

ペイシエント・ハラスメント対策 ～患者・家族との向き合い方～

(病院・クリニック等におけるカスタマー・ハラスメント対策)

弁護士 福崎博孝

※ 「カスタマー・ハラスメント（カスハラ）」とは、「顧客等から就業者に対する業務に関して行われる“暴行、脅迫その他の違法な行為”又は“正当な理由がない過度な要求、暴言その他の不当な行為”」をいいます（東京都カスハラ防止条例）。

↓ 【病院でのカスハラがペイハラ！】

※ 「ペイシエントハラスメント」（ペイハラ）は、“カスハラの一場面”であり、「患者・家族から医療者に対する業務に関して行われる“暴行、脅迫その他の違法な行為”又は“正当な理由がない過度な要求、暴言その他不当な行為”」ということができます。一般的には、「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、セクハラ、いじめ・嫌がらせなどのハラスメント行為をすること」とされています。

【医事紛争との関わり～私の履歴と経験～】 (“患者の立場”と“医療者の立場”を共に感じて考える！)

【患者家族側】

- ① 昭和56年(1981年)に長崎県弁護士会に登録して弁護士業務を開始。(☞現在まで44年間)
- ② 医療事故訴訟については、弁護士1年目から患者・家族側の代理人として関わる。
(☞平成10年の④まで17年間)
- ③ その後、「**①**長崎北松じん肺訴訟事件」等の労災職業病事件(じん肺症等の医学担当)、「**②**豊田商事一金ペーパー商法事件」(いわゆる「豊田商事事件」)など投資取引被害者救済事件(消費者問題)に関わる。雲仙普賢岳噴火災害被災者支援活動や阪神淡路大震災被災者支援活動を契機とした「**③**被災者生活再建支援法」の制定運動などに関わる。このように、私の若い頃の弁護士としての活動は、“被害者・被災者”と呼ばれる人たちの側に立った活動が多く、医療事故紛争でも“患者・家族”側の代理人となっていた。

【医療側】

- ④ 平成10年に長崎県医師会と関わりをもつ。
 平成10年(1998年)から医療機関の「臨床医療法務」に携わるようになる。(☞現在まで27年間)
- ⑤ 平成16年(2004年)に日本赤十字社長崎原爆病院(以下「長崎原爆病院」)の医療安全管理委員会(以下「医療安全委員会」)の委員に就任。
(☞これまで21年間)
- ⑥ その後は、医療関係紛争では患者・家族側に立つことはなく、すべて病院側での対処・対応(その助言や代理人活動)を行っている。
- ⑦ そしていま弁護士歴44年を越え(71歳)、弁護士としての最後の業務としては、医療事故訴訟などの訴訟事件等の業務よりも、“病院等の臨床現場とコミットした様々の臨床医療法務”に関わることが多くなっている。

【ペイシェントハラスメント対応～私の履歴と経験～】

平成10年(1998年) 長崎県医師会顧問～ここから医療者側での医療法務業務～

平成16年(2004年) 長崎原爆病院の医療安全管理委員会・法律顧問



(10年間) 試行錯誤してペイハラ対応

平成26年(2014年) 長崎原爆病院の“院内秩序維持管理規程”制定 ④組織的対応体制の構築

平成27年(2015年) 長崎大学病院運営会議委員(院内放送とポスター掲示を開始する)



平成29年(2017年) 長崎大学病院にペイハラ研究会を設立

長大病院、みなとメディカルセンター、長崎原爆病院、済生会長崎病院ほか幾つかの病院で設立



令和2年(2020年) (コロナ禍でペイハラ研究会を休止)

令和 5年(2023年) 長崎原爆病院の院内秩序維持管理規程改正《改訂》

令和 5年(2023年) 「医療事故・ペイシェントハラスメント 紛争予防・解決の実践的手法(患者・家族との向き合い方)」を出版(日本法令)(以下「拙著」という)

ペイシェントハラスメント対策 ～患者・家族との向き合い方～

【目 次】

第1 はじめに

- 1 いま医療機関はハラスメントトラブル(パワハラ、ペイハラ等)に苦慮している！
- 2 患者・家族の医療者に対する“不信感・怒り・憎しみ等の悪感情”、それに対する“医療者側の無神経・無配慮”が医療関係紛争(ペイハラを含む)を惹起する！
- 3 医療者は“常識ある言動”によって医療関係紛争を回避しなければならない！
- 4 ペイハラトラブル解決の難しさ(医療者は加害患者との関係性を簡単には断ち切れない！)
～カスハラの中でもペイハラは特にその解決が難しい～

第2 わが国のハラスメント対策

- 1 ハラスメント(セクハラ・マタハラ・育児介護ハラスメント・パワハラ・カスハラ)対策の系譜
- 2 カスタマーハラスメント(カスハラ)対策の系譜とその定義

第3 長崎原爆病院の“医療安全管理委員会”で学んだペイハラ対処法(患者・家族との向き合い方)

- 1 医療現場を知って(患者・家族との医療者の)双方の考え方を理解できるようになったこと
- 2 長崎原爆病院の医療安全管理委員会が私を鍛えてくれた
- 3 平成16年当時の多くの病院ではペイハラトラブル(モンスターペイシェント)が急増していたこと
- 4 当時のペイハラトラブルへの対応は“職員個人の力量”に任されていたこと
- 5 職員個人の力量に任されたペイハラ対応は“その職員個人を精神的に追い詰めていた”こと
- 6 平成16年当時の私(弁護士)には何もできなかったこと
- 7 平成26年ペイハラトラブルに対し“病院全体で組織的対応”を行うようになったこと
※病院の組織的対応をうながすための【長崎原爆病院の院内秩序維持管理規程】
- 8 ペイハラ担当職員への“後方支援”が可能になったこと
- 9 原則的に弁護士(私)は患者・家族と直接対峙しないようにしたこと
- 10 ペイハラトラブル対応には幾つかの重要な原則があることに気が付いたこと
※ペイハラ対策には“正解・正答がない”⇒ネガティブ・ケイパビリティの重要性

第4 ペイシエント・ハラスメントへの対処法（ペイシエントハラスメント、“その患者・家族との向き合い方”）

1 いわゆる「モンスターペイシエント」について

- (1) モンスターペイシエントがはびこる社会的背景について
- (2) 医療者側の杜撰な対応がモンスターに育ててしまうことがある！
- (3) いわゆる「モンスターペイシエント」は“医療者に対するカスタマー・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（ペイハラ患者・家族の「性格」ではなく、その「言動」が問題である！）

2 ペイシエントハラスメントの違法性（ペイハラは法秩序に反して許されないこと）をペイハラ担当職員に認識してもらって、その“精神的優位性”を確保する！

- (1) 診療契約における“患者側の診療協力義務”
- (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（ペイハラ）言動は上記(1)(2)の義務に違反する！
- (4) 病院が掲げる「患者の権利と責務」について

3 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Ⅱa、Ⅱb）
- 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
- ② 警察との連携の在り方（警察との連携体制の構築）

※知っておくべき【令和6年2月20日警察庁通達】（令和4年6月警察庁通達の廃止）

※万一の事態（殺傷事件）を避けるために“警察との連携を重視”する必要性

※（警察の名を使った）院内放送・ポスターの院内掲示の有用性

(3) ペイシェントハラスメントへの現場対応

① タイプの区分に従った対処法(ペイハラタイプの判別することの重要性)

※育てられたペイハラ患者・家族に対する【謝罪の必要性和重要性】

② 暴言・暴力への対応策

(ア) 具体的な対処法(診療の拒絶、退去命令、立入禁止命令、警察介入など)

(イ) 診療の拒絶、退去命令、立入禁止命令、警察介入は“最後の手段”

(4) 診療の拒絶は許されるのか(医師・病院の応招義務の可否)

令和元年12月25日付医政局長通達(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)の“新たな考え方”

※知っておくべき【令和元年12月医政局長通達】

(5) 担当職員の基本姿勢

① 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)

② ペイハラ患者・家族の立場に立った対応

(6) 事実経過の記録のしかた

第5 クリニック等小規模施設・在宅訪問医療ケアにおけるペイハラ対策

1 クリニック等でのペイハラ対策には“病院における対策”が応用できる

2 訪問医療介護等のサービス利用契約の解除条項の工夫

3 訪問医療介護系サービスにおけるカスハラ(ペイハラ)対策の要点

4 在宅(訪問)医療・ケアの問題点の指摘と筆者のコメント

【注】なお、このレジメの第1、第2、第3は、主に、令和5年8月22日に日本法令から出版した拙著「医療事故・ペイシェントハラスメント紛争予防・解決の実践的手法(患者・家族との向き合い方)」に基づいて作成しています。

第1 はじめに

1 いま医療機関はハラスメントトラブルに苦慮している！

私は、昨年(令和7年1月から令和7年12月までの)1年間で合計36回の研修・講演を行い、そのうちペイシェントハラスメント(以下「ペイハラ」)の講演が約7割になっています(令和6年は合計28回の講演でした)。

依頼していただいた組織は、そのほとんどが病院など医療系組織であり、民間企業などの非医療系組織からの依頼は少なく、その求められたテーマはハラスメント講演がほとんどです。ペイシェントハラスメント(以下「ペイハラ」)講演が25回あり、その他職員間パワーハラスメント(以下「パワハラ」)、ペイハラ以外のカスタマーハラスメント(以下「カスハラ」)、医療倫理講演などが各数回ということになります(【注】)。

【注】なお、その後も、いろいろな団体からの講演・研修依頼が続いています。いずれにしても、**令和6年1月から令和7年12月までの2年間の講演・研修は合計65回**となりますが、そのうち医療機関から求められテーマはその7割くらいがペイハラ講演となってきました。

このことから分かってもらえると思いますが、医療の現場ではパワハラ、ペイハラなどのハラスメントトラブルが多くなっており、特に医療機関ではペイハラの対処に苦慮しているようです。

そして、パワハラは医療機関内部の問題として対処していくこととなりますが、ペイハラトラブルは相手が「外部者としての“患者・家族”」であるだけに微妙な対応が求められ、非常に困難な対処を強いられています。

今回の講演ではそのこと(ペイハラ)を中心に話しを進めていくことにします。

2 患者・家族の医療者に対する“不信感・怒り・憎しみ等の悪感情”、“それに対する医療者側の無神経・無配慮”が医療関係紛争（ペイハラを含む）を惹起する！

📖（私の経験から言えること・・・）

いまの医療の現場において重要な課題の一つとなっているハラスメント問題には、①“職員間パワハラ”のほかに、②“医療事故紛争に際しての患者・家族又は遺族への対処の仕方” ③“ペイハラ患者・家族への対処の仕方”とがあります。

そして、②、③の医療事故紛争・ペイハラトラブルなど医療関係紛争の多くは、医療者と患者・家族との間での何らかのボタンの掛違えによる医療者に対する患者・家族の医療者に対する“不信感・怒り・憎しみ等の悪感情（感情のもつれ）”によって始まります。

すなわち、その根底には、これらに関わる「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。そして、それに対する「医療者側の無配慮・無神経」がその背景に存在します。

そしてそこには、コミュニケーション不足による患者・家族側の「誤解」が横たわっていることも多い。

したがって、ペイハラトラブルを予防するためには、医療者がこのことを知っておく必要がありますし、さらに言えば、ペイハラトラブルを解決するためにも、医療者がそのことを知っておく必要があります。

3 医療者は“常識ある言動”によって医療関係紛争を回避しなければならない！

👉（経験上言えること！）

医療者は、このような事態を避けるため（又は、解決するため）に、“倫理的な知識と対処手法”を身につけなければなりません。「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（いわば“社会常識”）」という意味であって、ここで求められている「倫理」とは、「人間社会において人として採るべき常識的な対応」（社会常識）という程度の意味です。

すなわちまず、①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“事前のインフォームド・コンセント”を十分に実践しなければならない、また、その前提として“コミュニケーションによる信頼関係を確立”しなければならないということなのです。

そしてさらには、②何らかのトラブルが発生した直後においても、（医療側が間違っている場合には）患者・家族に対し“謝罪等の誠実で真摯な対応”などの「倫理的な対応＝社会常識的な対応」をとらなければならないということにもなります。

この点は、医療事故紛争もペイハラトラブルも同様であり、その意味では、この程度の医療者の倫理行動（常識的行動）によって、医療事故紛争やペイハラトラブルを避けることができる場合もあり、また、医療事故紛争やペイハラトラブルの深刻化を回避することもできるはずなのです。

4 ペイハラトラブル解決の難しさ（医療者は加害患者との関係性を簡単には断ち切れない！）

～カスハラの中でもペイハラは特にその解決が難しい～

医療者側の業務（医療法務）に携わるようになった「平成10年」からもう27年が経過した。日本赤十字社長崎原爆病院（以下「長崎原爆病院」）の医療安全管理委員会に参加するようになった「平成16年」から早くも21年が経過しました。

この間、医療安全や医療倫理の業務は当然のこととして、その他に患者・家族からの悪質クレーマー対策（ペイシェントハラスメント（ペイハラ）対策）に関わることも求められてきました。

長崎原爆病院でも、その当初から、患者・家族からの激しいクレーム対応についての相談を受けることがありました。もちろん、他の病院からのペイハラ相談もあり、それを「モンスターペイシェント」「モンスタークレマー」と称していたが、その後は「ペイシェントハラスメント（ペイハラ）」と呼ぶようになったのです（※）。

👉（経験上言えること！）

しかし、ペイハラトラブル事案は、加害行為者が“患者・家族”であるだけに、その対応は微妙でありセンシティブである。とにかく、頭が痛いのは、“トラブルが生じて、診療を直ちに中止することが難しく、信頼関係回復の努力をしながら診療を継続しなければならないことが多い”という点です。

すなわち、患者との関係性が簡単には断ち切れないことが一般の民事トラブルと決定的に相違しており、その対処の困難さもそこにあります。

つまり、一般の民事トラブルは、その多くの場合「関係性をきちんと清算すること」を目標としますが、ペイハラトラブルの場合は関係性を修復しないと治療の継続ができないことが多いのです（「関係性を維持しながら紛争を解決する必要性」）。

※病院でのカスハラをカスタマーハラスメントと呼ばずに、ペイハラ（ペイシェントハラスメント）と呼ぶ理由

同じカスハラだが質的な相違がある。病院での患者・家族を相手にするカスハラは、診療を継続しなければならぬ解決が難しいことから、より社会に認知してもらうためにペイハラと呼ぶようになった！（長崎大学病院でのペイハラ研究会）

第2 わが国のハラスメント対策について

1 ハラスメント（セクハラ・マタハラ・育児介護ハラスメント・パワハラ・カスハラ）対策の系譜

職場でのハラスメント（「いじめ・嫌がらせ」「相手に不快感や不利益を与え、その尊厳を傷つけること」）は平成になってから社会問題化しました。そして、“ハラスメントの問題がこれからどうなるのか”を知るためには、ハラスメント対策の系譜（歴史）知っておく必要があります！

（1）平成元年（36年前）に福岡地裁に提訴されたセクシャルハラスメント（いわゆる「セクハラ」）事件が平成4年（33年前）に「企業の使用者責任を認めた被害者全面勝訴の判決」が下されたが（福岡セクハラ判決⇒日本初のセクハラ判決）、その頃から社会問題化するようになった。

（2）平成9年（28年前）には男女機会均等法によって事業者にはセクハラ防止“配慮義務”が課され、さらに、平成18年（19年前）には同法の改正によって事業者に対しセクハラ防止“措置義務”が課された。

（3）平成13年（24年前）に個別労働紛争解決促進法（個別労働紛争解決制度一個別労働紛争調整委員会のあつせん等一）が成立し、この頃から個別労働紛争の相談・斡旋統計（以下「統計」）が発表されることとなる（いわば「パワハラ統計」を公表 ※）。

※このころまでは、「パワーハラスメント」（いわゆる「パワハラ」）という項目ではなく、「いじめ・嫌がらせ」という項目で整理されていた。このころに「パワーハラスメント（パワハラ）」という造語がつくられた（セクシュアルハラスメント（セクハラ）はアメリカでつくられた造語）。その後数年間のうちに、いじめ・嫌がらせ（パワハラ）は統計上「倍々ゲーム」というよりも、真の意味で「桁違い」の増加を続けた。

(4) 平成28年(9年前)にはマタニティーハラスメント(いわゆる「マタハラ」)、パタニティーハラスメント(いわゆる「パタハラ」)。正確には「育児・介護ハラスメント」が事業者の防止措置義務の対象となりました(男女機会均等法改正、育児・介護休業法改正)。

※しかしこの間(平成29年～令和元年)、実際には、職場でのハラスメントとして最も多発していたはずの「暴言・暴力・いじめ・嫌がらせ」(いわゆる「パワーハラスメント(パワハラ)」)が、「法律上野放し状態」になっていた。
わが国の企業・事業者側が、「パワハラを法制化すると上司が部下を怒れなくなる(指導できなくなる)」と恐れていたことから、社会全体が暗黙裡にその法的対処をしてこなかった。

