

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「リハビリテーション病院」・「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29日～1月30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	条件付認定（6ヶ月）
機能種別	リハビリテーション病院（副）	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 一般病院2
 1. 全身麻酔手術では、1名の患者に対して1名の医師（執刀医・助手以外）が確実に麻酔管理を行うよう工夫してください。（3.2.4）
- ・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。
- ・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

貴院は急性期医療を担う医療機関である。地域における自院の役割・機能を明確にして連携機能を高め、地域医療に貢献し信頼を得られていることは高く評価される。特に病院の機能水準を高めるために、病院幹部はもとより職員自らが「考え、実践する」風土が定着しており、理念達成に向けた取り組みが展開されている。

病院機能評価を継続的に受審しており、早期から改善に向けた取り組みが行われており多くの項目が一定の水準に達していると評価された。また「回復期リハビリテーション」「緩和ケア」など、特化した取り組みにも継続的に努力されていることは特筆したい。以下に述べる総括を参考にされ、貴院が目指す医療の実現に向けた取り組みの充実と発展が期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

「患者の人権を守り、安全・安心で信頼される医療を実践します」を理念とし、さらに基本方針に掲げ、良質で安全な医療の実現など、患者中心の医療を目指す病院としての精神が堅持されている。患者中心の医療を実現するために長期計画が策定され、経営の安定と機能の向上を図っている。また、ワークライフバランスの活動を支援する組織運営も行われているなど評価できる。病院の将来に向けた課題を明確にして、人材の育成など次の世代を見据えた組織的な取り組みが行われている。情報管理の重要性は認識され、情報管理担当者も配置されている。早期から法人が文書管理に取り組み、文書管理規程も定められており、管理する体系も明確である。

地域の急性期医療を担う中核的な医療機関として、必要な人材の確保や育成に努力されているが、病院の役割・機能の向上の基幹となる人材の確保に向けて継続的な努力が期待される。職員の教育・研修への取り組みは「医療安全」「感染管理」を中心に、「患者の権利」「個人情報管理」「接遇」など必要な課題についても毎年教育研修計画を策定して継続的に取り組んでいる。院外への研修についても奨励されており適切である。職員個別の能力の把握と開発については「個人目標シート」による評価制度が始まっておりその成果も見られる。能力開発については積極的に奨励され、部門ごとに職員も資格取得などに努力している状況がうかがえ評価できる。

3. 患者中心の医療

権利は明文化され、病院の内外に公開されており適切である。「インフォームドコンセントマニュアル」には、指針・説明内容・説明方法・同席者やそれに伴う必要書類などについて具体的に記載されている。フォーマットに基づき新規に作成された説明・同意書を医療安全管理部で確認している。外来では問診票を用いて診察前から適切な患者情報を入手し、効果的な診療運用に活かしている。外来情報ルームと病棟の食堂ダイニングには、カルテ閲覧許可申請の下にIDを取得すれば、患者はいつでも自分のカルテを閲覧できるパソコンが設置されており、各種パンフレットや模型・図示などと合わせて、患者・医療職員との情報の共有化が図られている。

相談機能は患者の病態に沿った取り組みが適切に行われている。患者の個人情報・プライバシー確保は随所に配慮がうかがえる。臨床における倫理方針については項目個々の意図を、職員だけでなく患者・家族にも理解しやすい言葉で併記している。診療・ケアの実践に基づく上で発生する種々のジレンマを臨床現場や臨床倫理委員会で検討する体制も整っている。臨床現場では主に看護師が中心となって日頃の患者に関わる倫理的な問題を検討している。

患者・家族の利便性については、交通アクセス・入院中の生活延長上のサービスなど適切な状況である。療養環境も病室の採光、空調、静寂性など適切である。受動喫煙防止活動も敷地内禁煙を実現し、おおむね適切に行われている。

4. 医療の質

患者・家族の意見収集は、患者満足度調査および「声の箱」により行われている。声の箱の意見は、利用委員会や関係部署で対応策を検討される仕組みである。意見の回答も掲示されており適切である。診療の質向上に向けては、診療ガイドラインが実診療に活かされるよう期待したい。業務の質改善への取り組みは、多層的、かつ組織的であり優れている。

