

スク者への対応は、被災地の地域こころのケアセンターが引き続き担い、データベースもフォローする流れができてきた。

ポピュレーション対応を含めた地域保健活動は、H23年11月に再開状況を調査したが¹⁾「久慈モデル」を実施している28市町村のうち、全市町村が、再開予定または再開していると回答していた。当センターも、こうした状況から、内陸部を含めた技術支援や平常業務を再開している。

災害後1年経過したが、自殺者数の前年比(H22年3月～H23年2月とH23年3月～H24年2月)は、図5の通りである。全体で62人の減少にあるが、人口流出の問題や、心のケアチームの3月末の撤退、雇用保険のH24年6月の終了等もあるため、引き続き経過を見て、対応することが必要である。

VII. 今後に向けて

東日本大震災における心のケア活動について、岩手県の経過と調整方法を中心に報告した。今後、南海地震や首都直下地震などの多くの大規模災害が想定されている。都市部における精神保健対応調整を考える上では、本内容を単純に参考することは困難であるが、調整人員や災害規模、状況を考慮すれば、幾つかの条件のもとでは、援用できる部分もあるだろう。早期からハイリスク

者やケアが必要な者を同定し、復興期以降も地域で継続的にフォローすることは可能である。被災地のケアでは、指揮系統もさることながら、「調整」の重要性について指摘されて久しく、良し悪しは非難や自責の対象となるが、それは具体的に何に向けられているのか、今後の検討課題、問題提起としたい。

謝辞

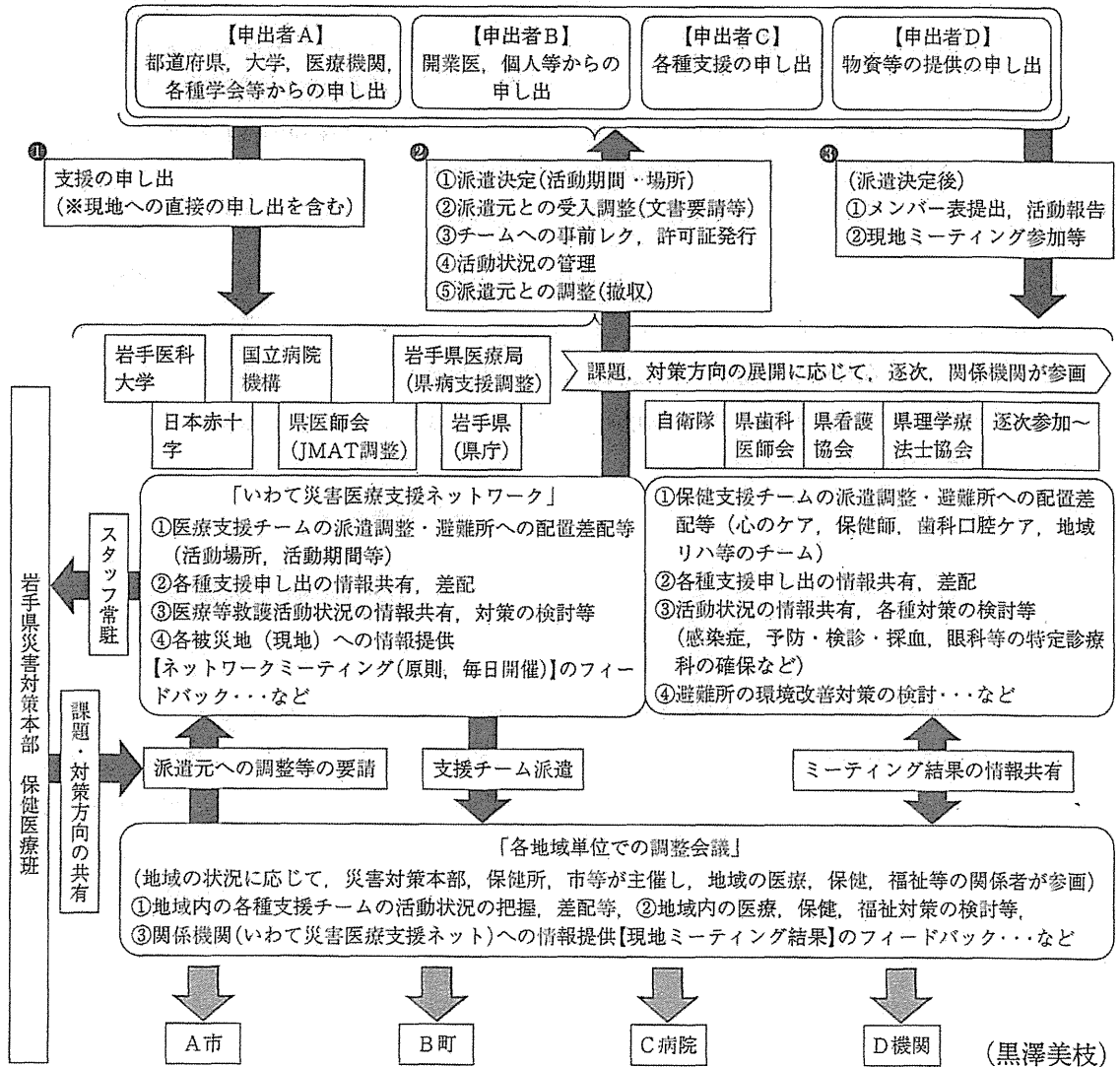
東日本大震災以降、心のケアチームの皆様や多くの関係者に多大なるご支援をいただいた。この場を借りて改めて深く御礼申し上げたい。

