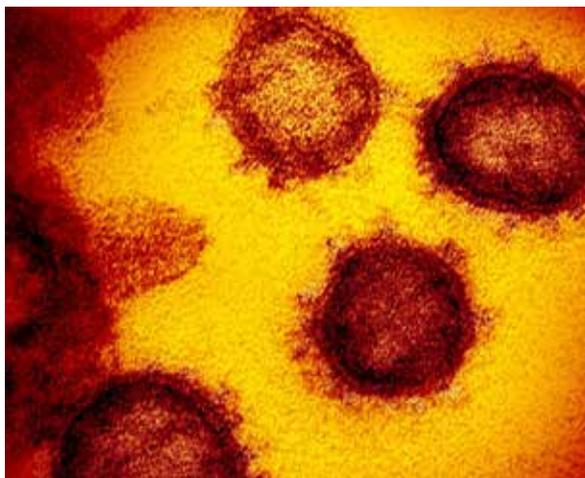


パンデミックと尊厳死 ——コロナとの共生に向けて



岩尾總一郎

日本尊厳死協会理事長
医学博士

第9回日本リビングウイル研究会が、昨年の11月28日、
コロナ第3波襲来のなか、オンライン会議で開かれました。
テーマは「パンデミックと尊厳死」。
新型コロナウイルス感染症の世界的大流行のなかで、
尊厳死はどう保たれるのか、
コロナとどう共生していけばいいのか、尊厳死協会の理事であり
医療の現場で活動する方々が報告しました。
これはその抄録です。

構成／会報編集・郡司武



北村義浩

日本尊厳死協会理事
日本医科大学特任教授



満岡 聰

日本尊厳死協会理事
医療法人満岡内科クリニック理事長



長尾和宏

日本尊厳死協会副理事長
医療法人裕和会理事長



小川純人

日本尊厳死協会理事
東京大学大学院准教授



野元正弘

日本尊厳死協会副理事長
愛媛大学客員教授

「協会の活動は 危機に直面している のではないか」

従来は、年に一度お集まりいただいて、活動や研究の報告・講演会などを催していましたが、今回はコロナ禍のなか、ウェブでの開催となります。新型コロナウイルス感染症は、瞬く間に世界に広がり、パンデミック（世界的大流行）を引き起こしました。現在でも効果的な治療が確立しているわけではなく、世界の医療機関が、未知のウイルスと懸命に戦っています。このコロナによるパンデミックは、医療のあり方に、多くの問題・課題を突きつけました。急激な感染者の増加、高齢者の死者の増加、感染者の受け入れ態勢の不備など、各地で医療混乱を引き起こしています。また、患者はもとより医療従事者に対する差別・偏見も生み出している状況です。

私たち尊厳死協会は「健やかに生き、安らかな最期を」を活動方針としておりますが、こうした救命措置すら受けられないという状況のなかで「安らかに命を閉じる」尊厳死ができるのか、私たちの活動は、今まさに危機に直面しているのではないか。そこで今日は、「パンデミックと尊厳死」というタイトルで、協会の理事であると同時に医療現場で活動されている方々に、それぞれの分野からの知見を示していただいて、今後、コロナとどう共生していけばいいのか、治療薬の可能性やACPの今後はどうなのか、「尊厳ある最期」はどう保たれるのか、こうした問題を議論していきたい。

テーマと概要の説明

満岡 聰

「ACPを十分に おこなう時間がない なかで、どう対応 すべきか」

今回のテーマと概要の説明をし

ます。中国の武漢に端を発した新型コロナウイルス感染症は一挙に勢力を増しながら拡大し、2020年3月11日にはWHOによってパンデミックと認定され、11月末には世界で感染者が6000万人を超え、死亡者も142万人となっております。

こうした急激な感染者の増加に、医療体制が対応できず、当初は特にイタリアやスペインをはじめヨーロッパ、アメリカはニューヨークなどで医療資源が不足し、医療機関に入院できない、人工呼吸器やECMO（エクモ。体外式膜型人工肺）が足りない、といった様々な問題が起こり、「命の選別」も行われる事態になりました。それまでは医療は限りなく受けられるというのが原則でしたが、救命措置すら受けられないという、いわゆるパラダイムシフトが起こりました。

