

放射線部門での患者トラブル対応 ー持つべきマインドー

体に対して積極的に照射することが唯一許可されている医療においては、患者に対して十分な説明を行うとともにその必要性和リスクの正しい判断が必要

高知県放射線技師会学術大会

2026/02/22

愛媛県医師会常任理事

日本医療メディエーター協会 (JAHM) 理事・四国支部代表

松山市民病院 顧問

渡邊良平

物の見方、見え方の違い

- ちょっとした勘違い？
- 視点、角度の違い？
- その日の体調、気分の違い？
- 思い込み？
- 固定観念？
- 知識の差？
- 上辺だけをみている？

- 認知フレームの違い
- 価値観の違い
- 倫理観の違い
- 目指すものの違い
- 影響因子と度合いの違い
(利害の違い)
(力の差が存在する関係性)

「こだわり」 「どっちもあり」
「よく見れば、なるほど！！」

ものに対する捉え方の違い

認知フレーム

認知フレームとは、

それぞれの個人の経験の中で培われてきた
物の見方、見え方（ナラティブ）であり、
「認知フレームの違い」によって認知齟齬
が発生し、時に間違いを引き起こす

「この薬の副作用は1%です」

薬（1%の 副作用 ）	
患者	99%安全なら 大丈夫
医療者	1%は副作用の 多い薬

医師の説明

- 病院内における転倒リスクは5%です。
- スタッフの見守りには限界があります。転ばないようにしましょう。

患者側の理解

- 「降水確率」5%なら傘は必要ないし、重大な問題ではない。
- 病院は安全な所である。
- 元気で、転んだことなんかないから心配ない。

実際に転倒事故が
発生するとコンフ
リクトにつながる

危険だとは聞
いていない。

転んだ時の
ナースの
態度にカチ
ンときた

転んだの
は薬のせ
いではな
いか

「認知フレーム」の違い

「モノの見かた」の違い

(和田仁孝より)

それぞれの個人の経験の中で培われてきた
固有のフレームがある

個人それぞれのナラティブが「現実」
を構成している。

そのフレームなしに「現実」が見れない
= **社会構成主義**に立脚している

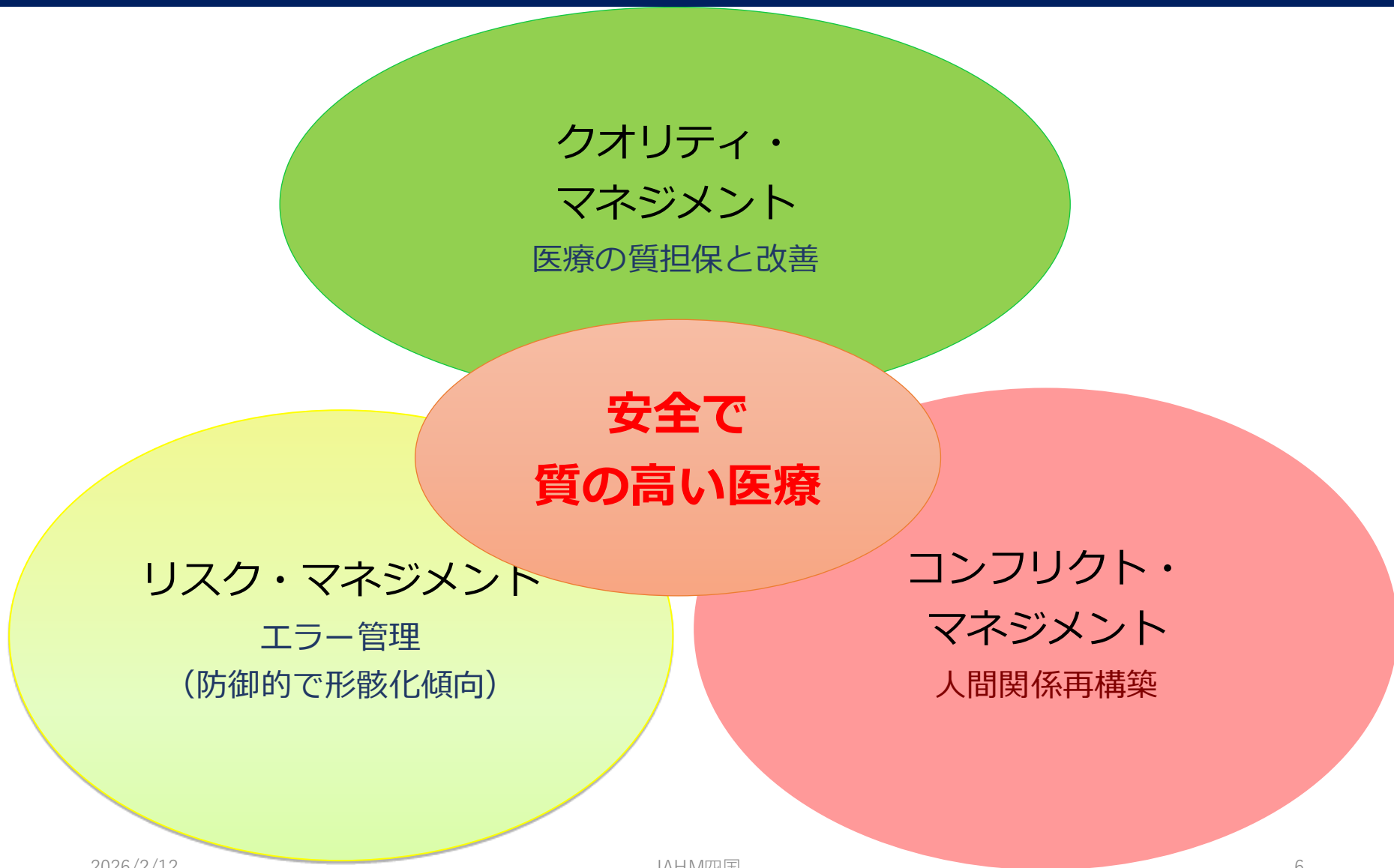
そのフレームは、職業・文化・教育など様々な経験の僅かな差異によって、
微妙に異なっている

