平成 30・令和元年度

自浄作用活性化委員会答申

医師と患者関係において求められるもの

令和 2 年 6 月

福岡県医師会自浄作用活性化委員会

令和2年6月4日

福岡県医師会
会長 松田 峻一 様

福岡県医師会自浄作用活性化委員会
委員長 宮崎 親 ⑩

答 申

自浄作用活性化委員会では、貴職からの諮問「医師と患者関係において求められるもの」について鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

福岡県医師会自浄作用活性化委員会

委員長 宮 崎 親
副委員長 三 原 典
委員 植 木 光 彦
守 口 直
野見山 祐 次
太 田 和 夫
田 中 眞 紀
山 本 英 彦
青 柳 明 彦
(順不同)

目 次

1. はじめに	1
2. 平成30年度第1回ハートフル研修会 医療現場におけるクレーム対応と接遇マナー	2
3. 令和元年度第1回ハートフル研修会 アドバンス・ケア・プランニング(ACP: Advance Care Planning)	4
4. 法律家からみた診療契約とクレーム対応	6
5. 診療の場面から	7
6. おわりに	8

<参考資料>

1. はじめに

医師には、診療において認められる数々の裁量権がある。身体に侵襲をもたらす行為は、患者の生命・健康に必要な診療の場面において、医師の判断によって許されるものとなる。このため、医師は医療上の知識や技術の習得・向上に努めるとともに、倫理的責務を果たすべくこの向上に努めなければならない。

福岡県医師会では、自浄作用活性化委員会を平成 16 年に設置し、ここでは、「会員の共通認識のもとに会内にて自浄作用を活性化させ、県民の信頼に答え得る医療を提供することともに、不正行為や医療事故を未然に防ぐことを、組織として取り組むこと」に主眼に置いた取り組みを行ってきている。

これまで自浄作用活性化委員会において、医師の倫理感の向上や、医師と患者との相互理解について議論し、会長諮問に答えてきた。

第 8 期（平成 30 年・令和元年度）の会長諮問は「医師と患者関係において求められるもの」であり、前回の諮問における課題も踏まえ、委員会で議論を重ねるとともに、ハートフル研修会においては、人材育成コンサルタントの愛川幸子氏による「医療現場におけるクレーム対応について」、日本医師会常任理事の羽鳥裕氏による「アドバンス・ケア・プランニング」をテーマにし、よりよき医師患者関係についての学びを深めることができた。今期の委員会では、これらの研修に沿った内容としてまとめている。

今回の答申が、今後の医師・患者関係の構築に役立てることができればと考える。

※第 7 期（平成 28・29 年度）答申における課題

医師は病状などを「伝える」ことには長けているが、相手（患者）の意図することを正しく理解する「聞く力」においては、もっと技術を磨く必要があるのではないかと考えられる。

2. 平成 30 年度第 1 回ハートフル研修会 医療現場におけるクレーム対応と接遇マナー

本項は標記研修会のほぼ書き起こしとなっているが、当日、今までの私にはできていなかった新鮮な考え方を拝聴できて非常に有意義であったと思っていた。ところが、後日書き起こし始めて、なんと色々と聞きもらしていたことか。まさに本文中にあるように、「伝わるのは3分の1か4分の1」であり、それを念頭に入れた説明が必要であると思ひ知らされた次第である。(文責者)

1) クレームはなぜ起きるのか。

患者さんを消費者とすると、病院には「ここに行けば自分の要望や欲求が満たされる」という期待値を持ってやってくる。不満というものは期待値に対し自分の実体験がどうだったかということであり、10(期待値)分の10(実体験)ならば1となる。国際標準化機構(ISO)では1が顧客満足度の基準となっている。分子が小さくなってくると不満がクレームや苦情として相手に被害者意識が生まれてくるため、10分の10を目指す。11~12だとちょっと得して嬉しい気分、18~20だったら嬉しいを乗り越えて感動が生まれる。一般企業では期待に対して感動が生まれた時リピーターを生み、不況を知らない企業と言われる。時期ははっきりしないが患者さんを大事に扱うことにより医療サービスの向上をめざして「患者様」と呼ぶことが医療機関の中で始まりその呼称がひろまった。気持ちの中で大事にしようということだったがメディアの報道などで医療スタッフの側も「患者様と呼ばなければいけない」という気持ちが生じ、医療スタッフと患者の間でミスマッチが生じたこともあった。患者側にも「患者様」と呼ばれ、お客様のような意識が生まれたのかもしれない。果たして、ていねい過ぎるお辞儀や敬語が必要だろうか？