るを得なくなりました。これに関して、日本の生命・医療倫理研究会は人工呼吸器の配分を判断するプロセスについての提言を発表し、さらにALS患者である参議院議員の船後靖彦氏は、感染拡大に伴う「命の選別」について「ALS患者への圧迫がないか懸念がある」との声明を出しました。また重症化の例では、短期間の間に意思確認が困難な状態に陥るため治療方針について十分な話し合いができないケースが出てきました。それに対し、日本医師会の分科会では「新型コロナウイルス診療におけるPOLST（医療指示書）についてのガイドラインを提示しました。海外の尊厳死協会や安楽死協会も「コロナ世界での事前指示書」を出しています。感染症であるため、最期に愛する家族と会うことも触れあうことも叶わない「死者の権利の蹂躪」とまで言っています。

こうした、ACPを十分におこなう時間がないなかで、尊厳死をどのように考えるか、私たちは

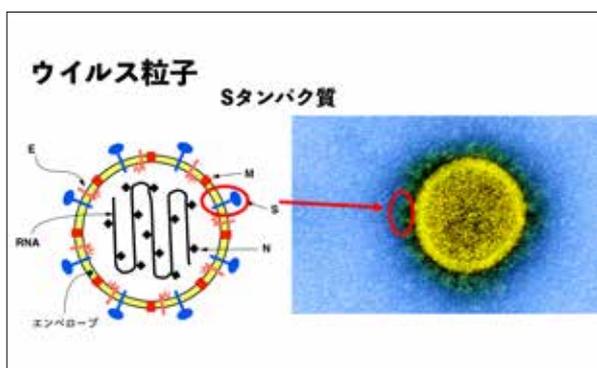
どのように対応していくべきか、が今回のテーマの概要です。

新型コロナウイルス感染症とは

北村義浩

「助かる命を放棄してはいけない」

新型コロナウイルス感染症の現状、日本と海外との比較、今後の見通しについてお話しします。(図を示して) これは模式図ですが、ウイルスのゲノムが脂の1膜で囲

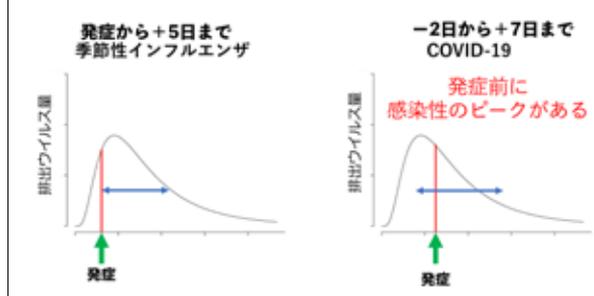


まれ、S(スパイク)タンパク質が突き出していて王冠状に見えることからコロナウイルスと呼ばれます。

コロナウイルスの感染経路は3つあります。接触感染、飛沫感染、空気感染です。飛沫感染は2〜3メートルの範囲内で起こるとされていますが、特に密閉した空間では5メートル以上でも、何時間にもわたってウイルスが漂い続けるがゆえに感染するとされています。空気感染は結核などで知られていますね。新型コロナウイルスは英語の頭文字からCOVID-19と呼ばれています。

このCOVID-19が季節性インフルエンザと大きく違う特徴は、インフルエンザは熱が出るなど発症してからウイルスを排出するのに対し、COVID-19は発症の前にウイルス排出のピークがあるということ(図参照)。発症の2日前くらいから人にうつし始め、発症から7日間くらいまでは感染の能力があるとされています。非常に厄介なウイルスと言えますね。

COVID-19発症前からウイルスを排出



さらにCOVID-19の特徴として、若者は感染しても無症状か軽症が多いのに対し、高齢者や基礎疾患のある方は、重症化のリスクが高くなります。初発症状としては発熱が最も多く8割くらい。そしてせきや筋肉痛が徐々に起こってきます。大きな特徴としてあげられるのが嗅覚障害、味覚障害。これは統計によって異なりますが、2〜3割から6割の人に出るといデータもあります。問題の致死率ですが70歳以上で8.1%。COVID-19への対応の蓄積な

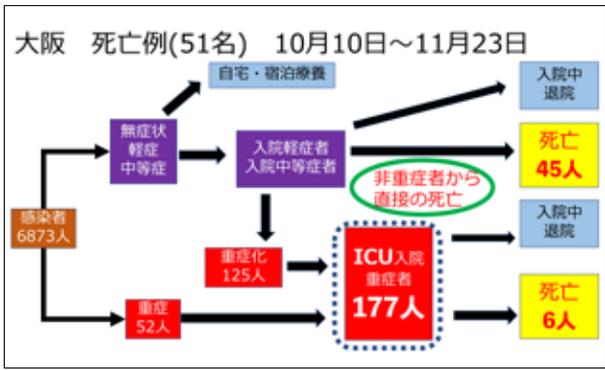
どで第1波の時の25%強より下がりはしましたが、感染症で致死率8%というのは、「かなり激烈」と言えますね。

