

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 10 月 30 日～11 月 1 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 3	条件付認定（6 ヶ月）
------	--------	-------------

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3
 1. 説明書ならびに同意書を、電子カルテ内に確実に保管してください。（1. 1. 2）
 2. 調製が必要な TPN 製剤について、薬剤師による無菌調製を実施してください。（3. 1. 1）
 3. 客観的に勤務時間管理可能な打刻システムを、確実に運用してください。（4. 2. 2）

1. 病院の特色

貴院は、1992 年に開設されて以来、わが国のがん医療および研究の基幹病院として、医療機能を発揮してきた。病院のミッションとして、「世界レベルのがん医療の提供と新しいがん医療の創出」を掲げ、全職員が一丸となり本ビジョンの達成に向けて努力している。2022 年には国内外の遠方の方や通院治療中の患者さん向けに病院敷地内に民間ホテルをオープンし、病院と連携する新たな診療体制を構築している。今回の訪問審査においては、職員の高いプロフェッショナリズムのもと、高度な医療を提供し、病院長を含む病院幹部職が適切なリーダーシップを発揮している点が確認できた。その一方で、一部の業務や診療機能等に関しては、今後見直しに向けて検討が望まれる領域も散見された。

昨今の激動する社会・医療の情勢を踏まえると、貴院だけでなく医療全体に求められる質基準はますます高まっていくものと考え。それに呼応して医療機能評価の審査水準も従前のものより高くなってきており、今回貴院に対しても、特定機能病院に求められる水準で評価した。今回の病院機能評価の受審を機に、貴院が病院機能の向上に努められ、さらに発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

国立がん研究センターの理念は、中央病院と共通した「社会と協働し、全ての国民に最適ながん医療を提供する」とし、ビジョンと基本方針に関しては、病院独自のものを定めている。今後は、病院の役割と機能に応じた基本方針を策定するために、定期的に検討されるとなお良い。病院長の選考手順は明確にされ、病院長候補者選考委員会からの推薦に基づき法人理事長から任命されている。病院長は各種会議を通して病院の方針を示し、診療科・部門の垣根を越えた連携と協調を目指し、課題解決を明確にした病院運営に努めている。策定された中長期計画や課題として認識している事項は、病院執行部と委員会等において対策がとられ、職員の労働意欲を高めるよう協議するなど、随所に優れたリーダーシップを発揮している。

医療情報部では、患者の診療情報を適切に管理し、情報システムの導入・活用・更新を計画的に行い、得られた患者情報をもとに医療の質向上や安全性、効率性の改善に利活用している。法人および病院の規程や手順・マニュアルなどは、決裁権者によって承認されている。法令や施設基準が求める必要な人材を確保されているが、貴院の規模や機能からみると麻酔医、臨床工学技士、療法士等の増員が期待される。なお、メディカルアシスタント室を設置してタスクシフトを推進していることは評価できる。人事・労務管理はおおむね適切に行われているが、2023年度導入の客観的な勤務時間管理システムが、今後確実に実施されることが望まれる。安全衛生委員会を適切に機能させて、職員の安全衛生管理に努めている。職員への精神的なサポート、労働災害、職業感染、院内暴力対策等への対応も適切に行われている。職員の意見・要望を把握し、職員が意欲をもって仕事に取り組めるように支援している。

人材育成センターが中心となって、職員の教育・研修を管理し、必要性や専門性の高い教育・研修を計画的に実施している。全職種に対してキャリアパス・キャリアラダーを設定し、能力評価、能力開発を行っている。「内視鏡センター医師」、「IV ナース」等、院内資格基準を設定することでより安全な医療提供に努めている。なお、CV カーテル留置については、資格基準等の設定に努められるとなお良い。院内共通の入職者オリエンテーション行い、キャリアパスを設定して初期研修を実施している。人材育成センターが主管となり各職種の学生実習を受け入れ、各部門ではカリキュラムに沿った実習および評価を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は2023年度に見直し、こどもの権利とともに院内掲示、ホームページ、ポケットマニュアル等に明示、周知されている。説明と同意に関しては、2023年6月から意思決定に関わる2種類のテンプレートの使用を開始しており、説明同意書の標準化を行っている。なお、看護師が同席できなかった場合において、看護師が意思決定支援に継続的に関わることを期待される。さらに、説明書ならびに同意書の電子カルテ内への保管を確実に実施することが望まれる。個人情報保護責任者を選任し、病院内における個人情報の厳格な取り扱いの遵守に努めている。

