

令和7年度 第2回
東京都医療安全推進協議会
会議録

令和8年2月4日
東京都保健医療局

(午後 5時01分 開会)

○白井課長 それでは定刻となりましたので、これより令和7年度第2回東京都医療安全推進協議会を開会いたします。

私は本協議会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でございます。議事に入るまでの間、進行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。

委員の皆様におかれましては、お忙しい中、ご出席賜りましたことに心より感謝申し上げます。

開会に当たりまして、医療改革推進担当部長の杉下より、ご挨拶を申し上げます。

○杉下部長 皆様こんにちは、東京都保健医療局、杉下でございます。

本日はお忙しいところ、第2回の協議会にご参加いただきまして、誠にありがとうございます。

本日は第1回に引き続きまして、東京都医療安全支援センターの運営方針及び医療安全推進のための方策等についてご協議いただきます。

最近の医療を取り巻く動きといたしましては、令和6年4月から医師の働き方改革として、医師の残業時間に上限を設ける制度がスタートしております。医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医療の質、安全を確保する上で、重要となっております。

医療法に基づく立入検査においても、令和6年度から「医師の働き方改革」に関する項目を追加して確認をしております。今回は、令和6年度医療法に基づく立入検査の結果でこちらについてご報告させていただきます。

また、令和7年4月に施行されました「東京都カスタマー・ハラスメント防止条例」では、公務の従事者をカスタマー・ハラスメントから守ることを基本に据え、公務の特殊性や現場ごとの特性を踏まえ、防止対策を検討することがうたわれております。

今回、協議事項として、「患者の声相談窓口」でのカスタマー・ハラスメントの対応について取り上げる予定としております。それぞれのお立場から活発なご議論をお願いできればと思います。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

○白井課長 それではまず初めに、委員の出欠状況についてご報告いたします。本日は播磨委員よりご欠席のご連絡をいただいております。オンラインでのご参加の委員は、小林委員、石川委員、児玉委員、鈴木委員、横山委員、田中委員でございます。

オンラインでのご参加の委員の皆様方、ぜひともカメラはオンにいただければ幸いです。

なお、荒神委員、田中委員におかれましては、遅れてのご参加というご連絡をいただいております。また、本日ですけれども、傍聴の方が11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きましたとおり、右上に通し番号をつけております。

次第及び資料1から5まで、参考資料1から2がございます。不足等ございませんでしょうか。

本協議会は、参考資料1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、ご了承お願いいたします。

オンラインでご参加されている委員の皆様につきましては、事務局からお願いがございます。先ほどカメラを常にオンにさせていただきたいということをお願いしましたけれども、マイクのほうはご発言される以外は、ミュートにさせていただければ幸いです。また、ご発言の際は、挙手ボタンを押してからお願いいたします。そしてご発言の際は、初めにお名前をおっしゃっていただけますよう、ご協力をお願いいたします。

それでは、本日の議事に入ります。

以後の進行につきましては、矢野会長にお願いしたいと思います。矢野会長、よろしくお願いいたします。

- 矢野会長 今日皆さん、お忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。東京は今日はちょっと温かいかと思っておりますけれども、北のほうは、北陸などはもう大雪で、私は若い頃、新潟県の十日町で2年間、医者をやっております、電話線をまたいで歩いていた覚えがあるので、人ごとではないと思いつつながら、ニュースを見ております。

それではこの議事次第に沿っていきたいと思います。まず、報告事項の(1)アからお願いいたします。

- 事務局 事務局より報告させていただきます。

資料2をご覧ください。

今年度の東京都医療安全支援センターの取組状況についてです。

取組状況につきましては、おおむね予定どおりに実施しております。表の上から、本日実施している医療安全推進協議会や保健所を対象とした連絡会、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しています。

医療機関に対する医療安全に関する普及啓発として、病院を対象とした講習会につきまして、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オンデマンド配信で実施いたしました。

医療安全推進講習会では「医療安全の文化醸成とナレッジマネジメント」をテーマに、北里大学の荒井先生に講義をしていただきました。「院内で医療安全活動を続けていく、広げていくためのヒントを学ぶことができた。」「医療安全の確保には課題を指摘しやすい風土、雰囲気づくりが大事だということがよく分かった。」などの感想が寄せられました。

立入検査から把握した医療機器の安全使用の取組の課題について、独立行政法人医薬品医療機器総合機構にお願いをして「医療機器安全管理責任者に必要な医療機器の基礎知識」について講義をしていただきました。「PMDAナビの活用、情報提供から院内への周知に向けた取組について参考になった。」「医療機器といっても範囲が広くてよ

く分からなかったのですが、具体的にどのように医療機器の管理をすべきなのかが分かりました。」などの感想が寄せられました。

病院管理講習会、患者相談窓口担当者講習会では、「医療機関における暴力・カスタマー・ハラスメント対応」をテーマに、慶應義塾大学の前田先生に講義をしていただきました。「カスハラ理解に向けたマニュアルの整備、利用者へ向けた案内等、参考になった。」「医療従事者を守るためにも、体制の整備などの措置を行うことが重要だと感じた。」などの感想が寄せられました。どの講義も、アンケートに好評の回答を多数いただくことができました。

続いて、患者の声相談窓口ですが、12月末までの相談件数は4,204件と、昨年度と比べて減少傾向にあります。資料にはありませんが、平均相談時間は昨年度よりも延長傾向となっています。本日は協議事項で、「患者の声相談窓口」の事例を基に、カスタマー・ハラスメント対策について検討をお願いしたいと思っております。

最後に、普及啓発の取組についてです。

9月17日の世界患者安全の日に合わせて、都庁第一本庁舎、隅田川橋梁、臨海副都心に、関係機関のご協力も得て、ライトアップを実施し、医療安全に関する普及啓発を図ることができました。また、ライトアップの様子をまだ実施していない自治体の病院から資料として活用させてほしいという依頼があり、写真提供をすることで、都内だけでなく医療安全に関する普及啓発に貢献することができました。

令和7年度の取組状況については以上となります。

○矢野会長 ご説明ありがとうございました。この件について、ご質問やご発言はございますか。

講演会など、こういった普及活動を毎年のように一生懸命やられて、ライトアップもされている。ライトアップについては、見た人は何のライトアップか分かるのですか。ところでアナウンスはしていますか。

○事務局 アナウンスはしています。都庁のライトアップについては、「世界患者安全の日」でライトアップを行いますというアナウンスをしています。

○宮脇委員 宮脇です。今回、隅田川橋梁ライトアップを東京都が実施するお知らせをいただき、医療過誤原告の会でライトアップ見学ツアーを実施しました。参加は20人ぐらいでした。当日は、日没から15分たったらライトアップするという案内で、待ち構えていましたら、物すごく大きい音、バシッという音で一気に10か所の橋梁がオレンジに変わり、「おおっ」という感じだったんですね。この取り組みについて、ホームページや報道機関に案内したという報告は大事だと思います。今年は長野県の松本城もライトアップを始めたり、私たちの会が各県に要請した要請文を長野県はホームページに載せていただきました。こういう働きかけは地道なようですが、医療安全の大事さを少しでも考えるきっかけになればいいと思います。東京都も引き続き、またいろんなところに広げていただいき、今後は特に特定機能病院とか大きい病院に要請していただくと、

都民の方への影響が大きいかと思えます。

以上です。

○矢野会長 ありがとうございます。

さっきの写真、「おおっ」ブワーッという感じでしたっけ、橋が並んでいて。

○事務局 お示した写真は、橋1か所の写真です。

○矢野会長 「おおっ」という感じはどうだったのかと思いましたがけれども。ありがとうございました。

東京都はこういうふうに取り組まれていますけれど、長野県でもされていると。宮脇さんたちが推奨するというよりも、厚生労働省とかが各自治体にやろうというようなアナウンスあるのですか。東京都は自主的にやりましたという感じですかね。

○事務局 厚生労働省からはライトアップのアナウンスはないです。

○矢野会長 今、ライトアップはやはりで、どこでもいろいろなところでやっていますから、全国的にやればインパクトがあるし、ニュースにもなったりするのと思いました。

○宮脇委員 関東でも大船観音や高崎観音などの観光名所がライトアップされています。

今年度は埼玉県も、さいたまスーパーアリーナなど、着々と広がってきています。東京都が全国のライトアップを牽引しているという印象を我々は持っています。

○矢野会長 ぜひとも、ほかの自治体にも広がるといいと思います。ありがとうございます。

ほかに何かご発言ございますか。

(なし)

○矢野会長 ありがとうございます。

それでは次の立入検査について、ご報告をお願いいたします。

○事務局 事務局の糟谷と申します。令和6年度の医療法第25条第1項の規定に基づく病院の立入検査の結果につきましてご説明いたします。

検査結果の詳細につきまして、資料3をご覧ください。

本会議では、その資料の中からかいつまんで検査結果の概況をご説明いたします。

まず、2ページをご覧ください。

令和6年度は総計232病院に対して立入検査を実施しました。前年度、令和5年度は総計235病院の実施でしたのでほぼ同数となります。内訳としましては、医療法に係る法令不備が認められて指摘を行った病院は計111病院であり、これは全体の約48%に相当します。

続いて、文書指導を行った病院は計112病院で、これは全体の約48%に相当し、口頭指導のみを行った病院は計9病院で、全体の約4%という結果でした。指摘、文書指導、口頭指導のいずれも行わなかった病院はございませんでした。

