



COVID-19人工呼吸器配分提言を巡って

齊尾 武郎

フジ虎ノ門整形外科病院内科・精神科
K&S産業精神保健コンサルティング

A critical appraisal of the recommendation on the allocation of artificial respirators during the COVID-19 outbreak in Japan

Takeo Saio

Department of Internal Medicine and Psychiatry, Fuji Toranomon Orthopedic Hospital
K&S Consulting Office for Occupational Mental Health

1. はじめに：「人工呼吸器配分提言」の登場

令和2年3月30日、5名の生命・医療倫理研究会有志が連名で「COVID-19の感染爆発時における人工呼吸器の配分を判断するプロセスについての提言」(以下、「人工呼吸器配分提言」)¹⁾を公表した。これを同年4月1日の新型コロナウイルス感染症対策専門家会議記者会見で、同会議の構成員・武藤香織教授(東京大学医科学研究所公共政策研究分野)が、「仲間」が「もし人工呼吸器などが足りなくなった時にどういうふう意思決定をしていけばいいのかについて」提言を出したとして、研究会名と提言の表題、提言の公表日を紹介し、大きな話題となった。本稿では臨床医の立場から、「人工呼吸器配分提言」の問題点を論じる。

2. トリアージ概念を巡って

「人工呼吸器配分提言」は冒頭の「はじめに」で、「現在、日本において懸念されているCOVID-19の感染爆発が現実となった場合、人工呼吸器をはじめとする医療資源が不足することが懸念される。このような非常時は、災害時医療におけるトリアージの概念が適用されうる事態であり」と述べている。

言うまでもなく、トリアージはフランス語の動詞“trier”(選別する)の名詞形であり、医学的には、フランス第二帝政下のクリミア戦争当時、フランスの軍医Dominique Jean Larrey男爵が軍事傷病者をhospital de triageで医学的な重症度により選別したことに始まる。トリアージは治療に必要な人員や器材、医薬品が十分量ないとき、それを誰に優先して用いるかを決定する資源配分にかかる営為である。それを患者の

医学的ニーズで決定するのが平等主義的トリアージ (egalitarian triage) であり、それ以外の要素 (たとえば患者の “social utility”) を加味して判断するのが功利主義的トリアージ (utilitarian triage) である。両者の歴史をまとめた論文²⁾によれば、平等主義的トリアージは倫理的葛藤が少なく、救急医療の現場はもとより戦場でも広く行われているとされており、功利主義的トリアージは例外的であるという。しかし、すべてのトリアージは明示的・暗示的に功利主義的であり、最大多数の最大幸福を企図しているという主張もある³⁾。

今回の「人工呼吸器配分提言」は、「救命の可能性がきわめて低い状態」に対して、①心停止時の心肺蘇生、②人工呼吸器の装着、③人工呼吸器の装着の継続、を差し控えることが提案されている。そして、「急性期医療における救命の可能性がきわめて低い状態」は「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～」の「終末期の判断」に例示されている4類型 (以下、「終末期4類型」) [①不可逆的な全脳機能不全 (脳死診断後や脳血流停止の確認後などを含む) であると十分な時間をかけて診断された場合、②生命が人工的な装置に依存し、生命維持に必須な複数の臓器が不可逆的な機能不全となり、移植などの代替手段もない場合、③現状の治療に追加的に行うべき治療方法がなく、近いうちに死亡することが予測される場合、④回復不可能な疾病の末期、例えば悪性腫瘍の末期であることが積極的治療の開始後に判明した場合]を参照することとされており、これらの類型はいずれも医学的に終末期と考えられる。また、「性別、人種、社会的地位、公的医療保険の有無、病院の利益の多寡 (例：自由診療で多額の費用を支払う患者を優先する) 等による順位づけは差別であり、絶対に行ってはならない。患者が医療従事者であるか否かは考慮しない」とも述べている。したがって、「人工呼吸器配分提言」は、ひとまず平等主義的トリアージと言えるであろう。

とはいえ「人工呼吸器配分提言」では、その「3：人工呼吸器装着についての本人の意向の確認」節の2項で「実際に人工呼吸器が必要な状態になった場合」に、①人工呼吸器による治療を継続しても救命の可能性がきわめて低い状態になった場合には人工呼吸器を取り外すこと、②より救命の可能性が高い患者に使用するため、人工呼吸器を取り外すことがありえること、等を人工呼吸器を装着する段階で患者本人に説明するものとしており、さらに「人工呼吸器を用いた集中治療をつくしても救命の可能性がきわめて低い状況になった場合には、人工呼吸器を取り外すことを基本とする」、「人工呼吸器が払底した状況下においては、人工呼吸器の再配分は許容される」としており、人工呼吸器装着中の患者から人工呼吸器を取り外し、他の患者に人工呼吸器を装着するという「人工呼吸器の再配分」が「人工呼吸器配分提言」の最大の特徴である。この背景にある思想は、明らかに最大多数の最大幸福であり、この観点からは、「人工呼吸器配分提言」は功利主義的トリアージでもあると言える。

