

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院1」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および12月3日～12月4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1	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院1
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1947年に国保直営診療所として開設された。その後、1958年には鹿島台町国民健康保険病院を経て、2006年の大崎地方1市6町合併による大崎市の誕生に伴い、大崎市民病院鹿島台分院へ改称された。本院や地域の医療関連施設と連携し、地域医療を支えてきた点は高く評価されている。許可病床数は一般病床（すべて地域包括ケア病床）と療養病床で構成され、主な診療科は、内科・外科・整形外科である。

今回が初めての機能評価受審であるにもかかわらず、日頃からの業務改善の取り組みが随所に見られ、多くの項目が一定水準に達していた点を高く評価したい。今後も病院機能がさらに充実し、発展していくことを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、院内外に周知している。病院の意思決定会議は運営会議であり、組織図や職務分掌が整備されている。また、会議や委員会は規程に基づいて開催されている。中・長期計画内には年次事業計画が位置づけられており、その実績は運営会議などで検証されている。部門・部署の目標はBSCに基づくアクションプランとして作成され、達成度を評価している。病院運営上の課題を明確化し、幹部が会議・委員会に積極的に関与することで課題解決を進めている。情報管理責任者は分院長が務め、実務の統合管理は管理課が担っている。文書取扱に関する規程を整備し、管理課が所管する文書は一元管理されている。

病院の役割・機能に応じた人材を確保し、就業規則や給与規程等の人事・労務に関する各種規程を整備している。職員衛生委員会を開催し、産業医や衛生管理者に

よる院内ラウンドやストレスチェック等も実施している。職員からの意見・要望は満足度調査で収集し、就労支援や福利厚生の実施を図っている。必要性の高い課題の教育・研修を全職員対象にeラーニングも活用して実施し、研修後アンケートで内容の評価している。職員の能力評価・能力開発に向け、人事考課で個人目標を設定し、自己評価および所属長による面談・指導を行っている。看護・リハビリで学生実習を受け入れ、カリキュラムに沿った実習・評価を実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内外に周知している。インフォームド・コンセントに関する指針等を整備し、侵襲を伴う診療行為の説明・同意や同意基準を明文化している。患者と診療情報を共有すべく、外来では生活習慣病療養計画書を用いて患者・家族に治療目標や注意点を伝えている。外来や病棟に疾患・治療のパンフレットを設置しているほか、認知症オレンジカフェを開催し、薬剤・栄養・介護などの面から患者・家族を支援している。患者サポートセンターに患者相談窓口を設置し、多種多様な相談に応じている。個人情報保護に関する各種規程を整備している。「臨床倫理方針及び指針」を整備し、主要な倫理的課題について検討することが明文化されている。臨床現場での倫理的課題は、多職種による倫理カンファレンスでジョンセンの4分割法を用いて検討している。解決困難な倫理的課題はフローシートに沿って、病院としての対応を運営会議で審議する仕組みとなっている。

駐車場・駐輪場を整備し、地域の路線バスも病院玄関前を経由するなど、アクセスに配慮されている。院内にはWi-Fi環境など生活延長上の設備・サービスを整備し、院内はバリアフリーで車椅子でも利用しやすく、必要な場所には手摺りを設置している。診療・ケアに必要なスペースを確保し、院内は整理・整頓と清掃が行き届いている。敷地内禁煙であり、院内各所に禁煙のポスターを掲示するとともに、職員衛生委員会も啓発を行っている。

4. 医療の質

本院のTQMセンターと連携し、医療の質改善ラウンドを実施して問題点を検討・改善している。各職場はBSCを活用したアクションプランを作成し、ボトムアップ型の改善活動を推進している。診療の質の向上に向け、全入院患者に対するカンファレンスを多職種で実施し、常にメンタルモデルを共有している。診療ガイドラインの閲覧環境を整え、地域連携パスは脳卒中や大腿骨頸部骨折などで運用している。患者・家族の意見は提言箱から収集し、運営会議など病院幹部の関与を経て、フィードバックしている。また、地域からの意見・要望をモニターしている。新たな診療・治療方法や技術の導入は、運営会議で審議し、「導入フロー」を作成している。臨床研究は学術委員会で審議・承認している。