口は悪く態度はかならずしも丁寧でなくても、気持ちに寄り添うと言葉や態度に現れる。温かい気持ちを持って接し、気遣いを態度や言葉に出すと不満からくるクレームは減るのではと思われる。

現代の背景として、ちょっと不満があると拡大解釈し、さもわかったように振る舞いがちで、クレームが起きやすい社会になっている。クレームのない仕事はなく、どんなに頑張っても100%の満足を与えることは難しい。大事なことはクレームをいただいた方にどう迅速に丁寧に正確に対応したかである。Goodmanのクレームの法則では、はじめに正しい仕事を提供した後に、適切なクレーム対応をすると真の顧客満足度がうまれるといわれている。クレームをきっかけとして逆に病院のファンになっていただくように持っていきたい。

2) 接遇の丁寧さだけではカバーできないクレーム対応

患者は受診時、不安でドキドキしている。そこで、医師は自分が患者に与える印象を想像し対応する。

印象形成は何で作られるかというところと表情や態度が55%、話し方が38%、話の内容は7%と言われている。ニコニコはしなくても良いが厳しい顔はしないようにしたい。転院の理由で1位は技術への不満（あくまでも患者目線）、5位が待ち時間の長さであるが、2、3、4位は不十分な説明、立ち振る舞いの印象の悪さ、コミュニケーションがうまく取れないといったコミュニケーションの問題である。AがBに何か伝えたいと思った時BはAの思いは見えない。Aの言葉を聞いてBは思考、感情、知識、能力を使ってAの思いを感じとる。わかりやすく伝わるかが大切で根拠を示しつつ論理的に説明する。発信元を1とするとそれを言葉に変換した時点で1ではなくなっており、伝わるのはさらに3分の1か4分の1位であると認識しつつ説明する。

よくわからなくても「はい」と返事をすることがある。「何かわからないことはありますか？」より「何か感じることはありますか？」と尋ねた方が「不安があります」とか「心配も残っています」や「大丈夫です」など先方は疑問点を出しやすい。感情面のくみ取りも大切で、好印象を意識しつつ伝える内容は正確に行う。

3) クレームが起きた時の対応

クレームを受ける側は難しいことではあるが、まずは「申し出へのお礼」をする。患者側からの不満や疑問は、先方の勘違いのこともあるが医療側には改善のヒントになりうる。次に「不快な思いにさせてしまったことへの謝罪」。これは非を認めたわけではないが相手を不快な気持ちにさせてしまったことについて謝罪をする。続いて「傾聴と分析」。なぜこんなに怒っているのかお困りなのかを真摯に聴く。傾聴しながら分析していくが、相手は不満を抱えた心の内を聞いて欲しいので、十分に聴かずにこちらから話をするとクレームは発展する。聴く時の姿勢も大事できちんと相手の顔を見て怖い顔はせず真摯に真面目な表情で聴く、時には頷きと復唱をいれる。ヒトは不快だったり不満だった時には、まず話を聞いて欲しいと考える。そして、言い切るとちょっとすっきりする。医療側は話を聴いた後、「迅速な問題解決を約束する」。その場での即答は難しい場合には迅速な解決を約束するが、「できるだけ早いうちに」は適切ではなく、「来週早々に」や「いつまでには」などが良い。少し余裕を持った具体的な期限を定める。

その後、速やかに「院内調査」を行う。必ず解決されるとは限らないがまずは調査をする。そしてその結果を「クレーム申出人への報告」を行う。報告し

でも相手の 100%の満足は得られないが、医療側の申出に対して一生懸命に調べて対応したと伝わるのが大切である。こちらには非が無く、相手の勘違いによるものであっても「正しく伝えられなくて申し訳ありませんでした」という形をとった方が良い。「当院ではこうなっております」、「こういうルールです」とこちらが作ったルールを押し付けられると不快だという声もある。

