

日本透析医学会「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」

——その後の実態調査——

岡田一義

川島病院腎臓内科

key words : 意思決定プロセス, 事前指示書, 透析療法, 高齢者, 認知症

要旨

日本透析医学会「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」公表約2年後に全国実態調査を行った。47.1%の施設が透析の見合わせを経験しており、見合わせた患者の89.7%が高齢者、46.1%が認知症、7.5%が透析を開始/再開していた。提言に準拠しない見合わせの実施を23.4%に認めた。提言は終末期を前提としており、終末期ではない患者が透析を拒否した場合には、医療チームは、shared decision makingにより、患者が最善の選択をできるように十分な情報を提供し、よく話し合い、患者が意思決定した過程を共有することが重要である。また、提言は非終末期と認知症を対象外としており、多くの施設が事前指示書普及の重要性を認識し、今後の普及が期待される。

はじめに

米国では、事前指示書による尊厳死が法律で規定され、国民が事前指示書の内容に沿った治療とケアを受け、尊厳死を選択することが保証されている。これらが法律で規定されていない本邦では、厚生労働省がよりよい終末期医療を実現し、最善の医療とケアを作り上げるために、患者・医療従事者ともに広く理解が得られ、医師の十分な説明を基盤として、医療従事者による適切な情報の提供と説明、医療従事者と患者との

話し合い、患者本人による決定、医療・ケアチームによる医療行為の開始・不開始・変更・中止の判断、医療・ケアチームによる緩和ケアを重要な原則として、2007年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」^{※1)}を公表した。最期まで尊厳を尊重した人の生き方に着目した医療を目指すことが重要であり、2015年に「人生の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」^{※2)}に名称を変更した。

日本透析医学会は、医療現場の現状から維持血液透析の開始および継続を見合わせる¹⁾決定プロセスを示さなければならない時期に来ていると判断し、医療者が尊厳生^{2), 注1)}の立場で、患者および家族に最善の治療とケアを提供する「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」を2014年に公表した³⁾。本提言は、患者への適切な情報提供と患者が自己決定を行う際の支援、自己決定の尊重、同意書の取得、維持血液透析の見合わせを検討する状況、維持血液透析見合わせ後のケア計画の五つからなり、維持血液透析の見合わせについて検討する状態と、維持血液透析見合わせ時の意思決定プロセスと事前指示書の雛型を提示した。

注1) 岡田は、終末期でも自分が考える人間としての尊厳を保ちつつ、自分らしく最期の時を生きる「尊厳生(そんげんい)」という新しい概念を提唱した。尊厳死と「尊厳生」の具体的な違いは、①尊厳死は死の迎え方の選択であるが、「尊厳生」は最期の生き方の選択である。②尊厳死は延命治療のすべてを自己決定できるが、「尊

厳生」は水分補給を原則とし、延命治療の自己決定を行う。③尊厳死は法的に認められていないが、「尊厳生」の後にある死は法的に認められている自然死であることである¹⁾。

厚生労働省は、「人生の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」²⁾における治療とケアのあり方と話し合いのプロセスの周知を図っている。しかし医療者に十分認知されているとは言えない状況であり、2014年度から患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療を実現するための適切な体制のあり方を検証するためのモデル事業を実施し、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備するための取り組みを進めた³⁾。相談員が人生の最終段階の病態と対応方法に対する基本的知識、およびカウンセリングやコミュニケーション技法の基本を中心とした患者の意思決定を支援する研修（相談員研修会）を受け、適切な調整・相談の支援ができるように育成している。2015年度の総括⁴⁾では、①低侵襲のコミュニケーションの経験の蓄積、②エビデンスの構築、③アドバンス・ケア・プランニング⁵⁾、^{注2)}の普及啓発を課題とした。

注2) 意思決定能力低下に備えての対応プロセス全体を指し、患者の価値を確認し、個々の治療の選択だけでなく、全体的な目標を明確にさせることを目標にしたケアの取り組みである。アドバンス・ケア・プランニングは、インフォームド・コンセントが同意書をとることだけでなく、アドバンスディレクティブ（事前指示書）の文書を作成することのみではない。患者が治療を受けながら、将来もし自分に意思決定能力がなくなっても、自分が語ったことや、書き残したのから自分の意思が尊重され、医療スタッフや家族が、自分にとって最善の医療を選択してくれるだろうと患者が思えるようなケアを提供することである。

