

# まえがき

## 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、令和4年1月から令和5年1月までの1年間で、合計18回の研修・講演を行いました。依頼をしてきた組織は、病院など医療系組織から14回、民間企業などの非医療系組織から4回（うち大学1回）ですが、その求められたテーマはパワーハラスメント（パワハラ）講演が7回（病院3回、民間4回）、ペイシエントハラスメント（ペイハラ）講演が7回、医療倫理講演が4回（「医療事故紛争における患者・家族との向き合い方」が2回、「終末期医療」が2回）となります。

このことからわかっても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、医療機関ではその対処に苦慮しています<sup>【注】</sup>。このうち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、医療事故紛争や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ることが多くなっています。

本書ではそのことを中心に筆を進めていくこととなります。

**【注】** 医療事故紛争における患者・家族又は遺族から医療者への様々の要求圧力（プレッシャー）は、一般的にその目的（当該医療事故の原因究明や責任追及など）の妥当性・正当性が否定できず、それが手段・態様という側面からその相当性が認められる限り、ペイシエントハラスメント（ペイハラ）と同様の取扱いはできません。しかし、そ

の境界線を見定めることが難しく、“医療者への要求圧力も相当に強くなる可能性があること”、“それが手段・態様の側面から明らかにその妥当性・正当性を逸脱するものとなる可能性もあること”を考えると、本書においては、これら2つの紛争に対する対処法などについて、それなりに近似したものとして取り扱う必要があるものと考えます。

## 2 患者・家族の“誤解や悪感情”が医療関係紛争を惹起する

(1) 以上のとおり、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“職員間パワーハラスメント”のほかに、②“ペイシェントハラスメントにおけるペイハラ患者・家族への対処の仕方”と、③“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”があります。

通常は、これら②③の2つの紛争を別々に取り扱って検討することが多いようですが、そもそも、「紛争」とは「事がもつれて争いになること」「個人や集団の間で、対立する利益や価値を巡って起きる行動や緊張状態」をいうのであり、そういう意味での「紛争」ということであれば、この2つの根っこは同じといえます。しかも、いずれも“医療や医療行為から派生する争い事”なのですから、この2つの紛争に線引きすることも困難な場合が多いのです。

つまり、“医療事故紛争”と“ペイハラトラブル”とは、医療者側と患者・家族側との間の信頼関係が欠如又は希薄化してしまったところに惹起される“医療や医療行為に由来する「争い事」”という意味ではほとんど同じであり、また、“ボタンの

掛け違い”、“互いの誤解や感情の行き違い”が、その争いに大きく影響しているという意味でも同じといえます。すなわち、人間関係的な側面からいえば、医療事故紛争とペイハラトラブルとはその根底に横たわるものが同じといえるのであり、したがって、その対処方法も総論的には同様のことが問題となってくるはずなのです。

(2) これら2つの紛争（医療事故紛争とペイハラトラブル）を「医療関係紛争」という大きな括り（くくり）で見えていくと、「コミュニケーションの欠如」「インフォームド・コンセントの欠如」「信頼関係の欠如」などという総論的な共通項がすぐに思い浮かびます。しかも、医療事故紛争が患者・家族の度を越した感情的言動によって、いわゆるペイハラトラブルといわざるを得ない状況に陥ることもよく見られる光景です（つまり、医療事故紛争がペイハラトラブルに立ち至ってしまうことも非常に多いのです）。このような意味では、医療事故紛争とペイハラトラブルとは垣根がなく、“線引きが困難”であって、そこには比較的広いグレーゾーンの拡がりがあるといえます。

要するに、「医療事故紛争」と「ペイハラトラブル」とは、“人間の誤解や悪感情”という根っこの部分において共通するところが多く、「医療関係紛争」という括り（くくり）で説明した方がわかりやすいのではないかと考えられます（もっとも、そのようなことでは説明のつかないパーソナリティ障害をもつ又はそうとしか考えられない患者・家族からの医療者への攻撃的ペイハラがあることは否定できません）。

