総括

■　機能種別

主たる機能種別「一般病院２」及び副機能種別「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

■　認定の種別

書面審査および9月25日～9月26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
機能種別	リハビリテーション病院（副）	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。

・機能種別　リハビリテーション病院（副）

該当する項目はありません。

１．病院の特色

貴院は新潟医療生活協同組合立の病院として発足し、機能・規模の充実を図りながら発展してきた。発足時より地域における自院の役割・機能を明確にし、地域医療に貢献し信頼を得られていることは評価される。

2011年には現在の地に新築移転し、新潟医療圏の中で急性期医療から回復期医療までを担っている。2014年からは基幹型臨床研修病院として医師の育成にも寄与している。関連施設として、介護老人保健施設や特別養護老人ホーム、デイサービス、訪問看護・介護などの退院後のサービスを充実させたヘルスケアシステムが構築されており、地域住民の利便性が図られている。

この厳しい医療情勢の中で、病院機能評価を更新受審するということは経営健全化と並行して診療の質向上に向けて積極的に取り組もうとする姿勢の表れであり、評価結果が病院の質向上に役立つとともに、病院の発展に寄与することを心より祈念したい。

２．理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、新潟医療生活協同組合の協同の精神に基づく医療を提供する姿勢が明確に表現されている。院長は年度初めに病院の将来像を全職員に向けて示すとともに、具体的な運営方針を発信している。中長期計画である第2次5か年計画と整合した事業計画が策定され、その事業計画に基づき院内の各部署が目標を設

定している。2010 年から電子カルテを導入し、情報共有が順調に進められ、2018 年にはシステムの更新を予定するなど、計画的な対応が図られている。

法定人数等に問題はなく、各種施設基準に合った人員配置が行われている。採用は各部署からの要望や中長期計画を考慮し計画的に行われているが、機能のさらなる充実と安全の確保を図るためにも、人材の充実に向けた活動の継続を期待したい。

安全衛生委員会は、産業医・衛生管理者・職員代表者などで構成され、作業環境ラウンドも実施されている。職員の意見・要望については、労働組合との間で協議されるほか、職員満足度調査や育成面接を通じて吸い上げる仕組みになっている。

院内の教育・研修の計画は、院所内教育委員会が管理している。医療安全や感染制御の研修については、おおむね適切に実施されているが、その他の必要性の高い研修として、医療倫理や個人情報等についても適宜開催することが望まれる。

３．患者中心の医療

患者の権利は「患者の権利と責任」として、自己決定に関する権利、自己情報コントロールに関する権利など 5 項目が設定されている。セカンドオピニオンについては、手順が整備され、実績もある。

広報誌に各診療科の医師が交代で代表的な疾病の解説や予防法について掲載し、広く情報を提供している。自己管理を深める支援として、糖尿病教育入院の機会を設けて患者参加を促進する取り組みがある。

主要な倫理的課題については病院の方針を明文化し、現場における倫理的課題に対しては課題を認識・共有して検討がなされており、対応困難例に対しては倫理委員会で検討する仕組みがある。

来院時のアクセスは容易であり、病院による送迎バスが運行されている。病院敷地内の正面玄関前に路線バスの停留所が設置されている。院内にはレストランや売店・美容室・自動販売機・ATM・コインランドリーが整備されている。正面玄関をはじめ、廊下やエレベーター、浴室・洗面所、障害者用トイレなどにおけるバリアフリーは確保されている。玄関前の車寄せには雨除けやベンチを設置し、福祉車両や車椅子使用者の専用駐車場が整備されている。

４．医療の質

症例検討会を各科で開催し、多職種が参加する検討会として CPC、死亡症例検討会を開催している。クリニカル・パスは委員会を中心に検討されており、患者用パスも積極的に活用しているものの、バリアンス分析は今後の課題となっている。

病院機能評価の継続的な受審を通して質改善の取り組みを行い、部門横断的な質改善は病院機能検討委員会を中心に取り組んでいる。新たな診療・治療方法、技術の導入については、倫理委員会において倫理面・安全性から検討する仕組みである。新たな知識・技術習得のための研修に対しては病院からの支援体制がある。