(5) 令和元年5月(6年前)にやっとパワハラ防止法制(※)が成立した。さすがにパワハラの“法制度上の野放し状態”にも限界があったようで、その法律は令和4年4月(3年前)までに全ての企業・事業者について全面施行されるに至りました。

※パワハラ防止法制＝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(労働施策総合推進法)

(6) 令和元年6月(6年前)には、国連国際労働機関(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」が可決採択され、ハラスメントを禁止しました(「防止」ではなく「禁止」、それに違反すると「罰則」がある)。
日本のパワハラ防止法は「禁止」ではなく「防止」であり、罰則がない。

わが国政府は、ILOでの条約の制定に際し「賛成票」を投じているが、パワハラ防止法をパワハラ「禁止法」に改正しない限り、批准ができない。しかし、政府が条約に賛成票を投じている以上、いずれ「罰則付きのパワハラ禁止法」と法改正される可能性がある。

（7）その後は、働き方改革の経過の中で、パワハラ防止（法制）が[カスタマーハラスメント（いわゆる「カスハラ」](#)）に飛び火して、自治体の「条例」や「法」（労働施策総合推進法）で規制されるようになった（ただし、これまでのハラスメント防止法はあくまでも「防止法」であり、罰則ある「禁止法」ではない）。

① 令和6年10月 東京都カスハラ防止条例

② 令和6年11月 北海道カスハラ防止条例

③ 令和6年12月 三重県桑名市カスハラ防止条例 [☞カスハラ加害者の氏名公表制度](#)

④ 令和7年 1月 群馬、埼玉、愛知カスハラ防止条例

⑤ 令和7年 6月 労働施策総合推進法で事業者カスタマーハラスメント防止の責務

⑥ 令和8年●●月 三重県カスハラ防止条例

実際に、令和8年●●月には、三重県において、罰則を付したカスハラ防止条例が制定されることとなっている（令和8年度中の成立を目指している）。

（ア）繰り返しの謝罪や面会の要求などの「特定カスハラ」を定義し、

（イ）知事が禁止命令を出しても改善されない場合には、知事が捜査機関に告発し、

（ウ）50万円以下の罰金、拘留又は科料を課す。☞刑罰を科す。※

※この条例が成立すると、わが国で初めての刑罰が科されたハラスメント禁止法令になる。

2 カスタマーハラスメント（カスハラ）対策の系譜とその定義

（1）令和4年2月 カスタマーハラスメント対策 企業マニュアル

令和元年5月の**パワハラ防止法**（通称）に基づいて、令和2年1月に策定された**パワハラ防止指針**（通称）に従って、厚労省の肝いりで完成したのが「カスハラ対策 企業マニュアル」ですが、

ここでは、「カスタマーハラスメント」とは、

顧客等（患者家族）からのクレーム・言動のうち、“当該クレーム・言動の要求の内容の妥当性”に照らして、“当該要求を実現するための手段・態様が社会通念上不相当”なものであって、当該手段・態様により、労働者の就業環境が害されるもの

とされていますので、ペイシェントハラスメント もほぼ同様のものと考えればよいと思われます。

（2）令和6年10月4日 東京都カスタマーハラスメント防止条例

“カスタマー・ハラスメント（カスハラ）”とは、

顧客等から就業者に対する業務に関して行われる“著しい迷惑行為”
のことを意味します。

また、“著しい迷惑行為”とは、

“暴行、脅迫その他の違法な行為”又は“正当な理由がない過度な要求、暴言その他の不当な行為”
とされています。

これ（東京都条例）からすると、カスハラの一場面である「ペイシェントハラスメント（ペイハラ）」とは、

患者・家族から医療者に対する業務に関して行われる、“暴行、脅迫その他の違法な行為”又は“正当な理由がない不当な要求、暴言その他の不当な行為”

ということになります。

【注】東京都カスハラ防止条例では、事業者は、カスハラの防止に主体的かつ積極的に取り組まなければならないとされ（同第9条1項）、また、その雇用する就業者が顧客等からカスハラを受けた場合には、当該顧客等に対しその中止の申入れその他の必要かつ適切な措置を講じるよう努めなければならないとされています（同2項）。その一方で、この条例では、何人も、あらゆる場において、カスタマー・ハラスメントを行ってはならない（同第4条）とされて、顧客等は就業者に対する言動に必要な注意を払わなければならない（同第7条1項）とされ、また、就業者はカスハラ防止に資する行動に努めなければならない（同第8条1項）とし、さらに、カスハラの防止に当たっては、顧客等と就業者とが対等の立場で相互に尊重することを旨としなければならないと定めています（同第3条2項）。つまり、同条例のいうとおり、顧客等と就業者のどちらかにリスペクト（相互に尊重する心）が欠けてしまうことからカスハラが始まるのであり、そこでは働く人たちの就労環境は顧客等と就業者の相互の敬意（互恵・リスペクト）によって維持されるということなのです。

（3）令和6年11月26日 北海道カスタマーハラスメント防止条例

「カスタマー・ハラスメント(カスハラ)」とは、

従業者等に対する顧客等からの要求、言動等のうち、その態様や程度が社会通念上不相当なものであって、当該要求、言動等により、従業者等の就業環境が害される行為をいう。

とされていますので、ペイシエントハラスメントも同様のものと考えればよいと思われます。

（4）令和6年12月25日 桑名市カスタマーハラスメント防止条例

桑名市カスハラ防止条例では、カスタマーハラスメント(カスハラ)とは、

顧客の言動のうち、当該言動による要求に妥当性がないもの又はその妥当性に照らして、当該要求を実現するための手段及び態様が社会通念上不相当なものであって、当該手段及び態様により、就業者の就業環境が害されるおそれがあるもの（条例第2条(4)）

とされています。この防止条例は罰則まで付していませんが、それと同等の効力をもつ「公表制度」を取り入れている。

【注】桑名市カスハラ防止条例では、「何人も、就業者に対してカスタマーハラスメントをしてはならない」と（同第3条1項）した上で、カスハラ行為者についての氏名等公表制度を設けている。すなわち、この条例では、就業者又は事業者等が当該顧客の言動がカスハラに該当すると考えたときは、市長に対し、当該行為者を特定して当該言動がカスハラに該当すると判断する「認定」を求めることができ（同8条）、市長はカスハラ対策委員会（同7条）の調査審議を経た上で（同8条）、当該カスハラ行為者に対し警告することができ、それにもかかわらず状況の改善が不十分と認められるときは、市長は、氏名その他の当該行為者を特定することができる情報を公表することができる（同9条）とされています。桑名市のカスハラ防止条例は、カスハラ行為者に対し「氏名等の公表」という事実上の処罰手法をもって臨むというものであり、非常に興味深いものとなっています。

(5) 令和7年1月～ 群馬県・埼玉県・愛知県等のカスタマーハラスメント防止条例

これ以降、多くの自治体でカスハラ防止条例の制定・施行が続いています。

(6) 令和7年6月4日 ※1労働施策総合推進法改正（カスハラ防止対策の法制化）（次頁）

カスハラ対策を事業主の「雇用管理上の措置義務」とする内容の法律（以下「カスハラ対策法」）であり、施行日は早ければ令和8年10月頃とされています。

そして、“カスハラ対策法”では、カスタマーハラスメントを、

職場において行われる“顧客、取引の相手方、施設の利用者その他の当該事業主の行う事業に関係を有する者”の言動であって、その雇用する“労働者が従事する業務の性質その他の事情”に照らして“社会通念上許容される範囲を超えたもの”（顧客等言動）により、当該労働者の就業環境が害されることと定義している。

(7) 実際に、令和8年●月には、三重県において、罰則を付した三重県カスハラ防止条例が制定される（予定）

- ① 繰り返しの謝罪や面会の要求などの「特定カスハラ」を定義し、
- ② 知事が禁止命令を出しても改善されない場合には、知事が捜査機関に告発し、
- ③ 50万円以下の罰金、拘留又は科料を課す。

(8) まとめ

しかし、カスハラやペイハラが“どういうハラスメント言動をいうのか”という観点から見た場合、カスハラ対策の法制化などの流れと その各定義からみても、東京都カスハラ防止条例の定義が最も分かり易いものと思われます。

したがって、本スライド資料では、東京都カスハラ防止条例の定義を前提として、一般的に“暴力、暴言、性的言動、いじめ・嫌がらせ”と通称されている「ペイハラ」は、“患者・家族から医療者に対する業務に関して行われる、暴行、脅迫その他の違法な行為又は正当な理由がない不当な要求、暴言その他の不当な行為”という考え方で対処した方が良さそうです。

この法律の要点は以下の通りである。

- 労働施策総合推進法の今回の改正案は、これまでのセクハラ・マタハラ・パタハラ・パワハラ対策に加えて、“**カスタマーハラスメント（以下「カスハラ」）対策**”を**事業主の「雇用管理上の措置義務」とする内容**への改正であり（以下「カスハラ対策法」又は「法」）、**施行日は令和8年10月頃とされている（公布日から1年6月以内）**。
- そこでは、労働者の就業環境が害されることのないようにするために、事業者は次のような措置を講じなければならないとされている。
 - ① **カスハラ相談体制の整備**（当該労働者からの相談に応じ適切に対応するために必要な体制の整備）
 - ② **カスハラ抑止措置**（労働者の就業環境を害する当該顧客等言動への対応の実効性を確保するために必要な抑止のための措置）
(法33条1項)
- カスハラ対策法では、「職場において行われる“**顧客、取引の相手方、施設の利用者その他の当該事業主の行う事業に関係を有する者**”（以下「**顧客等**」）の言動であって、その雇用する労働者が従事する“**業務の性質その他の事情**”に照らして“**社会通念上許容される範囲を超えたもの**”（以下「**顧客等言動**」）により、当該労働者の就業環境が害されることがないようにすること」を目的（その措置の対象）としている。
(法33条1項)
- 顧客等言動の顧客等については「事業に関係を有する者」としており、「顧客」のみではなく、「取引の相手方」「施設の利用者」なども含まれており、“**カスタマー（顧客）のみを対象とするわけではない**”。
- 事業者の措置義務の対象となる「顧客等言動」（顧客等によるハラスメント等）には「カスハラ」も含まれるが、それ以外の自社労働者に対する“**取引の相手方**”、“**元請け業者等の他社労働者**”等によるハラスメントなども含まれる。いずれにしても、カスハラ対策法ではカスハラを「**顧客等言動**」としている。
- カスハラ対策法では、（間接的ではあるが）「**労働者の就業環境を害するカスハラなどの顧客等言動を行ってはならない**」としている。
(法4条4項、34条1項)

第3 長崎原爆病院の“医療安全管理委員会”で学んだペイハラ対処法（患者・家族との向き合い方）

1 医療の現実を知って（患者家族と医療者の）双方の考え方を理解できるようになったこと （“患者の立場”と“医療者の立場”を共に感じて考える！）

私は、平成10年(1998年)に長崎県医師会など医療側と関わるようになりましたが、それまで(の弁護士17年間)はあくまでも患者・家族側の代理人弁護士であり、実際の医療現場のことはほとんど知りませんでした。

しかし、平成10年以降は、個別の医療事故紛争のみではなく、医療現場から招請されて研修・講演を担当することも多くなり、少しずつ臨床医療の現実を知り、その現実の姿(厳しい実態)を垣間見るようになりました。

そして、平成16年(2004年)に日本赤十字社長崎原爆病院(以下「長崎原爆病院」)の医療安全管理委員会の委員になってからは、その本当の姿(医療現場の現実)を目の当たりにすることとなったのです。

私は、患者・家族との付き合いの中で、多くの患者・家族が“何に悲しみ”、“何に怒り”、“何に平穏を感じるのか”を知りました。そしてその後、医療者と交わることによって、多くの医療者が“何に苦しみ”、“何に苛立ち”、そして、“何に喜びを感じているのか”を知り、双方の立場を経験することになって、そのことから“患者・家族”や“病院で働く人たち”の双方の気持ちを考えることができるようになったように思います。

医療事故紛争についても、ペイハラ紛争についても、私の考え方の基本はそこにあると思います。

2 長崎原爆病院の“医療安全管理委員会”が私の思考を鍛えてくれたこと

長崎原爆病院での月に1回の医療安全管理委員会では、医療事故訴訟を患者・家族側で少しかじった程度の知識と経験では、何の役にも立たないことを思い知らされました。

医療の現場を内部から見ることになりましたが、そこで繰り広げられる議論を理解することは、そう簡単なことではありませんでした。長崎原爆病院の医療安全委員会は、私にとってOJT(オン・ザ・ジョブ・トレーニング)の場であるとともに、広い知識の獲得を要求される厳しい修行の場でもあったのです。

それこそ、“**医療事故リスクとその対策(医療安全)**”そのものの問題だけではなく、それに関連する“**インフォームド・コンセントの在り方**”、“**診療記録(カルテなど)の記載の仕方**”、“**謝罪の仕方**”、“**診療拒否の仕方(どのような時に診療を断れるか)**”、“**医療倫理事案(特に終末期医療)への対処法**”など幅広い知識と経験が求められ、そして、そのことの検討や研究を余儀なくされたのです。

長崎原爆病院の医療安全管理委員会の委員に就任した平成16年(2004年)当時の私の医療法務の知識と経験ではほとんど対応不能の状態であり、それを打開するために、当時それほど多くはなかった医療法務の書籍や、数多くの判例・裁判例を読み漁りました(当時の私は、医療法務に関する知識や経験が不足していたことから、書籍や判例・裁判例で補わざるを得なかった)。

そして、その一方では、その過程において、医療の現場では“医療者側にも法的な素養が必要であること”に気が付き、読み漁った判例・裁判例などをレポートにして、ほぼ毎月長崎原爆上院医療安全管理委員会で報告するようになりました(その延長線上に、当法律事務所の「臨床医療法務だより」があります)。

3 平成16年当時の多くの病院ではペイハラトラブル（モンスターペイシエント）が急増していたこと

以上のような経過の中で、平成16年(2004年)頃には既に、病院の臨床現場に“**クレーマー患者・家族**”が見られるようになり、なかにはモンスター化して「**モンスターペイシエント**」と呼ばれるようになる患者・家族までもが出現するようになっていました。

平成13年(2001年)には各都道府県の労働局に個別労働紛争調整委員会が創設され(個別労働関係紛争解決促進法の制定)、私は平成13年に長崎労働局の個別労働紛争調整委員会の初代会長に就任し、その後7年間はその職にありました。

その後、職場の労働紛争が統計処理されるようになると、“**職員間パワハラ**”が急激に増加していることが分かってきました。

そして、それと軌を一にするように、**医療の現場でも、“患者・家族からの暴言、暴力、セクハラ、いじめ・嫌がらせ”などのペイシエントハラスメント(ペイハラ)が目に見えて増加していた**のです。

長崎原爆病院からの私への法律相談も、当初そのほとんどが医療事故紛争でしたが、**その後徐々に、ペイハラトラブルが多くなり、いつのころか医療事故紛争よりもペイハラトラブルの方が断然多くなっていた**のです。

4 当時のペイハラトラブルへの対応は“職員個人の力量”に任されていたこと

しかし、その当時の長崎原爆病院では、ペイハラ対応は十分とはいえず、むしろ、ペイハラ患者・家族に対し、どう対応すればよいのかが分からないまま“右往左往している”という現実がありました（しかしそれは、長崎原爆病院だけではなく、その他のほとんどの病院で同様の現実がありました。）。

しかも、当時のペイハラ対応は、“病院職員の個人的力量に任されている”という現状があったのです。長崎原爆病院だけではなく、そのほとんどの病院において、ペイハラトラブルが発生した当該病棟の師長や看護部長がクレーム対応を行うか、又は、総務系の事務職員（特に医事課職員）がペイハラ対応をするか、その双方が協力してクレーム対応をしていくか、という極めて単純なものでした。

“当該職員らの個人の力量”で処理することが当然のことと考えられており、“病院全体としての組織的対応や組織的支援”など、当時は全く考えられていなかったと記憶しています（病院幹部にその情報が上げられることはあまりなかったように思います）。

そして当然、組織外者の私もそのような状況に何の疑問も感じていませんでした。

5 職員個人の力量に任されたペイハラ対応は“その職員個人を精神的に追い詰めていた” こと

そのためにどういうことが起きたのか…、

ペイハラ対応が職員個人の力量に任されていたために、その限界を超えてしまうと、

- ①心療内科に通院する看護師が見られるようになり、
- ②睡眠導入剤を常用するクレーム担当職員が増え、
- ③ペイハラ対応で精神を侵されて家庭が崩壊した(離婚した)クレーム担当職員までもが見られるようになったのです。

私は実際に、多くの病院でそのような人たちを少なからず見てきています。

このような職員たちの中には、

- ④精神をやられて休業し、挙句の果てには退職してしまう人たちもいました。また、
- ⑤ペイハラ担当を余儀なくされている職員からは、「自分たちの職場はごみ溜め・墓場みたいなもの」などと自分たちの仕事を卑下する投げやりな言葉を何度となく聞かされました。

