

3 法的問題に関する解説

本項では、終末期がん患者に対する輸液療法について判断するにあたって配慮すべき法的考慮要素（法的には違法性を阻却する要件）を示す。法は、ある一定の範囲（法的に決められた準則）を越えた場合に、違法と「評価」する規範として働く。違法とは、刑事的には構成要件に該当し違法性阻却事由がない状態を、民事的には債務不履行や不法行為を指す。これらの評価規範をみることにより、行為規範をある程度推測することができる。

本項では、まず、①死を招く行為に関する法的な考え方について検討する（これは主に刑事法的観点になる）、次に、②本人や家族の意思の位置付けを検討する（これは主に民事法的観点になる）、最後に、③評価規範となる判例を紹介する。

1 死を招く行為に関する法的な考え方

死を招く行為に関する刑法の規定を資料1にまとめた。

自殺（自ら命を絶つ行為そのもの）は法的には処罰規定がないが、「人を教唆し若しくは幫助して自殺させ、又は人をその囑託を受け若しくはその承諾を得て殺した者は、6月以上7年以下の懲役又は禁錮に処する」（刑法202条）とされ、本人でない者の（本人の）「自殺関与と同意殺人」を処罰の対象としている。また、判決では「生命が地球よりも重い（最高裁判所判決昭和23年3月12日）」、「疑わしきは生命の利益に（in dubio pro vita）」（川崎協同事件1審判決：横浜地方裁判所判決平成17年3月25日）と説示されており、法は死を招く行為について保守的で、生命倫理的に言えば「生命の神聖性原則」を重視する立場と評価される。

したがって、法的な観点から、死を招く行為をする（または、死を防ぐ行為を意図的にしない）ことの違法性を一般的に論ずる場合、適法とされる要件は倫理的観点より厳しいものとなる。

現在までで、終末期の治療行為に関連する判断を示した判決例を資料2, 3で示した。

資料1 死に関する刑法の規定

35条	正当行為	法令又は正当な業務による行為は、罰しない
199条	殺人	人を殺した者は、死刑又は無期若しくは3年以上の懲役に処する
202条	自殺関与及び同意殺人	人を教唆し若しくは幫助して自殺させ、又は人をその囑託を受け若しくはその承諾を得て殺した者は、6月以上7年以下の懲役又は禁錮に処する
204条	傷害	人の身体を傷害した者は、10年以下の懲役又は30万円以下の罰金若しくは科料に処する
205条	傷害致死	身体を傷害し、よって人を死亡させた者は、2年以上の有期懲役に処する
217条	単純遺棄	老年、幼年、身体障害又は疾病のために扶助を必要とする者を遺棄した者は、1年以上の懲役に処する
218条	保護責任者遺棄	老年者、幼年者、身体障害者又は病者を保護する責任がある者がこれらの者を遺棄し、又はその生存に必要な保護をしなかったときは、3月以上5年以下の懲役に処する
219条	遺棄等致死傷	前2条の罪を犯し、よって人を死傷させた者は、傷害の罪と比較して、重い罪により処断する

