

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 9 月 28 日～9 月 29 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

栃木県の県東保健医療圏における唯一の中核病院である。2019 年に現在の地に新築移転し、臨床検査や放射線検査等を含めた外来機能を 1 階に集約するなど、高齢患者の増加を見越した病院構造となっている。地域医療支援病院として、地域医療機関からの紹介患者を受け入れ、24 時間体制で多くの救急患者の対応を行っている。また、県東保健医療圏はもとより栃木県内外よりハイリスク妊娠の方を受け入れており、地域周産期母子医療センターとして機能している。自治医科大学附属病院と相互に連携してがん診療を行い、がん相談支援センターを設置し、相談支援や情報提供を積極的に行っている。また、病気や日常での困りごとなどを広くサポートする患者支援センターや、認知症に関する相談を受け入れる認知症疾患医療センターを設置している。災害拠点病院としての設備を整備し、有事の際にはいち早く発動するなど、あらゆる面で地域を支え、日夜機能している。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念、基本方針は院内掲示、入院案内、ホームページ、広報誌で院内外に周知している。病院運営に必要な会議や委員会および院長発令で稼働する各種ワーキンググループが機能している。中長期計画に基づき年次事業計画を策定し、アクションごとに担当する部署を定め、目標を数値化している。日本赤十字社文書取扱規程、

芳賀赤十字病院文書取扱規程に従い、文書の受付、発信、保存、廃棄等を行っている。

所属長が提出した来期の人員希望に基づきヒアリングを行い、最終的に院長が採用計画を決裁している。職員の昇任、昇格は勤務評定制度をもとに組織的な検討を行い決定している。健康診断の開催、時間外労働の状況、労災の発生事例、産業医巡視の内容等を議題に毎月衛生委員会を開催している。就労支援として夜勤専従看護師の勤務体系や育児・介護短時間勤務制度の設置、がんや慢性疾患罹患職員の就業支援等を行っている。

教育研修推進室が年間研修計画を取りまとめ、医療安全、感染防止、個人情報保護、患者の権利、臨床倫理などの研修を行っている。各専門職において経験別能力評価や資格取得促進を行い、能力評価や能力開発を進めている。各実習契約は人事課が一元的に管理しており、実習は養成学校から指定されたカリキュラムや評価に沿って適切に行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、分かりやすい日本語で明文化し、病院玄関、入院案内、ホームページ等に掲載している。説明と同意に関する基準を明文化している。社会福祉士や看護師等が医療福祉制度、退院支援、がん、認知症などの相談を受けており、虐待やDVにはマニュアルに則って対応している。個人情報保護規程・方針を整備し、職員の遵守状況の確認と研修を実施して職員に意識の啓発を図っている。診療データの外部持ち出しも手順書に則って行っている。「臨床における倫理に関する方針」ならびに「臨床倫理問題への対応方針」が策定されている。患者・家族の倫理的課題については倫理カンファレンスにおいて多職種で検討している。

駐輪場を整備し、院内にはコンビニエンスストアやATM、コインランドリーなどを設置しており、手摺りや多目的トイレも適所にあり利用者の安全性・利便性に配慮している。診療・ケアに必要なスペースを確保し、整理整頓も行き届き清潔に整備している。敷地内禁煙の周知や遵守状況の確認を適切に行い、職員の喫煙率も年々低下している。

4. 医療の質

各部門長で構成する経営改善ワーキンググループを中心に質改善活動を行っている。病院機能評価受審などの第3者機関活用による改善活動も継続している。多くの複数科カンファレンスを行っている。診療上必要なガイドラインはイントラネットでアクセス可能である。クリニカルパスは委員会で作成・検討し、臨床指標の集計・分析も行っている。患者・家族の意見等は意見箱や面談、患者満足度調査などで収集し、回答を院内に掲示している。新たな診療、治療方法、手術などの技術を導入する場合は倫理委員会が承認している。また、院長が指名したワーキンググループが活動しており、承認後の導入に際し、継続的にモニターを行う役割を担っている。

病棟では医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、退院支援担当者などを表示してい

る。医師の毎朝の回診、看護師長の病棟巡視等により診療・ケアの実施状況、患者の不安や問題点を把握し、必要時速やかに多職種と対応している。電子カルテを使用し、平易な分かりやすい言語で必要な記録を適時に記載している。診療・ケアにおいては多職種で構成する栄養サポート・認知症・感染管理・緩和ケア・褥瘡対策・呼吸ケア・術後疼痛管理チームがあり、組織横断的に活動し、専門的ケアを提供している。