続いて、資料24ページをご覧ください。

診療用放射線同位元素又は放射線治療装置を保有して、診療を行っている病院に対す

る立入検査の総数は計105病院でした。こちらの放射線施設の立入検査の実施頻度は毎年となるため、前年度と同数となります。内訳としましては、指摘を行った病院は計1病院、文書指導を行った病院は計35病院、口頭指導のみを行った病院は計25病院、そして指摘、文書指導、口頭指導のいずれも行わなかった病院は計44病院という結果でした。

次に、ここ最近のトピックスとしまして、令和6年度の立入検査から新規で追加された検査項目についてご説明します。

資料6ページをご覧ください。

令和6年4月から医師の働き方改革が施行され、診療に従事する医師の時間外労働時間の上限が原則年960時間とされ、年960時間超の時間外・休日労働が可能となるのは、都道府県知事の指定を受けた医療機関で、指定に係る業務に従事する医師のみとなりました。

すべての医療機関に対して、時間外・休日労働が月100時間以上となることが見込まれる医師に対しては、面接指導を行うことが義務付けられ、時間外・休日労働時間が月155時間超となった医師等が認められる場合には、労働時間短縮のために就業制限等の就業上の措置を講じることが求められるようになりました。

この項目については、計2病院に対して最も厳しい評価である「指摘」を行いました。

「指摘」は、時間外・休日労働が月155時間を超える医師がいるにもかかわらず、労働時間短縮のための措置を取っていなかった病院、時間外・休日労働が月100時間以上となることが見込まれる医師に対して面接指導を行っていなかった病院、特定労務管理対象機関の医師のうち時間外・休日労働が年960時間超となることが見込まれる医師に対し、休息もしくは代償休息を確保していなかった病院に対して指摘を行いました。

戻りまして、資料3ページをご覧ください。

医療法定例立入検査の結果の概況について、ご説明いたします。

検査の指摘・指導区分で最も厳しい評価である指摘の対象となった項目で最多は、臨床検査関係で25%となります。こちらは表の左下に位置しております。こちらの項目が最多なのは前年度に引き続いて同様の傾向となります。

平成30年12月より、医療法等の一部を改正する法律の施行により、病院等で検体検査を行う場合の精度の確保に係る基準が適用されたことに伴うものでございますが、法令改正の認識不足や、院内での検体検査業務の対象を誤認していたことから、未整備の病院が多かったものと考えられます。

令和6年度で2番目に指摘の対象となった項目で多かったのは、病院管理・施設使用・院内掲示等で15.9%となります。こちらも表の左下に位置しており、先ほどの臨床検査関係の3行ほど上に位置しております。こちらの項目が2番目に多いのも、前年度に引き続いて同様の傾向となります。変更許可の未申請事項に対してでしたり、麻

酔科を診療科目として公告している場合に、麻酔科医の氏名を併記していないなどの重大な広告違反のある病院に対して指摘となりました。

続きまして、令和6年度で3番目に指摘の対象となった項目で多かったのは、診療用放射線に係る安全管理体制で8.6%となります。こちらは表の左上に位置しております。本項目に関しては、特に放射線診療従事者に対する診療用放射線安全利用のための年1回以上の研修を実施していない病院が数多く見受けられました。

次に資料25ページをご覧ください。

放射線施設の定例立入検査の結果の概要についてご説明いたします。

検査の指摘指導区分で最も厳しい評価である指摘を行ったのは計1病院のみに対してとなりました。こちらは表の左下に1.0%と表記されているものが該当します。先ほどと同様、放射線診療従事者に対する診療用放射線安全利用のための年1回以上の研修を実施していない病院に対して指摘となりました。

放射線施設の立入検査の実施頻度は毎年であり、およそ3年に1回の頻度で実施される医療法定例立入検査と比較して、指導や助言、改善のチェックが短いスパンで行われるため、指摘や指導のない病院が数多く存在するものと考えられました。

私からの令和6年度の医療法の規定に基づく病院の立入検査の概況説明は以上となります。

○矢野会長 ありがとうございます。

立入検査についてのご説明があって、特に放射線のことと医師の働き方改革についての指導について触れていただきましたが、何か確認事項等ございますか。

医師の働き方改革で実際に文書等で指摘したり指導したりしたのに対して、病院から既に改善対策も来ているのでしょうか。

○事務局 随時、こちらで立入検査の結果を伝えまして、改善報告をもらっている状況なので、全てが済んだわけではないのですが、確認を進めているところでございます。

○矢野会長 大体はやりますと答えてもらえるのですか。

○事務局 そうです。面接や記録を残すということなので、取り組んでいただくということで話をしております。

○矢野会長 病院はいろいろなニーズに応えなくてはいけない中で、例えば、心臓血管外科や救急などは、患者さんを実際に診療している時間と、そうではない時間、それが自己研鑽なのかどうなのか、なかなか判断が難しいようなところもあるのですが、そのようなことが問題になったとかがありましたか。

○事務局 基本的には、時間外労働の時間を報告してもらいまして、それを基に規定どおりやられているかという確認なので、その内容までを精査することは現在のところできておりません。

○矢野会長 できない理由として、そういったことがあって、あまり形式的になってもいけないし。なかなか難しい。待機するというのは遊んでいるわけではないけれども、残

らなければいけないし。あまり厳しいことを言うと、あれも仕事だこれも仕事だとなってしまう面もあると、現実的でなくなってしまうので、各病院もいろいろと苦勞されているのだらうと思いますが。

ほかに何かご質問等ございますか。

はい、どうぞ、荒神委員。

○荒神委員 荒神です。

7 ページのところなのですが、医療安全管理体制の整備の点で、ここの内容を拝見しますと、重大事故発生時の体制に関して指摘が6%と、ほかの部分に関して少し割合が多いように思いました。

質問事項は、医療事故調査制度に係る院内体制の不備というのは具体的にどういった内容で、その質問の趣旨はこの中身がその医療機関に対する支援内容として、今後、厚生労働省もこの部分は注目しているところだと思いますので、具体的に東京都としてもどういった病院に対して支援をお考えであるのかという点も併せて、教えていただけるとありがたいです。

○事務局 この検査項目に関しましては、医療事故調査制度に関しまして院内でのマニュアルなどを通じてしっかり職員とかに周知されて、しっかり、いざというときに対応できるような体制をしいているかということを中心に重点的に見ているものです。

○荒神委員 ということは、事故発生時の対応マニュアルが、十分備えられていないという点を、院内体制の不備と指摘されているということと合っていますか。

○事務局 そうということです。

○荒神委員 ありがとうございます。

○矢野会長 ありがとうございます。

私は、赤十字病院や病院機能評価で感じるのですが、中小規模よりも、もう少し大きめの病院では大体は整っている。でも実際、立入検査で、本当に中小規模の病院もチェックすると、そういった事故がめったにないから整備されていないという状況なんですか。

多分徳洲会などの団体はその団体として徹底しているので小さくてもできるのでしょうけれども、孤立した病院でいろいろな情報が入らないと、それはいわゆる自治体等の研修会などでアナウンスしたりということになるのだらうと思います。

ほかにご意見ございますか。よろしいでしょうか。

(なし)

○矢野会長 こういったことも経時的に改善できたか・できていないかということもご報告いただくといいのかと。何が多かったということだけでなく、だんだん減ってきたのかということもあると思いますのでよろしく願いいたします。

報告事項については二ついただきましたけれども、そのほかに何かございますか。

よろしいですか。

(なし)

○矢野会長 それでは、協議事項に移りたいと思います。協議事項としては、「声窓」等におけるカスタマー・ハラスメント対策についてということで事務局からご説明をお願いいたします。

やり方を先に確認したいのですが、取りあえず前振りをしていただいで事例ごとに進めるということによろしいですか。

○事務局 ではまず初めに、事務局のほうから説明をさせていただきます。

資料4をご覧ください。

カスタマー・ハラスメントの防止に関する施策の基本的な事項を定めました東京都カスタマー・ハラスメント防止条例が、令和7年4月1日に施行されました。

都において、条例と指針のほか、各業界団体が定めるマニュアルの共通事項等を定める各団体共通マニュアルを作成しております。資料5をご覧ください。

各団体共通マニュアルに、公務現場についてという項目で、公務現場でのマニュアル策定に当たって、個別に対応が必要な留意事項を記載しているものになります。

患者の声相談窓口の相談対応におけるマニュアル策定をするに当たり、今回、委員の先生からご意見をいただけたらと思っております。

改めてになりますけれども、今回ご検討いただきます東京都医療安全支援センター患者の声相談窓口の概要についてです。

こちらは、安心して医療機関にかかるための方法を一緒に考える相談窓口で、お話をよく伺いした上で、相談者と医療機関等との信頼関係の構築へ向けての助言を行い、ご相談の内容によっては適切な担当部署、専門機関をご案内しています。医療行為における過失や因果関係の有無、責任の所在の判断、決定は行っていません。また、医療機関との紛争の仲介や調整は行っていません。

対象は、東京都内にある病床数が20床以上の病院になります。原則電話相談のみで、1回当たり30分以内の相談をお願いしております。ホームページやリーフレットに明記はされていませんが、単回の相談で、継続相談の対応はしていません。

