



心不全患者のエンド・オブ・ライフにおける意思決定支援：米国Hospice  
Hawaiiの視察研修を通して考える

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2018-04-06 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 南村, 二美代, 籾持, 知恵子 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.24729/00005672">https://doi.org/10.24729/00005672</a>

資 料

心不全患者のエンド・オブ・ライフにおける意思決定支援  
－米国Hospice Hawaiiの視察研修を通して考える－

Decision Making Support for Patients  
with Heart Failure at the End-of-Life  
As Considered through an Observation-cum-Study  
of Hospice Hawaii in USA

南村二美代<sup>1)</sup>・簗持知恵子<sup>1)</sup>

Fumiyo Minamimura, Chieko Hatamochi

キーワード：エンド・オブ・ライフケア，心不全患者，意思決定支援，視察研修

Keywords: end of life care, patients with heart failure, decision making support, observation-cum-study

I. はじめに

わが国の年間死亡者数は2030年には160万人に上ると推計され，その多くは高齢者である。高齢者の死因は，心疾患などの非がん疾患が多い。医療の進歩に伴い，延命が可能になり，過剰な医療への批判などとともに高齢者医療を見直す機運も高まってきている。高齢化で急増する心不全の診療体制について，終末期の入院治療を見直し，患者の意思決定支援や緩和ケアを中心とする指針が発表され（日本老年医学会，2012），さらに，国は高齢者の療養や看取りの場を「病院から在宅へ」シフトする方針を推進し，日常生活の療養支援に加えて終末期を見据えた支援がより一層必要とされるようになってきている。

非がん疾患患者ではその予後予測や治療中止等の判断が難しく，高齢者では認知症などの合併により，患者本人による意思決定が困難であると言われている（宮下ら，2012；田中，2013）。また，非がん疾患患者への緩和ケアは施設，スタッフの状況，診療報酬も十分ではない。日本のホスピスが主にごん患者に緩和ケアを提供する病院収容型

施設として発展しつつあるのに対し，非がん疾患患者に対しても緩和ケアを提供する在宅医療・介護組織としての米国のホスピスケアの形態は，在宅見取り率向上を目指すわが国のエンド・オブ・ライフケア（end of life care，以後EOLCと略す）を考えるうえで，非常に参考になると考えられる。

2015年，筆者らは，米国のミシガン州ウォッシュトナウ郡に位置する独立型のホスピス施設，Arbor Hospice（アーバーホスピス）を視察し，本邦における非がん疾患患者のEOLC，意思決定支援について検討した（簗持ら，2016）。その結果，日米における公的医療保険制度の差異が在宅ホスピスケアの発展や利用に大きく影響していることを強く感じた。アーバーホスピスでは，患者・家族を中心として医師，スピリチュアルカウンセラー，ソーシャルワーカー（Social Workers，以後SWと略す），看護師，各種セラピスト，ボランティアなどによる多職者によるチーム医療が機能しており，看護師は他職種とのケアを調整するケースマネージャーとして，そして患者・家族に症状マネジメントやケア方法の教育や地域住民に

ホスピスケアに関する啓発活動を行う教育者として機能していた。さらに、患者と家族はadvance directive（事前指示）について説明され、定期的な意思確認がシステム化されていた。

2017年、筆者の南村は米国ハワイ州のHospice Hawaii（ホスピスハワイ）への研修の機会を得た。米国では、患者本人の自律性、Autonomy（自己決定権）を重要視する。一方、わが国では患者本人だけでなく、家族や患者を取り巻く社会も、患者の治療の決定に関与することが多い（萬ら、2009；厚生労働省、2014a）。生死のあり方についての個人の価値観は国や文化の違いによって影響を受けており、日本人は家族の価値観や意思を大切にし、個人を前提とした西洋の考え方とは大きく異なる。欧米のように患者本人に意思確認することが前提の医療と比較すると、日本では患者よりも家族の意向を重視する実態がある（終末期懇談会、2006）。日系人や日本人が多く住み、米国の本土よりも日本の文化とつながりが多いハワイ州のホスピスを視察することで、わが国の非がん疾患患者、特に心不全患者のエンド・オブ・ライフ（end of life、以後EOLと略す）における意思決定支援について考察したいと考えた。

