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18日～9月19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1946年に開設され、2006年に回復期リハビリテーション病棟を立ち上げた。2015年に八反丸リハビリテーション病院に名称変更され、2024年に新築移転された。リハビリテーション科専門医1名を含めた医師7名をはじめとして、回復期リハビリテーションに必要な専門職を配置してチーム医療を展開している。回復期リハビリテーション病棟の理念や基本方針が職員一人ひとりに徹底され、患者の個別性を重視し、質・量ともに充実したリハビリテーション医療の提供、そして地域へつなぐ医療が実践されている。今回の病院機能評価更新受審にあたり、前回審査での課題が見直され、訪問審査では、院内各部門のスタッフがまとまり、病院長は全般にわたりリーダーシップを発揮されていた。各職種の専門性向上のための生涯学習に関して、組織的に支援されている。急性期病院との連携や退院後の生活支援、就労支援まで、幅広いリハビリテーションニーズに応じられるよう、組織強化を図られている。今後のさらなる発展を祈念したい。

２．理念達成に向けた組織運営

病院組織の運営は、理念・基本方針を明文化し、「理念Cafe」を通じて幹部職員が職員に対して経営参画意識を高める対話を進め、基本方針の浸透を図っており高く評価できる。病院幹部職員は職務分掌規程に基づき、各自の役割を果たしながら運営に関与している。第6次中長期計画に基づき、バランススコアカードを用いて部門ごとに年度計画を策定している。診療情報システムの一元的管理や文書管理規程などを定め、業務の効率化と透明性を確保している。

人事・労務管理は、医療法や診療報酬に基づき必要な人員を確保し、リハビリテ

ーション病院としての機能に対応している。新規採用職員には、非常勤臨床心理士によるメンタルヘルス研修を実施し、離職防止に努めている。また、柔軟な働き方を支援し、育児短時間勤務などを推進している。

教育・研修では、教育委員会を設置し、年間教育計画の立案や研修実施、評価を管理している。バランススコアカードを用いた目標管理を通じて人事考課制度を導入し、職員の処遇に反映させている。人材育成方針として、理念・ビジョンを達成できるスタッフの育成を目指し、専門職種の育成に力を入れている。

３．患者中心の医療

病院理念の基に患者の権利が明確にされ、患者・家族、職員への周知や実践の場面での擁護に努めている。診療記録開示の体制も整備されている。説明と同意に関する指針や基準はマニュアルで整備され、実施している。患者・家族への情報提供はカンファレンスや日常のリハビリテーション・ケア時に行われ、意向や希望を確認しながら医療やケアが実施している。リハケア部に各病棟社会福祉士を配置し、医療福祉制度から経済的問題まで相談対応をしている。個人情報保護の運用は法人事務局戦略推進課が担当し、診療情報管理委員会にて組織的活動をしている。倫理に関する問題は、日常のカンファレンスにおいて多職種で協議している。また、問題が病棟で解決できない場合は、倫理委員会や幹部会議で検討され、解決に向けて継続的に取り組んでいる。

2024 年 5 月に新病院へ移転し、木の暖かさを活かした明るい雰囲気の中で、新たに屋内外リハビリテーションスペースも拡充整備している。療養環境は、患者が快適に過ごす工夫や安全が考慮されている。敷地内禁煙に基づき、院内掲示などで患者に周知し、職員も喫煙率調査により禁煙啓発を行っている。

４．医療の質

部門横断的な質改善活動として、バランススコアカードが実施され、各部署が、目標管理を通して質向上へ向けて活動している。機能評価対策委員会による業務改善活動が行われている。医療の質向上については、症例検討会の開催、院内クリニカル・パスの活用等が行われている。臨床指標に関するデータ収集・分析、多職種の研究や学会発表等を推進する取り組みも行われている。患者・家族の意見は、院内各所の意見箱から収集し、「顧客の声」としてデータベース化して情報共有し、CS 委員会にて協議し、質向上に取り組んでいる。新たな診療や技術に対する倫理面や安全面への配慮については、倫理委員会にて審査が行われている。

病棟の管理・責任体制は病棟のエレベーターホール掲示板に表示されている。診療記録は、電子カルテによる運用で、管理の一元化と情報の共有が図られている。診療録の質的点検は、医師、看護と療法士で行われ、記録の問題点や改善案などが各部署へフィードバックされている。患者の診療・ケアについては、患者個別カンファレンスや医療・ケアの専門チームの活動が行われ、多職種が協働して診療・ケアを行っている。

５．医療安全

医師が委員長を担う医療安全対策委員会は、毎月多部門の責任者が参加し、院内のインシデント・アクシデントの発生数や発生事例の再発防止策について協議している。医療安全対策委員会の下部組織の管理チーム（転倒チーム、薬剤関連チーム、作業チーム）は、各部門の多職種で構成され、月 2 回、医療安全ラウンドやインシデント・アクシデントレポート集計、分析、再発予防策を検討している。レベル 3b 以上の事例は改善計画書を提出してもらい、3 カ月後に状況の評価を実施し、再発防止に努めている。事故事例は多職種で話し合い、RCA 法を活用して要因を分析し、再発防止の対策を検討している。重大な医療事故発生時には、医療安全管理者に迅速に報告され、事故対策委員会で協議し、患者・家族に対応をしている。

