

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院2」及び副機能種別「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および1月15日～1月16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

機能種別 リハビリテーション病院（副） 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。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院はグループの13番目の病院として、1986年2月に許可病床数250床で開院された。その後、地域医療の状況やニーズに対応し、診療科の増設や増床を行いながら2022年4月に現在地に新築移転した。7月には回復期リハビリテーション病棟35床を開設し、許可病床347床となった。病院の基本方針である「いつでも何人も平等に受けられる、断らない医療」、「24時間救急体制の実施」を実践して積極的に救急医療に取り組み、年間を通じて多くの救急要請に対応している。さらに、病院屋上にヘリポートを設置するなど救急医療体制の強化を図っているほか、専門医療や予防医療にも注力して地域医療に大きく貢献している。

このたびは更新審査に加え、新規に副機能でリハビリテーション病院を受審された。多くの項目で適切と評価された。本報告を活用して、引き続き質改善に取り組み、地域から信頼される病院として益々発展することを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針をわかりやすい表現で明文化し、院内外に周知している。病院運営の意思決定会議は幹部会議であり、そのほか必要な会議・委員会を設置し機能している。中期計画に基づいた年度事業計画を策定しているほか、BSCシートを活用して部門・部署ごとの目標を設定して達成度を評価している。情報の管理・活用の

方針は明確であり、情報を有効活用している。病院として管理すべき文書を明確にし、マニュアル等の承認の仕組みも適切である。

人材の確保に向けて採用情報をホームページに掲載し、病院見学会や学校訪問などを実施している。人事・労務管理に必要な各種規則・規程を整備し、職員に周知している。労働安全衛生委員会を設置し、健康診断を実施している。会議・委員会での意見集約のほか、職員満足度調査を実施し職員の意見・要望を把握している。

全職員を対象に医療安全や感染対策、個人情報保護、医療の倫理、ハラスメントなどを課題として教育・研修を行い、アンケートで理解度や満足度を確認している。職員個別の能力評価は、人事考課や到達目標を定めた力量評価を活用している。各職種における初期研修は、新人研修プログラムやラダーを活用している。多職種の学生実習を受け入れ、カリキュラムに沿って実習・評価している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化して患者・家族や職員に周知するとともに、説明と同意の場面などで適切に擁護されている。インフォームドコンセントの指針に、説明と同意に関する方針や基準・手順を整備している。説明すべき項目を設定し、文書での説明と同意が必要な医療行為などの範囲を定めている。患者の権利や義務、感染対策、転倒・転落防止、患者確認の協力などについて、入院案内やホームページに掲載し、院内掲示して患者・家族の医療への参加を促している。患者相談窓口を設置し、医療福祉相談室に社会福祉士を責任者として配置している。社会福祉相談や看護相談など様々な相談に対応し、内容により関係各部署と連携している。個人情報保護方針等を定め、職員に周知するとともに適切に保護・管理している。病院の主要な倫理的課題についての方針を定めて明確にし、看護部の倫理研修では、臨床倫理の4分割表を活用し、倫理的課題について情報を整理して事例検討を行っている。

病院へのアクセスは、ホームページや入院案内などでわかりやすく案内している。院内は整理整頓されて病棟や病室は静寂が保たれ、空調や採光などにも配慮した療養環境を整備している。敷地内全面禁煙の方針を明確に定めて広く周知している。

4. 医療の質

部門・部署ごとにBSCシートを作成し、年2回のレビューを行って目標管理している。日本医療機能評価機構の認定や国際標準化機構による認証など、体系的な病院機能の評価を活用して改善活動に取り組んでいる。外科と心臓血管外科のカンファレンスや死亡症例検討会、CPCなどを多職種参加で開催し、診療ガイドラインやクリニカル・パスを活用している。患者・家族の意見・要望は、意見箱や患者満足度調査、患者相談窓口等から収集し、CS委員会など組織的に検討して質改善に取り組んでいる。新たな診療・治療方法や技術の導入、症例発表や看護研究の際は事前に、医の倫理審査会に諮るとし、外部委員も任命している。

各病棟の入口には、診療や看護の責任者氏名を掲示している。主治医不在時や夜

間等の緊急連絡体制を明確にしている。

病棟の看護責任者は毎日ラウンドを行い、患者情報や環境整備を把握・共有し、必要に応じて指導している。電子カルテを導入し、診療録記載規程に基づき記載している。診療記録の質的点検については、診療記録質的監査マニュアルと質的監査評価票に基づき、多職種で評価してフィードバックする運用としている。各専門領域における多職種連携チームを編成し、質の高い診療・ケアの提供を目指し活動している。また、特定行為看護師を配置し、手順書を整備して活動を始めている。

