

[原著]

## 作業療法の実践におけるインフォームド・コンセントの 現状に関する倫理的考察

山 野 克 明

A Ethical Consideration of the Present Situation for Informed Consent in the Practice  
of Occupational Therapy

Katsuaki YAMANO

熊本保健科学大学 保健科学部 リハビリテーション学科 生活機能療法学専攻

### 要旨

本研究の目的は、作業療法の実践におけるインフォームド・コンセントについて、その現状を明らかにし、そこから派生する倫理的問題を考察することにある。A県作業療法士会に所属する作業療法士325名を対象に30設問からなるアンケート用紙を作成し、郵送法を用いて調査した。そして、説明内容、説明の相手、説明に要する平均時間、説明の頻度、説明の必要性を感じながら実際にはできていない内容の有無とその理由に関する7つの設問を抽出し、臨床専門領域別に分析した。有効回答数は150名（回答率46.2%）であった。

調査結果を基に基づきの3点を考察した。1. 作業療法士と医師は患者の意志決定能力について考慮する必要があると考えられた。2. 作業療法士の中には説明する必要性を感じながら説明できない内容があり、その多くが「機能予後」であることが判明した。3. 患者の理解と同意を得るための必要かつ十分な説明時間が今後の検討課題であると考えられた。

キーワード：作業療法士、インフォームド・コンセント、情報開示、意志決定能力

### I. はじめに

本研究の目的は、作業療法の実践におけるインフォームド・コンセントについて、その現状を明らかにし、そこから派生する倫理的問題について考察することである。

医療におけるインフォームド・コンセントは、患者の判断能力や自発性という「前提要件」、医療従事者から患者に対する「説明要件」、患者が説明内容を理解し同意する「同意要件」という3つの要件<sup>1)</sup>のもとに患者の自律尊重を擁護する重要な倫理的行為である。このことは、わが国においてリハビリテーション医療の一翼を担う専門職である作業療法士も例外ではない。実際に山野<sup>2)</sup>は、作業療法士が患者に対する作業療法の実践主体として自ら患者からインフォームド・コンセントを得るべき立場であ

ることを明証している。

Hammel<sup>3)</sup>は作業療法士の説明責任を果たすために必要とされる説明の内容として、効果の判定に関する説明を挙げている。Kyler-Hutchison<sup>4)</sup>は、作業療法士が患者からインフォームド・コンセントを得るためには「情報の開示」、「情報に関する患者の理解と自発的な同意」、「患者の同意能力」の3つが必要であると述べている。ただ、これらの見解はBeauchampら<sup>1)</sup>が呈示した医師が患者からインフォームド・コンセントを得るために必要な7つの要素（意志決定能力、自発性、情報開示、治療計画の推奨、患者の理解、患者の自己決定、患者の権限委任）にすべて含まれている。

松本ら<sup>5)</sup>は身体障害領域を専門領域とする作業療法士を対象としたインフォームド・コンセントの現状調査を行い、「作業療法士は説明したいことを十

分説明できていない」ことを明らかにしている。Appelbaumら<sup>6)</sup>によればインフォームド・コンセントには医療従事者と患者が1回限りの関係を示すイベントモデルと、医療従事者と患者との間における治療上の意思決定を絶え間のないプロセスであると捉え、対話を通し情報交換が行われるとするプロセス・モデルがある。大半の患者が一定期間において作業療法士との関係を必要とする作業療法では、インフォームド・コンセントのあり方はプロセス・モデルであるべきだろう。そうすると、作業療法士は患者からインフォームド・コンセントを得るにあたり、患者の理解を促進できる説明を行う必要がある。さらに、患者へ開示した情報について患者からの質問があった場合に作業療法士はその質問に答えることが求められる。この点から考えると、作業療法士は「説明したいことを十分説明できていない」現状において、患者から作業療法の実践に関するインフォームド・コンセントを得ているとは言えないと解釈することができる。ただ、松本ら<sup>5)</sup>はその原因について、患者の疾患や作業療法士が属する組織の特徴を述べるに留まっている。

本研究では、冒頭に記した目的を果たすために、作業療法士に対しインフォームド・コンセントに関するアンケート調査を行い、その結果をもとに考察することとした。この中で、作業療法の対象となる患者は広範囲の臨床医学領域にわたるため、作業療法士が患者へ説明する方法がその臨床医学領域によって異なる可能性が懸念された。そのため、本研究では作業療法士の全国的な職能団体である社団法人（現在は一般社団法人）日本作業療法士協会<sup>7)</sup>が分類する患者の特性に応じた臨床業務領域に分類する形で調査した。

## II. 方法

対象は筆者が2009年において所属していた医療機関が所在するA県の作業療法士とした。2009年6月1日の時点でA県における作業療法士の職能団体である作業療法士会に所属する施設と作業療法士数は93施設332名であった。本研究ではこの332名のうち、所属施設のない自宅会員7名を除いた325名を調査対象とした。

調査票は問1から30までの設問で構成された（表1）。調査は郵送法を用い、施設ごとに所属する作

業療法士数と同数の調査票と返信用封筒を同封し、調査依頼文書とともに作業療法士の代表者宛に発送した。

本研究に関する倫理的配慮として、筆者は当時所属していた医療機関（佐賀社会保険病院 現JCHO 佐賀中部病院）の病院長および倫理委員会に研究計画書を提出し、双方の承認（承認番号等はなし）を得た。また調査にあたっては、調査票の表紙および同封の依頼文に調査の目的、調査への参加は任意であること、結果を調査目的以外に使用しないことの3点を記載した。この上で、回答者からの調査票の返送をもって同意が得られたものとした。

本研究では調査票に示された設問の中から、インフォームド・コンセントの現状を確認する目的で設定した設問を抜粋して分析の対象とした。具体的には、1. アンケートの回答者分布（問2と問6）、2. 「あなたは、以下のことについて説明していますか」（問8）、3. 「1. について説明している場合は、だれに対して説明することが多いですか」（問8）、4. 「作業療法に関する下記の事柄について対象者や家族に説明する場合、どの職種によって説明されるのが適切と思いますか」（問9）、5. 「あなたが説明に要する平均時間は、一人あたりどれくらいですか」（問13）、6. 「あなたが行う作業療法について、あなた自身が患者や家族へ説明する頻度はどの程度ですか」（問16）、7. 「作業療法に関する説明（の順序）をどのように行っていますか」（問14）、8. 「あなたが行う作業療法について、あなた自身が患者や家族へ説明するの必要を感じながら、実際には説明できないことがありますか」（問17）、9. 「5. についてであると回答した場合、説明できないことは何ですか」（問18）、10. 「6. で回答した項目を説明できない理由は何ですか」（問19）、11. 「あなたは作業療法の説明に関する医師と作業療法士の役割を、どのように考えますか」（問20）という11の設問を抽出した。

回答結果の分析について、筆者はあらかじめ調査票の問2において、日本作業療法士協会<sup>7)</sup>が分類する患者の特性に応じた臨床業務領域（身体障害・精神障害・発達障害・老年期障害）を確認した。そして、この4つの臨床業務領域別に回答結果を区別し、記述統計をもって比較することとした。

