

最近の患者トラブル対応で留意すべき点とは何か —ポイントは『応召義務』の深い理解に

横浜市大精神医学教室OB会 特別講演

日時:2018年9月15日(土) 18時~19時20分

大阪府保険医協会 尾内康彦

本日のポイント

- 患者トラブルは年々、増加傾向だ。相談者の中には、依然として「トラブルが起こるのは、自分たちに至らない部分があるから」と考える傾向が見られ、患者の無理難題、迷惑行為に「誠実に」対応しようとする場合が少なくなかった。しかし、それは今の時代、正しい態度なのか。
- 私は「すべての患者トラブル(未収金トラブル含め)の問題は結局、医師法・歯科医師法19条の『応召義務』の問題に行き着くと思っている。
- 近年、法律家の間では、「応召義務」は緩やかに拡大して解釈されるようになり、実際は判決もそういう方向にある。日本医師会の検討会も「患者側の一部にみられる態度の変化に十分対応することが難しい状況」との認識を10年前に示しているのだ。
- 本日の研修会では、そういう背景を踏まえ、そこに私自身が相談に対応した事例から導き出される教訓も入れて再度整理し、“いまどきの患者トラブル解決のためのポイント”をまとめてみた。

※以下では、後で参考にしてもらいたいところには×印をつけていますので、そこは説明を省略することをご了解ください

1. 「患者トラブル」対応の必要条件、十分条件とは

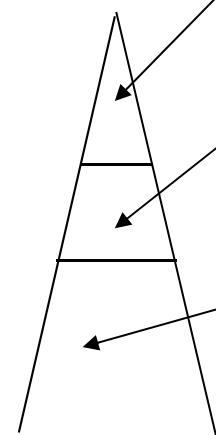
- ・利便性、安直さが受けするのが現代社会。**ハウツー、スキル**学べば何とかとかなる」という考えは誤り→いつまでも応用がきかない
- ・ハウツー、スキルは患者トラブル対応の「必要条件」だが、「十分条件」ではない

※数学で用いられる「必要条件」「十分条件」とは異なり、日常生活における必要、十分の意味で使っている。ここでの必要とは、必須程度の意味。

- ・私の言う「十分条件」とは何か→患者トラブル対応の正しい考え方、心構えをもつ→特に平成の時代においてそのことは重要
- ・私は学者でも何でもないが、場数だけは多い(解決率も高い)ので、本日の考え方を患者トラブル対応における「到達点」※として聞いて下さい。

※患者トラブルへの対処は、医療界内部ルール、各種法律を踏まえ、現場の即したものでなければ、満足いく解決は無理患者にとって診療報酬点数表はブラックボックス（別名「日本一複雑な“おしながき”」）。身分法（医師法、歯科医師法等）、制度法（医療法、健保法・・・）、診療報酬算定ルール・療担規則などは最低限知っておく。

2.患者トラブルの構造とその中身—“3層”でみることが大事



①MPの広がり

- ・これは高止まりの状態にある。3つの層、ピラミッドの「頂点」を形成。警察沙汰になることが多い。

②MPではないが、“困った患者群”(ハードクレイマー)の広がり

- ・警察沙汰には決してならないが、とにかく自己中心的な態度での迷惑行為。ピラミッドの中層に位置

③普通の市民の権利意識、要求水準の高まり

- ・3つの層の底辺、裾野を形成。様々な理由での、虫の居所、感情的なもつれが頻発。現在は全く“「溜め」のない社会”(金錢的な「溜め」 人間関係の「溜め」 精神的な「溜め」)となってしまった(湯浅誠「反貧困」)。最近では寛容さが失われ、ネットでの同調圧力が強まっている。引きこもり人口の激増 推計100万人という数字も。

- ・ネット民における「**つながり孤独**」の進行。人間は進化の過程で、共感力と社会性を高めて発展してきたのに、いまこの社会性を捨てようとしている！ この傾向は日本だけの現象ではない。

⇒イギリスでは900万人が日常的に孤独を感じていると言われ、2018年1月には「孤独担当大臣」※！が新設された 同国ではこの「孤独」による経済的損失は5兆円という推計を出している。

※英国では高齢化社会や社会不適合などで「孤独に困っている人間」が急増していることが社会問題化している。

⇒ゴリラ研究で有名な山極寿一京大総長の話。ネットやスマホの普及で、人間は体でなく、ますます脳(言葉)でつながるようになってきた。その結果、目の前の人と共感しあうのが面倒になり、不安に陥っている、と。

・ごく普通の“市民”も、昔の“市民”と同じではない。大なり、小なり「消費者意識」に基く「患者さま」意識に影響されている。

→脳内イメージとして、とりあえず上記の三層で掴むと分かりやすい。

✗(補足)モンスターぺイシエントという用語の理解

- ・「和製英語」。厳密な科学的定義はないので、一部のDrなどからは、信頼関係をつくる上で、むしろ壊すことになると、慎重な使用を求める指摘もある。
- ・英語ではご存知の通り、Difficult Patientなどがこれに近い。
また“GOMER”とも言われる(“Get out of my emergency room”→ERから出て行け→「問題(迷惑)患者」、スラングだが英和辞典にも。ゴーマー)。
- ・日本のこういった患者の実態を描写する概念がないので、私は便宜的にそのまま使っている。
- ・銃社会アメリカと銃規制社会日本は、トラブルやバイオレンスの中身が同じではない

⇒①銃社会アメリカを象徴する法律！「正当防衛法」(州法、現在50州のうちの30州で適用)。
「正当防衛」の概念がとても広い。身の危険を感じたら公共の場でも殺傷力ある武器使用が認められる。
場所が自宅や車内であれば、傷害致死でも逮捕されず、正当防衛かどうかの立証責任も被害者側に義務付けられている。►参考:26年前の1992年10月17日ルイジアナ州で起きたハロウィンでの服部君事件

⇒②銃社会アメリカの病理 ⇒認知症患者が「銃保有」する米国

- ・2050年までに、全米で「自宅に銃を保有する認知症患者」が800万～1200万人に達する推計がある。連邦や州政府に対策求める声が高まっている。**全米でかなり犠牲者もでているが、概ね犠牲者はすべて、妻や息子、娘などの家族か自宅を訪ねた介護士など患者に最も近い人たちだ。**
- ・現在でも米国では**65歳以上の高齢者の45%が自宅に銃を保有**。65歳以上の高齢者の**10%がアルツハイマー病**と診断されている⇒2つの数字を組み合わせると、とても怖い状況が全米で進行中だ。
- ・現在の連邦法では、認知症患者の保有する銃を強制的に取り上げる法律はない。対策は全て州まかせだ。全米50州で、認知症患者の銃所持で州法で全面禁止しているのはハワイ州だけである。
- ・次善の策としての、当局が「銃を持たせるのは危険すぎる」と判断したケースに限り、銃を一時的に没収するという法律が存在する。これは「赤い旗」法で、11の州で導入されている。これらの州を含め、何らかの法規制があるのは全米の4分の1程度。残りはほとんど規制がない。

2018.8月号「選択」より

まず「患者トラブル」には“背景”(時代背景)があることを知る！



時代と私たちの関係

→私たちの思想や考え方、感覚すらも、いま自分が置かれている環境に大きな影響を受ける。

時代の空気だけではない。生活の土台となる風土、地域、家族、周囲の人々。その時代に支配的な思想や言葉そのものにも左右される。

→時代との関係で「患者トラブル」を見るこの重要性！

3. 患者トラブル増加の“背景”

なぜピラミッドの3つの層が出現するのか、
なぜ問題となる患者が出てくるようになったのか。
その出てくる歴史的必然性を知ると眼前の出来事が
よく見える。

時代 + “県民性” + “地域性(○○地域)”、
これらを加味し、4点でみる必要

- ①社会情勢の面から ←これが一番重要！
- ②医療費抑制策など医療制度面から
- ③医療従事者の面から
- ④患者の面から

①

社会情勢の面から

・85年プラザ合意、日米MOSS協議開始。特に89年(平成の開始年)冷戦・ベルリンの壁崩壊、日米構造協議、そして90年代以降のグローバリゼーションの本格的展開※2によって、日本も市場原理万能の考え方(市場原理主義※1)が蔓延(94年から日米政府間で「年次改革要望書」。09年まで)、様々なリスクも増大し、世の中から「確実性」が全く消え去った(競争、効率、私的なるものは常に“善”、公的なものや規制は“悪”という考え方の拡大。「市場」に資源配分極端に任せる傾向で労働分配率を下げ、資本側が利益増やす。富む者はさらに富む方向へ。

※1 グローバリゼーションの中心原理＝市場原理主義

新自由主義の理念を極限まで推し進めたものが、「市場原理主義」。政府より、市場(マーケット)が正しいという考え方方に立つ。歯止めが全くない考え方だ。極論するとどういう考え方になるか。市場価値を持たないものをことごとく抹殺してしまう社会にしてしまう(例:やまゆり園事件)。この主義の前提になっているのが、「消費者絶対主義」。「消費者」は常に合理的な満足を最大にして行動するという、全く非現実的な前提に立つ。そこを押さえる必要がある。この考え方は多くの国に広がり、社会の非倫理化、社会的紐帯の解体、文化の俗悪化、そして人間的関係自体の放棄をもたらしてきた。人間として最低の考え方と思う。

✗ ※2 グローバリゼーションとは

- ・もともとアメリカに本拠地を持つ場合の多いグローバル企業が日本の市場へ参入する道筋をつくるものだった。「市場への参入」と言えば穩やかに聞こえるが、その実態は生易しいものではない。MOSSから日米構造協議を通じて発明された「非関税障壁」の概念は肥大化し、「グローバル企業が拡大展開する際に障害になりうるすべての事象」を意味するようになってきている。つまり、国民生活の安定や安全に寄与するための規制や制度すべてが、論理上、この「障壁」にカテゴライズされうる。
- ・この延長線上で現在懸念されるのが、例えば日本の皆保険制度である。ウォルストリートの大手資本から見れば、日本の皆保険体制は間違いなくずっと「参入障壁」とみなされ、公式、非公式に水面下で圧力がかけられてきている。
- ・ところがメディアの論調の多くは、米国発の「非関税障壁への批判」を「日本社会の閉鎖性」といった曖昧な概念によって米国を擁護する論調がずっと幅を利かした。いまグローバリゼーションの情緒的でない理解をしておく必要がある。本質は米国系グローバル企業による新たな攻勢とみていいないと実態が見えてこない。

- ・社会のセキュリティを支えていたセーフティネットの諸制度が次々掘り崩され、「個人の安心」は全て「自己責任」(健康も生命も)として放置されるようになった。
- ・国民所得と雇用者所得の関係で国民所得がプラスの伸びをしている時に雇用者所得がマイナスになることはそれまで1回もなかった。本当の意味で90年代の半ば～後半以降「時代」は変わった。今は経済界には「還元」という発想はゼロとなっている。→全て「内部留保」へ(419兆円、2017年財務省法人企業統計) ←国家の統治原理の変更が背景にある！



従ってそういった時代が作り出した不安のなかで国民の安定秩序感覚が薄れ、無理難題であっても自己主張することが、**わが身・わが家族を守ることになる**という意識が一気に広がった(パート、有期、派遣などの**非正規労働者**※ H元年800万人、現在は2133万人、就業労働人口の4割)。自己責任社会は「他責社会」でもあることを知る。負の国民感情の累積と爆発

※負の国民感情の累積＝非正規の人の心情も知っておく！

「派遣って会計上、人件費でなく物件費っていう項目なんですよね。…そういう扱いをしておいて、社員以上の仕事を押し付ける。人として見られていない感、すごく下に見られている感はあります。…みんな疲れ果てて、『働きたくない』って言い始めてる。やる気がなくなっちゃてる。絶望を通り越して『どうでもいい』ってなっているのをなんとかしないと厳しいですね。」

雨宮処凜著「非正規・単身・アラフォー女性—『失われた世代』の絶望と希望」 光文社新書 2018年5月30日刊)

②医療費抑制策など医療制度面から

社会情勢の流れと軌を一にして、医療制度・医療行政の大幅な見直しが進められた。73年の福祉元年宣言による政策ベースが、83年には第二次臨調第三次答申での「活力ある福祉社会の建設」によって、全く正反対の「自助努力」と「相互扶助」に重きをおく内容の政策ベースに置き換わった。

それ以降は全て「財政再建」の名のもとに、医療費抑制政策が継続されてきており、なかでも医療制度「改革」※、**実際は破壊！**が押し進められたのが、小泉政権(2001.4～2006.9→小泉・竹中改革の中身は、ほぼ米国政府からの「年次改革要望書」による日本改造であった！その結果社会のセーフティネット機能はほとんど“極限近くまで”低下した。

③ 医療従事者の面から

- ・医療費の患者負担の上昇に連動して、医療が倍するサービスが提供できるわけがない。
- ・この一方で80年代アメリカで流行した顧客満足(CS)の考え方が日本にも。特に90年代に広がった。過剰サービス化の流れのなかで、「医療のサービス化」※も進み、それがどういう形で取り入れられたか。それは「接遇研修」という形で「患者満足度」をあげるという形をとった(実際は「患者の言いなりになる」)。国立病院をはじめ、あらゆるレベルで研修がなされていった。
- ・90年代は、時代的環境の下で醸成されてくるMP、「ハードクレイマー」が多数現れた。その一方で、「患者さま」※意識で行われた接遇研修を受けた職員が現場に送り込まれた。当然ミスマッチが起きた。現場では接遇やメディエーション(仲裁、仲介、調停)的対応でどうにもならない患者トラブルが多発していた。

