

Advanced Care Planning (ACP) に関する文献レビュー

著者	竹内 佐智恵, 犬丸 杏里, 坂口 美和, 後藤 姉奈, 吉田 和枝, 出原 弥和, 辻川 真弓
雑誌名	三重看護学誌
巻	17
号	1
ページ	71-77
発行年	2015-03-20
その他のタイトル	A review of advanced care planning
URL	http://hdl.handle.net/10076/14683

Advanced Care Planning (ACP) に関する文献レビュー

竹内佐智恵¹, 犬丸 杏里¹, 坂口 美和¹, 後藤 姉奈¹
吉田 和枝¹, 出原 弥和², 辻川 真弓¹

A review of advanced care planning

Sachie TAKEUCHI, Anri INUMARU, Miwa SAKAGUCHI, Shina GOTO
Kazue YOSHIDA, Miwa IZUHARA and Mayumi TSUJIKAWA

Key Words: Advanced care planning, review

はじめに

哲学や文学の世界では古くから「死」について個々の在り様の重要性が着目され、いかに死に行く過程を生き抜くかが文献や小説等で表現されてきた。しかしながら医療の現場では医療者が患者と死にゆく過程について話をするに抵抗感を抱く風潮があった。1970年代になり河野博臣医師が「死と看護」について言及し、1977年に「死の臨床研究会」が発足した。1981年に第34回世界医師会総会で「患者の権利に関するリスボン宣言」が、続いて1983年に第35回の同総会で終末期疾患に関するベニス宣言が提示され、死にゆく過程にも患者の意思と希望を組み込むことの意義が注目され始めた。我が国においても1980年代からホスピス、緩和という言葉が医療現場でも重視されるようになり、死について患者と話すことが推奨されてきた。当初は、チャプレンや僧侶など、宗教に関連する専門家が患者とじっくりと関わりながら死について話すにとどまっていたが、21世紀に入り緩和医療が単なる終末期の医療ではなく死に向かっている人生であることを意識している患者がその人生をよりよいものにするために医療者も支援するという位置づけが明確になってきた。これに伴い、緩和医療に関わる各種の法やシステムの整備が加速化され、死について話すことは今や医療者の重要な役割となってきた。

しかしながら、医療現場のすべてにおいてその意識

が浸透しているわけではない。人が亡くなる医療の場は多様であり、中には今もなお医療者自身が患者の死について自分の感情を表出したりメンバーと話し合ったりすることさえなく悲嘆や苦悩を抑圧しながら患者の死に接している現場も少なくない(田代, 2013)。患者の死にゆく過程を支えるひとりである医療者が困惑しているのは、患者の、決定したかに見えても状況の変化によって容易に翻ることもある不安定な意思や意向(笠間, 2011)にじっくりと耳を傾けながら話し合うことは難しい。

理想と現実の乖離はすぐには埋まらないが、患者のよりよい死への歩みを支援するための医療看護を取り巻く情勢には少しずつ発展的な動きがある。その1つが「レット・ミー・ディサイド(患者が自分で決める医療)」という観念である。1994年ごろから我が国にこの観念が導入され、終末期において患者自身がどのような医療処置を受けたいか、または受けたくないかを表明する事前指示書というものが注目され始めた。近年は、より簡便な方法で意思表示ができるように「私の4つのお願い」という4項目を2者択一式でチェックする様式(笠間, 2011)のものも開発されている。さらに、最近では単に意思を記録に表明することを目的とするのではなく、語り合う過程が重視され、Advanced care planning (ACP) という観念が注目されている。

このようによりよい死を支援する方法は漸次発展してきており、現在、ACPという形式が注目されてきて

1 三重大学医学部看護学科

2 奈良学園大学

いる。

ACP とは一人の患者の死にゆく過程においてその人の価値や目標や、受けたいと思う医療について話し合う過程であり、それによって、その患者が終末期に自身の思いを話せなくなった状態になっても自らが望んでいた医療を受けることができるようにする一連の流れのことである (Green ら, 2012)。ACP の方法は固定されていないが、多くの場合は「患者はやがて訪れる終末期の身体的な状態について学び、その時にどのような対応の方法があるかを知る」「患者は自身の目標や信念を振り返り終末期の状態における医療について意思決定する際に自身が大切にしたいものは何かを考える」「やがて訪れるかもしれない治療への意思決定に際して患者自身が考えていることを誰かにも知ってもらおう」「患者自身が意思決定を下せなくなった場合に代りに自分の意思を伝えてくれるような代理人となる人を設定する」ことを目指したインフォーマルな会話である。しかし、終末期の重要な意思決定の際には患者が会話を通して残した意思が法的に認められるほどの重要な意味を持つ (Emanuel ら, 2000, Gillick ら, 2004)。

