

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」及び副機能種別「一般病院2」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
機能種別	一般病院2（副）	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。
- ・機能種別 一般病院2（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は創設以来、「早期リハビリテーション」「早期社会復帰」の方針の下、時代の要請に即したリハビリテーション医療の提供に継続して努めており、地域連携パスの発祥地である地域を代表するリハビリテーション専門病院である。また、質改善活動の一環として、病院機能評価を継続的に受審しており、この度の認定更新のための審査では、先の熊本地震の被災地でもあり、機能の衰退も考えられるところではあったが、地域における役割はリハビリテーションと回復期機能であり、従前にも増し充実したリハビリテーション機能を発揮していることが確認できた。ハイブリッド・リハビリテーションの実施、地域リハビリテーション広域支援センターの機能と役割、また脊髄損傷などの再生医療は、地域の社会的医療、在宅復帰に向けた医療のみならず、日本のリハビリテーション医療をリードする高機能の専門病院であり、総合的リハビリテーション医療をめざす病院として、多くの期待が持たれる。さらに、地域の医療機関や施設との連携も充実しており、地域連携パス等によるシームレスな医療・介護体制が築かれており、模範的な体制が全国に広がることが期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

院是および基本理念が明文化され、院内外に周知している。各部門で、目標設定の課題達成に向けた取り組みを管理者・幹部のリーダーシップの下で継続的に行うことにより、職員の意識共有および勤労意欲の向上に努めていることは評価できる。実態に合った組織図と職務責任権限規程および職務分掌が明確であり、機能しており評価できる。さらに、運営方針を基にした目標管理体制が充実しており、優れた取り組みとして高く評価できる。医療情報技師等を配置し、診療情報および情報システムの一元化が図られ、情報の総合的管理を行っており適切である。また、文書管理に関する規程が策定され、規程に基づき適切な運用が行われている。

職種的に人材確保が課題であるが、病院機能に応じ、必要な人材の確保は計画的に実行され、育成されており適切である。人事・労務に関する各種規則・規程を整備し、職員が閲覧できる状態であり、管理状況は適切である。職員の安全衛生に関しては、労働安全衛生委員会が設置され、職員の安全衛生に係わるテーマを協議・検討しており、おおむね適切である。職員の意見やアンケート等による意見・要望への対応や働き方の検討など、魅力ある病院づくりを実践している。院内教育委員会では、課題となるテーマを計画的に立案から実施までを行っており、図書室に司書を配置し、職員や患者が自由に利用できる状況が築かれており評価できる。また、院外研修や発表も多数行われており評価できる。人事考課制度や職員個別の目標管理を導入し、公正な能力評価や能力開発に成果を上げており、高く評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され、院内掲示やホームページなどで院内外に周知している。また、意思表示ができない方には、MSW が説明し対応している。患者への説明と同意は、模型や絵図を用いてわかりやすい表現で説明し、理解を得て対応しており、適切である。入院時に、食物アレルギーや家屋状況の情報を得て、退院支援計画や看護ケア提供を多職種で説明している。また、現在の状態や治療方針などを話し合う機会があり、医療参加を促している。相談窓口に MSW や看護師を配置し、多種多様な相談を多く受けている。また、対応困難な状況にも積極的な取り組みが見受けられ、患者支援体制や社会復帰への取り組みは優れており、高く評価できる。個人情報保護に関する規程が整備され、プライバシーの保護にも適切に対応している。職業倫理や臨床倫理に関する方針を定め、倫理的課題について継続的に取り組み、患者・家族が抱える内容をもとに各部署でカンファレンスを行い、振り返りを行うなど誠実に対応している。

広い駐車場や食堂・売店、冷蔵庫・ランドリーなどが整備され、Wi-Fi 常設でのインターネット環境など、入院生活への利便性や快適性に配慮している。高齢者や障害者が利用する廊下や階段、エレベーターエリアも広く、ゆったりしており、安全に安心して利用できるよう設計され、屋外庭園への散策も自由に行えるよう配慮しており、高く評価できる。療養環境については、面談室の設置や病棟内の訓練室での訓練は家族でも見学できる環境にあり、トイレや浴室は整理され、病状に応じ

た利用ができるように配慮しており、療養環境は適切である。敷地内禁煙を励行し、受動喫煙防止に努めており適切である。

4. 医療の質

各所に設置している意見箱や定期的なアンケート調査による意見をもとに、各部署で評価や改善策を立て、質向上に向け努力している。医局会での症例検討や多職種による NST 回診などが治療方針に反映され、集団起立訓練による移乗動作や栄養改善率などを報告し発信するなど、診療の質向上に向け積極的に取り組んでいる。各部署で前年度の反省・課題を踏まえ、年間目標を BSC で作成し、目標発表会を毎年継続的に開催するなどして、業務の質改善を行っている。地域で求められる遠隔地への診療支援やハイブリッド・リハビリテーションでの治療、再生医療への取り組みについて、院内の倫理委員会だけでなく、外部の倫理委員会の審査・許可を受け、倫理・安全面を配慮のうえで実践し、成果を上げており、高く評価できる。

