

## 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7月10日～7月11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

1911年の佐世保海軍工廠職工共済会病院の開設から、110年以上の時を刻んで現在に至っている。ICU8床、一般病棟（7対1）258床、地域包括ケア病棟40床を擁する許可病床306床の病院である。がん診療、整形外科診療、周産期医療を中心に、救急医療、結石治療、歯科口腔外科診療等を柱とする地域の基幹病院である。多数の紹介患者を受け入れ、治療終了後はスムーズに在宅療養へ移行できるよう支援し、必要に応じて各種サービス機関等と連携して患者を支援している。基幹型臨床研修病院として医師の初期研修に尽力している。また、多数の専門職種の養成校からの実習生を受け入れ、将来の医療従事者の育成に貢献している。地域住民や医療従事者等に対して講座や研修、指導等を行っている。理念である「博愛の精神」、「人の和」、「自己研鑽」を実現すべき組織として、永い歴史の延長線を描きながら、日夜、地域を支え続けている。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、キャッチコピー「信頼される医療、つながる人の輪」とミッション、ビジョン、バリューを策定している。病院幹部の選任過程は明確であり、管理者会議が病院の意思決定会議である。病院の組織規程を定め、組織図を整備している。中期計画に基づき、数値目標を明確にした単年度計画を策定し、月次、半期ごとに評価している。医療情報システムの導入・維持・更新等を計画的に実施し、端末等の機器情報を台帳管理している。文書取扱規定は整備されており、一元的管理に向けた更なる取り組みを期待したい。

役割・機能に見合った人材確保に向け採用計画書を策定している。短時間労働者

も含め就業規則を整備し、育児・介護休業や再雇用制度等を規定している。健康診断や労働環境等を議題に衛生委員会を開催している。中央材料室でのホルマリン分注作業については、換気装置のある病理室へ移行している。職員からの意見や要望等を職員満足度調査や勤務評価面接等で収集し、各種の就労支援や福利厚生を整備を図っている。

全職員を対象に年間計画に基づく研修を実施し、オンデマンド活用とアンケート評価を行っている。能力評価や能力開発には全職員を対象にした勤務評価制度を活用し、初期研修体制を整備している。学生実習を受け入れ、カリキュラムや職種ごとのガイドラインに沿って実施し評価している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内掲示やホームページ、入院案内等で周知している。説明と同意に関する考え方や範囲・手順等を、医療安全管理指針や医師マニュアルに明記している。入院案内やホームページで患者とのパートナーシップの重要性を示し、患者参加を促進している。大きな文字のクリティカルパスを用いて患者・家族へ分かりやすく説明している。患者相談窓口には看護師、MSW、事務職員が常駐し、関係部署や専門職種と連携している。個人情報保護に関する基本方針を策定し、具体的な運用手順・管理方法、取り扱い手順などは管理要領に定めている。主要な倫理的課題についての方針を明確にし、患者・家族、医療者が抱えている倫理的課題は多職種カンファレンスで検討している。現場で解決できない場合は、医療倫理審査委員会で検討している。

病院へのアクセスを確保し、院内は生活延長上のサービス環境が充実している。診療やケアに必要なスペースを確保している。受動喫煙防止に向け敷地内禁煙の方針を明確にし、喫煙患者には外来診察時や入院オリエンテーション時に喫煙に関する健康被害や禁煙効果を説明し啓発活動を行っている。

### 4. 医療の質

業務の質改善に向け、多職種によるリスクマネージャー会議で課題を抽出し検討している。診療の質の向上に向け診療科カンファレンスを行い、組織横断的なCPCを開催し、診療ガイドラインの有効利用に努めている。患者用クリティカルパスを入院診療計画書として活用し、クリティカルパス委員会で見直すとともに、バリエーション分析やアウトカム評価などを行っている。患者・家族の意見、要望などを意見箱や患者満足度調査などから収集し、対策などを協議し運営会議を通じて周知している。新たな手術・治療法の導入や薬剤の適用外使用、臨床倫理事項については医療倫理審査委員会、臨床研究に関しては倫理審査委員会にて行い、外部委員出席のもとで組織的審議を行う体制を整備している。

病院玄関等に院長や副院長、看護部長、事務部長等の他、診療・ケアの責任者も表示している。診療録等の記載基準・看護記録記載基準を整備している。診療記録の質的点検の手順書を整備し、入院カルテ監査チェックリストを用いて点検を行い、結果をフィードバックしている。医師は患者の状態に合わせ、随時、コンサル

