

1. スタッフ

科長（教授）	菅原 斉
医員（准教授）	福地貴彦
医員（講師）	石井 彰
医員（助教）	渡辺珠美（2021.5.1 臨床検査管理医として臨床検査部へ移籍）
医員（助教）	山下武志
医員（特命助教）	堀 博志（自治医科大学南魚沼地域医療学寄附講座兼任）
医員（病院助教）	松本葉子
医員（病院助教）	安達迪子
医員（病院助教）	吉田克之（2019.4.1 から社会医療法人神鋼記念会神鋼記念病院膠原病 リウマチ科に国内留学中）
医員（臨床助教）	川村 愛
	栗原維吹
	吉原花子
	末田敬志朗
後期研修医	平田まりの（2021.4.1 採用、埼玉県 40 期卒業生）
客員教授	Wilfred Y. Fujimoto（米国 University of Washington 内科学名誉教 授）
非常勤講師	箕輪良行（みさと健和病院 救急総合診療研修顧問）
	宮永和夫（南魚沼市民病院病院事業管理者）

2. 総合診療科の特徴

- 認定施設
 - ・ 日本内科学会認定教育病院
 - ・ 日本プライマリ・ケア学会認定研修施設
 - ・ 日本老年医学会認定施設
 - ・ 日本感染症学会認定研修施設
- 認定プログラム
 - ・ 日本内科学会総合内科専門医研修プログラム
 - ・ 日本老年医学会認定自治医科大学附属さいたま医療センター老年病専門研修プログラム
 - ・ 日本プライマリ・ケア連合学会自治医科大学附属さいたま医療センター「病院総合医（ホスピタリスト）」養成プログラム（認定番号第 513-028）
 - ・ 日本専門医機構認定 自治医科大学附属さいたま医療センター内科専門医研修プログラム（認定番号：1117110004）
 - ・ 日本専門医機構認定 自治医科大学附属さいたま医療センター総合診療専門研修プログラム（認定番号：2917110016）
 - ・ 日本病院会認定病院総合医育成プログラム 認定施設
- 認定医、専門医など

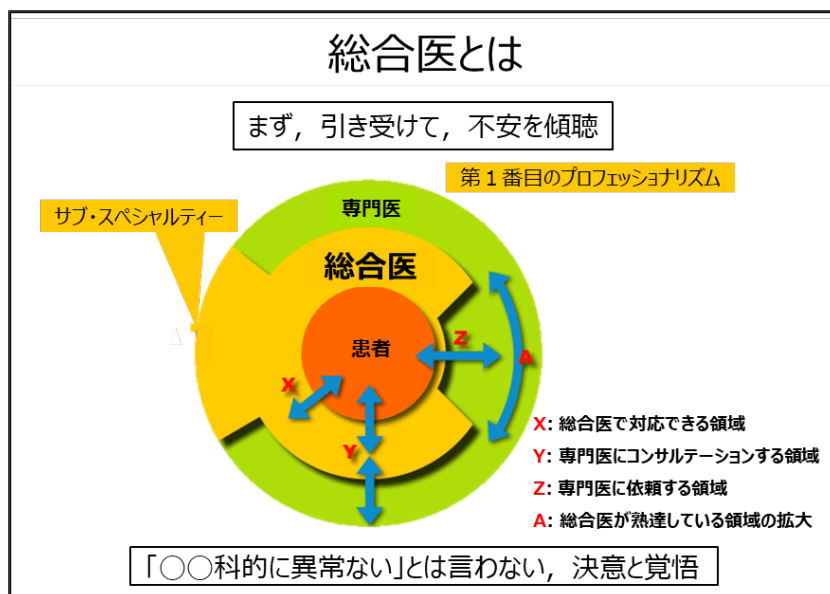
日本内科学会認定総合内科専門医	菅原 斉	他 6 名
日本内科学会指導医	菅原 斉	他 7 名
日本循環器学会認定循環器専門医	菅原 斉	他 1 名
日本老年医学会認定老年病専門医、指導医	菅原 斉	
日本感染症学会認定感染症専門医、指導医	福地貴彦	
日本救急医学会認定救急科専門医	福地貴彦	

