

2025 年度 第 1 回**神戸圏域地域医療構想調整会議 病床機能検討部会病床機能検討分科会****神戸徳洲会病院 説明資料****1. 医療の質改善委員会を中心とした改善の取り組み（資料 3-1①②）**

2025 年 1 月の第 3 回病床機能検討部会以降も「医療の質改善委員会」を月 2 回継続して開催している。本委員会は病院長が主導し、是正計画書および改善計画書に基づく実行状況の確認や、さらなる改善に向けた追加項目の検討に取り組んでいる。

また、神戸市保健所に対しては、毎月「改善監査シート」を提出し、ヒアリングおよび立ち入り監査による確認を受けている。これらの取り組み状況については、「改善計画の各項目に係る改善の実施状況」として、当院ウェブサイト上でも継続して公表している。

外部監査体制としては、医療安全の専門家である宮崎浩彰氏（関西医科大学 医療安全管理センター 副センター長、理事長特命教授）による監査を継続的に実施している。

第 4 回目の外部監査は 2025 年 7 月 25 日に実施しており、同監査では、病院長のリーダーシップのもと改善計画が着実に進捗し、医療安全管理体制が明確に改善され、安全な医療提供が拡大していること、医療安全管理部門の人員強化、外部委員も参画する医の倫理委員会の実質的な機能、高水準な診療録監査、看護部の相互支援体制（ヘルプコール）などが特に優れているなど高い評価をいただいた。また、医療事故調査結果をウェブサイトで適切に公開し、透明性を確保する姿勢についても一定の評価といただいた一方で、医師のインシデント報告率向上といった報告文化の更なる醸成、作成負荷の高い死亡退院患者レビューの効率化、患者の急変の予兆を捉え早期に対応するためのシステム構築の充実について助言をいただいている。

※外部監査は 2024 年 7 月以降に 4 回実施（前回病床機能検討部会以降は 1 回）。

また徳洲会グループ医療安全管理部会による内部監査も継続して行っており、2025 年 7 月 31 日に実施している。同監査では、医療安全管理者の詳細な活動記録や、データに基づいた各部署の業務改善計画の策定・管理が行えていることや特に医師（10.7%）やコメディカル（34%）からのインシデント報告率が目標を達成していることなど多職種による安全文化の醸成が進んでいる点は高く評価できるが、シリンジポンプを使用する薬剤の一覧はあるものの、シリンジポンプ操作マニュアルや看護手順の整備が完了していない点、タイムアウトの遵守状況を把握するテンプレート作成についての指摘と助言をいただいている。

今後の計画として、年 2 回の外部監査に加え、徳洲会グループ医療安全管理部会による内部監査（年 2 回）を予定している。このように、今後も院内外からの客観的な評価体制を継続し、医療安全体制の維持・向上に努める。

2. 質改善指標の設定（資料 3-2、別添 1、2）

前回、2025 年 1 月の第 3 回病床機能検討部会において、24 項目の質改善指標（病院目標 4 項目、改善計画関連 10 項目、診療科・部門別 10 項目）を設定し、取り組むことを報告した。

2024 年度の活動評価として、インシデント報告文化の浸透や手順遵守の徹底といった医療安全文化の基盤強化において顕著な成果が認められた。その一方で、患者満足度の低下や、一部業務プロセスにおける標準化の遅れといった課題も確認された。

これらの結果を踏まえ、2025 年度は、強みである領域はさらに伸長させ、課題に対しては策定した改善計画を着実に実行することで、医療の質の継続的な向上を目指す。2024 年度の質改善指標の結果および改善アクションプランに基づき、2025 年度は 25 項目の質改善指標を設定し、引き続き医療の質改善に向けた取り組みを推進する。

3. インフォームドコンセント（IC）委員会の設置と取組状況（資料 3-3）

前回、2025 年 1 月の第 3 回病床機能検討部会において、インフォームドコンセント（IC）委員会の設置と、同委員会が新たに作成した説明同意書のうち 84 件を承認したことを報告した。

以降、本委員会では、各診療科から申請される説明同意書の新規作成・修正審議を継続するとともに、IC ガイドラインの改訂や運用ルールの策定など、多岐にわたる協議を重ねてきた。

特に、委員会設立以来の目標であった既存説明同意書の統一フォーマット化については、2025 年 7 月の委員会審議をもって、対象となる全 130 件（重複・未使用分を除く）の審議が完了した。これにより、従来、各診療科で個別に使用されていた説明同意書は、すべて本委員会で承認した統一フォーマットへ置き換えられた。これまでの審議における主要な事例は、別紙資料にて詳述する。

4. 医療安全文化調査と患者満足度調査について（資料 3-4①②③）

医療安全文化調査（資料 3-4①）

本調査については、前回 2024 年 1 月の病床機能検討部会で報告したもの以降（2024 年 9-10 月実施）の新規調査は実施しておらず、前回調査報告に基づく改善を継続している。前回報告にて提示した以下の課題に対し、資料 3-4①の「7.対策内容」に示す具体的な取り組みを実施している。

