

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7月14日～7月15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

貴院は日本医療団愛媛病院として終戦直後に開院後、県立愛媛病院に改組された。1956年には愛媛県立中央病院と改称、以降は増床と機能強化を重ね県内最大級の病院として広く生活者の健康と福祉に貢献してきた。その後、病床数を拡大して現在地に移転、救命救急・周産期・がん治療・小児医療などの各領域に渡るセンター機能を充実させ、高度救命救急センター・臨床研修病院・災害拠点病院・地域がん診療連携拠点病院・地域医療支援病院などの認定・指定を次々と受けてきた。さらなる病床数の拡大を行い、新病院をグランドオープンし、現在に至っている。この間、日本医療機能評価機構・卒後臨床研修評価機構・ISO15189などの外部評価・認定を取得している。

病院の理念として「県民の安心の拠り所となる病院であること」を掲げ、高度先進医療・安全な医療・県の医療水準の向上・働きやすい環境・健全な経営基盤の5項を運営の基本方針としている。現在に至る発展の歴史はこれらの理念・基本方針を実現するための方策とその結果に他ならず、様々な問題に対応する各年度方針を策定しながら持続可能な発展を図っている、愛媛県民のための「県中病院」である。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念に基づく方針を明文化・周知し、実践状況も定期的に検討・共有している。幹部の権限・責任を明確に定め、戦略会議や管理会議、運営会議を通じて意思決定を行い、実態に即した運営体制を構築している。県の中期経営戦略と整合した年次計画を策定し、具体的な数値目標に基づき収支改善を推進している。診療情報

の一元管理やネットワークの分離、セキュリティ対策など、中核病院にふさわしい情報管理体制を整備している。院内で発生する文書を県の文書管理規程に準拠して整備し、発信から保存・廃棄に至るまでの手順や責任体制が明確である。

職員採用試験の複数回実施や組織的検討を通じて人材確保に取り組んでおり、多様な勤務体制の整備とタスクシフトを推進している。人事制度や労務管理は適切に整備されているが、長時間労働や有休取得に対する一層の取り組みが望まれる。健康診断の受診や作業環境等に関する管理、公務災害対応・暴力・ハラスメント対策を適切に実施している。職員からの多様な意見収集や就業支援制度、福利厚生設備を整備して職員のニーズに対応している。

全正職員や委託職員等を対象とした必須研修を計画的に実施し、受講状況の把握や学習環境の整備も行っている。多職種に対しシミュレーターや評価制度を活用した教育体制を整備し、専門資格取得への支援も含めた人材育成を実施している。臨床研修指定病院であり、各地からの卒後臨床研修医を受け入れている。メンター制度やEPOC2による360度評価の仕組みを取り入れている。研修終了後には専攻医として受け入れる仕組みも整備している。医師以外の各職種に対して、評価制度や育成計画に基づく初期研修を体系的に実施し、段階的に職務能力を習得できる体制を整備している。各職能別の学生実習は受け入れを一元管理し、事前オリエンテーションの実施や評価・フィードバックにより、安全かつ効果の高い実習を実施している。

3. 患者中心の医療

患者とこどもの権利を明記し、患者と職員に広く周知している。診療録の開示は県個人情報保護条例に則り対応している。説明・同意が必要な診療行為、同席基準を指針に明記している。入院案内やホームページに患者の権利とともに責務を明示しているほか、アドバンス・ケア・プランニングを支える取り組みを行っている。

患者・家族の多様な課題に組織的に対応し、虐待対応は手順が職員に周知され、記録を関係者で適正に共有している。個人情報管理規程を整備し、利用目的を明文化して情報漏洩防止対策を行っている。臨床倫理問題検討委員会を設置し、各部署で困難な臨床倫理事例に対応しており、主要な倫理的課題についての病院としての方針も定めている。多職種で倫理的課題についてカンファレンスを実施し、全職員向けに研修会を実施している。

交通至便で、充実したアメニティ、全館Wi-Fi環境や盲導犬の同伴など利用者の利便性・快適性に配慮している。院内は外来・病棟ともに整理整頓され清潔な環境を維持している。個人情報の観点から病室入口の名前表示は行っていない。敷地内禁煙の方針は掲示やホームページ、禁煙標語で周知・啓発し、職員の禁煙推進も積極的に取り組んでいる。

