

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13日～11月15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）	条件付認定（6ヶ月）

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院3
 1. 個人情報のデータは、管理部署において、個人情報の内容と必要時の仮名加工情報化を確認のうえ、利用者に提供してください。
(1.1.5)
 2. 返書作成に係る手順を見直し、確実に返書を行ってください。
(1.2.2)
 3. 診療記録の質的点検では、全職種の記録を点検してください。
(2.1.2)
 4. 代行入力後の医師の承認について、遅滞なく速やかに行ってください。
(2.1.4)
- ・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

貴院は、前身病院の開設から150年余りと国内の病院の中でも随一の伝統があり、2003年には医学部と歯学部が統合し、総合病院となり現在に至っている。この歴史において、診療・研究・教育のすべての領域において、わが国のリーディングホスピタルともいえる機能をこれまで発揮してきた。今回の訪問審査においても、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ていることが確認できた。新型コロナウイルス感染症流行中であっても、病院長を含む幹部職員が適切なリーダーシップを発揮し、世界的な取り組みを継続するとともに、感染対策、救急領域など地域医療の要としての機能も担ってきた。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られる。それに呼応して病院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更新受審を機に、貴院がさらに発展し、新たな歴史を創造していくことを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・目標を明文化し、病院長、副病院長等の幹部職員は、各々の責任を明確にしてリーダーシップを発揮している。病院長の選考手順は明確にされ、総合病院長候補者選考規程により選出されている。病院長は各種会議を通して病院の方針を示し、課題解決グレーディングシステム「Nuh-POS」を活用することで、診療科、各部門からの様々な意見等を執行部で検討し、改革を実行している。大学法人が進めている将来ビジョン2030を踏まえ、中期目標・中期計画を定めており、診療科、部門・部署ごとに年間目標、数値目標を設定し、達成度についてはヒアリング等で把握し、職員の就労意欲や経営参画意識の醸成を図っている。診療情報管理については、規程などを定め、電子カルテシステムや部門システムなどを統合的に管理・運用している。文書管理については、法人文書管理規則などを整備して、「文書ファイル管理簿」により一元管理し、年2回管理文書の監査が行われている。

医療法、施設基準等に必要な人員は確保され、業務量に見合う適正人員や病院機能や質向上を考慮した人材確保に努めている。就業規則や法律に基づく各種規程が整備され、36協定も適切に締結されている。病院地区衛生委員会が設置され、毎月開催している。健康診断、メンタルヘルス・ハラスメント対応も適切に行われている。ホルマリン、キシレンなどの年2回の作業環境測定が行われ、適切な作業環境が維持されている。職員の意見や要望は、毎年実施の職員満足度調査等で把握している。

総合研修部で年間の研修計画を策定し、研修の受講状況などを一元的に管理している。職種毎に能力評価・能力開発が行われている。侵襲的な行為についての院内資格制度の仕組みがあり、職員の院外研修、学会参加、資格取得への支援が行われている。医師（歯科医師）研修センターなどの各職種研修センターで、初期臨床研修を推進している。全職種で初期研修プログラムが整備され、研修が行われている。医療人育成センターに各種シミュレーターなどが整備され、医療技術の習得が図られている。医師・薬剤師・看護師などの多職種の学生を数多く受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は擁護されているが、小児の権利については周知を期待したい。説明と同意取得に関する方針や説明内容、手順等を「インフォームド・コンセントの指針」に明記しているが、患者がどのように理解し、意思決定への看護師の具体的な関わりの記事の充実を期待したい。院内で比較的多く発生している倫理的課題について把握し、主要な倫理的課題の方針が現場にて継続的に活用されるとさらに良い。入院が決定した患者は、患者総合サポートセンターでアレルギー情報や服薬内容の確認、転倒・転落アセスメント、栄養アセスメントなどを行い、その内容は電

