総括

■　機能種別

主たる機能種別「一般病院２」を適用して審査を実施した。

■　認定の種別

書面審査および 10 月 9 日～10 月 10 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

■　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。

１．病院の特色

貴院は 150 年の歴史を刻む静岡市の基幹病院である。いつの時代も最新、最善の医療を住民に提供する地域の第一線の病院として役割を発揮してきている。また今日、少子高齢化社会を見据えて、「最善の全人的医療の実践」「高度専門医療と救急・救命、災害時医療の提供」「地域医療の充実に向けた地域連携活動の推進」「職員の医療水準の向上」等を基本方針に、医療の質向上に向けて最新の医療技術の獲得や設備の導入に努力している。

病院運営は院長を中心にチーム医療の推進、特に「すべての職員が協力して患者を支える」を活動の柱に据え、さらに進化し続けるためには「ひと」（職員）の育成こそ第一義的課題であることを常に追及している。大きな変化が予測される医療環境のもと、伝統を引き継ぎながら、一段と発展する病院であることを祈念したい。

２．理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明確であり、職員に周知・徹底すると同時に、院外に対しても広報誌やホームページ等で発信している。また、基本方針は年度の重点課題として具体化され、部門方針にも連動するなど、実践し検証されている。病院運営は病院幹部のリーダーシップがよく発揮され、機関会議と委員会活動を通して効果的、かつ積極的に取り組まれている。あわせて必要情報の活用と共有化や、診療情報の保管・管理等も適切に図られている。文書管理規程は整備され、業務マニュアルの運用・改訂等も適切である。

人材確保の取り組みと人事・労務管理、職員の安全衛生管理も適切であり、魅力ある職場づくりは職員満足度調査や人事評価制度に基づく改善、労使協議等を通し

て職員の意見をよく受け止めており評価できる。職員の教育研修は院内・院外研修、資格取得支援制度の整備など精力的に取り組まれているが、重要課題を中心にした全職員対象の年間計画を整備するとなお良い。職員の能力評価と開発は職種別人事評価を用いて工夫して進めており適切である。

３．患者中心の医療

患者の権利は８項目が明示され、院内掲示や入院案内、ホームページでも明確に打ち出されている。説明と同意に関してはガイドラインが職員業務マニュアルに明記され、主要な内容は外来等にも掲示されている。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、各種パンフレットの活用やクリニカルパスの適応等が図られ、あわせてパートナーシップ委員会がよく機能している。また、がん相談、療養の継続、患者の経済問題等、患者支援体制と対話・相談活動も適切に行われている。個人情報保護規程とマニュアルが整備され、定期的に取り扱い研修会やセミナーを開催し、周知と遵守を徹底している。倫理的課題に関する取り組みは、治験審査委員会、研究等倫理委員会などが機能しており、日常的に発生する現場での課題は医師、看護師、薬剤師等による臨床倫理カンファレンスで検討している。

患者・家族の利便性・快適性への配慮は適切であり、高齢者・障害者への配慮や整理整頓と清潔保持（5S 活動）、絵画・写真の掲示等療養環境の整備はいずれも適切である。受動喫煙防止の取り組みも適切に行われている。

４．医療の質

患者・家族からの意見や提案・苦情は、病院運営会議や患者意見等検討部会で対応策を決め、掲示・通知している。また、満足度調査や相談窓口でも意見を収集しており、対応策の妥当性についても追跡調査を実施している。各種カンファレンスや CPC、キャンサーボードが診療科・職種を超えて組織横断的に開催され、一部院外にも公開されている。各診療科の症例検討会も定期化している。業務の質改善活動は、病院機能評価委員会、5S、多職種連絡委員会で組織的な取り組みがされており、定期的にクオリティーマネジメント報告会を開催し評価活動を継続している。新たな診療・治療や技術の導入は医療倫理審査委員会で検討しており、新機器の導入後の妥当性や活用状況を報告する仕組みもある。

診療・ケアの責任体制と運用は適切であり、医師回診、看護責任者の巡視も定例化している。診療記録の記載は職員業務マニュアルに明文化されており、診療録委員会によるカルテの質的点検も定期的に実施し、各医師にフィードバックされている。多職種協働の診療・ケアの実践は、多様で積極的な活動が確認できる。医療の質改善活動はいずれも積極的に取り組んでおり適切である。

