

## 総括

### ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院3」及び副機能種別「精神科病院」を適用して審査を実施した。

### ■ 認定の種別

書面審査および11月27日～11月29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）
機能種別	精神科病院（副）	認定

### ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院3
  1. 診療の質の向上に向けた活動に関して、  
貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。  
(1.5.2)
  2. 急変する前の兆候を捉えて対応する仕組み（RRS）が確実に機能するよう実践してください。(2.1.8)
  3. 病理検体の適切な取り扱いに関して、  
貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。  
(3.2.1)
- ・機能種別 精神科病院（副）  
該当する項目はありません。

#### 1. 病院の特色

2003年に医学部と歯学部附属病院を統合し、800床を超える病床規模と35診療科を擁する特定機能病院である。特定機能病院承認要件に基づき選考された新病院長とその執行部が、半年強の期間に意欲的かつスピード感をもって病院改善に取り組んでいることがいろいろな場面で窺えた。また、医歯学の統合が、周術期の口腔機能管理チームとして具体的なメリットを生んでいる。反面、優れた病院の内容が適切に広報されていないなど、いくつかの改善の余地が残されている。以下、カテゴリ別に評価所見を総括するが、詳細な評価報告書の内容も参照し、より優れた病院への改善活動をさらに積極的に推進していくことを期待したい。今回の病院機能評価受審が、貴院の今後のますますの改善・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

理念および目標が設定され、ホームページや各種パンフレットで対外的に周知されている。また、目標の一部は実現に向けた具体的な計画の立案や達成度の評価が行われている。新執行部は、意欲的に病院改善に取り組んでいる。中・長期計画が策定され、部門・部署の評価指標なども運用されているが、より体系的な目標管理の仕組みを部門・部署に取り入れることが期待される。情報管理に関しては、運用の方針が明確にされており、医療の質の改善や業務の効率的な運用に向けてのデータ活用に積極的に取り組んでいる。文書管理に関しては、文書管理規則が整備され、担当部署により一元的に管理されている。

診療機能や業務量などから、薬剤師や臨床工学技士について、積極的な確保を望みたい。人事・労務管理では、就労時間についての客観的な把握や、労働時間、有給取得率の適切な管理を期待したい。院内保育所の設置や宿舍の整備など、福利厚生への配慮はなされている。全職員を対象とした教育・研修の研修効果を高める努力や工夫を望みたい。職員個別の目標を立て、面接、自己評価、他者評価によって評価を実施しているが、病院としての能力評価・開発の仕組みを確立したい。医師については客観的評価の導入が期待される。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利および責務とともに「小児患者の権利」も明文化され、院内掲示やホームページ、各種案内により患者・家族および職員に周知されている。説明と同意文書についての方針と説明内容や具体的手順等は明文化され、同意書を必要とする範囲も明確にされている。患者の反応の記録も含めて実施状況の確認も適切に行われている。検査・処置・手術等の説明書やパンフレットが活用され、患者の理解を深める支援がなされている。患者・家族からの相談窓口は医師、看護師をはじめ多職種で構成される患者総合サポートセンターに一本化され、様々な相談に適切に対応している。患者の個人情報・プライバシーの保護では、個人情報保護方針が患者、職員へ周知されており、個人情報・プライバシーの保護に努めている。臨床における倫理的課題の対応については、臨床倫理検討委員会で検討されている。各部署の倫理カンファレンスの内容も報告されて、集約・整理されるなど適切である。各部署では倫理的課題に対するカンファレンスが適切に行われている。

患者・面会者のアクセスに配慮され、充実した生活延長上の施設やサービスが提供されている。院内のバリアフリーが確保され、必要な場所への手摺りの設置や必要な備品の整備等、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。病棟の療養環境は、患者がくつろぐラウンジなどのスペースも十分確保され、院内の整理整頓もよく、浴室・トイレなどの利便性や安全性も確保されている。敷地内禁煙が周知・徹底され、患者の禁煙教育や職員の禁煙推進に適切に取り組んでいる。

