

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 10 月 26 日～10 月 27 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
------	--------	----

■ 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。

1. 病院の特色

栃木県の宇都宮保健医療圏に位置する、がんの専門病院である。1986 年に開院以来、栃木県のがん診療の中核として、診断から治療、緩和ケアまでを担っている。2007 年に栃木県がん診療連携拠点病院の指定を受け、2016 年にはがんゲノム医療連携病院に指定、2021 年にはバイオバンクセンターを開設するなど、病院の機能向上に努めている。また、県や医師会、県内のがん診療連携拠点病院等と連携し、栃木県のがん医療の推進、診療の質の向上、緩和ケアの推進などに取り組んでいる。2016 年には法人形態を地方独立行政法人に改組した。

病院運営については、理事長、病院長以下病院幹部の優れたリーダーシップが病院全体に行き渡り、全職員が力を併せて医療の質向上と最新のがん医療の提供に取り組んでいる。病院建物については、2002 年にフルオープン以来年数を経ているが、所要の改修等により必要な機能を発揮している。

貴院は、初回認定から継続的に受審している。今後も継続して質改善に取り組み、貴院の理念に掲げる「学問に裏付けられた最高の技術を愛の心で県民の皆様に提供します」の実践に取り組まれない。今回の受審が貴院の今後の発展に少しでも役立てば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

県民に対して分かりやすく理念を明文化し、患者の権利の尊重など 5 項目の基本方針を定め、院内外に周知している。組織図・組織規程等を定め、幹部・役職者の選任プロセスは明確である。栃木県がん診療連携拠点病院としての役割・機能を中期計画などで明文化し、職員が一丸となって取り組んでいる。病院長・幹部職員は

面談などを通じた課題解決や職員の就労意欲を高めるための表彰制度等を継続的に
行っており、高く評価したい。医療情報システムで院内の情報を統合し、医療の
質、安全、効率化などに活用している。文書管理規程を作成しているが、各部門文
書の作成・承認・改訂履歴の管理の仕組みの構築など、さらなる充実を期待した
い。

病院の機能に見合った人材を採用し、医療法や施設基準に沿った人員を確保して
いる。人事・労務管理に必要な就業規則等を整備し、法令に基づいた安全衛生管理
体制を取っている。職員満足度調査から課題・要望の把握を行い、魅力的な職場作
りに努めている。

院内の教育研修については研修センターが一元管理を担い、医療安全、感染など
の研修はおおむね良好である。各職種に応じた業績評価を実施し、面談等を通して
職員の能力開発やモチベーションの向上に取り組んでいる。初期研修は看護、薬
剤、臨床検査部門ほか多くの職種でカリキュラムに沿って実践している。実習生に
についても多くの職種を受け入れており、必要な事前オリエンテーションを行って
いる。

3. 患者中心の医療

患者さんの権利と責任は、3 項目の権利と 3 項目の責任を明文化し、カルテ開示
やセカンドオピニオンなど権利擁護は適切である。説明と同意については、患者の
理解確認、説明文書の事前登録、セカンドオピニオン等を行っている。がんの種類
別パンフレットや患者用クリニカル・パスを活用し、情報提供・患者支援を行って
いる。患者総合支援センター・がん相談支援センターに相談窓口を一元化し、がん
相談や就労支援相談などに対応している。個人情報保護に関する規程を定め、診療
情報の取り扱いや診療面での配慮を適切に行っている。学会認定を持つ倫理コンサ
ルテーションクルー構成員が他施設からの相談にも対応しており、臨床倫理的課題
への対応体制、地域への貢献は秀でている。

施設・設備は、生活延長上のサービスが利用でき、高齢者・障害者への配慮が適
切な構造である。患者にとって快適な療養環境を整備し、安全性や患者のプライバ
シーにも配慮している。病棟等で日々起こる倫理的課題を把握し、多職種による倫
理カンファレンスにおいて、倫理コンサルテーションクルーの支援を受けながら検
討している。敷地内全面禁煙で、患者や職員への禁煙教育は適切である。

4. 医療の質

業務改善活動は、アメニティ・患者サービス委員会が主に取り組み、患者・職員
満足度調査を実施し、立入り検査等にも適切に対応している。新型コロナウイルス
感染症蔓延に対して早期から県・医師会・消防と密なる連携を構築したことは特筆
される。全死亡症例スクリーニングを実施し、がん登録やDPC 分析による臨床指標
を公表し医療の質向上を図っている。クリニカル・パスも前回受審時に比し種類・
運用率ともに微増している。患者・家族からの意見・要望は、投書箱や患者満足度
調査で行っている。新たな治療方法や技術導入の安全性や倫理的課題は、臨床研究

