

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「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11月28日～11月29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 リハビリテーション病院 認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 リハビリテーション病院
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、時代や地域の医療情勢を捉え、病棟の再編・改善を重ねて回復期リハビリテーション病棟を開設し、リハビリテーションを中心とした病院を運営されている。理念に、「人間の尊厳と人権の尊重と優しさ・健康と福祉のための医療・最善の人材で、最良の医療をなす」を掲げられ、患者中心の医療を提供し、地域医療に貢献されてきた。地域のリハビリテーション病院として、大田区および近隣の急性期病院との連携に努めており、療法士による365日のリハビリテーションを提供し、在宅復帰の目標を明確にして地域の医療・福祉施設との連携が図られている。

現在の評価機構の前身である「JCAHO研究会」による病院機能評価を1989年に受審されて以降、継続して病院機能評価を受審されており、病院長を中心に職員が現状の課題を十分に認識し、その解決に向けて取り組まれている。今後も地域社会とともに歩む医療機関として、さらに地域から信頼され発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念は明文化され、院内外へ周知されている。重要事項に関しては文書で全職員へ周知しており、緊急通達など迅速な周知を図っている。長期事業計画が策定され、年次の事業計画は、各部署の目標を設定し達成に向けて進捗管理を行っている。病院運営に必要な会議・委員会は適切に実施されている。情報管理に関する方針などに基づいた運用体制を整備するとともに、院内の様々な情報の管理を行っている。文書管理規程が整備され、適切に管理されている。改訂履歴のない規程や制定年の古い規則などがあり、見直しおよび必要に応じた改訂を期待したい。

病院の機能に見合った専門職種の人材を採用し、医療法や施設基準に必要な人員を確保している。人事・労務管理の体制は整備されており、職員の安全衛生管理も適切に行われている。職員の健康診断は100%実施されている。職員やりがい度調査を毎年実施し、職員の要望等を把握して魅力的な職場となるよう努めている。

全職員対象の教育・研修は、多数のテーマで企画され、計画的に行われている。目標管理制度を導入し、各職種別評価基準に基づき毎年評価を実施している。リハビリテーション科、看護部ではプリセプター制度やクリニカルラダーを導入し、初期研修に積極的に取り組まれている。学生実習は、療法士の実習生を毎年受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務は、入院案内・ホームページへの掲載、院内掲示等で院内外に周知されている。カルテ開示も規程に基づき行われている。説明と同意はマニュアルに沿って実施されている。患者に対して多職種で情報を収集し、チームカンファレンスで共有している。患者支援体制は、地域連携室を設置し、紹介元の病院や診療所との連携、各種医療・福祉相談に対応されている。虐待への対応手順も整備されている。個人情報やプライバシーの保護については、個人情報管理規程等が定められており、保護に努めている。倫理委員会では倫理的課題について審議することが決められており、病棟では定期的に倫理的課題について看護師、介護士、療法士、MSWが参加して4分割法を用いて検討している。

患者の入院時は、希望に応じて無料で送迎を行っており、アクセスの利便性の確保に努めている。療養環境は整備され、備品を適切に管理し、清掃も行き届いている。敷地内禁煙であり、院内掲示や入院案内などで周知に努めている。

4. 医療の質

業務改善に日常的に取り組んでおり、重要な事項や多職種での検討を要する事項に関しては、部課長会議などで検討することもあり、病院の規模を活かした仕組みが構築されている。診療の質の向上に向けて、症例検討会が医局や病棟で行われている。臨床指標において、アウトカムの改善に資する指標について、より積極的な検討を期待したい。患者・家族からの要望は、意見箱や患者満足度調査、患者相談窓口等から収集し、改善に向けて検討され、掲示などでフィードバックしている。リハビリテーションの機器について、安全面や倫理面も含めて検討されたうえで導入された実績がある。医薬品の適応外使用については、手順を定めることを期待したい。

診療・ケアの管理・責任体制はおおむね明確になっており、主治医不在時の連絡についても明示されている。診療録の記載に関して、記載方法や署名、修正方法などが標準化されている。一部の職種の記録においてカルテに一元化されていないものもあり、最新の情報が共有できる仕組みの整備を期待したい。多職種で構成された褥瘡対策チーム、摂食・嚥下ケアチームなどが患者の診療・ケアに連携して対応している。

