

作業療法における倫理的課題

— 外来慢性期患者への実践から —

吉川 ひろみ*1

Ethical issues in occupational therapy : outpatient care for chronic hemiplegic patients

Hiromi YOSHIKAWA

Abstract

Sixty-one of 100 occupational therapists were surveyed about whether they felt frustrated or not in treating outpatients with chronic hemiplegia, and, if so, why. Seventy-percent of the respondents reported some frustration. Their major frustration occurred when the treatment occupational therapists thought the best was different from the treatment patients wanted to receive. This frustration would result in dilemmas if the different opinions of the therapist and patient were made apparent through the process of informed consent. The problems that rehabilitation teams face with informed consent are discussed in this paper. These problems are related to the process of decision-making as a team which includes many kinds of professionals, different needs from clients and care-givers, low competency of clients, and the patient's lack of acceptance of his/her disabilities. Ethical considerations have rarely been discussed using actual rehabilitation cases in Japan. Knowing that dilemmas actually happen in daily practice is the first step for starting a discussion of ethical issues in occupational therapy.

Key Words : occupational therapy, ethics, chronic hemiplegia, outpatient, team care
作業療法, 倫理, 慢性期片麻痺, 外来患者, チーム医療

緒言

日本の作業療法および理学療法の分野で倫理的課題について論じられたのは、1975年の雑誌『理学療法と作業療法』（現『作業療法ジャーナル』、『理学療法ジャーナル』）で「PT・OTにおける管理・運営・倫理」と題した特集が最初であろう。その後、1979年に日本理学療法士協会が倫理規定を、1986年には日本作業療法士協会も倫理綱領を定めた¹⁾。続いて、1990年には雑誌『総合リハビリテーション』で「リハビリテーション医療と倫理」と題した特集があり、1991年には雑誌『作業療法ジャーナル』で「エシックスと作業療法」という特集があった。

世界作業療法士連盟が、1974年に会員国に対して倫理綱領の有無を調査した結果、12カ国中4カ国（オーストラリア、カナダ、イギリス、アメリカ）が独自の倫理綱領を持っていた²⁾。現

在の世界作業療法士連盟の倫理綱領は1978年に定められ、1990年に改訂されている³⁾。アメリカ作業療法協会では4回の改訂を経て1994年に最新の倫理綱領が作られている⁴⁾。1988年には雑誌『American Journal of Occupational Therapy』で倫理に関する特集があり、作業療法における倫理的ディレンマの分析⁵⁾、作業療法課程を持つ大学における倫理教育を紹介する文献^{6,7)}が見られる。

日本の作業療法における倫理的課題は、1975年の特集記事によって関心が芽生え、10年後（1986年）に倫理綱領ができ、その5年後に専門誌で特集が組まれたことで、関心が持続していると推測される。しかし、1990年の調査では日本作業療法士協会の倫理綱領の存在を知っている会員は半数であり³⁾、関心が高いとは言えない。また、事例検討として倫理的問題に言及

* 1 作業療法学科
Department of Occupational Therapy, Hiroshima Prefectural College of Health and Welfare

している論文はない。一方、アメリカでは、倫理に関する本の冒頭で、ディレンマを生ずる事例を提示し具体性に富んでいる⁸⁻¹⁰⁾。倫理的原則を実際の臨床場面に適応することの重要性を多くの専門家が認めている⁹⁾。

筆者は、昨年、病院に外来通院を続ける慢性期の脳卒中片麻痺患者に対する作業療法サービスを行う作業療法士が抱くフラストレーションについて調査した¹¹⁾。この調査の動機は、これまで筆者と他の作業療法士との会話に、作業療法あるいはリハビリテーションサービスを終了できない症例が度々登場した経験にある。このような場合、作業療法士は、自分の提供しているサービスが対象者にとって本当に利益になっているかという不安がありながら、サービス内容を変更することもままならず漠然としたフラストレーションを感じている。この調査の時点で筆者は、この問題を倫理的課題として意識してはいなかったが、倫理的ディレンマは、唯一の正しい答えのない状況や異なる価値観が衝突する時に生じ、不安や混乱の感情をもたらし、異なる価値観を表面化すると定義されるならば¹²⁾、このフラストレーションは倫理的ディレンマに通ずるかもしれない。本論文では、この作業療法士のフラストレーション調査から、作業療法士が議論しなければならない倫理的課題を導きだすことを目的としたい。

