

## 総括

### ■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」及び副機能種別「一般病院 1」・「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 15 日～9 月 16 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	慢性期病院	認定
機能種別	一般病院 1（副）	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 慢性期病院  
該当する項目はありません。
- ・機能種別 一般病院 1（副）  
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

貴院は医療の公益性の確保と地域の多様なニーズに応えるために平成 25 年 4 月、規模・経営形態・歴史の異なる 3 病院が統合し「一般財団法人とちぎメディカルセンターとちのき」として設立された。

回復期から慢性期の対応を主な役割として地域に貢献しており、その後も療養病床の増床、緩和ケア病棟の導入などより役割にふさわしい病院への転換を図ってきた。切れ目のない地域完結型医療の提供のため、急性期病院、地域医師会、福祉関係施設などと連携し、地域包括ケアシステムの中核を担うことを目指している。このような取り組みは地域から多大な期待を集めており、また、それに応えるべく職員一丸となって医療の質の向上に努力されている。本報告書がその継続的な取り組みの一助になれば幸いである。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

理念は分かりやすい表現で明文化されており、基本方針は最近法人内の病院との共通版から自院の独自版への改定を行い、より自院の基本方針を鮮明にされた。これまで病院の機能を慢性期医療・回復期医療中心の病院への転換を進めてきたが、病院幹部のリーダーシップと職員の取り組みによって成し遂げられている。意思決定会議である「経営会議」と執行組織である「施設運営会議」は定例開催され、それぞれ機能している。なお、病院の中・長期計画を策定することが期待される。情報管理および文書管理は明確な方針と基準があり適切である。

人材の確保は、慢性期医療と回復期医療を中心に担う病院として努力をされている。労務諸規程は整備され、就労管理が適切に行われている。職員が安心して就労できるような安全衛生管理がなされ、職員のメンタル不全時の復職プログラムも整備されている。魅力ある職場づくりのために定期的な上司面談において、職員の要望を把握する仕組みがあり、託児所が設けられているなど福利厚生も整備されている。

必要な教育・研修計画が立案され、病院の理念に沿った人材育成に寄与するための院内外の研修が実践されている。また、職員の能力評価・能力開発に向けた各職種の人事評価制度が機能しており、適切である。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、病院ホームページ、入院案内等で周知している。セカンドオピニオン、DNAR、患者の意思確認ができない場合の指針などが明文化されているが、説明と同意については説明と同意を求める範囲を明確にし、承諾書や同意書は患者・家族が分かりやすいよう書式を見直されると良い。多職種カンファレンスが行われ、入院診療計画書が作成されている。また、患者が相談しやすいように相談窓口が明示され、社会福祉士が相談に応じている。個人情報に関する規程が整備され、開示物等により患者に周知しており、職員への研修も行われている。

倫理的課題については、倫理委員会が設置され方針が整備されており、各部署で解決できない倫理課題の共有と検討が行われている。倫理教育や研修を強化し、職員の倫理感性をさらに高めることが期待される。

駐車場の整備や品揃え豊富な売店が設置されており、患者の利便性に配慮されている。院内はバリアフリーであり、車椅子での移動がしやすいよう整備されている。食堂・談話室があり、手摺りも適切に設置されている。デイルームはゆとりがあり、清掃が行き届いた病室、介助者が一緒にケアできる広さのあるトイレ、温度管理ができる機械浴室が整備されている。機械浴は患者のADLに応じて実施できるよう検討が期待される。敷地内禁煙の方針を明確にして徹底している。

## 4. 医療の質

患者意見箱の設置と患者アンケートを実施し、改善策を遂行している。診療の質の向上に向けて診療方針は関連する学会のガイドラインに準拠して診療が行われており、自院で診断・治療が困難な症例は、法人内の医療機関に紹介している。診療

の業務改善のため、医師事務作業補助者の拡充、病棟クラークの配置などを行っている。また、病院機能評価の受審にあたり、院内に担当委員会を立ち上げ改善に努めてきた。新たな診療・治療方法や技術の導入については、倫理委員会での審議や研修等の手順を整備されると良い。

