

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2月7日～2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

■ 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、1923年の堺市立公民病院の開設以来、約1世紀にわたり医療・保健活動を通じて市民の生命を守ってきた。2012年には、地方独立行政法人に移行、その後2015年7月には、新築移転を果たされ、現在は、三次救急を中心とした救命救急センターによる救急医療に取り組み、がん診療連携拠点病院、エイズ治療拠点病院、地域医療支援病院、災害拠点病院、臨床研修病院（基幹型）として、その役割・機能を発揮されている。

新病院がスタートし3年目を迎えたこの度の受審は、病院移転後の業務を振り返り、これからの足場を固める上からも、まさに時機を得た機会である。今般の訪問審査では、貴院が地域の中核病院として救急医療やがん医療などの高度専門医療、また災害医療など、軽症患者から重症患者まで幅広い医療提供や地域医療連携活動に努められていることが十分に確認できる。これからも貴院が地域医療活動に積極的に取り組まれ市民の生命と暮らしに貢献され、発展し続けることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念は、患者の権利と安心・安全な医療提供に主眼を置き分かりやすく表現され、周知にも努めている。病院長・幹部は、市立病院としての役割・使命の徹底と分かりやすい病院運営、真のチーム医療の提供を掲げられ、救命救急センター運営による地域完結の救急医療やがん医療等の高度専門医療の推進、各診療科の協働によるセンター化整備に努め、病院運営全般にリーダーシップを発揮し、職員とのコミュニケーションの醸成に努めている。また、病院運営は、必要な組織図・組織規程・職務分掌が明確にされている。最高意思決定機関である経営幹部会や管理職者を対象とした連絡会議が月次で開かれ、各種委員会活動も行われており、効果

的・計画的な組織運営である。

情報管理は、経営企画室が担い2名の医療情報技師が配置され、情報の統合管理に努めている。情報管理の方針は、「システム運用管理要項」として整備されている。文書管理はマニュアルが設けられているが、管理は部門単位であり、院内で使用される文書の管理区分の明確化と一元的な管理の推進が期待される。

職員の採用は必要配置を勘案した採用計画が立てられ、安定的な人材確保に努めている。人事・労務管理は、地方独立行政法人法に基づく就業規則、給与規程が活用され、必要な各種例規集も整備されている。また、労働法制改正への対応や各種届け出も適切である。職員の安全衛生管理は、職場安全衛生委員会が月次で開かれ、長時間労働対策や公務災害報告、職業感染等の健康リスクや健康診断、ストレスチェックの実施、職員の精神的なサポートなど諸事項が審議・検討されている。病院では、全職員を対象とした「理事長・院長意見交換会」を開催し院内LANに「職員提案」コーナーを設けるなど職員の意見や提案・要望の収集し、病院運営の活性化と魅力ある職場づくりに努めている。

職員への教育・研修は、診療局、薬剤・技術局、看護局、事務局の教育担当者により年間の研修計画が立案されているが、院内で行われる教育・研修の実施内容の評価、参加者・参加率の確認など、院内で実施される教育・研修の一元的な管理への取り組みが望まれる。職員の能力評価・能力開発は人材育成型の人事考課が実施され、個人目標と達成度評価に取り組まれている。

3. 患者中心の医療

病院の理念・運営方針・病院憲章に沿った患者の権利6項目が明文化されており適切に周知されている。また、診療録の開示も手順に則って行われ、年間約40件の開示がされている。患者への説明と同意・取得は、病院の方針が診療指針・ガイドラインとして明文化されているが、説明と同意・取得を必要とされる範囲を具体的に明記されること、また、医師以外の同席者の有無の明確化、さらに同席者の署名の徹底が望まれる。

患者との診療情報の共有は、各種検査・治療・処置等に関する説明書、クリニカルパス等で診療・ケアに必要な情報が提供され、患者の教育・指導に合せた手作りのパンフレット類やDVDも活用されている。患者の支援体制は、総合サポートセンターに相談窓口が設けられ、患者・家族からの相談は、内容に応じて各部署に確実に振り分けられ、社会福祉士、精神保健福祉士、がん専門相談員など専門職員も対応している。個人情報保護は、市の条例に基づき、病院規程が個人情報の適正管理に関する要綱が定められているが、要綱に沿った個人情報保護委員会などの協議の場や具体的な組織体制、実施・運用・監査の手順の明確化、また、計画的な研修の実施を期待したい。

