

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7月17日～7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1919年に兵庫県済生会診療所として開設され、困難な状況にある人々を支える済生会の使命のもと、医療・福祉活動を継続している。1951年からは公的医療機関として、1991年には現在の神戸市北区へ移転し、2019年に創立100周年を迎え、現在は地域の中核病院としてその責務を果たしている。済生会全体の取り組みである社会的包摂の推進を図り、無料低額診療や生活困窮者支援の「なでしこプラン」を積極的に実施し、「誰も取り残さない」ソーシャルインクルージョンの実現を目指している。また、地域周産期母子医療センターとして、若い世代が安心して妊娠・出産・育児に臨める体制を整備し、地域医療に貢献している。さらに、多職種連携によるチーム医療で高齢者の多疾病や認知症、虚弱に総合的に対応し、訪問看護ステーションや特別養護老人ホーム、行政との連携を通じて、地域住民が住み慣れた場所で自分らしい生活を送れるよう、地域包括ケアシステムの構築にも貢献している。2022年度からは三田市民病院との統合に向けた基本構想・基本計画の策定に着手しており、北神・三田地域の住民が安心して質の高い医療を受けられるよう、必要な診療機能や患者・家族に優しい施設・設備について協議を進めている。今回の更新受審は、医療の質向上への取り組みや組織活動のさらなる充実を推進するとともに、新病院に向けた新たな課題を明確にする機会となった。今後も地域社会に深く根ざした医療と福祉を提供し続けていくことを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念と基本方針を策定し、中期事業計画や年次事業計画に反映している。病院の意思決定は幹部会で行い、職務分掌規程等を定めている。経営環境の変化に

対応すべく、経営改革プランを策定し、部門目標を設定して改革の実効性を高めている。個人目標管理や自己啓発支援、表彰制度などを通じて、職員の意欲向上に組織的に取り組んでいる。情報システムの運用管理規定を定め、部門システムを含め医療情報全般を一元管理している。文書は、関連する規定類に従って運用・管理している。施設基準等で定める必要人員を確保し、人事や労務等に関する各種規則・規定類を整備し周知している。労働安全衛生委員会を開催し、健康診断は全職員を対象に実施している。職員の意見・要望は、面談や労使協議、職員満足度調査、「院長メール」等により把握し、就業支援や福利厚生の実現に努めている。職員の教育・研修は、院内教育委員会を中心に年間教育計画に基づき計画的に実施している。職員の能力評価は、個人目標管理により業務遂行能力や実績等を把握・評価している。臨床研修医への初期研修は臨床研修プログラムに基づいて実施し、看護部ではキャリアラダーに沿った研修を行い、診療技術部門でも各専門職種に対して育成・教育プログラムを策定している。学生実習を受け入れ、指導者研修等を修了した指導者を配置し、カリキュラムに沿った実習を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を定め周知している。医療安全管理マニュアルに説明と同意に関する病院の方針、同意書の取得の具体的手順を明文化している。今後、運用のさらなる整備を期待したい。患者との診療情報の共有や診療への参加促進に関しては、入院診療計画書やクリニカルパス、入院案内、パンフレットなどを活用している。看護師や社会福祉士等で構成する総合支援センターの窓口で、多様な相談に関係部門と連携して対応している。個人情報保護方針を整備し、患者の個人情報は医療情報システム運用管理委員会委員長の承認のもと、ITリテラシー合格者の管理下で取り扱う仕組みとなっている。倫理マニュアルに、病院としての臨床倫理方針を策定し、主要な倫理的課題への対応の方針を定めている。臨床現場での倫理的課題は、多職種での事例カンファレンスや看護部倫理委員会で4分割法を用いて検討を行い、解決できなかった問題を倫理委員会に諮る仕組みがある。正面玄関は福祉車両対応で広さと雨除けを備え、送迎バスやタクシー乗り場も整え利便性を確保している。院内に売店やATMを備え、病棟にはコインランドリーやデイルーム、各病床には床頭台を整備している。診療・看護ケアに必要なスペースを確保し、病室には採光・空調・照明などの環境が整えられている。受動喫煙の防止に向け、敷地内禁煙の方針を明確にしている。

4. 医療の質

医療機能評価と臨床研修評価を継続的に受審し、改善に積極的に取り組んでいる。各部署で実施計画シートを作成後、院長ヒアリングを行い、行動計画書を作成し業務改善に努めている。診療の質向上に向け、消化器疾患・母子センター・緩和ケア・ICU・小児科リハビリの各カンファレンス等で多職種・複数診療科で症例検討会を行い、NICUでの症例については、紹介元病院とオンラインでカンファレンスを実施している。診療ガイドラインは図書室で常時閲覧可能で、活用している。

