

## BMA

### COVID-19 の倫理的諸問題 ガイダンス文書の日本語版（仮訳）作成・公表にあたって

本ガイダンス文書は、British Medical Association（BMA, 英国医師会）の承諾を得て、日本医師会総合政策研究機構が「論文翻訳・学術翻訳ユレイタス」に依頼して翻訳を行った。その後、BMA が本ガイダンス文書の加筆修正を行ったため、加筆修正部分を同機構主任研究員の田中美穂と京都大学大学院文学研究科准教授の児玉聡氏が翻訳した上で、田中、児玉氏、東京大学医科学研究所准教授の井上悠輔氏の 3 人が文書全体の監修を行った。最終的な日本語版の作成は 2020 年 4 月 30 日アクセス現在の文書に基づいて行った。

原文の URL は次の通り。

<https://www.bma.org.uk/advice-and-support/covid-19/ethics/covid-19-ethical-issues>

なお、本ガイダンス文書は、日本の研究者に広く利用していただくことを目的に翻訳したもので、日本医師会の見解を述べるものではない。

（本版の最終的な翻訳・監修日は 2020 年 5 月 21 日）

## BMA

### COVID-19 の倫理的諸問題 ガイダンス文書（仮訳）

#### 概要

このパンデミックの中、医師たちは極度のプレッシャーを抱えて働いている。その多くが新しく馴染みの薄い分野の仕事にまわされ、通常発揮される自身の能力や専門知識の限界ぎりぎりか、もしくはそれ以上に働いていると感じている。退職した医師が現場に戻り、最終学年の医学生が前倒しで最前線の役割についている。資源の制約がますます深刻化し、利用可能なケアの選択肢が限られていく。パンデミックは進行が速く、相対的に予測不可能で、しかもその期間は不透明である。通常の基準に沿ってケアを提供することは難しい可能性が高い。すべての患者の臨床的ニーズに応えるために十分な資源があることが期待されるが、優先順位を付けたりトリアージの決定をしたりすることが必要になった場合には、医療の専門家として難しい決定を迫られるだろう。医師たちが、安全かつ倫理的なケアを提供する自らの能力や、自分自身ならびに家族や友人たちの健康や安全について不安に思うのはもっともなことである。また医師たちは、自らの行動によって刑事責任や民事責任、あるいは専門職としての責任が生じることについても不安に思うだろう。

本ガイダンス文書は、このパンデミック中に生じる可能性が高い主な倫理的課題のうちのいくつかについて論じるものである。可能な限り、参考となる他のソースへのリンクを提供している。倫理的および専門職の規制の観点——これは、法的問題があった場合に裁判所のアプローチを左右する可能性も高いものである——から言えば、決定が以下の条件を満たす場合には、パンデミックのさなかに提供するケアについて批判される可能性はきわめて低いため、医師は安心することができる。

- ・その状況において理に適っている（reasonable）
- ・その時点で入手可能な最善のエビデンスに基づいている
- ・政府、NHS、または雇用主のガイダンスに従ってなされている
- ・可能な限り協力して行われている
- ・その状況においてできる限り安全で有効な患者ケアを推進しようとして行われている

万一、後日その決定が問題視されたとしても、事後の基準で考えるのではなく、その決定を行った時点で入手可能であった事実によって判断されることになる。

## ■ 緒言および背景

我々は COVID-19 のパンデミック発生の渦中にいるため、有効なワクチンは存在せず、治療も極めて限られている<sup>1</sup>。現時点での知識（不完全ではあるが）によると、COVID-19 の症例数あたりの死亡率（死亡数／症例数）は 0.5～3.4%の間にあるが<sup>2</sup>、その背後にある感染率についてより多くのことがわかってから修正される可能性が高い。英国の首席医務官クリス・ウィッティー教授による情報に基づいた予測では、推定死亡率は 1%以下であることが示唆されている<sup>3</sup>。

その他の解説者らは、断言するには早すぎるが、この値よりも有意に高い可能性があることを示唆している（比較として、季節性インフルエンザの死亡率は 0.1%程度である）。現時点のデータでは、70 歳を超える高齢者や基礎疾患が併存する者などが最もリスクの高い者として挙げられ、女性よりも男性のほうがリスクは高いことが示唆されている。

COVID-19 は人口の大部分が罹る可能性が高い。そして、すでに重大な人的および経済的混乱と損失が生じている。この状態が数年間続く可能性があることを踏まえると、医療、エネルギー、食糧、医薬品の生産および流通、水道、ごみ処理等の必要不可欠なサービスに、持続的プレッシャーが課され続けることが考えられる。

既存の免疫がないため、人口のかなりの割合が治療を求め、ある時点では治療が必要になる可能性が高い。社会距離拡大戦略（social distancing）によってその需要を減らし、集中治療室の床数を増やす試みが精力的になされているが、NHS には患者の急増に対応する能力がほとんど、もしくはまったくない。それにも関わらず、供給可能量をしのぐ深刻な医療ニーズが生じ、希少な救命資源をどのように配分するかについて難しい決定をしなければならなくなる可能性がある。そのような状況にならないよう心から願ってはいるが、今後そうなった場合にどのように対応するか今から考え始めておくことが重要である。