5. 医療安全

院長から権限を付与された医療安全管理責任者と副責任者、各部署のリスクマネージャーにより構成された医療安全管理対策委員会が活動している。安全ラウンドも年間計画を立て実施している。インシデント・アクシデントレポートは迅速に提出され、基準に沿って定期的に委員会で分析し、各部署にフィードバックし、対策の効果も評価している。医療事故発生時の患者・家族、当事者への対応についてマニュアルに記載されており、報告体制や対応手順も確立している。

誤認防止に関わる規定が整備され、規定に沿って実施している。紙カルテの運用により、処方箋・指示箋の記載、医師の指示出し、指示受け、実施確認などが適切に行われている。麻薬などは適切に管理されており、ハイリスク薬は表示され、注意喚起されている。全入院患者を対象に、転倒・転落アセスメントシートによる評価を実施しており、危険度および個別性に応じた対策を講じている。医療機器の安全使用に関する研修会を開催し、輸液ポンプやシリンジポンプはチェック表に沿って点検を実施している。院内緊急コードを設定し、シミュレーション訓練を実施している。救急カートも適切に管理されている。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が設置され、下部組織として感染制御チーム（ICT）が院内感染症防止と発生時の対応などの活動を行っている。マニュアルも作成され、多職種の検討を経て、都度改定されている。感染者や保菌者に対するリハビリテーション実施に関するマニュアルも整備されている。院内の感染発生状況は、院内感染対策委員会で把握されており、院外の流行情報は、東京都や大田区の情報入手し検討されている。

医療関連感染を制御する活動として、委員会による感染対策環境ラウンドや、ICT ラウンドを実施し、指導された部署では、改善結果を報告する仕組みとなっている。汚染したリネン類は適切に処理されているが、保管場所については検討を期待したい。抗菌薬適正使用マニュアルが作成されており、特定の抗菌薬については届け出制とし、医師へのフィードバックなど適切な運用がなされている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への病院情報の発信として、広報誌をリハビリテーション部門が編集・作成している。リハビリテーションに関する情報を主な内容として、通所リハビリテーション利用者や介護事業所等に配布し、ホームページにも掲載している。ホームページには、病院の概要、回復期リハビリテーション病棟の紹介、病院の新着情報などが掲載され、随時更新されている。患者の入退院を円滑に行うため、地域連携室を設置し、看護師、社会福祉士を配置している。前方支援を担い紹介元の病院と連携・調整を図るとともに、後方支援として介護保険サービス、慢性期病院と連携している。退院後は紹介元医療機関およびかかりつけ医に逆紹介を行っている。緩和ケアに関するセミナーを毎年開催し、緩和ケア医療への理解を深めるよう努めている。理学療法士による介護援助技術指導を訪問看護ステーションで行っており、中

学生の体験学習を毎年行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来は、円滑に診察を受けられる体制が整備されている。内視鏡や嚥下造影検査など侵襲がある検査に対しては検査手順が整備されており、同意書も取得されている。入院の決定は、入院判定基準を用いて入院判定会議で決定する仕組みであり、医師、看護師、社会福祉士で判定され、必要に応じて他職種の意見も取り入れられている。リハビリテーション総合実施計画書は医師により説明され、目標の設定や退院後の生活について検討する仕組みが整備されている。MSWは担当制で、入院時から患者に関与して情報を収集し、多職種と共有している。

