

CSC（危機医療水準）の新しい展開と COVID-19 の教訓

（抄訳：杉村文、沼田詩暖）

(この資料について)

本稿は、National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine によって 2022 年
に開催されたワークショップ・シリーズの議事録等をまとめた資料、“Evolving Crisis
Standards of Care and Ongoing Lessons from COVID-19: Proceedings of a Workshop
Series”(2022 年 6 月 15 日公開)の要約である。資料作成は、京都大学文学部社会学専修
学部4回生の沼田詩暖と京都大学文学研究科現代史学専修修士課程 1 回生の杉村文が担
当した。なお、原文は以下の URLより参照できる。

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36201612/>

(要約)

本報告書は、まず、米国で 2005 年に策定が開始された CSC (Crisis Standard of Care, 危機医療水準)が、新型コロナウイルス発生以来、どのように改変され、適用され、医療現場の課題にどの程度対応することができたか、専門家や医療関係者の視点から振り返っている。そして、コロナ禍を通じて得た様々な教訓を将来の公衆衛生上の緊急事態の際に活かせるよう、CSC および米国の医療体制の改善に向けての提言を行っている。具体的には、医療現場では、人員配置の問題への対処や医療従事者のメンタルケア、トリアージ、テクノロジーの利用可能性等が論点として挙げられる。また、アメリカ社会においては、人種や障がい、経済状況等を理由に、より脆弱な立場に置かれた人々に対しても公正なケアを提供するべく、意思決定の過程に各地のコミュニティが参与できる体制を作り上げ、かつ、CSC の倫理的側面を見直す必要が指摘される。全体として、より包括的な CSC を作成するとともに、緊急時の行動指針としての CSC に関して、適切な情報共有を行い、国全体でコンセンサスを形成してゆく必要性が強調されている。

第 1 章

序(P.1)

2005 年のハリケーン・カトリナの被害に加え、2009 年～2010 年に新型インフルエンザ H1N1 が流行したことを契機として CSC (Crisis Standard of Care, 危機医療水準) の策定が始まった。これらの事態は、危機発生時にガイドラインもなしに場当たりに生死に関わる決定をすることの無謀さを露呈させた。以後、ここ 10 年間で、国立科学・工学・医学アカデミー (The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine、以下 NACEM) などがレポートを出したり、コミュニティを巻き込んだワークショップが行われたりする中で、こうした医療分野での危機対応計画策定の動きが広まっていった。こうした計画の必要性はコロナ禍でさらに大きくなり、The forum of medical and public health は、緊急時の行動について、以下のような主な教訓をまとめて伝える必要があるとした(囲み 1-1 参照)

囲み 1-1

NACEM の公開ワークショップにおいて示された取り組むべき事柄

NACEM の計画委員会は、コロナ禍での学びを踏まえつつ、公衆衛生上の緊急事態発生時の CSC をテーマとした一連のワークショップを行う。ワークショップは、2009 年および 2012 年に出た CSC 策定に関する報告書における方針を再確認することから始まり、特に以下の懸案事項を見てゆく。①CSC の策定と実施(関係者それぞれの役割、CSC 実施のきっかけを見極めるための情報)②法・規制・平等に関する問題③人員に関する配慮(実働部隊となる人々の役割や責任、待遇)の 3 点である。また、最後のワークショップでは、総括が行われる。

本報告書のワークショップは 2021 年 10～11 月にかけて全 6 回のウェビナーとして行われ、本報告書はそのまとめである。第 1 回は CSC の基本概念の紹介と将来に向けての検討、第 2 回はコロナ禍で得た人員問題に関する教訓の振り返り、第 3 回は様々な次元での CSC の実行についての検討、第 4 回はコロナ対応を含めた CSC 策定に関する法的・倫理的な課題の確認、第 5・6 回はこれまでの教訓や課題の総括が中心となる。本議事録は 6 回のウェビナーの内容を踏まえて 6 章構成となっている。

第2章

振り返り、転換点、将来のこと (P.5)

CSC の枠組みや方針の案が初めて出された 2012 年から、世界はさまざまな公衆衛生上の危機を体験してきた。今後役に立てるために、この章では、最初期の CSC の概念や枠組みを振り返った上で、それらの発展の過程を実例とともに検討し、次の危機に備えてより困難への対応力が高く、かつ、制度設計や関係者の状況の改善につながるような提案を行ってゆく。

危機医療水準の最初の 10 年(P.5)

以下の内容は、Dan Hanfling 氏の見解に基づいている、氏は、コロナ禍が CSC の枠組みや実践を再確認する機会であるとした。当初の CSC では、一気にオン／オフを切り替えるというよりは、平時のケアから緊急時の対応への変化の連続性を想定していたという。彼は、現在 CSC は変革の時を迎えており、説明責任や互助といった概念を取り入れつつ、倫理的な枠組みを再考し、現場での意思決定に役立つ指針を出すべきだと述べた。

