

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 12 月 7 日～12 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「患者中心の医療を通じて地域社会に貢献します」を理念に掲げ、がん診療拠点病院、地域医療支援病院、災害拠点病院としての機能に加え、救命救急センターや母子医療センター、特定感染症指定医療機関の指定を受ける、泉州医療圏において地域に密着した高度急性期病院である。

新型コロナウイルス感染症に対し、初期の段階から診療体制を構築して基幹病院としての対応を行い、他方では手術支援ロボットによるロボット手術など、先進的な医療の導入にも積極的に取り組んでいる。また、関西国際空港の対岸に立地することから、国際診療科を開設するとともに、外国人患者受入れ医療機関認証制度の認証を受け、さらに、健診・人間ドック部門を充実させるなど未病対策にも力を注いでおり、幅広い診療機能を確保して地域の医療ニーズに対応できるよう努めている。

今回の更新受審では、病院長および担当副病院長のリーダーシップの下、全職員が医療の質向上に向けて取り組んでいる状況が確認できた。今後も受審結果を十分に活用され、公的病院としての役割を果たし、泉州地域の住民の命を守るため、貴院の更なる発展を心より祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を明文化し、定期的に見直しを行っている。病院幹部の選任過程や評価の仕組みは明確であり、委員会等の開催状況は適切である。病院の中期計画、年度計画は適切な過程を経て承認・評価を受ける仕組みとなっている。医療情報は診療情報管理要綱に基づき、情報の有効活用やセキュリティ管理を行ってい

る。文書管理は規程に基づき適切に管理している。

医療法や施設基準等で定める必要な人員を確保している。就業規則や給与規程等を整備し、勤怠システムで職員の出退勤時刻を正確に管理しているが、医師の総労働時間の削減など、就労管理の更なる充実を期待したい。安全衛生委員会を毎月開催し、全職員の健康診断を確実に実施している。職員の意見・要望を職員満足度調査や個人面談等で把握し、多くの改善に取り組むなど、魅力ある職場づくりに努めている。全職員対象の研修会について年間計画を作成しているが、参加率の向上に向けた取り組みが望まれる。個人目標管理シートによる職員の能力評価を継続的に進め、多くの職種で初期研修のプログラムを整備するなど、きめ細かな育成に取り組んでいる。また、多くの学生実習を受け入れており、実習要綱に基づいた指導体制を整備している。

3. 患者中心の医療

患者の権利および子どもの権利を明文化し、様々な媒体で周知している。説明と同意に関する方針や手順等を明文化しており、セカンドオピニオンについての対応も適切であるが、院内共通の説明・同意書を作成するなど、書式の統一や運用の徹底が望まれる。治療経過等の情報をクリニカル・パスやパンフレットを活用して患者に説明し、医療への患者参加を促している。患者サポートセンターおよび医療相談窓口を設置し、患者・家族の相談に対応している。個人情報保護に関する規程を定め、職員、患者へ周知している。職業倫理および臨床倫理方針を明文化し、臨床倫理委員会において日常の臨床現場で発生する倫理的課題を検討している。また、臨床現場では、Jonsen4 分割法を活用し、遭遇する倫理的課題について多職種で検討する仕組みが定着している。

駐車場を整備し、院内はバリアフリー化され、コンビニエンスストアやコインランドリー等を院内に設置し、各病室に Wi-Fi 環境を整備している。病棟にはデイルームや談話室等のくつろげるスペースが確保され、衛生面に配慮している。全館禁煙・敷地内全面禁煙の方針が徹底され、職員の喫煙率を継続的に把握している。

4. 医療の質

部署・チーム単位で QC 活動に取り組み、TQM 大会で発表し共有化している。病院機能評価の受審に向け、ワーキンググループを立ち上げ様々な見直しを行うなど、業務の質の改善に組織的に取り組んでいる。クリニカル・パスの適応率は高く、診療の標準化に寄与している。患者・家族からの意見は、患者満足度調査や意見箱により収集し、クオリティマネジメント委員会において組織的に対策を検討している。病院で新しく始める技術や治療方法について、プロジェクトミーティングの場で十分に検討しているが、病院が定めたルールに基づいて審議を行い、モニタリングにて検証を行うプロセスを明確にすることが望まれる。

