

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」及び副機能種別「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および 6 月 15 日～6 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 1 認定

機能種別 リハビリテーション病院（副）認定

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1  
該当する項目はありません。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は 1973 年に開設され、現在は一般病床・地域包括ケア病床・回復期リハビリテーション病床・療養病床を有し、急性期・亜急性期・慢性期にわたり全般的な医療を提供し地域医療に貢献している。貴院の特徴としては、休診日は火曜日・水曜日とし、土曜日・日曜日を平常診療日として救急医療の確保にも大きな役割を果たしていることが挙げられる。また、2015 年には救急医療の分野で社会医療法人の認可を受けている。地域の救急応需や急性期疾患の対応から回復期リハビリテーションおよび慢性期医療から在宅復帰に至る継続的な支援を行い、患者・利用者が安心して暮らすための医療や介護の提供を理念と基本方針で掲げている。

今回は更新のための受審にあたり、病院長を中心として役職員が一丸となり継続的な改善活動が各部署で展開されていた。今後も質向上に向けた取り組みを行い、地域になくてはならないケアミックス病院として、さらに貢献・活躍されることを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は適正な内容で確立し周知され、点検や見直しについても定期的な確認がなされている。病院管理者は各自の責任分野の課題を把握し解決に向け取り組むなど、リーダーシップを適切に発揮している。職員の労働意欲を高める組織

運営では、全職員対象の定期的な育成面談を通し目標に対する振り返りを行っている。病院として年度ごとの方針を職員に周知している。意思決定会議の開催や組織内の情報伝達と確認など、組織運営は適切である。病院としての文書管理規程を整備し担当者が配置されている。文書管理規程に沿って文書作成、改定、承認など手続きのシステムが確立している。

人材の確保については、医師・薬剤師等の法的人員は確保され病院としての採用計画がある。職員の意見や要望は、定期的な面談に基づき取り入れるなど働きやすい職場づくりを目指している。福利厚生では就労可能な労務管理が実践され、職員の安全衛生に関してもおおむね整備されている。

教育・学習では医療安全や感染に関する研修を複数回実施し、研修後にはアンケートをとり次回の教育・研修に繋げている。学生実習は、看護師、薬剤師、療法士、事務の部門などで継続的に受け入れが行われている。それぞれ教育研修の独自のカリキュラムや実習依頼元のカリキュラムに基づき行われており評価も含め適切である。守秘義務や、実習前に医療安全や感染管理に関する研修、実習中の事故等に対応する内容も確認している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利については明文化されホームページなどで周知しているが、委託企業や職員への周知の工夫が望まれる。診療録開示は明文化されているが、セカンドオピニオンの手順と周知については整備が望まれる。説明と同意に関する方針・手順・対応についてシステムとしての整備と同意の書式も統一化されている。患者への情報提供や医療への参加促進では、患者の療養に役立つ情報提供がおおむね適切に行われている。患者相談窓口として地域医療連携室が多様な相談に対応しており、様々な患者サポートが確立されている。個人情報保護に関しては、管理体制、問い合わせ対応手順、個人情報の持ち出し基準など整備され、パスワード管理やセキュリティ対策も含め適切に管理されている。倫理委員会規程に病院としての考え方や方針が明記されている。委員会は昨年1回開催され、記録に残されている。

療養環境の整備では、バリアフリーの確保、生活延長上のサービス、患者・面会者の利便性・快適性など適切に行われている。病棟においては、安全の視点で廊下の整理整頓や、院内感染制御に配慮した療養環境が整備されている。外来における待ち時間が把握され、待ち時間軽減に向けた取り組みが行われている。

### 4. 医療の質

患者・家族の意見や苦情、患者の相談対応、担当者の配置のもとシステムとして確立している。病棟における各担当責任者の掲示については、医師も含めた紹介と掲示の整備が望まれる。医療の質向上に向け、サービス改善委員会などで業務改善に取り組んでいる。内科・脳神経外科の合同症例検討会が開催され、臨床指標の収集も行われている。新たな治療手技、臨床研究の倫理的検討などについての仕組みがある。

電子カルテを導入し、日々の診療録、退院時サマリー、看護記録などを適切に記

載している。入院・外来での患者アンケートの実施や、職員からの意見聴取するシステムとフィードバックが確立している。多職種協働による治療・ケアについては、多職種で組織された委員会のもとで専門性を発揮して活動している。

## 5. 医療安全

医療安全管理者の配置とともに権限の移譲のもとで活動している。各部署のリスクマネージャーで構成された医療安全専門部会でインシデント事例の検討を行い、検討結果を医療安全管理委員会に提出している。

