

〈 判例評釈 〉

渡航移植患者からの帰国後のフォローアップの求めを医療機関が自院の申合せ(内規)に基づいて断ったことが争われた事案(東京高判令和元年5月16日、LEX/DB 25563247)

宍 戸 圭 介

海外で移植を受けた患者が、帰国後の診療を断られるケースがある。特にアジア圏で移植を受けた患者に対しては、臓器売買への関与(又はその疑い)をもって、患者からの移植後のフォローアップの求めを断る事態が生じていた⁽¹⁾。本件は、この問題に関して(おそらく)初めて訴訟となったケースとして、注目を集めたものである⁽²⁾。

本件において患者側は応招義務違反を主張したが、結論としては、原審も控訴審も訴えを退けている。しかし、その判断枠組みはかなり異なっている。本稿では、この原審及び控訴審の相違に着目して、検討を及ぼす(なお、文中の下線は、筆者によるものである)。

【事実の概要】

本件は、中国で腎臓移植(以下「腎移植」ともいう。)手術を受けた掛川在住の男性(原告・控訴人X)が、「手術後の継続治療(フォローアップ治療)

-
- (1) この問題については、拙稿「臓器売買に関与した患者の診療を拒否することは法的・倫理的に妥当か」人権教育研究第9巻41頁(2009年)参照。
 - (2) 医療系のメディアに早い段階で紹介されたことは、本件の注目度の高さを示していると言えるだろう。田邊昇「中国腎移植後の診療拒否裁判で考える応招義務」日経メディカル Online 2019年7月2日(<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/series/tanabe/201907/561410.html>)。

を受けるため」、国立大学法人浜松医科大学（被告・被控訴人Y）が開設、運営する大学病院（被告病院・被控訴人病院）を受診したところ、「診療を拒否されたことが不法行為ないし債務不履行に当たる」として、Yに対して、使用者責任（民法715条）若しくは不法行為（同709条）に基づく損害賠償請求又は債務不履行に基づく損害賠償請求（民法415条）を求めた事案である。本件で請求された損害賠償金額は、271万2843円及びこれに対する上記診療拒否の日（平成27(2015)年4月1日）から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金であった。

原審（静岡地判平成30年12月14日）⁽³⁾がXの請求を棄却したため、Xはこれを不服として控訴した。

控訴審では、前提事実、争点及び争点に対する当事者の主張については、原審に若干の補正が行われて引用された。また、控訴人Xより「補充主張」が2点あった（「2 争点1」において後述する）。

1 認定事実

控訴審は、若干の補正をするほかは原判決「事実及び理由」を引用した。原判決の詳細については別稿で紹介したところである。以下、事件の流れがつかめるよう、概要を記す。

Xは慢性腎炎を患っており、平成26(2014)年7月頃、当時通院していた病院の医師から、1年以内に人工透析が必要になる旨の説明を受けた。そこで、Xは、海外で腎移植手術を受けることを計画した。Xは海外での腎移植をコーディネートしているNPO法人（以下、「本件NPO法人」という。）に相談した。本件NPO法人は、中国における移植手術を支援していた。

当時、Xは中国で移植を受けることが国際的に懸念事項となっていることを知らなかった。また、Xは、本件NPO法人から、海外で移植手術を受けた後の日本での診療に関し、まれに診療を拒否される場合がある旨を聞いていた。また、中国で腎移植を受けた後に被控訴人病院でフォローアップ治療

(3) 評釈として、拙稿「判批」岡山商科大学法学論叢28号69頁（2020年）。また、原審・控訴審の両判決についてコメントを行っているものとして、水沼直樹「判批」医療判例解説80号127頁（2019年）。

渡航移植患者からの帰国後のフォローアップの求めを医療機関が自院の申合せ(内規)に基づいて断ったことが争われた事案を受けている患者がいることも耳にしていた。

Xは、平成26年12月に、手術費用を含む渡航費用として、本件NPO法人へ1790万円を支払った。平成27(2015)年1月、中国の天津第一中心病院において腎移植手術を受けた。本件手術は無事終了し、同年2月にXは帰国した。

帰国後、Xは本件NPO法人の紹介により、東京N病院に入院した。同病院を退院後、Xは自宅に近い静岡県内の病院でフォローアップ治療を受けることを希望した。そこで、東京N病院のO医師に紹介状を作成してもらい、同年4月1日に被控訴人病院の腎移植外来を受診した。

紹介状には、Xが腎移植手術を受けた病院名等の情報は記載されていなかった。被控訴人病院では、血液検査及び尿検査が実施され、それらの検査結果が出た後、被控訴人担当医師による問診が行われた。本件問診の過程で、被控訴人担当医師はXが中国で腎移植手術を受けたことを知り、被控訴人病院内で定めた海外渡航移植に関する申合せ(以下「本件申合せ」とする。)を確認した上で、上司の教授及び医事課職員に相談した。上司である教授から診療を継続しない方針について確認を得た後、被控訴人担当医師は、Xに対し、「内規により海外で移植をした患者の診療は断っている」ことを告げた(本件対応)。このとき、本件申合せを示すことはなかった。

その後、XはN病院を再度受診することとなったが、平成28(2016)年頃にはO医師が異動となったため、現在は都内のM病院へ通院している⁽⁴⁾。

なお、「中国において臓器売買(臓器ブローカー)の絡むような腎移植をした者に対しては、診察・診療を行わない」旨の本件申合せは、平成20(2008)年に国際移植学会が採択した「イスタンブール宣言」を背景として作成されたものである。

(4) 令和2(2020)年に、第7回釧路生命倫理フォーラム(2020年8月28-30日、釧路市)において筆者らが聞き取ったところによれば、Xは更に転院をした様子であった。なお、同フォーラムにおいては、こうした渡航移植を受けた患者のフォローアップ診療に詳しい医師から、「帰国後直ぐ、患者の状態が安定していない場合には受入れを拒否するが、状態が安定するようになれば、受入れをしてくれる医師・医療機関もある」旨を伺った。

