に負わされる。すなわち、医療機関側が、「医療行為と損害結果との間に、因果関係が存在しない、および、医療行為における過誤が存在しない」ことを証明できる証拠を提出する責任を負

う。裁判の際、専門家による証言も求められる。この規定には、医学知識を欠く弱者である患者を法律が保護し、医療トラブルを私的手段ではなく、法的手段で解決させようとする狙いがある。しかし、ここで、また別の問題が生じた。すなわち、医学の不確実性を避けるために、医師は、例えば、風邪一つでも過剰な検査を患者に受けさせたり、逆に、死亡リスクの高い患者を拒否したりして、「患者に害を与えない」という原則に「違反」しないように自己防衛に走る恐れがあるという問題である。アメリカのように、防衛医療行為が、中国でも現れ始めたのである。中には検査費がもたらす利益を狙う医師もいるが、「治療上必要のない検査ではあるが、裁判のときに必要となりうる」という事情も無視できない。さらには、司法機関は、医学知識に乏しいため、医療裁判における「専門家による証言」の効力は弱い。これらの事情もまた、患者と病院のどちらも、裁判よりも、和解を通じて医療トラブルを解決することを「好む」原因の一つである。それゆえ、医療トラブルの解決方法は、「脱埋め込み」を遂げられていないのである。

以上、中国の医療における「埋め込み」を、専門家システムへの「アクセス・ポイント」としての医療職、医療制度、医療トラブルに関する法律制度という三つの側面から考察してきた。専門家システムへの信頼が社会的に構築されていないかぎり、医療従事者は、依然として技術者としてだけでなく、「仁術者」とも見なされてしまうと考えられる。

無論、このような医療精神は捨ててはいけませんが、中国では、その「仁」は、郷土社会に由来する「私的道德」として理解されかねない。現代の中国では、医療者が考える「医は仁術」と患者が考える「医は仁術」の間には、ズレが生じることがある。医療者における「医は仁術」は、職業倫理や義務を果たすこととして理解されているのに対して、患者における「医は仁術」は、昔ながらの「私的道德」に基づいている。

中国では、数千年間、国を一つにまとめるために思想統一が重要であるとされてきた。なぜなら、中国は、古くから国土が広く、多民族からなっていたゆえに、価値観の多様性は、元から存在していたが、価値観のぶつかり合いは、

社会の安定を脅しかねないからである。しかし、今の中国は、国際社会においても重要な役割を果たしているゆえに、国全体が認める核心的な価値観を持つことが必要ではあるが、社会が開放されるにつれ、個々人の価値観は、すでに思想教育だけでは抑えきれないほど多様化したことも事実である。思想教育が行き届かず、一般的信頼を支えるための制度も十分に機能していない場合、伝統的な「礼俗」が信頼の唯一の拠り所になることは、想像に難くないのである。

さらに、近年、教育が普及したとはいえ、教育の格差から生じた知識における不平等などのために、国民の教育のレベルには大きな差がある。先に分析した事件の大きな原因の一つとして、犯人の遵法意識が低く、教育のレベルも低いことが挙げられる。基礎的な知識を持たなければ、法律はもちろん、医療に対しても、正確に認識できない恐れがある。医療従事者や病院に対する期待が満たされない場合、勝手な思い込みを持っている患者または家族は、「私的道德」によって相手を「裁く」ゆえに、暴力事件を引き起こす結果になるのである。

中国における「信頼危機」の原因となっている、新たに構築された制度が一般的信頼を生み出せていないことや、伝統的な価値観が新たに構築された制度によって動揺していることなどは、医療従事者-患者関係にも見られる。如何にすれば、中国の医療システムの「脱埋め込み」と「再埋め込み」を通じて医療従事者と患者との間の信頼関係を再構築できるかについて、アメリカや日本の経験を参考にしながら、以下においていくつかの提案をしてみたい。

第四節 医療従事者-患者における「信頼関係」の再構築への提案

今日は、日々激しく変動している時代ではあるが、医療従事者と患者との間の信頼関係の良し悪しは、依然として、医療現場におけるコミュニケーション、医療行為の実践、および医療システムの安定ないし社会全体の安定に影響を与えている。中国はここ数十年間、過去数千年の間に経験したことのない変動を経験してきた。それらの変動は、欧米国家で起こった産業革命や民主革命によってもたらされたが、第一章で述べたように、医療従事者-患者関係には、特定の時代や文化に影響されない要素もある。

医学というのは、現代医学が現れたゆえに複雑になったのではなく、単純そうに見えていたものが、実は元から複雑でリスクを伴っていたことが、現代医学の発展によって、明らかにされたのである。例えば、伝統的な中国医学は、人体を一つの塊としてみなし、健康を、「陰」と「陽」の調和状態であると簡単に解釈していた。それに対して、現代医学は、顕微鏡などの医療機器によって、ひとりの人間を、何億もの細胞まで細分化した上で、病因を特定するという方法によって発展を遂げてきた。その結果、医学の専門や専門用語が多様化し、医療者と患者との医学知識における差は、さらに拡大された。疾病の原因や原理が科学的手段を通じて特定できるようになってからは、ひとりの人間としての患者は、疾病への重視によって見失われてしまったと言わざるを得ない。現代医学の発展と伝統的な人間観とのズレによる医療者と患者との疎遠は、学問としての医学が「脱埋め込み」を遂げた結果であると思われる。このような「脱埋め込み」は、確かに医療の質を向上させ、人類の平均寿命を著しく延長した。しかし、砂原が述べたように、医療従事者と患者との「不信感」の原因の一つとして、現代医学の進歩による医学的用語の増加が挙げられる。伝統的な中国医学が主流だった時代、中国の医療従事者と患者の間には、儒教文化に基づく信頼関係があったとみられる。このような信頼関係が存続できていた理由としては、① その時代の医学は、一人の人間としての患者を対象としており、医療者と患者の間には、郷土性に基づく親密な関係があった、② その時代の医学用語は、患者にとっても理解しやすかった、といったこと