病棟、外来における主治医、診療科の責任者、病棟看護責任者は明確であり、主治医不在時の代行や緊急連絡先も職員に周知されている。患者・家族へは主治医、担当看護師、療法士等が紹介され、ベッドネームに表記されている。診療録記載マニュアルが作成され、回診時の所見の記載は的確に行われている。入院時診療録の記載の充実と診療録の質的点検の実施が望まれる。入院時から、NST、褥瘡対策、ICT、医療安全、排尿自立支援、退院支援など、必要に応じて多職種から構成された専門チームが患者の情報共有をして診療・ケアを行っている。患者の病態や患者・家族の意向を踏まえた方向性などについて多職種で検討されており、多職種や部門間の連携も十分に行われている。

## 5. 医療安全

院長直属の医療安全管理部、医療安全推進室が設置され、医療安全、医薬品、医療機器等、各管理責任者が任命されている。各安全管理者の役割や院長不在時の権限委譲体制も明確である。医療安全に関する情報はレポートとして全職種から提出され集計と分類はされているが、今後は客観的なツールを用いるなど再発防止に向けた分析が期待される。

患者誤認防止のため、フルネームでの呼称、生年月日、バーコード、リストバンドで確認をしている。誤接続防止シリンジが導入され、チューブ類の管理やトラブル防止手順がある。医師の指示出しはオーダーリングシステムで行われ、指示受けも明確になされている。入院時には持参薬の鑑別が行われ、結果は主治医に報告され、継続・中止の指示がなされている。薬剤の重複投与、相互作用の確認が行われている。転倒・転落防止のため、入院時に全患者に対して転倒・転落のリスク評価が行われている。マニュアルが整備されており、転倒・転落発生時や防止に関するフローチャートにより対応が一目で分かるように工夫されている。医療機器はマニュアル則って、適切に点検を行い使用されている。

患者急変時のハリーコール、院内暴力のコードホワイトなどの院内緊急コードの仕組みがあり、対応マニュアルが整備されており適切である。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会（ICC）が毎月開催され、委員会構成員も適切である。感染制御チーム（ICT）が設置され、院内ラウンドが毎週実施され、記録もされている。ラウンドの結果、週間レポート、抗菌薬使用報告、検出細菌種についてはICC、ICTに報告されている。また、院内分離菌の菌種別、抗菌感受性も把握され、ICC、ICTに報告されている。各種サーベイランスの結果などもICCに報告される仕組みとなっている。

感染予防対策マニュアルが整備され、ICT ラウンドにより、標準予防策の遵守、経路別予防策の実施、手指衛生の徹底などの状況を確認し、指導している。汚染物等の取り扱いについては、マニュアルに準拠した適切な対応が望まれる。抗菌薬は適正使用基準が定められ周知されており、ICT のラウンド時に抗菌薬ラウンドが行われている。

## 7. 地域への情報発信と連携

法人発行の広報誌にて自院の診療内容・医療サービス情報を患者や医療関連施設等に発信している。法人内の急性期病院だけでなく、近隣大学病院や地域一般急性期病院からの紹介入院も積極的に受け入れている。また、空床状況の情報提供なども行っている。在宅後方支援病院として、医師会や老人保健施設との連携に努め、ニーズに応じて在宅からの入院の受け入れを行っている。地域の医療関連施設等の状況の把握もされている。

地域に向けて「市民公開講座」を毎月開催しており、毎回 40 名以上の地域住民が参加している。さらに、リハビリテーション職員らが定期的に感染対策、認知症、脳卒中などの講演を行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来に総合案内を設置し、患者が円滑に受診できる体制となっているが、患者の待ち時間調査の実施を期待したい。初診時の情報は、患者・家族が記載した初診問診票、診療情報提供書およびお薬手帳などを活用して収集している。侵襲を伴う検査の説明と同意書には説明すべきリスクや合併症などの記載を充実するよう見直しが望まれる。入院の決定は、多職種による入院判定会議で可否が検討されている。診療計画は、患者の病態・病状評価、検査所見、診療情報提供書等から検討し診療方針が決められている。また、診療計画と連携した診療計画が作成されている。入院時より地域医療連携室の社会福祉士が関わり、多種多様な相談に対応しており、患者・家族の意向を確認し早期から在宅療養支援に関わっている。

