

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9月13日～9月14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

貴院は県立のリハビリテーションセンター附属中央病院として1969年に開院し、医療情勢に合わせて変遷を経て、リハビリテーション専門の病院として高度なリハビリテーションを中心とした保健・医療・福祉の総合サービスを提供する中核的な施設としてその役割を果たしている。

今回の受審は6回目になり、改善に継続的に取り組まれている。県立のリハビリテーションセンターとして、入院・外来とも適切なリスク管理の下で、質の高いリハビリテーションを展開しており、脊髄損傷や切断患者に対するリハビリテーションは地域での中核的役割を担っている。これからは、いくつかの課題について取り組み、県の中核的リハビリテーション病院を目指されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は明文化されており、周知も行き届いている。病院運営に必要な会議や委員会は適切に設置され、議事録も整備されている。中・長期計画に基づき年度計画を策定している。各部署・部門の目標は設定され、達成度の評価も年度内にされている。医療情報の管理内容については「医療情報管理委員会」で検討するようになっている。文書管理は規定が定められ、適切に管理されている。

役割・機能に応じた人材確保については、必要な人員はおおむね確保されている。職員との労使協定が締結されており、就業規則をはじめとする各種規定は整備されている。職員の健康診断は非常勤医師も含め100%受診しており、ストレスチェックも実施されている。職員の業務に関する意識を調査するため、勤務に関する調査を年1回実施している。

職員の教育・研修の担当は「教育研修・図書委員会」が担い、年間計画を策定して各種研修会を実施している。専門職種の初期研修も事業団で実施しており、評価基準があり研修の客観的な評価をするようになっている。また、実習生の教育も養成校と協力し適切に実施されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、「患者さんへのメッセージ」およびホームページ等で周知している。説明と同意の方針、基準、手順はマニュアルが整備され実施している。患者・家族への情報提供はカンファレンス等の場でされ、患者・家族の意向を確認しパートナーシップを築きながら医療やケアが実施されている。患者相談窓口は地域医療連携室内にあり、社会福祉士が常駐し相談に対応している。個人情報管理は規定を定め、パスワードの定期的な変更等で適切に保護されている。医療倫理に関わる問題は多職種で共有し4分割表を用い継続的に取り組んでいる。解決できない場合は臨床倫理委員会で検討しフィードバックする仕組みである。

院内利用者の利便性に配慮し、コンビニエンスストアが設置されている。院内はバリアフリーであり、手摺りも設置されるなど、療養環境はおおむね適切である。受動喫煙防止の為に敷地内禁煙としており、職員の禁煙推進は安全衛生委員会で取り組んでいる。

4. 医療の質

「クオリティマネジメント委員会」を設置し、継続的な業務の質改善の取り組みを行っている。症例検討会を月1回開催し、診療の質の向上に努めている。患者・家族の意見および要望などは、病院内各所に設置された意見箱で収集し、定期的に各部署の責任者が集めている。新たな診療技術、治療方法、医療機器の情報を収集し、導入に際しては、外部研修会の受講、院内研修会等での伝達、倫理委員会での判断など、適切な準備の下で組織的に倫理・安全面への配慮が適切になされている。

診療・ケアの管理と責任体制は必要な場所への掲示などで適切に表示されている。患者・家族の情報や目標、ケアの方向性は各種カンファレンスにより多職種で共有し検討されている。また、NSTや褥瘡対策チーム等の多職種による専門チームが組織横断的に活動し、改善に向けて部署の診療やケアを適切にサポートしている。

5. 医療安全

医師が委員長の医療安全管理チームは、アクシデント発生部署での初動支援や週1回のミーティングを行い事故防止対策等が検討されている。毎月全職種のリスクマネージャーが参加する「リスクマネジメント委員会」で課題や対策が検討され各部署へ周知されている。インシデント・アクシデント報告は速やかに報告・集計され、必要な事例はRCAでの分析と再発防止策が検討されている。医療事故発生時には担当者や窓口は決められており、賠償責任保険の加入もされている。

医師の指示・結果等や、看護師による投薬等の実施確認などは電子カルテに正確に記載している。指示の変更・中止は電子カルテのオーダー画面、掲示板で行い、看護師、薬剤師と共有している。薬剤の安全使用に関しては、電子カルテ上で容量上限超え、併用禁忌、アレルギー薬等を警告表示しており、調剤システムで相互作用、併用禁忌薬をチェックしている。誤認防止対策はマニュアルにそって実施され、転倒・転落防止策は「転倒・転落マニュアル」に準じ、多職種と情報を共有しながら実施されており、転倒・転落の研修会も年2回開催されている。輸液ポンプ等は病棟に定数配置され、看護師による毎月の点検と使用中の作動点検が行われており、新入職員への教育も実施されている。患者の急変対応は、緊急コードの設定や訓練が行われている。院内BLS認定制度を設け計画的に研修し、院内インストラクターとして育成している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御の体制としては、感染対策委員会、ICTリンクスタッフチームを組織し、適切に運営されている。感染対策委員長でICTリーダーのICDには必要な権限が付与され、リーダーシップを発揮している。感染制御に関する情報収集は、院内での感染および各種耐性菌の発生状況はICTにより把握され、感染対策委員会で検討されている。ASTも組織され、病院全体として適正使用に努めている。