さて現在の状況ですが、ひと言でいえば、「だれもが、どこでも、いつでも」感染しうる「市中感染状態にある」ということです。2020年7月末と11月初旬を比較してみると、7月は7割が10代〜30代の若い世代だったのに対し、11月は若者が5割止まり、中年が3割、高齢者が2割となっています。各世代にわたって広く感染が広がっているといえますね。

感染経路も最近では、職場、家庭が増えてきています。例えば職場の上司やお父さんから感染したとして、どういう経路で感染したのかがわからない。8割は経路不明と言っていると思われま。従って、第2波の時に言われた「圧倒的に東京問題」「新宿のホスト問題」と言われていたのとは全く違う様相を呈しているといえます。全国問題なんです。

感染者の数も問題ですが、重要

なのは重症者です。東京の重症者のデータですが、第2波の時には60歳以上が半分でしたが、第3波では8割を占めています。人工呼吸器やECMOをつけている方のほとんどは60歳以上と言えます。**（大阪のデータを示して）**これは大阪府保険課のデータですが、6873人の感染者を、無症状・軽症、中等症、重症に分け、重症者が52人います。この表で注目すべきは、重症者というレッテルを一度も張られないまま軽症や中等症から一気に亡くなる方が45



人もいるということ。重症からICUなどに入り亡くなった方(6人)の7倍以上もいます。この方々はなぜ突然、軽症や中等症から亡くなってしまったのか。もちろん急変した場合もあります。が、「ICUに入りませんか」と言っても「望まない」という方々だったんですね。ICUに行かないと、今の定義上は重症者にはならないので、データ上はこうした現れ方になる。ではなぜ「望まない」とか「断る」のでしょうか。大阪府医師会の茂松茂人会長は、「家族と相談し、積極的な治療を求めない方が多い」と言っています。「人工呼吸器を付けないと助からない。しかしいったん付けると抜けなくなるかもしれない。どうしますか?」に対して、ご家族やご本人が相談し考えて「じゃあつけないください」といったというわけですね。これは「助かる命を放棄している」といえるのではないのでしょうか。がんとか慢性疾患で終末期を迎えたのではなく、急性期の場合、ま

ずは適切な医療を受けることを優先すべきです。集中治療学会も「COVID-19流行に際しての医療資源配分の観点からの治療の差し控え・中止についての提言」を出しています。「差し控えや中止の判断は個人によるのではなく、医療・ケアチームの議論を経て行われること」とし、中止などの場合でも「緩和ケアを含めた適切な医療・看護が提供されること」としています。以上、COVID-19の現状を報告しました。

諸外国の状況と対策

野元正弘

「トリアージの基準は『年齢』ではなく『公平』」

まず諸外国の状況をお話します。ニューヨークの郊外にあるコロンビア大学病院でCOVID-19によって緩和ケアを受けた報告です。2週間で110人。80歳代が最も多く、ほとんどに合併症があります。複数回答ですが、高血圧

(76%)、心疾患(66%)、糖尿病(51%)、慢性腎不全(33%)、肥満(22%)……など。入院前の状況は、自宅(66%)、老人ホームなどの施設(32%)。事前指示書や治療継続指示書の有無は、「あった」は6%ほどで、88%の人が「なかった」という報告でした。大部分の方は事前指示書などは持っていなかった。

そして極めて大事な「救急搬入時の意思決定能力」ですが、84%の方が意思決定能力が「ない」という状況でした。代諾者はないと配偶者が14%、子どもが64%。80代が最も多い高齢者ですから、子どもが多くなっています。次に緩和ケアの検討会、日本ではACPにあたるものですが、それを見てみましょう。ACPを行った後に「緩和ケアを望む」人が29%、「治療継続を希望しつつダメならそれ以上の治療を望まない」人が43%でした。

次にVitalTalk(米国発の医療コミュニケーション・アドバイス)について見てみます。

「医療資源の割り振り・限界によって選択や制限を余儀なくされる時」の「相手の言葉とあなたの言葉の理由付け」とタイトルがついています。例えば「どうして90歳の祖母がICUで治療が受けられないのですか」には「大変申し上げにくいのですが、現在はいわゆる非常事態でして、私たちは限られた医療資源を、状態の悪い患者さんに公平なやり方でルールを設けて割り当てなければなりません。もっとベッドや人材があればいいのにと、思う気持ちは私たちも一緒なんです」といったような例をあげています。他にもいくつか例があり、ネットで見ることもできますので参考にしてください。

