

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院2」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および9月4日～9月5日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

機能種別	一般病院2	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院2
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1986年に開設され、阪神・淡路大震災の経験を経て増床を重ね、ケアミックス型病院として今日に至っている。「生命だけは平等だ」という法人の理念に基づき、病院独自に「生命を安心して預けられる病院」、「健康と生活を守る病院」と表現した理念を掲げている。医療活動においては、地域の中核病院として産科、小児科、救急医療を中心とした地域に根ざした医療を実践している。患者安全宣言を内外に明示し、患者の安全確保に向けて職員が一丸となって取り組んでいる。

特徴的な機能として、患者中心の医療を心がけ、多職種連携によるチーム医療を推進しており、患者のQOL向上を目指し、リハビリテーションにも力を入れている。また、かかりつけ医や他医療機関、福祉施設との連携を密にし、患者一人ひとりに対して切れ目のない医療を提供し、地域の医療ニーズに応える重要な役割を果たしている。将来構想として新築移転があり、さらに充実した環境下で医療が実践されることが期待できる。今回の病院機能評価の受審を機として、さらなる医療の質と病院機能の向上に努められ、地域医療に貢献されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

「生命を安心して預けられる病院」、「健康と生活を守る病院」という理念のもと、患者安全を最優先とした基本方針を策定し、透明性のある医療提供や職員の継続的な教育研修といった文言を掲げている。これらは2024年に新たに策定され、ホームページや入院案内、院内各所への掲示のほか、朝礼などにより院内外に周知している。組織運営の短期・中期計画には、地域信頼回復や救急医療強化、臨床研

修認定取得など具体的な目標を設定している。情報システムの管理は専門部署が担当し、安全運用とセキュリティ確保に努めている。

人材確保については、採用活動や各種医療関係の専門学校からの学生実習受け入れにより、医師、看護師、技術者など必要な職種の確保に努めている。職員の働きやすさを重視し、規則整備や柔軟な就業制度、健康管理・メンタルヘルス支援も充実させている。

教育面では、院内研修やeラーニング環境、学会参加、資格取得支援を推進し、能力評価やキャリア開発も積極的に行っている。また、学生実習も積極的に受け入れられている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を尊重して説明と同意の充実に力を入れている。患者・家族への情報提供は、ホームページや入院案内、デジタルサイネージなど多様な媒体を通じて行い、職員にはホスピタルハンドブックに記載して周知している。子どもの権利を明確にし、診療記録の開示も患者請求に応じて適切に対応している。IC委員会では、「説明と同意についてのガイドライン」を策定し、診療内容の説明には看護師も同席して絵や図で分かりやすく説明している。また、説明後の理解度や疑問点も記録し、同意書の作成や書式も統一フォーマットを用いて行われている。患者支援のため、相談窓口や多職種連携のカンファレンスを設け、多様な相談や情報共有に努めている。個人情報保護については、「個人情報保護規程」に基づき、電子カルテのアクセス制限やデータの二次利用のルールを徹底し、患者の意思を尊重した対応を行っている。臨床倫理では医の倫理委員会と臨床倫理チームが連携し、倫理的課題に対して検討と指針を策定している。具体例として宗教的輸血拒否や終末期医療に関する方針も明確で、職種横断的な倫理的議論が促進されている。

施設環境も患者の快適さと安全を考慮し、バリアフリー対応や駐車場、シャトルバス、売店やWi-Fi完備など利便性の向上に努め、院内清潔管理や感染対策も徹底している。

4. 医療の質

病院機能評価受審に向けて、委員会を中心に改善活動を推進してきた。継続的な質改善の取り組みであるQI大会では、救急ケアや退院支援、入院時オリエンテーションについて議論し、優秀演題を表彰している。職員の「声ボックス」を設置し、投書された意見を改善活動に活かしている。また、独自の臨床指標として、医療安全や診療記録、患者や職員の視点を反映した指標を設定している。職員はスマートデバイスのアプリでガイドラインなどにアクセス可能である。診療の標準化を図るためのクリニカル・パスも見直しを進めている。患者・家族からの意見収集には意見箱や満足度調査を活用し、結果は掲示や直接回答を行うことでサービス向上に努めている。