改善項目：①インシデント報告システムの改善と意識改革

②風通しの良い職場環境づくり

③多職種連携の強化

④情報伝達の改善（引継ぎやハドルの定型化等）

患者満足度調査（資料 3-4②③）

2024 年 10 月-12 月の期間、米国 AHRQ の PX（患者経験価値）に基づく患者満足度調査を実施した。調査結果の詳細は資料 3-4②に示す。

2022 年度、2023 年度との経年比較では、入院においては全体的に改善項目が多く見られた。一方、外来では著明な変化は乏しく全体的に下降傾向にあり、特に NPS（※）の低下は病院への信頼度低下を示唆する結果となった。自由記述からは、一部診療科での頻繁な医師交代や待ち時間への不満、診療体制や接遇の改善を求める意見がみられた。駐車場の不満も指摘されているが、構造的な問題であり、近年の NPS 低下への直接的影響は限定的と考察する。

2024 年度に改善の取り組みを行った項目は、入院・外来ともにスコアが向上しており、職員の意識によって課題を克服できる可能性を示している。今後は、スコアが著しく低下した項目や自由記述で示された課題、NPS に関わる重点改善項目に着手し、病院の信頼回復に繋げていく。

※NPS（ネットプロモータースコア）は、患者ロイヤルティを測る指標です。

その病院やサービスに対する好感や信頼の度合いを表しています。

5. インシデントレポートと医療事故抽出ピラミッド（資料 3-5①②③）

①インシデントレポートの分析（資料 3-5①②）

2024 年度および 2025 年度（4 月-7 月）のインシデントレポートについて分析を行った。主要な項目の結果は以下の通りである。（詳細資料：過去 7 年間の報告件数推移、医師・看護師・その他職種の報告推移、影響レベル別件数、2024 年度報告集計）

1) 全体報告件数

2024 年度の総報告件数は 2,935 件であった。2021 年度（1,447 件）、2022 年度（1,813 件）、2023 年度（2,124 件）と比較して顕著な増加傾向にあり、院内全体で報告文化が浸透・向上していることを示している。

2) 医師による報告件数

有害事象の正確な把握に不可欠な医師の報告は、全報告件数の 10%が一つの目安とされる。2024 年度は 86 件（全体の約 3%）であったが、2025 年度に入り著しく改善した。2025 年 4 月-7 月の 4 カ月間では 89 件（期間内総報告 1,452 件の約 6%）に増加し、特に 2025 年 7 月単月では全報告の 10%を超える水準に達した。

3) 医師・看護師以外の職種からの報告件数

前回部会にて目標とされた「全体の 20%以上」に対し、医師・看護師以外の職種からの報告比率は、2023 年度（40.3%）、2024 年度（36.8%）、2025 年度 4-7 月（37.1%）といずれも目標を大幅に上回る水準を維持しており、多職種による医療安全への貢献が定着している。

4) 影響レベル別の報告状況

重大な問題の早期把握に繋がる影響レベル 3a 以上の報告件数は、病床数（224 床）以上を目標（前回本部会で助言）としている。2024 年度は 145 件であり目標には未達であったが、これは同年度の患者数減少が影響した可能性がある。患者数が増加している 2025 年度においては、4 月-7 月の 4 カ月間で既に 103 件が報告されており、増加傾向が見られる。今後も本指標を注視し、適切に評価していく。

②医療事故抽出ピラミッド（資料 3-5③）

全死亡退院事例に対し、適切な検証プロセスが実施されていることを示すため、「医療事故抽出ピラミッド」を用いて状況を報告する。過去 3 年分に続き、2024 年度および 2025 年度（7 月まで）の状況は以下の通りである。

●2024 年度

全死亡退院数 98 件に対し、2 件を院内検証対象、同 2 件について緊急会議を開催した。

●2025 年度（4 月～7 月）

全死亡退院数 60 件に対し、5 件を院内検証対象、うち 2 件について緊急会議を開催した。
※両年度の検証の結果、いずれも医療法に基づく「医療事故調査制度」の報告対象となる事案はなかった。

今後も、院内調査基準に準じた適切な検証を実施し、「医療事故等の公表に関する基準」に準じて適切な情報公開に努めていく。

6. 日本病院機能評価受審に向けた活動状況（資料 3-6）

2025 年 9 月の日本病院機能評価受審に向け、副院長を委員長とし、看護部、放射線科、検査科など 10 名のコアメンバーから成る準備委員会を設立し、準備を進めている。本審査は、2025 年 9 月 4 日、5 日の 2 日間に決定した。

これまでの活動として、定期的に委員会を開催し、病院機能評価の解説集に準拠した自己評価を実施した。その結果に基づき、院内マニュアルの整備・見直し、および個人情報保護委員会、電子カルテ委員会、教育委員会、実習委員会、虐待委員会など、機能評価基準に沿った委員会の再構築を行った。

また、客観的な評価を取り入れるため、グループ内のサーベイヤー（日本医療機能評価機構 評価調査者）による訪問審査をこれまで 6 回実施している。最終準備として、8 月末には総仕上げとなる模擬審査を行い、本番審査に万全の体制で臨む計画である。本審査では、「B 評価で満足せず、オール A 評価を目指して取り組む」ことを目標に掲げており、全般において高い水準での認定を目指す。