2 争点1 (応招義務違反を理由とする不法行為の成否) について

(1) 応招義務違反の意味合いについて

控訴人Xは、「医師法 19条 1項の応招義務違反がある場合は、不法行為における違法性も有するとの理解を前提に、控訴人と被控訴人病院との間には、診療契約のうち治療に関する契約が成立していないから、応招義務が適用される場面であるし、仮に、控訴人と被控訴人病院との間で診療契約が成立していると解したとしても、応招義務の趣旨からすれば、なお応招義務が適用される場面であるから、不法行為が成立する旨主張」していた。これに対して、被控訴人Yは、「本件では、控訴人と被控訴人病院との間で、既に診療契約が成立しているから、応招義務の適用場面ではない旨主張している」。

しかし、医師法 19条 1項が、「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」と定めているところ、Xの求めにもかかわらず、被控訴人担当医師が、診療を継続することができない旨を伝えたのであるから、「医師法 19条 1項に関連する状況であったこと自体は疑いのないところであるし、同項が直接適用される場面であっても、「正当な事由」がある場合には応招義務違反に当たらないのであるから、同項の適用場面に当たるのか否かを論じたとしても、それによって、本件対応の不法行為該当性についての結論が直接導かれるわけではない。そうすると、争点1との関係では、医師法 19条 1項の規定の趣旨も踏まえて、被控訴人担当医師の本件対応が社会通念上是認されるものであったか否かという観点から、不法行為該当性を判断すれば足りるのであって、医師法 19条 1項の厳密な適用範囲について検討し、それについての判断をする必要はないというべきである」。医師法 19条 1項の趣旨が、「患者に医療へのアクセスを保障して、患者の生命・身体を保護を図ることにあることを踏まえると」、本件対応の不法行為該当性は、①生命・身体への危険の有無及び程度 (緊急の診療の必要性)、②他の医療機関による診療の現実的可能性、③被控訴人病院において診療を拒否した目的・理由の正当性の有無及び程度といった点を総合考慮して判断するのが相当である」。

九五

(2) 不法行為の成否について

ア 緊急の診療の必要性

原判決の認定事実 (本判決における補正後のもの) によれば、控訴人Xは、

渡航移植患者からの帰国後のフォローアップの求めを医療機関が自院の申合せ(内規)に基づいて断ったことが争われた事案

「紹介状を持参して、被控訴人病院の腎移植外来を受診した際も、格別の異常や不調を訴えていた訳ではなく、紹介状の記載内容や問診時に判明していた検査結果によっても、控訴人に対して、緊急の診療を行う必要があることをうかがわせる事情は何ら存在しなかったことが認められる。」

この点に関して、Xは、平成27(2015)年4月1日当時、「サイトメガロウイルス (CMV) に感染しており、重大な合併症によって容態が急変する兆候が存した旨」の補充主張を行う。しかし、CMVが高い数値 (80.29) を示したことは同月1日当時では判明しておらず、被控訴人担当医師から連絡を受けたO医師が内服薬の増量を指示したのみで、Xに「特段の異常症状が発生することなく事態が推移したことに照らしても、控訴人の生命、身体に差し迫った危険をもたらすものであったとは認められない。したがって、この点をもって、本件対応の時点で控訴人に緊急の診療を行う必要性が存在しなかったとの前記認定説示が左右されるとはいえない」。

イ 他の医療機関での対応可能性

認定事実のとおり、移植後のフォローアップ治療として「諸検査 (血液検査、尿検査等) 及び投薬治療を定期的・継続的に行い、異常があれば早期の対応を講ずる」ことが必要である。しかし、XはN病院からの紹介を受けて来院した患者であるから、被控訴人病院で診療を拒否した場合には、N病院で「必要な検査等を行うことが当然に見込まれて」いた。実際に、被控訴人病院は、本件対応後直ちに、N病院にフォローアップを依頼する受診結果報告書を作成し、Xも、これに従って同病院を再度受診していることが認められる。

さらに、フォローアップの検査及び投薬の内容自体は、「大学病院のように高度で専門的な医療の提供が可能施設でなくても、内科があって泌尿器科を標榜する一般病院であれば対応することが可能であって…〈略〉…控訴人代理人の調査によれば、静岡県内に限っても、4つの医療機関が対応可能と回答している」。そのうち、静岡県立総合病院は、O医師に紹介状を作成してもらった病院であり、Xが「通院するのに極めて困難とはいえないことも認められる。そうすると、控訴人は他の医療機関で診療を受けることも十分に可能であったということが出来る」。

ウ 被控訴人病院の診療拒絶の正当性

被控訴人担当医師がXの診療を拒否した理由は、「臓器売買（臓器ブローカー）の絡むような腎移植をした者」に対しては診察・診療を行わない旨の本件申合せが定められており、Xが「対象者に該当する疑いが存在したからである」。「被控訴人病院の医師は、国際移植学会の会員として、臓器取引と移植ツーリズムを禁止すべきとしたイスタンブール宣言を遵守する必要があること、被控訴人病院は国立大学法人という公益性の高い組織に属することから、被控訴人病院は海外渡航移植ビジネスに加担・関与しないという方針に基づいて、その疑いの存する患者に対する診療を差し控えることとし、本件申合せを定めたものと認められ、本件申合せの趣旨、目的は正当なものといえることができる」。Xは、本件対応の当日に外来受診した患者であり、被控訴人病院はXについて格別の情報を持ち合わせていなかった上、N病院からの紹介状には、Xが「海外で腎移植手術を受けた時期や病院名、その後の治療経過等の情報が何ら記載されていないなど不十分なものであり、不審な点がある」があった。これらの事情から、Xが「臓器売買の絡むような腎移植をした者」である疑いがあると判断したのは十分な理由があったといえることができる」。

この点に関し、Xは、「①イスタンブール宣言は、海外渡航移植によって臓器を受容した患者の診察を禁止してはならず、また、対象を中国に限定している訳でもないのに、本件申合せが、対象を中国に限定した上で、臓器受容者に対する診察・診療自体を禁止している点で、合理性を有するとはいえない、②仮に、本件申合せに一定の合理性があるとしても、控訴人は、その対象である「臓器売買（臓器ブローカー）の絡むような腎移植をした者」には該当しないし、被控訴人病院は、該当性の判断のために必要な質問等すらしなかったから、被控訴人病院の診療拒否には何ら正当性の根拠がないなどと主張する」（筆者注：②については控訴審において追加主張されている）。

