



米国における非がん患者のエンド・オブ・ライフケア：Arbor Hospiceにおける意思決定支援の実際

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2016-04-07 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 籾持, 知恵子, 南村, 二美代, 土居, 洋子 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00005654

資 料

米国における非がん患者のエンド・オブ・ライフケア
—Arbor Hospiceにおける意思決定支援の実際—

End-of-Life Care for Non-Cancer Patients
in United States
— Care for Decision Making in Arbor Hospice —

簗持知恵子¹⁾・南村二美代¹⁾・土居洋子²⁾

Chieko Hatamochi, Fumiyo Minamimura, Yoko Doi

キーワード：エンド・オブ・ライフケア, 非がん患者, 意思決定支援

Keywords: end of life care, non-cancer patients, care for decision making

I. はじめに

近年, 生命予後を延伸するのみでなく, 終末期も含めて, 患者のクオリティ・オブ・ライフ (QOL) を考慮した治療や療養のあり方が問われるようになってきた。2015年「人生最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が作成され (終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会, 2015), 医療行為のみでなく, 人生の最後まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指す観点が重視されてきている。

終末期医療に関連した用語にはターミナルケア, 緩和ケア, ホスピスケアなどがある。ターミナルケアは, 病気の治癒・完治が望めない状態にある患者に対して行われるケアを指し (中里, 2008), 終末期医療を総称して, 終末期ケアと表現されることも多い。また, 緩和ケアは, 世界保健機関 (WHO) の定義を用いて「生命を脅かす病気に直面している患者とその家族に対して, 診断時から人生の最後のときまで, さらには悲嘆に対しても, 痛みや症状からの解放を図り, 霊的・心理的社会的サポートを提供することでクオリティ・オブ・ライフ (QOL) を改善することで

ある」とされている (日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会, 2011)。緩和ケアには終末期のみでなく, 診断時の早期からのケアも含まれ, わが国ではホスピスケアという用語と厳密に区別されず, 使用されている (日本ホスピス緩和ケア協会, 2014)。

また近年はそれらの用語に加え, エンド・オブ・ライフケアという用語が終末期の医療において使用されるようになってきている。その定義は十分に定まっていないが, 慢性的な症状や機能低下または慢性疾患があること, 専門家, 非専門家によらずケアが必要になり, 死に至るような症状や障がいがあるなどの要素を含み, 患者や代理者の選択を尊重することが中心的価値になるとされている (National Institutes of Health, 2004)。緩和ケアは主のがん患者に用いられているが, エンド・オブ・ライフケアは広くすべての死にゆく患者のケアとして用いられている (日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会, 2015)。本稿ではエンド・オブ・ライフケアを慢性的な機能障害を有し, 人生の最期までを視野に入れ, 治療も含めた療養法の選択が必要となる人に対して行われる支援ととらえる。特に慢性閉塞性肺疾患, 心不全の

受付日: 2015年9月24日 受理日: 2015年12月15日

1) 大阪府立大学地域保健学域看護学類

2) 大阪府立大学名誉教授

ような慢性疾患患者の予後予測はがん患者に比べ難しく、その意思決定支援も困難であり、エンド・オブ・ライフケアは十分に確立されていない (Woo J et.al., 2011)。米国では心疾患など非がん性疾患の死亡率が高く、施設や在宅におけるホスピスケアが行われている。その現状を把握することは、わが国における非がん患者のエンド・オブ・ライフケアの課題を検討し、その確立への基礎的資料となると考えた。そこで2014年10月、米国ミシガン州アーバーホスピスにてエンド・オブ・ライフケアの実態を把握するための視察・研修を行ったので報告する。

II. 視察・研修内容と方法

1. 米国におけるホスピスケアの現状，アーバーホスピスの概要：ホスピスChief Executive Officer (CEO), Director of Clinical Services の講義
2. アーバーホスピスのケアの実態（多職種ケア・意思決定支援など）：多職種による臨床講義，Interdisciplinary Team Meetingへの参加，アーバーホスピスのナースやソーシャルワーカーとの同行訪問およびインタビュー

