ランセット誌「死の価値」に関する委員会報告の概要紹介

2023年4月21日

日本医師会総合政策研究機構/立命館大学大学院 田中 美穂

はじめに

この論文(以下、ランセット誌委員会論文)は、著名な医学系学術誌であるランセット誌が有する複数の委員会のうち、「死の価値」について検討する委員会による報告である。ランセット誌委員会論文は、人生の終末期にまつわるさまざまな人々・場所・時間等で構成され、個人的、社会的、政治的、宗教的、経済的な原動力が関係しあう「死を取り巻くシステム(death systems)」全体で、医療による管理から死と死にゆくことにバランスを取り戻すことを提唱している。原文は下記である。

Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *Lancet*. 2022; 399(10327): 837-884. doi:10.1016/S0140-6736(21)02314-X

同誌の委員会は、同誌のエディターが、当該分野の学術専門家らと協力して、科学・医学・そして、グローバルヘルスにおける喫緊の課題を明らかにし、医療政策の変更、あるいは、臨床における実践の改善につながる提言を行うことを目的としている」。また、論文執筆者の利益相反として、WHO、営利企業、UK Health Alliance on Climate Change、ホスピスと終末期医療等に関する慈善団体、家族の死や延命に関する個人的な経験、英国医師会、製薬会社、NHS 病院、大学等との関係を宣言している。この論文の執筆者や対象とする領域、方法などについては、セクション1を参照されたい。

本稿は、概要を紹介するにあたって、翻訳された論文を精査し、いくつかの情報を補いまとめたものである。本稿の主な構成は、1)要旨、2)ランセット誌委員会論文の構成、3)「良い死」について検討する際に重要と考えられるセクションの主な概要、となっている。

¹ The Lancet. Commissions from The Lancet. https://www.thelancet.com/lancet/commissions

同委員会論文の提言は、臨床的な側面に重きが置かれがちな終末期医療のあり方について、死と死にゆくこと、そして悲嘆ケアの重要性を提示し、社会を構成する人間、家族、コミュニティの中でどうあるべきか、何が倫理的・社会的・法制度的に問題なのかを考え議論するための良い資料となると考える。しかしながら、本稿筆者は、これらの提言全てに賛同するわけではない。同委員会論文においても指摘されているが、終末期医療や良い死のあり方を検討する動きは、主に高所得国の間で提起され、他の低所得国では、医療提供体制が十分ではなく、予防可能な疾患で亡くなったり、基本的な痛みの緩和も提供されていなかったりする場合もある。このように、国や地域の状況はさまざまであり、これらの医療提供体制の相違と、それぞれの文化的・社会的な特質等が死や死にゆくこと、悲嘆にどのような影響を及ぼす可能性があるのかといった点についてもよく検討する必要があると考える。

ランセット誌委員会論文の翻訳(抄訳)は、日本学術振興会「令和3(2021)年度 二国間交流事業 共同研究・セミナー」(研究代表者:京都大学大学院 児玉聡教 授)の助成を得て、翻訳会社「翻訳ユレイタス」に依頼し行いました。

本稿作成にあたり、「東アジアにおける終末期医療の倫理的・法的問題に関する 国際共同研究 国際共同研究強化(B)科研(18KK0001)」(研究代表者:京都大学大 学院 児玉聡教授) 研究班の児玉先生をはじめ、同研究班の諸先生方からご助言 をいただきました。ここに厚く御礼申し上げます。

1. 要旨

- 21世紀における死にゆくことの物語はパラドックスの物語となっている。病院で過剰な治療を受ける人々がいる一方で、多くの人々が依然として治療を受けられずに、本来なら予防可能な疾患で亡くなっている、そして、基本的な痛みの緩和も行われないままになっている。
- 今日、死や死にゆくこと、そして悲嘆は、アンバランスになっている。ヘルスケアは、今やその多くが死に対峙する文脈の中にある。そして家族やコミュニティは周辺に押しやられているために、死や死にゆくこと、悲嘆を支える上での家族の親密さや信頼性が減少している。関係性とネットワークは(医療の)専門家やプロトコル(手続き)によって取って換わられている。
- 気候変動、COVID-19 パンデミック、そして死に打ち勝ちたいという私たちの願望、これらすべては自然の一部ではなく、自然をコントロールしているという錯覚から生じるものである。
- 死と死にゆくことについてバランスを取り戻すことは、「死を取り巻くシステム(death systems)」全体を通した変化にかかっている。そのシステムとは、相互に関連した社会的、文化的、経済的、宗教的および政治的な要因であり、死や死にゆくこと、そして死別をどのように理解し、経験し、取り扱うかを決定する要因である。
- 不利な立場に置かれ力のない人々は、死にゆく人々や嘆き悲しむ人々のケア がアンバランスであることに最も苦しんでいる。
- 死の意味について検討するランセット誌委員会では、死や死にゆくことがどのようになり得るかについての新たな展望である、現実的なユートピアの5原則を提示している。

