

【質問 1】

夜勤帯の暴力行為に対し、人手が少なく男性が少ない中で看護師と警備員、ドクターで何が出来るのでしょうか？ 警察が来るまで暴力に耐えなければ行けないのか？ 一応刺股などの制止目的用器具があるが、訓練などしていない中何処まで暴力に対峙出来るのか疑問があります。

【回答 1】

夜間の対応は、ご指摘の通り非常に困難かと思われま

1. 救急外来では、酩酊状態者（薬物乱用者）診療で対応を苦慮することが多いかと思ひます。① 飲酒していない人の付き添いを原則とする、② 警察が同行した患者は診察を受け入れる、③ 手荷物は一時的に預かる等、身体から距離を置くように指示するなどを、病院全体で確認し対処して下さい。
2. 病棟では、事案発生時に夜間でも躊躇せずコードホワイトが確実に機能し、対応手順に沿って対応することを夜勤者での共有が重要かと思ひます。警備会社や警察への通報体制の構築とともに、防犯ブザーや死角のない防犯カメラの設置、制止目的用器具〔刺股（さすまた）〕の備えからの訓練も必要と思ひます。刺股の使用法などは警察などに相談なさって下さい、警察への連携強化にも繋がるかと思ひます。

平素から、休日や夜間での暴力防止マニュアルの整備（スタッフ安全を第一優先）、事案対応のフローチャートなどを、スタッフ間で共有し着実に実行できるようにして下さい。

【質問 2】

患者からの訴えが、職員の接遇等が原因である場合の対応方法を教えてください。患者の訴えや要求が迷惑行為や理不尽な要求なのかを把握していく中で、患者が言っていることと職員が言っていることが異なることがあります。第3者が見てない場合の対応方法等も何か良い方法がありましたら、教えてください。

【回答 2】

1. 暴言・暴力への対策として、平素からスタッフの患者・家族への「傾聴と共感を基にしたコミュニケーション」が、リスク軽減に最も有効です。患者・家族は疾病、年齢、職業、性格等が様々であり画一的な対応は困難で、全職員が平

素から基本的なリスクコミュニケーション能力を獲得することが重要です。

2. 職員と患者との食い違いは、日常診療では時にあるかと思えます。一つの事象に関して立場の違いで捉え方が違うことに起因するかと考えます。まずは職員からの状況把握に努め、その後該当職員を外した状況下で複数人での患者の訴えを聞きます。両者の行き違いを説明し納得して頂きます。多くの事例ではこの聞き取りで場は収まります。しかし、直接職員の謝罪を求める場合には、部所長などと経緯を説明し行き違いを謝罪していくのが適切な対処方法と認識します。個人ではなく組織としての対応をお願い致します。
3. 死角のない防犯カメラ（録音付）設置や、全スタッフが電話対応も含め録音アプリ付のスマートフォンを保持しトラブル時に録音し記録を残すことも重要です。

【質問 3】

患者さんに対し、迷惑行為や理不尽な要求を抑止できるような具体的な取り組みなどあれば教えてください。

【回答 3】

日常診療では時間制約も大きく、全ての患者・家族に十分な対応は困難ですが、スタッフ全員で、① 患者の脆弱性を理解、② 多次元のコミュニケーション能力、③ 患者の期待/要望とのギャップを認識し管理、することを共有してください。

具体的にはリスク・コミュニケーション技法（講義資料、下記参照）が患者・家族の満足度を向上させ、迷惑行為や理不尽な要求を抑止しリスク低減につながることを確認して下さい。

臨床現場でのリスク・コミュニケーションの具体的な留意点

- ① 短時間（数十秒間）で少数（例えば3個以下）の平易なメッセージを繰り返し伝え、出来るだけ図表を用いる（小学校高学年から中学生にも理解可能とする）。
- ② 強調して伝えたいことは、冒頭と末尾に置くなどの努力が求められる。
- ③ 専門的な用語は極力避け、患者/家族の文化や社会的レベルに配慮して適切な用語を用いる（専門用語は、3個以上は続けない）。
- ④ 負のメッセージには、問題解決に向けた正のメッセージを数多く抱き合わせる（1つの負の事例には、3つの正の事例を伝える）。
- ⑤ 否定形表現（ない、でない、絶対・決して...、等）を含むメッセージは患者/

家族を絶望させることもあり、また長く記憶するため、肯定的なメッセージよりも影響が大きいことを自覚する。

- ⑥ 患者/家族は非言語的なメッセージ（外見/表情/身振りなど）にも敏感である。そこから否定的な内容を読み取りがちであり、時に言語的なメッセージを超える影響を及ぼす。

