

**総説** シンポジウム1**豊かな患者－医療者関係を目指すには**

－医療事故調査制度の施行を踏まえて－

三浦靖彦<sup>1)</sup> 長谷川幸子<sup>2)</sup> 細川大輔<sup>3)</sup> 竹下啓<sup>4)</sup>

1) 東京慈恵会医科大学附属柏病院総合診療部

2) 東京都看護協会医療安全管理委員会

3) 細川大輔法律事務所

4) 青山学院大学教育人間科学部

**The Ideal Patient-Health Care Provider Relationship under the Recently Launched Medical Accident Investigation System**Yasuhiko Miura, M.D.<sup>1)</sup>, Sachiko Hasegawa, R.N.<sup>2)</sup>,  
Daisuke Hosokawa<sup>3)</sup>, and Kei Takeshita, M.D.<sup>4)</sup>

1) Department of General Medicine, Jikei University Kashiwa Hospital

2) Medical Safety Committee, Tokyo Nursing Association

3) Hosokawa Daisuke Law Office

4) College of Education, Psychology, and Human Studies, Aoyama Gakuin University

**要約**

2015年10月から開始された医療事故調査制度で、医療に起因する予期しない死亡や死産が発生した場合に、医療機関の管理者に対して第三者機関への届け出と外部委員を含めた事故調査委員会による調査を求められるようになった。医療者の中には、この制度が医療者に対する刑事責任追及の端緒になったり、損害賠償請求につながったりするのではないかという懸念もある。そのような懸念を払拭し、医療事故調査制度を有効に機能させるためには、豊かな患者－医療者関係の構築が必要なのではないかと考えられる。本論文では、患者側弁護士、医療倫理の専門家でもある医師、医療安全管理専門の看護師の立場から論考した。3者に共通するのは、平時においても医療事故が発生した場合においても医療者は常に真摯に適切な情報提供を患者・家族に行うこと、その際に単なる情報提供ではなく、患者・家族の気持ちに寄り添って共感の姿勢を持つことである。また、患者・家族側にも、医療の情報を的確に理解し、過剰に医療に期

受付：平成28年1月25日 採用：平成28年2月15日

別刷請求宛先：竹下 啓

〒150-8366 東京都渋谷区渋谷4-4-25 青山学院大学教育人間科学部

待することなく、リスクも十分に把握した上で、能動的に自己決定することが望まれる。

(臨床環境 25 : 1 - 8, 2016)

---

《キーワード》医療事故調査制度 医療倫理 医療安全

---

## Abstract

A medical accident investigation system was launched on October 2015 in Japan. Under the system, medical facilities have legal obligation to investigate fatal medical accidents in accordance with a third-party organization. This new framework was established to determine causes of medical accidents and to prevent recurrences of the similar cases. However, some of health care providers are worried that it will lead to increase in the number of medical lawsuits and may criminalize medical accidents easily. In this article, we discussed the ideal form of relationship between patients and health care providers from the viewpoints of law, clinical ethics, and medical safety management.

(Jpn J Clin Ecol 25 : 1 - 8, 2016)

---

《Key words》medical accident investigation system, clinical ethics, medical safety

---

## はじめに (竹下 啓)

2014年6月18日に改正された医療法に医療事故調査制度が盛り込まれ、2015年10月1日から施行された。この制度では、医療に起因する予期しない死亡や死産が発生した場合（以下、死亡医療事故）に、医療機関の管理者に対して第三者機関への届け出と外部委員を含めた事故調査委員会による調査を求めるもの（以下、医療事故調査制度）で、施行後1ヶ月の期間に全国で20件の届け出がなされたと報道されている。