年間相談件数の推移です。こちらは第1回の協議会でも報告をさせていただきましたが令和6年度は年間6,393件で年々減少しています。相談件数の減少はありますが平均相談時間は17.2分と、年々長くなっている傾向があります。

ここから検討していただきたい事例について紹介させていただきます。

事例①「相談窓口への過度な要求と思われる事例」です。

相談者は70代の男性で、相談時間は約90分でした。相談内容は病院が不正をしている。法テラス、警察、役所にも相談しているがどこも対応してくれないというものでした。相談者とのやり取りでは、窓口での役割について説明すると「ほかの窓口も案内できない、何も解決策がないというのはどういうことか」「泣き寝入りしろということですか」「電話でしか話を聞くことができないのであれば、その旨一筆書いてほしい」

とのことでした。

既に相談者が様々な窓口で相談をしているため、ほかに案内できる場所はありませんでした。また、ホームページやリーフレットでも、原則電話での相談と案内済みで、一筆書くなどの対応もしていません。本来業務でない書面の作成を強要する行為は、要求内容の妥当性の欠如と考えられます。さらに、相談時間が1時間を超えているため終了を伝えるも「私が希望しているのだから応じられないというのはおかしい」と、相談終了の合意を得ることはできませんでした。

このような長時間にわたり拘束を続ける行為は、手段・態様の不相当性に当たると考えられます。このような事例に相談員はどのような判断をして、どのように対応したらよいのか、特に終了するためにはどのような対応をしたらいいのか。対応後の記録や報告、所内体制で気をつけたほうがよい点などについて、検討をお願いします。

○矢野会長 事例を一つ一つやっていきます。

これは答えがあるわけではなくて、何が正解というわけでもないのですが、ここにおられる方々は恐らくそういう相談対応の経験もされていると思います。これは業務中に業務妨害的に話す、ハラスメント的なことにあたるというよりも、仕事の延長としてやっているということもあって、また、相手方も声窓について我々みたいによく分かっているわけではなくて、とにかく東京都に何か訴えたら何かやってくれるのではないかというような思いもあって、かけてくる人たちもいるのだらうと思います。

今回は、この事例①についてどう対応するといいいのか、あるいは自分たちはこういう相談があったときにはどう対応しているか、何かご助言等があればお願いいたします。

特段、結論出すわけではないので、皆さんのアドバイスをお聞きし、あとはそれを事務局で対応していただくということですが、いかがでしょうか。

はい、どうぞ。宮脇委員、お願いします。

○宮脇委員 相談対応が年間約8,800件ですか、令和6年度では、過度な要求というのはどれぐらいあるのでしょうか。

○矢野会長 どのぐらいの頻度であるかというところですね。本当に極端な例は、どうしようもないというのもあり、みんなでカバーし合うのでしょうけれど、こういうのがしょっちゅうあって、相談という業務自体が困っているというようなことであれば、それなりの対応を手順に入れておかなければいけないわけです。めったにない特殊例はマニュアルに書きようもないでしょうから。

例えば、90分ぐらいの、時間だけでいうとどこかにデータはあるのですか。

○事務局 30分を超える相談がどのくらいあるとかということを公表しているデータはありません。

相談と苦情とで大きく分けていて、相談のほうが割合的には多いのですが、約3割は苦情となり、対応が難しいものが多くなります。

○宮脇委員 かなりベテランの方が対応されていると思いますが、私たちも医療事故被害

者の、深刻な被害者の相談の対応をやっています。その中で、うちの役員の人でもコミュニケーション力がついた方と、なかなか慣れていない方がいます。相談を受けているうちに何か話がこじれてしまう場合だってあります。

そういうときは人を代えて、この人は傾聴が必要だなという場合は傾聴の割と上手な方に振ったりしながら対応しています。いろいろ意見を言われる方は医療の質の向上のために私たちは宝だと思っています。受ける側が力量アップする必要があるのか、それとも、そもそも言ってくる内容自体に問題があるのかななど、難しい点があるかと思えます。

患者の相談窓口にいろいろ難癖をつけても何のお金にもならないし、そこで不満を爆発させること自体を何か目的として電話してくるといのはめったにないと思います。たまたまその電話を取った職員が相談について全部解決しなければならないとかそういう形であればちょっとかわいそうだなと思います。そこはすぐ誰かバックアップできる体制とか、普通の企業だったら上司がすぐ登場するのですけれども、そういう手だてを取っていけばそんなに現場の担当職員がすごく落ち込んだり苦悩しなくて済む手だてが何かあるんじゃないかなと思いますが、いかがでしょうか。

○矢野会長 ありがとうございます。

チームである程度対応することで、個人の力量の差もある。ただ、何も解決策がないとはどういうことかとか、泣き寝入りしろってことですかという、相手方の発言だけ見てもそのバックグラウンドが分からないから、この場合はどうすべきかというのは難しいでしょうけれども、実際に話がまとまらないで最終的にはどうやって終わったのですか。

○事務局 90分ぐらいお話をされて、最終的には言いたいことを言って終わったということになります。

○矢野会長 傾聴して、それなりの時間はかかったけれども相手方は分かったと。どういう分かり方かにもよりますね、ここに電話してもしようがないと思ったのか、相手の納得の仕方にもよるとは思いますが。

大事なことの一つは時間の区切り。でも、一律ではなくて内容によっては大分違う。我々、外来診療して、10分ぐらいで終わってしまう人もいるし、1時間ぐらいかける人もいるから、内容によることもあるけれども、これ以上は困るというのがあります。

一応30分という基準だけはできているのだけれども、幾ら込み入っていてもここまではというところは、マニュアルにはなっていないということですか。

○事務局 原則30分以内ということは、ホームページ等にも書かせていただいているので、長くなったりするようであれば、時間は伝えさせていただくことはしています。一律に時間になったから終わりにするというわけではなく、お話を聞く中で必要があれば、聞かせていただくことはしています。

今回の事例のようにお伝えをしても、終わりではなくて、自分が納得するまで付き合

ってほしいという話になってしまい、納得をいただけないというところがあり、終わらせるというのも難しいような状況で、一方的に切るということもできず、最終的には1時間半という時間がかかったということになります。

○矢野会長 Webでご発言の方はございませんか。

○児玉委員 児玉ですけど、よろしいですか。

○矢野会長 お願いします、どうぞ。

○児玉委員 幾つかあって、事例①②③それぞれちょっと恐らく色合いがあるので、一つ一つ共通点があり、また違うところもあるとは思いますが、納得できれば納得していただくまでお話を聞きたいという思いを持って、これ患者の声相談窓口の役割として、まさに注意事項にも書いて、パンフレットにも書いてありますが「ご相談をよくお伺いしたうえで、相談者と医療機関との信頼関係の構築に向けての助言を行います」というのが患者の声相談窓口の目的ですので、だんだん目的を外れてきて、感情の処理のために相談員の方が、率直な言い方をすれば人間の尊厳を傷つけられるような侮辱的な取扱いをされることは少なからずあるようにお聞きをしています。

今般、東京都カスタマー・ハラスメント防止条例が制定をされて、条例をきちんと読んでいただくことで、カスタマー・ハラスメント防止条例が一体何をしようとしているのかということとを共有し、この声窓を開設している東京都の方も、また、この協議会でも、カスタマー・ハラスメント防止条例の理解を共有しておく。さらには、このカスタマー・ハラスメント防止条例の趣旨をもう少しパンフレット、広報等にはっきり盛り込んでいただいたほうがよいと思います。

少し誤解があるのは、カスタマー・ハラスメントという悪いものを処罰しようと言っているのではなくて、カスタマー・ハラスメント防止条例は、カスタマー・ハラスメントの定義はもともと「顧客等から就業者に対し、その業務に関して行われる著しい迷惑行為であって、就業環境を害するものをいう」という言い方をしています。

ご参考までに、東大病院のホームページをご覧くださいますと、働いている人一人一人の自尊心を傷つけるような行為自体も迷惑行為として診療拒否の根拠としてホームページにあらかじめお書きになっています。

患者の声相談窓口の一人一人の相談員に対して、このカスタマー・ハラスメント防止条例は、基本理念第三条に書いているところですが、第1項は「カスタマー・ハラスメントは、顧客等による著しい迷惑行為が就業者の人格又は尊厳を侵害する等就業環境を害し、事業者の事業の継続に影響を及ぼすものであるとの認識の基、社会全体でその防止が図られなければならない」。第2項は「カスタマー・ハラスメントの防止に当たっては、顧客等と就業者とが対等の立場において相互に尊重することを旨としなければならない」。

