

評価シート(医療施設)

施設名 (所在地)	東京都リハビリテーション病院 (東京都墨田区堤通2-14-1)	施設種別	医療施設
指定管理者	公益社団法人 東京都医師会		

【評価項目】

大項目	中項目	確認項目	評価水準	評価						
				配点	水準を上回る 2点	水準どおり 1点	水準を下回る 0点	評価理由 ※評価項目の総評及び評価の根拠となった事項等を具体的に記述してください。		
管理状況	適切な管理の履行	協定や事業計画に沿った管理が適切に履行されているか								
		1	○人員配置は適切か	○法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置されている ○変更があった場合、事前に都に報告している	×1		○		○基本協定の定めに従い、法令等に基づく人員を適切に配置している。	
		2	○業務の履行は適切か	・適切な医療が提供されているか	○患者状況に応じた診療・看護計画の策定・記録を行っている	×1		○		○良質かつ高度な回復期リハビリテーションを提供するため、入院前（紹介元病院の記録）から退院後フォローまで、患者・家族の意向を確認しながら、患者の症状や生活背景に応じて、多職種がその専門性を活かし、連携して、診療・リハビリ計画等の策定に関わっている。
		3	○患者中心の医療が推進されている。 ○患者の意向（意見・要望・苦情）を把握し、適切に対応している		×1	○			○意見投書箱を設置するほか、退院時患者アンケートや外来患者アンケートを実施し、全て院長をはじめ幹部に報告される仕組みが確立している。苦情の事実確認や現場からの報告、要望に対する回答など全件を幹部が確認・承認した後、院内に掲出している。患者からの要望には、可能な限り対応している。	
		4	○プライバシー保護等個人の尊厳を尊重している		×1		○		○患者の権利は、「患者権利章典」として適切に明文化され、院内掲示やホームページ、入院案内への掲載などにより、患者・家族への周知されている。院内研修などにより、職員への周知も図られている。	
		5	○医事・診療報酬請求事務の適切な管理を行っている		×1		○		○レセプトは医師も関与し、査定等への対応も行われている。未収金は個別管理し、分割支払いなど状況に応じ対応している。また、督促も行われている。	
		6	○業務の標準化を図っている		×1		○		○診療マニュアルを始めとして業務ごとにマニュアルを整備し、必要時に改定している。また研修も行っている。	
		7	○患者に対する事故等の防止に努めている ○万が一事故が発生した場合には、迅速かつ適切な措置を講じている	×1		○		○各種マニュアルが整備され、有事の際は院長をトップにした対策委員会を発足させ、迅速な対応にあたっている。		
	8	○施設等を常に良好な状態で維持管理（軽微な修繕及び整備を含む）しているか	○基本協定、年度協定で定める「施設及び付帯設備の管理に関する要領」等に基づき、適切に管理している	×1		○		○基本協定及び事業実施計画に基づき適切に管理しており、施設・設備に関する患者からの意見等には、可能な限り即時に対応し、安全・快適に過ごせるよう配慮している。 ○施設の老朽化に伴う設備備品の劣化に対しては、不具合発生時の対応を適時適切に行っている。		
	法令等の遵守、組織マネジメント	経営における社会的責任を果たしているか								
		9	○医療機関として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいるか	○医療機関の従事者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、職員の理解が深まるように取り組んでいる	×1		○		○法令に規定された研修の受講その他必要な規範や倫理について、毎年研修を実施している。（個人情報保護、コンプライアンス等）	
		10	○関係法令等が遵守されているか	○「東京都指定管理者制度に関する指針」Ⅲ8に基づき、協定で定める受託施設として守るべき法律・条令等を遵守し、適切に施設を運営している	×1		○		○法令に則った委員会の設置と、議事録の職員周知を通じ、病院職員として必要な情報の共有化を図っている。	
		個人情報保護、報告等は適切になされているか								
		11	○情報の保護、共有に取り組んでいるか	○事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている ○個人情報の管理に関し定期的に点検を行っている	×1		○		○個人情報保護の研修の実施や、「個人情報管理委員会」による定期点検を行っている。 ○電子カルテシステムは、関係する医療職が患者の診療情報等を共有することができる一方、外部に対する情報管理を徹底している。ランサムウェアなどの対策として、遠隔サーバへのバックアップ機能を構築している。	
	安全性の確保	12	○医療サービス情報を提供しているか	○提供する情報を常に最新のものになるよう見直している ○提供する情報の表記や内容を分かりやすいものにしていく	×1	○			○ホームページリニューアルを行いコンテンツの充実やスマホ対応を行ったほか、広報誌を通じて、病院の特色や事業の取組などをわかりやすく発信している。	
		13	○都への報告は適時、適切になされているか	○月例報告等、都への定例的な報告を適切に行っている ○事故等が発生した場合、必要な措置を取った上で速やかに報告を行っている ○都による報告の聴取及び調査に対する対応を適切に行っている	×1		○		○各種月次報告・年次報告を適切に行っている。 ○都による各種調査に適切に対応している。	
		14	○リスクマネジメントに計画的に取り組んでいるか	○リスクに対し必要な対策を取っている ○関係法令の遵守体制を整備している ○所定の委員会を開催し、情報共有・事故防止策の検討等を行っている（年1回）	×1		○		○法令等に基づく委員会を設置し、定期開催（月1回）しており、会議内容は全ての職員に周知している。 ○インシデント報告数の多い「転倒・転落」に関しては、患者本人の自発的注意を促すため、パンフレットや自己点検チェックリストを作成している。また、車椅子使用時の転倒・転落防止対策で、自動ブレーキ付の車椅子使用をリハビリテーション療法士と検討し、看護計画に反映するなど対策を行っている。 ○同一の患者に続けてインシデントが発生した場合には、第一報として速やかに報告を行い、第二報としてさらに詳細な分析・対策を行っている。	