3. 人工呼吸器の取り外し・再配分

「人工呼吸器配分提言」では、ここからさらに踏み込んで、「救命の可能性がきわめて低いとまでは言えない患者から、人工呼吸器の再配分のために人工呼吸器を取り外す場合には、本人の同意 (本人の事前の意思表示や家族等による意思の推定を含む) を前提とすることを原則とする」ことを提唱しており、「終末期4類型」のような、治療を継続しても救命・生命の存続が困難であることが医学的に推定しうる状態よりも広く、重症患者から人工呼吸器を取り外すことを許容している。これを少しく換言すれば、「人工呼吸器配分提言」は、治療を継続すれば救命・生命の存続の可能性のあることが医学的に推定できる場合にも、人工呼吸器を取り外すことを許容しているということになる。

「人工呼吸器配分提言」の推奨事項を今一度整理するならば、1)人工呼吸器を装着する直前の段階で当該患者に対し、いったん装着した人工呼吸器を外し、他患に人工呼吸器を譲る可能性があることを承諾させる、2)いったん装着した人工呼吸器を外す対象となる患者は、救命・生命の存続が困難な人のみならず、治療

を継続すれば救命・生命の存続の可能性のある患者を含む、ということになる。

1)は、a)人工呼吸器を装着する直前の段階（すなわち、循環・呼吸動態が危機的な状況である）という意思能力の著しく減弱した状態で、当該患者に自身の生命維持に関わる重大な意思決定をさせる、b)重症身体疾患で治療を受けるという、医療従事者に対し患者が従属的な状態にある時に、患者にとって不利な判断を優越的立場にある医療従事者が他患に対し利他的であれと言って要求する、という点で極めて非倫理的であり、また、当該患者の意思表示が果たして自由意志の反映なのか否かに疑問が残る。また、人工呼吸器を取り外すこと自身、患者の生存可能性を著しく低下させること（死期を早める）であり、自身に装着された人工呼吸器の将来的な取り外しについて応諾させることは、将来的に病状が好転しない場合での自死の選択を事前に判断させるに等しく、自死の宗教的・社会的含意や個人人の人生観・信条に深く関わる問題に対し、生命に対する差し迫った危険のある状況において短時間でその意思決定を患者に迫ることになる。

2)は、まず、a)救命・生命の存続が困難な人の人工呼吸器を外す行為は、明らかに消極的安楽死であり、法的・倫理的に論争のあるところである。これを「人工呼吸器配分提言」では、「COVID-19の感染爆発時における人工呼吸器の配分を判断するためのフローチャート」の形で定式化して推奨しており、消極的安楽死に係る長年の法的・倫理的議論を捨象している他、人工呼吸器を外すという判断をする者たちの良心の葛藤がこのような定式化がされていない場合よりも生じにくい可能性がある（むしろ「人工呼吸器配分提言」は、厳しい倫理的判断を行わなければならない者たちの倫理的葛藤を低減することを企図しているのかもしれない）。さらに、b)治療を継続すれば救命・生命の存続の可能性のある患者の人工呼吸器を外す判断を行うことをも許容しており、消極的安楽死よりも一歩踏み込んだ（あるいは、越えてはならない一線を越えた）ものであり、その正当性は厳しく問われなければならないであろう。ここで医学的に留意すべきことは、人工呼吸器装着中には、多くの場合、装着に伴う患者の苦痛を軽減するために、薬物的鎮静が併用されていることである。すなわち、人工呼吸器装着中の患者は、死に勝るような耐え難い肉体的苦痛でその尊厳や生命の質が著しく低下しているのかどうか。よしんば尊厳や生命の質が著しく低下しているとしても、それを患者本人ではなく、他人が判断することは果たして正当なのか。こうした問題を検討するには、尊厳死やパーソン論、優生思想との関連性の観点から、「人工呼吸器配分提言」を厳しく吟味しなければならないであろう。