が挙げられる。しかし、現代医学には、「病」を患者から分離する「客観性」と「冷静さ」がどうしても必要となってくる。「客観性」と「冷静さ」が行き過ぎると、患者の人間としての権利、病に対する不安や恐怖などの精神的な負担、患者の社会への復帰などが無視されかねない。したがって、このような「行き過ぎ」がもたらすリスクを防ぐために、現代の医療者には、常に医療従事者-患者関係におけるもっとも基礎的な倫理規則を肝に銘じなければならないとか、現場で説明を行う際には医学用語を患者にもわかるように工夫しなければならないとかいうようなルールが、課せられている。

しかし、医療従事者のメディカル・スキル、コミュニケーション・スキルおよびモラル意識を高めることは、どの文化や時代でも同様であるため、医療従事者-患者関係が「脱埋め込み」を遂げた医療システムへ「再埋め込み」をする過程においては役に立つが、中国が直面している問題は、それ以前の、如何にして「脱埋め込み」を遂げたシステムを構築するかという問題だと考えられる。この問題の解決に向けて、以下において四つの提言を行なっていく。

① 医療システムへの信頼を生み出せるような社会環境を作り上げる。中国の医療システムを、欧米や日本の医療システムと比較してみると容易にわかるように、中国の医療市場は、公立病院によって独占されており、医療職の昇進制度および給与も公務員と類似している。その結果、公立病院に属している医療者は——医学知識における格差の増大も原因の一つではあるが——一般人にとっては、「特権階層」であるかのように見えてしまったのである。少年李が王医師を刺殺した事件における「その診療科にいる白衣を着ているやつをできるだけ多く傷つけたい」という犯行の動機や、世論における事件への見方を見る限り、医療をめぐる暴力事件の多くは、特定の医療者や病院ではなく、「特権」への怒りを、アクセスしやすい医療者に向けた結果である。一方、各病院の倫理委員会から、中国の医師会、赤十字会に至るまで、医療における専門家グループのほとんどは、政府の管理のもとに置かれている。このような仕組みは、経済・技術・人材などが貧弱だった国家の発展初期において、医療資源を集中的に管理することによって、改革開放後のわずか数十年間で中国の医療の質を上げることに成

功したが、医療者の専門家としての権威性および社会的地位は、実際には政治的な権力によって制限されているのである。さらに、公立病院は、政府によって管理されているが、公立病院への資金投入が不足している結果、病院は、経済的利益を追求するために競争しあい、医療者は、医療の専門家としての倫理規則を無視してまで必要以上の薬を処方したり、検査を行ったりして収入を増やす、といった現象が現れたのである。すでに前節において述べたが、このような中国における医療の市場化は、医療システムへの信頼を生み出せなただけでなく、以前から存続していた医療者と患者との親密な関係にも悪影響を与えてしまったのである。

2019年末、中国湖北省武漢市で最初に確認された新型コロナウイルスによる肺炎の広がり、中国の医療システムに大きな試練を与えた。現時点での結果を見る限り、政府による医療資源の調達および一連の対策は、確かに感染の拡大を抑制した。しかし、もし政府が、新型コロナウイルスが確認された当初から、現場の医療者による専門的な意見を重視し、情報を、せめて医療システム内部だけでもシェアし、ウイルスが実際に広がった場合の緊急措置方案を制定しておけば、感染の広がりおよび感染の広がりがもたらす損失も今より軽く済んだのではないかと、といった意見もあった。それらの意見を実行したら実際にはどうなったかは、今さら知りようもないが、民衆と医療者との信頼関係が、「脱埋め込み」を遂げた医療システムのなかに帰属していると同様に、政府と医療者との信頼関係も、「脱埋め込み」を遂げた社会システムの中に帰属している。「脱埋め込み」を遂げた社会システムを構築するためには、まずは、政府が、医療システムを政治や経済から解放し、専門家システムへの「アクセス・ポイント」としての病院および医療者が最大限に機能できるような環境を、作り上げなければならないと思われる。ギデنزにおける信頼論に従えば、もし専門家システムへの「アクセス・ポイント」としての医療者が最大限に機能できておらず、患者に不快な思いをさせてしまえば、患者は、不安を抱きながら医療システムを利用することになる。このような不安は、そのシステムを二度と利用しないという手段によってなくすことができないゆえに、時に

は病によってもたらされた不安を上回るほど、人々の日常生活に影響を与えてしまうと考えられる。したがって、医療システムへの信頼を生み出せるような社会環境とは、医療職が最大限に機能できるような社会環境であると思われる。なお、中国の医療職には、法律を含める様々な制限がかかっているが、それらの制限をなくすのではなく、正常な医療活動を妨げないように機能させることこそが重要だと強調したい。医療におけるトラブルを解決するための法律制度は、確実に患者の権利を保障すると同時に、医療者における一人の人間としての権利も保障しなければならない。法律などの社会的拘束力は、医療行為がもたらすリスクを制限するためにあるものであり、医療行為自体を制限するものではないと思われる。

