

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 5 月 18 日～5 月 19 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

貴院の歴史は古く、創設以来、人道の赤十字精神に基づき地域住民の信頼と期待に応えながら地域医療に貢献している。現在は、地域がん診療連携拠点病院や地域医療支援病院、地域周産期母子医療センターの指定を受け、地域の中核病院として「がん診療」「救命救急医療」「周産期・小児医療」を担っている。また、地域災害拠点病院として、赤十字病院のミッションである「災害救護」活動を国内外で行っている。さらに、次世代の医師を育成する基幹型臨床研修病院として、長年にわたり医師教育にも貢献している。2022 年にグランドオープンした新病院は、最新の省エネルギー技術を導入し、サステナブルな地球環境にも配慮した建物となっている。

今回の病院機能評価の受審にあたり、院長を先頭に病院職員が一体となり、病院の質向上に取り組んできた成果が確認できた。これらの取り組みを継続し、今回の受審が貴院のさらなる発展の一助となり、地域においてますます発展することを心より祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念は、赤十字病院としての使命や役割を明確に表現しており、理念の実現に向けて 5 項目からなる基本方針を明文化している。組織図は機能別に編成され、指揮命令系統が明確になっている。病院 BSC に基づいて、各部門・部署が BSC を策定し、院長ヒアリングを通して達成状況を評価するなど、PDCA サイクルが確立している。院内で取り扱う情報システムは、情報システム室が一元管理している。臨床指標の公表や経営の効率化、診療の質確保に向けて各種データを活用し、

他の赤十字病院とのベンチマークも行っている。臨床現場からの情報活用の要望にも迅速な対応がなされている。

職員の意見や要望は、全職員を対象とした職員満足度調査や院長ヒアリングにおいて聴取する仕組みがある。また、働きやすい職場づくり委員会において、各部門の提案を集約・検討している。

職員への教育・研修は、病院 BSC に基づいて各担当部署・委員会が計画を立案し、教育研修推進室が集約・管理している。全職員が日本赤十字社職員勤務評定実施要綱に基づき、各項目について自己評価・目標設定を行い、職員個別の能力の把握と開発を進めている。院内認定基準として、診療部においては「CV 挿入にかかる認定医制」、看護部においては「認知症高齢者看護」「クリティカルケア看護」「スキンケア」「IV ナース」の院内認定制度を設けている。

3. 患者中心の医療

「患者の皆様の権利」および「こどもの権利」を制定し、院内外へ周知されている。患者の請求に基づく診療録の開示も適切である。説明と同意に関する方針・基準・手順は明文化されており、書式も統一されている。自ら意思表示できない患者や未成年の患者への対応について、病院としての方針を定めている。診療やケアに必要な情報は、病院ホームページや入院のご案内を通じて提供している。患者・家族が病気や医療について理解を深めるためのスペースとして広報ラウンジを設け、パンフレット等を配置している。患者・家族からの相談窓口として、「医療相談窓口」を設置し、病院ホームページや入院のご案内、院内掲示等で案内している。プライバシーに配慮した相談室を設置し、メディエーター資格を有する看護師や事務職員等が対応している。個人情報保護規程等の関連規程を整備し、入職時や全職員を対象とした研修等を通じて職員に周知している。患者・家族には、個人情報保護方針を病院ホームページや院内掲示により周知している。ランサムウェア対策については、組織的に対応を図っている。各部署で解決が困難な事案については、倫理コンサルテーションチームが介入し検討する仕組みが整備されている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見は、院内に設置された「ご意見箱」で収集するほか、直接職員が受けた意見等も含めて患者サービス改善委員会などで検討している。患者・家族へのフィードバックとして、個別に対応や回答を行う以外に広報ラウンジに回答を掲示している。院内では各診療科の症例検討会、カンファレンスに加え、CPC、オカレンスカンファレンス、キャンサーボードなどが多職種の参加により開催されている。クリニカル・パスについては、評価や記録の方法を見直した後、適用後のバリエーション分析を通じて改善につなげている。過去 10 年以上にわたる BSC を基本にした業務改善の仕組みが各部署、各診療科で定着しており、年 2 回の院長ヒアリングに合わせてそれぞれ業務評価が行われている。