III. 米国におけるエンド・オブ・ライフケア

1. 米国のホスピスケアの実態 (National Hospice and palliative Care Organization: NHPCO, 2014)

ホスピスは予後不良の病気に直面している対象者及びその家族のニーズや希望に応じた特別な医学的ケア，疼痛管理，心理的・スピリチュアルなケアを提供する機関である。ホスピスにおけるケアは患者，家族を中心として，医師や看護師，ソーシャルワーカー，スピリチュアルカウンセラー他各種セラピスト，ボランティアなどによる多職種チームで提供されている。

ホスピスケアが提供されている機関は1974年に米国でホスピスケアが開始されて以来，2013年には50州で，約5800機関となっている。2013年のホスピスの設置形態は独立型が58.3%，施設併設型が20.5%，在宅医療機関併設型が16.7%，ナーシングホーム併設型が5.1%であった。その利用患者数と家族は2009年の134万人から2013年では約154万人と増加傾向にある。2013年のホスピスケアに関する保険の利用状況は，高齢者，障害者向けの公的医療保険であるメディケアが約87.2%であ

り，マネージドケア・個人保険が6.2%，低所得者層の公的医療保険メディケイドが3.8%，その他自己負担などが2.9%である。2013年のホスピスケアの提供期間は平均72.6日，中央値18.5日であり，7日以下が34.5%，8～14日までは14.3%で，2週間以内が約半数をしめている。ホスピス利用者の看取りの場所は，2013年では在宅（ナーシングホームを含む）が66.6%をしめ，26.4%はホスピスの外来患者用施設で，7%は急性期ケアの病院で亡くなっている。2013年のホスピス利用患者は，がん患者は36.5%，非がん患者は63.5%であり，認知症患者15.2%，心疾患患者13.4%，呼吸器疾患患者9.9%の順で多くなっている（図1）。

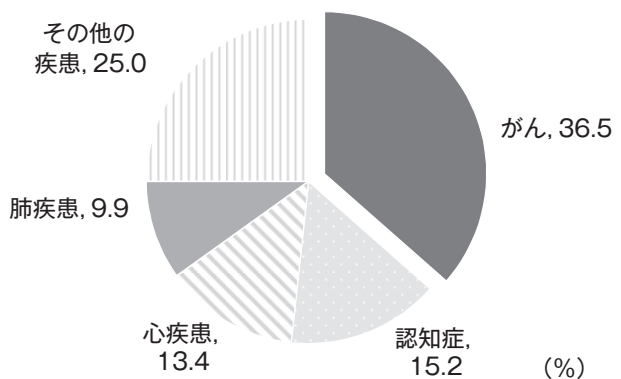


図1 2013年ホスピス利用時の診断 (NHPCO/Hospice Care in America 2014, p7データより著者が作成)

2. アーバーホスピスにおける多職種によるケア

1) アーバーホスピスの使命とケア

アーバーホスピスは1984年に非営利団体として設立され，ミシガン州ウォッシュトノー郡に位置する独立型のホスピス機関である。ホスピスでは生命に限りのある病気をもつ患者とその家族に安楽，安心，ケアを提供することやケアを通して人々を教育，育成することを使命とした活動が行われ，玄関には使命を集約したdignity, comfort, peaceという用語が掲げられている（写真1）。

アーバーホスピスでは患者，家族を中心として医療者，各種セラピストによる多職種によるチーム医療により，①訪問によるケア，②レジデンスにおけるケア（26床のホスピス施設内居住によるケア），③コミュニティの人々も含めたグリーフケア，④緩和ケア部門の運営と相談サービスなどを行っており，具体的な事業内容は表1の通りである。2013年は小児19名を含む2038名にホスピスケアを提供し，グリーフケアサポートを5341人に

