

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11月30日～12月1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

貴院は地域リハビリテーションを推進し、365日リハビリテーション医療・ケアを提供している。法人の関連施設と連携し、地域の急性期医療から回復期、在宅に至る医療を提供する体制を構築している。

今回の病院機能評価の受審にあたり、病院機能の向上に向けて取り組んでいることを確認できた。今回の受審がさらなる病院機能の向上に向けた活動の一助となることを願い、今後の貴院の発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と方針を明文化しており、院内外に周知している。また、病院長や幹部職員は病院の課題を職員に周知している。病院の意思決定は幹部会議であり、諸会議、院内LAN等で決定事項を確実に伝達している。中・長期計画に基づく年次計画や部門計画、個人目標を設定し、職員のモチベーションの向上に努めているが、病院組織図や職務分掌において医療安全部門、感染制御部門などの位置付けが明確になるよう見直しを期待したい。病院の情報管理は適切であり、データの真正性、見読性、保存性を確保している。文書管理規程を定めているが、事務関連文書以外の診療に必要な文書や会議・委員会等の議事録などの文書についても組織的に管理することを期待したい。

医療法などに定める必要人員は確保している。労務上の総労働時間数や有給休暇取得率においては、職種により偏りがあるため、今後の取り組みを期待したい。職場の衛生管理はおおむね適切であるが、定期的な職場巡視の徹底を期待したい。職員の意見・要望に対応する仕組みがあり、福利厚生面も充実している。教育・研修

委員会を設置し、全体の年間研修計画を作成している。全職員を対象とする研修は、医療安全、医療関連感染制御のみに留まらず、必要性が高い研修について検討し、実施することを期待したい。職員の能力評価は、人事考課や各部署におけるヒアリング、理事長・院長の個人面接等にて把握し、評価している。職員の能力開発は、個人ごとに目標管理シートを作成し、スキルアップを図っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明確に示し、入院案内冊子や院内掲示、ホームページなどに掲載して周知に努めている。説明と同意に関する方針を定め、手順に沿って実施しているが、説明と同意が必要な範囲を明確にすることを期待したい。各専門職は患者・家族から診療やケアに必要な情報を収集し、計画に反映させている。相談窓口を設置し、看護師や社会福祉士等が患者・家族からの多様な相談や虐待等に対応している。個人情報保護規程を整備し、カルテ開示の手続き、定期的なパスワード変更等を定め、適切に個人情報を保護している。研究・学会発表等に必要な診療データなどの取り扱いについて、明確にすることを期待したい。病院として臨床研究、終末期、DNR、輸血拒否、遷延性植物状態を倫理的課題として捉えており、具体的な方針を定めているが、回復期リハビリテーションにおける倫理的課題を明確にすることを期待したい。また、日々の診療やケアなどで発生する倫理的課題について、各職種が情報収集に努め、カンファレンスで検討している。臨床現場で解決できない課題は倫理委員会で検討する方針となっているため、仕組みを機能させ、より充実した取り組みとなることを期待したい。

病院へのアクセスは、路線バスの停留所から近く、自家用車での来院も可能である。高齢者・障害者への対応として、専用駐車場の整備、車椅子の貸し出し、必要時にはストレッチャーが使用可能であるなど、配慮して対応している。院内は静寂で、トイレや浴室は利便性、安全性、清潔性を確保している。くつろぎのスペースや、絵画、観葉植物で癒しの空間となるよう療養環境を整備している。敷地内は禁煙であり、来院者や職員への周知している。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望は、相談窓口やご意見箱、入院アンケートなどから収集し、対応している。リハビリテーション科と看護部を中心に、多数の勉強会やカンファレンスを開催し、日々の情報交換、目標確認を行っている。TQC活動を毎年実施しており、取り組みの内容は院内で発表会を開き、全体へフィードバックするとともに、学会等への発表を推進している。継続的に病院機能評価を受審するなど、体系的な評価を通して医療の質の向上に取り組んでいる。

診療・ケアの管理・責任体制を明確にしており、日々の担当者は患者に挨拶してその日のスケジュール等を説明している。また、責任者は毎日ラウンドを行い、診療・ケアの状況を把握するよう努めている。診療記録はマニュアルに基づき、必要な情報を記載している。医師、看護師、療法士、MSW、管理栄養士が患者の情報を共有しながら、診療・ケアにあたっている。また、定期カンファレンス以外にも退