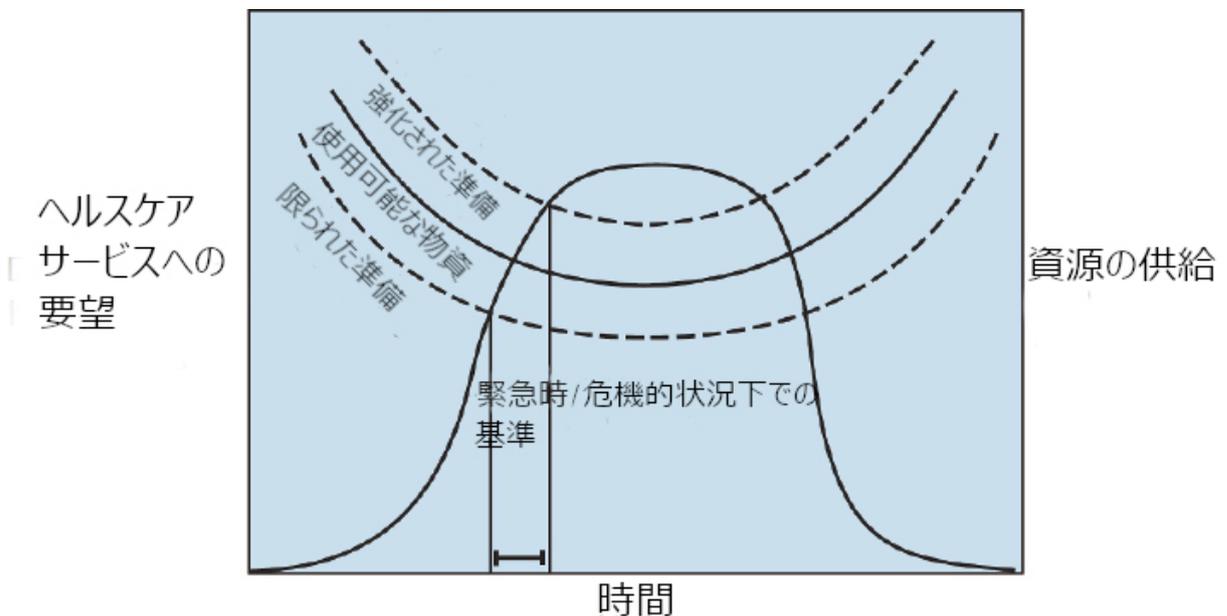


図 2-1

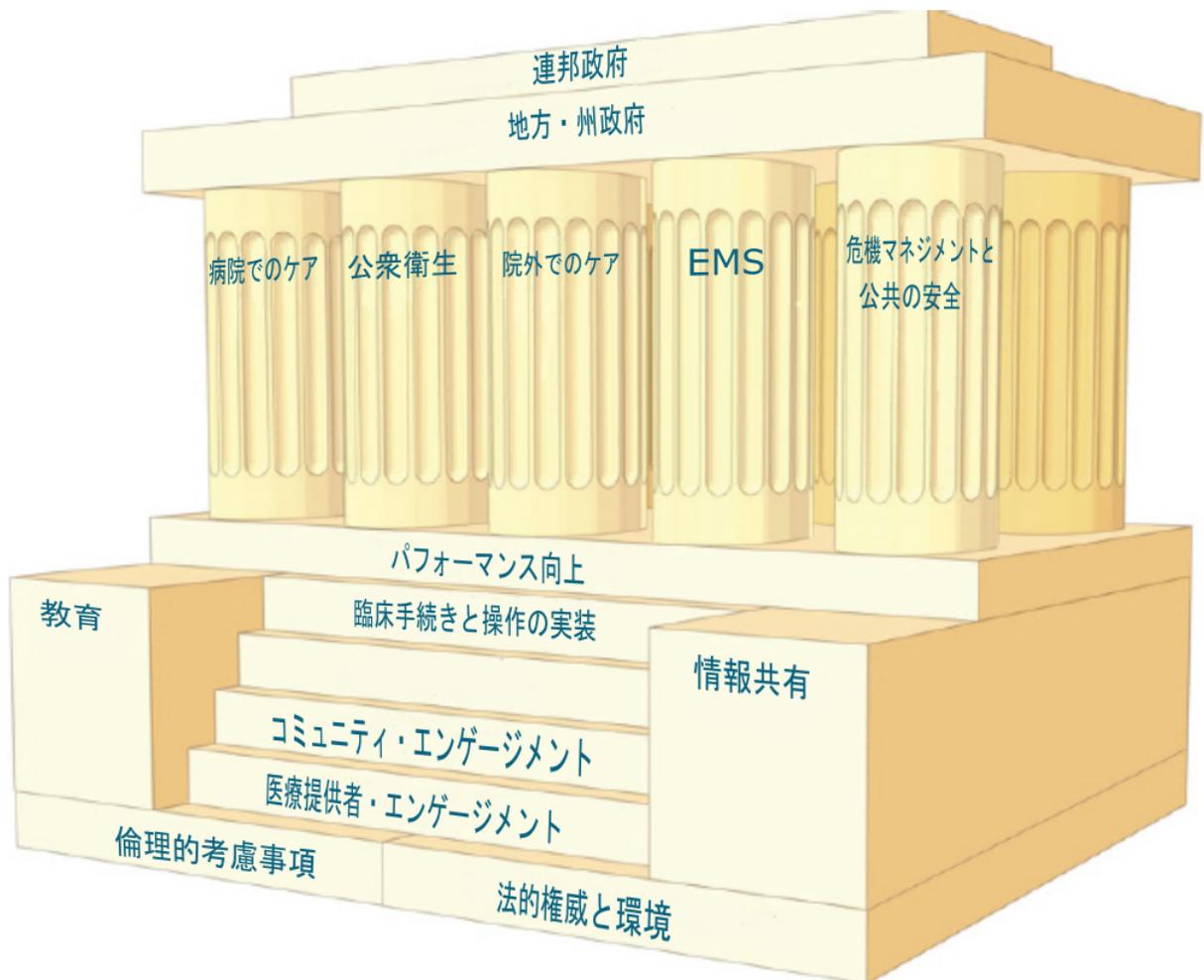


図 2-2

危機医療水準についての 3 つのシナリオ(P.8)

Craig Vanderwagen 氏は、CSC 策定を活用し得る状況の幅広さを明らかにするために 3 つのシナリオを提案した。

全国の病院を対象とする CSC 計画の発展(P.8)

第一のシナリオは、国全体のヘルスケア制度である HCA ヘルスケアの 2020 年 3 月のコロナ対応に関するものである。2020 年 3 月に、ASPR は HCA と共同で資源の節約と有事の際の水準に関して有効な CSC プログラムを作り始めた。このシステム自体が元々緊急時用の適切な法的・倫理的枠組みを持っており、その答責性や透明性も高かった。そのため、HCA ヘルスケアは各病院に実務用のガイドラインを提供でき、医療資源等の供給体制も整えやすくなった。Vanderwagen 氏は、この成功例を踏まえて、先進的かつ先見の明のある発想や取り組みにはインセンティブを与え、分野横断的な CSC の策定に向かうべきだと述べている。

主要な大都市に代替的な医療提供の場を配置する(P.10)

