

地域包括ケアシステム時代における終末期のあり方

—意思決定支援の意義—

西元 加那

大正大学 地域創生学部 公共政策学科 専任講師

(要旨) 本稿は、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるようなシステムの構築を目指す地域包括ケアシステムとの関係を意識しながら、自らの「人生の最期」について意思決定をすることの意義を検討する。日本には、終末期医療に関する法規制は存在しないが、それでもなお、本人の意思決定には重要な意義がある。そもそも、医療同意権は一身専属権であり、医療行為を受けるか否か、どのような治療を選択するかというのは、本人にのみ決定権がある。しかし、いざというときに意思を表明できる状況にあるとは限らず、リビング・ウィルとも呼ばれる事前指示は、その法的意義や効果も含め注目を集めている。国や地域の政策とあわせ、ACP や人生会議の重要性、本人の意思を表明することの効果、意思を推定する際の留意点等を、考察の目的とする。

キーワード：地域包括ケアシステム、事前指示書、ACP、人生会議

1. はじめに

日本は諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しており、厚生労働省は地域包括ケアシステムの構築を推進している。地域包括ケアシステムとは、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」の第 2 条において、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（中略）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」と定義されている。

この地域包括ケアシステムは、団塊の世代（約 800 万人）が 75 歳以上となる 2025 年を目処に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、市町村や都道府県に対して、地域の自

主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことを求めている¹。2025 年以降は、国民の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれるが、急速に進行する高齢化は、当然死期をむかえる高齢者の増加も伴うことになる。いわゆる多死社会の到来であり、年間死者数は、2040 年には 1989 年（約 79 万人：1 日当たり約 2,200 人）の 2 倍を超える水準（約 168 万人：1 日当たり約 4,600 人）になると見込まれている²。

現在、日本では、全死亡者のおよそ 8 割の人が病院で終末を迎えている。1950 年台初頭には、8 割の人々が自宅で死を迎えていたのに対し、1970 年中盤を基盤として、病院死と在宅死の割合が逆転し、現在に至っている³。

地域包括ケアシステムは、3 枚の葉をもつ植物とそれが植えられている植木鉢で例えられる（図-1）。

¹ 厚生労働省(2025)

² 厚生労働省(2021)

³ 水村(2016)



図-1 「地域包括ケアシステムの植木鉢」⁴

植木鉢を載せている受け皿は「本人・家族の選択と心構え」とされ⁵、最後は病院に入院するのか、不治の病の場合に延命処置をするのかなど、終末期の過ごし方等を含む選択や心構え、あるいは覚悟を表している。このことから、地域包括ケアシステムは人生の最期を対象としていることがわかり、また、地域包括ケアシステムを拡大することで、病院での終末期医療を減らし、介護施設や住宅など病院以外での看取りができるよう地域ごとに取り組まれている⁶。このように、地域包括ケアシステムと終末期が切り離せぬ問題であることは明らかであるが、現在、それが十分にうまく稼働し、国民の意識や準備が整っているとはいえない状況である。本稿は、事前指示等の法規制がない日本において、終末期医療に関する国や地域の取り組みを概観し、今後の在り方を検討するものである。

2. 司法の判断

(1) 現行法の整理

まず、日本の現行の法状況を確認しておきたい。日本は、自殺は犯罪ではないが、他人の自殺に関与することは、他人の囑託や承諾を得て殺害することと並び、犯罪とされている（刑法 202 条）。それゆえ、たとえ本人の希望に沿う形であっても、自発呼吸のできない患者の人工呼吸器のスイッチを切ったり、死に至る薬剤を投与したりといった

「生命を短縮する行為」には、刑事訴追される可能性がつきまとう。自殺関与罪を処罰対象としていない国と比較して、日本において安楽死等が許容されにくいという事情は、ここに大きな要因がある。解決策としては、特別法が立法されるのが最も影響力を有するだろうが、同時に、国や地方公共団体が行う各種政策にも多大な期待が寄せられる。このことは、実際に起きた終末期医療に関連する事件において、裁判所の判断としても示されている。

