

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2月13日～2月14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1967年に宮城県成人病センターとして開設され、1993年に宮城県立がんセンターに名称変更するとともに、がん医療のための研究所を開設している。低侵襲手術としてロボット支援下手術や鏡視下手術を行い、放射線分野ではリニアックを使用した高精度の放射線治療を実施している。また、がんゲノム医療センターを立ち上げ、ゲノム医療を展開している。緩和ケア病棟も整備しており、がん患者の生活機能を可能な限り保持し、患者・家族の意思を尊重したケアを実践している。県のがん診療の中核的な存在として都道府県がん診療連携拠点病院に指定されており、がん医療のプロフェッショナルを育成する中核施設にもなっている。地域医療連携、がんや各種相談支援、入退院支援を統合した患者サポートセンターを開設し、患者支援を行っているなど、がん専門病院として質の高い医療を総合的に提供し邁進している。今回の病院機能評価の受審により、医療の質の向上とともに、貴院がより一層発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を明文化し、院内掲示や入院案内、ホームページ等で院内外に周知している。自院の将来像を中期目標に落とし込み、職員と共有している。職員の就労意欲を促進するために、臨床業務改善や研究への表彰等を行っている。医療情報システムのセキュリティ、教育、識別や認証、保存等について「医療情報システム運用管理規程」に定め管理している。

大学との良好な連携体制により医師の確保は適切に行われ、医師以外の職種についてもおおむね円滑に確保できている。就業規則等は勤怠管理システムのホルダー

内に保存され、職員はいつでも閲覧できるようにしている。労働安全衛生委員会を毎月開催し、健康診断の実施や労働災害対応職員の報告、時間外労働の状況等を検討している。職員の健康診断受診率は100%であり、非常勤医師の健康診断の受診状況を把握することを期待したい。

全職員対象に、医療安全、感染防止、情報セキュリティ、倫理、メンタルヘルス等の研修を開催しており、参加率向上に向けたさらなる取り組みを期待したい。キャリアアップ計画を明文化し、専門資格の取得を促進しており、職員が積極的に書籍購入や資格取得できる環境を整備している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内外へ周知している。医療安全管理マニュアルに、「インフォームド・コンセントの基本的な考え方」を明記し、同席に関するルールを取り決めている。同席できない場合は、IC後に看護師が患者の理解度や不安等を確認し、記録に残している。患者等の相談窓口に認定がん専門相談員の研修を受けた看護師などを配置し、がん相談、就労支援などを含む相談に対応している。入院診療計画書、クリニカルパス、手術説明書等を利用し、患者・家族と情報を共有している。輸血の拒否など主要な倫理的課題についての方針を定めている。現場での倫理的課題については、看護師を中心に臨床倫理検討シートを活用して検討している。今後、多職種による積極的な取り組みを期待したい。

駐車場の台数も多く、コンビニエンスストア、レストラン、患者図書室、Wi-Fi環境の整備など患者の利便性・快適性の向上が図られている。病院全体の清掃は行き届き、外来の廊下には様々な絵画が飾られ、患者や家族にとって癒しの環境を提供している。敷地内全面禁煙であり、院内へのポスター掲示や入院案内、ホームページで敷地内禁煙を周知している。

4. 医療の質

患者・家族からの意見・要望などを意見箱や患者満足度調査から収集し、質改善に活用している。各診療科の症例検討会、がんサージカル・ボード・CPCを開催している。臨床指標の収集・分析、クリニカルパス適用率向上への取り組みについて検討を期待したい。業務改善委員会にて継続的な改善に取り組み、行政機関の立ち入り検査にも適切に対応している。検査部門はISO15189、輸血機能では輸血機能評価を取得している。新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、倫理審査委員会にて検討を行っている。

病院の入口に病院の管理者をはじめ、各診療科の責任医師を掲示している。主治医不在時や緊急時の連絡体制を病棟内で分かるよう明示している。SOAPに沿って診療記録を記載し、退院時サマリーの迅速な作成に努めている。診療録の質的点検の見直し、略語を定めることを期待したい。多職種による緩和ケアチームや褥瘡回診チーム、NSTなどの各種チームが構成され、患者の病状や要望に応じた専門的なケアを行っている。

