

# 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 12 月 9 日～12 月 10 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

貴院は 1945 年に日本医療団愛媛病院として発足し、その後、1948 年に愛媛県に移管され県立愛媛病院として新たな歩みを始めた。1956 年には愛媛県立中央病院と改称し、機能・規模の充実を図りながら発展してきた。2013 年に高度救命救急センターの指定を受け、愛媛大学とドクターヘリを共同運営している。その他、地域がん診療連携拠点病院、総合周産期母子医療センター、地域医療支援病院、基幹災害拠点病院等として高度で専門的な医療サービスを提供し、愛媛県全域の高度急性期医療を担う病院として、その役割を果たしている。また、診療科や部門を超えた連携を図るため、センター化を推進し腎糖尿病センターや消化器病センター、循環器病センター等を設置している。

今回の受審にあたり院長をはじめ病院幹部の強いリーダーシップのもと、医療の質の向上・改善に取り組んできたことが確認できた。これらの取り組みを継続し、地域において益々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

理念・基本方針は、高度救命救急センターを有する病院として、また地域医療支援病院として高度で良質・安全な医療を提供する姿勢が明確に示されている。病院幹部は、毎年度、重点項目や運営方針を設定し病院の方向性を職員に明示している。また各診療責任者と病院幹部ヒアリングを行うなど、職員が病院運営に積極的に参画する体制を構築している。中長期計画である「県中ビジョン 2015」「中期ビジョン 2021」と整合した年次事業計画が策定され、その事業計画に基づき各部署が目標の設定および達成状況を評価するなど、PDCA サイクルが確立している。

法定人数等に問題はなく、各種施設基準に合った人員配置が行われている。職員からの意見・要望を把握するために職員意見箱を設置するほか、毎年、自己申告書および職員満足度調査を実施するなど、職員からの多種多様な意見を聴取する工夫が見られる。全職員を対象とする教育・研修は研修委員会の職員研修部会が管理している。職員の専門分野の資格取得に対して支援する仕組みがあり、認定資格の取得や自己啓発を目的とした研修会へも参加が促されている。看護部において、侵襲的な看護行為についてはライセンス制とし、看護能力向上に取り組んでいる。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は、「医療の中で人としての尊厳が保たれる権利があります」など3項目の適正な内容で、患者の責務とともに明文化されている。説明と同意に関する病院の方針、手順は明確であり、説明は絵図や模型等を用いて分かりやすく説明している。セカンドオピニオンに関しては、院内掲示やホームページ、入院案内に掲載して周知を図っている。入院患者には入院診療計画書やクリニカル・パスを用いて診療予定について説明し、看護師、療法士、薬剤師、管理栄養士なども必要に応じてケア内容について説明して患者自身の治療への意欲を促進している。

患者相談窓口は主に生活や病状不安・受診科などの相談を、また医療と福祉、がんに関する相談は、それぞれ2階の地域医療連携室、がん相談支援センターで対応しており、病院案内および入院案内、ホームページで案内されている。

主な倫理課題の定義は患者の意思決定過程におけるプロセスとして延命措置、DNAR、インフォームドコンセント、宗教的輸血拒否、染色体検査などを重要課題と定義している。倫理的課題については、病院の臨床倫理方針に即して各職種別カンファレンスで討議し、必要に応じて多職種カンファレンスや、臨床倫理問題検討部に提案し課題解決を図っている。

### 4. 医療の質

各診療科において定期的に症例検討会を開催している。多職種が参加するCPCやがんセンターボードなどを診療科横断的に開催している。院長直轄の組織である改善推進本部の下に改善推進室とクオリティマネジメント室が設置されており、積極的に質の改善に向けた活動を部門横断的に院内全体で広く行っている。TQMサークル活動、カイゼンラウンド、ワンポイント改善などの取り組みを通じて、それぞれの部門で改善した内容を院内で共有している。さらに、全国大会や冊子、ホームページなどで発表、公開していることは高く評価できる。

新たな治療法・技術、薬剤の保険外使用に関しては、外部委員を含む倫理委員会で適切に検討と承認がなされている。臨床研究に関する倫理的な審査は、外部委員を含む臨床研究審査委員会と治験審査委員会で審査と検討を行っている。看護師は2名ペアで日勤を受け持つデイパートナー方式で、患者は2名の看護師から受け持ちケアされている安心感が得られる体制となっている。

医師による退院時サマリーの早期作成に関して院内で取り組んでおり、2週間以内の作成率は100%である。診療録監査部会で全医師を対象に記載内容と記載方法について点検しており、フィードバックも適切になされている。

## 5. 医療安全

医療安全管理部に専従の医療安全管理者を配置し、組織横断的に活動している。各部門の代表者で構成した医療安全管理対策委員会と看護部が中心の医療安全推進チームを設置し、各役割を明確にして機能を発揮している。改善推進室と問題を共有し、毎月開催する医療安全管理対策委員会において対策立案や現場周知を図っている。

