

提言書

～在宅医療・ケア提供者の
安全を確保するために～

令和7年11月

在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための
合同ワーキンググループ

在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための合同ワーキンググループ委員

《一般社団法人全国在宅療養支援医協会》

- ◎新田國夫 医療法人社団つくし会 理事長
太田秀樹 医療法人アスムス 理事長
島田 潔 板橋区役所前診療所 院長
大石明宣 医療法人信愛会 理事長
趙達 来 医療法人創生会真岡西部クリニック 院長
大友 宣 医療法人財団老蘇会 静明館診療所 医師
○高添明日香 医療法人桜花会あすか在宅クリニック 理事長・院長

《一般社団法人日本在宅救急医学会》

- ◎横田裕行 日本体育大学大学院保健医療学研究科長、教授
吉田雅博 国際医療福祉大学市川病院消化器外科学 教授
照沼秀也 医療法人社団いばらき会 理事長
横堀將司 日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野 教授
櫻井 淳 日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野 診療教授
小豆畑丈夫 医療法人社団青燈会小豆畑病院 理事長・院長
日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野 臨床教授
石上雄一郎 飯塚病院 連携医療・緩和ケア科 医師
中村和裕 医療法人社団青燈会小豆畑病院 救急・総合診療科 医師

(◎各団体代表、○合同ワーキンググループ委員長)

事務局： ☎311-0105

住所：茨城県那珂市菅谷 605 医療法人社団青燈会小豆畑病院

電話：029-295-2611

目次

第1章	はじめに	1p
第2章	在宅医療・ケアの特性とそれに伴う課題	1p
第3章	在宅医療・ケア提供者のおかれている現状	2p
	(1) 患者・家族による医療者への傷害/殺人などの事件まとめ	
	(2) 一般社団法人全国在宅療養支援医協会のアンケートより	
	(3) 日本医師会「医療従事者の安全を確保するための対策検討委員会」の報告より	
	(4) ふじみ野事件以降にみられた安全確保のための動き	
第4章	「在宅医療・ケア提供者の安全を脅かす患者（家族等）による暴力」についてこれまでの研究のまとめと考察：当ワーキンググループの検討	6p
	(目的)(検討)(結果)	
	(考察)	
	(1) 在宅医療・ケアにおける暴力についての検討：ふじみ野事件前後の違い	
	(2) 在宅医療・ケアにおける暴力の頻度と程度：職種による違い	
	(3) 在宅医療・ケアにおける「身の危険を感じる身体的暴力」に関する考察	
	(4) 在宅医療・ケアにおける暴力に対して望まれる対策：看護師と医師との違い	
第5章	在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための検討	12p
	(1) 患者・家族による「ハラスメント・暴力の定義」の再考	
	(2) 「応召の義務」への対応に関する検討	
	(3) 在宅医療・ケア提供者の安全管理マニュアル作成に関する検討	
第6章	在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための4つの目標	15p
第7章	在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための提言	19p
第8章	おわりに	20p

第1章 はじめに

2022年1月、埼玉県ふじみ野市において、訪問診療医が患者遺族に射殺されるという痛ましい事件が起きました（以降、ふじみ野事件という）。在宅医療に関わる私たちは、この事件を重く受け止め、決して許容してはいけないと考えています。この事件を乗り越えて、これからも質の高い在宅医療を提供していくためには、在宅医療・ケア提供者の安全を確保することが大切です。

そこで、2022年8月から、在宅医療・ケアに関わる医師や医療・介護スタッフが会員となっている一般社団法人全国在宅医療支援医協会と一般社団法人日本在宅救急医学会は、合同で「在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための合同ワーキンググループ」を立ち上げ、活動を開始しました。

2006年から2019年までの間に訪問診療件数は198,166件から795,316件と約4倍に急増している（厚生労働省社会医療診療行為別統計）にも関わらず、訪問診療を行う医療機関数（診療所・病院の数）は2005年から2017年にかけて微増するにとどまっています（厚生労働省医療施設調査）。

急増する社会的ニーズに対して、質の高い、持続性の担保された医療・ケアサービスを提供することが急務ですが、在宅医療・ケア提供者と利用者双方の安全管理にまつわる施策、指針、有事の対応策全てが追いついていません。

本ワーキンググループは、在宅医療・ケア提供者の安全確保に関する問題を抽出し、各々の対応策を検討してきましたので、ここに提言いたします。

第2章 在宅医療の特性とそれに伴う課題

本ワーキンググループが考える在宅医療の特性と、それに伴う課題は以下の通りです。

（1）在宅医療・ケア提供者は、利用者の生活と療養の全体を支えることを使命としている

課題：在宅医療・ケアの現場では、より良い療養方針選択のために、在宅医療・ケア提供者は利用者の生活や死生観、経済事情など、私的な情報をも共有する特徴があります。対等で深い対話が可能になる一方で、それぞれに利己的な要望を抱く可能性があります。

（２） 在宅医療・ケア提供者は、その利用者の看取りまで、責任をもって関わり続ける
課題：在宅医療・ケア提供者は、疾病等により社会参画が難しくなった利用者が、社会から孤立せず暮らしていけるように支援するための最後の砦としての役割を担います。在宅医療・ケア提供者は、利用者との間にトラブルが発生しても、容易に支援を止めず対話による歩み寄りを続ける傾向があります。その結果として、不本意にも問題が深刻化する恐れがあります。

（３） 在宅医療・ケアの場合は、利用者宅などの私的な空間であり、時に密室となる
課題：第３者の介入が乏しく、私的な空間である利用者宅などでは、有事の際に、救援の要請、退路の確保、証拠の保全が困難となる場合が通常です。

