

令和7年度

医療安全・医療事故調査制度研修会

日時：令和8年2月9日(月)19:30～

場所：徳島県医師会館 4階【WEB同時配信】

司会・座長：徳島医療安全対策委員会・医療事故調査支援委員会
委員長 加藤 真介

挨 拶

徳島県医師会 副会長 吉岡 一夫

講 演

「クリニック・在宅医療でのリスクマネジメント

—医療事故調査制度の理解と、実践的医療安全のポイント—

講師：SOMPO リスクマネジメント株式会社

医療・介護コンサルティング部

上級コンサルタント・看護師

能村 仁美 先生

生涯教育単位 1.5 単位(CC:7)

【医療機関における安全対策のために必要な年2回の研修】の内1回に該当



クリニック・在宅医療でのリスクマネジメント —医療事故調査制度の理解と、実践的医療安全のポイント—

SOMPOリスクマネジメント株式会社
医療・介護コンサルティング部

SOMPOリスクマネジメント株式会社

医療・介護コンサルティング部

上級コンサルタント・看護師 能村 仁美（のむら ひとみ）

hnomura39@sompo-rc.co.jp



<略歴>

国立療養所松江病院付属看護学校卒。1995年～大学病院、公立病院勤務を経て、2008年～株式会社聖ルカレジデンス（聖路加国際病院提携医療介護付き居住施設）勤務、入居者への健康管理、介護、診療支援業務に携わる。2010年12月NKSJリスクマネジメント株式会社（現：SOMPOリスクマネジメント株式会社）入社。

<専門>

- 医療機関及び福祉・保育施設の危機管理・リスクマネジメントに関するコンサルティング及び教育・訓練
- 医療機関及び福祉施設の人材育成（社会人基礎力・チームビルディング・コミュニケーションスキルなど）に関するコンサルティング及び教育・訓練

<主な資格・所属>

看護師、メンタルヘルス・マネジメント検定2種（部門内、上司としての部下のメンタルヘルス対策の推進）
臨床傾聴士（上智大学グリーフケア研究所認定）、社団法人日本医療ピアサポート協会Heals研究員

実績

- 年間数十件の医療機関（主に大規模・中規模病院）に対し、医療安全研修の講師として登壇。オンライン（Zoom）による体験型講義、ワークショップを多く手掛け、有識者からの招聘にてチームSTEPPS、分析手法ImSAFER、メディカルピアソーター（初期心理支援者）のファシリテータを務める。
- 医療従事者がリスクマネジメントについて自主学習するためのeラーニングサイト（SOMPO PS eラーニング）を管理・運営。研修テーマの選定、動画シナリオおよびコンテンツの作成、広報展開まで包括的に実施している。

取材・執筆

- 国立大学病院へ4回/年発行する情報誌「Risk Management Times」の企画・取材・編集
▶Vol.81 医療安全学導入から25年：レジリエント・ヘルスケアの実装（令和7年12月） ▶Vol.80 医療インバウンドの拡大は大学病院に何をもたらすか（令和7年9月）
- コラム「患者の不安に寄り添うということ — 医療者に求められる“接遇”」（2025年6月3日）
- 苦情対応のポイント 特定非営利活動法人全国認定こども園協会 機関誌 2022.9月-12月
- 損保ジャパンRMレポート「新型コロナウイルスの感染拡大（14）新型コロナウイルス感染症の治療薬・ワクチン開発の動向」（令和2年7月）
- 医療機関でおさえておきたい個人情報保護のポイントNursing BUSINESS 2018 vol.12 no.2 P60-P67

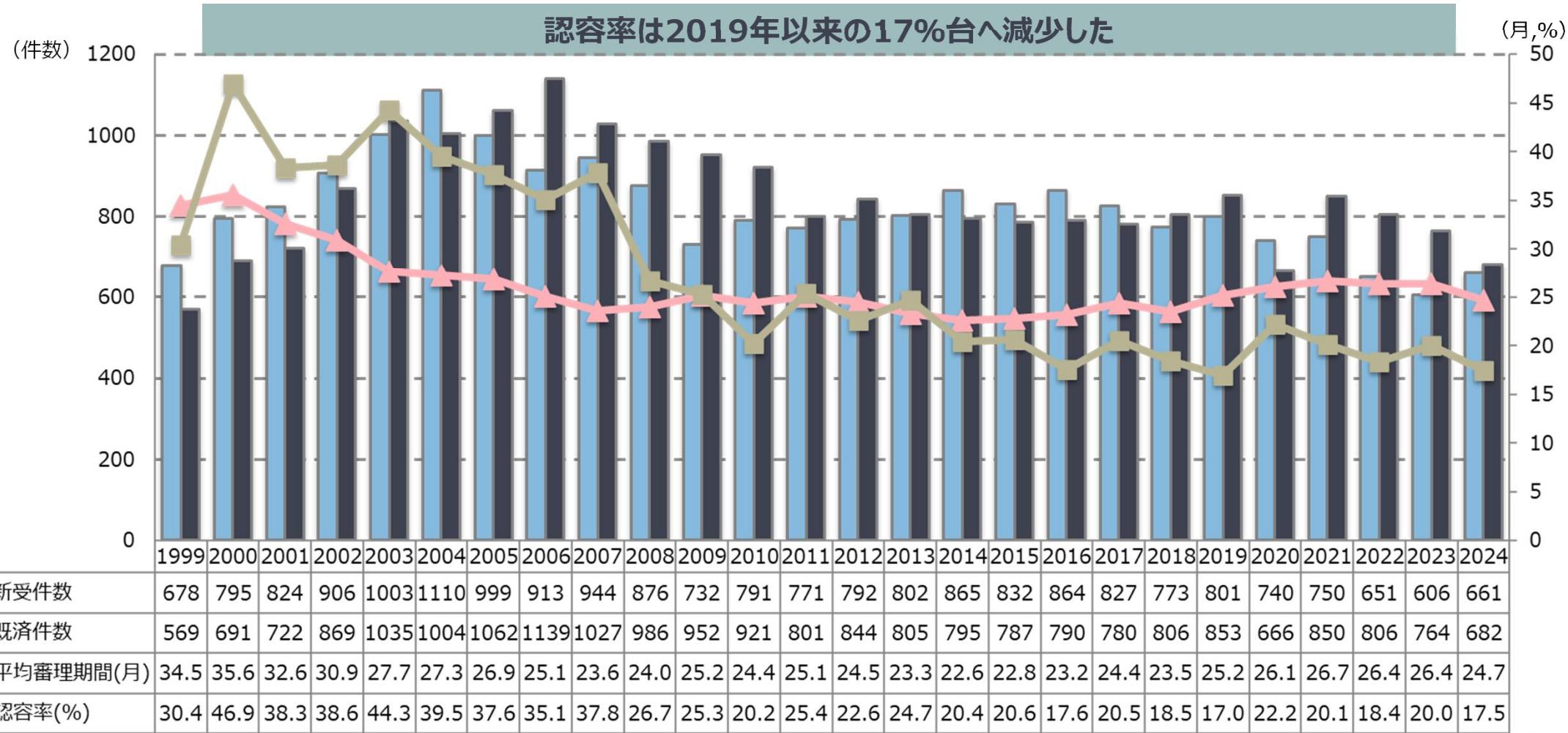
1. 2024年度：医療訴訟・事故の傾向
2. 裁判例に学ぶ“診療所に特化した事例”
 - ・採血時の神経損傷事例
 - ・転医義務に関連した事例
 - ・診療録等への記録に関連した事例
3. 医療事故調査制度
4. 説明・記録を心がける
5. 困った患者さんへの対応

医事関係訴訟 2024年は増加

2004年の最多件数(1,110件)から徐々に減少し、長らく700~800件台で推移していた訴訟件数(新受件数)ですが、近年は600台で経過し、2024年は661件でした。また「既済」682件のうち、「和解」が348件(51.0%)、「判決」が254件(37.2%)、認容率は17.5%です。平均審理期間は再び減少傾向にあり、2024年は24.7ヶ月でした。(令和6年の数値は、速報値。全ての図は出典元のデータをもとに当社が作成)

※「認容率」…判決総数に対して、認容件数(裁判所が原告の訴えを認めた件数)の占める割合であり、認容には一部認容を含む。

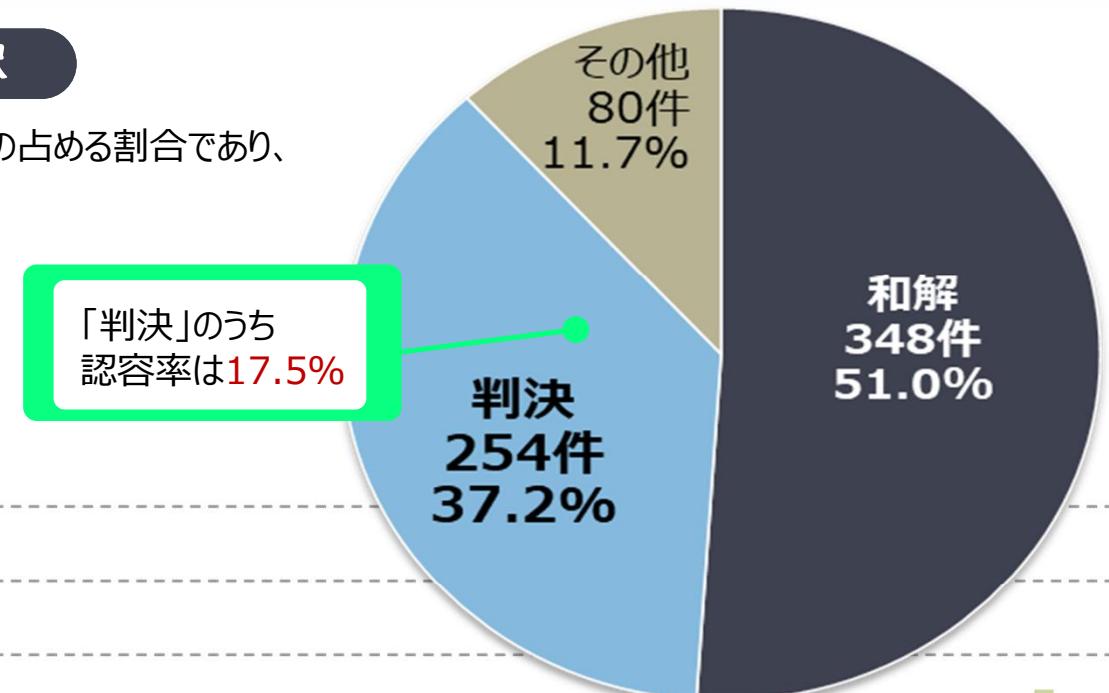
※ 医事関係訴訟事件には、地方裁判所及び簡易裁判所の事件が含まれる。



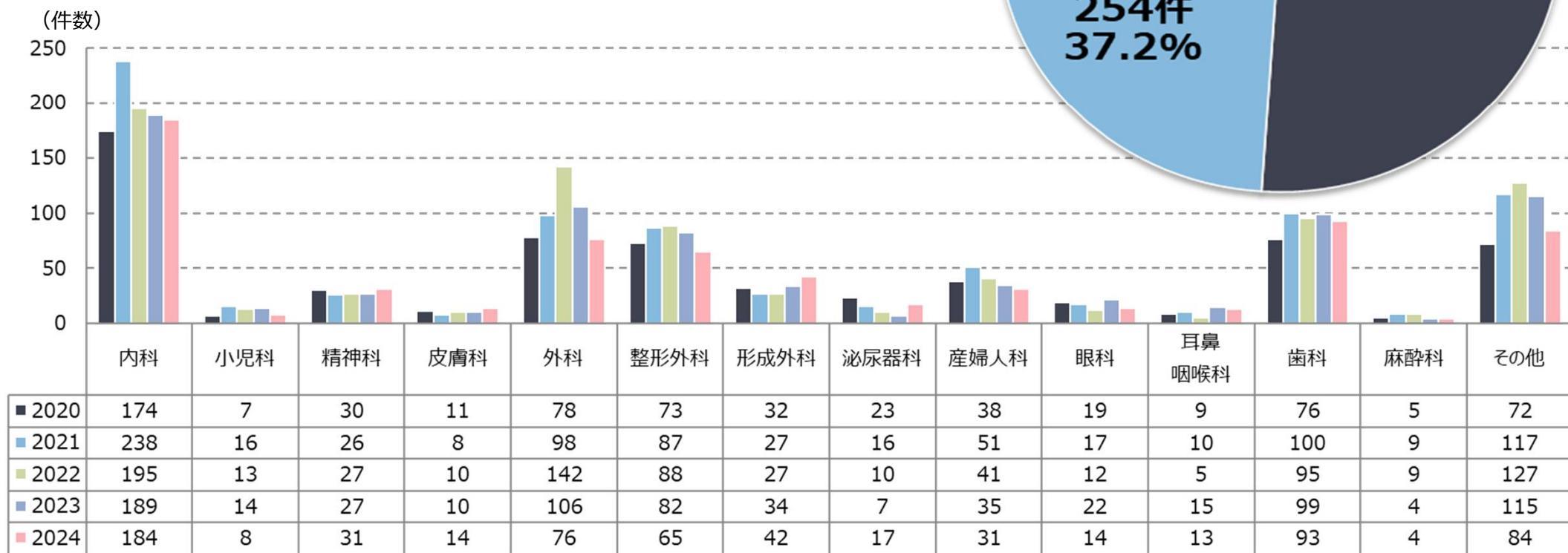
2024年 医事関係訴訟の終局区分「既済」682件の内訳

※認容率とは、判決総数に対して認容(一部認容を含む。)件数の占める割合であり、
地方裁判所の事件を基礎としている

※「その他」には、請求の認諾、請求の放棄、取下げ等が含まれる



医事関係訴訟事件(地裁)の診療科別既済件数



※複数の診療科目に該当する場合は、そのうちの主要な一科目に計上している

診療科目別既済件数については、多い順から内科184件、歯科93件、外科76件、整形外科65件などとなっている。

なお、引用元資料には「数値は、各診療科における医療事故の起こりやすさを表すものではないので、注意されたい。」との注意書きがある。

【出典】最高裁判所. “医事関係訴訟委員会について 6. 医事関係訴訟の現状.” <https://www.courts.go.jp/saikosai/iinkai/izikankei/index.html> , (accessed on 2025-10-14).