５．医療安全

安全確保に向けた体制は、専従の看護師が配置された院長直属の医療安全管理室が設置され、医療安全管理委員会と８つのカテゴリーの医療安全管理部会が活発に活動している。アクシデント・インシデントレポートは、電子カルテからリアルタ

イムで医療安全管理者に提出され、医療安全管理室で検討・分析・評価が行われている。

患者・部位等の誤認防止対策は、医療安全管理マニュアルに明記され周知されている。氏名と生年月日の名乗り、バーコード認証、リストバンド装着などいずれも適切に取り組まれている。情報伝達エラー防止対策は、電子カルテ上での種々の警告表示、緊急処置必要時や異常値報告のルールなど適切に対応策が講じられている。薬剤の安全な使用は、重複投与や相互作用、アレルギーのチェックがシステムで管理され、ハイリスク薬・カリウム製剤や配合禁忌等は全て薬剤部から注意書きを添えて払い出しており適切である。転倒・転落防止対策、医療機器の安全な使用はいずれも適切に行っている。患者急変時の対応は、各部署でのシミュレーション訓練の実施や3年計画で全職員を対象としたBLS訓練を計画するなど対応体制が確立している。

６．医療関連感染制御

県内唯一の第1種感染症指定病院として、無菌病室や感染症病床の設置、ICD、ICNの配置と委員会の設置など、設備と体制は整備されている。また、感染対策マニュアルの整備や感染制御支援システムの導入、流行情報の収集と連携病院との協力体制など、地域の基幹病院としての役割も適切に発揮している。今後の活動の進展を考慮するならば、ICNの複数化も検討されたい。

感染制御の具体的活動では、手指衛生の徹底、個人防護用具の配置、簡易消毒薬剤の使用管理など、適切に行っている。抗菌薬使用マニュアルが作成され、指定薬剤の許可制・届け出制、アンチバイオグラムの更新とフィードバック、TDMが必要な薬剤も適切に運用されている。また、術前の予防的抗菌薬投与に関しても清潔度分類ごとに指定抗菌薬が定められるなど適切である。

７．地域への情報発信と連携

診療内容や医療サービスは、ホームページや広報誌、年報等を通じて地域に情報が発信されている。病院フェアを開催し、医療機器体験や病院見学、高校生・中学生向けの医療セミナーや医療職体験会を開催している。ホームページは多言語（英語、中国語、ポルトガル語）に対応している。医療関連施設との連携は、地域連携室が中心となり、紹介・逆紹介などの推進に努めている。また、オンライン上で患者情報の共有を図るシステムなどを通して地域の病診連携の中心的活動を積極的に担っている。在宅医療を推進する医師会活動へも積極的に参加している。地域住民への教育・啓発活動では、大規模な市民公開講座から30名程の地域の集会へも講師を派遣している。また、病診がんカンファレンスの開催、連携施設・諸団体・患者会などへの医師・看護師の派遣など、教育・啓発活動を積極的に実践している。地域への情報発信と連携は積極的な取り組みをすすめており、全体的として高く評価できる。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

診療に必要な情報は適切に広報・案内されており、新患、再来、予約患者等の流れはスムーズである。また、待ち時間調査や患者満足度調査を実施し、必要な改善も行っている。外来診療は患者情報を収集し、受付・待ち合いでトリアージを行い、必要な患者は当該科以外でも適切にコンサルトが実施されている。診断的検査は安全・確実に実施され、医学的検討のもと入院決定を行っている。医師は診察所見や検査結果から診断と評価を行い、看護師の転倒・転落リスク評価、褥瘡・栄養評価、リハビリなども含めて診療計画は速やかに作成されている。医療相談は総合相談センターに窓口を一本化し、患者にとってワンストップで必要な相談が受けられるよう配慮されている。患者が円滑に入院できるように入退院支援室を設置し、必要な案内や情報を一元管理し、スムーズな流れを構築している。

