

第 1 回

東京都医療安全推進協議会

会 議 録

令和 6 年 7 月 1 7 日

東京都保健医療局

(午後 4時04分 開会)

○白井課長 それでは、これより、「令和6年度第1回東京都医療安全推進協議会」を開会いたします。

私は、今年度から本会議の事務局を担当しております、保健医療局医療政策部医療安全課長の白井と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

委員の先生方におかれましては、ご多忙の中、4月より本協議会の委員をお引き受けいただきまして、誠にありがとうございます。また、本日、ご出席を賜り、心より感謝申し上げます。

今回任期におけます会長・副会長が選任されるまでの間、進行役を務めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

まず初めに、開会に当たりまして、医療改革推進担当部長の西塚よりご挨拶を申し上げます。

○西塚部長 医療改革推進担当部長の西塚です。令和6年度第1回医療安全推進協議会の開会に当たりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

本会議ですが、医療法第6条の9及び6条の13に基づきまして、医療安全支援センターの運営方針、医療安全推進のための方策等を協議することを目的に、平成19年に設置した専門家会議でございます。今年4月、委員が改選されまして、第9期となります任期がスタートいたします。新たに2名が加わり、14名の皆様に委員を委嘱いたします。これから2年間、よろしくお願いいたします。

さて、医療安全に関する足元の状況について3件共有させていただきます。

第一に、東京都保健医療計画です。

今年3月、第8次の計画を策定いたしました。誰もが質の高い医療が受けられ、安心して暮らせる東京を理念に掲げ、有事における医療体制の強化、医療DX推進、ライフステージに応じた支援など、幅広い施策を盛り込んでおります。参考資料1に、保健医療計画のうち医療安全に関するページを抜粋しておりますので、後ほどお目通しをお願いいたします。

第二に、医療事故調査制度であります。

平成27年10月に制度が始まって、今年10年目となります。医療事故調査制度における2023年の都内医療機関からの医療事故報告件数でございますが42件となっております。前年の46件より4件減少しております。

医療従事者や都民へさらなる制度周知が必要とのご意見をいただいております。これまで都は、病院への立入検査の機会を捉え、医療事故が発生した場合には遅滞なく医療事故調査支援センターに報告すべきことを指導しております。東京都医師会と協力して、医療機関向け医療事故調査制度研修会を開催し、制度周知に努めてまいりました。今年は、これまでの取組に加え、世界患者安全の日に合わせた制度周知を図ってまいります。都庁をはじめ、隅田川にかかる12の橋梁、臨海副都心にある、例えば東京ビッグサイ

ト、自由の女神像、テレコムセンタービルなど、13の施設をオレンジ色で照らすライトアップを計画しております。患者安全への人々の関心を高め、各種媒体を用いた啓発活動を推進いたします。

最後に、第三、医療現場におけるハラスメント対策です。

令和4年1月、埼玉県ふじみ野市で、在宅医療を行っていた医師が、弔問に訪れた故人の自宅でその家族に銃殺される痛ましい事件が発生いたしました。患者の声相談窓口でも、近年、対応に苦慮する事例が増えておりまして、専門家によるサポート体制や研修などが必要とのご意見をいただいております。

都は今年度、新たに在宅医療現場におけるハラスメント対策事業を開始いたします。医療安全支援センターの患者相談窓口担当者講習会でもこうした問題を取り上げていきたいと考えております。都は、専門家や関係団体の協力の下、医療現場の安全を確保し、医療を担う方が安心して従事できる環境を整えてまいります。

本日の議題ですが、報告事項5件、協議事項1件でございます。忌憚のない現場の声を都の医療政策に反映してまいりたいと考えております。活発なご議論をお願いし、私の挨拶といたします。本日はよろしく願いいたします。

○白井課長 ありがとうございます。

それでは、初めに、委員の出欠状況についてご報告させていただきます。本日は、14名の委員のうち13名にご参加いただいております。こちらの会場に6名の委員、そしてオンラインで7名の委員にご参加いただいております。後ほど、ご紹介をさせていただきます。

また、本日は傍聴の方が5名いらっしゃいます。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。事前にお送りさせていただいております。右上に通し番号をつけております。次第から始まりまして資料1から9、そして参考資料1、2がございます。ご確認いただければと思います。

過不足はございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

本会議ですが、資料2の設置要綱第7によりまして、会議並びに会議録、資料は公開となっておりますので、ご了承をお願いいたします。

また、オンラインでご参加の委員の皆様につきましては、事務局からお願いが3点ございます。

まず1点目でございますが、ご発言される時以外はマイクをミュートにお願いします。

2点目でございますが、ご発言の際は挙手ボタンを押してからお願いしたいと思います。

最後、3点目でございますが、ご発言の際は初めにお名前をおっしゃっていただきますようお願いいたします。

それでは、議事（1）委員紹介及び会長・副会長の選任に入りたいと思います。

まず、委員の紹介につきまして、前回任期より引き続きご出席いただいている方のほか、今回新たに着任された方もいらっしゃいますので、名簿順に各委員をご紹介します。

それでは、名簿、資料1をご覧ください。

矢野委員でございます。

- 矢野委員 よろしくお願ひいたします。
- 白井課長 小林委員でございます。
- 小林委員 よろしくお願ひします。
- 白井課長 石川委員でございます。
- 石川委員 よろしくお願ひいたします。
- 白井課長 荒神委員でございます。
- 荒神委員 荒神です。よろしくお願ひします。
- 白井課長 荒神委員は途中退席をされる予定でございます。

児玉委員でございます。

重村委員でございます。

- 重村委員 よろしくお願ひいたします。
- 白井課長 松本委員でございます。
- 松本委員 よろしくお願ひいたします。
- 白井課長 鈴木委員でございます。
- 鈴木委員 よろしくお願ひします。
- 白井課長 なお、西崎委員は本日欠席のご連絡をいただいております。

また、播磨委員は遅れての参加となっております。

続きまして、宮脇委員でございます。

- 宮脇委員 宮脇です。よろしくお願ひします。
- 白井課長 横山委員でございます。
- 横山委員 よろしくお願ひします。
- 白井課長 田中委員でございます。
- 田中委員 よろしくお願ひします。田中です。
- 白井課長 吉田委員でございます。
- 吉田委員 よろしくお願ひいたします。
- 白井課長 ありがとうございます。

続きまして、会長の選任を行いたいと思います。要綱第5の2に基づいて、委員の互選により会長を選任いただきたいと思います。どなたかご推薦いただきたいと思います。いかがでしょうか。

- 白井課長 小林委員、お願ひいたします。
- 小林委員 小林です。ぜひ矢野先生がよろしいのではないかと思います。ご推薦させ

ていただきたいと思います。いかがでしょうか。

○白井課長 ありがとうございます。

ただいま、小林委員より矢野委員を会長に推薦するご発言がありました。皆様にご承認いただけるようでしたら、矢野委員に会長をお願いしたいと思いますが、皆様いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

ありがとうございます。ご異議がないようですので、矢野委員を会長をお願いしたいと思います。矢野委員、よろしいでしょうか。

○矢野委員 はい。

○白井課長 ありがとうございます。

それでは、矢野会長、一言ご挨拶をお願いいたします。

○矢野会長 このたび会長を、引き続きですがさせていただきます。皆様のご協力が第一ですので、どうぞよろしくお願いいたします。

○白井課長 ありがとうございます。

続きまして、同要綱に基づき、会長に副会長をご指名いただきたいと思います。矢野会長、よろしくをお願いいたします。

○矢野会長 今までも非常に力強い相棒だった小林委員をお願いしたいと思います。

○白井課長 ありがとうございます。

それでは、小林委員に副会長をお願いしたいと思います。小林委員、よろしいでしょうか。

○小林委員 はい。ありがとうございます。

○白井課長 ありがとうございます。

それでは、小林副会長、一言ご挨拶をお願いいたします。

○小林副会長 このたび副会長を拝命させていただくことになりました小林です。委員の先生方のご協力なしには成り立たない会だと思っておりますので、ぜひよろしくお願いいたします。全力で会長をサポートできたらと思っております。よろしくお願いいたします。

○白井課長 ありがとうございます。

以後の進行につきましては、矢野会長をお願いしたいと存じます。矢野会長、よろしくをお願いいたします。

○矢野会長 では、皆さん、よろしくお願いいたします。この議事次第に沿って進めたいと思います。

それでは、まず報告事項から、令和5年度の東京都医療安全支援センターの事業実績、それから続いて6年度の東京都医療安全支援センターの事業予定について、事務局からご説明をお願いいたします。

