

言語聴覚士養成における臨床倫理教育の意義

竹内 洋彦^{a)}

a 長野医療衛生専門学校 言語聴覚士学科

The significance of clinical ethics education for training of Speech-Language-Hearing Therapists

Hirohiko Takeuchi^a

a Department of Speech-Language-Hearing Therapists, Nagano Medical Hygiene College

要旨：人を対象として提供される言語聴覚療法において、倫理的観点は欠かすことはできない。本稿では、令和4年度後期において実施した臨床倫理についての授業実践を総括した。受講した学生達の書いたレポートから、症例を通して臨床倫理を自分なりに考えようとしたことがうかがえた。一方で言語聴覚士養成においては、臨床倫理的な意識・視点に関する教育は量的に充分に行われているとは言い難く、また質的にも教育側の専門性など、今後適えられるべき問題は多くあることを指摘した。更に現任者への臨床倫理教育の必要性についても触れた。

キーワード：言語聴覚士養成、臨床倫理、言語聴覚療法

はじめに

リハビリテーションは、医療系サービスの中でもとりわけ「人対人」の度合いが高く、機械化(オートメーション化)やAI化が難しいといわれる領域である。それについては、コミュニケーションや摂食・嚥下領域にアプローチする言語聴覚士も例外ではないというより、これらの領域が最も人間の人間らしい働きであることを考えれば、そのような特徴が最も顕著な分野とあって良いと考えられる。機械化やAI化が難しいということは、日常臨床業務において高度に倫理的な思考・判断を求められることが非常に多いことを意味している。

そのような臨床現場における倫理的側面を支えるものが臨床倫理(医療倫理)である。

箕岡¹は、臨床倫理について「臨床現場において、患者の人格を尊重し、その尊厳に配慮することを目的とする学問である」と定義している。そして現場における実践について「日常臨床において、医学的に適切な医療を実践するとともに、患者や家族とのコミュニケーションを通じて、患者の人生観や価値観を尊重し、本人のQOLの向上やwell-beingに寄与することを目指している」としている。QOLやwell-beingはまさにリハビリテ

a 長野医療衛生専門学校

〒386-0012 長野県上田市中央2-13-27

info@nagano-iryouseisei.ac.jp

ーションの理念と重なる部分であり、我々リハビリテーション専門職が日々の臨床においてこの臨床倫理を着実に実践しなければならないことがここからも理解できよう。

言語聴覚士が関わる摂食・嚥下領域の臨床においては、経口摂取が困難であるような症例を中心に、倫理的判断を迫られるような状況が頻繁に生じうる。渡邊²は、摂食嚥下訓練に関連して「STはその職務においてジレンマを感じることもあり、その中には倫理的ジレンマがあると推測される」としている。筆者も以前勤務していた病院において経験しているが、チームにおいて検討と議論を尽くして、どのような決定を下したとしても、正解のない問いであることが多く、医療スタッフにとっても、あれで良かったのか、という辛い思いが残りがちである。

それらの倫理的問いかけに対して適切に思考していけるよう、言語聴覚士養成の場でトレーニングを行うことは、実際の場面での臨床倫理に基づくリハサービスの提供(臨床倫理の実践)という目的に適うものと考えられる。そのような観点から、今回、言語聴覚士学科の学生に対して、言語聴覚士が臨床場面で実際に遭遇しうる状況を用いて臨床倫理的な考え方を養う授業を行ったので報告する。

方法

今回の臨床倫理についての講義は、言語聴覚療法セミナーⅡ(2年次学生対象)の講義時間を通して実施した。当該講義においては、臨床マネジメントなど臨床倫理以外の内容もあったため、臨床倫理について取り上げたのは11回(11限分)、計16.5時間だった。

講義内容としては、

- ①臨床倫理とは何か、なぜ必要となるのか
- ②倫理の4原則について
- ③摂食・嚥下と臨床倫理
- ④症例に即して考える

⑤臨床倫理の4分割法について、紹介と適用

⑥症例について、自分なりに考え、書いてみる
 についての内容で行ったが、実際の進め方としては、学生の理解の度合をはかりつつ必要に応じて以前触れた内容に戻って復習したりしながら、最大限理解を深めつつ進めることを目指した。