第３章 在宅医療・ケア提供者のおかれている現状

（１）患者・家族による医療者への傷害/殺人などの事件まとめ

当ワーキンググループで、過去 10 年ほどの患者・家族による医療者に対する重大事件について調べました。新聞やインターネットから収集した限りでも、表 1 の通りです。2019 年以降、訪問診療/訪問看護に対する事件も見受けられるようになり事件数総数も年々増加する傾向にあります。

（２）一般社団法人全国在宅療養支援医協会のアンケートより

2022 年 1 月のふじみ野事件を受け、同年 2 月に訪問診療を行う医師に対して緊急でアンケート調査が実施されました[1]。その結果、訪問診療を行う医師で患者本人や家族の理不尽な要求やクレームに関すること、暴力行為により身の危険を感じる経験があったかといったことを図に示します（図 1）。実に、訪問診療医の 39% がなんらかの身の危険を感じた経験があると返答しています。「身の危険」についての具体例としては、乱暴な言葉・怒鳴る・暴言が 30%、ハサミや刃物などによる脅し・暴力行為が 18%、身体的暴力・物を投げつけるなどの行為が 16%、長時間の軟禁が 9%、脅迫電話が 5% という結果でした。

身の危険を感じる経験には満たずとも、医学的根拠のない診療行為や、過剰な検査や処置物品、処方日数制限以上の薬などの要求、訪問診療日・訪問診療時刻・担当医指定に関する無理な要求、診療費や請求書に関わるクレームを概ね 20% の医師が経験しており、執拗で頻回なクレーム電話をかけられる、理不尽な苦情を行政やマスコミに提供される等の行為も同等の医師が経験していました。

訪問看護・介護従事者を対象としたアンケート調査においても、同様の報告が多数あり、在宅医療・ケア提供者の安全確保について注意を喚起すべき状況が浮き彫りになりました。

表1 過去10年での患者・家族による医療者に対する重大事件

年	場所	診療科など	加害者	被害者	事件
2013	北海道	精神科	患者	50代男性医師	医師を刺殺
2014	千葉県	総合病院	患者	30代女性医師	医師を刺傷
2014	北海道	消化器内科	患者	50代男性医師	医師を刺傷
2014	愛知県	総合病院	患者		刃物を持って病院に侵入
2014	東京都	大学病院	患者		火炎瓶を投下
2017	岐阜県	歯科医院	患者	50代男性歯科医師	歯科医を刺殺
2018	愛知県	外科	患者	40代男性医師	医師を刺傷（頸部）
2019	愛媛県	精神科/内科	患者	男性看護師3名	入院中に刃物を振り回す
2019	埼玉県	訪問看護	患者	30代女性看護師	訪問看護師に わいせつ行為
2020	北海道	訪問看護	患者	60代女性看護師	訪問看護師を 鉄アレイで暴打
2021	千葉県	訪問診療	患者	男性医師	医師を刺傷（頭部）
2021	大阪府	心療内科	患者	25名死亡	外来で放火
2022	埼玉県	訪問診療	患者家族	40代男性医師	医師を銃殺
2023	埼玉県	訪問診療	患者家族	40代女性医師	医師・看護師を監禁
2023	兵庫県	病院	患者	30代男性医師	医師を刺傷（腹部）
2024	北海道	病院	患者	50代男性看護師	看護師を殴打
2024	北海道	病院	患者	40代男性医師	医師を殴打

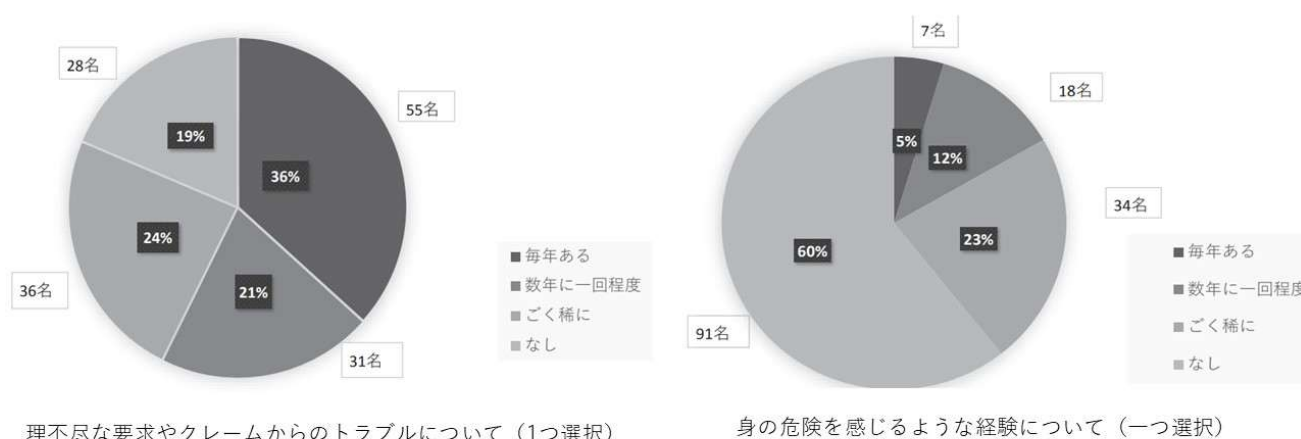


図1 ふじみ野事件を受け訪問診療を行う医師に対して行われた緊急でアンケート調査の結果（n=150名）

（３）日本医師会「医療従事者の安全を確保するための対策検討委員会」の報告より

2022年3月、日本医師会が都道府県医師会役員、および参与（弁護士）を委員とし、厚生労働省、警察をオブザーバーとして「医療従事者の安全を確保するための対策検討委員会」が発足し、同年7月に取りまとめを発表しました[2]。その概略は下記の通りです。