そして最後に「全スタッフへの周知」を行う。どんな小さなクレームでも受けたら院内で情報共有をする。

4) 対応後にすべきこと（再発防止のために）

情報共有しておくと同様の事例での参考になる。何が原因でクレームが起きたかを分析して対策を検討する。クレームの内容と対応を具体的に報告書やフォーマットを作ってデータとして残す。ある時期のある時間帯はクレームが多いなど、いくつかの事例がまとまると傾向が見えてくることもある。

5) 日常においても意識すること

いわゆる「ホウ(報告)・レン(連絡)・ソウ(相談)」は大切だが、「何かあったら報告して」では経験のない職員は「何か」がわからないのでうまく機能しない。「指示されたことが完了した時」、「状況に変化がある時」、「何か悪いことが起きた時」の3つは必ず報告することとしておくとうわかりやすい。

患者側にとっては、担当となった医師の第一印象が「話しにくい」や「おっかない」であるとドクターショッピングのきっかけとなりうる。医療側も患者側から話しやすい、相談しやすいと受け止められる態度に努めたい。

3. 令和元年第1回ハートフル研修会

アドバンス・ケア・プランニング (ACP : Advance Care Planning)

ACP の定義は諸国で異なるが、欧米圏では尊厳死のコンセンサスが相当に得られおり、その中で ACP の概念も形成され実践が進められてきた。日本でも以前より厚生労働省でも議論が続けられ、諸外国にやや遅れたものの平成 30 年 3 月改訂版『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』が発表された。このガイドラインの中に ACP の概念が盛り込まれている。ここでは実践に即した内容に仕上げられているが、医療・ケアの現場の終末期だけを対象としており欧米のそれに対してやや狭義な日本版 ACP となっている。

今回のガイドラインによれば 医師が患者の終末期の様相を予想して説明し、患者が様々に処置を選択するという意思が尊重され実施される。例えば、人工呼吸器・胃瘻などについて、実施・未実施・中止を決めておくというものである。さらに細かく点滴・栄養・水分補給・疼痛緩和・鎮静剤・呼吸器・心肺蘇生、また療養場所で医療機関・介護施設・在宅等の選択にいたるまでプランニングに含まれる。またプランニングは経過中に状況に応じて変化するであろうことから確定的永続的ではなく、その都度変化に対応していく。国民のアンケート調査では、終末期に関しては 人工呼吸器や経管栄養は望まないという人がかなりの割合である。従って ACP ガイドラインに沿った実践を行うと多くの終末期の患者に対しては結果として生存期間が短縮してしまう方法を医師が実施することになる。この医療・ケアの終末期の対応、すなわち患者の尊厳を重んじ早く死を迎えることになっても良しとする行為を行政がガイドラインを示して正式に定めたということである。

おそらく医師法が定められてから 100 年以上の歴史の中で人の生命の短縮を肯定的に捕らえた指針は初めてであろう。

また社会全体としては、まもなく日本は団塊の世代の終末期を迎え高齢多死社会となる。現在の医療制度では財政・ハードウェア・マンパワーのすべてがひっ迫する事になる。社会としてこのような状況に対応するためにも ACP の普及が望まれている。

加えて高齢化社会で身寄りの無い独居老人や認知症を患う人も激増している状況がある。ACP ガイドラインではサポートする人がいない、意思決定が確認できない患者に対しては、看護師・ソーシャルワーカー・介護支援専門員等の介護従事者などを含む専門職で構成された医療・ケアチームが終末期の対応を判断してもよいことになっている。終末期は人の死に関する重要事象であるが、ACP ガイドラインでは民法上の法定相続人や成年後見人などによるプランニングの同意の必要性には言及せず医療・ケアチームが本人の意思を汲み取り決定してもよいとされる。終末期の現場での実践を考えると非常に評価できる内容である。

注意すべき点は、終末期医療の正当性を担保していくためにもガイドラインに示されているようにプロセスにおいて話し合った内容は逐一記録して書面で保管されなければならないことである。医療・ケアチームなどと話し合い、かつ情報が共有され引き継がれることにより、医師の独善性が否定されていることになっていると判断してよい。このことは多くの患者さんが終末期の ACP の対象になっても必ず守られていかなければならない。