外来・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、診療録等で患者の状況等を把握している。診療録は、記載マニュアルに基づき適切に必要な事項を記載している。診療録の質的点検を診療情

報管理委員会において行っているが、更なる質的監査の充実が望まれる。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活動や、複数診療科の医師間での情報共有などは適切に実施されている。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室を設置し、医療の質と安全管理委員会において方針や規程の制定、医療事故の分析や再発防止等、多岐にわたり審議し、各部門に周知している。医療事故発生時の対応手順は明確である。

患者誤認防止策として、患者自身の名乗り、医療者複数名による確認やリストバンドによる認証を行っている。手術室におけるタイムアウトをはじめ、各部門において手順に基づき誤認防止策を実施している。薬剤の安全な使用に向けた各種対策はおおむね適切である。入院時に、全入院患者の転倒・転落に関する危険度を評価し、看護計画を立案し実施している。各種医療機器を中央管理し、機種標準化に向け取り組んでいる。院内救急コード「ドクターハート」を設定している。また、全職員を対象にBLS研修を定期的実施し、医療の質と安全管理委員会で受講者・受講歴を把握している。医療安全推進部会では急変対応ワーキング、呼吸ケアサポートチームワーキングを立ち上げ、RRSを24時間起動可能にするとともに、平日の日中は救急認定および専門看護師が病棟ラウンドを行い、心停止を未然に防ぐ活動を実施している。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策室は病院長直轄の組織であり、院内感染管理者の権限は明確である。院内感染対策室に院内感染対策チーム（ICT）、抗菌薬適正使用支援チーム（AST）が組織され活動している。院内感染対策マニュアルを整備し、アウトブレイクの定義等を規定している。院内感染対策委員会を毎月開催している。感染対策の状況は、定期的にICTあるいはASTのラウンドにより把握している。院外の流行情報は、海外からの情報を含め積極的かつ詳細に収集、分析している。

ICT、ASTの活動・検討内容は、院内感染対策委員会に報告されている。病棟におけるPPEの配置は、着用しやすい場所に設置するなど工夫をしている。抗菌薬の使用指針を定め、ASTを中心に、抗菌薬の適正使用に取り組んでいる。特別な抗菌薬は届出制とし、手術における抗菌薬の予防的投与は統一化している。抗菌薬の採用、採用中止に関する検討はICTも参加する薬事審議会で審議している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の情報は、多職種で構成される広報・年報編集委員会が広報を担当し、広報誌「RINKU SMILE」を発行している。また、SNSを活用して職員のメディア出演情報等を効果的に広報している。ホームページの情報は定期的に更新している。地域医療連携室が中心となり、地域の医療関連施設等の状況の把握に努めている。「りんくう医療ネットワーク」として登録医制度があり、多数登録されている。「地域医療だより」を毎月発行しているほか、個別に医療機関を訪問するなど、連携の強

化を図っており、「なすびんネット」の事務局として病・病連携、病・診連携を推進している。地域のケーブルテレビに定期的に職員を派遣し、疾患の説明や予防法などの講義を行っている。また、泉佐野市と協働して出前講座を行っている。さらに、地域の医療従事者を対象に「クリニカルレベルアップセミナー」や「りんくう緩和ケア研修会」を開催している。また、高機能のシミュレーションセンターを整備し、他施設からの利用も可能とするなど、地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を積極的に行っている。

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、総合案内に看護師を配置して円滑な受診をサポートしている。患者に関する情報が適切に収集され、主治医は診断的検査の必要性を検討のうえ患者へ説明し、同意を得て検査を実施している。各診療科の医師は、必要に応じて上級医や他科の医師と相談し、治療方針や入院の可否を適切に決定している。医師や看護師等、多職種で入院診療計画書を作成し、患者・家族に説明している。患者・家族からの相談は、内容に応じて多職種で対応しており、患者サポートセンターは、患者が円滑に入院するための支援を行っている。