日本化学療法学会認定抗菌化学療法指導医 福地貴彦
 日本プライマリ・ケア連合学会認定医、指導医 菅原 斉 他 5 名
 日本医師会認定産業医 菅原 斉 他 2 名

総合診療科は、当医療センター設立の趣旨の一つである「地域医療に従事する自治医科大学卒業生の生涯教育」の基盤をなす診療科として、創設と同時（1989 年）に開設された。2004 年 2 月からは総合診療科の独自の診療と教育体制をより強化する目的で、内科系専門診療科と並列の診療科として総合診療科の入院病床が発足した。総合診療科の役割には、①BSL や初期・後期臨床研修の教育部門、②病院機能のセーフティーネット、③救急部のバック・ベッド、の 3 つがある。

健康保険制度の枠組みのなかで、患者さんに最良の内科的マネジメントを提供でききるように適切な判断ができる優秀な総合医を育成するための卒前・卒後教育を行うことを目標の一つとして診療、教育、研究をおこなっている。

我々がめざす総合医のアイデンティティ「総合医とは」を示す。大学病院には、高度に専門分化する専門医だけではなく、「最良の内科的マネジメント」を提供するために、「統合していく専門医」としての総合医が必要である。総合医は、不特定の問題に対して実践と省察(Reflection)から得られる暗黙知や通い合う“心”を共有し、医学の不確実性に対して症状の推移を見守ながら患者・家族と宙吊り状態を共に耐えることができる「Reflective Internist (省察的内科医)」である。ここでの省察とは、カンファレンス、コンサルテーションや自己学習を通じて、自己の診療を振り返り、次の診療に生かしていくことである。” We are not what we were.” を意味する。



総合医のアイデンティティ「総合医とは」

総合医には、特定の臓器や疾患に偏らない医学の幅広い分野の基礎的な知識・技能・態度に加えて「得意とする専門分野(Subspecialty)」があり、どのような患者も「まず、引き受ける」気概がある。

総合医は、自己開発と生涯学習により、自分自身の臨床能力の向上（自己完結できない疾患・病態(A)の範疇が少なくなるように）に努力し、自分で解決できる疾患・病態(X)と専門医の協力が必要な問題点(Y、Z)を的確に判断する。

総合医は、連携のスペシャリストとして、患者、家族だけでなく院内や地域の医療スタッフとのコミュニケーションと調整能力を発揮する。また、慢性疾患を有する患者、家族の生活を支えるために、退院支援カンファレンスを実施する。

総合医のコンピテンシーには、①まず引き受けて不安を傾聴するというプライマリ・ケアを担うこと、②診断の確定をすること、③多様疾患に対応できること、④最良のマネジメントを提供すること、⑤多職種連携を実践すること、⑥省察的内科医であること、⑦後進を育成する気概があること、⑧サブ・スペシャルティーの取得に努力すること、⑨タイトル（総合内科専門医(FJSIM)、総合診療専門医、米国内科学会上級会員(FACP)、医学博士など）取得に努力すること、⑩自らの医者冥利をみつけること、の 10 個の鍵がある。その結果として、「アカデミック」で「グローバル」で「タフ」な総合医を目指す。

総合医のキー・コンピテンシー

10. 医者冥利（医師としての「悦び」と「喜び」）

思いもよらない疾患の診断、重病からの回復、安らかな看取り、
剖検への同意、論文の雑誌掲載への「愚直なる継続」

9. タイトル：総合内科専門医、
総合診療専門医、医学博士、
FACP (Fellow of American
College of Physicians)

8. サブ・スペシャリティ：より得意な分野の研鑽
(臓器別または臓器横断的分野)

7. 後進育成：Clinician Educator,
カンファレンス (ACP journal club,
外来、チャートラウンド、ミニクルス、
総合回診)、IT活用、
同僚・後輩を思いやる心の滋養

