

主催：日本弁護士連合会

高齢者・障がい者分野における新型コロナウイルスに関する連続学習会（第6回）

新型コロナウイルス感染症流行期において 高齢者が最善の医療およびケアを受けるために —日本老年医学会の提言を中心に—

プログラム

日時：2021年7月13日（火）18:00～20:00

【総合司会】矢野 和雄

（日弁連高齢者・障害者権利支援センター副センター長）

I 開会挨拶

小此木 清（日本弁護士連合会副会長）

II 基調報告

コロナ禍の医療介護事業所事情

末藤 和正 氏（JA愛知厚生連海南病院医療ソーシャルワーカー）

III 基調講演

新型コロナウイルス感染症流行期において高齢者が最善の医療およびケアを受けるために —日本老年医学会の提言を中心に—

三浦 久幸 氏（国立研究開発法人国立長寿医療研究センター在宅医療・地域医療連携推進部長）

IV ミニパネルディスカッション

パネリスト：末藤 和正 氏，三浦 久幸 氏

コーディネーター：藤木 美才（日弁連高齢者・障害者権利支援センター委員）

V 閉会挨拶

青木 佳史（日弁連高齢者・障害者権利支援センター副センター長）

【資料目録】

資料番号	資料名称	頁数
1	コロナ禍の医療介護事業所事情 — 末藤 和正 氏（JA愛知厚生連海南病院医療ソーシャルワーカー）	1/109
2	新型コロナウイルス感染症流行期において高齢者が最善の医療およびケアを受けるために —日本老年医学会の提言を中心に— — 三浦 久幸 氏（国立研究開発法人国立長寿医療研究センター在宅医療・地域医療連携推進部長）	31/109
3	新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行期において高齢者が最善の医療およびケアを受けるための日本老年医学会からの提言 —ACP実施のタイミングを考える—	95/109

コロナ禍の医療介護事業所事情

JA愛知厚生連 海南病院

医療ソーシャルワーカー 末藤和正

病院概要

愛知県弥富市 愛知・岐阜・三重の県境/名古屋市まで電車で15分
病床数 540床 救急・ICU・NICU・緩和ケア 計534床 / 感染病床 6床
診療科 31科 外来患者約1200名/日 従業員約1100名
地域包括支援センターを含む、各種在宅介護サービス事業を併設
各種指定(抜粋)
救急告示病院 第二種感染症指定医療機関
救命救急センター 地域医療支援病院
高度救命救急医療機関 地域がん診療連携拠点病院
地域中核災害拠点病院 愛知県DMAT指定医療機関

第二種感染症指定医療機関

二次医療圏	病院名称	病床数
名古屋・尾張中部	名古屋市立東部医療センター	10
海部	愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院	6
尾張東部	公立陶生病院	6
尾張西部	一宮市立市民病院	6
尾張北部	春日井市民病院	6
知多半島	愛知県厚生農業協同組合連合会知多厚生病院	6
西三河北部	愛知県厚生農業協同組合連合会豊田厚生病院	6
西三河南部東	岡崎市立愛知病院	6
西三河南部西	医療法人豊田会刈谷豊田総合病院	6
東三河北部・南部	豊橋市民病院	10
計	10ヶ所	68

2021/5/25時点

18名

愛知県全体

入院 1023名

自宅待機 4158名

本日紹介すること

- ① 各種医療機能に制限がかかる
- ② 面会できず、みんな情報不足
- ③ 退院先に条件がつく
- ④ 介護事業所の不安

①各種医療機能に制限がかかる

保健所から「陽性者です」と言われて入院するのが原則。それ以外の患者や、職員が陽性となり、医療機能を制限した病院が一定数ある。

報道される病院、自ら公表する病院、公表しない病院など、様々ある。

2020.12.24 ホームページ (抜粋)
新型コロナウイルス感染症院内感染の発生(第1報)

12月24日午前1時の時点で、看護職員3名、リハビリ技師2名、入院患者3名程度の感染者を確認しております。

現在接触者の調査を行い、さらに検査を進めております。感染状況が判明するまで、やむを得ず以下のような診療体制とさせていただきます。

- 救急患者の受け入れを休止
- 新規入院、退院、転院の休止
- 外来患者につきましては、可能な限り診察を行います

2021.01.05 ホームページ（抜粋）
救急患者の一部制限解除、予約外診察休止等の制限

- 救急車の受け入れ再開
- 3次救急患者さんの受け入れ再開
- 全身麻酔が必要な緊急手術対象患者さんの受け入れ再開
- 紹介予約患者さん以外の外来初診の休止

結果

県内遠方、他県の病院へ救急搬送された患者さんもいらっしやった。

時間を要したことが病状に影響したかは把握しきれない。

家族が遠出を余儀なくされた。

救急医療に限らず、

- 産科機能がマヒするとお産に困る
- 麻酔科機能がマヒすると手術できない
- 透析機能がマヒすると他透析患者を巻き込む
- リハビリ病院がマヒすると、救急病院が満床になる

陽性は、後から判明する

- 入院1週間前 入院前コロナ検査 陰性
- 入院1日目 入院当日コロナ検査 陰性
- 入院2日目 本人が手術
- 入院3日目 東京在住の息子が陽性になり、本人へ電話
- 入院4日目 本人が入院2日前に息子と会っていたことを吐露
本人が熱発 本人のコロナ検査 陽性
主治医・担当看護師・手術スタッフ等と、
その接触者や空間共有者、同室の患者にコロナ検査
マスク・ゴーグル等していたにも関わらず、複数が陽性
陰性であっても、自宅待機となる職員

②面会できず、みんな情報不足

ほとんどの病院が原則禁止している。

病棟にコロナウイルスを持ち込まない。

厳格な病院は、職員会議もオンライン化、
業者の立入区域指定などもしている。

面会許可の基準例

- 最期に近い時に個室で、2親等内1名10分を1日2回
- 面会専用室でビニール越し10分を月に1回2名まで
- オンライン面会専用室で15分を月に1回
- 主治医が認めたときに、大部屋ではない場所で1名

病棟や大部屋に家族を入室させない、対面は15分を超えないなどを踏まえて、人数・親等・回数・時間・場所等を指定している病院が多い。

オンライン面会体制の整備に躊躇

- 病院がWifi等を提供するには、医療システムとは別回線を用意する必要がある
- 従来の面会では不要であったサポートに手を割けない病院が多い
- 自分の携帯端末を利用できる患者はしている

家族が情報不足

- 入院前・入院時・退院時に、本人・家族へできるだけまとめて説明・署名する
- 入院後の家族への説明は、電話による病状説明が主流となる
- 「検査データがよくなってきたので点滴終了しました」「あと1週間で退院できます」
- 「運動できる靴を持ってきて下さい」「お部屋を変わります」

家族が情報不足

- 本人が発した言葉、動きも知りたい
- 退院準備に情報不足
- 認知症が進んでいないか心配
- 治療専念に安心を与えたい
- 認知症予防に刺激を与えたい

本人も情報不足

- 家族は元気になっているか
- 家業はどうなっているか
- 治療方針や退院先を勝手に決められていないか
- 元気であることを伝えたい

医療者も情報不足

- 入院前の状態像を知りたい
- 段差などの住環境を知りたい
- リハビリの様子を伝えたい
- 医療手技指導・看護指導・栄養指導したい
- 退院先を一緒に考えたい

結果

患者の寂しさ、認知症の増悪はあり得る。

家族の寂しさ、不安の増大はあり得る。

情報不足に理解を示していただけの方が多数派だが、怒る方や嘆く方もいらっしゃる。

③退院先に条件がつく

第4波の収束傾向にはいった2021年6月時点では、受けてくれるところがなくて困ることはないが、自宅最寄りとはいかないことはある。

愛知県・名古屋市ではアフターコロナ患者の受け入れ可能医療機関がリスト化されている。

高齢アフターコロナ患者の状態例

- 元通り回復
- 筋力が低下して歩行能力低下
- 肺機能が低下して在宅酸素導入
- せん妄から認知能力低下

高齢アフターコロナ患者の退院後

- 回復して自宅退院
- 低下して介護サービス導入
- 廃用してリハビリ病院
- 元の施設・病院へ戻る

退院基準（厚労省 2021年2月25日）

有症状者の場合

- ① 発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過
- ② 症状軽快後24時間経過した後、24時間以上間隔をあげ、2回のPCR検査で陰性を確認

無症状病原体保有者の場合

- ① 検体採取日から10日間経過
- ② 検体採取日から6日間経過後、24時間以上間隔をあげ2回のPCR検査陰性を確認

受入条件の例

- 受入直前に再度PCR陰性を確認
- 有料個室対応のみ
- 受入後PCR陰性を再確認するまで個室
- 発症後14日経過している
- 転院時の付添は1名、愛知県民は不可
- 酸素吸入制限、人数制限 等

コロナ対応力の向上

- 急性期病院以外の病院は、病床数・職員数・機器等が相対的に少なく、コロナ経験が少ない
- 職員の離職に繋がりがかねない
- 各医療機関の経験の積み重ねや、やむなしがあつて、コロナ対応力が向上する

コロナ対応の積み重ね

- 陽性者発生し、個室隔離後、指定病院が受けてくれた。この個室をアフターコロナ部屋にしよう
 - 複数発生し、大部屋に集約し、指定病院が受けてくれた。この個室をアフターコロナ部屋にしよう
 - クラスター発生し、ある区画に集約し、指定病院が一杯。この一区画をコロナ病床にしよう
- 等をきっかけにコロナ対応病床が拡充される。

コロナ対応の積み重ね

- 当初は、医療機関もマスクの確保に苦勞したが、資材も情報も整備が進んだ

マスク N95マスク ゴーグル 手袋 エプロン

手指衛生材料 ゾーニング 手指衛生 陰圧室

換気装置 サーモグラフィー

感染レベルに応じた使い分け

④ 介護事業所の不安

中小規模の通所サービスの場合

- 緊急事態宣言下でサービス継続・中止してよいか
- この感染予防対策で十分か
- 食事・入浴・レクリエーション環境の工夫
- 利用者のサービス継続への期待
- 経費がかかる
- 介護報酬にコロナ対策費用が加算され、自己負担があがった利用者の不満対応

陽性者等が発生した時の苦勞

- 濃厚接触得者の洗い出し
- 検査キットの配布
- 関係事業所への伝達
- 従業員一人欠けただけで人員に苦勞
- 利用者離れ、減収
- 利用者・家族からのクレーム
- 事業所が近隣から冷ややかな仕打ちに遭わないか
- 利用者が近隣から冷ややかな仕打ちに遭わないか

医療・介護・福祉職の願い

お話を伺った元陽性者や元濃厚接触者の方が20名を超えました。自身の罹患や近親者にうつしてしまった後悔、家族の居場所が一時バラバラになった不安、自身や家族の死を予感したこと等をおっしゃいます。また、職場復帰や介護サービスに戻る際に不安を感じた一方で、戻ってみたら温かく迎えてくれた喜び、あるいは、介護サービスを休業せざるを得なかった悔しさの一方で、再開に漕ぎ着けた喜びなど、内容はそれぞれですが、悲喜こもごもであることも共通していらっしゃいました。

医療に携わる我々は、命の危険にある方、痛み苦しみを抱える方、それを心配する方々に安心を提供したいと考えています。

介護や福祉に携わる我々は、高齢者や障がい者の暮らしを支えることはもちろん、家族が仕事や学校に出かける安心を提供したいと考えています。

コロナ感染時のリスクが高い方々を、我々の感染予防が不十分なせいで危険にさらすわけにはいきません。医療介護業務はテレワークが難しく、感染リスクも高い業種です。相談職の私でさえ、毎日検温記録し、手洗いや消毒は10回以上です。外部との会議や交流はオンライン、会食・娯楽を自粛し、黙食、自分が保菌者かもしれないと考えて行動します。家庭へコロナウイルスを持ち込む心配よりも、外から病院へ持ち込まない使命感が先行します。

医療・介護・福祉職の願い

応援メッセージ、激励の寄付品、各種支援金等が寄せられ、我々は元気づけられています。

我々こそ、皆さんに支えられているのだと改めて実感しています。

感謝申し上げます。

引き続き、ともに取り組みましょう。

高齢者・障がい者分野における新型コロナウイルスに関する連続学習会
(第6回)

日本弁護士連合会

2021年7月13日(火) オンライン開催

「新型コロナウイルス感染症流行期において高齢者が最善の医療およびケアを受けるために
—日本老年医学会の提言を中心に—」

国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部長

三浦 久幸

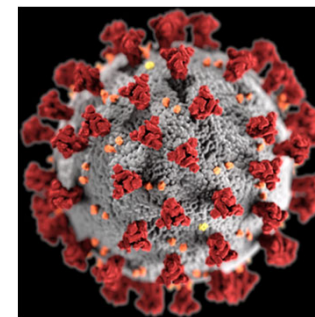
高齢者・障がい者分野における新型コロナウイルス
に関する連続学習会
COI 開示

国立長寿医療研究センター
在宅医療・地域医療連携推進部
三浦久幸

発表に関連し、開示すべきCOI 関係にある企業など
はありません。

COVID-19の感染状況 や治療薬等の現状

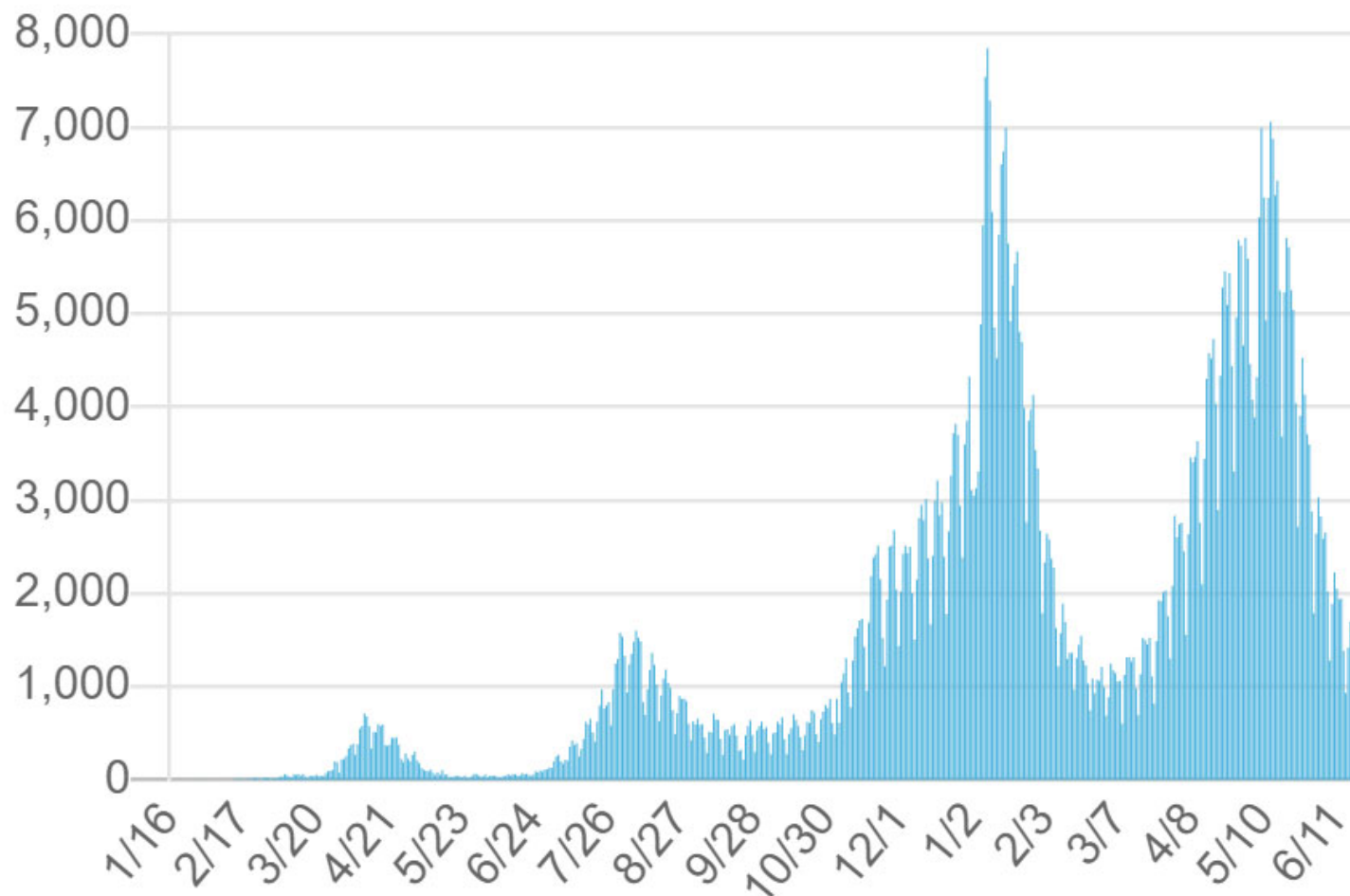
はじめに



Wikipediaより

- COVID-19とは感染症の名称
- ウイルス名： SARS-CoV-2
- 一般的な風邪の10-35%はコロナウイルスによる
- 重篤化するものは、 SARS-CoV, MERS-CoV, SARS-CoV-2
- 通常は家畜から人へ感染する
- 基本再生産数は1.3-5.4(推定)、インフルエンザは2-3、はしかは16-21
- エンベローブウイルス(石鹼やアルコールによる破壊が可能)
- 2019年11月に中国武漢で確認され、同年12月31日にWHOに報告された。

