

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7月18日～7月19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、1932年に済生会名古屋診療所として開設され、移転、増床、病棟種別変更を経て、2012年に199床を有する愛知県済生会リハビリテーション病院となりました。2018年に通所リハビリテーション、2018年に訪問リハビリテーションを開始し、患者中心の専門性の高いリハビリテーションを提供し、地域医療に貢献されてきた。基本理念に『済生会設立の理念である「恵まれない人々を助ける」を基にして、リハビリテーションを通じて、保険・医療・福祉及び介護のサービスを総合的に提供します』を掲げ、多職種連携によるアプローチを病院の特徴として個別性の高いリハビリテーション医療を提供されている。法人理念に基づき生活困窮者への支援事業として、「無料低額診療事業」「なでしこプラン」を積極的に展開されていた。

今回は初めての受審であるが、病院長を中心にそれぞれの部署の職員が現状の課題を十分に認識され、解決に真剣に向き合っている様子が見られた。近隣の急性期病院との医療連携、介護・福祉事業との連携に積極的に努め、院内においても部門部署間が連携・協働してチーム医療を实践され、在宅復帰の目標に明確にし、100名を超える療法士による365日リハビリテーションを提供されていた。評価項目の多くは適切と評価されたが、病院の役割・機能をさらに発揮され、地域社会と共に歩む医療機関として地域から信頼され、ますます発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は明文化され、院内外への周知は適切である。病院幹部は中長期計画・年間目標を明確にし、課題解決に向けてリーダーシップを発揮してい

る。病院運営に必要な会議・委員会の運営は適切に実施されている。個人情報保護規程などに基づいた運用体制を整備するとともに、院内で使用される様々な情報の管理を行い、文書管理規程が整備され適切に管理されている。

病院の機能に見合った専門職種の人材を採用し、医療法や施設基準に必要な人員を確保している。人事・労務管理体制は整備されており、職員の安全衛生管理体制は適切である。職員の健康診断は100%実施されている。職員の福利厚生を整備し、魅力的な職場作りに努めている。全職員対象の教育・研修が立案され、多数のテーマで計画的に行われている。看護部、リハビリテーション部では目標管理評価、自己評価が行われ達成度を明確にして、職員の能力評価・能力開発にも活用されている。学会参加・院外研修・資格取得のための費用補助、研究時間を付与する研究支援制度も充実している。各部署で初期研修に取り組まれており、看護部ではプリセプター制度やクリニカルラダーを導入している。実習生の受け入れについては、療法士、看護師を多数受け入れ積極的に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

「人間性の尊重」を謳い、患者の尊厳擁護に努めている。説明と同意に関する基準手順は詳細に作成されている。セカンドオピニオンはホームページや入院案内に記載されている。患者支援体制は医療福祉・地域連携室を配置している。

法人理念に基づき生活困窮者への支援事業として、「無料低額診療事業」「なでしこプラン」を積極的に展開している。個人情報・プライバシーの保護については、「個人情報保護規程」等を定め、保護に努めている。臨床現場での倫理カンファレンスは多職種が参加して実施されており適切である。

駐車場・駐輪場が整備され、バス停も隣接している。病棟にパントリー、給茶機を配備する等、利便性・快適性に配慮している。売店、訪問理髪等の生活延長上のサービスが揃っている。病室、廊下は診療・ケアに十分なスペースが確保され、車椅子等を使用する場合にも広さに余裕がある。喫煙防止活動は、喫煙者への個別指導や職員用への啓発掲示等を行い、禁煙推進活動に取り組んでいる。

4. 医療の質

今回初めての病院機能評価受審であり、多くの業務改善が行われた。部門横断・組織横断的な業務の質改善委員会が設置され、52件の改善活動を行った。整形外科領域を中心に、クリニカル・パスを作成し運用している。病棟ごとに定期的に多職種カンファレンスを開催し、カンファレンスシートを作成し活用しており、シートは一目で情報共有ができる優れたものであり高く評価できる。患者・家族からの要望は「ご意見箱」「患者相談窓口」「患者満足度調査」等から収集し、改善に向けて検討され、掲示などでフィードバックしている。研究の倫理的な審査は、院内の倫理委員会で行われ、適切に運用している。日常診療で遭遇する臨床倫理の問題については、主に各部署で検討している。診療・看護、リハビリテーション記録は一元化され、見やすい状態に整理されている。

