

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 9 月 12 日～9 月 13 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、結核を取り扱う唐津市民病院から、1957 年に一般病床を含む唐津赤十字病院として開院した。その後病床変更を繰り返し、現在の和多田地区へ新築移転を行った。現在は、地域医療支援病院や災害拠点病院、救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院などの機能を持ち、地域の中核病院として地域に密着した医療を行ってきた。紹介型の地域中核病院として、連携機能の強化と医療の安全と質を向上させ、経営の健全化を目指すというビジョンを掲げ、組織改革や BSC に取り組んでいる。

今回の受審では、合同面接や部署訪問を通じて職員の「医療機能・質」の向上に向けた大きな熱意を感じた。今回の受審結果を参考にされ、今後もビジョンに達成に向け全職員一丸となり取り組んで行かれることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、ホームページへの掲載や部署掲示等により院内外に周知している。病院管理者は、毎年 BSC を利用して全職員に病院の課題等を周知し、その解決に向けリーダーシップを発揮している。情報管理は専従職員を配置し、データの真正性・保存性を確保して有効に活用している。文書管理は院内で利用している文書について、職員が常に最新のものが参照できるよう、情報の共有体制を充実することが望まれる。

人材確保に関しては、地域の中核病院として役割・機能に見合ったスタッフを確保しているほか、さらなる充実に努めている。人事・労務管理は、規則・規程を整備し、職員への周知を図っている。職員満足度調査、職員ポストの設置、労働組合との協議等を通じ、職員の意見・要望を把握しているほか、就業支援や福利厚生に

も適切に取り組んでいる。職員への教育・研修は、おおむね適切に行っている。職員の能力評価・能力開発では、医師を含めた全職員対して能力評価を行う仕組みの構築を望みたい。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、掲示やホームページ等で院内外に周知しているほか、診療録の開示も適切に行っている。説明と同意取得は、院内統一マニュアルに基づき、インフォームド・コンセントを適切に行っている。クリニカル・パスの利用や患者サポートセンター、デジタルサイネージ、情報ラウンジ等を整備し、患者・家族の理解に繋がる支援を行っている。患者総合支援センターの各種専門職のほか総合案内の看護師長が患者・家族からの相談に対応し、取り組みの評価も行っている。臨床倫理委員会を設置し、ターミナル、告知、DNAR等の臨床における倫理的課題への検討を行っており、方針も明確である。

駐車場の確保等、来院時のアクセスに配慮し、デイルームの整備等の療養生活環境に配慮している。院内はバリアフリー・ユニバーサルデザインに配慮した設計となっており、車椅子等でも利用しやすい施設であり、通路等必要な箇所に手摺りを設置するなど、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。受動喫煙防止では、職員の喫煙率の把握や、患者・家族への啓発の充実が望まれる。

4. 医療の質

意見箱を設置し、患者・家族の意見・苦情を情報収集してフィードバックしているほか、患者満足度調査を実施するなど、質改善に活用する取り組みを行っている。診療の質向上に向けた活動への取り組みは、おおむね適切であるが、主要な医療関連感染の発生状況の把握を充実し、ホームページ等への掲示にも期待したい。病院全体および各部署でBSCを作成し、業務の質改善に継続的に取り組んでいる。新たな診療・治療方法は、臨床倫理委員会で検討して導入している。

病棟および外来の診療・ケアの責任者を明示し、回診やラウンドにより患者情報の把握に努めている。診療記録は基準に則り、判読できる記載で適切に記録しており、質的点検も適切に実施している。多職種からなるチームで定期的なラウンドや会議を行い、情報を共有してチーム医療を実践している。

5. 医療安全

医療安全推進センターに専従の医療安全管理者を配置し、リスクマネージャーを全部署・全職種に配置し、医療安全管理委員会を組織しているほか、医療安全専門小委員会、リスクマネジメント検討会を設置している。マニュアルも適宜改訂しており、患者の安全確保に向けた体制は適切である。収集したインシデントレポートは「インシデント分析後の問題点・対策・追跡記録」として整備し、アクシデントレポートは、医療安全専門小委員会で対策立案・実施・評価を行い、効果的にPDCAサイクルを展開している。確実な安全対策の実践に向けてラウンドを実施するなど、安全確保に向けた情報収集と検討を行っている。

