

# 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 10 月 5 日～10 月 6 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	条件付認定（6 ヶ月）
------	--------	-------------

## ■ 改善要望事項

・機能種別 一般病院 2

1. パニック値は、確実、かつ迅速に検査・治療が可能な医師に連絡が保証される仕組みを構築してください。（3.1.2）

### 1. 病院の特色

貴院は済生会の理念のもと、地域に根ざした中核医療機関の役割を担っており、サイバーナイフやリニアックの定位放射線治療機能を有する地域がん診療連携拠点病院である。また、保健予防活動に積極的に取り組んでおり、健診センターを開業するなど、地域の健康増進を支援している。

病院機能評価を継続的に受審しており、今回の受審においては現状の課題に対し、病院全体で改善に取り組んでいることを確認できた。今回の受審を機に、今後も地域に愛される病院として、益々発展される一助となれば幸いである。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念達成に向けた 7 項目の基本方針を掲げており、病院運営会議を通じて院内周知が図られている。病院運営に関する重要事項は幹部運営会議で審議・決定が行われている。5 ヶ年の中期事業計画を策定している。病院幹部は現状の課題として

「人材確保・人材教育」であることを共通認識としており、課題解決に向けて検討を行い、改善策等を立案している。診療情報はシステム管理部の医療情報技師および診療情報管理士がデータを抽出し、分析、二次利用を行い、医療の質や安全性、業務の効率化などに活用している。文書取扱規程および文書保存規程に則り、病院として必要な文書を定め、発信、受付、保管、保存、廃棄までの仕組みを明文化している。

職員の採用については、就職説明会や学校訪問の他、ホームページに臨床研修医募集ページを設け、臨床研修体制の充実を発信し、人材の確保に取り組んでいる。職員の昇任・昇格、賞与支給については、人事給与内部統制マニュアルや人事異動

準備委員会規程に基づき、決定している。安全衛生委員会は毎月開催されており、労働災害の把握、対策の立案や検討が行われている。職員用の意見箱を常設し、職員の意見や要望が病院幹部まで速やかに届く仕組みがある。全職員を対象とした教育・研修計画として、医療安全、医療関連感染制御等を計画的に実施している。人事考課制度が定められ、全職種を対象とした人事考課が行われている。看護部は、教育プログラムによる新人研修を1年間実施している。また、医師、看護師、薬剤師などの様々な職種の実習生を積極的に受け入れている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化されており、患者・家族、職員に周知している。説明と同意に関する方針は「説明と同意に関する基準」に明記し、適宜改訂も行っている。文書で同意を必要とする診療行為の範囲を定め、診療録情報委員会で管理している。セカンドオピニオンについては、毎年数件の他院への紹介実績がある。病院のホームページ、入院案内、院内掲示に患者の権利と留意・遵守事項を掲載し、医療への患者参加・協力を促している。患者相談窓口として医療相談支援室を設置し、相談窓口はホームページや入院案内、院内掲示で明示して案内している。個人情報保護規定を整備し、ホームページや院内掲示にて、個人情報保護方針を患者・家族に周知している。臨床現場で困難な倫理的課題は、外部委員を含む倫理委員会で審議する仕組みがあり、開催実績も記録に残している。患者・家族の倫理的課題を適切に把握し、カンファレンスにおいて Jonsen の 4 分割法を用いて検討し、記録に残している。

外来・病棟では Wi-Fi 環境が整備され、携帯電話の使用ルールを定め、利用を可能とするなど、利用者の安全性・利便性・快適性に配慮している。院内の整理・整頓は行き届いており、患者・家族が寛げるスペースを確保している。地域がん診療連携拠点病院の指定病院であり、敷地内禁煙を定めており、ホームページや入院案内、院内掲示などで敷地内禁煙を周知している。

### 4. 医療の質

各部門において QC 活動や BSC 活動が行われているほか、病院機能評価の受審に際しても専門の委員会が準備を行っている。複数診療科のカンファレンスやカンサーボードが行われている。日本医療機能評価機構の患者満足度調査に参加しており、毎年 1 回実施し、PS 委員会にて結果報告や改善策の立案などを行い、院内に周知し、患者サービスの向上や医療の質改善に活用している。

外来・病棟ともに責任者を明示している。入院患者のベッドネームには主治医と受け持ち看護師名を記載し、患者・家族に明示している。主治医不在時の対応も適切である。各職種の診療記録は適切に記載されている。医師の診療記録の質的点検については、より充実させるよう点検対象の増加を期待したい。外来・入院ともに、多職種が参加して積極的に診療・ケアを行っている。院内では、褥瘡対策、緩和ケア、ICT、NST、感染対策等の多職種で構成された専門チームがラウンド、カンファレンス、コンサルテーションを積極的に行っている。