② 公立病院の公益性を実現する努力をする。すでに述べたように、中国では、公立病院が医療市場を独占しているが、その利益は、政府ではなく市場によって調節されている。医療においては、教育においてと同様に、「消費者」が実際に得られる効果と、期待していた効果との間に、大きな落差がある場合が考えられる。したがって、医療や教育には、市場のルールが適用できないのである。北京大学の経済学者・李玲によれば、公立病院の公益性とは、公立病院の医療活動と目標とを、政府の意図と合致させることによって、社会福祉の最大化という目標を実現することである。公立病院は、政府が税金を使用して建てた病院であるゆえ、出資者である政府の意図を反映させなければならないのである。公立病院の公益性を実現するためには、公立病院は、まず、病院として、医療の安全と医療の質を保ちながら、国家が制定した法律、医療行為の規範、管理制度、および価格政策に従わなければならない。次に、非営利病院として、経営を維持するためのコスト以上の利益を求めてはいけない。最後に、公益のための病院として、どこでも誰でも利用できるような医療サービスを提供し、医療資源を効率よく利用しなければならない。そのほか、公立病院は、医学教育・研究、医療に関わる緊急事態への対応、海外への医療援助、などの様々な政策上の機能も有す。さらに、公立病院のサービス対象は、病状の進行状況・文化的背景・社会的地位・経済状況を問わず、すべての患者であ

り、医療サービスの供給は、治療費の支給能力ではなく、患者の需要に基づくべきである。李によれば、公益性を実現するために、公立病院には、政府による十分な財政支持、適切な財政分配制度、そして公益組織に適した管理制度が必要である。具体的には、医療領域への財政投入を増やし、その財政投入を病院のインフラ整備および医療者の基本給の支給に使用することや、医療者の基本給を、その労務価値が反映できるレベルまで引き上げ、ボーナスで医療者の仕事への意欲を保つことなどが挙げられる。²⁵⁶ 李の主張にしたがえば、ほとんどの病院が公立である状態を維持しながら、病院および医療者を経済的利益への追求から解放できると思われる。しかし、李も指摘しているように、このような改革は、実質的には医療市場における利益の再分配に関わっている。現時点では、医療市場がもたらす利益の最大の受益者は、製薬会社や医療機器製造会社である。そのため、改革を行う政府の人間は、例えば賄賂を受け取ったり、親戚のために便宜を図ったりなど、一つでも「過ち」を犯すと、利益を犯された者に、あらゆる手段に通じて検挙されることになる。一方、改革者が、大きな「過ち」を一つも犯したことがなかったとしても、場合によっては、脅迫状が送られてくることさえある。いずれにせよ、改革者になんらかの不利が生じると、改革も、中止になりかねない。したがって、公立病院の公益性を実現するまでは、まだ時間がかかるであろうが、決して実現不可能ではないと思われる。

③ かかりつけ医などの制度によって専門家システムへの信頼を作り上げる。すでに第三章で述べたように、第二次世界大戦後の1950年代、中国は、都市部においては「公費医療」と「劳保医療」、農村部においては「合作医療」を行い、保険料と医療費が極めて少額の国民皆保険を実現した。さらに、当時の各村には、疾病予防や基礎的な医療サービスを行う「衛生院」、各県には、難病や重症を治療する県病院が設置され、有限の医療資源を最大限に利用することによって、民衆の健康意識および生活水準を向上させた。こうした制度は、医療従事者と患者との親密な関係の構築を可能にした。しかし、このような医療システム

²⁵⁶ 李玲「公立医院的公益性及其保障措施（公立病院の公益性および保障措置）」『中国衛生政策研究』、第3巻・第5期、2010年、8-9頁参照。

は、改革開放政策や経済体制の変動によって解体され、その結果、医療資源が一部の都市部にだけ集中してしまい、農村部の医療サービスに特に大きな打撃を与えた。当時の中国の医療システムは、日本でいう「かかりつけ医」の制度と類似している。日本と異なり、中国の「かかりつけ医」は、下級組織の一員として公立病院に属しており、政府の管理のもとに置かれている。医療の質も国全体の経済力も著しい発展を遂げた今日の中国には、医療サービスの水準を維持しながら、「かかりつけ医」やコミュニティ単位の公立診療所の設立によって、医療格差を縮減する能力があると思われる。さらに、このような医療システムは、「郷土性」や「人情社会」を特徴とする中国社会に適しており、民衆は、身近な医療サービスを利用することによって、医療者との親密な関係を築き上げることが可能になる。難病や重症の場合、「熟人」や「紅包」によってではなく、互いに熟知している「かかりつけ医」を通じて上級の病院や専門医を紹介してもらえば、患者も安心して受診できるようになると考えられる。インターネットなどの通信手段が発達している今日の中国では、医療情報共有システムを構築することは困難ではないが、医療情報の共有も、「かかりつけ医」による紹介も、病院の公益性が前提となっている。

④ 医療システムへの「アクセス・ポイント」を通じて信頼を強める。今日において、医療システムへの「アクセス・ポイント」として考えられるのは、医療者が働く環境、医療に関する一般的知識の教育の場、マスコミによる報道などである。

まず、医療者が働く環境に関しては、病院のインフラ整備および更新が課題としてあげられるが、中国の病院には、それら以外に、セキュリティーが甘いという問題がある。外来病棟は無論自由に出入りできるが、入院病棟まで誰でも容易に出入りできるようになっている。日本のように来訪者の登録・管理制度をしっかりとすれば、医療者も患者も、安静かつ安全な環境で治療に集中できるようになるはずではあるが、登録制度があるのにもかかわらず、なかなか徹底できていないのが現実である。なぜならば、中国では、来訪者の受付の窓口が、すべての病院にあるわけではないからである。北京にある北京軍区総医院のような、国に大

