

弁護士法人ふくざき法律事務所

〒850-0034 長崎市樺島町 4 番 6 号ソフィアビル 2 階

TEL:095-824-8186 FAX:095-824-8286

長崎県医師会ペイハラアンケート調査結果について

長崎県医師会（病院部会）は、県下全ての病院を対象にペイシエントハラスメント（以下「ペイハラ」）に関するアンケート調査を実施し（送付先 147 病院、回答数 72 病院）、令和 2 年 7 月 31 日、その調査結果を取りまとめています（以下「報告書」）。その報告の結果について、私の個人的な感想や意見を述べさせていただきます。

1. 多くの病院がペイハラに難渋し悪戦苦闘していること

ペイハラ（暴言・暴力等）があったかどうかについての質問には、過去 1 年以内（又はそれ以前）に 72 病院中 49（68.1%）の病院が「あった」と回答し、その態様については、①執拗かつ辛辣な対応要求、②脅迫・名誉毀損・侮辱・暴言、③医療行為等に対する非難や批判と責任追及の順番になっており、④業務妨害、⑤暴行・傷害なども少なくありません。さらに、ペイハラ患者家族の何に困っているかを聞くと、①職員が対応に時間をとられ業務に支障が生じていること、②職員の就労環境が悪化してしまうこと、③患者が“退院しない”等により不必要な入院が継続されてしまうこと（退院を勧告しても従わないこと）という順番になっています。これを見る限り、多くの病院においてペイハラ患者家族への対応に難渋し、職員等が悪戦苦闘している様子がうかがえます。特に、サポート内容についての質問において、○専門家によるカウンセリング、○精神科医又は心療内科の受診、○一定期間の休業などの回答がみられ、○労災認定を受けている場合もあることから、職員の就労環境への悪い影響は顕著のようです。○退職した人、○心労により体調を崩した人、○そのために休業を余儀なくされた人もみられ、○精神的ストレスによる感情障害を引き起こしたスタッフもおられるようです。

2. 病院組織全体によるペイハラ対応の必要性

ペイハラ（暴言・暴力等）を受けた職種については、順に①看護職員、②事務職、③医師となっており、看護職員が 89.8%と非常に多くなっています。これに対して、当該職員に対するサポートについて聞くと、「行っている」と回答した病院が 41（83.7%）となっはいるものの、「行っていない」とする病院が 8 つ（16.3%）もあります。病院のペイハラ患者家族への対処は、組織全体の問題として組織全体で対応しないと職員が身体的にも精神的にもつぶれていきます。ペイハラに対しては、「常に病院組織の問題として組織全体で対処し、常に複数対応する」というのが大原則です。そうでないと、ペイハラへの効果的な対応はほとんど期待できないのです。

3. 医療者も患者家族もペイハラの原因を相手方に求めてしまう

ペイハラの「原因」になったものが何かという質問もなされています。その回答数の順番は、①患者家族の誤った権利意識、②患者家族が抱えるメンタル障害・パーソナリティ障害、③病気や治療方針・実践したケアに対する不満や不安となっており、その後、④医師をはじめ職員に対する誤解や悪感情、⑤患者家族の元来の反社会的性格、⑥医師・看護師等の説明不足（不十分な IC）と続いています。しかしこれは、医療者側から見た結果であって、患者家族側から見たらどうなるでしょうか。ある病院が、当該病院にクレームをつけた患者家族のクレームの理由について調査したことがありますが、上記の⑥医師・看護師等の説明不足（不十分な IC）、②病気や治療方針・実践したケアに対する不満や不安、④医師をはじめ職員の態度に対する悪感情などが多くなっていました。すなわち、医療者側も患者家族側も、ペイハラの原因については自分たちの足元が見えていないという側面があるようなのです。

4. 患者家族からのペイハラに対する病院側の対応策

ペイハラ（暴言・暴力等）に対する対策についての質問には、①事例等の情報共有、②弁護士との提携（顧問契約の締結など）、③対応マニュアルやガイドラインの作成、④担当部署の設置、④職員研修などが回答の多い順に並んでいます。しかし、ペイハラ防止啓発ポスターの掲示、院内放送などはそう多くはなく、「特に対策はしていない」という回答もあります。ペイハラ防止啓発ポスター掲示や院内放送はペイハラ防止に比較的効果的です。いずれにしても、「特に対策はしていない」というのは論外だろうと思われます。また、実際に行った対応についての質問には、その多くが①相手方との話し合いと回答されています（これは当然のことです。）。しかし、②以後の診療拒否、②院内立入禁止、③誓約書等の書面を書かせる、④警察介入、⑤弁護士への相談などもみられ、それなりの具体的な対応がなされている場合も多いようです。もっとも、「現場の医師・看護師等に任せている」、「特に対応したことはない」という回答もあり、今後は「それでは済まないケース」が増えてくるのではないのでしょうか。

5. ペイハラ事件を減らすための病院側のこれからの取組み

ペイハラ（暴言・暴力等）をなくすために必要な取組みについても質問されており、多い順に、①職員のコミュニケーション能力の向上（70.8%）、②ペイハラに対する職員対応の研修（61.1%）、③警察との連携（55.6%）、④対応マニュアル等の整備（52.8%）、⑤弁護士との連携（48.6%）、⑥診療拒否・立入禁止等の毅然とした対応（47.2%）、⑦地域病院間での情報共有と共助（37.5%）などとなっています。これを見る限り、職員への研修等によるコミュニケーション能力の向上によってペイハラ事件を減らせることができるのではないかと等ということは各病院とも自覚されているようです。しかし、長崎県医師会がペイハラ勉強会を催した場合には 95.6%の病院が参加すると回答され、しかも、各病院が長崎県医師会に対し、研修会（指導者向け研修会、コミュニケーション能力・I C能力を向上させるための研修会、事例検討会、情報共有のための意見交換会）の開催、ペイハラについての対応マニュアル又は指針の策定、医師会による相談体制・（第 3 者機関的な）対応体制、ポスター・研修用資料等の作製、弁護士紹介窓口の設定などを求めているところをみれば、ペイハラを減らすためには何が必要なのか（コミュニケーション能力の向上等）について理解はしているものの、各病院ともその具体的な手立てが分からない（医師会の研修で学びたい）という状況にあるような気がします。

6. まとめ

以上のとおり、一部の患者家族からの医療者に対するペイハラは、医療現場の就労環境を悪化させる大きな要因の一つになっており、医療の質を低下させる要因ともなっています。これらに対する対応を一つの病院・医療者個人の問題として対応することは困難となってきています。これからは、アンケートに見られる病院や医療者の悲痛な声を受け取った医師会が今後どう対応するのか、ということだと思われます。

（弁護士福岡博孝）

2021年5月

ペイシエントハラスメントへの対処法

弁護士 福岡 博 孝

(はじめに)

第1 ペイシエントハラスメントの実態と“患者・家族の法的責任”

1. 長崎県のペイハラアンケートに見られるハラスメントの実態

- (1) 長崎県看護協会の報告書にみられる被害実態
- (2) 長崎県医師会の報告書にみられる被害実態
- (3) ペイハラアンケートに見られる “病院側の対応”

2. ペイシエントハラスメントという考え方(1) モンスターペイシエントと呼ぶべきではない理由

- ア モンスターペイシエントは「性格」が問題なのか、「言動」が問題なのか
- イ いわゆる「モンスターペイシエント」について
- ウ いわゆる「モンスターペイシエント」は“ハラスメント”であり、その中でも
“ペイシエントハラスメント (ペイハラ)” に分類される

(2) ハラスメントの違法性 (ペイシエントハラスメントの違法性を考える)

- ア ハラスメントとは (一般論)
- イ ハラスメントの分類
- ウ “パワハラ” がハラスメントの基本形態
- エ パワハラ防止法とペイシエントハラスメント
- オ パワハラの違法性からペイシエントハラスメントの違法性を考える

3. ペイシエントハラスメントは患者・家族に課せられた診療協力義務に違反する！

- (1) 診療契約における患者側の義務
- (2) 病院の施設管理権の行使に従うべき患者側の義務
- (3) 患者・家族のハラスメント言動は上記 (1)・(2) の義務に違反する！

第2 ペイシエントハラスメントへの対処法

1. ペイシエントハラスメントのタイプを考える

- (1) 2つのタイプ (タイプⅠ、Ⅱ) と3つの区分 (タイプⅠ、タイプⅡ①、Ⅱ②)
- (2) コミュニケーション不足により育てられたペイハラ患者・家族 (タイプⅠ)
- (3) あくまでも“患者は患者”として対応する

2. ペイシエントハラスメントへの組織的対応(1) 病院組織としての態勢 (体制) の在り方

- ① 常に病院組織として対処法を検討し、具体的な案件についても病院組織の問題として対処して、ペイハラ患者・家族に対しては常に担当者の複数人で対応する

こと。

(ア) 病院組織による後方支援の重要性

(イ) 複数人対応の必要性

- ② 現場のペイハラ担当者（担当の看護師、事務職員、警備員等）のみに任せっきりにせず（担当者以外のバックアップ体勢を構築し）、常に病院組織において協議を重ねながら、一つひとつの対応を病院組織として判断していくこと。
- ③ ペイハラ処理担当者に対しては、その指揮命令系統を整備して一定の権限を付与し、その一方では、露骨な「結果責任」を問わないこと。
- ④ 病院は「看護師等のペイハラ担当職員を守ることが第一」という方針で組織的に対応する必要があること。
- ⑤ 普段から、病院内において、ペイハラ患者・家族及びその予備軍に対し、当該病院が「暴言・暴力を許さない病院であること」、「暴言・暴力については警察と連携して対応する病院であること」等を院内放送や院内掲示などで広く告知し、広報しておくこと。
- ⑥ 普段から、病院内において、ペイハラ患者・家族及びその予備軍について、組織的に情報共有するようにし、その情報共有のための体制を整えておくこと。
- ⑦ 患者・家族がペイハラ化しそれが増幅される要因の一つに、「当該病院の医師・看護師等スタッフ職員の患者・家族への対応の拙さ」（ぞんざいな言葉遣い、不親切な態度や説明、患者への配慮を欠いた私語など）があること。そのような医師・看護師等スタッフ職員に対する病院幹部の管理指導が非常に重要になってくること。また、その原因が劣悪な就労環境にあることも考えられることから、病院幹部は、当該医師・看護師等スタッフ職員の就労環境についても目を配る必要があること。

(2) 警察との連携の在り方（警察との連携体制の構築）

- ① 病院は、普段から所轄署と連携し、当該病院における近時のペイシェントハラスメント事案の状況（現状）を説明し、万一の事態（暴力、暴力のおそれ、不退去、業務妨害等が惹起された場合）には直ちに所轄署（又は派出所）から警察官を派遣してもらえるよう協力要請をしておくこと（警察との連携体制の構築）。
- ② 具体的に、入院中のペイハラ患者・家族が上記①の事態を惹き起こす可能性がある場合には、事前に所轄署の担当警察官に相談し、事実経緯を説明した上で、万一の場合の出動（警察介入）を要請しておくこと。
- ③ 毎年1回は定期的に、当該病院におけるペイハラ事案を所轄署に報告することとし、可能ならば所轄署との勉強会・協議会などを行うこと（当該病院職員のための研修もかねた、所轄署に協力してもらいロールプレイング研修などを実施することもある）。

3. ペイシェントハラスメントへの現場対応

(1) タイプの判別に従った対処法（ペイハラのタイプを判別することの重要性）

- ① ペイハラ患者・家族と判断できない初期の段階において、当該患者・家族がペイハラと思われる行為をする場合には、対応した当該職員は速やかにペイハラ担当者あるいは当該部署の長に報告し、当該ペイハラ担当者らは、その後の対応策

を検討して、当該職員に指示すること。

- ② タイプⅠ（育てられたペイハラ患者・家族）であると判断したときは、
 - (a) 自らの医療機関においてペイハラ患者・家族に育ててしまった「原因」を探り、それに基づいて人間関係を巻き戻す方向で、丁寧にかつ真摯に話し合いを続ける必要があること。その際に謝罪が必要になる場合には謝罪も検討すること。
 - (b) その際には、普通の患者として対応することを心がけ、メディエーターを仲介させたり、メディエーター的（第三者的）な立場の者（例えば、「患者・家族相談（支援）室」の所属職員）を関与させて対応することも検討すべきこと。
 - (c) もっとも、それでも解決が困難な場合には「弁護士介入」、「警察介入要請」等も検討すること。
- ③ タイプⅡ（不可逆的なペイハラ患者・家族）であると判断したときは、
 - (a) タイプⅡ①（パーソナリティ障害などメンタルヘルスの問題を抱えた患者・家族）の場合においては、メンタルヘルスの問題を抱えるペイハラ患者・家族に対して、精神科医や心療内科医を関わらせること（精神科医等の介入）も検討すべきであるが、それによる対処ができずやむを得ないと判断された場合には「警察介入」を躊躇しないこと。
 - (b) タイプⅡ②（反社会的な性格の患者・家族）の単に粗暴で粘着的なペイハラ患者・家族（特に反社会的勢力と思われる患者・家族）については、一定の院内対応を行った上で、その解決が困難であると判断した場合には、速やかに「弁護士介入」を検討し、また、やむを得ないと判断したには「警察介入要請」も躊躇しないこと。

（２）暴言・暴力への対応策

ア 具体的な対処方法（警察介入、診療拒否、退去命令、立入禁止命令など）

① 実際に暴力行為があった場合には、

- (a) 診療時間内においては、直ちにペイハラ担当部署に連絡し、担当部署の職員が駆け付けるとともに、事前に指定された所轄署の担当部署（又は派出所）へ直ぐに１１０番すること。
- (b) 診療時間外においては、直ちに警備員等の当直事務に連絡し、警備員等が駆け付けるとともに、事前に指定された所轄署の担当部署（又は派出所）へ直ぐに１１０番すること。

② 暴言・脅しの場合（暴力のおそれがある場合）には、

- (a) 診療時間内においては、直ちにペイハラ担当部署に連絡し、担当部署の職員を含めた複数のスタッフで説得し、それでも応じない場合には担当部署から事前に指定された所轄署の担当部署（又は派出所）に１１０番すること。
- (b) 診療時間外においては、直ちに警備員等の当直事務に連絡し、警備員等を含めた複数のスタッフで説得し、それでも応じない場合には当直事務職から事前に指定された所轄署の担当部署（又は派出所）に１１０番すること。

③ 上記①②の事態が惹き起こされた場合には、

- (a) 惹き起こしたペイハラ患者・家族に対し、警告書等の書面を交付し、今

後は又は今後も直ちに警察対応となる旨を告げること。

状況によっては（可能であれば）、誓約書等に署名押印させて、2度とトラブルを惹き起こさない旨を約束させること。

仮に警告書・誓約書等に従わない場合には、次の段階において病院側が、後述(b)の「診療拒否」、(c)の「退去要求」又は「立入禁止措置」等の対応を実施する可能性がある旨を告げておくこと（より厳しい対処の通告）。

- (b) それでもペイハラ患者・家族が当該病院の指示に従わない場合には、診療をしない旨を告げること（診療拒否）。通院患者の場合には通院診療の拒絶を通告し、入院患者の場合には退院又は転院の通告をすることになります（しかし、退院又は転院を強制することは不可能であり、さまざまな問題を伴います。）。
- (c) それでもペイハラ患者・家族が当該病院の指示に従わない場合には、病院施設からの退去を書面（退去指示書又は退去命令書）によって求め、または、病院施設内への立入りの禁止を書面（立入禁止指示書又は立入禁止命令書）によって指示すること（退去指示書、立入禁止指示書の交付など）。
- (d) 「退去指示書」、「立入禁止指示書」等をペイハラ患者・家族に交付するときには、同時に、それに違反した場合には「不退去罪」「住居侵入罪」などで刑事告訴する旨を告げること。

イ 医師・病院の応需・応召義務の可否（診療拒否が許されるかの検討）

(3) 担当職員の基本姿勢

ア ペイハラ患者・家族と話し合いをする時の担当職員の基本姿勢（心構え）

- ① 相手方と話し合いをする（事情を聴いて協議をする等）際には、相手方に対して真摯に対応し、冷静沈着かつ毅然とした態度で臨み、相手方の激しい言動などに反応せずに、その挑発には乗らないこと。
- ② 相手方を別室に誘導して移動させ、椅子に座らせて落ち着かせた上で話をし、可能な限り難しい医療用語は使わないようにすること。
- ③ 当初、ペイハラ処理担当職員側からは多くを語らず（もちろん、相手方からの質問には必要最小限度で答える）、相手方の話や希望を十分に聴き、相手方の主張や要求を正確に把握し確認すること。
患者・家族が何らかの回答を求めている場合にも（即答しても問題のないこと以外は）即答せずに、「病院において検討のうえで回答する」旨を伝えること。
- ④ 常識を逸脱したペイハラ患者・家族の言動に対しては、担当職員は、相手方のペイハラ行為（言動）が法律上「違法」な（患者・家族の診療協力義務に違反する）のであり、「患者・家族であっても許されないこと」を意識しながら、相手方にペイハラ行為（言動）が「違法」であることを気付いてもらえるような、あるいは、理解してもらうような対応をとること。
- ⑤ 相手方に誤解や過大な期待を抱かせる様な発言は慎むこと。
- ⑥ 相手方の要求に応じ、個人の判断で、「病院側が責任を認めた」と勘違いされるような謝罪をしないこと。特に、個人の判断で安易に謝罪文・念書などの

書面を作成し交付しないこと。

- ⑦ 「言った、言わない」というトラブルになる可能性があるときには、音声を録音することも検討すること。ペイハラ患者・家族の方から音声録音を申し出てきた場合には、特別の事情がない限りこれに応じること。
- ⑧ ペイハラ患者・家族とのトラブルの処理は、迅速を旨とし、早期解決を図るように努力すること。
- ⑨ ペイハラ患者・家族がその主張に固執し、担当職員がどれだけ説明しても病院側の考え方を理解してくれない場合には、(上記(2)アの暴力暴言等により弁護士対応、警察対応をせざるを得ない場合でない限り) そのまま「放置」(何らの対応もしない—できない—)という対応でもやむを得ないこと。

ペイハラ患者・家族から同じ主張や質問を受けた場合には、従前の病院側の結論や回答を繰り返すしかないこと。

- ⑩ 相手方が患者の場合には、あくまでも患者としての対応を心掛け、相手方患者の病状・体調等の気遣いをする事。

イ ペイハラ患者・家族の立場に立った対応

- ① ペイハラ患者・家族の立場に立った援助をするために、病院内に「患者・家族相談(支援)室」を設けること。
- ② メディエーター資格を有する職員がいるときには、当該メディエーターによる対応も検討すること。
- ③ 「患者・家族相談(支援)室」では、公平な立場で患者・家族からの意見を聴き、専門用語をかみ砕いて説明し、ペイハラ患者・家族に誤解があれば、それを説く努力をすること。
- ④ 相談室等の担当者がペイハラ患者・家族から事情聴取する時には、音声録音は基本的に避ける等して、信頼関係を醸成させるよう努めること。

(4) 事実経過の記録のしかた

- ① 患者・家族は、診療記録などの記載については、一般的に、(1)「記載していないこと(事実)は信じていない」、(2)「記載してあることは思い出す」、また、(3)仮に思い出さなくても「そうだったのか、そうだったかもしれない等と信じてくれる」ことが多い。したがって、ペイハラ患者・家族の認識の齟齬を埋めるためには、その正確で丁寧な記載が求められる。
- ② 裁判所は、診療記録などについて、原則として、(1)「記載してあること(事実)は有ったこと」、(2)「記載してないこと(事実)は無かったこと」として取り扱うことがほとんどである。したがって、訴訟等への対応のためにも、その正確で丁寧な記載が求められる。
- ③ 上記①②からすれば、ペイハラ患者・家族との紛争を回避するためにも、また、その紛争を深刻なものにしないためにも、その紛争の事実経過を診療記録等に記録しておくことが極めて重要である。

4. ペイシエントハラスメントを防ぐ“コミュニケーション”の重要性(医療者と患者・家族との間のコミュニケーション、インフォームド・コンセントの重要性)

- (1) より良い医療のためのインフォームド・コンセント、その前提としてのコミュニ

ケーション（より良い人間関係の形成）

- （２）医療者の説明不足（インフォームド・コンセント、コミュニケーションの欠如）は「医療紛争の呼び水」とされるが、ペイハラも同様である
- （３）より良い人間関係の構築と“誤解に基づくペイハラ”の回避（紛争回避機能）
- （４）ペイハラ患者・家族のモンスター化の原因の一つに「医師や看護師等の医療スタッフへの不満や不信」がある

（はじめに）

本稿は、患者・家族からのペイシェントハラスメントについての“医療者側の対処法”を、医療の臨床現場（医師、看護師その他のコ・メディカル、事務職者）に提案するものとなっています（なお以下、ペイシェントハラスメントのことを「ペイハラ」といい、また、ペイシェントハラスメントを行う患者・家族のことを「ペイハラ患者・家族」ということがあります）。しかし、「ペイハラ」が“病院組織全体で対処すべき問題”であることからすれば、ここで提案する対処法は、臨床現場だけで利用すべきものではなく、“病院長など病院幹部を含めた病院組織全体”がそれを理解して、医師・看護師などコメディカル・事務職員などのペイハラ処理担当者（以下「ペイハラ担当者」といいます）を「後方支援」するためにも利用しなければその意味が半減します。

これまでも、「モンスターペイシェントへの対処法」等という市販の実践図書において、具体的な対処方法（実践法）が紹介されることはありましたが、ペイシェントハラスメント（ペイハラ）自体の法理論的な検討（ペイハラ患者・家族など加害行為者の法的責任論）とその整理まではなされていなかったように思えます。ペイハラ患者・家族に対し最前線で対処するペイハラ担当者も、また、その後方支援をする病院幹部も、ペイハラについての「法理論的な考え方」（○ペイハラが違法であること、○ペイハラ患者・家族の言動が診療協力義務に違反すること、○時として犯罪にもなりかねないこと等）を十分に理解して、その対処法を実践する必要がありますし、そのことによって当該対処法の効果が一層上がることとなるものと思われます。その意味において、まず本稿では、ペイハラによる医療者の被害実態（長崎県内）をご紹介して、ペイハラの「法理論的な説明」を行い、その後「具体的な対処方法（実践法）」を紹介させていただきます。そしてさらに、この対処法において最も重要となる「ペイシェントハラスメントを予防ためのコミュニケーション関係の構築、インフォームド・コンセントの重要性」についても論を進めてみたいと考えています。

第１ ペイシェントハラスメントの実態と“患者・家族の法的責任”

１．長崎県のペイハラアンケートに見られるハラスメントの実態

令和元年９月から同年１１月にかけて、長崎県看護協会は、「看護職に対する患者家族などからの暴言・暴力・セクシャルハラスメント」のアンケート調査を実施し（看護師６００名にアンケート用紙を配布し３３４名から回答）、その調査結果を取りまとめています（以下「看護協会報告書」といいます）。また、長崎県医師会も、令和２年１月、県下全ての病院を対象にペイシェントハラスメントに関するアンケート調査を実施し（県下１４７