診療に関する情報は、ホームページや「入院のご案内」の冊子や各種パンフレッ

トで提供している。また、入院準備センターでは、入院前から医療への参加を促進できる体制を整備している。サポータブケアセンター・がん相談支援センターを設置し、がん医療のQOLの向上や、患者を取り巻く様々な課題に専門職が対応している。常に相談支援体制の最適化を目指す等、その仕組みと実績は高く評価できる。

「倫理的課題発生時フロー図」に沿って、日常的な臨床における課題へ対応している。特に、解決困難な課題に対しては診療倫理コンサルテーションチームに相談する運用となっている。今後は、院内で発生した倫理的課題について、検討内容の妥当性を検証し、対応方針に追加するなど継続的な取り組みがあるとなお良い。さらに、倫理的課題を多職種で検討し、患者・家族の意向を踏まえたうえでのQOL維持・向上の支援につながる取り組みが期待される。

ホームページには近隣駅からのアクセス案内などの来院方法等も案内されている。院内は原則バリアフリーとなっており、高齢者や障害者にも優しい病院づくりとなっており、患者がくつろげるスペースや食堂も有し、リラックス効果につながる快適で衛生的な環境が維持されている。病棟や処置室等には診療・ケアに必要なスペースが確保されている。敷地内禁煙が徹底され、「禁煙推進ワーキングチーム」は、喫煙する職員に対して精神腫瘍科による禁煙外来受診勧奨や職員の喫煙実態を定期的に調査している。

4. 医療の質

業務改善の担当部門としてクオリティマネジメント（QM）室が設置され、幹部が出席するQM会議で重点課題の進捗状況が把握、検討され、業務改善に向けた実績を上げている。各部門は、QC活動に積極的に参加しているが、今後は、病院全体で体系的かつ組織横断的な業務の質改善活動の実施が期待される。各診療科単独または合同のカンファレンスのほか、多職種が参加する内科・外科それぞれのミーティングが定期的開催されている。クリティカル・パスの適応率は徐々に向上しているが、今後はより医療の質を反映したバリエーション分析やアウトカム評価の継続的な実施があるとなお良い。臨床指標についてはDPCの各項目に加え、病院独自で設定した49項目についてデータを収集し、担当部門とともに改善活動につなげている。

敷地内に設置されたホテルの建設に当たっては、患者会の意見を取り入れる等、患者目線に立った環境を提供している。高難度新規医療技術提供時の説明においては、自院の過去の実績、新規医療技術を行うリスクを記載する院内統一の説明同意文書を用い、継続かつ確実に実施するとなお良い。また、適応外・禁忌医薬品の使用に関して、実施管理体制の強化が期待される。

医師および看護師長は回診や病棟ラウンドを毎日行い、診療やケア等の実施状況を把握している。病棟運営に関わる課題等があれば、医師、看護師を含む多職種で協議を行い、問題解決に向けて協力体制を図っている。診療記録記載マニュアル、院内使用略語集に準拠した指針を定め、必要な医療情報が遅滞なく記載されている。退院時サマリーの2週間以内の作成率は98.6%で、診療記録の質的点検も多

職種で適切に行っている。多職種によるチームが定期的にカンファレンスやラウンドを行い、必要に応じた対策を迅速に行うとともに、各部署からの相談に応じるなど、専門的な診療・ケアが適切かつ確実に行われている。

