

令和 6年 8月 5日

神戸市長 宛

開設者名 医療法人徳洲会

理事長 東上 震

病院名 医療法人徳洲会 神戸徳洲会

病院所在地 神戸市垂水区上高丸1丁目3番10号

病院管理者名 院長 尾野 亘



「改善計画に関する追加指導書」に対する改善計画書の追補について

医療法人徳洲会 神戸徳洲会病院 医療安全に関する組織的要因分析と再発防止策を提出致

します。

医療法人徳洲会 神戸徳洲会病院 医療安全に関する組織的要因分析と再発防止策

はじめに

医療法人徳洲会 神戸徳洲会病院は、2023年7月、当院循環器内科カテーテル治療・検査において、複数件の死亡事案が発生したとの内部職員からの外部通報を受け、神戸市保健所による立ち入り調査が入り、その後大きく報道されることとなりました。2023年8月には神戸市より医療安全上の問題を指摘する「行政指導」を受けましたが、その後も循環器内科カテーテル以外で同様の事象が複数発生し、それらについて適切に対応ができていなかったことから、2024年2月には医療法人徳洲会に対して「改善措置命令」が出されました。このような事態は、当院がこれまで「患者安全」を十分に重視して病院運営を行ってこなかった結果であり、深く反省しております。

私たちは、このような事態を招いた責任を痛感し、患者様とご家族様、そして地域社会の皆様にも多大なご迷惑とご心配をおかけしたことを心より深くお詫び申し上げます。

このような事態を招いた原因を真摯に反省し、調査と分析を行い、根本原因を究明するとともに、再発防止に向けた抜本的な対策を講じていく所存です。本報告書は、医療事故調制度における報告書等に基づき組織的な要因を分析し、再発防止に向けた具体的な対策をまとめたものであり、医療安全に対する当院の決意表明として、ここに報告いたします。

1. 組織的要因分析

2023年7月に発生した循環器内科カテーテル治療における2件の医療事故調査制度報告書、糖尿病見落とし事例における医療事故調査制度報告書、その他関係者からの聞き取り等の調査において分析した結果、組織的な要因として以下7項目の根本原因を抽出しました。これらの原因は、相互に関連し合い、複雑に絡み合っており、今回の事態を招いたものと考えております。特に、循環器内科カテーテル事案以降、病院幹部（当時の院長、院長代行、看護部長、事務長）と医局内の信頼関係が損なわれ、医師間の連携が阻害されていきました。結果、当時の病院長が過剰な患者を受け持つ事態に陥り、診療科の枠を超えて患者さんを診るといった体制が構築されていなかったことは、医療事故発生リスクを高める大きな要因となりました。

1.1 ガバナンス機能不全による組織的な問題解決能力の欠如

病院経営、組織運営、医療提供体制など、病院全体を統括するガバナンス機能が著しく不足していたことが、医療事故の発生を許す土壌を作り出した根本的な原因の一つと言えます。本来、病院には、明確な理念とビジョンに基づき、組織全体を統制し、適切な意思決定を行い、リスクを管理し、問題を迅速に解決するためのガバナンス体制が求められます。しかしながら、当院においては、ガバナンス体制が形骸化しており、以下のような問題点が顕在化していました。

