

# 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 24 日～10 月 25 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、佐賀県北部医療圏を診療圏とした中核病院である。多数の診療科を設けて地域の急性期医療を担うとともに、救命救急センターを設置し、超急性期の脳卒中や心筋梗塞をはじめとする多くの救急医療に対応している。紹介患者を多く受け入れ、地域医療支援病院として機能している。

医療圏内で小児の入院機能を有する唯一の病院として地域連携小児救急センターを開設しており、ハイリスク分娩や産科救急等に対応する周産期医療を行っている。また、がん治療やがん相談体制を整備した地域がん診療連携拠点病院であり、糖尿病の専門医療機能をもつ基幹病院である。さらに、離島医療をバックアップするへき地医療にも取り組み、第二種感染症指定医療機関としての体制も整備している。地域災害拠点病院や原子力災害拠点病院にも指定されており、広範囲にわたり重要な役割を担いながら地域医療に貢献されている。今回の受審結果を参考に、さらなる医療の質の向上に向けて取り組まれるとともに、貴院の益々の発展を期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を明文化し、院内掲示、入院案内、ホームページ、広報誌等にて院内外に周知している。病院運営の意思決定会議は幹部会議であり、業務分掌や運営等について明記した規程を定めて組織図を整備している。経営幹部は、経営状況の安定化などの課題を捉え、解決に向けて取り組んでいる。DWH を活用し、電子カルテおよび医事会計システムの情報を有効に利用している。文書管理規程に受付、発信、保管、保存、廃棄に関する事項を定めている。

毎年採用計画を策定し、人材確保へ向けた努力をしている。就業規則を定め、育児休業や介護休業等の規程を整備している。衛生委員会を毎月開催し、健康診断、労災発生、時間外労働、メンタルヘルス等について話し合いを行っている。職員の意見・要望を把握するために職員満足度調査を行い、魅力ある職場づくりに努めている。

教育研修推進センターが職員研修を統括し、医療安全や感染防止などの研修を計画に基づき実施している。意識・能力評価、役割行動評価、成果評価を行い、能力評価と育成を行っている。臨床研修病院として医師の初期研修が進められ、看護部はキャリア開発ラダーに沿って新人看護職員臨床計画を策定し、教育を行っている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、わかりやすく掲示しており、小児の患者についても明記して掲示している。説明と同意の方針や基準・手順は、ガイドラインとして整備している。診療・ケアに関する情報は、パンフレットや説明文書を使って共有している。患者・家族の相談窓口として患者総合支援センターを設置し、多職種の連携により医療福祉相談やがん相談、苦情、医療安全相談を含めた多様な相談に対応している。患者の個人情報保護は、個人情報保護方針をホームページや入院案内、院内掲示にて周知し、規定に則って適切に取り扱っている。臨床における倫理的課題など、病院全体としての方針の話し合いは臨床倫理委員会で行っている。患者・家族の倫理的課題については、各部署内のチームカンファレンスを中心に取り組んでいる。

院内施設はバリアフリーであり、患者の利便性および高齢者・障害者への対応は適切である。外来診療や病棟の病室、廊下などは十分なスペースを確保し、清潔・安全面に配慮した療養環境を整備している。敷地内全面禁煙を徹底し、禁煙外来診療など健康増進への適切なサポートを提供している。

### 4. 医療の質

病院全体でBSCの取り組みが活発であり、継続的な病院の質改善に寄与している。各診療科でカンファレンスを行っているほか、キャンサーボードには病理医や放射線科医も出席している。剖検例には全例でCPCを行い、紹介症例報告会には近隣の開業医も参加している。患者・家族からの意見・要望は、意見箱や患者満足度調査、各種相談窓口などから収集し、関係部署と連携して医療の質向上に活用している。大学の研究に協力する場合や治験の実施、学会発表など、臨床研究に関する倫理的な審査は医学研究倫理委員会で行っている。

病棟には、それぞれの責任医師と担当看護師長、管理栄養士、薬剤師、MSWなどの氏名が掲示され、管理体制は明確である。診療記録は、診療録記載マニュアルに沿ってSOAP形式で必要事項を適時に記載している。診療録の質的点検は診療情報管理委員会のメンバーがチェックリストを用いて点検し、当該医師と診療科責任者へフィードバックしている。組織横断的な多職種連携の実践として、ICTやNSTの

