

## 〈調査報告〉

# 医療同意をめぐるソーシャルワーカーの課題

## —救急認定ソーシャルワーカー研修「事前課題」の分析から—

井上 健朗・篠原 純史・佐藤 圭介・内田 敦子・  
樋渡 貴晴・野村 裕美・笹岡 真弓

### Abstract :

「医療同意」は、医療機関において、さまざまな制約のあるなかで実施され、その決定が、患者の予後や生活に大きな影響を与えることは自明のことであるが、ソーシャルワーカーが組織的に関与する仕組みを持つ機関はまだ少ない。今回、救急医療分野で働くソーシャルワーカー20名が研修課題として提出した「医療同意をめぐるソーシャルワーカーの課題」についての記述に定性的分析を行い以下のような4つの仮説を生成した。(1)家族や身元保証人のいないケースへの対応がソーシャルワーカーに求められ、その社会的予後に対する重責を感じている。(2)家族へのサポートを重要な業務ととらえており、治療選択がその後の生活に与える影響を重視している。(3)時間的な制約があるなか、患者の意志や社会的背景を尊重した支援や倫理的問題への対処にジレンマを感じている。(4)普段からの仕組みづくり(チーム・院内、地域や他機関との連携、制度整備)が重要と考えている。

**キーワード：**ソーシャルワーク 医療同意 チーム・アプローチ 定性的調査

### 1. はじめに

救急医療における「医療同意」の取り扱い、医療行為の適法性の成立をめぐる問題だけでなく、本人の意思決定能力が低い場合の同意権者の問題や社会的予後に与える影響も含む問題として、ソーシャルワーカーの関与が求められる場面も少なくない。

筆者らは、認定救急ソーシャルワーカー認定機構が開催した医療同意に関するソーシャルワーカー対象の研修事業に関わり、参加者から提出された「医療同意をめぐるソーシャルワーク業務の課題」についての研修課題文を分析する機会を得た。今回、これを定性的に分析し、「医療同意」をめぐるソーシャルワーク業務の課題について取りまとめたので報告する。

### 2. 問題の所在

法律的な観点から医療行為が適法であるためには、(1)医学的に治療が必要な状況で医師が治療目的を有していること、(2)医療行為の方法が妥当と解されること、(3)患者本人の同意があることの3点が必要であると指摘されている(手島 2013)。1) 患者本人から「医療同意」を確認する行為の目的は、(3)の要件を満たすことにあたるが、本人に同意能力がない場合、医的侵襲を伴う手術などの医療を提供する場合、家族などの意向を確認し、もっ

て同意を得たとしている事例も多い。救急医療などにおいて緊急性がある場合には、上記(1)と(2)が担保されていれば、患者本人の同意は無くとも医療行為を行うことは可能とする意見もあるが、医行為によって重篤かつ長期的な身体への影響をもたらす人工呼吸器などの生命維持装置装着などに関する判断や同意に関しては、現行法律上は、いわゆるグレーゾーンとされている。

法律家の解釈によれば、医療的侵襲に関する同意は他者に移譲できる法的行為ではなく「一身専属の性質」を有するものであるとされる（日本弁護士連合会 2011）。<sup>2)</sup> これは同意する権利は、本人のみが持つものとした考えである。この考え方からすれば、医療者が意思表示のできない状況にある患者の家族に意見を求める理由は、「家族としてどう思うか、どうしたいか」ではなく、「本人の意思を良く知るものとして、本人であれば、どう判断すると類推するか」という意見を聞くことにある。とすれば本人の意思も確認できない状態にあり、本人のことを知る人もいない事例では、どのようにすべきであろうか。

救急救命を目的として救急医療に搬送されてきた患者に対応する医療者にとって、蘇生をする/しないなどの意思決定は、時に救命という目的とは矛盾すると言う思いに医療者が陥ることが指摘される。近年では、救命救急センターにおいて、蘇生後に延命治療を中止するための手続きのあり方が議論されている。

平成 30 年 3 月に「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」の改訂版が発行されている（厚生労働省 2018）。このガイドラインは、医療・ケア行為の開始、不開始、内容の変更、そして中止に関する手続きについて言及されている。その中で重要な原則とされているのが、1) 本人の意思を基本とすること、2) 医療・ケアチーム（多職種で構成）との十分な話し合いである。そして意思の確認およびこの決定のプロセスは、何度も繰り返し行われることがその在り方として強調されている。このガイドラインでは、医療・ケアチームという言葉が何度も繰り返し用いられており、意思決定支援においてチーム・アプローチが方法としての基盤となっていることがわかる。<sup>3)</sup>