誤認防止対策はマニュアルに沿って実施されている。患者確認は、リストバンドが装着できない患者も含めて、患者と一体となった方法で確認されているため、今後も継続した対応が望まれる。情報伝達エラー防止対策は、診療録記載マニュアルを基に、医師の指示出し・指示受け・実施が行われ、パニック値報告における主治医不在時の伝達手順も構築されている。薬剤管理について、薬剤師が電子カルテ情報を基に併用禁忌や重複投与などの回避に努めている。持参薬の麻薬使用時、薬局の麻薬金庫内の定期的な確認記録は行われている。転倒・転落防止対策は、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いる。輸液ポンプ等の医療機器は、病棟配置と中央管理の機器があり、看護師による日常点検と医療機器安全管理責任者による定期点検が行われ、新入職員への教育も実施されている。患者急変時対応は、緊急コードが設定され、訓練が行われている。BLS 研修は全職員が受講できるよう計画的に開催し、受講状況は管理されている。

６．医療関連感染制御

院内感染対策委員会は多職種より構成され、専任の看護師が中心的な役割を果たし、毎月開催されている。感染対策マニュアルが作成され、毎週 ICT チームによるラウンドが行われている。院内感染情報は院内感染対策委員会が取りまとめ、月 1 回収集して報告されている。院外からの感染情報も定期的に報告され、自院の感染防止対策に活用している。アウトブレイクへの対応も行われている。

感染防止に必要な衛生材料は必要な箇所に配備されており、患者に接する職員には携帯用手指消毒薬を使用して消費量をモニタリングし、管理している。多職種による ICT ラウンドが計画的に実施され、PPE 装着の教育や感染備品の整備状況が点検されている。血液で汚染されたリネン等が一般廃棄物と同じカートで搬送されているため、感染性廃棄物の保管・運搬は、一般廃棄物と混在しないよう運搬方法の再検討が望まれる。抗菌薬の適正使用を促進させるために抗菌薬適正使用に関するマニュアルが作成され、抗菌薬の使用状況は医師へ定期的にフィードバックされている。

７．地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、法人事務局戦略推進課が管轄し、随時各部署からの必要な広報情報の収集活動を通じて、院内外のさまざまな活動内容を広報している。病院広報誌を年２回発行し、病院事業方針、診療 TOPICS、地域連携活動、健康情報等を患者・家族や地域の保健・医療・福祉施設へ発信している。地域連携に関する院内組織は、前方連携担当は法人事務局戦略推進課、後方連携担当はリハケア部に社会福祉士を配置し、相互連携をしながら地域の医療・福祉機能を把握している。前方連携では、急性期医療機関が主催する地域連携の会に参加している。後方連携では、地域の在宅施設や居宅サービス事業への訪問による情報収集など在宅復帰への支援をしている。入院・外来患者向けの院内健康教室を定期的に開催するほか、地域住民へのグラウンドゴルフ大会を通じて、健康増進や介護予防などの啓発活動を定期的に実施している。また、院内の専門職員が地域コミュニティーに参加するなど、地域住民に対する医療の啓発活動をしている。地域の「嬉しい」「良かった」を増やすために教育・啓発活動を積極的に実践している。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

外来はサポートが行き届き、安全に診療・リハビリテーションが行われている。入院判定は、医師、看護師長、療法士部長、MSW など多職種で会議を行っている。入院診療計画書は多職種で作成され、医師が患者・家族に説明している。定期的な多職種を交えたカンファレンスの実施、退院前自宅訪問、退院後の社会生活への配慮も行われている。リハビリテーション総合実施計画書が作成され、医師により説明されている。侵襲を伴う検査は嚥下造影検査があり、患者・家族への説明・同意のもと安全に行われている。医療相談は社会福祉士と看護師が中心となり対応している。また、入院時に入院に関する説明と情報提供がされ、同時に心配や不安事項を聴き取り、電子カルテで他職種と情報を共有している。