※「サービス」の語源、意味

- ・蛇足ですが、皆さんご存知のようにサービスserviceという言葉は、元々の語源に「奴隸」(servitus, セルヴィタス)という言葉を含んでいます。ラテン語servitus(servus 奴隸+itium名刺語尾=奴隸の状態) からきています。
- ・「奴隸」いう意味です。「奴隸」「屈従」「奉公」などの意味合いをもち、「奉仕する」「給仕する」といったニュアンスに変化しました。
- ・医療はサービス、医療のサービス化の推進という場合、問題が起きます。
医療機関では 患者と医療スタッフが主従関係、奴隸契約を結んでいるわけではありません。あくまで対等のはずです。語源の意に沿えば、サービス業とは、金によって金額の範囲で一種の奴隸になるという意味合いをもつことになります。ですから欧米のホテルで、用事を言いつけるごとにチップを支払い、“奴隸契約”を行うことかもしれません。

× サービスとホスピタリティの違いも知る

- ・サービスは今説明したとおりです。ラテン語の「奴隸」というところからきています。そして主従関係が明確で、対価が発生することとなります。それは「いつでも、どこでも、誰にでも」すべての人を対象とした概念です。
- ・これに対し、ホスピタリティという言葉は、同じくラテン語のhospes(客の保護者)から派生したとされます。昔、旅に出かけるのは大体巡礼の旅でした。旅人が巡礼の旅の途中で、空腹やのどの渇きを覚えたり、疲労や病気にかかった時に、現地の人たちが旅人に救いの手を差しのべたことに由来しています。
ということなので、ホスピタリティというのは、疲れた旅人に対して、無償で飲食のもてなしをしたり、看護を施したり、宿泊施設を提供したことに始まります。
これらの事実からわることは、ヒトやモノ、施設の提供者(ホスト)が、その利用者(ゲスト)に喜びや感動を与え、ゲストの喜ぶ姿を見て、自分たち(ホスト)も喜ぶというのがホスピタリティの精神ということになります。
- ・ホスピタリティは、サービスから一步進んだ「この時、この場、この人にだけ」と個別の人を対象とした概念で、対価を求めない自発的な行為と言える。

CS、顧客至上主義、患者至上主義の誤り

- ・CS(顧客満足)→一般企業では拝金主義的風潮のなかで「金を払うものがえらい」が基調。
- ・そして一般企業は「クレーム・苦情は、大事な顧客からのありがたい忠告や情報であって、企業にとっては宝の山」というとらえ方をする。
- ・CS→顧客至上主義、患者至上主義の立場に立った研修では、当然接遇的対応=「誠意一本槍の対応」「おもてなし的対応」※となりやすい。
- ・医療では、悪質クレームと正当なクレーム(ありがたいクレーム)とを見分ける。この2つを区別し、対応する必要がある。区別はできるし、しなければならない。
- ・そのために「クレームは宝」論の誤りを知る！
→クレーム社会の現代では、「悪質クレーム」は宝などでは決してない。

× クレーム・苦情の受け取り方のメディアによる強制

- ・相手が行政でも、医療機関でも、学校でも、とにかく「一番うるさく文句を言う人」（「過剰反応する人」）の言い分を、最優先に聞くべきということをルール化する方向に手を貸したメディアの責任が大きいと考える。
→「忖度」
- ・今のメディア界は、「一億総クレーマー」を実現する方向にあることは間違いない。過剰反応する社会は、多くの人々が感情反応を起こしやすく、そこは感情が感情を刺激する感情反応の連鎖が生じやすい社会※だ。何かと感情反応を喚起するというこというと、今のメディアの責任は非常に大きい。

※私はこの連鎖反応は現在の株式市場でのプログラム売買に似ていると思っている。コンピュータに一定の売買ルールをインストールしておき、市場価格の変化に応じた判断を自動的に行わせるシステムだ。ほとんどこれで取引されているのが現状。暴落がさらなる暴落を呼ぶ。そして極端なほう、極端なほうへなだれ込む。

- ・現在はクレーム社会と同時に「階層化社会」「格差拡大社会」「分断社会」だ。格差拡大は強者や自分より優れているとみなされるものへの屈折した反感、ルサンチマンを生む。矛盾を含んだ態度を取ることも多い。
- ・「階層化社会」「分断化社会」は、同時に階層・分断化されることで一番損をする人間が、最も熱心に作り出そうとする「悪魔的システム」であると私は思う。

「患者さま」—元々の語源「セルヴィタス」を思い出して下さい

- ・「患者さま」は、もともと90年代から経営コンサルが使っていたが、01年11月厚労省「医療サービス向上委員会」が出した「国立病院・療養所における医療サービスの質の向上に関する指針」の中の「職員の接遇態度や言葉使いの改善」の項目で「患者の呼称の際、原則として姓に『様』を付する」とした。そこに「患者様」という総称を使え、とはひと言も書かれていない。誤って伝わったと思われる。
- ・「患者さま」は医療を「費用対効果」、商取引の延長線で捉えていると考える。患者は消費者だ。病医院は医療サービスを売る「店」と見る。患者も知らず知らず「消費者」的にふるまうようになる（「消費者意識」形成の負の面）。「消費者」の定義は一般に言われるように「もっとも少ない代価で、最も価値ある商品を手に入れることを目標におく人間」を指す。ここに「患者さま」呼称問題の本質があると言える。
- ・「消費者イデオロギー」を官民あげて宣伝。「消費活動を通じて自己実現」とか「自分らしさの表現」というのは「どういう商品を選択するかで決まる」というのが90年代から後のイデオロギー（種々の雑誌、ネット、TVショッピングを通じて）。個性が商品選択でしか表現されない、などというのは「妄想」に過ぎない。

④

患者の面から

・医療費抑制策などによる医療環境の急激な荒廃の原因について、患者側もよく理解できているとは言い難い。医療側の説明不足も加わり、対価を求める患者側と医療側のギスギスした関係は一触即発のところまでできているのが現状だ。
いったん医療事故が生じると、大々的なキャンペーンの一方で、医療の不確実性など多様な議論は、メディアの二項対立的な操作、単純化で対岸に追いやられる。とにかく絵にならないといけない。今なら「笑い」※1、※2にならないといけないようだ。

※1—「やしきたかじんのそこまで言って委員会」「さんまのホンマでっかTV」(2回)、そして「特ダネ」「してみるテレビ！教訓のススメ」……等々からの出演依頼(全て断った)にみる傾向。

08年NHK「おはよう日本」には出た。雑誌や新聞からの取材は時間が許す範囲で受けている。

※2—日本の非知性化、反知性主義の横行に、イジリ、冷笑を本旨とする吉本流笑いも一役買っている。真面目な怒りを茶化し、萎縮させ、黙らせる風潮を促進させるのが芸人の役割か！いいかげんしろ、と言いたい。

→「抑圧された息苦しい、我慢しているところに、でっかい穴を空けて風を通しやすくするのがお笑いの仕事だと思っている」 2017.12.27朝刊「中日新聞」 お笑いコンビ・ウーマンラッシュアワーのボケ担当・村本大輔 極めて真っ当！

4 “時代” による6点の「誤解」の強制

時代背景の下で、これらの誤解の基盤がさらに強化されていった。ここで改めて中身の“捉えなおし”がいま必要になってきている。

- ①患者には治療方法を自己決定する権利があるが、医師の治療行為に協力する必要はない。
- ②病医院にかかったら医師には治す義務がある。
- ③病医院に行けば、病気は治る。
- ④専門医が診察すれば疾病の原因は必ずわかる。
- ⑤医療はいつも安全。
- ⑥医師は何があっても治療を拒否できず、どんな患者でも、どのような状況でも診療する義務がある。

→どれもこれも「誤解」「思い込み」である。このどこが間違っているかわかりますか？

「患者には治療方法を自己決定する権利があるが、医師の治療行為に協力する必要はない」「病院にかかったら医師には治す義務がある」(①、②)



・医師と患者は契約書なくとも診療(医療)契約を結んでいる

信頼関係が前提の双務契約→なぜ現物給付+後払い※、となっているかを
知る→診療は医師と患者の共同作業であり、患者側の協力を得られなければ、
医師は診療目的を達成することができない。

従って医師だけが一方的に義務を負っているのではない。患者も診療協力義務
があるのである。もっと言えば、患者には「治療専念義務」と「治療に向けた
改善努力義務」を負っていると言えるかもしれない。

・ここで商行為と医療行為の違いも知っておく！

医療費「不払い」に関する一番有名な根拠通知(昭和24年9月10日 医発第752号)



- 診療契約は「準委任契約」(契約には大きく「請負契約」と「委任契約」がある。委任契約とは、弁護士に調停を依頼するなど法律行為を任せることの契約。準委任契約とは「法律行為」ではなく、「事実行為」を任せることの契約。委任行為に準ずることもある)であることも挙げる。準委任契約における受任者(医師)の債務は、業務の誠実な遂行にある。
- 従って医師には患者のための誠実な診療を行う義務があるが、完治させるまでの治癒義務はない(東京地裁71年4/14判決、東京高裁86年8/28判決)

「請負契約」と「委任契約」

特に自費診療を選択する場合は、「費用対効果」の観点から、より良好な予後を期待しているため、「請負契約」的な契約となりがち。良好でない予後の場合は、単純に「準委任契約」(委任契約)扱いというわけにはいかなくなることが現実には多い。

請負契約的とは医療を「成功報酬」とみなした考え方立つ。歯科や美容皮膚科、がん特殊治療クリニック等からのこの種の問い合わせが多い。

「病院に行けば、病気は治る」「専門医が診察すれば疾病の原因は必ずわかる」「医療はいつも安全」(③、④、⑤)

- ・患者は時代の影響（医療技術の進歩や対価求める患者の増加等）もあり医療に“過剰な期待”を持つようになった。
- ・溜めが出来ていない→「治らなかつたら医療ミス」「医師の誤診」という方向にすぐ向かう傾向



医療には限界があることに加え、医療は必ずしも全て安全ではなく、不確実で危険が伴う（医療の不確実性）



不幸にも問題が発生した時は「こんなこと聞いてなかった」。同意書あると示されても「それでも何とかするのが医者だろ」「感情的には納得できない」と抗議を受ける結果へ。同意書あったとしても安心できない。患者への完全なインフォームドコンセントの実践は不可能に近いのではないか。

「医師は何があっても治療を拒否できず、どんな患者でも、どのような状況でも診療する義務がある」(⑥)

- ・医師法(歯科医師法)第19条第1項は、医師の診療義務として「診療に従事する医師は、診療治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」(応召義務)
- ・医療法第1条の4第2項 ←これも注目！
「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るために務めなければならない」
⇒医師以外の医療関係従事者ではこの条文に結構こだわっている。「適切な説明」と言っても、それは合理的相当な範囲内での説明、理解を得るよう努めねばならないということ。

「正当な事由」は極めて限定期に解釈されている(①天候不良で、事実上診療が不可能な場合②医師の不在または病気などにより事実上診療が不可能な場合③診療時間外で、休日夜間診療体制をとる地域で当番医を紹介して断る場合④疾病または負傷が自己の専門外である場合)

結論: MP等については、ケースにもよるが司法の専門家の間では「正当な事由」に該当すると解釈できることがあるのではないかとの意見が強くなっている(私は未収確信犯も含めている)。

「正当な事由」に関する法令、通知← 一番有名な根拠

①病院診療所の診療に関する件

昭和24年9月10日 医発第752号 各都道府県知事あて厚生省医務局長通知

(略)診療に従事する医師は・・正当な事由がなければ患者からの診療の求めを拒んではならない。しかし何が正当な事由であるかは、それぞれの具体的な場合において社会通念上健全と認められる道徳的な判断によるべきであるが、ここに例を挙げてみると、

- ①医業報酬が不払いであっても、直ちにこれを理由にして診療を拒むことはできない。
- ②診療時間を制限している場合であっても、これを理由として急施を要する患者の診療を拒むことは許されない。
- ③特定人例えは特定の場所に勤務する人々のみの診療に従事する医師・・・であっても、緊急の治療を要する患者がある場合において、その近辺に従事する医師・・・がいない場合には、やはり診療の求めに応じなければならない。
- ④天候不良等も、事実上往診の不可能な場合を除いては「正当の事由」には該当しない。
- ⑤医師が自己の標榜する診療科名以外の診療科に属する疾病について診療を求められた場合も、患者がこれを了承する場合は、いちおう正当の理由と認め得るが、了承しないで依然診療を求める時は、応急の措置その他できるだけの範囲のことをしなければならない。

②応召義務の判例 ←極めて重要！できれば判例も読んで下さい！

○**神戸地裁平成4年(1992年)6/30判決**—「医師が診療を拒否して患者に損害を与えた場合には、当該医師に過失があるという一応の推定がなされ、(中略)この正当事由に該当する具体的な事実を主張・立証しない限り、同医師は患者の被った損害を賠償すべき責任を負うと解する」とし、過失の推定によって民事責任の射程を広げた。