## II. 視察・研修目的

米国ハワイ州のホスピスケアの現状とホスピスハワイで行われているホスピスケアの実際を知り、日本における非がん疾患患者、特に心不全患者のEOLにおける意思決定支援について考察する。

## III. 用語の定義

**エンド・オブ・ライフケア（EOLC）**：広くすべての死にゆく患者のケア（日本看護科学学会、2015）として用いる。

**循環器疾患の終末期（end of life）**：循環器疾患の末期状態であり、妥当な医療の継続にもかかわらず、死が、間近に迫っている状態を指す（2008-2009年度合同研究班、2010）。

## IV. 視察・研修日程と内容

### 1. 研修1日目（終日）

- ・ホスピスハワイの施設オリエンテーションと米国におけるホスピスケアの概要についての講義

- ・ホスピスハワイ担当看護師による訪問ケアへの同行、ナースマネージャーへのインタビュー

### 2. 研修2日目（半日）

- ・学際的多職者（Interdisciplinary group、以後IDGと略す）カンファレンスの見学

### 3. 研修3日目（終日）

- ・ホスピスケアに関するディスカッション
- ・ホスピスハワイの短期入所施設、Kailua home（カイルアホーム）施設見学

## V. 米国（ハワイ州）のEOLC

### 1. 心不全患者のホスピスケア

日米で公的健康保険制度は大きく異なる。日本は国民皆保険制度を導入しているが、米国では基本的に65歳以上の高齢者と特定の重度障害者を対象としたMedicare（メディケア）と、低所得者を対象にしたMedicaid（メディケイド）の2制度のみである。メディケアによるホスピスケアの給付の条件は、余命6ヵ月以内という医師の診断が必要で、がんだけでなく、心臓病、肺疾患、肝臓病、アルツハイマー病などの非がん疾患も対象疾患である。ホスピスケア開始後、定期的に再認定を受ける必要がある。ホスピスケアを止めて通常のケアに戻ることやその後再びホスピスケアに戻ることも可能である。

死に至るまでの経過は、がんの場合は比較的長い間機能が保たれ、最後の2ヵ月くらいで急速に低下する。心不全の場合、急性増悪のエピソードを何度か繰り返しながら機能が低下していく。また、不整脈死などの突然死ということもありうる。病みの軌跡（Trajectory Line）を図1に示す。がんの場合は比較的余命の診断がつけやすいが、非がん疾患の場合、特に心不全の場合は正確に余命の診断をすることが難しい。このことが、メディケアによるホスピスケアの給付の条件である「余命6ヵ月以内という医師の診断が必要」という、ホスピスケア開始への障壁となっている。また、この心疾患の軌跡の不確かさが、心不全患者のEOLにおける意思決定支援のタイミングを難しくしているとKenneth Zeri氏やホスピスハワイのナースマネージャーも話されていた。

ハワイ在住日本人医師は、心不全患者にホスピスをすすめるタイミングについて「何度も増悪を繰り返し、治療はするけれど症状がよく

なつたと感じなくなってきたとき、あるいは患者が積極的な延命治療に疲れや違和感を覚えたときに、選択肢の一つとして、ホスピスをすすめる」とのことであった。ホスピスハワイの心疾患患者用のリーフレットに「いつ、心臓疾患患者はホスピスの適応となるか？」具体的に医学的な記載がある。その「適応」について表1に示す。

## 2. ホスピスハワイにおけるIDGによるケア

### 1) ホスピスハワイの理念と概要

ホスピスハワイは1979年にハワイ州で在宅や施設を訪問し、EOLCを実践する事業所として設立、1995年に一時的入所施設であるカイルアホームを開設した。その基本理念は「Bring hope, Reduce fears and impact lives」(希望をもたらし、恐怖を軽減し、生命を輝かせる)で、その理念の