審査委員会や医薬品適応外使用判定会議で審議・承認される仕組みを整備している。

病棟責任者の医師、病棟師長、病棟薬剤師をそれぞれ明確にし、スタッフステーション前に掲示しているが、掲示方法を工夫するとさらに良い。診療録および看護記録記載指針に準じて必要な情報を適時・適正に記載しており、退院時サマリーの2週間以内の作成率や院内略語集整備も適切である。RST、NST、ICT等の多職種専門チームが多数あり、病棟からのコンサルテーションへの対応などの活動を行っている。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全推進センターを設置し、専従の医療安全管理担当者が業務指針に基づいて活動している。医療安全管理委員会と、下部組織のリスクマネジメント部会を設置している。インシデント・アクシデント発生時には、報告システムを用いて遅滞なく報告している。報告書は、内容別に7つのWGで分析し、改善策は報告会等を通じて周知している。また、ホームページに掲載し、医療の透明性の確保に努めている。医療事故発生時の対応は、医療安全管理マニュアルに定め、全死亡症例で死亡症例報告書の提出・検討を行っている。

患者誤認防止は、フルネームの確認とバーコード付きリストバンドでの認証により行っている。手術室ではタイムアウトを確実に実施している。手術部位のマーキング、複数ラインの誤接続防止はルールに則り実施している。処方やその他の指示、パニック値の伝達、画像読影結果などは、情報伝達エラー防止のため、電子カルテ内のアプリや各種マニュアルを整備して対策を実施している。薬剤投与については、重複投与や相互作用、アレルギーなどのリスク回避を適切に行い、病棟薬剤師が薬歴管理を行っている。ハイリスク薬、麻薬や向精神薬管理も適切で、抗がん剤の指示・払い出しの安全性はシステムで担保している。全入院患者に対して、転倒・転落アセスメントを実施し、危険度に応じて対策を実施している。転倒・転落発生時には、フローチャートに則って対応している。医療機器を使用する職員への教育・研修は、臨床工学技士や看護部が計画的に実施している。使用中の人工呼吸器の作動状況や患者観察は、臨床工学技士と看護師がチェックリストを用いて実施している。患者急変時対応として「ハリーコール」と「ラビットコール」を運用している。RRTの主導でBLS訓練を実施し、受講者名簿を管理して受講率の向上に務めている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御についての組織体制は、病院長を長とする感染対策委員会、実働部門のICTを構成し、定期的な委員会やミーティングを開催しており、職員研修も適切に行っている。医療関連感染制御に向けた情報収集は、週間報告会議で共有し、ターゲットサーベイランスも公的データベースに登録している。アウトブレイク発生時の病院の方針は明確に示され、地域の医療機関との協力体制も構築している。

手指衛生は流水による手洗いと速乾性アルコール消毒剤での手指消毒を基本とし、直接観察法やアルコール使用量で遵守状況进行评估している。職員は、速乾性アルコール消毒剤を携帯し、手指衛生行動を徹底している。感染対策マニュアルに基づいた、感染経路別対応、個人防護具の着脱、感染性廃棄物の分別を行っている。抗菌薬の採用・削除は薬事委員会、感染対策委員会で決定し、抗菌薬適正使用マニュアルを整備している。ICT/ASTは必要な抗菌薬投与症例に介入し、特定抗菌薬を使用する場合には届出制や許可制が取られるなど、抗菌薬を適切に使用する仕組みを構築している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、多職種から構成する広報広聴センターで一元管理しており、ホームページや広報誌・年報の作成、新聞やメディア対応を行っている。ホームページには催しや受診案内などを掲載している。医療機関との連携は、患者総合支援センター・がん相談支援センターの地域連携チームが多くの医療機関と連携し、連携施設認定証を発行している。また、緩和ケアセンターが後方連携を担当している。医師の医療機関訪問や返書管理を行い、地域医療連携ネットワークにも参加している。地域に向けた教育・啓発活動は、栃木県がん診療連携拠点病院として幅広く行っており、患者・家族向けの患者サロン、住民向けの市民公開講座、郡市医師会を対象とした出張講座、医療・介護・福祉関係者を対象とした医療連携に関する研修会など、さまざまな取り組みを、オンラインを併用するなどの工夫をしながら行っている。がん検診も行い、地域の健康増進に貢献している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報をホームページなどで案内し、全科予約制で待ち時間にも配慮し、患者総合支援センター・がん相談支援センターが紹介患者を受け入れている。外来診療は、問診から患者確認、説明と同意を含め適切に行っている。侵襲を伴う検査は、同席者とともに説明し同意を得た後、安全・確実に実施している。入院の決定は、緊急を含め患者の希望を尊重し、適切な説明と同意のもとに施行している。患者の診療計画は、医師が基本方針を定め、入院時のリスク評価を行い、診療計画書を作成し患者・家族に説明して同意を得ている。患者・家族からの医療相談は、患者総合支援センター・がん相談支援センターが一元的に対応している。予定入院患者に対し入退院チームにより、治療経過を含めた入院生活に関する説明を行っている。

毎日の回診と記録、多職種カンファレンスによる情報共有を含め医師の病棟業務は適切である。看護師は、看護管理基準や看護基準・手順に基づいて日常の看護業務を実践している。病棟薬剤師を配置し、薬歴管理や服薬指導記録を行っている。抗がん剤、ハイリスク薬、抗菌薬初回投与などを安全に行える仕組みを構築している。血液製剤投与は、輸血療法マニュアルに基づき、説明と同意取得後に手順を遵守し確実に実施し、観察や副作用有無を記録している。医師の同意取得に加え、看護師・薬剤師・歯科衛生士による術前チェックを全身麻酔患者に実施し、術後の患