病棟では、責任者や担当看護師、医師の明示を行い、巡回により患者の要望や状況を把握している。診療記録は多職種で電子カルテに記録され、検査や手術の記

録、略語集によって情報共有と理解促進を図っている。診療計画やケアは、多職種カンファレンスや横断的活動で質の向上を推進し、組織全体で安全・感染管理や倫理課題に取り組んでいる。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全対策室に専従の看護師を配置し、医療安全管理者として組織横断的な安全活動を推進している。医療安全管理規程に基づき、院内ラウンドや情報発信を行っている。毎月開催される医療安全対策委員会では発生事例やチーム活動について報告し、事故の再発防止策の検討を行い、リスクマネジメント委員会では情報共有と決定事項の周知を徹底している。週1回の医療安全カンファレンスではタイムリーに事例を分析している。医療安全に関する包括的なデータ分析と改善策の策定に取り組み、院内外の情報も「医療安全ニュース」で共有している。インシデントや事故事例は電子情報システムに記録され、医師の報告割合も増加傾向にあり、原因分析や改善計画を立てている。医療事故対応も規程に詳細に明記され、重大事故には即時対応と原因究明を行い、院内医療安全調査委員会で再発防止を検討している。

患者や職員の安全管理も徹底し、患者の誤認防止策や定期的な安全ラウンド、医療機器の適正管理や教育まで実施している。転倒・転落リスクには評価と個別対応を行い、再発防止に努めているほか、頭部保護やピクトグラム活用などの安全対策も進めている。緊急事態に備え、院内緊急コードを設定し、体制を整備して24時間対応している。救命救急士や医師、看護師を含めた緊急対応訓練も年間計画を策定して実施しており、受講率は100%となっている。医療安全と患者安全を維持向上させるため、組織として強化に努めている。

6. 医療関連感染制御

感染防止対策は、院内感染委員会が中心となり委員会を毎月開催して課題に取り組んでいる。委員会には院長や感染対策担当責任医師、医療安全管理責任者、看護部長、薬剤部責任者、事務長、検査室や栄養科などの代表者が参加し、ICTには専従と専任のICNも配置している。院内ラウンドやカンファレンスを毎週実施し、感染防止体制の強化と情報共有を徹底している。感染対策のマニュアルや指針も随時改訂され、全職員への研修も年2回行われている。ICTラウンドやリンクナースによる情報収集では、MRSAやESBLsなどの微生物の保菌や発症の状況把握も行い、院内感染の自院定義やアウトブレイクの見直しも実施している。他医療機関と定期的な情報交換と分析を行うことで、感染状況の把握と対策を強化している。