			15	○施設内外の構造物、設備等の安全の確保や防災等の取組を行い、利用者の安全を確保しているか	○法令等に定める基準により適切に管理している ○防災訓練を実施している(年1回) ○医療機器等に関する職員への研修を実施している	×1		○		○防災マニュアルが整備され、災害時のライフライン、食料等が十分に備蓄されている。事業実施計画に基づき、防災訓練を年2回実施している。
	財務・財産の状況	適切な財務運営・財産管理が行われているか								
			16	○経理処理・経理に関する書類等の管理は適切か	○法人が行っている他の事業と経理を明確に区分している ○契約帳簿及び収支を明らかにした経理帳簿等を適切に整備・保管している	×1		○		○基本協定、年度協定及び事業実施計画に基づき、適切な経理処理がなされている。
			17	○都有財産(物品など)の管理は適切か	○保全物品整理簿を整備している ○使用不適品、亡失品等を報告している	×1		○		○基本協定、年度協定及び事業実施計画に基づき、適切な物品管理及び整備保管がなされている。
事業効果	事業の取組・サービス内容の向上	求められる水準のサービスの提供・サービス向上に向けた創意工夫をしているか								
			18	○サービス向上等のために人材を育成しているか	○患者へのサービス向上等ため、研修計画を定め、計画に基づく人材育成を実施している	×1		○		○就業年数などキャリアに応じたラダー研修を実施しているほか、専門資格の取得に向けた計画的人材育成を図っている。
			19	○サービス向上に向けた創意工夫をしているか	○患者への医療サービス向上に向けた先進的な取組や創意工夫を行っている	×2		○		○より高度・専門的医療の提供に向けて、多職種による研究活動を推進している。 ○通常の急性期病院に比べ、入院が長期にわたることに配慮し、患者が快適に過ごせるよう常に工夫している。 ○退院時患者アンケート等で要望の多かった内容について改善を図った。 ○復職を想定した就労両立支援のため、院内の多職種で構成する両立支援チームによる活動を行っている。
			20	○患者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用し、サービス内容が向上しているか	○患者満足度が70%以上である	×2	○			○退院時患者アンケート等による患者の総合満足度は、4段階評価で上位2項目合わせて95.9%と高評価であった。 ○病院前の高架下の清掃ボランティアとして建設局より承認を受け、令和5年7月より毎週水曜日に職員有志による清掃を行っており、地域の環境美化に貢献している。
		行政等と連携を図り施設の目的を達成しているか								
			21	○行政や関係機関等と連携した事業を実施しているか	○年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業や関係機関との連携強化を図っている	×1		○		○都内12圏域の地域リハビリテーション支援センターの中でも中核的な役割を担い、支援センター同士の情報共有や意見交換を行う連絡会を開催している。また、地域他施設の医療職向け研修会等を実施している。 ○令和7年度より東京都基幹リハビリテーション支援センターとしての指定を受け、12圏域の各支援センターとの連絡体制の構築や地域リハビリテーションに関する調査等を予定。