このように現実的な ACP ガイドラインも発表され、厚生労働省は 2018 年 4

月の診療報酬改定で部分的に盛り込み済みであり、また ACP の愛称を平成 30 年に「人生会議」に決定し、いっそうの普及をめざしている。

最後に、今回のハートフル研修会に参加し、今後、間違いなく増加していく多死社会において、在宅を中心としてかかりつけ医の役割の重要性はさらに大きくなっていくものと考えられ、ACP 以前からの医師と患者との信頼関係の構築が重要と思われた。誰にでも訪れる人生の最期について、外来通院中の患者さんにおいても、その方の年齢、疾患、生活状況等を見極めながら適切な時期より、少しずつ話を始める事も大切だと感じた。

そして、これまで以上に医師は、個々の患者の人生観を理解し、宗教などの死生観にも造詣が深い豊かな人間性が求められるようになるであろう。

4. 法律家からみた診療契約とクレーム対応

医療現場において、医師と患者は診療契約という契約によって結びついている。この診療契約は、売買賃貸借契約などの日常よく見かける契約からみると若干特殊な性質を有している。ここでは、その特殊性がもたらす患者クレームへの影響について考える。

診療契約の特殊性の一つは、患者から診療の求めを受けた場合、医師は正当事由がなければこれを拒否できない。すなわち、医師に応召義務（診療義務）が科せられていることである（医師法第 19 条 1 項）。この応召義務（診療義務）は医師の職務の公益性と医業の独占を認めていることに由来するものであるが、厚生労働省の例外となる正当事由の厳格解釈とあいまって、医師や看護師などの医療スタッフに過剰な呪縛、すなわち「診療の求めを拒否できない」が拡大して「患者の求めにできる限り応じる」という患者至上主義の意識をもたらしている。そして、このことがごく一部の患者に正当なクレームを超えた不当要求や暴言を許容する下地となっている。このような患者からの不当要求や暴言は医療現場のスタッフに過大なストレスをもたらし、医療現場を疲労させる原因となっている。

このことが如実に現れるのが、入院病棟である。病棟においては、医師や看護師らは、入院患者からの不当要求や暴言にさらされても、「診療拒否すなわち診療契約の解除＝退院をさせることができない」との思いから、これを黙認許容してしまい、そのことにより医療スタッフがストレスを抱え、又、その患者の対応に追われ他の患者への適切な医療の提供にも支障をきたすこととなり、

病棟が正常に機能しなくなるおそれすら生ずるのである。応召義務（診療義務）を過剰に意識することがもたらす悪しき一面である。これを回避するためには、応召義務（診療義務）の例外たる正当事由をもう少し、現実に応じた解釈で合理的なものにすることで医療スタッフの過剰な意識を和らげることであると思われる。

※この議論中に厚生労働省医政局長通知（令和元年12月25日付医政発1225第4号）が発出され、応召義務等診察治療の求めに対する対応として現実に対応した内容となっている。（別添資料参考）

次に、診療契約は、結果（疾病の治癒）を目的とするものではなく、労務すなわち適切な診療をすることを目的とする契約である、にもかかわらず、多くの患者家族は、診療＝疾病の治癒と誤解していることである。医療は完全ではなく、期待通りの結果（治癒）が得られないことも少なくないにもかかわらず、患者家族は結果（治癒）を求め、それが達成できないとそれがクレームとなる。

このような期待通りの結果に端を発するクレームを回避するためには、医療者側で診療契約がどういうものであるかを今一度理解するとともに、適切な治療をなしても生ずる結果（合併症等）について事前に十分に患者に説明することが必要である。又、患者も現在の医療の不完全性を認識するとともに診療契約の何たるかを理解する必要があると思われる。

5. 診療の場面から

私は内科の医院を開業しており、先日の委員会で患者さんが医師に求めるものは何かと聞かれた。「的確な診断をし、少しでも早く症状をとる」、「誠意を持ってよく話を聞く」等が一般的な答えかと思われる。

しかし私は、その質問をされた時、数年前、当院を受診された患者さんのことを思い浮かべた。その方は、30代の女性、自己負担のない方で、外観は健康そう。主訴は全身倦怠感。血液検査を施行したところ、高コレステロール血症と脂肪肝と思われる肝機能障害が認められたため、カロリー制限と運動の必要性を説明した。

数日後、再診。「先生の話聞いて、ママさんバレー部に入ったら、全身の筋肉痛。沢山湿布が欲しい」とのことで、私は、その様な理由では、湿布は出せないと説明。納得していただいたものの気まずい診察となり、以後当院を受診することはなかった。

