

運動器医療における医の倫理とコミュニケーション

金森 昌彦

富山大学大学院医学薬学研究部人間科学1

要 旨

運動器医療では標準化された治療より個人のニーズに合わせた診療内容が主であり、保存療法、手術療法ともに治療の選択肢としての絶対適応は少ない。また運動器治療のエビデンスは少なく、同じ病名であっても多様な治療の選択肢が存在し、複数の診療科あるいは医業類似行為も認められている。そのため医療倫理におけるバイオエシックスという考え方は確立していても、それに対する患者・家族の理解には差があるし、病態の理解や治療の選択肢に対するコミュニケーション・エラーが生じやすい。また生命に直結しない病態がほとんどであることから医療の不確実性への理解は乏しい反面、自覚症状の回復への期待は大きい。しかも高齢化に伴い、様々な合併症を抱える患者が増加しており、早期社会復帰を目指す手術のリスクは高くなっている。従って運動器医療におけるバイオエシックスの遂行はそのコミュニケーションそのものを包含していると理解するべきであり、そこに問題点が生じるのであれば、医療者はまずコミュニケーションの改善から努めなくてはならない。

1. はじめに

医の倫理とは患者の立場で考えられている。すなわち医療者ではない一般の人達（有識者を含む）が提示しているものであり、医療者はその暗黙の要求に答えていかなければならない。その一方で、患者は医療者を選べるが、医療者は患者を好みによって選ぶことはできない。医療における両者の認識の差を埋める手段がコミュニケーションであり、相互理解が必要なことはいうまでもないが、近年のバイオエシックス（bioethics）という考え方¹⁾が説明の仕方によっては医療に対する誤解を生むこともある²⁾。特に生命予後に直結しない運動器医療において身近な医療倫理のトラブルの多くはコミュニケーション・エラーを伴っていることが多い³⁾。そこで本稿では具体的に想定された運動器医療のコミュニケーション・エラーを分析する中で、現在のバイオエシックスの在り方を再考したい。

2. 医の倫理における歴史的背景

医の倫理学は1960年代から米国を中心とした先進諸国で大きく見直され、バイオエシックスという概念が取り入れられた。これは米国の社会変動と密接な関係をもっており、1950年代から活発になった人種差別撤廃運動という公民権運動（civil rights movement）を出発点としている¹⁾。この運動に対して当時のケネディ政権が積極的な支援策をとったこともあるが、アフリカ系あるいはカリブ系アメリカ人の権利のみならず、広く社会全般の人権問題に目を向けさせる結果をもたらした。女性解放運動や消費者運動など様々な分野で国民は自らの権利を主張できるようになった。

この現象は医療サービスにおいても同様であり、専門家集団のみによって隔絶された医療現場が患者の自己決定権に基づく社会規範の場へ変化したのである。この自覚の表現は1972年にアメリカ病院協会が発表し翌年に採択された「患者の権利章典」に見ることができる⁴⁾。このように医師—患者関係が一新され、バイオエシックスとして新た

な生命倫理学が誕生した。バイオエシックスとは医学、自然科学、倫理学、哲学、宗教学、法学、経済学、社会学、心理学などの分野にまたがって、総合的に医療をはじめとする人間の生命に関する倫理的問題を研究する学問であり、旧来の「医の倫理」とは異なる（表1）。特にバイオエシックスの考え方では医療行為に対する意思決定が患者によりなされるという点で消費者としての患者の人権を守ることが大きな特徴である^{1,4)}。

旧来の「医の倫理」とはパターナリズム (paternalism)、すなわち父権主義と訳されるものであった。簡単に言えば、子供には十分な判断能力がないのだからお父さんが子供のためになるように、様々なことを判断し、子供はそれに従うのが正しく、こうした父と子の関係が良い関係だということである。すなわち患者には医学的判断をする適切な知識と経験がないので、医師による判断が最重要であり、患者はその判断に従うことになる。極論を言えばこのパターナリズムでは患者に対する医療情報の提供はなされず、患者の意思や判断は尊重されない。このことは「医師の裁量権」に相当するが、そのために医師は個人の倫理性を高めようとして、古くから「ヒポクラテスの医の誓い」とか「扶氏医戒」などを重要な教えとして守ってきた^{5,6)}。これらは歴史的には極めて重要な考え方であるが、これだけでは現代医療の倫理学は成り立たなくなったのである。なぜなら、現代におけるバイオエシックスの考え方では医師と患者は対等の関係であり、医師は患者の人格と人権を尊重し、治療に関する患者自身の自己決定権を尊重しなければならないからである。

