

# 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10月26日～10月27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2015年4月に開設しており、都心に立地し、患者には利用しやすく利便性は優れている。開設以来、病院設備と機器の整備拡充、医療機能の向上に努めており、現在は332床のリハビリテーション専門病院としてその機能を発揮している。

病院機能評価は今回が初めての受審であるが、看護部、リハビリテーション科、事務部など多職種が一体となって受審に臨まれていた。良質なリハビリテーションと良好な療養環境が提供されており、患者サービスにも努めていることが確認できた。さらなる体制整備や機能の発揮が期待される場面も見られたため、今般の受審を機に業務課題の確認や見直しを行い、整備された手順や仕組みを十分に活用され、今後も継続的に医療の質の向上に努められることを期待する。

貴院がこれからもリハビリテーション機能の発揮を通じて患者の在宅復帰や社会復帰を支援し、その機能に磨きをかけてさらに発展することを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院では「手には技術 頭には知識 患者様には愛を」を理念に掲げ、病院案内、入院案内、広報誌、ホームページ等を活用し周知に努めている。病院管理者は、組織の可視化と職員個々の意見や思いを重視した病院運営を目指し、日常業務を通じた職員とのコミュニケーションの醸成に努めている。また、効果的・計画的な組織運営に必要な組織図、職務分掌規程を設け、指揮命令と役割・権限および責任範囲を明確にし、必要な会議機能と各種委員会が機能している。情報管理は、総務課が担当し院内の主なシステムとして電子カルテ、労務管理における勤怠・給与

システムを運用している。文書管理は、文書取扱規程と文書整理保存規程を設け、病院全体での管理を総務課が担い、各部署で保管が必要な文書は各部門の所属長が責任管理を行う仕組みである。

人材確保は、施設基準上の配置人員を確保し、職員の採用は、人員配置基準と人員増減を勘案し計画的に対応している。人事労務管理に必要な就業規則、給与規程、各種例規集を整備、活用し、職員による就業規則、各種例規集の閲覧は可能であり、就労管理には、勤怠・給与システムを運用している。労働安全衛生規程を設け、労働安全衛生委員会を月次開催し、職場環境の整備や職員の健康管理、職業感染防止対策、労働災害等の諸課題を協議している。職員の就労支援は、職員寮を完備し、家賃補助制度や再就労支援研修、育児・介護短時間勤務制度等を設けている。また、職員慶弔規程を運用し、昼食補助による職員食の提供を行い、3歳以下の子供にはオムツを支給するなど、他にも多彩な福利厚生活動を行っている。職員の教育・研修は、教育委員会による年間計画と必要予算計上を行い、多くの職員が参加しやすいよう業務終了後や複数回の研修を実施している。職員の能力開発・能力評価として病院では、年1回目標管理シートと個人面談による人事考課を実施している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利、個人情報保護等を明文化し、院内掲示、ホームページ等で公開している。説明と同意の範囲を院内で定め、一覽での確認を可能としており、医師の説明には看護師や相談員の同席し、患者・家族にわかりやすい説明をしている。患者のために入院生活の説明やリハビリテーションの進捗状況、検査記録などをファイリングした「私のカルテ」を作成し、患者の医療への理解と参加を促進している。患者支援は、医療福祉総合相談室が退院調整を中心とした様々な医療相談に対応し、病棟では5名のコンシェルジュによる患者サービスに対応し、病院スタッフによる売店での代理購買も行っている。患者の個人情報・プライバシー保護は個人情報保護規程を設け、職員には守秘義務誓約書を、委託業者には契約書の条項で確認している。倫理的な課題は各病棟のケースカンファレンスで検討し、解決できない事例は倫理委員会で検討する仕組みである。多くの事例検討を重ね貴院で生じやすい主要な倫理的課題の方針を明確にされたい。

病院は、利便性が良く緑のある場所に立地し、駐車場・駐輪場を確保している。院内はバリアフリーで廊下、階段、トイレ、浴室にはそれぞれ手摺りを設け、設備・構造は患者の使用に十分に配慮している。2018年4月より敷地内禁煙を実施しており、入院案内と患者入院時オリエンテーションなどで周知している。職員の喫煙率は定期健康診断時の問診で確認している。

#### 4. 医療の質

患者・家族の意見や要望を病院運営に反映させるために病院1階と各病棟に意見箱を設け、患者の退院時にはアンケートを実施している。多職種による症例検討会を定期的実施し、学会・研修会へ参加した内容もフィードバックする機会を設けている。死亡症例や重大合併症に対するカンファレンスは、事例を集約しグループ病院間のテレビ会議により情報共有を図っている。業務の質改善に向けて看護、リハビリテーション部の代表者が参加するリハビリテーション看護会議のなかで各部門や部門横断的な課題の検討と評価を行っている。新たな診療、治療方法、技術の導入に際しては、申請規約を設け、倫理委員会で審査している。新しい治療技術に関しては、医師だけでなく看護師やリハビリテーションスタッフが導入時から関与している。

