

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3月13日～3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

鶴岡市立湯田川温泉リハビリテーション病院は、庄内二次保健医療圏の庄内南部地区を中心に脳血管疾患や廃用症候群、大腿骨近位部骨折など急性期医療後のサポートが必要な患者を支援するために、365日のリハビリテーションを実施し、地域から信頼される病院を目指している。今回が第4回目の受審となるが、病院長をはじめ病院幹部の強いリーダーシップのもと将来を見据えた中長期計画となる病院経営強化プランを策定し、良質なリハビリテーションの提供に取り組んでこられた成果が確認できた。病院の将来像や運営方針を明確にし、地域医療機関との連携を通じて積極的な受け入れを行っている。また、地域に向けた医療に関する教育や啓発活動に取り組んでいる。院内では、職員が働きやすい職場環境の構築、チーム医療の推進、人材の育成、健全経営、災害時の危機管理などに取り組んでいる。今回の訪問審査では一部の業務において課題も見られたが、今後も継続的な質改善に取り組まれない。そして地域住民や関連する医療機関からの多大なる信頼と期待に応えながら、貴院が益々発展されることを期待するとともに、今回の受審が貴院の今後の発展に少しでも役立てれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明確にし、地域や患者・家族に広く周知し、病院運営に必要な事項を検討して組織体制の確立に努めている。そのために、病院の将来像を見据えた中長期計画を策定している。情報システムを活用し、各種データを作成している。文書管理は、文書管理規程を定め一元管理している。人事・労務管理は就業規則や各種規則、規程などを整備し、必要な人材を確保する為に、各部門との調整を

通じて、職員配置計画を作成している。衛生委員会を設置し、衛生管理者および産業医による院内巡視をはじめ、職員の職場環境と衛生管理に努めている。職員満足度調査を実施し、結果を分析して職員にフィードバックしている。また、調査結果の内容に応じて、業務改善委員会で議論している。全職員を対象とした必要な教育・研修は、教育研修委員会が年間計画を立案し実施している。人事評価制度を通じて、職員個別の評価や自己啓発に繋げている。専門職種に応じた初期研修は、各専門領域の新入職員教育プログラムを作成し取り組んでいる。学生実習は、総務課が窓口となり実習を受け入れ、実習部署で実習カリキュラムに沿った実習を行うなど理念達成に向けた組織運営に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

患者の権利・責務を患者憲章で明文化し、権利の擁護に努めている。患者・家族が十分理解できるように説明と同意に関する方針や手順を整備している。また、患者と診療やケアに必要な情報を共有するために、合同評価後の説明や患者参加型のカンファレンスを通じて、本人の意思決定を尊重し、医療の参加を促している。地域医療連携室を設置し、様々な相談に対応し患者を支援している。患者の個人情報、個人情報保護規程や方針を定め保護している。倫理委員会は外部委員参加のもと、臨床研究の審議や主要な倫理的課題について方針を決定している。臨床倫理に関する倫理的課題はチーム内で話し合い、倫理に関する課題・問題報告書の書面に則って記録し、所属長や看護部長等と方針や意見を共有している。施設内はバリアフリーを確保し、患者・来院者に適切に対応するなど、利用者の安全性・利便性・快適性に配慮している。病棟は、車椅子用洗面台や麻痺の状況に応じたトイレを設置している。食堂のスペースは広く、テーブルは高さが調整できる。スロープや階段・手摺りなど、患者の安全性や快適性に配慮している。敷地内全面禁煙とし受動喫煙の防止に努めるなど、患者中心の医療の提供に努めている。

4. 医療の質

業務改善委員会を中心に院内の課題の収集・業務の質改善に取り組んでいる。また、各部門が専門性を発揮して診療の質向上に努めている。近年ではリハビリテーション用の進歩的な機器を導入しているが、新しい試みを行うことが倫理的な課題となり得る認識を持ち、適切な研鑽を経て実施するとなお良い。患者・家族からのご意見は、ご意見箱や患者満足度調査、相談窓口などを通じて収集している。病棟には、医師・看護師・療法士等の職員名を掲示し、各患者に自己紹介している。看護師は業務開始前、療法士はリハビリテーション訓練開始前に患者へ担当の挨拶を伝えてケアに当たっている。医師は副主治医を定め、速やかに対応できる体制がある。各職種はマニュアルに沿った記録を行い、カルテの質的点検を実施し退院時サマリーは退院後2週以内に記載している。診療記録における略語についての明確なガイドライン等の作成を期待する。多職種からなる専門チームの介入は、栄養サポートチーム、褥瘡対策チーム、医療安全・感染チーム、転倒・転落チーム、認知症ケアサポートチームなどの取り組みがあり、定期的なラウンドや機能回復のための