表1. アンケート調査票における設問内容

- 問1. あなたが臨床業務に従事する施設の主たる種別は、つぎのいずれですか。
1. 医療法関連施設（病院・診療所など）
  2. 介護保険法関連施設（介護老人保健施設、指定訪問リハビリテーション事業所など）
  3. その他
- 問2. あなたの主たる臨床業務領域は、つぎのいずれですか。
1. 身体障害領域
  2. 精神障害領域
  3. 発達障害領域
  4. 老年期障害領域
  5. その他
- 問3. あなたが臨床業務に従事する施設にいる、あなたを含む作業療法士の人数は何人ですか。
1. 常勤\_\_人
  2. 非常勤\_\_人
- 問4. あなたの所属する施設で、リハビリテーションを主たる業務としている作業療法士以外の職種は何人いますか。
1. リハビリテーション科専門医\_\_人
  2. リハビリテーション科専門医以外の医師\_\_人
  3. 理学療法士\_\_人
  4. 言語聴覚士\_\_人
  5. ソーシャルワーカー\_\_人
  6. 介護支援専門員\_\_人
  7. 介護福祉士\_\_人
  8. その他
- 問5. あなたが臨床業務に従事するリハビリテーション部門の責任者は、次のうちどの職種ですか。
1. リハビリテーション科専門医
  2. リハビリテーション科専門医以外の医師
  3. 理学療法士
  4. 言語聴覚士
  5. ソーシャルワーカー
  6. 介護支援専門員
  7. 介護福祉士
  8. その他
- 問6. あなたの作業療法士としての臨床経験はどのくらいですか。
- 問7. あなたの現在の臨床現場での勤務形態は、つぎのうちどれですか。
1. 常勤
  2. 非常勤
  3. 臨床業務は行っていない
- 問8. あなたは、以下 {1) から10) まで} のことについて説明していますか。また、説明している場合は、だれに対して説明することが多いですか。
- 1) 作業療法が必要な理由
  - 2) 行おうとする作業療法評価の項目
  - 3) 行おうとする作業療法評価の目的
  - 4) 行った作業療法評価の結果
  - 5) 行おうとする作業療法アプローチの内容
  - 6) 行おうとする作業療法アプローチの目的
  - 7) 設定した作業療法の目標
  - 8) 予測される機能予後
  - 9) これから行おうとする作業療法に伴う危険性
  - 10) 作業療法にかかる費用
1. いつも説明している
  2. ときどき説明している
  3. まったく説明していない
- (上の回答が1または2であった場合、下の4択も回答させる)
1. 対象者本人へ説明している場合が多い
  2. 対象者の家族へ説明している場合が多い
  3. 本人と家族の両方に説明している場合が多い
  4. その他
- 問9. 作業療法に関する下記の事柄（問8における1) から10) までの設問と同じ）について対象者や家族に説明する場合、どの職種によって説明されるのが適切と思いますか。
1. 医師
  2. 作業療法士
  3. 看護師
  4. ケアマネージャー
  5. その他
- 問10. あなたは対象者や家族へ作業療法に関する説明を行うために、補助手段（文書や図表など）を利用していますか。
1. 利用している
  2. ときどき利用している
  3. 利用していない
- 問11. 補助手段（文書や図表など）を利用する場合は、どのようなものを用いていますか。
1. 法令（診療点数など）で定められた文書などを用いている
  2. 施設で独自に作成した文書や図表を用いている
  3. あなた個人が独自で作成した文書や図表を用いている
  4. その他
- 問12. あなたは作業療法について説明する際に、どのような用語を使いますか。
1. 「作業療法」という言葉を使うことが多い
  2. 「リハビリ」という言葉を使うことが多い
  3. 「手の練習」という言葉を用いることが多い
  4. その他
- 問13. あなたが説明に要する平均時間は、一人あたりどれくらいですか。
- 問14. あなたは対象者や家族に対し、作業療法に関する説明をどのように行っていますか。
1. 対象者本人のみに説明している場合が多い
  2. 対象者と家族へ一緒に説明している場合が多い
  3. まず対象者本人へ説明し、その後家族へ説明している場合が多い
  4. まず家族へ説明し、その後対象者へ説明する場合が多い



5. 家族のみに説明している場合が多い

問15. あなたが対象者や家族へ作業療法に関する説明を行うために、最も多く利用する場所はどこですか。

1. 作業療法室（リハビリテーション室）
2. 対象者の病室
3. 対象者の病室以外の病棟内
4. 対象者の自宅
5. その他

問16. あなたが行う作業療法について、あなた自身が対象者や家族へ説明する頻度はどの程度ですか。

1. ほとんど毎日
2. およそ2～3日おき
3. およそ1週間おき
4. およそ2～3週間おき
5. およそ1か月おき
6. およそ2～3か月おき
7. およそ4～6か月おき
8. 初回評価後の1回だけ
9. 特に決めていない
10. あなた自身が説明することはない
11. それ以外

問17. あなたが行う作業療法について、あなた自身が対象者や家族へ説明するの必要を感じながら、実際には説明できないことがありますか。

1. ある
2. ない

問18. あなたが説明できないことは、何ですか。

1. 評価の目的
2. 評価項目
3. 評価結果
4. 作業療法が必要な理由
5. 作業療法アプローチの内容
6. 作業療法アプローチの目的
7. 目標
8. 機能予後の予測
9. 作業療法に伴う危険性
10. 作業療法にかかる費用
11. その他

問19. あなたが説明できない理由は何ですか。

1. 患者さんのためにならないと思うから
2. 医師が説明することかもしれないと思うから
3. 介護支援専門員（ケアマネージャー）が説明することかもしれないと思うから
4. その他

問20. あなたは作業療法の説明に関する医師と作業療法士の役割を、どのように考えますか。

1. 作業療法の説明は、作業療法士が全部説明すべきである。
2. 作業療法の説明は医師が行うべきで、作業療法士が説明するのは好ましくない
3. 医師と作業療法士との両方が、それぞれ適切と思う項目を説明すべきである。
4. その他

問21. あなたが対象者へ実践している作業療法について、あなた自身が医師へ説明（報告）する頻度はどの程度ですか。

1. ほとんど毎日
2. およそ2～3日おき
3. およそ1週間おき
4. およそ2～3週間おき
5. およそ1か月おき
6. およそ2～3か月おき
7. およそ4～6か月おき
8. 初回評価後の1回だけ
9. 特に決めていない
10. あなた自身が説明することはない
11. それ以外

問22. あなたの担当する対象者が作業療法の実施に同意しない場合、作業療法を行いますか。

1. 作業療法を行う
2. 作業療法を行うが、対象者によって異なる
3. 作業療法は行わないが、対象者によって異なる
4. 作業療法は行わない

問23. 「対象者が同意しない場合でも作業療法を行う」と考えるとすれば、その理由は何ですか。

1. 本人のためになると思うから
2. 医師の指示だから
3. ケアプランに組み込まれているから
4. 家族の希望を尊重するから
5. 他職種の人たちと話し合っただけだから
6. その他

問24. あなたが「インフォームド・コンセント」という言葉の意味を知ったのはいつですか。

1. 養成校入学前に知った
2. 養成校在学中に知った
3. 作業療法士になってから知った
4. よく知らない
5. その他

問25. 現在、あなた以外に対象者や家族へ作業療法に関する説明を行う職種はありますか。

1. 医師
2. ケアマネージャー
3. 看護師
4. ソーシャルワーカー
5. その他

問26. あなたの性別について教えてください。

問27. あなたの年齢を教えてください。

問28. 作業療法士になるために卒業した学校（養成校）は、つぎのいずれですか。

1. 三年制専門学校
2. 四年制専門学校
3. 短期大学
4. 大学
5. 海外
6. その他

問29. あなたが作業療法士免許を取得した年（西暦）を教えてください。

問30. 作業療法について対象者や家族の同意を得るためには、誰がどのような説明をすれば良いと考えますか。実践していることや考えていることについて記入頂ければ幸いです。