倫理という多分に概念的な内容に傾きがちなる領域ではあるが、実際の言語聴覚療法の臨床現場において自らの担当する症例のため、またより良いサービス提供のために、しっかり考え抜けるようになることを目的としたため、各症例について具体的な情報を提示し、その症例について自分なりに理解し、どうすべきかを考えていくこととした。症例については、藤島³に紹介されていた3つの症例を用いた(表1、表2、表3)。

症例に即して考えていく際には、それぞれの症例について経過を確認すると同時に、その経過に関わる医学的説明(臨床的意味合い)について、講義担当者から詳細な補足説明を行った。それらには、狭義の医学的な情報のみならず、しばしばリハビリテーションの現場でチームが直面しうる様々な問題や葛藤についても紹介した。

それらの補足的な情報も付した上で、受講している学生には、それらを踏まえて自分が当事者(患者本人であれば、家族であれば、医師であれば、看護師であれば、担当言語聴覚士であれば等々)なら、どう考えたか、どうすべきと思うか、などについて自分なりに考えて、それを文章として言語化することを求めた。これは、チームアプローチにより進めていかねばならない臨床現場において、他のチームメンバーとの有益なコミュニケーションのためには自分の考えを明確に伝えねばならず、それには自分自身の考えが効率的に言語化できている必要がある。今回レポートにまとめることを重視したのは、そのためのトレーニングと位置づけたためである。

臨床倫理そのものについての講義も間に挟み

ながら、3症例についてクラスでの討論(この部分について自分はこのように感じた、考えた、を互いに発表)も行い、それぞれの症例についてのレポートを書いていった。最後の症例3は箕岡⁴でも取り上げられている症例で、経過に絡むエピソードや検討すべき点も特に多かったため、丁寧に医学的情報を補足し、情報を整理して、検討を行った。具体的には、臨床倫理の4分割法⁵を紹介し、症例情報を整理した上で、この症例を実際に4分割法により検討してみた。もちろん4分割法を使うのも初めてなので、それぞれで考えた後、クラス全体で進めていったが、臨床経験のない学生にとっては、このような方法で症例を考えることは相当な助けになったものと考えられた。

そのような整理・分析の後に、症例3について自分なりの考えを文章にまとめることを求めた。今回の試みについての効果の検討は、それらのレポートの分析によって行うこととした。

この節の最後として、臨床倫理を考える際に指針として用いられる「臨床倫理(医療倫理)の4原則」を簡単に紹介しておく⁴。この4原則は、米国における重大な倫理的医療事件「タスキギー事件」を総括した Belmont Report (1979)で示された3原則に、Beauchamp, T. L. and Childress, J. F. (1997)が無危害原則を加えたもので、次の4項目からなる。

- 1) 自律尊重原則：意思決定能力のある個人は、自己決定をすることができる。他人は、その自己決定を尊重しなければならない。つまり医療者は患者本人の同意なしでは、治療を行うことはできない。
- 2) 善行原則：恩恵原則とも言い、医療者は患者の利益・幸せ(well-being)のために積極的な「善い行為」をすることを求めるもの。その行為が「善い」かどうかは、医療専門家の視点ではなく患者の立場に立った「善」である必要がある。
- 3) 無危害原則：侵害回避原則とも言い、善行原則

が積極的に善を為すことを促すのに対して「少なくとも害を為すな」ということを意味する。このことが道徳の基本であることを鑑みれば、善行原則よりも厳格な倫理的義務と言える。

4) 公正原則：公平原則・平等原則あるいは正義原則とも言われ、人々を公平・平等に扱うことを要求している原則。人々は価値あるものを平等に受け取る権利があるため、医療においても、平等に治療を受ける権利がある。

