

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」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25日～7月26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	慢性期病院	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 慢性期病院
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は和同会グループの病院として開設し、広島県西区において高齢者・障害者が安心して療養できる病院として地域に貢献されてきた。この間、療養病棟をベースにしながら、緩和ケア病棟の導入や回復期リハビリテーション病棟の導入など、地域と住民のニーズに応えて、役割の範囲を拡げてきた。現在ではグループ内の老健、グループホーム、有料老人ホームの内部連携のほか地域基幹病院、急性期病院、在宅事業所との連携によって、住民から期待されるケアの展開をすすめている。

病院機能評価についても初回受審以降、更新を重ねており、医療の質の向上を目指してきた。今回の受審においても病院職員が一体となって病院機能の充実と医療の質の向上に努力されている。本報告書が、医療の質の向上を目指す貴院にとって、その一助となれば幸甚である。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院幹部と職員は理念を共有し、患者中心の医療を展開する姿勢を明確にしている。理念と基本方針は院内外に周知されており適切である。病院をさらに発展させるために院長・看護部長・事務長が現局面の課題を共通の認識として、改善の方向性を指し示している。その内容は運営会議で組織的に議論され、連動する形で各部署では方向性を認識し、モチベーションを高く保持している。

人事・労務管理については、就業規則をはじめ必要な各種規則が整備されている。衛生委員会においては適切な構成員によって、時間外労働状況、病欠者状況、職場環境、健康診断遂行状況が確認・議論されている。職員満足度調査を実施し、職

員の要望を把握し運営会議において執行の是非を判断している。職員の就業を支援するために、夜間休日にも利用可能な院内保育所が設置されており、魅力ある職場となるよう努めている。さらに女子寮の整備、食事補助金制度など職員の福利厚生にも積極的に取り組んでいる。

職員の能力向上の取り組みとして、育成面接を行い能力評価と能力向上の動機づけを行っている。必要な年間教育研修計画を策定・実施し、実施後の評価も行われているなど、適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利は理解しやすい内容で明文化されており、院内外へ周知されている。患者の権利という視点から、患者が理解できるような説明を行い、同意を得るプロセスも確立している。患者・家族の理解を深める支援は、さまざまなツールで工夫がなされ、退院前カンファレンスは患者・家族も参加し共同する関係を築いている。また、患者支援として社会福祉士や担当看護師長が相談に応じている。個人情報保護に関する規程を整備し、患者へは掲示物等で周知し、職員研修も行っている。病棟での生活上のプライバシー保護はドアやカーテン遮蔽などの配慮がなされている。倫理に関するマニュアルに規約が制定されており、病棟においては看護を中心に倫理的課題について定期的な検討がなされているが、倫理委員会もしくは運営会議で頻出する課題について議論をするとさらに良い。

病棟食堂は景観に優れ、明るく広い環境であり、無料駐車場の設置、送迎バスの運行など快適性・利便性に配慮している。院内は完全バリアフリーであり、移動動線には手摺りが設置されているなど、高齢者に配慮している。快適な病棟・病室環境が整備されており、院内の整理整頓、清潔性・安全性は良好である。さらに、全館禁煙の方針を明確にしている。

4. 医療の質

入院患者と家族に満足度調査を行い、要望を把握しながら、運営会議等で対応策を決めている。臨床評価指標は慢性期病院に必要な項目を把握し、分析を通して質向上を企図している。認知症ケアチーム、排尿ケアチームで部門横断的な活動を行っている。慢性期医療認定病院の認定も受けており質向上に向けた意識は高い。薬剤の適応外使用は行わない方針である。看護・介護技術の導入に関しては、毎年院内外での研究発表を実施し、情報共有を図り、取り組んでいる。

病棟の主治医や診療部門の責任者および病棟の看護責任者は明確であり、病棟師長は病棟ラウンドを行い、看護ケアの実施状況や療養環境を確認している。

診療記録には必要な情報が適時記載され、基準に基づく記載がされている。診療記録の質的点検は相互点検という形で行われている。

多職種参加のカンファレンスで情報共有を図っており、診療協力体制は確立している。また、褥瘡、感染、医療安全、認知症、口腔ケアをそれぞれ専門チームで編成している。歯科往診や歯科衛生士による口腔ケアも行われており、適切である。