国内の感染状況（新規感染）

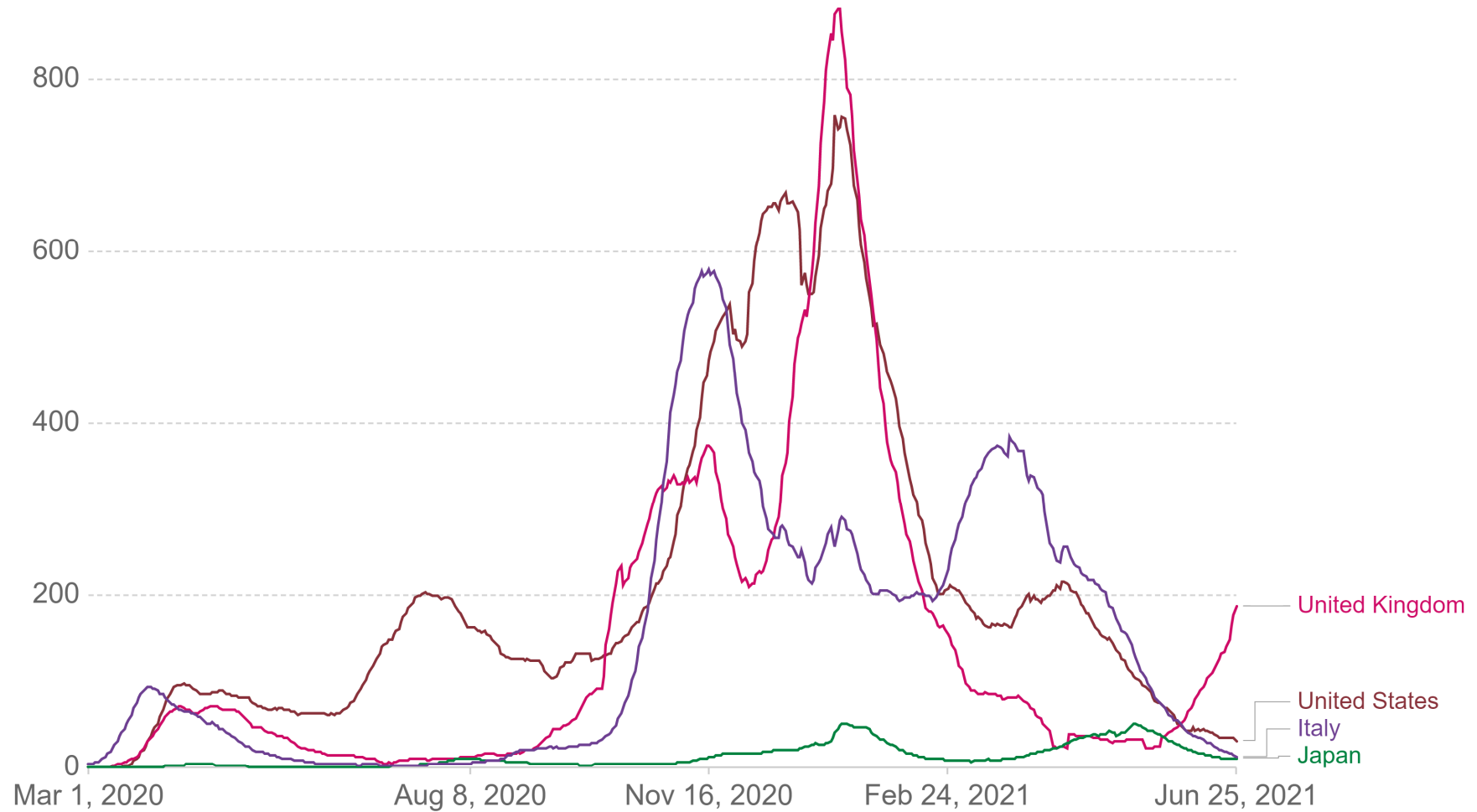


厚生労働省ホームページ：「国内の発生状況など」から

新規感染患者の国別比較

Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

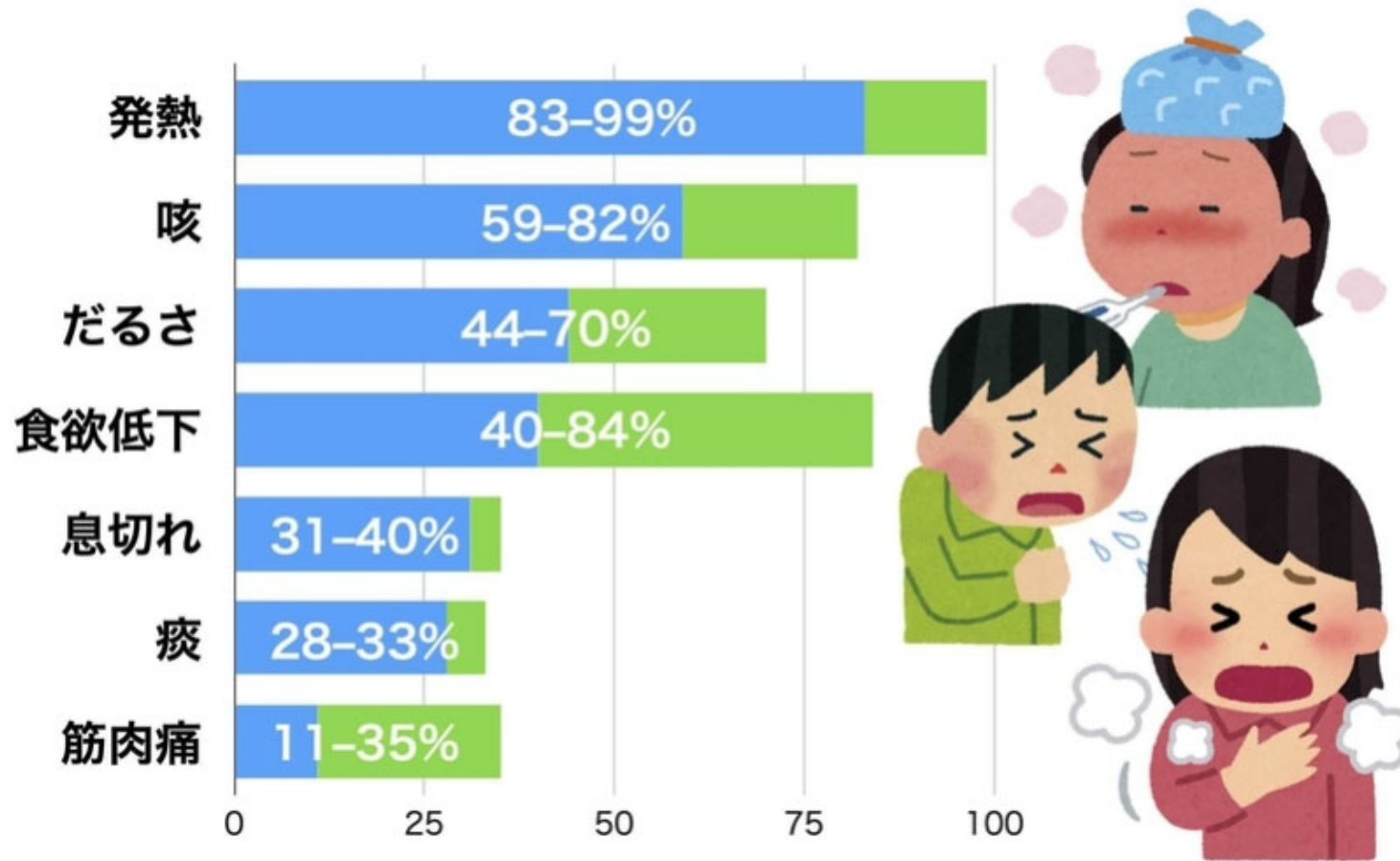
Shown is the rolling 7-day average. The number of confirmed cases is lower than the number of actual cases; the main reason for that is limited testing.



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

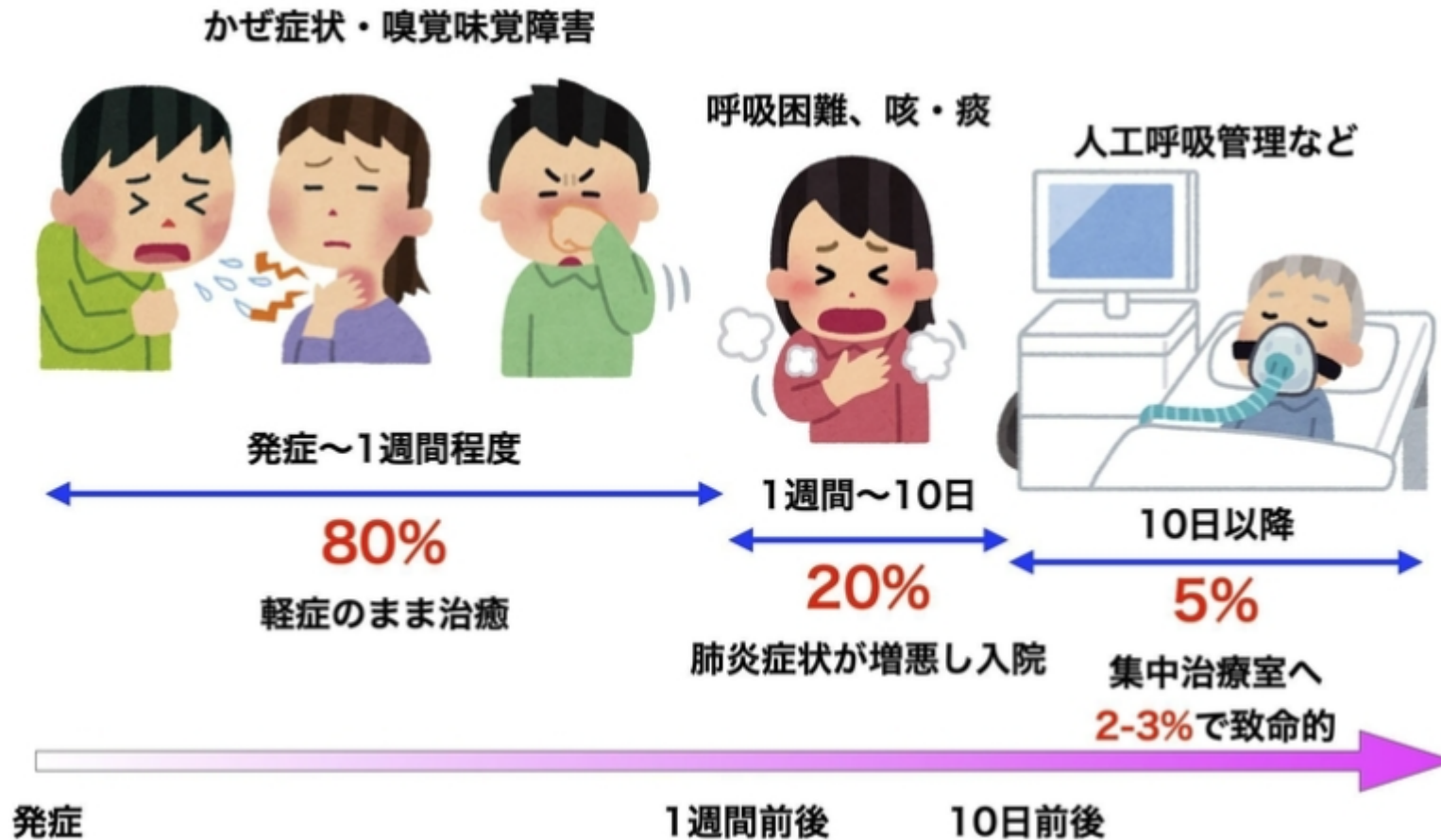
COVID-19の典型的症状



新型コロナウイルスの頻度の高い症状 (CDC. Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed COVID-19より)

厚生労働省「新型コロナウイルス感染症COVID-19 診療の手引き第5版」から引用

COVID-19の一般的な経過



厚生労働省「新型コロナウイルス感染症COVID-19 診療の手引き第5版」から引用

COVID-19の致命率

表 2-2 COVIREGI-JP における 60 歳以上の致死率

2020 年 12 月 2 日時点で本レジストリに登録された情報のうち、2020 年 10 月 30 日までに退院した患者（死亡退院を含む）の分析

年齢	60～64	65～69	70～74	75～79	80～
基礎疾患なし					
患者数	315	293	214	164	144
死亡者数（致死率%）	4（1.3）	5（1.7）	7（3.3）	8（4.9）	20（13.9）
基礎疾患あり					
患者数	507	592	668	516	1,265
死亡者数（致死率%）	20（3.9）	38（6.4）	50（7.5）	71（13.8）	275（21.8）

【参考】

・国立国際医療研究センター . COVID-19 レジストリ研究 解析結果

基礎疾患との関係

A 新型コロナウイルス感染症と診断された人のうち重症化しやすいのは、高齢者と基礎疾患のある方、一部の妊娠後期の方です。

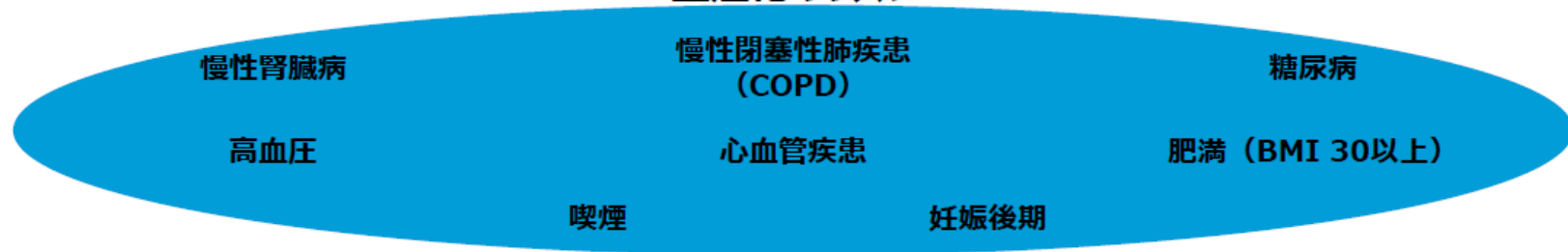
重症化のリスクとなる基礎疾患等には、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患、肥満、喫煙があります。

30歳代と比較した場合の各年代の重症化率

年代	10歳未満	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳以上
重症化率	0.5倍	0.2倍	0.3倍	1倍	4倍	10倍	25倍	47倍	71倍	78倍

※「重症化率」は、新型コロナウイルス感染症と診断された症例（無症状を含む）のうち、集中治療室での治療や人工呼吸器等による治療を行った症例または死亡した症例の割合。

重症化のリスク



出典：京都大学西浦教授提供データ及び新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第5版に基づき厚生労働省にて作成

厚生労働省「新型コロナウイルス感染症の“いま”に関する11の知識」から引用

重症度分類

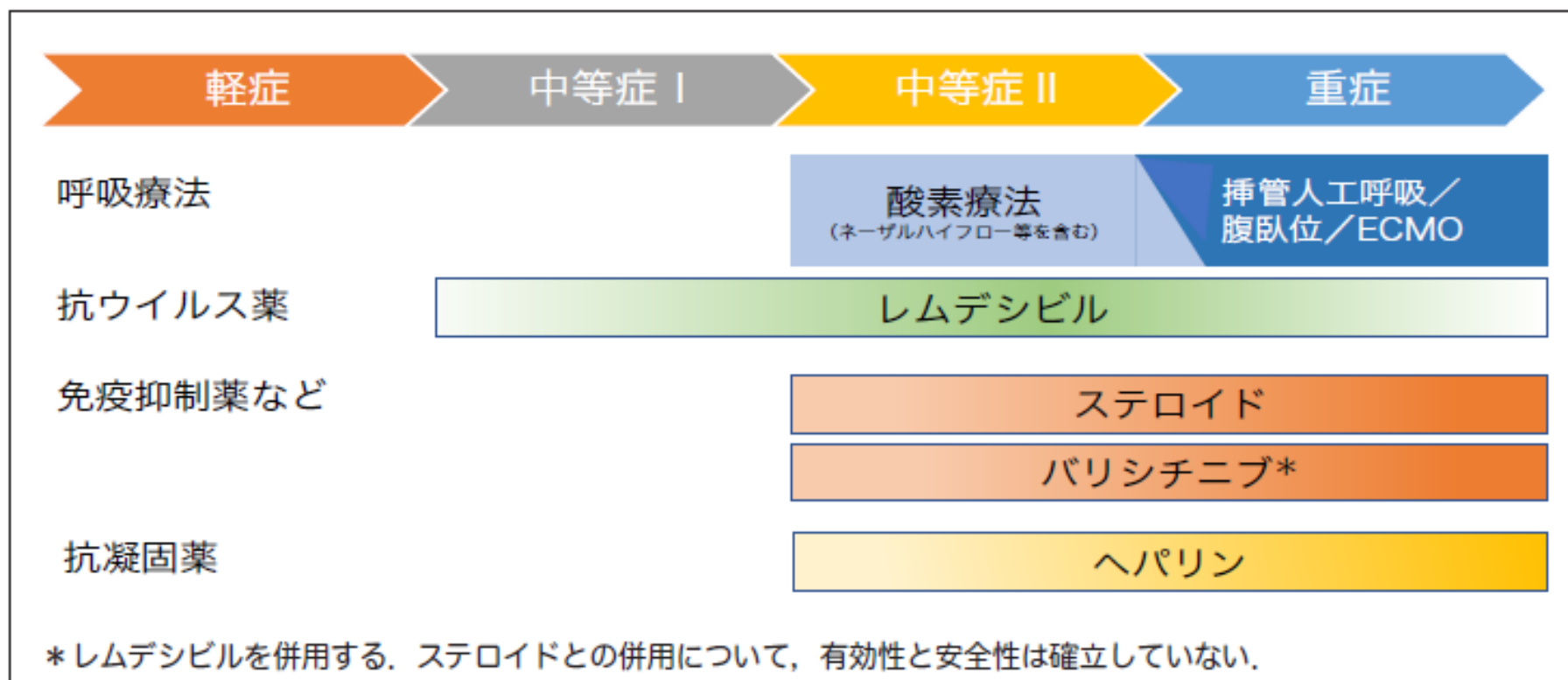
1 重症度分類（医療従事者が評価する基準）

重症度	酸素飽和度	臨床状態	診療のポイント
軽症	$SpO_2 \geq 96\%$	呼吸器症状なし or 咳のみで呼吸困難なし いずれの場合であっても肺炎所見を認めない	<ul style="list-style-type: none">・多くが自然軽快するが、急速に病状が進行することもある・リスク因子のある患者は入院の対象となる
中等症Ⅰ 呼吸不全なし	$93\% < SpO_2 < 96\%$	呼吸困難，肺炎所見	<ul style="list-style-type: none">・入院の上で慎重に観察・低酸素血症があっても呼吸困難を訴えないことがある・患者の不安に対処することも重要
中等症Ⅱ 呼吸不全あり	$SpO_2 \leq 93\%$	酸素投与が必要	<ul style="list-style-type: none">・呼吸不全の原因を推定・高度な医療を行える施設へ転院を検討
重症		ICU 入室 or 人工呼吸器が必要	<ul style="list-style-type: none">・人工呼吸器管理に基づく重症肺炎の2分類（L型，H型）・L型：肺はやわらかく，換気量が増加・H型：肺水腫で，ECMOの導入を検討・L型からH型への移行は判定が困難

厚生労働省「新型コロナウイルス感染症COVID-19 診療の手引き第5版」から引用

重症度別治療

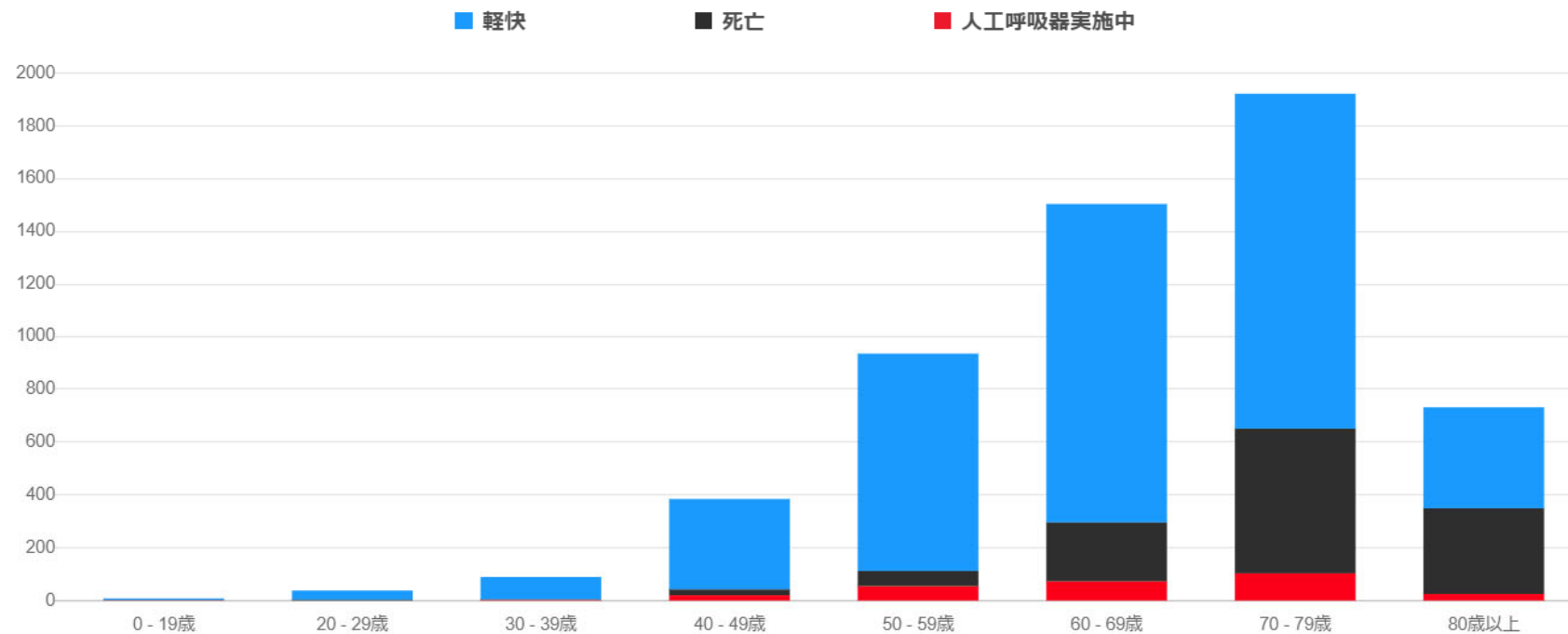
図 4-1 重症度別マネジメントのまとめ



厚生労働省「新型コロナウイルス感染症COVID-19 診療の手引き第5版」から引用

人工呼吸器の効果

国内のCOVID-19における人工呼吸治療(ECMO除く)の年齢分布と転帰



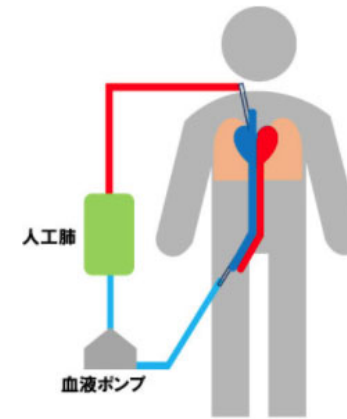
2021/06/30 更新

日本COVID-19 ECMO net（日本集中治療医学会など）によるCRISISのデータより

COVID-19 急性呼吸不全への人工呼吸と ECMO

基本的注意事項

日本集中治療医学会
日本救急医学会
日本呼吸療法医学会
日本呼吸器学会
日本感染症学会
日本麻酔科学会
PCPS/ECMO 研究会



2. ECMO の適応

- 慎重かつ総合的に判断.
- COVID-19 への ECMO 治療はかなりの人員と労力が必要.
- PEEP 10cmH₂O、P/F<100 で進行性に悪化する場合は ECMO を考慮.