患者・家族からの意見・要望等は、意見箱や満足度調査等から収集し、幹部会や外来と病棟の運営委員会で検討して共有し公開している。新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、倫理委員会で審議・承認を得て、必要な院外研修等は病院が支援している。病棟では病棟責任医師や看護師長、病棟薬剤師、社会福祉士、退院支援担当看護師を掲示している。病棟師長は病室を巡回し、ケア状況を確認している。診療記録は SOAP 形式で記載し、診療録マニュアルを遵守している。診療記録の質的点検は医師、看護師とも適宜行い、フィードバックしている。多職種で構成された ICT や NST、褥瘡対策などの多くのチームを設置し、組織横断的に活動している。診療科ごとにリハビリカンファレンスを開催し、多職種で治療・ケアや進捗・目標を検討している。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理部門を設置し、副院長を室長として専従の医療安全管理者を配置するとともに、医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者等を任命している。医療安全管理室会議やグループチャットでの医療安全カンファレンスを実施している。医療安全管理委員会や医療安全推進担当者会議で安全対策を推進し、医療安全対策マニュアルを整備している。アクシデント・インシデント報告は専用システムで行い、医療安全管理者が重要事例を分析し、部署と協力して事故防止策を作成している。事例の共有や改善事項、院外の安全に関する情報を周知し、医療安全ラウンドで評価している。医療事故発生時の対応手順や組織的検討体制を明文化している。患者確認は名乗りを基本とし、リストバンドやバーコード認証を活用している。今後も引き続き、誤認防止対策の標準化に向けた取り組みを期待したい。情報伝達エラー防止対策として、電子カルテ機能を活用している。薬剤の重複投与、アレルギー歴などは処方時に注意喚起する仕組みがある。麻薬保管庫の鍵管理体制を整備し、責任の所在を明確化するとともに、マニュアルも改訂している。入院時に転倒・転落リスク評価を行い、危険度に応じ予防対策を実施している。医療機器は中央管理し、回収や点検・整備は手順に基づき実施している。院内緊急コードを設定し、心肺蘇生訓練は、救急救命委員会が中心となって行い、参加者を把握している。

6. 医療関連感染制御

院長直属の感染管理室を設置し、ICD を室長として、専従 ICN や薬剤師、臨床検査技師を配置している。感染管理室長は院長から権限を委譲され、感染対策委員会で課題審議と議決を行っている。感染管理室は ICT と AST を組織している。ICT は院内ラウンドで感染リンクナースと連携して情報収集や対策確認等を行い、ICT ニュースを発信している。他医療機関との合同カンファレンスや行政との情報交換に加え、JANIS、J-SIPHE に参加している。感染管理マニュアルを整備し、必要な場所に手指消毒薬および个人防护具を設置している。各部署のリンクナースが中心となって、手指消毒薬の使用量調査等を行い手指衛生の徹底に努めている。感染リスクのある使用後のリネンの感染防止策として、蓋付きランドリーボックスを導入

し、運用をマニュアルに明記している。ICTは他医療機関との合同カンファレンスを開催し、院内感染対策の助言を行っている。抗菌薬の採用判断は各種ガイドラインに準拠し、薬事委員会で検討している。抗菌薬適正使用指針に具体的な抗菌薬の使用方法を明記し、特殊な抗菌薬の使用は届出制としている。分離菌感受性パターンの情報を集約しアンチバイオグラムを作成している。ASTは培養検査の結果や抗菌薬の使用状況を監視し、de-escalation等を促すとともに、その対応を確認している。

7. 地域への情報発信と連携

病院は広報ポリシーを策定し、広報対象・目的・内容を明確にしている。広報委員会は広報計画を検討し、地域住民向け・地域医療機関向け広報誌や年報、院内掲示、ホームページ、WEBマガジン、SNSなど、多様な媒体を通じて各種の情報を発信している。総合支援センターが地域の医療機関との連携を担い、前方連携と後方連携を担当している。手順書に基づき、紹介元への返書管理や情報提供を行っている。地域連携広報誌を発行し、医師と医療機関への訪問を行い、診療科情報や新体制の案内をしている。地域の病院との「地域連携を進める会」や地区医師会との連絡会を通じ、連携に必要な情報を把握し業務に反映している。地域の健康増進・啓発活動に医療従事者を派遣し、医療相談や健康講座、各種測定を実施している。また、健康相談や市民公開講座、母親教室など幅広い活動を展開している。地域の医療関連施設向けには、地域医療従事者スキルアップ研修を対面・WEB・オンデマンドで開催し、専門知識・技術の向上を支援している。さらに、近隣開業医との連絡会で症例検討を行うなど、地域に向けた教育・啓発活動は充実している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に受診できるよう、必要な情報を案内している。外来診療では患者情報を収集し、侵襲的検査では検査中・後の観察を行い記録している。入院は医師が医学的に必要性を判断し、入院診療計画書は多職種で作成している。総合支援センターで医療相談対応および入院前面談を行っている。医師は病棟回診を行い、看護師は看護管理・業務マニュアルに基づき、診療補助と療養上の世話を実践し、病棟薬剤師は服薬指導と薬歴確認を行っている。輸血は使用指針に基づき適応を検討し、輸血実施手順マニュアルに則って、観察し記録している。麻酔科医は患者・家族と面談し、術後訪問している。重症患者は重症度に応じた病床で診療し、多職種で迅速に対応している。入院時に褥瘡のリスク評価を行い、必要なケアを実践している。栄養状態はGLIM基準、疼痛は客観的指標を用いて評価し、医療チームも介入している。療法士は早期からの介入に取り組み、行動制限最小化チームのラウンドを通じて、拘束をしない看護の提供を検討している。退院支援マニュアルに基づき、入院前から困難要因を評価している。継続した診療・ケアが必要な際には、外来看護師がカンファレンスに参加し、地域連携パスも活用している。終末期患者のケアは看護基準・手順に沿って、患者・家族の意向に応じて環境調整や面会時間を確保している。