コンフリクトの場面では、
お互いのフレームが衝突している



対話によりお互いの認知フレームが変容する

安全で質の高い医療を実現するために



医療事故の概要

日本医療機能評価機構（2024年報より）

図表Ⅰ－１ 医療事故情報の報告件数と参加医療機関

年		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
報告 件数	報告義務	3,374	3,428	3,598	4,030	4,049	4,321	4,674	4,631	5,183	5,102
	任意参加	280	454	497	535	483	481	569	682	887	809
	合計	3,654	3,882	4,095	4,565	4,532	4,802	5,243	5,313	6,070	5,911
医療 機関数	報告義務	275	276	276	274	274	273	273	275	275	270
	任意参加	743	755	773	797	812	834	857	883	1,022	3,703
	合計	1,018	1,031	1,049	1,071	1,086	1,107	1,130	1,158	1,297	3,973

図表Ⅱ－２－１１ 事故の概要

事故の概要	件数	%
薬剤	475	8.0
輸血	19	0.3
治療・処置	1,879	31.8
医療機器等	190	3.2
ドレーン・チューブ	406	6.9
検査	294	5.0
療養上の世話	1,840	31.1
その他	808	13.7
合 計	5,911	100.0

※割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。

図表Ⅱ－３－９ 事例の概要 ヒヤリハット

事例の概要	件数	%
薬剤	9,534	35.0
輸血	133	0.5
治療・処置	1,303	4.8
医療機器等	1,085	4.0
ドレーン・チューブ	3,755	13.8
検査	2,335	8.6
療養上の世話	5,972	21.9
その他	3,155	11.6
合 計	27,272	100.0

※割合については、小数点第2位を四捨五入したものであり、合計が100.0にならないことがある。

放射線部門の医療事故発生状況

医療事故情報収集等事業 第19回報告書（2009年7月～9月）

図表Ⅲ - 2 - 1 8 放射線検査に関連した医療事故の発生状況（平成19年1月1日～平成20年12月31日）

	患者間違い	部位間違い	検査間違い	検査準備	検査薬・造影剤・	撮影条件	画像処理	機械	患者の観察・管理 (注1)	その他	合計
X線検査	2	1	0	0	0	0	0	2	3	2	10
CT検査	0	0	0	0	13	0	0	0	0	1	14
MRI検査	0	0	0	5(注2)	1	0	0	0	1	3	10
核医学検査	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
超音波検査	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
合計	<u>2</u>	1	0	<u>5</u>	<u>14</u>	0	0	2	<u>6</u>	8	38

(注1) 転倒・転落を含む

(注2) 検査室への磁性体の持込に関連する事例5件を含む

ヒヤリ・ハット発生状況

放射線部門

図表Ⅲ - 2 - 1 5 放射線検査に関連したヒヤリ・ハット事例の発生状況

	患者間違い	部位間違い	検査間違い	検査準備	検査薬・造影剤・	撮影条件	画像処理	機器	患者の観察・管理(注1)	その他	合計
X線検査	98	124	10	13	10	43	22	30	50	10	410
CT検査	41	27	9	5	47	28	6	19	4	6	192
MRI検査	10	15	2	48 ^(注2)	6	5	2	3	10	8	109
核医学検査	3	3	1	0	8	10	4	2	6	2	39
超音波検査	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	3
不明	46	10	1	2	6	11	7	6	4	6	99
合計	198	179	23	69	77	98	41	60	75	32	852

(注1) 転倒・転落を含む

(注2) 検査室への磁性体の持込に関連する事例47件を含む



患者トラブル防止には

- 患者トラブルの原因と背景の理解
- トラブルを防ぐための効果的な対策
- 医療事故とヒアリ・ハット事例の共有
- 患者との良好な関わり方とコミュニケーション
- 認知フレームの違いによる誤解の解消
- 医療安全医における信頼関係醸成の重要性

主なトラブルの原因

ー放射線部門（AI 抜粋）ー

1. 放射線被ばくへの不安： 理解と対策

被ばくによる身体への影響（皮膚障害、発がんなど）を心配する患者がいるため、十分な説明と安全管理が求められる

2. 説明不足： コミュニケーション

検査や治療の内容、目的、リスクについて、患者への十分な説明がないと、不安や不信感につながる

3. 検査に対する不満や不安： 不満はトラブルの種、不安はトラブルの素

検査の連続による身体的・精神的疲労や、検査自体の不快感などがトラブルの原因になることがある

4. 医療知識・情報の不足： 「認知フレームの違い」信頼関係の構築不良

患者が医療情報や放射線に関する正確な知識を持たないために、誤解が生じる場合がある

トラブルを未然に防ぐための対策

—放射線部門—

- 技師の被ばく管理の徹底：

診療放射線技師は被ばく管理のエキスパートであり、安全で安心な検査を行うために、撮影時の被ばくを最小限に抑える努力をしている

- 適切な説明と情報提供：

放射線被ばくのリスクや安全対策について、患者にわかりやすく説明し、不安を取り除くことが大切である

- 医師による説明と連携：

放射線診療に関する説明責任は原則として医師が負う

技師は、医師の説明を補助し、患者の質問に答える際に連携を図ることが重要である

- 思いやりのある対応：

医療知識だけでなく、患者の不安感を取り除くような思いやりのある対応が求められる

安全の定義とマネジメント方法

- Safety-I

人はエラーをする危ない存在

To err is human

- 安全とは**失敗**のないこと
- 失敗から学び、コンプライアンスを向上する
- 分析的(要素還元的)アプローチ

- Safety-II

システムが機能するのは人々のパフォーマンスの調整のおかげ

- 安全とは、擾乱と制約のある環境下で、**何事もなく無事に**目標を達成すること
- 日常業務から学び、レジリエンスを向上する
- 統合的(全体的)アプローチ

©厚労科研指定中島班2021

2

- Erik Hollnagel

システム管理とパフォーマンス、システムの安全性、レジリエント・ヘルスケア、**レジリエンス・エンジニアリング**、人間信頼性アセスメント、**認知システム工学**、インテリジェント・マン・マシンシステム