これを医療機関側から言えばどうなるか。応召義務に反しても、①診療を拒否する正当な理由がある場合、②具体的な損害が発生していない場合、③診療拒否と損害との間に因果関係が存在しない場合には、損害賠償責任を負わない、ということになる。

○**東京地裁平成17年(2005年)11/15判決**

「診療拒否によって症状が悪化したといった事情があればともかく、単なる診療を受けられるという期待そのものが法律上保護されるべき利益といえるかには疑問がある。」として、診療拒否そのものによる損害賠償請求ができるわけではないことを示した。

○**東京地裁平成26年(2014年)5/12判決**

「原告と被告との間の信頼関係は適切な医療行為を期待できないほどに破壊されていることからすれば、原告には被告からの診察の求めを拒否する正当な事由があるというべき」



○以上の紹介した裁判例は、いずれも下級審の判断、確定した考え方ではない。また患者からの院内暴力に直接関係したものではないが、「応召義務」に関しては、特に正当な事由は昭和24年当時より若干柔軟に解せられる傾向にあると言って差し支えないのではないか。

○その上で私は以下のように結論づけることができると考えている。



医療機関側が患者側との信頼関係を構築する努力をしたにもかかわらず、患者側の暴言暴力により、適切な医療行為を期待できないほど信頼関係が破壊されている場合には、診療を拒否する正当な事由がある。

5.医師法第19条と未収金問題、最近の司法界の動き

- MP等だけでなく、未収金問題※でも19条とのかかわりで動きがある。大東文化大学法科大学院教授の須田清弁護士は、下記①～⑤の条件が揃えば「正当な理由」※に該当すると言っている※。

※未収金とは、小口多数の債権 ➡11で再度病院の未収問題にふれる予定

- ①未収額、未収回数が常識的に許容の額を超えていていること（例30万円）
- ②すでに内容証明等で支払督促をし、次いで弁護士に委託して法的な手続きをとっていること。
- ③今回の診療を行っても、自己負担分の支払を受けられない蓋然性が高いこと。
- ④今回の診療を拒否しても、生命に重大な影響を生じるという緊急性がないこと
- ⑤近隣に同様な医療を受けられる施設があること

※「週刊ダイヤmond」2008年6月14日号の記事より

※現場での判断としては、必ずしも5つの条件が揃わないといけないという訳ではない。医療費の不払いは一般に「正当な理由」にあたらないとされる。すなわち「不払いがあっても直ちにこれを理由にして診療を拒むことはできない」というわけである。⇒ここで「直ちに」に注目する。

→「払えない患者」か「払わない患者」か、を区別する。この原則的態度は重要。もちろん払えない場合は必要な支援につなげるという視点は欠かさないこと。

※不当な理由で「払わない患者」の場合、診療契約は双務契約である。その片方から解除されれば(ぶち壊し)、契約それ自体が成立していない、締結されていないと考えられ、当然診療拒否ができると考えられる(額が著しいとか確信犯的行状の場合など当然である)。

6. 患者を見る視点の変更

「患者像」の変更

①上記でトラブルの背景を見たが、その上にたって現在の患者自身をどういう目でみることが大切か。私はこう見る。MPやハードクレーマーによるトラブル相談を医療機関から多く受けるなかで、昔の「患者像」で捉えきれない「層」が大量に生み出されてきているのではないか※、と。それは患者の内面の崩壊、人格の崩壊も伴ってきているのではないか、と。

②医療関係者も、この患者の“集団的”とも言える「人格崩壊現象」(もちろん崩壊した、しつつある人格の出方は様々でわかりにくいものがあるが)を十分自覚していないのではないかと考えている。



この点は個人の感想ではない。日医医事法検討委員会「答申」の中にも触れていることを押さえること！⇒(「患者の受療態度の変化」)

7. 応召義務の変遷と現在における正しい考え方

ここで改めて「応召義務」を整理してみる。深い理解が大事。

- × ①トラブル対応のポイントはこの「応召義務」にある※
(医師法第19条第1項⇒「正当な事由」あわせて医療法第1条の4第2項⇒「適切な説明」、も参考に。私はこの両方をセットで「応召義務」と括る)。

【関連法】

- 医師法第19条第1項：
「診療に従事する医師は、診療治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」(応召義務)
- 医療法第1条の4第2項：
「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るように務めなければならない」

× ②応召義務の大まかな変遷

- ・この「応召義務」の元となるものは明治初期の1874年（明治7年）、「**医制発布**」※とともに出来た。そしてすぐに「刑法」の中に組み込まれた※。
※当時は頻繁に流行したコレラ、結核とした伝染病の予防という具体的衛生警察上の政策目的遂行という国家的要請がその制度設定の背景にある。
- ・**医制44条**、診療をなすべき医師が診療を行わないのは「懶惰（らんだ）にして業を怠り※1、危急の用に達せざる」ものとして**処分**、**罰則**あり。科料・罰金刑※）。戦後は、「刑法」から外され、罰則がなくなり、現在に至る。

※1 懶惰（らんだ）にして業を怠り→例えば酒色に惑溺し、素行が修まらず・・とか

※**医制**—日本で初めての統一的医療制度。全文76条からなる。二代目医務局長長与専斎が明治4年岩倉具視ら欧米派遣団の随員となり、各国歴訪。オランダ、フランス、ドイツ、イギリス、スイス、オーストリア、ハンガリーなどの医事制度を調べた。特に模範としたのが、ドイツとフランスの中間であったオランダと言われている。

医制44条—「**醫師行状正シカラス或イハ懶惰ニシテ業ヲ怠リ、危急ノ用ニ達セサル時ハ醫務取締區戸長ノ詮議ヲ以テ地方官衛生局ニ届ケ醫業ヲ禁ジ地方廳ニテ其事由ヲ報告スヘシ**」

44条の意味—医師が業務をおろそかにし、「危急の用に達せない時に制裁を加えて、その応召の義務を認め、示したものである」と言われている。

診療義務、いわゆる「応召義務」はその根拠となる「実定法」（社会で現実に行われている法）そのものが大まかに以下のように変化していく。

医制（明治7年、44条 行政上の制裁—医師免許の取消、停止）⇒
旧刑法違刑罪（明治15年、拘留又は科料）⇒警察犯処罰令（明治41年、科料、ここで「急病人」から「病者」一般へ）⇒旧医師法施行規則※（大正8年）罰金）⇒国民医療法（S17年）⇒現行医師法（S23年制定）に規定されるという特異な変遷を経ている（次P）。

※科料（かりょう）とは、「1000円以上1万円未満（つまり9999円以下）」の金銭を強制的に徴収する財産刑の一種である。日本の現行刑法における主刑で最も軽い刑罰で、軽微な犯罪に対して科される。罰金と類似しているが、罰金は1万円以上である。

×（補足）ある著名人の言（内田樹氏 神戸女学院大学名誉教授）

「日本社会全体が『その集団性格として『未成熟・利己的』なものになりつつある。それは制度の欠陥とか統治者の不注意とかの結果ではなく、『そういう社会集団』を作り出そうという積極的な意思の産物なんです。国策として、二〇年、三〇年かけて作り上げた『作品』なんです。国民みんな未成熟で、非知性的、利己的である方が『自分にとっては都合がいい』と思った人たちが、久しく日本のシステムを支配していて、その方向に舵を切ってきたから、こうなった。」

→全く同感。私と同じ趣旨のことを言っている。

※「街場の共同体論」（潮出版社、2014年6/20初版）より

③「応召義務」の古い、狭い解釈の捉えなおしが今問われている。

- ・「契約自由の原則」とは、一般に社会生活において国家の干渉を受けることなく、自己の意思に基づいて、自由に契約を締結できるということ。当然「相手方選択の自由」や「契約内容決定の自由」も。当然「契約自由の制限」が出てくる。
- ・医療機関側から、患者を断ることが自由にできないのは、専門家と素人、力のあるもの、弱いもの等の間の契約では不利になることがあるので、「契約自由の原則」に例外が設けられている。
- ・例外規定としての「医師の職務の公共性と、医師に医業の独占」を認める一方で、医師に応召義務を課した。医師の公共性の根拠：憲法13条（生命、自由、幸福追求権）、同25条（生存権）によって国民の基本的権利、その健康・生活水準を保つため。医業の独占：医師法18条に「医師でなければ医師又はこれに紛らわしい名称を用いてはならない」とされ、医業の独占が保障された者として「義務」を負うとされる。→「応召義務」の発生⇒呪縛！
- ・私は相談にのっていて、この「呪縛」が最近あまりにも強く受け止められているのではないかと感じている。言い換えれば時代の影響を受け、「正当の事由」を現在は狭く解釈しすぎていないかということである。
- ・勝手に「応召義務違反は重大、違反に問われるのはまれ」などと拡大解釈して捉える方もあるが、全く間違い。罰則はない。医療機関は「患者至上主義」と「応召義務」の呪縛に囚われ、応召義務の限度・限界を超える、明らかに遵守が不要なのにも関わらず、これを拒絶しないという現実が眼前にある。
- ・この応召義務について、医療関係者の中には患者からのあらゆるクレーム・苦情は必ず言っている患者本人を納得させ、説明を尽くす義務があると捉えている方がいるが、その考えは“全くの勘違い”と知ってほしい。

8. 「応召義務」に対する現在の日医の理解

- ・日本医師会医事法関係検討委員会（H20. 2月 医事法関係検討委員会答申「医師・患者関係の法的再検討」について）も次のように指摘。「現在の医師法19条が規定する診療義務は、医療機関の体制の変化、診療を求める患者側の一部にみられる態度の変化に十分対応することが難しい状況にある。
従って、従来、同法にもとづく診療を拒否しうる正当事由について、今日の医療提供体制の実情や患者側の受療態度の変化などを加味して、より柔軟に解釈し、かつ診療現場での混乱が生じないよう明確化する・・・（こと）も有用と考えられる」（18～19P）
⇒ 「患者の受療態度の変化」をどう見るか。（私はこの変化を前述のように「内面の崩壊が起きている」と見る） ⇒ 患者側の変化にも注目し、「答申」は次のようにも指摘する。
「医師法第19条を抜本的に見直し、新しい時代に即した内容の法律に改めるこ
と」（18P）
⇒ 日医はこう指摘するが、現場における「応召義務」の突っ込んだ解釈はない。

9.MPの実際の具体像

MPで大阪協会に相談が多いのは以下の3点。

②に最近の患者トラブルの特徴が出ている。②は①ともクロス。
①は全国の市民病院から多い。③は府下南部の病院からが多い。

①薬物依存・アルコール依存症の患者

→最近では一番やっかいな問題になってきている！

②精神に疾患を抱え、情緒不安定・不穏状態の患者

→対応法知らないと一番消耗する！

③マル暴(元、現)関係の患者

→大阪ではこれ以外に同和問題、民族問題も絡む。

量的には少ないが、まだ存在する！

①薬物依存・アルコール依存症の患者

○“危ない患者”一事前相談があり、未然に防げた事例(大阪東部の200床弱の病院)

5月から受診。57歳、男性、生活保護患者。

- ・日赤出入り禁止で、うちに来たようだ。慢性心不全等の病名。**覚せい剤常用の前歴**。声が大きい。
最近1~2か月は静かにしていた。6月半ばに急に「**警察に追われている。入院させて欲しい。俺を守ってほしい。受け入れろ**」など支離滅裂なことが多くなつた。数日前も来て「3日ぐらい寝れていない」と。
・最近も救急車で運ばれ、うちに連絡してきたが、入院は断つた。そこで市民病院に入るも、そこからも追い出された。またほかでも色々問題を起こし、診療拒否されている。
うちとして患者がここまで言っているのに、受け入れるべきなのか？

↓

- ・**基本受け入れはやめるべき**。患者自身のこれまでの覚せい剤中毒であったこと、**最近の言動をみてもやや妄想も入っているとみられ、他の症状も見られ始めているので、院内で受け入れは困難だ**。薬物と精神症状がクロスしている場合、薬物一般で扱わない。まず覚せい剤事案の場合は警察へ相談する。その場合軽く考えないこと。相手を刺激してはとか考えない。警察もそこまで言われるとあまり手出しができにくくなる。
病院側、医療機関側としてはとにかく重大リスク事案とうけどめる。
- ・**応召義務と医者、従事者としての博愛精神でこれを受け止めると間違う**。患者公平に扱う原則と労働安全衛生上の職場環境を守る責任放棄としてまず受け止める。

○“危ない患者”一未然に防げず、残念な事例

岐阜歯科医師殺人事件について(17.1.20発生)

①新聞各紙は次の見出しで報道

21日(土)の報道一ほとんど「治療巡りトラブルか」の記事、TVも一緒

22日(日)の報道一「入れ歯治療でトラブル」「多くの歯失い治療不満」「治療巡り金銭要求を示唆か」

23日(月)の報道一「治療に不満、金銭要求」「事件前に金銭要求」

24日(火)の報道一「自宅近くで包丁購入」「事件3日前に包丁2本購入」「犯行3日前に包丁購入」

②私の認識

21日段階一歯科治療トラブルでここまでケースはあるか？ →ほとんどありえない

23日段階一22から23日にかけて「治療に不満」報道がTVや新聞の中心。渕野DRの人柄、日ごろからの治療への評判等も調べる。

→私の判断「これは違う。こういった警察発表だけに依拠した報道では院長にも責任があるかの感じを受けるはず」「絶対違うと思うので、もう少し調べてほしい」と岐阜協会に電話。

