

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 24 日～11 月 25 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 1930 年に創設され、その後改築・増築・移転等を経て、2014 年に現在のあすと長町に新築移転をしている。仙台市内では唯一の自治体立病院でもあり、歴史を通して住民の生命と健康を守りつづけ今日まで発展し続けている。

施設認定では地域医療支援病院、救命救急センター、災害拠点病院（地域）、地域周産期母子医療センター等があり、最新の高度医療機器を備える専門性の高い急性期医療を担っている。また、臨床研修病院として医師をはじめ、医療に関わる多くの職種の育成に携わっていることも評価される。経営理念には、開かれた病院、患者中心の医療、意欲的な病院などを掲げ、自治体病院としての役割を担うとともに、安全で良質な医療の提供と地域貢献をめざし事業管理者・病院長・幹部の強いリーダーシップが発揮されている。この度の訪問調査においても、業務の質改善への継続的な取り組みや患者に継続した診療・ケアが実践されていること、財務・経営管理部門などで優れた取り組みが見受けられた。一方でいくつかの課題も指摘されており、今後も本報告書を十分に活用され、貴院のより一層の発展に役立つことを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

3 項目の経営理念を掲げ、これを具現化するための 8 項目の運営方針を定めている。理念・方針ともに病院を取り巻く内外の環境変化などをふまえて、三役会の場で毎年見直されている。また、病院事業管理者・院長・幹部はその実現に向けた病院運営に指導力を発揮しており、各部署の意見・要望を聴取し職員が病院運営に積極的に参画する体制を構築している。情報管理の活用方針が策定され、データの真

正性・保存性・見読性の確保にも努めている。文書管理は規程に基づき、発信、受付、保管、廃棄等を実施しているが、病院内で使用するマニュアル・手順書の作成・承認・更新等についても明文化することが望まれる。

市の職員定数条例に基づき、毎年必要な人員計画が立案され、各部門のヒアリングも丁寧に行っている。法定人員、施設基準などの規定された人員は充足している。就業規則を始めとし、育児・介護、短時間勤務等の人事・労務管理に必要な制度を整備しており、周知している。安全衛生委員会は毎月実施されており、職場巡視や職業感染の防止等に適切に取り組んでいる。職員の教育・研修は病院として統括する部門の設置を含め、年間計画の策定・実施、実施後の有効性を高める取り組みが期待される。職員の能力評価・能力開発は、組織目標に基づく目標管理制度を通じて個人の能力開発につなげる運用を適切に行っている。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利と責務」は院内各所に掲示、職員携帯カードなどへ掲載して内外へ周知している。医療安全管理マニュアルの中で説明と同意に関する方針を定めているが、説明後の反応や理解度について記録の充実を期待する。診療やケアに必要な情報は入院案内等を通じて提供し、診療内容については入院診療計画書等を用いて説明している。情報提供や誤認防止策に関しては患者の協力が得られている。患者相談支援は、総合サポートセンター内の医療福祉相談室、精神医療相談室が担当し、社会福祉士や臨床心理士等が配置されている。被虐待児サポートチーム

(ACST) の対応等、相談内容に応じて院内外の機関との連携にて解決を図る体制を整えている。患者の個人情報・プライバシーへの対応は、「仙台市個人情報保護条例」、「仙台市個人情報保護事務取扱要領」等に基づき病院の個人情報保護方針

(プライバシーポリシー) を整備し内外に発信している。病室の患者名の表示や外来呼び出し、検査説明についても配慮がされている。臨床における倫理的課題は倫理審査委員会にて審議し、終末期医療や診療拒否・輸血拒否について病院方針を定めている。臨床倫理検討委員会にて症例検討がされている。患者・家族が抱える倫理的な課題について多職種で検討し、全職員対象に医療倫理に関する研修会を実施している。今後は症例検討を積み重ね、職員の倫理的感受性を高め、意識の醸成を図る取り組みがされるとなると良い。

