

[研究報告]

# リハビリテーション専門職の臨床倫理的問題と 解決方法に関する調査研究 ～テキストマイニングを用いた分析～

山 野 克 明

Survey research on clinical ethical issues and solutions for rehabilitation professionals:  
A text mining analysis

Katsuaki YAMANO

## 和文抄録

本研究の目的は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が抱えている臨床倫理的問題とその解決方法および解決に向けた課題を明らかにする。病院で臨床に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士15名ずつ、計45名に対し、臨床で抱える倫理的ジレンマとその解決方法について半構造化インタビューを行った。データ解析では逐語録を作成し、職種ごとにKHcoder使って特徴語を抽出し共起ネットワーク分析を行った。臨床倫理的問題について理学療法士では8因子、作業療法士では8因子、言語聴覚士では7因子が抽出された。具体的には、対話的かつ継続的なインフォーム・コンセント、行動制限と患者の人権擁護、嚥下障害と経口摂取、言語聴覚士のアイデンティティ・クライシスに関する内容が挙げられた。臨床倫理的問題の解決方法については職場の上司や医師へ相談している内容が抽出された。臨床倫理的問題について個々の事例を通して組織的に検討する環境づくりが求められる。

キーワード：臨床倫理，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士，テキストマイニング

## I はじめに

わが国の医療法において、医療とは生命の尊重と個人の尊厳の保持とし、医療の担い手と医療の受ける者との信頼構築の信頼関係に基づき、治療だけでなく疾病予防やリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならないことが明記されている。臨床の現場では患者への治療方針に対し、その場面に応じた専門職のさまざまな判断が要求される。患者の疾患や症状、既往歴、障害の程度、生活および社会参加の状況等の情報収集や患者や家族の要望等を確認した上で、何が正しいのか、何が最善であるのかを判断する。その判断をするために、治療方

針やリスク管理の必要度に応じて価値づけが必要となる。そのため、医療では常に倫理的判断が求められる。

一方で、専門職はある2つの事象がありそのどちらを優先すればよいかについて悩むことが多くある。たとえば、意識がなく経口摂取ができない場合に胃ろうの増設を検討したが家族の強固な反対にあった際、経口摂取と胃ろうのどちらを選択すべきか悩む場合がある。このような倫理的価値の対立状態におかれ、どちらを選択しても悪しき結果になるかもしれないと悩んでしまう状態を倫理的ジレンマという。このような臨床においてジレンマに陥るような個々の患者への医療に関する倫理的問題を分析し、関与

するメンバーが納得できる最善の対策（選択）はどのようなものであるかを学際的に検討する過程を臨床倫理という。臨床倫理的な問題としては、インフォームド・コンセント、患者の判断能力、意思決定の代諾者、真実告知、プライバシー、研究の臨床的ケアとの区別が挙げられている<sup>1)</sup>。

倫理的ジレンマはリハビリテーション医療の領域でも例外なく起こりうる。リハビリテーション医療では患者自身の生活や人生における価値観に基づく要望やニーズが重視されるとともに家族の価値観も反映される。もちろんリハビリテーション医療に携わる医療職も患者にとって最善の治療を実践しようとするが、最善の治療と考えた内容と患者や家族の価値観に齟齬や対立が生じうる。

リハビリテーション医療においては理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下、3つの職種を同時に挙げるときにはセラピストと略する）が代表的な専門職として位置づけられている。わが国のセラピストは全国的な職能団体を有しており、それぞれが法的に定められた業務内容からさらに踏み込む形で社会から信頼を得るための倫理綱領を公表している。そこでは臨床場面において患者の尊厳、人格、人権を尊重し、患者との信頼関係を保ち、最善の治療を行うことが明記されている<sup>2), 3), 4)</sup>。

セラピストは対象となる人と直接向き合い、信頼関係を構築し、最善のセラピーを行おうとする。しかし、セラピストと患者や家族との間での価値観の違いから倫理的ジレンマを抱えることがある。医療における倫理の基本原則として Beauchamp と Childress<sup>5)</sup> による生命医療倫理の四原則（自律尊重、善行、正義、無危害）がある。この四原則はセラピストに降りかかる臨床倫理的問題を分析し解決への方策を探索する上でも有益である。また、医療チームで臨床倫理的問題を分析し、解決に導くための方策を検討するための代表的なアプローチモデルとして、Jonsen ら<sup>1)</sup> による臨床倫理の四分画法（The four Topics）やフライら<sup>6)</sup> による看護実践のための倫理的分析と意思決定のためのモデルが知られている。

セラピストにまつわる臨床倫理的問題について概観すると、臨床において倫理的ジレンマに陥る理学療法士や作業療法士や多くいるものの、臨床倫理の意味を知らない者が77%もあったとする報告<sup>7)</sup> がなされている。セラピストの臨床における倫理的問題

とその対応についてはインフォームド・コンセントや意思決定に関するアンケート調査および文献研究<sup>8)-12)</sup>、作業療法における患者の権利に関する質的調査<sup>13)</sup>、言語聴覚士による嚥下障害にまつわる倫理的問題を呈した調査研究<sup>14)</sup> が報告されている。

一方、臨床倫理的問題の解決に向けた取り組みでは、上司や同僚に相談するとの回答が70%以上あり、倫理に関する事例検討会や倫理委員会での検討は3割以下であった報告<sup>15)</sup> がなされている。また、倫理的問題の解決に向けた事例として報告されたものについても臨床倫理的問題へのアプローチモデルをベースに検討された報告は限られている<sup>16), 17)</sup>。さらに臨床倫理的問題の解決に向けて支援する活動として倫理コンサルテーション<sup>18)</sup> が普及しているものの、リハビリテーション医療では新人作業療法士を対象とした支援活動の報告<sup>19)</sup> に限られている。作業療法は精神医療を起源とする<sup>20)</sup> が、精神科作業療法領域に関する臨床倫理的問題については作業療法を拒否する患者に対して治療を行うか否かに関する調査<sup>9)</sup> や作業療法実践上のインフォームド・コンセントのあり方に関するアンケート調査<sup>12)</sup> がある程度で、十分な検討がなされていない。わが国のセラピストが経験する臨床倫理的問題を明らかにし、その解決のあり方を探究することは、セラピストの卒前卒後教育およびリハビリテーション・チームの管理運営について質の向上につながるものと考ええる。

本研究の目的は、臨床に従事するセラピストが経験した臨床倫理的問題を、セラピストへのインタビュー、すなわちセラピストの語り（ナラティブ）から職種ごとに明らかにする。加えて、セラピストが臨床倫理的問題を解決するためにどのような方法をとっているかについてもセラピストの語りから探索することにある。本研究の意義は複数のセラピストから臨床倫理的問題とその解決方法についてインタビューを行い、倫理的ジレンマに関する生の声から臨床倫理的問題の解決に向けた方策の体系化をはかるための課題を明証できることにある。

## Ⅱ 研究方法

### 1. 対象者

対象は複数の都道府県に所在する医療機関で臨床に従事するセラピストとした。このなかで、作業療法士については専門職業の独自性が理学療法士と明

確に区別できるよう精神科病院で従事する者に限定することとした。対象者の選定にあたっては量的研究のように統計手法や検定力を使ったサンプルサイズの設定ができないため、各職種15名ずつと設定した。インタビューを行うにあたり、セラピストによっては臨床倫理に関する予備知識が乏しい人や、倫理的ジレンマそのものを感じていない人がいる可能性は否定できなかった。しかし、そうであってもセラピストの臨床倫理学的問題に関する貴重な意見として尊重し、筆者が恣意的な対象者の選定を行わないようにした。

これをもとに、医療機関に所属するセラピストの部門責任者、もしくはそれぞれの職種の養成機関に所属する教員に研究の主旨を説明し、セラピストを推薦してもらう形とした。その結果、2つの県に所在する複数の医療機関（理学療法士4施設、作業療法士4施設、言語聴覚士11施設）から、所属する理学療法士15名、作業療法士15名、言語聴覚士15名の計45名について対象者として推薦を得た。

本研究における倫理的配慮として、推薦を得た対象者に対しては調査にあたり調査の目的および方法、調査は無記名で行われ、得られたデータは個人が特定されないように処理されること、調査への参加は任意であり、参加しなかったことによる不利益はないこと等について文書を用いて十分に説明し、同意書に署名してもらうことで同意を得た。なお、本研究は熊本保健科学大学ライフサイエンス倫理審査委員会の承認（承認番号：18034）を得た上で着手した。

