

日本の針路、この考えはどうだ！

『〈自分らしい生〉を全うするための意思決定のあり方とは何か  
〜アドバンス・ケア・プランニングを現象学からみる〜』

東京大学 教育学部 3年

小川 護央  
おがわ もりお

## 目次

1. はじめに	35
2. 意思決定モデルの歴史	36
2-1 意思決定モデルの歴史	37
2-2 意思決定困難時に備えた事前的取り組み	37
3. 医学的視座と現象学的視座のありよう	38
4. 現象学的視座からみた目指されるケアのあり方と その実現に求められるもの	40
4-1 現象学的視座からみた、目指されるケアの あり方	40
4-2 「安らぎ」はいかにして達成されるのか	40
5. 現象学的視座からみた人間存在について	41
5-1 人間存在とは何か	41
5-2 人間存在はどのようなあり方で生きている のか	41
5-3 時間性という鍵	42
6. ACPの意義とは何か	42
7. 総括	44
参考文献（五十音順）	46

## 梗概

この現代において、終末期にどう生き、どう死にゆくのか、このことに対する関心は高まっている。自分の生命に向き合うことは、自分の死に対してどのように向き合うのか、その意思決定を迫られる営みに他ならない。この困難極まる意思決定に関して、求められるものはなんなのか。本稿ではその問いに対して、現象学の視座から、アドバンス・ケア・プランニングを題材に検討を試みる。具体的には、看護学における現象学的な研究の一端として、ACPという対象に対しての現象学的な分析を試み、意思決定プロセスとしてのACPの意義について検討する。

第1章では問題関心や研究方法、論文の意義についての概略を整理した。第2章ではまずACPについて論じる前提として、医療における意思決定のモデルのあり方についての変遷を、会田(2017)の記述を参照し整理する。第3章では医学的視座と患者の視座の差異を現象学的視座を加えることで明瞭にし、医学的視座の射程外にある患者の経験の意味について考察する。第4章・第5章においては、ハイデガー、メルロ・ポンティ、ベナー／ルーベルの思想について、榊原(2018)の記述を軸に整理する。第6章においてはそれまでの議論を踏まえながらACPにおいて志向されるべきものを論証する。そして第7章においては総括と考察を加え、

敷衍してACPの実践の意義について私見を記述する。

### 1. はじめに

答えのない問いに対し、我々はいかにして向き合うことが求められているだろうか。昨年2019年3月には、東京都の公立福生病院における透析中止問題がメディアに大きく取り上げられた。同年6月、外国人の安楽死が世界で唯一認められているスイスへと渡航し、安楽死を選んだ日本人女性のケースがテレビで取り上げられた。人生の終わりをいかにして迎えるかという問いが投げかけられている。超高齢社会の到来が声高に叫ばれ、それに伴う認知症リスクに対しての対応や、高齢者福祉にまつわる多角的な議論が絶えない。この現代において、終末期にどう生き、どう死にゆくのか、このことに対する関心は高まっている。

そんな中で、我々はこの避けられぬ、しかし答えのない問いにどう答えられるだろうか。自分の生命に向き合うことは、自分の死に対してどのように向き合うのか、その意思決定を迫られる営みに他ならない。この困難極まる意思決定に関して、求められるものはなんなのか。本稿ではその問いに対して、現象学の視座からそのありようを探る。

今回題材とする意思決定、特にアドバンス・ケア・プラン

ニング（以下ACPと表記）の先行研究としては実践研究、文献レビューなどが主である。谷本ら（2018）によれば、国内のACP研究は、その方法として現場の人間に対しての質問紙・インタビューを用いた記述研究、介入研究、および診療録を用いた調査・比較と文献レビューがなされており、角田（2015）は研究課題として具体的な実践についての研究が今後求められると指摘している。これらを総括すれば、実践における研究に対しての期待が大きいと言えよう。他方、谷本ら（2018）、大濱ら（2019）は同様に日本におけるACPの定義の錯綜に対しての懸念を示している。特に、日本的な文脈に即したACPのあり方を求める指摘が倉林ら（2016）を中心に複数存在する一方で、近年では沖永（2019）などの研究にとどまっている。