言うまでもなく、「人工呼吸器配分提言」では、「急性期医療における救命の可能性がきわめて低い状態」は「終末期4類型」を指すものとされているが、これら4類型に患者が該当するか否かの判断の信頼性（なかならず再現性）はどうなのであろうか（4類型判断の再現性に関する科学的データは存在するのか）。「人工呼吸器配分提言」では「救命可能性の判断は、医療・ケアチームが、個別の患者の容体に応じて、救急医療・集中医療の分野で広く共有された重症度の指標等を用いて恣意的にならないように慎重に行うとともに、判断のプロセスを適切に記録しなければならない」と述べているが、個別の「救急医療・集中医療の分野で広く共有された重症度の指標等」は実臨床で、どれほど妥当性（内容的妥当性、基準関連妥当性、構成概念妥当性のいずれもについて）があるのだろうか。これについても丁寧な議論が必要であろう。これはトリアージでは、overtriageやundertriageといったtriage errorがつとに問題となり、時にトリアージの精度が検証に晒される⁴⁾ことを考えれば、自明のことである。

人工呼吸器取り外しや再配分の判断が正しいことを、果たしてどのように担保するのであろうか。「人工呼吸器配分提言」では、人工呼吸器の取り外し・再配分の正当性を担保する仕組みとして、「患者の生命の短縮につながる判断は、医療・ケアチームとして行い、検討内容を診療録に適切に記録するとともに、可能な限り患者やその家族等と共有する。また、医療・ケアチームとして判断を行うことが困難な場合には、倫理コンサルテーション等を活用するなど、医療・ケアチームの外部に支援を求める」ことや、「病院長は、上記のプロセスに加えて、どのような場合に病院倫理委員会や病院長の判断を事前に仰ぐ必要があるのか、

病院としての方針をあらかじめ決定し、医療現場に周知することが望まれる。また、定められたプロセスに従って導き出された判断および行為について、病院長は最終責任を負う」といった集合知による判断と適正手続き (due process) を想定している。だが、人工呼吸器の取り外し・再配分に係る個別の判断の正当性や人工呼吸器の取り外し・再配分後の状況 (人工呼吸器が取り外された患者がその後、どのような経過を辿ったのか、また、人工呼吸器の再配分を受けた患者が予測通りに救命できたのか) についての審査 (内部審査・外部審査とも) や、判断を行った者たちに対するそうした審査に基づくフィードバックを「人工呼吸器配分提言」では求めてはいない。すなわち、人工呼吸器の取り外し・再配分の判断が大きく誤っていた場合に、その後も集団として同じ過ちを繰り返す可能性があるのである。集合知は往々にして、衆愚に傾くことに警戒が必要である。

さらには、人工呼吸器の取り外し・再配分には、当然ながら利益相反の問題がある。これは各ステークホルダーが利益相反を開示すれば十分ということではなく、共通の利益 (commonality of interest) の観点からの検証も必要となろう。これは人工呼吸器を取り外す患者や再配分を受ける患者と当該患者の治療にあたる医師あるいは病院幹部とが旧知の間柄であるとか、患者が各医療機関にとって特別な配慮を要する重要人物であったりする場合を想像すれば、その重要性が理解できるであろう。「人工呼吸器配分提言」では確かに、「性別、人種、社会的地位、公的医療保険の有無、病院の利益の多寡 (例：自由診療で多額の費用を支払う患者を優先する) 等による順位づけは差別であり、絶対に行ってはならない」と述べてはいる。しかし、そうした差別を行っていないことを証明することは可能なのだろうか。あるいは差別が行われにくいようにする公平なシステムが構築されていないところでは、この言明は空疎である。それは生命倫理を学ぶものであれば、移植臓器でいかに公平な配分を担保するためのシステム構築に腐心しているかに思いたせば、容易に分かることだと思う。

4. おわりに

「人工呼吸器配分提言」は、医学的に終末期と考えられる患者に対し人工呼吸器の使用を差し控え、その選択に種々の社会的条件を斟酌することを現に戒めている点で基本的に平等主義的トリアージだが、人工呼吸器の再配分を推奨する点で、功利主義的トリアージである。しかし、功利主義の発露としての人工呼吸器取り外し・再配分が、結果的に功利主義の根本原理である「最大多数の最大幸福」(功利性原理) として実現されたのかどうかを判断するメカニズムが「人工呼吸器配分提言」には含まれていない。だが、「人工呼吸器取り外し・再配分」は功利主義に基づいており、判断し実行した者は結果責任を負うべきであろう。