23日の週の後半に岐阜協会より連絡あり。

岐阜協会役員のところに友人(ある精神科病院の院長)より連絡が入った。

「あれは私のところの患者だ。覚せい剤やっていた経験がある。生活保護、刺青あり。色んなものが聞こえると耳鳴り治療でもきていた」→耳鳴り？色んな音が聞こえる？ →幻聴も出ていると思える。

③事実経過

1月16日に手紙が来て、翌17日(事件3日前)に2人で院内で話し合い。話し合いの一方で、この17日に包丁2本購入している。18日に再度手紙が投函されたので、院長は警察と相談。犯人もなぜかこの日警察と相談した。

18日警察は相談内容に事件性はなく、犯人を指導すると提案したが、院長が「応召義務もあり、相手を刺激すると何をされるか不安」と警察の介入を断った。20日に歯科衛生士の奥さんの目の前で決行(頸動脈切りつけ)。

④この事件は防げなかつたか。

→手紙の存在。中身は不明だが、確認する必要がある。中身から相当被害妄想的になっている。覚せい剤を常用したすと、通常では考えられない被害妄想や思い込みが強くなる。人を疑うようになり、常に疑心暗鬼の状態になる。疑うあまり、突然怒り出すなど、奇行も目立つようになる。よく「盗聴されている」「盗撮されている」「誰かに狙われている」などの被害妄想を訴えることがあり、時に覚醒剤を乱用する当事者本人が、これらの被害妄想によって警察などに届け出にくることがあるが、今回のケースも犯人本人が警察に相談していることからそう見える。(妄想か)

→この犯人の隣近所は、刺青があり、目が血走って問題を起こすので、みな目を合わさないよう避けていたことがわかっている。警察も日ごろからマークしていた問題人物であった。生活保護受け、通う病院もすぐわかったはず。警察としてその病院に問い合わせ調べれば、すぐわかったはず。

→この犯人を、通常の患者と同じように見るのは間違いだ。たとえ院長が刺激云々と警察にいっても、警察はそのままにしては本来だめ。警察は日ごろから掴んでいた。警察は責任の一端がある。→その後岐阜県警とも懇談

→ポイント

薬物中毒一般と覚せい剤患者と一緒にすることの誤り。覚せい剤患者の予兆を知る。

患者を刺激したくない点は理解できるが、覚せい剤患者としての予兆はすでに診療時点から出していたはず。1回目の手紙を受け取って、妄想的行動が開始された。2回目の手紙うけとてから警察に相談している。遅すぎる対応だ。それと診療中途でのやりとりで警察が普通の患者でないことを正確に伝えておれば防げた。個人情報

②精神に疾患を抱え、情緒不安定。不穏状態の患者

①初診では把握はなかなか難しい。診る時期により診断名が変わることは珍しくない。通常精神疾患を正確に診断するためには、診察時の症状だけではなく、その後それらの症状がどのように変化していくかを経過観察する必要があると言われている。少なくとも3ヶ月から6ヶ月以上、症例によっては1年以上の経過観察をするようだ。

②「精神症状が疑われる患者、または精神疾患患者」で私が応じた相談で多いもの

- 認知症が疑われる患者
- 統合失調症が疑われる患者
- 境界性人格障害(境界性パーソナリティ障害※)が疑われる患者
- 双極性障害及びそれを疑う患者

上の二つと下の二つは対応が異なる。

※日本精神神経学会が病名変更した2疾患がある。統合失調症への病名変更は、人格の統合障害に病因を求めているので医学的に適正ではないかと思うが、パーソナリティ障害への病名の変更は、単純な英訳で疾患の“本質”を社会的にマイルドに糊塗しようとする臭い、姑息な意図を感じるのでここでは「人格障害」で通します。

認知症とは？

- ・認知症とは、大脳の病変に起因し、後天的に知能が下がる障害。
正確には「脳の細胞が壊れることによって直接起こる症状」が集まった症候群であり病名（疾患名）ではない
- ⇒大脳皮質後方に病変が広がるアルツハイマー病が進んで、健忘や失語、失行、失認、遂行機能障害などの症状を呈すれば「アルツハイマー型認知症」
- ⇒皮質前方に病変が広がるピック萎縮症（前頭側頭葉変性症）が進行し、行動に抑制がきかず、衝動的、短絡的に動く症状がでれば「前頭側頭型認知症」
- ⇒神経細胞にできる特殊たんぱく質、レビー小体が大脳皮質や脳幹などにたくさん集まり、神経細胞が壊れて幻視や妄想誤認の症状が高じれば「レビー小体型認知症」
- ⇒脳血管障害の症状が進行したら「血管性認知症」



これら脳の病変や認知症のタイプによって症状は多様だ。それを認知症の一言で片付け「老人呆けは精神障害」（1969年日本老年医学会シンポ）という古い疾病観で捉えることが先ごろまで続いた。

認知症 心のステージ

認知症の半分はアルツハイマー型が占める。そこでのステージ分類は他の型でもおおむねあてはまると思うので、以下に記す。4つに分類している。

①心のステージ(I) とりつくろいがうまくいかず、落ち込み、イライラが…
とまどい、不安の時期 1~2年ぐらい

②心のステージ(II) 「いつも邪魔者扱いにして」「馬鹿にするな」「何で
やることにケチをつける」……
否認、怒りの時期 1~2年ぐらい

③心のステージ(III)
焦り、抑うつの時期 3~5年ぐらい

④心のステージ(IV)
無欲、安穏の時期 5~8年ぐらい

参考:「認知症高齢者的心がわかる本」講談社 平澤秀人著

○「認知症」中身も大きく変化、型分類できないとトラブルになることも！

「認知症」の鑑別ができない、できても病型（アルツハイマー型だけではなく、ここ20年ぐらいで概念化したビック病含める前頭側頭型認知症—1994年、レビー小体型認知症—1995年など）、型分類にあわせた治療ができないと現場でトラブルとなってきてている。介護従事者・家族も、メディアを通じてこのあたりに注目してきているので今後は注意が必要だ。

事例1:認知症患者・家族とのトラブル

- ・内科医 多機能を持つ法人診療所
- ・80歳男性、認知症の既往。診療所でのデイサービスで初日に転倒。病院にて8針縫合、腰痛も
- ・翌日経過観察のため病院受診
- ・同日夕方腰痛のため整形外科受診 ここで腰椎圧迫骨折の診断 コルセット指示、ロキソニンとボルタレン座薬処方
- ・数日間で次第に立位困難、歩行困難に
- ・うとうとずっとしている、反応鈍い。幻視がみられる(かにが見える)とのこと
- ・ここで入院、尿路感染症と低ナトリウム血症も見られた HCU入院
- ・そこから一般入院 3週間強
- ・1ヶ月弱の入院費用を病院が娘夫婦に請求
⇒怒りの矛先「全ては診療所の転倒から」、入院費持つべきとの要求が来た
この場合どう対応したらいいのか？

入院した病院はもともとこの患者が通院していた病院だった。この病院から出されていた薬剤としては8種類。以下のとおりだった。

アテレック10mg 1T、アロプリノール100mg1T リピトール10mg 1/2
ドネペジル塩基塩OD5mg 1T 分1朝、リマルモン5 μ g 3T分3毎食後
ゾルビデム酒酸塩OD10mg 1T 分1睡前、五苓散3包 分3食間
シンメトレル50mg 分3食間

対応ポイント

- ①転倒の原因は果たしてクリニックの管理体制が問題か（デイの初日に転倒）
- ②薬剤多剤投与の件※は無関係か
- ③認知症の型分類はどうだったのか。院長の判断は？
- ④もし適切でなければ、薬剤の減量化を病院とすぐ相談する
- ⑤さらにその上で転院要請を少し延期してもらう

※認知機能と転倒の関係(易転倒性)。そのために転倒の副作用として明示されている薬物を知る。また転倒の原因となりうる薬物の副作用症状を掴む。また総処方薬物と転倒発生状況についても知っておく。（「転倒事故の現状とその内的要因」—「おはよう21」2014年5月号より）

結論—娘も納得、院長と一緒に病院に掛け合い、薬剤減量化し、さらに転院要請も延期させた。

結局介護施設へ。

そして娘にはクリニックから見舞金を出し、無事解決した。

○統合失調症が疑われる患者 への対応

- ・認知症状患者とは逆に、症状が進めば決まった人、その人を妄想のターゲットにして、興奮状態に陥り、暴力が誘発されていくことがある。
- ・陽性症状、陰性症状の時期の症状を知る。
- ・薬物、アルコール依存症と同じく治療中断も多い
- ・糖尿病等と似たところがあり、**適切な治療を行わないと**、症状はじわじわ進行し、機能の低下をきたしていく。そして**大きな悪化を生じる**。段々と元に戻らなくなる。

- ・統合失調症は明らかに「発症」とわかる時点よりも何年も前から、水面下で病的プロセスが始まっている。認知機能障害や陰性症状が進行し、脳の萎縮がすでにが始まっている場合も。陽性症状はくすぶっていた火が一挙に燃え上がったようなもの。無治療の期間が長くなればなるほど、脳はダメージを蒙ってしまう。
- ・実際早期から治療を開始したケースほど、病気の進行がわずかですみ、症状も軽く、社会適応もいいとのこと。経験的には神経過敏になりやすい時期に、ある期間だけ抗精神病作用のある安定剤を少量服用するだけでも、発症を予防する効果がある。
- ・直感的に統合失調症の予兆を疑っても、明白な陽性症状がないと、「統合失調症」という診断には踏み切りにくい面も。誰も深刻な病名はつけられたくないし、医師もつけたくないインセンティブが働く。
その結果、医師も統合失調症の潜在期かもしれませんとは言わずに、「うつ状態」「神経症」「自立神経失調症」…といった病名がをつけることもある。そのため、一部に統合失調症の発症リスクを意識した治療がなされず、遅れる場合もでている（3年前暮れに相次ぎ精神科診療所からの問い合わせでわかった）。

事例1.当初境界性人格障害とされたが、統合失調症と思われる患者

- ・ 50代男性。当初問題はなかったが、次第に変化。イライラしたそぶりをみせるようになり、口調もきつくなっていった。夏には下着姿のままでコンビニに行き、保護された。クリニック職員がその場にいたため、院長の知るところとなった。前の病院に連絡をとると、すでに境界性人格障害の診断が下され（当時は「陽性症状」がでてないから統合失調症を否定したらしいが、恐らく統合失調症の前駆症状（陰性症状）であったと思われる—私の見立て）、しばらく通院していないらしい。
- ・ 下痢症状で来院。しかし、治らないので、次の週には診察室に乗り込み、大声でどなり、目も異様に血走っていた。罵声も1時間続いた。
- ・ この日以来受診に關係なく、クリニックの周囲を徘徊。朝と昼にガラス戸になっているクリニックの扉から覗き込むほか、夜は駐車場にとめてある院長の車の周囲をうろつくようになった。この状況が10日以上続いた。近所の住民も気味悪がった。

→こういったタイプの患者は多い。精神疾患の鑑別は症状の進行もあるので鑑別がなかなか難しい。しかし、知っておかないと対応できない。

→一部警察の力を借り、さらに母親とも連絡がとれた。ついでに前の精神科医の病院にも連絡を取り、通院再開に向け、何とか再開させることができた。

境界性人格障害が疑われる患者への対応← 一番嫌がられる！

①より根本的な問題としては、幼い頃愛情や関心への強い飢餓体験に根ざしているため(見捨てられたり、不安定な境遇で育ったことによって無条件に安心することができなくなってしまった)、親密であればあるほど激しく問題が生じることになる。異性との関係においても十分距離が保たれている限り何もない。

②遭遇する機会が多くなるとわかるが、彼らの適応戦略の本質は、自分の要求を叶えてくれないのなら死んでしまう、という言い方が頻回に登場してくることで特徴的表れているとおり、自分の命さえ駆け引きに平気で使い、“捨て身の覚悟”で自分の欲求を叶えようとしている。

こうした戦略の本質は、全て見捨てられるという恐れや心の痛手から、自分を守るためにものだ。本人に特別関心を持たない関係では表れないが、親密な関係になると問題が生じやすいといえる。患者だけでなく、職員の相談でもこの分野の相談が増えている。職員トラブルでこのあたり知らないと法律論だけでは無理かも。

⇒6年前の大坂弁護士会医療委員会勉強会(2012.2.7)後の複数の参加者からの質問
「人格障害の方の見分け方と対処法を教えて下さい」

境界性人格障害の主な症状・特徴

“わがままな性格”と勘違いしやすい。判断力は持つ。

なぜ嫌がられるか—病識がないこと、治療ができないこと。

うつなどの病気であれば薬物治療やカウンセリングによって症状はある程度改善できる。しかし、人格障害は“人格のゆがみ”であって病気ではないから。

- ①対人関係が両極端、不安定(付き合ってわかる。魅力的側面に騙される。芸能人に多い)
- ②めまぐるしく気分が変わる
- ③怒りや感情のブレーキが利かない(心にもなく人を傷つける)
- ④自殺、自傷行為繰り返す、自己を損なう行為への耽溺
- ⑤心の空虚感を強く持つ
- ⑥自分が何者であるか分からぬ
- ⑦見捨てられることへの不安(愛情を人一倍求める)
- ⑧一時的に記憶がとんだり、精神病に似た状態に

