

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 31 日～11 月 1 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 1951 年に病床数 20 床の病院として開設された後、組織改編等を経て、機能・規模の充実を図りながら発展してきた。2016 年には東日本大地震により大きく損壊した分院を統合するとともに、リハビリテーションセンターや腎透析センター、回復期リハビリテーション病棟を開設し、現在は急性期医療から在宅医療まで対応している。また、地域周産期母子医療センターの指定を受け、分娩数は東北トップクラスの実績を有している。さらに、地域医療連携室・入院支援室・患者支援室の 3 つの機能を備えた地域医療センターを整備し、登録医や後方支援病院、地域住民との連携を密にし、地域医療に貢献している。

今回の受審にあたり院長を先頭に医療の質向上・改善に取り組んできた成果が確認できた。今回の受審が地域住民の貴院に寄せる期待と信頼に応えるものとして結実し、地域において一層発展されることを心より期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は明文化され、院内外への周知が適切になされている。病院運営に関しては、病院運営会議メンバーである幹部職員が共通認識のもと各々の立場で問題解決にあたっている。各種事業計画の策定にあたっては、病院長が各部門責任者とヒアリング等を行い、次年度の運営に向けた方策や各部署の実情を把握した上での課題抽出ならびに改善提案へとつなげている。病院内の意思決定会議として病院運営会議があり、各委員会・部会との情報共有ならびに連携調整を図っている。運営計画に関しては年度事業計画が策定され、部署ごとの目標設定や達成度評価なども適切に行われている。

病院として、医療法や診療報酬施設基準等の法定人数など、各種要件に沿った人

員確保がなされている。全職員向けの研修が必要とされる医療安全や感染制御等については、開催時間や開催回数等の配慮ならびに職員の参加状況の把握がなされている。全職種個別に目標管理が行われ、職員の能力や業務実績に応じた人事管理へと繋げている。また、各部署にてスキルレベルの教育、認定等が行われている。そのほか、専門看護師や認定看護師の育成、コ・メディカルの資格取得等にも積極的に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

患者の権利は責務と共に適切な内容で明文化されている。特に、同意書にセカンドオピニオンを受ける権利、同意を撤回できる権利を盛り込んでいることは評価したい。さらに、インフォームド・コンセントに関する指針が整備され、説明時にはほぼ全例で看護師が同席しており、診療情報センターでインフォームド・コンセントの運用についての監査を実施していることも評価したい。患者の理解や参加を促す活動として、既往歴・服薬歴等の情報提供を依頼し、患者には入院診療計画書や検査・処置・手術などの説明書、患者用パスなどを利用して情報提供している。患者・家族からの相談に対応する窓口が設置され、患者の相談内容に応じて、助産師、看護師等が連携して対応にあたっている。倫理的な問題の方針は、医療安全管理指針および院内体制の中に明文化されている。臨床で解決できない問題については、医療倫理申請書を活用して治験・倫理部会で審議し、経過または結果報告書を返信する仕組みとなっている。

正面玄関入口から各階に至るまでバリアフリーが確保され、各所に車椅子対応トイレ、外来にはオストメイト対応トイレも設置し、病室内は車椅子対応洗面台を設置するなど、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。病院の特色として女性専用病棟があり、女性患者が安心して病棟で過ごすことができるなど、患者からの好意的な意見があることは評価したい。

4. 医療の質

患者・家族の意見は、院内各所に設置された意見箱や患者満足度調査を通じて収集されている。意見・苦情への回答は、CS 向上部会で検討され、外来ロビーの分かりやすい場所に掲示されている。クリニカルパスはバリエーション分析が適宜行われている。臨床指標は臨床評価指標検討部会で討議が開始され、日本病院会の QI プロジェクトに参加している。

診療記録については電子カルテが導入され、診療録管理規程および作成マニュアルを整備し、病院全体として標準化を図っている。退院時サマリーは退院後 2 週間までにはほぼ 100%作成されている。診療科別の病棟カンファレンスは多職種が参加して週 1~2 回行っている。また、診療科の枠を超えて内科・外科合同カンファレンスを週 1 回実施している。その他、医局内で他の診療科への相談が随時行われるなど、協力体制ができている。多職種からなる医療チームとして、NST・褥瘡対策チーム・ICT・緩和ケアチームが毎週カンファレンスやラウンドを行い、協働して患者のケアを適切に実施している。