「しかし、①のうち、本件申合せが中国といった地域を明示している点は、特に中国で臓器売買（臓器ブローカー）の絡む腎臓移植が多いとみられる実情に鑑み、このような定めが設けられたにすぎないものと考えられる。また、臓器取引と移植ツーリズムを禁圧しようとするイスタンブール宣言の趣旨に則するためには、医療機関としては、そのような臓器移植を受けた患者に対する治療を拒否するといった方法によって、間接的に、臓器取引や移植ツーリ

渡航移植患者からの帰国後のフォローアップの求めを医療機関が自院の申合せ(内規)に基づいて断ったことが争われた事案
ズムを抑制しようとするのが有効かつ相当と考えられるところであるし、
現に、同様の対応を講じている大学病院が少なくないこともうかがえるところ
である」。

また、②については、「本件申合せが診察・診療を行うことを禁止しているのは、「中国において臓器売買（臓器ブローカー）の絡むような腎移植をした者」であるところ」、Xが本件NPO法人に支払った渡航費（本件手術に係る費用も含む。）1790万円の内訳に、「明らかにドナー患者に対する謝礼が含まれているとまでは認められず」、他の渡航移植事例と比較して、「著しく高額であるとまではいえない」こと等からすると、Xが「ドナーから腎臓の提供を受けることの対価として、財産上の利益を供与したとは認められず、本件手術については、中国において臓器売買（臓器ブローカー）の絡むものであったと認めるに足る証拠があるとはいえない」。

しかし、前記のとおり、Xに「緊急の診療の必要性がなく、かつ、もともと治療を受けていた紹介元での診療が見込まれたことを前提とすれば」、そもそも、被控訴人病院において、Xが「本件申合せの「臓器売買（臓器ブローカー）の絡むような腎移植をした者」に該当するか否かを厳格に判断することが求められるものではなく、これに該当することの合理的な疑いが生じる場合には、患者の側において、海外での手術に関する具体的な情報を提供して、その疑いを払拭しない限りは、本件申合せの対象として取り扱って診療を拒むことも合理的な対応として許容されるというべきである…<略>…」。本件は、提供された情報が「不十分で、不審なもの」であって、「本件申合せが定める事由に該当するとの合理的な疑いが生じるものであったことは既に説示したとおりであって、この点について患者自身の責めに帰すべき事由がなかったとしても、本件申合せに従って控訴人を取り扱うことが特段不合理ということではできないし、被控訴人病院において、自ら進んで積極的に、控訴人に質問したり裏付け資料の提出を求めたりすることによって、控訴人が中国で受けた本件手術の詳細について把握すべきであったということもできない。以上によれば、本件申合せに基づき、被控訴人病院が控訴人の診療を拒否したことには、相応の合理的な理由が存在したといえることができる」。

九二

エ 「前記アないしウのとおり、本件対応の時点で、控訴人に対して緊急の診療の必要性があったとはいえないこと、通院の利便性が劣る面はあったに

せよ、紹介元での診療が確実に見込まれていたし、その他の医療機関で診療を受けることも十分可能であったこと、本件申合せに基づく本件対応は、イスタンブール宣言に則っての大学病院の対応として、相応の合理性のあるものであったことが認められるから、応招義務に関する医師法 19条 1項の規定の趣旨を十分考慮しても、被控訴人担当医師が控訴人の診療を拒否したことは、社会通念上正当として是認できるものであって、不法行為が成立するとは認められない」。

3 争点2 (診療契約の債務不履行の成否) について

「前記2(2)に説示したところからすれば」、Xと被控訴人病院との間の「診療契約をその意思に反して解除したとしても、そのことには「やむを得ない事由」(民法651条2項、656条)があったと認められるから、その余の点について判断するまでもなく、本件対応について、被控訴人に債務不履行責任が成立するとは認められない」。

4 「以上によれば、争点3 (本件対応による控訴人の損害額) について判断するまでもなく、控訴人の請求を棄却した原判決は相当である。控訴棄却。

【検討】

(1) 応招義務の適用場面

医師法 19条 1項は、「診療に従事する医師は、診療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」として応招義務を定めている。

応招義務の適用について、患者の受入時に限られるか否かという論点がある。「診療継続は応招義務に含まれない」とする学説もあるが⁽⁵⁾、通説(多数説)は、同義務は診療開始の場面(初診の患者受入れの場面)に限定されないと解している⁽⁶⁾。また、過去に医師法 19条が問題となった裁判例には、

(5) たとえば、米村は、「診療中の患者が診療継続を求めた場合も含まれるかが問題となり、これを肯定する見解が多いが、診療継続は応招義務に含まれないと解すべき」とする。米村滋人『医事法講義』(日本評論社、2016年)48頁。

(6) 平沼直人『医師法』(民事法研究会、2019年)122頁など。

渡航移植患者からの帰国後のフォローアップの求めを医療機関が自院の申合せ(内規)に基づいて断ったことが争われた事案

「はじめて患者が来院し、診療を求めるケースばかりでなく、診療継続中の事件も含まれている」ことも、指摘がある⁽⁷⁾。

さて、本件においては、原告・控訴人X側は、通説的に応招義務の適用場面が受入時に限定されないことを主張していた。対して、被告・被控訴人Y側は、応招義務の趣旨を医療機関へのアクセスの場面に限定して解すべきと、(上述した)有力説を根拠に反論していた。

結論から言えば、応招義務の適用場面についての捉え方は、原審と控訴審とは異なっているように見える。原審・静岡地裁は、「応招義務の趣旨が、患者に医療へのアクセスを保障して、患者の生命・身体の保護を図ることにあり、特に診療契約締結前の段階では、医師ないし医療機関…〈略〉…に診療契約上の義務が課されないことに鑑みれば、このような段階であっても、患者に医師の診察治療を受ける機会を保障する必要性があることから、応招義務の対象となる「診察治療の求があった場合」とは、診療契約締結前に新規に患者が医師に対して診療開始を求めた場合を想定していると解するのが相当である」とした。つまり、静岡地裁は、Y側の主張するような、応招義務の適用場面を限定する解釈を採用した⁽⁸⁾。

(7) 東京地判昭和56年10月27日判例タイムズ460号142頁。これは、懐妊に気づいたのち毎月定期的に検診を受けていた妊婦が、出産のため午前3時に入院することとなった際に、最初に助産師が処置に当たり、異常所見がある場合に当直の医師の診断及び帝王切開が行われたという診療体制の下で、常位胎盤早期剥離を原因として胎児が死亡したケースである。妊婦のブザー呼出しに応じなかったことが医師法 19条の応招義務違反であるとの原告側主張を、原審・東京地裁は、「そもそも右義務は本来医師の国に対する義務」であることなどを理由として退けた。