- ① 熱心な医師ほど患者の生活にまで深く介入し、患者・家族からの暴言、暴力、各種ハラスメントが重大な事件に発展するという「危機意識」をもちにくい。
- ② 医療機関には、患者・家族とのトラブルについて第三者に相談することへの抵抗感があるが、医療従事者の相談窓口や「危険情報」を共有する地域のネットワークがあれば、トラブル回避の一助となり得る。
- ③ 医療機関が、粗暴な言動や頻繁なクレーム電話をかける患者について 警察や保健所、市役所等に相談し支援を求めても、「民事不介入」や「事件には至っていない」ことを理由に、要請に応じてもらえない現状が一部確認された。逆に、警察庁からは、刑事法令に抵触する行為が疑われる場合には、従来から厳正な対処をしている旨の報告があった。
- ④ 医師法19条第1項の応召の義務について、患者の暴言・暴力を理由にして診療を拒んではないと解釈し、やむなく診療を継続している実態がある。
- ⑤ 都道府県医師会への調査の結果、医療従事者からの相談に対応する専用窓口を「設置している」と回答した医師会は、47都道府県医師会のうち7医師会であり、全体の14.9%にとどまった。

- ⑥ ⑤と同じ調査において、医療機関からの相談について、警察と連携をとっているかという問いに対して、「連携をとっている」と回答した医師会は10医師会（全体の21％）にとどまり、連携内容も、最寄りの交番・警察に連絡し、情報共有・巡回協会を依頼するという内容にとどまった。

（４） ふじみ野事件以降にみられた安全確保のための動き

- 2022年6月 「自由民主党 在宅医療推進議員連盟」の総会において、
（一社）全国在宅療養支援医協会が「在宅医療の安全確保に関する緊急調査」の結果を発表しました。（本書 第2－（2））
- 2022年6月 警視庁が「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の通達」を發布し、公益社団法人日本医師会が全会員に通知しました[3]。
- 2022年7月 公益社団法人日本医師会が「医療従事者の安全を確保するための対策検討委員会」の調査結果を報告しました。（本書第2-(3)）
- 2023年1月 厚生労働省医政局地域医療計画課が「各都道府県医師会及び医療機関並びに各都道府県警察との連携の推進等について」の事務連絡を出しました[4]。
- 医師会と警察との間で医療従事者の安全確保のための意見交換の場を設けること、および相談や通報が上がった場合にはその内容に応じて指導、助言、檢舉などの必要な措置を確実に講じることが明示されました。
- 2023年4月 埼玉県ふじみの市において、「ふじみ野市地域の医療と介護を守る条例」が制定されました。医療・ケア従事者の安全を確保するための、市と市民と医療・介護事業者の責務と、市の基本的施策が示されました。
- 2023年8月 一般社団法人日本在宅救急医学会総会において、警視庁・法務省・総務省・厚生労働省の担当者も出席のなか、本ワーキンググループが「在宅医療・ケア提供者の現場の安全確保」について発表しました。
- 2024年11月 第8回日本在宅救急医学会学術集会において、本ワーキンググループが、在宅医療・ケア提供者の安全確保に関する問題と取るべき対策について発表し、**福井宣言**を行いました。

【在宅医療・ケア提供者の安全を確保する宣言（福井宣言）】

私たちは、在宅医療・ケア提供者の安全を確保し、持続可能な在宅医療の基盤を構築するために福井に集いました。

1. すべての在宅医療・ケア提供者が安心して活動できる社会の実現を目指します。
2. 在宅医療・ケアは地域社会の不可欠なインフラであり、地域の人々が住み慣れた場所で安心して生活をするために必要な基盤です。
3. 在宅医療・ケアの担い手を尊重し、理解をもって接することを地域社会に求めます。
4. 不当な圧力や威嚇行為に対しては、関係機関と連携しながら毅然と対応してまいります。

参考文献

1. 島田潔: 緊急報告 在宅医療の安全確保に関する調査報告書. 日本在宅救急医学会誌 2022, 6(1):16-19.
2. 日本医師会 医療従事者の安全を確保するための対策検討委員会
https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20220713_31.pdf
3. 警視庁: 「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、丁刑企発第59号 警察庁生活安全局生活安全企画課長・刑事局揭示企画課長通達）
4. 「各都道府県医師会及び医療機関並びに各都道府県警察との連携の推進等について」（令和5年1月31日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）

第4章 「在宅医療・ケア提供者の安全を脅かす患者（家族等）による暴力」についてこれまでの研究のまとめと考察：当ワーキンググループの検討（目的）

「患者暴力」をキーワードに医学中央雑誌を検索すると、1972年8月の精神科病棟における患者暴力に関する分析調査の会議録が最も古い物でした[1]。その後、「患者暴力に関する研究論文や総説」は、病院における事例として2005年頃から報告が増えています。

一方、在宅医療における患者暴力の報告については、2015-2016 年度において兵庫県内で訪問看護師が利用者・患者から受ける暴力(精神的暴力含む)についての調査研究がなされ、2017 年にその実態が初めて公表されました[2]。その後、在宅医療・ケア提供者に対する患者（家族）暴力に対する全国規模の研究が行われるようになりました。そのような時代背景で、2018 年に厚生労働省が「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」（2022 年改定）[3]を発表し、各訪問看護・介護ステーションに対してペイシェント・ハラスメントに対するマニュアルを作成することを奨励するようになったと考えます。

今回、当ワーキンググループでは今までに日本で公表された「在宅医療・ケア提供者の安全を脅かす、患者（家族等）による暴力」についての研究結果を収集・分析しました。それにより、現在の在宅医療における医療者の安全に関する問題と課題を明らかにし、在宅医療・ケア提供者が安全確保のために何を必要としているのかを示すことを目的としました。

（検討）

日本における「在宅医療・ケア提供者の安全を脅かす、患者（家族等）による暴力」について報告された研究や検討を収集し、文献的考察を行いました。これらの研究報告は、学術誌に発表された論文だけではなく、厚生労働省のホームページや各種医療系の協会などのホームページにおいて公表されている場合も多いため、医学中央雑誌と Google を用いて検索を行いました。

