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 12 月 8 日～12 月 9 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　　条件付認定（６ヶ月）

■　改善要望事項

・機能種別　一般病院２

１．薬剤部の麻薬保管庫の鍵管理をより厳格に行い、責任の所在を明確にした麻薬の管理体制を構築してください。（2.1.5）

１．病院の特色

貴院は、1949 年に開設されて以来 70 年以上に亘り、常に施設・設備・医療機器などの拡充を図ると共に、診療のレベルアップと質の向上に努めてきた。この間、地域医療支援病院、基幹災害拠点病院、へき地拠点病院、小児救急医療拠点病院、がん診療連携拠点病院、エイズ治療拠点病院、地域周産期母子医療センターの指定を受け、地域医療連携体制や救急医療、高度医療、がん医療、周産期母子医療、災害医療の整備に努めてきた。理念に「質の高い医療を提供し、患者の生命と健康を守ります」 と掲げ 7 か条の基本方針と共に、患者本位の高度な医療提供と地域連携を明確に示し、手術支援ロボットの導入、がん放射線治療の実施、脳卒中センター・心臓病センターを開設し県民から厚い信頼を受けている。

今回の医療機能評価受審は 6 回目にあたり、院長や幹部・職員が一丸となって準備に取り組み、訪問審査においてその成果を十分に発揮している。引き続き病院機能の充実を図り、ますます発展されることを祈念する。

２．理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、基本方針の見直しや院内外への周知に努めている。病院幹部は、病院経営状況の周知、担当分野の課題の把握と解決への取り組みなど、リーダーシップを発揮している。意思決定会議や会議・委員会の運営、情報伝達、中長期計画や事業計画の策定、各部門の目標管理体制の整備などは適切である。電子カルテを導入し、その管理・運営、システム障害への重層的対応体制、安全確保への配慮なども適切である。文書管理規程に基づいて、文書を一元管理する仕組みがある。

医療法や施設基準に必要な人材を確保している。人事・労務管理体制を適切に整備しており、職員の安全衛生管理体制も整備している。面接や職員満足度調査による意見の聴取と職場環境への反映、福利厚生制度の充実などで魅力的な職場づくりに努めている。

院内研修の一元的管理体制、院外教育や研修への参加体制を整備している。全職員を対象に人事評価制度で能力評価を行い、職員の専門的能力向上や資格取得支援体制を適切に整備している。医師や看護師を始め各専門職種において初期研修プログラムを整備している。学生実習を受け入れ、カリキュラムに沿って実習指導と評価を行っている。

３．患者中心の医療

患者の皆さんの権利、医療における子ども憲章を作成し院内各所に掲示して、患者・家族、職員に周知し、権利の擁護に努めている。説明と同意に関する方針と手順はインフォームド・コンセント実施マニュアルに明記し実施している。患者への診療に関する情報提供は、各種計画書や患者用クリニカルパスなどを用いて実施している。患者図書館を整備して、患者説明には動画システムなどを活用している。患者支援センターの総合相談部門において、患者・家族の相談を一元的に受け付け、多職種と連携し対応している。個人情報保護方針は明確に示し、ホームページにも掲載している。倫理的課題への方針は、臨床倫理コンサルテーションチーム規定に明文化している。臨床の現場における倫理的課題については、看護局を中心に多職種で継続的に検討し対応している。

駐車場には障害者用やハートフル駐車場が含まれている。病院内はバリアフリーであり、必要な場所に手摺りを設置し、高齢者や障害者に配慮した設備となっている。療養環境については、明るく清潔に整備しており、患者・家族がくつろげるスペースも確保している。敷地内禁煙の方針は、ホームページや入院案内に明確に示している。

４．医療の質

院長特別補佐を任命し、患者サービス委員会と協力して、患者から意見を聴取し業務の改善を行っているが、継続的な活動が行われることを望みたい。各診療科で活用している診療ガイドラインを一覧にまとめ、多くのクリニカルパスを承認し、自院の臨床指標を検討して「5 大がんの 5 年生存率」をホームページに公開している。患者・家族の意見や要望については、意見箱を院内に設置し、収集している。対応策や改善策はファイルにまとめており、閲覧可能である。患者満足度調査も実施している。高難度新規医療技術評価委員会では、新たな診療・治療法の導入に際し、倫理・安全面、診療体制の評価を行っている。