目的

文献検討を通して患者の特性による ACP の効果および ACP を適用するタイミングについて探索し、効果的な ACP の構築のための示唆を得る。

方法

1. 検索サイト

医学中央雑誌, CiNii, CINAHL, Medline, Cochrane library

2. 期間

2013 年 6 月～2014 年 1 月

3. 検索用語

Advance care planning, quality of end of life, quality of life, 死, アイデンティティ, 終末期をキーワードとして順次投入して検索し、文献の発行年を 1993～2013 年に絞って検索した。

4. 除外条件, 文献の選択方法

認知機能障害, 精神疾患, 冠動脈/脳血管障害, 小児に関連するもの, 治療に関連するもの, 代謝/生理に関連するものを除外し, 研究者間で検討し, 対象論文を選定した。

5. 分析手順

研究デザインを基準にして分類し, サーベイに属する文献から ACP の適応となる患者特性を分析し, 介入群と対照群を設定したデザインおよび事例報告の論文をもとに ACP の内容を分析した。

結果

1. 分類結果

選択された論文は 60 編であった。そのうち, 分類不可のもの 13 編, 入手不可のもの 5 編, 対象が患者以外のもの 1 編を除外した 41 編を研究デザイン別に分類した。ACP の適応者概要をサーベイとみなされる 7 編をもとに分析し, ACP の内容を 7 編の介入研究と 3 編の事例報告をもとに分析した (図 1)。ACP に関連する研究論文数は 1997 年から散見され始め, 2008 年以降急速に増加していた。介入研究は, 2008 年以前は検索され

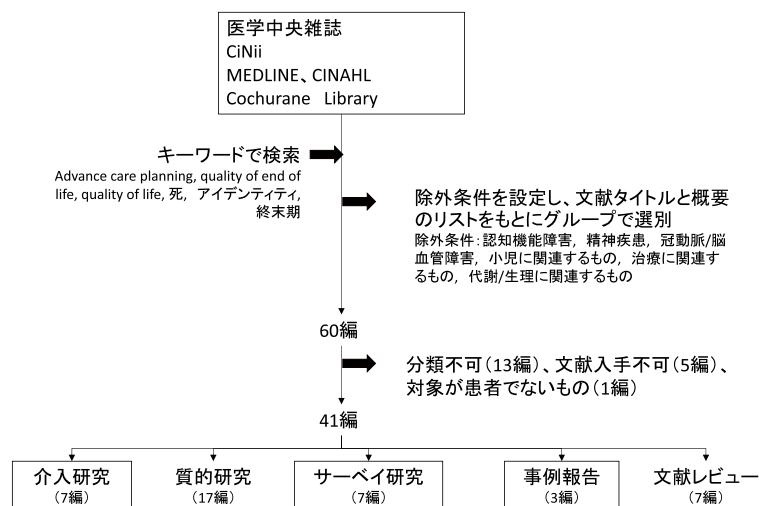


図 1 検索の流れと抽出された論文数

た論文の半数以上を占めていたが、2008年以降は全体の3割以下にとどまっている傾向が続いている(図2)。

2. 事前指示書の作成状況(表1)

アメリカにおける事前指示書の作成状況は、Morrisonら(2004)の報告によると60歳以上の高齢者の3分の1の人が作成していたとしており、Bitoら(2001)が行った慢性疾患を持たない成人期の人々を対象とした調査の場合、作成率は2割程度と報告され、概ねアメリカにおいては2~3割の人が事前指示書を作成している実情が浮き彫りになった。とりわけ、高学歴で既婚の女性や一人暮らしの人が事前指示書への関心が高い

