

東京都看護職のための
カスタマーハラスメント対策マニュアル
(ペイシェントハラスメント対策マニュアル)

令和8年1月

(一般社団法人日本男性看護師會)

目次

- 1 はじめに
 - (1)カスタマーハラスメント対策の背景
 - (2)組織的な対応の必要性
 - (3)マニュアルの位置づけ
- 2 カスタマーハラスメントの定義
- 3 カスタマーハラスメントに対する基本方針
- 4 患者・家族対応の考え方
 - (1)基本的な心構え
 - (2)クレームの初期対応
 - (3)患者等の権利の尊重
- 5 カスタマーハラスメントへの対応
 - (1)カスタマーハラスメントの判断
 - (2)カスタマーハラスメントへの対応の流れ
 - (3)警察との連携
 - (4)行為別の対応例
- 6 院内体制
 - (1)相談窓口の設置
 - (2)再発防止の取組
 - (3)研修の実施
- 7 参考資料
 - (1)110番について
 - (2)#9110について
 - (3)医療機関との連携推進に関する警視庁通達

1 はじめに

(1) カスタマーハラスメント対策の背景

近年、カスタマーハラスメントが深刻な課題となっています。厚生労働省「令和5年度職場のハラスメントに関する実態調査」では、過去3年間に「カスタマーハラスメントを受けた」と回答した労働者は全労働者のうち10.8%と、パワーハラスメントに次いで多い状況です。

東京都では、令和6年10月に「東京都カスタマー・ハラスメント防止条例」が成立し、都内で事業を行う事業者に対して、カスタマーハラスメントの防止に向けた措置が求められています。

一般社団法人日本男性看護師会は、令和元年8月に愛媛県松風病院で起きた患者に男性看護師が3名刺傷された事件をきっかけに、医療現場の安全を求める要望を厚生労働部会にて提出して参りました。そのお陰で、令和5年11月には厚生労働省看護課と看護師資格を持つ国会議員の石田まさひろ氏・友納理緒氏と会議の機会を得ました。その後、友納議員が参議院で公開答弁をして頂いたお陰で、令和6年3月に地域医療介護総合確保基金を活用し、訪問看護師向けにカスタマーハラスメント対策グッズとして防犯機器の購入が可能になり、厚生労働省から機器購入のチラシを配布して頂くようになりました。

そのような中、令和7年4月に有名女性タレントによる看護師への暴力・逮捕事件や、訪問看護師が包丁で切り付けられる事件などがおきました。これらの事件を受け、一般社団法人日本男性看護師会は、オンライン署名活動を実施しました。(2025年12月現在、22000署名)こちらの署名を引用し、令和7年5月に石田まさひろ議員が参議院にて公開答弁をして頂いた結果、令和7年6月に、改正・労働施策総合推進法が可決・成立しました。令和8年10月に、日本全国でカスタマーハラスメント対策の実施が義務となるようになりました。

東京都では、令和6年10月の都議会でカスタマーハラスメント対策の義務化が条例として決定し、令和7年4月よりカスタマーハラスメント防止条例が開始されました。カスタマーハラスメント対策に関して、以前より活動をして参りました一般社団法人日本男性看護師会が、東京都が作成した「各団体共通マニュアル」を踏まえて業界マニュアルを作成することになりました。令和7年11月に発表された「職場におけるカスタマーハラスメントに関して雇用管理上講ずべき措置等に関する指針の素案」に関しては、業界特性が考慮されていない素案であるため今回のマニュアルでは、参考程度に留めております。

看護職は、患者の苦痛を理解しようとするあまり、暴言や暴力を『病気のせいだから仕方ない』と個人の忍耐で処理してしまいがちです。しかし、本マニュアルは、『良質な看護を提供し続けるために、スタッフの安全を組織で守る』ことを目的としています。

(2) 組織的な対応の必要性

カスタマーハラスメントは、スタッフに精神的・身体的苦痛を与え、その尊厳や人格を傷つける行為です。スタッフ一人ひとりをカスタマーハラスメントから守り、その能力を十分に発揮できるよう、良好な就業環境をつくることが重要です。

当社においては、現場任せにすることなく、あらかじめ統一的な対応方法を定めるなど、組織的なカスタマーハラスメント対策に取り組みます。

(3) マニュアルの位置づけ

本マニュアルでは、カスタマーハラスメント及びペイシエントハラスメントの定義、カスタマーハラスメントに対する基本方針、当社における判断基準や対応例、社内体制などを示します。

