

理学療法士に求められる倫理とは：  
事例に基づく倫理トレーニングと徳の教育

メタデータ	言語: ja 出版者: 日本理学療法士協会 公開日: 2018-03-07 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 松田, 純 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10297/00024744">http://hdl.handle.net/10297/00024744</a>

## アドバンスドセミナー

# 理学療法士に求められる倫理とは\*

## —事例に基づく倫理トレーニングと徳の教育—

松田 純\*\*

## はじめに

理学療法士は臨床の現場で、実に様々な「困難事例」に出会います。その多くの要因に、実は倫理的な葛藤、モラルディレンマがあります。ところが、そこにある問題が「倫理的な問題」と意識されることなく、あるときは、法律や病院の規則などにしたがって処理したり、またあるときは、患者の思いや家族の思いに添いながら、あるいは上司のアドバイスなどにしたがいながら、なんとなく取めてきているのが実情のようです。あるいは、倫理的に問題があるにもかかわらず、<sup>ルーティン</sup>日常業務として流されていき、なんの疑問ももたれていないという現状もあるかも知れません。

たとえば、医師の指示書に問題があって、その指示書に基づいてリハビリテーションを行ったが、効果があがらず、患者も理学療法に対するやる気をなくしている。この場合、理学療法の指示内容に疑問を感じても、患者へのリスクなどがあきらかでなければ、指示された内容をそのまま継続し、最終的にリハビリテーションの効果がなかった。けれども、それは「患者のモチベーションが低いからだ」、「患者が非協力的だった」など患者側の原因による結果として済まされることがあります。

医師の指示書が患者の現状に合わないのでは？と疑問を感じても、理学療法士は「医師の指示の下に、理学療法を行う」（理学療法士及び作業療法士法2条3）のだから、これは「医師の責任だ」、「法的には問題がない」、「気にすることはない」。これですませて、よいでしょうか？もし患者に骨折等の危害を生じさせるようなリハの指示書であったなら、「安全性」の観点から、指示した医師に問い合わせるでしょう。「理学療法士業務指針」の「医師の指示に関する事項」には、「理学療法士は、疑義がある点について医師に確認を求めるものとする」とあります。「業務指針」は、国が定めた法律ではなく、日本理学療法士協会という職能団体のガイドラインであり、法的強制力はありません。しかし、職能団体の倫理規定やガイドラインには、法律上の義務以上のことが盛り込まれています。

そもそも医療は患者の健康の回復や維持や症状緩和のために行われ、医療職はそのためにもてる知識と技術を用います。先のような対応で、理学療法士はその使命を果たしているといえるでしょうか？法が必ずしも明確に規定していないところを配慮する。ここに、倫理の出番があります。

## 1. 倫理・道徳と法

倫理や道徳と法の関係については、次のように捉えることができます。

- (1) 最小限の倫理・道徳を規定したものが法であり、倫理・道徳は法よりもさらに上位にある規範である。
- (2) 法は行為を外から規制し、倫理・道徳は内面から規制する。

(1)の規範では、医療に関して、すでに法律や細かい規制がたくさんあります。けれども、すべてが詳細かつ具体的に定められているわけではありません。現場の適切な判断に委ねられている領域が広く存在します。法令が定めていないところは気にしなくてもよいということではなく、法令が求める以上の倫理的な配慮が求められます。しかも、医療の理念には、人に危害を加えないというだけでなく、ケアを必要とする人々に積極的に適切なケアを提供し、よりよい状態（well-being, 健康・幸福）をめざすことが含まれます。そしてなにか「適切な」ケアで、なにか「よりよい」状態かを判断するためには、倫理的に考えることが必要になります。

(2)法に違反した場合、罰則を科されることがあり、損害賠償や行政処分などを受けることもあります。法は強制力をもち、人々の行為を外から規制するものです。私たちは一人ひとりの自由を大切にすべし、リベラルな社会に住んでいますから、法が強制力をもって人々の行動を規制できるのは、原則として、他人に危害などを及ぼす行為（傷害や殺人や損害など）や、他人の自由を侵害する行為に限られます。それ以外においては、法律や法令のような強制力がなくても、自発的に倫理的な配慮や対応が求められます。そのため、たとえば「理学療法士ガイドライン」にはこうあります。