ほか、褥瘡対策、緩和ケア、認知症ケアなどのチーム等が機能している。

## 5. 医療安全

医療安全推進センターを病院長直属で設置し、専従の医療安全管理者の権限は医療安全マニュアルに記載されている。医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者も役割を発揮している。インシデント・アクシデントレポートを医師も数多く提出しており、報告に関して高い意識を有している。医療事故発生時の報告手順は明確になっており、患者・家族に対して医療安全推進センターが主体となって適切に対応する体制ができている。

処方箋・指示箋への記載、指示出し・指示受け・実施確認を適切に行っている。ハイリスク薬は、薬品棚や処方箋上で注意喚起している。入院時に、全入院患者に転倒・転落アセスメントシートを活用し、リスク評価を行っている。人工呼吸器や輸液ポンプ・シリンジポンプ等は適切に中央管理している。緊急コードを設定し、救急カートは標準化するとともに、整備・点検して常に使用可能な状態である。

## 6. 医療関連感染制御

感染制御に関する組織体制は、院内感染対策委員会や病院長直轄の感染管理室および ICT、AST で構成されている。委員会を毎月開催し、報告・検討を行っている。ICT は週 1 回のラウンドと会議を AST とともにに行い、必要な権限が付与されている。地域の医療機関との合同カンファレンス・相互評価ラウンドを定期的で開催し、コンサルトにも随時応じる体制を整備している。院内外の感染関連情報は、感染管理室で集約・分析し、検討結果を院内感染対策委員会で報告するとともに、院内に周知している。ICT・AST 活動を毎週多職種で行い、血液培養陽性確認時には時間外でも感染症内科医・関連部署に報告する体制がある。

標準予防策や感染経路別予防策の遵守とともに、手指衛生などを適切に実施している。感染制御に関するマニュアルを整備し、血液・体液の付着したリネン・寝具類の取り扱いは、業者と提携した手順に基づき実施しており、適切である。抗菌薬の採用を組織的に検討している。毎週の ICT・AST カンファレンスで特定抗菌薬使用患者をリストアップし、介入・検討している。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報推進室が、ホームページを中心に新しい情報を適時に発信している。また、病院指標や年報の情報、患者満足度調査の結果、研修会・勉強会など様々な病院情報を公表している。患者総合支援センターで紹介患者の受け入れや返書対応の一元的管理、地域の医療機能・医療ニーズを把握している。また、行政や消防本部も参加する地域医療支援病院委員会においても、地域のニーズの把握と病院情報の提供を行うなど連携機能は適切である。「市民公開講座」を定期的で開催し、その内容を動画共有サイトで公開するなど幅広い教育・啓発活動に取り組んでいる。また、地域ケーブルテレビにおいて、医師が生活習慣病等の健康情報を発信している。院内でもがんに関する情報提供や患者・家族の交流に取り組むほか、地域の医療関係

者を対象とした緩和ケア勉強会を開催するなど、地域がん診療連携拠点病院の役割を果たしている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、院内掲示やホームページ等で丁寧に案内している。各診療科の外来において基本問診やトリアージを行い、診療までの体制を整備している。診断的検査は、必要に応じて他科と相談し、適応を検討している。患者の病態に応じて、多職種で入院診療計画書を作成した後に説明し、同意を得ている。患者総合支援センターを設置して多様な相談に対応し、内容に応じて院内外の専門職種や専門機関と連携している。

医師は毎日回診を行い、チーム医療のリーダーとしての役割を発揮している。入院時にはリスク評価を行い、看護計画を立案している。病棟薬剤師を配置し、持参薬管理を含めた薬歴管理・服薬指導を行っている。輸血の適用はガイドラインに準拠し、必要性を検討したうえで患者に説明して同意を得ている。手術室看護師、麻酔科医で術前訪問や術後回診を行っている。重症患者は入退室基準に従って管理し、治療は主治医制として運用している。褥瘡対策マニュアルを整備し、褥瘡対策チームが毎週ハイリスク患者を回診して多職種で検討している。入院時に、栄養状態や摂食嚥下機能を評価する栄養アセスメントを実施し、栄養管理計画書を作成している。