患者・面会者の病院までのアクセス方法は、ホームページや入院案内等に明記されている。院内には24時間営業の売店やレストラン等があり、生活延長上の設備やサービスを整備している。病院内全面にわたりバリアフリーを整備し、車椅子やストレッチャー等による移動が可能である。福祉車両用の屋根付きの専用乗降場所があり、「宮城県ゆずりあい駐車場利用制度」に基づいた障害者用の駐車場区画も確保されている。療養環境は、外来・病棟ともに診療・ケアに必要な環境が整備され、整理整頓、清潔が保持され感染防止にも配慮されている。敷地内全面禁煙であり、院内掲示や入院案内、ホームページ等で広く周知されている。職員の喫煙習慣は毎年確認が行われ、喫煙率は年々低下している。

4. 医療の質

患者・家族からの意見・要望等は、投書箱や患者満足度調査、医療相談・対話推進窓口などから収集される。収集された意見は、苦情対応連絡会議やサービス向上委員会での改善検討を通じて「患者さんの声」等による回答が行われている。診療の質向上に向け、多くのクリニカル・パスを運用し、バリエーション分析やアウトカム指標の見直しを実施している。業務改善推進委員会やサービス向上委員会が中心となり組織横断的改善活動に取り組んでいる。病院機能評価推進委員会が中心となり、前回受審時より年1回部署ラウンドやケアプロセス調査を実施し、継続的に従前の課題と対策を検討しており、業務の質改善活動は評価できる。新たな診療、治療方法、手術などの技術を導入する場合や薬剤の適応外使用については、当該部署が提案し、臨床倫理検討委員会で検討、決定する仕組みがあり、最近の実績もある。

各部署の責任者・担当者を病棟入口に明示している。主治医不在時の運用を定めており看護師に周知されている。看護師長の業務を明文化し、部署の状況や患者情報を把握している。病棟では日々の担当看護師名を病室入口に提示するなど、管理・責任体制を明確にしている。電子カルテシステムを整備し、「診療録記載要領」に沿い必要な情報を適時に記載している。NST、緩和ケアチーム、リエゾンチーム、ACP チーム等、多職種からなる専門チームが介入し診療・ケアにあたっている。病棟内の看護カンファレンスには症例ごとに医師や薬剤師、管理栄養士、MSWなどが参加し情報共有や方針を検討し実践している。

5. 医療安全

院長直轄である安全管理室が設置され医療安全管理者が配置されている。安全な医療を提供するために各職員は医療安全ポケットマニュアルを携帯し、マニュアル作成や改訂も必要時に行われている。医療安全管理者は、すべての報告書を確認し収集した報告書から必要な事例に対して、現場確認、分析、改善策の検討・提案を行い、各部署でも事例検討を行い具体的な改善策の立案を行っている。また、継続的に再発防止策に取り組み、部署ラウンドを実施して対策の実施状況の確認と評価を行っている。

院内の患者誤認チームが中心となり患者誤認防止対策が推進されている。指示、オーダーは電子カルテシステムを通じて確実にされている。病理、画像検査結果は主治医に未確認報告が通知されており適切である。麻薬、向精神薬、毒薬の施錠管理が行われ、ハイリスク薬は薬効群で定義し保管部位の色分け、ラベルで注意喚起をしている。抗がん剤はレジメン登録の上で適切に使用されている。転倒・転落防止対策は適切に実践されている。院内で医療機器が安全に使用できるように臨床工学技士が各部門に配置され、問題発生時の報告・相談体制を整えている。患者の急変時の対応はRRSが導入され、MET 起動フローを用いて患者急変の予兆を捉えた活動を推進している。