事例1345

厚労省 医療事故情報収集等事業 第19回報告書 (2009年7月～9月)

指示・依頼書の確認不足による左右間違えての乳腺造影検査

当事者の職種【診療放射線技師】

当事者の職種経験年数【13年2ヶ月】

1. 具体的内容

左乳腺造影検査時、右の乳腺造影検査撮影を始めた。開始直後に左右間違いに気づき中止、患者に影響が無い時点でうまく修正できた事例で、後日再検査を実施する。

2. 発生要因

撮影指示・依頼書の確認不足

3. 改善策

- 撮影指示・依頼書の確認を徹底する
- 検査当日は、指示書で部位を確認するとともに、患者、もしくは家族に部位を口頭で確認する等の手順をきめる必要がある。複数の医療者の確認、患者、家族等の確認を求めるシステムの構築が必要

インシデントの影響度の所で、「間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例」と記載されています。米国171の退役軍人病院で行われている報告制度では、事例の重要度の基準として、手術あるいは検査手技での左右取り違えは「破滅的(catastrophic)」に分類されます。この事例では造影剤が予定とは反対の乳腺に注入されており、**重大事例**と考える必要があります。

重大事例として、再発防止が重要
心からの謝罪はあったのか？
受け入れられたのか？

米国退役軍人省（VA）の医療安全センター（NCPS）

インシデント（事故およびヒヤリハット）の重要度を評価するために**SACマトリックス（Safety Assessment Code Matrix）**という独自の基準を採用しています。

この制度では、事故によって生じた「結果（Severity）」と、その事故が再発する「頻度（Probability）」を組み合わせ、最終的な優先度を決定します。

重症度（Severity）の4段階

インシデントの結果に基づき、以下の4つに分類されます。

- **Catastrophic（破滅的）**：死亡、または身体機能の永久的な喪失。
 - **Major（重大）**：身体機能の重大な低下、追加の手術が必要な状態、入院期間の著しい延長など。
 - **Moderate（中等度）**：軽度の身体機能低下、または中程度の処置（例：縫合や追加の検査）を要する状態。
 - **Minor（軽微）**：治療をほとんど必要としない、または軽微な応急処置で済む状態。
- **SAC 3（最高優先度）**：
 - **根本原因分析（RCA）の実施が義務付けられます。**
 - たとえ実害がない「ヒヤリハット」であっても、放置すれば「破滅的」な結果を招く可能性が高い場合はSAC 3と判定され、徹底的な調査が行われます。
 - **SAC 2 / SAC 1**：
 - 施設の判断により、簡易的なレビューやデータの蓄積・傾向分析が行われます。

手術部位の間違い（左右の間違い、部位の間違い、患者の間違い）は、原則として**最高重要度（SACスコア 3）**に分類されます。

日本 医療事故のレベル 左右間違い

国立大学附属病院医療
安全管理協議会

左右間違いのレベル分類例

•レベル0（インシデント）：

手術の準備中や執刀直前のタイムアウト（確認作業）で間違いに気づき、**実際に処置が行われる前に未然に防いだ場合**

•レベル1～2（インシデント）：

誤った側に穿刺や検査などの処置を行ったが、**患者に実害や治療の必要がなかった場合**

•レベル3a以上（アクシデント）：

誤った側の臓器を摘出したり、誤った部位に手術を行ったりした結果、**追加の治療や手術、あるいは永続的な障害が生じた場合**

•**レベル3a**：簡単な処置が必要になった（一過性の障害）

•**レベル3b**：再手術など濃厚な治療が必要になった（一過性の障害）

•**レベル4a/4b**：永続的な障害が残った

事例4975

厚労省 医療事故情報収集等事業 第19回報告書 (2009年7月～9月)

確認不足により **2 回の C T 検査** を実施した事例

当事者の職種【看護師、看護助手、診療放射線技師】

1. 具体的内容

入院中の患者に対し、胃ろう増設術施行後 C T 撮影の順番であったが、看護補助者が間違えて C T 室へ患者を搬送し、放射線技師は確認しないまま C T 撮影を行った。再度内視鏡室より呼び出しがあり、**胃ろう増設をしないまま C T 撮影**を施行したことに気づく。再度内視鏡室に行き胃ろう増設後 C T を撮影することになり余分な被爆を与えた。

2. 発生要因

業務手順を無視した行動で確認作業を怠った

3. 改善策

業務手順の見直し。病棟は検査日、順番等記載したカードを活用する。放射線科でも確認作業の徹底を行う。

- インシデントの影響度の記述で、「間違いが実施されたが、**影響はなかった**」とあるが、患者からの「不信感」「放射線被ばく」に対する心配のあることは拭いきれない。今後の事例に本事例を活用するためにも、**無駄な放射線被ばくが、患者に影響がなかったとすることの記述は適切ではない**
- 十分な**謝罪**から入る必要がある
- 患者のスケジュール作成されていても、優先順位を間違った場合、警告表示されるシステムでない限り、改善出来ない

画像検査 インシデント

日本赤十字放射線技師会会誌 電子1号

何が問題？

当事者の職種【看護師、看護助手、診療放射線技師】

具体的内容

1回目の心筋シンチ撮影を11:30に終了したA患者。担当技師から、2回目の撮影を13:55にと言われていたが、13:25に撮影室から呼び出しがあった。看護助手が車いすでA患者を移送し撮影が開始された。放射線技師が、次の順番の呼び出しのために「A患者を出して」と病棟へ電話連絡すると、「A患者はすでに呼び出しがあって出ている」との返事があり、患者を間違えて呼び出し撮影していることが判明した。A患者の撮影は中止し、検査室で待ってもらい定刻に撮影。

A患者から激しい抗議があった

- 放射線技師は、フルネーム・患者の名乗りなど患者確認のルールを遵守せず、氏名の確認をしなかった
- 撮影に呼ばれたことを担当看護師に伝えず、看護助手に移送を依頼したなど、医療者の連携・伝達不備があった