「人工呼吸器配分提言」は、人工呼吸器を装着する直前に、将来的な人工呼吸器の取り外しという、患者に複雑かつ重大な意思決定を強いるものであり、そうした状況下における患者の意思能力や医師患者関係を考えれば、将来的な人工呼吸器の取り外しを当該患者が応諾することは、患者の自由意志による判断であるとは考え難い。

救命・生命の存続が困難な人の人工呼吸器を外す行為は消極的安楽死に相当し、未だその正当性には議論のあるところである。それを「人工呼吸器配分提言」では災害時医療におけるトリアージとの類推で正当化しており、大きな疑問を感じる。さらに、治療を継続すれば救命・生命の存続の可能性のある患者の人工呼吸器を外す判断を行うことをも「人工呼吸器配分提言」は許容しており、生命倫理的には、尊厳死やパーソン論、優生思想といった観点からの批判も可能である。

「人工呼吸器配分提言」では、救命の可能性がきわめて低い状況における人工呼吸器の取り外し・再配分を是としているが、そうした判断を行うのであれば、厳密な基準を明示した上で、その基準の精度やその基準を用いた時のアウトカム (生命予後・生命の質、医療経済、患者や医療従事者の内的・外的経験を含む) を量的・質的に評価しなければならない。しかし、そのようなメカニズムは「人工呼吸器配分提言」では取

り入れられていない。

「人工呼吸器配分提言」では、人工呼吸器の取り外し・再配分の正当性を担保する仕組みとして、集合知や適正手続きを想定しているが、集合知は必ずしも正当な判断には結びつかず、往々にして共同責任は無責任 (Everybody's business is nobody's business) となりうる他、いかに手続きが適正であったとしても、結果が悪ければ、判断した者は責を負うべきである。

以上、「人工呼吸器配分提言」を臨床医として批判的に吟味し卑見を述べた。諸氏からのご批正を乞うものである。

利益相反

本稿に関し、筆者には申告すべき利益相反はない。また、本稿は学術研究として公表された文献を用いたレビューであり、個人を特定可能な情報を含まない。

文 献

- 1) 生命・医療倫理研究会. COVID-19の感染爆発時における人工呼吸器の配分を判断するプロセスについての提言. 令和2年3月30日 [cited 2020 Apr 3]. Available from: http://square.umin.ac.jp/biomedicalethics/activities/ventilator_allocation.html
- 2) Baker R, Strosberg M. Triage and equality: an historical reassessment of utilitarian analyses of triage. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 1992; 2(2): 103-23.
- 3) Childress JF. Triage in response to a bioterrorist attack. In: Moreno JD, ed. *In the wake of terror: medicine and morality in a time of crisis*. Cambridge: MIT Press; 2003. p77-93.
- 4) Najafi Z, Abbaszadeh A, Zakeri H, Mirhaghi A. Determination of mis-triage in trauma patients: a systematic review. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2019; 45(5): 821-39.

(投稿日：2020年4月25日)

(Preprint, ver. 1.0 公表日：2020年4月27日)

(受理日：2020年5月25日)

(公表日：2020年6月15日)

A critical appraisal of the recommendation on the allocation of artificial respirators during the COVID-19 outbreak in Japan

Takeo Saio

Department of Internal Medicine and Psychiatry, Fuji Toranomon Orthopedic Hospital
K&S Consulting Office for Occupational Mental Health

Abstract

In March 2020, the recommendation on the allocation of artificial respirators during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in Japan (the Recommendation) was issued by a research group on ethical, legal, and social implications (ELSI) in Japan. Soon after, the Recommendation was introduced to the public by an influential bioethicist, who is one of the committee members of the governmental Novel Coronavirus Expert Meeting, during their press conference in April. The Recommendation compares the COVID-19 outbreak to a disaster, which justifies incorporating medical triage of COVID-19 patients to allocate respirators. It advocates not only withholding the use of artificial respirators from patients apparently in terminal stage, but also encourages the removal of respirators from patients whose possibility of survival are either extremely or relatively low, and gives the removed respirators to other patients whose possibility of survival are relatively high. We evaluated the Recommendation and found that: 1) it is essentially based on egalitarianism, however, the allocation policy of respirators is based on utilitarianism; 2) it might coerce patients to permit future removal of their respirators immediately before using them; 3) the policy of removing respirators from patients whose possibility of survival are extremely low resembles controversial passive euthanasia; 4) as it also admits the removal of respirators from patients whose possibility of survival are relatively or extremely low, its justifiability is dubious from the viewpoint of bioethics; and 5) its rightfulness is backed by collective intelligence and due process which could not guarantee its outcomes.

Rinsho Hyoka (Clinical Evaluation). 2020 ; 48(1) : 161-6.