

#### 4. 医療チーム派遣におけるマネジメント

震災後、通常は、複数の医療チームが被災地に入るため、活動調整に地元の職員が苦勞することが多い。今回は東松島市においては、「こころのケア」に関しては、東京大学精神神経科が主となって支援を行った。震災後の一時期には、東京大学・名古屋大学・千葉大学の3大学が合同で支援していた時期があった。この医療チーム派遣のマネジメントも重要である。筆者らは、地元のニーズに即した支援のために、保健師から状況を聞き取り、その情報をもとに、各大学の間で意志の統一を図るため、定期的に3大学の科長によるミーティングを行った。また、各大学の支援状況をお互いに情報交換し、支援の質の向上に役立てた。このような科長の理解を得て、その上で各大学から誰をいつ派遣するかという連絡を取り合うためのキーパーソンを決め、なるべく地元負担とならないように窓口を一本化した。当科においては精神保健福祉士があらゆる調整を行った。

#### 5. 東京大学におけるマネジメント

活動初期は身体科スタッフとともに車で宮城県まで行き、東京大学医学部附属病院の事務スタッフが確保してくれた宿をベースに活動を行った。車両の確保、食料の調達、宿の確保、機材の確保、薬品の搬送など東京大学医学部附属病院の事務スタッフや薬剤部のスタッフの多大な努力の上に、今回の支援が行われた。特に精神神経科の現地における活動に身体科とは別に車を確保してもらい、地元負担をかけない支援活動につながった。身体科の派遣が終了した後には、東北大学と宮城県の理解により、支援活動用の車両を確保してもらい、2011年いっぱい活用させていただいた。このような支援物資や車両に関連する調整は東京大学にて行っていたため、東京大学精神神経科で責任者を定めて、マネジメントを行った。

#### 6. 東京大学精神神経科におけるマネジメント

外部の支援に行くということは、すなわち、普段東京大学精神神経科で行っている業務が行えな

い、ということになる。例えば筆者の場合は、初回の支援時は、普段の外来業務、病棟指導医としての業務、医局長としての業務があり、それらを代行する医療スタッフのおかげで支援を無事に行うことができた。支援開始後1ヵ月は、あらゆるスタッフの業務調整を一本化して、当科の精神保健福祉士が行い、普段の業務に支障が生じないように調整した。

#### 7. 個々のマネジメント

現地の支援者のケアの重要性を繰り返しているが、ひとの「こころ」に寄り添う上で、寄り添う側の精神面での安定が前提となる。実際に、やや高揚した様子の外部支援者を見かけることがあったが、そのような支援者に対する地元の声を耳にするにつれ、やはり自身が冷静であることが大切だと実感した。支援にあたって「冷めて」はいけませんが、「冷静さ」は必要である。ただし、実際の震災の現場や被災者の話は、強烈に脳裡に焼きつき、誰もが何らかの影響を受けてもおかしくはない。ただ、その影響を被災地で表に出さずに冷静な活動をする自分自身のこころのマネジメントが大切である。活動直後にチーム内で経験したことを共有して、整理するのも良いとされている。ただ、共有の場を間違えて、医療圏の合同会議などでいわゆる武勇伝を話し出すスタッフも稀にいるが、数名の医療チーム内での共有にとどめておいてほしい。また、支援活動後、1週間くらい身体面での疲労感が残ることもある。真摯に活動を行った複数のスタッフから同じ経験を聞いており、支援活動後も自身のマネジメントが必要である。

#### 8. 倫理のマネジメント

全体の支援活動を通して「倫理的配慮」に関して気になる点があつたので、今後の注意喚起として指摘する。まず、支援活動はあくまで現地のニーズに基づいて行うものであり、押しつけの支援は倫理的・道徳的に許されない。豊富な臨床経験をもって支援にあたるスタッフもおおり、

現地で様々な提案や指摘を行いたくなるかもしれない。しかし、大抵の場合は、現地のスタッフは精一杯にやれる範囲のことを全て行っている。筆者の場合は、いきなりセンターにやってきた「傾聴ボランティア」への対応を行った経験があるが、丁寧に今の時期には必要がないので引き取るように伝えるものの、なかなか帰ろうとしない人々に閉口した覚えがある。断るにも労力がかかり、そのような負担を現地に与えてはならない。次に、横行していたのが、いきなり避難所に行って調査を行う人々である。倫理委員会の承認なき調査を行ってはならない。さらに、たとえ倫理委員会の承認を得たとしても、調査を行う以上は、その結果のフィードバック・支援体制を整えておくべきである。最後に、支援活動で経験した被災者の話を公の場で紹介することは許されない。今回の震災に関しても、すでに学会の発表・雑誌の原稿の中で「関わった症例」「印象に残った症例」を見聞きすることがあるが、本人の同意なき症例報告は禁止されているはずである。これはいかなる場合も適応されるはずであり、どうしても今後の参考のために紹介する場合は、改変を行って、適切な形で発表しなければならない。詳細については、日本精神神経学会からの声明文を参照してほしい<sup>4,5)</sup>。

#### IV. 災害医療マネジメント部

東京大学医学部附属病院では、東日本大震災における宮城県エリアでの災害医療支援活動の経験をふまえ、大規模災害時の救急医療から中長期的な保健・予防活動までを包括的にマネジメントする「災害医療マネジメント学」の確立とそれを担う専門的医療人である「災害保健医療マネージャー」の育成を目的として2012年4月1日より、「災害医療マネジメント部」が設置された。様々な分野の専門家で構成され、災害医療マネジメントの方法論の確立、国や地域レベルの災害医療のネットワークの構築や維持、多職種の人材育成・研修を行う。もっとも重要なことは、今回の震災の経験者が、今後の震災に対応できる医療人を育成していくことである。

#### V. 今後の東京大学精神神経科の活動について

支援に関しては、引き続き、筆者らが中心となってニーズに応じた支援活動を2014年3月まで続けていく予定である。教育に関しては、次なる震災に備えて、今回の経験を活かす必要があり、少なくとも医学生に対しては、頭の片隅に残るような講義を続けていければと考えている。研究に関しては、震災医療の指針、精神保健活動の指針を作成してくためにも、倫理面に配慮を行ったエビデンスに基づく研究が必要であり、これは現在着手されているところである。また、個人-地域-国と連動した災害へのレジリエンスの向上が重要であると考え、国への提言も行っている。

#### おわりに

東京大学精神神経科の震災支援に関して、2年間の活動をまとめ、新たに、マネジメントという観点から支援活動の振り返りを行った。本活動は地元の市民・保健師を含めた様々な人々のご理解・ご協力の上に成立しているものであり、この場を借りて感謝したい。

#### 利益相反

寄付金講座所属：あり（大塚製薬株式会社）

#### 文 献

- 1) 荒木 剛, 笠井清登:【震災医療—来るべき日への医療者としての対応】急性期の精神医療の問題, 内科, 110; 1080-1084, 2012
- 2) 東松島市保健福祉部: 東日本大震災をともにのりこえて. 東松島市保健師・栄養士活動報告書. 2013
- 3) 桑原 斉, 荒木 剛, 安藤俊太郎ほか: こころのケアの中・長期的支援—精神医療から精神保健へ. 災害時の健康支援 行動科学からのアプローチ (災害行動科学研究会+島津明人編). 誠信書房, 東京, p.106-121, 2012
- 4) 日本精神神経学会: 東日本大震災における調査研究に関する緊急声明文 第1版. 2011.4.20
- 5) 日本精神神経学会: 東日本大震災における調査研究に関する緊急声明文 第2版. 2011.5.13

## Mental Health Care Management after the 2011 Tsunami Disaster in Higashi-Matsushima, Japan

Tsuyoshi ARAKI<sup>1)</sup>, Hitoshi KUWABARA<sup>2)</sup>, Syuntaro ANDO<sup>3)</sup>, Kiyoto KASAI<sup>4)</sup>

- 1) *Department of Youth Mental Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo*
- 2) *Department of Child Neuropsychiatry, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo*
- 3) *Department of Psychiatry and Behavioral Science, Tokyo Metropolitan Institute of Medical Science*
- 4) *Department of Neuropsychiatry, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo*

The Department of Neuropsychiatry of Tokyo University continues to support mental health care in Higashi-Matsushima City, Miyagi, Japan. We participate in mental care from the acute to the chronic phase. We also provide mental care for children. In this paper, we summarize our activities during the two years since the disaster. We also state our views on management in disaster care.