6. 医療関連感染制御

感染対策室に専従の ICN、薬剤師を配置し感染症内科医師を管理者としている。ICD、ICN、薬剤師、臨床検査技師を含む感染対策チームを組織し、1 週間に 1 回院内を巡回し、院内の感染防止対策の実施状況の把握を行い必要に応じて指導を行っている。医療関連感染対策マニュアルを整備、改訂しており院内 LAN 上で職員が閲覧できるようにしており適切である。感染対策室は耐性菌検出を常時把握し発熱、下痢、嘔吐症状の出現状況も連日情報収集している。SSI や医療器具関連感染のターゲットサーベイランスを行っている。アウトブレイクを定義し行動指針を整備している。市感染症発生動向調査等の院外情報を収集し分析に活かすとともに毎月の ICT ニュースで情報提供を行っている。

速乾式消毒剤の使用量のモニタリングや手洗い評価・定点カメラ判定による個人防護用具の着用の徹底など、遵守状況の確認も行い感染経路別予防策なども職員に周知している。医療関連感染対策マニュアル内に抗菌薬の使用指針を定め、抗 MRSA 薬やカルバペネム等の広域抗菌薬の使用は届け出制としている。AST は抗 MRSA 薬使用例、長期投与例を把握し随時指導を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌を発行し、登録医や近隣の医療機関等への情報発信を行っている。地域医療支援病院としての機能や役割を入院案内等の中で丁寧に説明している。診療実績や臨床指標をホームページに掲載している。今年度より、新たに SNS を活用した情報発信の取り組みも開始されている。地域の医療連携については、総合サポートセンター内において医療連携室が前方連携を、医療福祉相談室が後方連携のそれぞれの業務を行い、双方で連携しながら情報共有を図っている。継続的な訪問活動等により、登録医療機関の数は年々増加している。「市立病院オープンカンファレンス」等の開催を通じて、地域医療連携の推進に向けた取り組みが行われている。市民公開講座、救命処置講習会などの活動を通じて、地域への医療等に関する情報発信・教育啓発活動を行っている。新型コロナウイルス感染症の影響により休止していた市民公開講座は、2022 年 10 月より動画配信を活用し再開されている。地域医療支援病院として、医療従事者等を対象とした「救命救急センター症例検討会」等の講習会を毎月実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページや掲示などに受診に役立つ情報を掲載し、総合案内の看護師やコンシェルジュが円滑な受診に向けた案内・誘導を行い、急変時や発熱時の対応も適切に行っている。外来患者の紹介状、他院検査所見等を活用し、自院での診察、検査と合わせて診断を適切に行っている。診断的検査は、医師が必要性とリスクを説明し、同意を得たうえで安全管理に努め実施している。主治医は医療上の必要性に応じて入院適応を判断し、リスクを勘案して他科紹介のスケジュールを考慮している。主治医は病歴や検査結果などを元に治療計画を立てているが、入院診療計画書には多職種の間わりを明記し関係者の方針の共有や理解に資するよう、書式の検討

が望まれる。また、クリニカル・パスの利用の拡充も望まれる。総合サポートセンターが窓口となり様々な相談を受け付け、院内外の職種や部門への調整・連携を図っており、MSW が 24 時間オンコール体制をとり、夜間・休日にも電話対応および児童虐待等の緊急対応に当たっている。入院生活における病棟のオリエンテーションは病棟看護師が実施し、緊急入院時の日用品レンタルや食事にも対応している。

