

# 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3月18日～3月19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1979年に津田沼中央病院として開院され、その後、2008年に新病院としてリニューアルオープンし、地域に密着した病院としてその役割を果たしている。「安全と信頼に基づき、地域医療に貢献する」という理念を掲げ、時代に即した診療機能の充実を図っている。最近では、リハビリテーション室、内視鏡センター、健診センター、救急室などの施設整備を重ね、現在は地域の中核病院として運営されている。内視鏡手術支援ロボットを用いた低侵襲手術を導入するなど高度で先進的な医療にも積極的に取り込んでいる。一方、訪問看護事業所を併設、回復期リハビリテーション病棟を設置するなど、急性期から福祉、介護、予防医学など幅広い、診療機能を確保し、地域の様々な医療ニーズに対応できるように努めている。

この度の病院機能評価の受審は、1998年の初回認定以来、6回目の受審となったが、職員間のコミュニケーションもよく、診療科および職種間の垣根が低い特徴が活かされ、病院職員が医療の質の向上に向けて一丸となって取り組んでいる状況が確認できた。今後も受審結果を十分に活用され、地域医療構想のもと構築される新たな医療・介護の枠組みの中で、地域に根差した病院、地域に必要とされる病院として、貴院が更なる発展することを心より祈念する。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念・基本方針を明文化し、病院内外に広く周知している。理念・基本方針の検討、見直しも毎年行っている。病院幹部の選任過程や評価の仕組みは明確であり、病院運営の意思決定機関として幹部会を月2回開催し、決定事項は管理責任者会議での報告や院内WEBにて周知している。各部門において、中期計画、年度計画に基づいた目標を立て、毎年キックオフとして年度初めに病院全体に発表するとともに前年度の評価を行い、中間期には上半期の進捗状況の発表を行うなど、多職種での情報の共有を行っている。電子カルテの入力情報は独自に開発したシステムによりデータ抽出が可能であり、情報の有効活用をしている。文書管理は、文書管理システムにより一元的に管理しており、諸規程やマニュアル、委員会議事録などは院内WEBにより閲覧可能となっている。

医療法や施設基準等で定める必要な人員を確保しており、毎年、各部署とのヒアリングを実施し、職種ごとの採用計画を取りまとめ、採用活動を行っている。人事・労務管理に必要な就業規則や給与規程などを整備し、就労管理は出退勤管理システムによるICカードによる打刻記録などで、客観的な管理を行っている。安全衛生委員会は衛生管理者や産業医、職場代表者などの構成により毎月開催し、職場巡視は法令に準拠して実施している。職員の意見・要望について、毎年実施している職員満足度調査や人事考課面談などを通して収集している。独自の育児休暇制度を整備、また男性職員も取りやすい体制を整えるなど、子育て世代への支援に努めている。

全職員を対象とする病院として必要とされる研修を年間研修計画に基づき毎月行っている。研修は動画配信として研修参加率の向上に繋げている。病院長による医師の能力評価をはじめ、グループ病院で実施している人事考課制度に基づき職員の能力評価を実施している。毎年、初期臨床研修医をはじめ、各職種で新人を採用し、研修プログラムやラダーによるレベルに応じた育成を行っている。多くの学生実習を受け入れており、各実習開始時には、各部署で病院統一の資料によりオリエンテーションを実施し、カリキュラムに沿った実習および評価を行っている。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利に関しては、5項目に明文化してホームページなどに記載され、職員・患者への周知を図っている。「説明と同意に関するガイドライン」を定め、文書同意が必要な項目を具体的に定めている。「患者と医療者とのパートナーシップ」を明示し入院生活の留意点について図を用いてわかりやすく明記している。正面玄関のわかりやすい場所に患者相談窓口を設置し、社会福祉士や看護師らが多職種と連携して様々な相談に対応している。個人情報保護に関する規程や細則を整備し、定期的に職員研修を実施して患者の個人情報を保護している。診療情報の外部持ち出しは承認制とし厳格に運用している。現場で解決困難な倫理的課題が発生した場合には倫理コンサルテーションを受ける仕組みがある。身寄りのない人や認知症などの意思決定について課題をもち、「臨床倫理・分析検討シート」を用いて分析を行い、情報を共有している。

病院敷地内に患者用駐車スペースを必要数確保し、近隣には路線バス停留所がありアクセスは良好である。館内は整理整頓され、清掃が行き届いている。トイレや浴室は十分な広さで、手摺り・ナースコールを設置し、利便性・清潔性・安全性を確保している。病院は敷地内禁煙としており、院内掲示や入院案内で敷地内禁煙の方針を周知している。職員の喫煙率は年々、低下傾向にある。