手指衛生や個人防護具の着用状況は定期的にモニタリングし、現場にフィードバックしている。感染性廃棄物の適切な廃棄や血液付着リネン類の取り扱いも徹底している。抗菌薬の採用や中止決定はICT会議や薬事委員会が行い、周術期の抗菌薬投与規程も明文化している。執刀前1時間以内の抗菌薬投与率はほぼ100%で、MRSAやESBLsのサーベイランスやアンチバイオグラムも作成し、感染対策の精度向上に努めている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携は、各部署が参加する広報委員会を通じて推進されている。ホームページでは診療科の機能や医療サービス、受診手順などの情報を公開し、広報誌では、常勤医師による専門コラムやトピックスを掲載している。年間の診療実績をまとめた病院年報も作成されている。患者支援センター内には地域連携室が設置され、連携担当職員が配置されている。前方連携では、地域包括ケア病棟の活用や紹介元医療機関との患者情報共有を実施している。また、小児科や産婦人科でも地域の診療所からの紹介患者を受け入れ、地域で高額医療機器の活用も進めている。後方連携では、退院支援の担当者が福祉施設や介護施設、在宅医療を必要とするさまざまなケースについて患者・家族の意向を確認して紹介している。地域連携室は月2回、医師・看護師・コメディカルによる感染防止やフレイル予防の講演を開催し、地域の小中学校では心肺蘇生の指導や介護施設での急変時対応の実地指導を実施している。さらに、区が開催する保健福祉フェアに参加し、健康測定など健康増進活動を積極的に展開している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来はホームページで受診手順を周知し、看護師資格を有する相談担当者を配置して円滑な受診や案内を支援している。待合室では感染防止対策や緊急対応を実施し、重症患者の判断を補助するフロー図を活用している。紹介患者には地域連携室の事前情報をもとにスムーズな対応を行い、外国人患者には自動翻訳機を導入し、対応している。患者に関する情報は問診票や紹介状を通じて情報収集し、多職種で共有している。説明・同意は文書で的確に行い、看護師も同席し理解度を記録している。検査や処置については実施の妥当性を検討し、侵襲度に応じて同意を取得している。造影剤や鎮静薬に関する説明同意も整備し、安全管理を徹底している。入院は医師が根拠に基づき必要性を判断し、患者・家族に十分な説明と同意を得ている。多職種で入院診療計画書を作成し、アセスメントに基づくケア実施、計画の見直しも行っている。患者相談はMSWや看護師が対応し、入院前から多職種カンファレンスを通して課題を共有して退院支援を実施している。入院経過や退院計画は電子カルテに詳細記録され、退院後も継続ケアの引き継ぎができる体制を整えている。

医師は回診を実施し、多職種カンファレンスを開催して情報共有を図っている。看護師は、入院時に各種アセスメントシートを用いて患者の身体的・心理的・社会的ニーズを把握し、看護計画を立案して、必要なケアや支援を行っている。病棟薬剤師を配置し、薬剤師が全ての患者の薬歴管理を行い、服薬指導内容をカルテに記載している。薬剤師や管理栄養士、療法士、MSW、臨床工学技士などの多職種が連携し、重症患者の管理にも努めている。

入院中の経過に関する情報は、関係職種および多職種カンファレンスの内容が電子カルテに記録され、共有されている。ターミナルケアはガイドラインに沿い、医師と多職種のカンファレンスで終末期評価とケア計画を立案している。終末期患者に対しては、手話などを用いた意思確認やDNARの希望尊重、倫理的検討も徹底し

ている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は24時間対応可能な体制を整備しており、処方鑑査や疑義照会については電子カルテを用いて迅速に行う体制を整えている。注射薬はクリーンベンチで調製し、抗がん剤の調製は安全キャビネットを用いている。検査部門ではバーコード管理を徹底し、パニック値の認識と報告を迅速に行うことで安全性を確保している。検査結果の未読対策や外部精度管理にも積極的に取り組み、臨床検査適正化委員会で改善を検討している。画像診断部門には放射線科医を配置し、24時間対応の検査や報告、重要所見の未読管理システムを運用している。給食は、食材の検収から調理、配膳まで衛生管理を徹底している。品質向上のため年2回の嗜好調査を実施し、献立表の見直しを行い、アレルギーや嗜好にも対応している。リハビリテーションは専従医師と療法士が連携し、365日体制で専門的ケアを提供している。電子カルテを用いて全患者の診療情報を一元管理し、過去の紙記録も含め、規程に基づき安全に管理している。医療機器は臨床工学技士が中央管理し、定期点検とインシデント対応を徹底している。

手術室は3室を運営し、麻酔科医のオンコール体制や標準手順も定めている。HCUは8床を備え、入退室記録や集中治療のための機器管理を行っている。救急科には常勤医師と救命救急士等を配置し、24時間365日体制で対応し、自院や他院の搬送調整を行うとともに、虐待対策も推進している。