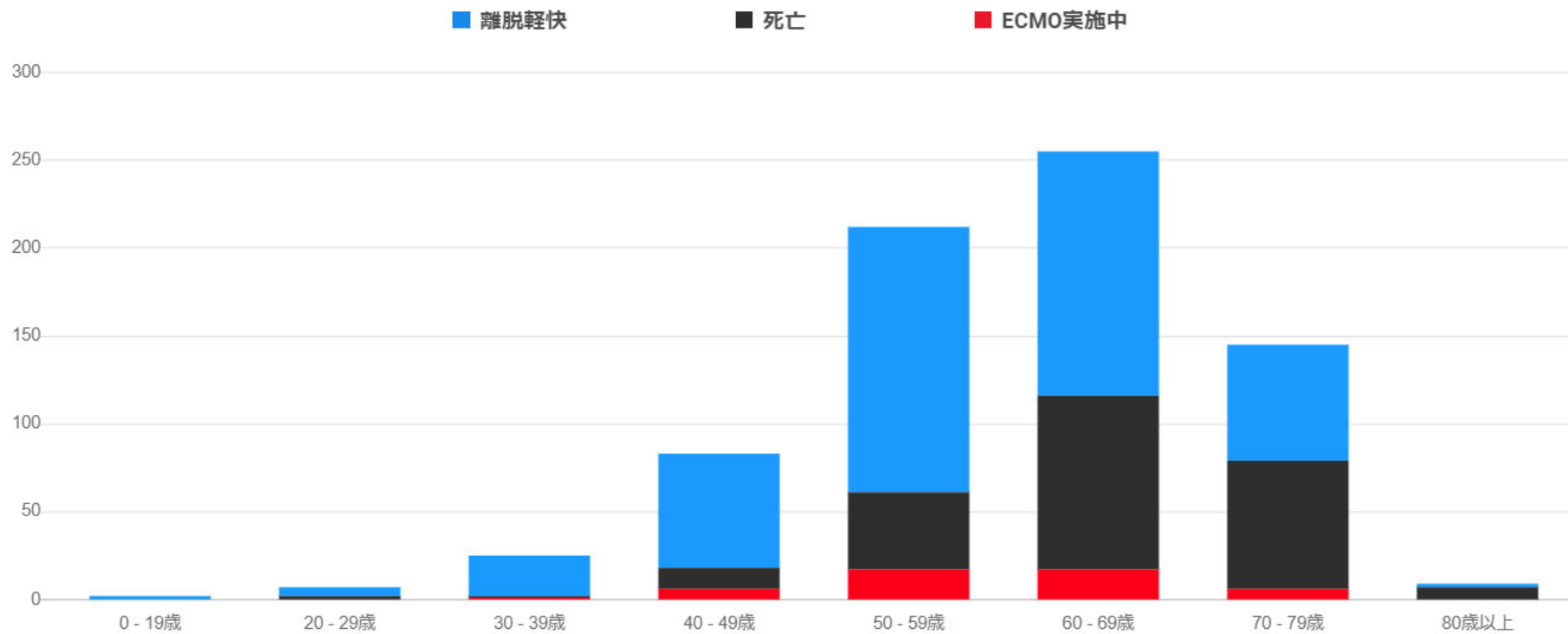
一方で同じコロナウイルスであった MERS は ECMO を使用しても肺が不可逆性傷害を受け、治療法なく死亡する事例がありました。COVID-19 の肺胞傷害性の強度は不明ですが ECMO を導入しても高度な肺線維化が生じた場合は withdraw をしなければならないこともあります。このことは ECMO 導入する前にインフォームド・コンセントされることを勧めます。

3. ECMO の禁忌

- 不可逆性の基礎疾患.
- 末期癌.
- 年齢 75 才以上は予後が悪く、一般的には適応外.

体外式膜型人工肺ECMOの効果

国内のCOVID-19におけるECMO治療の年齢分布と転帰



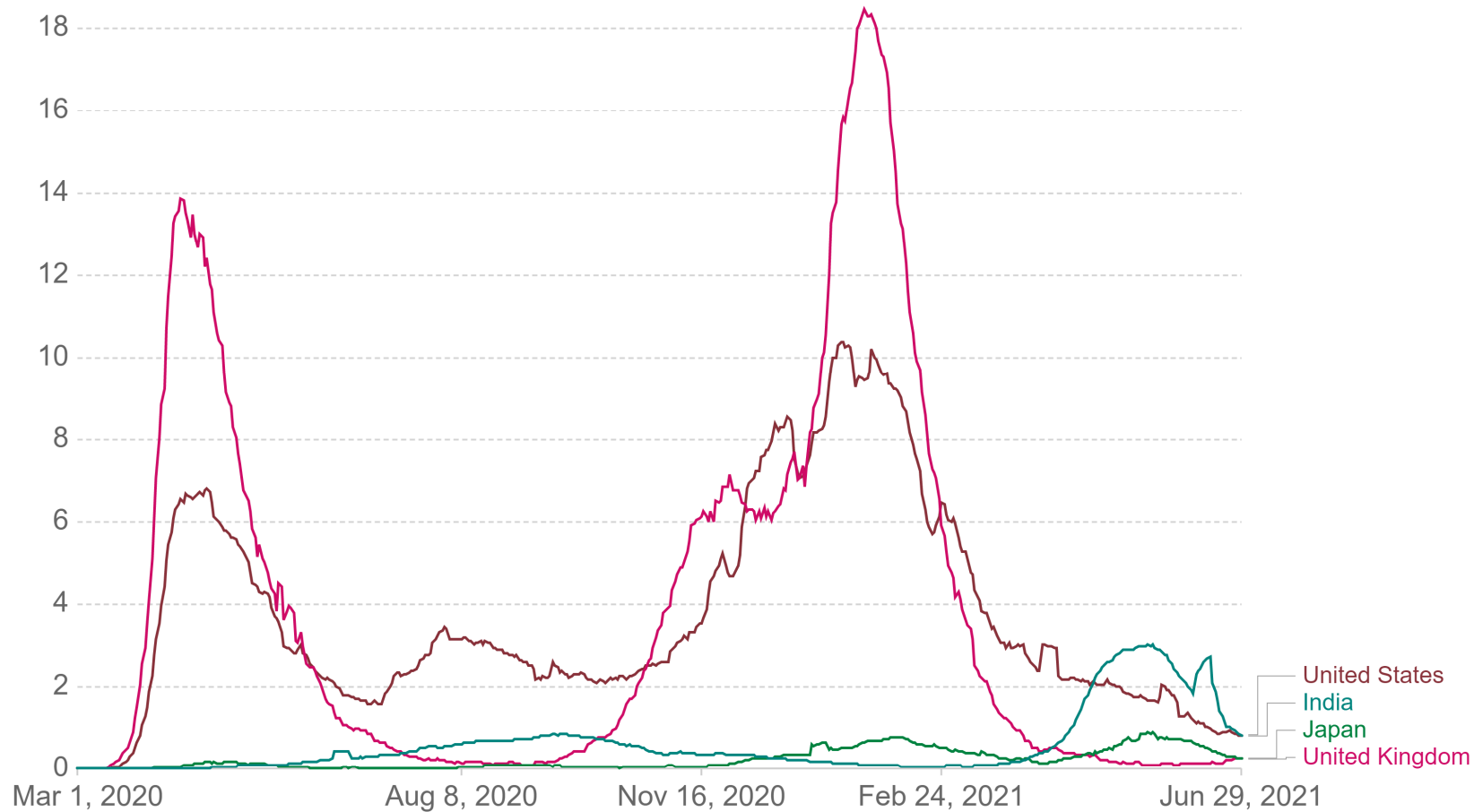
2021/06/30 更新

日本COVID-19 ECMO net(日本集中治療医学会など)によるCRISISのデータより

死亡数の比較

Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people

Shown is the rolling 7-day average. Limited testing and challenges in the attribution of the cause of death means that the number of confirmed deaths may not be an accurate count of the true number of deaths from COVID-19.



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行期において
高齢者が最善の医療およびケアを受けるための日本老年医学会からの提言
— ACP 実施のタイミングを考える —

2020年8月4日

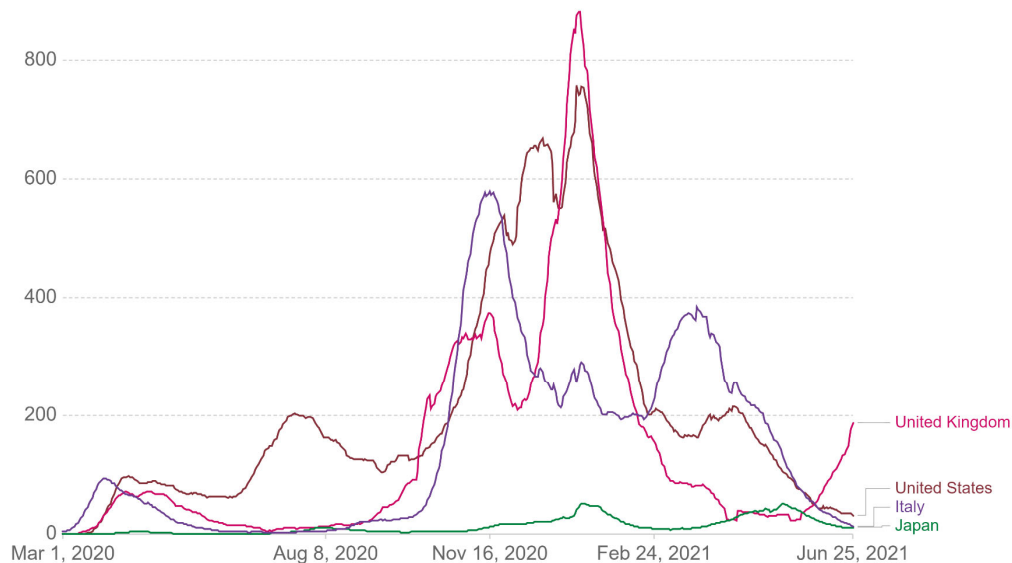
一般社団法人 日本老年医学会
倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」
新型コロナウイルス対策チーム

「新型コロナウイルス 感染症 (COVID 19) 流行期 において 高齢者が 最善の医療 および ケアを受けるための 日本老年 医学会からの提言—ACP 実施 のタイミングを考える」を 発出した背景

出典：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行期において高齢者が最善の医療およびケアを受けるための日本老年医学会からの提言—ACP実施のタイミングを考える—（一般社団法人日本老年医学会）

Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

Shown is the rolling 7-day average. The number of confirmed cases is lower than the number of actual cases; the main reason for that is limited testing.



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

Our World in Dataから

【報道記事】

2020年4月21日

「新型肺炎で高齢者治療後回し，命の選択が始まった」 (JBpress)

URL : <https://jbpress.ismedia.jp/articles/-/60231>

2021年4月30日

「大阪府幹部『高齢者の入院 優先順位下げざるをえず』府は撤回」(NHK)

URL :

<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20210430/k10013005951000.html#:~:text=%E6%84%9F%E6%9F%93%E8%80%85%E6%95%B0-,%E5%A4%A7%E9%98%AA%E5%BA%9C%E5%B9%B9%E9%83%A8%E3%80%8C%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85%E3%81%AE%E5%85%A5%E9%99%A2%20%E5%84%AA%E5%85%88%E9%A0%86%E4%BD%8D%E4%B8%8B%E3%81%92,%E3%81%88%E3%81%9A%E3%80%8D%E5%BA%9C%E3%81%AF%E6%92%A4%E5%9B%9E&text=%E5%A4%A7%E9%98%AA%E5%BA%9C%E3%81%AE%E5%8C%BB%E5%B8%AB%E8%B3%87%E6%A0%BC,%E3%81%93%E3%81%A8%E3%81%8C%E5%88%86%E3%81%8B%E3%82%8A%E3%81%BE%E3%81%97%E3%81%9F%E3%80%82>

「高齢者の終末期の医療とケア」に関する 日本老年医学会の「立場表明」改訂 (2012)

基本的立場

人の「老化」と「死」は生殖，発生，誕生，成長といった生命現象の一過程であるが，特有の意味を持つ重要な局面である。生命科学はこのような「老化」あるいは「死」を含めた生命現象を扱いながら，自然科学だけでなく，人文科学や社会科学の発展とともに進歩してきた。人の「老化」と「死」に向かい合う高齢者医療は，人文科学・社会科学・自然科学で得られた幅広い成果に基づく生命科学を基盤にした，「生命倫理」を重視した全人的医療であるべきであると考え。国連の提唱する「高齢者のための五原則」(国連総会、1991年)である「自立」，「参加」，「ケア」，「自己実現」，「尊厳」は，日本老年医学会の基本的立場でもある



「立場表明」における用語の定義

「終末期」

「立場表明」における「終末期」とは、「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」とする

「最善の医療およびケア」

「立場表明」における「最善の医療およびケア」とは、「単に診断・治療のための医学的な知識・技術のみではなく、他の自然科学や人文科学，社会科学を含めた，すべての知的・文化的成果を還元した，適切な医療およびケア」とする



立場-1

年齢による差別（エイジズム）に反対する

いかなる要介護状態や認知症であっても、高齢者には、本人にとって「最善の医療およびケア」を受けられる権利がある

【論拠】 すべての人にとって、「最善の医療およびケア」を受けられる権利は基本的人権のひとつである。どのような療養環境にあっても、たとえ高齢で重い障害があっても、「最善の医療およびケア」が保障されなくてはならない。ただし、胃瘻造設を含む経管栄養や、気管切開、人工呼吸器装着などの適応は、慎重に検討されるべきである。すなわち、何らかの治療が、患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要がある



提言の各項目

提言

提言 1. 「最善の医療およびケア」の提供と共同意思決定の推進

- 1.1. 「最善の医療およびケア」を受ける権利を保障すべきである
- 1.2. 「最善の医療およびケア」を人生の最終段階まで受ける権利を保障するために ACP を推進すべきである
- 1.3. 本人が希望するエンドオブライフ・ケアを保障すべきである

提言 2. COVID-19 流行期における ACP の具体的実践

- 2.1. 本人・家族との医療情報共有と積極的な意思決定支援が必要である
- 2.2. 本人と家族および医療・ケア従事者とのコミュニケーションの確保が必要である
- 2.3. ガイドラインに準じた適切な人工呼吸器装着・離脱のアプローチが必要である

提言 3. 適切な医療・療養環境の提供と家族・介護者への支援

- 3.1. 医療・療養場所の確保において本人・家族の希望に配慮することが必要である
- 3.2. 地域における本人・家族に対する適切な感染防御支援体制の整備が必要である
- 3.3. 家族・介護者に対する適切なケアの提供が必要である

提言 4. COVID-19 関係者への偏見・差別の撤廃

- 4.1. COVID-19 患者・家族および治療や感染防御に携わる医療・ケア従事者への偏見や差別をなくすべきである

出典：COVID-19急性呼吸不全への人工呼吸とECMO基本的注意事項（日本COVID-19 ECMO net（日本集中治療医学会など））

提言1. 「最善の医療およびケア」の提供と共同意思決定の推進

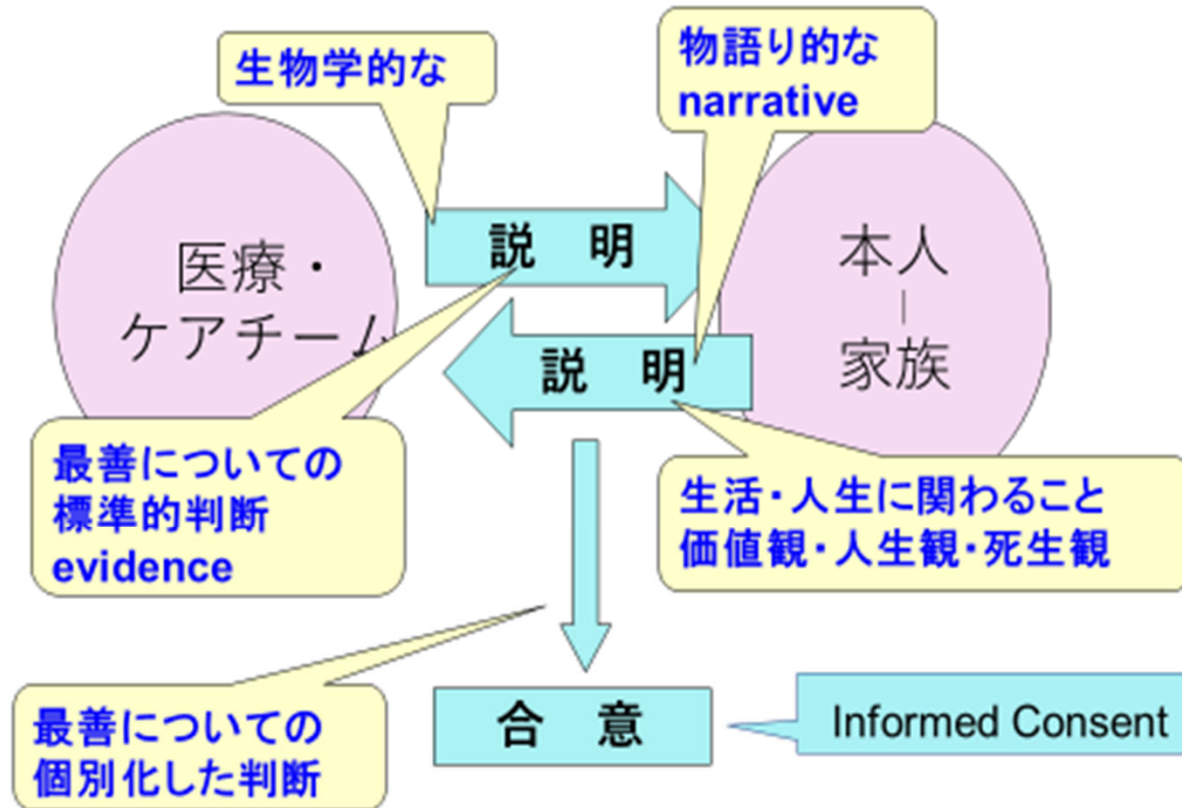
提言1.1. 「最善の医療およびケア」を受け権利を保障すべきである

前略

COVID-19のような感染症の流行期においては医療崩壊を招かない対策がまずは重要であるが、万が一そのような医療現場でトリアージをする場合にも、暦年齢だけを基準としたトリアージはエイジズムそのものであり、最大限の努力を払って避けるべきである。