子カルテにて多職種で共有している。また、医療福祉相談、入退院支援、地域連携、予約センター、がん相談支援センター、難病医療ネットワークなど各種の専門的な相談・支援体制を有している。個人情報方針や個人情報の規程等を定め、個人情報への適切な管理に努めている。個人情報データは、管理部署において個人情報の内容と必要時の仮名加工情報化を確認のうえダウンロードして、利用者に提供することが望まれる。SNS アカウントの活用状況の把握や投稿ルール、運用ポリシーの明文化を行っている。

車・タクシー、公共バス等の利用による来院時のアクセスも良く、様々な生活延長上の設備やサービスも完備している。「ドナルド・マクドナルド・ハウス」を開設し、小児患者と付き添い家族の滞在施設として活用している。病院全体の整理整頓、清掃が行き届いており、病室や廊下のスペースも十分確保されている。ナースコールは、トイレや浴室に設置されている。大学病院の役割や機能として、精神病床も含め敷地内全面禁煙を推進している。また、患者への禁煙教育や職員への禁煙推進に向けたサポート体制を整備している。

4. 医療の質

業務の質改善に向け、各種指標を活用しながら、病院が主体となり体系的かつ継続的に取り組んでいる。診療の質の向上に向け、質指標の活用などを適切に行っている。クリニカル・パスの作成やアウトカムの設定が行われている。患者・家族等からの様々な意見・要望への回答は、適切に行っている。適応外で医薬品を使用する場合は、病院として確実に審議・承認している。

病院入口や外来ブース前、病棟に各責任者名等を明示している。診療記録の質的点検の対象が、医師記録、看護記録及び療法士記録に限られているため、点検者の構成を見直し、多職種の記録を多職種で点検することが望まれる。褥瘡対策、緩和ケア、NST、呼吸ケアなど多職種で構成されたチームが連携して、患者の診療やケアを行う体制を整備している。

5. 医療安全

医療安全管理部に副院長である医療安全管理部長を配置し、院内の安全管理の実働を担っている。医療安全管理委員会は病院長を委員長として、医療安全に関わる全ての事項を審議している。患者死亡時に担当医から、死亡報告書が速やかに提出されている。医療事故発生時の対応手順を整備し、発生後の検証に組織的に取り組んでいる。

患者・部位・検体などの誤認防止対策では、「医療安全管理マニュアル」に則って、患者確認は氏名・生年月日等 2 識別子の徹底、検体交差防止や部位確認、チューブ確認も実施している。医師事務作業補助者により代行入力されたオーダを速やかに確認し、確実に承認することが望まれる。麻薬注射剤の請求や未使用レジメンの見直しなど、薬剤の安全使用に向けた取り組みを行っている。転倒・転落支援チームの継続的な活動で、外傷を伴う転倒・転落発生率の減少に効果を上げているなど、優れた取り組みがあり高く評価できる。臨床工学技士により、医療機器の適正

使用に向けた現場での確認、教育や指導が適切に行われている。院内の緊急対応「コードブルー」が機能しており、職員のBLS研修も確実に実施されている。病院として定めているRRSの運用について、職員へ周知・徹底されている。

6. 医療関連感染制御

感染管理部は多職種で構成され、部長、副部長、専従看護師を中心に大学病院に相応しい院内感染対策を実行している。また、院内の感染関連情報を収集し、的確に分析の上対策を実施している。院外からの情報収集や基幹病院として地域への支援を適切に実施している。