#### 4. 医療の質

質向上委員会において、クオリティインディケータを設定し、項目ごとにQC活動シートを作成してPDCAサイクルをまわしている。活動内容の評価を行って、次年度の活動に継続的に繋げる体制であり、大変優れた活動になっている。また、クリニカルパス利用率の向上など、成果が現れている。意見箱に投函された情報や患者満足度調査の結果により患者・家族の意見・要望を把握しており、この情報を活用してKJ委員会が活発に活動している。新規医療技術導入にあたっては倫理委員会で審査の上承認される体制で、導入後のフォローアップ方針も定められ実行されている。

病棟の掲示板に病棟医長、病棟師長、薬剤師の氏名を掲示し、患者・家族に案内している。病棟医長や看護師長は、病棟ラウンドやチームカンファレンスを通じて診療・ケアの業務の遂行状況を確認している。診療録記載マニュアルに従い、病歴・診察記録・説明の記録・同意書など、必要な診療記録が適切に記載されており、質的点検も行って結果をフィードバックする体制ができている。院内には様々な委員会や多職種による専門チームが設置され、定期的な会議の開催やラウンドの実施など、積極的な活動が行われている。

#### 5. 医療安全

医療安全管理室は院長直属で医療安全管理責任者・医療安全管理者を配置して各種報告を掌握し、組織的に推進している。院内のインシデント・アクシデント報告を収集しリスクマネージャー会、安全対策委員会、医療安全推進者で共有している。原因分析と対策の立案を行い、再発防止策を周知している。医療事故への対応手順はマニュアルで明確にしており、重大医療事故発生時の連絡体制の整備や再発防止に向けた取り組みも実施している。

患者本人にフルネームと生年月日を名乗ってもらうことを基本とし、リストバンド等で認証している。検体・手術部位・検査部位などの誤認防止については医療安全管理マニュアルでそれぞれ手順を明確にして運用を実施している。麻薬保管庫の鍵管理は責任の所在が明確である。高濃度カリウム注射剤は薬剤部で希釈混合調製してから払い出しする規則で、安全に配慮している。入院時、全患者に転倒のリスク評価を行い、看護計画を立案し、再評価を行うなど転倒転落防止の対策を行っている。医療機器は臨床工学技士が管理しており、マニュアルや取り扱い説明書を整備している。使用時は作動確認を行い、記録に残し安全に使用している。院内の緊急コードを設定し、職員全体に周知し、救急カート、AEDを設置し、昼夜ともに患者等の急変時に備えている。

## 6. 医療関連感染制御

院長直下に感染防止対策室が設置され、医療関連感染対策の主導的役割を果たしている。院内感染対策委員会と感染対策リンクナース委員会・リンクスタッフ委員会が連携し、院内全体に効果的な情報伝達と感染対策を実行している。サーベイランスは適正に実施され、結果は JANIS に報告し、貴院の状況を他院と比較するなど問題点の把握と対策立案に活用している。

医療関連感染対策マニュアルに基づき、手指衛生、感染経路別予防策、個人防護具の装着を行っている。ランドリーバックの保管場所と運用方法、感染性廃棄物のコンテナの保管場所と滅菌物の保管場所については、見直しが期待される。AST が毎週ラウンドを行い、抗菌薬の変更、投与期間などについて効果的な助言を行っている。AMR 対策に取り組み医師の抗菌薬選択について継続的に教育している。取り組みによりアクセス抗菌薬の使用割合が年々増加傾向であることから、今後も適正な使用に向けて継続的に取り組むとさらに良い。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院案内のほか広報誌の発行、ホームページなどで地域への医療サービスの情報を発信している。広報誌を年 4 回発行し、院内に設置するほか、連携する近隣の医療機関、介護施設に配布している。また、年 1 回年報を発行し、病院の診療実績や患者統計などの情報を発信している。ホームページは、各診療科の診療内容、診療実績、担当医師の紹介等を発信している。患者支援センターに「病診連携室」、「医療福祉総合相談室」、「入退院支援」を設置し、患者相談や前方・後方連携の機能を集約して相互連携が取れる体制を整備している。医療機関や介護施設を訪問し、地域の医療ニーズの把握に努めるとともに、医療機関等のデータを収集して連携強化を図っている。紹介患者の受け入れや検査依頼への対応業務などを迅速・丁寧に行っているほか、患者の紹介・逆紹介や受託検査に関する実績は一元的に管理している。地域住民に向けた医療に関する教育活動として、健康講座を開催するほか、健康講座の動画配信もしている。その他、医療や健康に関するテーマをわかりやすく解説した広報誌を発行し、希望される方には自宅に郵送している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者が受診の際に必要な診療情報について院内掲示や病院パンフレット、入院案内、ホームページで案内し患者の円滑な受診を進めている。各診療科、外来受付カウンターには看護師が常駐し、患者トリアージを行い、円滑な外来診療を行っている。診断的検査は、説明と同意取得、施行中ならびに施行後の対応など、安全性に留意し施行されている。医師は患者を診察し入院治療の必要性があると判断した場合、病状を患者や家族に説明し同意を得ている。入院時の診療計画は疾患の診断や治療の必要性に基づいて作成している。個別性のある入院診療計画書を速やかに作成している。

