

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院2」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9月19日～9月20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2	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2
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

貴院は開設以来、AMGの一角にあり、増改築と増床さらには名称変更等を経て、現在に至っている。この間、救急医療、高度医療、さらには回復期リハビリ機能を充実させて、地域の中心的な病院として活躍し、近年においても循環器センター、脊椎センターを整備して、地域の中核的な病院として役目を担った医療を実践している。病院運営全体として、「愛し愛され信頼される病院」と表現された病院理念を具現化するために、各分野で活躍している状況がみられる。また、組織運営においても各部門・部署の目標管理を徹底して、病院経営の健全化と効率化、質向上を目指している点が評価される。病院機能評価の受審を機会に、さらなる医療の質と病院機能の向上に努められ、地域医療に一層貢献されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が明示されている。基本方針は職員の行動指針として分かりやすく表現しており評価される。これらの方針は病院案内、ホームページ、院内各部署での掲示、各種のパンフレットへの掲載などにより周知に努めている。病院の将来像は、年度初めに行われるキックオフ会議で事業計画として明示されている。幹部職員は、病院全体の問題を的確に把握し、課題解決に向けたリーダーシップを発揮している。年度ごとのAMG方針が示され、事業計画、収支予算等を立案している。また、各部門・各部署で目標を設定し進捗状況の把握と評価を行うなど、計画的な

組織運営に努めている。意思決定会議が機能し、その下に各種の会議体を設置している。会議では各委員会からの報告や協議事項の検討を行い、結果については各職場への周知が図られている。情報管理では、電子カルテによる病院全体の情報システムの活用が計画的に図られている。院内文書の扱いでは、管理規程により、マニュアルや規程を承認する仕組みが明確にされている。

病院が主体となった、機能的な病院運営に必要な人材確保の努力がうかがえる。労務管理では、就業規則や時間外・休日労働に関する協定書が適切に結ばれている。出退勤は適正に記録され、時間外労働の状況は別途に申告する方式で把握されている。安全衛生委員会が機能し、感染症対策や労働時間の報告、職場環境の巡視などが行われている。福利厚生については、多様な職員の活動への支援が行われ充実している。医師を含む職員の能力評価は人事考課として行われている。全職員を対象として、自己評価を行い上司による面接を行う仕組みが確立されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され、患者・家族および職員への周知に努めており、診療の現場でも適切に擁護されている。説明と同意については、ガイドラインが示され個々の書式も電子カルテに準備されている。セカンドオピニオンも周知され適切に実施されている。また、患者が診療・ケアへ主体的に参加できるようにクリニカル・パス、DVD、パンフレット等を活用して情報の共有を促進している。医療相談室では、患者・家族からの多様な相談に応じており、MSW、看護師、事務職員が連携して支援している。虐待防止・対応も、発生時の連絡等について各職場に周知している。

個人情報・プライバシーについては、保護規程に基づき、患者情報の保護に努め職員研修も実施している。電子カルテ情報の研究等への利用では、匿名化を徹底するなど、適切に運用されている。また、USBメモリの利用やデータのダウンロードについての対策も講じており適切である。倫理委員会が設置され臨床倫理、研究倫理が規定されている。想定される倫理問題として相対的無輸血、終末期ガイドライン、臓器提供について病院の方針が示されている。現場からの倫理的問題を提案するシステムも構築されており適切である。また、各病棟では多職種を含む倫理カンファレンスが開催され、解決困難な課題について提案するシステムが構築されている。

療養環境の整備では、診療・ケアに必要なスペースが確保され、売店や自動販売機、理容サービスなどの生活延長上の設備も整備されている。職場内の整理整頓については業務の効率性の観点からも徹底を期待したい。禁煙推進では、より具体的な活動を期待したい。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望は、患者満足度調査および意見箱などにより収集している。意見箱は、多職種で構成されるサービス向上委員会が管理しており、当該関係者で協議して対応している。患者満足度調査の結果を分析し院内改善に役立て

ている。委員会を中心とした熱心な質改善の取り組みがみられ適切である。

症例検討会は、臨床病理症例検討会、M&Mカンファレンスが開催され、医師のみならず看護師、薬剤師など多職種が参加している。臨床指標としてグループ病院内で定められた40以上の指標を追跡し、グループ内の他院とのベンチマーキングを行っている。また日本病院会のQIプロジェクトにも参加して、自院における経時的変化を追跡しホームページでも公表しており、診療の質の向上に向けた活動は適切である。クリニカル・パスについては、バリエーション分析や診療ガイドラインの変遷などに基づいて定期的な見直しが行われると、さらに充実すると思われる。

