

令和2・3年度

自浄作用活性化委員会答申

医師—患者関係の原点

令和4年5月

福岡県医師会自浄作用活性化委員会

令和4年5月10日

福岡県医師会

会長 蓮 澤 浩 明 殿

福岡県医師会自浄作用活性化委員会

委員長 宮崎 親 ㊟

答 申

自浄作用活性化委員会では、貴職からの諮問「医師—患者関係の原点」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
委員 河 野 惠 美
江 藤 耕太郎
松 岡 修
岡 村 明
南 谷 敦 子
田 中 眞 紀
青 柳 明 彦
星 子 久
(順不同)

目 次

1. はじめに	1
2. 遠隔診療、オンライン診療の現状と問題点	2
(1) 遠隔診療、オンライン診療の現状	
(2) オンライン診療の問題点	
(3) 結語	
3. 医師と患者との信頼関係構築	3
4. 診療契約の義務	4
(1) 医師—患者関係の原点	
(2) 診療契約の性質—準委任契約	
(3) 医師の注意義務	
(4) 医師の義務違反が問題になったもの	
(5) 法律上明文化されている義務	
(6) 患者の権利はどこまで認められるか	
(7) オンライン診療、遠隔診療	
(8) まとめ	
5. 医師と患者が思うかかりつけ医とは	9
6. 令和3年度第1回ハートフル研修会	12
「医療現場における話し方・聞き方(医療安全の観点から) ～コミュニケーション・“ことば”というクスリ～」	
7. おわりに	13

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た。

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。しかし、2019 年発の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行により、オンライン診療の導入が進み、「非接触・非対面」というこれまでの概念にない診療の形態を求められるようになった。

この様な背景を受け、第 9 期会長諮問「医師—患者関係の原点」が示された。新たな診療の形が、これまで議論し研鑽を積んできた「医師患者関係」にどのような影響を及ぼし、私たちの取り組む課題は何かについて検討している。

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。

2. 遠隔診療、オンライン診療の現状と問題点

(1) 遠隔診療、オンライン診療の現状

遠隔診療とは、情報通信機器を活用した健康増進、医療に関する行為であり、①オンライン診療②オンライン受診勧奨③遠隔健康医療相談（医師）④遠隔診療相談（医師以外）に分類される。このうちオンライン診療のみ一部例外はあるが、診察、処方まで一連の診療行為の実施が可能である。

厚労省は、平成17年に「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を公表し、数回の改正を経て、平成30年3月に「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の提言に至っている。この中で、安全性・必要性・有効性の観点から、医師—患者及び関係者が安心できる適切なオンライン診療の普及を求めている。しかしながら今なお多くの問題点を抱えており「医師—患者関係の原点」に関わる問題でもあり、医師—患者双方で十分な検討を行うよう求めている。今後、診療の新たな方法に位置づけられる事が予想され、今回の新型コロナ禍の中オンライン診療の重要性が着目されている。

(2) オンライン診療の問題点

1) 診療計画

初診は原則として直接の対面診療を行うが、安定した段階的に至った際、オンライン診療は検討可能である。その為には、事前に医師—患者間で同意されたルール作成が必要になる。また対面診療が必要な場合は、情報が少ないオンライン診療の中で医師に判断が求められる。

2) 適応対象

各科ごとの特性もあり、対応は医師の判断に委ねられる。実際にオンライン診療は困難な科がある事も事実であり、今後の検討が必要である。

3) 情報通信機器

医師—患者双方に情報通信機器の整備が必要になる。医師側は対応可能としても患者側（特に高齢者）は疑問が残る。厚労省ではオンライン診療はパソコン、スマートフォン等を想定しており、スマートフォンの普及率を考えればスマートフォンの活用は有用かもしれない。

4) 医師—患者関係

対面診療に比べ、明らかに患者情報が低下する事は明らかである。その為、導入には十分なコンセンサスがあって成立すると思われる。日頃から医師は様々な状況を想定して患者とのコミュニケーションを取っておくことが望まれる。