電子カルテシステムを運用し、必要な情報が診療録記載基準に従って記載されて

いる。診療記録の多職種による質的監査の実施と2週間以内の退院時サマリーの作成率向上は今後の課題である。NST・ICT・糖尿病ケアチーム・口腔ケアサポートチームなど、専門チームの活動がみられる。専門チームは多職種で構成されており、定期的な患者カンファレンスにより情報共有や方針を決定している。

５．医療安全

医療安全管理部門である医療安全管理室は、院長直轄の組織として位置付けられ、医療安全管理者として看護師長を専従配置している。医療安全管理部門会議は毎月開催され、アクシデント・インシデントの報告や事例分析の内容などを審議している。また、毎週医療安全管理委員会カンファレンスが開催され報告事例を検証している。アクシデント・インシデントは、電子カルテから報告され、医療安全管理者がタイムリーに点検している。

誤認防止対策として、手術時のタイムアウトが実施され、マーキングは医師が手順に基づき実施している。チューブ類の接続の誤認対策として、使用物品の色分けや点滴用と経管用の点滴スタンドを区分するなどの対応をしている。重複投与、相互作用は電子カルテシステムで確認でき、薬剤アレルギー歴は電子カルテで参照できる。抗がん剤のレジメン登録は化学療法委員会で承認された後に登録されている。

入院時、全患者に対して「転倒転落アセスメントシート」を使用してリスク評価を行っている。危険度別対応策を立案するとともに、1週間後・問題発生時に再評価している。医療機器マニュアルが機器毎に整備され、使用前の始業点検、使用中の作動確認が看護師・臨床工学技士により実施されている。BLS・AEDの定期訓練は全職員対象に毎年実施されている。

６．医療関連感染制御

医療関連感染制御に関する組織体制は、医療安全管理室内に院長直轄の感染管理部門が設置され、ICTはICD・感染管理認定看護師である専従のICN・薬剤師・臨床検査技師・事務職員で構成されている。ICTは週1回ミーティングを開催し、年間計画に沿って感染対策ラウンドや指導を行っている。

院内の感染症発生状況やMRSA等の各種耐性菌の出現は、感染管理部門が一元的に集約・分析し、院内感染予防対策委員会に報告し検討している。また、アンチバイオグラムを作成して職員に周知している。JANISには、検査部門と手術部位感染部門が参加している。アウトブレイクの定義や対応手順を定めた感染対策マニュアルが整備されている。

感染性廃棄物の取り扱いは、マニュアルに沿った対応を周知・徹底されたい。抗菌薬の採用・削除については、医薬品委員会において審議・決定されている。抗菌薬の適正使用では、感染防止対策マニュアル内に抗菌薬使用マニュアルがあり、周術期の使用も定められている。

７．地域への情報発信と連携

自院の診療機能や医療サービス内容に関しては、ホームページに掲載するとともに、法人機関紙を定期的に発行し、診療内容や医師による医療記事を紹介している。また、地域の医療関連施設等に対しても定期的に広報誌を発行している。診療実績の発信として、ホームページに病院指標や臨床指標を掲載するとともに、各科の詳細な診療実績が記載されている病院年報もホームページ上で閲覧できるようになっている。

医療連携は地域連携室が窓口となり、現在、160 の診療所と登録医療機関として連携している。CT・MRI の検査依頼にも積極的に応じ、紹介率・逆紹介率ともに年々増加傾向にある。人間ドックや各種健康診断は貴院の方針に基づき積極的に実施されている。

地域に向けた医療に関する教育啓発活動として、新潟医療生活協同組合の組合員で構成される地域の総支部からの依頼を受け、年に 5～6 回地域に赴き、健康教室を開催している。また、近隣医療機関や介護施設と協力して、循環器研究会や糖尿病懇話会、新潟エッセンの会等の研修会を開催している。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

1 階ロビーの総合案内に看護師を配置するほか、コンシェルジェを配置し、受診する診療科の案内や緊急性のある患者に対応している。患者に関する情報は、紹介医からの診療情報提供書や外来問診票、外来での診察および各種検査結果などにより収集している。侵襲を伴う患者・家族の同意を必要とする検査は病院としてリストアップされ、トレッドミル検査、造影剤使用の際には適宜医師が立ち会う体制となっている。