もとにホスピスケアが行われている。ホスピスハワイでは、患者と家族の人生の終焉を迎えるプロセスに応じてホスピスケアを①コンサルテーション、②導入期のケア、③終末期にスムーズに移行するためのケア、④穏やかな死を迎えるためのケア、⑤亡くなった後のケアの5段階に分類している。ホスピスハワイの組織は、Chief Professional Officerの Kenneth Zeri氏の下、医療部門、戦略部門、ケア部門、カウンセリング部門、財政部門、人材部門、情報管理担当等からなり、看護師は医療部門とケア部門に所属している。医療部門はNurse Practitioners (以後NPと略す)が中心となって機能しており、NPは死亡診断書の作成とホスピスケアの再認定以外のほとんどの権限を持ち、医療的処置、処方指示を行っている。ケア部門ではクライアントの直接的なケアや訪問

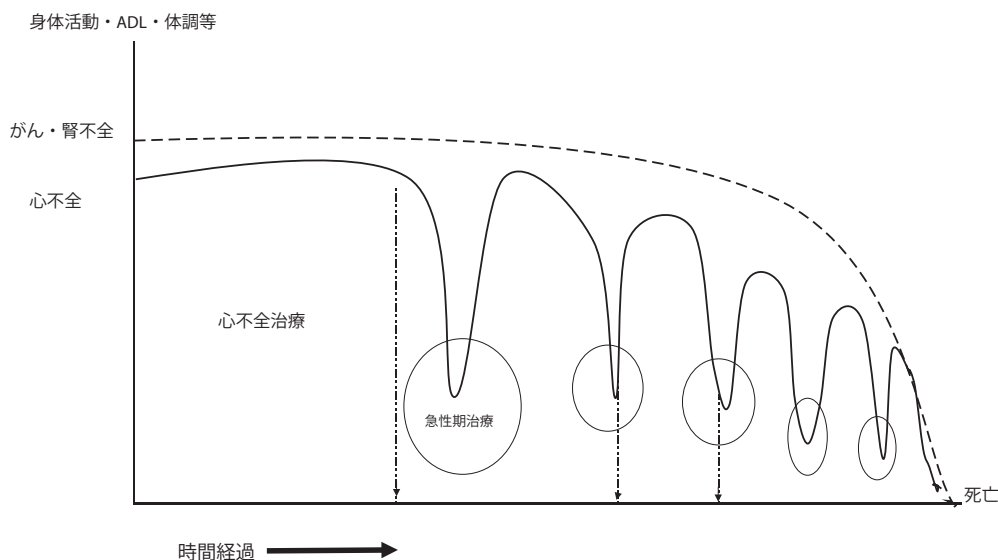


図1 Trajectory Line

表1 「いつ、心臓疾患患者はホスピスの適応となるか？」

- ・ 予後6ヵ月、あるいはほとんど回復が見込めない、エンドステージにいる、どのような心疾患患者も、ホスピスの適応になりえる。もし、患者が以下のような因子の一つでもあてはまったなら、ホスピスアセスメントを開始することが適切かもしれない。
- ・ 代償障害のために入院を繰り返している (複数回の入院)
- ・ 酸素依存
- ・ 左室駆出率 (EF) <20%
- ・ NYHA クラスIV
- ・ 最適治療を受けているにもかかわらず、うまくいかない
- ・ 最少労作もしくは安静時の呼吸困難によるADLの低下
- ・ 標準的治療を受けているにもかかわらず症状がある
- ・ 患者が冠動脈バイパス手術のような侵襲的技法の適応ではない、あるいは拒否をしている。
- ・ 心停止の既往のような共存症因子または75歳より高齢
- ・ 臨床学的な低下を立証している検査
- ・ 過去6ヵ月にわたる臨床低下の記録

注意：上記にあげた因子は一般的な医学ガイドラインであり、厳格な基準を意図するものではない。患者をホスピスで受け入れるかどうかの決定は臨床医学的ガイドラインと個々の患者独特のニーズに基づく。

