

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8月21日～8月22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2021年に回復期リハビリテーション病棟を開設された。病院は160床（回復期リハビリテーション病棟111床、その後120床）で、リハビリテーション科専門医1名を含めた医師9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、患者の個別性を重視し質・量ともに充実したリハビリテーション医療の提供、そして地域へ繋ぐ医療が実践されている。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、病院長は全般に亘りリーダーシップを発揮されていた。各職種の専門性向上のための生涯学習に関して、組織的に支援されている。急性期病院との連携や退院後の生活支援まで、幅広いリハビリテーションニーズに応じられるよう、組織強化を図られている。今後のさらなる発展を祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針をホームページや入院案内、院内掲示で示している。職員は、「白十字会のこころ」を携帯し、周知している。意思決定会議である管理者会議を開催し、決定事項は、イントラネットやメールで職員に周知している。病院幹部が病院の現状の課題を認識し、BSCに反映させている。情報の管理はシステム開発室が担当し、情報システムの導入、活用、更新は適宜行われている。文書管理規定がTQMセンター会議により制定され、それぞれの文書の管理責任部署が明確に定められている。人材の確保については、事務長が各部署の意向を確認した上で人員計画を作成し、法人の予算管理委員会承認後、理事会で承認を得て決定している。医療

法や施設基準上の必要な人材を確保している。就業規則は、労働基準監督署に届出されており、各種規則、規程は整備されている。法人全体で、人事考課制度を導入している。労働安全衛生委員会を毎月定期開催している。2024年度には教育・研修委員会を立ち上げ、全職員を対象とした計画に基づいた教育・研修を実施している。総合人事制度による評価とフィードバックを実施し、資格取得奨励支援制度や評価資格制度を設けている。初期研修は、職種ごとに計画的に実施している。看護師、セラピスト、社会福祉士の実習を適切に受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は適切な内容で明文化され、患者・家族、職員へ周知し実践の場面での擁護に努めている。説明と同意に関するマニュアルを作成し、同席者ルールも明記されている。患者へ必要な情報を提供し、医療への患者の参加を促している。患者・家族からの相談は、患者相談窓口を設置し、地域医療連携課が担当している。個人情報保護方針に関する規程を整備し、全職員を対象として研修を開催している。倫理指針を作成し方針も示されている。倫理委員会で倫理的課題を検討している。患者・家族の倫理的課題等に対し、多職種による倫理カンファレンスを開催している。受付には、車椅子利用者用のカウンターがあり、院内には、専用 Wi-Fi、談話室、売店、ランドリー等が整備され、利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている。療養環境は安全性や感染制御面を配慮し整備されている。全館禁煙・敷地内禁煙の方針をポスター掲示やホームページにて徹底している。職員の禁煙推進は、労働安全衛生委員会が担当し、職員の喫煙率は減少している。

4. 医療の質

TQM センターが部門横断的な業務改善活動を行い、患者満足度・職員満足度アンケート、患者さんの声回収・回答、学会発表紹介システム・表彰、委員会取りまとめ、文書管理などを行っている。BSC を活用し、各部署が目標管理を通して質向上へ向けて活動している。診療の質向上に向け、症例検討会の開催、院内クリニカルパスの活用、ケア技術向上委員会による介助技術支援等に取り組んでいる。臨床指標は、ホームページなどに転載して情報公開している。また、全国データと比較してスタッフの意識向上に繋げている。意見箱を設置し、患者・家族からの意見を回収し、回答を掲示している。新たな診療や技術に対する倫理面や安全面への配慮については、医療安全管理委員会にて審査が行われている。診療・ケアの管理・責任体制が明確である。各職種は診療記載マニュアルに従って電子カルテに診療記録を記載している。診療録の質的監査は、医師や看護師、療法士で行い、記録の問題点や改善案などを各部署へフィードバックしている。患者・家族の意向を確認し、個別患者カンファレンス・倫理カンファレンスで情報を共有し、患者の診療・ケアを行っている。また、多職種で構成した褥瘡対策チームや排尿自立支援チームは、定期的に回診を行いケアをサポートしている。