病院にアンケート用紙を配布し72病院から回答)、同年7月31日、その調査結果を取りまとめています(以下「県医師会報告書」といいます)。

この2つのペイハラアンケートの結果(【注1】)からは、次のような実態が明らかになっています。

【注1】看護協会は調査の対象を「患者家族からの暴言・暴力・セクハラ」とし、県医師会は「パシエントハラスメント」としていますが、その実態はほぼ同じものと考えられますので、これらを「ペイハラ」と統一して呼称することがあります。

(1) 長崎県看護協会の報告書にみられる被害実態

看護協会報告書によれば、その被害実態を次のように整理することができます。そしてそこには、臨床医療の現場におけるペイハラ(暴言・暴力・セクハラ)の“はびこり”が見られ、一部の患者・家族からの暴言・暴力・セクハラに怯えながら看護に携わる看護師の姿が浮かび上がってきます。

ア 「患者・家族より暴言・暴力・セクハラを受けたことがあるか」という質問に対しては、「受けたことがある」と答えた看護師は全体の約78%にのぼっており、「その経験がない」と答えた看護師はわずか約22%にすぎません。そして、それを更に細かく見ていくと、「身体的暴力」を受けたことがある看護師が約44%、「言葉の暴力」を受けたことがある看護師が約47%、「セクハラ」を受けたことがある看護師が約33%となっており、驚くべき結果となっています。アンケート対象看護師数がそれほど多くはないという点を差し引いたとしても、そのペイハラ被害の実態はひどいものといえます。

イ 「暴言・暴力・セクハラを受けたときにどう思ったか」という質問に対する回答は、「仕方ないと思った」が約36%、「仕事が嫌になった」が約29%、「怖くなった」が約23%、「仕事を辞めたいと思った」が約15%となっており、ペイハラを受ける看護師の悲しくてやるせない気持ちがよく表されており、実際に退職や休職に追い込まれた看護師も少なくないはずです。

ウ さらに「自由記載欄」には、「言葉による暴力が多い」「精神的につらい」「もう対象患者のところには行きたくないと思ってしまう」「あざになるほど叩かれたり、つねられたりした」「訴えたいと思うが、病院全体が患者様だから仕方がないという雰囲気」「看護師には人権はないのかと感じる」などという記載があり、看護師が一部のペイハラ患者・家族に肉体的にも精神的にも追い詰められている現状が明らかになっています。

(2) 長崎県医師会の報告書にみられる被害実態

県医師会報告書によれば、その被害の実態を次のように整理することができます。そしてそこにも、臨床医療の現場でのペイハラの“はびこり”があり、そのことによって病院組織の運営を困難にする重大な課題が見てとれます。

ア 「暴言・暴力・セクハラなどのペイハラがあったかどうか」の質問に対しては、72施設中49施設(約68%)が「あった」と回答し、その態様については、①執拗かつ辛辣な対応要求、②脅迫・名誉毀損・侮辱・暴言、③医療行為等に対する非難や批判と責任追及の順番になっており、④業務妨害、⑤暴行・傷害なども少なくありません。

イ 「ペイハラ患者家族の何に困っているか」を問うと、①職員が対応に時間をとられ業務に支障が生じていること、②職員の就労環境が悪化していること、③患者が退院

しない等により不必要な入院が継続されてしまうこと（退院を勧告しても従わないこと）
という順番になっています（本件事案では③が問題となっています。）。

ウ 以上を見る限り、多くの病院においてペイハラ患者・家族への対応に難渋し、職員等が悪戦苦闘している様子がうかがえます。そして、そのペイハラを受けた職員に対する病院側のサポートの内容を質問すると、○専門家によるカウンセリング、○精神科又は心療内科の受診、○一定期間の休業などという回答がみられ、さらには、○労災認定を受けている場合もあるようです。このように看護師など職員の就労環境が悪化していることは明らかであり、○退職した、○心労により体調を崩した、○精神的ストレスを惹き起こした等という職員がいることも十分にうなづけます。

（３）ペイハラアンケートに見られる “病院側の対応”

もちろん、看護協会報告書、県医師会報告書を見る限り、病院等はそれに手を拱いているわけではなく、○対応マニュアルやガイドラインの作成、○担当部署の設置、○職員研修などの組織的な対応を実施し、さらに具体的事案においては、○以後の診療拒否、○院内立入禁止、○誓約書等を書かせる、○弁護士への相談又は介入、○警察介入などの個別対応を行ってはいるようです。しかし、それで十分かと言えば、そうとも言えないようで、○職員のコミュニケーション能力の向上を目的とした研修の充実、○警察との連携、○地域病院間での情報共有など、より一層の組織的で充実した対処を模索しています。

特に、高齢の患者を入院させたはいいが、その入院の必要がなくなったにもかかわらず、当該高齢患者が退院しない、または、その高齢患者を引き取らない（入院させたまま退院拒否）という家族もみられるなっており、病院側の対処が困難を極める事案が増加しています。本件は、まさにそのような事案ということになります。

２．ペイシェントハラスメントという考え方

（１）モンスターペイシェントと呼ぶべきではない理由

ア モンスターペイシェントは「性格」が問題なのか、「言動」が問題なのか

（ア）前記のとおり、近時、医療現場では、いわゆる「モンスターペイシェント」、「モンスタークレイマー」と称する人たちによる医療トラブルが多くなっています。しかし、その事案の実情を聴くと、○当該病院による対応ではとうてい解決不可能で弁護士や警察を頼らなければならない事案から、○医療や医療者への単なる不平や不満という苦情レベルの事案、○ペイハラというよりも医療事故紛争についての交渉・トラブル事案に過ぎないものまで、そのトラブルの内容は様々です。当該患者・家族が医療者に「声を荒げている」というそれだけで、これらを十把一絡げで、「モンスターペイシェント」、「モンスタークレイマー」（以下「モンスター事案」ということがあります。）といってしまう（呼称する）のは、かえってそのトラブルを根深いものとしてしまう可能性があります。すなわち、事案によっては早期の解決が可能であるにもかかわらず、それをこじれさせることになりかねないのです。

そもそも、医療行為に不信をもち、医療者の説明に納得いかずに質問を繰り返す患者・家族が、時に少し声を荒げただけで、その患者・家族を「怪物」（モンスター）といってしまうことには違和感があります。本来、「クレーム」とは、「サービスに対する苦情や改善

要求、契約あるいは法律上の権利請求」を指す外来語であり、原語では「正当な主張・請求・要求」の意味とされています。すなわち、本来の意味では、「クレーマー」とは「正当な主張や請求をする人」のことなのです。したがって、医療に不信を抱いて医療者に説明を求め、その説明に納得できずにそれを繰り返したくだけであれば、仮に少くとも声を荒げる場面があったとしても、「正当な主張や請求をする人」という域を出ないこともあるはずで

す。（イ）もっとも、近時では、「クレーマー」とは「常識の範囲を超えてしつこく文句を言ったり、言いがかりと思われるような主張や請求を繰り返す人のこと」を意味するものとして使うことが多いようです。しかしそれでも、医療行為やそれに関連する事項についての医療者の説明に納得がいかにず質問を繰り返すだけで、その患者・家族を「モンスター（怪物）」といってしまうのは、「過度の決めつけ」となってしまう可能性があります。

いずれにしても、いわゆるモンスター事案における患者・家族については、「非常識なその「性格」に問題があるのか」、それとも、「非常識なその「言動」に問題があるのか」、という点が重要となります。そして、この点については、患者・家族による非常識な「言動」にこそ焦点を当てるべきであり、「その言動に対して、どう対応するのか」という観点から検討することが必要であって、この種の事案における喫緊の課題といえます。患者・家族の「性格」を揶揄するがごとき「モンスター（怪物）」「モンスターペイシエント（怪物患者）」などという呼び方は、このような問題の解決について、何の糸口も与えてくれることはないばかりか、逆に解決を益々困難にしてしまうのではないかと思います。「あの患者・家族は“モンスター（怪物）””といってしまうえば、そのような人との関わりなど誰も望まないでしょうし、そのように呼称された患者・家族が話し合いに応ずるはずもないのです。

イ いわゆる「モンスターペイシエント」について

（ア）いわゆるモンスターペイシエントとは、一般的には、「医師・看護師等の医療者に対して自己中心的で理不尽で非常識な要求をし、果ては暴言・暴力・性的言動（セクハラ）を繰り返す患者・家族のこと」を意味し、そのクレーマーとしての言動が、度を超してモラルに欠けていることから、「モンスター」（怪物）と呼ばれているようです。

近時の医療現場においては、①医療の不確実性とそれについての不知又は無知、②患者の人権意識の浸透と誤った権利意識、③常軌を逸した自己中心的な人たちの増加（間違いか否かに関わりなく自分の考えだけを前提に、違う考えの人を声高にかつ激しく攻撃することに躊躇しない人たちの増加）、④「患者様」などという呼称を使った“行き過ぎた「患者中心の医療」”（【注2】）等により生じた「医療者と患者側の立場（優位性）の逆転現象」によって、患者・家族の要求は通りやすくなっており、それが非常識で理不尽であっても病院や医師・看護師等がこれを容認する（容認せざるを得ない）傾向が続いているといえそうです。そして、このような状況において、非常識なごく一部の患者・家族が増え、「間違っただけでも許されてしまう」という風潮が強まっています。「間違っただけを間違っただけと自覚できない自己中心的な人たちが」増えてはびこっている現状の中で、一般の患者は当惑して迷惑し、いわゆるモンスターペイシエントへの対応に追われてきた「医師や看護師などの医療者、事務職員」が、精神的に疲れ果て精神科・心療内科に通院した

り、あるいは、病院を辞めてしまったりしているのです。

【注2】病院における「患者様」の呼称は、平成12年ころに厚労省が国立病院に宛てた指針によって推奨したものといわれており、「患者中心の医療」「患者等への接遇改善」を目指すものとして、その後のわが国の医療界を席卷してきました。しかし、「患者様」と呼ぶことについては、呼ぶ側の医療者側のみではなく、そう呼ばれる患者側にも「違和感がある」という声が多く、近時ではその呼称をもう一度「患者さん」と呼ぶ方向へ見直して元に戻す病院が増えています。そして、この「患者様」という呼称については、患者側に誤った権利意識を植え付けてしまった等という批判もあります（もっとも、「患者中心の医療」が正しい方向性を示していることは否定できません。）。

(イ) しかし、モンスターペイシエントと呼ばれる患者・家族も、その当初は「医療行為や医療者に対する苦情・不平・不満をいう人」というレベルから始まっていることが多いのではないのでしょうか（一般的に「クレーム」といっていますが、英語ではコンプレイン [complaint] に該当するといわれているようです）。そして、そこには「正当な主張・請求・要求」（クレーム [claim] という英語の本来の意味）も含まれていたはずなのですが、医療者側が真摯な対応をとらずにそれを無視したり、あるいは、忙しさにかまけてそのことを見逃したりしている場合もあります。また、患者・家族の苦情自体に理不尽な点があったとしても、その誤解や不合理性を十分納得させることができればいいのですが、医療者側でそれをやっていないケースも多くあります。そして、その時の医療者側の対応しだいで、患者・家族の不平や不満が徐々に増大していき、その「言動」がエスカレートしてしまうことがあるのです。それをいわゆる「モンスター化」、「悪質クレマー化」などといっているようですが、この場合の問題点は、患者・家族の「性格」にあるのではなく、客観的に現出した「言動」にあるということになります。もちろん、表面に現出したその「言動」には、その患者・家族の「性格」も影響していることは明らかなのですが、私たちが対応しなければならないのは、あくまでも患者・家族の「言動」ということになるはずです。

ウ いわゆる「モンスターペイシエント」は“ハラスメント”であり、その中でも “ペイシエントハラスメント（ペイハラ）”に分類される

以上のとおり、いわゆるモンスター事案では、その患者・家族の「性格」ではなく、「言動」を問題にし、それを前提に事案の分類と分析がなされなければならないはず。その場合には、「患者・家族が、医療者を不快にさせたり、医療者に不利益を与えたり、医療者の尊厳を傷つけたり、医療者に脅威を与えたり、挙句の果てには医療者に対し暴言を吐いたり、暴力を振るおうとしたり又は振るったり、あるいは性的言動をとったりする」というのですから、それは明らかに、「いじめ、嫌がらせ」に該当します（もっとも、暴言・暴力・性的言動に至れば、「いじめ、嫌がらせ」の域を超えた犯罪行為になってしまいます）。すなわち、それがまさに「ハラスメント」ということになり、分類的には、いわゆる「ペイシエントハラスメント」という事案になります。いずれにしても、ここでは、患者・家族の「医療者に対するハラスメント（いじめ、嫌がらせ）」という「言動」にこそ問題があるのであって、「その言動に対してどのように対処していくのか」が検討されなければならないのです。そして、そのような意味において、いわゆる「モンスターペイシエント」事案については、「モンスター」という言葉を使わずに（「怪物性」という性格に重きを置か

ずに)、単に「言動」に目を向けて「ペイシェントハラスメント」と呼ぶべきだと思います。また、その呼称を略する場合にも「ペイハラ」といい、当該患者・家族のことは「ペイハラ患者」「ペイハラ家族」(合わせて「ペイハラ患者・家族」といいます)と呼ぶべきだと考えています。相手方の患者・家族を「モンスター(怪物)」と呼ぶよりも、「ペイハラ患者・家族」と呼んだ方が、医療者側から患者・家族側への対応もやり易くなるのではないのでしょうか(もちろん、ペイハラ患者・家族も様々であり、その類型によって対応が異ならざるを得ないことは、別の問題です)。

(2) ハラスメントの違法性(ペイシェントハラスメントの違法性を考える)

ア ハラスメントとは(一般論)

ハラスメントとは「いじめ、嫌がらせ」のことを意味し、行為者本人の意識の有無には関係なく(すなわち、「故意」があろうがなかろうが)、「相手を不快にさせたり、尊厳を傷つける(傷つけられたと感じさせる)発言や行動をとったり、不利益を与えたり、脅威を与えること」等を指します。もちろん果ては、暴行・傷害・脅迫などの犯罪行為に行き着くこともあり、ハラスメントが暴言・暴力までも含めた意味で使われることが多くなっています。要するに、ハラスメントとは、「日常生活の中で、他者に精神的苦痛や身体的苦痛、精神的損失・物理的損失を与える結果となる言動」を指しますが、一般的には、定量的かつ厳密な定義は存在せず、「ある行為をある者が不快に感じれば、その者にとってその行為はハラスメント」といわれることが多くなっています。もっとも、裁判所でハラスメントが認められるためには、被害者の「心理的な主観」も重視されますが、それなりの「行為の客観性」を求められることになります。

イ ハラスメントの分類

ハラスメントには様々のものがあり、一説には35種類、また他説では45種類などともいわれており、ネット上に溢れています。その中で、いま一般的に問題とされるハラスメントといえば、①パワーハラスメント(いわゆる「パワハラ」であり、一般的には、「立場や権力や階級といった上下関係[権力、力などによる優位性]を利用し、おおよそ下位に当たる者に対して本人の意思に反することを強要すること」などとされています)、②セクシュアルハラスメント(いわゆる「セクハラ」であり、一般的には、「相手の『性』に対する嫌がらせ、又は個人・集団を問わない『性的ないじめ』のこと」とされています)、③マタニティハラスメント(いわゆる「マタハラ」であり、一般的には、「妊娠や出産を控えた者又は経験者に対して行われる嫌がらせのこと。多くの場合は仕事に関係し、職場において上位の者や同僚から退職へと追いやられるといった不当な扱いを受けること」とされています)、④パタニティハラスメント(いわゆる「パタハラ」であり、一般的に「育児や介護のために休暇や時短勤務を希望する男性職員に対する嫌がらせのこと」とされています。もちろん、女性職員もこのハラスメントの対象となりますが、「パタハラ」とは呼ばないようです)、⑤ドクターハラスメント(いわゆる「ドクハラ」であり、一般的には、「医師・看護師など医療者が患者・家族に対して不当な態度や言動を行い、悪意の有無に関わらず患者に不快を感じさせること」とされています)、⑥アカデミックハラスメント(いわゆる「アカハラ」であり、「学術研究の場における教育上・研究上の権力を利用したいじめ

や嫌がらせのこと」を意味します)、⑦ジェンダーハラスメント (いわゆる「ジェンハラ」であり、『男だから仕事は義務』『女だから家事・育児が義務』などという、性別によるステレオタイプな性差別が行われること」とされています)、⑧モラルハラスメント (いわゆる「モラハラ」であり、「個人が有する常識や社会的モラルを他人の意思に反して強要することの総称」とされています)、⑨カスタマーハラスメント (いわゆる「カスハラ」であり、「顧客・消費者による自己中心的で理不尽な要求や悪質なクレームなどの迷惑行為のこと」とされています) 等があります(【注3】)。

そして、ペイシェントハラスメント (いわゆる「ペイハラ」) も、「ハラスメント」の一つとして分類されています。ペイハラは一般的には、上記⑤のドクターハラスメント (ドクハラ) の逆のパターンであり、「患者・家族が医療者に対し、正当な医療行為を妨害する暴言・暴力・性的言動、いじめ・嫌がらせなどの行為をすること」を指します。要するに、本来その専門性などの観点からは、医師・看護師等の医療者側が、患者・家族よりも優位な立場にあるはずなのですが、様々の事情によってそれが逆転し、患者・家族側の方が優位な立場になってしまった事案であり、そのようなハラスメントパターンが医療の現場で非常に多くなっているのです。

【注3】わが国の法制度においては、これらのうち②セクハラ、③マタハラ、④パタハラが従前から労働法制 (男女機会均等法、育児・介護休業法) によって規制されていました (事業者に防止措置義務を課していました) が、①パワハラも、令和元年5月29日付のパワハラ防止法によってその概念が定義化され規制されることとなりました (しかし、法制度上は「禁止」ではなく、あくまでも「防止」のための「規制」ということになります)。

ウ “パワハラ” がハラスメントの基本形態

(ア) ところで、これらのハラスメントでは、その生活環境、職場環境、人間関係等におおむね「上下関係」が存在し、「上下関係の中での権力や力 (パワー) の格差 (優位性)」がその前提となることが多いといえます。ペイハラにおける医療者と患者・家族との関係も、本来は専門性という観点からの上下関係 (患者家族は医療者の指示に従うという、医療契約上当然の上下関係) が存在するはずですが、その関係性が逆転しているのです。近時では、部下の上司に対するパワハラという、いわば逆転したハラスメントが報告されるようになりましたが、ペイハラはそれにも似た逆転した実態を呈しています。いずれにしても力 (パワー) 関係に上下の格差が存在していることは共通しています。したがって、多くのハラスメントの中でも、パワーハラスメント (いわゆる、暴力、いじめ・嫌がらせ、精神的攻撃等を含めた「パワハラ」) が「形態的な基本」であるといえ、その考え方をもって他のハラスメントにも対処することが可能となるはずです。

(イ) 厚生労働省は、職場でのパワーハラスメント (パワハラ) について、平成24年1月30日付パワハラWG報告に基づき、同年3月15日には「職場のパワーハラスメントの予防・解決に向けた提言」を取りまとめて公表していましたが、ここでも「関係の優位性」が要件となっていました。そしてその後、令和元年5月29日に成立した「労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律」(以下「労働施策総合推進法」) といいます。また、「パワハラ防止法」ということもあります) によって、パワハラを「職場において行われる優越的な関係を背景とした言動であって、

業務上必要かつ相当な範囲を超え、身体的・精神的苦痛を与え又は就労環境を害するもの」と定め、「優越的關係」を前提とする「パワハラ」を規制することにしました（【注４】）。しかも、パワハラ防止法ではさらに、上司から部下に行われるものだけではなく、先輩・後輩間や同僚間、さらには部下から上司に対して行われるものも含まれるとされており、様々な「関係の優位性」が前提とされているのです。

（ウ）このことは、ペイシェントハラスメント（ペイハラ）でも同様であり、「患者・家族」と「医師・看護師などコメディカル・事務職者」との関係において、上記２（１）イ（ア）の事情（①医療の不確実性とそれについての不知又は無知、②患者の人権意識の浸透と誤った権利意識、③常軌を逸した自己中心的な人の増加、④「患者様」などという呼称を使った“行き過ぎた「患者中心の医療」”等によって生じた「医療者と患者側の立場（優位性）の逆転現象などの事情」を背景として、医療者（医師・看護師等）から患者・家族の側に優位性が事実上転換してしまい、ドクターハラスメントと逆の状態になってしまって、そのことから惹き起こされた社会現象・臨床現象がペイシェントハラスメントであるいえます。いずれにしても、人間関係の優位性を前提とし、その関係性上の「上位者から下位者に対して行われるハラスメント」では、ペイシェントハラスメントも含めて、「パワハラについての一般法理」が当てはまるといえます。

【注４】現実の職場でのパワハラ事案は、個別労働紛争解決促進法が制定された平成１３年ころに、都道府県労働局に寄せられる「いじめ・嫌がらせ」に関する相談として徐々に顕在化し、平成１４年度には約６，６００件程度であったものが、その１０年後の平成２４年度には約５１，６７０件とその相談件数が桁違いに跳ね上がりました。そして、令和元年度には８７，５７０となっており、ここ十数年間は毎年着実かつ急速に増加し続けています。しかも、解雇・自己都合退職・労働条件の引き下げなどという従来一般的であった労働相談項目を遙か遠い昔に追い抜いてしまい、相談件数のトップを走り続けているのです（令和元年度労働相談件数は２７万９，２１０件となっていますが、そのうち「いじめ・嫌がらせ」が８７，５７０件であり、全体の３１．４％を占め断トツの相談件数となっています）。このようなことも背景にあり、パワハラによる精神障害を理由とする損害賠償請求は増加の一途をたどっており、労働基準監督署もパワハラによる精神障害を比較的容易に労災認定するようになっているようです。しかも、パワハラをその要因の一つとする過労死、過労自殺の増大も続いており、ついにわが国も、令和元年５月にはパワハラ防止法を制定せざるを得なくなって、同２年６月１日に同法が施行されるに至ったのです。このような労働環境の変化に伴い（又は、並行して）、パワハラなどのハラスメントは、労働者の職場（会社）だけではなく、一般の店舗（カスハラ）、学校（スクールハラスメント）・大学（アカハラ）などの教育現場など社会全般にはびこり、果てには自らの命や家族の命を託することとなる医療現場にまでハラスメント（ペイハラ）がはびこってしまっているのです。

エ パワハラ防止法とペイシェントハラスメント

２０１９年（令和元年）５月２９日に成立したパワハラ防止法について、厚生労働省は、２０２０年（令和２年）１月１５日に「パワハラ指針」（又は「パワハラ防止指針」）を告示しています（なお、パワハラ防止法は、大企業について２０２０年６月１日から施行され、中小企業については２０２２年４月１日から施行されます。）。

そのパワハラ指針において、「事業主は、顧客等からの著しい迷惑行為（暴行、強迫、ひどい暴言、著しく不当な要求等）によりその雇用する労働者が就業環境を害されること

のないよう、雇用管理上、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備を行い、②被害者への配慮のための取組を行うことが望ましい。また、③顧客等からの著しい迷惑行為による被害を防止するための取組を行うことも、その雇用する労働者が被害を受けることを防止するうえで有効と考えられる」としています。