職場の健康診断で臨床検査技師が採血をしたところ、神経損傷が発生したと認定され、約3,500万円の損害賠償（後遺障害第7級の3）

👉 病院側：患者が感じた痛みは、電撃痛ではなく「駆血帯の縛りすぎによる痛み」

<裁判所の判断>

- 『患者が痛みを訴えたため、技師は必要量の半分しか採血できていなかったにもかかわらず採血を中止。その目的からすると極めて異常な事態が生じたといえる』
- 『（上記のような）一過性の事情だけで、その改善や再度の採血の働きかけをせずに採血を中止し、同僚と相談するなどしなかったというのは不可解である』
- 『採血の翌日に、患者の様子を確認するため、わざわざ勤務先に電話をしている。「縛りすぎ」が理由であれば、電話する必要はなかったはず』
- 『採血と神経損傷が確認された時期が時間的に近接しており、その間に正中神経を損傷する原因となるような別の事象がない』
- 『その場にいた患者の同僚が、「痛い、やめて」という声を聞いている』

→ 採血による神経障害が原因で、RSDまたはカウザルギーを発症したと認定

- 体表から皮神経の走向を見分けることはできないこと、神経分布には個人差があることから皮神経損傷は不可避的である
- 医学文献において推奨されている注意事項に従い、基本的手技を確実に行っている
⇒法的責任を否定する裁判例がある



急性脳症の患者を高次医療機関に転送すべき義務があったとして、開業医の責任が認められた事例

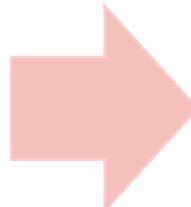
10/3 4:30頃	別の病院で腸炎と診断され、本件医院での受診を指示される。
8:30頃	本件医院受診。38度の発熱と脱水所見を認め、急性胃腸炎と診断し、2階の処置室で13:00頃まで700 c.c の点滴を実施。しかし症状が改善されず午後の来院を指示し、帰宅させる。
16:00頃	患者は帰宅後も嘔吐が続いたため来院。20:30頃まで700 c.c の点滴を実施。途中、患者は点滴を受けた回数を間違えたり、外すよう強く訴えたりした。母親が言動に不安を覚え、診察を求めたが外来中であったためすぐには診察をしなかった。
21:00頃	患者が帰宅。
以降	嘔吐の症状が続き、改善は見られなかった。
約5ヵ月後	原因不明の急性脳症と診断される。

<事例の状況>

- ・ 10月3日の午前中に700 c.c の点滴による輸液を行ったが、嘔吐の症状は全く改善されなかつた。
- ・ 医師は、10月3日21時頃に患者を帰宅させたが、嘔吐が続くようなら事態は予断を許さないと考えていた。
- ・ 患者を入院させる必要がある場合には、高度な医療を実施できる病院への入院を考え、紹介状を作成していた。

<裁判所の判断>

- 『初診時の診断に基づく投薬に病状改善が見られず、10月3日に700 c.c の点滴を実施したにも関わらず嘔吐症状が治まらないこと等から、それまでの診断と治療が適切ではないと認識できた。
- 10月3日16：00以降の点滴中も嘔吐は治まらず、言動に不安を覚えた母親から診察を求められたことなどから、病名は特定できなくても、自医院では適切に対処できない急性脳症等を含む何らかの重大で緊急性のある病気の可能性が高いことを認識できた。



点滴を開始したが患者の嘔吐が治まらず、患者の言動に不安を覚えた母親から診察を求められた時点で、患者を適切な医療機関へ転送すべき義務があった。

■ 医療法1条の4第3項

医療提供施設において診療に従事する医師及び歯科医師は、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するため、必要に応じ、医療を受ける者を他の医療提供施設に紹介し、その診療に必要な限度において医療を受ける者の診療又は調剤に関する情報を他の医療提供施設において診療又は調剤に従事する医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供し、及びその他必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

■ 保険医療機関及び保険医療養担当規則第16条

保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるとき、又はその診療について疑義があるときは、他の医療機関へ転医させ、又は他の保険医の対診を求める等診療について適切な措置を講じなければならない。

急性心筋梗塞を発症し、低酸素脳症による意識障害の後遺障害が残存し、患者側から提起された事例

7/31	患者が受診。処置をし、翌日も受診するように指示。
8/1 14:15頃	再受診。心筋梗塞、急性腎不全等を疑い、心電図検査を行う。
14:25頃	検査結果から、急性側壁と下壁梗塞を疑わせる所見とともに陳旧性前壁梗塞の所見を認め、白血球検査と心筋トロポニンT検査の実施
14:45頃	心筋トロポニンT検査の結果が陽性と判明。医師は、「 <u>入院が必要となるので救急車を手配する</u> 」と患者に説明。直後から患者が不穏状態となり、酸素吸入とケーリングを開始。
15:36頃	B病院に向けて救急車で患者搬送。
15:45頃	意識レベルが低下し、心肺蘇生措置が施され、大学病院に搬送先が変更。
15:48頃	大学病院に到着、直ちに心臓マッサージが再開され、気道確保のための挿管が行われる。
8/14	人工呼吸から離脱したが、意識レベルはJCS IIとなり、心筋梗塞による院外心肺停止後の蘇生後脳症と診断。
9/13	蘇生後脳症、腎不全に対するリハビリ等の加療で目的で転院したが、その後も植物状態。

<裁判所の判断 医師の責任を否定した理由>

- 心電図検査の結果が得られただけの段階では、急性心筋梗塞の可能性を念頭に検査・治療を続ける必要はあるものの、**直ちに転送すべき義務があつたとは認められない。**
 - 胸痛という典型的な症状が認められない。心電図所見では異常な波形も見られない。
 - 熱感や血圧の状況には急性心筋梗塞以外の疾患を疑わせるような所見も認められた。
- 心筋トロポニンT検査の結果が陽性と判明した8月1日、14:45頃の**時点で、患者を専門的治療のできる医療機関に転送する義務が生じた**というべきである。
- 14:45以降、患者が不穏状態となり、その対処が必要となっていた。
- 大学病院に到着までの時間も、**ガイドラインに適応**する。

エルゴメーターによる運動負荷試験中に心室頻拍を起こした患者が後遺障害を負った後に死亡したケースで、医師の過失が認められた事例（損害賠償額：約6,600万円）

診療録上、症状について「2週間に4回の胸痛があった」との記載のみ。胸痛の性状・強さ・持続時間などの詳細について確認された記載がない。



【医師】「電子カルテを導入したばかりでパソコンに慣れていなかつたため、記載を省略したに過ぎない。詳細な問診は行っていた。」



＜裁判所の判断＞

- ◆45歳前後の医師がパソコン入力に不慣れということ自体が不自然
- ◆仮に不慣れであったとしても、必要な記載を省略するのではなく、手書きのカルテを併用するなどの措置を探るのが当然のこと

医師法第24条第1項

医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない。

『**医師法第24条**がカルテの作成・保存を医師に義務づけたのは、診療行為の適正を確保するとともに、患者との法的紛争についての重要な資料となるもので、カルテに記載がないことはかえって診察をしなかったことを推定せしめるものとすら一般的にはいうことができる』

– 岐阜地裁 昭和49年3月25日判決

- 紛争化等により法律家（裁判所・弁護士）が介入した時点で、医療の問題から**法律問題**へと変わる。
- 法律問題の主役は医療者ではなく、法律家であり、医学・医療の**常識は通用しないこと**もある。
- 法律問題になると診療情報は**証拠へ**と位置付けが変わる。
- 原則的に裁判では証拠に基づいて**事実を認定**する。
- 証拠上、記録にないことは主張する側が**立証責任**を負う。
- 一般論として裁判では立証責任を負う側が**不利**といわれる。

- 内視鏡検査でキロシカイン・ショックによって患者が死亡したケースで、急変時の対応に過失が認められた事例

バイタルサインの推移や処置の時刻に関する記録が一切残されていなかった
『このようなことは、異常な事態といわなければならない。』

心電図モニターの記録用紙は紛失したとし、救命措置の時間的経過に関する客観的証拠も全く提出されなかつた



『救命措置現場の混乱ぶりを如実に示すとともに、
何らかの不自然さをぬぐうことができない』



医療機関は『立証に関する不利益を負うべき』

● 民事訴訟法第234条 【証拠保全】

裁判所は、予め困難となる事情があると認めるときは、申し立てにより、・・・・・、証拠調べをすることができる。

- ・ 証拠保全とは、訴訟前または訴訟継続中に証拠の保全を目的として行うもの
➤診療録等の記録、レントゲン写真、検査データなど

診療録が「見当たらない」とのみ弁解して病院側が提示を拒否したことについて、昭和60年5月25日以前のカルテ等が裁判の証拠として提示が求められていることを知りながら、敢えて廃棄等して原告が証拠として使用できない状態にしたものと推認。

診療録は、もし医師の診療が適正に行われているならば、そのことを証明する最良の証拠となるはずのものである。それを医師自身らが証拠とすることを妨害するのは、診療に不適正な点があったとの認定に結びつく記載が診療録中に存在したのではないかとの疑いを抱くに足りる行為であるというべきである。 (東京地裁平成6年3月30日判決、判例時報1523号106頁)

医療事故調査制度

医療事故

医療過誤

- **医療事故**…医療を提供する過程において生じる全ての人身事故

✓必ずしも医療側に責任が発生するわけではない

✓医療事故調査制度※における医療事故とは【予期せぬ死亡・死産で、医療起因性のあるもの】に限定

(※2014年6月18日成立 2015年10月1日施行)

- **医療過誤**…不適切な医療
(水準以下の医療)

✓ 医療事故のうち、医療行為に過失のあるもの
✓ 医療側に様々な責任が発生する場合がある

悪い結果 ≠ 医療過誤 (有害事象 ≠ 法的責任)



- 当該病院等に勤務する医療従事者が**提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産**であつて、**当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたもの**

	<u>医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産</u>	左記に該当しない死亡又は死産
管理者が死亡または死産を <u>予期しなかつたもの</u>	制度の対象事案	
管理者が予期したもの		

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の一部の施行
(医療事故調査制度)について(平成27年5月8日付医政発0508第1号)」より

- ※ 本制度の対象は、平成27年10月1日以降の死亡又は死産の事例に限定されています。
- ※ 本制度の対象は、医療過誤の有無によって決定されるものではありません。

病院、診療所又は助産所（以下この章において「病院等」という。）の管理者は、医療事故（当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるもの）が発生した場合には、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を第6条の15第1項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない。（医療法第6条の10）

医療事故のセンターへの報告は

法律で定められた医療機関の義務

2004年9月	「診療行為に関連した患者死亡の届出について一中立的専門機関の創設に向けて」 (日本医学会加盟学会)	異状死とは別の医療関連死の届出制度と調査の中立的専門機関の必要性を提唱
2005年9月	「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」 (日本内科学会)	原因究明を目的とした医療事故調査を実施
2007年4月	「診療行為に関連した死亡に係る原因究明等の在り方に関する検討会」(厚労省)	
	→ 2008年6月「医療安全調査委員会設置法案大綱案」公表	・公的機関による調査 ・刑事罰相当と思われる場合は警察へ通知
2011年8月	「医療の質の向上に資する無過失補償制度等の在り方に関する検討会」(厚労省)	医療界の反発
	→ 2012年2月「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」設置	無過失補償制度より過失の有無の調査の検討が先
	→ 2013年5月「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」取りまとめ	・医療機関自身による調査 ・法的責任の追及は目的としない

