

200905003A

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別研究事業

終末期の生活者の生き方を支える
相談・支援マニュアル策定に関する研究
(H20－特別－指定－004)

総括研究報告書

研究代表者 川島 孝一郎

平成22(2010)年 3月

目次

I. 本研究の背景及び目的

1. 研究の背景	1
2. 研究の目的	1

II. 研究の概要

1. 検討委員会による会議開催とその経過	5
2. 概要	5

III. 生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン

生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン	7
生きることの集大成を支える相談支援ガイドラインの解説編	8
本解説編の目的	10
1章 すべての人に関係する共通言語としての「生活機能」について	10
2章 実体と構成概念を理解する	
1. 実体と構成概念を理解する	11
2. 構成概念である言葉を正しく理解する	12
3. 構成概念の書き換え	34
4. 終末期の概念を整理する	35
3章 生きることの集大成を支える相談支援の概念図	37
4章 緩和ケアの展開（終末期医療から緩和ケアへの転換）	39
5章 ICFを用いて生きることの集大成を支えるために	
1. ICFを用いた生き方の説明	41
2. 支援体制・連携体制	41
3. 生きるために必要な制度の理解	44
6章 ICFを日本で有効に活用するために	
1. 生活機能の重要点	45
2. 実際の活用場面と課題	46
3. ICFの今後の活用方法	47
7章 まとめ	63

IV. ICFと『生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン』の活用法

1. ICFは『五体不満足の思想』である	65
2. ICFの理念と実際の活用	66
3. 『生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン』の活用法（解説参照）	79

I．本研究の背景及び目的

I 本研究の背景及び目的

1. 研究の背景

昨年凍結された後期高齢者医療制度導入に伴う終末期相談支援料は、本来、終末期の患者の生活を支えるために必要な情報等を説明する責務を全うした際の評価とすべく導入された。残された日々をより良く過ごすための十分な『生き方を支えるための説明』に対する評価である。しかし医師は大きな誤解をし、患者に対して「意思決定をせまる書式」にすり替えた。これは当該相談支援料の目的と医療現場の実務との間にミスマッチが生じたものといえる。このミスマッチを改善するためには、本来の目的である『生き方を支えるための説明』すなわち相談支援が適切に行われなければならない。

終末期医療のあり方に関する懇談会及び調査結果解析チームにおいて指摘されたように、終末期に関する各種用語（終末期・延命・尊厳・QOL・緩和医療・医療的無益等）に対する医師の知識不足が露呈した。この現状が「説明の不備」として終末期の対象者に波及し、不完全な自己決定となり、機能しない支援体制のままに最期を迎える事態を引き起こしている。各種用語に関する医師の教育、また医学教育の中での見直しも喫緊の課題である。

また平成19年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）『重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所の量的・質的整備計画事業』¹⁾（全346頁、研究代表者：川島孝一郎 仙台往診クリニック院長）においては、臨床研修指定病院医師の75%、がんセンター医師の70%が在宅医療・在宅ケアを知らないことが判明した。さらに平成20年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）『高齢者の「生き方」を共通言語とした24時間支援行動を可能にする医療関連職種の機能展開と連携推進戦略に関する研究事業』²⁾（全366頁、研究代表者：川島孝一郎 仙台往診クリニック院長）においては、生き方を支えるための基本的知識と体制整備に関する内容を医師がほとんど知らないことを指摘している。

参照URL

- 1)、2) http://www.oushin-sendai.jp/c03_research.html

2. 研究の目的

これまで医師は、科学に内包され主観－客観論を基に集合論的に人間身体を理解し操作し、健康を満点として低下した機能を向上させる一般的医学知識（生理学・生化学・外科的手術手技等すべて）やICD（国際疾病分類）を中心として医療を行ってきた。しかし、すでにWHOによって2001年から提唱されているように、集合的身体論とは別に、身体をより大きな機能を持つものとして、身体以外の生活活動・社会参加・環境因子・個人因子等と

