

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10月24日～10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

貴院は青森リハビリテーション病院として開設して以来、急性期、慢性期医療を地域に提供して来た。その時々医療情勢を勘案しながらの運営を行い、リハビリテーションをメインとした病院づくりは、現在の地域医療圏での医療ニーズにマッチしている。急性期病院と地域のつなぎ役としてケアミックス病院を確立し、地域連携を進めている。また、その間にも病院機能評価を継続して受審するなど、医療の質向上のために努力されている。

今回の受審で明らかになった課題点については、病院全体で認識し、評価できる点を伸ばすなどこれからの貴院の病院づくりに大いに期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明確で、院内外に周知されている。病院の管理者は病院の将来像を職員に明確に示し、課題についても把握しリーダーシップを発揮して解決に努力している。病院内には必要な会議・委員会が設置され組織運営に活かしている。また、中長期計画や年度事業計画も策定されている。情報管理に関する方針は明確になっている。文書管理もおおむね適切であり、今後は各部署のマニュアル等の文書の管理まで行われるように期待したい。

法定および施設基準上の人員は確保されており、今後はリハビリテーション専門医や神経内科医、介護士などが充実するように確保に向けた努力の継続に期待したい。

職員の安全衛生管理は予防接種や安全衛生委員会の開催、精神的なサポートなど適切に行われている。また、グループ内に保育室を設置するなど、福利厚生へも配慮されている。

職員への教育・研修は必要性の高い研修などをはじめ適切に開催され、受講できない職員のための工夫もされており、適切である。専門職種に応じた初期研修も適切に実施されている。

3. 患者中心の医療

説明と同意の方針は、ガイドラインに記載されている。医師の説明時には看護師や相談員が同席し、患者・家族への説明内容の理解度を確認して看護記録に記載している。患者・家族からのアレルギー情報の収集や誤認防止のためフルネームでの名乗りなど、患者参加への促進は適切である。主要な倫理的課題についての方針は「臨床における倫理方針」に明記され、臨床における倫理的課題についても明記され見直しもされている。

患者の利便性・快適性には病院の無料送迎バスを運行するなどの配慮がなされ、郵便や宅配便の利用も出来るようになっており、入院生活への配慮もされている。また、全館バリアフリーとなっているほか、必要な備品も整備されている。病棟内は食堂、談話室、面談室がありくつろげる空間となっており、浴室は自立の患者は毎日入浴ができる環境で、障害者対応の浴室も完備されている。また、大浴場も整備され、外来や入院患者が利用できる環境が整備されている。

4. 医療の質

患者・家族の意見や要望は意見箱を設置して収集しており、回答は各掲示板などでフィードバックされている。クリニカルパスは、ヘルニア摘出術や血糖コントロール、がんリハビリテーション等があり積極的に運用されている。臨床指標は医事課の数値がホームページに公表されており、今後は診療の質の向上に資する臨床指標を収集し、職員で共有して地域にも公開するなどの活動にも期待したい。薬剤の適応外使用に関しては、倫理委員会で検討し、許可するシステムになっており、臨床研究に対する倫理的検査も倫理委員会で検討されている。

院内の診療・ケアの責任体制は、病棟内に管理者名が明示され、ベッドネームには医師・看護師・療法士等の担当者名が表示されている。また、主治医の不在時は、病棟にいる医師や電話で相談できる体制が整備されており適切である。診療記録は紙カルテであり、判読可能な字で記載され、図なども活用し内容も適切である。診療録質的監査委員会が毎月開催され、診療録の質的点検を実施している。

5. 医療安全

医療安全管理者は臨床工学技士であり、医療安全部門の責任者としてインシデント・アクシデントの状況確認、研修企画、各委員会の運営に携わっている。定期的な医療安全ラウンドで、危険環境や防止策の遵守状況を確認するなど、安全確保に向けた体制が整備されている。

患者確認はフルネームと生年月日の名乗りを基本としており、名乗れない患者の場合は、ベッドネームとリストバンドで確認している。転倒防止策は、入院時に全患者に転倒アセスメントを行い、危険度を判定している。リスク評価は入院時、入

院1週間後、状態変化時に行い、多職種によるカンファレンスで対応策の見直しを行っている。医療機器は臨床工学室で中央管理され、定期的なメンテナンスが実施されている。貸し出しはバーコードで管理され、夜間も含めいつでも使用できるように準備されている。全職員を対象としたBLSの研修も毎月実施している。定期的な緊急招集訓練なども院内全体で実施しており、患者等の急変時に適切に対応している。

6. 医療関連感染制御

院内感染防止対策委員会は月1回開催されている。ICTが組織され、院内ラウンドを行っているほか、感染小委員会が月2回開催され、各病棟にはリンクナースも配置されている。感染対策マニュアルは整備されており、内容も適切であるが、更新方法と周知方法については検討を望みたい。

標準予防策に関する遵守状況の確認は、ICTラウンド時や感染対策委員が指導している。手洗いチェッカーでの確認や、感染ニュースの発行等、ICTを中心に感染制御のための活動を実践している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の広報のツールとして、ホームページ・広報誌・病院パンフレットなどがある。広報誌は年3回300部発行している。ホームページは随時の更新であり、診療実績は手術の実績などについて掲載している。地域の医療施設や福祉施設の情報は連携室が把握し、必要な患者に提供できるようになっている。地域に向けての医療に関する教育・啓発活動は、地域の町内会を対象とした健康教室を定期的に行っているなど、適切に行われている。