これらの研究のほとんどが医療・介護従事者に対するアンケートの解析と考察で行われていました。当ワーキンググループにおける検討では、小規模な調査報告は除き、多施設に対する調査を行った研究のみを取り上げました。また、患者（家族）からの暴力のうち、身体的暴力の頻度が明示されているものに限定しました。これに加えて第 3 章（1）表 1 および（2）図 1 に関しても合わせて考察しました。

（結果）

文献収集の結果、5 件の多施設を対象にした大規模なアンケート調査が抽出されました。その研究結果を、①報告者②アンケート時期③対象・人数④暴力を経験した人数④今後必要な対策、に項目立てをして表にまとめました（表 2）。④の暴力に関しては、各報告においてその程度に差があるため「暴力・ハラスメント」「身体的暴力」「身の危険を感じる身体的暴力」の 3 つの程度に分類して比較しました。

今回の文献検索の結果から、2022 年 1 月の「埼玉県ふじみ野市における在宅医殺害事件」の前後で患者暴力に関する研究の方法が変化したことがうかがえたので、ふじ

みの事件の前後にわけて、その変化がわかるように（表2）を作成しました。その結果、ふじみ野事件以前には3件[4] [5] [6]、ふじみ野事件以降では2件[7] [8]に分類されました。

表2「在宅医療・ケア提供者の安全を脅かす、患者（家族等）による暴力についての研究・検討」のまとめ

報告者	アンケート 時期（年）	対象・人数	暴力 ハラスメント	身体的暴力	身の危険を感じる身体的暴力	今後必要な対策
ふじみ野事件(2022年1月)以前						
江藤由美ら[4]	2014	訪問看護師272名	149名(61%)	12名(9%)	0名	－
武ゆかり[5]	2016	訪問看護ステーション管理者805名	不明	240名(30%)	不明	－
全国訪問看護 事業協会[6]	2018	訪問看護ステーション管理者1,979名	不明	利用者から393(20%) 家族から32名(2%)	不明	●対応を明確にする（マニュアル） ●複数人訪問
		訪問看護師3245名	不明	1389名（45%）	不明	
ふじみ野事件(2022年1月)以後						
島田潔[7]	2022	訪問医師150名	86名（57%） （理不尽な要求やクレーム）	不明	59名（39%）	●応召義務の見直し ●ハラスメント法整備 ●安全ガイドライン整備 ●専門行政機関の設置
埼玉県[8]	2022	訪問医師・薬剤師・ 看護師・介護士・理学療法士665名	337名(51%)	95名(14%)	38名(6%)	●（病院・事業所の） 基本方針を定め、従事者および利用者・家族に周知する ●複数人訪問患者 ●ハラスメントの周知 ●セキュリティー対策 ●行政でパンフレットなどを作成

(考察)

(1) 在宅医療・ケアにおける暴力についての検討：ふじみ野事件前後の違い

ふじみ野事件以前のアンケート調査は、訪問看護師や訪問看護ステーション管理者を対象に行われていました[3-5]。対して、ふじみ野事件以降の調査では、全国在宅療養支援医協会が訪問診療医師のみを対照した検討[7]と、埼玉県が行った在宅医療・介護に従事する全ての職種を対象とした検討[8]が報告されていました。

本邦では、在宅医療における患者暴力・ハラスメントの研究は、その初期において訪問看護師を対象に行われ、厚生労働省も訪問看護師・介護士の安全確保の必要性を認識して施策を行ってきたのだと考えます。しかし、2022年に埼玉県ふじみ野市において、訪問診療医が患者家族によって殺害される事件がおき、訪問看護師・介護士だけではなく、訪問診療医師やその他の職種を含めた安全確保が検討されるように近年変化したと考えられます。

(2) 在宅医療・ケアにおける暴力の頻度と程度：職種による違い

(表2)に示されたように、在宅医療・介護の現場において、職種にかかわらず「暴力・ハラスメントを経験した」割合は、50-65%程度であると考えます[4-9]。一方で、「身体的暴力を経験した」割合は、10-45%と調査によって大きく差があることもわかりました[4-6, 8]。これは身体的暴力の定義が、「患者からつねられる」などの軽微な物を含めるかどうかで結果に差が出る可能性があるためと考えられます。

その中で、ふじみ野事件以前の1検討[4]と事件後の2検討[7, 8]では、「身の危険を感じる身体的暴力」を受けた経験があるかの設問を設定しています。これは身体的暴力の中でも「身の危険を感じる」という暴力の程度を明確に示してアンケートを行ったことになります。今回、我々はその3検討に注目して、さらに比較・検討を加えました。その結果、「身の危険を感じる身体的暴力」を受けた経験回数の割合は、訪問看護師を対象とした検討[4]では0%、在宅医療・介護に従事する全ての職種（医師は全体の6.5%）を対象とした検討[8]では6%であったのに対し、訪問医師に限定した調査[7]では39%という高値であるという特徴的な結果でした（図2）。