患者・家族の倫理的課題は臨床倫理の院内指針に基づいた事例把握を行い検討している。病院では駐車場が確保され、無料送迎バスも運行され、食堂・カフェ・コンビニエンスストアも設けられており、患者・面会者の利便性に配慮されている。

また、院内は十分なスペースとバリアフリーが確保され身障者用トイレやオスメイトが各所に設けられているほか、車椅子、手押し車、老眼鏡、聴覚障害者用の呼び出し機器等の必要備品が整備されている。病棟・病室の清掃管理も徹底し、照明、静寂性にも配慮されており、療養環境は整えられている。

4. 医療の質

病院の各病棟デイルームに投書箱が設けられ、患者・家族の意見や要望が収集され、適切に対応されている。患者からの要望によって病院の送迎バスの増便が図られた改善事例もある。診療ガイドラインは、各診療科で作成・活用され、ガイドラインに基づく症例検討やカンサーボードミーティングが定期的実施されている。

クリニカルパスの質向上を図るなどの運用にも努めており適切である。医療サービスの質改善は、患者サービス委員会が改善活動を行い、経営改革のタスクフォース活動も行われているが、医療サービスや質改善に関する協議の場を設けることや院内各部門を横断した継続的な改善活動の実践を期待したい。

診療・ケアの責任体制は明確で主治医不在時の代行体制も確立し、診療・看護の責任者は、診療上の問題のみならず管理上の問題についても連携を密にして対応されており適切である。診療記録の記載は、記載ガイドラインが設けられ、診療情報委員会で検討され、量的監査も始められているが、質的監査は現在実施が予定されている。院内外で専門分野を有する多職種医療チームが診療・ケア活動を展開されており、その取り組みは評価したい。

5. 医療安全

病院長直属の安全管理部門には、副院長が統括責任者である医療安全管理委員会と医療安全管理センターが設けられている。医療安全管理委員会の下に診療局、薬剤・技術局、看護局、事務局等、4つの安全対策委員会が組織され、医療安全管理センターには専従の医療安全管理者がおり、権限も明確である。安全確保に向けた情報収集と検討は、オンラインシステムのCRIPで速やかに報告される仕組みであり、収集された情報は医療安全管理者が随時閲覧し、各局の医療安全対策委員会で要因分析と再発防止策の検討に役立てられている。また、外部の医療安全情報は、日本医療機能評価機構、PMDA等からも収集・活用されている。

患者・部位・検体の誤認防止対策はバーコード認証を行い、手術前の部位確認は手術方位にマーキングベルトを装着し、サインイン・タイムアウト・サインアウトが実施されている。情報伝達エラー防止対策は、電子カルテシステムが活用され、口頭指示は、医師のための診療指針で手順が明確にされ、指示受けメモの記載と復唱後の実施が周知され、医師は事後、速やかにカルテ入力を行うルールである。また、臨床検査結果のみならず画像診断レポートについても悪性所見など、主治医に速やかに報告すべき結果は遅滞なく報告を行う体制が機能している。

薬剤の安全な使用については、重複投与、相互作用、アレルギーなどリスク回避

への取り組みが適切に行われている。ハイリスク薬や救急カート内の薬剤チェックも実施されているが、放射線科における造影剤管理への薬剤師の関与の強化が望まれる。また、一部であるが、手術室や内視鏡室での劇薬管理においても他の物品との混在状態が認められたので管理区分の明確化を期待したい。

転倒・転落防止対策は、全患者に対し入院時のリスク評価が実施され、防止フローシートに沿った対策が講じられ、記録も残されている。また、転倒・転落発生時の対応も初期対応フローに沿った、速やかな対応が行われ記録も残されている。医療機器の安全使用は、臨床工学技士により管理され、チェックリストによる使用状況の確認、医療機器使用に関する研修会が実施されている。患者の急変時対応は、院内緊急コードが設定され、AEDの設置、救急カートの管理も適切である。全職員に向けたBLS訓練が定期的実施され、毎月、部署ごとにBLSとACLS訓練が実施されている。訓練に対する評価やハートフェス大会も開かれており、職員の救急対応における実践力の向上に努めていることは評価したい。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染症対策センターが実務組織としての役割を果たし、センターでは感染症対策委員会の下に実働部隊として感染制御チーム（ICT）、抗菌薬適正使用支援チーム（AST）、HIV対策チームが連携して活動している。ICTはICDの資格を有する医師、ICN、薬剤師、臨床検査技師などのメンバーで構成され、院内各部署の定期的なラウンドを行い、記録を残している。また、近隣医療機関との合同ミーティングも行われ、院内の感染発生状況の把握は、微生物サーベイランスが実施されJANISの検査部門、SSI部門およびJHAISに参加している。院外の感染症流行情報は、大阪府検疫センターや医師会などから収集している。

