

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 6 日～2 月 7 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 年泌尿器科と透析医療を専門に「長谷川医院」として開院され、1987 年「長谷川病院」と改称された。「患者さま中心のより良い医療」「こころのかよった診療を」を基本理念とし、最新・最善の医療の提供を目指し、地域医療に貢献されている。また、病院長・幹部職員のリーダーシップのもと、基本方針に掲げている「医療人としての情熱を持ち、患者さまと疾患だけでなく人として向き合います」との思いで全職員が日々業務に取り組んでいる。これらの活動の成果を確認すべく、2010 年に病院機能評価の認定を取得し、課題と展望に取り組みながら今回 3 回目の病院機能評価を更新受審された。今後、各項目の評価内容や評価所見を参考に近隣大学や医療関連施設との様々な連携を通じ、専門病院として地域医療にさらなる貢献・活躍されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念・基本方針を明確に定め、院内外に周知している。院長をはじめ幹部職員が病院の運営面・経営面の現状と課題を認識し、その解決にリーダーシップを発揮されている。病院運営の意思決定会議は、理事会で毎月開催されている。また、各種委員会が機能し、効果的・計画的な組織運用が行われている。情報管理室に医療情報技師を含め 3 名を配置し、規程に則って適切に情報を管理・運用している。文書管理や保存規程、院内マニュアルに関する規程が制定され、適切に保管・管理されている。

医療法等に基づく人員は満たしている。今後、病院の役割・機能、業務量に見合う人材確保に努められると良い。就業規則・給与規程など人事・労務管理に必要な

諸規程を整備し、全職員が閲覧可能となっている。職員の就労管理の均一化へのさらなる取り組みが期待される。ホルムアルデヒドの作業環境測定を実施し、作業環境が適切であることが確認された。また、病理検体の取り扱い方法も見直され、労働安全衛生委員会の構成員の職員代表も明確にされた。職員への就労支援対策、福利厚生への取り組みは適切に行われている。

教育委員会で年次計画を立て、必要の高い研修が行われており、研修の欠席者への対応も適切である。全職員が、病院目標・テーマを基に人事評価シート「目標管理シートとチャレンジシート」を年2回の人事考課に合わせ記載し、上司が面談し、評価・指導を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利について明文化し、院内掲示・入院のご案内・病院ホームページに掲載している。また、職員用のポケットマニュアルに掲載し、周知を図っている。説明と同意に関する方針とその実施範囲および看護師の同席基準を明確にし、看護師がほぼ100%同席している。医療への患者参加を促す取り組みとして、クリニカル・パスによる情報共有や、DVDを有効的に活用している。医療支援室、患者さま相談窓口に多職種による担当者を配置し、社会福祉相談、退院後のケアなど様々な相談に対応している。個人情報の利用について、マニュアル等に基づき適切に対応している。プライバシー保護について、臨床倫理指針に含めて院内掲示する他、職員には職業倫理指針に掲載し、周知している。倫理的課題に対する取り組みは委員会でのケースカンファレンスやセクションでのカンファレンスで行われている。

駐車場や駐輪場を確保し、病院内での生活延長上の設備やサービスが案内されるなど、利用者への利便性・快適性に配慮されている。療養環境は整備され、高齢者や障害者への配慮もおおむね適切である。全館禁煙の徹底に努め、禁煙ポスターの掲示など禁煙推奨を図っている。職員の喫煙率がやや高いため、禁煙への啓発・教育活動が望まれる。

4. 医療の質

院内4か所に意見箱の設置、口頭やホームページでのご意見や年1回の患者満足度調査などで患者・家族の意見や要望を収集し、診療会議で検討・議論した対応を院内掲示やホームページに掲載している。週に1回症例カンファレンスを行い、医師を含めた多職種が参加して、手術方法の確認や治療方針の決定を行っている。職員からの改善に関する提案を、部署長から理事会に提案して協議する仕組みとなっている。臨床研究に関する倫理審査は、臨床研究倫理委員会で検討されている。患者・家族の倫理的課題等にはカンファレンスで話し合うなど誠実な対応を心がけており、適切である。

主治医はベッドネームに記載し、受け持ち看護師は業務開始時にラウンドにて自分の名前カードを配布し、患者・家族に明示している。診療録は記載マニュアルに基づいて、電子カルテシステムを用いて適正に記録している。なお、2週間以内の