## 2. データ収集の方法

方法は責任著者と対象者との間で半構造化インタビューの形で行った。インタビューは対象者が所属する施設もしくは責任著者が所属する教育機関の会議室にて行った。調査にあたってはインタビューの数日前にインタビューの質問を記したインタビューメモ（図1）および臨床倫理の定義等を示した資料を対象者へ事前にわたし、対象者にはインタビューメモに自由に記録した上でインタビューを受けてもらって構わない旨説明した。インタビューにおいて、調査者は研究者の立場でインタビューを行い、対象者に意図的な介入を行わないよう留意した。インタビューの内容はICレコーダーにて記録し、逐語録を作成した上でデータとして使用した。調査期間は2019年2月から2020年11月であった。

## 3. 分析方法

対象者の属性について、臨床経験年数とインタビューの平均時間は統計学的にKruskal-Wallis検定を用いて3つの職種を比較した。統計ソフトはIBM SPSS Statistics, Version 29.0.2.0を用いた。

逐語録にある研究データの分析にあたっては、テキストマイニングの方法を用いた。テキストマイニングとはインタビュー等を通して対象者の語りから作成された大量のテキスト型（文字型）データを解析し、必要な情報を抽出する手法である。本研究においては樋口<sup>21)</sup>が開発したKH coder（Version 3.02c Official-package）を使って質的に分析した。KH coderとはインタビュー等で作成されたテキスト型データをコンピュータの利用により整理および内容分析を行う方法である計量テキスト分析を行うことのできるソフトウェアのことである。KH coderはすでにRやSPSSを用いながらその再現性が明らかになっている<sup>22)</sup>ソフトである。計量テキスト分析の利点として、大量のデータがあった場合でも分析する人の思い込みや願望に影響されことなく、正確にデータ全体の傾向をつかむことが可能である<sup>23)</sup>。計量テキスト分析のツールには他にフリー

臨床倫理インタビューメモ	
氏名 _____	
1. 2020年4月時点での臨床経験年数	年      月
2. 臨床において感じた倫理的問題について書き出してみましょう（複数可）。	
3. 2. で取り上げた倫理的問題に対してどのように解決をはかったか書きだしてみましょう。	
※本用紙はあくまでもメモですので、インタビュー依頼者に提出する必要はありません。	

図1 インタビューメモ



ソフトの R がある。KH coder ではもともと R がパッケージに同梱されており<sup>24)</sup>、R の機能も自動的に利用しながら計量的な分析と原文の解釈を繰り返し確認しながら分析を深めることができるという使いやすさでの利点もある。

本研究ではまず形態素分析を使って分析対象のデータ文章を分析した。形態素とはようするに単語のことであり、形態素分析とはデータ文章について意味を持つ最小単位の単語<sup>25)</sup>に区切り各単語の品詞を分析することである。樋口<sup>26)</sup>によれば KH coder の形態素分析には松本<sup>27)</sup>が開発した日本語形態素解析システム「茶筌」の結果をほぼそのまま利用している。そして、KH coder において体系化された名詞、動詞、副詞、形容詞、人名、地名、組織名など 23 の品詞体系は茶筌のそれに準じている<sup>25)</sup>とのことである。

本研究においては、この形態素分析にもとづきデータから単語の出現回数を分析した。ただし、品詞の出現回数を抽出するにあたっては、どのような文章でも出現するひらがなだけの一般的な語であり文字データの内容を反映しない品詞である動詞 B (する, なる等), 副詞 B (ちょっと, そう等), 名詞 B (あと, ところ等), 形容詞 B (うまい, よい等), 感動詞 (そうですね, なるほど等), 否定助動詞 (ん, ない等), 形容詞 (非自立) (がたい, つらい, にくい等) を除外した。なお、今回除外した品詞のうち、動詞 B, 副詞 B, 名詞 B, 形容詞 B, 否定助動詞, 形容詞 (非自立) は KH coder においてデフォルトで除外されており、そのまま分析した。また、感動詞については、先述のようにインタビューの過程における聞き手のあいづちに近いものであったため、これも除外した。

品詞の抽出を行った上で出現回数が多い 60 の単語を特徴語と選定し、特徴語どうしの結びつきを探るためセラピストの職種別に共起ネットワーク分析を行った。共起ネットワーク分析は入力した職種別の文字データから KH coder によって自動的に分析されたものを確認した。この共起ネットワーク分析の結果から臨床倫理的問題とその解決方法に関連する因子を抽出した。KH coder には語の前後の文脈を自動的に一覧表示できる Key Word In Context (以下, KWIC) コンコーダンスが装備されており、これを活用して職種ごとに抽出した因子の文脈を確認した。そのうえで、筆者がそれぞれの因子に名前を

つけることでこれらの様相を明らかにした。

臨床倫理的問題に対する解決方法については KH coder に入力した文字データからコーディングルールを定めた上でコンセプトを取り出す形で抽出した。具体的には、あらかじめ「解決方法」をコンセプトと設定し、「解決」と「方法」の語が入っていることを条件として文をコーディング単位としたうえで、コンセプトを単純集計した。この集計された結果をもとに、筆者が KWIC コンコーダンスを用いて文脈を確認し、インタビューの中で聞き手である筆者が発言した部分を除外した。その上で、セラピストが解決方法を示唆している内容を抽出した。

### Ⅲ 結果

#### 1. 対象者の属性

本研究では推薦を受けたセラピスト 45 名全員から同意を得ることができた。対象者の平均臨床経験年数は理学療法士  $11.7 \pm 8.8$  年 ( $M \pm SD$ ), 作業療法士  $12.3 \pm 7.4$  年 ( $M \pm SD$ ), 言語聴覚士  $7.2 \pm 4.8$  年 ( $M \pm SD$ ) であり、職種間の有意差を認めなかった (検定統計量 = 3.702,  $P = 0.157$ )。

インタビューの平均時間は理学療法士  $17.6 \pm 5.6$  分 ( $M \pm SD$ ), 作業療法士  $21.2 \pm 8.5$  分 ( $M \pm SD$ ), 言語聴覚士  $22.9 \pm 11.1$  分 ( $M \pm SD$ ) であり、有意差を認めなかった (検定統計量 = 2.268,  $P = 0.322$ )。

#### 2. セラピストの職種ごとにおける特徴語の違い

セラピストにおける特徴語を比較すると「思う」、「言う」といった動詞、「患者」、「家族」、「本人」といった名詞が共通して上位に含まれていた。一方、言語聴覚士で上位にあった「食べる」や「嚥下」は理学療法士と作業療法士には含まれていなかった。作業療法士では精神科作業療法の実践において多く用いられる用語である「活動」が上位にあり、他の職種では含まれていなかった (表 1)。

なお、3 職種すべてにおいて「先生」という名詞が上位に位置されていた (表 1)。ただし、KWIC コンコーダンスを用いて「先生」を検索表示したところ、その大半は聞き手である筆者が対象者に対し尋ねる際に「あなた」と同じ意味の呼称として用いていた。