3. 患者の権利からみた運動器治療の選択肢

米国における「患者の権利章典」以後、この考え方は先進国を中心に世界各国へ波及した。我が

国では患者の権利宣言（1984年）により、以下のように定義されている⁴⁾。これはヘルシンキ宣言に基づくリスボン宣言を受けた内容でもある。

1. 個人の尊厳、すなわち人間の尊厳が尊重される権利
2. 平等な医療を受ける権利、すなわち医療アクセス権
3. 最善の医療を受ける権利
4. 知る権利、すなわち病状や治療方法に関して十分な情報を得、説明を受ける権利—インフォームドコンセントの基盤となる考え方
5. 自己決定権、すなわち医療に関する選択、診断治療の承諾や拒否を自己決定する権利
6. プライバシーの権利、すなわち機密保護、個人情報情報の権利

患者自身の知る権利と治療の選択肢に関する自己決定権はバイオエシックスの特徴であり、近年はその理念に基づいたインフォームドコンセントがなされるようになった。運動器医療に関する治療では疾患自体が生命に直結しないことが多いため、他の専門領域に比較して治療の選択肢は患者側に委ねられるケースが多い。その結果、上述の1～6の中では5に示す患者自己決定権の扱い方にトラブルが生じやすい。その理由として、例えば投薬などの保存療法の有効性と危険性（例えば薬による副作用など）、手術治療の適応とその合併症の有無などは蓋然性をもって予測されうる場合が少ないことなどが挙げられる。治療の有効性に関する予測の多くは不可能であり、医療の不確実性が存在する。そのため医療者側から見て、治療の選択肢の提示の仕方においてコミュニケーションの難しさが存在する。

別の例を挙げれば、一般外科における手術治療において癌の手術はたとえ術後に多少の機能障害

表1 旧来の医の倫理とバイオエシックスとの比較

旧来の医の倫理	バイオエシックス
医療におけるパターナリズム	患者の人権の尊重
医師—患者関係は主従関係	医師—患者関係は協働関係
医師が患者のために最善となる医療行為を決定し、実行する	医師は患者に対して十分な医療情報を提供し、患者の自己決定権を尊重する。
医師依存型医療（患者は医師に依存）	患者参加型医療（患者が主体）

が生じて「癌が取りきれれば成功」として認識されるが、運動器医療では椎間板ヘルニアがきれいに取りきれても自覚症状が良くならなければ成功にはならない。手術の効果は手術中には確認できず、患者が覚醒した後にあくまでも自覚症状という結果論として手術の効果を判断しなければならないからである。患者にとって不利益なく治療効果が得られれば問題はないが、治療による副作用や合併症の出現、治療によっても症状が改善しない場合は生死に直結しない疾病だからこそ手術に対する大きな期待を持っており、返って患者側にとって不満を招きやすい。このことは法律用語に当てはめれば「患者の期待権の侵害」ということに相当するかもしれないが、治療効果を保証しているわけではない。

医療行為に伴う様々な不利益の可能性は一定の確率で起こりうることに對しても、その頻度が少なければ患者は自分自身には起こり得ないものと捉えるし、医療に関する知識と理解は患者間において大きな差がある。さらにバイオエシックスの考え方についても医療の消費者である患者・家族にとってかなりの温度差があり、同じ背景で運動器治療の選択肢を考えるのであればコミュニケーションが重要である。

4. 運動器疾患の保存療法におけるコミュニケーション・エラーの例

まず、慢性腰痛の患者さんに効果があると思っ て処方した薬が原因で、医療不信を生じるケースを提示する。慢性腰痛には心因反応を伴うことがあるため、抗精神薬に属する薬剤が処方されることがあるが、そのコミュニケーション・エラーである。