の融合的身体機能として捉えるICF（国際生活機能分類）の理念（図Ⅰ－1）は、障害をもったままでも生きて行ける重要な道筋を示すものである。

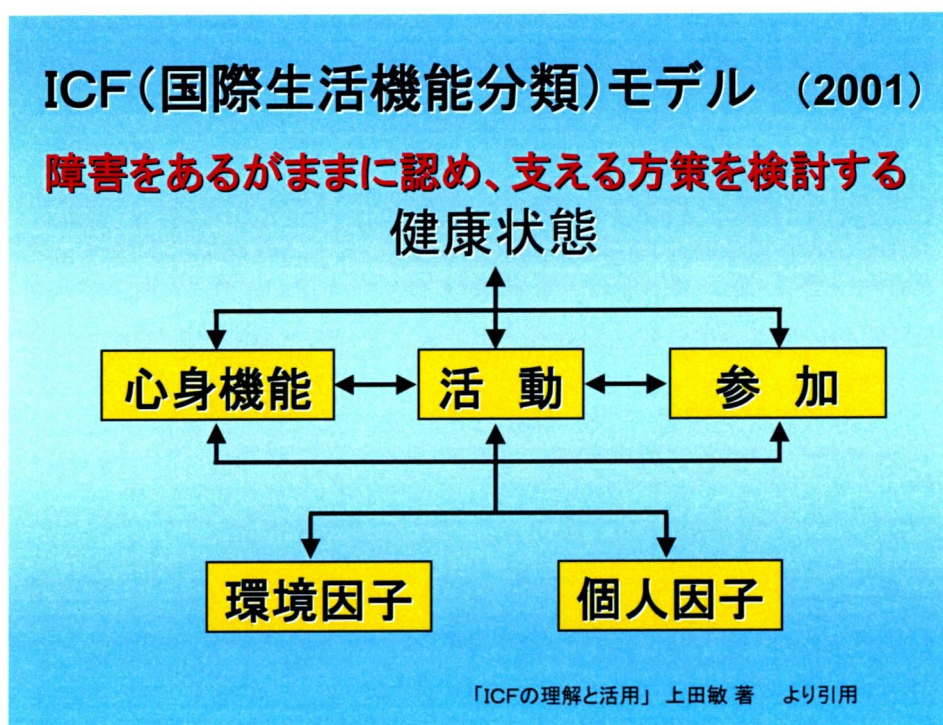
治すことのみに注力してきた従来の医師の姿勢を、「治らない障害をありのままに受けとめる」ことから開始される「生き方を支える説明」（図Ⅰ－2）が可能となるように変えてゆくことを目的とする。

すでに現在起こっている種々の医療問題の原因が、主として「医師等の説明の不備」に起因していることはすでに指摘されているとおりであり、これらはハードとしての体制整備のみで成し得ることは困難である。

本研究事業は、医療が今まで本質論としては踏み込まなかった『生き方を支えるための説明』に関して詳しくその内容を策定するものである。

「医師－患者関係」に属する数多くの課題を解決するためには、先駆的なソフト面の整備が必要であり、そのためには医師を中心とした医療とケアの関連職種に対する生き方を支えるための相談・支援のマニュアルとして「生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン」の策定と運用が極めて重要である。

本研究は緊急性を持って当該ガイドラインを策定するものである。



図Ⅰ－1 ICF（国際生活機能分類）³⁾

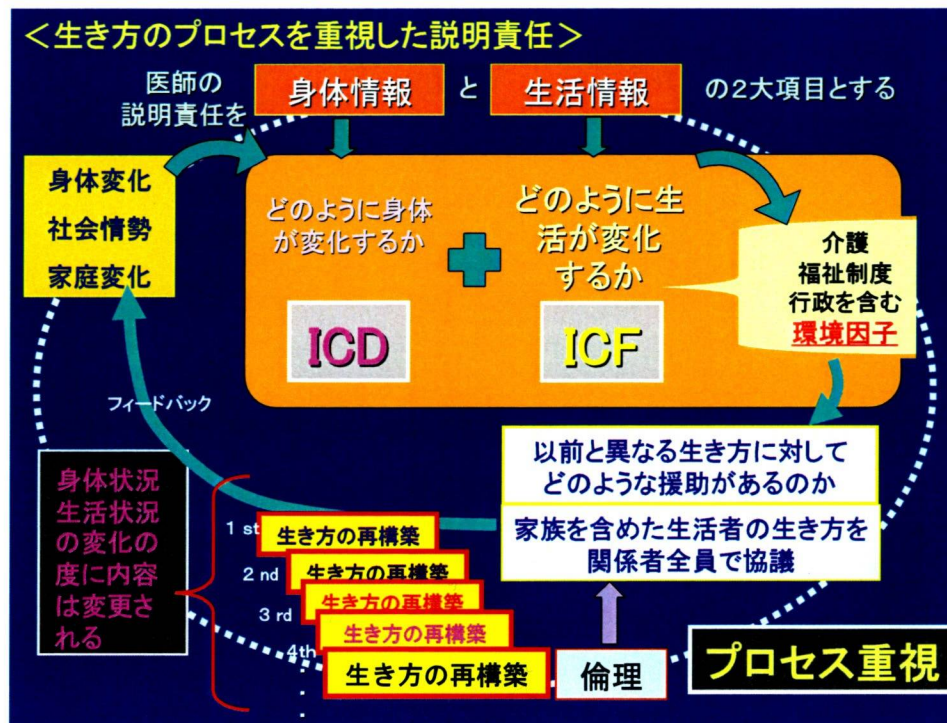


図 I-2 生き方のプロセスを重視した説明責任⁴⁾

参考文献

- 3) 上田 敏 ICF の理解と活用. きょうされん. 2007
- 4) 川島孝一郎 終末期の判断と終末期医療の方針決定. インターナショナル
ナーシングレビュー. pp21-28. Vol.31. No.2. 2008