医療事故の発生した医療機関による自律的な事故調査によって真相究明がなされることは、再発防止策を行う上で必須のことである。医療事故調査制度は、その対象が死亡医療事故に限定されるものの、最低限のプロセスを法的に担保するものであり、死亡医療事故被害者の団体などには評価する声がある<sup>1)</sup>。その一方で、医療者の中には、この制度が医療者に対する刑事責任追及の端緒になったり、安易な損害賠償請求につながったりするのではないかと懸念がある<sup>2)</sup>。そのような懸念が払拭され、医療事故調査制度が有効に機能するためには、豊かな患者-医療者関係の構築が必要なのではないかと考え、本稿では患者側弁護士、医療倫理を専門にする医師、医療安全に長く携わってきた看護師の3つの立場から論考した。

## 1 : 患者側弁護士の立場から (細川大輔)

私は、普段、医療紛争における患者・家族の代理人として活動している。患者側弁護士としての活動経験を踏まえ、患者・家族と医療者が良好な関係を構築し、紛争を予防するための具体的方策について検討したい。

診療行為を巡って紛争（トラブル）が起こる要因としては、以下の点を挙げるができる。まず、医療者側の事情としては、①望ましくない結果の発生（不適切な医療行為によると否とを問わず）、②事前の説明（インフォームド・コンセント）の不足、③事後の不誠実な対応（逃げる、隠す、ごまかす）といった点が挙げられる。次に、患者側の事情としては、①医療に対する過度の期待（病気は必ず治る、死は避けられるとの誤解）、②説明に対する理解の不足を挙げるができる。

望ましくない結果の発生は紛争が起こる契機となるが、紛争が深刻化する原因として最も重要なのは、事前の説明不足や事後の不適切な対応により、患者・家族と医療者との信頼関係が破壊されることである。したがって、紛争を最小限にするためには、まず、治療行為に先立ち、その内容やリスクについて十分な説明を行い、患者の同意を得ることが重要である。その際、治療を受けるか

否か、いかなる治療を受けるかについての選択権は、患者の側にある（自己決定権）ということをお忘れてはならない。

不幸にして望ましくない結果が発生してしまった場合には、その原因を真摯に振り返り、その結果を患者または家族に対し、誠意を持って説明しなければならない。その際、責任追及を恐れ、「逃げる、隠す、ごまかす」といった対応をとることは、プロフェッション（専門職）たる医療者としての倫理に反するだけではなく、紛争の深刻化にもつながることから、絶対に行うべきではない。医療行為に何らかの落ち度が認められるときは、時機を失することなく、患者・家族に対し謝罪をすることも重要である。

医療者が日頃から、プロフェッションとしての誇りをもって、診療行為に当たるとともに、患者や家族に対し、敬意を払い誠実に対応することが、患者・家族と医療者との関係を良好にし、紛争を最小限にする最善の方策であると考えられる。

## 2：医師の立場から（三浦靖彦）

昔から、日本の良医のシンボルとされる赤ひげ、神の手を持つスーパードクター、診断困難症例を解き明かすスーパードクター G、離島で、一人で頑張るドクター・コトーなど、患者から望まれる医師像には、いろいろなスタイルがあるように思われる。

本稿のテーマである、豊かな患者・医療者関係となると、医師像というだけでなく、患者・家族との関係性が求められるが、若年・壮年時代に治療可能な疾病にかかった際の医師との関係性と、超高齢化し、複数疾患を有し、かつ、単一疾患概念とは若干異なる脆弱性の中で、社会に生きる高齢患者とでは、かかる診療科も違うであろうし、医師に求めるものも違うであろう。

