

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 11 月 21 日～11 月 22 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

貴院は 1949 年に大田原赤十字病院として開設し、診療科・診療機能の拡大や増改築による増床などを経て、2012 年の移転新築を機に那須赤十字病院（460 床運営）として新たに開設した。現在では、へき地医療拠点病院や災害拠点病院、栃木県脳卒中地域拠点医療機関、地域周産期母子医療センターの指定を受け、2013 年には緩和ケア病棟を開設している。また、栃木県北地域唯一の三次救急指定病院として救命救急センターやドクターカーを運用し、24 時間体制で救急医療を提供している。さらに、地域がん診療連携拠点病院として手術や放射線療法、化学療法を組み合わせた治療を行い、2019 年からは内視鏡手術支援ロボットによる高度で低侵襲な手術を開始している。また、地域医療支援病院として地域の医療機関との連携を促進し、医療従事者の質向上に向けた教育研修にも取り組み、臨床研修病院として初期臨床研修医の実践教育にも貢献している。

2014 年に新病院として病院機能評価の認定を受け、初回から継続して受審している。その間、院長を中心にした病院幹部のリーダーシップのもと、病院の理念「マイタウン・マイホスピタル」の実現に向け、職員が一丸となって継続的な質改善に取り組み、成果が随所で確認できた。今後さらなる診療機能の充実を図り、地域医療に益々貢献していくことに期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は具体的な姿勢を分かりやすく表現して院内外に周知し、中期計画を作成して職員に示している。病院幹部職員の選考方法や権限は明確であり、意思決定会議である管理会議で決定した内容は業務連絡会議などを通じて組織全体に

周知している。各年度で取り組む課題を明確にした年次計画を策定し、全職員へ明示して経営参画を促している。病院情報システムは関連規程や規約に基づき医療情報管理課が一元的に管理している。公的文書は規程に基づき総務課が管理し、院内規程や各種マニュアルは院内 LAN に掲載している。病院運営に必要な人員は人事課が採用計画に基づいて確保をすすめている。就業規則や服務規程などによって適正な人事・労務管理を維持し、就業管理システムで全職員の勤務時間を管理している。安全衛生委員会を毎月開催し、有給休暇取得の状況や健康診断の受診の促進に取り組んでいる。職員用の投書箱の設置や職員満足度調査の実施、目標管理に基づく面談などによって職員の意見・要望を収集している。全職員を対象とした医療安全や感染制御、医療倫理、個人情報保護などの研修は年間計画に基づいて開催し、参加人数などの実施状況を取りまとめて教育・研修管理委員会に報告している。職員が取得している資格は人事課が把握し、各部門の管理者と共有している。看護部門では経験年数に応じた教育計画プログラムを定めて能力開発に取り組んでいる。職員の初期研修は採用時のオリエンテーションのほか、各部門・部署が教育プログラムなどに基づいて実施している。多くの学生実習を各部門で受け入れており、患者・家族への説明や同意を得たうえでカリキュラムに基づき実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を分かりやすい言葉で明文化して院内外に周知し、患者の権利擁護に努めている。説明と同意の方針は明確であり、具体的な医療行為の範囲を定めている。書式は統一しており、患者に分かりやすく説明して同意を得ている。入院前から患者情報を収集し、必要な情報を共有している。患者用図書情報センターの整備や診療情報の提供など医療への患者参加を促進している。患者サポートセンターで多様な相談に対応しており、虐待事案への対応はマニュアルに則って行っている。個人情報保護規程などを整備し、研修を実施して職員の意識啓発を図り、個人情報保護に努めている。倫理的課題の方針は明確であり、臨床倫理検討委員会や倫理コンサルテーションチームを設置し、課題を検討・相談する仕組みも機能している。病棟では倫理的課題を把握して倫理カンファレンスを実施し、看護部門では倫理的課題や検討内容について「倫理委員会便り」を発刊して周知を図るなど継続的に取り組んでいる。駐車場を整備し、院内には入院生活に必要な設備を設置しており、高齢者や障害者にも様々な支援を行っている。病棟などの療養環境は、ゆとりのあるスペースの確保と整理整頓が行き届き、生活上のプライバシーにも配慮している。敷地内全面禁煙の周知や遵守状況の確認を行い、職員の喫煙率を把握し低減に努めている。

4. 医療の質

医療の質向上委員会や臨床指標部会、クオリティ・マネジメント・システム部会、業務改善推進部会、機能評価部会を設置して、診療や業務の質改善に向けて取り組んでいる。多くの診療科による症例検討会やM&Mカンファレンスを定期的に開催している。臨床指標の分析結果を活用した継続的な改善活動の実施が期待され

る。患者・家族からの意見・要望は意見箱や電話などで収集し、回答を院内に掲示している。患者満足度調査を行い、医療サービスの質向上に努めている。新たな診療・治療方法や技術の導入については、倫理委員会で審査する仕組みがあり、導入後の治療成績や安全性等の経過報告など進捗状況を確認している。診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、責任者は診療・ケアの実施状況を把握しており、医師不在時の連絡方法も明確である。医師の診療記録は、チェックリストを用いた組織的な質的点検を実施し、診療記録の質向上に向けて取り組んでいる。また、医師以外の記録に関する規程を作成している。多くの専門チームやセンター方式による診療の実施など、専門職が協働して診療・ケアを行っている。