ICTリンクスタッフチームは月1回環境ラウンドを行い、標準予防策の遵守状況や擦式消毒剤の配置や使用状況、感染性廃棄物の管理状況を確認し、現場にフィードバックしている。抗菌薬の採用は医薬品安全管理委員会で検討している。周術期の抗菌薬投与に関してはクリニカルパスを用いて管理している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の広報は広報委員会で検討され、情報発信のツールとしてホームページや広報誌が発行されている。さらに、地域医療連携室が発行している「地域医療連携係だより」も定期的に発行し関係医療機関に配布している。地域の関係機関と連携を担当するのは医療連携部の地域医療連携室であり、社会福祉士と看護師で、医療機関などへ訪問などを実施して「顔の見える連携」を目指している。県内の連携ネットワークは「東播磨脳卒中地域連携協議会」や「神戸脳卒中地域連携協議会」などに参加しており、地域連携パスなどの運用を行っている。地域への医療に関する教育・啓発活動は、自治体と取り組んでいる「地域ケア会議」があり、「県民公開講座」も開催し、職員が講師となり啓発活動を実施している。リハビリテーション関係の教育では、「脊椎損傷者の性に関する講習会」やリウマチなどの各種教室を主宰するなど適切に活動されている。さらに、「リハビリテーション中央病院と地域連携をすすめる会」で見学会や講演会を開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は分かりやすく掲示されている。患者に関する情報収集は、他科とは電子カルテを通じて適切に行っている。診断的検査は医師がその必要性を判

断し、必要性とリスクを患者・家族に説明した上で行っている。入院の決定は多職種が参加した入院判定会議を開催し、医師が最終的に決定している。医療相談は、医療福祉相談室の社会福祉士が主となり適切に対応している。入院決定の患者・家族には必要な情報が提供され、オリエンテーションも実施されている。

医師は多職種でのカンファレンスに参加し、リーダーシップを発揮している。看護師・看護補助者の業務は指針や手順に則り適切に行われている。理学療法では目標設定を行い、患者個別のプログラムの下で実施しており、社会復帰に向けて屋外歩行訓練も行っている。訓練用ロボットなどの先進的機器を用いた訓練など質の高い理学療法を行っており高く評価できる。作業療法では復職に向けた就業前訓練や自動車運転評価・訓練など社会生活を見通した療法を行っており評価できる。生活機能向上を目指し「ADL カンファレンス」等で情報や目標の共有が行われ、「している ADL」を目指しチームで協働し実践しており、口腔ケアに歯科衛生士も関与していることは評価できる。身体拘束は基準に沿って実施され、拘束解除や最小限となるようなケアの工夫がされている。退院支援は社会福祉士が中心となり、課題が共有され検討されている。入院後から退院支援看護師と協働し、患者や家族の希望にそった退院先の選定が検討されている。退院後も自宅訪問や外来での継続的な相談支援は患者の社会復帰に向けたランディングサポートとして取り組んでいる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では外来、入院患者への処方内容は適切に処方鑑査が行われている。疑義照会も行われており、調剤後の確認方法も適切である。検査機能ではパニック値が出た場合は迅速に主治医に連絡し、主治医が不在の場合には病棟担当医に連絡している。栄養管理機能は選択メニューを毎日実施するなど、評価できる。リハビリテーションでは、病棟との連携はリハビリテーション療法士と看護師が情報交換を行い、連続性を確保したアプローチを行っている。診療情報は電子カルテにて1患者1カルテで一元的に管理をしており、取り違い防止や迅速な検索もできるようになっている。医療機器は定数配置されている部署の看護師が月1回定期点検と年1回の業者点検を行っている。

病理組織診断は外部に委託している。診療部長が輸血業務全般を監督・指導している。「輸血療法委員会」を2か月ごとに開催し、血液製剤の使用状況と廃棄状況を報告している。全身麻酔時は麻酔科医が管理しており、管理記録も保存されている。麻酔覚醒時の安全性確保は退室基準が定められ、適切に運用されている。

10. 組織・施設の管理

予算編成の手順は経理担当者が前年の数字を参考に作成し、部長、局長を経て院長の承認を得るようになっている。会計基準は社会福祉法人基準に沿って処理している。医事業務は窓口業務から保険請求業務、未収金督促業務まで実施し、保険の査定・返戻・再請求に至るまで適切にされている。業務委託の是非は現場の意見を踏まえて、法人にて検討されている。質の評価は業者と経理課職員が面談にて意見交換することにより高めるようになっている。

施設設備管理は委託会社に委託され、日常点検や定期点検を含め適切に管理されている。感染性廃棄物の最終保管場所での管理は適切にされているが。購買管理は手順も定められている。

危機管理への対応では、BCP は作成され、緊急時の連絡体制も適切である。保安業務も警備会社で 24 時間 365 日の保安業務を実施している。

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	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	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	B
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	B
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	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	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	B
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	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	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	S

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	A
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	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	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	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 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： 兵庫県立リハビリテーション中央病院

I-1-2 機能種別： リハビリテーション病院

I-1-3 開設者： 都道府県

I-1-4 所在地： 兵庫県神戸市西区曙町1070

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	520	330	+0	72.3	48.2
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	520	330	+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	8	-22
回復期リハビリテーション病床	150	+50
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	100	+0
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： 0 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

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
1日あたり外来患者数	233.98	212.60	192.80	110.06	110.27
1日あたり外来初診患者数	12.08	10.95	8.70	110.32	125.86
新患率	5.16	5.15	4.51		
1日あたり入院患者数	239.15	225.04	226.50	106.27	99.36
1日あたり新入院患者数	4.91	3.70	3.31	132.70	111.78