2015年10月 医療事故調査制度 開始

1999年～

日本国民は医療に内在する危険を目の当たりする

1999年1月 横浜市立大学医学部附属病院

– 患者取り違え手術（肺手術と心臓手術）

1999年2月 東京都立広尾病院

– 誤薬による死亡事故（ヘパ生と間違えて消毒薬を注射）

2000年2月 京都大学医学部附属病院

– 蒸留水の容器を取り間違え（エタノールを人工呼吸器の加湿器に注入）

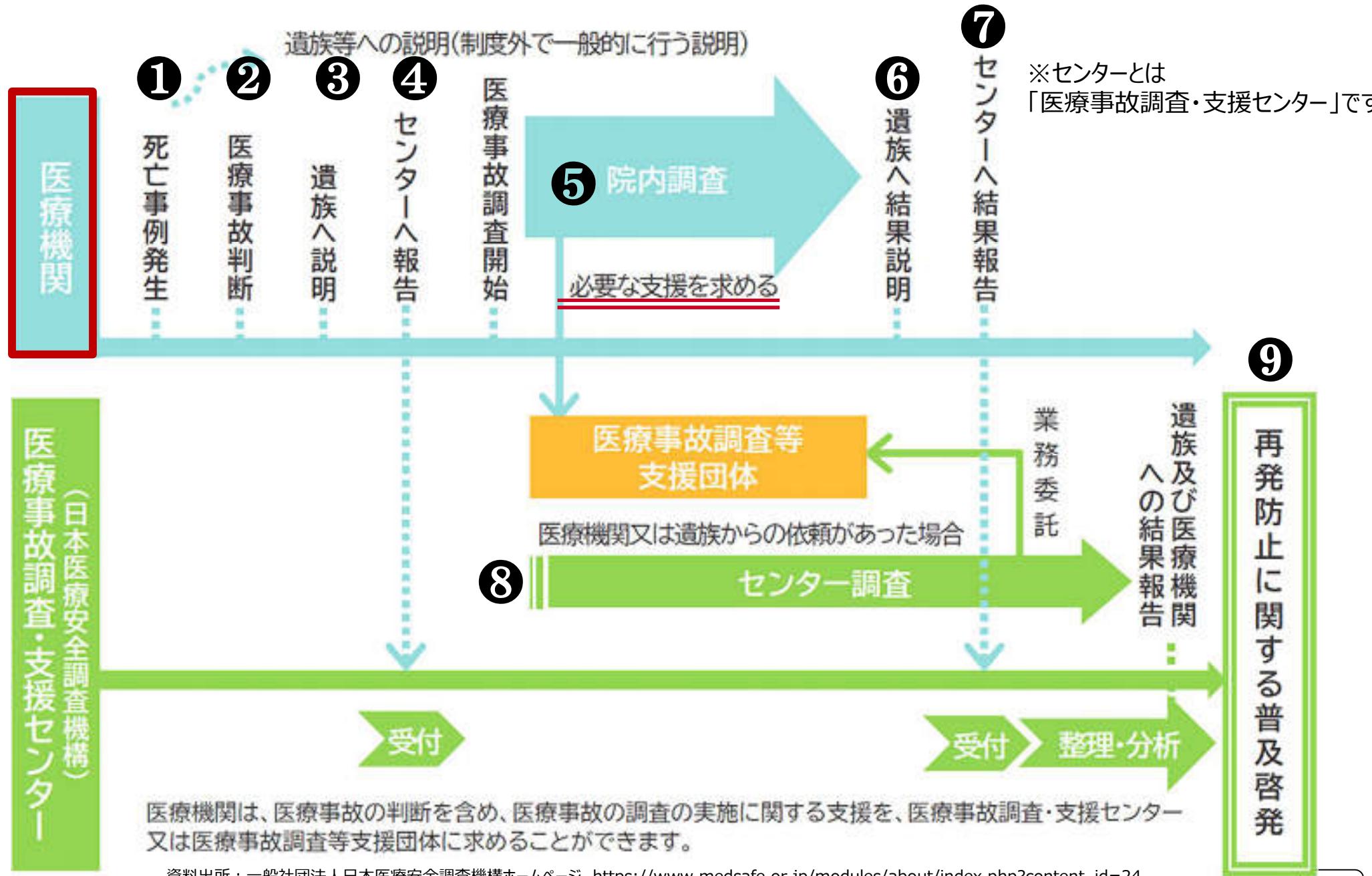
医療安全、患者安全は国民的な関心事に

制度が出来た背景には、過去の医療事故や
医療機関に対する社会の不信がある



外部の目を意識した運用が求められる

医療機関に求められているのは
原因究明・再発防止と公正・中立的な調査

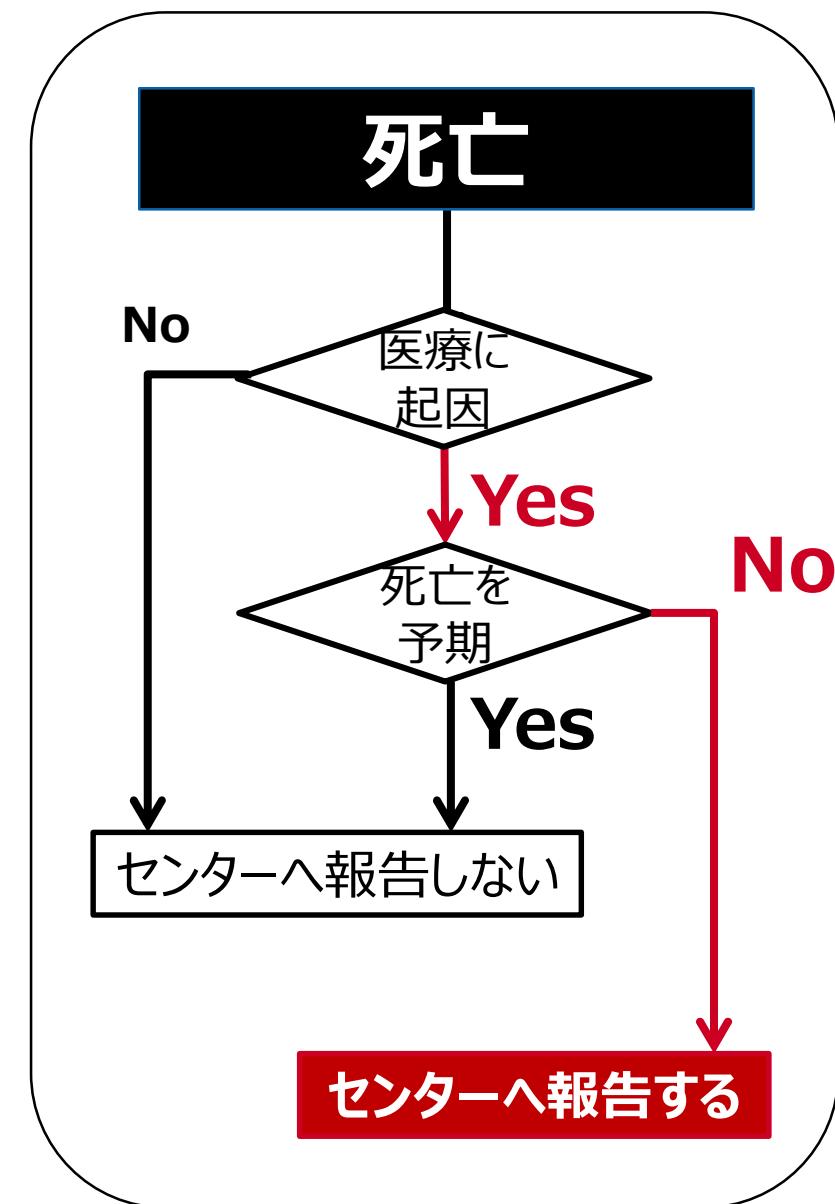


- ✓ 次の2つの要件を満たすものが

医療事故

- ✓ 当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産
- ✓ 当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるもの

(医療法 第6条の10)



「医療」（下記に示したもの）に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産（①）

○**診察**

-兆候、症状に関連するもの

○**検査等**（経過観察を含む）

-検体検査に関連するもの

-生体検査に関連するもの

-診断穿刺・検体採取に関連するもの

-画像検査に関連するもの

○**治療**（経過観察を含む）

-投薬・注射（輸血含む）に関連するもの

-リハビリテーションに関連するもの

-処置に関連するもの

-手術（分娩含む）に関連するもの

-麻酔に関連するもの

-放射線治療に関連するもの

-医療機器の使用に関連するもの

○**その他**

以下のような事案については、管理者が医療に起因し、又は起因すると疑われるものと判断した場合

-療養に関連するもの

-転倒・転落に関連するもの

-誤嚥に関連するもの

-患者の隔離・身体的拘束/身体抑制に関連するもの

①に含まれない死亡又は死産（②）

左記以外のもの

<具体例>

○施設管理に関連するもの

-火災等に関連するもの

-地震や落雷等、天災によるもの

-その他

○併発症

（提供した医療に関連のない、偶発的に生じた疾患）

○原病の進行

○自殺（本人の意図によるもの）

○その他

-院内で発生した殺人・傷害致死、等

※1 医療の項目には全ての医療従事者が提供する医療が含まれる。

※2 ①、②への該当性は、疾患や医療機関における医療提供体制の特性・専門性によって異なる。

✓ 次の3つのいいずれにも該当しないと管理者が認めたもの

- ✓ 病院等の管理者が、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該医療の提供を受ける者又はその家族に対して当該死亡又は死産が**予期されることを説明していた**と認めたもの
- ✓ 病院等の管理者が、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該死亡又は死産が予期されることを当該医療の提供を受ける者に係る**診療録その他の文書等に記録していた**と認めたもの
- ✓ 病院等の管理者が、当該医療を提供した**医療従事者等からの事情の聴取**及び第1条の11第1項第2号の**委員会からの意見の聴取**（当該委員会を開催している場合に限る。）を行った上で、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該死亡又は死産を**予期していた**と認め**た**もの

（医療法施行規則第1条の10の2）

* 説明していること、記録されていること

一般的な死亡の可能性についての説明や記録ではなく、当該患者個人の臨床経過等を踏まえて、当該死亡又は死産が起こりうることについての説明及び記録であることに留意すること

(出典) 厚生労働省医政発0508第1号 (解釈通知)

* 「合併症の可能性」についてのみの説明や記録がされていた場合

単に合併症の発症についての可能性のみであった場合は（予期していたことに）該当しません。

(出典) 厚生労働省 医療事故調査制度に関するQ&A (平成27年9月28日更新)

* 予期されると管理者が確認した場合

- ① 単身で救急搬送された症例で、緊急のため、記録や家族の到着を待つての説明を行う時間の余裕がなく、かつ、比較的短時間で死亡した場合
- ② 過去に同一の患者に対して、同じ検査や処置等を繰り返し行っていることから、当該検査・処置等を実施する前の説明や記録を省略した場合

(出典) 厚生労働省 医療事故調査制度に関するQ&A (平成27年9月28日更新)

