

# 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 3 月 7 日～3 月 8 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 1955 年に 30 床の府中病院として開設され 1964 年には医療法人長生会府中病院となり 2009 年には社会医療法人の認定を受けた。この 69 年に亘り、常に施設・設備・医療機器などの拡充を図ると共に、診療のレベルアップと質の向上に努め現在に至っている。この間、地域医療支援病院の承認、大阪府がん診療拠点病院の認定を受け、地域医療連携体制や救急医療、先進的医療の整備に努めてきた。病院の理念に「愛の医療と福祉の実現」、「地域と職員と友に栄えるチーム」、

「Yu・ki・to・do・ku ゆき届いたサービス」と掲げ基本方針と共に、患者本位の高度な医療提供と地域連携を明確に示し、泉州医旅圏北部地域の基幹病院として住民から厚い信頼を受け、2024 年 12 月には泉大津市民病院との機能再編により泉大津急性期メディカルセンターの開設と現府中病院のリニューアルを準備している。今回の医療機能評価受審は 6 回目にあたり、院長や幹部・職員が一丸となって準備に取り組み、訪問審査においてもその成果を十分に発揮している。審査の結果、ほとんどの項目で適切な医療機能を維持しており、高く評価できる項目も見られた。引き続き各領域の評価所見や総括に記した内容を参考により高いレベルをめざし、医療機能と質向上に向け一層の努力を期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、見直しや院内外への周知は適切である。病院幹部は、病院経営状況の周知、担当分野の課題の把握と解決への取り組みなど、リーダーシップを発揮している。中長期計画や事業計画の策定、各部門の目標管理体制を整備しており、幹部によるヒアリングを通じて就労意欲や参画意識を高める取り組

みは高く評価できる。電子カルテを導入し、情報システム管理・運営、システム障害への重層的対応体制、安全確保への配慮等も適切である。文書を一元的に管理する仕組みがある。医療法や施設基準に必要な人材を確保している。人事・労務管理体制を整備しており、職員の安全衛生管理体制は適切である。ベストサービスカードによる優秀職員の表彰など職員同士が褒め合うことにより承認する文化を醸成しており、高く評価できる。院外教育や研修への参加体制を整備し、図書室機能、新人研修等も適切である。全職員を対象にした教育・研修は年度計画を策定して実践している。人事考課制度で職員の能力把握・業績評価を実施し、専門的能力向上や資格取得支援体制を適切に整備している。医師や看護師・医療技術職全般の初期研修プログラムも整備している。学生実習を受け入れカリキュラムに沿って実習指導と評価を行っている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を定め、患者・家族・職員に周知し、実際の臨床の場面においても患者の権利を擁護している。説明と同意に関する方針や手順等を明文化し運用している。患者に治療や療養に関する情報提供をするとともに、院内掲示、入院案内、ホームページなどで案内して、医療福祉相談やがん相談など様々な相談に応じている。患者の個人情報保護に向け、規程や規則を定め、個人情報保護方針や利用目的を明確にしている。臨床倫理の方針を整備し、主要な倫理的課題への対応を明文化している。倫理委員会では日常の現場で遭遇する倫理的課題を把握し助言などを行っている。臨床現場では、臨床倫理4分割法を活用し多職種で倫理カンファレンスを行い、倫理的課題の解決を図っている。施設・設備では、無料送迎バスの運行や患者・家族用の駐車場、レストラン、売店を整備して利便性に配慮している。病棟には解放感のある食堂・談話室がありくつろげるスペースを確保し、衛生面にも配慮している。敷地内全面禁煙の方針を明確にし、患者・家族や職員に対して、院内掲示や敷地内掲示、ホームページなどにより周知している。