参考:「境界性パーソナリティ障害」幻冬舎新書 岡田尊司著

多くのケースで共通する特徴をさらに整理すれば

- 1.事実と解釈が区別されず、一緒にしてしまう。推測したことが、いつのまにか事実のようにみなされて、自分の思い込みに動搖し、そこから過剰な反応を起こしてしまう。それが様々な苦しみやトラブルの要因となる。
- 2.多くのケースで見られるこの障害の特徴には以下のようなものがある。
 - ①矛盾に対する許容力の乏しさ
 - ②二分法的な認知、過度な一般化
 - ③見捨てられることへの過敏さ
 - ④根拠のない自己否定や罪責感
 - ⑤ネガティブな認知
 - ⑥自分の問題と周囲の問題のすり替え
 - ⑦事実と解釈を混同すること
 - ⑧自分の基準を相手にも期待してしまうこと
 - ⑨変化やチャレンジを避けていること
 - ⑩努力は嫌なのに理想にこだわってしまうこと、等

事例1: 数年前あった人格障害が疑われる患者(軽度)の場合

- ・30過ぎ女性。頭痛外来に来院。あらゆる治療に抵抗性、薬物に対する副反応が強くでることを1年程度繰り返す。どうも精神科的な症状がメインであると思い、精神科・心療内科を紹介した。すると態度が一変。怒りのメール、FAX、電話が次々と来るようになった。
- ・某国立大医学部を10年かかって卒業。国試うけてもずっと駄目。主人は弁護士。治療過程で気分の落ち込み、不眠、抑えがたいイライラがよくみられた。やりとりの最中で時折激しい剣幕でまくし立てることがあった。
- ・精神科を紹介すると「治療放棄された」「紹介状渡すとき、クリニックの受付も看護師も私に笑っているように見え、明らかに私を馬鹿にしていた」「私に残された道はもう死ぬことしかない」などのメールが返ってきた。
- ・とりあえず面倒は嫌なので謝ったという。

- ・しかし怒りは治まらず、自殺仄めかすメールが返信(「一人の患者を自殺に追い込んだ責任をとって下さい」)→びっくりし、どうしたらしいか電話があった。
- ・助言の前にこれまでの病歴等も詳しく尋ねた。すると通っていたその大学の精神科教授とも激しく揉めた経験をもっていることが分かった。

(助言)

①精神的疾患であることは間違いない。紹介するという院長の判断は正しい。分離不安、そして同級生で弁護士である主人への依存要求も極めて強い人格障害に近いのではないか。この場合色々な困難を疾病によって回避しようとすることが多い。このタイプは平気で嘘を繰り返す。周りはその都度振り回されることになる。②従って自分を人質にして要求を通す、**彼女の“戦略”**に乗らないことが大事。虚言癖があり、十分判断力ももつ。しかし初めてこういう患者に遭遇するとびっくりするので地元警察に電話入れ、出向き事情を話して保護を要請する。③保護されれば、その後は来院はないか、減るはず。しばらくメール他の攻勢はあるが無視すること。そのうちフェイドアウトする。

(結果)

- ・すぐに警察は出向き、無事を確認。到着時玄関から警察の来訪に「何かあったの？」の感じで平然と2人が出てきたそうだ。やはり予想したとおりだった。
- ・1ヶ月半後電話を入れたところ「電話やメールは減っていますが、FAXで2回ぐらい届きました」。ほぼ解決を見た。

境界性人格障害に向かない手法—接遇における「傾聴」

- ・他のタイプで上手く機能する精神分析や受容的カウンセリングの手法が上手く働かないで、単純にクレーム対応マニュアルにあるような「傾聴」の姿勢(いわゆる「接遇対応」では無理)で臨むと対応を誤り、後の始末がつけられないということになりかねない。
- ・特にこういった患者では、精神医学でいうリミット・セッティング(限界設定)が大切。「出来ないことはできない」「許されないことは許されない」。接遇対応でなく、危機管理的対応が必要。



ここまで言い切ってもいい

境界性人格障害の人に限らないが、周囲の人を振り回したりする傾向のある人は、周囲に対する要求が激しくなってきたり、常識というものが通用せず、一般的なルールが守れなかつたり、感情的になって暴力や暴言になったり、自傷行為を繰り返したりすることが多いので、基本この方法であたっても問題はない。

→この手法は理不尽な要求(応召義務の限度・限界を超えたもの)すべてに広げて使える！

③マル暴(元、現)関係の患者ー (ア)民間小規模病院

暴力団員が指詰めをしてくる場合

- ・毎月5人の指詰め※患者(年間60人)が来院。未収のまま推移。
※指詰めー主に暴力団にみられる慣習。相手に対して反省、抗議、謝罪、誠意などの意思表示として刃物で自らの指を切断する行為。
- ・預かり金7万(「証」あれば2万円)をもらいうけることにする
ことをもうすぐ始まる「経営会議」に提案してくる。
- ・7万の根拠(骨形成を伴う「断端形成術」6100点 保険点数準用)。
経営会議を前に現場に強い不安感が。
念のためと医事課長が電話してきた。

二つのアドバイスと結果

(ア)上からの「命令」だけでやっても危険。病院全体で組織的に対処する。通常の職員でなく、多少物怖じしない？ リーダーを現場から決めること！

※私はこれまで透析医療機関からの相談を多く受け、このあたりの相談には比較的自信を持っている。過去色々な透析医療機関からも相談がきている。

(イ)トラブルが起こることを想定し、地元警察とも日常的に連絡とる。場合によれば各県警などにも連絡し、OBの雇用も考える。



経営会議は2時間におよんだ。結果として事務局長が「皆の不安もわかったので私が責任持つ。ただもう一人つけてほしい」と最後をまとめた。しぶしぶ医事課長も挙手。



- ・実施に移すも最初の1人目は時間が少しかかったが、しかしその次から全員7万円包んでくるようになった
- ・医事課長は「こんなことなら、もっと早く今のような態勢をつくりあげておくべきだった」と。

③マル暴(元、現)関係の患者ー (イ)民間大規模病院

- ・「かなり以前うちで手術は成功したんですが、術後合併症になり、ここで診ている患者がいるんですが、今日相談したいのはその患者の家族(兄)のことです。時折扁桃腺炎などで救急外来に来ては、薬をまとめて出せ、と言って大声をあげるんです。ここの病院は脳神経外科を主に診ており、当直も基本循環器と脳神経外科はおいていても、内科医は置いていません。従って来ても出せる薬はせいぜい3日分です。これにいつもあれこれ難癖をつけてきます。それに物理的な暴力は行使せず、ぎりぎりのところでいつも止めます。職員や医師の一部を取り込み、その他の人間には厳しくあたる、彼の分断策にかなりの人数が騙されている状況があると思っています。さすがに最近医師や職員のなかにこの人物を『何とかしてくれ』と問題視する動きが出ています。ここまで来てしまったら、私らとしてはどこから手をつけたらいいんでしょうか。」 **F医師は、その病院の理事長の娘で医師、病院の責任ある立場だった。**
- ・ F医師など一部の人間には愛想よく振る舞う反面、それ以外の医師や職員には「俺の言うことを聞け」と恫喝を繰り返していた。こういった一連の手口はどう考えても反社関係者を想起させるようなので、パーソナルな情報もズバリ聞いたところ「そのとおり」とのことだった。来院して長時間居座る以外に、電話でも長時間の対応を常に迫ってきていた。いくら何でも10数年こういった状態が何もせずにきたとは思われなかつた。何か極めて巧妙な職員等への懐柔策があるのでないかと疑い、そこも尋ねてみた。
- ・ すると思ったとおりだった。一部の人間にはいい顔をみせるが、そうでない職員や医師にはよく「おい、おまえいてもうたろか」の脅し文句をよく投げつけ、威嚇していた。特に通常時間帯に来院するのではなく、**わざと夜間救急の時間帯に来院していた。夜間当直の職員にはとくにうまく取り入り、彼らからは「お兄さん」などとも呼ばれ、それなりの扱いを受けていた**ようだつた。病院内部の意思統一が全くできていない姿が浮かび上がってきた。
- ・私は次のように**4点の助言**を行つた。

- ・**第一**にAが院内で行っている行為をどう見ないといけないかだ。これはもはや刑法の脅迫罪に該当するような脅迫行為のオンパレードである。即レッドカードの断を下すべきだ。病院への立ち入りは拒否すべきだ。だいたいここまで放置するは病院の安全配慮義務違反だ。院内を安全に維持・管理するためにも病院として遵守すべきルール、規則を定め、それに従わないのであれば診療拒否しても何ら問題はない、「応召義務」違反にもならないと知るべきだ。現に職員のなかにはAの脅迫行為で精神的な恐怖感を持つものがでている実態を病院はもっと真剣に捉えないとだめだ。
- ・**第二**に病院側の若干の躊躇を生む理由が、現在病院でみている妹の存在だ。しかしすでにきちいと「示談」が成立し、互いに確認している。これにAがどの程度関わったかは別にして、「それを俺は納得していないから」と言うことで、好き勝手していいということはない。区別して考えるべきだ。Aは明らかに非違行為を働いているのであり、自分が納得していないことをもって現実の「正当化」を図ることなど許されるはずがない。

◎・**第三**に今一番病院として欠けていると思われるのは、Aに対する病院としての組織の方針である。これを早急に方針化し、全職員に徹底することが大事だ。急ぐ必要がある。その際押さえておく必要があるのは以下のことだ。この人物は、相当な人物掌握力がある。病院全体の方針を持たないと、絶対に勝てない相手と認識すべきである。現に関わりを持つ医師から「どうにかしてくれ」と悲鳴に近い声も上がっており、一刻の猶予もない段階にある。

- ・**第四**に一度警察に相談した経験もあるとのことだが、いまこそこの経験を活かし、警察と相談する。そしてそこで担当者の名前をきちんと押さえ、Aに警察に相談していること、担当は〇〇とはっきり伝えてみる。Aは警察沙汰になることをかなり嫌がっていることが伺いしれることもあるので、ぜひ試して欲しい。

結論:若干逡巡したようだが、すぐ気を取り直し、私への電話のあったその日にすぐ電話をし、毅然とした口調で生むを言わせず注意したところなんと謝罪した、とのこと(F医師はまた表向きだけだろうと思いつつも、一步前進と評価)。私に丁寧な手紙をよこした。その最後に「これからも長い道のりとなるかもしれないが、ご指導を」と結んでいた。

実際MPに遭遇したら

- 医師本人でも時にPTSD状態に
- 職員も深刻。心労、モチベーション低下、離職・退職の原因となる
- 職員の多くが「うつ状態」「過喚起症候群」に・・

10. ハードクレイマーの代表例

- (1)ピラミッドの中層に位置、そこでは「警察沙汰には決してならないが、とにかく自己中心的な態度で迷惑行為をする」とあった。
- (2)彼らは決して警察沙汰にならない。それを避ける傾向が強い。社会的地位があつたり(現在、過去)、またプライドが高いが、小心などころを持つという共通点がある。
- (3)とにかく度がすぎる場合には、警察に相談しに行ったという事実を作り、伝えてみるといい。知能犯で手の込んだ確信犯にはよく効く。



- ①偏った医療情報・知識を振りかざす患者(次P)
- ②結果からしか絶対判断しない患者(次々P)
ある意味、時間や労力がかかり、MPより厄介とも言える。

“困った患者(ハードクレイマー)”

①ネット、TV等の偏った医療情報・知識を振りかざす患者

- ・背景に何らかの医療的不満を抱えている。言い分否定しても結局水掛け論になる。いきなり全否定はせず「よく調べた」など一定の評価も。筋の通った意見であれば治療のひとつの選択肢に入れてみることも。
- ・時間は20分程度まで。それ以上であれば別の日の受診を予約してもらう。次回は疑問点などまとめてくるよう伝えておく。
- ・患者の理解度に応じてガイドラインや論文など用意しておき回り道して理解させていく。
- ・やりとりは細かくカルテに記載
- ・こういった患者群はカルテに印をつけ、職員とも情報を共有する。治療を軌道に乗せるには時間がかかる。

一般論としては上記対応でいいが、「思い込みの強い患者」ではネットを駆使し、ちょっとでも自身の思い込みに関係あれば、その情報を打ち出し、参考資料としてクリニックに持ち込み、Drに“動搖”があれば、畳み掛けるように攻勢をかけることを知っておくべき。例えば最近の歯科の事例がでも似た事例が(歯石とりと顎の症状→顎のがくがくは歯石とりが原因と患者が。謝罪せよ、と。将来不安(顎の状態)の解消について示せ)

“困った患者(ハードクレイマー)”

②とにかく結果からしか判断しない患者

- ・患者のなかにはいくら説明しても、そのリスク発生の可能性について「自分の身に降りかかることはない」と思い込む患者がいる。不幸にも問題が発生した時はこの患者は「こんなことになるとは聞いていなかった」とくる。
- ・結果から判断し、「医師の注意義務違反」を問うてくる可能性もある。「注意義務」とは結果から遡って考えるのではなく、"診療を行った時点"で医師に要求されるもの。中身として予見義務、結果回避義務がある。従ってその時点での予見をもとに必要事項を指摘しておれば、必ずしも注意義務違反とは言えない。



