

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院1」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および1月15日～1月16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1	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院1
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は兵庫県神戸市に1932年に開院し、1966年からは甲状腺の専門病院となり、最高の医療を均等に提供すること、患者中心の全人的医療を目指すことなどを理念に掲げている。学会活動や、論文作成などを活発に行い、世界に名だたる医師が複数名在籍するなど国際的な評価も高く、全国各地から患者が訪れている。「管制塔」を活用した患者振り分けなどによる受診効率化や、ワンストップで来院回数を減らすなど、患者負担の軽減に努めている。その結果、定期的に行っている患者満足度評価においては、外来、入院とも高く推移している。今回4回目の機能評価受審であったが、評価項目に従い種々の見直しや改善に努められてきたことを確認できた。今後も引き続き、良質な高度専門病院としての医療を実践し、更なる質向上に向けた取り組みと発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を地域に広く周知している。また、中長期経営計画を作成し、病院の将来像を明確にしている。病院運営に必要な協議を運営会議で議論し、決定事項は、スタッフ会議を通じて各部署へ周知している。年次事業計画を作成し、毎月の進捗状況を審議している。病院内で取り扱う情報システムを一元管理し、情報システム運用管理規程およびサイバー攻撃非常時対応規程を定め、運用や対応手順を明確にし、職員に周知していることは高く評価できる。文書管理規程を整備し、発信、受付、保管、廃棄の仕組みを明確にしている。管理責任者を管理本部長とし、管理課を所管に一元的に管理している。

病院の役割や機能を踏まえ、業務状況を把握しながら採用計画を立て、人材の確

保に努めている。人事・労務管理は、管理課が窓口となり、就業規則や労働基準法 36 条に基づく協定を労働基準監督署に届け出ている。労働衛生委員会を毎月開催し、職員の安全衛生管理に努めている。また、メンタルヘルスチェックを実施し、ハラスメント相談対応手順を定めている。職員の意見・要望を意見箱や職員満足度調査などから収集し、就業支援や福利厚生に取り組み、魅力ある職場となるよう努めている。職員への教育・研修は、年度の全体研修計画を策定し実施している。学会や論文発表などを推奨し、費用支援している。人事考課制度を導入し、職員個別の能力評価や能力開発に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

患者の権利をわかりやすい表現で明示している。カルテ開示の手順も適切である。診療指針マニュアルに説明と同意に関する考え方と手順を整備し、セカンドオピニオンの対応も明確にして実践している。疾患に対する理解を深めるために、病院独自に作成したデジタルサイネージ、甲状腺 3D モデルをスマートフォンやタブレット向けに無料公開している。また、疾患別のパンフレットをホームページや SNS、動画で提供するなど、積極的に患者参加を促進している。医療相談室を設置し、患者・家族からの様々な相談に対応し、内容に応じて関連する部署と連携している。個人情報保護規程を定め、個人情報保護方針を周知している。患者情報の扱いについて、情報システム運用管理規程を整備している。

倫理委員会を設置し、「職業倫理規定」に目的や職業倫理、臨床倫理について規定している。日常実践の中で生じた「もやもや」した事象に対して、多職種カンファレンスで検討し、解決できない課題の場合は、スタッフ会議や倫理委員会で検討する仕組みがある。来院時のアクセスをはじめ、入院生活や高齢者、障害者への安全性・利便性・快適性に配慮している。院内を整理整頓し、病室は全室個室でありプライバシーを確保している。憩いの場としての庭園を完備し、快適な療養環境を提供している。敷地内全面禁煙の方針を周知し、入院前の注意事項として禁煙指導を実施している。

4. 医療の質

部門横断的な改善活動は管理課で統括し、毎年「業務改善コンテスト」を行い、優れた改善事例は表彰するなど質改善への取り組みは評価できる。診療の質向上に向け、症例検討会や術前・術後カンファレンス、医療安全症例検討会、臨床病理検討会などを開催し、診療ガイドラインは実臨床で活用している。患者・家族からの意見や要望は、各種相談窓口やご意見箱、意見メール、患者満足度調査などを通じて収集している。意見や要望を取りまとめ、医療サービスの質向上に取り組んでいる。新たな診療・治療方法の導入時のフローと経過のモニタリング、薬剤の適応外使用に関しての規定、臨床研究を行う際の倫理委員会や運営委員会での承認など、明確にしている。

