

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 9 月 10 日～9 月 11 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 1950 年に県立新潟病院として、2 診療科 20 床で開院された。その後、増床を重ねるとともに、がんの診断および治療の総合センターの設置計画のもと、1961 年に 11 診療科 366 床の県立ガンセンター新潟病院として新発足された。さらに、医療の進歩と増大する医療需要に対応するため、新病院建設工事に着手し 1987 年に 16 診療科 450 床となり、名称も県立がんセンター新潟病院と改められた。2007 年に都道府県がん診療連携拠点病院の指定を受けるとともに、診療科を増設しながら、今日に至っている。

この度の訪問審査は初回認定から 5 回目の受審となるが、病院長を中心に職員が一丸となって取り組んでいる様子がうかがえた。多くの評価項目で適切と判断されたが、病院の役割・機能に照らし、さらなる取り組みや工夫が期待される評価項目も認められた。最善のがん医療を提供するために、本報告書が貴院のますますの改善・向上に少しでも役立てば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念と基本方針がわかりやすく明文化され、院内外への周知も適切である。病院管理者・幹部は病院の将来像を明示するとともに、運営上の課題を明確にし、その解決にリーダーシップを発揮している。管理会議が病院運営の意思決定会議であり、その他、病院運営に必要な会議・委員会が適切に開催されている。第四次中・長期計画や年次事業計画が策定され、BSC を活用した部門・部署ごとの目標設定と達成度の評価を行うなど、効果的・計画的な組織運営を行っている。情報の管理・活用の方針が明確であり、情報調査部が診療情報全般を管理し、二次利用にも

活用している。文書管理規程に基づき、各種文書が管理されている。院内規程やマニュアルなどの承認の仕組みも明確である。

役割・機能に見合った人材については、法令や施設基準を満たした人員が確保されている。病院の規模・機能や業務量、さらに、病院の目指す医療を提供するためには、医師、看護師、薬剤師などを中心に一層の人員確保と充実に向けた努力や工夫が望まれる。人事・労務管理に必要な各種規則・規程が整備され、職員への周知も適切である。安全衛生委員会が設置され、職員の健康診断が確実に実施されている。なお、非常勤医師の健康診断の確認や剖検室臓器保存エリアにおけるホルマリンの取り扱いについてのさらなる工夫・検討が望まれる。職員満足度調査や職場の長による個人面談などで、職員の意見・要望を把握している。職員の就業支援や福利厚生への配慮も適切である。新潟県が行う研修に加え、病院で医療安全、感染制御、個人情報保護など全職員を対象とした研修が確実に行われている。目標・実績確認シートなどを活用した人材育成型評価を行っている。新潟県で資格取得や通信教育の補助制度を設けている他、院内外の研修会への参加を奨励するなど、職員の能力評価・能力開発を適切に行っている。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」として個人情報・プライバシー・尊厳が守られる権利など、8項目をわかりやすい言葉で明文化し、患者・家族や職員に周知している。子どもの権利についても、学習や説明を受ける権利の擁護に配慮している。説明と同意に関する方針は、医療者と患者間の情報共有に関する指針として策定されている。情報システム検討委員会で説明・同意書などの承認と登録を行う仕組みが整備されている。なお、セカンドオピニオンを受ける権利について説明・同意書にも明記すると、さらに適切である。患者の主体性を促進するために、「患者さんの権利」と

「患者さんへのお願い」を周知している。ホームページに掲載した「がんおよび各種疾患についての説明」や、「からだのとしょかん」で診療・ケアに必要な情報が提供されている。さらに、リストバンドの装着、氏名や生年月日を名乗ることを求め、医療安全への参加を促進している。地域連携・相談支援センターを設置し、