### 4. 医療の質

病院機能に関する問題点は、患者サービス向上委員会とサーベイ対策委員会で把握し、方針は管理職会議を通じて周知している。各種立入検査の指摘事項にも適切に対応している。症例検討会や合同カンファレンス、がんセンターボード、および病診オープンカンファレンスを定期的で開催している。診療の基本方針に関しては各学会のガイドラインを活用している。患者・家族の意見・要望は、意見箱や退院時アンケートなどから収集し、回答や必要な対応策等を検討し、フィードバックしている。新規の診療・治療方法や技術の導入、薬剤の適応外使用、臨床研究に対しての規程を整備し、倫理委員会での検討後に幹部会で決定する仕組みとなっている。実施後の症例の検証についても検討を期待したい。外来や病棟における診療・ケアの管理・責任体制は明確である。各責任者は、ラウンドやカンファレンス、診療記録などを通じ診療やケアの状況を把握している。医師は、診療録記載マニュアルに則り診療記録を記載している。診療録の質的点検を組織的に行い、医師へフィード

バックしている。呼吸ケアチームや栄養サポートチーム、緩和ケアチームなど多職種による専門チームが組織横断的な活動を積極的に展開し、重症化予防・合併症予防を実践している。がんサージカルボードやケースカンファレンスなど、診療科の枠を超えて症例カンファレンスを行い、円滑な診療に繋げている。

## 5. 医療安全

院長直轄のクオリティ管理センター内に医療安全管理室を設置し、医療安全管理者や医薬品・医療機器・医療放射線の安全管理責任者を配置している。院内の医療安全に関する情報を集約し分析して、職員教育を推進している。インシデント事例をもとに手順やシステムなど変更し、医療事故防止に向け継続的に活動している。医療事故発生時の対応手順を安全管理ポケットマニュアルに明記し、職員に周知して体制を整備している。患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している。パニック値や、画像、病理部門における必要な情報は確実に医師に伝えている。ハイリスク薬を定義して、処方時に注意喚起を行っている。入院時に転倒・転落のリスク評価を行い、多職種と情報を共有し個別の対策を実施している。転倒・転落発生時の対応手順を定めている。医療機器安全管理責任者を中心に医療機器の管理や手順を見直し、医療機器の安全使用に努めている。患者急変時に備え、院内急変コードを設定し RRS を導入して緊急招集システムを構築している。