ICTによる病院内の部署ラウンドが行われ、手指衛生の周知徹底やPPEの適正な着脱、感染性廃棄物の適切な分別・処理等を指導している。各部署からの感染関連情報や抗菌薬の使用状況などを収集し、これらを分析し対策を講じている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信として、病院ホームページに病院概要を公開し、最新情報の提供に努めている。各診療科サイトには、特色を示す治療内容や手術件数などの診療実績を掲載している。医師が記載する紹介患者の返書に関して、初回報告書のみならず、中間・最終報告書および診療情報提供書についても、返書状況の把握と管理の徹底が望まれる。各種公開講座や公開セミナーを開催し、地域の医療関連施設等への教育・啓発活動を積極的に実践している。特に医療人育成センターでは、2023年度、延べ18,000名以上の利用実績があるなど、大学病院に期待される高い診療機能を活かした教育・啓発活動は、高く評価したい。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合案内や患者総合サポートセンターにて、患者の受付から診察まで円滑に対応できるように患者への受診支援を行っている。外来診療では、患者情報の共有や誤認防止の手順をプライバシー保護と両立させ、安全な仕組みのもと行っている。診断的検査は、鎮静を含め、確実・安全に実施している。外来担当医は適切なプロセスで入院適応を判断し、患者の同意を得ており、安全な入院診療に向けた各職種の協働体制も適切である。入院担当医・病棟看護師・担当薬剤師が入院治療計画を立案し、それを計画書として患者に手交している。患者総合サポートセンターには、看護師、MSW、事務職員が常駐し、院内・外における様々な相談に対応している。患者総合サポートセンターでは、入院支援看護師が中心となり、多職種連携のもと入院を支援している。

医師は、治療方針の決定などチーム医療におけるリーダーシップを発揮し、看護師は多職種と連携のうえ、診療・ケアの活動を実践している。必要最小限の輸血を準備または実施する体制があり、輸血実施時の手順も安全である。手術・麻酔の適応についての検討、抗血栓薬の休止、口腔ケア、肺血栓塞栓症の予防対策など、周術期管理を適切に行っている。患者の重症度に応じた病床の選択、多職種による診療・ケアなど、重症患者の管理を適切に行っている。褥瘡の予防・治療ならびに

MDRPU 対応に関しては、多職種での活動で成果を上げている。入院決定後、管理栄養士により、食物アレルギーや食形態、特別治療食を確認し、患者に安全な食事を提供している。全ての患者に対して「症状・経過・疾患別看護基準」に則り、個々の患者が有するさまざまな苦痛へ対応している。リハビリテーション総合実施計画書には、患者の個別性に応じたリスクの記載を期待する。病院として身体拘束の方針を定め、三原則、同意取得、手順、抑制中の観察項目と頻度、薬剤使用等について明文化している。患者総合サポートセンターを中心に、退院支援を実施している。診療情報提供書、退院時サマリー、看護サマリーにより、入院中の経過を外来や関係機関に引き継いでいる。患者・家族の意向を取り入れながら、多職種カンファレンスの場でターミナルステージへ対応している。

<副機能：精神科病院>

大学病院/特定機能病院にある精神科として、求められる精神医療を高度な水準で実践している。すなわち、他の精神科医療機関では対応困難な症例に、多職種による医療を提供し、医療人の育成にも貢献している。特に、多職種カンファレンスによる意見交換と治療介入、患者説明への看護師の同席、精神保健福祉法に規定された手続きが順守され、行動制限の最小化、臨床倫理課題事例への対応が確実に実施されている。この点は他施設の見本となりうるもので、「大学病院精神科の手本」といえる。現在実施していることを数値化・可視化し、目標を定め、達成を確認することを期待する。医療の質改善活動における QI の設定見直しや、クリニカル・パスの数を増やすとさらに良い。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門においては、処方鑑査から調剤、調剤鑑査、払い出しに至るまで適切に行われている。注射剤は1施用毎での払い出しを行い、調製が必要な TPN 製剤は薬剤師が対応している。臨床検査機能は、精度管理、パニック値の取り扱い、検体交差防止などを適切に発揮している。放射線診断科医師と診療放射線技師が密接に協働して、大学病院に相応しい高度な画像診断機能を発揮し、診断所見の見逃しを徹底して排除する仕組みを実践している。栄養管理では、患者の特性や嗜好に合わせた食形態の変更や献立の見直し等を行い、個々の患者に適した食事の提供に取り組んでいる。摂食嚥下リハビリテーションをはじめ、医師と療法士らが協働で適切な急性期リハビリテーションを実践している。電子カルテシステムにより1患者1IDによる診療情報の一元的管理が行われている。臨床工学部門では、医療機器の一元管理を確実に実施している。洗浄・滅菌機能では、トレーサビリティシステムが導入され、最新のガイドラインのもと、医療器材の洗浄と消毒・滅菌等の対応が行われているなど、取り組みは優れており高く評価できる。

