

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」及び副機能種別「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 27 日～4 月 28 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 一般病院 1 認定

機能種別 リハビリテーション病院（副）認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1
該当する項目はありません。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は東京都多摩市にて、近隣の急性期病院と密接に連携しながら、リハビリテーション医療や認知症予防・ケアに積極的に取り組んでおり、地域に寄り添った医療を展開し、地域とともに繁栄する組織を目指している病院である。住み慣れた地域で安心して暮らせることを実現するために多摩地区を中心に病院、クリニック、介護老人保健施設、グループホーム、訪問看護ステーションなど医療・介護・福祉全般にわたりサービスを提供している。「あいセーフティネット」と称するこの体制は、地域包括ケアシステムを法人内で構築できる仕組みであり、地域の高齢者とその家族にとってなくてはならない病院として機能していることがうかがえる。

今回の病院機能評価は更新受審であり、病院全体での熱心な活動により、前回審査時に検討が望まれた課題の改善が図られ、医療の質のさらなる向上に向けて取り組んでいる状況やその成果が確認できた。質改善活動を継続し、地域医療に貢献しつつ一層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・基本方針は明文化されており、内容の検討や院内外への周知も適切である。財団の中期事業計画が策定されており、病院の将来像を含めた事業計画の職員への周知が図られている。院長をはじめ幹部職員はそれぞれの立場で COVID-19 対

策、および対策に伴う経営、次世代を担う人材育成、ITの活用などの課題を明確にし、その解決に積極的に取り組んでいる。重要事項の検討や決定は病院幹部者会議で行われ、各部署代表者で構成される病院運営会議や院内LAN等を通じて院内に周知されている。年次事業計画および各部署の目標・計画も中・長期計画に沿って示されており、実績の把握や評価も定期的に行われている。計画やアクションプランの策定にあたってはSWOT分析を実施し分析結果による課題をBSCに落とし込んでおり、PDCAサイクルが効率的に展開されているなど、組織運営が効果的・計画的に行われている。情報の管理・活用に関しては電子カルテや各部門システムが導入され、システムの管理規程が整備されている。文書管理では規程にて、文書の内容や種類に応じた保存期間等の明確化を期待したい。

医療法などによる人員数を満たしており、計画に沿った人材の確保が実施されている。人事・労務管理では就業規則や諸規程が整備・周知され、職員の安全衛生管理についても産業医の職場巡視および職員の精神的サポート体制など、適切に取り組んでいる。福利厚生など、働きやすい職場づくりに向けた整備も適切に実施されている。職員の教育・研修では、医療安全管理や感染制御および医療に携わる者として必要な研修が多く実施され、COVID-19の影響を踏まえeラーニングやDVD視聴による研修が多く取り入れられている。医師も含めて全職員に目標管理制度が導入されており、フィードバック面接を行い、能力開発や人材育成につなげている。考課の過程や面談等により個人の能力開発や組織の活性化にも貢献しており、職員の能力評価・能力開発は適切である。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利と責任」として「良質な医療を受ける権利」「説明と情報を受ける権利」などの項目とともに、医療への参加などの責任について明文化し、患者の権利擁護に努めている。説明と同意に関する方針・手順を整備し、同意書を求める診療範囲などを明示しているが、より具体的に同席基準を定め、記録面も充実させることなどを期待したい。入院時に誤認防止対策、感染予防対策や転倒・転落防止対策等の協力依頼を行い、医療安全上の対策として患者参加を促しており、患者・家族が自由に情報を得られるよう外来に患者情報コーナーを設置している。地域医療連携室に患者相談部門を設け社会福祉士を配置し、多種多様な相談に適切に対応している。個人情報保護に関する院内規程を整備し、患者のプライバシーに対する配慮も適切になされている。主要な倫理的課題に対する方針を定めており、臨床現場において解決困難な倫理的課題は倫理委員会で検討し、必要であればその後、財団の臨床倫理委員会で検討して方針を決定する仕組みを職員に周知している。

患者や面会者などの利便性では、施設・設備が整備され、売店・コインランドリーの設置などの利便が図られており、バリアフリーについても適切に配慮がなされている。療養環境は病室、デイルームなど患者が利用するスペースも広く確保され、快適な空間が提供されている。受動喫煙防止対策は適切である。

