ISSN 2433-8443

CBEL REPORT

Interdisciplinary Bioethics Research in Japanese and English

Volume 3
Issue 1

CBEL Report Volume 3, Issue 1

By The University of Tokyo Center for Biomedical Ethics and Law

All contents are **OPEN ACCESS.**

CBEL Report Volume 3, Issue 1: Contents

研究論文 -Regular Articles-

[1] COVID-19パンデミック下における不妊治療の停止と公衆衛生倫理上の諸問題
山内里奈・遠藤菜々子・塚原遊尋

[18] ポリファーマシーの要因と対策に関する倫理的考察
浅井篤・田中雅之・大北全俊・尾藤誠司・大西基喜・門岡康弘

招待論文 -Invited Articles-

[30] 医療機器を譲る行為は、称賛すべき行為か？
青木耀平

[38] COVID-19対策からみるパンデミック下における公衆衛生専門家のあるべき振る舞いとは
今村史悠

[55]「新しい生活様式」の普及に関する考察
遠藤卓也

[63] 精神科領域におけるピアサポーターが専門性を持つことはいったい何なのであろうか
芝本祐太

[69] オンライン診療でどのように信頼関係を築くか
前村叶基

短報 –Letters-

[76] 子どもの意見を「聴く」仕組みの構築に関する提言
稲葉治久

[77] ジャーナルインフォメーション（日本語＆英語）

CBEL Report Volume 3, Issue 1: Contents

Regular Articles (in Japanese)

Issues around Infertility Treatment Suspension during COVID-19 Pandemic; from the Viewpoint of Public Health Ethics

Rina Yamauchi, Nanako Endo and Yujin Tsukahara

Ethical Considerations on Factors of and Measures against Polypharmacy

Atsushi Asai, Masashi Tanaka, Taketoshi Okita, Seiji Bito, Motoki Ohnishi and Yasuhiro Kadooka

Invited Articles (in Japanese)

Should It Be Praised to Give up Your Medical Equipment to Save Others' Life?

Yohei Aoki

The Role of Public Health Experts amid Pandemics: Lessons from the COVID-19 Pandemic.

Shiyu Imamura

An Examination of Ethical Issues Regarding "New Lifestyle" in Japan During the COVID-19 Pandemic.

Takuya Endo

What Does It Mean That Peer Supporters Have Specialty in Psychiatric Support?

Yuta Shibamoto

Tips of Building a Trusting Relationship in Online Medical Treatment

Kanaki Maemura

Letters (in Japanese)

Proposal for Developing a Framework of "Listening" to Children's Opinion

Haruhisa Inaba

Journal Information (in Japanese & English)

CBEL Report Volume 3, Issue 1

Regular Article

COVID-19 パンデミック下における不妊治療の停止と公衆衛生倫理上の諸問題[1]

山内里奈（東京大学医学部）
遠藤菜々子（東京大学医学部）
塚原遊尋（東京大学教養学部）

Abstract：

2020 年 3 月、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大を受け、アメリカ生殖医療学会（ASRM）が発表した不妊治療の一時停止を推奨するガイドラインは、その後幾度も修正を重ねることになった。その背景には、反対する患者・医療提供者による署名運動や、400 人の専門家による不妊治療提供者連合（FPA）の設立などの影響があったと考えられる。不妊治療の非常事態下での停止においては、その医療サービスに関わる時間的制約性や公共サービスとしての不可欠性、また患者の自律の尊重などの観点と、患者・医療提供者のリスクの軽減、資源分配の最適化などの観点を考量する必要があり、専門家組織による情報発信に際しては、治療を希望する患者が置かれている状況に言及し、患者の情報の受け取り方を考慮したコミュニケーションが求められる。一方、日本ではアメリカのようなレベルでの医療の逼迫は生じてこなかったが、今後同様の事態が生じた場合には、状況に応じた柔軟な方針転換や患者に寄り添う情報発信が重要となるだろう。

キーワード：COVID-19、不妊治療、ASRM、公衆衛生倫理

In March 2020, in response to the rapid escalation of the COVID-19 pandemic, the American Society for Reproductive Medicine (ASRM) published a guideline that recommended the suspension of all non-urgent infertility care cycles during the pandemic, which created a major controversy around the country. Following the organization of Fertility Providers Alliance (FPA) and a signature-collecting campaign led by patients and healthcare providers, ASRM released several updates of the guideline, which amended some of its former explanations. By analyzing the transition of these guidelines, this paper comes to grips with some of the points necessary to consider regarding fertility treatment suspension in an emergency, such as time sensitivity; public essentiality of the treatment; respect for patient's autonomy; mitigation of the risk for patients and healthcare providers; and equality of distribution of

[1] 本論文は東京大学医学部健康総合科学科 2020 年度 S セメスター開講「公衆衛生倫理」の枠内で執筆された。論文の分析対象は 2020 年 6 月下旬までの状況であり、COVID-19 に関する内容は最新のものとはならない。脚注は 1, 2, … 文献番号は 1), 2), …. と記述した。

medical resources. Also, the paper argues that when an expert organization sends a message in an emergency, it is required to consider how patients would receive it, showing solidarity with them who are amidst the difficult situations. Finally, it draws out several suggestions for Japanese society such as the necessities of flexibility and appropriate risk communication, as Japan may experience similar situations in possibly forthcoming second and third waves of the pandemic.

Key Words: COVID-19, Infertility Treatment, ASRM, Public Health Ethics

1. はじめに

2020 年 3 月 17 日、アメリカ生殖医療学会（ASRM）は、「COVID-19 パンデミック下における患者の管理と臨床上の助言」というガイドラインを一般に公開した [1)]。その中で、ASRM は、臨床医や不妊治療提供者に対し、既に開始されている治療サイクルや急を要する（urgent）施術については継続を、排卵誘発剤の投与や人工授精（IUI）、体外受精（IVF）などの新規治療サイクルについては開始の一次停止を勧告し、胚移植や延期可能な全ての手術・検査・診察等の延期およびオンライン診療への移行等を推奨した[2]。この発表に対し、患者や不妊治療の提供者は即座に反対運動で応答し、報道を通じて世間の注目が集まる中、ガイドラインの内容に抗議するオンラインの署名サイトには即座に 2 万筆の賛同が集まった。さらに、ASRM に対抗する不妊治療提供者連合（FPA）という組織が設立されると、すぐさま 400 人を超える専門家がそちらに合流するなど、専門家組織としての ASRM のあり方にも動揺が走った。ASRM のガイドラインがこのように大きな反響を巻き起こした理由はどこにあるのだろうか。

前提として、アメリカでは不妊治療やさまざまな生殖補助医療（ART）の普及が進んでいるという事情がある[3]。例えば、全米の出生数のおよそ 2% に体外受精などの ART が関わっているとされ、成人の 3 人に 1 人が「自分が不妊治療を受けたことがあるか、不妊治療を受けたことがある人を知っている」とされるなど [3), 4]、アメリカでは不妊治療や ART が、一般的な選択肢となりつつある。

その一方で、ART の市場化や産業化 [5)] に関しては様々な議論があり、例えば、卵の提供に関するグローバルな搾取構造の存在や [6)]、卵・精子市場における優生思想や遺伝子主義（geneticism）の混入 [7)] を巡って批判が投げかけられている[5]。また、不妊治療が特定の家族規範の再生産を主導していると

---

[2] なお、このガイドラインは法的な強制力を持ったものではなく、あくまでアメリカ生殖医療学会が会員である生殖医療提供者に対して行った勧告という形式を取っている。ただし、アメリカの生殖医療提供者のほとんどが ASRM に加入していることや、ガイドラインの持った社会的影響を考えると、患者への影響は実際には非常に大きかったと考えられる。

[3] ただし、不妊治療の件数や出生数に対する割合だけなら日本の方が多い [2)]。

[4] ただし、排卵誘発剤の使用などは通常 ART に含まれない [4)]。IUI や IVF などを中心としてこの数字（出生数の 2%）である、ということに注意が必要である。また、ART が医療保険適用される一部の州ではこの割合はさらに高く、全出生のおよそ 4.5%が何らかの生殖補助医療によるとされる（マサチューセッツ州など。）[3)]

[5] とりわけ卵・精子提供者のプロフィールから「望ましい特性」を巡る文化的・社会的規範が再生産されているという批判については、真剣に受け止める必要があるだろう [6)]。また、こうした選別について、「生きるに値する生」と「値しない生」の弁別という意味では、生政治的状況であるとも言える [8)]。また、本論文では踏み込まないものの、アメリカでは既に代理母出産が認められていることに注意が必

捉えることもでき、不妊のカップル・個人に対し、「不妊治療をして血のつながった子どもを持たなければならない」という規範を与えている可能性もある。また、不妊治療の多くが高額のため、主に白人富裕層しかアクセスできないものになっているという指摘も重要である[3), 6]。

しかしながら、不妊症の患者にとっては、不妊治療が遺伝的つながりのある子どもを持つという希望を叶える唯一の方法であることも忘れてはならない。国際的にも、世界保健機関（WHO）の文書やカイロ行動計画では、法的拘束力はないながらも「全てのカップル・個人が自由に子どもの人数、場所、タイミングを決める権利があり、そのための情報や手段を提供すべき」と明言されている[9), 10)]。カップル・個人が自律的に判断した結果として、不妊治療をする選択もしない選択も同様に尊重されるべきであり、そのためには少なくとも選択肢として、不妊治療が提供されアクセス可能である必要があると言える。平等なアクセスのためには公的な金銭的サポートが不可欠であるという議論もある[11)]。

こうした現状を踏まえ、本論文では、ASRM のガイドラインとそれに対する社会の反応、およびガイドライン改訂に至るアメリカでの流れを記述し、公衆衛生政策における自由と介入のバランスについて、公衆衛生倫理学の枠組みを用いて分析する。その際、不妊治療に特有の時間的制約性や自然妊娠との平等という論点や、感染リスクと妊娠可能性をめぐる責任の所在という科学技術社会論の論点にも踏み込んで考察を行う。さらに、ゴスティンの公衆衛生倫理学の三分類に言う「専門職の倫理」や「アドボカシー倫理」を念頭に、非常事態における専門家組織の情報発信について検討する。その上で、日本において今後、COVID-19 感染拡大を要因とする激しい医療逼迫が生じた際の、行政や専門家組織の不妊治療に関する望ましいあり方について示唆を引き出す。

第 2 節・第 3 節では、ガイドラインとそれに対する患者・医療提供者側からの言説の内容に即して、感染の封じ込めや医療資源保存などの公衆衛生上の概念を取り出した上で、その後の改訂において、不妊治療の時間的制約性や不可欠性といった観点が前景化していった過程を記述し、ガイドラインの内容との整合性や改訂に与えた影響を評価する。また、第 3 節では、非常事態における専門家組織からの情報発信のあり方についても言及する。続く第 4 節では、ASRM のガイドラインを巡る公衆衛生倫理上の対立の構造を整理し、アメリカでの事例が今後の日本にどのような示唆を与えるかを検討する[7]。

要である。

[6] この点は「不妊治療は白人富裕層の贅沢品である」という言説に直結しており、本論文の扱う議論を一層複雑にしている。本論文では十分に行うことができなかったが、所得や教育歴、人種、ジェンダー、宗教、居住地、政治的選好などを踏まえたインターセクショナルな読み解きを、今後の課題としたい。

[7] なお、本論文では不妊治療の希望者や治療を受けている人のことを患者と総称する。これは、ASRM のガイドラインをはじめ、参照する多くの文献と表記を揃えるためのものであって、「不妊」をめぐる多様で複雑な経験を一様に医療化しようとする意図に基づくものではない。

2. ASRM のガイドラインとそれに対する反応の分析

すでに述べた通り、ASRM は 2020 年 3 月 17 日、不妊治療の新規治療サイクルの一時的な開始延期を勧告するガイドラインを発表した[8]。

このガイドラインは、患者や医療者のリスク軽減や医療資源保存の必要性を訴えるものであったが、反面、不妊治療の時間的制約性については、補足的に言及するのみであった。しかしながらその後、ガイドラインが改訂されていくにつれ、当初は目立たなかった時間的制約への言及が前景化していき、不妊治療の医療サービスとしての不可欠性という表現も盛り込まれるようになる。表 1 は、ASRM のガイドラインと 5 度にわたる改訂の内容と患者・医療提供者による主張を時系列順に筆者らがまとめたものである。本節では、このようなガイドラインの背後にある論理や、各改訂版における表現の変遷に着目し、分析・評価を行っていく。

表 1：ASRM ガイドラインの変遷と患者や医療提供者からの反応

日付	出来事	内容
3 月 17 日	ASRM ガイドライン	・急を要しない全ての新規治療サイクルの一時中断を推奨。患者とスタッフのリスク軽減と、医療資源保存の必要性が強調された。治療の時間的制約への言及はほとんどなく、不妊治療継続の必要不可欠性についての言及もなかった。
3 月 20 日	ビバリー・リード（不妊治療専門医）によるオンライン署名運動	・不妊治療を受けていない人には妊娠の回避・避妊を求めるガイドラインがなく、平等ではない。 ・一部の女性にとって不妊治療や評価を遅らせることは、その女性の妊娠機会を奪うことになる。 ・ASRM ガイドラインは生命倫理の 4 原則のうち、正義・自律尊重・無危害の 3 つを著しく無視したものである。
3 月下旬	不妊治療提供者連合（FPA）の設立・意見書発表	・不妊治療クリニックは、COVID-19 の患者の治療に使われる可能性のある臨床資源を流用したり、病院のキャパシティを減らしたりすることはない。 ・不妊治療を患者にとって「不急」または「延期可能」な治療として認めることを拒否。

[8] このガイドラインは、ASRM の会員である生殖医療提供者に対する（強制力を持たない）勧告として発表された。その背景には、3.4 で論じる「学会の社会的責任」[1)]という文脈があったようである。これに対し、例えばニューヨークの人間の生殖に関する研究センター（CHR）は、患者の自己決定権の尊重を表明しつつ、ガイドラインに賛同した上で、緊急の患者のみに治療を限定する、という方針を公表している[47)]。

3 月 30 日	ASRM ガイドライン改訂版 #1	・不妊は病気であり、不妊治療は不要不急ではないと明言。治療の時間的制約や患者の経済的苦境への配慮の必要性を公に表明した。
3 月下旬から 4 月	各メディアで患者の露出が増加	・ASRM の制限に触れつつ、個別の患者の悲しみや、時間的制約などを紹介。
4 月 3 日	RESOLVE（当事者団体）の声明	・医師と患者のコミュニケーションが重要であるとし、自分の治療について主治医に質問することを勧める。
4 月上旬	コロンビア大学の研究者らによる調査論文の発表	・COVID-19 パンデミックを受け、半数が治療を中止。 ・不妊治療を中止した患者のうち 96%が動揺を表明、そのうち 22%が子どもを失うのと同等の経験と評価した。
4 月 13 日	ASRM ガイドライン改訂版 #2	・パンデミックの長期化を念頭に、段階的な治療再開に向けた戦略策定を行うことを宣言。不妊治療は本質的で不可欠な医療サービスであるとの文言が登場した。
4 月 24 日	ASRM ガイドライン改訂版 #3	・時間的制約のさらなる強調。3 月からの治療の遅れによる患者への影響に言及し、治療再開に関するガイドラインを初めて公開した。
5 月 11 日	ASRM ガイドライン改訂版 #4	・3 月 17 日以降の ASRM の対応を正当化。治療再開を認める方針を継続した。
6 月 8 日	ASRM ガイドライン改訂版 #5	・これまでの経緯を復習。補完的情報を提供した。

2-1. ASRM のガイドラインに批判的な運動・団体

ガイドライン発表から 3 日後の 3 月 20 日、不妊治療専門医のビバリー・リードは、オンライン署名サイト（Change.org）での署名運動を開始した[12)]。この運動は、ASRM の方針を批判し、9 つの提言を行ったもので、短期間に 2 万筆以上の署名を集めるなど、非常に強い影響力を持った。

また、ASRM の方針に反対を表明した団体として、不妊治療提供者連合（FPA）がある。FPA はヘルスケア起業家の T・J・ファーンズワースにより、不妊治療停止の撤回を求めてガイドライン発表直後に設立された専門家組織である。設立から一週間以内には、アメリカで診療を行っている不妊治療提供者の 3 分の 1 近くを占める 400 人が参加し、5 月初旬には会員数は約 500 人にまで増加

した[13]。ただし、規模を拡大する FPA については、その存在を危険視する向きもある。例えば、人間の生殖に関する研究センター（CHR）は、FPA の設立委員会が経済的利益を持つ投資家主導で構成されており、自らの利益のために主張しているのではないかと疑念を示している[14),15),9]。不妊治療が巨大な産業を形成していることを考えると、ASRM のガイドラインを批判する側の主張も、患者の尊重を根拠とするものだけではなく、立場性の強いものであることに注意が必要だろう。

2-2. 中立的な患者団体と市民の声

一方この期間、不妊症の当事者団体である RESOLVE は、目立った動きを見せていない。4 月 3 日に、患者に医療提供者との個別の相談を勧めた以外[16]、RESOLVE は ASRM のガイドラインに関して中立的な立場を取っている[10]。ただし、この団体が代弁すると述べている[11]、COVID-19 下における不妊治療患者の実態や声が、間接的に ASRM による画一的な不妊治療の停止を批判する動きにつながったと考えることもできる。

実際に、3 月下旬から 4 月にかけて、アメリカのメディアにおける不妊治療患者の露出は高まっていた。例えば 3 月 20 日の CNN[19]や Business Insider[20]の報道では、ASRM の制限に触れつつ、不妊治療を望む家族の悲しみや焦りが紹介されている。また、4 月上旬には、アメリカで ASRM のガイドラインが患者に及ぼした精神的影響を調査した論文が発表された[21]。これらの個別的な報道や調査の影響力を量ることは難しいが、ASRM の方針に批判的な世論の形成に、一定の影響を及ぼしたと考えることができるだろう。

2-3. 時間的制約と延期可能性をめぐるポリティクス

ASRM のガイドラインに対する批判は、何よりも時間的制約を中心とする政治的駆け引きとして分析できる。2020 年 3 月 17 日のガイドライン[1]において、ASRM は不妊治療のうち「急を要するもの」と「不急なもの」があるとした上で、全米で感染拡大が進む中、「感染症の症状の深刻さ、感染者数、資源の供給不足などにより、不妊治療［のうち不急なもの］を含む全ての不急のケア（non-urgent care）の停止が必要となっている」（［ ］内引用者）と呼び掛けた。その上で、一部手術を含む全ての選択的・延期可能（elective）な治療について、当面の間、実施を見合わせることを生殖医療提供者に求めたのである。

ASRM は、延期可能（elective）な治療という概念を「患者に不必要なリスクを与えることなく治療を延期できること」と説明している[22]。それに対して、リードの署名運動は、治療の延期による妊娠可能性の低下を ASRM の方針によって与えられる「害」と捉え[12]、「不妊治療は延期可能・不急

---

[9] なお、文献(15)内の FPA の letter に関して、FPA によって公式に発信された原文は発見できず正式な引用元はなかったため注意が必要である。しかし、文献(15)の筆者が参照したのはこのバージョンであると考えられるためこの論文では採用することとした。

[10] RESOLVE は 1974 年に設立された歴史ある団体であるが[17]、ARSM と協力関係にあることから[18]、ガイドラインについて事前に何らかの折衝が行われていた可能性もある。本論文の射程を超えるが、RESOLVE と ASRM の関係については、研究への患者・市民参画（PPI）や不妊治療規制に関するロビイングなど、より多様な観点からも論じられるべきだろう。

[11] “As the voice of the patient, RESOLVE serves as an important bridge to doctors, policy makers, companies, government agencies, and medical societies.” 4/3 の RESOLVE の web サイトでの声明[16]より。

[12] 署名活動[12]では、年齢に従って不妊治療の成功率が下がることを挙げ、治療を延期することは患者に害(harm)を与えることになり、Nonmaleficence(無危害)原則に反すると述べている。ここでの「害」

ではない」と反論した。たしかに不妊治療では、加齢により身体的な時間的制約がある者はいるだろう。CDC の調査によると 2017 年において胚/卵移植が実際の児誕生につながった割合は 35 歳以下では 48.5%であるのに対し、35-37 歳では 43.0%,38-40 歳では 35.8%と年齢に従って低下している [23)]。また、 FPA は「延期可能・不急だとすることは ASRM のこれまでの主張と矛盾する」と述べて反論しているが[13]、ここには FPA 側によるガイドラインの誤読も見られる。ASRM のガイドライン内容が「不妊治療のうち緊急でないものの停止」の推奨であったにも関わらず、FPA の反論は「不妊治療を全面的に不急（non-urgent）かつ延期可能（elective）な医療行為とすることは不当である」という、やや食い違ったものとなっている [15)]。しかしながら他方で、ASRM のガイドラインがそのようにも読める不明瞭なものであったことは確かであり、この点は批判されて然るべきだと考えられる。

また、同時に不妊治療患者の中には数カ月治療を延期しても、妊娠可否に大きな影響を及ぼさない患者も存在することが考えられるため、ASRM の主張も完全に妥当でないとは言えない。とはいえ、どのような治療や患者が医学的に延期可能か、どの程度の影響が許容されるかは患者の年齢・身体状態など個別的な状況に依るものであるため一律的に決定するのは困難であり、「不急」を基準として治療の中止を求めるのは混乱を招く表現だったとも言えるだろう。

また、治療のタイムリミットをめぐる患者の主観的な時間感覚は、医学的・身体的な時間的制約とは本質的に異質な次元で展開されており、仮に医学的に「不急」であることが認められたとしても、患者が同じように「不急」と感じるとは限らない。そうした中で「不急」という表現を配慮なく使用したことは、批判されて然るべきと考えられる。

実際にアメリカの多くの保険では金銭的補助の年齢の上限が設けられており、高額な不妊治療を受ける患者は、こうした年齢の上限によって身体的な理由のみならず、経済的な理由から焦燥感を感じることもあるだろう [24)]。前述したコロンビア大学の調査では、回答者の約 2 割が治療の延期は子どもを失う経験に等しいと回答した。専門家による医学的・医療的な緊急／不急の線引きと、患者が実際に経験している主観的な時間的制約性の乖離に注目する必要があるだろう。

実際、そうした批判に呼応するように、3 月 30 日の改訂版#1 では、「不妊は病気（disease）であって、不妊治療は選択的・随意に延期可能（elective）なものではない、ということを ASRM は引き続き強調する[14]」とするなど、時間的制約への配慮[15]や患者の経済的苦境への配慮を前面に出すようになったと考えられる。

は、ASRM の言う「不必要なリスク」に似た概念であるようにも読める。

[13] “Infertility is a disease. The reproductive health community has fought diligently to recognize infertility for what it is: a disease state that includes…” “If we interpret this statement to indicate that all ovulation induction,…, and gamete cryopreservation cycles are ‘elective,’ we immediately forfeit the very definition of infertility as a disease” FPA の letter[15)]より。実際に ASRM の Committee は以前に文書内で infertility is a disease と明言している [52)]。

[14] ただし、ガイドラインの原文に「不妊治療は選択的・随意に延期可能（elective）なものではない」という強調は無いことから、#1 での「引き続き」という言葉の使われ方は、過去の事実の歪曲による自分たちの主張の正当化、と批判されても仕方のないようなものに見える。

[15] なお、3 月 17 日のガイドラインも不妊治療の「時間的制約性」に言及していないわけではない。しかし、言及はあくまで患者の「妊娠に対する時間的制約のある（time-sensitive）切望」を理解している、という形でなされただけで、医学的な時間的制約性が論じられたわけではなかった [1)]。

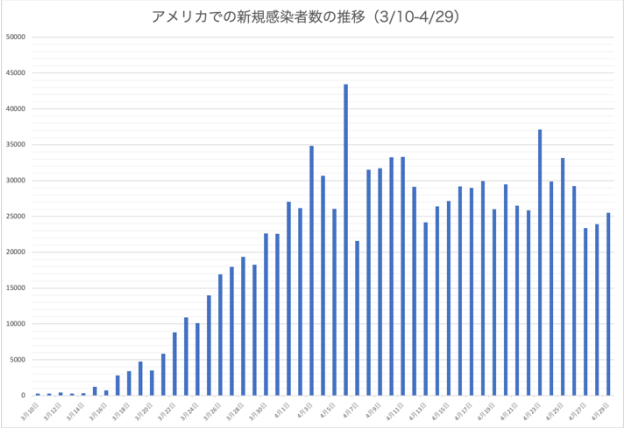
2-4. 感染リスクに関する自己決定と自己責任

ガイドラインが発表された前後のアメリカでは、新規感染者の指数的増加が観測されていた。3 月 15 日には初めて全米での COVID-19 の新規感染者数が 1000 人を超し、さらに 24 日には 1 万人、30 日には 2 万人を超していた（図 1）。不妊治療の開始延期を推奨する理由として、ガイドラインは、「感染の封じ込め、リスクの軽減、資源分配の最適化」という 3 つの「公衆衛生上の概念」を列挙しているが、これらはこのような危機的状況から要請されたものであるだろう。

なお、患者と医療提供者のリスクの軽減に関しては、ASRM の 3 月 17 日のガイドライン発表当時、すでに COVID-19 の妊産婦の重症化リスクが非妊産婦と変わらないという示唆は存在していた [10)]。一方、事例数が少ないため確実とは言えず、また妊娠早期の感染による胎児への影響は不明という状況であった[16]。こうした状況から、ASRM のガイドラインの中にも、患者・スタッフの感染リスク、妊娠中に COVID-19 にかかった際の重症化リスク、胎児への影響等を考慮して、治療延期を勧める、という旨が盛り込まれたものと思われる。専門家組織の「不確実性下の責任」としては、当時例えば COVID-19 によって胎児・新生児に深刻な後遺症が残る可能性が排除しきれなかった以上、「第 2 種の過誤」（問題があるのにないと言ってしまう過誤）を避けるために慎重になるのは妥当であるように思われる [27)]。

他方で ASRM のガイドラインは医療提供者を介して比較的強い勧奨を行っており、患者の自己決定に踏み込んでいると批判することもできる。ASRM のガイドラインのもとでは、治療を行う／行わないという選択肢の提示と、必要な情報の提供が行われていない。感染拡大の状況が如何に深刻であったとは言え、これでは自律した個人に対するパターナルな介入と批判されても仕方がない。しかしながら、患者の自己決定や自立・自律に関する新自由主義的な個人の責任主体化は、国や学会組織、医療提供者の責任を宙吊りにする方向に繋がることもある [28)]。また、患者の受診によって医療スタッフにも感染のリスクがある以上、患者の自己決定のみを尊重することはできないだろう。

したがって COVID-19 に関する感染リスクについての情報が不確実であった状況下において、専門家組織である ASRM のガイドラインがより感染リスクを避ける方向に強い介入性を持っていたことに関して、一概に自己決定権の侵害であると批判することはできない。



CDC のソースを元に筆者ら作成 [29)]

図 1：アメリカでの新規感染者数の推移(3/10-4/29)

2-5. 医療資源保存・感染の封じ込め

ガイドライン発表に先立つ 3 月上旬には、イタリアでの「医療崩壊」の様子がアメリカでも盛んに報道されるようになっており、「医療資源の最

[16] ガイドラインが発表された 3 月上旬より前の 2 月時点の研究であり、当時は胎児への垂直感染も観察されていなかった [25)]。なお、4/17 時点ではさらに多くの COVID-19 感染妊婦について調べた上で、重症化のリスクが非妊婦の感染者よりも低い可能性を示唆する研究が出ている [26)]。

適化」が重要な問題として議論されていた[30), 17]。また、とりわけ、3 月の前半頃から英語圏では医療崩壊を回避するための「流行曲線の平坦化（flattening the curve）」が盛んに論じられるようになっており[32)]、感染拡大期における「感染の封じ込め」の達成が課題となっていた[18]。こうした状況を背景に、ASRM のガイドラインも、資源分配の最適化や感染の封じ込めに言及したものと思われる[19].

