

# リハビリテーション倫理事例集

吉川ひろみ

県立広島大学 保健福祉学部 作業療法学科

「リハビリテーション専門職のための倫理教育教材の開発と検討」資料

平成 23～25 年度 科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金基盤 研究(C) 一般）  
課題番号 23613007

2013 年 3 月

# 目次

第 1 章 研究の概要	
研究の背景	2
目的	3
方法と結果	3
今後の方針	3
第 2 章 倫理の基本概念	
倫理とは何か	5
倫理的問題の気づき：悩みとディレンマ	6
倫理原則	9
倫理理論	19
その他の倫理概念	24
第 3 章 事例分析の枠組み	
倫理的作業療法実践のためのカナダ枠組み	28
パーティロの 6 段階モデル	30
ジョンセンの 4 分割表	32
附録	
専門職倫理綱領	34
その他の事例	42
用語	48

# 第1章 研究の概要

## 1 研究の背景

### 1) 倫理への関心の低さ

私は作業療法士であるが、倫理学教員退官後の2007年から、「生命倫理学」を担当している。看護学科と作業療法学科では「生命倫理学」は必修科目となっているが、他学科では選択科目である。「生命倫理学」を選択する学生は0~4名と極めて少ない。また、本学では1996年から教員有志による倫理研究会を組織し、4年次のチーム医療福祉演習で使用するためのテキスト<sup>1)</sup>を出版しているが、倫理研究会参加者が増える気配はまったくない。生死に直接関与する医師や看護師に比べ、主にリハビリテーション分野で働く理学療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカーは、生命倫理に対する関心が薄いのではないかと考えられる。しかし、リハビリテーションは他職種が連携して行われるチームアプローチが基本であり、患者の人権への配慮の仕方において生命倫理的思考を共有することは不可欠である。

### 2) 事例を使った倫理教育の有効性

海外では、理学療法士や作業療法士が執筆した倫理をテーマとした書籍が出版されており、重度の身体障害をもつ青年のリハビリテーションサービスの終了時期の検討や、認知症高齢者のケアにおける倫理的問題などが扱われている<sup>2,3)</sup>。Purtilo<sup>2)</sup>による *Ethical Dimensions in the Health Professions* は、第4版であり内容が洗練されてきている。読者が記入しながら読み進めるワークブックの形式となっている。Baileyら<sup>3)</sup>の *Ethical and Legal Dilemmas in Occupational Therapy* は第2版であり、学生、臨床家、管理者といった2種類の読者層を想定した構成となっている。どちらも、米国人には身近な事例を通して、倫理概念を理解し、思考法を学ぶことができる。

本学においては、「ヘルスサポーターマインドの発達支援プログラム」(2007~2009年、文部科学省現代GP選定)の一環として倫理的思考力を高めるための教材<sup>1,4)</sup>を使って教育を行ってきた。身近な事例を多用した生命倫理学習教材<sup>4)</sup>は、学生や親しい教員には好評であるが、それ以上の発展にはつながっていない。選択科目として「生命倫理学」を選択する学生も少なく、毎週開催している学内の倫理研究会の参加者も固定化している。そこで、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカー、医師、看護師、介護士、特別支援学校教員などリハビリテーションに関わる専門職が気軽に学習できる生命倫理教材を開発し、試用を依頼することで、対象者の権利への配慮と正義への関心を高めることができるのではないかと考えたことが本研究の動機である。

### 3) リハビリテーション専門職特有の課題

理学療法士など複数の専門職が関わるリハビリテーションは、障害者の最大限の自立を目標としてきた。そこには、障害者はできる限り健常者のように行動すべきだという前提があるが、多くのリハビリテーションに関わる人々は、その前提に気づいてもおらず、パターンリズムが蔓延している。障害学<sup>5)</sup>の立場からは、障害者の心身機能を健常者に近づけようとするリハビリテーション専門職の努力の正当性が疑問視されている。クライアント中心の実践を進めてきたカナダ作業療法士協会<sup>6)</sup>は、リハビリテーション専門職は障害にしてしまう専門職(*disabling profession*)となることがあると述べている。過去40年余りに渡り、技術中心に発展したリハビリテーション専門職にとって、自律尊重、善行、無加害、正義という倫理原理を知り、自らの実践を振り返るだけでも、当事者にとって質の高いサービスが提供できるようになると考えられる。

本研究の特色は、研究者が作業療法士であり、実践経験を経てから生命倫理学を学んだという点にあると思われる。倫理原理や理論からの思考とは違い、実践で生じる倫理的問題を出発点と

した理解と解釈及び解決法の検討は、実践家が現実に提供しているリハビリテーションサービスの質を問い、質を高めることにつながるものと考えられる。

## 2 目的

本研究の目的は、リハビリテーション専門職のための生命倫理についての教育プログラムを提案し、その効果を明らかにすることである。具体的には、リハビリテーション現場における身近な倫理事例から教材を開発し、専門職養成校や職場において、教材の試用を依頼し、その意見を基に、倫理的に質の高い実践を担保するための組織的取組みについて提言する。

本研究の成果として、日本のリハビリテーションの現場でサービスを行う人々の身近な事例を題材とした倫理学習教材が生まれる。さらに、この教材の使用経験が明らかにされ、リハビリテーション専門職の倫理的実践を支えるためには、どのような体制や取組が必要であることを示すことができると考えられる。現在想定している倫理的実践実現のための枠組みを右図に示す。本研究で作成する教材は、倫理的視点からリハビリテーション専門職の思考と実践の架け橋となる。倫理的問題に気づいている実践者は学習により倫理的感受性がさらに高まるであろうし、倫理的問題に気づかず（教科書に書いてあるから、権威ある先生が言っているから）「よかれと思って」実践している場合でも、段階的に倫理的実践を行えるよう取り組んでいきたい。

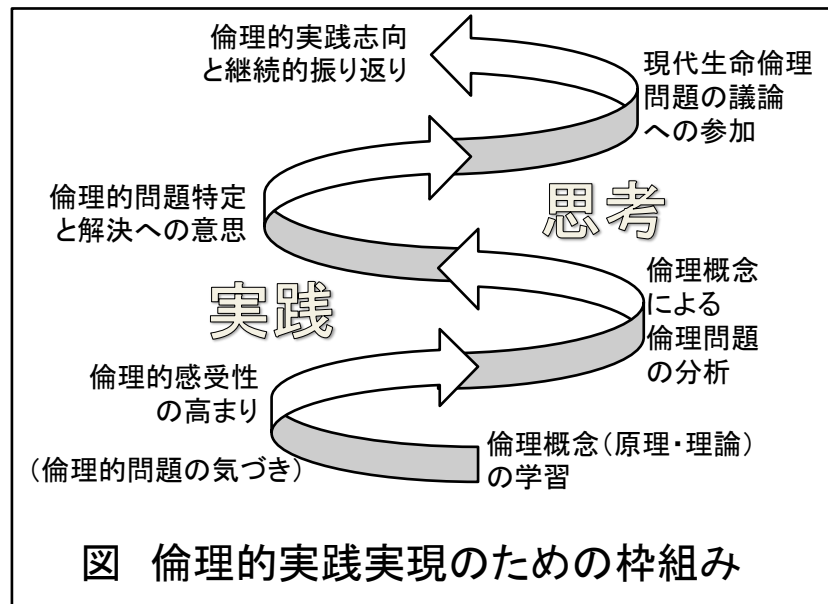


図 倫理的実践実現のための枠組み

## 3 方法と結果

### 1)リハビリテーション専門職に身近な倫理事例の収集と作成

英文献に掲載されている事例を参考に、リハビリテーション専門職にとって身近な事例となるよう改訂し、事例集を作成した。

### 2)実践者の視点の取り入れ

現場のリハビリテーション専門職へのインタビューから、作成した事例の日本での適用可能性を吟味した。さらに、実際事例について聴取し、フィクション化して事例集に追加した。

### 3)倫理的リハビリテーション実践に関心をもつ人々のネットワーク構築

倫理セミナーを開催し、リハビリテーション専門職のための倫理教育について、意見交換を行う。

## 4 今後の方針

事例集を完成させ、卒前卒後の研修での使用を試みる。インターネットを活用し、倫理的リハビリテーション実践のためのネットワークを拡大し、確実なものにしていく。

文献

- 1) 砂屋敷忠, 吉川ひろみ, 岡本珠代, 古山千佳子: 改定増補版 医療・保健専門職の倫理テキスト 悩める医療スタッフと学生のための事例集. 医療科学社, 2007 (初版 2000).
- 2) Purtilo, R: Ethical Dimensions in the Health Professions 4th Edition. Elsevier, Philadelphia, 2005.
- 3) Bailey, DM & Schwartzberg, SL: Ethical and Legal Dilemmas in Occupational Therapy 2nd Edition. FA Davis, Philadelphia, 2003.
- 4) 吉川ひろみ: 保健医療職のための生命倫理ワークブック 本当によいことなのか, もう一度考えてみよう. 三輪書店, 2008.
- 5) 杉野昭博: 障害学—理論形成と射程. 東京大学出版会, 2007.
- 6) Townsend E and Polatajko H: Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision of health, well-being and justice through occupation. CAOT Publication ACE, 2007 (吉川ひろみ, 吉野英子監訳: 続・作業療法の視点. 大学教育出版, 2010).

## 第2章 倫理の基本概念

### 1 倫理とは何か

倫理 (ethics) は、哲学に含まれる学問であり、人間の行動が正しいか間違っているか、どのように判断できるかを定める決め方を探るものである。哲学は古代ギリシア時代から存在し、「知の愛 love of wisdom」を意味する。何が本当で、何が本当ではないか、何が真実で、何が偽りかを説明しようとするものである。哲学は、熱のこもったディベートを通して発展してきたし、主張や対話そのものが哲学である。一方、倫理学では、哲学におけるディベートの結果得られた考えを使っていく。

倫理は、何が正しいか、なぜ正しいかについての議論の仕方を探る学問だが、日常的に「倫理的」というのは正しいことを指す。正しいことが明白な場合は、倫理的な行動も明確になるが、現代の生活においては、何が正しいのか、どちらが正しいのかを決めることが難しい状況がよくある。リハビリテーションにおいても、最大限の身体的機能回復を目指すのか、福祉用具や地域資源を活用して社会参加を目指すのか、どちらが正しいか、なぜ正しいといえるのかを決定するのは容易ではない。

倫理は法律と同じではない。法律は、社会全体に影響を与える行動の正誤について社会的判断を示すものである。法律的には正しいが、倫理的には正しくない、あるいは、その逆がある。法律は、公共の福祉や個人の権利保護に広く関心をもつものに対して、倫理はこうした問題だけでなく、それ以上の個人の義務についてもみていく。

倫理は、人間の性質や人間の活動の性質についてみていくので、ある集団の性質をみていく社会学とは違う。倫理は、ある集団が何を正しいと言い、何を間違っていると言うかを説明することではないが、個人の特定の活動が正しいか間違っているかについて、その個人が所属する集団が、どう考えているかを考慮する。つまり、倫理においては、その時代の公共の信念も重要となる。公共の信念によって、専門職の役割が定義されたり、専門職に対して社会が何を期待するかが決まる。何が正しいか、どうしたら公平になるかを考えるうえで、社会の意見を無視することはできない。

倫理と現代の公共の信念との関係は、社会における継続的な倫理的議論により理解が進んでいく。安楽死、臓器移植、人工受精など倫理的ディレンマについて倫理的議論が行われ続けている。医療におけるリハビリテーションの日数制限、介護保険サービスの適正利用、在宅ケアにおける医療行為、生活保護の不正受給なども、倫理的ディレンマを引き起こしている。こうした問題に対して、社会の慣習により、何らかの答えが出せるかもしれないが、本質的な問題の理解と解決には至らない。倫理的議論により、より論理的な社会のコンセンサスが形成され、その中で問題の本質的理解が進み、個別の状況におけるよりよい解決案が見出されていく。

文献

Garrett, TM, Baillie, HW, & Garrett, RM: Health Care Ethics: Principles and Problems 5<sup>th</sup> edition. Prentice hall, 2009.

## 2 倫理的問題の気づき: 悩みとディレンマ

倫理的問題に気づくときは、倫理的悩み (distress) が生まれるときでもある。

### 事例1 バイク事故の彼

セラピストの Tさんは、19歳の青年 Aさんを担当している。Aさんはバイク事故による頭部外傷で、重度の身体障害と言語障害がある。Tさんは、最近Aさんが自分の名前を前よりもはっきり言えるようになり嬉しい。Aさんのガールフレンドが見舞いに来た。ガールフレンドはリハビリテーション室でAさんを見つけることができなかった。そしてAさんの変わりように驚き、泣き出してしまった。TさんはAさんの最近の進歩をガールフレンドに話したが、泣き続けるばかりだった。Aさんは、「あー」と声をあげたが、彼女を認識しているかどうかはわからない。Tさんは自分のしているセラピーに意味があるのかと悲しくなった。

入院時には、すぐに眠ってしまうような状態だったが、今は起きていられるようになった。初めは声も出なかったが、最近は声を出して何かを伝えようとするようになった。こうした変化は、医学的には喜ばしい変化であり、こうした改善を導いたセラピープログラムは正しいといえるかもしれない。しかし、クライアントや近親者にとって、何が問題で、何を目標とするかは、医学的立場とは異なる。

この事例は、セラピストがクライアントにとって正しいセラピーとは何かという問題に気づいた状況であり、同時に、何が正しいセラピーなのかという悩みが生じた状況である。何が正しいかわからない悩み (図2-1, タイプA) である。

### 事例2 酒好きの同僚

セラピストの Tさんの同僚の Xさんは、毎日のように酒臭い息で出勤している。同僚は長くこの職場に勤めており、他の職員とはよい人間関係を保っている。しかし、よくトイレに行ったり、水を飲んだりするために、患者をリハビリテーション室に置いたままにしている時間が長い。Tさんが上司に話すと、上司は若くて能力のある Tさんに期待しているので、リハビリテーション部門と患者のためにカバーしてほしい、そうすれば、優先的に希望する研修会への参加を認めると言われた。

酒臭い息で勤務することは正しくない。上司は Xさんに対して注意すべきである。同僚もこうした Xさんの行動を許すべきではない。Xさんの行動が改善すれば、Tさんがカバーする必要はない。しかし、Xさんの行動が急に改善するとも思えないので、リハビリテーション部門の評判を落とさないためにも、患者のためにも、Xさん以外の職員がカバーする方がよいかもしれない。Tさんに対する上司からの期待もうれしいような気もする。研修会に優先的に参加できるというのは、なかなか魅力的な提案だ。しかし、これでよいのだろうか。

この事例は、Xさんの行動を改善することが正しいとわかっているのに、それができない悩みである (図2-1, タイプB)。

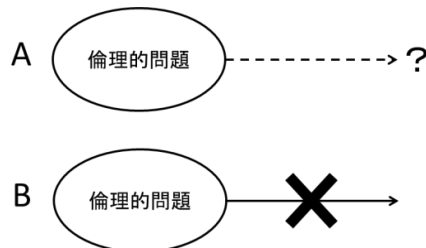


図2-1 倫理的悩み

Aは正しい行動がわからない悩み

Bは正しい行動を行うことができない悩み

**Q あなたは、どんな倫理的悩みを経験したか。**

タイプ A (何が正しいかわからない悩み)	タイプ B (正しいことができない悩み)

倫理的問題が生じている状況では、多くの場合選択できる行動が複数ある。しかし、どれをとっても最良の選択肢だとは考えられないことが多い。こうした状況を倫理的ディレンマ (dilemmas) と呼ぶ。

**事例 3 髪の手入れが好き**

Aさんは車いすを使っており、親戚も友人もいない。孤独な19歳の女性である。長い髪の手入れをすることと読書以外に何も興味を示さない。Aさんは転移性の卵巣がんと診断され、治癒の見込みはない。化学療法で数か月延命できるかもしれないが、患者は衰弱し脱毛が起こる。医師はAさんに診断と化学療法をする場合としない場合の予後を告げ、副作用については詳しく説明しなかった。

化学療法の副作用で脱毛が起こることをAさんが知らない場合、髪が抜けたことで、Aさんは強いショックを受けるだろうが、数か月の延命が期待できる。Aさんに副作用の説明をしたら、Aさんは化学療法を拒否するかもしれない。化学療法が必要ではない患者は退院しなければならないが、適当な転院先がない。患者に十分な説明をすることは治療者側の義務であるし、患者には自分の治療について知る権利がある。しかし、Aさんにとっては、ケアが行き届いている病院での入院生活の方が充実した毎日を送ることができると思われる。転院先の候補となる施設は高齢者が多く、Aさんの話し相手になる人はいないのではないかと思う。副作用は個人差が大きいので、Aさんには脱毛があまり起こらないかもしれない。化学療法についての説明のパンフレットをAさんに渡してあるので、改めて詳しく説明しなくてもよいかもしれない。

髪の手入れをすることが好きなAさんに、副作用の脱毛について詳しく説明することも、説明しないこともできるが、本当に正しいかどうかかわからない状況を、倫理的ディレンマという。