第二のシナリオは、ボストン地区における代替的医療施設の展開である。この地域は有色人種やホームレスが多く、より社会的に脆弱な立場に置かれた集団のために、治癒後の社会復帰までを含んだ適切な支援体制を築く必要があった。コミュニティ全体を対象とした代替的医療施設はこうした目的に有効であり、入退院についての基準の明確化にもつながった。

代替的な医療提供の場の展開を目指すコミュニティ側の努力(P.10)

第三のシナリオは、テキサス州 El Paso というコミュニティの、州レベルの政治的支援なしに極めて積極的な資源節約策を実施した例である。代替的な医療の場がいわば患者の「置き場所」になることはないというメッセージの発信に努め、入退院から復帰までの移行期の支援を充実させた。この3つの例からは、コミュニティに根差した計画が大切であり、また臨床の人々の参加が重要であること、代替的医療施設が効果的に働くことなどの教訓が得られるとしている。

直接の経験と教訓を振り返って(P.11)

また、過去10年のCSCの取り組みを振り返る上で、Eric Toner氏はCSC策定と実行に実際に携わった専門家たちを紹介した。以下は彼らの意見である。

倫理と公正(P.11)

Monica Peek氏はCSC策定は転換点に達しているとした。コロナ禍を通じて明らかになった様々な不平等は制度の構造的な問題を示しており、後手後手で健康格差の削減に務めるようでは事態は変わらないため、具体的かつ意識的に制度へ公正性を組み込むべきだと述べる。

関係者への配慮と臨床での問題(P.12)

Anuj Mehta氏は図2-3を用いて現場でのチーム精神の重要性を指摘する。また、必要な資源があったとしても、実働部隊となる人員が不足する問題は生じ、これがコロナ前からの医療現場の喫緊の課題だとする。新たな人員配置・労働モデルの導入等も検討しつつ、人員を増やし、次のパンデミックに備えた体制を構築する必要がある。また、Mehta氏は、どの病院でも同じ質のケアを受けられるようにすること、CSC発動のきっかけとなる「人員不足」の基準の明確化、異なるニーズに対応したトリアージ体制の整備等も重視している。

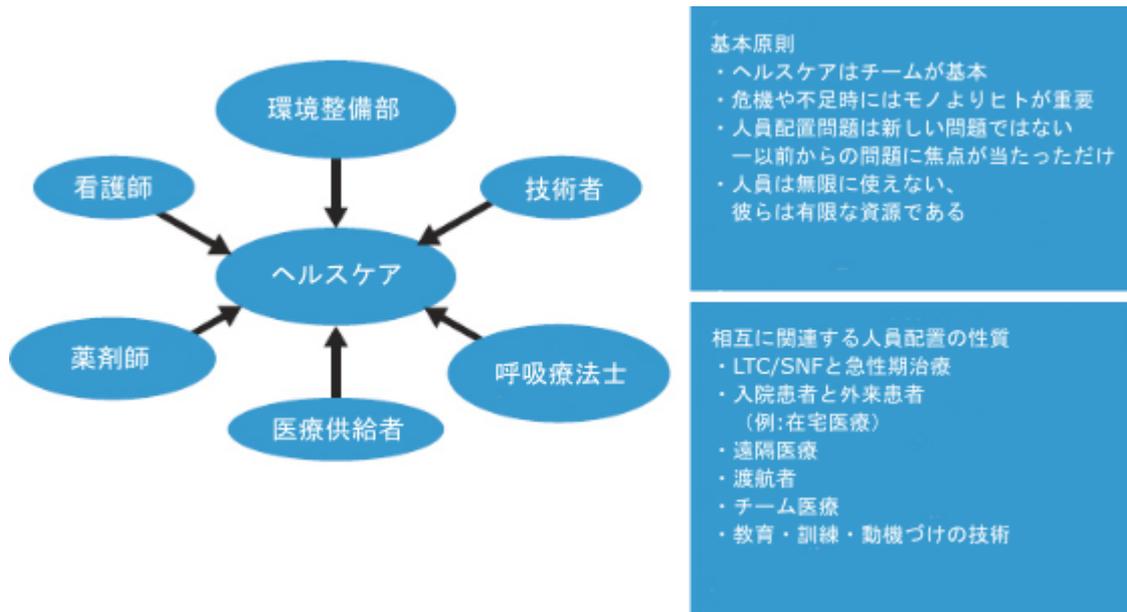


図 2-3

法的な教訓と答責性(P.14)

Jennifer Piatt 氏によると、州レベルでの CSC へのサポートが不足していることもあり、公的な指針が不明瞭あるいは不在の場合であっても一貫して事を進めてゆけるようにすべきである。これは CSC 適用のきっかけについてより柔軟に捉える立場と言える。また、主に医療関係者を法的な責任問題から適切に保護し、かつ、資源の配分等を公正に行う必要があるとも述べている。

討論(P.15)

全体討論では、公正の問題や人員の質の保証、脆弱な立場を生むような要因の検討など、コロナ禍を通じて複層的な問題が浮上したことが指摘され、2009 年段階と比較した場合、現在は堅実かつ社会の実情を反映した CSC の必要性がますます緊要になっていると結論付けられた。

第3章

人員配置、労働従事者への影響、今後の傾向についての考察

(P.19)

緊急時に CSC へとモードを切り替える上では、人員不足が問題となりやすい。この章では緊急医療や看護に携わる人々が直面する具体的な諸問題を検討し、様々な領域での人員不足を緩和するための長期的な解決策を提示する。

新型コロナウイルスの労働従事者への影響(P.19)

Asha Devereaux 氏は平時から緊急時に至るケアの連続を示し、を災害対応の枠組みについて説明する。図 3-1 はどのようなタイミングと形式でフェーズが移行するかを示すもので、両段階の境界の曖昧さを明らかにしている。