これから「多死社会」を迎えようとする我が国では、「人生の最終段階における医療・ケアの意思決定プロセス」をどのように捉えるかについて議論されている（小谷 2003）。<sup>4)</sup>

「医療同意」をめぐる議論もこの中に包含されていると考えられるが、このテーマは医学を基盤とした医療職だけで議論されるものではなく、社会科学的な立場など様々な立場からとらえる必要がある。

ソーシャルワーカーは患者・家族の心理社会的問題に社会福祉の立場からアプローチする専門職である。救急医療にあつては、経済的問題への対応、身寄りのない患者への対応、虐待問題、家族支援、退院支援などの業務を核に、医療の中にあつてはユニークな視点でチーム医療に貢献している（井上 2017）。<sup>4)</sup> 「医療職」ではなく「福祉職」であることを強調してきた医療機関のソーシャルワーカーが、「医療同意」の場面にどのように関わっているのか、これを定性的に捉え、仮説を導き出すことが本稿の目的である。

### 3. 対象と方法

日本臨床救急医学会と日本保健医療社会福祉学会が合同で運営する「救急認定ソーシャルワーカー認定機構」（以下「機構」とする）は、平成 30 年に、救急認定ソーシャルワ

ーカーを対象としたアドバンス研修として、『「医療同意」から救急医療におけるソーシャルワークを考える』を開催した。（表1）

この研修は、救急医療現場での「医療同意」と「医療同意をめぐるソーシャルワーク実践」を医師、弁護士、ソーシャルワーカーらのパネリストと研修参加者が検証的に振り返ることにより、医療同意について理解を深め、臨床における判断や介入に役立つ知識や方法を身につけることを目標とし、もって救急認定ソーシャルワーカーとしての力量を向上させることを目的に実施された。

この研修では、参加者に対して「事前課題」として「医療同意をめぐるソーシャルワーク業務の課題」についてのレポートの提出を依頼した。今回は、この研修を受ける前に書かれた「事前課題」の記述内容を定性的に分析し、救急医療の現場で実践しているソーシャルワーカーが、医療同意とどのように向き合っているのかについて仮説を生成する試みを行った。

表1 研修テーマおよび内容

研修テーマ	「医療同意」から救急医療におけるソーシャルワークを考える
開催日程	2018年11月25日（東京）
内 容	「医療同意」は医療行為の適法性の成立をめぐる問題だけでなく、本人の意思決定能力が低い場合の同意権者の問題や社会的予後に与える影響も含む問題としてソーシャルワークが関与する場面は少なくない。本研修では「医療同意」問題を通して救急医療におけるソーシャルワークを考える
方 法	医師・法律家・ソーシャルワーカーによるパネル＋フロアディスカッション

対象は、認定救急ソーシャルワーカーアドバンス研修参加者のうち事前提出課題「医療同意をめぐるソーシャルワーク業務の課題」を提出した者の課題のテキストデータ20名分。（表2）機構が認定する「認定救急ソーシャルワーカー」とは、社会福祉士もしくは精神保健福祉士であり、経験5年以上、うち2年以上の救急医療の経験を持ち、指定の研修を受け、試験に合格したものをいう。

