

## 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、1969年に山梨温泉病院として開設され、医療環境の変化に対応しながら病床数・病棟構成を再編し、2006年に山梨リハビリテーション病院に名称変更され、現在は回復期リハビリテーション病床135床で運営されている。通所リハビリ、訪問リハビリを併設し、患者中心の専門性の高いリハビリテーションを提供されてきた。“愛と信頼”を病院の理念とし、“いきいき、わくわく、ほがらかに”を合言葉に、基本方針に『自分の家族を入院させたい病院になる』等を掲げ、質の高い患者本位のチーム医療を提供されている。

今回の訪問審査において、院長を中心にそれぞれの部署の職員が現状の課題を十分に認識し、課題解決へ真剣に向き合っている様子が確認できた。近隣の急性期病院との医療連携、介護・福祉事業との連携に積極的に努め、院内においても部門・部署間が連携・協働してチーム医療を実践されている。在宅復帰の目標に明確にし、90名を超える療法士により365日リハビリテーションを提供されている。今後も部門間の協力やコミュニケーションを活発に行い、病院の役割・機能をさらに充実し、地域社会とともに歩む医療機関として地域から信頼され、ますます発展されることを期待する。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針が明文化され、院内外へ周知している。病院・法人幹部は年次事業計画を明確にし、課題解決に向けてリーダーシップを発揮している。病院運営に必要な会議・委員会の運営は適切に実施されている。個人情報保護方針に基づいた運用体制を整備するとともに、院内で使われる様々な情報管理・文書管理を行

い、電子媒体を活用し適切な管理を図っている。

病院の機能に見合った専門職種の人材を採用し、医療法や施設基準に必要な人員を確保している。人事・労務管理体制は整備されており、職員の安全衛生管理体制は適切である。職員の健康診断は100%実施されている。職員の福利厚生を整備し、魅力的な職場作りに努めている。全職員対象の教育・研修が立案され、多数のテーマで計画的に行われている。人事評価制度が導入され、職員の能力評価・能力開発にも活用し、院外研修・資格取得のための旅費規程・補助金制度を整備している。多数の認定理学療法士を輩出し、作業・理学療法士編集の専門書を出版するなど、人材育成に努めている。リハビリテーション部では、新卒者の初期研修に取り組み、研修計画を個別に作成している。療法士・看護師等の実習生を積極的に受け入れている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は6項目あり、入院患者は入院のしおりおよびベッドサイド情報端末、動画配信サービスでいつでも閲覧することが可能であり、病院ホームページにも公開している。院内各部署に掲示され、年1回院内研修会を実施し職員に周知している。診療記録の開示は請求に応じ適切に行われている。患者に医療について理解できるように説明と同意の指針が整備されている。患者の医療への参加の主体性を促進するための工夫がなされている。患者支援体制は、患者支援相談課に社会福祉士を配置し、各種医療福祉相談に対応している。虐待への対応手順も整備されている。個人情報・プライバシーの保護については、「個人情報保護規程」等が定められており、保護に努めている。倫理的課題や臨床研究、治療方針について検討する委員会等があり、職員に対しても研修を行っている。

駐車場・駐輪場が整備され、入院時の迎車サービスも行うなど、利便性・快適性に配慮している。院内の清掃が行き届いており清潔が保たれ、病室は広く、日当たりもよく明るい。喫煙率調査を行い、職員研修やポスター掲示等により禁煙推進活動に努めている。

### 4. 医療の質

業務の質改善に向けて、業務改善委員会を毎月開催している。患者満足度アンケートの結果も取り入れている。立入検査等の指摘・指導事項には、三役会・業務改善委員会等で協議のうえ対応している。装具カンファレンスを中心とした症例検討会を行っている。クリニカルパス委員会があり、院内パス運用の検討を行っている。脳卒中および大腿骨近位部骨折の地域連携パスがあり、主に脳卒中での実績がある。臨床指標は施設基準を中心にホームページで公開している。患者・家族からの要望を意見箱から収集し、改善に向けて検討のうえ、掲示などによりフィードバックしている。新たな診療・治療方法や技術の導入は、単関節用HALの導入やボツリヌス治療の導入などがあり、医局会、リハビリテーション部等で検討し、倫理委員会および三役会で承認を受けている。臨床研究などは、倫理委員会に申請して承認を受けたうえでやっている。