文 献

- 1) 岩手県精神保健福祉センター：自殺予防対策事業報告書(H18～H23)。岩手県，2012
- 2) 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「自殺対策のための戦略研究」複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究班編：地域における自殺対策プログラム。東京，2010
- 3) 黒澤美枝：自然災害(早期)。飛鳥井望編，最新医学・別冊 新しい診断と治療のABC 70，心的外傷後ストレス障害(PTSD)，121-127，最新医学社，大阪，2011
- 4) 内閣府：平成23年版 防災白書。東京，2011
- 5) 日本総合病院精神医学会編集委員会：震災がもたらした精神医学問題と総合病院精神医療。総合病院精神医学 23(2)：129-142，2011

1-1-2 震災1年後の現状と課題：岩手県

東日本大震災後、心のケアチームが同定した9,681件の相談のなかで、要フォロー者への対応は、岩手県心のケアセンター（盛岡）と地域心のケアセンター4か所（釜石、大船渡、宮古、久慈）が引き継いだ。ポピュレーション対応を含めた保健活動は、震災以前に取り組んでいた自殺対策「久慈モデル」の活動が、実施28市町村すべてにおいて再開の途についた。震災後1年間の自殺者数は、警察統計で389人（前年比62人減）であるが、人口流出もあり予断は許されない。精神保健対応のニーズは依然高く、例えば、県内の2011（平成23）年度のDV相談件数は過去最多を上回るペースで推移してきた。地域の復興同様、精神保健の充実も道半ばの状況であるが、再び被災しない保証はない。現在、県では地域防災計画の見直し中であるが、要援護者支援やNPOの活動調整の方策を含め、各立場で再検討することが必要だ。被災状況にもよるが、今後の岩手県の心のケアチームの調整は、他の医療チームとともに、岩手医大が中核的な役割を担いながら、図のように行われる予定だ。不測の事態があれば、これを踏まえて御協力いただきたい。医療チームの調整の仕組み（岩手県）