**事例 4 ホテルの清掃**

Aさんは40代の女性で、小学生と中学生の子ども2人と暮らしている。ホテルの清掃の仕事をしており、腰と肩の痛みを訴えて受診した。セラピストのTさんは、Aさんには必要なのは休養と、負担を減らす身体の使い方を学ぶことだと考えた。Aさんは外来リハビリテーションの予約をキャンセルすることが多く、リハビリテーション室に来てはすぐ帰ろうとする。TさんはAさんが忙しいことも、ボディメカニクスは身体の負担は減らしても仕事効率が低下することも理解している。



この事例では、当事者である A さんもディレンマに直面している。経済的には働かなければならないが、自分の健康のことを考えれば受診して治療が必要である。セラピストの T さんもディレンマに直面している。病院のシステムに従えば、予約通り受診しない患者にサービスを提供することはできないが、放っておくことはできない気がする。A さんの生活の改善がリハビリテーションの目的であれば、なんとか A さんに関わる必要があると思う。また、仕事内容と痛みの部位から考えれば、身体に負担の少ない体の動かし方（ボディメカニクス）を指導することになるが、そんな仕事の仕方ではホテルの清掃の仕事に支障が出ることもわかっている。決められた時間に清掃を終了しなければ、解雇されてしまうかもしれない。あるいは仕事仲間の間で悪口を言われるかもしれない。転職した方がよいと思うが、自分がそんなことを言ってもよいものだろうか。ソーシャルワーカーに相談するよう A さんに提案してみようか。その前に主治医に言う必要があるかもしれない。患者は他にも大勢いるのだから、予約をキャンセルしてばかりいる A さんに、それほど関わる必要はないかもしれない。A さんは、特別な関心をもたれるのを嫌がるかもしれない。子どもたちは、母親の状況を知っているのだろうか。A さんの周りには、相談にのったり、援助してくれる人はいないのだろうか。こんなことを考えるのは、余計なお世話なのだろうか・・・。

このように、唯一の正しい正解がない状況においても、より正しい行動は何か、なぜ正しいかを考えることができる。

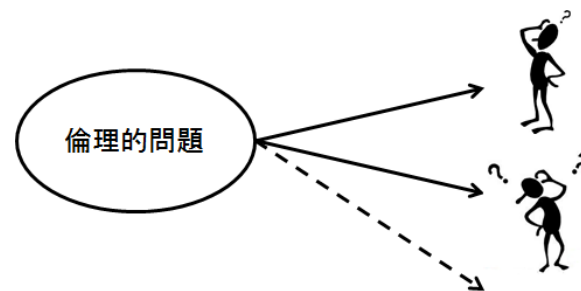


図 2-2 倫理的ディレンマ  
複数の行動の選択肢があるが  
どの行動も最善とは考えられない状況

Q あなたは、どんな倫理的ディレンマを経験したか。

### 3 倫理原則

#### 1) 自律尊重

自律 (autonomy) は、人間がもつ重要な性質である。人間は自分で何が正しいかを判断し、行動することができる存在である。上司や先生など権威者から命令されたことや、法律や制度で決められていることに、単に従うだけではない。個々の状況の中で、その正誤を判断し、自らの判断に基づいて行動する力をもっている。こうした人間の自律を信じるなら、その人の判断や行動を尊重しなければならない。

##### 事例 5 早く退院したい

Aさんは45歳の男性である。2か月前に脳卒中を発症し右片麻痺があり、現在は回復期リハビリテーション病棟に入院している。歩けるように、右手が少しでもうまく使えるようにリハビリテーションに取り組んでいる。Aさんは職場や家族のことを考えるとできるだけ早く退院して仕事をしたいと考えている。しかし、まだまだ回復の見込みがあると言って基本的訓練を続けている治療者に、退院や職場復帰の話を持ち出しにくいと感じている。

社会生活において、自律的に自己決定できる人でも、患者になると自己決定が難しくなる。医療の世界において、専門的な知識と技術をもつ治療者と患者（非対称性）の間で、対等な力関係を維持するのは困難となるからである。いつまで治療を続けるのか、どこまで身体機能を回復させるのかにより、もっとも影響を受けるのは患者であるが、それを決める知識と技術をもっているのは治療者である。実際には、この知識と技術は極めて不確実であり、治療者もいつまで治療を続けるべきか、どこまで身体機能を回復させられるのかわからないのだが、少なくとも患者よりも、多くの知識と技術をもっている。そして、患者は実際以上に治療者が確かな知識と技術をもっていると信じているのである。

入院当初は、早く退院したい、退院してあれもしたい、これもしなければ、と考えている患者も、リハビリテーション室で、多くの脳卒中患者を見て、お互いに話していると、無意識のうちに、「リハビリ」が自分の人生の優先事項のような気がしてくるかもしれない。

患者が「リハビリ」をしたいと言った場合、それは自律的な意思なのだろうか。人間の自律性を重視したドイツの哲学者カントは、理性的判断を伴わない欲求を他律とし、自律とは区別した。つまり、喉が渇いたなどという生物学的欲求は他律 (want to) であり、自律ではないとしたのである。たとえ、損をしても、害を蒙る可能性があっても、他人を助けたり、社会のために行動すること (have to) があるのは、そうすることが正しい、よいことだという判断基準を、人が自分の中にもっているからである。すべての人の自律性を信じるなら、すべての人の自律を尊重する必要がある。

##### 事例 6 死にたい

Aさんは自殺未遂の後遺症で四肢麻痺となった。セラピストのTさんに、死ぬこともできなかった、生きていたくないのに、もう死ぬこともできないと言う。TさんはAさんの話を聞くと気持ちが沈みこんでしまう。同僚はTさんに同情するものの、具体的な支援は何もない。Aさんの家族は、前向きに生きてほしいと言っている。Tさんはどうしてよいかわからない。

セラピストのTさんは、「死にたい」という意思是Aさんの自律的意思ではないと直感的に思っているようだ。障害者の社会参加を阻む社会が、四肢麻痺になることが、生きる価値がないことだという考えを生み出しているのかもしれない。メディアやAさんの周囲の人の考えから、Aさんが「死にたい」と言っているなら、それはAさんの自律的意思ではない。

もし、Aさんが世界的に有名なスポーツ選手だったら、どうだろう。幼い頃から選手として注目され、スポーツ選手以外の自分を想像することもできないなら、スポーツができない自分を、認めることができないかもしれない。あるいは、Aさんの自殺の理由が、自分の不注意から恋人を死なせてしまったとしたらどうだろう。寝ても覚めても後悔だけが湧いてきて、計り知れない苦痛の日々を送っているのかもしれない。

#### 事例7 神の力

Aちゃんは1歳で脳性麻痺と診断された。医師は、正常運動と発達を促進する治療をセラピストから受けることを提案した。しかし、父親は祈りで治してみせると言う。医師の説得により父親は、セラピーを受けることに同意した。父親はセラピストに対し、「私の信じる神とあなたの力との勝負だ」と語った。

宗教的信念も自律に含まれる。エホバの証人の輸血拒否は広く知られている。数十年前までは、輸血すべきだと主張する治療者がおり、現在では、徐々に減っているようだ。患者と同じ信念をもつ治療者から、治療を受けることができるシステムも作られている。

輸血をすれば助かるとわかっているのに、輸血しないということに苦痛を感じる治療者は多い。それは医師が、生物学的な人間の生命を維持するために必要な、知識や技能の教育を受けているからである。

リハビリテーションにおいては、クライアントの最大限の身体機能の回復や、日常生活動作の自立（援助を受けずに身辺動作を行うこと）を目標と考えていた時代があった。1960年代にアメリカの大学生たちが起こした自立生活運動（Independent Living Movement, IL 運動）は、このリハビリテーションの考えに異議を唱えたのである。IL 運動の主張は、「一人で着替えをするのに2時間かかるために仕事に行くことができない障害者よりも、介助してもらって15分で着替えをして仕事に行く障害者の方が自立している」というものだった。この場合の自立（independence）は、自律（autonomy）である。当事者の自己決定の権利を尊重すべきだという訴えである。最近では、「私たちなしで私たちのことを決めないで（Nothing about us without us）」という主張がある。リハビリテーションを含む保健、医療、福祉において、患者本位の治療、当事者主体のサービスは普及しつつある。

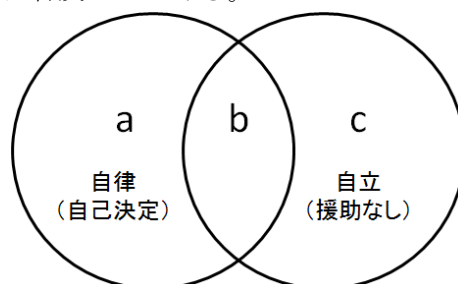


図 2-3 自律と自立  
以前のリハビリテーションの目標は c、  
IL 運動は b を求めた

Q クライアントの自律尊重が行われなかった事例はあるか。

## 2)善行

自分の信じるよい行動をとること，他人を思いやり，相手のために行動することが善行 (beneficence) である。多くの場合，法の順守が善行となるが，法は人間によって作られたものであり，時代の変化とともに改正されていくので，法の順守が善行にならない状況もある。病気を治すこと，障害を軽減することは，善行だと信じられてきたが，そうではない状況もある。一部の臓器の異常が病気と診断された場合，その異常がなくなったからといって，健康になるとは限らない。心身機能，活動，参加，環境との相互関連性を考慮すれば，活動したり参加したりすることが困難な場合，心身機能障害を軽減するよりも，環境を調整した方が，活動や参加が早期に可能となり，高い満足が得られるかもしれない。

### 事例 8 ちぐはぐな行動

Aさんは脳卒中の後，運動麻痺はほとんどみられず退院したが，家族がAさんの行動がちぐはぐなことを心配して病院に連れてきた。Aさんは，自分はまったく問題なく大丈夫だと思っているが，家族がうるさいから病院に来たと言った。セラピストのTさんたちは，Aさんに高次脳機能の検査や心理検査などを行い始めた。Aさんの機嫌がだんだん悪くなり，家族も「これでよくなるのですか」と聞いた。

リハビリテーションでは一般的に，診断名や障害名が決まると，様々な機能について評価する。その評価の一つ一つが，クライアントのために本当に必要なのかどうかを吟味して実施すれば，善行になる。しかし，ルーチン業務として行っていたり，診療報酬を得るために行っているなら，善行ではない。

2001年に世界保健機関 (World Health Organization, WHO) が発表した国際生活機能分類 (ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health) では，障害は，人の心身機能と環境との兼ね合いによって生じると考えている (図 2-4)。ICFは，現代の障害の考え方を反映している。生活機能に障害があるかどうかは，心身機能や身体構造，日常生活における活動，社会生活への参加の状態がどうかをみていく必要がある。さらに，生活機能は，建物，制度，周囲の人々といった環境因子と，個人それぞれの価値観や習慣といった個人因子に影響を受ける。

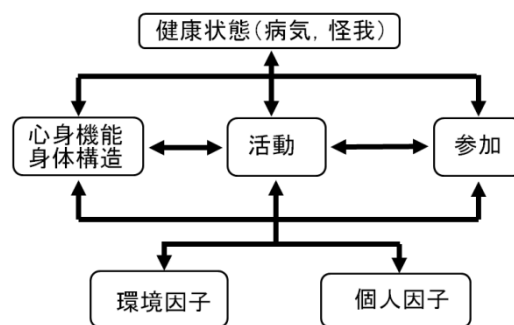


図 2-4 国際生活機能分類(ICF)における項目間の関係

従来のリハビリテーションでは，評価といえば主に心身機能の評価であったが，リハビリテーションの目標を，クライアントが実際に生活する環境で，社会に参加することとするなら，活動，参加，環境の評価が不可欠である。

### 3) 無加害

医療倫理において、病気が治せない（善行ができない）なら、せめて「害を与えるな」と言われてきた。無加害（nonmaleficence）は、紀元前のヒポクラテスの誓いにも含まれる伝統的な倫理原則である。医療事故は害を与えることになってしまう。

#### 事例 9 ホットパック

以前勤務していた病院では、物理療法は助手の仕事だったが、この病院では、セラピストがホットパックや電気治療もしている。セラピストの Tさんは、Aさんのホットパックをセットして、他の患者の運動療法をしていた。その日は新患があつたり、カンファレンスの準備もあつたり、忙しかった。そして、気がついた。Aさんのホットパックは・・・。

まったく悪意がなくても、医療事故は起こる。事故を防ぐためには、人は間違いを起こすものだということを認めた上で、間違いが起こりにくいシステムを作る必要があるといわれている。

#### Q ヒヤリハット事例など、クライアントに害を与えたことはあるか。

薬には、効果と副作用がある。リハビリテーションで行われる介入にも、プラスの影響とマイナスの影響がある。

#### 事例 10 リウマチと認知症

Aさんは関節リウマチではあるが、服薬とリハビリテーションを受けながら自立して生活している。最近認知症早期発見を勧めるテレビ番組を見て、専門医を受診した。年齢に比べると少し記憶力が低いと認知症ではないと言われた。その後認知症予防のための計算ドリルや漢字の書き取りをしている。力を入れて文字を書いたせいか、前より指の関節が痛むようになった気がする。この上認知症になったらと考えると毎日が不安だ。リハビリテーションのセラピストに相談しようと思っている。

この事例では、計算ドリルや漢字の書き取りが、認知症予防にとってはプラスとなるが、関節リウマチにとってはマイナスとなってしまっている。利益と害のバランスを考慮する必要がある。骨折リスクが高いが、歩きたい、動きたいという思いが強いクライアントの場合や、誤嚥のリスクが高いが、食べたい思いが強い場合、利益と害のどちらを重視するかというディレンマが生まれる。また、家族の希望でクライアント本人に予後が伝えられていない場合は、予後を知ることによってクライアントが傷つくという害を避けているのであるが、クライアントが予後を知らないことで、終末期にやりたいことがやれないという害を与えていることになるかもしれない。

**Q 利益と害のバランスを考えた事例はあるか。**

ある時期まで、クライアントにとって利益だったことが、時間が経つことで害に転じる場合もある。

**事例 12 リハビリをがんばりたい**

Aさんは、急性期からリハビリテーションが開始され、回復期リハビリテーション病棟を経て最近退院した。脳卒中発症から6か月が経っていた。介護保険サービスでAさん宅を訪問したセラピストのTさんが、Aさんに何かやってみたいことはないかと聞くと、Aさんはリハビリをがんばりたいと答えた。家族もAさんのリハビリのためなら協力すると言う。Tさんは、Aさんが病院で受身的なリハビリ患者役割を身につけてしまったのではないかと考えている。

2006年の診療報酬制度改定により、疾患別リハビリテーション料の算定日数制限が設けられた。リハビリテーションを継続できない人々が「リハビリ難民」と呼ばれ、害を蒙っているという報道がされていた。しかし、見方を変えれば、心身機能、活動、参加に何の改善も見られないまま、長期間にわたるリハビリテーションサービスの提供は、クライアントを障害者のままにしておく期間を延長させるという害になるかもしれない。リハビリテーションに行く必要があるのに就職できない、障害者の社会参加が進まない、障害者はリハビリテーションしかすることがない、という悪循環に陥る可能性がある。

自分は無加害を考えて行動していたとしても、部門や組織全体として害を与えている場合もある。国家試験に合格した後、専門誌も読まず、研修にも参加せず、時代遅れのリハビリテーションサービスを提供する人たちと同じ職場で働いているなら、クライアントは質の低いサービスを受けるしかない。

**事例 13 無愛想なセラピスト**

セラピストのTさんは、自分のリハビリテーションの内容を患者にわかりやすく説明しようと努力している。患者のAさんは、以前入院した際にはTさんが担当セラピストだった。Aさんは退院後に、外来でリハビリテーションを受けることになった。この病院では、リハビリテーションスタッフは入院と外来で分かれており、Aさんの担当セラピストはXさんである。病院の廊下でTさんがAさんに会った時、Aさんは、Xさんが無愛想で、何の説明もしてくれないと言った。TさんはXさんが患者にも同僚にも評判がよくないことを知っていたが、Xさんは優秀な人だから大丈夫だとAさんに告げた。

Tさんは、同僚のXさんが、コミュニケーションが上手ではないことを知っている。しかし、口先ばかりで治療には不熱心なYさんと比べれば、Xさんはセラピストとしての技能は高いと思う。XさんはAさんの気持ちを知っているのだろうか。知っていたとしても、Xさんは自分のコミュニケーションスキルを向上させようとするだろうか。とりあえず、Tさんを優秀な人だと

言ったので、Aさんは安心したかもしれない。無愛想で説明しないという難点はあるが、優秀なセラピストが自分の担当だと思えば、Aさんの不満は減るのではないか。このように考えると、Tさんは、Aさんへの害を軽減したことになるかもしれない。