入院予約時には予約センターで入院案内を用いて入院の決まりや注意事項を説明し、入院後は担当看護師が病棟の構造・設備・日課・避難経路等をオリエンテーションしている。看護体制は継続受け持ち制固定チームナーシングである。日々の受け持ち看護師は、患者の身体的・精神的・社会的ニーズの把握に努め、必要に応じて多職種や専門チームとの連携を図っている。

病棟に薬剤師が配置され、服薬指導・薬歴管理のほか、病棟内に配置された薬剤管理にも関与している。注射薬投与時には電子カルテシステムにより患者・薬剤・オーダーの 3 点認証を行い、誤薬投与を防止している。

手術の適応は、外科カンファレンス等で検討し、必要時には他科へコンサルトする仕組みがある。手術後、退室時には定められた基準を確認の上、原則として手術室から病棟まで看護師を含めた 2 名により搬送するルールとなっている。入院後スクリーニングシートを活用し、患者の病状や家族の意向や、受け入れ態勢を把握し、早期から退院支援の体制がとられている。

＜副機能：リハビリテーション病院＞

回復期リハビリテーション病棟への入院例の約 90%は院内各科からの転科例で

あり、院外からの入院は10%前後である。入院後、速やかに関連多職種によって把握された患者情報は入院時診療計画書にまとめられ、患者・家族に交付されている。

病棟オリエンテーションは、新規入院・他病棟から当該病棟への転棟例に対し、定められた手順で担当看護師により実施され、病棟生活への速やかな移行に配慮されている。患者の日々の病態の把握はもとより、日常生活支援、家族との情報交換が行われ、関係多職種のカンファレンスを通じて各種情報は共有されている。

管理栄養士が中心となり、言語聴覚士などと協働して定期的なアセスメントを行い、摂食機能改善に取り組み、在宅復帰率の向上に寄与している。疼痛に対しては、客観的な把握など適切な対応がなされている。その他の諸症状に対しても、患者の訴えを単にとらえて対応するだけでなく、各種訴えの持つ意味合いを理解するよう専従医師から指導され実践されていることは評価したい。

在宅復帰が最大の目標であることを、関連多職種の担当者が共有し、チームとして取り組んでおり、高い在宅復帰率を達成している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、全病棟に病棟薬剤師を配置し、時間外・休日はオンコール体制で対応している。処方監査は、重複投与や相互作用等を確認し、疑義照会への対応は全て記録している。薬剤に応じた温・湿度管理、薬剤情報の院内周知、医薬品に関する通知、医薬品集の作成などは適切に行われている。

臨床検査機能については、検査結果の報告は通常時・緊急時ともに迅速に行っており、パニック値への対応も再検査・主治医への直接の連絡体制などが確立している。毎日、内部精度管理を実施し、日本医師会サーベイなど外部精度管理にも参加し、結果も良好である。

画像診断機能については、読影に関しては一部ではあるが外部委託でも実施している。撮影条件の標準化、放射線被曝量の低減、画像の調整などに適切に取り組んでいる。

診療情報管理機能については、2010年より電子カルテが導入され、診療記録の検索や取り違え防止対策が図られている。診療記録はICD-10によって記録され、DPCコーディングやがん登録、疾患別症例登録、病院統計等の作成に活用されている。

手術・麻酔機能については、手術室のスケジュール管理は手術室責任者の外科医師、手術室師長で調整したのち麻酔科責任医師の最終確認を得るなどして効率的な手術室運営に努めている。入室から手術開始までの患者・部位確認はタイムアウトなどにより実施し、麻酔覚醒後の確認内容を定めて患者の安全確保に努めている。

その他、栄養管理機能、リハビリテーション機能、医療機器管理機能、洗浄・滅菌機能、病理診断機能、輸血・血液管理機能、救急医療機能については、おおむね適切である。

１０．組織・施設の管理

予算の編成は、運営状況や各部門の要望、設備投資計画等を踏まえた収支積算により行われ、消費生活協同組合法に則った会計処理がなされている。予算・実績比較等による執行状況管理は、三役会議や管理職会議で分析・検討などが行われている。

医事業務は受付・会計・収納業務など適切に行われている。施設基準を遵守するための体制の構築が望まれる。未収金に関しては、医事課で未収金を発生させないように対応しているが、発生した場合の督促から弁護士事務所への回収委託も手順に沿って行なわれている。リネンやSPD・保安・滅菌・事務・設備の保守などの業務が委託処理されており、業務委託の是非や業者選択は業務の質向上や効率化への寄与等を踏まえ、プロポーザル方式で選定されている。