病棟・病室のスタッフの明示等診療・ケアの管理・責任体制は適切である。多職

種が協働して患者をサポートする仕組みがあり、専門性の高いスタッフが組織横断的に患者をサポートするチーム医療が複数活動していることは高く評価できる。

5. 医療安全

病院長を委員長とする医療安全委員会が多職種で構成されており適切である。医療安全で連携している急性期病院が3病院あり、定期的に会議開催や情報交換もされている。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、報告の集計は、医療安全管理者が行い、委員会で報告・検討されている。医療事故の対応は、医療事故発生時・訴訟時の対応手順を整備されている。各種の誤認防止対策は院内ルールが確立されている。

電子カルテ上で指示受け済と指示受け前の表示があり、両者の区別が明確に分かるシステムとなっている。パニック値など、緊急性のあるデータが得られた場合は、検査科から直接オーダー医師に電話で報告している。電子カルテ・薬剤支援システム、薬剤師が3重でリスク回避に取り組んでいる。カリウム製剤は、病棟に保管せず、オーダー時にプレフィルドシリンジの形で注意喚起とともに払い出している。ハイリスク薬についての職員研修が行われている。転倒・転落防止策や医療機器の使用は適切である。救急コールや救急カートについては適切である。

6. 医療関連感染制御

院長直轄で院内感染対策委員会（ICC）が置かれ、さらに ICT が組織されている。実務は ICD と院内感染管理者 ICN（CNIC）が行っている。ICT による院内ラウンドは週1回程度行われ、耐性菌の検出状況の観察、手指消毒剤使用量のモニタリング等、現場での感染対策状況を確認し、指導を実施している。ICT ニュースを年4回程度発行している。院内感染対策委員会では、新型コロナウイルス感染症対策やマニュアル改訂など感染制御に関する検討を行っている。感染対策向上加算3を算定しており、連携病院とのカンファレンスに参加している。

サーベイランス強化加算を算定しており、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）の抗菌薬使用量情報、ICT 関連情報、サーベイランスとしてカテーテル関連尿路感染情報を収集し、JANIS の入院患者部門に参加している。ICT のラウンドや PPE の配置等は適切である。抗菌薬適正使用指針は、採用薬品に関して起炎菌による選定や腎機能別の投与量等を記載し、医師が処方しやすい工夫をしている。届け出の必要な抗菌薬に関しては、院内感染対策委員会で起炎菌や患者背景を考慮して必要性、経過等を検討している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への病院情報の発信として、広報誌を年4回発行している。広報誌は医療関連機関、福祉・介護事業者に配布している。ホームページでは、病院の概要、回復期リハビリテーション病棟の紹介等が記載されており、SNS による発信を開始している。医療福祉・地域連携室を設置し、前方支援・地域連携と後方支援・介護福祉施設との連携、医療相談の一体的管理を行っている。地域の急性期病院と定期的な

合同会議を行い、主要連携病院を年数回訪問し連携深めている。紹介入院がほぼ100%であり、地域連携クリニカル・パスは、脳卒中188件、大腿骨頸部骨197件の実績がある。後方支援として介護保険サービス、慢性期病院との連携を行っており、年3回「ケアマネジャー・病院懇談会」を開催している。ケアが必要な患者には、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を継続して提供できる体制をとっている。教育・啓発活動では「なでしこプラン」として、ブラジル人学校の健康診断を無償で行い、健康づくり教室に『感染対策を学ぼう』等をテーマに講師派遣を行っている。県内の更生保護施設入所者を対象に看護師、理学療法士を派遣し、地域住民を対象として看護の日に健康相談、各種測定、体操教室を開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診は、退院後訪問リハビリテーション治療等が必要な患者であり、円滑に対応されている。治療計画は患者・家族の意向を確認した上で立案され、方針を情報共有し他職種の計画内容に反映している。

