

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1月16日～1月17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、リハビリテーションを必要とする患者への良質かつ適切な医療の提供と、実習教育や研修・研究を目的として設立された病院であり、乳幼児から成人・高齢者まで幅広い年齢層のリハビリテーションに対応している。評価結果を踏まえて、継続的に医療の質の向上に取り組まれることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、院内掲示、病院案内、ホームページ等により周知している。病院管理者・幹部の病院運営に関するリーダーシップでは、病院長、看護部長、事務局次長が現局面の課題を認識し、その改善に向けた努力を継続している。効果的・計画的な組織運営では、意思決定会議は幹部会議であり、そのもとに執行の役割を担う運営会議および各委員会が機能している。中長期計画にあたるアクションプランが策定されている。情報管理は、電子カルテが導入され、情報システム担当者により管理されている。文書管理は、規程が整備され、運用されている。

人材確保では、法定人員、施設基準の必要人員が確保されている。病院の機能と質の向上に向けて、看護師、言語聴覚士、社会福祉士のさらなる確保が望まれる。人事・労務管理では、就業規則などが整備されている。職員の安全衛生管理では、大学と合同の安全衛生委員会と病院の安全衛生委員会を開催しており、健康診断は全職員に実施している。職員にとって魅力ある職場づくりでは、職員満足度調査を実施して職員の要望を把握している。全職員対象の教育・研修は、年間計画が立案され実施されている。職員の能力評価・能力開発は、業務評価表を用いて評価を行い、能力開発につなげる努力がなされている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、病院案内、入院のご案内、ホームページ、院内掲示等に掲載している。説明と同意は、方針が定められている。同意が必要な項目として、入院料関連、手術関連、検査・治療、運営管理関連などがあり、同席者のルールについて明文化されると良い。患者との診療情報の共有と医療への患者参加では、病院案内や入院案内において、患者に向けた情報の提供や治療への主体的な参加を促している。患者支援体制では、総合相談室が設置されている。認知機能障害・発達障害を持つ患者を中心に成年後見制度につないだ実績が豊富であり、司法関係者とも連携されている。看護相談の実績も豊富であり、患者支援の取り組みは高く評価できる。患者の個人情報とプライバシーの保護では、条例や指針などが整備され、周知されている。臨床における倫理的課題への取り組みは、倫理的課題の明確化や対応方法について明文化されるとともに、各部署で解決困難な課題に対する解決プロセスの策定が望まれる。患者・家族の倫理的課題等の把握と対応では、倫理カンファレンスノートに記載してナースingkカンファレンスで検討され、解決に向けて介入している。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮では、駐車場が確保され、売店や理容室が整備されている。病院内はバリアフリーであり、病室は診療・ケアに必要なスペースが確保されているなど、療養環境は整備されている。敷地内禁煙の方針は明確である。

4. 医療の質

患者・家族の意見を取り入れた質改善では、病院全体の課題を患者サービス向上委員会において検討している。診療の質の向上に向けた活動では、問題症例に対して多職種参加の合同カンファレンスで検討している。業務の質改善では、組織横断的な病院全体の取り組みが望まれる。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法や技術の導入の際に、十分な検討を行ったうえで、事前に研修会等を開催して導入した事例がある。

診療・ケアの管理・責任体制では、各病棟入口にはフロアの責任者などが掲示されている。診療記録は、診療録等記載ガイドラインに則り分かりやすく記載している。診療記録の質的点検を実施している。多職種が協働した患者の診療・ケアでは、回復期リハビリテーションに必要とされる質の高い専門的な診療・ケアが多職種協働で行われており高く評価できる。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制として、医療安全管理委員会が設置されている。医療安全管理室を設置して、室長と兼任の医療安全管理者が配置されている。院内のインシデント・アクシデント情報は電子カルテ内で閲覧可能であり、協議内容は議事録で職員に共有されている。

