

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8月27日～8月28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年の創設後、経営母体の変遷を経て、2010年に1市1町で構成する公立八女総合病院企業団の「公立八女総合病院」として開設している。一般病床300床、24診療科を擁して多様な疾患に対応し、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院として幅広い機能を有する、八女筑後医療圏の中心的病院である。近隣に三次救急病院がない状況下で、一次処置を行った上で三次救急の病院に転送するなど、病院理念に掲げている「安心して暮らせる地域づくり」を具現化している。多数の医療チームが活動しており、褥瘡対策チームのMDRPU予防、高齢者チームの院外組織とのネットワークの構築などの優れた取り組みがある。各診療科の診療においても心臓・血管内科をはじめとする毎朝の重症患者回診など、職場における「心理的安全性」を基盤として多職種が緊密に協働して医療を展開している。研修医のみならず、各職種の初期研修システムを整備し、評価の仕組みも構築している。

今回は初回から継続して2回目の更新受審であるが、前回指摘された事項については、随所に改善の努力が見受けられた。今回指摘された課題に対応され、貴院がさらに発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念と4項目の基本方針を明文化し、院内外に周知している。院長および病院幹部はリーダーシップを発揮し、意思決定会議にて重要議案の議論・立案を行っている。中長期計画「公立八女総合病院経営強化プラン」を作成し、年間目標を職員と共有している。情報システムの管理・活用方針は明確で、適切に運用し、電子

カルテシステムのセキュリティ対策は確実である。文書の保管、管理、改廃手続きは適切で、必要な情報を閲覧できる仕組みがある。

病院の医療の質の充実に向けて人材確保に組織的に取り組んでいる。人事・労務管理に必要な各種規程を整備し職員に周知している。職員の健康サポート体制、職員の意見・要望の把握、就業支援や福利厚生への取り組みは適切である。

年間計画に基づいて職員への教育・研修を開催している。専門医・認定看護師、各職種の資格取得を支援し、人事考課制度を通じて人材育成・能力評価に努めている。基幹型臨床研修病院として臨床研修管理委員会が機能し、適切な臨床研修を行い、他の職種においても計画的な新人教育を行っている。多職種の学生実習を受け入れ、実習要綱に則って有意義で安全な実習に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

患者の権利と子どもの権利を明文化し、ホームページ、院内掲示、入院案内等で周知している。説明と同意の方針を定め、セカンドオピニオンにも対応している。看護師の同席基準を定め、その後の患者の反応についても記録している。ホームページや病院案内・入院案内で情報提供し、入院前の面談でも各種パンフレットを活用して患者の医療参加・協力を促進している。総合相談窓口を設置し、虐待対応を含め入退院支援、経済・福祉相談、がん相談などに対応している。個人情報保護方針を患者・家族に周知するとともに、職員への教育も適切である。職業倫理に関する方針、臨床倫理方針を定め、病院として臨床倫理的課題を検討する仕組みがある。現場での倫理カンファレンスを積極的に行っているが。

駐車場を十分に確保し、院内は手摺りを設置しバリアフリーであり、Wi-Fi 環境、売店やコインランドリーなど生活に必要な設備を整えている。病棟には患者・家族がくつろげるデイルームを整備し、エントランスホール壁面の絵画は来院者の癒しとなっている。全館禁煙・病院敷地内禁煙の方針を徹底している。

4. 医療の質

業務の質改善に向けて TQM 活動に取り組み、毎年活動発表会を開催している。TQM 活動の成果を病院全体の仕組みに取り入れた実績もある。各診療科の医師および多職種が参加する M&M カンファレンスを毎月開催し、診断プロセスの振り返りを行っている。クリニカル・パスを活用し、バリエーション分析を実施している。各種の臨床指標を継続的に収集し、ホームページ上にも公開している。患者・家族からの意見・苦情は、意見箱の設置や患者満足度調査などから収集し、対応内容は院内掲示やホームページにより患者・家族および職員に周知している。薬剤の適応外使用、新たな診療・治療方法の導入については、倫理・安全面に配慮して検討する仕組みがある。臨床研究については倫理委員会で審査している。多職種が課題を提出して活発な研究活動を行っており、承認された課題名をホームページ上に公開している。