表2 「医療同意をめぐるソーシャルワーカーの課題」回答者の属性

研修課題提出者			N=20
性 別	男 性		5名
	女 性		15名
平均年齢	43.05歳±9（30-60）		

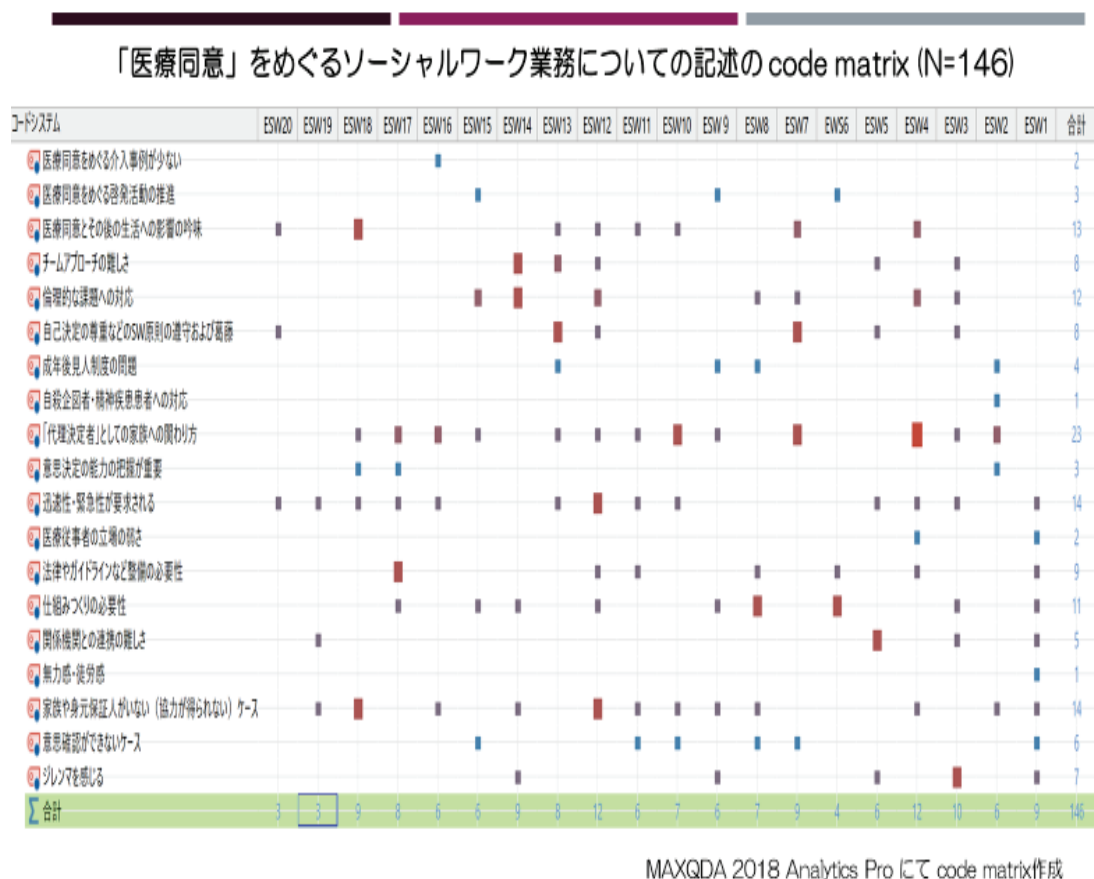
研究の方法は、以下の手続きによる。事前課題文書をテキストデータ化し、文節に区切ったデータをコード化(N=146)し、カテゴリ分類した。(MAXQDA2018Analytics Proを使用)本研究メンバーでカテゴリ分類に概念名を付し、事前課題の記述内容の再構成を行った。実施にあたっては、課題文書のテキストデータ化の段階から、固有名詞など個人を特定できる情報は削除し、取り扱わないこととし、匿名性を担保した。また、本研究は東京通信大学「人を対象とする研究の倫理審査委員会」の倫理審査(東通倫研第201906)を受け実施した。

#### 4. 結果

コード化された146文節の課題記述についてKJ法を用いて、次の19のカテゴリに収斂した。①【医療同意への介入事例の少なさ】②【医療同意をめぐる啓発活動の必要性】③【医療同意とその後の生活への影響の吟味(評価)】④【チーム・アプローチの困難性】⑤【倫理的な問題への対応】⑥【自己決定の原則などのソーシャルワーク援助理念との葛藤】⑦【成年後見制度の問題】⑧【自殺企図や精神疾患患者への対応】⑨【代理決定者としてとしての家族への関わり】⑩【意思決定能力の把握】⑪【迅速性、緊急性への対応】⑫【医療従事者の立場の脆弱性】⑬【法律やガイドラインの整備の必要性】⑭【支援の仕組みづくりの重要性】⑮【関係機関との連携の困難性】⑯【無力感・徒労感】⑰【身元保証人がいない・家族から協力が得られないケース】⑱【意思確認が困難なケース】⑲【ジレンマを感じる】。