○鈴木主任 事務局の鈴木と申します。よろしくお願いいたします。

まず、資料3をご覧ください。ありがとうございます。

令和5年度の事業実績につきましては、新型コロナウイルスの感染症法上の類型変更や、各事業の参加者・対象者の希望、利便性等を考慮し、オンライン形式と集合形式を組み合わせ実施いたしました。

医療安全推進協議会につきましては、委員の皆様のご協力を賜りまして、第1回をオンライン形式、第2回目は集合とオンラインのハイブリッド形式により実施することができました。改めて感謝申し上げます。

都保健所、医療安全支援センター職員及び特別区保健所設置市の担当者を対象にした研修会や連絡会については、担当者同士のつながり構築を目的に対面方式を増やして実施しました。ざっくばらんな意見交換の場があるとありがたい、実際に生かせる内容や、グループワークなどで共有できてよかったなどの感想が聞かれ、好評でした。

また、下のほうのその他普及啓発活動等をご覧ください。

今年度初めての取組として、患者の声相談窓口の普及啓発として、広報東京都への掲載、保健医療局ホームページ、トップページへのバナー掲載、Xへの投稿を実施いたしました。また、昨年に引き続き、9月の世界患者安全の日を中心に都庁第一本庁舎をオレンジ色にライトアップし医療安全に関する普及啓発を図るほか、保健所や関東信越厚生局主催の研修会、セミナーにおいて、医療安全支援センターの取組や患者の声相談窓口の相談事例について講演をしました。

また、医療機関に対する医療安全に関する普及啓発として、病院を対象とした講習会につきましては、9月17日の世界患者安全の日と、11月19日から11月25日の医療安全推進週間を含めた期間に実施いたしました。

医療安全推進講習会では、心理的安全性、第三者評価・ピアレビューの活用や、令和4年度における立入検査の状況について説明いたしました。

病院管理講習会では、医師の働き方改革をテーマに、令和6年度から必要となる取組について講演いただきました。

また、患者相談窓口担当者講習会では、「伝わらない患者相談を考える」と題して、医療対話推進者を講師に招き開催いたしました。

患者の声相談窓口については、平成13年に設置し、従来と同様に原則電話にて相談を受け付けております。

資料5、1ページをご覧ください。

実績報告には、当センター「患者の声相談窓口」を都本庁、西多摩保健所、南多摩保健所、多摩立川保健所、多摩府中保健所、多摩小平保健所の5か所の保健所に設置している患者の声相談窓口を都保健所として記載しています。昨年度の年間相談件数は、都本庁が7,892件で前年度に比べ6.47%減少、都保健所は2,447件で前年度に比べ14.6%減少しました。これまで都本庁では年間1万件程度で推移していましたが、近年は減少傾向にあります。

次に、5ページ目をご覧ください。

付表2、相談方法別による相談件数・1件当たりの平均相談時間の推移について、都本庁分では、令和4年度に続き、昨年度も電話、来所の平均相談時間が増加しました。資料はこちらにご用意していませんが、相談内容別で見ると診察拒否が一番多く、平均時間が23.1分、次がコミュニケーションに関する事で平均時間が21.6分、その次が医療行為・医療内容で20.7分でした。

次に、9ページをご覧ください。

相談者の年齢・性別について、年齢は50代が最多、女性のほうが多く、過去5年間の傾向と大きな変化はありませんでした。

次に、12ページをご覧ください。

相談の対象となった医療機関の種別は、過去5年間、都本庁では病院が最も多く44%から55%、都保健所では診療所が最も多く42%から52%で推移しており、昨年度も同様の傾向でした。

次に、14ページをご覧ください。

相談の対象となった診療科ですが、都本庁には精神科（心療内科含む）と内科の2科に関する相談で全体の3から5割を占めて経過しています。都保健所合計においては、例年、内科、歯科、精神科（心療内科を含む）が多く経過しています。

次に、16ページをご覧ください。

こちらは相談内容に関してのものですが、こちらに関しても昨年度特に大きな変化は見られず、都本庁、都保健所ともに病気や健康に関する相談が最も多く、それぞれ1,041件と344件という状況でした。

令和5年度の事業実績についてご説明をさせていただきました。

引き続き、令和6年度の事業予定について説明をさせていただきます。資料4をご覧ください。

まず、表の中央部分にあります「医療機関に対する医療安全に関する普及啓発」として実施する三つの講習会についてです。

開催形式は、昨年度同様、オンデマンド配信を予定しております。オンデマンド配信については、多忙な医療機関職員にとって利便性が高いと非常に好評を得ております。テーマや講師は現在調整中ですが、実施時期は厚生労働省が定める医療安全推進週間である11月20日から26日を含めた11月の1か月間を予定しております。

次に、下のほうの「その他普及啓発」をご覧ください。

令和4年度から始めました都庁のライトアップですが、今年度も9月に実施する予定です。加えて、今年度は世界患者安全の日である9月17日に、隅田川橋梁及び関係機関のご協力の下、臨海副都心のライトアップを予定しております。あわせて、ライトアップ時には、ホームページやSNS、Xへ投稿する予定です。

その他、本日実施しております医療安全推進協議会や保健所を対象とした研修会、住民を対象とした患者の声相談窓口などは、これまで同様に継続して実施する予定です。

また、保健所を対象とした連絡会については、参加者の負担を考慮し、今年度は年3回を予定しております。

令和6年度の事業予定は以上でございます。

○矢野会長 ありがとうございます。

それでは、今のご報告について、声窓は後にして、事業実績について何かご質問等がございますか。

私のほうから、医療機関に対するオンデマンド配信、参加しやすいと思うのですが、前年度の視聴者数とかの実績を教えてくださいましてはできますか。

○鈴木主任 実績は、大体になります。医療安全推進講習会のほうは大体500程度視聴がありまして、病院管理のほうは視聴、再生回数としては200程度、患者相談も900程度ありました。

○矢野会長 ありがとうございます。

Xへの投稿というのは、ライトアップの案内とか声窓の案内ということになりますか。

○鈴木主任 はい、そのように考えております。

○矢野会長 X、皆さん、使われている方はご覧いただけますか。ここにいる方は。

はい、どうぞ。

○宮脇委員 宮脇です。

先ほど西塚部長のご挨拶で、患者安全の日のライトアップを、これまでの都本庁舎に加え、今年は隅田川橋梁と臨海地域へ広げていただくということ、都として頑張っていたいてとても感謝の気持ちです。群馬県も高崎観音や草津の湯畑などの観光施設、県庁近くの建物のライトアップを行っていて、それを地域のメディアが取材してニュース番組で県民の方に知らせています。東京都もすばらしい取組だと思っておりますので、ぜひメディアに取材を働きかけていただきたい。テレビニュース等で紹介されると、都民に医療安全について関心を持っていただける。東京都が取組む都庁や隅田川の橋梁、臨海部のライトアップの意味について都民の関心を引くと思っております。ぜひそういう点で要請をいろいろされてはいかがかと思っております。

それから、厚生労働省のホームページでは全国の患者安全の日の取組を紹介しています。ぜひ今回も報告していただいて、東京都が取組んでいることが、全国の自治体の取組も励ますと思っておりますので、ご検討いただければと思います。

以上です。

○矢野会長 結構そういうのを何だと思おうとSNSで拡散したりするし、関心を持ってもらうにはいい。私、この間、岐阜に行ったら、岐阜城をライトアップする。何でかという、今日は糖尿病の日とのことで、何だと思わせるのが大事なのかなと思いました。

ほかにご意見はございますか。ウェブ参加の方もよろしいですか。

それでは、声窓についての報告がありましたけれども、これに対してご確認とかはありますか。これはたくさんあるので全部言い切れませんし、今日、最後にこれからの声

窓の取りまとめ方の協議が入っております。初めての方もいらっしゃるのですが、これは結構細かくやると相当盛り上がって、幾ら時間があっても足りないというようなものなのですけれども。

荒神先生、どうぞ。

○荒神委員 発言の機会をありがとうございます。荒神です。実績の報告、ありがとうございました。

本年度は年間の相談件数が7,000件台になったというご報告があったのですが、一方で相談時間のほうを拝見しますと、17分というのが平成31年度に比べると30%ぐらい、都のほうの電話相談の時間が伸びているような状況です。昨年、令和4年度のデータを見ても、やっぱり前回13分ぐらいから3分ぐらい伸びていて、この相談時間が伸びたことが、結果的にキャパシティがもうぎりぎりだと思うので相談件数の減少につながっているような印象を持っていたのですが、またさらに伸びているのに対して、都の保健所のほうを拝見しますとさほど大きな変動はないような様子も見られるのですが、都のほうの電話の相談に関して特に時間が伸びているような要因とかというのが情報としておありになったら共有できたらなと思いました。