これまで、隔離（検疫）やその他の社会距離拡大戦略の形態など、流行の早期段階の管理に関する従来の公衆衛生ツールに焦点の大半が置かれてきた。パンデミックが進み、医療サービスへのプレッシャーが大きくなるに従い、個々の患者について考えられうる救命治療の配分に関する決定が、医療提供者や個々の医療者の手にゆだねられる可能性が出てくる。そうすると、鋭い倫理的な—および手続的な—疑問が生じると考えられるため、以下ではそれらの疑問や関連問題について述べる。

## ■ 倫理的枠組み<sup>4</sup>

医療においては、個々の患者の健康と福祉に関する医師の懸念と集団の健康に関する懸念との間に、倫理的緊張が常に存在してきた。危険なパンデミックでは、医師および医療従事者全員が、すべての人々を「目的自体」として尊重しつつも、倫理的バランスの重心を、全員に対する公正な配慮という功利主義的目的にシフトさせなければならない。

2009年のパンデミックの前に、政府は、臨床医に倫理的指針を提供することだけでなく、人々がパンデミック時の意思決定の戦略的側面を検討する手助けをすることも目的として、倫理的フレームワーク（2017年に改訂）を公表した。それは、いくつかの基本理念という形式を取った。これらを以下で簡単に説明する。

- 平等な尊重：一人ひとりが大切であり、その大切さは等しいが、全員が同じ扱いを受けるという意味ではない。
- 尊重：可能な限り人々に情報を提供し続ける。人々に影響を及ぼす事柄について、自身の考えを表現する機会を与える。ケアや治療に関する人々の個人的な選択を尊重する。
- パンデミックの被害を最小限に抑える：流行を抑え、混乱を最小限にして、何が有効かを学習する。
- 公正さ：一人ひとりが等しく大切である。資源から利益を得られる機会を平等に持つ人々は、それを受け取る機会も平等であるべきである。しかし、同じ利益を後から得られるなら、人々に待つように依頼することは不公平ではない。
- 協力する：我々は互いに支え合い、自らの行動に責任を持ち、適切に情報を共有する必要がある。
- 互惠性：負担が増えた者に対しては、その支援が与えられるべきである。
- 比例性を維持する：伝えられる情報は、リスクに比例するものでなければならない。権利の制限は、その目標に比例するものでなければならない。
- 柔軟性：計画は変化する状況に適応するものでなければならない。
- オープンで透明性のある決定：良い決定とは可能なかぎり包括的で、透明性があり、合理的なものだと考えられる。それらは、根拠があり、エビデンスに基づき、妥当なプロセスにより得られた結果であり、その状況において実践的なものでなければならない。

## ■ 資源配分

社会距離を保つことによって医療に対する需要を減らし、集中治療サービスの供給を増やすための多大な努力が講じられている。そして、全ての患者の臨床的ニーズに応えるために十分な資源があることが望まれる。これには、より多くの資源が利用できる他の施設に患者を移すことも含まれるかもしれない。個人間の資源配分の決定が避けられないものとなるのは、合理的な仕方ですべての施設や機器がフル稼働している場合に限られる。本節は、将来、そうした状況が発生した場合のガイダンスを提供するものである。

パンデミック時は、医療サービスの需要が、パンデミック前の基準で NHS がサービスを提供する能力を上回る可能性がある。入院や救命救急医療が講じられた後に患者が死亡するケースが頻繁に生じている。武漢では、感染者の5%がICUに入院し、2.5%が人工呼吸器を要した<sup>5</sup>。したがって、人工呼吸器の使用可能台数の制約が、一定の期間は深刻になる可能性がある。

すべての人々がすぐに発症するというわけではないが、疾患の第一波が数日から数週間にかけてきわめて迅速に訪れることも考えられる。そのような状況下では、需要が既存の基準に沿ったサービス提供能力を超えれば、より厳密に有益性を考慮しなければならなくなり、個人のニーズをどのように満たすかよりも、全体としての利益をどのように最大化するかという決定が重要になるだろう。

我々は、そのような状況下において意思決定することを医療従事者が倫理的に難しく感じるだろうということを知っている。そのような極限状態は、医師の日常的な道徳的直観に変化をもたらす。極度に重症の患者に対して手を尽くす義務は、最大限、死亡率や罹患率を全体的に低下させることや、基本的な社会的機能を維持する必要性に基づく定量的決定により難しくなるだろう。医師は意思決定ポリシーを実行せざるを得なくなり、それはパンデミック時でなければ受けられていた集中治療を受けられない患者が出ることを意味する。医療従事者は、より生存可能性の高い他の患者の治療を可能にするために、一部の患者の治療を諦めなければならない可能性がある。これには、ある患者が安定している、あるいは徐々に改善しているとしても、客観的評価の結果、同じ資源を必要とする別の患者の予後よりも予後が著しく不良と示唆されるので、前者の治療を中止するような場合が含まれる。