2 カスタマーハラスメントの定義

一般社団法人日本男性看護師会においては、カスタマーハラスメント及びペイシエントハラスメントを「医療や介護を受けている患者やその家族、その他の関係者から医療・介護従事者に向けられる言動のうち、当該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、医療・介護従事者の就業環境が害されるもの」と定義します。当マニュアルでは、「東京都カスタマー・ハラスメント防止条例」のつとってカスタマーハラスメントに表現を統一します。

【※重要: 病状・障害への配慮について】認知症やせん妄、精神症状などの影響による言動（BPSD等）については、直ちにハラスメントとして切り捨てるのではなく、まずは医療的なケアとしてのアプローチを行います。ただし、職員の安全が脅かされる場合には、病状の有無にかかわらず、本定義に基づき安全確保を最優先に対応します。

【カスタマーハラスメントの定義イメージ】



(資料)東京都「カスタマー・ハラスメント防止のための各団体共通マニュアル」より

「顧客等」とは、当社の商品やサービスを提供する顧客のほか、当社の事業に相当な関係をする人、円滑な業務の遂行に当たって対応が必要な人を指します。

「従業員」とは、当社で働く人全てを指します。役員、正社員のほか、嘱託社員や派遣社員なども含まれ、当社の事業活動に密接に関わる業務委託先のスタッフなども該当します。

「著しい迷惑行為」とは、以下のような行為を指します。ただし、あくまで例示であり、これらに限られるものではありません。

【著しい迷惑行為の例】

不合理な要求型

合理的理由もないのに治療費をタダにするよう求める、看護外や契約外の過度なサービスを要求する。

時間拘束型

診療に関係のない長電話、居座り、長時間にわたり医療スタッフを拘束する。

リピート型

執拗にナースコールを繰り返す、複数の部署へ理不尽なクレームを繰り返す。

暴言型

「バカ」「給料泥棒」「役立たず」などの人格否定、大声で怒鳴る。

暴力型

殴る、蹴る、物を投げる、唾を吐く、医療機器を破壊する。

威嚇・脅迫型

「殺すぞ」「ただじゃおかない」「ネットに晒すぞ」と脅す、机を叩く。

権威型

「俺は院長の知り合いだ」と誇示する、土下座を強要する。

施設外拘束型

喫茶店や自宅など、サービス提供場所以外へ医療スタッフを呼びつける。

SNS・ネット誹謗中傷型

許可なく撮影しSNSに投稿する、実名で誹謗中傷を書く。

セクシュアルハラスメント型

必要なく体に触れる、性的な冗談、執拗な食事の誘い。

「就業環境を害する」とは、従業員が身体的又は精神的に苦痛を与えられ、就業環境が不快なものとなったため、従業員が業務を遂行する上で看過できない程度の支障が生じることを指します。

判断に当たっては、平均的な就業者が同様の状況で当該行為を受けた場合、社会一般の就業者が業務を遂行する上で看過できない程度の支障が生じたと感じる行為であるかどうかを基準とします。

3 カスタマーハラスメントに対する基本方針

当法人においては、以下の「カスタマーハラスメントに対する基本方針」に基づき、カスタマーハラスメントに対して、組織として適切に対応します。また、この基本方針を社内・社外に広く周知します。

〇〇病院「カスタマーハラスメントに対する基本方針」

1. はじめに

当院は、「(病院の理念を入れる)」という基本理念の下、患者さんの健康回復とQOL向上のため、質の高い医療・ケアの提供に取り組んでいます。患者さんやご家族からのご意見・ご要望は、医療の質を向上させる貴重な機会として真摯に受け止めます。一方で、一部の方による医療従事者への暴力、暴言、不当な要求などのハラスメント行為は、職員の尊厳を傷つけ、安全な医療提供体制を脅かす重大な問題です。職員が安心して働ける環境を守ることが、結果として患者さんへの安全で質の高い医療提供につながると考え、当院における「カスタマーハラスメントに対する基本方針」を定めました。

2. 当院におけるカスタマーハラスメントの定義

当院では、ペイシエントハラスメントを以下の通り定義します。
「医療や介護を受けている患者やその家族、その他の関係者から医療・介護従事者に向けられる言動のうち、当該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、医療・介護従事者の就業環境が害されるもの」

具体的には、以下のような行為を指します。あくまで例示であり、これらに限られるものではありません。

- ・ 不合理な要求型(医療・看護以外の要求など)
- ・ 時間拘束型(長時間の居座りなど)
- ・ リピート型(執拗なナースコース、理不尽なクレームのくり返しなど)
- ・ 暴言型(侮辱、誹謗中傷、大声など)
- ・ 暴力型(身体的な侵害、唾や咳を故意に吐くなど)
- ・ 威嚇・脅迫型(反社会的勢力とのつながりの示唆など)
- ・ 権威型(土下座の共有、有力者との関係を誇示する圧力など)
- ・ 施設外拘束型(自宅や施設外への不当な呼び出しなど)
- ・ SNS・ネット誹謗中傷型(無断撮影・録音、ネットへの晒し行為など)
- ・ セクシャルハラスメント型(不必要な身体接触、執拗な交際要求など)