5. 医療安全

医療安全推進室に専従の看護師を配置し、医療安全管理委員会や各部門の代表者によるセーフティー・コントロール・チーム（SCT）を定期的に開催している。医療安全のマニュアルは定期的に見直している。報告事例を収集・整理し、警鐘的な事例は医療安全管理委員会に報告して改善策を検討している。改善策は職員向けのニュースレターを発行して周知し、再発予防に努めている。医療事故発生時の報告や対応の仕組みを確立し、訴訟時は医療安全推進室と顧問弁護士が連携して対応する体制を整えている。患者誤認防止のマニュアルを整備し、フルネームと生年月日による本人確認を行っている。医師の指示出し、看護師の指示受け・実施については、電子カルテや電子認証システムを活用してエラーの防止に努めている。病棟担当薬剤師を配置して薬剤の保管や使用に関する業務の適正化に努めており、麻薬や向精神薬、抗がん剤の安全な使用に向けた対策も実施している。転倒・転落の危険度を評価し、計画を立案している。転倒予防ワーキンググループを設置し、基本予防策として薬剤の使用方法などについて検討している。転倒・転落発生時の対応は、マニュアルに基づいて実践している。臨床工学技士が医療機器の日常点検や貸出業務を行っている。機器の新規導入時は、臨床工学技士が適宜研修会を実施し、使用する職員への教育を行っている。院内緊急コードとして「ブルーコール」を設置し、職員参集の手順を整えている。救急カートは院内統一の薬剤と物品を整備し、定期的に点検を行っている。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染管理室に感染防止対策チーム（ICT）および抗菌薬適正使用支援チーム（AST）を設置し、室長を務める副院長、感染管理認定看護師である専従のICNがリーダーシップを発揮して積極的に医療関連感染制御に取り組んでいる。院内外の感染情報の収集および内容の検討はICTを中心に行い、地域においても感染制御活動に取り組んでいる。ターゲットサーベイランスは、手術部位感染

（SSI）を実施してJANISに参加している。デバイスサーベイランスは、中心静脈ライン関連血流感染（CLABSI）を全病棟で実施している。今後は人工呼吸器関連肺炎（VAP）やカテーテル関連尿路感染（CAUTI）についても検討し、拡充することを期待したい。感染対策のマニュアルに標準予防策、感染経路別予防策について記載

し、感染予防の徹底に努めている。個人防護具（PPE）は、必要な物品が必要な場所に整備されている。感染性廃棄物の分別・保管および最終保管場所への搬送は、ルールに沿って適切に行っている。抗菌薬の使用に AST が積極的に関わり、院内で整備した適正使用の方針に基づいた使用を実践しており、特定抗菌薬の使用も適正に管理している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信はホームページや広報誌などの媒体で行い、ホームページには診療科や部門、医療チームなどが提供している医療サービスの内容等を案内している。また、各種の診療実績や病院指標も公表している。地域医療連携室が連携施設との紹介・逆紹介や画像検査等の受託に対応している。登録医などを訪問して把握した意見・要望への対応を行い、高い紹介率を維持している。返書基準などに則って返書を管理し、的確な情報提供を行っている。患者や地域住民に向けた教育・啓発活動として、がんの市民公開講座や糖尿病教室、赤十字講習会（救急法等）、妊娠から思春期における各種教室・相談会などを開催している。地域の医療関連施設等の職員に向けて、緩和ケア研修会や緩和ケア地域連携カンファレンス、大田原内科懇話会（症例検討会）、那須地区医療連携懇話会、那須地区循環器病連携セミナーなどを開催している。外部機関からの職員派遣要請にも対応するなど、地域に向けた医療に関する教育・啓発活動を活発に展開している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来患者が円滑に受診できる仕組みを確立し、外来待ち時間の軽減に取り組んでいる。外来診療では、診療方針についての説明と同意には看護師が同席することとしており、その後の患者・家族の理解度や反応についても確認している。診断的検査は医師が検査の内容や必要性、リスクを患者・家族へ説明し、同意を得たうえで安全に実施している。入院の必要性は医師が医学的判断に基づいて決定し、看護師同席のもと患者・家族に説明して同意を得ている。入院後は多職種が関与して速やかに入院診療計画書を作成し、各種リスク評価も実施している。患者サポートセンターでは院内外の関係者と協働して多様な相談に対応しており、入院時の手続きの書類や DVD 視聴などを活用した入院案内の実施、病棟でのオリエンテーションなど円滑に入院できる仕組みを整備している。主治医や担当医は病棟で多職種と情報共有して診療を行い、定期的に回診やカンファレンスを実施している。看護師は赤十字キャリア開発ラダー制度を運用し、個々の能力向上を支援している。投薬・注射の確実・安全な実施に向け病棟薬剤師が積極的に介入している。看護師は内服の確認、抗がん剤を含む注射の実施や観察を適切に行っている。輸血適正使用指針に基づき輸血を安全に実施する体制を整備している。周術期および重症患者の管理には多職種が情報を共有し、連携している。褥瘡発生のリスク評価を行い、褥瘡対策チームを中心に治療・ケアにあたっている。管理栄養士は入院時に患者の栄養状態を評価し、多職種と協働して栄養管理と食事支援を行っている。緩和ケアマニュアルに基づき疼痛などの症状緩和を行い、緩和ケアチームや術後疼痛管理チームが介入