<具体例>

医師「痛み止めのほかに良く効くお薬がありますから、処方しておきます。セルシンというお薬で、腰の筋肉が緊張しているときに効きます。」

薬剤師「〇〇さん、新しく鬱（うつ）に効くお薬が出ていますね。」

患者「看護師さん、これは鬱の薬ですか？」

看護師「そうですよ。麻酔をする前にも使うこと

がありますね。」

患者「・・・私は鬱病ではない。・・・もうこの病院には来ない・・・。」

この場面には医師、薬剤師、看護師という立場が関与するが、どの職種の対応においても基本的に間違いは起こしていない。しかし結果として医療不信を招いている。薬には種々の薬理作用があることを忘れていたために生じたコミュニケーション・エラーである。近年は薬剤処方時に薬局から薬品情報が提示されるが、適応症のすべてが記載されているわけではない。そのため誤解を招き、コミュニケーションによりさらにその誤解が助長されている。トラブルを起こさない会話にすれば以下（下線部分が言い換え部分）のようになれば患者にとって誤解を招きにくい。

医師「痛み止めのほかに良く効くお薬がありますから、処方しておきます。セルシンというお薬で、うつ状態の時にも使う薬なのですが、腰の筋肉が緊張しているときにも効きます。」

薬剤師「〇〇さん、新しいお薬が出ていますが、先生から聞いていますか、」

患者「聞いています。腰痛の薬らしいです。」

患者「看護師さん、これは腰痛にも効く薬ですか？」

看護師「そうですよ。うつにも効きますが、腰痛の患者さんも服用されていることがあります。」

患者「では、飲んでみよう。」

このようにコミュニケーションの基本は自分の職種の立場だけで述べるのではなく、患者が何らかの誤解をしていないか否かを確認できる会話が望ましい。特に薬剤師からの声掛けにもコツがあり、言い換えた部分での会話は近年のコンピューター入力ミスを発見する手掛かりにもなる言い回しである。看護師の会話も知識と経験に基づくものであり、好ましいものであるが、もし患者からの問いかけの内容に不安がある場合はその旨を述べて即答せず、同職種や他職種に委ねるか、自らが再確認して返答することが望ましい。

しかし、これで完全なバイオエシックスの精神に即した会話であろうか？患者の自己決定権を最

優先させるのであれば、最初の医師の会話は以下のようなになる。

医師「痛み止めのほかにも効くお薬がありますが、服用しますか？セルシンというお薬で、うつ状態の時にも使う薬なのですが、腰の筋肉が緊張しているときに効くことがあります。副作用には胃炎、肝機能障害などがあります。同時に服用することも可能ですし、単独で服用することも可能です。」

確かに、よりバイオエシックス的であるかもしれないが、治療の選択肢が羅列されているだけのこの会話を聴いた患者はどのように考えるだろうか？ おそらく、この医師が自分の症状に対してどこまで真剣に考えているかを疑うかもしれない。患者はより望ましい治療を求めて受診しているのに、並列的に提示される投薬治療に対して医療者の誠意の欠除と診察内容に対する懐疑心を持つ可能性が高く、また疾病を患った患者へ会話として温もりにも欠けている。このような点が医療情報の提供に関してのコミュニケーションの難しさである。

5. 運動器疾患の手術療法におけるコミュニケーション・エラーの例

外傷による手関節骨折の患者さんに手術を薦めるか否かで、医療不信を生じるケースを提示する。外傷に限らず、整形外科手術の場合は絶対適応がない場合も多い。そのためコミュニケーション・エラーとなりやすく、患者が複数の医療機関を訪れた場合には医師の考え方の差違も存在することから、さらに複雑化する場合がある。

<具体例>

医師「手関節骨折にはAという治療とBという治療があります。Aには〇〇の合併症と××の効果がありますが、Bには△△という合併症と■ ■ ■の効果が 있습니다。さあ、どちらを選びますか？」

患者「そんなこと言われてもわかりません。先生が決めてください。」

—結局、医師の判断で決定、しかし治療によって大きな合併症（例えば神経合併症や血栓症など）が出現した。

患者・家族「こんなことになるとは知らなかった。何も聞いていなかった」と医療ミスがあったのではないかと疑う。

さらにその手術後に患者・家族が他院を訪れて前医での経過を述べると—

他院の医師「この骨折型なら、手術をしなくてもギプスだけで治ったかもしれません。」

患者・家族「……………」

このケースの前半部分では、治療選択に関する患者自身の自己決定権を尊重しすぎていることが、反って患者の不信を招いている。治療の選択を患者自身が行うという認識は重要であっても、単純に並列に提示された治療手段を選ぶということは患者にとって困難であろう。そこには医療者としての専門的な経験が盛り込まれていない上に、患者の立場に立って考えるという共感・温もりという感覚が欠如していることが不満を招く要因である。しかし、このような場合、逆に医師の経験を強く主張すれば、患者の自己決定権を奪うことにもなり、バイオエシックスの精神に反するし、不測の合併症が生じた場合は「治療の選択肢を提示されなかった。」という結末になる。前項でも同様であるが、医療現場における専門職としての意見のより良い提示の仕方に躊躇するところである。

