

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院2」及び副機能種別「緩和ケア病院」・「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および7月30日～7月31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
機能種別	緩和ケア病院（副）	認定
機能種別	リハビリテーション病院（副）	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。
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）
該当する項目はありません。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1977年に160床で開設された。その後、増改築を繰り返し、2014年新築移転し186床となった。2026年までの第8次長期計画は、4つの重点医療活動「急性期医療・リハビリテーション・緩和ケア・ヘルスプロモーション」と、3つの重点戦略「TQM・Dx・人事制度」を掲げ病院運営に取り組まれている。安佐南区の総合機能病院として、紹介・逆紹介に積極的に取り組んでいる。今回は病院機能評価の更新認定のための受審であり、病院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。また、副機能として「回復期リハビリテーション」「緩和ケア」も更新に向けて取り組まれた成果が確認できた。受審結果を活かし、貴院が示されている理念「患者の人権を守り、安全・安心で信頼される医療」の実践・達成のために、病院機能の充実に努め、さらなる発展されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念および基本方針を定め、これを受けて長期経営計画を立てている。管理委員会で意思決定し、部門・委員会報告会および院内ポータルで職員への周知を図っている。長期計画を受けて年次事業計画が立案され、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、電子カルテを中心として薬剤、放射線、検査などの部門システムを導入している。文書の取り扱いは、文書管理規程を整備し、発信、受付、管理、保管、廃棄などの管理や、院内ポータルにより一元的に管理している。病院の機能に見合った専門職種の人材を採用しており、医師、薬剤師、看護師などは、医療法の標準人員を満たし、届け出た施設基準上の必要人員を確保している。人事・労務管理では、就業規則や給与規程などを整備し、職員に周知している。労働基準法第36条に基づいた協定の締結が行われ、労働基準監督署に届け出されている。職員の健康管理、職場の安全管理、職業感染への対応、メンタルヘルス対応、院内暴力対策等は、実施されている。職員満足度調査を実施し、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、教育システム委員会が担当し、院外研修、院内研修の参加状況を把握している。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ている。医師は、基幹型臨床研修病院として指導医の下で臨床研修プログラムに基づく研修を行っている。看護師は厚労省のガイドラインに沿った新人教育が実施されている。コメディカル部門においても、入職後の教育プログラムが作成されている。学生実習では、学生実習受け入れマニュアルに基づき、医学生を受け入れているほか、看護師、薬剤師などの職種を受け入れている。

3. 患者中心の医療

「いのちの章典」に患者の権利を明文化し、患者が自己の電子カルテ記録の閲覧を推奨するなど、権利擁護への姿勢は評価できる。説明と同意については、患者の理解を促すよう平易な言葉や絵図を用いるなどの工夫をしている。患者が医療へ積極的に参加するよう、各職種の計画書やパンフレットを手渡している。医療福祉相談室が設置され、退院支援、社会福祉相談などに対応している。患者サポートカンファレンス等で、情報の共有を図っている。個人情報保護に関する基本方針や利用目的は、個人情報保護規程に基づいており、職員に周知している。臨床現場で発生する解決困難な臨床倫理的課題については、臨床倫理委員会に申請・討議を行う仕組みである。各部署で発生する臨床倫理的課題については、患者・家族の意向を踏まえ、説明を繰り返しながら、誠実に対応している。最寄り駅や公共バスは病院パンフレットに掲載し、利用者に案内している。また、最寄り駅から病院までの無料送迎バス運行を行っている。病院内は安全性、清潔性、快適性、プライバシーに配慮した環境が整備されている。全館禁煙・敷地内禁煙の方針が徹底されている。受動喫煙防止に向けて、衛生委員会で職員の喫煙状況を把握している。