きな貢献をしたことのある患者が入院している病院などには、厳しい門限制度があるが、普通の公立病院は、「人民のためにある」ゆえに、むしろ自由に出入りできるようにしなければならないのである。さらに、中国では、古代から医療者と患者との間には「郷土性」に基づく親密な関係が保たれていた。そのため、患者は、自宅または熟知した環境で治療を受けることがほとんどであった。それゆえ、入院の際、なるべく患者に不安を感じさせないように、患者の身の回りの世話などの仕事は、主に家族たちまたは家族が雇ったヘルパーが病院による概ねの指示のもとで行っているため、医療関係者や患者以外の人たちを管理することは難しい。中国では、飲食習慣が、地方どころか家庭によっても異なっていることもあり、患者の食事は、やはり家族によって用意されるのが主流である。近年、医療をめぐる暴力事件が多発している中、来訪者が病院に入る前に、刃物などの危険物を所持しているかどうか検査を行うべきだ、という意見がしばしば見られる。それに対して、患者の世話係が患者のために果物の皮を剥いたり、食べやすいように果物を小さく切ったりする時には、フルーツナイフを使わないといけないのではないか、というような反対意見も見られる。総じていえば、中国の病院は、人間としての患者を重視してはいるが、その重視は「放任」につながる傾向があり、「病院は要望になんでも応えてくれる」という風に理解されてしまう恐れがある。このことも「私的道德」に由来しているが、管理制度を徹底することによって改善できると思われる。

次に、医療に関する一般的知識を普及させることが重要だと考えられる。医療に関する一般的知識というのは、医療の不確実性、衛生保健に関する基礎的知識などである。中国では、これらの教育の担い手は学校や家庭であるが、現在の試験重視の教育制度のもとでは、それほど重要視されてはいない。それゆえ、今後は、学校や家庭での教育だけではなく、SNS、問診アプリ、文学・映画・ドラマ作品などの現代ならではの手段を活用して、基礎的な医療知識を普及させることも必要である。

最後に、マスコミが医療事故や医療トラブルに関する報道をする際には——自らの見解を示すことは無論重要ではあるが——断片的なデータや映像を使っ

たり、憶測、または疑問の余地があることを事実であるかのように報道したりするのではなく、事実に忠実に報道すべきである。一方、医療に関する肯定的な報道をする際には、医療者の道徳性や人格ではなく、医療職としての仕事ぶりや医療活動を重点的に報道すべきだと思われる。数年前までは、医療者が1日10時間以上連続で手術をして倒れたとか、「農村医者」が道路の整備されていない山奥に住んでいる村民のために、危険にさらされながらも医療箱を背負って治療をしに行くとかいうような事例が、それを称賛すべきだと言わんばかりに報道されていた。マスコミは、世界に流れている情報の大半を独占している。時間的・空間的に無限に拡張している現代では、一般人にとっては、むしろ自ら確認することができないような情報の方が多い。医療サービス自体は、日常生活における最も基礎的な保障ではあるが、なんらかの病気にかかって医療サービスを実際に利用することは、日常生活の中の「非日常」である。人は、日常的に利用したり、接触したりするものに対して「馴れ親しみ」に由来する「信頼」を持つが、日常的に利用したり、接触したりしていない場合は、「アクセス・ポイント」を経由しなければならない。マスコミが提供する「ひとりの専門家」に関する情報は、専門家システムへの「アクセス・ポイント」の一種である。したがって、特定の専門家がとった行動は、「その専門家システムに属しているすべての者が取るであろう」行動として理解されかねないのである。確かに、医療技術だけではなく、道徳的・人格的にも優れている医療者は尊敬に値する。しかし、すべての医療者に対して自己犠牲を要求するのは、現実的には不可能である。上述の報道で伝えられたような事例が現れた背景には、医師不足や、貧困地域の医療保障が整っていない、といった問題があることへの注意を喚起することこそが、むしろマスコミの役割であると思われる。

以上、中国における医療従事者-患者の「信頼関係」を再構築するためにいくつかの提案を述べてきたが、これらの提案は、すべては実現可能ではないかもしれないし、ただの理想論であるかもしれない。しかし、本論文において医療従事者-患者関係への再考察を行う目的は、医療行為の中心である「人間としての患者」が——医療行為にはリスクが伴っていると知りながらも——最大限に「安

心」できるような社会環境を作り上げる可能性を探ることにあることを今一度強調したい。医療行為が行われる過程におけるリスクは、医療従事者のメディカル・スキル、コミュニケーション・スキルおよびモラル意識を高めることによって最小限に抑えることが可能である。一方、医療行為が行われる環境におけるリスクを最小限に抑えるためには、「脱埋め込み」を遂げた医療システム、防衛に走ったり、利益に走ったりせず、医療専門職としての最大機能を果たすことに専念できる医療者が必要である。そして、医療・経済・文化・倫理などの分野における専門家の意見に依拠し、医療領域においてだけでなく、社会全体における一般的信頼を生み出すような社会制度を構築する政府も必要であると思われる。

