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2月12日～2月13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

貴院の原点は1954年の医院開設に始まり、その後40床の病院を経て2008年にはリハビリテーションを開始し、2014年には回復期リハビリテーション病棟を開設するに至った。2017年には現在の病院名に名称変更し、120床全床回復期リハビリテーション病棟Ⅰのリハビリテーションに特化した病院に至っている。病院はリハビリテーション専門病院として、最先端のリハビリテーションケアやロボティクスリハビリテーション等の先進的な訓練を実施する等、地域で中心的なリハビリテーション病院として役割を発揮している。患者はリハビリテーション目的での入院となっており、外来も含め紹介患者が多い状況である。患者紹介などで連携する病院は地域の急性期病院が多く、後方連携として地域の施設との連携もされている。

病院機能評価の受審は2回目であり、受審により病院の医療の質向上に貢献できるよう、これからも地域になくてはならないリハビリテーション病院として更なる発展を祈念したい。

２．理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は明確で、院内外への周知もされている。意思決定会議は運営会議であり、病院の方針や経営状況などは経営会議で話し合われている。職員への周知が必要な場合は、全体会議や院内LANを活用して報告されている。組織図も明確であり、職務分掌も整備されている。中・長期計画は2024年度策定されているが、具体性を反映させた計画にするとさらに良い。年度事業計画は中・長期計画を基に詳細に立案しており、各部門の業務計画も立てられ、評価も年度末に行っている。各幹部は病院の課題を共有し、主導的立場で解決に関わっている。情報管

理は、法人のSEが管理しているがセキュリティー対策等も適正にされている。
人材確保は病院全体の課題であり、継続的な人材確保の努力をされたい。人事・労務管理では、規程なども整備し、院内LAN等での閲覧が可能となっている。職員の安全衛生管理は委員会も設置され、健康診断受診率は100%となっている。ハラスメントへの対応は、相談窓口に事務長をはじめとする幹部数名を指名して対応にあたっている。職員への福利厚生面では、職員食堂や法人グループの保育室利用など充実している。職員満足度調査を定期的に実施されることを期待したい。
教育では教育委員会が設置され、全病院の教育計画を立案しており、必要性の高い研修は確実に実施され、受講できない職員へは後日受講できるように教育の充実を図っている。能力評価は、ジョブ型人事評価制度を導入し、評価結果は報酬に反映させている。専門職の初期研修や実習生の指導は、適切な指導者研修を受講させて指導にあたっている。

３．患者中心の医療
患者の権利は定められ、患者・家族・職員に周知している。診療録開示は規程に則って適切に応じている。説明と同意のガイドラインがあり、項目や内容・同席者のルール等を規定している。相談窓口はフロントに表示しており、窓口職員が相談を受け、内容によって各部署へつないでいる。相談室は地域連携室内にあり、社会福祉士が対応しており、高齢者虐待へも適切に対応されている。個人情報保護規定を整備し、パスワードでの保護に努め、60日ごとのパスワード変更も義務化している。倫理規定はあるが、病院としての倫理課題対応の方針がなく、課題解決に向けたプロセスの整備を期待したい。臨床現場での倫理課題の検討がされているが記録として残っていない。倫理カンファレンスの記録を残すとともに四分割法での客観的な分析を期待したい。
駐車場は広く、玄関には車椅子の貸し出しができるように整備されている。売店もあり、入院患者向けの理美容も可能である。院内は整理整頓しており、清掃も行き届き清潔にされている。病室やトイレ・浴室のプライバシー確保などは適切に配慮されている。一部の介助浴室にナースコールがないため設置されるとさらに良い。患者の禁煙教育を推進し、院内の掲示などで禁煙を周知している。職員の喫煙率は2023年より増加しており、職員・患者共に禁煙講演会などを企画し禁煙推進活動を期待したい。