すなわち、このパワハラ指針（ひいてはパワハラ防止法）では、「顧客等からの暴行、強迫、ひどい暴言、著しく不当な要求等」もパワハラとして、事業者に対し上記①②③などの対応を求めているのです。これらは、いわゆる「カスタマーハラスメント」（例えば、デパートでの顧客の店員に対するハラスメント、いわゆる「カスハラ」）に対する対応を事業者に求めているものなのですが、このことは病院でも同じです。上記「顧客等」には、当然、「患者・家族」も含まれるのであり、患者・家族の医療者に対するハラスメント（いわゆる「ペイハラ」）に対しても上記①②③などの対応を事業者に求めているといえます。

また、このことは厚労省の「セクハラ指針」（又は「セクハラ防止指針」）では、もっと明確にされており、「当該言動を行う者（セクハラの実行者）には、労働者を雇用する事業主、上司、同僚に限らず、取引先等の他の事業主又はその雇用する労働者、顧客、患者又はその家族、学校における生徒等もなり得る。」と定めて、患者・家族がセクハラ行為者に該当する場合があることを明らかにしています。

オ パワハラの違法性からペイシェントハラスメントの違法性を考える

（ア）以上のとおり、ペイハラは、パワハラ防止法において「パワハラ又はそれに類するもの」として取り扱われるようになってきており、ペイハラについては、「パワハラに対する対処法」が妥当します。すなわち、ハラスメントの1つであるペイハラにおいても、その違法性を検討する場合には、「パワハラに対する対処法」を参考にすることができるのです。つまり、ペイハラがパワハラ概念（定義）に該当する場合には、それを繰り返す患者・家族の「言動」も、いわゆる「パワハラ」ということになり、その「言動」自体が「違法」になることがあるのです。

（イ）ところで、パワハラ防止法では、パワハラを「職場において行われる優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超え、身体的・精神的苦痛を与え又は就労環境を害するもの」と定義付けし（【注5】）、その行動類型として、次の6つの類型を挙げています（パワハラ防止指針）。

- ① 暴行・傷害（身体的な攻撃）
- ② 脅迫・名誉毀損・侮辱・ひどい暴言（精神的な攻撃）
- ③ 隔離・仲間外し・無視（人間関係からの切り離し）
- ④ 業務上明らかに不当なことや遂行不可能なことの強制、仕事の妨害（過大な要求）
- ⑤ 業務上の合理性なく、能力や経験とかけ離れた程度の低い仕事を命じることや仕事を与えないこと（過小な要求）
- ⑥ 私的なことに過度に立ち入ること（個の侵害）

ここでいう6つの行動類型は、職場でのパワハラを前提にしていますが、わが国の法秩序が許容しないパワハラの行動類型であり、いずれも違法とすることができます（ただし、違法性の強弱は上記①ないし⑥で相違があり、おおむね①から⑥の順番でその違法性が弱くなるといえます）。いずれにしても、パワハラが違法となるかどうかの指標とされている

のが上記①～⑥の行動類型なのです。そしてこれらは、パワハラ防止指針で整理されたものではありませんが、もともとは過去の裁判例を基に整理されたものであり、上記①の行動類型については、業務の遂行に関係するものであっても、そもそも犯罪であって、「業務の適正な範囲」に含まれるとすることはできず「違法」となり、②③については、業務の遂行に必要な行為であることは通常想定できないことから、原則として「業務の適正な範囲」を超えるものと考えられ「違法」ということになります。また、④、⑤、⑥については、業務上の適正な指導との線引きが必ずしも容易でない場合がありますが、こうした行為について何が「業務の適正な範囲を超える」かについては、「業種や企業文化の影響を受けることも多く、また、具体的な判断については、行為が行われた状況や行為が継続的であるかどうかによっても左右される部分もあるため、各企業・職場で認識をそろえ、その範囲を明確にする取組を行うことが望ましい」とされています。すなわち、④、⑤、⑥については、合理的な理由がない限り「業務の適正な範囲」を超えており、原則的に「違法」といえます。

【注5】わが国のパワハラ防止法は令和元年5月29日に成立しましたが、その直後にスイス・ジュネーブの国際労働機関（ILO）で、「仕事の世界における暴力及びハラスメントの撤廃に関する条約（ILO ハラスメント禁止条約）が成立し（同年6月21日）、わが国政府もそれに賛成票を投じています。そしてその条約では、「ハラスメント」という概念を「単発的か反復的なものであるかを問わず、身体的、精神的、性的又は経済的害悪を与えることを目的とした、または、そのような結果を招く若しくはその可能性のある一定の許容できない行為及び慣行またはその脅威」と定義し、仕事の世界における「暴力とハラスメント」を全面的に禁止し刑罰の対象としたのです。この条約では、「暴力及びハラスメント」としていることから、「ハラスメント」という言葉に「暴力」を含めず、「暴言、いじめ、嫌がらせ」という意味に使っているように思えますが、いずれにしても、暴力を含めてハラスメントを全面的に禁止し罰則の対象としています。以上のとおり、ILO ハラスメント禁止条約の「仕事の世界におけるハラスメント」には、わが国のパワハラ防止法のパワハラ定義を超える幅広いハラスメントを含むものとしており、その上で「それを罰則付きの禁止」としているのです。すなわち、世界の趨勢は、「仕事の世界の暴力とハラスメント」という幅広いハラスメント言動を罰則付で禁止しているのであり、世界標準においては当該ハラスメント言動が違法とされることが明らかになっています。

（ウ）以上を前提に「ペイハラの違法性」を考えてみます。

以上のパワハラについての考え方を前提にする限り、「ペイシェントハラスメント（ペイハラ）」においても、医療者に対する患者・家族の言動が、上記の①暴行・傷害（身体的な攻撃）、②脅迫・名誉棄損・侮辱・ひどい暴言（精神的な攻撃）に該当する場合には、当然それは「違法」ということになります。また実際に、ペイハラでも①（**①**暴行・傷害〔身体的な攻撃〕）や②（**②**脅迫・名誉棄損・侮辱・ひどい暴言〔精神的な攻撃〕）の事態が多くみられます。しかし、③（隔離・仲間外し・無視〔人間関係からの切り離し〕）、④（業務上明らかに不当なことや遂行不可能なことの強制、仕事の妨害〔過大な要求〕）、⑤（業務上の合理性なく、能力や経験とかけ離れた程度の低い仕事を命じることや仕事を与えないこと〔過小な要求〕）、⑥（私的なことに過度に立ち入ること〔個の侵害〕）については、職場でのパワハラにおいて「職務の必要かつ相当な範囲か否か」という点で問題となっており、ペイハラにおいて直截的に、このような事態が起きるということはほとんどないと

思われます。

むしろ、 пейハラ患者・家族によるペイシェントハラスメント（ペイハラ）においては、「③（医療者に対する）質問等についての執拗かつ辛辣な応対要求やその強要」、「④（それに関する）執拗なまでの付きまといや威圧・恫喝」、「⑤（医療行為に対する）執拗かつ辛辣な批難や批判と責任追及」、「⑥（これらの過程における）診療上の指示・指導の受入れ拒否や無視」などがみられ、上記③、④、⑤、⑥と比較しても、これらのペイハラ患者・家族の言動は明らかに度を越したものとなっており、違法なものといわざるを得ず、そのことが当該病院に対する「⑦業務妨害」につながることも多くなっているのです。すなわち、職場でのパワハラと異なり、ペイハラの場合には、①（①暴行・傷害〔身体的な攻撃〕）、②（②脅迫・名誉棄損・侮辱・ひどい暴言〔精神的な攻撃〕）と同様の“犯罪行為的なもの”として「⑦威力業務妨害」が考えられます。威力業務妨害とは威力を用いて人の業務を妨害する行為（犯罪―刑法233条、234条）であり、当該病院を困らせているペイハラ患者・家族の言動は「威力を用いた業務妨害」に該当する場合も多いと思われます（ただし、当事者である当該ペイハラ患者・家族は、そのことを全く自覚していないことが多いのです）。また、状況（病院からの退去を求められているのに退去しない等）しだいでは、「⑧住居侵入罪・不退去罪」（刑法130条）に該当することも考えられます。いずれにしても、ペイハラ患者・家族がこれらの犯罪に該当する行為を行えば、それだけで「違法」と判断されることになり（【注6】）、ペイハラ患者・家族が医療者又は医療機関に対し損害賠償責任を負うことになります。

【注6】なお、ペイシェントハラスメント（ペイハラ）に関係しそうな刑事犯罪としては、暴行罪（刑法208条）、傷害罪（同204条）、脅迫罪（同222条）、強要罪（同223条）、威力業務妨害罪（同234条）、器物損壊罪（同261条）、住居侵入罪・不退去罪（同130条）、名誉棄損罪（同230条）、侮辱罪（231条）、公然わいせつ罪（同174条）、強制わいせつ罪（同176条）、酩酊による公衆への迷惑行為（酒酔い防止法）、つきまとい行為（ストーカー規制法）などがあり、これらに該当するとペイハラ患者・家族の行為は違法ということになって、上記のとおり医療者等に対して損害賠償義務を負うことにもなるのです。

3. ペイシェントハラスメントは患者・家族に課せられた診療協力義務に違反する！

（1）診療契約における患者側の義務

ア 診療契約は双務契約であり、医療者側に義務（最善の医療を施す義務など）が課されるその一方で、患者側に対しても（治療代等の支払義務のほかに）信義則上の義務（診療協力義務）が課されることになります。医療行為とは、治癒という目的に向けて医療者側と患者側が協力し合う過程であって、医療者側は患者側の積極的な協力を得なければ最善の医療を施すことなど到底不可能です。したがって、医療者側と患者側との間には信頼関係に基づく協働関係が不可欠であって（旧厚生省検討会のインフォームド・コンセント報告書〔1993年〕）、医療者側が患者に対し最善の医療を施す義務を負担する、その一方で、患者側にも、医療者側に積極的に協力すべき信義則上の義務（診療協力義務）が課せられるということになります。

また、この点については、神戸地判平成6年3月24日（判時1525・127）等が、「医療行為は、その性質上医師と患者の信頼関係、協同関係を基礎として行われるもので

あるから、患者としても誠実にできる限り正確な情報を提供すべきであり、患者が誤った情報を提供した結果、医師が診断を誤ったとしても、医学常識に照らし容易にそれが誤った情報であることが判明する場合は別として、医師の注意義務が軽減される」と判示し、患者側にも診療協力義務の存在を認めています。

そして、診療協力義務違反の態様としては、上記神戸地判の事例で問題となった「診療に影響を与える情報の不告知や説明不十分」だけではなく、「医師・看護師などから受けた指示・指導の不遵守」、「合理的な理由のない受診の遅延」、「病院業務に支障をきたすような行為」などがあるとされています。

イ また、ここにいう「患者側」とは、患者本人のみを指すのではなく、患者の家族などの「診療契約上の患者の診療協力義務を補完し又は支援すべき立場にある者」も含まれます。当該患者のキーパーソンとなっている家族、身元保証人となっている家族はもちろんのこと、その他の家族も含めた当該家族が、当該患者の医療者に対する診療協力義務を補完又は支援するどころか、①その非協力を助長又は増長する場合、あるいは、②当該診療を妨害又は阻害することとなるような事態を招いた場合等には、当該患者が“診療契約上の診療協力義務違反”に問われることがあるとともに、当該家族も、患者の診療協力義務を補完し又は支援すべき一般的な注意義務に違反したものととして、“不法行為法上の診療協力義務違反”が認められ損害賠償責任を負うことがあるのです。

(2) 病院の施設管理権の行使に従うべき患者側の義務

病院施設の利用については、当該病院組織の長（理事長又は病院長）に施設管理権があり、当該病院に当該患者の入院診療が許された場合には、当該患者の家族も当該患者と同様に当該施設管理権の行使に従うべき義務が生じます（つまり、当該家族も当該病院に対し、その施設管理権行使に従うことを約束（合意）したものとみなされます。）。そして、臨床現場における現実の当該施設管理権の行使は、当該病院組織の長から当該臨床現場の長や担当者など（主治医・病棟師長・担当看護師など）に委ねられているといえます。したがって、患者・家族には、当該病院に診療を委ねた以上は、特段の事情がない限り、病院の規則や規程あるいは社会的なルールに従って病院業務に支障をきたすことがないようにする義務、当該主治医・当該病棟師長・当該担当看護師などの指示や指導に従うべき義務が課せられるということになるのです。

(3) 患者・家族のハラスメント言動は上記（１）・（２）の義務に違反する！

以上のとおり、当該病院に通院し又は入院している患者及びその家族には、①患者側の医療者に対する診療協力義務により、または、②当該病院の施設管理権行使に従うべき義務により、当該主治医・当該担当看護師・当該病棟師長などの指示や指導に従わなければならないのです。そして、それに違反することによって当該病院に損害が発生した場合には、患者は診療契約上の義務違反に基づく損害賠償債務を負い、また、その家族は不法行為法上の診療協力義務違反に基づく損害賠償債務を負担する場合があります（もちろん、看護師など病院職員に直接損害を与えた場合にも不法行為による損害賠償責任を負うことになります。）。

さらに、以下のような患者・家族のハラスメント行為（①～⑦のペイハラ）は、上記診

いをするのは危険すぎますし、ますます巨大なモンスターに育て上げるだけのことだと思います。そして、育てられたペイハラ患者・家族との信頼関係の破綻原因は、その多くが意思疎通の欠如にあり、基本的には、コミュニケーションが不足しており、医療者側によるインフォームド・コンセント等が十分に実践されてこなかった結果ということが多いのです。したがって、そのことを検証し、再度その患者・家族との間の信頼関係を再構築することが医療者側に求められているのです（インフォームド・コンセント、コミュニケーション関係の再構築による「信頼関係の巻き戻し」）。

このような対応をせざるを得ない「育てられたペイハラ患者・家族」を「モンスター（怪物）」と呼ぶことはできません。また、当該医療者が安易にそう呼ぶことは、信頼関係の修復など望むべくもない状況に自らを追い込み、信頼関係の再構築を不可能にしてしまうともいえます。ここではやはり、モンスターペイシェントの紛争実態が“患者・家族からの医療者に対するハラスメント”であることを重視し、「ペイシェントハラスメント」（ペイハラ）と呼ぶべきではないでしょうか。「モンスター（怪物）」という言葉捨て、「ペイハラ」と呼称することによって、問題行動の相手方に対しても、「あなたの言動は、“違法なハラスメント”（いじめ・嫌がらせ等）に当たるのですよ。」「違法なことは止めていただかないと治療が出来なくなりますよ。」等とたしなめながら、話し合いを始めることができるようになるはずです。

（３）あくまでも“患者は患者”として対応する

「怪物患者」、モンスターペイシェントはそういう意味になります。医療者は、「怪物」との間でコミュニケーションを図ることも、医療行為について話し合う（協議）こともできないはずです。しかし、モンスターペイシェントと呼ばれてはいても“患者は患者”なのです。まずは、「患者とその家族」という前提で医療行為を行い、それを前提としてペイハラ患者・家族との様々のトラブルに対処することが医療者としての臨床実務的な責務といえます。もちろん、医療者のみでの対処が不可能なペイハラ患者・家族がいることも否定しません。しかしそれでも、まずは“原則と例外”を峻別した上で物事に臨む必要があり、その医療行為の相手方を最初から「モンスター（怪物）」と呼んでしまっただけでは、治療も何もその先に進むことができないはずです。

２．ペイシェントハラスメントへの組織的対応

（１）病院組織としての態勢（体制）の在り方

病院組織としての態勢（体制）の在り方を考えるときに最も重要なことは、「(1)常に病院組織で対応し、(2)常に複数で対応して、(3)常に職員を守ること！」ということになります。いわば“ペイハラ対応の３原則”ともいえるもので、これが１つでも欠けると短期的にも長期的にもペイハラ対応が成功することはないものと思われます。いずれにしても、ペイハラ対応には「こうしたら、必ずペイハラが解決する」という絶対的な正解はありませんが、ペイハラ対応３原則を欠くとほぼその解決はおぼつかないといえます。特に、３つ目の（ペイハラ患者・家族から）「職員を守ること」ができない病院組織は、むしろ看護師や担当職員などのスタッフから見捨てられる（退職していく）ことも考えられ、医療関係の人材がますます乏しくなっているわが国においては、病院組織にとって由々しき問題と

なってきます。

以上のことをより具体的に理解していただくために、次のとおり、幾つかの項目に分けて説明させていただきます。

① 常に病院組織として対処法を検討し、具体的な案件についても病院組織の問題として対処して、ペイハラ患者・家族に対しては常に担当者の複数人で対応すること。

(ア) 病院組織による後方支援の重要性

臨床現場においてペイハラ患者・家族と対峙し神経をすり減らしているペイハラ担当者にとって「病院組織の後方支援」が必要不可欠であり、後方支援を十分に実施していない病院組織のペイハラ担当者が目に見える成果を上げることなど至難の業です。そればかりではなく、「当該担当者自身が神経をすり減らし、それこそメンタルヘルスを害して退職していく」という事態にまで至ることがあります。

ペイハラ担当者は、“病院組織の後方支援がある”と信じられてこそ、ストレスのたまるペイハラ患者・家族と対峙することができるのであり、この組織に対する信頼感を欠くと、ペイハラ担当者の対応は弱腰で消極的なものとならざるをえません。そしてそのことが逆に、ペイハラ患者・家族を高慢にし、ますます増長させることになりすし、あるいは、ペイハラ担当者の消極的な姿勢に激しく感情を爆発させることもあります。いずれにしても、ペイハラ担当者は、「病院組織に対する信頼」（何か対処できないことが起きても病院組織が対応してくれるという思い）を糧に、ペイハラ患者・家族に対応しない限り、目に見える成果を上げることなどできるはずもないのです。

その意味では、ペイハラ担当者のペイハラ対応の情報が当該病院の病院長・副院長など病院幹部に直接伝わるような体制（例えば、病院長直属体制など）をつくる必要があります。「病院組織としての対応」を原則とする限り、当該事案の状況が随時、当該病院の病院幹部に報告されなければならない、そうでなければ他の職員たちがペイハラ担当者の指示に従うはずもなく、また、病院としての即決の判断も困難となります。

(イ) 複数人対応の必要性

また、ペイハラ患者・家族に対しては、ペイハラ担当者が複数で対応する必要があります。ペイハラ患者・家族への対応は、身体的にも精神的にも通常とは比べものにならないくらいエネルギーを使い精神的なストレスを溜めてしまう作業であり、その作業にわずか一人の職員で対応しようとするのはそもそも無理な話というべきなのです。

ここでは「担当者の複数人での対応」といっていますが、それは具体的な各場面において2人が妥当な場合もあれば、3人又はそれ以上の人数が必要な場合もあります。相手に威圧感を与えないほうがよい場面においては2人が妥当であり、また、少し相手に威圧感を与えたい場合や、2人での対応では困難と判断した場合等には、3人以上での対応が望ましい場面もあります。さらに、暴力に至ることが危惧される場合においては、3人又はそれ以上の人数で対応しなければならないことも考えら、それぞれの場面ごとに考える必要があります。いずれにしても、余ほどの事情がない限り、単独（1人）での対応は避けるべきであり、複数人対応を原則とすべきです（もっとも、初回の又は突然のペイハラ行為等については、単独での対応を余儀なくされることになると思われますが、その後は速やかに複数対応の態勢を整えるべきです）。

また、一般にクレーム対応には経験が必要ともされており、ペイハラ担当者の中に、この種の対応に比較的慣れている職員を少なくとも1人当てることができれば、比較的スムーズな対応が可能となります。

② 現場のペイハラ担当者（担当の看護師、事務職員、警備員等）のみに任せっきりにせずに（担当者以外のバックアップ体勢を構築し）、常に病院組織において協議を重ねながら、一つひとつの対応を病院組織として判断していくこと。

ペイハラ事案について、ペイハラ担当者に任せっきりにすることは、当該担当者を孤立させることを意味します。病院幹部は、当該医療機関の多くの職員が「ペイハラ対応業務は最もやりたくない仕事の一つである」と考えている現実を直視して認識し、病院組織として、当該担当者以外の職員がバックアップし協力することができるよう、その態勢（体制）を整えるべきであり、当該担当者以外の職員にその旨を指示しておく必要があります。

医療機関として警備を警備会社に外注する場合には、ペイハラ患者・家族への対応について、院内のペイハラ担当者（当該病院の職員）と警備担当者（警備会社等）との間で意思疎通が十分に図れていないことが多く見られます。ペイハラ担当者が警備担当者（警備会社等）に対し直接一定の指示等が可能となるよう、医療機関は当該警備会社との間で事前に協議し合意しておく必要があります。

③ ペイハラ処理担当者に対しては、その指揮命令系統を整備して一定の権限を付与し、その一方では、露骨な「結果責任」を問わないこと。

病院幹部は、ペイハラ担当者らに対し、一定の成果を求めるのであれば、医師・看護師を含む他の職員に対する指揮命令を前提とした権限（それに近い権限）を付与しておく必要があります。また、具体的事案について、病院幹部が、何らの組織的検討を加えないまま、「…すべきであった」などという結果論的（レトロスペクティブ）な批判をする場合もみられます。しかし、ペイハラ対応に「正解がない」ことを考えると、そのことがペイハラ担当者を委縮させ、その委縮した対応がかえって相手方（ペイハラ患者・家族）を高慢にさせ、あるいは、感情的にさせる危険性があります。いずれにしても、病院幹部は、ペイハラ対応には「正解はない」という現実を認識しておく必要があります、具体的な事案の事後的な検証は必要ではありますが、その検証の過程において、当該担当者の対応を非難するかなのような議論にならないよう注意しなければなりません。

④ 病院は「看護師等のペイハラ担当職員を守ることが第一」という方針で組織的に対応する必要があること。

「職員を守ること」は、病院としては当然のことといえます。そこでは、「暴力から職員を守る」という意味だけではなく、「心の傷を癒すというメンタルヘルスケア」も含めて「職員を守る」ということを意味します。過重な精神的ストレスとなっている担当者は速やかにその担当から外して他の職員と交代させ、担当者から外した当該職員に対しては労働衛生としてのメンタルヘルス対応を行うことが求められます。看護師などのスタッフ職員には、必要以上の責任感をもって対応する者も多いことから、メンタルヘルスケアの実施（心療内科等での受診）に躊躇しないことが求められます。このような配慮をすることなく、

当該担当者がメンタルヘルスを害した（うつ病等になり患した）場合には、労災問題にもなりかねず、病院を運営する当該医療機関が当該担当者から損害賠償請求を受けることも考えられます。

- ⑤ 普段から、病院内において、ペイハラ患者・家族及びその予備軍に対し、当該病院が「暴言・暴力を許さない病院であること」、「暴言・暴力については警察と連携して対応する病院であること」等を院内放送や院内掲示などで広く告知し、広報しておくこと。

当該病院がペイハラに対して厳しく対応すること（警察への通報、診療の拒絶、退去命令・立入禁止措置など）が、ペイハラ患者・家族予備軍に分かっているだけで、その効果は大きいといえます。そしてそのことが、患者・家族によるペイシエントハラスメントの予防（ペイハラ患者・家族への委縮効果）につながり、また、当該病院の職員を安心させることになって、ひいては職員自身を守ることにもつながります。なお、これらを実践する場合には、院内放送とポスターの院内掲示を併用することがより効果的かもしれません。