これに対して FPA は、不妊治療の施設は独立した診療所が多いため、病床やスタッフが COVID-19 患者のために使用されることは考えにくいと反論している[15),20]。

FPA の議論は、不妊治療の中止が医療資源保存に本当に有効であるのか、という問題提起に収斂される。確かに、そうした有効性が否定されるのであれば、不妊治療の中止・延期に伴う不利益を（少なくとも医療資源保存を理由として）患者に負わせることに正当性は無い。しかし、ASRM の側からすれば、当時の情報が錯綜していた状況から、前述した第 2 種の過誤を避けるような判断として医療資源保存を強調したものと考えられる。

ただしここで、仮に不妊治療の中止が医療資源保存に有効であったとしても、不妊治療を制限して良いのか、という問題が生じる。これは、非常事態における医療資源の最適化を考える際に、どのような症状の人にどのような基準で資源を配分すべきか、という公衆衛生上の問題にも関連する[35)]。感染の封じ込めに関しても、根底には「社会全体の利益のために個人の自由が制限されうるのか」という論点が潜んでいると言えるだろう[35)]。さらに、COVID-19 のパンデミック下では、感染拡大の防止と重症者の救命という理由のもと、いわゆる都市封鎖や移動・外出の制限など各国で私権の制限が実施されてきた。本論文の射程からは離れるが、そうした個人の自由の制限の正当化に関しては、慎重な倫理的検討が必要であろう。

3. 4 月 13 日以降のガイドライン改訂の変遷

3-1. 非常時における不妊治療提供の必要不可欠性

4 月 13 日の改訂第 2 版[36)]（以下#2 と表記）では、4 月 7 日のニューヨーク州保健省勧告[37)]など、多くの州政府が不妊治療の提供を必要不可欠な（essential）公共医療サービスと位置付けていることが紹介された。#1 での不妊治療の時間的制約への言及と同様、不妊治療提供の不可欠性への言及は、3 月 17 日以後の患者側の批判に概ね対応していると考えられる[21]。

---

[17] この時期、医療資源の枯渇が重症化率・死亡率の増加につながるという認識や、特に医療用防護服や医療用マスクの保存が重要であるという認識が広がっていた[31)]。

[18] 実際、ガイドライン発表前日の 3 月 16 日には学校の休校や 10 人以上の接触の制限、バーやレストランの休業などが要請されており[33)]、サンフランシスコでは 3 月 17 日から自宅待機令が発出されていた[34)]。

[19] 医療資源保存の議論において、社会の利益が優先される場合には、個人の自由の制限による害と、制限によってどれだけの利益がもたらされるのか比較考量すること、本当に制限をしてよい自由であるのかの倫理的検討が必要である。

[20] ただし、FPA は個人防護具の消費に関しては言及していない[15)]。個人防護具については、不妊治療の診療所もそれ以外の医療機関も同じものを使っているため、今回の ASRM のガイドラインを受けた不妊治療の一時停止が、医療用個人防護具の資源保存という点で、医療資源保存に全く役に立たなかったとは言えない。

[21] 3 月 17 日当時の ASRM は不妊治療の一部が「延期可能で、不急なものもある」という立場であった

ここで初めて登場する必要不可欠（essential）という言葉は、3 月 17 日に発表され 4 月 7 日に改訂されたメディケアおよびメディケイド・サービスセンター（保健福祉省の下部組織）によるガイドラインにも登場する[38]。この文書では、「必要不可欠ではない」（non-essential）医療サービスとして、①緊急治療を必要とするものではない（non-emergent）、②選択的（elective）な治療や、③予防医療が例示され、そうした「提供が必要不可欠でない医療サービス」の COVID-19 パンデミック下における延期が推奨された。また、3 月 30 日には世界保健機関（WHO）も同様の文書を公開しており[39]（6 月 1 日改訂）、これらの内容を総合すると、この文脈における「必要不可欠な医療サービス」とは、「公衆衛生上の非常事態においても提供が続けられなければならない医療サービス」と解釈することができる。具体的に、どのような種類の医療行為がそうした必要不可欠な治療に該当するかは定義が難しいが、#2 では、ニューヨーク州政府の「不妊治療も必要不可欠な治療に該当する」という主張を紹介する形で、ASRM もその枠組みを支持するという流れになっている。

第 1 節で述べたように平常時の不妊治療の提供は生殖の選択肢の 1 つとして不可欠であると言えても、非常時にも必要不可欠であるとまで言えるだろうか。例えば、分娩のための医療が非常時にも必要不可欠であるという主張と、不妊治療もそうであるという主張に、本質的な違いはあるだろうか。違いがあるとすれば、それはなぜだろうか。これに対して、妊婦にとって分娩は不可避的に必要なものであり、補助医療がなければ生命への重大な危険がある一方、不妊治療はこれから選択されるものであり、不妊治療をしなかったことで重大な生命の危機に置かれることもない、と答えることもできるだろう。しかし、不妊治療は生殖という重大な希望を叶えうる現在ほぼ唯一の方法であるという点から、そのようなサービスへの時宜を得たアクセスは治療患者にとっては切実な問題であり、すでに述べた時間的制約性の問題から、延期を困難に感じる患者もいる。そのように考えると、非常時の不妊治療提供は不可欠でないとは言い切れない。むしろ、できる限り提供を続ける努力がなされなければならない（「必要不可欠」な）医療サービスのひとつと考えられるだろう。2.3 で検討した時間と延期可能性をめぐる駆け引きの結果が、4 月 13 日の#2 での「必要不可欠性」という概念の登場に影響している可能性も併せて指摘しておきたい。

3-2. その後のガイドラインの改訂

#2 の発表時には 42 州がいわゆるロックダウンを実施と、アメリカの状況はさらに悪化しており、不妊治療の延期をめぐる議論はパンデミックの長期化という新たな段階に突入していた。そうした状況を念頭に、ASRM は#2 で、段階的な治療再開に向けた戦略を準備することを宣言している。とりわけ治療再開については、感染拡大と治療の時間的制約、医療資源などのバランスを見ながら検討するとするなど、この回は全体的にバランス型の改訂となった。

さらに、4 月 24 日に発表された#3 では[40]、冒頭から「不妊は深刻な病気であり時間的制約に適った治療を必要とする」（Infertility is a serious disease that requires treatment in a timely manner）という認識が強調され、3 月からの治療の遅れによって、患者の多くが、より切迫した状態に陥っ

ことを考えると、メディケアおよびメディケイド・サービスセンターガイドラインの定義に従えば不妊治療が「必要不可欠でない」という結論であったことは一貫していたと考えられる。しかし署名運動や FPA の設立などにより、不妊治療が「延期可能で、不急なものもある」と言い切ることが困難になり、4 月 13 日に不妊治療は「必要不可欠」であるという文言に変わったと考えられる。

ていることが言及された[22]。こうした変化の背景として、特に、4 月後半にかけて医療用防護服や医療用マスクなどの医療資源の逼迫が緩和されてきた、という事情が考えられる。また、初版のガイドライン公表から 1 ヶ月以上が経過し、時間的制約の問題がより表面化してきたことによる影響が考えられるだろう。

5 月 11 日の#4 では[41]、3 月 17 日のガイドライン公開から#3 までの ASRM の対応について、当時は「パンデミックの規模やウイルスの感染力の強さ、妊娠への影響、また医療システムのキャパシティなどが未知であったため」必要な対応であった、という評価がなされた。これは、実際に多くの情報が不確定であった当時の状況を踏まえると不当であるとまでは言えないが、患者などからの批判に対する釈明・正当化であると解釈することもできる。さらに同様の方針は、6 月 8 日の#5 でも[42]継続された。

3-3. ASRM ガイドラインでは言及されなかった論点

これまで取り上げて来なかった論点として、「自然妊娠することに制限は課されていないにも関わらず、不妊治療患者だけ妊娠を制限されるのは不平等である」という署名活動・FPA[23]の主張がある。これに対しては、「不妊治療は意図的に妊娠しようとする行為であり、必ずしも意図的とは限らない自然妊娠と異なって、意図的に回避できるのだから回避すべきである」という反論がありうるだろう。しかしながら、避妊をあえて行わずに自然妊娠することも意図的かつ選択的な事象であるため、両者の間に本質的な違いはないと考えられる。こうした視点から、この指摘は理に適っていると考えられる。

しかし、不妊治療の場合は妊娠するために受診を複数回する必要があり、病院やクリニックでの感染のリスクが自然妊娠の場合よりも高い。これはおそらく今回の不妊治療に対する中止勧奨の根拠のひとつでもあるため、この点は考慮に値する。それゆえ、署名活動におけるような「自然妊娠を控える声明がない限り、全てのタイプの不妊治療を継続する」という主張はあまりに極端なものであると言えるかもしれない。

3-4. ASRM ガイドライン改訂に関する全体的な指摘

ASRM のガイドラインと改訂版の全体に関わる指摘としては、当初から 2 週間ごとの改訂が予告され、また次回改訂の発表日程が全ての文書に記載されている点が注目される。感染拡大の状況は目まぐるしく変化し、リスクや対処法に関する知見も日夜更新される中で、あらかじめガイドラインの更新日時を予告しておくという方法は、非常事態下における専門家組織からの情報発信やリスク・コミュニケーションの手法として、高く評価できるだろう[24]。

---

[22] この段階になると、おそらくは 4.3 で指摘するような専門家組織からの情報提供およびコミュニケーションに関する反省を念頭に、患者への連帯の表明が前面に来るような構成になっている。また、地域ごとに感染状況は異なるとの理解から、この#3 においてはじめて、治療再開の手順に関する具体的なガイドラインがリスク評価／リスク低減のための助言と合わせて盛り込まれることとなった。

[23] リードによる署名運動と同様、FPA もパンデミック下でも制限が課せられなかった自然妊娠との平等性を問題とし、ガイドラインが「生殖技術を用いて家族を築く」という選択の自由を否定するものであり、不妊症患者にとって、深刻な不公平感を生み出しているとした[15]。

[24] また、今回のガイドラインは ASRM の「COVID－19 に関するタスクフォース」が編纂したものであったが、全ての文書に、編纂に関わったタスクフォースの委員全員の氏名、肩書きが記載されていた点

また、ガイドライン編纂の理由として言及されている、「専門家組織としての社会的責任」という観点も興味深い。医療提供者は、専門家として社会全体への責任を有しつつ、患者のアドボケーターとしての役割も期待されている[43]が、ガイドラインは、「この前例のない状況において、国の公衆衛生上の勧告を生殖医療の場面に適用することが学会の社会的責任である」[1]とした。このように、特に感染の封じ込めや医療資源保存を巡って不妊治療提供者の「社会全体への責任」が強調されたことで、患者のアドボケーターとしての役割が二次的になり、だからこそ患者や医療提供者の一部から批判が噴出した、と考えることもできるだろう。

本来の意図がどうあれ、医療提供者の組織であり患者のアドボケーターでもあるASRMから「不妊治療は不要不急であり、社会全体の医療資源保存よりも優先順位が下だ」とも読み取れるガイドラインが発表されたことは、時間的制約を感じ、不妊治療に期待する患者にとって受け入れがたいことであったと考えられる。また、ガイドラインがある種の「欠如モデル」的な患者の軽視に基づく、一方向的コミュニケーション[44]となっていたことも、こうした構図の生成に寄与していたと言えるだろう。

なお、改訂版#1に盛り込まれた「不妊は病気である」という表現は、アメリカの生殖補助医療の文脈において、不妊治療は（一部の人の特権的な贅沢ではなく）病気の治療である、という認識の表明がある種の患者との連帯表明として機能していることを示唆する。不妊の経験を一様に医療化・病理化することには様々な問題点が考えられるが[45]、病理化が連帯表明となりうるという事態は大変に示唆的である。

いずれにしても、ここまでの議論を受け、ASRMが3月17日に公開したガイドラインでは、ASRMが医療提供者の組織であるという特性と、不妊治療の患者がおかれた不安定な立場を念頭に、患者の立場により配慮したコミュニケーションが必要であったと小括できる。他方で、抗議運動を受けたガイドライン改訂の過程は、全ての関係行為者の相互作用の帰結としてのガバナンス[27]の実例としても評価できるかもしれない。ガイドライン自体の形成過程は非公開であったものの、ガイドラインの改訂版が、少なくとも、様々な批判の内容を織り込みながら形成されていったこと自体は、公衆衛生上の規制の形成に対する患者・市民の参画の一例として、高く評価することができるだろう。

4. 今後・日本への示唆

本節では、前節までの議論における公衆衛生的な対立の構造を整理し、日本の今後に対する示唆を引き出す。

4-1. 公衆衛生倫理上の主な対立の構造

はじめに、第2節と第3節で抽出した5つの論点（①時間的制約、②感染リスクと自律、③医療資源保存と感染の封じ込め、④非常時の不妊治療提供の必要不可欠性、⑤自然妊娠の人との平等）をふまえ、今回の不妊治療に関する議論において、対立の構造を概観する。大きな構図として、不妊治療患者の不妊治療を受ける権利（より具体的には、不妊治療を受けることを選択する権利）と、公衆衛生（より具体的には、住民全体の感染症予防という共通善）とが対立している。

不妊治療の高額さを考慮すると、不妊治療の権利主張により利益を受けるのは、一部の富裕層の患者のみであるのに対し、感染症予防によって利益を受けるのは貧困層も含むすべての住民である。不妊治療継続派・中止派どちらも、感染リスクは低い方が良く、医療資源は保存された方が良いと

も、責任の明示化として評価されるべきである。

いう理念自体は共有する。感染リスクの低減や医療資源の保存は共通善であったといえるだろう。

実際に、ASRM は「専門家組織としての社会的責任」を主要な誘因として、後者（公衆衛生）を守ることを目的に、前者（患者の権利）の行使に対し、（会員に対する）不妊治療提供の停止（の勧告）という形で制限をかけたと考えることができる。一方で患者側としては公衆衛生的視点を ASRM ほどには持たない。

不妊治療患者であるか、不妊治療を推進する専門家であるか、社会全体の健康を守ること(＝感染症を抑える)を第一とする専門家であるかといった立場の違いにより、不妊治療の捉え方が異なり、主張も異なるのは当然のことである。今回の議論においてミクロの立場である患者側の反発が、社会全体を考慮した ASRM の主張に影響を与えたという経緯ではあったが、そもそも同じ土俵にのっておらず、比較してどちらかを正しいと言うことは困難だということも指摘しておく。またそれゆえに、患者側の反発の影響も ASRM の方針を大きく変えるには至らず、あくまで表現上の配慮や再開の”努力”程度にとどまったのではないか、という分析もできる。

4-2. 日本での現状

ASRM のガイドライン公開の 2 週間後の 2020 年 4 月 1 日、日本でも、日本生殖医学会による不妊治療の中止･延期に関する声明が公開された [46]。内容としては、患者の感染リスク・妊娠した場合の重症化リスクなどを考慮して、治療薬やワクチンが開発されるまでの延期可能な不妊治療の中止・延期の選択肢を患者に提示することを各生殖医療従事者に求めるものであり、他の産婦人科学会などもこの声明を支持した [47]。不妊治療の再開を検討するよう呼びかける声明は 5 月 18 日に出された [48]。

これに対して 4 月 12 日に行われたウェブ調査では、患者の 43%が「声明を理解はするが受け入れられない」と答えている [49]。アメリカでの場合と同じく、医療提供者からの治療中止提案は患者にとって受け入れがたいことであったと考えられる。

4-3. ガイドラインの倫理的正当化の必要性・日本の今後への示唆

ASRM のガイドラインが不妊治療提供者に新規の治療サイクルの開始を延期するよう求めるものであったことを考えると、日本生殖医学会によるガイドラインは相対的に患者の主体的な選択に判断を委ねるものであった。したがって介入の度合いとしては日本のガイドラインの方が低かったと言えるが、実際には採卵しても全胚凍結とする施設が 2 割に上るなど、患者への影響は大きかったようである [50]。「介入のはしご」モデル [51]のような観点からすると、介入の度合いが比較的小さいということは倫理的正当化の必要性が相対的に小さいことを意味するが、他方で、2.4 で検討した患者の責任主体化という観点からすると、むしろ日本のガイドラインにおいての方が、選択に関わる患者の負担は大きかったと言えるかもしれない。ただし、そのように述べたとしても、自律尊重が公衆衛生上の欠くべからざる原則であるということは前提として保持されねばならないだろう。

いずれにしても、日本のガイドラインに、ASRM の改訂版 #1 や#2 のような時間的制約や不妊治療提供の必要不可欠性への直接的な言及が無かったことは、専門家組織からの情報発信としては不十分な点であったと捉えられる。また、今後、日本でも第 2 波、第 3 波の COVID-19 の感染拡大が生じた場合、医療がこれまで以上に逼迫し、アメリカで生じたような医療資源保存や感染の封じ込めが実際上の課題として強く要請されることが考えられる。そのような文脈で、とりわけ不妊治療の延

期・中止が再び論じられる際には、本論文で検討されたような時間的制約や不妊治療の必要不可欠さなどを念頭に置いた上で、患者の経験や権利に言及し患者の受け取られ方に配慮した情報の発信やリスク・コミュニケーションが求められることになるだろう。その際、3.4 で指摘した、期日をあらかじめ指定したガイドラインの改訂も、変わりゆく事態に適切に対応するための一助となるだろう。

5. 結論

2020 年 3 月、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大を受け、ASRM は不妊治療の開始の一時停止を推奨するガイドラインを発表した。このガイドラインはその後幾度も改訂され、語法や強調点がたびたび変遷していったが、その背景には、反対する患者・医療提供者による署名運動や、400 人の専門家による FPA の設立などの影響があった。非常事態における公共医療サービスとしての不妊治療の停止に関しては、不妊治療にまつわる時間的制約性や非常時における不妊治療提供の必要不可欠性、患者の自律の尊重などのミクロな観点と、患者や医療提供者らの感染リスクの軽減や医療資源の保存という社会全体の共通善を守るための観点とが対立していた。患者の不妊治療を受ける権利と ASRM の社会的組織としての公衆衛生的主張という構図ではあったがこれは視点の違いによるものであり、主張の優劣をつけることは困難であろう。また、専門家組織からの情報発信においては、患者の意思に言及し、患者が情報をどう受け取るかに配慮したコミュニケーションが必要である。仮に日本でもアメリカと同様の規模の医療逼迫が生じ、不妊治療の延期・中止が再び論じられるようになった場合には、上記のような観点からの議論と、状況に応じた柔軟な方針転換、患者に寄り添う情報発信が重要となるであろう。

参考文献・参考 URL 一覧

1) American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Patient Management and Clinical Recommendations During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic. 2020. https://www.asrm.org/globalassets/asrm/asrm-content/news-and-publications/covid-19/covidtaskforce.pdf (accessed 2020-07-17).
2) 石原理. 生殖医療の衝撃. 講談社. 2016.
3) Gretchen Livingston. A third of U.S. adults say they have used fertility treatments or know someone who has. Pew Research Center. 2018. https://www.pewresearch.org/fact-tank/2018/07/17/a-third-of-u-s-adults-say-they-have-used-fertility-treatments-or-know-someone-who-has/ (accessed 2020-07-17).
4) Dmitry M Kissin; Sheree L Boulet; Denise J Jamieson et al. Fertility Treatments in the United States: Improving Access and Outcomes. Obstetrics and gynecology. 2016, 128, (2), 387-90.
5) Lisa C. Ikemoto. Eggs as Capital: Human Egg Procurement in the Fertility Industry and the Stem Cell Research Enterprise. Signs Journal of Women in Culture and Society. 2009, 34(4), 763.
6) Monique Deveaux. Exploitation, structural injustice, and the cross-border trade in human ova. Journal of Global Ethics. 2016, 12, 48-68.
7) Cynthia R. Daniels and Erin Heidt-Forsythe. Gendered Eugenics and the Problematic of Free Market Reproductive Technologies: Sperm and Egg Donation in the United States. Signs: Journal of Women in Culture and Society. 2012, 37(3), 719-747.
8) 小松美彦. 生権力の歴史-脳死・尊厳死・人間の尊厳をめぐって. 青土社. 2012.
9) World Health Organization (WHO). Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority. 2014.https://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srh-rights-comment/en/ (accessed 2020-07-22).
10) Dr. Carmel Shalev; expert member; CEDAW (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women). Rights to Sexual and Reproductive Health - the ICPD and the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. 1998.https://www.un.org/womenwatch/daw/csw/shalev.htm (accessed 2020-07-22).
11) Kaiser Health News. Should Infertility Treatment Be Considered Essential?. 2011.https://khn.org/news/michelle-andrews-on-infertility-coverage/ (accessed 2020-07-22).

12) Beverly Reed. Fight for women's rights to fertility treatment and evaluation. Change.org. 2020.https://www.change.org/p/american-society-of-reproductive-medicine-fight-for-women-s-rights-to-fertility-treatment-and-evaluation (accessed 2020-07-22).
13) Anna Louie Sussman. Is getting pregnant “medically necessary” right now? MIT Technology Review. 2020. https://www.technologyreview.com/2020/05/07/1000473/ivf-covid-fertility-prelude-inception-asrm/ (accessed 2020-07-22).
14) 24-7PressRelease. Insights into the Conflict Regarding COVID-19 Guidelines between the American Society for Reproductive Medicine (ASRM) and a New Interest Group of Fertility Centers, the Fertility Providers' Alliance. 2020. https://www.24-7pressrelease.com/press-release/471555/insights-into-the-conflict-regarding-covid-19-guidelines-between-the-american-society-for-reproductive-medicine-asrm-and-a-new-interest-group-of-fertility-centers-the-fertility-providers-alliance (accessed 2020-07-22).
15) Center for Human Reproduction. What the "controversy" over ASRM COVID-19 Task Force's Recommendation is all about. 2020.https://www.centerforhumanreprod.com/fertility/what-the-controversy-over-asrm-covid-19-task-forces-recommendation-is-all-about/ (accessed 2020-07-27).
16) RESOLVE. RESOLVE STATEMENT ON COVID-19. 2020.https://resolve.org/about-us/news-and-press-releases/resolve-statement-on-covid-19/(accessed 2020-07-22).
17) National Infertility Awareness Week. WHO IS RESOLVE?. 2020. https://infertilityawareness.org/about-niaw/who-is-resolve/ (accessed 2020-07-22).
18) RESOLVE. RESOLVE: The national infertility association and American Society for Reproductive Medicine partner to Advocate for access to care for family building community. 2019.https://resolve.org/about-us/news-and-press-releases/resolve-and-asrm-partner-to-advocate-for-access-to-care/ (accessed 2020-07-30).
19) Amanda Jackson. Their dreams of having a baby with IVF are being postponed because of coronavirus. CNN health. 2020. https://edition.cnn.com/2020/03/25/health/ivf-treatments-postponed-coronavirus-trnd-wellness/index.html (accessed 2020-07-22).
20) Anna Medaris Miller. Couples are being told to delay fertility treatments during the coronavirus pandemic. Some worry they'll miss the chance to have kids. Business Insider. 2020.https://www.businessinsider.com/coronavirus-is-delaying-fertility-treatments-ivf-and-some-familys-dreams-2020-3 (accessed 2020-07-22).
21) Jenna Turocy, Alex Robles, Daniel Hercz, Mary D’Alton, Eric J. Forman & Zev Williams. THE EMOTIONAL IMPACT OF THE ASRM GUIDELINES ON FERTILITY PATIENTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC. 2020.https://www.researchgate.net/publication/340371912_THE_EMOTIONAL_IMPACT_OF_THE_ASRM_GUIDELINES_ON_FERTILITY_PATIENTS_DURING_THE_COVID-19_PANDEMIC (accessed 2020-07-22).
22) American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Patient Management and Clinical Recommendations During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Update #1. 2020. https://www.asrm.org/globalassets/asrm/asrm-content/news-and-publications/covid-19/covidtaskforceupdate1.pdf (accessed 2020-07-17).
23) Centers for Disease Control and Prevention.2017 Assisted Reproductive Technology Fertility Clinic Success Rates Report.2019. ftp://ftp.cdc.gov/pub/Publications/art/ART-2017-Clinic-Report-Full.pdf (accessed2020-09-06)
24) 樽井（金子）智子. 諸外国における妊娠・出産等に関する情報提供事例収集 2.https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/meeting/taskforce_2nd/j_3/pdf/s3-2-2.pdf (accessed 2020-07-22).
25) Huijun Chen PhD; Juanjuan Guo MS; Chen Wang PhD et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. THE LANCET. 2020, 395(10226), 809-815.
26) Lian Chen, M.D.; Qin Li, Ph.D.; Danni Zheng, M.Med.Sc. et al. Clinical Characteristics of Pregnant Women with Covid-19 in Wuhan, China. The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE. 2020, 382, e100.
27) 藤垣裕子[編]. 科学技術社会論の技法. 東京大学出版会. 2005.
28) 芥川清香. 医療政策における「自立した患者」が内包する課題. 日本看護科学会誌, Vol. 31, No. 4, pp.55-63. 2011.

29) Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus (COVID-19) Cases in the U.S. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html (accessed 2020-07-30).
30) Horowitz, Jason. Italy's Health Care System Groans Under Coronavirus — a Warning to the World. New York Times. 2020. https://www.nytimes.com/2020/03/12/world/europe/12italy-coronavirus-health-care.html(accessed 2020-07-20).
31) ZOË SCHLANGE. Begging for Thermometers, Body Bags, and Gowns: U.S. Health Care Workers Are Dangerously Ill-Equipped to Fight COVID-19. TIME. 2020.https://time.com/5823983/coronavirus-ppe-shortage/ (accessed 2020-07-28).
32) Oliver Milman. Covid-19 outbreak: what do health experts mean by 'flattening the curve'? The Guardian. 2020.https://www.theguardian.com/world/2020/mar/10/covid-19-coronavirus-flattening-the-curve (accessed 2020-07-20).
33) New York Times. Gatherings Should Be Limited to 10 People, Trump Says. 2020. https://www.nytimes.com/2020/03/16/world/live-coronavirus-news-updates.html (accessed 2020-07-22).
34) San Francisco Government. SF responds to coronavirus outbreak with Stay Home order. 2020. https://sf.gov/news/sf-responds-coronavirus-outbreak-stay-home-order (accessed 2020-07-22).
35) 赤林郎, 児玉聡[編]. 入門・医療倫理 III 公衆衛生倫理. 勁草書房. 2015.
36) American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Patient Management and Clinical Recommendations During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Update #2. 2020. https://www.asrm.org/globalassets/asrm/asrm-content/news-and-publications/covid-19/covidtaskforceupdate2.pdf (accessed 2020-07-17).
37) Andrew M. Cuomo; Howard A. Zucker, M.d., J.d.; Sally Dreslin, M.S., R.N. Health Advisory: Sexual and Reproductive Health Services During the COVID-19 Public Health Emergency. 2020.https://coronavirus.health.ny.gov/system/files/documents/2020/04/doh_covid19_sexualreproductivehealthadvisory_040820-technical-correction.pdf (accessed 2020-07-28).
38) Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Non Emergent, Elective Medical Services, and Treatment Recommendation. 2020.https://www.cms.gov/files/document/cms-non-emergent-elective-medical-recommendations.pdf (accessed 2020-07-17).
39) World Health Organization (WHO). Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context. 2020.https://www.who.int/publications/i/item/10665-332240 (accessed 2020-07-22).
40) American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Patient Management and Clinical Recommendations During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Update #3. 2020. https://www.asrm.org/globalassets/asrm/asrm-content/news-and-publications/covid-19/covidtaskforceupdate3.pdf (accessed 2020-07-17).
41) American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Patient Management and Clinical Recommendations During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Update #4. 2020. https://www.asrm.org/globalassets/asrm/asrm-content/news-and-publications/covid-19/covidtaskforceupdate4.pdf (accessed 2020-07-17).
42) American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Patient Management and Clinical Recommendations During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Update #5. 2020. https://www.asrm.org/globalassets/asrm/asrm-content/news-and-publications/covid-19/covidtaskforceupdate5.pdf (accessed 2020-07-17).
43) 神馬征峰. 社会医学とアドボカシー: 外へ内へ. 社会医学研究. 第 36 巻 2 号, pp.35-42. 2019.
44) 内田麻理香, 原塑. 欠如モデル・一方向コミュニケーション・双方向コミュニケーション 科学技術コミュニケーションにおける中核概念の再配置. 科学技術社会論研究, 第 18 号, p.208-220. 2020.
45) 柳原良江. 生殖技術における生政治の作動 その権力構造と議論に表れた概念配置の分析. 科学技術社会論研究, 第 18 号, p.179-191. 2020.
46) 日本生殖医学会. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対する日本生殖医学会からの声明（2020 年 4 月 1 日版）. 2020. http://www.jsrm.or.jp/announce/187.pdf (accessed 2020-07-22).
47) 日本産婦人科学会,日本産婦人科医会,日本産婦人科感染症学会. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への対応（第三版）. 2020.

http://jsidog.kenkyuukai.jp/images/sys/information/20200414113425-0CC09573DD8A6ED051C0E8DE7F5C73BA573029CE9C51E8D695C26F8E23ABE31A.pdf (accessed 2020-07-22).
48) 日本生殖医学会. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対する日本生殖医学会からの通知（2020 年 5 月 18 日版）. 2020. http://www.jsrm.or.jp/announce/195.pdf (accessed 2020-07-22).
49) 株式会社エムティーアイ. 新型コロナウイルス感染症に関する『ルナルナ』独自調査　妊娠中・育児中・妊活中の女性に与える影響とは？. 2020. https://prtimes.jp/main/html/rd/p/000000068.000002943.html (accessed 2020-07-22).
50) 日本受精着床学会. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関する Web アンケート調査報告（速報）. 2020. http://www.jsfi.jp/information/info_200603_shisetsu.pdf （2020-08-05 閲覧）
51) 玉手慎太郎. 感染予防とイベント自粛の倫理学. 現代思想, Vol. 48-7, 緊急特集 感染/パンデミック, pp.109-116. 2020.
52) Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertility and Sterility Vol 113, No 3, P533-535, MARCH 01, 2020.

（2020 年 8 月 31 日受理／同年 9 月 28 日採択）

Regular Article

ポリファーマシーの要因と対策に関する倫理的考察

浅井篤*（東北大学大学院医学系研究科）
田中雅之（東北大学大学院医科学専攻）
大北全俊（東北大学大学院医学系研究科）
尾藤誠司（国立病院機構東京医療センター）
大西基喜（青森県立保健大学大学院健康科学研究科）
門岡康弘（熊本大学大学院生命科学研究部）

Abstract:
ポリファーマシーとは患者に多数の薬が処方されている状態である。５～９種類の薬物が併用されている状況を指すことが一般的である。様々な定義があるが、使用薬物数の多さ、不適切さ、有害性が問題視されている。転倒、機能低下、骨折、腎機能障害、入院、死亡および薬物有害事象等の増加があり、ポリファーマシーの悪影響は多岐に渡る。薬物のアンダーユース、患者の支払い負担や国民医療費全体の増大も引き起こす。ポリファーマシーは医学・医療の発展と超高齢社会の必然的結果でもあると思われる。本論ではポリファーマシー問題を増悪させ得る要因を指摘し、将来の薬物処方および使用状況を改善し得る幾つかの手がかりに言及する。

キーワード：ポリファーマシー、医療倫理、超高齢社会、医学教育、減薬

Polypharmacy refers to the use of multiple medications by a patient. In general, it refers to the simultaneous use of 5-9 types of medication. Although many definitions exist, the large number of medications used, inappropriate prescriptions, and toxicity have been raised as issues. The negative effects of polypharmacy are diverse, and include increased incidence of falls, functional decline, fracture, renal dysfunction, hospitalization, death, and adverse drug events. Polypharmacy also leads to drug underuse, economic burden on patients, and increase in overall national medical expenses. Polypharmacy can be considered an inevitable result of advances in medicine and a super-aging society. In this study, we point out various trends relating to health and medical care which may exacerbate the polypharmacy problem, and discuss measures which could potentially improve the future state of prescription and medication use.