基本的に患者は結果からしか判断しない傾向がある、と押さえておく

“困った患者（ハードクレイマー）”に遭遇した結果

- 診療に納得せず、検査や治療を拒否するといった行為により、医師は思うように診療できなかったり、説得に多くの時間や労力を奪われたりする。
- 目に見える被害（器物損壊、傷害…）がないが、とにかく迷惑行為を繰り返し、警察沙汰にはならない。ある意味MPより厄介だ。

× 11.「普通の市民」への対応

- ・三層の最下層、最も広大な裾野を持つ。「普通の市民」と言っても、昔と同じ「市民」ではない。
- ・「普通の市民」の中に、“溜め”の喪失、貧困化が進み、日常や将来への不安感情が相当に高まっている。昔の「市民」と一番違うのは「時代」が強制した「消費者意識の肥大化」による市民が増え、常に「対価」を求めてくることである。
- ・近隣からコミュニティもなくなり、競争社会の真っ只中に放り出されるなかで、様々な理由で、溜めがないため、虫の居所、感情的なもつれが頻発するようになっている。
- ・これは若者だけでなく、高齢者まで含めて日本全体を覆っている。
- ・そこから「普通の市民」でも接遇対応だけでなく、危機管理対応が必要に。

12. 相談が増える精神疾患疑う患者への対応 一とくに精神疾患を持つ患者の責任能力について

①責任無能力者からの加害行為には、有効な対策は原則としてない、といわれる。しかし病院が泣き寝入りでいいはずがない。
→私への相談ではまだ責任無能力云々がはっきりしないケースが多いので、いきおいどういった疾患の疑いがあるか、を事細かく聞くようにしている。一定の「見立て」を相談者に示し、「同意」を得る。
同時に、まだはっきりしない段階ではどういう「加害行為」がなされたか、人でなく「行為」で見て、まず助言している。精神疾患を疑う患者=「責任無能力者」ではない。医療関係者でもここの認識が弱い。

②民法713条は「精神上の障害により自分の行為の責任を弁職する能力を欠く状態にある間に他人に損害を加えたものは、その賠償の責任を負わない」とあり、続いて714条に「責任無能力者がその責任を負わない場合において、その責任無能力者を監督する法定の義務を負う者は、その責任無能力者が第三者に加えた損害を賠償する責任を負う。監督義務者に代わって、責任無能力者を監督する者も、その責任を負う」とあり、後見人や保護者等にも損害賠償を請求できるとある。(行き過ぎた判例もある)

③病院等ではそういった患者からの「加害」が予想されるのであれば、そのまま放置するのではなく、組織的に医療機関施設内の安全確保をまず図る必要がある。そういうことの放置は職場環境の安全配慮義務に違反している(労働安全衛生法では、事業者の責務として労働者の安全と健康を確保しなければならない旨を規定している。また2008年3月に施行された労働契約法にも、使用者は、労働者の安全を確保して必要な配慮をすることが定められている)。

13.精神科病院からはこういった電話相談も

A病院

ケース①

精神疾患で入院中の患者(認知症、高齢者)が、身体疾患を発症し、外科的手術適用になって、転院となつたが、転院先の病院で手術同意書の署名を求められた。患者本人には同意能力がなく、家族も後見人もいない場合に、同意書の署名は入院病院である当院の病棟長などでもいいか。また家族もいない単身者であることを理由に、入院同意書に署名せずに、手術をしてもらう事は可能か。

→統一的見解はない。現場で工夫しながらどこも対応。一般論で言うと今回のように同意能力が低下ないし、ない場合はどうしているか。概ね以下の対応をしている。

▽予防接種や内服薬など侵襲性の比較的低いものについては医師が裁量で行ったり、施設ではその責任者が代わりに同意して行われていることが多い。

▽手術伴う重い医療行為(侵襲性が高い)の場合は医師や施設の責任者だけでなく、「その他の方法」で意思決定している。

→「その他の方法」とは？

- ・同意の有効性がはっきりしない時(または本人の意思がわからない場合)は、あえて侵襲的な治療はしない
- ・代諾者がいない場合は病院の事務長が代わりに署名する
- ・必要な治療は個々の医師や担当医の判断で行う

ケース②

入院患者B氏(男)62才 うつ病。医療保護で入院し、任意入院で開放処遇になった直後に無断離院された。家族から検査願いを出して、無断離院した日を退院日とした。約1ヵ月後、病院近隣の池より溺死で発見され、本人と確認された。その時点で患者本人妻、長男夫婦、長男の義母が4名で来院。苦情を訴えた。病院側の管理体制を含め、以下のことを聞いてきた。苦情の中身としては、なぜ当日開放処遇したのか?、自殺を予見できなかつたのか、病院の誠意が伝わらない。

→主治医、事務長、看護師、PSW、医事課長の5名で対応し、治療方針について事前に説明し、当日の状況について看護師より説明したが、一切納得されず、録音され、病院側の落ち度と家族を返して欲しいと詰め寄る。

→元々自殺念慮はあった。2~3か月経ったので慣れさせる方向で開放処遇にした(病院の中庭散歩、そして外に、と段階を踏んでいたが、予見できなかつたではないか)。

→「開放処遇化」については、その経過すべてカルテに書かれているはず(患者または家族に説明を行った時、いつ、どこで、誰に対して、どのような説明を行ったか。しっかりカルテに文章で残すこと)

→恐らく家族としては「預けておれば安心、亡くなることはなかつたはず」。先生や病院に全幅の信頼をおいていたので、裏切られたという気持ちがこういう行動にかりたてたりしているのではないか。こういう家族心理も一応知っておく。

→とにかくカルテに基づき、説明を試みていたことなどをきちんと理解してもらえるよう説明に努めるしかないのではないか。

ケース③

入院中の患者同士が喧嘩をし、相手を骨折させた。同じ病棟で入院中の患者C氏とD氏が病棟内の廊下で口論から掴み合いの喧嘩になり、2人とも転倒して、C氏が左大腿骨転子部骨折で整形外科病院へ転院した。D氏は胸部打撲で、特に治療はなし。C氏は、外科病院を退院し、現在党員で治療中。その際の入院費をはじめ、C氏家族は一切支払わない。C氏家族の訴え：転院先の入院費は支払わない。D氏への入院費と慰謝料を請求する。当院にも責任がある。当院に対しても誠意がないと暴言を吐く。D氏側も、C氏と会見する気はなし。このような場合の対応法は？

→CとD、二人とも統合失調症だ。「ふだん仲がいい時もある」とのことだが、症状の進行で最近でもそうではないときもあったはず。最近の動きがどの程度つかめていたのだろうか。今回の場合、民法714条に基づき、責任を問うことはできると思われる。最近の動きなどにどういう対応をしてきたかが相手に説明できていない。

B病院

外来通院中の患者(チンピラ風)が、外来受診に来院した際に、他の通院患者や外出して病棟外に出てきた患者に対して金銭を要求したり、女性の患者に対して声をかけたり、つきまとったりしている様子。職員の目から上手くすり抜けてこのような行為を繰り返している。

これまでに何度も、本人に対して注意しているが、時には女性職員(受付スタッフ)などに対して、威圧的な態度を見せるなどしている。決定的な証拠を残さない巧妙さがあり、金銭を取り上げられた患者も、恐怖のため、タイムリーに事実を職員に伝えられないため、対応に遅れてしまい、なかなか本人に対して適切な対応ができない。このような患者に対して何かいい方法はあるか？

→これは完全に病院幹部の責任。証拠を残さない巧妙さ云々を挙げているが、かなりの証拠はあるのにこの人物に及び腰なのは病院が組織として動いてない、対応が現場まかせになっているから。弁護士や警察にも相談することはどこでもやっている。この人物が「薬中」かどうかはわからない。職場の安全環境を悪くしたのは幹部の責任が大きい

C病院

前医と方針が合わないと当院に転院し、数回通院していた。主張が強く、言葉尻に細かく反応、自分の希望が通るように誘導しようとしていく感じであった。病気や薬について独自に調べており、「この薬をこれだけ増量して下さい」という要求が出るようになり、その後の診察で「一気に薬を増量できないか」と言い出し、医師が説明を行うが、「数週間に…1回来させて診療報酬あげるためでしょ」と言葉も強くなつていった。その後医師とのやりとりを正確に記載しろと、カルテの開示要求があり、カルテを見せると、電子カルテのある医師の席に座り、記事を打ち込もうとする行動や、処方を書き換えようとし、電子カルテ前に居座つてしまい、診療が中断。外来よりトラブルが発生していると医事課主任・外来男性スタッフに報告あり、男性スタッフ2名が診察室に入室する。医師と患者のやりとりのなかで、暴力行為には至らないものの「ボコボコにする」など威嚇する言動あり。診察室から出て行こうとしないため、医師は第二診察室で他患者の診察を開始。その間に事務員が患者に会話の録音・記録の同意を得て、聞き取りを開始。聞き取り中も医師に対して要求が通らないことに腹が立つと訴え続ける。話を聞いていくと落ち着きはじめ、医師と話を再開するが、再び怒り出し威嚇する言動あるため、分離。

その後は事務員が対応し、本日の言動が診療妨害にあたると説明。本人より、他の病院をあたるといわれ、帰宅され、その後は連絡もない。こういった場合の対応は？

→30代男性、双極性感情障害(双極性障害)とのこと。病院からの報告をみてもわかるとおり、人格障害と類似の症状が多い。場面をよく見て、判断する力の十分あることが上記記述ではっきりしている。きわめて高い判断力をもつ。対応は人格障害と全く同じでよい。リミットセッティングであったる。記述をみても、この病院関係者がなめられているのがよくわかる。とにかく“いちばんだめな対応は、やさしく接することだ”。

D病院

ケース①

当院に入院及び通院されている方の家族(息子)の言動が明らかに異常で、わけのわからないことを伝えに来院したり、落ちていたと言って包丁を持って来られたりします。また明らかに当院の職員に対し、脅しとも取れる言動をします。→当院の対応は、警察と相談し、その方が来られた時点で警察に通報している。→警察に通報、連行されるが、翌日になるとまた来院し、同じことの繰り返しだ。他のところで同じ事例はあるか。

→統合失調症の疑いがある。対応はこれでよいと思う。35～36歳男。飲酒し来院が多い。両親離婚。若いころより父親に反抗的。母親には甘える。入院者はこの母親だった。生保だったが、取り消されたので、今は父親のところに転がりこんでいる。こういったことが繰り返されるなかで状態の進行もあるはず。院内に掲示し、そのルールに従わない場合が続けば、途中の「行為」で、イエローカードからレッドカードをきる(診療拒否)。

14. 最近顕著に増加する「ネットの書き込み」相談と対応の要点

- ・各科で相談があるが、一番多い科目は「**皮膚科、形成外科、小児科、内科**」等である。
- ・書き込みサイトでは、いま**相談が多いのは「Google」**。匿名巨大掲示板として5ch(以前の2ch)同様、現在においてクレーム相談の大きな発生源となっている。
- ・しかし、**同じ開業医が別の口コミサイト**ではこう書かれている。書き込みサイトはネット開けば地域毎、業界毎に山のようにある(QLife、Mixi、caloo………）。まず**過剰反応しない、冷静になることも大事**。

あるクリニックからの事例

ネット書き込みへの対応。奥さんより自宅から電話あり。奥さんも医師、小児科を担当。

生保患者。グーグルに奥さんが実名で、主人はハンドルネームで。7/26に乳幼児連れ受診。どうやらいつも行くところが前日かかったものの、本日休診だったので、木曜やっていて、小児科もあるということでこの日来院。熱はあるものの昨日もらった頓服の解熱坐剤を使つたらと奥さんに伝え、帰した。ところがしばらくしてだんなが来院。子どもは水分とれていない、小さい子の点滴もしているところを紹介しましようかというと、同じ日に同時に医療機関の紹介できないので、うちに来なかつたことにして別のところにいきますか、と提案した。するとタクシ一代もないし…とこぼし不満そうにし、かえっていった。

そしてその晩に二人してグーグルに書き込み。奥さんは実名で書いていた。

今までこういう書き込みされたことがない。私(奥さん、医師)はいいが、医院全体でそう思われているようで嫌だ。何とかならないか

【対応】

中身を確認。奥さんA「診たくない患者は他所の病院へパスする病院」、主人は「受付も態度が悪く、医者はヤブ医者でした。来院しても病状は変わらず」だった。★一つずつ。

第一に、Aというより、Aの主人については尋常でない感じを受けるので、この人物のパーソナルな情報をもう少し掘む必要がある。福祉事務所に電話し、面談する。点滴の必要性云々、すでにもらっていた解熱剤坐剤の使用のこと等々を丁寧に説明しても、全く聞く耳を持たなかつことなど、ここクリニックであったことを報告しておく。その雰囲気が尋常でなかつことにも言及し、ずばりそれがもともとの本人の性格からきたものか、何かメンタル系の病気からきているのか、を問うてみたらどうか。他のところでも同じ傾向があれば、一定の情報は教えてもらえるはずだ。私はここでの情報がかなり重要になると思っている。