こうした研究動向の中で、理論的土台を模索するような研究は、日本語論文においては存在していない。それを踏まえて本稿では、看護学における現象学的な研究の一端として、ACPという対象に対しての現象学的な分析を試み、意思決定プロセスとしてのACPの意義について検討する。

第2章ではまずACPについて論じる前提として、医療における意思決定のモデルのあり方についての変遷を、会田（2017）の記述を参照し整理する。第3章では医学的視座と患者の視座の差異を現象学的視座を加えることで明瞭にし、

医学的視座の射程外にある患者の経験の意味について考察する。第4章・第5章においては、ハイデガー、メルロ＝ポアンティ、ベナー／ルーベルの思想について、榊原（2018）の記述を軸に整理し、第6章においてはそれまでの議論を踏まえながらACPにおいて志向されるべきものを論証する。そして第7章においては総括と考察を加え、敷衍してACPの実践の意義について私見を記述する。

## 2. 意思決定モデルの歴史

本稿での問いに答える前提として、本章では医療における意思決定のモデルのあり方についての変遷を、会田（2017）の記述を参照し整理する。時代と社会環境の変化に伴い、医療技術は進展してきた。その中で治療法などの選択肢が増加するとともに、価値観の多様化や情報開示・共有に対する要求が高まったことを背景として、これまで意思決定モデルは変容してきた。具体的に言えば、父権主義モデルからインフォームド・コンセントモデルを経て、現在は情報共有・合意モデルへとそのフェイズを移している。また、これに加えて、意思表示が困難な場合に対応する取り組みである、事前指示（以下ADと表記）とACPについても整理する。

## 2-1 意思決定モデルの歴史

父権主義は、古くはギリシャのヒポクラテスの時代からの伝統的なモデルである。医師の権威と裁量による決定がなされ、医学的な専門性、知識、情報に乏しい患者側の弱みを、医師という存在が補う形をとる。しかし、ここで問題なのは、裁量権は全てが医師にあり、患者側の意思が介入される余地が無いということだ。

この問題に対して、インフォームド・コンセントモデル（「自己決定」モデル）が生まれた。これは患者の「自己決定」を尊重するモデルであり、具体的には医師から医療行為に対する説明を与えられ、それに対して患者が同意をするかどうかを判断するモデルである。このモデルは、パターナリズムに対しての揺り戻しとしての動きでもあり、医師は患者の価値判断には介入すべきではないとされた。つまり、医師はあくまで患者に診断や治療法の選択肢などの情報を提供し、患者が自分で判断し自己決定することが目指された。そして患者が望めば患者が自己決定できるように医療者が支援する形が、医療倫理・臨床倫理上のあるべき意思決定の姿とされた。こうして、父権主義モデルにおける医師の課題な裁量権のありようからは脱却し、患者本人の意思がより反映されるようになった。しかし、意思決定に関してはその表明に困難が存在しよう。

そういった課題を踏まえ、現在考えられているのが情報共有—合意モデル（「共同決定」モデル）である。このモデルは、患者側と医療・ケアチーム側の共同意思決定を目指すものである。患者は自分自身の価値観や考え方を医療者に伝え、それに基づく治療法の選択肢の検討を医療者と共同で行う。場合によっては、医療行為の目的設定まで行う。そして、このプロセスの中では患者の語りに対して傾聴することを重視し、双方向的な情報交換・コミュニケーションを進めていく。そんな中、このモデルにおいて医療チームは、専門職として患者の助言者となる役割も求められている。

## 2-2 意思決定困難時に備えた事前的取り組み

以上に整理したように、患者の意思決定をより尊重できるように、意思決定のモデルは変化してきた。しかしながら、依然として意思表示が難しい場面は存在している。その困難の克服の試みとして、事前指示（以下ADと表記）とACPが存在している。

まずADであるが、これはリビングウィル（以下LWと表記）の執筆と、意思決定代理人の指名をその内容としている。これによって、事前に意思を表明することで意思決定の困難の克服ができ、患者の権利を守る可能性が開かれた。しかし難点としては、状況や意思の変化に対応することが難しいと



いうものがある。この難点に対して対応を試みようとして、厳密なLWを用意することも可能ではあるが、一方で、そのLWからは現場で適用可能な柔軟性が失われてしまうという問題がある。そのほか、いざという時に指示書が見つからないケースや、意思決定代理人と本人との考え方に相違が存在しているケースがあり、また本人1人での意思決定では、その真意が周囲の人間に理解されていない場合、その内容を拒否してしまうケースが懸念として挙げられている。