(2) 重要判例

日本で起きた終末期医療に関する判例としては、東海大学病院「安楽死」事件⁷と、川崎協同病院事件⁸がある（表-1）。

表-1 裁判所判決文より筆者作成

事案	東海大学病院「安楽死」事件	川崎協同病院事件
概要	医師である被告人が、被害者である患者の家族からの懇請により、患者に対してワソラン及び K C L を注射して患者を死に至らしめた。	医師である被告人が、気管支喘息の重症発作で昏睡状態の被害者に対し、気道確保のための気管内チューブを抜管し、筋弛緩剤を静脈注射させて窒息死させた。
論点	許容される積極的安楽死の要件 ⁹	許容される治療中止の要件
結論	懲役 2 年、執行猶予 2 年	上告棄却（懲役 3 年、執行猶予 5 年）

表-1 にみるとおり、日本の裁判所は、治療中止や安楽死の許容要件について検討を行っている。

まず、治療中止については、患者の自己決定権の理論と医師の治療義務の限界を根拠に、以下のような一定の要件の下に許容されると判示した。

⁴ 地域包括ケア研究会（2014）

⁵ この植木鉢モデルは 2016 年に修正されているが、それについては後述する。

⁶ 渡辺（2012）

⁷ 横浜地判平成 7・3・28 判タ 877・148

⁸ 最決平成 21・12・7 判タ 1316・147

⁹ ただし、傍論として治療中止（消極的安楽死）と間接的安楽死についても言及している。

- a) 患者が治癒不可能な病気に冒され、回復の見込みがなく死が避けられない末期状態にあること
- b) 治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在し、それは治療行為の中止を行う時点で存在すること（ただし、患者の事前の意思表示が何ら存在しない場合は、家族の意思表示から患者の意思を推定することも許される）
- c) 治療行為の中止の対象となる措置は、薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給など、疾病を治療するための治療措置及び対症療法である治療措置、さらには生命維持のための治療措置など、すべてが対象となってよい

また、裁判所は、「許容される積極的安楽死」が存在することも認めている。その適法要件は、以下の通りである。

- a) 患者が耐えがたい肉体的苦痛に苦しんでいること
- b) 患者は死が避けられず、その死期が迫っていること
- c) 患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし他に代替手段がないこと
- d) 生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること

川崎協同病院事件の第二審判決は、東京高裁によって下されたが、様々な適法化要件に関する議論があるなかで、あえて明白な立場を表明することをせず、具体的な要件の策定は立法機関や行政機関に委ねるのが望ましいという姿勢を示した¹⁰。その意味で、終末期医療の在り方について国がガイドラインを設定することは、東京高裁の見解とも整合性を有する。

そのような背景をうけながら、厚生労働省が検討を重ね、2007年に公表したのが、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」である。

3. 国の対応

(1) 医療従事者への指針

厚生労働省は、「人生の最終段階における医療に関する意識調査」を実施しながら¹¹、2007年、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表した。このガイドラインによって、医療従事者は、終末期医療に関して以下のような手続き上の指針を示されることとなった。すなわち、①医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めること、②終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すること、③医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた医療及びケアを行うことである。なお、①について、患者本人の意思が確認できない場合は、患者の意思を推定し、患者にとって最善の治療方針をとることとし、推定もできない場合は、患者にとって何が最善かを家族と十分に話し合うこととしている¹²。

本ガイドラインは、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」へと名称が変更され、2018年には、上記の①～③に加えて、④本人が将来の終末期に備えて、終末期医療・ケアに関して、事前に繰り返し家族等と話し合うことを推奨すること、⑤場合によっては、本人の代わりとなる信頼できる人を明らかにすること、という内容が追加された¹³。