相談をされる方が、自分は被害者なので相談相手に対して厳しい言葉を使ってもいい、長時間時間を拘束し、自尊心を傷つけるような言葉を投げかけてもいいということでは

もはやなくなっています。特にこのカスハラ条例について注意を要すべきところは、労働法規であることです。就業者が最前線にいるわけで、その人が顧客等と向き合っていて苦しんでいるわけですから、まず、第一に対処の義務を負っているのは、相談者を雇用している東京都です。東京都がこういうカスタマー・ハラスメントを許さないということをはっきりとあらゆる場面で明記をしていかなければならない。そういう社会に変えようというのが、現在のカスタマー・ハラスメントに関する法令の意味ですし、それからよくあることですが、この相談者はいい相談者、この相談者は悪い相談者、あるいは上司に話したりして悪い相談者を排除してほしいとか、そういうことをやられることが現場の相談員にとってエスカレーションをやられることが大変大きなストレスになっているという状況があります。あらかじめ上司がバックアップし、カスタマー・ハラスメントと上司が判断したときには相談を打ち切る。あるいは担当者を入れ替えて対応するにしても、相談者一人一人が精いっぱいやっているその人格の尊厳を害しないように配慮しながら、上司と組織が対応していくというのが、カスタマー・ハラスメント条例全体の趣旨ですので、カスタマー・ハラスメントという課題でお話するときは、一丁目一番地はやっぱり特に東京都の組織ですので、条例をきちんと踏まえたその利用者への表示、それから全体のシステムづくり、それから上司の対応、さらに組織としての対応などルールづくりをしていくことで、この患者の声相談窓口は最も日本で歴史の長い公的な苦情相談窓口ですので、時代の状況に合わせた発展のために、ぜひとも条例の趣旨をしっかりと生かした対応の手順をつくっていただきたいと思います。

以上でございます。

○矢野会長 ありがとうございます。

東京都としてのハラスメント対応というのを、この声窓も東京都の組織だから守るということと、もう一つは、声窓の目的を明確にしないと目的に合わないところに電話してしまった、あるいは指導してもらえないのではないかと認識していたとかという食い違いが出てくる。

赤十字本社には、赤十字病院に指導してほしいという思いでかかってくるのですが、我々はそういう立場なので、調査して、指導しましたとかというやり取りはするのだけれども、声窓にもそういうつもりでかけてくる人がいらしたりすると、そういうことはしてくれないのだということになる。だから、この目的をいかに周知してもらうか、多分、パンフレットも見ていないかもしれないから、電話をかけると自動で、声窓の目的をアナウンスするなど周知するというのは難しいでしょうね。

はい、どうぞ、荒神先生。

○荒神委員 発言機会、ありがとうございます。

今日、時間も限られているので、私の個人の意見については既に文書で提出させていただきましたので、今回質問の趣旨は判断と対応ということで、相談員の方が判断する際に、今回のハラスメント条例はすごく先進的で、東京都が国の範たることをされてい

ると思いますので、これを現場に落とし込む段階で、その具体的な判断基準と対応方針というのを、今回例示でご提案をしているのでご参考にしていただければと思ったのと、もう一つは今、矢野委員長がおっしゃったように、重要事項説明について範型化したものを、各相談者に対して使用可能な形にする。それは電子音声のほうが良いといったような研究の結果も出ていると思いますので、そういったものを活用されるのが良いと思います。

1点、出した意見とは異なる視点の意見として、この問題に対して非常に先進的に取り組んでいるのは、東京都のほかに札幌市がよく知られていて、札幌市の取組の特徴はハラスメント行為を、いわゆる市民に対して掲示をした際に、こういう行為がハラスメントになるんですよという漫画をつけて出したんですね。そうすると、実はやっていた人たちは、自分の行為がまさかハラスメントだとは思っていなかったということが結構出て数が減ったといったような実務的な成果の報告も出ています。患者の声相談窓口の難しさは電話がメインなので、それをどうやって視覚に訴える形にリプレースしていくかという部分はあるのですが、そういう相手がもしかしたら自分が迷惑行為をしているという自覚がないということもあり得るので、その点を踏まえながら対応して、あるところからは区切って、せつかく条例をつくったのでそれがしっかり適用できる形を、職員を守るために活用されたいのではないかなというふうに考えております。

以上です。

○矢野会長 ありがとうございます。

鈴木委員、お願いします。どうぞ。

○鈴木委員 よろしいでしょうか、弁護士の鈴木利廣ですが、この問題は要するに、感情的に、感情が激化した相談者に対してどう対応するかというときに、一つは相談者自体にどう対応するのかという問題と、それから相談担当者をどう守っていくのかというのは、何か分けて検討したほうが良いのではないかと。問題提起も事例①は、相談員が相談者に対してどう対応するのかということが問題になっていると思いますが、事例③については、相談担当者をどうやって守っていくか、相談員をどのように守っていくのか。これはカスタマー・ハラスメントの防止条例の問題だと思います。それで実は4年前の2022年1月に相談担当者に向けた学習会を開いていて、そこで私と児玉先生で患者相談についての問題提起をさせていただきました。

まず、感情的な相談者に対しては、どのように対応するのかということですが、聞くことで怒りが収まるというアンガーマネジメントと言われてはいますが、ということもあるし、対話的なコミュニケーションで感情が冷静になり得るということにもなります。それから患者さん自体がきちんとした患者学を学んでいくということでもって、さらに専門的な知識を全く空っぽのまま対応するというのではなくて、自分も学んでいくんだということが大事だということ、私としては問題提起をさせていただきました。

まずは相談体制が、患者相談窓口は何を目的にしているのかという、先ほど問題提起ありましたけれども、それを前提にしながら、怒りが激化する相談者もいるわけですが、その感情的なものをどうやって収めていくのかというのを一つ検討しながら、収まらない場合にどのように相談担当者を守るために、どのように対応していくのかというような区分が必要かなと思います。

以上です。

○矢野会長 ありがとうございます。

コミュニケーションのやり方の問題も含めて、相手方をどうおさめていくかということと、また後の事例で相談を受ける側を守るにはどうすればいいかというのは、またご発言はいただきたいと思います。

それでは、最後にまとめて全般的に議論する時間も取りますので、一つ一つ進んでいきたいと思います。

それでは、事例②をお願いいたします。

○事務局 それでは事例②をご説明させていただきます。

先ほどの事例と同じように相談窓口への過度な要求と思われる事例ということで挙げさせていただきます。

こちらは60代男性の方で、相談時間は約40分でした。相談内容としては、1か月前に相談をして病院へ電話を入れてもらったけれども、その後どうなったかというものになります。相談が終了した後に記録を確認したのですが、連絡したような記録は確認できませんでした。

この事例の相談者とのやり取りでは、患者の声相談窓口の役割について説明をしたのですが、「病院へ連絡した結果、どうなったのかまで確認するのが常識だろう」、「窓口の落ち度だ。ぼったくり、無駄」、「何のための部署なんだ。役割は何だ」とのことでした。

これは、相談者が患者の声相談窓口が病院を指導して問題を解決してくれるというような、過度な期待を抱くことにおいて、この期待が裏切られてしまったと感じたときに、役割を果たしていない、無駄だといった発言に発展してしまったものと考えられます。

この相談につきましては、最後は相談者のほうが「もういい」というところで、相談者のほうから切電をして終了となっています。

患者の声相談窓口では、継続の相談はしておらず、単回での相談で特に相談員は前回の相談状況を確認できずに相談対応しています。過去の相談状況が確認できなくても、相談窓口の役割を伝えて対応しています。

相談窓口の限界を説明しても納得してもらえない場合、どのように対応していったらいいのか、どのように伝えていったらいいのかということについて、ご検討をお願いいたします。

○矢野会長 ありがとうございます。

納得してもらえないというのは、全体的に共通な課題ですけれども、今回の事例は、現状では単回相談なので、この間相談した件はどうなったと言われても、なかなか対応できないのが現状であると。それは数も多いということもあると思います。病院や日赤の本部のようなところだと、それ程多いわけではないから、連日のようにかけてくる人に継続的な対応ができるのですけれども。声窓は単回だけで終わっているのが現状なのですけれども、それについて何かご意見等ございますか。

宮脇委員のところも単回ですか。

○宮脇委員 こういう相談する方にとっては、とても大事に思っているので、相談内容について記録は残されているわけですね。

○事務局 記録は残しています。

○宮脇委員 そうすると、そのことをもし病院へ連絡したとなると、その返事についてもそのご本人に連絡するかは別として、一応記録に落としているということですね。

○事務局 はい。残しております。

○宮脇委員 だから遡れば、病院へ連絡した記録はなしという、このことがちょっと原因が分からないんですけれども、どういう対応をされているのか。

○事務局 同一人物と思われる方からの相談はあったという事は確認できましたが、相談の中で、病院へ電話を入れるというようなお話があったとか、実際に入れたというようなことはなかったもので、前回のお話でそのようなことにはなっていなかったということは、確認してわかりました。前回の相談で、そのような話にはなっていなかったのですが、相談者様としては、病院に連絡をしてくれるというように理解をされて、その後もご連絡をくださっていたという状況です。こちらの窓口は病院への連絡というのを全くしていないというわけではないのですが、基本的にはご本人様から病院にお伝えをいただくことをご案内しています。病院に連絡をしたとしても、その後の病院の対応は病院のご判断になるので、こちらでそこまでは確認しませんということは、この方に限らず、窓口の役割としてお伝えさせていただいています。窓口での役割や基本のルールをご説明したのですが、そんなはずはないとなってしまいました。

○宮脇委員 やった・やらないとかという話になってしまうと最悪になるので、お話を受け止めながら、私たちも丁寧に対応したいと思っているとか、荒神委員も意見書の中で書かれていますが、東京都と患者さんとの関係だけでなく、病院の相談窓口にも対話推進者が患者さんと病院との関係がスムーズになっていくことをサポートする大事な役割を担うようになりました。患者に寄り添いつつ、コミュニケーションを促すということに、医療現場がどんどん変わってきています。全部行政が請け負って患者と医療機関の間を取り持つという形だけではなく、患者さんが本当に病院といい関係ができるような制度の活用ということも積極的にアドバイスされてはいかがでしょうか。該当する病院と当事者の関係を、より強化していく。それに行政はあくまでも解決する側ではなくて、それをサポートする、アドバイスするという、そういうことで相談員の方もちょっ

