

## 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 24 日～7 月 25 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

貴院は松山市城西地域の内科・外科を担う松山市民病院として開設後、法人設立許可を受け財団法人永頼会松山市民病院となり歴史を刻んできた。松山市医療圏内で、二次救急を担い急性期の医療を積極的に展開するとともに、県がん診療連携推進病院としてがん領域の医療も担っている。回復期（地域包括ケア）の病棟もあり、地域住民の要求に総合的に応えている。

病院運営に関しては、中期的な事業計画のもとに、院長を中心に幹部・職員が一体となり診療に取り組み、患者中心の療養環境の整備と診療機能の充実を図っている。今回の審査では、地域医療に貢献している姿勢や転倒・転落防止対策や褥瘡予防に取り組まれている姿勢が具体的な結果として現れているものが見られたが、さらなる取り組みが必要なものも見られた。この結果をもとに、組織的に検討され今後の発展へと繋がりたい。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、理念・基本方針の見直しや院内外への周知は適切である。病院管理者や幹部は、病院経営状況の周知、担当分野の課題の把握と解決への取り組み等、リーダーシップを発揮している。意思決定会議や会議・委員会の運営、情報伝達、中期計画や事業計画の策定、各部門の目標管理体制の整備等は適切である。電子カルテを導入し、情報システム管理・運営、システム障害への重層の対応体制、安全確保への配慮等も適切である。事務的文書や診療情報、各種基準・手順類、診療関係マニュアル等を文書管理システムで一元的に管理する仕組みがある。医療法や施設基準に必要な人材を確保している。

人事・労務管理体制を適切に整備しており、職員の安全衛生管理体制は適切である。職員面接や職員アンケート調査による意見の聴取と職場環境への反映、福利厚生制度の充実等で魅力的な職場作りに努めている。院外教育や研修への参加体制を整備し、図書室機能、新人研修等はおおむね適切であるが、研修を企画管理する部署を明確にして必要な研修を全職員に実施するよう検討することが期待される。職員対象の人事考課制度で能力把握・評価を行い、職員の専門的能力向上や資格取得支援体制を適切に整備している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利と責務を明文化し、さらに小児患者に対する権利条約も明文化している点は評価できる。診療記録の開示は原則すべてに応じることとしている。説明と同意は、院内指針・書式があり、わかりやすく分類し、同席者の役割も記載されており適切である。患者・家族からの相談は、相談窓口で受け入れ時間外でも管理当直の看護師長が柔軟に対応している。プライバシーに配慮した相談室を用意し、ケースに応じて各部署と連携しながら幅広い患者支援を行っている。個人情報保護に関する規程を整備し、法律の改定に対する対応も必要に応じて実施している。倫理的問題は、医学・臨床研究倫理審査委員会で検討するシステムがあり、薬剤の適応外使用の可否などを検討しており適切である。患者・家族の抱えている倫理的な課題は、臨床倫理検討シートを作成し、他職種によるカンファレンスで検討している。

駐車場を整備し、鉄道や路線バス、タクシーなどいずれのアクセスにも対応している。正面玄関に案内係を配置し、各種案内表示も見やすい。コンビニエンスストア、ATM、病床ごとのテレビ・冷蔵庫など入院生活に必要な各種設備が整っている。院内はバリアフリーとなっており、トイレや待ち合いスペースも高齢者や車椅子利用者が安全に使用することができるなど、療養環境を整備しており適切である。受動喫煙の防止に対する方針を明確にし、来院者への周知が適切に行っている。ニコチン依存症外来を開設し、禁煙啓発にも積極的に取り組んでいる。