患者・部位・検体などの誤認防止では、フルネームでの呼称や名乗り、リストバンドの照合、指差し呼称での確認が行われ、名乗れない患者への対応もなされている。

る。治療部位は患者と確認してマーキングを行い、左右の表示はひらがなで記載している。情報伝達エラー防止では、電子カルテを用いて、医師の指示出し、指示受け、実施確認、結果の報告等を行っている。口頭指示は原則行わないが、確実に実施する手順、実施後の処理方法を定めている。薬剤の安全な使用では、入院時に全患者に対して薬剤師が持参薬鑑別、薬剤アレルギー、薬歴を確認し、電子カルテに記録している。ハイリスク薬を病院として定め、一覧表を作成し、薬品棚に分かりやすく表示して誤認防止を図っている。転倒・転落防止では、入院時に全患者に対して転倒・転落防止アセスメントシートに基づいたリスク評価を行っている。医療機器の安全な使用では、人工呼吸器、輸液ポンプやシリンジポンプは中央管理、除細動器、AED、モニターは使用場所で管理されている。マニュアルは機器のそばに常備し、使用中の作動確認は看護師が実施している。患者等の急変時の対応では、院内救急コードが設定されている。BLS研修は、全職種が受講している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制として、感染対策委員会、ICT委員会に加え、新型コロナウイルス感染症対策のための対策会議を新設している。菌種別薬剤感受性やMRSA・ESBLsなど耐性菌の出現頻度を把握し、毎週情報共有している。

医療関連感染を制御するための活動として、手指衛生に関して、職員は速乾式手指消毒剤を携帯し、手指消毒剤の使用量を毎月部署単位で集計している。感染性廃棄物の容器の設置場所について検討が望まれる。抗菌薬の適正な使用では、カルバペネム等の特別な抗菌薬の使用時は届け出制としており、感染対策委員会等にて使用状況を把握している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信では、病院広報誌とホームページで発信している。地域の医療機能・医療ニーズの把握と医療関連施設等との連携では、地域医療連携部を中心に、脳卒中地域連携パス会議や近隣急性期病院との情報交換会に積極的に参加している。後方連携についても、各施設の紹介資料が整備されている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動では、県地域リハビリテーション支援センターとして、アドバイザー養成事業、専門職育成などに積極的に関与している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるように、受診に必要な情報がホームページや院内掲示で案内されている。外来リハビリテーションは、毎日担当医を決めて診察、介入している。侵襲性の高い検査を明確にし、検査ごとに統一した手順書や同意書を整備している。入院の判定は、多職種による地域連携室会議にて行っている。入院診療計画書は、診療情報提供書や入院前に収集した患者情報を確認のうえ、入院時の診察や評価を加えて作成している。リハビリテーションプログラムの作成は、入院時に主治医、看護師、療法士、社会福祉士、管理栄養士、臨床心理士が合同で評価を行い、目標や回復の見込みなどを患者・家族に説明し、同意

を得ている。患者・家族からの医療相談へは、総合相談室を設置して対応している。患者が円滑に入院できるように、入院手続きに必要な書類や入院生活の概要などの書類を患者・家族に事前に郵送している。

医師の病棟業務では、原因疾患、併存症などの医学管理のほか、リハビリテーションに関するリスクの伝達を含めてリハビリテーション処方を行っている。看護・介護職の病棟業務では、基礎疾患を含めた全身状態が把握され、看護計画の立案、定期的な評価が行われている。投薬・注射の確実・安全な実施では、薬剤の準備と与薬前の確認をアレルギーの既往がある場合に特に注意喚起を行うなど、手順に基づき実施している。輸血・血液製剤の投与時は、投与前の確認と記録、投与中・投与後の患者の状態と反応の観察、記録が適切に実施されている。周術期の対応では、手術の適応と方法について、多職種による症例検討会で検討している。麻酔は、常勤の麻酔科標榜医が安全に実施している。褥瘡の予防・治療は、入院時に全患者に対してリスク評価を行い、評価点数に応じた褥瘡対策診療計画を立案している。栄養管理と食事指導では、栄養管理計画書を作成している。毎日、昼食時にミールラウンドを行い、患者、看護師や言語聴覚士と食形態・自助食器・自助具・補助食品の検討を行っている。症状などの緩和では、肩手症候群や疼痛に対して看護技術のオンラインツールを活用し、自院用に作成したマニュアルに沿って症状コントロールが行われている。理学療法の確実・安全な実施では、理学療法の専門性を活かした標準的な検査を定め、各種評価とリスク評価に基づき安全性に配慮された個別的なプログラムを立案している。各疾患別マニュアルを整備し、小児向けの取り組みにも注力している。作業療法の確実・安全な実施では、作業療法の専門性を活かした標準的な検査を定め、日常生活動作や身体・精神・認知機能に配慮した各種評価を行っている。脳卒中自動車運転評価ガイドラインを作成し高い評価を得ている。言語聴覚療法の確実・安全な実施では、言語聴覚士の専門性を活かして種々の検査バッテリーを整備し、広義の高次脳機能障害および嚥下機能障害の評価を行っている。生活機能の向上を目指したケアのチームによる実践では、朝夕の更衣や食事、就寝前ケアの介入の充実が図られている。リハビリテーション以外の時間の過ごし方として、看護師による歩行訓練や患者による自主訓練が促進されている。安全確保のための身体抑制は、安全のための身体抑制マニュアル適応基準に沿って実施されている。患者・家族への退院支援は、入院時の合同評価で退院に向けた目標を設定後、支援計画の立案・評価・修正を行いながらすすめている。継続した診療・ケアの実施では、自院の外来リハビリテーションを受ける場合に電子カルテでの情報共有と看護師による連絡票により情報提供されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、処方鑑査、疑義照会、処方提案、調剤確認等を行い、疑義照会後の変更漏れも確認している。注射薬は1施用ごとに払い出している。臨床検査機能では、内部精度管理および外部精度管理に対応し、精度保証施設認定を受けている。画像診断機能では、MRI、CT、XP、核医学検査、骨塩定量、透視等の検査を実施している。MRI、CT、核医学検査は、放射線科医が全例読影している。栄養管