表2. アンケートの回答者分布

	身体障害 (70名)		精神障害 (20名)		発達障害 (22名)		老年期障害 (38名)	
	回答者数	(%)	回答者数	(%)	回答者数	(%)	回答者数	(%)
1年未満	6名	(8.6%)	2名	(10.0%)	2名	(9.1%)	2名	(5.3%)
2年未満	12名	(17.1%)	2名	(10.0%)	2名	(9.1%)	3名	(7.9%)
3年未満	8名	(11.4%)	2名	(10.0%)	3名	(13.6%)	1名	(2.6%)
4年未満	6名	(8.6%)	3名	(15.0%)	2名	(9.1%)	5名	(13.2%)
5年未満	8名	(11.4%)	3名	(15.0%)	3名	(13.6%)	6名	(15.8%)
10年未満	19名	(27.1%)	5名	(25.0%)	4名	(18.2%)	15名	(39.5%)
15年未満	7名	(10.0%)	1名	(5.0%)	2名	(9.1%)	4名	(11%)
20年未満	2名	(2.9%)	1名	(5.0%)	3名	(13.6%)	0名	(0%)
25年未満	1名	(1.4%)	0名	(0%)	0名	(0%)	2名	(5.3%)
30年未満	0名	(0%)	1名	(5.0%)	1名	(4.5%)	0名	(0%)
無回答	1名	(1.4%)	1名	(5.0%)	0名	(0%)	0名	(0%)

### Ⅲ. 結果

#### 1. アンケートの回答者分布

回答の集計は2009年8月15日までに返送された157名からのアンケートを対象とした。筆者は有効票を確定するために記入もれや誤記の確認を行った。その結果、最終的な有効回答数は150名（回答率46.2%）となった。150名の内訳について、身体障害70名（46.7%）、精神障害20名（13.3%）、発達障害22名（14.7%）、老年期障害38名（25.3%）であった。また、回答者の臨床経験年数は、5年未満が150名中81名（54.0%）、5年以上10年未満が43名（28.7%）、10年以上が25名（16.7%）となっていた。

有効回答数と回答率を臨床業務領域別にみると、身体障害131名中70名（回答率53.4%）、精神障害92名中20名（回答率21.7%）、発達障害33名中22名（回答率66.7%）、老年期障害54名中38名（回答率70.7%）となっていた。また、臨床業務領域別での臨床経験年数の割合は、5年未満が身体障害57.1%、精神障害60.0%、発達障害54.5%、老年期障害44.8%となっていた（表2）。

#### 2. 作業療法士が行っている説明の内容（表3）

本項では、問8で設定した10項目に関する設問文の中で、「以下のことについて説明していますか」という形での説明の内容について検討した。身体障害では「作業療法にかかる費用」について「まったく説明していない」と回答する作業療法士が51.4%いた。また、「これから行おうとする作業療法に伴う危険性」では15.7%、「予測される機能予後」で

は14.3%の作業療法士が「まったく説明していない」と回答していた。

精神障害では、「予測される機能予後」について「まったく説明していない」と回答した作業療法士が40.0%いた。また、「行った作業療法の結果」については25.0%、「行おうとする作業療法評価の項目」、「これから行おうとする作業療法に伴う危険性」、「作業療法にかかる費用」の3項目については20.0%の作業療法士が「まったく説明していない」と回答していた。さらに「設定した作業療法の目標」においても15.0%が「まったく説明していない」と回答していた。

発達障害では、「予測される機能予後」について22.7%が「まったく説明していない」と回答した。また、「作業療法にかかる費用」においては「まったく説明していない」と回答した者が13.5%いた。その他8項目の設問については「いつも説明している」もしくは「ときどき説明している」と回答していた作業療法士が90%以上を占めていた。

老年期障害では、「作業療法にかかる費用」において44.7%の作業療法士が「まったく説明していない」と回答していた。また、「設定した作業療法の目標」では21.1%、「予測される機能予後」と「これから行おうとする作業療法に伴う危険性」では31.6%の作業療法士が「まったく説明していない」と回答していた。さらに、「行おうとする作業療法評価の項目」および「行おうとする作業療法評価の目的」においても「まったく説明していない」と回答した作業療法士がそれぞれ13.2%と15.8%いた。

表3. 設問「あなたは、以下のことについて説明していますか」の回答分布

臨床専門領域 (回答者数)	説明内容	いつも説明 している	ときどき説明 している	まったく説明 していない	無回答
身体障害 (70名)	作業療法が必要な理由	31名 (44.3%)	38名 (54.3%)	1名 (1.4%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法評価の項目	26名 (37.1%)	43名 (61.4%)	1名 (1.4%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法評価の目的	28名 (40.0%)	41名 (58.6%)	1名 (1.4%)	0名 (0%)
	行った作業療法評価の結果	32名 (45.7%)	38名 (54.3%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法アプローチの内容	36名 (51.4%)	34名 (48.6%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法アプローチの目的	34名 (48.6%)	36名 (51.4%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	設定した作業療法の目標	27名 (38.6%)	41名 (58.6%)	2名 (2.9%)	0名 (0%)
	予測される機能予後	6名 (8.6%)	54名 (77.1%)	10名 (14.3%)	0名 (0%)
	これから行おうとする作業療法に伴う危険性	17名 (24.3%)	42名 (60.0%)	11名 (15.7%)	0名 (0%)
	作業療法にかかる費用	1名 (1.4%)	33名 (47.1%)	36名 (51.4%)	0名 (0%)
精神障害 (20名)	作業療法が必要な理由	5名 (25.0%)	13名 (65.0%)	0名 (0.0%)	2名 (10.0%)
	行おうとする作業療法評価の項目	2名 (10.0%)	13名 (65.0%)	4名 (20.0%)	1名 (5.0%)
	行おうとする作業療法評価の目的	6名 (30.0%)	11名 (55.0%)	2名 (10.0%)	1名 (5.0%)
	行った作業療法評価の結果	1名 (5.0%)	13名 (65.0%)	5名 (25.0%)	1名 (5.0%)
	行おうとする作業療法アプローチの内容	5名 (25.0%)	14名 (70.0%)	0名 (0%)	1名 (5.0%)
	行おうとする作業療法アプローチの目的	3名 (15.0%)	15名 (75.0%)	1名 (5.0%)	1名 (5.0%)
	設定した作業療法の目標	2名 (10.0%)	14名 (70.0%)	3名 (15.0%)	1名 (5.0%)
	予測される機能予後	0名 (0.0%)	10名 (50.0%)	8名 (40.0%)	2名 (10.0%)
	これから行おうとする作業療法に伴う危険性	3名 (15.0%)	12名 (60.0%)	4名 (20.0%)	1名 (5.0%)
	作業療法にかかる費用	4名 (20.0%)	11名 (55.0%)	4名 (20.0%)	1名 (5.0%)
発達障害 (22名)	作業療法が必要な理由	2名 (9.1%)	19名 (86.4%)	1名 (4.5%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法評価の項目	8名 (36.4%)	14名 (63.6%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法評価の目的	8名 (36.4%)	14名 (63.6%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	行った作業療法評価の結果	10名 (45.5%)	12名 (54.5%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法アプローチの内容	17名 (77.3%)	5名 (22.7%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法アプローチの目的	14名 (63.6%)	8名 (36.4%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	設定した作業療法の目標	14名 (63.6%)	7名 (31.8%)	0名 (0%)	1名 (4.5%)
	予測される機能予後	1名 (4.5%)	16名 (72.7%)	5名 (22.7%)	0名 (0%)
	これから行おうとする作業療法に伴う危険性	0名 (0.0%)	21名 (95.5%)	1名 (4.5%)	0名 (0%)
	作業療法にかかる費用	1名 (4.5%)	17名 (77.3%)	3名 (13.6%)	1名 (4.5%)
老年期障害 (38名)	作業療法が必要な理由	13名 (34.2%)	23名 (60.5%)	1名 (2.6%)	1名 (2.6%)
	行おうとする作業療法評価の項目	11名 (28.9%)	21名 (55.3%)	5名 (13.2%)	1名 (2.6%)
	行おうとする作業療法評価の目的	7名 (18.4%)	23名 (60.5%)	6名 (15.8%)	2名 (5.3%)
	行った作業療法評価の結果	9名 (23.7%)	26名 (68.4%)	2名 (5.3%)	1名 (2.6%)
	行おうとする作業療法アプローチの内容	15名 (39.5%)	21名 (55.3%)	1名 (2.6%)	1名 (2.6%)
	行おうとする作業療法アプローチの目的	14名 (36.8%)	22名 (57.9%)	1名 (2.6%)	1名 (2.6%)
	設定した作業療法の目標	5名 (13.2%)	24名 (63.2%)	8名 (21.1%)	1名 (2.6%)
	予測される機能予後	3名 (7.9%)	22名 (57.9%)	12名 (31.6%)	1名 (2.6%)
	これから行おうとする作業療法に伴う危険性	6名 (15.8%)	19名 (50.0%)	12名 (31.6%)	1名 (2.6%)
	作業療法にかかる費用	3名 (7.9%)	17名 (44.7%)	17名 (44.7%)	1名 (2.6%)



