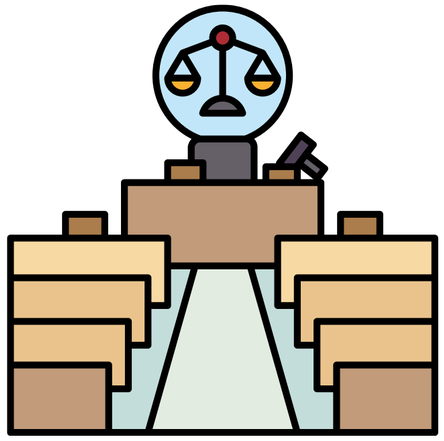
医事紛争を防止するために知っておきたいこと







＊本セミナーの発表内容はすべて講演者個人に属し、厚生労働省その他公的機関の見解を示すものではありません。
＊本セミナーの発表内容に関連し、講演者に開示すべき利益相反（COI）関係にある企業などはありません。
＊ご不明な点等は講演者までお問い合わせください。

広島弁護士会所属
大元・秋山法律事務所
弁護士　大元和貴
mail：kazuki@omoto-law.com
事務所HP：https://omoto-law.com/

講演者の主担当分野

・医療機関における法務・労務・訴訟

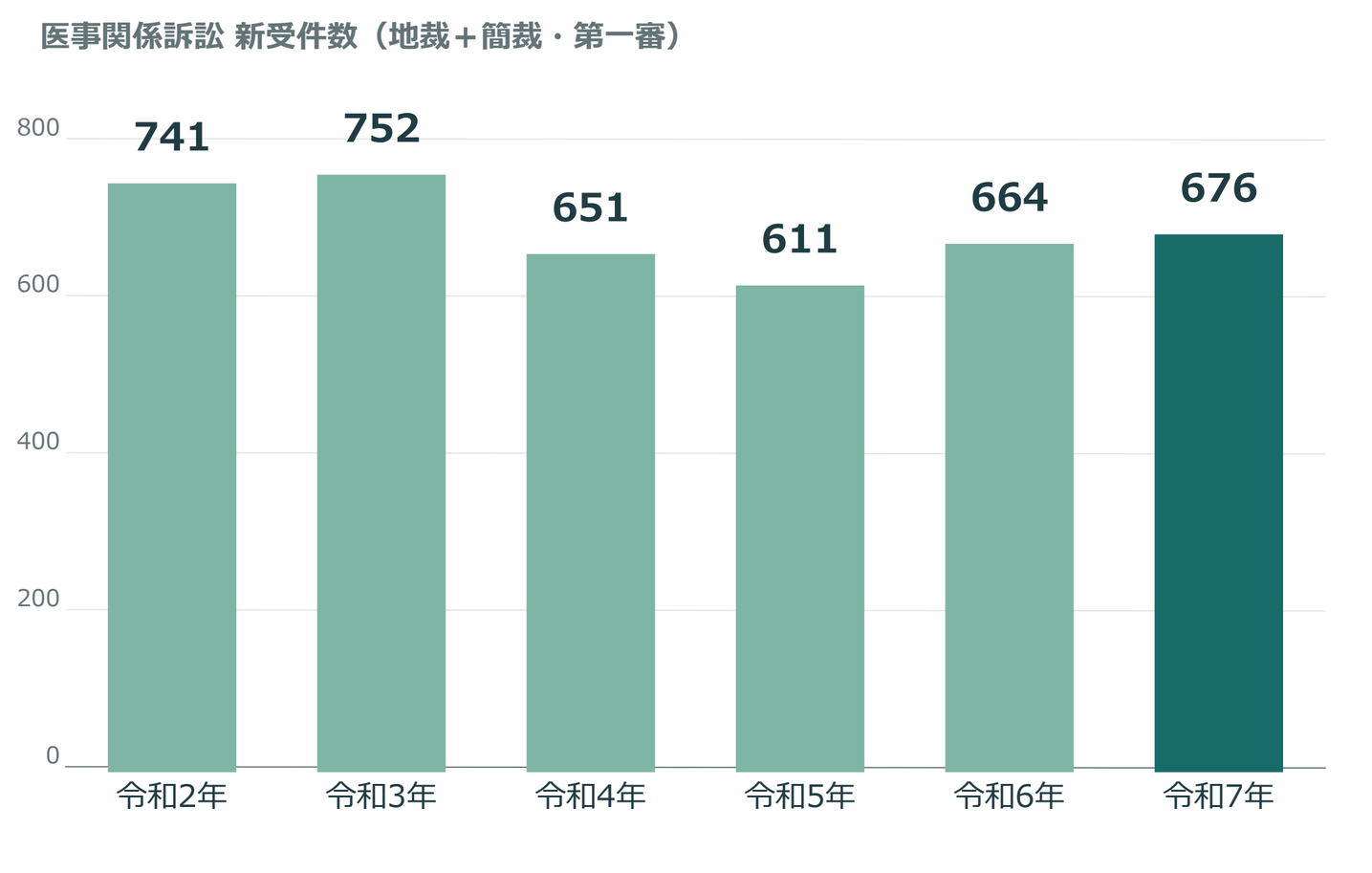
・企業における法務・労務・訴訟

・労災・公務災害訴訟の行政側

・その他、離婚・家事・交通事故等の一般民事事件

医療訴訟を巡る数字

最高裁判所「医事関係訴訟に関する統計」（令和7年の数値は速報値）



ピークの平成16年（1,110件）から、件数は約4割減っている。

24.1か月

平均審理期間（令和7年速報値）

地裁民事第一審の通常訴訟全体は8.9か月。単純に比べると、医療訴訟は約2.7倍かかる。5年を超える事件も珍しくない

23.9%

認容率（令和7年速報値）

判決に占める割合。令和3～6年は18～20%台

約5割

和解で終わる割合

判決に至らず和解で終わる事件が最も多い。和解の中身は公表されない

訴訟に巻き込まれると、何が起きるか

時間と評判

- 係属中の数年間、訴訟を意識せざるを得ない。
- 提訴されれば「○○病院を提訴」と報道される。**勝訴しても、結論についての続報がないことも多い**
- 敗訴すれば、金額にかかわらず「○○病院に賠償命令」とだけ報じられる

現場の負担

- 準備書面のたびに事実確認。
- 証人尋問・本人尋問の負担
- 担当した医師・看護師が**病院を離れる**ことがある
- 訴訟で問題になった疾患を診るのが怖くなったという医師も

訴訟になりやすい事案

- 死亡・重篤な結果が生じた事案
- 患者・家族が極めて感情的になっている事案
- **事故後の対応で不信感が増大した**事案

一方で

- 「確実に訴えられる」と身構えていた事故が、一向に提訴されないこともある
- 逆に、原疾患の進行、軽微な受傷、転倒・転落・誤嚥――老年症候群としか思えない事案が提訴されることも珍しくない
- 訴訟になるかどうかは、最後は**当事者の感情次第**

三つの責任、四つの法的責任主体――誰が被告になるか

三つの責任

- **民事**：損害の回復。診療契約上の債務不履行（民法415条）または不法行為（709条）
- **刑事**：業務上過失致死傷（刑法211条。5年以下の拘禁刑または100万円以下の罰金）。証明の水準は民事より厳格
- **行政**：医師法7条の処分（戒告・3年以内の医業停止・免許取消）、保険医の登録取消など
- 民事で賠償が認められても、刑事が成立するとは限らない。逆も同じ。
- 院内調査の「改善できた」も、**法的な過失とは別**

四つの責任主体

- **医療機関**：診療契約の当事者。職員の行為について使用者責任（715条）
- **担当医療者**：自らの過失について不法行為責任。雇用されていても個人責任はあり得る
- **管理者（院長等）**：役職名だけで責任は決まらない。体制整備・指揮監督の義務と事故との関係を見る
- **その他の職員**（看護師・薬剤師・技師等）：担当医と同じ
- 実務では法人のみが被告になる事案がほとんど。ただし**法人と担当医個人の双方を被告にする事例もある**――重大な結果、事故後のフォロー不足、患者側を「論破」した説明など

紛争はどこから始まるか――予兆と証拠保全

予兆　→　証拠保全　→　提訴

- **予兆**：カルテ開示請求、弁護士からの受任通知・賠償請求書面、患者・家族の「訴える」という言葉。患者側が診療内容に強い不満を持っていることは明らか。診療記録等を破棄しないよう意識する。

- **証拠保全**（民訴法234条）：裁判官と患者側代理人が来院し、その場で診療記録を検証・撮影する

- **提訴：訴訟手続が始まる。**

証拠保全の当日、何が起きるか

- 連絡は当日。1時間程度で診療録その他の記録を閲覧できる状態にしておくことが求められる（実務上の目安）。

- 決定書の目録にあるものは、基本的に提示する

- 院内の事故調査書面・インシデントレポートは、**証拠保全の場で当然に出すべきものではない。**「内部の検討資料ですので、この場ではお出しできません」と、その場で言えるか

- 「見せないのは隠蔽だ」と言われても、報告書は再発防止のために忌憚のない意見を書くもの。外部に見せるために作られていない
「とりあえず見せてしまい、コピーを取られた」という相談が本当に多い。内部文書の保管場所は平時から分けておく

紛争の解決方法と比較

手段	誰が間に入るか	公開／非公開	期間の目安	強制力・効力	向いている場面
院内での対話	管理者・医療安全・顧問弁護士	非公開	週～月	なし。信頼回復。	原則（まずはここから）
示談（裁判外の和解）	当事者（代理人）	非公開	月～年	契約としての効力	責任の見通しが立ち、金額の合意ができる事案
医療ADR（弁護士会等）	あっせん人（主に弁護士）	非公開	数か月	合意すれば和解契約。判断は強制されない	対話の場は欲しいが、裁判手続は望まない事案
民事調停	調停委員（裁判所）	非公開	数か月～	調停調書は裁判上の和解と同一＝**確定判決と同一の効力**	第三者の関与で合意したい事案
訴訟	裁判官（＋鑑定人等）	**公開**（法廷）	平均2年	判決。上訴あり。約5割は途中で和解	責任の有無そのものを争う必要があり、話し合いが難しい事案

医療争訟を防止するために（1）

1　診療録の記載は慎重に行う

- 記録に記載がなければ、**なかったものとして扱われかねない（第4章で詳しく）**
- 訴訟を意識して診療録を作成することはないが、医療者の身を助けるものは記録しかない。証言は「練習してきたことを仰っているんでしょう？」と、まず信用してもらえない。

2　ICの内容は、後日、第三者が見ても分かるものにする

- 裁判所は、多義的に解釈できる文言を、**医療機関に好意的には解釈してくれない**。
- 例：説明書の「麻痺が生じることがあります」。後から「一過性の麻痺だけでなく、永続的な麻痺が残るという趣旨なんです」と言っても、通じないと思っていただいたほうがよい（第Ⅱ部で詳しく）

3　結果が出た後の「たら・れば」の説明は慎重に

- 「○○をしていたら、このような結果にはならなかったかもしれません」
- 患者側からすれば、「ではなぜその対応をしてくれなかったのか」と**不信感を抱いてもおかしくない**。

