

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3月6日～3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、1982年に池田整形外科病院として黒部市前沢に開院し、2003年に黒部市荻生地区に池田リハビリテーション病院として移転以降、富山県新川医療圏の回復期、慢性期を中心とした地域医療を担っている。2018年には介護療養型医療施設を介護医療院に転換されている。病棟からは立山連峰が望め、広い個室や廊下、陽光が差し込む明るい空間の中で、効果的なリハビリテーション治療が行われ、患者の家庭・社会復帰をサポートしている。病院機能評価を継続的に更新受審され、今回で4回目の受審となる。今回の受審にあたっては、病院長・副院長がリーダーシップを発揮し、全職員が一丸となって病院機能の整備・改善に取り組み、様々な情報も開示され、部門間の協力やコミュニケーションの活性化に努められている。今後、より一層、地域から信頼される医療機関として発展されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は親しみやすく分かりやすい表現で明文化され、中期経営計画の策定時に見直されている。病院長・副院長をはじめ幹部職員は、病院の役割と機能を明確にするとともに、安全で質の高い医療を提供できるように指導力を発揮している。また、病院運営上の課題も明確にし、その解決に向けて積極的に関わり、職員の就労意欲を高める組織運営にも配慮されている。病院運営の意思を決定する会議は経営改善会議であり、決定された内容は適切に組織内に伝達・周知される。各部門・部署はBSCの形で部署目標や指標を明確にしている。患者の診療に関わる情報は適切に管理され、医療の質や安全性、効率の向上のために有効に活用されている。病院として管理すべき文書が明確にされて運用されている。

法定人員の確保に留まらず、病院の規模や機能、業務量等を考慮して、人材確保に努めている。職員の就労管理や快適な職場環境づくりなど、健全な労務環境の確保という観点から職員の就労管理が適切に行われている。毎年発行され、全職員に配布される「事業計画」において、病院の理念や方針・事業計画とともに、ルール等の様々な情報が公開されている。また、職員とのコミュニケーションを促すツールとしても活用されており、特筆すべき取り組みとして評価したい。全職員を対象とした教育・研修は計画的に行われている。職員の能力評価・能力開発については、人材育成の視点から、職位毎の人事考課制度が構築され、能力や貢献度、活動評価がなされている。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明確にされ、病院のパンフレットやホームページ、入院案内への掲載や院内掲示で患者や家族に周知されている。患者の請求に基づく、診療記録の開示も適切に行われている。説明と同意に関する方針が定められており、手順が遵守されている。診療・ケアに必要な情報は、各専門職種が収集し、計画に反映させている。リハビリテーション総合実施計画書の説明は、患者・家族が理解しやすいように、分かりやすい言葉で医師から説明されている。患者の理解を深めるための支援・工夫もなされている。患者支援体制としては、地域連携室に社会福祉士、介護支援専門員が適切に配置され、患者の立場と権利を尊重するという基本的考えに沿って、患者・家族を支援している。患者の個人情報・プライバシーの保護に関する規程の整備と職員への周知も適切に行われている。病院として臨床における倫理的課題は明確にされている。今後、倫理的課題の議論がより活性化されることを期待したい。

患者や家族、面会者の来院時のアクセスは、適切に確保されている。生活延長上の設備やサービスの整備、また入院生活も患者本位のものとなるよう配慮されている。高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっており、院内のバリアフリーや必要な備品も整備されている。療養環境も整備されており、必要なスペースの確保、快適な病棟・病室環境、整理整頓、清潔な寝具類の提供等に配慮されている。リハビリテーション室が病棟内に設けられており、訓練と日常生活動作を多職種で共有できている。トイレ・浴室の利便性・清潔性・安全性も適切である。

4. 医療の質

意見箱の設置や患者満足度調査等のアンケート調査で患者・家族の意見・要望を積極的に収集し、対応策を実施しつつ、患者・家族へのフィードバックを行っている。診療ガイドラインの活用、臨床指標の収集・分析、診療内容の標準化など、診療の質の向上に向けた活動が行われている。部門横断的な改善課題は、部署ごとのカンファレンスで検討され、経営改善会議に反映されており、業務の質改善に継続的に取り組んでいる。

診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、各責任者により診療・ケアの実施状況が把握され、患者・家族へも明示されている。診療の記録は正確に遅滞なく作成され、院長と副院長で定期的に記録の点検を行っている。患者の利益を尊重するために、必要に応じて多職種が協働している。入院時カンファレンス、定期カンファレンス、退院前カンファレンスなど多職種で患者目標やチーム目標について協議しチームアプローチを展開しチームとして患者の診療・ケアにあたっている。