コメント

- 問題点としては、改善策の通り、フルネーム確認・患者自身からの名乗りも必須だが、解決すべき項目として、患者自身が名乗れない状態のことも考慮し、IDカードとリストバンド・ベッド上の患者付帯情報との確認が必要である。

改善策

- フルネーム・患者の名乗りなど患者確認のルールを遵守する
- 検査・処置に関しては担当看護師に伝え責任を果たせるようにすることを病棟内で周知
- 思い込みで行動しないことが必要である

それぞれのインシデントレポートは、

- 問題は技師だけではない
- 左右取り違えは手術室以外の場所でおこる可能性が高く、「誤りやすく、かつ誤りが重大な結果を生じ得る情報」として扱う
 - 今回は最終段階での一人の診療放射線技師の確認ミスでインシデントが発生
 - 最終段階だけでなく、全ての業務過程を組織的に見直す必要があるたとえば、医師が説明し了解をえられたら、同意書を取り、**左右の部位を記載し**、患者に確認した上で、サインしてもらう。患者が理解困難な場合は家族にサインしていただき、検査当日の来院をお願いする。
- 検査当日は、指示書で部位を確認するとともに、**患者・家族に部位を口頭で確認する**等の手順をきめる必要がある
- 複数の医療者の確認、患者・家族等の確認を求めるシステムの構築が必要
- **トラブルに発展していく過程で、必要な説明がされたのか？**
- **事なきを得たら、それでいいのか？軽く見ていいのか？**
- **謝罪はされたのか？**
- **謝罪は十分に受け入れられたか？**

 激化させないように関わる



ちょっとしたことから

- あらゆる事故防止対策を行っていても事故は発生する
- 事故後の説明は難しい
- 不十分な説明（対話）から双方に認知の齟齬が生じる
 - 医療者の対応や患者の態度に不満を感じることがある
- 過重労働による労働能力障害・ヒューマンエラーであっても、患者側は納得できない
- 事実検証の結果、紛争に発展し、激化している事案が少なくない。
- いわゆる“うっかり”の単純過誤でも訴訟となることがある

この**事故発生**は、

- | | |
|---------------|---------------------|
| • 説明されたこと？ | 事故の可能性までは説明されていない |
| • 起こり得る合併症？ | ミスじゃないか |
| • 検査中の事故 | こんな事故が起こるとは納得できない |
| • 施設内の転倒・転落事故 | 見守りが不十分だ |
| • 5%の副作用発生率 | こんなことが起こるとは聞いていないこと |

事故発生の可能性を知っている

医療者は

- 患者からの質問、意見、要望に敏感すぎ
- すぐに「クレーム」だとして恐怖感・嫌悪感を抱く
- 患者側からの言葉を共感的に理解しようとししない
- すぐに医学的な正当性を主張し、説明したがる
- 病院に迷惑をかけたくない
- 自分だけで解決する方法はないのか
- 起こってしまった事故体験から回復したい

患者は、

- 事故が発生するとは想像していない
- 事故に会いたくない
- 医療者を信頼しているが、納得できない
- ミスではないか
- 十分に説明してほしい
- 今までの信頼関係は関係ない

「認知フレームの差」でコンフリクト」は増幅される

- 「**予期しない悪しき結果**」が生じると医療者との信頼関係が揺らぎ、情動的反応が優位となる
 - 元々、患者・医療者の信頼関係は脆い
 - 常に患者は医療に不信感を抱いている
 - 診療を拒否された経験がある
 - 医療ミスをしたことがある
 - 感染対策が不十分で、コロナがうつるかもしれない
 - ここは標準的医療を行っていないのではないか
 - 単に風評被害とは言わせない



医療安全の前提

患者・医療者の信頼関係が
最も重要である

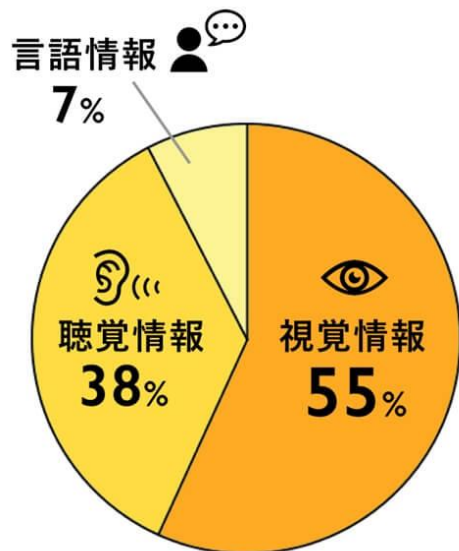
信頼関係は脆い
(激化していくインシデント)

- 医療安全の中心は**患者安全**である
- 全ての医療安全行動を行っている
- 医療は患者さんとの準委任契約であり、信頼関係・連携の上に成り立つ
 - 準委任契約で重要なのは、結果ではなく診療の過程である
 - 合併症・後遺症が発生することがある
- 詳しく説明し、理解と同意を得て行っている
- 医療技術は常に最新・安全・確実である
- 高難度医療でも安全に遂行できる

医療安全、もう一つの前提

- 医療者・患者間には「**認知フレームの差**」がある
- 説明しても十分に理解されとは限らない
- 治療しても治らないことがある
 - 時には死亡事例や後遺障害が残ることがある
- 共感表明の謝罪をしても誤解されることがある
- 医療事故が発生することがある
 - 事故＝ミス？
- 医療行為に「絶対安全」はない
- 人間の合理的行動には限界がある