医療争訟を防止するために（2）

4　事故が起きた後の対応を素早く行う

- 患者側が「放置されている」「隠蔽しようとしている」と感じると、**その後の話し合いが難航する**ことが多い。

5　事故の直後から、客観的な証拠の保全に努める

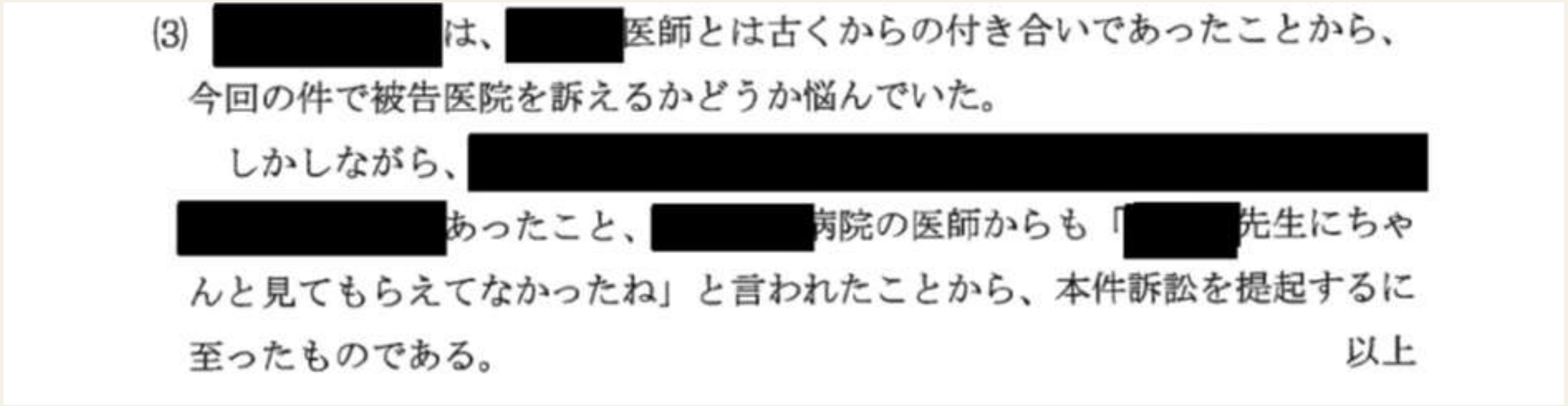
- 使用した物品、電子カルテのログ、医療機器の内部ストレージの情報、院内カメラの映像など。
- 医療者の証言よりも**客観性の高いもの**があれば、保全しておきたい。

6　共感の表明としての謝罪は問題ない

- 予想外の有害事象が生じたのであれば、患者側が不満を覚えるのは当然。共感を示し、「このような結果となり申し訳ない」と道義的に謝罪することは問題ない。**法的責任を認める謝罪とは分けて考える**。
- 患者側への説明は「論破」の場ではない。怒りのはけ口になる必要はないが、言い分をまったく聴かず、「素人は黙っていろ」と言わんばかりの態度で進めると、**紛争に発展しやすい**。

医療争訟を防止するために（3）

7　事情がよく分からないまま、前医を批判しない



(3) [redacted]は、[redacted]医師とは古くからの付き合いであったことから、今回の件で被告医院を訴えるかどうか悩んでいた。

しかしながら、[redacted]あったこと、[redacted]病院の医師からも「[redacted]先生にちゃんと見てもらえてなかったね」と言われたことから、本件訴訟を提起するに至ったものである。

以上

- セカンドオピニオンや手持ちの情報から、前医が明らかに逸脱した医療を行っていたと確信できるなら、その問題点を指摘することはあり得る。
- しかし、前医での治療経過を把握しないまま、結果から「前医が見落とした」と結論すると、**医療訴訟に「患者側の協力医」として、心ならずも巻き込まれる**おそれがある。
- **「後医は名医」**という言葉を思い出したい。

裁判では、長い時間をかけて何を審理しているのか

平均 2年程度

提訴 → 主張の応酬（争点整理） → 証拠の提出（記録・文献） → 意見書・鑑定 → 証人・本人尋問 → 和解／判決

この間、裁判所と双方の弁護士は、以下の事項について、主張とそれを裏付ける証拠を検討している。

① 過失　注意義務違反

「その時点で、すべきことをしたか」

判断の物差し
診療当時の臨床医学の実践における医療水準（第2章）

主な証拠
診療録・看護記録／ガイドライン・添付文書・文献／協力医の意見書

② 因果関係　結果との関係

「適切に対応していれば、結果は避けられたか」

判断の物差し
高度の蓋然性（「8割方確からしい」）。届かなくても「相当程度の可能性」が問われる（第3章）

主な証拠
経過の時刻・検査値・画像／統計・文献／鑑定

③ 損害　何を・いくら

「何を、いくら賠償するか」

判断の物差し
項目ごとに積み上げる（治療費・介護費・逸失利益・慰謝料）。実務は「赤い本」の基準

主な証拠
収入・就労の資料／後遺障害の程度／介護の必要性

三つがそろって初めて賠償責任。どれか一つが欠ければ、賠償義務はない。「お見舞金」という法的概念はない。

過失とは何か――「同じ立場の通常の医師」から見てどうか

判断の構造

- 過失＝結果を**事前に予測でき**（予見可能性）、**回避できた**（結果回避可能性）のに、回避措置をとらなかったこと
- 「何をすべきだったか」の物差しが**注意義務**。医療では、これを**「診療当時の臨床医学の実践における医療水準」**で測る（次のスライド）
- 基準は「その医療行為をした医師と**同じ立場の、通常の医師**」。大学病院の教授ではない
- 「通常の医師なら○○したはずだ」を成書・文献・ガイドラインで示していく作業が、訴訟の中心

過失の類型

- 作為型：禁忌の投薬、手技のミス
- 不作為型：すべき経過観察・検査・転送をしなかった
- 療法選択の誤り
- 説明義務違反

前方視的に判断するといっても…

- 結果を知った後には、当時の曖昧な所見まで明瞭な危険信号に見える（例：咳で少量の血が出て「喉が切れたのかな」と考えた場面。肺がんという結論を知ってから経過を見ると、「喀血が生じているではないか」となってしまう）

- 裁判所は建前として「診療当時に得られた情報」で判断する。しかし裁判官も人間。

- 「その時点で何を考え、なぜそうしたか」が記録に残っていると裁判所の理解も進みやすい。

- 立証責任は患者側にある。
  しかし実際は、病院側が「無過失」を積極的に立証しないと負けるという心構えを持っておいたほうがよい。

「最善の注意義務」から「医療水準」へ

最高裁第一小法廷 昭和36年2月16日判決
（東大病院輸血梅毒事件）

子宮筋腫で入院した患者に、職業的給血者から採った血液を輸血したところ、給血者が梅毒に感染しており、患者も感染した。
医師は、給血者に感染の危険を確かめる問診を十分にしていなかった。
「いやしくも人の生命及び健康を管理すべき業務（医業）に従事する者は、その業務の性質に照し、**危険防止のために実験上必要とされる最善の注意義務**を要求されるのは、已むを得ないところといわざるを得ない」
医師に高度の注意義務を課した出発点。
ただ、「最善」を何で測るかは示していない。

最高裁第三小法廷 昭和57年3月30日判決
（高山赤十字病院 未熟児網膜症事件）

昭和44年12月に出生した未熟児の網膜症。当時、光凝固法はまだ治療法として確立していなかった。
「…注意義務の基準となるべきものは、**診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準**である…」
光凝固法について説明し、実施できる病院へ転医させる義務は否定された。
以後、裁判所は「最善の注意義務」の中身を、この**医療水準**という物差しで測るようになった。

医療水準の考え方

▼ 学問上の水準（最先端）

	研究段階	専門施設で普及	一般に普及
新しい知見・治療法	学会・論文で有効性が報告される	大学病院・専門病院で実施される	地域の病院・診療所でも実施される
大学病院・専門病院		ここから医療水準	
地域の病院・診療所			ここから医療水準

診療当時で測る

- 後から確立した知見を、さかのぼって当てはめない（昭57.3.30）
- 逆に、当時すでに普及していた知見は、**「知らなかった」では済まない**

医療機関ごとに判断する

- 新しい治療法が普及するまでの時間は、医療機関の性格、地域の医療環境、医師の専門分野によって違う（平7.6.9）
- ただし、**類似の特性を備えた医療機関に相当程度普及**していれば、その医療機関の水準になる

慣行とは別

- 「医療水準は、医師の注意義務の基準（規範）となるものであるから、**平均的医師が現に行っている医療慣行とは必ずしも一致するものではなく**…」（平8.1.23）
- 「みんなそうしている」は基準にならない

水準の範囲内の裁量

- 医療水準にかなう方法が複数あれば、どれを選ぶかは医師の裁量
- 裁量を支えるのは、**なぜそれを選んだかの記録**と、患者への説明（第Ⅱ部）

医療水準は医療機関ごとに判断される――姫路日赤未熟児網膜症事件

破棄差戻　**最高裁第二小法廷 平成7年6月9日判決**　民集49巻6号1499頁

事案

未熟児網膜症に対する光凝固法が普及しつつあった昭和49年、新生児センターを備えた総合病院で出生した未熟児について、眼底検査や専門医への転医が問題となった。
原審は、厚生省研究班の統一的指針（昭和50年）の公表前であることなどを理由に、当時の医療水準ではなかったとして請求を棄却。

争点　「医療水準」はどの施設にも一律か。自院で実施できない場合はどうか。

裁判所の判断

「…当該医療機関の性格、所在地域の医療環境の特性等の諸般の事情を考慮すべきであり、右の事情を捨象して、すべての医療機関について診療契約に基づき要求される医療水準を一律に解するのは相当でない」
新規の治療法に関する知見が、**当該医療機関と類似の特性を備えた医療機関に相当程度普及**しており、その知見を有することを期待することが相当と認められる場合には、特段の事情がない限り、その知見は当該医療機関にとっての医療水準になる。
自ら実施できなくても、知見を有していれば、**実施できる医療機関へ転医させる義務**が生じ得る。

学びのポイント

水準は施設ごとに相対的。だが「うちは地方の中小病院だから」では終わらない。知り得た知見があれば、検査につなぐ・専門医に相談する・転医させる義務が別に立つ。

添付文書と医療慣行――ペルカミンS事件

破棄差戻　**最高裁第三小法廷 平成8年1月23日判決**　民集50巻1号1頁

事案

7歳の患者が、腰椎麻酔（麻酔剤ペルカミンS）による虫垂切除手術中に心停止し、脳に重大な損傷を受けて脳機能低下症となった。添付文書には、注入後10～15分までは**2分間隔**で血圧を測定するよう記載。医師は当時の慣行どおり**5分間隔**で測定するよう指示していた。
病院側は「昭和49年当時は5分間隔が一般的な医療慣行だった」と主張。

争点　添付文書に従わなかったことは、どう評価されるか。慣行に従っていれば過失はないといえるか。

裁判所の判断

「医師が医薬品を使用するに当たって右文書に記載された使用上の注意事項に従わず、それによって医療事故が発生した場合には、これに従わなかったことにつき特段の合理的理由がない限り、当該医師の過失が推定されるものというべきである」
「医療水準は、医師の注意義務の基準（規範）となるものであるから、平均的医師が現に行っている医療慣行とは必ずしも一致するものではなく、医師が医療慣行に従った医療行為を行ったからといって、医療水準に従った注意義務を尽くしたと直ちにいうことはできない」
医療慣行を理由に過失を否定した原審を破棄し、差し戻した。

学びのポイント

添付文書から外れ、その記載どおりの悪影響が生じた＝過失推定。
外れるなら「特段の合理的理由」を、その時点で記録に残す。「みんなそうしている」は理由にならない。

添付文書の副作用情報を確認する義務――薬疹を見過ごした事案

破棄差戻　**最高裁第二小法廷 平成14年11月8日判決**　平成12年(受)1556号／集民208号465頁

事案

「もうろう状態・病的心因反応」と診断されて精神科に入院した患者に、フェノバールを含む向精神薬が投与された。
3月半ばに発疹、3月20日には全身の発赤が出たが投薬は続けられ、3月29日にはフェノバールが**2倍に増量**された。
4月に入って高熱と紫斑様の症状が現れ、スティーブンス・ジョンソン症候群により失明した（視覚障害1級）。
添付文書には「過敏症状があらわれた場合には投与を中止すること」「まれにStevens-Johnson症候群があらわれることがある」旨の記載があった。