病棟・外来の責任者は、患者が円滑に診療・ケアが受けられるよう、ラウンドや PC システムにより進捗状況を把握し対応している。診療録はマニュアルに則り多

職種が経時的に記載している。診療記録の質的点検を実施し、結果を診療記録管理委員会で報告している。症例や画像、手術前、手術後カンファレンスを多職種で実施し、診療・ケアに活かしている。また、委員会や専門性を活かした「遺伝外来チーム」、「甲状腺ハイリスクチーム」、「乳腺チーム」などを多職種で編成し、診療・ケアに積極的に取り組んでいる。

5. 医療安全

医療安全管理者は、看護師・看護本部長が兼任し、役割と権限を明文化している。医薬品・医療機器・医療放射線の安全管理責任者を任命し、医療安全委員会を設置している。インシデント・アクシデントレポートは、所属長から所属部門長、医療安全管理者への報告フローで収集している。なぜなぜ分析も行い、改善策を検討し、実施状況をラウンドで確認する仕組みもある。インシデント管理システムを活用し職員に周知している。外部からの情報は日本医療機能評価機構等から収集し、委員会で周知して各部署に資料を配布している。医療事故発生時の対応手順を整備している。誤認防止に向け、名乗りやバーコード認証、ID番号確認、リストバンド装着、タイムアウト、マーキングなどの対策を実践している。

医師の指示出し、看護師による指示受け・実施、医師による確認の手順は電子カルテシステムを活用している。ハイリスク薬を指定し、病棟の配置場所の視認性を高めている。麻薬保管庫は堅固な設備とし、鍵管理の責任の所在も明確にした運用としている。入院時に全患者に転倒・転落アセスメントを実施し、リスクに応じ看護計画を立案し実施している。医療機器の使用前・中・後の点検を行い、不具合が生じた場合は医療機器安全管理責任者が対応し、業者点検を受ける仕組みである。院内緊急コードを設定し、緊急招集およびBLS訓練は定期的実施している。

6. 医療関連感染制御

理事長や院長が所属する運営会議直轄の安全管理室を設置し、そこに院内感染対策委員会を組織している。感染防止対策チームは、感染防止対策に対する実働部隊として活動している。院内感染対策マニュアルを整備し、必要に応じて適宜改訂している。アウトブレイクの定義や対処方法など整備している。近隣の感染症の流行状況などの情報は、神戸市感染症発生動向調査週報から得ている。医療関連感染に関わるターゲットサーベイランスとして、SSIを主に集計している。手指消毒を含めた感染予防対策の遵守状況をラウンドし確認している。抗菌薬はガイドラインに基づき作成したマニュアルに則り選択し使用している。抗菌薬の使用状況は毎月医師に報告している。広域抗菌薬として指定した抗菌薬の使用は届け出制としている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の広報は、企画課が担当し、広報担当者を中心に病院全体で取り組んでいる。主としてホームページや SNS、広報誌等を広報ツールとして広く発信している。広報担当者を中心に、広報誌と SNS の連携など病院全体で地域に根ざしたコンテンツづくりに取り組み、病院広報アワード 2024 において広報担当部門大賞を受賞するなど、地域等へ必要な情報の発信に努めており高く評価できる。地域の医療機関との連携は、診療サービス課の地域医療連携室が中心となり、連携協議会などを通じて、地域の医療機能やニーズの把握に努めている。また、医療機関へ広報誌を配布し、甲状腺の専門病院としての役割や機能を明確にしながら、地域の医療関連施設との連携に取り組んでいる。施設間の紹介率や逆紹介率を把握し、初回返書や退院時返書を管理して状況把握に努めている。

患者や市民を対象とした地域公開講座や市民健康講座をはじめ、マスメディアとの連携による読売健康講座などを通じて、地域に向けた教育・啓発活動に取り組んでいる。甲状腺疾患の専門病院として、甲状腺の病気をテーマとした内容を中心に市民へ広く発信している。ホームページや SNS に開設した動画コンテンツでは、甲状腺教室などを配信している。また、医療関連施設等に向け、隈病院甲状腺研究会や神戸甲状腺診断セミナー、講演会などを開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、ホームページや院内掲示などにより周知している。「管理塔」による情報収集により受診の効率化を図り、待ち時間短縮に努めている。紹介患者を円滑に受け入れ確実に返信している。医師は患者・家族へ説明し同意を取得後、診断的検査を実施している。医師は入院の必要性を医学的根拠に基づいて判断し決定している。入院診療計画書は入院が決定した際に医師が作成し、その後、多職種が記入して入院時に患者・家族に渡している。クリニカル・パスも適用している。医療相談運用マニュアルを整備し、多様な相談に応じている。