Keywords: polypharmacy, medical ethics, super-aging society, medical education, deprescription

* Corresponding Author (E-mail: aasai@med.tohoku.ac.jp)

1. はじめに

ポリファーマシー（polypharmacy、多剤併用、多剤処方、多剤服用）とは患者に多数の薬が処方されている状態で、一般的に５から９種類の薬物が併用されている状況を指す[1]。複数の薬物の同時使用は医学的に適切な場合もあれば不適切なこともある[2]。厚生労働省はポリファーマシーを「単に服用する薬剤数が多いことではなく，それに関連して薬物有害事象のリスク増加，服薬過誤，服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」としている[3]。他にも様々な定義があるが、基本的に使用薬物の数の多さ、不適切さ、有害性が問題視されている。本論ではポリファーマシー問題を多面的に検討し、この問題を解決するために、我々が試みるべきことを考察する。

ポリファーマシー状態にある全患者に問題が生じるわけではないが、転倒、機能低下、脆弱性悪化、骨折、腎機能障害、入院、死亡および薬物有害事象の発生頻度が増加すると報告されている。患者の内服アドヒランス低下による薬物のアンダーユースおよび残薬増加、患者の支払い負担や国民医療費全体の増大も引き起こす。世界中で様々な調査が行われ対策も取られ成果もあげているが、抜本的な解決には至っていない[1, 4-9]。ポリファーマシーは、多剤服用が患者の症状に大きく関わっている場合は、もはや疾病とみなして治療されるべきとの主張もある[10]。

ポリファーマシーは医学・医療の発展と人口の高齢化の必然的結果ともいえる。医学医療が人間の心身の健康維持、疾患治癒、苦痛緩和、そして生命維持と長寿実現のために生み出され発展してきたのであれば、その主要手段である薬物の使用数と種類と使用頻度と使用対象者数が増加し続けるのは極めて当然だろう。以前は４、５種類以上の薬物を患者が使用していれば処方数が多いと認識されたが、同状態は今や極めて一般的な状態となっている。患者が診療指針に従って治療されれば、患者の薬物療法は容易に多数で複雑なものになる[2]。

ポリファーマシー問題は、複数の疾患に罹患している患者数の増加、多数の診療ガイドラインの存在、そして加齢に伴う心身の異常を効果的に治療できる薬物の増加によって、今後ますます対応が難しい課題になると予想されている[1]。日本における多疾患併存状態（multimorbidity）の有病割合に関する疫学調査では、65 歳以上の高齢者においては 62.8%と報告されている[11]。加えて、多疾患併存状態の患者は、ポリファーマシー・服薬回数の増加・受診や検査頻度の増加・ライフスタイルの変化といった治療に関連する患者側の負担（治療負担）が増大しやすい傾向にあると報告されている[12]。以下、ポリファーマシー問題を増悪させ得る要因を指摘し、続いて将来の薬物処方および使用状況を改善し得る幾つかの手がかりを指摘する。

論を進める前に本論文の内容の倫理的側面について説明したい。我々はポリファーマシー問題及びその対応策を検討することは、倫理的な営みに含まれ得ると考える。海外では２０１０年以降、生命医療倫理系雑誌に同問題をテーマにした複数の論考が発表され、一般医療関連雑誌にもポリファーマシー、薬物療法または減薬の倫理というテーマで本問題に対する倫理的アプローチが展開されている[10, 13-17]。

多剤が併用されている状態が診療上許容できるものか否かの判断は、単に医学的薬学的観点からの評価だけで下すことができず、患者の選好に基づいた治療のゴール、情報開示の適正性、患者の

QOL、薬物治療がもたらす利益と不利益のバランスを考慮することが必須となる。患者診療の目的を最低限の介入、つまり最小限の有害事象リスクだけで実現しようとする倹約的医療（parsimonious medicine）は、患者にとっての最善を実現するという医療の基本的な倫理原則に基づいており、与益（善行、仁恵）原則と無害原則遵守が重要となる。そして減薬によるポリファーマシー状態解消は、まさに倹約的医療の一例となる[14, 18]。また、Reeve ら及び Le Couteur らは Beauchamp と Childress の生命医療倫理の 4 原則を適用してポリファーマシー問題を論じており、四原則を勘案しバランスを取ることで倫理的で全人的に適切な薬物療法を実現することができると論じている[13, 15, 19]。

このように、ポリファーマシー問題を解決するには、後述する薬物療法適正化と減薬介入テクニックの活用や向上だけでなく、医療の規範や理想像、目的を倫理的観点から改めて問う必要がある。高齢患者の不眠や関節痛、皮膚掻痒感、便秘などの老化に伴う生理現象を治療の対象と考えるのか否かも、医学・医療的観点からだけで解決できる問題ではなく、関係者の認識や意向、医療資源の適正使用に基づいた社会的議論も必要になるだろう。

本質的にポリファーマシー問題を考察するためには、我々はどのような医療の在り方を理想とし望ましいとするのか、どのような規範を医療において設定するのか、何を目的とするのかを倫理的観点から再吟味することが肝要であろう。このように、患者の最善となる満足できる医療を実現するためには患者に害を与え得るポリファーマシー状態を極力解消する必要があり、その対策を正当化するためにも医のプロフェッショナリズムを含め倫理的吟味が不可欠だと考える。

2. ポリファーマシーを増悪させる要因

本セクションでは、ポリファーマシー問題を増悪させ得る要因について先行研究を参考にしつつ列挙する。一般市民、患者とその家族、彼等の診療にあたる医療専門職、彼等の働く場である医療現場と医療制度、そして製薬会社などそれぞれに関わる問題が指摘されているが、我々の考えでは、それらはすべて密接に関わり相互に作用し合っており、相互排他的な分類が難しい。ポリファーマシー問題を誰かまたは何かの、単一の原因に帰することも不可能だと考える。また一つだけを切り取って論じても意味がない。なぜなら社会は個人に影響し、個人は社会に影響する。社会の構成員の願望や行動が製薬会社や医療界を動かし、新薬や新技術がさらに個々人の生き方にインパクトを与え、選択肢を増やす。さらに患者と医師それぞれの認識・態度・行動は両者の相互作用の結果であり、お互いに切り離し難いと考えるからだ。したがって、細かくカテゴリーを分けることなく、今まで指摘されている要因および我々の見解を記載していく。しかし、おおまかに患者・家族側、医師、医療の現場制度、製薬会社、社会全体という流れで論じる。

2-1. 主に患者側に帰せられる要因

ポリファーマシー問題を悪化させる主に患者側に帰せられる要因には、患者の処方願望とその背景にある非現実的な薬物療法への期待に満ちた信念や個人的経験がある。ポリファーマシー促進因子または減薬のバリアとして、薬は必要または利益があるという患者の認識や期待、将来の利益を得たいという希望、服用から得られる心理的な利益、減薬に対する漠然とした恐怖や不安、過去に使用中断によって生じた症状悪化の経験、そして

医師、家族、友人からの影響があった[20-23]。心疾患の家族を持つ患者は不適切と判断された心疾患予防薬の減薬に抵抗感を持つという報告がある[24]。

患者は薬物内服によって安心感を得るという指摘もある[25]。「日本人は根っからの薬好き」と国民性を指摘する論者もいる[22]。さらに沢山の薬を出して、点滴して、注射して、検査してくれるのが「いいお医者さん」という日本の患者の認識、「薬がでるのが当然」という彼等の考えが理由とされる場合もある[26]。

薬好き、薬がないと不安、薬ももらって初めて満足するという患者やその家族の態度の根底にはすべての病気に対して薬が存在しているという期待があると想像される[26]。この期待は一般市民、患者とその家族のみならず、社会全体で共有されている可能性がある。一部の医療専門職も信じているかもしれない。中東には原因となる病原体の種類に関係なく、抗生物質が患者の回復を早め全ての感染症を撲滅するという信念があり、それが患者の抗生物質処方の要求を生み、医療提供者に不必要で不適切な処方要求や、患者の抗生物質の自己処方に繋がっているという指摘もある[27]。現代人の飽くなき「健康欲」と「長生き欲」が、結果として上記のような状況を引き起こしていると推測される[28]。なぜなら薬は自分と墓場の間の障壁だと信じる人々もいるからだ[21]。これらの要因は患者の選好や信念、認識や価値観に影響し、患者の自律を尊重した選択を実現する際に問題となる。

2-2. 主に医師に帰せられる要因

ポリファーマシー問題を悪化させる主に医師に帰せられる要因には医療提供者、主に医師の使命感や自己満足、患者の苦痛に対する共感性とやさしさ、知識不足による処方変更によって生じる病状悪化への不安、減薬の結果に対する責任回避、様々な理由による減薬躊躇、現状維持志向、そして現場の制約がある。

高齢者は年齢の１０の位と同じ数の疾患を持つともいわれる。不調を聞いた医師の多くは、すべてを取り除いてあげたいと思うので薬の種類が増えるという指摘がある[24]。医師は患者の症状について時間不足で十分相談に乗れず、非薬物療法を説明できないので、かわりに薬を出すという[29-31]。不必要な薬を要求する患者を説得するよりは、言われるままに処方した方が楽だという態度もある[32]。予防投与の薬物を中断した場合にどうなるかわからず病状悪化を恐れて減薬に二の足を踏む、他の医師が開始した薬は止めにくい、患者や家族が薬物使用継続を希望している時には止めにくいことも報告されている[33]。

加えて高齢者に将来の動脈硬化に起因する虚血性疾患や脳卒中等の疾患発生予防を目的とした高血圧や脂質異常、糖尿病、高尿酸血症などに対する薬物投与（予防的治療）の中止を提案することが、患者に見捨てられたという感情を生起させるのではないかという懸念が、医師の中に強い。患者と生命予後について議論する困難さ、処方を促進するガイドライン遵守に対する医師側の義務感による処方が、予防投与薬物の減薬を困難にしている[4,34]。患者の処方願望については、医師の「患者は薬を欲している」という認識が、実際の患者の処方希望よりも大きな問題だという見解もある[35]。加えて現状維持を好む偏った傾向と、自らの行為によって害が生じることよりも不作為によって害が生じる方を進んで受け入れる傾向も減薬不実施の原因になっている[36]。

ある日本人開業医は、医師には処方を減らすという「波風」を立てたくないという気持ちがある

と報告し、ある精神科医は医療専門職の患者の苦痛への共感とやさしさ、患者の苦痛への理解を示すための追加処方、症状悪化の先手を取るための増薬、時間がないための減薬先送り等が、ポリファーマシーを存続させ減薬を困難にしていると報告している[37, 38]。受診した患者のポリファーマシーに介入する責任を持つのは、自分ではなく、患者が受診している他の医師であるという認識もある[39]。たしかに複数の医師に受診している患者の処方内容を誰が責任を持って管理するのかを決めるのは難しい。

医師が所属し強い影響を受けていると推察される医療現場の雰囲気がポリファーマシー助長に一役買っていると思われる。医療文化は「何かをする（Do something）」ことを是とする医療文化と言われる。医療現場においては何かをすること自体が、患者にも家族にも重要視されがちである[26, 40]。医療文化は、何か形として目に見えることを行うことを大切にする文化だと言えるかもしれない。このような空気の中では、あるものを使わないのは、不開始にしろ中止にしろ大変難しいと思われる。

医学教育の問題もある。医学部教育でも卒後臨床研修においても、薬を如何にやめるかについては滅多に教育されないし、学ばれてもいないとの指摘がある[41]。筆者らも含め、多くの場合に現役医師は減薬方法の正式な教育を受けたことがないであろう。以上の要因は、医師の減薬に関する知識、インタビュースキル、責任感や共感能力等に関わる医のプロフェッショナリズムに関わる領域だと思われる。

2-3. 主に社会全体の方向性に起因する要因

現代社会の状況、科学の進歩、医療政策もポリファーマシー問題に影響している。医療政策や製薬会社の悪影響も指摘されている。近年では個人の生活で薬物が最も重要な位置を占めており、加齢に伴う病的ではない脆弱化や生理機能の低下、喪失体験や対人関係ストレスから生じる悲嘆や抑うつなどの情緒的変化、そして社会規範から逸脱した行為は、多くの場合、医療、特に薬物療法で介入すべき問題と見なされる形で医療化され、医学的介入の閾値は低下し続けている。疾患リスク、つまりある疾患に罹患する可能性がある状態それ自体が疾患と見なされ、発病リスクコントロール目的でますます多くの薬物が症状のない患者に使用されている[42-44]。いわゆる「患者予備軍」を患者として、薬物療法を開始している現状がある。診療ガイドラインでは疾患の境界線はますます広げられ、薬物療法の必要性が過度に強調される傾向がある[45]。

正常値を数年ごとに狭めて病気を増やし、患者予備軍を増やし、リスクを過大評価し、リスクの存在自体を疾患とする考え方を取り続けていれば、ポリファーマシー状態にある患者は増加するばかりだろう。予防的薬物治療を受ける患者が増加すれば深刻な合併症のリ発生リスクを低減できる利益がある一方、薬物治療の副作用は一定の頻度で発生し患者に害を及ぼし、また合併症予防の絶対的リスクの低減はわずかな場合が多く、有リスク者でも実際に合併症を発症する患者は少数派に属する[28]。したがって治療閾値低下によるポリファーマシーは適切な場合もあれば不適切な場合もあり、その判断は患者自身の価値判断に拠るところが大きいと思われる。

巧妙なマーケティングとインターネット上の情報によって病気に対する不安や健康願望を掻き立てられた人々が、自ら診断を求めていくボトムア

ップの医療化「自己の医療化（self－medicalization）」も指摘される[46]。今や多くの市民が巷に溢れる医療情報の奴隷になっている感があり、今後、人工知能と情報通信技術を用いた医療が発展するに伴い、医療情報に振り回され、強迫的に薬を求める人々は増えていくことが危惧される[47, 48]。

加えて国民皆保険制度を持っている日本のような国では、原則的に受診したい機関に希望する時に受診でき、公的医療保険（自己負担１割の後期高齢者医療制度、自己負担に上限がある高額療養費制度）の恩恵で患者が受ける経済的負担が抑制されている。出来高払い制度は医師に薬をより多く処方するように仕向け、不作為に対する訴訟対策（「やれることはすべてやった」という証拠作り）からも処方は行われるだろう[31, 49]。上記の社会全体の方向性は、医療の在り方と目的、理想像に関わる問題であり、また医療専門職の利益相反の問題、医療制度の規範つまり正義・公正に関わる問題である。

3. ポリファーマシーに対抗する手がかり

今まで行われて来た有効性が証明されている減薬介入を継続することは言うまでもなく不可欠である。その上で、筆者らはポリファーマシーに対抗する手がかりとして、効果が期待できる３つの切り口があると考える。以下、今まで採用されてきた対策を簡潔に紹介した上で、筆者らが効果を期待する３つの方針を提示する。

3-1. 今までに行われてきて有効性が示されている、または期待されている介入方法

今までに行われてきて有効性が示されている、または期待されている介入方法には次のようなアプローチがある。内容や役割が重複する場合もあるが、大別すると以下の１０通りの対応法が試みられている[3, 5, 9, 16, 50, 51]。１）お薬手帳（患者の薬剤服用歴を手帳に記載し一元管理するもの）を関係者および医療機関間で共有し、複数医療機関における同一効能の薬物の重複投与を避ける。２）不適切な処方に対して薬剤師から医師に助言し、処方内容を修正する。薬剤師が他の医療専門職と綿密な情報交換を行い適切な薬物療法を勘案し提案する。在宅ケアチームに薬剤師を加え、医薬連携によって処方を見直す。病院薬剤師、保険薬局薬剤師、介護施設薬剤師によるポリファーマシー患者への介入を行う。３）１９９０年代初頭から国内外で策定されている不適切処方検出を目的とした各種規準及びツールを活用し、不適切処方に対する気づきを高め減薬の機会を得て処方を整理する。４）処方カスケード（医師が薬の副作用を新規疾患の症状と誤認し、別の薬を追加投与してしまい服用数が増大すること）を、薬の副作用だと認識できるようにして予防する。５）患者とその家族、医師が薬物使用について意見交換し共同意思決定するためのポリファーマシー専門外来を別途設置する。６）患者が入院した際に、薬剤師、介護スタッフ、看護師、医師を含む多職種が連携し、多職種ケースカンファレンスを持つなどして処方の適正化を図る。７）アドバンス・ケア・プラニング（「人生会議」）の場において薬物療法の適正化についての話し合い、患者・家族の意向の確認・尊重する。８）使用薬物に優先順位をつけ、優先性が低いものの減量・中止を検討する、９）規則正しい食生活と排泄、十分な睡眠、適度な運動等、非薬物療法を積極的に導入する。１０）多疾患併存患者の診療を継続的に担当するかかりつけ医と、患者の各疾患を別途診療する専門医の間の連携を強化し情報を共有する。

これらの多くの試みは薬物使用適正化に効果的だと判定され、減薬や処方調節によって患者の状態が改善したという多くの症例報告が公表されている[5, 9, 50, 51]。一方、不適切処方検出ツールの使用のみでは効果は限定的である、多疾患併存患者の症状への影響はわかっていない、患者の選好、費用、利便性、生命予後が勘案されていない等の報告もある[5, 52]。

3-2. 方針１：薬を減らしたい患者の意向を汲み取り可能な限り尊重する

日本の高齢者は、健康であると自己評価している人であっても多種類の薬を処方されており、内心では薬の副作用が心配で、できれば減らしてほしいと考えている、しかし実際には言い出せないでいるという指摘がある。医師への信頼がときに遠慮につながり「薬を減らしたい」という希望を言えないと報告されている[31]。同様に最近の調査では、過半数の高齢患者は、かかりつけ医に勧められた場合には、進んで減薬すると回答しており、また約三分の二の患者は使用薬物数を減らしたいと考えていた[20, 53]。

予防的治療を受ける自覚症状のない患者には短期的な利益はなく、薬の副作用による害及び生活の質（QOL）低下が生じる可能性がある。しかも非常に長期間薬物療法を受けることが期待されている。加えて予防的効果は必ずしも大きなものではない[28]。したがって薬物療法の全体的な利益は不確定である。このような状況では患者自身だけが彼らの人生において何が大切かを述べることができるだろう[34]。現在の苦痛を伴う症状に対しても将来の疾患発症予防に対しても、薬を使わないという個人的な価値判断があってもよい。したがって患者の意向を可能な限り汲み取り可能な限り尊重することが重要であり、薬物療法を望まない人々の処方数を減らす努力をすべきだろう。

また、患者は薬剤を減量あるいは中止する意向を表明する前に、関連する知識や情報を得ておくべきである。たとえば、薬剤の副作用や相互作用によって引き起こされる数々の悪影響をよく理解して減薬を望むなら、患者は健康や QOL を自ら守ることができる。あるいは、現代医療の不確実性そして限界について理解するなら、薬物療法に対する期待は現実的で合理的なものになるだろう。このような患者教育や啓発は、ポリファーマシーを抑制するための手段であろう。ここで説明した姿勢はまさに患者の自律尊重、自己決定支援を基礎にしたアプローチである。今までのアプローチに比べ一層患者の薬物不使用の希望を尊重するものとなる。

3-3. 方針２：医学教育および臨床家の処方および減薬に関する再教育を行う

患者医師関係や担当医の態度は、患者の処方薬に対する信念に影響するという複数の報告がある[20, 27, 54]。しかし上述のように、薬の中止や差し控えについての教育を大部分の医師は受けていない[41]。担当医がポリファーマシーの害を自覚しており、できるだけ減薬しようという態度で患者に接すれば、患者も減薬に応じる可能性がある。しかし現状では既に述べた様々な理由から医師が減薬に積極的ではない。したがって、医師はポリファーマシーの危険と減薬の有効性に関する教育を改めて受ける必要がある。処方カスケードについても熟知し、負のスパイラルに陥らないようにすべきだろう。患者と共感的にしっかり薬について話す機会を積極的に持つようしなければならない。加えて薬物処方時に「念のため」という理由で胃

薬等を処方するのも控えるべきだろう。薬物療法に代わる非薬物療法についても熟知しなければならないし、治療法がないときにはないと正直に言える姿勢が求められる[34]。いずれにせよ安易な処方はなくさなくてはならない。ここで言及した対策は、単に減薬規準を提示するだけではなく、医師の知識と技能を習得し好ましい姿勢を涵養するという医のプロフェッショナリズムに関わる対策である。教育は一定の価値観や信念を次世代や他者に伝達する行為という側面を持っており、当該教育は、患者診療の目的を最低限の介入つまり最小限の有害事象リスクだけで実現しようとする倹約的医療（parsimonious medicine）は重要であるという価値観、倫理観に基づいている[18]。

3-4. 方針３：時間、人員、精神的、経済的観点から見た医療現場のゆとりの確保

上記３－２と３－３の２つの方策を実施可能にするためには、その基盤として、あらゆる意味でゆとりのある医師の存在が必須の前提条件となる。そのためには時間、人員、精神的側面、そして経済状況を含むあらゆる面での余裕が必要となる。短時間、たとえば一人の患者あたり５分で診療を終えなければ予約時間内に全員の患者を診られないとしたら、患者と薬や薬の副作用、内服状態についてしっかり話す時間は確保できないし、減薬の必要性やその具体的手続き、詳細な症状観察方法の説明は尚更困難になる。一施設に来院する多くの外来患者や入院患者を少人数の医師スタッフで診療している場合も同様で、多忙な診療環境では患者やその家族からの要望や懸念の聴収や率直な意見交換や難しいだろう。担当医師に精神的なゆとりがないと医師自身が冷静で寛容になれない場合もあり、また複雑な多疾患併存多剤併用患者の処方箋にあえて介入しようという意欲は湧きづらいと思われる。患者の医学的観点からは合理的とは言い難い処方要求にも、トラブルを避けるために、希望されている薬剤が無効であると説明することなく、求められるままに処方箋を書いてしまう可能性も小さくない。感情的余裕を持ち、笑顔で、ポリファーマシーの問題点についてゆっくり説明し、患者側も自らの信念や希望や懸念を遠慮なく言える状況が医療現場になければならない。このようなゆとりのある医療現場、多数の患者を診察しなくても経済的に破綻する心配のない状況を実現することが重要になる。プライバシーを保つことが可能な個室でポリファーマシーについてじっくり話し合うためには診療スペースの余裕も必要であろう。

多数の薬を処方されている患者が紹介状を持たずに自分の初診外来に機会受診をすると、多くの医師は途方に暮れるのではないかと想像する。その患者がどんな疾患を持ち、どんな状態で、どのような経緯と理由で現行の多剤併用処方に至り、何が疾患の症状で何が薬の副作用か短時間では把握困難だからだ。つまり「身元不明の薬」（筆者のひとり田中の命名）が多すぎることが原因となる。そして当該主訴に対して追加処方すべきなのか、減薬すべきなのかが悩ましい問題となる[10]。しかし、医師に気持ちの上で余裕と時間的なゆとりを持って、じっくりと対応できれば適切なポリファーマシー解決策を見いだせる可能性は高まる。本方策はこれからの日本の医療のひとつの在り方を示したものであり、ひとりひとりの患者を尊厳ある存在として大切にすることを基本にしつつ、医療制度や受診行動に対する介入の妥当性について再吟味しようとするものである。

4. おわりに：ポリファーマシーへの処方箋

本論では現代医療で大きな問題になっているポリファーマシーの要因をレビューした。その上で、同問題を改善させ得る、患者の意向、医学教育、そして医療現場のゆとりに関連した３つの手がかりに言及した。これらは現時点で行われている現場の薬物療法適正化努力と共に役立つ可能性がある。最後に、すべての病気が薬で治るわけではなく、何でもかんでも薬で治そうという考え方、病院は薬をもらうところだという発想をやめるべきだという主張は大切である[55]。また衰弱と喪失が人生の最終段階に苦痛をもたらすのは不可避である。医療は助けにはなるが役に立たないこともある。薬は失われていく人生の意味、帰属感、そして目的意識の回復の治療にはならない[17]。我々もこれらの医療の限界に関する意見に賛成する。

謝辞

論文最終版作成にあたって有益な示唆および助言をいただいた東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野の圓増文先生に感謝申し上げます。

参照文献

1) Joseph G. Ouslander, Bernardo Reyes. Clinical problems associated with the aging process. In J. Larry Jameson, Denis L. Kasper, Dan L. Long, et al. Edition. Harrison's principles of internal medicine 20th . 2018, McGraw-Hill Education, New York, p3429-3431.
2) Jacqui Wise. Polypharmacy: a necessary evil. British Medical Journal 2013; 347: f7033.
3) 厚生労働省　高齢者の医薬品適正使用の指針（各論　編療養環境)）について. 2019 年６月１４日（医政安 発 0614 第１号）
4) Jan Schuling, Henkjan Gebben, Leonardus J.G. Veehof, et al. Deprescring medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. BMC Family Practice 2012;13:56.
5) 北和也　なぜポリファーマシーは問題なのか？　北和也編　今日から取り組む実践！さよならポリファーマシー　2016 年　じほう、東京、 p 2-11.
6) 梶有貴　医療における“賢明な選択”の普及を目指して　薬学雑誌　2019；139：547-550.
7) 毎日新聞２０１９年９月４日
8) 毎日新聞２０１９年９月 11 日
9) 吉田英人　ポリファーマシーで困ったら一番はじめに読む本　2018 年、じほう、東京
10) Christine Wieseler. When should iatrogenic polypharmacy be considered a disease? AMA Journal of Ethics 2018;20: E1133-1138.
11) Takuya Aoki, Yosuke Yamamot, Tatsuyoshi Ikenoue, Yoshihiro Onishi, Shunichi Fukuhara. Multimorbidity patterns in relation to polypharmacy and dosage frequency: a nationwide, crosssectional study in a Japanese population Scientific Report 2018;8:3806, DOI:10.1038/s41598-018-21917-6.
12) Emma Wallace, Chris Salisbury, Bruce Guthrie, Cliona Lewis, Tom Fahey, Susan M Smith. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ* 2015;350:h176 doi: 10.1136/bmj.h176 20 January 2015.
13) Emily Reeve Petra Denig Sarah Hilmer, et al. The ethics of deprescribing in older adults. Bioethical Inquiry 2016; 13:581-590.

14) Jerry Gurwitz, Alok Kapoor, Paula Rochon. Polypharmacy, the good prescribing continuum, and the ethics of deprescribing. Public Policy and Aging Report 2018; 28: 108-112.

15) David Le Couteur, Gary Ford, Andrew McLachlan. Evidence, ethics and medication management in older people. Journal of Pharmacy Practice and Research 2010; 40: 148-152.

16) Hanan Khalil Prescribing for the elderly: ethical consideration. Australian Journal of Primary Health 2011; 17: 2-3.

17) Deborah Swinglehurst, Stefan Hjorleifsson, The Everyday Ethics of Burdensome Polypharmacy. *Public Policy & Aging Report*, 2018, Vol. 28, No. 4, 113–115.

18) Jon Tilburt, Christine Cassel. Why the ethics of parsimonious medicine is not the ethics if rationing. JAMA 2013; 27: 773, Gurwitz 2018.

19) Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics 7th edition*. Oxford: Oxford University Press.

20) E Reeve, J To, I Hendrix, et al. Patient barrier to and enablers of deprescribing: a systematic review. Drugs and aging 2013;30: 793–80.

21) Katharine A. Wallis, Abby Andrews, Michelle Henderson. Swimming against the tide: Primacy care physicians' views on deprescribing in everyday practice. 2017; 15: 341-346.

22) 近藤誠　クスリに殺されない４７の心得　２０１８年、アスコム、東京

23) 薬務薬制部病棟業務整備小委員会　薬務薬制部病棟業務整備小委員会研究会「ポリファーマシーの実態と薬剤師による介入について」を終えて。THPA; 2017: 110-114.

24) Clare H. Luymes, Rianne M.J.J. van der Kleij, Rosalinde K. E. Poortvliet, et al. Deprescribing potentially inappropriate preventive cardiovascular medication: Barriers and enablers for patients and general practitioners. Annals of Pharmacology 2016; 50 :446-454.

25) 高橋広喜　ポリファーマシーの現状と介入法、仙台医療センター医学雑誌　2018 年；８：4-9.

26) 鳥集徹　医師・薬と正しく付き合う。週刊東洋経済 2016 年 9 月 24 日、ｐ50-59.

27) Faten Alhomoud, Zainab Aljamea, Reem Almahasnah, et al. Self-medication and self-prescription with antibiotics in the Middle East. International journal of infectious disease 2017l57:3-12.

28) 名郷直樹　６５歳からは検診・薬をやめるに限る。2017 年、さくら舎、東京

29) 北澤京子　Choosing wisely で共同意思決定を促進する。薬学雑誌　2019；139：575-78.

30) Leonard J. Weber. Pharmaceutics, issues in prescribing. Bruce Jennings (Editor in Chief), Bioethics 4th edition. 2004, Macmillan Reference USA, Farmington Hills, p2380-2883.

31) NPO 法人高齢社会をよくする女性の会　「高齢者の服薬に関する現状と意識」実態調査、第５回高齢者医学品適正使用検討会　2017 年 12 月 22 日、厚生労働省

32) Atsushi Asai, Yasuhiro Kadooka. Reexamination of the ethics of placebo use in clinical practice. *Bioethics* 2013; 27: 186-193.

