

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11月21日～11月22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、昭和34年に永野外科医院として開院。平成11年新築移転し医療法人永仁会 永仁会病院となり、以後永年にわたり宮城県大崎市で地域に根ざした急性期病院として医療活動を行っている。消化器疾患および腎臓病・糖尿病等を専門としている。消化器疾患に対しては、内視鏡検査及び手術、外科手術、化学療法を実施している。腎臓疾患に対しては、50床の人工透析ベッドを有し、日中・夜間の血液透析治療を提供している。慢性腎臓病の治療および可能な範囲で透析治療を遅らせる治療にも努めている。平成30年に歯科・矯正歯科を開設し、口腔機能管理を実施、外来診療では矯正歯科の治療を行っている。以前より栄養管理の重要性に注目し、管理栄養士を重点配置してNST活動による患者栄養管理を行っている。院内の改善活動や発表にも積極的に取り組んでいる。

今回の病院機能評価の訪問審査に向けて、病院職員一丸となって準備をする姿勢が見られた。2024年4月1日に病院長が交代し、また、病床利用の効率化のために46床に病床数の変更を行っている。今後も専門性の高い医療を地域住民に提供し、さらに発展されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念および基本方針を明文化し、職員や病院利用者に周知している。病院運営は経営幹部会議で意思決定を諮っている。病院内の組織構造と指揮命令は、組織および職務分掌規程により整備している。法令や病院運営で必要な会議・委員会は、委員会組織図で分担している。病院の運営は3年ごとに策定する中・長期計画に基づいて年次計画を策定し、部署単位で事業目標を設定している。職員が病院経

営に積極的に関与する取り組みがある。病院情報システム管理規程を定め、院内の情報を統合的に管理している。院内の文書は、文書管理規程を定め総務課で管理している。マニュアル等は担当部署で改訂し、職員に周知している。

医師、薬剤師、看護職員は医療法上の人員数を満たしている。フットケアと嚥下療法を実施するため、理学療法士・言語聴覚士を配置している。就業規則を整備し、職員に周知している。労働安全衛生委員会を定期開催しているが、産業医・衛生管理者の定期的な職場内巡視は開始したばかりであるため、今後の継続が望まれる。院内暴力対策に関するマニュアルを整備している。職員満足度調査を実施し、職員の意見・要望を定期的に把握している。職員への教育・研修は、年間研修計画に基づき企画・実施している。職員の能力評価を実施し、賞与および昇給に反映している。学会や、外部の研修会・勉強会に出席する費用を病院が負担している。学生実習を栄養管理科で受け入れ、適切に対処をしている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は「患者さまの権利」として明文化し、病院ホームページ・院内掲示と入院案内に掲載している。説明と同意に関する方針を定め、同意書を必要とする検査・治療の範囲を示している。説明時の同席者の条件や手順も明文化している。セカンドオピニオンの方針・手順を明示し、院内に掲示している。患者相談窓口は医療安全管理室と地域医療連携室に設置し、相談内容に応じて担当部署に振り分けている。患者の個人情報保護について周知している。電子カルテは技術的保護を行い、持ち出しの手順を定め、使用後の消去確認を行っている。診療情報は、適切に保護・管理を行っている。倫理委員会を設置し、緊急を要する案件は緊急倫理審査委員会を開催している。病院としての倫理的課題を定めている。臨床現場での倫理的課題は、多職種により検討・対応し、解決困難な課題は倫理委員会に報告する体制となっている。

病院には患者用駐車場を整備し、車イスの患者にも配慮している。病棟生活に必要な設備を設置し、病室内の設備も適切である。院内各部署、病室、トイレ、浴室の清掃は行き届いている。リネン類は清潔な寝具を提供している。病院敷地内は全面禁煙で、禁煙を希望する患者へは禁煙外来のある医療機関に紹介している。職員の喫煙率の低下に向けたさらなる取り組みが望まれる。