< Authors' abstract >

< **Keywords** : disaster medicine, management, the Great East Japan Earthquake, mental care >



## こころのケアセンターが果たすべき 役割とは：ある方部の苦闘から

前田 正治\*1,2・植田由紀子\*2・昼田源四郎\*2

ふくしま心のケアセンターは2012年2月に設立し、現在3年目を迎えている。その間、紆余曲折を経て現在に至っているが、その経過は、まさにセンターの役割を模索するそれであったといえる。本稿では初年度に危機的状況に陥ったいわき方部の混乱と再建に焦点を当て、混乱の要因とケアセンターの果たすべき役割について述べた。最終的には市町村保健所のような既存支援機関のニーズをもっとも重視することによって、センターとしての機能を果たし、さらにはスタッフの帰属感やセンターの凝集性を高めることに成功した。今後はさらに長期的な視点をもってセンターを運営することが大切である。

**Key Words** 東日本大震災、原発事故、ふくしま心のケアセンター、災害精神医学

### はじめに

ふくしま心のケアセンター（以下ケアセンター）は、東日本大震災からまもなく1年目を迎えようとする2012年2月に産声を上げた。他の被災県、宮城県や岩手県にも同様の組織ができ、既存の兵庫県こころのケアセンター、新潟県こころのケアセンターを合わせ、日本に5つのケアセンターが誕生したのである。しかし当該ケアセンターの活動の滑り出しは、順風満帆とはとても言えないものだった。その過程の一部は、すでに厚生科学研究報告書において報告しているが<sup>2)</sup>、本稿では、1つの地方センター（ケアセンターでは「方部センター」と呼んでいる）を例にとり、発足後から現在までの歩みを仔細に振り返ってみる。そうすることで、こころのケアセンターという新しいタイプの支援組織が、保健所や精神保健福祉センターなど既存の支援組織のなかでどのような役割を果た

すべきかが浮かび上がってくると考えたのである。

またここでは、その方部としていわき方部センターを取り上げた。いわき方部を取り上げた理由は2つある。第1に、いわき市は福島県のなかでももっとも多くの被災者を受け入れている、被災町村の役場機能もここに集中しているなど、県内においてももっとも複雑で困難な状況にあること。第2に、いわき方部センターは設立後大きな混乱を経験し事実上崩壊の瀬戸際にありながら、そこから再建していったこと。いわばドラスティックな変化を経験した方部であったことから、ケアセンターが持つさまざまな問題や可能性がその過程に集約されているのではないかと考えたことである。

### ふくしま心のケアセンターについて

東日本大震災後に生じたさまざまなメンタルヘルス上の困難な状況に対処するため、従来の地域精神保健福祉活動を担う機関とは独立した専門機関を設けるべきという考えから、福島県が福島県精神保健福祉協会に事業委託する形で、ふくしま

\*1 福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座  
〒960-1295 福島県福島市光が丘1番地  
\*2 ふくしま心のケアセンター

心のケアセンター設立が決まった。発災後約1年を迎える平成24年2月に基幹センターを設立、活動準備を開始、2012年4月1日より方部センターを開所、実質的な活動を開始した。

当センターは、基幹センターと6方部、3駐在所（2014年4月からは2駐在所）を設けている。県庁所在地である福島市に基幹センターを設置。その他、県内全域に散らばった東京電力第一原発事故での避難者のケアに対応すべく、浜通り（相馬、いわき）、中通り（県北、県中、県南）、会津（会津）に6つの方部センターを配置した（図）。相馬地区を管轄する相馬方部センターは、相馬広域心のケアセンターなごみに業務を委託した。

駐在については、当センター設立前の市町村ニーズ調査においてニーズの高かった行政機関に重点的に対応すべく、南相馬市、双葉町（埼玉県加須市）、福島県県庁障がい福祉課に配置した（2014年4月からは南相馬市駐在と加須駐在の2駐在所）。また職員は、全体で59名（2014年4月現在、非常勤等を含む）で、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士等の多職種で構成している。

活動内容としては、住民支援としてはほぼアウトリーチでの相談対応であり、その他集団活動（サロン等）の運営や支援、支援者へのコンサルテーション、メンタルヘルスに関する研修会開催や啓発活動、調査研究と、直接的な住民サービスから間接的なものまで、年を追うごとに幅広く活動を広げている。

### いわき方部センターの苦闘

いわき方部の活動拠点となるいわき市は、人口30万人を擁する中核都市であり、市が県から独立して地域保健サービスを行っている。そこに原発事故から避難した町村の仮役場などが利便性等からいわき市に集中した。さらに、それを管轄すべく相双保健福祉事務所（以下保福）も駐在事務所（駐在員2名、現在は出張所）において避難者へのサービスを行った。仮の役場とはいえ、ある行政圏域の中に、別の行政機関が入って独自の機能を保つという非常に特殊な事態となった。その中にふくしま心のケアセンター・いわき方部も新

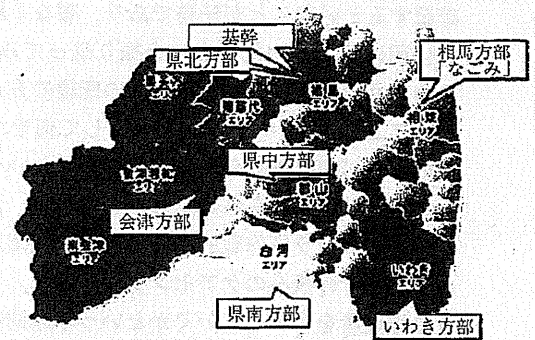


図 基幹および方部の所在

基幹のほか6つの方部センターがあり、それぞれ担当地域を定めている。駐在は現在2箇所あるが略している。また相双地区については、NPO法人相馬広域こころのケアセンター「なごみ」に相馬方部として業務委託している。

参考として参入したのである。すなわち受け入れ側であるいわき市、新たにいわき市に拠点を置いた県、町村が足場を探る中、いわき方部はなんの足場もないまま、活動を開始したのである。

以下に2期にわけて、いわき方部の設立以降の活動経緯について振り返ってみたい。

#### 1. 第1期 いわき方部の混乱——いわき方部センター（開設～12カ月）

前述したようにいわき方部は、当初8名の専門員で活動を開始し、開設後2カ月ほどは保福の中に事務所を構えていた。すなわち、この方部センターをどのように立ち上げていくべきか、役割をどのように同定していくべきか不明なまま、とりあえず保福の「庇護」のもと活動を開始したのである。当初の活動内容としては、まず住民の精神保健面に関するスクリーニングである。市町村から提出されたリストをもとに、被災者住居を訪問し、とくに精神保健面での健康状態をチェックする。その中で継続的な支援が必要と考えられた場合は、継続支援ケースとしてピックアップした。活動の母体は、市町村からの依頼を受けた保福であり、訪問の仕方から、ケースの見立て方、ケースカンファランスに及ぶまですべてを保福の指示・助言のもとに進めていた。

この時期は、とにかく数多くの避難者の状況を

確認するということが任務であり、暇なく訪問活動に明け暮れていた。当時を振り返ってみると、そのような多忙さとともに保福の庇護のもとにあったことから、“ケアセンターとして何をすべきなのか”、“何を求められているのか”という課題に直面化せずにいられた。しかしながら、上述したようなローラー作戦的な被災者の状況確認が終わると、その後心のケアセンターとして、どのように被災者をケアしていくかという本来的な疑問に徐々に直面することになった。

そもそも当センターは、発足時にはまったくなじみのない者が集まった、いわば寄せ集めの集団であり、組織としての凝集性を保つことがきわめて難しかった。集団同一性が容易に獲得できないなか、帰属意識も高まることなく、次第に組織体としての機能を喪失し始めたようだった。