すなわち、患者がその時に求めるものと、医療者が提供するものがうまくマッチし、信頼関係が構築されているときに、望ましい医師・患者関係が構築されていると考えられる。

そのためのキーワードとして、医師の技量だけでなく、コミュニケーション、意思決定支援、イ

## 表1 日本人の医療に対する信頼と不信の構造

(文献3から引用)

|                             |
|-----------------------------|
| 1. 医師の医学的能力に関する要因           |
| 2. 医師の態度・言動に関する要因           |
| 3. 医師-患者の感情・コミュニケーションに関する要因 |
| 医師の医学的能力に関する要因              |
| 医師についての評判・伝聞                |
| 医師の個人的・社会的特性                |
| 適切な処置と治療の結末                 |
| 医師の態度・言動に関する要因              |
| 医師の診療態度・接遇                  |
| 十分な説明と納得                    |
| 患者の利益の優先                    |
| 背景要因となる限界性                  |
| 医師-患者の感情・コミュニケーションに関する要因    |
| 医師の配慮・共感                    |
| 医師のコミュニケーション能力と疎通性          |
| 患者の感情                       |

ンフォームド・コンセント・Shared Decision Making（共同意思決定）、チーム医療、多職種連携、などがあげられると思う。

### 1) 患者との信頼性の構築について

西垣らは、日本人の医療に対する信頼と不信の構造を調査するために、42歳から68歳の男女325名を対象とした患者からの面接を通して、質的分析（グランデッドセオリーアプローチ）を実施した<sup>3)</sup>。その結果、1. 医師の医学的能力に関する要因、2. 医師の態度・言動に関する要因、3. 医師-患者の感情・コミュニケーションに関する要因と、大きく3つの要因に分類されたが、特に、感情的側面が重要であったと報告している。(表1)

従来、医師の説明責任、そして、患者側の積極的な治療への参画を表明するものとして、インフォームド・コンセントが挙げられてきたが、近年では、説明書、同意書を渡すのみで、十分な説明が行われないなど、インフォームド・コンセントの形骸化も一部では指摘されている。そのような背景を受け、清水は、インフォームド・コンセ

ントの新たな形として、情報共有－合意モデル（相互参加型）を提案している<sup>4)</sup>。つまり、患者・家族は医療者からのエビデンスに基づいた説明と提案を受け、自分たちの意向を表明するとともに、なぜ、その選択肢を選びたいのかなど、自分たちの物語を医療者に伝え、両者が話し合いを行い、最終決定に至ることが望ましいと説明している。これは、米国腎臓学会が提唱している Shared Decision Making に相当するものであり<sup>5)</sup>、意思決定プロセスとして望ましい姿であろうと筆者は考えている。このプロセスを通して、患者・家族には、深い理解が得られると共に、医療スタッフに対して「自分たちの思いを理解してくれ、そのうえでの最良の方法を考えてくれている」という実感を得ることができ、信頼感が増すと思われる。

## 2) 医師のプロフェッショナリズムについて

Arnoldらは、医師のプロフェッショナリズムについて、図に示すように、臨床能力・コミュニケーションスキル・倫理的・法的理解の土台の上に立つ、卓越性・人間性・説明責任・利他主義の4つの柱でプロフェッショナリズムを支えているとしている<sup>6)</sup>。

欧米内科3学会・組織合同は新ミレニアムにおける医のプロフェッショナリズム：医師憲章<sup>7)</sup>を作成して具体的に原則と責務を提示した。憲章では、3つの原則：すなわち、患者の福利優先の原則、患者の自律性（autonomy）に関する原則、社会正義（social justice, 公正性）の原則と、10の責務：すなわちプロフェッショナルとしての能力に関する責務、患者に対して正直である責務、患者情報を守秘する責務、患者との適切な関係を維持する責務、医療の質を向上させる責務、医療へのアクセスを向上させる責務、有限の医療資源の適正配置に関する責務、科学的な知識に関する責務（科学的根拠に基づいた医療）、利害衝突（利益相反）に適切な対処をして信頼を維持する責務、プロフェッショナル（専門職）の責任を果たす責務（仲間や後進の育成など）を掲げ、これの順守を求めている。

わが国では、日本医学教育学会倫理・プロ

フェッショナリズム委員会が、医師の資質・能力としてのプロフェッショナリズムを以下の7つの領域を設定し、意見を募っているところである<sup>8)</sup>（2015年7月現在）。