後半部分での他院の医師の発言は、さらに心無い会話であり、このような言葉は医療そのものへの不信を助長するだけである。最初の病院での治療経過が悪いだけに後から診察する医師の意見はどうしても正当化されやすいが、仮にギプス治療を行っていたら骨癒合しなかった場合もありうるわけで、逆の形で同様な医療不信を招くことさえあろう。ここにも医療の不確実性が存在しており、医療情報の提供と治療選択に対する自己決定の間に矛盾が生じる。結果として、近年は「病院ではいろいろ説明を受けたが、結局どうしたらよいの

か解らない」という当惑する患者の声をよく耳にする。これはバイオエシックスという考え方がコミュニケーション・エラーにより伝わらなかったという負の面の表れであろう。

6. 小児期悪性骨腫瘍患者におけるコミュニケーション・エラーの例

冒頭に運動器疾患は生命予後に直結しないと述べたが、運動器の悪性腫瘍（肉腫）は例外である。ここでは中学生の骨肉腫患者の例を想定して考える。骨肉腫は骨のがんであり、悪性度の高い腫瘍で予後が悪い。患者には病名とその予後を知る権利があるというのがバイオエシックスの考え方であるが、特に日本人には癌の告知を躊躇してきた文化があり、現時点でも小児期に対する告知は社会の中で一般化されていない。

<具体例>

医師「あなたの息子さんに癌であることの病名を告げたいのですが。」

家族「それだけはやめてください。息子は来年高校受験です。」

—結局、抗がん剤治療に対する親の承諾はとったが、本人には何も言わずに治療を開始することになった。

患者「看護師さん、僕の病気は何でしょうか？この治療は辛いです。これからどうなるのでしょうか？」

看護師「私は病気のことはわからないから、先生に聞いてね！」

患者「こんな苦しい治療は続けられない。俺はもう死ぬしかないのだ・・・」

一般医療において中学生は小児科の対象であるが、特殊領域では各専門医師（この場合は整形外科）が受け持つ。このような悪性骨腫瘍は稀ではあるが、10歳代が好発年齢であるだけに両親の「親権という考え方による決定権」と病気に対する「患者自身が知りうる権利」との狭間で生じたコミュニケーション・エラーである。しかし、小

中学生であっても年齢に応じた判断力を持っており、そのことを尊重する方が望ましいと私は考えている。医師は今後の治療継続を考慮して両親への説得をもっとするべきであったのではないだろうか。また患者を追い詰める一因となっているのは看護師の返答（言葉）にもあるかもしれない。確かに看護師が述べていることは正しいであろうし、もし疾病について詳しく知っていたとしても、自分がそれについて患者に述べることに躊躇したであろう。しかしこの言葉の選択は、「私には聞かないでください。」という裏腹の関係の会話（すなわち拒絶）であり、結果として、今後この患者はこの看護師を信頼しなくなる。

本来、このような質問は医師にすべきと考えるかもしれないが、実際に医師に面と向かってしにくい質問でもある。それは急に質問された時の医師の反応を見ることが怖いと感じているためである。むしろ身近に感じる看護師に投げかけられた中学生のこの言葉は「医師への伝言」と受け止めるべきであったのではないだろうか？

「先生に聞いてね！」ではなく、「先生からお話を聞けるように伝えておくれ！」の方がより親切であり、このような返答であれば、今後もこの患者とコミュニケーションを持ち続けることができ、患者の心の支えになるものと考えられる。