このままでは“ペイハラにさらされる職員たちが精神的につぶされる、壊されてしまう”という危機感を臨床現場でも持つようになり、長崎原爆病院の医療安全管理委員会で議論するようになったのです。

6 平成16年当時の私（弁護士）には何もできなかったこと

そのような状況の中で、長崎原爆病院でペイハトラブルの相談をうける法律顧問（私）は何をしていたのか…

たまにペイハトラブル事案の法律相談が長崎原爆病院やその他の病院の総務課から回ってきていました。総務課長・総務係長・庶務係長などがペイハトラブル処理の直接の担当者（担当事務職員・看護師など）を連れてきますが、その臨床現場では何の対応もできずに、疲弊だけが進んでいることが多かったように思います。

そして、弁護士の私は、というと、私に臨床現場への直通のパイプもなく、具体的な情報にも乏しく、そのために紛争の実態を深く思い致すことさえできずに、“単発的・断片的な話”を聞いて、“そこで思いつくままの助言（行き当たりばったりの助言）をする”だけということに終始せざるを得なかったのです。

それこそたまに、あまりにも酷いペイハラ患者・家族（いわゆるモンスターペイシエント）が現れると、私自身が臨床の現場に赴いて対処することもありました。しかし、それこそ弁護士の私の手にも負えず、かえって私の方が罵倒され、喚かれ（わめかれ）、物投げされて、散々な目に遭うのが落ちでした。

当時の私は弁護士としては“役立たず”であり、その理由は、**医療者と患者・家族との関係性（診療契約）の継続を前提とした紛争の解決に慣れていなかったことにあります**（通常の民事紛争は、関係性を断ち切った上での紛争の解決を目指すことになります）。

↓ **《平成16年から10年後の平成26年》**

↓（この10年間にいろいろなことがあった・・）

↓ 《平成16年から10年後の平成26年》
↓ (この10年間にいろいろなことがあった…)

7 平成26年ペイハラトラブルに対し“病院全体で組織的対応”を行うようになったこと

しかし、長崎原爆病院では、その当時から、ペイハラトラブルを“医療安全管理委員会で取り扱っていたこと”が幸いしました。その間、現場で処理に困っているペイハラトラブルについて、医療安全管理委員会で議論することになったのです。そして、「いまのままペイハラトラブル事案を担当職員の個人の資質だけに頼ることには限界がある」(担当職員に丸投げしてはダメ!)ということが共通認識となり、“病院全体での組織的な対処方法”を検討するようになったのです。

その結果、長崎原爆病院では、平成26年(2014年)ころまでには、

- ① 院長に対し“ペイハラ患者・家族を適切に指導しなければならない”という責務を課し(No.13②③の院内秩序維持管理規程のとおり。 ※2)、その上で、
- ② 医療事故紛争やペイハラトラブルに対処する「患者相談支援室」(警察OBも配置)を創設し、
それまでの「医療安全推進室」と二人三脚でペイハラ対応をする(以下「推進・支援室」といいます)ようになり、
- ③ その推進・支援室を「院長直轄(直属)」として、“副院長”を推進・支援室の室長に据えることにし、
- ④ ペイハラ紛争も正式に医療安全管理委員会で取扱うことにしたのです。

つまり、“ペイハラ担当職員(事務職員、保安職員、看護師等)の後方支援”を病院全体で実施し、それを徹底することにしたのです。さらに、

- ⑤ 推進・支援室と法律顧問(私)を直結し、総務課を通さずに、適宜速やかに、メール・電話での直接相談を可能としました。このことによって、推進・支援室の担当者は院長と弁護士(私)に対し、常時、事件を起こしそうな特定のペイハラ患者・家族の情報提供をし、院長と弁護士は、その情報を前提に、何かトラブルが起きたら即断即決の助言を行うことになりました。

(長崎原爆病院の院内秩序維持管理規程)

※2 病院内における秩序維持管理規程（長崎原爆病院）

(前文)

長崎原爆病院（以下「当院」といいます。）は、患者に対して真摯に対応し、その信頼や期待に応えることで、より質の高い医療を提供しようと心掛けています。しかしその一方で、少ないながら、診療を受ける患者及び家族その他の関係者（以下「患者・家族等」という）からの常識の範囲を超えた要求や言動（以下「不当な要求や言動」といいます）が見られることがあり、その中には、当院の病院職員や他の患者・家族等の人格を否定する言動、暴力、セクシュアルハラスメント等の尊厳を傷つけるものもあって、これらの行為は、当院の職場環境や診療環境の悪化を招いており、ゆゆしき問題となっています。

当院は、病院職員や他の患者・家族等の人権を尊重し擁護するため、これらの患者・家族等からの不当な要求や言動に対しては、毅然とした態度で対応してまいります。もし病院職員や他の患者・家族等が、これらの不当な要求や言動を受けた際には、当院の組織をあげて対応していくことといたします。

よって、当院は、あらゆる患者に対しより質の高い医療と診療環境を提供し、病院職員や他の患者・家族等の人権を守るために、患者・家族等からの不当な要求や言動にかかる暴言・暴力・セクハラなどのハラスメントについて、以下のとおり、病院内の秩序維持管理規程を制定いたします。

(病院内の秩序維持措置)

第2条 …

- 2 院長は、暴言・暴力・セクハラなどのハラスメントにより当院の業務に支障を生じさせる行為を行い病院内の秩序を乱す患者・家族等に対して、適切な指導をしなければならない。

（ハラスメント言動の是正勧告）

第3条 **院長及び病院職員は**、病院内における秩序の維持に必要と判断した場合には、ハラスメント言動を繰り返して秩序を乱す患者・家族等に対し、**当該言動の中止などその是正を口頭で勧告することができる。**

2 **院長は**、前項の**是正勧告を書面で行うことができる。**

 **イエローカード①（是正勧告）**

（退院・退去又は診療拒否等の勧告）

第4条 **院長は**、前条の是正勧告後において、必要があると認める場合は、前条の秩序を乱す患者・家族等に対して、**退院・退去勧告又は診療拒否に関する注意を行い、退院・退去勧告書又は診療拒否に関する注意書を交付するものとする。**

 **イエローカード②（注意勧告）**

（退院・退去の命令及び診療拒否の措置）

第5条 **院長は**、次の各号のいずれかに該当する者に対して、**退院・退去を命じ又は診療を拒否することができる。**

1 入院又は診療の必要がないと認める患者

2 **第3条第2項の規定に基づく書面による是正勧告に従わず、ハラスメントにより業務に支障を生じさせる行為を行うなど病院内の秩序を著しく乱す患者・家族等**

3 **他の患者・家族等に迷惑を及ぼし院内の秩序を著しく乱す患者・家族等**

4 正当な理由がなく、長期間にわたり診療に要した費用を滞納した者

 **レッドカード！（退場）**

（警察への通報）

第6条 院長は、・・・警察に通報してその介入を求めることができる。

2 **病院職員は、・・・前条の警察の通報等を院長に代わって行うことができる。・・・**

8 ペイハラ担当職員への“後方支援”が可能になったこと

以上のように、長崎原爆病院では病院全体で組織的に対応できるようになり、**“ペイハラ担当職員(事務職員、保安職員、看護師等)の後方支援”**を病院全体で実施し、それを徹底することができるようになったのです。

そのことから、

①職員には“何があっても病院が守ってくれる”という安心感が生まれた！

ペイハラ担当職員は安心してペイハラ患者・家族に対処することができるようになりました。**“何があっても病院が守ってくれる”**という安心感は、ペイハラ担当職員にとって、ペイハラ患者・家族と対峙するために必要不可欠なものだといえます。そして、**“担当職員の孤立感が解消する”**ことになったのです(うまく解決できないことを自分だけのせい(責任)にして、自分だけで背負ってしまうことを少なくすることができる)。

また、

②“担当外の病棟看護師や医師などの協力”も得やすくなった！

ペイハラ担当職員が**院長直属の部署に所属**することによって、“**担当外の病棟看護師や医師などの協力**”も得やすくなります。それまでのように、**「それは、あなたたち(ペイハラ担当職員)の仕事でしょう…」**などという冷たい扱いを受けることなく、ペイハラ担当職員の主導でペイハラ患者・家族との対応に他の職員の協力を得やすくなった。

これらの病院全体による後方支援を実施したことにより、ペイハラ担当職員だけではなく、その他の多くの病院職員の安心・安全につながっている。

9 原則的に弁護士（私）は患者・家族と直接対峙しないようにしたこと

もともと、それでも、弁護士である私は、推進・支援室の職員に対し助言をするのみで、原則として、“直接にはペイハラ患者・家族に対処(対峙)しない”ことにしていました(今もそうです)。

医療事故紛争にしても、ペイハラトラブルにしても、いわゆる医療関係紛争は、“医療者と患者・家族との間の信頼関係が崩壊したこと”によって起きています。

その診療関係上の信頼関係を修復しないことには、当該患者の診療継続を前提としたトラブルの解決、紛争の解決などは望むべくもないのです。まずは医療者自身が患者・家族との間の信頼関係を回復してその問題を解決するという努力が必要なのです(むしろ、弁護士の患者・家族への対峙が早過ぎると火に油を注ぐことになり、解決が遠ざかるおそれがあります)。

もちろん、その関係修復の可能性がないところにまで立ち至ったときには、弁護士の介入もあり得ますが、その時点では、“信頼関係の回復”というよりも、“医療者と患者・家族との関係性を(できれば穏やかに)終わらせること”に終始することが多くなります。

最初から信頼関係の修復など考えられないような事案もありますが、そのような事案では早い段階で弁護士介入を行うこととなります。

いずれにしても、弁護士の医療関係紛争に関する業務は、原則として、“クレームや紛争を担当する病院職員の裏に回った予防指導・具体的な対応指導(サポート)”ということにならざるを得ないのです。

10 ペイハラトラブル対応には幾つかの“重要な原則”があることに気が付いたこと

長崎原爆病院で以上のような体制整備や具体的なペイハラ対応を重ねてきて、いくつかの重要な点が分かってきました。すなわち、病院は、以下のような原則を守らなければ、ペイハラ対策によるトラブルの解決には辿り着けないのではないかとこの点です。

原則① 病院は常に職員を守ること！

病院が職員に対し安全配慮義務を負担することからすれば、これは当然のことである。しかし、これがなされなければ職員によるペイハラトラブルの解決には辿り着けない。

原則② 病院は常に病院組織として対応すること！

ペイハラトラブルの処理を職員の個人任せにしない。職制上の業務とは言え、個人で解決できる問題とも思えない。また、個人の力量のみによって「解決」という成果を実現することも困難である。

原則③ 病院は原則として職員を複数で対応させること！

職員等に危害を及ぼしかねないペイハラ患者家族へ対応する時の大原則である。このことを疎にすると、稀ではあるが殺傷沙汰という重大事件も起こりかねず、思わぬ事態に陥るおそれがある。

原則④ 職員に精神的優位性をもってもらうこと！

病院は常に“職員に対し”「患者・家族には診療協力義務、施設管理権に従う義務がある」(患者家族は看護師等の指示に従わなければならない)ことを意識させること。

ペイハラトラブルに対処する職員には、ペイハラ患者家族が繰り返す理不尽な言動が違法であることを意識させ、職員の精神的優位性を保たせる必要がある。仮にペイハラ言動が病院側の不手際・不注意等が原因であったとしても(謝罪等することにより関係性をゼロベースに戻して)、ペイハラ言動を制止しようとする職員自らに正当性があることを意識させる。特に、近時のカスタマー・ハラスメントに対する国や自治体の対応(カスハラ防止の法制化・条例化)を見ると、病院でのカスハラ(すなわち、ペイシェント・ハラスメント)は、社会的にも許されるはずがない。

原則⑤ 冷静沈着かつ毅然と、そして真摯に対応すること（対応させること）！

相手方から事情聴取するなど話しをする際には、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。また、病院として「毅然と対応する」ということは、最終的には「診療をお断りすることもある」ということを意味している。

原則⑥ 警察への相談・通報をためらわないこと（ためらわせないこと）！

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き、警察への相談・通報をためらわずに済むようにしておく。

原則⑦ 紛争の芽は小さい時に摘み取ること！

紛争は大きくなってからでは益々御し難くなる。ペイハラ紛争が重大事例に発展すると、その解決のためには時間も労力も膨大なものとなる可能性がある。それを避けるためには、ペイハラ対応の司令塔（患者相談支援室）に、医療現場のペイハラ情報を（どんな小さな情報でも）速やかに集める必要があり、そのことによって紛争の芽が小さいうちに解決する必要がある。

原則⑧ ペイハラ対策・対応に「正解」「正答」はなく、その解決を急がないこと（急がせないこと）！

ペイハラ対策に「正解」「正答」がないということは、「担当職員に責任をとらせることはできない」ということを意味し、また、「その解決を急がずに、立ち止まって黙考し様々な工夫を検討する必要がある」ということを意味する。そして、その結果として、「その解決を急がないこと」、「解決を急がせないこと」が重要となる場合がある。

（※3 詳細は次頁以下）

【原則⑧】 ペイハラ対策には“正解・正答がない” ⇒ネガティブ・ケイパビリティの重要性 ※ 3

（１）ネガティブ・ケイパビリティ（答えの出ない事態に耐える力）

① 近時、精神科医で小説家の常木蓬生（ははきぎほうせい）氏の著作「ネガティブ・ケイパビリティ 答えの出ない事態に耐える力」という著書が評判になっている。その著書では、「**〈問題〉を性急に指定せず、生半可な意味づけや知識をもって、未解決の問題にせっかちに帳尻を合せず、宙ぶらりんの状態を持ちこたえる能力**」が「ネガティブ・ケイパビリティ」だとされている。

その意味からすれば、医療者のペイハラ対応において、その対処で結果が出せない時でも（答えの出ない事態であっても）、“それに耐える力”、“そのような事態にも耐えることのできる能力”が必要ということになりそうである。つまり、もしかしたら“臨床医療の現場におけるペイハラ対応”においても「ネガティブ・ケイパビリティの考え方」が妥当するのではないか、ということになる。

② ネガティブ・ケイパビリティとは、一般に、「**不確実な状況や、すぐに解決策が見つからない問題に直面した際に、性急に結論を出さず、その状況に耐え、受け入れる能力**」とされているようである。19世紀の詩人ジョン・キーツが提唱した概念で、日本語では「消極的能力」、「消極的受容力」などと様々に訳されている。

そして、ネガティブ・ケイパビリティをもつ者は、**柔軟な思考力（固定観念にとらわれず、柔軟に物事をとらえる力）、感情をコントロールする能力（感情に流されずに冷静に状況を分析し適切な行動をとる能力）、強いレジリエンス（精神の回復力、復元力、弾力性）**をもっているとされている（逆に言えば、医療者にはそのような能力が必要なかもしれない）。

（２）臨床現場の医療者に求められる“ネガティブ・ケイパビリティの考え方”

① ペイハラ対策に正解・正答はない！

確かに、上記ペイハラ対応の諸原則（原則①～③）を実践しなければ、そう簡単には「紛争の解決」には辿り着けない（結果は出せない）。しかし逆に、これら諸原則を実践したからと言って、必ずしも「解決という結論」に辿り着けるわけではない。つまり、ペイハラ対策やその対応に正解・正答はないのである。

ペイハラ患者・家族は、それぞれの性格や顔かたちが違うことからすれば、臨機応変に手を変え品を変え、その対応方法を工夫しながら対策を講じ、それを解決していかざるを得ない。

② “性急な解決を求めない姿勢”が必要！

したがって、パイハラトラブルにおいては「**性急な解決を求めないという姿勢**」が必要である。パイハラ担当職員自らが、“**速やかで正しい解決**”を求め続けること（**ポジティブ・ケイパビリティを求めること**）は悪いことではないが、これを自ら強く求め続けることによって、または、病院幹部が当該職員らにそれを要求し続けることによって（速やかな正しい解決を過度に求めることによって）、当該職員はその精神が削られ、そして壊れていく。

パイハラトラブルに正解・正答はないということを考えると、パイハラ対応を余儀なくされる職員のためにも、“**性急な解決を求めない姿勢**”が重要である。

③ しかし、それ（性急な解決を求めないこと）は“何もしない”ということではない！

医療を施す病院においては、パイハラ患者・家族であっても、“**必要なこと、正しいことは淡々で行う**”必要がある。

確かに、パイハラ患者が病院に入院し居座っている場合（入院居坐り型・退院拒否型）であっても、病院は“パイハラ患者・家族に対して何もしない”というわけにはいかない。その場合には、**必要で正しい医療ケアを淡々と過不足なく継続し、その一方で、不当な要求・特別な要求などは一切拒絶し、他の患者と同等の医療ケア対応を続ける必要がある。**

そしてその時に、パイハラ患者・家族が激しいハラスメントに及ぶ時には、“**書面による是正勧告や警告を出し続け、診療をお断りし退院・退所を求め続ける**”ということを淡々と実行することになる（このようなことを繰り返していると、逆に、パイハラ患者家族の方が音を上げることもあり、大人しくなったり、転院したりすることもある＝結果オーライ）。

