

# 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4月10日～4月11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、回復期リハビリテーション医療を担う病院として、地域に貢献されている。リハビリテーション科専門医1名を含めた医師7名をはじめとして、回復期リハビリテーションに必要な専門職を配置してチーム医療を展開している。回復期リハビリテーション病棟の理念や基本方針が職員一人ひとりに徹底され、患者の個性を重視し、質・量ともに充実したリハビリテーション医療の提供、そして地域へつなぐ医療が実践されている。

病院機能評価は今回初めての受審である。訪問審査では、院内各部門のスタッフが纏まり、院長が全般に亘りリーダーシップを発揮し、医療の質向上に対して取り組まれてきた成果を確認した。急性期病院との連携や退院後の生活支援、就労支援まで、幅広いリハビリテーションニーズに応じられるよう、組織強化が図られている。今回の受審を機に、病院機能をさらに充実させ、貴院が今後ますます発展されることを祈念したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は、病院ホームページや病院案内に掲載されている。病院の運営に関わる意思決定は管理会議で審議し、決定されている。管理会議では、人事報告や財務報告に併せて各委員会からの報告も行われ、業務報告会議および朝礼で職員に周知されている。中期計画が5か年で計画され、職員に共有されている。診療に関する情報管理は、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに準拠して管理され、個人情報やセキュリティに関する研修を適切に実施している。文書

の收受、受付、配付、保管、廃棄の流れが明確になっており、電子メール等の文書も同様に取り扱い、文書の種類によって管理責任者が決められている。

職員の採用は、適正人数を計画のうえ採用している。就業規則、給与規程が整備され、職員に周知されている。時間外労働時間や有給休暇の取得状況は、各所属長が把握している。衛生委員会が月1回開催され、産業医、衛生管理者は病院内を巡視し、指摘事項があれば意見する体制である。職員の意見や要望を聴取するため、提案箱を設置して対応を検討している。年間研修スケジュールに基づき研修が実施されている。職員の人事評価を面談方式により実施し、能力評価シートにより点数化している。職種別初期研修方針と年間計画が策定され、キャリアパスを活用し、4段階で評価を行っている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利が明確にされ、患者・家族、職員への周知や実践の場面での擁護に努めている。説明と同意についての方針が定められ実践しているが、同席者に関するルールは定められていないため整備が望まれる。地域医療連携室に相談窓口が設置され、入退院相談、医療相談など、専任の担当者が対応している。個人情報保護規程を整備し、患者の個人情報保護についてはホームページや入院案内、院内掲示で患者・家族に周知している。倫理委員会が月1回開催され、倫理課題に関する研修会も実施されているが、現場で解決困難な臨床倫理的事案については、解決プロセスを策定することが望まれる。

病院と最寄り駅間の無料シャトルバスを運行している。階段、浴室、トイレには手すりがあり、高齢者や障害者が安全に使用できるよう整備されている。病棟・病室は診療・ケアのスペースを確保し、整理整頓が行き届き、快適な療養環境が整備されている。病院は敷地内禁煙の方針を確立しており、院内掲示、病院案内や入院案内等へ掲載し、利用者に周知している。

### 4. 医療の質

各部門や各委員会からの改善計画は業務改善委員会で取り纏められ、管理会議で協議のうえ決定し、周知されている。患者満足調査や職員満足度調査が行われ、改善事例もある。多職種参加の症例検討会が開始されており、今後の継続した取り組みを期待する。脳卒中と大腿骨頸部骨折の地域連携パスが運用されている。骨粗鬆症の院内クリニカル・パスを試用運用している。臨床指標は、系列病院全体で作成する実績集やホームページに転載し、系列病院や全国データと比較してスタッフの意識向上につなげている。患者・家族からの意見を聴取する手段として、意見箱を設置している。新たな診療・治療方法や技術の導入については、倫理委員会の規程に明文化され、倫理面についての検討や安全面への対策および審査が行われている。

診療録の質的点検は、記録監査表に基づき行われ、各部署へフィードバックされているが、療法士の記録についても点検されることが望まれる。多職種および患者・家族とともにカンファレンスを開催し、治療・ケアの方針等を検討している。

