

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「精神科病院」及び副機能種別「慢性期病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および9月11日～9月12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	精神科病院	認定
機能種別	慢性期病院（副）	認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 精神科病院
該当する項目はありません。
- ・機能種別 慢性期病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は仙台医療圏に位置し、「愛し愛される病院」を病院理念として、地域の内科および精神科の慢性期医療を担っている。この度の病院機能評価受審にあたって、真摯で積極的な取り組みを確認できた。

多職種での多様な委員会等の活動は高いレベルにあり、とりわけ摂食・嚥下への取り組みは、医師の積極的な取り組みを含め高く評価される。栄養士、看護師、相談員による多職種での実績も評価したい。また、慢性期の高齢患者へのリハビリテーションにも積極的に取り組み、多数の療法士による体制を整備している。また、IMSグループの一員として将来ビジョンが明確に示され、将来に向けた幹部職員のリーダーシップと地域の看護師復職支援活動などにも積極的に関わっていることは高く評価したい。病院の今後を見据えた優れた経営を期待するとともに、貴院のこれからの発展を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は明文化されており、長期・中期・短期の計画を策定したうえで年度事業計画を立てている。IMSグループの基本理念や基本方針の周知、中長期方針の策定や周知、年度三大目標の実現など、活発なリーダーシップを発揮されている。組織図や職務分掌は実態に合ったものである。各種会議・委員会は適切に開催されている。中長期目標と各部門の目標・活動は整合しており、積極的な行動を確

認でき評価できる。LANはグループ内のネットワークであり、サーバーは本部管理である。文書管理規程は病院独自に定めている。発信・受付・保管等も適切である。

病院の機能・規模に見合った人材が確保され、診療報酬上の施設基準も満たしている。とりわけリハビリテーション機能を活かした体制が確保され、病院の機能・特性に沿った言語聴覚士の充実は特筆に値する。衛生委員会は毎月開催されており、健康診断の実施率は100%である。昇給等の基準が明示され、職員1人1人の目標があり、何を頑張ると良いのかが職員にわかる仕組みがある。病院全体の年間教育目標があり、計画的に実施されている。個人目標の設定が行われ、指導を受けながら個人能力の向上を図っていく仕組みがある。人材育成型の能力評価が行われている。

3. 患者中心の医療

患者・家族に対する説明と同意はマニュアルを遵守し実施されている。病院案内・入院案内などで実施し、同意書も適切に作成されカルテに添付されている。多職種参加の相談やカンファレンスには、患者・家族、退院後の施設の担当も参加し、情報共有に努めている。入院前施設からの情報は多職種で共有されている。患者・家族の希望を聞くことで、対話を促進している。個人情報保護に関する規程は整備され、院内規程集に収載し全職員に配布している。臨床倫理に対する病院の方針は明文化され、外部委員を加えた倫理委員会が設置されている。患者・家族の抱えている種々の臨床倫理的課題へは、主治医・担当看護師による多職種カンファレンスで検討している。

最寄り駅と仙台駅の2路線で送迎バスを運行している。病院建築後から相応の年月を経ているが、ホールや廊下等は広く高齢者への対応も適切である。清掃等が行き届いており清潔感がある。病棟・病室は広めで整理整頓・寝具類の管理も適切に行われている。敷地内は全面禁煙である。

4. 医療の質

意見箱および患者サポート窓口が設置され、入院前の面談時にも希望や要望等を聴く仕組みがある。抗菌薬や向精神薬の適正使用に関するガイドラインを作成し、活用している。症例検討会は、行動制限最小化委員会の中で行われている。業務改善については、法人グループ主導による内部監査体制があり、質の改善に取り組まれている。

病棟では病棟ごとにスタッフが工夫され、担当職員の氏名を掲示している。診療録の記載マニュアルが規定され、医師は診察後に遅滞なく診療録を記載しており、記載内容も適切である。チーム医療を重視されており、入院から治療、療養、退院前、退院後まで各種委員会活動やカンファレンス、ミーティングなどに多職種による組織横断的な参加がみられる。特に褥瘡対策チーム、栄養サポートチーム、感染対策チームなどは優れた取り組みである。