1. 社会に対する使命感と責任感
2. 患者中心の医療の実践
3. 誠実さと公正性の発揮
4. 多様な価値観の受容と基本的価値観の共有
5. 組織やチームのリーダー／メンバーとしての役割
6. 卓越性の追求と生涯学習
7. 自己管理とキャリア形成

また、日本専門医機構 総合診療専門医に関する委員会は、総合診療専門医 専門研修カリキュラム（案）を発表し、総合診療専門医が習得すべき項目を発表したが（表2）、これを眺めてみると、上記3つの、医師のプロフェッショナリズムをほぼ網羅したものであり、総合診療専門医だけでなく、すべての医師に求められる内容でもあり、医師・患者関係を豊かにするヒントがすべて込められているように思われる<sup>9)</sup>。

## 3) 医師・患者関係と臨床倫理

臨床倫理の四原則は、自律尊重・無危害・善行・正義とされている<sup>10)</sup>。つまり、患者の意向を十分に聞き取り、患者の「いのちの物語」を理解しながら（自律尊重）、そのうえで、最も安全な治療法を提案する（無危害）。その選択された治療法は、患者にとって安全かつ最良の結果をもたらす治療法であり（善行）、わが国の医療が公的保険制度で賄われていることから、社会的通念に照らしても、受容可能なものである（正義）のが望ましい医療であるということを示している。実践は決して難しいものではないと思われる。患者と家族の物語を理解しようとする姿勢が、医師・患者関係を豊かにすることにつながる。

また、難しい、致死的な疾患に遭遇した際には、「悪い知らせの伝え方」として、SPIKES<sup>11)</sup>やSHARE<sup>12)</sup>と呼ばれる対話法を使い、患者の気持ちを考えながら説明を行うことが望まれる。特にSPIKES法は、表3に示すように、理解しやすく

**表2 日本専門医機構 総合診療専門医に関する委員会による総合診療専門医 専門研修カリキュラム (案)** (文献9より引用)

- 
1. 人間中心の医療・ケア
    - 1) 患者中心の医療
    - 2) 家族志向型医療・ケア
    - 3) 患者・家族との協働を促すコミュニケーション
  2. 包括的統合アプローチ
    - 1) 未分化で多様かつ複雑な健康問題への対応
    - 2) 効率よく的確な臨床推論
    - 3) 健康増進と疾病予防
    - 4) 継続的な医療・ケア
  3. 連携重視のマネジメント
    - 1) 多職種協働のチーム医療
    - 2) 医療機関連携及び医療・介護連携
    - 3) 組織運営マネジメント
  4. 地域志向アプローチ
    - 1) 保険・医療・介護・福祉事業への参画
    - 2) 地域ニーズの把握とアプローチ
    - 3)
  5. 公益に資する職業規範
    - 1) 倫理観と説明責任
    - 2) 自己研鑽とワークライフバランス
    - 3) 研究と教育
  6. 診療の場の多様性
    - 1) 外来医療
    - 2) 病棟医療
    - 3) 救急医療
    - 4) 在宅医療
- 

まとまっており、幅広い疾患に応用可能であることから、すべての医師が一読すべき内容である。

そして、たとえ高次医療機関であっても、人生の最終段階(終末期)にある患者・家族の気持ちに配慮したケア(スピリチュアル・ケア)を提供できる体制が望まれるとともに、対応に苦慮する場合には、多職種で討論する体制(臨床倫理コンサルテーション)が整えられていることが、患者・家族にとっての最善の方針を決めるために役立つ<sup>13)</sup>。

以上述べた通り、日常診療の中に臨床倫理の概念を取り入れることは、医療者・患者(患者家族)関係を良好に保つために有効であると思われる。患者・家族には「多職種で、ここまで自分たちの