高齢者の増加に伴い、認知症により理解および自己決定の能力が低下した高齢者に対してどのように医療を提供したらよいか、医療を受ける側、提供する側双方において大きな課題となっている。社会技術開発センターは、認知症高齢者が、医療、福祉、行政の多職種によるサポートを受けてスムーズに医療を受けることができるようにするためのシステムの開発プロジェクトを実施している。認知症患者への医療行為の意思決定支援ガイドとして、医療従事者向け意思決定支援ガイド、在宅支援チームのための認知症の人の医療

選択支援ガイド、認知症の人と家族のための医療の受け方ガイドを2015年に公表した⁶⁾。

延命治療中止プロセスの指針である厚生労働省のガイドラインは、患者本人の意思を尊重することを基本としているが、事前指示書による尊厳死に対する医師の刑事訴追免責基準は明記されておらず、法律でも規定されていない。維持血液透析が生命維持のために必要であり、日本透析医学会の提言は一定の道筋を示すことになるが、維持血液透析の見合わせを実施した場合には、法的責任を問われる可能性はある。厚生労働省が、人生の最終段階における医療の決定プロセスの適切な啓発活動を行っているように、日本透析医学会も提言の周知状況などについての調査を行い、その結果に応じた対策を講じる必要がある。

提言公表後に社会問題化はしていないが、すでに約2年以上経過しているにもかかわらず、透析医の認知度・透析見合わせの実態・意思決定プロセス準拠などについての調査は今まで行われていない。そこで、全国の透析施設を対象に、透析見合わせ、およびこれらの提言・ガイドライン・ガイドについての無記名の実態調査とアンケート調査を行い、問題点を検討した。

1 対象および方法

2016年11月1日における469認定施設、643教育関連施設、2,919非認定施設に対し、各都道府県の認定施設数と同数の教育関連施設と非認定施設を同一都道府県から無作為に抽出した。なお、認定施設数のほうが多い県では、隣接する県から無作為に教育関連施設と非認定施設を抽出して同数とし、1,407施設の透析室責任者宛に調査用紙を2016年12月1日に郵送し、回答期限を2017年1月31日として回収し、単純集計を行った。

2 結果

2-1 回答状況

511施設から回答があったが、非認定施設の1施設は透析業務を停止し回答がなかったため、510施設（回答率：36.2%）を対象に検討した。なお、内訳は認定施設：191施設（病院：185施設、有床クリニック：6施設）、教育関連施設：178施設（病院：115施設、有床クリニック：23床、無床クリニック：40施設）、非認定施設：141施設（病院：64施設、有床ク

リニック：26床，無床クリニック：50施設，未回答：1施設）で，回答率はそれぞれ40.7%，38.0%，30.1%であった。

2-2 提言・ガイドライン・ガイドの認知状況などについて

提言・ガイドライン・ガイドに関する回答事項すべてを記載した施設を解析対象とした。解析対象施設は445施設（認定施設：166施設，教育関連施設：156施設，非認定施設：123施設）であり，透析医総数は1,853人（認定施設：1,085人，教育関連施設：499人，非認定施設：269人）であった。提言＞ガイドライン＞ガイドの順に認知度が高く（80.4%，55.9%，20.5%），これらを読んだのも同様であった（59.9%，35.3%，11.7%）。

2-3 血液透析見合わせ経験について

(1) 血液透析見合わせ経験の有無について

回答のなかった1施設を除き，解析対象施設は509施設（認定施設：191施設，教育関連施設：178施設，非認定施設：140施設）であった。見合わせ経験は，240施設（47.1%）であり，内訳は，認定施設：115施設（60.2%），教育関連施設：85施設（47.8%），非認定施設：40施設（28.6%）であった。