(3) 結語

これまでも、通常診療で電話再診が行われてきた。手技が簡単である反面、結果報告、助言が中心であり実際の診療は想定されていない。世の中の流れから言えば「IT化」は避けて通れないのも事実である。確かに「IT化」は、利便性、医師労働時間短縮など医療を効率的に提供する体制の確保の意味からすれば必要と思われる。しかしながら、今まで培った医師—患者の信頼関係が、機械的、無気質なものになれば本末転倒である。その為にもオンライン診療の利点、欠点を十分に説明し、同意された方から導入して行く事を切に願う。

3. 医師と患者の信頼関係の構築

医療従事者にとって患者との信頼関係は、医師として患者を診察する上で、最も重要な事の一つだと思う。いかに信頼関係を構築するかは、これこそ自浄作用活性化委員会が日頃に行っているテーマだと思う。不正行為や医療事故を未然に防ぐ取り組みや、ハートフル研修会を通じて医師の倫理の向上、医療機関の透明性の向上を図ることにより患者さんの信頼に応える医療を提供することであり、このため接遇やクレーム対応を含めた職員教育、医師個人の力量、患者さんへの優しくわかりやすい説明などが必要であると考えられる。

私自身眼科を開業して23年になる。手術をする事もあり、ヒヤリハットや手術や診療におけるトラブルなど何度もあった。中にはお叱りを受け来なくなられた患者さんもおられるが、真摯な態度で、正直に説明する事で納得されて今なお通院されている患者さんもおられる。完璧な医師になれなくても、それをできるだけ目指す姿勢が必要だと思う。

4. 診療契約における医師の義務

(1) 医師－患者関係の原点

診療契約の原点を考えると、その法的枠組みの基礎となる民法が施行されたのはたかだか明治 31 (1898) 年であるが、しかし医師と患者の関係は紀元前 5 世紀のギリシャには存在し、当時医師ヒポクラテスは「すべては患者の利益になることを考える」ことを誓っている。医師と患者関係の原点が、古来「患者の利益」にあることは明らかであろう。

しかるに、医療技術は年々進化し、また高度に専門化している。同時に、我が国の国民皆保険制度は、国民・市民に等しく安全で最善の医療の提供を目指し、結果として、2019 年度の国民医療費は 44 兆円を超えるに至った。

このような現状において、あらためて診療契約における医師の義務を整理し、患者の権利の限界について検討したい。

(2) 診療契約の性質－準委任契約

診療契約は、民法上、医師が患者に診察や治療等の医療を提供し、患者がこれに対し報酬を支払うというという準委任契約¹であると解されている。

準委任契約のわかりやすい一例は業務委託契約であり、診療所などのコンピュータシステムの保守管理委託契約などが身近である。通常、このような業務委託契約には必ず契約書があり、委託者（顧客）と受託者（システム保守管理業者）との間ではあらかじめ、①業務内容、②契約期間、③これに対する報酬などが明記されている。

ところが、診療契約は準委任契約でありながら、個々の診療所において受診時に契約書はまず作成しないし、診療の具体的な内容や、期限なども特定されないのが通常である²。

そのため、医師の義務がいったいどのようなもので、どこまで課せられるものなのか、医事紛争が発生してから事後的に問題になることが多い。

(3) 医師の注意義務

民法の準委任の規定は抽象的で、条文には「受任者（医師）は、委任の本

¹ 準委任契約とは、法律行為でない事務を委託する契約で（民法 656 条）、業務委託契約などが一般的である。

² 他方、検査や手術目的の入院の場合には、あらかじめ入院申込書を作成し、目的などが明記されることが多く、この場合はこれが契約書に準じるものと考えられる。

旨に従い、善良な管理者の注意をもって、委任事務所処理する義務を負う」
としか規定されていない（644条。下線は筆者による）。

ここで示される「委任の本旨」すなわち診療契約の本質的な内容は、個別具体的な事案によって解釈せざるをえず、「善良な管理者の注意」すなわち善管注意義務の内容もまた同様に個別具体的に解釈せざるをえない。

医師に課せられる「善良な管理者の義務」とは、略して「**善管注意義務**」といわれるもので、その人の職業や社会的地位等から考えて普通に要求される程度の注意義務だと解されている³。