医師のカンファレンス参加、回診、義肢装具の処方等は適切である。患者・家族には治療方針・治療内容・病態変化・治療経過について必要時に面談を行い、記録もされている。看護・介護職は、職務規程や基準、手順に則り実施されている。介護福祉士は、カンファレンスに参加し、介護アプローチシートに介護計画を立案し、主体的に介護を実践している。症状緩和の方針と手順を整備し、適切に運用している。褥瘡の予防・管理、栄養管理や食事支援は適切に行われている。リハビリテーションは理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による評価、リスク評価が行われ、計画に基づく系統的なリハビリテーションが安全に実施されている。FIM 評価は２週に１回実施している。生活機能向上を目指して多職種でカンファレンスを行い、獲得された ADL を日常生活の中で実践できるように多職種で支援している。身体拘束はガイドラインに沿って実施され、実施中の観察、解除に向けたカンファレンスは毎日行われている。自宅退院の場合は入院時家屋調査を看護師が、退院前家屋調査は療法士と社会福祉士が担当し、環境や患者・家族の希望に沿った支援がされている。退院カンファレンスはケアマネジャーや在宅サービスの担当者が参加し、継続する課題や支援内容が共有されている。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、手順に基づく処方鑑査、調剤鑑査が行われ、注射薬の１施用ごとの取り揃え、注射薬の調製・混合への関与、持参薬の鑑別と管理は適切である。臨床検査機能は、一般検査、尿検査以外は外部委託であり、検査の精度管理の確認はされ、休日・夜間の臨床検査体制も整備されている。画像診断機能として、X 線一般撮影装置、X 線テレビ装置、CT、MRI による検査がある。画像読影は、遠隔読影により放射線科医が行っている。休日・夜間の画像検査はオンコール体制である。栄養管理は、自院職員により衛生管理マニュアルに基づき各調理工程を管理し、さまざまな嚥下食形態など患者に対する特性や嗜好に応じて、安全に美味しい食事提供をしている。リハビリテーションは 365 日実施している。定期的な評価、各種カンファレンスなど行われ、系統的な訓練実施などリハビリテーションの標準化にも努めている。外来や訪問リハビリテーションも行われ、生活期のリハビリテーションの充実が図られている。診療情報管理は、診療情報管理士により診療録の管理に関する規程に基づき、電子カルテで一元的に管理し、退院患者の全診療記録に対して毎月量的点検を実施している。タイムスタンプ認証のない電子化された各種診療記録類の原本管理は、1 患者・1ID 番号で検索可能な状態で管理されているため、今後も継続した対応が望まれる。医療機器の日常点検は、チェックリストを用いて各病棟の看護師が行い、医療機器安全管理責任者は週１回中央管理の機器を点検している。また、業者による定期点検は計画的に実施されている。医療器材の洗浄・滅菌業務は手順が整備され、看護補助者が担っている。単回使用医療機器は再利用禁止とされているため、今後も継続した対応が望まれる。

１０．組織・施設の管理

財務・経営管理は、開設主体である法人のガバナンス体制で、年次および月次事業計画による事業予算の策定や経営実績の分析、改善活動を行っている。返戻、査定などの保険請求結果はわかりやすく可視化し、ベンチマークによる目標設定を行い、毎月の診療情報管理委員会を通じて、逓減に向けた活動をしている。業務委託は、各委託業務に病院組織の管理責任者を配置し、委託業務の是非や業者選定は、現場意見や実績内容を聴取し、評価・検討している。

病院の役割・機能に応じた施設・設備を整備しており、法人事務局総務管理課が管轄し、年次保守計画に基づき、保守管理を実施している。購買管理は、物品の選定・購入マニュアルに沿って行っている。医薬品、給食材料などは各部署管理で在庫管理をしている。

防災マニュアルが整備され、火災や自然災害に対応可能な体制や病院運営の災害時事業継続計画を整備している。災害発生時の休日・夜間の緊急連絡網や職員安否確認メールの手段も整備している。保安業務は、自院職員により院内の警備・監視を行っている。警備設備は、常時オートロック専用出入口や監視カメラを設置し、離院対策についても手順を定めている。

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	患者の個人情報を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	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	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	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	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	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	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	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	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	NA
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	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	B
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	NA
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	S
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	B
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： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2025 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 ： 医療法人慈圭会 八反丸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

I-1-3 開設者 ： 医療法人

I-1-4 所在地 ： 鹿児島県鹿児島市下竜尾町3-28

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	150	150	-5	87.4	64.4
医療保険適用	150	150	-5	87.4	64.4
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	150	150	-5		

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	150	-5
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	3	2	10.17	9.88	47.25	35.38	1.85	89.82	2.03	9.45
呼吸器内科	0	0.1								
循環器内科	0	0.37								
神経内科	0	0.5								
皮膚科	0	0.23								
外科	0	0.92	0.07	0.07	0.00	0.00	5.26	0.00	0.08	0.00
脳神経外科	0	0.1								
整形外科	3	0.8	92.73	90.05	86.30	64.62	6.75	57.85	24.40	22.71
リハビリテーション科	1	0.47								
救急科	0	0.45								
研修医	0	0								
全体	7	5.94	102.97	100.00	133.55	100.00	6.27	66.19	7.96	10.32

I-2-2 年度推移

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数	102.97	93.68	90.79	109.92	103.18
1日あたり外来初診患者数	6.45	5.61	5.43	114.97	103.31
新患率	6.27	5.99	5.99		
1日あたり入院患者数	133.55	126.64	119.66	105.46	105.83
1日あたり新入院患者数	1.93	2.00	1.81	96.50	110.50