5. 医療安全

病院長が医療安全管理者となり、医療安全対策委員会は多職種で構成されている。患者の安全確保に関するマニュアルも整備され、必要に応じて改訂されている。院内で発生したインシデント・アクシデントは、専用サイトシステムで作成し、委員会に提出する仕組みとなっている。収集したデータの分析と再発防止策の検討が適切に行われている。

院内の患者誤認防止マニュアルが整備され、患者の取り違い防止などの誤認防止策が実践されている。情報伝達エラー防止対策はおおむね適切であるが、情報伝達にかかる運用手順を整理し効率化するためにも、電子カルテシステムの整備を期待したい。薬剤の取り違い防止など安全使用に向けた対策が、各部署で実践されている。ハイリスク薬剤の安全な使用と保管・管理も適切に行われている。転倒・転落防止対策としては、入院時全患者に転倒・転落アセスメントスコアシートでリスク評価を行い、リスク評価に基づき、個々に応じた対策を立案している。医療機器安全管理責任者は看護部長であり、故障や不具合時は、提携業者へ連絡し対応する仕組みが整っている。患者等の急変時の適切に対応については、院内緊急コードを設定し、全館放送で招集する仕組みができています。BLS、AED研修は、毎年実施している。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会があり、介護士や理学療法士を含む多職種で構成されている。委員会は毎月開催され必要な報告がなされており、各部署で院内ラウンドが行われている。医療関連感染制御に関するマニュアル・指針は整備され、必要に応じて改訂されている。院内での感染発生状況等、院内の医療関連感染に関する情報を収集・分析し、感染防止に向けた活動を行っている。アウトブレイクへの対応は適切に行われている。

感染性廃棄物は、バイオハザードマーク付きコンテナに廃棄し、密閉した状態で保管場所に適切に運搬している。抗菌薬の適正使用に関する指針は「抗菌薬マニュアル」に記載され、「採用抗菌薬一覧表」とともに外来および病棟に配備している。抗菌薬の使用状況、院内分離菌と菌種別の薬剤感受性検査の結果は院内感染委員会で定期的に報告されている。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌「ふれあい」を定期的に発行し、患者以外にも地域の公民館や連携医療機関にも届けている。ホームページも定期的に更新しており、患者の声や病院の機能情報、診療実績やクリニカルインディケータなども公表している。地域の医療関連施設等の状況把握や医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等連携が適切に行われている。また、院長・副院長は長年にわたり毎週月曜日に黒部市民病院の地域医療連携室を訪問し、入院患者の診療相談や転院希望者と面談し、必要な情報の提供や収集を行い、患者の情報を得る権利や自己決定権を保障する取り組みを継続されている。地域の健康増進や介護予防に寄与する活動として、地域住民の疾病予防・介護予防の普及・啓発を目的とした「出前講座」を開催している。また、いきいきサロンや老人会等で公民館に職員を派遣している。市より講習会等の講師委託を受け、リハビリテーション職員や介護職員を派遣するなど、地域に向けての教育・啓発活動が適切に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初めて来院した患者や紹介患者が、円滑に受診できる仕組みが整備されている。入院の決定については、入院受け入れ審査会で可否を決めている。院長もしくは副院長が他院へ毎週出向き、転院予定患者への説明や転院相談に対応している。医学的診断・評価に基づき、必要に応じて他の職種と協議し、診療計画が作成されている。リハビリテーションプログラムについては、患者の障害像が把握され、評価された上で、作成されている。入棟時のFIMは合同評価の際に多職種で行うルールである。患者・家族からの医療相談については病棟と同じフロアに地域連携室があり、日常的にコミュニケーションを図ることでより良い関係性を築いている。