#### 4. 医療の質

患者・家族の意見・要望は意見箱、患者満足度調査、ホームページの「ご意見窓口」で収集し、必要な改善や患者・家族へのフィードバックも適切に行われている。診療の質の向上に向けた活動として各種症例検討会や多職種カンファレンス、がんボードなどが開催されているが、病院におけるCPCの開催については、より積極的な開催が期待される。診療ガイドラインは各科において整備され、臨床指標の分析・検討なども、おおむね適切に行われている。なお、クリニカル・パスの活用については、委員会等が活動を開始したところであり、実質的な稼働は今後の課題である。クオリティマネジメント委員会を中心に、病院機能評価受審を機会として改善活動が継続的に行われている。幹部は毎月院内巡視を実施し、各部門の現状・問題点を把握して業務改善につなげるなど適切に取り組んでいる。高難度医療技術、未承認新規医薬品、適応外使用医薬品および臨床研究に関する申請、審査は適切に行われている。これらの実施後の適切なモニタリングについて検討が期待される。

病棟・外来等の診療・ケアの管理・責任者は明確である。診療録等記載マニュアルに沿って電子カルテに適切に記載され、質的点検も全診療科に対して行われ、改善項目もフィードバックされている。多職種による専門チームである褥瘡対策チーム、緩和ケアチーム、NST、呼吸ケアチーム、医療連携口腔管理チームなどは、依頼への対応やカンファレンスへの参加、定期的回診など組織横断的活動をし、がんボードや複数診療科のカンファレンスで治療方針の検討などが適切に行われている。

#### 5. 医療安全

副病院長である医療安全管理責任者が部門長を担う医療安全管理部を中心に、医療安全推進に向けた組織横断的な活動を行っている。報告された事例については適切に要因分析・対策立案・周知を行うだけでなく、現場との密な意見交換を実践している。

患者の本人確認は、どの部署においても院内ルールに従って行われている。術前マーキングはマニュアルに沿って院内で同一した方法で行われている。指示受け・実施はオーダーリングシステムで行われ、電子カルテ上で確認できる。原則口頭指示は行わず、やむを得ず実施する場合のルールは明確であり遵守されているが、口頭指示受け用紙については、さらなる工夫が望まれる。担当医の画像診断や病理診断報告書の確認については、医療安全部が関わり未確認防止の工夫が取られている。化学療法の際には、薬剤師が実施時の確認を確実にを行うほか、副作用の状況から支持療法の提案などを行うことで安全に実施できる体制を構築している。

転倒・転落の予防対策は、患者・家族に「転倒・転落の危険度について」のシートを用いて説明し、患者と協働して行っている。部署で対応に苦渋する場合は、支援チームのコンサルトを得られる体制がある。すべての医療機器は、MEセンターにて中央管理がされ、新規購入機器計画についても、臨床工学技士が関与する流れになっており、購入後の研修も行われている。RRSが機能するよう検討が進められ

ている。引き続き、重篤な患者の評価と初期対応が可能な医師を含むチームが機能する仕組みの構築に努められたい。

## 6. 医療関連感染制御

感染対策を実際に行う感染管理部とその下部組織の ICT、AST、感染対策の重要事項の審議、決定を行う感染対策委員会の関係も明確で、院内感染対策の組織体制は確立している。毎週 ICT、AST の院内ラウンドが行われ、耐性菌の検出、感染発生状況も把握され適切に対応されている。感染制御室の専従、専任は少数であるが、各科、各部署、各病棟に ICM を配置し、適切に連携している。

院内ラウンドの結果をもとに ICM が改善活動を行い、報告する流れで成果につながっている。

## 7. 地域への情報発信と連携

患者向け広報誌や地域医療機関向けの診療案内冊子、ホームページ等で病院の提供する医療サービスを広報している。診療案内冊子には各診療科の診療実績が掲載され、ホームページでは診療実績の他、DPC 情報や国立病院附属病院長会議で策定した臨床指標を公開している。なお、ホームページの情報の定期的な更新が望まれる。