そして1年を終える頃には、2年目以降、就労を継続したいと希望するスタッフが1名のみという事態となり、文字通り存亡の危機に陥った。方部センターが存続できるかどうか危ぶまれる事態に、安定した支援を提供できるわけもなく、支援していたケースは他機関に委譲するという事になった。結果として初年度が終わるまでに、8名の初期スタッフのうち、実に5名が離職する(休職2名、退職3名)という惨憺たる状況となった。

もちろん、こうした事態は他行政支援機関の知るところとなり、「ケアセンターはいったい何をしているのだろう」との疑問の声が各所で寄せられるようになった。加えてそれまで指導的な立場だった保福からも、一向にまとまらない当センターに対する風当たりも強くなり、徐々に支援組織としての信頼を失っていった。このような危機的状況の中で、保福など他機関から事例を紹介されるどころか、請け負っていた事例の継続支援もできない有様で、方部センターの職員も専門職としての誇りを失い、ますます組織として不安定化するという悪循環に陥ってしまったのである。

## 2. 第2期 低迷と模索から再生期（開設後12カ月から現在）

2年目には、約半数のメンバーを入れ替えての再スタートとなった。課題は、町村との関係作り、

保福、いわき市との関係再構築、そしてなによりもスタッフの士気向上と帰属意識の形成であった。取り組みのはじめは、初年度には設けていなかった町村に対する窓口の確立であり、そのために各町村に対して担当制にすることを決めた。しかしながら実際に担当を決める会議では、今まで関係がまったく築けていない町村の担当になることへの不安がスタッフから噴出した。この例に始まり、その他当時打開を求めて考えた案をめぐってしばしば会議は紛糾し、前に進めない状況が続いた。当時平穏に終わる会議はなく、時には悶着を起しながらも、とにかくチーム内での話し合いを重ねた。

しかしながらどうにか町村担当制の導入が決まり、保福を通じず各市町村からの直接依頼を受けることを目指した。不安な中ではあったが、スタッフは町村に足繁く通い、少しずつ町村との関係を築いていった。市町村としても、当センターが一体何ができるのか、はたして支援組織として信頼に足るのかわからない状態からの関係作りであったため、お互いに様子見の関係が続いた。やむを得ず、ただ何か理由をつけては、関係機関に顔をみせに行くだけという忍耐の時期が数カ月も続いたのである。

しかしながら、こうしたいわば「営業努力」を続けていくうちに、徐々に困難ケースについて相談や同行訪問の依頼が来るようになった。そしてゆっくりとであったが、町村との関係ができてくると、スタッフも専門職としての自尊心を少しずつ取り戻していった。また、スタッフの凝集性や帰属意識の高まりに役立ったのが、意外にも外部機関に向けた各種の研修会実施であった。これらの研修会・講習会は、当初、町村のニーズを念頭に置き、いわき方部の活動を知ってもらう、いわき方部のPRも兼ねて企画されたものであった。このような外部専門職向けの各種研修会は、初年度にはまったく行っていなかったため、これも2年目にして初めての経験となった。はじめての取り組みに戸惑いながらも、職員全員で意見を出し合いながら一から作り上げていく企画は、会の首尾の如何に関わらず、スタッフの凝集性、士気向上に非常に効果があった。2年目のいわき方

部では、積極的に研修会を催し、一拠点としては数多く4回の研修会を実施した。ここから関係が繋がった他機関もあり、いわき地区において、ふくしま心のケアセンターいわき方部を知ってもらうという目的は達成されつつあった。

また、長く他機関の信頼を喪失していたことに対する屈辱感や自信喪失から、スタッフ自身他所との関わりを避けがちとなる時期すらあった。そこで、スタッフの支援スキル向上を目指して、外部専門機関の講師を招聘して、とにかく方部内の停滞した空気を動かそうと躍起になった。これらの活動を通じて、閉鎖的になりがちがだったいわき方部に、外部からも専門家をはじめとした多くの人が訪問するようになるなど組織システムとしても開かれたものになっていった。

住民に最も近い、町村の保健担当者、もしくは生活支援相談員から支援が必要なケースについて依頼されることで、センターが直接住民情報を管理していないことのジレンマに関しては解決することができた。つまり、住民の一次予防をより住民に近い町村保健担当者が担い、より専門性が求められる二次予防をケアセンター担当者が担うという構造が自然にでき、膨大な数の被災者対応について、対応可能なシステムが築かれていったのである。さらに3年目に入る頃には、町村職員を対象とした面接調査を開始するなど、本格的な支援者支援も試みるようになった。

## 考 察

### 1. 混乱の要因の分析

第I期は、さまざまな混乱のなかでケアセンターとしての役割を確立できず、集団凝集性やスタッフの帰属感も得られないまま多くのスタッフが離職してしまうという惨憺たる状況に陥る過程であった。その要因について、まず考察を試みる。

#### (1) 設立過程における混乱

当センターが設立した平成24年2月は、震災後1年を迎えようとしていた時期で、センターの設立計画も大急ぎでまとめられたものであった。当時、被災者のメンタルヘルス・ケアが声高に言われ始めた時で、なによりもこうした被災者のメンタルヘルスの問題に介入できる専門性を持った

機関設立が急がれていた。結果として、きわめて短時日の間に、50名を超える職員が公募され、全国各地から参集したのである。しかも契約期間は単年度であり、必ずしも業務内容は明らかではなかった。多くのスタッフは、ケアセンターが何をするとところで、自分が何をすればいいかということがよくわからないままでの赴任であった。

このように不安定な中で、多くのスタッフは、初めて顔を合わせた仲間と一緒に被災地での業務に専念したのである。そもそも多くのスタッフは、被災地での支援の経験は言うに及ばず、精神医療などの臨床場面での経験も乏しかった。県外からのスタッフの場合は、さらに福島県の風土に慣れる必要もあった。一方で、被災地でのメンタルヘルス・ケアのニーズは高まっており、十分な教育期間や組織を固めるための時間もなく、じかしながら一定の早急な結果は求められていた。こうして考えると、ケアセンターの構想自体はすばらしいものであるとしても、その現実の設立の経緯は、実験的と言っても過言ではない。

#### (2) 目標や準拠集団の不明性

またとくに、ケアセンターの目的は定められていても、その具体的な達成手段、日々の業務内容については必ずしも明確でなかった。そのため、保福のような既存組織に運営自体を依拠することが各方部の現実的な方略となったし、いわき方部もそうであった。この状況においてもっとも難しかったことは、保福のような既存組織に運営を依拠したとしても、そうした既存組織はケアセンターにとって、組織として将来的に目標とすべき集団、すなわちMerton<sup>4)</sup>のいう準拠集団となり得ないことであった。ここに、当時のケアセンターの有するジレンマがあった。すなわち違わずケアセンターの各方部は、依拠している既存機関から離れて、新たな目標や組織同一性、役割や能力を獲得しなければならなかったのである。こうした設立当初のケアセンター側の構造上抱えていた本質的な問題を考えると、この時期に、集団としてはアノミー的状況に陥ってしまったことも理解できないことではないと考えられる。

#### (3) 福島における特殊な被災状況

もちろん福島県が地震・津波といった大災害に



表 構造上の変化

	保福指示	町村担当制	外部向け講習会等の実施	グループスーパービジョン
第1期	○	×	×	×
第2期	×	○	○	○
変化	自立への歩み	目標や責任性の明確化	知名度の向上、達成感や凝集性獲得	知識の向上、帰属感や凝集性獲得

加え、未曾有の放射線災害に巻き込まれ、21万人が避難を余儀なくされたという深刻な状況もまた、ケアセンターの当時の混乱に影響したことは間違いなく<sup>3)</sup>。上述したように、いわき市においては、多くの避難住民に加え、多くの町村が役割機能を移転させていた。すなわち県保福、市の保健センター、避難町村保健所などさまざまなステーク・ホルダーが乱立して、ケアのセンター化や各機関連携がはなはだ困難な状況であった。このような混乱した状況の中で、いわき方部センターが、上述したような深刻な構造的脆弱性を持って誕生したのである。しかも当時のスタッフは被災住民への直接支援こそが、ケアセンター専門員として行うべき仕事・役割と強く意識しており、第2期で試みられたような他の数多くのステーク・ホルダーのニーズを吟味するような余裕はなかった。当時それなりの努力があったとはいえ、結果として、木を見て森を見ずといった近視眼的なアプローチに終始せざるを得なかった。ケアセンター設立過程の問題、目標や準拠すべき集団のなさ、いわきの混沌とした状況といった3つの要因を勘案すれば、初年度のこうした混乱は、不可避的な結果とさえいえるかもしれない。