あくまで国による「ガイドライン」であり法的拘束力はないが、先に見た通り、このガイドラインを策定することは、東京高裁（川崎協同病院事件第二審判決）の意向にも沿うものである。とくに、ガイドラインが示す具体的な内容は、裁判所が判示した要件と合致する。たとえば、東京高裁

¹⁰ 東京高判 19・2・28 判タ 1237・153

¹¹ 1992年以降、約5年ごとに一般国民と医療・介護従事者に対し実施されている。

¹² 樋口(2008)

¹³ 厚生労働省(2018)

の判決からは、「被害者の病状等について医師より患者・家族等に定説な情報が伝えられた上で、患者の意思または推定意思に基づく医師の行為であれば、法律上許される治療中止にあたる」ということが読みとれるが¹⁴、病状を適切に把握することや患者の意思・推定意思に基づいて医師が行っていることを明確にするために、手続き的側面が重視されていることが明らかである。患者の真意であること、そしてその意思は正しい情報を与えられた上での判断であることを保障するために、定められた手続きを踏襲することが重要とされるのである。ガイドラインにおいても、「人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続」として、“十分な話し合い”や“多専門職種から構成される医療・ケアチーム”としての方針決定、プロセスを“繰り返し行う”ことや“その都度文書にまとめておく”ことなどが要求されている。

患者本人の意思が不明な場合に、患者の意思を推定する仕組みは、実務上極めて重要であろう。いざという段階で、意識がないなど、意思表示できない状態であることは決して少なくないからである。しかし、その際留意すべき点は、事前の意思表示や家族の意思表示から推定されるべきはあくまで「本人の意思」であり、「家族の希望」や「家族による代諾」が本人の推定意思として適用されることがあってはならないという点である。

これについて、厚生労働省による「地域包括ケアシステムの植木鉢モデル」が大いに参考になる。すでに示した通り（「1. はじめに」参照）、以前は、植木鉢が載る受け皿の部分は、「本人・家族の選択と心構え」とされていた。しかし、当該箇所は、「本人の選択と本人・家族の心構え」に改められたのである（図-2）。

これは、選択をするのはあくまで本人であることを強調する趣旨であることがわかる。2016年の地域包括ケア研究会において、これまでの考え方を踏襲しつつも、「家族の選択」を超えて、本来は「本人の選択」が最も重視されるべきであり、それに対して、本人・家族がどのような心構えを持

つかが重要であるとの考え方を採用し、植木鉢の絵に組み込むコンセプトを、「本人の選択と本人・家族の心構え」と改めたのである¹⁵。



図-2 改められた「地域包括ケアシステムの植木鉢」¹⁶

（2）国民に対する推奨

本人の意思を最も重視するためには、本人がきちんと熟考し、熟考の結果である「本人の意思」が、本人の内心にとどまらず、黙示のものであったとしても、（行為時にせよ、事前にせよ）何らかの形で対外的に表明されていることが必要である。それを踏まえ、国は、国民に対して、家族等の近親者と終末期の医療に関して話し合うことを推奨する体制をとっている。ACP（advance care planning）とよばれ、将来の医療及びケアについて、本人を中心にその家族や近しい人、さらには医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、意思決定を支援するプロセスのことである。近年は、「人生会議」という名称で啓発に努めている。

しかし、一般国民にそれが周知されているかというと、人生会議を認知している国民は極めて少ない（図-3）。その一方で、人生会議に関してどう思うかという賛否を尋ねたところ、賛成の意を表明する国民の割合が最も高い（図-4）。

重要なのは、国民に対する周知であり、一人一人が納得してACPないしは人生会議に向き合うことであろう。そこで、次章では、国よりも国民により身近な地域という単位で行われている取り組みを確認したい。

¹⁴ 甲斐(2021)

¹⁵ 地域包括ケア研究会(2016)

¹⁶ 地域包括ケア研究会(2016)