6. 省察的内科医：
求められるものは常に変化 → 熟達した領域を拡大
経験則、暗黙知、通いあう「心」を重視 → 宙吊り状態を共に耐える
埋没知発掘 → 症例報告・論文記載・Clinical Pearlsの創造



1. まず引き受けて、不安を傾聴する、
「〇〇科的に異常ない」とは言わない

2. 診断確定：病歴・プロブレムの統合、
バイアスの排除、検査前確率の改善、
他科コンサルテーション、文献検索

3. 大講座制の中の総合診療科、
「振り分け外来」をしない、
高齢化社会 → 多様疾患に対応

4. マネジメント：病状説明の反復、
家族ともコミュニケーション、
生活を支える努力、
在宅・介護・福祉の適用を検討
エビデンスの適否を考えた治療
医療倫理への対応

5. 院内、地域との多職種連携(IPW)：
寛容性と協調性の調整能力を滋養、
退院支援カンファレンスを開催

「アカデミック」で「タフ」で「グローバル」な総合医

2020年4月以降、中等症の新型コロナウイルス感染症(COVID-19) COVID-19診療を感染症専門医の福地がリーダーとなって、南館2A病棟(10床)で断続的に実施した。

入院病床数は、従来の6B病棟19床から、2021年5月以降、6A・6B病棟の24床に増床となった。1チーム当たりの担当患者数は、シーズンによって変動があり6名から15名であった。チーム・カンファレンスでは、診療方針の確認と検討をしている。「UpToDate」などを参照し、まず初めに標準的な治療が的確に実践できること、また、症例によってはそれを適用できるかどうかを柔軟かつ論理的に思考できる臨床能力を養うようにしている。また、入院後、できるだけ速やかに病状説明とインフォームド・コンセントを実施するように心がけている。ダブル・スタンダードや独善的判断を避けるため、専門診療科カンファレンスにも参加し、他科とのコミュニケーションを積極的に図ることも診療の基本にしている。

診療の目的のひとつは、複数の臓器疾患、診断未確定例、一般内科疾患など、これまで高度に専門細分化された臓器別診療では対応が困難であった患者の主要な訴えを解決することにある。そのために、救命救急センター、専門診療科と連携を密接に保ちながら、物理的な制限がない限り、このような患者の受け入れを積極的に行っている。また、週1回の多職種カンファレンスをはじめ、総合相談室と退院支援室との連携により、在宅医療、地域医療、保健・福祉・介護制度、疾病予防も視野に入れた地域包括的医療をめざしている。

2014年7月14日から、完全予約制の初診外来診療を開始した。必要に応じて専門外来への院内紹介あるいは近隣の医療機関への逆紹介をおこなっており、基本的には総合診療科としての外来再診はない。しかし、それぞれの紹介の際には総合診療科としての診断および治療方針を明示するように心がけ、伝統的に単なる「振り分け」外来にならないように努力を続けている。一旦、「振り分け」外来を経験してしまうと、「総合医として自立して患者を診ていく」姿勢が崩れてしまうので、後期専門研修医の外来研修ではなおのこと「振り分け」ではなく自己完結式の外来になるように極力留意する所存である。2019年10月1日から、総合診療科の専門外来として、「不明熱・不明炎症外来」を開設し、「自治医科大学附属さいたま医療センター外来初診担当表」での案内を次のように開始した。

『「原因がはっきりしない発熱や原因がはっきりしない炎症所見の上昇が1週間以上持続している」患者さんを診療します。地域医療連携室への電話で、「不明熱・不明炎症」の患者さんの紹介であることをお伝え下さい。総合診療科の当番医が直接対応し、受診日を決めさせていただきます。』

卒前教育として、BSL レポートの書き方、BSL を担当している。さらに、学生への課題として、週2回のPBL テュートリアルを実施している。2021 年も、コロナ禍による遠隔授業となったため、リモート学習用課題を作成し、そのレポートで評価した。また、例年実施していた他大学からの長期間のクリニカル・クラークシップは、2020 年4月上旬以降中断した。

