

## 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10月10日～10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 条件付認定（6ヶ月）

### ■ 改善要望事項

・機能種別 一般病院2

1. 術中迅速病理診断の体制を構築してください。（3.2.1）

#### 1. 病院の特色

貴院は、循環器疾患に特化した専門病院として開設され、「最善、最高の医療の提供」を方針として掲げている。心筋梗塞や狭心症、心不全、弁膜症などの循環器疾患に対応し、高度な医療技術を多職種が協働したチーム医療で患者をサポートしている。現在では循環器疾患とともに消化器外科の対応疾患が増加している中で、地域の医療機関や介護事業所等との連携を強化しながら、質の高い医療の実現を目指している。今回の病院機能評価受審を通じ、医療安全や感染制御、業務の質向上や改善などへの意識・精度をさらに高められ、今後貴院の機能が維持・発展していくことにつながれば良いと考える。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および基本方針を明文化し、患者・家族や職員、地域住民に周知している。中期計画は4年間の計画を策定し、医師体制の課題、経営課題などを明示している。病院の最終決定機関である運営会議を開催しており、組織図も整備している。中期計画に基づき年次事業計画を策定している。医療情報システム運用管理規程を整備し、管理体制などを定め、真正性や保存性、見読性を確保している。文書管理においては、文書管理規程に則り適切に整備されている。病院は法定人員や施設基準上の人員を確保しており、採用計画や人員確保などが適切に行われている。人事・労務管理では、就労管理と就業規則の職員への周知なども適切である。安全衛生管理では、特定化学物質の作業環境測定を定期的を実施し、結果に応じて必要な対応をすることが望まれる。職員の意見や要望を把握し検討が行われ、福利厚生制度も確立されている。必要な全職員対象の教育・研修は年間計画を立て、おおむ

ね適切に実施されているが、患者の権利をテーマにした研修も実施することが望ましい。人事考課制度は一部職種では実施されていないため、全職員を対象に実施することが望まれる。専門職種の初期研修は、看護部をはじめ各職種においておおむね適切に実施されている。学生実習は適切に受け入れている。

### 3. 患者中心の医療

「患者さんの権利と責務」として6項目を明文化し周知しており、診療記録の開示については、原則として全開示の対応である。診療記録記載要綱には、説明と同意に関する事項を明記し、患者や家族に適切に説明し同意を得るよう努めている。患者との情報共有で病状説明などにおいては、書面や図・模型などを用いて説明を行い、患者・家族の理解を深めるように努めている。外来患者には患者サポートセンター、入院患者には入退院支援室に相談担当者を配置し、患者・家族からの様々な相談に対応している。個人情報保護に関する規程・方針などを整備し、患者の個人情報の利用に伴う手続きや管理、USBの取り扱いなどを定めている。臨床倫理委員会を設置し、代表的な倫理課題に関する対応指針に沿って検討を行い、想定される倫理的課題への対応も明確に示されている。病院内はバリアフリーであり、安全性や利便性にも配慮している。病院内には売店はないが、入院生活に必要な物品は準備している。診療・ケア・療養に必要なスペースを確保し、病院内の整理整頓も徹底しており、清潔で快適な療養環境を提供している。受動喫煙防止対策としては、敷地内禁煙を実施しており、職員の喫煙率も把握するなど、おおむね適切な対応である。

### 4. 医療の質

業務の質改善活動としては、多職種が参加する「外来受付時間検討WG」、「入院前支援WG」が計画的かつ継続的に取り組んでおり、待ち時間の短縮などの改善実績がある。診療の質向上に向けた取り組みとしては、各種症例検討会など多職種参加による検討会を開催している。臨床指標は、収集・分析する部署を設置し、他施設との比較した指標や自院の診療特性に関わる臨床指標を設定して継続的な改善活動に取り組むことを望みたい。患者・家族からの意見の収集と改善については、院内各所に設置された意見箱や患者サポートセンターに寄せられる意見を収集・検討し、医療サービスの質改善に向けた取り組みを行っている。診療・ケアの責任体制は、病院玄関には各部門の責任者を表示しているが、病棟にも表示されることを期待したい。診療録の質的点検は、診療記録の抽出方法や多職種参加による点検など点検方法についても検討し、より効果的に取り組むことが望まれる。褥瘡対策チームやNST等、多職種からなる専門チームが組織化され、ケアの質向上に向けて活動している。