共同意思決定 (Shared Decision Making; SDM) とは

共同意思決定のプロセス



共同意思決定 (SDM: shared decision making) : 本人・家族等と医療・ケア従事者等が、医療・ケアにおける意思決定の分岐点において、情報を共有し、よく話し合い一緒に考えるコミュニケーションのプロセスを通して、皆が納得できる合意形成・意思決定をする

提言1. 「最善の医療およびケア」の提供と共同意思決定の推進

提言1.2 「最善の医療およびケア」を人生の最終段階まで受ける権利を保障するためにACP を推進すべきである

COVID-19流行期では医療機関・介護施設に入院・入所している場合、感染の有無にかかわらず家族の面会制限があり、本人と家族で話し合う機会が奪われることになる。さらに、感染が判明すると、本人と家族はコミュニケーションの機会を十分もつことができなくなり、ACPの実施は困難となる。なによりもCOVID-19は特に高齢者では急性肺炎や血栓症を合併し、急速に重症化するケースが多い。その際に人工呼吸器の使用など、本人に負担をもたらす恐れのある集中治療を実施するか否かなどの様々な医療・ケアの選択を短時間で決断することは困難である。その場で本人の意思を確認することが難しい場面も多く、多くは家族にその判断がゆだねられるが、その際も時間的余裕はない。従って、COVID-19発症後に適切にACPを実践することは困難である。

人生の最終段階における本人の価値観や意向について事前に話し合っていなかった場合、COVID-19流行期にACPを行うとしても、その意思決定が、感染症流行の恐怖に伴う情緒的变化により影響を受けてしまうことも報告されている。

アドバンス・ケア・プランニングの国際的定義

- アドバンス・ケア・プランニングは将来の医療に関しての個人の価値観、人生のゴール、治療選好を理解し、共有することで、全ての年齢層の成人、すべての健康ステージを支えるプロセス
- アドバンス・ケア・プランニングのゴールは、その人が重篤な慢性疾患に罹患したときに、その人の価値観、目標や治療選好に一致した医療が受けられることが確実になるようにサポートすること
- 多くの人にとっては、そのプロセスには、もはや自分では意思決定できない事態において、代わりに意思決定してくれる信頼できる人を選び、準備することが含まれる

Sudore RL, et al. Journal of Pain and Symptom Management 53:821–832, 2017

日本老年医学会の定義

日本老年医学会
「ACP推進
に関する提言」

2019年

一般社団法人 日本老年医学会
倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」



出典：ACP推進に関する提言（公益社団法人日本老年医学会）

■ ACP (advance care planning) の定義

「ACP は将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスである」

* ACP の実践のために、本人と家族等と医療・ケアチームは対話を通し、本人の価値観・意向・人生の目標などを共有し、理解した上で、意思決定のために協働することが求められる。ACPの実践によって、本人が人生の最終段階に至り意思決定が困難となった場合も、本人の意思をくみ取り、本人が望む医療・ケアを受けることができるようにする。

■ ACP の目標

本人の意向に沿った、本人らしい人生の最終段階における医療・ケアを実現し、本人が最期まで尊厳をもって人生をまっとうすることができるよう支援することを目標とする。

アドバンス・ケア・プランニングの愛称・ ロゴマーク

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の 愛称を「人生会議」に決定しました

人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取り組み、「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)」について、愛称を「人生会議」に決定しましたので、お知らせします。ACPの愛称募集は8月13日から9月14日に実施したもので、応募総数1,073件の中から、愛称選定委員会により選定され、本日、愛称発表会にて公表しました。

「人生会議」は、今後、ACPの普及啓発に活用し、認知度の向上を図っていきたいと考えています。また、11月30日（いい看取り・看取られ）を「人生会議の日」とし、人生の最終段階における医療・ケアについて考える日とします。

1 選定愛称：人生会議

選定理由：

- ・意味が明確な単語の組み合わせにより、日常会話に浸透していくことが期待できる。
- ・家族等、信頼できる人たちと輪を囲んで話し合う、というイメージが湧く。

2 応募者：須藤 麻友さん 看護師（聖隷浜松病院）

3 ACP愛称選定委員会構成員（敬称略、五十音順） ※ ○は座長

- 内多 勝康（国立成育医療研究センターもみじの家ハウスマネージャー、元NHKアナウンサー）
- 小藪 千豊（タレント）
- 小山 薫堂（放送作家、脚本家、京都造形芸術大学副学長）
- 鈴木 美穂（認定NPO法人マギーズ東京共同代表理事）
- 新浪 剛史（サントリーホールディングス代表取締役社長）
- 樋口 範雄（武蔵野大学法学部特任教授）
- 紅谷 浩之（オレンジホームケアクリニック代表）
- 松原 謙二（公益社団法人 日本医師会副会長）

人生会議のロゴマークを選定しました

この度、「人生会議」のロゴマークを選定しましたので公表致します。「人生会議」という愛称が国民一人一人の生活の中に、より浸透するようPRツールとしてロゴマークを定めました。今後、人生会議の普及に取り組む自治体等が作成するポスター等で活用いただけます。



【ロゴマークの制作者】 澤渡 和男 さん （東京都在住 医師）

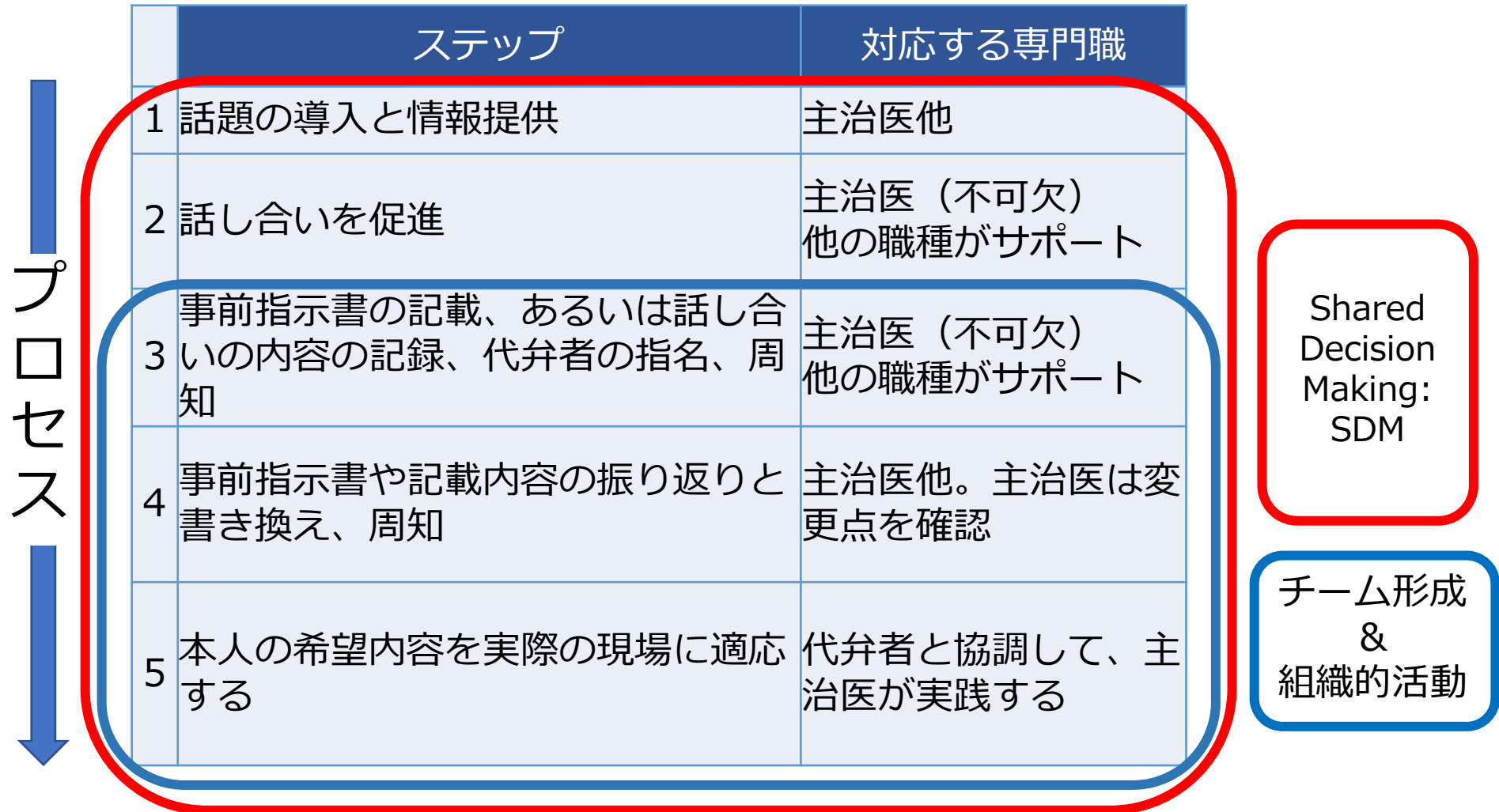
【制作者コメント】

人生は、空に架かる虹であり、現在から未来への架け橋です。また、一筋の流れとして分水嶺に端を発し、大河となって大地を潤して海へと回帰する川の流れです。人生の流れと次代に継続させる力がデザインコンセプトです。

厚生労働省「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の愛称を「人生会議」に決定しました」より引用

厚生労働省「人生会議のロゴマークを選定しました」より引用

ACPとSDMの関係



Emanuel et al. JAGS 43: 440-446, 1995から改変

アドバンス・ケア・プランニングのエビデンス

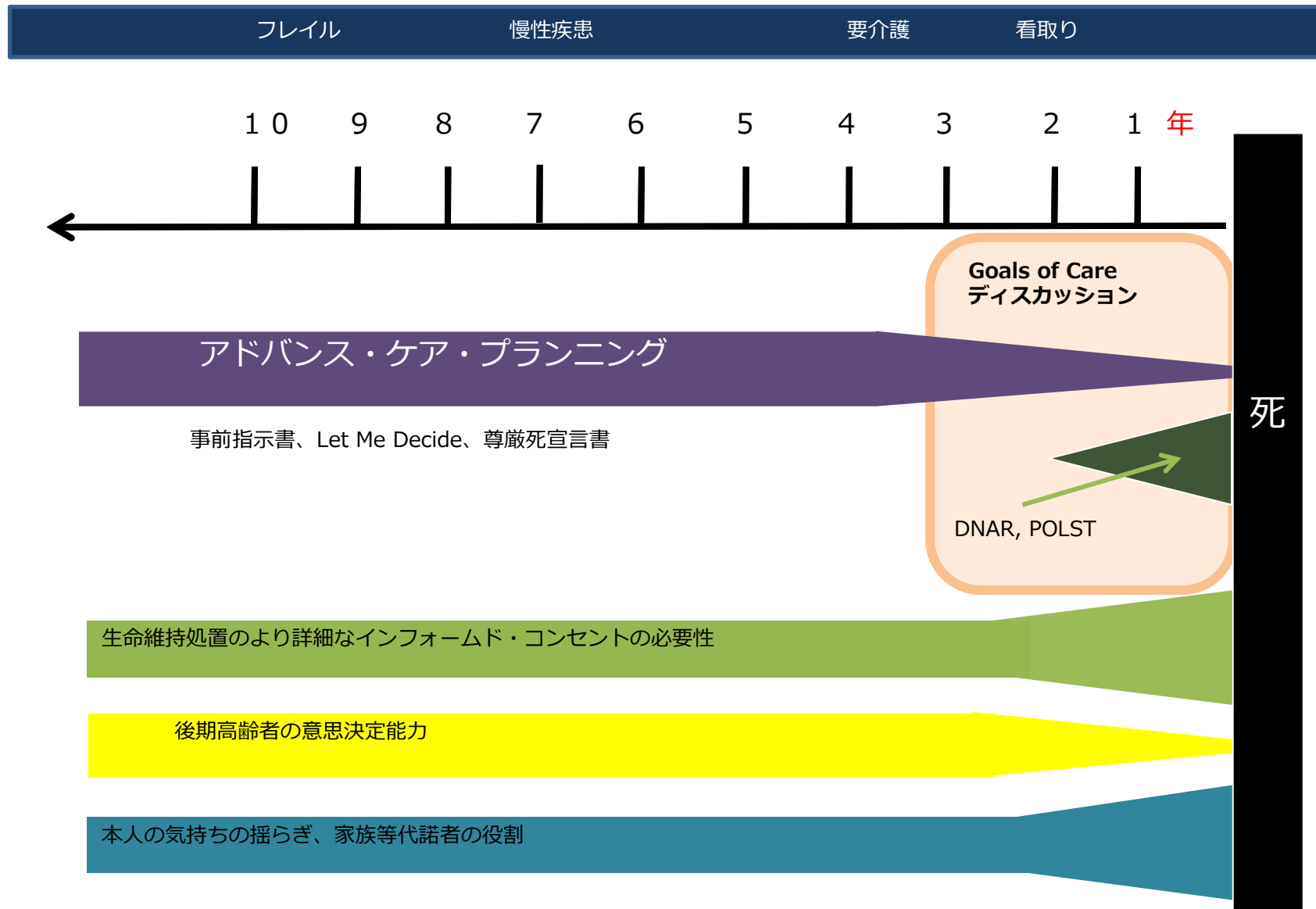
対象: 309人の法的に判断能力のある80歳以上の入院患者を6ヶ月間あるいは死亡するまでフォロー。

介入: ランダム化してACPを行った群とコントロール群に分けた。

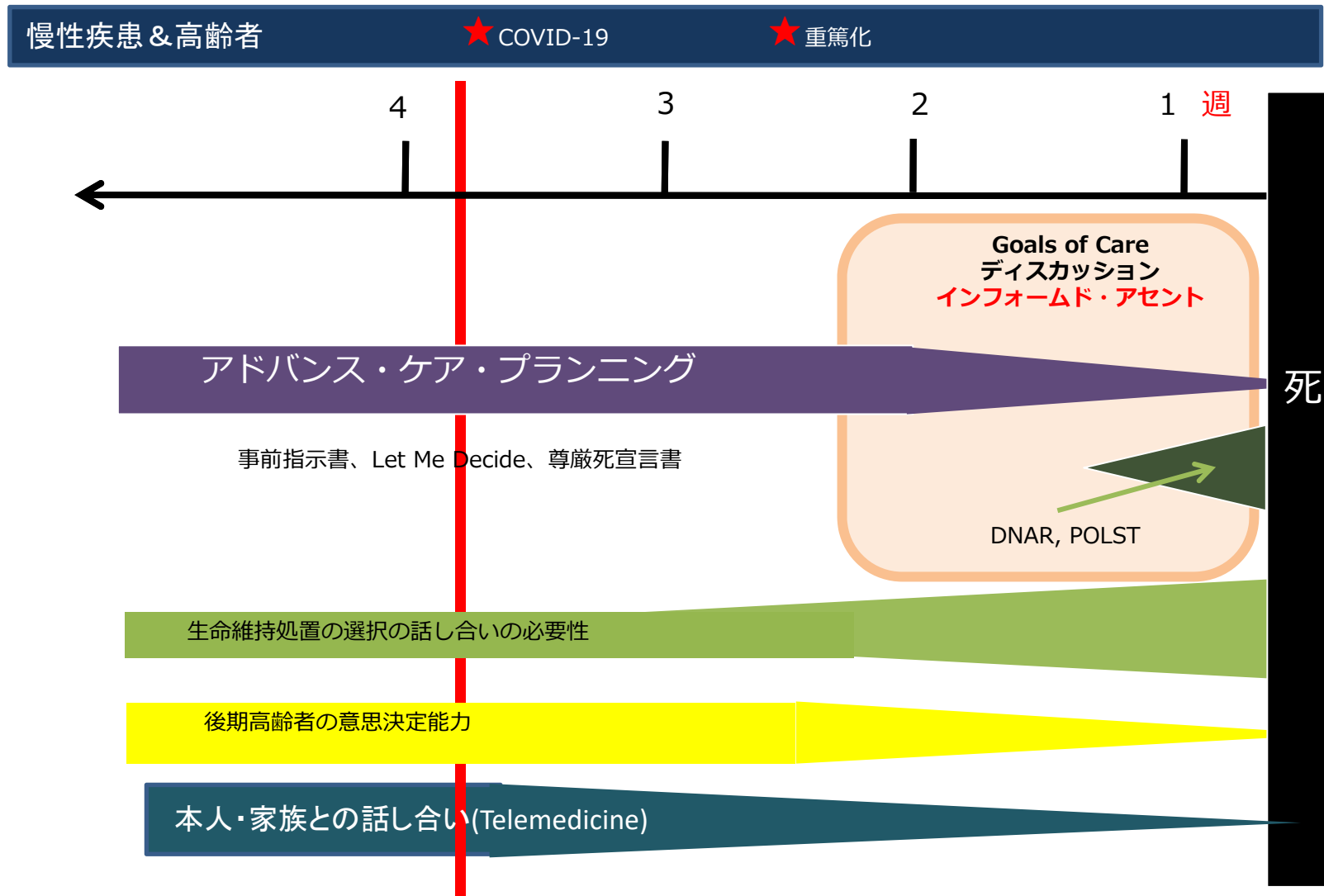
結果:

- ・介入群では患者の人生の最終段階の希望が有意に周知された。
- ・遺族のストレス、不安、うつ症状は少なかった。
- ・入院中の患者、家族満足度は有意に高かった。