○矢野会長 ありがとうございます。

○鈴木主任 都のほうというのは都庁のことでよろしいですか。

○荒神委員 はい、おっしゃるとおりです。

○鈴木主任 これが要因という決定的なものはないのですが、感覚として、コロナが明けてから、先ほどちょっとご説明しましたが、診察拒否ですとかそういった相談で23分ぐらいですとか、かなり時間を割くようになっております。こちらでも相談してきた方にしっかり納得していただくように、丁寧に対応しようと心がけているというのもありますので、そういったのも少し要因になっているかなと思いますが。コミュニケーションに関することですか、医療行為、医療内容、診察拒否といったメジャーな相談で非常に時間が長くかかってしまうというのが全体の平均対応時間も長くなっている要因かと考えております。

○荒神委員 ありがとうございます。

時間も延びている背景が、相談員の方が苦勞されているような状況があるのかなというふうにも拝察したものですから、こういったところに支援が、今回、最初のご挨拶でもございましたが、相談員の方々に適切な支援等が入るように配慮されると、相談件数についても受ける件数を維持できるのかなと思いました。

発言は以上です。ありがとうございました。

○矢野会長 特段つながりにくいということはないですかね。状況はどのような、ふだんの日常は。

○鈴木主任 時間帯によって非常に差がありまして、重なるときは非常に重なるんですが、全く電話が鳴らないという時間も1日の中で複数あるというのが最近の傾向です。

○矢野会長 3分長くなったからつながりにくいというほどのことはないということですよ、ろしいですかね。

○鈴木主任 そうですね。

○矢野会長 よろしいでしょうか。

それでは、この件についてはこれで終了いたします。また最後に何かありましたら、追加のご発言をいただきたいと思えます。

それでは、報告事項の三つ目、関係機関の取組ということで「武蔵野徳洲会病院の取組について」、新しく就任された吉田委員よりお願いいたします。

○吉田委員 ありがとうございます。このくらいの声で聞こえますでしょうか。大丈夫ですか。

では、よろしくお願いいたします。本日から参加させていただいております、武蔵野徳洲会病院の吉田と申します。よろしくお願いいたします。

一般急性期病院における医療安全の取組の報告という形でお話をさせていただきますが、あくまでも本当に公的病院であったり大学病院であったりというところではなく、一民間病院で医療安全管理者というのは現場でどのようなことをしているのかといったものでございますので、非常に内容は砕けた表現があるかもしれませんが、少々お付き合いいただければというふうに思います。

次をお願いいたします。

簡単に当院のご紹介でございます。武蔵野徳洲会病院は西東京市にございまして、東京都下に存在するものです。医療圏は北多摩北部となっております、2015年の6月1日に開院いたしました。徳洲会グループの一つの病院で、現在、当グループは76病院ありますが、73番目にできた比較的新しい病院となっております。ようやく10周年を迎えるところとなっております、標榜診療科25、スタートした当時は280床程度でしたが、現在は303床までベッドをいただいているような状況です。それから、今月、7月1日に、ようやく看護基準の7対1の申請をさせていただいたというような状況でございます。

次、お願いいたします。

こういった中で、私はもともとと同じグループ病院の千葉県の病院で勤務をしておりました。病床が増えるに当たって、当院が開院して1年半ぐらいで転勤してまいりましたけれども、転勤後3か月で前任の医療安全管理者が定年退職するという形になってしまい引き継ぐという形に。もともとは看護師なのですけれども、看護部から医療安全管理者の専従という形で引き継ぐ形となりました。何をするかというところを非常に悩みましたけれども、新設の病院であるということ、それから私もまだ専従の医療安全管理者としての経験がなかったというところで、いわゆるよく見るJames Reasonの四つの文化というものに照らし合わせて、レポート報告、それから真摯に隠さない患者説明、それから多職種の協働・連携、そして学習につながるような研修の企画という

のを柱に活動を始めてまいりました。

次をお願いいたします。

どこの病院でもあるというふうに割と聞く話ではあるのですが、医療安全管理者が交代しますと少々文化が変わるといふに言われます。風土が変わるのだと思うのですが、私のときも同じ現象が起きました。私が医療安全管理者を交代した途端インシデントレポートの報告数はがっくりと下がり、100ベッド当たり多いときには70を超えていたものが30から40台で推移してしまうというような状況にありました。

次、お願いいたします。

そこで、よくある手法を取り入れてみました。Thank youメールというふうに表示いたしましたけれども、インシデントレポートが電子カルテ上アプリを使って報告されますと医療安全管理者に院内メールが届きますもので、それに対して「このたびは報告をありがとうございます」と、「ちょっとしたことでも構いませんので引き続きよろしく」というような内容のメールを出しておりました。

この効果なのですが、体感ではございますが、3か月で私はこれを一旦終了といたしました。なぜならば、やはりレポートを出してくれる職員というのはある程度決まった人が多い、その決まった人に毎月同じような返事のテンプレートのメールを返信していても、また同じ文言かということで真のレポートを出そうという気持ちにはつながらないのではないかと私自身が思ったところで、これを3か月程度で終了という形にいたしました。

次、お願いいたします。

その代わりに、グッドジョブレポートに焦点を当ててファインプレー賞という賞を設置いたしました。とにかくインシデントレポートは懲罰感情のようなものを職員は受けがちであるというふうにも言われますけれども、中には未然に防げたという、いいレポートを出してくださる職員を多くおります。そういったレベル0と呼ばれる、患者さんに到達する前に事故を未然に防いだというレポートに対して毎月幾つかピックアップし、それからセーフティマネジャーの間でそれぞれに投票をして月3件ほど表彰するというような形で推し進めてまいりました。これがおよそ1年半続けられまして、トータル2年近く経過したところでようやくインシデントレポートは100ベッド当たり100件を超えるものがキープできるようにできるように、維持できるような形になってまいりました。やはり失敗してしまったことは素直に報告いただけるというのはとてもありがたいことですが、むしろうまくいったこと、未然に防げたことをたくさん私は欲しいのですというメッセージを院内に発信したことで報告数がアップしたというふうに思っております。

次、お願いいたします。

実際に2年間を見ていただきますと、年間1,000件の報告数のところから2,5

00を超えるような状況になってまいりました。ベッド数もそれに伴って少しずつ増えてはおりましたけれども、やっぱり100ベッド当たりを見ても非常に伸びたのが分かるような状況にありました。

また次をお願いいたします。

これが大体2019年度ぐらいまでで2年間の活動が定着して、レポートをお願いしますというふうには言葉に発しなくても職員のほうから進んでいろいろな報告をしてくれるというような状況になりました。特にレポート数が倍増していく中で最も増えた件数というのはやはりレベル0の報告件数で、失敗に至る前に見つけたものを多く報告して、なぜうまくいったのか、それからどういった取組が功を奏したのかというところを広げていく、それで改善につなげるとのところでもとても効果的だったなというふうに思っています。左側に病床数がありますが、246から、昨年度まで295、300近くのところになってやはり報告数は年々増加している状況にありました。

今後の課題としましては、やはりあちこちの病院でも耳にしますが、医師からのレポート数をどのように増やすかというところも一つございました。経過を見ますと、この5年間、年間でたった4件しか医師からの報告がなかったものが、昨年度は100件を超える報告をもらえるようになりました。特に昨年度力を入れたのが、オカレンスレポートという基準をつくったことにありました。

次をお願いいたします。

主に外科系の医師に働きかけた面が大きくありますが、特に手術に関連したオカレンスと呼ばれる、間違い、逸脱や過誤がなくても何か出来事が起きてしまったというような内容のものを幾つか当院なりに基準を定めまして、手術をしたのだけれども48時間以内にまた再手術になってしまったとか、タイムアウトできちんと申告をした時間数や予測した出血量よりも多くなってしまったことであったりだとか、また、術式が変更されたり追加されたりしたもの、術中に生じた危機的偶発症というのはこの中には今のところ報告はないですけれども、こういった形で基準をつくり、それを医局会等で、ぜひこういったものを集計して、分析して皆さんにフィードバックしたいからというふうにお伝えしたところ、昨年度、医師の報告数が随分上がりましたし、今年度に入ってこの4・5・6の3か月間、ちょうど50件の報告がございました。このままでいくと年200件のペース、ありがたいことに患者さんへの健康被害というのは非常に少ないものがほとんどということになっております。ですので、このように副診療部、あとは看護、事務部だけではなくて、診療部、医局からも積極的に報告をしていただけるような、そういった報告する文化というところは少しずつ醸成されてきたのかなというふうに思っております。