医師、看護師の病棟業務は適切に行われており、病棟内外との情報交換や各種のカンファレンスが頻回に持たれ、チーム医療体制が機能している。投薬・注射は安全確実に実施されており、輸血・血液製剤の投与もマニュアルに沿って安全・確実に実施されている。周術期の対応は適切であり、重症患者も重症度に応じた病床が選択され、多職種による専門各チームの関与も行われている。褥瘡予防、栄養管理、症状緩和もリスク評価やスクリーニングを実施し計画的な対応がとられている。リハビリテーションは総合計画書に沿って適切に実施されているが、早期リハビリ開始の展開をさらにすすめられたい。身体抑制は開始判断時から解除に向けた意識的な取り組みが見られ評価できる。退院支援と継続した診療・ケアの実施は、入院早期から取り組まれ、特に地域医療連携を積極的に進めている。ターミナルステージの対応は、患者・家族の意向をできるだけ尊重し、終末期の在宅療養も積極的に検討するなど評価できる。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は処方鑑査の重複化、疑義照会情報の蓄積、医薬品の安全使用、1施用ごとの取り揃え、抗菌薬・抗がん剤・持参薬の管理等も適切である。臨床検査は内部・外部精度管理、異常値・パニック値の対応、適正時間での結果報告など適切に機能を発揮している。画像診断は撮影技師体制、読影医師体制も適切であり、画像の精度向上と安全対策もとられている。栄養管理は食事提供までの衛生管理、おいしく食事を摂取するための工夫（行事食や選択食等）、調理員の徹底した健康管理などいずれも評価できる。リハビリテーションは体制が整備され、特に早期開始と心大血管リハビリを強化した取り組みが特徴的である。医療機器管理、洗浄・滅菌業務は、安全性と効率化を重視した業務が構築されている。

病理診断は人的体制の整備、精度管理、安全性の確保などいずれも高いレベルで行われている。輸血・血液管理はマニュアルに沿って安全・確実な業務が行われ、特に廃棄率低減の取り組みは評価できる。手術・麻酔機能は安全・確実に業務が遂行され、集中治療機能は診療科ごとの重症度に応じた対応と機器管理・輸液管理、入退室基準等も適切である。救急医療は地域の基幹病院として原則すべての救急患

者を受け入れる方針のもと奮闘しており、虐待・暴力対応など必要な基準も整備され適切である。

１０．組織・施設の管理

業務計画に基づいた年次予算が作成され、会計処理は地方独立行政法人会計基準に沿って行われ、外部監査も適切に実施されている。医事業務は、窓口会計処理、レセプト業務、未収金管理も規程に沿って正確に行われている。業務委託は委託業者選定基準に沿って毎年検討し、委託業務の定期報告と協議もされている。施設・設備の管理は、保守計画に基づき定期点検を確実に実施している。医療ガスは監督責任者を定め、始業・日常・法定点検等を適切に実施している。院内は清掃が行き届き、各廃棄物の回収・保管・管理も適切に実施されている。

火災発生時の対応マニュアルは整備され、職員への周知、消防訓練が行われている。また、災害マニュアル、BCP が整備され、緊急連絡体制の整備、各種備蓄は患者・職員用ともに 3 日分保管されている。自家発電設備、燃料備蓄等も適切である。保安業務はマニュアルに則って行われ、緊急時の連絡・応援体制が整備され、夜間の出入り口施錠管理も標準化されている。医療事故対応は規程の整備や担当者の配置などいずれも適切である。

１１．臨床研修、学生実習

医科の基幹型・協力型臨床研修病院として、研修プログラムに沿って研修が適切に実施されている。研修医の評価は複数の職種で行われ、逆評価も適切に実施されている。研修医のメンタルサポートへの配慮も行われ、シミュレーションラボラトリーが効果的に活用されている。看護師の入職後教育はラダー1 から 5 までの体制を構築し、他の専門職種においても新人教育計画に則った研修が行われ、研修実施記録を整備している。部門によってはプリセプター制度を導入し、筆記・実技・口頭試験を行うことで能力評価を図り、業務遂行に反映する仕組みを構築している。