資料2 東海大学事件の1審判決

通称名	東海大学事件
事件発生	1991年（平成3年）4月
判決	1995年（平成7年）3月28日
被告人（当時）	東海大学医学部助手・34歳
犯行に至る経緯	<p>被告人は、1991年4月から、東海大学付属病院の内科医として、多発性骨髄腫の患者Aの治療に加わっていた。その診断名は長男ないしその妻にだけ知らされていた。4月11日の被告人の診断では、予後は、4、5日から1週間で、事件の13日には、すでに意識レベルは疼痛刺激に反応せず、対光反射もなく、舌根沈下がみられ、呼吸はビオ様（いびきのような呼吸）であった。</p> <p>(a) 同日午前11時ころ、長男等から、「これ以上苦しむ姿を見てられない。苦しみから解放させてやりたい。早く家に連れて帰りたい」ので、点滴やフォーリーカテーテル等を外して欲しい旨の強い要望を受け、いったんは家族への説得を試みたが聞き入れてもらえず、すべての治療行為を中止した。</p> <p>(b) しかし、なお、荒い苦しそうないびきを見て、長男から再三の要求を受け、死期を早めるかしのいびきを押さえるため、午後6時15分ころ、呼吸抑制の副作用のある鎮静剤ホリゾン、同7時には、抗精神病薬セレンースを、それぞれ通常の2倍の量を短時間に静脈注射した。</p>
起訴（罪となるべき）事実	<p>被告人は、このような処置にかかわらず、相変わらずいびきをかくような苦しそうな呼吸をしていることから、長男は、「先生は何をやっているのですか。まだ息をしているじゃないですか。どうしても今日中に父を家に連れて帰りたい。何とかしてください」と激しい口調で迫ったため、被告人は、追い詰められたような心境から、要求どおり、患者にすぐ息を引き取らせてやろうとして、午後8時35分ころ、通常の2倍のワソラン（徐脈、一過性心停止等の副作用がある塩酸ペラパミル製剤）を静脈注射し、脈拍等に変化がないので、続いてKCL（心臓伝導障害の副作用があり、希釈しないと使用すれば心停止を引き起こす作用のある塩化カリウム製剤）を静脈注射し、午後8時46分、急性高カリウム血症に基づく心停止により死亡させた。</p>
家族等の態度	<ul style="list-style-type: none"> ・長男等から、「これ以上苦しむ姿を見てられない。苦しみから解放させてやりたい。早く家に連れて帰りたい」ので、点滴やフォーリーカテーテル等を外して欲しい旨の強い要望。 ・長男は、「先生は何をやっているのですか。まだ息をしているじゃないですか。どうしても今日中に父を家に連れて帰りたい。何とかしてください」と激しい口調で迫った。
治療中止の要件	<ol style="list-style-type: none"> 1) 患者が治療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。 2) 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。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測することが許される。…そのためには、意思表示をする家族が、患者の性格、価値観、人生観等について十分に知り、その意思を適確に推定しうる立場にあることが必要であり、さらに患者自身が意思表示する場合と同様、患者の病状、治療内容、予後等について、十分な情報と正確な知識を有していることが必要である。そして、患者の立場に立ったうえでの真摯な考慮に基づいた意思表示でなければならない。 3) 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およ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もよい。しかし、どのような措置を何時どの時点で中止するかは、死期の切迫の程度、当該措置の中止による死期への影響の程度等を考慮して、医学的にもはや無意味であるとの適正さを判断し、自然の死を迎えさせるという目的に沿って決定されるべきである。
判決	懲役2年・執行猶予2年