- ⑥ 普段から、病院内において、ペイハラ患者・家族及びその予備軍について、組織的に情報共有するようにし、その情報共有のための体制を整えておくこと。

ペイハラ患者・家族及びその予備軍は、病院内の様々な部署においてクレームをつける等の行為を繰り返すことが多いといえます。ペイハラ患者・家族等を事前に特定できる場合には、その情報を病院内各部署で共有し、可能な限りトラブルを事前に回避するよう努力しなければなりません。

- ⑦ 患者・家族がペイハラ化しそれが増幅される要因の一つに、「当該病院の医師・看護師等スタッフ職員の患者・家族への対応の拙さ」（ぞんざいな言葉遣い、不親切な態度や説明、患者への配慮を欠いた私語など）があること。そのような医師・看護師等スタッフ職員に対する病院幹部の管理指導が非常に重要になってくること。また、その原因が劣悪な就労環境にあることも考えられることから、病院幹部は、当該医師・看護師等スタッフ職員の就労環境についても目を配る必要があること。

スーパーマーケット、デパートなどでのクレーム問題（カスタマーハラスメント〔カスハラ〕）においても、「最初から悪意をもってクレームをつける人は普通いない。クレーム前に事業者側職員の対応が悪く、そのことが原因でクレームが始まり、さらに対応が悪いとそれが増幅する」といわれています。すなわち、「医師・看護師等のスタッフ職員の当初の対応（ぞんざいな言葉遣い、不親切な態度・説明、患者への配慮を欠いた私語など）に問題がなければ、ペイハラ患者・家族に成長することもない（モンスター化することもない）」といえる場合が多いのです。そしてそれは、その劣悪な就労環境に起因していることも少なくないことから、病院幹部による就労環境への目配りも必要不可欠になります。

一方で、医師・看護師等の中には、職場環境などには関係なく、拙い対応（ぞんざいな言葉遣い、不適切な態度や説明、患者への配慮を欠いた私語等）を繰り返すリピーターの医師・看護師等スタッフ職員（リピーター職員）がいる場合もありますが、そのような場

合には、病院幹部によるリピーター職員に対する管理指導がなされなければなりません（特に、医師の中にはペイハラ担当職員の要請や要望にも聞く耳をもたない者が多いともいわれており、その場合の病院幹部の管理指導は極めて重要となります）。

（２）警察との連携の在り方（警察との連携体制の構築）

病院のペイハラ対応においては、「警察との連携」が必要不可欠であり、特に類型Ⅱ①（パーソナリティー障害などメンタルヘルス的問題を抱えた患者・家族）、同②（反社会的な性格の患者・家族）においては、所轄の警察署（以下「所轄署」という。）に警察官の出動（警察介入）を求めざるを得ないことがあります。そのためには、病院において、次のような対処を行っておく必要があります。

- ① 病院は、普段から所轄署と連携し、当該病院における近時のペイシェントハラスメント事案の状況（現状）を説明し、万一の事態（暴力、暴力のおそれ、不退去、業務妨害等が惹起された場合）には直ちに所轄署（又は派出所）から警察官を派遣してもらえよう協力要請をしておくこと（警察との連携体制の構築）。
- ② 具体的に、入通院中のペイハラ患者・家族が上記①の事態を惹き起こす可能性がある場合には、事前に所轄署の担当警察官に相談し、事実経緯を説明した上で、万一の場合の出動（警察介入）を要請しておくこと。
- ③ 毎年１回は定期的に、当該病院におけるペイハラ事案を所轄署に報告することとし、可能ならば所轄署との勉強会・協議会などを行うこと（当該病院職員のための研修もかねた、所轄署に協力してもらいロールプレイング研修などを実施することもある）。

警察署との普段からの連携（警察との連携体制の構築）は、（１）事前に相談しておくことで具体的な事件において迅速な対応が可能となること、（２）「警察に事前相談をしており、いつにても警察の協力を得られる」ということだけで病院のスタッフ職員が安心すること、（３）ペイハラ患者・家族も「警察との連携対応が可能である」ということを知るだけでペイハラ言動がおさまる場合がある（予防につながる）こと等という効果が認められます。

３．ペイシェントハラスメントへの現場対応

（１）タイプの判別に従った対処法（ペイハラのタイプを判別することの重要性）

臨床現場におけるペイハラへの対処に当たり、その最初の段階において特に重要なことは、「育てられたペイハラ患者・家族」（タイプⅠ）なのか、それとも、「不可逆的なペイハラ患者・家族」（タイプⅡ①：パーソナリティー障害などメンタルヘルス的問題を抱えた患者・家族、同②：反社会的な性格の患者・家族）なのかを「判別すること、その判別に基づいてそれぞれに適応した対処を行うこと」ということになります。

- ① ペイハラ患者・家族と判断できない初期の段階において、当該患者・家族がペイハラと思われる行為をする場合には、対応した当該職員は速やかにペイハラ担当者あるいは当該部署の長に報告し、当該ペイハラ担当者らは、その後の対応策を検討して、当該職員に指示すること。

ペイハラ患者・家族と判断できていない初期の段階においては、当該患者・家族のペイハラ行為に単独で対応しなければならないことも考えられるが、速やかにペイハラ担当者や当該部署の長に報告して相談し、ペイハラ担当者らがペイハラ患者・家族か否かの判断を含めてその後の対応を検討することになります。その検討した結果については、現場でペイハラ患者・家族と直接対応しなければならない他の職員らにも周知し、その指示をしなければなりません。

② タイプ I (育てられたペイハラ患者・家族) であると判断したときは、

(a) 自らの医療機関においてペイハラ患者・家族に育ててしまった「原因」を探り、それに基づいて人間関係を巻き戻す方向で、丁寧にかつ真摯に話し合いを続ける必要があること。その際に謝罪が必要になる場合には謝罪も検討すること。

この場合には、当該患者・家族をペイハラ患者・家族に育ててしまった原因を探る必要があります。その上で、ペイハラ患者・家族の誤解を解く作業が重要になり、人間関係を巻き戻す方向での丁寧かつ真摯な話し合いが必要になってきます（いわば、インフォームド・コンセントの逆戻し）。その過程において、謝罪が必要になる場合（当初の医療者の対応に非があると認められる場合）には、そのことに躊躇すべきではありません（しかし後述するとおり、謝る理由も必要性もない場合に不必要に卑屈な謝罪を繰り返すことは逆効果です）。

もっとも、謝罪によって医療機関が何らかの法的な責任を負う可能性があれば、その謝罪（責任承認としての謝罪）には病院の組織決定が必要ということになります。その一方で、法的責任が生じないような事項についての謝罪（非礼等をわびる意味での人間関係的・道徳的・倫理的な謝罪）は、医療者側に非が認められた以上、それを躊躇すべきではないということなのです（その判別は簡単なことではないことも多いとかもしれません）。

なお、ペイハラ患者・家族から謝罪を執拗に求められたことから、その理由も必要性もない謝罪を職員がしてしまうと、ペイハラ患者・家族は益々増長し居丈高になりかねません。また、その理由も必要性もない謝罪を職員にさせてしまうと、当該職員は心が折れ、一方で、ペイハラ患者・家族は益々増長して居丈高になることが多いといえます。いずれにしても、医療者がその理由も必要性もない卑屈な謝罪をすることは、トラブルを鎮めることになるどころか、逆に、不必要なトラブルを惹起させ又はそれを増幅させる可能性があります。

(b) その際には、普通の患者として対応することを心がけ、メディエーターを仲介させたり、メディエーター的（第三者的）な立場の者（例えば、「患者・家族相談（支援）室」の所属職員）を関与させて対応することも検討すべきこと。

ここで重要なことは、ペイハラ患者・家族を病院から排除することではなく、「ペイハラ患者・家族のペイハラ化の原因を特定しその誤解等を解いて、ペイハラ患者・家族との関係を修復し、さらには、医療機関としての今後の対策を講じ、再発防止を図ることにある」との意識と認識を持つことです。

いずれにしても、普通の患者・家族を“ペイハラ患者・家族”に仕立て上げる（成長させる）のは医療者自らである場合が多く、そこには「インフォームド・コンセント」、その根底にあるはずの「コミュニケーション」が欠如し又は不足していることが原因となっていることが多いのです。医療者はそのことに思いいたし、普段から患者との間のコミュニ

ケーションを充実させ、質の高いインフォームド・コンセントを実践することが求められます。

- (c) もっとも、それでも解決が困難な場合には「弁護士介入」、「警察介入要請」等も検討すること。

以上の(a)(b)の対応をしたにもかかわらずこれを解決できず、病院業務に支障が生ずる場合には、「弁護士介入」や「警察介入」を検討せざるを得ない、ということになります。

- ③ タイプⅡ（不可逆的なペイハラ患者・家族）であると判断したときは、

- (a) タイプⅡ①（パーソナリティ障害などメンタルヘルスの問題を抱えた患者・家族）の場合においては、メンタルヘルス的な問題を抱えるペイハラ患者・家族に対して、精神科医や心療内科医を関わらせること（精神科医等の介入）も検討すべきであるが、それによる対処ができずやむを得ないと判断された場合には「警察介入」を躊躇しないこと。

- (b) タイプⅡ②（反社会的な性格の患者・家族）の単に粗暴で粘着的なペイハラ患者・家族（特に反社会的勢力と思われる患者・家族）については、一定の院内対応を行った上で、その解決が困難であると判断した場合には、速やかに「弁護士介入」を検討し、また、やむを得ないと判断したには「警察介入要請」も躊躇しないこと。

当該病院に、この種のペイハラ事案（タイプⅡ①）に対応可能な精神科医・心療内科医が少ないことが多く（ただし、精神科医・心療内科医が少ない病院では、精神科・心療内科の病院・医院との提携も検討すべきです）、また、この種のペイハラ事案に適切に対応できる弁護士も少ないこと、普段から弁護士との連携が進んでいない病院も多いことを考えると、最終的には「警察介入要請」を早めに求めるしかないことも多いといえます。したがって、少なくとも病院は所轄の警察署との連絡は普段から密にしておく必要があります。また、弁護士が介入し法律論だけを振り回してペイハラ患者・家族と対応すると事態が益々悪化する可能性があります、弁護士は万能ではないことも銘記しておく必要があります。

ところで、認知症患者やせん妄患者による暴言・暴力については、タイプⅡとは異なった対応が必要となります。そもそも、認知症患者やせん妄患者をペイハラ患者とはいわないし、認知症患者やせん妄患者の言動に対する治療行為の一環としての対応が必要となるはずです。しかし、その場合においても、暴言・暴力が予想されることから、病院は、警察への介入要請を含めた十分な対応を行わなければならないこともあります。

（２）暴言・暴力への対応策

ア 具体的な対処方法（警察介入、診療拒否、退去命令、立入禁止命令など）

タイプⅡ①、同②においては、上記のとおり、警察署との連携（警察の出動と介入）が必要となることが多く、タイプⅠにおいても同様の事態が考えられます。そのような場合には、その具体的な対処として、次のような方法を検討することになると思われます（ただし、その方法は各病院の規模や態勢（体制）にあわせて具体的な検討を行う必要があります。）なお、警察への介入要請については、当該担当職員に躊躇する心理が働くことを考慮し、各病院においてその警察介入要請の要件や手続を明確にしておく必要があります。

例えば、以下のような要件や手続を検討しておくことが有用かと思料いたします。

① 実際に暴力行為があった場合には、

- (a) 診療時間内においては、直ちにペイハラ担当部署に連絡し、担当部署の職員が駆け付けるとともに、事前に指定された所轄署の担当部署（又は派出所）へ直ぐに110番すること。
- (b) 診療時間外においては、直ちに警備員等の当直事務に連絡し、警備員等が駆け付けるとともに、事前に指定された所轄署の担当部署（又は派出所）へ直ぐに110番すること。

② 暴言・脅しの場合（暴力のおそれがある場合）には、

- (a) 診療時間内においては、直ちにペイハラ担当部署に連絡し、担当部署の職員を含めた複数のスタッフで説得し、それでも応じない場合には担当部署から事前に指定された所轄署の担当部署（又は派出所）に110番すること。
- (b) 診療時間外においては、直ちに警備員等の当直事務に連絡し、警備員等を含めた複数のスタッフで説得し、それでも応じない場合には当直事務職から事前に指定された所轄署の担当部署（又は派出所）に110番すること。

③ 上記①②の事態が惹き起こされた場合には、

- (a) 惹き起こしたペイハラ患者・家族に対し、警告書等の書面を交付し、今後は又は今後も直ちに警察対応となる旨を告げること。
状況によっては（可能であれば）、誓約書等に署名押印させて、2度とトラブルを惹き起こさない旨を約束させること。
仮に警告書・誓約書等に従わない場合には、次の段階において病院側が、後述(b)の「診療拒否」、(c)の「退去要求」又は「立入禁止措置」等の対応を実施する可能性がある旨を告げておくこと（より厳しい対処の通告）。
- (b) それでもペイハラ患者・家族が当該病院の指示に従わない場合には、診療をしない旨を告げること（診療拒否）。通院患者の場合には通院診療の拒絶を通告し、入院患者の場合には退院又は転院の通告をすることになります（しかし、退院又は転院を強制することは不可能であり、さまざまな問題を伴います。）。
- (c) それでもペイハラ患者・家族が当該病院の指示に従わない場合には、病院施設からの退去を書面（退去指示書又は退去命令書）によって求め、または、病院施設内への立入りの禁止を書面（立入禁止指示書又は立入禁止命令書）によって指示すること（退去指示書、立入禁止指示書の交付など）。
- (d) 「退去指示書」、「立入禁止指示書」等をペイハラ患者・家族に交付するときには、同時に、それに違反した場合には「不退去罪」「住居侵入罪」などで刑事告訴する旨を告げること。

いずれにしても、診療を拒否し、退去指示書や立入禁止指示書を発するのは最後の強硬手段であり、その行使については担当者も躊躇することが考えられることから、その実行要件については各病院において明確にしておく必要があります（なお、合理的な理由のあ

る診療拒否については、応需〔応召〕義務に違反しません。このことは後述いたします。）。いずれにしても、このような最後の強硬手段を講じるまでには、さまざまな方法による、幾度かにわたるペイハラ患者・家族に対処する（説得する）必要があり、それもせずに簡単に最後の強硬手段に打って出ることには問題があります。このような対応（強硬手段）の効果が絶大であればあるほど、病院において濫用されがちであり、病院はそのことを心しておくべきであって、本当の意味での最後の手段にすべきです。

イ 医師・病院の応需・応召義務の可否（診療拒否が許されるかの検討）

ペイハラにおける患者・家族に対する対処法を考える場合には、「医師や医療機関の応需（応召）義務に違反しないのか？」という点の検討を余儀なくされることがあります。医療者や病院が違法なペイハラ行為にさらされた時には、最終的に「診療を拒否する」以外にその対処方法がないことも多いのです。診療を受け入れた病院が、医療者に対する患者・家族の暴言・暴力・性的言動等を理由として、その後の当該患者の診療を拒否し、同時に、当該患者・家族の病院からの退去を求め、立ち入りを禁止することになる場合には、「医師法１９条１項の医師の応需（応召）義務に反しないか？」という点が問題とならざるを得ないのです。

この点について、厚生労働省の通達や日本医師会の指針、過去の裁判例を参考にすれば、次のようにまとめることができます。

【診療拒否についての考え方】

診療契約において、患者は生命・身体という重要な法益を医療者に託し、医療者と協働して継続的に診療を行うのですから、医療者と患者・家族との間には「信頼関係」が必要不可欠であり、ペイハラ行為（言動）によって医療者と患者・家族（ペイハラ患者・家族）との間の当該信頼関係が失われた時には、①患者への診療に緊急性がなく、②代替する医療機関等が存在する限り、医療者がこの診療を拒否したとしても、診療拒否に正当事由を認めることができます（弘前簡判平成２３・１２・１６、東京地判平成２９・２・９など）。確かに、医師法１９条１項では「正当な事由がなければ診療拒否はできない」と規定していますが、逆にいえば、「正当な事由」がある場合には診療を拒否することは可能といえます。そして、判例・裁判例を見る限り、その診療拒否が社会通念上その許容される範囲を超えて、拒否された側（ペイハラ患者・家族）の法律上保護されるべき何らかの権利又は利益が侵害された場合に初めて違法となる（東京地判平成１７・１１・１５）と考えられています。

このように考えれば、ペイハラ患者・家族による医療者に対するハラスメント行為によって、医師・看護師その他職員の生命・身体・精神的健康を侵害し又は侵害するおそれがあり、あるいは、当該医療機関の診療業務を妨害しそれが著しい場合には、余ほどの事情（当該患者の生命身体が危ない状況で緊急性がある場合など）がない限り、「医療者には当該患者の診療を拒否する正当な理由がある」といえるはずです。したがって、このような判断がなされる場合には、当該ペイハラ患者・家族に対しその診療の拒否可能性を通告し、それでも当該医療者の指示に従わない場合には、実際にその診療を拒否し、病院内からの立退きを求めたり、あるいは、病院への立入りを禁止したりすることは何ら違法ではないと考えられます。いずれにしても、“診療拒否が許されるかどうか”という点については、

“当該患者の生命・身体に危険が及ばないかどうか”が重要になり、慎重な判断が求められます。

(3) 担当職員の基本姿勢

ア ペイハラ患者・家族と話し合いをする時の担当職員の基本姿勢（心構え）

ペイハラ患者・家族がいきり立っている時でも、当該病院のペイハラ担当者その他の職員は、当該ペイハラ患者・家族に直接対応（話し合い、協議）しなければなりません。その場合にも必ず複数で対応することとしたうえで（複数人対応の原則）、下記の点に注意する必要があります。

- ① 相手方と話し合いをする（事情を聴いて協議をする等）際には、相手方に対して真摯に対応し、冷静沈着かつ毅然とした態度で臨み、相手方の激しい言動などに反応せずに、その挑発には乗らないこと。

ペイハラ処理を担当する職員は、高圧的になっても、卑屈になっても、感情的になっても、その対応を誤るおそれがあります。また、毅然とした態度が尊大ととられることもあるので、毅然かつ柔らかな（たおやかな）態度で臨む必要があることにも注意する必要があります。「（行政又は医師会など）公的機関に訴える」、「報道機関に訴える」、「弁護士に相談して裁判を起こす」等という言葉には惑わされずに、「そのようにしていただいて結構です。」等という、真摯かつ冷静沈着な対応に終始する必要があるのです（もっとも、「冷静沈着かつ毅然とした態度」は、逆に相手方に「なめられている」という感情を惹起させることもあることから、その前提として「真摯な対応」が必要となります）

- ② 相手方を別室に誘導して移動させ、椅子に座らせて落ち着かせた上で話をし、可能な限り難しい医療用語は使わないようにすること。

ペイハラ患者・家族の中には、人目が多いと興奮し感情的になる傾向のある者も多くみられることから、別室の比較的広さに余裕のある会議室等に誘導して移動させる必要があります。また、一般的に、人は椅子に座ると興奮がおさまる傾向がみられることから、ペイハラ患者・家族と話をする時には双方とも椅子に座って同じ目線で話をし、ペイハラ処理担当者が高圧的ととられかねない姿勢にならないように注意する必要があります。

なお、ペイハラ患者家族が女性である場合には、セクハラ等の言い掛かりを回避するために、ペイハラ処理担当者に女性を加える必要があることを忘れないで下さい。

- ③ 当初、ペイハラ処理担当職員側からは多くを語らず（もちろん、相手方からの質問には必要最小限度で答える）、相手方の話や希望を十分に聴き、相手方の主張や要求を正確に把握し確認すること。

患者・家族が何らかの回答を求めている場合にも（即答しても問題のないこと以外は）即答せずに、「病院において検討のうえで回答する」旨を伝えること。

ペイハラ患者・家族は、医師・看護師等の些細な言動に傷つき、不平や不満を溜めていることも多く、そのことを聴き出す必要があります。特に相手方の話をさえぎると、自分の話を聞いてもらえない（自分を説得しようとしている）と勘違いし、感情的になること

あるので注意する必要があることに注意して下さい。ただし、ペイハラ患者・家族から何らかの回答を求められる質問を受けた場合には、即答しても問題のない事項については回答しても構いませんが、迷う場合には「病院において検討した上で回答します。」、「上司に確認した上で回答させていただきます。」などと言った方がいい場合もあります。

- ④ 常識を逸脱したペイハラ患者・家族の言動に対しては、担当職員は、相手方のペイハラ行為（言動）が法律上「違法」な（患者・家族の診療協力義務に違反する）であり、「患者・家族であっても許されないこと」を意識しながら、相手方にペイハラ行為（言動）が「違法」であることを気付いてもらえるような、あるいは、理解してもらうような対応をとること。

もちろん、そのことによって相手方と議論する必要はないし、むしろ、それは極力避けるべきです。ペイハラ患者・家族は、自らが法律上許されない「違法」なことをやっているという意識がないことが多いことを考えると、相手方にそのことを気付かせることは非常識な行動を止めさせる契機ともなります。そのためにはまず、ペイハラ担当職員は、ペイハラ言動が「パワハラ・セクハラの言動」と同様に違法であること、そのような裁判例がパワハラ・セクハラ言動には多く存在することを認識しておく必要がある。

- ⑤ 相手方に誤解や過大な期待を抱かせる様な発言は慎むこと。

多くを語る（しゃべりすぎる）医療者の多弁は、相手方に誤解を与え、過大な期待を抱かせることになります。そればかりか、語る内容しだいでは弁解の繰り返しととられるおそれがあり、感情的にさせる可能性もあるのです。しかも、しゃべり過ぎたことで、後に撤回せざるを得ない事態になると、ますますペイハラ患者・家族を感情的にさせることになります。

- ⑥ 相手方の要求に応じ、個人の判断で、「病院側が責任を認めた」と勘違いされるような謝罪をしないこと。特に、個人の判断で安易に謝罪文・念書などの書面を作成し交付しないこと。

ただし、「ご迷惑をおかけして申し訳ありません。」などという責任の問題に関係のない「慣例的な挨拶としての謝罪」、「道徳的・倫理的観点からの謝罪」は別です。それを行わないと、相手方の高ぶった感情が落ち着かない可能性があり、そのような謝罪については躊躇する必要はありません。しかし、病院自らの責任を認めて謝罪する必要があったとしても、それは「病院組織としての判断を前提とする謝罪」でなければならない、患者・家族にはその旨の説明をしておく必要があります。いずれにしても、関係職員らが、ペイハラ患者・家族の強い姿勢や言動に気圧（圧倒）されて、その場を逃れるためだけの謝罪や弁解をすることだけは避けなければなりません。このような場合には、ペイハラ患者・家族の対応に慣れた職員に必ず連絡をして指示を仰ぐべきであります。

- ⑦ 「言った、言わない」というトラブルになる可能性があるときには、音声
録音することも検討すること。ペイハラ患者・家族の方から音声録音を申し出
てきた場合には、特別の事情がない限りこれに応じること。