#### 3. 共起ネットワークから見た職種ごとの因子

共起ネットワーク分析では語どうしの結びつきの強さを示す尺度である Jaccard 係数が示されている。

表1 職種別による特徴語の相違（上位60語）

理学療法士			作業療法士			言語聴覚士		
抽出語	品詞	出現回数	抽出語	品詞	出現回数	抽出語	品詞	出現回数
思う	動詞	306	思う	動詞	359	食べる	動詞	361
家族	名詞	294	患者	名詞	239	思う	動詞	342
言う	動詞	221	言う	動詞	213	先生	名詞	273
患者	名詞	218	人	名詞 C	155	言う	動詞	228
本人	名詞	161	先生	名詞	148	患者	名詞	217
先生	名詞	152	今	副詞可能	134	家族	名詞	200
話	サ変名詞	113	OT	未知語	127	ST	未知語	141
形	名詞 C	101	病院	名詞	109	話	サ変名詞	134
今	副詞可能	98	活動	サ変名詞	103	本人	名詞	121
難しい	形容詞	95	話	サ変名詞	103	今	副詞可能	119
リハビリ	名詞	92	多分	副詞	90	分かる	動詞	103
人	名詞 C	90	形	名詞 C	87	ドクター	名詞	100
多分	副詞	88	自分	名詞	87	形	名詞 C	100
結構	副詞	83	感じ	名詞	86	説明	サ変名詞	97
説明	サ変名詞	83	分かる	動詞	85	難しい	形容詞	97
多い	形容詞	82	病棟	名詞	82	多分	副詞	85
少し	副詞	75	少し	副詞	81	病院	名詞	83
聞く	動詞	73	精神	名詞	76	嚥下	サ変名詞	82
実際	副詞	71	本人	名詞	75	多い	形容詞	78
場合	副詞可能	71	問題	ナイ形容	70	自分	名詞	77
病院	名詞	66	自身	名詞	69	問題	ナイ形容	77
分かる	動詞	65	看護	サ変名詞	66	人	名詞 C	73
リハ	未知語	64	考える	動詞	66	実際	副詞	72
考える	動詞	61	家族	名詞	63	考える	動詞	70
感じ	名詞	58	見る	動詞	63	倫理	名詞	70
意向	名詞	54	難しい	形容詞	62	リスク	名詞	69
対応	サ変名詞	54	倫理	名詞	62	状況	名詞	69
問題	ナイ形容	53	聞く	動詞	59	聞く	動詞	67
PT	未知語	52	結構	副詞	56	結構	副詞	64
部分	名詞	50	出る	動詞	56	訓練	サ変名詞	61
ケース	名詞	47	個人	名詞	53	感じる	動詞	59
帰る	動詞	47	判断	サ変名詞	53	少し	副詞	59
個人	名詞	46	行動	サ変名詞	51	医療	名詞	57
自分	名詞	46	持つ	動詞	50	相談	サ変名詞	56
退院	サ変名詞	46	行く	動詞	49	非常	形容動詞	56
強い	形容詞	45	他	名詞 C	49	持つ	動詞	55
時間	副詞可能	43	感じる	動詞	48	自身	名詞	51
自身	名詞	43	作業	サ変名詞	48	ケース	名詞	48
一応	副詞	42	時間	副詞可能	48	一応	副詞	48
見る	動詞	42	ある程度	副詞	47	見る	動詞	48
拒否	サ変名詞	40	一つ	名詞	44	指示	サ変名詞	48
判断	サ変名詞	40	実際	副詞	44	出る	動詞	48
大事	形容動詞	39	確か	形容動詞	43	医師	名詞	47
一番	副詞可能	38	必要	形容動詞	43	栄養	名詞	46
結局	副詞可能	38	場合	副詞可能	42	PEG	未知語	45
他	名詞 C	38	スタッフ	名詞	41	感じ	名詞	45
行く	動詞	37	説明	サ変名詞	41	主治医	名詞	45
出る	動詞	37	入る	動詞	41	必要	形容動詞	45
認知	サ変名詞	37	制限	サ変名詞	39	確か	形容動詞	44
倫理	名詞	37	療法	名詞	39	場合	副詞可能	44
言える	動詞	36	気	名詞 C	38	判断	サ変名詞	44
最初	名詞	36	取る	動詞	38	強い	形容詞	43
確か	形容動詞	35	多い	形容詞	38	看護	サ変名詞	42
意見	サ変名詞	34	来る	動詞	38	食事	サ変名詞	42
家	名詞 C	34	学生	名詞	37	当然	副詞	42
感じる	動詞	34	ケース	名詞	36	一つ	名詞	41
治療	サ変名詞	34	関係	サ変名詞	36	理解	サ変名詞	41
ある程度	副詞	33	出す	動詞	36	違う	動詞	39
希望	サ変名詞	33	違う	動詞	35	経口	名詞	39
来る	動詞	33	大事	形容動詞	34	OT	未知語	38



図2 理学療法士の共起ネットワーク

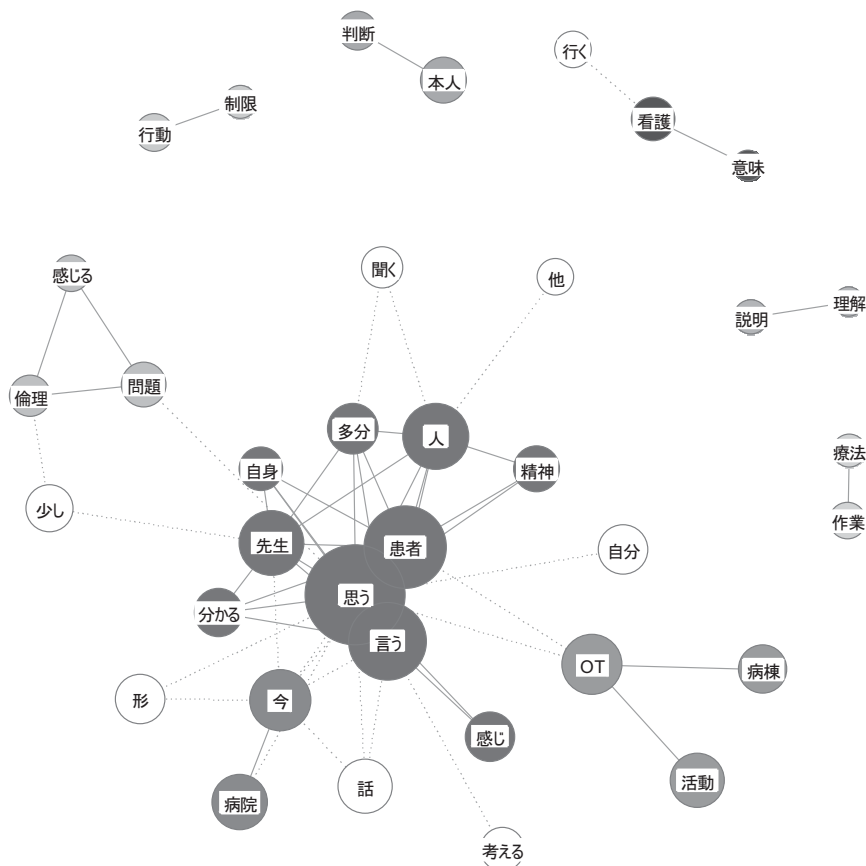


図3 作業療法士の共起ネットワーク

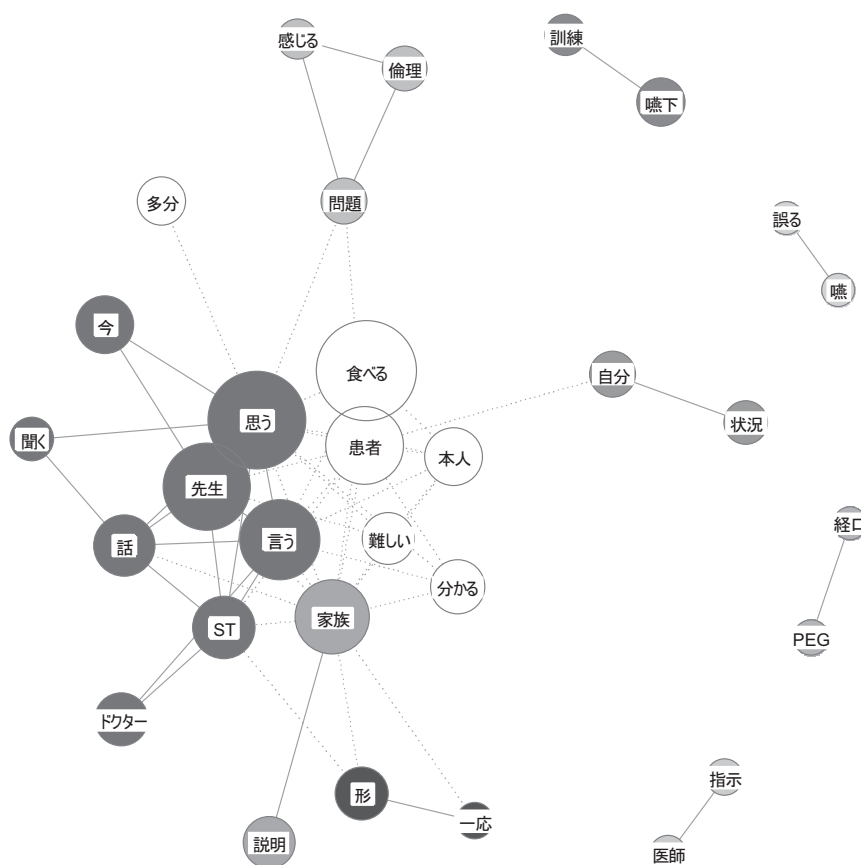


図4 言語聴覚士の共起ネットワーク

今回の分析では3職種すべてにおいて Jaccard 係数が0.2以上であった(図2, 3, 4)。

#### 1) 理学療法士に特徴的な臨床倫理的問題

理学療法士では27の特徴語から8つの因子(1. 理学療法士と患者との関わり, 2. 本人と家族の意向との違いに対応する難しさ, 3. 説明の形, 4. 病院で聞かれること, 5. 自宅に退院すること, 6. 個人情報の取り扱い, 7. 患者の認知機能低下と理学療法に対する拒否, 8. 理学療法士自身が患者や家族のことを考える)が抽出された(図2, 表2)。なお, 「一つ」, 「倫理」, 「問題」, 「感じる」の4単語で因子が構成されていたが, これは聞き手である筆者が対象者に対し倫理的問題について尋ねている文脈であったため理学療法士の因子から除外した。

