総括

■　機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」及び副機能種別「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

■　認定の種別

書面審査および 12 月 4 日～12 月 5 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	慢性期病院	認定
機能種別	緩和ケア病院（副）	認定

■　改善要望事項

・機能種別　慢性期病院

該当する項目はありません。

・機能種別　緩和ケア病院（副）

該当する項目はありません。

１．病院の特色

桜の名所として知られる村松公園に隣接して病院があり、四季の移ろいを感じられるこの環境は患者にとって最良の療養の場となっている。国立療養所の廃止に伴い、南部郷厚生病院を開設し、神経難病などの慢性期疾患をはじめ、慢性腎臓病や緩和ケアを必要する患者を受け入れている。急性期や亜急性期の医療機関と連携しながら、患者・家族の要望に寄り添ったケアを提供し、在宅復帰支援や終末期医療にも積極的に取り組んでいる。多職種が連携してチーム医療を実践するとともに、かかりつけ医や介護サービス事業所などと協働しながら患者支援を行っている。また、充実した透析施設を備え、外来および入院の透析患者を支えている。

２．理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、院内掲示、入院案内、ホームページ等で周知している。病院運営の意思決定は病院管理会議で行い、組織規程に基づいて組織図を整備するとともに、運営に必要な委員会を設置している。病院の中・長期プランに基づき単年度事業計画を策定し、各部門・部署も年度計画を作成して病院管理会議で進捗を共有している。看護部は BSC を活用して部門・部署目標を個人目標に落とし込み、就労意欲の向上に努めている。院内の情報を経営指標や診療実績等に利活用し、文書管理規程を定めている。医療法および診療報酬に定める人員基準を満たし

ている。就業規則を整備し、育児・介護に関する休業・短時間勤務・再雇用などの支援制度を規定化している。労働安全衛生に関する主要項目を議題として労働安全衛生委員会を開催し、産業医および衛生管理者による職場巡視を実施している。職員の意見や要望を収集すべく意見箱を設置し、直接寄せられた意見も含めて見直しを行い、就労支援や福利厚生の充実に努めている。

職員への教育・研修は年間研修計画に基づいて実施し、成績評価報告規定に沿って能力向上を図っている。専門医の維持や新たな知識の習得を促進するとともに、看護部ではクリニカルラダーを用いて階層的な能力評価・開発に取り組んでいる。学生実習を受け入れ、総務課が一元的に管理し、依頼元のカリキュラムに沿って実施・評価している。

３．患者中心の医療

患者の権利を明文化し周知している。インフォームドコンセントガイドラインを整備し、文書同意を得る診療行為の説明書・同意書を一覧表に明示している。外来では初診時に問診票等を用いて診療・ケアに必要な情報を収集し、入院時には社会福祉士が患者・家族と事前面談して患者情報等を確認している。医療者側から患者への情報提供は、わかりやすい説明冊子やDVDを使用するなどの工夫を行っている。社会福祉士を医療相談室に配置し、マニュアルを整備して入退院相談を含む各種相談に対応するとともに、個人情報保護方針や利用目的も整備している。臨床における倫理指針を定め、患者・家族が抱える倫理的課題は、病棟カンファレンスで検討する仕組みであり、症例検討シート（四分割法）を用いて検討した記録がある。解決困難な事例の検討は病院管理会議の所掌事項としている。

正面玄関前は送迎車両やタクシーが利用できる十分な乗降スペースを備え、敷地内には患者用駐車場、近隣には市の巡回バス停があり、院内はバリアフリー化や手摺り・車椅子の配置など高齢者や障害者に配慮した環境となっている。食堂は車椅子利用が可能なゆとりある広さであり、面会やレクリエーションの場として使用している。敷地内禁煙であり、入院案内やホームページで周知するとともに、喫煙患者には診察時に医師が禁煙指導を行っている。