- 1) **意思決定プロセスの不透明性:** 病院の方針や診療体制に関する重要な意思決定が、一部の幹部によって行われ、そのプロセスが透明化されていませんでした。そのため、職員は病院の目指す方向性や意思決定の根拠を理解することができず、組織全体としての一体感を欠き、不信感が募る結果となりました。
- 2) **責任と権限の曖昧化:** 各部署の役割と責任が明確に定義されておらず、権限が曖昧な状態でした。そのため、問題が発生した場合に、誰が責任を持って対応するのが不明確になり、迅速な解決が阻まれました。また、責任の所在を曖昧にすることで、問題の隠蔽や責任逃れを招く可能性もありました。
- 3) **部署間連携の不足:** 各部署が縦割りで業務を行い、横の連携が不足していました。そのため、情報共有が不十分となり、問題が発生しても、他の部署に情報が伝達されず、組織全体で問題に対処することができませんでした。特に、医療安全に関する情報共有が不足していたことは、医療事故の発生リスクを高める大きな要因となりました。
- 4) **報告体制の不備:** 医療現場で発生したインシデントや医療事故を報告されたものが適切に取り上げられず、報告が遅延したり、対応が遅れるケースが見られました。特に医療安全対策室から病院幹部に対して報告しやすい雰囲気や文化が醸成されていなかったため、報告や相談、問題提起することに対して心理的な抵抗を感じていました。
- 5) **問題解決能力の不足:** 医療事故などの問題が発生した場合に、その原因を分析し、適切な対策を講じ、再発防止に繋げるための組織的な能力が不足していました。問題解決のためのマニュアルや手順が整備されておらず、担当者任せで対応されるケースが多く、組織全体として問題解決に取り組む姿勢が欠如していました。
- 6) **医療安全に対する病院長をはじめとする幹部の認識不足:** 病院長は、病院全体の医療安全を統括する立場にあり、医療安全に対する高い意識とリーダーシップが求められます。しかしながら、当時の病院幹部（院長、院長代行、看護部長、事務長）は、医療安全に対する認識が乏しく、医療事故発生時の対応が後手に回りました。病院長をはじめとするこれら幹部の医療安全に対する認識不足は、組織全体に医療安全軽視の風潮を蔓延させ、インシデントや医療事故の報告を躊躇させる要因となりました。
- 7) **法人本部の介入の遅れ:** 法人本部は医療安全上の問題点を把握していたものの、病院に対して迅速かつ適切な介入を行わず、事態の悪化を招いた点は大きな問題です。法人本部が病院に対して積極的な指導や介入ができなかったことは、問題の解決を遅らせ、事態をより深刻化させる結果となりました。

これらの問題点は、相互に関連し合い、悪循環を生み出すことで、組織全体の問題解決能力を低下させていました。結果として、医療安全に関する問題が発生した場合でも、適切な対応が取られず、放置されたり、隠蔽されたりする可能性があり、医療事故の発生を抑制することが困難な状況でした。

(再発防止策)

- 1) **組織体制図の見直しと責任と権限の明確化:** 組織体制図を見直し、各部署の役割と責任

を明確化し、適切な人員配置を行います。各部署の責任者が明確に責任を負う体制を構築し、権限を委譲することで、迅速な意思決定と問題解決を可能にします。

2) 意思決定プロセスの透明化: 重要な意思決定については、会議体における議論と記録を残し、透明性を確保します。会議の議事録を共有し、職員が病院の意思決定プロセスを理解できるようにします。

3) 会議・電子媒体による情報共有: 院内 intranet や定期的な会議（医局会、8 時会など）などを活用し、院内で発生した問題や医療安全に関する情報を積極的に共有します。

4) 診療体制指針の作成と病院長によるリーダーシップの発揮: 全ての診療科で「診療科体制指針」を作成し、病院長が全ての診療科の診療体制や安全体制について定期的に確認を行い、病院長がリーダーシップを取ったガバナンス体制を構築します。

5) 院内医療安全調査委員会の設置: 医療事故（疑い事例を含む）に加え、改善計画書で定めた基準に該当するものに関しては、医療安全対策室長の権限により、速やかに院内医療安全調査委員会を開催します。当該事例の調査、委員会の開催、調査結果の取りまとめまでを医療安全対策室長が責任を持って実施し、管理者（病院長）へ報告します。

6) 医療安全対策室から病院長への迅速な事故報告体制の構築: 医療安全上の問題が発生した場合、医療安全対策室から病院長へ速やかに報告を行う体制を構築し、問題の早期把握と対応を可能にします。

7) 病院長をはじめとする幹部の医療安全に対する意識改革: 病院長、副院長、各診療科部長には医療安全管理者養成研修の受講を義務付け、医療安全に対する知識・意識の向上を図ります。また、定期的に医療安全に関する研修を受講させ、最新の知識や情報を習得させます。

8) 法人本部による積極的かつ迅速な介入: 法人本部は、病院の医療安全体制を定期的に監査し、問題点があれば速やかに是正指導を行います。また、必要に応じて、医療安全に関する専門家を病院に派遣し、支援を行います。

