

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院1」及び副機能種別「慢性期病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および5月13日～5月14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
機能種別	慢性期病院（副）	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。
- ・機能種別 慢性期病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は1980年に19床で開業され、その後増改築を行い、現在156床を有している。現在、新病棟建設中であり、2028年に新病院開院予定である。神戸市北区において、急性期から慢性期まで提供する医療機関として地域医療に貢献している。地域と共に歩む医療機関として、「幅広い専門医療の提供、365日24時間の医療提供、予防医療強化、地域の健康づくりへの貢献、在宅医療の提供、病児保育」を特徴としている。今回は病院機能評価、6度目の認定更新のための受審であり、理事長をはじめ病院幹部のリーダーシップのもと、病院の質向上に継続して取り組んでこられた成果が随所に確認できた。受審結果を活かし、貴院が示されている3つの理念を達成するために、病院機能の充実を図り、「患者・家族の立場になり信頼される医療、全職員が輝く職場、関係機関や地域の方々との街づくりに貢献する病院」としてさらなる発展に期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

まほし会の理念および基本方針を定め、病院の内外に示し、病院運営の基本としている。運営会議で意思決定し、管理職会議および部門・委員会報告および院内LANで職員への周知を図っている。理事長方針を受けて年次経営計画が立案され、病院全体および部門・部署における目標管理を行っている。院内の情報の管理・活

用の方針を明確にし、病院経営資料として活用している。文書管理規程を整備し、診療情報管理委員会、文書管理の担当部署にて管理している。病院の機能に見合った専門職種の人材を採用しており、医療法等の法令や施設基準の必要人員を確保している。就業規則や給与規程などを整備し、職員に周知している。36協定を労働基準監督署に届けている。労働衛生委員会は毎月開催され、職員の健康管理、職場巡視、職業感染への対応など実施している。カイゼンワーキンググループ、タスクシフトワーキンググループにて、職員の意見、要望を把握して改善する仕組みがある。職員への教育・研修では、教育推進室がとりまとめを担当している。年間計画において、必要性の高い研修を実施している。職員の能力評価・能力開発では、人事考課制度に基づき、全職員対象に評価を実施し、各種研修により能力の向上に努めている。学生実習では、真星病院実習マニュアルに基づき、多職種の実習生を受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は患者の責務とともに院内外に周知されている。診療録は適切に開示されている。真星病院診療録記載マニュアルに「説明と同意に関する方針」を明記し、文書同意を必要とする診療行為の範囲を明確に定めている。病棟では、医師や看護師等が入院診療計画書、クリニカルパス等を用い、医療への患者参加・協力を促している。患者相談窓口が設置され、退院支援、社会福祉相談などに対応している。患者からの相談内容に応じて専門職種と連携し対応している。個人情報保護に関する基本方針等は個人情報保護規定に定めている。個人情報管理委員会にて、個人情報の取扱い等について検討を行っている。患者・家族が抱える倫理的課題を収集し、問題解決を図っている。困難事例は倫理委員会で検討する仕組みを整備している。臨床現場で日常的に発生する倫理的課題は病棟カンファレンスや多職種による合同カンファレンスで活発に行われている。公共交通、患者送迎バスなど来院時のアクセスは良好である。総合案内にて、高齢者や障害者に対応する体制を整備している。毎日の日常清掃および定期的清掃を行い、清潔な療養環境の整備に努めている。全館禁煙・敷地内禁煙の方針が徹底されている。職員の喫煙状況は、定期実施する健康診断アンケートで把握している。

4. 医療の質

業務の質改善の取り組みはカイゼンワーキンググループで取り組まれ、2024年度はタスクシフトについて成果が得られた。立入検査などでは適切に対応している。診療の質の向上に向けた取り組みとして各種症例検討会がある。クリニカルパスは委員会で分析や修正が行われている。臨床指標は多数の項目をまとめられている。患者・家族からの意見や要望は、院内に設置した意見箱や、患者満足度調査から収集し、管理職会議等で検討、対策実施している。新しい診療技術の導入や医薬品の適応外使用は、倫理委員会で検討されることになっている。臨床研究も倫理委員会で審査されている。病棟師長は毎日ラウンドを行い、患者の状態や診療・ケアの状況を把握し、必要に応じて患者・家族へのサポートを行っている。診療記録は

電子カルテシステムを運用し、診療記録の質的点検は点検項目に従って行われている。多職種で構成するサポートチームには、ICT、NST、褥瘡対策チーム、糖尿病チームなどがあり、専門的な立場から積極的に診療・ケアの支援を行っている。

