

## 第4章 医師と同僚

目標

第4章を終えると、以下のことが習得できるはずである。

- 医師は互いにどのように行動すべきかを説明できる。
- 同僚の非倫理的な行動を報告することの正当性を説明できる。
- 治療における他者との協力についての主な倫理原則を特定できる。
- 他の医療提供者との衝突について、その解決方法を説明できる。



症例を検討する医療チーム  
©Pete Saloutos/CORBIS

## ケース・スタディ③

C 医師は、ある市立病院が新たに採用した麻酔科医だが、手術室での先輩外科医のやり方に驚いた。この外科医は、いまだに古い手技を用いており、その結果、手術は長引き、術後の痛みがひどく、回復まで時間もかかる。しかも、彼は患者についてしょっちゅうひどい冗談を飛ばし、手術を補助する看護師たちもうんざりしている。C 医師は後輩スタッフとして、その外科医を個人的に批判することや、当局に報告することにはためらいを感じている。しかし、彼としても、状況改善のために何かしなければならぬと考えている。

# 1 医学的権威に対する問題提起

医師は伝統的に、内部においても外部に対しても、非常に階層的な (*hierarchical*)\* システムで働く職業です。内部的には、3つの互いに重複し合う階層 (*hierarchies*)\* があります。第一の階層は専門分野間を区別するものです。ある専門分野は他の専門分野よりも名声があり、報酬も高く得られるとされています。第二の階層は各専門分野内に存在します。学者のほうが開業医や勤務医よりも影響力をもっています。第三の階層は患者の治療に関連したものです。そこでは、担当医が最上の階層におり、他の医師は、たとえ経験年数および/または能力が上であっても、その患者を委ねられない限りは、単なる助言者として貢献するしかありません。外部的には、医師は医療提供者の階層のなかで看護師その他の医療職よりも最上位に、伝統的にはおかれています。

本章では内部と外部の階層間で生じる倫理問題を扱います。両方に共通するものもあれば、片方にしか当てはまらないものもあります。問題の多くは比較的新しく、医療における最近の変化に伴い生じたものです。これらの最近の変化により、医学的権威の伝統が大きく問われているので、それぞれの変化について簡単に説明していきます。

急速な科学的知識の進歩が臨床へ導入されるにつれて、医療はますます複雑にな

\*：イタリック体の用語は用語解説(付録A)に掲載。

ってきました。医師の一人ひとりが自分の患者のすべての病気と治療について専門職ではありえないので、他の専門医や看護師、薬剤師、理学療法士、検査技師、ソーシャルワーカー、その他の多くの熟練した医療専門職の助けが必要です。

第2章で述べたように、医療のパターナリズムは、自分で医療を決定するという患者の権利の認識が高まるにつれて、徐々に弱まってきました。その結果、**伝統的な医療パターナリズムの特徴であった権威主義モデルに代わって、意思決定についての協力型モデルが登場してきました**。同様のことは医師と医師以外の医療専門職の関係についても起こっています。他の医療専門職たちは、理由を知らないままでは医師の指示に従うのを嫌がるようになっていきます。彼らは、自分たちも患者に対して特別な倫理的責任を負う専門職だと考え、こうした責任に対する彼らの認識と医師の指示が衝突する場合には、その指示に対して質問するか、異議を唱えることさえしなければならぬと考えています。権威主義の階層モデルのもとでは、誰が指揮をとり、意見が対立した場合には誰が優先するのかについて、決して疑問は生じなかったのですが、協力型モデルは患者への適切な治療をめぐる論争を起こすことがあるのです。

このような動きは、医師の同僚や他の医療専門職との関係に関する「ゲームのルール」を変えつつあります。本章の以下の部分では、これらの関係のいくつかの問題点を指摘し、対応策を提案します。

## 2 同僚医師、教師、学生との関係

医療専門職の一員として、医師は伝統的に、お互いを他人もしくは友人というよりも、それ以上の家族として扱うものだと思われてきました。WMAの**ジュネーブ宣言**には、「私の同僚は、私の兄弟姉妹である」との宣誓が含まれています。これについての解釈は、国や時代によってさまざまです。たとえば、出来高払い制度が医師への報酬の主な、あるいは唯一の支払い方法だったところでは、医師は「専門職の礼儀 (professional courtesy)」に基づいて、同僚医師に対して医療費を請求しないという根強い伝統がありました。しかし第三者による支払いが利用できる国々では、この慣習は衰退してきています。