一般的な指示であれ具体的な指示であれ、理学療法士は医師の指示を受けて理学療法を実施するものであるから、疑義が生じた場合には担当医師と十分な討議を行い意見を統一する必要がある、それが対象者への適切で良質なサービス

\* Ethics for the Physical Therapist: Thinking Critically about Moral Dilemmas and Enhancing Moral Sense

\*\* 静岡大学人文社会科学部  
〒422-8529 静岡市駿河区大谷 836  
Jun Matsuda, Professor: Faculty of Humanities and Social Sciences, Shizuoka University  
キーワード：倫理、モラルディレンマ、倫理教育

理学療法士として患者さんに接するときにもっとも大切なもの、

①それは、なんといっても、患者さんへの思いやりです。

②理学療法士の行為が関連法規に反することなく、倫理原則に添い、理学療法士協会の倫理規定やガイドラインにかなっていることです。

③行為（治療等）の結果が、患者さんの機能回復につながり、患者さんに喜ばれることです。

図1 みなさんは、次のどの立場に共鳴しますか？

表1

	行為の局面	重点	行為者の資質	倫理教育の目標	倫理学のタイプ
1	動機	思いやり・共感	性格、徳	人間性と徳の涵養	徳倫理学
2	行為	倫理原則・規則	義務感	倫理原則、倫理綱領、関係法規を学ぶ	義務論規則主義
3	結果	アウトカム	職能	専門的知識・技能に習熟する	目的論帰結主義

スを提供することにつながる。

「対象者への適切で良質なサービスを提供する」という理学療法士の使命から、理学療法について医師との意思統一の必要性が記載されています。こうした配慮が倫理的な態度です。ですから、医師の指示書に問題がある上記のような事例には、倫理的な問題が含まれています。このように、日々遭遇する様々な「困難事例」を、医学的・技術的限界という観点だけではなく、「そこに倫理的な問題はないのか？」という観点で捉え直すことが肝要です。

## 2. 理学療法士として患者さんに接するとき、一番大切なものは？

倫理は人の行為の善悪や是非を問います。自分のなそうとする行為が「正しく、善い」行為なのかを自身に問いかけます。また、他者のある行為の善悪・是非を評価することもあります。その際、行為には3つの局面があることに注目してみます。行為は、動機-行為そのもの-結果という局面をもちます。この3つの関係をどう考えたらよいのでしょうか？

図1-①は、行為する人の心のありよう、動機、心情、気持ちに注目し、内面的心情の「よさ」を重視しています。

図1-②は、行為そのものの「正しさ」を追求しています。

図1-③は、結果がよければよい、患者さんが治ればよい、という立場で、行為の結果・アウトカムの「よさ」を評価のポイントと考えています。

動機がよく、行為が正しく、結果もよければ、完璧です。けれども、実際には、そうなるとは限りません。たとえば、患者への思いやりから発した行為が、倫理規定や法規に反したり、逆に患者を傷つける結果になったりすることもあります。あるいは、いじわるな気持ちで行ったことが、結果として、相手から感謝されるかも知れません。（たとえば、著名な作家を受けもった医師が、作家である患者の尊大な態度を日頃から鼻もぢならないと感じていたとします。医師は、患者のがんがもはや手の施しようがないという検査結果を、患者への日ごろの反

感から、ことさらダメージを与える言い方で説明してしまいました。患者はたしかにショックを受けましたが、これによって、残された時間が少ないことに気づき、書きかけの大作（ライフワーク）に残る力を集中し、ついにこれを完成させて、最期を迎えることができました。患者は心ない医師の言葉に怒り発奮しましたが、結果として、自分の人生に満足して世を去りました<sup>1)</sup>。

動機-行為-結果はつながっていますが、3つの局面は区別可能で、それぞれに評価の対象となりえます。行為のどの局面に着目するかで、評価の重点が変わります。行為者の資質や倫理教育の目標、倫理学のタイプもそれぞれ異なり、表1のような対応関係になります。

表1の1には、医療専門職の徳として、思いやり (compassion) や慈愛 (benevolence)、ケアの態度、信頼に値すること (trustworthiness)、正直・誠実・高潔 (integrity) 良心的であること (conscientiousness) などが挙げられます。