病棟・外来ともに責任体制の明記がなされており、病棟責任者は毎日病室を訪問し、ケアの確認を行っている。診療録記載マニュアルがあり、診療録のほか、必要な記録が記載されている。カルテの質的点検も行われている。患者の退院支援について検討する定例カンファレンスが行われ、多職種で退院後の目標について検討している。

## 5. 医療安全

医療安全管理者などの多職種で構成された医療安全管理委員会が設置されている。インシデント・アクシデントレポートは多職種から報告され、さらに毎日臨床現場をラウンドし、再発防止策を分析・検討している。重大事故発生時の対応手順は、事故発生時の対応が文章化され、報告体制が確立している。

誤認防止策として、配膳・内服・リハビリテーション開始時・検査時には呼称確認した後にリストバンドで確認している。電子カルテとオーダリングシステムで指示・処方・検査オーダーを行い、指示受け・実施確認も確実にしている。緊急時や15時以後のオーダーは直接口頭でも確認している。口頭指示の場合、口頭指示受け書での記載と復唱により対応している。ハイリスク薬・複数規格のある薬剤については、表示を行い注意喚起している。アレルギーや禁忌薬は電子カルテに入力し、処方があるとアラートが出る仕組みになっている。入院時の他に定期的に転倒転落アセスメントを行い、転倒転落対策の看護計画を立案して実施している。医療機器の使用時点検がなされ、職員教育も行われている。患者急変時の院内緊急コードは、発生現場から放送を行い迅速に対応している。各所で救急カートが整備され、急変対応の職員研修も行っている。

## 6. 医療関連感染制御

組織体制として、院内感染対策委員会（月1回開催）と感染対策小委員会（週1回開催）があり、感染対策小委員会が院内全部署に対して感染対策を指示する権限がある。感染対策小委員会では、尿道留置カテーテル関連尿路感染などの発生状況、微生物サーベイランス、新型コロナウイルス感染等の発生状況の検討を行っている。感染対策リンクナースを各病棟に配置し、感染対策マニュアルを整備して定期的に見直しを行っている。県内の感染状況の収集を行い、院内に情報提供も行っている。MRSAなど耐性菌の発生件数は把握しているものの、培養件数自体が不明であり、また、アンチバイオグラムの分析・活用も行われていないため、今後の取り組みが望まれる。

病室前に手指消毒剤のほか、個人防護具が設置されるなど、感染対策が実践されている。汚物処理室については、カーテン仕切りとなっており患者が入室する危険性があるため、対応が望まれる。抗菌薬の適正使用について、抗菌薬使用基準が定められている。培養検査は主治医の判断になっており、感受性に基づく抗菌薬の使用には必ずしもなっていないため、今後の適切な取り組みが望まれる。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への病院情報の発信は、主にホームページおよび3種類のSNSの活用で行われ、病院概要や回復期リハビリテーション病棟・訪問リハ・通所リハの紹介、新着情報等が記載されている。紙媒体の広報誌発行は、患者・家族の年齢層、近隣医療福祉施設への対応を配慮し、実行することを期待したい。患者の入院を円滑に行うため、地域医療連携部患者支援相談課を設置し、前方支援・地域連携と後方支援・介護福祉施設連携、医療相談の一体的管理を行っている。地域の主要連携病院を随時訪問し、連携を深めている。笛吹市病病連携連絡会など、各種多数の地域連携会議に積極的に参加している。後方支援として介護保険サービス等との連携を図り、地域のケアマネジャーとの交流を深めている。

笛吹市が主催するフレイル対策事業、認知症サポーター養成講座に講師を派遣している。ジュニア・学生アスリートを対象に「スポーツ栄養相談会」を開催している。機能強化型認定栄養・ケアステーション、認定理学療法士・臨床認定カリキュラム教育機関に指定されている。グループ病院共同開催の「健康祭り」「ふれあい祭り」に参画し、職員を派遣している。地元の中学生・高校生を対象に、病院見学、1日リハビリテーション・看護師体験を毎年実施している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