卒後教育においても、各専門診療科へのコンサルテーションおよび各種検査へのフリーアクセスが保障された研修環境が重要である。当医療センターは、開院当初からコンピューターによるオーダーリング・システムを擁しており、また、2005 年7月からは電子カルテ(COSMOS)が導入され、診療情報の共有化によるマルチ・コンサルテーションがさらに容易となった。

また、年に4回、2週間に亘る Wilfred Y. Fujimoto 客員教授(米国 University of Washington 名誉教授)による教育活動を2002年から継続していたが、コロナ禍により2020年3月で中断した。2020年11月から Zoom Meetings を用いて、ハワイ州コナ在住の Fujimoto 先生との Noon Conference を月1回の頻度で再開した。

後期専門研修においては、「自立して患者を診ることができる医師」になるために、「4 As」: Availability (いつでも連絡可能な信頼性)、Affability (親身な態度)、Ability (信頼できる手腕、能力)、Accountability (責任感)に磨きをかけ、総合医のプロフェッショナルリズムとして「〇〇科的に問題ない。」あるいは「〇〇科では、もうできないことがない。」と決して言わず、「総合医としてのアイデンティティー」をより強固なものとしていく。

我々の総合診療科には、①大学の大講座制の中の総合診療科であること(唯一)、②多様な疾患を経験でき、年間剖検率30%程度を維持していること(頂点)、③1996年にホスピタリストという概念が提唱される前の1989年に創設された総合診療科であること(先駆者)のブランドがある。

3. 診療実績、クリニカル・インディケーター

1) 外来患者数(表1)

振り分け外来ではない。2014年7月に完全予約制を開始してからの医事課統計による外来患者数を表1に示す。初診患者数は648人、再診患者数は8,651人、外来協診察は141人、コンサルテーション依頼は1,053人であった。埼玉県内外256医療機関から、のべ患者数519人の診療依頼があった。

表1 医事課統計による総合診療科外来患者数(完全予約制開始後)の推移

西暦	患者数(人)			
	初診	再診	協診	コンサルテーション
2014	830	5,155	127	814
2015	775	5,288	269	299
2016	700	4,343	308	844
2017	602	4,245	208	1,193
2018	643	4,228	323	757
2019	651	4,730	374	934
2020	948	8,350	186	670
2021	648	8,651	141	1,053

2) 入院患者数、治療成績(表2、表3、表4、図1)

表2、表3、図1にこれまでの診療実績を示す。2021年の入院患者543人の平均年齢は65歳(男女比は322対221)、平均在院日数は16.2日であった(表2)。他科からの入院コンサルテーションは、1,053件であった(表1)。入院患者の転帰では、61.7%が自宅退院し、他病院への転院が26.3%であった(表2)。転院については、総合相談室と退院調整看護師を介して、周辺の地域

病院との連携および患者家族との相互理解を深めながら実施している。

ICD-10 からみた 3 大疾患は、COVID-19、肺炎、敗血症で、感染症の割合が増えた（表 3）。

DPC コードの MDC でみた平準度を示すジニ係数とハーシュマン・ハーフィンダール指数を表 4 に示す。ジニ係数に大きな変化はなかったが、COVID-19 診療が 3 割を超えたため、ハーシュマン・ハーフィンダール指数が 5,088 と高くなった。