院前カンファレンスを開催するなど、多職種が協働して患者の目標やチーム目標について協議し、チーム医療を展開している。

5. 医療安全

医療安全委員会を毎月開催し、安全管理に関する課題や対策について審議している。院内で発生したアクシデント・インシデントは、医療安全管理者に報告しているが、医師からの積極的な報告を期待したい。院外の医療安全に関する情報を収集し、職員全体に周知している。

患者誤認防止マニュアルを整備し、手順に基づいて確認している。原則として口頭指示は行わないこととしており、やむを得ず実施する場合でも、口頭指示と同時にカルテに入力し、変更・中止をカルテに入力している。ハイリスク薬を定め、劇薬等も含め、適切に管理している。病棟薬剤師を配置しており、薬剤アレルギーの情報は医師に報告し、処方鑑査にて相互作用とともに確認している。入院時に看護師が転倒・転落のリスク評価を行い、患者個々に応じた転倒・転落防止対策を立案している。医療機器は定期的に点検・管理を行っているが、病棟での点検記録や使用中の確認手順を整備することを期待したい。患者の急変時の緊急コードを定め、職員を招集する仕組みを整備している。

6. 医療関連感染制御

感染に関する委員会を毎月開催し、院内の感染状況を報告している。下部組織の ICT を各職種で構成し、毎月会議を開催し、毎週チームラウンドを実施している。ラウンドの結果を部門管理者に報告し、職員に周知している。地域の感染状況は、法人内の感染状況や医師会・保健所の情報を各部署に発信し、周知している。

医療関連感染を制御するためマニュアルを整備し、必要な場所に PPE を配置している。病室前には消毒液を設置して手指消毒の徹底に努めている。薬剤委員会にて定期的に抗菌薬の採用について見直しており、適切に採用中止を判断している。マニュアルには、抗菌薬の使用開始前の培養検査や特別な抗菌薬の届出制などを定めている。ICT が抗菌薬の使用状況を把握し、幹部会に報告して医師にフィードバックするなど、抗菌薬の適切な使用に取り組んでいる。

7. 地域への情報発信と連携

広報は、病院パンフレット、ホームページ、入院案内冊子の他、広報誌には病院の情報や医療サービス等を掲載している。ホームページは、リハビリテーション機能の紹介、診療体制の案内など、タイムリーに情報を公開している。地域医療連携室にて前方・後方連携システムを構築している。連携医療機関や介護施設の状況を把握し、地域の医療ニーズなどの情報をもとに、紹介状の対応、受診から入院手続きまで、適切に対応している。顔の見える連携の構築のため、連携先に定期訪問や医師会会議などで要望や意見を収集し、把握に努めている。高齢者が健康を維持できるよう、介護予防に関するレクレーションの開催や、介護予防講座への出向、難病患者を扱う医療従事者を対象とする研修会の実施など、地域に向けて医療の啓

発や教育・支援を積極的に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院者は入院目的の患者であり、一般の外来患者はなく、必要があれば近隣の関連病院を紹介している。検体検査・放射線検査などの必要性を検討し、適宜に実施している。検査中、検査後の観察・記録を手順に定め、適切に対応している。自院で行えない検査は、他院や関連病院へ紹介している。入院目的とともに、患者・家族にリハビリテーションについて説明し、リハビリテーション総合実施計画書を作成し、説明と同意の上でリハビリテーションを開始している。入院前に、パンフレットや入院案内冊子を使用し、入院生活や必要なものなどについて説明している。必要に応じて家族と面談している。

主治医は日々回診を行い、看護師や療法士の記録を確認し、原因疾患、合併症などの医学的管理やリハビリテーションの実施状況を把握している。看護師と准看護師、看護補助者の業務区分を明確にし、連携を図りながら協働して取り組んでいる。必要に応じて、投薬・注射の必要性とリスクなどについて患者・家族に説明し、同意の上で実施している。患者の観察や急変時の対応なども手順を整備している。輸血・血液製剤の投与は少ないが、輸血のガイドラインに沿ったマニュアルを整備している。適応を検討し、患者・家族に輸血の必要性とリスクについて説明し、同意を得た上で実施している。入院時に全患者に褥瘡発生リスクのアセスメントを行い、褥瘡予防対策の計画書を作成している。褥瘡保有者にはNSTが介入し、早期の治癒に向けて取り組んでいる。病棟担当の管理栄養士は、入院時に栄養スクリーニングとアセスメントを実施し、栄養計画を立案している。患者の訴えを傾聴し、表情などを観察して症状緩和を行っている。理学療法、作業療法および言語聴覚療法については、それぞれチームで作成した実施計画書に基づき、安全に療法を実施している。やむを得ず身体抑制が必要と判断した場合には、必ず患者・家族に説明している。