4. 医療の質

病院機能評価の訪問審査を連続で受審している。病院の改善活動として業務改善委員会を定期的で開催し、QCサークル活動報告集の作成とNSTまとめの会の発表で各職場が改善報告を行っている。クリニカル・パスは大腸疾患の治療や外科手術を中心に作成して適用し、クリティカルパス委員会でアウトカム評価を行っている。患者・家族からの意見・クレームは、院内のご意見箱と退院時のアンケートで収集している。意見箱は週2回の回収で病院幹部が検討し、1週間以内に院内掲示をしている。倫理委員会規程に、未承認・適応外使用の医薬品・未承認の治療法・未承認の医療機器の導入についての検討を明記している。臨床研究は臨床研究審査

委員会で検討を行っている。

病棟師長は毎日患者ラウンドを行い、病状やケア充足度、看護師の業務遂行状況を確認している。受持ち看護師は担当であることを告げ掲示しており、管理栄養士や社会福祉士は患者訪問で担当者としての報告をしている。患者・家族が分かりやすい病棟責任者の表示を期待したい。診療記録として、退院時サマリーは退院後速やかに作成しており適切である。診療録の質的点検について、医師も含めた点検のメンバーの見直しと点検項目の検討が望まれる。看護記録の質的点検は件数を増やすことが望まれる。毎週木曜日に多職種カンファレンスを実施し、手術・化学療法・リハビリ・退院カンファレンス等を同時に実施している。患者の治療方針や情報共有等を図っている。NST や褥瘡対策チーム、感染制御チーム等の多職種チームが定期的に活動し、適切な医療・ケアを提供している。

5. 医療安全

医療安全管理室に医療安全管理責任者の室長、副室長と医療安全管理者を配置している。医療安全管理委員会を設置し、5つの各種安全管理部会が属する。医療安全対策委員会があり、下部に安全対策チームを設置している。計画的に安全研修を立案して実施している。医療安全管理委員会と医療安全対策委員会の役割や機能を整理し、各安全管理部会の責任者の権限を明確にすることを期待したい。院内のアクシデント・インシデントは、医療安全管理室でデータ化している。データの分類は医療安全管理者が行い、医療安全管理委員会で再発防止対策等の検討を実施し、実行状況をラウンドで評価している。医師からのレポートが増えるよう対策が期待される。医療事故発生時の対応手順、訴訟時の手順を整備し、事故調査委員会を開催する仕組みがある。

患者確認は外来部門・入院部門とも適切である。手術部位のマーキングのルールを整備することを期待する。医師の指示出し・病棟での指示受け・実施確認は適切である。口頭指示の手順は明確となっているが、口頭指示書の形式と薬剤の単位表示の追加など変更が望まれる。ハイリスク薬を指定し、薬剤部・病棟とも適切に表示している。医師と薬剤師で抗がん剤のレジメン登録を行い、運用を行っている。全入院患者を対象に入院時に転倒転落アセスメントを実施し、評価結果によって看護計画を立案している。新規採用や機種変更となった医療機器について説明会と研修を実施している。人工呼吸器使用時の作動確認および点検は適切である。院内の緊急コード「コードブルー」を設定している。BLS 訓練は新人の入職時と看護職に実施している。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会を月に1回開催し、院内の感染対策の最終決定機関となっている。感染対策の実働部隊として感染制御チームを組織し、多職種でラウンドとチーム会議を実施している。院内感染予防・院内感染対策マニュアルを詳細に作成している。感染制御チームの規定は見直しが望まれる。感染対策防止加算Ⅲを取得し、加算Ⅰ病院との合同カンファレンスに参加している。院外の感染情報は、宮城

県感染症週報などの宮城県からの情報や合同カンファレンスなどから取得している。

感染対策予防・感染対策マニュアルに掲載のアウトブレイクの判断基準については検討が期待される。擦式手指消毒剤や個人防護具を必要な場所に設置しているが、擦式手指消毒剤の使用量は少ないため、手指衛生が徹底されるよう対策が望まれる。感染性リネンの保管は適切である。自院で抗菌薬の使用基準を作成しており、手術開始前の予防的抗菌薬投与は対象手術の100%に実施している。自院の分離菌感受性パターンを把握し年間の集計を行っている。広域抗菌薬と抗MRSA薬を中心に、6種類を届け出が必要とする抗菌薬として指定している。抗菌薬の使用基準が医師には十分に周知されていないため、疾患ごとの推奨抗菌薬の指定や臨床現場での周知と標準化が望まれる。