４．医療の質
質改善活動組織としてKAIZEN室を立ち上げ、目標は明確であり年間活動計画を策定している。BSC手法も用いたプロセス管理を行っており、評価できる。各種立入検査での指摘事項への対応も迅速に行っている。業務効率向上を目的とした医療DX推進にも積極的に取り組んでいる。多職種参加のカンファレンスを開催し、治療・ケア・リハビリテーション計画等の検証・見直しを行っている。臨床指標は、リハビリテーションによる機能改善度に関するものを中心に収集し、チーム医療の質改善に活用している。臨床研究や学会発表を行う場合には、事前申請するよう規

定し、倫理委員会で実施の可否を審議している。新たな治療方法・技術の導入の際には、事前審議、導入前研修、デモ機を用いた最終検証を経て、最終決定に至るという入念な体制を整えている。

スタッフステーション前には病棟責任者として、医師・看護師・療法士・社会福祉士等の氏名が掲示してある。外来には担当医師や担当看護師の掲示があり、訓練室前にはリハビリテーションの責任者等の掲示がある。ベッドサイドには担当医師・看護師・療法士の氏名が入ったベッドネームがあり、日ごとに代わる看護師や療法士も患者に分かるように氏名を掲示している。診療記録は、診療録記載マニュアルに則って電子カルテ上に適時・適切に記載しているが、医師の診療記録の質的点検も開始されることを期待する。摂食嚥下・口腔ケア、排泄リハビリテーション、転倒・転落、NST、褥瘡、身体拘束最小化等のチームが患者のケアに関与している。チームは、医師・看護師・療法士等の多職種で構成し、多職種協働のケアを実践している。

５．医療安全

医療安全管理委員会は開催され、医療安全マニュアルの改訂やインシデント・アクシデント報告などをしている。インシデント・アクシデント報告書の書式をチェックボックスに変更するなどの工夫を行い、レベル０の報告数を増やすことを期待したい。アクシデント事例はSHELL分析やRCA分析などを用いて客観的に分析し、結果を全職員に周知することを期待したい。医療事故発生時の対応として、臨時の医療安全管理委員会を招集する手順となっている。

口頭指示受けする場合の手順を遵守しているが、口頭指示受けメモ用紙に注射指示に関する6R項目欄を印刷すれとさらに良い。アレルギー情報記入欄にはアレルギー無しのチェック欄がないために判別できず、何らかの方法でアレルギーなしの記録を行うとさらに良い。処方オーダリングシステムおよび薬剤部門システムが有する重複投与・相互作用・薬物アレルギーに対する回避機能や薬剤師による丁寧な処方鑑査などによって、薬剤の安全使用に取り組んでいる。全入院患者に対して入院時に転倒・転落アセスメントスコアシートを用いて転倒・転落についてのリスクを評価している。患者の急変時には緊急呼び出しコールを設定しており、各スタッフステーション内に掲示している。

６．医療関連感染制御

感染制御対策の検討・立案を行う感染管理委員会は、対策を決定・実施できる体制である。感染対策マニュアルに最新の知見に基づいた改定や追加を繰り返し加えているほか、感染対策に関する院内研修会を定期的に開催しており、ICTも組織されて実践的な活動を展開している。院内における感染関連情報が毎日収集され、必要に応じた対応を開始している。院内および地域での重要な情報については、院内メールを用いて全職員へ発信している。

感染対策委員は感染環境ラウンドを定期的に実施し、手指衛生の手技、擦式消毒液の使用量、汚物処理室・病室等の環境を確認している。各部署にはPPEが配置さ

れており、吐瀉物の処理セットも配置してある。抗菌薬適正使用指針を定めており、指定した抗菌薬は届け出制である。使用時にはICTが監視し、必要に応じて症例介入するなど、抗菌薬は安全かつ適正な使用をしている。