通常のACP実施時期



COVID-19(重篤化後死亡例) における 意思決定支援時期



肺炎から回復した事例

2020年X月

Y日 38度台の発熱。最寄りの病院受診し、PCR検査でSARS-COV-2感染陽性。病院から保健所に連絡。当日は自宅待機。

Y+1~3日 保健所の指示で指定のホテルで待機。

Y+4日 朝、呼吸困難感あり、保健所の指示で感染症指定病院受診。新型コロナ肺炎認め、中等症として入院。

Y+7日 安静時低酸素血症となり、ステロイド剤を開始。

Y+10日 低酸素血症継続。39度台の発熱あり。激しい頭痛、悪寒戦慄伴い、集中治療室(ICU)入室。家族と万が一に備えた心づもりをした。同日よりレムデシベル内服開始。

Y+13日 レムデシベル開始後、3日間体温36度台。レムデシベル、ステロイド継続。

その後、肺炎改善し、レムデシベル、ステロイド中止後、低酸素血症改善傾向。

ACPを行うタイミングについて

- 人生の最終段階における本人の価値観や意向について事前に話し合っていなかった場合、COVID-19流行期にACPを行うとしても、その意思決定が、感染症流行の恐怖に伴う情緒的変化により影響を受けてしまう
 - Lapid MI, Koopmans R, Sampson EL, Van den Block L, Peisah C. Int Psychogeriatr 2020: 1-18. doi: 10.1017/S1041610220000836

ニューヨークにおける新型コロナウイルス大流行と緩和医療：Advance Care Planningの役割（日老医誌 2021:58:41~46）

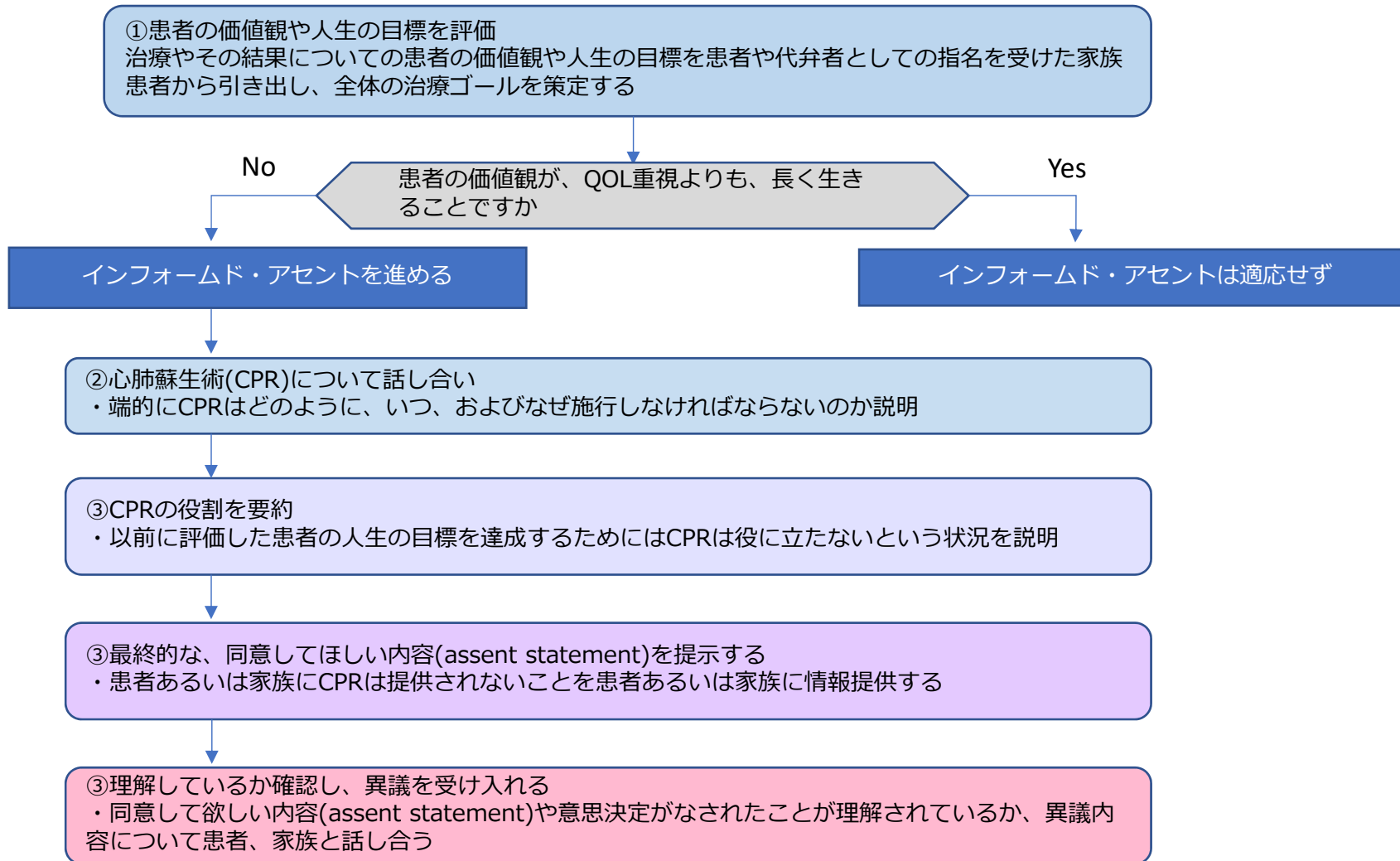
URL：

https://www.jstage.jst.go.jp/article/geriatrics/58/1/58_58.41/_pdf

米国におけるインフォームド・アセント

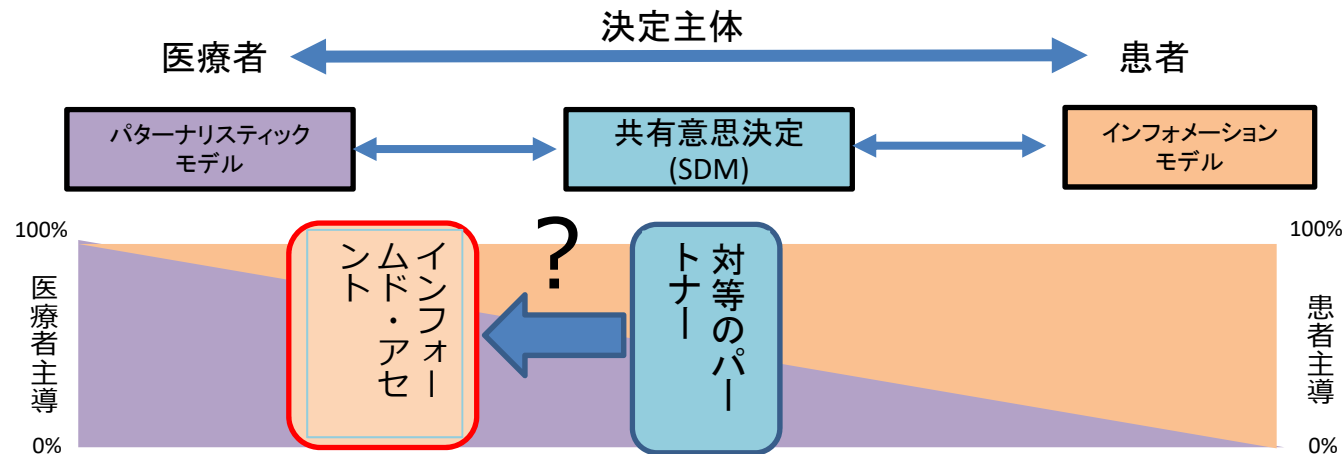
- COVID-19の進行期においても、意思決定能力があれば、GOC Discussionにおいて、患者の価値観や人生の目標を早めに引き出した上で、DNARなどの意向を確認するべきである。
 - 急性疾患については、従来のインフォームド・コンセントでは患者・家族が意思決定できず、たとえ医学的に積極的な治療の適応がないと思われる場合も、延命治療を選択する傾向が強くなる。このため、患者に決定責任を負わせるのではなく、患者の価値観や目標をもとに、医師が決定責任を負い、治療方針を提示して、患者・家族が追認するインフォームド・アセントによる意思決定を勧める。
- Curtis JR, Kross EK, Stapleton RD. *JAMA* 2020doi: 10.1001/jama.2020.4894

インフォームド・アセントの推奨コンポーネント



Curtis JR et al. JAMA 323, 1771-1772, 2020から著者改変

インフォームド・アセントについての一考察



Kon A et al. JAMA 304:903-904, 2010から著者改変

- SDMは医療者と患者が最も利用可能なエビデンスを利用しながら一緒に決定するアプローチである。
- 患者は利用可能なスクリーニング、治療、管理方法の選択肢およびその個々の選択肢それぞれのメリット、デメリットについて考えることが推奨される。このためには患者が自らの治療選好を伝えることができ、最も良い治療過程の選択ができるように支援することが必要である。
- SDMは患者の自律を尊重し、患者の参加を促進する。

Elwyn G et al. BMJ 341:c5146, 2010から著者改変

COVID-19におけるアドバンス・ケア・プランニング(ACP)

- 欧米の先進国では、COVID-19によって、ACPの重要性が平常時よりもさらに増している。

- Curtis JR, Kross EK, Stapleton RD. *JAMA* 2020doi: 10.1001/jama.2020.4894

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *BMJ* 2020; 369: m1461. doi: 10.1136/bmj.m1461

COVID-19におけるACP 続き

- 英国のNICE ガイドラインでは、治療決定においてACPにより話し合われた内容を考慮するように記載されている。
 - ・ National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *BMJ* 2020; 369: m1461. doi: 10.1136/bmj.m1461
- 英国緩和医療協会はCOVID-19の治療ガイドンスの中で、同様にGOC Discussionの必要性を強調している。
 - ・ Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. COVID-19 and Palliative, End of Life and Bereavement Care in Secondary Care.
- COVID-19におけるGOC Discussionにおいては感染予防のために、マスクやフェイスシールド越しに、あるいは家族に対しては電話やインターネットを用いての対話を余儀なくされ、十分な対話が困難な状況であり、コミュニケーション能力の高い緩和ケアチームの協力を得ることなどが提案されている。
 - ・ Humphreys J, Schoenherr L, Elia G, et al. *J Pain Symptom Manage* 2020doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.001
 - ・ Mottiar M, Hendin A, Fischer L, et al. *Can J Anaesth* 2020doi: 10.1007/s12630-020-01699-0

提言1. 「最善の医療およびケア」の提供と共同意思決定の推進

提言1.3. 本人が希望するエンドオブライフ ・ ケアを保障すべきである

COVID-19が重度化した際、医学的な状態に鑑みて人工呼吸器の使用など負担の重い医療を希望しない高齢者に、十分な意思決定の支援と共に、可能な限り苦痛を低減する緩和ケアと、QOLおよびquality of death (QOD) を尊重したケアを受けることを保障すべきである。平常時の医療・介護環境とは異なるCOVID-19の流行時にも、可能な限りその権利を保障するよう努めるべきである。

COVID-19肺炎患者の人生の最終段階における症状

- 重症化した患者のうち、治療後に死亡した例では、発熱、咳嗽、呼吸困難、倦怠感、筋肉痛、頭痛、嘔吐の症状が認められた。
 - ・ Yang X, Yu Y, Xu J, et al. *Lancet Respir Med* 2020; 8: 475-81.
doi: 10.1016/S2213-2600(20)30079-5
- 人工呼吸器を希望せず緩和ケア病棟に入棟した患者の症状としては、呼吸困難、せん妄、疼痛、不安がみられた。
 - ・ Sun H, Lee J, Meyer BJ, et al. *J Am Geriatr Soc* 2020
doi:10.1111/jgs.16507
- 70歳以上のスイス、イタリア、フランスの老人ホームから提出されたデータを解析し、高齢者におけるCOVID-19は、通常の状態からの変化（普段と違う）、せん妄、転倒、無気力、倦怠感など、症状の出方が違う可能性があることを報告しており、非典型的な症状に注意すべきとしている。
 - ・ Nguyen S, Major K, Cochet C., et al. *Rev Med Suisse* 2020 ; 16 : 835-8

COVID-19感染者の緩和ケア、エンドオブライフ・ケアの役割

- COVID-19における緩和ケア、ホスピスの役割についての系統的レビューでは、抽出されたのはすべて観察研究であったが、以下の8つの役割が重要であるとしている。
 - 1) 迅速かつ柔軟な対応
 - 2) 症状マネジメントのプロトコルを策定し、その利用を確実にすること
 - 3) トリアージの際に関わること
 - 4) 病院人材を地域用に配分すること
 - 5) 心理的サポートや遺族ケアのためにボランティアを雇用すること
 - 6) スタッフ間の信頼関係を促進し、互いのストレス軽減策を講じること
 - 7) 患者と介護者が連絡を取れるような新しい技術を用いること
 - 8) 運用面での変更の必要性を把握でき、ケアを改善するための標準的なデータ収集システムを採用すること

特に短期間で死亡に至るケースもあり、通常の緩和ケアよりもさらに迅速な対応が必要となる。

・ Etkind SN, Bone AE, Lovell N, et al. *J Pain Symptom Manage* 2020

doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.029

COVID-19感染者の緩和ケア、エンドオブライフ・ケアの役割 続き

- 緩和ケアの実施においては、COVID-19に対しての専門の多職種による緩和ケアチームの形成が必要である。
 - Feder S, Akgün KM, Schulman-Green D. *Heart Lung* 2020doi: 10.1016/j.hrtlng.2020.04.001
 - Ferguson L, Barham D. *J Pain Symptom Manage* 2020doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.026
- 症状マネジメントと患者家族との熟練したコミュニケーション技能は不可欠である。
 - Bowman BA, Back AL, Esch AE, Marshall N. *J Pain Symptom Manage* 2020doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.028
- COVID-19においては直接対話の制限があるため、本人、家族、スタッフ間のコミュニケーションにおいてはインターネット等を用いた遠隔医療 (telemedicine) の活用が有用である。
 - Humphreys J, Schoenherr L, Elia G, et al. *J Pain Symptom Manage* 2020doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.001
 - Mercadante S, Adile C, Ferrera P, et al. *J Pain Symptom Manage* 2020doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.025

提言2 COVID-19流行期におけるACPの具体的実践

提言2.2.本人と家族および医療・ケア従事者とのコミュニケーションの確保が必要である

COVID-19 流行時には介護施設・病院などに入所・入院中の高齢者への面会自体が制限される 場合がある。高齢者にとっては、家族と会えないことによる精神心理的な動揺、不安、ストレスは健康障害にもつながる。また、本人と家族および 医療・ケア従事者とのコミュニケーションの不足は、身体・心理状態に関する迅速な情報収集の遅延を来すのみならず、ACPの実践にも支障をきたす。介護施設や病院は、感染予防への十分な配慮をしながら、本人と家族や医療・ケア従事者との面接や会話が可能な範囲で実施できる環境を整備する必要がある。もし、直接面談することが許されないようであれば、電話やICT（Information and Communication Technology：情報通信技術）を活用した面談やコミュニケーションの方法を構築すべきである。また医療・ケア従事者も専門職として感染予防に十分配慮しながら、本人および家族・介護者との適切なコミュニケーションを維持するよう努める必要がある。流行時に想定される困難な状況におけるコミュニケーションについては、COVID-19流行下の状況に応じた会話例を示すバイタルトークと呼ばれるコミュニケーション・アドバイスのサイトが紹介されており、救急・集中治療に携わる医療・ケア従事者を中心に利用されている。

新型コロナウイルス用：VITALTALK コミュニケーション

■スクリーニング

感染を心配している人に対して

相手の言葉

あなたの言葉

なぜ、全員に検査をしないのですか？

残念ながら検査キットが十分でないからなんです。私達ももっと検査をしたいという思いはあるのですが。

どうして検査結果が出るのに、そんなに時間がかかるのですか？

結果が出るまでの間不安になる気持ちはよくわかります。ただ、検査室も出来る限りのことをしていることをご理解いただくと嬉しいです。

どうして例の野球選手たちは検査を受けることができたのに、私達には検査をしてくれないんです。

不公平だと感じるお気持ちはわかります。詳細については私も知りませんが、一つ言えることは、その時と今ではまた状況が全く異なってきているということです。状況は急速に変わっているため、一週間前にやれたことと、今やれることが違ってしまっているのです。

新型コロナウイルス用：VITALTALK コミュニケーション・アドバイス
[HTTPS://COVID19-JPN.COM/VITALTALK/](https://COVID19-JPN.COM/VITALTALK/)から引用

47

新型コロナウイルス用：VITALTALK コミュニケーション 続き

■選択 入院を避けたいと思っている人に対して

相手の言葉

私はこの新しいウイルスのことがとても心配です。どうしたらよいのでしょうか。

私はこのウイルスが出て来る前からすでに具合が悪かったのです。リスクは承知の上で、私は家に/介護施設に留まりたいと思っています。

あなたの言葉

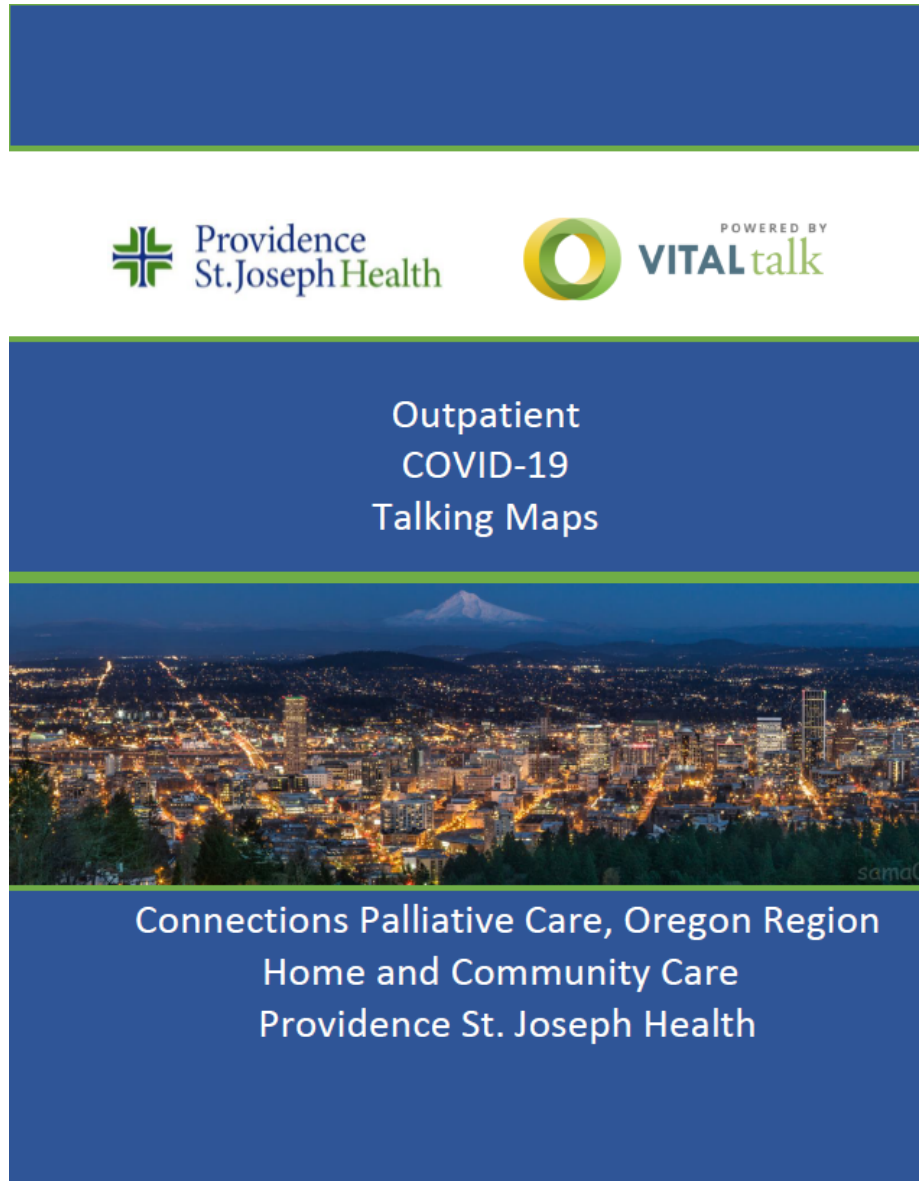
ご心配されるのは当然のことだと思います。あなたに出来ることをお話ししますね。まず他人と接触する機会を出来るだけ減らすようにしてください。これを「社会的距離」といいます。また、もしも具合が非常に悪くなってしまった時に、あなたの代わりにあなたの希望を医療者に対して代弁してくれる人を選んでおきましょう。そのような人を代理人とよびます。そしてもしも、病院へ行って機械につながれたまま死んだりすることが嫌だと思われるのであれば、そのことを私たちや代理人に予め伝えておくことが大切です。