因子1. 「理学療法士と患者との関わり」については, 「今のこの状況, 体の状況でリハビリを進めていっても, 歩けるようになっていくのは難しいと思います……はっきり言ってしまったほうがいい患者の家族と, 濁して言ったほうがいい, その患者の家族の性格というか……その雰囲気というのは分かってくるようになった」という表現や「どう頑張って

もできないっていうのは, 変に希望を持たせてしまうと, リハビリすればなるんだねって思われると, こっちも困ってしまう」という形で患者に対し機能的な予後に関する告知に関するジレンマをあることを確認できた。また「リハビリでやっているADLっていうのが実際の病棟でしているADLとしてなかなか行っていないだけ」という形で他職種との連携がうまくいかず, 患者への理学療法の実践について苦悩している表現を確認できた。

因子2. 「本人と家族との意向の違いに対応する難しさ」では「本人の意向を最大限尊重する」という表現よりも「どうしても家族の意向が上回ってしまう」, 「家族の意向を尊重している方が多い」, 「家族の意向に沿わせる」という形で本人よりも家族の意向を優先する表現が多くあった。生命医療の四原則から見ると患者本人の「～したい」という形でなんらかの意向を示す自律尊重の原則と「本人はこうなって欲しい」と家族が示す善行の原則との間で対立している状態であった。

因子3. 「説明の形」では「家族の意向をなるべく尊重しつつも, ただ, 医療行為として, 病院とし



表2 理学療法士の因子

因子	特徴語
理学療法士と患者との関わり	思う
	言う
	患者
	先生
	今
	話 多分 リハビリ
本人と家族の意向の違いに対応する難しさ	家族
	人
	本人 難しい 意向
説明の形	形
	説明
病院で聞かれること	結構
	聞く
	病院 多い
自宅に退院すること	家
	帰る
個人情報の取り扱い	個人
	情報
患者の認知機能低下と理学療法に対する拒否	認知
	拒否
理学療法士自身が患者や家族のことを考える	自身
	考える

ではこのままではいけないっていう部分は家族にしっかりと説得して、納得していただく形で説明はして治療行為を行う」という表現や「家族に対して本人がどうしても歩きたいっていう希望があるので……結局、双方が満足してもらわないと、いけないのかなって……どうにか納得してもらえるように頑張る」という形でとくに家族が納得できるように丁寧な説明を心掛けている表現が示された。

因子4.「病院で聞かれること」では「外来の方でも期限を過ぎて13単位で外来リハ<sup>注1</sup>を提供しての方が数名いらっしゃったので、そういった方にもご説明をしたんですけど……ドクターからはリハビリどんどんしてよみたいな感じで言われてる中、こっちはできなくなるんですよっていう説明をするっていうと、患者からすると見捨てられたんじゃないか

とかですね」と言う表現や「過敏に精密検査してくださいだとか、リハビリをもっと長くとか、結構言われる家族は増えてきたかな」というように、診療報酬点数に定められたリハビリテーション実施の日数制限や理学療法以外の医療行為も含めた診療行為に関する不安を訪ねられる表現があった。

因子5.「自宅に退院すること」では、「施設って本人に言うとな不安になったりとか、家にすぐ帰るとかになるから、退院の間際まで施設っていうのを言わないでおこうとなったので、それはどうかなって」という表現や「結局、帰ったら心はいいかもしれないですけど、どうせまた入院することを考えると、そっち<sup>注2</sup>のほうがいいかなって」、「帰られてしばらくしたらまた転倒されて戻ってこられたんですよ。転倒後かなり身体機能が低下して結果的に肺炎になって……家族がちゃんと見守れる環境がちゃんとできていいるならば家に帰ってもよかったのかなと思う」という表現から、施設への転所と退院との比較考量で苦悩する表現が見られた。

因子6.「個人情報の取り扱い」では「『あの患者はどうなったのか』とか、聞かれることがあったりとか、患者同士で一緒に訓練したりもすることが多いのでそのときの個人情報だったり聞かれることが多い」とや「リハビリとしては個人を特定する情報は絶対に流さないって、でも冷たくあしらうってというのはない。関連する話題も言うこともあるかもしれない」という形で他の患者から知り合いの患者から退院後のことを尋ねられ、理学療法士自身は知っていても答えられない、もしくは濁す返答をするという表現があった。

因子7.「患者の認知機能低下と理学療法に対する拒否」では「調子がいい日だけ、拒否が強くなかった日だけしますねっていうことを家族に伝えた上で」という表現や「拒否がある場合は傾聴する。その問題点が解決できるのであれば、主治医に相談したりとか投薬で痛みを抑えたりとか……認知面等で拒否がある場合もあるので、そのときは部屋の環境だったりとか、あとはとにかく良い反応があるときは、とことんつき合って……」という表現があり、患者が拒否しつつも医師に相談したり、患者の様子を観察したり、治療環境を整えたりして理学療法を実践しようとする苦悩が示された。理学療法士では理学療法を拒否した場合の対応について倫理的ジレンマの状態にあることも明らかとなった。「拒否」



の語は「認知」と共起していたため KWIC コンコーダンスを活用して「認知」の文脈を確認したところ、大半が「認知症」の表現になっていた。

因子 8. 「理学療法士自身が患者や家族のことを考える」では「リハビリの方針について、家族が熱心な方がいらっしゃる……そういった方々の希望をどこまで考えるべきか……」という形で本人や家族の意向をどこまで考えるかという表現や「患者にケガをさせることが一番よろしくないということを考えるのであれば、われわれが四六時中ちゃんと患者の行動を見ておくことが大事」という形で患者のリスク管理について考えているという表現がなされていた。

## 2) 作業療法士に特徴的な臨床倫理的問題

作業療法士では25の特徴語から8つの因子（1. 作業療法士と精神障害がある患者との関わり、2. 病院での取り組み、3. 作業療法を含む病棟内の活動、4. 看護から見た作業療法の意味、5. 作業療法、6. 説明に対する患者の理解、7. 患者本人の判断<患者本人に対する医療職の判断>、8. 患者の行動制限）が抽出された（図3、表3）。なお、「少し」、「倫理」、「問題」、「感じる」の4単語で因子が構成されていたが、これは聞き手である筆者が対象者に対し倫理的問題について尋ねている文脈であったため作業療法士の因子から除外した。

因子 1. 「作業療法士と精神障害がある患者との関わり」では「精神科っていうのは、とくに、もともと壁がある人がいるので……患者と治療者間の関係性を築くためには、少し腹を割って話す関係ならないと難しい」や「患者自身が、自己決定がもともと難しい不得意な方だったり困難な方が多いので……その方たちにこちらがまずは『こうしたほうがいいですよ』とか言ったりしていく中で、常に自分が伝えることが正しいかどうかという判断は問われる」という形で精神障害がある患者とのコミュニケーションの難しさを表現したものや、「精神障害者に対して長期入院があるから医療っていう点が病院だから強い。社会モデル的な考え方っていうのが世の中にはもっと求められている、そこら辺が実際できない、リスク面でしかできないから、院内の作業療法はかなり制限されやすい」という形で長期入院の患者に対しリスク管理が優先され、十分な関わりがとれていないという苦悩の表現があった。