**表3 悪い知らせを伝える方法** (文献11より引用)

- 
- S: Setting (場の設定)
- ①環境を整える ②タイミングを図る ③患者の話を聴く技術を働かせる
- 用例: 個室で行う、患者の近くに座る、目を合わせる、挨拶(自己紹介)をする、など
- P: Perception (病状認識)
- 患者の病状認識を知る段階「患者の認識」と現実の差を埋めていく作業
- 患者の教養、感情、語彙を把握する
- 用例: ご自分の病気をどのようにお考えでしたか? など
- I: Invitation (患者からの招待)
- 患者がどの程度の情報開示を求めているのか、心の準備ができていないのか確認する段階
- 用例: 病状についてどの程度知りたいですか、包み隠さず話してよろしいでしょうか? など
- K: Knowledge(情報の共有)
- ①伝える内容(診断・治療計画・予後・援助)を決定する ②患者の病状認識、理解度に応じて始める ③情報の提供
- 情報を少しずつ提示する 医学用語を日常語に翻訳しながら説明する 図を書いたり小冊子を利用する 患者の理解度を頻回に確認する 患者の言葉に耳を傾ける
- 用例: 残念な結果なのですが・・・(間を取る)
- E: Emotion (感情への対応)
- 患者の感情を Exploration (探索)し対応する段階 Empathy (思いやり、共感)を持って対応する 精神的な落ち着きを保つ 実はきわめて重要な段階
- 用例: 今どんなお気持ちですか? 驚かれたことでしよう
- S: strategy/Summary (戦略/要約)
- ①今後の計画を立てる ②面談のまとめを行い、質問がないか尋ねる ③今後の約束をし、面談を完了する
- 

ことを理解しながら、最善の道を考えてくれた」という満足感につながり、信頼関係も向上し、本稿の目的である「豊かな患者-医師・医療チーム関係」を構築するのみ大いに役立つであろう。

また、副産物として、医療に対するクレームや訴訟も減り、病院のリスクマネジメントにもつながるものであることを付け加えたい<sup>14)</sup>。

### 3：医療安全管理の立場から（長谷川幸子）

豊かな患者－医療者関係を目指す上で重要なことを、日本医科大学病院の医療安全管理者の経験に基づき、東京都看護協会医療安全管理委員の立場から述べる。

医療は患者とその家族等（以下、患者・家族）と医療者の信頼関係を基盤にして成り立つものであるが、医療事故等に遭遇した場合、信頼関係に揺らぎが生じる。そのため、専門職として患者・家族等の不安や不信・苦悩を軽減し、新たな信頼関係を築くとともに、その反省を踏まえてより質の高い医療を目指していく必要がある。このことは、医療事故調査制度が施行されても変わるものではない。

#### 1) 患者・家族が医療に参加することの推進

2005年に厚生労働省が「患者への情報提供・共有と患者参加の促進」を掲げたことを受け、安全な医療システムを構築する取り組みに医療者だけでなく、患者を参加させるようになった<sup>15)</sup>。日本医科大学附属病院では、患者・家族の役割を治療に必要な情報を医療者に提供することだけに限定せず、患者・家族と医療者との対話の機会を作り、患者の視点を医療者が学ぶ機会を設けた。また、患者・家族から病院施設や職員への要望を募り、施設の改築、医療者の態度・言葉の使い方の教育などを行った。改善の結果は院内に掲示し、患者・家族が医療事故を防ぐ重要な提案の発信源であることを自覚していただくよう働きかけを行った。

また、病院は患者・家族が医療に参加することも推進した。具体的には、患者・家族へ医療への参加を呼びかけるシートを配布、患者満足度調査の実施とそれに基づく改善活動、苦情収集・対応システムの整備、クリニカルパス委員会の設置、患者・家族の学習のための外来・病棟における医療図書配置を行った。さらに、患者・家族に対して、リストバンド認証、患者教育プログラム、患者用パンフレットの作製、医療者教育などへの参加をお願いするとともに、患者会との連携を推進した。