しかし、控訴審(東京高判昭和58年10月27日判例時報1093号83頁)では、原審のようないわば門前払いは行われなかった。

樋口は、「この事件では、患者は医療を受けていたのであり、医師も診療を拒否していたわけではない。入院も受け入れられて、その後の診療のあり方が問題とされたケースである」と分析した上で、控訴審の東京高裁が、「私法上の請求でありながら医師法 19条違反の有無を丁寧に論じていた」ことを指摘している。樋口範雄「医師の応召(応招)義務・診療義務」法学教室312号112頁(2006年)、115頁以下参照。

(8) 水沼は、原審が応招義務の趣旨を医療へのアクセス保障とした点は、「従来の裁判例にはない新しい判断」であり、この判断は、本件の意見書で引用された自身の論考等によるものであると分析している。

一方で、前述したように、控訴審・東京高裁は、担当医師が、診療を継続することができない旨を伝えたことから、「医師法 19条 1項に関連する状況」であったこと自体は疑いのないところとしつつ、不法行為の成否との関係では、「医師法 19条 1項の規定の趣旨も踏まえて、被控訴人担当医師の本件対応が社会通念上是認されるもので、あったか否かという観点から、不法行為該当性を判断すれば足りるのであって医師法 19条 1項の厳密な適用範囲について検討し、それについての判断をする必要はない」とした。このように原審と異なり、東京高裁は、不法行為の問題を考えるにあたって医師法 19条の規定の趣旨について触れる必要を示すのみであり、応招義務の適用場面がどこまでかを明示しなかった。

しかし、同時に、東京高裁は、「医師法 19条 1項の趣旨が、患者に医療へのアクセスを保障して、患者の生命・身体の保護を図ることにある」ことを踏まえて、不法行為について判断を行う際の「考慮要素」をも提示している。この関係をどう考えれば良いだろうか。

たとえば、医師法 19条の趣旨を医療へのアクセス保障とするにせよ、本件では診療契約の成立の時期（そして、それが本件診療拒否の場面とどう前後するか）を明確にすることが難しいとか、明確にすることを回避したいと考えた可能性が考えられる。あるいは、次節「(2) 応招義務の法的性格」で示すように、医師法 19条が本来的に公法上の義務であることを前提として、公法上の適用範囲と私法上の不法行為が問題となる範囲とは、「関連する」が同じではないということ考えたのかもしれない。また、高裁が本件について法的判断を及ぼすにあたって、原審とは異なり、不法行為の問題を中心に据えたいということが、まず先にあった可能性もあるだろう（「(3) 検討の中心と判断枠組」において後述する）。

さらに、水沼は「この高裁判決は医師法 19条 1項の適用場面について原審（一審判決）を否定する判断をしていませんので、応招義務が診療契約締結前に限って適用されるとの原審が否定されたというべきではありません」と、この高裁の判断を評している。以上、水沼・前掲注 3、139-140頁及び139頁脚注 4 を参照。

(2) 応招義務の法的性格

現行法上、応招義務違反には、罰則規定はない⁽⁹⁾。また、同義務違反については、同法7条による行政処分が予定され、医師免許の取消又は停止があり得るとされているのみである。なお、実際に処分された例は見当たらない。

この応招義務の法的性格については、学説では諸説展開されてきたが、現在は(も)、医師の国家に対する「公法上の義務」と説明する立場が通説である⁽¹⁰⁾。裁判例においても、たとえば、昭和58年名古屋地裁判決⁽¹¹⁾は、医師法19条1項の「規定における医師の義務は公法上の義務と解すべきであり、右義務違反が直ちに民法上の不法行為を構成するものと断ずることには疑問がある」としている。

ただし、昭和61年千葉地裁判決⁽¹²⁾が、「この医師の応招義務は、直接には公法上の義務であって、医師が診療を拒否すれば、それがすべて民事上医師の過失になるとは考えられないが、医師法19条1項が患者の保護のために定められた規定であることに鑑み、医師が診療拒否によって患者に損害を与えた場合には、医師に過失があるとの一応の推定がなされ診療拒否に正当事由がある等の反証がないかぎり医師の民事責任が認められると解すべき」と

(9) 戦前は応招義務には金銭罰が置かれていたが、昭和23(1948)年の現行法制定の際に削除された。この経緯については、樋口・前掲注7、113頁以下。

なお、応招義務の歴史的展開については、水沼による詳細な分析が近年発表された。水沼直樹「応招義務の歴史的展開と現代的意義(1)・(2)」医事法研究1号39頁(2019年)、同2号65頁(2020年)。

(10) 松本佳織「救急医療に関する注意義務違反」高橋讓『医療訴訟の実務[第2版]』(商事法務、2019年)340頁、348頁。平沼・前掲注6、123頁など。

(11) 名古屋地判昭和58年8月19日、判例時報1104号107頁。評釈として、野田「判批」法律時報56巻9号121頁(1984年)。

(12) 千葉地判昭和61年7月25日判例時報1220号118頁。

評釈として、山田卓生「判批」ジュリスト873号88頁(1986年)があるが、山田は、診療の引受けのあった場合に限定するのは狭きに失するが、「そうかといって初めての患者についても応招義務があるとするわけにはいかない」として、「[「正当の事由」のありや否]をクッションとして応招義務の範囲を画する考えを示していた。山田のこの見解は、本件における東京高裁の応招義務の捉え方(前述「検討(1) 応招義務の適用場面)」を考察するにあたって、参考となるように思われる。

するように、原則は（医師の国に対する）公法上の義務だとしつつも、一定の場合に（患者に対する）民事上の責任が認められることを示す裁判例がある。上記昭和61年千葉地裁判決や平成4年神戸地裁判決⁽¹³⁾を受けて、「応召義務は私法上の義務ではないが、応召義務違反と患者の被害との間に因果関係が認められるときには、損害賠償責任の基礎となる過失が推定される根拠となる」ことは、医事法の一般的な教科書⁽¹⁴⁾にも記載されるところとなっている。実際に、訴訟記録を確認したところ、本件でも、原告・控訴人X側は、このような民事上の責任を肯定した裁判例があることを踏まえて、応召義務違反の主張を行っていた。一方で、被告・被控訴人Y側は、応召義務違反から民事上の過失を導出して取り扱うのは下級審のみである旨、反論していた。