外来・病棟とも、診療・ケアの管理責任体制および業務実施を明確にしており適切である。職種ごとに診療記録への記載基準を整備し、上長の点検や診療情報管理部会による質的点検を実施しており、記載は適切である。

多職種の専門分野の職員からなる専門チームが回診に参加し、機能回復のための活動が積極的に行われている。患者・家族も参加するリハビリテーション回診やカンファレンスも組織横断的に行われている。加えて、チーム間の組織横断的な活動による多職種協働の診療・ケアの提供状況は優れており、高く評価できる。

5. 医療安全

医療安全管理室に専従看護師 2 名と事務職員 1 名を配置し、委員会運営やインシデント報告の集計・分析を行っている。院内ラウンド・5S 活動を強化した取り組みや、院外の多数の安全情報を収集・分析し、対策立案した内容が部署等に伝達され、業務改善や転倒・転落のリスク評価など、安全確保に向け成果を上げており、高く評価できる。

誤認防止など医療安全対策として、ネームバンドの着用やフルネームでの名乗りを基本としている。医師の指示は電子カルテ上で実施し、確認の徹底やマニュアルの遵守など情報伝達エラーが発生しない体制を取っている。薬剤の保管・管理や表示は適正に行われ、副作用歴や禁忌薬はアラームで表示できるシステムを採用し、薬剤の安全投与に配慮している。転倒・転落の危険度に合わせた看護計画を立案し、現場検証やウォーキングカンファレンスにより環境改善を行っている。また、集団起立訓練などを取り入れ、安全確保に努めている。臨床工学技士が定期的にラウンドし、医療機器の使用手順についての指導などを行っている。また、設定条件の確認や変更時の対応なども適切であり、医療機器の安全使用に努めている。緊急時の救急コードの設定、救急カートの整備など、医療安全に係る対応体制は適切である。

6. 医療関連感染制御

感染防止対策委員会が設置され、ICT ラウンドや多職種による環境ラウンドも毎週実施するなど、医療関連感染制御に向けた体制を整備している。院内での感染症発生状況や耐性菌による感染状況などが情報収集され、院外ラウンドでの地域の保健所や連携病院から収集した情報を共有している。また、収集した情報を感染防止対策委員会に集約し、対応を検討し、職員へ周知徹底が図られているなど、感染予防に活用している。

手指衛生を徹底し、感染症流行時期には体調管理のチェックを行っている。また、感染経路別の予防策として1 処置 1 手袋を基本にPPE の着用を行っている。抗菌薬の採用は、薬事・薬品安全管理委員会で検討している。使用結果の検出部位・細菌・感受性は薬剤部等で一元的に集約し、医師に回覧しているなど、適正な使用に努めている。

7. 地域への情報発信と連携

病院案内や広報誌が発行され、院内機能や診療情報、院内の取り組みを案内しており、地域の医療機関・施設や住民に配布している。ホームページには院内の機能や情報を詳細にわかりやすく掲載しており、広域に情報発信している。地域連携部に相談機能を含め、MSW や看護師が専従で配置され、地域の医療機関や介護施設等との連携を行っているほか、病院訪問や連絡会への参加によって、より一層の連携強化に努めている。また、開放型病床を40 床設置し、かかりつけ医との連携も行っており適切である。

生活習慣病健診や企業・学校健診等を行い、健康増進や予防対策に努めている。また、地域のシルバー勉強会の講師や講演活動を行い、医療・保健等の施設の教育・研修活動を積極的に行っている。「いきいき100歳体操指導」に理学療法士や作業療法士を派遣し、多くの住民が参加するイベントが開催され、地域の長寿社会づくりへの貢献度は高く、評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療情報の掲示や総合案内・受付の対応も丁寧であり、外来看護師の問診や来院時の状態を把握し、医師の診察が行われている。診断的検査の実施は確実・安全に実施している。患者紹介時は、多職種による病床管理委員会で決定し、入院当日は直接病棟で事務手続きなど入院生活に必要な説明が行われており、円滑に入院できる。医師の診察・検査・評価を中心に、多職種による初期評価で入院診療計画が作成され、各部門の計画を総合して目標・入院予定期間を設定している。さらに、医師の指示で毎月の疾患別・FIM・ICF 評価が行われ、リハビリテーション総合実施計画書が作成され、患者・家族の同意の下に実施されている。医療相談窓口のMSW・看護師は病棟に専従し、入院初期から多種多様な相談に対応している。