特記事項	○令和6年4月の病床利用率は97.5%に達するなど好調な立ち上がりであったがその後数度に渡るコロナクラスター発生及び令和7年1月～3月に実施した配管工事に伴う病棟閉鎖の影響により最終的には病床利用率や診療収入は前年度を下回った。 ○東京都が設置したあり方検討委員会において、当院が担うべき役割や中長期的なあり方等について検討が行われ、令和7年2月に報告書が取りまとめられた。
要改善事項等	○令和7年2月に関東信越厚生局による適時調査が実施され、入院基本料の看護要員の算出が勤務実績と合っていない、標榜時間の変更届が出されていないとの指摘があったが、令和7年6月に改善報告書を提出し、改善済み。

※各項目の評価理由を基に、総合的かつ具体的に記述してください。また、評価が該当する欄以外についても、記載すべき事項があれば、記入してください。
※「さらなる取組が期待される点」を記述する際には、その要求が協定等の範囲内にあることを確認してください。

【一次評価結果】								
評点	標準点	評価基準				一次評価 結果	得点	B
		S	A	B	C			
	23点	31点以上	29点以上 30点以下	21点以上 28点以下	20点以下			

一次評価結果	得点	B
	27点	

評価シート(医療施設)

施設名 (所在地)	東京都立心身障害者口腔保健センター (東京都新宿区神楽河岸1-1)			施設種別	歯科診療所				
指定管理者	公益社団法人東京都歯科医師会								