「橋わたシート」にて相談しやすい工夫をしたうえで、多様な相談に応じている。がん患者に対して治療と仕事の両立支援や就労支援などが適切に行われている。主要な倫理的課題について方針を定め、倫理的課題が発生した場合には臨床倫理検討委員会に審議を求める仕組みを整備している。臨床現場では患者・家族の抱えている倫理的課題に対し、多職種で討議している。

患者・面会者の利便性・快適性に配慮され、障害者専用駐車場の確保や必要な場所への車椅子の配備など、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。院内は診療・ケアに必要なスペースが確保され、整理整頓が行き届き、清潔な環境が保持されている。敷地内禁煙の方針が徹底されている。患者への禁煙教育として禁煙外来を設け、希望者に対する個別指導を行っている。

4. 医療の質

意見箱、相談窓口、患者満足度調査などで患者・家族の意見・要望を把握し、待ち時間の苦痛軽減のための工夫など質改善に活用している。各診療科カンファレンスに加え、がんセンターボードやCPC、臓器ごとの診療科横断的な検討会を定期的開催し、病理医や放射線科医が積極的に参加している。臨床指標の収集・検討・公表、クリニカル・パスの作成や活用・見直しなど、診療の質の向上に向けた活動に適切に取り組んでいる。

業務改善委員会をはじめ役割分担に応じて各委員会や各部門・部署が具体的な改善活動に向けて機能しており、実績もある。体系的な病院機能の評価・改善についても継続した活動が期待できる。新たな診療・治療方法や技術の導入に際して、倫理的な検討が必要な課題については臨床倫理検討委員会で審議する仕組みであり、最近の検討実績もある。導入に際して、必要な知識や技術を習得するための病院としての支援もあり適切である。

診療・ケアの責任者は各所に掲示され明確であるが、病棟での表示ではチーム医療を担う専門職の表示を行うことで、関与する職種について患者・家族の理解が深まるものと期待される。電子カルテシステム運用のもと、必要な情報がマニュアルに従っておおむね適時記載されている。診療記録および看護記録の質的点検が医療情報調査部ならびに看護部業務記録委員会で組織的に実施されている。質的点検の内容やフィードバックなどについて検討すると、さらに適切である。専門の知識・技術を生かした専門チームがあり、組織横断的な活動を積極的に展開している。病棟で定期的開催されるカンファレンスには多職種の参加が定着している。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、副院長管理下に医療安全管理室を設置している。病院長より権限を付与された専従のセーフティマネージャーと担当副院長が委員会の開催、報告書の検証、院内ラウンド、マニュアル等の管理や職員教育を行っている。院内のアクシデント・インシデントを継続的かつ円滑に収集・分析し、事故防止に活用している。院外の安全に関する情報は、医療安全情報として職員に周知している。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は手順が遵守され、手術室等ではタイムアウトが実施されている。なお、手術部位のマーキングについては、より一層の安全確保のため、病院として統一した基準・手順の整備が望まれる。情報伝達エラー防止対策として、臨時指示や指示の変更・中止、口頭指示に対する手順を統一している。パニック値や緊急を要する画像所見は直接担当医に報告している。病理診断報告書や画像レポートの見落としを防ぐため、電子カルテに既読・既説明のサイン機能を導入するなど、正確に情報を伝える工夫を行っている。ハイリスク薬が安全に使用され、保管・管理も適切である。麻薬、向精神薬等は常時適切に施錠管理されている。注射用抗がん剤はレジメン管理・登録されるなど、薬剤の安全な使用に向けた対策を適切に実践している。入院時に、全患者を対象として転倒・転落のリスク評価が実施され、危険度が高い患者には看護計画を立案し、多職種で情報共有す

るとともに、患者・家族にリスクや対応策を説明し協力を得ている。医療機器を安全に使用するため、マニュアルを整備し、職員への教育・研修を行っている。病棟配置の医療機器の点検や人工呼吸器使用中の臨床工学技士によるラウンドなど、適切に取り組んでいる。院内緊急コードを設定し周知されているが、夜間のコール体制についての検討が望まれる。BLS 研修は全職員の受講を目標に実施しているが、研修修了者は少ないため、今後、全職員が受講できるよう計画的に進めることが期待される。あわせて病院としての緊急時対応訓練の実施も望まれる。