病理診断機能は、検体交差防止、精度確保、結果報告が適切に行われている。放射線治療科医師と各専門職が協働で、がん拠点病院に求められる放射線治療機能を発揮している。輸血・再生・細胞治療センターでは、血液破棄率の減少など適正な運用がなされている。手術・麻酔機能は、スケジュール管理、術中患者管理、麻酔

覚醒時の安全確保など適切に発揮している。集中治療機能は、重症心不全、劇症肝炎、小児重症患者、先天性心疾患を持つ新生児などの重症患者を集約し、地域の集中治療に貢献しており秀でている。救急医療機能は、広域からの救急患者の受け入れ、ドクターヘリの運用、救急医療に携わる人材育成を行い、地域の救急医療に貢献しており秀でている。

10. 組織・施設の管理

予算管理では、病院収支計画ロードマップを策定し、収支計画を見直す機会を設け、必要に応じて臨時予算措置を検討するなど、経営実態に即した体制を構築している。医事業務は、窓口収納業務や診療報酬請求業務、施設基準管理、未収金への対応も含めていずれも適切に処理し、主要指標をフィードバックするなど医事データを有効に活用している。業務委託の履行確認は、一部の委託業者の業務報告書が管理運営課へ提出が行われていない状況であるため、報告を求める運用を期待する。

施設・設備の管理は、メンテナンスセンターにおいて24時間365日の運用管理が行われている。診療材料・医療消耗品等は、物流センターにて定数管理や使用期限のチェック、不働在庫の確認を行っている。高額医療機器の購入は、中長期設備投資計画（Nuh-LIP）や医薬品プロジェクト・器材プロジェクト等の経営改善方策を踏まえ、予算化している。

大規模地震等を想定した病院の機能存続計画や消防計画、災害対策マニュアルが整備され、災害に対する体制が構築されている。保安業務は業務委託による24時間の保安体制を構築している。

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	B
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	C
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	C
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	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	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	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	C
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	C
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	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	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	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	B
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	B
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	B
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	A
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	S
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	S
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	S
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	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	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	B

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	B

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	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
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	A
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： 2023年 4月 1日～2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024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	725	-37	80.77	12.3
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
精神科病床	64	64	+0	81.86	67.6
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	827	789	-37		

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	16	+0
集中治療管理室 (ICU)	12	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	4	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
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	0	+0
無菌病室	3	+0
人工透析	15	+0
小児入院医療管理料病床	44	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	4	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

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(大学病院本院群),
 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： 24人 2年目： 27人 歯科： 24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