Ⅱ．研究の概要

Ⅱ 研究の概要

1. 検討委員会による会議開催とその経過

〔検討委員〕

川島孝一郎 （主任研究者） 仙台往診クリニック 院長／医師
伊藤道哉 東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野 講師
小坂 健 東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野 教授／医師
武吉宏典 合資会社ディーズ・コンピュータ・サポート 社長

〔事務局〕

伊藤裕子 有限会社ポーの一族 事務部門
千葉宏毅 仙台往診クリニック 研究部門
白鳥夏美 仙台往診クリニック 研究部門
青柳彩子 仙台往診クリニック 研究部門
須田山応実 株式会社 アルプス技研

〔研究検討会議開催日および出席者数〕 会議開催数 計 7 回

第 1 回	平成 21 年 12 月 1 日（火）	出席者 10 名
第 2 回	平成 21 年 12 月 4 日（金）	出席者 10 名
第 3 回	平成 21 年 12 月 7 日（月）	出席者 11 名
第 4 回	平成 21 年 12 月 11 日（金）	出席者 9 名
第 5 回	平成 21 年 12 月 14 日（月）	出席者 11 名
第 6 回	平成 21 年 12 月 17 日（木）	出席者 8 名
第 7 回	平成 21 年 12 月 18 日（金）	出席者 8 名

2. 概要

『生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン』の作成

医学は、科学に内包され主観－客観論を基に集合論的に人間身体を理解し操作する学問であり、健康を満点として低下した機能を向上させる一般的医学知識（生理学・生化学・

外科的手術手技等すべて)やICD(国際疾病分類)等はこれに順ずる。しかし一方、集合的身体論とは別に、身体をより大きな機能を持つものとして、身体以外の生活活動・社会参加・環境因子・個人因子等との融合的身体機能として捉えるICF(国際生活機能分類)が、すでにWHOによって2001年から提唱されている。これはICD同様、WHOが提唱するWHO-FICの中心分類であり、また『五体不満足』でも生きて行ける重要な道筋を示すものである。これら二種類の身体論を提示することにより、治すこと一辺倒であった従来の医師の姿勢を、「治らない障害をありのままに受けとめる」ことから開始される「生き方を支える説明」が可能となるように変えてゆくためのガイドラインの作成が急務となる。

終末期医療のあり方に関する懇談会及び調査結果解析チームにて指摘された用語の意味の変遷を知ることにより、非常に誤解のあった用語使用が改善され、適切な医療とケアの提供に資する共通言語が確立する。

全7回の検討会議の中で上記の課題を整理し、終末期における医療とケアに関する各職種間の連携体制に関してまとめた。

終末期における生活者の『生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン』の作成は以下の過程で作成された。

- ①医療・倫理・ケアに関する専門家グループにより、検討委員会を設置。
- ②検討会議の開催時に、焦点とすべき項目の明確化、各種用語の確認等を経て、ガイドライン本文を作成
- ③複数回の会議を経て、本文の内容、各章ごとの整合性を確認。
- ④当該ガイドラインの運用に際し、医師等の教育システムの構築を検討。
また本ガイドラインは、特に終末期における医療者のための指針であるが、医学生の診療所での実習時や、初期研修医の地域医療研修の際にも活用可能である。
- ⑤生きることの集大成を支える相談支援ガイドラインの冊子以外に、電子媒体を作成。

Ⅲ. 生きることの集大成を支える 相談支援ガイドライン

『生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン』

1. 死を迎えるその時まで人は存在し生きている。人の存在と生が「それ自体尊いもの」として扱われなければならない。
2. 人は心身機能・活動・参加の統合された全体を維持している。死を迎えるその時まで統合された全体としての生活機能を支えることが、生きることの集大成を支えることである。
3. 生きることの集大成を支えるために、共通言語としての生活機能を理解する必要がある。生活機能とは『生きることの全体』である。共通言語の理解とは、人が生きることの全体を捉えるための「ものの見方・考え方を関係者すべてが共通に持つこと」である。
4. 生きることの集大成を支えるために、人が生きることにおける構成概念と実体を理解する。
5. 人が生きることに於いて利用される用語の適正な使用を行う。不適正な使用は人が生きることを阻害する。人が生きることを断念しないように計らうことが重要である。
6. 死を迎えるその時まで安心して人が生きることが確保されるために、緩和ケアに関するものの見方・考え方を関係者すべてが共通に持つ必要がある。人はすべて緩和される。緩和ケアを適切に利用する。
7. 具体的な生活支援策の提示と行動ができる。
8. 1～7. の項目を関係者すべてが理解する。理解可能であるための十分な説明を行う。説明が十分であることを示す詳細な記載を行う。
9. 1～8. を通じて、安心して人が生きることを構成できるように計らう。できない場合には、構成概念の再構成や実体としての緩和ケア・生活支援策の見直しを行う。
10. 死は生きることを成し遂げた集大成の延長上に、おのずから結果としてもたらされるものである。本ガイドラインは「人が生きる」ことを支える。したがって本ガイドラインは死を目論まない。また死を目的としない。