7. 地域への情報発信と連携

病院から患者や地域への情報は、自院ホームページにより発信し、広報委員会において定期的に更新している。患者向けには受診手順、連携施設に対しては患者紹介の手順を掲載し、住民向けには調理レシピを発信している。広報誌「永仁会だより」を年2回発行し、ホームページへの掲載、待合ロビーへの配置、連携施設への送付を行っている。地域の連携施設の情報は、地域医療連携室において情報を収集し把握している。人工透析・地域包括ケア病棟の機能を有する医療機関とは、空床などの情報を相互提供し、共有を図っている。患者や検査の紹介は、地域医療連携室と医事課とで協働して受け入れており、医事課において紹介状況の把握や逆紹介状況の確認を行っている。乳・大腸がん、胃ろう増設の地域連携クリニカル・パスを実践し、連携施設間で共有している。NST 専門療法士実施修練認定施設としての受け入れを行い、臨床栄養士研修施設として管理栄養士を受け入れている。医師会主催の地域活動に積極的に参加し、介護研修センター主催の介護従事者研修に参画している。口から食べることを支援する会では、地域住民に健康増進を図るための活動を実践している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報および初診・再診・紹介時の流れをホームページに掲載している。外来診療は原則として予約制である。紹介患者の窓口は地域医療連携室と医事課が担い、検査依頼や入院依頼を速やかに受け入れている。侵襲的検査を行う際は同意を得ており、検査実施の際は安全性に配慮して実施している。急性期治療後に、入院治療の継続が必要な場合は他院を紹介し、退院困難者や在宅療養困難者には、福祉施設等を紹介している。入院の決定は担当医が行い、弾力的に病床を活用している。入院診療計画書は患者が入院した後に多職種で作成し、患者・家族に渡している。患者・家族の相談窓口は院内掲示などで周知している。病床管理は病棟師長が担当し、空床状況を確認して緊急入院に対応している。

医師は多職種と回診を行って患者の病態把握を行い、多職種カンファレンスで情報共有を図っている。病棟看護師は入院時に患者基本情報を収集し、各種スクリー

ニングを行い、初期看護計画を作成している。抗がん剤の調整・混合は全て薬剤師が行い、一般注射薬の調整・混合は看護師が実施している。入院患者の服薬指導の対象拡大について対応が望まれる。輸血を実施する際は同意書を取得し、血液製剤輸注の際は観察項目を設定し記録に残している。手術と麻酔の方法に関しては主治医が検討を行っている。手術に際しては、手術と麻酔の同意書を取得している。手術室看護師が術前訪問・術後訪問を実施している。重症患者の管理は重症患者基準を設け、重症室で管理を行っている。入院時に褥瘡発生リスク評価を行い、リスクのある患者には褥瘡対策診療計画書を作成している。褥瘡がある患者には褥瘡対策チームが対応をしている。管理栄養士は外来担当者と入院担当者を配置し、高齢者では摂食・嚥下評価を行っている。摂食・嚥下介入が必要な場合は、摂食・嚥下リハビリテーションを実施している。栄養管理が必要な患者には栄養指導を行い、外来患者の栄養指導では調理実習の導入を開始している。緩和ケアマニュアルの手順に従って、症状マネジメントを行っている。がん性疼痛評価はFPS評価を用いているが、他の評価方法の検討も期待する。