適切な説明 7-38-55ルール（メラビアンの法則）



話の内容だけでなく、外見や話し方（態度）にも気を配ることで説得力が増します。

情報を相手に伝える時、相手に与える影響の割合

- 言語 Verbal
- 聴覚 Vocal
- 視覚 Visual
- 表情（笑顔・無表情）
- 声のトーン（静かに話す・怒鳴りながら）
- ジェスチャー

話の内容は重要だが、言語、非言語、聴覚、視覚すべてが表す内容に矛盾がなく、バランスが取れていることが必要

共感表明

1. 無表情では伝わらない
2. 棒読みでは伝わらない
3. 内容が伝わる言葉を使う

笑顔で難しい病状を説明する
納得いかない表情で聞き直す

Active listening & Acceptance

関わり方

傾聴 共感 承認 理解

1. しっかり聴きましたか
 - Close listening **Active listening**
2. 相手の気持ちを受け止めましたか
 - Sympathy同情・**Empathy**受け止め・Compassion切実な共感
3. 「分かったよ」と**言葉**で伝えましたか
 - **Acceptance**
 1. 相手の語り（ナラティブ）に対し、
 2. 受け手である**自分が了解（理解）**している旨を
 3. 相手に対して**伝える**ことで、
 4. 受け止められたと**相手が自覚（認識）**すること
4. 何をどのように理解しましたか
 - **Comprehension** Understanding
 - 相手の気持ちを正しく理解しましたか

対話のルール

してはいけない基本的な応答態度

指示

- 話す相手をコントロールしようとする

判断・評価

- 相手の話について判断を下したり、評価を下したりする

非難・攻撃

- 相手に対し非難し返したり、責任をかぶせたり、怒ったりする

教示・指導

- 一段高い視点から指導しようとする

一方的な説明

- 自分のフレームからの説明を一方的におこなう

傾聴・共感から始めることが重要である

医療メディエーション

Medical mediation
調停、仲裁、斡旋、仲裁

紛争解決、訴訟、裁判

怒りや主張・対立 = a tip of the iceberg
コンフリクト



潜在 = 不可視

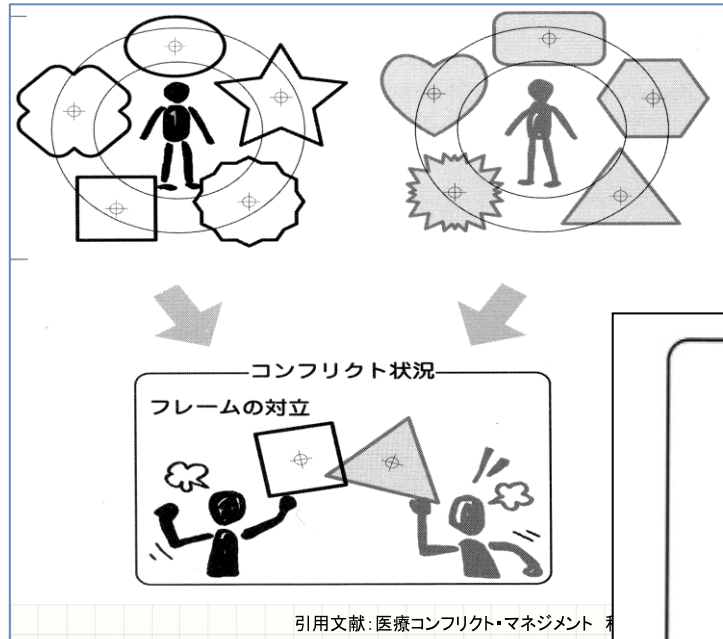
1. コンフリクト・マネジメントとは
2. 紛争解決とは

「ボタンの掛け違い」を激化させないように、

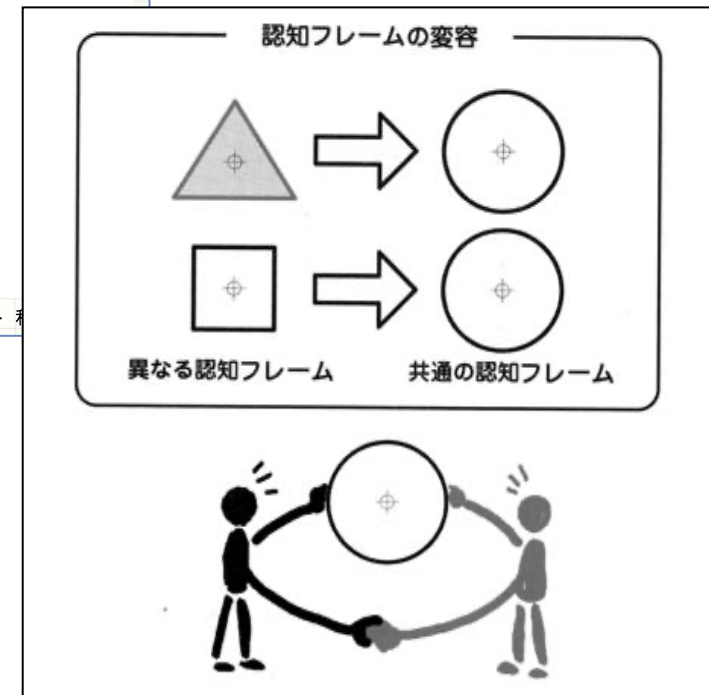
それぞれの個人の経験の中で
培われてきた
固有のフレームがある

そのフレームは、個人それぞれの
ナラティブが構成している

コンフリクトを抑制し解消していく
ためには、認知フレームに働き
かけ、それを**変容**させることが鍵
となる



(和田仁孝より)