病棟には、リハビリテーション科専門医が専従で配置され、回診により状況把握を行い、指示・指導がなされリスク管理など医学的管理も行っている。病棟の看護要員の職務規定が明文化され、看護師・介護福祉士の職務を各立案しており、総合

的かつ個別性のあるケアを実践している。薬剤手順を明文化し、開始・変更時など薬剤師から指導があり、誤薬防止に「与薬 6R に基づく確認・作業」を掲示し、確実・安全に実施している。輸血の投与時には、必要性和リスクが説明され、同意を得て確実・安全に実施している。

全入院患者に褥瘡リスク評価を実施し、リスクのある患者にはマットレスの選択やNST の介入・療法士のポジショニング指導により予防・治療を行っている。栄養管理・指導については、退院後の生活を視野に入れた栄養管理を実施しており、喫食率の確認・持ち込み食や補助食の提案・食形態の変更など、栄養管理・指導は適切である。症状緩和に対する方針・手順に基づき、患者の訴えを傾聴し看護計画を立案している。症状緩和を実施する場合は、疼痛評価を多職種で検討のうえ実践し、適切に対応している。

入院早期から退院後の生活を見通した個別的な訓練が行われている。理学療法では、装具療法が積極的に行われ、集団起立訓練や移乗動作の獲得など訓練効果を示しており評価できる。作業療法では、FIM などを評価し、転倒防止や福祉具・自助具を展示し活用している。また、調理訓練を頻回に実施している。言語聴覚療法では、構音障害や嚥下障害など実施計画書に基づき個別的な訓練が実施され、摂食状況などを評価している。食事は原則食堂で行い、食形態の変更・口腔ケアの実践が行われ、自立排泄への取り組み、移動・移乗の支援を行うなど、統一した方法で在宅復帰を目指したケアを多職種チームで実施しており適切である。身体抑制は行わない方針であり、やむを得ず行う場合も患者・家族に十分に説明し、必要最低限となるよう多職種で検討するなど、適切に取り組んでいる。

退院支援については、入院時・退院時に自宅訪問を行っている。退院後には必要なサービスを確認し、訪問看護師・介護支援専門員と連携した退院支援を行っており適切である。退院後、継続したリハビリテーションが必要な場合は、外来・訪問・通所リハビリテーションが一体となり診療を提供している。また、在宅支援センターの訪問リハビリテーションや訪問看護ステーションと地域連携し、継続した診療・ケアを行っており、高く評価できる。

＜副機能：一般病院 2＞

外来受診案内・入院案内はホームページで案内されている。初診患者については、診療情報提供書、問診票を用いて患者情報を収集している。入院の決定は、外来担当医師により決定している。入院時診療計画書は迅速に作成され、患者・家族に交付されている。各病棟に MSW と看護師を専任担当として配属し、相談内容は多種多様であるが、適切に対応している。入院前における外来での説明、入院後のオリエンテーションは適切に行われている。

医師は回診後、所見を迅速に診療録に記載している。医師を含め多職種でカンファレンスが行われ、患者情報の共有化が図られている。看護師は、看護基準・手順に基づき実践しており、多職種とは看護記録やカンファレンスで情報を共有している。内服薬、点滴等は病棟薬剤師の関与もあり、確実・安全に投与されている。輸血は必要性を検討し、安全に実施している。周術期の対応は適切に行われている。

重症患者の管理として、術後患者や重症患者は、ナースステーションに近い個室で適切に管理されている。

褥瘡については、全入院患者にリスクアセスメントを行い、ブレーデンスケールで評価し、褥瘡を認めた場合は DESIGN-R で評価を継続的に行っている。管理栄養士が食物アレルギー・禁止食品の情報を把握し、入院時栄養評価が行われている。特に、「熊リハパワーライス」の使用による栄養改善の取り組みは評価できる。疼痛、苦痛、不快な症状等に対して、看護師は適切なケアを提供している。

リハビリテーションが必要な場合は、早期から開始されており適切である。身体抑制は、原則実施しない方針であるが、必要な場合は、医師の指示のもとでガイドラインに沿って実施されている。記録は SOAP で記載され、抑制解除に向けて取り組んでいる。退院支援、終末期についても適切に実践されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、室内の温・湿度管理、薬剤師による持参薬の鑑別、処方鑑査、医薬品集の整備、注射薬の1施用ごとの取り揃えなど、機能を適切に発揮している。臨床検査では、検体検査・生理検査・超音波検査を実施し、異常値やパニック値は速やかに医師に直接報告しており、機能を適切に発揮している。画像診断では、CTおよびMRIを整備し、検査内容・部位など誤認防止の手続きが行われ、放射線科医の下で実施しており、機能を適切に発揮している。