3. 病状等への配慮

認知症やせん妄、精神症状などの影響による言動(BPSD等)については、ハラスメント対策の視点も持ちつつ、まずは医療的なケアとしてのアプローチを優先します。ただし、職員の身の安全が脅かされる場合には、病状の有無にかかわらず、安全確保を最優先とした対応を行います。

4. カスタマーハラスメントへの対応(院内)

- ・ カスタマーハラスメントを受けた場合、従業員のケアを最優先します。
- ・ 従業員に対して、カスタマーハラスメントに関する知識・対処方法の研修を行います。
- ・ カスタマーハラスメントに関する相談窓口の設置や警察・弁護士等の連携など体制を整備します。

5. カスタマーハラスメントへの対応(院外)

- ・ 問題解決に当たっては、合理的かつ理性的な話し合いを行いますが、当院でカスタマーハラスメントに該当すると判断した場合、対応を打ち切り、以降のサービスの提供をお断りする場合があります。
- ・ さらに、悪質と判断した場合、警察や外部の専門家(弁護士等)と連携の上、毅然と対応します。

4 患者・家族対応の考え方

(1) 基本的な心構え

医療は患者さんと医療従事者の信頼関係の上に成り立つものであり、患者やご家族の不安や苦痛に寄り添うことは医療の基本です。しかし、「患者さんの言うことはすべて聞かなければならない」「暴力を振るわれても我慢しなければならない」という考え方は誤りです。

当会においては、以下の考え方にに基づき、患者・家族等と適切な関係を築きます。

① 「傾聴」と「安全確保」の境界線

・傾聴の限界: 患者さんの訴えに耳を傾ける「傾聴」は看護・医療の基本ですが、暴力や暴言、理不尽な要求に対してまで無制限に傾聴し続ける必要はありません。長時間にわたる拘束や、要求が満たされるまで終わらない会話には、時間を区切る等の対応が必要です。

・「我慢」は美德ではない: 「患者さんだから仕方がない」と我慢することは、問題を見えなくし、かえって事態を悪化させる可能性があります。スタッフが疲弊することは医療の質の低下を招くため、我慢せずに組織へ報告・対応することが重要です。

・安全の両立: 「患者の安全」と「スタッフの安全」はどちらか一方を優先するものではなく、両立すべきものです。スタッフが危険に晒されてまで提供できる医療はありません。

② 病状・障害(認知症・BPSD等)への視点

認知症やせん妄、精神症状による言動(BPSD等)については、ハラスメントの視点だけでなく、まずは医療的なケア(環境調整、薬物療法等)としてアプローチします。

ただし、病状が原因であっても、スタッフの身の安全が脅かされる場合は、「病気だから」と放置せず、複数名対応や身体的距離の確保など、安全を守るための対策を講じます。

(2) 初期対応の基本ルール

当会においては、患者・家族等との信頼関係を大切にしますが、不当な言動や暴力に対しては、以下の基本ルールに基づき、「個人の安全」と「組織的な対応」を最優先に行動します。

① 安全確保を最優先する(「逃げる」判断)

・身の危険を感じたら逃げる: 相手が興奮状態にある、大声を上げている、暴力を振るう素振りがあるなど、身の危険や恐怖を感じた場合は、会話の途中であっても「失礼します」と伝え、ためらわずにその場から離れます。

・距離を取る: 相手との物理的な距離を確保し、すぐに逃げられる位置(出口に近い場所など)に立ち位置をとります。

・訪問看護の場合: 密室となる在宅現場においては、危険を感じたら即座に退室(訪問中止)し、安全な場所へ移動してから事業所へ報告します。

② 個人で対応せず、必ず組織(複数名)で対応する

・一人で抱え込まない: トラブルの兆候がある場合は、自分一人で解決しようとせず、速やかに他のスタッフや上司に応援を要請し、複数人で対応します。

・役割分担: 複数名で対応する際は、「主に対応する人」「記録する人」「連絡する人」など、役割を分担して対応します。これは目撃者を確保する意味でも重要です。

③ 相手の主張を冷静に把握する(過度な約束はしない)

・事実の確認: 相手の言い分を遮らずに聞きますが、それは相手の要求をすべて受け入れるためではありません。「何に対して怒っているのか」「何を求めているのか」という事実関係を把握するためにいきます。