7. 運動器医療における SOL と QOL の考え方

SOL (Sanctity of Life) とは「生命の尊厳」を示し、QOL (Quality of Life) とは「生命の質」または「生活の質」と訳される。生命の尊厳 (SOL) とは「人間の生命はどのような状況にあっても絶対的に平等であり、神聖な価値を持つ」という考え方であり¹⁾、医療の基本はこの SOL の尊重にあることは間違いない。そのため医師の役割の一つは「患者の命を救う」ことである。末期の運動器の悪性腫瘍（肉腫）患者は死に直面しているのだから当然救うべきなのだが、現実には不可能な場合も多い。どの領域でも同じであるが、旧来の医の倫理におけるパターナリズムでは「とにかく長く生かす治療が最善の治療である」とされるため、命が危険であると想定された状態では、

あらゆる延命技術すなわち気管切開を行い、人工呼吸器をつけ、栄養チューブ、点滴注射を行い、ベッドに縛り付けるといふいわゆるスパゲッティ症候群が肯定された。しかし、ここで「大事なものは生命の長さではなく、生命の質ではないか」という疑問が生じる。単に生命を延ばすのではなく、「患者が充実した有意義な命を送れるようにする医療行為も肯定されるのではないか」という考え方である。その一例として、ターミナルケアという考えがあり、たとえば癌の末期状態の患者に対しては患者が望むのであれば鎮痛を中心にして患者自身がやりたいことをして、残りの人生を充実して送れるように支援することが、患者のQOLの向上を目指した治療としても良い。QOLとは「患者がどのように生きるか、自分の生命の内容を考えるもの」であり、人生や生活の有意義さを問題としているのである。このように死の医療における考え方はSOLのみの時代からQOLを含めた考え方にすでに変化しており、QOLを重視する考え方の背景には過剰かつ非人間的な延命治療に対する反省もある⁷⁾。

しかし、運動器医療では、QOLを「生命の質」と考えるよりは「生活の質」と捉えるケースがはるかに多い。整形外科手術の絶対適応はむしろ少なく、多くは「生活の質」としてのQOLの再獲得を目指すための手術であり、早期社会復帰を目指している。例えば同じ骨折に対しても治療手段としてギブス固定などの保存療法を行うか、手術療法を薦めるかの境界線はかなり難しい。手術の長所を強調されて仮に患者が手術療法を選択すれば、避けることができるはずの手術自体のリスクを抱えてしまうことになる。この点は運動器医療におけるQOL重視の弊害かもしれないし、インフォームドコンセントにおけるコミュニケーションに問題があるかもしれない。手術というリスクの発生は「より良く治りたい」という患者の気持ちと密接に関連する。インフォームドコンセントにより、患者・家族の同意を得ていたとしても重篤な合併症の発症は結果として、患者の期待に背くことになる。

近年は高齢化社会であり、全身状態の悪化した状態や予備能力の低い状態での手術が明らかに増

加しており、運動器の医療に伴って全身合併症が生じるとそれが不可避であった場合でも医療事故として追及される結末となりかねない⁸⁾。

8. 運動器医療における倫理的視点

1979年ビーチャムとチルドレスが生物医学・医療倫理の諸原則の中で医療倫理の四原則を提示した。これは運動器医療においても通ずるものであり、「自律尊重原則」「善行原則」「正義原則」「無危害原則」の四つを基本としている⁹⁾。

1 「自律尊重の原則」

自律とは個人の自己支配、自由権、プライバシー、個人の選択・意志の自由を示す。

2 「善行原則」

善行とは他人の利益をもたらすために遂行される行為である。

3 「正義原則」

正義とは各人にその正当な持分を与えようとする不変かつ不断の意思である。

4 「無危害原則」

危害とは人に対する害悪の中で、人間の意図や過失にもとづく行為や不作為がもたらす害悪を指す。従って無危害とは医療において危害を引き起こすのを避けることである。

またジョンセンらは臨床倫理の四分割法について下記のように述べた¹⁰⁾。

- ① 医学による恩恵と無害の原則（医学的適応）
- ② 自己決定の原則（患者の選好）
- ③ 幸福追究の原則（QOLの獲得）
- ④ 公正と効用の原則（周囲の状況）。

この4つを具体的に理解するために、ここでは腰痛患者を例に挙げて説明する。腰痛の診断と治療をいかに合併症なく、効果的に行うかは①に相当する。従来、医療はこの視点（治療医学）ばかりが強調されてきたが、近年はバイオエシックスの考え方に合わせて②に示す治療選択における自己決定の必要性、③に示されるQOL再獲得の原則も強調されるようになった。現代医療ではあくまでも患者側に治療の選択肢がある。腰椎手術を

