

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」及び副機能種別「慢性期病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および12月11日～12月12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
機能種別	慢性期病院（副）	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。
- ・機能種別 慢性期病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は開院以降、移転・増床を経て今日に至っている。属する香取海匝圏域においては回復期リハビリテーション病床の半数以上を担っており、地域のリハビリテーション拠点としての存在感を発揮し、「地域になくてはならない病院」として、地域住民や近隣医療機関の期待を集めている。さらに地域健康増進活動として、フレイル予防や介護予防に関する内容をテーマにした公開講座や老人クラブ等と共同した取り組みを実施し、退院後の継続療養についても通所・訪問・外来リハビリテーションといった地域リハビリテーションに貢献している。また、リハビリテーション医療提供の一層の充実のために、後継者育成には継続的な努力をされている。

今回の訪問審査にあたっては、職員の方々の「病院をより良くする」という生き生きとした気概と取り組みが随所で確認できた。今後、貴院の一層の発展と向上を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念と基本方針は自院の特徴である医療・リハビリテーション・介護について、地域で果たす役割を明確にしており、院内外に周知している。病院の意思決定会議は三役会議であり、諸課題を認識し解決の道筋を職員に提示し、長期・中期・短期計画も策定されている。

人材確保については、リハビリテーション療法士および看護師については、法人グループ内でもトップクラスの採用数につなげている。就業規則などの規程は必要に応じて更新し、共有フォルダシステムにて閲覧できる仕組みとしている。労働安全衛生委員会は毎月開催されており、産業医が職場巡視の報告を行い、職員の健康診断の受診率も良好である。

年間研修計画が立てられ、計画通りに実践しており、特に医療安全、感染制御、個人情報保護、倫理、接遇、ハラスメントを重視しており、動画配信研修も含めて100%の受講率を達成している。職員の能力開発のための法人グループで統一された評価システムが整備され、職員の能力評価・開発は、個人の能力評価と目標管理による人事考課がなされ、初期研修プログラムも整備されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利と義務を定めており、様々な媒体で周知をはかり、職員にも教育をしている。認知機能や意識に障害等のある患者には、出来る限り本人の意思を優先した立場で、家族に説明がなされている。説明と同意にあたり、患者・家族には、主治医から十分な説明が行われ、「私のカルテ」を作成し、説明した文書をいつでも見ることができるようベッドサイドで保管し共有している。患者支援にあたっては、総合相談室に社会福祉士が適切に配置され、退院支援看護師とともに患者・家族の相談に応じている。病棟・現場での経験で倫理検討の事例があり、多職種でカンファレンスを実施し倫理の原則に沿って分析し、その後申請書により倫理委員会に事例を報告する仕組みとしており、倫理の原則に沿った分析をしている。

院内はバリアフリーとなっており、手摺りも設置され、快適性、利便性への配慮が見られ、病室は診療・ケアに必要なスペースが確保されており、病室は診療・ケアに必要なスペースが確保され、トイレは健側・患側に対応している。浴室は特殊浴槽と一般浴槽があり療養環境も適切に整備されている。

4. 医療の質

部門横断的な課題は業務改善委員会で検討し、患者・家族にフィードバックしている。看護師・看護助手の院内業務に関し、調査を行い勤務時間の変更をするなど改善を行った実績がある。臨床指標については、リハビリテーション実績指数、FIM利得、在宅復帰率、新規入院患者数などの分析が行われ、全国平均との比較もなされている。新しい治療法や新薬の導入、薬剤の適応外使用の導入においては、倫理委員会や医局による勉強会を開催し、関係職種への指導、周知徹底を行う運用することとしている。

患者のベッドネームには担当する医師・看護師の名前が記載され、各職種がSOAPにより、日々の各種記録を適時に分かりやすく記載し、情報の共有化の工夫も図っており、記載者の署名や修正方法についても取り決めがある。治療とリハビリテーションの方針や退院時期の決定・目標・退院先、退院後のケアやサービスの検討を行っている。褥瘡予防・栄養ラウンド・身体抑制・転倒・退院支援等のカンファレンスを開催し、多職種が協働して患者情報の収集にあたり対策を講じている。

また、認知症プロジェクトチームや口腔ケアサポートチームなどが病棟で活動しているなど、医療の質向上に向けて適切に取り組んでいる。

5. 医療安全

病院長・事務長・看護部長や各職種からの委員から構成される医療安全管理委員会が毎月定期的開催されている。インシデントアクシデント報告は医師を含めた各職種から報告があり、アクシデントが起きた場合には SHELL 分析で要因を検討し所属長を通じて職員にフィードバックし、事故発生時の対応体制も整備している。