これをいいかえると、「医療水準」に適合した医療を提供する義務ともいえる。ここにいう「医療水準」⁴とは、決して全国一律に決定されるものではなく、先進的研究機関を有する大学病院や専門病院、地域の基幹となる総合病院、その他、総合病院や小規模病院、一般開業医の診療所など、それぞれの規模、設備、専門性、地域などの段階や環境条件に応じて決定されるものだと解されている。

注意しなければならないのは、「医療水準」は「医療慣行」ではないという点である。「医療慣行」とは医師の間で一般的に行われている診療行為等であるが、医師は平均的医師が現に行っていた医療慣行に従っていたというだけでは、医療水準に基づいた注意義務を尽くしたことにはならないとされており⁵、要は平均的医師と同じようにしていたというだけでは免責されず、義務違反になることもあるのである。

(4) 医師の義務違反が問題になったもので典型的なものを整理すると、次のように分類される。

1) 問診・検査・診断における義務

医師が必要な問診や検査をしなかったため、患者の疾患を見逃し、診断を誤ることがある。このようなとき、問診義務違反や、検査義務違反が問題とされる。

また、検査結果の見落としや、伝達を怠った場合にも、同様に問題となる。

³ 有斐閣 法律用語辞典（第5版）

⁴ 「医療水準」とは、もともと、未熟児網膜症に対し新しい治療法（光凝固法）を実施すべき義務があったかについて問題となった裁判で確立された基準である。

⁵ 最高裁平成8年1月23日ペルカミンの添付文書に従わなかった医療慣行が問題となった。

2) 治療行為における義務

医師が、標準的な医学的知見に照らして、通常行うべき必要な治療を行わなかったり、適応を誤ったり、あるいは治療時期が遅れたりした結果、疾患が進行・悪化し、重い障害が残ったり死亡した場合など、問題となる。

3) 投薬における義務

重篤な副反応が生じたにもかかわらず投薬を中止しなかったり、添付文書に沿った投薬でなかったり、ショック症状に対する対応を誤った場合など、問題となる。

4) 手術・手技に関する注意義務

手術・手技に誤りがあった場合や、術後の経過観察を怠った場合など、問題となる。

5) 説明義務

各処置・検査・治療・投薬・手術など、診療に付随して患者に必要な説明を怠った場合には、患者の自己決定権の侵害が問われ、説明義務違反が問題となる。

6) 転倒・転落防止義務

施設内の往来・待合室・診察室・病室などで転倒したり、ベッド・イスから転落したりなど、本来の診療に付随して患者の安全管理を怠った場合には、転倒・転落防止義務が問題となる。

7) 転送・転医義務

特に開業医、診療所などで問われがちなのが、転送・転医義務である。患者について医師が自ら診断できない重大な疾患が疑われるときはもとより、特定の重大な疾患が疑われなくても、自ら検査・診療することができない何らかの重大な疾患の可能性が認識できた場合には、これを診断できる専門医や高次医療機関へ転送・転医すべき義務があるとされる。

はじめに述べたとおり、これらの義務は、民法や契約書上に明文化されているものではなく、裁判例の集積によって具体化されてきたものであるため、年々具体化し、多様化する傾向にあるといえる。

(5) 法律上明文化されている義務

上記の注意義務以外にも、法律上明文化されているもので、次のような義務がよく問題となる。

1) カルテなど診療情報開示義務

従前は、準委任契約としての顛末報告義務などを根拠にしていたが、現在は、個人情報保護法上の義務として明文化されている。

2) 応召義務

医師法上の義務であり（19条1項）、「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。」とされる。

3) 守秘義務

刑法上、医師、薬剤師、弁護士などが、正当な理由なく業務上取り扱って知り得た人の秘密を洩らした場合は秘密漏示罪に該当し、民事上も人格権侵害などとして損害賠償義務を負う。

(6) 患者の権利はどこまで認められるか

「医師の義務」と表裏をなすのが「患者の権利」である。

1980年代から90年代にかけて「患者の権利法」の制定を提唱する運動が起き、現在も「医療基本法」制定に向けた活動が続いている⁶。そこでは、かつて日本の医療界では、患者の権利は単なる倫理的権利で、恩恵享受の原理に基づくものだと言われていたなどと批判された。爾来、インフォームド・コンセント、顛末報告、診療情報開示⁷などについては、患者の当然の請求権として保障されるに至っている。