外来と病棟内に、医師・看護師等の責任者を明示し、責任体制を明確にし、各職種の担当者名はベッドサイドに明記している。診療記録は電子カルテを運用し、診療に関わる必要な情報は遅滞なく記録され、診療情報の一元化および共有化が図られ、チーム医療の実践に活用している。今後は、カルテの質的点検を組織的に継続して実施されることを期待したい。病棟では毎日多職種がミーティングに参加し、患者情報を共有している。定期的なカンファレンス、ミニカンファレンス等でリハビリテーションの進捗状況に応じた個別の診療・ケアを合議している。

#### 5. 医療安全

医療安全管理者である看護師を中心に、各部署の担当者と共に、月1回の医療安全管理委員会と医療安全担当者会議を開催し、インシデント・アクシデントの集計報告、事故防止策およびマニュアルの作成や改訂を行っている。インシデント・アクシデント報告書は、各部署から多数上がっており、報告しやすい体制を確立している。報告書の分析はRCA分析やSHELL分析などの技法を用いて、対策を講じており再発防止に努めている。

患者の誤認防止は、リストバンド装着とバーコード認証を取り入れ、配薬は看護師2名でダブルチェックを行った上で実施している。また、検査およびレントゲン撮影時は、フルネームでの名乗りを基本とし、リストバンドによる確認を実施している。情報伝達は電子カルテを活用し、日常の指示をカルテ上で行い臨時の指示に関しても手順を整備している。口頭指示は原則的には受けない仕組みとすることであるが、緊急時に受けた場合の手順が整備されている。薬剤の管理は病棟担当薬剤師が薬剤管理全般を担っており、電子カルテの情報を基に併用禁忌や重複投与のリスク回避に努めている。麻薬は調剤室で保管・管理され、麻薬金庫内の確認を記録として残している。ハイリスク薬については、その注意喚起がなされていないため速やかに表示を行うことを望みたい。

転倒・転落防止は入院時および定期的に転倒・転落アセスメントシートを用いた多職種による評価を行い、看護計画を立案している。転倒事例が発生した場合、看護・療法士等がカンファレンスで転倒要因を確認し、個別性を重視した対応策の見直し検討を行っている。医療機器は使用場所で管理し、主要な医療機器は、AEDや

除細動器、心電図モニターであるが実際の使用頻度は少なく、定期的なメンテナンスも実施している。急変時の緊急コードとして緊急時ハリーコールを設定し、瞬時に対応できるよう電話機にコール番号を表示している。緊急時対応マニュアルには、救命処置の対応手順を定め、ポケットマニュアルを携帯している。救急カートについては、配置場所の検討やカート内の薬剤は薬剤師による点検・関与の頻度を見直し、緊急召集訓練を定期的に行うなど、緊急時に速やかに対応できるよう検討を期待したい。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制とマニュアルを整備し、病院長の諮問機関である医師、看護師等多職種から構成された院内感染対策管理委員会（ICC）が活動している。委員会は月次開催し、感染症小委員会（ICT）も毎週活動しており週報を配信している。ICTで巡視を行い、結果は週報として紙面および電子カルテで報告している。抗菌薬は使用状況を確認し、長期投与となった場合は主治医に確認をしている。抗菌薬使用状況は院内感染対策委員会で毎月報告され、多剤耐性感染症対策などを検討している。アウトブレイクは昨年末から年始にかけて新型コロナウイルス感染症のクラスター発生を経験しているが、感染対策チームを中心に、ラウンドを実施し、環境面や標準予防策の遵守状況を確認している。また、指導後の改善状況についても再評価している。

手洗い方法やPPE着脱方法は手洗いチェッカーでの実践およびポケットマニュアルを携帯し、都度確認している。新型コロナウイルス感染症の対策として、全職員のフェイスガードや患者のマスク装着の徹底、さらに全病室に自動ハンドソープやPPEを設置し、感染対策を強化に努めている。抗菌薬の適正使用に関しては、医療感染管理委員会で抗菌薬使用状況を報告しており、ICTのラウンドでも抗生物質の使用状況を確認し、必要時に医師にフィードバックしている。抗菌薬の適正使用に関する使用指針は整備され、電子カルテ上での確認が可能である。バンコマイシンなどの特定抗菌薬は許可制で、委員会に報告される仕組みである。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の医療サービスに関する情報は、病院案内、入院案内、ホームページ、広報誌などで情報発信している。ホームページは総合的な病院案内サイトと求人サイト、看護部紹介サイト等で構成されている。ホームページの更新などの管理は総務課が担当し、広報誌は年4回、各3,000部が発行され広報委員会が編集している。地域の医療機能・ニーズの把握と医療連携への取り組みは、医療連携室に3名の看護師、2名のクラークを配置し、紹介元医療機関への訪問や入院調整に対応しており、病院幹部によるチームを設け、地域の医療機関への活発な訪問活動を行っている。また、4つの急性期病院とのホットラインを設け合同カンファレンスを実施し、看護部同士の報告会として看看連携会を実施している。地域に向けた医療関連の教育啓発活動として病院開設以来、地域の有識者8名を評議員とする地域評議会を設け、病院に対する意見や要望、提言を伺う場としている。また、現在はコロナ