さて、上記のように議論のある応召義務の法的性格について、本件ではどう判断されたのか。原審において静岡地裁は、「行政上の応召義務違反が直ちに医療機関の民法上の不法行為責任を基礎づけるものということとはできない」としながら、「応召義務違反に当たる事実について、当該患者の生命・身体の侵害ないしその危険の程度と違反行為の態様によっては、民法上の不法行為の成立要件である違法と評価されうるものと解することができる」としていた。しかし、前記「(1) 応召義務の適用場面」で示したように、静岡地裁は、応召義務の適用範囲をアクセスの場面に限定する解釈を採用していた。その上で、XがN病院からの「紹介状を被告病院の窓口に提出したこと」がフォローアップ診療契約の申込みにあたり、これに対して担当医師が「血液検査及び尿検査をオーダーしたこと」が申込みに対する承諾に当たるとして、「本件対応は、診療契約の成立後に患者である原告が被告病院に対して診療継続を求めた場面に当たるから、被告病院による診療の拒否について、応召義務の違反による不法行為が成立するとは認められない」と判じていた。その上で、静岡地裁は、本件を診療契約における債務不履行の成否の問題と

(13) 神戸地判平成4年6月30日、判例時報1458号127頁。評釈として、手嶋豊「判批」判例時報1479号148頁（1994年）、岡林伸幸「判批」名城法学44巻1号265頁（1994年）など。

(14) 手嶋豊『医事法入門 第5版』（有斐閣アルマ、2018年）56頁。一方、「過失の「推定」は行き過ぎであり、結果予見・回避義務の判断において考慮するに留めるべき」と主張する論者もある。平沼・前掲注6、124頁。

渡航移植患者からの帰国後のフォローアップの求めを医療機関が自院の申合せ(内規)に基づいて断ったことが争われた事案として捉えていた。

これに対して、控訴審・東京高裁は、同条が公法上の義務を定めたということ、改めて確認することはなかった。そして、応招義務の適用範囲について詳細に検討する必要はなく、不法行為との対応では「医師法 19条 1項の規定の趣旨も踏まえて、被控訴人担当医師の本件対応が社会通念上是認されるもので、あったか否かという観点から、不法行為該当性を判断すれば足りる」としていた。

控訴審が応招義務の法的性格（公法上の義務）を再確認しなかった理由は明らかでない（原審の判断を覆さないということであろうか）。しかし、検討の中心は原審とは明らかに異なっている。この点を、次節「(3) 検討の中心と判断枠組」で考察する。

(3) 検討の中心と判断枠組

前述したように（「(1) 応招義務の適用場面」）、原審は、応招義務の適用範囲を医療へのアクセスに狭く解して、応招義務を理由とする不法行為の成立を否定した。そして、本件については、診療契約上の債務不履行の成否についての検討に紙幅を大きく割いていた。

一方で、控訴審では、応招義務の趣旨を「医療へのアクセスを保障して、患者の生命・身体を保護を図ること」としながらも、同義務の適用範囲を詳細に検討することは行われなかった。そして、医師法 19条 1項の規定の趣旨も踏まえて、担当医師の本件対応が「社会通念上是認されるものであったか否かという観点から、不法行為該当性を判断すれば足りる」とした。実際に、控訴審では、不法行為の成否の判断へ、大きく力が注がれていることは明らかである⁽¹⁵⁾。

(15) なお、原審において、原告・控訴人側は、診療契約が検査や問診など“複数”の契約から成るという理論構成を採用していた。その上で、「一般的診察及び検査に関する契約は成立したが、具体的な治療に関する契約は成立していない」から、本件は応招義務違反の場合に当たると主張した。しかし、一般的には、診療契約は契約締結時にはその内容が未確定であるにしても、検査・問診を通じてその内容が確定していく“1本”の契約と捉える立場が通説であろう。原審・静岡地裁は、この原告の理論構成を退けている。この問題については、控訴審で改めて検討を及ぼすことはなかった。拙稿・前掲注3、86頁。

この相違については、どう考えれば良いか。評釈の中には、控訴審も診療契約における債務不履行の成否を検討したものと捉える見解⁽¹⁶⁾がある。そう（とだけ）言い切れるのかには若干の疑問がある。もちろん、その疑問は控訴審の実際の検討場面で、債務不履行の成否にほとんど紙幅が割かれず、不法行為での検討を引っ張っているだけという外形的なものだけから生ずるものではない。

1つ目の疑問は、これまでの裁判例や学説と本件との関係を見たときに生じる。前述した、昭和61年千葉地裁判決や平成4年神戸地裁判決は、救急の事案であった。そこでは、患者の受入れが行われないこと自体が問題となったのであるから、診療契約があることを前提とする債務不履行の問題としてではなく、不法行為の問題として扱うことが適切であったのだろう。さらに、医師法19条について、学説には「不法行為法上の意義にとどまらず、契約法上の効果もある」とするものがあることも指摘されていた⁽¹⁷⁾。

診療契約について、判例・通説はそれを（準）委任契約として類型化している。委任契約は、当事者間の特別な信頼関係を基礎とするから、理由を問わずに各当事者はいつでも解除できる（民法651条）⁽¹⁸⁾。しかし、応招義務の適用範囲について、診療契約締結だけでなくその継続も含むと解する通説的な立場からは、応招義務の効果として、任意の解約を認めないという結論がもたらされることが指摘されてきた⁽¹⁹⁾。そこで、民法651条2項が「前項の規定により委任の解除をした者は、次に掲げる場合には、相手方の損害を賠償しなければならない。ただし、やむを得ない事由があったときは、この限りではない。」と定め、同条同項1号に「相手方に不利な時期に委任を解除したとき。」としているところの、「やむを得ない事由」の検討がなされる。

そこで、応招義務の適用範囲を明確にしない控訴審・東京高裁がどのような判断枠組をとっていたのか。これが、いまひとつよくわからない。たとえ

(16) 田邊・前掲注2は、今回のケースで東京高裁は、「応招義務の適用場面か否かという判断はしておらず、応招義務の適用場面であれ、損害賠償責任が発生するかを検討するなら**医師法19条の「正当な事由」の有無を考えればよい**とした」と整理している（太字強調は原文ママ）。