害には、身体的苦痛だけでなく、精神的苦痛、社会的苦痛、経済的負担が含まれる。インフォームド・コンセントの普及に伴い、治療者と患者とのコミュニケーションは不可欠なものとなった。医療は病気を治療するのではなく、患者の健康のために行われるのであれば、患者の意向を無視して、何が健康かを特定することはできない。健康とは、身体的、精神的、社会的によい状態（well-being）である（WHO, 1948）ので、どのような状態がよい状態なのかという情報を、患者から得る必要がある。無愛想で説明をしないセラピストからサービスを受けることは、患者にとって精神的苦痛である。これは、XさんとAさんだけの問題ではない。したがって、この病院は組織としてスタッフのコミュニケーションスキルを高めるための研修を行う必要がある。

#### 事例 14 専門家としての発言

Tさんはリハビリテーションセンターで働くセラピストである。友人から友人の息子が筋ジストロフィーであることを聞いた。友人はTさんにリハビリテーションの効果について詳しく聞こうとする。Tさんが主治医でないとわからないと言うと、友人は専門家として知っていることを教えてほしい、息子に会ってほしいと頼んだ。Tさんの行動を抑制しているのは何だろう。

Tさんは、リハビリテーションの効果を期待する友人の期待には、答えられないのではないかと考えているのかもしれない。筋力訓練をしても病気の進行を抑えられるわけでもない。医師ではない自分が医学的知識を伝えることはできない。中途半端な医学的知識が誤解を生むことは多い。友人の息子に会ったとしても、明るい話題が思いつかない。友人も息子もがっかりするような気がする。このように、明らかな害を与えるわけではないが、利益がないと考えられる状況を避けることは多い。

その後、Tさんは筋ジストロフィーについて調べたり、セラピストの友人に話を聞くうちに、友人の息子に会ってみようという気持ちになった。病気が治らないことが、人生の不幸だとはいえないのではないかと、考えるようになったからである。セラピストとしての経験や知識は、障害をもちながら暮らす人々にとって役立つかもしれない。

#### 4) 公正

何が正しいかを、どう判断するかについて、多様な意見がある。障害者だから、男だから、女だから、どこの国籍だから、高齢者だから、などといった自分では選ぶことのできない理由で、不当な差別を受けることは公正（justice）ではないとされている。不当な差別には、治療や教育や就職の機会が与えられないとか、住む場所や配偶者を自由に選べないことが含まれる。

#### 事例 15 人手不足

精神病院に勤務するセラピストのTさんは、スタッフ不足を理由に、医師に処方を見合わせるよう依頼した。医師は、集団療法の人数を増やしたり、スケジュールを工夫して、やりくりするよう求めた。Tさんはサービスの質を低下させても、多くの患者をみることに何の利益があるのだろうと思った。

限られた時間と人材の中で、サービスを必要とする人すべてに提供することはできない。時間を短縮したりしてサービスの質を下げ、より大勢の人に提供するか、上記の事例のように、サービスの質を維持するために、提供する人を少なくするかを選択しなければならない。これは、

配分の問題である。

リハビリテーション専門職が提供するサービスが必要なクライアントのすべてが、サービスを受ける権利がある。しかし、適切な質と量のサービスを提供するための資源が不足している場合、何を基準とすべきだろうか。クライアントによる登録制にするとか、先着順にするなどは、機会平等の例になるかもしれない。一方、クライアント一人当たりがサービスを受ける時間数を決めるとか、クライアントにあるレベルの成果（移動の自立など）が得られるまでサービスを継続するということは、結果平等の例になるかもしれない。

登録制や先着順は、本当に機会平等といえるだろうか。援助者がいたり、アクセス手段をもっている人は、登録において有利な立場になる。最初から不利な立場にいる人は、リハビリテーションサービスについての情報さえ得ることができない。そもそも機会平等は、公正な機会を得ることで、公正な状況が生まれることを期待している。つまり、結果平等が得られなければ、機会を平等にする意味がない。

サービス時間が同等であるとか、自立して移動できるまでサービスを受けられるということは、結果平等といえるだろうか。一人ひとりの個人は別々の人生の目標や生き方がある。したがって、自分が望む生活のために必要なリハビリテーションサービスも多様である。多様性を基盤とした公正のあり方を考えていく必要がある。

#### 事例 16 自分ばかり

セラピストの T さんは英語が得意なので、外国人の患者は T さんの担当になる。しかし、英語を話さない外国人も多い。他のスタッフが休憩している時間も T さんは、中国語など他の言語の勉強をしたり、コミュニケーションのための絵カードなどを作成したりと、仕事をしている。自分ばかりが外国人担当なのは不公平だと上司に訴えると、「君は優秀だから、がんばって」と言われた。

個人の価値観や能力、文化的背景により、人はみな違うと考えると、英語が堪能な人が外国人担当となることは正しいかもしれない。しかし、当事者が負担を感じたり、その他の業務に支障が出るなら、公正とはいえない。リハビリテーションにおいては、そのクライアントがどのような人生を望むかという個人の違いに基づいたプログラムを行う。同様に、リハビリテーションに関わる専門職も、それぞれが自分の望む人生を歩むために、どうしたらよいかを考えることができる。

#### 事例 17 自己負担

T さんはリハビリテーション病院で働くセラピストである。T さんはいつも診療報酬の患者の自己負担分や経済状況を気にしている。自己負担が少ない患者の場合は、最大単位を請求することが多い。それが病院経営にとっても患者にとってもよいことだと思っている。

患者の自己負担が少ないにもかかわらず、病院の収入が増えるということは、誰かが余分に支払っているということである。税金である。国民としての立場に立ったとき、T さんの判断は変わるだろうか。ホームレスの人々を一時的に入院させ、検査や治療をして、再びホームレス生活に戻すという病院がある。



#### 事例 18 経営のためのサービス

Tさんは、訪問リハビリテーションを行っている。クライアントの身近な目標を達成し、短時間で訪問を終了している。事業所の他のスタッフは、どの利用者に対しても、起き上がりや歩行練習を延々と継続している。事業所には、スタッフごとの訪問件数が掲示されている。Tさんの訪問件数は、他のスタッフに比べると少ない。給料は一部歩合制だ。自分の給料のためにも、事業所の経営のためにも、利用者の身体を動かしたり、話し相手になったりするだけの「リハビリ」をするセラピストが減らないのは、仕方がないと思う。

公正の問題には、周囲の人々の態度や制度といった環境が大きく関わる。利用者主体のケアプラン、その人らしさの追求などというスローガンとは裏腹に、どの利用者に対しても、心身機能の維持、障害悪化の予防といった目標が掲げられている。セラピストはリハビリをする人、利用者はリハビリを受ける人という認識が、社会一般に普及している。全人間的復権、完全参加と平等というリハビリテーションの理念とは異なる「リハビリ」では、障害者は分不相応な望みを抱かず、介護者になるべく負担をかけないように生活することを前提にしているようだ。どれほど多くのリハビリテーション患者が「トイレ動作の自立」に励んでいるだろうか。人生の目標が、トイレ動作の自立、介助者負担の軽減、という人がいる社会は、公正な社会だろうか。

#### 事例 19 疾患別リハビリテーション

Aさんは、診療報酬制度の改定で、疾患別にリハビリテーション料を算定できる期間が限定されたことに大いに怒っている。リハビリテーションが必要な患者には、リハビリテーションをすべきだという信念があるからだ。セラピストのTさんもAさんの意見に賛成である。医療保険の後は介護保険で行うとはいえ、リハビリテーションサービスの質が低下することは避けられない。

リハビリテーションは、一度社会から遠ざけられた人が、再び社会の一員となるプロセスである。自分が暮らす地域で、自分の家で、自分の生活を築き上げていくうえで、疾患別に進めることのできるリハビリテーションとは、どのようなものだろうか。最大限の身体機能の回復、最大限の身辺動作の自立をリハビリテーションの目標とした時代は、過ぎ去ったはずである。

心身に障害があったとしても、当たり前な生活をするを、ノーマライゼーションという。学校に通い、就職し、友人と外食するなどが普通の生活だと考えるなら、心身障害を理由に、市街地から遠く離れたリハビリテーションセンターや施設に入所しない。

さまざまな能力の人々が共に暮らすことを、インクルージョンという。年齢も、人種も、能力も多様な人々をすべて包みこむ社会では、誰も排除されることがない。環境や制度や人々の意識がインクルージョンを可能にする。

#### Q 公正に反すると感じた事例はあるか。

## 5)正直さ

正直さ (veracity), つまり「嘘をつかない (telling a lie)」ことは、倫理的行動において重要である。嘘をつかないことは、真実を言うこと (telling truth) と、全く同義ではない。医療現場では、真実を話すことが、クライアントを傷つけると考える場合、治療方針として、クライアントに本当のことを言わないと決める場合がある。

### 事例 20 嘘

Aさんは85歳の女性で、アパートの2階で一人暮らしをしていたが、階段から転落して両下肢を骨折し、入院している。ソーシャルワーカーのTさんは、Aさんの希望通り自宅復帰を目標にしたいと思っていた。しかし、Aさんの娘が、Aさんのアパートを引き払い、自分との同居準備を始めるので、Tさんにも協力してほしいと言った。TさんはAさんを「だますのはよくない」と言ったが、娘は、「それが母にとって一番いいの。母は仕方なく娘と同居することになったっていう理由が一番納得するのよ」と言った。

「嘘も方便」というように、状況によっては嘘をついた方がよいと考える人は多いかもしれない。娘の言うように、Aさんは「まったく娘が勝手に決めちゃって」と言いながらも、案外うれしいかもしれない。自分のためを思っているいろいろな何かをくれる人が世の中にいるということが、自分の居場所を作り、孤独感を減らすかもしれない。しかし、自分の人生は自分で決めたい、娘といえども他人であることには変わりはない、勝手に決めるなんて、私は呆けてはいない、馬鹿にするな、と怒り出す可能性もある。

嘘をつくことがよくないのは、嘘により信頼が失われるからである。失われた信頼を取り戻すことは極めて困難である。長年かけて築いた信頼も、一度の嘘で崩れ落ちてしまう。周りの人が言うことを、嘘かもしれないと思いながら生きていくのは、たいへんである。常に自分で確認しなければならぬし、嘘であった場合の対策を講じなければならない。嘘つきが増えると、人間関係がギスギスするだけでなく、仕事の効率も低下するし、制度も複雑になっていく。

### 事例 21 情報提供を控える

自閉症のAちゃんを担当するセラピストのTさんに、Aちゃんの母親が、2人目の子どもをもつことについて相談した。Tさんは、2人目の子どもも自閉症である可能性はあるが、それは誰でも障害をもつ可能性があるのと同じだと言った。嘘を言ったつもりはないが、きょうだいが自閉症となる確率など詳細な情報はあえて言わなかった。

知っていることすべてを話さないことは、嘘をついているわけではない。エビデンスに基づいた実践では、最新で最良の研究結果を慎重に吟味して、自分の担当患者に適用する。セラピストとしては、自分の領域の最新情報について、常に知っておくよう心がける必要があるが、そのすべての情報をクライアントに提供する必要はないかもしれない。

**Q 右麻痺患者が、右手が使えるようになるかと聞いたとき、どう答えるのが正直だろうか。**

## 6) 誠実さ

誠実さ (fidelity) は、約束を守るということであり、人間関係の基本である。インフォームド・コンセントでクライアントが同意した治療を行うことは、約束を守ることに相当する。書面でやり取りするような明確な約束がなくても、クライアントは暗黙のうちに、セラピストが専門家として行動することを期待している。

### 事例 22 調子に乗って

リハビリテーション科の学生の T さんは、地域の健康祭りで介護予防の体操指導をすることになった。「リハビリ体操」という看板に魅せられて集まった高齢者が、T さんにいろいろな質問をした。T さんが学校で学んだ知識を言うと高齢者が感心するので、T さんは調子に乗って、不確かなことも言ってしまった。「指の体操をすると脳が活発になって脳卒中になりにくい」、「几帳面な人はぼけやすい、いい加減なくらいがよい加減」などと T さんが言うと、高齢者は笑顔になった。

学生であっても、専門的勉強をしていることを知っている人に対して、一般の人々は専門的視点からの発言や行動を期待しているということを、知っておく必要がある。上記の事例の学生は、こうした暗黙の期待に正しくこたえているだろうか、暗黙の期待を利用しているだけなのではないだろうか。自分の行動の正当性を自問することで、より誠実な行動が生まれるかもしれない。

### 事例 23

70 歳の A さんは、施設に入所してから 40 年が過ぎ、身よりが無い。身振りや声を出すことはできるが、言葉でコミュニケーションをとることはできない。最近転倒することが多く、歩行が困難になってきたため、リハビリテーションの開始が指示された。A さんは歩行練習を嫌がり、移動は四つ這いで行っている。セラピストは、A さんが歩行練習をするよう熱心に働きかける意欲がわからない。

セラピストが歩行練習をするというのは、誰との約束であろうか。自分の意思を表明することができないクライアント、クライアントの代理人もいない状況では、自分の仕事は誰との約束を果たすためなのかと考える必要がある。セラピストがこの施設に就職するとき、すべての入所者の最大限の身体的自立を図るよう要請されているなら、施設との約束を果たすために、A さんに歩行練習を進めることになる。あるいは、社会がこの施設に対して、入所者の生活の質の向上を期待しているなら、セラピストが果たす役割は、歩行練習の推進ではないかもしれない。

### Q 専門職として守るべき暗黙の約束とは何か。

## 4 倫理理論

### 1) 結果主義

利益が最大化する決定を正しいとする立場を結果主義 (consequentialism) という。犠牲があっても、それを上回る利益があるような決定が正しいとされるので、功利主義 (utilitarianism) も結果主義に含まれる。

#### 事例 24 転倒を報告しない

セラピストの Tさんは、病棟のベッドから車いすへの移乗を介助している時、車いすが動いてしまい、Aさんの臀部が床に落ちてしまった。Aさんは「大丈夫です」と言った。Tさんは、「念のため今日のリハビリはお休みにしましょう、何かあったらすぐに看護師に言ってください」と言って、リハビリテーション室へ戻った。近くで他の患者を見ていたセラピストの Xさんは、TさんとAさんの様子を見ていたが何も言わなかった。その後、TさんとXさんは、Aさんの転倒について黙っていることに決めた。

ヒヤリハット事例を報告するように言われてはいるが、報告すれば自分のミスが顕在化してしまい、組織内での自分の評価が下がってしまうかもしれない。転倒した患者に重篤な症状があれば、報告しなかったり、報告が遅れたりすることは、大きな問題となる。患者は適切な医療を受ける機会を失い、報告しなかったセラピストは罪を負い、病院全体の評判を損なうことにもなる。しかし、Aさんが転倒しても状態の変化が何もなければ、TさんとXさんが報告しないことによる損失はないかもしれない。

#### 事例 25 効果もなければ害もない

デイサービスに勤務するセラピストの Tさんは、ある業者から筋力トレーニング機器のリース契約をした。それからすべての利用者がこの機器を使うことになった。乗り気でない利用者には、この機器の利点を説いた。この機器が効果的だというエビデンスはほとんどなかったが、効果がないというエビデンスもない。

リハビリテーション領域では、明確な効果のある方法は少ないが、やらないよりはやった方がよいだろうというものはある。高齢者に対する筋力向上トレーニングが注目された時代に、筋トレマシンを購入した施設も少なくないだろう。筋力を鍛える効果は年齢には関係ない、貯筋をしようなどというキャッチフレーズも魅力的だ。企業は、新たなビジネスチャンスを得て、高齢者向けの訓練機器を販売する。運動好きの高齢者はトレーニングジムに通う感覚で、デイサービスに通うかもしれない。高齢者は喜ぶし、企業は営業利益が増えるし、セラピストは明確な業務を行うことができる。一時的な結果としてはすべてがプラスにみえる。しかし、筋力トレーニングに励みすぎた高齢者が、膝や腰に痛みを訴え、トレーニング以上の目的のないプログラムに飽きた高齢者が、筋トレマシンを使わなくなり、セラピストは高齢者の生活上の不自由さに個別対応するようになったとしたら、どうだろうか。どの時点で、結果の評価をするかにより、判断は異なることになる。

## 2) 義務論

義務論 (deontologism theory) では、行動の動機を重視する。よい志で行われたなら、よい行為となる。

### 事例 26 黙ってられない

セラピストの Tさんは2か月前から介護老人福祉施設に勤務している。入所している高齢者の多くがよく怪我をしていることに気づいた。職員による高齢者虐待があるのではないかと思い、上司に相談した。上司は職員のストレスを緩和するよう努力するので、このことについて口外しないようにと言った。

虐待されているかもしれない人を放っておくことはできない。入所者の人権が侵害されている状況を正さなければならない。上司になんと言われても、人として黙っていることなどできない。何らかの行動をとる義務があると考え、行動するのは正しいことだという立場が義務論である。