『生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン』の解説編

【本解説編の目的】

【目次】

【1章】すべての人に関係する共通言語としての「生活機能」について

【2章】実体と構成概念を理解する

1. 実体と構成概念を正しく理解する

2. 構成概念である言葉を正しく理解する（以下のすべては構成概念である）

- 1) 健康状態
- 2) 尊厳
- 3) 自分の死
- 4) QOL
- 5) 終末期
- 6) 延命
- 7) 無益性
- 8) 差し控え・中止と不作為・作為について
- 9) 事前指示
- その他) 安楽死

3. 構成概念の書き換え

4. 終末期の概念を整理する

【3章】生きることの集大成を支える相談支援の概念図

【4章】緩和ケア（終末期医療から緩和ケアへの転換）

【5章】ICF を用いて生きることの集大成を支えるために

1. ICF を用いた生き方の説明
2. 支援体制・連携体制
3. 生きるために必要な制度の理解

【6章】ICF を日本で有効に活用するために

1. 生活機能の重要点
2. 実際の活用場面と課題
3. ICF の今後の活用方法

【7章】まとめ

【本解説編の目的】

医療・介護・福祉は、人が生まれてから終焉を迎えるまで、いずれの時点においても一体的に提供されるものである。一般に終末期といわれる人生の終焉においてもこの提供は変わらない。

残された時間がわずかでも、人は今、ここに生きている。生きることを支えることが本ガイドラインの趣旨である。

死はより良く生きた結果として訪れるものであり、死を目的にしてはならない。

人生の集大成を支える医療・介護・福祉の一体的提供がなされるためには、いずれをも包括的に含む共通言語を要する。*共通言語は「生活機能」である。

生活機能とは、人が『生きることの全体』である。この概念はすべての人に関係する。したがって人生の終焉においても当然適用される。生活機能を基本として、本人が生きることを当たり前と感じ、かつ生きる事が継続される実体としての支援策が提供されることを目的とする。

本ガイドラインは、本人のみならず関係するすべての人が支えあうことにより、それぞれの生きる事が集大成されることを目指すものである。

『生きることの集大成を支える相談支援ガイドライン』の解説編は、本ガイドラインが正しく利用されるために必須の情報提供書であり、生きることの全体が共通認識による共通言語として語られるためのものである。

*：共通言語とは：生活機能モデルに沿って人が生きることの全体像を捉えるための「ものの見方・考え方を関係者すべてが共通に持つこと」である。

【1章】すべての人に関係する共通言語としての「生活機能」について

生活機能とは、WHO が 2001 年に提唱した ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health: 国際生活機能分類) の根底にある考え方であり、生きることの全体を示す共通言語である¹⁾。

生活機能上の問題は誰にでも起こりうるものなので、ICF は特定の人々のためのものではなく、すべての人に関係する分類である。ICF は「健康の構成要素に関する分類」である。ICF を用いて健康状態を包括的に捉え、分類の各項目について「問題がないか、あるとすればどの程度か」についての「量的把握」を行うことができる。

ICD と ICF は車の両輪である。ICD を用いた「病を治す」だけではなく、ICF を用いることによって「人を癒す」ことが実現可能となる。

この概念すなわち健康状態は単に心身機能のみで評価されるものではない。心身機能・活動・参加の全体像であり、本人が「このように健康である」と思考の上で構成する構成概念である。

生きることの全体を示す「生活機能モデル」を共通の考え方として、生きることの集大成に役立てることとなる。

参考文献

- 1) 大川弥生：生活機能とは何か。東京大学出版会、2007。

【2章】実体と構成概念を理解する

1. 実体と構成概念を理解する

1) 実体（実在性）：思考の内にのみ存在する観念と独立に、事物、事象として在立すること¹⁾。

2) 構成概念：我々の知覚において完全には与えられはしないが、我々が知覚する事柄を理論的に説明するために構成され、導入される概念²⁾。

（例：他人の死は知覚される実体であるが、「自分の死」は決して知覚できない、経験されない構成概念である）

人がそのときに直面する状況認識は、実在している「実体」と、本人や周囲の人が「このような状況である」と心の上で構成した「構成概念」の二つに、意味づけを変えることができる。人の幸福感、人生の充実感などは構成概念の代表である。