第二に、第一の点での情報が、どちらかと言えば性格的なところからきているものであれば、次の準備を始める。Aが実名なので、Aあてに主人を念頭においた文章をすぐに書く。中身はそんなに心配はいらないこと。そして今後書き込みはやめて欲しいこと。できれば書き込んだものも削除して欲しいことを告げる。今後この手の追加の書き込みが続くようであれば、弁護士を通じて法的処理に入るなどを内容証明で送りつける。Aは主人に比べれば、普通で、掲示板への書き込みもどちらかと言えば、書かされ感があり、気の毒なところもあるが仕方がない。

第三に、第一の聞き合わせで、性格的な歪みからきているようであれば、こちらからの内容証明の送り付けなどが刺激になって攻撃してくるかもしれないが、Fクリニックは内科が主体で、患者の大半が高齢者なので、追加の書き込みがなされてきたとしてもそんなに影響はないはず。ましてや性格面の歪みでなく、メンタル系の病気であることが確認できれば、いまの書き込み文については目をつぶる、放っておくことにした方がいいのではないか。

【結果】

福祉事務所ケースワーカーに院長が会いに行った。詳しく話してくれた。主人は精神障がい者、無職。今の奥さんでない前の奥さんとの間の子どもを失くした。小さい子どもに異常に敏感になっている。道理はそのまま通らない、刺激はしない方がいい、とのこと。ケースワーカーもはじめ残薬ちゃんと飲んでからにしたらと言つたんですが、聞かなかつたそう。帰るときは旦那の方も穏やかな顔で帰つたのに。それなのに★一つと書き込み内容に少し頭にきた。

自分はいいが、主人に申し訳ない気持ちがあつたので電話した。今回は皆の意見も入れ、無視する、放つておくことに決めた。

但し、法的対応には、弁護士費用も含めて相当な時間的、経済的負担が伴うことも知っておく。すぐに削除依頼することが考えられるが、任意での削除依頼に応じて貰えない可能性も高い。

【法的対応】

①仮処分請求

法的手続きは、掲示板の管理者に対して書き込みの削除を求める仮処分を求めることが考えられる。この仮処分については、実際掲示板管理者を対象に削除を命ずる仮処分決定が出ており、実効性が期待できる。

②管理人等に対する損害賠償請求

さらに、管理人やプロバイダに対して損害賠償請求をすることもありうる。管理人等は直接書き込みをした当事者ではないが、被害者が削除請求をしたのにこれに応じず、名誉棄損的表現等をそのまま放置しておくことは、名誉棄損の“帮助”をしていると評価できる。従って、このような場合では、損害賠償請求が認められる場合もある。

③発信者に対する損害賠償請求

発信者について損害賠償請求をすることも考えられる。発信者は名誉棄損的表現をした当事者なので、その書き込みの内容によっては不法行為に基づく損害賠償請求が認められることに。しかし、ここで問題になってくるのは、発信者の特定が、非常に困難であるということ。発信者情報は、管理人等から開示してもらう以外にないが、任意での開示にはなかなか応じてもらえないのが現実。この点、「プロバイダ責任制限法」が施行され、不特定の者によって受診されることを目的とする電気通信の送信によって、権利を侵害された被害者に、発信者情報の開示請求権が認められた。従って、このプロバイダ責任制限法に基づき、発信者情報の開示を求め、発信者を特定し、その発信者に対して損害賠償請求していくことが可能となる

【ワンポイント】

プロバイダ責任制限法上、発信者情報開示請求権が認められるための要件は2つある。①被害者の権利の侵害が明白であること②開示の必要性があること。従って、被害者は、これら2つの要件を立証する必要がある。

× 参考:先ごろ起きたネットへの書き込み裁判で勝訴した例

☞ あとでお読みください

- ・プロ野球の横浜DeNAベイスターズの井納翔一投手(31)の妻が、ネットの「嫁がブス」という書き込みに怒り、匿名の壁を突破して探し当てた20代の女性に、約200万円の慰謝料を請求した。**匿名に隠れて勝手なことを書いているネット投稿者には衝撃だ。**
- ・井納投手は17年25試合に登板して6勝10敗、防御率3.84、年俸8500万円、オールスターに3回出ている現役のバリバリだ。昨年(2017年)7月、ネットの匿名掲示板で話題になり、奥さんの写真が出た。これを見た一人が、「そりやこのブスが嫁ならキャバクラ行くわ」と書き込んだ。むろん匿名でだ。
- ・ネット掲示板に情報開示を求めた
- ・ところが11月、井納選手の妻から投稿者に通知文が届き、さらに12月半ば訴状が届いた。原告は井納選手の妻(20代後半)、投稿者の20代の女性・会社員Aさんに対して、191万9686円の慰謝料と訴訟費用の被告負担を請求していた。
- ・匿名掲示板なのに、なぜ投稿者がわかったのか。これが肝だ。
- ・井納投手の妻は掲示板に対し情報開示を請求。AさんのIPアドレスを入手して、**ネット提供会社(あるいは携帯会社)から個人情報(氏名、住所、電話番号)を得た。**情報開示は、権利侵害が明白、正当な目的がある場合などで認められるという。
- ・S弁護士は「基本的には拒否されるので、裁判が必要になる。一般の人には難しい」という。このケースは、それを突破したわけだ。通常、相手を特定するまでに、8~9か月、裁判に1年以上かかるという。
→「やる気になつたらやれるということがわかった」「お金と時間、労力をいとわなければ相手を特定し、訴えられる」ことを証明した！」と評価
- ・ただ、弁護士費用などで、これに77万円を要した。訴状には、これもAさんに払えといっている。Aは「軽い気持ちでした書き込みでまさかこんなことになるなんて」と反省。S弁護士は、慰謝料の上限が100万円なので、今回は「30~60万円に成るかも」という。トータルで見れば、訴訟に勝っても「ほんの少しお金が入る程度」、「足が出る場合もある」とのこと。
- ・このケースについてS弁護士は、「名誉毀損は難しいが、プライバシーの侵害か名誉感情の侵害にあたる可能性がある」という。

15. 患者トラブルに対する正しい考え方、心構えとは

- ①ここでの“正しい”とは、90年代から現在に至る平成での患者トラブル対応において、“正しい”という意味である。
 - ・「平成の時代」の基調だったグローバリゼーション化に対応した市場原理主義が日本に何を生み出したか？→あらゆる面での社会的危機の出現。リスクを絶えず作り出し、儲ける衝動が強まった。
 - ・本来なら国家には国民の安全確保の義務がある。例えば天然災害などが起きた場合、被害にあった人を全力を挙げて救出し、被害を最小化するということが国家に求められる。ところが平成に入った90年前後から大きく統治原理の変更(包摂・分配から排除へ)が起きた。みんなを食べさせるという包摂の原理が、排除へと転換した。みんなを食べさせようという発想は社会の中から全くなくなった。
 - 「時代の社会システム」が歪んだ形でこうしたMP等を大量に作り出したと言えるのではないか。

②横内氏の指摘（「日経ヘルスケア」08年9月号 私との対談）

「病院というのは本当に我慢と根性の世界だなあということです。最近は少しずつ変わってきてはいるのですが、以前は、暴力があつても、『それは被害に遭う方が悪い。だから我慢するのが当たり前』といった考えが医療者の間では根強かった。医療者は根が優しい人が多く、『病気を抱えて弱い立場にいる患者だから訴えてはいけない』とか、はたまた『暴力も病気のうち』ととらえ、患者からの暴力にもひたすら耐えることを美德とするような傾向も見られました。でもどんな事情があろうと、暴力は決して許されるものではありません」「慈恵の暴力対策の基本方針は、①医療機関ではいかなる暴言・暴力も許さない、②医療従事者は組織として守る、の二つです。ただし、その大前提として、医療者は患者に対し、最善の医療を尽くすことが必要なのはいうまでもないでしょう。」

（ともに日経ヘルスケア2008年9月号での私との対談、慈恵医大総務部
渉外室長・横内昭光氏の言）

特集

特別対談

警察OB&トラブルバスターが直言

院内暴力 難クレーム にはこう対応する

現場を悩ます院内暴力の実態 対応が後手に回れば経営に打撃



なにわのトラブルバスター

大阪府保険医協会事務局次長

尾内 康彦氏

Onouchi Yasuhiko

尾内 横内さんは、警視庁捜査1課で
数々の事件を手がけたすぐ腕刑事だったと伺っています。

横内 すぐ腕かどうかはわかりませんが、1963年に警視庁に入庁して以来、長く刑事を歩んできました。警察では、日航機墜落事故や東京・埼玉連続幼女誘拐殺人事件、オウム事件など、特捜本部事件35件に携わりました。

尾内 それで定年退職後、慈恵大学にやってこられた。

横内ええ。2004年に大学の主に附属病院のリスクマネジメント業務を担当してほしいということで採用されました。

—— 医療機関の職員が患者から暴言を浴びせられたり、身体的暴力を受けたりする「院内暴力」が社会問題化しています。こうした状況に、医療機関側でも警察OBを雇用して、暴力対策に積極的に取り組む動きが出てきたわけですね。慈恵大学で、横内さんはどのような立場でどんな役割を果たして

いるのですか。

横内 私が今いる渉外室は別名「院内交番」と呼ばれており、大学と四つの附属病院で起きる患者からの難クレームや暴力への対応に当たっています。警察との各種折衝の窓口になるのはもちろん、教職員から寄せられる仕事上のトラブルや個人的な悩みにも幅広く相談に応じています。最初は私1人で立ち上げ、後に警察OB2人を採用して、現在は3人体制です。

—— 院内暴力に関しては、全日本病院協会が昨年12月から今年1月にかけて実施した調査では、回答数の52.1%に当たる576病院が、過去1年間に暴言やセクハラを含む院内暴力の被害を受けていたことがわかりました。

尾内 各地の医師会などで診療所を対象に行った実態調査でも、院内暴力を経験したことがあると回答した比率は、軒並み高い数字が出ていますよね。病気で苦しんでいる患者が、不安や

一部の患者からの言わなき暴力や理不尽な要求に疲弊する医療現場。この深刻な事態に、病院はどのように対応すべきなのか。その答えを探るべく、本誌連載コラム「病院トラブル110番日記」でおなじみの尾内康彦氏と、慈恵医大病院で危機管理対応を担う元警視庁捜査1課管理官の横内昭光氏に、患者による暴言・暴力の現状と対策について、語ってもらいました。

聞き手・構成○庄子 育子 写真○花井 智子

ストレスから医療者に不満をぶつけてくるようなケースは以前からあったが、今はそんな生易しいレベルではなくてきている。だから、世間でも患者による暴力が何かとクローズアップされるようになっているのだと思います。実際、私のところにも、医療者に非があるとは思えないケースで、患者からいきなり胸ぐらをつかまれたり、執拗にクレームをつけられたりといった相談が増えています。

横内 私は4年前に医療の世界にやってきて、病院内の暴言や暴力の実態がこれほどまで深刻だとは思っていませんでした。

警察への通報恨み「お礼参り」

—— 横内さんが慈恵大学に来られてから遭遇した院内暴力の事例には、どのようなものがありますか。

横内 そうですね、強烈な事例を二つ紹介します。1件目は昨年発生したものです。患者は50歳代の元ヤクザ者。慈恵には10年以上前からかかっており、来院しては、院内で大声を出して自分の診察を早くするよう暴言を吐いたり、酔ってソファで寝るといった行為を繰り返していました。

この患者が昨年9月、看護師を怒鳴り散らして騒ぎを起こした上、駆けつけた警備員の顔を3回殴った。それで職員がすぐに110番通報し、患者は逮捕

されました。

—— それでトラブルは解決した。

横内 いやいや。その男の罪は結局、罰金刑で済み、逮捕から2週間後の10月上旬に釈放された。すると翌月、警察に通報されたことを逆恨みして、何と病院に「お礼参り」にやってきたんです。休日だったのですが、「役所に出す生活保護の書類をつくれ」と無理難題を言つてきて、それを断ると、男はポケットからいきなりナイフを取り出し、「おれを甘く見るな」「ぶっ殺すぞ」などと、職員や駆けつけた警備員を脅しにかかった。

—— それでどうなったんですか。

横内 これも当然110番通報しました。再び警察に出动してもらい、現行犯逮捕となった。今度は、懲役2年6ヶ月という厳しい判決が下されました。

—— では、もう1件の事例とは。

横内 これは一昨年に発生しました。会社役員の中年男性が1泊2日の検査入院をした。慈恵では、日常生活用品は自分で準備してもらうことになっています。だから夕食にはしがついでいるんですね。だから夕食にはしがついでいるんですね。そのことに男性は激高し、ナースコールで若い看護師を呼び出した。看護師は、はしを持って慌てて駆けつけたが、個室の病室に入るなり男性に胸ぐらをつかまれ、胸もとのネームプレートをはぎ取られた。その上、土下座して謝れと迫られたんです。



元警視庁捜査1課管理官

慈恵大学総務部渉外室長

横内 昭光氏

Yokouchi Akimitsu

③患者暴力対策の基本方針と 患者呼称の変化

- ・ 横内氏のような指摘(「週刊ポスト」2018.8.10号記事も参照)が全国に広がっている。
- ・ 病院でも「患者さま」から「患者さん」に呼称を変えるところがかなり増えている。

「患者さま」という呼称の本質・捉え方を間違えないことが大事。ここがわかっていないと単なる呼び方問題としか映らない。介護関係での「利用者さま」使用でも一緒。
⇒ただ私は医療での「接遇セミナー」自体は否定していない。

〈密着ルポ “事件、は病室で起きている!〉

退院した患者が刃物
順番待ちを巡
痴情のもつれで看護
ストーカー

を持って“御礼参り”

って殴り合い、

師に手をあげる医師、

患者に怯える女医……

月刊 警察24時

ドキュメント
事件は病院で起きている!
善良な患者とスタッフを
守るために――
病院専属。ボリスは
今日も眠らない!!