5. 医療安全

アクシデントレポート・インシデントレポートの報告が機能し、医療安全対策室が事実確認・分析（SHELL分析）を行い、委員会で検討されている。患者の誤認防止は患者に名乗ってもらい、複数職員で確認している。同姓同名の患者は入院時から同じ病棟や同じ病室を避け、異なる受け持ちチームで対応している。指示出し、指示受け、実施の業務は円滑に行われている。麻薬やカリウム製剤は薬局のみで厳重に保管されている。重複投与や相互作用、アレルギーなどについては病棟スタッフへ適切な周知が図られている。多剤併用患者については、薬剤師によるCP換算が行われ、担当医への注意喚起が行われている。転倒・転落防止については、入院時にアセスメントシートでリスク評価し、看護計画の立案・実施・評価を行っている。院内緊急コードは3種類設定し、職員に周知されている。各病棟・外来に救急カートが配置されている。救急カート内の医薬品・蘇生用具は統一され、チェック表を使って毎日チェックされている。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が組織され、構成メンバーや開催状況も適切である。専任医師、看護師、薬剤師などによるICTも組織されており、院内ラウンドなどの活動状況は適切である。感染症発生状況の把握は適切に行われている。収集されたデータは検討され、各部署に確実に伝達される体制である。アウトブレイク時には臨時の委員会が開催され、適切な対応が行われている。

スタンダードプリコーションや个人防护用具（PPE）の配置・着用などの標準予防策は実施されている。1処置・1グローブも徹底されている。抗菌薬の適正使用に関するガイドラインが整備されている。各病棟において内科系医師の関与は積極的であり、必要に応じて起炎菌や感染部位の特定が適切に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

病院が行う医療サービスはホームページ、パンフレット等に記載されている。丁寧な情報提供に努めており、頻回な更新を行っている。診療実績はクリニカルインディケーターとしてホームページで発信している。地域の保健・医療・福祉関係者へも積極的に訪問している。他施設の状況把握だけに留まらず、自院の医療サービス内容の周知の場と捉え、充実した地域連携を目指している。健康増進講座の開催などの取り組みには優れた実績がある。健康増進・介護予防に係る分野では、公開市民講座を年12回主催している。地域での「宮城祭り」への参加や健康相談会なども実施している。地域の医療、介護従事者を対象とした研修会も開催するなど、多岐にわたる教育・啓発活動が行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来は初診・再診ともスムーズに診察を受けることができる。入院前提の紹介患者の受け入れの流れはスムーズである。入院前の告知や診察、患者情報の収集、医療相談部門スタッフとの連携なども適切である。任意入院における同意能力の判断は適切で、法的に必要な書類も確実に取得されている。医療保護入院は精神保健指定医により判断され適切である。多職種による病棟カンファレンスで入院の妥当性や入院形態の変更を定期的に検討している。入院診療計画書は多職種で作成し、主治医のほか各職種の担当職員名も明確である。

病棟医は定期的に回診している。病棟看護は固定チームナーシング、2交代制で行われている。管理栄養士は全患者の栄養アセスメントを実施している。入院初期からリハビリテーションの必要性を積極的に把握し、目標や計画を策定している。隔離室使用時は精神保健指定医の診察や告知、診療録への記載など適切である。身体拘束は指定医の指示で行っている。医師の診察、看護職員による状態観察も頻回に行っている。

<副機能：慢性期病院>

入院診療計画書は医師をはじめ多職種で作成し、患者・家族に説明し同意を得ている。転倒・転落、褥瘡、栄養、認知機能などのリスク評価も入院時に実施している。せん妄、不穏、抑うつのは状態は、精神科医のコンサルテーションを受けている。重症化した際に、治療を望んだ場合は、治療可能な病棟への転棟を行っている。全患者に褥瘡発生リスク評価を行い、褥瘡対策に関する診療計画書を立案している。入院前情報から担当療法士を決め、入院日に担当療法士、医師、看護師によって機能評価が行われている。その後リハビリテーション総合実施計画書が作成されている。また、人生の最終段階における医療・ケア基準に終末期の基本的な考え方を明文化している。

9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査・疑義照会・調剤鑑査などは適切に行われ、医薬品の温度・湿度管理も適切である。持参薬の鑑別と管理は確실히行われている。新規採用薬や既採用薬の品目削減は薬事審議会において検討されている。院内医薬品集も作成され、年1回更新されている。臨床検査体制は充実しており、血液検査に関しては一部外注であるが、一般的な項目は、ほぼ院内で結果が得られている。X線検査とCT検査が実施され、自院で対応できない検査が生じた場合は他院への受診による対応がある。