皆さんはこの様に、医療的な必要性を超える多くの湿布や保湿剤等を要求されないだろうか。また、自己負担の有無による判断があってもいけない。

昨今、医療費削減の話をよく耳にするが、必要な医療は削減出来ない。しかし、不必要な医療と判断した場合は、毅然とした態度で臨むことが必要と考える。

6. おわりに

～医師・患者関係に求められるもの～

わが国では長きにわたり「医は仁術」とされ、患者に対する慈善の行為としての医療であった。治療方針の決定については、医師が主体的に発言し、患者は「先生にお任せします」との立場をとり、親権主義（パターナリズム）と称されてきた。

しかし、近年の医学の進歩によって患者の医療に対する期待が高まり、また、個人の人権主張も強くなることで、これまでのパターナリズムは批判され、インフォームド・コンセント（IC）と称する、医療提供側からの十分な説明（利益・危険性を含めた）とそれに基づく患者側の同意が求められるようになった。

医療は誰のためのものか、と考えた場合には、当然それを受ける者（患者）のためのものである。医療提供者である医師は、その専門性と高い倫理観を持って患者の病の克服に全力を注ぐのであり、治療場面において、医師と患者は同じ目的を持ったパートナーである必要がある。このため、十分なICは患者の意思決定に必要であり、医師は患者の意思決定に必要な情報を提供する必要がある。

ところが、最近、患者を「お客様」として待遇し、提供される医療がまるで商品であるかのように考える風潮が一部で見られるようになった。さらに価値観の多様化、ライフスタイルの多様化により、「コンビニ受診」と称される休日夜間等での急を要さない患者の受診増加など、過去には考えも及ばない受療行動が見られるようになった。そして、これらにより救急医療等が疲弊しているなどの問題などが報じられることもある。

医師は患者の要望に、たとえそれが医療的に正しくないことであっても応えていいのか、答えはNOである。医療は報酬であり、医師は適正医療を行うことで診療報酬明細書を提出し、報酬を受けるのである。

医師は医療提供者としての矜持を持ち、患者をはじめとする住民は社会資源である医療が十分に機能するよう、それぞれの立場での役割を果たす必要がある。

る。

今期の自浄作用活性化委員会では、会長諮問である「医師と患者関係」について、診療場面でのクレーム、接遇マナー、ACPに示される「患者の尊厳」などとともに「かかりつけ医の役割」について議論を行ってきた。

ACPを取り上げたのは、人生の終末期において、患者の意思を尊重した医療提供の議論を深めることが「医師と患者関係」の集大成であると考えたからである。

この答申が福岡県医師会の自浄作用促進に寄与することを期待して、今回の会長諮問に応えたい。

參考資料

医政発 1225 第 4 号
令和元年 12 月 25 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長
(公 印 省 略)

応招義務をはじめとした診察治療の求めに対する適切な対応の在り方等について

医師法（昭和 23 年法律第 201 号）第 19 条第 1 項においては、「診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」として、いわゆる医師の「応招義務」を定めている。この応招義務に関連して、「病院診療所の診療に関する件」（昭和 24 年 9 月 10 日付け医発第 752 号厚生省医務局長通知。以下「昭和 24 年通知」という。）等において、医師や医療機関（病院、診療所など）への診察治療の求めに対する対応に関する解釈を示してきたところであるが、現代においては、医師法制定時から医療提供体制が大きく変化していることに加え、勤務医の過重労働が問題となる中で、医師法上の応招義務の法的性質等について、改めて整理する必要があること、また、現代の医療は、個々の医師のみならず医療機関を含む地域の医療提供体制全体で提供されるものという前提に立つと、医師個人のみならず、医療機関としての対応も含めた整理の必要性があることが指摘されていた。

このため、「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応招義務の解釈に関する研究（平成 30 年度厚生労働省行政推進調査事業費補助事業）」（研究代表者：岩田太上智大学法学部教授）において、医療提供体制の変化や医師の働き方改革といった観点も踏まえつつ、医師法上の応招義務の法的性質をはじめ、医師や医療機関への診療の求めに対する適切な対応の在り方について検討を行い、このほど別添のとおり報告書を取りまとめた。