5原則とは、1) 死や死にゆくこと、および、悲嘆の社会的な決定要因に対処すること、2) 死にゆくことが単なる生理学的な出来事というよりむしろ関係的、および、スピリチュアルなプロセスであることを理解すること、3) ケ

アのネットワークが死にゆく人々、ケアする人々、悲しみ嘆く人々への支援を先導すること、4)日常的な死、死にゆくこと、そして悲嘆についての話し合いと物語を一般化すること、そして 5)死は意味のあるものと認識すること、である。

- 今日、世界中の多くの人々は、どのように死に、嘆き悲しむかを変容させる 課題を認識し、対応している。コミュニティは、死と死にゆくこと、そして、 悲嘆を社会的な関心事として再生し、オピオイドの利用可能性に関する制限 的な政策は変貌しつつあり、ヘルスケアの専門家たちは、人々や家族とのパートナーシップのもとで活動している。しかし、これらはさらに必要である。
- 死や死にゆくこと、および、悲嘆のバランスを取り戻すという私たちの野心 を達成するには、死を取り巻くシステム全体を通した根本的な変化が必要で ある。この挑戦に取り組むことは、国際機関、政府を含む私たちすべての責 任である。ランセット誌委員会は、この領域の活動を継続する所存である。

2. ランセット誌委員会論文の構成

以下の表は、ランセット誌委員会論文の構成である。黄色でハイライトしたセクションは、本稿筆者が、ランセット誌委員会論文の基本的な情報である、人生の終末期における治療のあり方、良い死とは何かを検討する際に、特に重要と思われるセクションであると判断し選択したものである。選択したセクションについては、この後の3「良い死」について検討する際に重要と考えられるセクションの主な概要、において説明する。

セクション	主な内容
1	Defining our territory and methods
	本報告書が対象とする領域と方法の定義
2	The facts and figures of death and dying in the 21st century
	21 世紀において死や死にゆくことを示す事実とデータ
	• 病院死の増加
	• 日常から遠ざけられる死
	• 悲しみ嘆く人々に意味やつながりを与え、生涯にわたって支援す
	るために不可欠な、死をめぐる社会的・文化的な環境は、消滅の
	危機に瀕している
	• 緩和ケアへのアクセスが不平等である
3	Death systems
	死を取り巻くシステム
4	Philosophical and religious underpinnings of death systems
	死を取り巻くシステムの哲学的・宗教的根拠
5	Historical origins of death systems
	死を取り巻くシステムの歴史的起源
	• 墓地や埋葬場所に関する考古学的探求が死を取り巻くシステムを
	めぐる歴史的事実についての見解を示すことができる
	・ フィリップ・アリエスの死の四つの段階
	飼いならされた死、己の死、汝らの死、タブー視される死
6	イリイチ「死は医療化されてきた」 Rever disconnection and incoming to death systems
В	Power, discrimination, and inequity in death systems 死を取り巻くシステムにおける権力、差別、そして格差
	・ 死を取り巻くシステムは無害ではなく、差別や格差を再現し、促
	# 2000 世界のは、
	しばこうした権力を持つ者の利益を維持する。個人あるいはコミ
	ュニティの死や死にゆくこと、および、死別の経験は、政治的混

乱、ヘルスケアサービスへのアクセスと信頼、関係性、差別あるいは抑圧、貧困、教育および多くのその他一連の要因によって決定される。こうした決定要因は、それぞれ相互に作用しあい、終末期において人々に一連のユニークな経験を生み出している。なぜ、どのように、どこで、人々は死に、あるいは悲しむかという、こうした非医療的側面は、死や死にゆくこと、死別の社会的および構造的決定要因として集合的に理解される。それらは、健康の社会的決定要因と大きな共通点がある

- COVID-19 の罹患率、死亡率は実際、不利な立場に置かれた人々 に集中していた
- 権力は、関係性、構造、そしてシステムの内に存在し、しばしば目に見えず、ランセット誌委員会論文すべてのセクションにおいても、不可避の死から、ケアの供給および良い健康の概念化までを支えている。エイジズム、非障害者優先主義(エイブルイズム)、性差別、人種差別、異性愛規範主義あるいは植民地主義などすべては、権力がどのように力を及ぼすかの一例である。権力はしばしば、トップから来るものとして見られるが、しかし、権力はまた、家族やコミュニティ、患者とヘルスケアの専門家たち、そしてコミュニティと法令機関の間の関係性にも影響を及ぼしている