そこで新たな形で模索されている克服の試みが、ACPである。これは、共同意思決定の支援に相当し、意思決定モデルにおける情報共有―合意モデルに対応するものである。内容としては、医療・ケアスタッフや家族などの重要他者と、本人がその価値・死生観・信仰・信念・人生の目的などを共有することが挙げられる。そしてその上で、診断と治療の選択肢・予後の情報も共有し、本人の治療計画を共同で作成するというものである。また、計画作成後も相互のやりとりに沿って必要な見直しを行う。

ACPは、一回きりの意思決定・意思表示ではなく、意思決定のプロセスであるということが重要である。人間の意志は必ず揺らぐものである以上、一度計画したものが普遍的に妥当であるはずもない。そんな中で、患者やその家族と、医療・ケアチーム側が相互に綿密なコミュニケーションを行う

ことで、可能な限り患者当人らにとって妥当な意思決定を目指すもの、それがACPなのである。

### 3. 医学的視座と現象学的視座のありよう

前章においては、意思決定モデルの変遷と、意思表示の困難を事前に回避するための取り組みを整理した。本章では、引き続き本稿での議論の前提として、医学的視座では把握しきれない、患者の「病気」経験について、現象学的視座を手掛かりに整理する。具体的に言えば、患者と医師の「ものの見方」の相違に関して、ベナー／ルーベル（1999）と、彼女らの議論をもとに論を展開した榊原（2018）の議論を参照し整理を試みる。

ここで提示するのは、自然的態度<sup>1</sup>と自然科学的態度の齟齬である。榊原（2018）によれば、自然的態度とは、ごく自然にものを見たり、使ったり、人に出会ったり、何か行爲をしている時に意識が間主観的<sup>2</sup>にとっている態度のことである。一方で自然科学的態度とは、自然科学を営む際に意識が取る態度を指す。この態度は、自然科学の成立の在りように即応したものである。自然科学は、自然の探求が直に見たり触れたりする日常的な感覚的経験から離れたものである。すなわち、自然的態度からは距離を取られたものである。それ

が科学者たちの間主観性において自然が記号と数式によって数学化され、精密な因果関係を表現した関数的な自然法則によって捉えられて成立していった。このように、自然を数式化し、因果関係を関数的な「自然法則」で捉えるのが、自然科学的態度であり、医師がとる医学的態度はこの中に含まれるものとして考えれば良い。

では、医療の現場ではその立場の違いは具体的にどのような立ち現れるであろうか。ここでは、ベナー／ルーベル（1999）の議論に即し、〈疾患〉と〈病い〉の違いについて紹介する。ベナーらはアメリカの精神科医で医療人類学者であるアーサー・クラインマンによるこの2つの区別を受け、それぞれを定義づけている。ベナーによれば、疾患とは、「細胞・組織・器官レベルでの失調の現れ」であり、〈病い〉とは「能力の喪失や機能不全をめぐる人間的経験」である。

トゥームズ（2001）は、この患者と医師の見方の違いについて5点にわたって指摘している。(1)患者は本来、日常生活に及ぼす影響という観点から、病気を〈病い〉として経験する一方で、医師は、病気を「ある特定の疾患を明確に示すような身体の徴候と症状の集合」として理解する。(2)患者は、あくまで日常の生活の語彙で病気を語る。一方で、医師は、病気を「客観的な」定量可能なデータに基づいて主題化するような「心の習慣」を持っている。それゆえに、臨床

データだけがもつばら患者の病気の「現実」を表すものとして認識される。(3)医師は自然科学的態度を習慣的にとり続ける。患者の病気を「客観的な科学的構成概念によって概念化」し、病気を例えばなんらかの臓器の失調として事物的に対象化することによって、これを「疾患」という客観的な存在として捉える。そのため、あくまで「疾患の正確な診断」ばかりが目指され、患者の「主観的な〈病い〉の経験」は無視される。(4)患者は、自身が本来的に脆く傷つきやすい存在であったことに直面し、死に対する「根源的な不安」に支配される。その際、患者にとつての関心事は、「健康を完全に回復できるのかどうか、以前の生活に戻るのかどうかである。しかし医師にとつては生理学的、解剖学的な臨床データが最重要であり、関心の対象はあくまで、医学的介入が可能かどうかを決定することである。(5)患者にとつて〈病い〉は、個人的で具体的な、自分に特有のものとして経験される。しかし、医師は、類する疾患の一典型例として捉え、専門家だけが利用できる専門的知識によって「科学的類型化」を行う。すなわち、その症例に直面する数多い患者のうちの1人との認識にとどまる。