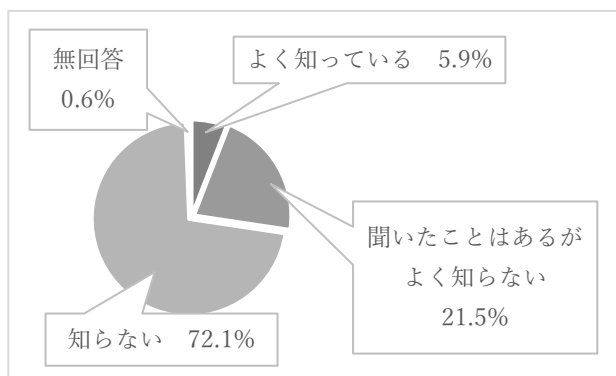


図-3 人生会議（アドバンス・ケア・プランニング〈ACP〉）の認知について（一般国民の回答）¹⁷

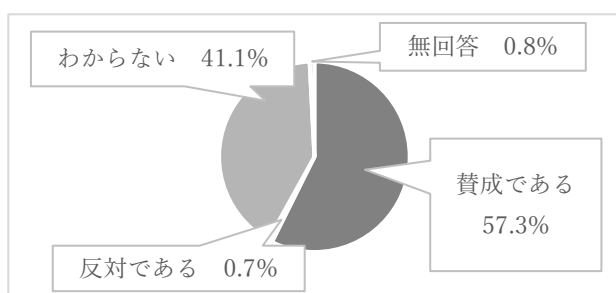


図-4 人生会議（アドバンス・ケア・プランニング〈ACP〉）の賛否について（一般国民の回答）¹⁸

4. 地域の取り組み

（1）地方公共団体による実例

地方自治体の中には、独自の事前指示書のひな型などを作成し、ACP を促す自治体が複数存在する。

たとえば、半田市は、「医療・ケアについての私の事前指示書」として、病気になったときの対応や最期を過ごす場所などを記せるようにしている¹⁹。

「自然で平穏な終末期を望む場合は、本人の意思表示（事前指示）が必要」、「事前指示書を書き記しておくことで、自分らしい最期の生き方を選択することに役立ちます」といった表現で、ACP を促している。

宮崎市は、「わたしノート」という名称で、事前指示書のひな型を提供する²⁰。「これまでの生き方や考え方、価値観などを共有することで、本人の

意思や望みが尊重される」ということを伝え、各種延命治療の処置内容を具体的にイラスト付きで説明したり、実際の事例を紹介したりするなど、わかりやすい取り組みが特徴的である。宮崎市の「わたしノート」は、ノート配布者がアドバイザ一養成講座を受講している²¹。

郡山市は、「私の希望表明書」²²という名称で事前指示書を準備するとともに、「わたしの未来ノート」²³として、いざというときの延命治療の選択とは別に、「書きやすいところから、気軽にはじめましょう」という形で様々な事柄を書きこめるノートを配布している。自己紹介、現在の健康の維持・増進方法、ペットのことなど、「死」を具体的に意識せずとも書き込みを開始できる点は、評価される点であろう。というのも、日本人は、死の話をタブー視する傾向があり²⁴、まだ生きているうちに「死んだら」ということを考えたくない、もしくは、家族にそのようなことを聞けない、高齢者に対して死の準備をさせるなんて縁起でもない、といった感情は、少なからず多くの人に認められるものであるからである。郡山市の取り組みは、現在の生活について気楽に見つめなおすことをきっかけに、あくまで今の人生の延長として、その「先」にある人生の終末について考える機会を提供するものとして、日本人の性分になじむものかもしれない。

（2）国民の意識

現実として、日本人は、自分や身近な人の死に際する処遇に関して話し合いの場を設けているとはいえない。「人生の最終段階における医療・ケアに関する話し合い」について、「話し合ったことがある（詳しく話し合っている、一応話し合っている）」と答えた一般国民は、29.9%にすぎなかった（図-5）。