禍で実施できていないが、従来は年 20 回ほどの健康教室の開催や、地元行政からの委託を受けて介護予防活動などを行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療は、外来リハビリテーションの患者が中心で完全予約制であり、診察は受付から会計まで円滑に業務対応され待ち時間はほとんど生じていない。侵襲的な検査は、嚥下造影・嚥下内視鏡を実施しており、主治医が説明・同意取得を行い、主治医の指示のもと多職種で実施している。入院の決定は、受け入れの判断基準を明確化し、入院判定では、紹介患者の診療情報提供書、検査所見、ADL データなども含めた事前情報を基に医師・看護師、MSW 等多職種による判断を行っている。入院診療計画書・リハビリテーション実施計画書は、医師により速やかに作成され、入院後 1 週間程でカンファレンスを実施し、リハビリテーション総合実施計画書を多職種で作成し、2 週間以内に医師から家族に説明している。医療相談の窓口を設置し、MSW や看護師が初期対応をしており、各病棟に専従の MSW が 2 名配置され、相談しやすい環境である。

医師はリハビリテーションに関する指示や処方を行うとともにカンファレンス等に参加し、多職種との情報共有を行い、日々の診療活動やスタッフとの交流を通じて患者情報を収集している。看護・介護職の病棟業務は各病棟に、師長、主任を配置し、職務規程や組織図などを明文化し、看護基準や手順に基づく病棟運営をしている。病棟師長は、日々の朝礼で連絡事項や決定事項の周知に努め業務の指揮をとっている。薬剤師の業務はマニュアル化され、入院時の持参薬管理から、配薬カートへの内服薬のセットや患者の状態に応じて剤形の変更にも対応している。抗生物質の初回投与時の観察や反応の記録がなく、必要な薬剤における投与中、投与後の患者の状態・反応の観察など、薬剤投与時の患者の観察とその記録に配慮されたい。褥瘡対策は入院時に全患者に褥瘡リスクの評価を行い、その内容をもとに診療計画書を作成し、月 1 回の褥瘡回診や月 2 回の皮膚科回診で治療方針を決定している。栄養管理と食事指導は SGA を用いた全患者の栄養スクリーニングを行い、低栄養リスクの高い患者は多職種が参加する NST 回診や、摂食・嚥下センターが介入している。症状緩和は症状別看護基準を整備し、痺れや痛みなどの症状に対し丁寧に対応している。

理学療法は入院後速やかに初期評価とリスク評価がなされ、365 日リハビリテーション訓練が行われ、早朝・夕刻時の日常生活動作支援を行っている。作業療法は、高次脳機能訓練を含めた評価を行い、自宅訪問や家屋調査を実施している。言語聴覚療法は、入院後速やかに初期評価とリスク評価、摂食・嚥下障害に対する評価も行われ、高次脳機能障害患者へのアプローチや失語症・構音障害の患者への訓練などに取り組まれている。患者の生活機能の向上に向けて、介護福祉士によるラジオ体操や趣味を生かしたりリハビリテーションに対応し、社会参加に向けた公共交通機関の利用など、在宅復帰を目指した取り組みをチームで実践している。身体抑制については、身体抑制に関する同意書の充実が期待される。

退院支援は、入院時から患者・家族の希望を確認し、退院後の目標設定を多職種で検討している。MSW や退院支援看護師が家族関係や経済的な問題に対し、社会福祉制度を早期から提案し退院後の生活に備えている。退院後、継続的な診療、ケア、リハビリテーションが必要とされる患者は、外来や通所および訪問リハビリテーションを継続している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