栄養管理では、衛生マニュアルや HACCP に基づき衛生管理され、適時適温に配慮し美味しい食事提供に努めている。選択食の実施など食事提供を分析し、食と栄養を通じて貢献しており評価できる。また、NST 活動に積極的に取り組み安全な経口摂取への対応を実践しており、高く評価できる。リハビリテーションを急性期から生活期へシームレスに提供し、広域支援センターの役割・機能を果たしている。また、障害発生の早期から生活者として患者を捉え、現実的な目標設定に沿って安全を確保して訓練を進めるなど、充実した機能であり、高く評価できる。

診療情報管理では、診療情報管理士を2名配置し、診療情報は1患者1IDで一元的管理が行われている。また、診断名や手術名のコーディングも行うなど、機能を適切に発揮している。臨床工学技士による医療機器管理が充実しており、機能を適切に発揮している。洗浄・滅菌では、各部署での一次洗浄は行わず、中央材料室で洗浄滅菌を実施し、滅菌の精度保証も実施しており、機能を適切に発揮している。

病理診断では、主に内視鏡検体をガイドラインに沿って外部委託し、診断結果は速やかに担当医に報告しており、機能を適切に発揮している。輸血・血液管理は、輸血責任医師の下、発注・保管・供給がマニュアルに基づき実施され、機能を適切に発揮している。手術・麻酔機能では、室内はダウンフロー方式で管理され、予定患者の症例検討の実施、麻酔覚醒時の麻酔科医の判断が実施され、機能を適切に発揮している。救急医療では、救急患者の受入手順が整備され、当直医を配置し、看護師などスタッフも当直制・オンコール体制で配置しており、機能を適切に発揮している。

10. 組織・施設の管理

毎年各部門・部署の意見や要望を聞いたうえで予算を作成している。また、月次の収支状況と比較・分析のうえに対応しており、監査法人の公認会計士による会計監査が実施されており、財務・経営管理は適切である。受付から会計業務までの会計処理や、請求業務が適正に実施され、施設基準の取得・維持管理を遵守し、医事業務を実施しており適切である。業務委託は計画案が事務部で作成され、経営会議で見積りや業務の質など、公正な基準にて選定している。選定後は、定期的に面接を行い質の評価を実施している。

施設・設備の日常点検・定期点検の実施、医療ガス安全委員会の開催、経年劣化への対応、感染性廃棄物処理などを確実に実施しており適切である。物品管理では、医療材料購入はSPDを採用し、薬剤・給食材料・消耗物品など、物品購入マニュアル等に基づき公正に実施しており適切である。

防災と保安業務を行う防災センターが整備され、常時職員が管理している。防災マニュアルなども整備され、訓練も実施している。医療安全対策マニュアルに「事故発生時の対応」を定められ、発生時には手順に基づき対応する体制を整備しており適切である。

11. 臨床研修、学生実習

入職職員への新人教育プログラムを策定し、新入職者教育・研修を1年間を通して実施し、さらに専門職の研修・実習・指導を計画的に実施しており適切である。

理学療法・作業療法・言語聴覚療法・栄養学・医療事務・リハビリテーション医療を学ぶ学生の実習を受け入れ、承諾書および病院との契約を結び、各学校のカリキュラムに沿って実習が行われている。

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	S
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	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	S
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	S
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	A

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	S
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	S
1.6.3	療養環境を整備している	A
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	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	S
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	栄養管理と食事指導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	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	安全確保のための身体抑制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	S
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	S
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	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	S
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	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	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	S
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	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：一般病院 2（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	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	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A
2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.13	重症患者の管理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	栄養管理と食事指導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	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A

2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A
--------	------------------------	---

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： 2019 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： 社会医療法人令和会 熊本リハビリテーション病院

I-1-2 機能種別： リハビリテーション病院、一般病院2(副機能)

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 熊本県菊池郡菊陽町曲手760

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	225	225	+0	92.9	46.3
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	225	225	+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	135	+0
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
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

DPC対象病院(Ⅲ群)

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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	164.88	165.09	170.29	99.87	96.95
1日あたり外来初診患者数	30.52	30.98	29.88	98.52	103.68
新患率	18.51	18.76	17.55		
1日あたり入院患者数	213.57	211.61	213.73	100.93	99.01
1日あたり新入院患者数	4.50	4.46	4.48	100.90	99.55