

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6月24日～6月25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1953年に開設され、その後医療環境の変化に対応し病床数・病棟構成等を再編し、2007年に回復期リハビリテーション病床を開始し、現在回復期リハビリテーション病床161床で運営されている。通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを併設し患者中心の専門性の高いリハビリテーションを提供されてきた。『竹川病院は、確かな医療と質の高い看護・介護ケアを提供し、早期の社会復帰と生活の質を高める役割を担う総合リハビリテーション病院を目指します。』を基本理念とし、質の高い患者本位の地域医療・チーム医療を提供されている。

今回の受審にあたり、院長を中心にそれぞれの部署の職員が現状の課題を十分に認識され、その解決に真剣に向き合っている様子が見られた。都内の急性期病院との医療連携、介護・福祉事業との連携に積極的に努め、院内においても部門・部署間が連携・協働してチーム医療を実践されていた。在宅復帰の目標に明確にし、大勢の療法士による365日リハビリテーションを提供されていた。今後も部門間の協力やコミュニケーションをさらに活発にし、病院の役割・機能をさらに発揮され、患者・家族・地域社会とともに歩む医療機関として信頼され発展されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は明文化され、院内外への周知は適切である。病院・法人幹部は長期目標に基づく年次事業計画を明確にし、課題解決に向けてリーダーシップを発揮している。病院運営に必要な会議・委員会の運営は適切に実施されている。情報管理・情報セキュリティー方針を明確にするとともに、文書管理規定が策定さ

れ、院内で使われる様々な情報管理・文書管理を行っている。

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・労務管理体制は整備されており、職員の安全衛生管理体制は適切である。職員の健康診断は100%実施されている。職員の福利厚生を整備し、魅力的な職場作りに努めている。

全職員対象の教育・研修が立案され、多数のテーマで計画的に行われている。目標管理・人事考課制度が導入され、職員の能力評価・能力開発にも活用し、院外研修・資格取得のための旅費規程・補助金制度を整備し、認定療法士を輩出するなど人材育成に努めている。リハビリテーション科では新卒者の初期研修に取り組み、テーマ別専門技術研修を行っている。療法士実習生を積極的に受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は患者の責務とともに明文化し、院内外に周知して権利の擁護に努めている。説明と同意に関する方針・手順書を整備し、医師が説明し要点を記録している。同席した看護師は患者・家族の反応を確認している。入院前から、発症前の状態および患者・家族の意向を確認し、自宅退院希望の場合は家屋・生活状況など情報提供を受け共有している。入院後は毎月多職種カンファレンスを行い、方針・目標を説明している。地域連携医療相談室に社会福祉士を配置し、各種医療福祉相談に対応している。個人情報・プライバシーの保護については、「個人情報保護規程」等が定められており、保護に努めている。倫理方針を定め倫理委員会を毎月開催している。病棟では1分間スピーチによる倫理的課題に気づく取り組みを行い、カンファレンスおよび倫理委員会で検討している。

駐車場・駐輪場が整備され、入院時迎車サービスも行い利便性に配慮している。病室、廊下など十分なスペースが確保され、大きな窓からの採光と緑に囲まれくつろぎの環境に配慮されている。浴室は機械浴と一般浴槽があり、患者のADLに合わせ週2回または3回入浴している。喫煙に係る規程を策定し、職員研修、ポスター掲示等により禁煙推進活動に努めている。

4. 医療の質

業務の質改善に向けての取り組みでは、複数の部署で取り組むTQM活動、職員同士で褒めあう文化を浸透させるためのサンキューカード制度や職員の意見・要望を取り入れる名案プログラム制度により、組織横断的な改善活動を継続的に行っており高く評価できる。グループ内他施設と共同でクリニカルインディケーターを設定し、比較しながら診療の質向上に取り組んでいる。患者・家族からの要望は意見箱や患者満足度調査から収集し、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。倫理委員会は多職種で構成され、倫理規程等のマニュアルを整備し、提出された研究計画を確認・承認し議事録を残している。