医師は患者の毎日の診察を行いカルテに記載しており処方、指示、必要書類の作成は適時に行われている。看護師は身体的・心理的・社会的ニーズを把握し、多職種と連携し看護計画を立案している。病棟師長は部署内を巡視し、患者の療養環境や患者サービスの質向上に努めている。医師が薬剤を処方し病棟薬剤師が管理指導を行い適切に記録している。看護師が服薬の確認を行い、服薬指導は看護師、薬剤師が必要時に行っている。輸血・血液製剤投与は、医師が説明し同意を得たうえで「輸血マニュアル」を遵守して安全に実施している。周術期の対応は術前カンファレンスや術前訪問を実施し、十分な安全性を確保している。重症患者の管理は ICU や各病棟の個室で実施し、多職種が早期に介入し、患者の重症度に応じたケアを実践している。褥瘡管理者（皮膚・排泄ケア認定看護師）を中心に専門的な支援が行われ、褥瘡の予防・治療は適切に行われている。入院後に SGA（主観的包括的栄養評価）シートを用いて栄養状態の評価を実施し、必要な患者への依頼をもとに NST 回診や VE 評価を実施している。症状などの緩和については、緩和ケアマニュアルが整備され、緩和ケアチームとともに各部署にリンクナースを配置し対応している。リハビリテーションの実施にあたっては、主治医は患者の状態、障害を把握し必要事項の記載された処方を行っており、総合実施計画書も作成されている。身体抑制を実施した場合は、毎日カンファレンスを実施し、必要に応じて医師や病棟薬剤師も参加し解除に向けた検討を行っている。退院支援スクリーニングにて退院困難要因や支援が必要になる患者を抽出して早期介入につなげており、管理栄養士・薬剤師など多職種で介入している。外来看護師は入院中の病棟カンファレンスに参加しており、病棟・外来継続看護のツールを用いて情報共有する仕組みが確立されている。また、在宅療養の患者に対し専門職種とカンファレンスを実施している。これらの取り組みは病院の方針として院内に周知されており、病院として退院後の継続的・積極的な療養支援の実施が確立しているものと高く評価できる。ターミナルステージにおいては個々の患者の状況にふさわしい最適なケアが提供できるように検討が行われ、必要時には緩和ケアチームが介入している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、薬品の管理や採用、処方鑑査・調剤鑑査、疑義照会等を適切に行っている。また、注射薬は 1 施用単位で払い出している。臨床検査機能では、検体検査の迅速な実施・報告と的確な精度管理、安全に留意した生理検査を実施している。画像診断機能では、必要な画像検査は遅延なく速やかに実施し、読影依頼のある検査にはすべて画像診断医が報告を行っている。被曝線量や撮像方法も画像診断専門医が関与している。栄養管理機能については、7 名の管理栄養士が患者病態に応じた治療食の個別対応に柔軟に応じるなど食事の満足度向上に向けた積極的

な取り組みや工夫がされている。リハビリテーション機能では、急性期病院の特性に応じ、急性期のリハビリテーションを実施しており、リハビリテーションの連続性の確保や安全対策、多職種スタッフとの連携も適切に行っている。診療情報管理機能では、量的点検をマニュアルに基づき毎月全件実施しており、点検結果は診療情報委員会にフィードバックされて内容の確認や改善に向けた検討などが適切に行われている。医療機器管理機能では、病院で取り扱う医療機器を臨床工学室で一元管理し、24 時間医療機器が安全に使用できるよう管理されている。洗浄・滅菌機能は、滅菌精度が保証され滅菌物の保管状況も適切である。

病理診断機能では、ダブルチェックや学会コンサルテーション等により適切な診断精度を確保している。放射線治療は常勤の専門医、放射線治療品質管理士、医学物理士が在籍しておりリニアックによる治療を行っている。適応判断、治療計画、安全対策も適切に行っている。輸血・血液管理機能は輸血システムを導入し、確実な安全管理と廃棄率軽減に努めている。手術・麻酔機能は手術スケジュール管理、時間外の手術対応、タイムアウトなどの安全確認を含め、適切に発揮されている。集中治療機能では、ICU に主治医制のオープン方式を敷き、多職種カンファレンスを実施して早期介入に努め、適切に対応している。救急医療機能は、三次救急医療機関およびドクターカーの医師派遣施設として、多数の患者を受け入れ、地域に大きく貢献している。