表1の2では、医療倫理の4原則（自律尊重、無危害、善行、正義）やプライバシー保護などの諸規則や、職種に関わるガイドラインや法規の遵守などが重視されます。

表1の3は、専門的知識・技能といった職能全体が関わります。ですから、ここでは表1の3について触れず、表1の2についてまず説明し、そのあとで、表1の1について説明します。

## 3. 医療倫理の原則を歴史的背景とともに学ぶ

1) 伝統的な医の倫理から2) 現代の生命倫理学への展開を理解することが重要です<sup>2)</sup>。

### 1) 伝統的な医の倫理

医療に関わる者は、病に苦しむ人々を医学の力（医術）で救い、人々に健康と幸福をもたらすことをめざします。医療のこの原点にこそ、医の倫理の基本があります。

#### (1) ヒポクラテスの誓い

医の倫理の歴史は古く、西洋では、今から2千数百年前の古代ギリシャの「ヒポクラテスの誓い」にはじまります。

## ヒポクラテスの誓いのおもな項目

- ・自身の能力と判断にしたがって、患者を利すると思ふ治療法を選択し、害と知る治療法をけっして選択しない。〔患者の救命と健康回復に全力を尽くし、患者に害を与えない〕
- ・どんな家を訪れる時も、その自由人と奴隷の相違を問わず、不正を犯すことなく、医術を行う。〔患者を差別することなく、公正に扱う〕
- ・医に関するか否かにかかわらず、他人の生活についての秘密を遵守する。〔守秘義務〕

ここには現代でも通用する内容が含まれています。医療倫理や生命倫理の教科書では、ヒポクラテスの誓いから、ナチスの人体実験、ニュルンベルク綱領へと記述が飛びます。しかし、こうした医の倫理は、西洋医学の倫理に限定されません。他の文化圏にも、医の倫理の独自の伝統があります。たとえば、インドのアールユヴェーダ、中国や日本の医療倫理です。

## (2) 大慈惻隱の心

ここでは日本の医療倫理に大きな影響を与えた中国伝統医学の医書、『備急千金要方』を取り上げます。

著者は7世紀中国の偉大な医師、孫思邈(Sun Si miao, 581-682)です。このなかで、医の倫理が明快に語られています。

大慈惻隱の心（仏や菩薩が苦悩する民衆を慈しみ救う大なる慈悲、病いに苦しむ人をいたわる心）で患者の治療にあたること。患者の貧富、年齢、美醜、仲の善し悪し、異国人か否かなどにかかわらず、どの患者をも、親が子供を想うような気持ちで等しく迎え入れなさい。病人がいれば、自分の損得を考えず、悪路でも、悪天候でも、昼夜を問わず、一刻も早く患者のもとへ駆けつけ、一心に治療にあたりなさい（応招義務、応需義務）。けっして驕ることなく、生涯研修の精神で医道をきわめなさい等々。

『備急千金要方』は日本に伝えられ、我が国最古の医書『医心方』(984年)の序説に引用され、「大慈惻隱の心」は日本の医療倫理の標語となりました<sup>3)</sup>。その内容はヒポクラテスの誓いにも通じます。

## 様々な文化圏に共通する医の倫理

医療は人間愛や慈悲や仁愛の実践である。様々な文化圏に異なるタイプの医学があるが、医の倫理には下記のように共通する内容が多い<sup>4)</sup>。

医療者は

- ①病者の生命を敬う
- ②治療者であるために必要な知識と技術を身につける（自己研鑽）
- ③病者に情け深い
- ④病者を犠牲にして自己利益を求めない
- ⑤患者とその家族に対して性的に貞節である
- ⑥患者に対して礼儀正しく親切である
- ⑦裕福な患者と貧しい患者を分け隔てしない
- ⑧治療中に見聞きしたことをみだりに口外しない

## 2) 現代の生命倫理学

伝統的な医の倫理は、第二次大戦後に再出発します。そこから現代の医療倫理がはじまります。そこには、A. 医学研究の倫理とB. 診療の倫理の2つの流れがあります。

## A. 戦後の新しい研究倫理

医学は人々の生命を守り、健康の回復・維持・促進を使命と

します。その医学が、ナチスの非人道的な人体実験において、多数の人命を殺めるのに用いられ、人間の尊厳と人権を踏みにじりました。非道な人体実験を行ったナチスの医師たちは、戦後、ニュルンベルク法廷で裁かれました。この裁判で提示された、人体実験に関する倫理基準が「ニュルンベルク綱領」(1947年)です。綱領は、医学研究において「被験者の自発的同意 (voluntary consent) が絶対に必要である」と謳い、研究についての情報を提供したうえで、被験者から明示的な同意を得ることが医学研究の不可欠の要件であるとししました。これがのちに「インフォームド・コンセント (informed consent)」という概念へと発展していきます。