４．医療の質

業務の質改善に向け、業務改善・医療従事者勤務環境委員会を開催し、職員対象のアンケートや事務部長が職員に聞き取った意見をもとに検討してフィードバックしている。診療の質の向上に向け、各病棟において多職種で症例検討会を行い、診療ガイドラインを活用している。外来、病棟のフロアに意見箱を設置し患者・家族からの意見や要望を収集している。総務課職員が回収し、担当部署が回答を作成している。寄せられた意見に対して対策を講じている。入院患者満足度調査を実施し、状況を把握して掲示している。臨床研究については、倫理委員会で審査している。

病院玄関に診療・ケア責任者を、病棟ナースステーション前に病棟責任医師と看護師を掲示している。看護師長は看護記録やカンファレンスを通じてケアの実施状

況を把握し、病室を巡回して患者・家族の意見を聞き取っている。電子カルテを運用し、患者の入院、状態変化時など必要な情報を適時に記録している。NST や ICT、褥瘡回診、医療安全管理部門会によるラウンド、多職種カンファレンスなどを通じて、多職種が協働しながら診療・ケアを実践している。また、緩和ケア認定看護師と摂食・嚥下障害看護認定看護師は、困難症例への助言や診療・ケアの支援に関与している。

５．医療安全

医療安全管理者および医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者を選任し、医療安全管理指針に権限と職務を規定している。医療安全管理委員会を設置し、下部組織として医療安全管理室と医療安全対策委員会、さらに実働組織として医療安全管理部門会と看護部医療安全委員会を設置している。医療安全管理指針に各委員会の役割を明文化し、事故防止対策および部門別安全管理マニュアルを作成している。インシデント、アクシデントの分類基準と報告対象を明文化し、医療安全管理部門会は、RCA による事例検討や業務改善計画書の作成、医療安全業務改善ラウンドを実施している。院外からの医療安全情報を収集し、院内で活用している。医療事故発生時の対応フローを定めている。

患者・部位・検体確認等の手順を定め、実践している。リストバンドは常時装着して識別する方法へ改善し、装着困難時の部位変更手順や代替方法を定めてマニュアル改訂を行い、院内周知のうえ適切に運用している。情報伝達エラー防止に電子カルテ機能を活用し、劇薬やハイリスク薬を可視化して注意喚起に努めている。転倒・転落防止対策を規定し行動フローを整備したうえで危険度を評価し、その結果に応じた対策を実施している。医療機器の使用前・使用中点検を実施・記録している。患者急変時対応マニュアルを整備し、院内緊急コードを設定している。全職員対象の BLS 訓練を実施・記録している。

６．医療関連感染制御

院内感染防止対策委員会と感染対策小委員会を開催し、感染対策マニュアルを整備している。グループの連携病院や保健所から感染制御に関する情報を収集し、院内では週報で感染状況を把握している。また、JANIS に参加して感染症発生状況や薬剤耐性菌の分離状況を評価している。アウトブレイクの具体例として新型コロナウイルス感染症の対応をまとめている。標準予防策および感染経路別予防策を実践している。必要な場所に手指消毒剤を設置し、職員は手指消毒剤を携帯している。また、使用量を調査して手指消毒の実施状況を評価している。全職員対象にブラックライトを用いた手洗い研修を実施している。個人防護具の着脱訓練も実施し、必要な場所に配置している。薬事委員会で抗菌薬の採否を検討し、抗菌薬適正使用の手引きをもとに起炎菌の同定や必要に応じたデ・エスカレーションを実施している。また、JANIS からアンチバイオグラム情報を入手し、抗 MRSA 薬やカルバペネム系抗菌薬は届け出制として管理している。