ただし、音声を録音する場合には、隠し撮りすることなく、音声を録音する旨を告げるのが原則となります。しかしそれは、あくまでも「告げる」であり、「許可を求める」というものではないことを認識しておくべきです。また、同時に、相手方にも音声録音を促すことも考えるべきであり、双方で同時録音とするとスムーズに音声録音が可能となります。したがって、ペイハラ患者・家族の方から音声録音を申し出た場合には、特別の事情がない限りこれに応ずることとし、相手方から不信感や疑念を持たれないように対処する必要があります。もっとも、ペイハラ患者・家族から音声録音だけではなく、動画の撮影を求められた時には、インターネット上で悪用される可能性があることからこれは拒否すべきです（動画の撮影を拒否してもそれに従わない場合には、その交渉を拒否するしかなく、状況しだいでは、診療の拒否、病院からの退去・立入禁止、警察介入等によって対処するしかありません）。

⑧ ペイハラ患者・家族とのトラブルの処理は、迅速を旨とし、早期解決を図るように努力すること。

ペイハラ事案のトラブルをズルズルと時間をかけていると、必ずペイハラ患者・家族から「対応が遅い！」という新たなクレーム（言いがかり）を受けることがあります。病院側の結論がどういうものになるかは関係なく、調査し検討して結果を出すという過程は迅速を旨として、早期解決を図るという意識が必要であり、また、その回答期限を明示しておくことが必要な場合もあります。また、回答までに期間を要する場合には、定期的に状況報告をしておくことが必要になる場合があります（これを怠ると、「いつまで待たせるのか!」と怒鳴り込んでくる場合もあります。）。

⑨ ペイハラ患者・家族がその主張に固執し、担当職員がどれだけ説明しても病院側の考え方を理解してくれない場合には、（上記（２）アの暴力暴言等により弁護士対応、警察対応をせざるを得ない場合でない限り）そのまま「放置」（何らの対応もしない—できない—）という対応でもやむを得ないこと。

ペイハラ患者・家族から同じ主張や質問を受けた場合には、従前の病院側の結論や回答を繰り返すしかないこと。

ただし、「放置」（何らの対応もしない—できない—）という対応は、「ペイハラ患者・家族を無視する」という趣旨ではないことも理解しておいて下さい（いわば、ペイハラ患者・家族のクーリング・オフを目的とするものなのです）。何らの対応もしない（できない）ことの理由（従前の回答等の繰り返しになってしまうこと）については、ペイハラ患者・家族から求められた場合には、その旨の説明を繰り返し行っておく必要があります。

⑩ 相手方が患者の場合には、あくまでも患者としての対応を心掛け、相手方患者の病状・体調等の気遣いをすること。

ペイハラ患者・家族であっても、「患者は患者」という姿勢を忘れないで下さい。それを忘れた対応をとると、敵対関係の色合いが強くなり、まとまる話もまとまらなくなります。医師として、看護師として、患者に対する基本的な対応は忘れないようにして下さい。

イ ペイハラ患者・家族の立場に立った対応

ペイハラ患者・家族の「クレーム」は、その尋常ではない性格や物言いから、「常識の範囲を超えた言いがかり」と聞こえる場合が多くなります。しかし、そもそも「クレーム」とは「正当な主張・請求・要求」の意味もあり、ペイハラ患者・家族の主張にそれなりの理由があり、当該病院の適切な対応が必要とされている場合も考えられます。もしかしたら、当該病院の医師・看護師その他職員など医療者側の対応が間違っている可能性も否定できません。また、仮に医療者側の対応が間違っていない場合でも、ペイハラ患者・家族側に誤解が生じている（誤解を生じさせてしまっている）ことも考えられます。このような場合が想定される以上、医療者側では、ペイハラ患者・家族の立場に立った対応も検討すべきであるといえます。

① ペイハラ患者・家族の立場に立った援助をするために、病院内に「患者・家族相談（支援）室」を設けること。

「患者・家族の相談（支援）室」という相談窓口をつくることは、“ペイハラ患者・家族のため”という意味だけではなく、“対応させられるペイハラ担当職員にとっても救い”となるはずであり、そのプレッシャーが分散することによる精神的負担の軽減は重要です。

もっとも、ペイハラ患者・家族に対応する窓口部署（「患者・家族の相談(支援)室」など）を創設したからといって、ペイハラ患者・家族への対応を全てそこに任せることは当該窓口部署の職員を疲弊させることになりかねません。ペイハラ患者・家族への対応は、それを惹起させた部署（受付、外来、病棟などの原因部署）にも責任があり、原因部署は、当該窓口部署（患者・家族の相談室）に協力して解決を図る責任があること認識しなければなりません。病院の管理職等幹部は、原因部署の当該窓口部署に対する協力なしに当該ペイハラ紛争が解決しないことを明らかにし、そのことを前提とした原因部署に対する適切な指導を行うべきであるといえます。

② メディエーター資格を有する職員がいるときには、当該メディエーターによる対応も検討すること。

③ 「患者・家族相談（支援）室」では、公平な立場で患者・家族からの意見を聴き、専門用語をかみ砕いて説明し、ペイハラ患者・家族に誤解があれば、それを説く努力をすること。

④ 相談室等の担当者がペイハラ患者・家族から事情聴取する時には、音声録音は基本的に避ける等して、信頼関係を醸成させるよう努めること。

（４）事実経過の記録のしかた

ペイハラ紛争も医療紛争の一つであり、それが訴訟に至ることも十分に考えられます。また、ペイハラ患者・家族との協議・交渉等の過程において「言った」「言わない」の議論に終始し、非生産的で無駄な時間を費やすことも多くなります。これらのことを念頭に置いて、ペイハラ担当者は、診療記録等（カルテ・看護記録・その他の記録）への記載について次の点を銘記し、その正確で丁寧な記載を励行すべきこととなります。

① 患者・家族は、診療記録などの記載については、一般的に、(1)「記載していないこと（事実）は信じない」、(2)「記載してあることは思い出す」、また、(3)仮に思い出さなくても「そうだったのか、そうだったかもしれない等と信じてくれる」ことが多い。したがって、ペイハラ患者・家族の認識の齟齬を埋めるためには、その正確で丁寧な記載が求められる。

② 裁判所は、診療記録などについて、原則として、(1)「記載してあること（事実）は有ったこと」、(2)「記載していないこと（事実）は無かったこと」として扱うことがほとんどである。したがって、訴訟等への対応のためにも、その正確で丁寧な記載が求められる。

③ 上記①②からすれば、ペイハラ患者・家族との紛争を回避するためにも、また、その紛争を深刻なものにしないためにも、その紛争の事実経過を診療記録等に記録しておくことが極めて重要である。

4. ペイシェントハラスメントを防ぐ“コミュニケーション”の重要性（医療者と患者・家族との間のコミュニケーション、インフォームド・コンセントの重要性）

医療におけるインフォームド・コンセントを歴史的視点で見えていくと、その当初は、「患者の権利と医療者の義務」として法理化されてきたといえます。しかしその一方で、その後のわが国の医療界では、臨床の現場において「権利性・義務性」を強調することのマイナス面を危惧し、むしろ、インフォームド・コンセント（その前提となるコミュニケーションを含めた総合体としてのインフォームド・コンセント）を「患者と医療者をつなぐ信頼関係の構築のための道具概念（方法概念）」として捉え、患者と医療者との共働作業による「より良い医療の実現を目的とする」という側面を強調しています（厚生労働省）。このようなインフォームド・コンセントの性格からすれば、それ（インフォームド・コンセント）が十分に実践され、十分なコミュニケーション関係を築けたかどうかによって、「患者と医療者との信頼関係の成否」を左右してしまうことは当然のことであり、医療紛争の帰趨（医療紛争が生起されるか否か、その紛争の深刻さの程度など）にも重大な影響を及ぼすものと思われます。そしてそのことは、医療紛争の一つとみることができるペイシェントハラスメントでも同様といえます。むしろ、ペイハラ患者・家族の一般的な苦情の内容を考えると、インフォームド・コンセント自体の問題というよりも、その前提となる「医療者と患者・家族との間のコミュニケーションの問題」といえるかもしれません。いずれにしても、医療者は、これらのことを十分に意識して臨床の現場でのインフォームド・コンセントを実践し、充実したコミュニケーション関係を構築しなければならないといえます。

（1）より良い医療のためのインフォームド・コンセント、その前提としてのコミュニケーション（より良い人間関係の形成）

より良い医療を推進していくためには、医療者と患者・家族との間で「共働を前提とした信頼関係」の構築が必要不可欠であり、「医療におけるより良い人間関係」の形成・構築が必要となります。そして、そのような場合に、重要な役割を担うのが「医

療の現場におけるインフォームド・コンセント」であり、そのインフォームド・コンセントの前提となる「コミュニケーションとその能力」なのです（医療者にコミュニケーション能力がなければ、医療者と患者・家族との間に良質なインフォームド・コンセントは成り立ち得ません）。すなわち、インフォームド・コンセントについては、様々の立場で、それぞれ異なった解釈と評価がなされることがありますが、インフォームド・コンセントに“「より良い人間関係をつくる」という肯定的な側面”があることは自明であり、それを発展させることによって、患者・家族と医療者との間の信頼関係を堅固にすることができ、それによって、より良き医療を実現できるとされているのです。また、インフォームド・コンセントによってより良い人間関係が形成された「患者・家族と医療者との間」には、十分なコミュニケーションが図られているものと考えられます。そして、このような十分なコミュニケーションを前提とする人間関係が形成された医療者と患者・家族との間には、ペイハラが入り込む余地がないはずなのです。

（２）医療者の説明不足（インフォームド・コンセント、コミュニケーションの欠如）
は「医療紛争の呼び水」とされるが、ペイハラも同様である

かつて東京地方裁判所の医療訴訟専門部の裁判長であった藤山雅行裁判官は、医療行為に関する説明義務について、「適切な医療行為を行うには、医師と患者との間に信頼関係があることが必要不可欠であり（医療法１条の２）、医師が診療に当たってその専門的知識に基づいて適切な説明をすることが患者の信頼を得る重要な手段であることは、何人も異論のないところであろう。したがって、医師の説明不足があると、医師と患者との信頼関係も不十分なものとなり、生じた結果が好ましいものでない場合には、法的紛争に発展することにもなる。」（「（判例にみる）医師の説明義務」編著藤山雅行〔新日本法規〕２頁）と述べていました。しかし、このことはペイシェントハラスメントでも同様であり、医師・看護師等の医療者の患者・家族に対する説明不足（「インフォームド・コンセントの欠如」、その前提としての「コミュニケーション不足」）が積み重なり、それによる患者・家族の医療者に対する誤解と不信感が積もり積もって、普通の患者・家族をペイハラへに駆り立てるともいえます。

（３）より良い人間関係の構築と“誤解に基づくペイハラ”の回避（紛争回避機能）

以上のとおり、これからのわが国の医療現場では、インフォームド・コンセントとその前提となるコミュニケーションを“患者・家族と医療者との間の人間関係”の基本とすることになります。インフォームド・コンセントには、患者・家族と医療者との間に充実したコミュニケーション関係を構築すること等によって、「患者・家族と医療者との信頼関係」を堅固にする「効果」と「目的」があることを忘れてはなりません。その上で、「医療者の説明（インフォームド・コンセント、コミュニケーション）」のもつ「紛争回避機能」が重視されなければならないと、そしてそのことは、ペイハラでも同様なのです。医療の過程においては、患者・家族の認識と異なる事態が惹起された時に、患者・家族の医療者に対する信頼が崩れ始めます。そして、そのことについての事前の十分な説明（インフォームド・コンセント）と、事後の丁寧な説

明が十分になされていないと、患者・家族の生来的にもっている性格しだいでは、それこそクレーマー的になり、ハラスメント的言動になっていくのです（つまり、ペイハラ患者・家族として育ってしまうことにもなりかねません）。しかしそれは、そもそも診療の初期の段階において、「専門的知見を有する医療者側」と「専門的知見を欠く患者・家族」との間に、「当該医療事項等に関する認識（予測・予期）にズレ」が存在したにもかかわらず、十分な説明による意思疎通をはかってこなかったからであり、また、事後的に丁寧な説明をおろそかにしたからである、ということも考えられるわけです。すなわち、後述するとおり、ペイハラ患者・家族に育ってしまう原因の一つには、医療者側の不親切も見逃すわけにはいかないということなのです。

インフォームド・コンセントの実践と、その前提となる良好なコミュニケーション関係の形成は、医療紛争やペイハラを回避することを直接の目的とするものではありませんが、「より良い医療」を目的としたインフォームド・コンセントを実践し、より良質なコミュニケーション関係を構築することによって、医療者と患者・家族との間の信頼関係を醸成し、当該医療事項等に関する認識（予測・予期など）のズレが生じることを防ぎ、結果的に、不必要な医療紛争やペイハラを避けることができるはずなのです。

（４）ペイハラ患者・家族のモンスター化の原因の一つに「医師や看護師等の医療スタッフへの不満や不信」がある

そもそも、（説明義務を包含する広い概念である）インフォームド・コンセントは、「患者も医療従事者もともに元気が出るような新しい関係を作る鎚（かすがい）として位置づけられた」（平成7年厚生省ICの在り方検討委員会報告書）はずです。しかしそれにもかかわらず、医療者の患者・家族への「インフォームド・コンセントの不足又は欠如」（その前提としての「コミュニケーションの不足又は欠如」）は、臨床現場において比較的多く見受けられ、そのことへの患者・家族の不平や不満が、医療者の気付かないところで渦巻いていることがあります。そして徐々に、患者・家族と医療者との信頼関係が薄れていき、それが患者・家族をクレーマーにし、さらには、人によってはモンスター化するという事態にまで至ってしまうのです。

いずれにしても、今後のわが国の医療においては、インフォームド・コンセントとその前提としてのコミュニケーションが“医療者と患者・家族との間の人間関係”の基本とならざるを得ず、しかも、インフォームド・コンセントは、「患者の権利と医療者の義務という対立関係」だけではとらえられない「医療の質の向上を促す要素」という側面をもっています。すなわち、インフォームド・コンセントとその前提としてのコミュニケーションには、“医療の質を確保・向上させるための「患者と医師との信頼関係」を堅固にする効果と目的がある”（そのことによって、医療者と患者・家族との間に健全なコミュニケーション関係が形成される）ということをおぼろげに忘れないでほしいのです。良好なコミュニケーション関係の構築に失敗した“信頼関係のない”患者・家族と医療者との間では、患者・家族の医師や看護師への不満も大きくなっており、そこに医療ミスないしその疑い又はその誤解が介在したり、その他のことについて不信感が生まれてくると、いとも簡単に医療紛争やその他のトラブルに発展し、状況しだいでは患者・家族をクレーマーにしてしまい、さら

には、それが常識を超えたレベルに達してしまいかねない（患者・家族のモンスター化）
ということなのです。

以上

(●●病院)

医療紛争回避のためのインフォームド・コンセント
(医療事故に備えた事前の予防と事故後の真摯な対応)

弁護士 福 崎 博 孝

(はじめに)

1. 医療紛争を防ぐインフォームド・コンセント

- (1) インフォームド・コンセントの欠如又は希薄さ(説明不足)が惹起する医療紛争
 - ア “医療の不確実性(危険性)” と “インフォームド・コンセント” と “患者・医療者間の信頼関係”
 - イ インフォームド・コンセントによる「より良い人間関係」の形成
 - ウ 新たな人間関係の構築と“誤解に基づく医療紛争の予防”
 - エ 医療紛争の訴訟への転化とその原因(「医療者への不満や不信」が紛争を深化させ訴訟へと至ることが多い)
- (2) 「想定外の事態」をめぐる認識のズレが惹起する医療紛争(例えば「合併症」)
 - ア 患者・家族の誤解や悪感情により発生する医療紛争
 - イ 医療事故の原因説明としての「合併症」と“患者・家族の誤解”(医療者側の事故原因説明が“「弁解」と思われてしまうおそれ)
- (3) 説明不足とならないための看護師の役割(看護師に求められるインフォームド・コンセント)
 - ア 患者との信頼関係と“看護師の倫理”
 - イ 看護師に特有のインフォームド・コンセント
 - ウ 医師を支える看護師のインフォームド・コンセント(その裁判例)

2. 医療紛争を防ぐ“診療記録への十分かつ正確な記載”

- (1) 診療記録による真実性の担保(裁判例)
- (2) 診療記録への記載・不記載(裁判例)
 - ア 診療記録(カルテ等)に“記載してある”ことは「有ったこと」!?
 - イ 診療記録に“記載してない”ことは「無かったこと」!?
 - ウ 看護記録も診療記録の1つとして同様の取扱い
- (3) 同意書面の訴訟上の意義(裁判例)
 - ア 免責文言(何ら異議を述べない旨の文言)の意味(裁判例)
 - イ 医師の説明義務と“同意書面の位置付け”
 - ウ 同意書面の“証拠としての取扱い”
 - エ 同意書面の“証拠としての限界”
- (4) 診療記録へ記載することの意義と効果

3. 医療事故発生直後の患者・家族との向き合い方(ボタンの掛違えをなくすために)

(1) 医療事故発生直後の“患者・家族への謝罪のあり方”

(2) 医療事故発生直後の説明義務

ア 患者・家族に対する“「診療経過・死因等」の説明義務”

イ 遺族に対する“死因解明のための解剖等の提案”

ウ 患者・家族から診療録等の開示を求められたときの“医療者の対応”

4. 医療紛争の予防又は回避の仕方—その要点のまとめ—

(1) 医師の事前のインフォームド・コンセントの実践

(2) 看護師特有のインフォームド・コンセントの実践

(3) 診療記録への丁寧な記載

(4) 医療事故直後の真摯な「謝罪」

(5) 医療事故直後の真摯な「説明」

(6) 診療記録の速やかな開示

(はじめに)

医療紛争の多くは、医療者と患者・家族との「誤解や悪感情」という「患者・家族の心模様」によって生じます。それは多くの場合に、医療事故という突然の事態による患者・家族の精神的なパニックとは別に、医療者の言動がその悪感情を惹起させていることが少なくなく、そしてそれを医療者側が気付いていないことも多いのです。例えば、医療事故により身内の死に遭遇した遺族の悲しみ・怒り・無力感といった「絶望の感情」は、医療者の不十分なインフォームド・コンセント（以下「IC」ということがあります。）や不用意な言動によって、大小の誤解を介しながら、不信感・怒り・憎しみという悪感情となり、またそれが増幅されて医療者に向かってくることになります。すなわち、医療紛争は患者・家族と医療者との間に信頼関係が欠落した「争い事」であり、ボタンの掛違えによる相互の誤解や感情の行き違いが大きく影響しているのです。

そして医療者は、これを避けるための“倫理的な”知識と方法を身につけなければならないのです。「倫」とは「人の輪、仲間」、「理」とは「模様、ことわり」という意味であり、したがって、「倫理」とは（本来的には）「仲間の間での決まりごと、守るべき秩序」という意味であって、ここで求められているのは、そのレベルでの「倫理」なのです。

例えば、医療者は、倫理的な初歩として、患者・家族の誤解を避けるために事前の十分なICを実施しなければなりませんし、また、事故後においても患者・家族に対し真摯な謝罪等の対応をとらなければなりませんが、医療者には、そのことを事前に学ぶ機会が与えられてこなかったように思えます。そこで、ここでは、医療者が「ボタンの掛違えを惹き起こさないようにするためにはどうしたらよいのか」ということを、倫理的な側面から一緒に考えてみたいと思います。

本稿は、医療紛争を回避するための「患者・家族との向き合い方」をまとめたものであり、それは、①医療紛争を多く体験してきた著者の経験（特に、弁護士登録した昭和56年から平成10年ごろまでの患者・家族側としての様々な経験【注1】）と、②過去の多

くの判例・裁判例（【注2】）によって得た知識を前提としてまとめています。すなわち、医療者は、医療紛争が“患者・家族の「誤解と悪感情」により出でる！”という点を前提として、その紛争回避の手法を検討しなければならないことを明らかにしたつもりです。

【注1】わたしは、昭和56年に弁護士登録し、以降17年間は患者・家族側で医療事故紛争に関わってきました。そしてその後、平成10年から現在までの約23年間は医療者側で医療事故紛争に関わっており、その経験は医療者側でのそれが少し上回っています。

わたしの医療紛争の予防や回避についての考え方には、患者・家族側に関わっているときに経験した次の2つの事件が大きく影響しています。1つは、唇裂口蓋裂の幼女の術中に呼吸困難となり重度の脳障害を惹起させた医療事故であり、当初病院は、「気管カテーテルの分泌物による閉塞」と説明していたが、その後しばらく時間が経過してから「アナフィラキシーショック」に原因を変更（死亡原因・その責任について突然、その見解を変更）したことから、患者・家族が医療機関に不信感をもつようになり、信頼関係が破綻され訴訟提起に至った事案であります。もう1つは、過失があると考えられた医療事故による夫の死亡により、妻が幼い子どもとともに残されることになりましたが、亡夫の闘病生活の中で当該病院の医師・看護師に親身にお世話になったという感謝の気持ちがあり、最後の土壇場になって亡夫の親兄弟の意向に反して、その妻がその医療事故を提訴しなかったという事案です。

前者の事案では、気管カテーテルの閉塞で有過失に争いが無いと思われていたのに、その原因をアナフィラキシーショックと見解を変えてしまい（無過失と見解を変えてしまい）、患者・家族を感情的にさせて訴訟提起にまで至った事案であり、一方後者は、病院側に過失があると考えられたにもかかわらず、当該病院への感謝の気持ちが強く、結果的に訴訟にまでは至らなかった事案ということになります。すなわち、これらは患者・家族の感情により逆の結論に達しており、患者・家族の感情によって訴訟に至った事案と、そうはならなかった事案に分かれてしまっているのです。この2つの事例は、わたしの医療紛争に対する考え方に強く影響を及ぼしています。

【注2】医療事故が紛争になり医療訴訟にまで至った事例では、その人間関係・人間模様も「判決書」の中に反映されています。それ（判決書）を読むだけでも、その紛争がなぜ訴訟提起にまで至ったのか、どうしてそこまで紛争が大きくなり、裁判所まで処理を持ち込むことになったのか等の理由・事情のアウトラインがそれなりに理解できるのです。すなわち、医療紛争の解決を多くの事案で担当してきた実体験と、多くの過去の判例・裁判例の事実関係を参考にすれば、どうしてそれが訴訟にまで至ってしまったのか、という点をそれなりに理解できるようになります。

1. 医療紛争を防ぐインフォームド・コンセント

（1）インフォームド・コンセントの欠如又は希薄さ（説明不足）が惹起する医療紛争

医療紛争（特に「医療訴訟」）が惹起されるその背景にあるものは、医療事故直後の医療者の患者・家族に対する向き合い方（その初期対応）という「一つの局面」的なところだけでなくあるとは考えられません。もっと根源的なところに（いわば「全治療過程」に）医療紛争の原因があるのです。この点について、東京地裁の医療事件集中部の裁判長であった藤山雅行裁判官は、「適切な医療行為を行うには、医師と患者との間に信頼関係があることが必要不可欠であり、医師の説明不足があると、医師と患者との信頼関係も不十分なものとなり、生じた結果が好ましいものでない場合には、法的紛争に発展することにもなる。このように医療訴訟が提起される発端の1つに『医師の説明不足』があることは、従来から指摘されていたところである。」と述べていますが、まさにそのとおりだと思います。