今般、当該報告書の内容を踏まえ、医師法第 19 条第 1 項及び歯科医師法（昭和 23 年法律第 202 号）第 19 条第 1 項の法的性質を明確にするとともに、どのような場合に診療の求めに応じないことが正当化されるか否かについて、下記のとおり整理したので、貴職におかれては、これを御了知の上、貴管下保健所設置市（特別区を含む。）、関係機関の長、関係団体等に対する周知徹底をお願いする。

なお、過去に発出された応招義務に係る通知等において示された行政解釈と本通知

の関係については、医療を取り巻く状況の変化等を踏まえて、診療の求めに対する医療機関・医師・歯科医師の適切な対応の在り方をあらためて整理するという本通知の趣旨に鑑み、今後は、基本的に本通知が妥当するものとする。

記

1 基本的考え方

(1) 診療の求めに対する医師個人の義務（応招義務）と医療機関の責務

医師法第 19 条第 1 項及び歯科医師法第 19 条第 1 項に規定する応招義務は、医師又は歯科医師が国に対して負担する公法上の義務であり、医師又は歯科医師の患者に対する私法上の義務ではないこと。

応招義務は、医師法第 19 条第 1 項及び歯科医師法第 19 条第 1 項において、医師又は歯科医師が個人として負担する義務として規定されていること（医師又は歯科医師が勤務医として医療機関に勤務する場合でも、応招義務を負うのは、個人としての医師又は歯科医師であること）。

他方、組織として医療機関が医師・歯科医師を雇用し患者からの診療の求めに対応する場合については、昭和 24 年通知にあるように、医師又は歯科医師個人の応招義務とは別に、医療機関としても、患者からの診療の求めに応じて、必要にして十分な治療を与えることが求められ、正当な理由なく診療を拒んではならないこと。

(2) 労使協定・労働契約の範囲を超えた診療指示等について

労使協定・労働契約の範囲を超えた診療指示等については、使用者と勤務医の労働関係法令上の問題であり、医師法第 19 条第 1 項及び歯科医師法第 19 条第 1 項に規定する応招義務の問題ではないこと。（勤務医が、医療機関の使用者から労使協定・労働契約の範囲を超えた診療指示等を受けた場合に、結果として労働基準法等に違反することとなることを理由に医療機関に対して診療等の労務提供を拒否したとしても、医師法第 19 条第 1 項及び歯科医師法第 19 条第 1 項に規定する応招義務違反にはあたらない。）

(3) 診療の求めに応じないことが正当化される場合の考え方

医療機関の対応としてどのような場合に患者を診療しないことが正当化されるか否か、また、医師・歯科医師個人の対応としてどのような場合に患者を診療しないことが応招義務に反するか否かについて、最も重要な考慮要素は、患者について緊急対応が必要であるか否か（病状の深刻度）であること。

このほか、医療機関相互の機能分化・連携や医療の高度化・専門化等による医療提供体制の変化や勤務医の勤務環境への配慮の観点から、次に掲げる事項も重要な考慮要素であること。

- ・ 診療を求められたのが、診療時間（医療機関として診療を提供することが予定されている時間）・勤務時間（医師・歯科医師が医療機関において勤務

医として診療を提供することが予定されている時間)内であるか、それとも診療時間外・勤務時間外であるか

- ・ 患者と医療機関・医師・歯科医師の信頼関係

2 患者を診療しないことが正当化される事例の整理

(1) 緊急対応が必要な場合と緊急対応が不要な場合の整理

1 (3) の考え方を踏まえ、医療機関の対応として患者を診療しないことが正当化されるか否か、また、医師・歯科医師個人の対応として患者を診療しないことが応招義務に反するか否かについて、緊急対応が必要な場合(病状の深刻な救急患者等)と緊急対応が不要な場合(病状の安定している患者等)に区分した上で整理すると、次のとおりであること。

① 緊急対応が必要な場合(病状の深刻な救急患者等)

ア 診療を求められたのが診療時間内・勤務時間内である場合

医療機関・医師・歯科医師の専門性・診察能力、当該状況下での医療提供の可能性・設備状況、他の医療機関等による医療提供の可能性(医療の代替可能性)を総合的に勘案しつつ、事実上診療が不可能といえる場合のみ、診療しないことが正当化される。