争点　専門外の副作用について、医師はどこまで情報を集める義務を負うか。

裁判所の判断

「精神科医は、向精神薬を治療に用いる場合において、その使用する向精神薬の副作用については、常にこれを念頭において治療に当たるべきであり、向精神薬の副作用についての医療上の知見については、その最新の添付文書を確認し、必要に応じて文献を参照するなど、当該医師の置かれた状況の下で可能な限りの最新情報を収集する義務があるというべきである」
発疹が出た段階で、添付文書の記載から過敏症状を疑い、投与の中止などを検討すべきだったとして、原審を破棄し差し戻した。

学びのポイント

専門外の副作用でも「知らなかった」では済まない。使う薬の最新の添付文書を確認し、徴候が出たら、中止を検討したことと、その理由を記録に残す。

ガイドライン・添付文書・院内手順は、裁判でどう扱われるか

診療ガイドライン

- 冒頭に「訴訟での利用を想定していない」とあっても、裁判では**医療水準を探る資料として広く使われる**
- ガイドラインに高い証拠価値を認めた裁判例もある（さいたま地判平26.1.30）
- **推奨度が高いほど裁量は狭い**。逸脱には理由が要る
- 外れるなら、外れる理由を患者に説明し、記録する

医薬品の添付文書

- 不遵守＋事故で**過失推定**（前掲ペルカミンS）
- 診療当時の版で判断する。改訂後に追加された注意を遡らせない一方、当時すでに知られていた情報は見落とさない
- 添付文書に反する投薬をするなら、その**合理的必要性を患者に説明**しておく（第Ⅱ部）
- 添付文書の改訂を院内で誰が追いかけるかは、管理者の仕事

院内手順・慣行

- 業務体制の証拠にはなるが、**手順そのものが最終基準ではない**
- 手順を守っても、手順自体が当時の知見に照らして合理的だったか、患者の例外事情に対応したかが問われる
- マニュアルがあれば、訴訟では「そのとおり実施したか」が問われる。
- 高水準の手順・マニュアルがあると逆に・・・

自院での対応が困難な場合――開業医の転送義務

破棄差戻　**最高裁第三小法廷 平成15年11月11日判決**　平成14年(受)1257号／民集57巻10号1466頁

事案

発熱などで開業医に通院していた**小学6年生**の男児。10月3日、急性胃腸炎・脱水症と診断されて午前に点滴を受けたが、午後に再受診した後も嘔吐が止まらなかった。
午後の診療で軽度の意識障害をうかがわせる言動があったが、転送されないまま夜に帰宅。翌朝、意識が混濁し、総合病院で原因不明の急性脳症と診断された。
脳原性運動機能障害が残り、身体障害者1級・常時介護を要する状態に。
原審（大阪高裁）は請求を棄却。

争点　確定診断ができなくても、転送義務は生じるか。

裁判所の判断

午後の診療の時点で、病名は特定できなくても、「本件医院では検査及び治療の面で適切に対処することができない、急性脳症等を含む何らかの**重大で緊急性のある病気にかかっている可能性が高い**ことをも認識することができた」とし、
「重大で緊急性のある病気に対しても適切に対処し得る、高度な医療機器による精密検査及び入院加療等が可能な医療機関へ上告人を転送し、適切な治療を受けさせるべき義務があった」
重大な後遺症が残らなかった相当程度の可能性について審理させるため差し戻した（第3章）。

同旨：最判平9.2.25「…開業医の役割は、風邪などの比較的軽度の病気の治療に当たるとともに、患者に重大な病気の可能性がある場合には高度な医療を施すことのできる診療機関に**転医させることにある**…」

学びのポイント

「病名が分からないから様子を見た」は理由にならない。
重大で緊急性のある病気の可能性を認識できた時点で、転送を検討し、検討した痕跡を残す。

責任判断に際しての四つの問い

四つの問い

- **義務**：その時点で何を「すべきだったか」「すべきでなかったか」。なぜ「べき」といえるのか（医療水準論）
- **違反**：実際の診療との差は何か（＝過失）
- **因果関係**：その違反で何が生じたか。適切に対応していれば結果は変わったか
- **損害**：何を、どこまで賠償するか

分けて考えるとどうなるか

- 「検査をすべきだった」としても、検査していれば死亡を回避できたか、後遺障害の程度が変わったかは**別に検討する**
- 逆に、死亡との因果関係が証明されなくても、あらゆる請求が否定されるわけではない。「相当程度の可能性」があれば**別の利益の侵害がありうる。**
- 「ミスがなければ働いて収入を得られたはず」との主張でも、実際には就労していなかった――これは損害の問題。
- 弁護士との打ち合わせでも、この四つの順に整理していただけると、検討が早く進む。

因果関係の証明の程度――ルンバール事件

破棄差戻　**最高裁第二小法廷 昭和50年10月24日判決**　民集29巻9号1417頁

事案

化膿性髄膜炎で入院中の3歳児に、昼食後まもなくルンバール（腰椎穿刺）を実施。約15～20分後に嘔吐・けいれんを起こし、右半身不全麻痺等の後遺症が残った。
原審は、ルンバールと発作の因果関係の証明がないとして請求を棄却。

争点　医療行為と結果の因果関係は、どの程度証明されれば足りるか。

裁判所の判断

「訴訟上の因果関係の立証は、一点の疑義も許されない自然科学的証明ではなく、経験則に照らして全証拠を総合検討し、特定の事実が特定の結果発生を招来した関係を是認しうる高度の蓋然性を証明することであり、その判定は、通常人が疑を差し挟まない程度に真実性の確信を持ちうるものであることを必要とし、かつ、それで足りるものである」
発作がルンバールの直後に起きたこと、当時の患児の状態、他の原因の可能性などを総合して、因果関係を肯定する方向で差し戻した。

学びのポイント

実務の目安は「8割方確からしい」。ただし数字で決まるものではなく、正直、裁判官の胸三寸と感じる場面も多い。

検査をしなかった場合の因果関係――肝細胞癌の見落とし

破棄差戻　**最高裁第一小法廷 平成11年2月25日判決**　民集53巻2号235頁

事案

肝硬変で継続して通院していた患者。医師は、肝細胞癌を早期に発見するための検査（腫瘍マーカー〈AFP〉、腹部超音波検査など）を行っていなかった。
その後、進行した肝細胞癌が見つかり、患者は死亡した。
原審は、適切な検査をしていても、どれだけ延命できたかが明らかでないなどとして、死亡との因果関係を否定した。

争点　「検査をしなかった」という不作為と死亡との因果関係は、どう判断するか。

裁判所の判断

不作為の因果関係も、ルンバール事件と同じく、経験則に照らし、**統計資料その他の医学的知見を含む全証拠を総合検討**して判断する。
注意義務を尽くしていれば、患者が**その死亡の時点においてなお生存していたであろうこと**について高度の蓋然性が証明されれば、因果関係は肯定される。
どれだけ長く生存できたかは、因果関係の問題ではなく、主に**損害額の算定で考慮する事情**である。

学びのポイント

**「もともとの病状からして、長くは生きることは難しかった」は、因果関係を否定する理由にならない。
延命できた期間の長短は、賠償額の問題として扱われる。**

死亡との因果関係が証明できないとき――「相当程度の可能性」

有責　**最高裁第二小法廷 平成12年9月22日判決**　平成9年(オ)42号／民集54巻7号2574頁

事案

突然の背部痛で目を覚ました患者が、早朝、病院の夜間救急外来を受診した（午前5時35分ころ診察開始）
医師は急性膵炎を第一に、狭心症を第二に疑ったが、心電図検査などはせず、鎮痛剤の筋肉注射と急性膵炎に対する薬剤の点滴をした。
点滴中に容態が急変し、同日午前7時45分ころ死亡。不安定狭心症から急性心筋梗塞に進展したことによる心不全だった。
適切な検査・治療をしていれば救命できたかについては、高度の蓋然性までは証明されなかった。

争点　救命できた高度の蓋然性がないとき、医療機関は何の責任も負わないのか。

裁判所の判断

「…医療水準にかなった医療が行われていたならば患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性の存在が証明されるときは、医師は、患者に対し、不法行為による損害を賠償する責任を負う…」
生命を維持することは人にとって最も基本的な利益であり、その可能性は法によって保護されるべき利益である。

学びのポイント

**「救命できた可能性が低いから責任なし」とは限らない。ただし、死亡の全損害を認める制度でもない。
何の侵害を主張しているのかを取り違えると、示談の額の議論がかみ合わない。**

因果関係の証明の程度と、賠償の範囲

	証明されたこと	賠償の範囲
高度の蓋然性	適切な医療をしていれば結果を避けられたことが、**通常人が疑いを差し挟まない程度**に証明された 最判昭50.10.24（ルンバール）、最判平11.2.25（不作為）	**死亡・後遺障害の損害の全部**（逸失利益・介護費・慰謝料など）
相当程度の可能性	高度の蓋然性はないが、死亡の時点でなお生存していた、または重大な後遺症が残らなかった**相当程度の可能性**が証明された 最判平12.9.22（死亡）、最判平15.11.11（重大な後遺症）	**その可能性を侵害されたことによる損害**（慰謝料が中心）
いずれもない	相当程度の可能性も証明されない 最判平23.2.25（平成21年(受)65号・集民236号183頁。破棄自判・請求棄却）	原則として責任なし。

損害の相場と、証拠の偏在

損害はどう決まるか

- 「人を死傷させたら○円」という法律はない。裁判所が心証で決める。実務ではほぼ『民事交通事故訴訟 損害賠償額算定基準』（**赤い本**）で計算する
- 超高齢の施設入所者が転倒後に亡くなり施設に責任が認められた場合でも、**死亡慰謝料は2,000万円台**になり得る。葬儀費用・弁護士費用等も加わる
- 年少者で介護が必要になる事案は、**億単位**になっても不思議はない
- 項目ごとに根拠を見る。治療費・介護費は必要性と相当性、逸失利益は収入と就労可能性、慰謝料は結果の重さと個別事情

立証責任と証拠の偏在

- 不法行為では、原則として患者側が過失・因果関係・損害を立証する
- しかし診療録、画像、モニター記録、ログ——**証拠のほぼ全部が医療機関側にある**
- だから証拠保全（民訴法234条）が認められやすく、文書提出命令（220条）も問題になる
- 「立証責任は相手だから説明しない」は、事実認定でも交渉でも通らない
- **記録の欠落や不自然な変更は、そのまま病院側に不利に働く**（第4章）

医賠責保険の補償範囲は足りているか。特に産科は、日医医賠責の特約等を確認しておく。

診療記録――

裁判所は記録をどう捉えているのか



診療記録の法的な位置づけ等

根拠

- 医師法24条：診療をしたときは**遅滞なく診療録に記載**。5年間保存（歯科医師法23条も同旨）
- 医療法21条・施行規則：病院の記録の備置。療養担当規則：記録の整備・保存
- 個人情報保護法33条：患者本人からの開示請求に応じる義務。厚労省「診療情報の提供等に関する指針」（平成15年）
- 電子カルテ：厚労省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の三原則――**真正性・見読性・保存性**

「診療記録」は当然診療録だけではない

- 看護記録、麻酔記録、手術記録、温度板、処方・注射指示、検査データ
- 画像の原データ、生体モニターの波形、輸液ポンプ等の**機器ログ**
- 説明文書・同意書、紹介状・返書、入退院サマリー
- 電子カルテの**更新履歴・アクセスログ**、院内カメラ
- 裁判所はこれらを突き合わせて事実を認定する。**診療録だけ整えても、他の記録と食い違えば信用されない**

法定保存期間の経過をもって即座に捨ててOKとはならない。法的責任を追及され得る期間は最長20年（民法724条2号等）。
紛争の予兆がある記録は、保存期間にかかわらず残すことが身を守ることに繋がる。

なぜ記録がこれほど重視されるのか――血圧測定の記録がなかった事案

東京地裁 平成4年5月26日判決　判例タイムズ798号230頁

事案

妊婦の入院時に血圧を測定したかどうかが争われた。医師側は測定したと主張したが、**カルテに血圧の記載がなかった**。
この医師は以前の診察では血圧を継続的に記録しており、入院時の他の所見は詳細に記載されていた。