Q：誰が医療事故と判断するのか？

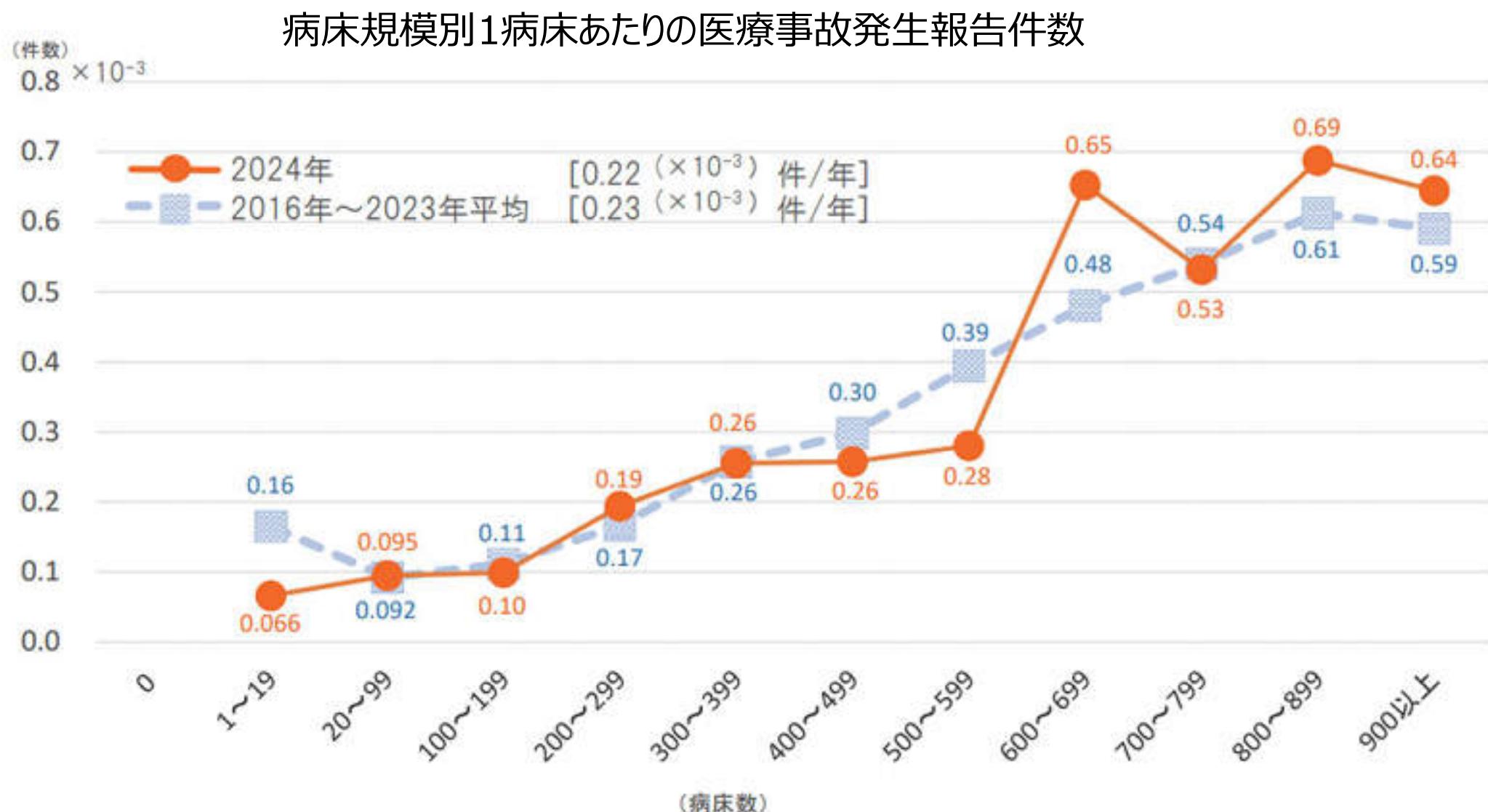
A：本制度において「医療事故」に該当するかどうかについては、**医療機関の管理者が組織として判断すること**とされています。

	医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産	左記に該当しない死亡又は死産
管理者が死亡または死産を予期しなかったもの	制度の対象事案	
管理者が予期したもの		

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の一部の施行
(医療事故調査制度)について(平成27年5月8日付医政発0508第1号)」より

複数の医療機関から医療が提供された場合(患者の転院等)は、
双方の医療機関で連携してこの制度の対象になるかどうかを判断します。

出典：一般社団法人日本医療安全調査機構ホームページ <https://www.medsafe.or.jp/survey/public> 2026/1/8アクセス



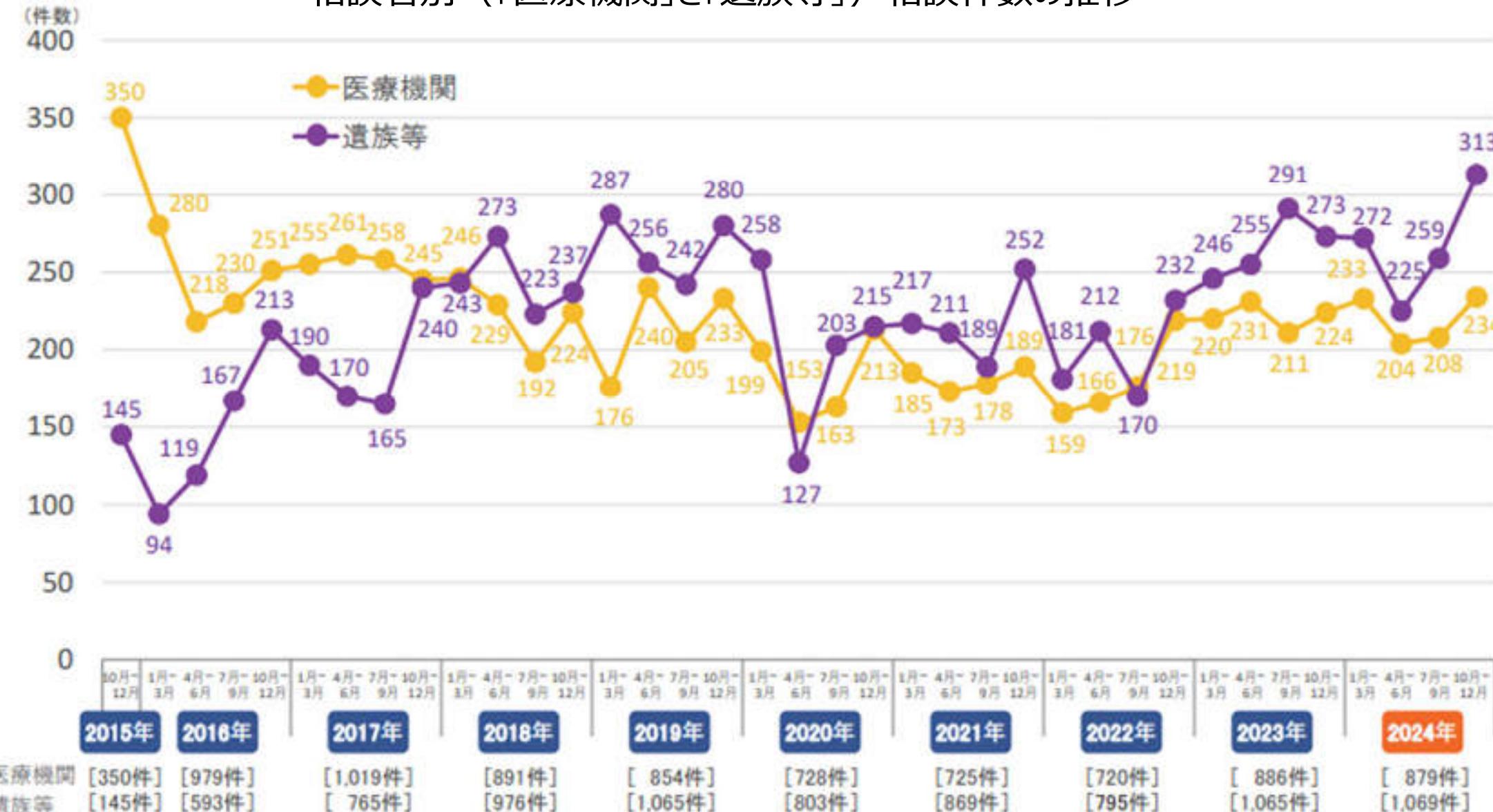
*「1病床あたりの報告件数」は、2016年～2023年は各年の1月～12月の報告件数/8年/病床数、2024年は1月～12月の報告件数/病床数として算出し、有効数字2桁で表示している

*「病床数」は、2016年～2023年の平均。2024年ともに「令和5年医療施設調査」(厚生労働省)に基づき算出している。

*「病床数」には、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床、一般病床、一般診療所の病床を含む。

出典：一般社団法人日本医療安全調査機構「医療事故調査・支援センター2024年 年報
https://www.medsafe.or.jp/med-cms/wp-content/uploads/2025/10/nenpou_r6_all.pdf アクセス日、2026/1/8

相談者別（「医療機関」と「遺族等」）相談件数の推移



出典：一般社団法人日本医療安全調査機構「医療事故調査・支援センター2024年 年報
https://www.medsafe.or.jp/med-cms/wp-content/uploads/2025/10/nenpou_r6_all.pdf アクセス日、2026/1/8

患者が死亡していないが、重大な医療事故があつたら、すべて第三者機関（医療事故調査・支援センター）に報告しなければならないでしょうか。

- 
- ①
死亡事例発生
- ②
医療事故判断
- A diagram on the left shows a vertical flowchart. A teal arrow points from the top to the bottom. On the left, there are two circles labeled ① and ②. To the right of circle ① is the text "死亡事例発生". To the right of circle ② is the text "医療事故判断". Ellipses are shown between the two stages.

【判断のポイント】死亡事例かどうか？

調査の対象は「**死亡事例**」に限ります。

※医療起因性があり、かつ、管理者が予期しなかったもの

脊柱管狭窄症の患者に脊髄造影検査を実施。

検査中に患者の容体が急変し死亡した。

脊髄注入禁忌の造影剤を使用したことが分かった。

- ①
- ②

死亡事例発生

医療事故判断

医療機関

【判断のポイント】①医療に起因？②予期していたか？

①禁忌の造影剤で脊髄造影し急変したことは、医療に起因している。

②造影検査による死亡は予期していない。

日本医師会「研修ワークブック 院内調査のすすめ方 2020年度」を参考に弊社で作成

直腸癌術後の末期患者。鎮痛目的の麻薬を誤って過剰投与し、呼吸不全のため死亡。遺族に誤薬を説明すると、「これまでよくやっていただいたので、あえて事故報告しなくてもよい」と言われた。

①
②

死亡事例発生
医療事故判断

医療機関

【判断のポイント】①医療に起因？②予期していたか？

- ①薬の投与は、医療に起因している。
- ②麻薬の投与により呼吸不全となり、死亡するとは予期していない。

※遺族の意向、死が避けられない状態との関係報告すべき事例かどうかは、その事象が「医療に起因している」「予期していない」の2点で判断する。末期状態や遺族の意向は判断に入れない。

日本医師会「研修ワークブック 院内調査のすすめ方 2020年度」を参考に弊社で作成

患者へガイドラインに則り治療を実施。急性肺障害を発症し死亡。死亡は予期されていたが「こんな事で死ぬなんて！」遺族は納得しないので、医療事故調査・支援センターに調査を依頼したほうが良いでしょうか？

①
②

死亡事例発生
医療事故判断

【判断のポイント】①医療に起因？②予期していたか？

- ①ガイドラインに則った治療は、医療に起因している。
- ②死亡が予期できている場合は医療事故に該当しない。

※医療事故に該当するものがセンター報告対象。

医療事故には該当しないが、事前の患者(家族) 説明が十分ではない場合は、事故調査関係なく院内で検証、調査した結果を遺族へ説明する事が望まれます。

発熱、下痢、嘔吐、悪寒を主訴とした妊娠38週の患者。入院後陣痛を認め重度の胎児機能不全と診断され緊急帝王切開術を実施。1週間後、劇症型敗血症性ショックにより死亡。