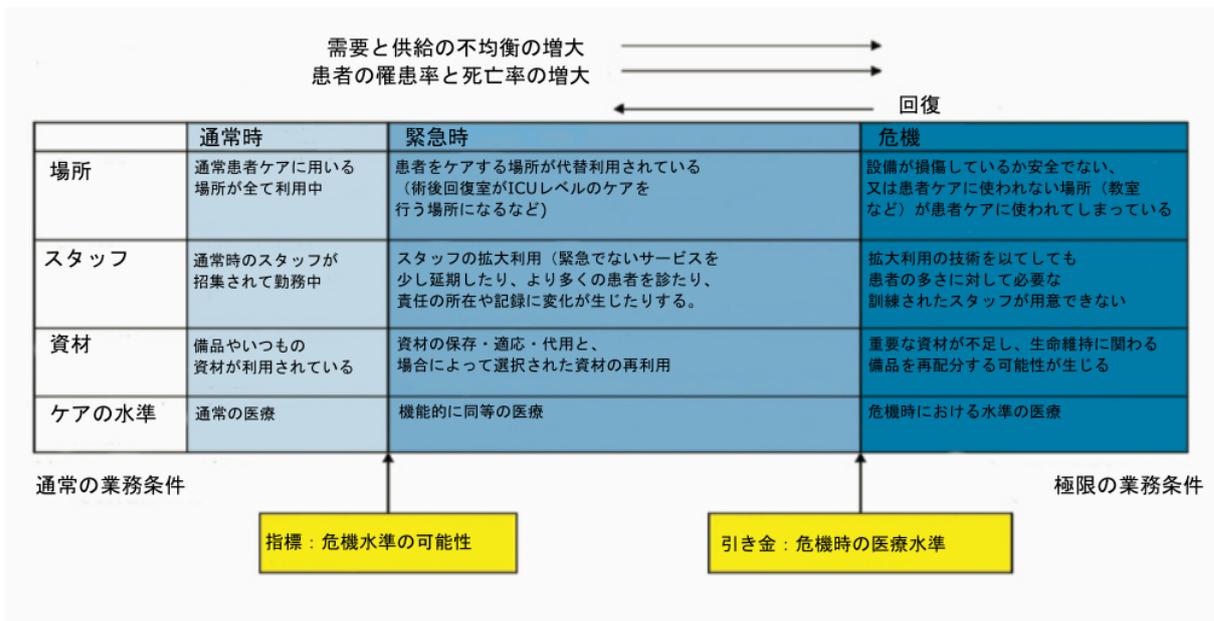


図 3-1

「道徳的傷つき(moral injury)」の影響(P.20)

Jeanette Ives Erickson 氏は、2020年2月の国内の状況を振り返り、医療従事者たちが「そもそも何がわからないかということもわからなかった」と述べる。辞職を考えたり、メンタルヘルスの問題を抱えるようになったり、臨床現場で燃え尽き症候群になる人々が相当いるとし、人材(育成)により力を注ぐための新たなシステムを作るべきだとする。

人員配置に関する分野の壁を超えた困難(P.21)

Cynda Hylton Rushton 氏は、道徳的傷つき (Moral Injury) というキーワードを繰り返しつつ、ヘルスケアに携わる人々にとっての道義的な負担の大きさを指摘する。法や規則による明確な行動指針が存在しない中、個々人が倫理的に困難な重大な決定を下し、その責任を負わねばならない状況となっている。

また、Andrew Garrett 氏は、今回のパンデミックを機に、これまでは一応機能していたような、既存の労働力に負荷をかけることで人員不足に対応するというモデルの限界が露呈したとする。今では、短期決戦型の対応が求められる病気への対応よりも、長期間にわたる公衆衛生上の危機に対応できるモデルへの移行が必要だという。Ryan Maves 氏は、作業の効率化のためにもチームの結束や相互の信頼が大切であると述べ、緊急時には場当たりに既存の人材を複数部門に派遣しなければならない現状を問題視している。

人員への過剰負担と組織文化の欠如による影響(P.23)

Rushton 氏によると、パンデミックの結果として、医療従事者への暴力が増え、社会的な信頼が失われている中、人間同士の繋がりという基本原理に立ち戻る必要があるという。また、Maves 氏は、パンデミックが、医療従事者が医療資源が限られていることや緩和ケアについての理解を深める契機になったと考えている。

全体からの応答では、医療従事者への暴力と安全性の問題、異分野間の協力、危機発生に対する準備不足等の課題がさらに指摘され、ケアの提供者と受け手の双方にとってより良い方向へ事態を導いてゆくために、ケアを「再び人間らしいものとする」ことが大切だと結論付けられた。

有望な人員配置戦略と将来の方針(P.25)

Lisa Rowen 氏は、直近、短期、長期の 3 つの段階の人員不足の問題に対応するための戦略を提案した (図 3-2 参照)。彼女は入院患者の管理のためテクノロジーを利用することや、業務ポストにやりがいのありそうな役割を作ること、看護師たちのケア手順の最適化などが対策として考えられるとしている。彼女は、ケアの最適化のためのテクノロジーの活用も視野に入れている。また、Howard Backer 氏は、コロナ禍に多様な取り組みによって対応し、結果的に CSC を発動させるまでには至らなかったカリフォルニア州のモデルの普遍的意義に注目し、当局からのサポートやサーージ対応、人員配置の様式等が鍵だとする。