【評価項目】

大項目	中項目	確認項目	評価水準	評価				
				配点	水準を上回る 2点	水準どおり 1点	水準を下回る 0点	評価理由 ※評価項目の総評及び評価の根拠となった事項等を具体的に記述してください。
管理状況	適切な管理の履行	協定や事業計画に沿った管理が適切に履行されているか						
		1	○人員配置は適切か	○法令等に基づく職員配置基準どおりに適切に配置されている ○変更があった場合、事前に都に報告している	×1		○	○関係法令等に基づき、適切に配置されている。変更があった場合は、適宜、都に報告している。 ○歯科医師、歯科衛生士以外にも薬剤師、言語聴覚士、管理栄養士、診療放射線技師を配置し、多職種が連携した適切な障害者歯科診療を実施している。
		2	○業務の履行は適切か					
		3	・適切な医療が提供されているか	○患者状況に応じた診療・看護計画の策定・記録を行っている	×1		○	○患者一人ひとりの、疾患や個体特性に応じた診療計画を策定することで、個人の尊厳を大事にした診療を行っている。 ○全身麻酔法や静脈内鎮静法等の活用により、不安や恐怖心等、患者の負担を軽減しつつ、安全かつ確実な治療に努めている。
				○患者中心の医療が推進されている。 ○患者の意向(意見・要望・苦情)を把握し、適切に対応している	×1		○	○患者の状態や要望に応じて、住み慣れた身近な場所で治療を継続できるよう、地域移行計画書を作成し、協力医療機関を紹介する等、患者に寄り添った歯科医療を提供している。 ○地域の歯科診療所では受入れが難しいスペシャルニーズのある患者に対応している。 ○来所者へのアンケート調査において、診療中の医療スタッフの対応(態度・言葉づかい・説明等)は親切か、という設問に対して、99%以上が満足と回答するなど、高い評価があった。また、寄せられた意見や要望は、関係する各委員会で協議し、可能な限り対応する等、患者意向の把握に努め、適切に対応している。
				○プライバシー保護等個人の尊厳を尊重している	×1		○	○個人情報の所内・外利用は原則不可であり、適切に管理をしている。
				○医事・診療報酬請求事務の適切な管理を行っている	×1		○	○診療報酬請求はカルテ入力後、毎日点検を行い、毎月の請求時には更に詳細に点検して請求している。
		6	○業務の標準化を図っている	×1		○	○医療安全管理指針に基づき、各種マニュアル(医薬品業務手順書、消毒室マニュアル、感染症対策マニュアル等)を策定し、業務の標準化を図っている。また、法令改正等には速やかに対応し、必要に応じて見直しを行っている。	
		7	○患者に対する事故等の防止に努めている ○方が一事故が発生した場合には、迅速かつ適切な措置を講じている	×1		○	○事故発生時には、緊急時対応マニュアルに基づき、必要な措置を講じた上で、速やかに都等の関係機関へ報告するなど、適切に対応している。 ○インシデント、アクシデントがあった場合は速やかに所内に周知し、予防策を検討している。また、事例集も作成し、情報の蓄積を行っている。 ○R5年度末に抜歯に伴う事故が発生し、保護者から苦情があった。その後、患者に対する処置や対応を適切に行い、職員研修を実施するなど再発防止に向けて取り組んでいる。	
	8	○施設等を常に良好な状態で維持管理(軽微な修繕及び整備を含む)しているか	○基本協定、年度協定で定める「施設及び付帯設備の管理に関する要領」等に基づき、適切に管理している	×1		○	○協定等に基づき、施設、設備が適切に管理されている。 ○医療機器保守管理マニュアルに基づいて、医療機器の年間保守計画を策定し、保守点検を徹底している。 ○施設設備・機器整備委員会を月1回(年12回)開催している。構成委員は、幹部や事務職員だけでなく、職種や職級によらない多様なメンバーであり、現場の声を反映した効率的・効果的な施設設備の整備・保守や各種機器の調達・更新が可能である。	
	法令等の遵守、組織マネジメント	経営における社会的責任を果たしているか						
		9	○医療機関として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいるか	○医療機関の従事者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、職員の理解が深まるように取り組んでいる	×1		○	○障害者等のスペシャルニーズのある患者に対応するために、法・規範・倫理を遵守し職務を行っている。
		10	○関係法令等が遵守されているか	○「東京都指定管理者制度に関する指針」Ⅲ8に基づき、協定で定める受託施設として守るべき法律・条令等を遵守し、適切に施設を運営している	×1	-	○	○受託施設として、守るべき法令を遵守し、適切に施設を運営している。
		個人情報保護、報告等は適切になされているか						
		11	○情報の保護、共有に取り組んでいるか	○事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている ○個人情報の管理に関し定期的に点検を行っている	×1		○	○個人情報の管理状況について、年2回の自己点検に加え、医療安全委員会を開催するなど、利用者の個人情報を適切に保護、共有するため、取り組んでいる。 ○全職員対象に個人情報保護に関する研修を毎年実施している。
	12	○医療サービス情報を提供しているか	○提供する情報を常に最新のものになるよう見直している ○提供する情報の表記や内容を分かりやすいものになっている	×1		○	○情報管理委員会を月1回(年12回)開催し、リーフレットやご案内の他、ホームページ、待合室におけるインフォメーションディスプレイ(デジタルサイネージ)等、様々なツールの情報を常に最新となるよう改定し、患者や医療従事者等へ提供している。	
	13	○都への報告は適時、適切になされているか	○月例報告等、都への定例的な報告を適切に行っている ○事故等が発生した場合、必要な措置を取った上で速やかに報告を行っている ○都による報告の聴取及び調査に対する対応を適切に行っている	×1		○	○協定に基づく定期報告、医療法等に基づく届出等を適切に行っている。 ○事故発生時の連絡チャート表に基づき、ヒヤリ・ハット事例について、都に報告している。	
	施設の安全性は確保されているか							