① ②

死亡事例発生

医療事故判断

医療機関

【判断のポイント】①医療に起因？②予期していたか？

①緊急帝王切開術は医療に起因しているが、入院時より患者に何らかの感染症が疑われる

②入院時点では、母体の死亡が予期できていない

※医療従事者等から十分事情を聴取し、残された物品やデータ、解剖結果などから医療事故かどうかの判断を行う。（院内調査+外部支援医療専門家の調査を実施。）

・死亡から医療事故の判断に要した日数の中央値：42日

最短2日、最長2,649日（2024年）

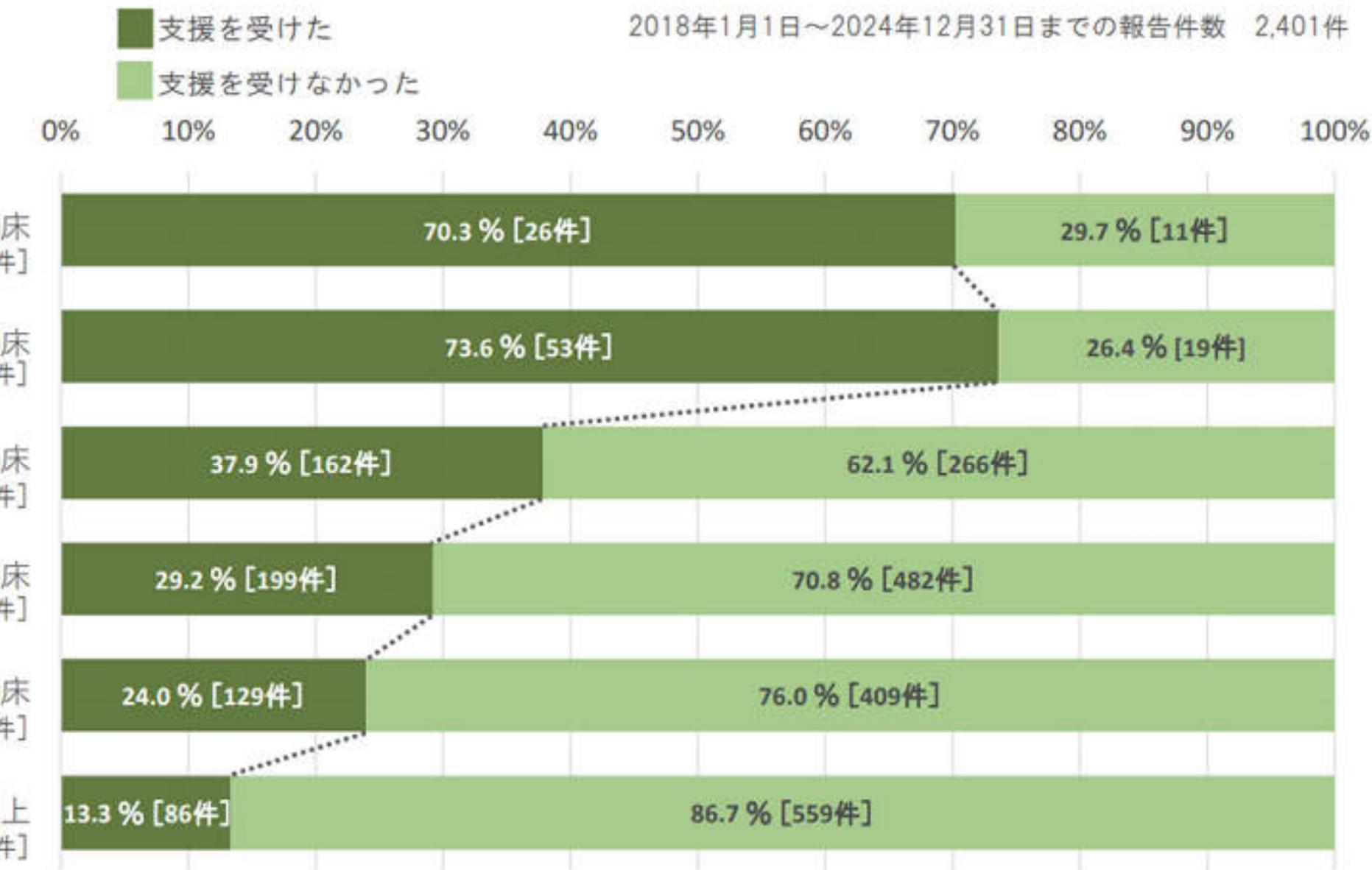
出典：一般社団法人日本医療安全調査機構「医療事故調査・支援センター2024年 年報」

https://www.medsafe.or.jp/med-cms/wp-content/uploads/2025/10/nenpou_r6_all.pdf アクセス日
、2026/1/8

- 医療事故調査支援団体の支援を利用する方法もある
 - ✓ 医療事故報告前であっても、医療事故調査・支援センターを通じて、各団体*に医療事故の判断に関する相談をすることが可能

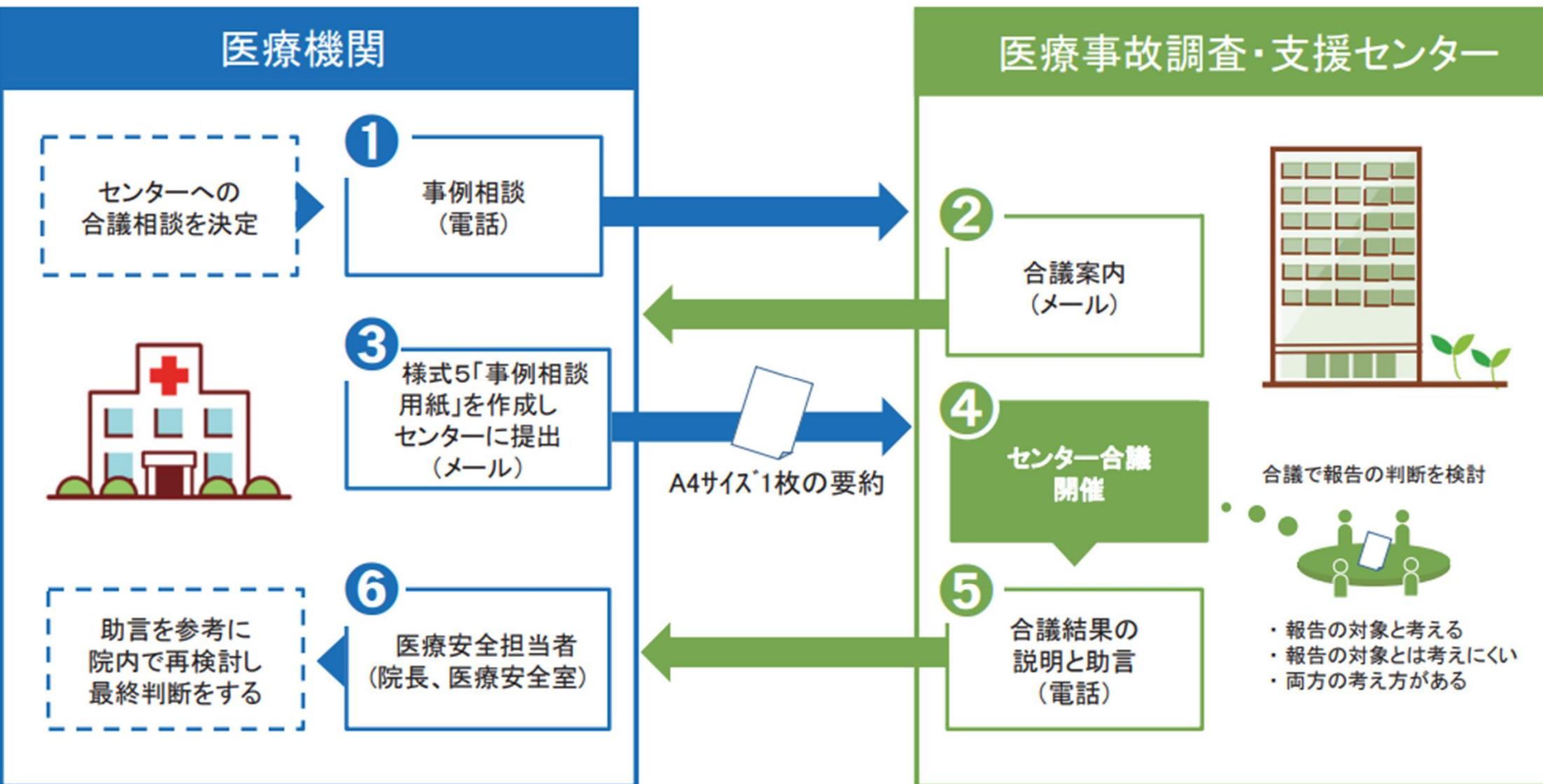
* 職能団体 (e.g.医師会) 、病院団体 (e.g.全国自治体病院協議会) 、医療関連学会等

病床規模別事故報告判断における支援状況



この集計は、2018年1月1日～2024年12月31日までに事故報告をされた医療機関への照会に基づき、センターが集計したものである。

出典：一般社団法人日本医療安全調査機構「医療事故調査・支援センター2024年 年報
https://www.medsafe.or.jp/med-cms/wp-content/uploads/2025/10/nenpou_r6_all.pdf アクセス日、2026/1/8



出典：一般社団法人日本医療安全調査機構「医療事故調査・支援センター2024年 年報
https://www.medsafe.or.jp/med-cms/wp-content/uploads/2025/10/nenpou_r6_all.pdf アクセス日、2026/1/8

☑ 事故発生直後の現場保全を徹底する

特に、医療事故調査制度の判断がつかない場合

- ✓ 遺体の保全：指示があるまで処置しない
- ✓ 気管チューブ、カテーテル、留置針など：体内に挿入した状態で保存
- ✓ 医療機器等：事故発生時の状態で保存
- ✓ 生体情報モニター：アラームの履歴確認、可能な場合は印刷保存
- ✓ 病室の保全：可能な場合は事故発生時の状態を確保
- ✓ 血液・尿等の検体：遺族に目的を説明の上、検体採取
- ✓ 薬剤：事故発生時の状態で保存
- ✓ 出血時の衣類、シーツなど：出血量測定と現物保存
- ✓ ごみ類の保存：廃棄する医療材料等を含め、ごみ箱の中身を保存
- ✓ 映像による記録：遺族への同意を前提に事故発生時の状況を撮影

遺族への説明が最初

センターへの報告

✓ 病院等の管理者は、前項の規定による報告をするに当たつては、あらかじめ、医療事故に係る死亡した者の遺族又は医療事故に係る死産した胎児の父母その他厚生労働省令で定める者（以下この章において単に「遺族」という。）に対し、厚生労働省令で定める事項を説明しなければならない。

（医療法 第6条の10）

遺族への説明事項

- 日時／場所／診療科
- 医療事故の状況
 - 疾患名／臨床経過等
 - 報告時点で把握している範囲
 - 調査により変わることがあることが前提であり、その時点で不明な事項については不明と説明する
- 制度の概要
- 院内事故調査の実施計画
- 解剖又は死亡時画像診断（Ai）が必要な場合の解剖又は死亡時画像診断（Ai）の具体的実施内容などの同意取得のための事項
- 血液等の検体保存が必要な場合の説明

センターへの報告事項

- 日時／場所／診療科
- 医療事故の状況
 - 疾患名／臨床経過等
 - 報告時点で把握している範囲
 - 調査により変わることがあることが前提であり、その時点で不明な事項については不明と記載する
- 連絡先
- 医療機関名／所在地／管理者の氏名
- 患者情報（性別／年齢等）
- 調査計画と今後の予定
- その他管理者が必要と認めた情報

（平成27年5月8日医政発0508第1号）

- 遺族には制度の概要や今後の進め方について丁寧に説明する
- 解剖・Aiの同意が得られない場合は、勧めた事実を記録しておく

- これはあなたのご家族がどうして亡くなったかを知るためにとても重要なものです。
- 「解剖しておけば良かった」、「何故しなかったのかと親族に責められた」という話をよく聞きます。亡くなられたばかりですからご判断は大変かと思いますが、皆様でよくご検討ください。
- 当院では解剖ができませんので、ご遺体を解剖できる施設までお運びする必要がありますが、我々が調整します。何か分からぬことがありますればどんな小さなことでも聞いてください。できる限りお答えします。

- 解剖により死因の究明ができる場合もありますが、我々の知るところではどのくらいできているかは分かりません。
- 当院では解剖はできません。そのためご遺体を解剖ができる施設にお運びしてからになるので、手間や時間がかかります。いかがしますか。

✓ 調査を行う院内調査委員会を設置 (必置義務ではない)

✓ **外部委員を入れることが望ましい**

(約9割*の医療機関で外部委員を導入。外部委員の数は2人が最多)

✓ 顧問弁護士や加入保険会社の人間、親しい関係者等の利害関係がある者、病院の利益を保護する立場にある者は中立性・公平性といった点では理解を得にくい

*一般社団法人日本医療安全調査機構「医療事故調査・支援センター 2024年 年報」

- 委員会の設置や委員の構成等については、法令上の定めなし
- 透明性の確保をアピールできる委員の構成にする**

✓ 調査項目については、以下のの中から必要な範囲内で選択し、それらの事項に関し、情報の収集、整理を行うものとする
(平成27年5月8日医政発0508第1号)

- 診療録その他の診療に関する記録の確認
(例) カルテ、画像、検査結果等
- 当該医療従事者、その他の関係者からのヒアリング
※遺族からのヒアリングが必要な場合があることも考慮する
- 医薬品、医療機器、設備等の確認
- 解剖又は死亡時画像診断 (Ai)
- 血液、尿等の検体の分析・保存の必要性を考慮

- 調査の過程において可能な限り匿名性の確保に配慮すること
 - 原因も結果も明確な、誤薬等の単純な事例であっても、調査項目を省略せずに丁寧な調査を行うことが重要

- 医療機関の管理者と遺族はセンターに事故調査を依頼することができる
 - ✓ 医療事故としてセンターに報告があった事案が対象
 - ✓ 医療機関はセンターからの調査協力への求め（資料の提出や説明）を拒むことはできない（拒んだ場合、センターはその旨公表できる）

（医療法 第6条の17）

※センター調査の依頼40件のうち、遺族からの依頼が**80.0%**
「院内調査結果に納得できない」

センターから調査の協力依頼があつたら、協力する

✓ 報告書作成上の留意点

- ✓ 本制度の目的は医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではないことを、報告書冒頭に記載する
- ✓ 当該医療従事者等の関係者について匿名化する
- ✓ 院内調査の内部資料は含まない