### 3. 作業療法士が行う説明の対象 (表4)

身体障害において、「予測される機能予後」と「作業療法にかかる費用」では、患者と家族の両方に説明することが多いと回答した作業療法士が最も多く、それぞれ50.0%と47.2%いた。一方で家族に説明することが多いと回答した作業療法士がそれぞれ17.5%と15.0%いた。

精神障害では10項目すべてにおいて患者に説明することが多いと回答した作業療法士が圧倒的に多く、家族に説明することが多いと回答した作業療法士はいなかった。

発達障害では、10項目すべてにおいて「家族」に説明することが多いと回答した作業療法士が圧倒的に多かった。一方、患者に説明することが多いと回答した作業療法士は「行おうとする作業療法評価の目的」と「行った作業療法の結果」の2項目において4.5%ずつのみであった。

老年期障害では、10項目すべてにおいて家族に説明することが多いと回答した作業療法士が1割以上いた。その中で、「予測される機能予後」では32.0%、「作業療法にかかる費用」では30.0%、「これから行おうとする作業療法に伴う危険性」では24.0%、「行った作業療法の結果」では20.0%の作業療法士が家族に説明することが多いと回答していた。

### 4. 説明を行う適切な職種 (表5)

4つの臨床業務領域すべてにおいて、「予測される機能予後」については、医師と回答した割合が作業療法士と回答した割合を上回った。ただ、作業療法士が適切と回答した割合について精神障害、発達障害、老年期障害では過半数を超えており、身体障害においても48.6%が適切と回答していた。

「作業療法にかかる費用」について、作業療法士が適切と回答した作業療法士は精神障害と発達障害では80%以上を占めていたが、身体障害と老年期障害では50%台であった。身体障害と老年期障害では、医師が適切と回答した作業療法士がそれぞれ28.6%と10.5%であった反面、ケアマネージャーが適切と回答した作業療法士が過半数いた。

行おうとする作業療法評価の項目、行おうとする作業療法評価の内容、行おうとする作業療法アプローチの内容、行おうとする作業療法アプローチの目的については、身体障害、精神障害、発達障害において作業療法士を適切と回答した作業療法士が100%であり、老年期障害においても90%を超えて

いた。一方でこれらの項目について医師が適切と回答した作業療法士は過半数を下回っていた。

### 5. 作業療法士が説明に要する一人あたりの平均時間 (表6)

回答の割合が最も多かったのは「5分以下」および「10分以下」であった。この2つのうちどちらかを選択していた作業療法士は、身体障害が74.3%、精神障害が45.0%、発達障害が81.8%、老年期障害が86.8%を占めていた。ただ、精神障害では「20分以下」を回答した作業療法士が30.0%いた。

### 6. 作業療法士が説明する頻度 (表6)

身体障害と精神障害では「特に決めていない」と回答した者が選択肢の中で最も多く、精神障害では55.0%を占めていた。一方、発達障害では「ほとんど毎日」と回答した作業療法士が45.5%と最も多く、老年期障害では「およそ2~3か月おき」と回答した作業療法士が36.8%と最も多かった。

### 7. 作業療法に関する説明の順序 (表7)

発達障害については「家族のみ」に説明が最も多く、「家族に説明した後で(患者)本人へ説明」と合わせて81.8%を占めていた。身体障害、精神障害、老年期障害については、「本人へ説明した後に家族に説明」が最も多く、「(患者)本人のみに説明」と合算するとこれらの臨床業務領域すべてにおいて回答を割合が80%を超えていた。

### 8. 患者や家族へ説明するの必要を感じながら、実際には説明できないことの有無 (表8)

4つの臨床業務領域すべてにおいて「ある」と回答した者が過半数を占めていた。

### 9. 患者や家族へ説明するの必要を感じながら、実際には説明できない内容 (表9)

本設問では複数回答としたが、4つの臨床業務領域すべてにおいて「機能予後の予測」を回答した作業療法士が最も多かった。また、身体障害と精神障害では「作業療法にかかる費用」を回答した者も過半数を占めていた。

### 10. 患者や家族へ説明するの必要を感じながら、実際には説明できない理由 (表9)

本設問では最も該当する1つのみを回答させた。身体障害、発達障害、老年期障害では「医師が説明することかもしれないと思うから」と回答した者が最も多く、身体障害と発達障害では過半数を占めた。一方、精神障害においては「家族と会う時間がとれないから」へ回答する作業療法士が33.3%と最も多