アクシデント・インシデント報告書は医療安全管理部が集約・統計処理し、内容を検討のうえ病院全体に影響する案件を抽出している。対策と周知、院内ラウンドによる進捗確認など改善のプロセスを展開している。必要に応じて医療安全ニュースや院内LANで職員に発信している。

患者確認は本人が氏名を名乗ることを原則とし、リストバンドなどを活用したバーコード認証も行っている。意思表示ができない場合の手順も明文化している。現場での麻薬等・ハイリスク薬剤は看護師の厳重な管理のもと、安全な保管・管理が行われている。薬剤部門システムでの調剤鑑査時に、重複投与・相互作用・禁忌薬・併用禁止薬・アレルギーなどについてチェックされ、警告が発せられる仕組みである。

## 6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染制御部が感染管理部門を統括している。感染制御部長が委員長を務める院内感染対策委員会は各部門の責任者で構成され、感染制御に関する報告・審議を行っている。委員会の下ではICT会・AST会・リンクナースコア会が開催されている。検査部から週報として院内監視菌の検出情報と血液培養陽性者リストを、また薬剤部から届出抗菌薬の使用状況を、毎週同時開催されるICT会・AST会で報告し、院内感染状況を把握・監視・検討している。さらに、ICTラウンドを毎週適切に実施し、多職種からなるリンクスタッフを看護部のリンクナースが指揮・指導し、日常現場の感染制御活動を行っている。

病室入口などには速乾性手指消毒薬を設置している。リンクスタッフ会やリンクナースによって使用量を計測し、適正に手指衛生が行われているかモニタリングしている。手指消毒の実施状況は直接観察法で評価し、結果をフィードバックしている。抗菌薬適正使用に関する基本指針や周術期抗菌薬についての指針を整備している。抗MRSA薬とカルバペネム系薬は届出制としており、使用届出率向上に努めている。ICT・ASTの専任薬剤師が届出薬以外の抗菌薬使用状況の把握、監視も行っており、抗菌薬の長期使用患者を把握し、医師へのフィードバックを行っている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の機能や役割については、ホームページや病院案内、入院案内等で広報している。クリニカルインディケーターとして、診療科別手術実績、クリニカル・パスの導入実績、がん患者統計、患者満足度など、多岐にわたる指標を年度単位で全国自治体病院の中央値とともに、ホームページで公開している。また、地域住民参加型セミナーとして、ドクターヘリ見学会を開催し、広域にわたる高度医療の提供と病院の役割について地元住民の理解を深めている。地域の登録連携医療機関数は約260施設であり、地域医療支援病院として積極的な連携を図っている。地域医療推進委員会を定期的に開催し、地域医療支援病院として医療・行政・住民等から広く意見を聞くなど地域ニーズを把握している。

地域住民に対し市民公開講座を開催するほか、地域の医療機関向けに毎月開催する医療連携懇話会には、毎回多くの医師をはじめ多職種が参加している。また、小児医療センターでは連携先医療機関に向けて紹介症例の検討会を開催している。地域の医療機関、介護・福祉施設で働く職員向けには、認定看護師による研修会を開催するなど、地域の施設に向けた専門的な医療知識・技術に関する支援にも取り組んでいる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診にあたっては総合案内による来院者への案内や、高齢者・障害者への支援などがなされ、患者支援室においては受診する診療科の案内や緊急性のある患者の対応がなされている。入院の決定は医学的判断に基づいて外来担当医師が行い、その必要性和根拠を患者・家族に説明している。

医師は、患者の病態に応じた診断・評価とともに、他科医師・他職種との意見交換、診療科横断的な診療カンファレンス等によって、的確かつ適切な治療法の決定や、必要に応じた診療計画の見直しを行っている。看護師は、入院時のデータベースを基に、患者情報、患者の病態など身体的・心理的・社会的ニーズを把握し、固定チームナーシング制のPNSで看護実践に取り組んでいる。入院決定時には入院サポートセンターにおいて、事務手続きや入院生活に関する説明を行っている。センター内では手術適応患者に対して入院前に麻酔科医による術前診察を行っている。

医師や看護師、MSWは、退院支援スクリーニングを参考に退院後の方向性について退院支援カンファレンスを開催し、退院支援に早期から取り組んでいる。退院に向けて、四国、中国地方の広範囲な関係機関と退院後の課題について情報交換を行い、患者・家族の意向に沿う退院後の生活について準備を進めている。外来通院の場合においても課題を引き継ぎ、外来看護師が患者・家族に継続したケアを展開している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、処方・調剤鑑査は薬剤師2名によるダブルチェックを必須とし、持参薬の鑑別管理は薬剤部で全入院患者に対して行っている。院内医薬品集が整備され、薬剤の変更も順次更新されている。臨床検査機能については、病