5. 医療安全

医療安全担当副院長が統括・専従医師として、医療安全管理に取り組んでいる。重大事例は、外科・内科カンファレンスで原因究明と再発防止が検討されている。患者死亡時には、死亡報告書入力フォームが自動的に電子カルテに起動するシステムを利用して、担当医から速やかに死亡報告書が提出されるとなお良い。

2 識別子により患者確認を行い、部位ならびにチューブ類の誤認防止は、院内統一ルールにて確実に実施している。統一した指示だし、指示受け、実施確認の手順が、確実に遅滞なく行われ、口頭指示は所定用紙を用いて確認を徹底している。画像診断報告書は未読・既読システムにて確認し、検査結果の重要所見は依頼医に確実に伝達する手順が徹底されている。各部署の定数配置薬は最低限の数量と種類に限定され、薬剤師による調剤を通した供給により安全に投与される体制が整備されている。転倒・転落防止に関しては、入院前から入院後の様々な機会を通して対応策の検討・実施が行われ高く評価できる。医療機器の整備や使用前後の点検業務には臨床工学技士が関わっており、職員向けの教育や研修なども適時行われている。院内緊急コードとして「ハリーコール」が設定されているほか、急変の予兆を捉え対処する RRS システムも構築されており、今後も継続かつ確実に運用されるとなお良い。

6. 医療関連感染制御

感染制御室は専任の ICD、専従の ICN、薬剤師ほか多職種で構成され、権限をもって各診療科・部署に情報伝達や感染対策遵守を徹底しており、マニュアルの整備と改訂も適切である。全病棟・部署での ICT・AST ラウンド、医療関連感染のサーベイランス、手指衛生指導が実施され、感染症診療支援は適切である。アウトブレイクへの対応、地域医療機関との連携も適切で感染対策が着実に実践されている。院内における抗菌薬の使用は、抗菌薬使用マニュアルおよび術後感染予防抗菌薬マニュアルに基づいて行われている。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページには、受診の手続き方法、病院概要、診療実績、病院指標、外部評価等について分かりやすく掲載されている。がんに関する一般患者向けセミナー・イベントや医療関係者向けセミナー・イベントの開催等を案内している。全国 2000 を超える医療機関から患者紹介を受けている。国立がん研究センター東病院 地域医療連携のための情報交換会をはじめ、診療科単位の症例検討会等を開催し、最新のがん医療技術について情報を発信している。サポーターズケアセンターを中心に、患者教室をはじめ様々な啓発活動を行っている。患者教室では「がん患者さんのための総合支援セミナーアーカイブ配信」や「がん患者さん向けレシピ動画

CHEER！（チアー）」等オンライン動画サイトを利用し、患者目線でわかりやすい内容としている。千葉県がん相談支援部会に参加し、地域のがん相談員の育成に取り組む等、地域に向けた教育・啓発活動は活発に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

