

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12月13日～12月14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、開設以来、社会医療法人河北医療財団のリハビリテーション専門病院として、また地域に密着した医療機関として地域の医療・介護連携活動に努め、着実にその地歩を固めて来られた。東京都心の杉並区の閑静な住宅街に貴院は位置し、院内のスペースは広く、高齢者や障害者にも配慮した構造である。貴院は、脳疾患や整形外科疾患のなかでも、特に神経回路の修復を目指した高次脳機能障害のリハビリテーションに注力され、医師や医療スタッフは、病気や障害を通じて患者の人生そのものを診ることを心掛けられている。

病院機能評価を継続して受審する中で、病院長が率先垂範して、課題についての確実な見直しや対応がなされており、病院長を中心に全職員が結束して業務に取り組まれている姿が垣間見られた。現在、地域医療構想・地域包括ケアや働き方改革、少子高齢化に伴う社会保障制度など医療・介護の提供には多くの課題が山積みする状況ではあるが、これからも貴院が地域に根差したリハビリテーション専門病院として、都市型地域包括ケアの構築を推進され、地域社会に貢献するとともに、さらに発展なされることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

「人間の原点を再考し、復権を目指す」を理念に掲げ、その理念を実践することの目的と方針をわかりやすく明示している。また、病院管理者は管理業務のみならず病棟患者を多数受け持ち、日々の業務を通じて多職種職員との関係づくりに努め、病気や障害を通して患者の人生そのものを診ることの重要性を説き、病院運営全般において率先してリーダーシップを発揮している。病院運営に必要な組織図、職務分掌等の例規集を活用され、会議機構や各種委員会が定期開催されている。病

院運営上の最高意思決定機関があり、会議での決定事項は速やかに伝達される仕組みで、情報共有は院内 LAN を活用している。個人情報や診療情報など病院業務において生ずる情報全般の管理は、情報管理と活用の方針を明確にし、蓄積された情報データは病院運営に有効活用されている。文書管理は、規程を設け、管理区分番号を配賦した一元的な管理に努め、病院長による承認が行われている。

病院運営に必要な法定人員は確保されているが、さらなる安定的な確保のために介護職員の採用や療法士の人材確保に努めている。職員の採用は人件費等の予算管理の中で人事配置計画に沿った人材確保に取り組み、人事・労務管理は、就業規則や給与規程、各種例規集を利用し、法人では、育児・介護休業制度、短時間勤務制度等を設けている。労働安全衛生委員会を開催し、時間外労働の発生状況や有休休暇の取得促進対策、また職場環境の向上に向けた課題が検討されている。職員の意見を職場環境の向上に役立てるために法人の人事担当者が職員面談を行い、意見の収集と活用に努めている。また、労働安全衛生委員会でも労働者代表との意見交換を行い、法人統一で職員満足度調査を実施している。教育委員会を設け、全職員を対象とした必要性の高い教育研修が年間を通じて計画的に実施されている。新人研修では、医療安全や医療関連感染制御以外にも医療倫理や患者の権利等の研修がなされている。目標管理制度に基づく上司面談を含む評価制度を人事考課として運用し、その評価結果は、昇格や給与・賞与に反映されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は「患者さんの権利と責任」として明文化され、認知症や意識障害のある患者の意思確認にも配慮し、診療記録の開示も実績があり、患者の権利擁護に努めている。患者が理解できるように説明と同意の方針、基準と手順があり、説明時の同席や同意書の書式、署名も得られ、セカンドオピニオンへの対応手順は適切である。入院時の主治医面談により、患者・家族の意向や要望が収集され、その内容は診療計画に反映され、医療者と患者・家族のパートナーシップの醸成を目的とした家族会も定期的に開かれている。患者支援は、医療社会相談室を設け、相談業務と地域連携業が兼務で行い、入退院相談支援を主に社会資源活用、介護保険申請、生活保護等の福祉関連など多岐にわたる支援を実践している。