・挑発に乗らない: 感情的な言葉を浴びせられても、売り言葉に買い言葉で返さず、冷静さを保ちます。

・できない約束はしない: その場を収めるために、「何とかします」「検討します」といった曖昧な返事や、権限を越えた約束はしません。「組織として確認して回答します」と伝え、即答を避けます。

④ 病状・障害(BPSD等)への視点をもつ

・症状かハラスメントかの見極め: 認知症やせん妄、精神症状による言動(BPSD等)の可能性がある場合は、ハラスメントとしての対応(警告・警察通報等)の前に、まずは医療的なケア(環境調整、薬物療法、複数名対応等)としてのアプローチを検討します。

- 安全は譲らない: ただし、病状によるものであっても、スタッフの身体的安全が脅かされる場合は、毅然として身を守る行動をとります。「病気だから仕方ない」と我慢する必要はありません。

⑤ 正確な記録を残す

- 事実ベースで記録: 「いつ、どこで、誰が、何を言った・したか」を、主観(「怖かった」など)と区別して、客観的な事実として記録に残します。
- 録音・録画の活用: 言った・言わないのトラブルを防ぐため、組織のルールに基づき、対応の様子を録音・録画します。これらは正当な業務記録として扱います。
※トラブルを避けるため、入院時の同意書などに加筆し、事前承諾を得ることが望ましいが、同意を得ない録音でも直ちに違法ではないとされています。

(3) 患者・家族等の権利の尊重と合理的配慮

当会においては、患者・家族等が適切な医療を受ける権利を最大限に尊重します。しかし、「権利」は暴力や暴言を正当化するものではありません。

私たちは、以下の考え方に基づき、患者の権利擁護と職員の安全確保を両立させます。

① 患者の権利と相互尊重 医療は、患者と医療従事者の信頼関係と協働の上に成り立つものです。患者には「良質な医療を受ける権利」がありますが、同時に医療従事者にも「安全な環境で医療を提供する権利」があります。暴力、暴言、威嚇などの行為は、この信頼関係を破壊し、他の患者への医療提供をも妨げるものであるため、いかなる理由があっても容認されません。当会は、一方的な「奉仕」ではなく、互いに尊重し合う「対等なパートナーシップ」としての関係構築を目指します。

② 障害者差別解消法と「合理的配慮」の範囲 2024年4月より事業者による「合理的配慮」の提供が義務化されました。当会においても、障害のある患者さんに対して、社会的障壁を取り除くための必要かつ合理的な対応(筆談ボードの使用、車椅子の補助など)を行います。しかし、「合理的配慮」と「不合理な要求」は明確に区別します。

③ 病状(認知症・BPSD等)への対応方針 医療・介護現場では、認知症や精神疾患の症状として、暴力や暴言(BPSD等)が現れることがあります。

- 医療的ケアとしての対応: 病状による言動については、直ちにハラスメントとして排除するのではなく、まずは医学的なアプローチ(環境調整、薬物療法、ケアの工夫等)を行います。

- 安全確保は譲らない: ただし、病状に起因するものであっても、職員の身体的・精神的安全が脅かされる場合は、「病気だから仕方がない」と放置しません。複数名での対応、身体拘束(法的要件を満たす場合)、警察介入など、状況に応じた安全確保策を講じます。重要なのは「暴力か否か」の定義論ではなく、「どうやって職員と患者双方を守るか」という視点です。

(参考)政府広報オンラインHPより抜粋

○不当な差別的取扱いとは？

- 障害のある人に対して、正当な理由なく、障害を理由として、財・サービスや各種機会の提供を拒否したり、サービスなどの提供に当たって場所や時間帯を制限したりするなど、障害のない人と異なる取扱いをして障害のある人を不利に扱うことをいいます。障害者差別解消法では「不当な差別的取扱い」を禁止しています。

○「合理的配慮の提供」とは？

- 社会生活において提供されている設備やサービスなどは障害のない人には簡単に利用できる一方で、障害のある人にとっては利用が難しく、結果として障害のある人の活動を制限してしまっている場合があります。このような、障害のある人にとっての社会的なバリアについて、個々の場面で障害のある人から「社会的なバリアを取り除いてほしい」という意思が示された場合には、その実施に伴う負担が過重でない範囲で、バリアを取り除くために必要かつ合理的な対応をすることとされています。これを「合理的配慮の提供」といいます。