提供している (Arbor Hospice, 2013)。看護師はその中で、多職種のケアを調整するケースマネージャーとして、患者や家族に関する症状マネジメントに関するケア提供者・教育者として、地域住民に対してホスピスケアの啓発活動を行う教育者として機能している。ホスピスケアにはメディケア等の保険から1日150ドルが支払われ、診療と治療、看護師・ナースエイド・様々なセラピストによるケア、レスパイトケア、グリーフケアの費用をカバーしている (対象者死亡後の家族のグリーフケアはカバーされていない)。アーバーホスピスにおけるケアの提供期間は平均約50日で、7日未満が約40%、非がん患者の割合は約半数程度である。心不全などの非がん患者のレジデンス利用者の約12%はホスピスケアにより、苦痛をコントロールし、病状が安定した結果、6ヵ月間の療養で、自宅へ戻っている状況であった。



写真1 アーバーホスピス玄関
「Dignity, Comfort, Peace to all who enter here」

表1 アーバーホスピスにおける事業内容

事業	具体的内容
訪問事業 レジデンスでのケア (ホスピス施設内 居住によるケア)	他職種による包括的アプローチ *Interdisciplinary Team Meetingにより、ケア方針を決定し、各種スタッフが支援する ・主治医、ホスピスの医師:緩和ケアのトレーニングを受けた治療による疼痛マネジメント・症状コントロール ・看護師:24時間、on callでのモニタリングや安楽のケア、家族などへのケアスキルや病気の経過に応じて必要な事項の教育 ・ソーシャルワーカー:カウンセリングにより、患者や家族の心理的サポート、別れ、ライフレビュー、患者の人生の意味の確認などエンドオブライフに特徴的な問題に対処するための支援 ・チャプレン:スピリチュアルケア。宗派にこだわらない、サービス、支援、カウンセリング ・ホスピスエイド:家族や介護者の必要に応じた日常生活に関する支援 ・ボランティア:話し相手、レスパイトケア、グリーフ支援などに関する能力を備えたトレーニングされたボランティアによる支援 ・その他のセラピスト:アニマルセラピー、音楽療法、アートセラピー、マッサージセラピーなどを各セラピストが実施する
緩和ケア部門の 運営と相談事業	・医師、ナースプラクティショナーなどによる痛み、症状コントロール、教育とケアのゴールの検討 ・コミュニティで暮らす人のグリーフケアサービス
コミュニティにおける ケア・啓発活動	・Living Willの作成などを含めてlife-limiting時の指示や意思の確認の必要性などコミュニティでの教育

2) ホスピスにおける医療

ホスピスにおける医療には緩和ケアとホスピスケアの両方が必要であり、米国では緩和ケアとホスピスケアは異なる側面を持つものとされている。ホスピスケアは家庭とレジデンス両方で提供されるが、緩和ケアは病院がベースとなることが多い。ホスピスケアの目的は Comfort Care (安楽, 安心, 超越をもたらすケア) (Kolcaba KY, 1991) であるが、緩和ケアでは Cure と症状マネジメントが目的となる。ホスピスケアは多職種による看取り、グリーフケアも含めた包括的なケアであるが、緩和ケアは主に医療職者による医学的ケアが中心であり、あくまでも Comfort Care への橋渡しである (表2)。

表2 米国における緩和ケアとホスピスケア

相違点	ホスピスケア	緩和ケア
ケアの場所	家庭・施設両方	主に病院
対象	患者・家族	患者
目的	Comfort Care	Cure 症状マネジメント
ケアの内容	看取り、グリーフケアも含む 包括的ケア	薬剤等による医学的ケア が中心。Comfortケアへの 橋渡し
関わる職種	ソーシャルワーカー、牧師、 看護師、ナースエイド、 各種セラピスト、ボランティ アなど多職種	主に医師、看護師など