玄関ホールやホームページには病院長・各管理者をはじめ、外来医師一覧表を掲示し、外来診察室入口には当日担当医師名のボードを張り出している。病棟カウンター掲示板には病棟医長・病棟師長・病棟担当薬剤師・MSW や退院支援専任担当者の氏名を張り出し、責任体制を明確にしている。診療記録に関する指針が定められているが、今後は医師の診療録の質的点検を期待したい。

一般病棟では医師中心で開催される定期カンファレンスが多いが、必要時は看護師を始め関連職種も参加しており、開催意図を達成する手段で適切に展開されている。NST チーム・褥瘡対策チーム・呼吸ケアチーム認知症ケアチームなど多職種で構成し、組織横断的に介入できるチーム活動も活発である。

5. 医療安全

「医療安全管理マニュアル」には安全対策指針として、その基本的考え方・SSカードシステム・医療安全管理会議・医療事故対応マニュアルの4本柱を明記している。改善や決定事項の確実な運用に向け、医療安全管理者の権限も明記されており適切である。インシデント・アクシデントレポートは、職種別・行為別などに集計・分類し、必要時 SHELL 分析方法を用いて事故発生要因を探り、改善策を立案・実践している。

「患者識別マニュアル」を改正し、その強化月間の設定など誤認防止に向けた取り組みを認めるが、情報伝達エラー防止についてはさらなる取り組みを期待したい。薬剤の安全使用に向けた対策の多くは評価できるが、病棟への注射薬供給に際しての1施用毎の取り揃え率についてはさらなる向上を期待したい。転倒・転落スコア表を用いて、その結果に基づく標準対応策が作成されている。「転倒転落予防チーム」の活動により、発生した事故を検証・検討して臨床現場にフィードバックを行っており適切である。

輸液ポンプやシリンジポンプなどは、医療機器管理システムで一元管理を図り、一部使用場所で保管する体制である。救急外来を除いた救急カートは全て配置薬品を統一しており、必要物品も含めて看護師・薬剤師により点検・補充されている。全職員を対象とするBLS講習は2年を1クールとして受講する仕組みになっており、受講修了者はネームカードに専用シールを貼り、受講の有無を明確にしている。

6. 医療関連感染制御

医療感染制御体制はおおむね適切な状況である。今後、感染防止マニュアルの院内各部署での遵守状況の把握と活用が進めばさらに良い。院内外の感染症情報はよく把握しているので、その活用のさらなる推進を期待したい。

各病室入口や専用カートには速乾性手指消毒剤を設置し、患者・家族も含めて使用促進を図りつつ、掲示ポスターや「入院のご案内」などにより感染防止の協力を促している。病棟で中心静脈カテーテル挿入や胸腹穿刺・肝生検を実施する時は、マキシマルバリアプレコーションで対応し、汚物室やケア時の PPE 着用も適切である。院内の抗菌薬の使用状況は適切である。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信はホームページをはじめ病院案内、入院案内、広報誌など良く検討され多くの情報が発信されている。必要に応じた更新もなされ、診療実績の発信などもわかりやすく行われている。広島安佐地域医療圏に位置し、早期から地域医療に取り組んでおり、医療連携機能は重要視されている。医療連携室が中心となり、専従スタッフが紹介患者の受け入れや報提供などを行っている。地域連携に必要な情報は、医療圏内の医療情報ネットワークや地域の連携会議などで収集され、連携する医療や介護施設・薬局等との情報交換や情報共有がなされており評価できる。

地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、医師をはじめ多くの職種が参加して、健康増進活動や健康講座など毎月頻回に行っている。医療・福祉機関向けには毎年地域看護研修会、特別講演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地域住民も参加できる講座も開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者は速やかに受診できる体制が整っている。外来診療部門もおおむね適切に運営されている。診断的検査を確実・安全に実施するため、特に外来検査でリスクを伴う検査の実施手順については積極的取り組みが望まれる。入院決定に際しての診療の流れは適切である。医療福祉相談室では医療ソーシャルワーカー・退院支援ナースなどが多様な問題に効率的に取り組んでいる。予定入院患者には、外来看護師を中心に「入院のご案内」や関連パンフレットを用いて疑問や不安の払拭に努めている。入院当日は指定時間に入院受付まで病棟スタッフが迎えに出向き、病棟所属職員や看護体制なども含めて、病棟構造や日常の過ごし方などを解りやすく説明している。

