

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23日～6月24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

仙台オープン病院は開設以来、地域医療や救急医療を支え、地域医療支援病院としての役割を担うために地域医療機関と顔の見える連携に取り組み、信頼される高度医療の提供に努めている。病院の理念と運営方針を明確に掲げ、分かりやすい内容で院内外に示している。健診事業をはじめ、医療の質の向上や患者支援、働き方改革、災害時の救急医療体制の強化、新型コロナウイルス感染症への対応に取り組むなど、日々の努力や工夫が見られ適切に対応している。また、緩和ケアチームをはじめ栄養・摂食嚥下チーム、認知症ケアチームなど多くの専門チームが組織横断的に活動し、質の高い診療・ケアを実践している。病院経営は、院長を中心に幹部職員のリーダーシップのもと、長期的な将来像を見据え、中期計画が示され、中期計画に基づいた年次目標を作成し健全経営に取り組んでいる。今回の訪問審査では一部の業務において課題も見られたが、今後も継続的な質改善に取り組まれ、今回の受審が貴院の今後の発展に少しでも役立てれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・運営方針を具体的かつ分かりやすい内容で策定し、院内外へ広く浸透を図っている。院長をはじめ病院幹部職員は、地域医療支援病院としての役割を果たすために、病院運営にリーダーシップを発揮している。中・長期計画を策定し、それに基づいた年次事業計画を作成するなど目標達成に向けた取り組みを推進している。個人情報保護に努め、情報管理に関する方針とデータの有効活用を適切に行っている。また、規程に基づいた文書管理を適切に行っている。

医師・看護師・薬剤師など、法定ならびに施設基準上で定める必要人員を確保

し、病院の機能に見合った人材の確保に向けて継続的かつ組織的に取り組んでいる。人事や労務に必要な各種規則や規程を整備し、働き方改革や時間外勤務の削減、有給休暇の取得推進に取り組み、職員の安全衛生管理や労働環境の整備に努めている。職員の意見・要望は、意見箱の設置や業務改善委員会への意見により改善に向けた取り組みを実施し、魅力ある職場となるよう努めている。教育委員会が中心となり、全職員を対象とした教育・研修を企画し実施している。また、職員の能力評価・能力開発は資格取得のための支援を行うなど、理念達成に向けた組織運営を適切に実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を 2005 年に作成し、人権の尊重、平等、知る権利、自己決定権等ホームページなどで周知を図っている。患者への説明同意は、インフォームド・コンセントに関する規定に沿って行われ、セカンドオピニオンを求める権利も明文化している。診療・ケアに必要な情報と患者が理解を深めるための支援は、入院前から開始し入院後も多職種連携で対応している。患者相談窓口は相談内容に応じて適切な部門と連携しながら対応している。個人情報保護規程を整備し、患者の意思を尊重するなど、診療や生活上のプライバシーに配慮している。現場での比較的多く発生する倫理的課題はカンファレンスにおいて把握しているが、多職種で検討し病院として対応することを期待したい。

病院へのアクセスは整備され、院内にはレストランやイートインを設置し、病室のテレビからは入院中に必要な病院情報が入手できる。病衣、タオルのレンタルも可能であり利便性・快適性に配慮している。院内はバリアフリーで、障害者用駐車スペースや点字ブロックを設置し、医療コンシェルジュを配置して高齢者や障害者をサポートする体制を整備している。診療・ケアに必要なスペースを確保し、採光や患者がくつろげる環境の提供、清潔・安全への配慮、敷地内禁煙を徹底し患者への禁煙教育の実施など、受動喫煙防止にも取り組んでおり、患者中心の医療を提供している。

4. 医療の質

患者・家族の意見や要望は、意見箱や患者満足度調査、相談窓口などで収集し、改善策を検討してフィードバックしている。診療の質の向上に向けた症例検討会の活動に取り組んでおり、その記録や臨床指標のさらなる充実を期待したい。また、各部門部署で行われている改善事例を系統的に汲み上げて、組織横断的な形で発表し共有する仕組みが望まれる。新しい治療法や機器の導入などの手順が作成されている。