「医療同意」をめぐるソーシャルワーク業務についての記述(文節)と抽出したカテゴリのcode matrix(N=146)を表3に示す。MAXQDA 2018 Analytics Proを用いてカテゴリ分類に対して対応する文節の参加者毎の出現頻度に基づいてcode matrix作成を行った。(表3)

表3 「医療同意」をめぐるソーシャルワーク業務についての記述の CODE MATRIX



本報告では、抽出したカテゴリの中から【代理決定者としての家族への関わり】【身元保証人がいない・家族から協力が得られない】【迅速性・緊急性への対応】【支援の仕組みづくりの重要性】【法律やガイドラインの整備の必要性】【医療同意とその後生活への影響の吟味（評価）】【倫理的な問題への対応】について、生のデータ（記述）に立ち返りながら意味の分析を進めた。カテゴリに対して付された概念名とこれに対応する生のデータ（記述）の例の対応表を（表 4-1、2、3、4、5）作成し以下に示す。

【代理決定者としての家族への関わり】（表 4-1）では、救急医療の中で、家族への支援の必要性を認識しながら、十分な介入が提供されていないとする記述が見られた。カテゴリ概念【身元保証人がいない・家族から協力が得られない】（表 4-2）では、一般的に身元保証人がいない、身寄りがない、家族の協力が得られないなどの事例は、ソーシャルワーカーの介入を依頼される代表的な事例として認識されているが（金子：2017）5）、これらの事例では、医療同意をめぐる業務というよりも、派生する多様な問題への対応に追われることになるソーシャルワーカーの姿が記述されている。発生している事態に対して、基本的な対応、身元の確認や経済的な側面などの支援など、療養環境の条件を整えることに忙殺され、医療同意をめぐる支援の本質的なところまで至ることができないジレンマが述べられている。



カテゴリ概念【迅速性・緊急性への対応】の言説（表 4-3）では、時間的な制約について、救急医療の特性として対応期間の短さに理解を持ちつつも、意思決定のプロセスを踏むことが重要と感じている。このプロセスを救急医療の時間的制約の中で尊重することのジレンマが生じている様子が表現されていた。カテゴリ概念【支援の仕組みづくりの重要性】および【法律やガイドラインの整備の必要性】の言説（表 4-4）では、ソーシャルワーカーに「声がかかる」仕組み、つまりソーシャルワーカーの支援が必要な患者についての確に介入の依頼が発生する仕組みづくりについての課題が述べられていた。また、多職種カンファレンスや倫理委員会の組織が「医療同意」問題の介入や支援のツールや手段となっているなど医療機関内の人的組織資源の活用が記述が見られた。「医療同意」をめぐる強制力を持つ法律的な基盤整備の必要性までの言及は見られなかったが、現場の判断を支える「ガイドライン」を作成すべきなどのゆるやかなルールづくりの必要性が求められていた。カテゴリ概念【医療同意とその後の生活への影響の吟味（評価）】および【倫理的な問題への対応】の言説（表 4-5）では、現状の医療同意場面で、同意された医療についての社会的な予後に関する情報提供が十分になされていないことへの言及が見られた。その結果として、退院支援の担当者として患者その後の療養の場を準備したり、探したりするなどの対応に苦慮しているソーシャルワーカーの姿が記述されている。また医療機関としての医療同意の取り扱い方法への疑問点、例としては、サインだけを求めるアリバイとしての形式的な医療同意や代理同意者としては不適切と思われる者でも良しとする姿勢などが倫理的課題として挙げられている。

表 4-1 カテゴリによる概念化と生のデータの対応表①

カテゴリ（概念）	生のデータ（記述）例
【代理決定者としての家族への関わり】	「突然の発症・受傷で家族の動揺も強く、家族がしつかりと現状や今後の見通しを理解できていないまま医療同意がとられ治療が進んでいく事も多い。」 (ESW7-2)
	「実際に緊急性がある場合はインフォームドコンセントの場面に MSW が同席できる事例が少なく、本人・家族がどのような思い・受け止めで医療同意をしたかを確認すること極めて難しい。」(ESW13-3)
	「家族の希望は必ずしも本人の意思が尊重されていない場合もあるが、本人に意思確認がとれないため、その判断が難しく、家族の希望が優先される医療同意となっている代行決定になっていない）ケースもある。」 (ESW7-5)
	「救急医療では延命に関する決断を家族がしなければならぬ場面もあり、十分な説明を医師からされても家族の思いの強さ、理解力不足から、その判断でいいのか迷う場面もある。」(ESW18-5)
	「SW にできることは、方針決定に参加する医療者や家族を含めた参加者の誰であれ事実上の代行決定をしたものの責任と孤独に目を向け、寄り添うことだと思う。」(ESW4-5)