(2) 血液透析見合わせのデータ集計について

血液透析見合わせ経験があり，見合わせに関する回答事項すべてを記載した施設をデータ集計対象とした。対象施設は206施設（認定施設：99施設，教育関連施設：72施設，非認定施設：35施設）であった。

① 見合わせについて

総数は，認定施設＞教育関連施設＞非認定施設の順に多かった（494人，296人，103人）。開始よりも継続見合わせ数のほうが多かった（332人，561人）が，認定施設＞教育関連施設＞非認定施設の順に開始時における見合わせが多かった（215人，100人，17人）。見合わせ数における高齢者と認知症の割合は，それぞれ89.7%と46.1%であった。

② 見合わせ後の透析開始について

7.5%が透析を開始しており，開始時と継続時ともに割合はほぼ同様であった。

③ 事前指示について

57.1%が事前指示をしており，そのうち40.0%が事前指示書を作成しており，60.0%が口頭指示であった。

④ 提言の準拠について

76.6%が提言に準拠して，見合わせを実施していた。準拠しなかった理由として以下があげられた。

- 本人が受診しなくなった。
- 悪性腫瘍終末期や多臓器不全で十分な話し合いができなかった。
- カンファレンスを1回しか行わなかった。
- 家族に連絡がとれなかった。
- 多職種のチームではなかった（主治医の意向，休日など）。
- 本人の意思が確認できなかった（認知症など）。
- 透析見合わせを検討する状態ではなかったが，高齢や状態が悪いなどで，本人の強い意思と家族の同意があった。
- 重度認知症で身寄りがない状態であった。
- 常識的対応をしており，特に提言を参考にはしなかった。
- 事前指示書と口頭指示は確認してはいるが，状況の中で家族との話し合いをもって見合わせになった。
- 提言の存在を知らなかった。
- 提言をすべて読んで理解していなかった。

2-4 事前指示書の調査について

(1) 事前指示書調査の有無について

事前指示書調査事項に記載がある施設をデータ集計対象とした。対象施設は500施設（認定施設：191施設，教育関連施設：172施設，非認定施設：137施設）であった。調査を実施した施設は48施設（9.6%）であり，内訳は，認定施設：18施設（9.4%），教育関連施設：24施設（14.0%），非認定施設：6施設（4.4%）であった。

(2) 事前指示書調査のデータ集計について

事前指示書調査に関する回答事項すべてを記載した施設をデータ集計対象とした。対象施設は37施設（認定施設：12施設，教育関連施設：21施設，非認定施設：4施設）であった。25%の患者が事前指示書を作成しており，施設独自の書式を使用している施設が多かった。

2-5 事前指示書作成の重要性を伝える無料パンフレット作製について

本調査事項に記載がある施設をデータ集計対象とした。対象施設は500施設（認定施設：191施設，教育関連施設：171施設，非認定施設：138施設）であった。79.4%が事前指示書作成の重要性を伝える無料パンフレットの作製を必要と回答し，パンフレット作製機関として，日本透析医学会が88.0%と最も多かった。また，その他として，厚生労働省，県・各市町村，日本医師会，日本腎臓学会，日本泌尿器科学会，日本老年医学会，学会が作製したのをベースに各施設が独自に作製という意見があった。

3 考察

3-1 提言の認知度について

提言の認知度は80.4%であり，読んだのは59.9%，すべて読んだのは29.6%と低かった。認知度が100%ではない理由は不明であるが，提言を公表後に透析医になったことが主要要因と推察され，専門医試験受験申請において，提言を含む倫理についての教育講演の聴講を必須条件にすることが必要と思われた。また，認知はしていても提言を読まない透析医も少なくはなく，専門医更新申請においても，提言を含む倫理についての教育講演の聴講を必須条件にすることが必要と思われた。