(3) 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、医療者に対する患者・家族の“誤解や悪感情”という“患者・家族の心模様”によって始まります。そして、それを医療事故紛争の側面で見えていくと、その多くの場合に、医療事故という突然の事態（近親者の突然の死などの想定外の事態）における精神的ショックを患者・家族が受けている状況の中で、「医療者の軽率で不用意な言動」がその悪感情を惹起させ、さらに増幅させることになるのです（しかも、医療者がそれに気付いていないことも多いようです）。

例えば、医療事故により近親者の死に遭遇した“遺族の悲しみ・怒り・無力感といった絶望の感情”は、医療者の“不十分なインフォームド・コンセント”や“軽率で不用意な言動”によって、大小の誤解を介しながら、“不信感・怒り・憎しみという悪感情”となって医療者に向かってくるのです（そして、その感情が高じてしまうと、医療者は患者・家族からのペイハラ言動にさらされてしまうのです）。

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

### 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

医療者は、このような事態を避けるための“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。倫理の「倫」とは「人の輪、仲間」、「理」とは「模様、ことわり」という意味であり、したがって、「倫理」とは（本来的には）「仲間の間での決まりごと、守るべき秩序」という意味であって、ここで求められているのは、そのレベルでの「倫理」ということになります。

すなわち、ここで求められている「倫理」は、「人間社会において人としてとるべき常識的な対応」（社会常識）という程度の意味であり、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ず、また、その前提として“コミュニケーション関係を確立”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、医療事故直後においても患者・家族に対し謝罪等の誠実で真摯な対応（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、ペイハトラブルでも同じであり、医療者側のミスに起因する患者・家族のペイハラ言動である場合には、まずはそのことをペイハラ患者・家族に謝罪するところから、その対応が始まるのです。

つまり、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ー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。

いずれにしても、医療事故紛争やペイハートラブルでは、医療者側の大小のミスやその積み重ね、人間社会において人としてとるべき常識的な対応の欠如によって、患者・家族に誤解を与え、“不信感・怒り・憎しみという悪感情”を惹起させていることが多いといえます。

すなわち、医療者は、普段から「軽率で不用意な言動」を慎み、人間社会において人としてとるべき常識的な対応を心掛け、患者・家族との間の誤解を回避し、患者・家族に悪感情を惹起させないように努力する必要があります（もちろん、そういう対応で対処できないパーソナリティに問題を抱えた患者・家族等に対しては、他の対処法を考える必要があります）。

## 4 本書において明らかにしたいこと

### —紛争回避の手法

本書では、医療事故紛争やペイハートラブルを回避するための「患者・家族との向き合い方」をまとめたつもりです。そしてそれは、①医療事故紛争やペイハートラブルに多く携わってきた私の経験（特に、弁護士登録した昭和56年から平成10年ころまでの患者・家族側の代理人としての様々な経験、平成10年ころ以降の医療者側で対応してきた医療事故紛争・ペイハートラブルの経験）と、②過去の多くの判例・裁判例によって得た知識を前提としてまとめています。

すなわち、本書においては、私の長年の弁護士としての経験や過去の多くの判例・裁判例（そこに見られる医療の実態）を

参考にし、医療事故紛争やペイハラトラブルが“患者・家族の「誤解と悪感情」により生じるものである”ということを常に意識して、その紛争やトラブルの回避の手法を検討しなければならないことを、医療者の皆さんに明らかにするつもりなのです。

令和5年7月

弁護士法人ふくざき法律事務所  
弁護士 福崎博孝

## も く じ

### まえがき

- 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 ..... i
- 2 患者・家族の“誤解や悪感情”が  
医療関係紛争を惹起する ..... ii
- 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 ..... v
- 4 本書において明らかにしたいこと  
—紛争回避の手法 ..... vi

## 序 章

### 臨床医療現場での 具体的な体験によって形成された “医療関係紛争に関する私の考え方”

- 1 私の弁護士としての履歴（自己紹介） ..... 2
- 2 “患者・家族側の弁護士だった過去の履歴”と、  
それに影響された“私の考え方” ..... 4