このようにして、多岐に渡っての指摘がなされているが、共通することは、患者側の立つ自然的態度と医師側が立つ自然科学的態度との間には、大きな認識の溝があるということ

だ。医学的な妥当性はもちろん踏まえてしかるべきではある。しかし、単に医学的見地から「病氣」について考え、患者に対しての適切な対応を模索することが、患者の意思の尊重を妨げることが見て取れる。

#### 4. 現象学的視座からみた目指されるケアのあり方とその実現に求められるもの

前章では、医師と患者との視点の違いから、医学的視点のみ立つことで患者の〈病い〉の体験の意味が見落とされる懸念について指摘した。本章ではそれを踏まえ、意思決定において目指されるものを、榎原（2018）とベナー／ルーベル（1999）の議論を参照しつつ提示する。そしてその上で、その実現の上で求められるものについて指摘する。

##### 4-1 現象学的視座からみた、目指されるケアのあり方

ベナーらは「安らぎとしての健康」の回復と増進こそが看護ケアの目指すべきものであるとしている。ここでいう「健康」とは何だろうか。ベナーによれば、「心と体と精神を統合的に捉える見方」に基づき、「状況<sup>3</sup>づけられた可能性」という考え方に立脚して、心身統合的な「安らぎ」として理解されるものであるとする。その上で「安らぎ」を、「人の持

つ可能性とその人の実際に実践と生きられている意味との適合・調和」と定義している。そして、その前提には、「人が何か・誰かを気遣うとともに、自分も誰かから気遣われていると感じること」があるとしている。

つまり、誰かを気遣い、気遣われているという感覚があれば、病の中においても、その身体的制約の中で自分なりに満足のできる何かを行い、そして精神を満たされるなら、その時に人は安らぎを感じられる、とベナーらはこのようにいうのだ。

榎原も「安らぎ」は、「その人がそうありたいと思っっている在り方」が実現されることに他ならず、そしてそれはあらゆる医療ケアにおける究極の目標ではないか、との指摘をしている。

##### 4-2 「安らぎ」はいかにして達成されるのか

さて、では具体的にどのような形でそれが達成されるのだろうか。それは対話のプロセスであると榎原は指摘する。

患者の〈病い〉の語りは、主観的体験として語られ、客観的な時間尺度の単位にそって説明することは難しい。しかし医師はあくまで、「客観的な時間尺度を用いて、身体的事象と生物学的プロセスを測定し、患者の〈病い〉を疾患として定義して」、治療介入を計画しようとする。ゆえに客観的な時間尺度で語れない患者は「信頼できる語り手」として信頼

されなくなる。こうした齟齬から、患者側と医師側はお互いにお互いを分かり合えないままに病氣に対峙することとなる。

それを避けるためにも、「医学の声」よりも患者が語り、紡ぐ「生活世界の声」を聴こうとすることが求められる。患者による「〈病い〉の物語」は、〈病い〉の直接経験である「身体と自己と世界の混乱」を語る。そして、「語り」によって個人の生活のコンテクストの内部に〈病い〉は位置付けられ、その特定の生活状況に内在する意味の成り立ちを開示される。ここから、患者の語りに対して耳を傾けるあり方が求められるのだ。

## 5. 現象学的視座からみた人間存在について

前章では、ケアにおいて目指されるものとしての「安らぎ」と、自然主義的態度と自然科学的態度を乗り越えるためには対話が必要であることを指摘した。本章以降ではそれから敷衍し、ACPにて志向されるものを考えていくが、まずはその土台として本章では現象学的に見た人間存在のあり方について整理し、本稿の問いに答える土台とする。

