総括

■　機能種別

主たる機能種別「一般病院１」を適用して審査を実施した。

■　認定の種別

書面審査および2月5日～2月6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１　　認定

■　改善要望事項

・機能種別　一般病院１

該当する項目はありません。

１．病院の特色

貴院は1978年に長谷川医院として開院し、開院当初より富山市における泌尿器科専門の医療機関として、地域における尿路疾患治療のニーズに応えてきた。また、同年に透析医療センターを始動し、その後、病床数の増床を経て長谷川病院として発足するなど、泌尿器科医療と人工透析を中心に地域医療へ貢献してきた。診療機能の面では、1989年にX線CTを導入するなど、早くから医療機器の整備を進め、1990年には泌尿器科専門教育施設の認定を受けている。近年は、高齢化に伴う地域ニーズに対応するため、通所リハビリテーションを開始し、退院支援や退院後の生活を含めた地域での療養支援の充実にも取り組んでいる。泌尿器科医療と透析治療に積極的に取り組むとともに、地域の医療機関や介護施設等との連携を推進し、地域医療提供体制において重要な役割を担っている。

今回の受審においては、病院長をはじめ病院幹部の強いリーダーシップのもと、改善に取り組む組織風土が確立され、病院の質向上に取り組まれていることが随所で確認できた。組織的かつ継続的な改善活動を積極的に展開され、地域ニーズに応える姿勢は大いに評価できる。今後とも、地域住民・患者の医療ニーズに応える医療提供体制の整備・充実に向け、一層の取り組みがなされることを期待したい。地域住民や関係医療機関からの厚い信頼と期待に応えながら、貴院がますます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、基本方針を策定し、掲示、ホームページへの掲載、ポケットマニュアルへの掲載等により、職員にも周知している。運営会議を病院の意思決定機関とし

て位置づけ、課題の把握や方針の協議・決定を行っている。理念、基本方針に沿った年次事業計画が策定され、各部門の目標が立案される仕組みとしている。医療情報システム運用管理規程に基づいて情報を管理し、真正性・保存性を担保している。文書管理規程を定め、起案から決裁、承認、保存までの仕組みを整備している。

医療法や施設基準などで必要な人員を確保し、各職種の採用活動を積極的に実施している。就業規則をはじめ、給与規程や法令に基づく各種規程を整備している。労働衛生委員会を設置し、定期的な開催を通じて課題に対応することで、職員の労働安全衛生の確保に努めている。人事考課制度による育成面談、職員用意見箱、職員満足度アンケートの実施などにより、職員の意見・要望を収集している。年間研修計画を立案し、法定研修の実施管理を行っており、その他の必要性の高い研修も計画的に実施している。各職種がそれぞれの専門職研修へ参加しており、また、認定資格等の取得支援制度の活用により、能力評価・開発を行っている。理学療法士の実習を受け入れ、カリキュラムに沿った実習を行っている。

３．患者中心の医療

患者の諸権利を明文化し、院内各所、入院案内、ホームページに掲載して、地域住民や患者への周知に努めている。説明と同意に関する指針が明文化されており、説明の際には看護師が同席し、患者の様子や理解度が記録されている。患者との情報共有については、問診票等を用いて情報を収集し、共有している。パンフレットや病院独自の動画を作成し、患者・家族の理解を深めるための支援や工夫を行っている。患者相談窓口は、医療支援室の看護師、社会福祉士が担当している。各部署と多職種で連携し、対応している。患者の個人情報については、個人情報保護規程、医療情報システム運用管理規程等を整備し、病院として保護する体制を整備している。倫理委員会の規程を定め、主要な倫理的課題を設定している。現場で解決困難な倫理的課題は、倫理委員会で検討される仕組みが構築されている。毎朝の病棟カンファレンスにおいても倫理的課題が検討され、実際の検討症例が記録されている。

療養環境については、院内はバリアフリーとなっており、駐車場や売店の設置、入院セットの導入などにより、来院時や入院生活に配慮している。病棟における療養環境は適切に整備されている。全館・敷地内禁煙を院内掲示などにより推進している。透析患者への禁煙推進の取り組みも行っている。