(平成27年5月8日医政発 0508 第1号)

**遺族や外部の目に触れることを前提とした報告書にする
= 匿名化の徹底、個人に責任を帰さないもの**

【参考】医療事故調査報告書



<p>フォーマット</p> <p>事故報告管理番号</p> <p>報告書</p> <p>平成〇年〇月</p> <p>〇〇病院</p>	<p>1. 医療事故調査報告書の位置づけ・目的 この医療事故調査制度の目的は、医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではない。</p> <p>…</p> <p>事故調査の項目、手法及び結果 概要（調査項目、調査の手法）</p> <p>この医療事故調査制度の目的は、医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではない。</p> <p>・調査において再発防止策の検討を行った場合、管理者が講ずる再発防止策</p> <p>・当該医療従事者又は遺族が報告書の内容について意見がある場合等は、その旨を記載</p>
--	---

一般社団法人 日本医療安全調査機構(医療事故調査・支援センター) 報告書フォーマット
https://www.medsafe.or.jp/modules/method/index.php?content_id=12 (アクセス2026/1/8)

- ・ たとえば…

医師の指示を受けた処置室の看護師が、別の看護師に代わりに点滴の実施を依頼した。担当した看護師は、投与すべき薬剤を取り違えて実施し、患者が急変。その後死亡した。



□ こんな事故調査報告書だったら…

死亡の原因:誤薬

事故の原因:看護師Aの確認不足(ヒューマンエラー)

再発防止策:看護師に対する再教育(個人に対する対策)

報告書上、看護師Aのエラーのみが強調される

遺族の看護師Aに対する処罰感情が強まる
(学習目的としての対策ではない)

□ こんな事故調査報告書だったら…

死亡の原因:誤薬

事故の原因(薬の取り違いを引き起こした原因)

当事者の勤務状況(超過勤務の有無)

当時の人手

上位職とのコミュニケーション

指示の適切性と確認ルール

経験年数、研修履歴と上位職の認識

類似事例の院内共有の有無

情報システム(電子カルテ・オーダーリングなど)の問題

医薬品等の管理体制

紛らわしい品名やラベル、容器などへの対策が…

ヒューマンエラーを引き
起こした背景要因(組織
的・システム的要因)に着
目した原因を記載する

※再発予防策:「実施時(診療時・処置時)には実施困難であったが、今回の事故を契機に
将来の事故予防策(提言)であること」を記載しておくことも一つの方策

様々な背景要因がエラーの原因と理解できる

看護師A個人に対しての怨嗟や処罰感情につながり難い
(広く組織の問題点に対する学習目的の再発防止策となる)

医療訴訟において、院内事故調査報告書が裁判時に証拠として提出されないとは言えない。

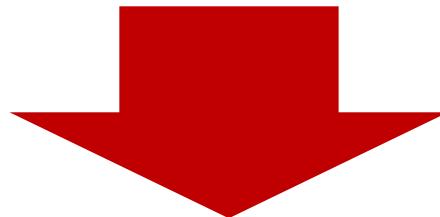
**医療事故調査制度の目的は、
原因究明・再発防止（非懲罰性・秘匿性・独立性）**

院内事故調査報告書を作成する際は、

- ①中立性・公平性が担保されているか
- ②原因究明と再発防止を目的としているか
(調査の結果原因が不明な事や再発防止策がとれない事もある)

→法的責任の有無を判断することを目的としているのではない

- ☑ 出された証拠（報告書）をどう扱うかは裁判所の判断
- ☑ 裁判所からの文書提出命令など、法に則った開示請求があれば、提出せざるをえない



事故原因を個人に帰する報告書にしないこと、
匿名化することが重要

✓ 遺族への説明が最初

センターへの報告

- ✓ 病院等の管理者は、前項の規定による報告をするに当たつては、あらかじめ、遺族に対し、厚生労働省令で定める事項を説明しなければならない。ただし、遺族がないとき、又は遺族の所在が不明であるときは、この限りでない。

(医療法 第6条の11)

遺族への説明事項	センターへの報告事項
<ul style="list-style-type: none">センターへの報告事項の内容を説明する	<ul style="list-style-type: none">日時／場所／診療科医療機関名／所在地／連絡先医療機関の管理者の氏名患者情報（性別／年齢等）医療事故調査の項目、手法及び結果<ul style="list-style-type: none">調査の概要（調査項目、調査の手法）臨床経過（客観的事実の経過）原因を明らかにするための調査の結果 ※必ずしも原因が明らかになるとは限らないことに留意すること。調査において再発防止策の検討を行った場合、管理者が講ずる再発防止策については記載する。当該医療従事者や遺族が報告書の内容について意見がある場合等は、その旨を記載すること。

(平成27年5月8日医政発0508第1号)

再発防止は可能な限り調査の中で検討することが望ましいが、必ずしも再発防止策が得られるとは限らないことに留意すること

✓ 遺族が希望する方法で説明するように努めなければならぬ
(平成27年5月8日医政発0508第1号)

- ✓ 口頭（説明内容をカルテに記載）又は書面（報告書又は説明用の資料）若しくはその双方の適切な方法により行う

遺族に報告書を渡すかどうか

- ✓ 遺族への報告書の手交は義務付けられていない
- ✓ 渡さなかった場合のリスク
 - ・医療機関に対する不信感の増幅

説明・記録を心がける

→少しでも死亡や死産が予期されるのであれば、記録・説明をしておく
当該患者個人の臨床経過等を踏まえる（個別性、具体性）

医療事故発生時の対応マニュアルの整備・周知

→頻発することではないため、発生時にスムーズに動くことは難しい。
予めマニュアルを周知し、浸透させておくこと

説明・記録を心がける

以下の要件を満たすことで、医的侵襲行為は正当な業務として
傷害罪 に該当しないと認められる

※以下要件を満たさなければ『傷害』(刑法第204条)

1. 医師が治療目的を有していること
2. (診療当時における) 医療水準を満たしていること
3. 本人(患者)が承諾していること

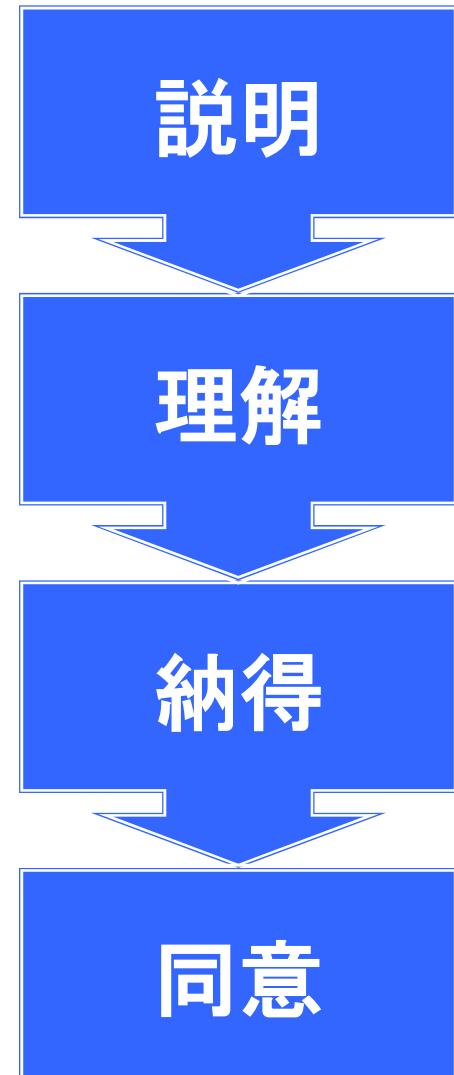
医療法第1条の4 第2項

医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。

インフォームドコンセント(informed consent)とは
十分な説明を受けたうえで、患者が同意
(治療の拒否等をすることも含む)すること。
患者が同意することを意味
(患者が実施するもの)する。

- × : 医療者が説明して患者の同意を取り付ける
- : 患者が医療者から説明を受け同意する

どれほど詳しく説明したつもりでも、患者が理解できていなければ十分に説明したことにはならない



□裁判でいわれる「説明義務」

「診療契約に基づき……」

「診療契約上の義務として……」

患者と医療機関との間で結ばれるもの



医療（診療契約）は法律上、
「委任契約」に準ずるものとされる
(準委任契約)

- 民法第645条 ※委任契約の条文

受任者は、委任者の請求があるときは、いつでも委任事務の処理の状況を報告し、委任が終了した後は、遅滞なくその経過及び結果を報告しなければならない。

【診療契約】…・準委任契約(一定の仕事や役務を第三者に委ねること)

- 患者が医療機関で治療を受ける場合、患者と医療機関との間で「診療契約」が結ばれている。
- 診療契約の目的は、病気を治療することであり、治癒を保証するものではない。※注意義務を尽くせば、結果が期待通りでなくてもよい

判例

医師は、患者の疾患の治療のために手術を実施するに当たっては、**診療契約に基づき**、特別の事情にない限り、患者に対し、当該疾患の診断（病名と病状）、実施予定の手術の内容、手術に付随する危険性、ほかに選択可能な治療方法があれば、その内容と利害得失、予後などについて**説明すべき義務がある**（最高裁平成13年11月27日判決、平成18年10月27日判決等）

「急変する可能性もあります」

医師

患者の状態が悪く、近
日中に死に至る状況。

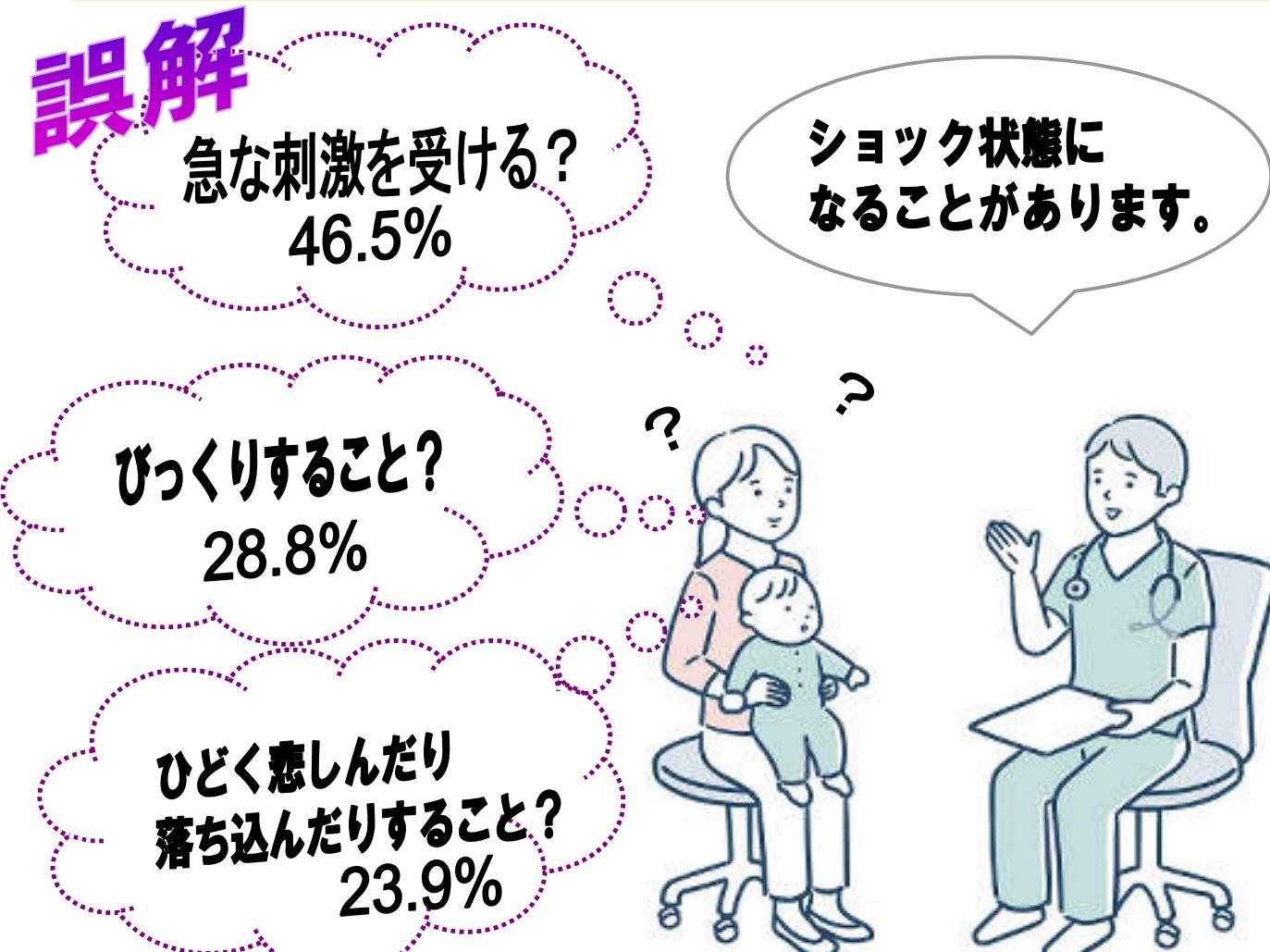
家族

急変するけれども死に
は至らない。

「急変」…イメージがつ
かない。
死ぬとは聞いていない。

国立国語研究所は、医療用語100語に対して一般市民の認知度・理解度について調査し公表した。報告では、病院の言葉の分かりにくさとそれをなくしていくための工夫を類型化し、説明の仕方を具体的に提案している。