ガイドラインとガイドの認知度は低く，これらの対策も必要である。厚生労働省は，2016年度に，これまでのモデル事業の成果を踏まえ，人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応できる医療・ケアチーム（医師，看護師など）の育成研修を全国展開して，国民と医療者に対する普及活動を強化することになった。神戸大学医学部が，厚生労働省の委託を受け，「人生の最終段階における医療体制整備事業」を実施することとなり，全国8ブロック，12カ所において研修会を実施し，全国200の医療機関などで相談体制の整備を図ることを具体的な目標にすえた。医療機関単位（チーム単位）で研修に参加させることで，現場で即効的な対応が可能となり，研修修了者には伝達研修を行うよう求め，横展開を推進し，研修運営は地域の医師会，看護協会，関係学会などに一部委託しながら実施することで運営ノウハウを教授し，研修の連続性と拡大性を担保することを目指しており^{4,7)}，

社会技術開発センターもガイドの認知度を高める対策が必要である。

3-2 事前指示書作成と見合わせ決定について

見合わせを行った中で，高齢者は89.7%，認知症は46.1%であったが，42.9%には事前指示はなかった。事前指示書作成に積極的と思われる施設では，25.0%の患者が事前指示書を作成していたが，事前指示書を作成する重要性を伝えている施設は少なく，実際に作成している患者はかなり少ないと思われる。事前指示書作成の重要性を伝える無料パンフレット作製は，79.4%の施設が必要と回答し，パンフレット作製機関として，日本透析医学会が約90%と高かった。なお，7.5%が，血液透析を見合わせ後に透析を開始しており，見合わせ決定後も透析の開始について定期的に患者の意思を確認することが重要である。

大きな問題は，見合わせを行った中で23.4%が提言に準拠しなかったことと終末期ではない患者に見合わせが行われていたことである。前者は，透析専門医の受験時と更新時に提言を含む倫理についての教育講演の聴講を必須条件にすることにより解決できることが多いと思われる。後者は，提言は終末期を前提としており，終末期ではない患者が透析を拒否した場合には，医療チームは，shared decision makingにより，患者が最善の選択をできるように十分な情報を提供し，よく話し合い，患者が意思決定した過程を共有して適切に対応することが重要である^{4,5)}。

3-3 認知症患者について

認知症患者を取り巻く医療問題を考えた時，認知症は広く知られた疾患名であるものの，認知症患者と聞くと一般的に医療者の言っていることが理解できないと思ひこみ，否定的にとらえ，対応困難と判断してしまうことも少なくない。そのため患者本人の意思の確認が不明確であったり，人としての尊厳が尊重されていないのではと見受けられる場面もある。医療者でさえも相互理解が不可能と思ひ込んでしまうことがあり，それは大きな過ちであり，認知症患者が透析を含む治療を受けることになった時，認知症の程度に対応したケアが必要である。そして我々医療者が治療およびケアを提供する時には説明と同意を基本としており，たとえ認知機能が低下していても，当然のことながら説

明と同意を省くことは絶対にできない。

提言は認知症を対象外にしているが、見合わせについて検討する状態³⁾では、終末期で認知症を合併すると維持血液透析実施のたびに、器具による抑制および薬物による鎮静をしなければ、バスキュラーアクセスと透析回路を維持して安全に体外循環を実施できないことに該当する場合がある。このさいには、精神科専門医を受診させ、薬物などによる治療により精神状態を安定させ、当日または翌日に透析を実施することを意味しており、認知症自体で透析見合わせは行うことは考えていない。しかし、延命療法を中止しても法的責任は問われないと仮定し、家族が安定した血液透析の中止を申し出た場合、事前指示書があると、透析医は、肺と脳に転移のある大腸癌終末期患者と重症認知症患者の透析継続をほぼ同程度に中止すると回答している現状があり^{2,6)}、今後、認知症専門医が、認知症患者への治療見合わせの意思決定プロセスについて検討する必要がある。また、認知症が発症する前（意思表示ができる時）に本人の意思を表示する事前指示書を作成しておくことが最重要である。

3-4 「終末期」をめぐる問題

死は、医学的に、自然死、病死、災害死、事故死、自殺、他殺に分類され、死因は、死に至る基本的病態に従って、心不全死、腎不全死などに分けられる。末期腎不全では、腎移植や透析により生命維持が可能となるが、本邦では、献腎移植を受けるためにはかなりの待機期間を必要とする。