個人情報保護は方針を明示し、取り扱い規程を設け、職員の研修を実施しており、患者・家族のプライバシーへの配慮やパスワード管理は適切である。臨床における倫理的課題は、法人と貴院にそれぞれ倫理委員会を設け、検討・承認する仕組みであり、検討事例と記録が残されている。また、患者・家族の倫理的課題等は、多職種カンファレンスでの検討を行い、ICF の視点での記録がされている。

貴院では、売店をホスピタルローソンにリニューアルし、無料送迎バスの運行を開始されるなど患者・家族の利便性・快適性の向上に努力し、施設・設備の管理も保守点検などに計画的に取り組まれている。また、療養環境は、診療・ケアに必要なスペースはもとより、食堂・談話室など患者の共有スペースも十分な確保・整備が行われて、トイレや浴室の使用環境にも配慮されている。受動喫煙防止への取り組みも適切である。

4. 医療の質

院内各階に意見箱を設け、意見や要望に対する回答は貴院ロビーに掲示し、患者・家族にフィードバックしている。貴院では、QC・接遇委員会が活動し、患者満足度調査を実施している。看護部やセラピー部では、随時症例検討会を実施している。また、部門横断的な改善活動として、院内では各職場内の会議でさまざまな業務課題が議論されており、医療サービスの改善に向けた検討が必要とされる事案は、各部門の会議から上部の管理会議に諮られ検討される仕組みであり、実際の検討実績も確認できた。新たなリハビリテーション機器や治療を導入する際には、院内の倫理委員会に諮り、必要に応じて財団の倫理委員会に上程し、倫理面や安全面を確認している。

診療・ケアの管理・責任体制としては、ベッドネームに多職種の氏名記載があり、床頭台に表示がなされているため、病棟責任者としての医師名も表示されることが期待される。診療記録は電子カルテ運用であり、診療・看護・リハビリテーション記録など診療情報は一元化され、チーム医療の様々な場面で活用されている。診療録記載マニュアルを使用し、記録の標準化に努めている。多職種協働のカンファレンスは、1患者に対し定期的に開催されている。開催前には療法士と看護・介護職による情報共有を行い、ICFに沿った「症例シート」を作成し、退院に向けた方針を決定している。多職種からなる専門チームとしてはNST・褥瘡チームがあり、診療・ケアの向上が図られている。

5. 医療安全

医療安全に関する組織体制は、病院長を委員長として各部門責任者で構成されているPSM委員会が設けられている。医療安全マニュアルは、定期的な改訂が行われ、医療安全に関する報告の集計は法人本部で行い、貴院に関するデータは委員会に報告されている。全職員を対象とした研修も開催され、院外の情報も職員に発信されている。

患者誤認防止に関しては、マニュアルがあり、注射指示は電子カルテ内の認証システムを利用し、患者のリストバンドや氏名の名乗り、患者名の復唱等で確認されている。診療記録は電子カルテを運用し、指示出し、指示受け・実施確認などマニュアルを遵守されている。指示の中止・変更は電子カルテ上での運用であるが、必ず医師から看護師に声掛けを行うなど確実な実施が徹底されている。薬剤師が薬剤管理全般に関与しており、カルテ情報を基に併用禁忌や重複投与などのリスク回避に努めている。ハイリスク薬は色付きラベルで表示され、手順書に従って保管・管理し、看護師に対する使用上の注意点についても情報提供されている。

入院時に全患者を対象に転倒・転落アセスメントスコアによる評価を行い、危険度に応じた対策の実施と定期的な評価に取り組んでいる。医療機器の安全な使用は、各病棟や外来にAEDを設け、点検は毎日行われている。さらに医療機器の管理も適切である。患者等の急変時の対応は、院内救急コール「Eコール」（救命時）を設定し、救急カートは各病棟と外来診察室に配置している。救急カートの点検は

