

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11月10日～11月11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

貴院は栗原市に位置し、大崎・栗原医療圏における急性期から慢性期まで対応するケアミックス型病院としての機能を果たしている。加えて、宮城県内で唯一の結核病床のある病院として、結核患者の入院医療を担う重要な役割を果たしている。1997年に栗原郡内10町村で合意された公立病院の統合・集約により、中核病院として2002年7月に開設され、現在に至っている。

循環器内科や呼吸器内科、整形外科などに強みを有するとともに、二次救急医療機関や地域災害拠点病院として地域医療を支えており、地域住民からも厚い信頼を得ている。病院運営では、栗原市の病院医療事業局と連携し、病院長を中心とした幹部職員の優れたリーダーシップのもと、全職員が一丸となって医療の質向上に向けて取り組んでいる。病院機能評価の受審は2007年以来の受審であったが、職員が協働して組織的に取り組まれており、多くの項目で適切な医療機能を維持していることが確認できた。一方で、今後の改善に向けた課題も認められた。

「わたしたちは、患者さまを第一に考え、いのちを大切にす最善の医療を行い、地域に貢献します。」という理念のもと、これらの課題に継続的に取り組まれ、今後さらに医療機能の充実が図られることを期待したい。今回の受審が、貴院のさらなる発展に寄与することを願う。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念や基本方針を分かりやすく明文化し、院内掲示や広報物等を活用して院内外に周知している。病院長をはじめとする幹部職員は、院内の課題を共有し、地域における病院の役割や将来像を明確に示すとともに経営参画意識の高揚に取り組んで

いる。幹部職員の選任の仕組みや職位に応じた職務分掌を明確にしている。栗原市の定めた中長期計画「病院事業経営改善化計画」に基づき、年次の事業計画を策定して計画的な組織運営を行っている。電子カルテの更新や各部門システムを計画的に管理しており、セキュリティ対策では不正アクセス防止のため、定期的にログ管理をしている。文書管理は、「栗原市病院事業文書保存マニュアル」に基づき総務課で一元的に管理している。

医療法等を満たす人員を配置して、採用計画に基づき人材を確保しているが、地域の重要な役割を担う病院として引き続きさらなる人員確保を望みたい。人事・労務管理では総務課が病院事業医療局と連携して管理し、全職員に毎年「意向調査」を行い、人事管理や福利厚生に努めている。年間の研修計画を策定しているが、さらなる充実を望みたい。職員の能力評価は管理職を対象に人事評価シートに基づいて管理職別の等級基準などを明確にしておき、全職員を対象とした人事評価制度は2026年度を目標に導入予定である。基幹型臨床研修病院として臨床研修プログラムに基づき実施している。学生実習は総務課が窓口となり、多くの職種の実習を受け入れている。

3. 患者中心の医療

病院の理念と基本方針に基づき、患者の権利やこどもの権利を明文化している。診療録の開示についても、原則全て開示している。説明と同意に関する指針や手順をマニュアルに定め、文書同意が必要な診療行為の範囲を明確に定めている。患者・家族が検査や手術、病状について、理解が深められるように分かりやすく図示している。患者支援部門は地域医療連携室が担当し、看護師や社会福祉士などの専門職種が多様な相談に応じている。個人情報保護方針を定め、患者・家族や職員に周知している。患者個人情報を適切に管理する仕組みを整備し、診療や療養生活上のプライバシー保護に努めている。臨床における倫理課題などをホームページに掲載している。患者・家族の抱える倫理的課題について多職種でカンファレンスを開催し検討を行っているが、解決が困難な課題について病院として支援することが望まれる。

来院時のアクセスに配慮し、高齢者や身障者への対応体制を整備して、安全・快適な療養環境の維持・整備に取り組んでいる。病棟内では静寂で患者・家族が安らげる環境を確保している。敷地内禁煙を徹底し、入院案内や院内掲示等で患者・家族への禁煙推進の啓発に取り組んでいる。職員の喫煙率を把握するなど、禁煙推進により一層取り組むことが望まれる。

4. 医療の質

業務の質改善に向けて、部門横断的な活動として医療の質向上委員会を設置し、医療の質評価事業に参加している。部門横断的に症例検討会を開催し、医療の質向上に努めている。救急症例検討会も開催し、院内の医師や看護師だけでなく、救急隊員も参加している。クリニカルパスの利用率は低く、各診療科のさらなるクリニカルパスの充実を望みたい。患者・家族の意見は、投書箱や毎年実施している外来

満足度調査、入院アンケート、相談窓口への意見等で収集し、組織的な検討を経てフィードバックしている。臨床研究や医薬品の適応外使用については、外部有識者を含めて構成される倫理委員会で検討している。高難度医療や新たな診療や治療技術についても同様に検討することを期待したい。