33) L Djatche, S Lee, D. Singer, et al. How confident are physicians in deprescribing for the elderly and what barriers prevent deprescribing. Journal of

clinical pharmacy and therapeutics 2018; 43: 550-555.

34) Catherine Cross. Introducing deprescribing into culture of medication. CMAJ 2013; 185: E606.

35) Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open* 2014; 4: e006544.

36) Jesse Jansen, Stacy M Carter, Andrew J McLachlan, et al. Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making British Medical Journal 2016; 353: i2893.

37) 小田倉弘典　開業診療の立場から　治療 2014；12：1739-1743.

38) 松本俊彦　なぜ多剤併用になってしまうのかー精神科医の処方意図　月刊薬事; 58: 27-29.

39) Lisa Kouladjian, Danijela Gnjidic, Emily Reeve, et al. Health care practitioners' perspectives on deprescribing anticholinergic and sedative medications in older adults. Annals of Pharmacology 2016; 50: 625-636.

40) Atsushi Asai, Kuniko Aizawa, Yasuhiro Kadooka, et al. Death with dignity is impossible in contemporary Japan. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 2012; 22: 49-53.

41) Ranit Mishori. What needs to change to make deprescribing doable. Family practice management 2018, May https://www.researchgate.net/publication/325273952

42) Johannes Collin. On social plasticity: the transformative power of pharmaceuticals on health, nature and identity. Sociology of Health and Illness 2016; 38:73-89.

43) Ray Moynihan, David Henry. The fight against disease mongering: generating knowledge for action Plos Medicine 2006; 3: 425-428.

44) Leon　A. Assael. The pill culture, the pill society. Journal of Oral Maxillofac Surgery 2006; 64: 1331-1332.

45) Lynn Unruh, Thomas Rice, Pauline Vaillancourt Rosenau, et al. The 2013 cholesterol guideline controversy: would better evidence prevent pharmaceuticalization?　Health Policy 2016; 120: 797-808.

46) 北中淳子　社会運動としての医療化ー医療人類学からみた日本の社会精神医学　日本社会精神医学雑誌 2013;22:294-300.

47) Atsushi Asai , Taketoshi Okita, Aya Enzo, et al. Hope for the best and prepare for the worst: Ethical concerns related to the introduction of healthcare artificial intelligence. Eubios Journal Asain and International Bioethics 2019; 29: 64-71.

48) 田中慎弥　孤独論　逃げよ、生きよ。2017、徳間書店、東京

49) Yasuhiro Kadooka; Atsushi Asai, Aya Enzo, et al. Misuse of emergent healthcare in contemporary Japan. *BMC Emergency Medicine* 2017**17**:23.

50) 薬部薬剤部、一般社団法人日本老年薬学会他編　ポリファーマシー見直しのための医師・薬剤師連携ガイド　南山堂、東京、2018

51) 今井博久、徳田安春編　解消！ポリファーマシー　上手なくすりの減らし方　じほう、東京、2016

52) Eduard E. Vasilevskis, Avantika S. Shah, Emily K. Hollingsworth, et al. A patient-centered

deprescribing intervention for hospitalized older patients with polypharmacy: rationale and design of the Shed-MEDS randomized controlled trial. BMC Health Services Research (2019) 19:165. https://doi.org/10.1186/s12913-019-3995-3.

53) Qi K, Reeve E, Hilmer SN, et al. Older peoples' attitudes regarding polypharmacy, statin use and willingness to have statins deprescribed in Australia. Int J Clin Pharm. 2015; 37: 949-57.

54) Barbara Clyne, Janine A Cooper, Fiona Boland, et al. Beliefs about prescribed medication among older patients with polypharmacy. British Journal of General Practice 2017:37;949-957.

55) 秋下雅弘　薬は５種類まで　中高年の賢い薬の飲み方　PHP 新書　２０１４年

（2020年9月9日受理／同年10月6日採択）

Invited Article

医療機器を譲る行為は、称賛すべき行為か？

青木耀平（東京大学医学部）

Abstract:
Covid-19 は、私たち人類に様々な課題を投げかけたが、医療倫理学的にも重大な問題を提起している。その一例として、医療機器が不足する状況が起きた場合の配分の問題がある。その際、最大数を救命するために医療機器を外して、ほかの人に付け替えることが必要となる状況も考えられるが、その行為は果たして倫理的に正当化されるのだろうか。一方で、その行為は外される人の立場から見ると「医療機器を譲る行為」といえる。この論文では、人工呼吸器を外される人の立場から「医療機器を譲る行為」は称賛されるべきか否かを、徳倫理を中心とした視点にて考察した。

Covid-19, which have posed many problems to humanity, raised issues that is also important in medical ethics. The problem about medical resource allocation is an example. In order to save the greatest number of patients, it may be possible to remove medical equipment from one patient and put it to another, though whether the act can be ethically justified is controversial. On the other hand, patients may give up their medical equipment to save others' life because the act is "praiseworthy". In this paper, whether giving up one's medical equipment is praiseworthy was considered from virtue ethics' point of view.

1. はじめに

集中治療を譲る意志カードというものがあるらしい。作成者である日本原子力発電所協会の石蔵医師によると、Covid-19 の世界的流行により、イタリアでは回復見込みの少ない高齢者の人工呼吸器を取り外して若者に使用するなど、「命の選択」が始まっている中で、このカードに署名することで万が一の時には若者に高度な医療機器を譲る意思を示そう、という考えであるとのことだ。ニュース番組でも報道されているのを見て、ふと自分であったら医療機器を譲るであろうか、という疑問が生まれた。（参考文献 1）

Covid-19 の世界的な流行を前にして、資源配分の問題が生じる中で、*New England Journal of Medicine* 誌にて緊急時のトリアージにおいて医療者が守るべき指針（参考文献 2）や、外部委員会の重要性（参考文献 3）が説かれ、日本においても 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が発表された。このガイドラインでは、緊急時における人工呼吸器の再配分についての言及がなされ(参考文献 4)、そのことに対する批判もなされた。「人工呼吸器を譲る」ことを可能としたガイドラインに対する批判として、舩後議員による声明を引用する。

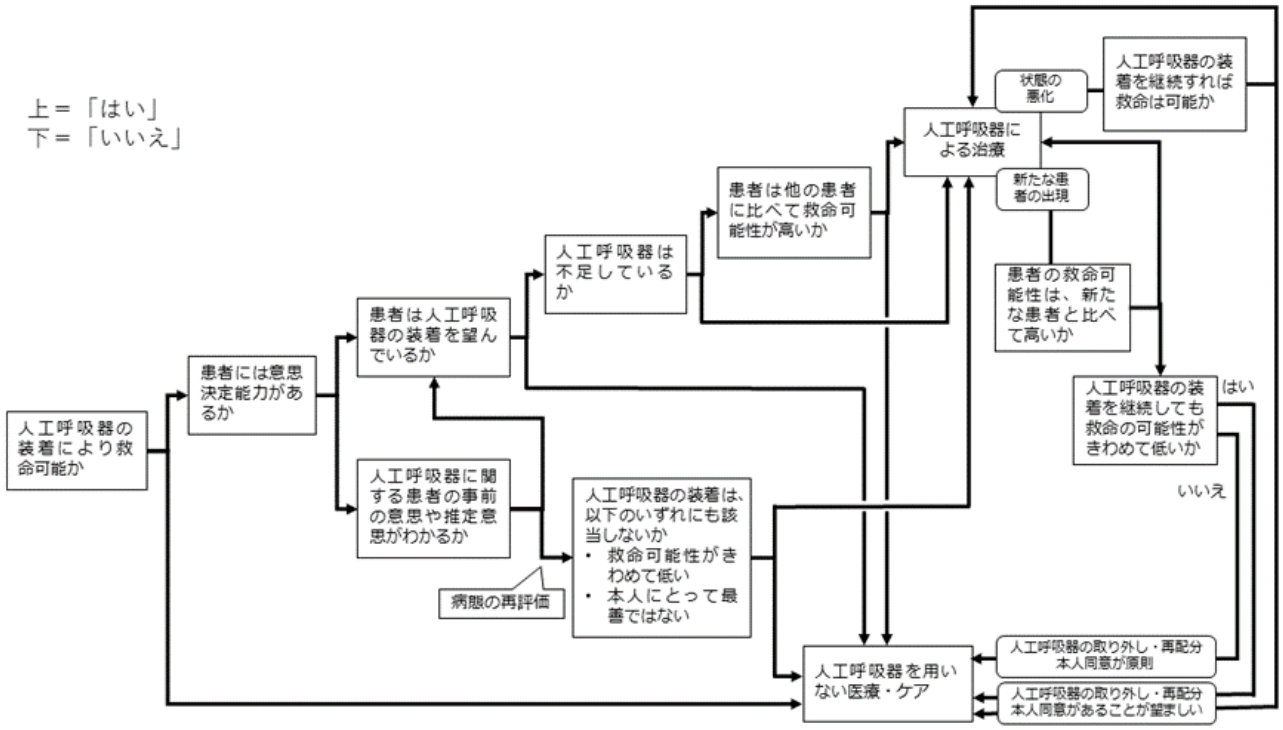
高齢者や難病患者の方々が人工呼吸器を若者

などに譲ることを「正しい」とする風潮は、「生産性のない人には装着すべきではない」という、障害者差別を理論的に正当化する優生思想につながりかねません。今、まず検討されるべきことは、「誰に呼吸器を付けるのか」という判断ではなく、必要な人に届けられる体制を整備することです。（参考文献 5）

この主張はあくまでマクロレベルの解決をせよという結論を導いており、現実的な正しい解決のひとつである可能性はあるが、今回はそれでもミクロレベルからの考察による解決への糸口を模索していきたい。そのため、「医療機器を譲る行為」が倫理的にどのような行為であるか考察するために、倫理理論に基づいた考察を行わねばならない。

また、このような新しい倫理的課題を考察するにあたってしばしば有用なのが他の倫理的課題との比較である。そして、終末期において自らの治療をどのように扱われるかについて議論される内容として、DNAR や安楽死の問題がある。そこで、医療資源を譲る行為と、DNAR や安楽死における患者の IC および同意について、両者の相違点や類似点、現実の判例に即した比較を行う。ただし、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内のフローチャートにおいて、本人同意が必要とされるのが「人工呼吸による治療」→「新たな患者の出現」→「患者の救命可能性は新たな患者と比べて低いが、人工呼吸器の装着を継続しても救命の可能性が極めて低いわけではない」場合と設定されているため、この文では、以上の条件において医療機器を譲る行為について考察するものとする。

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



2020年4月2日改訂版

2. 倫理理論による考察

医療機器を譲る行為を倫理的に考察するにあたって、その行為を、①義務であるのか。要請することは可能であるのか、②立派な行為であるのか、の 2 点について考察していきたい。

①「医療機器を譲る行為」は義務であるのか。要請することは可能であるのか

「医療機器を譲る行為」が義務であるか考察するにあたって、まずカントの義務論に基づいた考察を行いたい（表 1）。

表 1 ：

	自己自身に対する義務	他人に対する義務
完全義務	苦境にあっても自殺しない	守るつもりのない約束をしない 他人の自由や財産を侵害しない
不完全義務	自分の才能の開花に努める	困っている人を助ける 他人の幸福を可能な限り促進する

この道徳規範に基づいて考えると、医療機器を譲る行為は他人に対する不完全義務であるところの「困っている人を助ける」に該当するのに対して、自己自身に対する完全義務である「苦境にあっても自殺しない」には逆らっているのではないかという指摘ができる。完全義務は不完全義務に優先するため、医療機器を譲る行為は義務として正当化することができない。しかしながら、この場合の「自殺しない」が何を表しているのかは定義が難しい。（参考文献 6）

一見自殺のように見える DNAR や安楽死が道徳的行為と主張される根拠として、「人間の尊厳」という概念が存在する。尊厳は憲法にも記載される概念であるが、それが具体的に何を示しているのかの定義は難しい。DNAR や安楽死を正当化するにあたってなされた議論の展開として、「尊厳死」がキーワードとなった。過剰な延命治療をしないことによる死を尊厳死と呼ぶことができるのは、人間の尊厳は QOL に関係しているという考え方によるものである。この QOL による議論はカントの言及していないところであり、単なる自殺と「尊厳死」を異なるものとするものである。（参考文献 7）

しかしながら、「医療機器を譲る行為」は自殺であり、正当化できないと単純に決定するのは乱暴に過ぎる。なぜなら、「人工呼吸器を譲る行為」は自身の QOL のために自殺する行為というよりは、他者の生命のために自身の生命を捨てる、自己犠牲に近い行為といえるからである。この行為をどのように扱うべきかの考察は義務論によっては難しく、むしろ徳倫理学の視点からの考察が適切であろう。この点は J.O.Urmson による Supererogation の概念を利用したい。内容については次項で触れることとする。

であれば、この疑問に対する結論としては、「医療機器を譲る行為」は義務とはいえず、要請することは不可能であるといえる。

②「医療機器を譲る行為」は立派な行為であるか

歴史的に、徳倫理学は Aristotle や Plato によって

論じられていたが、現代に入って G. E. Anscombe が功利主義や義務論には限界があることを指摘し、Aristotle の徳倫理学への回帰を主張した。R. Hursthouse によると、「有徳な人がその状況においてなすであろう行為であるならば正しい」ということであり、このことをあてはめるならば今回の問題は「医療機器を譲る行為はもし有徳な人であればなす行為であるか」という点に注目される。

ここで考慮したいのは、前項までで考察したように、医療機器を譲る行為は自己の命を投げうって他者の命を救う、自己犠牲に近いものがあるということ、言い換えれば、勇敢な行為であるということである。J. O. Urmson によると、”saintly”で”heroic”な行為はただ単に許可される行為ではなく、称賛するべき行為であり、禁止される行為とも義務とも異なっているとしており、まさにこの点において功利主義によっても義務論によっても語りえない部分であろう。(参考文献 8)そして、その考えに従うのであれば、「医療機器を譲る行為」は称賛すべきであろう。その一方で、S. Wolfe によると、そのようなモラルセイントは人類にとって追い求めることが特に理性的であったり、良かったり、望ましかったりする個人的幸福のモデルではないとしている。(参考文献 9)

人間が自己犠牲をどのような思考を持って行うかに関する興味深い思考実験として、2008 年に J.J.Thomson によって提案された、トロッコ問題の変化型がある。トロッコと傍観者、本線に 5 人の労働者、側線に 1 人の労働者がおり、傍観者の前にトロッコのレールを切り替えることができるスイッチが置いてあるところまでは通常と同様である。しかし、この問題では、レールは 1 本の本線と左右 2 本の側線に分かれており、傍観者はスイッチをその左右に切り替えることが可能である。そして、2 本の側線にはそれぞれ右側に 1 人の労働者、左側に傍観者自身がいる。そこで、彼のとることができる選択肢は以下の通りとなる。

傍観者の 3 つの選択肢：

Ⅰ）何もせずに、本線にいる五人を犠牲にする

Ⅱ）スイッチを右に切り替えて、一人を犠牲にする

Ⅲ）スイッチを左に切り替えて、自身を犠牲にする

Thomson は、ここで自己犠牲するのは善い行いであるが、その善い行いに対して、もう一人の労働者にその対価を要求することは非難すべきとした。その根拠として、傍観者自身が自身を犠牲にしたくないのであれば、その理由はすべて、もう一人の労働者を犠牲にするか否かに対してもあてはめられ、同様にもう一人の労働者も自信を犠牲にしたくないことが想定されるから、とした。言い換えれば、傍観者は自身を犠牲にしたくないとしても、だからといって無関係の 1 人を犠牲にすることを正当化できないということである。そして、この論理をさらに応用してもとのトロッコ問題を考えると、トロッコを切り替えることは許されないのではないか、と考えた。自分がもし自己犠牲できるような人であったとしても、無関係な人が同様に利他的であると想定することはできないからである。(参考文献 10) しかし、普通の 2 択のトロッコ問題ではスイッチを切り替えて 5 人の労働者を助けると回答する率が高いことから、Thomson による考察は直感に反しており、さまざまな考察がなされている。(参考文献 11) また、通常の 2 択のトロッコ問題を出題された人の中にも少ないながらも確実に「自己犠牲を行う」と回答

する人が存在することから（その回答者が本当にモラル・セイントであるかどうかはまた難しい問題である）、この 3 択の問題でもスイッチを左に切り替える人は存在するであろうといえよう。

ただし、この思考実験を単純に現実に応用するにあたっては問題点が存在する。この思考実験は「まさに今すぐに誰を犠牲にするのか判断しないといけない」という緊急時において有効といえるが、「医療機器を譲る行為」を為さなければならない状況は緊急時に限らないという点はその一つである。例えば、ある病院に 5 台の人工呼吸器が存在したとする。そこに一度に 6 人の「人工呼吸器がなければ死亡する」患者が運び込まれたのであれば、今回のトロッコ問題にふさわしい状況といえる。一方で、同様の患者が 3 人運ばれてきた時点で、前もって「ほかに人工呼吸器が必要な患者がいたら譲る」という意思表明をするのであれば、また異なった判断が想定されるであろう。そして、今回の「医療機器を譲る行為」の定義においてはむしろ後者の状況といえるかもしれない。しかしながら、医療機器を譲る行為のような自己犠牲の難しさについての分かりやすいモデルの一つとして非常に興味深いといえよう。

自己犠牲を行うことの考察の難しさの理由として、各個人の状況によって判断が異なるであろうことも挙げられる。自己犠牲の主体と客体がそれぞれどのような人間であり、どのような関係性であるかによって自信を犠牲にすることの難しさは変化するのではないだろうか。

言い換えるならば、自己犠牲を行うことに対する人の判断は、社会や文化、個人の文脈によって異なるということである。例えば、年齢の文脈では、自分が高齢者であったと想定した場合と、若者であったと想定したときに、判断は異なるのではないか。私は現在個人的には譲りたい、と考えることは難しいが、石蔵医師が「私のように余命も短く、感染リスクの高い高齢者の」と述べているように（参考文献 12）、将来的には譲ってもいい、と思えるようになるのかもしれないし、そうではないかもしれない。自分と譲る相手の関係性も関わってきそうである。例えばトロッコ問題で本線にいるのが 5 人の我が子であったり、側線にいるのが 1 人の孤児であったりしたら判断は異なるであろう。（参考文献 13）文化による差異も考慮すると、例えば儒教的な考えを重んじるならば自分が親や家族のために自己犠牲を行うことは全くの他人に対してそれを行うことと比較してより推奨されうるのではないだろうか。

それでは、そのような多様な状況における自己犠牲の本質は何であろうか。岩田靖夫のアリストテレス考によると、「自己犠牲の本質は、他者を支配し、利用し、手段化し、物化しようとする権力意志の抹殺に他ならない」とある。（参考文献 14）そして、「欲望によってなされた自己犠牲は称賛すべきではない」ということが説明される。となると、「自己犠牲をすることによって私は称賛されるのでは？」などと考えている私がいざ人工呼吸器を譲ったところで、その行為は称賛されたいという欲望に基づいて行った行為とみなすことができるため、それは称賛される行為ではないと言われてしまう可能性がある。では、そういうことを全く意識せずに譲る行為であるならば称賛されるということであろうか。真の「有徳な」人間であるならば、「この行為は自己犠牲であるが、純粋に他者を助けたいだけであって、称賛されたいわけではない」と考えていることになるということであろうか。しかし、「助けたい」と思うこと自体がその人の欲望であると言われたならばどうであろう。考

えるほど自己犠牲という行為がわからなくなってくる。

ともかく、一応の結論としては、自己犠牲であるところの「医療機器を譲る行為」はその本人の人格によってなされたものであるならば称賛される行為であるが、その行為が本当に自らの意志によるものなのか、同調圧力によるものや、社会及び他人への忖度、その他隠れた欲望などがないのかを判断することは難しく、自己犠牲であるから称賛できると単純に説明することはできない。

3. 現実の判例に基づいた考察

次に切り口を大きく変えて、DNAR 及び安楽死に関連して現実で裁判になった判例をもとにした考察を行いたい。「はじめに」でも述べたが、両者の共通点としては、治療行為の中止が行われることに対する倫理的葛藤があるという点だ。その一方で、両者で決定的に異なる点が、医療機器を譲る行為は緊急時において他者の生命を救うことにつながるのに対し、DNAR 及び安楽死はそれを伴わないことである。そして、DNAR や安楽死については患者本人の苦痛の軽減や、無益な治療の中止に主眼が置かれているのに対して、医療機器を譲る行為は他者の救命のためにその医療機器による治療を中止するという点において両者は大きく異なる。このことから、前章にて義務の範疇におけるか否かの差異が生じることが示された。

治療行為の中止が問題となり、裁判となった例として有名なのが川崎協同病院事件である。この事件では、脳機能の回復が期待できない患者に対して医師が患者家族との IC,意思確認の末抜管、その後薬物投与による安楽死を行った。ただし、この事件における薬物投与は積極的安楽死であり、他の DNAR や消極的安楽死、そして今回問題にする「医療機器を譲る行為」と単純に一緒にすることはできない点と、この事件では家族による要請に基づいて安楽死が行われたのに対して、今回の「医療機器を譲る行為」においては自身による判断について議論を行っているという違いに留意しておきたい。

この事件の判決にて示されたのが治療行為の中止が許容されるための要件であり、患者の自己決定の尊重を根拠とする場合は

① 回復の見込みがなく死が目前に迫っており、それを患者が理解していること、
② 自己決定の前提として十分な情報が提供され、十分な説明がなされていること、患者の任意かつ真意に基づいた意思の表明がなされていること

が必要とされる。(治療義務の限界を根拠とする場合については割愛する)(参考文献 6)

同様に、医療機器を譲る行為を行うにあたっても、十分な情報及び十分な説明が与えられることは必要であろう。すなわち、集中治療を譲る意志カードに署名するにあたっても、決して同調圧力や他者からの強要によってなされるべきではなく、十分な情報及び十分な説明を得たうえでの自己決定によってなされるものでなければならない。しかしながら、DNAR や安楽死においてはもともと患者が入院している、もしくは病院かかりつけになっていることが予想され、自らの病状や考えられる治療・対処法、死期の見通し等を実際に説明することは可能であるのに対し、集中治療を譲る意志カードに署名する状況において上記のような適切な情報が得られるかは不透明である。ゆえに、集中治療を譲る意志カードは自己決定の根拠にす

るにあたっては不十分であるといえる。厚生労働省によって作成された人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインにも

> また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である

と記載されていることもあり、(ただし、このガイドラインでは積極的安楽死は対象とされていないことには注意が必要である)(参考文献 15)、あくまで「その時点での意思の表示」としてとらえる事が妥当であり、集中治療を譲る意志カードのみならず、病院搬送後の IC 等による意思の再確認が行われることによって自己決定の根拠とすることが現実的な対応として考えられる。勿論、意志カードが存在するからと言って意思の確認が取れないが救命可能性が低くない患者を見殺しにすることは許されない。

4. 結論

倫理理論に基づいた考察から、「医療機器を譲る行為」は義務ではなく、超義務の範疇で語るべき行為であり、強要することは不可能であるが、真にその人格によってなされた行為であるならば、おそらく称賛すべき行為であるといえる。

また、「集中治療を譲る意志カード」は自己決定の根拠としては不十分であり、かかりつけ医等の医療従事者や家族との相談が繰り返し行われていることが重要である。そのため、緊急時の対応についても法制度やガイドラインの制定も視野に入れての議論となることが想定される。

もちろん、今回の議論は一時期のイタリアのような緊急的な状況において具体的にどうすべきかの解決になっていない。また、「医療機器」は誰のものかという議論に触れることはできなかった。例えば、医療機器が公共に所属するものと想定する場合と、治療を受けている人間に所属すると想定している場合によって、譲る行為の扱いは大きく異なる。今回の議論では後者の想定に寄っていたと考えられる。

問題点はあるにせよ、今回の議論は新しい倫理的課題としての提案としたい。自己犠牲がどのように正当化されうるか、そして社会からの要求により自己犠牲を行うことの倫理的意義についての考察は現代においてより重要性を増しているはずだ。

参考資料

1) 日本原子力発電所協会 (2020/4/8).「譲カードのお知らせ」 https://eco-powerplant.com/ (参照日：2020/5/14)

2) Emanuel EJ, et al. (2020). “Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19”. *N Engl J Med*. 382:2049-2055.

3) Truog RD, et al. (2020). “The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic”. *N Engl J Med*. 382:1973-1975.

4) 生命・医療倫理研究会. (2020). 「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」 http://square.umin.ac.jp/biomedicalethics/activities/ventilator_allocation.html(参照日：2020/5/18)

5) 舩後康彦 (2020/4/13). 「新型コロナウイルスの感染拡大に伴う「命の選別」への声明」

https://yasuhiko-funago.jp/page-200413/ （参照日：2020/5/19）

6） 赤林朗編 (2017). 『入門医療倫理I 改訂版』勁草書房

7） 松井富美男 (2003). 「人間の尊厳とは何か 差異化と水平化の二重機能」 生命倫理 VOL.13 NO.1 2003.9 58-62.

8） Urmson J. O. (1958). “Saints and heroes”. In A. Melden (Ed.), *Essays in moral philosophy* (pp. 198–216). Seattle: University of Washington Press.

9） Wolf, S. (1982). “Moral saints”. *Journal of Philosophy*, 79(8), 419-439.

10） Thomson, J. (2008). “Turning the trolley”. *Philosophy and Public Affairs,* 36(4), 359-374.

11） Bryce Huebner and Marc D. Hauser. (2011). “Moral judgments about altruistic self-sacrifice Philosophical Psychology” Vol. 24, No. 1, February 2011, 73-94.

12） 石蔵文信 (2020/4/8). 「最前線の医療関係者に「命の選択」という辛い決断をさせないために、我々ができること：今こそ考える死生観」 https://news.yahoo.co.jp/byline/ishikurafuminobu/20200408-00172087/（参照日：2020/5/16）

13） Petrinovich, L., O’Neill, P., & Jorgensen, M. (1993). “An empirical study of moral intuitions: Toward an evolutionary ethics”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(3), 467-478.

14） 岩田, 靖夫 (1970). 「愛について：アリストテレスの「フィリアー」考を中心とする・人間観試論」 北海道大學文學部紀要, 18(1), 1-61.

15） 厚生労働省 (2018).「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html （参照日：2020/5/21）

Invited Article

COVID-19 対策からみるパンデミック下における公衆衛生専門家のあるべき振る舞いとは

今村史悠（東京大学医学部）

Abstract:
政策形成における専門家と政策立案者の関係性は、国や政策分野によって異なる形をとることが知られている。本稿では、スウェーデン、アメリカ、および日本の三国における COVID-19 対策を取り上げ、各国の政策形成における両者の関係性、およびそこから生じるリスクを考察した。この考察から、パンデミック下における公衆衛生専門家に求められる振る舞いを検討し、3 つの提言が導かれた。本稿は、本国の COVID-19 対策における今後の政策形成で有用となるのみならず、本国における専門家の行動原則の策定および関連する法整備に向けたさらなる議論の必要性を提示し、論点を提供している。

The roles of experts and policy-makers vary between countries and policy sectors. In this article, I first compare policy-making during the COVID-19 pandemic in three countries; Sweden, USA, and Japan. Secondly, I consider the risks that arise from the countries' policy-making environment. And finally, I make three recommendations that would help public health experts in Japan deal with uncertainty and normative ambiguity carefully and prevent the politicization amid pandemics. This article demonstrates the necessity for further discussion and offers a blueprint for developing principles and legal systems.