透析患者の1年生存率は約90%、5年生存率は約61%、10年生存率は約36%、15年生存率は約24%、20年生存率は約15%、25年生存率は約12%であるが、45年以上の長期延命も可能であり、透析は永続的な腎代替療法ともいえる。よって、終末期ではない患者本人の強い意思と家族の同意により、透析を見合わせてよいかという問題がある。終末期ではない悪性腫瘍の患者の場合には、治療を受けるか受けないかは、患者の意思で決定されている。これはどれが最も延命できる選択かは断言できないと思われる。一方、終末期ではない末期腎不全患者は、透析を開始または継続すれば生命維持ができるにもかかわらず、十分な説明を受けてすべてを正しく理解したうえで、患者が透析を開始しないまたは継続を中止すると自己決定した

場合、病死として扱われていると思われるが、尊厳死のほうがより適切であろう。

超党派の国会議員でつくる尊厳死法制化を考える議員連盟は、終末期の患者が延命措置を望まない場合、措置を始めなくても医師の責任が問われずとする法案を、2012年に公表した。なお、知的障害がある人や意思表示ができない人などは、対象としていない。同年、議員連盟は、終末期患者が延命措置を望まない場合、医師が人工呼吸器の取り外しなど「現に行っている延命措置を中止」しても、法的責任が免責される法案を新たにまとめた。2法案では、適切に治療しても患者が回復する可能性がなく、死期が間近と判定された状態を「終末期」と定義し、15歳以上の患者が延命措置を望まないと書面で示し、2人以上の医師が終末期と判定した場合、刑事、民事、行政上の法的責任を問われず、本人の意思が確認できない場合は「法律の適用外」と明記した。議員連盟は、2009年に4案を並べて審議した改正臓器移植法のように2法案とも国会に提出し、各議員の判断で投票すると成立する可能性がある。これらの法案は、終末期患者を対象としており、透析を開始または継続すれば長期延命が可能な患者は対象とはならないと考える。

厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編」では、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2~3カ月と予測ができる場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返して予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数カ月から数年にかけ死を迎える場合があり、どのような状態が終末期かは、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームが適切かつ妥当に判断すべきとした⁸⁾。日本医師会第X次生命倫理懇談会の「終末期医療に関するガイドライン」では、狭義の終末期を、臨死の状態、死期が切迫している時期と定義し、広義の終末期を、最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎えると判断される時期と定義した。そのうえで、主治医を含む複数の医師および看護師、その他必要な複数の医療関係者が判断し、患者、もしくは、患者の意思を推定できる家族などが理解し納得した時点で「終末期」が始まるとした⁹⁾。よって、透析を開始または継続すれば長期延命が可能な末期腎臓病患者は広義の終末期に含まれると解釈できるので、患者が透析の見合わせを自己決定しても終末期には含ま

ないと、日本透析医学会を含む関連団体が見解を出す必要がある。

おわりに

維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言が公表されて約2年以上が経過した。医療チームは、維持血液透析とともに質が向上した生活を過ごせるように患者を援助し、人生の最期には、透析を継続しながら生命の質が向上した生活を過ごせるように患者を援助するとともに、その限界も見極めて、死への過程を可能な限り痛みがなく、穏やかで、尊厳あるものに導き、家族が良い死に方であったと考えられるように支援することが重要である。

【補記】

2019年3月7日の毎日新聞の報道を受けて

頻回のバスキュラーアクセストラブルがある終末期ではない維持血液透析患者に、医師からカテーテル留置術と透析見合わせの提案がなされ、患者は見合わせを選択し、その後、呼吸困難が出現して再開を希望したが透析は再開されず、薬物が投与され死亡したことが報道された。さらに翌日には、透析の開始時に医師が見合わせも選択肢の一つとして提案し、約20人が透析を開始せずに死亡したことが報道された。

この件については、終末期ではない末期腎臓病患者および維持透析患者に、医師から透析見合わせを提案したことと、見合わせた透析の再開を希望したにもかかわらず再開しなかったことと、医療チームによる shared decision making と advance care planning が行われていなかったことが大きな問題である。医の倫理綱領に「医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。」と記載されており、患者は医学的なことを正確に理解できないことが多く、理解不足で治療がうまくいかないと見合わせを自己決定してしまう可能性があるため、終末期ではない患者に対しては、透析の開始時と継続中に医療チームから見合わせの選択肢を提案することは差し控えなければならない。