### 5. 医療安全

安全確保に向けた体制においては、院長直轄の医療安全管理室を設置し、専任・兼任の医療安全管理者を配置しているが、医療安全管理者等への権限委譲を安全管

理指針に明記することを期待したい。インシデント・アクシデントレポートの収集・分析、改善策の検討、情報の周知など、医療安全に関する活動はおおむね適切に行われている。医療事故等対応は、事故発生時の対応手順や組織的な体制、医療事故調査委員会の設置、訴訟への対応も整備されている。患者の確認については、患者自身に氏名と生年月日を名乗ってもらい、入院患者はリストバンドによる確認を実施している。手術室におけるサインイン、タイムアウト、サインアウト等の記録の整備とマーキングの部位や印の方法なども統一されると良い。情報伝達エラー防止に向けた取り組みは、電子カルテオーダーによる指示出し・受け・実施・実施確認は適切であるが、口頭指示の対応可能な範囲を設定することを望みたい。薬剤の安全使用に向けた取り組みは、訪問審査を機に見直された事項について継続することが望まれる。転倒・転落防止対策においては、入院時にアセスメントを実施し、リスクに応じて看護計画を立案し適切に対応している。病棟の主な医療機器はマニュアルに則って使用されており、臨床工学技士は除細動器等の定期点検を実施し、人工呼吸器やIABPなどは毎日ラウンドを実施し、設定確認と点検を行っている。急変時の対応については、院内緊急コードを設定・対応している。BLSとICLS研修は計画的に実施し、BLS訓練は全職員を対象に行われている。

## 6. 医療関連感染制御

感染対策室を設置し専任・兼任の室長のICDと副室長の看護師長を配置しており、感染対策室の下に多職種から構成したICTを組織している。実働の感染対策室副室長の役割と必要な権限の明文化をすることと、活動時間の確保が望まれる。ICTはICTラウンドを週1回実施し、各部署の評価、課題および改善状況を確認している。VAPをはじめとするデバイスサーベイランスの実施が望まれる。現場では院内感染対策マニュアルに則り、標準予防策やPPEの使用基準、感染別予防策などを定め遵守している。現場職員に対し委員会議事録を院内メールで発信して、抗菌薬使用状況、アンチバイオグラムを周知している。抗菌薬の採用は薬事委員会で決定しているが、感染対策委員会での検討結果も加えて薬事委員会で審議することが望まれる。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院として必要な情報発信は、病院広報誌やホームページにより行っている。広報誌は年3回、1回4200部発行しており、病院内に患者や家族向けに配架され、法人事業所のユーザーなどに配布されている。ホームページは外来受診の方法や入院時の手続き、診療科紹介、治験・臨床研究などを広報している。総合連携室と入退院支援室を設置しており、主に総合連携室は前方連携を、入退院支援室は後方連携を行っている。紹介患者の返書管理を行い、紹介直後の返信、中間報告、最終報告の管理を行っている。退院先との連携を良好に進めるため、連携医療機関や介護事業所に年2~3回程度の訪問を実施し、施設の状況と地域の医療・介護の状況を把握するとともに、当院の状況を共有するなど、顔の見える連携を推進している。地域に向けて医療に関する啓発の取り組みは健診増進部が主体となり、管理栄養士

や保健師、健康運動指導士などにより健康に関する講和を地域住民向けに年 30 回開催している。また、地域の医療機関向けに循環器カンファレンスや消化器カンファレンスを病院主催で年 1～2 回開催している。

