

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院3」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19日～5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3	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院3
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、その前身である仙台藩医学校施薬所から数えると、200年以上の歴史と伝統を有する、わが国を代表する病院である。これまでも、大学病院として、また、高度な医療を担う特定機能病院としての機能を果たしてきている。我が国で最初に認定された「臨床研究中核病院」として、また、がん診療における「がんゲノム医療中核拠点病院」として、さらなる高度な医療の実践を担い、かつ日本や世界の医学研究をリードしてきている。貴院は、「先進の医療を優しさとともに」を理念とし、患者一人ひとりにあわせた質の高い医療、新しい医療の創出と医療・医学の発展への貢献、全人的医療を実践する人間性豊かな医療人の養成、地域の医療機関との連携と社会のニーズに応える医療の提供、の基本方針を掲げて、この理念の実現に全職員が取り組んできている。さらに、大学病院としてトップクラスのフィジシャン・サイエンティストを育成するための、「SiRIUS（医学イノベーション研究所）」の創設は高く評価される。今回の病院機能評価受審に際して、これまで職員が一丸となって病院機能の向上に取り組んできたことを随所に拝見することができた。今後も引き続き、継続的な医療の質向上活動に努められ、貴院のさらなる発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、患者等に公開されるとともに職員に周知されている。中・長期計画が策定され、病院の将来像が職員に明示されている。大学病院としてトップクラスのフィジシャン・サイエンティストを育成する「SiRIUS」の取り組みは高く評価される。病院長は、適正な選考過程のもと任命され、運営評議会を

含めた各委員会が組織され、病院運営の意思決定を適切に行っている。中長期計画に基づく年次事業計画が定められ、職員への周知が図られているほか、部門・部署ごとの目標設定と達成度評価は定期的に行われている。病院情報システムはメディカル IT センターが管理し、診療情報を有効に活用している。法人における文書管理規則と責任者が定められているとともに、院内のマニュアルや管理文書を含めた院内の文書を一元的に管理する仕組みも明確である。病院運営に必要な人員を確保し、変形労働時間制などを導入して離職防止に努めている。人事・労務管理に必要な規程を定め、勤務時間管理システムで労働時間を管理している。安全衛生委員会を開催し、職場環境や有給休暇の取得、時間外勤務などを確認している。職員の意見を参考に「ウェルビーイング宣言」を表明し、魅力ある職場作りに取り組んでいる。全職員を対象とした研修は人事戦略室会議が取りまとめた年間計画に基づいて実施している。全ての職種で階層別・経験年数別のプログラムによって職員の能力開発に取り組んでいる。臨床研修医は卒後臨床研修センターで一元的に管理し、CVC セミナーの受講を必須としている。多くの学生実習を各部門で受け入れており、実習指導者がカリキュラムに基づき実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利と子ども憲章を制定し、患者・家族への周知が図られ、臨床現場で職員へも浸透している。説明と同意は、マニュアルの方針や手順に沿って行われ、説明・同意書は、委員会で内容について審議・承認され病院として管理している。患者の診療を決定する権利を明文化し、各種の診療情報提供と患者用クリニカル・パスを有効活用するなど患者の医療参加を促進している。患者支援体制として、ソーシャルワーカー、看護師等多職種で組織された地域医療連携センターを設置している。情報保護に関する院内規程を整備し職員へ周知している。診療情報の二次利用の際の手順も明確で、遵守されている。医療倫理委員会は倫理課題の方針を策定し、倫理コンサルテーションチームと連携して対応している。現場で解決した課題についても病院として共有する仕組みがある。日常診療の中で生じた倫理的課題については、各部署で倫理カンファレンスを開催し、多職種で検討している。入院生活の規則等がわかりやすく案内され、院内には各種設備を整え、高齢者・障害者も含めて、入院生活への配慮がある。

療養環境の整備では、院内は整理整頓され、安全・清潔な管理が保持されている。患者の生活上のプライバシー保護についてもあらゆる面で尊重されている。がん診療連携拠点連携病院として、敷地内全面禁煙の方針を示し、ホームページや入院案内、院内掲示などで周知している。

4. 医療の質

病院長表彰制度や病院機能評価ワーキンググループの活動などを通じて業務の質改善に取り組んでいる。行政等による指摘事項への対応も適切である。多くの診療科・職種横断的な各種カンファレンスを定期的で開催している。クリニカル・パスの活用や臨床指標の利用を通じて継続的な診療の質改善活動を行っている。患者か

らの建設的な意見に対して、ご意見窓口・サービス質向上委員会を中心に、改善に向けた活動が継続されている。高難度新規医療技術、未承認新規医薬品等を用いた医療の提供は適切に審査承認され、実施後のモニタリングも適切である。臨床研究は適切に実施している。病棟・外来の診療・ケアの責任体制は明確であり、掲示により周知されている。診療記録は記載マニュアルに沿って適時に記載され、質的点検も適切に行われている。略語使用に関する規程も明確である。多職種で構成された専門チームとして、ICT、AST、栄養サポートチーム、褥瘡対策チーム、腸管リハビリ栄養サポートチーム、サポータティブケアチームなどがあり、診療科を横断して活動し、問題解決に向けた対応をしている。