アーバーホスピスにおける医学的治療は主に緩和ケアについてトレーニングを受けた医師2名で行っている。ホスピスケアは、2名の医師(1名は主治医、1名はホスピス医であることが多い)により、患者が予後6か月以内であると、その適用が評価された後に開始される。アーバーホスピスでは2012年から緩和ケア部門を開設し、医師とナーススペシャリストによる緩和ケアも行っている。その中で患者や家族に対し、終末期に関する教育的支援が行われ、ケアのゴールが確認され、35%の対象がホスピスに紹介される。

ホスピスにおける医療では、痛み、呼吸困難、せん妄、不安・抑うつ、倦怠感、便秘、排尿困難等の症状マネジメントが重要となる。症状に関する治療は基本的には患者共通のスタンディングオーダーが作成されており、効果がなければ、医師に報告し、指示を受けることになっている。ただし痛みに関するオピオイドの使用や痙攣、末期の喘鳴、尿閉などに関しては患者の状況とスタンディングオーダーを医師が再度確認し、サイン後に薬物療法が開始される。

呼吸困難に関してはがん患者、非がん患者に関わらず、オピオイドが処方され、心不全患者の呼

吸困難に対しても苦痛のレベルに応じて、段階的にオピオイドが使用されている（心不全患者の場合は2.5mgの少量から使用する）。まずオピオイドを使用し、副作用をコントロールしながら、マッサージ等他のセラピストによるケアを導入する。少しでも苦痛が解消し、日常生活の質が高まるのが治療の目的になる。末期では、せん妄（terminal delirium）が85%の患者に出現し、特有のうっ血・喘鳴（terminal congestion）なども生じる。これらはNear Death Awarenessとして身体の死へ向かう準備の状態であり、死期が近いこと、普通の身体反応であることを家族に伝え、安心できるようにする必要がある。そして患者を看取る家族の苦痛を軽減するために、せん妄、喘鳴などに対する薬剤を使用することもある。医療者は患者の皮膚の変化、呼吸パターン、体温、感情などについて五感を使い、観察し、家族にその状況を伝えることが重要であるとアーバーホスピスのO'Neil医師は強調していた。

同行訪問した看護師は、在宅ケアにおけるcaregiverは看護師ではなく、家族であると話していた。看護師はフィジカルアセスメントに基づき、必要な治療法や症状マネジメントの方法、日々の過ごし方に関して患者や家族に教育を行っていた。痛みコントロールに関して、痛みがなく安らかに眠っているのか、痛みや息切れに伴う疲労感で眠っているのか等を見極めるアセスメント技術が求められる。看護師はアセスメントに基づく症状マネジメントに関する教育、治療に関わる医師との調整やセラピストのケアの調整など、ホスピスケアにおいては教育者、調整者としての役割が期待されている。

3) ホスピスにおける意思決定支援

ホスピスケアにおける意思決定支援の実際には、ソーシャルワーカーや訪問看護師の在宅ホスピスケアに同行訪問し、事例を通して説明を受けた。

① “good communicator” であること

ソーシャルワーカーが受け持つ10代の脳神経機能障害のケースの場合、ホスピスケアの導入に際しては、まず大学病院の小児科専門医が緩和ケアの必要性を家族に話し、その後、大学病院の緩和ケア専門医がホスピスケアの適応性を説明した。そして、緩和ケア専門医がいくつかのホスピスを紹介し、家族がその中からアーバーホスピスを選択した。ナースが事前訪問し、ホスピスケア

の内容やメリットを伝え、サービス内容を決め、ケアが開始された。家族のホスピスケア選択の決め手になったことは、医師の説明と患者の症状悪化に伴う頻回の救命救急センターの利用、栄養摂取量の減少などの著明な心身機能の低下であった。マッサージ療法、音楽療法を受け、看護師、グリーフサポートコーディネーター、ソーシャルワーカー、ボランティアなどのケアを受け、対象者の身体状況が安定したことも在宅ホスピスケアを継続している要因となっている。多職種ケアにより、対象者のみでなく、家族の心身の状況も落ち着き、今後のケースの葬式の準備についても、話し合う予定となっていた。ソーシャルワーカーは療養の場やケアの選択の際に鍵を握るのは、医療者のコミュニケーションスキルであると話した。医療者は積極的な治療の利益と負担、cureではないcomfort careの必要性、様々な選択肢などを伝える必要がある。治療ができないのではなく、心地よい状況にするためのケアを受けるといことへ医療の焦点が変わることを患者や家族に伝えるスキルが重要であることが話された。