7 Individuals, families, and communities within death systems

死を取り巻くシステム内の個人、家族およびコミュニティ

- 生きる意志、死の不安、死ぬ意志 存在脅威管理理論
- 悲嘆、死別、服喪
- 良い死

8 Choice and consumerism in death systems

死を取り巻くシステムにおける選択と消費者主権

9 The economics of the death system

死を取り巻くシステムの経済

- ・ 人生の終末期における葬儀やさまざまな儀式に関する費用に関する 35 か国調査では、日本が最も高額であった(300 万円、平均年収の 3 分の 2 を占め、世界銀行と WHO は「破滅的」に分類)
- こうした費用は突然必要になるので、家族に大きな金銭的プレッ シャーをもたらすことになる
- 低所得国の場合は、年収に占める終末期費用の割合は低いが、これは単に治療を差し控えるか治療にアクセスできないという状況
- 過剰治療の原因としての希望と偏見:患者が治療の意図を理解しておらず、望ましい結果にのみ目を向ける。治療の無益さを患者

	に伝えるより追加的治療をすすめる方が容易なため、医師は費用 と無関係に治療をすすめる可能性がある
10	Health care in death systems
10	死を取り巻くシステムにおけるヘルスケア
11	Future scenarios for death and dying
	死や死にゆくことをめぐる将来のシナリオを作ることは将来起きうる
	大きな衝撃(パンデミック等)への準備として必要
	以下は五つのシナリオ
	• パンデミックや気候変動による大規模な飢饉など、予期せぬ原因
	による死者の急増は、医療システムをひっ迫させる
	• 医療は寿命の延伸に成功しているが、大きなコストをかけて、世
	界的な格差を増大させている
	• 世界と終末期医療はもっと平等になる
	• 健康づくりや苦痛の緩和は、延命と並んで優先される
	• 幇助死は、皆保険制度の構成要素の一つとなる
	in some countries up to a quarter of people die in this way. (引用がな
	いため不明、4分の1が幇助死とは?幇助死の定義は明確ではな
	いが、セクション8においていわゆる医師自殺幇助を指している)
12	Reimagining death and dying—the Commission's realistic utopia
	死と死にゆくことの再考-ランセット誌委員会の現実的ユートピア
	• 死や死にゆくこと、悲しみ嘆くといったことの背景にある社会的
	決定要因に取り組まれていること
	• 死にゆくことが、単なる生理的な出来事というよりむしろ、関係
	的でスピリチュアルなプロセスであると認識される
	ケアのネットワークが死にゆく人々、ケアする人々、悲しみ嘆く
	人々への支援を導く
	• 日常の死、死にゆくこと、そして悲嘆に関する話し合いや物語が
	一般的になる
_	• 死は意義・意味(価値)あるものとして配慮される
13	Transforming death systems
	死を取り巻くシステムの変換
14	Care at the end of life in Kerala
15	トララ(南インド)における終末期医療 Recommendations
15	提言 Recommendations
16	灰音 Next steps
10	Next steps 次のステップ
	人のハナナナ

3. 「良い死」について検討する際に重要と考えられるセクションの主な概要

セクション1 本論文が対象とする領域と方法の定義

- 死は、紛争、事故、自然災害、パンデミック、暴力、自殺、ネグレクト、病気などさまざまな要因によってもたらされるが、ランセット誌委員会は、特に、人が命を脅かされる病気を発症したり怪我を負ったりしてから亡くなるまでの間、そして残された人々の生活に影響を与える死別の期間に焦点を当てている。
- 特定の病気や症状、年齢集団を取り上げるのではなく、課題の深さと広さを示すために、広範囲にわたる事例に基づいて論じる。これらの例は、系統的または網羅的なものではなく、むしろ例示的なものであることを意図している。用いた手法に関しては、ケーススタディや考察、全国的なデータセットや実証的な研究まで、さまざまな資料を対象に、系統的な文献調査ではなく、研究分野を支える重要な概念や利用可能なエビデンスの主な出典や種類を迅速にマッピングする「スコーピング^{2,3}」を行った。
- ランセット誌委員会は世界中からメンバーを集めているが、報告された証拠の多くは高所得国からもたらされたものである。問題点も可能性も含めて、同委員会が説明する内容は、すべての場面に関連するものである。委員には、医療・社会福祉の専門家、社会科学者、健康科学者、経済学者、哲学者、政治学者、患者、介護者、宗教指導者、活動家、コミュニティワーカー、そして小説家などが含まれている。
- ランセット誌委員会は、死と死にゆくことに関わる 70 以上の関連論文を掲載したオープンなウェブサイトを作成した。