(1) “患者・家族の感情”に結論が左右された 2つの医療事故事案について……………	4
(2) 医療事故事案の紛争の背景は“判決書”を読むと 理解できる場合がある……………	6
<b>3 A病院の医療安全管理委員会で学んだ</b>	
“患者・家族との向き合い方”……………	7
(1) 医療現場を知って（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……………	7
(2) A病院の医療安全管理委員会が私の思考を 鍛えてくれた！……………	8
(3) 当時（平成16年頃）の病院ではペイハラトラブルが 急増していた……………	9
(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……………	10
(5) 職員個人の力量に任されたペイハラ対応は “その職員を精神的に追い詰める”……………	10
(6) 当時の私（弁護士）には何もできなかった……………	11
(7) 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！……………	12
(8) ペイハラ担当職員への“後方支援”が可能になった！ ……………	13
(9) 原則的に弁護士（私）は患者・家族と直接対峙しない （ようにしている）……………	14
(10) ペイハラトラブル対応にはいくつかの重要な原則が あることに気が付いた！……………	15

# 第1章

## 医療事故紛争、 “その患者・家族との向き合い方” (医療事故紛争の回避の仕方)

- 1 医療事故紛争を防ぐインフォームド・コンセント…20
  - (1) インフォームド・コンセントの欠如（説明不足）が惹起する医療事故紛争 ……20
    - ① インフォームド・コンセントによる“より良い人間関係”の形成 ……21
    - ② 新たな人間関係の構築と“誤解に基づく医療紛争の予防” ……22
    - ③ “医療の不確実性（特に「危険性」）”とインフォームド・コンセント ……23
    - ④ “医療者への不満や不信”が医療事故紛争を深刻化させ医療訴訟へと至ることが多い ……24
  - (2) “想定外の事態”をめぐる認識のズレが惹起する医療事故紛争（例えば「合併症」） ……25
    - ① 医療事故の原因説明としての「合併症」と“患者・家族の誤解” ……25
    - ② “合併症による死傷は不可抗力”というわけではない！ ……26
    - ③ 事前のインフォームド・コンセントで合併症への誤解を予防 ……29
  - (3) 説明不足とならないための看護師の役割（看護師に求められるインフォームド・コンセント） ……31

① 患者との信頼関係と“看護師の倫理”	31
② 看護師に特有のインフォームド・コンセントがある！	32
③ 医師を支える“看護師のインフォームド・コンセント” ーその裁判例ー	33
(4) まとめ（医療事故紛争を回避するための インフォームド・コンセント）	35
① 医師の事前のインフォームド・コンセントの実践	35
② 看護師特有のインフォームド・コンセントの実践	37
<b>2 医療事故紛争を防ぐ“診療記録への十分かつ 正確な記載”</b>	<b>39</b>
(1) 診療記録による真実性の担保ーその裁判例ー	40
(2) 診療記録への記載・不記載ーその裁判例ー	41
① 診療記録に“記載してある”ことは「有ったこと」！	42
② 診療記録に“記載してない”ことは「無かったこと」！ .....	42
③ 看護記録も診療記録の一つとして同様の取扱い	44
<b>3 医療事故発生“直後”における患者・家族との 向き合い方（ボタンの掛け違いをなくすために）</b>	<b>45</b>
(1) 医療事故発生直後における“患者・家族への謝罪の 在り方”（真摯な謝罪）	46
① “共感表明としての謝罪”と“責任承認としての謝罪”を 区別することが重要	47
② 原因等が明白でない段階での“共感表明としての謝罪”が 特に重要	48
(2) 医療事故発生直後における説明責任	49
① 患者・家族に対する“診療経過・死因等の説明義務”が ある	50

② 遺族に対する“死因解明のための解剖等の提案”をすべき との裁判例もある .....	51
③ まとめ .....	52
(3) 患者・家族から診療記録の開示を求められたときの “医療者の対応”（診療記録の速やかな開示） .....	53
① 診療記録の開示を求められた場合には速やかに開示する 責務がある .....	53
② 診療記録に不利な記載があったとしても開示を躊躇すべき ではない .....	54
(4) 遺族から要求される“医療事故調査” .....	55
① 医療法上の医療事故調査制度の概要 .....	56
② “医療事故”とは .....	57
③ 医療事故調査制度と医療事故紛争 （その何が問題なのか？） .....	58
④ 医療事故調査に関し遺族とのトラブルを避けるために .....	60
4 まとめ（6つの対応における紛争回避機能・ 紛争増幅阻止機能） .....	63