6. 医療関連感染制御

副院長を責任者とする医療安全管理部に ICT と AST を配置している。ICT は ICD、ICN、薬剤師などから構成され、院内感染の発生状況の把握や感染対策の指導などを行っている。各部署の代表者から構成される ICC において、病院全体の医療関連感染制御に関わる方針を決定している。院内感染対策防止マニュアルを整備するなど、医療関連感染制御に向けた体制は適切である。ICN は臨床検査部と連携しながら、継続的な微生物サーベイランスや医療関連感染サーベイランスなどを実施している。収集したデータは ICT で検討し、ICC に報告している。アウトブレイクへの対応はマニュアル内に明記している。院外での流行情報も積極的に収集するなど、医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を適切に行っている。

医療関連感染を制御するための活動については、院内感染対策防止・運用マニュアルが周知され、ICT による手洗い状況の指導など、手指衛生の徹底に向けた取り組みを継続している。なお、汚染リネンの保管方法、感染性廃棄物の一時保管の方法や保管場所、乾燥室の運用、使用済み器材の運搬経路について、感染対策の観点からさらなる工夫・配慮が望まれる。抗菌薬適正使用ガイドラインを整備し、抗菌薬はマニュアルに沿って適切に使用している。特殊な抗菌薬は届け出制とし、AUD に報告するとともに、アンチバイオグラムは定期的に更新している。ICD、ICN、薬剤師などから構成される AST を組織し、抗菌薬使用状況をモニタリングし、必要時には介入するなど抗菌薬の適正使用に向けて活動している。

7. 地域への情報発信と連携

各種広報誌、病院案内、入院案内、ホームページなどで患者や地域の医療関連施設等に、病院の提供する医療サービスや診療実績などを積極的に発信している。地域連携・相談支援センターが紹介患者受け入れの役割を担っている。地域の医療関連施設等からの意見や要望を把握し、具体的な改善につなげるなど厚い信頼が得られている。なお、紹介元への迅速な返答に向けて、さらなる関与が期待される。患者や地域住民に向けて市民公開講座を開催するとともに、行政やボランティアグループも加わった教育・啓発活動を積極的に行っている。地域の医療関連施設や医療従事者に向けて研修会やイベントを開催するなど、都道府県がん診療連携拠点病院としての役割を適切に果たしている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療では患者に関する情報が収集され、患者誤認防止にも配慮している。患者への説明と同意や指導も適切に行っている。侵襲的検査にあたっては必要性和リスクの説明・同意の下に検査手順を遵守し、確実・安全に実施している。検査中、検査後の患者状態・反応の観察も適切である。入院の必要性は症状や検査結果などから医師が医学的に判断し、患者・家族に説明・同意のもとで入院を適切に決定している。入院診療計画書は各種リスク評価の結果を踏まえ、迅速に作成している。患者・家族からの医療相談の窓口が一本化され、専門職が多様な相談に適切に対応している。入院支援センターが開設され、入院前オリエンテーションを実施するとともに、入院・治療の理解度、不安の状態などをフローチャートで確認し、相談支援や緩和ケアの介入につなげている。

医師は毎朝回診し、電子カルテに記録している。多職種とのカンファレンスに参加し、患者・家族の求めに応じて、面談や説明を行うなど病棟業務を適切に行っている。看護師は患者のニーズを把握し、看護基準・手順に沿ってケアを実施している。看護師長は病棟内ラウンドを通してケアの提供状況を把握し看護師に必要な指導を行い、看護の質の向上に努めている。各病棟に病棟担当薬剤師を配置し、持参薬の鑑別・管理、服薬指導などを行っている。看護師による投薬・注射実施時の5原則の徹底、必要な薬剤における投与中、投与後の患者状態・反応の観察を行うなど、投薬・注射を確実・安全に実施している。