【質問 4】

事務4名、看護師3名、医師1名で外来業務を行っております。当施設のように迷惑行為、暴力による対策やシステムができていない施設では、何が最優先事項となりますか。システムを構築するうえでの注意があれば教えてください。

【回答 4】

クリニックでは、詳細なマニュアル作成して対応するのは難しい事と思われます。しかし多種多様な患者さんがいますので、多くのクリニックでは患者・家族対応で大なり小なり問題を抱えているかと考えます。院内の明るい雰囲気、予約時間の厳守、予約の取得方法の簡便化、警察との連携を示す掲示物などを再確認なさってください。次に、1～5を実践して下さい。

1. リスクや問題症例のリストアップ

例えば透析クリニックでは「送迎時の時刻遅延トラブル」「穿刺時の疼痛」など対応困難患者やトラブル事例は類型化できることが多いと思われます。他のクリニックでも、クレームや問題症例などを類型化しやすいかと思います。

2. 診療行為でどの様なリスクが予測されるのか洗い出して下さい。

3. リスクや問題症例のスタッフ間での情報共有（➡ スタッフへの周知徹底）

4. リスクやクレームに対する想定問答集の作成

5. 最低限のマニュアル作成（サンプルはIEMS-japanにアクセス）

暴力発生時、複数人での対応（対応責任者の選定）

録音などの記録（監視カメラ下への誘導）

暴言などがエスカレートすれば警告文書（弁護士、警察との連携）

※ マニュアルが作成出来れば、職員での読み合わせが重要です

【質問 5】

訪問診療場面での安全管理についてご質問です。次の様な事例がありました。要介護の妻と反社会的雰囲気の夫の2人暮らしです。夫は、少しでも意にそぐわない対

応があると、大声を出し恫喝します。善後策として所長と2人での訪問に切り替えました。しかし、夫は、都度、懐柔と恫喝を使い分けて詭弁を弄して苦情を叫びます。一度は刃物を持ち出しました。信頼関係構築の難しい、暴力的な患家への対応をお教えください。

【回答 5】

非常に難しい事例かと考えます。今後も信頼関係の構築は困難な事例と考えます、事件が起こる前に早急に医師会（弁護士）・警察との協議が必要な事例と考えます。以下の事項を実践されているかもしれませんが、再度確認して下さい。また現段階でのやり取りを録音し、医師会・警察などに診療拒否を含め、地域の問題として今後の対応を協議して下さい。

1. 治療方針について患者・家族と医療者のあいだでの合意形成を再度確認し、契約を再度締結することが重要かと考えます。現行の状態では、訪問診療が困難であることを文書で通告してください。
2. 訪問前に危険を感じた場合、事前に警察への相談やオンラインでの訪問を考慮して下さい。
3. 2人以上での訪問も有効であり、同行者を医療従事者に限る必要はありません。3人で訪問しているクリニックもあります。
4. 防犯ブザーや非常警報通報装置などを携行し、何時でも周囲に知らせることが出来るようにして下さい（自衛の防護備品を携行する必要もあります）。
5. 監禁などへの迅速対応な体制を整え、警察や警備会社などの関係機関との情報共有や連携強化を図って下さい。

【質問 6】

火災時の避難方法などが有りましたが、寝たきりや車イス等でしか移動できない患者さんの移動にはどのような方法が適切でしょうか。

【回答 6】

地震・火災などでの歩行困難患者の避難は困難を極めるかと思えます。東京消防庁から歩行困難患者での避難時の対処方法が発信されています。1人対応では、毛布、シーツを利用して移動する方法が参考になるかと思えます。垂直避難だけでなく水平避難など医療機関の実情に合わせて最適な方法を選択し訓練を行って下さい (https://www.tfd.etro.tokyo.lg.jp/lfe/office_adv/tutorial/hansou/)。最近では、自力歩行不可能な座位患者等の搬送機材も優れたものが開発・販売されています。簡易担架ス

マートムーバー、介助ベルト（1人用）、車用移乗クッション介護シートショルダー、患者移動サポート4ハンドル付き担架一人用などを参考になさってください。

火災避難訓練時に、貴施設の火災リスクを洗い出すと同時に避難経路などを再度確認なさって洗い出して下さい。ガス給湯室やコンセント周りを再度チェックして下さい。コンセントがたこ足配線になってないかほこりが溜まっていないかなどを定期的にチェックして下さい。次に、防火扉・スプリンクラーや避難経路が実際に機能させることが出来るのか再度確認してみてください。誤報によるスプリンクラー起動時の止め方は、担当者だけでなく夜勤者も必ず習得するようにして下さい。