

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」及び副機能種別「リハビリテーション病院」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 19 日～6 月 20 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

機能種別 リハビリテーション病院（副）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。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は 1912 年に多数の地域住民の協力のもと設立された、100 年余の歴史をもつ病院である。「わたしたちは、確かな医療と共同で地域の安心を支えます」との理念を掲げ、塩釜地域の中核病院として地域医療を担っている。現在は、地域災害医療センター（地域災害拠点病院）、地域医療支援病院、臨床研修病院（基幹型）などの指定を受け、地域の医療機関はじめ、介護事業所、福祉機関との連携を強化し、患者本位の医療を目指して取り組んでいる。急性期医療中心に展開されているが、経済的に困難な患者の受け入れ、無料低額診療事業の取り組みなど、患者に寄り添い治療に向けていくという病院の姿勢は評価できる。また、臨床研修にも力を注がれ、基幹型の臨床研修病院として、多くの医師を育成してきていることは評価できる。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および基本方針を明文化しており、病院の内外に適切に周知されている。病院管理者・幹部は病院運営上の課題に対して、職員の就労意欲を高める取り組みを行うなど、適切にリーダーシップを発揮している。病院の意思決定会議として管理部会議を定期的に行い、議事録も適切に作成している。中長期計画に基づき年度計画、そして職場目標が立てられ、総括も行っている。情報管理は規程を遵

守し適切に管理している。文書管理も適切である。

病院機能に必要な職員定数を定め、採用計画に基づいて人材確保に向けて適切に取り組んでいる。人事・労務管理では、就業規則などの規程の周知は行われ、職員の就労管理も適切に行っている。職員の安全衛生管理については、安全衛生委員会を適切に開催しており、取り組みの内容も適切である。

職員の意見や要望の把握については、定期的に職員満足度調査を実施している。また、年2回病院長と看護部長が各部署をラウンドし、意見や要望を聞いている。さらには、労働組合との労働条件などの協議を行う場がある。業務改善提案表彰制度があり、個人・部署、委託職員含め毎月審査し表彰しておいる。その中から、さらに院長賞として年1回表彰している。また、職員のモチベーション向上のために、Hit Bitプログラムを実施し、そのほか子育てカンファレンスを開催して子育て職員同士の交流を行っている。福利厚生も充実しており、職員にとって魅力ある職場づくりは高く評価できる。

病院として必要な全職員対象の研修会については、計画に基づきおおむね適切に実施している。職員の能力評価・能力開発は、人事考課として育成面接を実施しており適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化しており、病院の内外への周知を含め適切に対応されている。説明と同意については、同意が必要な医療行為が明確になっている。しかし、説明と同意書の様式について古いものと新しいものが混在している状況がみられたので、使用状況の検証や整理が必要である。患者との情報共有と医療への参加の促進は、必要な情報収集や各種説明書、クリニカル・パスの活用、誤認防止、転倒・転落など、医療安全への取り組みを含め適切である。

患者支援体制では、患者様相談室と医療相談室を設置し、多職種が連携して多様な相談に応じている。患者の個人情報保護とプライバシー保護は、プライバシーマークの認定施設であること含め、適切に保護に努めている。臨床における倫理指針を定め、病院としての対応を明確にしている。また、現場における倫理的課題については、多職種参加のカンファレンスや倫理委員会にて検討する仕組みもあり適切である。

施設は患者・面会者の病院へのアクセスなどを含めた利便性や、病院内の快適性に配慮している。また、車椅子などの配置および整備、安全に配慮したトイレや浴室など、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。病院は敷地内禁煙であり、職員の喫煙率は低下してきており、受動喫煙防止対策はおおむね適切である。

4. 医療の質

患者・家族からの意見は、意見箱や患者満足度調査を定期的の実施し、収集・検討し改善に向けた仕組みがある。また、病院外委員が入る病院利用委員会が開催されており、改善に向けた取り組みは適切である。診療の質向上に向けた取り組みに

について、各診療科での症例検討会、CPC は定期開催となっている。クリニカル・パスは委員会を定期開催し、退院アウトカムバリエーション分析や適用率の向上に努めている。業務の質改善への取り組みは、病院機能評価の受審をはじめ、各部署内での能動的改善活動の成果を発表する「いいね！サイゼンプロジェクト（PJ）」発表会を年2回開催し、優秀者を表彰している。また、接遇環境改善委員会が、定期的に院内ラウンドを行うなど、医療サービスにおける組織横断的な改善に取り組んでいる。