The Lancet Commission on the Value of Death. https://commissiononthevalueofdeath.wordpress.com/

Our story

-

² スコーピング・レビューを実施する理由として、Arksey と O'Malley は、1) 研究活動の広がり、範囲、性質を調べる、2) 系統的レビューを実施する価値があるかどうかを判断する、3) 研究成果を要約し普及させる、4) 既存の文献で研究が行われていない部分を特定する、という四つの点を指摘した。

³ Hilary Arksey & Lisa O'Malley. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005; 8(1): 19-32. DOI: 10.1080/1364557032000119616

The problem
Philosophical and social background
Economics of death and dying
Human aspects of death and dying
Taming death
Community responses
Research topics
Readings

ランセット誌委員会論文に掲載されている内容の多くは、ウェブサイトに掲載された上述の論文をリライトし、凝縮したものである。ランセット誌委員会論文は5回の大きな改編を経ており、うち2回は最初の編集と査読の後に行われたものである。

- 死と死にゆくことは、別個の、重層的な、そして文化的に影響力のある概念である。死は、単に人生の終わりとして、健康の対極として-委員会は死ぬことは健康だと信じているが-、記号として、典型的には骸骨や死神として、失敗として(医師や医療関係者は死を失敗と見なし、死を打ち破るために全力を尽くすよう鼓舞すると多くの人は主張するだろう); 道徳的な失敗に対する罰として、人生の苦しみからの逃避として、天国、ヴァルハラ、ニルヴァーナ、その他多くの宗教的・文化的に描かれる永遠の至福への入り口として、あるいは地獄への形として、あるいは(人生の)終わりと始まりのサイクルの不可欠な部分として、見なされうる。
- ランセット誌委員会は、一般的に、死と死にゆくことという言葉をより狭い 意味で使用している。死というものを一つの過程として捉え、人は何年間・ 数か月・数日・数時間・数分あるいは数秒の間に死にゆく可能性があるため、 特定の時間枠を設定していない。
- かつては臓器が機能しなくなれば死がもたらされたが、技術の進歩で臓器を置き換えることができるようになった。それは、死が進化し、複雑な概念であることを意味している。死をどのように判断するかを定義する国際的なコンセンサスが試みられたのは、ここ十年ほどのことである。

セクション3 死を取り巻くシステム

• ロバート・カステンバウムが提示した、死を取り巻くシステムによれば、構成要素と死を取り巻くシステムの機能は以下のパネル 4、5 に挙げたとおりである。

全ての文化が、このような死を取り巻くシステムを作り出している。

パネル 4:死を取り巻くシステムの構成要素 (Kastenbaum からの引用)

People 人々

医師、看護師、警察、葬儀屋、花屋、検死官、生命保険ブローカー、弁護士、兵士、宗 教家など、最終的にはすべての人が死に影響を受け、すべての人が死ぬことになる。

Places 場所

葬儀場、病院、記念館、墓地、戦場

Times 時間

メキシコの死者の日、キリスト教の万霊節、オーストラリアやニュージーランドのアン ザックデーなど、毎年行われる追悼の日、災害発生と同時刻における**2**分間の沈黙、命 日の個人的な黙想

Objects 物体

棺、骨壺、葬儀の薪、喪服、死亡記事、死と臨終に関する書物、電気椅子、絞首台、銃 Symbols and images 象徴とイメージ

死あるいは戦争のための神格化、多くの宗教における最後の祈りなどの儀式、黒い腕章 の着用、死に対する言葉や婉曲表現、髑髏 (ドクロ) と交差した骨のイメージ、骸骨

パネル 5: 死を取り巻くシステムの機能(Kastenbaum からの引用)

Warning and predicting death 死を警告・予測する

公衆衛生・渡航に関する警告、健康と安全規制、異常気象の警告、気候変動予測など Preventing death 死を未然に防ぐ

警察や消防などのサービス、病気のワクチンや治療法を研究する科学者、病気のスクリーニングプログラムなど

Caring for dying people 死にゆく人々をケアする

死にゆく人々を支える実践(家族介護者、プライマリケア、ホスピス・緩和ケア病棟、 デスデューラ(死の助産師、死の過程を支える人々)、宗教指導者、病院、モルヒネの 有無、アドバンス・ケア・プランニングの実践等を含む)

