

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5月22日～5月23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

タムス浦安病院は、2019年4月に「リハビリテーションとケアに特化した病院」として開院した。「よりよい生活と豊かな人生」の実現を目指し、多職種が連携する「チーム医療」を実践することで、身体と心の回復を支援している。患者一人ひとりの人生に寄り添い、「人としての尊厳の回復」や「住み慣れた地域で自分らしく生きることができる支援」を大切にし、

回復期リハビリテーション病棟をはじめ、緩和ケア病棟や地域包括ケア病棟においても多職種が連携し、患者・家族の希望を踏まえた退院後の生活を見据えたプランを立案・実行している。医療・福祉のネットワーク形成や住民・関係機関への教育・啓発活動にも積極的に取り組んでおり、地域共生社会の実現に向けて、地域に根ざした医療・福祉の推進に力を注いでいる。療養環境にも配慮しており、清潔で広々とした病室には自然光が差し込む明るい空間が確保され、患者に安心感と快適さを提供する癒しの環境を整えている。

病院機能評価の受審は今回が2回目となるが、病院長のリーダーシップのもと、全職員が一丸となって病院機能の整備・改善に取り組んできた。教育や研修も積極的に行われており、充実した人材と高い団結力を誇っている。今後は、今回の取り組みを土台として、さらなる部門間の協力とコミュニケーションの強化を図り、地域からより一層信頼される医療機関として発展されることが期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念と基本方針を、わかりやすく親しみやすい表現で明文化し、院内外への浸透を図っている。組織運営体制としては、幹部会議を中心に、多職種による意

思決定を行っている。決定された内容は議事録としてイントラネットで共有している。組織図や職務分掌・権限規程など各種規程が整備され、業務と責任の明確化が図られている。年次事業計画は中長期計画に基づき策定され、病院全体と各部門が連動して目標設定を行い、PDCA サイクルにより継続的な改善を推進している。情報管理では、一元的な診療情報管理体制を構築し、医療の質・安全性・効率向上に資する体制を確立している。文書管理については、規程とマニュアルに基づいた統一運用を実施している。

法定人員に加えて病院の機能・業務量に応じた適正配置を実施している。労働環境面では、離職率や勤務状況のデータをもとに勤務形態の柔軟化や働きやすい環境づくりに取り組んでいる。労務管理では、就業規則や給与規程の整備、36協定の適切な締結、労務管理システムによる勤怠把握を行い、健全な就労環境の維持に努めている。安全衛生面では、定期健診や職場巡視、感染対策、院内暴力対応などを徹底し、メンタルヘルス支援体制も整備している。職員満足度調査や現場ヒアリングを通じて意見を反映した運営を行い、福利厚生の実施にも取り組んでいる。

教育面では、全職員を対象とした年間教育計画を教育委員会が中心となって策定・実施している。職務レベルや専門性向上を目的とした院外研修も奨励しており、費用補助の仕組みも整備されている。職種別教育では、ラダープログラムとフィードバック体制を整備し、成長支援を行っている。外部研修や自己啓発への支援も手厚く、大学院進学や講演会、OJT 指導など学びを継続できる環境を提供している。併設の千葉大学病院浦安リハビリ教育センターでは、先進的教育を通じた人材育成を推進している。初期研修では、職員の自立を段階的に支援。プリセプター研修を通じて教育者の育成も行い、「共に育ち、共に成長する」文化を醸成している。医学生・看護師・療法士などの実習も積極的に受け入れ、指導体制や倫理教育、安全管理を徹底。特に千葉大学医学部との連携実習では、多職種連携と全人的医療を体験できる貴重な学びを提供しており、高く評価できる。