5. 医療安全

多職種で構成された医療安全委員会を毎月開催し、医療安全管理マニュアルも整備している。医療安全管理に係る責任者と権限、年間目標・活動内容も明確になっている。インシデント・アクシデント報告は医療安全管理者が集計し、報告レベルにより M-SHELL 分析して対策を立案し、成果の評価を行っている。医療事故発生時の手順については、マニュアルを作成し、フローチャートで明示している。患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している。情報伝達エラー防止対策は、電子カルテを通じた手順を整備し、診療録記載マニュアルに従って実践している。職員を対象とした医薬品適正使用研修会を開催し、ハイリスク薬は一覧表を作成し、薬棚に印をつけて注意喚起している。ポリファーマシー対策に注力する方針であり、実績もある。患者入院時に、転倒・転落アセスメントを実施し、ハイリスクの患者には看護計画を立案し介入している。転倒・転落発生時には、多職種で情報を共有し、チームカンファレンスを実施し対策を立て、妥当性を評価している。医療機器管理は、関連病院の臨床工学技士が中央管理し、機器の使用に関する手順書を作成している。e-ラーニングで機器使用者全員が学習できる環境を作り研修を実施している。BLS 研修は、職員入職時と全職員対象研修で行っている。また、患者急変時の対応についての動画を作成し、必要時学習できる環境を整え、学習のためのモデル人形や AED の貸し出しもできる体制をとっている。

6. 医療関連感染制御

院内感染防止対策委員会を設置し、専任の看護師や ICD、薬剤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。多職種による ICT が院内のラウンドを行い、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。院内感染情報は感染対策委員会が取り纏め、毎月報告されている。院外の感染情報は、市や保健所からの情報などを活用している。アウトブレイクに関しては、定義・基準・対策手順を整備している。標準予防策の徹底のため、感染対策委員による指導が定期的に行われている。手指消毒については部署ごとの消毒液の消費量を測定しフィードバックしている。抗菌薬使用マニュアルを作成し、抗菌薬使用時には培養検査後に使用している。毎月、抗菌薬の使用状況の一覧を作成している。特定抗菌薬として抗 MRSA 薬等は届出制であり、薬剤師は、使用状況により介入している。

7. 地域への情報発信と連携

医療サービスの広報は、広報委員会が担当している。ホームページや SNS などを活用している。広報誌「はくりハ」を発行し、ホームページでも閲覧できるようにしている。地域の医療機関との連携は、地域医療連携課が担当し、前方連携および後方連携に看護師や社会福祉士等の担当者を配置している。入院中に急性期の医療が必要になった場合は、紹介元の医療機関等への受診や検査の依頼を迅速に行っている。退院後の継続したリハビリテーションとして、自院の通所リハビリテーションも活用している。地域連携パスの実績は年々増加している。地域に向けた医療や介護に関する教育・啓発活動は、地域貢献推進担当が行っている。法人が行う地域交流サロン「いしまるしえ」では、講座を開講している。近隣の公民館等に出向い