因子 2. 「病院での取り組み」では、「回数を増

表 3 作業療法士の因子

因子	特徴語
作業療法士と精神障害がある患者との関わり	思う
	言う
	患者
	精神
	人
病院での取り組み	多分
	感じる
作業療法を含む病棟内の活動	先生
	自身
看護から見た作業療法の意味	分かる
	今
作業療法	病院
	OT
説明に対する患者の理解	活動
	病棟
患者本人の判断（患者本人に対する医療職の判断）	看護
	意味
患者の行動制限	作業
	療法
	説明
	理解
	本人
	判断
	行動
	制限

やしたいとか活動の制限を危険物とかの取り扱いを、少し軽減したいと形で、ただ結局インシデントとかアクシデントが起きてしまうと、どうしても制限がちになってしまう……もちろん対策は立てますけれど、その人の状況次第で完全に制限するべきなのか……病棟側からしたらリスクが伴ったら制限に即つながってしまった。これも病院の今からの課題」という形で作業療法の実施回数を増やしたいとか作業活動においてハサミなどの危険物を患者に使わせたいがリスク管理上難しいことについての表現があった。

因子 3. 「作業療法を含む病棟内の活動」では「自分自身で選択されてない活動をこう、勧めるといってお話に持っていくと、やはりどうしてもかたくなに拒否をされて」という形で作業療法士が必要と考えても患者にとって気に入らない作業は拒否されるという苦悩が表現されていた。また「重度の認

知症の患者で、なかなか活動に対するレスポンスがないというか、ただし処方箋は出てますし……レスポンスがない患者に対して、果たしてお金を頂くほどのものがどれだけ提供できてるのかなっていう、そのはざままで苦慮することがですね」と言う形で治療効果が出ない患者に対して作業療法士としての責任を感じている表現もあった。

因子4.「看護から見た作業療法の意味」では「看護師たちはどうしても悪化させない観点が強かったりする……リスクが伴うとさせないほうがいいんじゃないかと。それが精神科の場合は身体的に見えないので、予防しだしたらきりが無い」と表現や「看護師がすごくリスク管理を重視するあまり、作業療法の活動とか、いろんな院外のレクリエーションとかを看護師が、『この人はリスクがあるから行かせないで』っていうのがあって、『転倒するから危ない』とか、『誤嚥するからおやつは駄目』とか。それが強すぎるんじゃないのかなって思います」という表現があり、看護師と作業療法士との方針に相違があることへの苦悩が表現されていた。

因子5.「作業療法」では「患者の作業療法で行った行事ごとの写真を掲示させていただいて……他の患者の家族が来たときに、写真を見て『この人は、その地域の誰々だ』とか、そういう個人の特定になってないかって不安があって」という形で、患者が作業療法で製作し展示した作品を通して個人情報漏えいする点を危惧する点と作品を展示することが患者の成功体験や意欲向上につながるという利点との間で苦悩する表現があった。また、「別に作業することが最終目的ではないんで、作業を行ったその先に、その方の少しでも良き人生をっていうほうが目的なんで、だから正直、目の前の活動ってしようがしまいが、いいかなって」という形で、患者が作業療法を行うことが絶対的なのか苦悩している表現があった。

因子6.「説明に対する患者の理解」では「理解力がある患者に関しては細かく説明をして、理解力がない方に関しては……簡単な質問でしかないですね」という形で患者の説明に対する理解力に合わせて説明を行っている現状や、「理解ができるような説明とか、そういうのもドクターにして欲しいなって感じですね」という形で理解力に乏しい患者に対しては医師に作業療法の説明が必要と考える表現があった。

因子7.「患者本人の判断（患者本人に対する医療職の判断）」では、「主治医が総合的に判断して」という形で患者の判断能力を医師が判定している表現が見られた。また、「最終判断はもちろん本人と家族で。それまでの情報とか相談を受けたら、一緒に考えるっていう」という形で治療方針について一緒に考える姿勢を残しておきつつも本人もしくは家族で最終判断してもらうという表現もあった。

因子8.「患者の行動制限」では「行動制限の在り方っていうのがまだうまく吟味されてない」という形で精神障害がある患者の行動制限に関する苦悩が表現されていた。一方で「行動制限がないと、その人が病気によって行動制限が必要な場合っていうか、自分自身を傷付ける人もいるし、本人の意識に関係なく他害行為を行ってしまうっていうのがある」という形で患者の行動制限について一定の理解を示す表現も見られた。

### 3) 言語聴覚士に特徴的な臨床倫理的問題

言語聴覚士では20の特徴語から7つの因子(1.STとしての関わり, 2. 家族への説明, 3. 言語聴覚士自身の置かれている立場と状況, 4. 医師の指示, 5. PEG <経皮内視鏡的胃瘻造設術>か経口か, 6. 誤嚥, 7. 嚥下訓練)が抽出された(図4, 表4)。なお、「倫理」、「問題」、「感じる」の3つの単語および「一応」と「形」で因子が構成されていたが、これは聞き手である筆者が対象者に対し倫理的問題について尋ねている文脈であった。そのため、これらは言語聴覚士の因子から除外した。

因子1.「STとしての関わり」では「STのリーダーもできれば経口でいけたらっていうふうにはおっしゃってたんですけど、主治医と病棟的には誤嚥も何回かされていたので……経口でいこうというのはSTだけになっていました」という形で最善の治療方針を考える上での他職種との見解の相違に基づく苦悩が表現されていた。

因子2.「家族への説明」では「STからドクターに相談して、ドクターから家族にICしてもらってます。ドクターのICで家族が診療方針を決定するんですけど……ドクターがICしたときに、がらっと話が変わったりするんですよね。そこで結局はドクター次第で変わってしまうっていうのがあります」という形で個々の医師によって家族の反応が違うことの違和感が表現されていた。

因子3.「言語聴覚士自身の置かれている立場と

表4 言語聴覚士の因子

因子	特徴語
ST としての関わり	思う
	聞く
	言う
	今
	先生
家族への説明	話
	ST ドクター
言語聴覚士自身の置かれている立場と状況	家族 説明
医師の指示	自分 状況
PEG か経口か	医師 指示
誤嚥	PEG 経口
嚥下訓練	誤る 嚥
	嚥下 訓練

状況」では「失語とか認知機能の低下がある方で、トイレに何回も行きたいっていう方に対して……どうしてもトイレに連れていけない、とくに夜勤帯とか、病棟あたりの看護師が配属されてる人数が少ないので、行ける能力があったとしても行けない……立ったりとかするときに転倒しちゃうかもしれないとか……トイレに連れてってあげたいけど行くのが難しいという方もいらっしゃるとか……自分注4、体の状況とか認知ができてなくて、でもやっぱりトイレでしたいっていうのを見ると……そこを満たせなくてあげない」という形で、言語聴覚士として患者の排泄介助をできない現状に言語聴覚士としての苦悩を示す表現があった。また「ICの場で、こういう状況で食べれないですよ……すごい難しい状況にありますよっていうのをドクターのほうから言われると……本人、本当の自分のニーズっていうのを伝えられないっていうか、そこでディスカッションができるような雰囲気であればいいんでしょうけど、なかなかそこを伝えられない方もいらっしゃる……お互いニーズをきちんと言い合える、かつリスク管理もできるというようなシステムみたいなのがあって……」という形で、医療チームと患者との対話の乏

しさについての表現があった。

因子4.「医師の指示」では「胃ろうを造設できたとしても、さらにもう一段階、経口摂取という段階があるので……私たちは医師の指示の下で動いてますので。医師がそれを指示するのであれば、ぎりぎりの状態でも、危ないと分かっててもトライしてみても、最悪また誤嚥性肺炎をもしかしたら起こすかもしれない……なるべくきついことはさせてあげたくないっていうような、個人的かつSTの職業的な意見もありはするものの。家族が望むこと、医師が言われることならばせざるを得ない」という形で言語聴覚士自身が最善と思わない治療方針を医師の指示があるから行わなければならないという苦悩が表現されていた。また、「医師の指示が厳密にあるとはいっても……家族が間に挟まることで話が変わってきたりするんですね……家族の期待度と現実の状態、患者さまの中で、私は板挟みになることが多いかも」という形で医師、家族、患者の意見の相違の中で板挟みになっている表現もあった。