病棟には責任医師、看護師長、多職種の担当者を掲示し、責任体制を明確にしている。電子カルテを導入し、医師の診療録の質的点検を適切に行っている。多職種

で構成する多くの医療チームがコンサルテーション、ラウンド、カンファレンスに参加し、必要に応じて介入している。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理部を設置し、計画的に医療安全活動を実施している。医療安全管理者の権限は明確で、多職種による組織体制を整備している。インシデント・アクシデントの情報収集・分析を行い、現場にフィードバックしている。医療事故発生時の対応手順の周知、発生時の原因究明と再発防止策の検討を行っている。

患者確認、検体確認、輸液ライン・チューブ類の誤認防止の手順を確立している。手術室ではサインイン・タイムアウト・サインアウトを徹底し、全診療科共通のルールでマーキングを実施している。医師の指示出し、看護師の指示受けは、口頭指示のルールも含めて適切である。画像診断・病理レポートの未読を防ぐ対策を構築し実践している。薬剤の重複投与やアレルギーなどのリスク対策、ハイリスク薬の表示、麻薬の管理は適切で、安全に投与している。抗がん剤はレジメン管理である。転倒・転落防止についてはマニュアルを整備し、入院時に全患者のリスクを評価して立案した防止策を患者・家族に説明した上で実践している。各種医療機器に関する使用マニュアルを整備し、安全な使用に向けての教育を計画的に実施している。院内緊急コードを設定し、急変時の訓練も適切に行っている。

6. 医療関連感染制御

必要な権限が付与された ICT が、院内の感染症に関して定期的にラウンドを行い、継続的なモニタリングを行っている。医療関連感染制御に関するマニュアルを整備し、職員が容易に参照可能である。CLABSI、CAUTI のサーベイランスを行い、JANIS や JHAIS に参加し得られた情報を院内に周知している。アウトブレイクを明確に定義し、委員会の緊急招集や外部への発表基準を定めている。近隣医療機関との感染制御に関する会議では職種別のグループワークを行い、クラスター発生などの情報を共有している。

各部署では手指消毒剤の使用量をモニタリングし、ICT は感染経路別予防策の遵守状況をラウンドでチェックして現場での啓発・指導を行っている。感染性廃棄物や汚染リネン類の管理も手順に沿って適切に実施している。抗菌薬適正使用マニュアルを整備し、多職種で構成された AST が抗菌薬の使用状況を検討し、必要に応じて担当医にフィードバックを行っている。ICT が作成したアンチバイオグラムは月 1 回更新し、電子カルテで閲覧可能である。データベース管理システムに分類される抗菌薬について、外来や入院での使用比率の集計も開始したところである。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報誌、病院案内、ホームページなどを通じて行っている。広報誌を発行し、構成自治体の全世帯に配布している。ホームページには、診療科・部門紹介などの情報をわかりやすく掲載している。地域医療機関からの紹介

患者の受入れ、受診・入院の報告、返書の管理などの業務は、医療連携課が担当し、地域との連携を深める活動を積極的に展開して地域連携パスにも取り組んでいる。地域の医療関連施設のデータは地区ごとにファイリングし、各施設の把握を容易にしている。地域の健康増進活動として住民向けの健康診断を実施し、緩和ケア・認知症・糖尿病・がん相談支援センターの啓発資料の掲示および配布を行っている。腎臓病教室や思春期講座を動画で配信し、病気の予防や住民の知識の向上に取り組んでいる。在宅療養後方支援病院の受け入れ体制の整備やへき地拠点病院の巡回診療も行っている。

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等で提供し、円滑に診察を受ける環境を整備している。外来では看護師の予診情報や紹介状から患者情報を迅速に共有し、内視鏡などの診断的検査では、終了後の帰宅基準を定めて安全確実にを行っている。入院前に各種相談を受ける体制があり、患者・家族の意向聴取も行い、入院後は多職種で迅速に入院診療計画書を作成している。

医師の病棟業務、看護師によるリスクアセスメント、看護計画の立案は適切である。病棟薬剤師を配置し、服薬指導、薬歴管理、投薬・注射を安全に施行している。輸血・血液製剤投与は適正使用指針を遵守し、投与前の確認、投与中・投与後の観察・記録は適切である。周術期には医師・看護師が、術前・術後の訪問に取り組んでいる。重症者の管理は救急センター、各病棟の重症室などで行い、医師をはじめとする多職種チームが協働して診療・ケアを行っており高く評価できる。褥瘡には早期から対応し、褥瘡対策チームは丁寧なラウンドとカンファレンスを行い、成果を挙げているなど秀でている。栄養管理、症状緩和の取り組みも適切である。各種のリハビリテーションを療法士、看護師、管理栄養士が協働して取り組んでいる。身体拘束はマニュアルを定め同意を得たうえで実施し、早期の解除に向けて評価・検討している。入院前から多職種がスクリーニングを行い、入院早期に退院に向けての課題を院外関係者も含めて協議し、退院後の支援に繋げている。ターミナルステージの患者に対しては主治医と多職種で検討し、必要時には緩和ケアチームがサポートしている。