日本人は、他国と比較したときに、「自分のケアによって家族に経済的負担をかけたくない」、「自分のケアに関する難しい判断によって家族に精神

¹⁷ 厚生労働省(2023)

¹⁸ 厚生労働省(2023)

¹⁹ 半田市(2024)

²⁰ 宮崎市(2024)

²¹ 谷口(2019)

²² 郡山市(2023a)

²³ 郡山市(2023b)

²⁴ 坂本(2013)

的負担をかけたくない」と考えている割合が高いという、興味深いデータもある²⁵。「他人に迷惑をかけたくない」という心情の意味を考察すると、まずひとつに、経済面や処置の決定等を含めて自分のことをすべて自己完結できるのが理想と考えている人もいるということだろう。

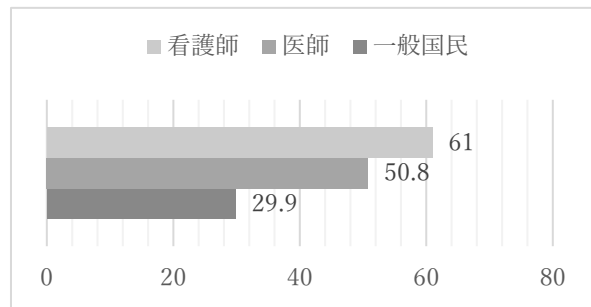


図-5 人生の最終段階における医療・ケアに関する話し合いについて「話し合ったことがある」と答えた人の割合²⁶

しかし、その一方で、前もって話し合いを繰り返すことで、むしろ家族の負担を減らせるということも十分考えられる。実際、「なぜ話し合ったことがないのか」という設問については、「話し合うきっかけがなかったから」の回答が最も多く、一般国民 62.8%という結果であった。同様に、医師も看護師も、「きっかけがない」というのが最も多い回答であった（図-6）。

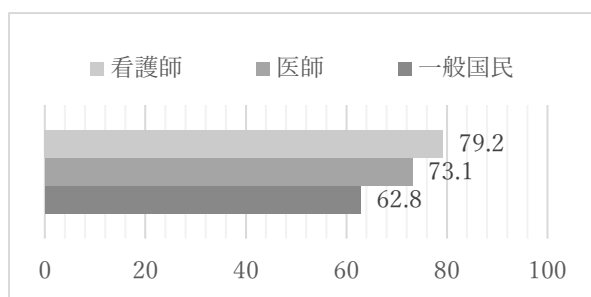


図-6 話し合ったことがない理由として「話し合うきっかけがなかったから」を選んだ人の割合²⁷

現状として、人生の最終段階に関する話し合いが広く実施されているとはいえないが、その改善のためのポイントのひとつは、「きっかけ」にある

といえよう。事前指示書を死の準備と捉えると、その話し合いや意思決定に向けて腰が重いことの原因に、日本人の死生観なども背景事情として影響を有するだろう。しかし、図-6 から分かる通り、多くの人のハードルとなっているのは「きっかけ」がないことである。その意味で、住民と近い存在として多くの地方自治体が、独自の事前指示書のフォーマットを配布したり、記入を促したりすることは、価値高い取り組みと考えられよう²⁸。

5. 諸外国の状況

(1) 特別法による対応

以上、日本の状況は上述の通りであるが、ここで、他国の取り組みや法状況も参照しておきたい。

終末期医療に関する意思決定において、もっとも端的な解決法はそれに関する特別法を作ることである。

たとえば、積極的安楽死までも適法とする安楽死法を世界で初めて成立させたのは、オランダである。それ以来、ベルギー、ルクセンブルク、カナダと、安楽死を認める特別法を制定する国が続いた。また、アメリカ合衆国では、尊厳死法という形態での立法が、一部の州で施行されている。最も早い段階で制定されたのはオレゴン州で、その後、ワシントン州、バーモント州と続いて法制化された。