② 命の最期について話すタイミングを図り、意思決定のプロセスを患者・家族-医療者で共有する

アーバーホスピスにおいては患者と家族に配布されるホスピスケアガイドにはアドバンスディレクティブ（事前指示）についてのページが設けられている。そこにはアドバンスディレクティブとは何か、蘇生処置拒否指示書（Do Not Resuscitate：以下DNR）とは何か、どこで入手できるのか、そのためには何をすべきなのかなどが説明されている。アーバーホスピスではケア導入時にDNRの確認がなされる。サインをしていない患者の場合、定期的に意思確認を行うことが決められており、ケース記録にもその確認の有無のチェック欄が設けてある。訪問看護師が担当している40代の心不全のケースの場合、当初の6か月間の期間を延長し、ホスピスケアを継続していた。DNRにはサインをしておらず、定期的な確認が求められていた。しかしながら、命の最期の時や死について話をするのは非常に難しく、死に関して話ができる人もいれば、そうでない人もおり、タイミングを図り、話をするようになる。タイミングの判断は非常に難しいが、このケースの場合はパートナーが生命を脅かす病と診断された際に話ができたとのことであった。アーバーホスピスのO'Neil医師は、「非がん患者の場合は、病気は認めるが、死ぬということを認めることは

難しい。患者自身が病状が軽快したと感じなくなったらホスピスに行くタイミングだと話す。患者自身は自分の病状がどれだけ進み、重症化しているのか知っている。病気の経過や今後について話をしたいか聞き、そのニーズがある際には話を。様々な選択肢と医療者の判断も伝え、患者や家族を知り、決断できればよい。患者や家族の意思決定の結果が医療者の価値と異なるものでも、医療者の責任として、そのプロセスが重要である」と述べていた。医療者、患者・家族で療養法を決定していくというプロセスの重要性を強調していた。

4) ホスピスケアに関する教育と啓発

米国においてもホスピスはその設立経緯から死をイメージさせるものであり、積極的な治療からホスピスケアに移行することは必ずしもスムーズではない。アーバーホスピスでは地域で実施されている健康関連行事や記念日の際にコミュニティの住民に対しホスピスケアに関連する教育活動が行われていた。

ホスピスケアの目的を伝えるのみでなく、エンド・オブ・ライフに向けての自分の意思を明確にすることは周囲の人への“ギフト”となることを医学・看護学などを学ぶ学生や一般住民へ教育することの重要性が話された。

IV. 日本における非がん患者のエンド・オブ・ライフケアの課題

1. 非がん患者のホスピス・緩和ケアシステムや症状マネージメントに関する治療、ケア方法の確立およびスタッフ教育

米国と我が国の終末期医療の状況は大きく異なる。2014年の日本ホスピス緩和ケア協会によるわが国の緩和ケア施設数（緩和ケア病棟入院料届出受理施設）は全国で308病棟、6182床であった。また、日本ホスピス緩和ケア協会会員施設の緩和ケア病棟の形態は、院内病棟型が81%、院内独立型が17%、完全独立型は3%（7施設）であり（宮下ら、2015）、緩和ケアはほとんどが病院という積極的な治療を目的とする機関で提供されている。わが国では1990年に緩和ケア病棟等入院料が新設されたが、主としてがん患者、HIVの患者のみが適用とされ、HIV以外の非がん患者の治療は適用外とされている。加えて、2014年の日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登録施設497施設のうち、チームメンバーに専従の医師がいる割合は43.3%、