④ もっとも、そのためには、“最前線の職員が心の平衡（精神のバランス）を保つ”必要がある！

パイハラ患者・家族に対し“**淡々とした姿勢や態度**”を保ち、“**それを維持し続ける**”ためには、**心の平衡（精神のバランス）をコントロールする術（すべ）**が必要である。

そしてそれは、時として、“**診療をお断りする**”という、いわば“**逃げの姿勢**”も必要となる。また、“**何事もいずれは終わるはず、いずれは解決するはず**”という気持ちで（自らの精神〔心の平衡〕をコントロールした上で）対応することも求められ、それこそがネガティブ・ケイパビリティなのではないか、と（私は）勝手に思っている。

No.17③ ⑤ 病院全体でのバックアップによる最前線の職員の支援

そのためには、①その「ペイハラ患者・家族と直接対峙せざるを得ない病棟の医師・看護師等スタッフ」に、「ネガティブ・ケイパビリティの考え方」を浸透させ、かつ定着させて、②「自らで精神（心の平衡）をコントロールする術（すべ）」を身につけていただく必要がある。要するに、現場の医師・看護師等スタッフに対しては、病院幹部・役職者がその盾になるなど「**病院全体での支援**」が必要であり、**病院の全面的バックアップの下にペイハラ患者・家族に対処する必要がある**。それがなければ、上記①②を実現することは不可能であり、悪質なペイハラ患者・家族に対応することはできない。

⑥ 過去に精神的に追い詰められた職員たちについて

過去には、自らが担当する患者の暴言をやめさせることができず、それを自らの無力さによるものと思い悩み、臨床現場に出て来れなくなった看護師がいた。そのような状態にいたたまれず、休業どころか退職してしまった事務員も看護師もいた。これらはいずれも、**職責上「解決という結果」を出さなければならないという「ポジティブ・ケイパビリティ的発想の結果」**だったのだらうと、いまだったらそう思える。

⑦ 裁判所を妄信し「性急な解決」を追い求めた結果の（私の）失敗事案

高齢の母親を急性期病院に入院させていた中年の娘が、看護師に激しいハラスメントを繰り返し、数人の看護師が退職してしまい、しかも、病状が安定したにもかかわらず入院したまま長期間居座ったことから、転院してもらうためにやむを得ず民事調停や損害賠償請求訴訟を提起したことがある。いわゆる入院居座型・退院拒否型のペイハラ事案を担当した。しかし、まったく想定外のことに、地方裁判所・高等裁判所と連続して敗訴し、最高裁では上告が棄却されて敗訴が確定した。なかでも、控訴審判決では、「**医療の現場においては、患者・家族がその精神的不安定さから、社会的に不相当な言動に及ぶことがあったからといって、それがすべて不法行為を構成するほどの違法性に該当する行為であると評価することは相当ではない**」（しかし、判決ではそのほぼすべてを違法ではないとしている）というのであるから、医療者はこのようなペイハラ言動をどこまで我慢すればよいのか…信じられない判決である。

裁判官の社会的資質に一抹の不安を感じながらも敗訴することはあり得ない等と妄信していた「私」の精神的ショックは言葉にできないほど大きかった。「解決を急がない方がよい」と講演や書籍などで広言している私も、この事件に関しては、ポジティブケイパビリティ（速やかな正しい解決）にとらわれ過ぎていたような気がする。「正しい結果が出るはず」という過信が、私に「結論」を急がせた。この敗訴という結果自体は「私」の不徳の致すところではあるが、その後、「裁判以外に本件事案を解決に導く方法はなかったのか…」等と日々考え続けた。

様々の紛争において裁判は最後の手段である。しかし、「**患者・家族と医療側との関係においては、その最後の手段である裁判も可能な限り回避すべきではなかったのか**」と自省し黙考している。

⑧ まとめ（正解・正答がないペイハラ対応を行うための“ネガティブ・ケイパビリティ”）

私は、自ら執筆した著書（「医療事故・ペイシェントハラスメント紛争予防・解決の実践的手法」令和5年8月初版）に、「ペイハラ対策に正解・正答はない」「ペイハラ担当者に結果責任を問うことはできない」「放置という対応（何らの対応もしないこと）もやむを得ない場合がある」等と書いた。

そしてこれは、私の経験に基づくものとして記載したものであり、明確な論拠があったわけではなく、しかも、それはネガティブ・ケイパビリティという言葉を知る前でもあった。また、この点については、様々の講演先で幾人かの看護師から「この言葉を聴いて安心しました」、「解決という結果ばかりを追い求める必要はないのですね。ホッとしました」、「うまく患者さんを説得できなくても、それは誰にでもあり得ることなのですね」等という感想をいただいた。やはり、ペイハラ最前線の職員は、ペイハラ患者・家族を何とかしなければならない（良い解決結果を出さなければならない）という精神的負担を負わされているのである。

ペイハラ患者・家族の性格は千差万別であり、特定の正しいやり方ですべてが解決できるというわけではない。ペイハラ担当者は、その一つひとつの事案に“手を変え品を変えて対応”していく必要があり、行き詰った時には立ち止まらざるを得ない。行き詰った時には、積極的な対応をせずに次の展開を黙考する必要がある。

しかしその一方で、その間には、ペイハラ患者・家族に対して“他の患者と同じような公平な医療ケアを続けていくしかない”のである。

また、患者・家族が癇癪を起しハラスメントに走るようならば、それに対しては病院としてその是正勧告や警告などを書面で求める等して、それ相応のペナルティを課す。そんなことをしばらくの間繰り返す必要がある。

ところが、その間にもペイハラ担当者は心の平衡（精神のバランス）を保つ必要がある。そして、そのことに役に立つのがネガティブ・ケイパビリティという考え方なのではないかと思う。

しかし、これには、病院の全面的な支援（バックアップ）が必要不可欠であり、これがない限り医療の最前線でペイハラ患者家族と対峙する医療者の精神は耐えられなくなる可能性がある。

第4 ペイシエントハラスメントへの対処法（ペイシエントハラスメント、“その患者・家族との向き合い方”）

1 いわゆる「モンスターペイシエント」について

（1）モンスターペイシエントがはびこる社会的背景について

いわゆる“モンスターペイシエント”とは、一般的には、「患者・家族が、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・性的言動を繰り返すこと」といわれています。

近時の医療現場においては、

- ① 医療の不確実性と、それについての患者・家族の認識の欠如
- 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
- 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「医療者と患者側の立場（優位性）の逆転現象」が生じてしまったのです。

そして、いわゆるモンスターペイシエントへの対応に追われる“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。

(2) 医療者側の杜撰（ずさん）な対応がモンスターに育ててしまう！（自招型ペイハラ）

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」(単なるクレーム)というレベルから始まっていることも多いはずです。

“当該病院の医師・看護師等のスタッフ職員の患者・家族への対応の拙さ(まずさ)”、すなわち、

- ① ちょっとしたミスや不手際
- ② それに対する対処の欠如又は不十分
- ③ ぞんざいな言葉遣い
- ④ 不親切な態度や説明
- ⑤ 患者への配慮を欠いた言動など

が、患者・家族の不平・不満となり苦情(クレーム)となって表れてくるのです。

そして、当初そこには「正当な主張・請求・要求」も含まれていたはずなのですが、

- ⑥ “医療者側が真摯な対応をとらずにこれら(①～⑤が原因)を無視”
- ⑦ “医療者側がこれら(①～⑤が原因)に無自覚”
- ⑧ “忙しさにかまけてそのことを見逃したりしている場合”

などもあったのではないのでしょうか(医療者側の無配慮・無神経)。それが、患者・家族の感情を害することになるのです。

そしてさらに、その時々医療者側の杜撰な対応(不手際・無配慮・無神経)しだいでは、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」、「悪質クレーマー化」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。

(3) いわゆる「monster patient」は「医療者に対するカスタマー・ハラスメント」であり、その中でも「patient harassment (payhara)」に分類される（payhara患者・家族の「性格」ではなく、その「言動」が問題である！）

いわゆるmonster事案では、その患者・家族の「性格」ではなく、「言動」を問題にし、そのことを前提に事案の分類と分析がなされ、その対処法が検討されなければならないはずです。

その場合に、payharaでは「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。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「patient harassment」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「monster patient」事案については、「monster」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「patient harassment」と呼ぶべきだと考えます。

2 ペイシエントハラスメントの違法性（ペイハラは法秩序に反して許されないこと）をペイハラ担当職員に認識してもらって、その“精神的優位性”を確保する！

ペイハラ患者・家族に対応することとなるペイハラ担当職員は、“ペイハラが違法行為（法秩序に反して許されない行為）であることを知っておく必要”があります（そして、令和7年6月のカスハラ対策法の成立によって益々そのペイハラ（カスハラ）言動は違法性が顕著となっています）。

ペイハラ患者・家族は、医療者に対し、ペイハラ言動を繰り返しますが、そのことが違法（法秩序に反して許されないこと）だということをほとんど知りもしませんし、気づいてもいないのではないのでしょうか。

しかし、それに対応するペイハラ担当職員は、ペイハラ言動が違法行為（法秩序に反して許されない行為）であることを十分に知り、かつ、自覚しながらペイハラ患者・家族に対応しないと効果的な対処はできないように思えます。

また、ペイハラ患者・家族のペイハラ言動を止めるよう指導し諭すためには、“ペイハラ担当職員の精神的優位性を確立”し、当該担当者がその優位性を自覚しながら指導し諭さないと効果的なものとはなりません。

したがって、ペイハラ担当職員がペイハラの違法性（法秩序に反して許されないこと）、その違法性の具体的内容を知ってそれを自覚することが、“ペイハラ患者・家族と優位に対応・対峙するために必要なこと”と言えるのです。

(1) 診療契約における“患者側の診療協力義務”

診療契約は双務契約であり、医療者側に“最善の医療を施す義務”が課される一方で、患者側に対しても信義則上の義務としての“診療協力義務”が課されることになります。

なぜならば、医療行為とは、治癒等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り、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だからです。

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、

(1)その患者の非協力を助長又は増長する場合

(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

などには、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して、“信義則上の義務としての診療協力義務違反”が認められることがあるはずです。

(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、当該病院に入通院診療が許された患者は、当然その“施設管理権の行使に従うべき義務”を負います。また、当該患者の家族も当該病院に出入りする以上、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”を負うのです。

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、

(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る義務

(2)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

が課せられているということになるのです。

このことは、多くの病院において、患者・家族に対し「患者の権利と責務」として明示するようになってきており、患者・家族自らの責務の自覚を促すようになっています。

(3) 患者・家族のハラスメント（ペイハラ）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は、原則として「違法」ということになり、その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。

したがって、下記のような患者・家族のハラスメント行為（例えば、下記①～⑨のペイハラ）は、少なくとも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違反するものであり、到底許されるはずのない行為ということになります。

【ペイハラ患者・家族の“違法なハラスメント言動”】

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 医療者に対する不当な要求、過度な要求、④ 医療者に対する質問についての執拗かつ辛辣な応対要求やその強要、⑤ それに関する執拗なまでの付きまといや威圧・恫喝、⑥ 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、⑦ 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、⑧ 業務妨害（業務妨害罪に至らない程度のもも含む）、⑨ 建造物侵入罪・不退去罪に該当する行為など

(4) 病院が掲げる「患者の権利と責務」について

みなさんの病院では、その施設内や病院のホームページなどで「患者の権利と責務」という宣言文書を掲示していませんか。多くの病院では「リスボン宣言」などを参考にした「患者の権利」を掲示するとともに、**近年では「患者の責務」が掲示されるようになっている**ようです。

そして、患者・家族には診療上の義務として、診療協力義務を負い、かつ、病院の施設管理権に従うべき義務も負担しているのですから、「患者の責務」とはそのことが中心とならざるを得ません。

以上のとおり、医療者及び医療機関は、患者・家族に対し、「患者の責務」の履行を求めることができるのであり、一方で、患者・家族は、これに応えなければならないのであって、ペイハラ言動を繰り返すなどあってはならないことなのです。

したがって、「患者の権利と責務」の宣明において、医療者及び医療機関は、医療機関の患者・家族に対する“「患者の権利」の遵守を謳う”とともに、逆に、患者・家族に対しては“「患者の責務」の履行を求める”必要があります。

そして、**その「患者の責務」を遵守してもらえない(ペイハラが目に見え)場合には、「診療をご遠慮願う旨」(診療のお断り)、「病院への立入りをお断りする旨」(立入禁止措置)、「病院を退院・退去していただく旨」(退院・退去措置)、「警察に通報する旨」(警察介入)等の告知等もしておくべきだ**と考えます。

3 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Ⅱa、Ⅱb）

いままで「モンスター」と呼ばれた患者・家族をみると、おおまかに言って、

- ① 「育てられたモンスター（ペイハラ患者・家族）」（タイプⅠ）（以下「育てられたペイハラ患者・家族」と、
- ② 「不可逆的・生来的モンスター（ペイハラ患者・家族）」（タイプⅡ）（以下「不可逆的又は生来的なペイハラ患者・家族」）

の2つに分けることができそうです。

- ① タイプⅠの「育てられたペイハラ患者・家族」とは、医療者側の問題のある杜撰な対応によって徐々に医療者にとって扱いにくい不都合な存在となっていた患者・家族のことです。もっとも、これが育ちすぎて巨大化し、モンスターの領域にまで至る場合もあります。
- ② タイプⅡの「不可逆的又は生来的なペイハラ患者・家族」とは、
 - a パーソナリティー障害などメンタルヘルス問題を抱えた患者・家族（タイプⅡa）
 - b 反社会的な性格の患者・家族（タイプⅡb）などを意味します。

この2つのタイプをきちんと判別することは非常に重要なことであり、この2つのタイプでは、医療側の対処の仕方が異なることが多くなります。

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）

モンスターペイシエントとは言っても、その多くは、「ごく普通の患者・家族」が医療者との些細な意思疎通のすれ違いのために小さな不満が蓄積して大きくモンスター化してしまった患者・家族なのではないでしょうか。

“普通の患者・家族でも何らかの原因でモンスター化すること”は一般によくあることであり、このような人たちに最初から、「モンスターペイシエント(怪物患者)」と言い募って、「不可逆的又は生来的なペイハラ患者・家族」と同様の取扱いをすることは危険すぎますし、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は、その多くが意思疎通の欠如にあり(例えば、①ちょっとしたミスや不手際、②それに対する対処の欠如又は不十分、③ぞんざいな言葉遣い、④不親切な態度や説明、⑤患者への配慮を欠いた言動などによるもの)、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である場合があります。

そして、それに対して、医療者がその患者・家族の心の状態に配慮しなかった「医療者側の無配慮・無神経」(例えば、⑥“医療者側が真摯な対応をとらずにこれら(①～⑤)を無視”し、⑦“医療者側がこれら(①～⑤)に無自覚”であり、⑧“忙しさにかまけてそのこと(①～⑤)を見逃したりしている場合”などによるもの)もあつたのではないのでしょうか(No.21参照)。

それが、患者・家族の感情を害することになるのです。

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ます。

③ あくまでも“患者は患者” として対応する

しかし、“**モンスターペイシエント(ペイハラ患者・家族)**”と呼ばれてはいても“**患者は患者**”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。

少なくとも、“患者は患者”という姿勢でペイハラ患者・家族と対応していない限り、ペイハラ患者・家族との信頼関係の修復は望むべくもありません。

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)」と呼んでしまっては(そのような対応をしてしまっては)、治療も何もその先に進むことはできません。**

(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（No.16①②参照）

“病院組織としての態勢（体制）や対処の方針の在り方”を考えるときに最も重要なことは、

- (1)病院は常に職員を守ること！（職員に対する病院の安全配慮義務の履行として当然）
- (2)病院は常に病院組織全体で対応すること！（職員の個人任せにしない）
- (3)病院は原則として職員を複数で対応させること！
- (4)病院は常に職員に対し「患者・家族には医療者に対する診療協力義務及び施設管理権に従うべき義務」があることを意識させること！（職員の精神的優位性を保持させる）
- (5)冷静沈着かつ毅然と、そして真摯に対応すること！
- (6)警察への相談・通報をためらわないこと！
- (7)紛争の芽は小さい時に摘み取ること！
- (8)ペイハラ対策・対応に「正解」「正答」はなく、その解決を急がないこと！

ということになります。

いわば【**ペイハラ対応の8原則**】ともいうべきものです（なお、令和5年8月に発刊した拙著では【4原則】までしか書いておらず、その後加えました）。

そして、これ((1)～(8))が欠けると短期的にも長期的にもペイハラ対策に成功すること困難だと思われる。

また、(8)のとおり、「ペイハラ対策に絶対的な正解・正答がない」のですから、ペイハラ担当の職員に“**性急な解決（解決という結果）**”を求めないようにしなければなりませんし、“**しばらく何もしない**”ことも必要になってくるということになります。

① 病院は常に職員を守る！

病院は「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。

(ア) 職員を守るという方針で組織的に対応すること(「職員を守ることが第一！」)は、病院には職員に対する安全配慮義務・職場環境配慮義務が課されていることから、事業者としての病院としては当然のことといえます。