輸血療法にあたっては医師がガイドラインに沿って適応と血液製剤の種類を検討・判断し、必要性和リスクを文書で説明した後、同意の署名を得ている。投与中、投与後の患者状態・反応ならびに輸血療法の効果を診療録に記載するなど、輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している。手術・麻酔の適応と方法については、複数科合同術前カンファレンスや麻酔科医の術前診察で検討している。手術・麻酔に関して主治医・麻酔科医よりそれぞれ説明した後、同意書を取得している。入室時確認・術前タイムアウトを確実に実施し、記録している。重症患者の管理は重症度に応じて病床が選択され、病態に応じて必要な人工呼吸器・輸液ポンプ・各種モニターなどを使用し、薬剤師や臨床工学技士、専門チームの日常的な関与のもと、診療・ケアを適切に行っている。

褥瘡の予防・治療はマニュアルに沿ってアセスメント・対策・実践・評価が行われ、褥瘡対策チームの介入などが適切に行われている。各病棟に管理栄養士が配置され、栄養アセスメントに基づく栄養管理計画書を作成するとともに、NSTとして組織横断的な活動に参加している。症状緩和に対しては緩和マニュアルを作成し、客観的な疼痛評価のもとに緩和ケアにつなげている。リハビリテーションは必要性が主治医によって判断され、リハビリ担当医が処方箋を出している。訓練は個別性に応じた実施計画書を作成し、説明と同意のもと、確実・安全に実施している。

身体抑制については抑制時に患者状態・反応を毎日観察・記録するなど、おおむね適切に行っている。入院時に全患者に対し3日以内に退院スクリーニングシートを用いてアセスメントを行い、入院7日以内に患者・家族との面談を実施し、退院支援計画を立案するなど、退院支援を適切に行っている。退院後の継続療養支援は

多職種で適切に実施している。終末期治療以降の判断やターミナルステージの判定と対応は、おおむね指針に沿って実践されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では持参薬の鑑別と管理、処方鑑査と疑義照会、調剤鑑査を適切に行い、全ての抗がん剤や中心静脈栄養剤の調製・混合を行うなど、機能を適切に発揮している。臨床検査部では、必要な検査項目の多くを院内で実施し、オーダーリングシステムを通して検査結果を迅速に報告している。毎日の内部精度管理の実施に加え、複数の外部精度管理にも参加している。時間外・休日のニーズにも当直制で対応するなど機能を適切に発揮している。画像診断機能として中央放射線部では、タイムリーな検査が実施され、画像診断結果を迅速に報告している。さらに、患者安全にきめ細かく配慮しながら、質の高い画像検査・画像診断を提供するなど、極めて高く評価できる。栄養課では温冷配膳車を用いて、適時・適温での食事提供を行っている。患者の嗜好や喫食状況の把握に努め、安全かつ経口摂取の向上のための取り組みに力を入れている。リハビリテーション部門では、がん診療連携拠点病院としてのニーズに応え、主治医や病棟と連携しながら機能を適切に発揮している。病歴室に診療情報管理士を配置し、診療情報の一元的な管理を行っている。診療記録の量的点検については、入院診療録すべてに実施しているものの、今後、チェック項目を定めるなど、見直されると良い。医療機器中央管理室では臨床工学技士が24時間体制で医療機器の管理、点検を適切に行っている。中央材料室では滅菌作業手順やリコール手順が整備され、各種インディケーターを確実に使用して滅菌の質を保証している。