同僚医師に礼儀を尽くし、患者に対して最大限のケアを提供するために共同して働くという積極的義務に加え、WMAの**医の国際倫理綱領**には、医師同士の関係について2つの禁止事項が含まれています。(1) 患者の紹介だけのために金銭やその他の報酬を授受すること。(2) 同僚医師の患者を引き抜くこと。同僚医師の非倫理的または能力不足の行動を報告するという第三の責務については後に論じます。

医の倫理のヒポクラテスの伝統において、医師は自らの教師を特別に尊敬する義務がありました。**ジュネーブ宣言**はこのことを次のように述べています。「私は、私の教師に、当然受けるべきである尊敬と感謝の念を捧げる」。今日の医学教育は複数の学生・教師関係から成り立ち、過去の一対一の関係とは異なるとはいえ、今なお、教育活動が無報酬で行うことがきわめて多い現場の医師の善意と献身により支えられています。これらの教師がいなければ、医学教育は自己訓練にならざるをえないため、医学生その他の研修医は、これらの人々に感謝しなければなりません。

教師の側は、学生を礼儀正しく扱い、患者の扱いに対するよき見本とならなければなりません。医学教育のいわゆる「隠れたカリキュラム」、すなわち医師が現場で示す行動基準には、医の倫理の正式なカリキュラムよりはるかに強い影響力があり、倫理の要請と教師の態度や行動との間に矛盾がある場合、医学生たちは教師の側にならう傾向が強いのです。

教師には学生に非倫理的な行為を命じないという責務があります。医学雑誌に報告されたそのような行為の例としては、完全な資格をもった医療専門職が行うべき状況にもかかわらず、医学生に治療に対する患者の同意をとらせる、麻酔患者や死亡したばかりの患者を同意なしで内診させる、たとえ(点滴の挿入のように)ささいなことであっても、学生によっては本人の能力を超えていると思われる行為を監督なしでさせる、などがあります。学生と教師の力関係が対等でなく、しかも学生にとっては指示に対して質問や拒否がしにくいことを前提とすれば、教師は、学生に非倫理的な行動を要請していないかということを常に確認する必要があります。多くの医学校にはクラス代表か医学生団体があり、彼らの多くの役割のなかでもとりわけ重要なこととして、医学教育における倫理問題について何らかの問題提起ができると考えます。**自らの教育の倫理面に問題があると考える学生は、問題提起ができるよう、こうした方法を利用したり、またその問題について正式な手続きが必要な場合には、適切な支援がなされるべきです。**こうした

ことは、必ずしも内部告発者 (whistle-blower)\* として特定されることなく行われるべきです。

医学生側には、将来の医師としてふさわしい、高い水準の倫理的行動をとることが期待されています。他の医学生を同僚とみて、必要などときには、専門職らしくない行動を直したほうがいと助言することを含めて、助けをさしのべるような心がけるべきです。また、与えられた宿題やオンコール体制 (待機当番) のような割り当てられた仕事や義務にも十分尽くさなければなりません。

### 3 安全でない行為や非倫理的な行為の報告

医療は伝統的に自主規制する専門職としての地位に誇りをもってきました。社会から認められた特権と患者から与えられた信頼に応えるために、医療専門職は自分たちに対して高い行動基準と懲戒手続きを確立し、違反行為に関する申立ての調査や、必要な場合には違反者の処罰も行ってきました。この自主規制システムは機能しないことも多く、近年では、たとえば規制当局に一般人メンバーを任命するなどによって、専門職としてより一層の説明責任を果たすような対策がとられています。しかし、自主規制に最も必要なことは、医師が自分たちの立てた原則を心から支持し、安全でない行為や非倫理的な行為を認識し、対処する意欲をもつことです。

同僚医師の能力不足、欠点あるいは不正行為を報告する責務は、さまざまな医の倫理綱領において強調されています。たとえば、WMAの[医の国際倫理綱領](#)は、「医師は……倫理に反する医療を行ったり、能力に欠陥があったり、詐欺やごまかしを働いている医師を適切な機関に通報すべきである」と定めています。しかし、この原則を実行に移すことは決して容易ではありません。一方では、医師は嫉妬のような不当な個人的動機や、同僚医師から受けた侮辱に対する報復目的でその名声を傷つけたい誘惑に駆られるかもしれません。また、友情や同情心 (「神の恵みがなければ、それは私だったかもしれないという思い」) から、同僚医師の不正行為について報告するのをためらうかもしれません。このような報告をすると、告発された当事者はもちろん、他の同僚医師にも敵意をもたれたり、報告者にとって非常に不利益となる可能性があるからです。