4. 医療の質

患者・家族の意見や要望は意見箱や患者満足度調査から把握している。患者満足度調査については日本医療機能評価機構の実施する調査に参加し他施設とのベンチマークなどを行っており、意見・要望に基づいた改善実績もある。症例検討会が開かれ、診療ガイドラインについては関連学会等のガイドラインを遵守し診療の標準化が図られており、医局内で参照できる仕組みである。今後は、臨床指標の取り扱いや分析の面で充実を期待したい。病院機能評価の継続的な受審を通して質改善の取り組みを行っている他、部門横断的な質改善にかかわる仕組みとして5S委員会があり、環境整備に取り組み院内で事例を共有している。また、業務改善に関する法人内の発表会にて、優秀事例を表彰する仕組みがある。新たな知識・技術の研修・習得に対する病院の支援体制がある。

診療・ケアの管理・責任体制は明確であるが、病棟の掲示については病棟責任体制、診療責任者および患者にかかわる多職種が明示されるとなお良い。診療記録の質的点検の結果は全医師が参加する委員会でフィードバックしている。なお、記載に関わる略語の使用について検討を進められるとよい。多職種の協働では、専門チームが複数組織されており、介入が必要な患者の抽出や現場からの依頼により、組織横断的な活動が行われている。また、活動実績を委員会等で検証し、質の高い医療を提供するよう努めている。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理部門を設置しており、権限を付与された医療安全管理者、医薬品安全管理者、医療機器安全管理者等が組織横断的に、各部署リスクマネージャーと連携して活動している。医療安全管理部門ではカンファレンスを開催し、発生事例の検証や医療安全に関する活動について検討して、委員会に報告している。医療安全マニュアルは適宜改訂されており、職員が必要時に閲覧できる工夫がなされている。院内のインシデント・アクシデントはシステムで収集される仕組みがあり、医療安全管理者が報告内容を確認し、内容により現場を訪問して状況を把握している。

患者本人によるフルネーム申告を基本に、リストバンド確認等で誤認防止に努めている。なお、外来における患者確認について、ルールの一層の徹底を期待したい。指示出し・実施の手順は確実であるが、検査結果がパニック値の際は、検査担当者から医師へ結果が確実に伝達されるようルールの見直しを期待したい。薬剤使用にかかる安全対策では、システムにより薬剤の誤処方、重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避対策を実施しているが、薬剤保管場所での表示を含め、より積極的な情報提供を期待したい。転倒・転落防止対策は入院時に全患者に対する評価を行い、リスクの程度に応じて看護計画を立案し適宜見直すなど適切に実施されている。医療機器の使用にかかる安全対策は、マニュアルが各病棟に配備され活用しやすいよう工夫されており、輸液ポンプ等の使用開始時はチェックリストに沿って看護師がチェックし、使用中の作動確認も実施されている。患者急変時の対応は緊急コードの設定・周知、全職員に対する研修など適切である。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会で感染対策に関する事項が報告され、検討・意思決定がなされている。ICT が医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師により組織されており、院内すべての部署に立ち入り指導を行う権限を付与されている。定期的な環境ラウンドを行って結果を現場へフィードバックしており、感染対策のマニュアルは適宜見直されている。感染制御に向けた情報収集では、MRSA 等の薬剤耐性菌を把握し院内に情報提供するとともに、問題となる耐性菌が検出された場合の連絡体制も明確である。定期的に感染に関わる連携病院と情報交換を図るとともに、法人内の感染認定看護師とも連携するなど院外の医療関連感染に関する情報を収集し必要部署に提供している。

現場での感染制御に関する活動では、個人防護具などを必要な場所に設置し、手指消毒薬の使用量・払い出し数のモニタリングを行い、委員会で報告している。血液や体液で汚染されたりネン、感染性廃棄物の取り扱いも適切である。抗菌薬については使用指針を整備し特定の抗菌薬使用は届出制としており、届出率は 100% である。使用状況を把握し院内へ情報提供しており、採用・削除の検討は感染対策委員会の意見を聞いたうえで行われている。

7. 地域への情報発信と連携

患者・家族や地域の住民、医療機関にとって必要な情報がホームページ・広報誌などにより発信され、年報も法人全体で発行されている。地域の PT・OT・ST3 職種協議会や市の介護保険事業者協議会などに参加し地域の医療機関や福祉・介護施設の要望を聴取するなど、地域連携の強化が図られている。なお、今後は紹介返書が確実に行われているかの確認についての体制づくりを検討するよう期待したい。