### 5-1 人間存在とは何か

人間とはどういう存在なのか。ハイデガーによれば、人間は現存在である。現存在とは、榊原の説明を借りると、「自分が存在することにおいてとにかく自分が存在することそれ自体が問題となる存在者」<sup>5</sup>である。言うなれば、人間は迷い考えながら、その迷いは生きる以上必ず伴うものであると了解しながら、意思決定をしていく存在なのである。そして同時に、人間は世界内存在であるとする。前提として、ハイデガーは生活世界を〈何が何のためなのどのような道具<sup>6</sup>であり、何をどうすれば使えるのかが漠然と了解されている、道具の連関としての親しまれた馴染みの世界〉として捉えている。世界内存在とは、そうした世界の中で、道具を用いて行為したり、人々と関わったりしている現存在のあり方を指すものである。そしてそんな人間は、世界の営為のなかで、「気分」づけられるものだという。そしてその中で、自分自身の状況を「了解」しつつ、その度に未来に向けて何かを企てている、それが人間なのだ。

### 5-2 人間存在はどのようなあり方で生きているのか

では、そんな人間はどのようにして生きているのだろうか。ハイデガーは、日常の現存在は〈非本来的自己〉であると指摘している。そしてそんな自己を〈本来的自己〉に引き戻す



のが死の存在であるとする。

ハイデガーによれば、人間は日常、〈世人への頹落〉に陥っている。〈世人への頹落〉とは、「道具や他者の方から自分を了解する」ことがいきすぎることによって生まれる、現存在のあり方であり、言うなれば、「本来の自己」を見失っている状態のことである。

そんな人間を〈本来的自己〉へと引き戻すものこそが、死への不安である。そもそも現存在は常に「死にかかわりゆく存在」である。ハイデガー曰く、死とは、「最も固有な、没交渉的な、追い越し得ない可能性」である。つまり、死は、不可避であり、自分以外が引き受けさせることはできない。この事実に対して、現存在は目を背け逃避しているが、根本的には絶えずこの「死」への不安と同居している。

ではそんな死への不安からいかにして「引き戻される」のかといえ、それは〈先駆的決意性〉によるものである。〈先駆的決意性〉とは何かといえ、自分一人で引き受けられない最も固有な、最終的な可能性である自らの死をめぐり、この可能性を自分のものとして引き受け、最も自分らしいあり方であろうと決意することである。つまり、この決意をもって、世人は自己を省察し、本来的自己へと立ち戻っていくのである。

### 5-3 時間性という鍵

では、そんな〈先駆的決意性〉を可能にするものとは何か。それは、ハイデガーもベナーらも同じく指摘する概念である時間性<sup>7</sup>である。時間性とは、自らの死という可能性に向き合いつながり自分があるべき自分へと「到来」させる事で、自分のこれまでのあり方を改めてありのままに引き受け、その時々々の状況の中で現存している道具と現に向き合うという現存在の存在構造を指す。時間性を踏まえた現存在のあり方としては、「既在する」ことと「現成化する」ことが挙げられる。前者は「自らが既に経てきたこれまでのあり方を改めてありのままに引き受ける」ことであり、後者は「その時々々の状況の中で現存している道具と現に向き合う事」に他ならない。ここから総括すれば、〈先駆的決意性〉は、「既在しつつ現成化する到来」という構造によって可能になる。その構造の中で、自分らしい未来をめぐり、過去を踏まえつつ、現在において行為することが始まるのである。つまり、志向する未来を踏まえ、過去の意味を屹立させ、それを踏まえて現在に行為し、〈本来的自己〉へと回帰するのである。

## 6. ACPの意義とは何か

前章では現象学的に見た人間存在のあり方を、ハイデガー

やベナーらの認識を軸に総括した。そしてその上で、根底に常に存在している死への不安に向き合い、〈先駆的決意性〉をもって〈本来的自己〉への回帰が導かれることを論じた。

本章においては、ACPにおいて目指されるべきあり方について論じる。第2章の繰り返しになるが、ACPとは医療・ケアスタッフや家族などの重要他者と、本人がその価値・死生観・信仰・信念・人生の目的などを共有するものである。そしてその上で、診断と治療の選択肢・予後の情報も共有し、本人の治療計画を共同で作成するというものである。そしてその営みはプロセスとして、継続的になされるものである。