争点　カルテに記載がない事実は、どう扱われるか。

裁判所の判断

「カルテは、医師法二四条により医師がその作成を義務付けられ、診察治療に際してその内容及び経過に関する事項をその都度、経時的に記載すべきものであって、また、カルテは、看護日誌等これに付属する補助記録とともに、医師にとって患者の症状把握と適切な診療のための基礎資料として必要不可欠なものであるから、記載の欠落は、後日にカルテが改変されたと認められる等の特段の事情がない限り、当該事実の不存在を事実上推定させる」
他の所見は詳しく書いてあるのに血圧だけ記載が漏れたというのは不自然だとして、血圧測定をしたとの主張を認めなかった。

胸骨圧迫の記載がなかった事案

過失認定　**福岡高裁 令和6年3月22日判決**

事案

手術中に患者が心停止に至り、心肺蘇生措置が行われたとされる事案。医療機関側は速やかに胸骨圧迫を開始したと主張したが、**看護記録に心肺蘇生措置の記載がなかった**。
看護レポートには、手術の際の他の出来事は詳細に記録されていた。

争点　医学的に当然すぐに行うはずの処置でも、記録がないことをどう評価するか。

裁判所の判断

「人工呼吸や胸骨圧迫といった心肺蘇生措置は生命予後にも関わる重要な措置であって、記録の必要性も高いと解され、これが診療記録にないことは不自然である」
「本件看護レポートには手術の際の他の出来事が詳細に記録されていることにも照らすと、心肺蘇生措置に係る記載がないことの不自然さはより著しい」
として、胸骨圧迫による心肺蘇生措置の開始が遅れた過失を認めた。

医療者から見て「即座にやったに決まっている」処置ほど記載が落ちる。そして他の記録が詳細であるほど、その欠落は「不自然」と捉えられてしまう可能性も。

診療録の一行に助けられた、私が経験した三つの事例

胃がん術後のフォローを無視された

胃がん手術後、定期フォローの受診勧奨を患者が無視し、後に再発が判明。「病院がフォローしなかった」と主張された。
担当医が、**連絡した日付、方法（電話・手紙）、回数、応答**を診療録に記載していた。
この記載がなければ、「一切フォローしていない」という印象のまま争うことになっていた。

「山で滑落」の一行

脊柱管狭窄症のリハビリでマッサージを受けに来ていた男性が、「マッサージで第12胸椎を圧迫骨折させられた」と主張。
主治医は普段ゴム印を押すだけだったが、その日のカルテに一行だけ**「山で滑落」**と書いていた。
この一行が、骨折の別原因を検討する手掛かりになった。

注射でCRPSと主張された

注射時に患者が「少し痛い」と言ったため、直ちに針を抜き、反対の腕に実施。注射後に診察し、神経内科を紹介。後にCRPSと診断されたとして訴えられた。
看護師が医師に報告した経過、**注射部位、痛みの性状（電撃痛ではなく「少し痛い」）、直ちに中止したこと**が、看護記録と医師記録から一読して分かった。
記載がなければ、部位も不明、「強い痛みを訴えたのに無視された」という主張が通った可能性がある。

記録が足りずに苦しんだ、私が経験した三つの場面

「脱水？」とだけ書いてある

「脱水？」という憶測の記載はあるのに、輸液をしたのか、利尿剤を中止したのか、疑いをどう解消したのかが記録から読めない。
疑いを書いて放置した形になると、**「気づいていたのに何もしなかった」と読まれる**。

「強い頭痛」と書いて帰宅させた

くも膜下出血を疑わせる「強い頭痛」の記載。実際には除外診断のための診察をし、「処方薬を飲み切る前でも気になったら○○脳神経外科へ」と指示していた。
その指示が記録になかった。
裁判では**「指示していない」と扱われる**。

透析患者の隠れ飲食

透析患者が隠れて飲食・飲水し、肺水腫に。「DW（ドライウェイト）の設定や体重管理が不十分だった」と主張された。
隠れて飲食していたこと、注意したこと、その後も続いたことが記録になかった。
患者の問題行動と、注意しても改善しなかった経過の記録は、第Ⅱ部でお話しする診療拒否の場面でも重要。

評価語（「拒否的」「問題患者」）ではなく、評価の対象となった言動を書く。「○時、□□を勧めたが本人『△△』と述べ拒否。特に重要な局面ではやりとり要旨を記載した方がよいことも。

追記について――紛争後の加筆

東京高裁 昭和62年9月3日判決　昭和55年(ネ)2948号

事案

新生児溶血性疾患に基づく脳性麻痺の発生が医師の過失に基づくものと認められた事例。
病院側は、児について、一般状態が良好である旨及び筋緊張は正常であり嗜眠性は認められない旨の記載があり、経過観察は怠っていなかった旨、主張していた。

争点　後日の加筆は、それ自体で違法か。どの時点からの加筆が信用されないのか。

裁判所の判断

「しかし、これらの記載は、その体裁から見て、後から書き加えられたものであることが明らかであるところ、カルテが往々多忙な医療行為の間に書かれるものであることを考慮すれば、これに後日の加筆をすること自体を一概に非難することはできないが、**本件のように医療行為の適否をめぐって紛争が生じている場合、このように加筆された部分の信ぴょう性は劣るものといわざるを得ない。**殊に、上記加筆部分の内容は、要するに児に異状がなかったということを意味するのであって、通常カルテに記載されることの少ない事柄であることからいっても、右記載があることから、当時被控訴人がこれら事項のチェックをしたことを積極的に認定することはできない」

学びのポイント

追記は禁じられていない。ただし紛争が起きた後の追記は、内容が正しくても価値を失う。そして、追記と元の記載が区別できなくなった瞬間に、記録全体が疑われる。

改ざんと認定された事案

改ざん認定

大阪高裁 昭和60年8月28日判決

昭和57年(ネ)1201号

初診時のカルテに当初「腹痛**のわりには**ディフェンス著明でない」――強い腹痛を訴えていたことを示す記載があった。
後日、「のわりには」を二本線で抹消し、「（腹痛）はそんなに強くなく」を挿入して、腹痛の程度が軽かったように改ざんした形跡がある、と認定。
裁判所：「**改ざんした形跡があるから、被告のいうほど腹痛が軽度ではなかったことは明らかである**」

改ざん認定

名古屋地裁 昭和59年4月25日判決

昭和54年(ワ)1171号

同一日の右眼視力について、病院が提出した診療録には「**0.06**」、証拠保全で収集された診療録には「**0.08**」と記載されていた。
裁判所は端的に「被告提出のものは後日改ざんされたものと窺われる」とした。
証拠保全の写しと後日提出書証の突合で判明した。

追記・訂正のあり方

三つの時刻を分ける

- **診療・観察した時刻／入力・確定した時刻／修正した時刻**
- 電子カルテの画面上の時刻がどれなのかを、院内で誰でも説明できるようにしておく
- 後から入力するときは「○月○日○時 記載」と明示する
- 機器の時計のずれが疑われても時刻は直さない。どの装置の時刻か、ずれの裏付けを残す

紙の訂正

- 元の記載が読めるよう**二重線**で消し、訂正日・訂正者を記入。**修正液・塗りつぶし・切り貼りはしない**
- 空白は空白のまま。埋めるなら追記であることを明示する
- 欄外へのはみ出し、行間への挿入、インクの色の違いは、それ自体が疑われる材料になる

電子カルテの訂正

- 電子カルテの三原則（真正性・見読性・保存性）が保たれていれば、更新履歴から追記であることが分かるので、追記それ自体は問題にならない。
- ただし、事象からかなり時間が経ってからの追記であれば、なぜ追記したのか、その内容が真実かは、やはり問われる。

事故後の記録

- 事故の後に思い出したことは、元の記録を直さず、**「○月○日 事後記録」として別立て**で、時系列を保って書く
- 紛争が顕在化した後（開示請求・面談・受任通知の後）の追記は、内容が正しくても価値を失う
- 事実・伝聞・評価を分けて書く。「本人『先ほどより痛い』」「家族より『21時頃から』と聴取」

改ざんが争われた事案から見えてくるもの

視点	裁判所が見ているもの
① **証拠保全の前か後か**	証拠保全の検証結果と提出書証が一致していれば改ざん主張はほぼ通らない。 **逆に食い違えば、それだけで改ざんが強く推認される。**
② **紛争発生の前か後か**	開示請求・面談・内容証明の到達時期が分水嶺。後日の加筆自体は非難されないが、**紛争後の加筆は信ぴょう性が劣る**
③ **記載の連続性・体裁**	空白なく経時的に連続しているか。行間への挿入、インクの色・筆跡、修正液、欄外へのはみ出し
④ **電子カルテの改訂履歴**	三原則を満たすシステムで履歴が残っていれば改ざんは原則否定される。
⑤ **加筆の内容が誰に有利か**	**「異常なし」「患者が拒否した」「説明した」**――医療機関に有利な記載の後付けは厳しく見られる。
⑥ **他の記録との整合**	診療録・看護記録・注射指示・レセプト・紹介状・他院カルテが食い違うか。単独の医師が後から手を入れられる記録ほど疑われる
⑦ **改ざんの動機と機会**	「動機や機会に乏しい」は否定側の定番。責任を否定する方向の記載が後から現れれば、動機は推認される
⑧ **主張の時期と裏付け**	終結間際の主張、根拠のない主張は排斥される。「原本と写しで違う」「編集日が最終診療日より後」という**客観的な一点**があるかで決まる

事象発生の翌日、記載漏れに気付いた

昨夜、患者が急変し、集中治療室へ移った。今朝カルテを見直すと、急変の3時間前に本人から「胸が重い」と訴えがあり、心電図を取って異常なしと判断し、経過観察とした――
その一連の記載が抜けている。担当医は「確かにやった」と記憶している。
どうするか。

A 昨夜の欄に、当時の記載と区別せず「胸部不快感の訴え、心電図異常なし、経過観察」と書き足す

B 記憶は不確かになるので、何も書かずにそのままにしておく

C 昨夜の欄はそのまま残し、今日の日付で「事後記録」として、記憶に基づく内容と、確認できる資料（心電図の記録・時刻）を添えて記載する

第Ⅰ部　まとめ

1

責任は、要件ごとに分けて考える

過失・因果関係・損害は別の問い。
法的責任が認められなければ、賠償責任は生じない。「お見舞金」という法的な概念はない。

2

過失は「診療当時の臨床医学の実践における医療水準」で測る

過失判断は医師に不可能を強いるものではない。他方、「うちの病院ではこうしている」は通じない。広く使われているガイドライン等は、過失判断の水準として扱われ得る。

3

記載がなければ「なかった」と理解されてしまいかねない。
追記は禁じられていないが、紛争後の追記は価値を失う

血圧・胸骨圧迫・「山で滑落」。一行が事件を決める。三つの時刻を分け、元の記載を消さず、事故後は事後記録として別立てで。**「異常なし」「拒否した」「説明した」の後付けは疑われかねない。**

第Ⅰ部終了

お疲れ様でした

第Ⅱ部
開始

第Ⅱ部

インフォームド・コンセント



説明義務の根拠と、三つの類型

根拠

- 医療法1条の4第2項：適切な説明を行い、理解を得るよう努めなければならない（努力義務）
- 診療契約（準委任）上の義務（民法645条の報告義務を含む）
- **患者の自己決定権（人格権）**：説明は、患者が自分の身体について決めるための前提。裁判で効くのはこれ

三つの類型

- **同意を得るための説明**——手術・検査・投薬の前に。足りなければ「同意なき侵襲」または自己決定権の侵害
- **療養指導としての説明**——退院時・帰宅時・服薬時。足りなければそのまま診療上の過失（結果との因果関係が問われる）
- **顛末報告としての説明**——事故や過誤が起きた後。診療契約上の報告義務