#### 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来の総合案内にはコンシェルジュが終日常駐しており、病院内の案内や受診科案内等を行っている。初診や再来患者、紹介状を持参された患者の手続きを含め、受付から外来診療までの流れは良好である。初診患者の情報は問診票にて把握し、電子カルテにて共有している。診断的検査は検査の必要性和リスクに関する説明を丁寧に行い、同意を得て実施している。入院の決定は医学的な検討に基づき判断し、患者・家族に説明を行い、同意を得て行っている。入院診療計画書は記載内容の充実が望まれる。患者・家族からの相談は入退院支援室を中心に、多様な相談に対応している。医師は日々の回診を通して情報共有し、多職種が参加するカンファレンスに参加し、チーム医療におけるリーダーシップを発揮している。看護業務は基準・手順を整備し、患者の状態に応じて日常生活の援助や診療の補助業務を固定チームナーシングにて行っている。病棟薬剤師による薬歴管理や服薬指導を適切に実施している。輸血は輸血マニュアルに沿って確実・安全に実施している。周術期の対応では、執刀医および麻酔医が患者に手術に関する説明を行い、同意を得て実施している。重症・術後患者は HCU にて適切に管理している。褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事指導、症状緩和、リハビリテーションはいずれも適切に実施している。身体拘束については、指示を含めた記録の整備と説明と同意書の内容を再検討することが望ましい。退院支援は全患者に退院支援スクリーニングを行い、必要な場合は退院支援カンファレンスを実施し支援している。在宅療養が必要な場合は、退院支援計画書をもとに看護師等専門職種からの退院指導を行い、継続療養につなげている。ターミナルステージへの対応は、患者・家族の意向を考慮し、適切に対応している。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、薬剤の保管・管理、調剤、処方鑑査の業務は適切であるが、疑義照会の集計、分析、その結果の医師へのフィードバックが望まれる。臨床検査機能は、24 時間体制により体制を確立している。検体検査の異常値やパニック値発生時の対応は見直したところであり、継続的な取り組みが望まれる。画像診断機能、栄養管理機能では体制の確立を含め適切に機能を発揮している。リハビリテーション機能は、リハビリの連続性の確保について工夫を行っていることを含め適切に機能を発揮している。診療情報管理機能では、引き続き量的点検を確実に行うことが望まれる。医療機器管理機能では、医療機器管理システムを導入し、輸液ポンプ類の持ち出しや返却時に記録を行う管理体制を構築したところであり、今後も継続して対応することが望まれる。洗浄・滅菌機能については、滅菌の質の確保、リコール対応を含め適切に機能が発揮されている。病理診断機能は一部課題があり、対応が求められる。輸血・血液管理機能は体制や血液の保管・管理、廃棄率低減に

に向けた取り組みを含め、適切に機能を発揮している。手術・麻酔機能、集中治療機能は体制を含め機能を発揮している。救急医療機能は救急告示病院として、当直、オンコール体制を含め適切に機能を発揮している。

#### 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、会計は公益法人会計基準に基づいて行っており、3か月ごとに税理士法人の監査を受けている。予算管理、経営報告・分析など含め適切である。医事業務は窓口収納業務、レセプト業務、返戻・査定、未収金など適切に処理されている。委託業者の選定については、業務内容や効率化、コスト、業務品質の確保などを考慮した上で検討している。委託業者とは定期的に意見交換を行う場を設け、業務改善や品質維持・向上に努めている。施設・設備管理では、委託職員を配置し、日常点検および定期点検など、記録を含め適切に管理している。購買管理では、医薬品、診療材料、試薬、一般消耗品など、価格交渉、発注、検収、各部署への配送などを適切に行っている。防災マニュアルが整備され、消防訓練などの実施もあり、緊急時の体制は確立している。保安業務では、防災管理室に必要な人員を24時間体制で配置し、施錠や鍵管理、入館者の管理など適切に行っている。

# 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	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	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	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	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	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	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	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	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	B
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	B
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	C
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	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	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
-------	---------------	---

---

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 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： 一般財団法人宮城県成人病予防協会附属 仙台循環器病センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 公益法人

I-1-4 所在地： 宮城県仙台市泉区泉中央1-6-12

## 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	116	116	+0	68.74	10.45
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	116	116	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	4	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

## I-1-7 病院の役割・機能等

DPC対象病院 (DPC標準病院群), 総合周産期母子医療センター, 地域周産期母子医療センター, 在宅療養支援病院

## 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  
 オーダリングシステム  1) あり  2) なし PACS  1) あり  2) なし