病棟ではスタッフステーション前に、病棟責任医や病棟師長、多職種の担当者を掲示し、診療・ケアの管理・責任体制を明確にしている。「診療情報管理マニュアル」に診療録の記載手順を定め、カンファレンス記録や初診・入院時の初期記録には必要項目を明示している。病棟では多職種が参加して各種の評価を行い、カンフ

アレンスを行っている。また、感染対策や褥瘡、糖尿病、身体拘束最小化、虐待防止、医療安全などの多職種による専門チームが協働し、患者に必要な支援を組織横断的に進めている。

5. 医療安全

分院長直轄の医療安全管理室を設置し、室長には外来師長が専任の医療安全管理責任者として配置している。医療安全管理委員会および医療安全カンファレンスを開催し、医療安全管理責任者や医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者の役割を明文化している。医療安全関連の各マニュアルは必要に応じて改訂し、医療安全ポケットマニュアルを全職員が所持している。インシデント・アクシデントは、院内システムで報告され、確認・ヒアリングを経て改善策を検討・評価している。さらに、ラウンドを通じて改善策の実施状況や成果も確認している。収集事例は院外情報も含め、配布物やイントラネットで周知している。医療事故発生時の対応は明文化している。

患者確認は、マニュアルに沿って患者本人による申告を基本とし、外来基本票や診察券、ID バンドも活用している。電子カルテのオーダーリングシステムで指示出し・指示受けを確実にしている。薬剤師はハイリスク薬を明確化し、必要時にポリファーマシー対策を行っている。入院時に全患者の転倒・転落リスクを評価し、結果に応じた環境調整やセンサーマット等の対策を行い、ピクトグラムで共有している。医療機器の安全使用に対する教育・研修は、臨床工学技士が計画し行っている。院内急変時コールを設定し、全職員を対象とした BLS の講習会を実施している。

6. 医療関連感染制御

分院長から権限を委譲された感染管理室を設置し、ICD である分院長が統括を行い、兼任の看護師と臨床工学技士を配置している。院内感染防止対策委員会と多職種で構成した ICT を設置し、感染対策マニュアルを作成している。JANIS に登録し、CAUTI 減少を目的に、適正使用に向けたケアバンドルを運用している。本院のリンクナース会議で地域の感染情報を共有するとともに、本院感染管理部による感染対策コンサルテーションを受けられるネットワークを構築している。また、院内の感染対策研修会に協力型医療機関連携施設の職員を招き、情報を共有している。

感染対策マニュアルに沿って標準予防策と感染経路別予防策を実施している。院内設置の消毒液や個人携帯用消毒液の使用量を調査し、ICT ラウンドで成果を確認している。ICT が病棟回診を行い、院内全体の抗菌薬使用状況や耐性菌の出現を監視している。カルバペネム系などの広域スペクトラム抗菌薬は届け出制とし、必要性や患者要因を担当薬剤師が確認する仕組みを整備している。指定抗菌薬や血液培養陽性患者の状況を臨床検査技師と薬剤師が把握し、使用量を管理しながら de-escalation を医師へ提案している。さらに、本院の感染管理担当医師が院内ラウンドを行い、主治医・薬剤師と抗菌薬適正使用カンファレンスを実施している。

7. 地域への情報発信と連携

広報は管理課・本院経営企画課が担当し、病院の診療内容や医療サービス、診療実績をホームページや広報誌、年報などで発信している。地域医療連携室スタッフにより、自院の役割・機能に見合った患者の受け入れが行われている。紹介・逆紹介も円滑に行い、定期集計している。地域連携パスは、脳卒中・大腿骨頸部骨折・乳がんで活用し、地域のネットワーク会議にも積極的に参加している。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動として、保健予防活動は、一般健診や各種予防接種を実施している。保健教育活動は、糖尿病教室や認知症の理解・支援を行うオレンジカフェを開催するとともに、地域の祭りへ職員を派遣して骨の健康度測定や健康相談を実施している。また、感染防止や褥瘡対策の研修会に地域の施設職員の招き入れ、さらに地域の中・高校生の職場体験も受け入れている。

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案内し、問診票と予診や巡回を基にトリアージを行い、院外からの受け入れ依頼には地域医療連携室が対応している。診断的検査や入院の必要性は医師が判断し、患者・家族の意向も考慮している。入院診療計画書は多職種で作成し、患者・家族からの相談には、患者サポートセンターで対応している。入院手続きは管理課が行い、病棟では看護師が入院時オリエンテーションを行っている。医師は回診を行い、看護師は患者のニーズを把握して、自立度に応じた看護計画を立案している。薬剤師は持参薬を確認し、必要に応じて服薬指導を実施している。