説明の程度（最高裁判例・厚労省指針の到達点）

- 病名と病状
- 実施予定の治療・検査の内容と必要性
- それに付随する危険性
- **他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**（実施しない場合の見通しを含む）

——抜けやすいのは、最後の二つ

厚労省「診療情報の提供等に関する指針」

- 平成15年9月12日 医政発0912001号。説明すべき事項として上記とほぼ同旨を列挙
- 法的義務そのものではないが、裁判所が「あるべき説明」を考えるときの物差しになる

訴訟で説明義務が重視される理由

二つの理由

- 手技に過失がなくても、**「説明していれば受けなかった」と認定されると、身体結果の全損害まで賠償範囲に入る**
- 手技の当否のような医学的に高度な問題は、裁判所も判断しきれない。そこで説明義務違反が、病院側から金銭を引き出すための「調整弁」として使われやすい――弁護士としての実感
- 結果として、認容判決の相当数が「**手技は適法、説明義務違反のみ**」という形になる

例1：ERCP――「胃カメラのようなもの」

72歳の患者が大学病院でERCP・胆道鏡検査を受け、重症急性膵炎により検査2日後に死亡。検査の緊急性は必ずしも高くなかった。医師は外来で「胃カメラのようなもの」と説明。入院時に書面で死亡リスク（重症化0.1%、重症化時の死亡率約10%）の説明はあったが、**当初の低いリスク認識が解かれないまま**検査が実施された。説明義務違反と死亡との因果関係まで認め、**約6,300万円**。

（東京地裁 令和7年7月18日判決）

例2：開心術とカテーテル術

両方が適応の場面で、医師は侵襲の少ないカテーテル術がベストと考え、開心術の説明を省略
カテーテル術中に血管穿孔。
医師は、やむを得ない合併症であることを事後に丁寧に説明し、裁判所も**手技に過失はない**と判断した。
しかし、開心術という選択肢とその利害得失を説明しなかったこと、説明を受けていれば患者は開心術を選んでいたことが認定され、**説明を欠いたことだけで高額の賠償責任**が生じた。

書面で正確なリスクを渡していても、口頭で「軽い検査」という印象を与えていれば、それを解かない限り足りない。「説明されていれば受けなかった」と認定されると、賠償額は数千万円単位になることもある。

説明義務の範囲はどう広がったか――乳房温存療法判決

義務あり（拡張）

最高裁第三小法廷 平成13年11月27日判決（乳房温存療法）

平成10年(オ)576号／民集55巻6号1154頁

乳がんに対し、当時確立していた胸筋温存乳房切除術を採用した医療機関について

未確立であった乳房温存療法を実施している医療機関も少なくなく、相当数の実施例があって積極的な評価もされていること、当該患者に適応可能性があること、**患者が乳房温存療法に強い関心を有することを知っていた**などの事実関係の下では、

「乳房温存療法の適応可能性のあること及び乳房温存療法を実施している医療機関の名称や所在をその知る範囲で説明すべき診療契約上の義務がある」とした。

「未確立だから（医療水準ではないから）説明しなくてよい」という発想を封じた。

説明義務の四つの軸

> **医師は、「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、他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」（最判平13.11.27）**

軸	問われること	この後で見る主な判例	院内で確かめること
1　選択肢	何を示したか。実施する治療だけでなく、**経過観察・治療しない選択・他の術式や麻酔法・他院でできる治療・自院の方針**	最判平18.10.27（未破裂脳動脈瘤）、最判平12.2.29（輸血拒否）	説明書に「他の治療法」「治療しない場合の見通し」の欄があるか
2　リスク	どこまで具体的に言ったか。頻度が低くても重大な結果、**この患者に固有のリスク**	福岡地小倉支判令3.3.4、水戸地判平28.3.25	「麻痺」を一過性か永続か、部位・程度まで書いているか
3　時点	いつ説明したか。術前だけでなく、**術中の変更時・前提の変化時・退院時・診療終了時**	最判平7.5.30（核黄疸）	退院・帰宅時の指示が「○○が出たら△△へ」の形で残っているか
4　効果	違反したら何を賠償するか。**自己決定権侵害の慰謝料か、身体結果の全損害か**	東京地判令7.7.18（ERCP）	「説明されていれば受けなかった」と言われうる、緊急性の低い治療か

【軸1・選択肢】経過観察という選択肢――未破裂脳動脈瘤

説明義務違反　**最高裁第二小法廷 平成18年10月27日判決**　平成17年(受)1612号／集民221号705頁

事案

未破裂脳動脈瘤に対しコイル塞栓術を受けた患者が、術中にコイルが動脈瘤外に逸脱するなどして脳梗塞を生じ死亡。**手技の過失は否定**されたが、術式の選択（開頭手術・コイル塞栓術・経過観察）についての説明義務違反が争われた。担当医らは、当然、開頭手術とコイル塞栓術それぞれの利害得失についての知見を有していた。

参考
東京地裁 平成25年3月21日判決（開頭クリッピング術）――「クリッピングは十中八九可能」と説明。裁判所は「十中八九可能という表現は…手術に10%か20%程度の危険があるとの意味に解することはできない」とし、合併症を並べるだけで個別の危険の程度に触れず、必要性を強調した説明は義務違反とした。

争点　予防的手術で、確立した術式が複数あるとき、何を説明すべきか。

裁判所の判断

「…いずれの療法（術式）も受けずに保存的に経過を見るという選択肢も存在し、そのいずれを選択するかは、患者自身の生き方や生活の質にもかかわるものでもあるし、また、上記選択をするための時間的な余裕もあることから、患者がいずれの選択肢を選択するかにつき熟慮の上判断することができるように、医師は各療法（術式）の違いや経過観察も含めた各選択肢の利害得失について分かりやすく説明することが求められるものというべきである」

開頭手術は神経損傷の可能性があるが破裂時の対処がしやすい。コイル塞栓術は低侵襲だが破裂時の救命が困難。少なくともこの知見を分かりやすく説明する義務があった。

学びのポイント

予定手術で、しかも経過観察も選べる場面では、各術式の違い・経過観察という選択肢・それぞれの利害得失を、熟慮の時間を与えて説明する。「十中八九大丈夫」は、10～20%のリスクの説明にはならない。

【軸1・選択肢】治療しない選択肢・他院の治療・麻酔法

認められた例（自己決定権侵害・手技は適法）

- **福岡地判令7.9.9**：冠動脈バイパス術。オンポンプとオフポンプは患者群によって合併症率も難易度も異なり「一概にどちらが優れているとはいえない」。実施予定の術式だけでなく、他に選択し得る確立された術式の内容と利害得失まで説明する義務。慰謝料150万円
- **東京地判令5.1.19**：腟全摘術。手術のメリット・デメリットに加え、手術以外の治療の可能性や、**何の治療もしなかった場合の具体的な予後**まで説明が必要
- **熊本地判令5.12.25**：腹部大動脈瘤。絶対的手術適応ではなく、「今は経過観察」という選択肢も説明すべきだった
- **札幌地判令7.1.15**：人工関節置換術の麻酔法。神経ブロックを併用する方法と併用しない方法があり、神経損傷の合併症が想定される以上、**麻酔の選択肢**についても説明義務。慰謝料50万円

認めなかった例

- **大阪地判平24.3.27**：未破裂動脈瘤のコイル塞栓術については自然破裂の危険性と合併症の発生率を具体的な数字を挙げて説明する義務がある。他方、正常圧水頭症のシャント術ではV-Pシャントが第一選択であり、L-Pシャントを同等に説明すべき義務まではない
- 「選択肢はすべて説明せよ」ではない。**第一選択が医学的に明確で、他の選択肢が劣後するなら、そこまでは求められない**
- 「自院でできない」は説明しない理由にならない（大阪地判平22.9.29：生体肝移植という根本的治療の存在を一切説明せず違反）

【軸1・選択肢】自院の方針——エホバの証人輸血拒否事件

人格権侵害

最高裁第三小法廷 平成12年2月29日判決

平成10年(オ)1081号・1082号／民集54巻2号582頁

宗教上の信念からいかなる場合にも輸血を拒否する固い意思を有し、無輸血で手術を受けられると期待して入院した患者。
病院には「他に救命手段がない事態に至った場合には輸血する」という方針があったが、医師は**それを説明しないまま**手術を施行し、輸血した。
「患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、**人格権の一内容として尊重されなければならない**」
方針を説明して、この病院で手術を受けるか否かを患者自身が決める機会を与えるべきだった。慰謝料50万円。

適用例（説明義務違反）

大阪地裁 平成17年1月28日判決

LEX/DB 28111543

輸血拒否の意思を示していた患者への心房粗動力テーテルアブレーション中の急性心タンポナーデ・死亡。
治療の実施自体は違法とまではいえず、心嚢穿刺ではなく緊急開胸術を選んだことにも過失はないとされたが、担当医に説明義務を怠った過失を認定。患者は他に取り得る有力な治療方針を選択し得る機会を奪われ、人格的利益を侵害されたとされた。

院内の免責文書（「輸血しない場合の結果について責任を問わない」等）の運用にも直結する。**文書に署名があっても、「病院の方針」を伝えていなければ意味をなさない。**

「治療の内容」だけでなく「自院の方針」も説明対象になる。

【軸1・選択肢】患者の希望と説明の厚み

破棄差戻（義務あり）

最高裁第一小法廷 平成17年9月8日判決

骨盤位の妊婦が**帝王切開を希望していた**にもかかわらず、医師は経腟分娩を勧め、経腟分娩をした場合のリスクについて十分な説明をしなかった。
児は出生後間もなく死亡した。
最高裁：医師は、経腟分娩を勧める場合には、その根拠と危険性、帝王切開術に移行する場合の判断基準等を具体的に説明し、夫婦が分娩方法について十分に検討した上で意思決定をする機会を与える義務があった。
「患者が特定の方法を希望している」という事情が、説明義務の内容を**加重**する要素となりうる。

共通するのは「患者が何を望んでいるかを把握し、それを踏まえて説明した」記録があること。希望を聞いた事実と、それへの応答を残す。

【軸2・リスク】不安にさせないために言わなかった事案

説明義務違反　**福岡地裁小倉支部 令和3年3月4日判決**

事案

先天的な骨異形成による下肢麻痺のある患者への頸椎後方固定術（Brooks法）。典型的な雛形の説明書で、頸椎手術一般の危険性・合併症は記載されていたが、この手術に固有の文言はなく、**人工呼吸器が必要になる可能性の説明はなかった**。
術後、脊髄損傷により四肢麻痺・呼吸筋麻痺が生じた。
医師の主張：「本件手術で呼吸器麻痺が実際に発生するリスクは高くないことから、原告を必要以上に不安にさせないために言わなかった」

争点　頻度が低く、患者を不安にさせないための省略は、免責されるか。

裁判所の判断

「起こる可能性は高くないといえそうではあるものの、人工呼吸器を装着しなければならないという事態に陥ることは原告の今後の人生に大きな影響を及ぼすことであるのだから、たとえ可能性が低いとしても、リスクがある以上は、手術を受けるか否かを決めるにあたって、または、その手術を受ける際の「覚悟」の形成のために必要な情報であり、説明をする必要性はなくならない」
説明していても何らかの手術は受けていたと考えられるとして因果関係は否定。自己決定権侵害の慰謝料。

学びのポイント

患者を想ってリスク説明を省略しても、裁判所は理解しない。頻度が低くても、結果が患者の人生に重大な影響を与えかねないものであれば、説明義務があるというのが裁判所の考え方。