と肩の荷が下りるんじゃないかと思いますが、いかがでしょうか。

○矢野会長 言った・言わないの問題がありますが、録音はしているのですか。

○事務局 録音はしていません。

○矢野会長 病院に電話すると、今後のサービス向上のために録音させていただきますというのが自動的に流れてくる。交換が出る前にそうなっているところもある。こちらで幾ら、説明しましたよと言っても、向こうが理解しなかったり、こちらの説明が悪いということも、もちろんありますから。そういうことを評価したりするのに、膨大な量になってしまうのですけれども、録音をある一定期間は取っておくとか。声窓の役割を反省する意味でも重要かもしれません。ただ、膨大な数なのでどこまでできるか。録音してもそれをもう一回聞くにはまた同じ時間必要だから、何か問題のあったものだけを聞き直すということになるのかもしれませんが。

では、この事例も声窓に何を期待するかということと、リンクしていますね。病院に指導してもらえなかったのにしてもらえなかったかということですから、これも目的を相談者が理解していないということにも通じているような感じもいたします。

ほかに何か、この事例②について、単回相談という切り口でご意見ございますか。

どうぞ、児玉先生。

○児玉委員 児玉です。これもこの患者の声相談窓口ないし医療法に規定する、医療安全支援センターの機能について、前提は法令が出発点ですので、東京都の公的機関として、医療法6条の13第1項1号を見ていただくと、医療安全支援センターの役割として、「患者またはその家族からの当該都道府県等の区域内に所在する病院等における医療に関する苦情に対応し、または相談に応ずるとともに、当該患者もしくはその家族、または当該病院等の管理者（つまり院長）に対し、必要に応じ助言を行う」という権限を、医療安全支援センターは持っています。

やや問題を難しくするのは、患者の声相談窓口の相談に出ておられる方、あるいはそれを管理する立場の方が、昨今では医療監視の役割を併任しておられるので、先ほどもこの会で、医療監視に関連する数値が報告されているところです。

必要に応じ助言を行うことというのは、医療安全支援センターの役割として法定されているところですのでやるのか・やらないのか、相談を聞いただけでは、その場で答えられないことも多々あると思いますが、私は実際に随分以前のことで、患者の声相談窓口から院長に対してお話をしたいということで、私が顧問弁護士である病院でしたので、私のほうで担当者の方、単なる相談員の方ではなく所管課の方とお話をして、どういう対応をするのか、どういう事実関係なのかというようなこととお話したことがありました。

何度か医療安全支援センターの研修等でもお話をしているんですが、医療安全支援センターが次第に、病院の苦情相談窓口と同じような発想で運営されるようになっていって、やや違う面があるということをごきちんと理解をさせていただく必要があるんじゃないかな

いかと思います。寄り添うとか、メディエーションとかそういうものとは違います。そうではなく、患者に対しても指導ができ、また、医療機関に対しても指導ができる。そういうその法的な権限を認められているのが医療安全支援センターですので、権限行使の有無というのは、現場の相談の対応というような、病院の苦情相談と同じように扱ってはいけない部分があります。その辺りにめり張りをつけた形で、病院に連絡するということも別にかつてはよくやられていました。よく病院に連絡して事情を聴いて、整理をして、それをまた戻すというようなこと。これは板挟みになって大変手間のかかることでご苦労とは思いますが、事例によって深刻重大な被害などが懸念されるときには、そういう形で実際に助言指導を行われていた事例もありましたし、事実に関する情報収集の権限もまた、医療安全支援センターは公的機関としてお持ちです。

それを踏まえて、現在の運用が医療法6条の13のもともとの法定の基準から見て、やや病院苦情相談窓口に類似してきてはしないか。指導助言はどういうときにやり、どういうときにやらないのかというところを、もう少し詰めて、相談員の間できちんと共有ルール化しておく必要があるのではないかと思います。

ルールが曖昧になってはいけない。これは行政ですので、曖昧になっていけないところが曖昧になってしまった点がありあつたら、そうならないような手続や手順を、医療法に基づいての組織ですので、適切に対応していただきたいように思います。

以上です。

○矢野会長 ありがとうございます。

役割について、もう一回振り返ることも必要ではないかということで、これは今日の議論だけでは終わらないので、持ち帰って整理していただいて、ここでまた検討する必要があるのかもしれない。

考えてみたら、私自身も保健所から指導を受けたことがあります。施設にいるときにご指導、ご助言を受けたことがあって、「どうもすみません」と謝罪したこともありますので、声窓にはそういう役割もある。でも、その役割を果たすには、それなりの能力を持った人が必要ということもあるので、いろいろな大きな問題はあると思いますが、今後の課題として重要と思いました。

ほかにご意見ございますか。

○荒神委員 今のご意見にはもうそのまま賛成なんですけれども、一つは管理者と言っている点に関して、病院の側のお話をすると、医療対話推進者の業務指針が令和8年1月に更新をされていまして、その中で以前はなかった医療対話推進者に管理者が権限を委譲するという文言が明確に入りましたので、管理者直接だけじゃなくて、医療対話推進者にご連絡いただくことで、管理者に権限委譲されているものという位置づけに変わっていると思います。

それと児玉先生がおっしゃってくださっている重大危険なものについての対応というのは、恐らくされていて、確かにご指摘のとおり、どこをフィードバックするかという

点については不明確な部分もあると思うので、整理のいい機会ではないかと思うのですが、一方で非常にリソースが限られている状況の中で、恐らく今受けている相談件数もいっぱいいっぱいの状況で受けておられる状況だと思います。

先ほど期待値のコントロールというお話がありましたが、多くの相談者の方は、やっぱり病院に伝えてほしいという思いをお持ちだというように、様々なそのデータから拝見しておりますけど、そのうち伝えられたものに関して、伝えたといったような情報提供するのかというのが、単回相談の問題になっていて、相談の受け付け方、特に児玉先生がおっしゃった法律に基づいた対応をするときに、単回相談の扱いというのが、今後の一つの議論のポイントではないかなと思いました。

以上です。

○矢野会長 ありがとうございます。

それでは、またご意見があれば、後からご発言いただきたいと思いますが、次の事例に移りたいと思います。

事例③について、ご説明をお願いいたします。

○事務局 事例③を説明させていただきます。

こちらは、相談員の対応に意見をする事例ということで挙げさせていただいています。相談者は50代の男性の方で、本人より精神神経科の受診歴についての発言もあった方になります。相談時間は約60分でした。

相談内容は、病院の書類の手続の不備についての苦情を述べられており、その中で、病院への出入りを禁止されているというような発言も聞かれました。最初は病院とのやり取りについての話をしていましたが、途中から相談員の対応ですとか、窓口の相談体制についての意見を述べるようになりました。窓口に対する意見への対応について、相談員が対応を検討するために保留を伝えると「保留ではなくて確認をして折り返しをするのが普通」「折り返しの電話をしないことをホームページに書かれていないことであれば完全に断ることはできない」というような発言もありました。

最終的には保留の了解を得て、相談窓口の対応を確認して回答すると「上司に確認できたから今後あなたもうそを言わなくてよくなった」などというような発言もありました。また、どんどん声が大きくなっていくので、声が大きいことを伝えると、「大きいとは何デシベルか。感想で言うな」などと、相談員の対応や相談体制についての意見ばかりになっていきました。

これは本来の相談目的を逸脱して、相談員の言葉尻を捉えて追及すること自体を目的とした精神的な攻撃になっているように思われました。このような事例で相談員が対応に苦慮するような相談から守るためには、どのようにしたらいいのか。相談員が相談対応をどうするかだけではなくて、組織としてやるべきことについても、ご検討をお願いできたらと思っています。

○矢野会長 ありがとうございます。

守るとするのはなかなか難しいことで、その人のメンタル的なこともあるだろうし、相手方の攻撃性にもよるだろうし、物事を俯瞰的に見られる人かどうかによってもいろいろだと思うのですけれども。時折、個人攻撃になってしまうということがあると、それなりのダメージを受けるということですよ、この相談員がね。そういった視点から、ご発言いただけますか。

体制的なこともあるし、相談者を選ぶ、選ぶのは難しいけれども、病院だったらそれに適した相談員を選ぶ。きっと声窓を担当している人は、それなりの経験値があって、そういうこともよく分かっている。それでもダメージを受けてしまうということなのでしょうか。

ご意見ございますか。

はい、どうぞ、鈴木委員、お願いします。

○鈴木委員 鈴木ですけれども、今日だか昨日だか、テレビで見たんですけれども、こういうカスハラな対策として、向こうが言ってくる言い方がすごく感情的で、電話を受ける側がすごく心が傷つくというのを防ぐために、向こう側が言っていることをAIを通じて、すごく柔らかく、言葉にするというようなことが、何か今、開発されているみたいなんです。

