

# 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5月27日～5月28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、入院医療は回復期リハビリテーション病棟と一般病床・地域包括ケア病床を有し、急性期から回復期のポジションを明確にしている。外来医療では慢性疾患管理、保健予防活動、在宅医療と垣根のない医療・介護サービスを地域の医療機関や施設と綿密に連携しながら提供し、地域包括ケアを形成している。さらに「すべての人を人間として尊重」し、「安心して住み続けられるまち」の創出に注力してこられた。これは住民から大きな信頼と期待を集めているところであり、特にリハビリテーションの提供にあたり多職種により、入院から退院まで質の高いチーム医療が展開されていることが随所に確認された。

この度の病院機能評価の更新受審に向けて、病院幹部がリーダーシップを発揮し、全職員が一丸となって病院機能の整備・改善に取り組んで来られた。本報告書が貴院の一層の発展の一助になれば幸甚である。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、患者誰もが尊重される「無差別平等」の大方針を体現しており、院内外への周知も良好である。意思決定会議である「管理部会議」は定例開催され、方針を明示しながら指導性を発揮している。中長期計画は法人レベルで策定されている。主要な常設委員会は定期開催され内容は職員に周知されている。情報管理に関する方針、業務文書管理規則が整備され管理も良好である。

人事管理は法人本部と連携しながら、必要人員を確保し、特に医師、リハビリ療法士や社会福祉士を重視している。就労管理や職場環境の整備に努力しており、各種規則・規程の策定や就労管理の仕組みも整備し、働きやすい職場づくりのために

労働組合との協議を行っている。労働安全衛生委員会が毎月開催され、毎月各職場の巡視を行っており良好である。

職員への教育・研修については、毎週2時間を職員の学習時間とし、月1回は全職員を対象とした学習会を行っている。医療安全・感染制御・個人情報保護等の研修は複数回開催により100%の出席率であり、接遇・医療機器・労働安全衛生・倫理などの研修も重視している。職員育成を眼目にした目標面接が導入され、実際の成果にも結びつけており理念達成に向けた職員育成と組織運営は適切である。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、全職員携帯の「職員ハンドブック」等に記載するなど、諸手段により院内外に周知している。説明と同意に関する方針は整備され、重要な説明を行う場合には複数のスタッフが同席し、理解に努めている。患者・家族と医療者が共に医療を実践する「共同の営み」の視点から、患者・家族が医療に主体的に参加できるようにリーフレットが作成され活用している。

医療相談室に所属する社会福祉士が多様な相談に応じている。県認証の「無料低額診療制度」や成年後見制度も活用しながら、誰もが医療を受ける社会の実現を目指しており、SDH（疾病の社会的要因）を視点とする社会的・経済的・心理的アセスメントには深まりが認められる。「人権擁護」「無差別平等」の信念に貫かれており、高く評価できる。個人情報保護規程は整備され、規程の遵守状況を年1回、病院組織全体の点検がなされ、それとリンクした全職員研修を開催している。倫理規程・マニュアルが整備され、身体抑制のあり方などの課題を院内で共有し学習する機会があり、職員の倫理的問題意識の向上に努めており、多職種カンファレンスで議論する仕組みもがあり実践されている。また、POLSTを導入し倫理的な対応への取り組みへの工夫がなされるなど、患者中心の医療は適切に遂行されている。

### 4. 医療の質

院内各所に意見箱を設置し、管理部職員と地域住民の代表で構成される「病院利用委員会」メンバーで意見箱の意見を回収している。委員会等にて検討して改善策を議論し返答を掲示している。多職種参加のカンファレンスが頻回に開催され、決定された内容は診療録に記録され治療方針に反映されている。各種診療ガイドラインが活用され、リハビリ的臨床評価のデータベースもあり蓄積されている。業務改善委員会では、部門横断的に改善策を検討しており、病院利用委員会では地域の住民・患者と一緒に院内ラウンドや投書への対応等を通して院内環境や医療内容の改善を行っている。また、これまでに長い実績のある院内学術運動交流集会は、毎回テーマに沿って全部署からの発表がなされており、業務の質の改善の一端を担っている。

診療とケアの責任体制は明確であり、診療録記録基準と各部門の記録基準に則った記載がなされている。医師診療記録は遅滞なく記載され、医師と診療情報管理士で、定期的に質的点検を行い、内容に応じ医局や医師個人にフィードバックするなど医療の質の向上に向けた取り組みは適切である。