情報伝達エラー防止では、医師からの指示出し・指示受け、実施、承認を業務手順通りに遵守している。全入院患者に転倒・転落のリスク評価を行い、評価結果に基づき個別性を考慮した予防対策を実施しているほか、発生時の対応手順も整備するなど、転倒・転落防止対策を適切に実施している。患者急変時の対応では、急変時対応手順を整備し、緊急コードも設定されている。今後は、全職員を対象にした招集シミュレーション訓練と BLS と AED 訓練の定期的な実施を望みたい。

6. 医療関連感染制御

リンクスタッフの配置、看護部感染対策委員会の開催、ICT・AST のラウンドの実施、院内感染対策委員会の開催等のほか感染防止マニュアルのタイムリーな改訂など、医療関連感染制御に向けた体制を確立している。感染発生情報は ICN がチェックし、ICT が分析・検討して全職員に周知・啓発を行っているほか、SSI に対するサーベイランス情報を収集し、分析結果を現場にフィードバックしている。アウトブレイクには早期から ICT が介入し、対応する仕組みがある。感染防止に関わる地域医療連携も定期的に行っている。

抗菌薬は適正使用マニュアルを整備し、特別な抗菌薬使用については、届出制としている。院内における分離菌感受性パターンを把握し、起炎菌の同定、感受性試験に基づいた抗菌薬の選択を行っている。院内における抗菌薬の使用状況について AST が把握し、結果を医師にフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページに病院の理念、患者の権利と責務、診療体制や病院機能の紹介、診療内容や実績等の情報、各種イベントや特定療養費等の費用に関するお知らせを掲載しているほか、保健医療機関向けと地域住民や患者向け病院広報誌の 2 種類を発行している。患者総合支援センターに看護師や MSW を配置して地域の医療機関との連携を行い、地域連携システムで実績を一元管理している。地域医療の状況やニーズの把握は、県の医療計画のほか病院独自に医療圏内の登録医療機関を対象にアンケート調査を実施するなど、紹介型の地域中核病院として地域の医療機関と緊密な連携を行っている。人間ドック・健康診断を実施し、地域の医療関係者に向けた研修会や講演会および地域住民に向けた糖尿病教室や公開講座を開催している。紹介症例報告会の開催や緩和ケア研修会の開催など、地域の健康増進活動に寄与しており、適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

必要な情報の掲示や総合案内等により紹介患者も含め患者は円滑に受診でき、待ち時間にも配慮しているほか、患者の病態・緊急性にも適切に対応している。外来診療に必要な情報を予診票等で収集し、上級医や他科医に相談できる体制も構築している。診断的検査は、必要性和リスクの説明および侵襲的検査の同意書を取得しており、検査時の医師の対応や検査後の観察など、確実・安全に実施している。入院は、主治医が医学的判断で必要性を判断し、患者・家族の意向等も反映させてい

るほか、柔軟な病床対応を行っている。診断・評価は、患者パスを活用しながら患者・家族への説明や支援を適切に行い、多職種が関与する入院診療計画書を作成し、看護計画も作成している。患者・家族からの医療相談は、患者総合支援センターを設置し、MSWを中心に院内外が多職種連携で適切に行っている。病棟で入院の案内パンフレットを活用し、入院オリエンテーションやその他の説明を適切に行っており、患者は円滑に入院できるほか、地域救命救急センターでは救急患者も円滑に入院できる。