医師の病棟業務については、疾病や患者の状態に応じて、必要な回診や面談が行われ、チーム医療におけるリーダーシップが発揮されている。患者・家族との面談も適切に行っている。看護・介護職の病棟業務については、看護師、准看護師、介護補助者の業務区分を明確にしながら各々が役割を遂行している。患者への投薬・注射が確実・安全に実施されている。栄養管理と食事指導については、入院時に全患者に栄養スクリーニングとアセスメントを実施し、栄養管理計画書を立案している。症状緩和に関する基準・手順が整備され、患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛などの症状緩和に努めている。理学療法・作業療法・言語聴覚療法は、それぞれリハビリテーションプログラムに基づいて、確実・安全に実施されている。リスク評価に基づく安全性への配慮、訓練効果の客観的な評価と計画の見直し等も適切に行われている。嚥下障害の客観的な評価については、客観的なリスク評価を自院でできる体制や機器の整備が望まれる。生活機能向上に向けカンファレンスで、ADLの状況や目標を各職種で共有して機能訓練している。患者・家族への退院支援については、入院早期から多職種でチームカンファレンスを開催し、退院後の生活を見据えた退院計画を立案している。必要な患者には、退院後も継続的に診療、リハビリテーション・ケアが提供され、患者・家族の意向に沿いながら継続的な診療・ケアが実施されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、薬剤の温・湿度管理、持参薬の鑑別と管理も適切に行われている。臨床検査機能としては検体検査と生理検査を行っており、精度管理も行っている。画像診断機能については、一般放射線検査と骨密度検査が行われているが、嚥下造影検査は他院を紹介する仕組みになっている。リハビリテーション病院として嚥下造影は自院で行うか、当面はできなくても他院で行う際には自院のスタッフを同席・見学できる体制等を整備されるよう期待したい。栄養管理機能については、快適で美味しい食事が確実・安全に提供されるよう努力されており、衛生面にも配慮されている。また嗜好調査を年1回実施し、献立作成や調理法、食事提供方法を見直しの参考にしている。リハビリテーション機能については、必要なリハビリテーションプログラムが作成され、主治医との連携や病棟等との情報共有も適切に行われている。回復期リハビリテーション病棟では、主に病棟内でリハビリテーション訓練が行われており、病棟専従の医師や病棟看護師と情報共有しながら業務を行い、医師の回診にも同行している。診療情報管理機能では、診療情報は一元的に管理され、記録の迅速な検索・提供、閲覧・貸出し等が適切に行われている。医療機器管理機能では、定期的な点検や夜間・休日の対応体制も整備されている。洗浄・滅菌機能については、滅菌の質保証として物理的インディケータと化学的インディケータを用い、いずれも、記録が残されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、会計処理が適正に行われ、試算表は経営改善会議や主任会議で業績の報告がされており、年に1回部門別原価計算を行い、経営課題の確認をしている。税理士事務所・監査法人と契約し、毎月経営状況や資金管理についてのヒアリングや指導を受けている。医事業務については、窓口の収納業務や診療報酬請求業務が組織的かつ合理的に行われている。返戻・査定への対応では、医事科が取りまとめ、委託業者と担当医師に周知して対応を検討している。施設基準の遵守では、届け出た基準が正しく院内掲示されており、各部署や部門と管理部門と連携し、自主点検を行う仕組みが確立されている。業務委託については、委託業者の選定の手続きが明確であり、業務内容や価格・品質の比較など公正な基準によって委託業者が選定され、契約が行われている。

施設・設備の管理では、日常点検のほか、保守計画に基づき定期的な点検が確実に実施されている。経年劣化による設備の更新も各年度検討し、事業計画に策定されている。法定の医療ガスの点検なども適切に行われ、点検の記録も整備されている。物品管理については、物品購入の過程が明確であり、品質管理や在庫管理が適切に行われている。

大規模災害対策マニュアルやBCPが策定され、職員に周知徹底を図っている。災害発生時における災害対策本部の設置や組織体制も明確になっており、休日・夜間の緊急連絡網も整備されている。年2回の消防訓練や河川の洪水時の避難確保訓練も行われている。患者・職員用に3日分の非常用の飲料や食事、医薬品が備蓄されている。保安業務についても、業務内容は明確化され、日々の業務実施状況が把握

されており、適切に業務が行われている。重大な医療事故が発生した場合は、医療安全管理指針に従い、院内事故調査委員会を立ち上げ、原因究明や必要な機関への報告を行う手順となっている。

1.1. 臨床研修、学生実習

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の病院実習が行われている。実習指導者は明確であり、カリキュラムに沿った実習が行われている。臨床実習指導者マニュアルに沿って、実習初日には学生にオリエンテーションを実施している。患者・家族との関わり方の取り決めや医療安全・医療関連感染制御に関する教育が手順として整備されており、カリキュラムに沿った実習と実習内容の評価が行われている。実習中の事故等に対応する仕組みも整備されている。

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	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・プライバシーを適切に保護している	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
1.4	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	B
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	B
1.5	継続的質改善のための取り組み	
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	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	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	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	B
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	B
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	栄養管理と食事指導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	B
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	安全確保のための身体抑制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	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	B
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	B
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	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	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	B
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、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	S
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	物品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
-------	---------------	---

4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A
-------	-----------------	---

年間データ取得期間： 2021年 4月 1日～2022年 3月 31日
 時点データ取得日： 2022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： 医療法人社団一志会 池田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： 富山県黒部市荻生821

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	41	41	+0	95.9	76.7
医療保険適用	41	41	+0	95.9	76.7
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	41	41	+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	41	+0
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
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