４．医療の質

理事会で決められた事業計画・方針に基づき、安全・感染・業務などに対応し、毎月開催される診療会議において進捗状況を評価している。日常的には、多職種で構成される医療サービス向上委員会による継続的な質改善活動や、診療会議メンバーを中心とした機能評価委員会による改善活動を行っている。泌尿器科の専門病院として、地域の状況に鑑み病床をダウンサイジングし、DX を推進するなど、専門領域診療における基幹病院とかかりつけ医の中間に位置する医療機関として求めら

れる診療を展開し、地域のニーズに応えており、高く評価できる。患者・家族の要望は、意見箱やホームページからのメールによる問い合わせなどにより収集し、掲示板で回答を行っている。患者満足度アンケートを定期的かつ継続的に実施し、結果をホームページで公表している。新たな診療・治療方法などの導入に関しては、安全対策委員会で対応し、採用後の報告・検討も実施している。臨床研究に関する倫理的審査は、臨床研究倫理審査委員会で検討している。

診療・ケアの責任体制は明確にされ、患者や家族にわかりやすい場所に表示している。診療記録は記載マニュアルに基づいて記載しており、電子カルテを活用し、各職種が診療情報を共有できる仕組みがある。日本診療情報管理学会の診療情報管理士業務指針に基づき点検項目を設定し、毎月ランダムに診療記録を抽出している。多職種で構成された診療記録委員会のメンバーにより、医師、看護師、技師がそれぞれの診療記録をチェックしている。多職種によるカンファレンスを毎朝開催しており、患者・家族の意向を反映した治療計画やケア方針を共有している。多職種協働の専門チームを編成し、診療・ケアの向上に努めている。

５．医療安全

医療安全管理指針を明文化し、専任の医療安全管理者を配置して、安全確保に向けた体制を確立している。インシデント・アクシデントレポートを集約し、検討・分析を行い、対策・改善案を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をフローとして整備し、発生から医師、管理者、患者・家族、医療安全管理者への連絡の流れを明確にしている。

患者誤認防止マニュアルを整備し、マニュアルに沿って実施している。医師の指示出し、看護師の指示受け、実施、医師の実施確認にはオーダリングシステムを活用し、確実に行っている。事故防止のため、誤投与防止製剤やキット製剤を積極的に採用している。病棟定数配置薬や救急カート内の薬剤は、チェックリストを活用し、毎日確認・補充している。副作用報告はDI室で一元管理し、薬事委員会で報告している。抗がん剤は外来化学療法委員会（レジメン審査委員会）で検討し、管理・登録している。転倒・転落のリスクのある患者については、多職種カンファレンスにより情報交換したうえで、転倒・転落防止対策を立案・実施している。また、医療安全委員会でも検討している。各機器は、看護師による使用前・使用中・使用後の日常点検が行われているほか、臨床工学技士による点検も行われている。臨床工学技士による機器の研修も開催されている。患者等の急変時に対応する院内緊急コードが設定され、表示されている。各部署で緊急時のシミュレーション訓練が行われている。

６．医療関連感染制御

感染管理委員会を設置し、医局、副主任以上の役職者が参加する診療会議のメンバーが委員を兼ねている。毎月、委員会を開催し、院内感染に関する情報収集、分析、評価を行い、院内感染対策の決定機関としての役割を果たしている。委員会の実働部門としてICT（院内感染対策チーム）を組織している。ICTは毎週院内ラウ

ンドを実施し、環境チェックを行うとともに、耐性菌ラウンドや感染経路別サーベイランスを実施している。また、AST（抗菌薬適正使用支援チーム）としての役割も果たしている。JANIS、J-SIPHE に参加し、感染状況に関してベンチマークを行っている。地域の基幹病院である富山市民病院が実施する感染症に関する合同カンファレンスに参加し、情報交換している。