病棟、外来の診療・ケアの責任体制は、責任医師、看護師長、薬剤師、副薬剤師名を分かりやすい位置に掲示し、日々の担当看護師名や主治医、診療科の責任者不在時の代理責任者も明確になっており適切である。診療録の記載はおおむね適切であり、診療録監査も比較的活発に実施されており、フィードバックの数値化と結果の可視化を期待したい。多職種による専門チームは、褥瘡対策、緩和ケア、ハート

チーム、摂食嚥下チーム、認知症ケアチームなどがあり、お互い情報共有しながら組織横断的に活動し、病棟看護師を支援している。

5. 医療安全

多職種で構成された医療安全推進室を設置し、専従の医療安全管理者は権限をもって組織横断的に活動し、リスクマネージャーは各部門における医療安全推進者として活動している。医療安全管理対策委員会は定期的開催している。病院としてインシデント報告の範囲を「インシデントのみならず医療事故を含んだものとする」と定めている。改善が必要な事例は、分析手法を用いて分析し再発予防策を立案している。

患者確認は患者本人によるフルネームの申告を基本とし、外来は氏名と受診案内票で、入院は氏名とリストバンドで確認している。手術室・血管撮影室・内視鏡室ではタイムアウトの実施を徹底し記録している。指示出し・指示受けはマニュアルを遵守している。臨床検査値のパニック値、放射線診断での緊急所見に対する対応、読影レポートの開封確認を適切に実施している。重複投与や相互作用などの確認は、薬剤部と病棟薬剤師が連携し行っている。抗がん剤はレジメン登録され、調製・実施の過程において薬剤師が安全使用に関与している。ハイリスク薬、麻薬、向精神薬の管理も適切である。転倒・転落防止は、入院時に全患者にリスク評価を行い、看護計画を立案し、適宜見直すなど、適切に対応している。医療機器マニュアルを整備し、ポンプ類や人工呼吸器は看護師が理解しやすい動画を作成している。人工呼吸器装着中は、臨床工学技士が毎日ラウンドし作動状況を確認している。緊急コードを設定し職員に周知している。救急カートは院内で統一し、定期的に点検している。

6. 医療関連感染制御

医療安全推進室内に感染管理部門を置き、ICD、ICN、薬剤師を配置し実務を担っている。院内感染対策委員会は医療安全推進室長を委員長として、定期開催に加え緊急時には随時招集・開催している。マニュアルも適宜改訂され感染制御に係る体制は確立している。アウトブレイクの定義を規定し、MRSA、耐性菌等の感染発生時は速やかに対応している。ICT ラウンドを行い、感染予防策の現場での実施状況を確認し、指導を行っている。

医療関連感染を制御するための活動は、手指衛生遵守率向上に向け取り組まれている。個人防護用具は使用基準をマニュアルに明記し遵守されている。感染経路別予防策は院内感染対策マニュアルに基づき実施され、血液・体液の付着したリネン類の取り扱い、感染性廃棄物の分別・廃棄も適切に行われている。感染対策マニュアルに抗菌薬の使用基準と適正使用および周術期予防的抗菌薬投与方法を明記し実践している。AST ラウンドで抗菌薬適正使用の確認と評価を行い、アンチバイオグラムや抗菌薬使用状況などのモニタリング結果は定期的に委員会へ報告するなど、医療関連感染制御は適切である。