誤認防止に向けたルールに基づき取り組みが実施されている。入院時の患者アセスメントが行われているが、外来患者に実施することも今後の課題とされたい。医療機器は各部署で管理している。救急カートは看護師が毎日チェックし記録を残している。薬剤の相互禁忌やアレルギーなどのリスク対策、ハイリスク薬の表示、麻薬の管理は適切であり、手順に従って薬剤を安全に投与している。

## 6. 医療関連感染制御

院長をはじめとする各部門の責任者からなる院内感染防止対策委員会が定期開催され、その下部組織の ICT が耐性菌発生動向などの情報を収集し各部署の環境ラウンドが適切に行われている。院内感染防止マニュアルが整備されている。

ICT は CLABSI のサーベイランス報告、院内での耐性菌発生動向、抗菌薬使用状況などを毎月収集・集計し、院内感染防止対策委員会に報告して、現場にフィードバックしている。アウトブレイク発生時の対応手順が定められている。抗菌薬の採用と中止は薬事委員会で検討しており、抗 MRSA 薬、広域抗菌薬などは届出制の運用で、その使用状況を AST が監視し必要に応じて適切に介入している。抗菌薬使用指針が整備されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報委員会が中心となり、ホームページを設置し、病院が提供する医療サービスや活動内容、外来や入院の受診手順等について発信している。広報誌は患者・利用者に対し必要部数が定期的に発行されている。地域医療連携室の役割として、入院支援、患者相談、紹介・逆紹介などがあるが、システムとして確立させているところである。新型コロナウイルス感染症との関係でしばらく中断しているが、症例検討会や地域包括ケア推進のための職種研修会などを再開する予定である。各種健康教室も開催を検討しているが、現在は外来待合において液晶モニターを活用し健康に関するコラムの映像や、同時にメディアを活用した専門職による健康に関する情報発信が行われている。また、整形外科他施設のカンファレンスへの定期的な参加のもとで交流が図られている、他にも様々な地域住民への教育・啓発活動も計画され、地域に向けた啓発活動が積極的に実践されている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診・再来患者、紹介・救急患者が手順・マニュアルに基づき、受診までの円滑なシステムが確立している。医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、リハビリテーション療法士、管理栄養士、事務職員等の多職種が協力して、チーム医療による適切な診療・ケアを実践している。各部署で適切な体制を整備、手順等を遵守して診療・ケアの実践に努めている。地域の医療・福祉・在宅機関からの受け入れは、地域連携室が窓口となり情報収集し、医師に情報提供して受け入れ判断をしている。診断的検査の必要性を医師が判断し、内視鏡などの侵襲的検査については、文書を用いて説明と同意を得ており、検査中の患者観察も適切である。他の医療機関や介護・福祉施設などへ紹介する場合は、医師、入退院支援看護師、MSW が患者・家族のニーズを確認し、希望に沿った連携先に紹介している。患者の病態を医師が医学的に診断・評価し、患者・家族の要望を踏まえて治療の基本方針を立てている。患者・家族からの相談は、内容により社会福祉士、看護師が担当し、多様な相談に応じる体制である。入院および病棟オリエンテーションは、「入院案内」を用いて当日の受け持ち看護師が行っている。

医師は毎日回診を行い、結果をカルテに記載している。看護部ガイドブック、基準、手順を整備し、病棟業務やケアが確実に実施されている。薬剤師は服薬管理指導、持参薬鑑別を確実にやっている。輸血の適正使用指針を遵守した上で、適応については医師が判断し、説明と同意のもとで投与している。入院時、スキンケアを含めた褥瘡アセスメントを実施し、必要性のある患者に対して予防および治療に向けた計画を立案・実施している。入院時、全患者に管理栄養士が栄養スクリーニングを実施し、必要性のある患者に対して、栄養計画を立案・実施している。症状緩和に関する方針や手順を整備し実践している。麻酔の説明と同意、手術時の本人確認、タイムアウト等は適切である。

ターミナルステージの判断基準や方針、プロセスを手引きに明記している。

### <副機能（回復期リハビリテーション）>

リハビリテーションにおける外来診療、診断的な検査、円滑な入院までのシステムは適切に行われている。入院時の患者診察は外来で実施しており、入院診療計画書、地域連携パス等は、医師の診察に多職種が立ち合い、各職種の評価を含め医師から直接、患者・家族に病状や合併症をはじめ、予後や治療方針等を説明している。リハビリテーションに関する評価は、医師・看護師・各療法士・社会福祉士・管理栄養士など多職種により入棟時から詳細な初期評価、リスク管理、短期目標、ゴール設定を行い、カンファレンスで合議のもと、リハビリテーション総合実施計画書を作成している。入棟当初から患者・家族の希望を確認し、退院後の目標設定を多職種で検討し、総合評価を行っている。退院後、継続的な診療、ケア、リハビリテーションが必要とされる患者には、外来や訪問リハビリテーションを継続して提供している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

