総括

■　機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」及び副機能種別「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

■　認定の種別

書面審査および1月20日～1月21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	リハビリテーション病院	認定
機能種別	緩和ケア病院（副）	認定

■　改善要望事項

・機能種別　リハビリテーション病院
　該当する項目はありません。

・機能種別　緩和ケア病院（副）
　該当する項目はありません。

１．病院の特色

医療法人協和会 協和マリナホスピタルは、阪神南区医療圏に属し、回復期リハビリテーション、慢性期医療、緩和ケアを中心に、地域密着型病院として地域医療を支えている。また、介護老人保健施設を併設し、医療と介護の連携に取り組んでいる。病院長は、病院の理念を基本に、将来構想を見据え、地域から求められる病院の構築に努めている。また、幹部職員は、それぞれの役割と責任を果たし、健全な病院運営を推進している。病院機能評価を継続して受審しており、医療の質の向上をはじめ、チーム医療の推進、人材の確保、教育・研修、職場環境の整備など、取り組まれてきた日々の努力や工夫が随所で確認できた。今回の訪問審査では一部の業務において課題も見られたが、今後も継続的な質改善に取り組まれたい。地域住民や関係する医療機関等からの信頼と期待に応えながら、貴院がますます発展されることを期待するとともに、今回の受審が、貴院の今後の発展に少しでも役立つこととなれば幸いである。

２．理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針を明文化し、地域や患者・家族に広く周知している。病院の将来像を見据えた、中期計画をもとに病院の運営方針を定め、達成すべく年度事業計画を作成している。病院運営に必要な事項は、病院幹部職員で構成する経営会

議で協議し、決定事項を職員へ周知している。情報システムは、情報セキュリティー基本方針に基づいて医事課が一元管理し、情報を有効に活用している。文書の管理は、文書管理責任者を定めて一元管理している。

人事・労務管理については、医事課が窓口となり、各種規程や規則を整備し、病院の役割・機能に見合った人材を確保するために、各部署の業務状況を確認し、採用計画を立案している。労働安全衛生委員会が中心となり、職員の衛生管理に努めている。職員にとって魅力ある職場となるよう、職員満足度調査を実施し、調査結果を分析したうえで、その結果を職員へフィードバックしている。

全職員を対象とした教育・研修は、教育委員会が年間計画を作成し実施している。病院として実施すべき必要性の高い研修をさらに開催することを期待する。人事考課制度を導入し、目標管理シートにより、職員の能力評価・能力開発に努めている。専門職種の初期研修に取り組んでいる。また、様々な職種で将来を担う実習生を受け入れるなど、理念達成に向けた組織運営に取り組んでいる。

３．患者中心の医療

患者の権利をわかりやすい内容で明文化し、ホームページや院内掲示等を通じて患者・家族に周知しているが、定期的な内容の検討を期待する。説明と同意に関する基準・手順を定めているが、患者・家族の反応や理解度を詳細に記録に残すことを期待する。患者と診療情報を共有するために、各種計画書等を活用している。身体や心理面での能力を評価するFIMの点数の隣に、棒グラフで表示したり、必要時に訓練の様子を動画で撮影したりするなど、身体能力の変化を家族にもわかりやすく説明している。相談窓口を設置し、患者・家族からの様々な相談に対応し、診療に必要な情報は、関連する部署や職種で共有している。個人情報保護規程を定め、プライバシーポリシーをホームページや入院案内、院内掲示などを通じて、患者・家族に周知している。倫理審査委員会を設置し、臨床における倫理的課題について検討している。また、患者・家族の倫理的課題等を把握するために、倫理カンファレンスを実施し記録している。

施設・設備は、高齢者や障害者への安全性や利便性に努め、病室は、診療・ケアに十分なスペースを確保し、プライバシーに配慮している。病室・廊下は、清掃が行き届き、快適な療養環境を整備している。患者や職員の健康維持や増進のために敷地内全面禁煙とするなど患者中心の医療に努めている。

４．医療の質

継続的に業務の質改善に向けて取り組んでいる。さらなる業務の質改善の観点から、業務改善委員会などの組織を設置することを期待する。また、診療の質の向上に向けた活動では、多職種参加の症例検討会の開催やデスカンファレンスを実施し取り組んでいる。患者・家族からの意見は、意見箱や患者満足度調査により収集し、患者サービス委員会を中心に内容を検討し、掲示により患者・家族へフィードバックしている。研究・学会発表などの際の倫理審査は、倫理審査委員会で行っているが、新たな検査や治療機器および手技の導入に際して審議する仕組みの整備に

期待する。

病棟での診療・ケアの管理・責任体制は、スタッフステーション前に病棟管理責任者として医師・看護師の氏名を表示し、外来では、担当医師と担当看護師の氏名を明示している。診療の記録は全職種において、詳細に記載している。医療安全や感染対策をはじめ、褥瘡ケア、栄養、身体拘束最小化などの患者サポートチームを設置している。多職種でカンファレンスを実施し、治療・ケアの方針、退院時の目標や退院先・退院後のケア・サービスの検討を行うなど、医療の質の向上に努めている。