医療とは、患者が生きてる際に、実体の改善だけでなく、人の構成概念を改善できるように支援するものである³⁾。

終末期は本来、実体に対する科学的概念としては定義不能⁴⁾であり、人が意識の上に構成する構成概念であるが、今まで行われてきた終末期医療の議論の中では実体と混同され議論されてきた。

終末期という認識は人により状況によって異なり差異があることが普通であり、その中にさまざまな人の一生がある。人はある状況を終末期と思い込むことがあるとともに、終末期ではないと思うことも不思議ではない。

このため、終末期が構成概念であるにもかかわらず実体と誤認し、終末期医療に客観的な規定を設けようとしたために、医療現場に多くの混乱を引き起こした。

「終末期に行われる延命治療は無意味」という考え方や「終末期の患者は生きるに値しない」とする考え方によって、重篤な病気に悩む患者・難病・高齢者の人生に対する不安を引き起こし、かえって生活の質を低下させてしまうことになる。

生きている以上、人は自分自身の死を客観的な実体として認識することは不可能である⁵⁾。治らない病気に際しても、社会や医療との関係性の中で、どのように生きるかを心の中で構成することを通して現在を生きている。

したがって、本来心が構成する概念である「生き方」に対して、あたかも実体であるかのように定義・規定・法則等を当てはめてしまうことは、心の自由度を狭めてしまうこととなる。

心は規定されない。実体と構成概念を混同しないこと。そして、「このようにより良く生きる」という生き方に根ざした、生き方の集大成が意識の上に構成されることが、終末期におけるより良い生き方の最も基本となる。

以下に示す終末期に関連した語句はいずれも構成概念である。実体として存在するように見えるものにも、思考が構成した意味づけが概念として付託されている。どのように構成を変更するかによって医師・患者の双方が歩み寄りあるいは離れ、かつ生きてよかったと思えるか、いつそ死を選ぶのかが決まるといっても過言ではない。意味づけの重要性が認識されるべきである。

参考文献

- 1) 下中 弘：哲学事典、pp597、平凡社、1992。

- 2) 下中 弘：哲学事典．Pp469、平凡社、1992.
- 3) 中島孝：治療困難な病態におけるケアと QOL 概念．新しい診療モデルをめざして—人間学、倫理・哲学的視点での検討— 第1回国立病院機構新潟病院・静岡大学人文社会科学研究所臨床人間科学専攻合同セミナー報告書、2009.
- 4) NIH Consensus Development Program
<http://consensus.nih.gov/2004/2004EndOfLifeCareSOS024html.htm>
- 5) 川島孝一郎：終末期の決定プロセスのあり方とニューロエシックス．臨床神経学、2008.

2. 構成概念である言葉を正しく理解する（以下のすべては構成概念である）

1) 健康状態¹⁾

健康状態は構成概念である。

健康状態は単に心身機能のみで評価されるものではない。心身機能・活動・参加の全体像であり、人が「このように健康である」と思考の上で構成する構成概念である。（図1）

基底還元主義²⁾あるいは要素還元主義による科学的身体論に偏重しやすい医学的視点に対して、ICFは健康を、心身機能・活動・参加の全体像として捉えることにより、集合体として見られやすい心身機能を、活動・参加を含めた総合的に人を見る「統合モデル」と考える。

