

会員各位 殿

クレーム発生時のご案内

一般社団法人 日本美容医療リスクマネジメント協会

1. 美容医療に関わるクレームが発生した場合は、下記URLの「クレーム発生報告書」にご入力ください。 → <https://system.biyohoken.jp/#/admin/claiminput01>
2. 「クレーム発生報告書」は、今後の事故や苦情処理を行ううえで重要な情報ですから、4～5ページのサンプル記入例を参考に要点をはっきりとご入力ください。
3. ご入力された「クレーム発生報告書」と「クレームが発生した状況について」をWEBフォームにてご送信ください。
4. 「クレーム発生報告書」「クレームが発生した状況について」を受領後に、当協会の担当者が電話で詳しい内容をお聞きいたします。
5. クレームの内容と原因を検討するために、下記の資料を提出して頂くこととなりますので、ご準備をお願いいたします。
「診療録」「患部の写真」「施術の同意書」「施術前の説明内容」等
6. 当協会の審査会で「クレーム」の内容を審査して、結論を出すまでに時間を要しますので、相手方にはその旨をお伝えください。

以下は一例としてご参考にしてください。

「本日、当病院・医院の〇〇医師が、〇〇年〇〇月〇〇日に施しました〇〇〇〇の手術に関し〇〇様よりクレームを提起されたことを確かに承りました。
当病院・医院は、法律家および専門家（医師資格者）で構成される事故対応機関（審査会）に〇〇様のクレームの内容を相談できることになっています。
同審査会にはクレームと診療内容を正確に報告し、当病院・医院に過失があると判断されましたときは、速やかに対応させていただきますので、審査会の判断がなされるまで、しばらくの間お待ちいただきますようお願いいたします。」

以上

クレーム発生報告書

報告者（施設名）	担当医名
担当者	TEL : () -
	FAX : () -
	E-Mail :
会員番号	

今般、クレームが発生しましたので、下記のとおり報告します

手術又は処置名	
施行年月日	平成 年 月 日

(1) クレーム発生日時・場所

発生日時	平成 年 月 日	発生場所	クリニック・電話
------	----------	------	----------

(2) 患者情報

住所			
氏名			
年齢	才	性別	男・女
連絡先TEL	自宅 : () -	携帯 : ()	-

(3) 提起者情報

住所			
氏名			
年齢	才	性別	男・女
患者との関係			
連絡先TEL	自宅 : () -	携帯 : ()	-

(4) クレーム内容

①具体的なクレームの内容
②具体的な被害の有無と内容または要求

(5) クレーム対処状況

①どのように対処したか

②現状どうなっているか

(6) 考えられるクレーム発生要因

(7) 現在、協会に対して早急に希望すること（希望するものに○を付けてください）

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1. 患者への対応について指導して欲しい | 2. 弁護士を紹介して欲しい |
| 3. 医療過誤の有無を判断して欲しい | 4. 患者に直接真意を聞いて欲しい |
| 5. その他 | |

その他希望することについて自由にお書きください

(8) 貴クリニックが考える今後の見通し

一段落しましたら下記のものをご用意の上、お送りください

1. 診療記録（カルテのコピー等）
2. インフォームドコンセントのコピー
3. 術前・術後の写真、現状の写真・途中経過の写真
4. 相手側より提示された資料があればそのコピー
5. その他資料

貴クリニックの担当医、または責任者の自筆署名

用紙が足りない場合は、紙を付け足してご記入ください

クレームが発生した状況について

クレーム発生時・クレーム発生後の状況について、全ての項目にチェックをお願いいたします。
クレームの査定するための資料となりますので、出来る限り正確にお答え下さい。

記入日： 年 月 日

今回のクレームに関して

- ・今回のクレームに関して、医療過誤であると思われますか はい いいえ
- ・クレーム発生時から報告時の間に金銭による返戻を行ないましたか はい いいえ
返戻をした場合は金額もご記入ください (円)
- ・クレームの原因について、あてはまる項目全てにチェックをお願いいたします。
施術のミス 初期対応のミス 指示命令のミス
技術不足 施術知識の不足 設備や機械の不具合