感染経路別予防策は、必要な患者には図で表し、カルテと病室に表示されている。外来において感染が疑わしい患者には、別室での待機が可能であり、陰圧室も完備されている。院外の救命救急士と病院スタッフによる感染症の学習会も実施され、感染制御には積極的に取り組まれている。抗菌薬については、抗菌薬適正使用支援チーム（AST）が中心となって適正な使用の推進が図られ、院内の抗菌薬ガイドラインも遵守されている。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページの更新管理や広報誌の発行は、経営企画室が担当し広報の一元管理に努めている。病院では広報誌が年4回各4500部、また地域連携ニュースも発行され、連携先である約2,200箇所の診療所・クリニック等に配布されている。臨床指標や診療実績、研究内容の公開にも努められ、地域への情報は分かりやすく発信されている。

地域における医療連携は、地域の中核病院として独立した部門である地域連携センターを有し、堺市や高石市の800以上の診療所を対象とした登録医制度を設けており、総会も行われている。また、地域医療支援病院としての機能が十分に発揮さ

れ、地元である「堺地域医療と介護の連携強化病院連絡協議会」の活動を主導している。病院の医師や専門・認定看護師による在宅患者への訪問活動も行われ、地域の医療・介護連携への取り組みは高く評価される。

病院では地域に向けた教育・啓発活動として市民健康講座を継続的に月次開催し、毎回 50 名前後の市民が参加している。また昨年度は堺市のがんフォーラムが行われ、病院長ががん対策講演会で講演を行うなど市民に対するがん対策の啓発活動や検討診断・生活習慣病検診・人間ドックなどの健康増進活動にも積極的に取り組まれている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者にとって外来診療に必要な情報は、ホームページ等で頻繁な情報提供が行われている。紹介患者の受け入れは、地域連携センターに窓口が設けられ、予約システムが運用されており、来院した患者に円滑に対応されている。外来担当医は、問診票、各種検査結果や診療情報提供書から患者情報を収集し、患者に分かりやすい治療方法を説明し、安全に配慮した外来診療に努めている。侵襲を伴う診断的検査は「医師のための診療指針」に明示されているが、同意書を必要とする侵襲を伴う診断的検査の具体的な範囲がインフォームドコンセントのガイドラインには定められておらず、必要な同意書が取得されていないケースも確認されたため具体的な範囲を明確にされることを望みたい。

入院の決定については入院決定の仕組みがあり、病床管理センターが機能し、弾力的かつ効率的な病床管理が行われている。診療計画は、医師を中心に多職種協働による各種リスク評価と患者・家族の意向も反映して迅速に作成されている。患者・家族の医療相談は、地域連携センターが管轄し、入退院支援相談を中心に様々な相談に対応しており、外来患者に対しては総合サポートセンターが設けられ、相談件数も昨年度は約 3 万件の実績となっている。患者の入退院支援では地域の診療所や介護事業所、保健センター、地域包括支援センターとの連携に積極的に努められ、その取り組みは高く評価したい。

医師は、毎日病棟回診を行い、多職種カンファレンスにも参加し、医師同士や他職種との情報共有に努めている。患者・家族面談や診療計画書各種書類の作成にも迅速に対応されている。看護師も看護基準・手順に準拠した業務を行い、患者・家族の心理的・社会的ニーズの把握に努め、身体的ニーズに関しても病状把握を通じたケアが実践されている。薬歴・持参薬管理、処方管理は、手順に沿って行われ、抗がん剤はレジメン登録の方法以外では処方できない仕組みである。また、抗菌薬や抗がん剤の投与時の観察も行われているが、病棟における安全な投薬投与について看護師と薬剤師の業務分担のあり方を見直すことが望まれる。輸血・血液製剤投与は、輸血後の感染症検査の実施について、手順の明確化と実施率の把握を期待したい。

周術期の対応は麻酔科医や看護師の術前訪問が行われ、合併症予防対策や部位誤認防止にも取り組まれ適切である。重症患者の管理は、救命救急センターでの集中

治療が入退室基準に従って行われ、集中治療科、救命救急専従医師、救急看護・集中ケア認定看護師、RST・感染・褥瘡・NST・緩和ケア等のチーム、また、薬剤師・管理栄養士・臨床工学技士・リハビリテーション各療法士など多職種が加わる医療体制が構築されている。褥瘡の予防・治療は、全ての入院患者に入院時アセスメントを行い、リスクに応じた計画が立てられ、必要に応じ褥瘡ケアチームのラウンドやリハビリテーション療法士が介入しており適切である。