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パンフレットやホームページなどで案内されており、外来患者の受診はスムーズに行われている。診断的検査は、必要性和リスクの説明がなされ、同意書が必要な検査でも適切に同意が取得されている。入院診療計画書は医師などが評価し、入院当日に患者・家族へ説明している。また、個別のリハビリテーション実施計画書を作成し説明しているが、さらなるリハビリテーション療法士の関与を望みたい。外来には相談窓口が設置され、入院では、各病棟専従の社会福祉士を配置し、患者・家族の相談に対応できるようにしている。

看護・介護職は看護基準が整備され、多職種との連携をとり、看護・介護業務を実践している。投薬・注射はおおむね適切に実施されているが、医師の処方箋記載方法については、統一するように検討を望みたい。褥瘡のある患者は、定期的なラウンドや、カンファレンスで、ポジショニング等を検討している。嚥食状況を管理栄養士によるミールラウンドで確認し、食形態や補助食等の検討を行っており、管理栄養士やNST等が定期的に介入している。理学療法士、作業療法士は、入院時にADLを看護師と一緒に評価し、FIM評価を行っており、2週間ごとにFIMの再評価を実施している。言語聴覚士は4名で、必要に応じて唾液嚥下テストや水飲みテス

トを実施して評価している。退院支援は、入院時から患者・家族の希望を確認してゴール設定を多職種で協議し、療法士による自宅訪問で家屋調査を行い、自宅改修の必要性等を検討するなど、適切に行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は夜間・休日はオンコール体制である。処方鑑査や注射薬の1施用ごとの取り揃えも適切に行われている。薬品の採用・削除は月1回の医局会を兼ねた薬事委員会で決定し、薬品の採用・削除・情報提供を医師と共有できる仕組みになっている。臨床検査機能は適切に発揮されており、生化学検査に新しい機器が入り、緊急検査も15分程度で報告できている。パニック値の取り扱いや検査後検体の処理等も適切である。画像診断部門は、CT、MRIは頭部と整形外科疾患以外は遠隔診断で読影を依頼している。食事はセントラルキッチンで調理され、再加熱されたものを温冷配膳車で病棟へ搬送している。嗜好調査も行われ、食事の評価や改善も適切に行われている。リハビリテーション機能は、スタッフも充足し、回復期病棟以外の病棟にもリハビリテーション療法士を配置し、通所リハビリテーションも実施している。回復期では平均5.4単位程度のリハビリテーションが実施されている。他の病棟でも必要なリハビリテーションへの対応は適切である。診療情報機能と医療機器管理は共に適切である。洗浄・滅菌は各現場での一時洗浄は行わず中央材料室で行っている。

病理検体は組織診等全て外注で実施している。輸血は自己血輸血が多く、夜間・休日も臨床検査技師がオンコールで対応している。手術はほとんどが予定手術である。手術終了後の麻酔覚醒の確認法、退室基準があり、適切に実施されている。救急患者は、貴院の外来患者や以前に入院していた患者等を受け入れることが多く、病院の機能に合わせた救急体制が適切にとられている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、財務諸表が作成され、会計処理および監査も適切に実施されている。医事業務は窓口業務やレセプト点検業務が適切に行われ、未収金の管理も適切である。業務委託や物品管理はおおむね適切であるが、委託の是非などは定期的に検討するよう望みたい。施設・設備の管理業務として、日常点検や定期点検も適切にされている。感染性廃棄物の処理も適切であり、医療ガス委員会も設置されている。

火災避難訓練は年2回実施されている。自家発電装置は4台あり、非常用コンセントもナースステーションに設置され、停電時の対応も確実にされている。保安業務は、保安員を配置し、施錠管理なども適切に実施されている。医療事故への対応は連絡体制も整備され、事故発生の原因究明、再発防止の検討などが適切になされている。訴訟に至った場合の担当者も決められている。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生の実習については、看護師とリハビリテーション療法士、社会福祉士等を受け入れている。各学校で立てられたカリキュラムに沿って、実習を実施している。学生の受け入れ体制も整備され、患者・家族への関わり方についても適切に対応している。

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	B
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・プライバシーを適切に保護している	B
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	B
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
1.4	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	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	B

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	A
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	A
1.6.3	療養環境を整備している	B
1.6.4	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	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	B
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	B
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	B
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B
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	B
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	B
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	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	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	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	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	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	B
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	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	B
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

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： 2018 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： 社団法人慈恵会 青森慈恵会病院

I-1-2 機能種別： リハビリテーション病院

I-1-3 開設者： 公益法人

I-1-4 所在地： 青森県青森市大字安田字近野146-1

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	106	106	+0	88.24	17.99
療養病床	144	144	+0	98.03	42.05
医療保険適用	144	144	+0	98.03	42.05
介護保険適用					
精神病床	82	82	+0	97.77	801.7
結核病床					
感染症病床					
総数	332	332	+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	96	-48
地域包括ケア病床	48	+48
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	22	+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	82	+0

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	202.98	200.47	208.97	101.25	95.93
1日あたり外来初診患者数	7.93	7.99	8.75	99.25	91.31
新患率	3.91	3.99	4.19		
1日あたり入院患者数	314.87	312.86	314.49	100.64	99.48
1日あたり新入院患者数	5.18	4.62	4.38	112.12	105.48