5. 医療安全

医療安全は、室長（医師）・専従の看護師・事務職などで構成する医療安全推進室を中心に体制を整備している。また、医薬品・医療機器・放射線の安全管理責任者を加え、医療安全推進室会議を行い、死亡事例の検討や重要なインシデントの共有などを行っている。医療安全に関する規程やマニュアルは、改訂や履歴などの管理を適切に行っている。インシデント・アクシデントをもとに対策を検討し、医療安全推進室による院内ラウンドや転倒転落ワーキングなどが行われている。

患者確認は患者自身による氏名と生年月日の名乗りを原則としており、手術部位の確認のためのマーキング、点滴時や輸血時の PDA による 3 点認証などの誤認防止策を実践している。検査パニック値は検査部門から診療科医師への確実な伝達手順を構築している。毎日薬剤部で最新の処方箋に基づいて 1 日分の病棟処方薬を取り揃えて払い出しているほか、AI スクリーニングにて薬剤準備段階の取り違い防止対策を実施している点は高く評価される。入院時に転倒・転落リスクアセスメントスコアシートを用いてリスク評価が行われ、危険度により介入計画が立案されている。医療機器管理マニュアルや点検表があり、使用前・使用中・使用後の作動状態やアラーム設定等の確認をしている。院内緊急コードとしてブルーコールと RRS を設定している。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染管理室があり、院内感染予防委員会を月毎に開催している。感染対策マニュアルを実用的に詳細にまとめており、職員に周知している。感染対策室は常時モニタリングし、ICT ラウンドを定期的に実施し、院内の感染状況を把握する体制がある。サーベイランスの結果は ICT 通信として週報、紙ベース、イントラネットで現場へ発信している。アウトブレイクを院内規程に定義をして、発生前の耐性菌検出状況を把握している。

標準予防策を徹底し、様々な指標を用いて評価改善に役立てている。術前投与を要する予防的抗菌薬使用率は年次推移で管理しており高い使用率を示している。アンチバイオグラムを作成し周知している。AST カンファレンスを開催し課題を検討し、外来診療の経口抗菌剤に対してもモニターして診療科別に周知している。リンクナース会では、各部署の手指衛生遵守率の年間目標の確立や達成状況の把握、手荒れ防止対策に取り組んでいる。また、感染対策の実施状況は週 1 回 ICT ラウンドを行い、部署のリンクナースとも連携して見直しに努めている。

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、病院年報などの広報媒体で行い、ホームページには各診療科や部門が提供している医療サービスの内容等を掲載している。診療実績などもホームページや病院年報、とちぎ医療情報ネットで公表している。ホームページの見直しを定期的に行い、適時・適切なタイミングでの更新に期待したい。地域医療連携課が業務基準に則って、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。登録医等を訪問し把握した意見・要望等への対応を行っている。紹介・逆紹介データはシステムで管理され、返書フローに沿って返書の発行状況を管理し、高い返書率を維持している。患者や地域住民に向けた教育・啓発活動として、市民公開講座や赤十字講習会（救急法等）、ふれあい看護体験等を開催している。また、地域の講演会や介護教室などに、職員を講師として派遣している。地域の医療関連施設等の職員に向けては、緩和ケア研修会や地域医療連携講演会、穿刺に関する医療安全研修会、県東のがんを考える会、認知症フォーラム Web セミナー、緩和ケア講演等を開催しており、地域に向けて医療に関する教育・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

入院前から複数の診療科が関与し全身評価を行っている。入院時には9項目の評価を実施し、多職種で入院治療計画を作成している。予定入院の場合は、入退院支援看護師が介入し早期アセスメントを実施している。看護基準、看護マニュアルや看護補助者業務マニュアル等の基準・手順に則り、患者ケアを実践している。緊急輸血は24時間対応可能であり、投与時、投与中、投与後の安全確認も適切に行っている。褥瘡対策マニュアルに基づいた治療・ケアを行い、ポジショニングや褥瘡予防用具の正しい使用方法、手術室では医療関連機器圧迫創傷の予防対策を行うなど適切である。入院時に看護師が栄養スクリーニングを行い、管理栄養士が栄養状態・喫食状況を把握し、必要に応じて栄養サポートチーム等と連携している。緩和ケアマニュアルに基づき緩和ケアを実施し、必要時緩和ケアチームや術後疼痛管理チームなど専門チームが介入している。リハビリテーションの開始を遅延しない体制を構築している。身体拘束は早期解除に向けた多職種による検討の場がある。入院後3日以内に入院時退院支援スクリーニングを行い、必要に応じ退院支援看護師が早期から介入している。