### 4. 医療の質

院内に意見箱を設置し患者満足度調査を定期的実施して、患者や家族からの意見をもとに質改善に積極的に取り組んでいる。クリニカルパスを作成・運用し、新規パスの作成にも着手している。クリニカルパス委員会にてバリエーション分析等を実施し、県内クリニカルパス研究会や全国大会への発表も積極的に行っている。DPCデータを用いた臨床指標をホームページに公表し、改善提案を行っている。部門別BSCを導入し、年2回活動成果報告を行い、さらなる改善活動への意見交換の場を提供している。また、患者満足度調査は患者サービス委員会が中心に実施し、業務の質改善に活用している。新たな診療・治療方針の導入、薬剤の適応外使用などは、医学・倫理研究委員会において審議・承認を行う体制としている。院内の臨床研究に対しても医学・倫理研究委員会において臨床研究法に準じたレベルの審査を行っている。

診療・ケアの管理・責任体制を明文化しており、適切である。カルテの質的点検は、責任医師および上級医による監査を実施している。多職種のチーム活動には、CDE、ICT、NST、RST、転倒対策チーム等の多様な専門チームを構成している。多職種カンファレンスは退院調整、リハビリテーションなどのカンファレンスがあり、各職種が組織横断的にチーム医療を実施している。

## 5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室に医療安全管理者等を配置している。事故発生時の報告体制を整備し、インシデント事例はタイムリーに検討している。院内のインシデント・アクシデントは報告システムの活用により収集し、各部署に報告しており、おおむね適切である。

患者誤認防止に向けたバーコード認証および患者の名乗り、手術室での安全確認、検体確認等の誤認防止対策は適切に実施している。指示受けから実施、実施確認に至るまでの手順は明確で確実に実施している。口頭指示は手順に基づき遵守されているが、特に注意喚起する確認事項を記載するなど、工夫されるとなお良い。パニック値は担当部署より直接指示医へ報告する体制を整備している。

麻薬やハイリスク薬については適切に保管・管理している。アレルギー情報は電子カルテに登録し、薬剤の重複投与を含めリスクを回避する体制を構築している。入院時、全患者に転倒・転落のリスク評価を行い、危険度の高い患者に対しては、多職種カンファレンスや週1回の転倒予防ラウンドを実施し、個別性を重視した活動は高く評価できる。臨床工学技士は、病棟などで使用する医療機器類を中央管理し、使用機器の点検・確認や職員教育も実施している。患者急変時の対応では院内緊急コードを明確にしている。救急カートは院内で統一し、全職員を対象としたBLS・AED訓練の他、ICLSコースも計画的に実施しており、評価できる。

## 6. 医療関連感染制御

感染管理室が中心となり院内感染防止対策委員会の下、感染防止チーム、抗菌薬適正使用支援チーム、リンクナース会が活動している。いずれも院内各部署からの参加があり、感染管理室専従の認定感染管理看護師とAST専従薬剤師がそれらの活動をつないでいる。院内外のデータを収集し、改善策の立案や部門横断的な実施に加え、定期的なモニタリングにより確実な成果を得ている。近隣医療機関との連携は緊密に図られており、協力依頼に対しても積極的に対応している。感染に対する的確な対応によりアウトブレイクは直近では発生しておらず、発生した場合でも対応や公表するルールを決めている。感染性廃棄物の分別、収集方法は、松山市のルールに則り適切に行っている。特定の抗菌薬については処方を含め使用状況を厳重に管理し、治療への介入も適切に行っている。感染制御に対する取り組みは評価できる。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報内容は、広報委員会を定期的に開催して検討している。広報誌を定期的に発刊し、地域の医療機関や患者・住民へ広く配付している。また、ホームページを開設し、病院の特色や受診案内、診療科の紹介、診療実績などの情報を発信している。地域医療連携室を中心に地域との交流の場に積極的に参加し、顔の見える連携に努めている。地域医療連携システムを介した開業医と画像の供覧、地域連携パスの運用なども推進している。医局、看護部、リハビリテーション部門等が年間40回以上におよぶ各種研修会、講演会、健康増進イベント等を主催している。地域に向けた教育・啓発活動は、計画段階から目的・目標を明確に設定し、実施後の成果や課題を記録に残し次回に活用している。実施回数のみならず、それぞれの専門職の特性を活かしながら実施時期・対象・内容のバランスにも配慮し、病院全体として計画的に行っている点は、模範的水準であり高く評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受付から会計までの対応は、電子カルテにより円滑に行っている。外来診察に際しては、病状・治療方針・侵襲的検査において必要性和リスクを含めた説明と同意取得を行っている。侵襲性のある検査は看護師の同席のもとで説明を行い、同意書を得ている。入院については外来での診察結果に基づき決定している。患者サポート窓口には、様々な相談を受け付ける窓口を設置し、相談に対応している。多職種間でのカンファレンスは定期的に行い情報共有に努めている。病棟看護師は各種アセスメントシートを活用して患者を評価し、看護計画の立案・実施・評価を行っている。薬剤師は適切に薬歴管理と服薬指導を行っているが、1施用ごとに払い出された注射薬の病棟における実施に至るまでの運用の見直しを期待したい。