1.2 新規診療科開設時の準備不足と説明同意の不徹底

2023 年 1 月に循環器内科カテーテル検査・治療を開始するにあたり、医師の赴任や診療開始を急いだあまり、医師体制、診療体制やチーム医療の構築、他科との連携体制、医療安全対策などを十分に整備しないまま診療を開始してしまいました。新しい医療技術や診療科の導入は、病院にとって大きな変化であり、それに伴い新たなリスクが発生する可能性があります。しかしながら、十分な準備期間を設けず、関係部署間での調整や情報共有、医療安全対策などが不十分なまま診療を開始したため、医療安全体制が不備な状態となり、医療事故発生リスクが増大しました。特に、循環器内科カテーテル治療は、高度な技術と専門知識を必要とする医療行為であり、医師、看護師、コメディカルスタッフなど、多職種による緊密な連携が不可欠です。しかしながら、診療開始前に十分なチーム医療体制が構築されておらず、医療事故発生リスクを高める要因となりました。

また、医療事故調査委員会が調査した事例では、循環器内科カテーテル検査・治療において、説明同意が圧倒的に不足している問題があり、糖尿病見落とし事例では、患者家族へきちん

とした事実説明ができていないなどの問題がありました。これらの事例は、新規診療科に限ったことではなく、当院全体において、患者さんやご家族に対する説明と同意（インフォームド・コンセント）に関する体制整備が不十分であったことを示しています。正しい病状説明、治療に伴うリスクや合併症、代替治療の可能性などについて、十分な説明が行われていなかったことが、患者さんやご家族との信頼関係を損ない、医療事故発生のリスクを高める要因になったと考えられます。

さらに、循環器内科カテーテル開始時には医師 1 名体制であったこと、糖尿病見落とし事例では特定の医師が過剰に患者を受け持っていたこと、現時点においても医師 1 名の診療科があることなどから、全体的医師不足は当院の医療安全上の課題と考えます。

(再発防止策)

- 1) **プロジェクトチーム体制の強化:** 新規診療科を開設するには、関係部署から構成されるプロジェクトチームを設置し、診療開始までの準備を計画的に進めます。プロジェクトチームには、当該診療科に関係する医師、看護師、コメディカルスタッフに加え、医療案対策室メンバーや医の倫理委員会メンバーなどを必ず参加させ、多角的な視点からリスク評価を行います。
- 2) **リスク評価とシミュレーションの徹底:** 診療開始前に、想定されるリスクを洗い出し、シミュレーションを行うことで、潜在的な問題点を事前に把握し、対策を講じます。シミュレーションには、実際に診療を行う医師、看護師、コメディカルスタッフが参加し、実践的な訓練を行います。
- 3) **医師体制の見直しと充足計画:** 新規診療科に限らず、各診療科の体制の見直しを行い、法人本部と連携をして医師の充足計画に基づく医師採用を行います。
- 4) **診療開始後の評価と改善:** 診療開始後も、定期的にプロジェクトチームで評価を行い、問題点があれば速やかに改善策を講じます。評価結果を関係部署にフィードバックし、組織全体で共有することで、継続的な改善を図ります。
- 5) **インフォームド・コンセントに関する研修の実施:** 医師をはじめとする全職員を対象に、インフォームド・コンセントに関する研修を定期的を実施し、患者さんの権利、説明義務、同意の取得方法などを理解させます。研修では、具体的な事例を用いて、説明と同意の重要性を理解させるとともに、説明の仕方や同意の取得方法について、実践的な指導を行います。
- 6) **説明と同意の場面における多職種連携:** 患者さんへの説明と同意の場面には、医師だけでなく、看護師が同席し患者さんやご家族が安心して治療を受けられるようサポートします。説明の内容や患者さん・ご家族の反応について、多職種で記録を共有します。
- 7) **診療情報管理委員会等による監査:** 診療情報管理委員会や医療安全対策室が、説明と同意に関する記録を定期的に監査し、問題点があれば改善指導を行います。また、患者目線における説明・同意のアンケート調査を実施し、定期的な評価も実施していきます。
- 8) **IC 委員会の設置:** IC 委員会を設置し、院内におけるインフォームド・コンセントの基準を明確化し、説明書および同意書の様式を統一します。また、IC 委員会が定期的な監査を行い、インフォームド・コンセントが適切に行われているかを確認します。