医師はこのような決定を難しく感じる可能性が高いが、深刻な医療ニーズをすべて満たす能力が大幅に低下している場合、医師が適切な優先順位付け方針に従って、利用可能な治療によって利益を得られるであろう患者が他にいる場合に、救命できるかもしれない者の治療を拒否することは、法的にも倫理的にも正しいことである。これらは重大な決定だが、移

植臓器の配分に関しては法理が確立されており、最近では高等裁判所により支持されている。成人の障がい者に関しては、このような優先順位の決定は、能力法 (capacity legislation) 1下での「最善の利益」となる決定には該当しない。患者が障がい者であるという事実は「最善の利益」の意思決定モデルの適用とはならない。つまり、障がい者に対して自動的に優先順位が付されるということではなく、障がい者の治療に関する決定は、治療を必要とする他の患者すべてと同じ方法で行われるべきである。COVID-19 のパンデミックと ICU 収容能力の深刻な不足により患者の集中治療を制限することが必要な場合、意思決定代理人の有無や特定の宗教観によりその制限に差をつけることは倫理的とはいえない。以下で詳細に議論するように、介入によって利益を受ける患者の能力に臨床上無関係な基準に基づいてこれらの制限を適用することもまた、非倫理的であり、また違法となる可能性もあるだろう。

そのような必要が生じた場合、医師は職場や委嘱元の定めた意思決定プロトコルに従い、それらの決定を行うことが必須である。そのためには、不確実で急速に変わりゆく状況にタイミングよく対処できるよう実践的で十分に柔軟である必要がある。

資源配分に関するすべての決定は、以下の通りでなければならない。

- その状況において理に適っている
- その時点で入手可能な最善の臨床的データや意見に基づいている
- 一貫した倫理的原則および根拠に基づいている
- 変わりゆく状況下で決定が即座に変更される可能性があることを認識しつつ、実行可能な場合は事前に承諾している
- 異なる職種間でできる限り一貫している
- オープンかつ透明性のあるコミュニケーション
- 状況の進展により修正または再検討の対象となる

資源配分を根拠にして何らかの治療の差し控えまたは中止の決定を行う場合、その状況下において可能な限り、その患者が引き続き思いやりがあり献身的な医療的ケアおよび見守りを受け続けられるようにすることがきわめて重要である。それには症状の適切な管理のほか、患者が死に面している場合は、その時点で最善の終末期ケアが含まれる。

そのような決定が必要になると、医療従事者には感情面への大きな影響が短期的に、そして

---

1 監修者注) 英国における能力法は、イングランドおよびウェールズの 2005 年意思能力法 (Mental Capacity Act 2005) やスコットランドの 2000 年成年無能力者法 (スコットランド) (Adults with Incapacity (Scotland) Act 2000)、北アイルランドの 2016 年意思能力法 (北アイルランド) (Mental Capacity Act (Northern Ireland) 2016) を指すと考えられる。Wilson S. Mental capacity legislation in the UK: systematic review of the experiences of adults lacking capacity and their carers. *BJPsych Bull.* 2017 Oct; 41(5): 260–266. doi: 10.1192/pb.bp.116.055160

時にはより長い期間生じる可能性が高い。そのような決定をすることで、医療従事者の家族や友人にも悪影響が出る場合がある。医師やその他の最前線の医療従事者はすでに限界に達しており、パンデミックに対して医療システムが対応できるか否かは、彼ら彼女らのウェルビーイング (wellbeing) 次第となるだろう。パンデミック時においては、実践的にも難しく、道徳的にも感情面でも過酷な慣れない状況下でストレスを抱えながら働くすべての医療従事者に対し、雇用主は段階を踏んで、臨床倫理委員会によるサポートや心理的サポートなどの適切な支援を提供することが必要不可欠である。医療従事者の健康を最優先することが、医療従事者自身のためにも、有効な医療サービスを維持するうえでも重要である。医療従事者は、その状況下において可能な限り自らの健康と同僚の健康を確実に追求すべきである。医療システムに従事する者すべてが、チーム内外で互いに協力しあい、助けあうよう努力することがきわめて重要である。

## ■ トリアージ

このパンデミック時に医療サービスが逼迫した場合、医療提供者はトリアージシステムを導入または拡大することになる。トリアージとは、直ちに治療できる患者の人数よりも多くの患者が生命にかかわる状態にあるため、誰に対して治療を行うかをすぐに決定しなければならない重大または緊迫した状況下で、希少な資源を配給もしくは配分することである。トリアージでは、治療のニーズや介入の転帰予想に基づいて患者の分類またはランク分けを行う。これには、症状または損傷が余りに重篤で、積極的治療を行っても生存の見込みが低いため、最善の症状緩和は引き続き受けるものの、救命救急処置を行う優先順位が低く位置付けられる患者を特定することも含まれる。