国立国語研究所 <http://www.kokken.go.jp/> 「病院の言葉」を分かりやすくする提案



まずこれだけは

血圧が下がり、生命の危険がある状態

少し詳しく

「血液の循環がうまくいかず、細胞に酸素が行きにくくなった状態です。生命に危険があるので、緊急に治療が必要です。」

時間をかけてゆっくりと

「血液の循環がうまくいかなくなって、脳や臓器などが酸素不足におちいり、生命にかかわる大変に危険な状態です。早急に治療する必要があります。そうしないと血圧が下がる、顔面が真っ白になる脈が弱くなる、意識がうすれるなどの症状が現れます。」

- 単に「リスクがある」と言うだけでは、必要以上にリスク認知を高め、恐怖を感じる人もいる。
「…そのようにならないように、充分注意し（具体的に）対策をとって行ないます。」
- 自分に都合の良い情報だけ聞いてしまう。
「選択的リスニング」
(例) 「検査結果では、今は大丈夫ですが、経過観察が必要で、次回は…」
⇒通院しなくなる。
- いつも悲観的に、または楽観的に考えてしまう人がいる。
- 選択肢の表現の仕方で結論が異なる。
「フレーミング効果」：同一の選択肢であっても、選択者の心的構成（フレーミング）が異なると、意思決定が異なってくる効果のこと。
(例) 放置すると全員死亡の難病 1 0 0 0 症例の治療法A,Bの治療成績
表現①治療法Aの場合、300人が助かる。
治療法Bの場合、70%の確率で死亡する。
表現②治療法Aの場合、700人が死亡する。
治療法Bの場合、30%の確率で助かる。



□ インフォームド・コンセント (Informed consent)

患者が充分な説明を受けて**同意する**

- 提案に対するYesかNoか二者択一を迫るため、患者の自由度が低い



□ インフォームド・チョイス (Informed choice)

患者が充分な説明を受けて**選択する**

- 医師のお勧めだけでなく、様々な選択肢の中から選択できるので、患者の自由度がやや高まる



□ シェアード・デシジョン・メイキング (Shared decision making)

患者と医師が**協働して意思決定する**

- 患者と医師が対等な立場で利害を共有して方針を決めるので、患者の自由度がさらに高まる

Q.患者の中には、「医療のことは難しいので、聞いてもよくわからないから、先生にすべてをお任せします。」として、実質的に説明を拒否する人がいると思いますが、その場合、どのように対応すべきでしょうか？

- 「説明を受けない（説明を拒否する）こと」を選択しているので、自己決定権の侵害には当たらないとの考え方もありますが、このようなケースでは、手術等の結果、合併症が生じたり、後遺症が残ったような場合には、後々、「そのような合併症の危険性について説明を受けていない」、「後遺症が残るとは聞いていない」と主張してくるのが常です。
- このような言いがかり的なトラブルを避けるためには、無理やりでも説明を聞いてもらうしかありません。また、口頭だけで説明するのではなく、説明内容を分かりやすく記載した説明書や説明した際に書いた説明図などを手渡した上で、その写しを残しておくことが望まれます。
- また、その説明のやりとりをカルテに証跡として残しておくことが大切です。

- ◆ 「私は、○○についての説明を受け、同意いたしました」
→説明したことの証拠としては不十分。

同意書があることで、リスクについて説明した一応の証拠にはなるが
【署名捺印した同意書さえ取っておけばすべて免責】ということではない。

**患者の同意、医師の説明が必要なのであって、
同意書面が必要なわけではない。**

●『どういうことを説明したか』を残す事が大事

説明の内容が同意書に記載してある。

別に、「説明書」を用意し同意書中では「別紙説明書記載のとおりの説明を
確かに受けました」という形で同意を取り付けておく。

* 説明書は必ず病院・患者側の双方で持つようにし（コピーするなど）カルテには
「別紙説明書を渡し口頭で説明」と説明者、日時とともに明記しておく

Q. リスクを伴う検査・手術の場合、同意書への家族のサインが必要か？

「高齢者だから」という理由のみで、「一律に」同意書に家族のサインを求めるわけにはいかない
本人の意識や理解力を前提として、個別に判断すべき
(高齢者でなくとも)意識や理解力が十分でなければ、
家族への説明・同意も必要



● 高齢者本人への説明には工夫が必要

説明の事実をカルテに記載する際に、高齢者本人に理解力があることも記載する

例：日常生活・通院の様子など「理解力は十分と判断して本人に説明」
患者本人に「家族にも説明しますか？」と質問し、その回答をカルテに記載する

例：「家族への説明を打診したところ、本人からは○○との回答」
「医師がなぜ患者本人への説明だけで終えたのか」を根拠づける理由を記載する
(簡潔なものでも)

Q. 保護者の同伴なく受診するケースにおいて、どのように対応すべきか？

患者本人が「親に内緒で」と言った場合も、治療・検査・投薬等について十分な理解が得られないと医師が判断した場合には、その場で親を呼ぶ（緊急性あり）、一旦治療を中止する（緊急性なし）ということも想定。

- 初診と再診とを分ける

少なくとも初診には親に付き添ってもらい、その後の治療方針について包括的な了解をとる

- 患者自身や治療内容なども考慮

中卒以上であれば、事理弁識能力があり治療に対する一定の理解力があると考えられる軽い風邪の治療と、侵襲を伴う検査・手術とでは扱いを分ける

- 個人情報保護の観点から

医師が本人の生命・身体の保護のために必要であると判断すれば、本人が「親には秘密にしてほしい」と言ったとしても、家族等へ説明することは可能



参考：「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」に関するQ&A（事例集）68

Q.患者本人以外の人物(家族等)が署名する可能性もあるため、病院で職員の前で署名させたほうがよいか？

侵襲性の高い処置や手術等の場合、説明の後、患者本人が熟慮するうえで十分な時間を提供することが推奨されるため、一度自宅に持ち帰ってもらい、よく考えて決断した後に署名してもらう



署名を、あえて職員の目の前で行わせることは、患者と職員双方の負担が大きくなり、「今すぐここで署名してください」と促すと、後になって「あのとき強制的に同意させられた」と主張されるなどの問題が生じかねない

確実に本人に署名してもらうためには、家族が書かないように、ということを口頭で説明する、同意書の末尾に「署名できない事情がある場合を除き、必ず患者本人が署名してください」と注記する、といった方法が有効と考えられる

なお、患者本人が、持ち帰った同意書の内容は了承したものとの持参を忘れた、という場合には、同じ同意書を出してその場で署名してもらう

Q.高齢患者(認知症あり)の診察時に、キーパーソン(実子)に説明し治療の同意を得たが、後日、別の親族から医療不信の訴えがあり、再度説明を求められた。どのように対応すればよいか？



- 別の親族から苦情を受けた場合は、
 - 不満を訴えた親族への個別対応はしない
 - 親族間で話し合ってキーパーソンを決めさせていただく
 - 再説明を行う場合には、両者を同席させる
- 原則として、患者や家族から「誰々に連絡をください」と言われば、真のキーパーソンかどうか調査する義務は医療機関ではなく、それに従えばよい
- 親族間の関係に問題がある場合、医療機関が間に入って板ばさみにならないよう注意

伝えたこと ≠ 伝わったこと

伝えただけで安心してはいけない



必ず、「何が伝わったのか」を確かめる



「分かりましたか？」
「何か質問はありませんか？」



「何か気になることはありませんか？」
「お聞きになりたいことはありますか？」
「ここまでお聞きになって、いかがでしょう？」

このような「上から目線」の質問には、理解していないことがバレると恥ずかしいという心理が働き、「分かりません」とは言いづらいものです。

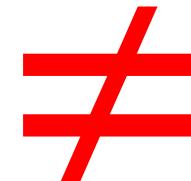
相手の表情や声の調子にも気を配り、小さな変化を見逃さないで下さい。効果的な質問で、相手がどの程度理解しているのかを上手に引き出しましょう。

コミュニケーションは、ズレやすいことを
肝に銘じ、常に確認を怠らないこと

①言わせてごもっとも、
再発防止を考え対応する内容

②理不尽ないいがかり、
顧客からの無理難題な内容

問合せ・苦情



カスタマーハラスメント

種類を見極め、
対応の迷走を避けること

- 初期段階ではこちらを
念頭において対応する
- 誠実な対応

- テクニックで対応
 - 警察への通報・相談
 - 弁護士への委任
 - その他法的措置など
を視野に入れた、厳格な対応

- 困った患者さんへの対応
- カスタマーハラスメント

- ・ **カスタマーハラスメント**
- ・ **Customer harassment :**

**顧客等からのクレーム・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**

出典:厚生労働省,カスタマーハラスメント対策企業マニュアル より当社作成 <https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000915233.pdf> accessed 2025-12-21

顧客等からの著しい迷惑行為(暴行、脅迫、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

ハラスメントとは▶人に対する嫌がらせ

①違法な利得目的（金銭等）があるもの ≒ 従来型悪質クレーム

- 事実を確認した上で要求を拒否
- 「今だけで、今後関わらないで済むなら」と考えるのは厳禁

②瑕疵や過失がないのにも関わらず、執拗に難題を突きつけてくるもの いわゆるカスタマーハラスメント

理不尽な要求 … 土下座・謝罪文・担当変更の要求など

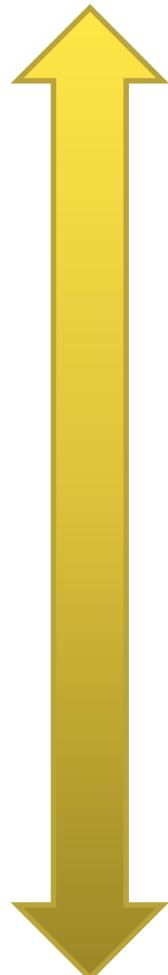
- 損害がない、因果関係が認められないものは原則として要求を拒否
- 要求が成り立たないことを証明し納得してもらう他ない
執拗なものには弁護士の意見書や、場合によっては交渉の打ち切り

異常なクレーム様態 … しつこい電話など

- その内容によって、刑法上の罪の成立の問題にすることが可能
- あまりにもひどい場合は、警察に通報

どちらも要求に応じる義務はないことを認識し、対応する

□ 苦情に対する基本的な対応を実施



1. 事実関係を調べたが、こちらとして落ち度はない。
 - あるいは、落ち度はあったかもしれないが、その点については誠実に、十分な謝罪をし、常識的な通念として妥当で十分な、対応・対策はとってきた。
2. 一般的な社会常識から逸脱した主張・要求をしてきている。
 - 普通ならわかってもらえる説明をしているのに、あえてわからうとしない。
3. 他の患者に悪い影響が出ている。
 - 直接的 = 「窓口等で大声を出されて、周りが落ち着かない」
 - 間接的 = 「対応に時間を割かれて、他の方への当たり前の対応が十分にできない」「業務時間外の対応で帰れない」
4. 担当職員に、相当なストレス、精神的ダメージが蓄積している。
(ex.「出勤前に、仕事にいくのが憂鬱だ」「仕事をやめたくなってきた」)
5. 具体的な身の危険、恐怖を感じる。これ以上の「誠実な対応」は無理だ。

□ カスタマーハラスメント対応

(いわゆる「困った人」たちの勝手な言い分/態度)

◆40代男性、売り言葉に買い言葉、私の言葉にケチを付け、挙げ句の果てに診療費を払わないと。証拠残すため録音しながら対話すると、無理難題を話しても無駄と感じたようで、幸い事を荒立てることなく、診療費を支払ってお帰りになりました。(開業医、50歳代、男性)

M3.comアンケート調査 <https://www.m3.com/news/ryoishin/1030322>(アクセス日:2024/12/20)

◆まず十分に言いたい事を相手がもう疲れたというまで黙って傾聴する。時々『ですか…』と言いつつメモしたりし、『今までのことは一応録音してますが一緒に聞き直して間違いないか確認していきましょうか』と伝えると大体お帰りになられる。(内科医、40歳代、診療所・クリニック)