4. 医療の質

病院機能評価を継続的に更新受審しており、各分野で医療サービス向上へ向け、

精力的に取り組んでいる。第三者評価として ISO9001 の認証も取得しており、院内における業務の質改善への活動は、多層的、かつ組織的であり、業務の質改善に向けた取り組みは、高く評価できる。診療の質の向上に向けた活動について、病棟では多職種カンファレンス、複数科でのカンファレンスを開催している。臨床指標は医療機能評価機構への報告に加え、全日本民医連「医療の質評価・公表等推進事業」に参加し、参加病院の中央値との比較を示し、自院の質改善に活用している。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汲み取り、各部署・管理委員会で検討実施している。新たな診療・治療方法や技術の導入は、「新たな診療・治療・新しいケア（看護）の導入検討会」や倫理審査委員会で審議し、導入後の評価も行っている。診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、病院幹部や各診療科責任医師名、各病棟担当者等を掲示している。診療記録は電子化されており、「診療記録の記載指針」を規定している。医師及び医師以外の職種の記録も必要な内容を詳細に記載している。患者中心のカンファレンスは多職種で実施し、安全対策、感染防止、褥瘡対策、栄養、摂食嚥下障害、呼吸ケア等多職種で構成する専門医療チームが活動している。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制として、病院長直轄の医療安全管理部を位置づけ、組織横断的な活動を展開している。医療安全対策委員会ではマニュアルの見直し、アクシデント・インシデントの各レポートの報告と改善、研修の企画等の討議が行われている。医療事故対策マニュアルを整備し、必要に応じて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。患者の確認は、患者本人によるフルネームと生年月日の名乗りを原則としている。また、患者確認にはリストバンドも活用しているが、使用の際には患者と一体になった状態で確認している。処方・指示などは電子カルテで運用し、指示の変更や中止時の手順を定め、電子カルテに指示者、指示受け者、実施者が記録されている。口頭指示の際には、医師は確認後速やかに事後入力をしている。抗がん剤については、レジメンの審議をし、調製は薬剤師が安全キャビネットで行っている。病棟薬剤師は、病棟配置薬を毎日点検し、救急カートは毎週確認している。転倒・転落のリスク評価を実施して看護計画を立案し、生活環境の整備や観察の強化を実施している。人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプ等の医療機器は、チェックリストに基づき、始業前点検と使用中の安全確認が行われている。患者の急変時に備え救急カートや AED を配置し、院内救急コードを設定している。救急蘇生訓練についても実施している。

6. 医療関連感染制御

医療安全管理部に感染管理認定看護師を配置し、医療関連感染制御に向けた体制を明確にしている。感染症対策委員会を定期的開催し、感染の発生状況や課題の検討、対策の実施などを審議している。また、感染制御に関するマニュアルの作成と、必要に応じた改訂も適宜に行っている。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討については、微生物サーベイランスとして、MRSA、ESBLsなどを把握し、委員

会で対策を検討している。感染対策チームは毎週のラウンドにて感染対策の現状を把握し、ASTはカルテ回診を行っている。院外の感染情報も収集し、院内に周知している。感染制御に関する全職員の研修会の出席率はほぼ100%である。医療関連感染を制御するための活動については、手指衛生、リネン・感染性廃棄物の取り扱いなど手順に則り実施している。抗菌薬の採用・採用中止は薬事委員会で決定し、使用に関する指針は、抗菌薬適正使用マニュアルで明確にしている。周術期の予防的抗菌薬投与は各診療科で内容を決めている。アンチバイオグラムを作成し院内感染対策委員会で報告し、院内ポータルに掲示している。

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多くの情報をタイムリーに発信している。診療実績はホームページにて、病院指標、医療統計など必要な情報を発信している。地域連携部を中心に、地域の医療機能・医療ニーズを把握し、院内外との連携に努めている。紹介・逆紹介に積極的に取り組んでいる。連携担当者・医師が連携施設を訪問している。また、地域医療連携交流会、オープンカンファレンス等を開催し、顔の見える連携の構築に努めている。地域への教育・啓発活動については、地域住民を対象とした健康教室や健康増進活動を開催している。地域医療従事者向けに、オープンカンファレンス、地域感染管理カンファレンスなどを開催している。患者も参加する病院利用委員会を設置し、利用する立場からの意見交換を行うとともに、病院からの情報発信を行っている。

