

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」及び副機能種別「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2月13日～2月14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
機能種別	緩和ケア病院（副）	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。
- ・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1998年3月に、医療療養病棟と通所リハビリテーションの機能で広島県広島市に開設された。山口県宇部市に本部を置く医療法人和同会の、広島グループの病院である。現在はほぼ入院機能に特化して医療療養病棟、回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟を有している。病院の運営は5か年の中期経営計画を基に、収支計画、人員計画、投資計画、患者・職員の満足度の向上などに取り組んでいる。また、地元地域を重視した理念や基本方針を、積極的に院内外に発信している。

今回の更新審査では、一定以上の水準を満たしていると評価された項目が多いが、他方で数項目については課題も発見された。今後、課題への取り組みを行い、より一層、質の高い医療サービスの提供を目指し、発展されることを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は明確で、職員や院外に各種媒体を通して周知している。意思決定会議は定期開催され各種委員会も幅広く活動している。中期経営計画や事業計画が作成され、幹部職員も課題を認識し組織運営を行っている。電子カルテシステムへの移行はスムーズで、診療情報なども安全に管理・活用されている。各文書類は文書管理規程に従って適正に取り扱われている。

一部職種の採用に苦慮しているが、病棟などの機能に応じた人材は確保されている。各種規程や規則が整備され職員の労務管理も適切に行われている。職員の健康管理には配慮されているが、非常勤医師の健康診断確認にも一層取り組まれない。職員アンケートを再開し、職員の意見や要望を把握する取り組みをしている。各委員会が研修計画を立案し、必要な教育・研修が確実に開催されている。病院全体で能力評価・能力開発・人事考課の実施に取り組まれることを期待したい。看護師や療法士の学生実習生を多数受け入れている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され、院内をはじめ院外にも幅広く周知している。患者・家族の理解に向けて説明と同意の際の同席ルールを整備している。医師は画像や検査データについて、平易な言葉で丁寧な説明を心がけている。患者・家族への支援体制を明確にして、対応する資格職を複数配置している。個人情報保護方針を明確にして印刷物やホームページなどで周知している。臨床では多職種で日常的に倫理的な検討や情報共有を、カンファレンスで行っている。解決困難な倫理的な課題については倫理委員会で検討する仕組みがある。

状況に応じた面会対応や売店の設置など、入院生活への配慮がなされている。院内はバリアフリーとなっており、廊下や階段、トイレ、浴室などに手摺りを設置している。療養環境は整っているが、病棟のトイレについてはプライバシーを確保するよう、対応を望みたい。敷地内禁煙が徹底され、職員の喫煙率も低い。

### 4. 医療の質

カテーテル感染を減らす目的で膀胱留置カテーテルの抜去を進めたり、全抗菌薬の使用量を激減させたりして、結果に結びつけていることは評価できる。日本医療機能評価機構の臨床指標や、回復期リハビリテーション病棟協会の診療実績などを収集している。今後、ホームページなどで診療実績や臨床指標の広報に努めることを期待したい。意見や要望および、苦情等については意見箱や満足度アンケートから収集している。また、患者・家族からの意見により対応した事例もある。新たな治療方法や技術導入に関しては、各部署からの要望も考慮して倫理委員会に諮ったうえで、運営会議で導入の検討・決定をする体制である。

病棟責任医師と看護責任者を明示し、病室担当看護師、看護補助者も明示している。また、ベッドネームには主治医と担当看護師、担当看護補助者を記載している。2024年に電子カルテシステムに移行したが、医師・看護師などの記載はおおむね適切である。多職種が参加して各種カンファレンスが開催され、チーム活動も積極的に行われている。

### 5. 医療安全

医療安全管理者の副看護部長を医療安全管理室に専任で配置し、医薬品安全管理責任者など各安全管理責任者に権限が付与されている。アクシデント、インシデントの報告が全部署から上がってくる。また、薬剤関連など事故別ワーキンググルー

プは、それぞれに数値目標を定め活動し成果報告を行っている。医療事故に対する組織的な対応としては、医療安全管理室が窓口となり、医療安全管理委員会などで原因究明や再発防止の検討が行われている。