患者の生命・身体の安全が保障され、健康で幸福な生活を追求することは、憲法上も当然に保障されるべき権利であるところ、我が国の国民皆保険制度は、国民・市民に等しく安全で最善の医療の提供を目指し、結果として

2019年度の国民医療費は44兆円を超え、人口一人当たりの国民医療費は35万1800円、医療費の国内総生産(GDP)に対する比率は7.93%、国民所得(NI)に対する比率は11.06%となっている（厚生労働省統計情報）。

⁶ 弁護士池永満「新患者の権利」、Webサイト「医療基本法の法制化をめざす患者の権利法をつくる会」

⁷ 準委任契約上の権利として、また、個人情報保護法上の権利として認められている。

患者の権利は、安心安全な医療のために掲げられるべき重要な権利であることは当然の前提であり、その権利は国民皆保険によって制度的に等しく国民市民に保障されるものであるが、一方で医療資源には限界があり、患者の権利の保障も無限ではなく、制度に内在される制約や限界はある。このことは、医療現場の働き方改革にみられる医師の長時間労働問題とも重なる問題である。

ときに現場で問題となるのが、患者の医療従事者に対するハラスメント（暴言、暴力）、検査や治療の不当な拒否（医師の指導に従わないなど）、医療費の未払いの問題である。

前述したとおり、診療契約は、医師と患者との民事上の契約に立脚するものであり、本来は対等な契約当事者なのであるから、そのバランスを崩すような一方的ハラスメント、正当な理由なき拒否や未払い問題は許されるものではないと考える。

（7）オンライン診療、遠隔診療

遠隔医療には2つの形式があるといわれる⁸。医師がオンラインで患者の画像・動画を見るなどしながらリアルタイムに診療を行うものと、そうではない方法、患者の放射線画像や病理のデータを専門医が遠隔地にしながら診断するものである。後者は、遠隔画像診断等で、すでにかなり普及しているとされる。

本答申では、前者、オンライン診療、リアルタイムに行う遠隔診療を中心に考える。

オンライン診療、リアルタイムに行う遠隔診療の特徴は、「非接触・非対面」であろう。

オンライン診療、遠隔診療においても、医師と患者の関係は「診療契約」であり、そこにおける医師の義務の本質は、前述した内容とまったく同じである。

しかし、「非接触・非対面」であるがゆえに、まず触診はできないし、問診、視診、聴診には相当な困難を伴い、おのずと制約や限界がある。

コロナ禍においてデジタル技術がますます普及しつつある中でも、オンライン診療、遠隔診療には、物理的・環境的な制約のみならず、コスト的制約もある。「非接触・非対面」の診療形態において、医師の善管注意義務がどこまで要求されるかは、慎重に検討されるべきである。

⁸ 中公新書「医療危機－高齢社会とイノベーション」真野俊樹

(8) まとめ

医師と患者関係の原点は、常に「患者の利益」におかれるべきものであるが、国民皆保険制度が広く拡充し、医療技術が高度化した現在においては、一方で制約や限界があることもまた広く認識されなければならない。

5. 医師と患者が思うかかりつけ医とは

医師が思う“かかりつけ医”と、患者が思う“かかりつけ医”では大きなギャップがある。

かかりつけ医なる言葉は昔から医師、患者に限らず広く一般的な共通認識の下で使われている言葉ではあるが、ここ最近医師が思う“かかりつけ医”と、患者が思う“かかりつけ医”では大きなギャップがあると感じておられる先生方も多くおられると思う。

例えば、毎年秋はインフルエンザワクチン接種のシーズンが始まるが、最近は年々供給量も減らされ昨年はさらに例年の3割減と言われ自院においても接種対象者を選別せざるを得なかった。仕方なく（多くの先生が考えるであろう定期的に診察・処方を受ける）かかりつけの患者のみに予約を受け付けたところ、ワクチン接種のみ来られる方や2、3年に数回のみ受診の方から「おたくはうちのかかりつけではないのか」と、おしかりやクレームを受けることとなった。