医師および看護師は病棟業務を適切に行っている。投薬・注射は、薬歴管理、服薬指導を適切に行っており、抗がん剤の調製・混合は薬剤師が安全キャビネットを使用して行っているほか、抗菌薬の投与中・後の患者の状態や反応を電子カルテで管理している。輸血・血液製剤投与は、適正使用指針に基づいて輸血の適応と血液製剤の種類の検討等の確認と記録を行い、チェック項目に従い安全な輸血ができるよう確認し、投与中、投与後の患者の状態・反応の観察と記録を行っている。周術期の対応は、手術・麻酔の適応と方法について検討し、説明と同意取得を行っている。合併症の予防対策、安全に配慮した患者の搬送、術直後の患者ケアや術前・術後の申し送りを行っている。重症患者の管理は、患者の重症度に応じて病床の選択を行い、必要な医療機器の設置を行っている。褥瘡の予防・治療は、マニュアルを整備し、入院時にリスク評価を行い、評価結果に基づいた対策を実施している。栄養管理と食事指導は、入院時に栄養スクリーニングを全患者に行い、管理栄養士が栄養管理計画書を作成し、NST・主治医・病棟看護師が協働し患者の栄養状態改善について検討している。症状などの緩和は、緩和ケアチームが多職種でラウンドし、医師が症状コントロールを行い、必要時はカンファレンスやコンサルテーションを行っている。リハビリテーションは、主治医が必要性を評価して実施計画書を作成し、患者・家族の要望も取り入れた総合実施計画書を作成している。患者・家族への退院支援は、MSW等が入院当初から介入し、退院前カンファレンスや退院前訪問等を多職種で実施している。継続が必要な患者・家族の状況に応じて、服薬指導や栄養指導、リハビリテーション指導などの在宅支援を行っている。ターミナルステージの判定基準を緩和ケアマニュアルに設け、患者・家族のQOLを重視した計画を立案し、療養環境も配慮した上で、多職種が患者・家族に寄り添うことに努めている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、処方鑑査や疑義照会、1施用ごとの取り揃え、ハイリスク薬や抗がん剤等の管理を適切に行っているほか、DIニュース、安全情報等を周知している。処方箋、注射箋には肝機能、腎機能の検査データを表示し、処方鑑査を容易にしている。臨床検査は早出業務を行い、迅速に結果報告をしている。異常値・パニック値は対応マニュアルに沿って電話連絡し、検査結果報告書を主治医が確認しているかのチェックシステムがあるなど、機能を適切に発揮している。画像診断機能は、夜間・休日の救急対応をはじめ、平日でも待ち日数なく撮影が可能である。遠隔画像診断システムを用いて、休日・夜間でも放射線科専門医がほぼ100%読影を

行い、迅速に報告書を作成する体制を確立しているなど、秀でている。栄養管理は、給食業務マニュアルに基づき一連の調理プロセスを衛生的に実施している。使用食材、調理済み食品の冷凍保存も実施している。嗜好調査も実施するなど、機能を適切に発揮している。リハビリテーションは、疾患別リハビリの提供を基本方針として、3日以上空けない連続性を確保したリハビリを提供している。診療情報管理は、診療記録を一元的に管理し、1患者1IDの運用を行い、コーディングしたDPCデータを活用している。診療記録の量的点検も毎月実施するなど、機能を適切に発揮している。医療機器管理は、臨床工学技士が人工呼吸器、シリンジポンプ等を一元管理し、アリバイ確認も適切である。機器類の病棟への払い出し・返却手順も整備し適切に実施するなど、機能を適切に発揮している。洗浄・滅菌は、全て委託し中央滅菌室で実施しており、個人防護用具を装着して業務を実施している。滅菌の質も保証されており、既滅菌物の保管・管理も適切である。