5. 医療安全

医療安全管理部門である医療安全推進室と各診療科・各部署のリスクマネージャーが協力し医療安全活動を行っている。医療安全推進室で、収集した事例を分析・検討をしている。医師の報告実数も増加傾向であり、多くのオカレンス報告の実績も評価される。重大アクシデント発生時の連絡体制や初期対応が周知され、必要に応じて外部委員も参加した事例検討がなされている。患者確認は、フルネームと生年月日の名乗りを基本として実施し、ネームバンドの装着もルールに沿って行われている。指示出し・指示受け・指示の実施確認の手順は確立している。医薬品安全管理責任者が中心となり、薬剤の安全使用に向けた対策を各部署と連携し継続している。全入院患者に転倒・転落アセスメントシートを用いてリスク評価を行い、1つでも該当すれば看護計画を立案し、対策を講じている。病棟で使用する輸液ポンプなどは、MEセンターにて一元管理し、部署にて管理している医療機器は臨床工学技士が点検している。院内緊急コード、急変を未然に防ぐ対策としてMETコールが設定され、ポケットマニュアルや掲示により周知されている。

6. 医療関連感染制御

感染管理室はICD、ICNを含む多職種の構成で、実働組織のICT・ASTは感染防止対策や抗菌薬使用の実施状況の把握と指導を行っている。感染対策実務者委員会は全ての診療科と部署から委員を選出し、情報伝達を行いやすい体制にある。全入院部門で各種のサーベイランスを行い、感染管理室の介入で感染事例の軽減が見られている。MRSAに関しては全検出菌の遺伝子検査を実施し、院内伝播についてのリスクアセスメントを行い、原因追及と早期介入に努めている。感染経路別の対策が必要な患者が発生した場合は、主治医や病棟に連絡が入り、ステーション内の掲示と病室前に対策のイラストを掲示している。ICTラウンドにより感染防止対策の実施状況を確認している。感染性廃棄物の表示や分別はマニュアルに沿って行われている。抗菌薬の使用については、感染管理室とASTが適切に介入し、起炎菌や感染部位の特定を迅速に実施して、適正に実施されている。院内における分離菌感受性パターンは定期的に把握され、周知されている。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページには、必要な情報が分かりやすく掲載されている。東北大学病院広報誌（hesso）は年6回発行し、医療機関向け広報誌である地域医療連携通信（with）を年2回発行している。更にTUHメールマガジンを発行し、病院の最新情報、取り組み、健康情報を月1回発信している。受診病院選びに必要な病院の臨床指標等も公開されている。地域医療連携センターの役割を「迅速で信頼される適切な医療連携を心を込めて」と標榜し、前方連携、相談支援、入退院支援、後方支援等を積極的に展開している。顔の見える連携を目的として「地域医療連携協議会」を医科部門、歯科部門ともに毎年開催している。地域医療機関が病院に望む課題等の把握にも努めている。ホームページや広報誌による健康情報の提供や種々多様な市民公開講座を実施している。小中学生向け院内学級の設置や、高校生には遠隔授業を実施する等、治療と学業の両立を可能とする取り組みも行われている。東北大学病院スマートホスピタルプロジェクトの一環としてオープン・ベッド・ラボを開設し、研究開発実証フィールドとして企業に提供し研究成果もあげている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