地域住民への教育や啓発活動については、COVID-19 の関係で開催が不定期であるが、一般市民を対象に認知症予防やフレイル予防をテーマとする市民公開講座や講演会を開催している。また、動画配信による認知症予防等の啓発や、市の委託を受けての高齢者相談事業や介護予防事業の運営など多様な試みが実施されており、適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

玄関ホールで患者のトリアージが実施され、外来診療における患者に関する情報収集、説明と同意が適切に行われている。他の医療機関や施設からの受診や入院の紹介は地域医療連携室が窓口となり、判定会議で検討し、受け入れ調整・ベッドコントロールを行い円滑に受け入れている。また、紹介元が空床状況を把握できるよう、ホームページに空床状況を掲載するなどの工夫をしている。診断的検査の必要性の判断、侵襲性のある検査における説明と同意取得は適切に行われている。必要な場合は、患者のニーズを把握し患者・家族の同意のもとに適切な連携先へ患者を紹介している。

入院の決定については、必要時は他診療科医と協議する仕組みがあり、説明のうえ患者の希望にも配慮して行われている。診療計画の作成には医師・看護師に加えて薬剤師・栄養士など多職種が関与しており、医療相談への対応や入院生活の案内など、円滑な流れがあり、患者・家族にとって安心して入院できる体制である。

医師は回診して記録し、病棟カンファレンスに参加して情報共有している他、患者・家族と適宜面談し記録を残している。看護師の病棟業務はマニュアルや基準・手順に基づき適切に行われており、患者のニーズを把握して状態を総合的に評価し、個別性のある看護計画を立案して看護ケアを実践している。薬剤師は入院当日に持参薬鑑別書を作成し、持参薬情報を医療者間で共有しており、入院患者全員の薬歴管理を行い、服薬指導内容を記録し情報を共有している。なお、注意が必要な薬剤の投与中、投与後の患者の状態・反応の観察・記録に関して検討を期待したい。重症患者はステーション近くの個室で管理し、入退室の最終判断は医師・病棟師長で決定している。褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事指導は適切に行われている。症状などの緩和では、疼痛評価はスケールを使用しており、自ら訴えのできる患者ではNRSを使用し、自ら痛みの訴えができない患者ではフェイススケールを用いて客観的評価を行っている。今後、記録面での充実や、病院としての症状緩和に関するマニュアル作成について検討を期待したい。

主治医が必要なリハビリテーションを処方し、病態・個別性・要望に配慮した実施計画書を作成したうえで、必要性とリスクなどについて患者・家族へ説明し同意を得てリハビリが開始され、入院早期からの訓練が積極的に行われている。やむを得ず身体抑制を実施する場合は必要性が検討され医師の指示のもと、患者や家族に説明し同意を得ており、実施中の観察や早期解除に向けた取り組みも適切である。退院支援については入院早期から看護師や医療ソーシャルワーカーが面談し、多職種で患者・家族の意向に沿った支援を実践している。在宅などで継続した診療・ケアについては、ケアマネジャー等と連携し必要なサービスの調整や支援を実践している。ターミナルステージへの対応については病院としての方針が定められ、終末期ケアへの移行の判断およびケアが適切に行われている。在宅での看取りを希望された場合、要望に沿えるよう多職種で調整している。

<副機能：リハビリテーション病院>

地域に根ざした回復期リハビリテーション病棟として、ADL向上と在宅復帰を主眼に運営されている。

院内に日本リハビリテーション医学会専門医も配置されており、神経内科、脳外科、整形外科などリハビリテーションへの関わりが深い医師がいることで、療法士の指導、多職種連携の中心的役割が果たされている。看護師は介護職との連携や協働を追求し、患者に寄り添う業務に取り組んでいる。リハビリテーション療法士は地域における高齢者の生活能力を最大限に引き出すリハビリを追求し、早出勤務を行い、装具を処方し、みなし介護事業の短時間デイケアを行っている。社会福祉士についても、紹介元からの診療情報等の収集や、急性期病院との連携において紹介元への経過報告も兼ねた訪問など、意欲的な取り組みが行われている。

