

勤務医部会だより

当院の「応招義務例外規定」の紹介と問題点



幹事 奥田 聡

(名古屋医療センター 副院長)

現行医師法では「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」と、いわゆる「応招義務」を定めています(医師法第19条)。ただし、これに違反した場合の罰則規定はありません。日本医師会の「医師の職業倫理指針(平成20年6月改訂版)」には「医師は診療を行っている場所で診療可能な場合、特に緊急性のある場合には、できるだけ診療を引き受けることが必要である。しかし、『正当な事由』があれば拒むこともできる。」とあります。

医師の職業的使命、あるいは病院の社会的役割から鑑みて、診察治療の求めがあればこれに答えるのが原則ですが、一方で医師あるいは病院と患者との信頼関係がなければ良い医療は成立しません。すなわち医療側と患者側が十分な意思疎通をはかり、医療側は最善と考えられる医療を提供し、患者側は医療側の提示した方法や指導に従い、あるいは協力するとともに、保険診療上の医療費を負担する、という契約関係が必要です。この信頼関係が極端に破綻した場合、適切な医療を提供することが困難となります。

当院は年間7,000台以上の救急搬送を受けており、「断らない救急」をモットーとしておりますが、稀に医療スタッフと患者あるいは患者家族の間の信頼関係がどうしても築けない場合があります。診察の順番を早めるよう大声で威嚇したり、適応がないのに入院させると居座ったり、時にはスタッフに暴力をふるったり…。「こうしたことはERに付きもので、迷惑な患者をどうさばくかが救急医の腕の見せどころだ」と嘯く猛者もおられるでしょうが、若い医療スタッフがこうした患者のために疲弊し、心が荒んでいくことも確かです。おそらくどこの病院でも影のブラックリストのようなものがあるかと思いますが、当院では2011年にブラックリストを病院で認定する「応招義務例外規定」を作成しました。主に、患者の「迷惑行為」「暴力行為」「違法行為」に対し、

担当スタッフが「応招義務例外」認定の申請書を提出し、それを判定会議で検討します。申請内容が妥当とされた場合は原則的に「応招義務例外」仮認定とし、次回、同様の迷惑行為が見られた場合にスタッフがその場で「今後、あなたは当院では診療できません。」と宣言し、電子カルテで受付できない状態となります。ただし、認知症、せん妄状態、あるいは精神症状で暴れたりする場合は対象とはしません。また、いったん本認定となった患者でも三次救急の対象となる状態で搬送される場合には診療することとしています。救急患者以外にも申請があれば検討対象とします。

当初は「病院がこんなものを作ってどこからお叱りを受けないだろうか?」とビクビクしていましたが、まず外部委員を含む当院倫理委員会に提出したところ、「こういうものは当然必要でしょう」と異論なく承認され、その後、医療マネジメント学会にも発表しご批判を受けることとしましたが概ね好評(?)でした。

この応招義務例外規定を約5年間運用し、院内にはほぼ定着したと考えております。申請は平均月1回程度ですので、常識的な範囲で運用されていると思いますが、いくつかの問題点も見えてきました。例えば「執拗なクレーム」のような迷惑行為が精神疾患によるものかの鑑別が困難な場合、逆に精神疾患による行為だとしても極めて危険な場合などです。また、寝たきり患者の入院中に嚥下性肺炎が起こったような場合に「どうしてくれるんだ!責任を取れ!元気になるまでここで面倒を見る!」などと息子がゴネ続けるケースのように、患者自身に問題はないが家族に問題があることもあります。こうした場合、患者の治療は継続しますが、施設に戻ることができるようになった際に息子に対し「応招義務例外申請」が出されることがあります。担当スタッフとしても「患者さんに問題はないのに…」と複雑な思いを抱えながらの申請となります。

ただ、こうした患者は複数の病院でブラックリストに上がっていることが多く、おそらく一番の問題は、どの病院からも受診を断られた際、実際に困るのは搬送を断ることができない救急隊ではないかという点です。なんとか行き先を見つけていただいているものと思いますが…おそらくこれは社会全体で知恵を出しあって考えなければならない問題ではないでしょうか。