正面玄関近くに総合案内を設置し、事務職員および看護師を配置している。外来診療は患者誤認防止を意識し多職種が関与している。診療部門と検査部門が協働で患者の安全に配慮した過不足ない診断的検査を実施している。多職種のカンファレンスで入院を決定している。入院診療計画書は多職種で作成している。様々な相談に対しては、適切な職種の相談対応が行われている。入院前より、入院生活への説明が行われ、多職種による支援が開始されている医師は主治医・担当医・病棟医長・診療科長などそれぞれの立場で入院患者に責任を負い、診療情報を共有している。チーム医療の要として医療スタッフと協働作業を行っている。病棟業務は、看護基準、看護実践基準などに基づいて実践している。患者の特性に応じて、抗がん剤や抗菌薬が確実に安全に投与できる体制を整備している。輸血療法は指針に沿って実施している。診療科医師、麻酔科医師、入退院センター、歯科医師、手術室看護師、病棟看護師などが密接に協働して手術患者に対する周術期管理を適切に行っている。重症患者管理に特化した病棟だけでなく、一般病棟でも重症度に応じた診療・ケアを広く提供できる適切な体制である。褥瘡リスクの評価を行い、関連職種が関与し予防と治療が行われている。栄養管理と食事支援は、医師、看護師、管理栄養士がNSTなど専門チームと連携して介入している。症状緩和については、緩和ケアマニュアルが整備されている。入院早期からリハビリテーションの必要性を検討している。行動制限の方針を周知し、状態観察や評価を継続し、身体拘束の最小化に向けた取り組みを推進している。入院前から退院支援を実施し、多職種と連携して療養先の検討や移行を円滑に進める体制を整えている。継続看護が必要な患者には、入院時から多職種と連携し、退院後の支援を円滑に進めている。ターミナルステージは、判断基準やDNARの手順に基づき対応されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部における処方鑑査から調剤、調剤鑑査、払い出しの過程において、医薬品が、安全かつ適正に使用できるように努めている。検査部と生理検査センターでは血液・生化学検査・微生物培養検査・遺伝子検査・心電図などの生理機能検査を高い品質管理のもと、医療安全に配慮しながら適切に行っている。IVRも含め24時間体制で対応している。適時の読影が可能。確実に報告するシステムとなっている。診療技術部栄養管理部門には、室長、副室長の他、管理栄養士および委託職員で構成されている。リハビリテーションは入院早期から開始し、連続性にも配慮している。診療情報管理士による診療記録の点検など診療記録の適正性を高める取り組みは高く評価できる。医療機器は診療科購入の機器も含め保守点検の状況とともに一元的に管理されている。機器・器材の洗浄・滅菌は中央化し、滅菌の質保証されたものが払い出されている。病理部では病理専門医、細胞検査士、認定病理検査技師などがISO15189に準拠した体制で多くの組織診、細胞診、病理解剖などを行っている。検体の取り扱いと標本作成も誤認防止に配慮した手順で行われている。高精度放射線治療装置を用いて幅広く高度な放射線治療に対応している。看護師を中心に患者に寄り添った取り組みは高く評価される。輸血・血液管理では必要時に血液製剤を常時使用できる体制を構築し、自己血を含む血液製剤を適切に管理している。手術部では麻酔科医師と看護師が外科系診療科医師と協働で年間約6,000件以上の全身麻酔例を含む約10,000件の手術を実施している。医療安全や感染管理に対する配慮も適切である。集中治療部では、専兼任医師と看護師、薬剤師、臨床工学技士、管理栄養士などが診療科主治医と密接に連携して術後患者などの重症管理を適切に行っている。高度救命救急センターでは、近隣他施設と協働で三次救急患者を中心に地域の救急医療体制を担っている。院内での他診療科からの協力体制も整いつつある。

10. 組織・施設の管理

貸借対照表、損益計算書、キャッシュフロー計算書等必要な財務諸表が作成されている。予算の編成は、経営戦略企画会議で検討した後、運営会議、運営評議会で審議する仕組みとなっている。施設基準の遵守についての取り組みは、医事課を中心に関係部門と連携している。返戻、査定に関する対策も中期計画に盛り込み病院として対応している。契約は原則一般競争入札であり、委託業務の質を定期的に評価し、その結果として委託先を見直す等の実例もあり、委託業務の質の維持に努めといる。病院の施設・設備は中央監視室に配置した委託業者が終日対応し、院内清掃の実施状況は担当する事務職員が日報と定期ラウンドによって確認している。中期計画において、医薬品費の削減、診療材料費の削減を盛り込み、病院の方針の下様々な購買管理、在庫管理が検討されている。自然災害などの事業継続計画を策定し、災害対策マネジメントセンターが国や行政機関などと連携して災害対策の訓練や研修会を実施しており高く評価できる。施設の保安は防災監視室に配置した委託業者が終日対応し、院内巡視や施錠確認を行っている。夜間・休日は通用口を限定し、院内各部署の鍵も帳簿で管理している。

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	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	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	A
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・治療方法や技術を開発・導入している	A
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	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	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	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	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	A
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	S
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	S
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	S
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	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	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	S
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： 2023年 4月 1日～2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024年 8月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 国立大学法人東北大学 東北大学病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 国立大学法人

I-1-4 所在地： 宮城県仙台市青葉区星陵町1-1

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	1118	1090	-22	79.7	12.8
療養病床			+0		
医療保険適用			+0		
介護保険適用			+0		
精神病床	40	40	+0	69.5	54.3
結核病床			+0		
感染症病床	2	2	+0	0	0
総数	1160	1132	-22		

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	16	+0
集中治療管理室 (ICU)	18	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	20	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	15	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	3	-3
放射線病室	10	+0
無菌病室	25	+0
人工透析	12	+0
小児入院医療管理料病床	60	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床		
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	22	+0
精神科隔離室	9	+0
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

特定機能病院, 災害拠点病院(地域), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院(都道府県),
 エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院(大学病院本院群),
 総合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： 13人 2年目： 20人 歯科： 53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