○合理的配慮の範囲

- 合理的配慮は事業者等の事務や事業の目的・内容・機能に照らし、次の三つを満たすものでなくてはなりません。
 1. 必要とされる範囲で本来の業務に付随するものに限られること。
 2. 障害のない人との比較において、同等の機会の提供を受けるためのものであること。
 3. 事務・事業の目的・内容・機能の本質的な変更には及ばないこと。
 - また、先述のとおり合理的配慮の提供については、その提供に伴う負担が過重でないことも要件となります。
- 「過重な負担」かどうかの判断は？
- 合理的配慮の提供が、各事業者にとって「過重な負担」かどうかの判断は、以下の要素などを考慮して、個別の事案ごとに具体的な場面や状況に応じて総合的・客観的に判断することが必要です。
 1. 事務・事業への影響の程度(事務・事業の目的・内容・機能を損なうか否か)
 2. 実現可能性の程度(物理的・技術的制約、人的・体制上の制約)
 3. 費用・負担の程度
 4. 事務・事業規模財政・財務状況

5 カスタマーハラスメントへの対応

(1) カスタマーハラスメントの判断

当会においては、「2カスタマーハラスメントの定義」に基づき、患者・家族等による言動が職員の就業環境を害するかどうかを、以下の基準で総合的に判断します。

- ① 判断の基本的枠組み 以下の2つの要素を組み合わせで判断します。
- ・要求内容の妥当性: その要求に正当な理由があるか(医療過誤の有無、診療契約の範囲内か等)。
 - ・手段・態様の相当性: 要求を実現するための手段が、社会通念上許容される範囲を超えているか(暴力、暴言、脅迫、長時間拘束等)。

【判断のマトリクス】

- ・要求内容が妥当であっても、手段が不相当な場合: ハラスメントに該当します(例:ミスへの謝罪要求自体は正当だが、土下座を強要する、大声で威嚇し続けるなど)。
 - ・要求内容が不当で、手段も不相当な場合: 悪質なハラスメントとして毅然と対応します(例:不当な金銭要求を暴力的に迫るなど)。
- ② 病状・障害への配慮(BPSD等) 認知症やせん妄、精神症状による言動(BPSD等)については、直ちにハラスメントとして排除するのではなく、まずは医療的なケア(環境調整、薬物療法等)としてアプローチします。ただし、病状によるものであっても、職員の身体的安全が脅かされる場合は、「病気だから仕方ない」と放置せず、安全確保を最優先とした対応(複数名対応、身体的距離の確保、警察介入等)を行います。
- ③ 具体的な判断要素(10の分類) 判断に迷う際は、当会が定める以下の「10の分類」を参照します。1.不合理な要求型、2.時間拘束型、3.リポート型、4.暴言型、5.暴力型、6.威嚇・脅迫型、7.権威型、8.施設外拘束型、9.SNS・ネット誹謗中傷型、10.セクシュアルハラスメント型。

(2) カスタマーハラスメントへの対応の流れ

医療現場では、対応の遅れが身体的被害につながる恐れがあるため、以下のフローに従って「個人の安全確保」と「組織的な対応」を徹底します。

- ① 一次対応者(現場職員)の行動: 安全確保を最優先
- ・逃げる・離れる: 身の危険や強い恐怖を感じた場合は、会話の途中であっても「失礼します」と伝えてその場から離れ、安全な場所へ避難します。躊躇する必要はありません。
 - ・一人で対応しない: トラブルの兆候がある場合は、すぐに他のスタッフに応援を要請し、複数人で対応します。

- ・記録: 可能な限り録音・録画を行い、事実関係(日時、場所、言動の内容)を記録します。

② 二次対応者(管理者・責任者)の判断と行動

- ・職員の保護: 被害を受けた職員を現場から外し、安全を確保します。
- ・事実確認: 複数のスタッフや目撃者から状況を確認します。必要に応じて医師と連携し、患者の病状による影響かを評価します。
- ・行為者への対応:
 - 管理者を含む複数名で対応し、毅然とした態度で問題行動の中止を求めます。
 - 医療行為の継続が困難と判断される場合や、院内の秩序が保てない場合は、診療の中止、退去要請、契約解除(訪問看護等の場合)を検討します。

(3) 警察との連携

カスタマーハラスメントの中には、刑法等に抵触する違法行為が含まれます。当会(および各医療機関)においては、職員と他の患者の安全を守るため、躊躇なく警察と連携します。

① 警察庁からの通知に基づく連携強化 医療現場では、「患者さんだから」「院内のことだから」と警察への通報をためらう傾向がありましたが、国の方針は大きく変わっています。2024(令和6)年2月、警察庁から各都道府県警察に対し、「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」という通達が出されました。(参照:参考資料3)この通達では、医療機関から相談や110番通報があった場合、警察は「指導、助言、検挙等の必要な措置を確実に講ずること」と明記されています。つまり、医療機関における暴力や悪質な迷惑行為に対して警察に通報することは、国が認める正当な対応であり、警察も組織として連携する体制にあります。職員は「大きさにしてはいけない」と萎縮せず、身の危険を感じたら迷わず通報してください。