毎日実施され、薬剤師も適宜関与されている。全職種を対象としたEコール対応のシミュレーションとBLSに関する研修が実施されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、多職種による院内感染対策委員会を設置し、院内全体の感染制御マニュアルのほか、各種耐性菌の感染者・保菌者に対するリハビリテーション実施に関するマニュアルを整え定期的な見直しを加えている。院内にて感染対策についての委員会を開催し、必要時に臨時委員会を招集する体制である。院内外の感染情報は、院内感染対策委員会が収集・把握し、情報発信している。院内での感染発生状況や、感受性の分析、抗菌薬の使用状況の把握も行われ、これらの結果は月次報告され、院内の感染防止対策に役立てられている。アウトブレイク時のマニュアルも活用され、実際の対応実績も確認された。手洗いについては手洗いチェッカーを使用し、全職員が自己チェックを行っている。PPEは必要箇所に設置され、使用後の取り扱いも適切である。

抗菌薬の適正使用に関する指針も整備されている。抗MRSA薬などの特定抗菌薬の使用状況は院内感染対策委員会に月次報告され、特定抗菌薬の使用は届け出制である。起炎菌や感染部位の状況も把握され、定期的に院内の各職種に報告、情報共有している。抗菌薬の使用状況は、医師が全員参加する会議などでフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への病院情報の発信を目的に法人の広報誌編成委員会による広報誌が発行され、併せて法人の病院年報も編集されている。ホームページの更新管理は法人の広報室が担当し、広報全般の課題へは病院の診療サポート室と法人の広報室が協働で対応している。医療社会相談室のスタッフにより地域の医療機能・医療ニーズが把握され、地域の医療機関や介護保険施設・事業所との医療・介護連携に努めている。所在する区西部医療圏域の高齢化率や医療ニーズ、医療提供体制の収集・把握に努め診療情報提供書の管理、紹介状の返書チェックなど連携情報の管理と活用および情報共有は適切である。

医療社会相談室では、地域連携活動の円滑化を目的に連携医療機関が実施する連携会や交流会に積極的に参加し、顔の見える関係づくりに努め、医療・介護連携のすそ野を広げている。また、杉並区や中野区、世田谷区などの地域包括ケアセンターや居宅介護事業所を対象とした患者の在宅復帰に向けた情報交換会を行うなど、都市型地域包括ケアの実践を積極的に推進していることは高く評価をしたい。さらに、患者・家族や地域住民を対象に健康増進や介護予防を目的とした「健康教室」、地域の介護施設に出向いて行う「河北いきいきリハビリテーション教室」、地域の公民館などに出向き地域の住民の体力測定や健康増進の支援を行う「地域ふれあい交流会」の開催など、地域のための多種多様な健康増進活動が展開されている。

福祉用具の体験会や肢体不自由児への教育指導を目的とした都立学園への療法士の派遣、練馬区の地域医療ケア会議や高次脳機能障害者支援連絡会への参加、杉並区障害者生活支援課の主催による高次脳機能障害支援セミナーへの講師としての医師の派遣など、医療や介護を通じた病院の機能や専門性が多岐にわたり、地域支援活動として発揮されている状況は、他の病院の模範的実践事例として高く評価をしたい。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

病院ロビーに総合案内を設け、来院した患者・家族には、わかりやすい仕組みと対応がされている。外来患者は、ほぼリハビリテーション目的であり、医師の診察によって計画が立案され、説明と同意のもとで訓練を実施し、リハビリテーション実施前には必ず医師が診察をしている。診断的検査は、主治医による必要性の判断と患者・家族への説明を経て実施している。ビデオ嚥下造影や嚥下内視鏡など、侵襲性の高い検査の実施時には医師と看護師が立ち会い、安全に留意した検査を実施している。

入院患者のほとんどが近隣の急性期病院からのリハビリテーション目的の紹介入院であり、同じ医療財団の河北総合病院からの紹介が大半である。多職種による入院判定会議を経て、入院の決定がなされている。入院当日に医師も含めた多職種が関与する初期評価を行い、入院診療計画書が作成され、患者・家族に説明している。医師と看護師以外の多職種の関与やリハビリテーション処方箋の合併症の記載も増えることが期待される。リハビリテーションプログラムの評価は、多職種で行い、入院後および定期的に医師を含む多職種カンファレンスを持ち、精度の高いリハビリテーション総合実施計画書が作成されており、他のリハビリテーション専門病院の模範である。