付言しておく、ケアセンターの方部全てが、いわき方部のように混乱したのではない。さまざまな困難があっても、比較的短時日に組織がまとまり、凝集性や集団同一性を獲得できた方部もあった。この差異をもたらした理由を考えると、リーダーシップ、既存支援機関との関係、メンバーの同質性、被災状況などさまざまな要因が考えられるが、それは設立時に目論んでいたというよりも多分に偶然に支配された結果といえるだろう。ほとんど面識もない50名を超える専門職スタッフが、いきなり福島のような深刻な被災地で活動

すれば、多くの組織管理上の混乱から逃れることは難しかったと考えられる。

## 2. 組織の立て直しを促したもの

1年目が終わって、スタッフが半数も入れ替わるといふ惨憺たる状況から、どのように組織の立て直しが行われたのか、次にそれを考察する。その過程に、心のケアセンターが有する本質や可能性が潜んでいるように思われる（参考までに、1期と第2期の試みの相違を表にまとめている）。

### (1) 町村との関係性構築

上述したようにさまざまなステーク・ホルダーが乱立している状況下で、当時のいわき方部スタッフは抜本的に活動方針を見直さざるを得ないことに気づいた。すなわち直接被災者へのケア提供を模索するというよりも、まずは避難町村のニーズを知ることが肝要であると大きく舵を切ろうとしたのである。上述したように、そのためにスタッフに各避難町村の担当を割り付け、保健担当者との関係作りを目指した。しかしながら、専門職として自信を失っている当時のスタッフにとっては、被災住民のケアに日夜苦闘している各町村保健師などにアプローチすることはかなりの抵抗があった。このような既存組織の専門職支援員に認めてもらえないのではないかと不安や不安があったのである。

しかし、チーム内の大きな反対があっても、最終的にはそれぞれの担当スタッフが町村の担当者の部屋を訪ね歩かざるを得なかった。なぜなら、当時のスタッフには保福の期待に一向に答えられない負い目とともに、「見放される」のではないかと不安や強い危機感があった。ある種の開き直りといってもいい。たしかに当初は、このようなスタッフの訪問はなかなか町村保健担当者か



らは相手にされなかったし、これまでのいわき方部の混迷ぶりを考えると、これは致し方がないことであった。しかしその一方で、スタッフにもここで引き下がれないという危機意識がある。やがて、スタッフの態度も「避難住民のケアを専門職として提供する」という立場から、「町村にとって困ったことがあれば何でも協力する」という態度に変わっていった。これは町村担当者へのアウトリーチ、もっとありていにいえば「営業活動」であった。実際、ある時には、役場の引越しの手伝いすら行ったのである。

ただ、このような専門職としての自尊感情をかなぐり捨てたようなスタッフの切迫感や熱意は、次第に町村担当者の信頼を得ていく大きな源泉となった。町村担当者からすれば、ケアセンターのスタッフの「あいまいな専門性」よりも、熱意や誠意こそが、パートナーとして相手たりえるかという判断基準であったのである。「求められていることからまず行う」という被災者支援の原則は、被災地におけるこのような対組織接近についても重要な原則になっていたといえる。そして町村組織から信頼を得てはじめて、事例に関するさまざまな相談が寄せられるようになった。これは、ケアセンター・スタッフにとってようやく専門職として認められ始めたことを意味しているし、またセンター専門員としての同一性を築き始める第一歩にもなった。

## (2) 町村に対する架け橋機能

上述のような市町村組織に対する needs-oriented approach は、別の発想をケアセンターのスタッフにもたらした。それは市町村等の支援員に対するさまざまな講習会や研修会の実施である。市町村の職員はさまざまな復興事業に忙殺され、研修会などを催す余力はなかなかない。そこでケア・スタッフがそうした研修会をいろいろと企画し始めたのである。これはもちろんまだまだ認知が遅れていたケア・センターの宣伝となったし、「営業活動」の成果の1つともなった。

また、このような研修会・講習会主催は、別の効用をスタッフ集団にもたらした。それは凝集性や帰属意識の高まりである。このようなイベントを開催し運営することを通じて、いわき方部セン

ターとしての一体感が生まれたのは確かである。しかしこうした効用についてもっと吟味すれば、つまるところ町村からセンターのこのような研修会主催への感謝があったことを考えなければならぬ。当時、町村は横の繋がりが乏しく、ばらばらにイベントを主催しているような感があった。ケアセンターはそうした町村にとって、new object であり、ケアセンターが研修会等を主催することによって、さまざまなステーク・ホルダーが集いやすかったといえる。たとえば、そのような研修会後にはしばしば小宴が催されたが、そこにはさまざまな町村等関係者が垣根を越えて集まることができたのである。もちろんこのような研修会を成功裏に催すには、町村のニーズをたしかに知る必要があった。そのためにスタッフは足しげく役場に足を運んだが、それによってまた町村担当者から信頼感が醸成されるという好循環がゆっくりと築かれていった。

言うまでもなく、被災地住民への直接的ケアは重要である。たださまざまなステーク・ホルダーが混在するいわきにあっては、ケアセンターの重要な役割は、それらの橋渡し機能を果たすことであつたし、そのためにも徹底して町村のニーズに向かい合うことが重要であった。こうした試みの重要性は、すでに染矢<sup>9)</sup>が新潟こころのケアセンターの活動を振り返る中でつとに強調していることである。以下に若干長い引用になるが、それを紹介する。

「基本的には、地元の市町村を優先し、それらの市町村の要請に基づいて、事業を展開するという点では、まさにリベロ的、補完的な役割もっています。しかしその一方で、行政と同じ直接サービスを行いながら、行政にはない自由度、各市町村間の連絡調整や支援活動の凸凹に関する助言や援助を行えるという立場を最大限に活かして、従来の行政機関とは性質を異にする支援機関としての意義を有しているように思われます<sup>9)</sup>」。

染矢がいうような「リベロ的立場」を、期せずしていわき方部センターもとるようになったのである。

### (3) 今後の課題

いわき方部センターは、上述したような町村への needs-oriented approach を推し進めていった結果、現在深刻な課題に直面している。それは避難町村職員の強い疲弊と、それに対していかに介入すべきかということである。上述のような町村との関係作りが進むなかで、いくつかの町村からは職員に対する調査やケアを行ってほしいという希望が出されるようになった。もとより被災地にあっては、さまざまな支援者が精神的疲弊を招きやすいことはよく知られているし、今般の震災においても自治体職員の精神保健上の問題が報告されている<sup>1,5)</sup> とくに福島では、多くの行政職員は自らも家族が離散しているなど被災者性が強く、復興の行方が杳としてわからない不安定ななか、過重な就労を長期間強いられている。支援者支援、とりわけ被災市町村行政職員の支援をどのように行うかも今後のケアセンターの担う大きな課題である。

### おわりに

ふくしま心のケアセンターの今ひとつの大きな問題は、事業期間が必ずしも明確でないことである。単年度事業の連続のような形となっており、それはスタッフにとって1つの不安要因となっているようである。しかしながら福島においては、地震や津波被害による外傷性反応のみならず、長期の避難生活による社会分断、放射線被ばくにつつまざるさまざまなスティグマなどからさまざまな精神医学的問題が長期にわたって持続することが予想される<sup>6)</sup>。そして、心のケアセンターもまた今後長期にわたって県民のメンタルヘルスに寄与することが期待されているし、またそれが求められてもいる。本稿で提示したケアセンターのあり方、市町村など既存支援機関との連携を図ることにプライオリティをおくことは、比較的短期的な目標である。センターとして、長期的に何を指すか、そのような戦略的発想を持つことはきわめて重要である。今後、自殺やアルコール乱用とい