(17) 樋口・前掲注7、116頁。

(18) 山本豊編『新注釈民法(14)債権(7)』317頁〔一木孝之〕（有斐閣、2018年）参照。

(19) 昭和58年名古屋地裁判決では、黙示の意思表示による診療契約の解除があったと判断された。野田・前掲注11、122頁。

渡航移植患者からの帰国後のフォローアップの求めを医療機関が自院の申合せ(内規)に基づいて断ったことが争われた事案
ば、債務不履行の成否(争点2)の核心部分は「信頼関係」破綻の問題であり、それは不法行為の成否(争点1)の中の(一部としても?)検討されているから、それで十分である。東京高裁は、そのように考えたのだろうか。そう考えれば一応の説明はつくのかもしれないが十分であろうか。また、ここからは次なる疑問が生じる。それは、東京高裁が提示した、不法行為の成否に関わる考慮要素に関わる問題である。

(4) 考慮要素

ここで、原審と控訴審との本件における「考慮要素」の比較検討に入る前に、まず、医師法 19条に定める「正当事由」について、若干整理しておきたい。医師法 19条 1項が「正当な事由」がなければ医師は患者の診療の求めを拒んではならないとしているところ、この「正当な事由」についてはいくつものものが挙げられる。それには、行政上の解釈で示されたものと、裁判例に現れたものがある。

行政上の解釈で示されたものについては、これまで昭和の時代に3つの通知があった。旧厚生省による昭和24年通知⁽²⁰⁾は、「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」と一般論を述べた上、具体例としてA.「医業報酬の不払い」やB.「診療時間外」であること等が正当事由とならないこと、またC.「専門外」であっても応急処理をする必要があることを示していた。昭和30年通知⁽²¹⁾は、具体的な問い合わせに対する回答ではあるとしても、「医師法第19条にいう「正当な事由」のある場合とは、医師の不在又は病気等により事実上診療が不可能な場合に限られる」と医療者側にかなり厳しい解釈を示し、D.「軽度の疲労」による診療拒否が「正当な事由」とならないとした。そして、昭和49年通知⁽²²⁾は、休日夜間診療所等の体制整備があり、かつそれが住民に周知されている場合という条件付きではあるが、医師が休日夜間診療所などで診療を受けるよう指示することが医師法 19条 1項に反

(20) 昭和24年9月10日付医発第752号各都道府県知事あて厚生省医務局長通知。

(21) 昭和30年8月12日付医収第755号長野県衛生部長あて厚生省医務局医務課長回答。
昭和30年通知については、厳しすぎる内容であると批判する見解もある。平沼・前掲注6、125頁。

(22) 昭和49年4月16日付医発第412号各都道府県知事あて厚生省医務局長通知。

しないとした(B。「診療時間外」)。その一方で、昭和49年通知は、「ただし、症状が重篤である等直ちに必要に応急の措置を施さねば患者の生命、身体に重大な影響が及ぶおそれがある場合においては、医師は診療に応ずる義務がある」として、「緊急時」の対応を求める内容を有していた。

実際に、裁判例で争われた(前述、昭和61年千葉地裁判決等の)ケースは、そのほとんどが救急のケースであった。しかし、近時においては、救急でなく、未だに重大な損害も生じていない事案⁽²³⁾も生じてきている。例えば、暴力や暴言等の患者の迷惑行為によって診療を断ったことが裁判例となっている⁽²⁴⁾。また、医療不払いの問題などにどう対応するかといった実務上の問題に、厚生労働省の通知も裁判例もまだ十分に答えられていなかった。

こうした中、令和の時代に新しい通知が発せられた。この令和元年通知⁽²⁵⁾は、「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」等を検討する中で出てきたものである。そして、過去の通知との関係では、「今後は、基本的に本通知が妥当するもの」としている。

(23) 筆者はこうした事案を、「新しい診療拒否」のケースとして調査・検討を行っている。拙稿・前掲3。本件もまさにそのようなケースである。

(24) 迷惑行為に関する裁判例については、三谷和歌子=吉峯耕平=大寺正史「応招義務と「正当な事由」の判断基準の類型的検討」日医雑誌145巻8号1655頁(2016年)、1657頁以下に複数紹介されている(残念ながら、筆者の所属機関が契約する判例データベースでは、その詳細を確認できなかった)。

三谷らの分析によれば、多数の裁判例があるが、「いずれも医療機関側が勝訴している」とのことである。

(25) 令和元年12月25日付医政発1225第4号各都道府県知事あて厚生労働省医政局長通知「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」。緊急性に関連した重要な考慮要素として、診療の求めが診療時間・勤務時間の内か/外かということも示された。

本件通知は、厚生労働省「第6回医師の働き方改革の推進に関する検討会」の資料として閲覧できる(<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000581246.pdf>)。なお、本稿執筆時点では、厚生労働省法令等データベースサービス(<https://www.mhlw.go.jp/hourei/index.html>)には掲載を確認できなかった(2020年9月8日アクセス)。

渡航移植患者からの帰国後のフォローアップの求めを医療機関が自院の申合せ(内規)に基づいて断ったことが争われた事案

令和元年通知では、「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」とされた⁽²⁶⁾。次いで、診療が求められたことが、診療時間・勤務時間の内か外か、患者と医療機関・医師の信頼関係が、重要な考慮要素となっている。同通知の是非については様々な意見があると考えられるが⁽²⁷⁾、ひとまず、最重要事項として「緊急性」が挙げられていること、次点のグループに「信頼関係」が挙げられていることを確認しておく。

これを踏まえて、原審と控訴審との考慮要素の相違について確認・検討する。

控訴審・東京高裁は、不法行為該当性については、①生命・身体への危険の有無及び程度(緊急性)、②他の医療機関による診療の現実的可能性(代替性)、③被控訴人病院において診療を拒否した目的・理由の正当性の有無及び程度(診療拒絶の正当性)の3点を挙げ「総合考慮して判断する」とした。ここには、明示的には信頼関係の話は出てきていないことが確認できる。

