

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 9 月 21 日～9 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 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、理念に基づき、医療に加えて療育にも取り組み、地域における役割を発揮している。広範囲から患者を受け入れ、退院後の在宅における療養においても患者家族との関わりを重視し、小児患者の診療ケアにおけるマネジメントにも積極的に関与している。

この度の病院機能評価では、継続的に医療の質に向上に取り組んでいる状況が確認できた。今後とも貴院の診療の特性を生かし、専門的な医療を提供することにより、継続的に地域に貢献することを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化しており、院内掲示や診療案内またホームページ等で周知している。病院運営に必要な会議・委員会を開催し、決定した内容を職員に周知している。病院の中期計画や事業計画が適切に策定され、病院長は地域から求められる病院の役割を職員に明示し、病院幹部は課題を明確にして解決に向けてリーダーシップを発揮している。院内の情報システムは整備や更新等の計画を定めて運用している。院内における文書は規程により適切に管理されており、院内の規程やマニュアル等は院内 LAN に掲載している。

採用計画に基づき、人材の確保に取り組んでおり、専門職を積極的に採用している。就業規則や給与規程などが整備されており、勤務管理システムにより全職種の労務管理を適切に行っている。安全衛生委員会を毎月開催し、職員の健康管理や職場環境の改善を行い、職員のメンタル相談には産業医と臨床心理士で対応している。職員の意見・要望は労使協議等によりの把握の上、検討している。全職員を対

象とする研修は各職場や各委員会が中心となり実施しているが、全職種が受講すべき研修項目と研修後の効果検証等を行うよう検討を期待したい。職員の能力評価は、人事評価・目標管理制度に基づいて行われており、看護部では院内認定制度を設け、安全看護技術等の認定看護師を輩出している。

3. 患者中心の医療

小児患者の権利を「病院のこども憲章」として7項目を定め、臨床現場において権利の擁護に努めており、指針に則り適切に説明を行い、同意を得るよう取り組んでいる。特に、検査や手術、病態の説明に際し、CLS や CCS 等が患者の理解と納得を得るためにわかりやすく説明するよう工夫し、意思決定を促進していることは評価したい。入退院センター内に患者相談窓口を設置し、小児患者の福祉制度等の多岐にわたる相談に対応している。地域においても、小児患者支援のためのケアマネージャーの役割を果たしており、患者および地域において秀でた取り組みを行っている。倫理的課題に関する基本方針を定め、臨床現場において倫理的課題を話し合う仕組みがある。

小児患者が多く、来院時の付き添いの支援が行われている。また、乳児用のバギーや荷物の一次預けロッカー等が無料で利用可能であり、来院者の利便性が確保されている。療養環境は小児の視点に立って「病院らしくない病院」をテーマに、病院への恐怖を感じさせないような設計が院内各所に伺える。特に、本館中央部の「魔法の広場」は吹き抜けの空間であり、解放感を与え、各所にプレイルームを併設するなど、子どもの好奇心を引き出す効果をもたらしている。患者・家族が安心して療養できる環境であり、小児専門病院として模範であり、高く評価したい。

4. 医療の質

部署横断的組織である DPC マネジメントチームが業務の質改善に継続的に取り組み、入退院センターの開設等による患者支援に大きな成果を上げている。多科合同また多職種が参加する症例検討会を積極的に開催している。また、病院幹部により毎年各科の診療ガイドラインの更新や使用状況が把握され、診療の質向上に向けて検討している。意見箱を設置し、患者・家族の意見要望の把握に努めている。また、ホームページの問い合わせフォームからの意見を収集し、意見の内容について検討して対応している。患者・家族からの意見から、院内の無料 Wi-Fi を整備するなど、医療サービスの質向上につなげている。新たな診療・治療方法の導入については、各委員会等で審議し、組織としての承認を得たうえで導入に至っており、定期的に進捗を確認するなど適切に対応している。

各病棟や外来において、診療・ケアの管理責任体制を明示している。診療記録記載マニュアルと院内略語集を整備し、診療記録をわかりやすく記載している。診療記録の質的点検は多職種で行い、医師に結果をフィードバックしている。入院中の患者の不安軽減や治療への理解、成育支援等のために、医師、看護師、CLS、CCS、保育士、栄養士、MSW などの多職種が協働して個々の患者に合わせた対応を検討している。

5. 医療安全

医療安全推進室に室長の副院長と専従看護師等を配置し、安全対策委員会などと連携しながら院内の安全確保に取り組んでいる。電子カルテ報告システムを用いてインシデント・アクシデント報告を収集し、再発防止策を検討の上、職員に周知している。重大インシデント発生時および発生後の対応体制が整備され、医療安全管理者が患者・家族とのコミュニケーション役としてメディエーションを担当し、適切に対応している。インシデント調査委員会において、再発防止に向けた検討や取り組みが行われている。