診療科名	医師数 (常勤)	医師数 (非常勤)	1日あたり 外来 患者数 (人)	外来診 療科構 成比(%)	1日あたり 入院 患者数 (人)	入院診 療科構 成比(%)	新患割 合(%)	平均在 院日数 (日)	医師1人 1日あたり 外来 患者数 (人)	医師1人 1日あたり 入院 患者数 (人)
呼吸器内科	17	16.56	92.98	4.39	40.21	5.84	1.58	12.84	2.77	1.20
循環器内科	14	11.91	72.69	3.43	43.22	6.28	4.34	12.35	2.81	1.67
消化器内科(胃腸内科)	24	10.03	98.96	4.67	43.24	6.28	2.45	12.66	2.91	1.27
腎臓内科	17	7.89	109.05	5.15	29.90	4.34	1.25	15.99	4.38	1.20
神経内科	17	5.57	46.96	2.22	32.28	4.69	3.10	26.81	2.08	1.43
糖尿病内科(代謝内科)	12	6.28	88.31	4.17	6.51	0.95	1.27	14.32	4.83	0.36
血液内科	4	4.15	31.26	1.47	32.01	4.65	2.55	53.23	3.83	3.93
皮膚科	8	9.19	75.91	3.58	16.76	2.44	3.53	13.70	4.42	0.98
小児科	16	8.3	60.33	2.85	42.28	6.14	4.77	16.22	2.48	1.74
精神科	9	6.93	90.45	4.27	53.33	7.75	0.94	68.66	5.68	3.35
心療内科	0	0.21	7.20	0.34	0.00	0.00	0.17	0.00	34.29	0.00
呼吸器外科	5	1.65	13.56	0.64	6.88	1.00	3.25	11.80	2.04	1.04
循環器外科(心臓・血管外科)	11	2.48	17.77	0.84	21.26	3.09	3.26	27.77	1.32	1.58
乳腺外科	4	0	33.17	1.57	6.58	0.96	1.69	7.30	8.29	1.64
消化器外科(胃腸外科)	11	4.13	43.05	2.03	47.21	6.86	2.82	18.38	2.85	3.12
泌尿器科	13	0.83	74.80	3.53	25.52	3.71	3.10	12.20	5.41	1.85
脳神経外科	12	4.95	53.56	2.53	32.72	4.75	3.42	17.13	3.16	1.93
整形外科	20	8.64	117.08	5.52	50.11	7.28	3.47	21.93	4.09	1.75
形成外科	5	4.13	15.60	0.74	4.73	0.69	3.27	8.44	1.71	0.52
眼科	10	8.64	106.43	5.02	30.40	4.42	7.94	7.78	5.71	1.63
耳鼻咽喉科	14	5.11	70.50	3.33	33.13	4.81	7.52	14.46	3.69	1.73
小児外科	6	0.83	10.98	0.52	5.91	0.86	1.87	9.70	1.61	0.87
産婦人科	15	6.31	124.79	5.89	45.82	6.66	4.47	6.55	5.86	2.15
リハビリテーション科	1	1.99	3.09	0.15	0.00	0.00	1.20	0.00	1.04	0.00
放射線科	11	6.72	39.72	1.87	1.76	0.26	0.41	5.54	2.24	0.10
麻酔科	13	10.53	26.64	1.26	0.18	0.03	0.71	5.50	1.13	0.01
病理診断科	12	3.3	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	17	5.16	15.59	0.74	10.81	1.57	43.64	8.66	0.70	0.49
歯科	106	38.45	562.91	26.56	19.71	2.86	4.15	9.12	3.90	0.14
腫瘍内科	3	0.82	12.02	0.57	5.86	0.85	0.89	8.91	3.15	1.53
医科総合診療科	3	0.08	4.14	0.20	0.00	0.00	7.05	0.00	1.35	0.00
手術部	4	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線部	4	1.53	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
造血・免疫細胞療法センター	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
物流センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
総合周産期母子医療センター	14	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
集中治療部	4	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
血液浄化療法部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
医療情報部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
光学医療診療部	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
輸血・再生・細胞治療センター	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
医療安全管理部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
感染管理部	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
腫瘍センター	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
魚沼地域医療教育センター	0	7.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床研究推進センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
高度医療開発センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
総合研修部	1	0.12	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
研修医	48	0								
全体	523	210.62	2,119.52	100.00	688.35	100.00	3.78	14.14	2.89	0.94

I-2-2 年度推移

年度(西暦)	実績値			対前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	2,119.52	2,124.16	2,194.35	99.78	96.80
1日あたり外来初診患者数	80.22	71.41	72.17	112.34	98.95
新患率	3.78	3.36	3.29		
1日あたり入院患者数	688.35	677.14	667.08	101.66	101.51
1日あたり新入院患者数	48.69	47.85	45.11	101.76	106.07