診療・ケアの責任体制については、各病棟のステーション入口に責任医師、看護師、薬剤師、栄養士、療法士、社会福祉士の氏名を掲示して明確にしている。医師不在時は医師から看護課長に連絡して周知する仕組みが機能している。部長回診や課長ラウンドで診療・ケアの実施状況を把握しており、責任体制は明確である。診療記録は電子カルテに統一されており、記録が適切に記載されている。診療記録に関する質的点検は、医師の記録、看護師の記録に分かれてそれぞれの基準が定められた上で行われており、適切である。多職種によるチームは退院支援、ICT、NST、褥瘡、RST、CCT等が活動しており、情報を共有して組織横断的な活動が展開されている。

5. 医療安全

医療安全管理については、医療安全推進室長と医療安全管理者を任命して態勢を整備している。また、委員会機能も活発である。医療安全に関連したマニュアルも整備され、見直しも定期的にも実施されており評価される。医療安全推進室では会議が定期的にも開催され、室長、専任医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者が参加し情報を共有している。また分科会を設置して、レポートの分析、対策立案を行い改善に繋げている。

誤認防止対策は、患者にも参加協力を依頼し、名前の名乗り、リストバンドやマーキングバンドの装着、タイムアウトの実施などを実施している。転倒・転落防止対策では薬剤、リハビリなどの多職種が専門的な立場から情報を共有して対策を講じている。医療機器についてはME機器管理システムを有効に活用することで一元管理しており、定期的な保守点検、毎日の作動確認が良好に行われている。情報伝達エラー防止対策では、指示出しから実施確認に至るまで統一した手順で実施されている。検査結果等は電子カルテで確認され、異常値や重大な診断結果が判明した場合は責任医師に直接連絡されており適切である。薬剤の安全使用では、麻薬やカリウム製剤の病棟在庫はなく、向精神薬やハイリスク薬の管理も適切である。重複投与、併用禁忌、アレルギー反応回避はシステム上で対策が図られており、薬剤の取り違い防止対策や副作用報告は、手順に従い実施されている。

緊急時の対応における、緊急コードの統一した設定については検討が望まれる。また、医療安全研修会への参加率の向上、全職員対象の定期的なBLS研修の実施が課題である。医療事故発生時の対応手順や組織的な検討体制、訴訟等の対応については、適切な対応体制が整備されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御の体制は、感染防止対策室が設置され、ICNを中心として多職種で構成されるICTやASTが活発に活動している。マニュアルの定期的な改定や感染対策委員会の開催状況も適切である。医療関連感染制御の情報収集では、耐性菌を中心とした各種起炎菌の発生状況や主要な医療関連感染が把握され、感染防止対策室で検討し、各診療科・部署へ周知されている。アウトブレイク時の対応手順も明確である。感染対策マニュアルに基づいて、各部署で感染防止対策を実践している。院内感染対策委員会のICTは院内ラウンドを実施して問題点を把握し、改善策を立案して各部門に報告している。手指衛生は速乾性手指消毒剤を病室入口やナースステーションの必要な箇所に設置して、定期的に交換し使用量もチェックしている。

多剤耐性菌が検出された患者の個室収容が必要な時は、室内にPPEを準備し院内感染を防止している。病院全体の抗菌薬適正使用の監視体制が確立しており、評価される。起炎菌・感染部位特定の取り組みも確実に実行されており、抗菌薬の使用は適正に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信はホームページや病院案内、入院案内、広報誌などにより行われている。ホームページの更新や広報誌作成に関する事項は広報委員会が担当している。広報誌は院内の他、連携医療機関などに配布している。ホームページでは診療実績に加えて独自の臨床指標を掲載し地域に情報発信している。地域連携室にて円滑な紹介・逆紹介の対応、および紹介患者の円滑な受け入れ等を行っている。連携施設には医師の紹介や診療担当等の情報を発送し、確実な返書管理にも取り組んでいる。なお、地域連携室の担当者が医療相談窓口業務も兼務しているが、効率的な業務として役割を分担し、一層、連携医療機関への情報発信や地域ニーズ収集の充実を図られるとよい。

地域に向けての教育・啓発活動では、市民公開講座の他、糖尿病教室や健康相談会も適宜開催されている。医療従事者向けには腹膜透析の勉強会を定期的に開催し、院外からの講師派遣要請も積極的に受けている。三郷市民まつりへの出展、三郷市住民健診や特定健診、企業健診、人間ドックなども積極的に実施しており適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、地域連携室から連携機関に提供されている。また、ホームページでも提供され、病院の案内では総合案内の担当者が円滑な受診に向けて対応している。