5. 医療安全

医療安全の方針は、医療安全管理マニュアルに明文化され、医療安全管理委員会は多職種で構成し、定例開催している。院内ラウンドの実施、確認、記録は良好である。医療安全管理マニュアルの定期改定も行われており、委員会の議事録は整備されている。医療安全管理委員会は、インシデント・アクシデント報告に基づき情報を分析し、対策を立案している。一定以上のアクシデントについては、SHELL 分析を行い、原因の改善策の検討を記録し、対策の評価も行われている。

患者誤認防止は、原則呼称および患者本人に名乗ってもらうことを基本としており、医師の指示出し、看護師の指示受け・実施、医師の実施確認は確実に行われている。原則、口頭指示は行わない方針である。転倒・転落アセスメントスコアシートを用いてリスク評価が行い、転倒・転落のリスクが高い患者は、看護計画を立案し危険度に応じた予防対策を実施している。医療機器の点検・管理の責任体制があり、おおむね適切である。患者の急変に備え、救急カートの日常点検が行われ、院内緊急コードも定められている。召集訓練および BLS の訓練は、AED を含む訓練を全職員対象に定期的実施している。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会のもと ICT が設置され、実働機関として院内ラウンドを行っている。マニュアルの作成、定期的な改訂は行われている。医療安全管理委員会と連携・協議する活動も行っている。連携病院との感染管理合同カンファレンスに参加し、院内外の情報を収集している。各種細菌の検体別の分離状況や、インフルエンザウイルス、ノロウイルス等の発生状況を把握し、医療関連感染ニュースとして、各部署に配布するなど、適切である。

現場では必要な場所に PPE が整備されており、速乾式消毒剤は月 1 回使用状況がモニタリングされている。感染性廃棄物や汚染リネンの取り扱いなど、おおむね適切である。抗菌薬の採用・削除は薬事審議会で検討されている。分離菌感受性パターンは毎月報告され、抗菌薬の適正使用マニュアルを定めている。感染対策委員会で使用状況を医師へフィードバックしている。起炎菌は培養検査で同定され、アンチバイオグラムは作成され、適切な抗菌薬に移行しており、特殊な抗菌薬の届け出も適切に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌により貴院の医療サービスに関する広報を行っている。また、年報を発行し、自院の診療実績を発信している。ホームページは情報の定期的な更新を行っている。地域医療連携については、地域の医療・介護施設の情報を載せたマップを作成し、20 か所以上の医療機関と定期的な懇談を行い、ネットワークの強化を図り良好な関係を築いている。「西区医師会在宅あんしんネット事業」の支援病院の役割も担うなど、評価できる。

地域の健康増進活動としては地域交流フェアの開催や「地域リハビリテーションサポートセンター」として地域住民に介護予防の視点から啓発活動を行っている。

「自立支援型地域ケア会議」にリハビリテーション療法士を派遣し、専門職として従事者に助言を行うなど活躍している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

入院時診療計画書に基づき、多職種協働でケア計画書を作成し、説明のうえ同意を得て実施している。患者評価のもとに患者・家族の要望も反映して、診療計画は作成されている。多様な相談に応じ記録は社会的・経済的・身体的アセスメントが残され、チームに必要な情報は、院内 LAN にて共有している。医師は診療指針に基づいて、回診を実施し、病棟カンファレンスに参加し、病棟スタッフと情報共有している。看護・介護の役割分担はそれぞれの専門性を尊重したマニュアルに記載されている。