3. 患者中心の医療

「患者様の権利と責務」を明文化し、外来・病棟への掲示や入院案内、ホームページを通じて周知している。職員にはポケットマニュアルや e-learning で内容を浸透させている。説明と同意に関するルールを明文化し、同意の範囲や様式、説明時の同席体制などを整えている。看護師が説明に同席し、患者の理解や反応を確認する体制をとっている。主要疾患の説明にはわかりやすい表現を使用し、セカンドオピニオンにも対応可能な運用を確保している。治療方針は患者の意向を踏まえ、「IC 前カンファレンス」や「2 週間カンファレンス」にて多職種で検討している。個別パンフレットも作成し、視覚的にもわかりやすい説明を行っている。1階情報コーナーでは疾患や薬剤の資料を提供し、患者・家族の理解を支援している。患者支援では、医療制度、経済的課題、介護、退院支援など、多様な相談に対応している。行政や地域の関係機関と連携し、包括的な支援体制を整えている。退院後を見据えた支援や在宅医療との連携も積極的に行っている。また、高次脳機能障害に対する支援では、多職種チームによる評価・治療・就労支援などを実施し、先進機器

も活用している。「動く・食べる・生きる支援」プログラムを通じて、患者の自助・互助・地域との共生を支える実践が行われている。個人情報保護の取り組みも徹底している。

倫理面では、マニュアルと指針を整備し、臨床倫理の観点からカンファレンスを通じて日常的な課題を検討している。2024年度は19回の倫理カンファレンスを実施し、組織的な支援体制のもとで迅速な対応が行われている。特に、高次脳機能障害による問題行動への対応では、症状理解と生活支援を組み合わせた支援を行い、効果的な介入を確認している。すべての利用者が安全・快適に施設を利用できるよう、多方面にわたる環境整備を行っている。院内にはコンビニや無料Wi-Fi、訪問理美容、給茶器、郵便受取サービス、アメニティセットの提供など、入院生活を快適にする支援を整備している。病棟は整理整頓され清潔感があり、装飾物や季節行事、コンサート、夏祭りなど、職員の創意工夫とチームワークにより、「人にやさしい病院づくり」が実現されており、癒しの環境形成に貢献している。敷地内全面禁煙を徹底し、掲示やポスター、禁煙外来、教育プログラムを通じた啓発も推進している。

4. 医療の質

医療の質の向上を目指し、業務改善委員会を毎月開催して業務の標準化や安全性・効率の改善に取り組んでいる。また、職員や部署からの改善提案の活性化にも力を入れている。多職種による症例検討会を毎週開催し、新規入退院患者や急変事例について短時間で多くの症例を検討している。回復期病棟ではデスカンファレンスを通じて看取りの質を向上させており、ICFシートや退院支援パス、多職種ケア計画などを導入している。臨床指標（FIM、褥瘡、在宅復帰率など）はホームページで公開し、質指標として活用している。クリニカル・パスについては、現在は退院支援パスの運用に限られており、今後は他分野にも拡充し、パス委員会の設置やバリエーション分析の導入が期待される。患者・家族からの声を医療サービス向上に活かすため、意見箱や問い合わせ窓口、患者満足度調査を通じて意見を収集している。特に、患者相談窓口での内容は、患者サポートカンファレンスで対応を検討し、掲示やファイリングによる透明な対応を実施している。新たな医療技術や診療科の導入については、倫理委員会での議論を経て適切に実施している。2024年には「重度認知症患者デイケア」を開設した実績があり、臨床研究の実施にも倫理的手続きを取っている。使用技術に関しては、導入前に職員向け説明会を行う体制を整えている。

責任体制の明確化として、病棟には看護責任者や担当職員の氏名を表示し、患者のスケジュールも明示している。職員の役割分担や管理体制は看護規定等に記載し、業務の標準化を図っている。診療記録は全職種が電子カルテを用いて共通ルールに基づき記載している。医師・看護師・療法士ごとに質的点検を定期的実施しており、フィードバックを通じて記録の質を担保している。2週間カンファレンス、退院支援カンファレンス、褥瘡やNST委員会などを定期的開催し、患者の治療・ケア方針を共有している。各専門職が役割を果たしながら連携の中で治療の質