3) 死亡数、剖検数、剖検率（表 2）

死亡は 37 人で死亡率 6.8%、剖検は 3 人で剖検率 8.1%であった。

表 2 入院患者数、転帰の推移

西暦	入院総患者数 (男：女)	年齢（歳）	平均在院日数	転帰（人）				
				死亡	剖検	自宅退院	転院	転科
2004	208 (148 : 60)	64.1±16.5 (15-90)	26.5±27.0 (4-281)	11 (5.3%)	5 (45.5%)	142 (68.3%)	44 (21.2%)	11 (5.3%)
2005	232 (164 : 68)	65.7±14.6 (19-95)	23.9±26.0 (1-232)	8 (3.0%)	5 (62.5%)	152 (65.5%)	48 (20.7%)	23 (9.9%)
2006	275 (201 : 74)	66.2±15.8 (16-94)	21.3±17.5 (1-148)	13 (4.7%)	2 (15.4%)	189 (68.7%)	58 (21.1%)	15 (5.5%)
2007	288 (214 : 74)	67.8±15.2 (16-95)	21.3±15.9 (1-122)	18 (6.3%)	4 (22.2%)	193 (67.0%)	53 (18.4%)	24 (8.3%)
2008	297 (216 : 81)	66.3±15.6 (18-93)	21.1±17.3 (2-120)	17 (5.7%)	6 (35.3%)	214 (72.1%)	50 (16.8%)	16 (5.4%)
2009	310 (218 : 92)	67.2±16.0 (16-94)	21.6±25.8 (2-228)	15 (4.8%)	3 (20.0%)	226 (72.9%)	51 (16.5%)	18 (5.9%)
2010	313 (200 : 113)	64.7±17.6 (15-97)	22.6±19.9 (2-114)	18 (5.4%)	9 (50.0%)	231 (74.0%)	55 (17.6%)	9 (2.9%)
2011	364 (219 : 145)	66.0±16.4 (15-97)	19.9±15.8 (1-95)	14 (3.8%)	5 (35.7%)	284 (78.0%)	52 (14.3%)	14 (3.8%)
2012	389 (217 : 172)	66.5±17.1 (15-97)	18.0±15.6 (1-95)	14 (3.8%)	4 (28.5%)	273 (70.2%)	84 (21.6%)	18 (4.6%)
2013	434 (244 : 190)	71.9±17.2 (16-98)	19.1±15.6 (1-140)	27 (6.0%)	12 (41.3%)	281 (64.7%)	91 (20.9%)	23 (5.1%)
2014	366 (168 : 198)	66.6±17.2 (16-93)	20.4±23.2 (2-245)	20 (5.5%)	5 (25.0%)	229 (62.6%)	90 (24.6%)	27 (7.4%)
2015	288 (143 : 145)	65.3±18.9 (15-93)	22.6±33.2 (2-367)	16 (5.6%)	6 (37.5%)	190 (66.0%)	53 (18.4%)	29 (10.1%)
2016	355 (192 : 163)	65.6±18.7 (17-95)	22.4±21.4 (1-141)	28 (7.9%)	3 (10.7%)	229 (64.5%)	69 (19.4%)	29 (8.2%)
2017	356 (187 : 169)	66.6±18.0 (15-93)	21.9±22.3 (1-162)	24 (6.7%)	6 (25.0%)	222 (62.2%)	88 (24.6%)	23 (6.4%)
2018	345 (180 : 165)	66.7±19.2 (15-97)	18.4±18.9 (1-148)	23 (6.7%)	6 (26.1%)	212 (61.4%)	86 (24.9%)	24 (7.0%)
2019	401 (236 : 165)	69.7±18.1 (15-100)	20.0±6.45 (1-207)	21 (5.2%)	6 (26.1%)	219 (54.6%)	146 (36.4%)	15 (3.7%)
2020	424 (256 : 168)	68.1±18.3 (16-100)	16.2±18.0 (1-142)	14 (3.3%)	3 (21.4)	250 (59.0%)	126 (29.7%)	34 (8.0%)
2021	543 (322 : 221)	65.0±19.3 (15-99)	16.2±16.5 (1-144)	37 (6.8%)	3 (8.1)	335 (61.7%)	143 (26.3%)	28 (5.2%)