中身自体の、その一言一言の中身は変わらないのですけれども、言い方がすごく柔らかくなると。それだけでも、いや、いい方で声が大きいとか、すごく感情をむき出しになっている言い方になっている辺りは、そういうAIを使って、その相談者の声を相談担当者が受けるというようなことも一つの方法かなというふうに思います。

もちろん、それで中身について、物すごくぶっきらぼうなことを言っていることに対する対策にはならないわけですけれども、少なくとも言い方に対して心を傷つけるようなことについては回避できるということになるんじゃないでしょうか。

○矢野会長 ありがとうございます。

いろいろ進歩して、仮想の相談者にしてみたりということは、今後あり得るのかもしれませんが。そういった技術の進歩があるというご紹介でした。

ほかにご意見ございますか。

はい、宮脇委員。

○宮脇委員 相談時間なんですけど、私がふだん相談対応で、これはと思うときは、もう軽く1時間超えてしまいます。なぜかと言うと、苦情に至るまでになった背景とか、それからご自身がどういうふうな疾患だったのか、家族関係とか、いろいろなことを聞かないと、ご本人が言っているその本当の思いとか経過がなかなかつかめません。だから、すぐ時間たってしまう。相談時間が60分で終わっているというのは、深刻な相談者の場合、思いを伝えきれずかえって相談窓口と対立してしまう危惧を感じます。

東京都の相談窓口の全体は非常に短時間で済んでいるという報告ですが、本当に大変な相談は少なく、むしろ簡単な問合せとかが主なのではないでしょうか。深刻な相談は、苦痛で

ご本人がかなり傷ついたり、警察に行ったり、メディアに行ったりしても全然相手にされなくて、東京都に救ってほしいと相談に来た場合は、その経過や背景を丁寧に聞かないと、なかなか一緒に考えるまでにいかないですね。

だから、話したかったことを受け止めたと相手に伝わることに努める。早く処理しようとか、こんなに時間がかかっているなどの気持ちが背景にあったりすると、相談員もかなり苦しくなるのではないのでしょうか。そこらあたりを、ちょっと改善する余地ってあるかなと思います。最終的にお互いに傷つかなくて済むように着地にしていくにはどうすればいいか、先ほどいろいろ研修とかそういう専門のところでいろいろなケースを学びながらやっていく方法というのはあると思います。自分や自分の家族の立場に置き替えたとき、激高する場合があったら、丁寧に話を聞こうとするじゃないですか。それが普通だと思うし、何か特別なことでもないのに、何らかの工夫をして、お互いに感情的になるやり取りはやらなくて済むような方法を、編み出せるんじゃないのでしょうか。

途中で話を打ち切ったりとかそういうのは最悪だなと思います。東京都に対する都民の信頼を大事にしていくために、改善していく点がいろいろあるんじゃないのでしょうか。以上です。

○矢野会長 1時間ぐらい普通だとのこと。業務内容にもよるのでしょうし、どのぐらい待っているかにもよるのでしょう。我々も外来をやっている、たくさん待っている場合とそうでない場合もあるので、どのくらいお待ちですという表示があるのですか、東京都、声窓には何人ぐらい待っているかわかりますか。

○事務局 相談者が待っている状況はわかりません。

○矢野会長 今、2人でやっているんですけど。

○事務局 4回線です。

○矢野会長 でも受話器を置いたら次がすぐかかってくるのですか。休む間もなく。

たくさん処理しなければいけない場合と、4人でやっておられるのであれば、1人長引いた人がいても、ほかの3人でやりくりは可能だと思いますが。

はい、どうぞ。

○児玉委員 よろしいですか。

精神保健関連の病院とのトラブルといいますか、病院への不満、苦情ですが、医療安全支援センターを医療法に基づいて整備するときの、言わば法制度としての典型論点で、いわゆる精神保健法に基づく相談指導窓口とどういうふうにすみ分けるかというのが、日本中で課題になっているところです。

私が知っているところで、市ぐらいのレベルですと人数が少ないんで、本当に隣の島で精神保健の苦情相談を受けていたり、指導をやっていたりするところもあって、私が直接にお話を詳しく伺っているときに、精神保健のほうで早く引き受けたほうがいいかな、どうかと、医療安全支援センターの相談だけで支え切れるかなということも精神保健の担当者の方が見ている、これはちょっとうちじゃないと無理だなということ

で引き受けるというようなやり方をしているという自治体もありました。

これもご参考までにといいか、ご存じの上でと思えますけれども、この協議会の方に共有するためにあえて申し上げますが、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、いわゆる精神保健法で、38条には、精神病院その他の医療施設でその一般相談支援事業を行う者と連携を図りながら、患者さんに対する必要な援助を行い及び家族等その他関係者との連絡調整を行うように努めなければならない。38条所定の現場での相談支援です。これと別のものが、都道府県保健所設置市特別区の精神保健法47条の相談支援というのがありまして、指定した医師をして、精神保健及び精神障害者の福祉に関し精神障害者及びその家族とその他の関係者からの相談に応じさせ、及びこれらの者に対する必要な情報の提供、助言、その他の援助を行わせなければならないというのが、これ47条1項ですが、さらに、この精神保健法に基づく相談援助は同様の役割について、市町村の情報の提供、助言、援助、これ重層的においておりまして、ちょうど虐待防止法の市町村と都道府県の連携と同じような制度が精神保健法47条には定められています。

声窓も、全体として何でも受け何でも寄り添う、要は本当に病院の相談窓口の運営と違う部分、行政としての部分は根拠条文も違うところですので、寄り添って悩んでいるという状態よりは、これをどの段階で精神保健法47条ないし市町村の47条3項4項の権限などとの、実際に機能しているところですよ。聞いたところでは、精神病院の閉鎖病棟も外部への電話をかけられるようにしていないといけなくて、閉鎖病棟の電話の前に、医療安全支援センターの電話番号と、それからこの精神保健の相談窓口の電話番号と両方書いてあるというような精神病院の状況も、直接に見聞したことがあります。

元に戻りますが、法制度の立てつけの異なる医療法6条の13に基づく相談支援と、それから指導権限を持つ相談支援ですね、それと精神保健法47条の相談及び援助、これは精神科の医師が関与することになっていますので、この精神保健に関わる者との組織的連携を、もう少し明示的なルールがあれば、今この場でご説明いただいてもいいのですが、少し長い時間がたつにつれて、相互理解と信頼関係の醸成、それから寄り添いというようなエモーショナルな部分がどんどん強調されてくるあまり、本来は法制度としては、別のしっかりした立てつけの法制度がある、精神保健へのバトン渡しがやや遅れたかというような懸念も持っていますので、内部のマニュアルシステム等、きちんと見ていただくことが必要かもしれないと思いました。

以上です。

○矢野会長 ありがとうございます。

この点について、事務局で何か答えられることはありますか。

○事務局 患者の声相談窓口で受けている相談で、精神相談の窓口をご案内するということはありますが、具体的に先方に連絡をしてつなぐということまではやっていないです。相談者の方に、窓口として精神保健福祉法47条の支援をやっているところをご案内す

るということは行っています。

○矢野会長 ありがとうございます。

精神科のほうでと言われると、逆に拒否される方もおられるのではないのでしょうか。上手にやらないといけないし、そういうことを意識せずにそういった専門の人が対応するという流れもあってもよいのかもしれないと思います。

ほかにご意見ございますか。

吉田委員、何か言い足りないことありますか。

○吉田委員 吉田です。

現場の、実際に働かされている担当者の方のことをちょっとずっとイメージしながらお話を伺っておりました。

初めの頃からお話しされているように、都民の方へのインフォメーション、そちらのほうは、まだまだ充足させる必要があるとは感じましたし、単回相談であるということのご案内というの、その場でお話を終わりにするときに、お伝えしなければならないのかなと思いました。

もし、教えていただけるのであれば、実際にこの声窓業務をやっている担当者の方が、今4回線稼働されていて、先ほどのお話だと、着信があったときに応受するというのは、ある程度選ぶというか、タイミングを計ることができるような形で業務をされていると認識したのですけれども、例えば90分であるとか60分であるとか、特に相談員の方の傷つくような言葉をたくさん言われた後に、そういうことが重なった後に、また応受の着信を見たときに、少し戸惑われるんではないかなというふうに思ったりしました。

そうなる、電話をしている最中は全力で傾聴するという形で集中されるとは思いますが、電話が終わった後なり業務のある程度まとまった最後の時間なり、事例を共有したり、あとは個人の相談員の方の精神的な回復に向けての何か体制であったり支援であったり、あとは研修であったり相談会であったり、そういった担当者の方に何かやっていらっしゃる工夫とかというのがおありなのかなと感じました。

もちろん、全部が全部、こういった事例ではないのだろうなと思うのですけれども、これが1人の方に何回も重なってくると、少し相談員の方の気持ちの疲弊感というのは、イメージすると、おつらいのではないかなと。もちろん相談いただく都民の方が一番つらいのは重々承知ですが、お受けする方のほうも、よりいい状態で電話対応できるというと思って、そういう体制があれば教えていただきたいと思いました。ありがとうございます。

○矢野会長 事務局から何か。

○事務局 ありがとうございます。今おっしゃっていただいたように、相談員が受けていて大変だと思った相談がありましたら、中で共有する体制を取っています。

相談員がつらい思いをして抱え込まないような相談体制を取っていることと、勤務の

状況で皆さんにというところは難しい部分もあるのですが、オンデマンドでの研修等も増えてきていますので、研修の機会があれば周知をして、受講していただいています。相談対応の仕方を工夫していただくことで、負担が少なくなるような相談対応ができるように研修を活用していただいています。