【軸2・リスク】「麻痺」は一過性か永続か、単麻痺か四肢麻痺か

説明義務違反

水戸地裁 平成28年3月25日判決

変形性頸椎症（相対的手術適応）の患者に、①術後にC5以下の麻痺が生じるリスクがあり、その場合3～6か月のリハビリが必要になる可能性 ②麻酔・感染・出血などのリスクが5%程度、と説明。
椎弓形成術・神経根減圧の後、四肢麻痺・体幹機能障害が生じた。**手技のミスはない**と認定。
しかし「頚椎変形疾患、頚椎症性脊髄症の手術に伴う神経学的永続合併症の発生率は0.15～0.3%とする文献があるが、**こうした割合はともかく、本件手術に伴う上記後遺症は重大である**」――脊髄損傷により四肢麻痺を含む重大な麻痺が生じる可能性を説明する義務があったのに、説明していない。

説明義務違反

高松地裁 平成28年5月18日判決

後腹膜の神経鞘腫に対する腹腔鏡下腫瘍摘出術。説明書の「合併症の可能性と緊急時の処置」欄に「皆無ではありません」「出血、腸管損傷、神経障害、腹膜炎、膿瘍、創感染など」、補充として「神経痛・しびれなどがある」と記載。
腫瘍は摘出されたが、大腿神経麻痺となり、立位不全の障害が残った。**手技のミスはない**と認定。
しかし、説明書の「神経障害」という記載は腹部についてのものである上、「神経痛、しびれなどがある」との記載はあるが、**神経麻痺による運動障害の記載は存在しない**――説明義務違反による自己決定権の侵害。

「麻痺が生じることがあります」は、永続的な四肢麻痺の説明にはならない。一過性か永続か、どの部位か。裁判所は医療機関側に有利に文言解釈してくれないと考えるべき。

【軸2・リスク】この患者に固有のリスクを説明しているか

説明義務違反（慰謝料100万円）

京都地裁 令和元年12月25日判決

糖尿病壊疽の下腿切断術。
同一病院で過去3回、同種手術の際に全身麻酔薬による血圧低下が現実に生じていた患者。
それなら「一般的な危険性として死亡する可能性もある」では足りず、本件手術に固有の具体的な危険性の情報が必要だった。
自己決定権侵害を認め、慰謝料100万円。

説明義務違反（予備的請求のみ認容）

熊本地裁 令和5年12月8日判決

下肢動脈のEVT（経皮的血管形成術）。医師は穿刺部からの出血、血腫、全身状態の悪化は説明したが、それらにより**死亡に至る可能性は説明しなかった**。
患者には高血圧・糖尿病・高コレステロール・慢性腎不全、下肢動脈バイパス術・冠動脈バイパス術の手術歴など多数の既往があった。
「偶発合併症による死亡の頻度は0.2%と報告されていることを踏まえても、患者については、穿刺部から出血した場合、本件手術により死亡する可能性が平均的な患者より高度であったといえるから、医師は、本件手術に先立ち、患者に対し、本件手術により死亡に至る可能性があることを説明すべき義務を負っていた」
血液検査義務、患者管理義務、手技の安全性はいずれも過失否定。血管損傷は「不可避的なもの」と認定された。

既往・年齢・自院での過去の経過を踏まえた「この患者の」リスクを説明する。統計の数字は、その患者に当てはめて初めて意味を持つ。

【軸3・時点】術中の変更・前提の変化・診療の終了

術中に方針を変えた

- **神戸地判令5.12.14／大阪高判令6.7.5**：ミエログラフィーで通常の穿刺を前提とする一般的説明しかしていなかったところ、高位のL1/2穿刺に切り替えた。L1/2穿刺は脊髄損傷という重大なリスクを持ち侵襲が質的に異なるから、**穿刺する前の段階で**、必要性・脊髄損傷リスク・代替手段を具体的に説明し、改めて熟慮の機会を与える必要があった。因果関係も肯定。

前提が変わった

- **横浜地判平29.2.23**：総腸骨動脈瘤がないこと、術前検査としての心臓カテーテル検査の必要性がなくなったことが明らかになった場合には、**これを直ちに患者に説明する義務**。「予定を取りやめる」「前提が変わった」ことの連絡が義務として構成された

診療を終えるとき

- **大阪地判平27.5.11**：治療の結果を患者自身が合理的判断によるものとして受け止めるためには、診療行為の終了時に、病態の現状、治癒に至っていない場合の将来的な治療の必要性・治癒の可能性等を踏まえ、その時点で診療を終了させることの当否を自ら検討するに足りる程度の情報提供を受ける必要があり、これをせずに診療を終了させることは、特段の事情のない限り自己決定権を侵害する。

【軸3・時点】退院時の指導――核黄疸事件

破棄差戻（義務違反）　**最高裁第三小法廷 平成7年5月30日判決**　平成3年(オ)2030号／判時1533号78頁・判タ897号64頁

事案

未熟児として出生し黄疸のあった新生児について、医師が血液型判定を誤り、「血液型不適合はなく、黄疸が遷延しているのは未熟児だからで心配ない」と説明。
退院時には母親に**「何か変わったことがあったらすぐに当院あるいは近所の小児科医の診察を受けるように」という一般的注意を与えたのみ**で、残存する黄疸に特段の言及はしなかった。
退院後、核黄疸から脳性麻痺に至った。
大阪高裁は「新生児の全身状態に注意し、何かあれば来院するか他の医師の診察を受けるよう指導すれば足りる」として医療機関を勝訴させていた。

争点　退院時の指導は、「何かあれば受診を」で足りるか。

裁判所の判断

医師は、黄疸が増強することがあり得ること、及び黄疸が増強して哺乳力の減退などの症状が現れたときは重篤な疾患に至る危険があることを説明し、黄疸症状を含む全身状態の観察に注意を払い、**黄疸の増強や哺乳力の減退などの症状が現れたときは速やかに医師の診察を受けるよう指導すべき注意義務**を負っていた。

「黄疸について特段の言及もしないまま、何か変わったことがあれば医師の診察を受けるようにとの一般的な注意を与えたのみで退院させているのであって、かかる被上告人の措置は、不適切なものであったというほかはない」

学びのポイント

「何か変わったこと」という包括的・抽象的な教示では足りない。「○○が起きたら直ちに△△へ」と指示し、その旨をカルテに書く。今日の帰宅時説明の出発点。

【軸3・時点】退院時の副作用説明と「大丈夫ですよ」

説明義務違反

高松高裁 平成8年2月27日判決（TEN事件）

髄膜腫摘出後に処方されたアレビアチン・フェノバールには、いずれも中毒性表皮壊死症（TEN）の副作用がある。医師の退院時の指示は「変わったことがあれば、紹介先のB病院で、すぐ診てもらってください」にとどまった。退院後、全身に掻痒感を伴う発疹が出て、別の病院で薬剤アレルギーと診断されたが、TENに至った。一審は請求棄却、控訴審で110万円（慰謝料100万円）。

「患者の退院に際しては、医師の観察が及ばないところで服薬することになるのであるから、**その副作用の結果が重大であれば、発症の可能性が極めて少ない場合であっても**…服薬上の留意点を具体的に指導すべき義務がある」

『痙攣発作を抑える薬を出しているが、ごくまれには副作用による皮膚の病気が起こることもあるので、かゆみや発疹があったときにはすぐに連絡するように』という程度の具体的な注意を与える義務があった。

自己決定権侵害

大阪高裁 平成27年11月11日判決

退院にあたり、症状が重大な疾患による可能性があり、鑑別のための検査が予定されていることを伝えず、放置した場合の危険性を説明しないどころか、**かえってその可能性や危険性がないかのような誤った情報を提供した**医師の行為は、患者の自己決定権を侵害する不法行為に該当する。

軽い症状でも重篤化し得るものは、「○○が出たら、直ちに△△を受診」と具体的に。
特に鑑別に自信がないときほど具体的に。そしてカルテに一行。

【軸4・効果】慰謝料にとどまるか、全損害に及ぶか

自己決定権侵害の慰謝料

- **福岡地判平19.8.21**：医療水準として確立した術式が複数存在する場合、各術式の内容、保存的に経過を見るという選択肢の存在、各選択肢の利害得失を分かりやすく説明することが求められる。もっとも、説明義務違反がなければ後遺障害が残存しなかった高度の蓋然性が認められない場合には、患者は後遺障害の賠償を請求できず、**自己決定権侵害による慰謝料請求権を有するにとどまる**

- 額の水準：感覚としては**30万～500万円**

- **旭川地判令2.3.19**：薬剤投与量も監視も適切、それでも「経過観察の余地」を説明せずに手術を行ったことが不法行為。説明していても同意していた可能性が高いとして因果関係は否定

全損害に及ぶ場合

- **東京地判令7.7.18**（前掲ERCP）：「胃カメラのようなもの」という印象を解かないまま検査。説明されていれば検査を見送った、として死亡との因果関係を肯定。約6,300万円（控訴あり）
- **東京地判平29.3.23**：下顎智歯の抜歯。抜歯以外に投薬による保存という選択肢と、知覚・味覚障害の後遺症リスクを説明すべき義務。説明を受けていれば抜歯を受けなかったと認められ、因果関係を肯定。休業損害・逸失利益まで認容
- **福岡高判平19.12.6**：ステロイド剤投与中の喘息幼児が麻疹ウイルスに曝露。母親から脳炎・死亡の可能性を問われた担当医は、γグロブリンを投与しなければ重篤化し死亡するおそれがあることを説明する義務を負い、説明義務違反と死亡との因果関係あり。

- 美容領域は「説明されていれば受けなかった」が認定されやすく、賠償が慰謝料にとどまらない傾向（仙台地判平29.9.28：手術痕まで賠償）

分かれ目は「説明されていれば、この患者は受けなかったか」。
緊急性が低く、代替があり、患者が慎重だった事案ほど、全損害に及びやすい。

同意書の限界と、説明書との一体化

よくある様式（切り離し型）

- 説明書（遺漏のない、大変分かりやすい説明内容）を渡し、「家で読んでおいてください。手術当日に同意書を持ってきてください」
- 同意書には「説明されたことについて理解しました」、日付、患者の署名・押印
- 後日、患者から「説明書はもらっていません」と言われたら
- 電子カルテのログで「出力した」ことは証明できても、**「手渡した」ことまでは立証できない**。パンフレットも同じ

署名は「説明した」証拠ではない

- 東京地判令4.2.28：同意書に大腸穿孔の記載があっても減額事由にとどまった
- 東京高判平26.9.18：説明の有無を、同意書ではなく患者のその後の行動から推認
- 東京地判令7.7.18：書面で死亡リスクを渡していても、口頭の「軽い検査」の印象を解いていなければ足りない。

一体化型にする

- 説明内容と同意確認欄を**一枚（一綴り）**にする。説明書の各項目の横に確認欄を設け、説明を受けた項目にチェック
- 説明書を**受領したこと**をチェックボックスで明らかにする
- 「質問はありますか」に対する患者の**質問と回答**を余白に記載する
- 説明者・同席者・日時、持ち帰って検討した日数。診療録には「本人の懸念」「選ばなかった選択肢と理由」を一行

同意書様式の点検項目の一案

同意書様式の点検項目の一案

- 病名・病状（患者の言葉で言い換えた記載があるか）
- 治療・検査の内容と必要性、緊急性の程度
- リスク：頻度（数字）と重大性。この手術・この患者に固有の事項。死亡・永続的麻痺・人工呼吸器等の重大結果が「一般論」でなく書かれているか
- 他の治療法とその利害得失。自院でできない治療の存在
- 治療をしない場合・経過観察の場合の見通し
- 緊急時の対応と、病院の方針（輸血等）
- 質問と回答の欄。患者の懸念・希望の欄
- 説明書の受領チェック。説明書と同意書の一体化
- 説明者・同席者・日時。持ち帰り検討の日数
- 署名は「説明した」証拠ではない、という前提で設計されているか