受けるか否かは患者自身が決定し、保存療法をするにしてもコルセットを使用するか否か、薬を服用するか否かは基本的に患者の自己決定に委ねられる。腰痛治療の目的は、いかに患者の痛みをとり、いかにQOLを再獲得するかという課題になるが、それを乗り越えるために種々の問題点をどのように解決できるかは十分なインフォームド Consentの中で双方が考えていかなければならない。しかも最終的には④の社会復帰が重要で、家庭や職場での受け入れ、個人の自立ができて初めてその治療行為が精神的にも満足できるものとして帰結される。このような一連のステップを昇華することが現代のバイオエシックスの発想である。これを運動器医療に当てはめて考えれば表2に示すようになる。

一方で、この四分割法を基に医療者に求められる能力を換言すれば、

- ① 医学的能力（医療者としての学問的知識と技能）
- ② 道徳（相手の立場の尊重、思いやり）
- ③ 患者指導力（QOLの改善、目標設定、希望を持たせるなど）
- ④ 社会的常識（適切な周囲の状況把握）

ではないかと思われる。すなわち全人的（ホリスティック）医療を目指すには、医療者としてもこれらの4つの高い能力が必要である。これらを支え繋ぐのがコミュニケーションの力であり、医療者—患者間のみならず、医療者間のコミュニケーションも重要と考えている^{7,8)}。

医療の基本姿勢はチームワークであるが、これは単なる役割分担ではない。チームの仕事、メンバーの性格などお互いを理解した上で自分の果たすべき仕事を行うと同時に、相互に確認し、不十分な面は助けあえる状態を構築しておかなければならない。また不測の事態やモンスターベイシメントへの対応もあらかじめ想定し、予防策あるいは対応策を立てておくことが必要である。現実にはチームワークやシステムの欠陥が医療事故を招くといっても過言ではない。理想的な医療チームの特徴はメンバーの上下関係の秩序ではなく、問題点をいつでも誰にでも指摘しあえる雰囲気作りにある。

運動器医療においては同じ病名であっても、患者個人の背景により、医療者に要求されるものが異なってくる。患者の年齢、性別、職場の状況や家族関係、個人の性格、知的レベル、合併疾患の存在など多彩な要素があるため、画一的な思考過

表2 運動器医療の倫理学（ジョンセンらの臨床倫理の四分割法を改変）

<p>医学的適応 運動器医療における恩恵無害の原則 (チェックポイント)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 診断と予後 2. 治療目標の確認 3. 医学の効用とリスク 4. 無益性 	<p>患者の選好 運動器治療に対する自己決定の原則 (チェックポイント)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の判断能力 2. インフォームド Consent 3. 治療の拒否 4. 事前の意思表示(Living Will) 5. 代理決定
<p>QOL 治療後のQOL再獲得の原則 (チェックポイント)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. QOLの定義と評価 2. 誰がどのように決定するのか 3. QOLに影響を及ぼす因子 	<p>周囲の状況 社会復帰の原則 (チェックポイント)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 家族や利害関係者 2. 守秘義務 3. 経済的側面、公共の利益 4. 施設方針、診療形態、研究教育 5. 法律、慣習、宗教 6. 医療情報開示、医療訴訟

文献7より引用

程は不適切である。常に様々なバリエーションが医療の隙間をつくるが、実際には適切なコミュニケーションにより埋めていくしか方法はない^{7,8)}。

また運動器医療では疼痛を主訴とする患者を扱うことが多く、医療機関以外の施療院など（医業類似行為）もある。病院・クリニックには整形外科、リハビリテーション科の他にも疼痛を中心に扱う麻酔科、漢方診療科、膠原病を治療する内科などがあり、医師以外では接骨院（柔道整復師）、鍼灸治療、按摩・マッサージ、カイロプラクティック、リフレクソロジー、タッチ、ホメオパシー、電磁波、霊気など様々な分野の施療者が存在するし、全人的（ホリスティック）な統合医療という考え方もある。患者自身が複数の治療（病院と鍼灸治療の組み合わせなど）を受けていることも多いし、東洋医学的なサプリメントを独自に愛用している人も多い。治療技術に対する国家資格が独立して存在すること（国家資格でないものも含まれる）およびそこから派生する医療保険の適応や職種間の経済的競争がこれらの相互関係を悪くしている¹¹⁾。教育課程ならびに治療理念の相違からもお互いに相容れないものとなり、運動器医療における職種間のコミュニケーションをさらに難解なものにしている¹²⁾。