② 即時通報(110番)の判断基準 以下の状況においては、院内の警告手順を省略し、直ちに警察(110番)へ通報します。

- ・身体的暴力: 殴る、蹴る、胸ぐらをつかむ、物を投げつける等の行為があった、または振るわれそうになった場合。
- ・凶器の使用・所持: 刃物や危険物を見せた、または所持していることが判明した場合。
- ・具体的な脅迫: 「殺すぞ」「火をつける」「待ち伏せする」等、生命・身体に危害を加える旨の告知があった場合。
- ・著しい業務妨害: 大声で暴れる、設備を破壊する等により、診療機能が麻痺し、他の患者の安全が確保できない場合。

③ 迷惑行為(非暴力)への対応フロー 暴力に至らない迷惑行為(長時間居座り、大声でのクレーム等)については、以下の手順で対応し、改善が見られない場合に警察介入を求めます。

1. 対応の中止: 職員の安全と他の患者への配慮から、その場での対応を打ち切る旨を伝えます。現場責任者を含めた複数名で対応します。

2. 警告・退去命令: 「これ以上の迷惑行為は診療の妨げになりますのでお引き取りください」と明確に警告し、退去を命じます。これを2~3回繰り返しても従わない場合は、刑法の不退去罪に当たる可能性がある旨を告げます。

3. 警察への通報: 退去命令に従わない場合は、警察に通報します(緊急性が低い場合は所轄警察署または#9110へ相談)。

④ 警察到着時の対応

- ・警察官到着後は、これまでの経緯(警告回数、相手の言動)を説明し、録音・録画データがある場合は提示します。
- ・医療機関として「被害届の提出」や「厳重注意」を求めている意思を明確に伝えます。

(4) 行為別の対応例

現場で発生しやすい具体的な行為について、当会が定める「ペイハラ10の分類」に基づき、標準的な対応指針を示します。

※前提として、認知症等の症状(BPSD)による可能性がある場合でも、「職員の安全確保」と「毅然とした態度(できないことはできないと伝える)」は共通の原則です。

- ① 不合理な要求型(治療費免除、看護外業務の強要など)
- 具体的状況: 「治療費をタダにしろ」「ついでにゴミ出しをしてくれ(訪問看護)」「特別扱いしろ」など、契約やルールの範囲を超える要求。
 - 対応:
 - きっぱりと断る: 「制度上できません」「契約に含まれていないため対応できません」と明確に伝えます。
 - 曖昧にしない: 「検討します」等のその場しのぎの返答は、期待を持たせるため厳禁です。
- ② 時間拘束型(長時間の居座り、長電話、帰さない)
- 具体的状況: 診療に関係のない話を延々と続ける、訪問看護で「帰らないで」と引き止める、電話を切らせない。
 - 対応:
 - 時間を区切る: 「他の患者様の対応がありますので、あと5分で終了します」と予告し、時間が来たら会話を打ち切ります。
 - 退去・切断: 警告しても止まらない場合は、「業務に支障が出るため失礼します」と告げて電話を切る、または退室します。
- ③ リピート型(執拗なナースコール、繰り返し電話)
- 具体的状況: 緊急性がないのに数分おきにナースコールを押す、「今すぐ来い」と何度も電話する。
 - 対応:
 - ルールの提示: 「緊急時以外は控えてください」「用件はまとめてお伝えください」とルールを伝えます。
 - 構造化: 「次は〇時に伺います」と訪問時間を約束し、それ以外の呼び出しには応じない姿勢を組織で統一します。
- ④ 暴言型(大声、人格否定、侮辱)
- 具体的状況: 「バカ」「給料泥棒」「役立たず」「看護師のくせに」などの罵倒、大声で怒鳴る。
 - 対応:
 - 冷静な警告: 感情的に言い返さず、「そのような言葉は傷つきますのでやめてください」「大声を出されると説明できません」と伝えます。
 - 中断: 改善されない場合は「冷静にお話しできる状態ではないため、席を外します」と告げ、その場を離れます。
- ⑤ 暴力型(殴る、蹴る、物を投げる、唾を吐く)
- 具体的状況: 身体を叩く、蹴る、物を投げつける、医療機器を破壊する。
 - 対応:
 - 即時避難(逃げる): 警告の手順を踏む必要はありません。身の危険を感じた瞬間に、相手から距離を取り、安全な場所へ逃げてください。
 - 警察通報: 傷害・暴行等の犯罪行為であり、ためらわずに警察(110番)へ通報します。
- ⑥ 威嚇・脅迫型(脅し、反社会的勢力の示唆)
- 具体的状況: 「殺すぞ」「夜道に気をつけろ」「ネットに晒すぞ」と脅す、机を叩く。
 - 対応:
 - 記録と通報: 具体的な脅し文句を記録(録音)します。「殺す」等の生命に関わる脅迫は、直ちに警察へ通報します。
 - 恐怖を見せない: 毅然とした態度を保ちつつ、一人で対応せず複数名で対応します。
- ⑦ 権威型(土下座強要、有力者との関係誇示)
- 具体的状況: 「俺は院長の知り合いだ」「土下座して謝れ」と強要する。
 - 対応:
 - 特別扱いの拒否: 「どなたであっても、当院のルールは同じです」と伝えます。
 - 土下座はしない: 土下座は相手の優越感を助長するだけで解決になりません。不当な強要には応じず、組織対応に切り替えます。
- ⑧ 施設外拘束型(院外・自宅への呼び出し)