一方、原審・静岡地裁は、民法651条2項における「やむを得ない事由」を検討するにあたって、①当該患者の病状に対する緊急の診療の必要性(緊急性)、②他の医療機関による診療の可能性(代替性)、③当該医療機関の性質(医療機関の性格)、④患者と医療機関との信頼関係形成可能性の有無(信頼関係)を総合するとともに、⑤契約成立から契約解除に至る経過等を考慮するとしていた。

これらの考慮要素は、原審の弁論準備手続において、応招義務の「正当事由」の問題として原告・被告間の主張で現れたものであった。さて、医師法上の「正当事由」を考慮するための要素が、診療契約解除の「やむを得ない事由」とはたして同じもので良いのだろうか⁽²⁸⁾。原審は、このような疑問

²⁶⁾ 令和元年通知の解説として、三谷和歌子「医師法第19条医師の応招義務」日本医事新報5025号18頁(2020年)。

²⁷⁾ 医師の過重労働の問題については多様な対応策が考えられ得るところ、令和元年通知が(患者の負担につながる可能性もある)応招義務を限定的に捉えることで対応することには、疑問の声を聞くことがあった。第24回岡山生命倫理研究会、シンポジウム「信仰と診療拒否」(2020年2月15日、岡山市)。

紙幅の都合もあり、本稿では、同通知の是非等については検討を差し控える。

²⁸⁾ この疑問については、拙稿・前掲3、88頁。また、水沼・前掲注9「応招義務の歴史的展開と現代的意義(2)」、94頁以下。

に答えてはいない。さらに、控訴審では、これらを不法行為該当性の判断に用いるに際して、その構成を組み替えているように見える。

すなわち、緊急性 (①及び①)、代替性 (②及び②) については、地裁・高裁間で項目がオーバーラップしている。一方で、③医療機関の性質や④信頼関係の問題⁽²⁹⁾は、控訴審・東京高裁では独立した項目としては設定されていない。これらの要素 (の一部) は、③診療拒絶の正当性の問題の中に組み入れられているようにも見える。しかし、このような組み替えが適当であるかどうかについては、疑問もあるところである。医師法上の「正当事由」を考慮するための要素が、診療契約解除の「やむを得ない事由」と同じで良いかという上述した原審での疑問は、高裁においては、不法行為該当性の考慮要素において妥当することとなる。

さらに、高裁判決が、不法行為該当性が否定されれば、診療契約解除の「やむを得ない事由」も認められるとした点についても疑問がある。この点に関して、「不法行為不該当性と契約解除における「やむを得ない事由」が同一の要件で良いかについては、評価が分かれ得る」との評もある⁽³⁰⁾。

さて、個々の考慮要素について確認すると、緊急性 (①及び①) については、先に挙げた令和元年通知も「最も重要な考慮要素」としていたところであり、これを掲げることに異論は多くないものと思われる。代替性 (②及び②) については、本件では (技術レベルとして) 他院で治療可能であることに重きを置いて判断がなされているようである。しかし、それで良いのだろうか。実際には、本件では患者の引受け病院があったからまだ良かったものの、そのような状況を常に医療機関側が把握できるのだろうか。そもそも、本件で被控訴人病院は、技術レベルが足りないからという理由ではなく、臓器売買の「疑い」をもってして本件申合せに基づき患者を引受けなかったのであるから、そのような診療拒否が他院で行われる可能性はあるのではない

(29) なお、民法651条の枠組みに関して、「不応召は、信頼関係破綻法理や告知期間を設定することでも、当事者間で特約を結ぶことによっても正当化されない」とする見解がある。村山淳子『医療契約論 その典型的なるもの』(日本評論社、2014年) 64-65頁。

(30) 水沼は、「損害の公平な分担を趣旨とする不法行為と、債務不履行における債務者の帰責性とは要件が異なる場合もあり得る」ことを、その理由に挙げる。水沼・前掲注3、140頁。

渡航移植患者からの帰国後のフォローアップの求めを医療機関が自院の申合せ(内規)に基づいて断ったことが争われた事案

か。この考慮要素が置かれることについては、水沼も、臓器売買が疑われるような患者の引受けをする医療機関の存在を、診療拒否の際に医療機関が把握することになりかねない旨、疑問を呈している⁽³¹⁾。

東京高裁が独立した項目として扱わなかった③医療機関の性質及び④信頼関係の問題についてはどうだろうか。まず、地裁判決と高裁判決とでは、③医療機関の性質を明示的に扱うか否かが異なった。そもそもこの考慮要素が出てきた背景には、訴訟の過程(弁論準備手続)において、当事者間で医療機関の公益性についての相異なる主張が交わされていたことがあると考えられる⁽³²⁾。つまり、「臓器売買や移植ツーリズムを助長させないとする公的医療機関の立場」を説いて、そのような「疑い」のある患者の診療を拒否することを主張する被控訴人側と、公益性が高いからこそ大学病院のような医療機関が困っている患者の最後の受け皿になるべきことを主張する控訴人側の対立である。この対立に関しては、原審は正面から(直接には)「公益性」の文言を用いずに、判断を行っていた。具体的には、所属医師が国際移植学会の会員であり、イスタンブール宣言の遵守を求められたというところをテコにして、本件申合せの合理性を認めていたのである⁽³³⁾。ところが、控訴審において東京高裁は、「被控訴人病院は国立大学法人という公益性の高い組織に属することから、被控訴人病院は海外渡航移植ビジネスに加担・関与しないという方針に基づいて、その疑いの存する患者に対する診療を差し控えることとし、本件申合せを定めたものと認められ、本件申合せの趣旨、目的は正当なものといえることができる」として、明確に「公益性」の文言を用いた。この文言の直接的な使用には、(高裁がそこまで意図していないとしても)公益性の高い医療機関ほど臓器売買の疑いのかかる患者を断ることが

(31) 水沼・前掲注3、139頁。

(32) 拙稿「応招義務を巡る今日の問題——渡航移植患者の受入拒否事例について——」岡山大学法学会雑誌68巻3・4号565頁(2019年)、581頁以下。

(33) 拙稿・前掲注3、90頁以下。筆者は、原審評釈の執筆段階においては、これらどちらの主張に与したとしても批判がありそうなところであったため、地裁は直接的に判断しなかった(判断を回避した)のではないかと考えていた。

