

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1月17日～1月18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、1915年に株式会社神戸製鋼所の医療所として開設され、1998年に医療法人社団神鋼会を設立し、神戸市東地区において地域に密着して医療を提供する急性期病院である。乳腺センター、呼吸器センター等を設立し、地域がん診療連携拠点病院、がんゲノム医療連携病院等に指定され、質の高い医療を提供し続けている。特に、早期から手術支援ロボットを導入するなど、がん診療をはじめ高度専門医療の充実は顕著な診療実績を有している。今回の病院機能評価受審にあたり、病院全体で真摯に取り組まれていることが各部署、あらゆる職員に見受けられた。病院長をはじめ、全職員が一体となり、病院の質改善に取り組む姿勢を評価したい。今回の受審が貴院にとって医療機能の向上や運営強化に向け、継続的な質改善活動の一助となることを願うとともに、貴院のますますの発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針および病院の運営方針は組織内に浸透している。病院運営に必要な会議や委員会を設置し、病院幹部が適切に関与している。年度方針・計画は各部署との院長ヒアリングにより達成指標を数値化し、計画的な運営と評価の体制ができていく。医療情報は統合的に管理され、情報の二次利用も適切に行う仕組みがある。病院の様々な文書は規程に則り管理している。

医療法や施設基準を満たすために必要な人材は適切に確保されている。職員の安全衛生面では、健康診断、衛生委員会を定期に実施し、職員の意見・要望に対応する仕組みがある。また、産業医による職場巡視や公認心理士による健康相談を実施している。福利厚生は保育所や職員宿舍、産休・育休の支援に加え、病院独自の休

暇制度や勤務シフト、時間外勤務体制など職場環境整備は高く評価できる。必要性の高い全職員対象の研修を適切に実施している。職員の能力評価を適切に行い、資格取得への支援など職員の能力開発に努め、専門資格取得や学会発表の推進など組織的な人材育成に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内掲示やホームページにおいて周知している。説明と同意に関する方針が整備され、統一された書式で一元管理している。診療・ケアに必要な情報は電子カルテで共有し、説明時は、患者・家族が理解しやすいように、臓器モデル等を活用している。患者支援センターを設置し、看護師、社会福祉士等の多職種連携により患者との対話を促進している。プライバシーポリシー、個人情報保護管理規程を定め、守秘義務の徹底や教育を実施している。医療安全委員会の下部組織として医療安全・臨床倫理部会を設置し、倫理的な課題を集約・検討しているが、病院として主要な倫理課題を定めて取り組まれることを期待する。患者・家族の抱えている倫理的課題は、各部署において多職種でカンファレンスを開催して検討し、医療安全・臨床倫理部会に報告している。

敷地内に駐車場を整備しており、電車や路線バスを利用した来院も可能である。院内の施設・設備は、高齢者・障害者へ配慮した設備があり、利便性・安全性を確保した快適な療養環境となっている。受動喫煙防止は、敷地内禁煙を周知徹底し、禁煙外来の開設など患者や職員への禁煙啓発活動を行っている。

4. 医療の質

業務の質改善に向け、日本病院会の QI プロジェクトと病院独自の QI 項目を収集・分析し、改善例を発表する院内 QI 大会を開催している。クリニカル・パスは 200 種以上あり、適応率も 80%を超えているが、バリエーション分析の拡充が望まれる。患者・家族の意見は、投書箱や患者満足度調査等を通じて収集し、各委員会等において検討を行い対応している。新たな診療や治療方法の導入に関しては、倫理委員会において審議し、最終的に院長が実施を承認している。臨床研究に対する倫理的審査や倫理指針の変更への対応、臨床研究のモニタリングについても、倫理委員会で適切に行われている。

病棟に責任者の氏名を掲示し、入院案内時に患者・家族に説明している。診療記録は診療録記載マニュアルに基づき記載し、診療マニュアルに基づき説明と同意取得が行われている。退院時サマリーの記載率は 100%である。2023 年度より医師、看護師がチェックシートを用いて診療録の質的点検を実施しており、フィードバックも行っている。多職種によるカンファレンスを日常的に開催し、必要時は診療科の枠を超えて患者の治療やケアの方針を検討している。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室を設置し、医療安全部門を統括している。医療安全対策に係る評価を行う「医療安全ミーティング」を週 2 回開催している。インシデ