を高めており、地域や在宅医療との連携も含めて多職種協働体制は高く評価できる。

5. 医療安全

医療安全管理室の室長には副院長を任命し、医療安全管理責任者としての役割と院長代行権限を明確化している。薬剤・医療機器・放射線の各安全管理責任者を配置し、各領域での管理体制を整備している。医療安全管理委員会の下部組織としてリスクマネージャー委員会を設置し、日常的なリスクの洗い出しや対策立案を実施している。医療安全指針・マニュアルも整備し、必要に応じて改訂を行いながら運用している。インシデント・アクシデント報告は医療安全管理室で集約・分析し、3b以上の重大事故は即時に報告され、分析している。結果は医療安全委員会を通じて各部署へ共有し、医療安全ニュースやイントラネットでも周知している。毎月の医療安全ラウンドで環境チェックを行い、対策の実施状況を確認。特に転倒防止については、ADL表を活用して患者のリスクに応じた個別対策を行い、全職員で情報を共有している。医療事故発生時には、マニュアルに沿って迅速・適切に対応する体制を整備している。

患者確認の徹底も図っており、リハビリ、処置、検査、投薬等の場面では、氏名・生年月日による本人確認を行い、名乗れない患者についてもリストバンドを活用して誤認を防止している。薬剤投与では6R（正しい患者・薬・用量・方法・時間・記録）を厳守している。医師の指示はマニュアルに基づき、原則として口頭指示を禁止している。緊急時は口頭指示確認用紙を使用し、後に医師が入力する運用を徹底している。検査結果は速やかに担当医師・看護師へ電話報告し、対応の迅速化を図っている。ハイリスク薬については医療安全ポケットマニュアルに注意点を明記し、特定薬剤は薬剤科にてプレフィルドシリンジで管理し、使用時には注意札を添付して安全性を確保している。転倒・転落リスクは全入院患者に対して評価し、センサーの導入や環境調整などの対策を実施。評価は入院時や状態変化時に繰り返し行われ、理学療法士との協働によりADL設定が行われている。医療機器の安全管理については、中央管理と定期点検を徹底しており、使用時には始業前・使用中・終業後のチェック体制がある。急変対応に備えた「コードブルー」の運用も整備されており、館内放送と救急カートの点検体制が機能している。BLS研修は全職員対象に毎年実施し、医療安全マニュアルに基づいた対応力の向上に努めている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染を防止するため、組織的かつ多職種連携による感染対策体制を整備している。感染対策委員会は、医師を委員長として、看護師や薬剤師など多職種で構成されており、毎月定期的に行っている。病院管理者も委員会に参加し、感染対策を経営レベルで支えている。実動部隊としてのICT（感染対策チーム）は毎週院内ラウンドを実施し、現場レベルでの感染対策の実施状況を確認している。感染症発生時にはイントラネットを通じて全職員に迅速に情報を共有し、即時対応を行っている。感染対策指針・マニュアルは2019年に策定し、2025年に改訂されてお

り、最新の知見を踏まえて体制整備を図っている。ICTは検出された菌や抗菌薬使用状況を把握し、毎月の委員会で報告・検討している。これらのデータは薬事委員会でも活用し、抗菌薬の採用や使用制限などの対応につなげている。薬剤師はアンチバイオグラムを作成し、適正使用を促進。14日以上長期使用に対しては、薬剤科が医師に継続の妥当性を確認する体制となっている。感染症に関して判断が難しいケースでは、近隣の専門医療機関（東京ベイ浦安市川医療センター）に相談できる連携体制も整っている。

環境面では、手洗い場へのポスター掲示や手指消毒剤の配置・携帯推奨、個室対応の徹底など、現場での感染対策を徹底している。PPE（個人防護具）の適正な使用についても視覚的表示と必要物品の整備を行い、誰もがすぐに対応できる環境を確保している。廃棄物の回収には専用のリフトを使用し、交差汚染を防止している。感染対策の教育にも力を入れており、年2回の感染対策研修をWEB形式で開催しており、出席率は100%である。手指消毒剤の使用量モニタリングも実施している。