ニュルンベルク綱領で示された研究倫理の原則は、その後、重要な国際的文書「ヘルシンキ宣言」で、詳細に具体化されました(1964年、最新版2008年)。厚生労働省「臨床研究に関する倫理指針」や、「理学療法士の職業倫理ガイドライン」15研究モラル、さらに「理学療法学」投稿規定は、こうした戦後の研究倫理の発展をふまえています。

## B. 診療におけるインフォームド・コンセント

もうひとつの流れは、1960年代に米国の消費者運動にはじまり世界的に広がった「患者が自己決定する権利」を求める運動です。世界医師会はこうした動きをふまえ、1981年に「患者の権利に関するリスボン宣言」を採択します。その序文はこう謳っています。

「医師は、常に自らの良心にしたがい、また常に患者の最善の利益のために行動すべきであると同時に、それと同等の努力を患者の自律性と正義を保障するために払わなければならない」

前半の、医師は良心にしたがい、常に患者の最善の利益のために行動する、というのは伝統的な医の倫理を継承しています。後半の、「患者の自律性を保障する」というのは、伝統的な医の倫理にはなかった新しい内容です。伝統的な医の倫理では、患者自身の生き方や価値観までは尊重されませんでした。専門的知識を有する医師から見て「よかれ」と思う処置を患者に行ってきました。伝統的な医の倫理はパターンリズムによって支配されていました。リスボン宣言は、医療の受け手である患者自身の自律（自己決定）を保障することを鮮明にした点で、大きな転換です。引用した一文のなかに、伝統的な医の倫理と現代の医療倫理が結合されています。

リスボン宣言の本文では、以下の11項目にわたって「患者の権利」がまとめられている。

1. 良質の医療を受ける権利、2. 選択の自由の権利、
3. 自己決定権の権利、4. 意識喪失者、
5. 法的無能力者、6. 患者の意思に反する処置・治療、
7. 情報に関する権利、8. 秘密保持に関する権利、
9. 健康教育を受ける権利、10. 尊厳への権利、
11. 宗教的支援を受ける権利

「患者の権利」運動は、我が国でも日本弁護士連合会などが中心になって1980年代から展開してきました。いまでは、多くの病院が、リスボン宣言をふまえ「患者さんの権利と責任」などを策定し、これを病院の方針としています。我が国におい

でも、インフォームド・コンセントや患者中心の医療は常識となりましたが、これによって、医療における倫理的葛藤がますます複雑になりました。これまでは医療者が患者に「よかれ」ということを行うという単一の原則でよかったのですが、現在では、それが患者自身の意思でもなければなりません。たとえば、医療者が行おうとする治療を患者が拒否したときは、医学的適応にそって患者の生命・健康を守るという医療者の義務と、患者の意思を尊重しなければならないという原則が対立・矛盾します。前者の行動は善行という倫理原則から、後者の行動は自律尊重という倫理原則から導かれます(4で詳述)。このような事態をモラルディレンマといいます。困難事例を倫理問題として捉え直すということは、このような倫理原則の対立を明確にすることです。

#### 4. 生命・医療倫理の4原則

モラルディレンマを整理するうえで、米国で定式化された生命・医療倫理の4原則が参考になります。

1) 自律尊重 2) 無危害 3) 善行 4) 正義の4つです。これはビーチャムとチルドレスという2人の生命倫理学者が『生物医学倫理の諸原則』のなかで定式化したものです<sup>5)</sup>。それぞれを説明します。