誤認防止対策は手順があり、入院患者はネームバンドと名乗りにより確認している。ネームバンドを使用できない患者は、2つの識別子を使用して複数の職員で確認している。医師の指示出し・指示受け、指示の変更・中止に関して電子カルテで実施されている。口頭指示はほとんどなく、種々の検査結果は速やかに医師に報告している。劇薬・ハイリスク薬は可視化して注意喚起に努めている。救急カート内の薬剤は全配置部署で統一し、病棟の定期内服薬は薬局から払い出し後、施錠している棚で管理している。転倒・転落のリスク評価は入院時全患者に行い、その後、危険度に応じた対応策があり看護計画に反映している。医療機器の使用方法に関する研修を毎年実施し、持ち込みの新たな機器の研修は業者が実施している。院内緊急コードは年1回訓練を実施している。また、BLSとAEDの訓練は全職員を対象に各部署で毎年実施している。

## 6. 医療関連感染制御

多職種で構成された感染対策委員会を開催し、対策や検討を行っている。ICDの医師、看護師、薬剤師などによるICTが、実務的な活動を担っている。また、医療感染に関する全体研修会を年3回開催している。院内の微生物サーベイランスを実施し、分離菌状況、薬剤感受性分析などの検出状況等をICCに報告し、フィードバックしている。ICTから感染対策委員会ニュースとして、院内のサーベイランス状況を含めて、紙ベースで月に1回各部署に配布している。

医療関連感染を制御するため、1処置1手袋を実践している。手指消毒薬は個人携帯と各所に設置し、使用期限の管理や使用量のモニタリングなどを行っている。手洗いチェッカーを使用して効果的な手洗いを確認している。PPEは使用場所に配置して使用している。抗菌薬適正使用マニュアル内で適正使用の指針を整備している。また、注射抗菌薬は取り組みの結果、使用量は減少しており評価できる。

## 7. 地域への情報発信と連携

情報発信は病院案内、入院案内、広報誌、各年度の年報、ホームページなどがある。診療実績は病院のホームページへの掲載はないが、毎年発行されている年報に診療実績などを含めた各種統計が掲載されている。地域の人口動態や高齢化率、疾病構造、救急医療などの情報は、行政のホームページから収集している。認知症の研修受講者が参加する会で、病院に対しての希望や要望を述べる機会を設けたことがある。また、地域連携推進カンファレンスなどにも参加している。地域の健康増進などの取り組みは、リハビリテーションセンターで対応している。また、広島県の「地域リハビリテーションサポートセンター」として、介護予防教室の活動支援、ケアマネジャーのケアプラン作成などの支援を継続して行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

入院に関してはホームページに詳しい入院案内が掲載されている。外来診療は併設施設の入所者がほとんどである。侵襲的検査はほとんどなく、自院で行えない検査・処置は近隣病院に依頼している。入院の受け入れ基準は明確で、多職種で協議して入院を決定している。入院診療計画書を入院当日作成し、転倒・転落、褥瘡などのリスク評価も実施している。入院診療計画は看護計画、リハビリテーション計画などに反映している。相談窓口の地域医療連携室に看護師、社会福祉士を配置している。入院時は病棟構造や避難経路、日課、設備などの説明が行われ、円滑に入院している。

医師はほぼ毎日回診を行い、診療業務基準に沿って医学的管理を実施している。看護・介護職の業務は適切だが、介護福祉士は専門職として組織的な位置付けが望まれる。医師・看護師・管理栄養士・薬剤師などが連携し、診療・ケアに関与している。投薬や注射は各業務で注意喚起に努め実施されている。重症度に応じた診療・ケアの院内基準を整備している。入院時、全患者に褥瘡診療計画書を作成し、リスクに合わせた対応をしている。入院時、全患者に簡易栄養評価表でリスク評価をし、栄養管理計画を作成している。症状緩和はマニュアルにより対応しているが、今後、症状緩和に対する方針や標準的手順を定めることが望まれる。リハビリテーションの提供がやや少ないので、より多くの入院患者に提供するよう望みたい。離床しての食事摂取、各種行事への参加、音楽鑑賞など入院生活の活性化を図っている。

身体拘束を行わないことを前提とした方針がある。入院早期より退院の可能性を検討し、必要な患者に「退院支援計画書」を作成している。地域医療連携室が連携協力医療機関との調整や、連携先の訪問看護などにつなげている。ガイドラインを基に、ターミナルステージは主治医が判断している。