またコロナ禍においても、当初発熱外来が機能する以前は、発熱があり患者が保健所に相談するとまずはかかりつけ医を受診するよう指示されるも、医院からはかかりつけの患者ではないと断られトラブルになるケースも見られた。

他にも、病診連携や在宅医療が浸透してきた昨今では、病院の主治医と医院の主治医、在宅での主治医と一人の患者に対し複数の主治医がいることが当たり前の時代になり、患者のみならず医師同士の間にもこのかかりつけ医なる言葉に振り回されることもある。本稿では医師と患者間でのギャップのみについて推敲してみたい。

まずはかかりつけ医の定義であるが日本医師会のかかりつけ医に関する説明では「必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」とある。たしかにその通りで

あるが、患者が思うかかりつけ医にはこれだけでは物足りない気がする。(ちなみに厚生労働省幹部は昨年5月の参院厚労委員会で「地域の状況や患者像によって相当に幅があり、定義はない」と答弁している。

もう少し詳しく見ていくと、同じく日医の定義するかかりつけ医の機能としては、

- ・かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。

- ・かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。

- ・かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。

- ・患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。と記されている。

では患者が思うかかりつけ医とはなにか。H29. 2. 22 中医協で出された国民の意識調査では、まずは【主治医はいますか?】いる 53.7%、いないがいると思う 17.8%、いない 28.1%、わからない 0.4%

【かかりつけ医はどのような医師か?】(複数回答)

- ① 現在あるいは以前にかかった病気の主治医 : 48.8%
- ② 健康について何か心配ごとがあるときに幅広く診てもらう医師 : 18.7%
- ③ 病気を限定せずに総合的に診てくれる医師 : 11.8%

①+②+③ : 7.6%、②+③ : 5.1%、①+② : 4.5%、①+③ : 2.7%

我々医師が思うかかりつけ医とは定期的に診察や検査、投薬をうけに来られる患者さんに対してであり主に上記選択肢①を考えている。それに加えて②、③のように相談も乗りますよのスタンスではある。(ただし診療科によっては診療科以外のことを相談されても困るときも当然ありうるが。) ①の回答が思ったより少ない印象を受けたが、次の設問では、【あなたのかかりつけのタイプは?】(複数回答) ①61.3-69% ②32.9-39.7% ③26.8-27.8%

実際には患者のかかりつけ医は、我々の考える選択肢①が増えてはきているが、②と③が倍以上に増えている。改めて選択肢②③を示すと、②健康について何か心配ごとがあるときに幅広く診てもらう医師や③病気を限定せずに総合的に診てくれる医師をかかりつけ医と考えている患者が併せて半数はいる。

また別の設問では、【医療機関の受診のあり方として次のA, Bの考え方について議論されていますが、あなたはどちらに賛成しますか？】

A：病気の程度に関わらず自分の判断で選んだ医療機関を受診する。

B：最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する。

A19.6%、どちらかと言えばA7.6%、B38.7%、どちらかと言えばB31.2%、どちらでもない2.9%とBが7割を占めている。患者はまずはかかりつけに相談し必要時は紹介してもらうことを希望しているのである。これは日医が理想とするかかりつけ医像にも合致している。そう、医師と患者の考えに多少の差はあるものの、病気の主治医であり、相談にも乗ってくれて、必要時には専門医に紹介するというかかりつけ医の像は、医師—患者間では共通認識できているのだ。

では実際の医療現場で問題となるギャップとはなにか。私が思うにこのギャップを感じるケースは、冒頭に挙げたワクチンのみや年に2～3度風邪などで受診する患者に関してのことがほとんどであると感じる。(あるいは眼科、耳鼻科、皮膚科など単科に通院中の患者からかかりつけと言われるのも、場合によっては戸惑うこともあるだろう。) たまにしか来られない患者にとっては、これらは関係なく過去一度でもかかっていたらそこがかかりつけと考えている方も実際には一定数おられる。たまにしか来られない患者に対し日医が掲げるかかりつけ医の関係性を作ることは非常に困難である。しかしながら患者は一度かかればかかりつけと言ってしまふ。上述したように医師—患者間に共通認識ができていても、このような受診間隔が開けばあくほど両者のギャップが生じてしまふ。ではどうするか。間隔を開けないように受診機会を増やすべきか？これは無駄な医療、過剰な医療につながると思われる。