##### 1) 自律尊重 (Respect for Autonomy) の原則

これは、各人が自分の価値観と確信に基づいて自分の見解をもち、自己の考えに基づいて行動する権利を尊重することです。研究に自分の意思で自主的に参加することや、医療(診断、治療)を納得したうえで受けることなどです。リハビリテーションを実施するうえで、患者自身のモチベーションは不可欠ですので、患者の自律を尊重することは他の医療にまして重要です。患者に対して治療法についての情報の開示・説明→患者の理解・納得→リハビリテーションの実施というプロセス(インフォームド・コンセント)が大事です。医療者が治療の選択肢を提示し、あとは患者に選ばせるというのがインフォームド・コンセントだと誤解している人がいます。患者の自己責任にまかせきりにすることは自律の尊重とはいえません。患者は病苦をかかえ、不安をいだき、動揺し、正常な判断ができなくなっていることもあります。不安をやわらげ、冷静な判断ができるよう、患者の自律的な意思決定を育むこと、これも自律尊重の内容に含まれます。

##### 2) 無危害 (Nonmaleficence) の原則

これは、他人に危害を加えてはならないという原則です。これには次のような段階があります。

- (1) 「患者に危害を加えてはならない」という禁止の形で表現される義務
- (2) 現にある危害・危険を取り除く
- (3) 患者への危害・危険をあらかじめ予見できたなら、それを予防する
- (4) 危害・危険を取り除くだけでなく、より積極的に、その人にとって「よい状態 (well-being)」をもたらし、QOLや幸福を促進する。

これらは連続したものとして捉えられ、次の善行の原則へとつながります。

##### 3) 善行 (恩恵) (Beneficence) の原則

これは、他人の益や幸福に貢献することを行うという原則です。医療では、患者の生命・健康を守り、促進することです。これは医療職の積極的な義務であり、使命です。「大慈惻隱の心」という日本の医療倫理の標語はこれを指しています。

##### 4) 正義 (Justice) の原則

正義は公正 (fair)・平等という意味で、患者を平等に扱い、不当な差別をしないということです。これは医療者と患者という個別的な関係のことですが、もっとマクロな次元の正義もあります。誰が便益を受け、誰がリスクや費用を負担すべきかという「配分の正義」です。たとえば、医療費を誰がどこまで負担するか(診療報酬や健康保険制度)、限られた医療資源(医療施設、医療機器、医薬品、医療スタッフ)をどう配置するか(医療・保健・財政政策)、さらには研究資金・資源をどう配分するのが倫理的に正当か(研究支援政策等々)。こうした問題も正義の原則に関わることです。

ビーチャムらは、以上の四原則を掲げたうえで、医療専門職と患者との関係における4つの規則をこれらの原則から導いています。正直 (veracity)、プライバシー (privacy)、秘密保持 (confidentiality)、誠実 (fidelity) の4つです。

患者の自律的な思いを尊重する、患者の安全と健康を守り、「善き生 (well-being)」を促進するよう援助し、ともに苦悩する家族をも思いやる(無危害、善行)。正義にかなうよう不当な差別なく行動する。これら4つの原則は、文化の差異を超えて、現代民主主義社会では、いずれも大切にすべき共通の価値になっています。医療倫理の原則をこの4つに集約することには異論もありますが<sup>6)</sup>、4つの原則それぞれを真正面から否定することはできません。したがって、この4原則は世界的に広がり、日本の医療界でも普及してきています。

#### 5. モラルディレンマにどう立ち向かうか

臨床での実践は、本来は原則のいずれにもかなうことが求められます。しかし、それらの原則に基づく義務どうしが対立し、その両立が難しく思われることがしばしば生じます。これは、原則どうしが競合しているというよりも、それぞれの原則から導かれた具体的な義務が両立しがたい事態(義務の相克 conflict)です。

たとえば、がんの痛みに苦しむ患者が肺炎になり、処方された抗生剤の服薬を拒み、「これ以上余計な治療はせずに、早く死なせてほしい」と医療者に訴えたとします。もしもこの言葉どおりが「患者自身の自律的な意思」だと受けとめれば、次のような選択肢になります。

- A 患者は積極的な治療をもはや望んではいない。患者の意思を尊重して、希望をかなえてやるべきだ←自律尊重の原則
- B 医療者としては、肺炎の悪化を座視するわけにはいかない。抗生剤を投与して、患者の生命の危機を回避しなければならない←無危害と善行の原則