1.3 医療安全対策室の体制不備と平時における PDCA サイクルの不徹底

医療安全対策室は、病院全体の医療安全体制の構築・運用を担う重要な役割を担っています。しかし、当院の医療安全対策室は、それらの経験が不足していたことなどから、その機能が十分に発揮できていませんでした。医療安全に関する専門知識や経験を持つ人材が不足していたため、インシデントや医療事故の分析、再発防止策の検討、医療安全に関する教育などが十分に行われていませんでした。また、院内事故調査や事故分析の経験が乏しく、問題発生後の迅速な対応が実施できなかつたことも問題でした。さらに、一時、病院長が医療安全対策室長を兼任する体制となっており、独立した部門であるべき医療安全対策室の機能が十分に果たせていなかったことも、今回の事態を招いた一因と考えられます。

インシデントレポートシステムは導入されていましたが、医療安全対策室の体制不備もあり、報告を受けたインシデントに対して、その内容の分析や評価、具体的な対策の検討と実施、効果の検証などが十分に行われておらず、病院全体で改善につなげる「PDCA サイクル」が機能していませんでした。結果として、報告されたインシデントの再発を抑制することができず、医療事故の発生を許す要因となり、医療安全体制の継続的な改善を阻害していました。インシデントレポートを単なる報告に留めず、そこから問題点や改善点を抽出し、対策を実施し、その効果を検証する一連のサイクルを回すことが重要です。当院では、インシデントレポートの分析や評価が不十分であり、再発防止策が適切に実施されていないケースが多く見られました。

(再発防止策)

- 1) **医療安全対策室の体制強化:** 医療安全対策室には医療安全管理者に加え、専任の医師、看護師、薬剤師、事務職員を配置し、医療安全活動や事故分析の経験を有する法人内の医療安全管理者による積極的な支援を入れ、医療安全対策室の専門性を高めます。
- 2) **医療安全対策室の機能強化:** 医療安全対策室の役割と責任を明確化し、必要な権限を付与することで、医療安全に関する活動をより効果的に推進できる体制を構築します。医療安全対策室が、病院全体に対して指導や助言、情報提供を行うことができるように、権限と責任を明確化します。
- 3) **医療安全対策室の職員に対する研修:** 医療安全対策室の職員に対して、医療安全に関する専門的な知識・技能を習得するための研修を定期的実施します。外部の研修機関を活用するなど、質の高い研修機会を提供し、特に医療事故分析に関するスキル向上に努めます。また、リスクマネージャーへの教育も積極的に実施し、各部署においても医療安全の PDCA が回せる体制を構築します。
- 4) **医療安全専任医師の確保:** 医療安全専任医師は、毎週月曜日の午後を医療安全専従活動の時間として確保するようにし、その活動内容については記録に残します。
- 5) **専任医師を補佐する医師の体制構築:** 医療安全専任医師を補佐する医師を 1 名定め、医療安全に関わる会議に出席させ、専任医師の活動を支援します。
- 6) **インシデント分析の徹底:** 報告されたインシデントに対して、原因分析、要因分析、再

発防止策の検討を迅速かつ適切に行います。必要に応じて、法人内の経験豊富な医療安全管理者や外部専門家の意見を聞きながら、客観的な視点で分析を行います。分析結果は、関係部署にフィードバックし、対策の実施につなげます。

7) 再発防止策の実施と評価: 策定された再発防止策を確実に実施し、その効果を検証することで、PDCA サイクルを効果的に運用します。効果が認められない場合は、速やかに対策を見直し、改善を図ります。

8) インシデントレベルに応じた分析方法および手順を設定: インシデントのレベル分類に応じた分析方法、手順、担当部署を明確化し、分析結果に基づいた対策立案、対策の院内周知方法、実施状況評価などを手順書としてまとめます。