表 3 ICD-10 からみた 3 大疾患

西暦	ICD分類 人(%)				合計
2012	1 脳卒中	2 敗血症	3 肺炎	4 その他	
	101 (30.0%)	29 (7.5%)	27 (6.9%)	259 (66.5%)	389 (100.0%)
2013	1 脳卒中	2 肺炎	3 敗血症	4 その他	
	105 (24.2%)	48 (16.8%)	39 (9.0%)	286 (65.9%)	434 (100.0%)
2014	1 脳卒中	2 肺炎	3 敗血症	4 その他	
	62 (16.9%)	56 (15.3%)	34 (9.3%)	214 (58.5%)	366 (100.0%)
2015	1 敗血症	2 肺炎	3 脳卒中	4 その他	
	46 (15.9%)	41 (14.2%)	21 (7.3%)	180 (62.5%)	288 (100.0%)
2016	1 肺炎	2 敗血症	3 髄膜炎	4 その他	
	61 (17.1%)	33 (9.3%)	25 (7.0%)	236 (66.5%)	355 (100.0%)
2017	1 敗血症	2 肺炎	3 髄膜炎	4 その他	
	36 (10.1%)	29 (8.1%)	12 (3.4%)	280 (66.5%)	357 (100.0%)
2018	1 敗血症	2 肺炎	3 脳卒中	4 その他	
	41 (11.9%)	37 (10.7%)	13 (3.8%)	254 (73.6%)	345 (100.0%)
2019	1 肺炎	2 敗血症	3 尿路感染症	4 その他	
	55 (13.7%)	48 (12.0%)	18 (4.5%)	280 (69.8%)	401 (100.0%)
2020	1 肺炎	2 COVID-19	3 敗血症	4 その他	
	68 (16.0%)	54 (12.7%)	29 (6.8%)	273 (64.3%)	424 (100.0%)
2021	1 COVID-19	2 肺炎	3 敗血症	4 その他	
	186 (34.3%)	45 (8.3%)	37 (6.8%)	275 (50.6%)	543 (100.0%)