Bを選択すれば、自律尊重の原則に背反し、Aを選択すれば、医療者の使命と、無危害・善行の原則に反します。こちらを立

てたら、あちらが立たない。どうするか？これが倫理的ディレンマまたはモラルディレンマと呼ばれる事態です。ディレンマとは古代ギリシャ語で「不両立」を意味します。

このようなモラルディレンマをどのように解決すればよいでしょうか？このときなによりも重要なのが冷静な倫理的思考です。患者の心情を共感的に理解し、それに寄り添うことは医療者にとってきわめて大切なことですが、医療者が己の心情だけで行動するのは危険です。義務の葛藤、モラルディレンマに陥ったときは、まず、直面している問題がどういう原則に関わる事柄なのかを見きわめなければなりません。いずれも妥当し、義務どうしが葛藤する場合には、どちらをより優先すべきか、そのバランスを倫理的に衡量 (ethical balance) しなければなりません。

倫理原則からケースに即した具体的な行動が自動的にでてくるわけではありません。倫理原則や倫理綱領は、具体的なケースのなかで、いつも解釈を必要とします。それは非常に緊張感に満ちたプロセスです (たとえば、病院でのケースカンファレンス)。このプロセスに習熟することが倫理教育の目標になります。

ディレンマとして対立しているのはいずれも大切にすべき価値です。両者が両立できる道をぎりぎりまで模索することが求められます。上記の例では、鎮痛やこころのケアを含む総合的な緩和ケアを行えば、「治療を拒否して死にたい」という患者の意思が変わる可能性があります。様々なレベルの苦痛の除去に努めて、患者が心身ともに楽になり、「もっと生きたい」と望むようになれば、服薬拒否というディレンマの要因はなくなります。臨床で出会うディレンマには、現状を固定して考えずに、関係するスタッフ (多職種) で事態を改善する方向で知恵を出し合い、創意工夫で、ディレンマの解消をめざすことが必要です。それでもディレンマが解消しない場合は、なにを優先すべきかを決断しなければなりません。しかし、いずれかを犠牲にせざるを得ないときでも、その犠牲を最小限にとどめ、打撃を少なくするための努力が必要です。そこでも創意工夫が求められます。

医療倫理の 4 原則に照らして臨床における倫理的問題を検討することは、問題点のありかをつきとめ、そのケースに最適最善の解決策を見出す努力を導くうえで、有効です。養成機関においては、医療倫理の諸原則を、その歴史的背景とともに学習し、それを実践に応用できる力を磨く必要があります。そのためには、模擬事例を用いたグループディスカッションで、熟慮判断力を鍛える方法が有効です。

その場合、大切なことは「この場合はこうする」という画一的なマニュアル (処理方法の手引き書) を求めないことです。現場で発生する問題は、ケースによって多種多様です。マニュアル的に答えのみを求める姿勢では、新しいケースに出会うたびに、「これは習っていません」といって、思考停止に陥ります。「このような場合には、なぜこうしなければならないのか」「なぜこうしてはならないのか」、その理由を考え抜くことで、倫理的な思考力が鍛えられます。実際に困難事例に遭遇したとき、患者・利用者やその家族、また同僚や多専門職など対話

と議論を重ねながら、自分の頭で考えて、問題を乗り越えていくという姿勢が肝要です。

## 6. 徳の教育

以上は表 1 の 2 の原則や規則にそった倫理のことです。患者への同情とか共感に流されるのではなく、医療倫理の原則にそって行動すべし。これは規則主義的な考え方です。では、法律・法令や倫理原則・ガイドラインを忠実に守っていれば問題ないでしょうか？患者さんへの「思いやり」とかは、どうでもよいでしょうか？こうした姿勢に対しては、「心情重視派」は「納得いかない」と感じます。たとえば、ある同僚に対して、「あの人の仕事は非の打ちどころがない。技術レベルも高く、法規や病院の規則も遵守していて、ミスがない。でも、気持ちがこもっていない」という感想をもちます。

### 1) 理学療法士の性格のよさ、人柄、徳

患者や病者は病苦をかかえ、様々な不安や悩みを抱えています。医療者として、これに寄り添うケアの精神が必要です。それには、感情を思いやる性格や人柄が求められます。けれども、性格や人柄の教育、徳の教育はできるのでしょうか？「そういうものは、幼児期からの親の教育や家庭環境などによって決定されていて、いまさら無理ではないか？」という考え方もあるでしょう。その人の性格形成には家庭教育の影響などが大きいかもしれません。けれども、専門職としての教育や研修や訓練のなかで、道徳的感受性や、道徳的な敏感さを高めることは可能です。