## 5. 医療安全

定期的に医療安全委員会が開催され、メンバーによる安全ラウンドが実施され、事例検討も実施されている。医療安全研修修了者が定期的な学習会を実施している。医療事故ヒヤリハット報告書・転倒転落報告書が収集・分析され、具体性のある対策が講じられている。また、報告書は全職種から提出され、各部署の医療安全委員を通じて職場に発信されている。

院内共通の誤認防止手順が整備されている。指示出しから指示受けと指示伝達は的確に行われており、口頭指示においては共通ルールに従って指示用紙に記載し指示内容は実施手順が整備され、薬剤や検査に対する誤認防止対策も整備されている。病棟の配置薬は定数管理となっており、看護師が使用数・残数チェックし、補充は薬剤師が行うなど、薬剤の安全使用に取り組んでいる。転倒転落防止プロジェクトチームがありリスク評価の見直しや転倒防止対策の工夫がみられ、医療機器も台帳が整備され現場と臨床工学技士の連携で管理されている。患者の急変に備え、BLS、AED 研修を全職員に行うなど医療安全の活動は適切である。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会の下に感染制御チーム（ICT）が組織され、ラウンドやアウトブレイク時の対応などの実働部隊として活動している。リハビリテーション実施や中止なども疾患別に定義されている。感染患者に対するリハビリ中止条件や注意点などについては、院内感染マニュアルに記載されている。リハビリ訓練室への入退室時には患者の手洗い・消毒が徹底して行われている。また、リハビリ療法士は、一患者ごとの手洗が励行され基準化されている。院内での感染発生状況は感染制御室への報告体制があり、管理されている。アウトブレイクは適切に定義され対応方法が明確になっている。

手指衛生・個人防護用具の整備・リネン類の取り扱いはマニュアル通りに実施されており、抗菌薬適正使用ガイドラインに基づいて肺炎、尿路感染等に抗菌薬が使用されている。また、MRSA に対してはバンコマイシンを届け出制としている。バンコマイシンのみならず、いずれの抗菌薬についても2週間以上の長期間の投与に際しては薬剤師からの提言もなされるなど、医療関連感染制御の取り組みは適切である。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報誌は毎月発行され、友の会（共同組織）会員、地域医療機関、地域包括支援センターなどに配達している。その内容は折々の時期の疾病啓発や院内各職場の紹介などであり、工夫している。ホームページには、QI データが掲載され、適宜更新されている。

地域連携室を中心に、医療機関や保健・福祉施設等との協力と連携を深め、自院の持つ医療機能を効率的に発揮している。地域の医療機関が開催する地域連携の集いや医療介護情報交換会に参加しており、自院の医師が在宅ケア連絡会の代表を務めるなど、連携する医療介護福祉関連施設との情報共有に努力している。

健康講話、班会議、サークル活動等が活発に行われており、多職種が講師を担っている。町会と一般住民と行う青空健康相談会、健康相談会も実施している。また、認知症看護認定看護師による「認知症相談室」を設置し相談を受けている。仙台市と地域包括支援センターからの依頼で運動指導や、保健師・言語聴覚士・歯科衛生士・管理栄養士らによる口腔機能、栄養改善に関する講義・啓発も実施するなど、地域の健康増進活動は特に適切である。

#### 8. チーム医療による診療・ケアの実践

入院判定基準は明確に定義されており、多職種での入院判定会議を毎日行い決定している。リハビリに関する初期評価を基に、リハビリ総合実施計画書が作成されている。リハビリカンファレンスは定期的開催され、目標達成度をチームで確認している。患者への説明と同意や指導も適切に行われており、診療計画の作成にあっては、医学的診断・評価に基づき、必要に応じて他職種と共同で作成されている。患者・家族への説明と同意や必要に応じた診療計画の見直しも行われている。なお、リハビリテーション総合計画書は患者の状態を評価し、作成され、患者・家族の要望への配慮とリハビリテーションへの主体的な参加の促進、退院後の社会生活への配慮、多職種を交えた定期的なカンファレンスの実施等も良好に行われている。