旧大口病院連続中毒死事件
でも、病院内での管理体制
が問題視された。

「病院は患者や見舞い客が
自由に出入りできるうえ、
監視カメラもない。最も無
防備で危険な場所です」

そう語るのは、元警視庁
捜査課管理官の横内昭光
氏だ。04年、慈恵医大病院
が全国で初めて「院内文書」
と呼ばれる専外室を設置。

警察OBが常駐して院内を
監視するシステムを立ち上
げた。その際に、院内ボ
リス第1号として勤務し
たのが横内氏だつた。

基本的に平日朝9時~午
後5時の勤務だが、緊急の
場合には深夜でも病院に駆
けつけたり、電話で対処法
を指示したりするなど、24
時間体制で病院での事件
解決に当たる。

通刊記念 9.9.2018

お願い、誰か来て!

殴る、刃物を突きつける、ストーカーをする、
財布を盗む――繁華街の路上で起きている事件
ではない。いずれもその舞台は「病院」だ。
患者が自らの命と健康を守るために訪れる場
所で、日夜生々しい事件が起きる。そんな現実
に立ち向かおうとする男たちがいた――。

あげる患者。

すると男は「まあ、まあ、

枕元に置いてあったP.H.S.

が鳴った。

「入院患者さんが暴れて、

誰も止められなくて……」

夜勤の看護師の勤務した

声から現場が切迫している

力を、静かな口調ながらも

落ち置いてください」とい

うことを察した男は、「すぐ

に向かうので、決して無理

はしないでください」と告

げ、病院に急行した。

夜間通用口で待っていた

看護師に案内されて病室に

入ると、男性入院患者が酒

瓶を手に意味不明の言葉を

わめき散らし、その傍らで

当直の医師が「ウウウ」と

うめき声を上げてうすくま

つている。男性患者に暴行

を受けたようだ。

駆けつけた男に対しても

「なんだお前は!」と声を

わざわざ現場に駆けつけた

医師や看護師に対する暴

力や患者同士の喧嘩、さら

には窃盗、セクハラなど、

いながら患者に近づき「こ

のか、患者はシニンと大人

ははひとまず置いておさま

しょうね」と、酒瓶を持

つて、その腕

を握った。その腕

を握った。その

笑いと涙と希望が詰まつた
落語コミックエッセイ集!

お多福来い来い

てんてんの
落語案内

細川貂々

早くも話題沸騰!

左面本体1,260円(税込)小冊子

週刊ポスト

週刊ポスト

ちへの配慮を終えてスタッフがオフとひと息ついた頃、ある病室から激昂する男性患者の声と「やめてください!」という悲鳴にも似た看護師の声が響いてきた。

看護主任が様子を見に行くと、男性患者は今度は看護主任の胸ぐらをつかみ、「箸が出てないじゃないか」「オレへの嫌がらせか」と怒鳴りつけた上で、平手でその額面を殴りつけた。

その直後である。ナースステーションから連絡を受けていた「院内ボリス」が現場に駆けつけた。

180センチ近い身長の屈強な男の登場に、男性患者は暴力を止めだが、その後も文句を言い続けた。この60代の患者はブライドが高く、看護師の言葉遣いや態度に不満を募らせていたという。

こうした事件は、決して珍しくない。

「いつまで待たせるんだ」といつ看護師を殴る「病

院に金を要求する患者

横内氏は自身の体験から

「患者や看護師は常に暴力の危険に晒されている」と説明する。

「病院に刃物を持ってくる患者は多い。医者がパソコンばかり見て自分を見な

つたり、若いのに上から目線だという理由で、不満を鬱憤させている患者は少な

くないのです」(横内氏)。

しかし、これまで終わりで

はなかつた。

勾留期間が終わって数日

後、男がナイフを持って病

院に侵入してきたのだ。

当直の職員にナイフを持ち

て待合室で暴れ出したた

め、職員が止めに入った。

その刹那、

職員の顔にめり込むよう

に男の拳が入りた。

呻きながらその場に崩れ落ちる職

員。そこに院内ボリスが現

われた。素早い動作で男を

押さえ込み、他の職員に警

察に通報するよう指示。男

は現行犯逮捕された。

しかし、これが終わりで

はなかつた。

勾留期間が終わって数日

後、男がナイフを持って病

院に侵入してきたのだ。

当直の職員は逃げながら院

内ボリスに「通報」すると、

そこからすぐに警察に連絡

などと意味不明な要求を口

にしながら来る。

当直職員が逃げながら院

内ボリスに「通報」すると、

そこからすぐに警察に連絡

などと意味不明な要求を口

にしながら来る。

当直の職員は逃げながら院

内

16. 患者トラブル対応の基本とは

「クレームは宝」というとらえ方をし、「応召義務」に縛られた考え方方に立たない。クレーム社会では、悪質クレームは決して宝などではない。まず「ありがたいクレーム」と「悪質クレーム」は区別できるし、できなければいけない。

接近戦に役立つポイントは以下の通りです。

①患者・家族の気持ちを思いやる

- ・なかなか難しいことですがまずは患者・家族の気持ちを思いやることが大切である。
- ・不快感を抱かせてしまったこと、迷惑をかけたことに対しては、誠実に謝罪する。
- ・しかし必要以上に”博愛主義”的立場をとってはならない！

②クレーム・苦情を見分ける

- ・まずは事実を確認する。
- ・患者側の“一方的な主張”だけで、それが事実と判断しないこと。
- ・事実関係を確認した上で、患者側に被害が生じているかどうか、医療機関側に過失があるかどうかを検討する。
- ・対応初期では、賠償責任を認めず、過失に対する謝罪は事実関係を確認した上で行う。
- ・苦情に対し、確認・調査する責任は認めるが、相手の一方的な非難の内容を事実として認めたり、過度な期待を持たせるような言動はしない。
- ・他の職員に対する非難や責任の転嫁は絶対しない。

○医療機関側に法的な責任がない場合

- ・被害が生じた原因について、誠意ある説明を行い、さらに今後の改善等などを示すことで、患者側の納得を得ることを試みる。
- ・患者に客観的な被害が生じている場合でも金銭的な補償は約束しない。「金銭的補償＝過失を認めた」と受け取られることに。但し、絶対ではない。

○医療機関側に法的責任がある場合

- ・被害が生じた原因について、誠意ある説明と謝罪を行ったうえで、被害に対する賠償交渉を進める(多くはここで医事紛争処理委員会(医師賠償責任保険を利用。そのやり方をきちんと伝える。このやり方を詳しく知らない担当者も多い。県医師会にまず連絡)。
さらに“今後の改善策”などについても併せて説明し、患者側の納得を試みる。

③詳細な記録をとる

- ・対応した日時、相手の氏名、応対の内容をできるだけ詳細に記録する。
- ・記録は「いつ」「誰が」「どこで」「誰に」「どうして」「どうなったか」がわかるように記録する。
- ・状況によっては、録音も必要となる。

④怒りをエスカレートさせる行為は厳禁

- ・議論をしない。
- ・責任転嫁しない。
- ・苦情であっても、不誠実な対応（患者から指摘された時のマナーを身に着けておくなど、ここで意外に「接遇」の基本が大事となる！）で、クレームに発展する可能性が高くなる。

⑤会話を録音する準備を常にする

- ・録音について、私人間であれば何の問題もない。特段の違法性もない(千葉地裁H3年3/29、最高裁決定H12年7/12裁時1272号)
- ・盗聴とは、通信回線の途中に入り込んで、他人の通信を傍受することを指す。従って私人間の会話、独り言をたまたま録音装置が拾った程度の認識でいい。
- ・ICレコーダーは現代の必需品。病院では必ず数台常備を。
- ・警察を出動させるうえで、客観的証拠は欠かせない→「民事不介入」が原則だが(これも最近変わってきている)、警察に動いてもらいやすいようにもっていくことがコツ。

⑥対応場所を選ぶ

- ・孤立しない場所で、複数で。
- ・相手との距離、角度も注意。
- ・相手の自宅や会社に呼び出されても応じない
(過失のあるなしで多少違ってくるが)。
- ・湯茶接待はしない(凶器となる)。
- ・灰皿、花瓶などは置かない(凶器となる)。

⑦対話法を学んでおく

- ・最初の数分間は原則反論しない。
- ・はじめに相手の要件を明確にさせる。
- ・多弁は禁物。
- ・意思表示は明確にする。拒否の場合は特に。「検討します」「相談します」という言葉は使わない。余計な期待感を抱かせるから。
- ・相手の挑発に乗らないし、こちらも挑発しない。
- ・官庁・マスコミへの告発、タレコミなどの脅しに屈しないこと。多くがハッタリである。「どうぞ、どうぞ」といなして欲しい。
- ・相手の要求に即答しない。

- ⑧最も大事なことは、医院で働く医師やそこに働く職員の「身を守る」ことに置く。
- ⑨今は昔のトラブル対応と違い、院長や事務系幹部が1人で何とかなると過信しないことが大事。ポスターを掲示し(別資料)、組織として対応することが基本。
- ⑩今後対応困難な患者で、悩んでおられたら、大阪府保険医協会(06-6568-7721)
・尾内まで一度ご連絡下さい。
- ⑪最後に一言:
本日の話では、特に「応召義務」に焦点をあててみました。この言葉は医療関係者のなかではまだ単なる知識として受け止められています。できれば自在に応用が可能なまで伸び縮みできるようにして欲しいとの願いを込めました。そのためにはこれが作り出されたこの言葉の歴史的経緯も知り、それがカバーできる範囲もいま広がっていることをぜひ知って頂きたかったからです。
結果として、今まで皆さんが抱いていた「応召義務」のイメージを、ご自身の中で少しでも修正して頂けることを願っています。そうなって初めて「応召義務」がトラブル現場を乗り切る力、想定外に向き合う知力に転化するのではと考えているからです。



本日のまとめとして、「患者トラブル解決に関する三原則」を掴んで下さい。

- ①優しいだけでは、これからは医療を守れない
- ②クレームに強くなければ、からの医療は守れない
- ③医療現場で働く人を守れないで、患者を守れるわけがない

ご清聴ありがとうございました。

補足:私の対応方法の一端

- ①まず相談者より一般的説明受ける。トラブル内容の概要を掴む。患者、医療者両方の言い分の確認。
- ②患者の言い分が悪質なものか、正当なものかの区別を行う。正当なものであれば丁寧に聞いて対応。
悪質であれば危機管理的対応である。
- ③悪質なクレームの場合。患者側のクレーム内容の把握に努める。その本質は何か。患者のパーソナル情報も詳しく掴むことが大事。私は連絡受けた時以下のようなどころは最低聞いている。
年齢、性別、職業、家族構成、保険種別、病歴・薬歴、初診時および最近の受診状況、クレームのきっかけはあるか、きっかけと原因は別(例えば先ほど紹介の歯科の事例)のことよくある。そして時に家族内で起きていること(家族内の人間関係)も聞いておく。
- ④クレーム唱える患者のことを詳しく聞き出すやり方(⇒**プロファイリング**)
このプロファイリングは、もともと犯罪捜査に関わって、20世紀に本格的に始まった比較的新しい捜査方法。「犯人像」を明確にする手段として、急速な発展を遂げた。プロファイリングは、現在では欠かせない捜査方法の一つになっている。
プロファイリングでは、主には「理解不能な犯行」において、その手法が発揮されている。プロファイリングは、動かぬ証拠をもたらすものでは決してない。あくまで捜査資料の提供が主な目的であり、それ以上のことまではできないという限界性を持つことも知っておく。具体的には、犯行現場の検証や遺留物などを元に「犯人像」を割り出していく作業で、犯人の身体的特徴や性格癖や嗜好などを、心理学の見地を含めて特定していくことが多い。こういった分析手法は私はクレーム唱える患者の「患者像」を明らかにする際にはかなり有効と考えている。
- ⑤以上から正確な「患者像」確定作業を進め、その上で、私の助言に基づき、相談者・当事者に実践してもらう。あくまで電話対応が基本でやっている。

ご来院の皆さまへ

迷惑行為により診療を お断りすることがあります

当院では、次のような迷惑行為があった場合には、診療をお断りする場合があります。

患者さんの安全を守り、診療を円滑に行うとともに、最善の医療を提供するためにも、何卒ご理解のほどお願いします。

1. 他の患者さんや職員にセクシャルハラスメントや暴力行為があった場合、もしくはそのおそれが強い場合
2. 大声・暴言または脅迫的な行動により、他の患者さんに迷惑を及ぼし、あるいは職員の業務を妨げた場合
3. 解決し難い要求を繰り返し行い、診療業務を妨げた場合
4. 建物設備等を故意に破損した場合
5. 受診に必要でない危険な物品を院内に持ち込んだ場合
6. 飲酒をされている場合

院 長