資料3 川崎協同事件の1審、控訴審、上告審判決

通称名	川崎協同事件（1審）
事件発生	1998年（平成10年）11月
判決	横浜地方裁判所2005年（平成17年）3月25日
治療中止の要件	<p>1）患者に対し、医学的に治療や検査を尽くし、他の医師の意見も聞いた確定的診断により、回復の見込みがなく死期が迫っていること。</p> <p>2）（十分な情報が提供され、それについて十分な説明がされていること）それを理解し判断できる患者が任意かつ真意に基づく意思を表明すること。</p> <p>意思の表明、直接患者の意思確認ができない場合においても、…真意の探求を行うことが望ましい。その真意探求にあたっては、本人の事前の意思が記録化されているもの（リビング・ウィル等）や同居している家族等、患者の生き方・考え方をよく知る者による患者の意思の推測等もその確認の有力な手がかりとなる。…真意が確認できない場合は、「疑わしきは生命の利益に」医師は患者の生命保護を優先させ、医学的に最も適応した諸措置を継続すべきである。</p> <p>医師があるべき死の迎え方を患者に助言することはもちろん許されるが、それはあくまで参考意見に止めるべきであって、本人の死に方に関する価値判断を医師が患者に代わって行うことは、相当ではない。</p>
1審判決	懲役3年・執行猶予5年
	川崎協同事件（控訴審）
事件発生	1998年（平成10年）11月
判決	東京高等裁判所2007年（平成19年）2月28日
治療中止の要件	<p>本件患者のように急に意識を失った者については、元々自己決定ができないことになるから、家族による自己決定の代行（これが「前者」）か家族の意見等による患者の意思推定（これが「後者」）かのいずれかによることになる。前者については、代行は認められないと解するのが普通であるし、代行ではなく代諾にすぎないといっても、その実体にそう違いがあるとも思われない。そして、家族の意思を重視することは必要であるけれども、そこには終末期医療に伴う家族の経済的・精神的な負担等の回避という患者本人の気持ちには必ずしも沿わない思惑が入り込む危険性がつきまとう。…自己決定権という権利行使により治療中止を適法とするのであれば、このような事情の介入は、患者による自己決定ではなく、家族による自己決定にほかならないことになってしまうから否定せざるを得ないということである。後者については、現実的な意思（現在の推定的意思）の確認といってもフィクションにならざるを得ない面がある。患者の片言隻句を根拠にするのはおかしいともいえる。意識を失う前の日常生活上の発言等は、そのような状況に至っていない段階での気軽なものとする余地がある。本件のように被告人である医師が患者の長い期間にわたる主治医であるような場合ですら、急に訪れた終末期状態において、果たして患者が本当に死を望んでいたかは不明というのが正直なところであろう。</p>
高裁判決	懲役1年6カ月・執行猶予3年に軽減
	川崎協同事件（上告審）
事件発生	1998年（平成10年）11月
判決	最高裁判所2009年（平成21年）12月7日
治療中止の要件	<p>1）本件患者（当時58歳。以下「被害者」という）は、平成10年11月2日（以下「平成10年」の表記を省略する）、仕事帰りの自動車内で気管支喘息の重積発作を起こし、同日午後7時ころ、心肺停止状態でA病院に運び込まれた。同人は、救命措置により心肺は蘇生したが、意識は戻らず、人工呼吸器が装着されたまま、集中治療室（ICU）で治療を受けることとなった。被害者は、心肺停止時の低酸素血症により、大脳機能のみならず脳幹機能にも重い後遺症が残り、死亡する同月16日まで昏睡状態が続いた。</p> <p>2）被告人は、同病院の医師で、呼吸器内科部長であったものであり、11月4日から被害者の治療の指揮を執った。被害者の血圧、心拍等は安定していたが、気道は炎症を起こし、喀痰からは黄色ブドウ球菌、腸球菌が検出された。被告人は、同日、被害者の妻や子らと会い、同人らから病院搬送に至る経緯について説明を受け、その際、同人らに対し、被害者の意識の回復は難しく植物状態となる可能性が高いことなど、その病状を説明した。</p> <p>3）その後、被害者に自発呼吸がみられたため、11月6日、人工呼吸器が取り外されたが、舌根沈下を防止し、痰を吸引するために、気管内チューブは残された。同月8日、被害者の四肢に拘縮傾向がみられるようになり、被告人は、脳の回復は期待できないと判断するとともに、被害者の妻や子らに病状を説明し、呼吸状態が悪化した場合にも再び人工呼吸器を付けることはしない旨同人らの了解を得るとともに、気管内チューブについては、これを抜管すると窒息の危険性があることからすぐには抜けないことなどを告げた。</p>