医師はリハビリテーション処方時に訓練におけるリスクや実施・中止基準等を設定し、多職種間の患者情報の共有、方向性決定を担っている。患者・家族からの多様な相談に対して、担当の社会福祉士が院内外の関係者との調整や連携を行っている。内服薬は薬剤科で1包化し、看護師がダブルチェックでセット配薬している。注射の実施時には3点認証で安全を確保している。理学療法は主担当・副担当の2チーム制で質を担保している。作業療法の質の確保のため副担当制、プレカンファレンス等を導入し、的確な評価、訓練プログラム、ゴール、期間設定を各職種で検討している。言語聴覚療法は必要に応じて嚥下造影検査・嚥下内視鏡検査を行い、経管栄養離脱や直接訓練の可否を判断しており、嚥下訓練機器を導入し効果的な訓練を提供している。看護・介護職は基準・手順に則り病棟業務を適切に実践しており、看護・介護職員の教育も適切にされている。褥瘡の予防や褥瘡発生時に対応し、栄養管理・症状緩和なども適切に実践されている。ADLの向上を目指して、多職種間で情報共有し、統一したケアを実践している。身体拘束の最小化や患者の退院支援は適切に行われている。継続した診療・ケアとして通所リハビリテーション、訪問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

処方に基づき適切に調剤し、病棟での薬剤管理にも適切に関与している。採用医薬品は約500品目であり、薬剤委員会を毎月開催し採用薬の適否と削減に向けた検討を行っている。持参薬は、医師と薬剤師間で採用継続を確定し、看護師の業務短縮と誤与薬防止に寄与している。検体検査は30分程度で結果を報告し、生理検査では心電図検査を行っている。パニック値は直接主治医に報告している。一般、透視、CT検査を行っている。嚥下造影検査は医師、診療放射線技師、看護師、言語

聴覚士など多職種で行っている。栄養管理機能は、大量調理施設衛生管理マニュアルに準じて行われており、週3回の選択メニュー、年15回の行事食が実施され適切である。リハビリテーション機能は、全患者で入院初日から評価、計画、実行、さらに再評価を行い、各職種で情報共有している。各病棟に訓練室があるため、療法士は患者の日常生活状況を直接観察している。複数担当制とし、目標設定や治療の支援や教育を行っている。リハビリテーションは継続性が大切なことから、365日同一の勤務体制を取っている。診療情報管理機能は、電子カルテによって一元的に管理され、量的点検が全件行われている。医療機器の管理は適切に行われている。洗浄・滅菌機能は、外部委託されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理における予算は、年次事業計画、中長期計画と連動し策定されている。収支状況の報告と検討は経営会議等にて行われている。社会福祉法人会計準則に準じた財務諸表が作成され、内部監査、監査法人による監査が行われている。医事業務は、受付から会計まで円滑な対応が行われ、施設基準管理は、点検が行える体制を整えている。委託業務の実施状況は、日報の提出等を求め確実な把握を行っている。

施設・設備管理は、法定点検・日常点検が行われている。医療ガス設備は、法定点検が実施され、医療ガス管理委員会が開催されている。医療廃棄物は作業手順書が順守され、確実に管理されている。院内の清掃は、清潔に保たれ行き届いている。高額な医療機器の購入は、支部・病院幹部会議、倫理委員会で審議し理事会により決裁される。

消防計画が整備・周知され、緊急時の連絡体制も整っている。建物は耐震構造となっており、停電時の自家発電による対応がなされ、水・食料備蓄は3日分備えられている。大規模災害を想定した災害対策マニュアルが整備されている。保安業務は、事務室に防災関連設備が配備され、院内巡視・施錠管理などが行われている。院内暴力へは、対応マニュアルを整備し暴力発生時の緊急対応に備えている。

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	S
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	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	B
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	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	S
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	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 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： 愛知県済生会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： 済生会

I-1-4 所在地： 愛知県名古屋市中区栄生1-1-18

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	199	199	+0	87.28	61.33
医療保険適用	199	199	+0	87.28	61.33
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	199	199	+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	199	+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

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	6.32	3.06	2.61	206.54	117.24
1日あたり外来初診患者数	3.16	0.97	0.44	325.77	220.45
新患率	50.03	31.63	16.95		
1日あたり入院患者数	171.81	180.61	175.31	95.13	103.02
1日あたり新入院患者数	2.68	2.89	2.95	92.73	97.97