調査の概要

某リハビリテーション病院の外来患者担当の作業療法士4名（作業療法士としての経験年数は4～13年）で、回復期を過ぎた外来片麻痺患者に対する作業療法に対して感じているフラストレーションの理由を話し合い、その結果に基づいて質問紙を作成した。作業療法士養成課程をもつ6校の身体障害系臨床実習施設125カ所から無作為に100カ所を選び、各施設1名の作業療法士に回答を依頼した。質問紙の内容は、1)

外来担当部門の有無、2) 回答した作業療法士の一日あたりの慢性期の外来片麻痺患者数、3) 作業療法士が回復期を過ぎた慢性期の外来片麻痺患者の作業療法サービスにフラストレーションを感じるか否か、4) 感じる場合の理由、5) 作業療法終了の決定者、6) 作業療法終了の理由、7) 慢性期の対象者のための作業療法で必要な事とし、最後に自由意見のための欄を設けた。今回は、作業療法士が感じるフラストレーションから倫理的課題を導くことが目的なので、質問内容の3) フラストレーションの有無と4) その理由についてのみ検討する。

調査結果

100通の内、65通の返答があったが、慢性期の外来片麻痺患者を担当していない回答者を除くと、有効回答は61通だった。

1) フラストレーションの有無

慢性期外来片麻痺患者に対する作業療法にフラストレーションを感じている者は44名(68%)、感じていない者は17名(32%)だった。

2) フラストレーションを感じる理由

筆者が準備した13の選択肢で重複回答を求めた結果を図に示した。フラストレーションの理由は、回答の多かった順に、関節可動域訓練をしても効果がない(45%)、地域参加をすすめるアプローチができない(41%)、対象者の希望が手の運動訓練に限られている(39%)、対象者は病院へ通うことが目的である(39%)、作業療法士が対象者の真の問題を掴んでいないと感じる(34%)、十分なサービスができるだけの作業療法士数がない(34%)、対象者は作業療法士の顔を見たり話すことが目的である(25%)、在宅の対象者の環境をコントロールできない(25%)、十分なサービスをする理論的基盤がない(18%)、このサービスは他職種でも十分に

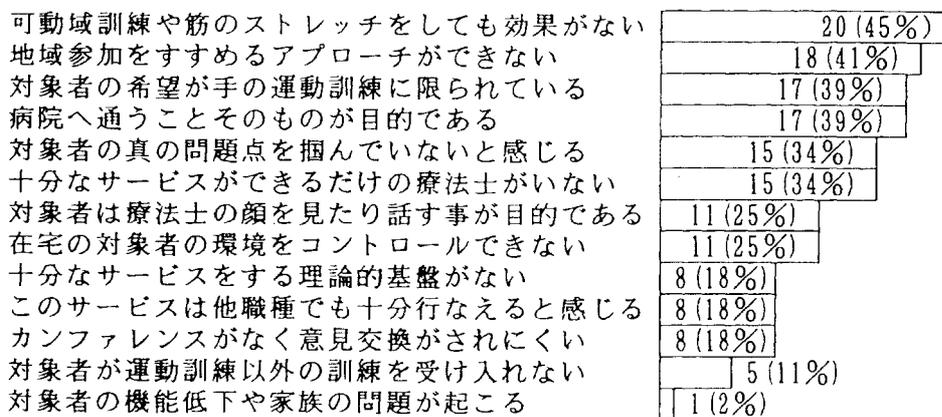


図 フラストレーションを感じる理由

行えると感じる(18%),カンファレンスが無く他職種と意見交換し難い(18%),対象者が運動訓練以外の訓練を受け入れない,作業療法サービスを続けても対象者の機能低下や家族の問題が起こる(2%)だった。自由記載によるその他の理由には,担当患者数の増加,作業療法士と対象者の価値観の不一致,対象者が障害を受容しない,地域資源や生活の質を高める活動の不足などがあった。