1. はじめに

歴史的な感染症が世界で猛威を振るっている。COVID-19 と名付けられたこの感染症[1)]は、中国武漢での出現から間もなくして国境を越え世界中に急速に拡大し、2020 年 6 月の時点で感染者数は 1000 万人を超え、死者数は 50 万人に達した[2)]。この感染症は人々の健康への脅威であるのみならず、その経済的被害も甚大になると予測されている[3)]。この状況の中で、各国政府は政策における人命と経済のバランスで選択を迫られている[4)]。

さて、政策決定における専門知識の重要性は今日ではよく理解されている[5)]が、専門家の政策形成への関与については多くの議論がある。公衆衛生政策が実行されるのは政治によってのみである[6)]ことから公衆衛生の目的の達成のためには政治との関わりは不可避であると言えるが、一方で政策決定への過度な関与は、本来政治によって解決されるべき価値判断[7)8)]への関与に他ならず、科学の客観性に反し信頼を損なうという懸念もある[9)]。こういった議論の中、専門家と政策立案者の関係性は時代とともに発展し、国や政策分野によっても異なる形をとっている[10)]。今回のパンデミック下の政策形成においても、両者の関係性は国ごとに大きく異なっているようである。専門家の適切な振る舞いは、専門知の社会的信頼を高めるため、そして感染対策における公衆衛生的介入の理解と

協力を求めるために、重要な意味合いを持っている。では、パンデミック下の政策形成において、専門家は具体的にどのような振る舞いが求められるであろうか。

本稿ではまず、COVID-19(新型コロナウイルス感染症)対策の政策形成において、専門家の影響力が強い国としてスウェーデンを、政治家の影響力が強い国としてアメリカを取り上げ、二国における特徴をみることで各構造から生じる問題を考察する。その後、二国との比較を通して日本における専門家と政策立案者の関係性を検討した後に、公衆衛生専門家に求められる振る舞いについて議論を発展させる。但し、本稿では執筆当時の 2020 年 7 月までの情報をもとに状況を記述しており、事態の進展とともに状況が変化する可能性が考えられる。また、各国の感染対策の効果については現段階で判断を下せる状況ではないため、本稿では議論に含めないこととする。

2-1. スウェーデンにおける政策形成環境

まず、専門家の影響力が大きい国としてスウェーデンの例を考察する。スウェーデンでは、公衆衛生局を含む公的機関の政府からの独立が国の憲法に明記されており、これらの機関が専門知識に基づいて政策形成を行うための制度が保証されている [11)12)]。COVID-19 対策の政策形成においても、議論は政治家ではなく公衆衛生局の国家疫学者である Tegnell 氏によって推進された [13)]。公衆衛生局は、Tegnell 氏を中心とする専門家の知識をもとに政策形成を行い、政府に勧告をする。最終決定は政府にあるが、政策形成における公衆衛生局の役割は顕著である [12)]。また、公衆衛生局は政策形成のみならず、平日 14 時より開かれる記者会見においても情報発信を先導していた [12)]。一方、議会では政策に関する意見の相違はほとんどみられず、政府も Tegnell 氏の戦略に信頼を示していた [14)]。以上より、専門家によって政策形成され、専門家によって情報発信されるという、専門家の存在感が極めて強い構造であるとまとめることができる。

また、採用された戦略自体も特異的であった。本稿の論点とずれるため詳述は避けるが、ヨーロッパ各国がロックダウンを実施する中、スウェーデン公衆衛生局は、50 人以上の集会の禁止、老人ホームへの訪問の禁止といった比較的緩い介入にとどめ、レストラン、バー、ジム、映画館といった施設の営業は許可し続けた [13)]。専門家が国を先導するという構造的特徴、および採用された戦略内容の特異性から、スウェーデンの対策は世界から注目を集めていた [15)]。

2-2. アメリカにおける政策形成環境

一方アメリカでは、政治家の強い影響力が観察された。ホワイトハウスの対策本部には国立衛生研究所や国立アレルギー・感染症研究所、疾病対策センターといった研究施設から代表者が集められており [16)17)]、専門家が政策形成の場へ専門知を提供する機会となっていた。しかし、政策決定の権限は大統領や各州知事といった国民から選出された政治家に全面的に付与されており、科学的助言が政治家により却下される状況もみられた [18)19)]。スウェーデン同様に定例記者会見は連日開催されていたが、それはホワイトハウスにおいて大統領主導で発信された [20)]。専門家の役割としては、各研究施設からの感染状況および政策の客観的評価の提示が主であった。政策決定者への助言も行われたが、その影響力は限定的であったようである [19)]。実際に施行された政策としては、私権制限の程度や経済とのバランスなど多くの点で州ごとに異な

っており、その違いは政策決定者の判断に大きく依拠していた[21]。

2-3. 両者の構造の検討

二国における専門家の役割の違いを述べたが、これらの違いは結果としてどのような差異を生むであろうか。ここから、二国における政策決定とその顛末を見ることで、各構造によって生じるリスクについて考察する。繰り返しとなるが、感染対策の評価は感染終息後に慎重な分析とともに判断されるべき問題であり、ここでは議論に含めないこととする。

まず、スウェーデンでみられた特徴として、専門家および専門知への信頼の喪失があげられる。もともとスウェーデンでは、歴史的に科学への高い信頼が存在していた。例えば、予防接種制度も完全に自主的であるにも関わらず 98%の極めて高い接種率を誇っており[11]、科学への信頼の高さが伺える。この信頼の高さが、COVID-19 対策の政策についても国民の高い理解と行動変容に繋がっていると考えられていた[11]。しかし、政策への批判が複数の科学者から発表されたこと[13]、および政策を推し進めていた Tegnell 氏本人が戦略について改善の余地があったと自認したこと[22]などをきっかけとして、公衆衛生局への不信が強まった。Novus の世論調査によると、4 月の段階で 73%であった公衆衛生局への信頼度は 6 月には 65%まで低下した[23]。驚くことに、同じく感染対策に強い批判を集めているアメリカではこの傾向は見られていない。New York Times と Siena 大学の共同調査によると、6 月時点での医学者および疾病対策センターへの信頼度は党派を超えて高い数値を示しており、その数値がパンデミックの初期やその前の数年間の世論調査で見られたものと変わりがないことから、COVID-19 対策を通して科学の信頼性は損なわれていないことが示唆された[24]。これらより、科学の信頼喪失のリスクは、政策の失敗や政策内容への批判ではなく、政策形成における専門家の強い存在感によって引き起こされると推測できる。

二つ目のスウェーデンで見られた特徴として、政治家に対する政策形成への参加の要請が挙げられる。本来スウェーデンでは、政策形成における政府の影響力を憲法によって制限することで、政策が専門家の判断と専門知に基づいて形成されることを目指していた[12]。しかし、政策内容および Tegnell 氏への批判が強まった 6 月には、政府が政策決定に関与していなかったとして野党から非難を浴び[14]、Lofven 首相のリーダーシップの欠如への批判もみられた[25]。また、Tegnell 氏の前任者である元国家疫学者の Giesecke 氏は、政府は他のことを考慮すべきであるがそれを全て疫学者に決めさせていると、スウェーデンの政策形成における専門家への過度な依存の傾向を指摘した[12]。

一方、アメリカに特徴的な事象として、強い政治化の傾向が見られた。政治化とは、本来科学的に議論されるべきことが政治的な意味合いを持つことをいう。政治化された公衆衛生政策は、科学的事実の冷静な評価からは逸脱し、政治的擁護を構成する危険性がある[8]といわれる。アメリカでは、COVID-19 対策の高度な政治化が見られた。民主党員と共和党員で COVID-19 への懸念の度合いは大きく異なり[26][27]、また、マスク着用の是非についても高度に政治化され、マスク着用という行為自体が政治的立ち位置を示すと認識されるまでに至った[28][29]。政治化による二極化は、結果として行動変容への国民理解を損ね、感染対策の効果を損なったと考えられている[30]。一方、スウェー

デンにおいても、わずかながらに政治化の兆候が見られた。当初戦略について議会で意見の相違はほとんど見られていなかったが、事態の進展とともに野党からの批判が強まり、政治的な色合いを帯び始めたと指摘されている[23]。これらより、Goldberg が述べるように、公衆衛生政策は根本的に政治的な性質を持つと言える[8]が、他国と比較してもアメリカの政治化の傾向は極めて高度であった。この高度な政治化の傾向を政治家自身が作り出しているという指摘[18][31]を考慮すると、政治化の傾向が強まるリスクは、政策形成における政治家の強い存在感に起因すると考えられる。

3. 日本における「歪な」関係性

続いて、これらの特徴的な二つの構造と比較し、日本の COVID-19 対策における専門家の立ち位置を考察する。

日本では、パンデミック初期より内閣総理大臣を本部長とする政府対策本部が設置されており、感染対策に関する全般的な方針などを盛り込んだ「基本的対処方針」や、医療提供体制を崩壊させないことを眼目とした「緊急事態宣言」の発出や延長については、この対策本部にて意志決定された[32][33]。これは、スウェーデンの構造、つまり、公衆衛生局が政府から独立して戦略策定を行っていた構造とは対照的であり、アメリカ同様に政府が大きな権限を握っていることを意味している。一方で、対策本部にて決定されるべき事項について、政府は「専門家のご意見を踏まえて判断したい」と繰り返し述べ[34]、緊急事態宣言の期間についても「専門家の分析、ご判断に従っている」という発言がみられた[35]。また、新しい生活様式の提示や行動変容への要請の情報発信、および政策決定に伴う国民への説明においても、専門家の存在感が顕著であった[36]。これらは、大統領や知事の判断に政策決定権が委ねられているアメリカの構造とは対照的であり、スウェーデン同様に実質的な政策決定権限は専門家にあるような印象も受ける。このような、二国の中間的存在とも解釈できるこの日本の構造は、同時に「歪な」関係性として批判を受け[36][37]、実際に助言に関わった専門家も関係性の不明瞭さを指摘している[38]。

日本におけるこの「歪な」関係性の要因として、次の三つの要素が挙げられる。一つ目は、法整備の不足である。1 月 30 日に閣議決定で設置された新型コロナウイルス感染症政府対策本部(対策本部)[39]、および 2 月 14 日に対策本部での決定により設置された新型コロナウイルス感染症対策専門家会議(専門家会議)[40]は、いずれも法根拠のないものであった。対策本部についてはその後、3 月 13 日の新型インフルエンザ等対策特別措置法の改正法の成立を経て、同月 26 日に特措法に基づく法根拠のある対策本部として改めて設置された[39]が、専門家会議については 6 月 24 日に廃止、および分科会への移行が表明される[41]まで、法根拠のない状態で活動し続けることとなった。専門家会議の目的については「新型コロナウイルス感染症の対策について医学的な見地から助言等を行う」と定められていたものの、その振る舞いについては「運営に関する事項その他必要な事項は、座長が定める」と専門家に完全に委ねられることとなった[40]。

二つ目の要因としては、国内での政策形成における専門家の行動規範に関する議論の不足が挙げられる。欧米諸国においては、2000 年代より政策形成における科学のあり方について疑問を喚起する事態が相次いだ。これらの議論を踏まえ各国内・国際組織は、科学的知見の取扱いや専門家の行動規範について原則や指針を作成し、科学の健全性

を維持する試みを続けてきた。しかし日本においては、BSE(牛海綿状脳症、Bovine Spongiform Encephalopathy)問題や薬害エイズ問題といった出来事は政策形成と科学の関係を巡る国民的な議論には繋がらず、健全な科学的助言のために仕組みの整備は進まなかった[42)]。

三つ目の要因としては、政治家のリーダーシップの不足が挙げられる。アメリカでみられるように、政治家が情報発信と意志決定の両方において強いリーダーシップを見せた場合、専門家が選択できる行動の範囲は限定的となる。一方日本においては、政治家が自らの責任のもとに積極的な意志決定を行う姿勢はみられず、判断を官僚および専門家に委ねる傾向がみられた[34)]。こういった環境の中、専門家に求められる役割は状況とともに変化していった[36)]。

このように、日本においては、制度上存在する専門家の役割の構造的猶予の中で、政治との間の線引きを専門家自身が決定するという特徴がみられた。この線引きについての苦悩は、専門家会議の座長を務めていた脇田氏もインタビューにて語っている[43)44)]。この構造を所与としたとき、公衆衛生の専門家は政策形成においてどのように振る舞うべきか。これは、本国における COVID-19 感染対策の反省として議論されるべきであるのみならず、今後の政策形成と科学の関係性を定義する制度を作り上げていく上でも、非常に重要な意味を持つ議論であると言える。

4. 専門家のあるべき振る舞いとは

これまで、政策決定における専門家の立ち位置としてスウェーデン、アメリカの例を考察し、いずれの構造においても潜在的リスクが存在することを見てきた。それでは、その中間に位置する日本の構造において、制度上認められる猶予の中で専門家はどのような振る舞いが求められるであろうか。二国において観察された二つの望まれない傾向、「信頼喪失」と「政治化」を回避することを目的として、求められる専門家の振る舞いを考察する。

4-1. 信頼性を高める

政策形成における科学の役割が高まるにつれ、政策形成に関与する科学への社会的信頼の確保がますます求められる[42)]。スウェーデンの例では、専門家が政策決定の前面に押し出されることが、結果的に科学の信頼の喪失へ繋がる過程を考察した。一方アメリカの例では、政策への強い批判は科学の信頼には影響を及ぼさなかった。これらより、専門家の役割を中立的助言と感染状況の分析のみに限定することで信頼の喪失を回避できるように見える。実際、日本でも 2 月中旬の時点での専門家の役割はこのような限定的な形であったように思われる。独立性と信頼性は担保されていたかもしれないが、結果として、総理大臣による学校の一斉休校要請に見られたような科学的根拠の伴わない政策決定[34)36)]へ繋がった。また、アメリカにおいても、助言と政策の間に存在した時間的・内容的乖離が感染拡大に繋がったと考えられている[45)]。一方 Parascandola は、専門家の中立性は現実的でないだけでなく望ましくないとした上で、専門家は中立の立場に退く誘惑に抵抗しなければならないと述べている[9)]。では、専門家が科学の信頼を損なうことなく政策形成に関与するためには、どのようなことが求められるか。この問題は、パンデミック下の感染対策における二つの特徴である不確実性(Uncertainty)と規範的曖昧性(Normative ambiguity)の取扱いという問題に帰着する。この二

つの特徴は、いずれも純粋な科学的知見に基づく科学的助言の限界を超えており、専門家によって政策決定を行えない理由を説明している。しかし、日本における専門家会議の役割は、これらの特徴を無視して政策決定に関与しているという印象を国民に与え、社会的批判を浴びた[37)38)46)]。それでは、専門家が政策形成に関与する上で、これらの要素はそれぞれどのように扱われるべきであろうか。科学の信頼性を損なうことなく政策形成に関与することは可能であろうか。

(1) 不確実性(Uncertainty)

パンデミック下の公衆衛生政策の一つ目の特徴が不確実性である。これは、意思決定のための科学的根拠が明確でないこと、と定義される[47)]。パンデミック、特に新興感染症の場合、その性質上大きな不確実性を伴う。今回の例で述べると、COVID-19 の臨床症状、その原因ウイルスである SARS-CoV-2 のウイルス学的特徴、感染様式や免疫の持続期間、集団免疫に必要な免疫獲得者の割合といった、政策形成の上で極めて重要な情報はパンデミック初期にはほとんど解明されておらず、事態の進展とともに理解が進むという性質をもつ。また、ロックダウンなどの公衆衛生的介入の効果についてもエビデンスは弱いものとなる[48)]。こういった状況においては、専門家の間でも不確実性の評価および解釈の違いが異なる勧告へ繋がるとされ[49)]、単一の勧告についてコンセンサスを得るのは難しい。このような不確実性の中での選択は、民主的に選ばれた代表者である政治家が自らの判断とコモンセンスに依拠して下されるべきとされ[50)]、専門家の役割は様々な政策オプションを提示し、それらの潜在的な結果や科学的限界を説明することであるとされる[49)]。

不確実性の不適切な取扱いが反発に繋がった国内の事例を挙げる。4 月に政策の一部として掲げられた接触 8 割削減[51)]という目標についてである。根拠となっているのは、厚生労働省クラスター対策班に所属する西浦氏らによる数理モデルに基づく算出であった[52)]。このモデルは、当時利用可能であった限定的な情報といくつかの仮定により構成されている[53)]。当時利用可能であった知見の中で比較的信頼性が高く、政策形成において非常に有用であったことに違いはないが、当然ながら一定程度の不確実性も含んでいた。しかし西浦氏は、数理モデルの作成および感染状況の評価だけでなく、「接触 8 割削減」目標の推進をも積極的に行った[52)]。このような特定の政策の推進は、Millstone が定義する不確実性の存在下での専門家の役割[54)]から明確に逸脱しており、また、実質的な不確実性が存在する場合には最良の政策オプションについて明確な助言を提供しようとするべきでないという Van Dijk の記述[49)]とも反している。結果として、科学者個人への批判に繋がった[38)46)55)]。

では、西浦氏の行動はより限定的であるべきであっただろうか。西浦氏はインタビューにて、政治家のリスク認識の低さ、科学者の認識するリスクの高さ、および接触 8 割削減の必要性について述べており[52)]、実際、接触 8 割削減という数値目標は行動変容へ一定の貢献があったと想定される。もし積極的な政策擁護が感染症の流行抑制のために必要不可欠であった場合、それでも西浦氏の行動は正当化され得ないだろうか。

一つの正当化の方法は予防原則(Precautionary principle)の適用である。予防原則とは、ある活動が人の健康や環境に害を及ぼす恐れがある場合には、たとえ因果関係が科学的に完全に確立されていなくても、予防措置を講じるべき、とする考え方で

あり、ドイツの環境政策にルーツを持つ[56]。国連環境開発会議のリオ宣言においても「深刻な又は不可逆的な損害の脅威がある場合には、完全な科学的確実性の欠如を、環境悪化を防止するための費用対効果の高い措置を延期する理由として用いてはならない。」[57]という形で記されているこの考え方は、環境政策だけでなく公衆衛生にも拡張的な適用が認められており、COVID-19 対応においても多くの国で適用が認められている[58]。西浦氏の積極的な政策擁護が政策実行に不可欠であり、その政策が感染症の流行コントロールに必要であったと仮定すると、不確実性を理由に西浦氏の役割を限定することにより感染症の蔓延を引き起こすことは、間接的に不確実性の存在が予防措置の実行を妨げていることになると解釈できる。したがって、西浦氏による接触 8 割削減の推進は、予防原則の拡張的な適用によって正当化され得ると考えられる。しかし予防原則はあらゆる政策の推進を正当化するわけではなく、その適用のためには、政策の必要性、コストと便益の釣り合い、研究の進捗に応じた継続的な見直しと更新、科学の透明性と卓越性が要求される[58]。

一方、西浦氏のモデルについて批判を集めたもう一つの要因は、不確実性の明確化の欠如であった。西浦氏の振る舞いは、接触 8 割削減という数値への執着と比較し、不確実性の存在の明確化には重点がおかれていなかった。さらに、接触 8 割削減という数値目標が政策へ採用されて以降は、首相を含む政治家から繰り返し発言が見られた[51][59]が、政治家からの発言では不確実性の存在への言及は見られなかった。政策形成における専門家の行動原則として各国組織が定めているように、科学的助言の正統性と信頼性の確保のために不確実性の明確化は重要となる[42]。不確実性の存在下でも政策形成における科学的知見の活用の有用性は依然として高い[60]が、一方で一般の人は不確実性を理解の欠如により政策が正当化されない状態と同一視する可能性がある[61]ため、不確実性の明示はリスクコミュニケーションの専門家によって洗練された形で実行されることが求められる。

(2) 規範的曖昧性(Normative ambiguity)

パンデミック下の公衆衛生政策の二つ目の特徴は規範的曖昧性である。ここでの曖昧性とは、受け入れられたリスク評価の結果に対して、いくつかの意味のある正当な解釈が生じる状態と定義され、そのうちエビデンスではなく価値観に依存する解釈の広がりを規範的曖昧性と呼ぶ[47]。公衆衛生的介入はしばしば、経済活動の抑制を伴い、国民に大きな経済的負担を強いる。また、感染症に対する公衆衛生的介入は、多くの場合私権制限を伴う。具体的には、感染対策として考えられる、検疫・隔離や外出自粛要請、営業自粛要請、濃厚接触者の情報収集といった介入は、個人の自律や自由、経済活動の自由、個人のプライバシーといった私権を制限する[62]。こういった異なる価値の間での優先順位の決定や、許容される負担の種類と程度に関する判断は、科学的知見ではなく価値観に依拠する問題であり[7]、政治的な解決が求められる[8]。リスクガバナンスの領域では、この曖昧性の処理として包括的な「参加型の議論」を通して共通の価値観を特定することで、全員が集団的利益を得ることを目指すことが理想であるとされる[47]。しかし、パンデミックのような即時的な対応が求められる状況においては、国民と慎重に対話する時間がないまま専門家と政策立案者の少人数での意志決定および実行が必要となる[45]。

このような状況において、政府は政策決定の根

拠を専門家の意見に依存することで、価値判断をも専門家に委託していたような印象を国民に与えてきた[38)46)]。さらに政府は、専門家会議から分科会への移行に際して、知事や経済学者、マスコミ関係者など多分野の専門家を集めたが、これにより専門家が価値判断をしているという想定をさらに強めることが懸念される。実際、分科会が異なる価値の間でのバランスを議論すると想定している新聞記事も存在している[63)]。しかし、いくら多分野の専門家の関与があったとしても、規範的曖昧性の存在下で価値判断を伴う最終決定は専門家ではなく政治家によってなされるべきであると考える。以下に、理由を二点指摘する。

一点目としては、専門家の性質的な限界である。専門家の限界について、Laski は次のように述べている。専門家は、特定の分野への没頭を通して常識の洞察力を犠牲にしており、結果として自分の専門分野以外の証拠を軽視する傾向があり、斬新な見解に懐疑的である 。よって、専門家による意志決定は必然的に停滞や社会的対立を生むと懸念され、全体的な視野を持つ非専門家の価値スキームによって意志決定が下されるべきとしている[64)]。この記述をもとに考えると、多分野の専門家による価値判断はあくまで偏った視野に基づく部分的な議論に過ぎず、国民の価値観に基づく価値判断との間の乖離は避けられないと考えられる。

二点目としては、民主的な責任追及の手段の存在である。価値判断や許容される負担の判断が正当になされなかった場合、政府は議会からの内閣不信任、議会は国民からの選挙という民主的な形で民意の反映が期待できる。科学的知見によって正当化されない価値判断の領域に関する決定は、国民から選出された権力の委任者によって行われることで、国民の同意を通して正当化され得る[54)]とされる。

一方で、公衆衛生の向上それ自体が価値である[65)]ように真に価値中立的な科学的知見は神話にすぎない[49)]にも関わらず、しばしば専門家は自身の判断における価値観のスキームを自覚することができない[64)]と考えられている。科学に対する信頼を維持するためには、価値に基づく議論と科学に基づく結論を注意深く区別する必要がある[61)]とされる。

以上より、望まれる専門家の振る舞いは次のようなものであると考えられる。専門家は、自身の判断に存在する価値を自覚した上で、異なる価値の間での比較および判断については断固として関与を拒否し、政治家による判断を促すことが求められる。そのために専門家の役割は、感染状況の科学的評価、政策オプションの列挙、および各政策オプションにおける期待される効果、影響や潜在的なリスクの提示といった、Pielke の述べる「正直な仲介人(The honest broker)」の役割[66)]に限定されるべきである。政治家による判断の裁量を明確化し、判断の根拠の明示を促すために、これらの政策オプションと付随する知見は国民に見える形で公開されることが望ましいと考える。

4-2. 政治化を防ぐ

アメリカの例では、パンデミックの高度な政治化により二極化を引き起こし、これがアメリカにおける感染拡大を早めた要因の一つと考えられている[30)]。これは科学コミュニケーションの失敗である。では、この政治化はどのようなメカニズムで引き起こされ、どのように回避が可能なのであろうか。

まず、政治化の定義について考える。政治化という言葉は、目的、文脈、話者のアイデンティティ

に応じてさまざまな機能を果たす可能性があるが、その定義は事実上、文献の中には存在しない[8]。ここにおける政治化とは、科学的情報に対する反応が価値観や志向、信念に基づく偏った複数の派閥に分裂する状態と定義する。この分裂の背後にあるのは、政治化にともなって生じる科学的事実の冷静な評価からの逸脱であり[8]、この分裂は公衆衛生的介入における効果を減じる[30]ことから、効果的な公衆衛生政策の実現のためにはできる限り排除されるべき事象である。

政治化を最小化するための振る舞いを考える上で、「文化的認知(Cultural cognition)」という概念を参照する。Kahan によると、文化的認知とは、集団の価値観、すなわち平等や権威、個人主義、コミュニティに関連する価値観が、リスク認識や関連する信念に影響を与えることを指す。文化的認知は、新しい情報への解釈を偏らせることで、自分の素因を補強する形で分裂を生み出す。さらに文化的認知は専門家の情報に従うときにも影響を与え、価値観を共有していると考える専門家を信頼できる専門家であると考える傾向にあり、価値観が異なる場合は逆に人々の抵抗を強め、エビデンスの強さに関わらず代替的な議論を支持しようとする意志を強めるとされている[67]。

専門家の振る舞いを考える上で重要となるのは、専門家の信頼性の認識における文化的認知の関与である。これを考えるため、アメリカにおける一人の専門家が政治化される過程を考察する。アメリカ国立アレルギー・感染症研究所の Fauci 氏は、COVID-19 対策において科学的助言の発信を担っていた専門家の一人である。Fauci 氏は HIV/AIDS(Human Immunodeficiency Virus / Acquired immunodeficiency syndrome)、エボラ出血熱、SARS(Severe acute respiratory syndrome) や MERS(Middle East Respiratory Syndrome)などの感染症について党派を超えて 6 代の大統領に科学的助言をしてきた[68]。しかし、今回のパンデミックでは今までとは異なる傾向、すなわち高度な政治化を経験した。エコノミスト/YouGov の調査によると、3 月から 5 月にかけて Fauci 氏の信頼度は民主党員の間では上昇している(64%→68%)のに対し、共和党員の間では低下がみられた(56%→48%)。さらに、Fauci 氏に不信感を抱く共和党員の数では大幅な上昇がみられた(5%→23%)[69]。この現象を、前述した Kahan の「文化的認知」を用いて解釈すると、次のようになる。Fauci 氏はホワイトハウス対策本部の一員として、記者会見にて Trump 大統領とともに発言を行ってきた。大統領は記者会見にて、科学的根拠のない治療法の言及や証明されてない治療薬の普及、学校再開や経済再開の推進などで Fauci 氏の見解と相反する発言が頻繁にみられた[70][71][72]。これに対し、Trump 大統領と価値観を共有していると認識している共和党員は、大統領と相反している Fauci 氏が自身と異なる価値観を有していると想定し、この想定が文化的認知の関与を通して Fauci 氏の発言への抵抗を強め、エビデンスの強さに関わらず科学的情報を却下させ大統領の発言の支持を促し、結果として強い二極化を引き起こしたのである。

また、同様に考えると日本においても二つのメカニズムで政治化のリスクが存在することが分かる。一つ目は、政策決定に伴うものである。政治家からの「専門家の指示に従う」という発言により、専門家が価値判断をも含む政策立案の意志決定をしているとする想定を生む。これにより、実行された政策の背景にある価値観が専門家に付随するという認識を生み、この価値観への共感もしくは反発が、専門家の発信する科学的情報の政治化を

引き起こす可能性がある。二つ目は、情報発信に伴うものである。記者会見における専門家の発言は、しばしば政治家とともに政治家主導で行われる。これが、専門家と政治家が持つ価値観の間の共通性、もしくは相反性の想定を通して、専門家の存在の政治化へ繋がる可能性がある。

これらの政治化を回避するために必要なのは、エビデンスの提供ではなく、科学コミュニケーションの向上である。科学コミュニケーションの目的は、一般の人々が心を開いて利用可能な最善の科学情報を偏り無く検討するための環境を作ることとされる[67]。科学コミュニケーションの方法としては様々な研究がされており、いくつかの具体的な方法が政治化を抑制するとして推奨されている。Kahan は、多様な価値観を持つ専門家によって情報が保証されているときに二極化を抑制できると述べている[67]。また、Bavel らは、パンデミックにおいては個人ではなく全体的なアイデンティティを強調することで、運命を共有しているという感覚を育むことができ、政治的な分断を抑制できると述べている[73]。これらの科学コミュニケーションの手法の活用は、パンデミック下の情報発信において有用であると考えられる。以上より、政治化を防ぐために公衆衛生専門家に求められる振る舞いとしては、次のことが考えられる。政策の背景に存在する価値観と諮問組織に属する専門家の関連づけを回避するため、政策形成における専門家の役割の範囲はより明確化される必要がある。また、専門家からの情報発信は、政治家とは独立的に、洗練された科学コミュニケーションの理論を用いて、多様な価値観をもつ専門家から発信されることが求められる。

5. まとめ

本稿では、COVID-19 対策の政策形成の考察を通して、特にパンデミック下の政策形成における専門家の振る舞いを検討してきた。スウェーデンでは、専門家の専門知識に基づいて政策形成がなされていた。政治からの独立が保証されていたが、科学への信頼喪失という傾向がみられた。アメリカでは、政策決定は政治家の判断に大きく依拠していた。科学への信頼喪失はみられなかったが、科学的助言と政策との間の乖離、および高度な政治化の傾向がみられた。一方日本では、政策形成における専門家の影響力の大きさは二国の中間に位置していた。また、専門家の振る舞いを専門家自身が決めるという特徴があり、専門家の役割は状況とともに変化していた。このような構造において、科学の信頼喪失、政治化という二つの傾向を回避することを目的として、専門家に求められる振る舞いを議論した。この議論から、次の三つの提言が導かれる。

提言 1

専門家は、感染状況評価に存在する不確実性の明確化にさらに積極的になることが求められる。また、不確実性の存在下で特定の政策擁護をすることは必要性に応じて正当化され得るが、その場合は情報を公開した上で常にモニタリングされ、研究の進捗に応じて見直し・更新されなければならない。

提言 2

専門家は、役割の範囲をより明確化すべきである。専門家の役割は、感染状況の科学的評価、政策オプションの列挙、および各政策オプションにおける期待される効果、影響や潜在的なリスクの提示

に限定されるべきであり、異なる価値の間での比較および判断に関与すべきでない。また、価値判断を伴う意志決定が政治家によって正当になされることを促すため、これらの政策オプションと関連する知見は、国民に見える形で公開されるべきである。

提言 3
専門家からの情報発信は、専門家主導で政治家から独立的に行われるべきである。また、洗練された科学コミュニケーションの理論を用いて、多様な価値観をもつ専門家から発信されることが望ましい。

これらの提言は、次なる段階として経済の再開やワクチンの導入に関する政策形成において、専門家に求められる振る舞いを考える上で有用であると期待できる。また同時に、COVID-19 対策における専門家の振る舞いの反省は、今後の政策形成における専門家の行動原則の策定や関連する法整備を通して活かされることが求められる。本稿は、それらに向けた議論における論点を提供していると言える。

COVID-19 のパンデミックはあらゆる面で世界に大きな影響を与えている。感染症として人々の健康を損なっているのみならず、都市の脆弱性を露呈し、ワークスタイルに変化を及ぼし、コミュニケーションの意義を問い、社会の再定義を促している。政策形成における専門家のあり方についても、海外および国内において今まで以上に議論が深められている。これを契機として、本国においてもさらなる制度の整備が進むことが期待される。そのためにも、今回のパンデミックにてみられた現象を冷静に分析し、様々な視点から評価し、包括的な議論を進めていくことが重要であると考える。

参考資料

1） World Health Organization. (2020). Situation report on 11 February 2020. *World Health Organization: WHO.*Retrieved from https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2 (Accessed July 16, 2020)

2） Compo-Flores, A., and R. Gold. (June 28, 2020) Coronavirus cases pass 10 million globally. *The Wall Street Journal.* Retrieved from https://www.wsj.com/articles/coronavirus-latest-news-06-28-2020-11593340722 (Accessed July 16, 2020)

3） OECD. (2020). Evaluating the initial impact of COVID-19 containment measures on economic activity. *OECD.org.* Retrieved from https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/evaluating-the-initial-impact-of-covid-19-containment-measures-on-economic-activity-b1f6b68b/ (Accessed July 16, 2020)

4） Hale, T., N. Angrist, B. Kira, A. Petherick, and T. Phillips. (2020). Variation in government responses to COVID-19: BSG-WP- 2020/032 Version 6.0. Retrieved from https://www.bsg.ox.ac.uk/sites/default/files/2020-05/BSG-WP-2020-032-v6.0.pdf (Accessed July 16, 2020)

5） Callander, S. (2008). A theory of policy expertise. *Quarterly Journal of Political Science, 3,* 123-140.