外来診療、診断的検査、入院の決定、診療計画の作成、リハビリテーションプログラムの作成、円滑な入院、投薬・注射、褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事指導、症状などの緩和、生活機能の向上を目指したケア、患者・家族への退院支援、継続した診療・ケアは、いずれも適切な取り組みがみられる。理学療法では、装具処方についても、医師、義肢装具士などと連携し、適切に処方する仕組みがある。作業療法では、退院後の生活を見据えた取り組みとして、生活場面でのADLについての看護師・介護職との連携、ADL訓練など積極的に取り組んでいる。言語聴覚療法では入院初日より、摂食・嚥下障害がある患者に評価を行っており、リハビリテーション医や看護師、診療放射線技師と協働して嚥下造影、嚥下内視鏡の検査を行う仕組みがある。

検討を期待したい点として、ハイリスク薬の指定についての再検討、回復期リハビリテーション病棟への入棟基準の明確な文書化、栄養指導の強化があるが、一層の取り組みによる機能の充実を期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤業務は処方鑑査、調剤鑑査、持参薬の鑑別、麻薬等の管理、薬剤の温湿度管理、薬歴管理などが適正に行われており、注射薬は1施用ごとに取り揃え払い出している。臨床検査機能は、院内では血算、血液ガス分析などを行っており、院内検査機器については毎日精度管理を実施し定期的に外部精度管理にも参加している。画像診断機能は一般撮影、CT検査、MRI検査にタイムリーに対応しており、緊急検査にも対応できる体制である。栄養管理機能は、給食業務は外部委託にて実施されており、衛生管理が行き届き、調理室内の温湿度も適切に保たれている。

リハビリテーションでは毎朝の科内ミーティングで患者情報を共有し、病棟カンファレンスにも参加している。法人内スタッフとも連携する他、在宅復帰に向けた支援に力を入れており、適切に機能が発揮されている。診療情報管理は規程が整備され適切に機能が発揮されているが、今後は診療情報管理士の配置について検討されるとよい。医療機器の日常点検、保守点検については医療機器安全管理者が一元管理しており、計画に基づき実施されている。なお、点検済医療機器にカードを掛ける運用が徹底されると良い。滅菌は全面外部委託し、感染管理者が業者の滅菌の質保証やリコール時の手順等を把握し、適宜情報交換しており、適切である。

10. 組織・施設の管理

予算管理から執行状況の管理・分析など経営全般に関して適切に管理されており、会計監査は公認会計士が実施している。医事業務では、減点・査定・返戻に関しては主治医による確認を行い、査定率は極めて低率で再審査請求も実施しており、適切である。委託業務や業者の選定については経済性や業務遂行能力などを評価しており、関連した院内研修への参加や、委託業者が実施した社員研修の実施報告書の確認も適切に行われている。

施設・設備の管理では清掃が行き届き、医療ガスや感染性廃棄物の処理も含め適切である。物品管理では院内 SPD が導入されており、診療材料や新規材料・物品の採用については品質や経済性を考慮のうえ委員会で検討・決定されている。災害時の対応については大規模災害を想定したマニュアル等が策定され、必要な薬剤・診療材料・食料なども確保されている。保安業務は録画およびモニタリング監視、緊急時の連絡網の整備など適切である。医療事故発生時の対応手順も明示されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習についての体制を整備し、医師、看護師、リハビリテーション療法士などの実習生を受け入れている。医療安全、感染管理、個人情報保護などに配慮しながら、カリキュラムに沿って実習や評価を適切に行っている。

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	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	B
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	B
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	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	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	B

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	A
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	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	B
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	B
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	B
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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	NA
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	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	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	A
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	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	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

機能種別：リハビリテーション病院（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	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	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

年間データ取得期間： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 年 12 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 河北医療財団 天本病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 東京都多摩市中沢2-5-1

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	131	131	+0	89.7	501
療養病床	48	48	+0	87.6	65
医療保険適用	48	48	+0	87.6	65
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	179	179	+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	48	+0
地域包括ケア病床	47	+0
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床	48	+0
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

在宅療養支援病院

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	22.62	34.70	42.65	65.19	81.36
1日あたり外来初診患者数	1.40	1.66	1.97	84.34	84.26
新患率	6.20	4.80	4.63		
1日あたり入院患者数	160.41	148.24	162.56	108.21	91.19
1日あたり新入院患者数	2.07	2.15	1.72	96.28	125.00