5. 医療安全

院長直属の医療安全対策室は診療部長を室長とし、専従の医療安全管理者のほか、専任の看護師、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、事務が配置され、組織横断的な活動を行っている。医療安全推進部会では、インシデントの分析、対策の立案、現場へのラウンド、マニュアルの検討、職員への研修企画などの活動が活発に行われている。

患者誤認防止対策については、ホームページや掲示物等で患者・家族への協力依頼が具体的で分かりやすく明示されている。手術室では麻酔導入前・導入後・手術終了後のサインイン・タイムアウト・サインアウトが確実に行われている。処方箋・指示箋の記載は電子カルテシステムにより行われ、指示受け、実施、実施確認も電子カルテ上で確実に行われている。放射線診断、病理診断の報告は、オンラインだけでなく、紙ベースでも各科外来に報告され、医師が確認できるようになっている。薬剤の重複投与は電子カルテ上で回避される仕組みがあり、アレルギーも警告が表示されるようになっている。抗がん剤のレジメン管理・登録も確実に行われている。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が適切に開催され、感染管理室、院内感染対策部会を指揮・監督している。感染管理室には感染症看護の専門看護師が専従で配置され、中心的役割を果たしている。また、実働部隊としてAST、ICTが組織され、ICD、ICN、薬剤師等が連携してカンファレンスやラウンドを実施している。院内での感染発生状況は、毎日の菌検出状況のモニタリングにより、あるいはICTラウンドで把握されている。抗菌薬の使用状況もASTミーティングで検討され、適切な介入がみられる。JANISへの参加もあり、行政からの感染情報も必要に応じて、感染情報レポートとして院内への周知を図っている。

標準予防策およびゴーグルを含む个人防护用具の着用はマニュアルに沿って実施されている。感染経路別予防策は感染対策マニュアルに手順が明記され、委託を含む職員への教育も定期的に行われている。感染性廃棄物は形状別に蓋付きの専用容器に廃棄され、安全に保管・搬送が行われている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信として、患者や地域住民向けの広報誌や医療機関向けの広報誌が定期的に発行されている。ホームページでは受診の流れや入院の手続き、病院機能などが分かりやすく案内され、650を超える登録医をホームページ上で検索できるようにしており、登録医のホームページにもリンクできるようになっている。連携促進のために地域医療センターが設置され、紹介患者の受け入れや情報提供、逆紹介、患者相談などが行われている。紹介患者の受け入れ後の段階ごとの返答も電子カルテと連動したシステムを用いて適切に管理されている。貴院が設立した、地域の地区会長や民生委員、社会福祉協議会代表者等が参加する市民大学の教授会を

定期的に開催するなどして、地域ニーズの把握に努めている。地域に向けた健康増進活動は、基本方針のひとつでもある「健診機能の充実を図り、積極的に病気の予防に取り組む」という方針のもと、各種健診事業が積極的に行われている。また、地域住民向けには市民大学公開セミナーや生活習慣病セミナー、各種教室が毎年継続して開講され多数の参加を得るなど、貴院の健康増進活動が地域住民へ浸透していることは評価したい。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診時などに、不安を抱える患者や家族などに対して迅速な支援ができるよう、総合案内を設置するとともに、なんでも相談室が病院玄関の傍に設置されている。入院の医学的判断はカルテに記載されており、主に入院診療計画書を用いて説明のうえで同意が取得され、患者の同意の署名も得られている。診断的検査の判断は各担当医が医学的合理性に応じて行い、その必要性和リスクについては都度患者・家族に説明している。医師は病棟スタッフと日々の情報交換を行い、適宜看護師やその他の職種とカンファレンスを行っている。乳腺・子宮疾患等を診る女性病棟では、若いがん患者も少なくないことから、心理面・社会面にきめ細やかに配慮した看護が行われている。注射薬の投与時には、看護師は5原則での確認を徹底しており、電子カルテ上で重複処方、投与禁忌、アレルギーなどが確認でき、医療者間で情報を共有している。入院時スクリーニングシートを利用して、退院支援の必要性を判断している。支援の必要がある場合は、病棟担当の退院支援者が患者・家族の要望を聞き、退院調整カンファレンスを行っている。退院支援計画に基づき、看護師による退院指導や、管理栄養士による指導、療法士による指導などが適切に実施されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、薬剤の温・湿度管理や持参薬の鑑別・管理など適切に行われており、採用医薬品はオンラインで添付文書情報を含めて容易に検索できるようになっている。また、注射薬の1施用ごとの取り揃えも適切に実施されている。画像診断機能については、一般撮影・CT・MRIなどの検査が安全に施行される体制が整っている。診断結果はオンライン以外にも紙ベースで外来に配布するとともに、一括管理し見落としを防いでいる。栄養管理機能については、食材の検収から調理・配膳・下膳・洗浄等の一連の過程は衛生的に管理され、食の安全性は担保されている。盛り付け後はただちに専用エレベーターにより配膳し、アレルギー対策では、配膳トレイの色を替えるなどの工夫をしている。診療情報管理機能については、診療記録はICD-10およびICD-9-CMによって記録し、DPCコーディングやがん登録、疾患別症例登録、病院統計等の作成に活用されている。カルテの量的点検は点検チェック表によって適切に確認されている。