5. 医療安全

院長直下に医療安全管理室を設置し、医療安全管理者を専従配置している。多職種で医療安全カンファレンスやインシデント検討会を行っている。医療安全管理委員会や院内事故防止委員会において、院内事故防止マニュアルの改訂や事故防止対策の共有と職員への周知を図っている。インシデント・アクシデントは電子カルテシステムで報告し、医療安全管理室で分析・集計している。医療安全管理室では事故レベル 3b 以上の事例等を医療安全カンファレンスに提起し、インシデント検討会では RCA などを用いて検討し、対策を立案している。院外からの医療安全に関する情報は、グループの医療安全管理部会や PMDA 等から入手し、リスクニュースやリスクマネジャーを通して職員へ周知している。重大医療事故発生時の対応手順は、医療事故防止マニュアルに定めている。

患者誤認防止マニュアルや手術部位マーキングマニュアル等に沿って誤認防止策を適切に実践している。医師の指示出し・指示受け・指示の実施確認は電子カルテを運用し、確実に実施している。ハイリスク薬とハイアラート薬を分類し、表示方法を院内で統一している。入院時に転倒・転落アセスメントスコアによる評価を行い、防止対策を講じている。医療機器を使用する職員への教育を行い、使用マニュアルに基づく確認を行っている。緊急院内コールを設定し、主に医師と ER や HCU のスタッフが対応している。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染対策室があり、感染管理者は副院長が務めている。感染対策室には専従 ICN、ICD を含む専任医師が配置されているほか、薬剤師や臨床検査技師などが所属している。院内感染対策委員会を開催し、院内各部署や委託業者および院内保育園からも委員を選出し、病院を挙げて感染対策に取り組んでいる。院内の感染発生状況は病棟や検査科から感染対策室に報告されるとともに、感染管理システムにより電子カルテ上でも情報を把握している。院外での流行情報は、行政に加え、「宮城県 ICN ネットワーク」に参加して確認している。ICT ニュースを発行し、電子カルテで閲覧できるとともに、紙媒体でも配布している。

感染対策マニュアルに基づいて各病室入口に個人防護具を設置し、感染経路別予防策をスマートベッドの感染症表示を色分けで明示している。ICT ラウンドで感染対策の実施状況を確認し、現場にフィードバックしている。速乾式消毒剤を個人携帯し、使用量を調査している。看護部感染対策委員を中心に、直接観察法で手指衛

生タイミング調査も行っている。抗菌薬の採用・採用中止は、薬事委員会で決められている。抗菌薬適正使用ガイドラインを整備し、適宜改訂している。カルバペネム系やバンコマイシンは届出制であり、使用終了までASTでモニタリングするとともに、TDM対象薬は全例TDMを実施し、医師にフィードバックして抗菌薬の適正使用を働きかけている。

7. 地域への情報発信と連携

必要な情報を地域等へわかりやすく発信すべく、ホームページや広報誌、病院案内等を活用し、病院の提供する医療サービスの内容などを情報発信している。患者紹介や逆紹介などの連携の実績は、地域連携室が把握している。紹介の受け入れ手順はホームページにて案内・周知し、地域連携室が窓口となり紹介患者の受け入れを行っている。紹介元への返書は地域連携室で管理し、初診時や治療中、治療終了時など診療経過に応じて返書を行っている。地域住民への教育・啓発活動として、年間を通じて多数の医療講演会を実施している。予防医学センターでは、人間ドックや健診、特定保健指導のほか、予防医学外来を設置し、病気の早期発見を目的とした一般的な健診から個々の健康の状態を診る種々のオプション検査を提供している。医療従事者への教育・啓発活動として、医師会主催の勉強会への講師派遣のほか、看護協会からの依頼により感染管理認定看護師を介護福祉施設等の職員研修に派遣している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

正面玄関フロアに事務職員を配置し、患者の円滑な受診を支援している。地域連携室や医師事務作業補助者が情報を収集し、医師はその情報をもとに診察を行い、検査・治療計画を立案している。侵襲的検査には医師や看護師が関わり、入院の適応は医学的な必要性に基づき医師が判断し、入院決定には患者の希望にも配慮している。入院診療計画書は、多職種で個別性に配慮して作成している。患者・家族からの医療相談は、内容によって適切な職種が対応している。

医師は回診してリーダーシップを発揮し、看護師は看護管理基準・看護手順に基づいて病棟業務を行い、セル看護方式を導入して患者の側に滞在して記録を行う体制である。投薬・注射や輸血を実施する際は、医師が必要性とリスクを説明し、同意を得た上で実施している。周術期には、麻酔科医や手術室看護師が術前診察や術前訪問を行い、手術のリスク対策を行っている。重症患者の収容体制を整備して重症度に応じて病床を選択している。全入院患者に対して、褥瘡に関する危険因子評価票を活用して評価し、結果に応じた対策を立案している。食物アレルギーや禁止食品の情報を共有し、食事を提供するとともに、管理栄養士や看護師が患者の状態に応じて栄養介入している。緩和ケアマニュアルを整備し、原因評価から治療について基本方針を定めている。療法士は実施計画書作成マニュアルに基づいて実施計画書を作成し、確実・安全に実施している。多職種で構成された身体的拘束最小化チームが発足し、行動制限マニュアルを見直し、指針を定めている。病棟看護師や退院調整看護師、社会福祉士が退院調整カンファレンスを実施し、早期退院に向け