部署責任者は外来・病棟に掲示され、患者個々の担当者はベッドネームに記載されている。病棟責任者は患者からの意見や状態の把握に努め、業務基準に基づき役割を果たしている。診療録は電子カルテで運用しており、診療記録マニュアルを整

備している。入院時より多職種による評価を行い、カンファレンス・ミニカンファレンスを的確に行っている。患者・家族の意向の確認、診療・ケアの方針が検討されている。摂食嚥下チーム、褥瘡対策チーム、転倒転落防止作業部会等で、多職種連携による組織横断的な活動が行われている。

5. 医療安全

多職種で構成される医療安全管理委員会があり、下部組織として事故防止対策委員会、転倒転落防止部会、与薬事故防止部会がある。医療安全管理委員会では、日常的な活動実績、部会活動、院内のアクシデント・インシデント、医療安全ラウンドの結果等について報告し検討・周知を行っている。レベル0報告推進を掲げ、部署ごとに目標数を決めて取り組むなど報告数増加に努めている。重大事故発生時の対応手順は、事故発生時の対応が文章化され、報告体制が確立している。

患者誤認防止月間を設定し、啓発活動を行い誤認防止に取り組んでいる。原則、電子カルテを使用した指示としており、口頭指示や至急の対応が必要な場合もマニュアル化した手法を用意し、情報伝達エラーの防止に努めている。薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している。病棟には配置薬を置かず、休日・夜間でも患者への処方に基づいた薬剤使用としている。院内の転倒・転落状況は毎月の転倒転落防止部会にて共有し、件数・内容など情報を蓄積・分析し転倒・転落の発生防止に取り組んでいる。緊急コードを設定し、24時間コール可能な体制を構築している。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会は各部門の管理者を中心に多職種で構成している。感染対策マニュアルを整備し、必要に応じたマニュアルの改定、職員の教育や感染情報の周知を適時実施している。院内での感染発生状況を把握し、必要な対応・対策をしている。地域の基幹病院と連携して院内の感染状況を報告したり、院内ラウンドに参加してもらうことで、より詳細な情報を収集したりするなど、アドバイスを受け感染予防活動を行っている。

標準予防策、経路別予防策の遵守に努め、手洗い、PPE着脱実習・感染に関する確認テストを行っている。手指消毒剤は各所に設置する他、看護・介護職、療法士は個人ボトルを携帯し毎月使用量をチェックして個人別にフィードバックしている。感染性廃棄物、血液や体液汚染した病衣・リネン類の取り扱いも手順に沿って実施されている。抗菌薬の使用状況は院内感染対策委員会で一元的に把握し、長期間の使用があれば薬剤師から医師に情報提供している。医師は、発熱時に抗菌薬を使用する前に培養検査を実施することで起因菌・感染部位の同定・薬剤感受性の把握に努め、抗菌薬を適正に使用するよう努めている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への病院情報の発信は、主にホームページおよびSNSの活用により行われている。ホームページでは、病院概要、回復期リハビリテーション病棟実績・クリニカルアウトカム等が記載され、医療連携病院の紹介・地域交流実績など外部機関・

地域との連携も掲載している。患者の入院を円滑に行うため、地域連携医療相談室を設置し前方支援・地域連携と後方支援・介護福祉施設との連携、医療相談の一体的管理を行っている。地域の大学病院・急性期病院との情報共有を図り、各種の医療連携会議・パス会議に積極的に参加している。後方支援として地域のケアマネジャーとの交流を深め、介護保険サービス、慢性期病院との連携を図っている。基本方針「私たちは、地域の今と未来をデザインします。」に基づき、地域に密着し最良の医療を提供するため「リハビリテーション連携懇話会」を毎年開催する他、定期的に「病院見学会」を開催し「脳卒中予防講座」、「健康チェック」など多種多様な情報を提供している。区と連携し、マラソン大会やウォーキング大会時に運動器相談会を開き、「地域リハビリテーションサービス調整会議」に講師を派遣する等、地域に対する教育・啓発活動を活発に展開している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

侵襲的な検査は医師が同意書を取得し、安全に配慮しながら実施している。回復期リハビリテーション適応患者は原則受け入れる方針であり、リハビリテーション総合実施計画書が多職種連携で作成されている。