表 4-2 カテゴリによる概念化と生のデータの対応表②

カテゴリ (概念)	生のデータ (記述) 例
【身元保証人がいない・家族から協力が得られない】	「救急医療の現場において、同意能力が低下している本人に代わり、代諾者として家族や親族から同意を得ようと思っても所在がわからない、家族がいたとしても認知症などで同意能力の有無の判断が困難、また、成年後見人がいたとしても、医療行為に対する同意権がないなどの理由によって、限られた時間の中で医療同意が得られない場面は少なくない。」 (ESW-22)
	「患者で家族や関わる者がいない場合で、機能予後が悪く意識障害の遷延や要介護状態となった者に関してはその先の生活の場の確保が非常に難しい。」 (ESW-41)
	「身寄りがないことが明らかになり、かつ意識障害や高次脳機能障害が残存した場合には、親族などの協力が得られなければ転院すら容易でなく、患者の不利益になる状況が多い」 (ESW-32)
	「これまで疎遠となっていた家族にタイムリーに連絡を取ることは困難を極め、苦戦している。」 (ESW-23)

表 4-3 カテゴリによる概念化と生のデータの対応表③

カテゴリ (概念)	生のデータ (記述) 例
【迅速性・緊急性への対応】	「SW としての支援を救急の場で短期間に行わなければならないこともあり、限られた時間の中で関わられるようにすることも課題だ」 (ESW16-4)
	「医療同意が求められる多く救急の現場では、多くの場合は緊急性を要しており、極めて短い時間で決断を迫られる」 (ESW13-6)
	「救急医療の現場では意識障害のある患者で家族の連絡先がすぐに分からない場合や身元が不明の状態のまま治療の決断をしていかなければならないことが多々ある。」 (ESW18-2)
	「緊急時医療が優先されがちな現場で、限られた時間内でソーシャルワーカーとしての多角的・総合的なアセスメントに基づき状況に適した支援を考え要支援者の強みを生かし、制度活用しながら権利擁護、解決へとつなげていく (ことが課題である)」 (ESW3-4)



表 4-4 カテゴリによる概念化と生のデータの対応表④

カテゴリ（概念）	生のデータ（記述）例
【支援の仕組みづくりの重要性】	「診療科の考え方によっても差があり、必ず（医療同意案件に）ソーシャルワーカーが介入する仕組みになっているわけではない」（ESW12-5）
	「患者の推定意思が不明な場合には、多職種カンファレンスを開催するようにしており、」（ESW14-2）
	「院内の倫理委員会に決定を求めることも考慮するようになった（変化）」（ESW8-8）
【法律やガイドラインの整備の必要性】	「成年後見人は本人に代わって同意はできない。同意に関する代行決定など立法による解決や地域との連携を求めるアクションが必要。」（ESW8-10）
	「その時の判断はベスト」であつても、後日、様々な問題が生じ、覆ることがあつた場合、現状では家族や医療従事者を守る制度や法律も曖昧である。（ESW17-2）
	「同意者の同意がどこまで必須なのか、明確でないこと」（ESW10-5）

表 4-5 カテゴリによる概念化と生のデータの対応表⑤

カテゴリ（概念）	生のデータ（記述）例
【医療同意とその後の生活への影響の吟味（評価）】	「できることを全てやつてほしいとする家族でもその後の療養の場の検討になると、消極的になったり、転院に拒否的であったりと療養先の調整に難航することもある」（ESW18-12）
	「医療同意は患者自身のその後の生活を大きく左右するものであり、そこに（社会科学的な視点を持つ）MSW介入による意思決定支援が重要と考える」（ESW13-7）
	「治療方針決定に際しては、実施後に現在の生活からどう変化するか十分に理解してから同意するのが理想的と思う」（ESW4-4）
【倫理的な問題への対応】	「長らく疎遠だった家族から同意を得た、ということが、果たして本人の意思を代弁していると言えるのだろうか」（ESW12-6）
	「「同意書にサインをもらう」ことが目的になっていると感じる場合がある。」