傾向にあることが示された(Bitoら, 2001)。他方、事前指示書の作成には健康状態が影響しており、透析治療を受けている患者においては6割の人が事前指示書を作成していた(Merie et al, 2010)。

3. ACPの成果指標

ACPがもたらす成果は様々であるが、成果の1つとして事前指示書の作成率の高さに着目した調査がEngelhartsら(2006)によって行われている。その調査では、内科医が中心となって作成したthe Advanced Illness Coordinated Care Program (AICCP)について成果を評価している。AICCPは6つの機能に基づき患者へ

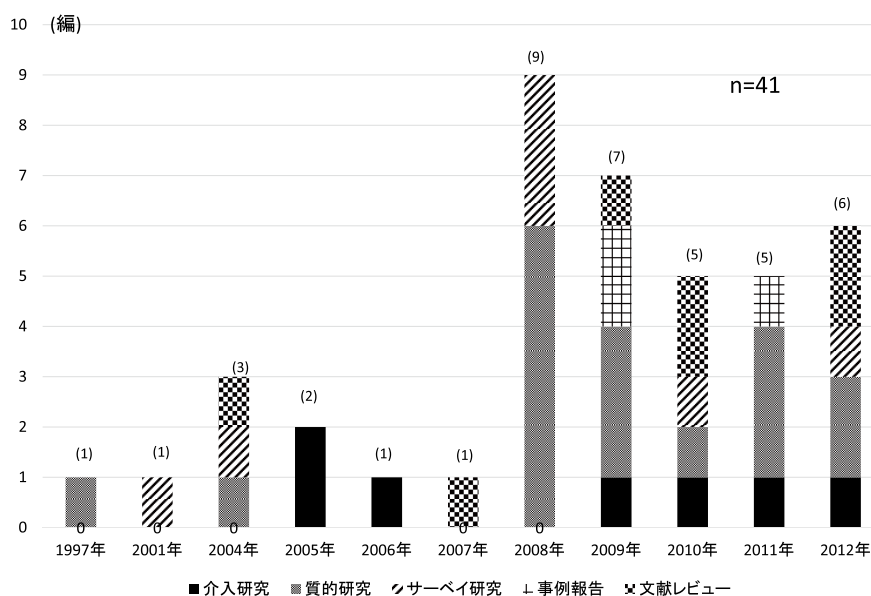


図2 ACPに関する研究論文数の年次推移

表1 終末期ケアにACPを導入する人の特徴

テーマ	記載概要	文献
事前指示書/ 委任状の完成率	60%：透析治療を受けている患者	Kataoka-Yahiro MR, Conde FA, Wong RS, et al (2010)
	約33%	MorrisonRS, MeierDE (2004)
	事前指示書が必要だと感じている人は22.8%であった。	Seiji Bito, Nell S Wenger, Momoyo ohki, Shunichi Fukuhara (2001)
ACPへの関心	78.2%：care planningに参加したい 69.2%：今後について家族と話したい	Seiji Bito, Nell S Wenger, Momoyo ohki, Shunichi Fukuhara (2001)
ACPに関心を持っているのはどのような人か	アジア系アメリカ人とハワイの原住民はACPに関して健康や法律上の専門職よりも家族と議論することを望んでいた。	Kataoka-Yahiro MR, Conde FA, Wong RS, et al (2010)
	女性、既婚、高学歴、独居の人	Seiji Bito, Nell S Wenger, Momoyo ohki, Shunichi Fukuhara (2001)
	家庭医療医のいる人	Morrison RS, meier DE (2004)

の健康教育や起こりうる症状の予防やよりよい End of life のための助言や説明をし、ケアを調整し必要であれば医療的なサービスとの連携を図る対応をするプログラムであり、ACP と同様の内容である。こうした関わりの結果、患者の満足度が増加し、事前指示書作成への意思決定までの期間が短くなり、また、患者が事前指示書を更新する頻度も高まったことを示し、終末期の医療費を低く抑えることができたと報告している。

しかし、ACP の成果は事前指示書の作成ばかりではなく、患者が自らの死に関することを誰かと話し合うことを重視する側面もある(表2)。Merie ら(2010)は透析治療を受けている患者を対象にした調査を行い、透析治療を受けている患者は迫りくる終焉のことを考えることに不安や恐れを抱きつつも、死への準備として葬儀の計画や遺産の整理という現実的なテーマを家