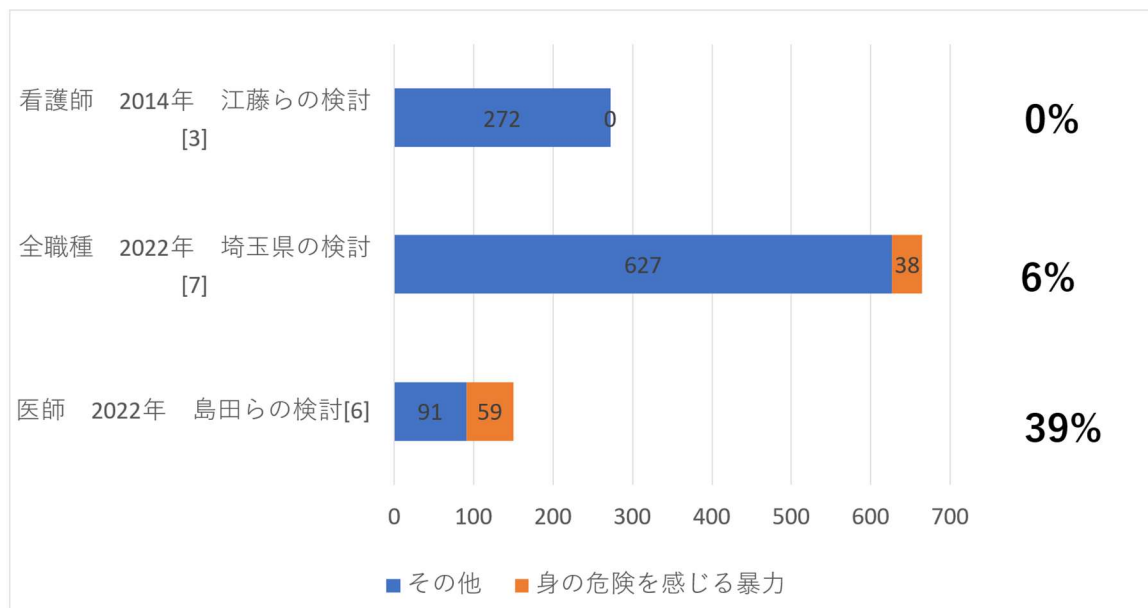


図2 在宅医療・ケアにおいて「身の危険を感じる身体的暴力」を受けた経験

(3) 在宅医療・ケアにおける「身の危険を感じる身体的暴力」に関する考察

当ワーキンググループでは、新聞やインターネットで報道された患者・家族からの医療者に対する障害/殺人の事件について調べました（表1）。2013年から2023年の10年間で、診療所・病院・在宅医療において、患者・家族による医療者への傷害/殺害などの事件は13件起きており、そのうち7件(54%)において被害者は医師でした。これらの検討から、他の職種と比較して、医師は「身の危険を感じる身体的暴力」を受ける頻度が高い可能性が示されました。

さらに、訪問診療医だけを対象とした調査である全国在宅療養医協会の検討（図1）[7]を考察します。前章で訪問診療医の39%が「身の危険を感じる暴力」を経験していることを紹介しました。訪問医師が経験した「身の危険を感じる身体的暴力」の内容（総数59件）は、多い順に、「ハサミ・刃物による脅し」が10名、「暴力や物を投げつけるような行為」が9件、「長時間患者宅に軟禁」が5名と報告されており、いずれも深刻な暴力であると考えられます。

また、この検討では、「患者・家族からの理不尽な要求やクレーム」の内訳を検討しており、「医療処置や内容について」が24%、「訪問診療・往診について」が21%、「病気や老化の受容について」が19%であったと示されています。この結果からわか

ることは、「患者・家族からの理不尽な要求やクレーム」は、①医療内容に関する不満、及び、②病気を受容できない患者・家族の心理、が根底にあることが原因と考えられました。看護師や介護士は患者・家族に寄り添った立場にあることが多いのですが、医師は、診断・治療見込みなどの説明、ふじみ野事件のように死亡確認といった時点で、時に患者・家族に悪い知らせ（bad news）をしなければ立場にあることが他職種との違いなのかもしれません。

今まで本邦に行われてきた研究から、在宅医療の現場は患者・家族の自宅であることが多く、診療所・病院という医療者のホームグラウンドと比べて医療者の安全確保において困難となる側面があることがわかりました。しかし、その研究の多くが訪問看護・介護現場における検討でした。今回の当ワーキンググループの文献的検討から、訪問診療医に対する患者（家族）暴力は看護師・介護士に対してもよりも深刻になる可能性が高く、さらに医師に関する検討はいまだに少ないので、さらなる検討や対策が必要であることが示されたと思います。

（4）在宅医療・ケアにおける暴力に対して望まれる対策：看護師と医師との違い

それぞれのアンケート調査において、「患者暴力・ハラスメントに対してどのような対応が必要か」という質問がされていました。

傾向をまとめますと、訪問看護師からは①複数人訪問を可能とする②各事業所における、患者暴力・ハラスメントに対するマニュアルの必要性を上げている報告が多かったです。①に関しては複数人訪問に関しての診療報酬の算定がされていないためにコストが訪問看護ステーションの負担になってしまうことが問題とされていました。②に関しては、訪問看護ステーションと管理者を対象としたアンケートで、ハラスメントの対応マニュアルがない訪問看護ステーションが68%であり、病院勤務の経験のある看護師は、病院に比べてハラスメントの対応力が弱いと答えたものが50%と報告されていました[4]。

一方で、訪問診療医からは、①応召義務の見直し②ハラスメント法整備③安全ガイドライン整備④専門行政機関の設置⑤病院（診療所）の基本方針を定め、予め患者（家族）に周知すること、などが求められていました[7]。これらは訪問看護師とは違った、医師独特の環境からでてきた要望と考えられます。

訪問看護・介護に関しては今までの研究や厚生労働省の指導のもと、「暴力・ハラスメント対策マニュアル」の作成が進められていますが、訪問診療医に関してはマニュアルのひな形が存在しないのが現状です。訪問診療医のおかれた特殊な環境を十分に考慮した上で、訪問診療医の安全を守るためのマニュアル作りが喫緊の課題だと考

