

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 8 月 27 日～8 月 28 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、1939 年に日本赤十字社広島支部病院として開院、病床数 237 床で診療を開始して以来、急性期・専門医療を提供する中核病院として地域医療に貢献してきた。その間、1945 年 8 月に原子爆弾により多大な被害を受けるが、戦後復旧工事に着手し、時代の要請にあわせて病棟の増・改築により現在の 565 床に増床し 34 診療科に拡充された。1988 年には、構内に原爆医療部門として開設されていた日本赤十字社広島原爆病院と統合し、広島赤十字・原爆病院として新発足し、高度医療機器や設備の導入、人材確保・育成、救急医療の推進など診療機能の向上を図ってきた。その結果、災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院など、地域になくてはならない多くの機能を網羅した基幹病院となっている。これらの取り組みは、歴代の病院長ほか病院幹部のリーダーシップのもと、職員の弛まぬ努力によるものであり高く評価される。さらに、今回の病院機能評価更新受審にあたっては、職員の機能向上への努力、取り組みが随所に感じ取れた。また、前回指摘された事項に対する見直しや改善も行われており適正である。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を明確化し、院内外広く周知している。経営者会議で重要な決定事項を審議し全職員に周知している。病院運営に必要な取り決めに明確化し、各種委員会を適正に開催している。BSC を設定し、各部署の KPI 達成状況を評価している。病院幹部の役割を明確にし、経営状況を可視化している。情報セキュリティ対策を強化し、患者情報の安全管理にも努め、データの正確性や保存性を確保している。コスト削減にも注力している。文書取扱規程に基づき、文書を一元的に管理

し、承認手順や改訂履歴も明確にしている。文書はイントラネット上に公開し、全職員がいつでも閲覧できる。職員の採用を入念に計画し、必要な人員を確保している。医療従事者の負担軽減のため、タスクシフトを図っている。職員の雇用に関する各種規程を整備し、全職員に周知徹底している。時間外労働に関する調査を実施し、是正措置を講じている。安全衛生委員会を定期的開催し、有害物質の管理や感染防止対策を徹底している。メンタルヘルス相談窓口を設け、院内暴力やハラスメント防止対策も整備し、安全で働きやすい職場環境を構築している。職員の意見を聞き、育児支援や柔軟な勤務制度や夜間保育所の設置など職員が安心して働ける環境を整備している。e-ラーニングやオンライン研修も活用して多様なテーマの研修を実施するなど、職員の学びやすい環境を整えている。階層別研修や資格取得支援を実施し、職員の能力開発に力を入れている。医師、看護師、臨床工学技士など、各職種においてキャリアパスを明確化し、専門性の向上を図っている。研修医の評価は多角的に行い、指導医の養成にも力を入れている。医師、看護師など様々な職種の学生実習を受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利および責務を明文化しており、入院案内冊子や病院ホームページ、院内掲示などにより周知している。説明と同意の方針・手順は明確であり、文書同意が必要となる診療行為の範囲も具体的に示している。しかし、同意書については、病院としての基本的な書式の統一を図り、管理することが望まれる。入院診療計画書、患者用クリニカルパス、手術・検査などの各種説明書を用いて患者に情報提供を行っている。患者相談部署として総合相談支援センターを設置し、看護師、社会福祉士等の必要な職種を配置して社会福祉相談・クレームなど多様な相談に対応している。個人情報の取り扱いについては、データの保管、提供、外部持ち出しおよび廃棄など、それぞれの手順を具体的に定めて管理している。倫理委員会を設置し、臨床における倫理に関する方針を策定し、倫理的課題への具体的な対応手順を作成するなど適切に取り組んでいる。現場で解決困難な倫理的問題がある場合は、部署から倫理委員会の下部組織である倫理コンサルテーションチームへ相談の申し出を行い、協議する仕組みが機能している。外来フロアに事務職員・看護師を配置して、来院した患者が必要な手続きをスムーズに行えるように、受診の手順や受診する診療科の相談・選択などのサポートをしている。病棟・外来は、整理・整頓が行き届き、診療・ケアに必要なスペースを確保して、療養環境の安全性と清潔の確保に努めており適切である。受動喫煙防止の取り組みとして禁煙外来を開設し、施設基準におけるニコチン依存管理料を取得して禁煙に関する総合的な指導および治療管理を実施している。

4. 医療の質

毎年BSCを作成し、それに基づいたKPIを指標に業務改善に取り組んでいる。各部門のKPIの達成状況は、各部門長の集まる業務連絡会で発表し共有している。クリニカルパスは、クリニカルパス運用委員会においてバリエーション分析を行い新規作