## 第2章

### 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” （ペイシエントハラスメントへの対処法）

はじめに .....	66
------------	----

1	長崎県のペイハラアンケートに見られる ハラスメントの実態	68
(1)	長崎県看護協会の報告書に見られる被害実態	68
(2)	長崎県医師会の報告書に見られる被害実態	70
(3)	ペイハラアンケートに見られる“病院側の対応”	72
2	“ペイシエントハラスメント”という考え方（“モンスターペイシエント”と呼ぶべきではない理由）	75
(1)	モンスターペイシエントは患者・家族の「性格」が 問題なのか、それとも「言動」が問題なのか？	75
①	患者・家族が声を荒らげただけで“モンスター”なのか？	75
②	ペイハラ患者・家族の「性格」ではなく、 その「言動」にこそ焦点を当てるべき！	76
(2)	いわゆる「モンスターペイシエント」について	77
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	77
②	医療者側の杜撰な対応がモンスターに育ててしまう！	79
(3)	いわゆる「モンスターペイシエント」は“ハラスメント” であり、その中でも“ペイシエントハラスメント（ペイハラ）”に分類される	80
3	ペイハラの違法性を考える	82
(1)	違法性その1（パワーハラから見るペイハラの違法性）	83
①	ハラスメントとは（一般論）	83
②	ハラスメントの分類	84
③	パワーハラスメント（パワーハラ）がハラスメントの 基本的な形態	86
④	パワーハラ防止法とペイハラ	89

⑤	パワハラ <span>の</span> 違法性から <span>ペイハラ</span> <span>の</span> 違法性を考える	91
(2)	違法性その2（カスハラ対策企業マニュアルに見る ペイハラ <span>の</span> 違法性）	97
①	ペイハラはカスハラ <span>の</span> 一つであり、「カスハラ対策企業 マニュアル」が妥当する	97
②	カスハラ対策企業マニュアルにおける “ペイハラ <span>の</span> 定義”	99
③	カスハラ対策企業マニュアルにおける “ペイハラ <span>の</span> 判断基準”	100
④	カスハラ対策企業マニュアル <span>の</span> 基準でカスハラ（すなわち 「ペイハラ」）に該当したら違法行為	101
(3)	違法性その3（ペイハラは患者・家族に課せられた 診療協力義務に違反し違法である！）	102
①	診療契約における患者側 <span>の</span> 義務	102
②	病院 <span>の</span> “施設管理権 <span>の</span> 行使”に従うべき患者側 <span>の</span> 義務	103
③	患者・家族 <span>の</span> ハラスメント（ペイハラ）言動は 上記①・② <span>の</span> 義務に違反する！	104
④	病院が掲げる「患者 <span>の</span> 権利と責務」について	106
4	カスハラ対策企業マニュアル <span>から</span> 見る “ペイハラ対策”	108
(1)	ペイハラ対策 <span>の</span> 必要性和 <span>その</span> メリット	108
①	ペイハラ <span>による</span> 病院・病院職員・他 <span>の</span> 患者等 <span>へ</span> マイナス影響	108
②	ペイハラ対策を講じること <span>による</span> 病院・病院職員・ 他 <span>の</span> 患者等 <span>へ</span> <span>の</span> プラス <span>の</span> 影響	110
(2)	パワハラ防止指針 <span>で</span> 求められるペイハラ <span>へ</span> <span>の</span>	