て出張講座も開催している。リハビリテーションに関連した「福祉用具の正しい選び方」をテーマに「ハートフル講座」を開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療は、安全に行われている。入院は急性期病院からの転院であり、適切に対応している。入院日に医師が診察を行い、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看護師が説明している。定期的な多職種によるカンファレンスを行い、リハビリテーション総合実施計画書は毎月作成している。嚥下造影検査等の侵襲を伴う検査は、患者・家族への説明・同意のもと安全に行われている。病棟に配置された MSW が入院から退院まで関わり、多様な相談に対応している。医師による医学的管理、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・介護職の役割分担は明確であり、看護・介護に関する基準・手順に沿って病棟業務を行っている。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。多職種による褥瘡対策チームでラウンドしている。栄養管理では、多職種で食種や食事形態、補助食品等を検討し、食事支援を行っている。疼痛は主観的データやフェイススケールを用いて観察し、電子カルテに記載している。リハビリテーションは各療法士による初期評価とリスク評価を速やかに行い、実施計画に基づく系統的なリハビリテーションを提供している。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多職種で支援している。身体拘束については、拘束を最小化する取り組みが行われている。退院支援では、患者・家族の希望を確認し、必要なサービスが受けられるよう家屋調査等を実施している。継続した在宅療養支援は、MSW が中心となりケアマネジャー等と連携し、サマリーを活用した情報伝達と継続したケアの実践に努めている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、手順に基づく処方鑑査や調剤鑑査、疑義照会が行われ、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も適切である。臨床検査においては、外部委託での検体受付から輸送、結果報告まで手順が確立されている。パニック値の報告は速やかに主治医に報告し、主治医不在の場合は代行医に報告する手順となっている。画像診断は、X 線一般撮影装置や X 線テレビ装置、CT 検査が行われている。画像読影は院内医師および遠隔画像診断により行われている。管理栄養士は、適切な環境で食事を提供している。嗜好調査を行い、リクエストメニューやイベント食の献立に反映している。リハビリテーションは 365 日実施している。定期的な多職種評価、各種カンファレンスなど行われ、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。外来や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が図られている。電子カルテを通じ、診療情報を一元的に保管し管理している。診療記録の量的点検は、診療情報管理士が中心となって対応し、医療情報管理委員会が作成した規定に

に基づき実施している。医療機器管理は、関連病院の臨床工学技士が担当し、ME 機器台帳を作成し、一元管理している。定期点検および保守点検も実施している。機器の使用手順を作成し、職員研修を臨床工学技士が作成した動画をもとに実施している。消毒・滅菌の運用体制を確立し、物理的・化学的・生物学的評価による滅菌の質保証も確認している。輸血療法マニュアルを整備し、病院機能に相応した体制を整備している。

10. 組織・施設の管理

予算は、事務長が各部署の意見や要望を収集し、作成した予算案を法人の財務本部、予算管理委員会の承認後、理事会にて決裁している。管理者会議に収支分析資料を提出し、経営状況を報告して課題を検討している。医事業務の責任者は事務課係長である。窓口業務や収納業務はマニュアルに基づき実施している。保険請求業務や返戻・査定に医師が適切に関与している。委託職員の業務内容は、毎日提出される報告書により関係部署で確認している。委託会社の質の評価は、業務報告や関係部署のヒアリング等により、年度単位で行っている。施設・設備の点検や保守は、施設課が担当し、日常、月次、年次点検を計画的に実施している。年度ごとの定期メンテナンスも、計画的に行われている。薬品の購入は薬事委員会にて決定している。医療消耗品に関しては、関連病院の資材課が在庫を一元管理し、独自の SPD システムで運用している。災害時等に備え、BCP を作成し、災害・防災避難誘導訓練を実施している。緊急連絡網は、平日、夜間・休日のそれぞれで整備している。保安業務の担当は事務部施設課である。職員と委託職員による 24 時間 365 日体制である。定時の施設巡回や施錠、休日・夜間の入退館確認を実施している。

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	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	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	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	B
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	A
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	B
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	B
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	A
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	B
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 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： 社会医療法人財団白十字会 白十字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： 福岡県福岡市西区石丸3-3-9

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	160	160	+0	97.1	57.3
医療保険適用	160	160	+0	97.1	57.3
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	160	160	+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	120	+9
地域包括ケア病床	40	+40
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
オーダーリングシステム ☒ 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
	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	1.52	2.39	1.80	63.60	132.78
1日あたり外来初診患者数	0.32	1.00	0.78	32.00	128.21
新患率	21.02	41.82	43.38		
1日あたり入院患者数	155.75	149.35	149.40	104.29	99.97
1日あたり新入院患者数	2.70	2.62	1.96	103.05	133.67