	安全性の確保		14	○リスクマネジメントに計画的に取り組んでいるか	○リスクに対し必要な対策を取っている ○関係法令の遵守体制を整備している ○所定の委員会を開催し、情報共有・事故防止策の検討等を行っている(年1回)	×1		○		○医療安全委員会を月1回(年12回)開催し、インシデントおよびアクシデント事例を定期的に報告・検討する機会を設け、事故の未然防止・再発防止に努めている。 ○職員からの事故報告は、被害や影響の大小にかかわらず、速やかに所内で情報提供されている。 ○R6年度はアナフィラキシーショックによる高次医療機関への搬送事案が発生したが、適切に対応している。 ○R6年度は特に医薬品や麻薬・毒薬の適正管理について研修会を所内で実施した。その他、診療時のアクシデントを踏まえた研修会(医療倫理、アクシデント対応)、救急対応研修会(応急手当等)、医療ガス研修会を実施した(医療安全にかかる研修会 計5回実施)。
			15	○施設内外の構造物、設備等の安全の確保や防災等の取組を行い、利用者の安全を確保しているか	○法令等に定める基準により適切に管理している ○防災訓練を実施している(年1回) ○医療機器等に関する職員への研修を実施している	×1		○		○防災訓練として、セントラルプラザビル合同消防訓練に加え、独自に避難訓練を実施している。本訓練は、9階という立地を踏まえた全身麻酔患者の避難対応など、避難器具を用いて、様々な患者の状態を想定した実働訓練として行っている。また、全職員による避難器具の使用方法や防災用品の種類や配置位置を期間を設けて確認する等、実災害時の円滑な活動に向けて備えている。 ○医療機器使用に係るメーカー研修を随時行っている。
		適切な財務運営・財産管理が行われているか								
財務・財産の状況			16	○経理処理・経理に関する書類等の管理は適切か	○法人が行っている他の事業と経理を明確に区分している ○契約帳簿及び収支を明らかにした経理帳簿等を適切に整備・保管している	×1	-	○		○指定管理料の会計処理については、特別会計を設け適切に管理している。 ○電子帳簿保存法改正、インボイス制度(消費税)への対応を順守した。
			17	○都有財産(物品など)の管理は適切か	○保全物品整理簿を整備している ○使用不適品、亡失品等を報告している	×1	-	○		○物品管理については、基本協定に基づき、適切に管理・報告している。
事業効果	事業の取組・サービス内容の向上	求められる水準のサービスの提供・サービス向上に向けた創意工夫をしているか								
			18	○サービス向上等のために人材を育成しているか	○患者へのサービス向上等ため、研修計画を定め、計画に基づく人材育成を実施している	×1		○		○新人研修では、障害者歯科に関する基礎知識や実習、救急時の対応等、センターの歯科医師、歯科衛生士として必要な資質・能力を身に付けるためのカリキュラムを計画し、実施している。 ○年間の研修計画を策定することで、提供する歯科医療サービスの向上に向けて、着実な人材育成に取り組んでいる。
			19	○サービス向上に向けた創意工夫をしているか	○患者への医療サービス向上に向けた先進的な取組や創意工夫を行っている	×2	○		-	○全身麻酔法や静脈内鎮静法等を活用し、患者負担の軽減に努めている。 ○R5年度より、適切な時期に治療できるよう、静脈内鎮静法の予約枠を拡充している。(1日3件から5件に変更)。 ○通常診療に比べてマンパワー等が特に必要となる全身麻酔診療について、できる限り患者の要望に対応し、R6年度は計画比11%増の患者実績となった。 ○全身麻酔診療の予約待期間短縮等のため、令和7年度途中から全身麻酔診療を1系統から2系統へ増やすこととし、令和6年度から施設設備の対応を行っている。
			20	○患者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用し、サービス内容が向上しているか	○患者満足度が70%以上である	×2	○			○患者アンケートによる総合的な満足度は、98%と高い評価を得ている(参考: R5年度94%)。
		行政等と連携を図り施設の目的を達成しているか								
			21	○行政や関係機関等と連携した事業を実施しているか	○年間事業計画等に基づき、都の政策と連動した事業や関係機関との連携強化を図っている	×1		○		○センターの診療事業や研修事業等は、東京都歯科保健推進計画(柱3「地域で支える障害者歯科保健医療の推進」)を推進するための取組として位置付けており、都や関係機関等と連携し、取組を進めている。 ○障害者が身近な地域で定期的に口腔健康管理を行うことができるよう、センター内の研修会場を活用して、歯科医師や歯科衛生士が障害者への対応方法等を学ぶ基礎的な研修や臨床実習を実施している。 ○地域での障害者歯科診療の受入先拡充を目的とし、協力医、登録医制度を設け、医療機関の連携強化を図っている。 ○家族や障害者福祉施設職員、特別支援学校職員等に対して、障害者が抱えるリスクや口腔ケア等に関する知識を普及する研修会を実施している。また、希望に応じて、施設等への出張研修(地域派遣)にも対応している。