７．地域への情報発信と連携

法人本部が広報誌、ホームページ、SNS の内容を取りまとめて情報発信し、緩和ケア病棟の広報誌は自院の広報委員会が内容を検討し発行している。それぞれの広報誌は外来に配置するとともに、地域医療機関などへも送付している。診療実績をホームページにて発信している。地域連携室に社会福祉士を配置し、入院・外来紹介患者の受け入れや予約手続きを行っている。また、紹介患者数を集計・分析し、医療機関への訪問などの連携活動を実施している。自院で対応できない医療機能を持つ医療機関への紹介や、施設・在宅サービスへの依頼調整を行っている。また、地域のケアマネジャー代表者会議や在宅医療介護ネットワーク会などに参加し、地域との連携強化に努めている。紹介患者の返書状況を医事課がチェックし、確実な送付に努めている。医師と管理栄養士が慢性腎臓病透析予防教室を開催するとともに、緩和ケア科医は地域医療機関や施設の職員対象に、症状マネジメント研修を開催している。看護師や薬剤師、管理栄養士、社会福祉士は施設の介護職員を対象に看取りの研修を行い、摂食・嚥下障害看護認定看護師が摂食・嚥下について座学に実技を組み合わせた研修を開催している。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診に関する情報を案内し、問診票により患者情報を収集している。CT 造影検査の際には医師が立ち会い、多職種で入院決定している。入院時に病状や患者・家族の要望を踏まえて診療計画書を作成し、それに基づく看護・栄養管理・リハビリテーション計画を説明して同意を得ている。医療相談室の社会福祉士が患者担当制で医療相談に応じ、公的福祉サービスの活用を支援している。医師は回診と記録を行い、看護・介護職の業務分掌を明文化し、定期的な採血検査にて栄養や代謝障害を把握している。全患者の薬歴管理を行い、医師は輸血の必要性を判断し、重症患者は病態変化に応じて治療方針を決定している。

褥瘡ケア・NST マニュアルを整備し、褥瘡の危険因子と状態を評価している。管理栄養士はミールラウンドにより喫食状況を把握し、排泄・移動・認知機能の改善を目的にリハビリテーションを行っている。緩和ケアマニュアルを整備し、症状マネジメントを明文化している。生活リズム確立のためモーニングケアや口腔ケアを行い、療養生活の活性化を図っている。身体抑制は原則行わない方針である。入院前面談時に社会福祉士が退院支援に関するスクリーニングを行い、退院前カンファレンスに院外の多職種が参加し、診療・ケアに関する情報を共有している。終末期ケアマニュアルを整備し、多職種によるカンファレンスで診療・ケア計画について検討している。

＜副機能：緩和ケア病院＞

緩和ケア内科外来では、入院希望者を診察し、医師は診療情報提供書と心身の状態等を踏まえて診療している。地域の医療・介護・福祉施設等からの受け入れは医療相談室の社会福祉士が担当している。診断的検査は前医の検査結果等を活用して最小限とし、緩和ケア病棟の入棟判定基準を定め、患者・家族の意向を確認し入院

決定している。医師は患者の心身の情報を把握し、看護師はプライマリー制にて看護実践に取り組んでいる。患者主体で個別性のあるケア計画を立案し、症状緩和に努め、薬剤師は薬歴等を把握している。

入院時に褥瘡発生危険因子のリスク評価を行い、管理栄養士は患者の希望も可能な限り献立に反映している。生活リハビリテーションやROM訓練等を中心に実施し、スタッフは全人的医療・ケア提供を意識しながら、患者・家族との対話を重視してニーズを積極的に把握している。身体抑制等の行動制限は、実施しない方針である。退院後について患者・家族の実情や意向を聴取し、医療・福祉サービスの利用については、相談しながら決定している。予後予測ツールPPIを利用し臨死期の判断を行い、患者の尊厳が保たれる診療・ケアを提供している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤師は処方鑑査と調剤鑑査、1施用ごとの取り揃えを行い、疑義照会も実施している。臨床検査技師は検体検査と生理検査を行い、パニック値は医師に連絡している。診療放射線技師は単純撮影、CT・MRI検査を行い、読影は主治医や遠隔の放射線科医が担当し、遠隔読影は緊急時にも対応している。栄養科では食材の検収から調理、配膳、下膳、食器の洗浄および保管までを手順に沿って行っている。温冷配膳車を使用し、適時・適温で配膳するとともに、選択メニューや行事食も提供している。療法士は医師の処方により、患者の状態に応じたリハビリテーションを行い、FIMを用いて評価し、病棟カンファレンスで情報を共有している。診療記録は1患者1IDで一元管理している。全退院患者の診療記録の量的点検はチェックリストを用いて実施し、フィードバックしている。臨床工学技士が医療機器を管理し、医療機器管理台帳により一元管理している。洗浄・滅菌は中央化し、各種インディケーターで滅菌の質を保証している。