ア “医療の不確実性（危険性）”と“インフォームド・コンセント”と“患者・医療者間の信頼関係”

「医療とは本来、不確実なものです。しかし、この点について、患者と医師には大きなずれがあります。患者は、こう考えます。善い医師による正しい治療では有害なことは起こり得ず、もし起こったら、その医師は非難されるべき悪い医師である。医療過誤は、人員配置やシステムの問題ではなく、あくまで善悪の問題である。しかし、医師の考えは違います。医学には限界がある。医療行為は、生体に対する侵襲（身体へのダメージ）を伴うため、基本的に危険である。しかも、医療は、いつでもすべてに対応できるような体制をとれない。」という医師の指摘がありますが、まさにそのとおりだと思います。

しかし一方で、医師などの医療者側は、患者・家族に対し、「医療とは本来、不確実なもの」ということを、そのIC（説明義務の履行）の過程において積極的かつ具体的に説明してきたのだろうか…という点も考えてしまいます。むしろ、この点については、医療者側にも省みるべき点があるかもしれないのであり、まずは医師が医療行為をするに当たり、患者に「医療行為の不確実性」を自覚させるだけの質の高いICの実践が求められるのです。ICの対象とされる「医療の危険性」は、まさに「医療の不確実性」の別の表現にすぎない場合が多いのです。

イ インフォームド・コンセントによる「より良い人間関係」の形成

厚生労働省（旧厚生省の平成7年「ICの在り方検討会報告書」）と日本医師会（平成2年「生命倫理懇談会報告書」）は、より良い医療を推進していくためには、医療者と患者との間で「共働を前提とした信頼関係」の構築が必要不可欠であり、その場合に、重要な役割を担うのが「医療におけるIC」であるとしています。すなわち、「より良い医療を行うためのIC」の実践が「患者と医師などの人間関係」をより良い方向に導いてくれるとしているのです。すなわち、ICは、“患者の尊厳に裏付けられた自己決定権を擁護するもの”であると共に、“より良い人間関係（信頼関係）を形成・醸成して「より良き医療の実現」を目指すもの”でもあるのです。

いずれにしても、ICは、自己の権利のみを主張する患者や、自己防衛のために形式的に患者の同意を得ようとする医師を想定したものではなく、“懇切丁寧な説明を受けたいと望む患者”と“十分な説明を行うことが医療提供の重要な要素であるとの認識をもつ医療従事者”が協力し合える医療環境を築くことが目標なのである。」（旧厚生省の平成7年「ICの在り方検討会報告書」）とされているのです。

ウ 新たな人間関係の構築と“誤解に基づく医療紛争の予防”

ICには、“医療の質を確保・向上させるための「患者・家族と医療者との信頼関係」を堅固にする効果と目的がある”ことを忘れてはならず、その上で、「医師の説明」（IC）のもつ「紛争予防的機能」が重視されなければなりません。すなわち、医療の過程において悪しき結果が生じたときに、患者・家族が医療者に対し疑心暗鬼になり、医療事故を医療過誤（医師に過失がある）と疑い出すのは、それが「患者・家族の予測・予期に反する出来事だったから」であり、「医学的知見を有する医療者」と「医学的に素人である患者・家族」との間に、「当該医療のリスク等に関する認識（予測・予期）にズレが存在したから」

といえます。したがって、これら「医療者と患者・家族との認識（予測・予期）のズレ」を、事前の十分な説明（ＩＣ）と事後の丁寧で納得可能な説明により埋めることができれば、当該医療事故が医療紛争にまで発展したり、訴訟にまで至ることは当然に少なくなるはずで、比較的多くの医療紛争（医療訴訟）は、ＩＣの医療現場での実践とその充実によって解消されるものとも考えられます。

エ 医療紛争の訴訟への転化とその原因（「医療者への不満や不信」が紛争を深化させ訴訟へと至ることが多い）

患者・家族にとって、勝敗の見えにくい医療訴訟に踏み切ることは、経済的にも精神的にもかなり重たい選択であり、よほど背中を押してくれる事情がなければ、患者・家族はそれを躊躇しがちです。しかし、その提訴という決断を後押しする要因の１つとして、「医師・看護師等の医療スタッフに対する不満や怒り」が存在することがあります（もつとも、このような場合には、ほとんどの医師や看護師がそのことに気が付いていないようです）。そもそも、説明義務を包含する広い概念であるＩＣは、「患者も医療従事者もともに元気が出るような新しい関係を作る鎔（かすがい）として位置づけられた」（旧厚生省の平成７年「ＩＣの在り方検討会報告書」）はずで、しかしそれにもかかわらず、医療者の患者・家族への「ＩＣの不足又は欠如」が臨床現場において比較的多く見受けられ、そのことへの患者・家族の不平・不満が医療者の気付かないところで渦巻いていることがあるのです。そして、そこには患者・家族と医療者との信頼関係が存在しなくなり、それが「不満や苦情」を「訴訟」へ転化させることとなります（提訴を後押しすることとなります）。医療訴訟は、訴えを提起する患者・家族側にとっても、訴えを起こされる医療者側にとっても、時間と労力と費用を要し、その金銭的負担や精神的負担は相当なものとなります。そのことを考えると、ＩＣの実践は、医療紛争を回避することを直接の目的とするものではありませんが、「より良い医療」を目的としたＩＣの実践により、患者・家族との信頼関係が形成・醸成され、万一医療事故が起きても、結果的に不必要な医療紛争を避けることができる場合があることを忘れてはならないのです。

（２）「想定外の事態」をめぐる認識のズレが惹起する医療紛争（例えば「合併症」）

ア 患者・家族の誤解や悪感情により発生する医療紛争

医療紛争の多くは、医療者と患者・家族との「誤解や悪感情」という「患者・家族の心模様」によって生じます。それは多くの場合に、患者・家族に襲い掛かる「医療事故という突然の事態による患者・家族の精神的パニック」とは別に、医療者の言動がその悪感情を惹起させており、そしてそれを医療者が気付いていないことが多いのです。例えば、突然の医療事故により身内の死に遭遇した遺族の悲しみ・怒り・無力感といった絶望の感情は、医療者の不十分なＩＣや不用意な言動によって、大小の誤解を介しながら、不信感・怒り・憎しみという悪感情となって医療者に向かってきます。

イ 医療事故の原因説明としての「合併症」と「患者・家族の誤解」（医療者側の事故原因説明が「弁解」と思われてしまうおそれ）

（ア）医療者が、医療事故発生後に、患者・家族に誠意をもって医療行為の経過や事

故原因などの説明をしたつもりでも、患者・家族側からすれば、“医療者側の弁解”としか聞こえない場合がよくあります。そして、そのことが、長きにわたる“医療紛争の弾き金”となることも多いのです。その最たるものが「“合併症”についての医療者側の説明」ということになります。“合併症”とか“偶発症”という言葉は、患者・家族に誤解を与えることが多く、その後の紛争や訴訟につながりかねない重大な問題を惹き起こす可能性があります（なお、合併症と偶発症を区別せずに論じている医学文献があることに注意を要します。）。そもそも、医療者側の方でも「合併症＝不可抗力＝無責」と誤解していることが多いようです。つまり、医療用語である「合併症」については、一般的に、医療者の認識と患者・家族の認識が一致しておらず、誤解の温床にもなっています。

（イ）いわゆる「合併症」は、一般的に、①「ある病気が原因となって起こる別の病気」（糖尿病の3大合併症である腎障害、網膜障害、神経障害など）、また、②「手術・検査などの後、それらが原因となって起こることのある病気又は障害」（腹部手術に合併するイレウスなどの器械的（外科的）合併症）の2つの意味をもつ医学用語と説明されています（なお、偶発症は「手術や検査の際に偶然に起こった症候や事象で、因果関係がないか不明なもの」とされています。）。しかし、この意味での合併症が発症した場合に、「不可抗力＝医師の責任は問われない。」というわけではありません（いまでも医療者の中には同様な認識を持っている者が多いような気がします。）。

合併症を発症させないようにするための何らかの医療的な手立て（対処法）があり、それが医療水準となっているのであれば、合理的な理由もなく何の手立て（対処）も採らなかった場合には、そのことについて、当該医師が責任を問われることもあり得ます。また、器械的（外科的）合併症についても、「合併症の発症は医師には責任がない！」と信じて疑わない医療者もおられますが、その考え方は正確ではありません。むしろ、「医師が責任を問われる可能性もある」という意味では、「誤解」と考えておいた方が無難です。実際に、器械的（外科的）合併症については、「合併症」と称しながらも、施術医に過失を認めた裁判例（岡山地裁倉敷支判平成17・5・13など）もあります。

（ウ）以上のように、「合併症」、「併発症」、「偶発症」などという言葉は、医療事故直後に聞かされる患者・家族に誤解を与える可能性があります。誤解を与えるというより、患者・家族には、むしろ医療者の「弁解」「責任逃れ」の言葉（説明）に聞こえるのです。そしてそれは、医療者の「手術や検査前の説明」（いわゆる「IC」）が不十分であったことが、その大きな原因になっていることが多いのです。

「最善を尽くしたのですが、合併症によりお亡くなりになりました。」等という「突然の説明」がなされても、事前に合併症発症の可能性を説明されていなかった患者・家族が、それをそのまま鵜呑みにできるはずもなく、信じられるはずもないのです。患者・家族は、事故発生直後に合併症の説明を受けても、その説明を受ければ受けるほど、医療者に対し疑心暗鬼の念が強くなり、疑う気持ちが益々強くなっていきます。これを避けるためには、「手術や検査前の十分なIC」しか、その方法がありません。適切で十分なICを事前に実施し、「手術や検査の後に『合併症』が起こる危険性があること」、「その発生の確率」等を、患者・家族が十分に理解し、それを納得して当該施術に同意したのであれば、悲運にも重症合併症が惹起されて悪しき結果が発症したとしても、また、患者・家族は、事故直後の精神的な混乱の中にあっても、それなりにその事態を受け止めてくれるはずです。

(3) 説明不足とならないための看護師の役割（看護師に求められるインフォームド・コンセント）

ア 患者との信頼関係と“看護師の倫理”

日本看護協会の「看護職の倫理綱領」によれば、その前文で「人々は、人間としての尊厳を保持し、健康で幸福であることを願っている。看護は、このような人間の普遍的なニーズに応え、人々の健康な生活の実現に貢献することを使命としている。」とされています。また、その第1条では「看護職は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する。」と定められ、第3条では「看護職は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する。」とされ、さらに、第4条では「看護職は、人々の知る権利を尊重し、人々が自らの意向や価値観にそった選択ができるよう支援する。」とされているのです。つまり、これらはいずれも、看護師に対し、“患者・家族との間の信頼関係の構築”を義務付けており、さらには、その患者・家族との信頼関係の構築のためのICの実践をも求めているということが出来ます（もちろん、看護師のICは、医師のICとの共働作業・チーム作業であることは忘れてはなりません。）。

イ 看護師に特有のインフォームド・コンセント

“医師のIC”の具体的な内容と、“看護師にとってのIC”の捉え方・考え方では、明らかに違った側面がみられます。

この点について、厚生労働省の「新たな看護のあり方に関する検討会」の報告書（平成15年3月24日付）は、「これからの医療においては、インフォームド・コンセントを前提に、看護師等は、患者・家族と十分にコミュニケーションを行い、看護ケアの内容、検査等についてわかりやすく丁寧に説明するとともに、患者・家族が自らの意向を伝えることができるよう支援したり、時には代わって（患者・家族の意思を医師に）伝える役割を担うなど、患者・家族が医療を理解し、より良い選択ができるよう支援することが必要である。更に、こうした患者・家族との十分なコミュニケーションとそれに基づく信頼関係のもと、専門的な看護を提供するとともに、家族でなければ担えない患者に対する精神的な支援機能や患者の自己回復力を最大限引き出し、生かせるような看護師等の関わり方が、これからの看護のあり方として必要である。」と述べています。すなわち、看護師の患者・家族に対するICは、けっして“医療者側だけに立ったもの”ではなく、医療者の説明による「患者・家族側の理解・納得・選択・同意」というICの患者側の主観的過程において、それをサポート（支援）し、時には、“医師に対峙する形での患者・家族側に立つこと”さえをも求められるといえます。

ウ 医師を支える“看護師のインフォームド・コンセント”（その裁判例）

いずれにしても、看護師には、医師の本来あるべきICを支え補完する役割が求められています。以上のような意味での看護師特有のICについて非常に参考になる裁判例があります（大阪地判平成19・9・19）。その事例では、医師が末梢血幹細胞移植のドナーになる者に対して、同細胞の採取等に関するガイドラインの内容に沿った説明等をしなかった説明義務違反がある等と主張され訴訟提起された事案であり、本判決では、「Xら

は、他に末梢血幹細胞移植についての説明が不十分であったことなどの説明義務違反、ガイドライン遵守義務違反を主張するが、…被告病院の看護師らは、A子やXらの質問に対して適切な回答をしてA子の不安感を取り除く努力をしていることが認められるところであって、Y2医師の行った医療行為には本件ガイドラインの内容と齟齬する部分もあるが、Y2医師の過失ないし注意義務違反と評価できるほどのものは認められない。」と判示しているのです。

すなわち、ここでの看護師の対応について、本判決は、「A子（ドナー）は、入院後、幹細胞採取という手法を理解しておらず、未知の経験であることや、同手法による有害事象や、副作用の有無、入院直前に風邪気味等の体調不良があったため、末梢血幹細胞採取等に影響しないか、退院後のケアはどうなっているのか等といった不安を持っており、Y1病院の看護師らに対しても不安を口にしていた。これに対して、Y1病院の看護師は、同月8日、現在のA子の状況と白血病の違いについて説明するとともに、アンフェレーシス中は医師と看護師が同席する旨の説明をした。」「また、Xは、9月11日も、看護師に対して、同種末梢血幹細胞移植に対する不安、投薬の目的、退院後のケアに対する不安等を口にしていたが、Y2医師と話す時間を作ることまでは希望しなかった。そこで、Y1病院の看護師は、A子が体調不良となった場合、近くの総合病院を受診し、Y1病院で同種末梢血幹細胞移植をしたことを告げて欲しい旨伝えた（なお、Y2医師は、…血液検査の目的や必要性については説明しなかった。）。」「A子は、9月12日、Y1病院を退院した。Y1病院の看護師は、A子に対し、体に異常を感じたときは早期に受診をし、その際、Y1病院にて同種末梢血幹細胞移植をしたことを告げるよう説明した（退院時、Y2医師は、Xから、どのようなことを注意したらよいか尋ねられたため、特に注意することはなく、これまでどおりの生活をすればよいと説明した。A子は、退院後、Y1病院での検査等を受けていない。）。」等と事実認定しており、これを見れば、医師のICの不十分さが垣間見えるのであり、看護師の患者・家族とのコミュニケーションやICがそれ（医師のIC）を補完し補っていることが理解できます（本判決では、裁判所はそのことを十分に認識しているようであり、看護師のICがなければ医師の説明義務違反が認められるかのように判示しています。）。

2. 医療紛争を防ぐ“診療記録への十分かつ正確な記載”

（1）診療記録による真実性の担保（裁判例）

ア 診療記録とは、「診療録、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約その他の診療の過程で患者の身体状況、病状、治療等について作成、記録又は保存された書類、画像等の記録」を意味しますが、医師法24条や診療情報提供指針（通達）を根拠として、「診療記録は、訴訟上においても極めて重要な証拠として扱われ、その記載内容が裁判の結果を左右します。

イ 医師には、法律（医師法24条）によって、診療録の作成・保管義務が課されています。また、看護記録等の診療録以外の診療記録に不備がないか点検すべき義務もあります（甲府地判平成16・1・20）。

診療録の記載は、医師が患者の症状を“どのように把握し、診療計画を立て、治療をし

たか”を如実に表しています（東京地判平成15・3・12）。

診療録の記載内容は、それが後日改変されたと認められる特段の事情がない限り、医師にとっての“診療上の必要性”と“医師法24条の法的義務”との両面によって、その真実性が担保されているとされています（東京高判昭和56・9・24）。

ウ 上記のとおり、「診療録の記載内容は、それが後日改変されたと認められる特段の事情がない限り、その真実性が担保されている」（東京高判昭和56・9・24）ことから、診療録を含む診療記録には、原則として“高い証明力”が認められるのであり、原告（患者）にせよ、被告（医師など医療側）にせよ、「診療記録の記載と異なる診療経過を主張して争うことにはかなりの困難を伴う」こととなります。

（2）診療記録への記載・不記載（裁判例）

以上からすれば、患者側（原告）の主張が診療記録（カルテ等）の記載内容に合致しないと「医療側の主張が真実に合致する」と判断されることが多くなります。しかし、逆にいうと、医療側が診療記録の記載と異なる診療経過を主張しても、特別の事情がない限り、そう簡単には認められないということになります。

そして、多くの裁判例を見る限り、医療訴訟における「診療記録の記載事項（事実）」についての「裁判所の原則的な取り扱い」は、（極端的な言い方をすれば）「診療記録に記載していることは、“あったこと”！」であり、「診療記録に記載していないことは、“なかったこと”！」ということになります。

ア 診療記録（カルテ等）に“記載してある”ことは「有ったこと」！？

①-1 カルテ等診療記録に記載のある診療行為やその説明（詳細な説明の記載）については、その記載のとおり事実として信用できる。（東京地判平成15・6・27）。

①-2 診療録の診察記録欄に「入院精査を！（拒否）（多忙）」という記載があれば、「入院を勧めたが、多忙を理由に拒否された」と認めるのが相当である（東京地判平成18・10・18）。

①-3 診療録に“薬剤の作用機序を説明する「図」”が記載されている場合には、その薬剤の作用機序を説明したと「推認」できる（大阪地判平成23・1・31）。

①-3 「自らの代理人弁護士に尋問に誘導されない」「不利な事実でも正直に認める」など、医師の証言態度が自らの体験に基づき正直に供述しようという態度が見て取れるときには、その供述は信用できる（大阪地判平成23・1・31）。

イ 診療記録に“記載してない”ことは「無かったこと」！？

②-1 裁判所に提出した陳述書で「数年間に8回も精密検査を指示した」と供述しているとしても、診療録に「精密検査の指示」が一度も記載されていない場合には、むしろそれは「（精密検査の）指示の不存在を推測」させる。「8回も精密検査を指示したら、せめて数回はカルテに記載しているのではないか？」と推測する（東京高判平成10・9・30）。

②-2 診療録上には「明日分娩誘発がよいか？」と記載してあるのみで、「分娩誘発の適応、要約、副作用の内容、説明に対する妊婦の反応等」の記載が認められ

ない場合には、「分娩誘発の説明をした」とは認められない（福岡地判平成11・7・29）。

②-2 「分娩誘発の説明をした」かどうかの判断要素の1つに、「説明に対する妊婦（患者）の反応」が“診療録に記載されていたかどうか”という点がある（福岡地判平成11・7・29）。

②-3 診療録に抗がん剤の副作用を説明した旨の記載がないときには、診療録には説明した内容の全てを記載するわけではないことを考慮しても、その説明をしたという医師の供述は信用できない（横浜地判平成12・4・26）。

②-4 手術の内容等について明確かつ具体的な説明をうかがわせる（診療録上の）記載がないこと等に照らせば、「手術の合併症（筋力低下等）について具体的かつ明確な説明をしなかった」ものと認めるのが相当（東京地判平成13・12・17）。

②-5 病院の全ての診療録（耳鼻咽喉科、放射線科等）に「問診を実施した」という記載がない以上、問診を実施しなかったものと認める（東京地判平成15・4・25）。

②-6 診療録に「出血」の記載がないことは、「出血がなかった」ことを示すものである（大阪高判平成17・9・13）。

②-7 手術の合併症等の説明内容は詳細に診療録に記載していることからすれば、「当該手術による死亡や後遺症のリスクについて具体的な数値を挙げて説明した」というのであれば、そのことを記載しないということは考え難い（福岡地判平成19・8・21）。

②-8 X（患者の妻）が一時的意識喪失をY医師に伝えていないということは考えにくい、診療録に失神や意識障害に関する記載がないことは、医師との意思疎通が十分に図られていなかったものと考えられる（札幌地判平成26・9・17）。

ウ 看護記録も診療記録の1つとして同様の取扱い

裁判では、診療記録の中の“診療録（カルテ）”と“看護記録”について異なった取扱いをすることはない。看護記録も診療記録の1つであり、その記載内容については、原則として真実性が担保されており、裁判では、看護記録に記載があるとそのとおりの内容で事実が認定されやすく（④-1 東京地判平成19・3・16）、また逆に、その内容の記載がないとそう簡単には認定されないこととならざるを得ません（④-2 大阪地判平成19・3・9）。

（3）同意書面の訴訟上の意義（裁判例）

ア 免責文言（何ら異議を述べない旨の文言）の意味（裁判例）

手術等の患者の身体に侵襲を伴う医療行為を行う場合の「同意・承諾」の方式としては、「手術承諾書」「説明書兼同意書」などの「同意書面」を徴するのが一般的です。確かに、説明義務を尽くしたことを証するものとして同意書面を徴することは必要なことではありますが、「いかなることが起きようとも何ら異議を述べません。」などという『免責文言』が挿入されていても、そのことによって医療者側の注意義務違反が許されることにはなりません（⑤-1 東京高判昭和42・7・11）。

イ 医師の説明義務と“同意面の位置付け”

したがって、仮に手術承諾書・説明書兼同意書などの同意書面を徴するにしても、医療者側の法的責任論の観点からは、医療者側が患者側に対し“説明義務を尽くしたことを証明するもの”という位置づけをするしかないのです。また、患者側からすれば、医師の説明義務の履行を担保するという点に重点を置く必要があります。すなわち、医療者側からすれば、承諾や同意をとること（承諾書や説明書兼同意書などの同意書面にサインしてもらうこと）に主眼を置くよりも、そのためには「十分な説明をしなければならないこと」を重視すべきであり、そのことの記録化に力を注ぐべきであるといえます（⑤－２ 東京地判平成16・6・30参照）。

ウ 同意書面の“証拠としての取扱い”

これまでの裁判例を見ても、医師が説明義務を尽くしたという事実を認定するに際し、このような同意書を徴したことが認定の重要な資料とされた事例は多く、医療訴訟でのカルテの証拠価値の高さを考えれば、その「同意書面」はカルテに貼り付けておく（電子カルテに取り込んでおく）必要があります。例えば、⑤－３ 東京地判平成26・8・21では、手術同意書を事実認定のための重要な証拠としています。

エ 同意書面の“証拠としての限界”

しかし、同意書面については、その記載内容が説明されたことまでは一応証明できるかもしれませんが、それを超えて「より具体的な説明がなされたか否か」については、それにより直接証明できるわけではありません。したがって、その説明内容が重要であればあるほど、同意書面を徴することだけで良しとせず、診療記録（カルテなど）にも具体的な記載をするよう心がけるべきであります（⑤－４ 東京地判平成9・11・11参照）