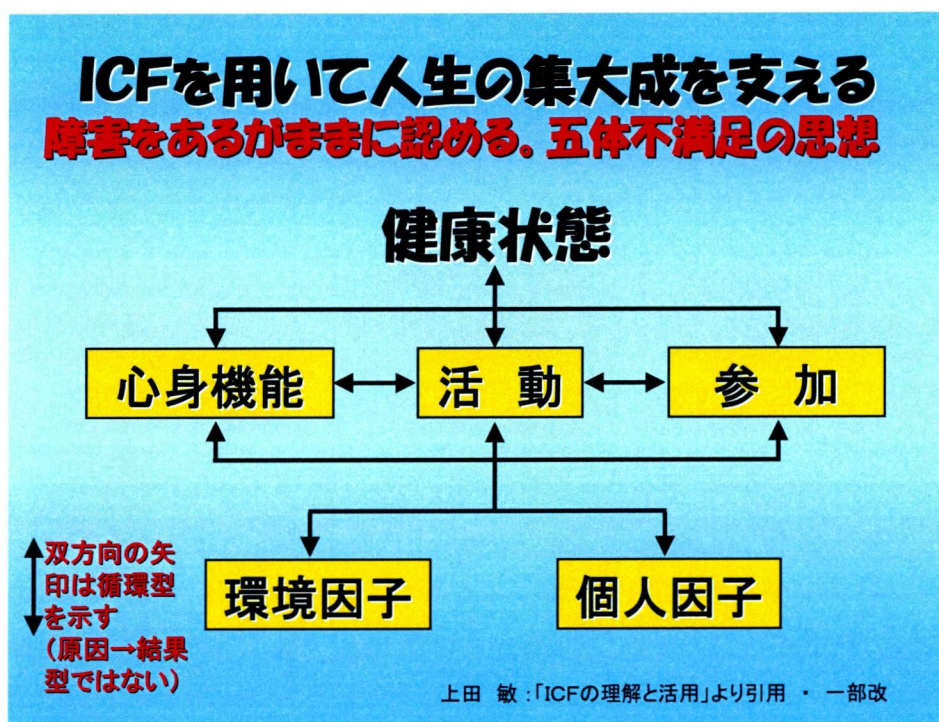


図1

従来、医学が用いてきた基底還元主義あるいは要素還元主義による健康状態の評価の概略は図2のように示される³⁾。

心身の健康を100%と見立て、老化・病気・事故等による心身の質・量の低下を不健康とみなす。比較論・価値論であり較差を数値化し、標準化された低下状態に対して価値を上げる努力目標を立てることが可能となる。

基底還元主義あるいは要素還元主義は比較評価により標準化可能な利点があるため、疾病・傷病が治療可能な場合において力を発揮する。「下がった点数を回復しましょう。」「胃がんを手術で取り除きましょう。」「肺炎を抗生物質で治しましょう。」等はこの類である。医学の進歩や文明の発達も同様である。

しかし、この主張を治療不可能な場合に当てはめると問題が生じる。治らない疾病・傷病は低下した点数のままで、「あなたは100点満点の5点である。」等の評価を下される。さらに「あなたの点数は回復不能である。」と医師が主張せざるを得なくなる。

回復不能であることを伝えられた患者は、「点数が5点しかない。」と絶望する。しかも医療的な対処法がないと宣言されるため逃げ道に窮する。解決法を探したあげくに、説明した医師も、説明を受けた患者側も「生きられない。」という袋小路でさまよい、結果としてある点数以下になった人は、両者ともにすべて標準化した終末期という概念を当てはめ画一的な対処を求めようとする。

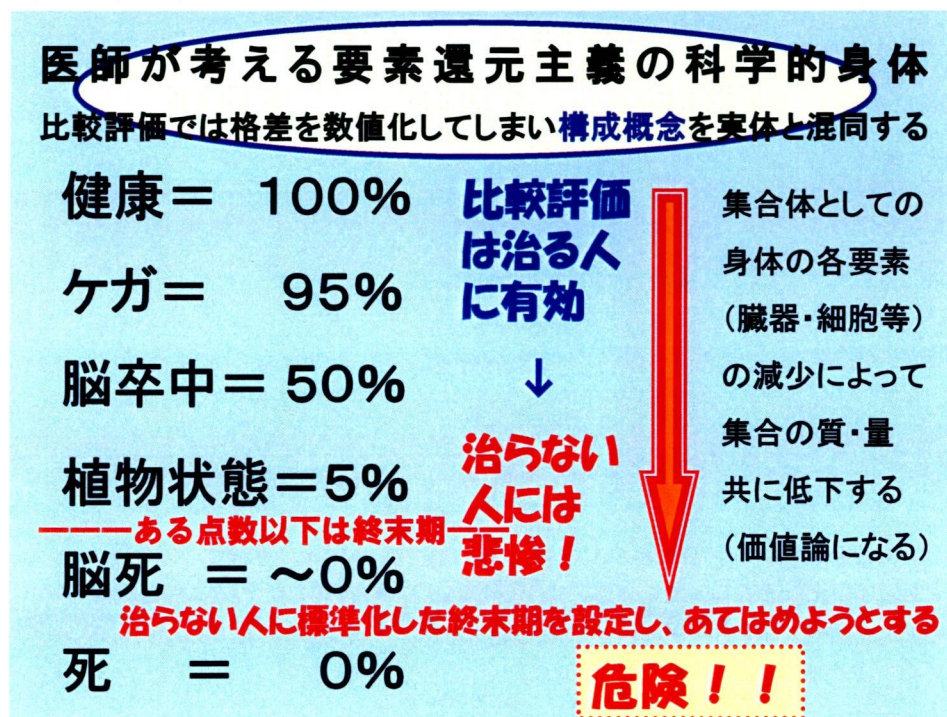


図 2

このように構成概念であるものを点数化できる実体と誤認する。終末期及びその対応を一律に規定しようとする主張の根拠は基底還元主義や要素還元主義から派生する。

したがって、治療不可能な場合にこの思考プロセスを用いてはならない。

『治療不可能な場合』には、どのようなプロセスを要するであろうか。

ICF は、健康を、心身機能・活動・参加の全体像として捉えることにより、集合体としての心身機能ではない、活動・参加を含めた総合的に人をみる「統合モデル」と考える⁴⁾。(図 3)