4. 医療の質

組織的な業務の質改善活動を多職種で継続的かつ活発に行っている。行政の指摘事項に対する対応状況も良好である。がんセンターボードやCPCなど多診療科・多職

種にわたる検討会の定期開催、クリニカルパスの分析など診療の質向上に取り組んでいる。臨床指標を分析し、他施設と比較検討している。患者満足度調査は毎年実施し高い評価を得ている。患者意見等は意見箱や窓口から収集され、改善対応と周知が行われている。高難度新規医療技術や未承認医薬品の使用、薬剤の保険適応外使用における申請、審議、承認と承認後のモニタリングの管理体制は今後一層の整備が望まれる。

診療とケアに関する管理・責任体制を明確にし、ベッドネームには主担当医・担当医・看護師名を明記して患者に示している。主治医不在時の対応も明確にしている。電子カルテシステムを採用し、適時必要な記録を適切な内容で記載している。診療記録の質的点検については、多職種相互間で行うなどのより一層の充実が望まれる。多様な専門チームが組織横断的に活動している。病棟カンファレンスには、医師や看護師だけではなくリハビリテーション療法士や管理栄養士・認定看護師等が参加し、多職種で患者情報を共有している。

5. 医療安全

医療安全管理部を院長直下に組織し、マニュアルを整備したうえで多職種による院内巡視など安全確保に向けた体制は適切である。インシデント・アクシデント報告を収集・分析し、再発防止対策を検討している。医療安全委員会は職員全員参加の医療安全活動を推進している。医療事故発生時の対応手順や原因究明と再発防止に向けた検討、訴訟発生時の手順も明記されている。

患者誤認防止手段として姓名・生年月日の名乗りを徹底し、手術室・カテーテル治療室ではタイムアウトを実施している。手術部位はリストバンドに左右を記載し誤認防止に努めている。輸液ライン、チューブ類の誤認防止対策についても適切に対応している。医師による処方箋・指示箋の記載法や指示出し手順、看護師による指示受け・実施記録の手順を規定している。麻薬などを含めた薬剤の管理は、法にも従った適切な方式で行われている。薬剤部から病棟への注射薬払い出し手順も安全を配慮している。転倒・転落防止は入院時に全患者に対する評価を行い、DVDや冊子による説明など患者・家族にも協力を依頼して対応している。医療機器の使用に関してはマニュアルを整備し、新たな機器導入時だけでなく定期的に研修会を実施して安全使用に努めている。患者急変時は「ハリーコール」を設定し緊急時の訓練も実施している。院内迅速対応システムを整備し、急変を未然に防ぐための活動も適切である。

6. 医療関連感染制御

感染制御部は部長と専従看護師を中心に兼任の多職種とともに院内感染対策の実務を担っている。部長は院内感染対策委員長を兼ね、対策実行に関する権限を院長から委譲されている。院内感染対策マニュアルの整備も適切である。感染制御部では院内ラウンドや部署スタッフ・検査部からの報告などを通じて、院内の感染発生状況を随時迅速に取得している。他施設の情報収集やアウトブレイクへの備えも適切である。医療関連感染を制御するために標準予防策や感染経路別予防策のマニユ

アルを整備しており、感染制御チームは擦式アルコール消毒剤使用量をモニタリングし遵守率向上に努めている。血液の付着したリネン・寝具類の取り扱いも適切に行っている。

感染制御室のメンバーである抗菌薬適正使用チームは、診療科医師との良好なコミュニケーションによって抗菌薬使用に関する専門的な介入を行っている。さらに、薬剤師らによる現場での使用状況監視網も有効に機能している。

7. 地域への情報発信と連携

広報委員会が中心となり、広報誌の発行やホームページを適時更新している。医療広告ガイドラインを踏まえ情報発信している。医療の質指標を年報で公表しており、病院ホームページへのアクセス解析を定期的に行っている。紹介、転院、退院支援を対応し、顔の見える連携関係構築のため、近隣施設とのweb面談や訪問を実施している。地域医療ネットワークシステムによる診療情報の共有を行っている。紹介受診重点医療機関として紹介状への返信を管理している。市民公開講座を開催している。地域の医療従事者を対象に隔月で学術関連の医療連携懇話会を開催し、造血幹細胞移植推進拠点病院として医療従事者育成の各種セミナーを開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来は紹介・予約制の診療体制である。担当医・看護師・各職種が協働で適切な外来診療を行っている。多くの検査を安全・確実に行っている。外来担当医が適応ありと判断した場合は他医師との相談を経て、入院を決定している。入院後は担当医の診断・評価をもとに看護師はじめ多職種が入院診療計画を立案している。総合患者相談窓口を設置し、患者や家族からの様々な相談に対応している。看護師は、患者が安心して入院の準備ができるよう支援している。