良質な医療を構成する機能について、病院の規模や地域の需要に合った体制が整備されている。部門毎で責任体制、管理体制などが整備され、機能も含め適切に発揮している。個々の機能としては、薬剤管理機能は、常勤専従薬剤師、非常勤薬剤師を配置し、処方箋発行から調剤、鑑査、疑義照会、医師へのフィードバックを含めて行っている。画像診断部門には診療放射線技師を配置し、救急輪番日は当直体制、通常日はオンコール体制である。常勤の臨床検査技師が検体検査、心臓・腹部・下肢動静脈・頸動脈・乳腺などのほぼ全ての超音波検査を担当している。栄養管理機能は、検収、保管、配膳、下膳、洗浄の作業はスムーズに実施している。急性期、回復期、地域包括ケアなど多様な場面で、脳血管疾患、運動器、廃用症候群リハビリテーションを行っている。診療情報管理士が配置され、診療情報の一元管理、取り違え防止、診療録の閲覧・貸出のシステムが適切に行われている。輸血・血液管理機能は、輸血療法委員会を設置し、血液製剤の使用量・廃棄量の報告、副作用の検証などについて検討し、適正使用指針を遵守している。院内の医療機器は、各使用部署で管理し、部署ごとに一覧表にまとめている。使用済み機材の洗浄は、中央化し中央材料室で行われている。手術・麻酔機能などの各部門で、効率的な運営と業務が遂行されている。

## 10. 組織・施設の管理

意思決定を行う会議および各部門へ周知する会議が定期的に行われている。予算管理体制が整備されており、各部門への月次決算の数字の提示なども毎月行われ、次月への課題の提起も含め適切な仕組みがある。予算作成はスケジュールに基づき職員への周知も含めシステムとして稼働している。会計窓口の収納業務、医事業務、未収金の管理などが適切に行われている。医師の関与のもとでレセプト点検、査定・返戻の対応が実施されている。業務委託選定方法では業務の質や効率性、費用対効果を検討した上で決定され、監査のシステムも含め適切である。

主要な施設・設備の日常点検や年次保守計画に基づく保守管理と緊急時の体制が整備されている。感染性廃棄物の取り扱いや管理については安全な取り扱いが行われている。敷地内は禁煙であり、患者・職員への禁煙に関する啓発活動が行われ、毎年喫煙率の低減が図られている。

災害時の備蓄は整備されており、緊急連絡網の定期的な訓練なども行われ、大規模災害時のマニュアルは病院規模に合った内容で作成されている。保安業務や施設・設備の管理が適切に行われている。

# 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	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	患者の個人情報を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	B
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	B
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	B
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	B
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	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	A
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	B
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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B



2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	B
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	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	B
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	B
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	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	NA
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	B
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	B
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	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	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

---

## 機能種別：リハビリテーション病院（副）

## 2 良質な医療の実践 1

## 評価判定結果

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	B
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B
2.2.6	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	B
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	B
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	理学療法を確実・安全に実施している	B
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	B
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	B
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	B

2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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 2 月 1 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 社会医療法人北斗会 大洲中央病院  
 I-1-2 機能種別： 一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)  
 I-1-3 開設者： 医療法人  
 I-1-4 所在地： 愛媛県大洲市東大洲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	107	105	-6	71	20.5
療養病床	75	75	+6	79.4	125.8
医療保険適用	75	75	+6	79.4	125.8
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	182	180	+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		
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	45	+0
地域包括ケア病床	51	+0
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

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： 人 2年目： 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-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

			1日あた		1日あた				医師1人	医師1人
--	--	--	------	--	------	--	--	--	------	------

研修医										
全体	13	3.35	154.11	100.00	130.80	100.00	17.43	41.19	9.43	8.00

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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	154.11	154.34	170.83	99.85	90.35
1日あたり外来初診患者数	26.87	24.36	32.04	110.30	76.03
新患率	17.43	15.78	18.75		
1日あたり入院患者数	130.80	130.81	140.64	99.99	93.01
1日あたり新入院患者数	3.19	3.19	3.47	100.00	91.93