### <副機能：緩和ケア病棟>

院外向けの緩和ケア病棟案内冊子を作成し、地域医療機関に配布している。外来診療は緩和ケア病棟への入院を希望する、院外から紹介された患者の相談が主である。地域医療連携室がワンストップで必要な情報を受け、緩和ケア病棟への入院に結びつけている。直前の検査結果が情報提供され、診療計画立案、感染制御に必要な検査が入院時に行われている。多職種が協議して入院判定を実施し、入院日の決定を行っている。入院日に医師が中心となり病歴、身体所見などを評価し診療計画を立案している。診療計画や入院時情報をもとにしたケア計画を、入院後 24 時間以内に立案している。地域医療連携室の看護師や社会福祉士が相談に対応している。患者・家族には入院相談において、相談員と看護師が資料を用いて説明している。

医師は毎日入院患者の回診を行い、病態その他について診療録に記載している。看護師は看護業務マニュアルに沿って、他職種と協力してケアの実践を行っている。身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面から患者・家族のニーズを把握している。病院として、症状緩和に対する方針や標準的手順を定める取り組みが

望まれる。医師が薬物療法の必要性和リスクについて説明し、薬剤師が服薬指導を実施している。褥瘡発生リスク評価を実施し、褥瘡対策チームによるラウンドを実施している。入院時に管理栄養士が栄養状態を把握したうえで、栄養管理計画書を作成している。病棟配置の理学療法士が、患者病態やニーズに合わせたリハビリテーションを実施している。患者希望と状態を把握し、外出・外泊が可能となるような援助をしている。

緩和ケア病棟では身体拘束を行わないことを原則に、身体抑制の回避に取り組んでいる。退院前カンファレンス、退院前訪問などで患者・家族のニーズに即した退院支援を行っている。退院後も継続的な診療・ケアが必要な患者に対して、療養支援をする仕組みを整備している。臨死期に、患者・家族のQOLに配慮したケアを実践している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

調剤と調剤鑑査は適切に行われ、処方鑑査と疑義照会も実施している。また、持参薬は全て鑑別して薬歴管理も全例で実施している。検体検査の異常値やパニック値は直接医師に電話で連絡し、主治医不在時は代行医師に連絡する体制である。画像診断は、医師指示後の患者の受付、部位の確認、適応の判断も適切である。厨房は「大量調理施設衛生管理マニュアル」に沿って運営され、衛生面もよく維持・管理されている。リハビリテーション基準や中止基準、安全管理基準、評価基準等に基づいて実施している。診療記録は、診療情報管理士と各病棟の師長により全件点検されている。医療機器は使用場所で使用状況を把握され、また、標準化にも努めている。滅菌物は化学的・生物学的・物理的インディケーターで滅菌の質を確認している。病理検査は外部委託であるが、病理診断結果の悪性度が高い場合は、すぐに医師へ直接連絡する体制となっている。

## 10. 組織・施設の管理

病院からのデータにより会計事務所が財務諸資料を作成している。その後、運営会議などに提示し、経営状況の説明を行っている。窓口収納や保険請求および施設基準の確認、未収金の管理など医事業務は適切に処理されている。委託業務の適否に関しては運営会議で話し合わせ、決定している。価格や品質、これまでの継続なども考慮されている。病院の建物は都市ガスのコージェネレーションシステムにより、暖房、冷房、給湯などを稼働させており、デマンドで電力消費量をコントロールしている。コスト低減に向けた取り組みでは、ジェネリック医薬品への切り替えおよび医療消耗品の標準化を図っている。

災害、感染、情報システムのリスクに備え、病院の機能存続計画が策定されている。保安業務は保安室に担当者が1名常駐している。緊急時の連絡や応援体制は緊急連絡表に従って対応している。保安業務は事務部門が担当し、緊急連絡網や総合監視盤装置が整備されている。

# 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	B
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	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	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	B
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	NA
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	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	B
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	A
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	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	NA
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	
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	B
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	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

## 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	B
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
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	A

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

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 10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、緩和ケア病院(副機能)
- 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	64.9	58.2
療養病床	96	96	+0	81.4	112.5
医療保険適用	96	96	+0	81.4	112.5
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		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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
- オーダーリングシステム  1) あり  2) なし      PACS  1) あり  2) なし