このプロセスを通じて目指される状態とは何か。それは、榊原のいう患者を〈トータルにみる〉ことの達成である。「みる」には、見る、観る、看る、診る、などが包含されており、患者を疾患を持つ患者として診るだけではなく、その患者の日常生活の様子を含めて、人間としてトータルに捉え、関わっていくこと。これが目指されるものである。これはまさしく前述の議論を踏まえたものであり、自然主義的態度を乗り越えることが求められているということに他ならない。

しかしこの指摘に留まってしまつては、ACPではなくあくまで看護総体に対しての指摘に過ぎない。本稿において指摘するのは、意思決定のあり方としてのACPのあるべき姿である。

改めて、ACPの意義とは何であろうか。まず一つ、意思決定の妥当性が高まる、という点はもちろん存在していよう。対話を繰り返し、互いを理解する中で、当人・家族と医療ケアチームが一体となり、いわば1個人(私)としての患者の自己概念が拡張され、患者たち(私たち)として、その集団全員が納得する妥当な意思決定を導くことに資する点が指摘できよう。そしてそれは、ある種「納得のいく意思決定をした」という患者本人だけではなく、「納得のいく意思決定を助けた」という事実をもって、周囲の人間にとつても〈本来的自己〉として〈病い〉に向き合った経験として人生を富ませる。

また加えて、確かに、何かしらの病気を患っているのは患者であろうが、しかし、その病気に対して向き合う経験は、その周囲の人間においても共有されているものに他ならない。言い換えれば、〈病い〉経験の当事者として、患者のみならず周囲の人間全員が互いを〈トータルにみる〉ことで、それぞれが〈本来的自己〉を生きることがACPにおいては実現されうるといふ点において、その意義が立ち上がるのではなからうか。つまり、ACPとは、意識的に、患者本人のみならず、それに向き合う患者の周囲の家族、それに加えて医療・ケアチームまで含めたみなを〈先駆的決意性〉へと向かわせるプロセスなのである。普段はその不安ゆえに目を背

けている「死」という、避けられぬ終着点をあえて眼前におき、意図的に考え、対話する。それを通じて、過去の意味を變容させ、現在の行動に対して「世人」ではなく「本来的自己」として振舞うことを要請させ、生を全うすることに導く。こうして、このACPの対話的な経験は、プロセスとして、人生というプロセスを富ませる。

このようにして、対話のプロセスの中から過去の蓄積から屹立する「気遣い／関心」の相互理解を実現することは意思決定の妥当性をより高める。そしてその上で、周囲の人間にとっても未来を先駆し、現在に対して「本来的自己」として行為することを導く。

## 7. 総括

ここまで、意思決定支援のあり方としてのACPを主題として、議論を進めてきた。ここまでの議論から導かれていることをまとめると以下の通りである。本稿では、(1)医学的な見地においては患者の「病い」の経験は十全に把握し得ないこと、(2)医療ケアチームは、対話を通じて患者が経験している「病い」を「トータルにみる」ことにつながるということ、(3)対話のプロセスの中で、過去の蓄積から屹立する「気遣い／関心」の相互理解を実現し、未来を先駆し、現在に対して

「本来的自己」として行為することにつながる。そしてこれは患者のみならず、対話に関わる人間皆を「トータルにみあい」、「本来的自己」に回帰することに資するということ、この3点に関して指摘した。

私見として、現象学から離れて提案を試みる。ACPに関しては、日本老年医学会(2019)によるACP推進に関する提言で指摘されているように、可能な場合は壮年期からの実施や、疾患や障害によっては小児期や青少年期からの実施も考えられている。特に本章冒頭の3点目の指摘から見ると、ACPは病に直面する前から実施することが、結果として人生総体を富ませる可能性に開かれている。また、浜渦(2019)は「病い」の苦痛は、当人を現在にのみ押しとどめることを指摘している。「先駆的決意性」を考えるに、事前に自分自身の生について向き合うことが求められよう。こうした意味から見て、疾病の有無にかかわらず、若い家族向けのACPのガイドラインや、ワークシートの準備をすることは必要であろう。また加えて、学校教育においていわゆる「死の準備教育」として、死生学を取り上げ、教室内で自分の死について対話的に語らう機会を持つことが有意義ではないか、と提案する。