適時・適温給食が実施され、患者特性や嗜好に応じた対応をしている。自主的な衛生環境検査を毎月実施しているほか、グループ内の衛生巡回が年2回行われている。言語聴覚士の協力で行われている嚥下等に係わる取り組みは特筆に値する。総勢70名のリハビリテーションスタッフが、各病棟の特性に見合うよう配置されている。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士がそれぞれの特殊性を活かしつつ、職域を越えて互いの領域を相互に支援し、連携し合う体制がとられている。病棟との情報共有も綿密であり、プログラムの評価や再構成の検討も適切である。

診療情報の一元管理、取り違え防止策、検索の迅速性なども適切で、量的点検も行われている。洗浄・滅菌に関しては、ディスポーザブル製品が多く採用され、滅菌対象は少ない。滅菌済み機器の保存・払い出しや中材室の動線は適切である。輸血業務に関しての責任医師を委員長とする輸血療法委員会が設置され、製剤使用状況の検証や輸血業務全般の検討が定期的に行われ、安全な運用がなされている。

10. 組織・施設の管理

財務管理等は本部で行っている。予算の実績や達成状況の確認等は月次試算表に基づいて病院で行っている。窓口の収納業務の流れ、レセプト作成等は適切である。未収入金は少なく、預り金管理の仕組みも適切である。業務委託は給食、リネン、清掃等であり最小限にしている。業者の決定は2社以上を選定し稟議書を作成、三役会に提出したうえで本部決裁となる。施設・設備の整備・管理は総務課と施設課が行っている。日常点検・委託業者による専門的な点検を年間計画に基づき行っている。物品の選定の仕方、購入の過程、使用期限の管理等は適切である。

消防計画策定や災害時の対応マニュアル等が策定されている。男性事務職員が夜間当直を担当し、保安業務・施錠管理・巡回、非常時に対応している。事故発生時の手順は整備され、再発防止に向けた取り組みもある。重大な事故の場合は事故調査委員会が設置され、医療事故調査・支援センターへの報告や保険会社との連携等が行われている。

11. 臨床研修、学生実習

実習性の受け入れは積極的で、2018年度は看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、栄養士など100名程度を受け入れている。

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・プライバシーを適切に保護している	B
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	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	B

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	B
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	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	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	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	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	NA
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA

2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	NA
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.22	隔離を適切に行っている	A
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	A
2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.26	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	B
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	NA
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	NA

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	A
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	B
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	A
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	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

機能種別：慢性期病院（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	B
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	診療計画と連携したケア計画を作成している	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	A
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	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	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	NA
2.2.14	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	A
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	B

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	B

年間データ取得期間： 2017年 4月 1日～2018年 3月 31日
 時点データ取得日： 2018年 6月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 医療法人財団明理会 西仙台病院
 I-1-2 機能種別： 精神科病院、慢性期病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 医療法人
 I-1-4 所在地： 宮城県仙台市青葉区芋沢字新田54-4

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	60	60	+11	99.4	725
療養病床	169	169	-11	99.1	555
医療保険適用	169	169	-11	99.1	555
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神科病床	272	272	+0	99.1	848
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	501	501	+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)	0	+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
特殊疾患病床	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	104	-58
認知症治療病床	56	+56

I-1-7 病院の役割・機能等

--

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

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

診療科名	医師数 (常勤)	医師数 (非常勤)	1日あたり 外来 患者数 (人)	外来診 療科構 成比(%)	1日あたり 入院 患者数 (人)	入院診 療科構 成比(%)	新患割 合(%)	平均在 院日数 (日)	医師1人 1日あたり 外来 患者数 (人)	医師1人 1日あたり 入院 患者数 (人)
内科	12	1.08	6.28	95.56	227.06	45.72	18.24	642.45	0.48	17.36
精神科	6	0	0.29	4.44	269.57	54.28	3.49	1,192.64	0.05	44.93
研修医										
全体	18	1.08	6.57	100.00	496.63	100.00	17.59	857.06	0.34	26.03

I-2-2 年度推移

	年度(西暦)	実績値			対前年比%	
		昨年度 2017	2年前 2016	3年前 2015	昨年度 2017	2年前 2016
1日あたり外来患者数		6.57	5.24	3.67	125.38	142.78
1日あたり外来初診患者数		1.16	1.04	0.58	111.54	179.31
新患率		17.59	19.87	15.82		
1日あたり入院患者数		496.63	494.14	494.41	100.50	99.95
1日あたり新入院患者数		0.58	0.67	0.58	86.57	115.52