主治医は適切な頻度で回診を行い、病状を迅速に診療録に記載している。看護管理基準、看護基準、看護手順に看護・介護の役割分担や業務内容が明記されているが、介護福祉士の専門性を踏まえた役割を明確にすると良い。注射は患者本人を確認し実施しており、内服薬は 1 包化され 6R で実施され対面服薬実施により、飲み込みまで確認している。輸血の実施にあたっては指針が遵守され、安全に行われている。重症患者の管理は個室にて観察・ケアを行うよう対応しており、褥瘡治療はフローチャートをもとに褥瘡計画書が作成されケアにあたっている。症状緩和に関する方針や手順が整備され、入院中の患者の栄養状態を評価し、NST が関与している。慢性期のリハビリテーションは摂食・嚥下機能の診断、評価をチーム医療として行っている。身体抑制については、回避・軽減・解除に向けて毎日カンファレンスが行われているが、解除基準の整備が望まれる。ターミナルステージの定義があり、判断は医師が行っている。終末期ケアは多職種で検討され、ケア計画を立案してケアを行い、逝去時の対応基準も整備されている。

＜副機能：一般病院１＞

看護師が予診や待合患者の観察を行っている。円滑な受診に向けて患者の待ち時間調査の実施を期待したい。在宅療養後方支援病院の指定を受け、地域の患者の受け入れを行っている。外来診療において、糖尿病の指導などを行っている。同一法人内の急性期病院と介護老人保健施設と強い連携を保ち、さらに大学附属病院との連携も行っている。患者の受け入れに際しては地域連携室が中心となり、情報収集と返信に関しても把握がされている。高度の治療を必要とする場合には、地域医療連携室を通じて、法人内の急性期病院などに紹介し、転院治療を依頼している。患者・家族の意向を十分に把握し、治療方針を決定している。

医師は適宜面談を行い、病状の説明を患者・家族に行っている。また、多職種参加の定期的な病棟カンファレンスにおいて、患者の病状や治療方針について情報共有を図っている。看護部では看護基準を作成し、基準に沿ったケアを実践している。入院時に患者・家族の心理的ニーズや社会的ニーズを把握し、看護計画の立案に反映している。重症患者はスタッフステーション近くの個室でケアを行っている。輸血に関しては、医師が必要と判断した場合に決定し、患者・家族に説明の上で同意を得て実施している。入院時に褥瘡の評価と栄養状態の評価を行い、多職種と連携してケアを行っている。医師によるリハビリテーション指示は、リスク評価や中止基準についての記載の充実が望まれる。ターミナルステージの患者への対応は、緩和ケアチームが中心に行っており、手順も明確である。

＜副機能：リハビリテーション病院＞

ホームページや院内掲示により受診に必要な情報案内がされている。回復期リハビリテーション病棟への入院が難しいと判断された場合には一旦一般病棟で受け入れて、状態把握を行い、再判定することになっている。通院リハビリテーションは大腿骨骨折患者のみとなり、少数ではあるが適切に対応している。説明と同意を必要とする「侵襲的検査」については、病院として説明と同意を得る範囲を定め、説明内容の充実を図るよう検討が期待される。回復期リハビリテーション病棟の入院患者は、脳卒中の患者は大学病院から紹介され、大腿骨骨折の患者は法人内の急性期病院から受け入れており、紹介元病院からの診療情報は地域連携室の看護師が一元管理している。リハビリテーション療法士と看護師中心の朝のケースカンファレンスでADL変更や目標設定・変更などが行われている。リハビリテーション総合実施計画書の作成は、多職種が作成に参画し、情報共有をすることが望まれる。

医師による回診が適切に行われている。病棟では看護師とリハビリテーション療法士の協働が適切に行われている。脳卒中リハビリテーション認定看護師も配置され、チームナーシングによるケアがなされている。内服薬は原則的に一包化されており、ネームバンドで患者氏名を確認して投薬している。管理栄養士は通常の栄養評価に加えて、回復期リハビリテーション病棟独自の栄養評価により患者の栄養管理を行っている。STとともに全患者の食事観察を毎日行い、適切な栄養摂取・食事形態を検討して提供している。また、リハビリテーション訓練後の回復を促進させるための取り組みを行っているなど、栄養管理機能は高く評価される。