トリアージの決定が、潜在的に多数の患者に対して救命治療を行うかどうかを左右する状況に至る場合も考えられる。したがって、その決定の基盤となる原則を体系的に適用することが必要不可欠である。そのような状況下では、最も緊急を要する状態で、最も複雑性が低く、最も長く生存する可能性の高い患者で、死亡率や罹患率を低めるという点で全体的利益が最大となる者に、通常であれば優先順位が与えられる可能性が高い。優先順位の決定は、使用可能な資源の存在と需要の関係に依存することになる。資源の大幅な枯渇が生じた場合、どの患者が治療をうけるべきかに関する決定は、パンデミックの経過を通して変化することになる。

衆知の通り、COVID-19 に関する現時点のデータは、高齢であることと死亡率との間に強い相関性を示している。これが実際に年齢の影響によるものなのか、あるいは単に年齢と生存率に影響を及ぼす併存症との相関性を反映するものなのかを確立する検証は未だ行われていないが、高齢者群に対するトリアージの決定が最も難しくなる可能性が高い。

以下で詳論するように、トリアージの必要が生じた場合、BMA はこれらの決定を年齢や障がいに基づいて行ってはならないと考えている。倫理上、トリアージにおいては、個々の患者について臨床的に関連性のある事実や、使用可能な資源により利益を得られる可能性を特定する必要がある。若い患者が自動的に高齢の患者よりも優先されるというわけではない。

パンデミックだからといって、人々が他の疾患に罹らなくなるわけではないことは自明である。したがって、トリアージの決定は、COVID-19 に直接苦しむ人々にだけ関係するわけではない。同様の基準を多様な医療ニーズすべてに適用することが必要となるだろう。その結果、あらゆる基準を提示するすべての患者について、例えば、集中治療や人工呼吸器へのアクセスが与えられる閾値を変更しなければならないこともあるだろう。COVID-19 への感



染だけで優先が保証されるというわけではない。

生存率の低さとの関連が知られている併存疾患の存在により適格とはできない場合もある。そのような状況では、治療を必要とする患者で転帰がより良好な可能性の高い者がいるので、すでに開始した治療を中止することが必要になる可能性がある。重大で難しい決定が必要となるのは、渾身の介入を行えば死亡率を著しく下げることができるものの、そうすれば、より多くの他の患者の転帰をより良好にできるかもしれない資源を、一人の患者が使うことを意味するような場合である。

パンデミック、ならびに利用可能な集中治療の制約は、病院内の他の臨床的な意思決定にも影響を及ぼすだろう。例えば、急激な悪化の可能性がある場合は、すべての入院患者（COVID-19 関連疾患の有無に関わらず）について心肺機能蘇生の適切性を審査・記録することは、臨床医にとって重要である。（必要な入院制限のために）集中治療室に運ばれないだけの基礎疾患や併存疾患、虚弱性を患者が有する場合、虚脱の際に心肺機能蘇生を**開始しない**（訳注：強調は原文による）ことが重要である。蘇生後の集中治療を行えない患者に対して高度な蘇生を行うことは、患者にとって害となる可能性があり、厳しい制限下で限られた資源を消費し、蘇生チームを不要な個人的リスクに晒す可能性がある。

パンデミックおよび災害時におけるトリアージおよび重篤疾患のケアに関する CHEST（米国胸部疾患学会）の合意声明については以下を参照。

[https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)51990-9/pdf](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)51990-9/pdf)

COVID-19 流行時のトリアージに関する有用な BMJ コメントについては以下を参照。

<https://blogs.bmj.com/bmj/2020/03/09/covid-19-triage-in-a-pandemic-is-even-thornier-than-you-might-think/>

### 医学的有益性（Medical Utility）

トリアージにおいて医療従事者の関心の焦点は、いかにして最大多数の人々に対し最大限の医学的利益をもたらすかということにあるだろう。一見して単純なその原則の裏には難しい決定が潜んでいる。そのような戦略には、リスクを有する集団についての疫学的判断が必要となるが、その内容は疾患の疫学的状況により異なる。

集中治療室への収容による利益を最大化するためには、集中治療室への受け入れや、人工呼吸や体外式膜型人工肺（ECMO）といった希少な集中治療の実施に対する閾値を採用する必要がある。生存予測に関連性のある因子には、急性疾患の重症度、臨床的に関連のある併存

疾患の有無とその重症度、この場合も先の場合と同様に、臨床的に重要であれば、回復の可能性や複雑で手のかかる治療を受けた場合の生存可能性を減じるその他の要因が含まれる。これらには、治療によって利益が得られる臨床的な能力と直接的に関連している場合は、患者の年齢も含まれる<sup>7</sup>。死亡する確率や集中的支援を長期間必要とする確率が閾値を超える患者は、何らかの医療的ケアは当然行われるべきだが、集中治療の対象とは通常はみなされない。

一般的な原則を、複雑にして予測不可能であり、不特定の期間・範囲で進行する医療危機に対して適用することには困難が伴う。しかしながら、医学的有益性の条件は満たされていても、同じものを必要とする個々の患者の間で選択しなければならない場合に、倫理的疑問が生じる可能性が高い。今回のパンデミックにおいて考えられる問題の一つは、集中治療を必要とする人々の多くについて、その生存率や予想される ICU 滞在期間が類似している可能性が高いことである。そのような状況では、資源が公平に配分されるよう平等主義的なアプローチを考慮しなければならない。