“病院の取組”と、その法的責任 .....	112
① パワハラ防止指針で求められるカスハラ（ペイハラ） に対する取組 .....	112
② ペイハラに関する病院の法的責任 .....	113
5 ペイハラへの対処法 .....	118
(1) ペイハラのタイプを考える .....	118
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Ⅱ a、Ⅱ b） .....	118
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） .....	120
③ あくまでも“患者は患者”として対応する .....	121
(2) ペイハラへの組織的対応 .....	122
① 病院組織としての態勢（体制）の在り方 .....	122
■ A病院における院内秩序維持管理規程 .....	128
② 警察との連携の在り方（警察との連携体制の構築） .....	147
(3) ペイハラへの現場対応 .....	149
① タイプの区分に従った対処法（ペイハラのタイプを 判別することの重要性） .....	149
② 暴言・暴力・セクハラへの具体的な対応策 .....	156
(4) 医師・病院の応招義務の可否（診療の拒絶は 許されるのか） .....	160
① 旧厚生省通達・日本医師会の指針・裁判例による “過去の考え方” .....	161
② 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” .....	164
(5) 担当職員の基本姿勢 .....	168

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）	168
②	ペイハラ患者・家族の立場に立った対応	176
(6)	事実経過の記録の仕方	178

## 資 料

<b>資料 1</b>	診療情報の提供等に関する指針（厚生労働省）	184
<b>資料 2</b>	医療事故に係る調査の流れ（厚生労働省）	192
<b>資料 3</b>	ペイシェントハラスメントアンケート（長崎県看護 協会・長崎県医師会）の調査報告書	193
<b>資料 4</b>	各都道府県医師会及び医療機関との連携の推進等 について（警察庁）	201
<b>資料 5</b>	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（厚生労働省）	203
<b>資料 6</b>	絶対に許しません！ 暴言・暴力・迷惑行為（長崎 県医師会・長崎県警察）	210
	<b>あとがき</b>	212



【注】本書においては、以下のような略語を使うことがあります。

- ・「ペイシエントハラスメント」のことを「ペイハラ」ということがあります。
- ・「ペイシエントハラスメントを行う患者・家族」のことを「ペイハラ患者・家族」ということがあります。
- ・「ペイシエントハラスメントトラブルによる患者・家族と医療者（医療機関）との間のトラブル」を「ペイハラトラブル」ということがあります。
- ・「医療事故に起因する患者・家族と医療者（医療機関）との間のトラブル」を「医療事故紛争」ということがあります。
- ・「医療事故紛争とペイハラトラブル」のことを「医療関係紛争」ということがあります。
- ・「パワーハラスメント」のことを「パワハラ」ということがあります。
- ・「セクシュアルハラスメント」のことを「セクハラ」ということがあります。
- ・「マタニティハラスメント」のことを「マタハラ」ということがあります。
- ・「パタニティハラスメント」のことを「パタハラ」ということがあります。
- ・「厚生労働省」のことを「厚労省」ということがあります。

# 序 章

臨床医療現場での  
具体的な体験によって形成された  
医療関係紛争に関する私の考え方

# 私の弁護士としての履歴 (自己紹介)

私は、昭和56年に長崎県弁護士会に登録して弁護士業務を始めましたが、それから今年で42年になります（いま69歳）。この間、長崎北松じん肺訴訟事件、豊田商事「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、雲仙普賢岳噴火災害や阪神淡路大震災の被災者支援活動を契機とした“被災者生活再建支援法”の制定運動などに関わってきました。

そのため、日本弁護士連合会（以下「日弁連」といいます）の委員会活動としては、当時、日弁連消費者問題対策委員会、日弁連災害対策基本法小委員会、日弁連阪神淡路大震災緊急対策本部「自然災害に対する保障制度検討小委員会」などに所属していました。

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のですが、平成10年ころから医療機関の臨床医療法務に携わるようになっていきます。平成10年に長崎県医師会と関わりをもち、平成16年に長崎市内のA病院（病床数約300床、職員総数約700名、医師数約70名、看護師数約350名）の医療安全管理委員会の委員になってからは、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）を行ってきております。

そしていま弁護士歴42年をむかえ、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、“病院等の臨床現場に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ます。いまのコロナ禍において医療機関の臨床現場は大変な状況にありますが、それに伴って、医療事故紛争、ペイハラトラブル（患者・家族からの医療者への暴言、暴力、いじめ・嫌がらせ、セクハラ等）、職員間ハラスメント（上司からのパワハラ、セクハラ、マタハラ等）などが非常に多くなっており、医療現場の疲弊の原因の一つになっています。いずれにしても私は、今後、弁護士歴を終えるまでその業務の中心は“臨床現場にコミットした医療法務”ということになりそうです。