地域連携室が地域の医療状況やニーズを把握し、アンケート調査の実施や新潟地域病院連携会議を開催して連携強化を図っている。自院の役割・機能に応じた紹介患者を受け入れ、紹介ならびに逆紹介率を高める努力もしている。

各診療科の特色を活かした一般市民向け講演会やセミナーを数多く開催している。地域医療関連施設等に多くの医師を派遣する他、薬剤師や看護師等の研修を積極的に受け入れている。医師キャリア支援センター、災害医療教育センター、新潟医療人育成センターを設置し、専門的な医療知識や技術等に関する研修会や支援を実施する等、地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を積極的に展開しており、高く評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けるために、総合案内の設置等で対応しているが、待ち時間調査結果を踏まえた今後の対応に期待したい。外来受付での患者確認は、名前を名乗ってもらうとともに、外来では診察受付用紙のバーコード認証、入院ではリストバンドのバーコード認証により行われている。診断的検査は主治医により必要性が判断され、侵襲的検査については文書による説明と同意書の取得の後、各部門で安全に配慮しながら適切に実施されている。

入院の必要性は、医学的に判断され診療録に記載されている。また、患者・家族への説明も適切に行われている。入院時のリスク評価も適切に行われ、入院病床決定も弾力的に運用されている。入院診療計画書は医師をはじめ多職種で記載され、説明と同意の場に看護師の同席が進められ、同席できない場合でも、事後の患者・家族の反応の記録も残されている。医療相談窓口は一元化され、相談内容に応じて

担当者が対応する体制になっている。圧倒的に多い退院相談はMSWが入退院支援看護師と連携し適切に対応している。予定入院の場合は、全患者に対して患者サポートセンターにて入院に向けての説明を行うと共に、早期に支援が必要な患者は、入院前に多職種カンファレンスを開催し、治療計画がスムーズに進むよう支援している。

医師による病棟業務は基本的にチーム制を採用し、回診も担当医、科長により定期的に行われている。多職種間の情報共有に努めながら良好なチーム医療が実践されている。看護基準・看護手順に基づき看護実践が行われ、看護体制の工夫で、看護サービスの視点・人材育成の視点でも効果的に行われている。診療の補助業務に関しては「ひなくるりさんも」の標語6Rに基づき、安全に実施している。薬剤を使用する際の各種確認は、病院で統一した確認方法が実践されている。

輸血は規程に従い、必要性とリスクが判断され、患者にも説明のうえで同意を得ている。実施は、管理マニュアル通りに行われ、実施中の観察、記録もなされている。手術の適応は必ず診療科のカンファレンスで検討され、麻酔科医による術前診察・術前訪問や手術室看護師による術前訪問なども全例で実施されている。肺塞栓症などの合併症予防対策なども適切になされている。集中治療部門としてはICU、NICU、MFICU および救命救急センター専用床があり、一般病棟においても患者の病態や重症度に応じた対応がなされ、多職種からなる専門チームの回診なども行われている。

褥瘡対策チームに加えて、看護部の褥瘡対策委員会や皮膚科の褥瘡専任医師が協働して褥瘡予防、褥瘡改善に取り組んでいる。入院患者の栄養評価は入院前から看護師や管理栄養士が行い必要に応じてNSTや摂食・嚥下リハビリチームにつなぐなど、適切に実施している。「緩和ケアマニュアル」に症状軽減の手順が記載されており、これに基づいてケアが行われている。困難例については、緩和ケアチームの支援を受けて行っている。リハビリテーションの必要性を主治医が判断しオーダーすると、専門医、リハビリテーションスタッフにより病態に応じた目標、実施計画が策定されている。心臓リハビリテーションでは、リスクの高い症例の場合は医師が付き添い急変時に対応できるシステムとなっている。今後はさらに早期リハビリテーションへ積極的に取り組むことを望みたい。身体抑制は、マニュアルに基づき必要性の判断や中断は複数で検討するなど適切に実施されているが、実施記録については観察の実態とマニュアルの整合を図り、実践の在り方も含めて整理することが望ましい。