った震災復興期に起こりやすい問題にいかに対応するかは大変重要である。また、他の機関、たとえば福島県立医科大学にある県民健康管理センターとの連携も重要であるし、より専門性を持った組織として、兵庫県こころのケアセンターのように、研修や調査研究を重視することも大切になるだろう。そのような戦略的視点を早くから持って、センターを運営することが今後肝要となるだろう。

献辞 本稿をおえるにあたり、快くさまざまな意見を表明してくれた、そして文字通り苦闘の末に組織をまとめ、周囲の信頼も得ることができるようになった、ふくしま心のケアセンターいわき方部の全スタッフに心より感謝致します。またその他ここで取り上げることができなかった、他方部と基幹スタッフの方々の努力もまた大変大きかったことも併せて記しておきたいと思ひます。

### 文 献

- 1) 阿部幹佳, 澤口利絵: 東日本大震災による被災自治体職員へのメンタルヘルス支援の課題 継続的な健康相談活動から. 日本災害看護学会誌, 15; 279, 2013.
- 2) 昼田源四郎, 植田由紀子, 前田正治: ふくしま心のケアセンターの活動実績と今後の課題. 平成24年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野))被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の研修及び介入手法の向上に資する研究 分担研究報告書, 126-131, 2013.
- 3) Maeda, M., Oe, M.: Disaster behavioral health: Psychological effects of the Fukushima nuclear power plant accident. (eds.) Tanigawa, K., & Chhem, R. K.: Radiation Disaster Medicine. Springer, New York, 79-88, 2013.
- 4) Merton, R. K.: Social Theory and Social Structure; Toward the Codification of Theory and Research. Free Press, New York, 1957. (森東吾, 森好夫, 金沢実ほか訳: 社会理論と社会構造. みすず書房, 東京, 1961.)
- 5) 新藤雅延, 北村秀明, 橋輝ほか: 災害復旧に取り組む被災自治体職員の身体疲労と精神ストレス. 新潟医学会雑誌, 127; 505, 2013.
- 6) 染矢俊幸, 北村秀明, 阿部亮ほか: こころのケアの今後の課題と復興支援 中越での2つの震災とその復興支援の経験から. 精神神経学雑誌, 113; 839-844, 2011.

## What is the Role of Fukushima Center for Disaster Mental Health?

Masaharu Maeda, M.D., Ph.D.\*<sup>1,2</sup>, Yukiko Ueda, Ph.D.<sup>2</sup> and Genshiro Hiruta M.D., Ph.D.\*<sup>2</sup>

\*1 Department of Disaster Psychiatry, School of Medicine, Fukushima Medical University

\*2 Fukushima Center for Disaster Mental Health

Fukushima Center for Disaster Mental Health (FCDMH) was established in February, 2012, and has been run to provide mental health care for the people in Fukushima. However, there were many difficulties during the process since its opening, which caused confusion among the staff regarding the role and the purpose of FCDMH. To demonstrate such confusion and the rebuilding, the process of activity of a branch of FCDMH (the Iwaki branch) was reviewed in this article. Although the Iwaki branch had lost its purpose and identity once, focusing on needs of existing health care providers and facilities leads it to rebuilding itself. The needs-oriented approach for existing care network should result in the cohesiveness of the staff as well. To develop its possibility, the FCDMH needs to have a long-term view and purpose.

**Key words** Great East Japan Earthquake, nuclear power plant accident, Fukushima Center for Disaster Mental Health, disaster psychiatry

Address: 1 Hikarigaoka, Fukushima City, Fukushima, 960-1295 Japan

# 災害時の調査研究の倫理

*Ethical problems in disaster research*

飯島 祥彦

Yoshihiko HJIMA

◎名古屋大学大学院医学系研究科 生命倫理統括支援室特任講師

KEY WORDS 研究倫理 (research ethics) 災害研究 (disaster research)  
インフォームド・コンセント (informed consent)  
中央倫理審査委員会 (central institutional review board)

## 要 旨

災害時に被災者を対象とする調査研究は、将来災害が発生した際、適切な対応を行うためのデータを提供するためには不可欠である。また、災害発生直後に実施することが求められる。しかしながら、被災者は、ストレスに曝され困難な状態にあるため、その権利・利益の保護が要請される。多数の同種の研究が同一の被災者を対象にすることになる研究の集中と重複を防止し、被災者である研究参加者が過度な負荷を負わないようにしなければならない。そのためには、災害時の調査研究を行政の関与の下、中心となる研究機関の倫理審査委員会が倫理審査を一括して引き受けるなど、集中する研究をコーディネートするとともに、迅速に倫理審査を行うことができる体制を構築しなければならない。

## SUMMARY

In the aftermath of a disaster, research is essential in providing data that can directly or indirectly facilitate the effective management of responses, while minimizing the potential for damage from future events. Research participants drawn from disasters are however somewhat vulnerable, especially as they make efforts aimed at rebuilding their lives. Consequently, in conducting research in these settings, questions concerning how best to balance the need for research with the obligation to respect and protect research participants' interests and rights within the unique stress of a disaster arise. Additionally, any burden placed on research participants should be minimized through the coordinating of the various studies, and by determining the extent of overlap or redundancy of the various research projects.

To ensure that important research is expeditiously reviewed, coordinated, and conducted in a manner that protects the participants' interests, it is argued that investigators, institutional review boards, and public health/government officials should participate in discussions concerned with protecting participants' interests, especially in the event of a future disaster.

## 1 はじめに

地震や台風などの自然災害が発生した直後、被災者の心身の状態を調査する研究が行われる。このような被災者を調査の対象とする災害時の調査研究は、災害によるストレスに起因する疾病や精神的トラウマを理解し、将来災害が発生した際、被災者に対し適切な医療を実施し被害を最小限にするためには不可欠である<sup>1)</sup>。また、被災者の状況を正確に調査するためには、被災直後に調査を行う必要がある。

一方、災害によりストレスに曝され心身ともに過酷な状況にある被災者を調査の対象とするため、被験者となる被災者の権利・利益を保障しなければならない。災害の発生時には、内容の重複した多数の調査研究が集中して実施されるため、被災者は、短期間に多数の研究への参加を余儀なくされ、過度な負担を強いられる可能性がある。そのため、災害時の調査研究を立案・実施する研究者は、各々の調査研究自体には倫理的問題がなくとも、被験者に過度の負担を強いるなどの深刻な問題を引き起こす可能性があることに留意しなければならない<sup>2)</sup>。

2011年3月に発生した東日本大震災において、被災者が同じ内容のアンケートへの協力を5回も求められたケースが報告されている<sup>3)</sup>。また緊急事態がゆえに、平常時には遵守しなければならない「疫学研究に関する倫理指針」<sup>4)</sup>など行政が策定した研究倫理指針に規定された手続を踏まずに調査研究が行われている事態を懸念する声があがっている<sup>5)</sup>。このような現況を懸念し、日本精神神経学会は、「東日本大震災被災地における調査に関する緊急声明文」を発表し、適切に調査研究が実施されるよう注意を喚起している<sup>6)</sup>。また、日本トラウマティック・ストレス学会は「被害者・被災者を対象とする調査研究のための倫理的ガイドライン」<sup>7)</sup>を策定しているものの、研究者が十分に参照していたとはいえない状況にある<sup>8)</sup>。

災害時の調査研究を立案・実施するに際しては、被災者である被験者の権利・利益を保障するとともに、災害直後に迅速に調査を実施しなければならない<sup>9)</sup>。被験者の権利・利益を保障と迅速な調査の実施を両立するためには、災害発生時には通常とは異なる倫理審査手続が求められる<sup>9)</sup>。

我が国では、地震、台風、噴火など大規模な自然災害がたびたび発生し、災害時の調査研究が実施されているにもかかわらず、その倫理について十分に議論が尽くされているとはいえない。一方、米国では、テロ直後に被害を被った人を対象とする調査研究の倫理について検討した報告が散見される。本稿は、比較的報告が豊富な米国の議論の状況、とりわけ、重複する調査研究のコーディネートと倫理審査、被験者のインフォームド・コンセントの取得に関する問題を取り上げ、検討を行う、そして、我が国の実情に合致した災害時の調査研究の倫理の問題点について考察を試みる。