（４）診療記録へ記載することの意義と効果

最後に、これらの医師や看護師等のICの実践を診療録（いわゆる「カルテ」）や看護記録等に記録することの意義、その重要性にも触れておきたいと思います。

診療の経過の中で当該患者・家族にICが実践されたのかどうかという点が争われたときには診療録や看護記録の記載が決定的な役割を果たすことは、これまでに述べてきたとおりです。しかしこれは、医師や看護師等の医療者の身を守るためのものというだけの捉え方をすべきではありません。患者・家族は、本当にそのようなIC（医師等からの説明）がなされたか否かは、事故後においてその詳細を記憶していないことが多いのです。しかし、診療記録の記載を見せられると、それを思い出すか、そうでなくても、「たぶん説明を受けたのだろうな。」と納得する（納得してくれる）ことがほとんどなのです。しかるに、そのことの記録がない（記載がない）と、当該患者・家族の多くは、「本当は、そのような説明はなされていないのではないか？」等という疑念が生じますが、それはある意味当然のことなのです。もし仮に、本当にIC（医療者からの説明）が真実なされていたとしても、診療録等に記載していなかったことが仇となり、“紛争の引き金”になってしまう、ということにもなりかねません。その意味では、そのような余計な紛争に巻き込まれる患者・家族も迷惑な話であり、医療者は、患者・家族のためにも、ICを行った場合には、そのことを診療録等へしっかりと記載しておく必要があります。

3. 医療事故発生直後の患者・家族との向き合い方（ボタンの掛違えをなくすために）

医療事故発生時に重要なことは、「医療事故発生直後に、患者やその家族に対して、どのように対応するのか（どのように向き合うのか）」という点にあります。この点について、近時では、「事故の発生したことを患者の家族にも正直に告げ、可能な限り状況を説明する（ただし、拙速な説明は避ける。）。対応に誠意が感じられないことによって紛争が深刻化し訴訟に至る事案も多くみられる。反対に患者にとって最悪の結果になったとしても十分説明し心から謝罪したことで家族の納得が得られ、大事に発展しないで済む場合もある。」という考え方で対応することが一般的となっています（「原因を隠すかのような秘密主義的な対応は紛争を混乱させ深刻化させるだけ」という意識が強くなっているのです。）。

結論的に言えば、医療事故発生直後の医療者側の対応としては、①“「謝罪」をする”とともに、②拙速な原因説明は極力差し控えて、“原因究明を約束する”という態度が重要といえます。もちろん、③原因究明－調査と検討－などの必要性がいくらいに医療行為のミス（過失）が明らかときは、医療機関の即決的な判断で、直ちに責任を認めて謝罪する必要がある場合もあります。

いずれにしても、医療紛争に限らず、争い事一般は「悪感情より出でる」であり、患者・家族の感情を考慮すること無しに、そのトラブルへの対応策も考えられないということになりそうです。

（1）医療事故発生直後の“患者・家族への謝罪のあり方”

事故後の「謝罪」の種類には、「責任承認」という意味での謝罪と、「共感表明」という意味での謝罪の2つがあります。「責任承認」としての謝罪は、「自己の責任を認める意味での謝罪」であり、一方、「共感表明」としての謝罪は、「不利益を被った人への自然な共感的感情からくる“すまなさ”の感覚（“申し訳ない”という気持ち）を表明するもので、過失や責任と直接結び付くような意味合いは持たない。」と説明されています（例えば、「最善は尽くしたのですが、結果的に、このようなことになり申し訳ありません。」などという表現がこれに当たります。）。

少なくとも「共感表明」については、過失や責任と直接結び付くようなものではなく、むしろ医療事故に直面した人間の自然な行動として捉えられるものでありますから、これを躊躇する必要はありません。そして、「共感表明」としての謝罪をする場合には、そのことでは何も解決しているわけではありませんから、併せて「事実の解明やその報告」を約束し、そのことによって「再発防止」を約束することが肝要となります。

「責任承認としての謝罪」は、他の証拠と相まって過失判断の一資料とされる可能性があります。原因が究明され過失の存在が明らかとなった場合には、これ（責任承認としての謝罪）を行うことを検討する必要がある、適宜適切な「責任承認としての謝罪」をためらうべきではありません。この段階での謝罪を拒否すると患者・家族の感情に不必要に火を付けること（医療者への不信感を増幅してしまうこと）にもなり、その後の紛争が激化しやすくなります。ためらいによって適宜適切な謝罪の時期を逸失することは、取り返しのつかないボタンの掛け違えになることもあるのです。

いずれにしても、真摯な謝罪をすることは、医療事故で崩れかけた患者と医療者との信頼関係を取り戻す第一歩ということになることを忘れないようにすべきです。

(2) 医療事故発生直後の説明義務

ア 患者・家族に対する“診療経過・死因等”の説明義務

医療事故が発生した時の「患者・家族に対する医療者の説明義務」については、多くの裁判例がこれを認めています（東京地判平成9・2・25、東京高判平成10・2・25など）。しかし、医師には、事故発生直後の説明義務が課されているものの、その原因などの説明内容の「正確性」については過度の要求が求められているわけではありませんから、拙速にあやふやな認識と知識に基づいて、誤った説明することだけは避けるよう戒めている裁判例もあります（広島地判平成4・12・21）。この裁判例では、拙速に間違った原因説明をしたことによって、その後その紛争が長引いて訴訟にまで至り、そのことによって患者・家族に多大な精神的損害を与えたとして慰謝料請求が認められています。すなわち、医療事故直後のいまだ原因究明がなされていない（又は十分ではない）状況においては、医療者は患者・家族に対し、謝罪（共感表明）をし、それと伴に「原因究明とその結果の報告を約束する」という姿勢に終始すべきなのです。

イ 遺族に対する“死因解明のための解剖等の提案”

また、裁判例には、医療者において、「（遺族に対し）病理解剖の提案をし、その実施を求めるかどうかを検討する機会を与え」、「その求めがあった場合には、病理解剖を適宜の方法により実施」し、「その結果に基づいて、患者の死因を遺族に説明すべき信義則上の義務を負う場合がある」と判示するものがあります（東京地判平成9・2・25、東京高判平成10・2・25）。

ところで、医療者側が解剖を勧めていない場合には、後日、「事件を隠蔽するために解剖をしなかったのではないか。」「原因を隠すために解剖を勧めなかったのではないか。」などと、遺族側が疑心暗鬼となり、医療者に対して不信感を抱くことも多いようです。後々の不必要な紛争を回避するためにも、その必要に応じて、遺族に対し解剖を勧めることを怠ってはならないということになります。しかし、遺族がこれ（解剖）を拒否した場合には、そのことを診療記録上で明らかにしておくことも重要になります（これは医療者が自らの身を守る、という意味だけではなく、身内の不幸という混乱の中で医療者から病理解剖等の提案自体を失念してしまいかねない遺族にとって、そのような診療記録の記載〔解剖の提案の記載〕があることは、その後の記憶喚起につながり、不必要な紛争を惹起しない、という意味もあるのです）。

ウ 患者・家族から診療録等の開示を求められたときの“医療者の対応”

過去の裁判例（大阪地判平成20・2・21、東京地判平成23・1・27など参照）をみる限り、医療事故発生後に患者・家族から診療記録（カルテ等）の開示請求を受けた場合においては、医療者側にとって少々不利な記載があると考えられても、医療者としてそれを安易に拒否することは相当ではありません。また、診療記録の開示請求を安易に拒絶すると、そのことが原因で医療者側が患者・家族の疑念にさらされ（一般的には、「何か後ろめたいことがあるから診療記録を見せない」と思うはずです）、その後紛争に発展することも考えられます（そもそも、医療事故の疑いのある事案において、最後まで診療記録の開示を拒否し続けられるものではないことも銘記しておくべきです）。

いずれにしても、厚生労働省の「診療情報の提供等に関する指針」（平成15年9月12日付厚生労働省医政局長通達）では、「医療従事者等は、患者等が患者の診療記録の開示を求めた場合には、原則としてこれに応じなければならない。」としています。また近時では、多くの医療機関で診療記録（カルテ等）の開示が行われるようになっており、診療記録（カルテ等）の開示による患者と医師との医療情報の共有は、真の意味でのインフォームド・コンセント（IC）を達成するために不可欠の前提となっています。そして、患者・家族からのあらぬ不審や疑念を招かないためにも、スムーズな開示が求められます。

4. 医療紛争の予防又は回避の仕方—その要点のまとめ—

医療関係紛争は、「医療者側の何らかの過誤・過ち」、又は、そのことについての「患者・家族の誤解」によって発生します。しかし、その根底にはこれらに関わる「患者・家族の医療者に対する悪感情」（医師や看護師に対する不信感・怒り・憎しみ等の、患者・家族の心の中に渦巻く悪感情）があるのです。すなわち、「悪感情のないところに紛争（訴訟）はない」ともいえます（医療者への悪感情がない限り、少なくとも大きな紛争にはなりやうがないのです）。

このことを前提に考えてみると、医療関係紛争を回避する（紛争を発生させない、又は、紛争を増幅させない）ためには、次のような対応を考えなければならないと思われます。つまり、下記のような「6つの対応」には、「紛争回避機能」「紛争増幅阻止機能」があるものと思われます。ただし、この紛争回避の手法は、チーム医療として行うことを前提としており、医師、看護師・臨床検査技師などコ・メディカルが一つのチームとして検討し実施されなければならないということも忘れないで下さい。

（1）医師の事前のインフォームド・コンセントの実践

ア 医師によるICを、日本語訳すると、「医師の適切かつ十分に分かり易い丁寧な説明と、それによる患者・家族の理解・納得・選択を経た上での同意」ということになりそうです。そして、それ（IC）が医療者（医師）において十分に実践されているのであれば、①患者・家族と医師との間に十分なコミュニケーション関係が成り立ち、②患者・家族と医師との間に信頼関係が醸成され、③患者・家族と医師との間により良い医療関係が形成されているはずです。また、④患者・家族と医師の間には医学的知識の格差があり、医療行為についても認識に齟齬が存在するのが普通であるものの、その知識の格差や認識の齟齬は概ね埋められているはずです（特に、医療行為の不確実性（危険性）についての医学的知識の格差は大きく、医師は、その知識や認識に齟齬が存在するという前提で、患者・家族にIC行っているはずです）。

イ 医療事故直後の最悪の結果（身内の死亡などの事態）は、その直後において、患者・家族を「悲しみ・怒り・無力感・絶望」などによって感情的にしますが、その後速やかに冷静さを取り戻せるかどうかは、「その悪い結果が、そもそも想定されていたものか、それとも想定されていなかったものか」によって大きな状況の相違が生じます。その悪い結果が「想定外の結果」だ（上記④が欠けていた）とすると、そこでは患者・家族に「感情的な混乱」が生じさせ、そしてそれは、「なぜ、このような結果になったのか！」という不信感から、医療者（医師・看護師等）への「怒り、憎しみ等という感情」となって向かってくることになるのです。

ウ このような患者・家族の「誤解や想定外の事態」を回避するためには、医師の事前のＩＣ（それによる①②③④の形成）が欠かせず、患者・家族に「診療結果についての感情的な混乱」を惹き起こさせないようにしなければなりません。そしてそのためには、医師の適切かつ十分に分かりやすく丁寧な事前の説明が不可欠であり、その説明による「患者・家族の理解・納得・選択を経た上での（事前の）同意」があれば、「診療結果についての感情的な混乱」にまでは至らず、「冷静さ」を取り戻すことが比較的容易なはずです。

エ 要するに、「医師の説明不足」（それによる①②③④の欠如）により惹き起こされる患者・家族の「誤解」や「想定外の事態」が、「“不信感・怒り・憎悪等という感情を背景とした医療紛争”を引き起こし、又は、紛争を増幅させる」ということになります。したがって、いかにして“患者・家族に「誤解や想定外の事態」を惹き起こさせないようにするのか”という点が重要であり、“そのためにこそ医師によるＩＣがある”という観点を、医療者は忘れてはならないのです。

（２）看護師特有のインフォームド・コンセントの実践

ア 看護職の倫理綱領（日本看護協会：令和３年改訂）では、①看護師に「患者・家族との信頼関係の構築」を求め、患者・家族の立場に立ったＩＣを求めています。また、②その前提として、看護師に「コミュニケーション能力」も求めています（患者・家族とのコミュニケーション関係の深化）。

以上①②のとおり、看護師のＩＣは、いわゆる「患者・家族との間のコミュニケーション関係」を前提とするものであり、そのコミュニケーションによって信頼関係の構築とその濃密化を目指すものとされています。

イ また、看護師のＩＣは、医師のＩＣの足らざるところを補うものとも位置付けられています。医師のＩＣを補って、患者・家族に寄り添うことにより、患者・家族の「誤解」や知識・認識の齟齬（結果としての「想定外の事態」）を少なくし、患者・家族の「診療結果についての感情的な混乱」を惹き起こさせないようにする、という看護師のＩＣの役割が重要になっているのです。このように、看護師のＩＣは「チーム医療としてのＩＣ」と位置付けられており、また、医師の働き方改革の趣旨にも適うものとされています。

（３）診療記録への丁寧な記載

ア 裁判所は、診療記録について、原則として、①記載してあること（事実）は、あったこと（事実）、②記載してないこと（事実）は、なかったこと（事実）として取り扱っています（多くの裁判官がそのように考えているようです。）。

イ これを患者・家族の立場の認識論からすれば、(a)診療記録に記載されていない事実は、多くの患者・家族が信じない、しかし、(b)診療記録に記載されている事実については、患者・家族がその事実を思い出してくれる。または、(c)仮にそれを思い出さなくても、診療記録に記載されている事実については、その多くの患者・家族が「そうだったのか」「そうかもしれない」等と信じてくれる（多くの人が、記載されている事実が真実であると推測する。）、ということになることが一般的です。

ウ 上記ア、イにより明らかなおとおり、医療者が、診療記録（カルテ・看護記録等）

に、「IC（説明）の有無」、「医療行為の有無」等についての記載を怠らなければ、医療関係紛争の発生や増幅は回避されることも多いといえます（特に、医療者側に何らの落ち度もない不要な医療紛争が回避できるということになるのです。）。

（４）医療事故直後の真摯な「謝罪」

ア 医療事故直後の患者・家族には、「悲しみ・怒り・無力感・絶望」などの感情が渦巻いています。その患者・家族の感情を不必要にかき乱すことが、「ボタンの掛け違い」を惹き起こす原因となるのです。

イ 仮に医療者側に過誤等のミスがなかったとしても、「共感表明としての謝罪」（「最善を尽くしたのですが、結果的に、このようなことになって申し訳ありません。」という謝罪）を怠ったり、躊躇したりすると、患者・家族の絶望の底にある感情を不用意にかき乱すことにもなります。もっとも、謝罪態度が卑屈すぎると責任承認としての謝罪と勘違いされ、当該医療行為に何らかの問題（ミス等）があるのではないかと疑われることもあるので注意を要します。

ウ そこに（共感表明の謝罪もないままの状況や不自然なほどに卑屈な謝罪に）、医療者側の何らかのミスが疑われると、その感情の矛先（身内を亡くしたという「悲しみ・怒り・無力感・絶望」）は医療者側に向かうようになるのです。そして、医療者に対して、患者・家族の「不信感、怒り、憎しみ」という感情が押し寄せてくることになります。

（５）医療事故直後の真摯な「説明」

ア 医療事故直後において、医療者は、上記のとおり、①共感表明としての謝罪をするとともに、②事故の原因説明をしなければなりません。しかし、その原因が十分に解明できていない場合には、③拙速な原因説明は避けて、事故原因の究明（調査と検討）を約束し（可能であればその期間を明示し）、④そのうえでの再発防止を約束することが肝要です。

医療者が拙速な原因説明を早い段階でしてしまったために、後日その原因を変更せざるを得なくなり、患者・家族の感情をかき乱し、医療側の変更した原因説明の方が正しかったにもかかわらず、医療訴訟にまで至ったケースもあるのです。医療者側の拙速な説明は医療紛争を惹き起こし、また増幅させることがあることを銘記すべきです。

イ 原因究明のために解剖又は死亡時画像診断（以下「A i」という。）を患者・家族に勧める必要もあります（裁判例でも同様の判断をしたものがあります。）。医療事故調査制度の関係では遺族に解剖やA iを勧めなければなりません、それだけではなく「紛争の回避」という観点からもそれを勧めておく（実際に解剖やA iを実施しておく）必要性が高いのです。

これを勧めていない場合には、後日、患者・家族から医療者側の過誤が疑われた場合に、その不信感が増幅することがあります（「医療機関側はわざと解剖等を勧めなかった」等と非難されることもあり、また、医療訴訟において実質的に不利な取り扱いを受けることもあります。）。なお、解剖やA iを勧めたにもかかわらず患者・家族がそれに同意せず解剖やA iを施行しなかった場合には、そのことを必ず診療記録に記載しておく必要があります。

ウ 医療者側の過誤が直ちに確認できる場合には、その事故原因を丁寧に説明し、速やかにその責任を承認する意味での謝罪（「責任承認としての謝罪」）をするのが適切であり、それに躊躇すると不必要な紛争の増幅を招くことになります。

（６）診療記録の速やかな開示

ア 医療事故直後には、患者・家族から診療記録の開示や謄写を求められることがあります。求められたら速やかにそれを開示し、謄写して「写し」を渡すべきです。

イ 医療者に診療記録を開示する義務があるかどうかについては、過去の裁判例では争いもあったが、現在では診療記録はすべて速やかに開示すべきであるとされており、それを躊躇してはなりません。

ウ これを躊躇することによって、患者・家族にその医療事故の原因についての疑念を抱かせることが多く、患者・家族の神経を逆なでして感情的にさせ、不要な紛争が生じたり、紛争が増幅されたりすることとなります。

エ 仮にその診療記録に不利な記載があった場合であっても、上記の取り扱いは同様であり、開示を躊躇すべきではありません。不利な記載に対する対処は別の機会に（弁護士などに相談して）専門的な対応を行うべきであり、不利な記載というだけで開示を拒否すると、患者・家族の医療者側に対する不信感が増幅し、当該医療者がより不利な立場に追い込まれます。

以上

弁護士法人ふくざき法律事務所

〒850-0034 長崎市樺島町 4 番 6 号ソフィアビル 2 階

TEL:095-824-8186 FAX:095-824-8286

パシエントハラスメントは患者・家族に課せられた診療協力義務に違反する！

(患者家族からのペイハラを予防するために)

1. はじめに

患者家族からの暴言・暴力・セクハラ（いわゆる「ペイハラ」）に苦しめられている医療機関は多いと思いますが、患者家族からのペイハラは受け身になるのではなく、積極的にペイハラ患者家族に対処していく姿勢が必要です。そのためには、「患者の権利」のみに目を奪われずに、「患者の義務」にも目を向ける必要があります。もちろん、「患者の権利」は重要なことではありますが、「患者には権利だけではなく義務もある」ということを忘れてはなりません。近時では、各病院とも「HPの病院紹介」「院内掲示」などに、「患者の権利」のみではなく、「患者の義務や責務」を明示する傾向が強くなっています。患者の治療を始める前に（診療契約の前に）、病院と患者家族とは互いに権利と義務を確認しあうことが重要になっているといえます。

2. 診療契約における患者側の義務

（１）診療契約は双務契約（当事者双方が債務を負担する契約）であり、医療者側には「最善の医療を施す義務」等が課されるその一方で、患者側に対しても（治療代等の支払義務のほかに）「診療協力義務」等が課されることになります。医療行為とは、治癒という目的に向けて医療者側と患者側が協力し合う過程であって、医療者側は患者側の積極的な協力を得なければ最善の医療を施すことなど到底不可能です。したがって、医療者側と患者側との間には信頼関係に基づく協働関係が不可欠であって、医療側が患者に対し最善の医療を施す義務があるとともに、患者側にも、医療者側に積極的に協力すべき信義則上の義務（診療協力義務）があるということになります。

また、この点については、神戸地判平成 6 年 3 月 24 日等が「医療行為は、その性質上医師と患者の信頼関係、協同関係を基礎として行われるものであるから、患者としても誠実にできる限り正確な情報を提供すべきである」と判示して患者側にも診療協力義務を求めています。医療協力義務違反の態様としては、「診療に影響を与える情報の不告知や説明不十分」だけでなく、「医師・看護師などから受けた指示・指導の不遵守」、「合理的な理由のない受診の遅延」、「病院業務に支障をきたすような行為」などがあります。

（２）そしてここにいる「患者側」とは、患者本人のみを指すのではなく、患者の家族などの「診療契約上の患者の診療協力義務を補完し又は支援すべき立場にある者」も含まれます。当該患者のキーパーソンたる家族だけではなく、その他の家族であっても、①当該患者の医療者に対する診療協力義務を補完又は支援するどころか、その非協力を助長又は増長させている場合、あるいは、②当該診療を妨害又は阻害している場合等には、当該患者が「診療契約上の診療協力義務違反」に問われることがあるとともに、当該家族も、患者の診療協力義務を補完し又は支援すべき一般的な注意義務に違反したものと、「不法行為法上の診療協力義務違反」が認められ損害賠償責任を負うことがあるのです。

3. 病院の施設管理権の行使に従うべき患者側の義務

また、病院施設の利用については、当該病院組織の長（理事長又は病院長）に施設管理権があり、当該病院に当該患者の入通院診療が許された場合には、当該患者の家族も当該患者と同様に当該施設管理権行使に従うべき義務が生じます。つまり、当該家族も当該病院に対し、その施設管理権行使に従うことを約束（合意）したものとみなされます。そして、臨床現場における現実の当該施設管理権の行使は、当該病院組織の長から当該臨床現場の長や

担当者など（主治医・病棟師長・担当看護師など）に委ねられているといえます。したがって、患者やその家族は、当該病院に入院した以上は、特段の事情がない限り、病院の規則や規程あるいは社会的なルールに従って病院業務に支障をきたすことがないようにする義務、当該主治医・当該病棟師長・当該担当看護師などの指示や指導に従うべき義務があるということになるのです。

4. 患者家族のハラスメント言動は上記 2. 3. の義務に違反する！

以上のとおり、当該病院に通院し又は入院している患者及びその家族には、①患者側の医療者に対する診療協力義務により、または、②当該病院の施設管理権に従うべき義務により、(1)病院の規則や規程あるいは社会的なルールに従って病院業務に支障をきたすことがないようにすべきであるとともに、(2)当該主治医・病棟師長・担当看護師などの指示や指導に従わなければならないのであり、それに違反することによって患者は診療契約上の義務違反に基づく損害賠償債務を負い、また、その家族は不法行為法上の診療協力義務違反に基づく損害賠償債務を負担する場合があります。

ということであるとすれば、以下のような患者やその家族のハラスメント行為（①～⑦のペイハラ）は、上記診療協力義務及び施設管理権に従うべき義務に著しく背反するものであって、到底許されるはずのない行為（患者やその家族の医療者に対する診療協力義務違反、当該病院施設管理権の行使に従うべき義務違反）ということになります。したがって、“患者本人の場合には債務不履行責任としての損害賠償責任”、“家族の場合には不法行為法上の注意義務違反に基づく損害賠償責任”を負うことになるのです。