この点は非常に重要なことであり、この視点を忘れたペイハラ対策などありません。

そしてそこでは、「“暴言、暴力、セクハラ、いじめ・嫌がらせ”から職員の安全を確保する」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(早期の担当替え、心療内科等での受診等)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(東京地裁平成25・2・19判決等)。

(イ) “職員を守る”という方針で組織的に対応するとすれば、病院の基本方針を病院内の規則・規程という形にすることが考えられます。長崎原爆病院は、平成26年に「**長崎原爆病院における秩序維持管理規程**」(No.13①②参照)を制定して、長崎原爆病院がペイハラに病院組織として取組むことを明らかにし、その基本方針や基本姿勢を宣言しています。

この規程では、「**院長は、…暴言・暴力・セクハラなどのハラスメントにより当院の業務に支障を生じさせる行為を行い病院内の秩序を乱す患者・家族等に対して、適切な指導をしなければならない**」(第2条2項)と定めて、**院長にペイハラ対応の責務を課してます**が、それによって、院長が全責任を負うことを宣言することになり、**病院全体で組織的に対応することを明らかにしています**。

これからの病院は、前記したような“院内秩序維持管理規程”を置き、ペイハラに対する病院の基本方針を明らかにし、具体的な措置行為を定めるべきではないでしょうか。

病院職員は、そのことによって“**病院全体の後方支援**”を信頼し、“**病院という職場での安心を得る**”ことができます。

② 病院は常に組織全体で対処し、原則として複数で対応する！

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させること。

上記のとおり、病院組織としては、(1)“常に職員を守ること”を最大目的とする以上は、(2)“常に病院組織で対応”し、(3)“原則として複数で対応させること”が必要になります。逆に言えば、(2)(3)を充たさない病院組織に(1)の最大目的の達成など考えられないのです。

「職員を守ることが第一」ということを実現するためには、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」が必要不可欠ということになります。

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、この病院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得ません。

そして、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、ペイハラ担当部署の病院長直属体制など)をつくる必要があると考えられます。

③ 病院は職員に任せっきりにしない！

現場のペイハラ担当者(担当の看護師、事務職員、保安員等)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制(態勢)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、①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。そしてそれは、ペイハラ担当者を状況的に孤立させることを意味するだけではありません。

そしてそれは、②精神的にも孤立させて心身を追い詰めることにもつながります。

病院幹部は、③多くの病院のペイハラ担当職員が「ペイハラ対応業務は、数ある病院業務のなかで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、病院組織として、当該担当者以外の職がバックアップし協力することができるよう、その体制(態勢)を整えるべきであり、当該ペイハラ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。

その意味では、ペイハラ担当者の部署を院長(病院管理者)直属とし、さらに、当該部署の長を副院長にする等の組織的な変更は有効な方法といえます。

④ 病院は職員に結果責任を問わない！

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、ペイハラ処理担当者に露骨な「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)な批判をする場面を見ることがあります。しかし、**ペイハラ対応に「正解・正答がない」ことを考えると、そのこと(結果責任を問うこと)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。**

ペイハラ対応は、千差万別の顔と性格をもつ患者・家族を相手にすることになり、**早急な解決が望めないことが多く、ましてや結果責任を求めることは理に反する**ものというべきです(**ネガティブ・ケイパビリティの問題**)。

⑤ 警察と連携していることを“院内放送”や“ポスターの院内掲示”によってペイハラ予備軍に周知させる！

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“ポスターの院内掲示”（次頁）などで広く告知し、広報しておくこと（ペイハラ予防のために有効な方法といえる）。

当該病院がペイハラに対して厳しく対処すること（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・家族やその予備軍に事前に分かるだけで、その効果は大きく、そのことは、① **ペイハラ患者・家族によるペイシェントハラスメントの予防（ペイハラ患者・家族の言動の抑制効果）**につながります。

また一方で、② **当該病院の職員に対しては安心感を与えることにもなって、ひいては職員を守ることにもつながります。**

これらを実践する場合には、**“暴言・暴力・セクハラ等を禁止しそれに違反する場合には警察介入を求めることのある”旨の“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**です。

※長崎原爆病院の院内放送では、午前10時に、「**当院では、暴言・暴力、性的いやがらせ、喫煙などの行為があった場合は、強制的な対処や警察への通報をいたしますので、ご理解のほど、よろしくお願いいたします。**」を2度繰り返しています）

“病院全体でペイハラを撲滅しようとしているということ”を患者・家族が知るだけで、① **“ペイハラ言動の恐れのある患者・家族”**に対しては、その言動についての抑止効果があり、その一方で、② **“病院職員”や“ペイハラを行うはずもない健全な患者・家族”は安心する**はずです。

院内放送や院内でのポスターの掲示には、“みっともない”という、現場の苦労を知らない内部の反対勢力あるいは患者をみることもありますが、**まずは職員を守ることが優先される**べきであり、反対勢力を説得しなければなりません。

絶対に許しません! 暴言・暴力 迷惑行為

安心、安全な医療を提供するため
迷惑行為は認めません!

退去を命ずる或いは警察に通報することがあります。

長崎県医師会・長崎県警察



安心、安全な医療を提供するため
迷惑行為は認めません

暴言・暴力・迷惑行為があった場合、
退去を命ずる或いは警察に通報する
ことがあります。

長崎県医師会・長崎県警察

「暴言」「暴力」「迷惑行為」はダメ!

⑥ 病院内で情報を共有する！

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(些細な情報であっても共有することとし)、その情報共有のための体制を整えておくこと。

そしてそれ(ペイハラ情報)を、ペイハラ担当の部署に集中して収集し、さらに各部署に当該情報を拡散すること。

ペイハラ問題には病院全体で対処することを患者・家族に知ってもらうこと。

ペイハラ患者・家族及びその予備軍は、病院内の関係する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あります。

ペイハラ患者・家族等を事前に探知し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。それは些細な情報であっても可能な限り情報共有することとし、トラブルの芽の小さいうちに摘み取ることが必要です。

ペイハラ患者・家族からのペイハラの予防は、上記のような情報の共有に基づいて、病院全体で考えて対応していかなければ、それを抑え込むことは出来ません。

そしてそのこと(病院内での情報の共有)は、“トラブルの芽は小さい時に摘む”ことにつながります。

⑦ 医療者側の拙さ(まずさ)がペイハラ化の要因となることも意識する！(患者・家族に寄り添う接遇)

患者・家族がペイハラ化しそれを増幅させる要因の一つに、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(まずさ)(①ちょっとしたミスや不手際、②ぞんざいな言葉遣い、③不親切な態度や説明、④患者への配慮を欠いた言動など)があることを職員に意識させること。

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教育・指導・管理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。

最初から悪意をもってクレームをつける人は普通いません。

多くのカスタマーハラスメント(カスハラ)の場合には、「事業者側職員の態度が悪く、そのことが原因でクレームが始まり、さらにそのことへの対応が悪いとそれが増幅する」といわれていますし、高齢者中心にそのような傾向の人たちが増えているようです。このことはカスハラ的一种であるペイハラでも同様と考えられます。

すなわち、逆に言えば、ペイハラにおいては、「医師・看護師等のスタッフ職員の当初の拙い(まずい)対応(①ちょっとしたミスや不手際、②ぞんざいな言葉遣い、③不親切な態度・説明、④患者への配慮を欠いた言動など)がなければ、ペイハラ患者・家族に成長することはなかった(モンスター化することもなかった)」といえる場合が多いということなのです。

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、所轄の警察署に警察官の出動を求めざるを得ないことがあります。このことは、職員の身を守るためにも絶対に必要なことであり、そのためには、病院においても、事前に次のような対応を行っておく必要があります。**※4-1、4-2、4-3**

- ① 病院は、普段から警察署と連携し、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（“警察との普段からの連携体制の構築”）。
- ② 具体的に、入通院中のペイハラ患者・家族が上記①の万が一の事態を惹き起こす可能性がある場合には、事前に警察署の担当警察官に相談し、事実経緯を説明した上で、万一の場合の速やかな出動（警察介入）を要請しておくこと（“警察との具体的な事案における連携関係の構築”）。
- ③ 毎年1回くらいは定期的に、当該病院におけるペイハラ事案を警察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て、所轄署に協力してもらったロールプレイング研修などを実施することも有効だし、毎年1回の「呼び出しコール」のお試し会などでも意味がある）（“定期的な連携の確認”）。

※4-1 知っておくべき【令和6年2月20日警察庁通達】

令和3年（2021年）12月に大阪北区のクリニックで放火され、院長や患者ら26人が死亡した事件が、令和4年（2022年）1月には埼玉県ふじみ野市で訪問在宅医療をおこなう医師が銃で撃たれて亡くなった事件が起きましたが、そのことを契機として、日本医師会は警察庁に対し“医療従事者の安全確保に関する要請”を行い、**令和4年6月20日、警察庁は、都道府県警に対し、①各都道府県医師会との間で医療従事者等の安全確保を図るとともに、②各都道府県医師会等からの相談、110番通報等がなされた場合には、その内容に応じて指導、助言、検挙等の必要な措置を確実に講ずるよう通達を発しています**（その後、令和6年2月20日付警察庁通達により、令和4年6月20日通達が廃止されていますが、その内容はほぼ同じです。以下「令和6年2月20日警察庁通達」といいます。）。

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の勃発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なされている」ということを院内放送や院内ポスターで知るだけでペイハラ言動がおさまる場合がある（抑止・予防につながる）こと等**という効果が認められます。

その意味では、“**都道府県警との連携ポスター**”（次頁）のとおり、例えば実際に、長崎県医師会と長崎県警との連携ポスターがあります。）等を院内に掲示することはペイハラの抑止につながりますし、また、病院職員を安心させることにもつながります。

なお、クリニック等においても、患者・家族から身に危険を感じる暴言・暴力を受ける可能性はあります。**その時のためには、普段からの警察（特に派出所）との連絡・連携（体制）が必要です。そして、警察との連携は、“県医師会の後押し”を受け、“郡市医師会主導”で構築する必要**があると思われます。

いずれにしても、上記の「令和6年2月20日警察庁通達」（従前の「**令和4年6月20日警察庁通達**」）の存在などは念頭において、**警察への相談・通報をためらわないことが重要**です。

※4-2 万一の事態（殺傷事件）を避けるために“警察との連携を重視”する必要性

発生の可能性は低いにしても、病院内での万一の殺傷事件を避けるために、“警察との連携体制の構築”が必須である。

①何もない普段からの警察との連携体制、また、②ペイハラトラブルが具体化しそうな時の事前の警察との連携体制を構築しておくことは、重大事件に対処し又は予防するために必ずやっておくべきことである。そのことを患者・家族に知らせることによってペイハラ抑止・防止の効果があり、職員に対して安心感を与える。

そのために、（令和3年12月大阪のクリニック放火事件、令和4年1月の埼玉県ふじみの市での訪問医師銃殺事件を契機として）警察庁は各都道府県警察本部に対し「医療機関からの相談、通報等がなされた場合には速やかに指導・助言・検挙等の必要な措置を確実に講ずる」よう求めた令和4年6月20日付通達を発出している（その後、同様の内容で「令和6年2月20日通達」が発出されて、令和4年6月20日付通達は廃止されている）。

また、万一の事態に備えて、刺股（さすまた）や盾などを備え置き、その使い方等について警察の講習を受けることも考えられる（なお、刺股を自由に操るのは女性などには困難なことが多く、大村市医師会は、女性でも比較的簡単に確保ができるネットランチャーを使用した犯人確保を推進しているようである）。

※ クリニック等においても、患者・家族から身に危険を感じる暴言・暴力を受ける可能性はある。その時のためには、普段からの警察（特に派出所）との連絡・連携（体制）が必要である。そして、警察との連携は、“県医師会の後押し”を受け“郡市医師会主導”で構築する必要があると思われる。その際には、上記令和4年6月付通知の存在などは念頭において、警察への相談・通報をためらわないことが重要である。

※4-3 警察の名を使った「院内放送」「ポスター」の院内掲示の有用性

長崎原爆病院などでの院内放送では、毎日午前10時に、「当院では、暴言・暴力、性的嫌がらせ、喫煙などの行為があった場合は、強制的な対処や警察への通報をいたしますので、ご理解のほど、よろしくお願いいたします」を2回繰り返している（**防犯院内放送**）。

また、“暴言・暴力などについて警察と連携して対応する病院であること”を明らかにした「暴言・暴力・迷惑行為 絶対に許しません」という**防犯ポスターを院内に掲示**している。

院内放送・ポスターの院内掲示については、当初、それに違和感を感じる患者や病院関係者から疑問の声も上がったが、いまでは定着してその効果が実感されているようである。

いずれにしても、院内放送・ポスター掲示は、ペイハラ患者家族の予備軍にそのペイハラ言動の抑制効果（**防犯効果**）があり、それとともに病院職員に安心感を与えており（**職員の安心・安全**）、もっとも手っ取り早く効果的なペイハラ対策と言える。

※ 長崎県医師会は長崎県警察に協力してもらい、「**暴言・暴力・迷惑行為はダメ！**」ポスターを連名で製作している（**前頁のとおり**）。なお、クリニック（医院）等においても、このポスターは活用できるものと思われる（問合せは長崎県医師会に！）。

(3) パイシエントハラスメントへの現場対応

① タイプの区分に従った対処法(ペイハラ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法の、その最初の段階において特に重要なことは、

(1)「**育てられた(育ててしまわった)ペイハラ患者・家族**」(タイプⅠ)なのか、

それとも、

(2)「**不可逆的又は生来的なペイハラ患者・家族**」(タイプⅡ)

① **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**(タイプⅡa)

② **反社会的な性格の患者・家族**(タイプⅡb))

を“判別すること”“その判別した区分に基づいてそれぞれに適した対処を行うこと”ということになります。

① 初動段階での対応

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、当該患者・家族がペイハラと思われる理不尽な言動をする場合には、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。

そして、初期対応においては、まずは誠意ある対応を行い、状況を正確に把握し事実を確認して、上記タイプの区分を検討すること。

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・家族の理不尽なペイハラ言動に単独で対応しなければならないことも考えられますが、速やかにペイハラ担当者や当該部署に報告して相談し、ペイハラ担当者らが、ペイハラ患者・家族のペイハラ言動か否か、そのタイプ(タイプⅠなのか、タイプⅡなのか等)を判断して、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(事実関係について当該患者・家族や病院職員等の関係者のヒアリングを丁寧に行い)、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。 ※5
- (b) その際には(タイプ I と判断した場合には)、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で手におえないペイハラ患者・家族については「弁護士介入」、「警察介入要請」等も検討すること(最終的には、“診療拒否”も検討することとならざるを得ない)。

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る、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ります。

※5 【謝罪の必要性和重要性】

(1) 謝罪から始まるペイハラ対応も多い

病院側スタッフの不手際やミス等によって（病院側に非があつて）ペイハラ患者・家族を感情的にさせ（モンスターにしてしまい）、または、足元を見られている（弱みにつけ込まれている）場合には、ペイハラ患者・家族に対して、「謝罪」からその対応を始めざるを得ないこともあります。

当該患者・家族をペイハラ患者・家族にしてしまった原因を探り、当院の医療者側に不手際やミス等「非」が認められたときには、当然、その限度での謝罪が必要になります。そして、そのこと（謝罪）に躊躇すべきではありません。

次の話合いのステップを「謝罪から始めざるを得ない」ということは比較的多く、謝罪によって、ペイハラ患者・家族との関係をゼロベースに戻さなければ、次の話合いの段階に進めないことも多いのです。

(2) 卑屈な謝罪はすべきではない

しかし、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あることも強く銘記すべきです。
卑屈な謝罪を繰り返すと、ペイハラ患者・家族によっては、病院側に責任があることを確信して凶に乗り居丈高になる場合が多いといえます。

(3) 謝罪によって組織が責任を負いかねない時には組織決定を行う

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）には医療機関の組織決定が必要”となります。
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」が認められる以上、それを躊躇すべきではありません（もっとも、その判別は簡単なことではないことも多いといえます）。

(4) 繰り返しの謝罪は行わず、その後は冷静かつ毅然とした態度で対応する

しかし、一度きちんとした謝罪をした場合には、原則として、その後の相手の繰り返しの謝罪要求があつても、それには応じないようにすべきであり、その後は、不当な要求・過大な要求などに対しては、「冷静にかつ毅然とした態度」で対処すべきです。

一度謝罪しても、その後も継続的に謝罪を求めてくるペイハラ患者家族も多いですが、その度に謝罪を続けていては、ペイハラ患者家族との話合いや協議は前に進みません。逆に、嵩に懸かって攻めてくることが多いといえます。

(5) まとめ（最後は診療拒否も…）

医療者と患者・家族とのペイハラトラブルは、医療者側に非があるところから始まることも多いのですが、その「非」は一度大いに謝罪してゼロベースに戻し、その一方で、ペイハラ患者家族にもハラスメント言動をやめてもらい（やめさせ）、その後は、通常の医療者と患者・家族の関係に戻し（信頼関係の回復させる努力をして）、淡々と医療ケアを続けることが必要であり重要です。しかし、それでもダメなときは、診療をお断りすることも検討せざるを得ません。