あとがき

この「あとがき」を執筆している今（2020年3月）、新型コロナウイルスによる肺炎の蔓延を抑制するために、医療システムがほぼ崩壊した武漢を含めた湖北省の各市を支援しに行った、中国各地の精鋭医療チームが、歓声と喝采を浴びながら順次、地元に戻っていつている。武漢の状況がもっとも厳しかった時期、肺炎の軽症患者を集中的に治療するために作られた臨時医療施設「方舱病院」において「新疆自治区からの医療チームのメンバーが、防護服に包まれながら患者に民族舞踊を教えている」様子などが頻繁に報道されていた。そして今、自発的に街へ出て、地元へ戻ろうとしている医療チームを送別している湖北省の民衆の中に、医療チームにひざまずいて、神のように拝んでいた男性がいたことが話題になっている。彼は、一家11人全員が感染し、うち3人が一時重体になったが、11人全員が回復できたため、そのような行動を取ったと述べた。さらに、インタビューにおいて「今も6000人もの患者が入院中だから、本当は帰りたくないんだ」と涙を流す医療者の姿も多くの感動を呼んだ。「中国の医療者と患者がこんなにも仲良くしているところを久しぶりに見た」と感心するコメントが、ネット上で多く見られるようになった。

現時点まで、ウイルスの拡散を抑えるために、中国政府は、治療費を免除したり、医療チームを派遣したり、ECMOなどの救命医療設備を全国から武漢に集めたりして、様々な手を打ってきたが、ウイルス流行の初期段階では、PCR検査や治療費は、患者が負担することになっていた。亡くなった患者の中に、一人の妊婦がいた。彼女は、2020年1月に2回目の妊娠が確認され、同じ日に体調不良のため再び病院に行ったところ、肺炎と診断された。その後彼女は、次第に重体となり、意識のないままICUに一週間以上入院し、回復しつつあったが、すでに20万元（約310万円）を使ったのにもかかわらず、完治する目処が立たなかった。残されたもう一人の子もまだ幼く、農村部出身である彼女の一家にとっては、それ以上の経済的負担は無理であった。治療し続ければ、回復できたかもしれないが、家族は、治療を諦めるという苦しい決断を下した。その結果、母

子ともに亡くなることになった。しかし、ちょうどその妊婦が亡くなった翌日、感染を確認された患者の治療費がすべて免除されるという政策が公表された。

こうして治療費免除政策が実行されたが、大量の市民が病院に駆け込むことになった。その結果、ウイルスが広がっていった最初の1ヶ月ほどの間、医療システムが崩壊寸前だった武漢では、病院で治療を受けようと思っても、病床が空いていない状況が続き、家族に迷惑をかけたくないと行って自殺した人や、治療を受けることができなくて自宅で亡くなった人が多く現れた。感染者やその家族は、直接病院に行っても無駄だと知り、SNSで「肺炎患者援助」などのハッシュタグをつけた上で、病状進行や個人情報などをアップして助けを求めるようになった。それらの情報は、一般人のリツイートを通じてさらに拡散していき、どこの病床が空いているかを調べたりすることができるような有力者にまで届くようになった。中には、自分の家族が肺炎で亡くなったから病床が空くかもしれないと他の患者に伝えた人や、感染した娘を自宅で亡くし、自分や妻も感染したが、同じく感染者である13歳の孫娘だけでも助けるために、深夜にSNSの使い方を一から学んで発信した77歳の男性高齢者もいた。こうして助け合うことによって、治療を受けることができなかった人が助かる確率は上がったが、「なんとか助けてあげたいけど何もできない」という無力感を抱えた人の方がやはり多かった。このような状況は、新たに病院が建設されたことによって改善されたが、政府による全面的な介入および医療システムへの経済支援がなければ、恐らく悪化していく一方であろう。

各地の医療チームが凱旋しているというニュースが話題になったのと全く同じ日に、「二日前、内モンゴルのある病院のリウマチ科に勤めている湯医師が、患者の透析を行おうとしている時、その患者に刃物で刺され、腕、胸部、腹部などに複数の傷を負った」という事件が事実であると確認された。不幸中の幸いであるが、湯医師は、今すでに意識が戻り、容態は安定している。この事件をきっかけに、2019年12月24日に患者の家族に喉を切りつけられ、命を亡くしたICUの楊文医師の事件や、2020年1月20日に患者に後頭部および外科医の命である手や腕を切りつけられ、一命を取りとめたものの、未だに手が動かない状態にあ

る眼科医・陶勇医師の事件が、再び話題となった。

中国の古典『礼記』には、理想的な社会について、以下の言い伝えがある。「大道之行也，天下为公，选贤举能，讲信修睦。故人不独亲其亲，不独子其子，使老有所终，壮有所用，幼有所长，矜、寡、孤、独、废疾者皆有所养，男有分，女有归。货恶其弃于地也，不必藏于己；力恶其不出于身也，不必为己。是故谋闭而不兴，盗窃乱贼而不作，故外户而不闭，是谓大同」。すなわち、『大道』が実現されると、天下はすべての民に共有されることになる。賢明な者が推戴され、有能な者が抜擢される。人々は、『信』を貫き、互いの親睦を深める。このような雰囲気にもまれ、人々は、自分の親だけでなく、他人の親まで我が親のように親しみ、自分の子だけでなく、他人の子まで我が子のように可愛がる。老人には、安楽な晩年を送らせる。壮年の者には、やりがいのある仕事をやらせる。幼少の子供には、健康に成長させる。妻を亡くした夫、夫を亡くした妻、親を亡くした子、子を持たない老人、障害・疾病を抱えている者は、誰でもその身を養う所がある。男性は職を持ち、女性は家庭に専念する。人々は、無駄に物を溜め込むような行為を嫌がるし、余った物を私蔵しようとは思わない。人々はまた、公共事業のために力を尽くすが、自分自身の利益のためにやっているわけではない。このようにすれば、犯罪を凶ろうとしても実現できないし、強盗や反乱も起こらない。ゆえに、人々は、門を閉める必要さえない。このような治世を、大同と称す」という意味である。

