

**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に、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-geriat-soc.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-geriat-soc.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.