全国から希少がんを含む多くのがん患者の受診の利便性を考慮し、病院敷地内に民間会社と提携したホテルを2022年7月に開業している。外来部門では問診票による患者情報収集を徹底し、他院からの診療情報も電子カルテで閲覧可能で多職種にて共有されている。通院治療センターでは専門医、専門看護師、専門薬剤師等で安全に配慮した質の高い化学療法と多職種による指導を行っている。侵襲的検査は必要性和リスクを説明し同意を得て実施しており、鎮静薬の使用についても方針と手順が定められている。外来担当医が診断的検査等の結果で、医学的判断にて入院を決定している。入院準備センターでベッド管理し、弾力的かつ効率的に運用している。診療計画書は医学的判断に基づき、多職種で速やかに作成されているが、病状変化時など治療計画の変更時、転科時には新たな入院診療計画書の作成が期待される。がん相談は、診断初期から治療期までの多岐にわたっており、院内の各職種と連携し解決を図るだけでなく、必要に応じて、関係行政機関や各種団体等への連絡・調整なども行っている。入院準備センターのスタッフは、入院予定患者に対して入院前支援を行っており、必要時には薬剤師や管理栄養士の関与がある。医師による診療は主治医と担当医が責任をもち回診を行うほか、各診療科のカンファレンスで治療方針を決定しており、病棟カンファレンス等で他の職種とも情報共有している。医師と看護師は病棟内で必要な業務の役割を分担し、多職種で協働した患者支援を行っている。投薬の準備と実施では、院内で統一された手順に基づいて6R確認が行われている。抗がん剤、抗菌薬の投与中・後の患者観察と記録も適切に行われている。輸血・血液製剤は必要性和リスクを患者に説明し、同意を得た上で投与されている。輸血開始時の確認、投与開始時・投与中の観察と記録も適切に行われている。手術の適応についてはカンファレンスで検討、決定されており、入院前から多職種が介入する仕組みが構築されている。ICUおよび各病棟に重症専用室を備えており、術後管理および重症患者の診療において、多職種が必要に応じて介入している。褥瘡予防に対し病態に応じたスキンケアを行っているほか、MDRPUに対しても様々な除圧対応を試みるなど、予防・治療へ対応している。看護師ならびに管理栄養士による栄養評価のスクリーニングが実施され、低栄養リスクの患者やがん薬物療法中の患者に対してNSTの早期介入や個別指導を行っている。症状・疼痛緩和にも積極的に取り組んでいる。リハビリテーションは、担当医が指示を出し専門医が必要性和、目標や安静度指示・リスク等を評価し処方を行い、計画を立案している。身体拘束の方針は、患者の自由度の拡大を最善としており、一般病棟での身体拘束はない。身体機能と精神機能の2側面を評価することで、せん妄ハイリスク患者の把握し、支持療法チームの介入を効果的に行っている。早期解除に向けた議論もなされ、人権に配慮した対応が継続的にとられていることは高く評価できる。退院支援については、入院前から情報収集およびスクリーニングを開始し、その結果

に基づいて退院支援看護師と病棟看護師および関係職種が協働して対応している。在宅療養支援については、入院準備センター看護師と病棟看護師が中心となり、関係職種も含めて対応している。病棟看護師は退院後の患者に対して電話で回復状況を確認するテレフォンフォローアップを行うなどして、患者の術後の日常生活再構築への支援も積極的に行っている。管理栄養士は在宅療養中の患者・家族を対象とした料理教室を定期的を開催しており、患者・家族の QOL の維持・向上とサバイバーシップ効果につながる療養支援も行われ高く評価できる。ターミナルステージの判断は医師・看護師等が患者の全身状態もふまえ総合的に行っており、最期まで豊かな生き方ができるような支援をめざしている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理部門は処方鑑査、調剤および調剤鑑査が適切に行われ、注射薬の 1 施用药ごとの取り揃えも徹底されている。薬剤師による抗がん剤の調製体制は整備されているが、TPN 製剤に関しては対象オーダの拡充が望まれる。臨床検査部門は ISO15189・CAP の認証を取得し、検体の取り扱いや精度管理など適切に行われている。検査のパニック値は直接医師に報告され、規定に則り記録を残している。画像診断部門では、必要な CT・MRI・PET-CT 検査を実施している。画像診断医は速やかに読影し、報告書は電子カルテで確認できる。時間外や休日の読影や緊急検査にも当番医が対応する体制が整備されている。栄養管理部門は、食べる意欲を高めるための取り組みを重視し、メニュー開発に力を入れ、アイスの提供も可能とし、行事食も年間 20 回以上提供しており、患者給食に関する積極的な取り組みは評価できる。リハビリテーション部門では、がん患者に必要な周術期・機能維持・緩和目的のリハビリテーションに対応している。がん種別の訓練プログラムを作成・標準化を図り、早期の退院と社会復帰に寄与している。診療情報管理部門では、診療情報の一元的管理を行い、診療記録の形式的な点検も全患者実施している。臨床工学部門では、院内各部署にある医療機器を医療機器管理システムに登録し管理している。洗浄・滅菌部門では、洗浄・消毒・滅菌プロセスのワンウェイ工程のもとシステム化され、滅菌の質保証・滅菌物管理が適正に行われている。病理部門でも ISO15189 と CAP の認定を取得し、1 検体ごとのバーコード管理による誤認防止、他施設からのコンサルテーションや CAP サーベイへの参加など高く評価できる。放射線治療部門は、放射線治療専門医、専門技師など多職種で構成され、高度で高品質で多様な放射線治療を提供している。関係診療科・放射線治療科カンファレンスで適応と方針が決定され、治療プロセス、放射線治療装置の品質管理も適切である。輸血管理部門では、製剤使用の管理・確認や輸血後の副作用確認など適切に運用されている。手術部門においては、年間約 4,800 件、うち全身麻酔 4,100 件行われ、手術のスケジュール管理、術前後の患者・部位誤認防止への配慮など適切に実施されている。集中治療部門では、ICU8 床で術後リカバリーおよび院内重症患者に対し、多職種が積極的に関与して密度の高い診療が実践されている。救急医療部門については、救急告示病院ではないが、かかりつけの患者の対応のみ行っている。