### 2) 医療事故発生時の対応

日本医科大学附属病院では、医療事故発生時、事故当事者や発見者は直ちに以下の6点を行うこととなっている。

- ①患者に対する処置を行いながら上司・担当医師に連絡する。
- ②医師は必要な治療を行い、看護師は直ちに家族等に連絡する。もし留守番電話になっていた場合は、連絡時間が分かるようにメッセージを残す。
- ③患者・家族への説明は医師が行い、憶測はまじえずその段階でわかっていることのみを話す。
- ④患者・家族に隠しごとをしない。
- ⑤医療事故に関係する医療機材を保管する。
- ⑥事象が発見された2-3時間前からの経過と、発見されてからの経過について、家族への連絡時間と内容を含めて詳細に記録する。

患者への影響度に関わらず事象発生時に上記の6項目に従った行動がとれているか、記録の点検を行っている。このことにより医療事故発生後の行動が習慣化され、重大事故発生時でも慌てずに一定の行動がとれるようになる。

また患者・家族に対する説明を行う場所の選定も重要である。静かで落ち着いた場所で、複数の医療者で立ち会って説明する。そのとき医療コンフリクト・マネジメントの知識を医療者が知っておくと、患者家族と医療者間で問題が発生した場合に対話を通じて協働的かつ柔軟に解決するのに有用である<sup>16)</sup>。残念ながら死亡医療事故では原状回復を行うことはできないし、医療事故だからといって損害賠償責任が必ず発生するわけではないが、一般に医療事故後の患者側の願いは、1) 原状回復、2) 真相究明、3) 誠意ある対応と謝罪、4) 再発防止対策の実施、5) 損害賠償であることは知っておくべきである。医療事故後、患者・家族は非常に強い不安感や精神的緊張に抱くが、医療事故の結果が死亡や重篤な後遺症であれば事実を受容することさえ困難であり、悲嘆や混乱に対して精神的なケアが必要になることもある。その悲嘆や混乱は医療者側への攻撃的態度や行動に

つながることもあるが、受苦体験の受容と悲嘆体験からの回復のための一つの手段・表現としての意味をも有していることに留意すべきである。したがって医療者は、法的な過失の有無や医療行為と悪しき結果との因果関係の有無といった問題以前に、予想外の事態に遭遇した患者・家族に向きあって、戸惑う気持ちに共感し、謝罪を含めて素直な気持ちを表明することが大切である。具体的には、たとえ患者に健康被害がなかったような医療事故であっても、患者・家族に対して最初に説明する時の第一声は、「医療事故がございましたが、身体に影響がありません」ではなく、「まずはご心配をおかけいたしました、誠にすみませんでした」である。そしてその段階での病状や確実に分かっていることのみを説明する。医療事故の原因が分かっている場合は、原因の究明をしていることを説明し、分かり次第説明することを約束する。原因が分かっている場合は、ごまかさずに説明する<sup>17)</sup>。重大な医療事故では、患者・家族への説明を継続することも多いが、客観的な事実経過の説明ばかりではなく、事態が起きた時の共感を含めた状況が分かる説明をすることが大切である。説明の場で患者・家族が感情的になり、暴言を吐くこともある。その際、患者・家族が自分たちの言葉で素直に表現することは、患者・家族等の受苦体験からの回復の始まりであると捉え、このような説明と対話を繰り返し行っていくことにより、新たな、医療者と患者・家族等との関係が築かれると考える。

#### 4：おわりに (竹下 啓)

本論文では、患者側弁護士、医療倫理の専門家でもある医師、医療安全管理専門の看護師の3つの異なる立場から、医療事故調査制度の施行を踏まえて「豊かな患者-医療者関係を目指すには」という主題で論考を行った。三者に共通するのは、ふだんの診療においても、不幸にして医療事故が発生した場合においても、医療者が常に真摯に適切な情報提供を患者・家族に行うことが必要であること、その際に単なる情報提供ではなく、患者・家族の気持ちに寄り添って共感の姿勢を持