○吉田委員 ありがとうございます。

○矢野会長 ほかにございますか。

病院や日赤本社もそうですが、連日電話がかかってくる人がいるような場合は、チームで対応しようといっています。瞬間的に大きな攻撃が来るものに対しては、逆にもうそれで終わりだからということで引きずらないことが多いようにも思ったりもしますが。そのときの攻撃がひどかったりした場合に、どうすればいいか、その辺、何か妙案はございますか。一晩か二晩寝て忘れるしかないというようなこと以外に何か。

心のケアというのがあるのですが、心のケアお断りという人もいます。あまり心に踏み込んでほしくないとか。だから、そのケアの仕方もすごく大事で、心のケアよりもそういう環境から離す以外になかったりするのかもしれないとも思ったりもします。

ただ、本当に瞬間的だと予防もできないし、急に起きることなので、予測もつかないから、鈴木委員のお話ではないけれども、AIさんに少し聞いてもらってからという話になるのでしょうか。

宮脇委員。

○宮脇委員 これ、相談業務だけじゃなくて医療現場でも患者さんといろいろあるので、そこで個々の職員が傷つけないためには、チームでちゃんとケアし合うことが肝心です。大変なことを、そうだよねと、パッと、ほかのメンバーが分かっているだけで、もう大変さを引きずらなくて済むので、相談員の方々も情報交換をやりながら、決して1人で抱え込まないこと、1人にさせず、チームとして問題に対処する。そして、他の方の相談のいろんなケースも学びながら、成長していく、それで少しずつよりよい対応になっていくんじゃないかなと思います。そういうふうなチーム運営を期待します。

○矢野会長 ありがとうございます。

チームというのは、それが4人なのかもっと幅広いメンバーなのか。私の経験でも2時間近く対応して、「頭にきたー」と叫んで、はい、次の仕事と切り替えるという人もいます。そういう発散の仕方も個人によって違うだろうし、そこを面接とかされてしまうと、かえってまた深刻になってしまう。なかなか難しいですね。

何かご意見ございますか。この話題は切りがなく、幾ら時間があっても話し切れないとは思いますが、ぜひとも、今回持ち帰っていただいたことを、次の機会にでもお教えいただくといいのかと思いますし。

○宮脇委員 ただ、この相談活動でされめに困難な事態に直面する危惧もあります。

我々もいろいろ相談活動をやっていますが、我々のボランティア支援が足りないからと裁判を提訴してくるとか。相談に来る方が追い詰められているということでは

ないのだけれども、追い詰めさせるようにしない。どこかで受け止めていくということで、次のハレーションを生まないことがすごく大事だし、さらに職員をどうしても守っていかなくちゃいけないので、そここのところは相談するときの心構えとして、個人的な恨みに転嫁させないよう留意することも徹底する。

管理する側はちゃんと職員をサポートしていく必要があると思います。

○矢野会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○松本委員 東京都薬剤師会、松本です。

現場での話というところで、例えば事例②とかは、現場では「東京都に訴えてやるからな」みたいなことを言っていく方とかもいらっしゃるのですね。その内容に対して、東京都からそういう報告があったりとかもするのですが、現場としては「シュン」となってしまいます。東京都側とのタッグというのも一つ、情報共有というのも必要なのかなというふうに、今、宮脇委員のお話を聞いていて思いました。

もう一点は、事例③のところでは、現場を預かる身としても、上司を呼べと、上司が出てくるのですけれども、そのときに、どうにもならないなという方も、対応できないなという方もいらっしゃるんですが、中にはちょっと視点変えて、心を開いて話してくれる方というのもいらっしゃるって解決に向かうこともあるので、この上司の出るタイミングというのがあるか分からないんですが、そういうのも一つの考え方なのかなというふうに思いました。

以上です。

○矢野会長 重村委員、別の視点で何かございますか。

○重村委員 いろいろと実際に相談をお受けになっている方の苦勞がひしひしと感ずることばかりだなと思っているんですけども。ちょっとリーフレットとか情報では、患者の声相談窓口はこういうことをしていますとお伝えしているつもりになっていても、実際に相談に来た方が本当にそこを踏まえて来ているかという、そうではないということも思っていないと、もう知っている、こちらは自分もその立場なので、知っているんだろうと思っただけで対応しているとすごくずれるというか、そういうこともあると思うんですよね。

だから、ご存じだろうけれども、こちらはこういうことはできる。だけれども、こういうことは私たちにはできませんということは、曖昧じゃなくて、ここまではできる。だからお聞きすることまではできるけれども、その先に、患者本人がやることであってという、きちんと相談に来ている方もごちゃごちゃで、その辺が分かるように伝えていかないと、分からないまま向こうの期待値で、向こうがこうしてくれると思っているのと、こちらはこういう立場で受けているのですということもずれていっちゃっていると、せつかく時間を割いても何かお互いに何だかじっくりしないで疲れるだけみたいなことになるなというのは感じました。

私たちのほうは、相談時間40分で面談なんですけれども、最初にそれは全部アナウンスで、例えばホームページとか出ていますけれども、一番最初に、時間は40分ですというお話しして。だからもうまず来た方たちは、それ以降は次に相談したい人たちの時間を取ってしまうことになるわけですから、まず、そこは40分と、まず思ってもらえるのと、経過を聞かないと、何に対して苦情なのかが分かりませんから、私たちの場合は前もって経過とか書いたのをいただいて、それでもなおかつ、最初の15分ぐらいは経過をお話してくださいとしているんですね。

それで、どこが問題で、どういうふうにしたいのかと。それをするにはどうしたらいいのかと、割とそういう筋道を立てていくと整理ができてきて、それでもなおかつ理不尽なときは、それはちょっと無理、私たちには無理ですとか、それははっきり、私たちはここまではできますけれども、その先はご自分でやってくださいとか、先生と話してくださいというふうにしています。

○矢野会長 ありがとうございます。

最初、文書でいただいているということで、その背後要因や背景がよく分かった上で対応するのと、そうではなくて急に表面的なことを言われて表面的な対応になっても、解決しないということもあるし、指導、助言する立場にあるとしても、これは指導すべきことなのか判断しなければいけないわけだから、短時間でその相談者がそういうことができるのか、できる能力があるのか。そういうことも含めて、今日は解決策というよりも、いろいろ問題点があるということが共有できたのではないかと思います。

声窓の役割、それは利用者、相談する人にも理解してもらいたいものだけれども、逆に東京都としても声窓のあるべき姿は、今の状況でいいのか、あるいはもう少し違う視点で考えたほうがいいのか、児玉先生からもご意が見ありましたし、それに立ち戻って考える。でも、そうだとっても実際に動くためにはどうすればいいのがということもあると思いますから持ち帰っていただいて、関係者の間で検討していただいて、またここでご披露いただくといいのかと思います。

全体を通して、何かございますか。よろしいですか。

Webの方には、ご指名できなかつたりしたので、もしご意見等ございましたら、荒神委員のように文書にして、何らかのアドバイスをいただくと、事務局も大変参考になると思いますので、それも宿題ということで、ぜひお願いしたいと思います。

○児玉委員 行政という四角四面であった組織の中に、特に医療に関しては2000年から医療法施行規則改正、医療法改正、2006年の医療法改正辺りまでで、人間らしい顔をした医療機関、人間らしい顔をした医療行政を目指した部分があったので、多くの方の努力と苦勞で、この医療安全支援センターを支えられてきていると思います。

ただ、私、三つのことをいつも思うのですが、やっぱり行政である以上は法令の枠、準拠法令や規制している法令の枠組みをきちんと決めていただくこと。それから寄り添い相互理解を図るときに、それをいつやめるか。ストップの声をかける上司のその決定

を、チームとしてきちんと整備をしておくこと。それから三つ目は、相談者が前線にどんどん出ていって精神的に傷つく前に、みんなで支え合い、それからうまくいった事例を共有してお互いをたたえ合い、それからうまくいかなかった事例について、反省するだけじゃなくて、仕方がなかった、これは無理だということを共有して愚痴が言えるカジュアルな関係を持っていることが重要です。自分自身の枠を決め、どこまで行くか、どこで撤収するかということ、私自身、弁護士という仕事をやる中で常に意識をしていますし、それから今、私が一緒に仕事をしてきている仲間が、「先生、よく頑張っているね」とか「先生、今回はすごかったね」とか「先生、こんなの先生がやらないのだからしょうがないよ」なんて周りが言うことで、辛うじて仕事が続けられているので、ぜひそうやって、やっておられると思いますが、私も医療安全支援センター、心から応援していますので、ぜひその支え合いの輪の中に入れておいていただきたいなと思います。

以上です。

○矢野会長 ありがとうございます。

議事はこれで終了いたします。今、児玉先生にご発言いただきましたが、私も含めて長期にわたって委員を務めている方を、少しずつチェンジしていこうということでありまして、今日が最後になる委員の方に、一言ずつお願いしたいと思います。