医療社会相談室として社会福祉士が適正に配置され、年間約 5,500 件の相談に対応している。相談内容は適切な手順により情報共有が図られている。患者の入院は、入院判定会議後 1 日ないし 2 日で可否が返信されている。医師は適宜回診と必要に応じた医学的管理を行い、患者・家族面会にて説明を行っているが、回診記録のさらなる記載の充実も期待したい。看護・介護職の病棟業務は、業務基準・手順に沿った患者支援が実践されている。薬剤師は入院時に持参薬の鑑別を行い、剤型や投与方法など患者の個別性に配慮した投与方法も併せ医師に処方提案を行っている。

褥瘡の予防・治療は、全患者に対し OH スケールによるリスク評価を行い、マットの選択やポジショニング、スキンケア、栄養管理が行われている。管理栄養士は、入院時に栄養計画書を作成し、カルテから栄養状態・食事摂取量を把握し、リハビリテーション総合実施計画書に栄養管理の記載をしている。栄養指導は医師の指示により必要に応じて実施されている。

患者の症状は、法人で作成された疼痛緩和ポケットマニュアルに従った疼痛コントロールが行われている。理学療法は初期評価、リスク評価を行い、中止基準を明確にした上で、計画に基づく系統的なリハビリテーションを 365 日実施している。

作業療法は、患者の自宅訪問・家屋調査が実施され、自動車運転再開に向けた支援は、運動評価と机上の高次脳機能評価の結果を合わせた評価を行い、必要に応じ他施設との連携が図られている。言語聴覚療法は、嚥下障害や高次脳機能障害患者への介入を積極的に実践し、昼食時などに多職種による嚥下評価を行い、食形態・摂取方法の検討・指導が実施されている。看護・介護の勤務体制に早出・遅出勤務を組み込み、朝夕の更衣や朝食、夕食、就寝前のケアへの介入の充実が患者の生活機能の向上を目指したチームによって実践されている。

身体抑制は、マニュアルに沿った運用が行われ、安全確保のための多職種での検討を経た上で実施され、必要時には患者・家族の同意を得ている。患者・家族への退院支援は、入院後、毎月多職種カンファレンスを開催し、退院に向けた方針が検討されている。退院前には自宅訪問を行い、家屋評価や住宅改修の提案、改修後の外泊訓練同行が実施されている。退院患者への継続的な診療・ケアは、各職種から退院サマリーが作成され外来リハビリテーションや訪問リハビリテーションを病院が提供する際には、入院中のリハビリテーション評価情報が提供されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、入院日に薬剤師が持参薬の鑑別を行い、各種手順に基づく処方鑑査、調剤鑑査を行い迅速な疑義照会が実施している。薬剤種別に応じた温湿度管理や院内薬品集が整備されている。臨床検査機能は、血算、生化学、凝固検査の一部、血液ガス分析、インフルエンザ・ノロウイルス迅速検査、尿一般検査等が院内検査室で実施可能である。そのほかの検査は微生物検査も含め、法人の関連病院である河北総合病院の検査室等への外注で実施している。画像診断機能は、一般撮影、CT、X線テレビ装置による検査が行われ、撮影後の画像は、画像管理システム上で速やかに閲覧することが可能である。今後は、関連病院の専門医による読影件数を増やすなど、画像診断の精度向上を期待したい。

栄養管理機能は、管理栄養士による患者の栄養アセスメントや栄養摂取状況の把握にも努め、個々の患者の喫食状況の確認、また摂食・嚥下ケアなどの食形態の調整・提供も行われている。リハビリテーション機能は、入院後早期に多職種での合同評価を行い、目標設定とプログラム作成を経て、速やかな訓練を開始している。リハビリテーションは365日実施され、定期的な多職種評価、各種カンファレンス等によるハビリテーションの標準化に努めている。

診療情報管理機能は、医事課職員がマニュアルに基づく対応を行い、電子カルテ運用による診療情報の一元化に努めている。診療情報管理室では、厳重な入室管理の下、電子カルテ運用以外の同意書等が患者IDごとに紙ベースで保管され、退院時サマリーの作成に合わせた診療記録の量的点検が実施されている。医療機器は一元管理され、研修を受けた看護師が定期点検を行い、台帳に記載し管理を行っている。臨床工学技士による点検確認も行われ、更新された人工呼吸器に関しての勉強会が実施されている。洗浄・滅菌機能は、使用場所での一次消毒は行わず、密閉容器に入れ、各部署から運搬担当者が外来に運んでいる。外来で各部署の容器がその