## “患者・家族側の弁護士だった 過去の履歴”と、それに影響された “私の考え方”

以上のとおり、私は昭和56年からの17年間（平成10年まで）は、医療関係紛争についていえば、患者・家族側で医療事故訴訟などの医療紛争に携わってきました。それを専門としていたわけではないので、医療事故“訴訟”を受任するとしても1～2年に1件というペースだったと思いますが、相談を受けた事案の件数は訴訟事件数の倍は超えるものと思われます。したがって、医療事故に遭って打ちひしがれた患者・家族との交わりも多く経験しており、医療事故に遭った患者や家族あるいは遺族が、“何に怒り”、“何に悲しみ”、“何を求め”、そして、“何に喜ぶのか”などについてはそれなりに理解しているつもりです。

### (1) “患者・家族の感情”に結論が左右された2つの医療事故事案について

特に、医療訴訟や医療事故紛争が、“人の感情のなせる業（わざ）”であることも、何度となく経験しています。例えば、私が弁護士になって1年目（約40年前）に関わった“唇裂口蓋裂の幼女が術中に呼吸困難となり重度の脳障害を遺してしまった医療事故”において、当初当該病院は「気管カテーテルの分

分泌物による閉塞」と説明していたところ、その後しばらく経ってから「アナフィラキシーショック」にその原因説明を変更（死亡原因・その責任原因について突然、その見解を変更）しましたが、そのことから患者のご家族（ご両親）が病院に強い不信感をもつようになり、信頼関係が破綻して訴訟提起に至った事案を経験しました。

もう一つは、“病院側に過失がある医療事故”により夫が死亡し、妻が幼い子どもとともに取り残されることになったという事案がありましたが、亡夫の闘病生活の中で当該病院の医師・看護師に親身になってお世話いただいたという強い感謝の気持ちから、訴訟提起直前の最後の土壇場になって、亡夫の親兄弟（舅・姑など）の意向に反して、妻がその医療事故訴訟を提訴しなかったという経験をしました。

前者の事案では、気管カテーテルの閉塞で“有過失に争いがない”と思われていたのに、その原因をアナフィラキシーショックにその見解を変えられてしまい（事実上“無過失”との見解に変えられてしまい）、患者・家族（ご両親）を感情的にさせて訴訟提起にまで至った事案であり、一方後者の事案は、カルテ等の証拠からも病院側に過失があると考えられていたにもかかわらず、当該病院への感謝の気持ちが強く、結果的に訴え提起を躊躇し訴訟を思い止まった事案ということになります。

すなわち、これらは“患者のご家族の感情”により逆の結論になってしまっており、それ（患者のご家族の感情）によって訴訟に至った事案と、そうはならなかった事案に分かれてしまっているのです。この2つの事件は、私に対して、“医療関係紛争は患者・家族の感情によって右にも左にもおれてしまうものであること”を強く印象付けてくれました。

## (2) 医療事故事案の紛争の背景は“判決書”を読むと理解できる場合がある

この2つの実際に経験した事案での人間関係・人間模様が、医療関係紛争に対する私の考え方に強く影響を及ぼしています。そして、医療事故が紛争になり医療訴訟にまで至った事案では、その人間関係・人間模様が「判決書」の中に反映されている場合があります。したがって、判例集の判決文を読むだけでも、“その紛争がなぜ訴訟提起にまで至ったのか”、“どうして訴訟前に示談で終わらせることができなかつたのか”、“どうしてそこまで紛争が大きくなり、裁判所までその処理を持ち込むことになったのか”等の理由や事情のアウトラインがそれなりに理解できる場合もあるのです。すなわち、私は、医療関係紛争に関する多くの事案を担当してきた“実際の体験”と、読み漁ってきた“多くの判例・裁判例”の事実関係（私にとっては机上のバーチャル体験）を参考にすることによって、この紛争が“どうして訴訟にまで至ってしまったのか”という点をそれなりに考えるようになり、“そうならないようにするためにはどうしたらよいのか”ということも思考するようになったのです。