### 事例 27 よいセラピストとは

セラピストである Xさんは、自分の趣味を生かした治療をしている。自分が編み物に凝っている時は、大勢の患者が編み物をしていた。今はフラワーアレンジを習い始めたようで、華道教室のような風景になりつつある。また、他のセラピストである Zさんは、勉強熱心でよく研修会に参加するが、流行のように治療法が変わる。少し前までは、最新の脳科学研究の結果を治療に応用するのだと意気込んでいたが、最近は東洋医学的治療法に傾倒しているようだ。Tさんは、どちらもエビデンスに基づいた実践ではないと感じているが、エビデンスとなる文献検索の時間も研究論文を読む時間も勤務時間内で保証されていない。信念をもって生き生きと仕事をしている Xさんや Zさんと比べると、自分は鬱々と不全感の中で仕事をしていると思う。

よいセラピストとはどうあるべきか。こうした問いをもち、この問いにこたえる努力を重ねることこそが、向上心を持ち続けることであり、セラピストとしてのあるべき姿だと考えることもできる。

**Q あなたは、結果主義と義務論とどちらの立場をとることが多いか。それは、どんなときか。**

### 3) 徳, 人格に基づく倫理

徳や人格に基づく倫理 (virtue or character-based ethics) というのは、行為そのものではなく、有徳の人が行う行為であれば、皆が正しさを認めることができるという指摘である。

#### 事例 28 人徳

リハビリテーション課長の X さんは、部下からもクライアントからも大変慕われている。X さんが出席する会議では、意見の対立があっても、お互いに理解し合うことができ、参加者は X さんの提案に賛同する。

#### Q 有徳の人の例をあげてみよう。

### 4) 権利に基づく倫理

治療者の指示に従順に従うことが、患者の役割だと考えられた時代があった。現代は、治療について十分に説明を受け、患者自身が自己決定する権利が主張され、権利を行使できることが正しいとされる。民主的で自由な社会では、誰もが基本的人権を認められる。

#### 事例 29 できることはしなければならないのか

セラピストの T さんが担当している患者 A さんは、リハビリテーション室でできることを病棟では行おうとしない。T さんが「できることは普段の生活でもするようにしましょう」と言うと、A さんは「あなたはできることをすべてしているのか。患者を治すためにできることをすべてをしていると言えるのか。治療者として努力することも勉強することもなく、患者に説教をする資格があるのか」と言った。T さんは自信をなくし、同僚の X さんに A さんが言ったことを話した。X さんは「A さんは感情のコントロールができないのよ。症状の一つだと思って気にしない方がいいわよ」と言った

障害者は、特別支援学校に通い、授産所で仕事をし、障害者療護施設で生活するといったように、心身機能障害があるというだけで、どんな人生を送るかが決められてしまうということは、基本的人権が尊重されていないということである。日常生活動作の自立を推進するリハビリテーションの世界では、できることはしなければならないという前提がある。しかし、世の中のほとんどの人はできるけれども、していないことが多く、できそうもないことを、したいと望んでいる。自由で民主的な社会では、自分の生活、自分の人生をどのように過ごすかを自分の意思で自由に決めるという権利が、一定の範囲内では認められている。

現実には、関連する人々の権利を同時には尊重できない場合がある。たとえば、ある人の治療を受ける権利を尊重すると、家族が介護のために、仕事をする権利をあきらめなければならない場合である。権利に基づいて考えると、正しい行為は明確になるが、権利が競合した場合の解決を見出すことができない。

## 5)カズイストリー, 事例に基づく倫理

原則などを設けず、一つ一つの状況に応じて考えていくという立場が、カズイストリー、事例に基づく倫理 (casuistry or case-based ethics) である。

### 事例 30 似てるけど違う

Aさんは要介護5の判定を受けた。Aさんの40歳の息子は仕事をやめ、Aさんと同居し、親の介護をしようとする。親戚は、Aさんの息子に考え直すよう説得している。

Bさんも要介護5の判定を受けた。Bさんの40歳の息子は軽い知的障害があり、近くの工場で働いていた。親戚は、Bさんに工場をやめて、親の介護をしたらどうかと提案している。

上記の事例では、息子の年齢は同じで、仕事をしているのも同じだが、親戚の反応が違う。親戚の反応を変えているものは何か。息子の将来性、親子関係、親の状態、経済状態など異なる状況であろう。このように、事例ごとに状況を加味して判断すべきだという立場が、カズイストリーあるいは事例に基づく倫理である。

## 6)直感に基づく倫理

倫理原則や倫理理論を知らなくとも、人は直感的に正しいか間違っているかの判断をすることができる。この最初の直感を重視するのが、直感に基づく倫理 (intuitionism-based ethics) である。

### 事例 31 芸術家なら

セラピストのTさんは、認知症と診断された芸術家のAさんを担当した。Aさんは可能性のある治療は全て試してみたいと言い、自分で調べた情報をTさんに見せ、その治療法をするための協力をしてほしいと言った。TさんはAさんのファンであり、Aさんには症状が進まないうちに、できるだけ多くの作品を残してほしいと思った。Aさんの素晴らしさは認知症さえも飲み込み、Aさんの新たな創造性を生み出すのではないかと思う。しかしAさんは、「積極的に治療してほしい、私はけしてあきらめない」と言った。

倫理概念を使って考えることで、最初の直感が裏付けられることもあれば、覆ることもある。

## 7)コールバーグの道徳性発達理論

コールバーグ (Lawrence Kohlberg) は、1970年代に道徳的発達には、3つのレベルと6つの段階があると述べた (表 4-1)。

表 4-1 コールバーグの道徳性発達理論

レベル	段階	主な行動
I 前慣習的	1. 懲罰志向	罰せられることはしない
	2. 快楽志向	自分や他人の欲求のために行動する
II 慣習的	3. よいこ志向	喜ばれ認められることをする、多数派の行動に従う
	4. 権威志向	法律、秩序、権威を重視し、そのルールに従う
III 脱慣習的	5. 社会契約志向	規則に従うかどうかを分析したり、他者との関係で相互に同意できることを行う
	6. 個人的理念に基づく道徳性	全体的、大局的、普遍的な原則を選択して行動する

事例を通して違いをみてみよう。

#### 事例 32 虐待の疑い

特別養護老人ホームに入所しているAさんは、息子の面会の後に痣ができてることがある。全室個室であるため、息子さんが来られる時間は、なるべくスタッフがいる談話室に出ているが、息子さんが部屋へ連れて行ったり、散歩に連れ出すのを拒否することができない。息子が食事介助をする時は、みんなのいる部屋で行ってもらうが、Aさんがあまり食べないと無理やり食べさせようとしてスプーンを押し込んでいる時は、スタッフが声をかけ介助を交替している。スタッフは息子の話を聞こうとしたり、認知症について話をするが、状況は変わらない。暴力を振っている現場をみていないため、疑いつつも、逆に施設スタッフのせいにはかねない息子の言動に、スタッフはどうしてよいかわからない。

スタッフに虐待についての報告義務がある場合、義務を怠ることで罰せられるなら、スタッフは報告する。それは、罰を避けるためであったり（第1段階）、他のスタッフからダメな人だと思われるのが嫌だったり（第2段階）するからである。下手なことを言うと息子に嫌われるから何も言わないとか、出しゃばると上司に目をつけられて面倒だから見て見ぬふりをするというのも、この段階である。これは前慣習的レベルで、自分の快、不快しか考えていない。次の2段階は慣習的レベルで、人と人との関係性を考慮する。職員教育の一環として行われる虐待についての勉強会や、Aさんの事例検討会に参加し、よい職員として振る舞うのは第3段階である。Aさんにとっては大事な息子なのだから、二人の関係を壊すようなことはしたくないというのもこの段階である。職場の方針や上司が決めたルールに従うのは第4段階である。最後の2段階は脱慣習的で、どう行動すべきかを自分で考える。虐待が疑われる場合は、その有無を確認して報告するという規則通りに行動すべきかどうかを考えたり、スタッフ間やAさんの息子とAさんのケアについて情報共有を図り、合意点を見出そうとするのは第5段階である。最後の第6段階は、Aさんへの無加害をどう実現するか、Aさんの望みは何か、Aさんにとってはどうするのがよいかなどを、普遍的な倫理原則を用いて考えて行動する。

#### 8) ケアの倫理

女性教育学者のギリガン（Carol Gilligan）は、コールバーグの道徳性発達理論を、男性的正義の理論であり、他者の気持ちを気遣う女性の道徳的発達を示していないと批判した。Aさんと息子との関係、スタッフ同士の関係を重視して、バランスをとりながら、みんなが争うことなく解決する方法を探るのは、コールバーグの発達段階では第3段階になってしまうが、もっと高いレベルの発達段階であるべきだという主張だった。これはケア（Caring）の倫理である。看護の理論家たちは、ケアリングを看護師の中心的倫理として位置づけた。後述する理学療法士のパーティロも、ケアリング反応をヘルスケア専門職共通の行動ととらえている。

#### Q 倫理理論を使って、他の事例も考えてみよう。



## 5 その他の倫理概念

### 1) インフォームド・コンセント

法的には、治療のインフォームド・コンセントは医師が行い、書面や口頭で説明し、患者は署名によって同意を示す。法的インフォームド・コンセントは、一度で終わることが多いのでイベントモデルといわれる。倫理的には、治療者の説明に患者が質問したり、治療者は患者の理解を確認したりする。そして患者は理解し、納得して、治療を選択したり、拒否したりする。倫理的インフォームド・コンセントは、継続的に対話を通して行われるのでプロセスモデルといわれる。

#### 事例 33 副作用にびっくり

Aくんは11歳で統合失調症と診断されて入院中である。両親は思考を明瞭にするための抗精神薬の投与に同意した。服薬して2か月後、副作用とみられる不随意運動が出現し、Aくんの両親はびっくりした。セラピストが医師に確認すると、副作用の発生頻度は約1%だとわかった。両親はセラピストに、副作用について知らなかったのかと迫った。

セラピストとクライアントの間では、対話を通してプログラムの内容を決めていくことが、インフォームド・コンセントとなる。

研究においてもインフォームド・コンセントは重要である。研究者は、研究の目的や方法、予想される利益や害、研究参加同意の自由、同意撤回の自由などを、研究対象者理解できるように説明しなければならない。そのうえで、研究対象者が同意すれば、研究を行うことができる。ナチスの医師たちが行った人体実験が裁かれた後に発表されたニュールンベルク綱領（1947年）が、現在でも研究倫理の中心となっている。しかし、本人の自由意思がなければ研究対象としてはいけないということになると、子どもや重度の認知障害で同意能力がない人を対象とする研究ができない。そこで、世界医師会はヘルシンキ宣言（1964年）を発表し、改定を重ねている。2002年には文部科学省と厚生労働省が「疫学研究に関する倫理指針」を発表し、その後も厚生労働省が「臨床研究に関する倫理指針」など複数の医学研究に関する指針を発表し、改定を重ねている。

#### 事例 34 研究と診療

セラピストのTさんが勤める病院では、脳卒中患者の長期予後についての研究が行われている。この病院を退院した患者は、10年前から半年ごとに受診し、心身機能や活動・参加について、さまざまな検査を受けている。検査費用は患者が支払っている。Tさんは、職場復帰した人などは検査に来ないので、集まっているデータには、病院に行く以外にすることがない、つまり予後のよくない人のデータが多いのではないかと思う。検査はほとんど患者のためにはなっていないようにも思う。

一度の検査や実験に参加する場合のインフォームド・コンセントに比べ、この事例のように長期に渡る追跡研究の場合、倫理的であろうとするなら、研究参加の継続についてもインフォームド・コンセントが必要である。

### 2) 守秘義務

紀元前に発表されたといわれるヒポクラテスの誓いに、「治療の機会に見聞きしたことや、治療と関係なくとも他人の私生活についてのもらすべきでないことは、他言してはならないとの信念をもって、沈黙を守ります」とある。守秘義務は、専門職に課せられた伝統的な義務である。

### 事例 35 学生の病気

Fさんはセラピスト養成校の教員である。臨床実習を前にして学生のAさんが精神疾患の既往があることを話してきた。学校ではAさんには精神疾患を予測させるエピソードはなかった。Aさんは実習のことを考えると不安なので相談に来たが、臨床実習指導者には事前に既往を知らせてほしくないと言った。しかし、Aさんの実習を指導する予定のTさんが、以前精神疾患のある学生を担当した時にとてみたいへんだったので、実習前に学生の情報を詳しく教えてほしいと言っていたことをFさんは思い出した。

秘密を守ること（confidentiality）は、信頼関係を維持するうえで重要である。FさんはAさんの秘密を守る義務があるが、Aさんが実習を乗り切るためには、こっそりTさんに伝えた方がよいのではないと思う。実習開始後にAさんの状態が悪化したら、Tさんは「事前に教えてほしいと言ったのに」とAさんに不信感を抱くだろう。

### 事例 36 公私混同

セラピストのTさんは生まれ育った地域の病院に勤めているので、患者には知り合いが多い。Tさんは自分の担当患者以外の記録をよく見ている。他のスタッフに注意されると、Tさんは町内行事などで配慮が必要なこともあるので、自分にとっては必要な情報だと言う。

近隣の住民の間には秘密がないという文化もある。家族構成はもちろん、世帯収入がいくらか、病気の家族がいるか、子どもは優秀かなどがわかれば、お互いに助け合うには便利である。援助が必要な状況があるかどうかを予測できるので、頼まれる前に援助を申し出ることができる。しかし、自分のことを知られたくないという人もいるので、プライバシーを守ることが権利となっている。プライバシーとは、他人が当事者について、当事者の許可なくアクセスすることである。のぞきや盗聴もプライバシー権の侵害である。2003年には「個人情報の保護に関する法律」が制定された。

### 3) パターナリズム

よかれと思って、当事者の意思を無視して行動することをパターナリズム（paternalism）という。

### 事例 37 効果的な治療法

Tさんはリハビリテーションセラピストとして中枢神経障害の患者に10年以上関わってきた。最近、健側に手袋をはめるなどして麻痺側を強制的に使用させるCI療法（constraint induced movement therapy）の論文を読み、是非試してみたいと思った。文献ではCI療法の対象者には、発症から5年以上たった患者も含まれていた。Tさんは退院後、時々近況を報告してくれる元患者のAさんに連絡し、麻痺している手が使えるようになるよい治療法を試してみないかと勧めた。Aさんは、Tさんの説明を聞き、1日5時間のCI療法を2週間続けることに同意した。

TさんがAさんに連絡したのは、AさんにとってCI療法がよいと思ったからであれば、パターナリズムである。もしAさんが新しい仕事を始めようと思っていた矢先であったなら、Tさんからの連絡で、人生の方向が変わってしまうかもしれない。「リハビリでお世話になった先生が、自分のために連絡をしてくれるなんて光栄だ」と感じているかもしれない。CI療法のインフォームド・コンセントに際し、Aさんが本当に自己決定したのかどうか、問題である。

#### 4)リバタリアンとコミュニタリアン

どのような社会を理想とするかについて2つの異なる立場がある。一つは当事者の自己決定を重視するリバタリアン (libertarian) であり、もう一つは社会の中で不利な立場にいる人たちのことを考慮し社会全体のありようを考えるコミュニタリアン (communitarian) である。

##### 事例 38 病院は重度障害者の生活の場になりうるか

Aさんは脳性麻痺で重度の身体障害があり、ずっと施設で育った。大学に進学し、介護を受けて自立生活を始めた。就職することはできず、結婚したが離婚した。念願だった子どもをもつことはできなかった。Aさんは、病院で自死することを選んだ。Aさんは、日常生活活動に全介助が必要なので、介助を受けなければ食事をすることができず、餓死する結果となる。Aさんは食事介助を拒否した。しかし、排泄や清拭の介助は受けた。身体機能維持のためのリハビリテーションは拒否したが、エッセイを書き残すなど生活の質を高めるためのリハビリテーションサービスを希望した。病院はAさんの餓死を助ける必要はないと言い、退院に向けたサービスを提供すると言っている。

リバタリアンは、Aさんの決断を支持するだろう。さらに病院側にもどのような治療をするかを決定する権利を認めるかもしれない。コミュニタリアンは、Aさんの辿ってきた人生の中で、障害をもちながら生活することが、いかに困難であったかに注目する。

#### 5)インテグリティ

インテグリティ (integrity) とは、首尾一貫したまとまりのある状態を指し、誠実さとか完全無欠性などと訳される。相手によって態度をころころ変えることがなく、常に自分として発言したり行動することである。臓器移植についての議論でも、インテグリティが損なわれるとして、反対を唱える人もいる。

##### 事例 39 特別扱い

リハビリテーション科長のTさんは、出産や親の介護によるスタッフの休職でとても忙しい。昨日医師に、リハビリテーション科の患者数を減らすために、緊急性の高い患者を優先して処方を出すよう依頼したところだ。今朝出勤すると、ある職員がTさんの友人であるAさんが脳卒中で入院したと教えてくれた。Tさんは医師に、すぐにAさんのリハビリテーション処方を出してほしいと頼みに行こうと思ったが、昨日のことを考えると気が引ける。

Tさんは自分のインテグリティのなさに気付いたのである。

#### 6)オープンマインド

オープンマインド (openmindness) とは、新しいことや馴染みのないことを受け入れていくことである。個人差や多様性に対応し、変化する時代に反応していくためにはオープンマインドが必要である。

