

項目19:倫理・法規	要約	
第10章 関連法規		
1. 関連法規総説 —関連法規の制定／危機と関連法規	1. 関連法規の制定:日本において従来危機介入は私的ネットワークを通して行われてきたが、近年の私的ネットワークの不備・崩壊ならびにより専門的な支援の必要性から、関連法規が順次制定されつつある。しかし、法的整備に至らないものが多く、既に制定されている多くの法律も内容の充実化を要し、発展途上の段階にある。 2. 危機と関連法規:危機の関連法規の分野として主に虐待防止(例:児童虐待防止法、高齢者虐待防止法)、ストーカー被害(例:ストーカー規制法、DV防止法)、被害者支援(例:犯罪被害者等基本法)、災害・更生保護(例:災害対策基本法、被災者生活再建支援法、更生保護法)が挙げられるが、いずれも心理的ケアを含む総合的支援が必須の分野である。	1. ✓ Op. 2. ✓ Op.
2. 犯罪被害者等基本法	1. 犯罪被害者を擁護する法律制定について、日本では1980年に犯罪被害者等給付金支給法が成立しているが、実践的な被害者支援は1990年代後半になってから広がった。一方、多くの国では1980年代に犯罪被害者の基本法が制定され、多角的支援が公的な制度として行われるようになったことから、日本は諸外国に比べ大きく後れを取っていた。 2. 2000年前後に多くの被害者関連の法律が日本において施行され(刑事訴訟法や刑事手続きの改正二法、児童虐待防止法、ストーカー規制法、DV防止法)、2005年には犯罪被害者等基本法が施行された。同年末には犯罪被害者等基本計画が法律に従って決定され、国・地方団体が行うべき基本的施策が明文化された。 3. 犯罪被害者の精神的、身体的回復は基本計画の重点課題の一つであることから、さまざまな有効支援の導入を担う心理的ケアの分野への期待は大きく、犯罪被害心理に精通した専門家の増加が望まれる。	1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.
3. 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律		

<p>一目的および定義／改正の主な内容／関連法令・制度</p>	<p>1. 目的および定義：配偶者暴力防止法、DV防止法は2000年4月に成立、同年10月施行された。法律制定の目的は、その前文に以下のように記されている：「配偶者からの暴力に係わる通報、相談、保護、自立支援等の体制を整備することにより、配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護を図る。」 2. 2004年改正では「配偶者からの暴力」の定義が拡大され、「配偶者からの暴力」は身体に対する暴力、これに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動、離婚後も継続する身体に対する暴力、「配偶者」には事実上婚姻関係同様の事情にある者を含み、「離婚」には事実上婚姻関係にあった者の事実上離婚と同様の事情を含む、とされた。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p>
<p>4. 児童虐待の防止等に関する法律 一目的および定義／2004年の改正／2008年の改正</p>	<p>1. 目的および定義：2000年5月に成立、同年11月に施行された児童虐待防止法はその第一条において、「児童虐待の防止等に関する施策の促進」と「児童の権利利益の擁護に資すること」を目的と定めている。 2. 第二条では、①児童虐待を身体に外傷を生じるまたは生じるおそれのある暴行を加える、②わいせつな行為を児童にする、または児童にわいせつな行為をさせる、③保護者としての監護を著しく怠る、④児童に著しい心理的外傷を与える言動、と定義している。 3. 2004年の改正では第一条(目的)に「児童虐待が著しい人権侵害である」と明記され、保護者以外の同居人による虐待行為を保護者のネグレクトとし、児童への心的外傷を与える暴言、拒絶的対応、配偶者に対する暴力などの心理的虐待と合わせて児童虐待に含められた。 4. 2008年の二回目の改正では児童の安全確認などのための立ち入り調査の強化、保護者に対する面会・通信などの制限の強化、指導に従わない保護者の措置の明確化に伴い、保護者への出頭要求、強制立ち入り調査、接近禁止命令の規定等が設けられた。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.</p>
<p>5. 災害対策基本法</p>	<p>1. 災害対策基本法は北海道十勝沖地震や伊勢湾台風による被災経験後、1961年に成立、施行された。</p>	<p>1. ✓ Op.</p>