考 察

1) フラストレーションと倫理的ディレンマ

この調査では,7割の作業療法士が慢性期の外来片麻痺患者の作業療法にフラストレーションを感じていた。このフラストレーションが,倫理的ディレンマといえるかどうか検証したい。大原によれば,フラストレーションは一般に欲求/要求不満,欲求/要求阻止と訳され,欲求することを禁じられたり,目標を失ったりするときにフラストレーションは生ずる。フラストレーションは日常生活の場面で絶えず生じ,人は適応反応や代償的行動で,これに対処している。また,フラストレーションに耐える能力は発達によって学習,強化されると言う¹³⁾。フラストレーションの基になる欲求または要求が単一であって,その要求が満たされない状態では,これはフラストレーションであってディレンマではない。しかし,複数の要求があり目標を定められないならばディレンマと言えよう。さらに,これらの要求が複数の価値観から由来するもので,唯一の正しい答えが求められないならば倫理的ディレンマと言える。

フラストレーションの理由「地域参加をすすめるアプローチができない」「作業療法士が対象者の真の問題を掴んでいないと感じる」「在宅の対象者の環境をコントロールすることができない」「十分なサービスをする理論的基盤がない」「十分なサービスができるだけの作業療法士数がない」「カンファレンスが無く他職種と意見交換し難い」は,本来提供すべき治療を実施することができない状態で,要求阻止あるいは目標閉塞と考えられ,ディレンマとは言えない。また,「このサービスは他職種でも十分に行えると感じる」は,専門職としてのアイデンティティが不安定な状態を示し,「作業療法サービスを続けても対象者の機能低下や家族の問題が起こる」は,自己の行為が良好な効果を生まないことによる動機の低下を示すものと考えられ,ともにディレンマとは言えない。

最も回答が多かった「関節可動域訓練をしても効果がない」という作業療法士のフラストレーションは,「効果がない訓練を止めたい欲求が阻止されている」という状態ならばフラスト

レーションであってディレンマではない。しかし,「対象者が求める訓練に効果はない,その訓練を対象者の希望に沿って継続すべきか,効果がない訓練など中止すべきか」という意味であればディレンマと言える。また,「対象者の希望が手の運動訓練に限られている」「対象者は病院へ通うことが目的である」「対象者は作業療法士の顔を見たり話すことが目的である」「対象者が運動訓練以外の訓練を受け入れない」は,対象者と作業療法士の要求が異なっている状態である。ここで,作業療法士が「自己の要求を対象者が阻止している」と捉えればフラストレーションであってディレンマではない。しかし,「対象者が望んでいるというだけの理由でその治療を続けることが作業療法士として正しい選択なのか,専門職としては治療プログラムを変更したり,他の選択肢を提示するべきではないのか」と悩んでいるならば,倫理的ディレンマと言えよう。

2) 対象者が求める治療と作業療法士が適切と考える治療が異なる場合

適切なインフォームド・コンセントが行われれば,対象者の価値観も作業療法士の主張も理解された上で特定の治療が決定するので,ディレンマは起こらない。しかし,実際に作業療法場面で明確な形でインフォームド・コンセントが行われることは少ない。1991年に沢が行った調査では,100名中70名の作業療法士の内,67%がインフォームド・コンセントという語を聞いたことがあり,90%が作業療法開始時に口頭で作業療法の説明をしている,と述べているが,どの程度の説明をしているかはわからない¹⁴⁾。筆者の調査でも,インフォームド・コンセントに言及した回答はなかった。星野は,インフォームド・コンセントとは,説明された上で理解納得し,対象者自身が決定した処置を受けることを同意することだと述べている。そして,作業療法士は医師の懐に隠れることなく,自覚をもってインフォームド・コンセントを取るべきであり,作業療法士が対象者に内容の効果,利点,欠点,見通しの説明をしないこと,医師に連絡することなく作業療法士が独断で内容を変更することは改めるべきだと述べている¹⁵⁾。

3) 作業療法におけるインフォームド・コンセント

沢は,作業療法士へのインフォームド・コンセントに関するアンケートから「作業療法士が予後を告知してよいか」という問題を提起した¹⁴⁾。横尾らは,看護婦が直面する倫理的問題について調査し,今日の日本の医療システムでは医療情報の提供が医師によって独占されている

