

## 総括

### ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」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30日～5月31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
------	--------	----

### ■ 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。

#### 1. 病院の特色

貴院は、県内で初の緩和ケア病棟（ホスピス）を開設して緩和医療を行ってきた背景があり、内科（呼吸器）・リウマチ内科・小児科・緩和ケア内科を中心に診療科を開設している。病院の理念は、ビジョンとして『「わたしは、こう生きたい」を実現する。』と掲げ、基本方針の3項目と併せて病院運営の基本としている。病院機能評価は、今回で4回目の受審となっている。一定の水準にあると評価された項目もあるが、いくつかの項目では課題も示されているため、より一層の改善活動への取り組みを期待したい。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院ビジョン（理念）や基本方針は明文化され、積極的に院内外へ周知している。病院の将来像については病院長から明文化され、院内への周知に関しては、管理会議や主任会議を通じて行われている。最高意思決定会議や各種会議・委員会は定期的に開催され、決定事項の情報伝達も適切である。情報の管理・活用はオーダリングシステムの導入や部門システムの稼働により、効果的に運用している。文書管理規程は改訂を行い、文書管理は事務部長が管理者となって承認は事案ごとに稟議書を提出し、保存や廃棄も規定している。

各資格職に関しては法定の必要数は充足しており、一層の充実を求めて看護師や臨床検査技師などの採用を目指している。人事・労務管理では、職種による総労働時間数や有給休暇の取得率おおむね一定である。健康診断の受診率は医師を含めて100%であり、ほぼすべてのワクチン接種も病院負担で実施されている。職員からの意見・要望は、主任会議やグループワークなどから収集している。職員への教

育・研修は、研修への参加率向上や必要性の高い課題への対応、研修内容の評価の実施などへの取り組みが望まれる。職員の能力評価は、人事考課により定期的実施している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化されており、高齢者や認知症患者などの社会的弱者の権利の擁護も個別に配慮している。説明と同意の方針を定め、範囲や同席者の基準を明確にしているが、書式の標準化に向けた取り組みが望まれる。患者・家族との情報共有では、クリニカル・パスや診療情報提供書などを基に入院目的・治療方針・ケアの内容を共有し、主体的な患者参加を促している。患者の支援体制では、地域医療連携室に医師や社会福祉士、看護師を配置している。個人情報保護の規程が整備され、プライバシーにも配慮もしている。倫理委員会を設置し、倫理的課題に対する方針を明確にしている。病棟では多職種が参加する倫理検討カンファレンスを開催し、倫理的課題を取り上げ検討している。

来院時のアクセスについては、ホームページや病院案内、入院案内などに掲載している。駐車場の整備や売店の設置など、患者・面会者の利便性に配慮されている。病院内はバリアフリーであり、車椅子利用者などにも配慮している。病院内の器材・ケア用品などは全て収納され、病室・廊下などは整理・整頓されている。病院内・敷地内禁煙に関しては入院案内などに掲載し、禁煙のポスターを院内に掲示して周知している。

### 4. 医療の質

患者・家族からの意見は意見箱等から収集し、対応策に関しては管理会議に諮って話し合いを行っている。新規入院患者および死亡症例などを中心として常勤内科医が参加する症例検討会が実施されているが、医療の質改善を目的に病院として必要なクリニカル・パスの作成が望まれる。各委員会や各部署で医療サービスの質改善に向けての話し合いが行われ、改善が期待される内容を質改善シートに記載して院内で共有している。保健所の立入検査や東北厚生局の適時調査には、指摘事項に対して適切に対応している。臨床研究を実施する際には倫理委員会に諮って、患者の権利擁護の視点から検討を行っている。また、新たな医療機器を導入する際にはデモンストレーションを行って、使用する職員に必要な知識と技能を指導している。医薬品を新規採用する場合には、医師が申請して薬事委員会で検討を行っている。

病棟・外来の責任体制は明確にしている。診療録管理マニュアルが整備され、医師の診療録の質的監査は医師が相互に監査し、看護師の診療録は記録検討委員会のメンバーが監査を実施している。多職種で構成されたチームを組織し、患者のケア計画や課題の抽出など診療・ケアの向上に向けて活動している。

### 5. 医療安全

医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者に対し組織横

断的に活動できる権限を与え、医療安全部門や委員会を設置して安全確保に向けた体制を確立している。インシデント・アクシデントレポートを収集し、発生場所で検討された対策の妥当性や、さらなる対策の検討などを行っている。