- 具体的状況: 病院外の喫茶店や、訪問看護以外の目的で自宅に呼びつける。
- 対応:
 - 場所の限定: 「対応は院内(または契約した訪問場所)に限らせていただきます」と断ります。密室や個人的な呼び出しには絶対に応じません。

⑨ SNS・ネット誹謗中傷型(盗撮、無断投稿)

- 具体的状況: ケア中にスマホで撮影する、実名入りでネットに悪口を書く。
- 対応:
 - 撮影の制止: 「患者様や職員のプライバシー保護のため、撮影・録音はご遠慮ください」と明確に伝えます。
 - 削除要請: 無断投稿が確認された場合は、サイト管理者への削除依頼や、法的手続き(発信者情報開示請求等)を検討します。

⑩ セクシュアルハラスメント型(身体接触、性的発言)

- 具体的状況: ケア中に胸やお尻を触る、「付き合って」「スリーサイズ教えて」としつこく聞く。
- 対応:
 - 拒否と中断: 「やめてください」「不快です」とはっきり伝えます。身体接触があった場合はケアを中断し、その場を離れます。
 - 担当変更: 必要に応じて同性スタッフや複数名での対応に切り替えます。「業務に関係のない質問にはお答えできません」とプライベートへの介入を拒絶します。

6 組織内の体制整備

対策の実効性を高めるためには、単に窓口を設置するだけでなく、「職員が安心して声を上げられる文化」と「組織が職員を守り抜く姿勢」を構築する必要があります。当会では、以下の5つの柱で体制を整備することを推奨します。

(1)「報告しやすい」環境づくり 医療現場には「患者さんだから仕方ない」「自分の対応が悪かったからだ」という思い込み(ペイハラ対策を阻む壁)があり、被害が潜在化しやすい傾向があります。そのため、当会および各医療機関は、以下のルールを徹底し、報告のハードルを下げます。

- 「違和感」レベルでの報告推奨: 暴力や暴言に至らなくても、「ケアをされていて少しでも嫌な気持ちになった」「怖いと感じた」時点で報告することを基本ルールとします。
- 報告手段の多様化: 口頭での報告だけでなく、スマートフォンやQRコードからアクセスできる報告フォーム(Google Forms等)を活用し、夜間や移動中でも、また匿名でも報告できるしくみを整えます。
- 同僚による代理報告: 本人が言い出しにくい場合、異変に気づいた同僚からの報告も受け付け、早期発見に努めます。

(2)セカンドハラスメントの防止 被害を受けた職員に対し、上司や同僚が「あなたの対応が悪かったのではないか」「その程度で報告するなんて」と責める行為(セカンドハラスメント)は、職員を深く傷つけ、孤立させます。組織として、以下の姿勢を徹底します。

- 被害者を責めない: まずは「報告してくれてありがとう」「あなたは悪くない」と伝え、職員の心理的安全性を確保します。
- 原因分析の分離: 再発防止のための振り返りは必要ですが、被害直後のケアの段階では行わず、職員が落ち着いてから、チームの課題として冷静に分析します。

(3)被害者支援と事後対応 ペイハラ発生後、組織がどのように動くかが、職員の信頼感を左右します。

- 安全確保と配置転換: 被害を受けた職員を直ちに行為者から引き離し、担当を変更します。必要に応じて複数名対応や男性職員の同行を行います。
- メンタルヘルス支援: 産業医やカウンセラーとの連携に加え、「外部相談窓口」の活用を案内し、組織内外のセーフティネットにつなぎます。