診療・ケアの管理体制は明確であり、病棟師長は病棟ラウンドを行って療養環境などの状況を把握して診療やケアに活かしている。診療記録は診療情報管理要綱に基づいて記載して、多職種による質的点検も実施している。多職種から構成された医療チームは、栄養サポートや緩和ケア、褥瘡対策、身体拘束最小化、感染対策など様々なチームが組織横断的に活動している。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室を設置し、組織横断的に安全確保に向けた体制を確立している。医療安全対策委員会に提出された議案に応じて、医療機器安全管理者が参加するなど組織強化を望みたい。インシデント・アクシデント報告は医療安全管理室が集約して管理している。報告システムの見直しや継続的な啓発などを望みたい。医療事故発生時の対応手順を明確化し、原因究明と再発防止策を検討する仕組みや訴訟時の対応体制も整備している。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は、手順に基づき各部署で実践しているが、医療安全管理マニュアルに誤認防止対策として組み込むことが望まれる。口頭指示は手順に沿って実施している。抗菌薬の適正使用に関する指針を定め、特殊な抗菌薬は届出制としている。院内の分離菌のアンチバイオグラムは毎年更新して、抗菌薬の適正使用に役立てている。転倒・転落防止対策は全入院患者にリスク評価を行って危険防止対策を実践している。人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプなどは臨床工学技士が整備・点検をして安全に使用している。患者急変時の院内緊急コールを設定し全職員に周知して、全職員を対象としてBLSなどの急変時対応訓練が定期的の実施している。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の院内感染対策委員会を設置し、専従の感染管理看護師を配置している。委員会を毎月開催し、多職種で構成された感染制御チーム（ICT）が毎週院内ラウンドを実施している。委員会として「ICTニュース」を発行し、感染制御マニュアルの整備し適宜改訂している。厚生労働省のJANISや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いる。院内微生物サーベイランスは2025年度に開始したところであり、今後も継続的に分析・検討して成果に繋がる活動を期待したい。院内感染対策マニュアルに基づき、標準予防策や汚染された寝具類の取り扱い、個人防護服の着用などを明記し実践している。手指衛生チームを立ち上げ、手指消毒剤の使用量のモニタリングなどに取り組んでいる。抗菌薬の適正使用に関する指針を整備している。特殊な抗菌薬は届出制とし使用状況を定期的に把握している。また、院内の分離菌のアンチバイオグラムは毎年更新して、抗菌薬の適正使用に役立てている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、病院案内やホームページ、病院事業報告書、地域医療連携誌、市報への掲載等の媒体を通して広報活動に取り組んでいる。ホームページでは各診療科の紹介や診療実績などを分かりやすく掲載し、医療の質に関する指標や院内のイベント情報、ニュースなど迅速な情報発信に努めている。また高校生を対象として看護業務の体験会を開催するなど、地域への情報発信に取り組んでいる。地域医療連携に向けた取り組みでは、重点医療機関への訪問や紹介元医療機関への返書管理を強化して返書率の向上に努めている。患者情報の共有を目的として協力医療機関・施設との連絡会議を毎月行い、患者が来院した際の治療を円滑に行う取り組みがなされている。地域住民への疾病予防と健康増進の啓発活動として、糖尿病教室の開催や各種講演会への講師派遣、健康相談等に取り組んでいる。また、がん患者への「サロン de よらいん」を毎月開催し、臨床宗教師の資格認定を有する副院長も参加して、スピリチュアルケアに長年取り組んでいることは評価できる。医療従事者に向けた、連携のつどい「よらいん」の開催や救急救命士の実習受け入れ、「感染症勉強会」の開催など、教育・啓発活動にも積極的に取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報の提供や患者急変時の対応体制を整備している。外来では円滑に外来診療の実施ができるよう患者情報を収集して必要に応じて上級医などに相談している。診断的検査は、医師が検査の必要性やリスクについて説明し同意を得て実施している。入院は、医学的判断のもとで医師が決定している。診療計画は、多職種が専門的な立場から計画を立案して患者・家族の希望にも配慮している。患者相談窓口は、入院案内やホームページなどで案内している。地域医療連携室に看護師、社会福祉士が配置され、患者・家族からの多様な相談に対応している。入院決定後に入院センターの看護師が患者情報の収集や各種スクリーニングを行って情報共有している。