表4. 「(表3の項目について) 説明している場合は、だれに対して説明することが多いですか」の回答分布

臨床専門領域	説明内容(表1の中で「説明している」と回答した回答者数)	患者	家族	患者と家族の両方	その他	無回答
身体障害	作業療法が必要な理由(69名)	32名(46.4%)	3名(4.3%)	34名(49.3%)	0名(0%)	0名(0%)
	行おうとする作業療法評価の項目(69名)	49名(71.0%)	1名(1.4%)	18名(26.1%)	1名(1.4%)	0名(0%)
	行おうとする作業療法評価の目的(69名)	50名(72.5%)	0名(0%)	17名(24.6%)	1名(1.4%)	1名(1.4%)
	行った作業療法評価の結果(70名)	43名(61.4%)	2名(2.9%)	23名(32.9%)	1名(1.4%)	1名(1.4%)
	行おうとする作業療法アプローチの内容(70名)	50名(71.4%)	0名(0%)	19名(27.1%)	0名(0%)	1名(1.4%)
	行おうとする作業療法アプローチの目的(70名)	50名(71.4%)	0名(0%)	20名(28.6%)	0名(0%)	0名(0%)
	設定した作業療法の目標(68名)	36名(52.9%)	1名(1.4%)	30名(44.1%)	1名(1.5%)	0名(0%)
	予測される機能予後(60名)	14名(23.3%)	9名(15.0%)	30名(50.0%)	7名(11.7%)	0名(0%)
	これから行おうとする作業療法に伴う危険性(59名)	33名(55.9%)	3名(5.1%)	22名(37.3%)	0名(0%)	1名(1.7%)
作業療法にかかる費用(34名)	11名(32.4%)	6名(17.6%)	16名(47.2%)	0名(0%)	1名(2.9%)	
精神障害	作業療法が必要な理由(18名)	17名(94.4%)	0名(0%)	1名(5.6%)	0名(0%)	0名(0%)
	行おうとする作業療法評価の項目(15名)	14名(93.3%)	0名(0%)	1名(6.7%)	0名(0%)	0名(0%)
	行おうとする作業療法評価の目的(17名)	16名(94.1%)	0名(0%)	1名(5.9%)	0名(0%)	0名(0%)
	行った作業療法評価の結果(14名)	12名(85.7%)	0名(0%)	2名(14.3%)	0名(0%)	0名(0%)
	行おうとする作業療法アプローチの内容(19名)	18名(94.7%)	0名(0%)	1名(5.3%)	0名(0%)	0名(0%)
	行おうとする作業療法アプローチの目的(18名)	17名(94.4%)	0名(0%)	1名(5.6%)	0名(0%)	0名(0%)
	設定した作業療法の目標(16名)	15名(93.8%)	0名(0%)	1名(6.3%)	0名(0%)	0名(0%)
	予測される機能予後(10名)	9名(90.0%)	0名(0%)	1名(10.0%)	0名(0%)	0名(0%)
	これから行おうとする作業療法に伴う危険性(15名)	13名(86.7%)	0名(0%)	1名(6.7%)	0名(0%)	1名(6.7%)
作業療法にかかる費用(15名)	11名(73.3%)	0名(0%)	3名(20.0%)	0名(0%)	1名(6.7%)	
発達障害	作業療法が必要な理由(21名)	0名(0.0%)	19名(90.5%)	2名(9.5%)	0名(0%)	0名(0%)
	行おうとする作業療法評価の項目(22名)	1名(4.5%)	17名(77.3%)	4名(18.2%)	0名(0%)	0名(0%)
	行おうとする作業療法評価の目的(22名)	0名(0.0%)	20名(90.9%)	2名(9.1%)	0名(0%)	0名(0%)
	行った作業療法評価の結果(22名)	1名(4.5%)	18名(81.8%)	3名(13.6%)	0名(0%)	0名(0%)
	行おうとする作業療法アプローチの内容(22名)	0名(0.0%)	17名(77.3%)	4名(18.2%)	0名(0%)	1名(4.5%)
	行おうとする作業療法アプローチの目的(22名)	0名(0.0%)	17名(77.3%)	4名(18.2%)	0名(0%)	1名(4.5%)
	設定した作業療法の目標(16名)	0名(0.0%)	19名(90.5%)	2名(9.5%)	0名(0%)	0名(0%)
	予測される機能予後(17名)	0名(0.0%)	15名(88.2%)	2名(11.8%)	0名(0%)	0名(0%)
	これから行おうとする作業療法に伴う危険性(21名)	0名(0.0%)	19名(90.5%)	2名(9.5%)	0名(0%)	0名(0%)
作業療法にかかる費用(18名)	0名(0.0%)	16名(88.9%)	2名(11.1%)	0名(0%)	0名(0%)	
老年期障害	作業療法が必要な理由(36名)	17名(47.2%)	7名(19.4%)	11名(30.6%)	1名(2.8%)	0名(0%)
	行おうとする作業療法評価の項目(32名)	20名(62.6%)	6名(18.8%)	4名(12.5%)	4名(12.5%)	2名(6.3%)
	行おうとする作業療法評価の目的(30名)	21名(70.0%)	4名(13.3%)	4名(13.3%)	1名(3.3%)	0名(0%)
	行った作業療法評価の結果(35名)	17名(48.6%)	7名(20.0%)	8名(22.9%)	3名(8.6%)	3名(8.6%)
	行おうとする作業療法アプローチの内容(22名)	19名(52.8%)	5名(13.9%)	11名(30.6%)	1名(2.8%)	0名(0.0%)
	行おうとする作業療法アプローチの目的(36名)	18名(50.0%)	6名(16.7%)	10名(27.8%)	1名(2.8%)	1名(2.8%)
	設定した作業療法の目標(29名)	14名(48.3%)	5名(17.2%)	8名(27.6%)	0名(0%)	0名(0%)
	予測される機能予後(25名)	9名(36.0%)	8名(32.0%)	6名(24.0%)	2名(8.0%)	0名(0%)
	これから行おうとする作業療法に伴う危険性(25名)	11名(44.0%)	6名(24.0%)	7名(28.0%)	1名(4.0%)	0名(0%)
作業療法にかかる費用(20名)	6名(30.0%)	6名(30.0%)	6名(30.0%)	2名(10.0%)	0名(0%)	



表5. 設問「作業療法に関する下記の事柄について患者や家族に説明する場合、どの職種によって説明されるのが適切だと思いますか（複数回答）」の回答分布

臨床専門領域 (回答者数)	説明内容	医師	作業療法士	看護師	ケアマネージャー	その他
身体障害 (70名)	作業療法が必要な理由	66名 (94.3%)	57名 (81.4%)	21名 (30.0%)	16名 (22.9%)	3名 (4.3%)
	行おうとする作業療法評価の項目	11名 (15.7%)	70名 (100%)	2名 (2.9%)	2名 (2.9%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法評価の目的	16名 (40.0%)	70名 (100%)	1名 (1.4%)	2名 (2.9%)	0名 (0%)
	行った作業療法評価の結果	23名 (32.9%)	68名 (97.1%)	1名 (1.4%)	2名 (2.9%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法アプローチの内容	9名 (12.9%)	70名 (100%)	2名 (2.9%)	1名 (1.4%)	1名 (1.4%)
	行おうとする作業療法アプローチの目的	13名 (18.6%)	70名 (100%)	1名 (1.4%)	2名 (2.9%)	1名 (1.4%)
	設定した作業療法の目標	27名 (38.6%)	68名 (97.1%)	3名 (4.3%)	5名 (7.1%)	1名 (1.4%)
	予測される機能予後	69名 (98.6%)	34名 (48.6%)	3名 (4.3%)	0名 (0%)	1名 (1.4%)
	これから行おうとする作業療法に伴う危険性	55名 (78.6%)	61名 (87.1%)	8名 (11.4%)	2名 (2.9%)	1名 (1.4%)
	作業療法にかかる費用	20名 (28.6%)	40名 (57.1%)	3名 (4.3%)	38名 (54.3%)	19名 (27.1%)
精神障害 (20名)	作業療法が必要な理由	19名 (95.0%)	20名 (100%)	8名 (40.0%)	3名 (15.0%)	2名 (10.0%)
	行おうとする作業療法評価の項目	5名 (25.0%)	20名 (100%)	1名 (5.0%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法評価の目的	7名 (35.0%)	20名 (100%)	2名 (10.0%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	行った作業療法評価の結果	5名 (25.0%)	20名 (100%)	5名 (25.0%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法アプローチの内容	1名 (5.0%)	20名 (100%)	0名 (0%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法アプローチの目的	2名 (10.0%)	20名 (100%)	1名 (5.0%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	設定した作業療法の目標	8名 (40.0%)	20名 (100%)	2名 (10.0%)	1名 (5.0%)	0名 (0%)
	予測される機能予後	20名 (100%)	16名 (80.0%)	3名 (15.0%)	1名 (5.0%)	0名 (0%)
	これから行おうとする作業療法に伴う危険性	10名 (50.0%)	19名 (95.0%)	2名 (10.0%)	1名 (5.0%)	0名 (0%)
	作業療法にかかる費用	8名 (40.0%)	19名 (95.0%)	5名 (25.0%)	6名 (30.0%)	2名 (10.0%)
発達障害 (22名)	作業療法が必要な理由	22名 (100%)	18名 (81.8%)	2名 (4.5%)	4名 (18.2%)	1名 (4.5%)
	行おうとする作業療法評価の項目	11名 (50.0%)	22名 (100%)	0名 (0%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法評価の目的	10名 (45.5%)	22名 (100%)	0名 (0%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	行った作業療法評価の結果	20名 (90.9%)	22名 (100%)	0名 (0%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法アプローチの内容	8名 (36.4%)	22名 (100%)	0名 (0%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法アプローチの目的	10名 (45.5%)	22名 (100%)	0名 (0%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	設定した作業療法の目標	14名 (63.6%)	22名 (100%)	1名 (4.5%)	1名 (4.5%)	1名 (4.5%)
	予測される機能予後	22名 (100%)	16名 (72.7%)	0名 (0%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	これから行おうとする作業療法に伴う危険性	17名 (77.3%)	22名 (100%)	0名 (0%)	0名 (0%)	0名 (0%)
	作業療法にかかる費用	19名 (86.4%)	19名 (86.4%)	0名 (0%)	4名 (18.2%)	3名 (13.6%)
老年期障害 (38名)	作業療法が必要な理由	33名 (86.8%)	34名 (89.5%)	10名 (26.3%)	22名 (57.9%)	3名 (7.9%)
	行おうとする作業療法評価の項目	7名 (18.4%)	36名 (94.7%)	0名 (0%)	3名 (7.9%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法評価の目的	6名 (15.8%)	37名 (97.4%)	1名 (2.6%)	5名 (13.2%)	0名 (0%)
	行った作業療法評価の結果	12名 (31.6%)	38名 (100%)	2名 (5.3%)	5名 (13.2%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法アプローチの内容	6名 (15.8%)	38名 (100%)	0名 (0%)	5名 (13.2%)	0名 (0%)
	行おうとする作業療法アプローチの目的	9名 (23.7%)	38名 (100%)	1名 (2.6%)	5名 (13.2%)	0名 (0%)
	設定した作業療法の目標	12名 (31.6%)	38名 (100%)	4名 (10.5%)	7名 (18.4%)	0名 (0%)
	予測される機能予後	36名 (94.7%)	26名 (68.4%)	5名 (13.2%)	7名 (18.4%)	0名 (0%)
	これから行おうとする作業療法に伴う危険性	29名 (76.3%)	36名 (94.7%)	7名 (18.4%)	7名 (18.4%)	0名 (0%)
	作業療法にかかる費用	4名 (10.5%)	20名 (52.6%)	2名 (5.3%)	28名 (73.7%)	11名 (28.9%)