新たな診療技術の導入や薬剤の適応外使用の可否はおおむね適切に行われているが、臨床研究に関する審査や症例報告などの事案は、医師以外の職種対象事案はほぼ事務部門での審査にとどまっており、今後は倫理委員会の役割拡大など、その審査方法についての検討が望まれる。

病棟における診療・ケアの責任体制は明確となっているが、病棟に薬剤師や管理栄養士の責任者氏名を表示されるとなお良い。診療記録については、今後質的監査の充実と退院時サマリーの作成率向上が望まれる。多職種協働の取り組みとして、多職種からなる組織横断的な各専門チームが積極的に活動している。

5. 医療安全

医療安全委員会を中心に安全対策室に専従の医療安全管理者を配置するなど、体制は確立している。インシデント・アクシデント情報の収集・分析、改善策の検討、院内ラウンド、安全情報の発信など、医療安全の活動は組織横断的に機能している。安全情報は医療安全委員会ニュースや安全メールにて周知している。全職員を対象にした教育・研修は、複数回開催することで受講率を高めており、欠席者へのフォローも工夫されている。

患者の誤認防止対策として、患者確認は本人が氏名と生年月日を名乗ることを原則とし、入院ではリストバンドによる確認、手術室における部位確認は、タイムアウトやマーキングで実施している。情報伝達エラー防止では、電子カルテ上による指示出し・受け・実施・実施確認の流れは、口頭指示の手順含め確立している。検査結果は「医療従事者・患者のダブルチェックキャンペーン」を行い、確実に伝達できる仕組みがある。

薬剤は適切に管理されている。抗がん剤のレジメン登録・管理は適切であり、調製・混合は全て薬剤師により安全キャビンネットを使用して行っている。転倒・転落防止対策は、入院時に患者全員を対象としてリスクを評価し、評価に応じて適切にケアにつなげている。病棟の主な医療機器は臨床工学技士が管理し、新人研修や中途採用者、部署ごとや全職員を対象に医療機器の安全使用に関する研修を計画的に行っている。急変時の対応については、院内緊急コードを設定しており、院内各所に救急カートも配置されている。全職員対象のBLSやAEDの取り扱いなどは全体研修を行っている。

6. 医療関連感染制御

感染制御室に専従の ICN が配置するなど、医療関連感染制御に向けた体制は確立している。感染対策委員会と実働部隊としての ICT、AST 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、現場の状況と課題の把握および対策を検討している。

日常的な院内の感染発生状況は、感染制御室への報告体制および ICT ラウンドにて把握しており、耐性菌発生状況、手指消毒剤使用量、抗菌薬使用状況のデータに加え、SSI、CRI、VAP、UTI などのサーベイランスが実施されている。アウトブレイクへの対応を整備し、院外の感染関連情報についても収集し、職員への情報提供を行っている。近隣の高齢者施設等でのアウトブレイク時には一緒に対応を行うなど、情報収集・検討体制は地域連携体制も含めて適切である。

抗菌薬の使用に関して、適正使用に関する指針に沿って使用しており、適正使用のためアンチバイオグラムも作成されており、広域スペクトラム等の特殊な抗菌薬は届け出制となっている。AST により培養結果に基づくデ・エスカレーションについても迅速な検討がなされ、必要に応じて ICD と担当医とのやり取りも適切に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

必要な情報発信は、広報誌やホームページにより行っている。広報誌の内容は、病院機能や連携医療機関の情報、トピックス等含め充実しており適切である。また、ホームページの内容も充実しており、外来受診の方法や入院時の手続き、診療科紹介、臨床指標などを適切に広報している。

地域連携については、地域医療連携室に看護師や事務職員を配置し、紹介患者受け入れや逆紹介、返書対応など一元管理を行っている。また、地域の医療機関や介護事業所等への訪問を行い、地域の状況を把握している。さらには、在宅医療合同カンファレンス、介護職員と病院職員の連携・情報共有を図るワールドカフェが開催されている。

地域に向けて医療についての教育・啓発活動としては、坂総合病院市民公開講座を定期開催している。地域の医療従事者向けに、認定看護師による感染症対策や認知症患者への看護、身体抑制等の研修などの講師を務めている。また、リハビリでは介護福祉士やケアマネジャーとの研究発表会を開催している。患者や地域住民向け、みやぎ東部健康福祉友の会会員向けに、健康まつり、糖尿病、がん、緑内障、高血圧等の健康教室、健康相談会が開催されているなど、地域に向けた活動は適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