- 4) 被告人は、11月11日、被害者の気管内チューブが交換時期であったこともあり、抜管してそのままの状態にできないかと考え、被害者の妻が同席するなか、これを抜管してみたが、すぐに被害者の呼吸が低下したので、「管が抜けるような状態ではありませんでした」などと言って、新しいチューブを再挿管した。
- 5) 被告人は、11月12日、被害者をICUから一般病棟である南2階病棟の個室へ移し、看護婦（当時の名称。以下同じ）に酸素供給量と輸液量を減らすよう指示し、急変時に心肺蘇生措置を行わない方針を伝えた。被告人は、同月13日、被害者が一般病棟に移ったことなどをその妻らに説明するとともに、同人に対し、一般病棟に移ると急変する危険性が増すことを説明したうえで、急変時に心肺蘇生措置を行わないことなどを確認した。
- 6) 被害者は、細菌感染症に敗血症を合併した状態であったが、被害者が気管支喘息の重積発作を起こして入院した後、本件抜管時までに、同人の余命等を判断するために必要とされる脳波等の検査は実施されていない。また、被害者自身の終末期における治療の受け方についての考え方は明らかではない。
- 7) 11月16日の午後、被告人は、被害者の妻と面会したところ、同人から、「みんなで考えたことなので抜管してほしい。今日の夜に集まるので今日お願いします」などと言われて、抜管を決意した。同日午後5時30分ころ、被害者の妻や子、孫らが本件病室に集まり、午後6時ころ、被告人が准看護婦とともに病室に入った。被告人は、家族が集まっていることを確認し、被害者の回復をあきらめた家族からの要請に基づき、被害者が死亡することを認識しながら、気道確保のために鼻から気管内に挿入されていたチューブを抜き取るとともに、呼吸確保の措置も採らなかった。
- 8) ところが、予期に反して、被害者が身体をのけぞらせるなどして苦悶様呼吸を始めたため、被告人は、鎮静剤のセルシンやドルミカムを静脈注射するなどしたが、これを鎮めることができなかった。そこで、被告人は、同僚医師に助言を求め、その示唆に基づいて筋弛緩剤であるミオブロックをICUのナースステーションから入手したうえ、同日午後7時ころ、准看護婦に指示して被害者に対しミオブロック3アンブルを静脈注射の方法により投与した。被害者の呼吸は、午後7時3分ころに停止し、午後7時11分ころに心臓が停止した。

2 所論は、被告人は、終末期にあった被害者について、被害者の意思を推定するに足りる家族からの強い要請に基づき、気管内チューブを抜管したものであり、本件抜管は、法律上許容される治療中止であると主張する。

しかしながら、上記の事実経過によれば、被害者が気管支喘息の重積発作を起こして入院した後、本件抜管時までに、同人の余命等を判断するために必要とされる脳波等の検査は実施されておらず、発症からいまだ2週間の時点でもあり、その回復可能性や余命についての確かな判断を下せる状況にはなかったものと認められる。そして、被害者は、本件時、昏睡状態にあったものであるところ、本件気管内チューブの抜管は、被害者の回復をあきらめた家族からの要請に基づき行われたものであるが、その要請は上記の状況から認められるとおり被害者の病状等について適切な情報が伝えられたうえでされたものではなく、上記抜管行為が被害者の推定的意思に基づくということもできない。以上によれば、上記抜管行為は、法律上許容される治療中止にはあたらないというべきである。

そうすると、本件における気管内チューブの抜管行為をミオブロックの投与行為と併せ殺人行為を構成するとした原判断は、正当である。

最高裁判決

上告棄却、高裁判決確定

2 本人や家族の意思の位置付け

1 本人の意思

1) 意思決定能力がある患者の意思を尊重するというルール

憲法に基礎をおく（前文の趣旨、11条、13条等）自己決定権は、法的な価値に序列があるとすると、より高い地位に位置する。もっとも、自己決定権に何を盛り込むか、自己決定権の内在的制約（固有の制限）は何か、自己決定権と他の権利とを調整するルールは何かについては、論者によって見解がまちまちである。

自己決定権と同じような趣旨で出てきたのが、エホバの証人の輸血拒否という自己決定をどこまで尊重するかという論点で出てきた人格権という考え方である。人格権とは、人が人として人格の尊厳を維持して生活するうえで、その個人と分離することのできない人格的諸利益の総称をいうが、自由、名誉、プライバシー、身体などを基本内容とし、貞操、肖像、氏名、信用等も含まれると解釈される。エホバの証人の患者の輸血拒否に関して、人格権の侵害を理由に損害賠償を認めた最高裁判例は、「患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重される。医師は、右の意思を知っていたなどの事情の下で、手術の際に輸血以外には救命手段がない事態が生ずる可能性を否定し難いと判断したときは、患者に対し、そのような事態に至ったときには輸血するとの方針を採っていることを説明して、手術を受けるか否かを患者自身の意思決定にゆだねるべきである。医師がこのような説明をしないで手術を施行し、右方針に従って輸血をした場合には、患者が輸血を伴う可能性のあった手術を受けるか否かについて意思決定をする権利を奪ったことになり、同人の人格権を侵害したものとして、その精神的苦痛を慰謝すべき責任を負う」と判示している（最高裁判所判決2000年2月29日）。

