

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 6 月 20 日～6 月 21 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. 引き続き、医師の確保に努めてください。（4.2.1）

1. 病院の特色

貴院の源流は戦前の軍人療養所に遡る。その後、厚生省への移管など幾多の変遷を重ね、21 世紀に入り現在の名称となった。小児慢性疾患や重症心身障害児医療を積極的に推進している他、高齢者に対しての入院・外来医療の提供にも取り組まれており、宮城県神経難病ネットワーク拠点病院に指定されている。この度の病院機能評価において、病院長や幹部・職員が共に、医療の質向上に向け努力されていることが随所で窺われ、多くの評価項目で適切と評価された。検討が望まれる幾つかの課題も見受けられるが、継続的に質改善活動に取り組み、地域への貢献を果たしながら、ますます発展されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

患者中心の医療と地域への役割を明確にした理念・行動理念が明文化され、院内外への周知も適切に図られている。病院管理者・幹部は将来像を明示するとともに、医師をはじめとした人材確保や施設の老朽化などの問題・課題を把握し、解決に向けてもリーダーシップを適切に発揮している。意思決定会議は有効に機能し、病院運営に必要な会議や委員会も適切に開催されているが、職員にも指揮命令系統がわかりやすい、実態に即した組織図についての検討を期待したい。情報システムの活用方針は明確になっており、真正性・保存性確保の取り組みも適切に行われている。文書については、規程の整備など、組織としての一元的な管理に取り組まれている。

人材確保においては引き続き、医療法に沿った改善に努められたい。人事・労務管理はおおむね適切である。安全衛生管理委員会の開催、職業感染予防など職員の安全衛生管理はおおむね適切に行われているが、非常勤医師の健康診断結果の把握について検討の余地がある。魅力ある職場づくりに向け、職員の意見・要望が把握されており、就業支援や福利厚生への配慮も適切に行われている。教育・研修では、全職員対象の必要性の高い課題を網羅した教育・研修の年間計画の作成と確実な実施について、今後の充実を望みたい。能力評価については、全職員を対象とした業績評価を実施し、処遇にも反映させており、能力に応じた指導・育成までの取り組みも行われている。また、能力開発では外部研修への参加などが行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務が明文化され、患者・家族への周知も図られている。説明と同意では書式の統一化、同席者のルール整備と、確実な署名への検討を期待したい。セカンドオピニオンについては、院内掲示などで周知が図られている。患者との診療情報の共有では、入院診療計画書やパンフレットなどが活用されている。患者支援体制では、社会福祉士を配置し多様な相談に対応しており、虐待等の疑いへの対応手順の整備や支援に係る評価も、適切に行われている。個人情報保護に関する規程が整備され、利用目的とともに周知が図られており、技術的保護やプライバシーへの配慮も適切に行われている。臨床における倫理的課題への対応では、新たな仕組みを構築し継続的に取り組むことを期待したい。また、臨床現場における解決困難な倫理的課題についても、組織的に検討する仕組みの構築が望まれる。

患者・面会者の利便性の面では、最寄り駅からの公共交通機関の運行、患者用駐車場の確保、院内における売店、イートインスペース、簡易郵便局の設置などに加え、病棟には生活延長上に必要な備品が整備されている。院内は障害者や高齢者にも配慮した施設・設備となっている。受動喫煙防止については、健康増進法に沿った敷地内禁煙が徹底され、禁煙外来の設置、また、職員の喫煙率の定期的な把握が行われている。

4. 医療の質

患者・家族の意見は意見箱、満足度調査、退院時アンケートなどで収集されており、フィードバックも適切に行われている。脳神経外科での定期的な症例検討会や、看護部を中心としたデスカンファレンスが行われ、治療方針などに診療ガイドラインが活用されている。クリニカル・パスの使用は電子カルテ導入以降中断しているが、再開が期待される。また、病院の特性に応じた臨床指標の設定、収集・分析による、継続的な質改善が期待される。業務の質改善に向けては、組織横断的なQC活動が活発に行われている。新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、委員会で審査し倫理・安全面にも適切に配慮されている。

診療および看護の管理・責任体制は明確になっており、患者・家族にも分かるように表示されている。また、主治医不在時の対応体制も確立している。診療記録

は、マニュアルに基づき適切に記載されている。なお、診療記録の質的点検においては、質向上に向けての点検基準の整備など、仕組みの構築について検討が期待される。退院時サマリーの2週間以内の作成率は常時高い。多職種で構成する感染制御、栄養サポート、摂食・嚥下サポート、褥瘡対策チーム等による組織横断的な活動が行われており、ラウンドやチーム医療の実践などにより、患者の診療・ケアに適切に取り組まれている。