診療・ケアの管理・責任体制は明確である。電子カルテを導入し、診療録作成マニュアルを作成して、基準に基づく記載をしている。実施要綱に基づき診療記録の質的点検を行っている。多職種で構成された多様な医療チームが、院内で横断的に活動している。

５．医療安全

医療安全管理者に、必要な権限を委譲・付与している。医療安全マニュアルを定め、事故の検証、マニュアルの作成・改訂、安全教育の検討等を行っている。アクシデント・インシデント報告を収集し、内容分析や対策を検討している。改善状況を現場ラウンドで確認している。医療事故発生時の手順は医療安全マニュアルに整備し、医療安全ポケットマニュアルでも職員に周知している。

患者確認の手順を定め実践している。手術部位のマーキングやリストバンドの使用手順を定めている。指示出し、指示受けを手順に沿って確実に行っている。検査結果の迅速な報告体制がある。麻薬保管庫のより厳格な鍵管理が求められる。重複投与防止や相互作用の認知とアレルギーの事前確認を行っている。入院時に転倒・転落の危険度評価を実施し、決められた時期に再評価を行っている。医療機器使用マニュアルを整備し、使用後は、臨床工学技士が点検・整備を行い、安全に使用できる仕組みを整えている。RRS 委員会にて RRT 運用手順を明確にし、急性疾患予後予測スコアを導入し、早期対応を行っている。

６．医療関連感染制御

院長を委員長とする感染防止管理委員会を定例開催し、院内感染状況や県内の感染情報を共有している。院内アンチバイオグラムを作成している。

院内感染防止対策マニュアルを整備し、各予防策を実践している。ICT は定期的に環境ラウンドを行っている。特別な感染対策が必要な場合は、電子カルテ上に感染症マークを表示し、感染対策指示書にて、注意喚起を行っている。耐性菌の拡大防止のため、感染症内科医や ICN 等の多職種で構成された AST が介入し、主治医にフィードバックしている。電子カルテで抗菌薬適正使用のためのマニュアルが閲覧可能である。

７．地域への情報発信と連携

病院の診療機能や医療サービスについては、院内掲示やデジタルサイネージ、ホームページ、広報誌などで情報を発信している。広報誌の発行回数やページ数の増加を検討している。小学生から高校生を対象にした院内見学を実施している。その他、広報委員会では「県中エキスポ」を開催し病院の広報活動に努めている。地域医療機関へ院長などが訪問し、意見交換を行っている。看護師による地域公開講座など、地域連携に努めている。介護福祉施設との連携協議会を開催し、意見交換や転院相談などを行っている。紹介患者の紹介元への返書は迅速な対応を行っている。公開セミナーや医療をテーマとした研修会、講習会を開催しているほか、医療に関する動画配信やがん診療連携拠点病院として市民講座などを開催し、教育・啓発に努めている。アンケートを実施し、講座内容の充実にも取り組んでいる。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、外来掲示板に掲示しホームページでも案内している。患者

情報は問診票、患者が持参したデータなどから収集している。患者に説明したうえで治療を行っている。検査の必要性は医師が判断し、侵襲的検査は説明書で説明し、同意署名を得て実施している。医学的判断に基づく入院の必要性を適切に判断し、必要な説明は外来担当医が行っている。患者の病態に応じた入院診療計画を多職種で作成し、患者に提供している。医療相談は患者支援センターの総合相談窓口で受け付け、相談の内容によって専門職に繋ぎ適切に対応している。入院前支援看護師との役割分担を明確にすることにより、重複した聞き取りによる患者への負担軽減を図っている。