西漢の時代に唱えられたこの儒教の最高の政治理想は、孔子が布教するために描き出した一種のユートピアである。このようなユートピアには、すべての人が道徳的に完全無欠でなければならないという条件が含まれている。「大同社会」とまでは言えないものの、公有制社会が、1950年代から改革開放政策が施行されるまで、中国で「実現」された時期があった。しかし、人間から私欲、好き嫌い、社会的立場などを取り除くことは不可能である。特に一般的信頼ではなく「私的道德」に影響されてきた中国では、さらに困難なことである。ユートピアへの確信が強いほど、ユートピアが崩れた後の「落差」は大きい。その「落差」も、「信頼危機」の原因の一つであると思われる。なぜならば、社会制度への期

待が満たされなければ、社会制度を作り上げた者への信頼が失われてしまうからである。

ウイルスという「人類共通の敵」と戦っている今、中国の医療者の権威性および社会的地位は、珍しいほど上がってきている。しかし、人々が「日常」を取り戻す時が、いつか訪れる。「日常」に戻ると、治療費は、一部の人にとって相変わらず重荷である。ランキング上位にある公立病院では、患者は、相変わらず長い列を作って待たされており、医師や看護師は、相変わらずよそ見をする暇もないほどバタバタしている。一部のヘルパーや患者家族も、相変わらず病院の管理制度に違反して、調理家電を持ち込んだりしている。内モンゴルの病院で起こった心痛ましい事件は、人々をそのような「現実」に引き戻した。

同じく患者に切りつけられ、現在入院中の陶医師は、この事件を巡り、自身のSNSアカウントで、以下のように呼びかけた。「私は、自分が切りつけられた時よりも悔しいんだ。この2ヶ月間、医療者たちは、身を張って疾病と戦ってきた。天災には、人類が一丸となれば勝てるが、人災には、どうすれば勝てるのだろうか。医療従事者への暴力事件は、医療従事者と患者との戦いではなく、医療従事者と患者がともに立ち向かうべき戦いである」。彼は、40歳にしてすでに眼科の教授であり、医師としての業績は、周りの同僚や患者から認められている。その上、治療費を負担することの難しい患者を失明させないために、代わりに何万元もの治療費を支払ってあげたほど、人柄も優れている。重傷を負い、意識が戻った後、陶医師はインタビューで次のように心境を綴った。「これからはもう手術ができなくなっても、私にはまだ、眼病の治療法や予防法についての知識を普及させることや、今までしてきた研究を論文にまとめることができる。眼病を持病としている貧しい子供を率いて、チャリティー・ショーをやったりすることもできる。私を傷つけた患者さんが患った眼病は、元から失明する可能性の高い病気で、私が治療を引き継いだ時点ではすでに深刻な状態だったから、治療の効果は、むしろよかった方なんだ。そうでなければ、彼には、私を追いかける能力もなかったはず。もしその患者に会えたら以下のことを伝えてあげたい。我々は、治療費の節約に関しても、手術に関しても、彼のために手を尽くしたんだ。この

社会は、本当は、彼が思うほど暗くはないことを、知って欲しいんだ」。²⁵⁷

陶医師のような「聖人」は、おそらくさほどいないと思われるが、医療を職に選択した者は、多かれ少なかれ「使命感」を感じているはずである。古代からの中国の医療従事者-患者関係を分析した結果、「仁」の理念が強調されていながらも、やはり医官であれ、民間の医者であれ、医療を生計とみなす医者がほとんどであった。さらに、現代以前のどの時代も、現代より医療の質が間違いなく低かった。ゆえに、古代から悪徳医者を懲罰する制度が存在していた事実を見ても、医療トラブルと医療事故が多発していたことは想像に難くない。現代では、より明確な法律制度が構築されたことによって、民衆の権利意識が強まり、法的に追跡可能な医療トラブルが増えるのにつれ、今まで陰に隠されていた問題が次第に知られるようになったのである。一方、医療従事者と患者との伝統的な付き合い方とは、医療者が患者やその家族との親密な関係を築き上げることによって、患者の様子を把握し、一人ひとりの医師が、一人ひとりの患者を、最後まで責任をもって扱うような付き合い方であった。中国において「信頼危機」が出現した原因は、伝統と現代との衝突にある。それは、医療領域においても同じである。現代医学およびチーム医療が導入されることによって、医療従事者と患者との間の伝統的な中国医学と倫理観念とに基づいた「共通部分」が崩れ、伝統的な医療従事者-患者関係が成立しなくなることは避けられなかった。

「大同社会」がユートピアであるように、すべてのリスクが存在せず、すべての者が道德心の強いというような社会は、とうてい実現することが不可能だと思われる。しかし、「脱埋め込み」と「再埋め込み」を絶えず行うことによって、少なくとも、リスクを最小限に抑えることはできる。さらに、道德心の強い者にその道德心を保たせることや、道德心を高めようとする者を励ますことは可能だと思われる。

²⁵⁷ 梁辰「陶勇：我看过太多悲惨的命运，更能承受打击（陶勇：悲惨な運命をたくさん見てきたから、ひどい目に遭った時も人一倍強い）」<https://www.nfpeople.com/article/9926>, 参照, 2020年5月閲覧。

参考文献

本稿で言及した文献に限る

【日本語文献】(五十音順)