医師は、専門性を発揮し互いに補完しながら患者診療を行っており、病棟の滞在時間も長く、病棟スタッフとの情報交換を十分実施している。看護基準・手順に基づき病棟の管理運営が行われ、看護・介護職は協働して病棟業務の円滑化に努めている。誤薬を避ける対応をするなど、投薬・注射を確実・安全に実施している。褥瘡対策委員会は褥瘡予防に努めている。管理栄養士は、栄養管理計画書を的確に作成している。

症状緩和に関する手順書は、「症状別看護」として整備されている。理学療法は、歩行アシストロボットなど様々なリハビリテーション機器から得られた情報を集積、学術集会で報告し治療に役立てている。作業療法は、盛大な季節のイベントを実施、患者参加のレクリエーションを実施し入院生活を楽しむ取り組みに努めている。言語聴覚士を中心に看護師・管理栄養士とチームとなって、摂食・嚥下状態を総合的に評価し治療に生かしている。食事、入浴動作、移動、更衣、排泄動作など、多職種で生活機能向上に取り組んでいる。「身体拘束は行わない」ことを基本方針とし身体拘束最小化委員会を設け最小化に努めている。入院時から患者の家屋状況、介護者の状況など多方面から評価し、患者・家族の意向を基に多職種で目標を設定し退院支援を実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査、持参薬の鑑別・管理、払い出し時の注意喚起などを的確に行い、薬剤管理機能を発揮している。臨床検査機能は、院内の機器は精度管理を行い委託先の精度管理も確認している。検体はバーコードで管理し検体交差が生じないようにしている。パニック値の連絡は医師に確実に連絡される仕組みを整えている。臨床放射線技師は、撮影した画像を依頼医と確認することで質を担保するよう研鑽している。CTやMRIは主治医だけでなく整形外科医や脳神経外科医にも確認してもらう

とともに、必要時には連携先に読影依頼している。栄養管理機能は、行事食・お楽しみデザート・ご当地メニューが提供され食の楽しみの向上に努めている。リハビリテーションは平均7単位以上を実施しており、モーニングケアで生活場面での訓練も実施している。緊急時のシミュレーション訓練を行いリスク管理も行っている。診療情報管理機能は電子カルテを用いて一元的に管理され、量的点検、コーディングが適切に行われている。医療機器は使用部署で管理し、輸液ポンプのみ医療機器安全管理責任者が在籍する病棟で管理し、保守点検および定期点検は年間・月間スケジュールに基づいて行われている。滅菌の対象は、縫合セットと中心静脈穿刺用物品、処置用鋼製小物などであり、生物学的・化学的・物理的滅菌効果の確認を確実にしている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理における年次事業計画・予算が策定され、収支検討・対策は幹部会議・運営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、公認会計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な対応を行っている。施設基準管理は、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確実な把握を行っている。

施設・設備管理は、自主点検・保守点検が行われている。医療ガス設備は、法定点検が実施され、医療ガス安全委員会が開催されている。医療廃棄物は、感染対策の手順を整備し確実に管理されている。院内の清掃は、清潔に保たれ行き届いている。医薬品の新規採用は薬事審議委員会で検討されている。診療材料に関しては部門からの要望が検討され、購入金額により院長・法人本部により決裁されている。

消防計画が整備・周知され、緊急時の連絡体制も整っている。建物は停電時の自家発電による対応がなされ、水・食料備蓄は5日分備えられている。地震を想定した防災・事業継続計画（BCP）が整備されている。保安業務は、防災関連設備、防犯カメラが配備され、院内巡視・施錠管理も行われている。院内暴力対策に対する方針を定め、暴力発生時に備えている。

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	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	S
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	S

1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	A
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	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	S
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	S
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	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	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： 2023 年 4 月 1 日 ~ 2024 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2025 年 3 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 医療法人社団健育会 竹川病院
- 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 : 東京都板橋区桜川2-19-1

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					
療養病床	161	161	+0	96.3	69.9
医療保険適用	161	161	+0	96.3	69.9
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	161	161	+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	161	+53
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		
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
- オーダーリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