1.4 院長人事の頻繁な変更によるリーダーシップの不在と組織運営の不安定化

近年、短期間のうちに院長が交代を繰り返したことは、病院運営の継続性と安定性を阻害し、組織全体の求心力を低下させる大きな要因となりました。院長交代は法人の運営方針としてやむを得ない事情があったとはいえ、院長は病院のリーダーとして、明確なビジョンと戦略を提示し、職員を鼓舞し、組織全体を牽引していく役割を担います。しかしながら、頻繁な院長交代は、以下のような問題を引き起こしました。

1) 病院の方針や診療体制の混乱: 新院長が就任するたびに、病院の方針や診療体制が変更され、職員は新しい方針や体制に適應することを余儀なくされました。このような方針や体制の変更が短期間で繰り返された結果、職員は混乱し、疲弊し、モチベーションを低下させていきました。

2) リーダーシップの不在: 頻繁な院長交代は、リーダーシップの空白期間を生み出し、組織全体を牽引する存在が不在となる状況を招きました。リーダーシップの不在は、職員の責任感や帰属意識を低下させ、組織全体の一体感を損ない、医療安全に対する意識の低下にも繋がりました。

3) 病院運営の不安定化: 院長が交代するたびに、病院運営の方向性が揺らぎ、中長期的な視点での病院経営が困難になりました。そのため、職員は将来に対する不安を抱え、病院運営に対する不信感を募らせる結果となりました。

これらの問題点は、医療安全に対する意識の低下、職員間のコミュニケーション不足、報告体制の不備などを招き、医療事故の発生リスクを高める要因となりました。

(再発防止策)

1) 院長の選任基準の明確化: 病院の理念とビジョンを共有し、リーダーシップ、マネジメント能力、医療安全に対する高い意識、豊富な経験、高い倫理観を有する人材を選任します。

2) 院長に対する評価: 法人本部は病院運営に関する評価を毎年度行い、院長の能力開発と病院運営の改善に繋がります。病院長の任期は、原則として長期的な視点で病院運営を推進できるよう複数年とし、その期間における年度評価を総合的に勘案して更新を判断いたします。

3) **院長交代時の引継ぎ体制の構築:** 院長交代時に、病院の方針や診療体制が大きく変わることを防ぐために、前任者から後任者への詳細な引継ぎを義務付けます。また、法人本部が引継ぎを監督することで、病院運営の継続性を確保します。

1.5 医師間の連携不足による診療の質低下と医師の負担増加

循環器内科カテーテルの事案以降、当時の病院幹部（院長、院長代行、看護部長、事務長）と医局内の信頼が損なわれ、医師間の連携が阻害されていきました。結果、当時の病院長が過剰な患者を受け持つ事態に陥り、診療科の枠を超えて患者さんを診るという体制が構築されていなかったことは、医療事故発生リスクを高める大きな要因となりました。医師は、それぞれ専門分野を持つため、他の医師の意見を積極的に聞き、連携することで、より質の高い医療を提供することができます。しかし、医師間の連携が不足すると、情報共有が不十分になり、誤診や治療の遅れなどのリスクが高まります。また、医師一人で抱え込み、負担が増大することで、集中力の低下や判断ミスを招き、医療事故に繋がる可能性も高まります。当院では、医師間のコミュニケーション不足や、診療科間の連携不足が顕著であり、これが診療の質低下、医師の負担増加、そして医療事故発生リスクの増大に繋がっていました。

(再発防止策)

- 1) **定期的なカンファレンス開催:** 診療科内に加え、診療科間を超えた定期的なカンファレンスを開催し、情報共有、意見交換、症例検討などを積極的に行います。カンファレンスには、医師だけでなく、看護師、薬剤師、コメディカルスタッフなども参加し、多職種で意見交換を行うことで、より包括的な視点から患者さんを診ることができる体制を構築します。
- 2) **適切な受け持ち患者数調整の実施:** 各医師、各診療科は安全に患者管理のできる受け持ち患者数を定め、診療科間を超えた定期的なカンファレンスなどにより、過剰な患者を診るのことの無いような病院長が中心となり調整を行います。
- 3) **チーム医療に関する研修の実施:** 医師、看護師、コメディカルスタッフを対象に、チーム医療に関する研修（チームステップスなど）を定期的実施し、チーム医療の重要性、役割分担、コミュニケーション方法などを理解させ、実践できる能力を養います。
- 4) **専門外事例への対応の明確化:** 患者の疾病内容、重症度に応じ、対応が担当医師の能力を超える際には迅速に対診を実施し、早期に転医（主治医の交代）又は転院の是非を検討します。また、担当医師は必要かつ適切と判断した場合には直ちに診療情報提供書の作成を行い、速やかに地域医療連携に委ねます。