検査・処置・点滴などの際は 3 点認証を実施している。伝達エラー防止に向けて、医師による指示出し、看護師による指示受け・実施を確実にを行ったことを、医師がカルテ上で確認する手順を構築している。薬剤師がカルテ情報を基にした併用禁忌や重複投与、アレルギーなどのリスク回避に努めるなど薬剤の安全使用に努めている。転倒・転落アセスメントシートを用いてリスク評価を実施している。高リスクと判断された場合は、タッチセンサー・センサーマット・四点柵・衝撃吸収マット等の対策を多職種で検討し、患者・家族の同意を得ている。患者急変に備え、院内救急コードがあり、固定電話の院内各箇所に手順が明示され、保安担当職員に連絡するシステムになっている。救急シミュレーション研修を全職員対象に実施している。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会を設置し、その下部組織として、リハビリテーション療法士も含めた 6 人で構成された ICT がある。院内感染対策委員会は毎月開催し、必要に応じて臨時の委員会を召集する体制もあり、ICT を組織し週 1 回の院内巡視も行っている。「病院感染対策マニュアル」も整備しており、ICT による環境ラウンドを毎週実施し、臨床検査科が中心となって自院のアンチバイオグラムを作成するとともに、抗菌薬の感受性の分析を行い、イントラネット上で職員が見られるようになっている。近隣病院、保健所との定期的な情報交換や新型コロナウイルス感染症流行に対する研修会等を Web 上などで行い、JANIS の検査部門に参加して情報収集をして、他院との比較が出来る状況としている。

汚物処理室と廊下に PPE（個人防護具）を配置している。各部署の院内感染予防対策委員が毎週 ICT ラウンドを実施し、手指消毒・個人防護具の着脱確認やスタッフ個人が携帯している。手指消毒の使用量を確認している。感染性廃棄物や血液・体液が付着したリネン等は、患者が立ち入らない場所で適切に保管されている。抗菌薬の適正使用に関する指針を整備し、届け出と許可制をそれぞれ採用しているなど、感染関連制御の取り組みは適切である。

7. 地域への情報発信と連携

広報はホームページを重視しており、その内容は病院の機能紹介、連携室の紹介、折々のトピックや受診に必要な情報が更新されている。本年に入り、刊行された広報誌は自院の特徴を紹介しており、近隣医療機関や連携実績のある病院・施設

に配布し活用している。地域連携では、地域医療連携室において、これまでに連携実績のある病院・施設のリストを詳細にまとめて把握し、広域における連携実績が確認され、紹介の多い急性期病院の門前に自院のサテライト事務所を設置している事も特徴である。同時に地道な病院訪問が展開され、在宅系施設・サービス事業所との連携も重視している。公開講座に取り組んでおり、高齢者対象とした健康講座や体力測定に取り組んでおり、「失語症友の会」への支援にも積極的である。また、「ちば地域リハパートナー」として地域ケア会議に専門職の立場から、助言がなされ、それぞれの施設と介護職への勉強会に参加している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

入院判定会議を毎日行い、患者・家族の希望にも配慮した上で、入院の決定をしており、入院日中心として初期評価を行い、「入院計画書」、「リハビリテーション実施計画書」を作成し、1週間を目途に多職種のカンファレンスを行い、初回の「リハビリテーション総合実施計画書」を作成している。看護管理基準、看護業務基準・手順に基づいて看護の専門性に応じた診療の補助、日常生活への支援が行われ、介護福祉士も相当数が配置されケアを行っている。褥瘡予防に向けて入院時すべての患者に対し、OH スケールで褥瘡のリスク評価を行っている。栄養管理とリハビリテーションの過程は、全般的に良好である。理学療法では特に、SIAS、6MD、FIM 等で定期的な評価に力点を置き、作業療法では特に脳機能障害評価とリスクを把握し、社会復帰に向けた自動車運転評価に力点を置き。言語聴覚療法では特に、退院後を想定したコミュニケーション方法や食事内容等について力点を置いている。さらに看護師による自主訓練時間や介護福祉士を中心にレクリエーションの時間が設けられている。

多職種カンファレンスで退院の方向性が決まると、MSW を中心に患者・家族の意向を重視して退院先の方針が確認され、家屋調査を実施する。この時に訪問看護ステーションの担当者やケアマネージャーと情報共有や意見交換を行い、さらに在宅での継続療養につなげている。