6） Oliver, T. R. (2006). The politics of public health

policy. *Ann Rev Public Health, 27,* 195-233.

7） Quanstrum, K. H., and R. A. Hayward. (2010). Lessons from the mammography wars. *N Engl J Med, 363*(11), 1076-1079.

8） Goldberg, D. S. (2012). Against the very idea of the politicization of public health policy. *Am J Public Health, 102*(1), 44-49.

9） Parascandola, M. (2003). Objectivity and the neutral expert *J Epidemiol Community Health, 57,* 3-4.

10） Halffman, W., and R. Hoppe. (2005). Science/policy boundaries: A changing division of labour in Dutch expert policy advice. In: Maasen S., Weingart P. (eds) *Democratization of Expertise?.* Sociology of the Sciences Yearbook, vol 24. Springer, Dordrecht, 135-151.

11） Anderson, C., and H. P. Libell. (2020, March 28). In the coronavirus fight in scandinavia, Sweden stands apart. *The New York Times.* Retrieved from https://www.nytimes.com/2020/03/28/world/europe/sweden-coronavirus.html (Accessed July 16, 2020)

12） Edwards, C. (March 30, 2020). Who's actually responsible for Sweden's coronavirus strategy? *The Local se.* Retrieved from https://www.thelocal.se/20200330/whos-actually-in-charge-of-swedens-coronavirus-strategy (Accessed July 16, 2020)

13） Erdbrink, T., and C. Anderson. (April 28, 2020). ‘Life has to go on’: How Sweden has faced the virus without a lockdown. *The New York Times.* Retrieved from https://www.nytimes.com/2020/04/28/world/europe/sweden-coronavirus-herd-immunity.html?searchResultPosition=14 (Accessed July 16, 2020)

14） Edwards, C. (June 8, 2020). Coronavirus debate: Is the political peace now over in Sweden? *The Local se.* Retrieved from https://www.thelocal.se/20200608/coronavirus-debate-is-the-political-peace-now-over-in-sweden (Accessed July 16, 2020)

15） Pancevski, B. (March 30, 2020). Inside Sweden’s Radically Different Approach to the Coronavirus. *The Wall Street Journal.* Retrieved from https://www.wsj.com/articles/inside-swedens-radically-different-approach-to-the-coronavirus-11585598175 (Accessed July 16, 2020)

16） The White House. (January 29, 2020). Statement from the press secretary regarding the president’s coronavirus task force. *WhiteHouse.gov.* Retrieved from https://www.whitehouse.gov/briefings-statements/statement-press-secretary-regarding-presidents-coronavirus-task-force/ (Accessed July 18, 2020)

17） The White House. (May 15, 2020). New members of the White House coronavirus task force announced. *WhiteHouse.gov.* Retrieved from https://www.whitehouse.gov/briefings-statements/new-members-white-house-coronavirus-task-force-announced/ (Accessed July 18, 2020)

18） Posner, E., and E. Bazelon. (April 2, 2020). Trump is politicizing the pandemic. governors can fight back. *The New York Times.* Retrieved from https://www.nytimes.com/2020/04/02/opinion/governors-states-coronavirus.html (Accessed July 18,

2020)

19）Goodnough, A., and M. Haberman. (May 7, 2020). White House rejects C.D.C.'s coronavirus reopening plan. *The New York Times.* Retrieved from https://www.nytimes.com/2020/05/07/us/politics/trump-cdc.html?searchResultPosition=331 (Accessed July 18, 2020)

20）Haltiwanger, J. (April 27, 2020). Trump has taken up 60% of White House coronavirus briefings, dedicating much of his time to attacks and false information, analysis shows. *Business Insider.* Retrieved from https://www.businessinsider.com/trump-has-spoken-60-percent-time-white-house-coronavirus-briefings-2020-4 (Accessed July 18, 2020)

21）Martineau, P. (May 6, 2020). Which states are reopening, which remain on lockdown, and why. *Wired.* Retrieved from https://www.wired.com/story/which-states-reopening-lockdown/ (Accessed July 18, 2020)

22）Lindeberg, R. (June 3, 2020). Man behind sweden's controversial virus strategy admits mistakes. *Bloomberg.* Retrieved from https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-06-03/man-behind-sweden-s-virus-strategy-says-he-got-some-things-wrong (Accessed July 18, 2020)

23）Sennerö. J. (June 4, 2020). Förtroendet för regeringen och Folkhälsomyndigheten rasar i ny undersökning. *svt NYHETER*. Retrieved from https://www.svt.se/nyheter/fortroendet-for-regeringen-och-folkhalsomyndigheten-rasar-i-ny-undersokning (Accessed July 18, 2020)

24）Sanger-Kartz, M. (June 27, 2020). On coronavirus, Americans still trust the experts. *The New York Times.* Retrieved from https://www.nytimes.com/2020/06/27/upshot/coronavirus-americans-trust-experts.html?searchResultPosition=103 (Accessed July 4, 2020)

25）Rolander, N. (June 8, 2020). Sweden's PM rebuked as Covid deaths ignite political anger. *Bloomberg.* Retrieved from https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-06-07/sweden-s-pm-is-rebuked-as-covid-deaths-ignite-political-anger (Accessed June 20, 2020)

26）The Economist. (March 11, 2020). In America, even pandemics are political. *The Economist*. Retrieved from https://www.economist.com/graphic-detail/2020/03/11/in-america-even-pandemics-are-political (Accessed June 21, 2020)

27）Civiqs. (June 19, 2020). Coronavirus: Outbreak concern. *CIVIQS.* Retrieved from https://civiqs.com/results/coronavirus_concern?annotations=true&uncertainty=true&zoomIn=true (Accessed June 21, 2020)

28）Lizza, R., and D. Lippman. (May 1, 2020). Wearing a mask is for smug liberals. Refusing to is for reckless Republicans. *Politico.* Retrieved from https://www.politico.com/news/2020/05/01/masks-politics-coronavirus-227765 (Accessed June 24, 2020)

29）Edsall, T. B. (May 20, 2020). When the mask you're wearing 'tastes like socialism.' *The New York Times.* Retrieved from https://www.nytimes.com/2020/05/20/opinion/cor

onavirus-trump-partisanship.html (Accessed June 24, 2020)

30）Gadarian, S. K., S. W. Goodman, and T. B. Pepinsky. (March 27, 2020). Partisanship, health behavior, and policy attitudes in the early stages of the COVID-19 pandemic. Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=3562796

31）Hilgers, L. (July 14, 2020). How Texas republicans politicized the coronavirus pandemic. *THE NEW YORKER*. Retrieved from https://www.newyorker.com/news/news-desk/how-texas-republicans-politicized-the-coronavirus-pandemic (Accessed July 19, 2020)

32）首相官邸 (2020)『新型コロナウイルス感染症対策本部(第 24 回)議事概要 <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/gaiyou_r020328.pdf>

33）首相官邸 (2020)『新型コロナウイルス感染症対策本部(第 27 回)議事概要』 <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/gaiyou_r020407.pdf>

34）安藤淳 (2020 年 5 月 23 日) 「悩める新型コロナ専門家会議、情報の出し方模索」『日本経済新聞』2020 年 7 月 19 日アクセス <https://r.nikkei.com/article/DGXMZO59274980Z10C20A5I00000>

35）衆議院 (2020) 「第 201 回国会 厚生労働委員会 第 9 号 (令和 2 年 4 月 17 日(金曜日))」『衆議院ホームページ』2020 年 7 月 19 日アクセス <http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_kaigiroku.nsf/html/kaigiroku/009720120200417009.htm#TopContents>

36）滝順一 (2020 年 5 月 15 日) 「コロナ専門家会議の迷走、独立性なくあいまいな組織」『日本経済新聞』2020 年 7 月 19 日アクセス <https://www.nikkei.com/article/DGXMZO58852670Y0A500C2000000/>

37）著者名不明 (2020 年 5 月 29 日) 「「政府が責任逃れ」「研究者、政治に踏み込みすぎ」 コロナ対策、政治と科学の分担あいまい 大学教授が指摘」『京都新聞』2020 年 7 月 19 日アクセス < https://www.kyoto-np.co.jp/articles/-/259365>

38）コロナ専門家有志の会 (2020)「次なる波に備えた専門家助言組織のあり方について（記者会見発表内容）」『新型コロナウイルス感染症に関する専門家有志の会 note』2020 年 7 月 19 日アクセス <https://note.stopcovid19.jp/n/nc45d46870c25>

39）首相官邸 (2020)『新型コロナウイルス感染症対策本部の設置について』 <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/konkyo.pdf>

40）首相官邸 (2020)『新型コロナウイルス感染症対策専門家会議の開催について』 <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/senmonka_konkyo.pdf>

41）日本放送協会(2020) 「新型コロナ専門家会議廃止 「分科会」として改めて設置へ」『NHK ニュース』2020 年 7 月 19 日アクセス <https://www3.nhk.or.jp/news/html/20200624/k10012482591000.html>

42）JST 研究開発戦略センター (2011 年)『政策形成における科学の健全性の確保と行動規範について』 <https://www.jst.go.jp/crds/pdf/2011/RR/CRDS-FY2011-RR-01.pdf>

43）金秀蓮 (2020 年 6 月 19 日) 「コロナ専門家会議・脇田座長に聞く＜連載 1 回目＞」『毎日新聞』2020 年 7 月 19 日アクセス <https://mainichi.jp/premier/health/articles/20200618/med/00m/100/018000c>

44）野口憲太 (2020 年 6 月 23 日) 「「行動変容の呼びかけ、懸念あったが」専門家会議座長」『朝日新聞デジタル』2020 年 7 月 19 日アクセス <https://digital.asahi.com/articles/ASN6L4468N6DULBJ01H.html>

45）Collins. A. (2020). COVID-19: A risk governance perspective. (International Risk Governance Center). Retrieved from https://infoscience.epfl.ch/record/276934/files/IRGC_COVID-19%20A%20risk%20governance%20perspective.pdf?version=1

46）青野由利 (2020 年 6 月 7 日) 「新型コロナ なぜ専門家会議は誤解されるのか」『毎日新聞』2020 年 7 月 19 日アクセス <https://mainichi.jp/premier/health/articles/20200605/med/00m/100/005000c>

47）Renn O. (2008) White paper on risk governance: Toward an integrative framework. In: Renn O., Walker K.D. (eds) *Global Risk Governance. International Risk Governance Council Bookseries, vol 1.* Springer, Dordrecht.

48）和田耕治, 太田寛, 川島正敏, 阪口洋子, 相澤好治 (2010)「新型インフルエンザ対策から学ぶ包括的な感染症対策」『保健医療科学』59(2), 94-99.

49）van Dijk, H. F. G., E. van Rongen, G. Eggermont, E. Lebret, W. E. Bijker, and D. R. M. Timmermans. (2011). The role of scientific advisory bodies in precaution-based risk governance illustrated with the issue of uncertain health effects of electromagnetic fields. *Journal of Risk Research 14*, 451-466.

50）Kahn, L. H. (2009). *Who's in charge? Leadership during epidemics, bioterror attacks, and other public health crises.* California: ABC-CLIO, LLC.

51）首相官邸 (2020) 「令和 2 年 4 月 22 日 新型コロナウイルス感染症対策本部（第 30 回）」『首相官邸ホームページ』 2020 年 7 月 19 日アクセス <https://www.kantei.go.jp/jp/98_abe/actions/202004/22corona.html>

52）岩永直子, 千葉雄登 (2020 年 4 月 11 日)「「このままでは 8 割減できない」「8 割おじさん」こと西浦博教授が、コロナ拡大阻止でこの数字にこだわる理由」『バズフィードニュース』2020 年 7 月 19 日アクセス <https://www.buzzfeed.com/jp/naokoiwanaga/covid-19-nishiura/>

53）西浦博(2020 年 6 月 11 日) 「【特別寄稿】「8 割おじさん」の数理モデルとその根拠――西浦博・北大教授」『ニューズウィーク日本版』2020 年 7 月 19 日アクセス <https://www.newsweekjapan.jp/stories/world/2020/06/8-39.php>

54）Millstone, E. and P. Van Zwanenberg. (2001). Politics of Expert Advice: Lessons from the Early History of the BSE Saga. *Science and Public Policy 28*(2), 99-112.

55）片沼麻里加 (2020 年 6 月 24 日) 「コロナ対策の責任、専門家に矛先も－問われる政府との役割分担」『ブルームバーグ』2020 年 7 月 19

日アクセス
<https://www.bloomberg.co.jp/news/articles/2020-06-23/QC3PSDT0AFBT01>

56）Raffensperger C., and J. Tickner. (Eds.) 1999. *Protecting Public Health and the Environment: Implementing the Precautionary Principle.* Washington DC: Island Press.

57）57) United Nations. (1992). *Report of the United Nations conference on environment and development.* Retrieved from https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_CONF.151_26_Vol.I_Declaration.pdf

58）Meßerschmidt, K. (2020). COVID-19 legislation in the light of the precautionary principle. *The Theory and Practice of Legislation*, DOI: 10.1080/20508840.2020.1783627

59）内閣府(2020) 「西村内閣府特命担当大臣記者会見要旨　令和 2 年 5 月 8 日」『内閣府ホームページ』2020 年 7 月 19 日アクセス
<https://www.cao.go.jp/minister/1909_y_nishimura/kaiken/20200508kaiken.html>

60）Weingart, P. (1999). Scientific expertise and political accountability: paradoxes of science in politics. *Science and Public Policy, 26*(3), 151-161.

61）Dietz, T. (2013). Bringing values and deliberation to science communication. *Proceedings of the National Academy of Sciences. 110*(Supplement 3), 14081-14087.

62）佐藤元 (2005) 「公衆衛生政策と人権」『医療と社会』15(2), 63-78.

63）著者不明 (2020 年 7 月 1 日)「社説 コロナ新分科会　政府は知見踏まえ対策を」『西日本新聞』2020 年 7 月 19 日アクセス
<https://www.nishinippon.co.jp/item/n/621906/>

64）Laski, H. J. (1930). The limitations of the expert. *Harper's Monthly Magazine*. 162, 967,101-110.

65）Savitz D. A., C. Poole, and W. C. Miller. (1999). Reassessing the role of epidemiology in public health. *Am J Public Health, 89*, 1158-61.

66）Pielke, R. A. Jr. (2007). *The Honest Broker. Making Sense of Science in Policy and Politics.* Cambridge, UK: Cambridge University Press.

67）Kahan, D. M. (2010). Fixing the communications failure. *Nature, 463,* 296-297.

68）Grady, D. (March 8, 2020). Not his first epidemic: Dr. Anthony Fauci sticks to the facts. *The New York Times.* Retrieved from https://www.nytimes.com/2020/03/08/health/fauci-coronavirus.html (Accessed July 19, 2020)

69）Sanders, L. (May 13, 2020). How much do Americans trust Dr. Anthony Fauci? *YouGov.* Retrieved from https://today.yougov.com/topics/politics/articles-reports/2020/05/12/americans-trust-dr-anthony-fauci (Accessed July 5, 2020)

70）Qiu, L., and J. Huang. (March 18, 2020). The president vs. the experts: How Trump played down the coronavirus. *The New York Times.* Retrieved from https://www.nytimes.com/interactive/2020/03/18/us/trump-coronavirus-statements-timeline.html (Accessed July 18, 2020)

71）Crowley, M., K. Thomas, and M. Haberman. (April 5, 2020). Ignoring expert opinion, Trump again promotes use of hydroxychloroquine. *The New York Times.* Retrieved from https://www.nytimes.com/2020/04/05/us/politics/t

rump-hydroxychloroquine-coronavirus.html (Accessed July 19, 2020)

72）Baker, P. (April 12, 2020). Trump lashes out at Fauci amid criticism of slow virus response. *The New York Times*. Retrieved from https://www.nytimes.com/2020/04/12/us/politics/trump-fauci-coronavirus.html (Accessed July 19, 2020)

73）Bavel, J.J.V., Baicker, K., Boggio, P.S. et al. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*. *4*, 460-471.

Invited Article

「新しい生活様式」の普及に関する考察

遠藤卓也（東京大学医学部）

Abstract:
日本では新型コロナウイルス感染症への対策の一環として「新しい生活様式」が提唱されたが、この生活様式が社会に受け入れられるにあたっては幾つかの問題があると考えられる。そこで本稿ではまず、シラクサ原則や手続き的正義と照らし合わせ、今回の政策に伴う問題点を検討した。また、これらの問題を乗り越える方法の一つとして、功利主義に基づく解釈を示した。

In Japan, “New Lifestyle" has been promoted as part of the countermeasures against COVID-19. However, there were several problems associated with the implementation of this strategy. Here, I examined those issues in light of the Siracusa Principles and procedural justice. Then, I also presented an interpretation of “New Lifestyle” based on utilitarianism, which I think is one of the possible ways to justify this strategy and to overcome the dilemma.

1. はじめに

2020 年、新型コロナウイルスによる感染拡大が社会的問題となっている。現在の日本では緊急事態宣言に基づく行動制限の緩和が進む一方で「新しい生活様式」の周知・普及が進められている。この「新しい生活様式」においては、市民の行動に対して一定の制限を求めるものであるが、従来の日常生活とは異なる生活様式への転換に関して一部では問題も生じており、社会全体が即座に受け入れるのは容易ではないように思われる。これからも長期的な目線での新型コロナウイルスへの対応が求められていく中で、「新しい生活様式」がもたらす自由の制限に関する正当性について考察した上で、この対策を私たち市民が受け入れるにあたって、どのような意識や倫理観が求められるのかについて考えていく。

2.「新しい生活様式」の正当性

2-1.「新しい生活様式」導入の経緯

2020 年 1 月 30 日、新型コロナウイルス感染症の拡大を受け、新型コロナウイルス感染症対策本部の設置が決定された（その後、3 月 26 日に新型インフルエンザ等対策特別措置法特措法第 15 条に基づくものとなった）[1)]。2 月 14 日には政府対策本部の下に新型コロナウイルス感染症対策専門家会議が設置されており [2)]、今回の感染症対策について医学的な見地からの助言等を行っている。専門家会議では初期の段階から今回の感染症対策における市民の行動変容の重要性を訴えており [3)]、5 月 1 日には今後新型コロナウイルスへの対応が長期化することを見据え、感染拡大防止のための行動変容の一環として新しい生活様式を導入していく必要があるとの見解が示された [4)]。5 月 4 日の専門家会議においては市民の理解を進めるべく

「新しい生活様式」という形での具体的な行動の実践例を示しており [5]、これを受け新型コロナウイルス感染症対策本部でも「新しい生活様式」の周知を行うことを方針とした [6]。現在、この生活様式については各自治体や報道機関などにより市民に対する周知が行われているところである [7]。この「新しい生活様式」は、「3 密」（密閉空間、密集場所、密接場所）の回避、身体的距離の確保、基本的な感染防御策を主な方針としており、これらの方針に沿う形で具体的な行動の実践例が提示されている。

2-2. シラクサ原則に基づく検討

今回の「新しい生活様式」については必ずしも強制力を持って行われる政策ではなく、介入度としては低いものの、これを遵守する場合には個人の自由の制限が生じることになる。こうした戦略を社会が抵抗なく受け入れていくにあたっては、戦略自体に正当性が伴うことが前提として必要であると考えられる。そこでまず、この自由の制限を伴う対策を講じることに正当性があるのかという点について考察を行う。

隔離などの個人の移動の制限を伴う公衆衛生対策の正当性については、国連が 1985 年に示したシラクサ原則が参照されることが多い [8),9)]。今回はこのシラクサ原則の要点をまとめた以下の 5 項目 [10)] それぞれについて、今回の「新しい生活様式」と照らし合わせて検討を行いたい。

① The restriction is provided for and carried out in accordance with the law;
制限は法律によって規定され、法に基づいて施行されている。

② The restriction is in the interest of a legitimate objective of general interest;
制限は公共の利益のための正当な目的のために行われる。

③ The restriction is strictly necessary in a democratic society to achieve the objective;
制限は、民主主義社会において、目的を達成するために厳密に必要である。

④ There are no less intrusive and restrictive means available to reach the same objective;
同じ目的を達成するための、より侵襲度・制限度が低い他の手段が存在しない。

⑤ The restriction is based on scientific evidence and not drafted or imposed arbitrarily i.e. in an unreasonable or otherwise discriminatory manner.
制限は科学的根拠に基づいたものであり、恣意的に起草されたり、課されたりしていない、すなわち、不合理な方法やその他の差別的な方法で行われていないこと。

① <u>について</u>

今回提案・周知が行われている具体的な「新しい生活様式」に関しては、法で明確に定められたものではない 。感染が拡大した場合には迅速な蔓延防止策が行われ得ることが対策本部の見解として述べられており [11)]、「新しい生活様式」を普及させる上での一種の圧力として働いている可能性も考えられるが、外出自粛要請等に関しても法的な強制力を持って行われるものではない。こうした点を踏まえると、「新しい生活様式」は法で規定されておらず、法的強制力も持たないと言え、この①の条件を満たさないと考えられる。

②について

専門家会議の提言においては、今回の新型コロナウイルスに対する日本の具体的な戦略は「クラスター（集団）の早期発見・早期対応」、「患者の早期診断・重症者への集中治療の充実と医療提供体制の確保」、「市民の行動変容」という３本柱であることが強調されており[12]、感染者や死亡者の発生を最小限に食い止めるため、医療提供体制を崩壊させないためという目的のもとで行動変容の要請が行われている。このことから、今回の政策は目的を示した上で行われていると言えるだろう。

③について

この条件を満たすには「新しい生活様式」が感染拡大を抑制することを示すエビデンスが必要と思われるが、ウイルスについての全貌が明らかになっていない中で感染拡大の防止策を取らなければならない現在の状況を考えると、この点に関しては過去の感染症対策や数理モデルに基づいた議論を行わざるを得ないだろう。

ここで行動変容の必要性について考察するにあたって、専門家会議発表資料に参考資料として含まれていた Imperial College of London のレポートを参照する[4),13)]。このレポート内では「緩和」「抑制」という二つの基本戦略をもとに検討を行なっている。「緩和」とは感染拡大を遅らせることで健康上の被害を少なくすることを目的としたものであるが、イギリスでこの戦略をとった場合に医療体制が破綻することが示唆されており、「抑制」によるアプローチの方が実現可能性は高いとされている。「抑制」による対策は感染拡大を抑えて感染者数を減少させることを目的とするが、介入が維持されないと感染が拡大する恐れがあり、長期的に、少なくとも断続的に、対策を継続することが必要であるとされている。この「抑制」のアプローチによる介入の中に「全国民の social distancing」や「学校や大学の閉鎖」が含まれている。

この報告は他国におけるシミュレーションではあるが、②で述べたような「医療提供体制を確保する」という目的を達成するためには「抑制」による戦略を日本も取らざるを得ないと想定される。また、この報告はワクチン開発を想定しているものだが、専門家会議では「不確実性を伴うワクチン開発のみをあてにした戦略はとるべきでない」[4)]と述べており、長期的な対策の必要性に関する理解も求められている。

以上のような点を考えると、「抑制」のアプローチの一環として、今回の政策の必要性が示されていると考えることになるだろう。

④について

感染症が未知のものである以上、何を持って最小限とするのか、どこまでリスクを取るべきかについての基準が存在するわけではなく、この点に関して明確な判断を下すのは困難である。

今回の「新しい生活様式」を諸外国の政策と比較した時、日常生活における制限が強制的に行われているわけではないこと、公衆衛生上の目的と社会経済活動との両立を図りつつ徹底した行動制限を避けるための策であることを考慮すると、この④の条件において一見相応しいものであるように思われる。しかし、「新しい生活様式」では具体的な行動指針として詳細な項目が設定されており、これらに忠実な行動を取るにあたっては、その項目数の多さが侵襲度・制限度を現すものとして解釈される可能性も考えられる。

⑤について

「新しい生活様式」の要点の一つである「『3 密』（密閉空間、密集場所、密接場所）の回避」については、日本のクラスター対策において、集団での感染リスクが大きいとされるシチュエーションを避けることを目的としている。「身体的距離の確保」、「基本的な感染防御策」についても、飛沫・接触感染するとされている今回の新型コロナウイルスに対する感染対策としては一見妥当であるようにも思われる。また、「新しい生活様式」の導入は決して感染が拡大している地域だけではなく、感染が限定的になった場合でも長期的に行うことが求められている点、重症化する恐れの高い個人や高齢者に限定した戦略ではない点において、恣意的な差別は行われていないものと考える。

しかしながら、どの程度の対策が必要かについての明確なエビデンスが存在しない以上、今回示された具体的な行動指針に関しては恣意的なものとみなせるのではないだろうか。また、今回の「新しい生活様式」では、例えば飲食店や娯楽施設などについて利用方法を改めることが市民に求められているが、これらに関係する業種に従事する人々が潜在的に被害を被っていることも憂慮される。

以上 5 項目の検討を踏まえると、「新しい生活様式」はシラクサ原則と照らし合わせた際に幾つかの点において議論の余地があり、必ずしも条件を満たしているとは言えない。よって、この「新しい生活様式」をシラクサ原則に基づいて正当化することはできないと考えられる。

2-3. 手続き的正義に基づく検討

また、今回の戦略が取られる過程において手続き的正義が果たされていたのかどうかについても考慮に値するだろう。Norman Daniels によれば、手続き的正義の確保に関しては以下の 4 項目が挙げられている [14]。

(1) 決定の根拠が公開されること
(2) 公平な人々が納得できる根拠や証拠が提示されること
(3) 決定の改正や不服訴えの機会が与えられること
(4) 決定が以上の条件を充たすことを保証するために、自発的または公的な規制があること

今回の「新しい生活様式」は専門家会議の提言という形で初めて市民が知り得るものとなったが、この行動指針の具体的な内容がどのような過程を経て成立したのかは明らかではない。今回の専門家会議の議事録が作成されていないとの報道もあり [15]、もしこれが事実であるならば、納得する上での根拠が十分に示されていると感じない市民もいるように思われる。また、この戦略は強制力がないものではあるものの、内容に関する改正の機会が与えられているのかは判然としない。これらの点を踏まえると、今回のこの行動指針は手続き的正義の観点からは不透明な部分が多く、決定に至るプロセスについては改善の余地が大いにあるように思われる。こうした不透明なものであるにも拘らず、日本社会では人々の危機感や自己犠牲に委ねる形で戦略が成り立っているという点において、その不安定性が危惧される。

3. 公衆衛生活動と功利主義

日本全体、もしくは世界全体でこの新型ウイルスと付き合っていく上で、公衆衛生上の観点からはこうした「新しい生活様式」を受け入れていかなければならないと考えられるが、それは従来のような自由な生活を慎まなければならないことを意味する。公衆衛生上の目的のために自由が制限されることに関しては、幸福、正義、自由のジレンマが生じると考えられ、そうしたジレンマが社会上の問題に繋がっているように思う。

例えば、若者世代の中には行動が制限されることによって受ける利益よりも自由が制限されていると感じる者も多く、それらが若者世代を中心とする「気の緩み」につながっていると推測される[16]。また、感染が拡大していない地域においては身をもって危険を感じる場面が少なく、自由を制限してまで行動変容を受け入れる必要性が理解し難いことも考えられる。

こうした状況に対して、仮に「新しい生活様式」が正当性を持ったものであれば、市民がこの戦略を受け入れる上での一つの基盤となったと考えられる。しかし先程述べた通り、「新しい生活様式」はシラクサ原則の枠組みにおいては必ずしも正当であるとは言えず、また人々の善意や自己犠牲のもとで成り立つという、安定性に欠ける部分があるが故に、市民が受け入れる上での大きな障壁になっているのではないかと推測される。

このような問題を鑑みたとき、今回の日本の公衆衛生上の戦略に倫理学的に正当性を持たせるのは功利主義であると私は考える。功利主義とは、行為や政策の善悪の評価の際に、その結果として生じる事態のみに着目する帰結主義の立場を取る説である[17]。功利主義は、一人一人の価値の公平性をもとに全体の「幸福」を集計し、その総量が多ければ多いほど良いという総和順位付けを行うことで、「最大多数の最大の幸福」を追求するという特徴がある。この考え方に基づくと、個人全体の幸福に対して社会全体の幸福が優先されるという考え方を取ることになる。

今回の感染症に対する公衆衛生上の政策を功利主義に基づいて解釈するにあたって考えなければならないのは、「何を幸福とするか」、「何をもって最大多数とするか」という点であると思われる。