退院支援は、患者総合サポートセンターを中心に多職種が早期に介入する体制が整備されている。退院後の診療・ケアの継続は、多職種の退院カンファレンスが実施され転院先や在宅サービス機関などへ必要な情報が提供されている。医療スタッフマニュアルの「終末期医療ガイドライン」に基づき、終末期の判断を複数の職種で行い、患者へ説明し、患者の意思を尊重した臨終期となるよう進められている。

### <副機能：精神科病院>

任意入院、医療保護入院、措置入院の同意・管理は適切に実施されている。措置入院は、この5年間で2例であるが、措置入院マニュアルに沿って適切に管理されている。入院診療計画書は入院形態変更時に新たに作成することを期待したい。患者が円滑に入院できるよう、説明や工夫が行われており適切である。抗精神病薬の単剤化率は非常に高いレベルを維持しており評価できる。副作用モニタリングは、研究テーマとなっており、しっかり実施されている。

輸血は5年間で1例のみであるが、実施の場合は病院共通の輸血オーダーフローシートに基づいて実施されている。身体リハビリテーションは、合併症のある患者に対して、総合リハビリテーションセンターへ依頼し、リハビリテーション医の指示に基づき、療法士が派遣されている。嚥下障害では、歯科医の関与があり、治療とリハビリテーションが実施されている。慢性期のリハビリテーションに関しては、平均在院日数70日未満であり対象症例は少ないが、認知症患者に対しPSWが努力し、ADLの向上、食事状況の改善が図られた事例などの実績が認められる。身体拘束は手順に基づき適切に実施され、家族に説明したうえで同意を取る仕組みもある。

### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師による処方鑑査が確実にできる体制が構築されている。臨床検査部門はISO15189の認証を取得し、諸業務も誤認防止に配慮しつつ適切に実施され、休日・夜間のニーズにも十分対応している。パニック値の報告も確実に実施され、内部・外部精度管理も適切に行われている。画像診断部門は、緊急検査にも24時間対応し、放射線科医師によるCT、MRIの読影率もほぼ100%である。時間外の急な読影にもオンコール体制で対応している。

食事が確実・安全に提供され、選択食や行事食を多く取り入れるとともに、病棟ランチバイキングを実施し、患者から好評を得ており評価できる。リハビリテーション部門は、心大血管疾患等・脳血管疾患等・運動器・呼吸器の各リハビリテーションに対応し、カンファレンスを通じての主治医、病棟等との連携もとれている。歯学部があることにより歯科医師による摂食・嚥下機能回復部が総合リハビリテーションセンター内にあり、口腔ケア、摂食・嚥下機能回復に積極的に関わっている。一部紙カルテの運用の見直しは必要であるが、電子カルテの導入により情報の一元的管理機能は整備されており、診療記録の形式的点検も実施されている。すべての器材が、材料部で洗浄・滅菌されている。滅菌精度の確認は、各種インディケータを用いて行われ、生物学的評価を確認してから使用部署に払い出しを行う運用としておりリコールの発生はない。

病理診断については、迅速を含む全ての検査に対応しており、病理検査室における検体の到着から各種処理過程における業務、報告の未確認のチェックについては適切になされている。なお、手術検体のホルマリン処理およびプレパラート標本の取り扱いについて、院内での作業スペースの整備を進めており、引き続き計画を確実に実行することが求められる。

放射線治療部門は、充実した放射線治療医、専門技師、看護師の体制で年間 600 例超の放射線治療を行っている。治療計画も部門全体で検討され、キャンサーボードへの関与、医学物理士のレジデントコースを設け、スタッフの教育育成にも努めており高く評価できる。