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、持参薬の鑑別、抗がん剤の調製、注射薬の1施用ごとの払い出しなど適切に行っている。臨床検査はニーズに対応した検査を実施し、精度管理、パニック値の報告も適切である。画像診断部門は速やかに検査を実施し、緊急の依頼にも対応しており、読影率はおおむね100%である。栄養管理は衛生管理、食材の検収、下処理、調理、配膳、下膳、洗浄、保管までのプロセスを適切に行い、食事は適時・適温で提供している。リハビリテーション部門は多様なリハビリテーションに対応し、病棟と綿密に情報共有して可能な限り連続性を損なわない体制がある。診療情報管理は診療記録を電子カルテにより一元管理し、量的点検、DPCコーディングなど適切に行っている。医療機器は臨床工学科が一元管理

し、入出庫や点検を適切に行っている。洗浄・滅菌機能はワンウェイ化し、各種インディケータを用いて質保証を行っている。

病理診断は診断の精度を確保し、報告書や標本の保管や作業環境も適切である。放射線治療は専門医と放射線技師による治療計画の策定、機器の品質管理など、高度で安全な体制を整えている。輸血・血液管理は発注・保管・供給、副作用報告、委員会での協議など適切に行い、廃棄率低減に向けて努力している。手術麻酔機能はスケジュール管理、清潔管理、空調点検、機器の点検、薬剤管理など適切である。集中治療機能は入退室基準を明確化・遵守し、多職種によるチーム医療を実践している。救急医療機能は地域の二次救急と当番制の時間外小児科診療を担っており、救急車応需率は高い率を維持している。救急隊と定期的に振り返り協議を行うなど地域の救急医療の質向上に努めている。

10. 組織・施設の管理

経営強化プランに基づき、各部署からの要求および前年度実績を踏まえて、企業団経営責任者会議において予算を決定し、執行状況の評価も適切に行っている。医事業務は委託職員が行い、病院職員が管理・監督している。自動精算機を整備してクレジットカードにも対応し、患者の利便性に配慮している。会計待ち時間を調査して改善に努めている。査定・返戻対策会議を毎月開催し、未収金に対してマニュアルに則った督促を行っている。業務委託ガイドラインを定め、受託者の能力、業務内容・水準等を確認し、実施状況を日報・月報により把握して必要な指示を出している。

年間計画に基づき点検・保守管理を行い、緊急時対応手順を各部門に周知している。院内で取り扱う医療材料や医薬品等はSPDシステムを活用し、効率的に発注・搬送・在庫管理を行い、各部門では物品管理、滅菌確認、品質チェック、使用期限管理を行っている。

病院のリスクを把握し、事業継続計画を定めている。法令に則った消火・避難訓練を実施し、有事の際に病院機能を保てる設備と備蓄を確保している。院内保安はマニュアルに則って入退館管理、院内巡視、施錠管理などを行っており、病院の危機管理体制は適切である。

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
<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	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	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	B
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	S
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	S
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	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	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	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： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2024 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： 公立八女総合病院企業団 公立八女総合病院
I-1-2 機能種別： 一般病院2
I-1-3 開設者： 市町村
I-1-4 所在地： 福岡県八女市高塚540-2

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	62.5	15.3
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					
総数	300	300	+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)	10	+10
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		
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	43	+0
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, へき地拠点病院, 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： 3 人 2年目： 4 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
オーダーリングシステム ● 1) あり ○ 2) なし PACS ● 1) あり ○ 2) なし

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
		2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数		389.62	408.14	383.56	95.46	106.41
1日あたり外来初診患者数		38.92	45.55	39.39	85.44	115.64
新患率		9.99	11.16	10.27		
1日あたり入院患者数		188.01	195.44	199.74	96.20	97.85
1日あたり新入院患者数		12.25	11.27	11.48	108.70	98.17