5. 医療安全

医療安全管理者を配置し、安全確保に向けた体制は整備されており、医療安全にかかわる委員会も機能している。医療安全マニュアルの整備や見直し・改訂も行われている。医薬品安全管理者および医療機器安全管理者の責任も明確である。インシデント・アクシデント事例は医療安全管理者に報告され、分析・検討結果は院内へ適切に発信されている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は各部署において適切に実践されている。情報伝達エラー防止対策では、口頭も含めた医師の指示出し・実施確認、看護師の指示受け・実施などが適切に行われている。薬剤の安全な使用に向けた対策では、電子カルテシステム上にリスク回避の仕組みが構築されており、麻薬・向精神薬などは適切に保管・管理されている。転倒・転落防止については、入院時に全患者に対してリスク評価が行われ、高リスクの場合は計画を立案し、説明・同意を得て、対策が適切に実践されている。医療機器の安全な使用に向けては、臨床工学技士および看護師により安全点検が実施されている。また、教育・研修は、定期的および部署の要請に応じて適宜実施されている。患者等の急変時の対応では、院内緊急コードが設定され、シミュレーション訓練も定期的に実施されている。全職員対象のBLSやAEDについての研修も実施されている他、救急カートは院内で統一され、薬剤師および看護師による点検が行われている。

6. 医療関連感染制御

ICDやICNを配置し、感染対策にかかわる委員会やICTラウンドなどが適切に開催・実施されている。今後、病院として、感染制御部門を分かりやすく位置付けることが望まれる。院内監視菌の検出情報や抗菌薬の使用状況はICTミーティングで報告されている。医師に対する培養検体提出への啓発活動の推進とともに、感染対策に向けてのサーベイランスの収集・分析などの取り組みを期待したい。

手指消毒剤用アルコールの使用モニタリング、個人防護用具の着用、現場での感染性廃棄物処理や血液・体液汚染時の取り扱いは、いずれも適切に行われている。抗菌薬は使用指針が整備され、特定抗菌薬は届出制に基づいた投与が行われており、長期使用については、必要に応じて薬剤部より担当医にフィードバックしている。今後は、特定抗菌薬以外の抗菌薬の使用状況や周術期予防的抗菌薬の使用状況等の的確な把握や、培養結果に基づいた抗菌薬の使用適正化に向けて、取り組みを期待したい。

7. 地域への情報発信と連携

診療内容、医療サービスおよび診療実績等の広報については、ホームページ、広報誌などにより必要な情報提供が行われているが、年報の定期的な発行を期待したい。地域との連携では紹介・逆紹介や返書への取り組みに加え、医療機関への訪問強化による高額医療機器の共同利用促進などに努力している。地域住民に対しては公開講座の開催、地域との協定に基づく健診事業への参加、また、地元の健康まつりでの健康相談の実施など、健康増進の支援に向けた取り組みが行われている。地域の医療・介護施設職員に向けての教育・啓発活動では、多職種による医療・看護・介護の研修会などを開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者の円滑な診察について、受診に必要な情報の揭示、緊急や感染が疑われる患者への対応体制などが確立している。外来診療では患者の情報収集、説明と同意、安全に向けての配慮などが適切に行われている。診断的検査の必要性の判断は医師により行われ、侵襲を伴う検査の説明と同意なども適切に行われている。医学的判断に基づいた入院の決定が行われており、入院診療計画書の作成には多職種も関与している。患者・家族からの医療相談には適切に対応している。患者の円滑な入院のため、事前および入院後のオリエンテーションが適切に行われている。