10. 組織・施設の管理

予算編成にあたっては、前年実績に基づき各診療科と協議の上予算を策定し、幹部の確認と承認を受けている。会計処理は病院会計準則に沿って行われ、定期的な内部・外部監査も実施している。経営改善のためには、月次財務諸表や診療データの分析と課題抽出を実施し、改善提言が行われている。医事業務では、「医事課マニュアル」に基づいた受付や請求業務を適正に処理し、未収金管理や査定対応も厳密に行っている。業務委託は少なく、医事業務、食事の提供業務、滅菌消毒業務、設備管理といった、多くの病院が委託業務として採用している業務は自主管理で賄っている。

施設・設備の管理は総務課施設係が担い、定期点検や緊急対応を24時間体制で行っている。診療材料の調達も適切に管理されている。

災害対策では、防災マニュアルやBCPを整備し、火災訓練を年2回実施している。自家発電や非常食の備蓄により、緊急時の対応能力も確保している。保安業務は警備員や事務職員が連携し、巡視や施錠管理、監視カメラの運用などにより院内外の安全を維持している。

1 患者中心の医療の推進

評価判定結果

1.1	患者の意思を尊重した医療	
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	A
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	A
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	S
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	A
1.1.5	患者の個人情報を適切に取り扱っている	B
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	B
1.2	地域への情報発信と連携	
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	A
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	A
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	A
1.3	患者の安全確保に向けた取り組み	
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	A
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	A
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	A
1.4	医療関連感染制御に向けた取り組み	
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	A
1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている	A
1.5	継続的質改善のための取り組み	
1.5.1	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	A

1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	B
1.5.3	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	A
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している	A
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	受動喫煙を防止している	A

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

2.1	診療・ケアにおける質と安全の確保	
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	A
2.1.2	診療記録を適切に記載している	B
2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	A
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	A
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A
2.1.7	医療機器を安全に使用している	A
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	A
2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している	A
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	A
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A
2.2	チーム医療による診療・ケアの実践	
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	A
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

3 良質な医療の実践 2

評価判定結果

3.1	良質な医療を構成する機能 1	
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	A
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	A
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	B
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	A
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	A
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A
3.2	良質な医療を構成する機能 2	
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	A
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	NA
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	A
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	A
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	A

4 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

4.1	病院組織の運営	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	B
4.1.4	院内で発生する情報を有効に活用している	A
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	A
4.2	人事・労務管理	
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	A
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	A
4.3	教育・研修	
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	A
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	A
4.4	経営管理	
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	A
4.4.2	医事業務を適切に行っている	A
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A

4.5 施設・設備管理

4.5.1	施設・設備を適切に管理している	B
-------	-----------------	---

4.5.2	購買管理を適切に行っている	A
-------	---------------	---

4.6 病院の危機管理

4.6.1	災害時等の危機管理への対応を適切に行っている	B
-------	------------------------	---

4.6.2	保安業務を適切に行っている	A
-------	---------------	---

年間データ取得期間： 2024年 4月 1日～2025年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025年 4月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人徳洲会 神戸徳洲会病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：兵庫県神戸市垂水区上高丸1-3-10

I-1-5 病床数

	許可病床数	稼働病床数	増減数(3年前から)	病床利用率(%)	平均在院日数(日)
一般病床	230	145	+0	37	14.55
療養病床	79	79	+39	30	30.73
医療保険適用	79	79	+39	30	30.73
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	309	224	+39		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床		
集中治療管理室 (ICU)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	16	+0
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	40	+0
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室		
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床		
精神療養病床		
認知症治療病床		

I-1-7 病院の役割・機能等：

DPC対象病院 (DPC標準病院群)

I-1-8 臨床研修

I-1-8-1 臨床研修病院の区分

医科 1) 基幹型 2) 協力型 3) 協力施設 4) 非該当
 歯科 1) 単独型 2) 管理型 3) 協力型 4) 連携型 5) 研修協力施設
 非該当

I-1-8-2 研修医の状況

研修医有無 1) いる 医科 1年目： 人 2年目： 人 歯科： 人
 2) いない

I-1-9 コンピュータシステムの利用状況

電子カルテ 1) あり 2) なし 院内LAN 1) あり 2) なし
 オーダリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