誤認防止マニュアルに則り患者確認、検体確認等の手順を明確にし、チューブ類の誤接続防止などの対策を実施している。検査や内服薬・注射薬の処方オーダーリングシステムを用いて行い、看護師による指示受け・指示実施の状況は適切に記録されている。病棟配置薬と救急カート内の薬剤は適切に保管・管理されている。薬剤の副作用歴やアレルギー歴は薬剤師が確認してシステムに入力し、過量投与はシステムで確認できるようにしている。転倒・転落防止対策は、全入院患者に転倒・転落危険度を評価してアセスメントしている。医療機器の日常点検、使用中の安全確認・管理等はチェックリストに沿って使用部署で行っている。患者急変時等の対応については、緊急招集コードを設定して周知している。救急カートの内容・配置は院内全体で統一しており、看護師と薬剤師が定期的に点検・整備している。

## 6. 医療関連感染制御

病院長を委員長とする感染対策委員会を定期的を開催し、院内における感染対策に関する情報共有と対策決定を行っている。また、感染対策に関する各種のマニュアルを整備している。環境ラウンドの結果については、多職種や他部門が参加する感染対策委員会において共有し、各現場の感染対策に役立てることが望まれる。院内における感染症の発生状況が毎週臨床検査室から報告され、必要に応じて臨時の感染対策委員会が開催されている。アウトブレイク時の対応マニュアルを改訂しており、アウトブレイク宣言発出の基準を見直している。

感染防止対策マニュアルを整備し、感染対策チームのラウンドによる現場への直接指導を行い、速やかに改善に取り組み感染制御に努めている。ケアに必要なエプロン・グローブは適切な場所に設置してPPEを実施している。医療廃棄物バケツにハザードマークのないものが見受けられたため、ハザードマークの表示が望まれる。抗菌薬の採用・採用中止は薬事委員会で検討し、院内アンチバイオグラムを基に独自の抗菌薬ガイドラインが作成している。抗菌薬は病棟ごとの使用件数が毎月の感染対策委員会に報告され、各医師に使用状況がフィードバックされている。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報の窓口は、地域医療連携室が担当している。主な広報媒体はホームページであり、必要に応じて直近の情報を掲載しているほか、病院案内や入院案内も直近の内容を反映し発行されている。広報誌も定期的に発行し、ホームページにも掲載している。診療情報の発信では、診療統計（診療実績）がホームページ上に掲載されている。また、宮城県の医療機能情報提供システムにも詳細な状況が掲載されている。県内の病院・施設の状況は、地域医療連携室が情報収集している。地域の医療関連施設との連携については、近隣病院とのネットワークを構築し、隔月でリモート会議に参加している。紹介・逆紹介の実績も集計し、施設間の紹介・逆紹介は地域医療連携室が窓口となって対応しており、高度・専門医療も連携先が決まってい

る。地域の健康に寄与する活動としては、市民健診や予防接種などの健康増進活動を行っている。新型コロナウイルス感染症のワクチンの接種や保育所の嘱託医を行うほか、中学生の職業体験の受け入れも実施している。研修会活動では、看護学校・高等専門学校・短期大学などに緩和医療の講義を行うほか、2023年度は認定看護師による地域講座を予定している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診や入院の手続きは、ホームページに詳細な案内が掲示されている。外来診療は、看護師が病態に応じたトリアージを行うなど適切に対応している。小児科外来において栄養療法による体質改善の指導や、浸潤療法による創傷部位の治癒促進の指導を実施しており評価できる。地域の医療・介護施設からの紹介患者は、地域医療連携室が窓口となり受け入れている。検査の必要性和リスクは随時説明が行われ、同意書が必要な侵襲的な検査は一覧に明示されている。自院の診療と責任範囲はホームページなどで案内しており、他院に紹介する場合も速やかに紹介できる環境を整えている。緊急的な入院は医師が判断し、予約入院の場合は患者・家族の希望を取り入れて決定している。入院診療計画書における医師の診療計画や医師以外の職種による治療計画には、患者の個別性と患者・家族の要望がより反映されることが望まれる。患者からの相談は地域医療連携室が窓口となり、適切な担当者に振り分けている。入院前に医師とMSWが面接を行い、入院の決定をしている。

医師は、多職種カンファレンスにおいてはリーダーシップを発揮しながら、治療・ケアの方針を決定するなど病棟業務を適切に行っている。病棟の看護体制はPNSで展開し、看護業務は病棟運用マニュアルと看護基準・手順に則り実施している。薬剤師は調剤鑑査を実施し、配合・調製に必要な薬剤の場合には、メッセージカードを添えて注意喚起を行っている。輸血業務マニュアルに、輸血用血液製剤の使用に関する適応と使用基準が定められている。院内における重症患者は、重症度・要注意分類選定により定められ、多職種が必要に応じて関与しながら診療を行っている。

褥瘡の予防・治療は、リスクを評価して計画を立案し、悪化防止と予防策を実施している。管理栄養士は栄養アセスメントを実施し、栄養管理計画書を作成して指導を実施している。症状緩和については、がんによる疼痛などの苦痛と非がん疾患による苦痛を考慮しながら、医師・ケアスタッフが緩和ケアマニュアルに則り苦痛緩和を実践している。リハビリテーションの必要性は病棟スタッフを含めて検討し、各病棟のオーダー率を算出して指標管理を行っている。身体抑制は、やむを得ない場合は身体拘束3原則の確認と身体抑制マニュアルに則り実施している。