退院時サマリーの作成率 100%に向け、速やかな作成が望まれる。毎朝、医師・看護師・社会福祉士でミニカンファレンスを行い、必要に応じて他職種も参加している。その他曜日を決めて、ターミナルカンファレンスや退院前カンファレンスなどを開催し、多職種が協働して診療・ケアを行っている。

5. 医療安全

専任の医療安全管理責任者を配置し、感染管理者・医療機器安全管理者・医薬品安全管理者とも協働した安全体制を確立している。また、セクションのリスクマネージャーとの連携を図り情報共有や事故防止対策の実施に努めている。インシデント・アクシデント報告は電子システム化し、医師を含めた多職種から速やかに報告されている。また、グッドレポートと称して、インシデントを妨げた報告も義務化しているなど、事故防止としての良い取り組みとして評価できる。

患者にはフルネームで名乗ってもらい、名乗れない患者にはリストバンドで確認するなどして誤認防止に努めている。また、手術室においてはタイムアウトを実施し、手術部位のマーキングも行っている。指示箋はオーダリングシステムを用いて適正に発行されている。口頭指示はやむを得ない場合のみに実施され、手順は明確となっている。麻薬等の管理は、病棟・薬剤部とも適切に取り組まれている。ハイリスク薬を指定し、病棟配備薬や救急カート内で分かりやすい表示を行っている。薬剤の重複投与やアレルギーなどのリスク回避も適切に実施されている。入院時にアセスメントシートを用いてリスク評価を行い、転倒・転落防止対策を実践している。医療機器の管理は臨床工学技士と現場での連携が取られ、安全に使用されている。BLS 研修を全職員対象に行い、修了者にはネームに BLS のシールを貼付している。緊急招集コールの設置と部署ごとのシミュレーション訓練について計画的に実施しており、適切である。

6. 医療関連感染制御

毎月定期的に院内感染対策委員会を開催し、病院長も参加して感染対策の最終決定を行っている。ICT ラウンドを週に 1 回複数人で実施し、各職場の環境ラウンドを行っている。院内での耐性菌に対する微生物サーベイランスと主要な医療関連感染の発生状況を把握し、JANIS にも登録を行っている。院内でのアウトブレイクの定義を厳格に定めている。

感染予防対策はマニュアルに則り実施しており、感染症患者はリストで周知している。医療廃棄物・汚染リネン等の取り扱いは適切である。広域抗菌薬や抗 MRSA 薬を届出制薬剤に指定している。クリニカル・パスが適用される場合には、使用する抗菌薬を指定している。院内の分離菌感受性パターンは、耐性菌対策として把握することが望まれる。

7. 地域への情報発信と連携

地域へは、広報誌やホームページで情報発信している。地域支援室に 4 名を配置し、県病診連携講演会、地域の泌尿器科医師との情報交換、透析医会などで地域の

医療関連施設との連携を適切に行っている。また、地域連携パスの受け入れ病院として活用されている。専門病院として、地域や連携病院と前立腺がんの啓発・排尿トラブル・栄養をテーマとした市民公開講座や透析患者対象の講演を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診・再来患者、紹介・救急患者は、医事業務マニュアルに沿って受診から会計まで円滑に行われている。待ち時間調査を毎年定期的の実施し、待ち時間の短縮に努めている。新患患者には問診票を準備し、看護師が予診を行い記録している。外来看護師が待合患者の観察を行い、患者へのトリアージや診療順の変更など適切に行っている。地域からの入院は連携室で受け、入院日は患者の希望も配慮して決めている。侵襲的検査は、看護師の同席のもとで説明と同意書を取得している。連携先病院・施設は受け入れられる処置や機能も載せて一覧にし、速やかな紹介を行える体制となっている。入院後速やかに多職種で入院診療計画書を作成し、説明の上で患者・家族に渡している。専任の社会福祉士が相談窓口となり、医療相談は看護部長が担当しており、内容により担当を決めて相談に応じている。共有すべき内容については、必要な職種が閲覧できるようにシステム内に記録している。