「統合モデル」における健康状態は、衰えた心身機能を持ちながら行い得る精一杯の活動・参加の統合された全体として捉える。置かれた状況においてできる限りの平衡状態を保っているならばそれを認めるものである。

植物状態の人が行える最大限の仕事は「まさに生きているというそのもの」とであるとすれば、その状態をそのまま認め、かつ維持できるように計らう。

そのまま認めるか否かは人間の思考が構成することであり、したがって健康状態は構成概念である。
単に物理的に完全な身体機能を持って健康状態と解釈するものではない。



図 3

治療不可能な状況に置かれた人は ICF の健康状態を用いることにより、いずれの心身機能においてもその状況下での統合された健康を維持しているとみなされる。これにより治療不可能な状況に置かれても下がった点数評価に囚われることなく、「新たな健康状態にいる」とみなすことが可能となる。置かれた状況での精一杯の生き方を支えることで当該健康状態は維持される。

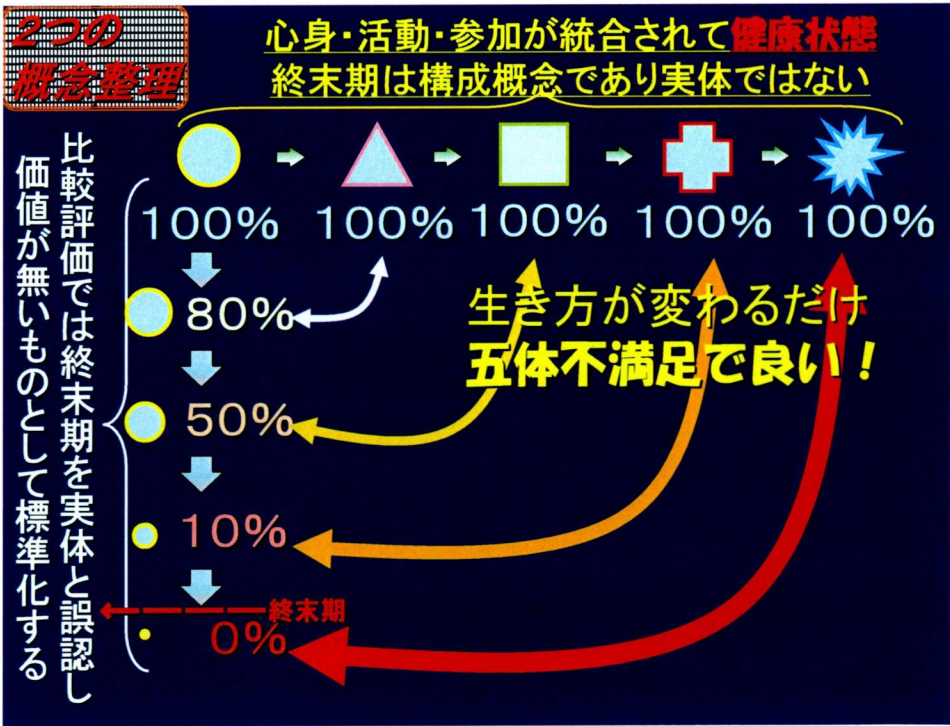


図 4

このように、健康状態の概念は二つに大別され、

(1) 基底還元主義または要素還元主義による、比較評価可能な標準化された較差を持つ心身機能として表される健康状態。治療可能な場合に有効。実体として誤認されやすい。

(2) ICF による、心身機能・活動・参加が統合された全体像としての健康状態。いずれの状況においても健康とみなすことが可能である。治療不可能な場合に有効。構成概念。

がある。この二種類の健康状態を模式的に示したものが図4である。

横軸にあつては、治療不可能であっても心身機能・活動・参加の統合された全体が、状況に対応した形態（●：いわゆる健康体）→（▲：脳梗塞半身麻痺でも介護保険と自立支援法で快適生活）→（■：胃瘻から毎日晚酌で日本酒を楽しむ）→（✚：人工呼吸器を着けながら京都旅行。選挙で投票に行く）→（✳：脳死状態でも自宅に帰り家族と生活）を、その状況ごとに精一杯保っていれば健康状態と構成する。五体不満足でもより良い生き方が可能という思想である。