している。リハビリテーションおよび身体拘束は、医師の指示に基づき説明し同意を得て実施している。入院早期から退院支援チームや退院調整看護師、社会福祉士が介入し、退院支援を実施している。在宅療養支援が必要な患者に在宅緩和ケア医師や訪問看護など継続した診療・ケアができるよう調整している。緩和ケアチームがターミナルステージへの対応を行い、患者・家族の意向やQOLに配慮した診療・ケアを実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は処方鑑査、疑義照会、薬品の保管、調剤業務、持参薬の鑑別などを適切に実施している。注射薬の1施用ごとの取り揃えは時間外指示も含めて実施し、抗がん剤やTPN製剤の調製環境も整備している。臨床検査部門は体制を整備し、異常値・パニック値の対応も適切である。画像診断部門は、院外からの依頼も含めて常勤・非常勤の医師による読影体制を構築し、他診療科への貢献なども含めて高く評価できる。栄養管理においては、行事食や選択メニュー、セレクト食、延食対応など、患者嗜好と病院機能に応じた対応体制を構築している。リハビリテーション部門は、リハビリ担当医と療法士が各診療科主治医や病棟スタッフと連携して訓練を実施している。診療情報管理は、業務別のマニュアルに則って多岐にわたる業務を遂行している。臨床工学技士は24時間体制で業務を遂行し、日常点検や定期点検を計画的に実施している。洗浄・滅菌は、ワンウェイ化し各種インディケーターで滅菌の質を保証している。病理診断は検体の搬入から処理まで検体交差防止対策を実践し、結果の未読・既読チェックを実施している。放射線治療部門では、常勤・非常勤の医師と専門スタッフが連携して治療計画を策定し、安全・確実な治療を実践している。輸血・血液管理は輸血療法マニュアルに沿って業務を行い、廃棄率の軽減に努めている。手術・麻酔は体制を整備し、手術室入室時と術直前のサインイン、タイムアウトなどはチェックリストを用いて確実に行い、術中の記録も残している。集中治療機能では入退室基準を定め、24時間体制で集中治療とケアを実施している。三次救急医療機関として救命救急センターを有し、ドクターカー出動要請およびドクターヘリによる患者の受け入れも行うなど、地域に必要な救急体制を整備している。

10. 組織・施設の管理

予算編成と管理、会計処理の仕組みが確立し、財務諸表の作成と定期的な会計監査を実施している。各種分析ツールを活用して経営分析を行い、収支の改善に努めている。各種マニュアルに則って医事業務を行い、多様な方法での会計収納や24時間会計を行い未収金の発生防止に努めている。返戻・査定は保険診療検討委員会が機能し、対応策の検討や再審査請求等を実施している。効果的な業務委託とすべく、業務内容を見直し、求める水準などを検討して契約内容を決定している。病院の施設・設備は管財課が委託業者とともに計画的に点検を行い、院内清掃の実施状況や感染性廃棄物の保管・処理も一元的に管理している。医薬品は薬事委員会、診療材料は診療材料購入審査委員会、医療機器等は購買委員会で採用等を審議し、計

画的な対応に努めている。事業継続計画（BCP）や消防計画、防災マニュアルを定めて定期的に訓練を行っている。自家発電機の燃料確保を含め停電時の対策についてマニュアルを定め、毎年計画的に電気設備を点検している。非常用の食料と飲料水も備蓄している。施設の保安管理は、委託職員が 24 時間体制で院内に常駐し対応している。夜間・休日は通用口を時間外入口に限定し、院内巡視と施錠確認を手順に基づき実施している。

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	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
1.3.3	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	B
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	B
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	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	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	B
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	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	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	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	A
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
-------	---------------	---

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： 那須赤十字病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 日赤

I-1-4 所在地： 栃木県大田原市中田原1081-4

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	454	420	-24	74.7	11.7
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	6	6	+0	17.4	10.6
総数	460	426	-24		

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	22	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	8	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	3	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	2	+0
人工透析	18	+0
小児入院医療管理料病床	16	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	20	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), へき地拠点病院, 救命救急センター,
 がん診療連携拠点病院 (地域), エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院,
 DPC対象病院 (DPC標準病院群), 地域周産期母子医療センター

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： 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

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	935.02	920.24	878.22	101.61	104.78
1日あたり外来初診患者数	60.41	58.80	53.36	102.74	110.19
新患率	6.46	6.39	6.08		
1日あたり入院患者数	341.95	360.62	353.58	94.82	101.99
1日あたり新入院患者数	26.90	27.44	26.78	98.03	102.46