カンファレンスへの出席や患者・家族への説明など医師の業務は適切に行われている。看護基準・手順が整備され、職種ごとの業務、各勤務帯の業務内容が明確にされている。薬剤師が持参薬の鑑別を行い、医師、看護師と情報共有している。輸血を実施する際は、患者に必要性を説明し、同意書を取得している。投与に際して、患者の観察は適切に行われている。入院時、全患者を対象に褥瘡リスク判定基準シートで評価し、リスクに応じた対策を講じている。全患者の栄養アセスメントと摂取状況は、診療録と残食で把握している。必要な患者に栄養管理計画を立案して対応している。がん性疼痛は麻薬マニュアル、その他の症状には標準看護計画に沿って対応している。回復期リハビリテーション病棟では365日リハビリが行われ、理学療法では、義肢装具士との連携による装具処方、下肢ロボットを使用した歩行訓練に取り組んでいる。作業療法では、上肢ロボットを使用した上肢機能訓練や高次脳機能障害評価・訓練、生活機能向上を目指した介入が行われている。言語聴覚療法では、高次脳機能障害の評価・訓練や嚥下造影なども行い、摂食嚥下訓練などに取り組んでいる。ベッドサイドに患者のADL表や毎日のリハビリテーション予定を掲示し、統一した対応を実施している。身体拘束はマニュアルに沿って同意を得て実施され、解除に向けたカンファレンスも行われている。入院時から多職種で患者の情報を共有し、退院に向けたチームカンファレンスを実施している。各職種のサマリーを提供し、継続した診療・ケアを実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、持参薬の鑑別、処方鑑査、調剤が適切に行われ、毎月の薬事審議会で薬剤の新規採用、臨時採用、中止などについて検討されている。臨床検査機能は、臨床検査適正委員会が適切な運用に寄与しており、異常値の報告に関する仕組みも整備されている。画像診断機能は、医師の指示に基づく画像検査が行われ、非常勤医師によるCTの読影率は100%である。栄養管理機能は、調理室の衛生管理、適時・適温での食事の提供など適切に行われている。リハビリテーション機能は、病院の機能に応じた多くの療法士が確保され、適切かつ安全なリハビリテーションが実施されている。リハビリロボットが導入され、積極的に取り組んでいる。診療情報管理機能は、紙カルテにより一元的に管理され、量的点検が全件行われている。医療機器管理機能は、機器ごとに台帳で管理し、日常点検、メーカーに

よる保守点検を計画的に実施している。洗浄・滅菌機能では、部署の滅菌物について期限、破損などを確認している。病理検体の診断は全て外部委託しており、診断報告書は担当の確認と主治医への報告となっている。輸血に関する発注、保管、供給、返却、廃棄などの業務は、輸血管理規定に基づき適切に行われている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理における予算は、年次事業計画、長期事業計画と連動し策定されている。収支状況の報告と検討は部課長会議にて行われている。病院会計準則に準じた財務諸表が作成され、税理士法人による監査が行われている。医事業務は、受付から会計まで円滑に対応している。返戻・査定は速やかに医師に報告され、施設基準の管理は点検が行える体制を整えている。委託業務の実施状況は、日報の提出等を求めて把握している。

施設・設備の管理は、年次保守計画に則って法定点検・自主点検が行われている。医療ガス設備は、法定点検および日常点検が実施されており、医療ガス管理委員会が開催されている。医療廃棄物の処理も適切であり、院内は清潔に保たれ、清掃が行き届いている。診療材料の新規採用に関しては物品管理委員会、医薬品に関しては薬事審議会で検討している。高額な医療機器の購入は、法人本部と協議し、部課長会議により決裁されている。

消防計画が整備、周知され、緊急時の連絡体制、大規模災害を想定した病院事業継続計画が整備されている。保安業務は、事務室に防災関連設備が配備され、院内巡視・施錠管理などが行われており、緊急時の連絡および応援体制などが整備されている。院内暴力へは、対応マニュアルを整備し、暴力発生時の緊急対応に備えている。

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	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	B
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	B
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	B
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	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	B
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	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	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	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
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

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	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	
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	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	B
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	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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 8 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人社団メドビュー 東京ちどり病院

I-1-2 機能種別：リハビリテーション病院

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：東京都大田区千鳥2-39-10

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	38	38	+0	80.3	27
療養病床	60	60	+0	94.8	82
医療保険適用	60	60	+0	94.8	82
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	98	98	+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		
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	60	+0
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		
緩和ケア病床	14	+0
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

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

[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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	43.56	46.13	49.04	94.43	94.07
1日あたり外来初診患者数	3.15	3.24	3.63	97.22	89.26
新患率	7.23	7.03	7.41		
1日あたり入院患者数	87.43	90.58	94.99	96.52	95.36
1日あたり新入院患者数	1.26	1.24	1.26	101.61	98.41