と述べている。インフォームド・コンセントも医師の責任と見なされており、看護婦の役割は確立されていないと言う¹⁶⁾。さらに、リハビリテーション医療では多職種のチームアプローチであるから、1対1を前提としたインフォームド・コンセントは馴染みにくい点が指摘されている¹⁷⁾。リハビリテーションのようなチーム医療では、医師および作業療法士などの専門職の見解を検討、調整した上で対象者に説明することになる。チーム医療におけるインフォームド・コンセントが、どのように行われるかに関しては、作業療法だけの問題ではなく、チーム医療に関わる全ての専門職にとって今後の課題になるだろう。さらに、リハビリテーション医療における意志決定には、対象者と同様に家族などの介護者や親戚が関与し、異なる意志を示す場合も少なくない。サービス受益者側の意志決定過程にも困難がある。

今日は、リハビリテーションにおける意志決定の困難さを指摘した。その困難さは、自律的意志に関わる機能が障害され、同意能力が低下している場合や心理的に障害を受容する過程に至っていない場合にある¹⁸⁾。今回の調査から例をあげれば、関節可動域訓練をする作業療法士は、対象者が期待するほどの効果は得られないことを知っている。心の中では不自由な手足の動き (impairment) は回復しなくても、できる活動を増やしたり (disabilityの軽減)、社会参加 (handicapの克服) を援助したいと考えている。作業療法士が訓練を続けているから、対象者は通院を続け、いつまでも患者役割をとり、社会参加の機会を失っているのではないかという思いもある。しかし、この思いを対象者に告げることは、対象者の回復への期待や治療者に対する「手足の動きの回復のための訓練をする人」という役割期待に背くことになるので黙っている。予後の告知は医師の責任であると考えているし、対象者の同意能力^{18,19)}にも不安がある。また、障害受容の心理過程²⁰⁾に達してから話し合えばよいと考えていると推測される。

4) 作業療法における倫理的課題

人は日常的に倫理的問題に直面しているはずであり、作業療法士も例外ではない。唯一の正しい答えのない状況で、ディレンマを感じるのは当然である¹⁰⁾。しかし、日本の作業療法関連の文献にディレンマという言葉は登場したことがなく、作業療法士自身がディレンマを意識する機会はない。筆者の調査では、作業療法士共通に感ずるであろう心のわだかまりの表現としてフラストレーションという言葉を使った。日本の作業療法士は、何がディレンマなのかかわからない。ディレンマの存在に気づいていても、そ

れをどう表現し、どう対処すべきかわからない。専門職として仕事をする上で、ディレンマは当然起こるものだという認識がない。倫理的知識がない。日常的な具体例の中で倫理を考える機会がない。さらに、筆者の調査で3割の作業療法士がフラストレーションを感じていないと回答したことは、ディレンマがないか、気づかないばかりでなく、ディレンマを話題にすることを嫌う態度が伺われる。たとえば、「フラストレーションを感じることで、作業療法士のわがままだ」という回答者のコメントが示すように、正しい選択があることが当たり前で、それがわからないのは個人の責任にしてしまう。また、問題があるのは当然で仕方がないことだと真の問題を考えることを回避する傾向がある。これは、日本の倫理に関する文献が、事例検討を含まず、具体性を欠いていることと共通する。このような雰囲気は、倫理的原則を日常的に起こっている問題と結びつけることを妨げる。現在の作業療法士にとっては、日常的に起こっている倫理的問題に気づき、倫理的原則を具体的な事例を通して学ぶことが緊急の課題であろうと思われる。

5) 研究の限界

今回行った調査の対象となった作業療法士は臨床実習施設に所属しているもので3年以上の臨床経験がある可能性が高いが、回答はその施設の一人の作業療法士に依頼したので必ずしも作業療法科の責任者が答えているとは限らない。しかし、作業療法養成校が臨床実習施設に認定しているため、作業療法サービスに関してはある程度の質的基準を満たしていると思われる。また、質問紙では、一言も「倫理」という言葉を使っていないので、「フラストレーション」という言葉によって引き出された回答が、倫理的問題と関連するとは断言できない。