因子5.「PEG か経口か」では「PEGにするのか経口のまま摂取していくのか。肺炎自体も繰り返されていたんで経管をして……著しく回復する見込みもそんなになかったんで……VFの様子も実際に見てもらったんです。家族はすごく悩まれて。身内の方は家族にPEGをされた方が実際にいらっしゃたらしくて、けどその人に『こんなご飯じゃないって』言われたって……だからそれをするのが本当に幸せなのかが分からないって」という形で嚥下障害の治療方針として経口と経管のどちらが最善か、家族の悩みに共感している表現があった。

因子6.「誤嚥」については「主治医の命令で誤嚥リスクが高い患者に対して……先生<sup>注3</sup>に危ないっていうのを説明しても、肺炎になったら自分が何とかするからっていうのをよく言われる先生<sup>注3</sup>で。食べさせて実際に肺炎になって、結局、経管栄養にしないといけないってなる」とや「窒息してしまうんじゃないかなっていうような結構リスク高い患者がいた。姉は今後どれだけ長く生きれるかも分からないし、食べたいって言われるものは食べさせてあげたいっていう思いがあって。主治医に確認とってSTと看護師付き添いのもと食べてもらって」という形で誤嚥のリスクが高いと言語聴覚士自身が判断したにも関わらず、経口摂取を受け入れざるを得ないという言語聴覚士自身の苦悩が表現されていた。



因子7.「嚥下訓練」では「家族の希望は食べさせて欲しいけど、こちらの評価としては厳しいんじゃないかっていうときに、どうしていくか」という形で経口摂取が最善か否か苦悩する表現や「PEGを作ったら嚥下訓練できますよっていう話で作るんですけど……作ってしまったらなかなか嚥下訓練トライできなくなっちゃったり……どうしてもペーストとかゼリーになってしまうんですけど……苦痛になってる方もいらっしゃる」という形で経口摂取したとしても患者の満足度が低い嚥下訓練を継続することに悩んでいる様子が表現されていた。

#### 4. 臨床倫理的問題の解決方法

理学療法士15名のインタビューにおいてコンセプトの頻度は16であり、文全体の0.86%であった。その中で、理学療法士が解決方法について述べていると解釈できる内容は2つであった。作業療法士15名のインタビューにおいてコンセプトの頻度は28であり、文全体の1.28%であった。その中で、作業療法士が解決方法について述べていると解釈できる内容は4つであった。言語聴覚士15名のインタビューにおいてコンセプトの頻度は29であり、文全体の1.50%であった。その中で、言語聴覚士が解決方法について述べていると解釈できる内容は5つであった(表5)。

### Ⅳ 考察

#### 1. セラピストの臨床倫理的問題について

##### 1) 理学療法士に特徴的な臨床倫理的問題

理学療法士からのインタビューでは患者への説明、すなわちインフォームド・コンセントに関する倫理的ジレンマを感じている傾向が見受けられた。抽出された8因子の中で患者の認知機能低下と理学療法に対する拒否について、認知機能が低下していたとしても患者の自律尊重の原則を優先した場合、理学療法士は理学療法を行わないという選択となる。しかし、医師の指示があり家族の理学療法を実施して欲しいという善行の原則に基づく意向もある場合は倫理的ジレンマとなる。

患者からインフォームド・コンセントを得ることは、患者に対し自律尊重の原則を実現するために必須の行為である。ただ、認知症や精神疾患等による患者の判断能力の欠如はインフォームド・コンセントの前提条件を満たさない<sup>5)</sup>ことになる。患者の判

断能力を評価する基準としては、これまでグリッソ<sup>28)</sup>やKim<sup>29)</sup>から示されたものがある。意思表示できない程度に重度の認知機能低下がある場合、患者に意思決定はできないと判断され、代理人による意思決定がなされる<sup>30)</sup>。しかし、中等度や軽度の認知機能低下の場合、本人に意思決定ができているか否かを判断することは難しい。

ここで、特徴語の文脈において「とことんつき合って」の表現があった。これは患者の意思決定を治療行為のプロセスと捉え、患者との対話(情報交換)を重ねながら互いの価値観を理解し合うプロセスモデル<sup>31)</sup>に沿っていると考えられる。患者が治療拒否をする理由を評価<sup>32)</sup>し、対話を重ねることで患者や家族が何を求めているのか、そして専門職がどのような医療を最善と考えるのかを互いに理解しあうことができる。

#### 2) 作業療法士に特徴的な臨床倫理的問題

作業療法士からのインタビューで明らかとなった行動制限をめぐる倫理的問題については法令の規定を含めて検討する必要がある。わが国における精神科領域における患者の行動制限について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十六条では、精神科病院の管理者が入院している患者に対し「医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる」と明記されている。ここで言う入院している患者に対する行動制限については、精神科病院に入院している患者の処遇について定めた精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準により「治療又は保護の上で合理的な理由がある場合であつて、かつ、合理的方法及び範囲における制限に限られるものであり、個々の患者の医療又は保護の上での必要性を慎重に判断して決定すべき」であり、「その旨を患者にできる限り説明して制限を行うよう努める」ことも記されている。しかし、実際には行動制限の是非についての判断は病院ごとに異なる主観的なものであり、患者の人権や治療的もしくは保護的意味合いというよりも病院スタッフの保護的意味合いが強いとする指摘<sup>33)</sup>がある。

#### 3) 言語聴覚士に特徴的な臨床倫理的問題

言語聴覚士からのインタビューでは、嚥下障害のある患者に対し経口摂取にするか経管栄養にするか否かでジレンマに陥っているケースが多くを占めた。



嚥下障害は言語聴覚療法の領域における臨床倫理の中も生と死に関わる重要な分野であることが示されている<sup>34)</sup>。食べることは人間の基本的欲求の一つ<sup>35)</sup>であり、おいしいものを食べることが主観的幸福感の向上<sup>36)</sup>につながりうる。ここでは誤嚥というリスクを承知で食べたいとする患者の自律尊重と誤嚥というリスクを避けたいとする言語聴覚士の善行およ

び無危害の原則が対立していた。

また、言語聴覚士へのインタビューでは因子4「医師の指示」において言語聴覚士自身が最善と考えた方針であっても医師の指示どおりにしなければいけないとする苦悩や、因子3「言語聴覚士自身の置かれている立場と状況」において、排泄動作を十分に介助できない言語聴覚士の苦悩や医師の説明に

表5 インタビューで集計、抽出された解決方法に関する内容

#### 理学療法士

・なかなか解決っていうのは難しくて、できるならしっかり家族さんと、経鼻経管栄養にしたにしろ、リスク面があることだったりとかっていうのは家族さんと病状説明だったりとかをしっかり、リハがするっていうかどっちかというと主治医がすることが多いと思うんですけど、主治医とか看護師とかがこまめにしたりする必要があるのかなと思いつつも、いまだに答えは出ないですね。

・その問題点が解決できるのであれば、主治医に相談したりとか投薬で痛みを抑えたりとか

#### 作業療法士

・上司とかには、そういう話はしてましたけど、解決っていうところまでは、その頃はそんなには積極的にはなれてなかった、というか。

・例えば、Aっていう方法で駄目で、不安、パニックになって、状態悪化するのがそれまでだったとしたら、なら、Bっていう方法、Cっていう方法、Dっていう方法、こういう方法あるんじゃないですか。

・だったら今度こうしてみようかって一緒に考えて、作業活動を通じて、この方法があったねっていうのをつかんでいただければ、それがモアベターな形でしょうから。

・当たり前にはいけないよなって思いながら、でも、臥床傾向の患者さんとか、あまり意欲的じゃない方を、いかに作業療法に参加させたり、病棟のスケジュールにも、ご飯の時間に起きるとか、そういったことを改善するには、方法が自分の中でも、病棟職員の中でも思いつかなくて、安易に売店の中止ですとかっていうことが多々あって、でもそれを言うたびに僕も心苦しくて正直。

#### 言語聴覚士

・上司の方に相談するとか、あるいは同僚に相談するとか自分自身で考えると、いろいろ方法論としてあるのかと思いますけどね。

・それがその根本的な解決になっていると言われたら、そこは私もすごく、STとして、そして個人的な意見として、やっぱり悩むところではあります。

・言葉は悪いですけど、ドクターの評価上、口から無理やり入れること、口をこじ開けての摂取は無理だけどこれだったら何とかいけますよっていう解決策ですね。

・葛藤がたくさんあるけども、ドクターあるいは上司っていうかST、チームの中で相談をした上で一応家族の方のご意向には沿うんだけど、極力リスクが少ない方法を選択するような。