族と話し合っておきたいと希望している患者側の様子を捉えていた。他方、家族の思いについては、Gries ら(2008)がICUで亡くなった人の家族を対象にした研究を行っていた。死にゆく過程の思いを患者と語り合えなかった家族が遺族となった時点の思いを聞き取ったこの調査から、家族が患者の死にゆく過程に対する希望やスピリチュアルニードを聞き取っておけなかったことは強い遺恨となる様子を浮き彫りにした。

4. ACP による終末期医療の意思決定への影響(表3)

死への歩みが進んでいる終末期医療の場においても患者の生命維持に関わる決断には医療者の苦渋と責任が伴う。その決断の重大な基軸になるのは患者の意思である。Allen ら(2008)はACPによって終末期の生命維持装置に対する患者の意思表示について調査した。

表2 ACP の成果指標

テーマ	記載概要	文献
ACP で話し合いたい テーマ	「死ぬということ」について話すことは人生の重要な一部であると考えていた。	Kataoka-Yahiro MR, Conde FA, Wong RS, et al (2010)
	ほとんどの参加者は家族とエンドオブライフについて話し合うことを望んでいた。	Kataoka-Yahiro MR, Conde FA, Wong RS, et al (2010)
	葬儀の計画、遺産の整理について意思を固めたいと感じていた。	Kataoka-Yahiro MR, Conde FA, Wong RS, et al (2010)
	終末期の希望やスピリチュアルニードについて話し合っていた。	Gries CJ, Curtis JR, Wall RJ, et al (2008)
死について話すこと への苦痛	ほとんどの参加者はエンドオブライフへの心配や恐れを抱きながらも、家族とエンドオブライフについて話し合うことを望んでいた。	Kataoka-Yahiro MR, Conde FA, Wong RS, et al (2010)
	大部分は死を人生の重要な一部と考えており、死について話すことに苦痛はなかった。	Kataoka-Yahiro MR, Conde FA, Wong RS, et al (2010)

表3 ACP による終末期医療の意思決定への影響

テーマ	記載概要	文献
ACP によって生命維持装置への意思決定はどのように変化したか	アフリカ系アメリカ人は、生命維持装置への拒否意識が高まった。	Allen RS, Allen JY, Hilgeman MM, et al (2008)
	コーカサス人は、生命維持装置への期待がわずかに増加した。	Allen RS, Allen JY, Hilgeman MM, et al (2008)
事前指示書の作成に影響をもたらす要因は何か	友人や家族メンバーが人工呼吸器を使うのを見てきた回答者は、医療委任状を明示する率が有意に高かった。	Morrison RS, Meier DE (2004)
	ACP に関する話し合いが医師先導で行われた場合、その患者は医療委任状を完了率は有意に低くなった。	Morrison RS, Meier DE (2004)
生命維持装置に関する話し合いの成果	意思決定に対する葛藤が低減した。	Allen RS, Allen JY, Hilgeman MM, et al (2008)
	生命維持装置を中止した人が有意に多かった。	Gries CJ, Curtis JR, Wall RJ, et al (2008)

その結果、ACP によって患者の生命維持装置の装着に関する意思表示が明確になる傾向が明らかにされた。興味深いことに、この成果には人種による差があり、アフリカ系アメリカ人は ACP によって生命維持装置を拒否する意識が高まったが、コーカサス人は生命維持装置を装着することへの期待が高まったと報告された。また、Kirchhoff ら (2012) は、心不全患者と腎不全で透析治療を受けていた患者を対象にした研究を行っており、腎不全で透析を受けている患者がトレーニングを受けた人によって ACP の介入を受けた場合、透析治療を終了したいという意思を表明する人が増える傾向にあったことを報告した。

ACP の成果は患者のみならず医療者にも影響していることを Jacobsen ら (2011) が報告している。緩和ケア内科医を中心とした専門職チームが ACP を提供する場合、情報提供中心の介入であれ意思決定支援を中心とした介入であれ、ACP を意図的に介入することで医療者が延命治療や生命維持の治療に関する患者との議論の様子を克明に記録に残す割合が有意に高まったことを報告した。