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Ⅱa（パーソナリティ障害などメンタルヘルス的問題を抱えた患者・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与させること（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Ⅱb（反社会的な性格の患者・家族）の単に粗暴で粘着質的なペイハラ患者・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。

病院には、この種のペイハラ事案（タイプⅡa）に対応可能な精神科医・心療内科医がいないことが多く、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「早期の警察介入要請」を早めに求めるしかないことも多いといえます。

近時では、前述のとおり、【令和6年2月20日付警察庁通達】（令和4年6月付警察庁通達は廃止）がありますから、病院側の要請に警察は積極的に対応してくれるはずです。警察介入をお願いする際には、この通達の内容は頭の中に置いておくべきです。

② 暴言・暴力・セクハラへの具体的な対応策

(ア) 具体的な対処方法（診療の拒絶、退去命令、立入禁止命令、警察介入など）

タイプⅡa（パーソナリティー障害などメンタルヘルス問題を抱えた患者・家族）、タイプⅡb（反社会的な性格の患者・家族）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なります（また、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いた方が良いと思われます。

例えば、以下のような要件や手続を検討しておくことも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、保安員等を含む担当部署の複数の職員が駆け付けるとともに、事前に警察（指定された所轄署又は派出所）へ直ぐに110番すること（ただし、時間的余裕がない場合には（担当部署への連絡を経ることなく）直ちに警察へ110番すること）。
- (b) 診療時間外においては、直ちに保安員等の当直職員に連絡し、複数の保安員等が駆け付けるとともに、事前に警察（指定された所轄署又は派出所）へ直ぐに110番すること（ただし、時間的余裕がない場合には（保安員等への連絡を経ることなく）直ちに警察へ110番すること）。

※ このように実際に暴行を受けた場合には、躊躇することなく直ちに、警察への通報をすべきと考えます。

また、このような事案の場合には刺股（さすまた）を使ったり、ネットランチャーを使ったりして、制圧を試みる必要もあります。

（なお、刺股（さすまた）、ネットランチャーについてはネット検索してみてください）

② 暴言・脅しの場合(暴力行為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等に連絡し、保安員等を含む担当部署の職員など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警察(事前に指定された所轄署又は派出所)に110番すること。
- (b) 診療時間外においては、直ちに保安員等の当直職員に連絡し、保安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職員から警察(事前に指定された所轄署又は派出所)に110番すること。

※6**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、勧告書・警告書等の書面を交付し、今後は(又は今後)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。
仮に勧告書・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「診療の拒絶」、(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(より厳しい対処の文書通告)。
- (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(診療の拒絶の通告)。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文書通告をすることになること。
- (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、病院施設からの退院・退去を文書(退去告知書又は退去命令書)によって求め、または、病院施設内への立入りの禁止を文書(立入禁止告知書又は立入禁止命令書)によって実行すること(退去告知書、立入禁止告知書の文書の交付など)。
- (d) 「退去告知書」、「立入禁止告知書」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。

※ しかし、実際には退院又は転院を強制することは著しく困難又は不可能であり、さまざまな問題を伴うこととなる。

※6 【より効果的な病院側の対応と患者・家族の傾向】

（１）主治医からの説得

看護師や担当事務職員からの説得や説諭が効かないときには、**主治医からの説得や説諭は不可欠**です。信頼されている主治医であれば、比較的簡単に解決する可能性があります。仮にそうではないとしても、主治医としての責任としての対応が必要となります。

もっとも、ペイハラトラブルの原因がその主治医にある場合には、その上長の医師（診療科長など）が対応に当たることが解決への早道であることが多いです。

（２）高い役職の医師等による対処

ペイハラ患者・家族への対応を少しずつ役職の高い医師等に対応させていくと、そのような医師の指示には従うこともよくあります。

やはり、ペイハラ患者・家族も、一般的には、病院の権威（偉い人等）には弱いという傾向があるようです。

（３）段階的な対処の効果

ペイハラ患者・家族への様々な対処法は、**最初から強力な対処（強気の対応）をせずに、徐々に段階を経て対処していく方が効果的**な印象です。その間は、話し合いを重ね相互理解が進む場合もあります（**互敬の精神**が生まれてくるとトラブルは解決します）。

（４）書面（文書）による対処

ペイハラ患者・家族は、口頭での対応（是正勧告や注意）では暴言・暴力をやめないことが多くても、**病院側が「書面（文書）」を使った対応をすると、その勢いが萎んでくる**ようです。やはり、ペイハラ患者・家族も書面で残されることが嫌なのか、書面（文書）での対処には比較的弱腰になることが多いという印象です。

（５）ポスター・院内放送の防止効果

暴言・暴力・セクハラ禁止のポスターや院内放送は、患者・家族のペイハラ化の抑止に効果があることは、経験上ほぼ間違いありません。

(イ) 診療の拒絶、退去命令、立入禁止命令、警察介入は“最後の手段”

しかし、いずれにしても、“診療を拒絶し、退去告知書や立入禁止告知書などの文書を発するのは最後の手段”であり(医師法19条1項の応召義務:参照)、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の拒絶については、応召義務に違反しません)。

また、このような最後の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(ペイハラ言動をやめるように説得する)ことが必要があり、それもせずに簡単に最後の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(最後の手段)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。

つまり、診療の拒絶に至るまでには、ペイハラ患者・家族に対し、「(1)まずは優しく、(2)次も優しく、(3)さらに優しく、(4)最後は“仏の顔も三度まで”(診療の拒絶)」という感じで、最後まで粘り強く対応する必要があります。

(4) 診療の拒絶は許されるのか（医師・病院の応招義務の可否）

※7

「令和元年12月25日付厚労省医政局長通知（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）の“新たな考え方”」（いわゆる【令和元年12月厚労省医政局長通知】）

ペイハラ患者・家族からのペイハラ言動が繰り返されると、当該病院の診療体制に支障が生じかねず、他の患者への適切な医療もできなくなります。確かに、医療者には医師法19条1項の応招義務が課されており（医療機関も同様に応招義務があるとされています）、ペイハラ言動があったからといって簡単に診療を拒絶することはできません。

しかし、ペイハラ患者・家族からのペイハラ言動の継続が病院職員を困惑させて精神的に追い込み、病院業務にまで支障を生じさせることとなると、診療を拒絶するしか方法がなくなることも多く、そのような場合には“診療の拒絶が許されるのか”が問題とならざるを得ないのです。

医療者は、医師法19条1項により、“正当な事由がない限りその診療を拒絶できない”とされてはいるのですが、それも医療者と患者・家族との間に信頼関係があってこそその話しであり、それ（信頼関係）がなくなった以上、医療者が当該ペイハラ患者・家族の診療を拒絶することはやむを得ないとされることもあるのです。

※7 知っておくべき【令和元年 1 2 月厚労省医政局長通知】

この点については、**【令和元年 1 2 月厚労省医政局長通知】（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）**が発出されていますが、それ以前とそれ以降の厚労省の考え方には違いがありそうなので、その点については、以下のとおり説明させていただきます。

【令和元年 1 2 月厚労省医政局長通知】では、それまでの判断基準（診療拒否－診療の求めに応じないこと－が正当化されるかどうかの判断基準）よりも、その厳格さがいくぶん緩和された感があります。

すなわち、「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」における“重要な考慮要素”として、次の要素が挙げられています。

- 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）”が重視されている。**
- ② 医療機関相互の機能分化・連携や医療の高度化・専門化等による医療提供体制の変化（急性期型病院から慢性期型病院・療養型病院・自宅療養等へ転退院を求めることができる）
- ③ 勤務医の勤務環境への配慮の観点から、診療を求められたのが、診療時間・勤務時間内であるか、それとも、診療時間外・勤務時間外であるか（診療時間外・勤務時間外は比較的緩やかに診療を断ることができる）
- ④ 患者と医療機関・医師の信頼関係（迷惑行為を繰り返す患者との信頼関係は破綻）

しかし、**その書きぶりからは①緊急性・病状の深刻度」が最も重要な要素とされている**ようです。すなわち、具体的事例において、**上記②、③、④の要素が認められても、①の要素がある場合（病状が深刻で緊急対応を要する場合など）には診療を拒絶することはできない**ということになるものと思われます。

そして、このような考え方（特に、病状の深刻度、診療時間・勤務時間内か否か、信頼関係が破たんしているか否かの考え方）に基づいて、**【令和元年 1 2 月厚労省医政局長通知】**では、おおむね以下のようにまとめています。

(1) 緊急対応が必要な場合（病状の深刻な救急患者等 ①）においては、

- ① 診療時間内・勤務時間内である場合には、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。
- ② 診療時間外・勤務時間外である場合（③）には、応急的に必要な措置をとることが望ましいが、原則、公法上・私法上の責任を問われることはない。

【注】なお、ここでは「私法上の責任を問われることはない」と言い切っていますが、この点は裁判で明らかになることであり、裁判例の積み重ねを待つしかありません。

(2) 緊急対応が不要な場合（病状の安定している患者等 ①）においては、

- ① 診療時間内・勤務時間内である場合（③）には、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が、緊急対応の必要な場合に比べて、正当化される場合は、医療機関・医師の専門性・診察能力・設備等の診療提供の可能性（診療の代替可能性）のほか、④信頼関係等も考慮して緩やかに解釈される。
- ② 診療時間外・勤務時間外である場合（③）には、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。但し、時間内の受診依頼、他の医療機関の紹介等の対応をとることが望ましい。

以上の考え方を前提として、【令和元年 1 2 月厚労省医政局長通知】では「個別事例ごとの整理」もなされており、そこでは、つぎのように整理されています。ただし、前記のとおり、病状が深刻で緊急対応を要する場合などには、診療を拒絶することができない場合が多いと思われます。

- ① 「患者の迷惑行為」として、
「④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。」
- ② 「医療費不払い」として、
「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。」
- ③ 「入院患者の退院や他の医療機関の紹介・転院等」として、
「②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し、転院を依頼・実施すること等も原則として正当化される。」

【診療しないことの正当化（まとめ）】

以上のとおり、前頁の①をみれば明らかですが、患者の迷惑行為（ペイハラ）によって医療者と患者・家族との間の信頼関係が喪失してしまっている場合（④）には、比較的緩やかな要件でも診療を拒絶することが可能となっているのです。

また、前頁の③にみられるように、急性期病院から退院しようとしないう病状の安定した患者の「居座り入院」は違法であり、病院から退去を求めることができるということになっています（②）。

今回の【令和元年 1 2 月厚労省医政局長通知】の考え方は、過去の旧厚生省通達・日本医師会指針及び裁判例における「医師の患者に対する応招義務」がより緩和されているようです。

特に、ペイハラを繰り返し信頼関係が無くなった患者（④）に対しては、病状の深刻な救急患者等でない限り、その診療を拒絶することも比較的容易になるものと思われます。

しかし、そのことを“裁判所が許容するか否か”は、今後の裁判例の積み重ねをみなければ何とも言えないところであり、やはりペイハラ患者・家族に対しては粘り強く対応し、「それでもダメな時の最後の手段として診療を拒絶する。退院・退去を求める。」という姿勢が必要だと思われます。

つまり、「(1)まずは優しく、(2)次も優しく、(3)さらに優しく、(4)最後は“仏の顔も三度まで”（診療の拒絶）」という感じで、最後まで粘り強く対応する必要があります。

(5) 担当職員の基本姿勢

① ペイハラ患者・家族と話し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、協議）しなければなりませんが、その場合にも原則として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 対応は冷静沈着かつ毅然と、しかし真摯に！

相手方から事情聴取するなど話しをする際には、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。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。

（以上のような対応の仕方は、そう容易いことではないのかもしれないのですが…）

② 相手方を落ち着かせる！

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しをし、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ます。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・家族と話しをする時には双方とも椅子に座って同じ目線で話しをし、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(相手方のペイハラ患者家族から、“上から目線の態度”ととられないように気を付けて下さい)。

③ 担当者は多くを語らず、“傾聴”を心掛ける！

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(ささい)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(自分を一方的に説得しようとしている等)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ります。

④ 職員は“患者・家族のペイハラ言動が違法で許されないものであること”を意識して対処する！

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、相手方のペイハラ言動が法律上「違法」な行為（法秩序に反し許されない行為であり、患者・家族の診療協力義務に違反して状況によっては診療も拒絶されるかもしれないもの）であり、「患者・家族であつても許されないこと」「医療側の不手際などが原因となっている場合でも許されないこと」を意識しながら、相手方にペイハラ言動が「そのようなもの（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（法秩序に反し許されない行為であり、患者・家族の診療協力義務に違反して状況によっては診療も拒絶されるかもしれないもの）を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。しかし、その一方で、職員は、“正しい対応をしている”との精神的優位性の意識をもって対応する必要があります。

そして、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なる場合もあることは忘れないで下さい。

いずれにしても、ペイハラ患者・家族に対しては、ペイハラ言動という違法行為を繰り返すと、病院側としても診療を拒絶し（診療拒否）、場合によっては警察を呼ばざるを得ないこと（警察介入）等を説明せざるを得ない場面もあります。そのことをペイハラ患者・家族にも自覚してもらう必要があります。

⑤ 担当者の多弁は失敗の元(原因)！

相手方のペイハラ患者・家族に誤解や過大な期待を抱かせる様な発言は慎むこと。“多弁”は時としてペイハラ対応失敗の原因となることを忘れないこと。

多くを語る(しゃべりすぎる)医療者の多弁は、相手方のペイハラ患者・家族に誤解を与え、過大な期待を抱かせることにもなりかねません。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、患者・家族を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、後に前言を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トラブルを紛糾させることになります。ペイハラ対応においては、多弁よりも“聞き上手”が求められる場合が多いはずです。

また、ペイハラ患者・家族から話を聴く「姿勢」も注意する必要があります。“腕組み”して話を聴くことが癖になっている人も見受けられますが、ペイハラ担当者がそれをすると、ペイハラ患者・家族をますます感情的にさせる可能性があります。

⑥ 謝罪は重要。しかし、下手な謝罪はしない！

相手方の要求に応じ、①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、②その場を言い逃れる謝罪、③弁解・謝罪の繰り返し(謝罪の安売り)など下手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するようなことを絶対にしないこと。(「謝罪の必要性和重要性」No.43をご参照下さい。)

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、“責任の有無の問題”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(道徳的謝罪、倫理的謝罪等)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。

むしろ、このような謝罪であれば積極的に謝罪して話を前に進めやすいようにすべきです(「謝罪の必要性和重要性」No.43をご参照下さい)。

しかし、仮に“病院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」でなければならず、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、“その場を言い逃れるための謝罪や弁解”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ペイハラ担当職員や幹部職員に必ず連絡をして指示を仰ぐ必要があります。

拙劣な弁解や謝罪で事を重大な事案にしてしまうことはよくありますので、ご注意ください。

⑦ 音声録音は有効利用すること！（隠し取りすることは注意を要します）

①「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、あるいは、②相手方からの罵詈雑言などの激しい攻撃を止める必要があるときには、「相手方に告げて」音声録音することも検討すること（隠し取りした音声データは証拠にならないという意味ではありません）。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。

「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、あるいは、相手方からの罵詈雑言などが激しく、話しをしようにもそれができそうにないときには、双方のために音声を録音させていただく旨を告げた上で、それを試みた方がいい場合があります。音声録音をすることによって、激しい罵詈雑言などは比較的回避できることが多いと思われます。

しかし、相手方がそれ（録音）を拒否する場合には、相手方が感情的にならないで話をすることを約束しない限り、相手方の話しを聴くこと自体を拒絶することも考えなければならないこともあります。

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（もちろん、病院側でも音声録音してください）、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（もちろん、録音の隠し取りが許されないという趣旨ではありませんが、私個人は、原則的には相手方に「通告」した上で録音する方がいいのではないかと思います）。

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ありません）。なお、このような時のために、院内は原則的に音声録音禁止・動画撮影禁止等を一般的に謳っておき、交渉の場においてのみ音声録音を許せばよいのではないのでしょうか。

⑧ 迅速に早期解決を目指しながらも、解決を急がないこと！

ペイハラ患者・家族とのトラブルの処理は、その処理が可能であれば、迅速を旨とし早期解決を図るように努力すること。

しかし、ペイハラトラブルの処理は簡単ではなく（解決の正解・正答がない）、必ずしも解決を急ぐ必要性がない場合も多いこと（ネガティブ・ケイパビリティの考え方）。

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に解決を図るという意識が必要であり、また、その回答期限をこちらから明示しておくことが必要な場合もあります。

さらに、病院側の回答までにそれなりの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無難な場合があります（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るのです。）。

ペイハラ事案には、一般的に解決困難な事例も多く、相手方の常軌を逸した要求に困り果ててしまうことがあります。そのような場合に回答や解決を急ぎ過ぎると、むしろ、トラブルを深刻化させてしまうことがあります。自然の流れに任せることも必要になることがあります（ネガティブ・ケイパビリティの考え方）。