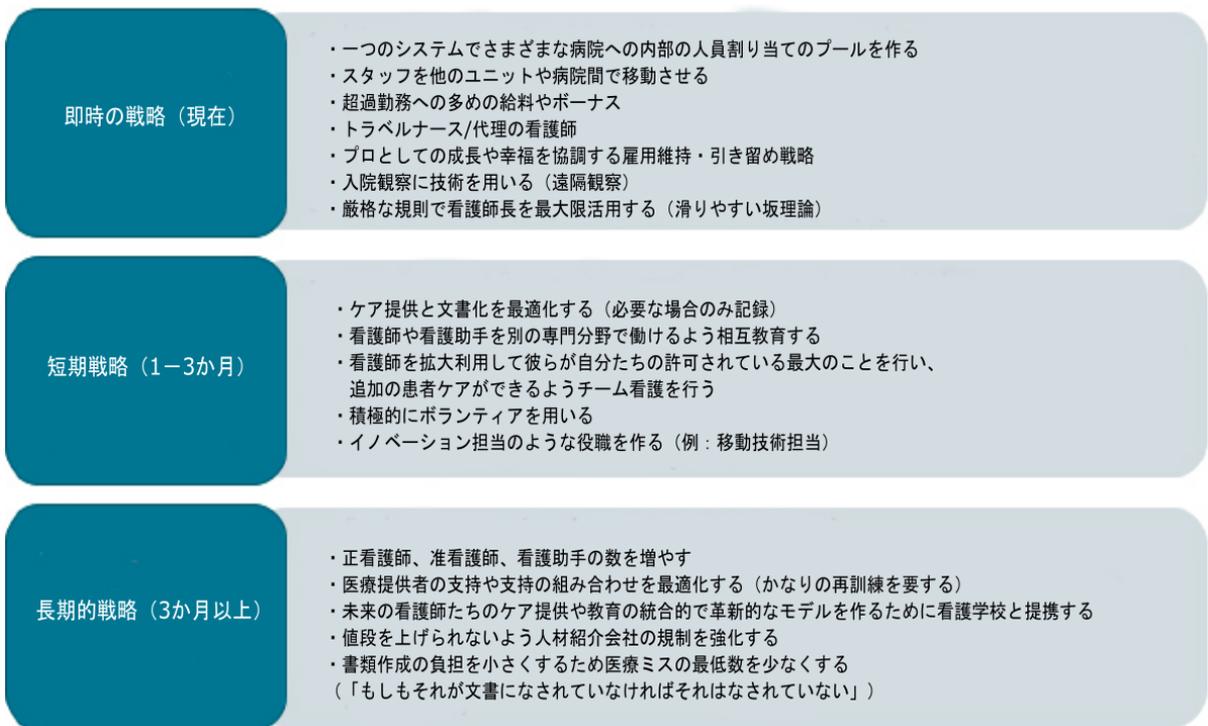


図 3-2

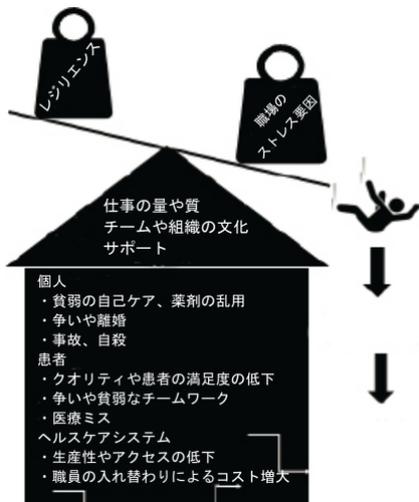
人員配置にテクノロジーを活用する(P.26)

Alistair Erskine 氏は、現場の負担を減らすために、バーチャル ICU や患者用ポータルなどを導入してデジタル化を進める必要があると述べる。テクノロジーによる人員配置の問題解決について紹介している。在宅ケアができるよう、対応ユニットを用いるのもよいとしている。曝露・検疫が必要となったスタッフもリモートで適切に働けるようになったとしている。また患者とのコミュニケーション戦略は現在作成中であるとしている。

医療従事者の支援(P.27)

Alexander Niven 氏は、医療従事者のメンタルヘルスの問題についても触れ、2020年3月以降の医療従事者の燃え尽き症候群の問題についての解決策を提示する。当事者のレジリエンスの度合いと職場でのストレス要因とのバランスがパンデミック以前から崩れており、個別対応ではなくチーム全体への包括的な支援が必要だという。

図 3-3 にあるように、こうした問題を放置するとケアの質が低下するという。サポート体制を整備してスタッフを大事にすることが重要である。



原則	問題点	解決策
私を準備して	十分でない計画とコミュニケーション	最前線への専門トレーニング、追加スタッフ 機敏なリーダーシップ、 スタッフの質とエンパワーメント
私を助けて	よくない職場環境 長くて仕事量の多いシフト	適切なスタッフ配置と、チームやシステムの再設計 個人やチームの行動をサポートするプログラム 臨床的で倫理的な懸念のための エスカレーションプロセス
私を守って	職業上の曝露の危険	十分な供給品、保護具 引き締まったプロセスと保護手段
私をケアして	自分や家族への病気のリスク	病気休暇への組織的、金銭的なサポート 家族ケアのプランや医療費
私を尊重して	ワークライフバランスの崩壊 自分や家族のニーズの放棄	個人の回復のためのスケジュール作り ケア提供者としての責任の支援 リーダーや同僚による認知や感謝

図 3-3

人員配置に関する構造的な障害についての議論・基準として残るべき緊急時の変更点 (P.28,P.30)

その後の議論では、患者へのケアの負担を分かち合えないこと、ヘルスケアに携わる人材が「資源」としてモノ扱いされている問題、危機対応の際に生まれた革新的な人員配置モデルが平時にまで引き継がれないことなどが指摘された。一方で、デジタル化や専門領域に縛られない柔軟な仕事の分担をはじめ、緊急事態の長期化によって、従来のヘルスケア制度自体に今回の新たな取り組みが組み込まれつつあるという。

看護分野の危機についての振り返りと今後の方向性(P.31)

Tener Goodwin Veenema 氏は、総括として、最も危険なのはこのまま何事もなかったかのように以前の状態に戻ってしまうことだと述べる。より安全で支援体制の整った労働環境を維持し、作り上げてゆくための変革への努力が必要とされている。図 3-3 には、看護師の置かれた状況を改善するための策についてまとめてある。

目下、コロナ禍によって過去の習慣が見直されるようになり、賃金や働き方を含め、看護師の労働環境について考え直す必要が生じている。Veenema 氏は、今後「これまでとは違うやり方をする」ことに積極的になるべきだと述べ、現場の人間は医療資源のように簡単に入れ替え可能な存在ではないと今一度現状に警鐘を鳴らしている。

第4章

危機医療水準：計画段階から現状へ (P.33)

本章では、計画やガイドラインを立案し、実際の非常時に応用する際の様々なケース・スタディや CSC を立案する過程で得た教訓、および、トリアージなどの困難な問題について議論している。

場面設定(P.33)