ント・アクシデント事例は電子カルテの報告システムで報告し、医療安全管理室で情報を集約している。医師および研修医のインシデント・アクシデント報告数は十分と言えないため、全職種から適時に漏れなく報告される取り組みについて期待される。医療事故への対応として、初動対応、患者・家族への対応、紛争・訴訟対応、院内事故対策委員会の設置手順等を定めている。

誤認防止手順が医療安全管理マニュアルに定められている。指示出し・指示受け・実施確認は、電子カルテシステムによる院内統一の運用手順で実施している。薬歴管理、服薬管理は薬剤師により実施され、重複投与や副作用のリスク管理は適切である。全入院患者に転倒・転落リスクアセスメントシートを用いてリスク評価を行い、看護計画の立案に反映している。医療機器は使用マニュアルを整備し、使用方法や安全確認方法を記載している。院内緊急時コード ABC を整備し、院内掲示などを通して職員へ周知している。救急カートを必要な部署に配置し、カート内の医薬品や備品類は院内で統一している。

6. 医療関連感染制御

感染症対策センター内に感染対策室を設置している。院内感染対策委員会は病院長を委員長として毎月開催し、適切に情報共有や課題について審議している。感染制御活動を行う多職種による感染制御チームに加え、抗菌薬の適正使用を目的とした抗菌薬適正使用支援チームも組織され、定期的に活動している。感染対策センターと感染対策室の位置付けが明確ではない状況であり、それぞれの位置付けや役割を明確にすることが望まれる。専従の感染管理認定看護師は、毎日病棟ラウンドを行い、発熱や下痢の発生状況の情報を収集している。

医療関連感染制御に関するマニュアルを整備し、標準予防策を実施している。感染性廃棄物はハザードマーク付き容器で回収し、血液・体液の付着したリネン、寝具類は速やかにビニール袋に密封して一時保管場所に運搬している。抗菌薬使用指針を整備し、抗 MRSA 薬や広域抗菌薬等の抗菌薬は届出制としている。抗菌薬の使用状況は抗菌薬適正使用支援チームで検討し、不適切な使用に関しては主治医にフィードバックを行っている。

7. 地域への情報発信と連携

必要な情報は、ホームページ、広報誌にて発信しており、広報誌は3か月ごとに約500部発行し、連携医療機関に対しては、医療機関用の広報誌を3か月ごとに約800部発行し、「開業医探訪」などの記事を掲載して連携強化に活用している。ホームページには理念・基本方針、患者の権利のほか、診療機能や各種指標、診療科医師に関する情報を掲載しており、前年度の年報も閲覧することが可能である。地域医療支援病院として地域医療連携センターを設置し、医療・福祉の連携に取り組んでいる。前方連携から後方支援までシームレスで円滑な連携を図ることを目指している。症例検討会や地域医療連携交流会などをオンラインで開催している。連携先施設への訪問を、医師と他職種も交えて積極的に行っているなど、医療関連施設との連携機能は極めて秀でている。地域に向けた活動として、総合医学研究センタ

一による講演会や、がん診療センターによるがんゲノム医療連携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等で案内している。初診患者に関する情報は、問診票や紹介状等から収集している。侵襲的検査、造影剤検査では、必要性和リスクについて適切に説明し、同意を取得している。入院の判断は外来医師が決定し、入院の必要性は医師により患者・家族に説明され、同意を得ている。入院診療計画書は多職種により速やかに作成されている。患者が円滑に入院できるように、患者支援センターで入院説明や案内を行っている。

病棟業務は、医師および看護師が多職種と連携して患者ニーズを捉えて実践している。薬歴管理、服薬指導などを行う病棟担当薬剤師を配置している。輸血は医師の指示の下、マニュアルに従って適切に実施されている。全身麻酔は麻酔科医が担当し、全例について術前評価ならびに説明を行い、麻酔同意書を取得している。重症患者は、入退室基準が規定されているICU等を利用して適切に管理されている。全入院患者に対し、危険因子評価票を用いて褥瘡発生リスク評価を行っている。多職種による栄養状態の評価や、治療・生活サポートチームによる緩和ケアが実施され、リハビリテーションは入院早期に開始されている。入院時より退院後の生活を踏まえた支援を多職種で実施し、退院後の情報提供や在宅支援が行われている。終末期医療の基本的な考え方について「人生の最終段階に関する倫理指針」を定めている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門は、処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会などに対応している。臨床検査における検体採取など各検査プロセスの質は適切に保たれている。画像診断は、通常読影に関しては、ほぼ全てにおいて翌診療日までにレポートを作成している。栄養管理機能は、衛生管理を徹底し、適時・適温で食事提供のうえ、選択メニューにも対応している。リハビリテーション機能では、リハビリテーションの実施を3日以上空けないように、勤務体制を整備している。診療情報管理機能では、診断名および手術名のコーディングなどが適切に実施されている。医療機器管理は臨床工学技士により適切に管理されている。洗浄・滅菌機能は手術室師長を責任者とし、滅菌技士などの有資格者を含む委託業者が業務を担当している。