栄養管理と食事指導は、NSTの介入、摂食機能障害患者への対応がなされている。また、栄養指導も月約300件が行われ食形態や安全性にも配慮され適切である。症状緩和は、がん患者をスクリーニングし、がん・精神専門看護師、がん疼痛認定看護師等の専門チームが介入し、患者の訴えの把握や痛みへの対処の検討を行っている。急性期のリハビリテーションは、患者・家族の意向を反映した総合実施計画書が作成されているが、訓練実施時のリスク記載がされていない計画書が見受けられる。スタッフの増員も含め、今後のさらなる急性期リハビリテーションの充実を期待したい。身体抑制は、「身体抑制基準」に基づいて行われ、説明と同意の取得および観察とその記録や解除に向けた取り組みも適切である。

患者・家族への退院支援は、患者の入院時から退院支援に向けたスクリーニングを行っている。地域連携室の相談員による積極的な対応支援が行われ、また、必要な患者には在宅での継続した診療・ケアが行えるように外部機関との連携・調整にも努めており、適切である。ターミナルステージへの対応は、2017年より日本臨床倫理学会の「生命を脅かす疾患に直面している患者の医療処置に関する医師の指示書の指針」を元とする医療・ケアが実践されており、その対応は適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査・疑義照会、院内調剤鑑査、薬歴・持参薬管理にも取り込まれ、注射薬の1施用ごとの取り揃えも98%と高く、病棟の定数配置薬剤も最小限であり高く評価できる。臨床検査機能は、検査の安全性やプライバシーの配慮にも努め内部・外部精度管理も行われ、検査結果報告は基準・手順に従い確実・迅速に実施されている。画像診断部門は、安全に配慮した必要な検査がタイムリーに実施され、休日・夜間の体制も整備されている。画像診断レポートについてはCT・MRIは、放射線科医により100%レポートされている。

栄養管理機能は、セントラルキッチン方式が導入され、調理施設の構造は清潔・不潔が区分され、衛生面に配慮されている。今後は季節の行事食の充実や選択メニューへの取り組みを期待したい。リハビリテーション機能は、急性期リハビリテーション、およびがんリハビリテーションを実施する方針が明確にされ、リハビリテーションの連続性は、3日以上間隔をあけないよう看護師の協力も得て取り組まれている。診療情報管理機能は、2名の専従診療情報管理士により業務対応しているが、診療記録の量的監査は開始されたばかりであり、今後は質的監査と併せて診療記録の略語使用の統一や記載基準、監査の実施細則をより明確にされ取り組まれることを期待したい。

医療機器管理機能は、臨床工学部での中央管理で行われ、一元化と標準化が進められているが、輸液ポンプの管理について一部の部署で「一使用・一管理」の不徹底が確認されたので周知に努められたい。洗浄・滅菌機能は、中央材料室に手術業務責任者として手術室管理者が配置され、滅菌管理士・第1種圧力容器取扱主任者等の有資格者を含む16名の委託業務従事者が配置され、全ての滅菌業務は業務委託されている。

病理診断機能は、病理専門医2名、細胞検査士5名により術中迅速診断や免疫染色も含め全ての病理診断に対応している。診断結果報告は最長12日以内で、剖検は年12例、CPCは年6回実施され、キャンサーボードの他、各科のカンファレンスにも参加し、診療の質の向上に努めている。放射線治療は、放射線治療医2名と診療放射線技師、看護師の体制で実施され、リニアックによる対外照射の他、放射線内用療法を積極的に実施しており、地域のがん治療の中核病院としての役割が発揮されている。輸血・血液管理機能は、血液内科部長が兼務で責任者としての管理を行い、臨床検査技師が業務対応しており、業務内容は輸血システムによって一元管理されている。

手術・麻酔機能は、麻酔科常勤医6名で10室の手術室が運用されており、手術予定の運用は基準が設けられ、夜間・休日も含め対応体制が構築され、あらゆる状況に対応が可能とされている。また、運営上の課題は手術室運営委員会で協議・調整され方針が決められている。集中治療機能は、夜間・休日を含む24時間体制で高機能の集中治療を提供しており、施設・設備、入退室基準、マニュアル類も整備され、集中治療運営委員会で運営上の課題が検討されている。