医師はチーム医療における指導的な役割を適切に果たしている。入院時に身体的・精神的・社会的ニーズの把握および各種スクリーニングを行い、評価結果に基づき看護計画の立案、実施、評価を行っている。抗がん剤の投与中は院内のルールに従って観察し、診療録に記録している。輸血の適正使用指針を遵守しており、輸血管理部門システムを活用し、血液製剤の認証や取り違えの防止に努めている。手術は必要性和リスクを十分に説明し、同意を得て施行している。重症患者はICU等で専門的管理を行い、多職種で入室患者カンファレンスを行っている。褥瘡チームによる回診や栄養サポートチームの介入、緩和ケアチームの介入など、必要な支援を適切に行っている。患者・家族の意向に沿った退院支援および療養支援を実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門は、調剤、注射薬の調製、持参薬の管理等を適切に行っている。検査科は多くの臨床検査項目に対応し、結果報告は迅速であり、精度管理や環境整備も適切である。画像診断検査として、CT・MRI 検査がタイムリーに実施されている。栄養・調理部門は、選択食の実施や嚥下調整食の提供等、患者の嗜好や特性に応じた食事の提供に努めている。リハビリテーションは、主治医や病棟と連携し、幅広く実施しており、入院リハビリテーションは365日対応するなど訓練の継続性を確保している。診療録は電子カルテにより一元管理しており、量的点検を適切に行っている。医療機器は中央による一元管理を行い、滅菌室では各種インディケータにより、滅菌状態を適切に管理している。

病理診断は、常勤病理医により正確な診断が行われており、病理レポートは電子カルテで閲覧可能である。放射線治療計画は、放射線治療医、専門的な資格を有する放射線技師により作成している。輸血については、輸血療法委員会で様々な検討

を行い、認定輸血検査技師により適切に管理されている。手術室の稼働率は高く、効率的な運用を行い、全身麻酔は全て麻酔科医が管理し、緊急手術にも対応している。ICUは統括責任医師が管理し、入退室基準に基づき効率的な運用を行っている。救急部門は、主に二次救急を担うりんくう ER と、三次救急を担う救命救急センターを設置し、緊密な連携のもと高度な救急医療体制を確立している。断らない救急を実践し、診療圏のリーダーシップを発揮しており、高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

地方独立行政法人会計基準に基づき会計処理を行い、会計監査も適切に行われている。医事業務は、手順に基づき、窓口の収納業務、保険請求業務、施設基準管理等を適切に実施しており、特に診療機能の一つである外国人の診療費に対しての未収金対応に積極的に取り組んでいる。業務委託については、担当部署が適切に業務の履行を確認しており、問題発生時の対応について手順書を作成し、仕様書に明記している。

施設・設備の管理は、年間保守計画に基づいた定期点検、各種設備の日常点検を実施しており、医療ガスや感染性廃棄物等の管理も適切である。購買管理は、医薬品、医療用消耗品、医療材料等の選定、購入プロセス、在庫管理を適切に行っている。災害拠点病院の指定を受けており、消防計画、災害マニュアル、機能存続計画を整備し、多くの職員が DMAT の研修を受け、地域と連携した訓練にも積極的に参加している。24 時間体制で警備員を配置し、院内巡視、モニター監視、鍵の貸し出し管理等、病院内の安全確保に努めている。また、警察 OB 職員を配置するほか、院内緊急コールを設定するなど、保安業務を適切に行っている。

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	B
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	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	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	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	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	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	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	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	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	S

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	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	B
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 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 地方独立行政法人 りんくう総合医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 地方独立行政法人

I-1-4 所在地： 大阪府泉佐野市りんくう往来北2-23

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	378	378	+0	85.3	12.6
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	10	10	+0	17.4	8.4
総数	388	388	+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	30	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	4	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	11	+0
人工透析	10	+0
小児入院医療管理料病床	16	+2
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		
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, 災害拠点病院 (地域), 救命救急センター, エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (DPC特定病院群), 地域周産期母子医療センター

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： 8 人 2年目： 6 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

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

[illegible]

I-2-2 年度推移

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数		841.15	813.46	738.69	103.40	110.12
1日あたり外来初診患者数		108.10	100.33	81.16	107.74	123.62
新患率		12.85	12.33	10.99		
1日あたり入院患者数		315.89	303.81	301.80	103.98	100.67
1日あたり新入院患者数		25.46	25.31	23.25	100.59	108.86