

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15日～16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

該当項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1968年に病院を開設、2007年に回復期リハビリテーションに特化した病院として再出発され、2009年には日本医療機能評価機構の認定病院となっている。

当時より地域の医療状況や医療体制の把握がなされており、医療機関マップで表現され、将来像や方向性を検討する資料として役立てている。近隣には高次機能病院や急性期病院も多く、紹介型を中心とした機能が定着し、入院患者はすべて紹介患者であり、在宅医療への橋渡しの重要な病院としての機能を整備されてきた。

回復期リハビリテーションに特化した機能としてリハビリテーション科専門医師が2名、理学療法士が46名、作業療法士が23名、言語聴覚士が12名の計86名の体制が確保され、院内では看護師をはじめ多職種との連携が築かれており、院外との連携では地域連携室の機能を充実させ、入院の紹介患者の引き受けから、在宅復帰に向けた支援までを担当させている。

臨床評価指標が示すとおり、自宅への復帰率も高い。今後は、回復期リハビリテーション機能は在宅医療の促進や地域包括ケアシステムの中心的な機能として、ますます需要が高まることと思われる。医療の質の向上に向けた取り組みや医療の倫理的課題に目を向けた取り組みが期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と5つの基本方針が明示され、広報誌など多くの媒体で院内外に周知している。地域の医療状況や医療体制が把握され、将来像や方向性を明確に示し、各委員会や職員研修会で、病院長や病院幹部がリーダーシップを発揮している。毎年年度事業計画を策

定し各部署が目標を設定し活動しており適切である。院内の情報管理は情報保護管理規程や個人情報保護方針に沿っており適切である。

2014年4月に1名のリハビリテーション科専門医師が確保され、回復期リハビリテーション病棟の機能が発揮できる人材は確保されている。人事・労務面では、就業規則や給与規程のほか介護休業規程や人事考課規程などが整備され適切である。労働安全衛生委員会は毎月実施され、健康診断が全職員を対象に行われており、適切に対応されている。毎年職員意識調査が実施され、QCサークル活動を通じて魅力ある職場への改善に取り組んでいる。

教育・研修では、教育委員会で年間に必要な研修内容が計画され実施している。欠席者への支援はDVDなどを配布し行われている。各部署が目標管理を行い能力開発に努めている。また、各部署で独自のキャリアラダーを策定し能力評価が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明示され、多くの媒体で院内外に周知され、権利の内容はふれあい相談窓口でも対応している。説明と同意の方針は明確で、医師の説明を理解したうえで、患者自ら納得いく医療の選択を基本に実施している。病院の方針により、入院診療計画書の説明や地域連携パスの同意を図るなど、患者参加への促進が見受けられる。受付窓口にもふれあい相談窓口が設置され、患者からの相談を受け入れる体制が整備されている。患者の個人情報は規程で持ち出しが禁止されており、申請制を採用し情報管理が適切に行われている。相談室などはプライバシーに配慮された構造となっている。

倫理委員会や規程が整備されており、貴院の病院機能としては患者・家族の倫理的課題は少ないと思われるが、医療に関する倫理問題は社会的影響も大きく、日々起こりうる日常の医療行為などを倫理面から捉え再検討されることが望まれる。

入院療養生活でのサービスは患者・家族の利便性に配慮され、高齢者・障害者への対策も設備面を含め十分に行われている。療養環境は病室内や浴室などが整理され、清潔に保たれているが、在宅復帰を目的とするシャワールームなどの設備に対する工夫が望まれる。敷地内禁煙であり受動喫煙防止に努めている。さらに職員の禁煙推進が期待される。

4. 医療の質

患者・家族の意見は、ふれあい相談窓口や意見投書箱などから収集され、医療の質向上委員会や患者サポート検討会で改善策を検討し「患者の声」として反映されている。

臨床指標として、患者数・在院日数・リハビリテーション実施単位・FIMなどが集積され、全国平均値と比較し、自院の機能分析や改善に役立っている。

医療の質改善は、医療安全・NST・ICT・褥瘡チーム等の部門横断的活動により見られる。行動規範は病院機能評価など各指標を参考に改善が行われている。新しい治療ではロボットの導入などを検討している。

診療・ケアにおける管理・責任体制は、病棟責任者を始め担当者が明確にされ、業務基準に基づいた体制で行われている。電子カルテ・オーダーリングシステムが整備され、多職種で情報共有され適切に運用されているが、入院診療計画の記載内容はやや画一的であり、主病名だけでなく合併症・併存症や入院期間の記載が望まれる。合同カンファレンス・感染対策委員・褥瘡対策委員など、多職種からなる専用チームにより日常的に協働して患者の診療・ケアが行われている。

5. 医療安全

医療安全に関する体制では、病院長や各部署の責任者が医療安全対策委員会の委員となり、医療安全管理者および担当者を配置し、各部署が日常的に活動できる体制が整備され、対策マニュアルに基づいて活動していることは高く評価できる。

インシデント・アクシデント報告は医療安全対策委員により分類され、RCAやシエル分析を用い原因分析され、事故防止対策に活用されている。患者の誤認防止では、ネームバンド確認を2名で行うことなど、対応が明確に実践されており適切である。情報伝達エラー防止では、オーダーリングシステムの導入により指示出しから指示受けと、確認が適正に実践されており、対応は適切である。

薬剤の安全な使用では、薬歴は全入院患者を対象に作成し、薬剤の重複投与などを管理し、服薬管理指導も全員実施されており、安全対策は適切である。

転倒・転落防止策では、全入院患者に転倒アセスメントシートでリスク評価を実施し、転倒・転落防止対策が実践されており適切である。

医療機器は、各部署の担当者が医療機器使用マニュアルに沿って使用しており適切である。患者の急変時対応では、救急コードの設定、救急カートの定期点検、BLS研修や訓練が実施されている。