感染防止対策はマニュアルに沿って実践されており、適正である。速乾式手指消毒剤の使用量をモニターし、標準予防策を徹底している。血液・体液汚染リネン類等や感染性廃棄物は適切に取り扱われている。抗菌薬適正使用マニュアルを整備し、自院のデータに基づいたアンチバイオグラムを作成・活用している。周術期の予防的抗菌薬は、診療ガイドラインに基づいて作成したクリニカルパスを運用し、投与している。

７．地域への情報発信と連携

病院における広報活動は、地域連携室と事務部がホームページでの情報発信を検討する仕組みとしている。関係機関や行政向けに、近隣クリニックとの共同広報紙を年 2 回発行している。病院ホームページでは、病院の方針、診療機能、診療担当医一覧、診療実績、休診情報、各種イベントの紹介等、最新の情報を発信している。地域連携業務は医療支援室が中心となり、紹介患者の受入れ、返書管理、検査紹介手続き、紹介件数等の管理を行っている。毎月、地域の泌尿器科医師との連携会を開催している。新任医師による関係機関への挨拶回りなど、連携活動を実施している。近隣の医療・介護機関の情報を把握し、患者への説明を行っている。

地域に向けた医療に関する啓発活動として、医師会主催の研修会への講師派遣、地域支援事業における医療・介護連携推進会議での介護事業所職員向けの排尿管理や腎臓リハビリテーションに関する講演を行っている。中学生を対象とした「14 歳の挑戦」事業における職場体験の受け入れも継続的に行っている。新型コロナワクチンの予防接種事業など、地域の予防接種事業も積極的に実施している。看護師による地域の透析機関での研修会の実施や情報交換会への出席など、地域における病病連携、病診連携、介護施設との連携活動を実施している。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページでは、受診に必要な最新の情報を掲載している。外来では、担当医が患者に分かりやすく説明して同意を得ており、患者の理解状況を看護師が確認し、記載している。入院受入れは医療支援室が窓口となり、情報収集を行っている。診断的検査の必要性は医師が判断し、侵襲を伴う検査については、医師が検査の目的や合併症の可能性などを説明し、同意を得ている。外来では、担当医が入院の必要性を判断し、入院に際しては、患者・家族に説明して同意を得たうえで、医師が患者の病態を評価・診断している。多職種により、すべての入院患者に対し、転倒・転落、褥瘡リスク、服薬状況、認知機能などの項目について標準化したアセスメントを実施し、診療計画書を作成している。相談業務は、看護部長を中心に、看護師、事務職員、院内のケアマネジャーが、患者・家族から寄せられる多様な相

談や要望に対応している。

医師はリーダーシップを発揮し、看護師や薬剤師など多職種とカンファレンスを実施して、治療経過のみならず、心理的問題、社会的問題などについても把握し、対応を検討している。輸血や手術部位の確認、合併症の予防対策、術中・術後のケアは、マニュアルに則り実施している。身体抑制・行動制限の必要性は、医師が患者・家族に説明のうえ同意を得て実施している。入院時に全患者に対して退院支援に関するスクリーニングを行い、必要に応じて家族や退院先施設での指導を目的として各専門職が参加し、退院前カンファレンスでの情報共有や指導・調整に取り組んでいる。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤部では処方鑑査を実施し、必要に応じて疑義照会を行っている。臨床検査部門には臨床検査技師を配置し、院内で実施する検査は、概ね１時間以内に結果報告ができている。パニックデータが出た場合は、直ちに医師に連絡する体制を整えている。放射線科には診療放射線技師を配置し、緊急を要する画像所見が認められた場合は、直ちに医師に報告する体制を整えている。給食業務は清潔・不潔のゾーニングを適切に行っており、嗜好調査も実施して質改善に取り組んでいる。リハビリテーション科には常勤兼任の医師と療法士を配置し、主治医の指示によりリハビリテーションを提供している。