## 5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室には医療安全管理者を専従配置し、組織横断的に活動している。インシデント・アクシデント報告は医療安全管理室で収集し、医師、医療安全管理者、報告事例があった部署長等が参加し、現状把握・データ分析を行い、再発防止策等の検討後、医療安全管理委員会で報告している。医療における重大事故または有害事象発生時の対応として、医療安全管理規程に家族への連絡、院長、部門長、医療安全管理室への連絡などの手順が定められており、病院グループウェアにて周知されている。

患者誤認防止として、氏名、生年月日、リストバンドなどで患者確認を行っている。また、病院全体で術前のマーキング、タイムアウトの実施などが統一されている。指示出し・指示受け・実施・実施確認が適切に行われている。各部署において、適切にハイリスク薬が管理されており、薬剤副作用発現時にも対応している。麻薬保管庫は、より厳格な管理となるよう見直したところであるため、継続的な運用を望みたい。入院時に、全患者を対象に転倒・転落の危険度評価を行い、危険度に応じて看護計画を立案し、対策を講じて再評価している。医療機器は、臨床工学技士により中央で一元管理されている。院内救急コードを適切に運用している。

## 6. 医療関連感染制御

感染対策管理室を中心に、多職種で構成された ICT と AST が院内外の感染関連情報の収集と分析、対策の立案、抗菌薬適正使用に向けた取り組みなどを行っている。収集した情報と対策は、病院長も参加する感染対策委員会において承認されている。感染対策委員会の下で、感染対策スタッフ委員会が院内各部署において感染対策を周知し、実践につなげている。院内分離菌と薬剤感受性が把握され、分離菌薬剤感受性率を毎年更新し、随時に閲覧可能である。また、手術部位感染サーベイランス、医療器具関連感染サーベイランスなどが適切に行われている。感染対策マニュアルが整備され、適宜改定されている。

手指消毒剤の使用量の測定を行い、必要な場面で適切に使用するよう取り組んでいる。感染性廃棄物や血液・体液の付着したリネン・寝具類等の取り扱いは適切である。抗菌薬使用指針が整備されており、特定抗菌薬は許可制あるいは届出制となっている。また、全抗菌薬の使用状況を把握し、抗菌薬の長期使用症例には AST による介入が行われている。アウトブレイクへの対応手順も整備されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院情報、医療サービスなどの情報は、広報委員会が所管し、広報誌やホームページ、SNS、入院案内等にて発信している。機関誌、医療機関向け広報誌、病院年報の発行など、多様な広報媒体を利用して情報を発信している。医療情報部や医事課にて医療関連施設等の状況の把握や地域の医療ニーズを分析し、医療相談支援室や連携室と情報共有し、病院が持つ機能に沿った連携活動を行っている。紹介患者の返信については、初回返書から最終返書まで適切に管理し、紹介率、逆紹介率を把握している。また、毎年地域住民を対象とする市民公開講座、糖尿病教室などを

開催している。2021年には「未来に向けた持続可能なまちづくり協定」をショッピングセンターと締結している。現在は、地域のショッピングセンターにおいて、看護師や薬剤師に直接相談できる「がんサロン」の他、骨密度・内臓脂肪検査、生活習慣病をテーマとした健康相談会、保育士による育食・育児相談などを無料で行っている。健康増進の啓発活動はSDGsへの取り組みでもあり、地域の医療インフラへの貢献として、高く評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療では検査・病状・治療方針などの説明と、必要に応じて同意の取得が行われている。侵襲的検査を実施する際は、必要性とリスクを含めた説明を行い、同意を得て実施している。また、検査の際の患者の状態も適切に把握している。入院は患者・家族の要望も考慮し、医学的判断に基づいて決定されており、緊急入院にも柔軟に対応している。予約入院では、総合医療支援室において入院前から多職種が関与している点は評価される。