医師は毎日回診を行い、患者についての情報を多職種で共有している。毎朝全常勤医と看護師・MSWによるカンファレンスが行われており、入院患者の情報の多くについて朝の時点で共有できているなど、評価できる。看護基準・手順、マニュアル類は定期的に見直しと変更を行い、業務を適切に遂行している。投薬・注射、輸血・血液製剤の投与は確実・安全に実施している。手術・麻酔の方法については、週1回の症例カンファレンスで検討し、患者・家族の同意を得ている。重症患者や要観察患者は、入退室の基準を明確にし、ナースセンター近くの個室で管理している。入院時、全患者に対し褥瘡発生危険リスクの評価を行い、ハイスコア患者に対して褥瘡予防ケアプランを立案し実施している。管理栄養士が全患者の栄養アセスメントを行い、喫食状況の把握もしている。症状などの緩和についてマニュアルを整備し、適切な緩和ケアに努めている。リハビリテーション実施に伴うリスク評価や実施前後の評価など、専門職種の介入が望まれる。安全確保のための身体抑制は同意を得てから実施している。また、抑制中は必要性和手段についてアセスメントを行っている。入院早期から退院に向けて、必要な支援についてアセスメントをしている。また、訪問診療・訪問看護が必要な場合は退院前カンファレンスを開催し、情報共有と治療やケアが継続できるように伝達している。ターミナルステージはガイドライン等を基に、医師が判定している。また、患者と家族の意向を尊重しながら説明を行い、同意の取得を行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能はおおむね適切であるが、入院患者の処方箋に処方鑑査欄を設け押印し、また、疑義照会内容の記録・保管が望まれる。必要な検査項目のほとんどを院内で実施し、迅速に検査結果を報告している。各検査項目にパニック値を設定し、直接医師に報告する決まりとなっている。画像診断検査をほぼ待機期間なしに

実施している。CT 検査の読影に放射線科医師の関与が望まれる。管理栄養士 2 名体制で、温冷配膳車で適時・適温配膳に努め、患者ごとに嗜好などの個別対応も行っている。衛生管理マニュアルを作成し、快適で美味しい食事を確実・安全に提供するように努めている。入院患者を対象にリハビリテーション運用手順に基づいて、主治医と看護師が相談し、起居動作訓練・歩行訓練などを実施しているが、専門医師や療法士の関与を検討されたい。診療情報管理士 1 名を病歴管理室に配置し、診療録管理規程、診療録記載マニュアル等を定め、電子カルテシステムで運用されている。医療機器安全管理委員会において臨床工学技士らにより一元管理され、点検および使用に際しての指導・研修などが実施されている。洗浄滅菌業務は中央材料室において適切に行っている。

病理診断機能、輸血・血液管理機能は臨床検査課が窓口となって、適切に実施されている。手術・麻酔機能は手術予定表を用いて、手術室看護師長と医師との間で調整を行っている。麻酔覚醒時の安全性の確保と手術室からの退室基準は明確となっている。

10. 組織・施設の管理

予算は前年度実績・患者動向・事業計画および各部署・委員会からの申請などにより策定を図り、理事会において決定している。病院会計準則に準じた会計処理・財務諸表が作成されている。窓口収納業務は、医療サービス課で会計業務基準・マニュアルに沿って適切に行っている。診療報酬請求は、レセプトチェック・返戻・査定への対応、再審査請求などに医師も関与し、適切に行われている。委託先の業務内容・委託状況等の報告・検討を理事会で行っている。

施設・設備の管理は施設管理課が管理し、日常点検・法定定期点検などを行い適切に管理されている。一般産業廃棄物と感染性廃棄物は明確に区分され、適切に処理されている。物品の新規導入や変更においては、物品管理委員会で検討し決定している。医薬品の在庫管理と期限切れチェックは棚卸を行って、管理している。

災害発生時、停電時、大規模災害発生時の対応体制として、防火マニュアルを作成している。また、職員ポケットマニュアルを配布し、周知している。夜間の受付等は看護当直者の業務となっており、診療終了後の保安上・防犯上の管理体制は再検討され、適切に保安業務を行っている。医療事故が発生した場合は、医療事故調査委員会が召集され対応が検討される仕組みである。トラブルや紛争化のある事案等への対応ルールが定められている。

11. 臨床研修、学生実習

医療事務従事予定者の学生実習生を随時受け入れている。実習受け入れマニュアル・カリキュラムに沿った実習・指導・評価を行っている。病院 30 年誌のあゆみを活用してオリエンテーションを行い、病院の現状や学習上の注意事項などを説明している。

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・プライバシーを適切に保護している	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
1.4	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	A

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	B
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	A
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	B
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	B
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	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	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	S
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	栄養管理と食事指導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	B
2.2.20	安全確保のための身体抑制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	B
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	B
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	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	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	A
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	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	B
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 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 B

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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 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	40	40	+0	40.7	10
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	40	40	+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)		
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	50	+0
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		
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

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-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

I-2-2 年度推移2