

# ⑤ 「終末期医療の概念整理」

## 終末期の問題の多くは医者自身が原因である

- ① 信頼を築けない医者（訴訟の半数は人間関係×）
- ② 終末期の用語の的確な使用ができない医者
- ③ ICFに基づく生き方を説明できない医者
- ④ 80%の医者が緩和医療を知らない
- ⑤ 具体的な支援方法と行動を提示できない医者
- ⑥ ①～⑤のままに意志決定を迫られる患者
- ⑦ 不十分な説明に誘導された意志決定は元々不完全
- ⑧ ⑦の元凶が自分にあることに気付かない医者
- ⑨ 法制化やマニュアルよりも説明責任を果たすこと  
わずかの期間でも生きられる支援をすること

苦しんでいる人がいる

Q O L 低下

||

人間らしさが保てない

尊厳がない

Dignityの

低下

延命治療

の中止

尊厳死

# 構成概念の変更

Q O L 低下

誰もが尊厳

中止しなくて

よい

尊厳ある生

||

そのもの

||

生活の質が

Sanctityは

Q O L の向上

全ての事例は

を全うした

低下しただけ

普通・不変

緩和される

今までは

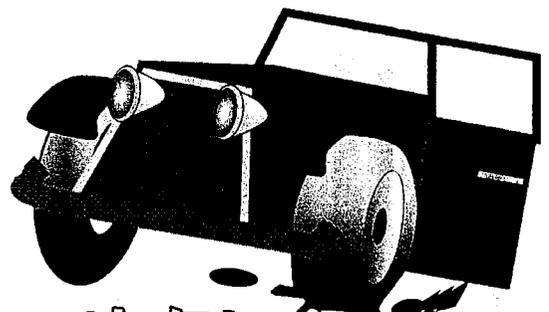
それに輪をかけて

大まちがいを  
してました

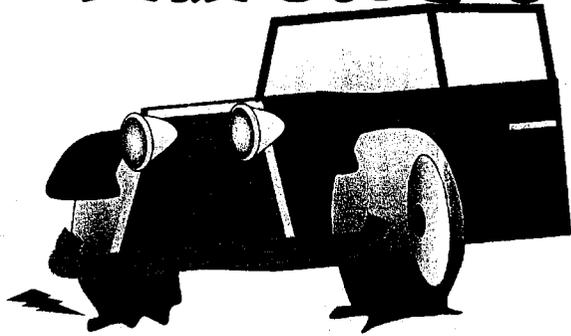
構成概念を实体  
と見まちがい

実体としての  
支援もおざなり

安楽死・尊厳死



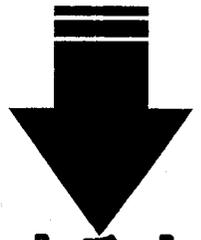
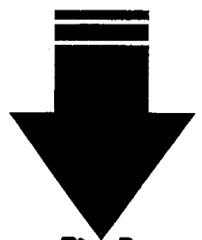
片側パンク



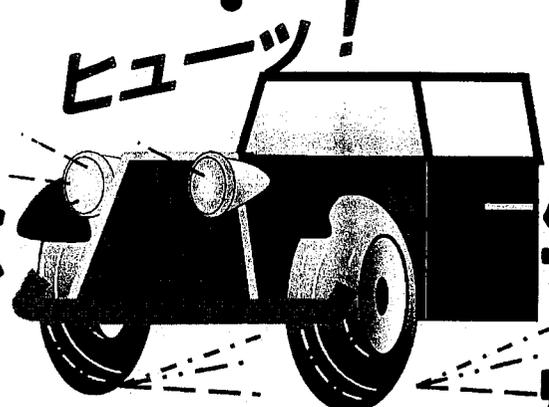
両輪パンク状態→終末期



死ぬ権利  
廃車にしよう!



構成概念



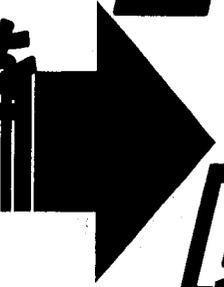
生きる支援を

生きることの

を変える

両輪で最期まで快適

実体化する



[集大成]

## < 共通の認識 : 実体と構成概念を混同しないこと >

- 「終末期」は定義できない。「終末期」という特定の時期があるのではないという NIH (National Institute of Health) の表明は、今後の終末期医療のあり方に重要な議題を提供している。
- WHO (世界保健機構) が定義する QOL (Quality of Life) は「生活の質」であり「命の価値・人間らしさ」ではない。個人の主観的な構成概念であり満足度の科学的指標となる。
- 生命の尊厳を「Sanctity of Life」と捉えれば生命それ自体が尊厳である。人は誰しも尊厳そのもの。評価できないのが尊厳である。生命の尊厳「Dignity of Life」と捉えれば尊厳は高い・低い、ある・ないという、増えたり減ったりする比較論となり人を価値で判断してしまう。どちらが本来の尊厳か議論が必要。
- 一つの医療手技(人工呼吸療法等)が一方で延命治療と考えられながら他方では緩和に属するものとして、二重の意味を持つ。延命か尊厳死か、あるいは治療か緩和かという二項対立や二者選択ではない新たな道として、『広義の緩和ケア概念』が提供されている。
- 現時点の緩和医療は、適正に運用されれば全ての患者は緩和される。したがって、「つらいから中止する」必要はなく、十分な緩和を行い継続すること。
- 生命維持治療の差し控えと中止は異なる。
- 終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会のガイドラインは、「決定に至るプロセス」が適正であるための見解。「意思決定させる」ことではない。

## ＜資料と注釈＞

1) NIH Consensus-Development Program

<http://consensus.nih.gov/2004/2004EndOfLifeCareSOS024html.htm>

2) WHOQOL: Measuring Quality of Life PROGRAMME ON MENTAL HEALTH pp1-13, DIVISION OF MENTAL HEALTH AND PREVENTION OF SUBSTANCE ABUSE WHO

3) 中島孝/川口有美子: QOLと緩和ケアの奪還 現代思想, Vol36-2, pp148-173, 東京, 2008

4) 中島孝: 難病におけるQOL研究の展開—QOL研究班の活動史とその意義— 保健の科学, Vol51, No2, pp1-10, 2009. 厚生労働省「特定疾患患者のQOLの向上に関する研究」主任研究者2002-2007

5) 緩和医療学会: 疼痛緩和について

緩和医療の知識と技術が適正に重用されれば、大部分の疼痛は完全に緩和される。疼痛緩和困難事例に対しては「鎮静」がある。全ての人は緩和。

6) 緩和医療学会: 鎮静のガイドライン

鎮静の目標: 生命の期間は短縮せずに浅睡眠による鎮静をおこなう。時に覚醒し鎮静の評価ができるように計らう。

7) 緩和医療学会: 補液のガイドライン

本人の体力の低下＝処置能力の低下に応じて減量してゆく。形を変えた自然な摂食形態と考えられる。

8) 川島孝一郎: 身体が存在形式または、意思と状況との関係性の違いに基づく生命維持治療における差し控えと中止の解釈 生命倫理, Vol17, No1, pp198-206