診療録の記載指針として、診療記録記載評価解説書を整備している。診療情報管理マニュアルに沿って、POMR となるよう SOAP で医学的な評価を記載している。栄

養サポートチームやがんサポートチーム、せん妄・認知症ケアサポートチーム、褥瘡対策チーム、転倒・転落防止対策チーム、呼吸ケアサポートチームなど多職種からなる専門チームが定期的に活動している。各チームは医療の質指標（QI）を設定して、継続的な改善のための方策や方向性を示し、PDCA サイクルで改善の成果について評価している。

5. 医療安全

医療安全推進室は、副院長を室長とし医療安全管理者として専従の看護師、および専任の薬剤師、事務職員を配置し、医療安全推進活動の中心的な役割を担っている。医療安全推進委員会には、リスクマネージャーや臨床研修医も出席し、重要なオカレンス事例の検討と周知を行っている。オカレンスレポートは、医療安全推進室で日々確認しているほか、各部署のリスクマネージャーも確認している。重要事例については、医療安全カンファレンスで検討し、その後、医療安全推進委員会に報告のうえ対応策を各部署に周知している。また、医療安全推進室メンバーによる医療安全ラウンドを行い、現場から直接情報を得るだけでなく、改善策の実効性等も確認し、見直しを行っている。

薬剤の重複投与・相互作用は、薬剤部門システムでチェックできる仕組みである。点滴・注射や輸血時の患者確認は、患者自身にフルネームと生年月日を名乗ってもらい、看護師がラベルやリストバンドを確認し、バーコード認証を行っている。院内緊急コードおよび院内迅速対応システム（RRS）を設定し、24 時間対応可能な仕組みを構築している。院内緊急コードや RRS 事例についてモニタリングを行い、対応の妥当性等について振り返りを行っている。全職員を対象に BLS 訓練を計画的に実施し、受講漏れがないよう管理している。

6. 医療関連感染制御

院長直属で感染管理室が設置されている。その下部組織として感染制御チーム（ICT）、抗菌薬適正使用支援チーム（AST）が中心となり、感染管理リンクナースや口腔ケアサポートチームと連携を図り、日々の業務を行っている。ICT による全病棟ラウンドとミーティングが毎週行われており、記録も残されている。マニュアルは適宜更新されており、紙媒体およびイントラネットで参照可能な環境である。ICT は、薬剤耐性菌保有者、病原微生物発生状況、感染症患者の情報を収集し、週 1 回のラウンドとミーティングで確認、対応している。

各部署には速乾性手指消毒薬や個人防護具が配備され、感染経路別予防策を確実に実施している。手指衛生実施率はモニタリングがなされ、各病棟の評価も行っている。感染対策の実施状況は ICT ラウンドを行い、部署のリンクナースとも連携して改善に努めている。抗菌薬の採用や、削除予定の抗菌薬について薬事委員会で検討している。抗菌薬の適正使用に関する指針は、抗菌薬使用マニュアルに明示している。抗菌薬の使用量は、毎月、感染管理室および院内感染対策委員会に報告している。AST による抗菌薬ラウンドは毎週実施しており、指定抗菌薬投与例、長期抗菌薬投与例において介入が必要な場合は、主治医に提案している。