違反行為の報告にはこれらの不利益がありますが、これは医師の専門職としての義務です。医師にはこの職業の名声を維持する責任があるだけでなく、能力不足や欠点や不正行為を認識できるのは、多くの場合医師だけです。しかし、同僚医師に関して懲戒当局へ報告するのは、通常は、他の手段を尽くし、それらが不十分である場合の最終手段となるでしょう。最初は、同僚に接して、「その行動は安全ではない」とか、「非倫理的だと思う」と告げることが考えられます。問題がこの段階で解決するなら、さらに先へ進む必要はありません。そうでない場合、次の段階は、その問題についてあなたと違反者の共通の上司あるいはどちらかの上司と話し合い、次の行動に関する判断をその上司に委ねることになると思われます。もしこの方法が現実的でないか、成功しなかった場合には、最終手段である懲戒当局への報告が必要となるでしょう。

## 4 他の医療専門職との関係

患者との関係について扱った第2章は、医師・患者関係における個人の尊重と平等な扱いがきわめて重要であるとの議論から始まりました。その議論のなかで示された原則は、ともに働く人々 (co-worker) との関係でも同じように重要です。特に、「年齢、疾病もしくは障害、信条、民族的起源、ジェンダー、国籍、所属政治団体、人種、性的志向、社会的地位あるいはその他いかなる要因」(WMA [ジュネーブ宣言](#)) を理由とした差別の禁止は、医師が患者の治療やその他の専門的活動で接するすべての人々との関係に適用されます。

差別しないということは、こうした関係においては受動的なものです。尊重するということは、もっと能動的で積極的なものです。医師、看護師、補助的医療従事者、その他であろうと、他の医療提供者に対する尊重とは、患者の治療に寄与する限りにおいて、彼らの技量と経験の価値を正しく認めることを意味します。すべての医療提供者は、教育や訓練の点では等しいわけではありませんが、患者の福祉に対する同じような気遣いととも、基本的な人間としての平等を共有しているのです。

けれども、患者との関係と同様に、他の医療提供者との関係を拒んだり、終了させる合理的な理由もあります。それは、その人物の能力や人格に信頼がおけない

場合や、深刻な性格の不一致がある場合などです。これらの合理的な理由と正当でない動機とを見分けるには、医師の側に相当な倫理的感性が必要です。

## 5 協力

医療はきわめて個人主義的であると同時に、きわめて協力を必要とする専門職です。一方で、医師は「自分の」患者を完全に独占しています。個人的な医師・患者関係は、患者についての知識の収集と治療継続のための最善策であり、疾病の予防と治療にとって最良の道であるというもっともな主張もあります。同じ患者を担当し続けることは、医師にとっても、少なくとも金銭的な利益となります。しかし同時に、上述したように、医療は非常に複雑で専門分化されているため、相互に異なるが補完的な知識と技量をもつ医師間の緊密な協力が必要です。個人主義とこの協力との緊張関係は、医の倫理において繰り返し語られるテーマです。

医療パターンリズムの衰退とともに、医師が自分の患者を「所有する (own)」という考え方も消滅していきました。昔からある患者のセカンド・オピニオンを求める権利は、それを他の医療提供者に求めることを含むまで拡大し、そのほうが患者の必要によりよく合致する場合があります。WMAの**患者の権利に関する宣言**は次のように述べています。「医師は、医学的に必要とされる治療を行うにあたり、同じ患者の治療にあたっている他の医療提供者と協力する責務を有する」。ただし、既述のように、医師はこの協力から、報酬の分配による利益を得てはいけません。

医師が患者を「所有すること (ownership)」に対するこのような制約については、患者・医師関係の重要性を保つための、他の方策により、調整することが必要です。たとえば、患者が複数の医師の治療を受けることは病院内では普通ですが、そのような患者に対しては、可能な限り、それらの治療を総合的に調整し、患者が意思決定をしやすいうように、患者に全体的な経過を知らせる1人の担当医を割り当てたほうがいいでしょう。

医師同士の関係は大体のところろましくルール化され、わかりやすく機能しているのに対し、医師と他の医療専門職との関係は、そうした状態にあるとは言えませ

ん。各専門職の果たすべき役割が何かについては、かなり意見の違いがあります。先に述べたように、看護師、薬剤師、理学療法士、その他専門職の多くは、自分たちは患者の治療に関して、自らの分野においては医師よりも優れており、自分たちが医師と対等に扱われない理由はないと考えています。すべての治療提供者の見解が平等に考慮されるチーム・アプローチでの患者治療を好み、自分たちは医師に対してではなく患者に対して説明責任を負っていると考えています。他方、医師の多くは、たとえチーム・アプローチが採用されたとしても、責任者が1人必要で、教育と経験の点から、医師がその役割に最もふさわしいと思っています。