つことが重要であるということだ。また、もうひとつ大切なのは、医療者が一方的に医療における義務を負うのではなく、患者・家族側にも、医療の情報をも的確に理解し、過剰に医療に期待することなく、リスクを十分に把握した上で、能動的に自己決定することが望まれるということである。

本論文について利益相反はありません。

#### 参考・引用文献

- 1) 日経メディカル 2013年8月号特別レポート 「患者遺族から見た医療事故調の課題」  
<http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/t206/201308/532015.html> (2016.2.2)
- 2) 日本経済新聞 2015年5月16日 医師9割「刑事罰に不安」  
[http://www.nikkei.com/article/DGXLASDG16H0G\\_W5A510C1000000/](http://www.nikkei.com/article/DGXLASDG16H0G_W5A510C1000000/) (2016.2.2)
- 3) 西垣悦代, 浅井篤, 他. 日本人の医療に対する信頼と不信の構造 — 医師患者関係を主体に —. 対人社会心理学研究 4: 11-20, 2004
- 4) 清水哲郎. 生物学的<生命>と語られる<生> — 医療の現場から —. 哲学 253: 1-14, 2002.
- 5) Renal Physician Association, and The American Society of Nephrology. Clinical Practice Guideline on Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis.  
[http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/CP\\_Guideline\\_Decision\\_W\\_Dialysis.pdf](http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/CP_Guideline_Decision_W_Dialysis.pdf) (2016.2.2)
- 6) Arnold L, Stern DT.: What is Medical Professionalism ?. In Stern DT (ed): Measuring Medical Professionalism. Oxford university press 2006 (pp15-37)
- 7) ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine: Medical professionalism in the new millennium; a physician charter. Ann Intern Med 136: 243-246, 2002.
- 8) 日本医学教育学会 第18期倫理・プロフェッショナルリズム委員会: 「医師の資質・能力としてのプロフェッショナルリズム」に関するご意見  
[https://docs.google.com/forms/d/1kqJUby2GhSqcOmFFfqAqz\\_jZrkHghfjmBY-FRrUWJcE/formResponse](https://docs.google.com/forms/d/1kqJUby2GhSqcOmFFfqAqz_jZrkHghfjmBY-FRrUWJcE/formResponse) (2016.2.2)
- 9) 日本専門医機構総合診療専門医に関する委員会: 総

合診療専門医に関する委員会からの報告 平成27年  
4月20日

<http://www.japan-senmon-i.jp/document/150421.pdf> (2016.2.2)

- 10) Beauchamp T, Childress J: Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. New York City, NY: Oxford University Press; 2001.
- 11) Baile W, Buckman R, et al. SPIKES –A six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patients with Cancer The Oncologist 5: 302-311, 2000
- 12) Fujimori M, Akechi T, et al. Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news Psychooncology, 16: 573-581, 2007
- 13) 三浦靖彦, 川崎彩子, 他. 一般病院における終末期の治療方針の決定 — 病院内倫理コンサルテーションの設立・運営について —. 病院 70: 742-746, 2011
- 14) 板井孝壱郎. 医療安全管理業務としての臨床倫理コンサルテーション — 医療専門職の「責任」と患者からの「信頼」. 臨床倫理 2: 6-16, 2014.
- 15) 長谷川友紀 (監修), 平原憲道, 和田ちひろ (翻訳). 患者と減らそう医療ミス 患者は安全パートナー. エルゼビア・ジャパン, 東京, 2005
- 16) 和田仁孝, 中西淑美. 医療コンフリクト・マネジメント メディエーションの理論と技法. 有限会社シーニュ, 東京 2006
- 17) 黒川精, 松本明知, 他. 学術会議叢書9 医療事故は予防できるか 安全な医療を提供するために. 財団法人日本学術協力財団 株式会社ビュープロ, 大阪. 2005