最も可能性の高いアプローチの例として最初に挙げられるのは、広く確立および理解されている「早いもの順」の原則に基づいた、修正版の待機順システムである。これはパンデミックにおいて早く重症になった患者の方が、(一定の限られた期間ではあるかもしれないものの) 後から同様の状態になった患者よりも集中治療や人工呼吸器による治療を受けられる可能性が高いことを意味する。そのようなアプローチは手順が単純で、おそらくは公平だが、難点がないわけではない。例えば、移動できる患者や、交通アクセスのよい患者、病院やその他の医療提供施設の近くに住む患者などが優先される可能性が高い。

### 治療を中止するもしくは差し控えるか？

患者の状態が悪化した時点で治療を差し控えることに関する決定に、多くの倫理的関心が向けられる可能性が高い。しかしながら、生命維持治療を差し控えるか中止するか決定において、その他の臨床的関連因子が同じであれば、医療従事者は中止の方が難しく感じるかもしれないが、倫理的には両者に大きな違いはない<sup>8</sup>。例えば、治療の時限的試行 (time-limited trial) の概念を利用すると、治療に対する反応によっては、集中治療への受け入れや高度生命維持の開始が必要となる場合もある<sup>9</sup>。需要が圧倒的な状況においては、集中治療への受け入れ後に患者の予後が悪化する (入院前であれば治療を開始しなかったであろう程度まで) ような場合は、その治療を中止し、迅速に効果が得られる可能性があるとして十分に考えられる別の患者にその設備を提供すべきである<sup>10</sup>。

パンデミックの性質によっては、その進行の間に、程度の差はあれサービスの配分の水準を厳しくすることが必要となる可能性もある。その詳細については、適切な管理のもと手順書として明示すべきである。WHO はパンデミックの「段階」について述べており、異なる段階で異なる意思決定基準が必要であるとしている。

WHO による COVID-19 のパンデミック段階に関する情報については以下を参照。

<https://www.who.int/csr/disease/swineflu/phase/en/>

### 優先順位決定における直接的および非直接的な差別

トリアージや優先順位の決定により患者が救命治療へのアクセスを拒まれた場合には、そこに差別があったのではないかと問われる可能性が高い。パンデミックのピーク時に、医師は「迅速に効果が得られる可能性」に基づいて治療への適格性を評価することを求められる可能性がある。その結果、最も重症な患者の中にも、集中治療や人工呼吸器による治療へのアクセスを拒否される場合が出てくる可能性がある。このような場合は、高齢者と、速やかに回復する能力に直接関わるような長期の健康問題がある人に、大きく偏った影響を必然的に及ぼすことになる。

我々は、決定によって影響を受ける人たちおよび決定するよう強いられる人たち双方にとって、これらの決定には非常に困難で悩ましい特徴があることを認識している。これらの決定が、結果に関する臨床的な要因に基づき、そして例えば、個々の生命の有用性や価値に関する差別的な決定に基づくことのないようにすることが不可欠である。同様に、臨床的に利益を得る能力 (capacity) と無関係な健康状態や障がい意思決定を導くために用いられてはならない。例えば、知的障がいの存在は臨床的に関連のある要因にならないことはほぼ確実である。同様に、年齢や障がいに関連する単純な「線引き (cut-off)」方針は、非倫理的であるだけでなく、直接的な差別となるため違法でもある。健康な 75 歳の患者を、年齢に基づいて合法的に治療拒否することはできない。しかしながら、COVID-19 により二次的に重度の呼吸不全に陥った高齢患者は、集中治療を行っても死亡する可能性はきわめて高いかもしれないし、その結果として集中治療への受け入れ優先順位が低くなることもあるかもしれない。

### 合理的な調整を行う義務

NHS サービスを含む公的サービスを提供する人は誰でも、平等法の要件に従う法的義務を負っている。2010 年平等法 (Equality Act 2010) は、障がいを有する人たちが合理的に可能な範囲でできるだけ障がいのない人たちと同じような方法で、確実に公的サービスの利益

にアクセスしそれを得ることができるよう、公的サービスを提供する人たちに対して「合理的な調整 (reasonable adjustments)」を行う義務を課している。合理的な調整を実行するシステムを用意する法的義務は、個々の医師ではなく、主にサービスを提供している施設・機関に課せられている。

これは、健常者と対等に NHS サービスにアクセスできることに関して、障がい者が直面するかもしれないいかなる障壁をも取り除くことが合理的かどうかについて、NHS の諸機関が事前に (かつ継続的に) 考慮するべきであるということの意味する。しかしながら、合理的な調整を行う義務は、すべての人たちが等しいサービスを確実に受けられるようにする義務を公的機関が負っているということの意味するわけではない。個々人がアクセスする資格を有する保健サービスは、患者の臨床所見や限られた NHS 資源を最も良く利用する必要性を含む、幅広い要因によって決まる。これらの要因の中には、障がいに関連しているものや、高齢者の患者により多く見られるものもあるかもしれない。