当該患者に対する施術前の対応について

- ・インフォームドコンセントによる患者の意思確認をしましたか はい いいえ
- ・カウンセリングタイムは十分にとりましたか はい いいえ
- ・医師として推奨できない施術を患者が望みましたか はい いいえ
- ・施術前に、施術に失敗例もあるという事を説明しましたか はい いいえ
- ・施術の流れや内容、ダウンタイム等について十分に説明しましたか はい いいえ
- ・施術後のケアについて説明しましたか はい いいえ
- ・万が一失敗した時のケアについて患者に説明し、同意を取り付けましたか はい いいえ
- ・施術の際に担当医師が直接施術をしましたか はい いいえ
- ・マシンを使う施術の場合、施術時のメーカー推奨値や
ガイドラインを守りましたか はい いいえ
- ・清潔な環境を保つための清掃や消毒等を適切な期間において実施していますか はい いいえ

施術時・施術後の対応について

- ・施術時、患者に不安な様子が見られた場合、施術を中止しましたか はい いいえ
- ・施術に何らかの落ち度があったと思われる場合、患者にそのことを伝えましたか はい いいえ
- ・患者からクレームがあった時に即対応しましたか はい いいえ
- ・患者からの金銭要求はありましたか はい いいえ

金銭を含め何らかの要求があった場合は、あてはまる下記項目全てにチェックをお願いいたします。

- 施術費用の返還 慰謝料 賠償金 お見舞金 休業補償金 交通費
自宅への謝罪 謝罪文や念書の提出 その他()

クレーム発生報告書 記入サンプル

報告者（施設名）	〇〇美容外科クリニック	担当医名	〇〇 〇〇
担当者	△△ △△	TEL : (03) ****-****	
		FAX : (03) ****-****	
		E-Mail : ****@*****.ne.jp	
会員番号	9999		

今般、クレームが発生しましたので、下記のとおり報告します

手術又は処置名	重験術
施行年月日	平成 21 年 4 月 1 日

(1) クレーム発生日時・場所

発生日時	平成 21 年 5 月 1 日	発生場所	クリニック 電話
------	-----------------	------	----------

(2) 患者情報

住所	東京都練馬区東〇〇 1-2-3-456		
氏名	練馬〇子		
年齢	28 才	性別	男 女
連絡先TEL	自宅 : (03) ****-****	携帯 :	(090) ****-****

(3) 提起者情報

住所	患者に同じ		
氏名	練馬〇夫		
年齢	31 才	性別	男 女
患者との関係	夫		
連絡先TEL	自宅 : (03) ****-****	携帯 :	(090) ****-****

(4) クレーム内容

①具体的なクレームの内容 手術の際、まぶたに傷がついた上に、期待通りの効果が得られなかった為、元通りにしてほしい。
②具体的な被害の有無と内容または要求 毎日数回電話があり、業務の妨げとなっている。 元通りに出来なければ、手術費用を返してもらわないと納得できないと言っている。

(5) クレーム対処状況

①どのように対処したか
まぶたの傷は治療することを患者に提案した。

②現状どうなっているか
上記の提案を3回したが、了解を得られていない。

(6) 考えられるクレーム発生要因

まぶたの傷は当方の手術ミスと考えるが、手術の効果については患者の主観的な思い込みと考えている。

(7) 現在、協会に対して早急に希望すること（希望するものに○を付けてください）

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. 患者への対応について指導して欲しい | <input type="checkbox"/> 2. 弁護士を紹介して欲しい |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3. 医療過誤の有無を判断して欲しい | <input type="checkbox"/> 4. 患者に直接真意を聞いて欲しい |
| 5. その他 | |

その他希望することについて自由にお書きください

(8) 貴クリニックが考える今後の見通し

まぶたの傷は治療をする方向で進めたいと考えている。
手術の効果については、思い込みだと納得してほしい。
場合によっては、弁護士への相談も考えている。

一段落しましたら下記のものをご用意の上、お送りください

1. 診療記録（カルテのコピー等）
2. インフォームドコンセントのコピー
3. 術前・術後の写真、現状の写真・途中経過の写真
4. 相手側より提示された資料があればそのコピー
5. その他資料

貴クリニックの担当医、または責任者の自筆署名
○○ ○○

用紙が足りない場合は、紙を付け足してご記入ください