とは難しいとも述べています。アメリカの呼吸器学会でのトリアージは、「とにかく話し合う」ということで、地域内で使える病床などを有効に使うということ。アメリカも年齢ではなく「公平に」ということを強調しています。

以上、海外の状況のポイントをまとめてみますと、①事前指示書の所持者は多くなかった、②搬入時に意思伝達できない例が多かった、③Vital Talkが準備されている、④ICUの利用についてのトリアージには年齢は基準とならず、短期的予後が重要とされている。しかし高齢者は体力低下や合併症で予後不良が多い、などになるかと思えます。

日本老年医学会からの提言と注意喚起

小川純人

「偏見と差別をなくすべき、このメッセージも」

2012年に日本老年医学会

が「立場表明」を出しています。目的は「すべての人は、人生の最終局面である『死』を迎える際に、個々の価値観や思想・信条・信仰を十分に尊重した『最善の医療およびケア』を受けられる権利を有する。日本老年医学会はすべての人がこの権利を有すると考え、この権利を擁護・推進する目的で『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』を行う」というものです。立場1〜11まで書いてあります。年齢による差別に反対するとか、本人の満足度を物差しに、などです（表参照）。その後、「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」や「人工的水分・栄養補給の導入に関する意思決定プロセスのフローチャート」も策定されています。これらは学会のHPから見ることができます。また2019年6月には「ACP推進に関する提言」も行っており、「本提言は『立場表明2012』と『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン』と共通

日本老年医学会「立場表明 2012」
 「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

■「立場表明」を出す目的

すべての人は、人生の最終局面である「死」を迎える際に、個々の価値観や思想・信条・信仰を十分に尊重した「最善の医療およびケア」を受けられる権利を有する。日本老年医学会はすべての人がこの権利を有すると考え、この権利を擁護・推進する目的で「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」を行う

- 立場-1 年齢による差別(エイジズム)に反対する
- 立場-2 個と文化を尊重する医療およびケア
- 立場-3 本人の満足度を物差しに
- 立場-4 家族もケアの対象に
- 立場-5 チームによる医療とケアが必須
- 立場-6 死の教育を必修に
- 立場-7 医療機関や施設での継続的な議論が必要
- 立場-8 不断の進歩を反映させる
- 立場-9 緩和医療およびケアの普及
- 立場-10 医療・福祉制度のさらなる拡充を
- 立場-11 日本老年医学会の役割

(2012年1月28日理事会承認)

の理念によって策定されている」としてあります。

こうした理念を反映し、「改訂版健康長寿診療ハンドブック」の中で実地医家向けに「エンドオブライフケア」として5つにまとめられています。その4番目に「緩和ケア、とりわけ非がん高齢者疾患の緩和ケアでは、チームアプローチと意思決定支援が重要である」とあり、また5番目には、看取りについて「看取りはさまざま

な文脈で語られる言葉であり、エンドオブライフケアである」とまとめています。

さてCOVID-19の流行期においてですが、同学会は提言を行っています。サブタイトルに「ACP実施のタイミングを考える」としており、今日のテーマと密接に重なります。

提言は4つあります。提言2は「COVID-19流行期におけるACPの具体的実践」、提言4に「COVID-19関係者への偏見・差別の撤廃」を掲げています。例えば、「ガイドラインに準じた適切な人工呼吸器装着・離脱のアップローチが必要である」「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」とか。そして最後に「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」とメッセージを出しています。以上、日本老年医学会からの「立場表明」「提言」などを簡単に説明しました。

臨床の現場で何が起こっているか

長尾和宏

「在宅医療現場も追い込まれている現状にある」

私からは、人生会議、譲るカード、看取りをキーワードに話を進めていきます。現在、テント外来をおこなっています。クリニックの外に問診、PCR検査、会計の3カ所のテントがあります。この写真は（写真を開示して）問診



をおこなっているところ。発熱者はテントで診て、必要ならクリニック内で肺のCTをとります。5分でコロナ肺炎かどうか分かりますので、判明したら保健所に連絡します（コロナ肺炎の写真参照）。唾液PCRは判定まで3〜4日かかりますから。それとドライブスルーでのコロナの抗原検査もしています。