参考文献

- 1) 大川弥生：生活機能とは何か。東京大学出版会、2007.
- 2) 上田 敏：ICF の理解と活用。きょうされん、2007.
- 3) 4) 川島孝一郎：在宅医療のグランドデザイン 平成 19 年度長寿医療研究委託費

2) 尊厳

尊厳は構成概念である。

本来、日本では使われていなかった言葉で、明治時代に政治と宗教を論じる場面に用いられたのが最初（1874 明六雑誌 第5号）である。その後利用される対象が「個人」に変遷してきたが、従って当時とは意味も変遷していると見なすことができる。

英語には二種類の尊厳がある。

一方は Sanctity である。Sanctity of Life（生命の尊厳）などとして使われる。Sanctity は「それ自体尊いもの」である。人間は誰しも尊厳そのもの。健常人も、障害者も、植物状態の人も、ホームレスで生活する人も、人間として誰しも尊厳そのものである。

心身機能を比較して健康から低下した状態と如何に位置づけたとしても、尊厳を Sanctity と構成した場合においては、いずれの状況下で生きる形態が変化したとしても、いずれの状態も尊厳そのものと意味づけることが可能となる。

すなわち、図4の横軸にあつては、治療不可能であっても心身機能・活動・参加の統合された全体が、状況に対応した形態（●：いわゆる健康体）→（▲：脳梗塞半身麻痺でも介護保険と自立支援法で快適生活）→（■：胃瘻から毎日晚酌で日本酒を楽しむ）→（✚：人工呼吸器を着けながら京都旅行。選挙で投票に行く）→（✳：脳死状態でも自宅に帰り家族と生活）を、その状況ごとに精一杯保っていれば尊厳そのものと解釈する。

五体不満足でもより良い生き方が可能である。

Sanctity:人間は誰しも尊厳そのものである。これは優劣のない平等の思想に関連する重要な概念である。一般に「人の尊厳」は Sanctity：それ自体尊いものと理解される。

他方で Dignity という尊厳がある。元来高貴、威厳、高位という意味を持つ。したがって、ものごと

を価値（価値論は比較による）として比較する内容となる。Dignity が低い場合には、すなわち尊厳がないと解釈され「生きるに値しない」と比較評価される。比較論であるため優劣を数値・点数等で評価する解釈になりやすい。何点以下の人は「生きるに値しない」と評価されると標準化した差別が行われる危険性をはらみ、この概念によるホロコーストが歴史の過去に何度も登場している。（図2：実体と考える・価値判断で比較し優劣をつけた尊厳概念¹⁾）

Dignity: 比較される人間の価値としての尊厳である。

この語彙の使用に際しては十分にその危険性を認識すること。使用する側が知らず知らずに人を比較し人に価値をつけている。価値がある人間・価値が無い人間等の差別を行う「自分」に気づく必要がある。

参考文献

- 1) 差別化された尊厳概念については → ヘルガ・クーゼ、『生命の神聖性説批判』飯田亘之他訳、東信堂、2006年6月

3) 自分の死

自分の死は構成概念である¹⁾。

人は誰も死を迎えることについて異論はないであろう。

しかし、自分の死について考えると事情は異なる。我々の知覚作用が消失する死においては、生きている時点で客観的な「他人の死」をまざまざと見ることはできても、「自分の死」は決して知覚できない。すなわち自分の死は絶対的に実体としては知覚されないのである。

- (1) 死は人生の出来事ではない。人は死を体験しない。ウィトゲンシュタイン: 論理哲学論考、6. 4311、R & K. P.、London、1978.

- (2) 死ぬことは、もはや他人によってしか存在しないように宣告されること。他人の観念の勝利。サルトル: EN、pp615-633、現象学事典、p165、弘文堂、東京、1994.

したがって、絶対的に経験不可能な死に関して、いかに説明したとしても、そのあらゆる説明は本人にとってはあくまで構成概念でしかない。

- (3) 生きている今の自分を自ら引き受けようとするにおいて、死を先駆的に構成することは本人の実存可能性と結びつく。ハイデガー: SZ、§ 46 - 53、現象学事典、p164、弘文堂、東京、1994.

死について思いをめぐらすことは、生きている今を如何に生きるかとしてのみ経験可能であるため、如何に死ぬかではなく「如何に生きるか」ということとなる。

- (4) われわれは常におまけに死ぬのである。サルトル: EN、pp615-633、現象学事典、p165、弘文堂、東京、1994.

自分の死は知覚されない以上実体ではなく構成概念である。生きている今を如何に生きるかについて、①医師を含めた関係者と患者・家族との間で「より良い生き方」の協議が十分に行われること、②生きている今が十分に保障されること、③残された時間がわずかでもより良く生きることが可能な体制整備が構築されること、等が重要である。

- 1) 川島孝一郎: 終末期の決定プロセスのあり方とニューロエシックス。臨床神経学、2008.