５．医療安全

安全確保に向け、他職種で構成する医療安全委員会を設置し取り組んでいるが、既定の研修を修了した医療安全管理者の育成と活動に期待する。また、インシデント・アクシデント報告を集計し、医療安全委員会で検討し職員にフィードバックしている。医療事故が発生した場合は、原因究明や再発防止に向けて検討し、経営会議へ報告している。さらに、重大事象は、法人本部の医療安全委員会に報告し対応することとしている。

患者誤認防止マニュアルを設け、誤認防止に取り組んでいる。情報伝達エラー防止するために、口頭指示は原則行わないこととしている。さらに、薬剤の安全な使用に向けた対策を実施している。転倒・転落の防止に努め、入院時に転倒・転落アセスメントスコアシートを用いて転倒・転落についてのリスクを評価し対応している。医療機器は、中材で一元管理し、現場での使用前点検、使用後は医療機器安全管理者や同一法人内の臨床工学技士による定期点検を実施している。患者の急変に備え、緊急呼び出しコール「コードブルー」を設定している。救急カートの保管場所の見直しに期待する。BLS 研修を毎年実施するなど医療安全に取り組んでいる。

６．医療関連感染制御

病院長直轄の感染防止対策委員会および ICT を組織しており、権限の付与された責任者を配置している。感染防止対策委員会では、感染に対する予防対策および処理、感染性廃棄物処理などについて協議し、感染管理に取り組んでいる。また、医療感染制御に関する研修を全職員対象に実施している。感染に関する情報は、兵庫県立西宮病院や同一法人内の病院、JANIS などから収集している。

ICT による院内ラウンドを実施し、環境整備、廃棄物処理、スタンダードプリコーション等の各部署の点検を実施している。抗菌薬を適正に使用するために、抗菌薬適正使用に関するマニュアルを策定している。広域スペクトラム抗菌薬を含む抗菌薬の使用を薬剤師が把握し、医師に注意喚起する仕組みがあり、長期投与を抑制している。今後、療法士の ICT メンバーへの参加や、耐性菌感染者や保菌者へのリハビリテーション実施についての対応マニュアルの整備に期待する。

７．地域への情報発信と連携

病院の広報については、患者サービス委員会が中心となり取りまとめ、地域に向けた必要な情報を病院ホームページや広報誌、年報などを通じて発信している。広報誌「マリナだより」は、年４回発行し、病院内への掲示や関係する医療関連施設等への配布を行っている。年報には、各部署の実績や取り組みを掲載している。地域の医療機関との連携については、地域医療連携室を中心に、西宮浜地区医療・福祉ネットワーク会議や地域の医療関連施設への定期的な訪問を通じて、地域の医療機能や医療ニーズの把握に努めている。また、病院内で毎月実施するウエルカムカフェや健康講座、緩和ケアを考える会などを通じて、地域に向けた教育や啓発活動に取り組んでいる。地域の医療関連施設とは、地域連携パス会議や西宮地区退院調整担当者会などを通じて、病院の役割や機能に応じた啓発活動に努めるなど、地域への情報発信と連携に取り組んでいる。

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。外来診療は、内科・外科・整形外科・小児科の診療を行い、医師の診察に基づいて必要な検査を実施している。入院の決定は、転院相談受付後、院長が確認し、医師・看護師・医療ソーシャルワーカーを含む多職種で入院判定会議を行っている。入院時は医師の診察後、入院診療計画書およびリハビリテーション実施計画書、リハビリテーションプログラムを作成している。患者・家族からの医療相談は、地域医療連携室のスタッフが対応している。患者が円滑に入院できるように、紹介先の急性期病院と連携している。

医師は、療法士に対し個別のリハビリテーション訓練処方箋を作成し、指導している。看護師や看護補助者は、診療の補助業務や日常生活を支援している。投薬・注射を確実・安全に実施しているが、薬剤師のカンファレンスへの参加に期待する。入院時には、生活自立度や褥瘡の危険因子を評価している。また、栄養管理計画書を作成し支援している。疼痛を訴える患者には、フェイススケールやVASなどのスケールを使用して疼痛緩和に取り組んでいる。リハビリテーション治療は、医師の指示により開始し、理学療法計画、作業療法計画、言語聴覚療法計画を必要な患者個々に立案し、系統的に実施している。生活機能の向上を目指し、起床から就寝までの生活場面でのADLの変化に合わせたケアを実施している。身体拘束の最小化に向けて、多職種で構成する身体拘束最小化チームを設置している。患者・家族に対する退院支援は、担当スタッフが患者・家族とともに患者のADLを確認し検討している。退院後も診療・リハビリテーションが必要な患者には、通所リハビリテーションを継続するなどチーム医療による診療・ケアの実践に取り組んでいる。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤師が処方鑑査や調剤鑑査、疑義照会、麻薬管理など薬剤業務に取り組んでいる。臨床検査は、自院で血球計数検査、生化学検査および尿検査を実施し、それ以外は外注検査としている。使用している検査機器の管理も実施している。画像診断