大事なことをお話ししてくださってありがとうございます。もし、ウイルス感染が疑われたとしても、病院には出来るだけ行きたくない、と思われているのですね。私の理解で間違いないですか？

新型コロナウイルス用：VITALTALK コミュニケーション・アドバイス
[HTTPS://COVID19-JPN.COM/VITALTALK/](https://COVID19-JPN.COM/VITALTALK/)から引用

48

VITALtalk: Talking Map (外来)



- NURSE(S)): responding to emotions

- Advance Care Planning

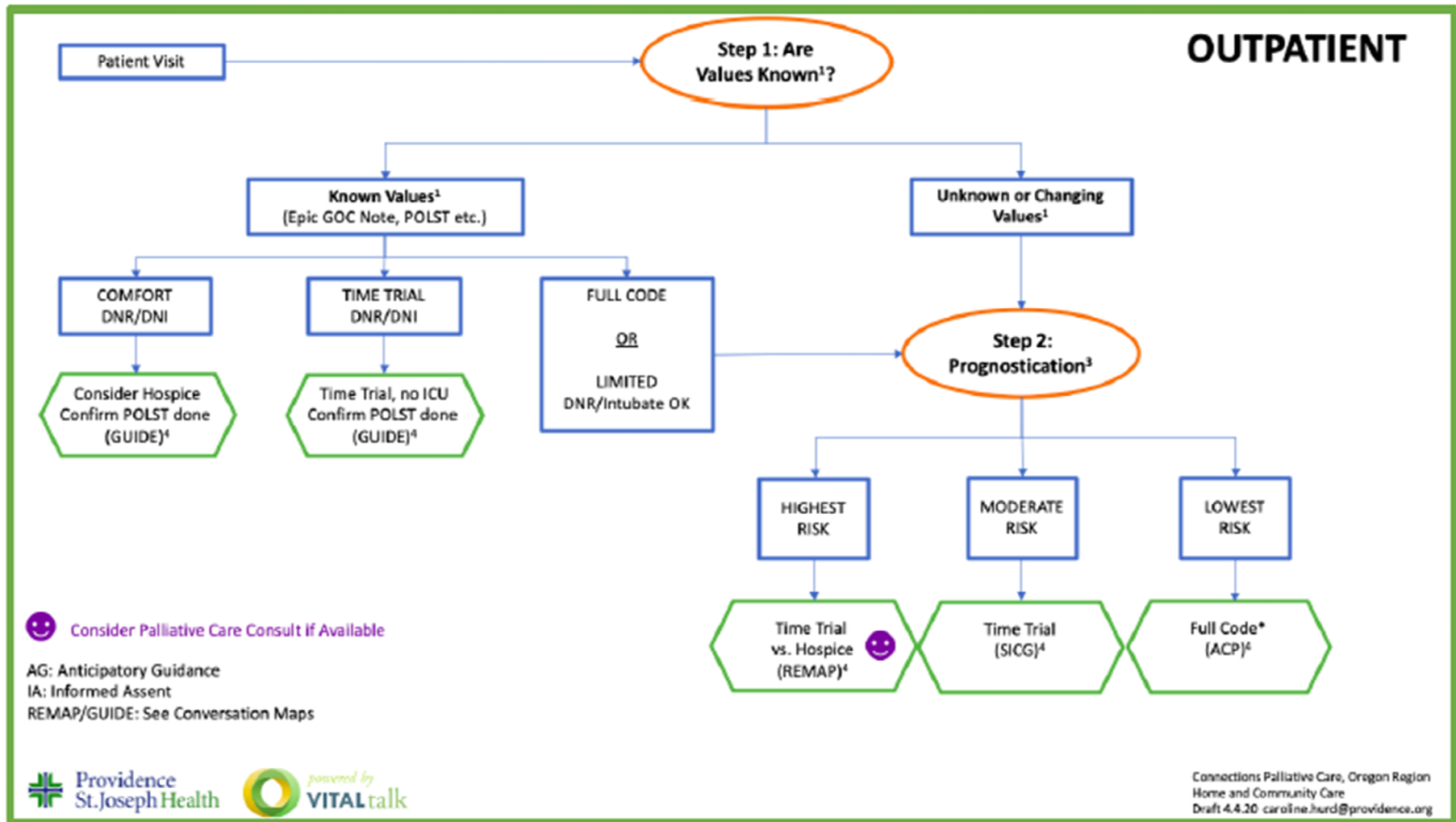
for low risk patient

- Serious Illness Conversation Guide

for moderate risk patients

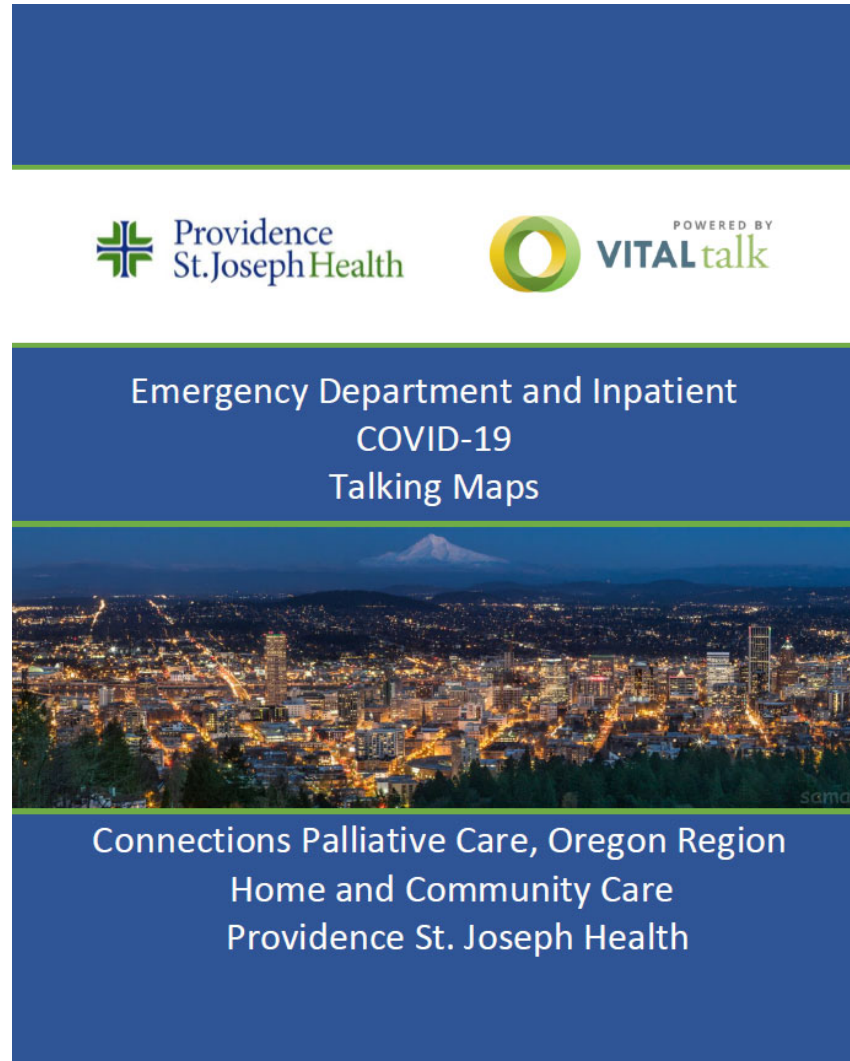
- Remap Goals of Care

for High risk patients

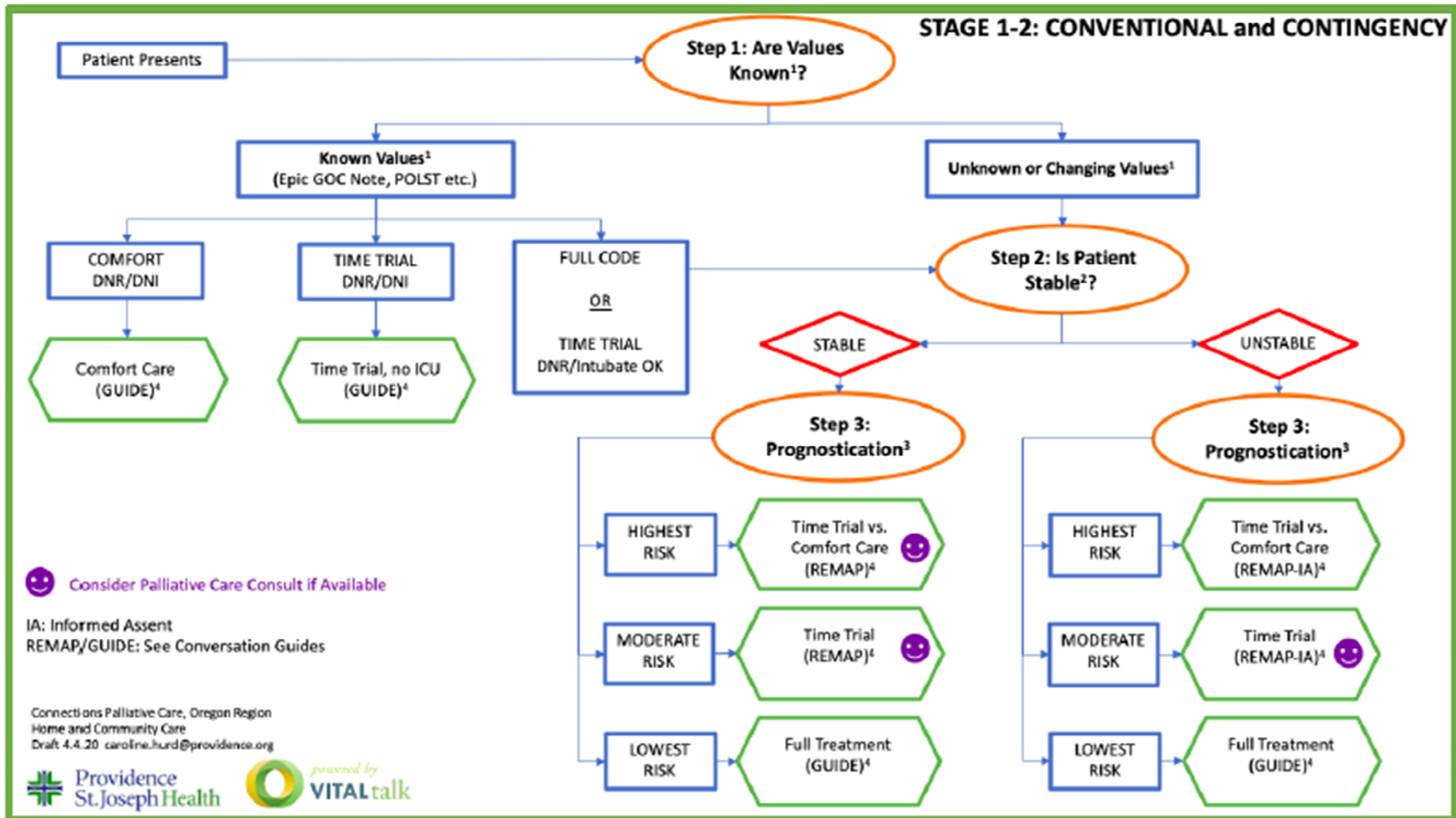


出典: Outpatient COVID-19 Talking Maps(Connections Palliative Care, Oregon Region Home and Community Care Providence St. Joseph Health)

VITALtalk: Talking Map (救急外来・入院)



- NURSE(S): responding to emotions
- Guide: Delivering Serious news about COVID-19 and Anticipatory Guidance
- Remap: For Goals of Care
- Remap:-Informed Assent for Goals of Care



出典: Emergency Department and Inpatient COVID-19 Talking Maps(Connections Palliative Care, Oregon Region Home and Community Care Providence St. Joseph Health)

COVID-19感染者のEOL期における症状マネジメント

- 英国ではCOVID-19のEOL期における症状マネジメントが実践されている。
- NICE ガイドラインでは、咳嗽、発熱、息切れ（呼吸困難）、不安、せん妄、興奮それぞれに対する非薬物、薬物療法を明示している。

咳嗽機能の低下：仰臥位を避けることで分泌物の喀出を促す一方、咳嗽の症状緩和のために小さじ1杯の蜂蜜の摂取を試み、それでもなお苦痛の強いときには、コデイン、モルヒネの使用を推奨している。

発熱：水分摂取と抗炎症薬としてはアセトアミノフェンの使用を推奨している。

息切れ（呼吸困難）：ポジショニング、口すぼめ呼吸、呼吸訓練などの非薬物療法に加え、オピオイドや不安を伴う場合はベンゾジアゼピン系薬剤の使用を推奨している。

不安、せん妄、興奮：効果的なコミュニケーションを取ること、低酸素血症や尿閉、便秘などの治療可能な原因に対処することを推奨し、それでも持続するときにはベンゾジアゼピン系薬（ロラゼパム、ミダゾラム）、抗精神病薬（ハロペリドール、レボプロマジン）の使用を勧めている。

- 英国緩和医療協会も同様に、息切れ（呼吸困難）に対してオピオイドやベンゾジアゼピン系薬の使用を明記しているが、身体症状への対応のみでなく、聖職者（牧師・神父など）によるスピリチュアルペインへの対応を勧めている。

・ National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Managing COVID-19 symptoms (including at the end of life) in the community: summary of NICE guidelines. *BMJ* 2020; 369: m1461. doi: 10.1136/bmj.m1461

・ Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. COVID-19 and Palliative, End of Life and Bereavement Care in Secondary Care.

悲嘆（グリーフ）ケア、遺族ケア

- COVID-19流行期の患者・家族においては、面会制限により外部との連絡が遮断され、亡くなる際にも家族が面会を辞退するなど、本人と最後の瞬間を一緒に過ごすことができない状態となる。
 - Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. J Pain Symptom Manage 2020doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012
- 葬式や埋葬の際に本人の顔を見ることもできないなど、家族にとって一層の悲嘆を生じる。患者本人・家族だけではなく対応する医療従事者にとっても、フェイスシールド越しに患者と対面し、コミュニケーションを取らざるを得ないなど、十分なケアができないジレンマや、多くの人が急速に死に至る状況に対する、無力感や悲嘆が生じている。
 - Pattison N. *Intensive Crit Care Nurs* 2020; 58: 102862. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102862

悲嘆（グリーフ）ケア、遺族ケア 続き

- 特に遺族ケアは重要であるとして、本人の生前より、家族の悲嘆ケアに対応し、死亡後も電話や自宅への訪問などによる遺族ケアを行うことが重要である。
 - Selman LE, Chao D, Sowden R, et al. *J Pain Symptom Manage* 2020doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024
 - Morris SE, Moment A, Thomas JD. *J Pain Symptom Manage* 2020doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.05.002
- 対応としては本人の生前からの質の高いコミュニケーション、Telemedicineの活用、ACP、医療従事者のセルフケアが悲嘆を軽減する方策として有用である。
 - Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. *J Pain Symptom Manage* 2020 doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012
- スイスでは、患者が自宅でケアを受けるときには、親族は適切な防護処置を講じた上で患者と一緒にいる機会を与えられ、別れの挨拶ができるように配慮されなければならないとされ、悲嘆・遺族ケアへの対応を求めている。
 - Yardley S, Rolph M. *BMJ* 2020; 369: m1472. doi: 10.1136/bmj.m1472

介護施設における課題

老人保健福祉施設における入所中COVID-19クラスター

期間	施設数	感染者数	死亡数	死亡率
2020年3月－7月	17	268	55	20.1%
2020年8月－12月	22	635	57	9.0%
2021年1月－5月	66	1753	226	13.0%
計	95	2656	338	12.7%










第63回日本老年医学会学術集会 大河内二郎先生ご発表資料より作成

COVID流行期の高齢者、介護・福祉施設、在宅におけるEOLC

- COVID流行期においても高齢者に対する質の高いEOLCが提供される必要がある。急速な感染の拡大期は、世界的に入院病床や重症化した場合のICUのベッドが確保できないなど、医療資源が不足する状態が生じている。このような事態においても高齢者は公平に必要な医療・ケアを受け、積極的な治療の適応がない場合には質の高いEOLCを受ける権利がある。資源不足の状態においても、倫理原則（与益、無危害、自律、正義）を規範として、可能な選択肢の中で、積極的治療か保存的治療を選択することとなる。
- 特に介護、福祉施設に入所している高齢者に積極的あるいは保存的治療を提供するかどうかの判断は重要であるが、英国、オランダ、ベルギーを中心に **Clinical Frailty Scale**（CFS：1から9点満点で高い点数ほど虚弱を表す）の点数を参考に、本人、家族と話し合う、という試みがされている。例えば、ベルギーではCFSが6点以下なら入院治療、7点は話し合い、8点か9点は緩和ケアを基準としてトリアージをしている。英国でも同様のトリアージをしているが、患者団体からは十分な検証が得られていないなどの理由でCFSによるトリアージに反対する動きがある。
- Lapid MI, Koopmans R, Sampson EL, Van den Block L, Peisah C. Int Psychogeriatr 2020: 1-18. doi: 10.1017/S1041610220000836

ACPを開始するタイミング

臨床フレイルスケールを利用

- | | | | | | |
|-------------------------------|---|--|----------------------|---|--|
| 1.
壮健 |  | <p>頑強で活動的であり、精力的で意欲的。一般に定期的に運動し、同世代の中で最も健康状態がよい</p> | 6.
中等度の
フレイル |  | <p>屋外での活動全般および家事において支援を要する。階段の昇降が困難になり、入浴に介助を要する。更衣に関して見守り程度の支援を要する場合もある</p> |
| 2.
健常 |  | <p>疾患の活動的な症状を有していないが、上記のカテゴリ1に比べれば頑強ではない。運動の習慣を有している場合もあり、機会があればかなり活発に運動する場合も少なくない</p> | 7.
重度の
フレイル |  | <p>身体面であれ認知面であれ、生活全般において介助を要する。しかし、身体状態は安定していて、（半年以内の）死亡リスクは高くない。</p> |
| 3.
健康管理し
つつ元気な
状態を維持 |  | <p>医学的な問題はよく管理されているが、運動は習慣的なウォーキング程度で、それ以上の運動はあまりしない</p> | 8.
非常に重度
のフレイル |  | <p>全介助であり、死期が近づいている。典型的には、軽度の疾患でも回復しない</p> |
| 4.
脆弱 |  | <p>日常生活においては支障を要しないが、症状によって活動が制限されることがある。「動作が遅くなった」とか「日中に疲れやすい」などと訴える事が多い</p> | 9.
疾患の終末期 |  | <p>死期が近づいている。生命予後は半年未満だが、それ以外では明らかにフレイルとはいえない。</p> |
| 5.
軽度の
フレイル |  | <p>より明らかに動作が緩慢になり、IADLのうち難易度の高い動作（金銭管理、交通機関の利用、負担の重い家事、服薬管理）に支援を要する。典型的には、次第に買い物、単独での外出、食事の準備や家事にも支援を要するようになる。</p> | | | |