表6. 設問「あなたが説明に要する平均時間は、一人あたりどれくらいですか」  
「あなたが行う作業療法について、あなた自身が患者や家族へ説明する頻度はどの程度ですか」の回答分布

	身体障害 (70名)		精神障害 (20名)		発達障害 (22名)		老年期障害 (38名)	
	回答数	(%)	回答数	(%)	回答数	(%)	回答数	(%)
<b>「あなたが説明に要する平均時間は、一人あたりどれくらいですか」</b>								
5分以下	30名	(42.9%)	5名	(25.0%)	5名	(22.7%)	13名	(34.2%)
10分以下	22名	(31.4%)	4名	(20.0%)	13名	(59.1%)	20名	(52.6%)
15分以下	7名	(10.0%)	2名	(10.0%)	1名	(4.5%)	1名	(2.6%)
20分以下	7名	(10.0%)	6名	(30.0%)	1名	(4.5%)	3名	(7.9%)
30分以下	3名	(4.3%)	2名	(10.0%)	0名	(0%)	0名	(0%)
60分以下	1名	(1.4%)	0名	(0%)	1名	(4.5%)	0名	(0%)
90分以下	0名	(0%)	1名	(5.0%)	0名	(0%)	0名	(0%)
無回答	0名	(0%)	0名	(0%)	1名	(4.5%)	1名	(2.6%)
<b>「あなたが行う作業療法について、あなた自身が患者や家族へ説明する頻度はどの程度ですか」</b>								
ほとんど毎日	5名	(7.1%)	0名	(0%)	10名	(45.5%)	0名	(0%)
およそ2~3日おき	1名	(1.4%)	0名	(0%)	0名	(0%)	0名	(0%)
およそ1週間おき	4名	(5.7%)	2名	(10.0%)	0名	(0%)	0名	(0%)
およそ2~3週間おき	8名	(11.4%)	0名	(0%)	1名	(4.5%)	1名	(2.6%)
およそ1か月おき	13名	(18.6%)	2名	(10.0%)	0名	(0%)	4名	(10.5%)
およそ2~3か月おき	1名	(1.4%)	2名	(10.0%)	3名	(13.6%)	14名	(36.8%)
およそ4~6か月おき	0名	(0%)	1名	(5.0%)	1名	(4.5%)	2名	(5.3%)
初回評価後の1回だけ	4名	(5.7%)	0名	(0%)	0名	(0%)	3名	(7.9%)
特に決めていない	24名	(34.3%)	11名	(55.0%)	4名	(18.2%)	11名	(28.9%)
あなた自身が説明することはない	0名	(0%)	0名	(0%)	0名	(0%)	0名	(0%)
その他	10名	(14.3%)	2名	(10.0%)	3名	(13.6%)	3名	(7.9%)
無回答	0名	(0%)	0名	(0%)	0名	(0%)	0名	(0%)

表7. 「あなたは対象者や家族に対し、作業療法に関する説明をどのように行っていますか」の回答分布

	身体障害 (70名)		精神障害 (20名)		発達障害 (22名)		老年期障害 (38名)	
	回答数	(%)	回答数	(%)	回答数	(%)	回答数	(%)
本人のみに説明	17名	(24.3%)	18名	(90.0%)	0名	(0%)	9名	(23.7%)
本人と家族と一緒に説明	6名	(8.6%)	0名	(0%)	4名	(18.2%)	1名	(2.6%)
本人へ説明した後に家族へ説明	46名	(65.7%)	2名	(10.0%)	0名	(0%)	18名	(47.4%)
家族に説明した後に本人へ説明	1名	(1.4%)	0名	(0%)	4名	(18.2%)	4名	(10.5%)
家族のみに説明	0名	(0%)	0名	(0%)	14名	(63.6%)	6名	(15.8%)
無回答	0名	(0%)	0名	(0%)	0名	(0%)	0名	(0%)

表8. 設問「あなたが行う作業療法について、あなた自身が患者や家族へ説明する必要を感じながら、実際には説明できないことがありますか」の回答分布

	身体障害 (70名)		精神障害 (20名)		発達障害 (22名)		老年期障害 (38名)	
	回答数	(%)	回答数	(%)	回答数	(%)	回答数	(%)
ある	46名	(65.7%)	15名	(75.0%)	16名	(72.7%)	26名	(68.4%)
ない	24名	(34.3%)	5名	(25.0%)	6名	(27.3%)	10名	(26.3%)
無回答	0名	(0%)	0名	(0%)	0名	(0%)	2名	(5.3%)