今回の授業においては、3例の症例それぞれに対する医療的判断や方針について、この4原則に照らして整理し精査しながら検討して、各自の考えをまとめられるように進めた。

表1 症例1の情報

<p>83歳男性、脳梗塞、右麻痺・失語症 訪問看護師が患者の体重減少に気づいた。それまで妻は「年だからそんなに食べる必要はない」と思い、在宅主治医も摂食嚥下障害についてまったく念頭になかった。 ケアマネジャーの勧めでA病院受診となった。まず外来では「最近体重減少があります」と妻が言った。肺気腫で元々咳や痰が多いが、よく聞くと「食事でむせることもある」とのことであった。 嚥下を評価し、軽度嚥下障害を認めた。摂食時の姿勢、食事内容、嚥下体操セットなどの指導でむせなくなり、経口摂取量が増え、体重増加に転じた。その後、肺炎もなく経過している。</p>
--

表2 症例2の情報

<p>66歳男性、多発性脳梗塞、左放線冠ラクナ梗塞、10kgの体重減少あり。 脳梗塞再発(右橋)。軽度片麻痺、重度の構音障害・嚥下障害、意識障害あり、気切管理、経鼻経管栄養となった。 3週間後、意識レベルは改善したが、気道の分泌物が多く気切カニューレから痰が噴き出していた。</p>

主治医は経口摂取困難と判断し、胃瘻を提案。しかし本人・家族は嚥下リハを希望し、A病院へ転院となった。

表3 症例3の情報

80歳男性、反復する誤嚥性肺炎
 A病院に入院してVF、VEに基づき慎重に訓練したが、肺炎を反復して発症。
 現在は経鼻経管栄養であるが、胃瘻のほうが苦痛も少なく、肺炎のリスクも防げると主治医は考えていた。しかし本人は「胃瘻は切腹のようで嫌だ」と言い、妻も本人の意思を尊重した。
 入院2カ月後に中心静脈栄養管理に切り替えたところ誤嚥性肺炎・栄養状態改善により、本人はやや元気に。
 2週間後本人から「食べられないのが辛い。死んでもいいから食べたい」と切なる訴えがあり、妻からも「本人の意思を尊重して食べさせてあげたい」との申し出があり、ご本人、ご家族の意思を確認した後、嚥下カンファレンスを開催。
 カンファレンスの結果「栄養摂取は経管栄養で肺炎を起こすため、現状のまま中心静脈栄養管理とするが、家族が持ってきたものであればベッドサイドで食べることを黙認する方針」とした。
 2日後に妻がお粥とカステラと干し芋を持参し、数口本人に食べさせたところ、激しくむせてほぼ窒息状態となった。救命でき、誤嚥性肺炎は認めなかった。
 翌日にはっきり聞きとれる声で「食べられてよかった。今度は餅が食べたい」の発言あり、笑顔が多くみられ活気も改善していた。摂食時の姿勢を看護師が妻に指導し、その翌日妻が煮物を持参し、むせながら数口摂取できた。
 更にその翌日誤嚥性肺炎再発し、抗菌薬治療施行。翌日も妻がお粥を持参し、むせず一口摂取。発熱は落ち着いていたが、肺炎増悪傾向を認め、抗菌薬治療続行するも翌週死亡。

妻が2週間後に来院し、以下のように述べた。「やっと落ち着きました。お世話になりました。あんなに食べたがっていたから、最後に少しでも食べられてよかった。むせたときは怖かったけど、病院だったから安心だったし、嬉しそうに食べられてよかった。餅を食べたがっていたから、餅を食べさせたかった。」

結果

方法にも明記した通り、学生のレポートは症例3について書かれているため、以下「この症例」はすべて症例3を指す。

2年生14名中13名のレポートを分析対象とした。書かれたレポートの要旨を細分化し、内容的にまとまりのある項目に分けたところ、1名あたり2～5項目となり、合計項目数は45だった。