病理診断機能は、常勤専従の病理医・細胞診検査士を配置し、診断困難例は大学とのテレパソロジーシステムを利用している。悪性腫瘍と判断した報告書の見逃し回避のため、注意喚起システムが作動するなど、機能を適切に発揮している。放射線治療機能は、非常勤の放射線治療専門医が担当し、適応患者には、医師から説明・同意取得を行い、可能であれば緊急照射にも対応している。治療計画は、治療医主導のもと治療担当技師のダブルチェックで行い、シミュレーションの実施・計画線量の確認等を適切に行っている。輸血・血液管理は、システムで血液製剤の検査・出庫・実施・完了まで管理しており、使用したロット番号で遡及調査などに対応できる。必要時の迅速な供給として超緊急輸血の際にスタッフが開発した「音声認知システム」を利用できるなど、機能を適切に発揮している。手術・麻酔は、常勤麻酔科医が全身麻酔のすべてを担当している。手術室のスケジュール管理を規程に基づいて実施している。手術室における清潔管理も適切に行っている。術中患者管理や麻酔覚醒時の安全性の確保を行っている。集中治療は、救命救急センターとして16床設置し、入退室基準に沿って救急・重症患者の受け入れを行っている。臨床工学技士が人工呼吸器、呼吸循環動態監視装置、輸液ポンプ、除細動器等の整備・点検を行うなど、機能を適切に発揮している。救急医療は、救急科医師が全入床患者を把握して診療支援を行い、病院全体でベッドコントロールを行って受け入れ体制を整えている。ウォークイン患者に対しての優先順位判断や、緊急入院などへの対応も適切である。自院で受け入れができない症例への対応も適切に行うなど、機能を適切に発揮している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、病院BSC戦略マップに基づき収支予算を策定し、達成率を把握しているほか、損益計算書等の財務諸表も作成し、監査も受けている。医事業務は、窓口収納・レセプトへの対応・施設基準の遵守・未収金への対応等を適切に行っている。施設・設備の管理では、施設保守の年間計画と月間予定表を作成して管理しており、24時間体制で緊急時にも対応できる仕組みとなっている。物品管理は、委託によるSPD管理を行っており、一連の物品調達プロセスは適切であり、医

薬品および試薬については年2回の棚卸による過度な購入の抑制を行っている。

災害を想定した消防署等との合同訓練や原発事故を想定した九州電力等との合同訓練を実施しており、大規模災害に対する備蓄やDMATの派遣もある。災害時の医療マニュアルを整備し、各部署に配布し災害時に迅速に対応できる体制を整えている。今後は、自院の詳細な防災マニュアルの整備と職員への周知徹底が望まれる。保安業務は、緊急時の連絡体制等の院内保安体制を整備し、警備員の常時配置や防犯カメラ、電子錠によるセキュリティシステム等の防犯設備を整えているほか、建物の出入り管理を厳密に行うなど、適切である。医療事故が発生した際の対応手順を整備し、院長等部門長への連絡体制を構築し、原因究明と再発防止に向けた事故調査委員会の開催もあるほか、全職員を対象にした病院賠償責任保険に加盟している。

1 1. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、医師や看護師だけでなく全職種に共通した病院としての初期研修の方針を定め、年間計画を作成し、実施することを期待したい。学生実習等は、依頼元の教育機関との契約を締結し、患者・家族の了解のもとカリキュラムに沿った指導・実習・評価を実施するなど、適切に行っている。

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・プライバシーを適切に保護している	B
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	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	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	B

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	B
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	B
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	B
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	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	栄養管理と食事指導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	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
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	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	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	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	B
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	B
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	B

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	B
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

年間データ取得期間： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 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： 唐津赤十字病院

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： 佐賀県唐津市和多田2430

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	300	300	+3	85.5	14
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		
総数	304	304	+3		

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	16	+1
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	4	+1
人工透析	11	-1
小児入院医療管理料病床	15	-1
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		
特殊疾患病床		
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), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (地域), DPC対象病院 (Ⅲ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： 1 人 2年目： 4 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

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数		477.00	428.53	461.54	111.31	92.85
1日あたり外来初診患者数		97.95	59.64	62.70	164.24	95.12
新患率		20.53	13.92	13.59		
1日あたり入院患者数		278.50	267.32	279.36	104.18	95.69
1日あたり新入院患者数		18.61	17.22	17.48	108.07	98.51