マニュアルに基づいて、投薬・注射は確実・安全に行われ、薬剤投与中・後の患者の状態・反応を観察・記録も良好である。褥瘡の予防・治療は多職種で関与している。重症患者は勤務室近くの病室でモニター監視を行いながら、頻回に訪室している。栄養管理計画書を作成し、簡易栄養評価が行われ、必要時、栄養相談を行い対応している。身体抑制は行わないこと方針としており、患者の病態から安全を優先した短時間使用を心がけている。退院前には、退院前カンファレンスを開催し、多職種との情報共有を行い、院外機関からの参加も得て、退院後の療養支援に向け取り組まれている。ターミナル期には患者・家族の意思を聴取しながらケアをすすめる、カンファレンス・デスカンファレンスで振り返りが行われている。チーム医療による実践は適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤機能は、疑義照会は直接医師に行われ、調剤についても複数確認の徹底が図られている。注射薬は1施用ごとに取り揃え、注射薬の調製・混合については、薬剤師が看護師に指導している。検査結果は迅速に報告され、異常値やパニック値は担当医に報告している。画像診断は撮影・診断のプロセスは適切で、結果は迅速に報告され、診断の質は院内検討会や他院整形外科医とのカンファレンスで保持されている。栄養管理機能では、患者の特性や嗜好に応じた個別の対応がなされて、厨房床はドライで管理され衛生面に配慮したマニュアルを整備している。

リハビリテーション機能は、脳血管、運動器、呼吸器のリハビリテーションに対応できる体制が確立し、訪問リハビリテーションに関わり、院外のニーズに応えている。洗浄滅菌機能は、化学的・生物学的インディケータは記録され、リコール規程も整備され遵守されている。輸血部門は日本血液学会専門医・指導医である院長が責任医師となり、輸血療法委員会で使用状況、副作用などの検証が行われている。診療情報管理機能、医療機器管理機能も適切で、総じて適切な各機能の発揮によって良質な医療を構成している。

10. 組織・施設の管理

予算の作成と執行がなされ、財務諸表も作成し、独立監査法人会計士による会計監査の仕組みがある。毎月、運営会議にて損益状況の分析がなされている。日常の窓口現金収納業務は良好であり、丁寧な未収金管理をすすめているので、近年では未収金残高はゼロとなっている。業務委託は、公平な選定が出来るような仕組みが整備されている。

施設設備の点検も委託業者によって、日常の保守・点検および緊急時の対応も適切に整備され運用している。物品管理は、現場の意見を聞きながら適正に検討・選定されている。

土砂災害や地震災害など地域環境を踏まえた大規模災害を想定したマニュアルが整備されている。災害時は高齢者・障害者の避難の受け入れを担う「福祉避難所」の役割を明確にしている。防火訓練は臨場感を醸し出す工夫をした訓練が定期的に行われている。緊急時の連絡体制はあらかじめ決められ、有事には防災センターに本部が立ち上がる仕組みである。保安業務は職員が担当しているが、緊急時の連絡・応援体制も明確に整備され、警備会社との契約も結んでいる。万一の医療事故に備え対応マニュアルが整備されており、医賠償保険ならびに顧問弁護士との連携体制も適切である。

11. 臨床研修、学生実習

臨床研修病院ではないが、年間1,000名近くの実習学生を積極的に受け入れている。患者・家族との関わり方の取り決め、医療安全・医療関連感染制御に関する教育は実習前に必須としてオリエンテーションされている。指定されたカリキュラムに沿った実習が行われており、学校側の評価も高く、事故に備えた仕組みも整備している。実習生および実習内容の評価は臨床指導者のチームによって評価されている。

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	B
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	A

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	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	B

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	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	B
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	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	診療計画と連携したケア計画を作成している	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	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
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	B
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	B
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	B
2.2.20	身体抑制を回避・軽減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	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	NA
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	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

年間データ取得期間： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 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：医療法人和同会 広島パークヒル病院

I-1-2 機能種別：慢性期病院

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：広島県広島市西区田方2-16-45

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	18	18	+0	50.6	27.5
療養病床	96	96	+0	82.5	184.7
医療保険適用	96	96	+0	82.5	184.7
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	114	114	+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	46	+0
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床	18	+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

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

[illegible]

I-2-2 年度推移

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	17.64	18.00	17.77	98.00	101.29
1日あたり外来初診患者数	0.75	0.98	0.73	76.53	134.25
新患率	4.26	5.46	4.11		
1日あたり入院患者数	88.70	89.82	88.97	98.75	100.96
1日あたり新入院患者数	0.94	1.00	1.03	94.00	97.09