えます。

参考文献：

1. 森山初子, 隆君子, 藤田みさへ, 森絹代, 西井はつえ, 茶川みね子, 畠中良文, 丸山定美, 久松憲二: 病棟における精神病患者暴力行為の分析調査. 医療 1972, 26(増刊):605-606.
2. 林千冬, 今岡まなみ, 藤田愛, 山崎和代, 遠藤理恵, 花井理紗: 【訪問看護師が経験する「暴力」】 調査報告 訪問看護師が利用者・家族から受ける暴力の実態と対策 兵庫県下における実態調査の結果から. 訪問看護と介護 2017, 22(11):847-857.
3. 介護現場におけるハラスメント対策マニュアル
<https://www.mhlw.go.jp/content/12305000/000947524.pdf>
4. 江藤由美, 兼児敏浩: 訪問看護ステーションにおける看護職員の患者・家族ハラスメントの実態. 日本医療マネジメント学会雑誌 2018, 18(4):247-251.
5. 武ユカリ: サービス利用者による訪問看護師への暴力と訪問看護ステーションの地域連携との関連. 日本看護科学会誌 2018, 38:346-355.
6. 訪問看護師が利用者・家族から受ける暴力に関する調査研究事業 報告書 一般社団法人全国訪問看護事業協会 <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/h30-2.pdf>
7. 島田潔: 緊急報告 在宅医療の安全確保に関する調査報告書. 日本在宅救急医学会誌 2022, 6(1):16-19.
8. 在宅医療・介護の現場における暴力・ハラスメント対策の実態に関するアンケート結果について <https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/217976/zaitakukagoannke-to.pdf>
9. 辻真美, 三好弥生, 岡京子: 訪問系のケアサービス従事者が利用者から受けるハラスメント発生要因に関する文献研究 ホームヘルパーと訪問看護師との比較から. 高知県立大学紀要(社会福祉学部編) 2022, 71:51-66.

第5章 在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための検討

(1) 患者・家族による「ハラスメント・暴力の定義」の再考

本提言書では、医療関係者等が患者・顧客から向けられる理不尽なクレーム・言動・暴力である「カスタマーハラスメント」について言及します。

一般的な医療現場（病院や診療所）では、医療の性格上、以下の患者（家族）からのカスタマーハラスメントはハラスメントから除外される傾向があります。

- ① 認知症等の病気または障害の症状として表れた言動（BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）

② 利用料金の滞納

③ 苦情の申し立て

しかし、在宅医療の対象者はBPSDや精神障害を持っている方が多く、さらに在宅医療を行う現場は「患者宅での密室状態」、「患者（家族）対医療（ケア）提供者：1対1または家族等を含め複数対1」のことも多い特殊な環境下にあります。また、上記のハラスメント行為を刑事罰として罰することは困難であっても、被害を受ける側としては対策が講じられる必要があると考えます。従って、当ワーキンググループは、一般的な医療現場でのハラスメントの定義では除外されることの多い上記3つの行為を患者ハラスメントから除外しないことを提案します。

また、身体的ハラスメントはまさに暴力であり速やかに警察や監督官庁に相談すべきです。しかし、ハラスメントとされているがために事業所での解決を試み、泣き寝入りして多くは手遅れになってしまう傾向があります。その状況を変えていくために、本提言書では警鐘を鳴らす意味で「身体的ハラスメント」という表現をやめて「暴力」と定義することを提案します。当ワーキンググループは、「**患者（家族）からのハラスメント・暴力の手段**」を以下のように分類することを提言します。

A) 暴力

- ・ 暴行
- ・ 傷害/傷害致死
- ・ 殺人/殺人未遂

B) 精神的ハラスメント

- ・ 精神的攻撃（脅迫/威嚇/名誉毀損/侮辱/ひどい暴言など）
- ・ 人間関係からの切り離し（無視/監禁/誘拐など）
- ・ 合理的配慮を超える過大な要求
（業務上明らかに不要なことや遂行不可能な事の強制/仕事の妨害など）
- ・ 過小な要求（仕事を与えない事など）
- ・ 個の侵害（私的なことに過度に立ち入る事など）

C) 性的ハラスメント

- ・ 性的な事実関係を尋ねることや、その内容を意図的に流布すること
- ・ 性的な関係を強要することや、必要なく身体にふれること
- ・ わいせつな図画を配布・掲示すること

D) SNS (Social network Service)等を通じた、あるいは監督官庁への、医療機関・事業所に対する根拠のない誹謗・中傷

私たち在宅医療・ケア提供者は、患者・家族からの訴えに対し、妥当性を真摯に検討し、より質の高い医療・看護・ケアの提供を継続できるように修正すると共に、理不尽な暴力・ハラスメントに対しては毅然とした態度で対応する必要があります。

（２）「応招の義務」への対応に関する検討

医師の応招義務とは、「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」として、昭和 23 年に医師法第 19 条第 1 項に規定されました。

医業を独占する医師が患者の生命・身体を最大限救護するという職業倫理・規範として機能してきた本法は、本来公法上の義務であるはずであり、個別の患者に対する義務についての法律ではないはずですが、「正当な理由なく診療を拒否したとして賠償責任を問われた判例」が存在することから、患者・家族の過大な要求を退けられない理由となっていました。

平成 30 年度の厚生労働研究「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応招義務の解釈に関する研究」において、緊急対応を要さない場合、診療時間外の場合、患者との信頼関係が構築できていない場合は、医師が「応招義務を負わない正当な理由に該当する」と報告されました[1, 2]。在宅医療・ケア提供の場においても、発生した迷惑行為の態様に照らし、妥当ではない要求や、誹謗中傷、暴力等をうけた場合には、契約を中断し、新たな業務提供を行わないことが正当化されます。

在宅療養支援診療所においては、24 時間連絡がとれ往診ができる体制を構築する義務がありますが、往診を行うか否かは医師の医学的判断に基づいて決定されるものです。軽微な症状に対する、診療時間外の往診要請に対応することを求めているものではないことを、訪問診療医自らもきちんと認識する必要があります。