出典：Morley J.E., et al.: Frailty consensus: A call to action. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(6)392-397. 会田薫子訳。
このスケールは、Rockwood Kらの研究報告を改編したもの

COVID流行期の高齢者、介護・福祉施設、在宅におけるEOLC 続き

- 米国老年医学会は、その指針の中で、ナーシングホーム入所者の入院については、GOC discussionによる事前指示書の記載内容、医学的必要性、施設で医療提供が可能かの3点を考慮すべきとしている。提示される医療・ケアの選択肢については不確定な要素が多く、また病状が急速に進行するため、ACPは重要であり、病状進行期での話し合いは難しいため、早い時期からの本人の価値観や意向確認の把握が重要であるとしている。施設における医療提供を判断するにあたり、多職種を束ねる老年病専門医を招聘し、ACPを含めての実践を行うことと、緩和ケアについても専門医の招聘を勧めている。
 - ・ Society AG. American Geriatrics Society (AGS) Policy Brief: COVID-19 and Assisted Living Facilities. J Am Geriatr Soc 2020doi: 10.1111/jgs.16510
- 施設で看取る場合においてもPPE（個人防護具）対応や面会制限、死後の葬式や埋葬などで、家族が最期の不十分な看取りについての悔悟の念をいただくこともあり、家族への悲嘆ケア、遺族ケアは重要である。
- 米国や豪州では在宅での緩和ケアが行われている。入所タイプのホスピスではなく、米国で行われているような地域ホスピスへの移行が、COVID-19流行期においては重要で、病院緩和ケアスタッフが、これからは地域に出て行くという、人材のシフトを考える必要がある。
 - ・ Lapid MI, Koopmans R, Sampson EL, Van den Block L, Peisah C. Int Psychogeriatr 2020: 1-18. doi: 10.1017/S1041610220000836

コロナワクチン接種と施設における認知症対応

2021年4月11日

「認知症の人にワクチン，同意確認『丸投げ』で現場混乱 副
反応リスク『責任取らされると怖い』」（京都新聞）

URL： <https://www.kyoto-np.co.jp/articles/-/545581>

Q 認知症などで本人に接種意思を確認することができない場合、家族にて同意書を書いてもらっても良いですか。

A 接種には、ご本人の接種意思の確認が必要です。確認が難しい場合は身近な方にご協力いただき、本人の接種の意向を丁寧に酌み取ることなどによる意思確認を行ってください。

接種には、ご本人の接種意思の確認が必要です。それぞれの状況に応じて、家族やかかりつけ医、高齢者施設の従事者など、日頃から身近で寄り添っている方々の協力を得て、本人の接種の意向を丁寧に酌み取ることなどにより本人の意思確認を行っていただくようお願いいたします。

なお、ご本人が接種を希望されているものの、何らかの理由でご本人による自署が困難な場合は、ご家族の方等に代筆していただくことが可能です。

認知症や意思疎通が困難な人の

新型コロナワクチン接種のための意思決定の手引き

日本臨床倫理学会 ワーキンググループ

【趣旨】

2021年4月、COVID-19パンデミックに対処する有用な方法としてコロナウイルスワクチンの接種が、高齢者施設において開始された。しかし、高齢者施設（障害者施設でも同様です）では、認知症をはじめとして、意思決定能力が低下して意思疎通が難しい入所者が多数おり、本人の意向を確認することが困難な状況が見受けられる。

国は「医療行為には本人の同意が前提」との見解を示しているだけで、本人から有効な同意が取得できない入所者への対応は施設に任されているのが現状である。特に、家族がいない場合には、問題が複雑になり、施設関係者も困惑している現状がある。

そこで、日本臨床倫理学会は、この倫理的問題の重要性に鑑み、会員から寄せられたパブリックコメントを基に、ワーキンググループでディスカッションを重ね、「認知症や意思疎通が困難な人の新型コロナワクチン接種のための意思決定の手引き」を出すことにした。

施設関係者など、新型コロナワクチン接種に関わる人々の意思決定支援に役立つことを望んでいる。

考察

- Pandemicで医療機器が不足した場合、もっとも重症化しやすい高齢者が、年齢によるトリアージにあうリスクが常にある。年齢により入院拒否となった事例も現場から報告されているが、個々（保健所の管轄毎）に行われており、その実態は明らかではない。
- 国内ではVITALtalkなどの対話法や緩和ケア技術は確立していない。
→本人の意向に沿った医療・緩和ケアが実践されているとはいいがたい。
- 施設入所中の認知症者が必要なワクチンを打ってもらえないなど、高齢者が、必要な予防的治療を受けられるよう留意すべき。
- 日頃からのACPの重要性に鑑み、啓発をさらに進める必要がある

ご清聴ありがとうございました

**新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行期において
高齢者が最善の医療およびケアを受けるための日本老年医学会からの提言
— ACP 実施のタイミングを考える —**

2020年8月4日

**一般社団法人 日本老年医学会
倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」
新型コロナウイルス対策チーム**

倫理委員会

「エンドオブライフに関する小委員会」

委員長 葛谷 雅文

名古屋大学大学院医学系研究科 地域在宅医療学・老年科学 教授

副委員長 会田 薫子

東京大学大学院人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター 上廣死生学・応用倫理講座 特任教授

委員

片山 陽子

香川県立保健医療大学 保健医療学部看護学科 教授

勝谷 友宏

医療社団法人 勝谷医院 院長
大阪大学大学院医学系研究科 臨床遺伝子治療学 寄付講座 招聘教授

西川 満則

国立長寿医療研究センター 緩和ケア診療部 エンド・オブ・ライフケアチーム 医師

平原佐斗司

東京ふれあい医療生活協同組合 研修・研究センター長

三浦 久幸

国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部長

柳川まどか

医療法人 馨仁会 豊田東リハビリテーション病院 医師

一般社団法人 日本老年医学会 理事長

秋下 雅弘 東京大学大学院医学系研究科 老年病学 教授

新型コロナウイルス対策チーム

委員長 秋下 雅弘

東京大学大学院医学系研究科 老年病学 教授

委員

荒井 秀典

国立長寿医療研究センター 理事長

飯島 勝矢

東京大学 高齢社会総合研究機構 機構長・未来ビジョン研究センター 教授

大河内二郎

社会医療法人 若弘会 介護老人保健施設竜間之郷 施設長

葛谷 雅文

名古屋大学大学院医学系研究科 地域在宅医療学・老年科学 教授

神崎 恒一

杏林大学医学部高齢医学 教授

山口 泰弘

自治医科大学附属さいたま医療センター呼吸器内科 教授

楽木 宏実

大阪大学大学院医学系研究科 老年・総合内科学 教授

■ 本提言の構成

- はじめに
- COVID-19 流行期の高齢者の医療・ケアの現状と問題点
- 提言の対象と目的
- 提言
- 提言の解説
- その他の重要項目
- さいごに

■ はじめに

2019 年末から新型コロナウイルス感染症 (coronavirus disease 2019: COVID-19) は瞬く間に世界中に拡散し、多数の感染者を出したが、なかでも高齢者の致死率は高く、介護施設、病院などでのクラスター発生と多くの高齢者の死亡例が報告されている¹⁻³⁾。予期せぬ新たな感染症により急激に状態が悪化し、患者本人の意向を確かめることもできず、家族に見守られることもままならず、多くの高齢者が最期を迎えざるを得なかったことはきわめて残念である。また、国や地域によっては COVID-19 患者の爆発的な増加により医療崩壊が起こり、高齢者が人工呼吸器使用などの集中治療のトリアージ対象になったという報告もあった⁴⁾。

日本老年医学会は、これまで高齢者医療の倫理に関する一連の提言を行ってきた。しかし、COVID-19 の対策を厳格に適用する現在においては、今まで想定されていなかった新たな脅威と対峙する中で、これまで概念としては理解していても実際に経験してこなかった高齢者医療をめぐる倫理的な考え方や advance care planning (ACP、人生会議) について、あらためて注意喚起をする必要があると考える。

■ COVID-19 流行期の高齢者の医療・ケアの現状と問題点

1. 高齢者の高い致死率ならびに介護施設でのクラスター発生

2019 年 11 月 22 日に中華人民共和国湖北省武漢市で「原因不明のウイルス性肺炎」として最初の症例が確認され、その原因が新型コロナウイルス (SARS-CoV-2) であることが明らかにされた。その後 COVID-19 は世界的に多数の感染者を認め、爆発的な感染拡大に至っている。COVID-19 の特徴は無症状病原体保有者が相当数存在する半面、重症急性肺炎、さらには急性呼吸促迫症候群 (Acute Respiratory Distress Syndrome : ARDS) や血栓症を併発し、重症化・死亡につながるケースがあり、高齢者や合併症を抱える集団での高い致死率が報告されている^{1,2)}。また、高齢者用、障害者用の施設などでクラスターが発生し、多くの死亡者が出ている³⁾。この高い致死率ならびに介護施設での COVID-19 の拡散に関して、十分な予防策を取ることができていたのか、できていなかったとすると、それはなぜなのか。国による事情の差異はあろうが、新たな致死性感染症の発生に

備える意識が低かったこと、そのため予算も人員も不十分であり、感染防護具の不足、感染予防に関する教育が不足していたことなど、複数の要因が挙げられよう⁵⁾。COVID-19の収束が見通せないなか、今後の予防策につながる検証が必要である。

2. トリアージと ACP に関して

COVID-19 の急速な蔓延のなか、限定的な医療資源を公平・公正に配分する必要に迫られた欧米の医療機関のなかには、暦年齢をトリアージの指標の1つとする方針を策定したところも少なくない⁴⁾。たとえば、人工呼吸器を使用した場合の生存可能性が同一の患者が2名いる場合は、より若い患者に人工呼吸器による治療を提供するという方針である。これは、高齢者は若年者よりもすでに長い期間を生きてきたので、人工呼吸管理によって生きる機会は若年者に優先的に配分されるべきであり、これが倫理的に適切という考え方である (the fair innings argument)*。この考え方を公平・公正な資源配分の原則とすべきとする報告もある⁶⁾。こうした方針が医療機関で策定されている現実の中、高齢者に対して若年者と同様に必要な医療が充分施されたのか、疑問が生じる。この点については、高齢者における高い致死率との関連を含めて検証が必要である。

COVID-19 では急激に症状が悪化して病院搬送される場合や入院中に病状が急速に悪化することがあり、医療現場では本人、医療者、家族等との十分な話し合いをする余裕もなく、場合によっては既にその時点で本人の意思を十分確かめることさえできない場面もある。特に ACP が行われていないケースでは、本人の事前の意思の確認ができないままに、その方針は主に家族によって、不安と共に決定されることになり、本人を最期まで人として尊重する医療・ケアの実現が困難になる。

3. 地域ならびに介護施設高齢者への影響

COVID-19 流行の最中、高齢者自ら感染予防のために、また緊急事態宣言発令により外出の自粛が求められたこともあり、多くの高齢者が外出を控えた。それにより、活動量の低下のみならず近隣や親族・知人との交流が減り、社会的な孤立が進んだ可能性もある⁷⁾。特に独居高齢者ではこの傾向が強く、外出の自粛により抑うつ状態に陥るリスクが上昇する^{8,9)}。また要介護者の場合は、COVID-19 の流行でそれまで受けていた様々な介護サービスの利用が制限され、身体機能が低下したり認知機能障害が進行したりするリスクが増加する。場合によっては必要な食材が手に入りにくくなり、栄養状態に問題が出たり、医療機関への通院が必要な高齢者も COVID-19 への不安から通院を自発的に見合わせ、必要な医療が滞ったりしたケースもある。

* the fair innings argument : 有限な医療資源の公平・公正な配分に関する倫理的な議論の1つ。年齢が高い人はより若い人よりも長く生きる機会をすでに得ているため、生存期間の延長につながる医療資源が限定的な場合は、より若い人に対して優先的に配分すべきという議論。社会全体の幸福(効用)の最大化につながるルールや制度がより正義にかなうという功利主義に基づいた考え方。

高齢者施設等では、COVID-19 の流行によりスタッフ不足になるケースも出ている。平常時のようにスタッフが入所者と接触したりコミュニケーションしたりする機会が減少し、入所者の体調の変化などが見逃される可能性がある。また家族、知人らの面会も禁止されることにより、入所者に不安やストレスがたまりやすく、それによって精神心理的な支障をきたしやすくなる。

■ 提言の目的と対象

COVID-19 流行期において高齢者がおかれている医療・ケアの現状を背景とし、高齢者が最善の医療およびケアを受けるために推進すべきことを提言として示す。これまで日本老年医学会が提言してきた内容を COVID-19 流行期においても推進すべきであるとするものである。

本提言は、COVID-19 に対する高齢者の治療や具体的な予防方策に言及したものではなく、COVID-19 流行期においても、高齢者が可能な限り自分の希望する最善の医療およびケアを受けることができる社会の実現を目指した倫理上の提言である。特にそれを達成するためには ACP 実施の重要性は言うに及ばず、その実施時期（タイミング）について考えていただくことを目的に含んでいる。

本提言は、高齢者の医療・ケアに関わる専門職ならびにその管理者、さらには医療福祉行政に関わる方々を対象とする。

提 言

提言 1. 「最善の医療およびケア」の提供と共同意思決定の推進

- 1.1. 「最善の医療およびケア」を受ける権利を保障すべきである
- 1.2. 「最善の医療およびケア」を人生の最終段階まで受ける権利を保障するために ACP を推進すべきである
- 1.3. 本人が希望するエンドオブライフ・ケアを保障すべきである

提言 2. COVID-19 流行期における ACP の具体的実践

- 2.1. 本人・家族との医療情報共有と積極的な意思決定支援が必要である
- 2.2. 本人と家族および医療・ケア従事者とのコミュニケーションの確保が必要である
- 2.3. ガイドラインに準じた適切な人工呼吸器装着・離脱のアプローチが必要である

提言 3. 適切な医療・療養環境の提供と家族・介護者への支援

- 3.1. 医療・療養場所の確保において本人・家族の希望に配慮することが必要である
- 3.2. 地域における本人・家族に対する適切な感染防御支援体制の整備が必要である
- 3.3. 家族・介護者に対する適切なケアの提供が必要である

提言 4. COVID-19 関係者への偏見・差別の撤廃

- 4.1. COVID-19 患者・家族および治療や感染防御に携わる医療・ケア従事者への偏見や差別をなくすべきである

■ 提言の解説

提言 1. 「最善の医療およびケア」の提供と共同意思決定[†]の推進

提言 1.1. 「最善の医療およびケア」を受ける権利を保障すべきである

日本老年医学会では 2012 年に「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明 2012」を報告している¹⁰⁾。そこでは、“どのような状況であれ、高齢者には、本人にとって「最善の医療およびケア」を受ける権利がある”としている。さらに、“年齢による差別（エイジズム）に反対する”とし、“どのような療養環境にあっても、たとえ高齢で重い障害があっても、「最善の医療およびケア」が保障されなくてはならない”と述べている。この最善の医療およびケアとは“必ずしも最新もしくは高度の医療やケアの技術のすべてを注ぎ込むことを意味するものではない。（中略）高齢者の特性に配慮した、過少でも過剰でもない適切な医療、および残された期間の **quality of life (QOL)** を大切にす医療およびケアが「最善の医療およびケア」であると考えられる”としている。従って、暦年齢が高く、心身の障害を伴っていたとしても、本人にとって「最善の医療およびケア」を適切に受ける権利を保障する必要がある。

COVID-19 のような感染症の流行期においては医療崩壊を招かない対策がまずは重要であるが、万が一そのような医療現場でトリアージをする場合にも、暦年齢だけを基準としたトリアージはエイジズムそのものであり、最大限の努力を払って避けるべきである。本提言はトリアージの方法を述べることを目的とはしていないが、英国の **The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)** は 65 歳以上の COVID-19 患者の集中治療のトリアージに **Clinical Frailty Scale (CFS)** の使用を推奨している¹¹⁾。**Frailty** が進行し、脆弱さが増した高齢者においては集中治療が益をもたらさないだけでなく、かえって本人の負担となったり病状をより悪化させたりする恐れが高いという研究知見に基づいた判断である¹²⁾。一方で、集中治療室でのトリアージとしての **CFS** の使用に関して慎重であるべきとの報告もあり^{13,14)}、**CFS** 単独に依存するトリアージには限界があるろう。COVID-19 流行時のトリアージ方法に関しては今後も慎重に検討すべき課題である。

提言 1.2. 「最善の医療およびケア」を人生の最終段階まで受ける権利を保障するために ACP を推進すべきである

COVID-19 流行期では医療機関・介護施設に入院・入所している場合、感染の有無にかかわらず家族の面会制限があり、本人と家族で話し合う機会が奪われることになる。さらに、感染が判明すると、本人と家族はコミュニケーションの機会を十分もつことができなくなり、ACP の実施は困難となる。なによりも COVID-19 は特に高齢者では急性肺炎や

[†] 共同意思決定 (SDM: shared decision-making): 本人・家族等と医療・ケア従事者等が、医療・ケアにおける意思決定の分岐点において、情報を共有し、よく話し合い、一緒に考えるコミュニケーションのプロセスを通して、皆が納得できる合意形成・意思決定をすること。

血栓症を合併し、急速に重症化するケースが多い。その際に人工呼吸器の使用など、本人に負担をもたらす恐れのある集中治療を実施するか否かなどの様々な医療・ケアの選択を短時間で決断することは困難である。その場で本人の意思を確認することが難しい場面も多く、多くは家族にその判断がゆだねられるが、その際も時間的余裕はない。従って、COVID-19 発症後に適切に ACP を実践することは困難である。

人生の最終段階における本人の価値観や意向について事前に話し合っていなかった場合、COVID-19 流行期に ACP を行うとしても、その意思決定が、感染症流行の恐怖に伴う情緒的变化により影響を受けてしまうことも報告されている¹⁵⁾。同様に、COVID-19 流行期には医療機関では入退院の際に医療従事者、医療ソーシャルワーカーなどの職種とケアマネジャーや在宅ケア提供者とのカンファレンスが実施しにくい状況がある。また、地域においても、対象者の医療・介護に係わるチームメンバーが参集できず、多職種連携も困難となり、すでに ACP をある程度行っている場合であっても、その実践内容や表明された本人の意思が十分に伝達されにくくなる。従って、まずは COVID-19 を発症する前から、本人・家族、多職種の医療・ケア従事者は共同意思決定を目指して ACP を実施すべきである。