輸血の適応は医師が決定し、必要性和リスクについて説明し、同意書を取得している。手術・麻酔の適応と方法に関する説明は低リスクの場合、外科系の医師が行い同意を得ている。重症患者は入退室基準に従ってICU、CCU、HCUを活用し、一般病棟ではスタッフステーションに近い個室入室としている。栄養、呼吸、褥瘡対策などの各チームがラウンドし、患者の状態観察やスタッフへの指示・助言を行っている。褥瘡の予防・治療では褥瘡リスク評価を行い、院内褥瘡発生件数の軽減に努めている取り組みは秀でている。入院時に看護師が全患者のスクリーニングを行い、管理栄養士を中心に、多職種で栄養管理計画書を作成している。緩和ケアマニュアルに基準・手順を整備し、随時改訂している。リハビリテーションは、療法士が常に他職種スタッフと協議し、確実・安全な提供に努めている。身体抑制・行動制限に関するフローを整備し、身体抑制の適応・対象を示しており、おおむね適切である。

退院支援は退院調整看護師が早期に介入し、多職種による退院支援カンファレンスを開催したうえで退院支援計画書を作成して介入している。退院時に看護師や薬剤師、管理栄養士、療法士は退院時サマリーを作成し退院後の継続を図っている。外来にて継続的支援が必要な患者は、外来看護師と病棟が連携している。ターミナルステージへの対応については、患者・家族の意向や要望を受け入れたケアが実施

されるなど、患者の QOL に配慮した取り組みは評価できる。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門では、薬歴管理、処方鑑査、調剤鑑査、DI 業務、抗がん剤注射薬の調製・混合など、適切に実施している。検査部門における異常値に対する再検・報告、パニック値の主治医への連絡は適切である。画像診断部門は常勤診断医が即日に読影し、画像診断報告書が未確認の場合は放射線科医から主治医へ報告するシステムを構築している。栄養管理は、安全・衛生管理が行き届いた環境で調理が行われ、行事食などのアメニティも充実している。リハビリテーションは、長期連休中のリハビリテーションの継続や新規開始などの対応の検討が望まれる。電子カルテシステムを中心に院内の情報を集約し、管理も行き届いている。データの活用方針は明確であり、実務や経営分析に利用している。医療機器を中央管理し、常時使用可能に準備されている。各部署管理の医療機器は、臨床工学技士がラウンドして、適切に点検・整備している。医療器材の洗浄・滅菌では各種インディケーターを使用して適切に管理している。