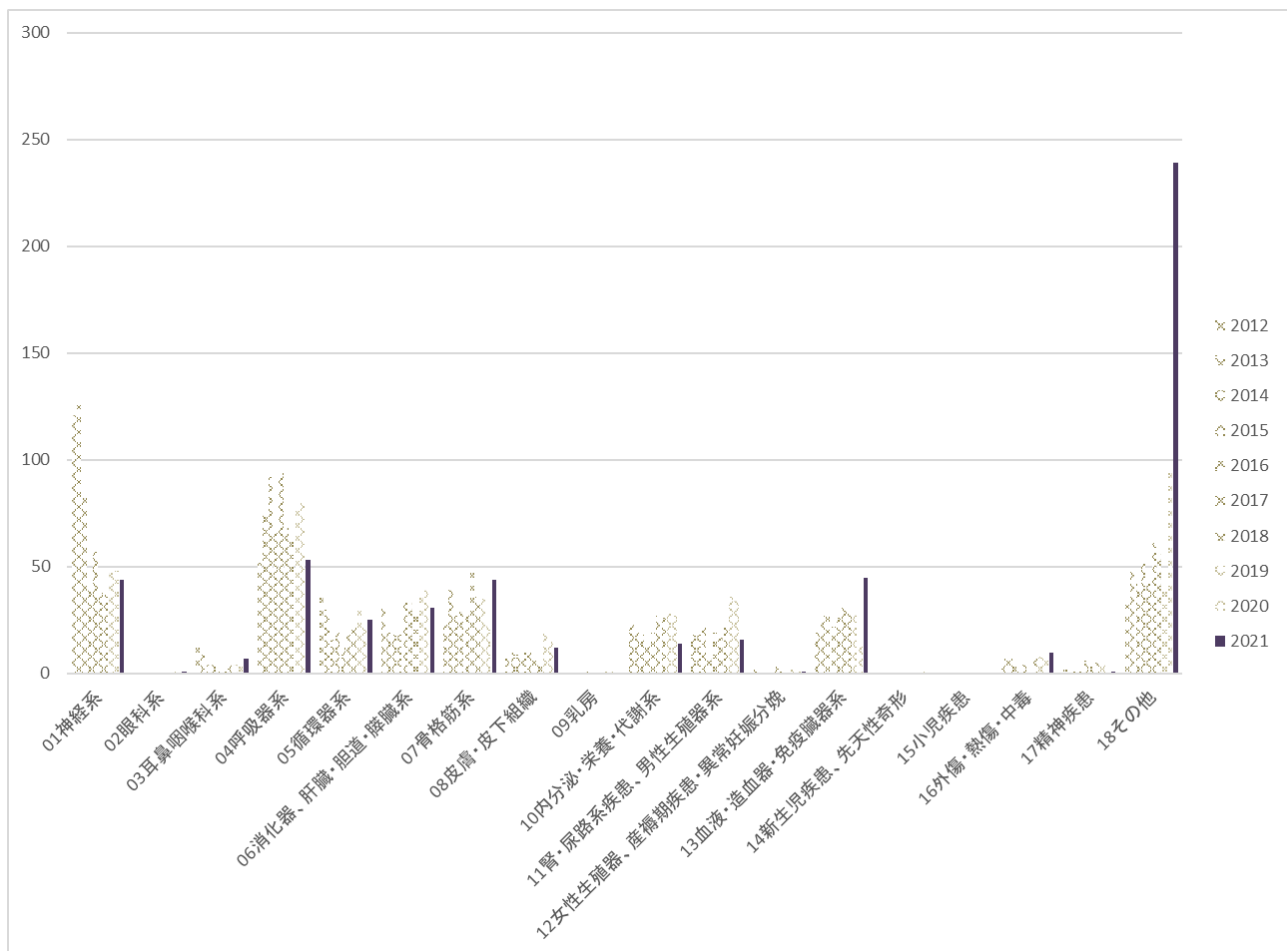


図3 MDC分類でみた患者数の推移

表4 DPCコードのMDCでみたジニ係数とハーシュマン・ハーフィンダー指数

西暦	ジニ係数	ハーシュマン・ ハーフィンダー 指数
2012	0.60	1,506
2013	0.63	1,552
2014	0.63	1,493
2015	0.61	825
2016	0.48	1,305
2017	0.45	1,156
2018	0.40	991
2019	0.35	1,243
2020	0.46	1,759
2021	0.56	5,088

4. カンファレンス

月	火	水	木	金
8:15 ジャーナル・クラブ		12:00 外来カンファレンス		[11:00 PBL(BSL 学生)] 研修医プレゼンテーション
[11:00 PBL(BS 学生)] 研修医プレゼンテーション			14:00 抗菌薬レクチャー	13:40 病棟多職種カンファレンス
15:00 チャート・ラウンド	15:00 チャート・ラウンド	15:00 チャート・ラウンド	15:00 チャート・ラウンド	15:00 Takeover カンファレンス
		16:00 総合回診	16:00 ACP Journal Club, MKSAP19	

1) チャート・ラウンド

日時： 月曜日～木曜日 15時00分～
 場所： 南館6階カンファレンスルームまたは6B病棟カンファレンス室
 内容： ① 新入院患者のフル・プレゼンテーション、回診
 ② 既入院患者の経過報告、チャート・ラウンド
 ③ 治療方針の確認・検討
 ④ 病状説明内容の確認

2) Takeover カンファレンス

日時： 金曜日の15時から16時
 場所： 南館6階カンファレンス室
 内容： ① 週末の治療方針の引き継ぎ
 ② 週末急変時対応の確認

3) 病棟多職種カンファレンス

日時： 金曜日の13時40分～14時00分
 場所： 南館6階カンファレンス室
 内容： ① 看護師、MSW、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語治療士との症例検討
 ② Inter Professional Working (IPW)の実践
 ③ 問題点（特に、家族、社会的、経済的、心理的問題点）の抽出
 ④ 治療方針の周知
 ⑤ 転院・退院計画（外来、介護、在宅、転院先、退院処方）