災害時精神保健医療活動における臨床倫理

黒澤美枝*

I. はじめに

2011年3月11日、東北地方の太平洋側に位置する三陸沖を震源としたマグニチュード9.0の東日本大震災が発生し、三陸沿岸に、最大16.7mの大津波が到達した。

筆者が勤務する岩手県では、この地震及び津波によって、死者4,671人、行方不明者1,249人、家屋倒壊数24,747棟等の甚大な被害を受けた(2012年3月11日現在)。避難所などへの避難者は最大54,429人に及んだ。早期から30の心のケアチームが、全国から被災地を訪れ、延べ9,681人の住民に対して精神保健医療対応を行った³⁾。震災後1年が経過し、すべてのチームが撤退したが、被災4保健医療圏(釜石、大船渡、宮古、久慈)には、地域こころのケアセンターが設置されており、チームにより同定されたハイリスク者やフォロー者への精神保健医療活動は、現在も尚継続されている。さらに、精神保健医療従事者のみならず、NPO、宗教家、相談機関、住民ボランティア等、これまでに例がない多くの領域の関係者が、相談、見守り、傾聴、サロン運営等に関わっている現状がある。精神保健医療へのスティグマや医療過疎が、これまでに問題視されてきた経緯を考えれば、こうした「ユートピア」ともいえる心のケアへの関心の興隆は、喜ばしいことなの

かもしれない。混乱の中でみせた秩序や礼節、思いやりは、日本の美德として海外のメディアから大いに称賛されたことも記憶に新しい。とはいえ、災害救助活動は、それ自体がヒューマニズムという性質を有しているために、この強力な認識の下では、支援者が圧倒的な葛藤や苦悩を経験したとしても、「自然の摂理」「無常」等の宗教的な理解や、災害医療の経験不足やトラウマ体験として回収されるのかもしれない。これまでに災害医学教育の領域では、臨床倫理は詳細には取り上げられていないようだ。

本稿は、災害時の精神保健医療活動には、どのような臨床倫理問題があるのかという視点で報告を試みた。また、その理解や検討は、臨床特有の現実的な原則である「代償/利益比」の概念を中核にしながらも、さらに吟味していく必要性があることを指摘した。

II. 災害時精神保健医療活動とは

災害時地域精神保健医療ガイドライン⁴⁾では、被災地の精神保健医療活動として、①個別の精神疾患に対する予防、早期発見、治療の活動、②一般の援助活動の一環として、地域全体(集団)の精神健康を高め、集団としてのストレスと心的トラウマを減少させるための活動、の2点をあげている。この中で①、すなわち狭義の心のケアの中核的な担い手は、精神科医、精神保健福祉士、臨床心理士などの専門家から構成される「心のケア

*岩手県精神保健福祉センター

[〒020-0015 岩手県盛岡市本町通3丁目19-1]

チーム」である。さらに大規模自然災害の被災地では、調整にあたる行政職員、保健医療従事者が、行方不明や死亡により、弱体化している場合がある。この場合、治療が必要な者の同定やアクセスを確保するための環境づくりの支援として、診察拠点・連携づくり、啓発普及などの精神保健活動、救済者のメンタルケアといった狭義の医療行為を超えた協力も必要になる⁵⁾。そしてこのような精神保健医療活動の基本は、一般災害医療活動と同様にアウトリーチである。もちろん、②に含まれる、災害復旧や生活支援といった現実的な支援もまた、広義の心のケアとして重要な点である。

Ⅲ. 災害時精神保健医療活動上の倫理問題

災害時の臨床倫理問題は、災害関連法や救助法の運用に関わる事柄（広域避難の場合の権限の所在、要請主義による支援派遣の遅れ、要援護者の情報開示不可能による支援困難、平等主義の弊害によるサービスの遅れ等）、すなわち政策・行政レベル上の倫理問題に大いに関連している。例えば、避難所で、医療従事者がプライバシーに配慮しながら、被災者の産婦人科治療を行いたいと考えても、ガソリン不足で物流が改善せず、一向にパーテーションや薬品が運ばれてこないような状況である。

また、代表的な災害医学の臨床倫理問題には「選別の苦悩」があげられる。これは、災害医療の基本である、「最大多数の傷病者に限りある医療資源を最大に提供する（効率性や結果の理論）」、「生存期間の延長またはQOLの向上に寄与しない治療は行わない（無駄に関する原則）」に対して、命の尊厳や平等の観点からトリアージ実施者が感じるジレンマである。精神医学は、広い関連領域を持つ分野であるために、問題はより広範囲になる。以下「自律尊重と治療決定」「精神疾患に対する診察・治療」「守秘義務とプライバシー」「精神医療の範囲を巡る問題」の4つの観点から、主に狭義の精神保健医療活動における問題点をと