表9. 「(表8について) ある場合, あなたが説明できないことは何ですか」(複数回答), 「あなたが説明できない理由は何ですか」の回答分布

	身体障害 (46名)	精神障害 (15名)	発達障害 (16名)	老年期障害 (26名)
	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)
<b>「(表8について) ある場合, あなたが説明できないことは何ですか」</b>				
評価の目的	2名 (4.3%)	1名 (6.7%)	1名 (6.3%)	2名 (7.7%)
評価項目	4名 (8.7%)	2名 (13.3%)	0名 (0.0%)	3名 (11.5%)
評価結果	6名 (13.0%)	0名 (0.0%)	2名 (12.5%)	2名 (7.7%)
作業療法が必要な理由	5名 (10.9%)	2名 (13.3%)	2名 (12.5%)	4名 (15.4%)
作業療法アプローチの内容	6名 (13.0%)	0名 (0.0%)	0名 (0%)	3名 (11.5%)
作業療法アプローチの目的	4名 (8.7%)	1名 (6.7%)	2名 (12.5%)	5名 (19.2%)
目標	8名 (17.4%)	2名 (13.3%)	1名 (6.3%)	6名 (23.1%)
機能予後の予測	32名 (69.6%)	9名 (60.0%)	15名 (93.8%)	20名 (76.9%)
作業療法による危険性	7名 (15.2%)	1名 (6.7%)	0名 (0%)	5名 (19.2%)
作業療法にかかる費用	21名 (45.7%)	8名 (53.3%)	0名 (0%)	8名 (30.8%)
その他	1名 (2.2%)	1名 (6.7%)	2名 (12.5%)	2名 (7.7%)
<b>「あなたが説明できない理由は何ですか」</b>				
患者のためにならないと思うから	1名 (2.2%)	1名 (6.7%)	0名 (0.0%)	3名 (11.5%)
医師が説明することかもしれないと思うから	24名 (52.2%)	4名 (26.7%)	9名 (56.3%)	10名 (38.5%)
介護支援専門員が説明することかもしれないと思うから	1名 (2.2%)	1名 (6.7%)	0名 (0.0%)	0名 (0.0%)
家族と会う時間がとれないから	8名 (17.4%)	5名 (33.3%)	5名 (31.3%)	3名 (11.5%)
その他	5名 (10.8%)	2名 (13.3%)	1名 (6.2%)	6名 (23.1%)
無回答	7名 (15.2%)	2名 (13.3%)	1名 (6.2%)	4名 (15.4%)

(名) は表7の中で「ある」と回答した回答者数

表10. 「あなたは作業療法の説明に関する医師と作業療法士の役割を, どのように考えますか」の回答分布

	身体障害 (70名)	精神障害 (20名)	発達障害 (22名)	老年期障害 (38名)
	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)	回答数 (%)
作業療法士が自覚を持ってすべて説明すべきである	4名 (5.7%)	0名 (0%)	1名 (4.5%)	2名 (5.3%)
作業療法の説明は医師がすべきで, 作業療法士が説明するのは好ましくない	0名 (0.0%)	0名 (0%)	0名 (0.0%)	0名 (0%)
医師と作業療法士の両方がそれぞれ適切と思う項目を説明すべきである	64名 (91.4%)	20名 (100%)	19名 (86.4%)	35名 (92.1%)
その他	1名 (1.4%)	0名 (0%)	2名 (9.1%)	0名 (0%)
無回答	1名 (1.4%)	0名 (0%)	0名 (0.0%)	1名 (2.6%)

かった。

11. 作業療法の説明に関する医師と作業療法士との関係について (表10)

本設問では, 4つの臨床業務領域すべてにおいて, 「医師と作業療法士の両方がそれぞれ適切と思う項目を説明すべきである」と回答した作業療法が90%以上を占めていた。

IV. 考察

1. 作業療法実践におけるインフォームド・コンセントと患者の意志決定能力  
今回の調査では「予測される機能予後」, 「これから行おうとする作業療法に伴う危険性」, 「作業療法



にかかる費用」を主として、それらの説明内容について患者に対し「まったく説明していない」と回答した作業療法士が少数ではあるがいた。インフォームド・コンセントは患者の自律尊重を擁護するもっとも重要な倫理的行為である。そのため、患者が説明を要望しているにも関わらず説明をしていないというのであれば、作業療法士は患者からインフォームド・コンセントを得ているとは言えない。

そこで、作業療法において患者が説明を希望する内容について見てみよう。Yamano<sup>8)</sup>は今回の調査とほぼ同時期に病院または施設において作業療法を受けている患者（施設の場合は利用者と称される場合が多い）に対し、作業療法に関する説明を求める内容と職種について複数回答での調査を行っている。Yamano<sup>8)</sup>は、作業療法実施の理由、作業療法評価の結果、作業療法の内容、予後、危険性、費用について大半の患者が説明を求めていたことを指摘している。その中で、患者が説明を求める職種として、作業療法が必要な理由、作業療法の内容、作業療法にかかる費用の3項目については作業療法士を選択した患者が最も多かったのに対し、作業療法の評価結果、作業療法による機能予後、作業療法に伴う危険性については作業療法士と医師の両方を選択した患者が最も多い結果となっていた。また、患者が作業療法に関する説明を受けた後に作業療法へ同意する意思決定の方法については、患者自身による判断よりも作業療法士の判断に任せると回答したものが多かった。

今回の結果を Yamano<sup>8)</sup>の研究と照らし合わせると、「患者が説明を希望する内容」に対する説明が十分に行われていないと解釈できる。しかしながら、説明する側の立場から見ると「説明していない」現状には何らかの理由がありうることも押さえておく必要がある。例えば、インフォームド・コンセントにはいくつかの例外があるとされており、その中に意志決定能力がないと見なされる患者が挙げられている<sup>9)</sup>。今回の調査において、乳児や未成年者である小児を主な対象とする発達障害の場合において家族への説明の割合が多くなっていたのは、このような患者の意志決定能力について考慮した結果が含意されていると考えることができる。

近年における佐藤ら<sup>10)</sup>の調査において、作業療法士は患者との信頼関係や患者の自己決定権を重視し、患者の人権を尊重しながらインフォームド・コンセ

ントを得ていた。今回の調査においても、作業療法士の多くは患者の自律性を最大限尊重しながら説明を行っているものと思われる。ただ、作業療法の対象となる患者の中には、精神障害や認知症を有する者が少なくない。これらの患者の中には、説明内容に対する理解をできない患者や、説明を聞いた後に自殺の可能性を有する患者といった意志決定能力を有するとは言えない患者が存在すると予想できる。実際に、小林<sup>11)</sup>は医師の説明（具体的にはがんの告知）を受けた後に自殺したがん患者の遺族が病院と医師を提訴した事例について紹介している。また、発達障害の領域においても、患者の意志決定能力について無関心という訳にはいかない。

患者の意志決定能力については Grisso ら<sup>12)</sup>が「選択を表明できること、理解できること、認識できること、論理的に思考できること」という4つの要素から構成されることを述べている。しかし、この要素についても臨床において普遍的に認知されている訳ではない。実際に、作業療法士は対象者の年齢、精神発達遅滞、認知症の重症度などに拠りながら意志決定能力の有無を判断せざるを得ないのが現状である。このため、わが国のような家族を含めた共同体社会の中においては、家族への説明と家族による代理としての同意をもって患者の同意とするという行為が数多く営まれる。しかし、この行為をもって患者の自律尊重を擁護しているとはいえない。作業療法士は、患者の意思決定能力の有無を判断できる合理的な基準の確立に積極的に関与することが求められる。

今回の調査で大半の作業療法士は「作業療法の説明に関する医師と作業療法士の役割を、どのように考えますか」という設問に対し「医師と作業療法士の両方がそれぞれ適切と思う項目を説明すべきである」と回答していた。この点について、先に山野<sup>13)</sup>が行った医師に対する調査においても、同じ質問に対して約7割の医師が「医師と作業療法士の両方がそれぞれ適切と思う項目を説明すべきである」と回答していた。これらの結果を根拠に考えると、医師と作業療法士は患者から作業療法におけるインフォームド・コンセントを得るために、それぞれが適切と考える項目について十分協議し、患者の意思決定の促進につなげることが、患者から作業療法に関するインフォームド・コンセントを得る上で重要となる。

## 2. 作業療法士が十分に説明できない内容について

今回の調査を通して、松本ら<sup>5)</sup>が明らかにしていなかった「作業療法士は説明したいことを十分説明できていない」内容について「機能予後」と「作業療法にかかる費用」であることが明らかとなった。この中で機能予後は患者の筋力・認知機能・ADLなどをもとに推測する<sup>14)</sup>ものであるとされ、疾患による患者の生存率などを示す「生命予後」とは別に扱われる。しかし、患者の機能と医師によって診断された疾患の特徴とは少なからず関係を有していると思われる。このように考えると、患者へ機能予後を説明する職種としては、疾患と障害の両方の診断ができる医師が最も適格ということになる。