７．地域への情報発信と連携

病院機能の広報媒体は、病院パンフレット、入院のしおり、ホームページであり、広報誌は法人のみである。リハビリテーション機能に特化した病院の広報には、病院独自の広報誌を期待したい。地域の連携医療機関や介護施設等との連携状況は、グループ内の急性期病院を筆頭に複数の施設と連携が取れている。定期的な訪問と様々な連携ネットワークにて連携の枠を広げている。紹介元の施設には入院後・退院後の返書だけでなく、途中経過の報告も行うとさらに良い。地域に向けた教育・啓発活動は、自治会の要請や地域の会議に職員を派遣するなど活発に活動されている。また、市民公開講座もグループ内で開催している。さらに、広域リハビリテーションセンターとしての役目もあり、年に複数回講演を開くなど評価できる活動をしている。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

リハビリテーション外来では、医師と療法士が患者のADLや障害の程度・残存機能等の状況を評価し、訓練実施計画を作成して説明と同意取得後に訓練を開始している。侵襲性の高い検査には、検査手法およびリスクに関する説明を行い、患者の同意を得ている。入院の決定は、入院判定会議でリハビリテーションの適応・自院で全身管理を行う際の課題を多職種で検討し、判定している。医師は入院時において基本診療計画を作成し、医療チームを構成する各職種はアセスント結果に基づく計画を加え、総合的チーム診療計画を作成している。リハビリテーション処方箋に基づき、担当療法士は患者・家族の希望や多職種が入院後速やかに行うアセスメント結果も取り入れ、リハビリテーション総合実施計画書を作成している。医療相談は6名の社会福祉士で対応しており、相談内容は介護福祉・経済的・成年後見制度等の相談である。

医師は、チーム医療における指導的役割を果たしており、看護師・介護福祉士は看護基準・手順を基に診療の補助とケアを実践している。また、療法士と協働してケアに当たり、心理面でのサポートが必要な時は法人内の非常勤精神科医の診察を受けることが可能である。疼痛を訴える患者にはフェイススケールで疼痛のレベルを客観的に評価している。さらに、内服薬だけでなく温罨法やポジショニングの変更などで疼痛緩和を図っている。理学・作業・言語の各療法においては、入院後初期評価とリスク評価を行い、リハビリテーション計画を作成している。訓練開始後も追加評価を加えると共に、再評価とカンファレンスを通じた検証を行い、計画の見直しを行っている。地域リハビリテーション広域支援センターとして地域全体におけるリハビリテーションの質向上に向けた各種活動にも積極的に取り組んでおり、質の高いリハビリテーション機能を発揮している。患者のケアやADLの維持向上のため、看護スタッフや療法士も早出・遅出を通して更衣・排泄・入浴動作等に

関わっており、患者情報共有と交換を密にした生活機能向上活動を実践しており高く評価できる。身体拘束が必要な場合は、医師の指示およびICの後、フローシートに従い実施し、拘束時の観察も行い記録を残している。解除への検討は毎日カンファレンスを実施しているが、1か月間解除ができないなどの必要時には他職種で構成された身体拘束最小化チームが介入し、解除に向けた検討を行っている。入院早期から退院計画を策定し、家屋調査を実施する等在宅サービスの調整や家族指導なども多職種で実施している。訪問看護やケアマネジャー等が参加する退院前カンファレンスでは、各職種の退院時サマリーを活用し、情報の共有を図っている。退院後にリハビリテーションが必要な患者には、通所・訪問・外来リハビリテーションを実施している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤師は、全ての入院患者の持参薬鑑別を行い、院内採用薬とのマッチングなどを医師に提案し、患者の検査データや薬歴を参照しながら処方鑑査と必要に応じた疑義照会を行っている。夜間・休日に、病棟看護師が薬局からの医薬品の持ち出す際は、2名で入室する手順への変更を期待したい。自院の機能に必要な臨床検査類を迅速に実施できる体制・設備を整え、制度管理も適切に行っている。遠隔画像診断システムによって、全てのCT・MRI検査に専門医の読影レポートが得られる体制を整えている。嗜好調査も行われ、適時・適温での配膳もなされており、選択メニューも実施されている。配膳と下膳のルートが交差する箇所があるが、時間をずらすなどの対策を行っている。回復期リハビリテーション病棟では、365日体制で質の高い訓練を実施している。ロボティクスリハビリテーションや電気刺激療法等を用いた先進的な訓練も提供しており、重症患者改善率・実績指数ともに良好な実績である。退院後の機能維持にも注力しており、通院・訪問リハビリテーションへシームレスに移行させている。診療情報管理は診療情報管理士が担当しており、電子カルテにより一元管理ができている。以前の紙カルテはカルテ庫で決められた期限で管理されている。閲覧・貸し出しなどは規程に従い実施されており、量的点検も医事課と診療情報管理士でのダブルチェックをしている。日常使用する医療機器はシリンジポンプと輸液ポンプであり、使用場所で保管をしている。医療機器安全管理責任者である、診療放射線技師が点検し、テープで封印している。機器導入時および年1回は医療機器の研修会を実施している。使用済みの機材は一次洗浄せず、中央材料室に返却して中央材料室で一次洗浄を実施後、小型滅菌機による滅菌をしている。生物学的・化学的・物理学的滅菌保証ができており、リコール規定もある。