病理診断機能については、非常勤病理医と手術日程を調整することにより、術中迅速診断が適切に行われている。診断においては細胞検査士同士のダブルチェック、診断難渋事例は他大学でのダブルチェックを実施している。悪性診断時には即

刻紙ベースで報告書を外来に送り、担当医師に伝える仕組みとなっている。輸血・血液管理機能については、輸血療法マニュアル等に基づき、血液製剤は自記式温度記録計付き保冷库・冷凍庫で一元保管されている。輸血オーダー時には輸血歴および不規則抗体の確認を実施し、使用製剤の記録内容および保存期間等も適切である。手術・麻酔機能については、手術予定は各科の状況や手術リスクを勘案のうえ、安全かつ時間内に極力終了すべく定期時間割を策定しているが、緊急帝王切開症例も多いため適宜柔軟に対応できる体制となっている。麻酔の覚醒・抜管・退出基準は明文化されており、挿管帰室などのハイリスク症例については麻酔科医が搬送する手順となっている。

その他、臨床検査機能、リハビリテーション機能、医療機器管理機能、洗浄・滅菌機能、集中治療機能、救急医療機能については、おおむね適切である。

10. 組織・施設の管理

予算編成は、院長ヒアリングを踏まえて、前年の実績ベースに当該年度の伸び率を加味して予算案を作成し、院内会議で検討の後に本部とヒアリングを行い、承認される仕組みとなっている。医事業務は、窓口受付・料金計算・収納の各業務が適切に行われている。レセプトの点検については、レセプトは全件医師に点検を依頼している。査定・返戻対策や再審査請求は組織的に行われている。委託業者の選定にあたっては全省庁統一資格に必要な等級を確認し、仕様書に基づいて入札を行っている。業務内容については、必要に応じて委託業者との意見交換や業務の実施状況の把握など、適切に行われている。医療材料購入のプロセスは、発注・納品・検品の責任体制は明確である。ディスプレイ製品については再利用しない方針であり、物品は適切に管理されている。

災害対策マニュアルが整備され、停電時や大規模災害時の対応も明記されている。災害時の通信手段として、衛星電話も完備している。保安業務は庶務課が管轄し、適切に行われている。医療事故発生時の対応は、医療安全管理マニュアルに沿って行われる仕組みになっている。原因究明や再発防止等に向けた医療事故調査委員会の設置もなされており、組織的な取り組みが行われている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として、初期研修プログラムに沿って初期研修医が指導医の下で研修を行っており、多面的評価も行われている。看護部では新人教育プログラムに沿って到達目標である臨床実践能力が習得できるようフレッシュパートナーがサポートをしている。学生実習は、医学生をはじめ様々な職種において多くの学生を受け入れている。実習受け入れにあたっては、実習依頼先との実習委託契約が締結され、守秘義務、損害賠償など必要な事項が明確にされている。実習生については、予め病院の方針や注意事項、実習生としてのあり方などのオリエンテーションを適切に行っている。

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	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	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	B
1.6.4	受動喫煙を防止している	B

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	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	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	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	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	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	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	B
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	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	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	B
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： 2018 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： 国家公務員共済組合連合会 東北公済病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 共済組合及びその連合会

I-1-4 所在地： 宮城県仙台市青葉区国分町2-3-11

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	385	365	+65	76.5	8.7
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	385	365	+65		

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	25	+25
小児入院医療管理料病床	21	+21
回復期リハビリテーション病床	40	+40
地域包括ケア病床	35	+35
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), 地域周産期母子医療センター

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： 4 人 2年目： 0 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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	694.34	722.56	681.77	96.09	105.98
1日あたり外来初診患者数	51.45	52.61	53.78	97.80	97.82
新患率	7.41	7.28	7.89		
1日あたり入院患者数	279.25	272.18	222.38	102.60	122.39
1日あたり新入院患者数	28.65	29.47	28.18	97.22	104.58