病院玄関入ったところに総合案内を設置し、患者様相談室の事務職員が常駐し、患者からの相談や受診に関するトリアージを行っている。初診や再来患者、紹介状を持参した患者の手続きを含め、受付から外来診療への流れは良好である。診断的検査は検査の必要性の判断や十分な説明を行い、同意を得て実施している。入院の

必要性は医学的に判断し、患者・家族に説明し、同意を得て入院を決定している。入院診療計画書は各種リスク評価の結果を踏まえて作成し、患者・家族に説明している。医療相談室と患者様相談室に看護師やMSW、事務職員を配置し、医師や病棟看護師、退院支援看護師、リハビリなどメディカルスタッフ、地域の関連施設との連携を行いながら、多岐にわたる患者・家族からの相談に適切に応じている。

医師は毎日回診し、患者の病態を把握し結果を診療録に記載している。病棟スタッフと日々の情報抗がんが行われ、適宜、必要なカンファレンスに出席しチーム医療の中心的役割を果たしている。看護師の病棟業務は各種基準・手順に基づき、日常生活援助、診療補助業務を行っている。また、入院時の各種アセスメントシートを活用し、患者ニーズを把握して、必要なケア計画を立案し実践している。各病棟に担当薬剤師を配置し、薬歴管理、服薬指導など適切に行っており、抗がん剤はレジメン登録に従い、薬剤師が安全キャビネットにより100%実施している。輸血は輸血療法マニュアルに基づいて説明し、同意を得たうえで実施している。手術・麻酔の適応と方法は当該診療科、関連診療科がカンファレンスを通じて決定している。独立したHCU6床を運営し、自院で定めたHCU入退室基準に基づき、集中治療を必要とする重症患者を適切に管理している。

褥瘡予防・治療に関しては、全入院患者に対してリスク評価を行い、リスクに応じた予防対策と治療を適切に行っている。栄養管理と食事指導では入院時に栄養アセスメントを実施したうえで栄養状態を把握し、栄養管理と食事指導を行っており、NSTの介入やミールラウンドの取り組みも適切である。症状緩和は、今後、病院としての緩和ケアマニュアルの整備が望まれる。

リハビリテーションはリハビリテーション科専門医を複数配置し、あらゆる入院患者の治療の一環としての位置づけにあり、入院当初より必要なリハビリテーションを実施していることは評価できる。身体抑制の取り組みはおおむね適切に行われている。退院支援に関して、入院時に退院スクリーニングを行い、入院早期から退院支援計画の立案、多職種カンファレンスが実施され適切に退院支援を行っている。継続療養の必要性のある場合は、多職種による退院支援カンファレンスを実施し、退院後の継続療養につなげている。ターミナルステージへの対応は適切に行われている。

<副機能：リハビリテーション病院>

リハビリテーション科専門医を配置し、適切にリハビリテーションを提供している。地域唯一のリハビリテーションを提供する病院であり、今後も地域の中核としての機能が期待される。特に社会的問題を抱えている患者を断らず積極的に受け入れていることは評価できる。外来から入院へのプロセスは適切である。侵襲を伴う検査の実施についても適切である。入棟時カンファレンスを開催し、診断・評価のうえで多職種参加の入院診療計画書が作成され、患者・家族に説明し、同意を得ている。医師の極めて詳細な「リハビリ指導依頼」箋に基づき各療法士が初期評価を詳細に行い、患者・家族の要望も考慮してリハビリテーション実施計画書を作成している。

リハビリテーション科専門医と後期研修医が主治医を担当しており、入棟カンファレンスで詳細な「回復期リハビリ指導」指示箋を記載し、入院診療計画書、リハビリテーション総合実施計画書を作成している。毎朝の回診とともに必要な指示と実施確認、検査結果の評価、合併症の評価・管理も適切に行っている。回診後の看護師・療法士が参加する病棟ミーティング、医師・各療法士など、多職種参加の回復期リハビリテーション病棟カンファレンス、おとびミールラウンド、VE・VFラウンドなどの課題別のラウンドで患者情報を把握・共有し、治療方針等を説明し、指導している。毎月と必要時の患者・家族との面談や装具などの処方も適切に行われ、チーム医療における医師のリーダーシップは秀でている。