⑨ 何もしないことも対応の一つである！

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、(暴力・暴言等により弁護士対応、警察対応などの何らかの対応をせざるを得ない場合でない限り) そのまま「何もしないこと(放置)」(必要最小限の医療ケア行為を行い、他の不当要求などについては応じない等)という対応でもやむを得ないこと。その放置の状況において、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。

意図的に「(必要最小限の医療ケアしかしない)放置」をすることは、戦略的にも意味があること多く、ペイハラ患者・家族のクレームについて、相手方から譲歩してくることもあります。

すなわち、放置するということは、「全く何も対応しない」「全く対応できない」ということではなく、相手方に対する「対応の仕方の一つ」と考えて下さい。

【ネガティブ・ケイパビリティの考え方】

“ネガティブ・ケイパビリティ”の意味は、“宙ぶらりんの状態で解決できない事態に耐える力”という意味です。つまり、「〈問題〉を性急に措定せず、生半可な意味づけや知識をもって、未解決の問題にせっかちに帳尻を合せず、宙ぶらりんの状態を持ちこたえる」のが「ネガティブ・ケイパビリティ」ということなのです(「ネガティブ・ケイパビリティ 答えの出ない事態に耐える力」帚木蓬生著・朝日新聞出版)

★「放置」は“何もしない”ということではない！

★「放置」しながらも消極的には常識的な対応(必要最小限度の医療ケア)はとり続けること！

★「何事もいずれは解決する」という気持ちも必要！(自らの精神の均衡を保つこと)

⑩ 患者は患者として扱う！

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、看護師としての「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。

ペイハラトラブルは、あくまでも医療者とペイハラ患者・家族との間のトラブルであり、その話し合いも本来存在すべき“信
頼関係の回復”を目的とするものであることを忘れないで下さい。

⑪ 切電(電話を切ること)の要領を会得する！

患者・家族や関係者から、一方的な要求や長時間の対応を強いられることがある。これらの行為は、他の患者・家
族からの問い合わせを妨げるだけでなく、診療そのものに重大な影響を及ぼす。そのような場合には、**一定の要
領に基づいて電話を切る運用**を行うことも検討せざるを得ないこと。

長崎原爆病院では、次の頁以下(No.60①②③)にあるような**※8切電マニュアル**をつくり、このマニュアルに従った対応を
しています。

（長崎原爆病院の切り電マニュアル）

※8 切り電マニュアル（長崎原爆病院）

長崎原爆病院（以下「当院」）では、診療等に関して電話で問い合わせを受ける患者家族に対して、真摯な対応で接し、より良い医療サービスを提供できるように努めている。

しかし、ごく一部の患者家族や関係者から、一方的な要求や長時間の対応を強いられることがある。

これらの行為は、他の患者家族からの問い合わせを妨げるだけでなく、診療そのものに重大な影響を及ぼす。そのため**当院では、以下のいずれかに該当する場合は、電話を切る運用を行う。**

- 1 30分以上同じ内容を繰り返し主張する。
- 2 頻繁に同じ内容を繰り返し電話する。
- 3 要求内容が不当である。
- 4 暴言・脅迫的発言をする。

1 電話対応の基本

- （1）電話は顔の見えないコミュニケーションであることから、誤解を与えないように、対面での対応以上に相手に配慮し、丁寧で真摯な対応をこころがける必要がある。
- （2）切電の際には、書面による問い合わせに応じることがある旨を説明する。
- （3）切電は最終的な対応方法であるため、安易に行わない。
- （4）切電施行の際は、可能な限り上司など複数のスタッフと共に判断する。
なお、夜間など単独で対応する状況下においては、切電後他のスタッフに状況を報告する。

(時間内の対応)

1 切電の手順

- (1) 切電する場合は、切電は当院の規則で定まったルールであるとの理由を説明する。
- (2) 切電直後、電話交換室に、対応内容及び相手の名前、性別などを連絡する。
併せて、相談支援室に、対応内容及び相手の名前、性別、対応時間などを連絡する。
- (3) 対応内容などを所属長に報告し、当院の患者である場合は、診察記事に記録を残す。
- (4) 対応者または所属長は、意見・相談等対応報告書を作成後、相談支援室に提出する。

2 相手から再度入電があった場合の対応

- (1) 電話交換室は、担当部署である相談支援室に電話をつなぐ旨を説明し、相談支援室に電話をつなぐ。
なおその際に、相談支援室が対応できない場合は、相手に電話のかけ直しをお願いするか、相談支援室から電話をかけることを提案する。
- (2) 相談支援室は、必要に応じて以下の内容を説明する。
 - ① 長時間の電話や繰り返しの対応は、他の患者家族からの問い合わせを妨げることになり、診療業務に支障をきたす。そのことを防ぐため当院は、不本意ではあるが、規則として切電のルールを定めている。
 - ② 切電を行うが、対応自体を拒否する訳ではない。そのため、意見自体は、すべて院長まで報告する。
 - ③ 当院として回答が必要と判断した場合は、書面による問い合わせに応じることがある。
 - ④ 相手が切電に該当する行為を改めない場合は、業務に支障をきたすことから、必要に応じて警察へ通報する場合がある。

(時間外の対応)

1 切電の手順

- (1) 切電する場合は、切電は当院の規則で定まったルールであるとの理由を説明する。**
- (2) 切電直後、防災センターに、対応内容及び相手の名前、性別、対応時間などを連絡する。**
- (3) 当院の患者である場合は、診察記事に記録を残す。また、後日、所属長へ報告する。**
- (4) 対応者または所属長は、意見・相談等対応報告書を作成後、相談支援室に提出する。**

2 防災センターの対応

- (1) 切電の連絡を受けた場合は、当直師長及び事務当直へ状況を報告する。また、報告書を作成後、平日時間内に当院へ提出する。**
- (2) 相手から再度入電があった場合は、当院の切電マニュアルに則り対応する。その際相手には、平日の時間内に相談支援室に電話をかけ直すか、相談支援室から電話をかけることを提案する。**

2025年1月23日 施行

⑫ **撮影・録音等については許可制にするなど“無断の撮影・録音等”に対抗する術(すべ)を与える！**

患者・家族や関係者から、一方的に撮影されたり録音されたりして、なかには隠し取りする患者・家族もいる。これらの行為は、当該職員の精神的ストレスになるばかりか、職員のプライバシー・個人情報ばかりではなく、他の患者・家族のプライバシー・個人情報までも侵害することとなりかねず、診療に関わる関係者に重大な影響を及ぼす。

このような事態を回避するためには、**一定の要件のもとに撮影・録音等を許可する例外を設け、原則的には撮影・録音等を禁止する体制**を検討し、現場の職員らに無断の撮影・録音等を行う患者・家族等に対して対抗できるようにしてやらざるを得ない。

職員は撮影・録音等が原則禁止されており、許可制になっていることを患者・家族に説明し、ペイハラ患者家族に対抗していくことになる。

長崎原爆病院では、次頁にあるような**※ 9 撮影・録音等の許可に関する指針**をつくり、この指針に従った対応をするべく準備しています。

次頁には、指針本文のみを記載していますが、当該指針には下記のと通りの附属書類が添付してあります。

- (1) 第1号様式(撮影・録音等許可申込書)
- (2) 第2号様式(撮影・録音等許可記録ー撮影・録音等許可申込書の提出を不要と判断した場合ー)
- (3) 【撮影・録音等についての注意事項】

※9 撮影・録音等の許可に関する指針

(趣旨)

第1条 この指針は、日本赤十字社長崎原爆病院（以下「当院」という。）敷地内における患者や職員等病院関係者（以下「職員等」という。）のプライバシー及び個人情報を保護するため、当院敷地内における写真及び動画の撮影、音声の録音等（以下「撮影・録音等」という。）について、必要な事項を定めるものとする。

(当院敷地内における撮影・録音等その他禁止事項について)

第2条 当院敷地内において、無許可で撮影・録音等をしてはならない。  原則

2 当院敷地内で撮影した写真・動画、録音した音声等を、次条の許可を得ずに、ソーシャルネットワークサービスやインターネットサイト等（以下「SNS等」という。）に投稿してはならない。  原則

(撮影・録音等の許可について)

第3条 当院敷地内において撮影・録音等を希望するときは、撮影・録音等を行う部署（場所）の本条第2項に定める担当職員に撮影・録音等の許可申込書（第1号様式）を提出し、その許可を得なければならない。  例外

ただし、次の各号に該当する場合は、この限りではない。

(1) 本人又は親族（以下「本人等」という。）による本人等の撮影  例外

(2) 医師等当院の職員など、撮影・録音等の対象となる者から事前に許可を得て行う撮影・録音等  例外

(3) 職員による、診療目的又は業務上必要な撮影・録音等  例外

2 前項に規定する許可については、撮影・録音等の許可の申し出を受けた各担当部署の職員（主治医、病棟師長、所属長及び現場スタッフなど）の判断で行うものとする。なお、許可する際には、撮影・録音等の利用目的を確認し、患者等のプライバシーや個人情報の保護等について配慮するものとする。

3 第1項の規定により撮影・録音等許可申込書の提出を受けた職員は、許可の有無に関わらず、撮影・録音等許可申込書を相談支援室に提出するものとする。また、第1項第2号の規定に基づき、撮影・録音等許可申込書の提出が不要と判断し、撮影・録音等を許可する場合は、撮影・録音等を許可する職員が撮影・録音等許可記録（第2号様式）に必要事項を記録するものとする。撮影・録音等許可記録についても、相談支援室に提出するものとする。

(委任)

第4条 この指針に定めるもののほか必要事項は、院長が別に定める。

② ペイハラ患者・家族の立場に立った対応（「患者家族相談支援室」などの創設など）

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（そのような場合には、病院職員の接遇対応を見直す契機にもなります）。

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（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」などを設けること（医療安全推進室等との併設も検討に値します）。
- 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 ペイハラが医療安全と密接に関係することが多いことからすれば、「患者・家族相談（支援）室」は、「医療安全委員会」や「医療安全推進室」などとは一体的な動きをする必要もある。
- ⑤ 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ときには、最初から音声録音をすることは避ける等して、信頼関係を醸成させるよう努めること。

ペイハラ患者・家族に対応する窓口部署（「患者相談支援室」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、病棟などの原因発生部署）にも責任があり、原因発生部署は、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、原因発生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発生部署に対する適切な指導を行うべきであるといえます。

“医療事故に対する医療安全部門”と“ペイハラに対応する患者・家族相談対応部門”とはその線引きが困難であることが多いことから、その部門間のセクショナリズムを解き放ち、一体として各事案に対応した方が効率的な成果につながるものと思われる。

例えば、病院によっては、「医療安全推進室」と「患者・家族相談支援室」とが一つの部署として稼働し、医療事故にもペイハラにもそれらを区別することなく対応している（例えば、長崎原爆病院）。

(6) 事実経過の記録のしかた

①ペイハラ紛争も医療関係紛争の一つであり、また、ペイハラ紛争は医療事故をきっかけとして始まることも多いことから、それが訴訟に至ることも十分に考えられます。

さらに言えば、②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です。

① “患者・家族”は、

診療記録などの記載について、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、その正確で丁寧な診療記録への記載が求められること。

② “裁判所”は、

診療記録などの記載について、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」として取り扱うことがほとんどである。ペイハラ患者・家族との協議・交渉等は、そのことを念頭に置く必要があり、また、万一の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こと。

③ まとめ

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こと。

第5 クリニック等小規模施設・在宅訪問医療ケアにおけるペイハラ対策

1 クリニック等でのペイハラ対策には“病院における対策”が応用できる

私のペイハラ対応の経験の多くは、中規模病院、大規模病院(以下「病院」)におけるそれであり、クリニック、介護施設、在宅・訪問医療介護(以下「クリニック等」)におけるペイハラ対応の経験はそう多くはありません。

しかし、「病院での経験の成果」は、クリニック等におけるペイハラ対策でも使えるものが多く、病院での対応を模して実践すればそれなりの対応が可能となるはずです。

たとえば、ペイハラ対策の肝である「病院の組織的な対応」は、クリニック等に関して言えば、院長ないし施設長など“組織のトップを中心としたチームワーク(クリニック等独自の組織的対応)”でペイハラに対処しなければならないとの意味で(【注】)、同じことが言えます。そしてそれがなされないと、直接担当させられた職員(及び、在宅・訪問医療ケアで利用者宅で対応させられる職員)は、その精神が削られて心が壊れていく可能性があります(心身ともに削られていきます)。

すなわち、クリニック等におけるペイハラ対策においても、病院と同様に、「①病院(医院・事業者)は常に職員を守ること」「②病院(医院・事業者)は常にその組織(クリニック等)全体で対応すること」「③病院(医院・事業者)は(危険性がある時には)常に職員を複数で対応させること」が求められ、逆に「職員は、④毅然と対応すること、⑤警察への相談・通報はためらわないこと」等という「ペイハラ対応の大原則」が必要不可欠になります。

そして、その他の点についても、クリニック等の小規模な医療機関や事業所におけるペイハラ対策には、“病院でのペイハラ対策”が応用できるはずです。

【注】先般、大正製薬(株)から、クリニック対象の「医療安全研修動画」(実況！ペイハラ ～ペイシェントハラスメント対策～)の「製作監修」の依頼が受けましたが、その監修作業を通じて、病院でのペイハラ対応経験はクリニック等でも応用できることを確信しました (なお、大正製薬(株)の医療従事者用のホームページに無料の会員登録すれば視聴ができるようになっています)。

2 訪問医療介護等の“サービス利用契約の解除”が必要になることがある！（サービス提供の拒否） （そのためには“契約解除条項”を工夫することが必要になる！）

訪問医療介護等の利用契約書においては、以下のような事業者からの“**契約解除条項**”があるはずです。

そして、この“**介護等利用契約の解除**”は、医療契約における“**診療契約における診療拒否**”と同じ位置づけになります。

したがって、**介護利用契約においては、介護等利用契約の解除が不可避になることがあります。**

第〇条（事業者からの契約解除）

事業者は、契約者（利用者）が以下の事項に該当する場合には本契約を解除することができる。

一 ……

二 ……

三 契約者が、故意又は重大な過失により事業者もしくはサービス従事者の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、又は、**著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合**

とされていることが多いようです。

しかし、契約者にカスハラ言動があった場合について、“何らかの強い対応をするため”には、上記の抽象的な表現（「**著しい不信行為**」、「**本契約を継続し難い重大な事情**」など）の規定では十分ではなく、より具体的な例示を契約条項に明らかにすることも一つの方法になります。

例えば、

「暴言、暴力、性的言動、いじめ・嫌がらせ、契約に定めのない不当な要求などの著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合」

などと規定することを考えてよいのではないでしょうか。

契約書に契約解除事項（背信事由）を具体的に明記しておくことがカスハラ対策には有効であり、訪問医療介護等の事業者は、もう一度、契約内容を見直してみてもいいのでしょうか。

さらに例えば、高齢者施設等を運営する「社会福祉法人苗場福祉会」(日経ヘルスケア2025・3・45頁)では、以下のような契約解除の条件が付加されているようです(利用者だけではなく、ご家族等の背信行為でも契約が解除できるように⑤が付加されており、非常に参考になります)。

【解除事由】(例示)

- ⑤ 利用者またはその身元引受人ないしご家族(内縁関係等の関係者を含む)が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為を事業者に対してなし、事業者の申入れにかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達成することが著しく困難になったと認める場合。
- ⑥ 事業者は、利用者の著しい背信行為により、契約を継続することが困難となった場合。

上記契約解除条項は、医療行為(医療契約)に関する【令和元年12月厚労省医政局長通達】が「患者の迷惑行為」について、「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」として診療を拒絶することを認めている趣旨と同じといえます。

訪問医療介護や医療ケア施設を運営する医療ケア事業者にとっては、医療行為(医療契約)についての“正当な理由による診療拒否”と、看護・介護行為などについての“利用契約の解除”によって、著しく常識を逸脱する言動(ハラスメント言動)を続ける患者・利用者・その家族に対応・対抗することになります。

3 訪問医療介護系サービスにおけるカスハラ（ペイハラ）対策の要点

訪問看護・介護などでは、①利用者宅に原則1人で訪問し業務にあたること、②環境の密室性があること、③24時間のサービス提供をする事業所が多いこと、④利用者宅には人を攻撃する道具が豊富に存在すること、⑤小規模事業所が多く十分な安全対策を講じることが困難であること等、様々の“職員がカスハラ（ペイハラ）被害を受ける要因”が存在し、いわば“最も危険な職場”ともいえます。

そこで、日経ヘルスケア2025・3(45頁)では、訪問系サービスにおけるカスハラ（ペイハラ）対策について、“医療・介護を受ける人と担う人のナーシングカンパニー代表の山崎和代氏”と“関西医科大学教授の三木明子氏”への取材を基に作成したとして、訪問先でのカスハラ対策について、次のようにまとめています。