## 2 米国での議論の状況

### 2-1 調査研究のコーディネートと倫理審査

米国では、テロ事件であるオクラホマ事件 (Oklahoma City Bombing)、アメリカン航空11便テロ事件 (World Trade Center Disaster)、自然災害であるハリケーン・カトリナ (Hurricane Katrina) における調査研究の倫理について報告されてきた。

オクラホマ事件は、1995年4月19日、アメリカ合衆国オクラホマ州の州都オクラホマシティで発生した爆破テロ事件であり、168人が死亡、800人以上が負傷した<sup>10)</sup>。オクラホマ事件直後に立案された調査研究の倫理審査は、オクラホマ州政府の関与のもとオクラホマ大学 (University of Oklahoma Health Service Center : UOHC) のIRB (Institutional Review Board) が中央IRBとして一括して行った。また、犠牲者の登録なども、UOHCが一手に引き受けた。これらの一連の対応は、オクラホマモデル (Oklahoma Model) と称され、災害時の調査研究の倫理審査のコーディネートの成功事例といわれている。すなわち、UOHCが、テロ直後の調査研究の倫理審査を引き受けたことにより、集中した研究の調整、被験者が負う負担の軽減、得られる知見を最大化、調査と救助・治療との両立を可能にした<sup>11)</sup>。災害やテロ発生時には、中央のIRBが一括して倫理審査をするなど、通常時と異なる倫理審査体制を構築するべきとの報告は多数ある<sup>12)</sup>。

アメリカン航空11便テロ事件は、2001年9月11日、ハイジャックされたアメリカン航空11便がニューヨークのワールドトレードセンター北棟に突

入した事件であり、約2,800人が死亡した<sup>13)</sup>。本事件の後、主要国から調査研究したいとの申し出が殺到したにも関わらず、集中する研究のコーディネートを行うことができなかった。本事件でも、テロの犠牲者とその家族に研究への参加による過度の負荷を負わせることのないよう対応が求められたものの、オクラホマ事件で行われたような対応はされなかった。その結果、各国のIRBが、研究の総数と重複を考慮せずに倫理審査と承認をすることになった<sup>14)</sup>。

ハリケーン・カトリーナは、2005年8月末にアメリカ合衆国南東部を襲った大型のハリケーンである。ハリケーンの強さは、最大時シン普森・スケールで最高のカテゴリ5、ルイジアナ州上陸時でカテゴリ3であった。本ハリケーンにより、ルイジアナ州のほぼ全域が被災し、中心都市のニューオーリンズは壊滅的な被害を被った。1,600人以上が死亡し、100万人以上が移住をしなければならなかった<sup>15)</sup>。ハリケーン・カトリーナの場合も、アメリカン航空11便テロ事件と同様に中央のIRBが倫理審査を一手に引き受けることはなかった<sup>16)</sup>。

アメリカン航空11便テロ事件ではオクラホマ事件で行われた研究のコーディネートが行われなかった。オクラホマ事件の教訓が活かされなかった要因として、テロ自体による破壊・荒廃の程度の相違、被害にあった都市の規模が挙げられる。すなわち、アメリカン航空11便テロ事件は、オクラホマ事件より死者の数、荒廃の程度が格段に大きかったのである。また、ニューヨークはオクラホマシティより都市の規模が大きく、行政、専門家コミュニティーもより複雑で競争的であるため、研究機関が共同して中央IRBを設置することが困難であったのである<sup>17)</sup>。一方、災害であるハリケーン・カトリーナについては、この問題について十分に検討された報告は管見する限りないようである。

## 2-2 被験者の付加的保護の要請

### (1) 脆弱性 (Vulnerability) の概念

被災者やテロの被害者は、心身ともにストレスに曝され過酷な状況にある。そのため米国では、被災者やテロの被害者を脆弱性のあるグループとみなして、一律に付加的な保護をすべきか、議論されてきた。

脆弱性は、自発能力が低下し任意のインフォームド・コンセントの取得が困難な被験者の権利・利益を保障する上で重要な概念である。脆弱性の概念は、誤った方向に導かれやすい、または、虐待されやすい弱い立場の人々に適用される<sup>18)</sup>。第二次世界大戦中のナチスの経験、米国での数々の研究スキャンダルを通じて、臨床研究は被験者を危険に晒すものであり、被験者の権利・利益の保障が必要とされるようになった。1978年、生命倫理の基本原則を規定したベルモント・レポートが作成され、同レポートは、脆弱性のあるグループを「研究を実施する上で通常の人々に負わせる同程度の負担を負わせることができないグループ」と定義している<sup>19)</sup>。米国の臨床研究を規制する連邦規則 (コモンルール) では、とりわけ脆弱性のあるグループを定義しなかったが、被験者の権利保護のため、IRBによる倫理審査、インフォームド・コンセントの取得を要請するとともに、弱い立場の者として、小児や囚人、妊婦、胎児を例示し付加的な保護を求めている。また、認識障害や精神障害がある人々、教育・経済的に不利な立場にある人々を被験者とする場合には、研究参加に伴うリスクを制限しなければならないとしている<sup>20)</sup>。

脆弱性の概念の適用に関しては、異なる見解が主張されている。脆弱性の概念を拡大し、あらゆる自らの利益を守ることができない人々に適用するべきとする見解がある<sup>21)</sup>。他方、このような脆弱性の概念を広く適用する見解を、個人の差異を個別に評価することをせず多様な人々を一律に過大な保護のもとに置くことになると批判する見解は、個々の素因と外的な環境が相互作用した結果、脆弱な状態になるのであり、あるグループに属することを理由に一律に保護をすることは妥当ではないとする<sup>22)</sup>。被災者やテロの被害者およびその家族が、高頻度に精神的、感情的障害に苦しみ、うつ、PTSD、悲嘆の兆候を示すか否かは明らかではない。地域社会の崩壊によるストレス、緊張する家族関係、経済的な不安、環境的な不安などが複合した感情因子が、ある個人の決定を困難にすると考えられ、自発的に研究へ参加することが困難となる確証はない<sup>23)</sup>。災害により被害を被った被災者やテロの被害者およびその家族を脆弱性のあるグループとして一律に付加的な保護

をしなければならないか、さらに検討が必要である。

### (2) 決定能力 (Decision Making Capacity)

災害により被害を被った被災者やテロの被害者およびその家族は、心身ともにストレスフルな状況に置かれているため、研究に参加するか否か決定する能力が低下しているのであろうか。メンタルヘルスに関する診療、および研究における患者や被験者の決定能力に関して以前から調査が行われてきている<sup>24)</sup>。

災害やテロによるトラウマを経験することで研究への参加を決定する能力が害されるとする報告がある<sup>25)</sup>。ただし、決定能力は、その選択の難解さと複雑さにより変化し、また教育をすることで向上し同一個人でも時の変化により変化するため、画一的なモデルで提示することはできないとする<sup>26)</sup>。調査研究への参加の同意を取得する場合、決定能力が低下しているか否か、被験者となる者の、コミュニケーション力、知識、情報操作能力、情報の受容能力といった要素により、個別に検討する必要があるとする<sup>27)</sup>。

一方、経験的に災害などによるトラウマにより、研究参加への決定能力が害されるとの確証は明らかではないとする報告がある。PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) の患者を対象とした研究で、自発的な同意能力は、必ずしも有意に損なわれていないことを根拠とする<sup>28)</sup>。極端にストレスにさらされた者ですら、理性的な同意能力があるとされ、被災者の同意能力が喪失・低下しているか否かは明らかではない<sup>29)</sup>。ストレスに曝された状況において、同意能力は無数の要因により左右されると思われるものの、これらの因子は未だ明らかにされているとはいえない。