活動を、組織横断的に展開するなど、医療の質向上に取り組んでいる。

5. 医療安全

安全確保の体制は、各部署にリスクマネジャーを配置し医療安全管理委員会、リスクマネジャー会議を通じて事故再発防止に取り組んでいる。医療安全に関するレポートは発生 24 時間以内に報告しているが、インシデント報告事象が少ないため報告体制の工夫を期待したい。医療事故発生時の対応は、医療安全管理指針を整備し、医療事故発生時の対応や報告体制を整備している。入院患者は誤認防止のため、リストバンドを装着し、フルネームでの名乗りを基本としている。薬剤の安全な使用に向け、麻薬保管庫の解錠時（ダイヤル式）のアクセス制限・トレーサビリティいずれの観点からの工夫や重複投与・薬剤アレルギー・相互作用を防止するため、転記ミスや漏れを防ぐための情報共有の仕組みについて取り組んでいる。入院時、環境の変化に伴う転倒・転落のリスク回避のため、ベッドサイドにセンサーを設置している。環境設定表を作成し ADL の状況に応じて、ベッドや車椅子の配置、滑り止めマットの活用などを掲示し、翌日、1W 後に再評価している。多職種による転倒・転落チームを強化し、転倒・転落率は年々減少する成果を上げ高く評価できる。院内で保有している医療機器は、医療機器管理室に保管し、医療機器管理マニュアルに基づき医療機器を安全に使用している。院内緊急コードを設定し、緊急放送マニュアルに救命処置の対応手順を定めるなど医療安全に取り組んでいる。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、承認や審議を担う委員会と実働を担う対策チームが所掌しており、院内ラウンドや部門内マニュアルの整備・見直しなどを積極的に行っている。ICD、ICN は在籍していないが、地域の外部リソースとの連携に努めている。院内での感染発生状況は、院内感染対策委員会が把握し、速やかに対処する体制を整え、院内への情報発信は有事および月次の委員会後に行っている。医療感染制御に関するマニュアルを整備し、感染対策委員会が中心となり、感染ラウンドおよび手指衛生研修やモニタリング、注意喚起のポスター掲示などを活用し実施している。感染症はナースコールのボードに色分けをして表示している。また、医療廃棄物管理や血液、体液の付着したリネン類の取り扱いを徹底している。抗菌薬の採用や削除は医薬品等委員会で検討し、適正化を図る仕組みがある。喀痰や血液、尿などの検体を適宜培養検査に提出し、不適切使用の抑止に努めている。使用状況については薬剤師を含む院内感染対策委員会で定期的に確認するなど医療関連感染制御に努めている。今後、個別の事例について組織的な対応体制や薬剤科の協力が得られるとよい。

7. 地域への情報発信と連携

必要な情報を地域へわかりやすく発信するために、ホームページやインスタグラム、病院概要、広報誌、入院のご案内などを活用し広く発信している。内容は、病院案内をはじめ部門紹介、リハビリテーション、診療実績、病院での取り組みなど

さまざまな形で掲載している。また、ふれあい看護体験や高校生を対象としたリハビリテーションなどの職場体験を実施している。地域医療連携室を中心に地域の医療機関や福祉施設などと連携し、診療情報を共有しながら病院の役割を明確にして地域の医療機能やニーズの把握に努めている。また、市と連携した認知症などをテーマとした講演会の実施や療法士による「つるおか健康塾」でのフレイルについての講演などを実施し活動している。緩和ケアを地域でサポートする庄内プロジェクトへの参加をはじめ、地域医療関連施設やケアマネジャーとの事例検討や病院での取り組みを紹介するなど、地域への情報発信と連携に努め医療に関する教育や啓発活動に取り組んでいる。