7. 地域への情報発信と連携

地域住民や関係機関への情報発信を組織的に行うため、広報体制を整備し、情報の一元管理とタイムリーな発信に努めている。病院の機能やサービスは、広報誌やホームページ、インスタグラム、地域向けガイドブックなど多様な媒体でわかりやすく紹介している。これら広報活動は、カスタマーサービス委員会の下部組織である広報委員会が中心となり活動している。また、地域連携室を中心に、地域医療機関や介護・福祉サービスとの連携体制を整備し、地域医療連携ネットワークシステムを活用して緊急入院対応や在宅復帰支援、退院後の継続リハビリを含む後方支援に注力している。「顔の見える関係づくり」を重視し、月200件以上の訪問活動を通じて多職種との信頼関係を構築している。地域包括ケアネットワークの形成に寄与しており、「地域共生社会の実現」に向けた先進的な連携モデルとして高く評価できる。

地域住民の健康意識向上と医療理解の促進を目的とした教育・啓発活動を積極的に展開している。健康教室やセミナー、市役所や地域団体からの依頼による出前講座などを実施し、生活習慣病や認知症、高次脳機能障害への理解促進に努めている。地域との交流の場として「タム浦café」や市民まつりへの参加を通じ、相談窓口としての役割も果たすとともに、地域専門職向けにはリハビリ研修会を定期開催している。順天堂大学医学部附属浦安病院や浦安市、浦安市医師会と共催する市民公開講座も実施しており、地域に根差した実効性と先進性のある取り組みとして高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診・紹介患者が円滑に診察を受けられる体制を整備している。外来は予約制を基本とし、2024年には浦安市初の重度認知症デイケアを開設している。転院相談には地域連携室が対応し、多職種で入院可否を判定して平均10日以内に入院でき

る体制である。入院時には多職種で診療計画を策定・説明し、リスク評価・個別ケア計画を作成して2週間ごとの多職種カンファレンスで見直している。FIM評価やICFシートを活用し、リハビリ計画も月ごとに更新している。医師は8名体制で、主に回復期リハ病棟を4名が担当し、週1回の装具カンファレンスや病棟回診を行っている。看護・介護は業務基準に沿い、電子カルテで可視化された個別ケアを提供し、専門性を発揮した質の高いケアを提供している。医療ソーシャルワーカーは月2,400件以上の相談に対応し、退院支援や生活課題の調整を担っている。

薬剤師は持参薬を確認して配薬カートで管理し、退院支援カンファレンスへも参加しており、服薬指導も実施している。看護師は6Rを遵守して与薬している。中心静脈栄養は薬剤師がクリーンベンチで調製している。入院時に全患者に対して褥瘡リスク評価を実施し、多職種で予防対応して適切に管理している。管理栄養士は病棟配置であり、栄養スクリーニング、ミールラウンド、嚥下評価・管理、退院支援も実施している。NRSで痛み評価し、変化時は主治医と連携している。理学療法士は入院時から評価・訓練、装具選定、歩行評価、機器活用を実施している。先進機器や補助具も充実し、歩行状態はタブレットで記録・供覧している。作業療法士は、他職種と共に生活場面へ介入し、家屋調査や外出訓練、調理訓練、運転支援も実施している。復職支援にも注力し、高次脳機能障害への対応も充実している。言語聴覚士は、医師の指示で嚥下・高次脳・認知・運転能力を評価している。運転支援では運転シミュレータに加え、指定教習所と連携して実車評価も行っている。いずれも高く評価できる。身体拘束適正化については委員会で取り組み、拘束率も改善しており、ミトン使用削減やレクリエーションで拘束予防に努力している。退院前カンファや家屋調査・介護指導も徹底し、外来・訪問サービスと連携した継続的支援体制を整備している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、「薬局業務マニュアル」に基づき処方・調剤鑑査や疑義照会を行っている。注射薬は1施用ごとに払い出し、医薬品採用は薬事委員会で審議のうえ、原則「一増一減」とし、処方頻度に応じて見直している。医薬品集は電子カルテ上で閲覧可能で毎年改訂しており、月1回の「DIニュース」でハイリスク薬情報も発信している。取り違え防止の表示や監視カメラの設置、薬剤師不在時の入室記録など、安全管理も徹底している。臨床検査については、インフルエンザ・COVID-19・CD毒素・尿定性は院内で対応可能であり、その他の検査は外注している。緊急検査は4時間、通常は24時間で結果を受け取り、パニック値は医師に電話報告し、FAXを手渡ししている。画像診断については、放射線科医師1名、診療放射線技師2名が勤務し、X線、CT、透視検査が可能である。CT画像はすべて放射線科医師が読影している。病院給食はクックチル方式による衛生的な調理環境を整備している。個別対応も行い、嗜好調査は年2回実施し、改善策を法人本部に報告し、メニューの改善に役立てている。衛生管理マニュアルに基づく手洗いや職員健康管理を徹底している。リハビリは365日提供し、平均7.5単位以上を実施している。医師・療法士・看護師・介護士・医療ソーシャルワーカーが情報を共有し、退院支援