りあげる。

1) 自律尊重と治療決定

「自律性」は、インフォームド・コンセントに準拠した治療やケアの前提であり、患者に意思決定の自由を与えるものである。精神医療の場合、それ自体の獲得が目指される。患者の治療の意思決定において、保健医療従事者が留意すべきことは、患者の精神状態——例えば、幻覚妄想状態、うつ状態、不安、二重見当識などの影響により、意思決定能力の減弱や欠如が生じ、治療拒否を生じさせる場合があることだ。さらに、患者の能力や属する文化的脈絡を考慮しない説明や不十分な説明が、患者の治療拒否を生じさせる可能性がある。当然、提案される治療の侵襲の程度によっても左右される。

災害時の例として、統合失調症と前立腺癌を合併した被災者が避難所で気づかれたとしよう。彼は自宅を津波で流され、同居者は行方不明である。かかりつけ医療機関や主治医が被災したという理由で、身体治療ばかりか、平時に服薬していた向精神薬も中断している。医療チームが遠方の病院を紹介するも、頑なに拒否するために、長く放置されている。被災地支援で明記すべきことは、被災者は生きていてもしょうがないという、絶望や自暴自棄、自責感情に圧倒されている場合があることだ。また、二次・三次災害により、避難所の頻回移動や環境変化を余儀なくされる場合、本人の精神症状や不安、恐怖が悪化し治療選択を困難にすることもある。「がんばろう」の掛け声や、自律していくたくましい被災者像を強調する環境が、治療の申し出や、日中に静養することへの遠慮につながる場合もある。困難なことに、大規模災害の場合は、長期にわたって外部支援者によるケアに頼らざるを得ない。さらに現状の心のケアチームのシステムでは、それは3日～1週間程度で異なるチームに交替し引き継がなくてはならない。患者の意思決定とその判断は、個別的な医療従事者—患者の信頼関係の中で行われていくものであるために、十分な信頼に基づき、地域環境の

現状をふまえた説明によるケアの導入に支障をきたす場合がある。さらに災害環境は、刻々と地域資源や人的資源が変化していくために、患者側の病歴をはじめ、治療アセスメントのための情報収集は難しい。患者の意思に反する入院が必要になった場合、家族が行方不明となっている者も多いため、保護者や縁者の確認は容易ではない。

十分な意思決定能力を有する状態の患者であっても治療決定上の困難はある。一般的には、患者の適切な倫理的治療選択のためには、個人の治療選択が、「選択的」なのか、周囲のプレッシャー等により「選ばざるをえない」のかを区別する必要がある。被災地は、不十分な治療環境により、治療内容は選ばざるを得ないのが圧倒的である。そして、安否確認、復興や保障が遅々として進まない瓦礫の状況下では、患者と医療従事者双方が、回復や地域での新たな生活イメージを共有化しながら、自律を尊重し、ケア内容を決定していくことは容易ではない。

2) 精神疾患に対する診察・治療

「診察」とそれに関連する記載の法的規定は、医師法第19条「診察に応ずる義務」、第20条「無診察治療等の禁止」等に見ることができる。医師法第19条における医師が診察を拒否できる「正当事由」には、患者の決定が公序良俗に反する場合や、患者が自己破壊的選択をした場合等、いくつかあげることができ、医師個人の倫理的判断は重要視されている。精神疾患はしばしば慢性化する傾向を持ち、比較的長期の診察の必要性が生じるが、医療従事者が災害救助任務を終了し帰省した後も、患者が個別にサポートを求めてきた場合、どのように関わるかという姿勢が問われることがある。さらに災害時は、マンパワーの不足や、医療従事者自身の安全確保という極限的状况から、患者の診察を拒否・中断せざるを得ないこともある。有事という文脈であっても、医師の宣誓や倫理綱領であげられる「医師は決して患者を見捨てない、一度治療を手掛けたのであれば患者をないがしろにしてはならない」という善行や誠