成や評価、見直しを行っている。臨床指標は、日本赤十字社共通指標で同規模病院とのベンチマークも行い、他院に及ばない指標に関して検討するなど診療の質向上の活動をしている。患者・家族からの意見・要望等は、意見箱や患者満足度調査により収集している。新たな治療方法や技術、薬剤の保険適応外使用などの導入は、倫理面や安全性、導入の妥当性について倫理委員会で審議・承認してから導入している。診療・ケアの管理・責任体制が明確であり、医師や看護師は毎日の診療やラウンドで患者の状況を適切に把握している。責任体制の揭示は病棟のみであるため、外来部門も揭示し、責任体制を明確にすることが望まれる。診療録には、回診記録や説明と同意の取得状況、手術記録などの必要な記録、さらに病状の変化、診療方針の見直しなどについても適時記載している。質的点検は、年に1回、各診療科3診療録を抽出し、医師を含んだ人員で点検している。多職種カンファレンスを活発に行い、必要時には各専門チームが介入するなど、多職種が組織横断的に協働して診療・ケアを適切に実践している。

5. 医療安全

医療安全推進室を設置し、多職種メンバーを配置している。インシデント、アクシデント、オカレンス、全死亡症例の収集を行い、事例分析を行った結果を関連会議や医療安全ニュースなどを通じて職員に周知している。医療事故には、医療事故対策会議規程に則り対応している。マーキングやタイムアウトのルールを定め実践している。医師は処方箋、指示簿への記載や実施確認を電子カルテシステムにより確実に行っている。口頭指示への対応は、手順を遵守して確実に行っている。画像、検体検査結果は速やかかつ確実に医師が確認できるようになっており、また緊急を要する異常所見は依頼医師に直接報告する仕組みである。麻薬やハイリスク薬は法令に従い適切に保管・管理され、抗がん剤の使用は薬剤師関与のもとにレジメン管理運用されている。全入院患者に転倒・転落のリスク評価を行い、看護計画を立案し対策を講じている。臨床工学課が計画的に医療機器の研修を行い、ラウンドを通して安全に使用できるサポート体制をとっている。各部署に救急カートとAEDを設置し、すべての職員が、毎年BLS研修を受講し、急変時への対応体制を整備している。救急医とICUスタッフによるRRTが活発に活動しており、RRSが浸透し始めている。

6. 医療関連感染制御

感染対策加算1取得病院として病院長直轄の感染管理室を設置し、実行部隊としてICT、ASTを設置し、専従の認定資格を有する看護師などのメンバーがリーダーシップを発揮し積極的かつ適切に医療関連感染制御に取り組んでいる。周術期の予防的抗菌薬は、クリニカルパスにも組み込まれて適切に投与を行っている。情報の収集および検討に関しては、全国規模のサーベイランス（JANIS、J-SIPHE）に参加するとともに、院内でSSI、CAUTI、VAP、CL-BSIのサーベイランスを行い、医療関連感染制御に向けて病院として積極的に取り組んでいる。手指消毒剤の使用状況をモニタリングし、手洗い実施率の向上を図っている。感染性廃棄物の取り扱いも適

切である。抗菌薬の採用と削除については薬事審議会で検討、決定し適切な抗菌薬を配置している。広域抗菌薬や指定抗菌薬の使用などに関しては、届出制を取っており、ASTが積極的に介入している。適切に作成・改訂された抗菌薬適正使用マニュアルやアンチバイオグラムなどを基に主治医へフィードバックを行うなど、耐性菌（AMR）への対策も積極的に行っている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、地域連携課と経営企画課が連携し、広報誌の発行、ホームページで行っている。広報誌「ほほえみ」は、病院からのお知らせ、患者満足度調査の結果、診療科の担当医・診療内容の紹介の他に、医療に関するタイムリーな情報も提供するなど必要な情報を地域へわかりやすく発信している。地域連携・入退院センターが中心となり、地域医療機関や介護福祉施設の機能およびニーズの把握に努め、連携登録医療機関への訪問および情報発信を行っている。地域の複数の病院・クリニック等とオンラインによるケアブックコネクに参加し、他院の空床状況の把握、退院患者の調整などを行っている。また、地域医療連携の中心的な病院として、がん疾患および脳卒中、大腿骨頸部骨折の地域連携パスを作成し、病診・病病連携に積極的に取り組んでいる。市民向けの公開講座は、ハイブリッド形式で毎年度開催している。住民や企業からの要請により出前講座も実施しており、病院スタッフが講師を勤めている。地域医療従事者向けには、がん、難病医療やELEN-Jなど多岐にわたるメニューの研修会を主催し、地域医療の中心的存在として医療に関する教育・啓発活動を積極的に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来では、来院した患者が必要な手続きをスムーズに行えるように、サポート体制が整備されている。診断的検査は、安全性に配慮しつつ確実に実施している。鎮静をかけて行う消化管内視鏡は、マニュアルは整備されているが、他の検査も含めた院内統一の手順の整備が望まれる。入院の決定は、主治医が医学的判断に基づいて決定し、必要時には上級医や他科の医師とも相談できる仕組みを整備している。入院後は速やかに多職種が関与する入院診療計画書が作成され、患者に説明のうえ同意を得ている。総合相談支援センターが総合的な医療相談窓口として、患者・家族からの多様な相談に対応している。患者のベッドコントロールは、入退院センターと管理師長が対応し、円滑に入院できる仕組みとなっている。輸血は、主治医が説明の上、患者・家族の同意を得て、手順通りに実施している。診療科で術前に手術の適応や術式、方法を検討し、患者・家族に手術に関する説明をして同意を得て実施している。合併症の予防は、アセスメントを実施し、リスクレベルに合わせた必要な予防策を講じている。重症患者には、重症度に応じた病床の選択と運営を行っている。全患者に褥瘡リスク評価を行い、ケア計画に沿って実践している。入院時に看護師が全患者の栄養アセスメント・スクリーニングを行い、患者の状態に応じた栄養管理を適切に行っている。緩和ケアマニュアルを整備し、疼痛スケールを用いた症状緩和が行われている。リハビリテーションは病棟との情報共有を基に早