このように、災害などによるトラウマを経験した者すべてが、決定能力が低下していると推定することについては未だ議論の余地がある。しかし、災害により被害を被った被災者やテロの被害者およびその家族は客観的にストレスフルな状況に置かれるという過度な負荷を負っていることは間違いない。通常時と比べ、自発的に研究へ参加しているかより慎重に確認をする必要とともに、調査に際しては被験者が過重に負担を負わないよう配慮が求められている<sup>30)</sup>。

### (3) インフォームド・コンセント

災害により被害を被った被災者やテロの被害者およびその家族を対象とする調査研究は、将来のテロ、伝染病の流行、災害などに対する対策を構築するために必要であり、公共の安全への脅威を少なくする方策として認識されるようになった<sup>31)</sup>。このような国家や社会の要求からの圧力は、被験者の研究参加の自発性に影響を及ぼす懸念がある<sup>32)</sup>。インフォームド・コンセントを取得する際には、災害の研究に参加することは市民の義務であるとするパターナリズムを排除しなければならない。被験者の研究参加への任意な決定を確保する環境を構築する必要がある。

被験者となる者は、災害やテロにより劣悪な環境に置かれていることが多い。インフォームド・コンセントを取得する際には、取得する場所や状況、被験者となる者の状態を十分に考慮しなければならない。医療や救助を必要とする被験者となる者は、調査研究を治療と誤解する危険があるため、インフォームド・コンセントを取得する際において、診療と研究を峻別する必要がある<sup>33)</sup>。

## 3 考察 (我が国の実情に応じた災害研究の倫理とは)

### 3-1 調査研究のコーディネートと倫理審査

#### (1) 調査研究のコーディネートの必要性

劣悪な環境に置かれている被災者は、調査研究への参加により過度な負担を負わせないように配慮しなければならない。そのためには、重複する調査研究のコーディネートをを行う必要がある。米国では、調査研究のコーディネートの成功例としてオクラホマモデルが報告されている。米国のオクラホマモデルは、調査研究のコーディネートを各研究者の協力のもと、被災地域の実情を把握している行政と地域を代表する研究機関が一括して行うものである<sup>34)</sup>。そこで、我が国でもオクラホマモデルを導入することが可能か、検討を試みたい。

#### (2) 我が国でオクラホマモデルを導入することは可能か

テロ事件であるオクラホマ事件でのオクラホマモデルを自然災害において導入することは可能である

うか。わが国は米国とは統治機構や倫理審査委員会の実態が異なる。そこで、我が国においてオクラホマモデルの導入するにあたって何が問題となるか、テロ事件と自然災害の差異、日本と米国の状況の差異という視点から検討を行う。

第一に、テロ事件のオクラホマ事件におけるオクラホマモデルをそのまま自然災害の場合に適用できるか問題となる。わが国では、テロが発生するリスクは比較的小さい。一方、地震、台風、噴火などの自然災害は頻繁に発生している。

自然災害をテロと比較すると、荒廃する地域が大きい。テロは事件の周辺に荒廃にとどまることが多いのに対して、自然災害は被災地域全体が荒廃することも多い。被災地域の行政機関や研究機関も被災してその機能が低下することも多いにもかかわらず、地域の被災者を救助しなければならない厳しい状況となる。たとえば、ハリケーン・カトリーナで見られたように、被災地域の医療などの公共サービスは破壊され、被災3か月後でも100万人の人々が避難所に収容されている状況であった<sup>29)</sup>。このような状況で、調査研究を被災地の行政や研究機関がコーディネートする余力はない。大規模な自然災害の被害はテロと比較すると、被災面積、被災者数に相違があり、行政が壊滅的になるという点でテロ事件と同一に扱うことができない。

第二に、我が国と米国の統治機構や倫理審査委員会の実態の相違からも検討しなければならない。米国の連邦制を採用しており、連邦は憲法列挙の権限のみを行使することができ、州政府が我が国の都道府県とは比較にならない大きい権限を持っている<sup>30)</sup>。米国の各州は、地方自治体を自由に創設でき、多様な地方自治体が形成されている<sup>30)</sup>。我が国の都道府県は、米国の州政府と比較するとその規模や権限は小さく、災害発生時、救助・治療とともに、犠牲者の登録や調査研究のコーディネートを行うことは困難であると思われる。

また、米国では、研究機関から独立した倫理審査委員会 (Independent Review Boards) や中央倫理審査委員会 (Central Institutional Review Board) が機能しており、研究者は所属する研究機関の外の倫理審査委員会を利用するようになってきている<sup>31)</sup>。一方、我が国では、原則として臨床研究の倫理審査を各研

究機関が各自に行っている。中央倫理審査委員会による倫理審査について各研究機関のコンセンサスが十分に得られていない現状があるため<sup>32)</sup>、被災地域の中心的な研究機関の倫理審査委員会が中央倫理審査委員会として機能することは現時点では期待できない。

以上から、オクラホマモデルは、州政府と地域の研究機関が調査研究のコーディネートを主導することを前提としている点で、同モデルを参考にして被災地域の機関が調査研究のコーディネートをを行うべきとするには議論の余地があると思われる。

### (3) 我が国での研究のコーディネート

わが国においても、研究の集中による被験者へ過度な負荷を負わせるという弊害を防止する必要がある。その対策としては、倫理審査委員会の集約化、研究の事前登録制度を挙げることができる。

倫理審査委員会の集約化の最近の動向として、地域区分で中核となる研究機関が当該地域の研究機関の倫理審査を一手に引き受ける体制を構築する試みがある。厚生労働省は、臨床研究に関するネットワークの中核となり臨床研究の拠点となる臨床研究中核病院を選定している<sup>33)</sup>。臨床研究の倫理審査について、臨床研究中核病院が重要な役割を担うことが予想され、中核病院の倫理審査委員会が中央倫理審査委員会として機能することも期待できる。中央倫理審査委員会の萌芽として、中部地区の10大学2研究機関で構成する中部先端医療開発円環コンソーシアムがある。同コンソーシアムは、中央倫理委員会を設置し、各研究機関で実施する臨床研究を共同して倫理審査することを構想している<sup>34)</sup>。このような倫理審査委員会の集約化が実現できれば、災害発生時においても、中央倫理審査委員会が、災害時における調査研究を一括して倫理審査を行うとともに、研究のコーディネートを円滑に行える可能性がある。

なお、被災地域の中央倫理委員会が必ずしも調査研究のコーディネートをを行う必要はないと考える。米国では、被災地域の研究機関は、その地域の慣習・文化に配慮することができ、被災者の意向に沿った決定をすることが期待できるとされている。一方、我が国は、米国における東海岸と西海岸、南部地域で見られる文化・慣習の相違と比べ地域間の

慣習・文化の相違は小さく、地域の文化・慣習を尊重する必要が少なくと思われるからである。

しかし、倫理審査委員会の集約化を早期に実現することは困難である。現時点では各倫理審査委員会が、互いにネットワークを形成することで調査研究の重複実施を防止することが望まれる<sup>35)</sup>。

また、災害後という事後の対応ではなく、災害発生前に事前に登録をするという対応がある<sup>9)</sup>。調査研究の事前登録制度は、調査研究のコーディネートの有る有力な方法である。しかし、研究の自由(憲法23条)への制約となる可能性があるため、その実現は困難である。

### 3-2 救助・治療の優先、インフォームド・コンセントの取得の実態

災害時の調査研究を立案・実施するにあたっては、被験者となる被災者に与える身体的および精神的負担を最小限にすることを心がけなければならない。被災者の置かれた具体的状況を正確に把握したうえで、調査研究を計画しなければならない。被災直後の調査は極力控えるべきである。調査において被験者が救助・治療が必要であると判明する場合には、救助・治療を優先しなければならない。研究者は、他の研究者や関連学会と連携し、同種のアンケート調査は統一して行うなど、研究の集中を回避する努力が求められる。

災害時の調査研究において、被験者からインフォームド・コンセントを取得する際には特段の配慮が求められる。災害の発生直後では、被災者は劣悪な環境に置かれ、食糧・水の供給、安全の確保など、救助・医療を必要としていることが多い。インフォームド・コンセントを取得する際には、取得する場所や状況に場十分に配慮しなければならない。