テーションを行い診療している。看護部では、認定看護師・特定行為研修修了看護師を育成し、医師と協働してチーム医療に貢献している。また、NSTや緩和ケア・褥瘡対策・認知症ケアチーム、ICT、AST等の多職種チームが組織横断的に関わり、支援する仕組みを構築している。

## 5. 医療安全

院長の直轄に医療安全管理室を設置し、専従の医療安全管理者を配置している。医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者を定め、それぞれの業務指針や権限について医療安全管理指針に明文化している。院長をはじめ各部門責任者で構成する医療安全管理委員会および下部組織となるリスクマネージャー部会を設置し、医療安全管理室カンファレンスで、事例の検討や共有を図っている。インシデント報告分析支援システムにてアクシデント・インシデント報告を行い、分析して再発防止対策を検討し、医療安全管理委員会に報告している。地域の連携病院による相互ラウンドや院外情報を事故防止対策の参考にしている。医療事故発生時の対応手順を整備している。

患者確認は、外来患者は基本伝票、入院患者は電子カルテやオーダー帳票等との照合、リストバンドによるバーコード認証を行っている。情報伝達エラー防止に電子カルテ機能を活用している。病棟配置薬剤の使用時には、看護師がダブルチェックを行った上で投与している。麻薬保管庫の鍵管理については、責任の所在が明確になる運用を定めている。入院時、全患者対象に転倒・転落の危険度を評価し、患者・家族への説明や看護計画に反映させている。各種医療機器の使用マニュアルを整備している。院内救急コードを設定し、急変時対応強化のため、認定看護師らによるKIDUKI研修やBLS・クリティカルケア教育を実施している。

## 6. 医療関連感染制御

感染管理室に医師や専従看護師等を配置し、ICT・ASTを設置している。院内感染対策委員会を設置し、院内感染対策マニュアルを整備し適宜改訂を行い、院内端末で閲覧可能な体制を整えている。院内での感染発生状況の把握は、細菌検出情報や有熱患者検索等により行っている。JANISに参加し、ICTは院内外の医療関連感染に関する情報の収集と把握に努め、速やかに情報共有している。

ICTラウンドにて手指衛生やPPEの使用状況などを確認し、モニタリング結果は、リンクナース会議でフィードバックしている。感染経路別トリアージの手順があり、急患室、外来、透析室には陰圧室を整備している。抗菌薬の採用はICT委員会と薬事審議会で決定し、感染管理室の意向が反映される仕組みとなっている。広域抗菌薬や抗MRSA薬については、届出制を採用している。また、抗菌薬使用前には、各種培養検査や感受性検査の結果に基づいて、ASTが抗菌薬の種類・投与量・投与期間を提案する体制を整備している。血液培養陽性症例については、検査室から感染管理室にリアルタイムで連絡が入る体制を構築している。アンチバイオグラムは電子カルテ上で確認が可能である。また、継続使用に対しては、ASTが監視・是正に関与する体制が整っている。抗菌薬使用を含むクリティカルパスを作成する

際には、ICTに連絡する運用となっており、ICTが適宜助言や介入を行っている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の診療機能や医療サービス、行事予定などの情報を、ホームページや広報誌や連携室だより、入退院支援センターだよりなどを介して積極的に発信している。地域の介護・医療機関との連携業務は医療連携室が手順に基づき対応している。地域医療機関・介護施設などを訪問し、連携強化に必要な情報発信や要望収集を行っている。地域連携懇談会や介護連携懇談会を開催し地域の医療従事者と情報共有に努め、全登録施設を閲覧できるデジタルサイネージを正面玄関に設置している。地域医療連携ネットワークシステムに参加し、円滑で安全な医療連携に努めている。地域の健康増進に寄与する活動として、住民健診や人間ドックなどの受け入れを行っている。地域住民向けの市民講座や、各種団体からの要請に応じて院外へ講師を派遣する出張講座を開催している。また、SNSのコンテンツを取り入れ最新医療や健康増進に関する情報を幅広く発信している。地域医療従事者向けの勉強会を開催し、Web形式でも実施している。認定看護師などの専門職が地域の医療機関や介護施設などへ出向き、専門的な知識や技術、環境整備に関わる教育や支援を実施している。地域団体よりイベントの救護活動依頼があった場合などは、積極的に専門職として地域活動に参画している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来患者や紹介患者に関する診療の流れや入院手続きなどを公開している。外来では問診票による情報収集を行い、CT・MRI検査時に必要な情報を共有し、放射線被曝リスクは文書で説明している。病床を効率的に運用し、緊急時も迅速に対応している。主治医は、患者の病態を評価・把握した上で入院診療計画書を作成している。患者・家族からの多様な相談に対応し、入院支援看護師が、患者・家族に入院面談と入院説明を実施している。