笠原英彦『日本の医療行政』慶應義塾大学出版会, 1999年

アンソニー・ギデンズ『近代とはいかなる時代か——モダニティの帰結』(松尾精文・小幡正敏訳) 而立書房, 1993年

ウルリッヒ・ベック、アンソニー・ギデンズ、スコット・ラッシュ『再帰的近代化：近現代における政治、伝統、美的原理』(松尾精文・小幡正敏・叶堂隆三訳) 而立書房, 1997年

貝原益軒『養生訓』講談社, 1982年

糸和彦「医師・患者関係の変遷」『日本の生命倫理・回顧と展望』九州大学出版会, 2007年

清水哲郎『医療現場に臨む哲学』勁草書房, 1997年

新村出『広辞苑(第7版)』岩波書店, 2018年

新村拓『日本医療史』吉田弘文館, 2006年

鈴木孝夫『日本人の人間関係事典・言語生活』講談社, 1980年

砂原茂一『医者と患者と病院と』岩波書店, 1983年

関根透『医療倫理の系譜』北樹出版, 2008年

生命倫理百科事典翻訳刊行委員会『生命倫理百科事典(第3版)』丸善, 2004年

寺澤芳雄『英語語源辞典』研究社, 1997年

テンニエス『ゲマインシャフトとゲゼルシャフト』(杉之原寿一訳) 岩波書店, 1976年

トム・ビーチャム、ジェイムズ・チルドレス『生命医学倫理』(立木教夫・永安幸正訳) 成文堂, 1997年

中根千枝『タテ社会の人間関係』講談社, 1967年

長野晃子「義理は日本文化に固有のものか」『東洋大学社会学部紀要』38巻1

号, 2000 年

ニコラス・ルーマン『信頼——社会的な複雑性の縮減メカニズム』（大庭健・正村俊之訳）勁草書房, 1968 年

日本学士院『明治前日本医学史（第 1 卷）』丸善出版社, 1995 年

傅維康・吳鴻洲『中国医学の歴史』（川井正久・川合重孝・山本恒久訳）東洋学術出版社, 2000 年

松村明『大辞林（第 3 版）』三省堂, 2006 年

丸山真男『日本の思想』岩波書店, 1961 年

山岸俊男『信頼の構造——こころと社会の進化ゲーム』東京大学出版会, 1998 年

吉松和哉『医者と患者』岩波書店, 2001 年

ルース・ベネディクト『菊と刀』（角田安正訳）光文社, 2015 年

【中国語文献】（ピンイン順）

白壽彝『中国通史・第六卷（下）』上海人民出版社, 1997 年

陳煜「“赤脚医者”, 悬壺济世」『中国生活记忆』中国輕工業出版社, 2014 年

費孝通『郷土中国 生育制度』北京大学出版社, 1998 年

馮必揚「人情社会と契約社会」『社会科学』, 2011 年第 9 期, 2011 年

漢語大辞典編集委員会『漢語大辞典』上海辞書出版社, 1986 年

胡大一「回寛城（寛城に戻る）」『中华心血管杂志』2015 年第 4 期, 2015 年

高兆明「信任危机的现代性解释（信頼危機の現代性解釈）」『学术研究』, 2002 年第 04 期, 2002 年

李玲「公立医院的公益性及其保障措施（公立病院の公益性および保障措置）」『中国衛生政策研究』, 第 3 卷・第 5 期, 2010 年

梁慧星「中国侵权责任法解说（中国侵權責任法についての解説）」『北方法学』2011 年 01 期, 2011 年

丘祥興『医学伦理学（医療倫理学）』人民衛生出版社, 2013 年

孫鳳蘭『基于现代性脱域机制的中国转型期信任问题研究（現代性脱埋め込みメ

カニズムから見る中国の社会転換期信頼問題)』蘇州大学, 2017年
夏征農・陳至立『辞海(第6版)』上海辞書出版社, 2009年
楊璐「哈医大一院血案: 受害者与行凶者(ハルビン医科大学第一付属病院事件: 被害者と犯罪者)」『三联生活周刊』2012年第14号, 2012年
楊天宇『礼记释注』上海古籍出版社, 2004年
尹秀雲「从历史演变看医患关系恶化的症结(歴史変遷から見た医療従事者一患者関係の悪化について)」『中国医学伦理学(中国医療倫理学)』第20巻4期, 2007年
鄭永年・黄彦杰「中国的信任危机(中国における信頼危機)」『文化縦横』, 56号, 2011年2月

【英語文献】(アルファベット順)

Vanderminde Jennifer and Potter Sharyn J., “Challenges to the Doctor-Patient Relationship in the Twenty-First Century”, *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, Blackwell Publishing Ltd, 2010.
Veatch Robert M., “Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age”, *The Hastings Center Report*, vol. 2, no. 3, The Hastings Center, 1972.
Stigbrand Torgny, “Retraction Note to multiple articles in Tumor Biology”, *Tumor Biol*, SAGE Publications Inc., 2017.