・解決策が何かあるってわけじゃなくて、もちろん家族の代諾っていうのはありなんですけど、誰に代諾を取ればいいのか。

対して本当のニーズを伝えることができない患者の対応に苦悩している内容が見られた。排泄動作や誤嚥のリスクに関する説明に関する言語聴覚士の表現は患者中心の医療が十分機能していないと感じた点を吐露している考えることができる。その一方で、目の前の患者に対して言語聴覚士として十分な対応ができない苦悩を表現しているとも考えることもできる。前者は先述した対話的なインフォームド・コンセントのあり方について検討すべきであり、後者は看護師や作業療法士に比べ言語聴覚士において比較的報告が少ないとされる<sup>37)</sup> 職業的アイデンティティ・クライシスについて検討する余地があると考ええる。

## 2. 臨床倫理の問題に対する解決方法について

今回の調査では臨床倫理の問題に対する解決方法のコンセプトを明確にすることができなかった。むしろセラピストの倫理的問題に対して試行錯誤しながら対応しようとする内容と、職場の上司や医師へ個別に相談している内容をわずかに抽出できた程度であった。

患者にごく近い位置にいる専門職が臨床倫理の問題について話し合う機会を持つことは、チーム医療を有効に機能するために相応しいことである。そして、個別相談という形で臨床倫理の問題を解決に導こうとする行為は、倫理的ジレンマに悩む当事者が臨床倫理の問題に対する解決に向けた行動を迅速に実行できうするという長所を持つ。一方、このような方法は相談の過程において職種や職場のヒエラルキーによる発言の重みづけがなされ、とりわけ、セラピストに対して指示を出す立場である医師の発言内容を絶対的なものと捉えてしまう危険性を孕んでいる。

臨床倫理の問題を解決に導くこと方法が見つかれば、セラピストの倫理的ジレンマによる心身の負担を軽減し、質の高い医療行為が維持できるよう皆で支え合える環境を構築、維持することが可能となる。もちろん臨床倫理の問題の解決に唯一の答えが常に見つかる訳ではない。その一方で、倫理的問題には最初から答えがないという認識の下に何でもありとするその場しのぎの恣意的な態度は患者や家族、患者に関わる専門職の意思決定を蔑ろにする危険性を孕んでいる。議論の場では唯一の答えが見つからなかったとしても、職種の違いや組織のヒエラルキーにとらわれることなく皆で一緒に考えるという過程を経験することは専門職の心理的負担をやわらげる

ことができる。そして、倫理的ジレンマに悩む専門職にとって、これからも一緒に考えていくことが必要だという形で専門職の臨床倫理の問題を解決しようとする内発的動機付け<sup>38)</sup>につながりうる。

臨床倫理の問題に対する方策を考える上で、Beauchamp と Childress<sup>5)</sup> による生命医療倫理の四原則は専門職の行動指針として知っておくべき知識である。しかし、臨床場面における倫理的ジレンマの多くは、原則と原則との対立によって派生するものであり、生命医療倫理の四原則を知っていることが、臨床倫理的問題の解決に結びつくとは限らない。たとえば、リハビリテーション医療において患者による治療拒否の場面がときに見られる。そこでは患者が治療を拒否するという自律尊重の原則と、専門職がリハビリテーション治療を実践した方が患者の生活をよりよいものと考ええるという善行の原則とが対立している。いっぽうで、生命医療の四原則における対立の構図は明確になるものの、そこからどうすればよいかという方策を具現化することは難しい。そのため、臨床倫理的問題の解決に向けた道筋をつけるためには、生命医療倫理の四原則とは異なる別のアプローチ方法を活用しながら検討を行うことが望ましい。この点について、Jonsen ら<sup>1)</sup> は個々の事例が抱える倫理的問題について、事例の個別性や具体性に即して詳細に分析し、事例ごとに最善の方策を決定する臨床倫理の四分割法を考案した。

臨床倫理の四分割法は事例の個別性や具体性を詳しく分析するボトムアップ方式としての決疑論 (Casuistry)<sup>39) - 41)</sup> を背景とする。これは倫理原則ありきのトップダウン方式でなく、問題場面に関係する当事者が持つ目的や意図、問題場面の性質、問題場面はどのような環境下にあるかなど、個々の事例から分析する方法である。臨床倫理の四分割法は、医学的適応、患者の意向、Quality of Life (QOL)、周囲の状況という4つの項目<sup>1)</sup> に関する情報収集、分析し、どのようにすればよいかを当事者以外のチームメンバーも含めた形で話し合うためのツールである。

すでにリハビリテーション医療においても Jonsen ら<sup>1)</sup> による四分割法を使用してリハビリテーション・チーム全体で検討する実践がなされている<sup>14), 16), 17), 42/43)</sup>。しかし今回の調査を通して、セラピストには臨床倫理的問題を解決に導くためのアプローチ方法が十分に認知されているとは言えないこ

とが明らかとなった。セラピストに対する臨床倫理的問題の解決に向けた議論を深めることができるよう、個々の事例を通して組織的に検討できる環境づくりが求められる。

## V 結語

本研究の目的は、臨床に従事するセラピストが抱えている臨床倫理的問題およびその問題の解決方法を抽出し、問題の解決に向けた課題を明らかにすることであった。セラピスト45名に半構造化インタビューを行い KHcoder 使って特徴語を抽出し、共起ネットワーク分析を行った。解析した。その結果、理学療法士と作業療法士では8因子、言語聴覚士では7因子を抽出できた。臨床倫理的問題を組織全体かつ多職種で議論するために、個々の事例を通して臨床倫理的問題を組織的に検討する環境づくりの必要性が明らかとなった。

## VI 本研究の限界

本研究はわが国における一部の地域で少数の対象者から得られた文字データをもとに分析したものである。よって、この結果がセラピストの臨床にふりかかる臨床倫理的問題を網羅しているとは言いがたい。もちろん、本研究の結果が調査対象以外の地域にいるセラピストとかけ離れた特殊な問題であるということもできない。ただ、わが国におけるリハビリテーション医療の臨床倫理的問題の全体像を網羅するためには、全国的な量的および質的調査が必要になる。

本稿は International Conference of the 40th Anniversary of AMS-KKU Foundation in Conjunction with the 4th Allied Health Sciences Symposium (2019年11月) および The 5th Allied Health Sciences International Symposium on Zoom (2021年2月) に発表した内容を加筆修正したものである。なお、本研究における利益相反は存在しない。

## 注)

1) 診療報酬において理学療法を含むリハビリテー

ションには疾患名によって算定できる日数の制限が設けられている。ただし、算定できる日数を超えているが介護認定を受けていない患者に対し、医師が状態の改善が見込まれると医学的に判断できる場合は1か月に13単位(1単位は20分間に換算される)に限り外来でのリハビリテーションが算定できる<sup>44)</sup>。

- 2) 施設を指す
- 3) 医師のことを指す
- 4) インタビューに答えた言語聴覚士自身を指す

## 文献

- 1) Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics. Ninth Edition. McGraw Hill, 1-3, 2022.
- 2) 日本理学療法士協会. 倫理綱領. 2019, <https://www.japanpt.or.jp/pt/announcement/pt/ethics/> (2024年8月23日検索)
- 3) 日本作業療法士協会. 一般社団法人 日本作業療法士協会 倫理綱領・倫理綱領解説 作業療法士の職業倫理指針. 2024, <https://www.jaot.or.jp/files/page/kyoukainituite/rinrikouryou.pdf> (2024年8月23日検索)
- 4) 日本言語聴覚士協会. 定款・設立趣意書・倫理綱領. 2012, <https://www.japanslht.or.jp/about/teikan.html> (2024年8月23日検索)
- 5) Beauchamp TL, Childress JF. Principle of Biomedical Ethics. Eighth Edition. Oxford University Press, 13-15, 2019.
- 6) Fry T, Johnstone MJ. Ethics in Nursing Practice. Third Edition, Wiley-Blackwell, 2008. / 片田範子, 山本あい子訳. 看護実践の倫理(第3版). 日本看護協会出版会, 78-82, 2010.
- 7) 大橋妙子, 板井孝壱郎, 米澤ゆう子. リハビリテーション領域における臨床倫理に関する意識調査. 人間と医療, (8): 14-22, 2018.
- 8) 山野克明. 作業療法に同意しないクライアントへの作業療法の対応について. 作業療法, 30: 631-634, 2011.
- 9) 山野克明. 作業療法に同意しない対象者へ作業療法を行うことは許されるのか? —身体障害と老年期障害を専門領域とする作業療法士のアンケート調査から—. 作業療法, 32: 46-54,