<p>一目的および定義／改正の経緯</p>	<p>1. 目的および定義:「総合的かつ計画的な防災行政の整備及び推進を図り、もつて社会の秩序の維持と公共の福祉の確保に資すること」をその目的と明記している。</p> <p>2. この法律において、災害は「暴風、豪雨、豪雪、洪水、高潮、地震、津波、噴火その他の以上な自然現象又は大規模な火事もしくは爆発その他その及ぼす被害の程度においてこれらに類する政令で定める原因により生ずる被害」と定義されている。</p> <p>3. 改正の経緯:防災基本計画は1995年に阪神・淡路大震災の教訓を踏まえ、全面的な修正が行われ、震災対策、風水害対策及び火山災害対策が定められている。1997年には海上災害、航空災害、鉄道災害、道路災害、原子力災害、危険物等災害への対策の追加、2000年には原子力災害対策編の修正、2004年には震災対策編の修正、2005年には津波防災対策の充実、集中豪雨時等の情報伝達、高齢者などの避難支援の強化等についての修正、2008年には原子力災害対策の強化、復興支援強化、緊急地震速報の本格的導入等の修正が行われた。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p>
<p>第20章 法と倫理の問題</p> <p>1. 矛盾する役割と柔軟性</p>	<p>1. 災害精神医療の現場において、現場のニーズにあわせて医師が柔軟にその役割を変えてゆくことが要求されるものの、組織に対するコンサルタント役を医師が受け持っているときは特に扱いにくいものとなる。一組織の最大利益が災害対応全体としての利益につながるとは限らないからである(サービスのクライアントによって異なる精神科医の倫理的な役割、表20-1)。</p> <p>2. 患者と治療関係にある専門家がある組織のために任務適正評価を行うことは、①「何よりも害をなすなかれ」という責任に背くことになり、②対象者に守秘義務が守られると誤解させることになる(Merlino, 2010)。</p> <p>3. 解決策として、アメリカ精神医学会(2004)が提唱するように、精神科医はアセスメント開始前に、守秘義務はないこと、また評価の目的について対象者に明確に話す必要があるとしているが、災害支援の混乱のなかでは困難であり、任務適正評価は災害支援に携わっていない専門家が行うべきである。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev.</p>

2. 守秘義務	<p>1. 災害支援チームは病院のような秘密を守ることに特化した集団、すなわち秘密情報とその機関外に漏洩することから守り、明確な方針と法律 (Health Insurance Portability and Accountability Act: HIPAA) がある組織とは劇的に違うことを明確に把握しておくべきである。よって、災害現場で精神医学的・医学的情報を伝えてくる個人がその情報を他の誰かと共有する許可を精神科医に与えていると考えてはいけない。</p> <p>2. 秘密情報について話し合うことを文書で同意してもらうことは精神医療サービス提供時には多くの場合非現実的であることから、話し合ったこと、話さなかったことをつぶさに可能な限り即席のカルテに記録することは、後日悪いアウトカムや医療過誤苦情の発生の場合に証拠として役立つ可能性がある。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p>
3. カルテ記入	<p>1. 臨床サービス提供の記録は不利益の減少をもたらすと同時に、医事法上の目的を満たす (Disaster Psychiatry Outreach, 2008)。</p> <p>2. 精神科医として臨床記録で痛み、苦痛、障害の程度を誇張する誘惑にかられる可能性は皆無と云えず、カルテを自身の目的に合わせる試みは非倫理的であり、意図せぬ結果を招くリスクがある (Dwyer & Shih, 1998)。そのような行為は後に任務適正についての疑問が出されたとき、カルテが患者にとって不利益になる恐れがある。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev.</p>
4. 詐病	<p>1. 災害後の詐病率についてのデータは存在しないが、2001年アメリカ同時多発テロ後、ニューヨーク市災害精神医療アウトリーチは個人が規制物質・薬を入手する意図をもって精神医学的症状を誇張していると思われるいくつかのケースを経験した。カルテ記録で客観性を維持するためにも患者の報告と観察を区別することが重要。</p> <p>2. 心的外傷後の疾患を誇張したり、偽りに供述するケースは一世紀以上にわたり認められている (Resnick, 1995)。例えば、レクリエーション活動への従事ができないとは報告しないが、仕事ができないと主張する。しかし、真にPTSDの患者はレクリエーションと仕事の両方での機能低下を報告する傾向がある。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Ev.</p>