パンデミックの影響があるからといって、2010 年平等法に基づく法的義務が免除されるということはない。しかしながら、この義務は「合理的な」調整をするということであり、何が合理的なことかという点は、パンデミックという緊急事態によって、また、パンデミックの結果、NHS サービスにもたらされる困難によって、必然的に影響を受けるであろう。

パンデミック時に NHS の患者を治療する指針を導入し実施する際、医師は、公務員として、以下の点を心に留めておくべきである。すなわち、障がいを有する人たちを支援するために、サービスが提供される方法に関して合理的な調整を行うことは適切かもしれない、ということである。これは例えば、知的障がいを有する患者、あるいは、重度の精神疾患を有する患者が、たとえ感染症管理の原則の一環として他の人の付き添いは一般的には認められないとしても、介護者に付き添われることならば許される、ということもあり得る。BMA の見解は、救命治療、あるいは、生命維持治療への過度の圧力がある場合 (このガイダンスが公表された時点ではこの状態ではないように思われる)、合理的な調整を行うこうした義務は、「迅速に利益が得られる可能性 (capacity to benefit quickly)」のテストのもとに、そうした治療へのアクセスを管理する臨床上的意思決定に実質的な影響を及ぼすべきではない、というものである。我々がこのような暫定的な見解に至った理由は、次の通りである。a) 障がいを有する多くの人たちが経験している障がいは、救命治療や生命維持治療から迅速に利益が得られる能力とは関係なく、したがって、アクセスの平等性を提供するために調整が必要とされるようには思われない。また、b) 障がい者が救命治療あるいは生命維持治療から迅速に利益が得られる能力と何らかの関係がある、あるいは、関係があるかもしれない場合、障がいを有する人たちと健常者の利益の間で適切なバランスを示すに際して、それをより公平に行うための調整の特徴や範囲を設定し得る明確な臨床的なエビデンスは、BMA が認

識している限り、存在しない。

これまで議論したように、「迅速に利益が得られる可能性」のテストは、(意図的ではないにせよ)障がいのある人たちや高齢者に対して大きく偏った影響を及ぼすかもしれない。しかしながら、代替手段(いかなるテストも使わないことも含む)を注意深く検討した結果、BMAの暫定的な見解は、深刻なパンデミックの状況下においては、「正当な目的を達成するために相応な手段」、すなわち限られたNHSの資源を最大限に活用するという要件を満たすことによって最大数の人命を救助することに該当するといえそうであれば、いかなる間接的差別もおそらく合法的になるだろう、というものである。

### 社会に不可欠なサービスの維持

おそらく起こりそうにないが、有益な資源配分に関する決定がもはや医学的有益性のみに限られない段階に至ることも考えられる。社会的、経済的に幅広く被害が及ぶ可能性を踏まえると、どの集団が希少な資源を最初に受け取るかという決定においても、必要不可欠なサービスを提供する労働力の不足が深刻な場合は、それらのサービスを維持する必要性を考慮しなければならない。これは、そのようなサービスを提供する者や回復の見込みが大きい者が、それらの人たちをその業務に戻すためにいくらか優先されることを意味する。最大の臨床的利益をもたらすことに加え、深刻なパンデミック時の優先順位の高いものには以下が含まれるかもしれない。

- 社会的混乱を抑える
- 医療システムを確実に維持する
- 社会的インフラを完全な状態に保つ
- 経済的損失を抑える

パンデミック時の緊急医療や社会的ケアの側面に直接取り組む者や、特に希少で代わりの利かないスキルを持つ者に加えて、必要不可欠なサービスの維持のためには、多くの公的・民間分野の活動の担い手が不可欠である。これには緊急サービス、安全保障、必要不可欠な製品・サービス、交通や電気・水道・下水システムなどのユーティリティ、テレコミュニケーション、衛生管理などの極めて重要なインフラのメンテナンスに携わる人々が含まれる。また、統治構造の機能継続も優先する必要がある。ワクチンや抗ウイルス剤、その他の重要な医療製品をはじめとする対応手段の生産に関与する重要人物も、この優先集団に含まれる。必要不可欠な業種や適用すべき評価基準を決定するのは政府であると、我々は考える。医師にその責任を委ねるべきではない。

必要不可欠なサービスに携わる人々をこのように優先することは、通常の資源配分システムを超越しており、純粋に医学的な要因ではなく社会的要因に基づいて個人の間で差別をもたらすとして、意思決定を行った者は批判にさらされるおそれがある。そのような事態が生じた場合、意思決定手順は透明かつ妥当で、擁護可能な道徳的原則に基づいたものでなければならず、そのアプローチの根拠とこれらすべての必須サービスを維持することの重要性について明確に伝えることに細心の注意を払わなければならない。