患者誤認防止対策として、患者本人の氏名・生年月日の申告のほか、リストバンドやID番号等の2識別子で確認し、手術時にはタイムアウトやマーキングを行っている。電子カルテにより処方箋の発行や指示出し・指示受けを行い、緊急時などの口頭指示受けは運用基準に従って実施している。麻薬および向精神薬は固定された保管庫に常時施錠管理され、抗がん剤もレジメン登録制で管理し、安全に使用されている。入院時に全患者を対象に、転倒・転落のリスク評価を行い危険度に応じた看護計画を立案し、防止策を講じている。医療機器は臨床工学技士により一元管理され、マニュアルの整備や安全使用に取り組んでいる。患者急変時の体制を整備し、救急カート内の備品や薬剤は看護師や薬剤師が定期的に点検している。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会を定期的開催し、アウトブレイク時には臨時招集されている。院内感染対策マニュアルは電子カルテから閲覧可能であり、アウトブレイクの定義や発生時の具体的な対応が明文化されている。感染管理室にはICDやICN、薬剤師などを配置し、医療関連感染に関する情報の収集や課題の検討、改善策を立案し、ICTにより感染制御に向けた院内ラウンドが行われている。また、微生物サーベイランスやターゲットサーベイランスを実施している。

血液・体液が付着したリネンや寝具類を適切に管理し、病室入り口などの必要な場所には手指消毒剤を設置している。個人携帯用の消毒剤も活用して手指衛生を行っている。全職員を対象に手指消毒剤の使用量を調査している。抗MRSA薬とカルバペネム系薬は届け出制であり、届け出率は100%となっている。ASTは抗菌薬処方時に関与し、不要な抗菌薬を削除するなど耐性菌の出現防止に取り組んでおり、培養陽性時には抗菌薬の量の増減や変更などについて指示している。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページや広報誌等により病院の情報を発信している。ホームページには病院の特性や診療科の紹介、受診手順等が掲載されており、スマートフォンユーザーの閲覧者の視点から工夫がされている。広範囲における新生児、小児、周産期の地域医療支援病院であり、多くの医療関係施設との適切な連携体制を構築している。また、地域の医療機関に訪問し、病院の機能を積極的に紹介し、意見交換を行うなど、連携体制の構築に努めている。新生児、小児、周産期における地域医療支援病院として、登録医療機関や他の医療関係者対象にオンライン研修会を開催してい

る。地域住民にはオンラインで健康講座を開催しており、地域に向けた教育啓発に適切に取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報をホームページに掲載し、医師と看護師が協力し、診療情報提供書や外来問診票などから外来患者の情報を収集している。診断的検査を実施する際には子ども用リーフレットを活用し、子ども療養支援士が医師の説明を補助するなど、適切に支援している。外来担当医が関連診療科と協議して入院の必要性を決定し、多職種により入院診療計画書を作成している。入院後はMSWと退院支援看護師が病棟ラウンドを行い、様々な相談に応じ、患者・家族が不安なく療養できるよう適切に支援している。

医師は毎日回診し、日常的に医師同士で意見交換を行い、チームとしての診断と基本方針を決定している。看護師は患者の身体的・心理的・社会的ニーズを把握し、各種リスクを多職種と情報共有して看護業務を行っている。全病棟に薬剤師を配置し、患者の薬歴管理およびハイリスク薬の服薬指導などに対応している。輸血・血液製剤の払い出し時は臨床検査技師と看護師がダブルチェックし、投与時には看護師と医師が患者認証を確実にしている。手術を実施する際は、麻酔科医が患者の全体像や背景、検査データを総合的に判断し、必要に応じて他科にコンサルテーションを行い、手術の実施を決定している。PICUでは集中治療医と多職種が毎日合同で回診を行い、定期的に各科とのカンファレンスも行うなどチーム医療を実践している。退院に向けて課題を把握し、必要に応じて多職種が関与して早期から退院支援に取り組んでいる。多職種により定期的にカンファレンスを開催し、退院に向けて患者・家族の不安を軽減できるよう患者に合わせて支援を行っている。退院後にも継続した診療・ケアを行えるよう課題を把握し、早期から介入して支援につなげている。