院の規模・機能に応じた設備・機器を整備しており、検体検査、生理検査、細菌検査、病理検査を担い、休日・夜間を含めて、24 時間必要な検査ニーズに対応している。画像診断機能については、画像診断専従医師 12 名および診療放射線技師等により 365 日 24 時間体制で、多くの必要な検査を安全・確実に実施している。画像診断は、画像診断医師によるダブルチェックを行い、当日報告を原則としている。栄養管理機能については、クックチルシステムによる食事を提供しており、盛り付け後に再加熱カートにより適時・適温が衛生的に管理されている。毎月「食事をおいしくする会」を開催し、患者の食に対する満足度を満たせるよう常に努力している。

病理診断機能については、専従医 3 名のほか、非常勤医師を配置し、病理組織診、細胞診、術中迅速検査などを実施している。全ての病理組織診、細胞診の陽性例と擬陽性例は病理医によりチェックされている。剖検には 24 時間対応できる体制をとっている。放射線治療機能については、専従放射線治療医師、診療放射線技師、看護師の体制で、リニアック、ガンマナイフに対応している。また、放射線治療品質管理士が医師の治療計画作成、シミュレーションの実施、計画線量の確認、照射設定の確認に参加している。輸血・血液管理機能は、輸血部において、輸血用血液製剤の発注、保管、供給、返却などを運用マニュアルに則って対応している。緊急時の輸血用血液製剤の供給も適時に行われている。救急医療機能については、2013 年に高度救命救急センターとして指定され、「県民の最後の砦」という方針で運用されている。救急専門医 7 名を含む救急科専従医師 11 名で、ドクターヘリ、ドクターカーの運用にも対応している。また、救急看護認定看護師が 2 名配置されている。検査部門や薬剤部門、手術部門、集中治療部門も 24 時間救急対応できる体制になっている。さらに、総合周産期母子医療センターを設置し、24 時間体制で県全域の周産期救急にも対応しており、高く評価したい。

その他、リハビリテーション機能、診療情報管理機能、医療機器管理機能、洗浄・滅菌機能、手術・麻酔管理機能、集中治療機能については、おおむね適切である。

## 10. 組織・施設の管理

愛媛県公営企業会計規則等に基づき、公営企業管理局で財務諸表の作成や会計処理が行われ、会計監査は県監査委員による監査を受ける他、包括外部監査が実施されている。委託業務の是非や業務の質については、毎月の病院モニタリング委員会を経て公営企業管理局モニタリング委員会にて評価を行っている。施設設備の管理は中央監視室が 24 時間体制で、年次計画に沿って、日常点検と保守管理を実施しており、緊急時の対応についても、緊急連絡網が整備されている。

購入品の選定は、現場の要望を参考に医薬品は薬剤対策委員会、診療材料は物品管理委員会で検討している。ディスプレイ製品の再利用は行っていない。基幹災害拠点病院として、災害時、火災時に即時対応できるよう、防災センターが 24 時間体制で管理している。病院建物は免振構造で、3 層吹き抜けのエントランス空間「光のプラザ」は、災害時にはトリアージスペースおよび緊急収容室の機能を有

している。ドクターヘリやドクターカーを備え、大規模災害時は基幹災害拠点病院として大きな役割を担っている。保安業務は24時間体制で警備員が配置され、防犯カメラや定期的な院内巡回により、安全を確保している。暴力行為の発生時の対応や防犯対策として、警察OBを配置している。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として、多くの初期研修医が臨床研修プログラムに沿って研修を行っている。研修医の評価は自己評価と各診療科の臨床指導医、メディカルスタッフによる360度評価により実施されている。看護師の初期研修は年間スケジュールに沿って、指導項目別、習得期間、習得度などの評価がなされている。薬剤部、検査部、放射線部などの診療支援部門においても、各々の初期研修プログラムに沿って初期研修が行われている。

医師や看護師、薬剤師など、医療専門職の学生実習を受け入れている。実習受け入れにあたっては、実習依頼先との実習委託契約が締結され、守秘義務、損害賠償など必要な事項が明確にされている。実習生については、あらかじめ病院の方針や注意事項、実習生としての在り方などのオリエンテーションを行ったうえで実習を行っている。

# 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	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	B
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	B
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	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	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	B
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	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	B
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	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	A
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	B
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	S

## 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	B
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	B
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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2019 年 8 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：愛媛県立中央病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：都道府県

I-1-4 所在地：愛媛県松山市春日町83

## 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	824	773	+0	72.8	11.9
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	0	0
総数	827	776	+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	30	+0
集中治療管理室 (ICU)	12	+0
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)	15	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	9	+0
放射線病室		
無菌病室	24	+0
人工透析	45	+0
小児入院医療管理料病床	38	+0
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 (基幹), へき地拠点病院, 救命救急センター, 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), 総合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： 25 人 2年目： 13 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	1,597.24	1,655.86	1,649.09	96.46	100.41
1日あたり外来初診患者数	125.54	125.33	124.60	100.17	100.59
新患率	7.86	7.57	7.56		
1日あたり入院患者数	601.73	616.89	621.36	97.54	99.28
1日あたり新入院患者数	50.71	52.12	52.50	97.29	99.28