実的対応ができなかったことに対して、医療従事者が長期にわたって自責感を持つ事例は少なくない。また、社会的にも、誤解や批判の対象になりやすい。

この他の診察の倫理的問題としては、混乱と医療過疎事情に乗じて出現した偽医師の採用により、診察と称した患者への接触に対して法的に責任を問われる極端な例もあげられよう。

災害時の精神科治療では「無危害」という視点を持つことは必要である。被災者の心理反応の多くは、時間とともに回復することが多い。このため早期における支援の基本は、無理に言語化させるよりも、非言語的な支援や身体面のケアを通じて、安心できるような環境を作り、寄り添うなどの共感的に安心感を与えることが重要である。サイコロジカルファーストエイド (psychological first aid : PFA) が代表的である。東日本大震災における岩手県の心のケアチームによる活動記録を振り返ると、初動から復興期まで、不眠や不安を訴える被災者は多かったが、見守りやPFA対応が中心であり、診察の中で処方した割合は、38%にとどまっていた³⁾。処方しなかった診察事例の中には、一般医療チームから早期に処方されていたベンゾジアゼピン系薬剤の中止例も見られたが、一般医療チームやメディアからは「診察していても処方がないということは治療していないのではないか」という疑問が度々あげられた。さらに、被災地では、薬局や医療機関の被災により、薬品の保管や患者の服薬指導は到底十分に遂行できない。これらのことが示唆しているのは、災害医療支援においては、特に早期は、渦中にある被災者の向精神薬の要求が際限なく受け入れられ、依存や乱用という問題が、復興期以降の医療過疎地域にひきつがれる危険性があるということだ。

文化的配慮の不足した、治療や医療モデル (例えば、PTSDの精神療法) が被災後の介入に関連付けられることによって、外部支援者がどのように被災地をサポートするのが最善かという倫理懸念は惹起される²⁾。

3) 守秘義務とプライバシー

医療従事者の災害現場での守秘義務は、医療従事者—患者という個人対個人の間を基盤とした従来の概念での対応では限界が生じる。なぜなら保健医療活動の展開には、異なる自治体から派遣されたチーム同士の情報共有や、教育機関、警察、消防、民生委員などの多くの領域の連携が不可欠だからだ。特に、医療過疎地の場合、地域精神保健医療資源の中で、傾聴ボランティアや精神保健福祉ボランティアの活動の占める重要性が高いことがある。その活動の主体性や献身性、責任感、その地域住民にはよく知られ、公的機関との連携のコンセンサスが得られている場合もある。このような、厳密な守秘義務規定がない支援者から、情報提供を要請された際、守秘による患者の利益と提供による公共の利益とのバランスを考慮したうえで、柔軟な判断をする必要があるが、外部から支援に入った場合、その判断は、実際には容易ではない。

次にプライバシーの問題である。早期の避難所では、極端なスペース不足から診察室を設けることができない。こうした状況でケアすることは、患者の周囲の人々に公表することとイコールになるため、問題になる。精神疾患のケアに必要な情報は、患者の全生活や行動の範囲に及び、脆弱さを含む内容であり、そのスティグマも配慮しなければならないからだ。さらに、被災者名簿は、安否、身元確認や公共性の観点から、避難所やネットで自由に閲覧できることが多い。このため、家庭内暴力（DV）や虐待で接近禁止命令が出ている者が容易に被害者にアクセスする可能性がある。

被災地の支援者のプライバシーが問題になることもある。外部支援者間のメーリングリストやソーシャルメディアによる被災地域の情報の共有は有益であるが、被災地の保健師の実名や特徴から言動まで、思いがけない形と時期に不特定多数に広がる場合がある。このあたりの受けとめ方の感性には個人差があろうが、少なくとも誰が何のために必要な情報共有なのか、正しい公衆衛生評価に基づいたコメントなのか、支援者がいかなる仕

方で行動するかという「動機や徳¹⁾」が問われる側面がある。その有事環境に適應することは大事であるが、プライバシーの犠牲はどこまで許容されるかといった配慮は常に必要になる。