これらを最初に以下の機能的な基準で分類した。

- ・方針表明：自分が医療者ならこうする、と明確に方針を表明したもの
- ・意向表明：明確な方針とまではいかないものの、自分が～なら〇〇を優先して考える、といった表明を明確にしたもの
- ・迷い：ジレンマの状況を整理した上で、その中で優先させたいものを自分としては決められず、そのまま迷いとして表明したもの
- ・振り返り：医療者側の対応について、問題点を指摘したり、疑義を呈したものの
- ・状況整理：ジレンマの状況について整理したもの
- ・危惧：症例から医療者が訴えられることを心配したもの

以上の分類でまとめたものが表.4である。最も多かったのは、振り返りで25項目と過半数を占めた。次いで意向表明の10項目、迷いと状況整理はいずれも4項目ずつ、方針表明と危惧は1項目ずつだった。

表4 機能的基準での内訳

機能	項目数
方針表明	1
意向表明	10
迷い	4
振り返り	25
状況整理	4
危惧	1

45項目を内容領域ごとにまとめたものが表.5である。これらのうち「患者とのコミュニケーション不足」は、患者と医療者側が折り合うためにはコミュニケーションによるしかなく、この症例ではやはり不足があると言わざるを得ないのではないか、というもの。「経口摂取への医療者の関与不足」は、この症例では家族の持参したものを経口摂取することを黙認したが、危険性を少しでも軽減するような医療者からの関与が不足していたのではないかというもの。「医療者の方針決定への疑義」は、誤嚥性肺炎発症後も経口摂取を続けさせたことへの問題提起など。「経口摂取の危険性にどう対処する」は、自律尊重原則に則って経口摂取を認めたいが、そこに潜むリスクにどう対処するか悩み迷っているもの。「関係作りとコミュニケーションが重要」は患者・家族との適切な距離感・関係性を持って十分なコミュニケーションを持つことが重要であるというもの。「自分が家族なら経口摂取選択」は、もし自分が家族の立場ならこの妻と同様に経口摂取させたいと思うだろうというもの。「妻とのコミュニケーション不足」は、妻ともっとコミュニケーションを取っていれば経過も違うものにできたのではないかというもの。「妻の主体的関与不足」は、終始患者本人の希望を叶えようとしていた妻だったが、もう少し主体性を持ち医療的な観点も理解して中立的な動き方をしてい

たらどうだったかというもの。「本人意思の最優先が重要」は、やはり本人の意思を最優先に考えていくべきというもの。「STはもっとうまく動けたのでは」は、この症例に対して医師や同職種からの情報やアドバイスを得ることでもっと良い対応ができていたのではというもの。その他には、余命判断や医療切迫度など専門的な判断ができるのは医療者なのでそこからの判断が大切なのではなどがあった。

表5 内容領域の内訳

内容領域	項目数
患者とのコミュニケーション不足	9
経口摂取への医療者の関与不足	6
医療者の方針決定への疑義	6
経口摂取の危険性にどう対処する	4
関係作りと Com.が重要	4
自分が家族なら経口摂取選択	3
妻とのコミュニケーション不足	3
妻の主体的な関与不足	2
本人意思の最優先が重要	2
STはもっとうまく動けたのでは	2
その他	4

考 察

1. 機能的基準に関連して

(1) 「振り返り」の多さ

表.4に示すとおり、「振り返り」が過半数を占め、最も多かった。レポートは、学生に「あなたはどうか考えるか?」という問いで行った。趣旨としては本来は「この状況において、自分(学生)ならこう考えて、こうする」というところまで問いたいところだったが、2年次の学生にはやや難易度が高いと考えられたため、解答しやすくするため敢えてぼかした問いとした。自分が優先したいものを示した「意向表明」が10項目あったので、そこまでは出せたと言えるが、明確にこうするという「方

針表明」は1項目にとどまり、レポートの記述の過半数が「振り返り」という単なる批判的指摘に終始することとなってしまった。更に、状況を整理して倫理原則同士の対立までは考えられたが、そこでの迷いをそのままにしてしまったのが4項目にも上った点についても指導側としては反省点である。これらについては、今後この領域を取りあげて授業を行っていく際、より慎重に検討していく必要がある。