（３）在宅医療・ケア提供者の安全管理マニュアルの検討

一般に、医療機関では医療安全マニュアルを策定し、言葉の定義、組織・体制（委員会の設置）、安全管理の運用と記録、報告の手法をそこに記載しています。多くの職員がその作成・検討に関わることで、職場全体で日常診療における危険を予知し、患者の安全管理や事故を未然に防ぐ意識を高め、広めることを期待しています。そのため、院内感染対策指針、医薬品安全使用マニュアル、医療機器安全運用マニュアル、輸血マニュアル、褥瘡対策マニュアル、個人情報管理指針、医療情報システム安全運用マニュアル、サイバーセキュリティ対策マニュアルなど、多くの医療安全マニュアルが整備されています。しかし、在宅医療（訪問診療）に関する事項や、患者・家族による暴力に関する内容が盛り込まれていない医療機関が多数あります。

当ワーキンググループで在宅医療・ケアに関するマニュアルや、患者・家族の暴力に関するマニュアルを検索したところ、下記の通りでした。今回の検討で、訪問診療医を対象

にした安全管理マニュアルは今のところ公表されているものを見つけられませんでした。現在存在する下記のマニュアルを参照し、在宅医療提供医療機関、ケア提供事業所ごとに自らの実情に即したマニュアルを作成し、医療機関内・事業所内で広く周知することが大切です。以下の3～7は今まで作成されたマニュアルや動画を示します[3～7]。

参考文献

1. 厚生労働省 令和元年12月「応招義務をはじめとした診療治療の求めに対する適切な対応の在り方等について」（医師の働き方改革の推進に関する検討会 報告）
2. 平成30年度厚生労働省行政推進調査事業費補助事業「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応招義務の解釈に関する研究」（上智大学法学部教授 岩田太他）
3. 厚生労働省 「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」2022年改定
<https://www.mhlw.go.jp/content/12305000/000947524.pdf>
4. 厚生労働省 医療現場における暴力・ハラスメント対策動画（12本）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/quality/index.html#14harat
5. 一般社団法人全国訪問看護事業協会 訪問看護の安全対策第3版 日本看護協会出版会
6. 平成22年兵庫県看護協会・兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会マニュアル検討プロジェクト 訪問看護ステーションにおける安全管理マニュアル
<https://www.h-houkan.jp/media-download/162/40b73055cf4eed6c/>
7. 茨城県看護協会 医療・看護安全対策推進委員会 訪問看護における安全管理マニュアル

第6章 在宅医療・ケア提供者の安全を実現するための4つの目標

在宅医療・ケア提供者の安全を実現するために具体的にどうするかを考えることが必要です。社会にこの仕組みを組み込んで、発生予防、発生時の対応、再発予防を行っていくために4つの目標を掲げました。

（1）在宅医療・ケア提供者の安全が脅かされることのない仕組みをつくります

① 在宅医療・ケア提供者の実情に即した安全管理マニュアルを作成します

現状において、在宅医療・ケア提供者に対するハラスメント対策がまとめられたマニュアルは存在していません。危険の予知・回避、危機時の退避をまとめたマニュアルを作成します。

② ハラスメント対策、クレーマー対策にまつわる研修会の企画を、都道府県医師会に求めています

③ 社会への啓発活動を行います

在宅医療・ケア提供者への暴言・暴力は犯罪になり得ること、暴言・暴力の許容は貴重な社会資源である在宅医療・ケア従事者の損失につながることを啓発していきます。ACP (Advance Care Planning: アドバンス・ケア・プランニング)、在宅医療・ケアの目指す姿などについて、自治体や福祉、教育分野と協力して講演会や授業を行い、利用者と医療・ケア提供者が互いに尊重し合い、協力して社会全体で社会問題と向き合う力を育てていけるように努めます。

④ 在宅医療・ケアを地域で支える仕組みを考えます

本邦では、令和5年に「孤独・孤立対策推進法」が成立し、孤独・孤立に悩む人を誰ひとり取り残さない社会、相互に支え合い人と人との「つながり」が生まれる社会を目指しています。在宅医療・ケア提供者は、患者やその家族が医療の他に必要としている支援を把握し、適切な支援機関・支援者に繋ぐことができます。在宅医療を受けている患者やその家族が、親族・友人・地域社会からも孤立した状態（社会的孤立）である場合に、在宅医療からもその地域で支援を求めることができる仕組みを考えます。

(2) 在宅医療・ケア提供者と利用者間で関係悪化が生じた際に、相談できる仕組みをつくります

① 在宅医療・ケア提供者と利用者の間にトラブルが発生した場合の相談窓口を、全都道府県に設置できるよう働きかけます

一般に、在宅医療・ケア提供者の安全に関する問題が発生した時、市の包括支援センターや都道府県に設置されている医療安全委員会に相談することとされています。

しかし、地域包括支援センターは介護保険サービスに不満を持つ利用者の悩みを、各都道府県にある医療安全委員会は医療に対する不満を持つ患者の悩みを拾い上げるために創設されている窓口です。一方で、医療・ケア提供者側の相談には応じていない都道府県も多く、相談に応じる場合があっても、第3者として積極的に介入することは難しく、事件に発展し得る例について弁護士事務所を紹介する、あるいは警察への通報を勧奨するという対応をとっているところがほとんどです。

最初に、医療・ケア提供者からの相談を受け付ける窓口を全県に創設することを目標とします。また、医療・ケア提供者と患者・利用者の間の信頼関係が喪失されている事例においては、当事者が契約解消を妨げられないように、患者・利用者側が代替えの医療・ケアを受けられるように仲介する役割を求めています。

② 各都道府県が、地域の実情にあわせて警察との関係性を構築するように働きかけま

す

今回の検討で、一部の先進的な地域では県医師会で各医療機関から医療者に対するハラスメント事例報告をまとめ、警察署と「医療従事者の安全を守るための検討会」を計画していることが分かりました。本ワーキンググループは、この活動を在宅医療・ケア提供者一人一人に拡充し、医師会と在宅医療・ケア提供者側の相談窓口とが協働して、地域ごとの事例をまとめ、警察と密接に連携し、事件への発展を未然に防ぐための情報共有や対応策検討を行っていくように提言していきます。