医師は日々回診を行い、診療録の記載、多職種カンファレンスで多職種と情報共有するなど、適切に病棟業務を行っている。看護師は入院時に患者の状態をアセスメントし、個別の看護計画を立案し、評価を行っている。輸血を行う際は説明を行い、同意を取得後に安全・確実に実施されている。周術期の対応として、術前に手術や麻酔方法を検討し、手術および麻酔に関する説明と同意の取得などに適切に対応している。緊急入院、状態急変などの重症患者は重症個室において管理し、必要に応じて多職種が関与している。入院時に、全患者を対象に褥瘡リスク評価を実施し、診療計画書を立案している。皮膚・排泄ケア認定看護師を含む多職種の褥瘡対策チームが回診し、カンファレンスで事例検討やケア方法等について指導・支援している。患者の栄養評価や栄養管理計画書に基づき、適切に栄養指導を行っている。緩和ケアチームが回診を行い、症状緩和、不安・不眠など精神的なケア方法などを検討している。患者・家族の同意を得てリハビリテーションが開始されており、多職種カンファレンスなどで病棟と情報共有を行っている。原則として身体抑制は行わない方針であり、やむを得ず実施する場合は、マニュアルに沿って対応している。退院・転院に関しては多職種カンファレンスを開催し、状況に則して調整を行っている。退院後に継続的なケアが必要な場合は、退院支援看護師・MSWが支援を調整している。ターミナルステージには、患者・家族を含む多職種カンファレンスを開催し、患者・家族の意思を尊重した診療・ケアを行うよう取り組んでいる。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部内の薬剤の保管・管理、処方鑑査、調剤、調剤鑑査、薬剤情報管理などが適切に行われている。検体検査・生理機能検査が適切に行われ、検査後検体の処理、検査精度管理なども適切である。パニック値の報告体制については、引き続き検査・治療が可能な医師へ確実かつ迅速に連絡される仕組みを構築することが望まれる。一般撮影、CT、MRIは24時間撮像可能な体制であり、90%以上を当日中に

読影している。栄養管理機能はクックサーブ方式を導入し、調理業務マニュアルが整備され、食材搬入から洗浄に至る一連の工程と衛生管理は適切に行われている。術後早期からリハビリテーションが開始されており、連続性にも配慮されている。近隣商業施設に出張してリハビリテーション相談や健康相談などに対応するなど、地域の健康増進に貢献している点は評価したい。診療記録の量的点検は全件実施され、入院診療計画書、説明同意書等の不備の点検を行っている。紙媒体の診療記録は、タイムスタンプを導入し、一元管理することとしたため、継続的な運用を望みたい。医療機器管理システムにより、医療機器の貸し出し、返却、各種点検状況等を一元的に管理し、夜間・休日は臨床工学技士がオンコール体制で対応している。使用済み器材の洗浄を中央化し、洗浄、滅菌、保管をワンウェイ化している。

病理検査は、標本作成過程での取り違い防止対策を講じ、細胞診断士、病理医による診断精度の担保、悪性病理所見の確実な報告体制などが整備されている。放射線治療は、サイバーナイフとLINAC、IMRTなど高水準の放射線治療が安全に提供されている。輸血・血液製剤は、発注・保管・管理、使用した血液製剤の記録の保存も適切である。手術のスケジュール管理、手術室の清潔管理、手術中の患者管理等を適切に行っている。集中治療機能として、HCUにおいて入退室基準に沿って緊急入院、術後、状態急変などの重症患者を管理しており、多職種が関与して治療を行っている。二次救急医療機関として断らない方針を掲げ、年間多くの救急患者を受け入れている。虐待が疑われる場合の対応手順も整備されている。

## 10. 組織・施設の管理

各部門からヒアリングを行い、予算案が作成され、愛媛県支部にて承認される仕組みである。財務諸表を作成し、月次決算を含め、幹部運営会議で報告している。レセプト点検は算定担当職員が行い、必要に応じて担当医師も点検している。返戻・査定は保険診療委員会で報告・検討し、再審査請求にも対応している。委託の是非は機器・機材・保守・委託選定委員会で審議し、幹部運営会議にて決定されている。委託業務従事者に対して、医療安全や医療関連感染制御などの病院の教育・研修への参加を積極的に促している。

施設の管理は年間保守計画に基づき、日常点検と保守管理を行っている。24時間の監視体制を整備し、緊急時は応急マニュアルに基づき、連絡および初動の対処を迅速に行う体制を整備している。医療機器の購入は機器・機材・保守・委託選定委員会で審議したうえ、幹部運営会議にて決定されている。SPDを委託管理から病院管理への切り替えを行っている。SPDシステムからのデータをチェックし、適切な在庫管理や定数配置の管理に努めている。BCPおよび防災対策マニュアルを策定しており、防災法に基づく消防計画を作成し、年2回の消防訓練を行っている。24時間体制の防災センターを設置し、防災センター職員、警察OB職員および委託警備会社の職員が配置されている。

# 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	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
1.3.3	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	B
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	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	B
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	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	C
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	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	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	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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2023 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： 社会福祉法人恩賜財団済生会 今治病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 済生会

I-1-4 所在地： 愛媛県今治市喜田村7-1-6

## 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	191	191	+0	87.7	16.1
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	191	191	+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)	11	+0
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	80	+0
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		
地域包括ケア病床	37	+37
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	20	+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

がん診療連携拠点病院(地域), DPC対象病院(DPC標準病院群)

## 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： 5 人 2年目： 4 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