##### 事例 40 面倒なことは避ける

地域で暮らす精神科疾患のクライアントが、体調不良で病院を受診した。医師は、検査の必要性があると判断しながら、検査の苦痛に耐えられないだろうと言って検査をしないで退院させた。本人には何も説明がなかった。医師は、重篤な病気が明らかになり、入院することになれば後が大変だと思ったに違いない。

新しいことや馴染みのないことに関わると、いろいろと予想外の面倒が起るかもしれない。予測できない状況に対応する覚悟がなければ、伝統的な古いやり方を続けることになる。

## 7) 忠誠

忠誠 (royalty) とは、誠実 (fidelity) と同様に約束を守ることであり、特に上司、先輩、恩師など目上の人に対する約束を指す。約束には、文書に明示されているものだけでなく、両者による暗黙の了解を含む。

### 事例 41 上司のために

セラピストの T さんは主任の X さんがとても忙しいことを知っている。3 か月ごとにリハビリテーション報告書を記入しなければならないが、X さんは記入しないことが多い。同じ病棟の患者を担当している T さんが、患者の A さんの記録を書こうとした時、前回の報告書を X さんが書いていないことがわかった。T さんは X さんのために、前回の報告書を適当に書いておくことにした。

T さんは、「報告書を適当に書いておく」ことで、嘘をつかないという原則に反した行動をしたが、それは上司に対する忠誠心から行ったのかもしれない。部門としての責任を果たすために、組織の信頼を損なわないために行動することが、T さんに期待されている。

### Q さまざまな倫理概念を使って、いろいろな事例を考えてみよう。

### 第3章 事例分析の枠組み

#### 1 倫理的作業療法実践のためのカナダ枠組み

倫理的作業療法実践のためのカナダ枠組みは、2006年に、カナダの作業療法士 Margaret Brockett と Ron Dick が開発し、カナダ作業療法士協会から出版された。倫理的作業療法実践のためのカナダ枠組みは、作業療法士が自分たちの仕事を、うまく、よく、正しく行う助けとなることを目指して考案された。優秀な作業療法士とは、どんな人だろう、できうる限りのベストを尽くすには何が出来るだろう、と考えるための枠組みである。

この枠組みは、Mary Law 他(1996)による「人(Person) - 環境 (Environment) - 作業 (Occupation)」(PEOモデル)に基づいている。作業遂行は、その人がしたいことや、する必要があることを遂行することを、どのくらいうまくできるかを表す。作業遂行は、人と、その人がする必要がある作業と、それが行われる場面や環境との重なり方によって決まる。各要素は、互いに影響を与えあう。

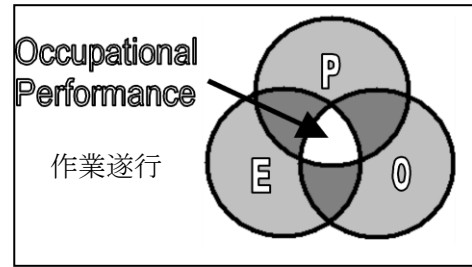


図1 非倫理的実践と倫理的実践

作業療法における PEO モデルでは、P はクライアントである。たとえば「なぜ、この人は自分のしたいことができないのか」と聞いた場合、身体的強さ、認知、モチベーションはどうか(人)、階段があるのか、職場のサポートがないのか、器具を買う財源がないのか(環境)、どのようなやり方をしているか、違うやり方はできないか(作業)を考えると使ってきた。倫理的作業療法実践のためのカナダ枠組みでは、作業療法士自身について PEO 分析をすることから始める。作業療法士が人であり、どんな技能や知識をもっているのか、どんな価値観か、どんな人生で、どんな経験をしてきたか。こうしたことが、どのように患者にアプローチするかに影響を与える。環境についてはどうだろう。作業療法士はどんな規則の下で働いているか、どんな実践場面か、作業療法士がしていることは、どの法によって行われているのか。作業療法士自身がしていること、職務規約は何か、どんな介入を使っているか、求める成果は何か、を分析する。作業療法士にとって、P、E、O の重なり合いは「うまく作業療法をすること」であり「とてもうまく OT をすること」である。この枠組みは、作業療法士と、その状況に関連する人々の PEO 図によって成り立つ。PEO タワーのように、関係者の視点が共有されるようになると倫理的な状況となる。一方、関係者がお互いに気づき合っていない状況で、他の人が何をしたいのか、何を必要があるのかを知らず、他の人の視点を尊重していない場合、PEO がばらばらな状態となり、非倫理的となる。

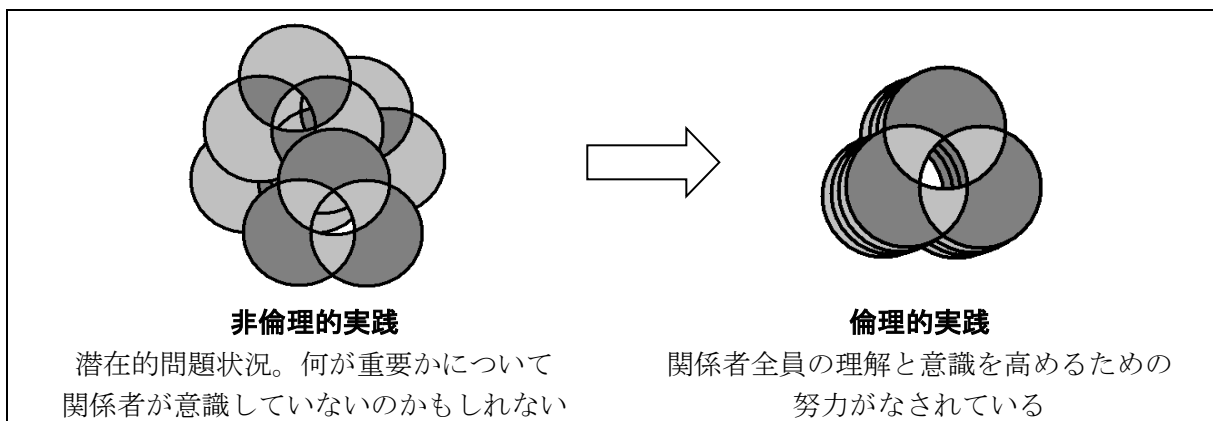


図2 非倫理的実践と倫理的実践

文献

Brockett, M & Dick, R: Canadian Framework for Ethical Occupational Therapy Practice. Canadian Association of Occupational Therapists. Ottawa, 2004.

Dick, R: Canadian Framework for Ethical Occupational Therapy Practice. 2012 年度県立広島大学倫理セミナー資料, 2013.

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D. Rigby, P., & Letts, L.: The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9-23. 1996.

倫理的作業療法実践のためのカナダ枠組みを使って事例を分析してみよう。

事例 42 言うことがばらばら

A さんは 20 歳の大学生で、音楽バンドのリーダーをしており、学生にも教員にもとても人気があった。コンサートの準備の際に階段から転落し、頭部外傷、右上下肢骨折と診断された。急性期からリハビリテーションが積極的に行われたが、事故から 10 か月が過ぎリハビリテーションスタッフの間で、回復の見通しについて意見が分かれた。頭部外傷による運動障害は右側に強く出ており失語症もある。医師は、回復の可能性がある限り病院でのリハビリテーションを続けるという方針を示している。理学療法士は、退院して近隣の施設で、通所や訪問により歩行練習を継続することを提案する。作業療法士は、音楽に関連する作業を通して社会参加する機会を拡大していくためには、入院中から外出したり外部機関と連携すべきだと主張する。言語聴覚士は、緩やかな回復が継続しているので、現状通りの入院治療が望ましいと述べている。ソーシャルワーカーは、友人との関係が疎遠になりつつあることと、両親の障害受容が課題なので、現在のリハビリテーションプログラムを見直すことを提案する。

登場人物一人ひとりの PEO を考えてみる (表 3-1)。

表 3-1 PEO モデルによる分析

登場人物	人 (P)	環境 (E)	作業 (O)
A さん	大学生, 音楽バンドのリーダー, 頭部外傷, 右上下肢骨折	病院, 病院職員, 両親	リハビリテーションサービスを受けている
医師	回復の可能性があれば治療すべき	病院, 患者, 専門職	病院でのリハビリテーション継続
理学療法士	歩行能力に着目	病院, 近隣施設, 患者,	退院して近隣の施設で、通所や訪問により歩行練習を継続
作業療法士	作業に着目	患者, 関連機関	音楽を通しての社会参加機会を得るため外出の練習, 外部機関と連携
言語聴覚士	回復が継続するならば治療すべき	病院, 患者	現状通りの入院治療
ソーシャルワーカー	家族に着目	患者, 両親	両親の障害受容を促進するプログラムを行う
両親	不明	不明	不明

これは、図2の左側「非倫理的実践」に相当する。またAさんの意思も不明である。この状態を倫理的実践にもっていくためには、まずAさんの意思を知る必要があり、そのためにはAさんは意思決定をするために必要な説明を受け、現状を理解する必要がある。Aさんが自律的な判断ができない場合には、両親がAさんに代わって意思決定をすることになる。

## 2 パーティロの6段階モデル

アメリカの理学療法士、ルース・パーティロ (Ruth Purtilo) は、ヘルスケア専門職の特徴的行動をケアリング反応と呼んでいる。そしてケアリング反応の中心は自己尊重 (self-respect) であると述べている。パーティロはジョン・ロールズ (John Rawls) の言葉を引用し、自己尊重は人が豊かに暮らす社会システム全体を導くエネルギーとなる。自己尊重は自分勝手なやり方での、単純な自己満足と混同されているものではない。自己尊重は個人の自尊心と関連してはいるが、個人的な満足だけをいうものではなく、広い社会の状況において、その人の価値を理解することであると述べている。パーティロは、自己尊重があれば、他者をも尊重しようとするであろうと考えている。

ヘルスケア専門職の倫理的意思決定について6段階で説明した (表3-2)。

表3-2 パーティロの6段階モデルによる分析

段階		進め方
1	情報収集	倫理的内容の記述の詳細に注意を払う。
2	倫理的問題のタイプ決定	次の3種の問題のタイプのうち、どれに相当するかを決める。 1. 何が正しいかわからない 2. 正しい行動がわかっても実行できない 3. 自分では自分の行動を決めることができない
3	倫理理論とアプローチを使った問題分析	問題を倫理理論などの概念を使って分析する。 手段と結果を考慮する。 適切な行動を導く原理を使う。 徳が適切な道徳的行為を保証する。
4	実践的代替案の探索	人生経験と創造性を使って、現実に実行可能な選択肢を探る。
5	実行	必要なことを進め解決していく。 勇気が助けとなる。
6	プロセスと結果の評価	道徳的状況と意思決定における自己省察により、実行した行動のプロセスと結果を評価する。 すべての行動はどのようによりよいものといえるか、次回のために学べたことは何かについて吟味する。

文献

Purtilo, R: Ethical Dimensions in the Health Professions 4th edition. Elsevier Saunders, Philadelphia, 2005.

この6段階モデルを使って、事例を分析してみよう。

事例 43 もういいじゃないか

Aさんは30代で、周囲からは美人だと言われている。Aさんは手の怪我をして、手術を受けた。日常生活活動に支障がない程度に回復したが、こぶしを作った時に小指がやや飛び出したままとなり、Aさんはこれをとても気にしている。セラピストが可動域訓練を繰り返しているが、この1か月間はほとんど改善がみられない。セラピストは医師にAさんの治療終了を提案すると、医師もすんなり賛成した。しかし、Aさんは治療の継続を求めた。

表 3-3 パーティロの6段階モデルによる分析例

段階		分析例
1	情報収集	治療の適切性を判断するためには、手術の予後のエビデンスが必要である。また、日常生活活動に支障がないと書かれているが、Aさんの職業や社会参加に及ぼす影響については情報が不足している。
2	倫理的問題のタイプ決定	治療者側と患者の意見が違っており、何が正しいかわからないという問題だと考えられる。また、立場により、自分では自分の行動を決めることができない
3	倫理理論とアプローチを使った問題分析	一方的に治療終了とすることは自律尊重に反しているし、Aさんを悩ませているので無加害にもならない。Aさんより緊急性の高い患者の治療をせずにAさんの治療を継続するのは公正に反する。治療を継続しても効果がなく、結果的にAさんの生活の質が低下するなら結果主義の立場からは治療終了が正しい。治療者として身体機能障害だけをみるのではなく、Aさんの精神的苦痛に対するケアを行うべきだというのは、義務論からの主張となる。
4	実践的代替案の探索	専門職としての実践経験から、Aさんの話を、より深く聞くことで方針を決める。
5	実行	Aさんと共に手の外傷患者の精神的ケアの必要性について、社会に対して訴えていくことになるかもしれない。
6	プロセスと結果の評価	Aさんは身体的外見が精神的健康に与える影響について考えるようになり、リハビリメイクを学び、就職に生かすかもしれない。

第1段階では、できうる限り不足情報を収集する。第2段階では、問題のタイプを決定する。第2章の倫理的悩みの2タイプに加え、「自分では自分の行動を決めることができない」というタイプも含まれる。第3段階では、前述のさまざまな倫理概念を使って考えることができる。できる限り広い範囲で考えることで、行動の選択肢は増える。しかし、現実的に選択できる行動は限られている。そこで、第4段階では、実際に実行できそうなことを考えていくことになる。そして実行し（第5段階）、実行の後で、結果を吟味すること（第6段階）になる。



## 5 ジョンセンの4分割表

アメリカの哲学者、アルバート・ジョンセン (Albert Jonsen) と、医師たちが、臨床で起こる倫理的問題について、4側面から考えることを提案した。4側面とは、医学的適応、患者の意向、QOL、周囲の状況である (表 3-4)。

表 3-4 Jonsen の 4 分割表

医学的適応 (善行・無加害) 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 (futility)	患者の意向 (自律性尊重) 1. 患者さんの判断能力 2. インフォームドコンセント (コミュニケーションと信頼関係) 3. 治療の拒否 4. 事前の意思表示 (リビング・ウィル) 5. 代理決定
QOL (幸福追求) 1. QOL の定義と評価 (身体, 心理, 社会的側面から) 2. 誰がどのような基準で決めるか ・ 偏見の危険 ・ 何が患者にとって最善か 3. QOL に影響を及ぼす因子	周囲の状況 (効用と公正) 1. 家族など他者の利益 2. 守秘義務 3. 経済的側面, 公共の利益 4. 施設の方針, 診療形態, 研究教育 5. 法律, 慣習 6. 宗教 7. その他

医学的治療だけを行う臨床家が、この4分割表に記入することは、医学的適応以外に目を向けさせる。患者の意向とは何か、患者にとってのQOL、幸福とは何か、患者以外の他者や制度や経済面などの周囲の状況について、医療の場では通常ほとんど無視されているか、漠然とした一般論として語られるだけであろう。現実の医療の現場では、次から次へと患者が来て、去っていく。倫理的問題に気づく暇もない。しかし、「この治療が正しいのか」「もっと違うケアができたのではないのか」といった気持ちは、たまっていく。そんな時にこの4分割表を使うことで、状況を整理し、問題を認識することができるかもしれない。

### 文献

白浜雅司のホームページ : <http://square.umin.ac.jp/masashi/>

Jonsen, A, et al: *Clinical Ethics: A practical Approach to Ethical Decisions in Medicine*, 1982.  
 (赤林朗他監訳, 「臨床倫理学 臨床医学における倫理的決定のためのアプローチ」, 1997)

事例 44 痛みと疲れは嫌い

Aさんは35歳の男性で、3年前にクモ膜下出血により、身体障害と認知障害がある。Aさんの婚約者という同年代の女性が付き添って、病院の外来リハビリテーションに通っている。すでにいくつもの病院でリハビリテーションを受けた経験がある。Aさんは痛みが伴うことは非常に嫌がり、すぐに疲れたと言って動かなくなってしまう。婚約者の女性はセラピストに対して、厳しいリハビリで鍛えてほしいと要望する。Aさんには他に親戚や友人はいないようだ。

表 3-4 Jonsen の 4 分割表による分析例

<p>医学的適応（善行・無加害）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>クモ膜下出血による身体障害と認知障害があり、予後不良</li> <li>治療目標は機能維持か？詳細は不明</li> <li>大きな治療効果は期待できないが、治療しないと無活動による機能低下のリスクがある</li> <li>厳しいリハビリで鍛えるのは無益</li> </ol>	<p>患者の意向（自律性尊重）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>患者さんの判断能力は低下している</li> <li>インフォームド・コンセントの詳細は不明</li> <li>痛いこと、疲れることは拒否</li> <li>事前の意思表示はない</li> <li>婚約者が代理決定者</li> </ol>
<p>QOL（幸福追求）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Aさんにとっての高いQOLが何かは不明だが、痛みや疲れなどの身体的苦痛はQOLを低下させる</li> <li>婚約者がAさんのQOLを決めるのか？Aさんにとっての最善とは何か？</li> <li>AさんのQOLに影響を及ぼす因子は何か？</li> </ol>	<p>周囲の状況（効用と公正）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>他に家族や近親者はいるか？</li> <li>守秘義務は守られているか？</li> <li>経済的問題はあるか？公共の利益を損なっていないか？</li> <li>病院の方針は何か？診療報酬制度上の問題はないか？</li> <li>関連する法的問題はあるか？社会的慣習に沿っているか？</li> <li>宗教的問題はあるか？</li> </ol>