医師は他の医師や病棟看護師等と協力し、日常の病棟業務を適切に行っている。看護師は機能的で役割分担された看護業務を実践している。薬剤師は入院患者の持参薬に関する情報を収集し、医師や看護師と共有している。医師は手術の適応や術式をカンファレンス後に最終決定している。手術後や重症患者は「リカバリールーム」で厳重に管理している。入院時に全患者に褥瘡リスク評価を行い、リスクに応じた計画を立案し実施している。カンファレンスで、食事内容や食事形態および食材を検討している。疼痛緩和ケアに関する方針や手順を整備し、実践している。術後には早期リハビリテーションを実施している。身体拘束は実施しないことを前提とし、安全のための身体拘束マニュアルを整備している。医師・看護師が退院後の生活や処置など説明し、不安なく退院できるよう支援している。終末期ケア・逝去時の対応マニュアルを整備し、患者・家族の意向に沿った対応をしている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤科では処方鑑査、疑義照会、医薬品集の整備など適切に行っている。臨床検査科では検体検査や生理検査、超音波検査など実施し、パニック値を検出した際の対応や検査値の精度管理など、その機能は高く評価できる。画像診断で緊急性のある所見を確認した際には迅速に報告し、画像を検討する機会を設けるなど質向上に取り組んでいる。栄養科では、美味しい食事の提供と患者の栄養管理に努めている。看護師や頭頸部外科医師等によりリハビリテーションを行っている。診療情報を一元的に管理し、量的点検は、退院患者全件を対象に実施して結果をフィードバックしている。

医療機器は、医療機器安全管理責任者が一覧表にまとめ、使用・保管部署を明確にして管理している。滅菌の質保証は、各種インディケータで実施し、滅菌機器の精度管理を行い記録している。常勤病理専門医と非常勤病理医、細胞検査士で、生検・手術検体の組織診および細胞診を院内で実施している。画像トレーサビリティシステムを使用し業務内容を画像データ化し、検体交差などのエラー防止に努めている。学会発表や論文作成も活発に行われており、病理診断機能は高く評価できる。放射線治療では、甲状腺内部照射を実施し、院内外からの要望に応え、治療専用病室を増床している。全身麻酔は麻酔科標榜医が担当し、サインイン・タイムアウト・サインアウトを手順に則り行い、麻酔覚醒基準を設けている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算の策定から財務諸表の策定まで管理課で取りまとめ、税理士による会計監査を実施している。また、各部署では、財務諸表やデータなどを活用して分析し、改善に取り組んでいる。医事課は、受付・会計・保険請求業務および経営分析などに取り組んでいる。レセプトは医師による点検を実施し、未収金対策を講じている。

施設基準は施設基準管理士が中心となり、管理表を作成し管理している。医事の統計データを活用し、毎月の収支状況などを経営層に報告している。効果的な委託業務を行うために、業務委託の必要性の是非を確認し決定している。委託業務の状況把握や評価、意見交換を実施し、必要な研修への参加や緊急時の連絡体制を整備している。施設・設備に関する日常点検および法令点検を実施している。事故や災害発生時の緊急連絡体制を整備し、施設・設備の管理に努めている。購買管理を適切に行うために、医療消耗品、医療機器、医薬品、給食材料を手順に従って購入する仕組みを構築している。災害時の危機管理は、防災管理規程を定め災害が起きた時の対応手順を明確にしている。消防訓練や防災訓練をはじめ、災害時用の備蓄倉庫を設けている。保安業務は、管理課を主管として院内巡視や来訪者への対応、施錠管理等を行い、保安業務日誌を作成している。防犯カメラやセキュリティー扉を設置し、緊急時の連絡体制も明確である。

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	B
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	A
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	患者の個人情報適切に取り扱っている	A
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	S
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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	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	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	S
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	B
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A
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	B
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	S
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A
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	NA
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	NA

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	A
4.1.4	院内で発生する情報を有効に活用している	S
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	A
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	B
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	A
4.3.3	学生実習等を適切に行っている	NA
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	A
-------	-----------------	---

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： 2023年 4月 1日～2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024年 8月 31日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人神甲会 限病院

I-1-2 機能種別：一般病院1

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：兵庫県神戸市中央区下山手通8-2-35

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	58	58	+0	55.4	6.5
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	58	58	+0		

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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	4	+2
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

--

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