10. 組織・施設の管理

中長期計画に基づき、年度の事業計画および予算が作成され、その編成にあたっては、各部門とのヒアリングに基づき、増員や機器購入等に関して、妥当性等を検討している。内部監査の他、外部監査法人の監査を年3回受け適正に会計処理されている。査定率は入院、外来とも概ね適正である。未収金対応については「未収金発生防止マニュアル」により、督促の手順に従い確実に実施されている。委託契約の更新にあたっては、契約の適正性を担保するため、契約審査委員会において委託業務内容の検討や委託の是非を検討した上で、投資委員会において必要性、妥当性等が審議されている。

病院の施設・設備の日常点検・保守管理が計画的に行われている。緊急時の対応や連絡体制も整備されている。医薬品や医療消耗品の採用等については、それぞれ薬事委員会、材料委員会において検討され、採用数が増加し過ぎないように原則一増一減方式で採用されている。高額医療機器等の購入にあたっては、投資委員会に諮り、その必要性、妥当性等が審議、検討された上で購入する手順となっている。

「国立がんセンター東病院・先端医療開発センターBCP」を策定し、災害時の危機管理に対応されている。千葉県における医療協力体制を確保するための対応や安否確認システムを導入するなど、災害時への対応体制を整備している。保安業務は外部委託によって行われ、緊急時の連絡や応援体制は明確になっている。夜間の施設管理や面会者の出入り管理も適切に行われている。

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	C
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	S
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	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	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	B
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	B

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・治療方法や技術を開発・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	B
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	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	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	S
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	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	B
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	S
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	B
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	S
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	S
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	C
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	S
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	S
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	B
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	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	C
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	B
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 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： 国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 厚生労働省

I-1-4 所在地： 千葉県柏市柏の葉6-5-1

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	425	425	+0	95	10.2
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	425	425	+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)	8	+0
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		
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		
障害者施設等入院基本料算定病床		
緩和ケア病床	25	+0
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

特定機能病院, がん診療連携拠点病院(地域), DPC対象病院(DPC特定病院群)

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： 0 人 2年目： 0 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

①-② 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	
	2022	2021	2020	2022	2021	
1日あたり外来患者数	1,388.72	1,328.15	1,223.13	104.56	108.59	
1日あたり外来初診患者数	43.61	41.33	37.66	105.52	109.75	
新患率	3.14	3.11	3.08			
1日あたり入院患者数	397.76	404.16	402.88	98.42	100.32	
1日あたり新入院患者数	37.99	35.97	35.70	105.62	100.76	