主治医と担当医師は、原則、毎日回診を行い、病棟スタッフと情報共有している。看護師は入院時に患者の状態をアセスメントし、身体的・心理的・社会的ニーズを把握した上で計画・立案している。病棟に薬剤師を配置し、服薬指導内容や薬歴管理を電子カルテに記録している。抗菌剤の投与に関する観察基準の見直し、マニュアルの整備を望みたい。輸血は「輸血療法の実施に関する指針」に基づき、十分な説明を行い、同意を得て実施している。周術期の対応は、主治医を中心に多職種で検討し、麻酔科と協働して評価している。重症患者の対応は、多職種が早期介入して管理している。褥瘡の予防・治療は、入院時褥瘡リスク評価が実施され、多職種による褥瘡回診や皮膚・排泄ケア認定看護師で対応している。入院時に看護師が栄養スクリーニングを行い、必要に応じて管理栄養士が栄養管理計画書を作成して指導をしている。全入院患者を対象に「苦痛のスクリーニング」を実施し、必要時に緩和ケアチームが介入している。リハビリテーションは患者個別の総合実施計画書を作成しているが、安全にリハビリテーションを行う上での危険性やリスクの

記載、中止基準の記載が望まれる。身体拘束最小化の指針を定めて病院としての基本的な考えを示しているが、指示記載や同意手順の徹底、指針の見直しが望まれる。入院時から退院困難スクリーニングを実施して退院支援計画書を作成し、退院後も必要な診療・ケアが継続して行えるよう取り組んでいる。ターミナルステージへの対応は、患者・家族の意向を尊重し説明と同意のもと、多職種により支援している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は調剤鑑査、処方鑑査、疑義照会を行い、医薬品集は最新版を閲覧できるように整備している。臨床検査機能は24時間実施可能で、パニック値が発生した場合の伝達や記録・保存などの手順も明確である。画像診断機能は、夜間・休日も必要時に遠隔診断できるよう整備し、読影結果確認の有無を定期的にモニタリングして未読防止に努めている。栄養管理は患者の特性や嗜好に応じた食事の提供に取り組み、調理室の衛生管理や調理スタッフの健康管理を徹底している。リハビリテーションは早期の介入に努め、病棟看護師と情報共有を積極的に行っている。診療情報管理は量的点検を確実にを行い、疾病統計の作成に取り組むなど診療情報を適正に管理している。医療機器は中央管理され、臨床工学技士により日常点検や保守点検を実施し、夜間・休日のオンコール体制を構築している。洗浄・滅菌機能は、中央化して各種インディケータにより滅菌精度を保証している。

病理検査は迅速診断も含めて外部に委託して結果を確認している。輸血管理は適切に実施され、大量輸血が必要な場合の手順を定めて、多職種でシミュレーションを実施している。手術室は緊急手術にも対応できる体制を構築して、退室基準を定めて麻酔科が決定している。集中治療室は、主治医または担当医が管理して、入退室基準も明確である。救急部門では地域の最後の砦として救急搬送を受け入れており、各種虐待への対応手順も明確である。

10. 組織・施設の管理

病院会計準則に基づいた会計処理を行い、財務諸表等を適切に作成している。予算編成や月次の実績の把握も手順に基づき実施し、経営改善にも計画的に取り組んでいる。医事業務では、窓口の収納業務や診療報酬請求業務を手順に基づき実施している。施設基準遵守のための体制を整備し、未収金の督促を確実に実施して回収に努めている。業務委託では、委託の是非の検討や質向上に向け取り組んでいる。委託職員への教育・研修を行う仕組みを整備し、事故発生時の対応手順も明確にしている。

施設・設備の管理は適切に対応して、年次計画に則って日常点検と保守点検を行っている。購入物品の発注から検収までの処理は、内部牽制機能を働かせながら適正に行っている。薬品や医療機器、診療材料の購入プロセスも明確化している。地域災害拠点病院として災害マニュアル、事業継続計画等を策定し、対策本部設置や必要な対応が実施できるようにしている。各災害レベルを想定した参集できる職員数の把握をして、各備蓄の数量を明確にすることを期待したい。保安業務では委託

業者が24時間常駐し、各出入口や院内の施錠管理や定期的な院内巡視、防犯カメラでの監視を行っている。緊急時の連絡網や応援体制も明確に定め掲示している。

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	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	患者の個人情報を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	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	B
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	B
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	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	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	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	B
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	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	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	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	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	B
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	栄養管理と食事支援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	B
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
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	
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	B
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	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	A
-------	------------------------	---

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： 2024年 4月 1日～2025年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025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： 栗原市立栗原中央病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 市町村
 I-1-4 所在地： 宮城県栗原市築館宮野中央3-1-1

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	269	209	-60	71.6	15.9
療養病床	15	0	+0		
医療保険適用	15	0	+0		
介護保険適用					
精神病床					
結核病床	28	28	+0	19.9	50.1
感染症病床	1	1	+0	0	0
総数	313	238	-60		

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		
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	50	+0
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

災害拠点病院(地域), DPC対象病院(DPC標準病院群)

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： 4人 2年目： 6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