外来診療では、患者情報の共有や、患者への説明と同意の取得が確実に実行され、検査や治療が、安全に配慮して実施されている。入院については、その必要性を医学的に判断し、患者・家族へ十分な説明がなされ同意も得られている。診療計画

は、多職種が参加して速やかに作成され、見直しも含めて患者・家族へ説明されて、同意も得られている。看護方式は固定チームナーシングを採用し、入院時に担当看護師を決めて看護ケアを実践している。また、各種の認定看護師が病棟や外来に配置され、専門的知識を活かして支援できるよう配慮されている。クリニカル・パスの活用については、病院全体での積極的な取り組みが望まれる。医療相談は総合案内と連携室が連携して機能しており、相談内容によって振り分けを行い、多様な相談に応じている。

主治医や診療科チームが毎日回診し患者の病状を把握して、病棟スタッフと適時に情報交換を行うなど、医師の病棟業務は適切に行われている。投薬・注射は、病棟担当薬剤師も適切に関与して、確実・安全に実施されている。輸血療法については、実施マニュアルに基づき輸血製剤の選択と実施が適切に行われている。手術・麻酔の説明と同意は適切に行われている。術前訪問は緊急的手術以外について行われており、術後訪問も施行され記録されている。ICU内では臨床工学技士、薬剤師、療法士など多職種で患者のケアが行われており、重症患者の管理はおおむね適切である。栄養管理と食事指導については、NSTの積極的な活動を期待したい。症状緩和については、NRSやフェイススケールを用い症状別看護基準に沿って積極的に対応している。リハビリテーションは、急性期を中心に、安全に配慮し計画に基づいて確実に実施されている。身体抑制について、観察や、解除に向けた努力、緊急時対応など、基準に沿って実施されている。退院支援については、定期的に退院カンファレンスを開催し、関係機関とも連携しており適切に支援されている。

<副機能：リハビリテーション病院>

急性期のリハビリテーションを充実させながら、回復期のリハビリテーションにおいてもおおむね適切な対応が行われている。また、障害評価に基づく予後予測とゴールの提示、説明・同意の充実、リハビリテーション栄養の対応、訓練室の備品の対応、療法士の訓練プログラムの策定などの業務改善にも取り組まれている。

日々の訓練プログラムについては、具体的なプログラムを明示し、365日リハビリを提供する中で、担当が変わっても同質のリハビリテーションが提供できる具体的なプログラムの策定、診療記録への記載について検討を望みたい。訓練課題と到達目標は定期的な評価を行う経過表として整備し、評価が行われている。

看護においては、多職種との連携の中でADLのレベルのすり合わせ、適切な看護計画の立案、実施が行われているが、生活の中での訓練、活動の拡大という視点での、さらなる活動を期待したい。生活での訓練、ICF（国際生活機能分類）での参加の拡大について、一層の機能向上を目指すためには、多職種による協働を充実させることが望ましい。

社会福祉士、薬剤師、管理栄養士などの職種も専門職として、各種カンファレンスや日々の情報交換を通してチームとしての医療提供に適切に関わっている。退院に向けての帰宅訓練、公共交通手段の利用訓練まで行う活動範囲の拡大と、退院後の生活を想定しての訓練が行われている。これらを安全に実施するための体制整備、院外での急変に対しての訓練なども行われており、他の模範となる取り組みと

して高く評価される。訓練室の備品のうち、訓練用の長下肢装具、歩行器などの備品の充実について検討を望みたい。貴院では訪問リハビリテーションにも力を入れており、退院後の状況を把握することは比較的行きやすいと思われる。退院後の患者の状況を目安に、入院中の介入、新たな治療の効果などを判定し、診療の質の向上に寄与できる仕組みを検討されたい。

AMGにおいても、地域においても他の模範となる病院として、さらなる充実を期待する。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門は、薬剤師が中心となって病院全体の薬剤管理が行われ、持参薬の鑑別・管理や抗がん剤・TPNの無菌調整、処方鑑査や疑義照会等が適切に行われている。検査部門では検体検査、生理検査の体制が整備されており、各部門ともに安全に配慮しパニック値の報告等も整備されている。画像診断部門は、24時間対応可能な体制を構築し適切に運用されている。また、読影結果の確実な報告に努めている。