今後誰もが COVID-19 に罹患する、あるいは濃厚接触者となる可能性がある。フレイルないし既に要介護認定を受けている高齢者、また健常であっても後期高齢者については、早めに共同意思決定を推進する具体的な方途として ACP を実施することが望ましい。特に ACP は本人・家族の知識・関心や医療・ケア従事者の意欲に依存して実施されるのではなく、社会のシステムとして構築されるべき時代となっていることを認識し、日本老年医学会「ACP 推進に関する提言」などを参照して ACP を実施すべきである¹⁶⁾。

提言 1.3. 本人が希望するエンドオブライフ・ケアを保障すべきである

COVID-19 が重度化した際、医学的な状態に鑑みて人工呼吸器の使用など負担の重い医療を希望しない高齢者に、十分な意思決定の支援と共に、可能な限り苦痛を低減する緩和ケアと、QOL および quality of death (QOD) を尊重したケアを受けることを保障すべきである。平常時の医療・介護環境とは異なる COVID-19 の流行時にも、可能な限りその権利を保障するよう努めるべきである。

欧米ではエンドオブライフに限らず、COVID-19 による肺炎時の苦痛や呼吸苦に対する緩和ケアについて様々な提言がなされている。通常は主にオピオイド（モルヒネ、オキシコドン、ヒドロモルフォン）の経口または皮下、静注、またはミダゾラムの皮下注が勧められている^{17,18)}。他方、エアロゾル化されたウイルス粒子によって医療従事者や家族が感染する可能性があるため、ネブライザー、HFNC（High-flow nasal cannula：高流量鼻カニューラ酸素療法）や BiPAP（bilevel positive airway pressure：バイレベル気道陽圧）機器の使用を避けることが推奨されている¹⁷⁾。

つまり、COVID-19 による重症肺炎の緩和ケアとしては、感染のリスクを避けながら

も、苦痛緩和に効果的な方法を確実に実施していくことが重要である。具体的には、不要な吸引をさけるため、分泌物の増加をきたす過剰な輸液をせず、ポジショニングやリラクゼーションなど感染のリスクを増やさない非薬物療法を駆使し、呼吸困難の緩和のためには積極的なオピオイドの投与、場合によってはミダゾラムの投与を検討する^{17,18)}。

「立場表明 2012」は「緩和医療およびケアの普及」を謳っており¹⁰⁾、厚生労働省の「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」も緩和ケアの充実に要点の1つとしている¹⁹⁾。緩和ケアの適切な実施は時代の要請である。

提言 2 COVID-19 流行期における ACP の具体的実践

提言 2.1. 本人・家族との医療情報共有と積極的な意思決定支援が必要である

COVID-19 を発症した高齢者に対して、医療選択を促すためには治療や経過に関する情報を医療従事者が本人または家族あるいは双方に提示する必要がある。たとえば、本人に益をもたらす可能性のある治療手段、それによりもたらされるゴール、治癒する確率、合併症、起こり得る身体機能障害、せん妄、認知機能に及ぼす影響などの情報が提示されるべきである。特に高齢者が集中治療室で治療を受けた場合、改善したとしても長期間の療養が必要であり、その後の身体機能や認知機能に及ぼす影響などの情報は重要である。または、積極的な治療を選択しなかった場合に目指すゴール、療養の場、経過、緩和ケア・エンドオブライフ・ケアの内容などにも言及する必要がある。本人が十分に理解できない場合には家族・介護者等にその説明がなされる必要がある。そうした説明がなされなければ、それ以降の医療・ケアの選択をすることができないばかりか、本人の意向に沿わない選択や家族の思いを斟酌できない選択をしてしまう可能性もある。とはいえ、COVID-19 のように急激に症状が悪化する場合、本人のみならず家族にとっても容易に方針を決定できない可能性もある。その際には、本人の ACP の情報を重視する必要がある。もし、ACP が実施されていない場合には、十分な情報を基に、医療・ケア従事者が本人・家族の意思決定支援を積極的に行うことも必要である。その際には上述のように、単に暦年齢のみを評価基準として、本人が望む医療を制限することは避けるべきである。

提言 2.2. 本人と家族および医療・ケア従事者とのコミュニケーションの確保が必要である

COVID-19 流行時には介護施設・病院などに入所・入院中の高齢者への面会自体が制限される場合がある。高齢者にとっては、家族と会えないことによる精神心理的な動揺、不安、ストレスは健康障害にもつながる。また、本人と家族および医療・ケア従事者とのコミュニケーションの不足は、身体・心理状態に関する迅速な情報収集の遅延を来すのみならず、ACP の実践にも支障をきたす。介護施設や病院は、感染予防への十分な配慮をしながら、本人と家族や医療・ケア従事者との面接や会話が可能な範囲で実施できる環境を整備する必要がある。もし、直接面談することが許されないようであれば、電話や ICT

(Information and Communication Technology : 情報通信技術) を活用した面談やコミュニケーションの方法を構築すべきである。また医療・ケア従事者も専門職として感染予防に十分配慮しながら、本人および家族・介護者との適切なコミュニケーションを維持するよう努める必要がある。流行時に想定される困難な状況におけるコミュニケーションについては、COVID-19 流行下の状況に応じた会話例を示すバイタルトークと呼ばれるコミュニケーション・アドバイスのサイトが紹介されており、救急・集中治療に携わる医療・ケア従事者を中心に利用されている²⁰⁾。

提言 2.3. ガイドラインに準じた適切な人工呼吸器装着・離脱のアプローチが必要である

人工呼吸器の装着は医学的な判断とともに、ACP によって得られた本人の意思を尊重して行う。しかし、複数の医師の意見に基づき、人工呼吸器による治療が医学的に有益でないと考えられる場合は、本人の身体への無用な負担を避けるため、装着しないことが本人にとって望ましいことを本人・家族等に適切に説明する。人工呼吸器の使用による治療効果の判断に迷いがある場合には、人工呼吸器の使用を拒否する本人の明確な意思表示がない限り、装着し治療効果を確認することが必要である。そのため、装着前に本人・家族等に対し、治療効果を確認するために人工呼吸器を装着し治療を行うこと、そして回復が望めないことが明白となった場合は本人のために外すことも選択肢であることを伝えることが必要である。このような試みを **time limited trial**[‡] と呼ぶ。

現代では、医学的に適切な判断にもとづき不良な転帰が明白となった場合に、本人にとって有益でなくかつ負担となる治療を終了して看取することは、適切な意思決定プロセスを経ることによって可能であり、本人の尊厳を守るために必要であろう。その際、厚生労働省の「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」¹⁹⁾ や日本老年医学会の「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」²¹⁾、日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会の「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン ～3 学会からの提言～」²²⁾ に沿った意思決定支援を行うことが求められる。

また、人工呼吸器を外す際には、それによって患者に呼吸苦を与えることはあってはならない。上記のように、苦痛・呼吸苦に対してオピオイドなどを使用して緩和を心掛けた適切な **comfort care** の実施が求められる。これらのことは ACP のプロセスにおいてもよく話し合い、本人・家族等と医療・ケア従事者ともに理解を深めておくことが望ましい。

[‡] **time limited trial** : 治療効果の判断に迷いがある場合に、効果を確認するために治療を行うこと。治療効果が認められない場合は、その治療を終了することが前提とされている。治療のゴールや本人の意向などに関する本人・家族側と医療・ケア従事者側の話し合いをもとに、一定の時間枠を定めて行う場合もある。人工呼吸器や人工肝補助療法、透析療法、体外式膜型人工肺 (ECMO) など、侵襲性が高く、患者にとって負担ともなる治療法に関して適用されることが多いが、経管栄養法などに適用される場合もある。

提言 3. 適切な医療・療養環境の提供と家族・介護者への支援

提言 3.1. 医療・療養場所の確保において本人・家族の希望に配慮することが必要である

現在 COVID-19 は指定感染症（二類）に指定されており、感染者については指定された施設での入院療養が基本である。濃厚接触者や非感染者が感染拡大の防止、または感染予防のために療養場所を変更する必要がある場合、本人・家族の理解を得るための十分な説明が必要である。本人・家族が療養場所の変更を望まない場合でも、感染状況によっては本人・家族の希望が満たされない場合もあるため、適切な説明に基づいて同意を得る努力が必要である。

提言 3.2. 地域における本人・家族に対する適切な感染防御支援体制の整備が必要である

身体機能障害や認知症を含めた精神心理的障害により、適切な感染予防策を取ることができない高齢者が存在する。また独居や要支援・要介護状態にある高齢者では、マスク、フェイスシールドなどの感染防護具を手に入れることが困難な場合も想定され、地域における備蓄・配給体制の整備や自治体・医師会などによるサポートが必要である。介護に関わる家族やケア従事者は、可能な限り身体拘束などを避け、本人が納得し持続可能なできる限りの感染防御に努める必要がある。

重症化しやすい高齢者に対しては、感染の機会を減らす努力を周囲が行うことが重要であり、施設や居宅にウイルスを持ち込ませない、アウトブレイクさせないことを医療・ケア従事者は徹底する必要がある²³⁾。さらに、外来受診時の感染拡大を防ぐ目的で、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（令和2年4月27日厚生労働省保険局医療課事務連絡）」が出され、時限的・特例的対応として、初診からオンライン診療についての保険適用の拡大がなされており、感染防御と基礎疾患の重篤化予防の観点からも、適切な活用による受診や治療の継続を図るべきである²⁴⁾。

提言 3.3. 家族・介護者に対する適切なケアの提供が必要である

COVID-19 の流行によるサービス事業所自体の休業等により、要介護者が通常受けていた通所サービスや訪問系のサービスが十分に受けられない場合、高齢者本人への悪影響のみならず、家族がその介護を担うことになり、大きな負担となる。また家族介護者は、もし自分が感染した場合に介護を依頼する人がいないなどの不安を抱えている場合も多いため、家族の負担や不安が軽減できるよう支援することが必要である。

エンドオブライフにおいて COVID-19 は本人と家族からコミュニケーションの機会を奪い、大切な別れの時間と空間を奪う。感染予防のための接触禁止は、本人に影響があるばかりか家族や友人にとっても不安、精神的なストレスにつながる。医療・ケア従事者はエンドオブライフに寄り添えない家族の苦痛緩和とともに、感染予防に配慮して、コミュニケーションが持てる方略を検討し続ける必要がある。

COVID-19 は葬送にも大きな制限を加える。感染者の看取りにおいて、COVID-19 流行期には面会の制限により最期に立ち会えないばかりか、遺体に触れることもできない

別れになることが多い。家族への対応に際しては、家族の気持ちを理解したスタッフが対応することが望ましい。こうした看取りケアを可能にするためのスタッフ教育が必要である。またエンドオブライフ・ケアに家族が参加できていないことから、悲嘆のプロセスを妨げ、喪失体験を複雑化する危惧があるため、グリーフケアの実施方法について検討する必要がある。

提言 4. COVID-19 関係者への偏見・差別の撤廃

提言 4.1. COVID-19 患者・家族および治療や感染防御に携わる医療・ケア従事者への偏見や差別をなくすべきである

COVID-19 患者や家族、さらにはその治療やケアに従事したり感染防御に携わったりする関係者への偏見や差別的言動に反対する。患者は COVID-19 の被害者であり、弱者である。またその家族、医療・ケア従事者は自らの感染のリスクを抱えながらも、必要な医療・ケアを実施している。医療・ケア従事者をはじめ、感染リスクと隣り合わせで働いている様々な職種の人々や家族等の介護者への敬意の表明について、医療関連の職能団体ならびに関連学会を中心に、国民への啓発を行うべきである。

■ その他の重要事項

(1) 非感染患者の看取りケアに関して

COVID-19 患者の治療に当たっている医療機関においては、感染していない他の患者の見舞いや看取りにも影響が及ぶことが少なくない。感染予防のための面会制限は最期の時間を共に過ごすことも許さない。この状況を回避する方法の一つとして、他の疾患の患者に関しては在宅看取りも選択肢として提示することができる。その際、家族への過重な負担なく在宅看取りを可能にするための社会資源の活用について、医療ソーシャルワーカーなどからの情報提供が求められる。

(2) 葬送業者および火葬担当者らの安全確保

COVID-19 患者の遺体を納体袋におさめ、火葬場へ搬送し、火葬し、遺骨を家族のもとに届ける重要な役目を負うスタッフの安全確保のための研修も含めた対策を社会的に講じる必要がある。

(3) 高齢者の COVID-19 に関するエビデンスの集積

COVID-19 は高齢者においてより重症化しやすいことが報告されている^{25,26)}。また、COVID-19 の重症化に関連する因子として年齢以外にも、慢性腎臓病、慢性閉塞性肺疾患、免疫不全、肥満、糖尿病、脳血管疾患、高血圧症、心不全や冠動脈疾患などの心疾患、認知症などの神経疾患、肝疾患などの基礎疾患や喫煙者、低所得者などが報告されている^{26,27)}。今後、さらに重症化の要因分析、さらにそれに対する対応策の検討が必要である。

現在、わが国で治療薬として承認されているのは 2020 年 5 月 7 日に承認された「レムデシビル」のみであり、他の薬剤については臨床試験が進められている。ワクチンを含む

予防・治療法の確立は感染拡大の予防に直結するものであり、高齢者に関する早急なエビデンスの集積が待たれる。

■ さいごに

COVID-19 罹患時のみならず、事前に本人の価値観や意向を確認する ACP の活動を広めていくことと同時に、家族や病院・介護施設など周囲の理解を促す教育的啓発を通して、感染制御の裏付けのある医療・ケア体制を構築する準備が必要である。

現在、日本では COVID-19 は感染症法上の「指定感染症」と検疫法上の「検疫感染症」に指定されており、感染が明らかになれば、感染の拡大を防ぐために入院の勧告・措置を取ることが原則になっている。感染の拡大予防のため、やむを得ないことかもしれないが、現状では COVID-19 に罹患した高齢者本人や家族が入院医療を望まない、また積極的な医療を望まない場合も指定医療機関に入院せざるを得ないことになる。この場合においても ACP の内容は入院時に引き継がれるべきであり、またその内容は可能な限り尊重されることが重要である。そして COVID-19 の発症後も、ACP のプロセスのなかで可能な限り対話を繰り返し実施することが重要である。

COVID-19 の患者の治療・ケアに際しては、公共の利益を優先すべきか、本人の意思を尊重すべきか、我々は大きな倫理的ジレンマに直面することになる。だからこそ、早めに ACP を開始することが重要であり、より高齢者本人の意思の尊重に軸足を置く必要がある。高齢者の権利を守るため、ここに提言を発表する。なお、現在 SARS-CoV-2 に対するワクチンならびに COVID-19 に関する治療薬の開発が世界的に進行している。効果的な予防・治療法の出現により、本提言は適宜見直す必要があることを最後に申し添える。

■ 引用文献

- 1) Ruan, S. Likelihood of survival of coronavirus disease 2019 Lancet Infect Dis. 2020;20:630-631.
- 2) Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. JAMA. 2020;323:1775-1776.
- 3) Comas-Herrera A, Zalakaín J, Litwin C, et al. (2020) Mortality associated with COVID19 outbreaks in care homes: early international evidence. Article in LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 3 May 2020. [Cited 16 Jun 2020]. Available from: <https://ltccovid.org/2020/05/04/updated-report-mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>
- 4) Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy - Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. N Engl J Med. 2020;382:1873-1875.
- 5) Werner RM, Hoffman AK, Coe NB. Long-Term Care Policy after Covid-19 - Solving

- the Nursing Home Crisis. *N Engl J Med*. 2020. in press, doi: 10.1056/NEJMp2014811.
- 6) Williams A. Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument. *Health Econ*. 1997;6:117-132.
 - 7) Yamada M, Kimura Y, Ishiyama D, et al. Effect of the COVID-19 Epidemic on Physical Activity in Community-Dwelling Older Adults in Japan: A Cross-Sectional Online Survey. *J Nutr Health Aging*, 2020, in press. [Cited 7 Jul 2020]. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs12603-020-1424-2.pdf>
 - 8) Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*. 2020;5:e256.
 - 9) Yang Y, Li W, Zhang Q, et al. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:e19.
 - 10) 日本老年医学会の立場表明 2012. [Cited 7 Jul 2020]. <https://www.jpn-geriatrics.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf>
 - 11) National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 Rapid Guideline: Critical Care. 2020. [Cited 7 Jul 2020]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159>
 - 12) Le Maguet P, Roquilly A, Lasocki S, et al. Prevalence and impact of frailty on mortality in elderly ICU patients: a prospective, multicenter, observational study. *Intensive Care Med*. 2014;40:674-682.
 - 13) Chong E, Chan M, Tan HN, Lim WS. COVID-19: Use of the Clinical Frailty Scale for Critical Care Decisions. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68:E30-E32.
 - 14) Mudge AM. Outcomes for frail very old patients in the ICU are remarkably good. *Med J Aust*. 2019;211:314-315.
 - 15) Lapid MI, Koopmans R, Sampson EL, et al. Providing quality end of life care to older people in the era of COVID-19: Perspectives from five countries. *Int Psychogeriatr* 2020, in press. doi: 10.1017/S1041610220000836
 - 16) ACP 推進に関する提言. [Cited 7 Jul 2020]. Available from: <https://www.jpn-geriatrics.or.jp/proposal/acp.html>
 - 17) Palliative Care COVID-19 Communication and Symptom Guidelines. [Cited 19 Jun 2020]. Available from: https://www.virtualhospice.ca/Assets/Palliative%20Care%20COVID%20Guidelines%20April%2029%202020%20Palliative%20care%20MD%20Manitoba_20200503201335.pdf
 - 18) End of Life Care Guidance when a Person is Imminently Dying from COVID-19 Lung Disease. [Cited 15 Jun 2020]. Available from:

<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/symptom-control/end-of-life-care-guidance-when-a-person-is-imminently-dying-from-covid-19-lung-disease.aspx>

- 19) 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について。厚生労働省、[Cited 7 Jul 2020]. Available from:
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>
- 20) 新型コロナウイルス用: VitalTalk コミュニケーション・アドバイス。
[Cited 7 Jul 2020]. Available from:
https://www.vitaltalk.org/wpcontent/uploads/VitalTalk_COVID_Japanese.pdf
- 21) 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン ～人工的水分・栄養補給の導入を中心として～。日本老年医学会、[Cited 7 Jul 2020]. Available from:
<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/guideline.html>
- 22) 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン ～3学会からの提言～。日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会、[Cited 7 Jul 2020]. Available from: <https://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf>
- 23) 在宅医療連合学会：在宅医療における新型コロナウイルス感染症対応 Q&A. [Cited 27 Jul 2020]. Available from:
https://www.jahcm.org/assets/images/pdf/20200629_covid19_01_v2.1.pdf
- 24) 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その21）。
[Cited 7 Jul 2020]. Available from: https://www.ssk.or.jp/oshirase/covid-19.files/k_sonota_r020610_1.pdf.
- 25) Brurberg K, Fretheim A. COVID-19: The relationship between age, comorbidity and disease severity – a rapid review. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2020. [Cited 22 Jun 2020]. Available from: <https://www.fhi.no/en/publ/2020/COVID-19-The-relationshipbetween-age-comorbidity-and-disease-severity/>
- 26) Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease2-19 (COVID-19). People Who Are at Increased Risk for Severe Illness. [Cited 2 Jul 2020]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-at-increased-risk.html>
- 27) Goyal P, Choi JJ, Pinheiro LC, et al. Clinical Characteristics of Covid-19 in New York City. N Engl J Med. 2020;382:2372-2374.