期介入を行い、長期の休日も連続性を担保している。身体抑制は、基準に基づき医師が必要性を判断している。また、多職種カンファレンスを開催し、軽減・解除に向けて取り組んでいる。入院時に全患者に退院支援スクリーニングを行うほか、入院早期から病状や生活状況に合わせた退院支援を適切に行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門は、薬品の保管・調剤・処方鑑査・医薬品集の管理・医師への疑義照会・持参薬鑑別や服薬指導・副作用発現時の対応などを安全・確実に行っている。臨床検査部門は、24 時間対応する体制を整備し、検体交差、患者誤認防止の仕組みを構築している。パニック値については、依頼医師に直接伝えることになっているが、依頼医師に伝えられなかった場合は、その科の副部長、部長の順に連絡することで直接医師に報告する手順になっている。画像診断部門は、24 時間の対応を行っており、CT・MRI などの読影も速やかに行い、結果が提出医へ確実に伝わるシステムがある。栄養部門は、患者食はニュークックチル方式を採用、衛生面での管理も適切に行っている。リハビリテーション部門は、情報を主治医や病棟と共有し、患者の個別性を重視しながら安全、適切に実施している。診療情報管理部門は、退院カルテ全件の量的点検、がん登録、退院サマリーの点検などを一元的に管理している。診療録の量的点検については、点検項目の見直しを望みたい。臨床工学課が院内の医療機器全般の一元管理を行い、計画的に使用者に対する研修を実施している。単回使用、上限回数制限がある医療器材にも適切に対応している。病理部門は、検体交差が起こりにくい仕組みを構築し、内部でのダブルチェック、外部コンサルトなど診断精度も担保している。ホルマリンなどの薬剤の管理も適切である。放射線治療においては常勤専門医、専従の診療放射線技師などにより患者のニーズに合った放射線治療を提供している。輸血部門は適切に運用しており、廃棄率も低く維持している。手術・麻酔部門は、患者確認、手術部位の確認、サインイン、タイムアウト、サインアウトを確実に実施し適切に運用している。ICU は各科主治医が担当主体になる運用であるが、交代制の救急専門医が常駐し、多職種の関与も充実している。RRS も ICU の救急医、スタッフが担っている。二次救急医療機関として、24 時間救急医療に対応している。応需率は日中約 8 割、夜間 6 割であり地域の救急医療を支えている。

10. 組織・施設の管理

事業計画の進捗管理として、各部署が KPI を定め BSC を使用して達成度の評価を行っている。経営状況は、各部署の長が参加する業務連絡会議で報告し、職員には職場長から周知を行っている。施設基準の取得・検証については、必要な人員・内容等を毎月確認し、新たな取得、変更は経営戦略会議に諮っている。清掃、警備、滅菌消毒、寝具類洗濯、物品管理などの業務は委託し、契約更新時には業者変更の検討やコストの比較、仕様書の見直しを行い、競争入札によって業者を選定している。受電施設など、各種設備の点検・保守を年次計画に基づき実施し、異常時には迅速に対応できる体制を構築している。緊急連絡体制を整備し、医療ガス管理や感

染性廃棄物処理も適切に行っている。医療材料等の購買は、必要性、安全性、他院価格との比較、規格の統一などを購買委員会において検討している。大規模地震や風水害を想定したBCPを整備し、定期的な訓練を実施している。夜間・休日における連絡体制も確立し、自家発電機による電源確保も万全である。救護班やDMATを編成し、衛星通信や備蓄品も確保している。保安員が24時間体制で院内を警備・監視しており、緊急時の連絡体制も整備している。院内には防犯カメラを設置し、来訪者の入退館管理も厳重に行い、安全な環境を確保している。

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	A
1.1.5	患者の個人情報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	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	B
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	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	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	B
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	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	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	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	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： 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： 広島赤十字・原爆病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 日赤

I-1-4 所在地： 広島県広島市中区千田町1-9-6

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	565	557	+0	83.8	12.3
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	565	557	+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	8	+0
集中治療管理室 (ICU)	4	+4
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	0	-4
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	53	+0
人工透析	38	+0
小児入院医療管理料病床	30	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	0	-48
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	19	+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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), がん診療連携拠点病院 (地域), DPC対象病院 (DPC標準病院群)

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： 11 人 2年目： 11 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

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数		1,364.54	1,365.67	1,355.66	99.92	100.74
1日あたり外来初診患者数		73.92	75.17	70.22	98.34	107.05
新患率		5.42	5.50	5.18		
1日あたり入院患者数		506.03	489.50	493.73	103.38	99.14
1日あたり新入院患者数		37.99	36.23	35.32	104.86	102.58