Q 本章の枠組みを使って事例分析を試みよう。

## 専門職倫理綱領(あいうえお順)

### 医師

日本医師会が2008年に、改定した医師の職業倫理指針は、次の通りである。

#### 医の倫理綱領

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

### 介護福祉士

日本介護福祉士会が、1995年に制定した倫理綱領は次の通りである。

#### 前文

私たち介護福祉士は、介護福祉ニーズを有するすべての人々が、住み慣れた地域において安心して老いることができ、そして暮らし続けていくことのできる社会の実現を願っています。

そのため、私たち日本介護福祉士会は、一人ひとりの心豊かな暮らしを支える介護福祉の専門職として、ここに倫理綱領を定め、自らの専門的知識・技術及び倫理的自覚をもって最善の介護福祉サービスの提供に努めます。

(利用者本位、自立支援) 介護福祉士はすべての人々の基本的人権を擁護し、一人ひとりの住民が心豊かな暮らしと老後が送れるよう利用者本位の立場から自己決定を最大限尊重し、自立に向けた介護福祉サービスを提供していきます。

(専門的サービスの提供) 介護福祉士は、常に専門的知識・技術の研鑽に励むとともに、豊かな感性と的確な判断力を培い、深い洞察力をもって専門的サービスの提供に努めます。

また、介護福祉士は、介護福祉サービスの質的向上に努め、自己の実施した介護福祉サービスについては、常に専門職としての責任を負います。

(プライバシーの保護) 介護福祉士は、プライバシーを保護するため、職務上知り得た個人の情報を守ります。

(総合的サービスの提供と積極的な連携、協力)

介護福祉士は、利用者に最適なサービスを総合的に提供していくため、福祉、医療、保健その他関連する業務に従事する者と積極的な連携を図り、協力して行動します。

(利用者ニーズの代弁) 介護福祉士は、暮らしを支える視点から利用者の真のニーズを受けとめ、それを代弁していくことも重要な役割であると確認したうえで、考え、行動します。

(地域福祉の推進) 介護福祉士は、地域において生じる介護問題を解決していくために、専門職として常に積極的な態度で住民と接し、介護問題に対する深い理解が得られるよう努めるとともに、その介護力の強化に協力していきます。

(後継者の育成) 介護福祉士は、すべての人々が将来にわたり安心して質の高い介護を受ける権利を享受できるよう、介護福祉士に関する教育水準の向上と後継者の育成に力を注ぎます。

### 看護師

日本看護協会は、2003年に「看護者の倫理綱領」を公表した。なお、ここで看護者とは、看護師・保健師・助産師・准看護師の4職種を総称する呼称として用いられている。

#### 前文

人々は、人間としての尊厳を維持し、健康で幸福であることを願っている。看護は、このような人間の普遍的なニーズに応え、人々の健康な生活の実現に貢献することを使命としている。看護は、あ

あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象とし、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその最期まで、その人らしく生を全うできるように援助を行うことを目的としている。看護師は、看護職の免許によって看護を实践する権限を与えられた者であり、その社会的な責務を果たすため、看護の实践にあたっては、人々の生きる権利、尊厳を保つ権利、敬意のこもった看護を受ける権利、平等な看護を受ける権利などの人権を尊重することが求められる。日本看護協会の『看護者の倫理綱領』は、病院、地域、学校、教育・研究機関、行政機関など、あらゆる場で実践を行う看護師を対象とした行動指針であり、自己の実践を振り返る際の基盤を提供するものである。また、看護の实践について専門職として引き受ける責任の範囲を、社会に対して明示するものである。

## 条文

1. 看護師は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する。
2. 看護師は、国籍、人種・民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的指向、社会的地位、経済的状态、ライフスタイル、健康問題の性質にかかわらず、対象となる人々に平等に看護を提供する。
3. 看護師は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する。
4. 看護師は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する。
5. 看護師は、守秘義務を遵守し、個人情報保護に努めるとともに、これを他者と共有する場合は適切な判断のもとに行う。
6. 看護師は、対象となる人々への看護が阻害されているときや危険にさらされているときは、人々を保護し安全を確保する。
7. 看護師は、自己の責任と能力を的確に認識し、実施した看護について個人としての責任をもつ。
8. 看護師は、常に、個人の責任として継続学習による能力の維持・開発に努める。
9. 看護師は、他の看護師及び保健医療福祉関係者とともに協働して看護を提供する。
10. 看護師は、より質の高い看護を行うために、看護実践、看護管理、看護教育、看護研究の望ましい基準を設定し、実施する。
11. 看護師は、研究や実践を通して、専門的知識・技術の創造と開発に努め、看護学の発展に寄与する。
12. 看護師は、より質の高い看護を行うために、看護師自身の心身の健康の保持増進に努める。
13. 看護師は、社会の人々の信頼を得るように、個人としての品行を常に高く維持する。
14. 看護師は、人々がよりよい健康を獲得していくために、環境の問題について社会と責任を共有する。
15. 看護師は、専門職組織を通じて、看護の質を高めるための制度の確立に参画し、よりよい社会づくりに貢献する。

## 言語聴覚士

日本言語聴覚士協会は次のような倫理綱領を定めている。

### 序文

言語聴覚士は、自らの責任を自覚し、人類愛の精神のもと、全ての人々に奉仕する。

### 倫理規定

#### 1. 言語聴覚士に関する倫理

- ① 言語聴覚士は、関係する分野の知識と技術の習得に常に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
- ② 言語聴覚士は、この職業の専門性と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるよう心掛ける。
- ③ 言語聴覚士は、職務を实践するにあたって、営利を目的とせず、何よりも訓練・指導・援助等を受ける人々の有益性を第一に優先する。

#### 2. 訓練・指導・援助を受ける人々に関する倫理

- ④ 言語聴覚士は、訓練・指導・援助を受ける人々の人格を尊重し、真摯な態度で接するとともに、訓練・指導・援助等の内容について、適切に説明し、信頼が得られるよう努める。

#### 3. 同職種間・関連職種間の関係性に関する倫理

- ⑤ 言語聴覚士は、互いに尊敬の念を抱き、関連職種関係者と協力し、自らの責務を果たすと同時に、後進の育成に尽くす。

#### 4. 言語聴覚士と社会との関係に関する倫理

- ⑥言語聴覚士は、言語聴覚士法に定める職務の実践を通して、社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守及び法秩序の構築に努める。

## 作業療法士

日本作業療法士協会が、1986年に採択した倫理綱領は次の通りである。

1. 作業療法士は、人々の健康を守るため、知識と良心を捧げる。
2. 作業療法士は、知識と技術に関して、つねに最高の水準を保つ。
3. 作業療法士は、個人の人権を尊重し、思想、信条、社会的地位等によって個人を差別することをしない。
4. 作業療法士は、職務上知り得た個人の秘密を守る。
5. 作業療法士は、必要な報告と記録の義務を守る。
6. 作業療法士は、他の職種の人々を尊敬し、協力しあう。
7. 作業療法士は、先人の功績を尊び、よき伝統を守る。
8. 作業療法士は、後輩の育成と教育水準の高揚に努める。
9. 作業療法士は、学術的研鑽及び人格の陶冶をめざして相互に律しあう。
10. 作業療法士は、公共の福祉に寄与する。
11. 作業療法士は、不当な報酬を求めない。
12. 作業療法士は、法と人道にそむく行為をしない。

世界作業療法士連盟が2005年に改訂した倫理綱領は次の通りである。

**個人としての資質：**作業療法士はその職務のあらゆる側面において、高潔(integrity)、信頼(reliability)、率直(open-mindedness)、忠実(loyalty)を行動で示す。

**作業療法サービスを受ける人々に対する責任：**作業療法士は、作業療法を受けるすべての人々に敬意をもって接し、個々人のおかれた状況を尊重する。作業療法士は、人種、肌の色、機能障害、能力障害、国籍、年齢、性差、性的選択、宗教、政治的信条、社会的地位によって、作業療法を受ける人々を差別してはならない。作業療法サービスを提供する際には、作業療法を受ける人々の価値観、意向、および参加能力を必ず考慮する。作業療法を受ける人々の個人情報、その守秘が保証され、いかなる詳細情報も本人の承諾があった場合にのみ伝達される。

**協働の実践における専門職の行為規範：**作業療法士は職種間の協働の必要性を認識し、他職種がそれぞれ独自の貢献をしていることを尊重する。職種間の協働における作業療法士の貢献は、人々の健康と幸福な生活に影響を与える作業遂行に基盤をおくことでなされる。

**専門的知識の発展：**作業療法士は、生涯学習を通して専門職の発展に参画し、習得した知識と技能を専門職としての仕事に応用する際には、入手可能な最良のエビデンスに基づいて行う。

研究に関与する際は、作業療法士は関連する倫理的事項を尊重する。

**推進と発展：**作業療法士は、作業療法専門職全体の向上と発展に尽力する。作業療法士はまた、地方レベル、国レベル、国際レベルで、一般市民・他職種団体・行政機関に対して、作業療法を倫理的に推進・振興するよう努力する。

## ソーシャルワーカー

ソーシャルワーカーの職能団体である(社)日本社会福祉士会、(社)精神保健福祉士会、(社)日本医療福祉協会、日本ソーシャルワーカー協会は、2005年に我が国のソーシャルワーカーに共通のものとして以下の倫理綱領を採択した。

### 前文

われわれソーシャルワーカーは、すべての人が人間としての尊厳を有し、価値ある存在であり、平等であることを深く認識する。われわれは平和を擁護し、人権と社会正義の原理に則り、サービス利用者本位の質の高い福祉サービスの開発と提供に努めることによって、社会福祉の増進とサービス利用者の自己実現を目指す専門職であることを言明する。

われわれは、社会の進展に伴う社会変動が、ともすれば環境破壊及び人間疎外をもたらすことに着目する時、この専門職がこれからの福祉社会にとって不可欠の制度であることを自覚するとともに、専門職ソーシャルワーカーの職責についての一般社会及び市民の理解を深め、その啓発に努める。

われわれは、われわれの加盟する国際ソーシャルワーカー連盟が採択した、次の「ソーシャルワー

クの定義」(2000年7月)を、ソーシャルワーク実践に適用され得るものとして認識し、その実践の拠り所とする。

#### ソーシャルワークの定義

ソーシャルワーク専門職は、人間の福利(ウェルビーイング)の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人々のエンパワーメントと解放を促していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人々がその環境と相互に影響し合う接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークの拠り所とする基盤である。(IFSW.2000.7)

われわれは、ソーシャルワークの知識、技術の専門性と倫理性の維持、向上が専門職の職責であるだけでなく、サービス利用者は勿論、社会全体の利益に密接に関連していることを認識し、本綱領を制定してこれを遵守することを誓約する者に寄り、専門職団体を組織する。

#### 価値と原則

- I. (人間の尊厳) ソーシャルワーカーは、すべての人間を、出自、人種、性別、年齢、身体的精神的状況、宗教的文化的背景、社会的地位、経済状況等の違いにかかわらず、かけがいのない存在として尊重する。
- II. (社会正義) ソーシャルワーカーは、差別、貧困、抑圧、排除、暴力、環境破壊などの無い、自由、平等、共生に基づく社会正義の実現をめざす。
- III. (貢献) ソーシャルワーカーは、人間の尊厳の尊重と社会正義の実現に貢献する。
- IV. (誠実) ソーシャルワーカーは、本倫理綱領に対して常に誠実である。
- V. (専門的力量) ソーシャルワーカーは、専門的力量を発揮し、その専門性を高める。

#### 倫理基準

##### I.利用者に対する倫理責任

1. (利用者との関係) ソーシャルワーカーは、利用者との専門的援助関係を最も大切にし、それを自己の利益のために利用しない。
2. (利用者の利益の最優先) ソーシャルワーカーは、業務の遂行に際して、利用者の利益を最優先に考える。
3. (受容) ソーシャルワーカーは、自らの先入観や偏見を排し、利用者があるがままに受容する。
4. (説明責任) ソーシャルワーカーは、利用者に必要な情報を適切な方法・わかりやすい表現を用いて提供し、利用者の意思を確認する。
5. (利用者の自己決定の尊重) ソーシャルワーカーは、利用者の自己決定を尊重し、利用者がその権利を十分に理解し、活用していけるように援助する。
6. (利用者の意思決定能力への対応) ソーシャルワーカーは、意思決定能力の不十分な利用者に対して、常に最善の方法を用いて利益と権利を擁護する。
7. (プライバシーの尊重) ソーシャルワーカーは、利用者のプライバシーを最大限に尊重し、関係者から情報を得る場合、その利用者から同意を得る。
8. (秘密の保持) ソーシャルワーカーは、利用者や関係者から情報を得る場合、業務上必要な範囲にとどめ、その秘密を保持する。秘密の保持は、業務を退いた後も同様とする。
9. (記録の開示) ソーシャルワーカーは、利用者から記録の開示の要求があった場合、本人に記録を開示する。
10. (情報の共有) ソーシャルワーカーは、利用者の援助のために利用者に関する情報を関係機関・関係職員と共有する場合、その秘密を保持するよう最善の方策を用いる。
11. (性的差別、虐待の禁止) ソーシャルワーカーは、利用者に対して、性別、性的指向等の違いから派生する差別やセクシュアル・ハラスメント、虐待をしない。
12. (権利侵害の防止) ソーシャルワーカーは、利用者を擁護し、あらゆる権利侵害の発生を予防する。

##### II.実践現場における倫理責任

1. (最良の実践を行う責務) ソーシャルワーカーは、実践現場において、最良の業務を遂行するために、自らの専門的知識・技術を惜しみなく発揮する。
2. (他の専門職等との連携・協働) ソーシャルワーカーは、相互の専門性を尊重し、他の専門職等と連携・協働する。
3. (実践現場と綱領の遵守) ソーシャルワーカーは、実践現場との間で倫理上のジレンマが生じるような場合、実践現場が本綱領の原則を尊重し、その基本精神を遵守するようはたらきかける。
4. (業務改善の推進) ソーシャルワーカーは、常に業務を点検し評価を行い、業務改善を推進する。

### Ⅲ.社会に対する倫理責任

1. (ソーシャル・インクルージョン) ソーシャルワーカーは、人々をあらゆる差別、貧困、抑圧、排除、暴力、環境破壊などから護り、包含的な社会を目指すよう努める。
2. (社会への働きかけ) ソーシャルワーカーは、社会に見られる不正義の改善と利用者の問題解決のため、利用者や他の専門職等と連帯し、効果的な方法により社会に働きかける。
3. (国際社会への働きかけ) ソーシャルワーカーは、人権と社会正義に関する国際的問題を解決するため、全世界のソーシャルワーカーと連帯し、国際社会に働きかける。

### Ⅳ.専門職としての倫理責任

1. (専門職の啓発) ソーシャルワーカーは、利用者・他の専門職・市民に専門職としての実践を伝え、社会的信用を高める。
2. (信用失墜行為の禁止) ソーシャルワーカーは、その立場を利用した信用失墜行為を行わない。
3. (社会的信用の保持) ソーシャルワーカーは、他のソーシャルワーカーが専門職業の社会的信用を損なうような場合、本人にその事実を知らせ、必要な対応を促す。
4. (専門職の擁護) ソーシャルワーカーは、不当な批判を受けることがあれば、専門職として連帯し、その立場を擁護する。
5. (専門性の向上) ソーシャルワーカーは、最良の実践を行うために、スーパービジョン、教育・研修に参加し、援助方法の改善と専門性の向上を図る。
6. (教育・訓練・管理における責務) ソーシャルワーカーは、教育・訓練・管理に携わる場合、相手の人権を尊重し、専門職としてのよりよい成長を促す。
7. (調査・研究) ソーシャルワーカーは、すべての調査・研究過程で利用者の人権を尊重し、倫理性を確保する。

## 理学療法士

日本理学療法士協会が、2012年に改訂した倫理規程は次の通りである。

日本理学療法士協会は、本会会員が理学療法士としての使命と職責を自覚し、常に自らを修め、律する基準として、ここに倫理規程を設ける。

### 基本精神

1. 理学療法士は、国籍、人種、民族、宗教、文化、思想、信条、門地、社会的地位、年齢、性別などのいかににかかわらず、平等に接しなければならない。
2. 理学療法士は、国民の保健・医療・福祉のために、自己の知識、技術、経験を社会のために可能な限り提供しなければならない。
3. 理学療法士は、専門職として常に研鑽を積み、理学療法の実践に努めなければならない。
4. 理学療法士は、業務にあたり、誠意と責任をもって接し、自己の最善を尽くさなければならない。
5. 理学療法士は、後進の育成に努力しなければならない。