病理部門は、常勤医師を配置し、術中迅速検査に対応している。放射線治療部門は、放射線治療医と放射線技師が治療計画を作成し、放射線治療医の立ち合いでシミュレーションを実施し、計画線量を確認している。輸血・血液管理機能においては、出庫時から輸血実施まで、外観確認の実施・記録を手順通りに行っている。手術・麻酔機能については、手術室運営マニュアルを策定し、タイムアウトなど安全確認実施手順は適切である。ICUの入退室基準は明文化され、管理体制は明確である。神戸医療圏域における二次救急医療機関であり、断らない救急を目指して救急医療機能を発揮している。

10. 組織・施設の管理

予算案は、中期経営計画に基づき、各部門とのヒアリング、設備投資要望等を踏まえて策定され、理事会において承認を受けて執行される。医事業務は、委託業者と連携して業務手順に従っている。レセプト業務への医師の関与や査定・返戻への対応、未収金管理や施設基準を遵守する取り組みはいずれも適切である。業務委託に関する方針と選定および評価プロセスが定められており、再評価も評価表に沿って実施している。事故発生時の対応も契約書上で明確にしている。

施設・設備の管理は、24時間管理体制を整備し、緊急時の対応や業者への非常時の連絡についてルール化している。院内清掃や医療ガスの安全管理、感染性廃棄物も適切に処理している。購買管理は、医薬品・医療材料の管理を一部外部委託している。総務室が所管して購入から経済的運用、内部牽制機能の適切性に至るまで主体的に関与している。災害時等に備え、大規模災害マニュアルやBCPなどを定め、緊急時の責任・対応体制を明確にしている。非常時の食料品備蓄量と非常用発電能力については一層の充実を期待する。病院の保安体制は設備管理室が所管し、常時警備員2名体制で、院内巡視や防犯カメラによるモニタリング、非常時の連絡等に対応している。

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 | 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 | B |
| 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 | S |
| 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 | B |
| 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 | 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | 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 | 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 | A |
| 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 | 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 | B |
| 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 | 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 | 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 | A |
| 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 | B |
| 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 | S |
| 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 | A |
| 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 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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 10 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人神鋼記念会 神鋼記念病院

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： 兵庫県神戸市中央区脇浜町1-4-47

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 | 333 | 333 | +0 | 75.1 | 11.2 |
| 療養病床 | | | | | |
| 医療保険適用 | | | | | |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | | | | | |
| 結核病床 | | | | | |
| 感染症病床 | | | | | |
| 総数 | 333 | 333 | +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 | | |
| 集中治療管理室 (ICU) | 6 | +0 |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 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

地域医療支援病院, がん診療連携拠点病院 (地域), DPC対象病院 (DPC特定病院群)

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： 6 人 2年目： 6 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

I-2 診療科目・医師数および患者数

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

[illegible]

I-2-2 年度推移

| ⑦-2 年度推移 | 実績値 | | | | 対 前年比% | |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|------|
| | 昨年度 | | 2年前 | | 昨年度 | 2年前 |
| | 2022 | 2021 | 2020 | | 2022 | 2021 |
| 年度(西暦) | | | | | | |
| 1日あたり外来患者数 | 905.87 | 904.84 | 901.19 | 100.11 | 100.41 | |
| 1日あたり外来初診患者数 | 49.53 | 48.77 | 48.83 | 101.56 | 99.88 | |
| 新患率 | 5.47 | 5.39 | 5.42 | | | |
| 1日あたり入院患者数 | 272.38 | 266.31 | 278.13 | 102.28 | 95.75 | |
| 1日あたり新入院患者数 | 22.30 | 21.77 | 22.10 | 102.43 | 98.51 | |