フレームの変容
医療メディエーション

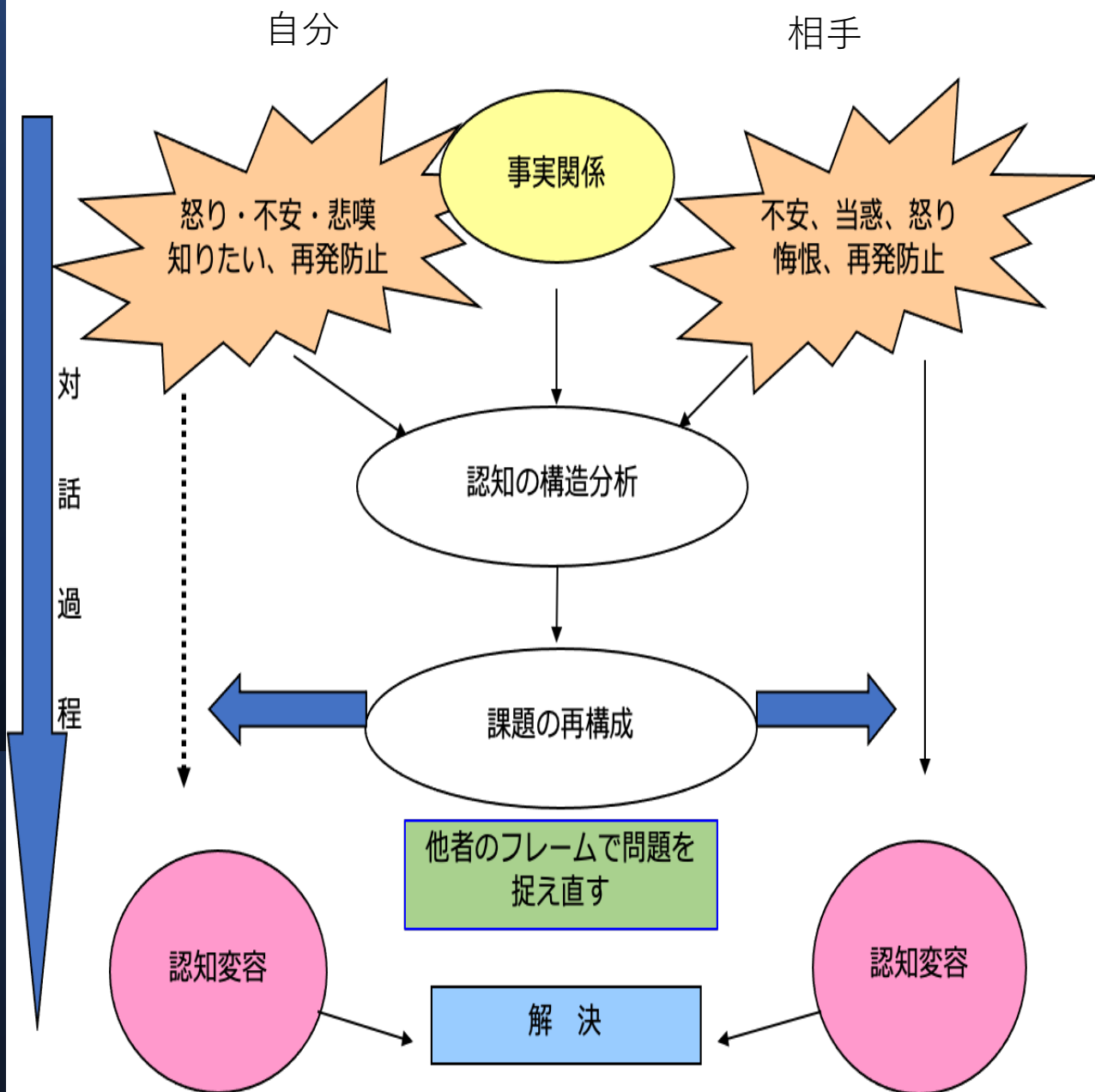
コンフリクト・マネジメント 紛争解決とは、

ちょっとしたことから、
思いが爆発した状態

↓
元の状態に戻せるか

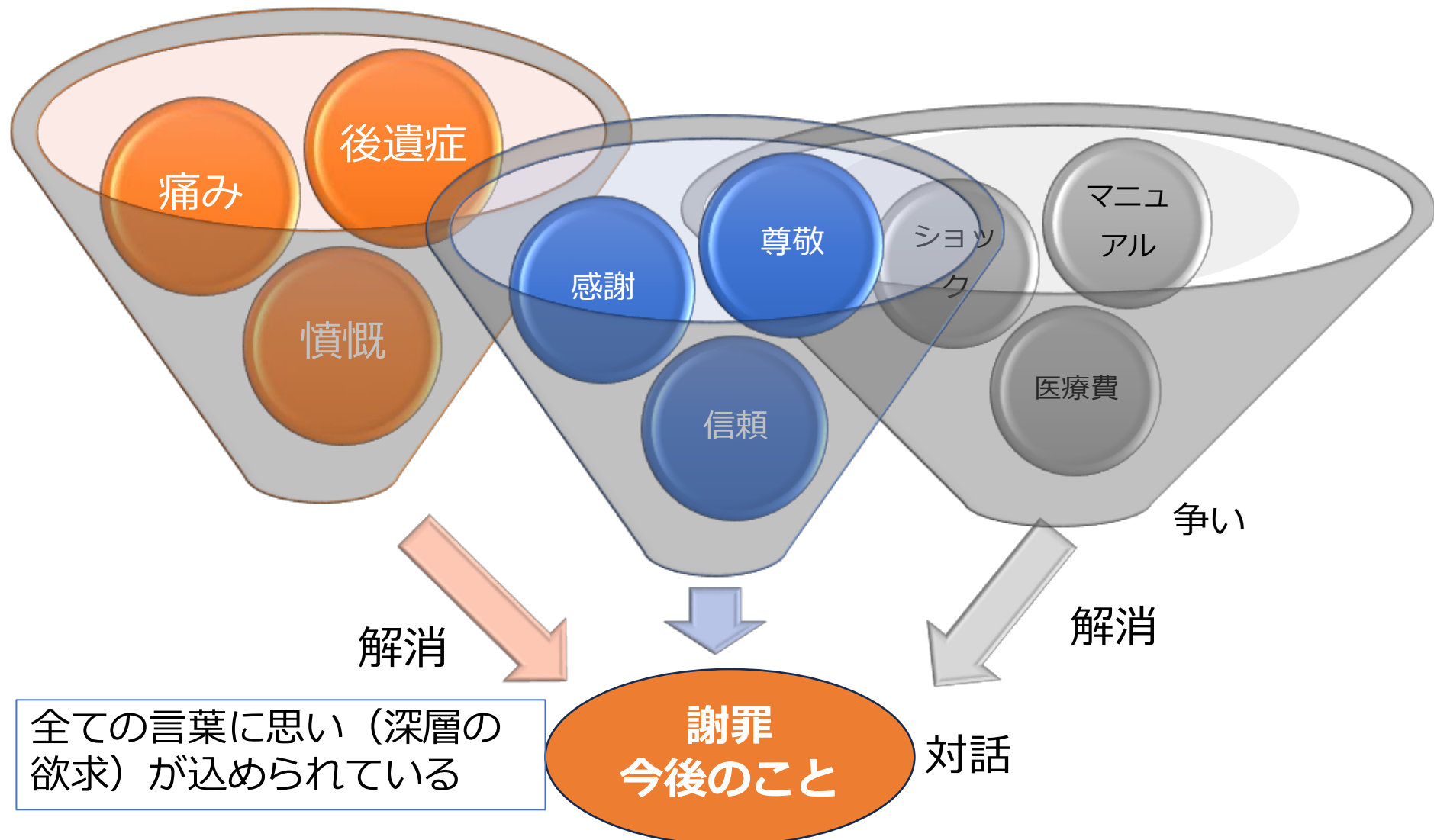
医療メディエーション

深層の思いに寄り添った対応
記録を元に・・・



課題の分離（再構成）

アルフレッド・アドラー(Alfred Adler)



コンフリクトの現場では、説明は難しい

患者さんは不信感を抱いている

何が起きたか理解できない
どうしてそんなことになったのか
ミスではないか
今の信頼関係は関係ない
詳しい説明が聞きたい

医療者は、

医療行為に「間違い」ない
その医療行為の結果を理解してほしい
何が起きたのかを医学的に検証したい
患者サイドに詳しく説明したい

医療メディエーターは…

初期対応を重要視することで、紛争の拡大・長期化を防ぐ
当事者双方のナラティブに寄り添い、信頼関係を再構築するように関わる
双方の思いが同じであれば共創することができる

謝罪しても受け入れられない？

ミスがある = 医療過誤
ミスがない = 医療事故

明らかにミスがある

責任承認謝罪

有害事象にたいし最大限の
治療を行う

後遺障害を残さないように
懸命の治療行為が必要

対話促進だけでは解決しな
い可能性

法的な解決手段

ミスかどうか難しい

共感表明謝罪

決して慰めや癒しではない

自分の振り返り

心からの共感表明

正確な事実確認

対話による協同

ミスはない

共感表明謝罪

ボタンの掛け違いの可能性

患者・医療者の信頼関係に
問題

正確な事実関係の主張

紛争を激化しないように関
わる

対話による協同

悪質クレーム 発生の誘因

誘因

- 治療や検査に対する説明で、危険性や合併症の問題などについて十分に説明を行わなかった
 - それが利用者の期待と異なった
- 質問をした場合など、医療者が高圧的に振舞い、相手の感情やプライドを傷つけた
 - 利用者の質問に対して、一方的な説明や対応を行い、
 - 相手の意見や訴えに耳を傾けない
- 医師、看護師などの情報や連絡に問題があることで、利用者が不愉快な感情や不利益を受けた
 - 待ち時間、システム、施設、設備の問題

特徴

- 他者に対する共感が少ない
- 自分は特別だと思っている（特権意識）
- 自分より弱い立場の相手を攻撃する
- 傷つけられたという感情を持つと、羞恥や屈辱を感じやすい

悪質クレーム 過激化

- 利用者が病院で感じる受けた不愉快な出来事すべてが「医療ミス」という認識で訴える