説明書の文言を見直す——よくある書き方と直し方

項目	よくある書き方	直し方
麻痺・神経障害	「神経損傷により麻痺が生じることがあります」	一過性か永続か、部位（片側か四肢か）、頻度を分けて書く。「多くは数週間で回復するが、**手足の麻痺が永続的に残ることがある**（頻度○%、文献・当院の実績）」
重大な合併症	「合併症：出血、感染、神経障害など」	この手術について、頻度が低くても**死亡・人工呼吸器・再手術**に至り得るものを名指しで書く。
他の治療法	記載なし。または「他の治療法について説明を受けた」のチェック欄だけ	選択肢ごとに内容・利点・欠点。**経過観察・治療をしない場合の見通し**、他院でできる治療も
この患者の事情	定型文のみ	年齢・既往・服薬など、**この患者でリスクが上がる事情**の記入欄
図解・質問と回答	図解はしたがスキャナーで取り込まずに患者に渡す。	図解した場合にはそれもスキャナーで取り込む、コピーして保存。
署名欄	「上記について説明を受け、理解しました」	説明日時・説明者・同席者、**説明書を受け取ったこと**のチェック。説明書と同意書は一綴りにすることもありうる。

説明義務の七か条（裁判例のまとめ）

①～④

- ①患者の既往症や希望を踏まえて特殊な治療を実施する等の事情でリスクが増大するときは、それを踏まえた**「オーダーメイド」の説明**を行う。
- ②合併症発生率が一般的に明らかなら、**書面に「リスク」として数字で明示**する。「十中八九大丈夫」は10～20%のリスクの説明にはならない。「胃カメラのようなもの」という口頭の印象は、書面の数字を打ち消す。
- ③患者を想ってリスク説明を省略しても、裁判所は理解しない
- ④どの程度の発生率なら説明すべきかの一般規範を示した最高裁判例はない。しかし、**頻度がある程度高いもの／頻度が低くても死亡・重篤な症状が生じ得るもの／醜貌等QOLに大きく影響するもの**は説明した方がよい。

⑤～⑦

- ⑤患者が適応外・未確立の治療に関心を持っていると分かったら、なぜ適応外なのか、行った場合の予後・治療成績はどうか、知り得る知見を提供する。希望どおりに行う義務はないが、実施している医療機関を知っていれば教示する必要も生じ得る
- ⑥「何かあったら受診して」では足りない。特に鑑別に自信がない場合は**「○○という症状が出たら直ちに△△を受診」**と指示し、その旨を診療録に残す
- ⑦添付文書に反する投薬をするなら、その適否だけでなく、合理的必要性についても説明する。広く通用しているガイドラインに反する場合も同様に考えるのが無難。推奨度が高いほど裁量は狭いと解するべき。

6

重大事故後の初動・院内調査・報告書・顛末報告



患者死亡事案が発生したとき、意識していただきたいこと

法律上の問題点（判断は別々に）

- **異状死の届出**（医師法21条：異状があると認めたときは24時間以内に所轄警察署に届出）
- **医療事故調査制度**（医療法6条の10第1項：医療に起因し又は起因すると疑われる死亡・死産で、管理者が予期しなかったもの）
- 二つは別の制度、別の判断。「事故調の対象だから警察へ」でも「警察に届けないから事故調も不要」でもない

訴訟を見据えた視点

- **証拠の保全**：紙だけでなく、器具、薬剤と包装、モニター波形、機器ログ、アクセスログ、院内カメラ。自動消去を止める
- **記憶の保全**：関係者にその日のうちに時系列で書いてもらう。元の診療記録は直さず「事後記録」として別立て（第Ⅰ部）
- **断言しない、約束しない、物を安易に渡さない**——謝罪文やインシデントレポート相当の資料の交付は後々まで響く

初動48時間で同時に動かす四つの仕事

- 患者の救命・治療の継続（家族への一次説明を含む）
- 証拠と記憶の保全
- 院内報告と管理者の判断（21条／事故調／保険会社／弁護士）
- 担当者のケアと、担当者を一人で矢面に立たせない体制

医療者の証言より客観性の高いもの

- 「先生が覚えている」より、ポンプのログの方を裁判所は信用する
- モニターの波形は機器によって保存期間が短い。**事故当日に出力・保存する**
- 使用済みの物品は廃棄しない。薬剤のアンプル・包装も

医療事故調査制度の対象判断

対象となる「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**であって、
- 当該管理者が当該死亡又は死産を**予期しなかったもの**
- → 遅滞なく医療事故調査・支援センターに報告し、院内調査を行い、結果を遺族に説明し、センターに報告する（6条の11）
- センターへの報告は年間375件（2025年）、累計3,633件。多くの病院では「数年に一度」の手続

「予期しなかった」の判断（省令の三つ）

- 死亡が予期されることを、医療の提供前に**患者・家族に説明**していた
- 死亡が予期されることを、医療の提供前に**診療録等に記録**していた
- 管理者が、医療従事者からの事情聴取と医療安全管理委員会の意見を踏まえ、提供前に予期されていたと認めた
- → 前二つが今日の「説明」「記録」とつながる。**一般的な死亡の可能性の説明・記録だけでは予期したことにならない**（平成27年5月8日 医政発0508第1号）

判断主体と手順

- 判断するのは**管理者**。担当医の「予期していた」という主観ではない
- 過失の有無は要件ではない。過失がなくても対象になり、対象でも過失があるとは限らない
- 迷ったら支援団体（医師会・病院団体等）に相談。センターへの相談も可能
- 遺族への説明：報告する旨、調査の方法、結果の説明時期

医師法21条との関係

- 都立広尾病院事件（最判平16.4.13）：自ら罪責を問われるおそれがある場合でも届出義務を負うとすることは、憲法38条1項に反しない
- 実務上の到達点は「**外表異状説**」。ただし平成31年2月8日通知（医政医発0208第3号）とそのQ&Aには揺れがあり、学説の批判もある
- 「外傷がない＝届出不要」に短縮しない。迷ったら警察・弁護士に相談

報告書と説明の一文を見直す――事実と評価を分ける

避けたい書き方	事実と評価を分けた書き方
「検査が遅れたために死亡した」	「○時○分に△△を確認。□□検査は○時○分に実施した。**検査の時期と結果との関係は、外部委員を含めて検討中**」
「確認不足があった」	「○○の値は○時○分に電子カルテ上表示されていた。担当者がこれを確認したのは○時○分であった」
「医師の判断ミスである」	「当時の所見（…）からは、△△も鑑別に挙がり得た。**この点の評価は、当時得られた情報に基づいて行う**」
「当時こうすべきだった」（再発防止の章で）	「今後は、○○の場合に△△を行う手順を追加する」――**将来に向けた書き方**にする
（調査未了の段階で）遺族への説明で「私たちのミスです」	「分かっていること」「まだ分かっていないこと」「これから調べること」を分けて伝え、結果への共感はそのまま言葉にする

第Ⅱ部

番外編
カスタマーハラスメント対策と応招義務



令和8年10月1日から義務になったカスハラ対策

法律上の定義（三つの要素・33条1項）

- **誰から**：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――患者・家族はここに入る
- **どんな言動**：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
- **結果**：当該労働者の就業環境が害されること
- 「要求の内容」が正当でも「手段・態様」が許容範囲を超えればカスハラ。内容が不当でも態様が穏当なら、まず通常の苦情対応

事業主が講ずべき措置（指針の五本柱）

- **方針の明確化と周知・啓発**：カスハラを容認しない方針、対応方針を就業規則等に定め、職員に周知
- **相談体制の整備**：窓口の設置、担当者の配置と教育
- **事後の迅速・適切な対応**：事実確認、被害者への配慮措置、再発防止
- **抑止のための措置**：対応マニュアル、研修、警察・弁護士等との連携
- **相談者のプライバシー保護**と、相談したことによる不利益取扱いの禁止

施行日と指針

- 公布：令和7年6月11日。施行：**令和8年10月1日**
- 指針：厚労省告示第51号（令和8年2月26日）。厚労省「カスタマーハラスメント対策企業マニュアル」令和8年度改訂版（令和8年9月）。医療現場向けには研修動画「医療現場における暴力・ハラスメント対策」もある
- 罰則はないが行政指導・勧告の対象。措置を怠れば**安全配慮義務違反**（労働契約法5条）の材料に。医療機関も規模を問わず対象

今、お聴き頂いている時には既に施行後

- 「これから準備」ではなく「もう義務」。**方針・窓口・手順・研修・記録**の五つが揃っているか
- 労災：心理的負荷評価表（令和5年9月改正・項目27）に「顧客等からの著しい迷惑行為」が追加済み。職員の精神障害が労災認定される道がある
- 自治体条例も広がっている（東京都・北海道・群馬県は令和7年4月施行。管内でも岡山市が令和8年4月に施行）

カスハラとパワハラ――同じ骨組みで考える

要素	パワハラ（31条1項）	カスハラ（33条1項）	医療機関では
① **誰の言動か**	職場の優越的な関係を背景とした言動。上司に限らず、同僚・部下からもあり得る	顧客、取引の相手方、施設の利用者その他の事業に関係を有する者（顧客等）の言動	**患者・家族・見舞客。**取引業者なども含まれ得る
② **どこからか**	業務上必要かつ相当な範囲を超えたもの	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	**苦情や要望そのものはカスハラではない。**どこから超えるかを院内で具体化する
③ **結果**	労働者の就業環境が害されること	同じ	**判断の基準は「平均的な労働者の感じ方」**（両方の指針）。本人の感じ方だけでも、患者の感じ方でもない

措置の骨組みも同じ。方針の明確化と周知・啓発／相談体制／事後の迅速・適切な対応／プライバシー保護と不利益取扱いの禁止に、カスハラでは「抑止のための措置」が加わる。パワハラ防止の体制を土台に作ると分かりやすい。

職員を守る義務（安全配慮義務）が問われた事案

安全配慮義務違反

甲府地裁 平成30年11月13日判決

労判1202号95頁

小学校教諭が、担任学級の児童宅を訪問した際に飼犬に咬まれ、約2週間の加療を要する傷害を負った。
その後、校長が保護者への謝罪を強要（**土下座による謝罪を黙認・許容**）し、理不尽な要求をする保護者宅への**単独訪問を指示**。教諭はうつ病を発病して休業。
裁判所：被害教諭は犬咬み事故の被害者であり、校長による根拠のない非難は許容範囲を逸脱。土下座を黙認したこと、単独訪問を指示したことが安全配慮義務違反。賠償責任を認めた。
医療機関に翻訳すると：管理者が現場職員を一人で矢面に立たせ、患者側の理不尽な要求に「謝って収めろ」と指示することが、それ自体で組織の責任になる。

安全配慮義務違反なし

東京地裁 平成30年11月2日判決／　上の事案
横浜地裁川崎支部 令和3年11月30日判決　下の事案

食品スーパーのレジ担当従業員が、接客態度に不満を持った顧客から大声でなじられるなどの暴言を受け、適切な対応がされなかったと主張。
裁判所は、入社時の指導、**相談体制の整備、2名体制による対応、穏便な措置から段階的に対応した**ことを評価し、安全配慮義務違反を否定。

NHK委託コールセンターの従業員が、頻繁なわいせつ電話・暴言を受け、会社は法的措置を講じるべきだったと主張。
裁判所は、**モニタリング体制、対応ルール、転送・切断措置、抗議対応**を評価し、否定。法的措置は業務委託の立場から直ちに義務があるとは認めず。

医療機関のカスハラ対策に固有の問題

要求の内容 × 言動の態様

- 内容が正当・態様が穏当：通常の苦情。丁寧に説明し、記録する
- **内容が正当・態様が不当**：説明は続けるが、態様には線を引く（複数対応、面談の設定、時間の区切り）。**ここがカスハラ対策の主戦場**
- 内容が不当・態様が穏当：できない理由を説明し、記録する。「不当な要求だから断る」だけで終えず、なぜできないかを伝える
- 内容が不当・態様が不当：警告・通告・警察連携の検討。それでも緊急性があれば診る