10. 組織・施設の管理

経営方針や年次事業計画等に準拠した予算書が作成され、決算時における貸借対照表等の財務諸表は仙台市監査委員による会計監査を受けている。経営計画では数値目標と詳細な行動計画が記載され、地域住民の要望等も取り入れている。計画遂行における PDCA サイクルを、病院と地域が一体となって回していく取り組みは評価できる。受付から会計、収納までの一連の医事業務は、マニュアルに沿って行われている。未収金管理では、未收件数や収納率等を毎月把握して早期の収納に努めている。電子マネー決済等、支払方法の多様化に取り組んでいる。施設基準は、経営医事課による定期的な確認が行われている。物品管理や清掃、調理、医事業務などの業務委託が行われている。委託会社の決定は、規程に基づき一般競争入札等の方法で行われる。委託会社の業務品質等は、定期的な会議や調査等を通じて各部署が管理している。

施設・設備の管理では、年間保守計画に基づく日常・定期点検等が行われ実施記録も整備されている。感染性廃棄物保管庫の表示・管理は適切に行われており、産業廃棄物最終処分場の現場確認も行われている。医療材料や医薬品の選定・採用は、委員会での検討を経て購入を決定している。医療材料等の供給や在庫管理等の物品管理業務を SPD に委託している。同品質低価格品への切り替えや品目数の削減等によるコスト抑制にも取り組んでいる。

火災発生時の対応マニュアルや地震災害のリスクを想定した業務継続計画が整備されている。緊急時のフローチャートや連絡網等は、院内掲示やポケットマニュアル等によって周知されている。職員・患者用の食料・飲料水が 3 日分、医薬品が

10 日分備蓄され、敷地内の備蓄倉庫等に保管されている。飲料水以外の水は、受水槽に 3 日分を確保している。保安業務は委託会社が行っており、防災センターに警備員が常駐している。夜間・時間外では、防災センターでセキュリティカード発行等による入館管理を行っている。警備員による巡視状況等は警備日誌に記録され、財産管理課長の決裁を受けている。防災や盗難、院内暴力等の事例に応じた緊急連絡網が作成され、防災センター内に掲示されている。

医療事故発生時の手順は、医療安全管理マニュアル等に明文化され、手順に沿って運用している。事故発生初期からの対応フローシートも定め職員周知が図られている。原因究明と再発防止に向けての詳細な検討も行われている。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型の臨床研修病院であり、研修医教育は初期臨床研修指導ガイドラインに準拠したプログラムに基づき行われている。後期臨床研修では、海外の大学への短期派遣研修も取り入れている。看護師や薬剤師等の専門職種に対する初期研修は、部署ごとに研修計画を策定して実施しており、プログラムの検討や達成度評価も部署で取りまとめを行っている。看護師、薬剤師、管理栄養士などを目指す学生の病院実習を多くの部署において受け入れている。実習生の受け入れは「仙台市立病院実習生受け入れマニュアル」に基づいて行われ、学校側との受け入れ協定の締結は人事研修係が窓口となって対応している。病院の理念や基本方針等は、実習前オリエンテーションで指導されている。実習生が患者に直接関わる場合の患者・家族からの同意は、承諾書を通じて取得している。

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・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	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	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	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	B
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	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	S
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	S
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	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	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	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 8 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 仙台市立病院

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： 宮城県仙台市太白区あすと長町1-1-1

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	467	456	+0	76.3	9.1
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用	0	0	+0		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	50	50	+0	18.6	12.7
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	8	8	+0	37.3	6.8
総数	525	514	+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	24	+0
集中治療管理室 (ICU)	14	+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)	3	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	4	+0
人工透析	9	+0
小児入院医療管理料病床	36	+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		
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), 救命救急センター, エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (Ⅲ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： 17 人 2年目： 17 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
1日あたり外来患者数	866.52	850.13	906.01	101.93	93.83
1日あたり外来初診患者数	80.25	73.34	84.47	109.42	86.82
新患率	9.26	8.63	9.32		
1日あたり入院患者数	358.10	383.79	419.26	93.31	91.54
1日あたり新入院患者数	35.15	36.19	38.66	97.13	93.61