解決はなかなか難しいが、日医自身のかかりつけ医の考えを患者というより広く国民全体に説明、理解してもらえないのではないかと。説明だけではなくかかりつけ医を持つメリット、持たないデメリットを併せて周知させる必要があると思う。ワクチンのみの患者でも数あるクリニックからそこを選んで来ていることは、少なくとも患者自身はそのクリニックに対して親和性をもっている可能性があり、健康相談から病気の予防や早期発見・治療につながることも十分期待できる。

古くからあるかかりつけ医なる言葉は多くの国民と医師ではそう認識の違いがなかったが、受診間隔や診療科などで場合によってはギャップが生じているのも事実である。この問題は日医自身が正しいかかりつけ医像を示していけないと、このかかりつけ医なる言葉はこれからも独り歩きしてしまうと考える。

6. 令和3年度第1回ハートフル研修会

「医療現場における話し方・聞き方(医療安全の観点から)

～コミュニケーション・“ことば”というクスリ～

令和3年9月21日、大野城まどかぴあ館長林田スマ様よりご講演を頂き、患者が医師に求める“ことば”や、身につけてほしい話し方・聞き方についてお話を聞いた。

患者の病気・死への恐怖というものは大変大きく、その不安を解消したいという思いを持って患者は医師の前に座る。患者に必要なのは慰めと明日への希望をつなぐことであり、患者が医師に求めるものはよき理解者、よき支援者、よき伴走者である。医師から言われた言葉は太文字でずっと患者の心に残る。言葉には特別な力があることを理解して頂き、患者に投げかけて欲しい。

医師は多くの言葉を発する(量)が、大切なのは質である。患者とは2.5人称(家族と他人の間)くらいの関わりで、「検査結果良かったですね」といった共感を是非お願いしたい。患者の話を聞くにあたっては聴く力をつけてほしい。聞き方にはコツがあり、“アクティブリスニング”と言われる気持ちの入った相槌が患者に満足感を与える。

インフォームドコンセントにおいて大切なことは、

子供にも理解できるような平易な言葉を使う

絵を使ったり書いたり視覚に訴えることも大切

反復の効用 繰り返す必要性

患者を育てる気持ちを持って「わかりますか？」と確認も

最後に要点をまとめて伝える

最終的には患者に自己決定力をつけることを目指してほしい。

コミュニケーションには、情報の伝達伝播にとどまらず、人間らしさを感じさせる情緒的なふれあい、心の交流が必要だ。医師・患者双方向の豊かなコミュニケーションが医療現場における様々な問題を解決する。

以上、貴重なお話を聞かせて頂き、現状を見直す良い機会を頂戴した。

7. おわりに

第9期（令和2年度・3年度）の会長諮問「医師—患者関係の原点」をうけ、さらに、新型コロナウイルス感染症の流行がもたらした「遠隔診療」や「非接触・非対面」という新たな課題を踏まえ、我々は今一度、医療の原点を考えることとなった。

今委員会においては、契約としての診療行為や、実際の診療場面での体験、意識調査にみるかかりつけ医の捉え方など、様々な視点で医師患者関係の構築について考えてきた。また、感染症対応をめぐる新たな「非接触・非対面」の課題についても議論した。

さらに、ハートフル研究会を開催し、我々が発する言葉の重みを知り、「アクティブリスニング」により患者の訴えを聴く力を培いながら、豊かなコミュニケーションにより、よりよい医師—患者関係を構築できることを学ぶことができた。

この答申を作成している過程の令和4年1月7日、福岡県医師会長の松田峻一良先生の訃報が伝えられた。住民のための医療を常に考え、行動してこられた会長の最後のテーマが「医師—患者関係の原点」であることを、重く受け止めた。そして、これからの医療を担う医療人たちが、会長ら先人のバトンをしっかりと受け取り、常に医師の原点に立ち返り、奢ることなく目の前の住民に対し誠意を尽くすことで、今後も信頼を構築していくことを願わずにはいられない。

最後に、この答申を基に福岡県医師会の自浄作用が促進していくことを期待して、今回の会長諮問に応えたい。