病理検査結果は依頼医の確認サイン後、電子カルテにスキャンして確実に共有している。輸血業務を監督・指導する専任の医師を配置し、輸血療法委員会で実施状況を共有している。手術・麻酔では、術前訪問とタイムアウトを行い、安全な手術に努めている。救急医療では腎臓内科・神経内科の救急搬送を受け入れ、必要時は連携病院に依頼している。

１０．組織・施設の管理

財務・経営管理では、各部門・部署からの希望を募り、前年度実績等をもとに予算案を作成している。予算と実績を病院管理会議で報告し、病院会計準則に準じた会計処理を行い、貸借対照表、損益計算書等を作成している。監査法人が会計監査を行っている。医事課事務マニュアルに沿って、窓口業務を円滑に行っている。入院・外来レセプトは医師が確認し、診療録管理委員会で返戻、査定の対策を報告している。施設基準は人員配置、実績値などを共有し遵守している。業務委託の是非を検討し、委託業務のヒアリングをもとに、意見交換を行っている。履行状況は業務日誌や業務報告にて把握している。施設課が施設・設備管理を担当している。消防用設備や受水槽、昇降機等の年間保守計画を策定し、必要な日常点検を行ってい

る。診療材料委員会で診療材料の採用や削減、および標準化を行っている。診療材料はSPDであり、業者が使用量や不動在庫を評価し適正配置数を決定している。

消防計画、地震・風水害対応マニュアルを整備している。火災を想定した訓練を行い、停電訓練も実施している。震度6強を想定したBCPを策定し、患者、職員用の食料、水を備蓄している。法人内の複数施設で水道、ガス、食料、燃料の災害協力協定を結び、有事には透析実施施設間で支援体制を行っている。保安業務体制を明確にし、緊急時の連絡体制を整備している。

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	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	B
1.1.5	患者の個人情報を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	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	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	B
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	B
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	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	B
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	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	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	A
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	診療計画と連携したケア計画を作成している	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	A
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	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	B

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	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	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	
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	A
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	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	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	B
4.6.2	保安業務を適切に行っている	A

機能種別：緩和ケア病院（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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	緩和ケアに必要な診断的検査・処置を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	患者主体のケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	症状などの緩和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	NA
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理 と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	臨死期への対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2025 年 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 南部郷厚生病院

I-1-2 機能種別 ： 慢性期病院、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者 ： 市町村

I-1-4 所在地 ： 新潟県五泉市愛宕甲2925-2

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	70	64	+0	73.1	103.2
療養病床	50	40	+0	54.3	198.2
医療保険適用	50	40	+0	54.3	198.2
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	120	104	+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	50	+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		
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	20	+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 ：

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

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	1	0.71	12.38	19.76	11.73	17.12	1.16	131.72	7.24	6.86
腎臓内科	0.9	0.86	36.19	57.78	28.60	41.75	0.56	164.38	20.57	16.25
神経内科	0	1.62	5.54	8.84	14.00	20.44	4.50	268.95	3.42	8.64
皮膚科	0	0.41	8.54	13.63	0.00	0.00	15.53	0.00	20.82	0.00
リハビリテーション科	0.1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
緩和ケア科	1	0.9	0.00	0.00	14.18	20.69	0.00	57.17	0.00	7.46
研修医	0	0								
全体	3	4.5	62.65	100.00	68.50	100.00	3.07	121.67	8.35	9.13

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)	2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数	62.65	67.05	63.40	93.44	105.76
1日あたり外来初診患者数	1.92	1.30	1.84	147.69	70.65
新患率	3.07	1.93	2.90		
1日あたり入院患者数	68.50	70.07	82.08	97.76	85.37
1日あたり新入院患者数	0.58	0.36	0.35	161.11	102.86