1.6 職員間における情報共有不足による組織全体の危機意識の欠如

当院は院内で発生している問題などが透明性を持って共有される文化に乏しく、さらに2023年7月の循環器内科カテーテルの事案発生以降もそれらの経過について院内で適切に周知されることがなされず、結果職員の不信や信頼関係の阻害を招く要因となったと考えています。情報共有は、医療安全体制を構築する上で非常に重要な要素です。情報共有が不

足すると、問題が発生しても、他の部署や職員に情報が伝達されず、組織全体で問題に対処することができません。また、情報共有が不足すると、職員の危機意識が低下し、医療安全に対する取り組みが後回しになる可能性があります。当院では、部署間、職種間における情報共有が不十分であり、特に医療安全に関する情報共有が不足していたことは、職員との信頼関係や問題の解決を遅らせた原因の一つと考えています。

(再発防止策)

- 1) 医療安全に関する情報共有の強化: 医療事故やヒヤリハット事例、医療安全に関する情報を、院内 intranet や会議 (医局会や8時会)、回覧などを活用し、全職員に迅速かつ正確に共有します。医療安全に関する情報の共有範囲を拡大し、職員が病院全体の医療安全状況を把握できるようにします。また、重要な案件の場合には院内説明会を開催することで、職員に対する透明性を持った説明を実施していきます。
- 2) 風通しの良いコミュニケーション: 部署間、職種間を超えた積極的なコミュニケーションを促進し、報告、連絡、相談しやすい環境を構築します。
- 3) コミュニケーション研修の実施: 全職員を対象に、コミュニケーションに関する研修 (チームステップスなど) を定期的 to 実施し、アサーティブなコミュニケーション、傾聴、フィードバックなどのスキルを習得させ、円滑なコミュニケーションを促進します。
- 4) 院内幹部会による適切な情報共有: 院内幹部会において、病院運営に関する重要事項や医療安全に関する情報を共有し、組織全体の方向性を一致させます。
- 5) 病院長による積極的な情報発信: 病院長は、医局会、8時会、朝礼などで、職員に向けて積極的に情報を発信し、透明性の高い病院運営を行います。

1.7 医師と看護部・コメディカル、または幹部とその他スタッフとの権威勾配によるコミュニケーション不全

医療現場では、医師、看護師、コメディカルスタッフ、事務職員など、様々な職種のスタッフが働いています。それぞれの職種が、それぞれの専門性を活かし、連携することで、患者さんに質の高い医療を提供することができます。しかし、医師と看護部・コメディカル間、病院幹部とその他スタッフ間に権威勾配が存在すると、意見交換や情報共有が活発に行われなくなり、コミュニケーションエラーや報告の遅延が発生しやすくなります。また、問題が発生しても、上司に報告することを躊躇したり、隠蔽しようとする意識が生まれ、問題解決が遅れる可能性があります。当院では、こうした権威勾配が根強く存在し、風通しの良いコミュニケーションを阻害し、医療安全体制の構築を妨げていたことが問題として挙げられます。循環器内科カテーテルの事案では、当時の病院長、院長代行が中心として進めた診療科であったため、他の医師が意見を言いづらい雰囲気があり、問題点が表面化しにくい状況でした。また、担当医が看護師やコメディカルスタッフに対して高圧的な態度を取っていたことにより、コミュニケーション不全が起こっていたことも問題点として挙げられます。

(再発防止策)