病理部に常勤病理専門医を配置し、全員で同一検体を診断・チェック・署名している。複数カンファレンスを主催・参加するなど評価できる。院内各部署で保管・管理するホルマリンについては、検討が望まれる。放射線治療部門ではがん診療連携拠点病院としての体制が整備され、治療のプロセスや治療機器の品質管理など機能を適切に発揮している。輸血部門は血液内科医を責任医師とし、認定輸血検査技師の配置のもと、緊急対応ならびに廃棄率の低減に努め、輸血管理システムの導入・活用などにより機能を適切に発揮している。中央手術部に常勤麻酔科医を配置し、年間手術総件数は4,800件以上の手術を行っている。手術室の清潔管理、術中・術後の患者管理・記録記載、退室基準の遵守など、機能を適切に発揮している。救急医療機能については、かかりつけ患者は原則として全て受け入れる方針に加え、内科輪番日には脳疾患以外の救急患者を受け入れる方針のもと、機能を適切に発揮している。

10. 組織・施設の管理

前年度実績や年間経営方針に基づいた予算書、財務諸表が適正に作成されている。経営状況の把握と分析は運営会議で行い、BSCを用いた経営改善のためのアクションにつなげるなど、適切である。レセプトの作成・点検、返戻・査定への対応は組織的に行われ、査定率も低く抑えられている。未収金はマニュアルに沿って適

切に管理され、弁護士による委託回収を開始するなど、対応を強化している。委託業務の実施状況や質の検討は、業者との検討の場を設けて把握・管理している。委託業務従事者に対する教育や事故発生時の対応も適切に行われている。電気・空調・医療ガスなど主要設備の点検は、年間保守計画の下、適切に実施されている。廃棄物は処理規程や処理計画に沿って適切な処理が行われている。購入物品の選定にあたって新規医療材料は、診療材料委員会、薬剤は薬事委員会で審議・検討し決めている。診療材料の管理はSPDが導入され、発注・検収プロセスはシステム化し適切に行われている。

防災管理に係わる消防計画が策定され、年2回の防災避難訓練を実施している。停電時の対応として自家発電装置を備え、大規模災害時の対応として食料、水、医薬品等を備蓄している。なお、BCPが策定されたところであり、職員への周知と検証訓練の実施が期待される。保安業務は警備員配置の下、24時間365日体制で実施されている。定期的に院内巡視が行われ、緊急時の連絡体制も明確である。なお、面会者や来訪者の把握についての検討が期待される。医療事故発生時の対応手順が明確にされている。医療安全推進委員会が常設され、医療事故発生時には院内検証を行うとともに、原因究明や再発防止に向けた検討を適切に行っている。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として研修医の受け入れ体制を整備している。大学病院等からのたすきがけで初期研修医を受け入れ、大学病院の研修評価システムを用いた研修評価を行っている。看護部をはじめとする医療技術部門では、研修プログラムを策定し達成度評価を行うなど、専門職種に応じた初期研修を適切に行っている。

学生実習等については医学生や看護学生の他、医療技術部門においても多くの学生実習を受け入れている。実習生受け入れ時にはカリキュラムに沿った実習と指導・評価が行われている。個人情報保護や医療安全、感染管理など、職種によらない共通事項は病院として標準化されたオリエンテーションの実施が期待される。

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	A
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	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	B
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	B
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	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	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	S
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	B
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	NA
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	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	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	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	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	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： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 5 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：新潟県立がんセンター新潟病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：都道府県

I-1-4 所在地：新潟県新潟市中央区川岸町2-15-3

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	421	421	-29	72.8	11
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	421	421	-29		

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	4	+0
無菌病室	9	-2
人工透析		
小児入院医療管理料病床	20	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	53	-50
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	21	+21
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

がん診療連携拠点病院(都道府県), 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： 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

[illegible]

I-2-2 年度推移

① 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
	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	1,006.90	989.99	1,000.61	101.71	98.94
1日あたり外来初診患者数	60.05	60.25	62.98	99.67	95.67
新患率	5.96	6.09	6.29		
1日あたり入院患者数	335.19	323.21	345.20	103.71	93.63
1日あたり新入院患者数	26.79	26.05	28.65	102.84	90.92