

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12月6日～12月7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

貴院は千葉県松戸市に位置し、回復期リハビリテーション病棟を持つリハビリテーション専門の病院として開設された。その後、地域の需要に応じて病床数を増やし、地域患者の要望に応じてきた。理念は「手には技術 頭には知識 患者さまには愛を」であり、基本方針の3項目を掲げて地域医療の充実に努めている。入院医療に特化している性質上、外来リハビリテーションや通所リハビリテーションなどの地域医療を充実させている。また、豊富なスタッフの配置により、リハビリテーション目的の入院を充実させて適切な医療を提供している。特に力を入れている医療として、社会復帰を目指したリハビリテーション医療を掲げており、患者1人当たりのリハビリテーションの提供を充実させ、在宅復帰率の向上に努めている。

病院機能評価は今回が新規受審であり、病院の強みを再認識するとともに課題点を明確にされ、さらなる質の向上に向けて職員全員で取り組まれ、地域にはなくてはならないリハビリテーション病院として益々発展されるよう期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明確であり、院内外への周知も適切である。病院運営は四役会議が最高意思決定会議であり、決定事項は運営会議等で周知されている。中長期計画が策定され、具現化するための年度事業計画を立案し、各部署には目標管理された業務計画の立案・検証がなされるなど適切である。情報管理は総務課が担っており、セキュリティ対策も適切である。文書管理の担当部署も総務課であり、病院全体の文書を一括管理している。

人材確保に関してはおおむね必要な人材は確保されている。人事・労務管理は就

業規則等が整備され、昇任・昇格などは法人グループで組織的に検討されている。安全衛生委員会は月1回開催しており、健康診断の実施率も適切である。職員の意見は意見箱で収集し、四役会議で検討して回答を掲示している。

院内研修は教育委員会で年間計画を立てて実施しており、研修参加はeラーニングを活用するなどの工夫によりほぼ100%の受講率となっている。職員の能力評価は人事考課で実施している。看護部とリハビリテーション科では初期研修対象期間を定めており、各職種の初期研修プログラムは計画的に立案されてオリエンテーションも実施している。実習生の受け入れ体制として、看護部やリハビリテーション科は実習生担当者を定めている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は6項目で明文化され、患者・家族や院外へ周知しており、診療録の開示も適切に行われている。説明と同意に関する病院の方針・手順が記載され、説明範囲や同席者の役割についても明確になっている。パンフレットも用意され、患者が意思決定に必要な情報を得ることで医療への参加を促進している。患者支援体制は、各種相談に社会福祉士が対応しており、相談内容によっては各部署へ連携して解決している。個人情報保護については、職員への個人情報の研修を実施しているなど適切である。病院における主要な倫理的課題を認識して方針が示されている。現場で解決困難な課題は倫理委員会で検討され、緊急を要する場合は臨時開催することもできる体制となっている。

来院時には適切な広さの駐車場が完備され、病院内はすべてバリアフリーとなっている。患者の生活の場となる病室・廊下・デイルームなどは、明るく清潔で快適な環境を整備されており、室内に冷蔵庫・テレビを設置し、患者がプライバシーを保持しながらくつろげる環境である。受動喫煙防止の方針として敷地内禁煙をルールとしており、各フロアにも禁煙推進のポスターを掲示するなどして禁煙推進をしている。

4. 医療の質

今回の病院機能評価に向けて業務改善委員会が設置され、毎月の会議では各部署から問題が抽出され、複数の部署で検討されている。診療の質を向上させるために症例検討会が頻回に行われ、定期的に紹介元の病院と地域懇談会が開催されて退院症例の報告を行っている。患者・家族の意見は各所に設置された意見箱で収集するほか、退院時アンケートでも収集しており、医療サービスの質向上に活用している。新たな診療・治療方法や技術は、倫理・安全面に配慮しながら導入されている。