<p>5. 法的、倫理的な落とし穴としての臨床家の災害への心理的反応</p>	<p>1. 精神科医の柔軟性、インフォーマルなサービスを促す災害現場においては広範囲の「逆転移」が観察されており (Pandya, 2010)、「一体化、理想化、巻き込まれ、擁護」という色眼鏡によって専門家としての境界線が曖昧になることはしばしば体験される (Disaster Psychiatry Outreach, 2008)。 2. 問題回避策として、精神科医は災害支援に従事する自分の動機を改めて考察し、内省することで境界性問題のリスク因子となる自分の内にある感情・考え、特に患者の理想化と限界設定力の欠如を認識することができるだろう (Norris et al., 2003)。手遅れになって初めて倫理的、法的過失を認識することがないように、常に潜在的境界性違反の兆候が自身にないかチェックすべきである。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev.</p>
<p>6. 免許交付と損害賠償責任の補償範囲 (liability coverage)</p>	<p>1. 災害対応に従事する者として医療過誤に対する適切な保健補償保護 (malpractice coverage) があることを認識することは重要である (例: 良きソマリア人法)。 2. 精神科医は多くの場合アメリカ赤十字社やアメリカ精神医学会 (APA)の地方支部)を介して災害支援に参加するが、APAとAPAの地方支部は医療サービスの直接的な供給者となる構造は有していないので、精神科医がAPAを通して支援に受持する際は、個人で医療過誤についての保険を入手することが重要である。アメリカ赤十字社についても同様である。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p>
<p>7. 災害精神医学研究での倫理的問題</p>	<p>1. 災害精神医学研究を倫理的に実施するために、精神科医が考慮すべき事柄には、①は参加者の決断能力、②脆弱性、③リスクと利益のバランス、④インフォームドコンセントの適切性が含まれる (Collogan et al., 2004)。 2. 被災者が研究に同意する能力に関する証拠は不十分であり (Rosenstein, 2004)、被災者は脆弱とみなされるべきではないが、インフォームドコンセントの適切性を確保するための何らかの措置の準備がなされるべきである (Collogan et al., 2004)。 3. 将来の研究において、苦痛を経験する可能性の高い被験者を見極めることができれば、計画した研究に有用な情報を与えることができ、同時に臨床的にも有用な情報を得ることができる。 4. 災害生存者を助ける研究によって、将来の精神科医が災害支援にあたり十分な装備を整えられるようにするという責務があることを念頭に置くべきである (Kilpatrick, 2004)。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Op. 4. ✓ Ev.</p>
<p>8. 結論</p>		

<p>第2章 支援の哲学</p>		
<p>1. 支援における責任 —I. はじめに／II. 責任論</p>	<p>I. 1. 形骸化しがちなガイドライン上で示されている「責任」を越え、現代の倫理学・哲学が「責任」をどのようにとらえているかを考察する。</p> <p>II. 2. 現代倫理学における責任に関する議論の背景には個人の行為の結果が直接目に見えない形で世代を超えて影響を及ぼし(例:環境問題)、個人の意志が組織に呑み込まれ責任の曖昧化が生じる、という傾向がある。従って、一人ひとりが仕事をするにあたり、より望ましい結果を生み出すための判断と注意をするという個人の責任が非常に重要になっている。</p> <p>II. 3. 職務上の責任は、①倫理上の責任と②法律上の責任と関連している。職務上の責任と法律上の責任は、倫理上の責任(人格としての責任)に基づいている。そのうち最も明確な判断が困難であるのが倫理的責任である。</p> <p>II. 4. 責任は他者の呼びかけに応答できることであり (Goodin, 1985)、呼びかけられる者は呼びかけを聞く時点で責任を負い (Goodin, 1985)、この関係は互酬的・契約的でなく一方的なもので (Derrida, 1999)、その責任は無限である (Levinas, 1974)、という性質を持つ。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Ev.</p>
<p>2. 支援における契約 —I. 契約のもつ意味／II. 責任とアイデンティティ</p>	<p>I. 1. クライアントは臨床心理士に依存する関係であり、アウトリーチは支援する側の自由に基づくがそれでもクライアントを選択する自由はなく、呼びかけられれば責任を引き受けるよう強制される (Jaspers, 1932)。また、臨床心理士はクライアントの呼びかけに直に晒され、感情の伝染を避けられないが、その呼びかけを聞く心理士は一人ではなく複数である場合もある。</p> <p>II. 2. 臨床心理士としてのアイデンティティはクライアントの呼びかけに応え、責任を引き受け、ケアを行うことにより形成される。臨床心理士はその責任を引き受ける自由を有しており、人間の実存に関わる仕事に従事する彼らの働きは公益性の高いものである。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op.</p>
<p>3. 災害支援の心構え</p>		

—I. はじめに／II. トラウマと回復
／III. 急性期／IV. 現地での連携

I. 1. トラウマ被害に対する緊急支援は個人を対象に行うものと被災地域住民全体を対象とするものに大別され、特に後者の支援形態が特殊であることから一般の医療・心理職は馴染みがなく、支援者の支援も重要となる。

II. 2. 災害直後の対応として、可能な限り生活の持続性が保たれるような支援を心理職の専門家から受けることが望ましい。現実に関心を中心とした精神療法 (present-centered psychotherapy) は効果的であり、心理の専門家が生活の相談に乗ることは大きな力を持つと予測される。

III. 3. 急性期においては自然に完治に至る心の傷に不必要に介入するべきではない。急性期の対応の原則は安全、安心、安眠である。

IV. 4. 現地での連携を行う際は現地の臨床家たちが被災者とふれあうべきであることに留意し、外部支援者としては災害のために滞っている日常業務の代行等、支援のためには柔軟に何でもする姿勢・心構えが必要である。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.
4. ✓ Op.