(2) 「表明」の具体的内容

こうする、こういうことを最優先して考える、を明確にした「方針表明」と「意向表明」計11項目で挙げられたものは、本人の意思を最も尊重したいというものが5項目と最多で、患者・家族との関係性やコミュニケーションを徹底すべきが3項目だった。自律尊重原則を最大限重視すべしというリハビリテーション的な視点は、学生達なりに身に付きつつあると考えて良いのではないかとみられた。またコミュニケーションは、臨床倫理の実践の基盤であり、その重要性については学生なりに理解していたものと考えられる。

2. 内容領域に関連して

(1) コミュニケーションの重要さへの気付き

内容領域でみると、患者とのコミュニケーション9項目、患者・家族との関係性とコミュニケーションが重要であるとしたもの4項目、妻とのコミュニケーション3項目と、コミュニケーションの重要性を指摘したものが計16項目に上った。堀田⁵によると、「日本の医療倫理的問題は実際にはコミュニケーション不足と考えられるものが多いとされる」とのことで、学生達もそこまでは今回理解が到達したと考えられる。学生の人数としてみると、13名中11名がコミュニケーションの重要性を指摘していた。そこからの、患者・家族とのより良い関係性やあるべきコミュニケーションについては、学生達がより具体的に考えられるよう、考えていきたい。

(2) 対立する原則同士のバランス

この症例の場合、状況整理を進めていくと、本人の「死んでもいいから口から食べたい」という希望と、誤嚥性肺炎を繰り返してきているため到底それは認められないとする医療者側の専門的見解が鋭く対立しているというところに行き着く。つまり、自律尊重原則(経口摂取への強い希望)と無危害・善行原則(誤嚥性肺炎の予防)の対立がジレンマを構成している図式である。摂食嚥下障害の臨床場面ではありがちなパターンではあるが、リハビリテーションの理念から考えると、自律尊重原則は極力満たすべきものなので、一定程度の経口摂取を認めつつ肺炎の予防も最大限行っていく、というのが方向性として考えられ、症例ごとにそのベストバランスを探っていくことが重要になってくる。

学生のレポートからは、彼らなりに漠然とはその辺りを考えていることはうかがわれ、2つの原則の対立について言及したのは13名中7名だった。ただし、本人の意思の尊重と経口摂取の危険性の兼ね合いにおいて、リスクを何らかの方策によってマネジメントしようという試みに論及できたのは3名のみで、4名は経口摂取を許すか否かというAll or Noneの考え方しかできていなかった。これは、今回の学生が2年次で嚥下障害の専門的な勉強がまだ途上であるため、どのように対応できるかが十分に理解できていない(対応の様々な選択肢について思い至らない)ことも作用していると考えられる。

3. 言語聴覚士教育における臨床倫理教育

医療専門職とりわけ言語聴覚士養成における臨床倫理教育の重要性は冒頭で触れた通りだが、現時点で養成課程(養成校)において臨床倫理教育がどれだけ行われているかについての資料は見当たらなかった。それについては、カリキュラムを公表している養成校について確認したが、臨床倫理についての講座は見つけられなかった。

参考になるものとして、国内の医学部・看護学部を対象に医療倫理に関する学生教育の調査⁶があるが、そこでは調査に回答したうちの医学部42校(97.7%)、看護学部72校(96.0%)が医療倫理(臨床倫理・研究倫理)の教育を行っているとしていた。多くの医療・看護系大学で医療倫理の教育が行われているようだが、この研究では回収率が医学部53.8%、看護学部34.4%と低く、回答を寄せていない大学学部では医療倫理の教育が行われていない可能性もあることに留保が必要である。