7. 医師体制と医師 1 名当たりの受け持ち遵守について（資料 3-7①②）

①医師体制について（資料 3-7①）

1) 段階的な医師増員と病床稼働計画

当院は、医療提供体制のさらなる充実を目指し、段階的な病床稼働と計画的な医師の増員を進めていく。また、各診療科の病床数に関しては、現在の医師数、受け持ちの患者の状況をみて、新たに検討し各診療科の病床数を変更した。

具体的な計画として、まず令和 7 年 8 月現在、病床稼働は 309 床中 224 床、常勤医師は 23 名であり、計画に対し 2 名が未達の状態である。

但し、半年後の令和 8 年 4 月には、産婦人科 1 名（令和 7 年 9 月入職）、総合内科 1 名の入職が確定しており 2 名増員となり、目標の 25 名がクリアとなる。

1 年半後の令和 9 年 4 月には、病床を増やし病床稼働は 309 床中 267 床を稼働させ、常勤医師を 10 名増員し 35 名体制とする計画である。呼吸器内科、心臓血管外科の医師確保は院内でのコンサルテーションなど医療の安全を担保するため充足を図ります。

2 年半後の令和 10 年 4 月には、さらに病床を増やして全 309 床を稼働させ、常勤医師を 14 名増員し 51 名体制とする計画である。これにより全診療科の医師充足を図り、特に地域ニーズの高い産婦人科・救急科を重点的に強化する。

最終段階として、3年半後の令和11年4月には、常勤医師をさらに8名増員し59名体制とすることで、周産期・小児・救急医療体制のさらなる充実を図っていく。

また、増床稼働の計画に対しては、医師の充足だけではなく、看護師、コメディカル、事務の充足も同じく行っていく。現時点での病床稼働数に対しての、コメディカル、事務の人員体制は適切に配置をしており、欠員が出た場合は中途で入職させるなど、対策は常にとっている。現在は、来年4月の新卒に向けて、増員予定である。

2) 医療の質と安全を最優先した医師確保 (資料3-7②)

医師の増員計画を確実に遂行するため、以下の基本方針に基づき、採用活動と体制構築を進める。

【採用の最優先事項】

医療の質と安全を確保できることを絶対条件とし、当院の方針に沿った医療を提供できる医師を採用する方針である。万が一、方針との不一致が見られる場合には、患者の安全を第一に考え、診療体制の制限やチームの再編成を行うことがある。その結果、一時的に採用計画に遅れが生じる可能性はあるが、継続的に採用活動を進め、最終的な計画達成を目指す。

【重点領域への対策】

- ・脳神経外科：大学医局や法人グループ、紹介会社など、あらゆるチャネルを通じて早期の複数名体制構築を目指す。当面は24時間体制の緊急連絡体制（ブレインコール）を敷き、安全を確保している。
- ・新規診療科・新チームの立ち上げ：外科のチーム入れ替えなど、新たな体制を構築する際は、必ず多職種によるプロジェクトチームを発足させ、安全管理と円滑な運営に万全を期す。

【法人グループとの連携】

病院単独での採用活動が難航した場合でも、法人グループ内での人事交流によって計画を遂行できるよう、法人本部との連携体制は再確認済みである。

②医師一人当たりの業務負担の適正化とチーム医療の推進

医師個人の負担を軽減し、診療の質を維持するため、受け持ち患者数の管理を徹底している。

1) 明確な基準と遵守

医師一人当たりの受け持ち患者数を原則 25 名以内と定め、徹底した管理を行っている。
2024 年 4 月から現在に至るまで、この基準を超過した医師はいない。

※ 夜間・休日の緊急入院などで一時的に基準を超える場合も、翌朝のカンファレンスで速やかに担当医を再調整し、特定の医師に継続的な負担がかからない体制を確立している。

2) 多職種によるチーム医療の実践

毎朝、医師、看護師、薬剤師、その他医療スタッフが参加する多職種カンファレンスを実践している。本カンファレンスでは、患者情報の多角的な共有・協議に加え、各医師の負担状況に応じた担当医の適正な割り振りも行っている。これにより、病院全体で包括的な診療体制を構築し、医療の質と安全の向上を図っている。

8. 住民説明会の開催について（資料 3-8、別添 1）

2024 年 10 月より、地域住民を対象とした「神戸徳洲会病院 住民説明会」を、神戸市垂水区内の地域福祉センターや自治会館等で継続的に開催しており、これまでに 23 回実施した。

各説明会では質疑応答の時間を設け、地域住民の皆様の声を直接聴取しており、厳しいご意見も受けている。これに対し、2025 年 7 月 19 日の「神戸徳洲会病院 住民報告会」では、それまでにお寄せいただいたご意見への当院の取り組み状況を報告する機会を設けた。

今後も、地域での医療講演会などを通じて現状報告を行うとともに、住民の皆様からいただくご意見を真摯に受け止め、継続的な改善に努める。

以上