医師の病棟業務はおおむね適切に行われている。看護方式は受持ち制チームナーシングを元に展開し、日勤業務は看護ケアの補完と部下育成も兼ねて PNS 看護方式を導入し、看護の質向上に活かしている。患者への薬剤投与は安全に実施されている。患者への輸血・血液製剤投与の投与は確実・安全に行われている。手術・麻酔の適応と方法は執刀医と主治医が中心となって決定している。重症患者への対応には配慮が見られる。入院時に全ての患者に対し褥瘡リスク評価を行い、リスクの有

無をチェックして、必要時には体圧分散マットレスを選択している。

入院時に栄養評価を実施し、栄養低下状態が摂食・嚥下障害によるものか、疾患から発生する病態なのかを明確にして、治療やケアの手段を決定している。一般病棟では疼痛スケールとしてNRS10段階評価とフェイススケールを運用し、看護師のみでなく、医師・薬剤師・リハビリスタッフも共通認識を持っている。患者へのリハビリテーション提供は適切に行われている。「身体拘束に対する指針」の基に実施の可否を検討し、医師より患者・家族に身体拘束に関する規程の文書を案内する手順が整備されている。

入院後早期の段階で患者の退院阻害となり得る課題をスクリーニングし、病棟看護師や医療ソーシャルワーカーを中心に、担当ケアマネジャーなどと協議を重ね、課題解決に向けて取り組んでいる。関係医療機関や担当ケアマネジャー・訪問看護、施設関係者などに対して退院前カンファレンスへの参加を呼びかけて情報の共有化を適切に図っている。退院時には医師・看護師・リハビリなどが記載したサマリーにより、必要な診療・ケアの継続事項がわかりやすく伝えられ、関係者が安心して患者の療養生活に関与できるようにしている。ターミナル期には多職種でケア計画を立案・対応している。

<副機能：リハビリテーション病院>

入院目的で来院する患者の受け入れ体制は適切に整備されている。嚥下造影検査をはじめ、診断的検査は確実・安全に行われている。入院判定は医師を中心に多職種での会議により適切に行われている。多職種での評価を基に入院診療計画やリハビリテーション総合実施計画書が適切に作成され、患者・家族に説明のうえ同意を得ている。リハビリテーションプログラムは、多職種からの情報共有や標準化された評価表に基づき、実践的な作成が行われている。患者・家族からの医療相談は、専従の社会福祉士により状況と要望が収集され、患者・家族に必要な援助を行っている。

医師は他職種との情報共有を図り、随時適切な指示・指導を行い、チーム医療におけるリーダーシップを発揮し、病棟業務を適切に行っている。看護・介護職による病棟業務は看護師が中心であり、リハビリテーションにおける介護職の業務役割分担が明確にされるよう望みたい。投薬・注射は、服薬確認・薬剤投与前後の状態把握、注射薬の1施用の取り揃えなど確実・安全に実施されている。褥瘡の予防・治療は、発生患者に対して多職種によるケアチームの回診で指導や介入が適切に行われている。

栄養管理と食事指導では、患者個々に応じた食事の提供と栄養指導が適切に行われている。症状緩和への対応は、多職種による関与も積極的に行われている。理学療法、作業療法、および言語聴覚療法は、チームで作成の総合実施計画書に基づいたリハビリテーションの実施、リスク管理、他職種との情報共有がいずれも適切に行われている。

安全確保のための身体抑制は、抑制廃止を目指す方針のもと、適切に取り組まれている。患者・家族に対する在宅復帰に向けての退院支援は適切に行われている。退院後の支援として、看護師による患者訪問、失語症患者の会など継続的に行われ、高く評価できる。

＜副機能：緩和ケア病院＞

事前に必要な情報が収集され、円滑な外来受診・入院相談が可能となっている。外来では担当医、看護師、MSW が同席して情報を共有し、適時に基準に基づいた入院判定が行われ、症度と緊急性に応じた入院が可能となっている。入院後早期に個別性があり、多職種の意見が反映された診療計画・看護計画が作成され、患者・家族に説明があり同意が得られている。