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ホームページや入院のご案内などを活用し周知している。外来診療は、主に退院後に継続したケアを必要とする患者を対象としている。侵襲的・診断的検査は、必要性を医師が判断し、説明と同意を得た上で実施している。他院からの入院は、病床管理委員会で審議し決定している。医師が入院時の患者病態に対する診断・評価を行い患者・家族の要望を取り入れている。リハビリテーションプログラムを適切に作成するために、各種事項の情報収集・初期評価を行っている。患者・家族からの医療相談は地域連携室で適切に対応している。入院時のオリエンテーションは、入院案内パンフレットを活用し入院後の生活をイメージし易い説明に努めている。医師はリスクを踏まえたリハビリテーションの指示、再発予防・基礎疾患の治療・合併症予防などについて関連職種に周知している。看護介護基準・手順、病棟運用基準等を整備し退院に向けてきめ細やかな支援を行っている。投薬・注射を確実・安全に実施するために手順を定めている。入院時に全患者に褥瘡発生のリスク評価を行い、診療計画書を作成している。管理栄養士による栄養アセスメント評価を実施している。看護・介護士や療法士などは日々患者の症状や訴えを把握し疼痛緩和に努めている。理学療法部門は、新しい機器を導入し患者の歩行能力改善に向けた新たな方法での実践に取り組んでいる。作業療法部門は、自動車運転評価や退院後訪問などに取り組んでいる。言語聴覚療法部門は、他職種と連携しミールラウンドを行い、嚥下造影検査を提案するなど、リードする立場で関わっている。身体拘束中の患者の状態を観察し、拘束の軽減や解除に向けたカンファレンスを実施している。入院時から患者・家族の希望を確認し、退院後の目標設定を多職種で検討している。また、退院後、訪問リハビリテーション、訪問看護、通所リハビリテーションなどで継続的な診療を提供するなど、チーム医療による診療の実践に努めている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤科は二人の薬剤師による相互鑑査体制である。内服処方機械による一包化が基本であるが、薬品の種類や指示により個別対応している。予定検査は院外の関連する検査センターへ依頼しているが、緊急時用の簡易装置や心電図検査を臨床検査科で実施している。撮影部門ではX線写真とMRIを扱っており、画像は電子的に

保管している。読影は主治医のほか、MRIは院外の専門医にも依頼している。夜間・休日の撮影はオンコール体制を組んでいる。栄養科は、地元の米や食材を使用して美味しい食事の提供と患者の栄養管理に取り組んでいる。リハビリテーション課は、休祝日も切れ目のないリハビリテーションを実施し、カンファレンスや病棟でのやり取りを通して評価に基づいたフィードバックを行い、治療の方向性を医師はじめ多職種と検討している。診療情報管理係は、診療記録作成・点検・保管手順を定め、一元的な管理に努めている。院内で使用する医療機器は機材室で中央管理し、医療機器管理・使用手順を定めている。滅菌の質の保証は委託業務担当者と連携を図り、滅菌、消毒等の標準作業書を確認し、滅菌業務の質を把握している。独立した輸血部門は無く発注・返却の事務や関連した事項の管理は薬剤部が所掌するなど良質な医療の構成に取り組んでいる。

10. 組織・施設の管理

予算策定は、各部署からの要望を確認し、管理会議に報告したのに医師会の了承を得ている。財務諸表は病院会計準則に基づいて作成している。会計監査は、内部監査および公認会計士による外部監査を実施している。医事業務は、受付・会計・保険請求業務および経営分析などに取り組んでいる。また、医事の統計データを活用し、毎月の統計状況などを作成している。業務委託の必要性の是非は、業務の質と費用対効果を重視し事務部で取りまとめている。委託業者管理手順を定め、委託業務の実施状況や評価を実施し適切な管理に努めている。施設・設備の管理は、管理責任者を総務課長とし総務課が管理している。緊急時の対応や体制も明確である。購買管理は、医薬品および医療消耗品、医療機器は、医薬品等委員会で採用の検討を行い、主要部門で管理している。災害時等の危機管理への対応は、防災マニュアルを各部署に配布し、職員に周知している。地震などの大規模災害発生時を想定したBCPを策定し災害時に備えている。保安業務は、総務課を主管に緊急時の連絡体制は明確で、防犯カメラを設置し、患者・家族や職員の身の安全と無断離院、盗難防止に努めるなど組織・施設を管理している。

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	B
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	A
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	B
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	B
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	S
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	B
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	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	B
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	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	B
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	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	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	B
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	B
-------	---------------	---

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： 2023年 4月 1日～2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024年 12月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 一般社団法人鶴岡地区医師会 鶴岡市立湯田川温泉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： 市町村
 I-1-4 所在地： 山形県鶴岡市湯田川字中田35-10

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	0	0	+0	0	0
療養病床	120	120	+0	80	84
医療保険適用	120	120	+0	80	84
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	120	120	+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	81	+0
地域包括ケア病床	39	+14
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	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

--

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