5. 医療安全

院長直属の医療安全管理室を設置し、副院長を室長として専従の医療安全管理者を配置している。各部署にリスクマネジャーを任命し、現場の医療安全を強化している。医療安全管理委員会や下部の会議等も定期的開催している。インシデント・アクシデント報告は、委託業者を含む全職種から収集している。事例に応じてRCA等を用いて多職種で分析と改善策の立案を行い、事故防止に向けた活動を行っている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策を適切に行っている。医師の処方箋、指示簿への記載や実施確認は、電子カルテシステムにより確実に行われている。また、検査、画像、病理所見などの異常値・パニック値の連絡は、原則として主治医へ電話し、不在時には上級医などに報告する取り決めである。麻薬やハイリスク薬は適切に保管・管理しており、抗がん剤のレジメン管理を行い、調製・混合は安全キャビネットを用いて安全・確実にやっている。全入院患者を対象に転倒・転落リスク評価を行い、対策を立案し実施している。医療機器マニュアルは電子カルテに掲載され、必要時に速やかに確認できるようにしている。患者急変時の対応として、院内緊急コードの設定や救急カート・AEDの整備などを適切に行っている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御については、院長直轄の感染対策室を設置してICD、ICN、感染制御認定薬剤師、臨床検査技師などを配置し、専従のICNを中心とするICTを整備している。ICTやASTはそれぞれラウンドを行い、その結果をリンクナースなどと共有し、必要時は医師へフィードバックしている。感染対策室、細菌検査室が院内での感染発生状況を把握し、関連部署と情報共有している。JANIS、J-SIPHEなどの全国的な感染対策サーベイランスに参加しており、今後、病院全体としてSSIの対象およびデバイスサーベイランスの拡大を期待したい。

標準予防策に関する遵守状況は、手指衛生と個人防護具の着脱の自己評価、および第3者による直接観察法、消毒液の払い出し量で評価している。感染性廃棄物は院内の規定に則り適切に処理している。抗菌薬適正使用マニュアルは適宜改訂されており、アンチバイオグラムも作成されている。特定抗菌薬の使用や長期投与の場合はASTやICTが介入してフィードバックが行われる体制を整備している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信では、病院の新たな治療方法、イベント案内や医師等の情報を掲載した広報誌「せりなべ」を年4回発行しており、地域の医療機関などに配布し、ホームページにも掲載している。また、外来診療体制表や年報を地域の医療機関に配布している。地域の医療施設との連携では、地域医療連携室を設置し、紹介患者の受け入れや返書管理を行っている。また、患者の逆紹介については、地域医療連携室で紹介先の医療機関の診療予約の調整を行うなど、適切に紹介・逆紹介の業務を行っている。毎年、地域連携に関わる職員を対象とした地域医療連携の会を開催し、情報交換や紹介・逆紹介の業務に関わる意見・要望を把握している。地域

への教育・啓発活動については、毎年、県民公開講座を開催し地域住民の健康増進を促しており、地元 FM 局で毎月がんに関する話題を放送し、がん予防に関する情報を発信している。Web を利用した看護職員向けの看護部公開講座や緩和ケアの地域連携カンファレンスを開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来患者の情報収集は、事務職員や看護師による問診で行われ、侵襲的な検査の際は、あらかじめ説明し同意を得ている。入院の適応や入院後の治療方針などについて、医学的判断に基づき適切に決定され、入院診療計画書は速やかに作成されている。専門看護師や認定看護師を育成して専門性を発揮した看護外来を設置し、がん専門医療に対応している。病棟に薬剤師を配置し、持参薬の管理をはじめ患者の特性に応じた投薬・注射が安全・確実に実施されている。褥瘡の発生リスクを評価し、褥瘡回診チームが介入して褥瘡の予防・治療を適切に行っている。管理栄養士は、NST チームや緩和ケアチームに参加し、患者の栄養状態や喫食状況を確認し、食形態や栄養補助食品の追加等を提案している。苦痛のスクリーニングを行い、結果に応じて緩和ケアチームに依頼し対応している。自殺防止マニュアルが整備され、患者の予兆の把握とこころのケア、環境調整が定められ、自殺のリスクアセスメントを実施している。リハビリテーションは、必要性を評価し、個別性を重視して安全に行われている。身体抑制を実施しないことを病院の方針としている。やむを得ず実施する際は、医師や看護師、必要時にメディカルスタッフと検討し、患者から同意書を取得したうえで実施している。ケアマネージャーや訪問看護師、在宅診療医等と退院前カンファレンスを実施し、患者に必要な支援を継続的に実施している。ターミナルステージの判断や DNAR、ACP に適切に対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門では、薬剤の保管、処方鑑査や医師への疑義照会、調剤鑑査、服薬指導などの業務を適切に行っている。常勤の医師の監督のもと、臨床検査技師が検体検査・生理検査などを実施し、精度管理も適切に行っている。画像診断では、造影検査などの際に、アレルギー歴や腎機能などマニュアルに沿って確認し、必要時は放射線科医または主治医が立ち会い実施している。栄養管理機能やリハビリテーション機能は適切に発揮されている。診療情報は電子カルテの導入により一元的に管理され、診断名や手術名のコーディング、入院患者の退院時サマリー作成状況の把握、がん登録や臨床指標のデータ抽出などの業務が適切に行われている。医療機器はシステムにて一元管理され、夜間・休日は臨床工学技士のオンコール体制により緊急時も適切に対応している。使用済みの器材の一次洗浄、滅菌、保管、払い出しは適切に行われている。