たとえば、ロールプレーイングで患者役をやってみると、普段いつも患者に説明していることを、患者がどのように受け止めているかという視点で、はじめて自分の行動を見直す機会になります。人は自分で自分の姿行動を見ることは難しいので、先輩や指導者から指導助言を受けることも有効です (実習でのスーパービジョン、先輩の観察、指導、助言)。また、患者への実際の対応をあとから振り返ることも重要です。臨床での患者への対応を振り返り、記録するという方法 (看護教育などで行われている「プロセスレコード」など) も参考になります。こうしたトレーニングで、相手の心に敏感になり、患者に対する観察能力が向上します。

ヒューマニティ (人間性) についての学習による教養形成、振り返り (スーパービジョン、ロールプレーイング、プロセスレコードなど) を通じた道徳的感受性の向上などによって徳の涵養をめざすことも倫理教育の重要な目標になります (表 1 の 1)。

## 7. すれ違い

動機 - 行為 - 結果のどこに焦点を置いて評価するかによって、全体の評価は大きく異なることがあります。たとえば、医療チームでカンファレンスを開いて、あるケースを検討しているとき、次のような光景を思い浮かべてみてください。医師はアウトカムを重視し、「患者の状態がよくなったから、よかったじゃないか」という。薬剤師は、ちゃんと服薬指導もしないうちに薬を飲ませてしまい、「規則に反することをしてしまった……」と悔いている。看護師は上記 2 人の立場を、病状の好

転という結果や、規則のことだけを考えているようで、患者自身への「思いやりが感じられない」と批判的に見ている。

三者がそれぞれに、結果、行為、動機という異なる局面に着目して、自らの論拠にしています。このことを自覚しないまま議論を続けると、話はかみ合いません。別々のことに注目しながら、全体の判断をめぐる争うと、議論はすれ違い、対立が深まり、スタッフ間に亀裂が走ります。職場の雰囲気も悪くなり、バーンアウトや離職の原因にもなりかねません。医療チームで検討するとき、自分たちの判断が3つの局面のどれに焦点をあてているのかを自覚することが必要です。それぞれの医療職には、職業柄それぞれの文化があります。そのため、多職種医療チームが協力し連携を深めるうえで、このことはとても重要です<sup>7)</sup>。

## 8. まとめ

先に、図1で「理学療法士として患者さんに接するときにもっとも大切なものは？」と問いかけましたが、実は3つの局面とも大切なものです。

理学療法士が倫理的な対応能力を高めるためには、まず、医療倫理の原則に照らした検討に習熟する必要があります。具体的なケースをチームで検討し、熟慮判断力を鍛える必要があります。臨床では多職種での実践的な検討になります。養成機関

においては、模擬事例を用いたグループディスカッションでトレーニングします。また、専門職としての徳の形成に努める必要もあります。スーパーヴィジョン（先輩の指導）、ロールプレイング、プロセスレコードを活用した振り返りが有効です。

表1の「倫理教育の目標」を見据えて、創意工夫で倫理教育や倫理研修に取り組みましょう。

## 文 献

- 1) ミヒヤエル・フックス（編）：科学技術研究の倫理入門. 松田 純（監訳），知泉書館，東京，2013，pp. 22-23.
- 2) 松田 純，渡辺義嗣，他（編）：薬剤師のモラルディレンマ. 南山堂，東京，2010，pp. 14-44.
- 3) 関根 透：医療倫理の系譜—患者を思いやる先人の知恵. 北樹出版，東京，2008.
- 4) Jonsen AR: A Short History of Medical Ethics. Oxford, 1999；ジョンセン A：医療倫理の歴史—バイオエシックスの源流と諸文化圏における展開. ナカニシヤ出版，京都，2009，pp. 69-70.
- 5) Beauchamp TL, Childress JF: Principles of biomedical ethics. 1979, 1983, 1989, 1994, 2001, 2009；ビーチャム TL，チルドレス JF：生命医学倫理. 立木教夫，足立智孝（監訳），麗澤大学出版会，東京，2009.
- 6) 松田 純：独語圏の生命倫理. シリーズ生命倫理学 1. 生命倫理学の基本構図. 丸善出版，東京，2012，pp. 112-125.
- 7) ミヒヤエル・フックス（編）：科学技術研究の倫理入門. 松田 純（監訳），知泉書館，東京，2013，pp. 28-29.