9. 良質な医療を構成する機能

常勤薬剤師が24時間体制で薬剤管理や調剤業務を行い、病院機能に必要な臨床検査体制を整備している。パニック値は、主治医不在時は診療部長や当直医へ直接報告する運用とし、院内周知を行うとともにマニュアルも改訂している。CT・MRI読影は翌日までに実施し、緊急時は即日対応している。給食業務は、HACCP準拠の衛生管理を行い、行事食や個別対応を含む充実した栄養管理を提供している。リハビリテーション対象の主要疾患には、標準プログラムを適用し、FIMで評価している。診療情報は電子カルテで一元管理し、診療記録の量的点検は全患者対象に実施している。現場で使用する医療機器を中央管理し、貸出・点検を専用システムで一元管理している。洗浄・滅菌業務は中央化し、各種のインディケータで滅菌精度を保証している。病理医の常勤・非常勤体制のもと、組織診・細胞診・迅速病理診断等を実施し、診断精度を管理している。輸血責任医師の監督のもと、T&Sコンピュタークロスマッチを導入し、輸血認定技師も配置して安全かつ迅速な輸血体制を整備している。手術のスケジュール管理は、麻酔科部長と手術室師長でルールに沿って対応している。NICUでは、必要な機器を完備し多職種が運営に携わり、救急搬送要請にも対応している。地域周産期母子医療センターを持つ救急告示病院として救急患者を受け入れ、重症度に合わせた患者対応を行っている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は病院会計準則に基づいた会計処理を行い、予算策定や各帳票類を整備している。経営改善策として「経営改善プラン」を作成し、分析と改善活動を進めている。窓口収納業務や診療報酬請求業務、未収金管理、施設基準遵守など、医事業務は適切に行っている。業務委託の決定や委託範囲、業者選定、契約更新などは、経済面や業務の質向上などの効果を検討し、幹部会で決定している。日報や管理担当者と委託業者による定例会議で、実施状況の把握と業務の質を検討する仕組みもある。施設・設備の管理・責任体制は明確であり、日々の点検・確認を確実に実施している。医療ガスの定期的な点検を実施し、廃棄物処理も規定を遵守している。購買管理については、診療材料は施設用度課、医薬品は薬剤科が担当し、SPDシステムにより物品供給を円滑に行っている。それぞれ診療材料選定委員会と薬事委員会で審議し採用を決定している。災害対策やBCP、大規模災害対策の各種マニュアルを策定し、備蓄品の確保や訓練等を計画的に実施している。保安業務の責任部署は総務課が担い、24時間体制での警備員の配置と日勤帯の警察OBの配置により、保安体制の強化に努めている。施設管理体制および各部署の連絡網を整備するとともに、緊急ボタンや警報ブザーの設置など、有事に備えている。

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	A
1.1.5	患者の個人情報を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	A
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	B
<hr/>		
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	B
1.6.3	受動喫煙を防止している	B

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	A
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	B
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	B
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	B
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	B
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やや長文であったため、要約と若干の修正をしております、ご確認ください。必要があれば復活させてください。	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	B
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	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 ご依頼により、文字の修正を しました。(浅田)	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	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	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	B
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	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	A
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 1月 1日 ~ 2024年 12月 31日
 時点データ取得日： 2025年 1月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 社会福祉法人恩賜財団済生会兵庫県病院
- I-1-2 機能種別 : 一般病院2
- I-1-3 開設者 : 済生会
- I-1-4 所在地 : 兵庫県神戸市北区藤原台中町5-1-1

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	268	268	+0	70.7	12.9
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	268	268	+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	4	+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)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	15	+0
小児入院医療管理料病床	46	+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	46	+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 :

地域医療支援病院, DPC対象病院(DPC標準病院群), 地域周産期母子医療センター

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 : 5人 2年目 : 2人 歯科 : 0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
- オーダーリングシステム ● 1) あり ○ 2) なし PACS ● 1) あり ○ 2) なし