2) 意思決定能力がない場合に事前の意思を尊重する仕組みや判断

判例上は、意思決定能力がある患者の意思を尊重するというルールを支持する考えが出ているが、決定をする際に意思決定能力がないケースにおいて、患者が事前に示した意思を尊重してもよいかどうかという問題に関する法的判断については、実例が極めて乏しい。

まず、事前の意思を尊重する制度としては、国際的には、リビング・ウィル「書面による生前の意思表示」〔「治る見込みがなく、死期が近いときには単なる延命医療を拒否することをあらかじめ書面に記しておき、がんの末期などで実際にそのような状態になり、本人の意思を直接確かめられないときはその書面に従って治療方針を決定する」〕（第4回終末期医療に関する調査等検討会報告書、2004年）や、意思決定を第三者に依頼する持続的代理制度（durable power of attorney）がある。なお、本ガイドライン第1版（Web）以降の終末期ガイドラインは先に記載した（P148参照）。

本邦では、1994年に日本学術会議が尊厳死（「助かる見込みがない患者に延命治療を実施することを止め、人間としての尊厳を保ちつつ死を迎えさせること」）を容

認し、事前の意思を尊重する提言を出した。しかし、リビング・ウィルを尊重することを定めた法制度はない。遺言や、高齢者の財産管理の代理について規定した成年後見法では、医療上の決定は含まれないと解されている。

2 家族の意思

——事前の意思表示がないまま意思決定能力がなくなった患者の治療決定を行ううえでの家族の意思

事前の意思表示がないまま患者の意思決定能力がなくなった場合、家族の意思がどのような効果を有するかについて、法的には明確な規定はない。患者が承諾できない状態にある場合、つまり、精神疾患、意識障害がある場合などにおいては、誰がどのように判断するのかの問題が臨床に生じる。患者が未成年者の場合は、親権者や法定代理人の承諾の代行・代諾が可能とされる。患者が成年の場合は、明確な根拠はないが、一応考慮すべき諸規定として、民法では、身分法分野で、配偶者の間では、同居・協力・扶養義務（民法752条）、親子の関係では、親権（監護・教育・財産管理・代理・扶養）（民法820～824条）、親族（6親等内の血族、配偶者、3親等内の姻族、民法725条）との間では扶養の権利義務（民法877条）が生じる。相続法分野では、子（民法887条）、直系尊属、兄弟姉妹（民法889条）、配偶者（民法890条）で相続権を有する。また、財産法分野では、父母・配偶者・子は、慰謝料請求権を有する（民法711条）としている。

しかし、これらの諸規定では、医療、特に終末期に、どのような範囲で誰に本人に代わる意思表示を有効にする権限を与えるのかについては、明確にされていない。

近時全面改正された「臨床研究に関する倫理指針」（厚生労働省、2008年7月31日）では、代諾について次のような規定がおかれている。

提供者本人から受けることができず、代諾者等からインフォームド・コンセントを受けられる場合、代諾者の選定の基本的考え方：

研究責任者は、代諾者について、一般的には、以下に定める人の中から、提供者の家族構成や置かれている状況等を勘案して、提供者の推測される意思や利益を代弁できると考えられる人が選定されることを基本として、研究計画書に代諾者を選定する考え方を記載しなければならない。

（本人が生存しているが、有効な意思表示ができない場合）⇒代諾者

- イ 当該被験者の法定代理人であって、被験者の意思及び利益を代弁できると考えられる者
- ロ 被験者の配偶者、成人の子、父母、成人の兄弟姉妹若しくは孫、祖父母、同居の親族又はそれらの近親者に準ずると考えられる者

（本人が亡くなっている場合）⇒遺族

- イ 死亡した被験者の配偶者、成人の子、父母、成人の兄弟姉妹若しくは孫、祖父母、同居の親族又はそれらの近親者に準ずると考えられる者

3 先例

本邦では、終末期の事例が裁判所に持ち込まれることは少ないが、東海大学事件（1審）と川崎協同事件（1審、控訴審、上告審）の判決はいずれも、治療中止についての法学的判断として貴重である。もっとも、どの判決も、治療中止を認めたものではないので、中止のための要件は厳密には示されていない。