をRegistered Nurses（以後RNと略す）が中心となって、他職種と協力体制をとっている。IDGカンファレンスは、医師、NP、RN、SW、臨床心理士、チャプレン、ボランティアなどによって構成される。IDGカンファレンスの内容は、new admission（新規患者）について、ホスピスケアの認定の見直し（discharge/recertification、認定取り消し/再認定）、患者の治療・ケア・サービスについての変更やプランについて、死亡患者（death）についてなどであり、15日毎に開催されている。筆者が2015年に視察研修を行ったアーバーホスピスにおける多職者（Interdisciplinary Team；IDT）Meetingと同様に、ホスピスハワイにおいても多職者からなるチームとしてIDGカンファレンスがあり、それぞれの専門職が互いの専門性を活かし分担するケア体制とチームカンファレンスによる情報の共有と意見交換をする場が確立されていた。

## 2) ホスピスハワイにおける看護ケアの実際

筆者の南村はホスピスハワイで3件のRNとの同行訪問をした。1件目は心不全患者の訪問で、RNはバイタルサイン、体重測定などの身体的計測と食欲不振に関する問題について、家族も交えてやりとりをしていた。2件目はクライアントの意向で、詳細は見学できなかった。3件目はアルツハイマー病の患者宅（夫婦共に日系人）で、年老いた夫が妻を介護しており、痛みに対する薬の変更の提案とその教育的な関わりをしていた。いずれの場合も的確で素早いアセスメントを行い、巧みにコミュニケーションスキルを用いてクライアントに対応していた。アーバーホスピスの看護師が「ホスピスケアではアセスメント技術が求められる」と言っていたように、ホスピスハワイのRNもアセスメントを重要視しているのがわかった。

ナースマネージャーはIDGの中での看護師の役割を、90%がeducation（教育）で、10%はcoordination（調整）であると話されていた。ホスピスハワイでも、アーバーホスピスと同様に、看護職はcaregiverではなく、教育者、調整者としての役割が大きいと感じられた。Kenneth Zeri氏は、ホスピスナースが最初になすべきこととして、①eligibility（適応）②goals（目標）③plans of care（ケアプラン）であると話された。ナースマネージャーは、ナースにしかできないケアとして、医師と共にケアプランを立てたり、薬を投与したりすることも挙げていた。

## 3) ホスピスハワイにおける心不全患者のEOLにおける意思決定支援

### ①EOLC、意思決定支援に関して、看護職として大切にしていること ～コミュニケーションによって患者の思いを聴きとる～

ホスピスハワイのナースマネージャーは患者のEOLC、意思決定支援に関して、看護職として心がけていること、配慮していることとして、「患者および家族ときちんと話し合うこと、コミュニケーション。一番にクライアントの気持ちを聴きとれることが大事である。終末期医療の事前指示書（Physicians Order for Life-Sustaining Treatment：以後POLSTと略す）もいきっかけになる。家族が本当に理解して意思決定できるように教育していくこと。クライアントが選択した意思決定に応じて必要なことを教育している。米国人と日本人（日系人）という違いはあまりない。一番はクライアント自身と家族の違いよることが大きい。最初の訪問時に、文化的・宗教的なこと、その人や家族が大切にしていることを伺うことにしている」と話された。Kenneth Zeri氏も、「患者のhopeを聞くこと」「goal for careを決定する際には、患者とともに、グループとして意思決定をすることが大切である」と話された。