Carenet アンケート調査 <https://www.m3.com/news/ryoishin/1030322>(アクセス日:2024/12/20)

<相手方の同意を得ないで会話を録音することは違法ではないとされた判例>

一方の当事者が相手方との会話を録音することは、たえそれが相手方の同意を得ないで行われたものであっても **違法ではなく** 録音テープの証拠能力を争う所論は、理由がない

※不審を抱いて証拠とするために録音した場合に限って

件名 詐欺被告事件(最高裁判所平成11年(あ) 第96号平成12年7月12日第2小法廷決定、棄却)

一つの防止策として…診療待ち時間



Point

- ・待ち時間(順番)の表示、見える化の工夫
- ・待ち時間の充実(医療情報の提供)、環境づくり
- ・積極的な声掛け

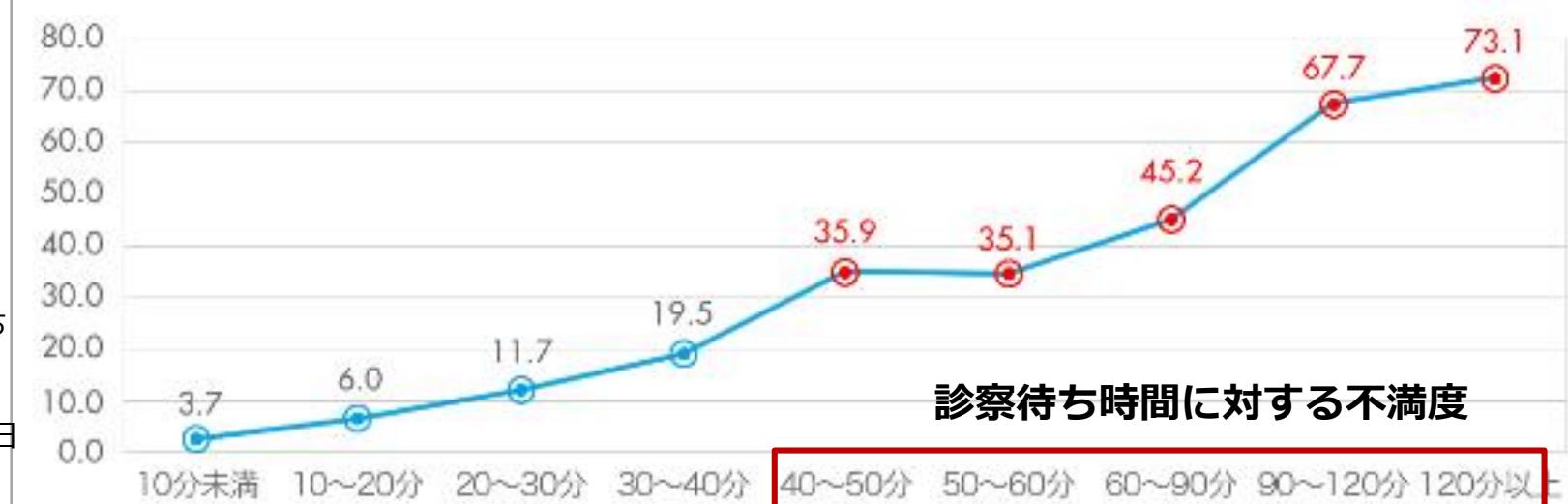
調査サイトsmileCLOVER(公開終了)
(運営:株式会社メディネット)

調査対象

2013年6月3日に掲載した
アンケート募金への回答者501名

株式会社メディネット 外来患者「待ち時間」の意識

<http://mdnt.co.jp/insight/mr/wait-time.php> (アクセス日 2020年8月25日)



- ・対応方法、院内の情報共有方法や、依頼ルートの確認

相手が「訴える！」と言ったときの対応

- ▶「当施設としましては、法令に則り、適切かつ最善の対応をしております。納得頂けないのであれば、監督官庁にご相談下さい。」
- ▶「説明にご納得頂けないのであれば仕方ありません。」

▽速やかに院内に情報共有、対応部署への報告・連携

Google口コミ等、WEB上への虚偽の書き込みの場合は、弁護士連絡の上、患者・家族への対応及び、書き込みの削除手続き



Point あくまでも「知的に」「静かに」対応すること

こちら側の態度が悪いとより一層モンスター化する恐れあり

「のらりくらり（同意も反論もしない）」で相手をかわす事も時には有効です

「説得すること」、「解決すること」を目指さない

- ①「撃退」ではなく、**「乗り越える」こと**が解決の近道
- ②思い切って弱みをさらす「ギブアップ・トーク」が有効
- ③「5秒の沈黙」には**「10秒の沈黙」**で応える
- ④「のらりくらりの術」で相手をかわす
- ⑤**「同意も反論もしない」テクニック**で戦意を喪失させる
- ⑥犯罪行為は決定的チャンスととらえる

(出典) 援川聰、「困ったクレーマーを5分で黙らせる技術」(幻冬舎) 2007年10月25日より一部引用

Q.高齢患者(認知症あり)の娘(キーパーソン)が、治療方針等に納得できないことを理由に、診療所での長時間の居座りや、時間を問わず電話での質問を繰り返し、通常の業務に支障を来している。どう対応すべきか？

➤ 家族の迷惑行為を排除するための対応を段階的に行う

- 迷惑行為に対して即通報ではなく、下記のように「段階」を踏んでも相手は当方の依頼指示に従わなかつたので、診察拒否とともに通報に至った、という経過をたどった**事実とその記録が重要**
 - ①依頼** 他の患者への配慮等から、まずは迷惑行為をやめるよう依頼する。
(例)「他の患者さんのご迷惑になりますので、お静かにお願いします」
 - ②注意** 管理権限を有する者として、迷惑行為を放置しないため、再度やめるよう注意する。
(例)「先ほどもお願いしましたが、静かにしてください」
 - ③警告** 執拗な行為が業務妨害に当たることを警告し、退去を促す。
(例)「これ以上騒がれると業務に支障が生じますので、施設からの退去をお願いします」
 - ④通報の予告** 再度退去を促し、警察に通報することを予告する。
(例)「退去しないのであれば、警察を呼びます」
※退去しないことで、「不退去罪」や「威力業務妨害罪」のような犯罪の構成要件を満たす
 - ⑤警察へ通報** ※通報に至った経緯を記録に残す

顧問弁護士へ連絡の上、近隣の警察署に、こういう患者家族がいて業務に支障が生じているため通報することもあり得ると、あらかじめ相談しておく。

1日1回1時間程度の日常生活の介助サービス契約を提供中、利用者の家族からの暴力行為があり契約を解除。サービス停止3週間後、利用者が脳出血を発症し死亡した事例

● 息子の激しい口調の言動や過度な要求が記録に残されていた

「ヘルパーは、朝6時からでも、7時からでも来るべきだ。自分はこんな大変な思いをしてやっている。ヘルパーに『介護より、もっと仕事の方に力を入れた方がいい』と言われた。たいした教育も受けていない、貧乏人に言われる筋合いはない。東大出てから言え。今思い出しても腹が立つ」

● 契約範囲外のサービスの要求（食器を洗う、食材の買い出しなどの家事）

● 「長男が台所へ行ったかと思ったら山盛りの塩をつかんできて、後頭部に投げつけられた。」（ヘルパー家に帰っても服や髪の毛から塩が落ちてきてつらかった。）

● 契約解除前に行行政、地域包括支援センターと綿密に協議していた

- ・説明や予告なくサービスを中止した
- ・親が死亡したのは契約解除が原因
- ・こちらは全く非がない
- ・塩は投げつけてない、お清めのつもりだった



医療機関における迷惑行為

迷惑行為	適応となる法律	被 害 例
泥酔し、騒ぐなどして他の患者に迷惑をかけること	酒酔い防止法	診察室等で酔って、「バカヤロー！」などと大声をあげた。
医療者や他の患者に対する暴力行為	刑法208, 204条 →暴行罪、傷害罪	胸ぐらを掴まれて突き飛ばされた。
院内の設備や備品を破壊すること	刑法261条⇒器物破損罪	施設・備品を壊された。
医療者や他の患者に暴言を浴びせること	刑法231条⇒侮辱罪	他の患者のいる前で「低能なヤブ医者」と罵倒された。
医療者にみだりに接触すること	刑法176条⇒強制わいせつ罪	不必要に看護師の胸やお尻を触った。
大声や奇声を発し、居続けて業務を妨害すること	刑法234条⇒威力行為妨害罪	診察室に乱入され、暴れられたため業務が滞った。
「お前ら、不幸が起きるぞ」等、脅迫的暴言を吐く	刑法222条⇒脅迫罪	「お前の家族を殺してやる！」と凄まれた。
医療者に物を投げつけること	刑法204条⇒暴行罪・傷害罪	看護師に物を投げつけて、けがをさせた。
卑猥な発言等、公然ワイセツ的行為をする	刑法176条⇒公然わいせつ罪	「大きな胸しとるな。何センチで？」などと発言する。
土下座をさせたり、謝らせる行為	刑法223条⇒強要罪	「殺されたくなかったら土下座しろ！」とナイフで脅され、土下座させられた。
正当な理由なく院内に侵入し、退去警告に従わない	刑法130条 ⇒住居侵入罪と不退去罪	不必要に病室に入り、退去するよう命じても従わなかった。

応召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



医政第 1225 第 4 号
令和元年 12 月 25 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長
(公印省略)

応召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

医療法（昭和 23 年法律第 201 号）第 19 条第 1 項においては、「診療に従事する医

**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。**

※ 診療内容そのものと関係ないクレーム等を繰り返し続ける等。

のみならず、医療機関としての対応も含めた整理の必要性があることが指摘されてい
た。

このため、「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応召義務の法的性質を明確化する研究（平成 30 年度厚生労働省行政推進調査事業費補助事業）」（研究代表者：田太上智大学法学部教授）において、医療提供体制の変化や医師の働き方改革といった観点も踏まえつつ、医師法上の応召義務の法的性質をはじめ、医師や医療機関への

「診療の基礎となる信頼関係が喪失している」か否かを慎重に検討する

今後、三段階でガイドラインを構成し、2025 年度（令和 7 年度）に医師法（昭和 23 年法律第 202 号）第 19 条第 1 項の法的性質を明確にするとともに、どのような場合に診療の求めに応じないことが正当化されるか否かについて、下記のとおり整理したので、貴職におかれましては、これを御了知の上、貴管下保健所設置市（特別区を含む。）、

- 患者は整形外科を受診し腰部脊柱管狭窄症と診断され手術を受けた。※平成18年12月27日受診後、平成22年6月23日まで再診は無かった。
- 患者が他院へ通院するため、診療録・レントゲンやMRIの画像、録画記録等を渡した上、説明を実施したが、**患者は再三病院に来院して長時間居座り、過去に受けた手術等の医療行為に関し大声で不満を訴え、暴言を吐いたり、同手術の説明や謝罪を要求するなど病院の業務を妨害した。**
- 患者は病院職員へ**拡声器を見せ、近隣に聞こえるように使用し、信用を害することをほのめかしていた**(実際にはしていない)
- 病院は『診察や治療の求めに応じなければならない理由もない』と提訴。

裁判所の判断

同項（医師法19条1項）によれば、診療に従事する医師は正当な事由があれば診察治療の求めを拒むことができるとされている、**病院と患者との間の信頼関係は適切な医療行為を期待できないほどに破壊されている**ことから、病院には患者からの**診察の求めを拒否する正当な事由がある**というべきである。したがって、診察をしないことが応召義務に反するということはできず…後略

SOMPO PS eラーニングのご案内



損保ジャパン『医師賠償責任保険』加入医療機関向けサービス



豊富な動画コンテンツをご用意

外部講師による多彩な映像教材

動画
2テーマ
無料

- ・ 医療メディエーション
- ・ **診療用放射線の安全利用**
- ・ 医療従事者の働き方改革の基本と対応
- ・ エラーメカニズムと基礎
- ・ 患者の自己決定権と医療を考える
- ・ 3つの視点で考える臨床倫理

職員教育

×

Online Learning

アプリなどは不要

アプリ・ソフトのダウンロードや、特別な機材の準備が必要ないため、**簡単に視聴できます**

個別受講もできます！

- ・ 時間や場所を問わず、自由に学習
- ・ 理解度テストで学習状況を把握
- ・ 研修準備はeラーニング案内の二次元バーコードをご案内するだけ！

システム利用料
9,900円
(施設単位)



eラーニングサービス内容、お申込み、お問合せ等はこちら
<https://www.sompo-rc.co.jp/services/view/254>