学生実習は、医学実習生、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、管理栄養士、リハビリ療法士など多職種を養成する学生実習がカリキュラムに則って計画的に行われている。医療安全、感染対策などのオリエンテーションが行われ、養成学校と実習契約書を取り交わし、実習中の事故への対応は臨床研修管理委員会で検討され標準化されている。

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	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・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	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	S
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	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	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	A

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	A
2.1.2	診療記録を適切に記載している	A
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	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	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	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	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	S
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	B
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	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	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	A
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	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	B
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	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

年間データ取得期間： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2018 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 ： 静岡市立静岡病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2

I-1-3 開設者 ： 市町村

I-1-4 所在地 ： 静岡県静岡市葵区追手町10-93

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	500	500	+0	82.5	12.2
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床	6	6	+0	0	0
総数	506	506	+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	8	+0
集中治療管理室 (ICU)	5	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)	3	+0
ハイケアユニット(HCU)	20	+0
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	3	+0
人工透析	21	+0
小児入院医療管理料病床	15	+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		
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 ：

地域医療支援病院,災害拠点病院(地域),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(Ⅱ群),地域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： 14 人 2年目： 13 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	3	0	10.46	0.92	0.27	0.06	50.90	1.02	3.49	0.09
呼吸器内科	8	0	73.96	6.52	53.57	12.00	4.87	15.74	9.25	6.70
循環器内科	16	0.05	92.89	8.18	76.67	17.18	19.28	10.76	5.79	4.78
消化器内科（胃腸内科）	12	0	123.48	10.88	59.65	13.36	6.92	13.29	10.29	4.97
腎臓内科	4	0	33.58	2.96	17.92	4.02	2.31	21.95	8.39	4.48
神経内科	0	0.56	10.85	0.96	0.00	0.00	9.22	0.00	19.37	0.00
糖尿病内科（代謝内科）	6	0	77.32	6.81	12.00	2.69	1.89	17.35	12.89	2.00
血液内科	1	0	27.54	2.43	13.90	3.11	3.29	23.16	27.54	13.90
皮膚科	2	0.4	46.36	4.08	2.32	0.52	7.43	13.32	19.32	0.97
小児科	4	0.19	20.20	1.78	6.72	1.50	13.60	6.11	4.82	1.60
精神科	2	0	14.14	1.25	0.00	0.00	0.09	0.00	7.07	0.00
外科	9	0	21.78	1.92	4.63	1.04	6.74	5.00	2.42	0.51
呼吸器外科	3	0	23.09	2.03	11.64	2.61	1.95	13.13	7.70	3.88
循環器外科(心臓・血管外科)	9	0.2	48.12	4.24	36.61	8.20	2.96	17.38	5.23	3.98
消化器外科(胃腸外科)	0	0	44.74	3.94	33.58	7.52	1.28	13.59	0.00	0.00
泌尿器科	4	0	59.01	5.20	11.44	2.56	5.56	9.21	14.75	2.86
脳神経外科	5	0	35.97	3.17	29.25	6.55	9.33	16.67	7.19	5.85
整形外科	10	0	73.15	6.44	39.96	8.95	10.60	18.36	7.31	4.00
形成外科	2	0	22.25	1.96	4.95	1.11	11.55	12.05	11.12	2.48
眼科	3	0	39.50	3.48	3.58	0.80	4.42	6.67	13.17	1.19
耳鼻咽喉科	4	0	52.64	4.64	5.62	1.26	7.72	8.08	13.16	1.41
産婦人科	4	0	48.41	4.26	13.46	3.02	4.57	9.22	12.10	3.37
リハビリテーション科	0	0	14.21	1.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線科	1	0.23	19.59	1.73	0.00	0.00	0.06	0.00	15.92	0.00
麻酔科	4	3.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	2	0.15	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
歯科口腔外科	4	0.03	61.18	5.39	6.37	1.43	19.41	13.55	15.18	1.58
緩和ケア内科	1	0	1.68	0.15	2.28	0.51	0.73	18.31	1.68	2.28
画像診断科	0	0	0.50	0.04	0.00	0.00	97.52	0.00	0.00	0.00
透析科	0	0	38.70	3.41	0.00	0.00	0.02	0.00	0.00	0.00
放射線診断科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
市民健診センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00