### ②POLSTについて

米国では、自分が急に意識がない状態になったときにしてほしい医学的処置を記載できるadvance directiveという所定の書類があり、これは法律上効力がある。アーバーホスピス、ホスピスハワイ共に、advance directiveについては同様な取り扱いで、ホスピス入所前に記載することにはなっているが、記載しなくてもホスピスケアは可能であり、（ケースにもよるが）原則として訪問時には常に確認することになっている。ホスピスハワイではadvance directiveとは別にPOLSTも使用されていた。advance directiveの書類は自己によって保管されるものであるが、急変時、この書類の存在や所在が不明のことも多く、本人の希望通りの治療を受けることができないという問題もあった。そこで、終末期医療の指示書としてPOLSTが登場することになった。POLSTは人生の終わりをかなり明確に意識する段階まできた患者が、自分の希望に沿うよう治療の内容を事前に決めておき、その実現を担保することがその目的である。POLSTは一般的にはPhysicians Order for Life-Sustaining Treatmentの略であるが、ホスピスハワイとKoku Mau緩和ケア機関の独自

の書類にはProvider Orders for Life-Sustaining Treatmentの略として記載されている。その書類には、①心肺停止時に心肺蘇生術を実施してほしいか、②脈拍があり呼吸している場合の医療的介入に関して、緩和処置のみ施行、限定された医学的介入（薬物投与、抗生剤の使用など）を受ける、すべての医学的治療を受ける（病院に搬送する、集中治療室での治療を含むかなど）、③経管栄養を希望するか、④誰と相談して作成したかなどについてのチェック項目があり、緊急連絡先を記載するようになっていて、医学的コンディションのサマリーとともに医師あるいはハワイ州の免許をもったNPによる署名がされるようになっている。この指示書はハワイ州法により、効力を持っている。一度出した指示書であっても、患者の意思でいつでも変えることができる。

### ③心不全患者のEOLにおける意思決定支援に際しての看護介入アプローチ

Kenneth Zeri氏は、心不全患者のEOLにおける意思決定支援に際しての看護介入方法について、「ホスピスではAppreciative Inquiry（アプリシエイティブ・インクワイアリー、以後AIと略す）というアプローチ方法が大事になる」と話されていた。AIは、米国Case Western Reserve UniversityのDavid L. Cooperrider教授らにより、1987年に提唱された、価値をもたらす強みに注目し、それを拡大させ、強化するポジティブ・アプローチである。問題を分析し、その原因を探求し、それに対する問題解決的なアプローチ法とは異なり、強みや可能性などのポジティブな面に注目するアプローチ法である（D. L. Cooperrider, et al.）。ホスピスケアでは、多くの場合、問題の原因や誘因を除去することはできない。Problem-solving approachでは対処できないことが多く、そのためにAIアプローチが有効なことが多いのではないかと感じた。

## VI. 考察

前述したように、心不全の軌跡の不確かさから、終末期の状態を患者に説明し、治療に関する意思確認やホスピスケアという選択肢をいつ提案するかは難しい。このタイミングの難しさが心不全患者のEOLCへの障害となっている。本邦においても、藤田(2015)は、「今、生命のどこにいて、どこに向かうのか」という軌跡を判断できず、その

人が最期をどこで、どのように過ごしたいかを問いかけ、『決める』、『実現する』チャンスを手放している」という。ハワイ在住の日本人医師やアーバーホスピスのO'Neil医師や訪問看護師も、治療法が変わるとき、治療しても、症状がよくなったと感じなくなってきたとき、患者が積極的な延命治療に疲れや違和感を覚えたとき、あるいは主なライフイベント時などが話すタイミングであるという（Allen, et al., 2012）。

心不全患者のEOLにおいて、治療や病状の経過をイメージし、治療による利益と有害性を患者や家族が理解することは困難であり、その支援として、医療従事者の丁寧な説明や情報提供が重要である。意思決定支援はEOLCにおける、最初の重要なケアとして位置付けられる。

最期をどこで、どのように過ごしたいかを問いかけ、「決める」、「実現する」チャンスを手放さないためには、患者が意思判断能力のある時期に、自己決定の機会を意識的にもつことが、本人の自覚を促し、支援者にとって本人の意向を知る機会になり、それがEOLCの方向性を見出すことにつながる。そのタイミングが難しい心不全患者の場合、なるべく早い時期に意思決定支援を行う必要があると考える。