この研究では更に、倫理教育に当たる教員についても問題提起がなされている。調査で医療倫理教育の責任者のうちそれを専門とするものは、医学部で22校(22.0%)、看護学部で33校(45.8%)にとどまり、教える側の専門性の向上が必要と考えられたのである。実際今回、言語聴覚士への倫理教育は欠かすことはできないと考えて当校においても実施したが、筆者自身、この領域を専門としているわけではなく、今以上に学ぶ必要性を強く自覚しているところである。

4. 特に摂食・嚥下領域に関連して

倫理的な問題に直面して苦慮する場面は、言語聴覚療法の臨床全般において経験するところだが、箕岡⁴などの臨床倫理の一般的な入門書にも取りあげられている通り、その中でも摂食・嚥下障害の領域においてとりわけしばしば問題となる。一方で摂食・嚥下障害の領域は、言語聴覚士が担当する専門領域の中では、メカニカルで視覚化しやすい面もあり、失語・高次脳機能や発達関連の領域に比べると、一定程度の臨床技能にはどちらかと言うと到達しやすい。つまり倫理的問題に直面しやすい領域ではあるが、一方で療法士の臨床技能が一定レベルに比較的早く到達しやすいのが摂食・嚥下領域と言える。

言語聴覚士は法律制定から20数年とまだ若い資格であり、現場で働く現任者も30代以下が6割を超えるほどである⁷。令和3年3月時点での日本言

語聴覚士協会のデータによると、20代の会員の占める率が23.5%であり、経験年数が数年しかない言語聴覚士が4人に1人に近い率となっている。このような状況を鑑みれば、現任者においても臨床倫理教育が継続して行われるべきであることは言を俟たない。

		倫理意識	
		高い	低い
臨床技能	高い	A	C
	低い	B	D

表6 倫理意識と臨床技能

最後に上掲の表6は、授業の中でも用いた倫理的意識と臨床技能の組み合わせを示した表である。この2×2分割の表において、倫理意識も臨床技能も高いAは理想的な領域である。また倫理意識は高いが臨床技能は低いBは、臨床のパフォーマンスにおいて物足りない部分はあるものの倫理的問題を引き起こす心配はなく患者の権利に配慮した臨床ができる。一方で臨床技能は高いが倫理意識の低いCは、技術のみに頼り患者の権利をないがしろにして暴走する恐れが多分にあり、臨床技能が高いだけに却って厄介な部分大きい。更に倫理意識も臨床技能も低いDに至っては臨床に携わること自体が非常に危険である。このように考えていくと、臨床の現場においてより優先されるべきなのは臨床技能の高低よりも倫理意識の高さであるということが判る。そのような意味でも、しっかりと臨床倫理教育を実施していく必要を感じているところである。

結 論

令和4年度後期において実施した臨床倫理についての授業実践を総括した。言語聴覚士の臨床業

務において、臨床倫理的な意識・視点は不可欠と考えられる一方で、それらの教育は量的に充分に行われているとは言い難く、また質的にも教育側の専門性など、今後適えられるべき問題は多くあることを指摘した。

利益相反の開示

本報告の筆者について利益相反はない。

謝 辞

受講学生からのレポートに対するコメントを通して、筆者に貴重な視点と気づきを下さった2年生担任の林耕司先生に感謝致します。

文 献

- 1 箕岡真子. 『臨床倫理』へのいざない. 老年看護学. 2019; 23: 28-33.
- 2 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. 2017; 5: 53-62.

- 3 藤島一郎. 摂食嚥下訓練における倫理の問題. The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine. 2016; 53: 785-793.
- 4 箕岡真子. 臨床倫理入門. へるす出版. 2017; 9-16.
- 5 堀田富士子. 訪問リハにおける倫理的問題－臨床倫理4分割法から考える. 地域リハビリテーション. 2017; 12: 492-495.
- 6 前田正一. 医療倫理(研究倫理・臨床倫理)に関する学生教育－日本の医学部・看護学部を対象とした調査研究－. 日医総研ワーキングペーパー No.347. 2015; 4-25.
- 7 日本言語聴覚士協会. 協会の役割と機構(生涯学習プログラム資料令和3年度版から). 2021.