医師は病棟回診を行い多職種とも情報共有をしながら、合併症や副作用の発生予防に留意しながら、業務を遂行している。リスクアセスメントの結果を踏まえた看護計画を立案し、必要に応じて専門チームの介入を依頼している。TPN や抗がん剤は薬剤部で一括して調製・混合を行い、各病棟に患者ごと配薬している。輸血の必要性や種類を判断しリスクを説明して実施している。手術の適応は外科医が判断し、麻酔科医が外来予約に基づき術前診察を行い、手術・麻酔のリスクなどを評価している。 ICU、HCU、NICU、救急専用病棟、病棟の重症個室など、重症度に応じて病床を選択している。入院時に褥瘡リスク評価を実施し、ハイリスク患者には、褥瘡対策チームが介入している。栄養評価は看護師と管理栄養士により適切に行い、必要な患者への栄養管理・指導を実施している。がん患者への症状緩和は緩和ケアマニュアルに沿って適切に行っている。週末や年末年始含め 365 日療法士が継続的にリハビリテーションを実施している。病棟看護師や身体拘束最小化チームを中心に身体拘束の回避・軽減・解除に向けた取り組みを行っている。入院前から多職種が協働し、退院に向けた支援を適切に行っている。院内外の多職種が連携し切れ目のない診療・ケア支援を実践している。緩和ケアマニュアルを整備し、がん看護専門看護師や緩和ケア認定看護師などの多職種による緩和ケアチームが活動している。

９．良質な医療を構成する機能

院内医薬品集の整備や電子カルテで情報共有を行うとともに、注射薬自動払出機の運用を行い、標準的な薬剤管理体制を維持している。夜間・休日も含め 24 時間の検査に応じている。採血管システムを導入しラベル貼付済み採血管を払い出し、検査の自動化を進めている。検査依頼に応じた迅速な撮像体制を整え、結果報告も迅速に行っている。献立検討チームが、献立や食事の改善に努めている。集中治療室入院患者に対しても早期から、療法士が多角的かつ包括的なリハビリテーションを実施している。診療録は電子カルテにより適切に管理している。診療録の量的点検はすべての退院患者について実施している。医療機器を中央一元管理し、医療機器管理ソフトで機種ごとの管理をしている。夜間・休日は 24 時間当直体制とオンコール体制にて、緊急時の対応を行っている。中央材料室は業者に全面委託している。洗浄、組立、滅菌、保管の工程はワンウェイであり、滅菌の質保証も管理している。

病理医が病理診断をダブルチェックし、病理結果は電子カルテに掲載して依頼医

の確認と患者説明をもって既読としている。放射線治療は多職種協働による厳格な精度管理のもとで運用しており、がん診療連携拠点病院として極めて質の高い放射線治療機能を発揮している。輸血担当の臨床検査技師が、血液製剤の発注・保管・供給などの管理を行い、輸血療法委員会で廃棄や副作用などを報告している。手術センター長は麻酔科部長であり、予定手術、緊急手術を適切に受けている。集中治療はICU、HCU、NICU、救急専用病棟で行い、ICUでは集中治療医が24時間体制で管理、各科主治医が毎日回診している。救命救急センター、小児救急医療拠点病院、周産期母子医療センターとして24時間体制で救急を受けている。

１０．組織・施設の管理

予算や事業計画は実行可能な計画を策定し、県議会の承認を得て決定している。執行状況の確認は経営戦略会議で行っている。会計監査は県の監査委員事務局において適切に実施している。診療報酬請求事務は患者支援センター医事部門で行い、返戻・査定について、各診療科医師と原因や再請求の可否について検討し、その結果について診療・運営会議で報告している。未収金管理は、取扱要領に基づき適切に行っている。業務委託は、契約書および仕様書により適切に実施している。委託業者と定期的に意見交換している。委託業者従業員への研修も適切に実施している。

病院の役割・機能に応じた施設・設備を整備しており、日常点検・保守管理は計画的に実施しているが、感染性廃棄物の最終保管庫の鍵管理が望まれる。医療機器の購入は経営戦略会議で、医薬品の購入は薬事委員会で、医療材料の購入は診療機材検討委員会において決定している。医薬品、医療材料、消耗備品はSPDの業務委託を導入し在庫管理している。