医療安全や感染対策、褥瘡の各委員会では、チームによる院内ラウンドを実施し、組織横断的な活動を実践している。

## 5. 医療安全

医療安全対策委員会があり、各職種の代表で構成されている。リスクマネジャーは、マニュアルの整備・改訂、医療安全に関する情報収集や情報伝達、緊急時の会議開催等の権限を委譲されている。インシデント・アクシデントレポートが収集されているが、分析や分析結果の周知などについて、充実を図られたい。リスクマネジャーは院外の安全情報を収集して自院の業務改善につなげている。医療安全対策指針が策定され、医療事故発生時の連絡体制が整備されている。

患者誤認防止については、患者確認を必要とする機会や各場面における誤認防止・識別のためのルールを場面ごとに策定し、統一した方法で実践することが望まれる。情報伝達エラー防止対策は、医師による指示出し・指示受け・実施が確実に行われる手順が構築されている。薬剤管理については、薬剤師が電子カルテ情報を基に併用禁忌や重複投与などの回避に努めている。入院時に全患者に対し、転倒・転落のリスク評価を行い、危険度に合わせた個別性のある対策を実施している。病棟で使用する医療機器は、安全に使用できるように体制が整備されている。院内緊急コードを設定し、標準化された救急カートを各所に配置している。BLS 研修は、全職員を対象として毎年開催されている。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染防止対策委員会が多職種により構成され、専任の看護師が中心となり活動し、委員会は定期および緊急時に開催されている。院内感染防止対策マニュアルが作成され、多職種による ICT カンファレンスを毎週、院内ラウンドを隔週で行い、結果を委員会へ報告し、現場にもフィードバックしている。院外からの感染情報も定期的に報告され、自院の感染防止対策に活用している。アウトブレイクへの対応も適切である。

標準予防策や感染経路別予防策は、全職員を対象とした研修が実施され、手洗いや手指消毒液の期限・使用量などをチェックしている。感染性廃棄物や血液・体液等が付着したリネン等の取り扱いは適切である。抗菌薬の適正使用を促進させるため、抗菌薬使用指針が作成され、抗菌薬の使用状況は医師へ定期的にフィードバックされている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院のサービス内容や診療実績をホームページに掲載し、随時更新を行っている。また、急性期の医療機関や居宅介護支援事業所向けに、空床の情報を毎週更新・発信している。広報誌を発行し、近隣の世帯向けに配布している。地域医療連携室において、近隣の急性期医療機関に対し、連携交流会や定期的訪問を通じて、自院の医療機能、特色、実績を発信するとともに、急性期医療機関の機能やニーズの把握を行っている。退院後のリハビリテーションが継続的に実施できるよう介護

施設との情報共有が行われており、医療・介護資源を退院支援に活用されている。

患者や地域住民に向けて、地域活動委員会を中心に出席講座や健康運動指導を開催している。地域の公民館などに病院職員が出張し、生活習慣病に関わる食事・栄養指導や介護予防などの啓発活動を行っている。健康運動指導ではフレイルやサルコペニア予防などのリハビリテーションに関連した教育活動を実践している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療は、退院後のリハビリテーションを必要とする患者の診療が主である。窓口対応は、初診・再診から会計までスムーズに行われ、入院の判定は、多職種で行っている。入院日に患者・家族を含めた多職種による入院時カンファレンスを行い、医師が患者・家族に説明している、入院診療計画書は多職種で作成されている。リハビリテーションプログラムは、リハビリテーション総合計画書に沿って、定期的にカンファレンスが行われ、多職種で評価が行われている。患者・家族からの医療相談は、相談内容により、社会福祉士、看護師等が対応している。入院の際は、適切にオリエンテーションを行っている。病棟にはリハビリテーション科医師が配置され、リハビリテーションおよび医学的管理が行われている。

医師によるリハビリテーション処方、カンファレンスへの参加、回診、義肢装具の処方等は適切である。看護・介護職については、業務マニュアルに沿って、看護師と介護職の業務を区分して連携を取りながら各々が役割を遂行しているが、看護管理基準の整備が望まれる。薬剤師は、入院時に全患者の持参薬管理を行っている。病棟での投薬・注射は、薬剤師と看護師が連携して安全に実施している。全入院患者に褥瘡リスク評価を実施し、リスクのある患者に対しては、マットレスの選択や療法士のポジショニング指導により予防・治療を行っている。栄養管理は、全患者に栄養スクリーニングを実施して栄養管理計画書を作成している。症状緩和に関する基準を整備し、多職種が関与して疼痛等の緩和に努めている。