## 6. 医療関連感染制御

感染制御室は現状を把握し、分析して改善活動を通じ、感染制御や抗菌薬適正使用に努めている。各種ターゲットサーベイランスや耐性菌出現把握を行い、泉州感染防止ネットワークにおいては中心的な役割を果たしている。各部署における標準予防策や個人防護具の使用も適切である。アンチバイオグラムと抗菌薬の一覧表を作成し周知している。AST は使用状況を把握し、de-escalation を提案している。届出が必要な抗菌薬に対し、ICT がラウンドでカルテレビューを行っている。血液培養は常時対応が可能であり、迅速な報告と抗菌薬の適正使用への支援体制を確立している。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信では、広報誌として患者向けの「まごころふちゅう」、地域の医療機関向けの「ねっとわーく」、病院年報を発行している。ホームページのほか、SNS などを活用し、情報を発信している。地域の医療機関などとの連携は地域医療連携室が担当し、患者紹介や検査依頼などの前方連携に取り組んでいる。医療機関などを医師や多職種で訪問し、病院機能や広報誌、年報などの資料を配布し意見交換を行い、各医療機関と顔の見える連携に努めている。教育・啓発活動では、患者・家族や地域住民へ市民講座を毎月開催し、医師、看護師等が講師として出張市民講座も実施している。医療従事者への専門的な医療知識や技術の普及活動として、症例検討会や緩和ケア研修会、救急救命士研修会、薬薬連携研修会などを開催している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者の円滑な診察に向け必要な情報を提供している。外来では緊急対応が必要な患者に対する体制を構築している。医師は、診断的検査の必要性を医学的な根拠をもって判断し実施している。入院管理が必要な患者へ説明し同意を得て、看護師が意思決定を支援している。治療計画を迅速に立案し、多職種によるリスク評価を行い、リハビリテーション計画や栄養管理計画も遅滞なく作成している。AIF 総合相談センターでは、患者のパートナーとして対話を重視し、多様な相談に多職種と連携し対応している。入退院サポートセンターでは、入院前の服薬状況や生活状況、退院困難リスク要因などを確認している。病棟における医師や看護師の業務は適切である。病棟・手術室・化学療法室に配置された薬剤師は、服薬指導や薬歴管理、在庫管理、情報提供などに取り組んでいる。輸血実施時は誤認防止対策を実践し、投与中・投与後の患者観察と記録を手順に沿って適切に行っている。手術・麻酔の適応と方法は必要に応じて協議を行い決定し、術前診察や術後訪問も実施している。ICU・HCU ともに入退室基準に沿った運用をしている。褥瘡リスク評価に応じて褥瘡対策を行い、チーム活動を実践している。多職種で患者の栄養評価を行い、栄養サポートチーム、口腔ケアチームが必要な支援を行っている。患者の疼痛や苦痛の評価は、NRS や STAS-J を活用し、経時的に評価している。病態に応じたリハビリテーションの適応を判断し、目標を設定して早期に介入している。身体行動制限に関する基準を整備し、手順などを明示している。多職種で退院支援カンファレンスを実施し、患者・家族の意向に沿って支援している。継続した診療・ケアが必要な患者には多職種が介入している。ターミナルステージにおいては、患者のニーズに適した療養環境を確保し、患者の QOL へ配慮して安寧に努めている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査、院外・院内処方の疑義照会などを適切に行っている。臨床検査においては、医師からの要望を把握し必要な検査項目に的確に対応している。内部精度・外部精度管理を適切に行い、大阪府医師会から優秀臨床検査室に認定されている。精度の高い検査業務を目指して人材育成に注力しており高く評価できる。CT・MRI は常時撮影可能で、放射線診断医が読影を行い、報告後のフォローアップ体制を確立している。患者のアレルギーや嗜好などを確認し個別対応するとともに、選択食や行事食、産食、化学療法食などを提供している。理学・作業療法士や言語聴覚士は、疾患別およびがんリハビリテーションに専門性を発揮している。診療情報は電子カルテで一元管理し、診療録の量的点検を実施している。院内で使用する医療機器は、臨床工学技士が一元管理し、定期的な点検を行い、標準化に取り組んでいる。医療器材の洗浄と滅菌の実施や評価、管理を適切に実施している。病理診断においては、病理医によるダブルチェックや院外に相談する体制を整備している。放射線治療においては、治療医や医学物理士、専従診療放射線技師によって、治療計画の立案・再評価・保守点検を行い、第三者出力線量評価を受けている。輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却業務は 365 日 24 時間体制で臨床検査技師が担当

している。麻酔科医と手術室看護科長がスケジュール管理し、術中の患者管理も適切に実施している。オープン ICU を整備し、多職種による連携のとれたチーム医療を実践している。二次輪番制病院として、救急患者の受け入れ方針と手順および体制を整備している。

#### 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、収入支出予算書、決算書、財務諸表を作成している。予算執行状況については、予算と実績を比較検討している。診療報酬請求業務では、医師がレセプトを点検して請求し、返戻、査定については再請求し、医師に報告している。業務委託では、業者選定基準表に基づいて委託業者を決定し、実施状況を確認して評価基準により評価している。施設・設備は、防災センターで院内の主要機器を監視し、日常点検や定期点検、法定点検を実施し、点検記録や業務日誌による報告体制を整備している。購買管理では、医薬品は薬事委員会で、医療材料は材料適正委員会で検討し購入している。災害時体制として BCP を整備してマニュアルを各部署に配布し、各種訓練を実施している。自家用発電機を設置し、食料・飲料水・医薬品を備蓄して災害に備えている。緊急コールや当直体制を整備し、定時の院内巡視や施錠管理を実施している。緊急時の連絡網や応援体制も明確であり、保安体制は適切である。

# 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	B
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	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	B
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	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	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	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	A
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	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	S
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	S
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	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	S
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 11 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人生長会 府中病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 大阪府和泉市肥子町1-10-17

## 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	380	380	+0	87.7	13.8
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	380	380	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	4	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	16	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	13	+0
人工透析	74	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	26	+0
地域包括ケア病床	35	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

## 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： 7 人 2年目： 10 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