## 医療従事者に対するリスク管理

中国やイタリアなどの国々で見られたように、医療従事者は疾患さらには死のリスクに直接晒されており、基礎疾患を有する場合は特に脆弱であるかもしれない。医療従事者が治療提供にあたり一定のリスクを受け入れる義務は、雇用主に対しても強い相互義務を課すことになる。すべての雇用主は職員を保護する法的・倫理的責任を有しており、確実に、適切かつ十分な個人防護具を用意し、スタッフにその使用訓練を受けさせなければならない。雇用主が適切な防護具を提供していない、もしくは提供することができない場合、医療スタッフや、医療サービスの運営に不可欠な他のスタッフが、不適切なレベルのリスクに自身を晒すことは期待できない。

医療従事者が、防護具が不十分である—期待される職業的基準を満たしていない—という合理的確信をもつ場合は、緊急事態として管理者に申し立てる必要がある。リスクアセスメントは、その事例の具体的事実に基づいて行わなければならない。必要なケアや治療を提供する他の方法を見出すための検討を行うべきである。BMA の見解では、医師が職業的義務の一貫として自身を曝露させることが合理的に予想されるリスクのレベルには限度が存在する。適切な安全性と保護を提供し、回避可能な重篤な被害のリスクから医師やその他の医療従事者を守るという最低限の義務すら雇用主が果たしていない場合、医師はリスクの高いサービスを提供する義務はない。

感染した患者や感染が疑われる患者の診察を十分な防護具のない状態で求められていることを BMA 会員が懸念する場合は、地域の代表、または BMA の電話相談窓口であるファーストポイント・オブ・コンタクト（First Point of Contact）を通して、そのことを直ちに BMA に知らせるべきである。

個人防護具（PPE）が不十分な場合にとるべき手段に関するさらなるアドバイスはここで得られる。

<https://www.bma.org.uk/advice-and-support/covid-19/ppe/covid-19-refusing-to-treat-where-ppe-is-inadequate>

## 一般診療への影響

パンデミックのピーク時には、病院施設が新規患者の受け入れ能力の大部分を事実上失う可能性があり、GP が患者を紹介することも実際には不可能になる。そのような状況下では、深刻な医療ニーズの圧倒的大多数を地域内で対応することが必要になる可能性がある。有効なサービスが利用できるとしても、GP は地域内のほとんどの医療的ニーズを請け負うことになるだろう。そうすると、GP らはさらに大きなプレッシャーを抱えることになる。個々の GP は、ウイルスに曝露し隔離が必要となる可能性もあり、スタッフのために安全な労働環境を提供する義務も有している。そのような状況では、対面での診療は、診療が遠隔では安全に管理できない状況のみに限定して行われるため、こうした一般診療は通常とは違う方法で行われる必要があるだろう。そのような場合としては、以下の例が挙げられる。

- 必要不可欠でないサービスの削減または取り消し
- 往診の削減または取り消し
- ファーストポイント・オブ・コンタクトとして広く用いられる電話によるトリアージ
- 電話や動画を利用した診察の増加
- 電子メールやメッセージアプリの使用増加
- すべての不急な予約の取り消し
- 近隣の開業医や保健・社会ケアシステムの他部門の人たちとの協働の増加

前述のように、パンデミック時には、GP も他の病院勤務医と同様に、仕事のプレッシャーや、行わなければならない決定の性質を、感情面で苦痛と感ずる可能性がある。GP らに支援が提供されること、そして、GP は自身や同僚の健康の確保に努めることが重要である。

## 公正なプロセスの重要性

パンデミックへの対応が倫理的に正当化可能なものであるために、手続き上の倫理—すべての段階における決定が適切な機関によって、誰もが参加する形で（決定する必要がある時間尺度内で可能な範囲で）、オープンかつ説明のつく方法で、透明性をもって行われたということを保証すること—を考慮しなければならない。さらに、別の医師（second doctor）や必要に応じて適切に構成された臨床倫理委員会が、時間が許す範囲で、個々の決定を検証する役割を担う場合もある。

パンデミックがもたらす脅威、この問題に対する幅広いメディアの関心、最近のよりセンセーショナルな一部の報道を考えると、パンデミックの到来によって人々は闇雲に警戒心を抱き、極限状態では指示に従わない可能性が生じる。一般の人々は、配分の決定が公正で合

法的であると納得し、予想される対応について事前に説明を受ければ、配分の決定を受け入れて医療危機においても協力的になる可能性が高くなる。そのような承諾に影響すると考えられる幾つかの要因が存在する。初めに、誰が決定の責任を負うのか。決定が内密に、選出された人物やその他の適切な代表者または被任命者による監督なしに行われた場合は、その決定に対する信頼は失われる。決定を行う際に依拠する倫理的原則や根拠に関する明確な議論を含め、透明かつ説明可能なプロセスで意思決定が行われれば、一般の人々による受容が大きく高まるかもしれない。また、人々と常に情報を共有すること、そして適切であればこうした人々が意思決定に参加すること、またフィードバックやコメントをする機会があることも重要である。