今後は運動器医療に関する各職種間の連携をどのようにとっていくかが行政を含めた社会的かつ倫理的な課題であろうが、現時点では解決への糸口は難しい。そのため運動器医療に携わる者は人間科学的思考に立ち、個々に柔軟なコミュニケーションによる対応が必要であると考えている。

9. バイオエシックスとコミュニケーション

そもそも医療行為を支えてきたのはコミュニケーションであった。インフォームドコンセントは従来からムンテラ（ムントセラピー、すなわち口による治療という意味の和製ドイツ語）と呼ばれるくらいであり、コミュニケーションする力が重要視されてきた。しかし一方で、旧来の医療概念ではパターンリズムが存在し、医療の不可侵性という側面があったため、実際に起きたコミュニケーション・エラーは目立たなかったといえる。しかし近年はバイオエシックスという考え方が確立し

ている。これは患者—医療者間の十分なコミュニケーションの上に成り立つものであり、これを含めて考えなければならない。バイオエシックスと医療コミュニケーションは独立していないのである。

さらに人間の考え方の多様性や電子媒体の進歩によりコミュニケーションが稀薄になっていることが倫理的にも危惧される。運動器医療では治療の標準化より個人のニーズに合わせた診療内容が主であり、かつ治療のエビデンスも少ないため同じ病名であっても多様な治療の選択肢がある。従って、患者—医療者間の十分なコミュニケーションを土台として、バイオエシックスの遂行に努めなければならない。

10. まとめ

運動器医療においてもバイオエシックスという考え方は確立しているが、それに対する患者・家族の理解には差があるため、コミュニケーション・エラーが生じやすい。すなわちバイオエシックスの遂行は良好なコミュニケーションを前提にしなければならないことを理解するべきであり、そこに問題点が生じるのであれば、医療者はまずコミュニケーションの改善から努めなくてはならない。

（本稿は筆者が平成20年度から5年間にわたり富山大学附属病院新人職員研修会・「医の倫理」の講演に使用した資料をもとに運動器医療について臨床倫理的に再考したものである。また整形外科医療に関する記述は富山大学医学部・運動器・整形外科科学講座ならびに本学附属病院での臨床経験をもとに加筆記載した。）

参考文献

- 1) 香川知晶：バイオエシックスの誕生。バイオエシックス入門（第2版）。今井道夫・香川知晶編。東信堂、東京、pp4-23, 1995.
- 2) 山崎典郎：整形外科と医事紛争。日本整形外科学会広報室編。金原出版、東京、pp5-26, 2003.
- 3) 嵯峨崎泰子、南雲吉則：先生、別の医者を紹介してください！ 日本文芸社、東京、2006.

- 4) 斎藤隆雄, 神山有史: 生命倫理学講義. 日本評論社, 東京, 1998.
- 5) 辻陽雄: 医と看護の根元を考える. 富山医科薬科大学, 富山, 1997.
- 6) 辻陽雄: 医学・医療概論の栞. 富山医科薬科大学, 富山, 1998.
- 7) 金森昌彦: 運動器人間科学入門—よりよく生きるための「からだ」と「こころ」の調和. 新生出版, 東京, 120-137, 2009.
- 8) 金森昌彦編集: 部位別・体位別・整形外科手術看護. 南江堂, 東京, 2007.
- 9) Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2001) Principles of Biomedical Ethics, 5th ed., Oxford U.P. (永安幸正・立木教夫監訳: 生命医学倫理 (原書第3版). 成文堂, 東京, 1997.
- 10) Jonsen, A., R., Sielger, M., Winslade, W.J., (2002) Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine, 5th ed., McGraw-Hill/ Appleton & Lange. (赤林朗・大井玄問訳: 臨床倫理学 (原書第3版), 新興医学出版社, 東京, 1997.
- 11) 金森昌彦: 東西文化の生活様式からみた運動器の健康と人間科学, 富山大学看護学会誌, 11: 1-7, 2011.
- 12) 日本臨床整形外科学会: 整形外科医の声. 整形外科医療の周辺問題資料集 3: 687-750, 2011.