5. 医療安全

病院長から委譲された権限に基づき、医療安全管理者が組織横断的に活動している。結果は医療安全管理委員会等に報告されている。インシデント・アクシデント報告は、医療安全管理者が収集し、医療安全管理室のメンバーと内容の検討やデータを分析し、結果は医療安全管理委員会等で報告している。重大医療事故発生時の行動指針、対応フローチャートを整備し、外部委員を含む医療事故調査委員会を開催する体制を整えている。患者確認は、患者から氏名や生年月日を名乗ってもらい確認している。病棟では、注射指示票・リストバンド・医療者の3点認証で確認している。情報伝達は、指示出し・指示受けを電子カルテシステムで確実に行われている。口頭指示は口頭指示専用確認用紙を用いて適切に実施されている。麻薬・ハイリスク薬を含む薬剤の保管・管理と安全な使用、重複投与の回避、副作用の把握などが適切に運用されている。入院時全患者を対象に危険度評価を行い、危険度Ⅱ以上は看護計画を立案し、3日目、7日目、状態変化時に再評価のうえ必要に応じて看護計画を変更している。輸液ポンプ・シリンジポンプ類の作動中は看護師がチェックリストに基づき点検し、人工呼吸器作動中は臨床工学技士が毎日設定条件等を確認している。院内緊急コードは適切に運用されている。救急カートの配置薬は院内統一し、定数確認を行っている。BLSは全職員を対象に実施されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は感染対策管理室やICTが設置され、感染対策委員会やICTミーティングが行われている。院内感染対策マニュアルは毎年改訂され、近隣の医療機関と定期的にカンファレンスを開催している。院内の感染症情報が集約され、カテーテル関連血流感染のサーベイランスも行われ、JANISとJ-SIPHEに参加している。アウトブレイク発生時にも対応され、院外の感染症関連情報が収集されている。全職員を対象とした感染症研修が実施されている。手指消毒剤は使用しやすい場所への設置と携帯使用で用量を測定し、毎月フィードバックしている。「手指衛生の5つのタイミング」を意識し、適切な使用推進に取り組んでいる。抗菌薬適正使用では抗MRSA薬などの特定抗菌薬は届出制になっており、ICTで抗菌薬使用の適切性を検討している。

7. 地域への情報発信と連携

診療内容や医療サービスについては、ホームページや広報誌等を通じて、患者・地域住民・連携施設へ向けて、情報をタイムリーに発信している。診療実績として、各診療科の実績・DPCデータに基づく病院指標をホームページにて報告するなど必要な情報を発信している。神戸市人口データ、保健所、医師会、地域医療構想データ等により、地域の医療ニーズを把握し、院内外との連携に努めている。紹

介・逆紹介に取り組んでいる。連携担当者が連携施設を訪問するなど、顔の見える連携の構築に努めている。紹介に対する返書管理においては、経過に応じた報告としての返書作成を行っている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、医師、看護師、薬剤師、療法士、管理栄養士など多くの職種が参加して、健康増進活動や地域健康講座、健康教室などを行っている。地域包括ケア推進総括協議会、医師会、地域看護連絡会、ケアマネジャー連絡会、あんしんすこやかセンター、救急隊との症例検討会など、患者・地域住民や医療関連施設等に向けた教育・啓発活動に取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診や紹介、再診、会計などの窓口を明確にし、受診手続きは明確である。外来診療は問診票や診療情報提供書で情報収集している。地域の医療機関等からの診察・入院等の依頼があった場合は、待機期間短縮に努めている。診断的検査で侵襲性が高い検査は説明と同意のもと、安全に配慮して実施している。地域連携室が窓口となり、医療機関などへの紹介がされている。入院は担当医が患者・家族に説明し、同意を得て決定している。入院診療計画書は多職種が協力して作成している。医療相談は、社会福祉相談や退院相談等があり、社会福祉士・看護師等が対応している。「入院のご案内」を活用し、安心して入院生活が送れるよう配慮している。医師は病棟カンファレンスやチーム活動に参加して情報共有が行われている。病棟の看護業務は、看護基準、看護業務手順に基づいて病棟業務が行われている。薬剤師は持参薬確認、服薬指導を行い、看護師により安全に投薬注射が実施されている。輸血の投与は手順に従って観察と記録を行い、安全に実施されている。周術期の対応は手術・麻酔の適応検討や説明、合併症予防、術後管理など適切に行っている。重症患者はICU室で、モニターを装着した上で管理されている。入院時すべての患者に「褥瘡に関する危険因子評価表」で評価し必要なケアを継続している。管理栄養士が患者に応じた栄養管理計画書を作成している。疼痛評価はNRS・VASによる客観的評価を実施している。リハビリテーションは実施計画書による説明と同意のもとで行われている。身体拘束に関する定義、基準・手順などを整備している。患者・家族の希望や相談に対応しながら退院に向けて調整を行っている。継続的な診察・ケアが必要な場合は、継続した支援が行われている。緩和ケアマニュアル、基準、手順に沿って対応している。