救助・医療を必要としている被災者は、調査研究を救助・医療と誤解し、自発的意思に基づいた研究参加の決定を行わない可能性があるため、インフォームド・コンセントを取得する際には、災害救助や診療と取り扱いを峻別しなければならない。説明者は、災害援助チームや診療チームの一員ではなく、救助・医療から独立した立場の者が担当することが望ましい。説明者は援助チームの服装を装うなど、被災者が救助・医療と研究を混同することがな

いような配慮が求められる。調査研究が治療とは関係がない場合、研究への参加による利益を誇張して説明してはならない。また、インフォームド・コンセントは被災者が落ち着け、プライバシーが確保できる個室などで取得するべきである。避難所など災害救助の現場で取得することは望ましくない。

## 4 結論

災害における調査研究では、迅速な研究の実施と研究の対象となる過酷な状況にある被災者の権利・利益の保障を実現しなければならない。研究者は、被災者である被験者が、自発的に研究参加の同意をしているか常に確認しなければならない。また、災害救助と調査研究を峻別することが要請され、救助・治療が必要な場合は、研究に優先しなければならない。

調査研究の集中を防止することは災害時の調査研究の重要な課題である。研究者・研究機関は、互いに連携をして研究の重複を防止しなければならない。集中する研究をコーディネートし、倫理審査を効率化する必要がある。その対応策として、倫理審査委員会の集約化を図り、中央倫理審査委員会による調査研究のコーディネートを挙げられる。しかし、倫理審査委員会の集約化は早期に実現することは困難である。

残された課題として、わが国で調査研究の集中により被災者が過度な負担を負っているか、検証を実施しなければならないということがある。今後、本稿で明らかにした災害時の調査研究における倫理の問題点について、実際に研究倫理を担当している倫理審査委員会の担当者を対象としてアンケートを行い、望ましい災害時の調査研究の倫理審査体制について探求していきたいと考えている。

### 付記

本研究は、厚生労働科学研究費補助金(研究課題番号H23-精神一般-003)を受けたものである。

### 文献

- 1) Zack N: Ethics for Disaster. Rowman & Littlefield Publishers Inc: Maryland, 2009
- 2) 柴田明徳: 災害時の学術調査と研究者の倫理. 建築雑誌 116 (7): 35-36, 2001

- 3) 黒沢美枝：被災地域からの経過と課題についての報告。精神神経学雑誌 113 (8) : 750-761, 2011
- 4) 厚生労働省：疫学研究に関する倫理指針。平成13年3月29日 (平成20年12月1日一部改正)
- 5) 大下 顕：震災支援と調査研究の倫理。精神医療 65 (1) : 84-93, 2012
- 6) 栗原千絵子：大規模災害と医学研究の倫理。臨床評価 39 (1) : 194-197, 2011
- 7) 日本トラウマティック・ストレス学会：被害者・被災者を対象とする調査研究のための倫理的ガイドライン <http://www.japan-medicine.com/jiho/zasshi/35433/3.pdf> (2013/11/17)
- 8) Iijima Y et al: Necessity for Ethical Consideration of Research in the Aftermath of Disaster. *Psychiatry and Clinical Neuroscience* 65: 535-536, 2011
- 9) Schopper D et al: Research Ethics Review in Humanitarian Contexts: The Experience of the Independent Ethics Review Board of Médecins Sans Frontières. *PLoS Medicine* 6 (7) : e1000115. doi:10.1371/journal.pmed.1000115, 2009
- 10) Pfeffebaum B et al: Disaster Mental Health Services Following The 1995 Oklahoma City Bombing: Modifying Approaches to Address Terrorism. *CNS Spectrums* 7 (8) : 575-579, 2002
- 11) North CS. et al: Ethical and Methodological Issues in Academic Mental Health Research in Populations Affected by Disasters: The Oklahoma City Experience Relevant to September 11, 2001. *CNS Spectrums* 7 (8) : 580-584, 2002
- 12) Tansey CM et al: A Framework for Research Ethics Review during Public Emergencies. *CAMJ* 182 (14) : 1533-1537, 2010
- 13) Galea S: Disasters Mentioned in the Text in Fran H N et al: *Methods for Disaster Mental Health Research*. The Guilford Press: New York, pp78-92, 2006
- 14) Carrie Y et al: Ethical issues in Disaster Research: Lessons from Hurricane Katrina. *Popul Res Policy Rev* 28: 93-106, 2009
- 15) Levine C: The Concept of Vulnerability in Disaster Research. *Journal of Traumatic Stress* 17 (5) : 395-402, 2004
- 16) National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978. 邦訳されたものとして、津谷喜一郎、光石忠敬、栗原千絵子：訳 ベルモント・レポート。臨床評価 28 (3) : 559-568, 2001
- 17) Federal Policy for the Protection of Human Subjects, 45 CFR § 46.301 (a) 1991
- 18) DeBruin D: Reflections on "Vulnerability". *Bioethics Examiner* 5, no.2: 1-4, 2001
- 19) Fleischman A R et al: Ethical Issues in Disaster Research in Fran H N et al: *Methods for Disaster Mental Health Research*. The Guilford Press: New York, pp78-92, 2006
- 20) Carpenter W et al: Decisional Capacity for Informed Consent in Schizophrenia Research. *Archives of General Psychiatry* 57: 533-538, 2000
- 21) Marmar C R and Weiss D S: Dynamic Psychotherapy of Posttraumatic Stress Disorder. In Friedmann M J et al: *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress: From Normal Adaptation to Post-traumatic Stress Disorder*. Lippincott-Raven: Philadelphia, pp495-506, 1995
- 22) Appelbaum P S et al: Competency to Consent to Research: A Psychiatric Overview. *Arch Gen Psychiatry* 39: 951-958, 1982
- 23) Rosenstein D: Decision-Making Capacity and Disaster Research. *Journal of Traumatic Stress* 17 (5) : 373-381, 2004
- 24) Freischmann A R and Wood E B: Ethical Issues in Research Involving Victims of Terror. *Journal of Urban Health* 79 (3) : 315-321, 2002
- 25) Lombardo P: "Of utmost national urgency": The Lynchburg Colony Hepatitis Study, 1942. In Moreno (Ed.): *In the Wake of Terror: Medicine and Morality in a Time of Crisis*. The MIT Press: Cambridge, pp3-15, 2003
- 26) Appelbaum P S et al: False Hopes and Best Data: Consent to Research and the Therapeutic Misconception. *The Hastings Center report* 17: 20-24, 1987
- 27) Perlman D: Public Health Practice vs Research: Implications for Preparedness and Disaster Research Review by State Health Department IRBs. *Disaster Med Public Health Preparedness* 2: 185-191, 2008
- 28) Rosenbaum S: US HEALTH Policy in the Aftermath of Hurricane Katrina. *JAMA* 295 (4) : 437-440, 2006
- 29) 松井茂樹：アメリカ憲法入門 (第5版)。有斐閣：東京。2004
- 30) 平田美和子：アメリカ大都市圏における住民自治に関する考察。武蔵大学人文学会雑誌 37 (2) : 340-364, 2005
- 31) 中野眞弘、中野眞子：アメリカ・カナダにおける Independent Review Boards と Central IRB の調査。臨床薬理 34 (1) : 179S-180S, 2002
- 32) 花岡英紀ら：中央IRB等への移行過程で生じた課題とその解決へ受けた取り組み。薬理と治療 40 (6) : 457-458, 2012
- 33) 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002bfqp.html> (2013/11/17)
- 34) 中部先端医療開発円環コンソーシアムホームページ [http://www.nu-camcr.org/cms/center\\_index/cam/\(2013/11/17\)](http://www.nu-camcr.org/cms/center_index/cam/(2013/11/17))
- 35) Emanuel EJ, et al: Oversight of Human Participants Research: Identifying Problems to Evaluate Reform Proposals. *Ann Intern Med* 141: 282-291, 2004

【原稿受理：2013年11月21日】



---

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業  
（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）））

被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に資する研究

平成26年度 総括・分担研究報告書

発行日 平成27（2015）年3月

発行者 研究代表者 金 吉晴

発行所 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 災害時こころの情報支援センター

〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

---