## 5. 医療同意をめぐるソーシャルワーカー業務課題の仮説の生成

医療同意をめぐるソーシャルワーカー記述の再構成を踏まえて、以下の4つの仮説を生成した。

【身元保証人がいない・家族から協力が得られない】および【医療同意とその後の生活への影響の吟味（評価）】の言説から、(1)『**ソーシャルワーカーは、家族や身元保証人のいないケースへの対応を求められており、その社会的予後（方向性）に対する責任を担っていると感じている。**』との仮説を生成した。家族や身元保証人のいない事例の場合、ソーシャルワーカーによる支援は、医療費の支払いや制度活用の手続き支援や入院中の身辺サポートに焦点があたりがちであるが、「医療同意」をめぐる業務として捉え直すと、救急医療の次の療養生活の場の確保と社会的サポートの脆弱性が付きまとう問題として感じていることが記されていた。医療ケアの継続性と社会的サポートの脆弱性の両方の問題から生活の場の確保が困難となる事例の存在が想起される。救急医療供給体制の確保の重要性を理解しつつ、クライアントにとって最善の療養の場の選定についてチーム医療のなかで貢献しようとするソーシャルワーカー姿に結びつく。

救急医療にあつて、家族への支援を医療チームのなかでソーシャルワーカーが担当する例はよく知られている<sup>6)</sup>。【代理決定者としての家族への関わり】の言説から、(2)『**ソーシャルワーカーは、同意の代理決定を行う（った）家族へのサポートを重要な業務をとらえており、治療の選択がその後の生活にどのような影響をもたらすかを吟味してかわろうとしている**』との仮説を生成した。急激に起こった出来事に対して、戸惑い、いわゆる危機状況にある家族に、本人の意思を類推して表明する、あるいは代理で決定をするなど「医療同意」への参与を求め、その後に生じる様々な役割への対処を援助するためには専門性の高い対応が必要となる。「人生の最終段階における医療の決定支援」のガイドラインでは、本人の意思が尊重されるべきであり、本人の意思が確認できない場合は、できるだけ多くの情報から本人の意思を推定することが望ましいとされ、家族に意見を求める理由は、本人の意思を最もよく推定できる存在であることが記されている。しかし、現在の「医療同意」には、それ以上の責任が家族に加味されている可能性は高い。

同意した医療行為の結果もたらされる社会的予後を医療職と共に見通しながら、チームとして実行される支援にソーシャルワークの専門性を投下しようとする意欲を見ることができた。【迅速性・緊急性への対応】、【倫理的な問題への対応】の言説からは、(3)『**ソーシャルワーカーは、迅速性や緊急性が要求される時間的な制約があるなかで、患者の意志や社会的背景を踏まえた医療同意の成立や倫理的問題への対処にジレンマを感じている**』との仮説を生成した。救急医療に迅速性や緊急性が求められることは自明のことである。しかしそのなかであつてソーシャルワーカーは、社会科学的な視点から人や状況に関して、物語的な理解を重視する視点を持っている。患者の社会的背景から生じる膨大な変数や時間の経過とともに変化する感情的な情報を救急医療の臨床に「安易に」持ち込もうとすれば、医療現場の混乱は必至である。「人生の最終段階における医療・ケアについての意思決定支援」のガイドラインでは、患者の意志は何度も確認され、手数をかけて吟味されることが提唱されている。患者の権利、人権を守ることを職業倫理や専門職の価値として高い位置に置くソーシャルワーカーは、充分に手数をかけることの意義と救急医療の迅速性、緊急性の間でジレンマに陥る。ソーシャルワーカーは、医学的見地からの迅速

な処置の必要性も十分理解しており、地域の救急医療体制の確保の観点からも救急医療の在院日数のあり方に異を唱えているわけではない。理解するからこそジレンマの存在を認め、課題として捉えることができる。

