

## コロナ時代の臨床倫理

水野 雅文 Masafumi Mizuno  
日本精神神経学会理事

COVID 禍のなかで、病院では家族の面会制限や患者本人の外出泊制限、部外者の訪問禁止が続いている。そのなかで、オンライン会議システムの機能、性能がたちまち進化して有用性が高まり、公私ともに定着してきている。精神科診療でも、特に高齢者の移動に困難を来す過疎地域や、在宅や介護施設などへの訪問等への実装には期待が膨らむ。

筆者の勤務する精神科病棟でも、退院時共同指導をはじめ入院患者の多職種カンファレンスの開催に際して、面会禁止下でもさまざまな人の参加を可能にするオンライン会議を望む声が強まってきた。多施設からの参加者を迎える地域の会議では、時間的にも節約になり、過疎地や遠隔地の不便も解消される。反面、代替え手段に過ぎないはずのものが、必要な議論が飛ばされ不都合なことには目を背けながら、便利さだけに慣れていつの間にか定着しつつあると感じることもある。

医療倫理委員会では、第110回総会（2014）以降、「臨床場面における医療倫理的課題の在り処」と題して、日常臨床のなかで直面する、しかし医局のカンファレンスではなかなか取り上げない臨床倫理的課題を、ケーススタディなども含め扱ってきた。地域ケアが拡大するなかで、どこに、何が、倫理的配慮を要する事象であるかを、専門家や守秘義務を負う資格者のみならず、善意のボランティアの人達をはじめ一般職員・市民にも、改めて理解し認識してもらう必要がある。

地域精神科医療における重要な倫理的課題としては、プライバシー保護、守秘義務、強要（coercion）、録音・録画などデジタル化社会における課題など多様である。新たな媒体によるこれまでになかった倫理的課題には、さらなる検討が必要だ。プライバシーの侵害者は国家や自治体などの大きな機関とは限らない。むしろご近所のささやかな噂や思いがけず見てしまった光景が、巨大な噂話を生み出すこともある。他害の危険性を前にして他者を保護することはタラソフの事例を待つまでもなく一般的な常識からも明

らかだが、誰に対して起こるか特定できない場合には判断が難しくなる。患者への治療上の義務と地域住民への義務とのバランスを決めることは難しい。関係者が地域の不安を和らげようと介入すれば、患者のプライバシーに重大な影響を与えることになる。

精神医療の先進国で coercion が意味するところは広く、非同意治療やいわゆる隔離拘束のような物理的強制を指す場合だけでなく、地域における専門家の非言語的メッセージや「ちゃんと薬を飲まない、再発してまた入院になってしまう」というような、必ずしも強制を意図しない一見治療的な発出も時に該当する。

「にも包括」こと、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を待つまでもなく、地域移行、地域定着をめざすなかで、多職種、多機関連携は重要かつ必須であり、鍵概念である。資源や役割分担などサービス分担の可能性や運用に目が向きがちであり、当事者中心のサービスシステムに求められる当然のプライバシー保護や守秘義務について、現場が迎える新たなモラルや倫理を議論する声は乏しい。法的に守秘義務を負わされていない一般職種や、善意のボランティアスタッフや住民への教育は誰がどのように行うのか。教育以前の問題などという、曖昧な合意で済ませることはできない。

ファーストエイドを担うことが期待される心のサポーター（略称：ここサポ）養成事業では、心のサポーターは「メンタルヘルスやうつ病や不安など精神疾患への正しい知識と理解を持ち、メンタルヘルスの問題を抱える家族や同僚等に対する、傾聴を中心とした支援者」とされるが、その養成に際しては技術のみでなく、アンチスティグマ教育を含む臨床倫理教育を期待したい。

当事者の参加を前提とした治療方針の決定やクライシスプランの共有、事前意思表示などの地域医療における新たなアプローチの普及が、臨床倫理の理解推進のカギとなるかもしれない。