### 遵守事項

1. 理学療法士は、保健・医療・福祉領域においてその業の目的と責任のうえにたち治療と指導にあたる。
2. 理学療法士は、治療や指導の内容について十分に説明する必要がある。
3. 理学療法士は、他の関連職種と誠実に協力してその責任を果たし、チーム全員に対する信頼を維持する。
4. 理学療法士は、業務上知り得た情報についての秘密を守る。
5. 理学療法士は、企業の営利目的に関与しない。
6. 理学療法士は、その定められた正当な報酬以外の要求をしたり收受しない。

## 臨床心理士

日本臨床心理士会は2009年に改訂した倫理綱領は次の通りである。

### 前文

一般社団法人日本臨床心理士会は、財団法人日本臨床心理士資格認定協会が認定する臨床心理士の職能団体として会員が提供する専門的臨床心理業務の質を保ち、業務の対象となる人々の基本的人権を守り、自己決定権を尊重し、その福祉の増進を目的として倫理綱領を策定する。会員は、上記の目

的にそうよう、専門的職業人であるとともに一人の社会人としての良識を保持するよう努め、その社会的責任及び道義的責任を自覚し、以下の綱領を遵守する義務を負うものである。

### 第1条 基本的倫理（責任）

- 1 会員は、基本的人権を尊重し、人種、宗教、性別、思想及び信条等で人を差別したり、嫌がらせを行ったり、自らの価値観を強制しない。
- 2 会員は、業務遂行に当たって、対象者のプライバシーを尊重し、その自己決定を重んじる。
- 3 会員は、対象者に対する心理査定を含む臨床心理行為を個人的欲求又は利益のために行ってはならない。同時に、対象者が常に最適な条件で心理査定を受けられるように、心理査定用具及びその解説書の取扱いには十分に留意する。
- 4 会員は、自らの知識、能力、資質及び特性並びに自己が抱える葛藤等について十分に自覚した上で、専門家としての業務や活動を行う。
- 5 会員は、心身の健康のバランスを保つとともに、自分自身の個人的な問題が職務に影響を及ぼしやすいことを自覚し、常に自分の状態を把握するよう努める。
- 6 会員は、専門的スキルを高めるために切磋琢磨し、相互の啓発に努め、他の専門家との連携及び協働について配慮し、社会的信頼を高めていくよう努める。
- 7 会員は、臨床心理士の信用を傷つけ、または臨床心理士全体の不名誉となるような行為をしない。
- 8 会員は、各種法規を守り、財団法人日本臨床心理士資格認定協会の定める臨床心理士倫理規定及び臨床心理士倫理綱領並びに関連規定を遵守するとともに、本倫理綱領を含む本会の定款及び関連規程を遵守する。

### 第2条 秘密保持

会員は、会員と対象者との関係は、援助を行う職業的専門家と援助を求める来談者という社会的契約に基づくものであることを自覚し、その関係維持のために以下のことについて留意しなければならない。

- 1 秘密保持：業務上知り得た対象者及び関係者の個人情報及び相談内容については、その内容が自他に危害を加える恐れがある場合又は法による定めがある場合を除き、守秘義務を第一とすること。
- 2 情報開示：個人情報及び相談内容は対象者の同意なしで他者に開示してはならないが、開示せざるを得ない場合については、その条件等を事前に対象者と話し合うよう努めなければならない。また、個人情報及び相談内容が不用意に漏洩されることのないよう、記録の管理保管には最大限の注意を払うこと。
- 3 テープ等の記録：面接や心理査定場面等をテープやビデオ等に記録する場合は、対象者の了解を得た上で行うこと。

### 第3条 対象者との関係

会員は、原則として、対象者との間で、「対象者—専門家」という専門的契約関係以外の関係を持つてはならない。そのために、対象者との関係については以下のことに留意しなければならない。

- 1 対象者等に対して、個人的関係に発展する期待を抱かせるような言動（個人的会食、業務以外の金品の授受、贈答及び交換並びに自らの個人的情報についての過度の開示等）を慎むこと。
- 2 近隣地域に自分以外の臨床心理業務を提供する専門家がおらず、既に知人である人に対して、やむを得ず必要な臨床心理業務を提供せざるを得ない場合には、他の関連する専門家・専門機関を紹介を行うことに加えて、既に社会的関係を有している臨床心理士が臨床心理業務を提供することの問題点についても十分な説明を行った上で、対象者の自己決定を尊重すること。

### 第4条 インフォームド・コンセント

会員は、業務遂行に当たっては、対象者の自己決定を尊重するとともに、業務の透明性を確保するよう努め、以下のことについて留意しなければならない。

- 1 臨床心理業務に関しての契約内容（業務の目的、技法、契約期間及び料金等）について、対象者に理解しやすい方法で十分な説明を行い、その同意が得られるようにする。
- 2 判断能力等から対象者自身が十分な自己決定を行うことができないと判断される場合には、対象者の保護者又は後見人等との間で十分な説明を行い、同意が得られるようにする。ただし、その場合でも、対象者本人に対してできるだけ十分な説明を行う。
- 3 契約内容については、いつでもその見直しの申し出を受け付けることを対象者に伝達しておく。
- 4 自他に危害を与えるおそれがあると判断される場合には、守秘よりも緊急の対応が優先される場合のあることを対象者に伝え、了解が得られないまま緊急の対応を行った場合は、その後も継続して対象者に説明を行うよう努める。



- 5 対象者から、面接の経過及び心理査定結果等の情報開示を求められた場合には、原則としてそれに応じる。
- 6 面接等の業務内容については、その内容を客観的かつ正確に記録しておかなければならない。この記録等については、原則として、対象者との面接等の最終日から5年間保存しておく。
- 7 対象者以外から当該対象者についての援助を依頼された場合は、その目的等について熟考し、必要であれば対象者を含めた関係者との話し合いを行った上で、対象者及び関係者全体の福祉向上にかなうと判断できたときに、援助を行う。

#### **第5条 職能的資質の向上と自覚**

会員は、資格取得後も専門的知識及び技術、最新の研究内容及びその成果並びに職業倫理的問題等について、研鑽を怠らないよう自らの専門家としての資質の向上に努めるとともに、以下のことに留意しなければならない。

- 1 自分自身の専門家としての知識・技術の範囲と限界について深い理解と自覚を持ち、その範囲内のみにおいて専門的活動を行うこと。
- 2 臨床心理業務にかかわる臨床心理援助技法等を業務において使用及び標榜する場合には、その実施に足るだけの研修を既に受けていること。
- 3 心理査定及び心理療法並びに地域援助などの専門的行為を実施するに当たっては、これまでの研究による十分な裏付けのある標準的施行方法により行うことを原則とする。やむを得ず、実験的段階にある方法を用いる必要が生じた際には、対象者に対し、十分な情報提供を行い、同意を得た上で実施すること。
- 4 心理査定の結果及び臨床心理的援助の内容等、会員がその業務において行った事柄に関する情報が、対象者又はそれ以外の人に誤用又は悪用されないよう、細心の注意を払うこと。
- 5 自分自身の専門的知識及び技術を誇張したり、虚偽の情報を他者に提供したりしないこと。
- 6 自分自身の専門的知識及び技術では対応が困難な場合、又はその際の状況等において、やむを得ず援助を中止若しくは中断しなければならない場合には、対象者の益に供するよう、他の適切な専門家や専門機関の情報を対象者に伝え、対象者の自己決定を援助すること。なお、援助の中止等にかかわらず、他機関への紹介は、対象者の状態及び状況に配慮し、対象者の不利益にならないよう留意すること。
- 7 会員が、臨床経験の浅い者に職務を任せるときは、綿密な監督指導をするなど、その経験の浅い者が行う職務内容について自分自身に重大な責任があることを認識していること。

#### **第6条 臨床心理士業務とかかわる営利活動等の企画、運営及び参画**

会員は、臨床心理業務とかかわる営利活動及び各種研修会等を企画、運営及び参画する際には、独善的な意見及び主観的な見解に終始しないように努め、臨床心理士としての公共性と社会的信頼を失しないようにしなければならない。同時に、臨床心理士としての責任を自覚し、以下のことに留意しなければならない。

- 1 個人又は営利団体等の主催する「カウンセラー養成講座」「自己啓発セミナー」などの営利活動の企画、運営及び講師等としての参画に際しては、受講者等が臨床心理士の養成課程と混同するような誤解を生じさせないように努めること。
- 2 テレビ、ラジオの出演又は一般雑誌等への執筆においては、対象者に関する守秘義務はもちろんのこと、対象者の人権と尊厳を傷付けることがないように細心の注意を払うこと。また、心理査定用具並びにその具体的使用法及び解釈法の公開は避けること。

#### **第7条 著作等における事例の公表及び心理査定用具類の取り扱い**

会員は、著書や論文等において事例を公表する場合には、対象者のプライバシーや人権を厳重に保護し、以下のことに留意しなければならない。

- 1 事例を公表する際には、原則として、対象者本人及び必要な場合には、その保護者又は後見人等の同意を得るとともに、対象者等が特定されないような取り上げ方や記述について細心の工夫を行う。
- 2 記述に当たっては、対象者本人及びその家族等の人権や尊厳を傷付けるような表現は厳重に戒める。
- 3 事例における臨床心理援助技法及び活動については、誤解を招く記述は避け、さらに、臨床心理士として用いる援助技法及び援助活動を正確かつ適切に記述する。
- 4 事例の公表は、今後の臨床心理業務又は臨床心理士の活動に有効かつ有益であることが基本的前提である。したがって、その事例の公表は、社会的な意義を有するものであることが第一義であり、営利的活動や業績蓄積が主な目的であってはならない。
- 5 著書及び論文等の公表に際しては、先行研究をよく検討し、それら先行研究を盗用したと誤解されないような記述に努める。

- 6 心理査定に用いられる用具類及び解説書の出版，頒布に際しては，その査定法を適切に使用するための専門的知識及び技能を有しない者が入手又は実施することのないよう，十分に留意しなければならない。また，心理査定用具類は，学術上必要な範囲を超えてみだりに開示しない。

#### **第8条 相互啓発及び倫理違反への対応**

会員は，同じ専門家集団として資質の向上や倫理問題について相互啓発に努め，倫理違反に対しては，以下のとおり対応するとともに，各都道府県臨床心理士会の倫理担当役員及び日本臨床心理士会倫理委員会の調査等に積極的に協力しなければならない。

- 1 臨床心理士として不相当と考えられるような臨床活動や言動に接した時には，当該会員に自覚を促すこと。
- 2 知識，技術，倫理観及び言動等において臨床心理士としての資質に欠ける場合又は資質向上の努力が認められない場合，同様に注意を促すこと。
- 3 上記1及び2を実行しても当該会員に改善がみられない場合，又は上記1及び2の実行が困難な場合には，客観的な事実等を明確にして各都道府県臨床心理士会又は日本臨床心理士会倫理委員会あてに記名にて申し出ること。

## その他の事例

### 安心ベルトは安心か

認知症の 80 歳台の女性 A さんは、見守りがあれば歩行可能である。家族は歩行訓練を強く希望しており、作業療法士の視点からも歩行訓練の必要性を感じたため、主治医に指示を仰いだ。しかし主治医は転倒リスクがあるからという理由で歩行訓練の指示は出さず、さらには安心ベルトを着用させるよう指示した。それに対して家族はしぶしぶ了承した。セラピストは、残存機能があるのにもかかわらず安心ベルトで固定させることで廃用のリスクが高まると思ったが、主治医に対して何も言うことができなかった。

### ゼロよりはまし

精神療養開放病棟に入院している統合失調症（知的障害を合併）の 50 歳台の女性 A さんは、作業療法士や病棟スタッフの声かけがあれば、作業療法室に行き、精神科作業療法の実施時間の規定でもある 2 時間を作業療法室で過ごすことができる。しかしプログラム中は、毎回すぐに眠ってしまったり、トイレのため席を立つことが多く、あまり作業することなく終わってしまう。セラピストは、このような状態では、とても治療効果があるとは思えない。しかし、病院側の利益のことも考え、2 時間参加しているということで診療報酬は請求している。

### 宗教的理由

デイケアで働く T さんの宗教では、豚肉や牛肉を食べることが禁じられている。T さんは利用者の A さんも T さんと同じ宗教であることを知っている。デイケアプログラムで料理をすることになった。T さんは自分と A さんが食べることでできるメニューを提案するつもりだが、他のスタッフの話から、豚汁に決まりそうな気配だ。調理には参加しても、食べなければよいと思うが、不自然な感じがする。事前に宗教のことをスタッフに話した方がよいか、このことを A さんはどう考えるか聞いてみようか考えている。

### 西洋医学と東洋医学

頸髄損傷で四肢麻痺となった A さんが、西洋医学では麻痺を治せないが整体では四肢麻痺を治してくれるから転院すると言った。セラピストが転院を思いとどまるように説得すると、A さんは「この麻痺を治せるんですか」と詰め寄った。

### 怪しげな療法

セラピストは、緩和ケア病棟の A さんの部屋で、巨大な遠赤外線のような機械を見た。「医学ではもう治らないと言われた」と、日中再々がん患部に当てている。なんだか患部がじゅくじゅくしているような気がする。看護師に聞くと、確かに火傷様だとのことだが、看護師も火傷様の皮膚には対応できない。家族と本人は「これは治っている最中だと言われている」と言う。他にも、健康食品や健康器具などが病室のところ狭しにある部屋にも遭遇する。

### 長生きは子どものためにならない？

A ちゃんは 7 歳で、ダウン症と知的障害がある。生まれてからずっと施設で生活している。最近心室中核欠損があることが明らかとなった。医師はこのままだと 30 歳くらいまでしか生きられないと言い、手術を勧めたが、両親は断った。理由はこの国の福祉政策が不十分なため、A ちゃんが長生きしてもよいことがないだろうということだ。施設で A ちゃんに関わっているセラピストは、両親の判断に大いに疑問をもった。

### 家族は長生きを望まない

精神科病院で長期に入院している A 氏は肺ガンであることが判明し、主治医は総合病院に転院して治療することをすすめたが、家族は患者にそれほど長生きして欲しくないと転院を断り、長年入院していた精神科病院で、できる範囲での治療を望んだ。

## 家族が治療を拒否

突然腫瘍が見つかった A さんには、長い間音信不通であった姉がいる。医師が姉に、A さんの手術を勧めるが、姉は「このままでいいです。今でも入院費を代わりに払っているのに、手術代まで払えません」と拒否した。その後姉は、ほとんど面会には来ないで、たまった洗濯物を患者のいない間に取りに来るだけだ。A さんの病状は急速に悪化しているが、姉にはとりつくしまもない。

## 家族の希望

特別養護老人ホームに入所してきた A さんは、95 歳の男性で、認知症がある。歩行可能であるが、転倒もしばしばみられている。家族は「とにかく転倒、骨折などケガがないように穏やかに過ごしてもらいたい。積極的に動かしてもらいたくない。」と言う。セラピストの T さんは、家族に「以前されていた日本画をしてみたいので、道具をもってきてもらえませんか」と言ったが、家族は「何もしないでじっとしてすごさせてもらいたい。危なくないように、じっとさせてほしい。もうこんな高齢ですから・・・」と言うばかりだった。介護スタッフもなるべく寝せておこうとしている。

## 被災地での仕事の継続

突然の大地震と津波による原子力発電所の事故の影響で、市の人口が減り、病院の職員も他県へ引っ越す者が増えている。セラピストの T さんは、残った職員と一緒に病院で仕事を続けている。他県に住む両親は T さんに職場を辞めるよう懇願している。

## 子どもだけじゃない

A さんの子どもは注意欠陥多動性障害と診断された。セラピストの T さんは、A さんから話を聞き、A さんの夫（子どもの父親）も同様の症状があるのではないかと感じた。A さんの夫は、転職を繰り返しており収入が安定しない。T さんは、A さんに夫も受診するよう勧めてよいものか迷っている。

## 事例報告の目的と個人情報保護

セラピストの T さんは、地域のリハビリテーション関連専門職が集まる勉強会で、事例発表をすることになった。T さんは元患者の A さんの事例を選んだ。A さんはすでに退院しており、発表の了解をとることはできない。T さんは個人情報保護のために、年齢や症状を変更しようとしたが、それでは真実が伝わらないと思った。

## 仕事をしない上司

リハビリテーション科のスタッフは、科長である T さんの担当患者の記録を見たことがない。担当患者の振り分けは科長が行っており、カンファレンスでも、科長が担当させた新人や学生が書いた報告書が出されるだけである。科長は記録を書いているのか、スタッフは疑問に思っているが、誰も確認することがない。

## 賄賂

セラピストの T さんは就職して 1 年目に、恩師がリハビリテーション機器業者から賄賂をもらっているという噂を聞いた。在学中に、恩師にご馳走してもらった時に勘定を支払っていたのは業者だったことを思い出した。また、恩師が外国へ研修旅行に行き、「次は君たちも誘おうか、経費は私が交渉しよう」と言っていたことを思い出した。