主担当医が入院患者に対する責任を負い、グループ診療を含めて連日の診察と記録を行っている。看護基準・手順を整備し安全で安心できる看護の提供に努めている。薬剤師の病棟業務が増加し、看護師も的確な投薬・注射を実践している。輸血療法マニュアルに則り、輸血業務を確実・安全に行っている。周術期の管理を各段階でマニュアルに沿い確実に行っている。重症患者には病室選択を適切に行い、対応している。

褥瘡発生リスクを総合的に評価し予防に努めており、褥瘡発生時は創傷ケアチームが適切に対応している。管理栄養士は、患者に適した栄養管理と食事支援を行っている。緩和ケアマニュアルを整備し、症状緩和を適切に行っている。担当医と療法士らの連携に加えて多職種の協働による適切なリハビリテーションを実施している。身体拘束に関するマニュアルを整備し、適切な説明・同意取得の手順を実施している。地域医療連携室に退院支援担当者を配置し、スムーズな退院支援を実施している。診療情報提供書や看護サマリーを活用し継続した診療・ケアを実施している。ターミナルステージへの対応は、主治医が中心に多職種で検討し、患者・家族の希望にも配慮しながら対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師を多くの病棟に配置し、専門的な指導などを行っている。薬剤の保管や調剤の手順も適切である。検査部は ISO15189 を取得し安全・確実な業務遂行を実践している。放射線部では医師と技師が協働で、病院機能に応じた高度な診断機能を提供しており、所見読影体制も適切である。栄養部では衛生管理を徹底し、患者の特性に合った食事提供に努めている。リハビリテーション部の療法士らは医師はじめ各職種と協働で、早期からの継続したリハビリテーションを実践している。診療情報は電子カルテで一元管理され、診療記録の量的点検は適切である。医療機器は臨床工学技士が管理し、計画的に各種点検を実施しており、24 時間常駐で機器の安全使用を実践している。洗浄・組立・滅菌は全て中央材料室で行い、各種インディケーターにより滅菌の質保証を確実にしている。リコールの手順も整備しており適切である。

病理部の業務手順はマニュアル化され、検体交差防止に取り組んでいる。すべての病理診断でダブルチェックを行っている。放射線治療部門では専門医・品質管理士・医学物理士・専門技師および専従看護師が勤務し、集学的治療の機能を発揮している。輸血部では部長の監督・指導のもと、マニュアルに則り輸血製剤の発注、保管、供給、返却を安全・確実に行っている。常勤麻酔科医が手術室 15 室を弾力的に運用し、定期手術以外の緊急手術にも適宜対応している。ICU 以外に救命救急センターや MFICU、NICU を備え、救急重症患者にも対応している。病院は高度救命救急センターの指定を受け、3 次救急患者を中心に県内外からの受診要請に 24 時間応需している。

10. 組織・施設の管理

中期経営戦略をもとに予算が編成され、財務諸表の監査も受けている。経営改革推進本部による経営改善に取り組んでいる。収納、レセプト、返戻・査定、施設基準、未収金対応は確実に実施され、DPC データ分析は経営判断に活用している。PFI 事業による業務委託であり、モニタリングによる評価が行っている。委託職員の教育研修は確実に行われている。施設設備は 24 時間体制で管理され、医療ガスの保守点検や感染性廃棄物も法令に基づき適切に処理している。医薬品、医療消耗品、医療機器、高額医療機器は質と経済性重視で購入し、在庫管理は固定資産を含め棚卸を実施している。災害・原子力災害拠点病院として 24 時間の即応体制を整備し、ドクターヘリ・DMAT による広域災害出動実績も多数有する。保安業務はマニュアルに基づき 24 時間体制で実施し、防犯・入館管理体制も人的・物理的に整備している。

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	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	B
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	B
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	A
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	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	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	B
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	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	B
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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	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	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	A
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	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	
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	B
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	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

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： 2025年 3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	58.5	11.1
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		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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 (DPC特定病院群),
 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： 22人 2年目： 19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