治療やケアの方針に関しては、カンファレンス等を通じて多職種でよく検討され、症状緩和や QOL 向上に関して適切な取り組みがなされている。現状で基準は満たしているが、ケアの質向上のためには医師・看護師・MSW 等の人的配置に若干の余裕がある状態が整備されるとさらに良い。特に医師に関しては、病棟担当医を増員するなどして体制を整え、緩和医療学会の研修認定施設となり、若い医師の研修の場となっていくような取り組みが期待される。デスカンファレンスや遺族調査、自施設評価プログラム等の緩和ケア病棟の質を維持する取り組みに関しても、積極的な取り組みを継続されることを期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤機能部門は持参薬の管理、抗がん剤の調製・混合等、よく運営されている。臨床検査部門も異常値・パニック値がでた検体の取り扱い、精度管理なども適切である。画像診断部門の機能も内外の要望を満たす機能が発揮できている。栄養管理機能は全患者に栄養アセスメントが実施され、患者の特性や嗜好が把握されている。リハビリテーション部門は職員の積極性も感じられ、機能も十分果たされている。

診療情報管理は診療録が電子化されており、紙媒体の過去診療記録も一元管理されている。量的点検や貸出管理も適切に行われている。医療機器の安全管理は臨床工学技士による一般医療機器の点検、医療機器管理システムでの使用貸出・返却・所在管理などを適切に行っている。洗浄・滅菌機能は臨床現場で使用した器材は一次洗浄をせず、専用容器で回収している。平日の洗浄・滅菌業務は委託業者が全て行っている。洗浄評価は勿論のこと、オートクレーブとプラズマ滅菌装置には専用インディケーターを用いて滅菌効果の保証を適切に担保している。

病理部門は施設の要望に沿って運営されている。輸血・血液管理部門の機能では製剤の廃棄率も低いなど、適切である。手術・麻酔機能では、2 例同時に全身麻酔手術を行う場合は、他科の医師による術中管理を行うよう応援体制が敷かれているが、一部では看護師による術中管理が行われており、引き続き改善が求められる。救急医療部門については、救急車の応需率、高齢者虐待・DV 疑いのあるケースの対応も含めていずれも適切である。

10. 組織・施設の管理

財務経営管理は、各部門とのヒアリングに基づく予算の作成と執行が適切に行われている。会計処理は病院会計準則に基づいて実施され、財務諸表も作成されている。医事業務の手順は確立されており、レセプトの査定状況も医師の関与の下、適切に取り組まれている。業務の委託については、業務内容や価格などを考慮し適切に業者選定がなされている。施設・設備の管理は適切に行われている。エネルギーや防災システムは全体を監視する機能を有している。物品管理は総務課が担当し、医療衛生材料はSPD管理となっている。現場の意見を聞きながら購入・管理に当たっている。棚卸も毎月行われ良好である。

火災を想定した対応マニュアルの策定と訓練が行われている。地震など大規模災害に向けた対応は広島市と連携した防災計画も検討されている。食料や飲料水の備蓄は現在3日分以上が確保されている。保安業務は昼夜間の緊急時の連絡・応援体制は明確に整備されており適切である。医療事故への対応は、紛争の恐れがある事案、訴訟が発生した場合のいずれについても、速やかに状況が掌握できる体制が整っている。患者・家族への説明なども慎重に行われ、並行して原因究明や再発防止に向けた取り組みも速やかに行われる仕組みである。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型の臨床研修病院として初期研修が行われている。卒後臨床研修評価機構の認定も取得しており、他職種による評価も行われているほか、研修環境への配慮も見られる。看護師は厚労省新人看護職員研修ガイドラインに基づき新人研修プログラムに沿って研修が行われている。

学生の実習の受け入れは、看護やリハビリテーションなど各学校からの受け入れが行われ、学校との協定の基づき医療安全や感染制御なども適切に行われている。

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	A
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・プライバシーを適切に保護している	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
1.4	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	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	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	B

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	S
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	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	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	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	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	B
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	B
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	栄養管理と食事指導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	安全確保のための身体抑制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	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	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	A
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	C
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	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、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	物品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
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	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	B
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	NA
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	栄養管理と食事指導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	安全確保のための身体抑制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

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	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	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・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和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	身体抑制を回避するための努力を行っている	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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 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	91.09	16.74
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	44	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	19	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

DPC対象病院(Ⅲ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： 1 人 2年目： 2 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