症状緩和に対する方針や手順を明確にし、多職種で患者の症状をアセスメントする体制を整備している。医師と療法士が協議・検討してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、安全に配慮しながら訓練を実施している。身体拘束は、マニュアルに基づいて実施し、最小化に努めている。医療的ケアを必要とする小児や成人の退院・転院に関しては、認定看護師やMSW、療法士が積極的に関わっている。市の退院支援ルールに則り、院内の多職種や院外の訪問系サービスの担当者が同席した退院調整カンファレンスを行っている。ターミナルステージの判定基準は緩和ケアマニュアルに記載され、患者・家族の意向を確認し、DNARにも対応している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、処方鑑査や疑義照会、調剤鑑査などの業務を適切に行っている。臨床検査は24時間体制で対応しており、精度管理も適切に行っている。画像診断レポートを全件作成し、夜間・休日でも遠隔画像読影システムで放射線科当番医師が緊急対応していることは評価できる。食形態と栄養プランについて病状変化や必要な栄養管理への個別対応が行われ、行事食や地産地消の食品フェアなども提供しており、患者満足度は高い状況となっている。療法士は、患者が転科した場合も改めて医師から指示を受け、切れ目のないリハビリテーションを実施している。診療情報は電子カルテで一元的に管理し、診療録の量的点検は点検表に基づいて実施している。医療機器は、機器管理システムにて一元管理され、定期点検等を確実にしている。中央材料室は各種インディケーターを用いて洗浄・滅菌を実施している。

病理診断科では、夜間・休日の術中迅速検査にも対応している。放射線治療は、

医師が計画し、診療放射線技師が線量検証を行い実施している。輸血業務では、24時間体制で輸血用血液製剤の一元管理を行っている。手術・麻酔機能では、麻酔科医が安全に配慮した手術スケジュール管理を行い、全ての全身麻酔を麻酔科標榜医が担当している。集中治療機能は、重症患者は主治医制で診療にあたり、各病室には生体モニターが設置され臨床工学技士が関与している。救急医療機能では、小児救急センターも含め24時間365日対応し、ドクターヘリも受け入れている。

#### 10. 組織・施設の管理

病院の財務・経営管理は、計画的な予算編成と報告・監査体制が確立している。分析した実績はBSCによる経営管理や経営改善に活用している。収納業務や保険請求業務は、手順に沿って適切に行われている。施設基準は管理システムを活用し、関係各部署と連携して遵守に努めている。委託業者は、評価票をもとに評価・検討して選定し、業務ごとの担当部署の管理下で実施状況を把握する体制が確立している。

施設・設備の管理業務は委託しており、管理体制を構築している。空調・電気・ポンプ・排水等の年間保守計画を策定し、定期的に点検している。購買管理では、医薬品は薬事審議会で決定し、診療材料は診療材料部会で検討してSPDで発注・払い出しを行っており、高額医療機器等も手順に沿って適正に更新している。

火災や震災発生時の対応について消防計画にまとめている。BCPは想定被害レベルにより診療体制を定め、緊急時参集職員の人数と時間、トリアージの運用等を明記している。保安業務は委託しており、緊急時の体制も整備しているほか、定期的な巡視や定時の施錠を行っている。

# 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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	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
1.3.3	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	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	A
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	A
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
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	B
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	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	B
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 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	+0	73.5	12.5
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	+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	16	+0
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	+0
人工透析	11	+0
小児入院医療管理料病床	15	+0
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		
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 (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： 4 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

## 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

2022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
		2022	2021	2020	2022	2021
	年度(西暦)					
1日あたり外来患者数		461.07	459.78	446.80	100.28	102.91
1日あたり外来初診患者数		71.58	70.48	67.29	101.56	104.74
新患率		15.52	15.33	15.06		
1日あたり入院患者数		227.70	227.18	232.42	100.23	97.75
1日あたり新入院患者数		17.60	18.11	17.12	97.18	105.78