いずれにしても、“医療関係紛争が惹起されるかどうか”、“それが深刻化するかどうか”等という点については、“患者・家族又は遺族の感情”が深く関わっており、それを左右する一番大きな要因が「医療者側の言動」であることは、私の経験からも、また判決文に見られる事実関係からも明らかなことなのです。

## A病院の医療安全管理委員会で 学んだ “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

私は、平成10年に長崎県医師会と関わるようになり、病院側で医療事故訴訟あるいは示談交渉事件を担当するようになりましたが、それまでは患者・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、医療事故訴訟などの医療事故紛争のみではなく、医療現場に招聘されての研修・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、その現実の姿を垣間見るようになりました。そして、平成16年にA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。

そして、その医療の現場で、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、それこそ患者・家族の立場に立ったことのある私は、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えます。



“医療事故に遭った患者・家族が医療者側をどう見ているのか”を知っていることは、医療事故紛争での患者・家族への対応の仕方、交渉の仕方に影響を与えます。また、“医療者が医療事故に遭った患者・家族をどういうふうに見ているか”、あるいは、“患者・家族に対しどういう考え方を持っているのか（又は、持っていないのか）”を知っていることで、医療者側の対応の間違いや拙さ（まずさ）を指摘し助言することもできるのです。

## **(2) A病院の医療安全管理委員会が私の思考を鍛えてくれた！**

A病院での月に1回の医療安全管理委員会では、医療事故訴訟を少しかじったことがある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垣間見て、そこで繰り広げられる“医療の様々な問題点の指摘”と“解決案の導き出しやその選択”はそう簡単なことではなく、私に飛び切りの努力（勉強）を要求しました。A病院の医療安全管理委員会は、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そのものの問題だけではなく、“インフォームド・コンセントの在り方”、“カルテの記載の仕方”、“謝罪の仕方”、“医療倫理に関する具体的な事案”など幅広い知識と経験が求められたのです。医療安全管理委員会の委員に就任した平成16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つた医療法務の書籍や判例・裁判例を読み漁り、乏しい自分の知識と経験を補おうと努めました。

一方では、その過程において、医療の現場では“医療者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回委員会で報告するようになりました。

### **(3) 当時（平成16年頃）の病院ではペイハラトラブルが急増していた**

以上のような経過の中で、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「モンスターペイシェント」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年ころには労働局に個別労働紛争調整委員会が創設され（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）、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わかってきました。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、いじめ・嫌がらせ、セクハラ”などのペイシェントハラスメント（ペイハラ）が目に見えて増加していたのです。

A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**

しかし、その当時のA病院でさえも、ペイハラ対応は十分とは言い難く、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わからないまま“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”という現状もありました。A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、という単純なもので、いずれにしても、“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”などは全く考えられていなかったように記憶します。

#### **(5) 職員個人の力量に任されたペイハラ対応は“その職員を精神的に追い詰める”**

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。

## 著者略歴

### 福崎 博孝（ふくざき ひろたか）

九州大学法学部卒、昭和56年弁護士登録。

その後、長崎北松じん肺訴訟事件、豊田商事被害事件、雲仙普賢岳噴火災害・阪神淡路大震災の被災者支援活動と被災者生活再建支援法制定運動に関わった。

医療関係では、平成10年頃まで患者家族側の立場で医療事故紛争に携わったが、その後は現在に至るまで医療側の立場で“臨床現場とコミットした臨床医療法務”に関わることが多くなっている。

著書としては、『カード被害救済の法理と実務』（民事法研究会、2011年3月）、『裁判例から学ぶ インフォームド・コンセントー患者と医療者をつなぐために』（民事法研究会、2015年8月）など。

弁護士法人ふくざき法律事務所

〒850-0034

長崎県長崎市樺島町4番6号 ソフィアビル2階

TEL 095-824-8186

FAX 095-824-8286