Disposing of dead people 死者の処置

遺体を安全に処理するためにすべての社会が行うべき作業と、それに伴う儀式や葬儀の 習慣

Social consolidation after death 死後の社会的統合

家族やコミュニティが喪失に適応できるようにする過程;ソーシャルネットワークとサポート、職場における思いやりのある休暇、死別を経験した人々の集団、あるいはカウンセリング

Making sense of death 死の意味を考える

死や死後の生活、記念することの意味に関する、宗教的、スピリチュアルな、あるいは、 哲学的な考察

Killing 殺す

戦争、死刑、幇助(介助)死、動物の殺傷など、いつ、どのように殺すことが社会的に 是認されるかを規定する規範

- 死を取り巻くシステムは、社会全体を通して存在し、交わり、そして、プライマリケアサービス、教育システム、金融システム、家族、コミュニティを含んでいる
- 複雑で適用可能なシステムは、明確な特徴を有している。最も重要なことは、 それらは直線的な因果関係にも従っていないし、また単純な問題解決も認め ていないということである。そして、それらは、個人的、社会的、政治的、 宗教的および経済的な原動力が相互に関係しあう複雑な網目の中に存在し ているということである
- (原文 p.847 の図 3 について) 死を取り巻くシステムの一側面である終末期 医療制度は、複雑性、非線形性、正負のフィードバック・ループの存在を捉 えている。終末期医療制度を因果関係のループ図にマッピングすることで、 終末期医療制度が非線形で動的な性質を有していること、補強と均衡のため のフィードバック・ループが存在することが示されている。

マッピング図には、死期が迫っていること(死に関する知識に基づく)と死

そのものという二つの重要な出来事を中心に、主に死の軌跡における患者の体験に焦点を当て、家族やインフォーマルな介護者の体験も取り入れられている。そして、マッピング図は、生理学だけでなく、機能や健康能力(幸福感や達成能力など)をも包括している。例えば、死を防ぐためのシステムや葬儀の習慣など、死を取り巻くシステム全体を網羅することができる

セクション7 死を取り巻くシステム内の個人、家族およびコミュニティ

良い死

良い死の条件を探る系統的レビューの系統的レビュー⁴によって、良い死の 11の条件が提示された。

重要度順に並べた 11 の条件

- a. 肉体的な痛み、および、他の身体的症状の緩和
- b. 医療提供者との効果的なコミュニケーションと関係性
- c. 文化的、宗教的あるいはその他のスピリチュアルな儀式の実施
- d. 精神的苦痛あるいはその他の心理的苦痛の緩和
- e. 治療に関係する意思決定に関しての自律性
- f. 希望する場所で死にゆくこと
- g. 不必要に延命しないこと
- h. 何が起きているかの意味を深く知ること
- i. 家族や友人からの情緒的・感情的サポート
- j. 誰の負担にもならないこと
- k. 自分の命を終わらせる権利
- この系統的レビュー論文の著者らは「良い死を迎えるためのほとんどの条件は、費用のかかる医療インフラや専門的な知識がなくても、ほとんどの死にゆく人々に提供できるだろう」と述べている。
- タンザニア北部における「良い死」についての意識を調査したある研究では、 既存の系統的レビューのテーマと一致する部分もあったが、自己よりもコミュニティや家族を優先する文化的価値観が強調された。
- 医療が死や死にゆくことに入り込んだことで、医療もまた、死にゆく人々や 介護する人々に一連の臨床的要件を課している。文化的、宗教的、そして臨 床的な要件の多くは、家族からのケアを指導し、痛みの緩和を優先し、遺族 のための儀式や体制を規定することで、死にゆく人々を支援することができ

⁴ Zaman M, Mohapatra A, Espinal-Arango S, Jadad A. What would it take to die well? A systematic review of systematic reviews on the conditions for a good death. *Lancet Healthy Longevity*. 2021; 2: e593–600. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36098155/ (オープンアクセス)

- る。しかし、他の社会規範と同様に、逸脱した者は道徳的判断や制裁を受ける可能性がある。
- 「良い死」を実現しなければならないというプレッシャーが、死ぬという体験そのものを損なっているのではないかと懸念する声も多い。
- 人が死ぬときに何を重視するかを理解することは重要だが、一方で、意図しない結果として、死にゆく人やその家族に対して、こうした基準で示された良い死を経験するようプレッシャーをかけ、それが達成できなかった場合には失敗したという感覚を持たせてしまうかもしれない。