次、お願いします。

その中で、四つの文化を意識しながらずっと活動してまいりましたが、報告する文化と並行して学習する文化のほうは早くから力を入れてまいりました。やはり知らなけれ

ば実践することができませんので、どのように医療安全の考え方や知識といったものを職員に取り入れてもらうかということ考えた際、看護の世界ではラダー研修といってはしごを登るように一つずつ段階を追った研修スタイルがございます。医療安全の世界ではまだちょっとそこまでは私はつかみ切れていませんでしたので、当院なりのステップアップ研修という形でステップを1・2・3と3段階に分けて、例えばステップ1は新入職員、それから実務経験が2年未満とか、ステップ2は実務経験2年以上でリーダー業務に従事する職員であったり、ステップ3は医師や役職者といった形で、時間外にはなりますが自由に研修に参加できるようなプログラムを作ってみました。

今お示ししているのはその研修内容のごく一部でございます。その研修で話をするのは私だけではなくて、薬剤部、薬局長であったり、救急の医師、先生にお願いをしたり、あとは、文書管理の診療情報管理士にお願いをしたり、いろいろな職種に専門的な話をしてもらって知識を深めていこうと、そして安全につなげようというようなプログラムにしてまいりました。

次、お願いします。

それを始めてちょうど6年ほどたちますが、およそ固定したのが今お示ししている五つの柱になります。悉皆研修のような全職員研修というのは当然なのですが、そのほかに、院内ポンプライセンスとして輸液ポンプやシリンジポンプ、薬剤の投与、それを安全に機械を使ってできるようにすることであったり、先ほどお示したステップアップ研修や救急の対応ができるようなもの、それから新しい病院でしたので次々と新たな役職者が生まれてまいります。役職者に向けた安全管理、これをシリーズ化した研修に取り組んでみたり、医療メディエーションのシリーズ勉強会を開催したりというような形で実践してまいりました。一番少ない出席者数でも20人ちょっと、20人を超えるくらい、最も多いときで100人を超えるくらいの職員が来てくれるような状況になりました。フリーアクセスにしまして、職種や経験年数は関係なく誰でも研修に参加していいですよというようなものにした結果、職員のスケジュールに合わせて出席をしてくれるような状況になりました。

私自身が医療安全管理室でお仕事をいただいていた一番ありがたかったのは、やはり医療メディエーション勉強会でした。着任した当初、1年間に60件を超える苦情対応の初期対応を職員から依頼されることが多くございました。具体的に申しますと、会計の窓口で患者さんが診療費を払いたくないと、なぜならば診察で先生がこちらを全然見るもなく触わるもなく、それは診察ではないだろうと、だから費用を払いたくないのだというようなお声から、自分の思っていた病気と違う診断をされたのではないかと、そういったような診断に関わるようなお話まで初期対応として1年間60件ございましたけれども、地道にこのメディエーション研修を続けていった結果、丸1年後には年間を通して私のところに初期対応を依頼するのはほんの1件に減るというようなぐらい効果的なものでした。職員が皆、苦情対応を敬遠することなく、まずは患者さんの話を聞

こうという姿勢に変わったというふうに思っております。これはとても効果的だったなというふうに思っております。

この8年近くを通して実践してきた内容が、本当にざっくりとしたものではありませんけれども、結果を報告する文化と、それから学習する文化に力を入れた結果、多職種連携に関わる文化であったり、あとは真実開示を主とする患者さんへの説明を正直に行うという正義の文化というところにまでつながってきたのだなというふうに思っております。

次、お願いします。

ここからは少々当グループで最近起きたお話になりまして、皆様のお手元の資料のところには割愛をさせていただいてハンドアウトにはないのですが、実は昨年度から徳洲会グループは非常に厳しい出来事がございました。ある一つの病院のところで、侵襲的な治療、手術、それに関して事前の説明が不足していて患者さんが亡くなってしまふというような事例が発生しております。これは昨年の、正式には8月、2023年の8月に一度、行政指導という形で保健所が入られ指導を受けましたが、それでもなお改善が見られないということで、病院に対してではなく医療法人に対して行政処分が出されたものです。今年、2024年度2月20日にこの改善措置命令が出されました。

次、お願いいたします。

この文言の中に、医療法第24条の2の1項に基づき命令を出しますというふうにあったのですが、じっくり詳しく見て私は背筋が凍る思いをいたしました。1項のほうは必要な措置を取りなさいと命令することができますとありますが、2項のほうを見ますと、またこの命令に従わないときは、都道府県知事は当該開設者に対して期間を定めて業務の全部または一部の停止を命ずることができるというふうに書いてありました。私自身は、これをグループ内の1病院で起きたことではなく、医療法人に対して課せられたものというふうに取り取りました。期限というのは8月31日なのですが、そこまでにきちんとした改善を示さなければ私たち医療法人の全部または一部の業務の停止がされるのだと、とても恐ろしいというふうに正直思いました。

お願いします。

そこで、同じグループ病院でこういったことが行政処分として出されたのですということを経営者に報告し、医療安全管理部門で検討いたしました。やはりこれは同じグループの一つの病院だけの問題ではなくてグループ病院全体のこととして捉えるべきだと、自分事として捉えるべきだろうという結論の下、私たちの病院の中で侵襲的な処置、手術、それを受けた患者さんが1か月以内に死亡退院された方がどのくらいいらっしゃるのだろうか、過去3年間調査しましょうというふうに、実際調査をしてみました。院長、それから私がこの3年間で把握しているのは3件でした。ですけれども、いわゆるKコードと呼ばれる診療報酬の手術に関わるコードで検索をした結果、何と3年間で66件の患者さんが、何らかの侵襲的な処置や手術を終えた後、1か月以内に死亡退院を

しているというふうに分かりました。

次、お願いいたします。

ただ、このKコードの中には、いわゆる開胸・開腹手術、それから内視鏡的手術、そういったものから、胃ろうの造設や、あとはカテーテルを使った検査や治療、そういったものも含まれました。まず、66件全てのカルテを入院時から全員で読み直しをして、そのうち66件中21件が術後1週間以内、7日以内の死亡事例というふうに分かりました。

7日以内のうち3件は医療安全管理室が把握をしているものでしたので、事故調査は終了しているものでした。そして、21件から3件引いて残りの18件、18件のうち16件は、「医療の起因なし」というふうに表記いたしました。例えば、急性心筋梗塞を発症されて心肺停止のまま当院に救急で運ばれ、そこで治療が一時的に奏功して対外的な循環装置を使う、これもKコードの一つに入るのです。PCPSというふうに私たちは呼んでいますけれども、それを挿入して2日後に亡くなってしまったとか、そういった医療、それから提供している手術や処置に全く関連しないというふうに明らかに分かるものが16件でした。

その他で残り2件、1件はこの調査をする直近で発生しておりまして、手術後2日目の死亡でしたので、これはすぐに着手をして、外部委員を含めた院内事故調査委員会を開催いたしました。実は悪性腫瘍の末期で、手術の手技そのものとは全く関連のない死亡というふうにこの事故調査委員会では形づけられました。手術も局所麻酔で実施したものでした。

もう一件は消化器外科の手術でしたので手術動画が残っておりました。ですので、別の病院の外部の医師にカルテとビデオを全て提供して評価をしていただき、明らかに合併症による死亡で、手術、手技、そういったものには全く関連がないという回答をいただいたもの、これが術後7日以内の死亡事例として非常にスピードを持って検討したものでした。

21件が術後7日以内、残る45件が術後8日目から1か月以内の死亡事例、この45件中44件は全く医療の起因がないものでした。例えば透析患者さんでシャント造設するとか、あとは、どうしてもご家族の希望が強くお口からご飯が食べられない方の胃ろうを造設した後の28日後、そういった形で最期を迎える方がほとんどでした。

ただし、その中でもやはり1件は手術動画をもう一度出したほうがいいのではないか、これは消化器外科の手術の動画だったのですけれども、吻合不全が起きているのではないかと疑ってまた外部の医師に評価をお願いしましたがけれども、結果それはなかったということで、別疾患による死亡ということで形づけられたというような経験をいたしました。