(4)実効性のある研修の実施 単なる座学だけでなく、現場の対応力を高める実践的な研修を定期的に実施します。

- 意識啓発: 「どこからがペイハラか」の認識を揃えるため、具体的な事例を用いたワークショップを行います。
- ロールプレイング: 「言い返しにくい暴言への切り返し」や「危険を感じたときの逃げ方」など、具体的なシナリオ(KYT:危険予知トレーニング等)を用いた演習を行います。
- 訪問看護向け研修: 密室でのトラブルを想定し、即時退室や通報の手順を確認するシミュレーションを行います。

(5)訪問看護ステーションにおける特例 管理者の目が届きにくい訪問看護の現場では、テクノロジーと契約を活用した体制を整えます。

- 契約時の明示: 契約書・重要事項説明書に「ハラスメント発生時の契約解除条項」を盛り込み、契約段階で「職員の安全を守るルール」を利用者・家族に説明します。
- 緊急通報システムの活用: スマートフォンアプリ(位置情報共有・SOS発信機能付き)や防犯ブザー等を導入し、単独訪問中のスタッフが孤立しないバックアップ体制を構築します。

7 参考資料

(1) 110番について ※警視庁HPを基に作成

- ① 110番通報で伝えること
 - ・何があったか
 - ・通報の何分前のことか
 - ・場所(住所や目標となる店舗や建物、階数等)
 - ・被害や目撃の状況、けが人の有無
 - ・犯人について(性別、人数、年齢、服装や逃走方向等)
- ② 正しい場所を伝える
 - ・警察官がすばやく現場に到着するために、110番通報では正しい場所を伝える。
 - ・通報(発生)場所がわからないときは、交差点の名前や近くの建物の名前を伝える。
- ③ 110番につながらない時は
 - ・災害、停電、携帯電話回線のトラブルなどの影響により、通信障害が発生し、110番通報できなくなった場合は、慌てることなく、周囲に助けを求めて、他のキャリアの携帯電話、固定電話、公衆電話を利用して通報する。
 - ・あらかじめ、自宅や勤務先等の周辺の警察署や交番の所在地を確認しておき、有事の際は、直接訴え出る。
 - ・パトロール中の警察官やパトカーに直接訴え出る。
- ④ 110番映像通報システム
 - ・音声だけでは把握が難しい事件・事故等の現場の状況を、通報者のスマートフォン又はタブレット端末で撮影し、写真や映像とともに警察へ通報することができるシステム。

(2) #9110について ※警視庁HPを基に作成

- ① 警察に対する相談があるときは？
 - ・お困りごとや不安に思うことなど、警察に相談したいことがあるときには、警察相談ダイヤル#9110をご利用ください。
 - ・警視庁総合相談センターでは、相談内容に応じて、相談窓口等をご案内します。
 - ・相談は、最寄りの警察署でも直接受け付けています。
- ② 警視庁総合相談センター
 - ・110番の前に「#9」をつけて#9110にかけてください。
 - ・電話：#9110(東京都内でダイヤルすると当センターにつながります。)
※都県境では、他県につながる場合があります。
 - ・電話：03-3501-0110(東京都を管轄する当センターにつながります。)

(3) 医療機関との連携推進に関する警視庁通達

警視庁生活安全部長
警視庁地域部長 殿
警視庁刑事部長
各道府県警察本部長
(参考送付先)
各方面本部長
各管区警察局広域調整担当部長

原議保存期間	3年(令和9年3月31日まで)
有効期間	一種(令和9年3月31日まで)

警察庁丁生企発第90号
警察庁丁刑企発第14号
令和6年2月20日
警察庁生活安全局生活安全企画課長
警察庁刑事局刑事企画課長

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(通達)

医療機関においては、令和3年12月に大阪府の医療機関における殺人等事件、令和4年1月に埼玉県における医療従事者に対する殺人等事件が発生しているところ、これらの事件を踏まえ、令和4年6月、公益社団法人日本医師会会長から、別添のとおり医師会及び医療機関への安全確保に資する支援について依頼がなされたところである。

各都道府県警察にあっては、同依頼の趣旨を踏まえ、「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(通達)」(令和4年6月20日付け警察庁丁生企発第346号ほか。以下「旧通達」という。)に基づく諸対策を推進してきたところであるが、引き続き、各都道府県医師会との間で、医療従事者等の安全確保のための意見交換を行う機会を設けるなど、各都道府県医師会等と所要の連携を図るとともに、各都道府県医師会等から相談、110番通報等がなされた場合には、その内容に応じて、生活安全部門、刑事部門をはじめとする関係部門が連携し、指導、助言、検挙等の必要な措置を確実に講じられたい。

なお、旧通達は廃止する。