栄養管理では、患者の特性や嗜好に応じた個別対応がなされ、職員の健康状態や調理室内の温湿度も厳格に管理されており、安全面および衛生面に配慮した食事を提供している。リハビリテーション部門では、365日の急性期リハビリテーションが、豊富な療法士の下で主治医・病棟スタッフと連携しながら、適切に実施されている。診療情報管理では、診療情報を一元的に管理し、疾病統計の作成や診療記録の量的点検などに取り組んでいる。医療機器管理は、臨床工学技士が担当し、ME機器管理ソフトを使用して中央管理している。新人職員や中途採用者研修を実施し、機器の導入時には各部署を巡回し研修を実施しており、評価される。中央滅菌業務は適切に行われ、滅菌の質保証に努めている。

病理検査はすべて外部委託であるが、悪性所見は基準が定められ直接オーダー医に報告書を届けるとともに、電子カルテ上で対応を確認するシステムが確立している。輸血業務を管理する責任医師は明確であり、廃棄率、製剤適正使用などの使用状況が委員会で検証されており適切である。手術室の運営と管理は麻酔科医師により適切に行われている。集中治療は入退室基準、フローも整備されており、適切に機能が発揮されている。24時間体制で救急患者を受け入れており、受け入れ方針と手順、対応不能な場合の転院等が適切に行われている。救急車の要請に対して応需できなかった例は委員会で検証されており、評価される。

10. 組織・施設の管理

病院会計準則に基づいた財務・会計処理が実施されている。予算編成は各部門へのヒアリング結果を参考に採用計画や設備投資計画と一体的に作成され、財務諸表の作成、外部会計監査の導入などが適切に行われている。窓口収納業務や診療報酬請求業務、未収金督促への取り組みなど、医事業務は適切に行われている。業務委託の是非、委託業務の実施状況の把握や質の評価も定期的になされ、適宜、業者の見直しや比較検討を行っている。施設・設備の日常点検や年次・月次保守計画が計

画的に実施され、保守管理は手順に沿って行われ記録も残されている。緊急時の連絡体制も整備されている。購入物品の選定は委員会で検討され、購入の際は明確な決裁基準で運用されている。

病院の危機管理ではBCPや大規模災害マニュアルが整備され、食料等も備蓄されている。建物は全て耐震構造であり、通常の7割程度の発電容量の自家発電を保有するなど、災害時の対応を適切に行っている。保安要員は24時間体制で配置され、夜間・休日の入退館管理や施錠、防犯カメラの設置など、適切に保安業務を行っている。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型の臨床研修病院である。臨床研修医の研修プログラムや指導体制は整備されているが、評価基準、修了判定基準などについて、管理体制のさらなる充実を図るため、これらの事項を明確に定めるよう望みたい。

学生実習は医学生の他に看護、薬剤、リハビリ、臨床工学、医療事務の各部門で大学や専門学校から多く受け入れており、職種ごと・年度ごとに実習予定表を作成し学生実習情報を一元管理している。個人情報保護や損害賠償、予防接種などの必須項目の確認や医療安全、感染管理などの教育も、適切に行われている。

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	B
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	A
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	B
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	B
1.6.4	受動喫煙を防止している	B

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	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	A
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	B
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	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
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	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	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	B
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	A
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	A
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	A

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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
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	B

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	S
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	B

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 4月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 医療法人社団愛友会 三郷中央総合病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2、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： 埼玉県三郷市中央4-5-1

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	289	289	-3	88.1	23
療養病床			+0	0	0
医療保険適用			+0	0	0
介護保険適用			+0	0	0
精神病床			+0	0	0
結核病床			+0	0	0
感染症病床			+0	0	0
総数	289	289	-3		

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	8	-2
集中治療管理室 (ICU)	8	+8
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		+0
ハイケアユニット (HCU)	0	-10
脳卒中ケアユニット (SCU)		+0
新生児集中治療管理室 (NICU)		+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		+0
放射線病室		+0
無菌病室		+0
人工透析	27	+1
小児入院医療管理料病床		+0
回復期リハビリテーション病床	58	+11
地域包括ケア病床		+0
特殊疾患入院医療管理料病床		+0
特殊疾患病床		+0
緩和ケア病床		+0
精神科隔離室		+0
精神科救急入院病床		+0
精神科急性期治療病床		+0
精神療養病床		+0
認知症治療病床		+0

I-1-7 病院の役割・機能等

DPC対象病院(Ⅲ群)

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： 1人 2年目： 3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