理機能では、温冷配膳車を用いて適時適温で食事を提供している。大規模調理マニュアルに沿った衛生的な調理過程である。個別対応にも努力しており、年1回アンケート調査を行っている。リハビリテーション機能では、県地域リハビリテーション推進支援センターとしての役割を担い、回復期リハビリテーション病棟も運営している。大学の附属病院として、職員教育やプログラムの改善にも注力している。診療情報管理機能では、診療情報が一元管理されており、診療録の量的点検は全例実施している。医療機器管理機能では、医療機器安全管理マニュアルに沿った定期的点検および一元管理を行っている。洗浄・滅菌機能では、使用場所での一次洗浄は行われておらず、密閉容器に入れて搬送されている。滅菌の質保証は物理的・化学的・生物学的確認を毎回行っている。

病理診断機能では、病理診断を外部委託している。輸血・血液管理機能では、輸血療法に関するマニュアルを整備し、適切に管理している。手術・麻酔機能では、手術室の管理責任者は整形外科医が担っている。スケジュールは、毎月開催している術前カンファレンスにて決定している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、予算管理は県財務規則に則って処理されており、県監査委員による定期監査がなされている。医事業務は、レセプトの作成過程において、適宜、事務部門から医師に病名確認を行う仕組みが整備されており、未収金対策に対応している。業務委託は、委託の是非について予算要求時に県と協議、検討している。業者選定は一般競争入札でなされ、受注実績も考慮して選定している。

施設・設備の管理では、日常的な施設・設備の定期点検と小規模な修繕は委託業者が対応し、一定規模以上の修繕はその都度専門業者に依頼して対応している。物品管理では、医療材料および諸物品が物品庫で保管され、在庫定数が厳密に管理されている。

災害時の対応として、火災の発生に備えて定期的な消防訓練が実施され、緊急連絡網が整備されている。地震などに備えた大規模災害時のマニュアルも整備している。保安業務は、24時間365日複数の体制を確保している。医療事故等への対応は、医療安全マニュアルで事故発生時の基本方針や報告体制などが明確にされている。原因究明などについて取り決めがなされ、紛争化の恐れがある事例などへの対応や弁護士が関与する仕組みも整えている。

11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修では、療法士は2年間を初期研修期間として、計画的な研修が行われている。看護部では5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。

学生実習等は、療法士、看護師の養成校の学生を中心に、大学の附属病院として学生実習を受け入れている。

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	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	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
1.4	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	B
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	B
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	B
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	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	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	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	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	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	B
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	B
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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 茨城県立医療大学付属病院
 I-1-2 機能種別： リハビリテーション病院
 I-1-3 開設者： 都道府県
 I-1-4 所在地： 茨城県稲敷郡阿見町阿見4733

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	120	120	+0	75.74	63.54
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	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		
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	47	+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

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： 0 人 2年目： 1 人 歯科： 0 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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	80.00	77.53	96.06	103.19	80.71
1日あたり外来初診患者数	5.47	3.00	3.88	182.33	77.32
新患率	6.83	3.87	4.04		
1日あたり入院患者数	90.88	96.37	102.48	94.30	94.04
1日あたり新入院患者数	1.41	1.29	1.51	109.30	85.43