4) 精神医療の範囲を巡る問題

a. 心のケア

病因論に基づいた精神障害の範疇は確立されておらず、こうした現状は、「精神障害」という概念の多様性を生じさせる。例えば、PTSDを生物学的現象で、薬物療法や精神療法の対象として理解する場合と、社会的現象として理解する場合がある。その解釈は、精神医学の専門家の間ですら一様とはいえない。

被災地では、精神医療従事者のみならず、様々な領域の専門家や、異なる自治体の同業者、ボランティア団体や住民組織が連携しながら、「心のケア」にあたるが、その連携の範囲は平時の比ではないだろう。したがって、ある同一事例の理解や対応方法が多様となり、特定の地域的、宗教的、心理的パラダイムでは正しくても、精神医学的、公衆衛生的には間違っている、またその逆という場面がある。

例えば、同じ保健師という職種でも、地域によって働き方は異なる。「不眠の場合は医療機関へ紹介を」という公衆衛生活動を徹底して実践してきた保健師と、医療過疎地で紹介先もないために、そのような活動を行ってこなかった保健師では、地域で見守る事例の重症度の解釈や介入時期の判断は全く異なる。こうした者同士がケア会議や引き継ぎで情報共有を図る際、専門家としてのジレンマが生じる。その他の例としては、宗教家の「心のケア」があげられる。従来宗教家の多くは、祈りや教義を伝えることが、個人の救済やケアと必ずしも同じことを意味しないことを知っており、被災者の激しい心理反応への実際の関わり方には、悩みながらサロン活動等を行っている。一方で、癒し、非日常的場という側面から、「診察」と「宗教、心理面接、民間療法の接触」は類似性を有しており、両者の混同や誤解を利用した、一部

の心ない活動家の精神不調者への宗教勧誘や搾取は懸念事項である。

こころのケアに関する様々な場面で、どのような状態を、精神医療の対象とすべきなのかという意識や提起は、災害直後のみならず、長期にわたって人権や福祉の観点からみても重要である。

b. 支援者へのサポート

被災地の消防、行政、医療従事者、産業保健従事者等の支援者は、自らも被災しながら支援にあたっている。また人災などが複合すれば、純粋な臨床役割の範囲をこえた公的役割が求められ、個人の政治信念と矛盾した支援にあたる必要性が生じ、自分自身をどのように位置付けるかジレンマを感じることもある²⁾。精神不調を呈し、外部支援者による心のケアや、業務のサポートが必要となる者も多い。しかしながら、たとえ疲労が蓄積し業務が停滞していても、使命感から休養を望まない者もいる。例えば、医療過疎地域で何年も、長時間勤務に耐えて奉仕している、聖者のごとき医療従事者がいるとする。その治療や保健活動の内容は、地域にとって合理的判断のもとでなされており、本人も地域住民の健康を守ってきたという自負もある。一方、遠方から、これまで特に縁もなかった被災地を訪れ、住民の恐怖の克服のために先進的な治療を推奨し、奉仕をしてくれる外部支援者がいる。後者がメディアに取り上げられた場合、数日短期間のうちに英雄となりうる。「聖者か英雄か」¹⁾、どちらが正しいかということではないが、被災地の支援者が、自ら支援を受ける対象になりたがらない背景のひとつともなる。

さらに、行政、警察、自衛隊等の大型組織に従事する者への心のケアの必要性はいうまでもないが、個人の事業支援者や、土葬や読経に関わった僧侶、検案に長期間あたった開業歯科医など、惨事ストレスの事前情報がなく支援にあたらざるを得なかったハイリスク者へのケア対応は、不十分になりやすい。ケアの内容は、交通事情も劣悪な広域環境の、短期間の窓口利用等に限定され、断片的にならざるをえない。このような対象者へのケアを丁寧に行うには、長期に関わり、地域事情