7. 地域への情報発信と連携

必要な情報は、病院案内や入院案内、ホームページ、仙台市医師会が発行する市民向け広報誌を通して定期的に病院情報を発信している。行政機関や医療機関には、機関紙「れんけい」や業績集を使用して診療機能、研究実績を発信し、ホームページには病院指標として診療実績を公開している。また、地域の医療関連施設等との連携は地域医療連携室が担当し、外部委員が参加する地域医療連携運営委員会や登録医への訪問などを通して医療ニーズを把握している。登録医専用の電話を設置して患者紹介や診療・検査予約等の各種依頼に対応している。返書も地域医療連携室が一元管理して適切に対応している。地域の健康増進への取り組みは、オープン健康講座や地域健康講座、小学生への感染対策教育を行っている。健診事業は人間ドックを中心に各種検診に取り組んでいる。地域の医療従事者には認定看護師、診療看護師、救急救命士を講師とするオープン出前講座やBLS 出前講座を行うなど、地域への情報発信と連携は適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるように、ホームページでの案内や総合案内の設置、病診連携などによる体制を構築している。外来患者の呼び出しは電光掲示板で受付番号を用いており、プライバシーに配慮している。外来に認定看護師を配置し、病状説明の同席や患者支援、指導などを医師と共有している。病状や外来での検査等の結果を踏まえ、外来担当医が医学的根拠に基づいて入院の適応を判断している。入院時から多職種が患者のサポートを実施している。入院決定後、看護師の情報収集と医師の治療方針を踏まえてリスク評価を行い、入院診療計画を作成し、説明・同意のもと入院治療を行っている。患者・家族の相談窓口は、総合サポートセンターで一本化し、相談内容に応じて適切に対応している。入院の説明は、予約時点から入院支援看護師が入院オリエンテーションを行っている。

医師はチーム制とし、病棟回診を毎日行い、患者の病態を把握して診療録に記録し、多職種カンファレンスを定期的に行っている。看護管理基準・業務基準を整備し、患者のニーズや状態を総合的に評価して看護計画を立案し看護ケアを実践している。薬剤師を全病棟に配置し、持参薬の鑑別と継続のチェック、薬歴管理、服薬指導、疑義照会を行っている。輸血については必要性の判断も診療録に記載し、一連の実施記録も適切に行っている。周術期は多職種の関与によって患者の理解の促進や精神面の支援を行い、手術は安全に実施している。重症患者は、各病棟の重症者用病室で多職種の関与を得て治療している。入院時全患者に危険因子評価を行い、褥瘡管理が必要な場合は計画を立案してケアを提供している。入院時の栄養スクリーニング評価から、摂食状況、摂食・嚥下機能を把握し栄養方法の選択や、栄養指導を適切に行っている。症状緩和は、NRS を使用し、がん性疼痛に関してはWHO 方式ガイドライン沿った疼痛コントロールを行っている。医師の処方により各療法士が病態に応じて目標・実施計画を立案し、早期リハビリテーションに積極的に取り組んでいる。身体抑制の説明と同意書は三原則により作成している。身体抑制の実施の判断は、行動制限の判断基準アセスメントフローチャートで評価し医師

の指示のもとで患者・家族へ説明し同意を得て行っている。退院支援は、医師、担当看護師、退院支援看護師と地域連携室が患者・家族の意向に沿う意思決定支援を協働して実施している。多職種カンファレンスを行い、患者の状態、生活様式に合わせた退院後の方向性を検討し患者・家族へ説明している。終末期医療は病院としての方針を定め、主治医を含めた多職種で判断している。患者の意思決定支援やターミナルステージに合わせた終末期ケアが医療チームで行われるなど、チーム医療による診療・ケアの実践は適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