患者支援センターの社会福祉士が相談窓口を担当し、診療時間内は常時患者・家族からの相談を受け付けている。入院が決定すると外来看護師や救急室看護師が、

入院案内の冊子を用いて必要な手続きや入院生活に関するオリエンテーションを実施している。医師は看護師をはじめとする多職種との連携、協働の必要性を認識し、チーム医療推進の中心的役割を果たしている。看護師は入院時の情報分析により、患者の身体的・精神的・社会的なニーズを把握し、勤務体制、看護基準・手順も整備して運営している。

ハイリスク薬を指定し処方箋と薬剤ラベルに明示して、薬剤師は赤いマーカーで注意を促し安全性を高めている。輸血マニュアルが整備され、それにしたがって説明と同意、誤認防止対策、試行中の観察などの対応が実施されている。周術期の対応は、説明と同意や患者訪問、術中術後の評価と記録などが行われている。重症患者の管理は、HCUの病床を運用して多職種が関わり、術後や特に重症と判断される症例のケアを行っている。褥瘡対策マニュアルを作成し、手順に沿って全入院患者の評価し計画を立案・評価・修正を行い予防しており、褥瘡治療も遅滞なく対応している。すべての入院患者を対象に、GLIM基準を用いて入院後48時間以内に栄養評価を実施している。入院時のアセスメント項目に沿って患者の身体的・心理的・社会的苦痛を把握し、「看護実践基準」や「緩和ケアマニュアル」に基づいて看護ケアを実践している。リハビリテーション中のリスクを考慮して開始基準や中止基準を定め、安全なリハビリテーションを提供している。身体拘束に関する同意書は取得しているが、拘束の必要性や器具については個別に検討するなど身体拘束の最小化への取り組みが期待される。

入退院支援室の看護師と社会福祉士が、病棟看護師や栄養士・薬剤師などと連携して退院支援評価シートを用いて入院早期より退院支援を行っている。回復期リハビリテーション病棟や連携施設とは月に1回、オンライン会議を実施している。患者・家族の意思を尊重して個室の配慮やケアの実施、逝去時の対応などを実施している。

#### <副機能：リハビリテーション病院>

外来通院リハビリテーションは完全予約制で、診察を待ち時間なく受けることができる。入院患者は70%が院内他病棟からの転棟で30%が近隣急性期病院からの転院である。透析が必要な患者も受け入れており、地域への貢献度は高い。医師を含む多職種で合同評価を行い、入院診療計画書とリハビリテーション総合実施計画書を作成し、患者・家族に医師がICをして同意を得ている。介護職は介護福祉士が多く在籍し、多職種カンファレンスに参加し、日々の変化を診療録に記載している。病棟専任の薬剤師を配置し、病棟配置薬の管理をしている。自宅退院患者の全例に服薬指導をしている。看護師は入院時褥瘡発生リスクを評価し、療法士と協働で褥瘡発生予防をしている。褥瘡がある場合はDESIGN-R2020で分類し、褥瘡チームと連携している。病棟に管理栄養士を専任で配置し、GLIM評価で栄養スクリーニングを実施し、低栄養患者にはNSTチームが介入している。

理学療法は基本動作能力等を評価し早期の歩行訓練を行っている。活動量計を用いて運動量を評価し、管理栄養士と協力して必要な栄養量調整をしている。作業療法はカナダ作業遂行測定評価を活用し、患者が重視する活動の遂行度や満足度を評