- 何か問題があればマスコミに訴える．または、インターネットでの通信手段を使用した一方的な自己主張を行う
- 気に入らない場合は、ほかのサービス（消費）産業の例を出し、「金を出せ」「金で補償しろ」などの不当要求を突きつける行為をする
 - 悪意の金銭要求
- 感情の行き場を病院で発散させる現象

悪質クレーム 狙われやすい人

- **悪質クレーマーは、狙いやすい人を鋭敏に察知する**
 - クレーマー対策トレーニングを受けておらず、技術を習得していない職員は、研修の必要がある
- 1. **女性、若年者、新人：**
相手にとって力で支配しやすい対象となる
- 2. **コミュニケーション技術が未熟：**
相手につけているスキを与える誘因となる
- 3. **挑発に乗ってしまう/キレやすい性格：**
少しのことで自分のプライドや人格が傷つけられたと受けとめ、相手の挑発に乗り大声を出してしまうと、トラブルに発展しやすい
- 4. **正義感が強すぎる：**
1人で対応しようとして、クレーマーとの衝突が生じやすい
- 5. **相手のパーソナルスペースに不用意に侵入する：**
相手との距離が近すぎ、さらなる緊張を生み出す
- 6. **悪質なクレームと一般のクレームとの違いを把握できない：**
悪質なクレームを受ける可能性が高くなる

悪質クレーム 対処法

クレーム対応のポイント

1. 患者や家族とのやりとりは、**録音やメモ**などで記録を取る
2. **複数**で対応する
3. まず最低**3分**は患者の話を徹底して聞く
4. **推論で原因**を語らない
5. **不確かな回答**はしない
6. クレーム内容を聴く際、患者の生活スタイルなどの話に注目し**本当の原因**を探る
7. 金銭の支払いなどについて、**安易な回答、約束**はしない
8. 事実確認をしたら、誤解を解くために十分な説明をする
9. できることとできないことの線引きを明確にし、できない要求には応じない
10. 執拗に同じ要求を繰り返す場合には、直接交渉を打ち切る書面を送る
11. 第三者の意見を聞き、主張に客観性を持たせる

悪質クレーム 違法行為

違法行為には法的措置を取る：

- 何度も誠実に説明しても納得せず、長時間業務が中断する場合は、次の手順を取る
 - 常に毅然とした態度で話しかける
 - 相手に業務の妨害になることを伝える
 - 「業務妨害」もしくは「不退去罪」で法的措置をとることを警告する
 - 警察との「連携あり」を説明する
 - 「顧問弁護士への相談」は逆効果
 - 従わない時は警察官の出動要請を行う
 - 暴行や傷害、器物破損が発生した場合
→直ちに警察官の出動要請を行う