自宅以外の医療機関で迎える「死」が一般化したわが国において（高齢者介護研究会報告書, 2015）、人の死や死にゆく過程とゆっくり向き合う経験が減り、それに伴って、自分の人生の終末期や最期の迎え方について考え、家族や身近な人と話し合うという機会も減少した。一方で、終末期医療において、医療行為に関する判断や意思が相違する患者と家族への対応などに関して、医療現場では葛藤や悩みを抱えている（厚生労働省, 2014b）。亡くなる間際ではなく、なるべく早い時期あるいは健康なうちに、その患者や家族が終末期の過ごし方や最期の迎え方などについて話し合いができていれば、意思疎通が不十分のまま最期を迎えてしまうというようなことが避けられる。死を十分に認識しないときに、死について考えてもらう機会を作るのは難しいが、例えば外来初診時の問診や病院入院時など、折々の機会に、どのような健康段階の患者であっても、終末期の意向を問うようなシステムづくりやadvance directive, POLSTなどの普及は、死について語り合うきっかけとなり、人間らしい最期を迎えるための意思表示の手段となる（萬ら, 2009）。そうした機会を医療現場から世に発信していく必要があると考える。アーバーホスピスの看護師は

EOLに向けて自分の意思を明確に伝えておくことは周囲の人へのgiftとなると話されていた。そうすることで、家族を含め、医療現場の葛藤が少なくなり、家族や医療従事者の心理的ストレスの軽減につながる。しかしながら、わが国の実態は、人間らしい最期、自分らしい最期を迎えるために、自分がどうしてほしいか、普段から考え、意思表示しておくような家族間におけるコミュニケーション不足があり、事前指示書の作成には国民の半数以上が賛成しているにもかかわらず、実際に作成している者は少なく、その法制化には消極的であるというのが現実である（厚生労働省, 2014a）。治療に関して医師まかせで、Autonomyが成熟していない日本の文化や風土にあったadvance directive, POLSTのあり方が課題となる。死にまつわることは考えたくないという思いはあるだろうが、終末期の過ごし方を考えることは最期まで自分らしく生きるということにつながる。

一方で終末期を理由に緩和ケアに偏ることを危惧する声もある。患者によって、身体的・社会的な状況、価値観・人生観・死生観などに多様性がある中で、治療や療養の場の選択において、患者個人の意思を尊重するために、医療従事者は患者および家族と十分にコミュニケーションをはかり、IDGで個々をサポートしていく必要がある。患者のEOLにおける意思決定支援として患者の気持ちやhopeを聞き取り、患者、そして家族の思いや意向をきちんと確認することが重要である。アーバーホスピスのSWも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り、看護職は“good communicator”であることが大事であると話されていた。看護職は、外来受診の当初から終末期に至るまで一様に患者に接することができ、患者の状態をアセスメントし、コミュニケーションの機会をもつことができる存在であり、日々揺れ動く患者の思いに気づき、細やかに対応することができ、患者の代弁者になれるというのも看護職の強みである。EOLにおける意思決定は、患者・家族を含めたグループで情報を共有し、コミュニケーションを十分にはかったうえで決定するshared decision making（共有意思決定）である必要がある。「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（厚生労働省, 2007）にも、終末期医療およびケアの決定方針は担当医だけでなく医療、ケアチームのなかで慎重な判断を行うこととし、グループでの合意を求めている。意思決

定支援においては結果だけでなく、その選択に至るプロセスも重要である（中山ら, 2013; 藤田, 2015）、そのプロセスも含めて患者・家族・IDGで共有することが大切であると考えられる。看護職のコミュニケーションスキルの向上も課題となろう。

IDGの中で看護職は、EOLにおける療養の場、症状マネジメント、治療やケアなどの決定に際して、様々な選択が迫られる中で、揺れ動く患者や家族の思いや意向を、その時々を確認しながら、必要な情報提供や適切な時期に適切な、最善の専門的なケアが受けられるように、coordinatorとして、患者や家族の意思決定をサポートする役割を担う。心不全患者のEOLにおける意思決定支援に関して、患者や家族が本当に理解して意思決定できるように教育し、選択した意思決定に応じて、ケア内容などについても教育していくeducatorとしての役割も大きい。社会全般に向けたEOLに関する教育などにも取り組む必要がある。