医師は回診やカンファレンスで病状を把握し、看護師は患者・家族の身体的・心理的・社会的ニーズや問題点を看護計画に反映している。投薬・注射はダブルチェックした上で本人確認を徹底し、手順に沿って実施している。術前カンファレンスで手術適応を検討し、麻酔科医による外来診察、看護師による術前訪問を全例に行っている。全患者に対し、入院時と状態変化時に、褥瘡発生リスク評価を行っている。管理栄養士は、入院時のアレルギー情報や栄養状態等に基づき、栄養管理計画書を作成している。緩和ケアマニュアルを整備し症状緩和に関する方針や手順を明文化している。身体拘束の早期解除に向けて取り組み、在宅での療養を希望する患者の退院に向け、多職種が支援している。各職種が退院サマリーを作成し、継続的な診療・ケアにつなげている。ターミナルステージでは、患者・家族へ治療や療養方針の説明と意向を確認している。

## 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、薬剤管理、情報共有等を行っている。持参薬の確

認や服薬指導を行い、薬事審議会にて採用薬の見直しを行っている。臨床検査のパニック値は医師へ直接連絡し、報告記録を残している。放射線検査は迅速な読影と診断の質の確保に努めている。栄養科では、大量調理衛生施設管理マニュアルに基づき、安全面や衛生面に配慮した食事を提供している。療法士は主治医と連携して、疾患別リハビリテーションに取り組み、カンファレンスや回診に参加し、多職種との連携を通じて情報共有を図っている。診療情報は1患者1IDで管理し、診療記録の量的点検は手順に基づき全退院患者対象に行っている。医療機器を一元管理し、年間スケジュールに沿って定期点検を行い、点検記録をデータベースソフトに保存している。洗浄・滅菌は中央化し、各種インディケータで滅菌の質を保証している。

病理診断精度の向上のため、細胞検査士間で細胞診のダブルチェックを行い、専門医が最終確認する仕組みがある。輸血・血液管理業務は輸血管理マニュアルに沿って実施し、手術時の患者確認は術前チェックリストに沿って行い、サインイン、サインアウト、タイムアウトを実施している。集中治療には、多職種や医療チームが介入している。救急患者の受け入れ方針と手順を救急患者対応マニュアルに明文化している。

#### 10. 組織・施設の管理

予算編成は前年度の実績や各部署へのヒアリングもとに行っている。管理者会議などを通じて予算の進捗状況を職員へ周知している。診療報酬請求は医事課が担当医と連携のもと行い、返戻および査定事例は各委員会で分析・対策を協議している。未収金管理や施設基準管理は手順に基づき実施している。委託業務は委託業務従事者と意見交換の場を設け契約業務の実施状況把握に努めている。病院職員と同じ医療安全や感染防止の教育体制を整備している。物品管理は定数管理し、定期的に棚卸を実施している。新規採用の診療材料や医薬品は各委員会で検討し、1増1減を原則とし増加対策に努めている。高額医療機器は各部署へのヒアリングにより費用対効果を検討し予算化している。

施設・設備は管財課施設係が管理している。空調・消防用設備、ボイラー、昇降機等の年間保守計画を策定し実施している。

佐世保共済病院防火・防災計画、BCPを策定し、周知している。自家発電装置での電力供給を確保し、業者からの燃料調達手段もある。保安業務の主管部署は管財課であり、平日時間内は警察OB、夜間・休日は委託職員が保安業務を行っている。

# 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	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	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	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	B

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	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	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	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	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	B
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	B

## 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	B
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	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	B
-------	------------------------	---

---

4.6.2	保安業務を適切に行っている	B
-------	---------------	---

---

年間データ取得期間： 2024年 4月 1日～2025年 3月 31日  
 時点データ取得日： 2025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： 国家公務員共済組合連合会 佐世保共済病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 共済組合及びその連合会

I-1-4 所在地： 長崎県佐世保市島地町10-17

## 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	266	266	-48	65.5	11.46
療養病床	40	40	+0	82.5	15.66
医療保険適用	40	40	+0	82.5	15.66
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	306	306	-48		

## 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)	8	+0
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)	0	-4
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	36	+0
小児入院医療管理料病床	0	-25
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	40	+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, 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： 2人 2年目： 1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

