

# 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15日～5月16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、急性期医療・救急医療から慢性期医療まで幅広い領域で質の高い医療を提供するため、スタッフの充実を図り新病棟の建設や医療機器の導入などを行ってきた。循環器内科・周産期医療・小児科や整形外科領域での機能の発揮とともに、障害者病棟や地域包括ケア病棟も有し、地域住民の要求に総合的に応えている。

このたびの審査では院長をはじめとする病院幹部がリーダーシップを発揮し、多くの職員を巻き込んで取り組んで来た結果を確認できた。今回の結果が貴院の継続的な取り組みへの一助となれば幸いである。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を明文化し、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、中期経営再建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的対応体制、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。

全職員を対象にした教育・研修は年度計画を策定して実践している。院外教育や研修への参加体制を整備し、図書室機能もあり適切である。職員の能力評価と開発

は人事考課制度をよく工夫して運用しており適切であるが、医師に対する評価の実施も期待したい。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利はわかりやすくまとめられ、患者・家族や職員に周知されている。説明と同意の方針、基準、手順は説明と同意に関するガイドラインとして整備している。なお、説明・同意書を承認する仕組みを再検討されたい。病名告知や手術の説明時には看護師や緩和ケア認定看護師が同席し、患者・家族の理解を促している。患者・家族との相談窓口として、患者支援センターを設けている。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適宜実施している。主要な倫理的課題の方針はガイドラインやマニュアルとして整備している。診療場面では、日常的に患者・家族やスタッフの抱えている問題を倫理的な視点で捉えている。

患者・面会者の利便性・快適性に配慮している。院内はバリアフリーであり、廊下・階段には両側に手摺りを設置し、車いすや歩行器具での移動も安全に配慮し、廊下も幅広く整備している。療養環境に必要な採光を取り入れ、整理整頓、清掃が行き届き、診療・ケアに必要なスペースを確保している。病院館内や敷地内は禁煙であり、患者および職員は遵守している。

### 4. 医療の質

患者・家族の意見や要望は、意見箱を設置し、収集した意見への対策が検討され職員への周知や患者・家族へのフィードバックを行っている。各科内での症例検討のほか、多職種が参加するカンファレンスを開催し医療の質の向上に努めている。業務の質改善は、TQC活動を積極的に行っているが、部門横断的に協議する場を検討されたい。新規の医療技術導入に対しては院長の許可と倫理委員会の開催を経て、十分な検討が行われている。

診療・ケアの管理・責任体制は適切であり、医師不在時の対応も明確となっている。診療記録は必要な情報を遅滞なく記録しているが、医師の診療録の質的点検の実施を期待したい。多様なカンファレンスを適宜あるいは定期的に開催し、多職種専門チームを組織してタイミングよく介入しており多職種協働を実践している。

### 5. 医療安全

医療安全管理室には、専従の医療安全管理者を配置している。アクシデント・インシデントをタイムリーに報告できるシステムがあり、報告書には原因や対策を記載している。収集した情報は、医療安全管理委員会や医療安全カンファレンスで分析し、再発防止策を検討している。

患者・部位・左右・検体などの誤認防止について医療安全管理マニュアルに明記し、マニュアルに則って誤認防止対策を適切に実践している。電子カルテシステムを用いて指示出し・指示受けを実施している。薬剤の安全な使用は、向精神薬や劇薬の保管・管理体制について再検討されたい。入院時に全患者に転倒・転落アセスメントスコアでリスクを評価して、看護計画を立案している。医療機器の取り扱い

については、マニュアルを整備し、輸液ポンプやシリンジポンプなどは臨床工学技士が点検し、看護師が始業時や終了時に動作などを確認し適切に使用している。院内緊急コードを設定し、救急カートは必要な場所に配置され、薬剤や備品は院内で統一され、点検は看護師と薬剤師により適切に行っている。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染対策室が設置され、院内感染管理者は専任の ICD が担当し、専従の ICN、専任の ICN、薬剤師、臨床検査技師、事務員で構成されている。月 1 回の院内感染対策委員会には院長を含め諸部門の委員が参加し、感染症に関する問題点などの情報を共有している。院内の耐性菌情報は JANIS に登録している。医療関連感染に関しては、J-SIPHE に参加しており、CLABSI、CAUTI の発生件数を登録している。

院内感染対策マニュアルが整備されている。手指衛生が徹底され、1 処置 1 手袋の遵守、必要な処置時の個人防護用具の着用が徹底されている。院内抗生剤使用ガイドラインが定められ定期的に改訂されている。広域抗菌薬や抗 MRSA 薬は届け出制であり、必要な記載を求める手順がある。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院広報推進委員会が設置され、ホームページ、SNS 等の管理も適切に行い、委員会で検討し随時更新している。また、毎年診療実績を含む年報も発行し、開業医、近隣主要医療機関に配布している。院長と地域医療連携室担当者が開業医へ訪問し顔の見える連携を実施している。前方・後方支援、紹介患者については、社会福祉士、看護師、事務員で対応している。開業医からの紹介患者には専用窓口が設けられている。また、大学病院と患者情報を共有する体制もあるなど医療連携業務は適切に行われている。

地域住民への健康増進を推進するため、市内 3 つの病院と企業が協働し「よいとさ保健室」を開催している。糖尿病教室、認定看護師による認知症予防、緩和、感染対策等の活動、老健施設での感染対策講習を実施している。中学生や高校生を対象とした体験学習、保健センターで行う子育て総合相談、乳幼児相談等の支援など地域啓発活動を行っている。