特記事項	○診療事業においては、専門スタッフを揃え、地域の医療機関では受入れの難しいスペシャルニーズのある患者に対応している。必要に応じて、全身麻酔法や静脈内鎮静法等により、安全で質の高い歯科医療サービスにも積極的に取り組んでいる。令和6年度は共に前年度を上回る実績件数となった。(全身麻酔:計画173件・実績192件、静脈内鎮静法:計画850件・実績854件)
	○また、患者の状態や要望に応じて、住み慣れた身近な場所で治療を継続できるよう、地域移行計画書を作成し、協力医療機関を紹介する等、患者に寄り添った歯科医療を提供している。
要改善事項等	○研修事業においては、地域で支える障害者歯科保健医療の推進に向けて、歯科医師や歯科衛生士に加え、医師や看護師、介護士等の医療職・介護職、家族や障害者福祉施設の職員等を対象とした多様な研修カリキュラムを計画し、実施している。障害者福祉施設等については、希望に応じて、出張研修(地域派遣研修)を実施するなど、受診促進を図っている。(R6年度実績:受講者延べ2,017人)
	○令和5年度末に、抜歯を行った際に、隣接歯の動揺を認めたにも関わらず、適切な処置・対応を怠ったことから、保護者からの苦情があり、令和6年8月までの間、患者への対応・保護者への謝罪等、一連の対応を行った。抜歯に関するリスクの事前の説明不足や情報共有も含めた適切な処置の実施がなされなかったことが原因であるが、これらに関する職員研修を実施し、再発防止に向けて取り組んでいる。

※各項目の評価理由を基に、総合的かつ具体的に記述してください。また、評価が該当する欄以外についても、記載すべき事項があれば、記入してください。
※「さらなる取組が期待される点」を記述する際には、その要求が協定等の範囲内にあることを確認してください。

【一次評価結果】

評点	標準点	評価基準				一次評価 結果	得点		B
		S	A	B	C				
	23点	31点以上	29点以上 30点以下	21点以上 28点以下	20点以下		26	点	

※指定管理者の責に帰すべき事由により、①利用者等の生命・身体・財産に重大な損害が生じた場合、②施設運営に関連して法令・協定等に関する違反があった場合、③その他公の施設の設置者としての都の信頼を損ねた場合は、改善の有無を問わずに「C」評価とすること。
なお、上記の各号に該当するか否かの判断にあたっては、事案の悪質性、社会的影響や施設の管理運営との関連性などを設置条例の規定等に照らし、総合的に判断すること。

【確認事項】

事業者の財務状況	問題なし
----------	------

※財務諸表上から得られた情報や財務分析結果など、客観的な情報を記述してください。

特命要件の継続	特命でない
---------	-------

※特命により指定管理者を選定している場合、特命要件を挙げ、各要件の継続の有無を確認してください。