医師は日々の回診、スタッフとの情報交換、書類の迅速な作成など、病棟業務を適切に行っているが、業務手順、診療指針の整備が望まれる。看護師の病棟業務では基準・手順に沿った看護・管理が適切に実践されている。病棟薬剤師による誤認防止対策や注射薬の投与後の観察など、投薬・注射は確実・安全に実施されている。輸血・血液製剤投与はマニュアルに基づき適切に行われている。周術期の対応では、手術に対する説明と同意、看護師による術前・術後訪問、術後の患者搬送時の安全への配慮などが適切に行われている。重症患者の管理、褥瘡の予防・治療、および栄養管理と食事指導は、いずれも適切に行われている。症状の緩和は、看護手順に基づき適切に行われている。リハビリテーションは、必要性和リスクに対しての説明と同意など、安全に配慮しながら実施されている。身体抑制では説明と同意、抑制解除に向けた取り組みが適切に実践されている。必要な患者・家族に対して、退院支援計画書により多職種も関与する支援が適切に行われている。継続した診療・ケアは、院内外との調整などが適切に行われている。ターミナルステージへの対応では判断基準、およびケアの基準・手順の整備が望まれる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、病棟を含め体制が整備され、薬剤の温・湿度管理、持参薬の鑑別・管理、医薬品集の作成、注射薬の1施用ごとの取り揃えなど、適切に発揮されている。臨床検査機能はパニック値への対応、精度管理、検体の処理など、適切に発揮されている。画像診断機能はおおむね適切であるが、一層の充実に向けた取り組みを期待したい。栄養管理機能は適時・適温への配慮、患者の特性に応じた給食提供などが適切に行われている。リハビリテーション機能は多職種での情報共有、

長期休みにおける連続性確保に向けての取り組みなど、適切に発揮されている。診療情報管理機能は病名・手術名のコード化やがん登録、退院患者に対する量的点検の速やかな実施など、適切に発揮されている。医療機器管理機能は夜間・休日の対応体制の整備など、適切に発揮されている。洗浄・滅菌機能は一次洗浄および消毒の中央化、滅菌の質保証、リコール規程の整備など、適切に発揮されている。

病理検査は全て外注であり、放射線治療の必要な患者については担当医などから他医療機関に紹介している。輸血・血液管理機能は発注・保管・供給などが適切に実施され、廃棄率低減に向けての取り組みも行われている。手術・麻酔機能では、手術室の清潔管理について対応が図られており、速やかな実現を期待する。救急医療機能では、対応体制が整備され、虐待や暴力を受けた疑いのある患者への対応などにも適切に取り組まれている。

10. 組織・施設の管理

各部門の意見などを参考にした予算書が作成され、財務諸表の作成や国立病院機構会計基準に沿った会計処理など、財務・経営管理は適切に行われている。医事業務は収納業務、一連の診療報酬請求、未収金への取り組みなど、いずれもおおむね適切に行われている。委託業者の選定に際しては、業務内容や品質の評価など、基準を明確にした取り組みが実施されている。

施設・設備は病院規模に見合って整備され、日常点検・保守管理、医療ガス管理、院内の最終保管場所も含めた感染性廃棄物の処理、および職員による最終処場の確認が適切に行われている。物品管理は、使用期限の管理や在庫量の検討・調整、棚卸などが適切に行われている。

災害対策計画・災害マニュアルの整備や訓練は適切に行われているが、今後は、大規模災害に備えての食糧品および飲料水に関する検討が期待される。保安全管理は、職員および委託職員による施錠管理や巡回、防犯カメラの設置など適切である。医療事故等の対応では、発生時からの対応手順が整備され、全職員への周知も図られている。発生した場合には、原因究明と再発防止に向けて検証を行う仕組みが構築されており、損害賠償保険の加入などを含め適切である。

11. 臨床研修、学生実習

協力型臨床研修病院として、指導医の確保など初期研修の体制が整備されている。看護、コ・メディカル、事務職員を新たに採用した場合の初期研修については、プログラムに基づいて適切に実施されている。学生実習では、学校との契約が適切に締結されており、看護をはじめとした各部門で学生を受け入れている。医療安全や感染管理に関する事前研修が行われ、個人情報保護に対する誓約書も提出されている。

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	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	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	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	B
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	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	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	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	B
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	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	B
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	B
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	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	B
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	B
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	B
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
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	B

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	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	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	NA
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	B
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	B
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	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	C
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	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	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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 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： 独立行政法人国立病院機構宮城病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 独立行政法人国立病院機構
 I-1-4 所在地： 宮城県亶理郡山元町高瀬字合戦原100

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	344	344	+0	88.9	64.5
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	344	344	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	44	+44
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

エイズ治療拠点病院, DPC対象病院(準備病院)

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 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

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数		115.22	110.89	113.19	103.90	97.97
1日あたり外来初診患者数		11.20	10.60	11.98	105.66	88.48
新患率		9.73	9.56	10.59		
1日あたり入院患者数		288.95	282.87	288.83	102.15	97.94
1日あたり新入院患者数		3.25	3.09	3.03	105.18	101.98