結 語

慢性期脳卒中片麻痺の外来患者に対する作業療法で、作業療法士がフラストレーションを感じているか否かとその理由を調査した結果をもとに、作業療法における倫理的課題を考察した。筆者の調査にみられたフラストレーションを感じない場面は、治療内容の決定における治療者と対象者との見解の違いを予感させるものであり、インフォームド・コンセントに関する議論に発展すべき内容であった。さらに、作業療法におけるインフォームド・コンセントを困難にしている原因には、チーム医療における治療者側の意志決定手順の未確立、対象者と介護者の意志の相違、対象者の同意能力の低下、障害受容に至らない対象者の心理過程があると考えら

れる。今回、作業療法士が議論しなければならない倫理的課題のひとつに、インフォームド・コンセントがあることはわかったが、現状では、作業療法士自身が日常起こっているはずのディレンマに気づくことから議論を始める必要があると思われた。

最後に、本論文をまとめるにあたり、多くの示唆をいただいた岡本珠代氏に感謝いたします。

文 献

- 1) 五味重春：医師と関係医療職の倫理に関する教育の現状と問題点—特にPT・OTについて。総合リハ，18：171-174，1990
- 2) 鈴木明子：WFOTの倫理観。理・作療法，9：269-270，1975
- 3) 富岡詔子：作業療法の歴史的背景と理念。日本作業療法士協会，作業療法白書，東京，日本作業療法士協会，1-9，1991
- 4) Commission on standards and ethics: Occupational therapy code of ethics. The American Occupational Therapy Association, 1994
- 5) Hansen, R.A., Kamp, L., et al.: Two practitioner's analyses of occupational therapy practice dilemmas. Amer. J. Occup. Ther., 42: 312-319, 1988
- 6) Haddad, A.M.: Teaching ethical analysis in occupational therapy. Amer. J. Occup. Ther., 42: 300-304, 1988
- 7) Demars, P.A., Fleming, J.D., et al.: Ethics across the occupational therapy curriculum. Amer. J. Occup. Ther., 45: 782-787, 1991
- 8) Callahan, J.C.: Ethical issues in professional life, New York, Oxford Univ. pr., 1988
- 9) Benjamin, M. and Curtis, J.: Ethics in nursing. 1993; 矢次正利, 谷本光夫ほか訳：臨床看護のディレンマ I, 東京, 時空出版, 1995
- 10) Bailey, D.M. and Schwartzberg, S.L.: Ethical and legal dilemmas in occupational therapy. Philadelphia, F.A. Davis, 1995
- 11) 吉川ひろみ, 常本浩美ほか：慢性期の外来片麻痺患者に対する作業療法の問題点。作業療法, 14：特別号；188, 1995
- 12) Hansen, R.A.: Ethics in occupational therapy. Hopkins, H.L., Smith, H.D., Willard and Spackman's Occupational therapy 8th ed., Philadelphia, Lippincott, 19-25, 1993
- 13) 大原健士郎：フラストレーション。心理学事典, 東京, 平凡社, 744, 1981
- 14) 沢俊二, 椿原彰夫：作業療法とインフォームド・コンセント(十分な説明と同意)。OTジャーナル, 25：251-256, 1991
- 15) 星野一正：医療の倫理—今と昔。OTジャーナル, 25：242-245, 1991
- 16) 横尾京子, 片田範子ほか：日本の看護婦が直面する倫理的課題とその反応。日本看護科学会誌, 13：32-37, 1993
- 17) Caplan, A.L.: Informed consent and provider-patient relationships in rehabilitation medicine. Arch. Phys. Med. Rehab., 52: 284-287, 1971
- 18) 今田拓：リハビリテーション医療と倫理。総合リハ, 18：163-165, 1990
- 19) 新美育文：インフォームド・コンセント。千葉医学, 65：325-327, 1986
- 20) Pedretti, L.W.: 身体障害者の心理的側面。Pedretti, L.W. Occupational therapy—practice skills for physical dysfunction 2nd ed., 1985; 小川恵子, 山口昇ほか：身体障害の作業療法 第2版。東京, 協同医書, 17-31, 1988