このような思いもかけない、3年で60件を超える手術後1か月以内の死亡患者さんがいらっしまったという衝撃的な数字を医療管理部門だけで認識しているわけにはいか

ず、やはりどのように職員に認識してもらうかということで、これはちょうど今月末、悉皆研修として、このデータを基に、当院で起きた事実、発生した事実を全職員に研修という形で認識してもらって、いわゆる医療法で言われている医療事故という医療に起因していて予期していない死亡が発生したものの中で、医療に起因していなければそれでいいのか、また、死亡を予期していればそれでいいのかというところを中心に職員たちに認識してもらって、結果、いかに説明を尽くすかというところに注力をしてもらえるような研修にしようというふうに考えております。

そのいかに説明を尽くすかという点も、私たち医療者が知っていることを全て患者さん側に提供すればいいということではなく、患者さん側が知りたいと思っていることをきちんと対話の中で聞いて、そして説明をするということが大切なのではないかというメッセージを込めて悉皆研修にしようというふうに今なっている状況です。

次、お願いします。

私の病院からの報告は以上となります。本当に現場レベルで稚拙な内容ではございますが、ご清聴いただきましてありがとうございます。

以上です。

○矢野会長 ご発表、ありがとうございました。

まだ開設10年にも満たない病院で、安全文化を醸成するためにインシデントレポートだとか教育制度だとかという取組のご紹介と、それから最後に、グループ内で問題となった死亡事例をきっかけに病院の中で見直して検討したというご報告でした。

これについて、ご確認だとか、あるいはアドバイスだとか、何かございますか。

はい、どうぞ。宮脇委員、お願いします。

○宮脇委員 どうもありがとうございました。短期間でこれだけ報告件数が増えてきているというのは、吉田さんの熱意がすごく全職員に浸透してきているのかなと思います。

2点ほど教えてください。最後のほうにKコードで66件あり、医療に起因しないが60件、残りの6件について、3件は把握していたということですが、把握していなかった3件でも事故調査委員会をやられたりとか外部評価を求めたりとか、普通だったら安全管理室に上がっていくべき内容じゃないかなと思います。それについては改善策を何らかの形で図るようになられたのかということでしょうか。

もう一点は、学習する文化の醸成について、新入職員や新たな実務経験のない方のところで「訴訟に強い診療録記載」とあるのですが、違和感がすごくあって、診療録でそんな研修があるのかなと。むしろ正確に、ほかの人に分かりやすくとかそういうことだと分かるのですが、この真意はどういうことなのか、2点教えていただければと思います。

以上です。

○吉田委員 ありがとうございます。

最初の質問でいただいた66件中、把握できなかった3件に関しましては、やはり死

亡患者さんのカルテレビューが非常に弱かったというふうに思っております。このKコードにおける調査を始めるほんの半年ほど前から、死亡レビューに関しては院内でスキームを構築いたしまして、複数の医師と、あとは看護師、薬剤師、そういった者が亡くなった患者さんのカルテを隅々まで読み込んで、そして、的確な表現ではないかもしれませんが、そのままのカルテ記載にあるものだけで妥当なのかどうかというものをカンファレンスするやり方をつくりました。

実際この外部に評価をお願いした3件のうち1件は、本当に調査を始めた4日後、5日後ぐらいに発生したものでしたので、それはリアルタイムで対応できたのですけれども、特に外部評価にビデオを出した手術に関するもの、それに関してはやはりそこまできちんと手術レポートを読むとかというところが足りなかったのだなというふうに思って、今では院内のメールであったり電子カルテのツールを使って大勢の職種で一人の亡くなられた患者さんのカルテを確認すると、そして、そこに私たちがもっとできることはなかったか、もしくは、本来であれば患者さん側に情報提供しなければならない、もしくはご説明しなければならない事象はなかったのか、そういったところを中心にカンファレンスをするというふうになりました。

それを始めてから、今のところはもう速やかにインシデントレポートとして、こういう侵襲的手術、処置の31日以内の死亡退院に関しては、医事課等の事務部門からもインシデントレポートが速やかに上がってきてKコードで分かりますので、こういう方が亡くなられて退院していますよというのが速やかにレポート報告されるようになって、医療安全管理部門でもキャッチしやすいというふうになりました。ですので、死亡患者さんのカルテレビューを充実させるということと、あとはインシデントレポート報告を使ってリアルタイムで報告が来るようにするというところで、今のところは対応できているような状況に変わりつつあるかなというふうに思っております。

もう一つ、訴訟に強いカルテ記載、これは本当に患者さん側からご覧になられたら違和感のある表現というふうにおっしゃられて当然と私も思っております。これは実は今ではもうこのタイトルでやっております。正しい同意書の記入方法であったり、自署がいただけない患者さんの同意書の作成方法であったり、そういった書類に関すること、あとは診療録に関すること、正しい診療録の書き方というふうに、おっしゃられたとおりタイトルは変更されております。本当に初期のものでしたので、これは私が職員に研修に出席してもらいやすい、悪い表現ですけれども、キャッチーな言葉を使って研修に出てきてほしいというものがこういった誤解や違和感を招くものになったかなというふうに今では私は思っております。次にスライドを使うときにはその辺は修正して、新しいものにしていきたいなというふうに思いました。大変ありがとうございます。

○矢野会長 ありがとうございます。

皆さん、いろいろご発言等があるかもしれませんが、ちょっと時間の都合もあり……。それでは、鈴木委員、お願いします、短時間でお願いします。

○鈴木委員 一件コメントさせていただいてよろしいでしょうか。

○矢野会長 どうぞ。

○鈴木委員 いいですか。

○矢野会長 はい。

○鈴木委員 今の吉田先生のご報告に対してちょっとコメントをさせていただきたいのですが、前回の協議会でも私は問題提起をしたのですが、インフォームドコンセントの医療事故防止機能というところを重要視すべきだと思うのですが、誤薬の防止という報告がありましたけれども、誤薬の防止というのはもうこの50年間ぐらいずっと時代時代によって問題提起されてきたんですね。私が一番最初に知ったのが、1975年の国立療養所東京病院の看護婦さんたちの調査で誤薬がどのくらいあるのかということをお患者調査したときに、その約400人の患者さんのうち240人ぐらいが誤薬をされたことがあるというアンケートを出されたんですね。それで、看護師さんたちはダブルチェックをするという形で誤薬を防ごうということになったのですが、その後、結局ダブルチェックでも完璧に誤薬防止はできないということでもって、バーコードでチェックをするという、つまり薬についているバーコードと患者さんの手に巻かれているバーコードをきちんと合わせて間違いがないかどうかというようなことをやったら、ダブルチェックした場合でもバーコードで薬の間違いがまだ出てきたというようなことが言われていたんですね。

その後も、例えば1990年の北海道の牛乳点滴事件とか、それから99年の広尾病院事件とか2000年の埼玉医大事件とか、いろんな誤薬の問題というのが出てきているわけです。そのときに、誤薬を最後にチェックするのは実は患者・家族なんですね。患者・家族が薬の情報を正確に知っていれば、「先生あるいは看護師さん、この薬は私の薬ではありませんけど」と言って最後のチェックをするというのが重要なんですね。つまり、インフォームドコンセントというのは、治療の内容から危険性・有効性についてきちんと患者に説明をすることによって医療事故を防止するという機能を持っているということになります。

配付されたものには出ていませんでしたけれども、その後のスライドの中で「いかに説明を尽くすのか」という文字が書かれていましたけれども、この「いかに説明を尽くすのか」というのは、つまり事故があった後に患者・家族に説明するというのを言っているのか、それとも事前に患者・家族に説明するのかということをやっているのか、ちょっと聞き取りにくかったですけれども、その辺、私はインフォームドコンセントの事故防止機能からすると事前にいかに患者に説明を尽くしておくかということが重要だと思うのですが、その辺はいかがでしょうか。

以上です。

○矢野会長 それでは簡単に。

○吉田委員 ありがとうございます。

最後、ご質問いただきまして、インフォームドコンセントのいかに説明を尽くすのかというのは、先生がお話くださったとおり、治療を提供する前の説明のところでは説明を尽くすのかというところを重要視しているところでございます。

○鈴木委員 ありがとうございます。

○矢野会長 鈴木委員は、ICの重要性として、医療者側にとっても患者さん側にとってもそういう有害事象を共有する場としては非常に重要だといつも発言されていると思います。

すみません。それでは、時間の関係もあって、次の報告事項に移らせていただきます。ハラスメント対策について、ご説明をお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 東京都保健医療局の道傳でございます。音声のほう、聞こえていますでしょうか。

○矢野会長 聞こえています。よろしくをお願いします。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。カメラをつけると音声がうまくいかないので、このままでご説明させていただきたいと思います。