4) ミニ・レクチャーとACP Journal Club, MKSAP19

日時： 木曜日、午後4時
 場所： 南館6階カンファレンス室
 担当： 福地、菅原
 内容： ACP Journal Clubの輪読、MKSAP19、総合診療に関連したミニ・レクチャー
 ① EBM, ACP Journal Club とは？埋没知とは？
 ② 総合医の役割、総合診療科の特徴
 ③ 検査前確率、尤度比、検査後確率
 ④ RR, RRR, ARR, NNT
 ⑤ 鑑別診断の考え方(System 1, 2, 3)
 ⑥ Epley 法実技、Modified Valsalva 実技
 ⑦ 文献検索の方法(MESH, Clinical Queries),
 ⑧ 文献管理(Mendeley, Google Scholar)
 ⑨ サルコペニア、ロコモティブ症候群、フレイル、老年症候群
 ⑩ ポリファーマシー

⑪ がん社会を診る、エンド・オブ・ライフケア

5) 抗菌薬レクチャー

日時： 毎週木曜日、午後
 場所： 南館6階カンファレンス室
 内容： 抗菌薬の使い方
 担当： 福地

6) 外来カンファレンス

日時： 水曜日の12時から12時30分
 場所： 南館6B病棟カンファレンス室
 担当： 山下
 内容： ① 外来対応スキルアップにつながる症例提示とディスカッション
 ② 臨床推論に適する症例のプレゼンテーションおよび推論
 ③ 外来症例の振り返り、コンサルテーション

5. 研究・学会活動

- 1) 国内学会だけでなく国際学会でも症例報告（論文）を積極的に行っている。2019年度の【地域社会健康科学研究所】研究費「へき地介護施設での看護師教育と、尿検体アンチバイオプラムを利用した、施設から始める薬剤耐性対策の研究」を継続している（福地）。栗原の研究課題が、2020年の日本プライマリ・ケア連合学会主宰未来研究リーダー人材養成プロジェクト実践Aコースに採用され、京都大学医学部附属病院 臨床研究教育・研修部の担当教員との研究を継続している。
6. 事業計画、目標に対する2021年の達成度、2022年の目標等
 - 1) 末田が、自治医科大学附属さいたま医療センター2020年度優秀指導医賞を受賞した。
 - 2) 埼玉県立大学の4大学連携（埼玉県立大学、城西大学、埼玉医科大学、日本工業大学による平成24年度文部科学省「大学間連携共同教育推進事業」の共同教育事業「彩の国連携力育成プロジェクト」）のIPW実習生の受け入れは、コロナ禍のため中止した。
 - 3) 症例報告、研究報告をSociety of General Internal Medicine (SGIM) 2021 Annual Meeting、第58回埼玉県医学会総会、第95回日本感染症学会学術講演会、第12回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 International session、ACP Japan 2021、第63回日本老年医学会学術集会、第671回日本内科学会関東地方会、第91回日本感染症学会西日本地方学術集会 第64回日本感染症学会中日本地方学術集会 第69回日本化学療法学会西日本支部総会、第674回日本内科学会関東地方会において、のべ11回発表した。
 - 4) 阪口百佳（研修医）と福地貴彦（指導医）が、第674回日本内科学会関東地方会で奨励賞と指導医賞をそれぞれ受賞した。
 - 5) Case report が Cureus, European Journal of Internal Medicine, Journal of General and Family Medicine, Journal of General Internal Medicine, Clinical Case Reports、老年内科に計9編、Letter to Editor が Internal Medicine に計1編、研究論文が PLoS One に2編、Scientific Reports に1編、Medicine に1編、Article Review が Internal Medicine に1編が、それぞれ掲載された。
 - 6) 病床稼働率は、2016年度115%（17床）、2017年度115%（17床）、2018年度112%（18床）、2019年度104%（18床）、2020年度121%（19床）、2021年度119%（24床）で、各年度とも目標を達成した。
 - 7) 外来と入院の総稼働額は、2018年度469百万円、2019年度463百万円、2020年度601万円、2021年度610百万円で、経営目標を達成した。
 - 8) 2022年度は、これまでの診療・教育を継続するとともに、臨床研究も発展させ継続していく所存です。