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、各科窓口により患者の対応を行っている。医師はプライバシーに配慮しながら外来診療を行っている。医学的見地から必要な検査を行い、必要性や内容を患者に分かりやすく説明し、同意を得ている。医師は、医学的判断に基づき入院を決定している。入院後速やかに多職種で入院診療計画を作成している。患者からの多様な医療相談に社会福祉士が対応し、院内の専門職種や外部機関との連携も図っている。入院前から入院日まで、十分な説明を行い患者の不安除去に努め、円滑な入院ができています。医師は病棟回診を毎日行い、スタッフと情報共有している。看護師は看護基準と看護手順に沿って患者のニーズを把握し、看護の実践に取り組んでいる。持参薬の管理、注射薬投与時の認証、抗がん剤投与時の観察などを手順に沿って行っている。輸血や血液製剤はマニュアルに沿って運用している。周術期の対応として、手術の適応と方法について検討し、合併症予防も行っている。重症患者はHCUに収容し、機器の整備に加え薬剤師・療法士、MSWなど多職種が関与している。褥瘡対策に対して、予防活動や発生時のチーム活動が行われている。栄養・食事に関しては、患者個々にふさわしい献立や、摂食・嚥下への支援が行われている。疼痛や苦痛に対して、患者のアセスメントを行い、医療・ケアが行われている。毎週のカンファレンスで多職種と情報共有を行いながら、リハビリテーションを行っている。やむを得ず身体拘束を行う場合は、説明と同意を得て行っている。身体拘束については、「身体的拘束に対する

指針」を整備し、身体拘束指示、拘束解除、経過記録等を確実に診療記録に入力する運用が図られている。退院支援については、患者・家族の意向に沿って多職種で進められている。退院後の診療・ケアに必要なサービス関係機関とは、各職種のサマリーを作成して情報提供を行っている。ターミナルステージの患者には、患者・家族の意向を尊重した診療・ケアが行われている。

<副機能：緩和ケア病院>

緩和ケア病棟は医師、看護師、緩和ケア認定看護師を中心に薬剤師、療法士、管理栄養士、MSW等の多職種が専門性を発揮しながら協働し、患者・家族を支えるチーム医療を円滑に進めている。地域の医療機関や介護・福祉施設との連携強化にも努め、病態に応じた柔軟な受け入れ態勢を構築し、入棟基準や運用に関わる手順も整備している。症状緩和については、医師・看護師を中心に多職種が連携して、患者・家族の意向を重視しながら病状の進行に合わせた症状緩和に努めている。病棟の薬剤管理については、医師、看護師と薬剤師が確実・安全に実施できる体制を構築しており、高く評価できる。また、自院の緩和ケアの理念に基づき、最期までその人らしく過ごせるよう、面会や付き添いは可能な限り制限なく、柔軟に対応できる環境を整備するなど、その取り組みは高く評価できる。退院支援については、入院早期からMSWが中心となり、様々な視点で、患者・家族の希望に沿った在宅支援を行っている。臨死期・逝去時には、患者・家族の意向を尊重した最善の療養環境の整備に努めている。遺族ケアは、昨年度より再開し、グリーフレターを送付するなど、遺族の心情に配慮した対応を実践している。