9. 良質な医療を構成する機能

調剤担当薬剤師とは異なる薬剤師が処方鑑査と調剤鑑査を行っている。薬剤師により全ての抗がん剤を安全キャビネットで作製し、TPNも全てクリーンベンチで作製・混合している。24時間体制で検査業務が行われ、小児患者の少量の採血検体でも測定ができる高度な装置を揃えており、迅速に結果を報告している。緊急性の高い画像検査には24時間体制で対応し、夜間・休日の緊急読影にもオンコール体制で対応している。管理栄養士は患者の喫食状況を把握し、歯科医や言語聴覚士の助言を得て食形態を検討して喫食率の向上に努めている。理学療法室、作業療法室、感覚統合室、言語聴覚療法室、心理検査室が整備されており、常勤専従のリハビリテーション科専門医が毎日病棟に訪問して診察している。診療情報は一元管理されている。臨床工学技士により院内で使用されている医療機器のうち人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプ等をMEセンター室で中央管理し、夜間・休日にも迅速に対応する体制を整備している。中央材料滅菌室は手術室、病棟、外来で使用した全ての使用済みの器材は現場で専用の容器に格納し、回収から一次洗浄、点

検、セット、消毒、滅菌、保管、払い出しまで中央化されている。中央材料滅菌室は十分な広さがあり、不潔物品と清潔物品が交差しないワンウェイ方式となっている。

病理診断機能は、常勤専従医師と認定病理検査技師、細胞検査士の資格を有する臨床検査技師の体制で対応しており、バーコード認証を利用して検体交差の防止に取り組んでいる。問題のある結果や予期せぬ所見がある場合には、迅速に依頼医に報告し、定期的に報告書の既読状況を確認するなど、確実に伝達する体制である。放射線治療機能は、放射線治療専門医と主治医が放射線治療の適応と照射方法を検討し、説明書を用いて具体的な治療計画を患者・家族に説明し、同意を得て実施するなど、安全に実施する体制を構築している。輸血用血液製剤は検査部の自記温度記録計と警報装置付きの専用保冷庫・冷凍庫で管理し、自己血は別の専用保冷庫に保管している。

輸血・血液管理部門は 24 時間体制で検査と血液製剤の払い出しに対応しており、輸血用血液製剤は検査部の自記温度記録計と警報装置付きの専用保冷庫・冷凍庫で適切に管理している。手術室では、清潔・不潔の動線は交わらず、HEPA フィルターの流量を測定し、必要に応じて交換している。サインイン・タイムアウトや術中管理を行い、術後の帰棟や PICU への入室は麻酔科医が付き添い、対応している。小児の二次・三次救急および周産期救急に常時対応し、医師・看護師が救急車で紹介元の医療機関に重症患者を迎えに行く「迎え搬送」も行っている。救急外来は内科系医師が交代で担当しており、全診療科がオンコールで協力する診療体制である。

10. 組織・施設の管理

年度予算は、病院の年度計画に基づき策定され、組織的に決定している。各種窓口業務や収納業務等の業務手順が策定されており、手順に基づいて業務が行われている。

施設・設備の管理は、年間の保守計画を立案し、修繕を含めてメンテナンスを行っている。緊急時対応に関する緊急連絡網が整備されており、病院機能に影響を及ぼさないよう迅速に対応する体制である。薬剤の採用は薬事委員会で検討し、発注、納品は薬剤部門で管理している。診療材料は診療材料委員会で新規購入や変更等について検討し、SPD 方式による定数管理を行い、適切な購買管理が行われている。

火災を含めた災害発生時の対応手順や緊急連絡網等を定め、計画的に防災訓練を行っている。保安体制として院内各所に監視カメラを設置し、時間外休日の入退館場所を限定し、入退館者を管理している。

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	S
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	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	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	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	A
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	S
1.6.2	療養環境を整備している	S
1.6.3	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	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	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	A
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	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	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	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	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	B
4.4.2	医事業務を適切に行っている	B
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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 5 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：宮城県立こども病院

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：宮城県仙台市青葉区落合4-3-17

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	241	241	+0	65.7	11.4
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	241	241	+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)	8	+0
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)	12	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室		
無菌病室	2	+0
人工透析		
小児入院医療管理料病床	186	+0
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

地域医療支援病院, 小児救急医療拠点病院, DPC対象病院(DPC標準病院群), 地域周産期母子医療センター

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： 1 人 歯科： 1 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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	383.16	388.53	365.21	98.62	106.39
1日あたり外来初診患者数	17.11	19.30	17.47	88.65	110.48
新患率	4.46	4.97	4.78		
1日あたり入院患者数	157.13	154.10	154.10	101.97	100.00
1日あたり新入院患者数	12.45	12.10	11.40	102.89	106.14