医師のなかには、伝統的で、ほぼ絶対的な自分たちの権威に対する抵抗を認めない人もいるかもしれません。しかし、医療上の意思決定にもっと参加したいという、患者と他の医療提供者両方からの主張に応える形で、医師の役割が変化していくことは確実なようです。医師は、自らの提案の正当性を他者に説明し、その提案を受け入れてもらうよう説得できなければなりません。このようなコミュニケーション能力に加え、患者治療に関わるさまざまな人々の間に生じる衝突を解決する能力も必要となります。

患者の最善の利益のために協力することにおける特有の課題のひとつは、患者が伝統的または代替的といわれる治療者（「ヒーラー (healer)」）に頼ることから生じています。ヒーラーは、アフリカ、アジアで多くの人々から相談を受けており、その数はヨーロッパやアメリカでも増えつつあります。2つのアプローチは相互補完的だと考える人もいますが、多くの状況で対立するおそれがあります。少なくとも伝統的または代替的治療のなかのあるものには治療上の効果があり、患者にも求められていることから、医師はヒーラーとも協力する道を考える必要があります。そのやり方は、国やヒーラーの種類によってさまざまです。どのように協力するとしても、常に患者の福祉を一番に考えるべきでしょう。

## 6 対立の解消

医師は、他の医師や医療提供者との間で、事務手続きや報酬などに関し、さまざまな摩擦を経験すると思います。ここでは患者の治療をめぐる対立に焦点を当て



ます。理想は、治療上の決定に、患者、医師、その他患者の治療に関わるすべての人の合意が反映されていることです。しかし、不確実性や見解の相違のために、治療の目的またはその目的達成のための手段についての意見は一致しないことがあります。限られた医療資源や組織の方針という事情もまた、コンセンサスの形成を困難にします。

治療目的や目的達成の手段に関する医療提供者間の意見の不一致は、その医療チームと患者との関係を損なわないよう、チーム内で明確にし、解決すべきです。医療提供者と管理者が資源配分に関して意見が異なるときは、組織内部で解決すべきで、患者のいる前で議論してはいけません。これら2つのタイプの対立はいずれも倫理的性質をもつため、解決にあたっては、臨床倫理委員会や倫理コンサルタントのアドバイスが得られるなら、それらを参考にすることも必要です。

このような対立の解消には、以下のガイドラインも参考にしてください。

- 対立は、たとえば、意見の異なる人同士が直接話し合うなど、できるだけ非公式に解決する。公式の手続きをとるのは、非公式な方法がうまくいかなかったときだけとする。
- 直接的な関係者全員の意見を引き出し、それぞれを尊重して考慮する。
- 患者や法的権限のある代理決定者が、十分な情報を与えられたうえで治療に関する選択を決定している場合は、その選択を論争の解決において第一に考慮する。
- 論争が患者にどのような選択肢を提示するかをめぐるものである場合、たいていは狭い選択肢よりも幅広い選択肢のほうが望ましい。仮によいと思われる治療法が資源上の制約で利用できない場合でも、患者は原則的にこのことについても知らされるべきである。
- 相応の努力にもかかわらず、話し合いによって合意や妥協に達することができなかった場合には、決定権利者または決定責任者の決定を採用する。誰が権利者または責任者であるかが明らかでない場合、またはそれについて争いがある場合には、調停、仲裁または判決を求める。

決定された内容が専門職としての判断または個人的な道徳観から支持できない場合には、被治療者に危害や遺棄といったリスクが及ばない措置が確保されていれば、医療提供者がその決定の実施に関係しないことが認められるべきです。

## ケース・スタディを振り返って

C 医師が手術室での先輩外科医の行動に驚いたのは正しい。その先輩医師は患者の健康を危険にさらしているだけでなく、患者と同僚の双方に対して礼儀を欠いている。C 医師にはこの行動を見過ごさずに、何かをする倫理的な義務がある。第一段階として、たとえば冗談に呼応して笑うというような、無礼な行動を支持する態度を示すのはやめるべきである。もしその先輩医師とこの問題を話し合うことが効果的だと思うなら、思い切ってそうすればいい。そう思えないのならば、病院内の監督部署へ直接掛け合わねばならないかもしれない。もし監督部署がこの状況に対応してくれないようなら、しかるべき医師免許認定機関へ連絡し、調査を依頼するという方法もある。