褥瘡予防と治療、栄養管理と食事指導、身体抑制の取り組みは適切である。症状緩和は一般病棟と同様の課題である。理学療法、作業療法、言語聴覚療法はいずれも確実・安全に取り組まれている。入院時に在宅移行に関する課題など患者・家族の意向が把握され、リハビリテーションが実施されている。退院が予定されると、退院前家庭訪問が行われ、患者・家族を含めた退院前カンファレンスが行われ、退院支援が適切に行われている。退院時には「入院経過要約」「看護情報提供書」「リハビリテーション計画書」が連携先に提供され、適切に継続療養につなげている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬局は24時間体制であり、処方鑑査、疑義照会、抗がん剤やTPNの調製・混合、注射薬1施用ごとの取り揃えなどの対応含め、おおむね適切に機能を発揮している。臨床検査機能、画像診断機能はいずれも24時間体制であり、体制含め確実・安全に実施している。栄養管理機能では衛生面に配慮し、患者の特性に合った食事を適切に提供している。

リハビリテーション機能は、常勤の専門医の配置と療法士の充実した体制のもと、心大血管、脳血管疾患、運動器、呼吸器のリハビリテーションを適切に実施している。診療情報管理では、診断名や手術名のコーディング含め、適切に診療情報管理機能を発揮している。臨床工学科では、主な医療機器について一元管理を適切に行っている。洗浄・滅菌機能については、中央材料室において滅菌の質保障の確保、保管・管理など含め、適切に機能を発揮している。

病理診断機能は、常勤病理医、細胞検査士、検査技師の体制により組織診、細胞診、術中迅速診断を適切に実施しており、危険性の高い薬品の保管・管理も適切である。輸血・血液管理機能はおおむね適切であるが、今後血液製剤の払い出し方法含め全体的な検討が望まれる。手術・麻酔機能は、麻酔科医を含めた体制が確立しており、手術スケジュール管理、夜間・休日の手術対応、タイムアウトなどの安全確認含め適切に機能を発揮している。集中治療機能は、HCUを設置しており、体制も含め適切である。救急医療機能では、24時間365日体制により「断らない」方針のもと、多くの救急患者の受け入れを行っていることは評価できる。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理について、会計処理が適切に行われている。医事業務は窓口業務、レセプト業務、未収金などの業務を含め適切である。業務委託、施設・設備管理は適切である。物品管理では、医薬品や診療材料、給食材料などの物品購入の仕組みを含め適切である。

災害時の対応は大規模災害時の対応を含め、適切に整備されている。また DMAT チームを2隊有しており、事業継続計画も整備している。保安業務では、夜間・休日の保安体制、緊急時の対応など含め適切である。医療事故等の対応については、重大医療事故発生時の報告体制、原因究明会議の開催、院内事故調査委員会の開催などの仕組みを整備している。また、マスコミなどへの公表は、届出公表判定会議を開催して決定する仕組みとなっているなど、医療事故等への対応体制は適切に整備されている。

11. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修については、基幹型の臨床研修病院として多くの研修医が研修を受けている。研修医が単独で行ってよい処置等は明確になっている。看護師は新人教育ガイドラインに基づく育成プログラムがあり、プリセプターを配置しジェネラリストの育成を目指す段階的目標をもって研修を行う仕組みがある。そのほか各専門職種においても、教育方針・研修計画・評価が実施されており、専門職種に応じた初期研修は適切である。

学生実習については、医学生、看護学生をはじめ薬学生、その他の医療職など多くの学生実習を受け入れている。研修者の受け入れ規程に基づき実習依頼や委託契約の締結などの必要な書類を取り交わし、各部門において個人情報保護や事故発生時の対応について説明しており、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	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	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	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	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	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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	S
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	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

機能種別：リハビリテーション病院（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	S
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	B
2.2.17	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A

2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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 7 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名：公益財団法人宮城厚生協会 坂総合病院
 I-1-2 機能種別：一般病院2、リハビリテーション病院(副機能)
 I-1-3 開設者：公益法人
 I-1-4 所在地：宮城県塩釜市錦町16-5

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	357	357	+0	90.6	13.9
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	357	357	+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)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	6	+6
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	10	-4
回復期リハビリテーション病床	46	+0
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		
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： 10 人 2年目： 10 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

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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	201.29	194.38	190.76	103.55	101.90
1日あたり外来初診患者数	33.25	33.15	31.87	100.30	104.02
新患率	16.52	17.05	16.71		
1日あたり入院患者数	321.63	321.28	327.18	100.11	98.20
1日あたり新入院患者数	21.71	20.93	20.42	103.73	102.50