病理診断検査に関する検体受付・外部委託・報告書の受領と配信など一連業務の担当者を定め、手順に則って実施している。

１０．組織・施設の管理

予算策定は各部門のヒアリングを基本に予算書（案）を上申し、業務は必要に応じて再請求ができるような手順である。各財務諸表も作成され、会計監査も適正に

されている。経営分析は各種データを基に行われ、結果は全体会議でも報告されている。医事業務は窓口手順があり、保険請求は必要に応じて再請求するような手順である。未収金の実態は把握されているが、入院患者の入院費などは退院までは未収金に計上されていないとなっており、未収金の定義の見直しが期待される。

施設・設備管理担当は総務課であり、日常・定期点検も確実にされている。医療ガス安全管理委員会は設置されているが、参加している有資格者の名簿記載を期待したい。

病院の緊急事態に対応するためのBCPは策定され、消防避難訓練はレスキュー隊と合同で実施されている。平日昼間の保安業務は事務部が行い、夜間・休日は警備会社に業務委託されている。務内容は明確になっており、施錠・解錠の規約も決められている。

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	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	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	B
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	B

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	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	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	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	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	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	S
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	B
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	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	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	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 ： 社会医療法人敬和会 大分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 ： 大分県大分市大字志村字谷ヶ迫765

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					
療養病床	120	120	+21	78.02	65.9
医療保険適用	120	120	+21	78.02	65.9
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	120	120	+21		

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	120	+21
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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： 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

診療科名	医師数（常勤）	医師数（非常勤）	1日あたり外来患者数（人）	外来診療科構成比(%)	1日あたり入院患者数（人）	入院診療科構成比(%)	新患割合(%)	平均在院日数（日）	医師1人1日あたり外来患者数（人）	医師1人1日あたり入院患者数（人）
内科	0	0	5.51	21.08	0.38	0.41	85.88	25.45	0.00	0.00
リハビリテーション科	5	1.76	0.00	0.00	91.16	97.10	0.00	67.56	0.00	13.48
整形リハビリテーション科	0	0	19.49	74.55	1.50	1.60	2.11	37.72	0.00	0.00
脳神経リハビリテーション科	0	0	1.14	4.38	0.84	0.89	41.01	40.80	0.00	0.00
研修医	0									
全体	5	1.76	26.14	100.00	93.88	100.00	21.47	65.89	3.87	13.89

I-2-2 年度推移

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	26.14	35.88	30.50	72.85	117.64
1日あたり外来初診患者数	5.61	5.83	5.10	96.23	114.31
新患率	21.47	16.26	16.72		
1日あたり入院患者数	93.88	92.54	87.61	101.45	105.63
1日あたり新入院患者数	1.41	1.38	1.19	102.17	115.97