まま入る密閉容器に格納し、法人の関連病院へ運搬されている。関連病院の中央材料室で洗浄・滅菌後、病院に返却されるシステムである。

10. 組織・施設の管理

決算書を含む財務諸表が作成管理され、管理会議において収支予算実績の進捗報告が行われ、経営課題が検討されている。経営状況や資金管理は法人本部が管理を担当し、会計監査は法人の監事による監事監査が行われている。医事業務は、受付から診察、会計まで円滑な対応がなされ、窓口会計は会計機を設け、POS レジにより収納データは法人本部で直接管理している。支払いはカードのほか振り込みや口座振替など患者の利便性に配慮し、多様な対応がなされている。

レセプトの作成・点検、返戻・査定は、医事検討会議で検討している。業務委託における業者選定や契約書の管理は、法人本部が担当している。病院の管理担当者と委託業者の責任者が会議を行い、業務履行に伴う確認や課題を検討している。施設・設備管理は、POM 室が担当し、保守計画に基づく日常点検と定期点検を確実に実施し、点検記録保守台帳を残している。

病院は環境宣言をしており、環境マネジメント委員会を設け、業者との報告会において廃棄物の処理データを示すなど廃棄物の低減に積極的に取り組まれている。人と地球に優しい、これらの環境に配慮した活動の実践は、他の医療機関の模範として高く評価をしたい。

物品管理は、購買管理を法人本部で一括管理し、物品購入の検討や採用決定を行い、物品は法人本部に発注する仕組みであり、院内の管理は診療サポート室において実施され、定数チェックによる使用期限切れや不働在庫の防止に努めている。医薬品は、在庫管理を徹底し、使用期限切れや余剰在庫対策に努めている。

災害時対応マニュアル、消防計画が策定され、緊急時の連絡および責任体制は明確である。今後も、防災訓練の実施の強化とともに、消防計画の適宜の見直しが期待される。保安業務は、警備会社への委託により、夜間・日曜祝日を中心に保安要員が駐在し、面会者への対応や病院出入口の施錠管理や夜間帯の院内巡視を行っている。日々の保安業務の状況は日誌が記載され報告されている

11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、新入職員の入職時研修体制が整備され、年間の教育計画に沿った研修が実施されている。研修では、自己評価と指導者評価が行われ、系統的な初期評価に取り組まれている。教育研修部会による研修内容の評価と見直しを行い、その結果を参考に計画や実施方法が修正されている。リハビリテーション部では新人チェックリストにて確認をし、後期の研修計画を作成している。

学生実習は、看護師、セラピスト、社会福祉士、事務職員等と研修医を受け入れている。受け入れに際しては、診療サポート室が窓口となり、財団の人事課に申請書による許可を得る仕組みである。実習生の受け入れに対する患者・家族への周知は、担当者による説明後に同意を得ている。実習生には医療安全や医療関連感染制

御、個人情報保護、守秘義務などに関する説明、指導が行われている。実習指導は各養成校のカリキュラムに沿った内容で実施され、看護部では、各病棟に専任の臨床指導者を配置し、集中的な実習指導を実践している。

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・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	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	S
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	S
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	B
2.1.2	診療記録を適切に記載している	B
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	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	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	B
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	S
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	B
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

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	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	B
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	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	S
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	B
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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 9 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 河北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： 東京都杉並区堀ノ内1-9-27

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	135	135	+0	94.3	74.2
医療保険適用	135	135	+0	94.3	74.2
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	135	135	+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	135	+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： 9 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	3.63	3.62	4.70	100.28	77.02
1日あたり外来初診患者数	0.21	0.26	0.28	80.77	92.86
新患率	5.81	7.04	5.99		
1日あたり入院患者数	127.25	126.64	127.21	100.48	99.55
1日あたり新入院患者数	1.72	1.70	1.62	101.18	104.94