- 2013.
- 10) Delany C, Gavin J. Ethics and shared decision-making in paediatric occupational therapy practice. *Developmental Neurorehabilitation*, 17: 347-354, 2014.
- 11) 今法子, 藤本修平, 中山健夫. リハビリテーションにおける患者と医療者の合意形成に関する文献的検討. *行動医学研究*, 22: 18-24, 2016.
- 12) 山野克明. 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. *保健科学研究誌*, (13): 91-105, 2016.
- 13) Vahidi H, Shafaroodi N. An investigation into ethical issues in occupational therapists in adult with physical disabilities: Using the qualitative approach. *Clinical Ethics*, 16: 205-212, 2021.
- 14) 渡邊淳子, 森真喜子, 井上洋士. 摂食嚥下訓練における言語聴覚士の倫理的ジレンマ. *臨床倫理*, 5: 53-62, 2017.
- 15) 川勝邦浩. リハビリテーション医療に関わる専門職が抱える倫理的問題. *甲南女子大学研究紀要*, (4): 175-179, 2010.
- 16) 山野克明. 作業療法士の職業倫理. 職業倫理を考える (山野克明編). *理工図書*, 245-279, 2023.
- 17) 松本英子, 菖蒲育美, 藤木憲二, 他. 臨床倫理カンファレンスが経口摂取の獲得に有用であった摂食嚥下障害患者の1例. *日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌*, 27: 150-156, 2023.
- 18) 長尾式子. 倫理コンサルテーション. 臨床倫理 (浅井篤, 高橋隆雄責任編集). 丸善出版, 22-45, 2012.
- 19) 山野克明. 新人作業療法士に対する倫理コンサルテーションの意義. *作業療法研究くまもと*, 6: 43-48, 2019.
- 20) 富岡詔子. 精神医療の歴史と作業療法. 作業療法学全書 改訂第3版 作業治療学2 精神障害 (日本作業療法士協会監修), 協同医書, 3-36, 2010.
- 21) 樋口耕一. 社会調査のための計量テキスト分析, 第2版, ナカニシヤ出版, 17-49, 2020.
- 22) 樋口耕一. 計量テキストツール KH coder による分析結果の再現性. *立命館産業社会論集*, 60: 121-130, 2024.
- 23) 樋口耕一, 中村康則, 周景龍. 動かして学ぶ! はじめてのテキストマイニング. ナカニシヤ出版, 15, 2022.
- 24) 樋口耕一. 社会調査のための計量テキスト分析, 第2版, ナカニシヤ出版, 116, 2020.
- 25) 樋口耕一, 中村康則, 周景龍. 動かして学ぶ! はじめてのテキストマイニング. ナカニシヤ出版, 30, 2022.
- 26) 樋口耕一. 社会調査のための計量テキスト分析, 第2版, ナカニシヤ出版, 126-127, 2020.
- 27) 松本裕治, 高岡一馬, 浅原正幸. 形態素解析システム『茶筌』version 2.4.0 使用説明書. 奈良先端科学技術大学院大学情報科学研究科自然言語処理学講座  
<https://ja.osdn.net/projects/chasen-legacy/docs/chasen-2.4.0-manual-j.pdf/ja/2/chasen-2.4.0-manual-j.pdf.pdf> (2024年12月22日閲覧)
- 28) Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing Competence to Consent to Treatment*. Oxford University Press, 1988/北村總子, 北村俊則訳. 治療に同意する能力を測定する. 日本評論社, 33-62, 2000.
- 29) Kim SYH. *Evaluation of Capacity to Consent to Treatment and Research*. Oxford University Press, 2010. / 成本迅監訳. 医療従事者のための同意能力評価の進め方・考え方. 新興医学出版社, 19-35, 2015.
- 30) Lo B. *Resolving Ethical Dilemmas*. Sixth Edition. Wolters Kluwer, 292-298, 2020.
- 31) Berg JW, Appelbaum PS, Lidz CW, et al. *Informed Consent, Legal Theory and Clinical Practice*. Second Edition. Oxford University Press, 168-173, 2001.
- 32) Berg JW, Appelbaum PS, Lidz CW, et al. *Informed Consent, Legal Theory and Clinical Practice*. Second Edition. Oxford University Press, 234-237, 2001.
- 33) 長谷川利夫. 精神科医療の隔離・身体拘束. 日本評論社, 55-95, 2013.
- 34) Body R, McAllister L. *Ethics in Speech and Language Therapy*. Willy-Blackwell, 35-54, 2009.
- 35) Maslow AH. *Motivation and Personality*.



- Second Edition. Harper & Row, 1954. / 小口忠彦訳. 改訂新版 人間性の心理学. 産業能率出版部, 56-61, 1987.
- 36) 内田由紀子. これからの幸福について 文化的幸福観のすすめ. 新曜社, 6-9, 2020.
- 37) 桂雅俊. 医療・保健・福祉領域における職業的アイデンティティに関する文献レビュー. 高知県立大学紀要 (社会福祉学部編), 72 : 73-87, 2023.
- 38) Deci EL. Effects of Externally Mediated Rewards on Intrinsic Motivation. J Pers Soc Psychol, 18: 105-115, 1971.
- 39) Jonsen AR. The Birth of Bioethics. Oxford University Press, 1998 / 細見博志訳. 生命倫理学の誕生. 勁草書房, 43-47, 2009.
- 40) Jonsen AR. The Birth of Bioethics. Oxford University Press, 1998 / 細見博志訳. 生命倫理学の誕生. 勁草書房, 424-430, 2009.
- 41) Veatch RM, Guidry-Grims LK. The Basics of Bioethics. Fourth Edition. Routledge, 88-92, 2020.
- 42) 箕岡真子, 稲葉一人. ケースから学ぶ 高齢者ケアにおける介護倫理, 第2版. 医歯薬出版, 22-31, 2019.
- 43) 藤島一郎. リハビリテーションにおける臨床倫理. はじめてのリハビリテーション臨床倫理ポケットマニュアル (藤島一郎編). 医歯薬出版, 102-123, 2023.
- 44) 厚生労働省. 令和6年度診療報酬改定について 第3関係法令等 (2) 1 診療報酬の算定方法の一部を改定する告示 別表第一, 2024. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001251499.pdf> (2024年8月29日検索)
- (令和7年1月4日受理)

## Survey research on clinical ethical issues and solutions for rehabilitation professionals: A text mining analysis

Katsuaki YAMANO

### Abstract

#### Introduction

This study aimed to identify clinical ethical issues faced by physical therapists, occupational therapists, and speech-language pathologists and analyze these problems along with their solutions.

#### Method

This study was initiated after obtaining approval (approval number: 18034) from the Ethical Review Committee of the educational institution with which the corresponding author is affiliated. Semi-structured interviews were conducted with 15 physical therapists, 15 occupational therapists, and 15 speech-language pathologists working in hospitals. The interviews focused on ethical dilemmas encountered in clinical practice and the methods used to resolve them.

Verbatim transcripts were created for data analysis. Characteristic words were extracted for each profession using KH Coder, and a co-occurrence network analysis was performed. KH Coder includes Key Word In Context (KWIC) concordance, which lists the context of each word, and was used to examine the context of each extracted factor. For solutions to clinical ethical issues, the KWIC concordance identified the context of characteristic words related to the solutions found within the factors extracted for each profession.

#### Results

For each profession, 60 characteristic words were extracted. In terms of clinical ethical issues, eight factors were identified for physical therapists, eight for occupational therapists, and seven for speech-language pathologists. Concerning solutions to clinical ethics problems, only a few details emerged, including consulting supervisors and physicians.

#### Conclusion

It became apparent that there is a need to create an environment in which clinical ethical issues can be systematically explored through individual cases. This would allow for discussion of these issues across the organization and between professions.