6. 医療関連感染制御

病院長が感染対策委員会委員長となり、感染対策マニュアルを整備し、組織図、連携体制、標準予防策、アウトブレイク・針刺し事故時の対応、抗菌薬使用基準などを網羅し、感染ラウンドの結果が報告され、感染制御体制を整備し適切な対応が行われている。

感染患者の起炎菌の同定を実施し、地域の感染動向の情報を収集し感染対策委員会で共有している。ICT地域連携カンファレンスに参加し、感染予防対策への検討が行われている。

感染防止活動では、手指衛生が実践され、感染性廃棄物の取り扱いも患者ごとの対応がなされており適切である。抗菌薬の使用については、新規採用や削除は薬事委員会で検討され、使用時は医薬品安全のための手順に基づいた処方が行われ適切である。

7. 地域への情報発信と連携

病院情報として、病院案内やホームページなどを利用して広報活動を行っている。住

民向けの広報誌「杉並リハビリテーション病院」を年4回発行し、広報誌やホームページには診療実績を掲載している。

医療関連施設との連携では、地域連携室に5名のMSWを配置し、地域の医療状況が詳細に把握され、紹介入院患者の受け入れから退院患者への支援を行っている。地域住民向けの健康教室が開かれており、地域包括ケアセンターと共催でリハビリテーションをテーマとして在宅生活支援施設などを対象に勉強会が開催されており、地域への教育・啓発活動は適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受付窓口では外来患者や紹介患者への対応が適切であり、外来診療では、一般患者とリハビリテーション患者への対応や、外来・入院患者の診断的検査および侵襲を伴う検査が適切に行われている。

入院患者は連携室を経て入退院検討委員会で入院を決定している。入院決定時には患者情報が整理され入院診療計画書が作成される。リハビリテーション総合実施計画書は主治医を含む多職種で検討のうえで作成されている。医療相談を含む相談は連携室のMSWが担当制で患者を入院時から受け持ち、医師・看護師等と協働で行っている。患者の入院時に担当のMSWや看護師が出迎えている。

主治医は病棟を回診するが、日々の診療録への記載内容が少なく詳細な記載が望まれる。病棟での看護業務は、看護基準手順により統一したケアと患者個々に合わせたケアが行われている。薬剤使用は薬歴管理など入院患者全例を対象に行い安全な対応を行っている。褥瘡の予防、栄養管理、症状緩和は各対策マニュアルが整備され、適切に行われている。

理学療法・作業療法・言語聴覚療法では、医師の指示のもとリハビリテーション総合実施計画書が作成され、個々の患者に応じた訓練が行われ適切である。入院時から患者個々に沿ったADL自立に向けた支援が行われている。また、退院に向けた支援や退院後のフォローが多職種で継続的に行われ、入院から在宅復帰まで一元的に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師業務は、外来患者は院外処方のため、入院患者の業務に専念し、注射薬は1施用ごとの取り揃えが行われ、カリウム製剤等の注射薬の調製・混合は必ず薬剤師が行うなど適切に行われている。

検査科では、血液生化学的検査、血液ガス、および心電図やエコーなどの生理学的検査を行っているが、検査室と心電図検査室の出入口が交差しており、安全面やプライバシー確保の面から配慮が望まれる。

画像診断では、撮影業務や画像の保管が適切に行われ、CT画像は放射線科医師により読影が行われている。栄養科では管理栄養士が1名、給食業務を委託で行っており、

衛生面に配慮し適切な業務が行われている。

リハビリテーション部門ではリハビリテーション室が2室、ADL訓練室と言語聴覚室6室が整備されており、365日のリハビリテーションの提供が行われている。

診療情報管理では、電子カルテの導入により一元的な管理がなされ、検索・取り違え防止・閲覧・貸し出しなどが適切に行われている。

医療機器管理は、放射線技師や各部署の担当者により適切に行われている。洗浄業務は一時的に一次洗浄室で行い、洗浄および滅菌を外部委託しているが、適切に行われている。

10. 組織・施設の管理

財務管理は、年度末に予算書が作成され、適正な会計処理が行われており、経営指標は詳細な部分まで作成されている。医事業務は受付から会計処理まで規程に基づいて行われており、レセプトの返戻分や査定減が少なく、未収金を発生させない工夫を行っており業務は適切である。

委託業務は、規程に沿って行っており、業者選定も毎年検討し、委託業者とミーティングを毎月行い業務の質の向上が行われている。施設・設備の定期点検や日常点検などの保守管理は施設管理規程に沿って行っており適切である。

緊急時の連絡体制の整備、年1回の医療ガス安全・管理委員会の開催、感染性廃棄物を含めた廃棄物の処理・管理は適切である。物品購入や管理を総務課が物品の発注から検収までと在庫管理を適正に行っており業務対応は適切である。

火災時の対応は、消防計画に沿った訓練がなされ、災害時は防災マニュアルによる伝達訓練が実施されているが、消防用設備に不備が発生した場合は改修や更新変更など速やかな対応が望まれる。休日・夜間は委託の警備員が宿日直体制で業務を行い、院内巡回や施錠管理が行われ、休日・夜間の緊急対応も整備され適切である。

医療事故発生時は医療安全対策マニュアルや医療事故発生時の連絡体制により対応されており適切である。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習については、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の3年次の学生や栄養士学科の学生を受け入れており、実習生管理規程や指導マニュアルに沿って適切な実習が行われている。また、医療安全や感染制御を含めた研修など実習中の事故への対応も行っている。