セクション8 死を取り巻くシステムにおける選択と消費者主権

- ゴフマン、フリードソン、フーコーらによる、医療の専門家が有する権力に 対する批判は大きな影響をもたらした。医師-患者間のコミュニケーション の変化において、「病人」は、医師の命令を受ける受動的な患者から、彼/ 彼女自身の生命について選択権を持つ積極的な人物に変えられた。
- 英国の著名ながん専門医の Karol Sikora は、自由な選択は国民の権利であり、国家はその選択に応える義務があるということを暗に示していた。
- 医療サービスに多くを望む人々がいる一方で、多くを望まない人々、あるいは、いつ、どのようにでも、生命を終結させる権利を求める人々がいる。

介助死、幇助死

- 自殺は多くの国でもはや違法ではないが、自殺幇助は犯罪行為となる傾向がある。世界的にはおよそ1億人が何らかの形で幇助死・介助死を利用する権利を有している。
- 法的な対応よりも社会的・政策的な対応が必要であり、介助死、幇助死制度 が定着・拡大するにつれて、より多くの研究が必要となる問題がある(パネル9)。

介助死、幇助死を導入しようと考えている国や州は、これらの疑問点をすべて検討する必要があり、研究するためのエビデンスベースがますます増えている。

パネル9:幇助死に関する社会的および政策的問題

- 法制化することと法制化しないことの社会的コストは何か?
- 幇助死の法制化は、自殺率を上げるか、あるいは、下げるか?
- 法制化は、秘密の行為(不法な中絶のような)を奨励しないか?
- 医師の信頼は影響されるか?
- どんなセーフガード措置が必要か?
- 経済的コストと利益は何か?
- 幇助死の合法化は緩和ケアを揺るがさないか?
- 幇助死を受ける人が臓器を提供できるようにすべきか?

アドバンス・ケア・プランニング

- 2018 年に出版された系統的レビューは、アドバンス・ケア・プランニング が終末期のコミュニケーションの改善、希望する場所での死、医療ケアの節 約につながる根拠が弱いという結果を示した。
- アドバンス・ケア・プランニングに関する調査のほとんどは、高所得国によるものである。また、この調査が、自主性や個人の決定権が過剰に強調されることになっていて、家族中心あるいは関係的な枠組みはあまり関心が払われていない。集団的な意思決定を含めるために、個別化されたアドバンス・ケア・プランニングの既存モデルを適応させることが、優先事項である。
- 多くの議論は、医学的治療の拒否について焦点が当てられているが、世界中の多くの人々が基本的な医療サービスにアクセスできないことから、このような医学的治療を拒否することは多くの人にとって無関係である
- 最近の新たな考えは、単に害を削減するよりもむしろ幸福を促進するための ツールとして、アドバンス・ケア・プランニングを利用するよう求めている

セクション 10 死を取り巻くシステムにおけるヘルスケア

多くの人々が医療制度の中で死を迎えており、医療制度は、多くの死を取り 巻くシステムの実質的な構成要素を形成している。医療制度に関する経験は、 死や死にゆくこととの関係や意識を形成している。

治療の差し控え、あるいは、中止

- 特に集中治療室においてはしばしば、治療を差し控えるか、あるいは、中止 するかの決定を行われなければならない事態が起きる。こうした決定に際し て、臨床の側面は重要である。しかし倫理的、法的、文化的、宗教的および 金銭的な側面もまた、決定に影響を及ぼす。
- ・ 世界集中治療医学会の論文によれば⁵、治療の差し控えと中止は同じと規定 した法律を有する国々、治療の差し控えや中止に関する法的助言やガイドラ インを有していない国々、治療の差し控えは合法だが治療中止は違法とする 国々がある。
- 医学的に無益な治療という言葉が広く使われているが、最近はミスリーディングと考えられていて、「作用する可能性のない治療(treatments that have no possibility of working)」という言葉に置き換える動きがある。
- 「不適切な可能性のある治療(potentially inappropriate)」は世界中で行われている。こうした治療が継続的に行われているのは、何が無益で、何が不適切か、何が有効であるかの定義や合意が困難であること、責任追及されることに対する医療従事者の恐れ、患者や家族とのコミュニケーション不足、医療従事者の思い上がり、医学の第一優先事項は延命であるという信念があるためである。
- 高所得国では、治療を中止することが、ますます一般的になっている。英国 では、集中治療室の死の約3分の2が、治療中止を決定した後に起きている
- インドでは、治療を受けられず亡くなる貧しい人々がいる一方、富裕層の中 には延命治療を受け続け家族を破産させうるほどになっていることもある。

⁵ Myburgh J, Abillama F, Chiumello D, et al, and the Council of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. End-of-life care in the intensive care unit: report from the Task Force of World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care*. 2016; 34: 125–30.