5. ACP の介入方法の違いによる影響

ACP の介入方法に関する研究は、誰が行うか、どの点を重視して関わるか、どの時期に介入するか、何をを用いて関わるかに焦点を当てた研究に分類できた (表 4)。

Kirchhoff ら (2012) は腎不全や心不全の疾患をもつ人への ACP の介入として医療に関わる介入者が 1~1.5 時間関わり、病気体験に関する患者の理解度をアセスメントし、治療に関する情報提供をし、治療の効果と弊害について情報を提供しながら、患者が望む治療について事前指示書に記載するよう促す方法を設定し、

インタビューのトレーニングを受けた人が介入する群とトレーニングを受けていない人が介入する群を比較した。同研究では介護者に対しても患者が望む治療を受け止め患者が決めた治療法を尊重することの重要性を説明する働きかけを、同じく介入者のトレーニングの有無による成果の差についても比較した。他方、Jones ら (2011) は、外来専門のオンコロジークリニックや近隣のホスピスに所属し ACP に関わる講習を受けた医療者が関わる群と患者の家族や友人が関わる群とに分けて患者を無作為に抽出して研究した。ここでの ACP の介入方法は ACP の話し合いが中心であり、その介入後の抑うつ状態、コミュニケーションのレベル、満足度のレベルなどを、尺度を用いて測定した。これらの調査はいずれも対照群との差は認められなかった。一方、Morrison ら (2005) も、介入者の訓練の有無による ACP の成果の差について調査した。ここでは ACP への介入者は MSW としており、介入群を小集団のワークショップとロールプレイを取り入れた演習型の訓練を受けた人とし、対照群をニューヨーク州で実施している座学型の講習会を受けた群として調査した。各介入を受けた患者が終末期の時期に受けた治療を看護記録から探索した結果、演習型の講習を受けた MSW が介入した患者は CPR (40% vs 20%, $p=.005$)、経管栄養や点滴管理 (47% vs 9%, $p<.01$)、点滴による抗生剤投与 (44% vs 9%, $p<.01$)、入院治療 (49% vs 16%, $p<.01$) に関して希望に沿った対応をしてもらっており、座学型の講習を受けた MSW が介入した患者は自身が望んだ治療とは違うレベルの対応を受けたと報告していた。Kirchhoff ら (2012) もまた、ACP に関わる人が訓練を受けて患者中心のインタビューを提供すると 74% の患者が最期の時まで意思決定の姿勢を示した。特に、腎

表 4 ACP の介入方法の違いによる影響

	ACP に関する介入方法	介入群	対照群
誰が行うか	医療チームとは別のメディエーターが ACP discussion を行う	180 名	-
	トレーニングを受けたインタビュアーによる PC-ACP インタビューを受ける	153 名	160 名
介入の焦点	情報共有型 ACP と意思決定型 ACP の両方またはいずれかを提供する	517 名	382 名
	AICCP の 6 つの機能に関するケアの調整と支援	133 名	142 名
いつ話し合うか	入院時に患者と代理者に ACP の話し合い、患者の体調が落ちてきた際に再度話し合う	-	-
何をを用いるか	ビデオを見てから急変時に希望する処置について意思決定を促す	23 名	27 名
	ピアメンタリングを通して事前指示の情報を受け取る、または国際腎臓協会が用意した印刷された資料 (事前指示書: 患者と家族のためのガイドライン) を通して事前指示の情報を受け取る	-	-

不全で透析治療を受けていた患者は、訓練を受けた人による患者中心のインタビューを通して、透析治療を終了する時期についても意思を表明したと報告していた。終末期における対話を中心としたACPは、会話をもたらす患者への心理的成果に対しては介入者の専門性や訓練の有無は差異をもたらさないが、終末期時の医療措置に対する患者の希望が徐々に変化していく過程を捉え、それを医療的対応のなかで実現する力は専門的な訓練を受けた人が介入することの意義の大きさを明らかにしていた。