【インターネット資料】(五十音順)

魏則西「你认为人性最大的“恶”是什么?(あなたは人間性の中に、最大な悪が何だと思いますか)」<https://www.zhihu.com/question/26792975>, 2020年4月閲覧
魏則西「魏則西怎么样了?(魏則西がどうなりましたか?)」
<https://www.zhihu.com/question/42392347/answer/94900511>, 2020年4月閲覧
北村豊「21歳の辞世ブログが暴いた中国医療の暗部」
<https://business.nikkei.com/atcl/opinion/15/101059/051000049>, 2020年4月閲覧

Gem Med 「紹介状なし外来受診患者からの特別負担徴収義務、地域医療支援病院全般に拡大——中医協総会」 <https://gemmed.ghc-j.com/?p=31262>, 2020 年 4 月 閲覧

The Paper 「重庆医生被患者家属打伤：医护集体拉横幅抗议，打人者已被拘（重慶の医者が患者の家族に殴られる：医療者がプラカードを持って抗議、犯人は逮捕済）」 https://www.thepaper.cn/newsDetail_forward_1345298, 2020 年 4 月 閲覧

The Paper 「“最美婆婆”陈贤妹这五年（『もっとも美しい婆さん』、陳賢妹の過去 5 年間）」 http://m.thepaper.cn/newsDetail_forward_1556982, 2020 年 4 月 閲覧

Sina News 「东北女孩挂号被要 4500 元（番号札の代金に 4500 元を要求された東北女性）」 <http://hlj.sina.com.cn/news/s/2016-01-26/detail-ixnurxp0000221.shtml>, 2020 年 4 月 閲覧

Sina News 「南京彭宇案再调查（南京彭宇事件再調査）」

<http://news.sina.com.cn/s/2011-11-08/115823432989.shtml>, 2020 年 4 月 閲覧

搜狐ニュース 「丈夫拒签致产妇死亡案:折射医患关系（夫のサイン拒否による妊婦の死亡事件：医療従事者-患者関係を反映する）」

<http://health.sohu.com/20071203/n253764347.shtml>, 2020 年 4 月 閲覧

搜狐ニュース 「“交代病情” 惹杀身之祸 医生遭患者家属砍死(病状を告知した医師に禍 患者家族に切りつけられ死亡)」

<http://news.sohu.com/20161005/n469605664.shtml>, 2020 年 4 月 閲覧

搜狐ニュース 「福建武夷山医闹事件了结 医院补偿患者 22 万（武夷山『医闹』事件が解決へ 病院が家族に 22 万元を支給）」

<http://news.sohu.com/20070714/n251054040.shtml>, 2020 年 4 月 閲覧

搜狐ニュース 「广东省人民医院口腔科一医生被砍至生命垂危(広東省人民病院歯科の医者が切りつけられて重体)」

<http://news.sohu.com/20160505/n447853329.shtml>, 2020 年 4 月 閲覧

搜狐ニュース 「政协委员温建民：“建议伤医者即入刑”（政協委員温建民：医療従事者に対して暴力を振るった者に、懲役刑を課すべきだと提案）」

https://www.sohu.com/a/62544355_377326, 2020 年 4 月 閲覧

搜狐ニュース 「近 9 成病人看病想找熟人 7 成医生对此反感（知り合いを通じ

て診察を受けようとする患者は9割 7割の医者は反感)」

<http://news.sohu.com/20080817/n258941437.shtml>, 2020年4月閲覧

浙江大学附属寧波医院「2017-2018年红包（财物）退还情况（2017-2018年度の謝礼返却状況集計）」http://www.nbdyyy.com/art/2018/9/17/art_92_46448.html, 2020年4月閲覧

中国医師協会「中国医師執業状況白書」<http://www.cmda.net/zlwqgzdt/596.jhtml>, 2020年5月閲覧

内閣府「令和元年高齢社会白書（概要版）」

https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/gaiyou/s1_1.html, 2020年4月閲覧

日本医師会「インフォームド・コンセントの誕生と成長」

https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/b02.html, 2020年4月閲覧

蕪湖市第一人民医院「2018年全院退“红包”、收到锦旗、感谢信情况统计（2018年度の謝礼返却及び感謝状受け取りの状況集計）」

<http://www.whfph.com/a/zhuanti/wuhongbaoyiyuan/2019/0528/13683.html>, 2020年4月閲覧

中国医師協会「中国医師執業状況白書」<http://www.cmda.net/zlwqgzdt/596.jhtml>, 2020年5月閲覧

中華人民共和国人力資源和社会保障部「中国労働統計年鑑 2015」

http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyshbzb/zwgk/szrs/tjsj/201803/t20180302_289123.html, 2020年4月閲覧

梁辰「陶勇：我看过太多悲惨的命运，更能承受打击（陶勇：悲惨な運命をたくさん見てきたから、ひどい目に遭ったときも人一倍強い）」

<https://www.nfpeople.com/article/9926>, 2020年5月閲覧

謝 辞

本論文の作成にあたり、終始ご丁寧にご指導をくださった指導教官の後藤雄太准教授に、深く感謝いたします。博士課程前期から副指導教官をご担当くださった衛藤吉則教授、裕智樹准教授からは、度々ご助言をいただきました。誠にありがとうございました。また、すでにご退職なされましたが、博士課程前期から博士課程後期最初の半年目の間、指導教官をご担当くださった松井富美男教授にも、心より感謝の意を申し上げます。所属研究室ではないのにもかかわらず、授業に参加させてくださった西洋哲学研究室の後藤弘志教授、大学時代の日本語・日本語文化研修よりかれこれ7年間ほどお世話になった森戸国際高等教育学院の本田義央教授、その他の先生方にも、お礼を申し上げます。

また、博士課程後期一年の後期より、好運に恵まれ、八幡記念育英奨学会の奨学生に選んでいただけましたが、おかげで学業に専念することができました。この場を借りて、八幡記念育英奨学会様に、感謝の意を表します。

最後に、中国にいながら支えてくれている両親、家族、いつも元気づけてくれる友人、ともに学業に励んできた倫理学研究室の仲間たちにお礼を申し上げます。本当に、ありがとうございました。