病院入口には病院の責任者・担当が一覧で掲示されており、各病棟にはスタッフステーションの患者から見えやすい場所に医療・ケア・リハビリテーションの責任者が掲示されている。診療録は適切に記載され、管理者以上による定期的な質的点検も行われている。入院時カンファレンスでは多職種がアセスメントした結果を持ち寄り、患者にとって最善の診療・ケアを協議されている。NST、医療安全チー

ム、褥瘡管理委員会などは職種横断的に活動されており、活動や協議の結果はカルテに記載されており、専門性の高いケアが継続的に実践できる仕組みになっている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療安全管理対策委員会を定期的開催し、発生したインシデント・アクシデントの集計報告がなされている。インシデント・アクシデントレポートは発生後に速やかに報告され、重大な事故につながる恐れのある事象は分析を行って再発防止に努めている。医療事故への対応は、対応手順や医療安全管理対策委員会の招集などを整備しているが、病院賠償保険の加入について期待したい。

患者誤認対策としてリストバンドを活用し、治療・処置の手順を遵守して誤認防止に努めている。情報伝達エラーを防止するために電子カルテが用いられており、緊急時を除く口頭指示は原則禁止である。薬剤の安全使用では、薬剤師と病棟は連携して病棟ストック薬や救急カートにおける薬剤の整備を行い、ハイリスク薬等も適切に管理されている。転倒・転落防止対策では、入院時のリスク評価を行って多職種で協議し、個別性のある対策を立案している。医療機器は、使用前・使用中・使用後の点検をチェックリストに沿って実施し、記録している。院内緊急コールを設定し、定期的な訓練や救急カートを標準化して適切な点検を行うことで、患者の急変時に備えている。

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は、院長を委員長とする院内感染対策委員会が設置され、権限を委譲した副委員長が感染対策実行チームの委員長を務めている。感染対策チームはグループワークや部署のラウンドを行い、院内感染対策委員会へ報告しており、対策を検討して部門へ指示が出されている。感染対策チームは感染状況・分離菌・抗菌薬使用をモニタリングして分析・予防策など感染対策委員会へ報告・起案している。多職種での院内ラウンドを実施し、改善案など現場へフィードバックしている。

全職員を対象に、標準予防策や感染経路別感染予防について研修が行われ、全職員が参加している。標準予防策としての手指消毒は、速乾性手指消毒剤を個人が携帯し、使用量を定期的にモニタリングしている。使用のタイミングもポケットマニュアルやポスターで明確に示し、励行に努めている。抗菌薬の使用には指針があり、使用前の細菌培養は定着している。抗菌薬の使用状況は感染対策委員会で把握され、指針では2週間で薬局から医師へ連絡するよう定めているほか、特別な抗菌薬は届け出制となっている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の広報は、広報委員会を開催して検討しており、ホームページや広報誌を活用して情報発信に努めている。ホームページは定期的な更新がなされ、内容の向上

に向けてアンケートを実施しており、広報誌は発行して施設等に広く配布している。地域の医療機関や近隣の急性期病院との連携では、患者の紹介のみならず、医師、看護師、セラピスト等との交流も行う事で連携を深めている。さらに、地域住民の健康増進や介護予防などに帰する教育・啓発活動は、医師会等の依頼を受けて啓発活動に取り組まれているほか、地域住民向けの介護予防講演会などがあり、地域の健康増進・介護予防に寄与している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診察は外来リハビリテーション等に対応した予約制をとっている。外来診療は外来・通所リハビリテーション等利用者の診察で、定期的に多職種との情報共有義務めている。入院の決定では、医療連携室は医師を含む多職種と連携し、翌日には可否を紹介元へ連絡するほか、返書も確実に行っている。入院時には診察して多職種での評価を行い、入院診療計画や各治療計画を立案している。リハビリテーションは多職種協働で行われ、治療目標は適宜、見直しをしている。