Anuj Mehta 氏は通常時から危機までの諸段階について述べながら、CSC の様々な側面について説明した。まず、平時には、トリアージの場合なども含めて、意思決定の基本原則と重要な利害関係者を定めておき、緊急時には、倫理的側面に特に注意しつつ、プロトコルについての評価を常に行うべきだとする。状況認識のシステムを改善するために、医療以外の分野の知見も取り入れるのがよい。

導入事例(P.34)

ここでは、計画において必要なことを明らかにするため、コミュニティの参与、コミュニケーションと調整、トリアージの指針と仕事の流れの管理などについて、CSC を実行した3つの州の経験から検討する。

コロラド州：コミュニティの声を取り込む(P.34)

Gina Febbraro 氏によると、コロラドでは、パンデミック発生時に、構造的に周縁化されているコミュニティから、差別を恐れる声や、新たな CSC の指針に暗黙のバイアスが入り込んでいるのではないかという懸念が聞かれていた。そこで、州では、異なるコミュニティのリーダーを集め、公正・平等の問題についての聞き取りを行った。実際、構造的な人種主義の問題が浮かび上がったが、こうした取り組みによって迅速かつ適切な対応が可能となった。

ニューメキシコ州：コミュニケーションと調整(P.35)

Chris Emory 氏は、ニューメキシコ州は辺境で、資源にも乏しいと述べる。そのため、州全体でのコミュニケーションと調整が求められた。「合理的なケア対配給型ケア(rational care versus rationing care)」のジレンマが生じる状況において、サージ上限のみならず、輸送・移送の容量を高める必要があった。そこで、州ではハブアンドスポーク方式を採り、縦の情報共有も効果的に行った。状況評価を常に行うことで、州の諸施設間の負担のバランスを取ることも成功した。

ニューヨーク・シティ:コロナから学ぶ(P.36)

Elizabeth Chuang 氏は、トリアージ・プロトコルの実施に際して必要なインフラストラクチャーが欠けていたと述べる。情報共有が困難で、州レベルでの公的支援も乏しくワークフロー計画の不足によって物資や医薬品が不足したとしている。現場の人々は障がい者やマイノリティ集団からの訴えに独力で対応せねばならず、多大な精神的負担を被った。こうした経験から、Chuang 氏は、将来の緊急時に備えて、州のイニシアティブで将来のパンデミックへの準備を進め、資源を使えるようにし、かつ、透明性の高い計画を立案しておくべきだと主張している。

討論(P.38)

前述の指摘に対して、施設レベルと地域レベルでのそれぞれのトリアージチームの役割と、これらの役割を一貫させる方法や、教育の必要性、倫理的苦悩が及ぼす影響、ケアの水準を統一する必要性、指針の実効に関する開かれたコミュニケーションの意義などについての意見が上がった。

危機医療水準の課題を探る(P.39)

本項目では、CSC に関して、労働力の準備、意思決定、一般の認識などについての異なる見解を紹介する。

労働力の準備(P.39)

Emily Kidd 氏は、CSC の実行に医長が関与した例を共有し、パンデミック下では施設間の患者移送をはじめ、EMS の負担が大きかったとしている。

Erin Talati Paquette 氏は、小児科においてもトリアージプロトコルを設計する必要があるものの、大人と同じように設計するのは困難だと述べた。また、一つの病院の枠を超えて労働力配分を調整するシステムの必要性を強調した。

意思決定(P.41)

Brian Garibaldi 氏は、乏しい資源の割り当てという困難な決断を行うために彼がメリーランドで稼働させていたシステムを紹介した。そこでは、ケアと生存率の最大化を目指しつつ、生存と生活の質を担保する中で、コミュニティからの信頼を保つことを重視した。彼は、優先順位付けの要素として、短期生存・長期生存・臨床経過・偶然性といった4つの要素を挙げ、人工呼吸器配分に伴う訴訟の問題についても触れている。

Vikramjit Mukherjee 氏は、ニューヨーク市の病院での状況を報告した。2020年春、低階層コミュニティの患者を多く診ることになり、資源も不足していた。こうした経験による医療従事者の精神面への影響も続いているという。彼は、コミュニケーションの分野にも改善の余地

があり、前線に立つ人々に対して、臨床現場を理解した上で、状況認識と情報を伝える組織が必要だとする。

一般市民と利害関係者の認識(P.43)

Julie Reiskin 氏は、医療と政府双方に対して不信感を抱くコミュニティの代表者を名乗る。障害者コミュニティについては、コミュニティのメンバーを会議などに招き、懸念を聞き取り、コミュニティの信頼を得る上で適切かつ肝心な点について変更を行うことが重要だとする。また、Elizabeth Lee Daugherty 氏は、様々なバイアスがケアの提供者とシステムのいずれにも埋め込まれているため、そうしたものが意思決定等の過程に存在しないことを確認する必要があるとす。Will Stone 氏は、ヘルスケアの需要についての厳しい現実や CSC 実行についての報道が困難であり、全体的に報道の透明性が欠けていると指摘した。

振り返り(P.45)

全体の振り返りとして、調整と協力の重要性や、コミュニティからの信頼を確保するためのコミュニケーションの回路の改善、一貫した、透明な情報伝達を行う必要性等に言及されている。

第 5 章

危機医療水準の法・倫理・公正に関わる懸案事項 (P.47)

CSC の立案・発展・実行においては、法的・倫理的側面および公正の問題が重要であり、ケアの提供者に法的・倫理的な支援や指針を提供することで、生死に関わる意志決定を行う際などの道徳的負担を軽減できる。本章では、CSC の立案、発動、実施、評価、監査に関わる法的な問題(賠償)責任からの保護や公正への留意などについて論じる。

責任保護: トリアージの決定に関わる問題(P.47)

James Hodge 氏は、CSC とは、大災害が原因で生じた、医療分野の通常の活動およびケアの水準の大きな変化だと改めて定義した。最も重要なのは、病院と臨床医が不当な形で責任を問われないようにすることである。そのためには、システム全体に限られた資源をどのように割り当てるか、生死に関わる決定の責任者は誰か、損害賠償責任を誰が負うかなどの法的・倫理的な問題を考慮する必要がある、乏しい物資を合法的に割り当てる方法を考えねばならない。物資配分に関わるあらゆるアクターが、民事・行政・刑事責任を問われるおそれがあるため、日々進化してゆく CSC に従い、かつ、責任保護の体制を改善してゆくことが求められる。