## 法的責任問題

パンデミックの際に、医療従事者は多大なストレスに晒され、通常の勤務時間を大幅に超過して働き、自分や家族の健康について不安を抱えることになるだろう。緊急事態においては、深刻な害を防ぐために、医療従事者が自身の能力の限界で、あるいは、能力を超えて治療のための介入を検討することが倫理的である場合もある。退職した医療従事者が診療に復帰し、最終学年の医学生が卒業を早めて仕事に就いている。これらの医療従事者のスキルは、パンデミック前に期待されていた診療適性基準を満たしていないかもしれないが、退職者や医学生らはそれでも重要な貢献をすることができるかもしれない。極端な状況では、訓練を受けていない職員が一部の機能を請け負わなくてはならない可能性もある。そうすると必然的に、専門職としての、そして法的な責任、および賠償に関する疑問が生じるだろう。パンデミックの際の医師の診療適性に関する懸念に関して英国医事委員会 (GMC) は以下のように述べている。

懸念が生じた場合、我々は常に医師が働いている環境に関する要因を踏まえながら、その事例に関する具体的事実に基づいて考える。

医療サービスは強いプレッシャーを抱えており、管理者や臨床医はしばしば極めて困難な状況において、患者に対しどのようにケアを提供するかについて難しい決定を行っているということを我々は知っている。安全なケアを提供する難しさの程度は、医師が行う臨床的ケアについての問題と関係があると考えられる。

その他にも、医師が使用可能な資源や、不慣れな診療領域で働くことの問題、判断や行動に影響する可能性があるストレスや疲労について考える。また、その時点での資源、ガイドライン、またはプロトコルに関するあらゆる関連情報についても考慮する。



すべての医師に真っ先に求められるのは、自らが直面している状況に対して責任を持ち合理的に対処することである<sup>11</sup>。

この全般的アプローチは、4地域の首席医務官（CMO）と GMC および NHS イングランドのメディカルディレクターから医療スタッフへの文書においても強調されている。

パンデミック時に働く医師に対する規制アプローチに関する GMC の勧告については以下を参照。

<https://www.gmc-uk.org/news/news-archive/coronavirus-information-and-advice>

パンデミック時の支援に関する 4 地域の CMO および NHS イングランド・GMC のメディカルディレクターから医師への合同文書については以下を参照。

<https://www.gmc-uk.org/news/news-archive/supporting-doctors-in-the-event-of-a-covid19-epidemic-in-the-uk>

パンデミックの到来により、ワクチンや抗ウイルス剤の迅速な開発および配備も必要となる。事態の緊急性により、開発や認可の通常の手続きが中断されたり、急な需要に応じて変更されたりすることがあるだろう。これにより、医療従事者は相対的に新規で未検証の医薬品を用いた介入を数多く行うことになる。臨床試験を経ないワクチンの大量使用は、多数の有害事象をもたらしかねない。したがって、政府は法的責任問題について早急に検討しなければならない。

## ■ その他の機関による重要情報・ガイダンス

パンデミック時に働く医師に対する規制アプローチに関する GMC の勧告：

<https://www.gmc-uk.org/news/news-archive/coronavirus-information-and-advice>.

パンデミック時の支援についての、4 地域の CMO および NHS イングランド・GMC のメディア  
カルディレクターから医師への合同文書：

<https://www.gmc-uk.org/news/news-archive/supporting-doctors-in-the-event-of-a-covid19-epidemic-in-the-uk>.

COVID-19 に関する英国政府勧告ポータル：

<https://www.gov.uk/government/topical-events/coronavirus-covid-19-uk-government-response>.

(訳注：現在はこちらのサイトに移行：<https://www.gov.uk/coronavirus>)

インフルエンザのパンデミック対策を進めるための NHS イングランドの運営枠組み：

<https://www.england.nhs.uk/publication/operating-framework-for-managing-the-response-to-pandemic-influenza/>.

スコットランド公衆衛生部局による COVID-19 に関するガイダンス：

<https://www.hps.scot.nhs.uk/guidance/>.

ウェールズ公衆衛生部局による COVID-19 に関するガイダンス：

<https://phw.nhs.wales/topics/latest-information-on-novel-coronavirus-covid-19/>.

北アイルランド公衆衛生部局による COVID-19 に関するガイダンス：

<https://www.health-ni.gov.uk/coronavirus>.

パンデミックおよび災害時におけるトリアージおよび重篤疾患のケアに関する CHEST の合  
意声明：

[https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)51990-9/pdf](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)51990-9/pdf).

COVID-19 アウトブレイク時のトリアージに関する有用な BMJ コメント：

<https://blogs.bmj.com/bmj/2020/03/09/covid-19-triage-in-a-pandemic-is-even-thornier-than-you-might-think/>.

パンデミック時の意思決定に関する政府の倫理的枠組み：

<https://www.gov.uk/guidance/pandemic-flu#ethical-framework>.

ウェールズにおける医療保護関連法規に関するガイダンス：

<https://gov.wales/sites/default/files/publications/2019-04/health-protection-guidance-2010.pdf>.