まず「幸福」であるが、この点に関して万人の合意を得ることは困難であろう。幸福の基準自体が曖昧であることに加え、現代社会のような価値観が多様化している状況においては尚更のことである。そこで、ここでは個人の欲求の充足や自由意志に基づく行動といった積極的な意味での幸福ではなく、「～と比較して良い」という否定的な形での幸福を一つの基準として提案したい。このような考えを取るにあたり、最低限の幸福が何かを考えなければならないが、感染症という生命を脅かし得るものに対して公衆衛生上の戦略を講じる今回のような場面においては、「生命」「健康」を最低限の幸福として位置づけるのが妥当ではないだろうか。

続いて「最大多数」の範囲についてであるが、今回のようにウイルスの全貌が明らかになっていない状況でほぼ全ての人に感染のリスクがあること、日本における公衆衛生の戦略であるからには日本の市民全員の健康リスクを考慮する必要があることを前提とすると、一部の市民やマイノリティを対象にするのではなく、日本で生活する全ての市民を対象に含めたものであることが相応しいと思われる。

以上のように考えると、今回の感染症への対策における「最大多数の最大の幸福」の実現にあた

っては、全市民が生命活動を維持できる最低限度の生活を前提とし、その前提を脅かさない限りにおいて、個人による自由な幸福の追求を認めることが必要であると考えられる。このような解釈において、今回の「新しい生活様式」は正当化されると言えるだろう。

4. 私達に求められること

上記の検討より、今回の日本の戦略は功利主義の考えにおいて正当化されるとの考えを示した。これに基づき、私たちが今後「新しい生活様式」を受け入れるにあたってどのようにこの戦略を理解していくべきかについて考えてみたい。

まず、この生活様式を受け入れることで、個人のみならず市民全体の健康を保つことに繋がり、先程の「最低限の幸福」が実現可能となることを意識しなければならない。パンデミック以前と同じレベルの幸福については、市民の安全、生命が成り立ってから追求されるべきものとして認識していかなければならないだろう。また、感染による重症化のリスクが高い個人や、感染拡大が進んでいる地域の市民だけではなく、市民全体に対して行動変容が求められている点に関しては、功利主義に基づいて解釈すると「最大多数の幸福」、つまり日本社会全体における幸福を成し遂げるために必要なものとして理解される。この解釈のもとでは、社会全体の利益に繋がらないような利己的な個人の行動、感染拡大のリスクを伴う行動は制限されるということになる。また、こうした解釈が行われるには、自分の身の回りの人間関係だけではなく、日本社会全体へと目を向けること、自分の目には直接見えることのない他者・社会への想像力を働かせることが求められる。

以上に述べたような理解を踏まえると、「新しい生活様式」は「行動」という観点から人々の変容を要請したものであるが、その中で示されているような「行動」の変容だけではなく、以前とは異なった価値観・倫理観への「意識」の変容も私たちには求められていると言えるだろう。

また、このような功利主義に基づく理解が社会に広まることは、今後生じ得る社会問題を解決する上での端緒となるのではないかと思われる。例えば、日本における外出自粛要請には法的な強制力がないにも関わらず、自粛要請に従わない人々を一般市民が取り締まるといった行為も大きく報道されるようになった[18]。外出自粛要請が解除され「新しい生活様式」への移行が進む中でも同様の問題が生じることも想定されるが、これらの問題に関してはどのように向き合って行けば良いのだろうか。

確かに、自分の自由が制限されていると感じる中で他人が一見自由・幸福を楽しんでいるような姿を見ると不公平に感じる人も多く、怒りや反感が生じてしまう。社会全体の最大幸福を追求することを考えた際、格段の事情もなく個人の自由を追求する態度には慎むべきだが、このような場面で他人に行動変容を強制しようとすることも必ずしも適切な態度であるとは言えないだろう。今回の対策に法的強制力がないことに加え、やむを得ない個人的な事情・背景が存在する可能性にも目を向けなければならないし、そもそもむやみに他人を批判することは根本的な問題解決にならず軋轢を生む一方だと思われるからだ。ここで問題解決の糸口となるのは、上記で述べてきたような功利主義に基づいた理解が社会全体に広がることではないか、と私は考える。「新しい生活様式」が社会全体で実践されていくには、まずはその必要性が受け入れられるような基盤が形成され、その上

で自然と、無理のない範囲において各個人により行動変容が実践されていくことが理想的な形なのではないだろうか。

5. 結論

今後も一定期間はこの新たなウイルスとともに生きていかなければならないことが見込まれており、長期的な対策の一環として、日本で生活する私達には「新しい生活様式」に基づく行動変容が求められている。この日本における公衆衛生活動は、シラクサ原則や手続き的正義の観点からは必ずしも正当とは言えず不安定性を孕んだものであるが、功利主義の枠組みにおいて正当化されると考えられる。この功利主義に基づいた理解が浸透し人々の意識が変わっていくことで、「新しい生活様式」という戦略がより円滑に実践され、今回の未曾有の事態における社会全体での対応が可能になると期待される。

参考資料

1) 内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室「新型コロナウイルス感染症対策本部の設置について」 https://corona.go.jp/expert-meeting/pdf/konkyo.pdf（参照日: 2020 年 5 月 28 日）
2) 内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室「新型コロナウイルス感染症対策専門家会議の開催について」 https://corona.go.jp/expert-meeting/pdf/senmonka_konkyo.pdf（参照日: 2020 年 5 月 28 日）
3) 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」（2020 年 3 月 19 日） https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000610566.pdf（参照日: 2020 年 5 月 28 日）
4) 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」（2020 年 5 月 1 日） https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000627254.pdf（参照日: 2020 年 5 月 31 日）
5) 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」（2020 年 5 月 4 日） https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000629000.pdf（参照日: 2020 年 5 月 28 日）
6) 第 33 回新型コロナウイルス感染症対策本部(令和 2 年 5 月 4 日開催)資料 https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/sidai_r020504.pdf（参照日: 2020 年 5 月 28 日）
7) 毎日新聞社「『新しい生活様式』実践例　専門家会議が示す　経済活動との両立図る」 https://mainichi.jp/articles/20200504/k00/00m/010/084000c（参照日: 2020 年 5 月 28 日）
8) United Nations. Siracusa principles https://undocs.org/pdf?symbol=en/E/CN.4/1985/4(参照日: 2020 年 5 月 14 日)
9) 赤林朗・児玉聡 (編)『入門・医療倫理III』勁草書房; 2015, p184
10) WHO Guidance on human rights and involuntary detention for xdr-tb control https://www.who.int/tb/features_archive/involuntary_treatment/en/(参照日: 2020 年 5 月 14 日)
11) 第 34 回新型コロナウイルス感染症対策本部(令和 2 年 5 月 14 日開催)資料 https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronaviru

s/th_siryou/sidai_r020514.pdf(参照日: 2020 年 5 月 27 日)

12) 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」(2020 年 3 月 19 日) https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000610566.pdf(参照日: 2020 年 5 月 16 日)

13) Imperial College COVID-19 Response Team," Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand" https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/mrc-gida/2020-03-16-COVID19-Report-9.pdf(参照日: 2020 年 5 月 16 日)

14) Rid, A. (2009). Justice and procedure: how does "accountability for reasonableness" result in fair limit-setting decisions?. *Journal of Medical Ethics*, *35*(1), 12-16.

15) 東京新聞「コロナ専門家会議、議事録作らず歴史的事態検証の妨げに」https://www.tokyo-np.co.jp/article/31810（参照日: 2020 年 5 月 29 日）

16) NHK WEB「"気の緩みで感染再拡大も" 経済再生相が外出自粛の継続要請」https://www3.nhk.or.jp/news/html/20200517/k10012433701000.html(参照日: 2020 年 5 月 29 日)

17) 赤林朗・児玉聡 (編) 『入門・医療倫理III』勁草書房; 2015, pp124-125

18) NHK WEB「『自粛警察』相次ぐ 社会の分断防ぐ冷静な対応を 新型コロナ」https://www3.nhk.or.jp/news/html/20200509/k10012423651000.html(参照日: 2020 年 5 月 29 日)

Invited Article

精神科領域におけるピアサポーターが専門性を持つことは いったい何なのであろうか

芝本祐太（東京大学医学部）

Abstract:
精神保健医療福祉サービスにおいて、ピアサポートを活用する流れが広がっているが、二重関係や境界の問題が存在していて、ピアサポーター独自の専門性が求められる。そのためにアイデンティティを確立することが求められるが、これは難しい。その解決策として複数の役割を見せる能力を身につけること、あるいは構造的解決策としてジュニアピアサポーターとシニアピアサポーターの導入が考えられる。

There is a trend of utilizing peer support in mental health, medical and welfare services. However, there are problems of dual relationships and boundaries. So, peer supporters are required unique specialty and establishing an identity, which is difficult. As a solution, it is possible to acquire the ability to show multiple roles, or as a structural solution, introduce junior peer supporters and senior peer supporters.

1. Introduction

精神保健医療福祉サービスにおいて、ピアサポートを活用する流れが広がっている。これは、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療から地域生活中心へ」という理念に基づいて、入院期間が一般的に長い精神障害者が安心して地域の一員として暮らせるように、患者の家族を含めたサポートの体制を作るためである。ピアサポーターはあくまで病院外の人であり、病院外の支援者との交流のきっかけになりやすく、病院の内部で入院している患者と直に接しながら、情報提供や気持ちの支えをしていく、直接的な支援の担い手として期待されている。

筆者は医学部６年生であり、実習で精神科の様子を見る機会があった。その際には、ピアサポーターの方が一人、スタッフとして働いていた。その時に、「ピアサポーターのほうが他の医療者スタッフよりも、実際の患者の声を集めやすい」と聞いた。さらに、一部の患者では将来ピアサポーターになりたいと漠然とした目標を持つ人もいて、将来への希望的役割を果たしているようであった。

ピアサポーターの有効性については議論がある。横断研究ではあるものの、リカバリー経験とピアサポートの優位な関連を示す研究[1,2]はある。しかし、ピアサポートの介入が希望やリカバリーやエンパワーメントでは有意な結果を示すものの、入院や症状やサービス満足度では差がないとする研究[3]もある。ピアサポーターを雇用すること自体が、その機関の実践にリカバリー志向サービスへの転換に向けたパラダイスシフトを生み出すわけでない[4]が、ピアサポーターの導入は患者に対して「特段の害はない」と示されており、実際の現場の声によって推進されている。

しかし、現状のピアサポートの雇用には多くの

問題が存在する。ピアサポーターとして働く際に研修を行わずに雇用される場合もある。研修の内容も統一されておらず、例えば千葉県では座学 30 時間、実習 120 時間の研修を行うが、大阪市では 2 日間の講座といった形で、地域による差が大きい[5]。求人方法も、雇用主や職員からも声掛けが 70%を超えて、公募によるものは 30%以下である。さらに雇用に関する契約書がない場合も 30%ほど存在[6]し、雇用の形態として曖昧である。

この状況で、ピアサポーターは他の患者に対して、医療スタッフとしての支援者と利用者という関係のほかに、利用者時代の友人関係を持つ場合もあり、二重関係に苦しむ場合が多い。関係性に境界線を引くことは難しく、それまでの友人として食事に行く関係性や連絡先を交換している関係性といったものは機関のルールでは禁止されていることも多い。さらに他の職員よりも、利用者に近い立ち位置であるため、そこで知り得た個人情報をどこまで、他の職員に伝えるのかという問題も発生する。一方で、職員として知り得た個人情報を守秘義務に則って守ることも厳しく求められる。ピアサポーターのポジションや役割が曖昧であれば、この境界線の問題に苦しむことになり、ピアサポーター自身のモチベーションの低下や葛藤を生むことになる。また、利用者側からも「ピアサポーターと対等でない」という不満を抱えることもある。

ピアサポーターの支援者としての立場は本来、専門性を持たない立部であると考えることもできるが、以上の問題点を解決するためには特有の専門性が求められる。この専門性とはいったい何なのであろうか。また、その専門性を獲得するにはどのような問題点があり、それをどのように解決すればよいのであろうか。それぞれについて、先行研究の考察を踏まえて新たに考察していく。

2．ピアサポートがその他の資格を持つことのメリットとデメリット

ピアサポーターには現在のところ、ピアサポーターとしての資格はない。よって、それを目指す人が専門性を持つために精神保健福祉士といった他の資格を持つ場合があるが、これに対するメリットとデメリットをいくつか挙げていく。

まず、メリットはピアサポーター自身の立場が明確になることである。Introduction でも記載したが、ピアサポーターは自身の立場に苦しむ場合が多い。その中で、資格の獲得により支援者側としての知識を獲得し、自身の立場の曖昧さを改善する。また、ピアサポーター自身もスタッフとして働くことを正当化されていると感じられ、ピアサポーター自身に有利に働く。さらに、サポーターの質が担保されることで、ピアサポーターの地位が認められる。ピアサポートを始めるには他のスタッフからの理解や支援が必要であるが、十分でない場合も多い。ピアサポーターに他のスタッフと同様の仕事を求めることは難しく、「ピアサポーターと他のスタッフは対等でない」といった声や「ピアサポーターがいると本音が言えない」といった声も存在していて、ピアサポーターの体調不良時などには諦めの気持ちになる。ピアサポーターの質が担保されることで、地位を認められやすく、理解や支援が得られやすくなると考えられる。

一方で、そのデメリットとしてはピアサポーターとして、他のスタッフとの最も重要な違いである「体験の共有によって支援者と被支援者の距離が縮まる」といった作用や「利用者がピアサポーターに親近感を持つことできる」といった作用が弱くなることがある。そのため、利用者において

「自分だけじゃない」という安心感や安堵感を持たせることは難しくなり、また利用者からはその立場に対して嫉妬を持たれることも起こる。

また、ピアサポーターが資格を持つことに対するピアサポーターの声としては以下のようなものがある。広田和子氏は、ピアサポートの活動について「相談者がいるから相談が必要」と述べ、ピアサポートに依存してしまうことの危険性にも触れ、相談支援にお金をかけるより、食事とフリースペースを提供して仲間が出会えることを推進すべきとし、相談活動を世間話をするコミュニケーション能力をつけるためのトレーニングと位置付けていた。[7]また、ある施設でピアサポーターに行ったアンケートでは「ピアで、ピアスタッフになりたいから、さっき言っていた精神保健福祉士の資格を取るっていう人が、すごく多くて（それは違うと思う）」といった声や「精神保健福祉士を取ると、ピアじゃなくなるって、よく聞くけど。自分の中のイメージでは、自分の体験としての経験にピアっていう部分がある」という声があった。[8]

広田氏や上記の施設のピアサポーターは自身の名前を公開したうえで、ほぼ24時間電話対応するなど、ピアサポーターの活動がボランティアに近い活動であり、他のピアサポーターとの活動形態は異なる。そのようなサポートの仕方は特定の場合であり、難しいが、彼らは仲間としての立場で被支援者の話を長く聞き、寄り添うことを支援としていた。さらに、他の資格を道具として使うことに対して、抵抗を持っていた。

3．ピアサポートが専門性を持つということ

ピアサポーターとしての現状の研修で求められている条件[5]は

① 最低6カ月間精神的・感情的に安定していること。
② 危機状況にある人をケアすることを理解し支援する役割を遂行する能力。
③ 専門職などにいつ相談すべきかについて判断するに必要な洞察力と判断力。
④ 支援相手に職場以外の自分の電話番号などを教えない。
⑤ チームリーダーとの約束以外の行動は決して行わない。
⑥ 支援相手と秘密の約束をしない。
⑦ 支援相手を決して自宅に招かない。
⑧ 支援相手と個人的関係は持たない。

ということである。この条件は、ピアサポーターとして被支援者との友人関係には必須な個人的関係を否定する。現状では、もともと被支援者の立場で通っていた機関から直接の声掛けによって支援者の立場になることも多く、ピアサポーターになるとそれまでの友人関係を失いかねない。そのため、「ピアサポーターなのに対等ではない」といった被支援者からの不満を生む。ピアサポーターは被支援者により近い立場で支援をするはずではあるが、その条件には立場を遠ざけるものがある。

「ピアサポーターなのに対等ではない」という声が出てしまうが、ピアサポートにおける対等とはいったい何なのであろうか。ピアは、「ピア（peer）とは、同じような立場や境遇、経験等を共にする人たちを表す言葉です。ピアの語源は、等しい・似たという意味をもつラテン語（par）に由来し、日本語としては、「仲間」や「同輩」などと訳されます。複数の関係性において、何かしらの共通項をもち、対等性のある関係性を総称した言葉です」[5]と説明されている。この説明において、対等という言葉は関係性に対して用いられている。本来のピアサポーターと被支援者の関係性は、支援をす

る・されるという関係である。しかし、その中での対等とするならば、被支援者側からピアサポーターに対する作用は存在するということではないだろうか。

ピアサポーターは被支援者と同様の障害を抱えていて、ピアサポートの活動により被支援者から影響を受けている。ピアサポーターと被支援者の相互作用について、「ピアスタッフは自分自身のリカバリーの経験や仲間の存在に力を得た経験をもとに、利用者の状況への理解を深め、力や可能性を感じている。より対等な関係性の中で、利用者の希望をくみ取り、適切なタイミングで自身の経験を開示することで、利用者の変化とともに、自身の変化や自身の経験の持つ価値も感じている」[9]と考えられている。このように、ピアサポーターはピアサポートにより、自身を回復させるという作用を受ける。当然、その作用の大きさはピアサポーターの回復度や被支援者との関係性によって変化する。しかし、ピアサポーターに対しても被支援者が作用しているということが対等の根拠になると考えられる。

以上の条件を踏まえたうえで、ピアサポーターの専門性について考えていく。

加藤真規子氏は「ピアスタッフが患者に対して『支援者』としての立場になることは、援助をする・されるという関係を持ち込まれる結果、権威主義的・階層的構造に陥る危険性を持つ。同時に、《生還者》の見ているところは、抑圧するもの、されるものという二者択一の世界観ではなく、生還者として、ピアスペシャリストとしての新たな世界観と立ち位置をつくりつつある」と述べ、ピアサポーターのとしての特有の在り方について、述べていた。具体的な例として、25 年酒を飲んでいないのに、アルコホーリクス・アノニマスのミーティングに通い続けるピアサポーターの存在から、ピアサポーターはピアの経験により自己洞察をしているとした。[10]

また、ピアサポーターとしてのアイデンティティは、その人の経験とピアサポーターとしての訓練の両者によって確立されるが、それは不動のものではなくて、被支援者、友人、支援者という様々な立場を持つ精神科ソーシャルワーカーの複数の役割により、流動的なものとして存在する[11]とされている。

ピアサポーターとしての専門性は、このアイデンティティを確立させることそのものであると考えられる。ピアサポーターは新しい第 3 の立場での価値観を追求し、苦悩する。その過程において今までの被支援者とこれからの支援者の立場を統合させる。アイデンティティの確立がうまくいかず、支援者としての立場に偏れば、被支援者からの相互作用が失われることになる。それでは、「ピアサポーター」として期待されていた役割ではなく、他のスタッフと同様の役割を担うことになり、「ピアサポーターなのに対等でない」ということになる。

4. 現状と解決策について

もしも、アイデンティティを確立することが簡単であれば、ピアサポートの研修を行い、ピアサポーターの人材を養成すべきという考えになる。しかし、アイデンティティを定義するのはピアサポーター自身であり、そのアイデンティティは全員が同一のものではない。加えて、アイデンティティを形成することは難しい場合が多く、現状の研修体制では難しい。また、ピアサポーターは必ず被支援者の立場から始まる。そのため、完全な専門性を持たない活動も多く存在していて、それ

が困難な役割を要求することを難しくしている。

それを姑息的に解決する方法として、ピアサポーターは自身を支援者・被支援者のどちらかの立場だと考えていても、被支援者に対しては対等な立場であるかのように見せかけ、他のスタッフに対しては共に働く同僚としての立場であるかのように見せるといった、複数の役割を状況に応じて見せるという能力の獲得を目指すことが考えられる。この能力でピアサポーターは周囲から求められている役割を果たすことはできる。この場合では、ピアサポーター自身は境界が曖昧なままであり、ピアサポーターの心の問題は解決しない。しかし、難しいアイデンティティを形成する猶予が与えられ、ピアサポートの活動の中で獲得する可能性もあるだろう。

また、さらなる問題として、専門性を持つことについても「ピアサポートは道具を持たないから成り立つ」という考えも存在していて、ピアサポートには高度な専門性が必要と認知されてしまうことはピアサポーターを被支援者の立場から遠ざける。

これに対する解決策は、「専門性を感じさせない技術がピアサポーターには必要」とすることもできるが、これではピアサポーターの負担が増える一方である。構造的解決策の一つとして、ピアサポーターを活動経験や専門性の深さに応じて、ジュニアピアサポーターとシニアピアサポーターと分けるが考えられる。ピアサポーターの専門性が高度だという認識を改善することで、ジュニアピアサポーターと被支援者の距離を近づけることができる。シニアピアサポーターは支援だけでなく、ジュニアピアサポーターのスーパービジョンとしての役割を持つならば、ピアサポーターのアイデンティティをピアサポーター同士で深め合うこともできる。ただし、これにはピアサポーターの集団が大きく、連携が取れている必要があり、また、ジュニアピアサポーターに専門性の浅さが条件となるため、この立場を長くは続けられないという問題点もある。また、これは今までの支援者とピアサポーターの関係をジュニアピアサポーターとシニアピアサポーターで作ることであり、同等の問題は発生する。しかし、両者における差が段階を経ることによって縮まり、程度を和らげることはできると考えられる。

5. まとめ

ピアサポーターには、二重関係や境界の問題が存在していて、独自の専門性が求められる。その専門性はピアサポーターとしての第 3 の立場のアイデンティティを形成することである。しかし、その専門性を獲得することは難しい。そのため、姑息的手段ではあるが、複数の役割を見せる能力によりアイデンティティを形成する猶予を得ることができる。また、専門性への抵抗も見られて、これには専門性を感じさせない技術を獲得するほかに、構造的解決策としてジュニアピアサポーターとシニアピアサポーターの導入が考えられる。

Reference

1. Patrick Corrigan. Impact of Consumer-Operated Services on Empowerment and Recovery of People With Psychiatric Disabilities. Psychiatric Services 2006 57(10):1493-6.
2. 千葉理恵, 宮本有紀, 川上憲人. 地域で生活する精神疾患をもつ人の,ピアサポート経験の有無によるリカバリーの比較. 精神科看護 38(2), 48-54, 2011-02.
3. 相川章子. ピアサポートの意義及び効果に関

する包括的研究. KAKEN. https://kaken.nii.ac.jp/ja/grant/KAKENHI-PROJECT-15H03432/

4. Mike Slade, Michaela Amering et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. World Psychiatry. 2014 Feb; 13(1): 12-20.
5. 厚生労働省障害者総合福祉推進事業. 「ピアサポートの活用を促進するための事業者向けガイドライン」
6. 相川章子. ピアスタッフの活動に関する調査報告書. プロシューマーが提供するサービスの意義および効果に関する包括的研究. https://kaken.nii.ac.jp/ja/grant/KAKENHI-PROJECT-24530724/
7. 厚生労働省. 新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会 議事録より
8. 行實志都子, 八重田淳. 精神障害者当事者団体のピアサポート活動における職業的妥当性について：フォーカスグループインタビューからの検討. 駒澤社会学研究 (53), 1-16, 2019-10.
9. Ayako Aikawa, Naoko Yura Yasui. Becoming a consumer-provider of mental health services: Dialogical identity development in prosumers in the United States of America and Japan. American Journal of Psychiatric Rehabilitation. Volume 20, 2017 - Issue 2 175-191.
10. 加藤真規子. 当事者出身のソーシャルワーカーの可能性と課題. 桃山学院大学社会学論集, 2005, 第 39 巻第 1 号, 125-151.
11. Alan Simpson, Candice Oster, Eimear Muir-Cochrane. Liminality in the Occupational Identity of Mental Health Peer Support Workers: A Qualitative Study. Int J Ment Health Nurs. 2018 Apr;27(2):662-671.

Invited Article

オンライン診療でどのように信頼関係を築くか

前村叶基（東京大学医学部）

Abstract:
2019 年からの COVID-19 の流行により、実際に会うことなく診療を行うオンライン診療のニーズが拡大し、規制が緩和されている。テレビ電話形式の診察が増えていくにあたって、医師と患者が信頼関係を築く上で、何に気をつければよいか。画面越しと対面コミュニケーションの違い、および、オンライン診療システムという二つの観点から論じる。

Because of the COVID-19 epidemic starting in 2019, online medical treatment without meeting in person is needed for medical care, and it is deregulated and expanding. As the number of videophone-style consultations increases, what should physicians and patients look out for in building a trusting relationship? I will discuss them from the two perspectives, how communication through a screen differs from face-to-face communication, and what types of online practice systems are preferable.

1. はじめに

遠隔医療は、「通信技術を活用した健康増進、医療、介護に資する行為（日本遠隔医療学会）」と定義されている。[1] その在り方は多様であるが、大別すると、専門医が医師の手助けをする Doctor to Doctor (DtoD)と医師が患者を診察する Doctor to Patients (DtoP)の２グループに分けられ、そのうち DtoP の一種であるオンライン診療について考えていく。オンライン診療は、①過疎地域、山間部、豪雪地帯、離島などの僻地医療、②在宅医療の推進、③医師の土地的あるいは診療科的な人数の偏在の解消、を期待され近年注目されており、情報機器の発展により、遠隔から診察するのが現実的に可能になったことで一部の地域、病院で導入が進められていた。[1]

その中にあって、2019 年から世界的に流行した COVID-19 によって新たな転換点を迎えた。医師と患者が直接対面せずに診察ができるという最大の特徴が生かされる形で、一般のクリニックでもスマートフォンをはじめとした通信機器を利用する形のオンライン診療が導入され、2020 年 4 月時点で東京都内 379 施設が実施している。(『Med It Tech』2020.05.30) 厚生労働省は、感染拡大防止策としての臨時的・特例的な取扱い[2]によって、それまでの初診対面の原則[3]を一部崩す形で、初診から電話や情報通信機器による診療で診断や処方をすることを許可した。これは一時的な措置ではあるが、この先オンライン診療の機器、ノウハウが発展していくにつれて、診療報酬の項目が増え、また、適応条件が緩和され、一層規模が拡大していくと考えられる。このとき、医師と患者が信頼関係を築く上で、画面越しに診療するということが、対面

で診療することと何が違うのか、その上でどうやって関係を築くか、医師と患者の個々人の関係と、病院やクリニックといった診療システムの二つの観点から論じていく。

2. 医師と患者個人の遠隔コミュニケーション

医療において信頼関係が大事であることは、直観的に明らかであるし、その意味については、多くの研究者によって論じられている。[4] 医療における信頼を測定することに関して、Ozawa and Spripad(2013)で調査された 1079 本の論文では、その 93%がコミュニケーションについての質問をしており、患者と医師の信頼関係にとって円滑なコミュニケーションが肝心であることを示している。[5]

よく知られた Mehrabian の研究では、感情や態度について矛盾したメッセージが発せられたときの人の受けとめ方について、人の行動が他人にどのように影響を及ぼすかは、話の内容などの言語情報が 7%、口調や話の早さなどの聴覚情報が 38%、見た目などの視覚情報が 55%の割合を占めていた。[6] 例えば、医師がこの薬は食後に飲むのが大事と言ったとしても、口調が軽かったり、表情に真剣さがなかったりしたとき、薬のタイミングはそこまで重要ではないことだと患者が誤解する蓋然性が大きいということである。

ここから、対面と遠隔のコミュニケーションで、同じ内容を同様に話したときに生じる差異を、言語的コミュニケーション、非言語的コミュニケーション、環境という 3 つの項目で順にみていこう。

2-1. 言語的コミュニケーション

言語的コミュニケーションは、話す内容と話し方に分けられるが、同じ内容を同様に話すという前提で考えたいのでほとんど同質である。しかし注意しないといけないことは、音質である。対面であれば、ある程度大きな声で話せば、耳が遠いなどの性質がない限りは、聞こえているという確信をもって話せるはずであるが、遠隔だとそうはいかない。聞こえていないことや、聞こえていても音量が小さくなってしまっている可能性を考えるべきである。さらに、環境音やノイズはしばしば入ってしまう。そうした問題はイアホンやヘッドホンを使用することで一定の解決を見込める。

2-2. 非言語的コミュニケーション

まず一番大きく視野を占めるのは表情である。これについても対面と遠隔で差はあまりない、と言いたいところだが、デバイスの画質の差は現実問題としてあるだろう。とはいえ近年のデバイスの画質は日進月歩の世の中であるので、個人として留意すべきは光量である。つまり、照明などをうまくつかって表情がはっきり見えるようにすることが推奨される。また、表情については、それが見えすぎることも問題になりうる。普段の会話ではずっと顔を見つめることは多くない一方で、遠隔では画面越しずっと相対することになり、視界情報が多すぎて、緊張や疲れを生じる人がいる。杉谷(2010)の実験によると、対面、ビデオ電話問わず、顔が見えることは、説明したことが分かったと感じる伝達感には有利だが、実際の情報伝達度には不利に働く。それは情報処理の多さに起因すると考察がされている。[7] このような時は、オンラインで送信できる補助的な説明資料などを活用するのが効果的である。

次に視線である。視線は表情の一種と考えることができるが、特に遠隔通話においては、その目線が合うことはない。Kendon (1967, 1981) の研究では、視線の役割は、 認知機能、フィードバック機能、調整機能、表現機能の 4 つが挙げられている。[8,9] 特に、調整機能として、発言開始時と終了時には特有の視線があり、一種の発言交代信号を発することを指摘している。この欠如は、会話がスムーズに進まない可能性を示唆するが、一方で、この欠如によって、どうしても会話の区切りに、発言を交代せざるをえなくなり、今まで医師の一方的な説明で終始していた会話が逆に質問する機会が増え、患者の良好な理解につながる事例もある。とはいえ、人の目を見て話す人にとっては、お互いの会話の理解度を感じ取るのが難しくなるだろう。医師は、会話の間や区切りに対しては意識的にし、質問がないか尋ねるなどの配慮が必要である。