パネルディスカッション(P.48)

まず、責任保護の範囲は州ごとに大きく異なると指摘された。免責範囲を広げすぎると患者の権利を侵害することにもなる。また、CSC モードに移行する前に、病院間の負担を適切に配分すべきだとの指摘もあった。トリアージに際してワクチン接種状況を判断材料に組み込むことについても倫理面での懸念が上がった。院内感染の問題も挙げられ、全体としては、地域ごとに CSC のプロトコルが異なっていることや、コミュニティのセーフティネットとなっている病院ほど資源に乏しく、トリアージを強いられがちだという構造的不平等が問題視された。

公正と希少資源の分配(P.50)

Govind Persad 氏は、希少資源分配の倫理をどのように CSC に組み込むかについて論じる。①害を防ぐこと②健康格差の軽減③ケアを受ける人全員に等しく関心を示すことという 3 つの目標があるとする。また、非予測基準(unpredictive criteria)を用いることや先着順にすることも可能だが、それでは不平等の是正が行えないとしている。そして、コロナ以外の疾患の患者に対しても公平なケアを保證すべきだとする。

平等と希少資源の分配についての議論(P.52)

Nneka Sederstrom 氏は、不平等の是正のためには、人種の問題と向き合うことは避けられないとする。Virginia Brown 氏は、CSC や資源配分の基準を作成する際にコミュニティの関与の度合いを高めることで、より信頼度と透明性の高いシステムを構築でき、周縁化された集団の声を反映できるとする。担保で Thomas Sequist 氏は、構造的な要因が、有色の人々や貧困層が医療やケアを利用しようとする際に不利に働き得ると述べ、例えば、スコアシステムを使うと、特定の人種に疾患が偏り、不平等が起こりやすいとも指摘している。また、医療従事者の暗黙の偏見については、治療に関する明確な判断基準を CSC によって打ち出すことで防げるとしている。

振り返り(P.53)

振り返りとして、Suzet McKinney 氏はシカゴでの経験を基に、しっかりした政府の計画と協力の必要性を指摘した。Jeniffer Piat 氏は、CSC による計画が十分でない場合、現場の人々がその場しのぎの決断を下すことになり、地域格差やケアの水準の違いといった問題につながるとする。Rushton 氏は、CSC を発動させる適切なタイミングを再び検討し、場合によってはタイミングを早めることで、人的資源を含めた資源の確保に有効ではないかと述べる。また、医療従事者がトリアージを行うときのサポートの必要性を強調し、法的保護によって医療従事者の活動意欲を高められるとする。最後に、Eric Toner 氏は、責任問題は各機関が CSC の状況に対する適切な準備をできていなかったことから生じるとし、病院間の負担のバランスを取ることの重要性も指摘する。また、信頼確立と公正の担保の為には、難しい問題についても、コミュニティの意見を求めることが必要だとしている。

第 6 章

今後を見据えて (P.57)

CSC の立案が始まった 2009 年以来、今回のパンデミックは CSC の有効性を評価する過去最大の機会となった。本章では、CSC に関する連邦レベルでの経験や、今後連邦政府が果たし得る役割について論じられる。これまでのワークショップで取り上げられてきた、人員問題、計画の立案と実行、法的・倫理的・公正問題といった CSC の中心となる分野における困難や可能性も議題となる。

基調講演(P.57)

David Christian Hassell 氏は、臨床医が患者に最大の利益をもたらせるようにどのような支援ができるかを理解することが目標だとする。Richard Hunt 氏は、CSC は患者と患者のケアを担うチームの間で必要なものであり、道徳的苦痛や共感による疲労、臨床医への攻撃などの問題が広まってしまっているのもそこからだという。また、CSC は現場の人に学びながら作る必要があるとし、指導者がその存在について認識していないことも多いとする。その上で、米国ではケアを提供するシステムがその能力と容量において深刻な問題を抱えていると警鐘を鳴らす。

連邦政府の役割(P.58)

Hassell 氏によれば、連邦政府機関が州・地域レベルで事前に CSC に必要な道具をできていればいるほど良いという。プログラムの実施や政治家・官僚による教育など、技術以外の側面も重要だが、連邦政府の関与のみならず、草の根レベルの対策や医療倫理に詳しい臨床医の存在も欠かせない。Eric Toner 氏は、臨床医の間での CSC についての認識には極めて大きな差があるため、指針自体を見直すだけでなく、CSC を普及させ、受け入れられやすくする必要があると述べる。

様々な課題と機会についての考察(P.59)

ここからは、ワークショップ全体のまとめとなる。

人員配置に関して考慮すべきこと(P.59)

Tener Goodwin Veenema 氏は、将来的な人員配置の需要のみならず、医療従事者への長期的な影響も考慮する必要があるとしている。スタッフの道徳的苦痛と人員減は深刻であり、分野横断的な協働やチームの結束といった面で問題が生じていると指摘する。こうしたことに対処する将来的な枠組みとして彼女が提案したのは、情報技術の使用と、データ収集、

領域横断的な協働とコミュニケーション、人員配置の倫理的枠組みの作成である。また 2021 年 11 月にはワクチン未接種者の急増と、医療従事者の燃え尽き症候群の増加といった二つの危機があったとしている。この際に医療従事者の診察停止や自殺・希死念慮は増えたとしている。これらの対処法についても検討している。

Gregg Meyers 氏は、医療従事者の確保と、彼らのレジリエンスとストレス要因の適正なバランスを見出すことを両立させる困難を述べる。医療従事者の健康を守るための支援や、賃金支払い方針の問題点についても言及した。また、CSC に関して連邦政府全体で調整を行う機関も必要であるとする。彼は、eICU の取り組みについては評価している。

労働力の需要を改善するための今後の変化(P.61)