- ① 暴行・傷害（身体的な攻撃）
- ② 脅迫・名誉棄損・侮辱・ひどい暴言（精神的な攻撃）
- ③ 医療者に対する質問等についての執拗かつ辛辣な応対要求
- ④ それに関する執拗なまでの付きまといや威圧・恫喝
- ⑤ 医療行為に対する執拗かつ辛辣な批難や批判と責任追及
- ⑥ これらの過程における診療上の指示・指導の受入れ拒否や無視
- ⑦ 業務妨害（業務妨害罪に至らない程度のもも含む）

5. まとめ

ところで、ある病院の「患者の権利と義務」の院内掲示をみると、「患者さんの権利」を掲げるとともに、「患者さんの義務」として「1. 自分自身の健康に関する情報をできるだけ正確に提供する義務、2. 医師・医療従事者と協力し、医療に積極的に参加する義務、3. 他の患者さんの治療を妨害しない義務、4. 病院における規則を守る義務、5. 病院職員の人格に配慮する義務」などを挙げています。これは、上記の説明からも理解できると思いますが、患者家族の法的な義務からしても当然のことなのです。そして、患者家族が上記「患者さんの義務」を遵守する限り、前項の①～⑦のペイハラ事件などは起こるはずもないのです。

みなさんの病院でも、「患者の権利」をHPにアップ又は院内掲示するだけでなく、上記のような「患者の義務」も一緒に掲げてみたらいかがでしょうか。具体的なペイハラトラブルの際に、ペイハラ患者家族を説得するときに使えるかもしれません。

（弁護士福岡博孝）

弁護士法人ふくさき法律事務所

〒850-0034 長崎市樺島町 4 番 6 号ソフィアビル 2 階

TEL:095-824-8186 FAX:095-824-8286

病院内で宣明すべき「患者の権利と責務」とは？

第1 「患者の権利と責務」について

1. 皆さんの病院の施設内や病院ホームページなどで、「患者の権利と責務」という文書が掲示されていませんか。

20世紀後半は、国際的な議論を通じて「患者の権利」という概念が確立された時代でした。1981年には世界医師会が「患者の権利に関するリスボン宣言」を発表し、その後の修正を経て、公平かつ適切な医療を受ける権利、セカンドオピニオンを聞く権利、インフォームドコンセントを受ける権利、秘密保持の権利、文化や価値観を尊重される権利などを宣言しました。多くの病院は、この「リスボン宣言」などを参考に、「患者の権利」の掲示をしているようです。

2. ところが近年、患者の権利とともに、患者の責務が注目されるようになってきました。これは、患者の人権意識の浸透とともに、一部で誤った権利意識が拡大し、医療現場で理不尽な要求やペイシェントハラスメントが発生するようになったこととも関連すると思われます。

平成24年3月には、日本医師会が『医療基本法』の制定に向けた具体的提言の中で、患者の権利とともに以下の3つの患者の義務を法律で明示することを提言しています（医療基本法案21条）。

①患者及び家族が良質、安全かつ適切な医療の提供に協力する義務

②患者が医療を受ける際に、病歴、薬歴等の健康状態に関する十分な情報を提供する義務

③医師、医療提供者の療養上の指導に従い、受診時や療養生活全般、対価の支払等について医療機関が定める規則を遵守し、他の患者の療養の妨げとならないよう努める義務

また、医療法務だよりNo.31では、川島弁護士より、診療上の指示の不遵守や医師らに対する暴言を理由とする病院の診療拒否を適法と判断した裁判例を紹介させていただきました（東京地裁平成29年2月9日判決）。この事例のように、裁判実務でも、患者側に診療上の協力義務があることが認められています。

このような流れの中、多くの病院が「患者の権利」とともに「患者の責務」を掲示するようになってきました。

第2 患者の責務を掲示する意義

長崎県内の主要な病院のホームページを確認し、「患者の権利と責務」についてどのような記載をしているのか調べてみました。その結果、患者の権利についてはどの病院もほぼ同じような内容を記載していましたが、患者の責務については、病院によって記載がかなり異なっており、その記載がない病院や、ごく簡単な記載しかない病院もありました。患者の責務については明確なモデル案がないことが原因かもしれません。

そこで、各病院の記載や上記医療基本法案を参考に、患者の責務についてのモデル案を後記の通り作成してみました。モデル案では、責務の内容を具体的に記載するとともに、「診療には患者側の協力が不可欠であること」、「義務違反に対しては診療拒否もあり得ること」を記載し、少しでも患者の理解と協力を得やすいように工夫しています。

また、「患者の権利と責務」は、ホームページの病院紹介欄の一部として記載されるなど、一般の患者さんが目にしないような場所に掲示される例も少なくありません。しかし、医療が医師らと患者の協力関係によって成立するものであり、患者側にも診療協力義務があることは、本来は診療に先立って患者さんに理解してもらわなければならないでしょう。また、患者本人に限らず、患者の家族やキーパーソンにも理解してもらい、診療行為に協力してもらう必要があります。

患者やその家族らが、患者側の責務をきちんと自覚していれば、自ずとパシエントハラスメント等のトラブルは生じなくなるはず。そのためにも、この「患者の権利と責務」を病院の受付や待合室など目にしやすい場所に掲示するとともに、診療時や入院時に個別に配布するなどして、確実に患者さんらに読んでもらう工夫を検討してはいかがでしょうか。

なお、今回提案するのは、あくまでモデル案です。この「患者の権利と責務」は、病院が患者との関係をどのように考えるかの表明であり、病院ごとの考え方も反映してもらえればと思います。このモデル案が、患者との関係について病院内で協議し、方針を定める議論のきっかけとなれば幸いです。

第3 「患者の権利と責務」モデル案

【患者の権利】

1. 患者さんには、その人格、価値観を尊重され、良質の医療を公平に受ける権利があります。
2. 患者さんには、自身の病状や治療方法、予後などについて十分な説明を受けたうえで、治療や検査を受けるか否かを決定する権利があります。
3. 患者さんには、主治医以外の医師に相談する権利（セカンドオピニオンを受ける権利）があります。
4. 患者さんには、自身の診療記録の開示を求める権利があります。また、患者さんの個人情報、患者さんの承諾があるか、法律上の規定に基づくものでない限り、第三者に開示されることはありません。
5. 患者さんの尊厳とプライバシーを守る権利は、医療の場において常に尊重されます。

【患者の責務】

1. 患者さんは、過去の病歴、薬歴、入院歴、家族の病歴その他現在の健康状態に関する事項について、正確な情報を医師・看護師などの医療従事者にお伝えください。医師・看護師などの医療従事者に誤った情報が伝えられると、適切な治療ができない場合があります。
2. 患者さんは、医師・看護師などの医療従事者の説明を理解するように努め、患者さん自身が同意した治療にはご協力ください。治療方針等に疑問がある場合や、その変更を希望する場合は、主治医とよくご相談のうえ、明確な意思表示をしてください。
3. 患者さんの診療、検査や病院施設のご利用等に関しては、特段の事情がない限り、医師・看護師などの医療従事者や病院職員の指示、指導に従ってください。
4. 患者さんは、すべての患者さんが適切な医療を受けられるよう、病院の規則や社会的ルールを遵守し、他の患者さんの迷惑になるような行為はしないでください。
5. 患者さんは、医師・看護師などの医療従事者や病院職員に対し、暴力、暴言、セクハラ、診療の妨げとなる迷惑行為（大声を出す、長時間の居座り、喫煙等）は厳に慎むようお願いいたします。
6. 医療費は遅滞なくお支払いください。

上記の責務を遵守いただけない場合は、当院での診療をお断りさせていただく場合があります。特に、上記5の行為（暴力、暴言等）が目にする場合には、警察に通報することもありますので、ご了解ください。

また、患者さんのご家族等が、上記の患者の義務の趣旨に反する行為をされた場合も、当院での診療をお断りさせていただく場合や、ご家族の病院への立ち入りをお断りさせていただくこともあります。

医療は、病院と患者さんの協働作業であり、病院と患者さん相互の信頼があって初めて成立するものです。適切な医療が実施できるよう、ご理解とご協力をお願いいたします。

（弁護士 増崎勇太）

弁護士法人ふくざき法律事務所

〒850-0034 長崎市樺島町 4 番 6 号ソフィアビル 2 階

TEL:095-824-8186 FAX:095-824-8286

入院患者は、いかなる場合に転院・退院義務を負うことになるのか（その 1）

～ 医師・医療機関が患者を診療しないことが正当化される場合の判断方法・判断指針について ～

【未発行】

1. はじめに

（1）医師法第 19 条第 1 項は、「診療に従事する医師は、診察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。」旨定めています（歯科医師法にも同様の規定があります）。いわゆる「応招義務」です。これは、その主語を見れば明らかとなり、医師又は歯科医師が個人として負担する義務として定められているのですが、医療機関が医師・歯科医師を雇用し患者からの診療を求めに対応する場合には、医療機関もまた同様に、「応招義務」を負うものと考えられています。

（2）ところで、医師・医療機関と患者との間で締結される診療契約は、「準委任契約」（民法第 656 条「法律行為でない事務の委託」）ですので、契約の締結・解除は原則として、当事者間の対人的信頼関係を基礎として、双方の自由な意思・選択に委ねられることになります。すなわち、「準委任契約」である診療契約の締結・解除は、本来は、契約当事者双方が自由に選択できる事柄なのです。

ところが、上述した「応招義務」の存在ゆえに、医師・医療機関は、上記民法上の定めにもかかわらず、基本的に患者を受け入れ診療するという選択を強いられています。

（3）このように、医師・医療機関にとって非常に大きな意味を持つ「応招義務」については、これまでたびたび、厚生省通知等が発出され、その解釈が示される等していましたが、令和元年 12 月 25 日に改めて、「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」という厚生労働省医政局長通知が発出されており、その中で、今後は、本通知に従った判断対応等がなされるべきことが示されています。

そこで、本稿では、令和元年 12 月 25 日厚生労働省医政局長通知の内容について、ご紹介をしたいと思います。

2. 令和元年 12 月 25 日厚生労働省医政局長通知

（1）「応招義務」の法的性質

令和元年 12 月 25 日厚生労働省医政局長通知は、平成 30 年度厚生労働省行政推進調査事業費補助事業「医療を取り巻く常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」の研究報告書に基づき作成されています。

同研究報告書によれば、「応招義務」については、古くは明治時代から同趣旨の規定が罰則付きで設けられていたようですが、戦後は、医療の公共性、医師による医業の業務独占、生命・身体の救護という医師の職業倫理などを背景に、医師法の中に訓示的規定として置かれているにとどまります。その法的性質も、医師法に基づき医師が国に対して負担する公法上の義務にすぎず、医師が患者に対して直接民事上負担する義務としては位置づけられていません。また、刑事罰の規定もなく、行政処分の実例も確認されていないことから、「応招義務」違反に対する法的効果はかなり限定的であると考えられます。ただし、不合理な診療拒否が行われた場合には、患者に対する私法上の損害賠償責任を発生させる可能性があり、その過失の認定に当たって、「応招義務」の概念が援用されている実情があります。

（2）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

上述のとおり、「応招義務」の存在ゆえに、医師・医療機関は、基本的に患者を受け入れ診療するという選択を強いられているわけですが、「応招義務」があるからといって、医師・医療機関が無制限に患者を受け入れ診療しなければならないわけではありません。医師・医療機関が患者を診療しないことが正当化される場合があることは、医師法第19条第1項自体が「正当な事由」がある場合の診療拒絶を許容している点に端的に表れています。

そして、令和元年12月25日厚生労働省医政局長通知によれば、この「正当な事由」の有無については、①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)、②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、③患者と医師・医療機関の信頼関係の有無、の3点を踏まえて判断すべきことになります。

(3) 患者を診療しないことが正当化される事例の整理

令和元年12月25日厚生労働省医政局長通知には、より具体的に、以下のとおりの判断方法・判断指針が示されています。これによれば、一般に、病状の安定している患者等、緊急対応が必要でない患者の場合には、「正当な事由」の有無が緩やかに判断されることになり、「正当な事由」が肯定されやすい(すなわち、診療拒絶の正当性が認められやすい)ということになります。

A) 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にのみ、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。

B) 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。

(4) 個別事例ごとの整理

また、令和元年12月25日厚生労働省医政局長通知では、上記(3)の一般類型的な分類整理にとどまらず、臨床現場で問題となりやすい具体的な事例を念頭に置いた整理も行われています。

たとえば、患者の迷惑行為については、「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」旨記載されています。

また、医療費不払いについては、「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」旨記載されています。

さらに、入院患者の退院や他の医療機関の紹介・転院等については、「医学的に入院の継続が必要ない場合には、通院治療等に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」旨記載されています。

3. おわりに

最近、ペイシエントハラスメントが非常に大きな問題となっています。臨床医療法務だよりでも、これまでたびたび触れてきていますが、その問題に頭を悩ませている医療機関は多いはずです。

ペイシエントハラスメント等の問題行動を起こす患者に対し、医師・医療機関が診療拒絶を行おうとした場合に直面するのが「応招義務」の壁です。「応招義務」の存在ゆえに、これまで、医師・医療機関が診療拒絶を躊躇してきたという実情があると思います。

しかしながら、令和元年12月25日厚生労働省医政局長通知は、「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」旨明記しており、患者の迷惑行為がある場合に、医師・医療機関が診療拒絶を行い得ることをはっきり肯定しています。

また、令和元年12月25日厚生労働省医政局長通知では、上記2（4）でご紹介した個別事例のほかにも、差別的な取扱いや、訪日外国人観光客をはじめとした外国人患者への対応についての考え方も紹介されていますので、具体的状況下において、いかなる場合に患者を診療しないことが正当化されるのかの判断方法・判断指針として、非常に役立つものであると考えます。

もしまだ読んだことがないという方は、是非一度、読んでいただくことをお勧めします(厚生労働省のホームページ上で公開されています)。

(弁護士 永岡 亜也子)

弁護士法人ふくざき法律事務所

〒850-0034 長崎市樺島町 4 番 6 号ソフィアビル 2 階

TEL:095-824-8186 FAX:095-824-8286

入院患者は、いかなる場合に転院・退院義務を負うことになるのか（その 2）

～ 入院患者の退去義務を認めた裁判例（東京地裁令和元年 10 月 31 日判決）について ～ 【未発行】

1. はじめに

臨床医療法務だより No.99 で、令和元年 12 月 25 日厚生労働省医政局長通知の内容をご紹介しましたが、同通知が発出される約 2 か月前に、東京地裁において、入院患者の退去義務を認めた裁判例が言い渡されています。

そこで、本稿では、東京地裁令和元年 10 月 31 日判決の内容について、ご紹介をしたいと思います。

2. 東京地裁令和元年 10 月 31 日判決

（1）事案の概要

原告病院は合計 512 床の病床を有していたところ、うち 184 床は高度急性期、残り 328 床は急性期病床でした。

被告は、原告病院において頸椎症性脊髄症と診断され、頸椎前方固定術を受けることになりました。平成 28 年 3 月 17 日までに原告病院との間で同手術を受けるための入院診療契約を締結して、同日、その手術を受けました。同手術終了後、病室に帰室して間もなく、被告は、痰貯留により急変して呼吸停止となりました。その結果、被告は低酸素脳症による遷延性意識障害を来し、平成 29 年 9 月 12 日、後見開始の審判を受けるに至りました。

被告の家族は、同年 4 月 18 日、原告病院に対し、上記結果が医療事故によるものであるとして、損害賠償金合計 1 億 3043 万円余りを請求しました。これを受け、原告病院は、同月 21 日、被告の家族に対し、原告病院の過失等を主張され、非常に高額な損害賠償請求をされている状況では、原告病院医師らが被告に対して冷静かつ客観的な診療を継続することは困難であるとして、被告の転院を申し入れました。また、同年 8 月 10 日にも再び、信頼関係が既に崩れていることや被告が既に急性期の症状を脱していることを理由に、被告の転院を申し入れましたが、被告の家族は転院に応じませんでした。

そこで、原告病院は、被告に対し、所有権に基づく目的物返還請求として、病室を明け渡して原告病院建物から退去することを求めるとともに、不法行為に基づく損害賠償請求として、退院を請求した日の翌日から明渡済みまでの病室私用相当損害金の支払を求める訴訟を提起しました。

（2）裁判所の判断

ア 退去義務の有無について

本件入院診療契約は、病院の入院患者用施設を利用して、患者の病状が通院可能な程度にまで回復するように治療に努めることを目的とした私法上の契約であり、…患者の病状が通院可能な程度にまで回復した場合には目的の達成により終了し、患者は病室から退去する義務を負うと解されるところ、他方、目的を達成するために行われた治療が功を奏さず、患者が上記の程度にまで回復することがなく、引き続き何らかの医療行為又は処置が必要とされる状態に陥った場合、本件病院において患者の病状の安定に努めるべく医療行為を施すべきことはもちろんであるが、急性期を脱してその病状が長期にわたって安定し、回復期機能又は慢性期機能を有する病院においても同様の医療行為を行うことができる状態になった後もなお急性期機能を有する本件病院が永続的に患者の入院を引き受けて医療行為等を行いつけることは、前記医療法 6 条の 2 第 3 項、30 条の 13 第 1 項等で病床の機能を分化させ、その機能に応じ、

患者にも適切な選択を求めた趣旨にも適合しないし、そのように解すべき積極的な理由も直ちに見当たらない。そうすると、上記のような場合に診療契約が終了して患者が病室から退去する義務を負うか否かは、患者の入院中に行われた医療行為の内容、現在の患者の病状及びその安定性、今後患者に必要とされる処置の内容、当該処置を実施することができる代替機関の有無等を総合的に考慮した上で判断することが相当というべきである。

これを本件についてみると、…被告は、頸椎症性脊髄症に対する頸椎前方固定術を受けるために、原告との間において本件入院診療契約を締結して上記手術を受けたところ、同手術後に低酸素脳症による遷延性意識障害となって入院を継続する状態に陥ったものであるが、本件病院の医師は、被告がそのような状態になった後、気管切開による挿管や胃瘻造設等を行って自発呼吸や経管栄養ルートを確保するとともに、現在に至るまで被告の状態が悪化することのないように医療的処置を施し続けており、今後、被告の病態からして意識が回復する見込みが低いといわざるを得ないものの、遅くとも原告が被告に本件病室の明渡しを求めた平成 29 年 8 月 10 日までは被告において積極的な治療行為を要する状態ではなく、急性期を脱して長期間安定した状態にあり、日常的に必要とされる処置は、糖尿病に対する血糖管理や痰吸引、胃瘻からの栄養剤の投与というものであって、これらは必ずしも本件病院でなくとも行うことが可能であるし、原告は、これらの処置を行うことのできる他の転院先を紹介する旨申し出ているところである。

そして、本件病院の病床機能は、いずれも高度急性期又は急性期とされており、病床の稼働率も高く、常に満床に近い状況にあることは上記認定のとおりであって、積極的な治療を要する患者のために本件病室を使用することが望ましいという事情もある。

以上を総合的に考慮すれば、原告と被告との間における本件入院診療契約は、遅くとも、被告の病状が急性期を脱して長期にわたり安定的に推移する状態となり、かつ、原告が被告に対して本件病室の明渡しを求めるに至った平成 29 年 8 月 10 日までは終了したと認めるべきであり、これによれば、被告は、その翌日である同月 11 日以降、本件病室を明け渡して本件建物から退去する義務を負うに至ったというべきである。

イ 応召義務との関係について

被告の病状が長期にわたって安定した状態にあることは上記認定のとおりであり、急変する具体的な危険性があることを認めるに足りる証拠はないし、原告は、被告の家族に対し、急性期を脱して安定した状態にある被告の処置を行うことが可能な転院先を紹介する旨申し出ていることは上記認定のとおりであって、正当な理由なく診察を拒否しているとはいえない…。

ウ 不法行為に基づく損害賠償請求権の成否について

本件入院診療契約は、平成 29 年 8 月 10 日に終了しており、同月 11 日以降の被告の本件病室の占有には理由がないところ、…本件病室の個室使用料は、1 日当たり 5400 円であることからすると、上記被告の占有による原告の損害は 1 日当たり 5400 円が相当である。

3. おわりに

本事案は、高度急性期・急性期病院に入院中の患者が、既に急性期を脱しているにもかかわらず、病院からの転院要請に応じようしないというものです(実際には、本件患者は遷延性意識障害の状態にあるため、患者家族が転院を拒否しているというものです。)

これに対して、裁判所は、“原告病院が高度急性期・急性期病院であること”を前提に、入院診療の結果、患者が通院可能な程度にまで回復しなかった場合でも、“同患者が急性期を脱してその病状が長期にわたって安定し、他の代替機関においても同様の医療行為を行うことができる状態になったとき”には、“当該入院診療契約は終了”となり、患者に退去義務が生じ得ることを認めました。

実は、当事務所でも現に 1 件、同様の事案を受任しており、患者家族を相手取って損害賠償請求等訴訟を提起しています。その事案では、患者家族による病院看護師に対するハラスメント言動もあったため、同家族に対して病院内へ

の立入を禁止する措置をとっていたところ、同家族から面会妨害禁止の仮処分が申し立てられてもいました。こちらについては既に最高裁判所の判断まで得られており、同家族の請求は一切認められずに終わっています。

本事案では、患者本人を相手取り、病院からの退去を求めています。当事務所で受任中の事案では、患者家族を相手取り、患者の転院・退院に協力せずに患者を病院に不法に居座らせ続けていることの違法性を主張しています。仮に患者本人の退去義務が認められたとしても、患者家族が転院・退院に協力しない限り、実際にはその転院・退院を実現させることは困難であると考えたためです。

入院診療の場合には、患者本人の状態等によっては、患者本人の代わりに家族に診療内容等の選択・判断(代諾)をしてもらわなければならない場面も想定されます。あるいは、そこまでには至らずとも、入院診療においては特に、患者家族のサポート・支援が少なからず必要となります。だからこそ、病院では通常、入院診療契約締結時に身元保証人を求めたり、キーパーソンを定める等しているのであり、入院診療において患者家族の果たす役割は非常に大きいものがあります。

患者本人に診療協力義務が認められることは、既に裁判例でも肯定されているところですが、その理由は、医療行為が医師と患者の信頼関係・協同関係を基礎に行われるものであるからです。しかしながら、信頼関係・協同関係という点でいえば、患者本人にとどまらず、患者をサポート・支援すべき患者家族にも同じことがいえるはず。したがって、患者本人にとどまらず、患者をサポート・支援すべき患者家族にも、診療協力義務が認められるはずだと考えます。そして、診療協力義務の中には、医師の医学上の指示に従い患者の転院・退院に協力する義務も含まれるはず。

この事案は、まだなお係属中のものであり、裁判所の判断が示されるのはこれからです。果たして裁判所がどのような判断を示すのか、その判断に注目したいと思います。

なお、臨床医療法務だより No.99 でご紹介したとおり、令和元年 12 月 25 日厚生労働省医政局長通知は、「医学的に入院の継続が必要ない場合には、通院治療等に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」としており、入院患者の病状等を前提にした医学的に適切な転院・退院要請は、応招義務に何ら反するものではありません。

(弁護士 永岡 亜也子)