児玉委員、続けて最後のご挨拶をお願いいたします。

○児玉委員 もう20年にもなってしまいました、児玉でございます。東京都は2001年から全国に先駆けて声窓を設置されていて、2004年には多摩5地域5保健所でも、医療患者さんと医療機関の間に立って相互理解を促進してこられました。医療法改正、先ほど申し上げたとおり、2006年の医療法改正でこの医療安全支援センターという形で、両方の話を聞き、両方の指導をするという役割が法定をされて、当時、1990年代終わり頃からその医療安全支援センター設置の頃までが、ちょうど民事医療訴訟や、あるいは医療医事紛争の刑事事件化などのピークに差しかかるという時代でした。民事は2004年、刑事は2005年がピークでした。

私自身は東京大学医療安全管理学の特任教授として、厚生労働省の医療安全支援センター総合支援事業を受託しておりまして、全国の医療安全支援センターが次々に立ち上げられ、本当にバリエーションあるんですね。東京都はある意味、東の横綱でしたけれども、それぞれの地域の特性や医師会、歯科医師会、あるいは医療関係団体等の連携の、それぞれの地域の特性を生かしながら発展していく様子を、多年にわたって毎年の厚生労働科学研究で報告をさせていただく中で、東京都の医療安全推進協議会の委員も20年前から務めさせていただいておりました。

医療安全支援センターの性格が随分変わってきているなということを如実に感じるのは厚労省の所管部署の変化です。当初、医療安全支援センターは、医政局の筆頭課である医政局総務課の医療安全推進室が所管でしたが、この10年ほどは医療安全推進と、

それから医務指導室が兼任になりましたし、またさらに改組があって、現在は総務課の下にある医療安全推進室ではなくて、地域医療計画課に移管になった医療安全推進医務指導室というものが、医療安全支援センターを所管するようになっています。

本当に20年、大きな変化がありました。医療事故や医事紛争、民事、刑事の紛争や訴訟が中心だった時代から、今はもう地域医療構想と医療現場の退院調整の大きなご苦労、それから医療機関の経営赤字と働き方改革。さらに医療施設内で労働事件の頻発する時代になり、私自身は相変わらず新しい課題の最前線でまだ頑張っております。

医療安全支援センターは最も長く、立ち上げと構想から携わった仕事でしたので大変思いが残りますし、東京都の保健医療局ともいろいろな形でお付き合いがあります。何かありましたら、どうぞ遠慮なくいつでも相談をしてください。また、新しく委員になれる方々もぜひともどのような歴史と、どのような根拠法令を持って、それからどのような深い医療側、患者側、そして行政側の思いを持ってこの組織が支えられてきたかということ、ぜひ継承していただいて、さらに発展させていただくことを心から祈っております。

20年間、本当にありがとうございました。

○矢野会長 ありがとうございました。

○矢野会長 続きまして、重村委員、お願いします。患者の権利やオンブズマン東京で大山委員の後を受けて、この委員を務めていただきました。

一言お願いいたします。

○重村委員 大山さんは医療政策研究者でいらしたので、いろいろ医療の歴史であるとか詳しい方でして、私は本当に相談員としてなので、ここの委員で皆さんの役に立つのかすごく心もとないような気もしていたのですが、おかげさまで10年目になって、何かすごく感慨深いものがあります。

それで本当に、医療安全推進協議会というのは、東京都が医療安全に関して、本当にいろいろな取組もなさっていらっしゃるし、患者の声相談窓口の担当の方々、皆様、本当に真摯な対応をなさっているし、分析もものすごくいろいろ立ち会われていることに関しての報告とか聞かせていただきまして、都民は守られていると、私は感じております。ますます発展していただけたらと思っています。

長い間ありがとうございました。

○矢野会長 ありがとうございました。

○矢野会長 続きまして、鈴木委員、お願いいたします。鈴木委員も本協議会立ち上げのときから委員を務められております。

一言お願いいたします。

○鈴木委員 日本における患者安全の歴史があると思うんですけども、特に制度的に医療対策が行われ始めたのは2001年4月に、先ほど児玉先生からもご紹介のあった医療安全推進室ができてから以降、この25年だと思います。

しかし、その前史には、1999年に二つの出来事がありました。一つは1999年1月から、毎週のように大病院のケアレスミスで患者さんが亡くなるという報道が続くことになりました。そして、その99年の秋には、アメリカの医学研究所IOMが、「人は何でも間違える」という報告書を出すことになりました。この99年の二つの出来事が、2001年4月の厚労省の医療安全推進室の設置につながったのではないかと考えています。

その後、内科学会のモデル事業から医療事故調査制度、そして都道府県医療安全推進協議会、そして産科医療補償制度、こういうようなものができて、それがこの25年たってこの5年間ぐらい、見直しの時期に来ていると思います。医療機能評価機構は、産科医療補償制度についての見直しを5年前に報告書を作りましたし、去年は厚労省の医療事故調査制度の報告書ができていますし、一昨年は医療安全調査機構の報告書が出ています。医療安全は、まだまだ確立されているわけではないと思っています。

私はちょうどこの4月で弁護士50年になりますけれども、新人弁護士の時代から医療事故対策や患者の権利運動をずっと行ってきました。実は私が弁護士になった3年近く後に、医療問題弁護団が、医師の人たちの協力を得ながら「医療に巣くう病根」という集会を行って、その翌年の1999年に報告書を出しています。「医療に巣くう病根」という130ページぐらいの小冊子が出版されているわけですがけれども、ここでは医療事故の原因が四つあるということ、当時の医師の方々と我々弁護団のメンバーが集会を開いてまとめることになりました。

医療事故の四つの原因というのは、一つは医療者と患者の人間関係が、これパターンリズムになっているということ。ここから患者の権利運動が始まるわけです。二つ目には保険診療に医療事故対策が何の配慮もされていないということでした。そして三つ目には医師の教育制度がきちんとできていないということでした。そして四つ目には医療者の診療環境労働条件が悪過ぎるところが、医療事故の四つの要因「医療に巣くう病根」と私たちは定義をしました。

医師の働き方改革が、近年、行われていますけれども、既に45年ほど前から、我々は医師の労働条件などが医療事故の要因になっているということも、問題提起をしています。45年前に挙げたこの四つの要因は、どれ一つとしてきちんと確立しているわけでは、是正されているわけではないだろうと思いますので、今まだ患者安全は、過渡期だろうと思いますので、私も東京都医療安全推進協議会に今後とも注目をさせていただきたいと思います。

20年間ありがとうございました。

○矢野会長 ありがとうございました。

○矢野会長 それでは最後になりますが、宮脇委員、お願いいたします。原告の会の会長としてもご活躍いただきました。よろしくお願いいたします。

○宮脇委員 私は自分の娘が医療事故で亡くなって43年になります。それから医療安全、

医療に関わるようになって、現在は、重大な医療事故に遭った方々の相談活動を主にやっています。さらに事故の教訓が再発防止にどうしたら結びつくか、いろんな関係者の方々と協働して推進する取組を行っています。

東京都の医療安全推進委員会の委員として12年活動させていただき、東京都がこういう大事な役割を果たしているのだというのを、大変申し訳ないですけども、委員になって初めていろいろ知り、驚きが多かったですね。担当されている職員の方が、都民の不安や健康を守るために、医療機関と患者の信頼関係の確立のために、大変な努力されていることがすごく分かりました。私たちも、患者さんだから医療事故について日々相談を受けている視点から、気づいたことをここで話させていただきました。その中で都立病院の医療事故で、先ほど矢野委員長からお話にあった当事者の方が都立病院で講演するというのも、医療安全担当部署の職員の方のご尽力で実現しました。また、広く都民に医療安全の大事さが分かるような形の、ライトアップも徐々に広がって取り組まれてきているということは、私たちとしてもすごく励まされてきました。

気づいた点は、これだけの奮闘されていることが、実は都民の方に、ほとんど知られていない。私も委員になるまで、ほとんどこの活動を知りませんでした。もったいないと思うので、そのところをホームページの充実であるとか、それから公開講座をやるとか、都民に積極的にアピールする形でやっていただいて、より安心して医療機関にかかれるし、医療機関で働いている方々は、より患者の方々とコミュニケーションが取れるように、東京都の頑張りがもっと見えるように、努力していただければなと願っています。

私たちも引き続き、医療事故被害者の支援活動を通じて、気づいた点を東京都のほうへお届けしたいと思っています。大変どうもありがとうございました。

○矢野会長 ありがとうございました。

○矢野会長 4人の委員の方も、委員としての立場を離れても、この協議会を後ろから支えていただければと思います。

それでは本日のこの協議会の議事はこれで終了いたします。

事務局、お願いいたします。

○白井課長 本日は長時間にわたりまして、活発なご議論、誠にありがとうございました。本日いただきました貴重なご意見、ご助言を踏まえまして、今後も東京都医療安全支援センターの充実を図ってまいりたいと思いますのでよろしくお願いいたします。

また、長期にわたり委員をお務めいただきました児玉委員、重村委員、鈴木委員、宮脇委員におかれましては、本協議会の運営に多大なご協力賜り、誠にありがとうございました。

これまでのご尽力に深く感謝申し上げますとともに、先ほど委員長からもございましたように、今後とも引き続き、様々な形で東京都の保健医療行政へのご指導、ご鞭撻を賜りますよう、どうぞよろしくお願いいたします。

本日はこれで閉会いたします。

誠にありがとうございました。

(午後 7時02分 閉会)