介入時に資料や情報提供のための媒体を用いる方法として、EI-Jawahriら(2010)は悪性神経膠腫の患者に終末期処置のビデオを見せながら説明する方法について検定した。その結果、言語的な説明のみを受けた群は延命処置を優先した人が25.9%、基本的処置にとどめた人が51.9%、安楽な処置を希望した人が22.2%に対し、ビデオを用いた説明を受けた群は、延命処置なし、基本的処置4.4%、安楽な処置91.3%、不明4.4%であった。また、Perryら(2005)は透析をしている患者を支援するためのトレーニングを受けた透析患者によるピアメンタリングを通して事前指示の情報を取得する群と国際腎臓協会が用意した印刷された資料(事前指示書:患者と家族のためのガイドライン)を通して事前指示の情報提供をする群と透析センターで作られた通常のもの以上の追加の物は用いずに対応する対照群を設定して検定した。その結果、アフリカ系アメリカ人においてはピアメンタリングを通して事前指示書の説明を受けた群は事前指示書を完成させた割合が高くなり、話し合ったことに満足し、「よりよく生きたい」という思いの増強や不安の軽減につながった。その一方でコーカサス人への影響は低かったと報告している。

考 察

1. ACPを適用するタイミングについて

癌患者の場合、現在約8割が告知されている。死前症状についても約6か月前から出現しやすい各種の身体症状についてKalevaら(2012)が研究しており、医療者が捉える終末期の患者像は徐々に明確になってきている。しかし、こうした調査があるからといって、患者に自らの死にゆく過程について話すことを奨めることは必ずしも一律にはできない。今回の文献検索の結果からも、人が話す目的は多様であることが明らかになった。生活の整理をするために話す人もいれば、家族との時間を大切にしつつ自らの生き様や家族に継承してもらいたいことを伝えるために話す人もいる。時

には話すことでひと時でも死を忘れるために話す人もいる。こうした当人の意思によって、話すタイミングは違う。

先述の6か月前の死前症状の研究によると、一部の患者は代謝や酸素化の低下に伴い思考力が低下することがある。そのため、患者が話す目的によっては、思考が明瞭な時期から話すことを促進する必要がある。逆に、身体症状が重篤化するにしたがってつる不安を緩和するために、時期によって話す内容を丁寧に変化させる必要もあると言える。

2. 効果的なACPの方法について

ACPに患者の家族や友人らに関わることが患者の心理にとっては専門家と同等の成果をもたらすこともあるが、すべてを家族や友人らにゆだねることで、家族や友人らの心理的な負担が増すこともある。介入を勧めるためには、そうした人たちへの十分な支援や配慮に関する調査も必要である。医療者をはじめとする専門家は、患者の死前症状を見極める観察力を有しながら、きめ細かな配慮をする力も求められる。死に関する対応には、人の価値観が伴う。意向の変化の背景に自尊心、価値、信念の柔軟さ(固執性の低さ)が影響している場合、介入した人のもつ信念や価値観との相互関係のなかで介入した人によって影響を受ける危険性もある。介入者と被介入者双方の特性に関する研究も必要といえる。

以上のように効果的なACPの方法には更なる基礎調査が必要である。

結 論

1. 終末期患者にとって、死にゆく過程のなかで意向を話し合うことは意義がある。
2. ACPの過程に関わる人は、専門家であっても家族や友人らであっても、患者にとって話し合いがもたらす満足感や抑うつ予防という心理的な成果は差異がない。
3. ACPの過程において患者自身が抱く終末期の医療措置への思いは変化する。この意思を適切に捉え、実際に医療措置の判断を下す際に患者の意思決定を尊重した対応をとるためにはACPのための訓練を受け、患者中心のインタビューを展開する力を備えた専門家が介入することが有効である。
4. ACPによって事前指示書の作成率は高くなるが、患者の意思は時期によっても変化し、また人種によってもACPがもたらす意思決定の方向性に違いがある。

5. ACP の導入に向けて、対応する専門家の訓練法や対象者と介入者の双方の特性の適合性に関する調査も必要である。

文 献

Allen RS, Allen JY, Hilgeman MM, et al (2008) : End-of-life decision-making, decisional conflict, and enhanced information: race effects., *J Am Geriatr Soc*, 56 (10), 1904–1909.

Chan RJ, Webster J (2010) : End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying., *Cochrane Database Syst Rev*, 1.