者搬送手順を含め適切な周術期管理を実施している。重症患者には 24 時間重症度に応じた診療と看護ケアを提供し、人工呼吸器や透析機器は、多職種医療チームが回診して管理を行っている。入院時には褥瘡リスクアセスメントを実施し予防ケアを実践、褥瘡を有する患者には褥瘡対策チームが介入している。栄養管理は、味覚障害や嗜好に合わせた対策食を提供するなど、患者の個別性に対応した支援を行っている。症状緩和においては、多職種から構成された緩和ケアチームが、現場からのコンサルト対応など、症状緩和への支援を行っている。リハビリテーションは、患者情報共有も含め、計画立案から施行まで安全に行っている。身体抑制は、必要性の評価、抑制・制限中の患者の状態・反応の観察などを適切に行っている。入退院チームが入院前から退院支援スクリーニングを行い、入院早期から退院支援を行っている。緩和ケアセンターが訪問診療医、訪問看護師をコーディネートし、患者・家族の希望を支援している。ターミナルステージの判断は、基準に基づき実施している。心肺蘇生や DNAR への対応方針を定めており、臓器提供の手順を明文化している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、持参薬を含めて調剤、注射の払い出し、薬事委員会による登録薬剤の管理など適切に発揮している。臨床検査機能は、オンコールによる 24 時間体制を敷き、緊急検査結果やパニック値も主治医に連絡する体制を確立し、外部精度管理成績も良好である。画像診断機能は、適応の決定、待機時間やレポート読影日数、読影率も適切である。栄養管理機能は、委託職員と連携して質の改善に取り組み、患者の特性や嗜好にもきめ細かく対応している。リハビリテーション機能は、適応判断からその処方の指示系統、外部からの依頼や機器保守まで適切である。診療情報は電子カルテで一元管理し、診療記録の量的点検を全件実施している。医療機器管理機能は、臨床工学技士により ME 機器管理システムで一元的に管理しており、24 時貸し出しが可能である。洗浄・滅菌業務は、標準業務手順書に基づいて行い、滅菌技士の資格を有する職員を配置している。インディケーターを用いて、滅菌の質保証を行っている。

常勤病理医が細胞検査士と連携し、全例ダブルチェック体制で組織診・細胞診と剖検を実施している。報告書未読防止対策や病理外来開設なども行い、他院の模範となる病理診断機能である。放射線治療は、治療計画の作成、シミュレーション、精度管理も適切である。輸血・血液管理は、血液センター搬入血液と自己血管理を輸血管理室が 24 時間対応しており、発注から検収・保管・使用までの業務は適切である。輸血廃棄率は低く、副作用対策も周知徹底している。手術・麻酔機能は、サインイン、タイムアウト、サインアウトなどを確実に行って安全確保に努め適切である。集中治療機能として、24 時間重症度に応じた診療と看護ケアを提供している。人工呼吸器や透析機器が必要な時は、多職種チームが回診している。

10. 組織・施設の管理

予算は、中期計画や年度計画に基づき診療科のヒアリングなどを踏まえて作成している。経営状況は各種データを分析し、経営会議などで検討している。レセプトは医師が確認し、査定状況は保険診療委員会で検討している。未収金は文書や弁護士への委託などで段階的に督促している。業務委託は、業務ごとに検査員を定め、実施状況の確認をしている。

施設設備の維持管理業務は、委託職員により日常点検および年間保守計画に基づく管理体制をとっている。院内の環境整備や医療ガス等の安全管理、非常用自家発電装置の点検、感染性廃棄物の分別や処理など法令に則した管理を行っている。医薬品や医療消耗品、医療機器の購入は、薬事委員会など関係する委員会での検討を経て採択を決定しており、ベンチマークの利用など購入価格の適性化にも取り組んでいる。

消防計画を定め、火災および地震を想定した年2回の消防訓練と年1回の防災訓練を実施している。建物は耐震構造で、食料・飲料水は患者用、職員用として3日分を確保している。保安・警備業務は委託の警備員を防災センターに常時配置し、院内巡回、施錠確認など保安警備に努めている。40台の監視カメラも設置し保安体制を強化している。

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	A
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	S
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	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
<hr/>		
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	B
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	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	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	B
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化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	S
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	B
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	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	S
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	B
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	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	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

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 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： 地方独立行政法人 栃木県立がんセンター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 都道府県

I-1-4 所在地： 栃木県宇都宮市陽南4-9-13

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	291	225	+0	61.5	10
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	291	225	+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	1	+1
無菌病室	12	+0
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		
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	24	+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

がん診療連携拠点病院(都道府県), DPC対象病院(DPC標準病院群)

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： 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

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	515.85	501.11	467.52	102.94	107.18
1日あたり外来初診患者数	31.80	27.36	24.16	116.23	113.25
新患率	6.16	5.46	5.17		
1日あたり入院患者数	129.24	136.61	149.96	94.61	91.10
1日あたり新入院患者数	11.51	11.61	12.81	99.14	90.63