退院支援として、入院早期から多職種チームでカンファレンスを開催し、退院後の生活を見据えた退院計画を立案している。退院前には診療情報提供書、看護サマリーなどで地域のケアマネジャーやかかりつけ医などと連携を図り、患者・家族の意向に沿って診療・ケアを継続している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬局には温・湿度計を設置し、適切に薬剤を管理している。薬剤師は持参薬を鑑別し、処方鑑査・調剤鑑査はダブルチェックして適切に対応している。検査業務マニュアル、検体取り扱いマニュアルなどが整備されている。検体検査は全て外部委託であるが、パニック値等は医師に報告している。画像診断の際の患者の確認は、受付でリストバンドのバーコード認証などを行い、適切に対応している。栄養科に管理栄養士を配置し、調理業務は全面委託である。食材の発注、受け入れ、調理工程、配膳・引膳、食器洗浄、日常の設備点検など、一連の作業を適切に行っている。嗜好調査、栄養アセスメントを実施し、ほぼ毎日選択メニューを行っており、

患者からの食事の評判は良く、嚥下訓練食も提供している。主に、回復期リハビリテーション病棟および障害者病棟のリハビリテーションを提供しており、多数の療法士を配置し、リハビリテーションに取り組んでいる。医師や病棟スタッフと日常的に情報共有している。

管理規程に基づき、診療情報管理士により診療録を一元的に管理している。チェック項目を定め、全退院患者の量的点検を実施している。医療機器の管理は、定期的に医療機器安全管理委員会を開催し、年間計画に基づき保守点検を行っている。医療器材の種類や数は少なく、ほとんどがディスポーサブル製品である。輸血に関する詳細な業務マニュアルを整備しており、随時開催する輸血療法委員会で輸血の実施状況について確認している。

10. 組織・施設の管理

年度予算は事業計画に基づき作成し、法人本部により毎月の予算の執行と分析、会計監査を行い、幹部会議等に報告している。窓口収納業務は、時間外・休日を含め、適切に対応している。レセプト点検は医師によるチェックを行うなど適正な保険請求に努めている。委託業者の選定などは、業務内容や価格、品質を比較し、委託業務検討委員会等で検討している。担当者は日報、業務報告書等で業務履行状況を確認している。

施設・設備の日常点検や月次点検、定期的な保守点検等を計画的に実施しており、衛生材料などの物品はSPD方式を導入している。避難・防災訓練を実施し、災害マニュアルやBCPを整備している。緊急時の責任体制は明確である。また、24時間の保安体制を整備し、毎日院内巡視や施錠管理等の保安業務を行っている。医療事故発生時の対応手順を定め、原因究明と再発防止に向けた検討や訴訟に対応する仕組みを整備している。

11. 臨床研修、学生実習

人材の育成の方針があり、入職者研修・新人研修を実施している。看護部のクリニカルラダーやリハビリテーション部門の教育プログラムを整備し、適切に実施している。初期研修に関する評価は部署ごとに責任者が行い、技術レベルの向上や到達目標の達成度を踏まえ、次年度に活かしている。

学生実習は、看護師、療法士等を中心に実習生を受け入れている。職種ごとの実習指導担当者がカリキュラムに沿って実施し、実習評価表に基づいて評価している。依頼先との契約書や実習生個人との誓約書等も締結している。部門ごとに研修のオリエンテーションなどで医療安全や医療関連感染制御の教育についても確実に実施するなど、適切に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	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	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	B
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
1.4	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	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	B
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	B
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	NA
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	B
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	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	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	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	A
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
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	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 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人明倫会 本山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：兵庫県神戸市東灘区本山南町7-7-15

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	40	40	+0	93.5	106.3
療養病床	80	80	+0	97	61.3
医療保険適用	80	80	+0	97	61.3
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	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	80	+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
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

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
1日あたり外来患者数	0.57	0.57	0.73	100.00	78.08
1日あたり外来初診患者数	0.18	0.15	0.19	120.00	78.95
新患率	31.14	26.63	26.29		
1日あたり入院患者数	115.02	110.16	116.75	104.41	94.36
1日あたり新入院患者数	1.60	1.42	1.69	112.68	84.02