自殺関与の類型のみを認めるか、嘱託殺人型であっても合法とするか、いかなる要件や手続きを設定するかなど、具体的にどのような行為を適法とするかについては様々であるが、これらは、終末期医療に関して、意思決定や事前指示に何らかの正当化の効力を認める立法で対処するというやり方である。

(2) 民法による対応

特別法を策定するのではなく、既存の民法に特定の条文を組み込んで対応するというやり方をとるのは、ドイツである。

²⁵ 田中(2024)

²⁶ 厚生労働省(2023)

²⁷ 厚生労働省(2023)

²⁸ 配布している自治体については、つながり(2025)参照。

ドイツには、世話法と呼ばれる制度があるが、これは、民法の一部を改正することによって、治療中止等に関する決定も含む患者の事前指示に関する法制化を行ったものである。民事上の制度であるが、刑法上の解釈にも影響を及ぼしており、ドイツの裁判所は刑事事件についても世話法を参考に判断を下している点が、他にみられない特徴といえよう。

終末期医療に関しては、世論の関心も高まり、事件や判例も少しずつ蓄積されており、特別法による対応とあわせて、何らかの法的効力について規定を行う国も多い。それに対して、日本はいまだ法規制はなく、厚生労働省によるガイダンスによって対応している。これは、医療従事者の側からは、法的責任を問われない（刑事ないしは民事訴追されない）場合についての保障がないというデメリットも確かに存在するが、一方で、個々の患者の希望や事情・病状に応じて柔軟な対応が可能である。重要なのは、医療従事者がヒポクラテスの誓いに反して生命短縮行為を強制されるということなく、患者との対話を繰り返すことであろう。その意味で、地域包括ケアシステムの発展と活用は、重要な意義を有する。

6. おわりに

1 年以内に死に至ると仮定した場合に、人生の最後をどこで迎えたいかという質問に対しては、「自宅で迎えたい」という回答の割合が最も高い（図-7）。自宅で最期を迎えるためには、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるようシステムを構築することを目指す地域包括ケアシステムの理念に従い、在宅医療・介護の充実を図る必要がある。地域の特性は各地域で異なるため、地域包括ケアシステムと連動するよう、地域ごとの特性に応じた取り組みが重要となるだろう。

多くの自治体が、独自に作成した事前指示書のひな型を配布するにあたり、「医療に関する事前指示に法的強制力はありません」や「このノート

に法的な拘束力はありません」といった説明を付記しているとおり、地方公共団体による事前指示書はもちろん、厚生労働省によるガイダンスにも、法的拘束力はない。法的に考察するならば、たとえば「この指示書の内容は気持ちが変わればいつでも書き直しが可能」という場合、「本人が書き直しをしない限り有効」ということと同義か、など法律理論的に重要であり議論されるべきと考えられる点はある²⁹。しかし、法的に検討するにしても、最も重要なのは「本人の意思」である。そもそも本人が考えたことすらなければ始まらないし、本人の意思を推定することもできないのである。各自治体が、エンディングノート、事前指示書、人生会議等と銘打って、ACP の実施を促すことは、「考えるきっかけ」、そして考えたことの表明の機会として、極めて有意義である。

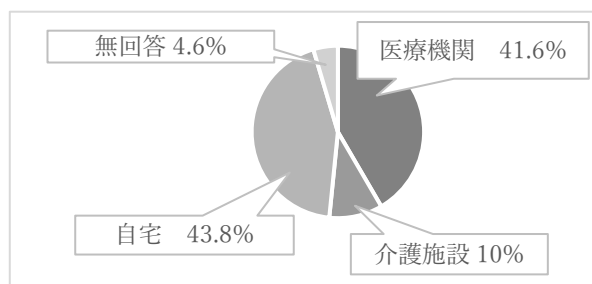


図-7 最期を迎えたい場所（一般国民の回答）³⁰

世界的な動向をみると、終末期医療に関する立法を行う国が多く目に入る。そんな中、日本は、裁判所の見解や厚生労働省のガイドライン、地方自治体の取り組みといった、立法によらない（ソフト・ローによる）やり方で対応している。この地域包括ケアシステム時代に、「地域の特性」を生かしながら、「在宅医療」の需要に応じることが求められよう。それには、他者の希望や客観的判断よりも、「本人の意思」に基軸をおき、意思決定や表明の支援を具体的に進めていくことが重要である。