価しながら日常生活動作訓練をしている。言語聴覚療法は入院当日の昼食の嚥食状況を評価し食事形態を提案している。嚥下造影検査を実施し、高次脳機能障害患者には認知行動アセスメント評価を用いている。身体拘束に関するマニュアルがあり、身体拘束の必要性が予見される場合、医師が指示し、患者・家族に同意を得て実施している。退院前カンファレンスには病棟多職種以外に外部資源担当者も参加し、退院後の生活支援を計画している。退院3日後に看護師が電話連絡により患者の様子を確認している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査、調剤鑑査は確実にを行い、麻薬やハイリスク薬は適正に管理している。持参薬を入院前に鑑別し、医薬品に関する情報は遅滞なく発信している。臨床検査機能は、確実な各種検査施行体制・パニック値への対応など、適切に運用されている。画像診断機能は、質の高い画像診断の提供や患者の被ばく低減にも配慮しており、報告書の未読管理も徹底していることは高く評価できる。栄養管理機能は、年2回の嗜好調査を実施して、患者の意見を取り入れた献立の作成に努めている。リハビリテーション機能として、リハビリテーションプログラムは治療効果をモニタリングし新しい知見を取り入れて定期的に更新している。

診療情報管理機能は、診療録の量的点検を全入院患者に網羅的に実施しているほか、診療情報の二次活用や臨床指標の作成を積極的に推進している。医療機器管理機能として、臨床工学技士はME室、手術室、透析室、HCU、病棟等の業務を行い、機器管理・教育を行っている。洗浄・滅菌機能として、中央材料室はワンウェイ化で、滅菌機器の始業点検・滅菌テスト・化学的検知を適切に行い、生物学的検知も毎日行うなど、確実な滅菌の質保証に努めている。病理診断機能は、組織診・細胞診の確実な施行や報告書開封確認が行われている。

輸血・血液管理機能は、発注・保管・返却などの業務は確実に行われており、血液製剤の廃棄率の低減に努めている。手術・麻酔機能は、スケジュール管理・手術室の清潔管理は適切で、入室時・退室時の患者確認やサインイン・タイムアウト・サインアウトなどのルールを定め順守している。集中治療機能として、HCUを設置し、各診療科医師が連携体制の下、患者情報を多職種で共有しながらケアを行っている。救急医療機能は、必要に応じた対応医師の配置を行い、多くの救急搬送患者の治療を行っている。救急室運営委員会で救急車の不応需例検討を行い応需率改善に努めている。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、病院会計準則にもとづいた貸借対照表や損益計算書などの財務諸表を作成しているほか、各種経営データを多角的に分析して経営改善に取り組んでいる。医事業務は、窓口の収納業務やレセプトの作成・返戻・査定への対応、未収金への対応などを確実に実施している。施設基準を遵守する体制整備として、施設基準管理委員会が活発に活動している。委託業務の確認や契約更新手続きは総務課が担当しており、業務マニュアルに沿った運用が行われている。委託業者は、

「委託業者選定手順」で選定基準を定め、委託業務検討会議で評価している。

施設・設備管理は、建物中長期計画に沿って予算を計上することにより計画的な環境設備を行っている。医療ガス設備の定期点検の実施、医療ガス安全管理委員会の構成メンバーや開催状況は法令を準拠しており、医療ガスの安全管理研修も毎年行っている。購買管理は、SPD方式で購入から在庫管理まで一元的に行っている。また、棚卸やSPDデータより院内各部署の在庫確認も行っている。医薬品や診療材料の購入価格の適正化を図るため、ベンチマークデータを用いた価格交渉を行っている。

消防計画、BCPマニュアルを作成して年2回の防災訓練、BCP机上訓練、夜間伝達訓練などを実施しており、広域災害を想定した市の災害医療協力病院として訓練に参加している。保安業務は総務課が担当し、日中は生活保安担当として警察OBを配置し、夜間警備を業務委託として事務当直者とともに24時間体制で保安業務を行っている。

# 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	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	患者の個人情報適切に取り扱っている	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
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	S

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	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	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	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	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	A
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	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	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	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	A
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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
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	S
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	S
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	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	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を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	購買管理を適切に行っている	A
-------	---------------	---

---

4.6 病院の危機管理

---

4.6.1	災害時等の危機管理へ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
-------	---------------	---

---

## 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	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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化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

---

年間データ取得期間： 2023 年 4 月 1 日 ~ 2024 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2024 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 津田沼中央総合病院
- 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 : 千葉県習志野市谷津1-9-17

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	314	314	+10	81.5	24.5
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	314	314	+10		

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)	8	+0
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	45	-3
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	108	+0
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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 :

DPC対象病院(DPC標準病院群),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 : 5 人 2年目 : 5 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
- オーダーリングシステム  1) あり  2) なし PACS  1) あり  2) なし