病理診断は、常勤の病理医 2 名により迅速な診断と適切な管理体制のもとで行われている。放射線治療部門では、東北地方唯一のがんセンターとして、数多くの症例に対して安全かつ確実に放射線治療を提供し、IMRT、SRT などの高精度放射線治療にも対応している。輸血・血液管理機能では、血液製剤の発注・保管・供給・返

却・廃棄の業務を円滑に行っており、廃棄率は0%である。手術・麻酔機能や集中治療機能は適切に発揮されている。

10. 組織・施設の管理

予算は、病院の各部門の要望を取りまとめて編成し、理事会の承認で確定している。予算の執行状況は定期的に確認され職員に周知し、監査も適正に実施されている。レセプトの点検や返戻・査定は医師と事務職員で対応し、未収金の回収については弁護士への委託や訪問徴収などが行われている。業務委託は必要性や費用対効果などを検討し、金額も含めて業者選定を行っている。医療安全・感染管理に関する研修については、委託業者にも案内している。

施設・設備の管理は担当課や委託業者により実施され、医療ガス安全・管理委員会は必要なメンバーが参加し、年1回以上開催されている。感染性廃棄物の処理についてはマニフェストで処理状況を確認し、施錠された院内の倉庫に保管され適切に処理されている。物品管理は診療材料管理室が担当しており、SPDシステムを導入し、在庫管理、搬送業務、期限切れの管理などが適切に行われている。

大規模災害時の事業継続計画（BCP）を作成し、消防訓練を定期的に年2回行っている。

自家発電の燃料および患者や職員の食料・飲料水の備蓄が適切に行われている。警備員は24時間365日守衛室に配置され、来院者受付や院内外の定期的な巡回などを実施している。医療事故発生時の対応は、医療安全管理マニュアルに定めて周知している。

11. 臨床研修、学生実習

看護師は、教育プログラムとしてキャリア開発ラダーを使用し、指導者を定め、教育担当副部長を配置して研修会や実務教育などに取り組んでいる。薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師などについても新人育成プログラムが作成されており、指導者を定め、段階的な教育計画に基づき育成されている。

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、公認心理師などの実習生のほか、潜在看護職員復職総合研修生の受け入れも行っている。患者・家族に対して、実習生受け入れの院内掲示や入院案内で周知している。実習生の受け入れ窓口を一本化し、実習中の事故や個人情報保護に関する契約書等も取り交わしている。指導者を明確にし、カリキュラムに沿って実習と評価が行われている。

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	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	B
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	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	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	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	B
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	A
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	NA

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	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

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： 地方独立行政法人宮城県立病院機構 宮城県立がんセンター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 地方独立行政法人

I-1-4 所在地： 宮城県名取市愛島塩手字野田山47-1

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	383	381	+0	63.6	14.2
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	383	381	+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	+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	25	+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

がん診療連携拠点病院(都道府県), エイズ治療拠点病院, 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： 0 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

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

① 年度推移	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	337.28	332.85	358.04	101.33	92.96
1日あたり外来初診患者数	22.31	20.21	24.12	110.39	83.79
新患率	6.62	6.07	6.74		
1日あたり入院患者数	243.45	253.92	288.09	95.88	88.14
1日あたり新入院患者数	15.96	15.58	16.85	102.44	92.46