理学療法、作業療法、言語聴覚療法は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による評価、リスク評価が行われ、計画に基づく系統的なリハビリテーションが安全に実施されている。生活機能向上を目指して多職種でカンファレンスを行い、獲得されたADLを日常生活の中で実践できるように支援している。身体拘束をやむを得ず実施する場合は、患者・家族に説明し、最小限となるよう多職種で検討のうえ、解除に向けた取り組みを行っている。退院支援については、必要に応じて退院前に家屋訪問を行っている。退院後も継続したリハビリテーションが必要な場合は、訪問リハビリテーション等と連携し、診療・ケアを行っている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、手順に基づく処方鑑査・調剤鑑査が行われ、注射薬の1施用ごとの取り揃え、注射薬の調製・混合への関与、持参薬の鑑別と管理など、いずれも適切である。臨床検査機能は、血液一般検査、生化学検査、尿検査以外は外部委託であり、検査の精度管理については確認がなされている。パニック値は主治医に報告し、主治医不在の場合は代行医に報告する手順である。休日は、委託先のバック

アップ体制が確立している。画像診断機能として、X線一般撮影装置、CTによる検査がある。画像読影は院内医師および放射線科専門医（遠隔画像診断）が行っている。夜間や休日の画像検査はオンコール体制である。栄養科に管理栄養士を配置し、調理室の作業区域は、清潔・不潔に区別され、温度・湿度も適切に管理されている。職員の健康・衛生管理や調理済み食材の保管は適切である。リハビリテーションは、365日、1日平均6単位以上実施されている。定期的な評価、各種カンファレンス等が行われ、系統的な訓練実施など、リハビリテーションの標準化にも努めている。症例検討会を行い、臨床指導によって若手を教育している。外来リハビリテーション、訪問リハビリテーションも行われ、生活期のリハビリテーションの充実に図られている。

診療録は最終入院年度に過去の全診療録を名寄せして一元管理を行っている。診療記録は全患者について量的点検が実施されている。医療機器管理機能は一元管理されており適切である。滅菌機能は外部委託であるが、業者の滅菌保証についての情報を使用場所でも保管し、看護業務マニュアルに追加するなど、使用現場で明確にすることが望まれる。リコール規定についても整備されたい。

#### 10. 組織・施設の管理

病院会計準則に則り、貸借対照表、損益計算書、キャッシュフロー計算書が作成されている。公認会計士による監査報告を受けている。レセプトの点検は、保険医を含め毎月点検し、提出している。未収金は毎月督促し、月1回の未収金対策委員会において報告されている。業務委託の検討は施設管理課が行っており、業務委託の是非や選定は院長が行っている。委託業務の履行確認は面談時に行われており、委託の効果や業務の質を評価している。

施設・設備の点検や整備は施設管理課で対応している。院内巡視の管理記録が整備され、医療ガス点検は適切に実施されている。医薬品採用は薬事委員会で審査されている。診療材料はSPD方式により定数管理されている。高額医療機器の購入は、法人本部と協議のうえ予算化して購入している。災害発生時には緊急連絡網により、災害の状況報告や招集要請を行う体制が整備されている。非常食や飲料水は患者・職員あわせて3日分程度が備蓄されている。保安業務については、警備員による巡視や施錠確認が適切に実施されている。患者離院時には対応マニュアルに沿って患者を搜索する体制がとられている。日々の保安状況は警備日報で報告され、実施状況の把握がなされている。

# 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	B
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	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	B
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	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	B
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	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	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	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	B
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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2023 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：医療法人相生会 新吉塚病院

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：福岡県福岡市博多区吉塚7-6-29

## 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	143	143	+0	83.9	75.14
医療保険適用	143	143	+0	83.9	75.14
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	143	143	+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	52	+0
地域包括ケア病床	47	+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
1日あたり外来患者数	20.22	17.52	14.91	115.41	117.51
1日あたり外来初診患者数	3.69	2.54	1.67	145.28	152.10
新患率	18.26	14.51	11.19		
1日あたり入院患者数	120.03	120.45	112.77	99.65	106.81
1日あたり新入院患者数	1.61	1.52	1.45	105.92	104.83