輸血用製剤の発注・保管・供給・返却が確実に行われている。血液製剤の廃棄率が顕著に改善され、超緊急輸血にも速やかに対応できる体制が整備されている。各種医療機器は医局購入機器を含めすべて一元管理され、安全使用に向けての研修も適切に行われている。スタッフ全員がすべての部門の機器に対応できる体制も整備されている。手術・麻酔機能については年間約 8,600 件の手術が行われ、約 5,000 件以上の全身麻酔に常勤麻酔科医が対応している。手術部での誤認対策や多職種の関与も適切である。

集中治療機能部門として、ICU は各診療科が参加するオープン形式であるが、専従の常勤医師も診療に加わっている。機能に見合った多職種の人員配置と施設・設備の整備がなされている。救急医療機能は、高度救命救急センターとして年間約 2,800 台の救急搬送および 250 件ほどのドクターヘリ輸送患者に対応している。救急科常勤医師および各診療科当直医で 24 時間、365 日「断らない」救急体制を構築している。

#### 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、予算書、財務諸表、決算報告書が作成され、外部監査も定期的に実施されており、目標と実績の比較分析も行われている。医事業務では、医師による請求内容の点検や、返戻や査定への組織的な対応がされ、未収金の一元的管理、督促・回収も行われている。業務委託では、業務についての評価がされ、委託職員に必要な研修が実施され、事故発生時の対応が整備されている。

大学病院としての役割・機能に応じた施設・設備が整備され、設備マスタープランや営繕マスタープランにより適切に管理している。購入物品は委員会等で品質や価格等を比較検討し選定している。使用期限の確認や在庫量の調整・検討も適切に行っている。

消防計画、災害対策マニュアル、BCP を策定し、計画に基づく訓練を確実に実施している。災害拠点病院として必要な設備を十分に整備する等、災害時の対応を適切に行っている。保安業務は 24 時間体制で外部委託されている。緊急時の連絡や応援体制が整備され、日々の業務実施状況も適切に把握している。医療事故発生時の対応手順は整備されており、対応手順は職員にも周知されている。重大事例は適宜審議され、院内規程に基づき開示されている。

## 1 1. 臨床研修、学生実習

総合臨床研修センターが設置され、臨床研修プログラムに沿った研修が計画的に実施されている。研修プログラム、研修医、指導医の評価は独自のシステムによって双方向での評価が行われている。看護師の初期研修では基礎技術のトレーニング等を計画的に実施し、先輩看護師とのペアの実践で指導やフォローを受けながら、実践能力を獲得する体制となっている。その他の専門職種においても、初期研修プログラムを作成している他、職員個別の管理ファイルやキャリアマップを作成・活用し、初期研修を適切に行っている。

学生実習では、医学生のほか、看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、視能訓練士など、多くの職種で、他大学や専門学校からの学生を受け入れている。実習にあたっては、ワクチン接種等の必要事項が確認され、医療安全、感染制御などの必要な研修が行われている。また、カリキュラムに沿った実習が行われ、実習後の評価も実施されている。

# 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	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	B
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	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	S
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	C

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	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	B
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	C
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	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・注射を确实・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を确实・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确实・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	B
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	S
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	C
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	S
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	B
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	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	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

## 機能種別：精神科病院（副）

## 2 良質な医療の実践 1

## 評価判定結果

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	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA
2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	A
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	B
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A

2.2.20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.22	隔離を適切に行っている	A
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	B
2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.26	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	NA

年間データ取得期間： 2018年 4月 1日～2019年 3月 31日  
 時点データ取得日： 2019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： 新潟大学医歯学総合病院  
 I-1-2 機能種別： 一般病院3、精神科病院(副機能)  
 I-1-3 開設者： 国立大学法人  
 I-1-4 所在地： 新潟県新潟市中央区旭町通一番町754

## 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	763	763	+2	75.02	14.5
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		
精神科病床	64	64	+0	89.01	67.2
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	827	827	+2		

## 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	20	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+2
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)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室		
無菌病室	3	+0
人工透析	15	+0
小児入院医療管理料病床	43	+0
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		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室	4	+0
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, 災害拠点病院(基幹), 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, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院 (I群), 総合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： 25人 2年目： 36人 歯科： 38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