患者・家族からの多様な相談に対しては、地域連携・医療相談室の社会福祉士を中心に、院内外のスタッフと調整・連携しつつ対応しており、患者・家族の心理的・社会的・経済的ニーズの把握や援助がなされている。看護・介護職の病棟業務についても、障害に応じて、日常生活援助が行われている。患者への投薬・注射が確実・安全に実施されており、医師の指示による服薬指導も行われている。褥瘡の予防・治療については、リスク評価が行われ、関連職種が関与して褥瘡の予防・治療が実施されており、リハビリ栄養に着目した栄養管理がなされている。理学療法・作業療法・言語聴覚療養は、プログラムに基づいて、リスク評価に基づく安全性への配慮、訓練効果の客観的な評価と計画の見直し等もなされている。在宅復帰を意識した多職種による退院計画の検討・立案がされ、退院前訪問の実施や地域の社会資源の活用や連携も促進するなどチームによる診療とケアの実践は適切である。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤機能は処方鑑査と調剤後の確認は薬剤師によりなされ、持参薬の鑑別と日数あわせや院内代替薬の紹介等の管理も適切である。検査機能では、検査結果は検体到着後約 30 分で報告しており、超音波検査士有資格者は褥瘡エコーやボトックス注射治療などで活躍している。臨床放射線技師は研修会・学会にも積極的に参加しており、撮影上の工夫なども行われている。栄養管理部門は適時適温の給食提供、個別性を重視した提供、衛生的な調理過程など良好である。リハビリ機能はリハビリカンファレンスが充実して行われ、療法士は医師との情報交換のために医師の回診時に同行し、情報交換が頻回になされており、リハビリ効果はデータベースとし

て蓄積されている。

医療機器管理機能は、各病棟で日常整備と台帳管理を行っている。洗浄機能は、汚染物は撮子のみであり、滅菌委託先のインディケータの把握、リコール規定も整備されている。診療情報機能は、診療情報管理士が専従で配置され、業務マニュアルも整備されている。リハビリ病棟では行われていないが、病理診断機能、輸血管理機能も良好であり、全体として良質な医療のための各機能は適切に展開されている。

## 10. 組織・施設の管理

予算は前年実績や事業計画に基づき作成され、各部門や各科からの提案とヒアリングが重視され、月次損益も分析されている。医事業務はポスレジシステムを用いており、証票との不一致や現金残高の過誤は発生しない。レセプト作成においては、医師の良好な協力を得ている。施設基準の遵守状況は担当者が点検を行い、当該部署と協議している。未収金発生を未然に防止しているが、発生した場合はマニュアルに基づき追跡をしている。委託業務は総務課が担当であり、委託業務の管理・教育・対応などを行っている。

施設・設備管理は外部委託しているが、管理は総務課が担い日常点検・月次点検・年次点検・法定点検をスケジュール管理している。物品は民医連の事業共同組合へ業務委託しており、SPDシステムを採用し管理している。

災害に備えて消防訓練を実施し、防災委員会にて訓練内容の振り返りを行っている。消防計画書、大規模災害マニュアル、洪水時の避難確保計画、震災時の業務継続に向けてBCPを作成している。特に、大規模災害マニュアルは東日本大震災での教訓を活かし、具体的かつ詳細である。保安業務、医療事故への備えも適切であり、組織と施設の管理は良好である。

## 11. 臨床研修、学生実習

初期研修のうち医師研修は地元大学の臨床研修病院協力型として地域医療研修の一環で受け入れている。看護部では3年間を初期研修と位置付け、研修プログラムに沿って教育を行っている。新人はプリセプター制度を導入し、プリセプター研修も受講している。リハビリ療法士は法人リハ部門で職能要件を作成し、育成面接でフィードバックしている。教育指導の体系図を作成し、治療や報告書作成の指導を行っている。新人研修は入職後3か月程度、訓練見学や指導を受けながら知識や技術を学んでいる。

学生実習だが、看護部では3校より基礎看護学、老年看護学の臨地実習を受け入れている。社会福祉士はカリキュラムに沿った指導・評価を実施している。その他、医師、療法士、管理栄養士などの実習も受け入れており、いずれも各養成校と、事故やトラブル発生時の取り決めをしている。ワクチン接種など含めて実習前、実習開始時にオリエンテーションを行い、患者・家族の対応、個人情報保護、医療安全や感染対策に関する教育を行っており、適切である。

# 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	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	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	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	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	B
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	S

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	栄養管理と食事指導を適切に行っている	S
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	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	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	A
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	S
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	S
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	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： 2019年 4月 1日～2020年 3月 31日  
 時点データ取得日： 2020年 10月 31日

## I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公益財団法人宮城厚生協会 長町病院

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： 宮城県仙台市太白区長町3-7-26

## 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	45	45	+0	87.7	16.5
療養病床	90	90	+0	97.5	76.3
医療保険適用	90	90	+0	97.5	76.3
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	135	135	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	90	+0
地域包括ケア病床	24	+12
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

## I-1-7 病院の役割・機能等

在宅療養支援病院

## 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： 1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