身体拘束に関する規定は、「身体抑制基準」に方針を示し、身体拘束の必要性をカンファレンスで評価している。患者・家族の同意を得て実施している。抑制中は定期的に観察を行い、多職種カンファレンスで早期解除に取り組んでいる。退院支援については、入院時には社会福祉士が退院困難者のスクリーニングを行い、入院後は多職種カンファレンスで情報共有のうえ検討している。退院カンファレンスでは、退院計画書を作成し、栄養指導や生活指導、必要時服薬指導を実施している。在宅療養支援が必要な患者には、必要に応じて患者家族を含めた退院前カンファレンスを実施している。人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインを参考にマニュアルを作成している。ターミナルステージは主治医が判断し、その後多職種カンファレンスで情報共有している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部で処方監査・調剤・調剤監査を適切に実施している。臨床検査部門は、検査項目の検討やパニック値の報告方法など適切に活動している。画像診断は24時間体制をとっている。CT検査の画像診断の質は保たれているが、今後は放射線科専門医の読影について検討が期待される。調理室を適切に管理し、調理員の体調管理も徹底している。食材は地産地消に配慮し、主食の変更や毎月の行事食の企画、栄養摂取状態の毎食確認など充実した栄養管理体制は高く評価できる。リハビリテーションの実施にあたっては、主治医とセラピストの間で情報共有を行っている。診療情報は、診療情報の記録指針および診療情報管理規程で管理している。紙媒体の電子化に関する規程を整備し、電子カルテで原本保管をしている。量的点検は適切である。医療機器安全管理責任者を中心に医療機器を一元管理しており、使用頻度の高い機器は点検済みの機器を病棟に配置している。手術室看護師が中央材料室を兼務し、洗浄は中央化している。使用済みの器材の搬入、洗浄、組立、滅菌、保管の業務を実施している。滅菌機器は日常点検を実施し、各種インディケータを用いて滅菌の質を確保している。

病理診断は検査課が窓口で検体を外注しており、悪性所見の報告は、直ちに主治医に連絡している。悪性疾患手術症例に対する術中迅速診断を行うよう、検討が望まれる。救急告示病院ではないが、かかりつけ患者だけでなく、行政からの要請も含めて多数の救急車を受け入れており、地域の救急ニーズに十分に応えている。

10. 組織・施設の管理

病院の財務会計は病院会計準則に準じて実施している。予算案は、決算見込みや診療報酬改定、職員の採用計画を調査して策定している。決算時には、決算案を経営幹部会議で確認し、公認会計士による監査を受け、法人理事会の承認を得ている。保険請求は、レセプトテックツールを活用し、点検の効率化を図っている。審査機関から査定通知がきた場合には、積極的に再審査請求を提出している。未収金台帳・一覧を作成し、督促等の管理を行っている。施設基準は、看護配置体制、重症度、医療・看護必要度を医事課と看護部が協力して管理している。委託業務では、委託先業者と契約条件、委託金額の見直しを協議し、定期的に業務内容の精度や評価を行っている。委託業務に従事する職員は、医療安全・感染対策の研修を院内職員と同様に行っている。

医療ガス安全管理委員会を定期開催し、臨床工学技士が日常点検を実施し、保守点検を業務委託している。感染性廃棄物は適切に処理している。発注者と検品者は別の担当者で行って、不正発注を防止している。棚卸は月1回実施し、貯蔵額と突き合わせをしている。診療材料では、使用期限やロットの管理を行っており、期限切れやリコールの対策を講じている。大型医療機器は、中・長期計画に基づき、更新年度を予定し、計画的に更新している。給食材料については、米や野菜の地産地消を積極的に取り入れている。病院の消防計画書を適切に作成している。大規模災害対策マニュアルには、防災・災害対策会議委員運営規程を定めている。災害時の設備として、十分な受水槽や自家発電装置、食料・飲料水の備蓄をしている。事業継続計画（BCP）案「災害」を策定しているが、完成はしていない。BCPの策定と災害時に実効性が伴うような訓練を実施することが望まれる。保安業務を適切に行い、緊急時職員非常招集実施要領により職員の連絡体制を構築している。

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	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
1.3.3	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	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	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	B
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	B

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	B
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	B
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
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	A

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	B
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	A
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	栄養管理と食事支援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	B
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化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	B

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	S
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	B
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	B
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	
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	A
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	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	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	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	B
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 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 : 医療法人永仁会 永仁会病院
- I-1-2 機能種別 : 一般病院1
- I-1-3 開設者 : 医療法人
- I-1-4 所在地 : 宮城県大崎市古川旭2-5-1

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	46	46	-34	72.1	7.4
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	46	46	-34		

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)		
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	50	-10
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		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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 :

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
- オーダーリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