そこに、私（筆者）のコメント【筆者のコメント】を付加して書いていますので、ご参照下さい。

（1）①契約書や重要事項説明書に、ハラスメントを受けた場合に契約を解除する旨を記載。

②最初の契約時、利用者に書面を見せて、禁止行為について説明し理解してもらう。

⇒例：「飲酒、喫煙、暴力、ハラスメント、嫌がらせ、威嚇、脅し、その他社会通念を逸脱すると事業所が判断する行為があった場合は、直ちに訪問を中止し契約を解除する」など

【筆者のコメント】①契約書や重要事項説明書に、「ハラスメントを受けた場合」及び「当該患者・家族が約束事を破った場合」の契約解除の条項を入れておくことは極めて重要です。そしてさらに、②契約締結前に、そのことを徹底的に患者及びその家族に説明しておくことは、その後のトラブルを回避するために必ずやっておくべきことといえます。例えば、医療行為を行う際の十分なインフォームド・コンセントは、医療行為で合併症等の事故が発生した場合でも、そのこと（I Cの実践）によって紛争が回避される場合が多いのですが、それと同じです。

人は医療事故により最悪の事態に陥ったとしても、事前に説明されていれば、そのこと（例えば、合併症による医療事故）を時間がかかってでも納得するものです。また、人は最初に明確に約束したことを破ることはしないものですし、仮にそれを忘れて約束を破っても、その点を指摘されたら比較的抵抗なくその約束事に従ってくれるものなのです。

その意味でも、訪問介護や往診診療においては、①契約当初において患者・家族に遵守してもらいたいことを契約書や重要事項説明書に記載して、②十分に説明し、それを破った時には契約が解除されること等を納得してもらっておく必要があります。

(2) **研修を行う。**

- ⇒ポイントは、(1) **どんなことがカスハラ（著者注：ペイハラ）に当たるのかを知る**
 (2) **1人で対応せず組織で対応するための体制を職場で作る**
 (3) **体制が機能するよう研修を行う。**

【筆者のコメント】 カスハラ（ペイハラ）についての研修は、毎年新人を採用する組織などでは1年に1回は行うべきだと思います。（1）どのようなことがカスハラ（ペイハラ）になるのかを知らなければ、カスハラ（ペイハラ）に対応することはできませんし、（2）組織で対応するための体制のことを熟知していなければカスハラ（ペイハラ）対応で孤立し、（3）対応体制が十分に機能しない恐れがあります。1年に1回の研修はしないにしても、組織的に上位者が下位者に対して随時これらを承継する体制をとるべきです。

(3) **ポスター（在宅ケア向け暴力等防止啓発ポスター）の掲示などにより、ハラスメントに対する職員の意識を高める。**

【筆者のコメント】 ポスターには、当該組織が警察と連携していること（何か職員に危害を及ぼす事態が生じた時には警察に通報すること）をきちんと明記し、患者の関係者が出入りする事務所に掲示しておく必要があります。また、在宅・訪問の医療ケアを行っていることを考えると、患者・家族に周知するために、“**在宅ケア向け暴力等防止啓発を記載したチラシ**”を作成して、契約締結前にそれを配布しその説明も行っておくべきだと思います。

(4) **防犯ブザーやレコーダーを携帯する。**

- ⇒**地域医療介護総合確保基金を活用できる場合があるので、事業所が所在する都道府県に相談する。**

【筆者のコメント】 訪問看護・介護を行う従業者に対しては、必ず防犯ブザーを携帯させるべきだと思います。特に、**一人で訪問看護・介護をさせる場合には防犯ブザーは必携と考えるべきです**。自らの身が危ない時には必ず防犯ブザーを稼働させてそこから逃げる・離れるということを職員に徹底させておかないと、想定外の事態が生じてしまいます。もちろん、その後の対応のために、危ないと思しき患者・家族については、訪問の段階からレコーダーを作動させておくということも考えた方がいいと思います。いずれにしても、**危険な患者・家族と思われる場合には、後記（7）のとおり、必ず複数対応できるようにしておくべきです**。

(5) **いざという時に運転手に安否確認を頼めるようタクシーを利用して訪問する。**

【筆者のコメント】 確かに、訪問看護・介護をすること自体に危険性が予想される患者・家族については、タクシー利用やその運転手さんの協力は効果的と思われますが、その前にその他の職員と一緒に「複数対応」を考えるべきではないでしょうか。

(6) 提供するサービスの範囲を超えて無理な要求をされた場合には、「それはできません」と明確に拒絶の意思を伝える。

【筆者のコメント】 契約等で予定されていない過度の要求（又は、不当な要求）をなされても、絶対にそれに従わないで下さい。仮に、職員が好意で行ったとしても、患者・家族にとってその後は当然のこととなり、その要求は天井知らずとなることがあります。患者・家族の求めに従わないと恐怖を覚える場合であっても、「次回に返事をします。上司に相談をします。」などといってその場をやり過ごし、事業所で情報共有して議論し、事情所全体の問題として対応して下さい。

(7) 1人での訪問が不安な場合や暴力が懸念される場合には、2人以上の体制で訪問する。

⇒ケアマネジャーや地域包括支援センターの職員が一緒に行けない場合には行政担当者や主治医などを探す。

【筆者のコメント】 暴行等のリスク（危険性）が想定される患者・家族に対しては「**複数対応**」が原則です。もちろん、訪問看護・介護などについては、その関係者としてケアマネジャー、地域包括支援センター職員、行政担当者、主治医などがおられ、そのような方に相談することも可能かもしれませんが、**まずは当該事業者できちんとした体制を組んでやる必要があります。**

(8) 被害に遭った場合には記録を残す。

⇒5W1H：時間、場所、行為者、事実、誘因、状況／行為

【筆者のコメント】 通常、従業者は必ずケアの記録を記載しているはずですが、**暴言・暴力・セクハラなどのカスハラ（ペイハラ）を受けた時には必ず詳細な記録を残してください。**当該契約を解除するにしても、その後のトラブルを考えると、その記録がなければ対処しようがありません。仮に刑事事件などとして立件された場合には重要証拠になります。

(9) 3つの「カエル」を有効に使い、エスカレートさせない（人・場所・時間をカエル）。

【筆者のコメント】 人を変える、場所を変える、時間を変える、ということは、**当該被害職員が加害患者・家族に接触しなくていいように体制を組み直す**ということが必要ですが、**当該被害職員の受けるメンタル上の被害を考えると当然のことだ**と思われます。

- (10) **拒絶意思の明確な宣言をした後は警告文を送付する。**
⇒改善しない場合は警察に通報し、法的手続きを検討する。

【筆者のコメント】 病院でも同じことですが、ペイハラ患者・家族に対しては、書面に対応するようにし、第1イエローカード（是正勧告）、第2イエローカード（診療拒絶の予告）、レッドカード（診療拒絶通告）などを順を追って対応します。訪問看護・介護においても、同様の対応が必要ですし、単なる暴言ではなく、**暴力・性的暴行**などの場合には「一発レッド」で対応する必要があります。

- (11) **カスハラの被害状況などを職員同士で共有する**
⇒デジタル機器を用いればより迅速に共有できる。

【筆者のコメント】 具体的なカスハラ（ペイハラ）情報は、病院においてもその司令塔（例えば、患者相談支援室など）の部署に細大漏らさず集めるようにするのが原則です。全体の情報を集めることによって、他の職員も危険性を察知しますし、病院としての早期の対応が可能となります（紛争の芽は小さいうちに摘むに限ります）。訪問看護・介護を行う事業所でも同じであり、職員を守るためにも情報の集約化は必ず実行する必要があります。

- (12) **K Y T（危険予知トレーニング）を研修で行う。**

【筆者のコメント】 危険予知トレーニングは、危険を伴う職場では必須であり、その意識を職員に植え付けることは事業所にとっても非常に重要なことです。そのことによって、当該従業者だけではなく、他の職員も危険の予知が可能となり、自らに降りかかる火の粉を払いのけることが可能となります。

- (13) **自治体などに訪問系サービスの安全確保を検討するよう求める。**

【筆者のコメント】 もちろん、自治体などに対して訪問看護・介護の従事者の安全確保を求めることは重要ですが、それ以前に、警察との連携を構築し、万一の場合の警察の対応が可能となるように準備しておく必要があります。

前述したとおり、在宅医療・訪問医療ケア（以下「在宅等医療ケア」といいます）などでは、職員がペイハラ被害（それ以上の心身への傷害）を受ける要因が数多く存在します。その点が病院でのペイハラとの大きな相違点ですが、この相違点について、“長崎の在宅医”から意見を求められました。正解・正答を返信することはできませんが、一応のコメントを考えてみました。



（１）在宅等医療ケアの場合には、医療・ケアの場所が「患者・家族の生活の場」であり、ルールの主体が患者の家庭にある。そのことが患者・家族への対応を難しくする。

【筆者のコメント】確かに、その家族ごとに当該家族のルールがあるでしょうが、医師・看護師その他のスタッフが当該患者の医療ケアを行うについて、患者本人の意思には縛られても、その他の家族のルールに縛られるわけにはいかないのではないのでしょうか。やはり、家族・家庭のルールよりも医療ケア行為を優先させるべきであり（そうでなければ困ると思います）、それが出来ないのならば、医療者は当該医療ケアを断るべきではないでしょうか。そのためにも、**①介護契約書・重要事項説明書が重要になってくるのであり、契約書・説明書の内容を工夫し、契約条項に違反する言動があった場合には契約を解除できるようにしておくべきです。そして、②そのことを契約締結時に十分に説明しておくべきだと考えます。**

介護契約を締結しない診療契約（往診契約）の場合であっても、医療行為を受託する様々な条件を説明、それに基づいて約束事を明らかにして同意を求めておく必要があるのではないのでしょうか。

（２）通常は来院されないご家族がいらっしゃるなど、ご家族間での力関係があり、誰か他のご家族が見ている前では、病院での時と患者本人やキーパーソンとして付き添っていたご家族の態度や言うことが異なることがある。そのことが患者・家族への対応を難しくする。

【筆者のコメント】この点も、上記（１）と同様であり、患者本人の意思は尊重されるべきですが、力関係の上位にある家族が出現したとしても、その意見に右往左往されることなく、それまでの医療ケア行為を優先させるべきであり、それが出来ないのならば当該医療ケアを断るべきではないのでしょうか。そのためにも、**①介護契約書・重要事項説明書が重要になってくるのであり、契約書・説明書の内容を工夫し、②それを契約締結前に十分に説明しておいてください。そして、契約条項に違反する言動があった場合には契約を解除できるようにしておくべきです**。つまり、**介護契約・重要事項説明書などについては、契約当初に単に契約締結するだけでなく、②十分な説明をしておく必要**があります。上記のとおり、日経ヘルスケアでは、**「契約書や重要事項説明書に、ハラスメントを受けた場合に契約を解除する旨を記載。最初の契約時、利用者に書面を見せて、禁止行為について説明し理解してもらう」**ことを推奨していますが、それと同じことであり、医療ケア側が主導して様々な約束事をし、そのことを契約当初に確認しておく必要があります。

（３）家族内の意見の相違、介護者負荷、同居／別居問題など発言力の違うことから、患者・家族への対応を困難にしている。

【筆者のコメント】この点についても、前述の（１）、（２）と同様であり、在宅等医療ケアにおいても、患者・家族との約束事であることを中心に考えるべきですし、契約の内容を工夫し、その契約内容を患者・家族に十分に理解させる必要があります。それ以上の負担（家族内の意見の相違による過剰な負担）には応じられないという姿勢を貫くべきだと思います。

病院でも同じようなことが起きたりします。ある患者・家族が過度な要求をしてきた時に、それに一度応ずるとその後長い間過度な求めに応じ続けなければならないということはよくあることです（それがペイハラの始まりになることは多いのです）。在宅等医療ケアにおいても、家族の中にはいろいろな意見があるでしょうが、在宅等医療ケアを行う医療者はそれに惑わされずに（右往左往せずに）契約内容・説明内容に従った対応を行い、それに従ってくれない時には契約を解除することも辞さないという態度で臨むべきではないでしょうか。そのためにも、契約当初において、契約内容その他約束事を十分に説明し理解し納得していただき、その書面を患者・家族に渡しておく必要があります。

なお、家族の意見が一致しないことが多く見られます。それを回避するためには、当初の契約締結に際して、ほかの家族の同意を得たキーパーソンを選んでおいていただくしかありません。そのことを契約書にも明記し、今後は家族に選任された特定の家族を窓口として医療ケアの対処をしていくことにすればトラブルの回避につながります。

（４）患者やキーパーソンのご家族と医療従事者との間の信頼関係をご存じないご家族が介入し、それを手伝えないもどかしさからか医療側に攻撃的になることがある。そのような場合の患者・家族への対応は難しい。

【筆者のコメント】これも上記（３）と同様の問題であり、病院でよくある「遠くの親戚の医療介入・異常介入」と同じようなものですね。病院の医療スタッフへは、普段から近くのキーパーソンだけではなく、遠くの家族の情報も十分に把握し、少々手を焼きそうな遠くの家族の場合には適宜の連絡と報告を心掛けることを助言することが多いです。それと全く同じだとは思いますが、理解のある家族でも、理解のない遠くの家族でも、最終的には介護契約等の契約内容に従ってもらうしかないのであり、そのことを最初からきちんと説明しておく必要があります（また、この点は上記（３）と同様に、当初の契約締結に際して、ほかの家族の同意を得たキーパーソンを選んでおいていただくしかありません）。それをせずに、ズルズルと遠くの家族の言いなりになっていたら（過度な要求に従っていたら）取り返しのつかない事態になることが多いと思います。

（５）他職種・多事業所（訪看、訪薬、ケアマネ、通所等）で情報が断絶することがあり、時に慣れていない他職種とチームを組むことがあるが、その間のうまくいかない状況を患者・家族が見ていることがある。そのような場合の患者・家族への対応はやり辛い。

【筆者のコメント】この点は事業者側の問題であり、事業者間の情報共有とスムーズな事業執行を行っていくしかないと思います。そして、訪問医療ケアについて言えば、その業務グループのトップは医師であることからすれば、最終的には医師の責任で関係者間の調整をしていかざるを得ないのではないのでしょうか。

（６）家庭内の私物・宗教・生活様式への配慮をせず、患者・家族の家庭内の大事にしている物を従事者が粗末にしたり、宗教などに配慮を欠く言動をすると、患者・家族が気分を害し、時にはトラブルとなることもある。

【筆者のコメント】 この点については、契約締結段階での当該家庭内の情報収集が不可欠であり、また、それに基づいた従事者への指示と教育をしておかねばならない、ということだと考えます。**在宅等医療ケアの契約内容には関わらないことなのかもしれませんが、家庭内で大切にしていることについては、契約内容に支障のない限り最大限の配慮をする必要がある**と思います。その配慮は、当該家庭で大切にされていることに対する配慮の言葉と取扱いを意味し、心無い言葉で患者・家族が傷つくことは多くあります。

（７）病院に比べて、家庭では診療ケアの場面が撮影・録音・録画がしやすいが、従事者が知らないうちに撮影・録音・録画をされていることがある。そのような場合には、患者・家族にどう対処すればよいのか。

【筆者のコメント】 このような場合のことも介護契約等に契約条項として定めておくしかないと思われます。**患者・家族のプライバシーを尊重するとともに、従事者職員のプライバシーも尊重する事業所であることを明確にしておく必要があります**。ご家族にとって、自宅でもあり撮影・録音・録画を禁止することについて抵抗されるかもしれませんが、**従事者が写り込まないように求めていくことは何らおかしいことではありません**。それでも、約束を守らない患者・家族については契約解除が可能となるような契約条項の工夫をしておく必要があります。**例えば、撮影・録音等禁止条項を定めておいて「許可制」にする（契約書に許可が必要なこと定め、その違反は解約事由とする）などが考えられます。**

（８）在宅等診療ケアにおける医療者と患者・家族との関係は長期に継続することが多く、その信頼も摩擦も蓄積しやすく、ちょっとしたミスが患者・家族に裏切りのようにとられて関係が急速に悪化することがある。

【筆者のコメント】 それは病院でも同じであり、**普段から患者・家族との信頼関係を損なわないように接遇の向上を目指して研修**を続けている病院もあります。また、それでも何らかのミスはなくすことができず、そのミスから信頼関係が破たんしていくことが多いのですが、**それを回避するためには、私の場合には、普段からの「コミュニケーション」と、医療行為については「インフォームド・コンセント」を充実させるよう助言することが多い**です。

インフォームド・コンセントの目的は、患者の自己決定権の実現のための患者の権利とされているが、実際には、患者・家族との信頼関係を醸成させ少しのミスではその信頼関係が壊れない程の関係をつくり上げることができます。すなわち、**医療者のインフォームド・コンセントの実践と、それを裏付けるコミュニケーション能力は、少々のミスでは壊れない信頼関係を構築するのであり、「紛争予防効果」「紛争回避効果」は絶大**です。

普段から、そのような意識をもって患者・家族と接する必要があるものと思料いたします。

おわり

ご清聴ありがとうございました。

長崎市樺島町4番6号ソフィアビル2階

弁護士法人ふくざき法律事務所

TEL 095-824-8186

FAX 095-824-8286

代表弁護士 福 崎 博 孝

弁護士 福 崎 龍 馬