機能は、X 線一般撮影、X 線透視装置、CT を有し、画像撮影は医師の指示に従い撮影している。栄養科は、栄養管理および美味しい食事の提供に努めている。リハビリテーション科は、脳血管疾患、運動器疾患、廃用症候群に対するリハビリテーション医療を 365 日体制で実施している。診療情報は、診療情報管理室の診療情報管理士が一元的に管理しているが、量的点検の確認項目とフィードバック後の最終的な記載の確認に期待する。医療機器の管理は、医療機器安全管理者が点検し記録に残している。

洗浄・滅菌機能は、マニュアルに沿って洗浄し、その後、外部委託の業者に滅菌を依頼している。病理診断は消化管内視鏡検査における検体のみで外部委託している。

輸血の取り扱い実績はほとんどないが、必要時にはマニュアルに従い運用する規定を整備するなど、良質な医療を構成する機能に努めている。

１０．組織・施設の管理

予算策定は、前年度の実績や各部署からの要望をもとに事務長が作成している。また、財務諸表を作成し、監査法人による外部監査を実施している。医事業務は、受付・会計・保険請求業務および経営分析などに取り組み、医事の統計データを活用し、毎月の収支状況などを作成している。業務委託の必要性の是非は、新規外部提供者選定基準および外部提供者再評価基準をもとに、委託の更新、選定等を行っている。委託業務の日々の業務報告や緊急時の連絡体制等を整備している。

施設・設備の管理については、管理責任者を事務長とし、契約関係を医事課、修理・修繕関係を用度課と双方で管理している。緊急時の体制や医療ガスの安全管理、感染性廃棄物の処理も明確である。医療消耗品は、SPD システムを導入し、看護部で管理している。医療機器の購入は、院長、事務長、看護部長の 3 役で協議し決定している。高額な医療機器を購入する場合は、法人本部の承認を得ることとしている。また、医薬品の導入は、薬事審議委員会で検討し、決定後は薬剤科で管理している。災害時等の危機管理は、防災マニュアルや地震や水害、システムダウン時を想定した BCP を策定している。保安業務は、医事課を主管に緊急時の連絡体制を整備し、防犯カメラを設置するなど、患者・家族や職員の身の安全と盗難防止に努めるなど組織・施設の管理に努めている。

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	B
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	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	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	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	B
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	B
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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	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	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A
2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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	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	NA
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	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	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	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

機能種別：緩和ケア病院（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	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	緩和ケアに必要な診断的検査・処置を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア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	患者主体のケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	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	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	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	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	臨死期への対応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 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 ： 医療法人協和会 協和マリナホスピタル

I-1-2 機能種別 ： リハビリテーション病院、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者 ： 医療法人

I-1-4 所在地 ： 兵庫県西宮市西宮浜4-15-1

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	140	140	+0	81.4	57.1
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	140	140	+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)		
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	50	+0
地域包括ケア病床	17	-8
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	43	+8
緩和ケア病床	30	+0
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 ：

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

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

診療科名	医師数（常勤）	医師数（非常勤）	1日あたり外来患者数（人）	外来診療科構成比(%)	1日あたり入院患者数（人）	入院診療科構成比(%)	新患割合(%)	平均在院日数（日）	医師1人1日あたり外来患者数（人）	医師1人1日あたり入院患者数（人）
内科	3	0.9	37.85	86.51	49.35	42.68	5.52	78.31	9.71	12.65
小児科	0	0.2	0.40	0.91	0.00	0.00	77.32	0.00	2.00	0.00
外科	1	0.9	0.85	1.95	0.10	0.09	26.09	36.00	0.45	0.05
整形外科	0	0.3	3.73	8.53	0.00	0.00	19.63	0.00	12.44	0.00
リハビリテーション科	1	0	0.12	0.28	41.78	36.14	3.33	76.25	0.12	41.78
緩和ケア科	3	0	0.79	1.82	24.38	21.09	20.73	37.55	0.26	8.13
研修医										
全体	8	2.3	43.75	100.00	115.61	100.00	8.05	63.17	4.25	11.22

I-2-2 年度推移

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数	43.75	45.77	52.02	95.59	87.99
1日あたり外来初診患者数	3.52	3.57	4.45	98.60	80.22
新患率	8.05	7.79	8.55		
1日あたり入院患者数	115.61	110.72	101.10	104.42	109.52
1日あたり新入院患者数	1.85	1.79	1.82	103.35	98.35