医師は回診や職員との情報交換を実施し、種々のカンファレンスに参加して適時にカルテ記載を行っている。看護基準・手順や介護手順など整備され、専門性を踏まえた役割分担と連携により、患者の障害や疾患に応じたケアが実践されている。投薬・注射は薬剤師と病棟が連携して安全・確実に実施している。入院時には全患者の褥瘡リスクアセスメントを行い、リスクのある患者には褥瘡予防計画を立案して予防対策を実施している。全ての入院患者に栄養スクリーニングを行い、栄養管理計画書を作成している。患者の苦痛症状に対する聞き取り・記録は、多職種によって行われている。

リハビリテーションは病棟と連携し、実生活場面を重視した訓練を確実・安全に実施している。安全確保のための身体抑制の手順を定め、必要時は患者・家族の同意と医師の指示により開始し、解除・軽減のためのカンファレンスも適切に行っている。入院早期から多職種で情報収集・アセスメントを行い、シミュレーションルームでは一般家屋に近い生活環境の中で介護指導を受けるなど適切な退院支援をしている。退院後も継続してリハビリテーションが必要とされる患者の定期面談には、ケアマネジャーなど在宅事業所のスタッフも参加している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は処方鑑査・疑義照会・調剤鑑査が実施され、注射の取り揃えや調製・混合への関与、持参薬の管理など病院全体の管理機能を適切に発揮している。臨床検査は検体検査のみ実施しており、外部委託が活用され、検査結果は各病棟・担当医へ報告されている。画像診断は読影も院内の医師で行われ、診断の質向上に努めている。栄養管理機能では厨房の衛生面は清潔区域が明確にされ、衛生管理への配慮がなされている。リハビリテーションは病院の特色である「就労支援」に向け、就労支援施設へつなげるために積極的な訓練が行われるなど高く評価できる。診療情報管理機能は、1患者 1ID 番号で一元管理しており、診療記録の量的点検も退院後 2 週間以内に実施されている。医療機器管理は院内の標準化を図り、医療機器安

全管理者は定期的に点検表を確認して安全使用を確認している。洗浄・滅菌機能は、医療関連サービスマーク取得している外部業者に委託し、院内では一次洗浄のみを適切な環境下で行っている。

10. 組織・施設の管理

予算は、前年度末に各部署のヒアリングを参考にし、事業計画に沿って作成されている。執行管理は毎月の業務報告会で収入・支出を目標値と比較しながら報告している。医事窓口業務はマニュアルがあり、円滑に実施している。保険請求業務は査定・再請求なども確実に取り組まれている。未収金対応は未収金会議を開催して各部署の状況を共有し、督促のフローチャートなども作成している。業務委託は四役会議で必要性などを検討しており、業者選定も複数の業者を比較検討して適切に選定している。

施設・設備の管理は、年間保守計画を作成し、計画に沿って実施責任者による定期点検を行っている。感染性廃棄物は一般廃棄物と保管場所を別にするなど、適切に管理している。購買管理では、薬剤購入は薬剤師が発注し、検品は薬剤科のクラークが行っている。その他の医療消耗品等においても購入の仕組みを整備し、適切に対応している。

災害時等の危機管理への対応では、BCPを策定しており、大規模災害を想定して備蓄品や非常用発電機も整備するなど適切である。保安業務は業務フローに従って実施され、緊急連絡網や応援体制も明確であるが、保安要員の確保について検討を期待したい。

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	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	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	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	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	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	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	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 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：一般社団法人巨樹の会 松戸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：千葉県松戸市和名ケ谷1009-1

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	0	0	+0	0	0
療養病床	180	180	+0	97.1	78.3
医療保険適用	180	180	+0	97.1	78.3
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	180	180	+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	180	+0
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

[illegible]

I-2-2 年度推移

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	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		16.19	14.83	11.78	109.17	125.89
1日あたり外来初診患者数		0.93	0.60	0.37	155.00	162.16
新患率		5.77	4.05	3.16		
1日あたり入院患者数		174.87	176.73	169.14	98.95	104.49
1日あたり新入院患者数		2.21	2.23	2.15	99.10	103.72