退院支援は、早期介入を心がけ、退院前カンファレンスなどを実施している。自宅退院後のケアは、医師・看護師、その他関与した職種による情報提供書などにより、入院中の経過を外来や訪問診療・訪問看護へ伝達し、継続されるようにしている。ターミナルステージの判定では、医師は他職種が参加するカンファレンスの意見を参考にし、患者・家族に十分な説明を行って同意を得たうえで看取りの方針を決定している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、持参薬は薬剤師が鑑別と残数の確認を行い、医師が各持参薬に対する継続・中止の指示を出している。臨床検査機能は、臨床検査運用マニュアルを随時更新し、臨床検査運営委員会で新規検査の導入や基準値の変更などを報告・周知している。画像診断機能は、迅速に実施し、休日・夜間もオンコール体制で検査が可能である。悪性所見・異常所見を迅速かつ確実に発見するために、遠隔読影なども検討が望まれる。栄養管理機能では、患者の特性や嗜好に配慮し、個々に応じた調理形態への取り組みが行われている。リハビリテーション機能は、療法士により必要なリハビリテーションに対応している。診療情報管理機能は、診療情報管理士により一元的な管理が行われており、診療記録の量的点検も100%確認している。医療機器管理機能では、医療機器安全管理責任者の病棟師長が一元管理している。洗浄・滅菌機能は、洗浄作業は中央で一括して行い、器材の滅菌はオートクレーブを使用して適切な作動を確認している。

病理診断機能では、組織診および細胞診で悪性所見が出た際には、臨床検査技師が医師に結果報告書を直接手渡し、悪性所見の伝達ミスを防いでいる。輸血・血液管理機能は、血液製剤の発注・保管・供給は臨床検査室が行っている。救急医療機能では、救急患者対応・受入手順が作成されており、小児科患者および内科患者の受け入れの方針・手順が定められている。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、年間の予算書を策定して月次決算を実施し、会計処理や会計監査も適切に行われている。医事業務は業務マニュアルに定められ、レセプト業務は医師との連携で適切に対応している。施設基準の確認、未収金の回収も手順に従って適切に対応している。委託業務は多岐にわたって実施しており、選定の基準は明確にしている。

施設・設備は病院の機能に応じた設備機器を整備し、年間の保守管理計画が策定されている。夜間・休日などの緊急時の対応は、設備会社などへの緊急連絡網が整備されている。診療材料にはSPDシステムが導入されており、診療材料以外の購入には内部牽制が働く仕組みとなっている。医薬品や診療材料などの使用期限管理は、データにより確認し、実地棚卸は年2回実施している。

火災発生時の災害マニュアルを整備し、夜間・休日を想定した総合避難訓練が実施されている。停電時の対応では非常用コンセントの設置や自家発電機器の装備を行っている。保安業務は、防犯マニュアルに従って各保安業務を実施している。院内には防犯カメラが設置され、面会許可は入館証などで管理されている。医療事故の対応には、事故防止対策委員会が設置され、手順書も各部署に配布している。

## 11. 臨床研修、学生実習

現在受け入れしている実習生は、医師・薬剤師・看護師・理学療法士・管理栄養士・診療情報管理士・医療事務など多岐にわたっている。カリキュラムは養成学校の実習要項に従っている。病院の受入窓口は事務部門が担当し、各部門・部署で学

生の実習を行っている。医療安全・医療関連感染の教育、家族への承諾、学生の事故対応なども規程や実習要項に定められており、実習中の事故に関しての保険も付保されている。実習生の評価は資格ごとに養成学校との協定内容により行われている。特に、理学療法士については、厚生労働省指定の臨床実習指導者講習会を受講した臨床実習指導者によって行われている。

# 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・プライバシーを適切に保護している	B
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	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	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	B
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	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	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	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	B
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	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	A
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	NA
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	栄養管理と食事指導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	A
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	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
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	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	NA
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	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	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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 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：一般財団法人やまとコミュニティホスピタル 光ヶ丘スペルマン病院

I-1-2 機能種別：一般病院1

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東仙台6-7-1

## 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	140	140	+0	67.3	30.6
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	140	140	+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	10	+1
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	40	+0
緩和ケア病床	20	+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

## 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

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	77.41	83.16	101.97	93.09	81.55
1日あたり外来初診患者数	7.18	4.85	5.85	148.04	82.91
新患率	9.28	5.83	5.74		
1日あたり入院患者数	94.15	91.17	107.11	103.27	85.12
1日あたり新入院患者数	2.28	2.57	2.70	88.72	95.19