専従の看護師がいる割合は67.8%である（宮下ら、2015）。米国に比べ、緩和ケア施設数やスタッフの配置の状況も十分とは言えない状況であり、特に非がん患者に関しては、診療報酬上も未確立の状況であるため、その整備が急務である。

また、慢性の呼吸不全や心不全など非がん患者の終末期の呼吸困難や痛みなどに対し、米国ではオピオイドが積極的に使用されている。わが国では、ガイドライン等で、オピオイドの適応についての記述はあるが（日本呼吸器学会、2013;循環器病の診断と治療に関するガイドライン2008-2009合同研究班、2010）、使用方法のコンセンサスが十分得られておらず、不適切な使用方法も報告されている（嶋田ら、2015）。非がん患者へのオピオイドの導入に際し、多職種で検討し、適用を見極める取り組みや（佐藤、2015）、欧米の緩和ケアなどに関する学習会により、知識の獲得、問題点の共有を図っているとの報告もある（大石ら、2012）。非がん患者へのオピオイドの使用も含め、症状マネージメントの具体的治療法やケア方法の確立と医師、看護師への教育が急がれている。

2. 非がん患者の意思決定支援に関わるシステムづくりと教育

現在、我が国の医療においても、エンド・オブ・ライフに向けての意思決定支援の体制整備について取り上げられるようになってきた（終末期医療決定プロセスのあり方に関する検討会、2015）。それに伴い、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning）という考え方ががん医療や高齢者ケアを中心に広がってきている（竹之内、2015;吉村、2013）。アドバンス・ケア・プランニングとは、終末期に自分自身の意思を伝えられなくなった時に備えて、価値や目標、受けた医療について計画するプロセスのことである（Green MJ, et al., 2012）。同時にそのプロセスに包含されるアドバンスディレクティブ（事前指示）、DNRの在り方も問われるようになってきている（日本臨床倫理学会 DNAR（POLST）指示ワーキンググループ、2015）。患者や家族のエンド・オブ・ライフに向けての意思決定に際しては、治療やケアの経験を有する医師や看護師などの丁寧な説明、情報提供が鍵を握る。DNR等も含め、医療においては、様々な意思決定モデルが適応される（中山、2013）。慢性疾患などの非がん患者のエンド・オブ・ライフに向けての意思決定を支えるためには、そのプロセスも重要であり、患者・家族が医療者と話し合い、情報や選択

する理由を共有するシェアードディシジョンモデル (shared decision model) の観点で支援することが重要となると考える。非がん性疾患の場合、O'Neil医師や訪問看護師も述べているように病状の進行を患者自身が実感している時、治療薬の増量など治療法が変わる時、家族の病気などライフイベントがあった時などが医療者と患者・家族が話し合うタイミングと考える。その他、安定期外来通院中の、定期的な病状レビュー時などが今後の望む医療や生活を話すタイミングとなるとの報告もある (Allen LA, et al., 2012)。非がん患者のアドバンスディレクティブ、DNRの在り方、コミュニケーションのタイミングなど、各医療施設のシステムの整備や具体的方法に関する医療者の教育が求められている。

またがん患者に比べ、非がん患者のエンド・オブ・ライフケアに関する医療者や一般住民の認知度が十分でない現状にあり、今後、アドバンスディレクティブ等も含め、治療や療養の在り方についての教育、啓発活動も重要であろう。

謝辞

本視察研修は文部科学省科学研究費助成金 (基盤研究費 (C) 課題番号26463316, 研究代表者: 簗持知恵子) により行った。視察研修にご尽力いただきましたアーバーホスピスのCEO Gloria Brooks氏をはじめ関連各署の方々、ノースカロライナ大学余善愛先生、通訳の篠原みどり様・大崎晴子様、視察に同行し、情報共有と討議の機会をくださった慈恵会北須磨訪問看護・リハビリセンター藤田愛様、横山順子様、ティエスプラン日比高志様に深謝いたします。

文献

Allen LA, Stevenson LW, Grdy KL, et al. (2012) : Decision Making in Advanced Heart Failure A Scientific Statement From The American Heart Association, *Circulation*, 125 (15) , 1928-1952.