施設などから、毎日のように発熱の問い合わせがありますが、ほとんどは誤嚥性肺炎ですね。コロナはそんなに多くはありません。コロナが疑われる場合は、診療の合い間の人の少ない時に裏口から入ってもらいCTをとります。さてPCR検査ですが、感度は7割と言っているでしょう。3割は偽陰性と出ます。コロナに感染している人も陽性と出ない。そういう人がゴロゴロいるということを知っておいてください。

次に「入院するか、しないのか」と「呼吸器をつけるのか、つけないのか」ですが、これはイコールではありません。本人の意思を尊

介護施設での発熱

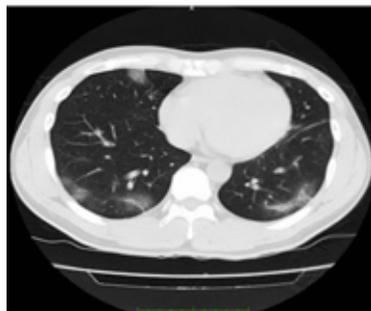
- ・ 誤嚥性肺炎
- ・ 胆のう炎
- ・ 腎盂腎炎・・・

入院するか？
しないのか？



呼吸器を付けるか？
付けないのか？

CTなら5分でコロナ肺炎が分かる



重して「呼吸器をつけない」場合もあります。最近外来で気づくことは「もしコロナになっても私は人工呼吸器は絶対にイヤ」という人が増えていることです。これは口頭での「リビングウイル」ですね。それとコロナにかかっても家にじっと閉じこもっていて、微熱、倦怠感、せきが出てどんどん悪化していく場合がありますし、また生活習慣の悪化、不眠、アルコール依存、うつ、不安から自殺に至

るとい場合もあります。こうした「ステイホーム症候群」による死者は、コロナでの死者より何倍も多いのではないのでしょうか。私は「コロナ恐れすぎ」と思っています。早く感染症法の2類指定にし、インフルエンザと同じ部類にすべきだと考えます。そうなれば、私たちも治療に加われると思っています。

いずれにせよ現状は、コロナブルー、コロナフレイル、コロナ認知症だらけと言っているでしょう。それとシャムズという病態の方が増えています。コロナ禍の環境の変化に適応できず、精神状態が変わってしまったっている現象です。感情的になった、相手の行動を逐一批判するようになった、暴言を吐くようになった、など。これらは、情報に過度に反応し感化されることで起こりますから、「必要以上に情報に触れない、無理に普段の生活を変えない」ことが大事です。こうした中で、大阪大学の石倉文信医師が「集中治療を譲る意志カード」というのを作りました(写



真参照)。カードには「私は若い人に高度医療を譲ります」と書かれています。今、いろいろ議論にもなっていますが、私は、人生会議をする時間と空間が限られる中で、これは「条件付きのリビングウイル」と考えています。先ほども Virtual talk の話がありました。これは人生会議のア

メリカ版ですね。「対話」を重視している点で人生会議の本質といっている点でいいでしょう。

次に「コロナ時代の人生会議のジレンマ」に移りますが、あまりにも急に容態が悪化する場合があるために「緊急性」がより求められます。また、多くの人が集まって話すわけで、どうしても「密」になります。こうした場合に、本人の意思が書かれている「リビングウイル」があればずいぶん助かります。それと救急搬送のことで、本人は「搬送しなくていい」という意思を持っていても、誰かがしてしまう場合がある。コロナ禍の中で、いま一度「119番の意味」を考える時かとも思います。

さてこの半年間、病院や施設から自宅に帰る人が増えています。私の在宅の看取り数も増えていますが、その中でコロナの看取りはあまりありません。毎年インフルエンザで亡くなる方は1万人。コロナばかりがクローズアップされていますが、実際は必ずしもそうではない、

ということも事実です。

ただコロナ確定患者の在宅看取りのハードルは高いですね。訪問看護や介護職の方の労働問題も絡んできますので。PCR検査をして結果が出るまで3〜4日かかりますが、その間に呼吸不全になっても救急搬送もしてくれません。自宅で亡くなったら誰の責任になるのか、主治医なのか保健所なのか。そうした法的な問題もあります。こうしたさまざまな問題を抱えつつ、なんとか在宅医療を続けていますが、第3波の到来で、デイサービスやショートステイが中止になるところも出てきており、ICUばかりでなく在宅医療現場も追い込まれている現状にあるということ報告しておきたいと思えます。

そうした中でリビングウイルの重要性は増し、その普及・啓発はさらに大事になってきています。今、人生会議をやるうにも、オンラインでやらないといけない、そんな状況にあることも付け加えておきたいと思えます。