調剤業務手順や調剤内規を整備し、手順に基づく処方鑑査、調剤鑑査を実施している。注射薬については、スペースの問題等により 1 施用ごとに病棟に払い出されていないため、工夫を期待したい。検体検査は外部業者に委託され、日常的な心電図検査などは、病棟で実施している。血液検査等は外部業務委託であるが、院内における検査部門の責任者や精度管理の確認など、業務委託全般に対する管理責任体制の構築を期待したい。レントゲン検査の職員は週 3 日勤務の外勤職員であり、勤務時に必要な CT 検査、単純撮影検査、造影検査を実施しており、夜間や緊急時にはグループ関連の病院に依頼して実施する体制をとっている。病床規模や毎日入院を受け入れている実績、患者の転倒・転落リスク対策等を鑑みるとさらに充実した体制確保の必要性が期待される。食事提供は業務委託で行われ、調理室の衛生管理や調理員の健康管理に努め、調理作業には大量調理マニュアルと HACCP を活用している。

リハビリテーションは、入院時にリハビリ療法士を含む多職種それぞれが評価し、目標設定・プログラム作成が行われ、速やかな訓練を開始している。系統的な訓練の実施などリハビリテーションの標準化にも努めている。診療情報管理機能は、専従の診療情報管理士 1 名が診療情報の一元管理に対応しており、電子カルテ運用におけるシステムダウン時の対応手順を明確にしている。主要な医療機器は、心電図モニターや除細動器、AED があり、各部署で管理している。洗浄・滅菌は、滅菌の質保証が化学的インディケーターのみの実施となっており、ボウイー・ディックテストや生物学的インディケーターの使用、リコール規程の整備等、洗浄・滅菌機能の充実を期待したい。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、院内各部門の意見や要望を反映して予算策定を行い、損益計算、貸借対照表等の財務諸表を作成し、年間の予算計画に基づく月次の損益比較を実施している。レセプト作成・点検は医師が関与し、返戻・査定は月次の医事課会議で原因分析と対応策の検討を行い、業務報告会の場で医師に情報提供と内容の確認、対応を依頼する仕組みである。施設基準の届出とその遵守は、医事課が対応している。業務委託は、給食や清掃が主であるが、業務委託導入判断基準と手順を定め、総務課が担当している。業務委託に関する課題は、業務実施状況の把握を行い委託業者と定期的な検討を行っている。

施設・設備の管理は、総務課が担い、管理状況は防災センターが確認している。保守管理業者による定期的な点検とチェックリストを活用した院内ラウンドで日常点検を実施している。物品の購入は、規程に従って稟議書を起案し物品の購入に際しては、各部署から注文書による依頼を受け総務課が発注を行い、各部署が検収する仕組みである。災害時の対応は、防災マニュアルを設け、定期的な訓練を実施しており、緊急時の責任体制も明確にしている。保安業務は防災センターの職員が担当し、緊急時の連絡体制を明確にしている。院内巡視を行い、日々の保安業務の実施状況は日誌によって報告している。医療事故発生時の対応手順や役割分担は対応マニュアルで明確にしている。事故発生時の原因究明と再発防止策を組織的に検討する仕組みも整備されている。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

専門職種の初期研修として看護部では、2019 年度より回復期版のクリニカルラダーを導入している。また、リハビリテーション科でも OJT の実施をはじめ、各種の勉強会とテストを重ね、症例検討会も行い業務理解度のチェックによる指導と評価に取り組んでいる。さらに初期研修以降も継続的な指導と評価を行っており、アンケートの結果を参考にした研修内容や研修テーマの検討を行っている。

病院では、各職種が受け入れ窓口となり、リハビリテーション科、看護部の学生実習を受け入れており、その数は年間約 200 名に及び、地元行政の依頼による「地域医療」をテーマとする研修医の受け入れも行っている。実習はカリキュラムに沿った教育と指導を行い、オリエンテーションでは、病院機能の説明と医療安全管理、医療関連感染制御、個人情報保護の守秘義務などの指導を行っている。病院では実習生教育の質の向上を目指した実習指導者養成にも努め、指導者講習も実施している。

# 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・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	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	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	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	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	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	B
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	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	B
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	B
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	B
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	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	A
-------	-----------------	---

4.5.2	物品管理を適切に行っている	B
-------	---------------	---

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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2021 年 5 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 一般社団法人 巨樹の会 原宿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： 公益法人

I-1-4 所在地： 東京都渋谷区神宮前6-26-1

## 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					
療養病床	332	332	+0	91.1	73.4
医療保険適用	332	332	+0	91.1	73.4
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	332	332	+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	332	+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： 0 人 2年目： 0 人 歯科： 0 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

2. 年度推移	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	81.76	64.93	54.43	125.92	119.29
1日あたり外来初診患者数	5.51	5.60	5.26	98.39	106.46
新患率	6.74	8.63	9.66		
1日あたり入院患者数	302.48	330.22	326.47	91.60	101.15
1日あたり新入院患者数	3.76	4.23	4.11	88.89	102.92