③ 在宅医療・ケア提供者が利用できる保険商品に誰もがアクセスできるように提案していきます

当ワーキンググループの検討で、被保険者が第3者から過度なクレーム行為を受けた際に、そのクレームの円満な解決を目指し、保険会社が指定する専門相談窓口にご相談しアドバイスを受けると同時に弁護士による法的対応を行う場合に保険金が支払われるという医療機関クレーム対応費用保険があることが分かりました。その保険商品は、暴行、脅迫、強要、威力、セクシャルハラスメント、不退去、偽計、風説の流布などが保険の対象となります。しかし、この商品は医師会の団体保険に位置付けられており、県医師会での採択が必要であることから保険対象が限定されています。

本保険を、希望するすべての医師会員が利用できるよう都道府県医師会に採択を働きかけると共に、医師会に所属しない在宅医や、在宅医療・ケアを提供する職能団体においても同様の保険商品が利用できるように提言していきます。

(3) 在宅医療・ケア提供者の安全が脅かされる事件が発生した際に救助する仕組みを提案します

- ① 治療方針の決定を担う医師は、特に重大事件に遭遇する可能性が高いため、看護師や事務職員、運転手等と2名以上のチームを組んで訪問し、単独で訪問しないことを推奨します。
- ② 在宅医療・ケアを担う訪問看護師・訪問介護士は1人で訪問することが基本となりますが、暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる利用者に対しては、複数名訪問加算を利用することを強く推奨します。複数名訪問加算適応時には、予め利用者またはその家族に同意を得る必要がありますが、この同意を得られない場合には新たなケアを提供せず契約を解除することも検討すべきです。
- ③ 暴言・暴力の恐れがある患者（利用者）においては、関係する多職種と地域包括支援センター職員同席のもとで重大な治療方針・ケア方針の決定・変更を行い、記録

に残すことが重要です。また、通常の診療・ケアに入る都度、医療機関・事業所内で待機する職員と連携を取り、予定時刻に退室しない場合の安全確認手順を確認しておくことを推奨します。

- ④ 命の危険を感じるような事態に遭遇した場合、ためらわず、迅速に安全な場所まで退避し、携帯電話や SNS で応援を要請することを広報していきます。

- ⑤ 位置検索機能・緊急呼び出し機能付き防犯ブザーや防犯ボタン付き携帯電話などの警備商品を提案し、通常時から携行することを推奨します。

「ココセコム」 <https://www.855756.com/model/>

「まもるっく」 <https://www.alsok.co.jp/person/mamolook/>

(4) 在宅医療・ケア提供者の安全管理上の問題点を収集し、分析します

- ① 本ワーキンググループ内に、在宅医療・ケア提供者の安全管理上の問題点についてインシデント・アクシデント報告を収集し、個々の事例の背景や事故の要因を把握し、問題点の抽出・一般化・予防策や解決策の提示や発信を行う部署を創設します。
- ② 訪問診療を担う医療機関や一般社団法人訪問看護事業協会、各都道府県の相談窓口を担う地域包括支援センター、民生委員、介護支援専門員などにアンケート調査を行うほか、リアルタイムで且つ簡便に当事者の声を投稿できるプラットフォームを設置します。
- ③ 収集したインシデント・アクシデント報告の内容を定期的な会議の中で検討し、医療・ケア提供者側の安全管理対策の向上を図ります。また、介護疲労や社会的孤立、医療不信など、患者・家族が加害に及ぶ要因にも目を向け、有識者と共に社会全体で解決する手法を模索します。
- ④ 当事者から、緊急を要する相談を受けた場合には、臨時会議を参集し、有識者（警察関係者や法曹界など）に協力を求めながら、予防策や解決策を早急に明示します。
- ⑤ 在宅医療・ケア提供者の安全管理に関する論文を収集してレビューを行い、安全を保つための医学的な検討を行います。

第7章 在宅医療・ケア提供者の安全を守るための提言

- 在宅医療・ケアは我が国での今後の医療を支える重要なインフラであり近年利用者が急増しているにもかかわらず、提供者の安全が保たれていない実態を放置してはいけません。
- 在宅医療・ケア提供者の命に関わる事態の報告が増加しており、ハラスメントというより暴力である事態も生じていることを認識した上で、喫緊の対策が必要です。
- 「応召の義務」に関する理解を深めて、在宅医療・ケア提供者の安全を第一に診療に努めるべきです。
- 国民の生活の安全安心のために必須である在宅医療・ケアを守るため、下記4つの目標の実現を目指すべきです。
 - 全在宅医療・ケア提供事業所に、各々の特性・実情に基づいたマニュアルを作成し安全が脅かされない仕組みづくりのために周知・啓発のための研修を行ないましょう。
 - 各都道府県に、在宅医療・ケア提供者と利用者間で関係悪化が生じた際の窓口設置、警察との協働、クレーム対応保険の設置を要望していきましょう。
 - 複数人での訪問体制構築、警備商品の携行、第3者を交えた会議の開催で事件の回避に努めるとともに、命の危険を感じるような事態に遭遇した場合には、ためらわずに安全な場所まで退避し、応援を要請しましょう。
 - 在宅医療・ケア提供者の安全管理上の問題点を収集・分析し、課題を一般化した上で、有識者と共に社会全体で予防策・解決策を検討できる手法を模索していきましょう。

第8章 おわりに

在宅医療・ケアの利用者が急増する中で、その提供者の質・数を損なわず、社会のインフラとして機能していくことが求められています。本提言では提供者側の安全確保についてのみ言及しましたが、提供者・利用者双方の考えや立場を尊重し、双方にとって安全な環境を構築していくことが肝要です。ふじみ野事件を風化させず、双方の安全を守るための取り組みを継続していくこと、孤立や孤独に悩む方に配慮し地域からの支援を受けられる街づくりを進めていくことが、住みやすい地域作り、在宅医療・ケアの質の向上につながっていくと考えます。