ホスピスは、米国の保険事情によって発達してきた医療でもあり、米国のような在宅ホスピスがどこまで日本で機能するかは不確かではある。しかし、日米の文化的・宗教的背景、法律や医療社会保険システムの差異はあるにせよ、EOLにおける問題の本質は日本人であれ、米国人であれ、程度の差はあっても同じであり、死や終末期への無知と恐怖、コミュニケーションの不足など多くの問題点があり、切り札的な解決の手段は存在しないかもしれないが、それでもその問題と解決に向けた努力をしていく必要があると考える。

## 謝辞

ホスピスハワイ視察研修は大阪府立大学大学院看護学研究科NS-Coプロジェクトの支援を受けて行った。研修に際してご尽力いただきました、ホスピスハワイのKenneth Zeri様、森田亜紀様はじめスタッフの皆様、本研修参加および情報共有や討議の機会をくださった大阪府立大学の諸先生方をはじめ大学院生の皆様に深謝いたします。

## 文献

- Allen.L, Stevenson.L,Grdy K. etal. (2012) : Decision Making in Advanced Heart Failure A Scientific Statement From the American Heart Association, Circulation, 125 (15), 1928-1952.  
D. L. Cooperrider &D.Whitney : A Positive Revolution

- in Change: Appreciative Inquiry. 2017年9月1日  
<http://www.tapin.in/Documents/2/Appreciative%20Inquiry%20-%20Positive%20Revolution%20in%20Change.pdf>
- 藤田愛 (2015) : 訪問看護師の立場から考察する高齢者・家族の意思決定支援と実現. 看護管理, 25(1), p25-33.
- 箕持知恵子・南村二美代・土居洋子 (2016) : 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～. 大阪府立大学看護学雑誌, 22(1), p63-68.
- 高齢者介護研究会 (2015) : 2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～. 高齢者介護研究会報告書. 2017年9月1日  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html>
- 厚生労働省 (2007) : 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2017年9月1日  
[www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf)
- 厚生労働省 (2014a) : 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. 終末期医療に関する意識調査等検討会. 2017年9月1日  
[www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/zaitaku/dl/h260425-02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/zaitaku/dl/h260425-02.pdf)
- 厚生労働省 (2014b) : 終末期医療に関する意識調査等検討会, 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書. 2017年9月1日  
[www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000041846\\_3.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000041846_3.pdf)
- 萬知子, 巖康秀, 窪田靖志他 (2009) : 米国の緩和医療と終末期選択 オレゴン健康科学大学Richardson 博士の公演記録. 杏林医会誌, 39(3・4), 49-60.
- 宮下光令, 柴信行, 下川宏明 (2012) : 末期心不全の緩和ケアを考える. HEART, 2(5), p501-511.
- 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.
- 日本循環器学会 (2010) : 循環器疾患における末期医療に関する提言. 2017年9月1日  
[www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010\\_nonogi\\_h.pdf](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010_nonogi_h.pdf)
- 日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会 (2015) : 看護学看護学学術用語の継続的な維持管理システムを考える. 看護学学術用語検討委員会12期報告書, 11.
- 2008-2009年度合同研究班 (2010) : 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. 循環器疾患における末期医療に関する提言. 2017年9月1日  
[www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010\\_nonogi\\_h.pdf](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010_nonogi_h.pdf)
- 日本老年医学会 (2012) : 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン～人工的水分・栄養補給の導入を中心として～. 2017年9月1日  
[www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/jgs\\_ahn\\_gl\\_2012.pdf](http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf)
- 終末期懇談会 (2006) : 終末期医療に関する調査結果. 2017年9月1日  
[www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf)
- 田中順也 (2013) : エンドオブライフケアにおける看護支援～専門看護師の立場から～. 透析会誌, 46(3), p368-369.