<副機能：慢性期病院>

療養病棟への入院は基準があり、面談で患者・家族の希望が確認され、多職種により入院判定が行われる。入院診療計画書は多職種が関与し、リスクアセスメントやケア計画の評価・見直しは適時行われている。形成外科医の参加する褥瘡回診が実施され、多職種で治療効果の判定、検討が行われ NST の関与もある。管理栄養士はミールラウンドを行い、嚥下に問題がある場合は、言語聴覚士や嚥下専門の歯科医師が関与して多職種で食事形態や投与方法などを検討している。必要な患者にリハビリテーションが実施され、日々のアクティビティや季節の行事が計画的に行われている。抑制を行わないことを前提とし、抑制以外に方法がない場合は説明と同意が行われている。毎日、抑制回避・軽減・解除に向け検討され、定期的に多職種でカンファレンスを行っている。必要な患者に退院支援が多職種で計画的に実施され、退院前カンファレンスが院内多職種と患者・家族、サービス事業所などで開催

され、かかりつけ医との調整や在宅・介護保険サービスの利用に繋げる支援も適切であり、自院からは訪問リハビリテーションが実施されている。

ターミナルステージは判定基準があり、患者・家族の意向を確認し対応が多職種で検討され、自宅での看取り希望にも対応している。デスカンファレンスは看護師を中心に行われているが、多職種で実施されることを期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤機能は、薬剤は良好に管理されており、持参薬の鑑別、処方鑑査と疑義照会、調剤鑑査も適切に行われている。臨床検査機能は、血液検査は毎日、生化学などは精度管理を行い、パニック値は指示医に迅速に報告される手順がある。画像診断機能は、全例がグループ法人内の読影センターで、放射線の専門医によって読影され、主治医とのダブルチェック体制となっている。栄養管理機能は、温冷配膳車を導入し、アレルギー、嗜好、食形態、食事量の配慮など個別対応がなされ、マニュアルに沿った衛生的な調理過程である。診療情報機能では、コーディングがなされ、診療録の量的点検も適切になされている。

リハビリテーション機能は主治医を中心とした定期的な多職種による評価、運動機能や摂食・嚥下を始めとした各種カンファレンスによる患者への対応を実施し、高い在宅復帰率を達成しており、片麻痺患者の自動車運転に対する先進的なリハビリテーションも行い、若いリハビリテーション療法士へのチーム制での教育などを含め、ハード・ソフトの両面で、リハビリテーション機能は高く評価できる。

また、医療機器管理機能、洗浄滅菌機能も自院の機能を鑑みると適切に機能を発揮している。

10. 組織・施設の管理

予算は現場の意見を反映したうえで作成されており、収支分析は毎月、三役会議にて分析と対策が検討され、運営会議および部署長会議を通し経営の概要が共有されている。現金の収納業務は、医事システム帳票によりチェックする仕組みであり、レセプトは医師がチェックし、返戻・査定については再請求の検討がなされている。施設要件を事務部門でチェックしており、未収金については患者個々の対応記録が残されている。委託業者の契約や管理監督の責任部署として、総務課が担当している。選定にあたっては医療サービスマーク取得を条件として、標準作業書と業務案内書により定期的に評価している。購買購入にあたっては、法人グループで統一された独自の物流システムによって医療材料、医療消耗品が管理され、定数管理も見直しを連続させている。

防火防災委員会を確立し、消防計画・防火マニュアルが策定され、年3回の消防訓練が実施されている。近隣に流れる一級河川の氾濫による水害を想定したマニュアルと大地震を想定した対応マニュアルとBCPが整備されている。保安体制は、夜間に事務当直者が配置され、緊急時の連絡・応援体制は整備されている。

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	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	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	B
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	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	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	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	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	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	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	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	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
-------	---------------	---

機能種別：慢性期病院（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	診療計画と連携したケア計画を作成している	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	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.14	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B

2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	B

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 8 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人社団明芳会 イムス佐原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、慢性期病院(副機能)

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：千葉県香取市佐原口2121-1

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	60	60	+0	88.79	62.6
療養病床	157	157	+0	89.11	116.21
医療保険適用	157	157	+0	89.11	116.21
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	217	217	+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	157	+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

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	38.84	33.04	32.04	117.55	103.12
1日あたり外来初診患者数	3.83	4.09	2.87	93.64	142.51
新患率	9.87	12.37	8.96		
1日あたり入院患者数	194.64	196.81	199.93	98.90	98.44
1日あたり新入院患者数	1.90	1.90	1.94	100.00	97.94