顔以外としては、身振りや姿勢、空間的な距離が挙げられる。黒川(1994)は Ekman&Friesen (1969)の分類をもとに、身体動作を表出方法により次の 5 つに分類した。[10] 表象(emblem)、例示子(illustrator)、情動表出(emotional expression)、調整子(regulator)、適応子(adapter)である。特に、発話を調整する調整子にはうなずきが含まれるが、通常どおりの動きでは遠隔画面では過少にみられることを想定すべきであり、わざと大きな動作をとったほうがよい。さらには、一種の防衛反応を表している適応子は、例えば、頭を掻いたり、貧乏ゆすりをしたりすることだが、患者の精神的な不安定さや納得のいかなさといったものが、如実に現れた身体動作が見えないというのはデメリットと言える。同様に、姿勢や空間的な距離感も精神的な状況が表出する。椅子と椅子の距離がどうなっているか、医療面接において学生によく気をつけるように注意されることだが、遠隔においては、お互いにほとんど読み取れない。

2-3. 環境の違い

遠隔と対面で最も差が明らかなのは環境である。オンライン診療においては、患者は家やそれに類する場所で診察を受ける。さらには在宅診療とも違って他人は同じ空間にいない（訪問看護師は患者とともにいて、医師が遠隔から通信して看護師に指示を与えつつ診察する DtoPwithN、あるいは DtoNtoP では少々状況が異なるが）。つまり通常、患者は家でよくリラックスした状態で診察を受けられる。これは大きなメリットであり、今まで病院へ行くことを嫌っていた人でも、オンライン診療ならば大丈夫という人もいるだろう。しかし、そのメリットは逆に、医師から患者への指導における強制力の低下のリスクにもつながる可能性がある。藤井ら(2017)の非盲検無作為化比較試験では、ビデオ通話による保健指導の効果を面談による保健指導と比較評価した。[11] 肥満患者 155 例(30～75 歳)を、ビデオ通話による保健指導群(69 例)と面談による保健指導群(対照群、85 例)に無作為に割り付け、月に 20 分間の保健相談を実施した。ビデオ通話では面談に対して、相談に時間を要したが、体重減少率は非劣性であった。つまり、一概にアドヒアランスが低下するわけではないという結果であった。また、リラックス効果に関しては、岡本/松田(2008)のカウンセリングの研究では、ビデオチャット条件は対面条件に比べ，話しやすく，緊張しにくく，心も落ち着きやすい。しかし結果として不安は解消しにくい、と示された。[12] この研究ではリラックス効果はあるものの、能力的な結果に対しては不足を指摘し

ている。その点、George(2012)の研究では、認知行動療法は、対面で行うものに対して、ビデオ通話はホスピス介護者の不安感の払拭に関して非劣性[13]であって、能力的な結果にも効果が示されている。オンライン診療の実効果についての研究はこれから蓄積が増えていくだろう。

3. 信頼関係のためのオンライン診療システム

3-1. 遠隔医療自体への信頼

遠隔医療全般が社会に浸透すれば、オンライン診療での信頼も獲得しやすくなる。例えば、自分はオンライン診療を使ったことがなくても、そのシステムの能力が社会的に認められている（普及している）ときに、一定の質が期待できると自然に考えるだろう。自分の所属している社会への信頼があるからである。そういったところで、オンライン診療と非常に性質が似ていて、なおかつアクセスがよいものが、オンライン受診勧奨である。文字通り、自分が病院を受診すべきかどうか医師が診察して具体的な疾患名をあげながら病院や診療科を指示してくれるものである。また、診察行為はできないが、遠隔医療相談（医師）、遠隔医療相談（医師以外）もそれぞれ役割を分けつつ利用できる。

日本において、コンビニ受診は深刻な問題になっており、特に夜間、休日の救急外来が逼迫されているが、その中にあって電話による＃８０００（子供医療電話相談事業）や＃７１１９（救急安心センター事業）が取り組まれている。[14] ともに相談件数が年々普及してきており、患者側には安心感と医療へのアクセスのよさ、医療者側には負担の軽減と、双方に大きな利点がある。どうしても親が心配してしまう小児においては特に、このような電話事業にさらに顔や病状が見えるテレビ電話を活用すると安心感、満足感、相談の質の向上に大きく貢献するだろう。イギリスでは、国民保健サービスの NHS(National Health Service)が Al ドクターを提供する Babylon Health 社と協業して、「GP at hand（手の中の家庭医）」という一次サービスを提供している。[15] 医療診断アプリでの診察、テレビ電話での専属医師との面談で、医師の負担を軽減し、混雑の緩和する手段として信頼を獲得しつつある。

また、急性期だけでなく、健康意識の向上という点についても効果がある。中国の京東健康（JD ヘルス）は、新型コロナウィルス流行が始まって以降、同社プラットフォーム上での 1 カ月当たりの診療件数がそれまでの 10 倍の 200 万件に増え、同社がネットで生配信した著名な心臓専門医の講演は、約 160 万人が視聴したという。(日本経済新聞 2020/03/10) このように、オンライン診療のプラットフォーム上で、健康に関する情報発信を大規模かつ効率的にすることができるし、患者も正しい医療情報にアクセスしやすい。

3-2. 医師患者関係の初発

先ほど述べたような急性期の診断勧奨とは違って、オンライン診療には、初診対面の原則がある。例外としては、現状、ウィルス流行などの非常時、本当に医療へのアクセスが悪い僻地、禁煙外来、緊急避妊外来といった特定の内容に限られている。では通常オンライン外来にて初診ができない理由は何であろうか。それは単純な問題で、いまだオンライン診療には初診に堪えるだけの能力がないからである。初診においては、新たな症状に対して、あらゆる鑑別疾患を上げながら、考えられる所見をとっていかなければならない。遠隔において、目に見えないほどの微細な病変を拡

大して見られる技術や、リアルタイム聴診器、果てには匂いを転送する機器、触診の感覚を伝える技術ができつつあると言っても、まだ現実に対面してとる所見に軍配があがる。であるからして初診はできうる限り対面というのは現状仕方のないことである。山岸の信頼の分類[16]では、信頼には、能力に対する期待と意図に対する期待があるが、前者の問題は技術的に解決されるのを待つほかない。一方後者については、まさに医療における人間関係の部分であり以下で言及していこう。

現代医療はインフォームドコンセントによって成り立っている。1973 年アメリカの病院協会が提示した「患者の権利章典」によって患者の権利が全米に普及し、日本でも、医療法第 1 条の 4 第 2 項で、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」[17]とインフォームドコンセントの内容が明記されている。オンライン診療は、オンラインで必ずしもする必然性がない場合、それはあくまでひとつのオプションであって、それによって生じるメリット、デメリットを適切に患者に説明しなければならない。オンラインで行うためのインフォームドコンセントを対面でせずにオンラインで行うというのは、不誠実な対応であると言わざるを得ない。医師と患者の信頼関係構築の初発として、オンラインの初診は避けるべきだと考える。しかしながら、将来的にオンライン診療が対面と同程度、または以上の第一選択になったとき、それに対してインフォームドコンセントは不要になり、初診からすべてオンライン診療で行うというのもありうる未来なのかもしれない。

3-3. 医師患者関係の維持・向上

再診に関しては、オンライン診療のほうがよいものもあれば、対面でしたほうがよいものもある。例えば、通院困難な難病患者の経過観察や、在宅デバイス治療、検査予約のためだけの受診などはオンライン診療で行ったほうがよいだろうし、気になる所見があるときや深刻な病名を説明するときなどは対面したほうがよいだろう。その間の調整は、各々の医師や患者が相互に相談して考えるべきことであるが、医師としては、信頼関係の貯蓄が減っていると感じたならば、「なるべく対面で会う」ようにしたほうがいい。ここでの信頼関係の貯蓄を確かめる一つとして、圓増(2008)が指摘するような、目的の共有ができているか確認するという方法がある。[18] つまり、患者の QOL (Quality of Life)の改善に関して、患者がどのようにしたいか、医師がどこまでが可能でどれが勧められるかについて、絶えずすり合わせを行っていく行為である。

「なるべく対面で会う」とよいという主張は、信頼関係に関して対面が遠隔よりも優れているという「世の中のなんとなくの空気感」に依存する。それは先ほど述べたコミュニケーション方法の差異によるところもあるが、大きくは、旧来の方法がよいと考える人間の保守性にあるのでないかと考えられる。保守性バイアスは認知バイアスのひとつであって、人の意見がある状態から、新たな情報により、意見がアップデートされる具合は、ベイズの条件付き確率で修正される具合に、比例はするが過少である[19]、と示されている。つまり対面に比べオンライン診療がよいという情報を得ても、その情報によって合理的に更新される程度よりも過少な意見のアップデートしか行われない。大事なことは対面でという価値観が育てら

れてきた日本において、印象や空気感といったものが変わっていくには今しばらく時間がかかると思われる。

3-4. 患者の医療への積極性

今まで主に医師が注意すべきことという視点で述べられてきたが、当然信頼関係というのは片方の行為、努力で作られるものではない。患者側の医療への積極性が不可欠である。遠隔医療のシステムでは、急性期の相談や、健康意識の向上といった患者が今までよりも自身の医療にかかわることができる。また、オンライン診療においてもロボットを用いることで、患者が医師とその空間を共有できるような技術も開発されている。例えば、ALS の患者を中心に活用されている遠隔医療ロボット®ORIHIME では、視野とともに首を振りや手の動きで感情を表現でき、中継ではなく実際に場に参加している感覚を得ることができる。

医療参加という点では、オンライン診療においいて生体モニタリングは相性が良い。オンライン診療は、患者の体重、体温、血圧など必要な情報を医師側に送ることが基本の診察の情報源となる。そのとき患者は自分で血圧を測って数値を入力するなど、自身の治療の要の部分を自分で行うということが要求されていて、結果医療への積極性は増すと考えられる。このような医師から患者への信頼についての役割にも目を配る必要がある。

4. まとめ

オンライン診療において信頼関係を築くためには、まずコミュニケーション方法、環境の違いについて理解するのがよい。言語的、非言語的コミュニケーションについては、対面に比べて情報伝達が難しい点があり、音量、光量、画面に映る範囲、疲労感、会話の区切り、身振りの大きさなどについて自覚的になって、実際の情報伝達度について常に確認すべきである。環境の違いについては、一概にアドヒアランスが低下するわけではないが、ICT リテラシーが年代によって大きくことなることもあり、個々人によってその差が大きくなるところである。画一的な対応ではなく、オンラインを好む人、オンラインでもいいが対面を好む人、個人に合わせた対処をすべきだろう。

社会のシステムとして、遠隔医療の離れていても診察できるという利点を生かして、オンライン診療の普及をすることで、システム自体への信頼を獲得することができる。初診は、必然性がない限り対面で行い、インフォームドコンセントでオンライン診療を選べるようにする形が望ましい。そして、再診もいつでも対面で行える態勢でオンライン診療を行うと個々人への対応がこまやかになる。最後に、信頼関係は医師と患者、両方向性のものであり、患者の積極的な医療への参加を推進することが良好な関係のために重要である。

参考資料

[1] 一般社団法人　日本遠隔医療学会. (2013) 「JTTA 図説・日本の遠隔医療 2013」

[2] 日本 厚生労働省医政局医事課 厚生労働省医薬・生活衛生局総務課. (2020) 「新型コロナウイルス感染症の拡大に際しての電話や情報通信機器を用いた診療等の時限的・特例的な取扱いについて」(事務連絡 令和 2 年 4 月 10 日).

[3] 日本 厚生省健康政策局長. (2011) 「情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について」(一部改正 平成 23 年 3 月 31 日).

[4] 菅原裕輝.(2018)「医療における信頼」小山虎編『信頼を考える』(9 章)，頸草書房.

[5] Ozawa, S., and Sripad, P. (2013) How Do You Measure Trust in the Health System? A Systematic Review of the Literature, *Social Science & Medicine*, 91, 10-14.

[6] Mehrabian, A. (1971) Verbal and nonverbal interaction of strangers in a waiting situation. *Journal of experimental Research in Personality*, 5, 127-138.

[7] 杉谷陽子. (2010) 「インターネットコミュニケーションと対面コミュニケーションにおける情報の伝わり方の差異についての意見書」.(http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/kaikaku/dai3/siryou3_2_2.pdf)(2020 年 6 月 30 日最終アクセス)

[8] Kendon, A. (1967) Some functions of gaze direction in social interaction. *Acta Psychologica*, 26, 22-63.

[9] Kendon, A., & Cook, M. (1969) The consistency of gaze patterns in social interaction. *British Journal of Psychology*, 60, 481-494.

[10] 黒川隆夫. (1994) 『ノンバーバルインターフェース(ヒューマンコミュニケーション工学シリーズ)』，オーム社.

[11] Hitoshi Fujii, et al. (2017) A Randomized Controlled Trial to Evaluate the Effects of Health Guidance with Video Call as Compared to Face-to-Face Health Guidance. *International Medical Journal Vol. 24*, No. 2, 186- 191.

[12] 岡本悠・松田英子. (2008) 「ビデオチャットカウンセリングの有用性に関する検討—対面カウンセリング及び E メールカウンセリングとの比較—」. 『メディア教育研究』第 4 巻第 2 号 *Journal of Multimedia Aided Education Research*, Vol. 4, No. 2, 91-98.

[13] George Demiris, et al. (2012) A Noninferiority Trial of a Problem-Solving Intervention for Hospice Caregivers: In Person versus Videophone. *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE* Volume 15, Number 6, DOI: 10.1089/jpm.2011.0488

[14] 日本 厚生労働省 第一回上手な医療のかかり方を広めるための懇談会. (2018) 「参考資料２」(平成 30 年 10 月 5 日)

[15] NHS England ホームページ. (https://www.england.nhs.uk/) 「Home>NHS England and NHS Improvement London>NHS London regional team work>GP at Hand - Fact Sheet」(2020 年 6 月 30 日最終アクセス)

[16] 山岸俊男(1998). 『信頼の構造』，東京大学出版会.

[17] 日本 厚生労働省 医療法 (https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80090000&dataType=0&pageNo=1)(2020 年 6 月 30 日最終アクセス)

[18] 圓増文. (2008)「医療従事者と患者の信頼関係構築に向けた取り組みとしての『目的の共有』」『医学哲学医学倫理』第 26 号

[19] Edwards, Ward. (1982) Conservatism in Human Information Processing (excerpted). *In Judgment under uncertainty*: Heuristics and biases edited by Daniel Kahneman, Paul Slovic and Amos Tversky. New York: Cambridge University Press.

Letter

子どもの意見を「聴く」仕組みの構築に関する提言

稲葉治久（新潟大学大学院医歯学総合研究科）

政府は、児童虐待問題の解決として、アドボケイト（Advocate：擁護・代弁）制度を構築し、子ども自身が苦情や相談ができる「子ども意見表明権」を保障する仕組みについて検討している。法的検討では、2016 年の児童福祉法改正で、都道府県に設置される児童福祉審議会は、子どもや関係者に対し出席を求め、その意見を聴くことができると定め（第 8 条第 6 項）、同法の附帯決議で、子どもの権利擁護に係る第三者機関の設置を含めた実効的な方策を検討することを付した。2019 年の児童福祉法改正では、児童福祉審議会で意見を聴く場合においては、意見を述べる者の心身の状況、環境等に配慮しなければならないと明記され（第 8 条第 7 項）、本年 4 月に施行された。そして、附帯決議において、政府は、施行後 2 年を目途として、必要な措置を講ずるものとした。以上のように、政府は第三者機関として児童福祉審議会の組織を活用した意見表明の仕組みづくりを進めている。

上記を踏まえ、いくつかの課題を指摘したい。第 1 に、「聴く」主体の問題である。審議会で子どもの意見を聴くことを明記したことは一歩前進ではある。しかしながら、児童福祉法第 2 条で定める国民の児童の意見尊重の義務規定が聴く根拠となるならば、審議会とは異なる、科学的知見に立った有識者に加え、市民などの非科学者も参画できる第三者機関を指向すべきである。付加的に次のような副産物も見込める。各ステークホルダーのコミュニケーションの蓄積は、共創を推進する政府の科学技術基本計画における倫理的・法的・社会的課題（ELSI：Ethical, Legal and Social Issue）の取組みに資するものと考える。第 2 に、「聴く」手続きについて、審議会で意見表明できる状況は、幾多の手続的フィルターを経た結果であることが想定される。声をあげる子どもには、審議会に辿り着く前段階の過程で、口頭（verbal）だけでなく、顔色や表情（non-verbal）によるコミュニケーションも受け止め、全方位で傾聴する体制を整えるべきである。第 3 に、「聴く」保障についてである。一例として、スコットランドでは、子ども若者コミッショナー法（The Commissioner for Children and Young People(Scotland) Act 2003）によって、調査権、戦略的訴訟等の権利行使が認められている[(1)]。具体的なオプションの整備、権利義務の明確化について参考となろう。

虐待は、子どもの生死、成育に直結する。包括的な法整備を視野に入れつつ、実効的かつ能動的な子どもの意見を「聴く」仕組みづくりが急務である。

参照文献

(1) Children and Young People's Commissioner Scotland. Our legal work. https://cypcs.org.uk/get-help/i-work-to-change-things/our-legal-work/ (2020 年 7 月 1 日閲覧)

（2020 年 7 月 27 日受理／同年 8 月 13 日採択）

Journal information

《目的と領域 -Aims and Scope-》

CBEL Report は日本における生命倫理・医療倫理研究のますますの発展に資するために創刊された学術雑誌である。当該分野の、新たな研究成果の開かれた発表の場として、また国際的な学問交流の場として、オープンアクセスの形で出版される。アカデミアの専門的研究の活発な知的交流の場を作り出すこと、およびそれに基づき全ての学問分野の研究者・学生ら、医療従事者、各種倫理委員会の委員、政策担当者、等に対して優れた知見を提供することをその使命とする。

《投稿規定 -Instructions for Authors-》

上述の目的のため、CBEL Report は、ここに広く研究成果を募集するものである。

1. 【投稿形式】投稿形式は以下のように定める：
   (ア) 字数に応じて以下のように投稿枠を区分する
      ① 短報（letter）：邦語 1,000 字以内、英語 500words 以内
      ② 総説（review）：邦語 20,000 字以内、英語 10,000words 以内
      ③ 論文（article）：邦語 20,000 字以内、英語 10,000words 以内
      ※ いずれも抄録、注、文献リストを除いての数字とする
   (イ) 上記のうち特に論文については、以下の２つの形式を定める
      ① 研究論文（regular article）：新規投稿の論文。他の雑誌との重複投稿は認めない。ただし他学会での学会報告を新たに論文化したものはこの限りではない。
      ② 翻訳論文（translated article）：他の媒体にすでに投稿した論文を翻訳したもの。英語への翻訳および日本語への翻訳を受け入れる（元の言語については限定を付さない）。投稿にあたっては著作権の許諾を証明する書類を添えること。

2. 【書式】投稿原稿は以下の書式を満たすものでなければならない。
   (ア) 和文あるいは英文とする。
   (イ) 投稿形式ごと、上記１条（ア）に示された分量を超えないものとする。
   (ウ) 提出原稿は、Microsoft Word によって作成した電子ファイルとする。
   (エ) 原稿の１ページ目に以下の情報を記入することとする：論文タイトル、投稿区分、著者名、所属、連絡先となる電子メールアドレス。
   (オ) 論文の場合には、冒頭に抄録（邦語 450 字以内・英語 200words 以内）およびキーワード（邦

語・英語ともに３～５語）を添えること。

(カ) 注は各ページ下部に記載すること（論文末尾にまとめる形ではなく）。

(キ) 参照文献リストを論文末尾にまとめて記載すること。参照文献の記載形式は特に定めないが、以下の情報が全て含まれているものとする。

① 著作：著者名、発行年、書名、出版社

② 論文：著者名、発行年、論文タイトル、媒体、掲載頁数

③ 新聞記事：新聞名、掲載年、記事タイトル、日付（朝刊・夕刊の別）

④ ウェブサイト記事：サイト名、掲載年、ページアドレス、閲覧日

※ その他参照に関して疑問がある場合には投稿に際して編集部に問い合わせのこと

(ク) 図・表ともに本文に埋め込むこと（字数にはカウントしない）。カラーでも可。

(ケ) 研究資金について所属機関以外の組織・個人から支援を受けている場合には、その旨を論文末尾に必ず記載すること。

3. 【査読】上記の条件を満たした論文に対して、編集委員会あるいは編集委員会が依頼した査読者による査読を行い、採用、条件付き採用、不採用のいずれかの結果を著者に通知する。

4. 【投稿方法】投稿は電子メールにて受け付ける。上記の条件を満たした投稿原稿の電子データを、添付ファイルの形で編集委員会まで送ること（cbelreport-admin@umin.ac.jp）。投稿は随時受け付ける。

5. 【費用】審査料・掲載料は無料とする。

6. 【著作権】掲載論文の著作権は執筆者個人に帰属し、その編集著作権は東京大学大学院医学系研究科・医療倫理学分野に帰属する。その上で当分野は、当分野の指定する者が運営する電子図書館又はデータベースに対し、以下のことを依頼できる。（１）当分野の指定する者が運営する電子図書館又はデータベースが、本誌掲載論文等を掲載すること。（２）当分野の指定する者が運営する電子図書館又はデータベースが、本誌掲載論文等を利用者に提供すること、とりわけ、利用者が当該著作物を参照し、印刷できるようにすること。

2018 年 8 月 30 日　編集委員会決定

2020 年 3 月 30 日　編集委員会改定

インデックス：Google Scholar, 医中誌、J-STAGE、Medical*Online、CiNii（申請中を含む）

《編集委員会 -Editorial Board-》

創刊編集 Founding Editor

赤林朗、東京大学

編集主幹 Editors in Chief

瀧本禎之、東京大学

中澤栄輔、東京大学

編集補佐 Associate Editors

宇田川誠、東京大学

玉手慎太郎、東京大学

編集顧問 Consulting Editors

Thomas H. Murray,
The Hastings Center (United States)

Justin Oakley,
Monash Bioethics Centre (Australia)

Julian Savulescu,
University of Oxford (United Kingdom)

加藤尚武、京都大学（名誉）

島薗進、東京大学（名誉）

髙久文麿、東京大学（名誉）

樋口範雄、東京大学（名誉）

編集委員 Board Members

Michael Dunn,
University of Oxford (United Kingdom)

Ruiping Fan,
City University of Hong Kong (Hong Kong)

Nancy S. Jecker,
University of Washington (United States)

Ilhak Lee,
Yonsei University (Republic of Korea)

Robert Sparrow,
Monash university (Australia)

Jochen Vollmann,
Ruhr-University Bochum (Germany)

有馬斉、横浜市立大学

稲葉一人、中京大学

荻野 美恵子、国際医療福祉大学

高橋しづこ、東京大学

竹下啓、東海大学

土屋敦、徳島大学

筒井晴香、東京大学

堂囿俊彦、静岡大学

長尾式子、北里大学

奈良雅俊、慶應大学

林芳紀、立命館大学

林令奈、東京大学

前田正一、慶應義塾大学

三浦靖彦、東京慈恵会医科大学

山本圭一郎、国立国際医療研究センター

Journal information

Aims and Scope

CBEL Report is an academic journal launched for the further development of bioethics and medical ethics in Japan. The open-access journal offers a public outlet for presenting new research results, creating an international network for academic exchange within the field of bioethics and medical ethics. The mission of CBEL Report is to lead an active intellectual discussion for specialized research to provide useful knowledge to researchers and students in all disciplines, health professionals, members of ethics committees and policymakers etc.

Instructions for Authors

To fulfill the above objectives, CBEL Report calls all authors to share their research results by submitting their manuscripts.

1. [Types of manuscripts] All manuscripts must be supplied in the following style.
   (a) Submitted manuscripts are categorized according to the word count as follows.
      (1) Letters: Up to 500 words in English or up to 1,000 characters in Japanese
      (2) Reviews: Up to 10,000 words in English or up to 20,000 characters in Japanese
      (3) Articles: Up to 10,000 words in English or up to 20,000 characters in Japanese
      *the word count without abstract, notes and reference lists
   (b) "Articles" are categorized into the following two types.
      (1) Regular articles: Newly published works. We do not accept articles that have been submitted simultaneously to other journals. However, this does not apply to works that have been previously presented at an academic conference and turned into papers.
      (2) Translated articles: Articles translated into English or Japanese that have been published in other publications. (There are no restrictions for the original language.) Articles must accompany paperwork granting the copyright.

2. [Formatting] Submitted manuscripts must adhere to the following format.
   (a) Must be in either English or Japanese.
   (b) The word count must not exceed the limit stipulated in Section 1 (a) according to the type of manuscript.
   (c) The manuscript must be presented in an electronic file prepared using Microsoft Word.
   (d) The title, manuscript type, name(s) of author(s), name of institution/department and contact information such as e-mail address must be entered in the first page.
   (e) Articles must include the abstract (up to 200 words in English or 450 characters in Japanese) and keywords (3 to 5 words for either English or Japanese) in the beginning.

(f) Notes should be provided at the bottom of the page as footnotes (instead of placing them at the end of the article).

(g) Reference list should be included at the end of the article. There are no requirements on reference styles but all the following information must be included.

(1) Books: Name(s) of author(s), year of publication, title, name of publisher

(2) Journal articles: Name(s) of author(s), year published, article title, medium, page(s)

(3) Newspaper articles: Name of newspaper, year published, article title, date (morning or evening paper)

(4) Website articles: Website name, year published, site address, date visited

* If you have any other questions regarding the reference list, please contact the editorial board.

(h) Figures and tables should be inserted to the text. They don't have to be counted in word count. Colored materials are available.

(i) Acknowledgement of financial support from organizations or individuals other than the affiliated institution, if any, should be included at the end of the article.

3. [Peer review] On the condition that the above requirements are met, articles will be accepted for review by members of the editorial board or any other professionals assigned by the editorial board. The authors will be notified whether their manuscripts are accepted, accepted with conditions or not accepted for publication.

4. [Submission method] Manuscripts must be submitted via email. Make sure the manuscripts are in compliance with the above requirements. Send the electronic data to the editorial committee as an attachment (cbelreport-admin@umin.ac.jp). Submissions are accepted throughout the year.

5. [Fee] There are no fees for the review or publication.

6. [Copyright] Individual authors own the copyright for the published papers, and the Department of Biomedical Ethics, The University of Tokyo Graduate School of Medicine owns the compilation copyright. Furthermore, the Department can request the designated operators of the electronic library or database to 1) post the articles, etc. published in this journal in the electronic library or database and 2) allow users to access the articles, etc. published in this journal, and in particular, to refer to and print the works.

Editorial Committee

(Revised March 30, 2020)

Editorial Board

Founding Editor

Akira Akabayashi,
The University of Tokyo (Japan)

Editors in Chief

Yoshiyuki Takimoto,
The University of Tokyo (Japan)

Eisuke Nakazawa,
The University of Tokyo (Japan)

Associate Editors

Udagawa Makoto,
The University of Tokyo (Japan)

Shintaro Tamate,
The University of Tokyo (Japan)

Consulting Editors

Norio Higuchi,
The University of Tokyo (Japan)

Hisatake Kato,
Kyoto University (Japan)

Thomas H. Murray,
The Hastings Center (United States)

Justin Oakley,
Monash Bioethics Centre (Australia)

Julian Savulescu,
University of Oxford (United Kingdom)

Susumu Shimazono,
The University of Tokyo (Japan)

Fumimaro Takaku,
The University of Tokyo (Japan)

Board Members

Hitoshi Arima,
Yokohama City University (Japan)

Toshihiko Dozono,
Shizuoka University (Japan)

Michael Dunn,
University of Oxford (United Kingdom)

Ruiping Fan,
City University of Hong Kong (Hong Kong)

Yoshinori Hayashi,
Ritsumeikan University (Japan)

Kazuto Inaba,
Chukyo University (Japan)

Nancy S. Jecker,
University of Washington (United States)

Ilhak Lee,
Yonsei University (Republic of Korea)

Shoichi Maeda,
Keio University (Japan)

Yasuhiko Miura,
The Jikei University (Japan)

Noriko Nagao,
Kitasato University (Japan)

Masatoshi Nara,
Keio University (Japan)

Mieko Ogino,
International University of Health and Welfare (Japan)

Reina Ozeki-Hayashi,
The University of Tokyo (Japan)

Robert Sparrow,
Monash university (Australia)

Shizuko Takahashi,
The University of Tokyo (Japan)

Kei Takeshita,
Tokai University (Japan)

Atsushi Tsuchiya,
Tokushima University (Japan)

Haruka Tsutsui,
The University of Tokyo (Japan)

Jochen Vollmann,
Ruhr-University Bochum (Germany)

Keiichiro Yamamoto,
National Center for Global Health and Medicine (Japan)

次号（Volume 3, Issue 2）は 2021 年 3 月発行予定です。

CBEL

The University of Tokyo Center for Biomedical Ethics and Law

CBEL Report
Volume 3, Issue 1

発行日　2020年10月8日

発行者　東京大学生命・医療倫理教育研究センター
（ウェブサイト：cbel.jp）

Founding Editor : Akira Akabayashi
Editors in Chief : Yoshiyuki Takimoto,
Eisuke Nakazawa
Associate Editors : Makoto Udagawa
Shintaro Tamate

CBEL The University of Tokyo Center for Biomedical Ethics and Law