Mike Wargo 氏は、ヘルスケアの分野と公衆衛生を指導する人々との間の領域横断的な連携の必要性を強調している。また、CSC の下、将来の看護師や緊急事態管理者を教育する必要も指摘する。そして、危機対応に際しては、やるべきこととビジョンを全体で統一し、共有する必要があるとする。

計画立案と実施(P.62)

Anuj Mehta 氏は、状況認識が CSC の計画や発展、始動、実行、評価、監査などの軸にあるべきだとした。トリアージや呼吸器割り当ての決定などについて多くの議論があったとしている。CSC はトリアージを扱うだけでなく、人的資源の問題に対処し、メンタルヘルスのサポートを行うことも重視すべきだとする。また、こうした緊急事態は、図 6-1 で示されているように、あくまでオン・オフの二択ではなく、平時からの連続体として捉える必要があるとしている。

Mehta 氏は、図 6-1 では、CSC の計画と実施について、コミュニティの参与・調整と協働・労働力の 3 つの観点から今回の教訓をまとめ、ヘルスケアとはシステム全体の不足部分に対処することだと述べる。また、当該資源がない場合の患者の生存可能性、患者が再入院・再評価を必要としない可能性、資源を受け取った場合の患者の生存可能性、患者が受け取る代替ケアについての考慮、といった点を含めたより包括的な CSC の枠組を提唱している。

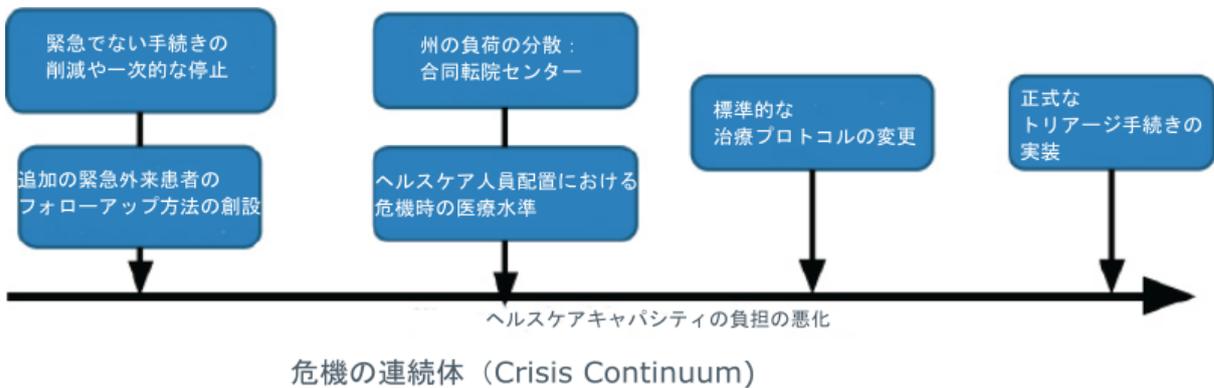


図 6-1

討論(P.64)

Toner氏は、資源をある集団から別の集団へと移すことの利益をどのように評価できるか問いかけた。また、リソース移動の実際の影響についての指摘があった。Mehta氏はヘルスケアのシステムにおける構造的な不平等はコロナ禍でさらに悪化したとしている。トリアージ決定に関与すべき利害関係者として、臨床医から責任を解放し、適切な知識を持ち、かつ、少し離れた立場から客観的な決断をできる人々を関与させることも極めて重要だとする。また、Shandiin Wood氏は、州内の全ての機関が一貫して計画を遵守することが必要だと述べる。

法・倫理・公正に関して考慮すべきこと(P.65)

Piatt氏は、CSCの実行には二つのやり方があるとする。一つ目はケアの水準に従い、状況に応じて対応を変化させることで、この場合、遡及して対応の評価を行うことが難しくなる。2つ目のやり方は賠償責任保護(liability protection)の強化であり、この場合は、免責範囲や保護期間の設定が難しい。また、Piatt氏は、CSCにおける差別の禁止と緊急時に合法的に困難な決定を下すことについても触れている。これについては様々な指標を組み合わせて判断することが有効だとされる。

また、Monica Peek氏は、異なる倫理的な課題に同時に取り組む方法について問題提起を行った。健康格差を減らす上で、議論を呼ぶものとはいえ、年齢やワクチン接種歴、SVI、健康指標なども考慮可能だと述べる。特にコロナ禍を通じて人種間の格差への注目が高まっている。病院間の(患者)移動やコミュニティ内で各施設の負担のバランスを取ることも公正を推進する上で重要だとする。

パンデミックに対する倫理面の反応

Matt Wynia 氏は、コロナ禍で経験した課題の多くは、予想されてはいたが、実際に起こるか分かっていなかったとしている。また、医療機関は CSC を始動させること躊躇していたと述べる。CSC においては、人種・年齢・社会経済的地位は使用しないとしているが、パンデミックの間、そうした指標に頼らねばならない場合もあったとする。

将来を見据えて(P.68)

Suzet McKinney 氏は、今回のパンデミックは、CSC の枠組みの有効な使い方を示し、医療従事者に CSC の指標や発動基準を周知させる好機だと述べる。有事に備えて訓練を行うことや、国内の人々に最新かつ簡潔な情報提供を行うためのコミュニケーションの枠組みを発展させ、連邦政府レベルでの調整機関を設けることの必要性についても指摘する。特に、政治家については、以前は不必要な対応が懸念されていたが、現在ではやるべきことをやらないことが問題視されているという。

Dan Hanfling 氏は、医療従事者や公衆衛生関係者への信頼が失われており、政府機関も機能不全に陥っている問題を指摘し、緊急事態への準備不足が責任問題にも関係していると述べている。また、国単位でのデータ収集や医療テクノロジーの開発の必要性についても触れている。最後に、場当たりの判断を行うのではなく、適切な状況認識に基づいて判断基準を変えてゆくべきだとし、今後、CSC では、①ヘルスケアのシステム全体での調整とコミュニケーションの改善②政治部門からの賛同の獲得③ケアの提供者の参与の度合いの拡大④健康をめぐる平等・公正の問題への対処を重視すべきだと提案している。

以上