副機能（慢性期）

<副機能：慢性期病院>

受診に必要な情報の案内があり、外来診療は予約制であり緊急性等の配慮も適切に行われている。医師は、診断的検査の必要性を検討し患者・家族に説明している。侵襲的な検査として嚥下造影検査の実施があり適宜患者観察を行っている。入院相談・受け入れは、地域連携室および看護部長が担っており、医師と相談して入院決定する。入院診療計画書の作成を多職種で行い、説明・同意を得ている。診療計画と連携した看護計画は、患者データベースにて情報を収集しリスク評価をして

立案している。医療相談は、地域医療連携室の社会福祉士が窓口となっている。主治医は、回診を行い、各種カンファレンスに参加し診療チームのリーダーシップを発揮している。看護師、看護補助者は、基準・手順等により役割分担され、プライマリーナーシング制にて病棟業務を適切に行っている。患者の全身状態の把握は定期的な検査にて適切に行われている。点滴・注射薬の実施過程では電子カルテ三点認証にて確実・安全に行われている。輸血療法はマニュアルに沿って適切に実施されている。褥瘡対策委員会、外科医参加の褥瘡回診の活動があり、予防対策として除圧マットレス、高機能エアーマットの導入を行っている。栄養評価は、全例に行われ、必要時、栄養管理計画が作成される。さらに、NSTの活動がある。疼痛はNRSを活用して適切に対応している。リハビリテーションは、ADLの向上と維持、QOLの向上を目標に、離床を促している。自立支援への取り組みは個別ケアプランにて対応しているが、アクティビティを高めるプログラムを計画し実施されることを期待したい。身体拘束は基準に沿って適切に実施されており、最小化に努力している。入院時に、退院に向けた意向を把握し、多職種による退院支援および継続した診療・ケアが適切に行われている。終末期医療のガイドラインとして「当院における医療・ケアの対応指針」「まほし会・終末期医療について」が策定され、適切に運用されているが、ターミナルステージであることを確認した後は、診療計画・ケア計画等の変更を速やかに行われることを期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は処方鑑査や疑義照会、注射薬の取り揃えや高カロリー輸液の調製・混合など適切に実施されている。臨床検査機能は精度管理に取り組みられ、必要な検査結果を迅速に報告している。検体検査のパニック値の報告は確実に医師に電話連絡されている。画像診断機能は日当直体制があり、CT検査など迅速に実施され、レポートの未読管理も行われているが、CT検査の読影率向上に期待したい。温冷配膳車および専用エレベーターを用いて、適時・適温かつ衛生面に配慮した食事を提供している。リハビリテーション機能は多数の療法士が配置され、入院患者のみならず外来患者にもめまいや心不全など特色あるリハビリが提供されている。診療情報の一元管理や、コーディング業務、カルテ開示など診療情報管理業務を行っている。医療機器管理室で、医療機器は一元管理し、貸出・返却、保守点検等の管理を行っている。使用済み器材の一次洗浄は中央化している。物理的・化学的・生物学的な滅菌精度の確認と記録を行っている。病理診断機能は外部委託で行われ、診断結果を確実に医師に伝達している。輸血・血液管理は臨床検査科で一元管理され、安全・確実な輸血療法を実施している。手術・麻酔機能は眼科と整形外科の手術が安全を配慮して行われている。救急医療機能は一次・二次救急医療を担い、365日24時間の医療提供という方針で多くの救急患者を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算計画立案や執行状況の把握、病院会計準則に基づいた会計処理も実施しており、経営分析も行われている。医事業務は、窓口業務の一連の

対応、診療報酬請求業務や未収金への対応、病院経営に資するデータの提供等を適切に行っている。業務委託は、日常的管理は業務日誌で確認し、実施状況の把握や問題解決を行い、随時話し合いの場を設けることにより、業務の質の検討に努めている。施設・設備は実施予定表のもと、対象となる施設・設備が明確にされ、日常点検と、計画的な保守管理を実施している。医療ガス安全管理委員会が法令に則り開催されている。購買管理は、費用対効果、業務効率性、医療の質向上を考慮している。選定から在庫管理まで一連の手続きは適切に行われている。地震・火災・停電・大規模災害に対応した消防計画、災害対策マニュアル、事業継続計画が作成されている。自家発電機の整備、非常用水・食料品の備蓄がされている。保安業務の業務内容、緊急時の連絡体制が整備され、各所に監視カメラを設置し、館内巡視、施錠管理を行うなど保安に努めている。

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	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	S
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	A
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	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	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	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	A

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	A
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	A
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	A
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	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	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	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	NA
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	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	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

機能種別：慢性期病院（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
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	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	B
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A

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	B

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 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： 医療法人社団まほし会 真星病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院1、慢性期病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 医療法人
 I-1-4 所在地： 兵庫県神戸市北区山田町上谷上字古々谷12-3

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	66	66	-2	75.2	15.4
療養病床	90	90	-15	89.8	198.9
医療保険適用	90	90	-15	89.8	198.9
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	156	156	-17		

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	30	+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	26	+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), 在宅療養支援病院

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