て取り組んでいる。ターミナルステージの判断は、主治医が病態評価とともに看護師等の意見も聴取して行い、患者・家族の意思を確認した上でDNARの方針を決定している。

〈副機能：リハビリテーション病院〉

回復期リハビリテーション病棟の受け入れは、院内転棟のみである。患者の病態に応じた診断・評価は、最初に医師が行い、その後、各職種がそれぞれの専門性に応じた初期評価を行っている。患者・家族からの多様な医療相談には、入退院患者サポートセンター内の医療福祉相談室が対応している。

医師は回診し、看護師・介護職は看護業務基準や手順に基づいて看護業務を行い、患者の個別性に配慮した看護計画を立案している。投薬・注射を実施する際には、医師が必要性とリスクについて説明している。全入棟患者対象に褥瘡発生リスクを評価し、管理栄養士はミールラウンドを行い、摂取量増加や低栄養改善に向けてカンファレンスで検討している。症状緩和には、理学療法士によるポジショニングやシーティングも看護師や看護補助者との協働に活かされている。理学療法・作業療法・言語聴覚療養は、医師の指示に基づいて確実・安全に実施している。生活機能の維持・向上に向け、多職種によるチームアプローチを行っている。入棟時から退院支援を強く意識し、多職種カンファレンスから退院前カンファレンスまで、一貫した退院支援を行い、院外の社会資源とも連携している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤科では処方鑑査や調剤鑑査を確実にを行い、検査科および放射線技術科では24時間体制で必要な検査を実施し、異常値やパニック値の報告を適切に行っている。栄養管理科では衛生面に配慮した食事を提供するとともに、検査や嗜好調査などを参考に献立や食事の改善に努めている。急性期リハビリテーションの提供体制を整え、訓練の連続を確保している。診療情報は、1患者1ID番号で一元的に管理し、診療記録の量的点検は、診療情報管理士を中心に退院時に、レセプトコーディング委員会で定めた項目を全件に実施している。医療機器の情報を臨床工学科で一元管理し、24時間体制で緊急使用やトラブルに対応している。中央材料室では、滅菌業務標準作業手順書や設備管理手順書に基づいて洗浄・滅菌作業を行い、各種インディケータで滅菌の質を担保している。

病理診断体制を整備し、病理診断報告書の取り扱いも適切である。2020年には日本輸血・細胞治療学会輸血機能評価認定制度の外部認証を受けるなど、輸血・血液管理機能の質向上に取り組んでいる。手術室ではサインイン、タイムアウト、サインアウトを確実にを行い、退室基準を遵守し、集中治療の対応体制も整備している。救急医療機能では24時間救急体制を実践し、多くの救急要請に対応している。

10. 組織・施設の管理

予算編成の手順は明確であり、予算は組織決定されている。病院会計準則に基づいた会計処理を行い、必要な財務諸表の作成と会計監査を行っている。医事業務で

は手順書に沿って窓口業務や保険請求業務を行い、施設基準の新規取得や管理については医事課長を中心に検討・管理し、届出・変更時には幹部会議で決裁している。業務委託の契約は幹部会議で決裁し、契約書は総務課経理係が管理している。業務委託の更新前には幹部会議にて委託業者の評価を確認している。

自院の役割・機能に見合った施設・設備を整備し、日常点検や保守計画に基づく定期的な点検を確実に実施している。薬剤や医療材料・消耗品は法人本部統一のシステムを利用し、購入・管理している。高額医療機器などの購入は、各部署への購入希望等のヒアリングを行い、優先順位を付けて予算に組み込んでいる。

火災や水害、地震、感染に対応するBCPや災害対応マニュアルを整備し、訓練を実施するなど、災害時等の危機管理への対応を適切に行っている。保安業務は24時間365日体制で実施し、施設管理や院内外巡視などを確実に実施している。

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	B
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	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	B
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	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	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	B
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	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	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	B
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	B
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	B
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	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	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	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	B
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	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	B
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
-------	---------------	---

機能種別：リハビリテーション病院（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	B
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A

2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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 10月 31日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 医療法人徳洲会 仙台徳洲会病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2、リハビリテーション病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 医療法人
 I-1-4 所在地： 宮城県仙台市泉区高玉町9-8

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	347	347	+32	91.5	15.7
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	347	347	+32		

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)	14	+8
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	35	+29
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	35	+35
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	41	+41
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

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： 3人 2年目： 2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