回復期リハビリテーション病棟を退院後の在宅復帰患者の調査や、同法人内の訪問看護・訪問リハビリテーション等の利用者の情報共有やカンファレンスなどを行い、退院後の患者のフォローアップ体制の構築を期待したい。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤機能は、1 施用ごとの払い出しとしており、日曜祝日も薬剤師が勤務し対応している。処方箋出力後、処方鑑査が行われ、調剤鑑査は他薬剤師により行われている。検査機能は精度管理を重視して適切に運営している。画像診断は、遠隔画像診断で外部の医療機関に依頼するなど適切に対応している。栄養管理機能は適時・適温の給食が提供され、患者の特性や嗜好に応じた個別対応の提供を重視している。リハビリテーション機能は療養病棟入院患者に対しても必要なリハビリテーションが実施されているが、リハビリテーション処方箋が発行されていないため、作成が望まれる。診療情報管理機能では、疾病コーディング情報は経営的視点からもその活用を期待したい。医療機器の管理は、臨床工学技士が関与しながら各部署と協働して適切に管理している。洗浄・滅菌機能はリコール規程が整備されており、既滅菌物の保管管理を含め適切である。

輸血・血液管理機能は、必要な血液は検査科からその都度迅速に供給され、血液型・交差試験・不規則抗体は院内で実施され、その過程も適切である。救急医療機能は、応需不能例はその理由を確認し、検討している。虐待対応マニュアルが整備され周知されている。

## 10. 組織・施設の管理

財務諸表が作成され、年次予算および月次予算作成され、月次決算がなされている。外部の監査法人による会計監査の仕組みもあり、経営会議で経営状況の把握を行っている。医事業務の手順は確立しており、未収金の発生防止にも努め、状況も毎月把握されている。レセプトは医師の関与のもと適切に作成されている。業務の委託は、原則毎年更新制の方針のもと、評価選定基準に基づき業務内容や価格などを考慮し、公正に業者

選定がなされている。施設・設備管理、物品管理も良好である。

法人統一のBCPの策定と大規模災害の対応体制が整備され、職員の安否確認システムが導入されている。また、防災マニュアルが作成され、火災時を想定した防災訓練も適切に実施されている。水・非常食糧などの備蓄は3日分が確保され、保管状況も適切である。保安業務は適切な体制と業務内容が整備されている。紛争化の恐れがある事案が発生した場合は速やかに状況が掌握でき、対応できる仕組みがあり、医療事故等に適切に対応している。

## 11. 臨床研修、学生実習

看護学生、各療法士等の受け入れが行われており、カリキュラムに基づき適切な受け入れが行われている。個人情報保護や実習中の事故発生時の対応について、学校側との各種取り決めもなされている。

# 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	B
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	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	B
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	B

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	B
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	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	B
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	B
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	B
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	診療計画と連携したケア計画を作成している	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	B
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	B
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	B
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	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	B
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	B
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	A
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	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	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	B
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	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	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：一般病院 1（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	B
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A
2.2.3	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	B
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	NA
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	B

2.2.20	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	ターミナルステージへの対応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	B
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	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	S
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	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	B

年間データ取得期間： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2020 年 6 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：一般財団法人とちぎメディカルセンター とちぎメディカルセンターとちのき

I-1-2 機能種別：慢性期病院、一般病院1(副機能)、リハビリテーション病院(副機能)

I-1-3 開設者：公益法人

I-1-4 所在地：栃木県栃木市大町39-5

## 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	128	128	+14	79.65	24.29
療養病床	122	122	+36	87.83	151.42
医療保険適用	122	122	+36	87.83	151.42
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	250	250	+50		

## 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	26	+0
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	36	+0
地域包括ケア病床	36	+0
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	14	+14
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

	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)	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	230.09	244.70	264.01	94.03	92.69
1日あたり外来初診患者数	22.20	24.63	26.85	90.13	91.73
新患率	9.65	10.07	10.17		
1日あたり入院患者数	209.67	179.46	159.27	116.83	112.68
1日あたり新入院患者数	3.93	3.92	3.45	100.26	113.62