患者に利益をもたらす不作為と中止に対する嫌悪

- 多くの法制度では、生命維持治療が始まった後で中止すること、例えば、人工呼吸器や栄養チューブの抜管は、法的にも倫理的にも、最初から治療を差し控えることと同じこととして扱われる。両方とも、いわゆる、患者に利益をもたらす不作為として扱われる。すなわち、それらは、放棄した不作為でもなく、致命的な薬を投与するのとも異なる、生命を終結させる意図をもって行われる行為である。
- しかし実際には、このような法域では、治療の中止が死を引き起こす行為と考える医療従事者は、治療中止と差し控えが同じであるとはっきりと考えられない。その結果、治療中止への嫌悪が生まれるのである。なぜなら、彼らは死を引き起こす意図と自然死を許す意図の間の区別ができないからである。臨床医の中には、生命維持治療の中止と安楽死を同一視している人々もいる。そのため、たとえ法律がそれを許すとしても、治療中止を躊躇するのである。
- 中止に対する嫌悪は、国内法に組み入れられていることもある。イスラエルの Law on the Patient Nearing Death (瀕死の患者に関する法)は、人工呼吸器の次のサイクルの差し控えを認めているが、継続している人工呼吸器の中止は認めていない。

心肺蘇生拒否(DNAR)の意思表示

- 最も一般的に議論されている良い結果をもたらす不作為の一つは、心肺蘇生 の差し控えである
- 複数の研究は^{6,7}、DNAR の意思表示に関連する医療従事者の意思決定には、 複雑な臨床的要因だけでなく、経済的、法的、文化的、そして宗教的な考慮

⁶ Yaguchi A, Truog RD, Curtis JR, et al. International differences in end-of-life attitudes in the intensive care unit: results of a survey. *Arch Intern Med.* 2005; 165: 1970-75.

⁷ Phua J, Joynt GM, Nishimura M, et al, and the ACME Study Investigators and the Asian Critical Care Clinical Trials Group. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care units in Asia. *JAMA Intern Med* .2015; 175: 363-71.

- も影響を及ぼす可能性があることを示している
- 意思決定に家族や代理人を参加させたくない、また、法的責任にさらされるという考えや医師の宗教的見解も含まれていた。家族にとって自己負担が増えることによって、この意思決定を完了する可能性が高くなることが示された。論文の著者たちは、こうした複雑な意思決定を導くためのきちんとした倫理法的な枠組みをすべての国が持つことの重要性を指摘する

セクション 15 提言

• 国によって、また国内でも、システムは大きく異なることを認識し、私たちはこの提言を一般的なものとしたが、これを適用するいかなる個人、集団、組織も、地域や文脈に即した SMART (具体的、測定可能、達成可能、適切、時間的制約のある) なものにする必要がある。

共通する提言

- 人間関係は、死と死にゆくこと、そして悲嘆において基本的なものである。 社会全体の関係性やネットワークは、終末期の経験を改善する取り組みの中 心に位置づけられなければならない。
- 世界中の人びとがどう死ぬかを支える体制に重大な不均衡があることを広く認識し、その不均衡を軽減するための措置を講じる必要がある。階級、ジェンダー、人種、地理が交差した構造的な不利益を認識することが、カギとなるはずである。特に、死や死にゆくこと、悲嘆に関するコミュニティのケアやサポートにおいて、女性たちが置かれている不釣り合いな役割と負担を認識し、問題としなければならない。
- 推奨される、緩和ケアと疼痛緩和医療サービスの必須のパッケージは、すべての国の医療サービスによって最低限提供されなければならない。オピオイドへのアクセス、利用可能性、教育といった政策を講じる必要がある。
- 死のリテラシー(死を取り巻くシステムを方向付けるために必要な知識とスキル)は、すべての人のために開発されるべきである。

市民社会への提言

死や死にゆくこと関するコミュニティ活動のモデル(コンパッションに満ちたコミュニティ、デス・エデュケーション、啓発活動といった)は、地域の人々の感受性を高め、緩和ケアに携わる者以外が主導する方法で拡大する必要がある。

医療・社会福祉制度への提言

- すべての国や制度において、すべての医療・社会福祉専門家は、死にゆく患者とその家族をケアする能力を備えていなければならない。これらは基本的なスキルであり、死にゆく患者は、専門的なサポートが必要な場合にのみ、専門的な緩和ケアサービス(利用可能な場合)を紹介されるべきである。
- 患者や家族は、生命を脅かす可能性のある病気に対する介入について、不確 実性だけでなく、潜在的な利益、リスク、害について明確な情報を提供され、 より十分な情報に基づいて意思決定できるようにすべきである。
- 高齢者施設で亡くなる可能性が高まっているため、高齢者施設で生きること、 死にゆくこと、悲しみ嘆くことといった経験を改善する努力と十分なリソー スを確保することが優先されなければならない。