一方、終末期ではない患者が、何らかの理由で見合

わせを申し出た場合には、患者および家族と話し合いを十分に行い、患者の気持ちを把握するとともに家族の意向も確認しなければならない。頻回のバスキュラーアクセストラブルが理由で血液透析の見合わせを申し出た場合には、他の腎代替療法（腹膜透析、腎移植）についても再度情報を提供しなければならない。また、うつ病などの精神疾患があると間違った意思決定をするため、専門医に受診させる必要がある。精神疾患がなく、本人の強い意思が変わらず、家族も見合わせに同意した時には、その意思を尊重しながらも、医療チームは透析を開始/継続するように話し合いを継続しなければならない。透析は末期腎臓病患者の延命治療と考えられているが、透析を開始または継続すれば長期延命が可能な患者の場合には、延命治療ではなく単に治療と考えるべきである。提言の諸条件を満たし患者の生命の質を真摯に考えた透析見合わせと、提言に準拠せず倫理に反した医療チームによる一方的な透析見合わせとは大きく異なり、後者は絶対に行ってはいけないことを強調しておきたい⁷⁾。現段階では、報道機関からの情報だけであり、真実は日本透析医学会が3月7日に発足させた調査委員会の調査により、明らかになると思われる。

厚生労働省は、2018年に「人生の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」から「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」⁸⁾¹⁰⁾に名称変更した。高齢多死社会の進展に伴い、地域包括ケアの構築に対応する必要があることや、英米諸国を中心として advance care planning の概念を踏まえ、病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用し、心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合い、本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておき、今後、単身世帯が増えることを踏まえ、信頼できる者の対象を家族から家族等（親しい友人等）に拡大し、繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することを追加した。

文 献

- 1) 岡田一義：透析患者の終末期における治療見合わせ. 大阪透析研究会会誌 2012; 30: 5-8.
- 2) 岡田一義, 今田聰雄, 海津嘉蔵, 他：透析医への意識調査：維持血液透析患者の悪性腫瘍終末期における透析中止について. 透析会誌 2003; 36: 1315-1326.
- 3) 日本透析医学会：維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言. 透析会誌 2014; 47: 269-285.
- 4) 岡田一義：維持透析の開始と継続に関する意思決定. 腎と透析 2018; 84: 393-397.
- 5) 岡田一義：維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言～全国アンケート調査結果を踏まえて～. 臨牀透析 2018; 34: 1187-1191.
- 6) Okada K, Abe M, Yoshida Y, et al. : "Life with dignity" for terminal-stage dialysis patients with severe dementia in Japan : A new concept. Nihon University Journal of Medicine 2009; 51: 25-34.
- 7) 岡田一義：透析患者の終末期ケア. 日本医師会誌 (印刷中).
- ‡3) 厚生労働省「人生の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リーフレット」<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079905.pdf> (2018/11/1)
- ‡4) 国立長寿医療研究センター「平成 27 年度人生の最終段階における医療体制整備事業総括報告書」<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/eol/hokoku/hokoku2015.pdf> (2018/11/1)
- ‡5) 国立長寿医療研究センター「アドバンス・ケア・プランニング」<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/eol/acp/acp.html> (2018/10/15)
- ‡6) 社会技術開発センター「認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発」<http://j-decs.org/> (2018/11/11)
- ‡7) 神戸大学「平成 28 年度厚生労働省委託事業人生の最終段階における医療体制整備事業」<http://jigyuu.com/endoflife/general.html> (2018/11/1)
- ‡8) 厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11b.pdf> (2018/11/1)
- ‡9) 日本医師会第 X 次生命倫理懇談会「終末期医療に関するガイドライン」http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080227_1.pdf (2018/11/1)
- ‡10) 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (2019/03/11)

参考 URL

- ‡1) 厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf> (2018/11/1)
- ‡2) 厚生労働省「人生の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」<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-10800000-Iseikyoku/0000078981.pdf> (2018/11/1)