## 事故の相手

セラピストの T さんが担当している 30 代の女性患者 A さんは、交通事故で骨折と頭部外傷と診断され入院している。夫はアルコール依存症で無職であり、小学生の子どもが二人いる。子どもは A さんの母親が面倒を見ている。事故の相手は運送会社のトラックの運転手で、A さんの医療費と生活費は補償されている。T さんは A さんが故意に症状を重く見せているのではないかと感じたが、それを言うと A さんが不利になると思って黙っている。

## 全部言わない

セラピストの Tさんは、服薬がたびたび中断する精神科の患者から、将来子どもが欲しいが薬は飲んでいて大丈夫か、と聞かれた。Tさんは、妊娠しても主治医と相談しながら服薬は続ける必要があることを伝えたが、抗精神病薬は必ずしも安全ではないことは、その時は触れなかった。

## リハビリテーション科の役割

セラピストの Tさんが勤務する公立病院のリハビリテーション科には、いろいろな科から医師が異動してくる。ある医師はリハビリテーション科では患者が死なないから気が楽だと言い、別の医師はリハビリテーションの専門家であるセラピストが好きのようにやればよいと、仕事に関心がない。患者の多くは慢性障害をもっていて、社会的入院といわれるような人たちである。セラピストたちは、どの患者に対しても、歩行訓練や関節可動域訓練だけをしている。Tさんが同僚の不熱心さを嘆くと、看護師から「リハビリテーションで治ると思っている人はいないから大丈夫よ」と言われた。病院が常に満床になるために、リハビリテーション科は貢献しているようだ。

## 施設適応が目的

ある医師（精神科）から、患者が退院したいと言っているが、退院できる状況ではないので、患者をおとなしくさせるために作業療法をするよう指示された。セラピストの Tさんは、誰のための作業療法プログラムか強く疑問を感じた。作業療法の目的は、患者を病院や施設に順応させるためなのか、高齢者を楽しませることなのか。

## 治療法の効果を示すための治療

セラピストの Tさんが就職した病院のセラピストたちは、特定の治療法をすべての患者に行っている。Tさんが上司にその理由を問うと、この治療法の効果を示すためだと言った。Tさんが、本当に患者のためになっていると言えるのかと問うと、上司は治療法の効果は治療者の技術によって決まるのだから、その治療法をうまく行う技術を高める努力をすることを Tさんに求めた。

## サービスの質と量

精神科作業療法は作業療法士一人で 2 時間 25 人診療報酬が請求できるが、セラピストはそれでは十分な作業療法が行えないと考え、2 時間 10 数人しか作業療法を行わない。しかし、病院からはできるだけ多くの患者を作業療法に参加させるよういわれている。

## 全患者に手が回らない

A 精神科病院では、患者 25 名に対して作業療法士を規定よりも多い 2 名で対応している。それでも援助を特に必要とする患者に対して、つきっきりで対応しなければならない。そのため、他にも関わらなければならない患者がいても、患者に作業を行わせたまま、ほとんど放置しているような状態となる。改善しようにも、病院側は増員は困難だと言い、作業療法の環境やスケジュールの変更も難しい。

## 気が引ける言い訳

50 床ある認知症治療病棟では、国の規程通り、日中は病棟専従の作業療法士 1 名と看護スタッフ十数名で患者さんの対応にあたっている。ある 70 歳台の認知症の女性患者 Aさんは、作業療法士と看護師の区別がつかない。作業療法士の Tさんは、毎日のようにその患者さんに「看護婦さん！」と何度も呼び止められ、同じ内容の話をされる。他のスタッフに対しても同様であるが、他のスタッフはいつものことだからと無視をしていることが多い。Tさんは、毎回同じ対応をするのが面倒だと感じてしまう時もあり、その際は患者さんの方へ行っても「看護婦さんじゃないので、すみませんね」と職種を言い訳にして話を聞かないことがある。

## 社会的入院

セラピストの Tさんが担当する Aさんは 80 歳の女性で身寄りがない。人口透析を受けるための通院がたいへんなので入院している。病棟での生活は自立しており、退院する予定もない。リハビリテーション室に来てもすることがない。

## 臨床家の研究

セラピストの T さんは音楽療法の効果について研究している。T さんは音楽療法の正規の教育を受けてはいないが、音楽が治療的であると信じる気持ちが強いことには自信がある。T さんは、患者を 2 群に分け、実験群にはコーラスや楽器演奏などを行い、対照群には体操を行った。活動後の患者の感想では、実験群で「楽しい」と答えた人が多かった。T さんは音楽療法の効果が証明されたと言い、楽器などの購入を要望した。

## 安直な指導者

学生の T さんは、あるリハビリテーション病院で実習をしている。指導者の X さんは、「ちょっと見ててね」と言っていなくなってしまった。X さんがなかなか戻ってこないままセッションが終了することもある。T さんは患者の記録も書いているし、カンファレンスの報告書も書いている。X さんは T さんを優秀な学生だとほめている。X さんは、A さんという患者に検査をするよう言い残してなくなってしまった。検査の途中で A さんは「面倒くさいから適当に書いておいて」と言った。T さんは、これまでの X さんの記録も正確に記載されているようには思えなかったので、無難な結果を記録した。

## 新しい治療法

T さんが勤務する病院の新任の医師が、ボツリヌス菌から得た成分を注射して痙性のある筋を弛緩させるボツリヌス療法を始めた。T さんの周りには、ボツリヌス菌のような毒を体内に入れることに抵抗を示すスタッフもいる。T さんの友人のセラピストから、脳性麻痺の人で、痙性筋の緊張を利用しながら日常生活を送っていた人が、ボツリヌス療法の後で自立度が低下した例もあると聞いた。また T さんは、筋緊張が低下した結果、介助がしやすくなったという論文も読んだ。ボツリヌス療法の効果は、注射の後長くても半年程度だという。治療は患者にとって、時間的にも経済的にも負担を強いるものである。

## 本当の気持ち

A ちゃんは重度な障害をもって生まれたが、12 歳になり地域の小学校に通っている。現在に至るまで、多くのセラピストやボランティアが関わり、両親も懸命だった。ある日 A ちゃんの母親が、セラピストの T さんに、A ちゃんが日記に「もし私が妊娠して、お腹の子が障害児だとわかったら中絶する」と書いているのを見てしまったと話した。母親は涙ぐみ、T さんも悲しくなった。ふだん明るく振る舞う A ちゃんの本当の心を知らなかったのだと思った。

## 本人の意思は決まっても

A さんは 60 歳台の女性で自宅療養を続けている。A さんは「人工呼吸器をつけない」という強い意思をもっている。家族は本人の気持ちを尊重すると言いながらも、少しでも長く生きてほしいと思っている。A さんの症状の変化が起こるたびに、ケアマネジャーを中心に訪問ケアスタッフが話し合っている。

## 何もしたくない

A さんは人工呼吸器を装着している。現在 80 歳で徐々に衰弱してきている。セラピストの T さんは A さんの活動性を維持するために関わっているが、A さんが「何もしたくない」と、呼吸器を外すことを依頼した。家族は A さんが回復するようすべての治療をしてほしいと言っている。A さんは T さんに、何もしないことを依頼した。

## 不正請求

セラピストの T さんは、病院が不正請求をしているのではないかと疑っている。上司に聞いてみると、どこの病院でもある程度はやっていることだし、この病院がなくなったら患者も不便になるし、自分たちも職場を失うことになると言われた。

## 偽りの勤務実態

セラピストの T さんは非常勤で働いている。その病院では常勤のセラピストがいるはずだが、あまり会わない。T さんは助手と一緒に仕事をすることが多い。ある日 T さんは、事務長から常勤として登録してほしいと依頼された。そして、勤務は今まで通りで構わないと言われた。

## 看護師が来ない

セラピストの T さんは、集団プログラム中に、一人の患者の顔色が悪いことに気づいた。患者を椅子に座らせ、病棟に連絡した。看護師がなかなか来なかった。大勢の患者が集団プログラムに参加しているの、T さんはその患者に関わるができなかった。患者はまだ椅子に座ったままである。

## ひどい職場

セラピストの T さんは、家族の転勤により引っ越し、新しい施設で働き始めた。ここのスタッフの態度はひどい。介助が必要な利用者が困っていても、「がんばってえ」と声をかけながら見ていたり、失語症の利用者には、「あー、いー、うーって言うてみて、上手上手」など子ども扱いをしている。男性利用者の中には、女性スタッフの体に触る人もいるが、スタッフは「やだー、エッチィ」などと笑っている。T さんは、この職場を辞めたいと思ったが、他に家から通える職場はない。

## そのうちに慣れる

セラピストの T さんは、個別ニーズに沿ったセラピーを徹底して行うことをモットーとした病院に3年間勤務した後、地元の病院に異動した。T さんがまず感じたのは、その病院のスタッフの患者に対する態度が横柄だということだった。言葉遣いにも身振りにも患者に対する敬意が感じられない。T さんは、話しやすい同僚に自分の思いを告げると、「そのうち慣れるから」と言われた。

## 行動療法？

看護師長が作業療法に出た患者に褒美としてあめやお菓子を渡していた。

## 虐待の証拠がない

認知症デイケアのセラピスト T さんは、最近通所を始めた A さんの体に痣のようなものがあることに気づいた。A さんは夫と二人暮らしで、認知症が進む A さんに対し、夫が苛立っていることも気づいている。痣があることは主治医やケアマネを含めスタッフ間で共有し、介入の時期や方法について相談したが、虐待の確実な証拠はないため、いつどのように踏み切るのかについて決断できない。また痣が増えたのではないかと感じ始めたころ、A さんの持病の心臓病のため主治医が基幹病院へ入院を勧めたが、相手先の病院は、緊急性はないという理由で入院を断った。その翌日、A さんは自宅トイレで心タンポナーデのため急死した。スタッフは夫がトイレ介助中になにかあったのではなかったかとの疑念をもった。しかし警察も事件としては扱わなかった。

## 家族のための障害年金

障害年金を家族が使ってしまい、本人に必要なお金が渡されていない。それに対し、ソーシャルワーカーは、家族の生活が困窮することを理由にそのままにしている。本人ではなく、家族の意見を優先しているのだ。

## 介護力不足で苦情の多い家族

要介護 5 の高齢者を自宅で長男夫婦が介護していた。主介護者は長男の妻であり、方針などの決定権は長男であった。長男の妻が、突然自殺未遂を図った。理由は介護がきつくなったこと・夫がそれを理解してくれないことであった。それまでは、通所や訪問サービスを利用して何とか自宅生活が送れていたが、長男の妻の自殺未遂により自宅介護困難となり、一旦入所する方向になった。しかし、長男は入所施設の選択に一つ一つ口を出し、やっとショートステイが決まった施設ではスタッフに細かい苦情を言い続けていたためショートの利用を断られた。このままだと行き先がなくなることを長男に何度も言うが、状況は変わらない。

## 居眠りは絶対だめ

養成校2年目の学生が、初めての臨床実習で夜遅くまでレポートを書いていたため、昼休みが終わったのに気付かず居眠りをしていた。臨床実習指導者は臨床実習以前の問題だと実習を打ち切った。

## 学生だけに打ち明けられたこと

作業療法学科学生の特さんは、ある大学病院で神経症の思春期の女性から相談を受けた。彼女はストレスから髪を抜いてしまったり、セックス依存症に陥っている。主治医からは付き合っている彼とのセックスも禁止されているが、彼に求められて応じてしまったという。このことは学生だけに話したのだから、他の人には絶対に話さないでほしいと言う。

## 国家試験合格だけが重要か

特さんは私立の専門学校の教員をしている。経営者から国家試験合格率を上げるよう強い圧力がかかっている。たとえば、セラピストには向いていないと思われる学生であっても、国家試験に合格する可能性のある学生は実習を合格させ、卒業させろといった圧力がある。逆の場合もある。学生のAさんは学校の成績はよいが実習での成績がよくなかった。学生のBさんは学校の成績が悪いが実習の成績がよかった。Aさんの親が納得いかないと学校に抗議してきた。学校の教員は実習指導者を訪問し、ことのいきさつを説明したうえで、成績を変えるよう依頼した。実習指導者は、不満を言いながらも成績を変更した。

## 本当のことを知るのは家族か職員か

施設入所している認知症のAさんに長男の妻が面会に来る。長男の妻が面会に来た後、Aさんは精神的に不安定になり、決まって介護スタッフに甘える様子や介助を求める様子がある。面会の間は、表情が硬くなり、食事時間も長い。Aさんは、長男の妻が苦手な様である。しかし洗濯物を取りに来るのは長男の妻であるため、どうしても会う機会が多い。スタッフは長男の妻に、Aさんが作成した作品を見せ、健全な面を伝えるが、長男の妻は「あなたたちは、この人の本当の状態を知らないから」「外面はいいけど、家族には本当にひどいんです」と口調は厳しい。

## 見て見ぬふり

認知症の80歳台の女性Aさんは、周りの人にかまってほしいという欲求から、大声で「トイレ連れてってー！」と訴えることが多い。あまりにも頻度が多いため、病棟内ではオオカミ少年のような扱いになってしまっており、病棟内にいるスタッフはほとんど無視している。ある時、セラピストの特さんは、Aさんに対して看護師が「ここに入ってなさい！」と強く言って寝たきり患者の病室に車いすに固定して座らせたまま閉じ込めるという場面を目撃した。特さんは、不適切な対応で虐待にもなるのではないかとは思ったものの、業務に追われ、毎回対応するのも面倒だと感じるどころもあり、見て見ぬふりをしてしまった。



## 用語(あいうえお順)

インフォームドコンセント **informed consent**: ケア提供者が、提案する介入方法すべての詳細、利益、リスク、潜在的リスクを、患者に提示し、クライアントがこれを理解したうえで、選択、同意、拒否をすること(p.24)

インテグリティ **integrity**: 全体としてまとまりがあること。首尾一貫した行動をとることや、自分自身の一部を失わないこと(p.26)

カズイストリー、事例に基づく倫理 **casuistry or case-based ethics**: 原則に基づくのではなく、個々の事例の状況を踏まえて判断する考え(p.22)

義務論 **deontologism theory**: 行動の動機を重視する考え。人として行うべきことをしているかどうかを判断の基準とする(p.20)

苦悩 **distress**: 何が正しいかわからない苦悩(タイプ A)と、正しい答えを知っているのに実行できない苦悩(タイプ B)がある(p.6)

結果主義 **consequentialism or teleological theory**: 行動の結果において、利益が最大化したり、被害が最小化することがよいとする考え。功利主義ともいわれる(p.19)

権利に基づく倫理 **right-based ethics**: 人権を守ることを主眼とする考え。インフォームドコンセントは患者の権利の主張から法制化された(p.21)

公正(正義) **justice**: 個人だけでなく、他者や社会に照らして公平か、平等か、不当な不利益を被る人々がいないかどうかを考える(p.14)

自律尊重 **respect for autonomy**: 決定によりもっとも影響を受ける人の決定を重視する考え。人間は自律的存在である(単なる欲求を超えて人間は、自らの行動を判断できる)という前提に立つ(p.9)

守秘義務 **confidentiality**: ヒポクラテスの誓い「治療の機会に見聞きしたことや、治療と関係なくても他人の私生活についてのもらすべきでないことは、他言してはならないとの信念をもって、沈黙を守ります」から続くケア提供者の義務(p.24)

正直さ **veracity**: 真実を話すことや、正直に行動すること。「真実は時に人を傷つける」(p.17)

善行 **beneficence**: 患者やクライアントのよい状態(**well-being**)を求めていくこと。他者への害を避け、他者からの害を取り除き、益(**good**)を推進する(p.11)

誠実さ **fidelity**: 約束を守ったり、使命を果たすこと。クライアントは、ケア提供者が、明確にあるいは暗黙のうちに約束を守るものと期待している(p.18)

直感に基づく倫理 **intuitionism-based ethics**: 直観的に感じる善悪を基盤とする考え。思考をめぐらす前に、正しいか間違っているか、どちらかに心が動くことに着目する(p.22)

ディレンマ **dilemma**: 正しいと考えられる選択肢が複数あるが、どれもとって何らかの害が想定され、どれも最善だと判断できない状況(p.7)

徳、人格に基づく倫理 **virtue or character-based ethics**: 行為者の人間性を重視する考え。有徳の人の行為であれば、みんなが納得する(p.21)

パターナリズム **paternalism**: ケア提供者が、クライアントのためによかれと思って考えたり行動すること。パターナリスティックな行動をする場合、自分の信念、意見、判断を、患者の判断に置き換えている。パターナリズムが正当化される状況もある(p.25)

無加害 **nonmaleficence**: 助けることができないなら、せめて「害(**harm**)を与えるな」という考え。害には、身体的、心理的害だけでなく、名声、自由、財産における害も含む(p.12)

文献

Barbara L. Kornblau, Ann Burkhardt: *Ethics in Rehabilitation: A Clinical Perspective* 2nd edition. Slack, 2012.