7. 地域への情報発信と連携

病院広報は広報委員会と総務課が所管し、患者向け広報誌「ぬくもり通信」を発行し、病院ホームページにも掲載している。関係医療機関向けには「地域医療連携室報」を発行している。病院ホームページは、理念や基本方針、患者の権利、外来・入院の案内、診療実績、診療科・部門紹介等を掲載し、充実した内容となっている。地域医療連携は、患者支援センターの地域医療連携室が担っている。地域医療支援病院であり、地域住民などの外部委員も参加する地域医療推進委員会をはじめ、地域医療を考える会・松山市医師会連絡会議を開催している。また、登録医療機関等を訪問し、ニーズの把握や情報交換等に努めている。脳卒中や大腿骨頸部骨折、胃がん、大腸がん等の地域連携パスを運用している。地域の健康増進に寄与する活動として、人間ドックや特定健診、がん検診等を行っている。地域に向けた教育・啓発活動としては、地域住民向けに「がんに関する市民公開講座」を毎年開催している。地域の医療従事者向けには、病院と在宅看護・介護の連携合同研修会やイブニングセミナーの開催、オンコロジーセミナーや薬薬連携研修会なども開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

正面玄関ホールに看護師を配置した総合受付を設置し、受診支援等に関与しながら、緊急性が高い患者や感染症が疑われる患者の誘導等を行っている。患者情報は問診票、紹介状から収集し、侵襲的検査は必要性やリスクを説明したうえで行っている。診療科内でのカンファレンスは適宜行われ、必要時には他診療科へのコンサルトも可能で、認定看護師や専門チームへのコンサルトもなされている。入院の適応は、担当医が医学的判断に基づいて決定している。患者・家族に入院治療の必要性を説明し、患者・家族の希望にも配慮して患者の同意を得て入院を決定している。入院診療計画書は、入院後速やかに作成し、患者の同意を得て交付している。クリニカル・パスの適用率は高く、パス大会を定期的に行うなど適切に運用している。予定入院は、患者支援センターで入院のご案内に沿ってオリエンテーションを実施している。緊急入院は、看護師または看護補助者が病棟でオリエンテーションを実施しており、入院時に必要な物品は院内売店での購入や入院セットレンタルなどで対応している。

医師は原則として毎日回診し、病棟スタッフと必要な情報を共有し、状況の変化に応じて治療方針の見直しや指示を行っている。看護提供方式はパートナーシップ・ナーシングシステムを導入し、入院中のケアの安全性と継続性を担保している。看護基準や看護業務基準などに則り、患者ケアを実践している。投薬・注射や血液製剤の投与、周術期の対応、重症患者の管理、褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事指導、症状緩和、身体抑制などは適切に実施されている。患者支援センターでは、入退院・外来患者支援など多職種によるチームが包括的に患者の療養を支援している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、薬剤に応じた温・湿度管理や持参薬の鑑別・管理、病棟業務などを適切に行っている。院外薬局からの疑義照会について適切に把握、管理している。医薬品は、薬事委員会で1増1減の原則で採用の可否を検討している。臨床検査機能については、専従の医師を配置し、検体・生理・細菌・遺伝子検査等に対応している。画像診断機能については、CT、MRI 検査は夜間・休日を通じて対応可能であり、CT、MRI、核医学に関する読影レポートは、翌日までに100%作成している。医療機器管理機能については、医療機器管理システムにより人工呼吸器、保育器、輸液ポンプ、シリンジポンプ等を一元管理している。また、医療機器の点検結果、修理、貸出、返却履歴等についても記録・管理している。

病理診断機能については、病理専門医、細胞診専門医、分子病理専門医などの資格を有する常勤病理医と細胞検査士で、数多くの組織診検体と細胞診検体を処理している。診断は、すべての検体を病理医同士でダブルチェックし、診断困難例は大学の病理学教室で確認する手順となっている。地域の細胞検査士向けに研修会を主催するなど、高く評価できる。輸血・血液管理機能については、輸血用血液製剤の発注から検収・保管・使用までの業務が適切に行われている。血液製剤は、自記温度記録計付き専用保冷库・冷凍庫で保管・管理している。血液製剤の廃棄率抑制に向けて、製剤請求の全医師にトリガー値の確認を求め、その実施を検査部で確認するなど対策を講じている。救急医療機能については、専従の専門医を責任者として診療体制を構築しており、輪番医には、救急医に加え、各診療科医師、看護師、薬剤師等を配置して質の高い救急医療を実践している。そのほか、栄養管理、リハビリテーション、診療情報管理、洗浄・滅菌、放射線治療、手術・麻酔、集中治療の各機能については、おおむね適切である。