調剤はすべて処方鑑査を行い、調剤鑑査、疑義照会も手順を遵守し行っている。抗がん剤の調製・混合は薬剤師が安全キャビネットで行っている。臨床検査は病院の機能に必要な項目を自院で実施している。日常の精度管理や機器の災害対策などを整備している。緊急および夜間・休日の検査に対応し、緊急性を有する所見は診療放射線技師から放射線科医師に、放射線科医師から依頼医に直接連絡している。調理施設は清潔に管理し、一連の作業を適切に実施している。患者の状態や嗜好に合わせて食事を提供する個別対応に取り組んでいる。入院患者の心大血管・呼吸器・がん・廃用症候群のリハビリテーションに対応し、早期リハビリテーションに積極的に取り組んでいる。診療情報は電子カルテシステムと一部の紙カルテで管理している。診療記録の量的点検はコーディングにあわせて全件行っている。人工呼吸器や輸液ポンプ・シリンジポンプ等を中央管理とし、院内の医療機器は機器管理システムで管理し、医療機器の保守点検の年間計画を作成している。洗浄・滅菌の質の保証がなされ、リコール発生時の手順も作成し周知している。

病理診断は常勤および非常勤医師によって高い精度管理を実現している。輸血・血液管理は、廃棄率減少に積極的に取り組んでいる。手術・麻酔はスケジュール管理が行われ、手術延長や緊急時にも必要な体制を整備している。集中治療機能は主治医と他診療科医師、スタッフの協力のもと、集学的な治療を行っている。救急医療は仙台地域の一割弱の救急車を受け入れ、災害拠点など病院機能に応じた医療を展開している。

10. 組織・施設の管理

年度予算は前年度実績や事業計画、中期計画に基づいて編成し、経営状況を分析して改善方針を各部門に発信している。レセプト点検や査定対策に医師が関与している。入院患者の未収金は連帯保証人代行制度を導入し、回収率の向上と業務の軽減に努めている。

委託業務は、委託業者と管理責任者で定期的に協議を行い品質改善に努めている。施設・設備は24時間体制で管理し、感染性廃棄物の管理も適切である。医療材料・消耗品はSPDシステムを業務委託し在庫数、使用期限などを管理している。発注から納品までの担当者を区分して内部牽制機能を発揮している。

建物は全棟免震構造であり、災害拠点病院としてDMATを保有し、通常の80%程度の電力を供給できる自家発電装置を設置し、食料・飲料水は3日間分備蓄してい

る。緊急時の対応として院内緊急コールや警察通報用の非常通装置を整備しており、保安体制は適切である。医療事故等への対応として、医療安全マニュアルを整備し手順を定めている。

1 1. 臨床研修、学生実習

初期臨床研修医は研修管理センターに所属し、研修医が単独で実施できる診療行為も初期臨床研修医手帳で明示している。評価は研修管理委員会で指導医のほか看護部、薬剤部が行い、メンターや臨床心理士によるサポートもある。研修医の意見・要望はプログラム責任者との面談を通して収集している。研修医が指導医の評価を行い、改善に活かしている。看護部の初期研修はキャリア開発ラダーに基づいて実施し、そのほか各職種においても教育スケジュールを作成して実践している。

学生実習は総務課人事係が担当し、医学生や看護学生、薬学生、リハビリテーション関係療法士、歯科衛生士、社会福祉士等の専門資格職種の学生を積極的に受け入れている。オリエンテーションでは共通事項として病院の理念や方針、医療安全、感染制御、個人情報保護について実習生に説明している。実習は各学校の実習要項と評価表に基づいて実施し、患者・家族から同意書を得て実施しており、研修・実習への取り組みは適切である。

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	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	A
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	B
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	B
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	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	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	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	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	B
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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 3 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公益財団法人仙台市医療センター 仙台オープン病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 公益法人

I-1-4 所在地： 宮城県仙台市宮城野区鶴ヶ谷5-22-1

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	330	330	+0	78.6	8.8
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	330	330	+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)	8	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	8	+0
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		
地域包括ケア病床		
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	21	+0
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), 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： 5 人 2年目： 5 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

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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	256.02	261.23	255.57	98.01	102.21
1日あたり外来初診患者数	39.06	35.95	36.99	108.65	97.19
新患率	15.26	13.76	14.47		
1日あたり入院患者数	246.79	276.60	278.23	89.22	99.41
1日あたり新入院患者数	25.32	27.08	26.83	93.50	100.93