- 1) **ハラスメント防止対策の強化:** ハラスメント防止に関する研修を定期的実施し、相談窓口を明確にすることで、誰もが安心して働ける職場環境を作ります。ハラスメントの発生を未然に防ぐとともに、発生した場合には、迅速かつ適切な対応を行い、再発防止策を作成します。
- 2) **多様な意見を尊重する文化:** 職種や立場に関わらず、誰もが自由に意見を述べることができ、その意見が尊重される組織文化を醸成します。そのため、提案制度や意見箱などを設置し、職員からの意見を積極的に収集し、病院運営に反映します。
- 3) **職員の意見を反映した病院運営:** 職員満足度調査（安全文化調査含む）や意見交換会などを実施し、職員の意見を積極的に聞き取り、働きやすい職場環境づくりに活かします。

2. 再発防止に向けた今後の取り組み

私たちは、医療安全を病院運営の最優先事項と位置づけ、上記の根本原因を踏まえ、再発防止策を着実に実行するため、以下の取り組みを推進いたします。

2.1 神戸徳洲会病院 医療の質改善委員会の設置

2024年4月より、「神戸徳洲会病院 医療の質改善委員会」を設置し、改善計画に基づいた医療安全の改善への取り組みを、全職員参加型で実施していきます。この委員会は、病院長を委員長とし、各部署の代表者で構成され、定期的開催されます。委員会では、医療安全に関する現状分析、課題の抽出、改善策の検討、実施状況の評価などを行い、PDCAサイクルを回すことで、医療安全体制の継続的な向上を目指します。

2.2 患者安全を第一とした病院基本方針の策定と共有

私たちは、医療安全を最優先事項とした病院運営を行うために、病院の基本方針に「患者安全を第一とする」という理念を明確に掲げます。この基本方針を、病院のホームページ、院内掲示、パンフレットなどに掲載し、職員全体で共有することで、患者安全に対する意識を常に高く持ち、日々の業務に取り組める環境を醸成します。

2.3 職員一人ひとりの意識改革と多職種連携の強化

医療安全は、病院長や医療安全対策室だけが取り組むものではなく、病院で働くすべての職員が、それぞれの立場で責任を持ち、積極的に取り組むべき課題です。そのため、研修や教育を通じて、医療安全に対する意識向上を図るとともに、医療安全文化を醸成し、職員一人ひとりが、患者さんにとって安全な医療を提供することの重要性を深く認識し、日々の業務の中で実践できるようにします。職種間の壁を取り払い、互いに尊重し合い、協力し合える関係を築くことが重要です。チーム医療を推進し、多職種がそれぞれの専門性を活かしながら、患者さんにとって最適な医療を提供できる体制を構築いたします。

2.4 透明性のある情報公開と当院ホームページによる改善の取り組みの公表

医療事故が発生した場合には、速やかに公表し、患者様とご家族様、そして地域社会の

皆様に真摯な説明を行います。また、再発防止策の進捗状況についても、定期的に公表することで、医療安全に対する取り組みの透明性を確保し、皆様からの信頼回復に努めます。当院ホームページに、医療安全に関する特設ページを設け、今回の事案に関する調査結果や再発防止に向けた取り組みの進捗状況を定期的に公表してまいります。

おわりに

本報告書は、この度の一連の問題が発生した組織的背景を中心に調査を行い、その要因と考えられる問題点を挙げ、またその内容を踏まえ改善計画書等により再発防止策として具体的な内容を提出し、それら取り組みを実施しております。また、公益財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価を受審し、第三者機関による客観的な評価を受けることで、医療の質向上に継続的に取り組んでまいります。加えて、医療安全を専門とする大学教授による定期的な外部評価を実施し、客観的な視点から当院の医療安全体制を評価していただき、改善に繋げてまいります。

私たちは、今回の医療事故を教訓として、病院全体で医療安全に対する意識改革を断行し、患者様にとって安全で安心な医療を提供できる病院を目指します。そのために、本報告書で示した再発防止策を着実に実行し、その進捗状況を定期的に公表することで、地域の方々からの信頼回復に努めます。私たちは、患者様中心の医療を実践し、地域社会に貢献できる病院として、これからも精一杯努力していく所存です。

2024年8月5日

医療法人徳洲会 理事長 東上 震一

医療法人徳洲会 神戸徳洲会病院 院長 尾野 亘