私、医療政策部地域医療担当課長の道傳と申します。私からは、資料7、在宅医療現場におけるハラスメント対策事業について、ご説明をさせていただきます。

冒頭に西塚部長からお話ございましたとおり、令和4年1月に埼玉県におきまして、訪問診療を行う医師が銃殺されるという事件がございました。このため、東京都におきましては現状を把握するため、在宅医療従事者を対象とした緊急調査を行いました。その結果、身体的な暴力を受けたことがある方が23%となり、言葉による暴力を受けたことがある方が48%といった結果が出ております。

この在宅医療現場におきましては、一人で患者宅を訪問することが多く、組織的な対応が困難な中、なかなか相談先もないという現状がございます。また、認知症等とハラスメントとの違いの理解、また、トラブルの発生予防策、トラブル発生後の対応策などにつきまして学ぶ機会が少ないという状況もございます。そのため、都では在宅医療現場の安全を確保するため、令和6年度の新規事業として在宅医療現場におけるハラスメント対策事業を開始いたします。

事業内容は、下段にございますとおり、ハラスメント相談窓口を設置しましてハラスメント対応方法などの相談に対応いたします。また、弁護士による法律相談にも対応することを考えております。

そのほか、在宅医療関係者を対象としたハラスメント対策の研修を実施いたします。対象としましては、資料の右側の赤い点線の枠内でございます、病院や診療所、歯科診療所、薬局等の在宅医療に関わる医師、歯科医師、看護師等を対象といたします。

なお、介護関係者につきましては、左側でございますように、福祉局が既に実施しております介護現場におけるハラスメント対策事業の対象となっております。

また、今回の在宅医療の現場を対象とした事業の開始によりまして、在宅医療に携わ

る関係職種の方の相談に対応できる体制が整うと考えております。

現在、事業実施に向けまして準備を進めているところでございます。事業の実施の際には必要な方が利用できるよう、関係各所に周知を図ってまいりたいと考えております。

私からの説明は以上です。よろしくお願いいたします。

○矢野会長 ご説明、ありがとうございました。

在宅医療現場におけるハラスメント対策事業をこれから開始していくということのご報告ですが、何かご質問等はございますか。

児玉委員、お願いします。

○児玉委員 今共有しているのが、令和5年に一度出されて、ほぼ同文で令和6年2月20日、警察庁生活安全局生活安全企画課長と刑事局刑事企画課長連名の警察庁の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です。これも、最初に触れられましたとおり殺人事件等が発生しているので、病院だけでなく、各医師会、それから医療機関というのは大小問わず、一人で開業されておられる先生も含めて、あるいはグループで訪問診療されておられる医療機関も含めてですけれども、こういう方々の依頼に応じて対応するということが書かれておまして、ちょっと読みますが、これは日本医師会会長から依頼があって、実際に非常に危険な目に遭っている人がたくさんいると、私自身の個人的な経験で言うと、ERの防犯カメラに映っている患者の暴力というので、本当に若いナースが暴れる患者さんにグーパンチで吹き飛ばされるという場面を見たり、あるいは警備員さんがどう静止しても本当に襲いかかってこられるというような場面、これは昨今、残念なことにERの外来等で監視カメラを入れないと危険で対応し切れないような状況も出てきているところですが、この通知は次のように述べております。

各都道府県警察にあつては、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」という通達（令和4年6月8日付）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（いつも「等」と入っているのはここに個々の医療機関も含みます。）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、（ここからが大事なんですけど）指導・助言・検挙等の必要な措置を確実に講じられたいという、それで旧通知は廃止されましたが、こういう通知が出ているところです。

申し上げたいことは、これはかなり現場にインパクトがあった通知で、実際にある元反社会勢力の患者さんが大変院内で暴言・暴力を繰り返して困っているし、退院通告をしても救急車で戻ってきてしまうというような大変悩みが深かった、どこの病院にもよくある悩みですけれども、これに対して警察に相談しましたところ、次に救急車で搬送されたときには搬送のそのときから警察官を一人エスコートさせますと、暴言・暴

力その他は厳しく指導し、業務妨害に当たるようなものについては検挙を行いますということで警察官が実際にアテンドをしてくださったという事例もありました。

今の医療現場は想像以上に荒れ方がひどくなってきていますし、それからもっと前の調査でしたが、介護事業者で損害賠償を含む金銭の要求を受けたものが過去1年間で22%という調査結果になったことが厚労省の委託事業でございましたし、かなり現場の荒れ方が甚だしくなっている中で、弁護士に相談をされても我々は防弾チョッキを着ているわけでもありませんので法律的にどこまでどういうことができるかということや、損害賠償というようなことがあったとしても損害賠償と業務妨害というのは無関係で、医療ミスがあって賠償しなければならないから誠意を見せて我慢をしなければいけない、そんなことはありませんよというようなところまではもちろんアドバイスができますが、本当の嫌がらせ、本当の暴言・暴力に対しては警察がきちんとこの頃介入してくれるようになっていきます。かつては民事不介入で、特に医療事故の主張が重なり合っているようなときには「それは民事紛争じゃないですか」ということで警察が一步引くことが多かったのですが、逆に言うと暴言・暴力の患者さんの大部分は医療ミスがあったとおっしゃいます。それを許容して業務妨害を認めていたのでは病院の医療従事者はもたないので、損害賠償は法治国家ですので究極的には裁判所で、話し合いがつかないときには暴力や暴言で解決するのではなくて究極的には裁判所に行っていただく、暴言・暴力で業務が妨害されたらそれは犯罪ですので、犯罪として厳しくここに書いてあるとおりの指導・助言・検挙まで行っていただくという事例が、実際に警察が動くようになっているということは意外に知られていないので、あえて発言しました。

以上です。

○矢野会長 ありがとうございます。

警察内での通知があって、都道府県の警察が医師会等に協力してということだと思っておりますが、暴力的な、肉体的な危機があるということから、いわゆるクレームみたいなものがいろいろな形で、特に在宅は病院と違って日頃の中で起きていることなのでいろいろ苦勞されていることはあると思うのですが。

看護協会や医師会等でそういうことが話題になっているかちょっとお聞きしたいと思うのですが、東京都看護協会、横山委員、何か情報はございますか。

○横山委員 東京都看護協会の横山です。

同じ訴えは本当に多くて、非常に危険を感じている職員が多いです。なので、当協会でもまずはどういうふうに対応すればいいのかという研修をやるということになっておりまして、具体的に9月に開催することになっています。

介護現場でも全く同じです。東京都がかなり補助いただいているようには伺っておりますので、引き続き手厚く、ぜひ守っていただけたらと思っております。

以上でございます。

○矢野会長 ありがとうございます。

では、医師会のほうで何かございますか。

○小林委員 東京都医師会のほうでは外部に委託にするような形で、こういう暴言・暴力のような事例が出ると連絡をして、そこに警察のOBやそういう方がいらして対応するというようなシステムをつくりかけていますので、今後そういうのが重要になってくると思いますね。

あと、うちの大学では、やっぱりほとんど警察のOBを入れることによってかなり減ってはきていますね。対応が上手というか、やっぱり我々と違って対応がうまいので、あまり大ごとにもならず平和に解決することが多いので、そういう方の採用というのも重要なんじゃないかなというふうに考えます。

○矢野会長 ありがとうございます。

はい、どうぞ。

○鈴木委員 ちょっとよろしいですか。鈴木ですけど、よろしいでしょうか。

○矢野会長 ちょっとお待ちください。先に、すみません。

○松本委員 東京都薬剤師会の松本です。

薬剤師のほうの在宅でも同じようなことが起こっていて、結構泣き寝入りというのが実態だそうです。女性が多い職場でもあるので、セクシュアルハラスメント的なものもやっぱり問題になっているというのが現状です。

○矢野会長 鈴木委員、お願いします。

○鈴木委員 資料7の中に、在宅医療従事者対象の研修とか対策に対する取組とか、実施方法として患者対応に係る多様なノウハウを持つ事業者への委託というところが書かれているのですが、実際にこういうハラスメントを防止するための対策というのはどのような対応があり得るのでしょうか。

○矢野会長 今のご質問ですけど、答えられますか、現時点での。

○道傳地域医療担当課長 ご質問、ありがとうございます。

具体的などころについては事業者のノウハウをいただくところになるのですが、その対応的なところであったりとか複数での対応といった基本的なところの部分も含めたご紹介であったり、例えば介護現場ですと国のほうでもハラスメント対策マニュアルのようなものが使われているところもあると聞いております。そういったところなども参考にしながら、対応時に留意すべき点などをご案内するといったところになってこようかと思えます。