10. 組織・施設の管理

各診療科や部門の要望を聴取・反映した予算を会計課が編成し、院内の意思決定会議である経営対策会議の承認を経て、日赤支部・本部において法人として決定している。日本赤十字社医療施設特別会計規則による会計処理を行い、財務諸表を作成している。経営状況については、毎月の収支管理と分析、改善点についての協議・検討を経営対策会議で行っている。医事課の収納業務は、マニュアルに則って行っている。返戻・査定については、医療保険業務検討委員会で返戻・査定状況と対策について協議している。業務委託の必要性については、状況の確認や費用対効果を検討し、経営対策会議で審議・承認している。

電気・空調・給排水・エレベーター・医療ガス等の施設・設備の日常管理は、中央監視室において委託職員が24時間365日体制で行っている。日常点検・定期点検の年間計画に基づく点検と保守管理が行われ、業務報告も適切に行われている。診療材料や消耗品の管理は直営の中央管理方式により実施し、病棟等での定数管理も行っている。薬剤は薬事委員会、高額医療機器は購買委員会、診療材料は医療材料調整委員会で審議し、採用を決定している。

地域災害拠点病院として、地震・洪水・NBC 災害・停電時等への対応を詳細に記載した災害対応マニュアルを整備し、災害対策本部運用計画やBCP も策定している。国内外の災害に対応するために常備救護班のほか、特殊救護班としてDMAT・原子力災害医療派遣チーム・こころのケアチームを常時待機させており、東日本大震災、熊本地震、西日本豪雨、ハイチ大地震等、多くの救護活動を行っているなど災害時の対応は高く評価できる。

1 1. 臨床研修、学生実習

教育研修推進室を設置し、院内の教育研修全般を統括管理している。基幹型臨床研修病院として80名を超える指導医のもと、多くの臨床研修医が在籍している。研修医の評価はEPOC2で行われ、指導医および多職種による評価が行われている。各部門の初期研修では、看護部は初めて臨床で働く看護師を「研修看護師」として1年間の新人研修を実施している。薬剤部、検査部、栄養課等の各医療技術部門においても新人教育プログラムを作成し、達成度評価を行っている。リハビリテーション部においては、1年目の療法士は症例報告会において毎月事例発表するなど、現場で必要な知識やスキルを習得できる環境を整備している。

学生実習は、医師、看護師、薬剤師、療法士、管理栄養士など様々な職種の養成課程の学生を受け入れている。受け入れにおいて、教育研修推進室が窓口となり、契約書、協定書を一元的に管理し、予防接種や抗体価の状況についても確認している。医療安全や感染制御、個人情報保護、事故時の対応等の教育については、共通事項として「実習指導のガイドライン」を定め、各部門でオリエンテーションを行っている。

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	B
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	B
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	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	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	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	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	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	S
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	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	B
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
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	S
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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 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： 松山赤十字病院

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： 愛媛県松山市文京町1

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	582	582	-47	87.6	10.6
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	3	3	+0	3.7	5.9
総数	585	585	-47		

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	-10
集中治療管理室 (ICU)	12	+4
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	8	+4
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	14	+7
人工透析	30	+1
小児入院医療管理料病床	31	-9
回復期リハビリテーション病床		
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		
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), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院(Ⅱ群), 地域周産期母子医療センター

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： 20 人 2年目： 5 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-2-2 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
		2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数		1,591.83	1,528.15	1,627.18	104.17	93.91
1日あたり外来初診患者数		91.19	83.74	99.85	108.90	83.87
新患率		5.73	5.48	6.14		
1日あたり入院患者数		509.74	492.58	529.56	103.48	93.02
1日あたり新入院患者数		48.06	44.88	48.48	107.09	92.57