医療ならではの難しさ

- 「内容の当否」自体が専門的で、患者側には判断できない。不安や不信が態様に出やすい。
- そもそもその言動が疾患から出ている可能性。
- 入院患者は「施設の利用者」であると同時に、生活の場にいる。**退去を求めることは治療の中断を意味する**
- 応招義務（医師法19条）があるため、「もう来ないでください」が簡単には言えない
- だから、一般企業より「手続」が重い。本人への確認、警告、記録、区切り、代替医療機関の確保

カスハラに当たり得る言動――指針の例示を院内の基準に

要求の「内容」が問題になるもの

- 要求に理由がない、または提供するサービスと全く関係のない要求（性的な要求、職員のプライバシーに関わる要求など）
- 想定しているサービスを著しく超える要求
- 対応が著しく困難な、または不可能な要求
- 不当な損害賠償の要求

よくある例：「あの看護師を辞めさせろ」「誠意を見せろ」

「手段・態様」が問題になるもの

- 身体的な攻撃（暴行、傷害など）
- 精神的な攻撃（脅迫、中傷、名誉毀損、侮辱、暴言、土下座の強要など。SNSへの投稿をほのめかして脅す、無断で撮影する）
- 威圧的な言動（大声で威圧するなど）
- 継続的、執拗な言動（同じ質問の繰り返しなど）
- 拘束的な言動（不退去、居座り、監禁、長時間の電話）

当たらないもの／院内でしておくこと

- **社会通念上許容される範囲での申入れは「正当な申入れ」で、カスハラではない。**障害のある方が、不当な差別的取扱いをしないよう求めたり、社会的障壁の除去を求めたりすること自体も当たらない
- 例示を医療の場面に置き換え、打ち切りの基準（同じ説明の回数、面談の時間、暴言があれば担当を代えるなど）を決めておく。現場に判断させない

出典・参照：カスハラ指針（令和8年厚労省告示第51号）2⑴・2⑸、厚労省「カスタマーハラスメント対策企業マニュアル」（令和8年度改訂版）

応招義務（医師法19条）

条文と性質

- 医師法19条1項「診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、**正当な事由がなければ、これを拒んではならない**」
- 医療行為を独占する医師に課された公法上の義務であり、患者に対する直接の義務ではない
- 刑事罰はない（戦前はあった）。戒告等の行政処分は理論上あり得るが実例はないとされる
- 民事上の損害賠償請求は成り立ち得るが、レアケース（次頁）
- では「正当な事由」とは何か――

令和元年12月25日通知（医政発1225第4号）は重要

- 「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」。今後は基本的にこの通知が妥当する。必読。
- 最も重要な考慮要素は**「緊急対応が必要か」**（病状の深刻度）。その上で「診療時間内・勤務時間内か」「患者と医療機関・医師の信頼関係」を考慮する――三つは並列ではなく、緊急性が最上位
- 診療時間内で緊急対応が必要なら、原則として診る
- 医療費不払い：支払能力があるのに悪意で支払わない場合は拒否が正当化され得る。「以前に不払いがあった」だけでは正当化されない
- 「モンスターペイシェントだからとりあえずお断り」――患者の具体的な状況を一切把握せずに拒否すると問題になる。緊急性は搬送手段ではなく、個々の病状で判断する

救命救急センターの受入れ拒否が違法とされた事案

有責　**神戸地裁 平成4年6月30日判決**　判時1458号127頁

事案

交通事故で瀕死の重傷（両側肺挫傷、右気管支断裂等）を負った患者について、市立病院（救命救急センター）に第三次救急患者の受入れが可能か照会。病院は「**整形外科と脳外科の医師が不在**」として拒否。
患者は別の病院に約30分後に収容されたが死亡。遺族は、応招義務違反により患者本人が精神的苦痛を受けたとして損害賠償を請求。

争点　医師が診療中であることは、拒否の正当事由になるか。病院は何を主張立証すべきだったか。

裁判所の判断

医師が診療を拒否して患者に損害を与えた場合、医師には**過失の一応の推定**がなされ、病院側が正当事由を証明しない限り責任を負う。患者は「正当な事由」がない限り診療を拒否されない法的利益を有する。
「確かに、医師が診療中であること、特に当該医師が手術中であることは、診療拒否を正当ならしめる事由の一つになり得ると解される」
しかし本件では、夜間救急担当の医師11名が連絡時に具体的にいかなる診療に従事していたのか、特に受傷と密接に関連する外科の専門医（在院していた）が当時何をしていたのか、連絡を受けた受付担当者がどの医師に伝え、その医師が何をしていたのか等について、**病院は具体的な主張・立証をしていない**。
結局、本件診療拒否には正当事由の存在を肯認し得ず、150万円を認容。

学びのポイント

要は、病院側が「本当に医師がいなかったのか」を積極的に主張しなかったので負けた。断るなら、その時点の院内の状況（誰が何をしていたか）を記録に残す。

診療拒否が正当とされた例――夜間に興奮＆迷惑行為をした患者

請求棄却　**札幌地裁 令和5年4月26日判決**　令和4年(ワ)607号

事案

動悸・嘔気で夜間に救急搬送された女性患者が、男性当直医による心エコー検査を、男性であることを理由に激しく拒否。女性看護師が心電図検査を行い異常なし。
患者は点滴を要望したが、医師は必要性なしと判断。患者は他の夜間急病センターを受診し、吐き気止めの頓服薬と胃腸薬の処方を受けた。
患者は病院に対し慰謝料等を請求した。

争点　興奮＆迷惑患者への診療拒絶は、医師法19条に照らして相当か。

裁判所の判断

原告は更に点滴治療を求めて大声を上げて不満を訴え、点滴をしないと言われたことに対し、納得できない、ここを動かない、帰らない、今すぐ点滴をしてくださいなどと言い、**帰宅を促す夫の髪を引っ張ったり、顔を叩くなど興奮した状態**となっていたから、この段階に至っては、原告に冷静な対応を求めることができないことは明らかであり、また、これらの言動は病院に対する著しい迷惑行為となっていた。
「ｃ医師が、治療を行うために必要な医師と患者との信頼関係を築くことができないと判断して、それ以上の診療を拒絶したことは、医師法１９条１項の趣旨を踏まえても社会通念上相当であったといえる」

学びのポイント

検査は実施し、必要性を判断したうえで、著しい迷惑行為の段階で拒絶した。「診るべきことは診た」記録と、患者の言動の具体的な記録が両方あった。暴行にまで至った極端な事案で、軽度のクレームにそのまま使える判決ではない。

診療拒否が違法とされた例――事情を聴かず即日中止

違法（22万円）

東京地裁 令和3年3月30日判決

不妊治療を受けていた患者が、診療所の看護師と患者の知人とのトラブルを理由に診療を拒否された。診療所は、**患者本人から事情を聴取せず、即座に診療を中止した**。
診療所は「他院で同等の治療が可能」と主張。
裁判所は「正当な事由がない限り患者からの診療の求めに対して拒否することはできない」とし、
①患者本人の関与を示す客観的証拠が不十分
②患者本人から事情聴取をしないまま即座に拒否
③第三者のトラブルは患者と診療所間の信頼関係破綻を正当化しない
④**他の医療機関で同等の治療が可能であっても、それだけで拒否の正当事由にはならない**、
として違法。慰謝料等22万円。

「他院でできる」だけでは正当事由にならない。

苦情への対応の流れ――共感の謝罪から、警告・退去まで

0　共感の謝罪	1　聴く	2　調べる	3　判定する	4　伝える	5　警告・退去
責任を認める謝罪ではなく、「期待に応えられなかった」ことへの共感の表明（第Ⅰ部）	話を遮らずに聴く。「何があったか」「どうしてほしいか」「いつまでに」を確かめ、最後に要望を言い直して共通認識をつくる	中立的・客観的に調べる。「モンスターペイシェントだから」とラベルを貼らない。相手の手元の資料も確認する	責任あり→対応する（損害・因果関係・過大でないかを確かめる） 責任なし→はっきり断る 不明→弁護士と相談し、院長が判断	できれば書面で。口頭なら相手より多い人数で臨み、説明役と進行役を分ける	文書で警告→改善がなければ診療の終了も検討→犯罪に当たる行為は警察へ→弁護士に依頼

正当な苦情は改善の材料。いきなり「5」に飛ばない。＊暴言・暴力があれば、直ちに5へ。
0〜4を踏んだ記録が、後に病院の判断の適否が問われたとき、軽率な判断ではなかったことの証拠になる。

場面ごとの伝え方――線を引く言葉を用意しておく

① 最初の段階（事実が分からない）	**「ご不快な思いをおかけしたことは申し訳ありません。確認しますので、何があったか、どうしてほしいかを伺えますか」** 共感の謝罪にとどめる。この段階で賠償や職員の処分を約束しない
② 要求が過大になってきた	**「ご要望は分かりました。当院でできるのは○○までです。それ以上はお受けできません」** できる範囲を具体的に示して線を引く
③ 同じ話の繰り返し	**「その点は先ほどご説明したとおりです。新しいお話がなければ、本日はここで終わりにします」** 回数・時間の基準を決めておき、超えたら終える
④ 暴言・威圧に転じた	**「そのような言い方をされると、お話を続けられません。本日はお引き取りください（お電話を切ります）」** 暴言があれば打ち切る、と院内で決めておく
⑤ 退去しない・繰り返し来院する	**「お帰りにならない場合は、警察に連絡します」「今後のご連絡は、弁護士にお願いします」** 通報も弁護士への依頼もためらわない。録音・防犯カメラ・時系列のメモを残す

診療が必要な患者には、診療と話し方を分けて伝える。「治療は続けます。ただ、この話し方ではお話を続けられません」

院内体制の設計――判断権者・記録・通告・連携

体制

- 一次対応者を一人にしない。複数対応、交代、面談の場所と時間を決める
- **判断権者を決める**：「診療をお断りする」「退院を求める」「警察を呼ぶ」を誰が決めるか。現場一人の判断に委ねない
- 相談窓口と、相談した職員が不利益を受けない仕組み（法定）
- 職員のケア：面談、必要なら産業医・カウンセリング。

記録

- 発言内容、日時、場所、同席者、病院側の応答
- 録音等の客観的証拠の確保も検討
- 診療録には診療上の事実を、対応記録には対応の経過を。（診療録に今後診療を拒否する予定等の記載）

通告

- 「改善を求めたが改善されなかったのでやむを得ず」という過程を見える形に
- **口頭の注意 → 文書での警告 → 通告**（診療の終了、退院、面会制限）
- 通告文書には、緊急時の対応、他院の紹介、診療情報提供の申出を含める
- ひな型は顧問弁護士と平時に作る

連携

- 警察：暴行・脅迫・不退去・威力業務妨害の基準を決め、通報をためらわない
- 弁護士：通告文書の作成、代理人としての対応、必要なら仮処分・訴訟
- 地域：他院への紹介の受け皿を平時から
- 行政：保健所・厚生局への相談

第Ⅱ部　まとめ

1 説明書と同意書の様式を見直す

「他の治療法」「治療しない場合の見通し」「この患者固有のリスク」「質問と回答」「受領チェック」の欄があるか。「麻痺が生じることがあります」で終わっていないか。
書面が整っていても実際の発言と異なる「胃カメラのようなもの」があれば、当然だが「その内容」が説明になる。

2 事故後の記録保全及び凍結と、事後記録のルールを決める

元の記録は直さない。事後記録は別立て、日付と根拠を明示。報告書は事実・評価・再発防止の三層で。
「たら・れば」「論破」「前医批判」をしない。共感の謝罪と責任の承認は別。

3 カスハラ対応の判断権者と、通告のひな型を決める

令和8年10月1日から義務。「診療をお断りする」を誰が決めるか。
本人確認・記録・警告・区切り・代替の手続を院内手順に。**感情で断らず、手続で断る。**

ご清聴ありがとうございました

広島弁護士会所属
大元・秋山法律事務所
弁護士　大元和貴

THANK YOU!

事務所HP：https://omoto-law.com/
医療関連：https://omoto-law.com/medical-law/