## 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。氏名と生年月日を確認し、外来の受付票を併用して患者の誤認防止に努めている。診断的検査は、必要性を医学的に判断し実施している。入院は医師による医学的判断と患者・家族の意向を考慮して決定している。入院診療計画書は入院時の所見や検査データの結果等を加味して、医師と多職種で患者の個別性を踏まえて作成している。患者支援センターに相談窓口を設置し、患者・家族の多様な相談を担当している。日用品のレンタルシステムなど、患者がスムーズに入院できる工夫がある。

病棟における医師・看護師の業務は適切である。急性期病棟には病棟薬剤師が配置され、ハイリスク薬の管理とともに患者毎の服薬指導・薬歴管理を行っている。輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している。手術の適応については十分な経験のある医師が適応の確認を行っており、複雑な症例についてもカンファレンスを通じて検討している。HCUを運用し、多職種や専門チームが関与して適切に重症患者を管理している。入院時に全患者を対象に褥瘡の危険度評価を行い、ハイリスク患者には対策を行っている。管理栄養士は全ての患者に栄養スクリーニングを実施し、必要に応じて言語聴覚士と耳鼻科医が嚥下評価を実施している。緩和ケアマニュアルに基づき、がん性疼痛や呼吸困難などの身体的・精神的苦痛の軽減に努めている。

リハビリテーション総合実施計画書は療法士により作成され、医師の承認を得て、患者に説明し同意を得ている。リハビリの中止基準も明文化されており、必要な時には担当医に確認をしている。身体抑制実施基準があり、身体抑制の実施手順やケア、解除のための取り組みを整備している。在宅療養の方向性の検討は入院早期から開始し、院内外の関係職種と連携して患者・家族の意向に沿った支援を行っている。意思決定支援に関するフローチャートが定められ、DNARの意思表示についてもカルテで共有できており、患者・家族の意思に沿った終末期ケアを多職種協働で行っている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

調剤室、DI室、病棟などに薬剤師を配置している。薬剤の安全使用に関する業務手順書を作成しており、定期的に更新している。臨床検査適正化委員会を開催し、院内の各検査に対応している。パニック値の伝達については規程を遵守されている。CT、MRI画像検査の95%以上を常勤放射線医が読影して、予期せぬ異常が見つかった場合には直接指示医に連絡を取っている。食事の評価に関しては定期的に嗜好調査を行い、改善・提案を行っている。嚥下食、ソフト食、刻み食に関しては言語聴覚士を交え随時メニューの改善と拡大に努めている。脳血管、心大血管、運動器、呼吸器、がんリハビリテーションを実施するほか、外来小児リハビリテーションを行っている。診療情報管理士を配置し診療録の一元管理を行っている。量的点検および診療名・手術名のコーディングを行っている。医療機器は病棟や中央管理室で保管しており、臨床工学技士が一元管理を行っている。器材の洗浄・滅菌業務は一元化されて中央材料室で行い、手術室師長を責任者として委託業者と協働して業務を行っている。

多くの病理組織診断と病理細胞診に対応し、検体交差が起こらないような運用を遵守し、管理、結果報告とも適切である。血液製剤の廃棄率は低く維持され、保管、運用体制、副作用の対応も適切である。手術室の運用ならびに安全と清潔の管理はいずれも適切である。HCUが運用開始となり入退出基準が規定されるなど集中治療機能は適切である。多くの救急患者に対応し、輪番日には救急患者を断らない方針で患者受け入れを行っている。カンファレンス、症例検討会も開催されている。

## 10. 組織・施設の管理

予算は毎年各部署から要望を収集し、策定している。毎月科別収支表を作成し分析も行っている。レセプト点検・返戻・査定については適切に対応している。施設基準の管理や未収金の対応も適切である。委託業務は、委託業者と定期的な会議を開催し意見、指摘事項を伝えて改善に努めている。必要な病院主催の研修に委託業者の参加を促している。

施設・設備は施設管理課が担当で日常点検、年次保守計画に沿って保守管理をしており、緊急時の連絡体制も整っている。物品管理は委託業者による SPD で管理している。医療材料等の使用期限に関してはデータ管理し、使用期限が迫った場合は各部署に報告し期限切れの防止に努めている。

防災計画を策定し、防火訓練を年2回実施しており、記録も保管されている。保安業務は守衛職員や委託警備会社が対応している。休日・夜間の保安業務は業務日誌により業務状況を把握している。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は明確である。

## 11. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型臨床研修病院として初期研修医の受け入れを行っている。プログラム責任者は副院長であり、臨床研修プログラムに基づいて研修を実施している。EPOC2 を利用して研修医の評価も行っており適切である。看護部もプログラムに応じた目標を設定し評価している。学生実習は医学生や看護師、薬剤師、療法士の学生を受け入れており、各学校と実習契約を結びカリキュラムに沿った実習を行っている。医療安全や感染制御に関する教育も行っており、個人情報に関する契約書を交わしている。

# 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・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	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	B

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	B
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	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	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	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	NA
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	A
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2023 年 1 月 1 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人同心会 西条中央病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 愛媛県西条市朔日市804

### 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	240	240	+0	82.1	25.3
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	2	2	+0	0	0
総数	242	242	+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)		
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	35	+0
小児入院医療管理料病床	20	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	30	-24
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

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： 1 人 2年目： 3 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 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

② 年度推移	実績値			対 前年比%	
	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	434.45	416.99	443.09	104.19	94.11
1日あたり外来初診患者数	39.82	34.14	47.27	116.64	72.22
新患率	9.17	8.19	10.67		
1日あたり入院患者数	198.73	195.67	204.36	101.56	95.75
1日あたり新入院患者数	7.82	7.49	7.86	104.41	95.29