なお、東海大学事件の1審判決は、終末期における患者の自己決定の尊重と、医学的判断に基づく治療義務の限界を根拠とするが、その治療行為には、薬物投与、透析、人工呼吸器、水分・栄養補給を含むとしたうえで、一定の条件下において、すなわち、①治療不可能、回復の見込みがなく、かつ、死が避けられない、そして、②患者の意思表示（現在の意思表示、事前の意思表示、または、十分に推定される意思）がある場合には、これらの治療を中止することが許容されるとしている。

もっとも、地方裁判所の判決は、傍論（結論を導く際の必須の項目でない）であり、1審判決であることから、先例としての価値はそれほど高いものではないことに留意する必要がある。また、治療措置の中止に、水分・栄養補給を含めてよいかについては異論があり、法学的に一致した見解はない。

（稲葉一人）

【参考文献】

- 1) 秋葉悦子. 生命に対する罪と被害者の承諾—生命の尊重か自己決定権の尊重か. 現代刑事法 2004; 6 (3): 42-6
- 2) 大谷 實. 医療行為と法 (弘文堂法学選書 11), 新版補正版, 1995
- 3) 平野龍一. 刑法総論Ⅱ, 有斐閣, 1972
- 4) 加藤久雄. 末期医療と法; 安楽死・尊厳死. 医事刑法入門, 東京法令出版, 1996
- 5) 町野 朔. 患者の自己決定権と法, 東京大学出版会 1986
- 6) 町野 朔, 他編. 安楽死・尊厳死・末期医療, 信山社, 1997
- 7) 植木 哲. ターミナル・ケアの法律学—東海大学判決と尊厳死・安楽死. 医療の法律学, 第3版, 有斐閣, 2003
- 8) 内藤 謙. 安楽死. 法学教室 1984; 41号
- 9) 田中成明 編. 生命倫理への法的関与の在り方について. 現代法の展望, 有斐閣 2004
- 10) 甲斐克則. 新規医療テクノロジーをめぐる生命倫理と刑事規制. 刑法雑誌 2004; 44: 1-63
- 11) 板倉 宏. 新訂 刑法総論, 補訂版, 勁草書房, 2001
- 12) 福田 平. 全訂 刑法総論, 第4版, 有斐閣, 2004
- 13) 位田隆一. 医療を規律するソフト・ローの意義. 生命倫理と法, 弘文堂, 2005
- 14) 佐伯仁志. 末期医療と患者の意思・家族の意思. ケース・スタディ 生命倫理と法, 有斐閣, 2004
- 15) 稲葉一人. 終末期における法と判例. 日本の生命倫理, 九州大学出版会, 2007, pp209-39
- 16) 稲葉一人. 生命という価値と法. 生命という価値, 九州大学出版会, 2007, pp192-217
- 17) 日本老年医学会. 「高齢者の終末期に医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」, 2012
- 18) 東京都立病院倫理委員会. 都立病院における末期医療の在り方について. 2001年2月
- 19) 日本学術会議「死と医療特別委員会」. 死と医療特別委員会最終報告書—尊厳死について. 1994年5月26日
- 20) 日本医師会第Ⅲ次生命倫理懇談会. 「末期医療に臨む医師の在り方」についての報告. 厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会」議事録 (第1～第3回), 1992年3月9日
- 21) がん医療における緩和医療及び精神腫瘍学の在り方とその普及に関する研究班. がん医療における緩和医療のあり方に関する調査研究. (平成15年度厚生労働科学研究費補助金 効果的医療技術の確立推進臨床研究事業)

- 22) 厚生労働省の指針：終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン，同：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，2007年5月
- 23) 日本医師会の指針：日本医師会第X次生命倫理想談会．終末期医療に関するガイドライン，2008年2月
- 24) 日本学術会議の指針：日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会．終末期医療のあり方について—亜急性型の終末期について，2008年2月14日
- 25) 日本集中治療医学会．集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告，2006年8月28日
- 26) 日本救急医学会．救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）J，2007年11月5日
- 27) 全日本病院協会のガイドライン：全日本病院協会終末期医療に関するガイドライン策定検討会．終末期医療に関するガイドライン—よりよい終末期を迎えるために，2009年5月