救急医療機能は、救命救急センターにおいて救急科専従医師11名、各診療科の医師、医療技術職、集中ケア認定看護師、さらに各チーム医療スタッフが協力し合う体制で三次救急を中心に受け入れが行われており、地域の医療機関とも連携し断らない救急応需が実践され、高度・高次救急機能が発揮されており高く評価される。

10. 組織・施設の管理

財務諸表・会計処理は、地方独立行政法人会計準則に則っており、会計監査は監査法人による年2回の期中監査、年1回の期末監査の他、監事鑑査と3年に1回出資団体監査が実施されている。また、経営状況は職員にも周知され、経営改革推進委員会を設け、経営改善活動に取り組まれている。医事業務は、業務マニュアルも活用され、受付から診察、会計まで円滑な対応が行われている。また、レセプト作成・点検、返戻・査定対応には、医師も関与し施設基準の遵守や未収金対応も適切である。

業務委託は、一般入札だけでなく、効果的で適正な業務実施を行うために総合評価方式（プロポーザル）による選定が実施され、業務委託の状況は委託業者連絡会議で検討されている。施設・設備は、三次救急および災害拠点病院として整備され、管理課が管理を担当し日常・定期点検が計画的に実施されている。また、設備

運転管理業務月報も作成されている。夜間・休日を含む24時間体制で管理され緊急時連絡体制も周知されている。物品管理は、物品調達管理業務要項が定められ、関連する診療材料委員会で必要性・妥当性を審議する仕組みであり、購買部門が請求の一元管理を担当している。定数管理により在庫や使用期限管理が行われており適切である。

災害時拠点病院（地域）として大規模災害時における臨時組織体制が多数傷病者受け入れマニュアルとして整備され、防災マニュアルが策定されている。また、DMATが編成され災害時医療救護委員会が月次開催され、堺市全域における災害医療対応のための協議会も設けられ、主導的役割を果たされている。院内の保安業務は、防災センターに警備員が常駐し24時間対応で適宜、院内巡回されているが、病棟での面会時間内に来院した面会者の確認方法や記録などについて検討を加えられることが望まれる。医療事故発生時の対応手順は整備され、病院全体で組織的に対応する仕組みが整備されている。医療事故の原因究明と再発防止を検討するための医療事故調査委員会も設けられており、顧問弁護士の選任や病院賠償責任保険にも加入されており適切である。

1.1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として10名の定員であるが、志願者が多くフルマッチが続いている。堺市立総合医療センター初期研修プログラムを54名の指導医体制で運用している。研修プログラム、指導医体制、EPOCおよび独自の評価表による評価の運用は適切である。患者、地域の救急隊員を含めた多職種による多面評価、同僚評価は高く評価できる。病院は地域医療研修での総合診療教育にも力を注ぎ、臨床教育研修センターにシミュレーションセンターを設け技術指導を計画的に進めており、これらの成果は基本的臨床能力評価試験、卒後臨床研修に関する第三者評価において高く評価されている。

また、学生実習は、看護局、薬剤・技術局を中心に薬剤師、看護師、リハビリテーション各療法士など9職種を受け入れており、受け入れに際しては、各職種・部門毎に受け入れマニュアルや実習カリキュラムが整備され、オリエンテーション時に実習に関する必要事項が説明されている。また、実習の最終評価や中間評価は、学生・教員・指導者とともにに行い、薬剤・技術局では、評価理由とともに実習生にもその結果が伝えられており、教員にも伝えられている。

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・プライバシーを適切に保護している	B
1.1.6	臨床における倫理的課題について病院の方針を決定している	B
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	S
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	S
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	B
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	医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる	B
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	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	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	B
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	S
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	B
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	B
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	栄養管理と食事指導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	急性期のリハビリテーションを確実・安全に実施している	B
2.2.18	安全確保のための身体抑制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	B
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	B
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	B
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	文書を一元的に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	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	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	医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	S
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	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	B
4.6.2	保安業務を適切に行っている	A
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： 2016年 4月 1日～2017年 3月 31日
 時点データ取得日： 2017年 9月 30日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 堺市立総合医療センター

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： 大阪府堺市西区家原寺町1-1-1

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	480	480	+0	90.7	10
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	7	7	-6	0	0
総数	487	487	-6		

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)	8	+8
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		+0
ハイケアユニット (HCU)	12	-11
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	10	+0
小児入院医療管理料病床	38	+3
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
特殊疾患病床		+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

地域医療支援病院, 災害拠点病院(地域), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院(Ⅲ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： 10人 2年目： 9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