に精通することが必要になる。

患者の精神医療のみならず、被災地域のエンパワーと、支援者の自律性の尊重のバランスを考慮した、外部による仁慈的働きかけは決して容易ではない。

IV. 今後に向けて

東日本大震災後1年が経過した。復興期以降は、震災前の平時における、被災地域の保健事情はどうだったのか、その活動内容が災害によってどの程度ダメージがあり、どこまで回復しているのか、新たに生じたニーズにどのように対応しているか、街の再建のペースも評価のうえで、方向性や介入内容を検討することはいうまでもない。岩手県の場合、ポピュレーション対応を含めた地域保健活動は、震災以前に取り組んでいた包括的な自殺対策である「久慈モデル」の活動³⁾が、実施28市町村全てにおいて再開の途について状況である。筆者は、現在も様々な領域の支援者から、ケアの関わりのは是非や受理の要否から、葛藤の訴え、独居高齢者の見守りの回数等の妥当性まで、多様な相談を受けている。このような場合、事例や対象被災者の本当の願いや困りどころは何なのか、地域関係者間の共有化が必要になる。その際に生かせる精神医学の視点のひとつは、ケア会議やケアマネジメントといった精神科リハビリテーションの技術である。

本稿では、限られた範囲ではあるが、災害時の精神保健医療活動における臨床倫理問題を取り上げた。実際の検討では、「自律尊重」「無危害」「善行」「正義」⁴⁾などの基本事項を援用しながら、生物、心理、文化、社会的側面を含めた情報整理のもと、治療的介入の「代償/利益比」の最小化を優先⁷⁾していくことが重要となる。

このような検討がさらに要請される背景には、政策・行政業務の喫緊の改善が必要な場合があげられるのはいうまでもないが、多くの支援者の存在とその多様な価値観の存在が、治療の概念を曖昧にしてしまうという状況もあるだろう。復興期

以降の事例をあげるならば、研究で住民に実施した精神保健スクリーニングのフォローが被災地に任されたが、ハイリスク者に全く対応しきれていないといった事態である。この場合、地域公衆衛生活動や調査研究と不可分の問題である。そして、メディア活動の影響とも関連をもつ。こうしたことから、災害領域の臨床倫理検討は、本稿で示した観点の枠組みやそれに基づいた理解では十分ではなく、今後も吟味の余地が残されている。そしてその関わりは、本来精神医学は、医学的次元で明らかになる心身の接点の倫理問題を検討しようとする契機が内在しており、専門領域としての精神医学の存在意義とは、それを将来にわたって保持していくこと⁶⁾という認識にも関係している。

災害時の精神保健医療活動の倫理的実践とは、ケアが必要な者を適切に同定し、その代償/利益比の吟味を可能にするための、調整の立場や枠組み、言葉を個々模索することにあるのかもしれない。

〔謝辞〕 東日本大震災以降、心のケアチームの皆様や多くの関係者に多大なるご支援をいただいた。この場を借りて改めて深く御礼申し上げたい。

文 献

- 1) Beauchamp, T.L., Childress, J.F. : Principles of

Biomedical Ethics, Third Edition. Oxford University Press, New York, 1989. (永安幸正, 立木教夫監訳: 生命医学倫理. 成文堂, 東京, 1997.)

- 2) Bloch, S., Green, S. : Psychiatric Ethics. (水野雅文, 藤井千代ほか訳: 精神科臨床倫理第4版, 星和書店, 東京, p.557-578, 2011.)
- 3) 岩手県精神保健福祉センター: 自殺予防対策事業報告書 (H18 ~ H23). 岩手県, 2012.
- 4) 金吉晴: 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン. 平成13年度厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)「学校内の殺傷事件を事例とした今後の精神的支援に関する研究」, 2003.
- 5) 黒澤美枝: 第4章 自然災害(早期). 最新医学・別冊 新しい診断と治療のABC 70 心的外傷後ストレス障害(PTSD). 最新医学社, 大阪, p.121-127, 2011.
- 6) 酒井明夫: 精神医療の行方: 医学哲学・倫理的観点からの考察. セミナー医療と社会, 10; 49-54, 1996.
- 7) 酒井明夫: 精神医学と倫理. 山内俊夫, 小島卓也ほか編: 専門医を目指す人の精神医学(第2版). 医学書院, 東京, 2004.