診療記録の点検は、毎月ランダムに診療記録を抽出し、多職種で構成された診療記録委員会のメンバーにより、病院で規定したチェック項目について実施している。医療機器は臨床工学技士により適宜整備・点検が行われており、適正に管理されている。使用済み器材は密閉された容器で中央材料室に運ばれ、機械洗浄が行われている。滅菌の精度保証も各インディケーターにより確認されている。輸血・血液管理は検査課が担当している。輸血委員会を組織し、血液製剤の適正使用について検討している。手術スケジュールは電子カルテ上で管理し、全身麻酔が必要な手術に際しては、非常勤の麻酔科専門医が術中管理を行っている。

１０．組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に則って行っており、年１回の外部会計監査を実施している。予算も毎年度立案され、実績の確認や解決策の検討が毎月行われている。医事業務では、窓口業務、診療報酬請求、レセプトの返戻・査定への対応を行っている。査定・返戻は診療会議で共有し、分析・協議がなされている。未収金は手順に沿って適切に管理されている。業務委託の管理では、委託業者との業務範囲や損害賠償の範囲を契約書で明確にしている。事故発生時の対応手順も整備している。年度末や更新時期に、継続や切り替えを検討することを原則としている。

病院機能に見合った施設・設備が整備されている。日常点検や月次点検、定期的な保守点検などを計画的に実施している。故障時等の緊急時の連絡網を整備している。物品購入管理では、医療材料、薬剤等について各検討委員会で採用を検討する仕組みとしている。また、発注、納品、検収における内部牽制機能も整備し、購入

から納品、検品、部署への配置までのプロセスを整備している。火災や災害発生に対応する火災マニュアル、BCP などを整備し、緊急時の責任体制を明確にしている。年 2 回の消防訓練も実施している。停電によるシステムダウン時のマニュアルも整備している。自家発電機や、患者・職員用の食料・水の備蓄も行っている。夜間・休日の連絡体制を整備し、施錠管理など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	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	S

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	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	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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	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	B
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	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	NA
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	NA

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	B
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	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： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2025 年 7 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 医療法人社団 長谷川病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院1

I-1-3 開設者 ： 医療法人

I-1-4 所在地 ： 富山県富山市星井町2-7-40

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	36	36	-4	20.93	14.7
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用	0	0	+0		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	36	36	-4		

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	0	
集中治療管理室 (ICU)	0	
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)	0	
ハイケアユニット(HCU)	0	
脳卒中ケアユニット(SCU)	0	
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	
放射線病室	0	
無菌病室	0	
人工透析	51	+0
小児入院医療管理料病床	0	
回復期リハビリテーション病床	0	
地域包括ケア病床	0	
特殊疾患入院医療管理料病床	0	
障害者施設等入院基本料算定病床	0	
緩和ケア病床	0	
精神科隔離室	0	
精神科救急入院病床	0	
精神科急性期治療病床	0	
精神療養病床	0	
認知症治療病床	0	

I-1-7 病院の役割・機能等 ：

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： 人 2年目： 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

診療科名	医師数（常勤）	医師数（非常勤）	1日あたり外来患者数（人）	外来診療科構成比(%)	1日あたり入院患者数（人）	入院診療科構成比(%)	新患割合(%)	平均在院日数（日）	医師1人1日あたり外来患者数（人）	医師1人1日あたり入院患者数（人）
腎臓内科	0	0.3	2.97	1.92	0.00	0.00	0.12	0.00	9.91	0.00
泌尿器科	5	0.92	152.05	98.08	9.96	99.81	8.26	6.88	25.68	1.68
麻酔科	0	0	0.00	0.00	0.02	0.19	0.00	0.00	0.00	0.00
研修医	0	0								
全体	5	1.22	155.02	100.00	9.98	100.00	8.11	6.89	24.92	1.60

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)	2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数	155.02	161.31	163.77	96.10	98.50
1日あたり外来初診患者数	12.57	14.82	15.25	84.82	97.18
新患率	8.11	9.19	9.31		
1日あたり入院患者数	9.96	11.37	9.59	87.60	118.56
1日あたり新入院患者数	1.45	1.53	1.54	94.77	99.35