このハラスメントの患者さんにも、実際、先ほどの暴力であったりとか、あるいはセクハラであったりとか、あるいは言葉のという形で様々なパターンがあるかと思えますので、それぞれの内容に応じた形で基本的な考え方であったりとか対応の仕方等についてご案内する、そういったことを考えております。

○鈴木委員 児玉委員が問題提起していただいた、ハラスメントが起きた後の、暴力事件などが起きた後の事後的な警察を含めた対応ということは、これは通常の考え方であり

得ると思うのですけれども、事前にこういうものをどうやって防止してハラスメントを減らしていくのかという辺りはまだあまり十分ご議論が尽くされている感じがしないのですけれども。

一つは、全てのそういうハラスメントに対応できるわけではありませんが、精神障害のいろいろな異常行動に対する対応の仕方として、この何年か前からオープンダイアログということが言われているわけですね。このオープンダイアログというのは、要するにあまり目的を定めずに、ハラスメントを防止するという目的にあまりこだわらずに、ゆっくりとチームで当人の話を聞いてあげることによって本人が精神的な安らぎみたいなものを感じて他人を敵視するというようなことがなくなるというようなことが言われていますので、オープンダイアログの専門家というのは精神科医の斎藤環先生という人がかなり前から問題提起をしていますので、その辺りも一つ取り上げながら、少しでも具体化した予防策みたいなことを考えていかないと、結局ハラスメントが多くても警察に任せればいいやということになってしまうので、対策にはならなくなってしまうのではないかなと思います。

私も弁護士、法律家ですけれども、児玉先生と同じ意見で、法律相談で対応ができるという感じはしないですね。

以上です。

○矢野会長 ありがとうございます。

未然防止が大事だということだと思いますが、これからやっぱりみんなで知恵を出し合って少しでも解決につなげていければと思いますので、これから始まる事業ですので、またこれからご報告をお願いしたいと思います。よろしいですか。

ありがとうございます。

児玉先生、何か追加はございますか。

○児玉委員 ちょっと追加で、我々医療者、我々というか医療者側の姿勢、あるいは99.

99%の患者さんというのは先生と呼んでくださって本当にリスペクトを持って接して下さっているのですが、本当に一握りの強烈な業務妨害行為があるということが、だんだん医療者の軸が変わってきってしまうことをある意味悲しくも思いつつも、現場の状況をきちんと把握していただきたいなと思います。

それで、一つは、もうこれはあえて共有をしておきますが、これは東大病院がホームページに掲げている「迷惑行為に対する当院の姿勢」というアナウンスメントです。

「当院は、患者さんやご家族と当院との信頼関係の維持、当院スタッフの安全な労働環境の保持、他の患者さんの安全な療養環境の確保のために、いかなる迷惑行為も許すことはできません。以下のような迷惑行為があった際には、診療をお断りすること（強制退院を含む）、病院敷地内への立入りを禁止すること、所轄警察への通報を行うことがあります」ということで、暴言・暴力、大声、ハラスメント、プライバシー侵害、理不尽な要求、それからその他病院スタッフの意欲・自尊心を低下させる行為などを列挙し

ております。こういうものはもう病院が公然と掲げるようにならざるを得ない、もっと優しい医療でありたいと思いつつもこういうことを言わざるを得ないという局面になっているということを共有したいです。

それからもう一つは、これは恐らく委員の皆様は全員ご存じと思いますが、令和元年12月25日の医政局長通知で、この中に患者を診察しないことが正当化される場合について具体例が挙がっていて、患者の迷惑行為で診療・療養等で生じた、または生じている迷惑行為の対応に対し、診療の基礎となる信頼関係が喪失している場合には新たな診療を行わないことが正当化されるという。その他、この令和元年12月25日通知というものは、医師・患者関係の信頼関係が失われたところで何が起こるかということに記載していますし、また、最近、これも問題になってきている本当の生活困窮者の医療費の不払いの問題の対応などについても恐らく一番詳しく言及している文書なので、こういうものをぜひ共有していただきたいというふうに思います。

もちろん無用な対立をあおる必要は決してないのですけれども、それから、鈴木先生がおっしゃるような、分かってあげる、受容してあげる、受け入れてあげる対応というのも、各医療機関の医療従事者が本当に真剣になって一生懸命取り組んでいるということに私は常に敬意を表したいと思っております。

ただ、その一方でこういう強い対応を取らざるを得ないときに、なかなか令和元年12月25日医政局長通知や令和6年6月10日警察庁通知というような基本となる、これ以上は訪問看護に行かなくてよいのだと、打ち切ってよいのだという、そういう部分を本庁も含めてそのルールをきちんと共有していただくということが大切で、そのことが一部崩れ始めた医療介護現場の秩序の回復に必要なのではないかとことを思います。

以上でございます。

○矢野会長 ありがとうございます。

訪問介護、訪問診療、そういったことをスタートするときのポイントや継続中のポイントと、またはいろいろな視点でこれから情報収集して対応することになると思います。これから皆さんにいろいろな情報をいただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは、続きまして、指導検査システムのDX化について、ご説明をお願いします。

○江口統括課長代理 では、事務局の江口からご説明いたします。資料の8をご覧ください。

医療安全課では、現在、都内640ある病院を対象にしまして医療法第25条に基づく立入検査、これを3年に1回、また、放射線施設を有する病院に対しましては、毎年、立入検査を実施しております。また、100の精神科病院に対しまして、精神保健福祉法38条の6に基づく立入検査を毎年実施しております。

資料の「今までの姿」のところに書いてございますが、現行の病院検査業務において

は、病院への検査実施通知から検査実施における病院さんの資料の作成、また、検査後において東京都において作成します復命書、また結果通知、また改善報告まで、全業務が紙を中心とした業務を行っております。基本的には郵送なり、またメールでのやり取りを中心に行っております。このため、紙資料の持ち運びや、また保管・郵送によるセキュリティーのリスクが伴っております。

また、近年では臨時の立入検査の実績が増えておりますが、こういった増加傾向にあります検査においても、病院側と東京都双方で負担が多くなっているという現状がございます。

そこで、業務の効率化が喫緊の課題でありました。こういった背景から、これらの課題を解決するために、業務効率化、またはセキュリティーリスク軽減を目的とするシステム構築を進めております。具体的には、立入検査時に必要な紙資料のペーパーレス化を図りまして、病院情報、また検査情報をクラウド上で管理するシステムを構築するというものでございます。

資料の「目指す姿」にありますとおり、準備書類のデータ提出であったり、提出時の帳票の自動チェックをクラウド上でやり取りすることによって負担軽減を図るほか、検査時にタブレット入力、また実施通知、復命書、結果通知の自動作成機能等を考えております。このシステムの導入によって一連の検査業務のデジタル化を図りまして、病院の担当者様や、また東京都の職員の事務負担を軽減しまして、医療安全課としても効果的な検査に注力できることが期待されます。

このシステムは、現在、今年度中に一部運用開始を目指して構築を進めております。来年度から本格的な運用を開始するという目標を立ててスケジュールを立てております。第2回目の協議会の際には、改めてこのシステムの構築の進捗状況をご報告させていただきたいと思っております。

事務局からは以上となります。

○矢野会長 立入検査のいろいろな資料のやり取りや通知の仕方ということにDX化を図っていくというご報告でした。これについてご質問等はございますか。

これは当然の世の中の流れだと思いますので、ぜひとも迅速に動いていただければと思います。

よろしいでしょうか。

それでは、続きまして、今までは報告事項だったのですが、協議事項として、声窓の実績にかかる指標の見直しについて。今までご報告を受けているものがありますが、それについて改善していきたいということだと思いますので、ご説明をお願いいたします。

○鈴木主任 事務局の鈴木です。

まず、資料9をご覧ください。

先ほどの事業実績でもご報告をさせていただきましたが、患者の声相談窓口では、都庁にあります東京都医療安全支援センター患者の声相談窓口、西多摩保健所、南多摩保

健所、多摩立川保健所、多摩小平保健所、多摩府中保健所の5保健所にあります患者の声相談窓口の実績をまとめた実績報告を毎年作成しています。

この実績報告は、病院管理者や医療従事者等に対する各種講習会・研修会の企画における患者ニーズの把握、また、都内各医療安全支援センターや保健所の「患者の声相談窓口」担当者に対する研修企画による技術的支援、また、東京都医療安全支援センター「患者の声相談窓口」の相談体制の見直しやサービス向上、さらに、ホームページ等の公開による都民に対する情報公開に活用しています。最終改訂は平成27年であり、国の運営調査の項目変更に合わせて、時代の変化や相談の実情に合わせた都独自の項目を反映させ、作成いたしました。