【法律やガイドラインの整備の必要性】、【支援の仕組みづくりの重要性】の言説から、(4)『ソーシャルワーカーは、適切な業務を行うためには、普段からの仕組みづくり（チーム・院内、地域や他機関との連携、法的整備）が重要と考えている』との仮説を生成した。分析した記述から、ソーシャルワーカーの視点は、ミクロレベルと言われる個別の事例にだけ向いているのではないことが推察された。ソーシャルワーカーの視点が支援行為を通して得られた医療同意に関する課題について、チーム内、病院組織、地域に対してこれらの問題に対応する「支援の仕組みづくり」への取り組みに注がれていることに着目した。大きくは、法律や制度などマクロレベルへの働きかけであるが、医療同意問題組について、院内倫理委員会の活用など所属する病院組織や地域他機関との連携のあり方など、メゾ（中間）領域、いわゆる「支援の仕組みづくり」への関わりも重要視している記述がみられた。また、こうした仕組みが無いことが、支援の困難性を作り出す要因となっていることも推察された。また、「医療同意」場面にソーシャルワーカーがかかわっていない理由について、他の医療スタッフにとって「医療同意の場面に特にソーシャルワーカーが関与する必要がない」と思われているのではないかとの問題意識についての記述が見られた。

## 6. 結語

ケアや生活を視野に入れて行われるようになってきた「医療同意」に関わる意思決定支援は、「よく知って、納得して同意する/選ぶ」（Informed Consent/Choice）に加えて「患者と医療者（ケアチーム）が共に考え決める」（Shared Decision Making）の考え方が導入されるようになっている。（Hoffman2014）また、ここでは多領域の専門職の関与が強調されている（中山 2017）。

今回の報告は、医療同意をめぐるソーシャルワーク業務における「課題」について研修参加者の記載を再構成し、定性的に分析し仮説を立てたものであり、救急医療におけるソーシャルワーク業務として一般化できるような知見を抽出したものではない。救急医療領域の認定資格を得た限られたソーシャルワーカーの意見から、救急医療現場での「医療同意」をめぐる業務についてのソーシャルワーカーの課題意識についての仮説の生成を試みたものである。今回の調査でも言及されていたが、救急医療の現場において、「医療同意」をめぐる患者への支援場面に必ずソーシャルワーカーが「いる」という状況にはない。また必ず全例ソーシャルワーカーが介入すべきであると主張する根拠もない。しかし、医療職による医学的判断を主としながらも、救急医療の中において行われる「医療同意」をその人の人生のあり方、生活のあり方、つまり人や社会の福祉課題として捉え、そこに今回得られた仮説を当てはめると、そこに社会福祉を専門とするソーシャルワークが介在する必要性が見えてくる。

執筆および分担について

- ・執筆はすべて第一著者が行った。

- ・本調査の対象となった研修の企画および実施並びに文書のデータ化および解析を共著者の協力を得て行った。

## 参考・引用文献

- 1) 手嶋豊「医事法入門（第3版）」有斐閣（2013）p36
- 2) 日本弁護士連合会「医療同意能力がない者の医療同意代行に関する法律大綱」（2011）
- 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」医政局地域医療計画課（2018）
- 4) 小谷みどり「死をめぐる我が国の現状」『ライフデザインレポート』第一生命経済研究所（2003）pp.16-23
- 4) 井上健朗「認定救急ソーシャルワーカーとは」認定救急ソーシャルワーカー認定機構監修『救急患者支援地域につなぐソーシャルワーク』へるす出版（2017）pp.22-25
- 5) 林祐介「医療機関における保証人問題の実情とみえてきた課題」『実践 成年後見 民事法研究会』No.77（2018）pp.44-51
- 6) 金子絵里乃「救急医療における患者家族へのグリーフケア」認定救急ソーシャルワーカー認定機構監修『救急患者支援地域につなぐソーシャルワーク』へるす出版（2017）pp.108-122
- 7) Hoffmann TC, et al. The connection between evidence-based medicine and shared decision making *Journal of the American Medical Association* 312(13)（2014）pp.1295-6
- 8) 中山健夫「これから始める！シェアード・ディシジョンメイキング新しい医療のコミュニケーション」日本医事新報社（2017）

井上 健朗（いのうえ けんろう）	東京通信大学
篠原 純史（しのはら あつし）	高崎総合医療センター
佐藤 圭介（さとう けいすけ）	帝京大学医学部附属病院
内田 敦子（うちだ あつこ）	東海大学医学部付属病院
樋渡 貴晴（ひわたし たかはる）	刈谷豊田総合病院
野村 裕美（のむら ゆみ）	同志社大学
笹岡 真弓（ささおか まゆみ）	文京学院大学