会議やリハケア会議で多職種連携を図っている。また入院患者カンファレンスで訓練の妥当性やリスク管理を検討している。リハビリ研修会や講演会、大学病院との連携による高次脳機能障害や認知症の対応、研究発表や論文掲載等、質の高いリハビリを提供している。

患者情報は固有 ID で一元管理し、電子カルテで迅速な検索が可能である。不完全な記録への点検体制も整備し、標準コードによるコーディングで統計や臨床研究に活用可能な仕組みとなっている。医療機器安全管理責任者は放射線技師が担い、輸液ポンプや人工呼吸器などの機器を一元管理。使用前・使用中の点検はルール化され、点検記録も保管している。機器不具合には臨床工学技士が対応し、定期点検・保守も実施している。消毒・滅菌は、鋼製小物のみの使用で、一次洗浄は防護具を装着して汚物室で実施し、滅菌業務は外部委託している。滅菌物は中央で保管・管理し、品質保証の記録も保存している。

10. 組織・施設の管理

前年度の実績および年間経営方針に基づき、各部門の意見を反映させた予算書を法人本部と連携して策定し、理事会の承認を経て運用している。会計業務は法人本部経理部が統括し、財務諸表は病院会計準則に則り適正に作成している。月次損益計算書は院内システムで共有され、各部署や経営層がリアルタイムに収支状況を確認・分析できる体制が整っている。窓口・収納業務は日常的に適正処理され、未収金は月次リストによる分析と督促対応を実施している。レセプトは医事職員と医師の二重点検に加え、支援ソフトの活用により精度を高めている。返戻・査定に対しては会議を通じて内容の検討と再審査請求を行い、関連データは法人本部とも共有し、経営改善に活用している。施設基準も掲示・管理表により定期点検を実施している。委託業者とは、法人本部調達課と連携のうえ契約・見直しを行い、医療サービスマーク認定業者の利用を基本としている。サービスの実施は総務課が検収し、業務の質を検討して院内研修にも業者が参加できる体制を整えている。

環境整備においては、日常点検および計画的な保守を実施し、医療ガスの法定点検も記録を整備して実施している。清掃管理や廃棄物処理も適切に行い、感染性廃棄物は施錠管理し、産業廃棄物のマニフェスト管理も徹底している。物品購入では価格と品質を比較し、用途に精通した担当者が他院情報も参考に妥当な判断を行っている。発注から納品までのプロセスを整備し、検収と発注を分離して内部牽制を確保している。防災体制としては、防災マニュアル・災害対策マニュアルを整備し、全職員に周知している。防災委員会主導で防災訓練を実施し、水防計画も含めた消防計画も策定している。自家発電装置を設置し、定期点検を実施している。また、医薬品や食料品など非常時備蓄を3日分確保している。保安体制では、休日・夜間も含めた事務管理当直者を配置し、緊急時対応や連絡体制を整備している。入退室管理、夜間施錠手順の明記、防犯カメラによる常時監視体制を確立している。

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	S
1.1.5	患者の個人情報を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	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
1.3.3	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	B
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	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	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	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	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	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	S
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	S
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	S
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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	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	S
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	
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	S
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
-------	---------------	---

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： 2025 年 2 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 医療法人社団城東桐和会 タムス浦安病院
- 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 : 千葉県浦安市高洲7-2-32

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	109	109	+0	93.4	51.8
療養病床	90	90	+0	99	82.6
医療保険適用	90	90	+0	99	82.6
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	199	199	+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	134	+0
地域包括ケア病床	44	+0
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	21	+0
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: 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