医療福祉相談課を入院相談窓口として多職種で入院判定を行っている。主治医は入院診療計画書を作成し、看護師・療法士・管理栄養士等が評価・計画を行い、ゴール設定・入院期間などを確認のうえ、リハビリテーション総合実施計画書等を作成して患者・家族に説明している。医師は理学療法士と装具カンファレンスを行い、装具処方を行っている。作業療法士は、トイレ動作や入浴動作に対するチームアプローチを行い、家屋評価のみならず職場へ訪問し、動作確認を行っている。言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士など多職種で嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査を行い、摂食嚥下障害に対応している。看護基準を整備し、プライマリーとチームナーシングによる看護体制で看護と介護で協働してケアを提供している。

定期的に褥瘡アセスメントを行い、皮膚・排泄ケア認定看護師も介入し、褥瘡対策を行っている。栄養サポートチームが組織横断的に介入し、患者に合わせた食形態で提供されている。フェイススケールで疼痛の評価を行い、薬剤投与やホットパックを使用した温熱療法を取り入れている。院内デイケアを実施し、患者の生活リズム改善やケアの拒否の軽減につなげている。身体拘束適正化委員会が設置され、身体拘束に関する指針・マニュアルの整備がされている。退院後に向けて多職種で患者のADL向上に向けた評価・ケアを実施し、自宅での生活を想定した個別提案を行っている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤課では入院時の持参薬鑑別と管理、入院後処方された薬剤の監査・調剤・払い出しのチェックを行っている。処方監査は薬剤管理システムで行い、医師への疑義照会も行っている。臨床検査技師は不在であり、外部委託で検体検査を行ってい

る。委託業者の精度管理情報は定期的に報告されている。一般撮影検査、X線テレビ、CT、骨密度検査があり、X線テレビでは嚥下造影検査を行っている。画像診断の専門医による読影体制があるとさらに良い。栄養管理機能は、選択メニューを毎週実施し、行事食・お楽しみ弁当を年に約30回実施するなど、食事の楽しみの提供に努めている。プール浴、自動車運転再開支援、院内デイケア、いきいき農園といった取り組みがある。外来でのリハビリテーション（スポーツ系、小児リハビリテーション）に対応するほか、併設の通所・訪問リハビリテーションを行っている。

診療情報は電子カルテで一元的に管理され、量的点検、コーディングが適切に行われている。医療機器は日々使用時点検が行われ、故障時や年次点検は業者に委託している。中央材料室で使用済み器材の滅菌作業を行い、滅菌器材の精度管理も行われている。

#### 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理における年次事業計画・予算が策定され、収支状況の報告と検討は法人経営会議および三役会にて行われている。病院会計準則に準じた財務諸表が作成され、公認会計士による監査が行われている。医事業務は、受付から会計まで円滑な対応を行っている。施設基準管理は、点検が行える体制を整備している。委託業務の実施状況は、日報の提出等を求め、確実な把握を行っている。

施設・設備管理は、自主点検・保守点検が行われている。医療ガス設備は法定点検が実施され、医療ガス管理委員会が開催されている。医療廃棄物は感染対策の手順を整備し、確実に管理されている。医薬品の新規採用は薬事委員会で検討されており、診療材料に関しては部門からの要望を検討のうえ、院長、理事長により決裁されている。消防計画が整備・周知され、緊急時の連絡体制も整っている。建物は停電時の自家発電による対応がなされ、水と食料は3日分の備蓄がある。「消防計画」、「BCP・事業継続計画」が整備され、訓練が行われている。保安業務は、防災関連設備、防犯カメラが配備され、院内巡視・施錠管理も適切に行われている。院内暴力対策に対する方針を定め、暴力発生時に備えている。

# 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	B
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
<hr/>		
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	B
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	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	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	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	S
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	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	S
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	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	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	A
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	S
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	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 10月 1日

## I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人加納岩 山梨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： 山梨県笛吹市春日居町小松855

## 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		
療養病床	135	135	+0	83.4	65.2
医療保険適用	135	135	+0	83.4	65.2
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	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	135	+0
地域包括ケア病床	0	+0
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