イ 診療を求められたのが診療時間外・勤務時間外である場合

応急的に必要な処置をとることが望ましいが、原則、公法上・私法上の責任に問われることはない(※)。

※ 必要な処置をとった場合においても、医療設備が不十分なことが想定されるため、求められる対応の程度は低い。(例えば、心肺蘇生法等の応急処置の実施等)

※ 診療所等の医療機関へ直接患者が来院した場合、必要な処置を行った上で、救急対応の可能な病院等の医療機関に対応を依頼するのが望ましい。

② 緊急対応が不要な場合(病状の安定している患者等)

ア 診療を求められたのが診療時間内・勤務時間内である場合

原則として、患者の求めに応じて必要な医療を提供する必要がある。ただし、緊急対応の必要がある場合に比べて、正当化される場合は、医療機関・医師・歯科医師の専門性・診察能力、当該状況下での医療提供の可能性・設備状況、他の医療機関等による医療提供の可能性(医療の代替可能性)のほか、患者と医療機関・医師・歯科医師の信頼関係等も考慮して緩やかに解釈される。

イ 診療を求められたのが診療時間外・勤務時間外である場合

即座に対応する必要はなく、診療しないことは正当化される。ただし、時間内の受診依頼、他の診察可能な医療機関の紹介等の対応をとることが望ましい。

(2) 個別事例ごとの整理

1 (3) の考え方を踏まえ、医療機関の対応として患者を診療しないことが正当化されるか否か、また、医師・歯科医師個人の対応として患者を診療しないことが応招義務に反するか否かについて、具体的な事例を念頭に整理すると、次のとおりであること。なお、次に掲げる場合であっても、緊急対応が必要な場合については、2 (1) ①の整理により、緊急対応が不要かつ診療を求められたのが診療時間外・勤務時間外である場合については、2 (1) ②イの整理による。

① 患者の迷惑行為

診療・療養等において生じた又は生じている迷惑行為の態様に照らし、診療の基礎となる信頼関係が喪失している場合(※)には、新たな診療を行わないことが正当化される。

※ 診療内容そのものと関係ないクレーム等を繰り返す等。

② 医療費不払い

以前に医療費の不払いがあったとしても、そのことのみをもって診療しないことは正当化されない。しかし、支払能力があるにもかかわらず悪意を持ってあえて支払わない場合等には、診療しないことが正当化される。具体的には、保険未加入等医療費の支払い能力が不確定であることのみをもって診療しないことは正当化されないが、医学的な治療を要さない自由診療において支払い能力を有さない患者を診療しないこと等は正当化される。また、特段の理由なく保険診療において自己負担分の未払いが重なっている場合には、悪意のある未払いであることが推定される場合もある。

③ 入院患者の退院や他の医療機関の紹介・転院等

医学的に入院の継続が必要ない場合には、通院治療等で対応すれば足りるため、退院させることは正当化される。医療機関相互の機能分化・連携を踏まえ、地域全体で患者ごとに適正な医療を提供する観点から、病状に応じて大学病院等の高度な医療機関から地域の医療機関を紹介、転院を依頼・実施すること等も原則として正当化される。

④ 差別的な取扱い

患者の年齢、性別、人種・国籍、宗教等のみを理由に診療しないことは正当化されない。ただし、言語が通じない、宗教上の理由等により結果として診療行為そのものが著しく困難であるといった事情が認められる場合にはこの限りではない。

このほか、特定の感染症へのり患等合理性の認められない理由のみに基づき診療しないことは正当化されない。ただし、1類・2類感染症等、制度上、特定の医療機関で対応すべきとされている感染症にり患している又はその疑いのある患者等についてはこの限りではない。

⑤ 訪日外国人観光客をはじめとした外国人患者への対応

外国人患者についても、診療しないことの正当化事由は、日本人患者の場合と同様に判断するのが原則である。外国人患者については、文化の違い（宗教的な問題で肌を見せられない等）、言語の違い（意思疎通の問題）、（特に外国人観光客について）本国に帰国することで医療を受けることが可能であること等、日本人患者とは異なる点があるが、これらの点のみをもって診療しないことは正当化されない。ただし、文化や言語の違い等により、結果として診療行為そのものが著しく困難であるといった事情が認められる場合にはこの限りではない。