病理医、細胞検査士で組織診、細胞診、術中迅速検査、病理解剖を実施している。CPC のほかに臨床各科での病理解説や症例検討を行っている。放射線治療部門は兼任の放射線治療医、治療専門放射線技師の体制で安全な放射線治療を提供している。臨床検査室が輸血検査業務および輸血用製剤を一元管理している。この度、輸血療法のマニュアルが改められ、適切な手順・運用を開始された。今後も継続してマニュアル遵守となるよう期待したい。手術室のスケジュールは麻酔会議にて決定し、全身麻酔の術中管理は麻酔科医が行い、麻酔の覚醒は麻酔科医が判断するなど、手術・麻酔機能は適切である。ICU・CCU・HCU は入退室基準を定めている。患者の責任医師は各科主治医であるが、多くの職種・チームが関与している。ER を開設し、救急科を標榜している。救急告示病院で二次救急輪番病院として、輪番日に特化した人員配置を組み、24 時間当直体制で対応している。

## 10. 組織・施設の管理

病院会計準則に基づき、財務・経営管理を適切に行っている。予算編成の手順は明確である。会計監査は外部監査も導入し適切に実施している。レセプトの点検体制、返戻・査定対応は適切であり、未収金は手順に従って回収に努めている。施設基準の点検は関連部署が協力して適切に行い、基準の類上げや新たな届出も検討している。業務委託の方針は明確であり、委託業者の選定は仕様書や契約金額をもとに運営会議で最終承認を行っている。安全管理および感染防止については委託職員向け研修を設定して参加を求めている。防災センターが 24 時間体制で日常点検を実施し記録を確実にしている。設備の年次更新や保守に必要な資金は予算申請している。緊急時の連絡体制が確保され、夜間・休日の対応も迅速である。感染性医療廃棄物の処理は法令に従って適切に行っている。SPD による定数管理システムを導入し、同一用途複数採用品の削減にも取り組んでいる。定期的な棚卸と使用量データをもとに定数の見直しを行っている。

立地や建物構造に照らし、法令で定められた災害対策が取られ、地域の防災訓練等にも積極的に取り組んでいる。災害時の電力や患者用食料・飲料水を適切に確保している。専従の保安要員を常時配置し、院内巡視や夜間・休日の施錠管理を行い、記録も確実にを行っている。院内暴力や職員に対するストーカー対策もとっている。医療事故等に適切に対応している医療事故発生時の対応手順や原因究明および再発防止に向けた取り組み、訴訟時の対応手順も明確であり適切である。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として、毎年研修医を受け入れている。臨床研修管理委員会を年1回開催するほか、質の向上に向けた検討を行う場を定期的に設けている。評価はEPOCのみに頼らず、他の専門職による多面的評価を実施している。一方、看護部およびコメディカル部門でも教育計画に基づく初期研修体制が充実している。実習生の受け入れに関する病院方針は明確であり、看護師、薬剤師ほか、多くの専門職種の実習生を受け入れている。安全で効果的な実習が実現できるよう指導方法や評価方法があらかじめ検討され、医療安全・感染防止対策や接遇面のオリエンテーションにも力を入れている。実習契約書や誓約書が整備され、患者・家族への周知方法も適切である。臨床において実習生が直接関与する場合はあらかじめ同意を得ることが遵守されている。

# 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	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	S
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	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	S
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	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	S
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	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	B
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	B
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	B
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	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	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	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：一般財団法人永頼会 松山市民病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：公益法人

I-1-4 所在地：愛媛県松山市大手町2-6-5

## 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	432	410	+8	80.97	17.1
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					
総数	432	410	+8		

## 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	18	+0
集中治療管理室 (ICU)	4	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	2	+0
ハイケアユニット (HCU)	8	+8
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	2	+2
人工透析	17	+0
小児入院医療管理料病床	12	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	40	+0
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

肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院(Ⅲ群)

## 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： 10 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

[illegible]

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	644.18	635.92	642.36	101.30	99.00
1日あたり外来初診患者数	87.14	88.65	94.91	98.30	93.40
新患率	13.53	13.94	14.78		
1日あたり入院患者数	331.99	342.33	342.53	96.98	99.94
1日あたり新入院患者数	19.44	18.62	19.03	104.40	97.85