Arbor Hospice (2013) : 2013 Arbor Hospice Annual Report, <http://www.arborhospice.org/resources/pdf>

Green MJ, Levi BH (2012) : The era of "e" : The use of new technologies in advance cares planning, *Nursing Outlook*, 60 (6) , 376-383.

循環器病の診断と治療に関するガイドライン2008-2009合同研究班 (2010) : 循環器における末期医療に関する提言, 30-31. <http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf>

Kolcaba KY (1991) : An analysis of the concept of comfort, *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1301-1310.

中山和弘, 岩本貴編 (2013) : 患者中心の意志決定支援, *中央法規*, 11-23.

中里和弘 (2008) : 終末期がん患者への緩和ケアにおける「安楽」について, *臨床哲学*, 9, 25-37.

National Hospice and palliative Care Organization (2014) : NHPCO's facts and figures Hospice in America 2014, 1-18. [http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics Research/2013_Facts_Figures.pdf](http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics%20Research/2013_Facts_Figures.pdf)

National Institutes of Health (2004) : National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement on Improving End-of-Life Care. National Institute, <https://consensus.nih.gov/2004/2004endoflifecaresos024html.htm>, 2015.9.24.

日本ホスピス緩和ケア協会 (2014) : 緩和ケア病棟運営の手引き, 2-3. <http://hpcj.org/med/tebiki2014.pdf>

日本看護科学学会看護学術用語検討委員会 (2011) : 看護学を構成する重要な用語集, 18. <http://jans.umin.ac.jp/iinkai/yougo/pdf/terms.pdf>

日本看護科学学会看護学術用語検討委員会 (2015) : 看護学看護学術用語の継続的な維持管理システムを考える, 看護学術用語検討委員会第12期報告書, 11.

日本呼吸器学会COPDガイドライン第4版作成委員会 (2013) : COPD診断と治療のためのガイドライン第4版, メディカルレビュー社, 101.

日本臨床倫理学会 DNAR (POLST) 指示ワーキンググループ (2015) : DNAR (POLST) 指示ワーキンググループ報告, 日本臨床倫理学会第3回年次大会抄録集, 28-45.

大石 醒悟, 観田 学, 鳥羽 敬義他 (2012) : 非がん疾患の緩和ケア 心不全終末期患者への緩和ケアの導入と実践 当院での1年間の取り組み, 第17回日本緩和医療学会学術大会抄録集, 146.

宮下光令, 今井涼生 (2015) : 第II部統計と解説/データでみる日本の緩和ケアの現状, 志真泰夫, 恒籐暁, 森田達也他編, ホスピスケア白書, 青海社, 72-82.

佐藤幸人 (2015) : 末期心不全の緩和ケア, *medicina*, 52 (7) , 1158-1160.

嶋田和貴, 合屋将, 松岡洋人他 (2015) : 呼吸器専門病院における非がん患者にたいするオピオイド使用の現状, *日本呼吸器学会誌*, 4, 184.

終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会 (2015) : 人生最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編, 1-2. www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou.../0000078983.pdf

竹之内沙弥香 (2015) : がん患者の意思決定支援の質を高める - 診断時から終末期までの「意思決定支援」と「アドバンス・ケア・プランニング」, *看護管理*, 25 (2) , 125-133, 829.

Woo J, Lo R, Cheng OY, et al., (2011) : Quality of end-of-life-care for non- cancer patients in a non-acute hospital, *Journal of clinical nursing*, 1834-1841.

吉村学 (2013) : 高齢者へのアドバンスケアプランニング, *Journal of Integrated Medicine*, 23 (10) , 871-873.