今回の調査において、作業療法士はその多くが機能予後の説明について医師が適格と考えていた。しかし、一方で作業療法士による説明が適格と回答した作業療法士もいた。また、「作業療法にかかる費用」に関する説明においても、医師やケアマネジャーが適格と回答した作業療法士がいた反面、作業療法士が適格と回答した者もいた。

理学療法士及び作業療法士法により、作業療法士は医師の指示のもとに作業療法を実践することが規定されている。この法律から作業療法実践の最終的な責任主体は指示を出す医師であると捉えることが可能である。よって、この法律を根拠に作業療法士が作業療法に関する説明について「医師が説明すべきことかもしれない」と考えることは必然的であろうと考える。松本らが説明できない原因として作業療法士の属する組織の特徴と記しているのは、この点に依拠するところが大きいと考える。

作業療法士が説明すべきか否かというディレンマに陥っているのであれば、患者の自律尊重を最大限擁護するというインフォームド・コンセントの最も重要な概念に沿って、患者に説明すべきと考える。しかし、患者の中には先述したような意志決定能力に疑念を持たざるを得ない者や、がんや進行性難病のような生命予後不良の疾患において十分な説明（告知）を受けていない患者も存在する。医師と作業療法士はこのような患者に対し作業療法に対するインフォームド・コンセントを得るために、説明の内容や方法について特別に考慮する必要があるだろう。

## 3. 作業療法実践におけるインフォームド・コンセントの頻度と時間

説明の頻度について、発達障害では「ほとんど毎日」が多かったのに対し、老年期障害は「およそ2～3か月おき」が最も多かった。また、説明の時間について、4つの臨床業務領域すべてにおいて「10分以下」と回答した作業療法士が多かった。もちろん、作業療法士と患者との間では長期間にわたる作業療法の実践において、少ない頻度または短時間の説明で十分な患者の理解を得ることができるだけの信頼関係が確立している場合もあり得る。それでも、患者が求める説明の内容は多岐にわたる<sup>15)</sup>。患者の理解と同意を得るために必要かつ十分な説明の頻度および時間については、今後明確にすべき検討課題であると考ええる。

## V. 結語

本研究では、作業療法の実践におけるインフォームド・コンセントについて、その現状と課題を明らかにしようと試みた。その結果から、作業療法士が患者からインフォームド・コンセントを得るためには、患者の意志決定能力、患者への説明時間と頻度を考慮すべきであることが示された。また、作業療法士は機能予後と作業療法にかかる必要について説明すべきと思っているが実際には説明できておらず、その原因として、医師が説明することかもしれないからと回答した者が最も多かった。作業療法士と医師は作業療法の実践における患者からインフォームド・コンセントを得るために、それぞれが適切と考える項目について十分協議し、患者の意思決定の促進につなげることが重要と考えられた。

本研究の限界は二点ある。まず、精神障害を臨床業務領域とする作業療法士の回答率が著しく低かった点が挙げられる。この点について、山野<sup>16)</sup>からは精神医療の特殊性に基づく影響が既に指摘されている。また、本研究はA県内の作業療法士のみを対象とした。A県が他の都道府県と比較して作業療法に関する特殊な地域性を有する根拠はない。ただ、研究結果の普遍性を高めるためには全国規模での調査が必要になると考える。

本研究の要旨は第11回佐賀県作業療法学会（2010年5月）において発表した。

なお、本研究における利害相反は存在しない。

## VI. 文献

- 1) Beauchamp TL, Childress JF : Principles of Biomedical Ethics Six edition. Oxford University Press, pp118-121, 2009.
- 2) 山野克明 : 作業療法士がインフォームド・コンセントを得るための説明責任について. 先端倫理研究 5 : 110-136, 2010.
- 3) Hammel KW (近藤敏, 宮口英樹訳) : 患者中心の作業療法 : 協業によるプランニング・責任ある介入. 患者中心の作業療法, (Mary Law 編著, 宮前珠子, 長谷龍太郎監訳). 協同医書, pp131-153, 2000.
- 4) Kyler-Hutchison P : Ethical Reasoning and Informed Consent in Occupational Therapy. Am J Occup Ther, 42 : 283-287, 1988.
- 5) 松本裕美, 小林法一, 石橋陽子, 他 : 作業療法士によるインフォームド・コンセント実施の現状 - 身体障害領域の場合 -. 作療ジャーナル, 37 : 1120-1126, 2003.
- 6) Appelbaum PS, Ludz CW, Meisel A (杉山弘行訳) : インフォームド・コンセント 臨床の現場での法律と倫理. 文光堂, pp174-176, 1994.
- 7) 社団法人日本作業療法士協会学術部 : 作業療法ガイドライン (2006年度版). 社団法人日本作業療法士協会, p8, 2006.
- 8) Yamano K : Considerations of issues concerning "Physician's prescriptions" in the practice of occupational therapy. Eubios J Asian Int Bioeth, 22 : 82-85, 2012.
- 9) Lo B : Resolving Ethical Dilemmas. 4<sup>th</sup> ED, Lippincott Williams & Wilkins, p25, 2009.
- 10) 佐藤美恵子, 長谷部真木子 : 看護師・理学療法士・作業療法士のインフォームド・コンセントの認識と実践の分析. 秋田大学保健学専攻紀要, 21 : 65-75, 2013.
- 11) 小林亜津子 : 看護のための生命倫理, 改訂版. ナカニシヤ出版, pp226-231, 2010.
- 12) Grisso T, Appelbaum PS (北村總子, 北村俊則訳) : 治療に同意する能力を測定する - 医療・看護・介護・福祉のためのガイドライン. 日本評論社, pp33-62, 2000.
- 13) 山野克明 : 作業療法のインフォームド・コンセントに関する一考察 - 医師を対象としたアンケート調査の結果から -. 作業療法研究くまもと, 4 : 44-48, 2015.
- 14) 千田富義, 中村隆一 : 入門リハビリテーション医学, 第3版, 中村隆一監修, 医歯薬出版, p215, 2007.
- 15) Yamano K : Informed Consent in the Practice of Occupational Therapy. Eubios J Asian Int Bioeth, 20 : 69-71, 2010.
- 16) 山野克明 : 作業療法に同意しない患者への作業療法士の対応について. 作業療法 30 : 631-634, 2011.

(平成28年3月7日受理)



## A Ethical Consideration of the Present Situation for Informed Consent in the Practice of Occupational Therapy

Katsuaki YAMANO

The purpose of this study was to clarify the present situation and to consider ethical issues for informed consent in the practice of occupational therapy. The subjects were 325 occupational therapists who belonged to an association of occupational therapists in one prefecture in Japan.

The method was a mail – based survey consisting of a questionnaire about informed consent. The data were subdivided into four specialized areas (physical, psychiatric, developmental, and geriatric disorders) in the practice of occupational therapy and were analyzed using descriptive statistics: seven questions concerned disclosure (contents, subject, average time, frequency, and the reasons why a therapist cannot disclose information even if the client wants him/her to disclose it) . The number of therapists who provided valid responses was 150 (response rate, 46.2%) .

The author considered three points in the survey results. 1. Occupational therapist and physician should make consideration concerning decision – making capacity. 2. Many occupational therapists answered that they could not explain functional prognosis to the clients even if they feel believed that disclosure was necessary. 3. The necessary and sufficient frequency and contents of disclosure to be obtained consent from clients are the problem which now confronts.

Key Words : Occupational Therapist, Informed Consent, Disclosure, Decision – making Capacity.