輸血・血液製剤の投与は輸血マニュアルに基づいて実施し、重症患者はモニター下で管理するとともに、多職種が積極的にチーム医療に参画してその管理に貢献している。入院時に全患者の褥瘡リスクと栄養状態を評価し、ラウンドやミールラウンドで再評価と対策を検討して、褥瘡予防と栄養・嚥下機能の改善に取り組んでいる。症状緩和は緩和ケアマニュアルに沿って、身体的・精神的苦痛への対応を行っている。リハビリテーションは入院早期から介入し、身体拘束の回避や解除に向け検討している。患者・家族への退院支援に向け、多職種で退院支援カンファレンスを開催し、退院後も訪問診療・看護、ケアマネジャー等と情報共有を行い、適時、支援内容を調整している。ターミナルステージでは、患者のQOLを重視した支援計画を立案している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、処方鑑査・疑義照会・持参薬確認等の業務を適切に実施している。臨床検査の迅速な対応体制を確保し、パニック値を確認時には医師へ伝達するとともに、その後の対応まで確認している。画像の読影はすべて本院で行い、読影レポート到着後は診療放射線技師が全件を迅速に確認し、緊急性の高い疾患や目的外所見については医師へ連絡している。また、STAT業務を通じて医師の判断を支援し、骨粗鬆症マネージャー資格を取得し業務に活かしている。栄養管理では、選択食や行事食を積極的に実施し、行事食にはカードを添えるなど、楽しく食欲を促す工夫

があり評価できる。リハビリテーションのガイドラインに基づくプロトコールを整備し、機器類は担当者が保守・点検している。電子カルテシステムにより診療記録の一元管理を行い、日本診療情報管理学会の指針に沿ったチェックリストを使用して量的点検を行っている。医療機器は、臨床工学技士が管理台帳を作成して一元管理している。使用した器材は本院に搬送し洗浄・滅菌を行い、中央材料室は清潔・不潔物品が交差しないようにワンウェイとなっている。病理診断結果は臨床検査技師が確認し、速やかに医師へ報告している。輸血療法委員会で血液製剤の適正かつ安全な使用を協議し、迅速で適正な供給に努めている。病院機能に応じた救急医療体制を整備し、患者の状態を把握して受け入れている。

10. 組織・施設の管理

予算書は適切な過程で作成・承認され、会計処理・財務諸表の作成・会計監査も確実に行われている。収支分析も運営会議などで適切に検証されている。窓口収納業務を明確にし、レセプト点検や返戻・査定対応、再審査請求は医師が関与して行っている。施設基準は管理課で定期的に確認し遵守している。委託業務の是非や選定は、本院の契約等審査会で審議され、委託先は入札で決定している。委託業務の履行状況や質の評価は、関係部署の担当者がチェック表などを用いて確認している。

施設・設備管理は管理課が担当し、緊急時は管理課に連絡して必要に応じて業者を手配する手順になっている。新規の医薬品の採用は、本院薬事委員会がエビデンスや経済性、安定供給を考慮して決定している。医療消耗品は本院の物品管理委員会で、医療機器は本院の機種選定委員会で採用を審議する仕組みになっている。物流管理システムで物品を管理し、定数は現場と管理課が定期的に検証している。消防計画や災害マニュアル、BCPを整備し、防災訓練を実施している。非常電源や自家発電を整備し、医薬品・食品・飲料水も備蓄している。保安責任者は分院長で、管理課が担当し、夜間は警備員を配置している。緊急連絡体制や施錠管理、院内巡視などの手順は委託業者との仕様書で定められ、日々の業務状況は病院日誌で確認している。

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	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	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	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	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	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	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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	NA
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	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	B
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	B
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	NA
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA
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	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	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 4月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 大崎市民病院鹿島台分院

I-1-2 機能種別： 一般病院1

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 宮城県大崎市鹿島台平渡字東要害20

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	40	40	+0	87.9	29.4
療養病床	18	0	-18		
医療保険適用	18	0	-18		
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	58	40	-18		

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	40	+22
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

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： 1人 2年目： 0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