最終改訂から8年以上たち、現在の調査項目では時代の変化や相談の実情が反映できないといった課題が生じております。また、現在の実績報告は表が多く、傾向が読み取れない集計も散見され、都民の皆様にとって読みにくい報告書になってしまっているのが現状です。これらの課題を踏まえ、窓口の実態が伝わる、都民にとって分かりやすい実績報告書になるよう、報告書の改訂をしたいと考えております。

スライド番号の3番をご覧ください。

具体的な取組として、まず相談実態を反映させるための集計方法の見直しをしたいと考えています。現状として、オンライン診療、訪問介護や介護に関する相談等、医療形態の多様化に伴う相談、また、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア部病棟など病棟の機能分化に伴う入院日数や入退院の制限等が原因で生じているトラブル、また、同性パートナーシップ関係など様々な家族形態を原因とする困り事や、重症心身障害児の移行期医療、虐待やハラスメント等に関する相談が、まだまだ少数ではありますが増えてきているのが実情です。このように近年増加している相談内容を集計に反映できるよう項目を追加したいと考えております。

次に、スライド番号の4をご覧ください。

改訂後のイメージですが、新しい実績報告では、相談件数や1件当たりの平均相談時間の推移を分かりやすく示すために折れ線グラフや円グラフを使用したいと考えております。これにより理解しやすい報告書を目指します。

最後のスライドお願いします。

委員の先生方には、実績報告書の改訂や集計する項目の見直しに当たり、修正のポイントやご意見をお聞かせいただけますと幸いです。

以上です。

○矢野会長 ありがとうございました。

恐らくここにいる委員の先生方はこの報告書を一番、毎年毎年、目を通していただいているので、いろいろな感想等をお持ちだと思います。これから、いわゆる項目も、それから分析の仕方や可視化の仕方も含めて改訂していきたいということですので、これについてのご意見のもらい方はどうでしょうか。今思いついたことを言っても切りが

ない面もありますから、これからの皆さんのご意見の取り方の流れか何かのアイデアはありますか。

○鈴木主任 またご意見を改めてメール等で直接いただいても構いませんし、もし長年思っていたことなどがあれば、この場でお聞かせいただければと思います。

○矢野会長 それでは、今までずっと思っていたことだけというようなご意見がございましたらこの場でご発言いただけますか。

宮脇委員。

○宮脇委員 資料5のところ、相談対象となった診療科とかの経年的な変化が掲載されていて、これが13ページ、それから16ページ、17ページにはその内容についてかなり詳しく分析されています。私は現在、日本歯科専門機構の理事を担当して、研修課題についてどういう問題に力を特に入れていく必要があるのか議論する機会があります。東京都の相談窓口には歯科の相談が多いということは歯科関係者の皆さんは危機意識を持たれています。歯科の中で、例えばコミュニケーションの問題なのか医療行為の問題なのか、全体で一般化した統計ではちょっと分からない面があります。どこに力を入れて研修をやっていく必要があるのかとか。それから、こういうデータが経年的に取られていくと、研修の成果で改善が図られれば統計数字に一定程度表れることも期待できます。非常に貴重なデータだと思いますので、こういう診療科、特に医科と歯科は分けていただくと、このデータが研修に生きてくる、研修の評価の指標にもなる。今後の医療の質と安全を上げていく貴重なデータが内蔵されていると思います。データが今後の研修に生かされるような、活用できるような形で、もちろんプライバシーには十分留意しながら提供していただくと、いろんなことに活用したいと思っています。ご検討いただければと思います。

以上です。

○矢野会長 ありがとうございます。

確かに歯科領域も、一般のいわゆる虫歯の治療だけではなくて矯正歯科や美容歯科等いろいろあって、案外トラブルがありますね。誤抜歯もよく上がってきますので。ですから、これだけ件数が多いからもう少し分類ができないかというご提案です。内容を踏まえて、分析して検討していただくといいのかと思いました。

報道されたりもしています。誤抜は時々報告が上がってきますけれども、報道されるくらいのものであるのだなと思ったり。特に医療安全のICや説明同意書というのは病院ではやっているのだけれど、抜歯のときにはあまりなされなくてその場の説明のみとかが結構あって、診療所でも多分、表に上がっていないだけでいろいろあると思います。歯科領域についてももう少し詳細な分析ができないかというご提案でした。

ほかございますか。

児玉先生

○児玉委員 統計に関して、もともと統計は第6次医療法改正、平成18年、2006年

の医療法改正のときに、医療安全支援センターを全国に整備するということに同時並行で項目をつくった経緯があって、例えば今に至るも苦情と相談を分けて統計を取っていると、あと、その2006年当時、セカンドオピニオンというのは結構世間的に注目をされていたり、カルテ開示がまだ普及していなくてカルテ開示に問題がいろいろあったり、そういう世相を反映して統計の項目を、今、全国集計の医療安全支援センターのこんな感じの項目に今もなっているというか、多少これを修正しようとしたことがあり、工夫しようとしたりして多少簡素化されたりいろいろしてはいるのですけれども、もう明らかに2006年の第6次医療法改正当時の世論と、それから医療界のその問題が今色濃く反映した形になっています。

どんどん変えていくと統計というのは経時的な比較ができなくなるのでなかなか変えられなくて、変えようとするたびに、いや、だって前と変化が分からなくなるじゃないかと、変えられないということがあって改訂作業が何度も挫折をしてきたところです。ある意味視点を変えて、全国的に見ると、相談苦情対応件数は東京都と、それから愛知県が突出しているところで、愛知県がどんどん分類をしていて、全国統計に合わせるときに、若干最近はエクセルのCSVファイルで変換してしまえば、うまく対応関係をつくれば幾らでも項目は変えられるわけですので、おっしゃるとおり、医療DXが進み、オンライン診療や訪問看護・介護、それから何しろこの統計が作られた頃は地域包括ケアという言葉さえ欠片もなかった時代に作られた統計ですので、新しい時代に向けてどういう報告書作りにしていくか、全国のトップを切っている東京都が、ひょっとしたら同様に頑張っている愛知県ともちょっと情報交換などをしていただけると参考になるかもしれないなと思いつつ、とにかくこれまで医療法施行規則以前から声窓を運営してきたトップランナーの東京都として、新しい時代の実態を反映した報告書と集計方法を工夫されることをぜひ応援したいと思います。

以上です。

○矢野会長 ありがとうございます。

今までの都の継続性もあるのですけれど、たった今ご指摘があった相談と苦情は、前もどう違うのかという意見はありました。もともと曖昧だと、過去のデータを利用して何が分かるのかという話になって、相談担当者のインプレッションという感じになっているので、本当に重要なデータについては継続するし、考え直せるものはこれを機会にというふうに思います。それから、児玉先生がおっしゃったように、ほかの自治体との意見交換もやっていただきたいと思いますので、せっかくのいい機会ですので、よろしく願いいたします。

ほかにご意見はございますか。

これからまた皆さん、もう一度じっくり目を通していただいて、特に初めてご覧になる方はよく分からないことがあったとしたら、その確認も含めて何かご意見をいただくといいのかと。ずっと見ていると慣れてしまったということがあるので、新しい委員の

方にはそれを期待したいと思います。

よろしいですか。

全般にわたって、追加のご発言等がございましたらお願いいたします。

今日はいろいろなテーマで皆様のご意見をいただきました。特にハラスメント問題というのは深刻であって、あまりのんびり構えてもいられないので、スピード感も必要ですし、その辺を東京都としてどういうことができるかということになるのだと思いますし、ほかの組織も、職能団体も動いていますし警察も動いているので、そういった動きに合わせる必要もあると思います。

よろしいでしょうか。

では、皆さん、必要なことはまたメールで事務局にお伝え願えればと思います。

一応、議事次第に沿った報告や協議は終わりました。

事務局に戻しますので、よろしくお願いいたします。

○白井課長 矢野会長、どうもありがとうございました。また、皆様方におかれましては、活発なご議論、またご意見をいただきまして、誠にありがとうございました。今後の都の施策等にぜひ生かしていきたいと思っておりますので、引き続き、よろしくお願いいたします。

最後に、私のほうからご報告になりますが、昨年度ご議論をいただきました東京都保健医療計画第8次改定につきまして、今年の3月に改定を完了したところでございます。参考資料1としてお配りしておりますので、またご覧いただけますと幸いです。

本日は以上になります。これをもちまして、第1回東京都医療安全推進協議会を終了したいと思います。

本日は、お忙しい中どうもありがとうございました。

(午後 5時55分 閉会)