研究者や研究助成者への提言

- 研究助成者は、死と死にゆくことにバランスを取り戻そうと試みるプログラム、組織、そしてコミュニティに投資すべきである。
- 研究助成者は、病気の予防と治療を目的とした研究と並んで、終末期医療に 関する研究への助成を増やすことによって、この再バランス化を反映するべ きである。この研究は、医療制度の外側、特に周辺化された人々、および、 低中所得国における多様で革新的活動を含むべきである。
- 低中所得国における終末期医療の選択肢を評価し、必要不可欠なケアとサービスのパッケージを定義し、広く利用できるようにすることに重点を置いた研究を行うべきである。
- 終末期における死や死にゆくこと、そして、苦痛に関する研究は、緩和ケア を超えた幅広い分野や領域の人々によって行われ、対等なパートナーとして 市民や患者が研究に参加する必要がある。
- 終末期における過剰な治療を理解し、定義すること、そして、過剰な治療を 減らすことを含んだ研究が必要である。
- 情報技術やソーシャルメディアが死と死にゆくことの理解や経験をどのように変化させているか、また死と死にゆくことにバランスを取り戻し評価し直すことを促すために、これらの情報技術やソーシャルメディアの利用をど

のように発展させるかについて、さらに研究が必要である。

政府・政策立案者への提言

- 家族やコミュニティが、終末期医療費の自己負担によって困窮するようなことがあってはならず、政府はこの時期の支出を支援し管理する方法を特定すべきである。
- 緩和ケアのアプローチは、病気を改善する治療の選択肢と一緒に利用できるようにすべきであり、保険適用や支払いのモデルは、患者にどちらかを選ぶことを強いるものであってはならない。
- 国民皆保険制度のあるすべての国は、終末期における費用の増加は、他の部分での費用削減を意味するということを認識した上で、命の限られた疾患を有する人々の延命を目的とした治療に対して、市民がどの程度支出する意思があるかを確認する方法を、おそらく市民陪審や他の民主的メカニズムを通して見出すべきである。病院での治療と地域連携・ケアとの間で、どのように資源を配分させたいか、人々に問うべきである。
- 全ての国において、家族などインフォーマルなケアラーや哀悼・死別の有給 休暇を支援する政策が作られ、推進される必要がある。
- すべての人にアドバンス・ケア・プランニングを行う機会を保障するための 国家プログラムを開始すべきである。患者や介護者がアクセスできるように、 医療・社会福祉サービス全体でこれらの計画を共有するメカニズムが必要で ある。
- 臨死介助の導入を検討している立法者は、すでに導入されている地域の経験 を研究し、誰が臨死介助を受ける対象となるのか、誰が対象者(適格者)を 決めるのか、誰がサービスを提供するのか、どのように管理・規制するのか について深く考えるべきである。
- すべての国は、治療の差し控え・中止に関する明確なガイドラインを設けるべきである。これには関係する法的、倫理的、文化的、そして宗教的な視点を反映し、そしてこれと幇助死(介助死)との間の相違について考察するべきである。
- 医療・社会福祉、および福利に関する計画、政策、戦略および報告書は、よ

り幅広く、常に死や死にゆくこと、悲しみ嘆くことに対する検討を含めるべきである。

セクション 16 次のステップ

- ランセット誌委員会論文の公表は、死との関係を再評価する機会であり、根本的な変化のきっかけになる。
- 生理的な死は避けられないが、医療に管理された死や死に行くことを、社会 的、心理的、身体的、霊的な出来事としてとらえなおす必要がある。
- 死を取り巻くシステム全般にわたって抜本的な変化が必要である。セクション 15 で述べた提言は、それぞれのステークホルダーが取るべき次のステップをまとめたものである。
- 今後、ランセット誌委員会はこの論文に続いてさまざまなイベントプログラムを実施する。セクション 15 で示した提言を世界的に定着させ、セクション 12 で示した現実的なユートピアを実現し、実現のための資金調達を目指す。この取り組みが、変革に取り組む個人や機関の世界的なネットワーク化につながることを希望する。
- 死や死に行くことが単に通常のものであると認識されるのではなく、意味のあるものとして認識される必要がある。現状では医療に管理されている、死に行く人々や悲嘆にくれる人々へのケアに、バランスを取り戻さなければならない。そのために、社会全体を通してさまざまな人々に対し、この挑戦に対応するよう呼びかける。