²⁹ 谷口(2019)

³⁰ 厚生労働省(2023)

参考文献

注) 以下に示す URL は、全て 2025 年 1 月 26 日に閲覧したものである。

- 1) 坂本佳鶴恵 (2013)「現代日本の死生観 ——末期がん患者の死の『受容』と死生観をめぐって」お茶の水女子大学人文科学研究 9、pp.59-70
- 2) 甲斐克則 (2021)「患者の事前支持と自己決定(権)の射程」只木誠＝グンナー・デュトゲ編『終末期医療、安楽死・尊厳死に関する総合研究』中央大学出版部、pp.111-127
- 3) 厚生労働省 (2018)「『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』の改訂について」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>
- 4) 厚生労働省 (2021)「令和 2 年版厚生労働白書」<https://www.mhlw.go.jp/content/000735866.pdf>
- 5) 厚生労働省 (2023)「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_r04.pdf
- 6) 厚生労働省 (2024)「『人生会議』してみませんか」https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html
- 7) 厚生労働省 (2025)「地域包括ケアシステム」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html
- 8) 郡山市 (2023a)「私の希望表明書」<https://www.city.koriyama.lg.jp/uploaded/attachment/65341.pdf>
- 9) 郡山市 (2023b)「わたしの未来ノート」<https://www.city.koriyama.lg.jp/uploaded/attachment/75662.pdf>
- 10) 櫻井幸男 (2024)「終末期医療ケアの事前指示および事前ケア計画——実践アプローチの現状と課題——」横浜国際社会科学 29 巻 1 号、pp.57-79
- 11) 田中美穂 (2024)「人生の終末期に高齢者らが抱く『他者の負担になる』という意識——日本と諸外国のデータ概観——」日医総研リサーチレポート No.137、pp.1-43
- 12) 田中祐子 (2020)「A 市における地域包括ケアシステムを支える看取り体制に関する考察」商大ビジネスレビュー = Shodai business review 10 (2)、pp.193-223
- 13) 谷口聡 (2019)「『事前指示書』の普及に対する自治体の取り組み」『地域政策研究』高崎経済大学地域政策学会第 21 巻第 3 号、pp.19-39
- 14) 地域包括ケア研究会 (2014)「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業 報告書」
https://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c8.pdf
- 15) 地域包括ケア研究会 (2016)「地域包括ケアシステムと地域マネジメント」
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000126435.pdf>
- 16) つながり (2025)「エンディングノートを無料配布している市町村・自治体一覧【終活ノート】」
<https://sougi-lab.com/shukatsu/endingnote-municipalities/>
- 17) 半田市 (2024)「医療・ケアについての私の事前指示書」
https://www.city.handa.lg.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/002/383/jizenshijishoa4pdf.pdf
- 18) 樋口範雄 (2008)「第 5 章 終末期医療とプロセス・ガイドライン」樋口範雄編著『続・医療と法を考える』有斐閣、pp. 79-104
- 19) 水村容子、菅原麻衣子、谷本裕香子、杉田記代子、本名靖、渡邊裕美「地域・在宅での終末期医療環境の必要条件に関する研究—福祉・医療圏域および在宅の必要条件の抽出を目的として—」ライフデザイン学研究 12 号、pp.323-336
- 20) 宮崎市 (2024)「わたしの想いをつなぐノート」https://www.city.miyazaki.miyazaki.jp/fs/8/2/7/0/9/7/_/827097.pdf
- 21) 渡辺靖仁 (2012)「高齢者との共存共助のための一考察」共済総合研究 65 号、pp. 44-57