なお、イスタンブール宣言で用いられている定義が特殊なものであるとする重要な指摘がある。栗屋剛「アジア渡航移植患者の人権」法政論叢第51巻第2号257頁(2015年)。

正当化できるとのメッセージとして受け取られかねないという危険性を感じる。もし、このような理解に基づいて、国立・公立病院や私立であっても一定の公益性が認められる大規模の医療機関で診療拒否が起き、その結果そのような施設で行っている先端的な医療を患者が受けることが困難となれば、それこそ医療へのアクセス保障の上で問題となろう。もう少し誤解を招かないような表現ができなかったのかと思う⁽³⁴⁾。

また、④信頼関係の問題の扱いについても、原審と控訴審とでは判断が異なっている。応招義務に関して、この信頼関係については、令和元年通知でも指摘されていることは先に確認したところであるし、裁判例においても「正当事由」の有無を判断するに際して用いるようになってきたと分析する見解がある⁽³⁵⁾。

さて、原審が、信頼関係の有無を独立した考慮要素として重要視した理由の1つは、原審が債務不履行構成を基本としていたことにあると考えられる⁽³⁶⁾。原審は、本件申合せにいう「臓器売買（臓器ブローカー）の絡むような腎移植をした者」に当たるか否かを判断するためには患者側からの情報提供が必要であり、「そのような情報が患者と被告病院が診療に関する信頼関係を形成していくための前提となる」とした。そして、「患者側からそのような情報の提供を十分受けられないために、…〈略〉…疑いを払拭できなかった」ことが、緊急性や代替性の問題と相まって、「当該医療機関の性質を踏まえた患者と医療機関との信頼関係形成可能性という見地から、診療契約解除の「やむを得ない事由」の存在を基礎付け得るものということができる」としていた。

ここで、そのような犯罪関与情報の提供まで要求することの是非はある

(34) そもそも、医療機関がその公益性が高いから犯罪に関与できないということと、患者の受入れを拒否するという間接的方法を取ることの妥当性との間には、かなりの距離があるように感じられる。この点については、拙報告「海外で治療を受けて帰国した患者の受け入れについて」第38回日本医学哲学・倫理学会（2019年11月10日、橿原市）においてもコメントした。

(35) 水沼・前掲注9「応招義務の歴史的展開と現代的意義(2)」、91頁以下を参照。

(36) 以下の視点については、脚注4でも触れた第7回釧路生命倫理フォーラム終了後に、山下登（岡山大学大学院ヘルスシステム統合科学研究科教授）より、詳細なコメントをいただいた。

渡航移植患者からの帰国後のフォローアップの求めを医療機関が自院の申合せ(内規)に基づいて断ったことが争われた事案が⁽³⁷⁾、その問題をひとまず置くとしても、原審の採用する法的構成が債務不履行をメインに据えるものであるところ、学説上診療契約が準委任契約とされ、委任が当事者間の信頼関係をベースとするものであることから見れば、委任の解除に関する「やむを得ない事由」(民法651条)の有無を判断するにあたって、信頼関係を独立した考慮要素として重きを置くのは自然なことであろう。これに対して、本件を不法行為の問題として捉えようとする控訴審の判断枠組みでは、どうしてこのような信頼関係の問題を考慮要素に置くのか、説明が求められることになるはずである。上記の理論的疑問を意識したのか、控訴審では、患者から情報提供がなされなかったことによって「本件申合せが定める事由に該当するとの合理的な疑いが生じるものであった」と述べているものの、信頼関係の文言を明示的に用いてはいない。

以上のとおり、法的構成が異なるという視点から、控訴審が④信頼関係を考慮要素としなかったことを説明することは可能であるように思われる。もう1つ考えられる仮説としては、信頼関係破綻理論の射程の問題があったのかもしれない。原審では、訴訟を経て、患者が臓器売買に関与したという「疑い」が晴れたわけである。そこで、地裁から両当事者に対して和解が提案されたという経緯があるが、両当事者とも応じなかった。さて、ここで仮に患者側が和解に応じて「診療治療の求」を改めて行ったときには、再度応招義務に関する判断が行われ、場合によっては診療契約の締結が医療機関側 요구されることがあるのだろうか。以上はあくまでも仮定の話であるが、このような問題を抱えかねないことが懸念されるため、本件では敢えて信頼関係の話の前面に出さなかったという可能性もあるかもしれない⁽³⁸⁾。

(5) 本判決の位置付け

本件は最高裁が上告を不受理としたため確定している⁽³⁹⁾。さて、本判決

⁽³⁷⁾ 医事法の教科書にも、患者側の協力が必要と説くものはあるがそれらは、診療・治療にあたって必要な情報を提供することを求めるものである。たとえば、菅野耕毅『[新版] 医事法の研究Ⅱ 医療契約法の理論 [増補新版]』(信山社、2001年)、132-133頁を参照。つまり、本件のような、犯罪への関与情報を求めるものが、学説において想定されているわけではない。

⁽³⁸⁾ この点については、拙報告「最近の移植に関する調査報告」第33回西日本生命倫理研究会(2017年9月16日、福岡市)においても、フロアと意見交換した。

⁽³⁹⁾ 最決令和元年12月17日。

をどのように位置付けるべきであろうか。医療機関側としては、申合せ（病院内規）によって、診療を制限することが許容されたと広く捉えたいという希望はあるだろうが、しかしながら、訴訟過程でかなり細かいところまで事実関係の確認が行われていること等を見れば、やはり「本判決はあくまでも事例判断であるため、他の事案に転用して安易な診療拒否は控えるべきである」との見解⁽⁴⁰⁾に筆者も同意する。

なお、法的というよりも倫理的な観点からもう一点。問診の段階で患者の受けた施術が明らかでなかったという本件においては、被控訴人担当医師が患者のフォローアップ治療にいまひとつ自信が持てなかった可能性もある⁽⁴¹⁾。もし、仮にそうであれば、その旨を前面に出して他院を紹介する等の対応であったのならば、原告・控訴人たる患者との関係も本判決のようにはならなかったのではないか。本判決は、そのような医師＝患者間の（信頼？）関係形成についても考えさせるケースでもあるように感じられた。

*本研究は JSPS 科研費19K01439の助成を受けたものである。

(40) 三谷・前掲注26、27頁。

(41) この点に関連して、脚注4に示した医師のコメントは有益であった。