El-Jawahri A, Podgurski LM, Eichler AF, et al (2010) : Use of video to facilitate end-of-life discussions with patients with cancer: a randomized controlled trial., *J Clin Oncol*, 28 (2), 305–310.

Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD (2000) : Advance care planning., *Arch Fam Med*, 9 (10), 1181–1187.

Engelhardt JB, McClive-Reed KP, Toseland RW, et al (2006) : Effects of a program for coordinated care of advanced illness on patients, surrogates, and healthcare costs: a randomized trial., *Am J Manag Care*, 12 (2), 93–100.

Gillick MR (2004): Advance care planning., *N Engl J Med*, 350 (1), 7–8.

Green MJ, Levi BH (2012): The era of "e" : the use of new technologies in advance care planning., *Nurs Outlook*, 60 (6), 376–383.

Gries CJ, Curtis JR, Wall RJ, et al (2008) : Family member satisfaction with end-of-life decision making in the ICU., *Chest*, 133 (3), 704–712.

乾 成夫 : ホスピス緩和ケアの歴史を考える年表 (www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyosyo.../2012_12_1.pdf), 2014/1/10 検索

Jacobsen J, Robinson E, Jackson VA (2011) : Development of a cognitive model for advance care planning discussions: results from a quality improvement initiative., *J Palliat Med*, 14 (3), 331–336.

Jones L, Harrington J, Barlow CA, et al (2011) : Advance care planning in advanced cancer: can it be achieved? An exploratory randomized patient preference trial of a care planning discussion., *Palliat Support Care*, 9 (1), 3–13.

Kaleva-Kerola J, Huhtala H, Helminen M, et al (2012) :

Evaluation of frequency of clinical symptoms and signs within six months prior to death in patients with advanced solid cancers., *J Palliat Care*, 28 (1), 13–20.

笠間 睦 (2011) : 事前指示書と終末期医療—療養病床転棟時における終末期意向の変化調査. *日本医事新報* 4530, 107–110.

Kataoka-Yahiro MR, Conde FA, Wong RS, et al (2010) : Advance care planning among Asian Americans and Native Hawaiians receiving haemodialysis., *Int J Palliat Nurs*, 16 (1), 32–40.

Kirchhoff KT, Hammes BJ, Kehl KA (2012) : Effect of a disease-specific advance care planning intervention on end-of-life care., *J Am Geriatr Soc*, 60 (5), 946–950.

Morrison RS, Chichin E, Carter J, et al. (2005) : The effect of a social work intervention to enhance advance care planning documentation in the nursing home., *J Am Geriatr Soc*, 53 (2), 290–294.

Morrison RS, Meier DE (2004) : High rates of advance care planning in New York City's elderly population., *Arch Intern Med*, 164 (22), 2421–2426.

中村 未央, 崎市立川崎病院看護学部看護研究委員会 (2009) : 終末期を迎える患者に対する関わりについての考察, *川崎市立川崎病院事例研究集録* 11, 131–133.

大塚裕子, 櫻 佳子 (2009) : 終末期の患者看護を通じて, 家族ケアの重要性を学んだ事例, *中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会* 5.316–319.

Perry E, Swartz J, Brown S, et al (2005) : Peer mentoring: a culturally sensitive approach to end-of-life planning for long-term dialysis patients., *Am J Kidney Dis*, 46 (1), 111–119.

Seal M. (2007) : Patient advocacy and advance care planning in the acute hospital setting., *Aust J Adv Nurs*, 24 (4), 29–36.

Seiji Bito, Nell S Wenger, Momoyo ohki, et al (2001) : Japanese Attitudes toward Advance Care Planning for End-of-Life Decisions, *General Medicine*, 2 (1), 3–10.

竹下裕子, 佐藤禮子 (2011) : 終末期がん患者のつながりに変化を生じさせた出来事 末期肺がん患者の1事例から, *大阪府立大学看護学部紀要* 17 (1), 103–110.

田代志門 (2013) : 「死にゆく人々とのコミュニケーション」を支えるもの. *緩和ケア* 23 (6). 438–441.

Zikmund-Fisher BJ, Lacey HP, Fagerlin A (2008) : The potential impact of decision role and patient age on end-of-life treatment decision making., *J Med Ethics*, 34 (5), 327–331.