最後に、本稿の限界について言及する。本稿で指摘したような理想像は現場においては実現し得ないのではないかと

いう指摘が真つ先に挙げられよう。過酷な医療現場において時間的・財政的など様々に制約は存在しているのは事実である以上、その指摘には首肯するしかない。しかし、あくまで本稿の目的は意思決定のあり方についての現象学的分析、そしてACPの意義の考察にある。本稿での考察はあくまで、ACPの実践の理論的基礎付けにあり、その実践に対しては射程外にある。その克服に関しては、ICT技術の発展や、地域包括ケアシステムの浸透など、現在模索されている多様な選択肢の実現から改善を期待したい。



## 参考文献 (五十音順)

- 1 フッサールの用語。ここでいう態度とは、経験の蓄積やそれにとまなつて知識・信念の更新によって、その意識(意味付け)に習慣性が帯びることを指す。
- 2 フッサールの用語。自分にとつての「意味」が他者においても同様に捉えられている、もしくはそのように捉えられようという、暗黙の意識のことを指す。
- 3 ここでは、人間はその人の気遣いのありよう、身体化した知性の能力、その人が備えている背景的意味に応じて、その都度特有の意味を帯びた「状況」に巻き込まれつつ身を置いている。という見方に立脚している。
- 4 フッサールの用語。身の回りの世界の意味経験の総体を指している。自然科学の発展と自然科学的態度の習慣化によって忘却されている。
- 5 このような存在の仕方を「実存」と呼ぶ。ここでハイデガーは、生きていく中で、どう生きていくか、なぜ生まれてきたのか、生きる意味はなんなのかが問題として浮上し、考えざるを得ないような存在者として現存在たる人間を捉えている。
- 6 ここでは「～するのためのもの」として、その目的が規定されている物事のことを指す。
- 7 なお、この時間性に関しては、ハイデガーもベナーらも同じく論じているが、両者の差異はハイデガーが未来の先取りを、ベナーが過去の蓄積を重視するという点にある。しかしあくまで過去と未来の狭間に現在が存在していることに關しては共通している。
- 8 気遣い…「他者を含め物事が大事に思われる」ことによつて、「世界に巻き込まれてそれらに關わるようになる」、そうした「巻き込まれつつ關わるあり方」のこと。本稿においては関心と同じ意味として併記する。
- 9 ベナーによれば、〈気遣い／関心〉のあり方によつて、初めて自分にとつて本当に大事なものとそうでないものなど、重要度に濃淡がある世界のうち生きていくことになる。そして関心事への志向性が起動する。

会田薫子、「意思決定を支援する―共同決定とACP」清水徹郎／会田薫子編、『医療・介護のための死生学入門』、東京大学出版会、頁75―112、2017年

大濱悦子／福井小紀子、「国内外のアドバンスケアプランニングに關する文献検討とそれに関する一考察」『Palliative Care Research』、日本緩和医療学会、第14巻、4号、頁269―279、2019年

沖永隆子、「終末期の意思決定に向けての日本人の意識」、京都大学博士論文、2019年

榎原哲也、『医療ケアを問いなおす―患者をトータルにみることの現象学』、筑摩書房、2018年

角田ますみ、「日本におけるアドバンスケアプランニングの現状―文献検討と内容分析から―」『生命倫理』、日本生命倫理学会、第25巻、第1号、頁57―68、2015年

パトリシア・ベナー／ジュディス・ルーベル、『現象学的人間論と看護』、難波卓志訳、医学書院、1999年

トゥームズ、『病いの意味―看護と患者理解のための現象学』、永見勇訳、日本看護協会出版界、2001年

谷本真理子／芥田ゆみ／和泉成子、「日本におけるアドバンスケアプランニング研究に關する統合的文献レビュー」『Palliative Care Research』、

日本緩和医療学会、第13巻、4号、頁341―355、2018年

浜渦辰二、「高齢者ケアのために」『ケアの臨床哲学への道 生老病死とともに生きる』、晃洋書房、2019年

矢野真理、「超高齢者のエンド・オブ・ライフケアに關する文献検討」『日本赤十字看護学会誌』、日本赤十字看護学会、第19巻、1号、頁49―

57、2019年