<副機能：リハビリテーション病院>

入院の決定は、地域連携室で情報を集約し、医師を含めた多職種で構成されている入院判定会議で検討し、決定している。リハビリテーションプログラムの作成に際しては、入院時に多職種による初期評価を行い、患者・家族の希望や社会的背景を確認してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、患者・家族に説明している。医師は、チームリーダーの意識をもって、病棟運営業務に参画している。看護・介護職は情報の共有を図り、患者に配慮したケアを実践している。理学療法は、医師の指示に基づき入院時に多職種で評価を行い、リハビリテーションプログラムを立案し、理学療法を実施している。作業療法は、身体機能向上だけでなく日常生活動作能力、生活機能向上、認知機能の向上・維持を患者・家族の希望に沿って、個別的に関わっている。言語聴覚療法は、脳血管障害の患者が多いため、失語症、構音障害などのコミュニケーション障害や高次脳機能障害、摂食嚥下障害を有する患者に対し言語聴覚療法を包括的に実施している。退院支援として、在宅生活にむけたカンファレンスを患者・家族とともに多職種が参加して開催し、課題解決に向けて検討を行っている。また、退院後の生活に配慮して、地域の関係機関と情報共有して連携を実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、持参薬の鑑別、管理、院内医薬品集の整理、処方鑑査などを行っている。検査科では、臨床検査技師により検体・病理・生理検査を実施している。異常値・パニック値の報告はマニュアルに沿って、主治医へ緊急連絡がされている。また、重要所見報告書を作成し、腫瘍マーカーが異常値の場合はその後の検査の実施までフォローしているなど、臨床検査機能は秀でている。放射線科はオンコール体制により 24 時間対応し、放射線専門医が読影を担当している。栄養管理機能については、温冷配膳車を用いて、適時・適温かつ衛生面に配慮した食事を提供している。急性期から慢性期まで、心血管・脳血管・運動器・呼吸器のリハビリテーションを実施している。診療情報管理士を中心に、診療情報の一元管理や、量的点検など診療情報管理業務を行っている。院内の医療機器は、各種点検を臨床工学技士が関与して一元管理している。洗浄・滅菌業務は、滅菌の質の保証が確実に行われている。輸血・血液管理業務は、「輸血ラウンド」を実施し、チェックリストを用いて、病棟等で輸血が安全に実施されているか検証をしているなど高く評価される。手術のスケジュールは手術予定表で管理し、術後の覚醒判断基準、抜管基準、退室基準も明確である。施設基準上の集中治療機能はないが、2 階病棟の一部を HCU として使用している。入退室基準を定め、医師の指示の下運用している。救急室は 2 階フロアにあり、CT や MRI などの画像部門は同一フロアにあり、導線も短く、利用の際は至便である。

10. 組織・施設の管理

予算編成は、長期計画に基づいた病院目標をもとに策定し、管理委員会の承認を経て確定している。財務・経営管理においては、予算立案、予算執行、決算報告などを実施している。医事業務は、業務手順に沿って実施し、医師によるレセプト点検など診療報酬請求業務等を行っている。返戻・査定に対しては、査定ニュースを発行し、組織的対応を図り委員会で対策を検討する仕組みがある。委託業者の選定、実施状況の把握、質の検討、委託先の見直し、事故発生時の対応等は規程に沿って行われている。施設・設備の保守点検は計画的に実施されている。医療ガス委員会が法令に則り開催され、現場始業点検をテンプレート化し実施している。感染性廃棄物の分別、廃棄処理はマニュアルに則って実施している。購買管理は、医療材料委員会で性能や価格を考慮して検討し、管理委員会が承認を行っている。地域災害拠点病院に指定され、DMAT が設置されている。隊員は、広島県主催の研修や合同演習に参加している。災害対応の BCP が作成され、自家発電機の整備、飲料水・食料の備蓄がなされているなど、災害発生時等の危機管理への対応は高く評価できる。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	S

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	B
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	B
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	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	B
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	B
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	S
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	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	S
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	S
-------	------------------------	---

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	S
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	S

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

機能種別：リハビリテーション病院（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	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	A
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

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： 広島医療生活協同組合 広島共立病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2、リハビリテーション病院(副機能)、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者： その他法人（社会福祉法人等）

I-1-4 所在地： 広島県広島市安佐南区中須2-20-20

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	186	186	+0	94.21	19.05
療養病床	0				
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	0				
結核病床	0				
感染症病床	0				
総数	186	186	+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	44	+0
地域包括ケア病床	37	+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	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

災害拠点病院(地域), 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： 2 人 2年目： 3 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-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

I-2-2 年度推移2