保安体制については、院内各所に監視カメラが設置され、院内巡視や施錠管理、緊急時の連絡や対応などが行われており、保安業務日誌により日々の業務状況が病院幹部職員に報告されている。医療事故発生時の対策として、事故発生時の対応手順などがマニュアル化されている。医療事故の原因究明や再発防止に向けては、医療事故調査委員会が開催される仕組みになっている。病院賠償責任保険、産科医療補償制度にも加入している。

１１．臨床研修、学生実習

2014年に基幹型臨床研修病院となり、2016年より2年次1名の初期臨床研修医を受け入れている。指導医講習を受講済みの指導医は14名である。院外委員を含めた研修管理委員会が年1回開催され、基幹型臨床研修病院として採用から研修・修了に至る過程は適切に設定されている。研修の評価はEPOCで行われているが、今後、看護師を含めたコメディカルからの評価も期待したい。

学生実習は、看護・薬剤・検査・リハビリ・視能訓練など多くの職種にわたって、積極的に受け入れている。各職種カリキュラムに沿った実習が行われており、評価も行われている。実際に患者対応する際には実習生であることを患者側にも伝えており、適切な学生実習が行われている。

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	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	B
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	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	B
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
1.4	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	B

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	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	B
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	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	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	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	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	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	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	NA
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	B
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	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	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	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	B
4.3.3	医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	B
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	B
4.4.2	医事業務を適切に行っている	B
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：リハビリテーション病院（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	NA
2.2.2	外来診療を適切に行っている	NA
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	B
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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	B
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A

2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 新潟医療生活協同組合 木戸病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2、リハビリテーション病院(副機能)

I-1-3 開設者 ： その他法人（社会福祉法人等）

I-1-4 所在地 ： 新潟県新潟市東区竹尾4-13-3

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	312	312	+0	81.3	21.28
療養病床			+0		
医療保険適用			+0		
介護保険適用			+0		
精神病床			+0		
結核病床			+0		
感染症病床			+0		
総数	312	312	+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)		
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	40	+0
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	50	+50
地域包括ケア病床	54	+54
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		
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 ：

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： 0 人 2年目： 1 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

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）
内科	17	1.98	340.18	47.41	153.77	57.39	4.29	22.88	17.92	8.10
皮膚科	3	0	44.25	6.17	1.52	0.57	9.98	14.77	14.75	0.51
小児科	4	0	32.19	4.49	3.68	1.37	27.55	5.52	8.05	0.92
心療内科	0	0.08	0.67	0.09	0.00	0.00	0.00	0.00	8.40	0.00
外科	4	0.28	33.23	4.63	25.27	9.43	7.55	14.86	7.76	5.91
泌尿器科	1	0.08	30.30	4.22	0.22	0.08	5.76	2.45	28.05	0.21
整形外科	2	0	51.89	7.23	52.46	19.58	5.68	34.32	25.95	26.23
眼科	0	0.55	38.74	5.40	2.77	1.03	3.17	3.25	70.43	5.04
耳鼻咽喉科	1	0.23	28.19	3.93	4.85	1.81	9.74	5.71	22.92	3.94
産婦人科	2	0.41	29.40	4.10	8.35	3.12	10.19	7.33	12.20	3.47
リハビリテーション科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線科	1	0.06	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
麻酔科	0	0.57	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	0	0.1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
歯科	3	0	69.00	9.62	0.87	0.32	25.05	5.37	23.00	0.29
神経内科	3	0.25	19.51	2.72	14.19	5.30	3.42	42.98	6.00	4.37
緩和ケア内科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
研修医	1	0								
全体	44	4.59	717.56	100.00	267.96	100.00	8.36	18.94	14.77	5.51

I-2-2 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
年度(西暦)	2016	2015	2014	2016	2015
1日あたり外来患者数	717.56	705.07	690.27	101.77	102.14
1日あたり外来初診患者数	60.01	62.42	63.05	96.14	99.00
新患率	8.36	8.85	9.13		
1日あたり入院患者数	267.96	272.36	273.44	98.38	99.61
1日あたり新入院患者数	14.17	14.16	15.07	100.07	93.96