Health Worker Safety

- 患者側の暴言・暴力が増えている
- 医療者全体がメディエーション・マインドを持つことが重要

医師会・県警・警備会社の連携強化

- 医療メディエーターが中心となって、まず対話による解決を図る
- 患者からの突然の「暴言・暴力」に対し毅然と対峙していく
- 我々医療者は戦わない
 - 突然の暴言・暴力に走る「**直前行動・言動**」を知る（リスク・コミュニケーション）
 - 「**拡大自殺**」を未然に察知するためにはどうすればいいのか
 - 「**逃げる**」**機会・時期を失わない**（クライシス・コミュニケーション）
 - 事件や事故に遭遇した時に、**正しく判断し率先して行動できる人を増やす**社会教育が必要
 - 法令上の規制の緩いビルに対して規制を再考する（**2方向避難**を進める）
 - 出口は2つ以上あるか、避難経路は確保されているか、などを再確認する
 - 調査結果を基に有識者会議での再発防止策を検討する
- 県警生活安全課・ALSOKとの協議会・講演会開催
- 医療機関配布用ポスター作成
- **在宅医療**の安全確保対策事業
令和6年度地域医療介護総合確保基金（愛媛県）

JAHM四国

日本医療メディエーター協会
(Japan Association of Healthcare
Mediators)

プロジェクト (2007～)

活動実績



活動・実績

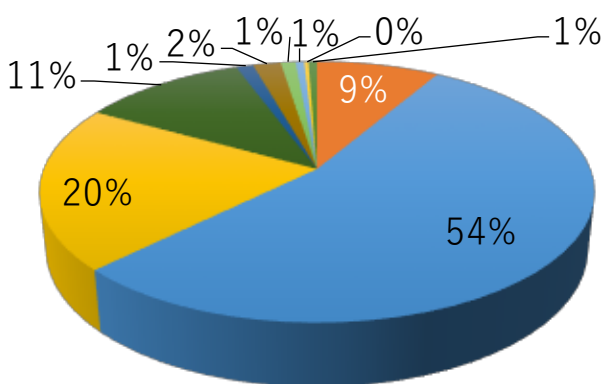
実践基礎編 (年10回：愛媛4回、香川2回、高知2回、徳島2回)

- 基礎編開催総回数：**94回** (2025年9月)
- 受講者総数：**2,732名** (2025年9月)
愛媛県 1,633 高知県 502 香川県 340 徳島県 257
- 受講医療機関数 147 (愛媛県)

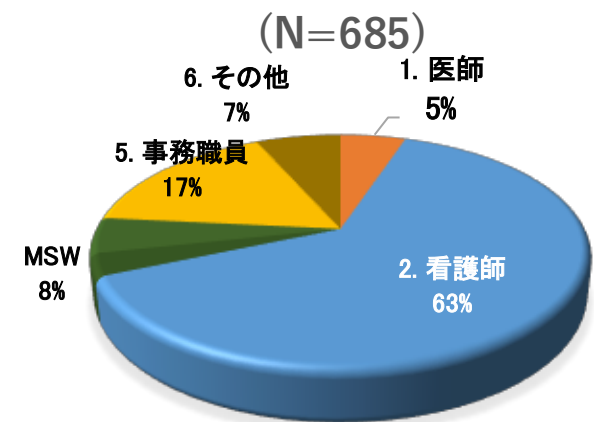
研修医WS、支部シンポジウム、市民公開講座等

- 2013年～ 愛媛県医師会 **研修医ワークショップ 13回**
- 2015年～ 愛媛県医師会開業会員向け研修会 (5回)
- 2016年～ 中国四国医師会連合への普及講演 (5回)
- 2019年～ 医療事故調査制度 中国四国医師会連合支援団体連絡協議会発足
- 2014年7月 松山市医師会 **市民公開講座**「いきいき健康塾」3回
- 2017年1月 かがわがんサミット がん患者会向け**市民公開講座**
- 2023年11月 愛媛県医師会・JAHM **市民公開講座 in Ehime**
- チーム「みかん」公演：50回
- 2009～支部シンポジウム開催：14回**

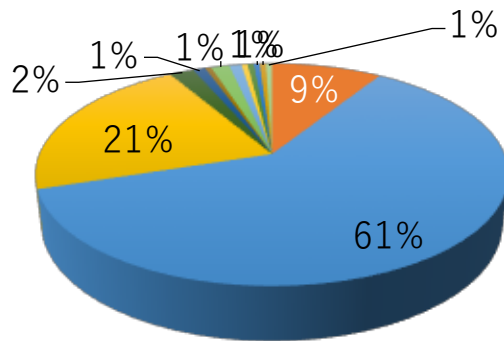
コロナ前(～2019) N=1357



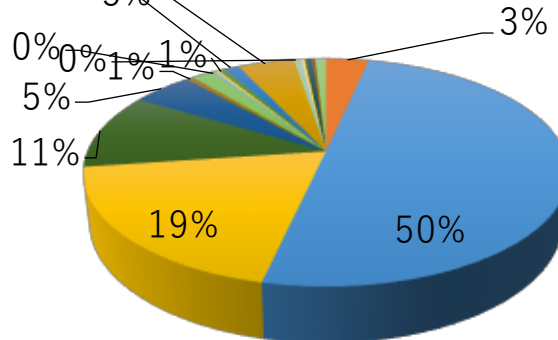
コロナ後 2022～2024



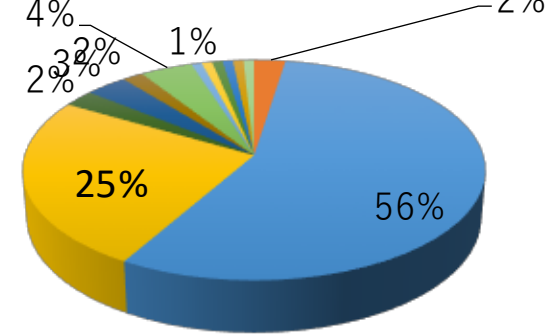
香川県 (N=200)



高知県 (N=353)



徳島県 (N=120)



「いつでもどこでも誰でもメディエーション・マインド」

今後ともよろしくお願い致します

ご清聴ありがとうございました