<副機能：リハビリテーション病院>

回復期リハビリテーション病棟は、医師が中心となり多職種で適切に判定会議を実施している。急性期からの情報、医師を中心とした各職種の評価をもとに入院診療計画書、リハビリテーション実施計画書を作成し、医師が患者・家族に説明し、同意を得ている。診療計画・各職種の計画に基づき、多職種によるリハビリテーション・ケアを適切に実施している。毎月多職種でのカンファレンスにより目標・計画の見直しをもとにリハビリテーション実施計画書を作成し、医師・看護師・療法士から説明を行い、同意を得ている。入院時のカンファレンスで退院計画を立案し

て早期から退院支援を行い、家屋調査、自宅訪問、外出訓練、各種指導や退院後に向けたサービス担当者会議などを適切に実施している。身体拘束は原則的に行っていないが、実施する場合は患者・家族に説明し同意を得ている。拘束中は毎日観察項目をチェックし、早期解除に向けた検討を行っている。外来リハビリテーションは事前に医師が体調確認を行うなど、適切に実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

臨床検査機能は、臨床上必要な検査項目の実施が対応可能であり、結果を速やかに報告している。放射線科医の読影所見を主治医に遅延なく報告し未読防止システムを構築している。リハビリを 365 日実施し、週 1 回以上の多職種のカンファレンスにて情報交換、共有をしている。診療情報管理は、量的点検、がん登録、診療録の開示など多岐にわたる業務を担っており、各種システムを活用してデータ提出依頼に対応している。臨床工学技士は病棟、手術室、心臓カテーテル、内視鏡室、透析センターなどの医療機器に関与している。外来・病棟・手術室の使用済器材の洗浄は中央材料室に一元化し、器材の返却・洗浄・組立・滅菌・保管までの一連の業務をワンウェイ化している。

病理診断部門は、非常勤病理医により、迅速に診断結果を報告している。輸血部門の責任者・担当者は明確で、緊急輸血にも 24 時間対応し、ID、ロット番号の記録をデータベースに適切に保存している。手術室の清潔管理、術中患者管理、術後の退室まで適切に行っている。集中治療部門として、HCU、NICU があり、医師・コメディカルの連携もよく、入退室基準に沿って適切に運用している。救急部門は専従の救急医 1 名が平日を担当し、夜間・休日は各診療科の当直医が救急疾患に対応している。

10. 組織・施設の管理

予算編成と管理、会計処理の仕組みを確立し、会計監査が定期的に行われている。経営改善に向けてワーキンググループが活発に活動している。マニュアルに則って会計収納や未収金管理、保険請求、施設基準等の業務を適切に行っている。医事課新聞を発行し、診療報酬や診療録記載に関する情報などの周知を図っている。業務委託ワーキンググループが委託業務内容等について検討し業者を選定している。定期的に委託業者の評価を行い、実施状況と業務の質を確認している。医薬品は薬事委員会、医療材料は医療材料委員会、医療機器は購買委員会で審議のうえ、採用等を決定している。棚卸や固定資産の除却処分を行って適切に管理している。

施設・設備の保守管理は委託しており日常点検や、年間保守計画をもとに空調、消防設備等の保守点検を行っている。

地震発生時の災害対策マニュアルを整備し、さらに防災委員会で自院のリスクを評価し地震を想定した BCP を策定している。自主登院基準や連絡体制、アクションカードを活用した行動や役割を定めている。総務課の指揮命令下で委託によって保安業務を行い、緊急時の体制も整備している。

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	B
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
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	S
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	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	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	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	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	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

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 5 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 芳賀赤十字病院

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： 日赤

I-1-4 所在地： 栃木県真岡市中郷271

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	360	360	+0	84	13.3
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	4	4	+0	62	8.1
総数	364	364	+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	28	+8
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)	7	-8
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	2	+0
人工透析	25	+0
小児入院医療管理料病床	30	+0
回復期リハビリテーション病床	40	+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

地域医療支援病院, 災害拠点病院(地域), へき地拠点病院, 小児救急医療拠点病院,
 がん診療連携拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院, 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： 3 人 2年目： 5 人 歯科： 1 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)		2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数		608.08	620.36	583.67	98.02	106.29
1日あたり外来初診患者数		52.60	51.88	47.85	101.39	108.42
新患率		8.65	8.36	8.20		
1日あたり入院患者数		305.66	294.82	298.27	103.68	98.84
1日あたり新入院患者数		21.52	20.80	20.13	103.46	103.33