基幹災害拠点病院としての役割を担うべく災害時の対応強化を図っている。免震構造の建物で、自家発電機を整備し医療の継続を図っている。保安業務は、定期巡視や防犯カメラによる監視などを実施しており、緊急時の連絡、応援体制を明確にしている。

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	A
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	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	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
1.3.3	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	B

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	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・治療方法や技術を導入している	A
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	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	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	C
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	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	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	A
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	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	B
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	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	
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	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	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	B
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	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 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 ： 鳥取県立中央病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2

I-1-3 開設者 ： 都道府県

I-1-4 所在地 ： 鳥取県鳥取市江津730

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	504	504	+0	75	7.5
療養病床	0	0			
医療保険適用	0	0			
介護保険適用	0	0			
精神病床	0	0			
結核病床	10	10	+0	5.6	45.6
感染症病床	4	4	+0	0.8	2.4
総数	518	518	+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	20	+0
集中治療管理室 (ICU)	6	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)	0	
ハイケアユニット(HCU)	16	+0
脳卒中ケアユニット(SCU)	0	
新生児集中治療管理室 (NICU)	12	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	
放射線病室	0	
無菌病室	22	+0
人工透析	10	+0
小児入院医療管理料病床	28	+0
回復期リハビリテーション病床	0	
地域包括ケア病床	0	
特殊疾患入院医療管理料病床	0	
障害者施設等入院基本料算定病床	0	
緩和ケア病床	10	+0
精神科隔離室	0	
精神科救急入院病床	0	
精神科急性期治療病床	0	
精神療養病床	0	
認知症治療病床	0	

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(基幹),へき地拠点病院,小児救急医療拠点病院,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,DPC対象病院(DPC特定病院群),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： 12 人 2年目： 11 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）
呼吸器内科	5	0	51.49	6.33	39.51	9.54	6.81	15.05	10.30	7.90
循環器内科	6	0	47.46	5.83	23.65	5.71	5.20	9.90	7.91	3.94
消化器内科（胃腸内科）	8	0	54.94	6.75	31.34	7.57	7.12	9.17	6.87	3.92
腎臓内科	3	0	21.43	2.63	8.68	2.09	3.57	20.50	7.14	2.89
神経内科	4	0	28.07	3.45	26.35	6.36	5.69	20.25	7.02	6.59
糖尿病内科（代謝内科）	3	0	43.95	5.40	5.80	1.40	1.21	22.63	14.65	1.93
血液内科	4	0	39.08	4.80	34.43	8.31	1.71	17.67	9.77	8.61
皮膚科	2	0	51.53	6.33	4.73	1.14	3.98	12.94	25.77	2.37
リウマチ科	1	0	20.10	2.47	6.31	1.52	2.85	16.52	20.10	6.31
感染症内科	4	0	6.54	0.80	16.58	4.00	22.89	22.92	1.64	4.14
小児科	10	0	43.23	5.31	27.87	6.73	8.82	6.40	4.32	2.79
精神科	1	0	8.57	1.05	0.00	0.00	0.38	0.00	8.57	0.00
呼吸器外科	4	0	37.45	4.60	12.56	3.03	4.54	9.70	9.36	3.14
循環器外科(心臓・血管外科)	4	0	12.99	1.60	11.55	2.79	8.68	15.65	3.25	2.89
乳腺外科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
消化器外科(胃腸外科)	7	0	25.02	3.07	31.32	7.56	2.22	11.83	3.57	4.47
泌尿器科	3	0	36.52	4.49	16.94	4.09	3.68	9.54	12.17	5.65
脳神経外科	4	0	11.00	1.35	22.56	5.45	3.63	18.98	2.75	5.64
整形外科	5	0	55.96	6.88	43.51	10.51	7.30	19.37	11.19	8.70
形成外科	0	0.52	4.29	0.53	0.00	0.00	10.75	0.00	8.25	0.00
眼科	3	0	26.57	3.27	2.96	0.71	4.85	4.36	8.86	0.99
耳鼻咽喉科	1	0	20.39	2.51	2.11	0.51	4.06	7.79	20.39	2.11
小児外科	1	0	4.57	0.56	0.90	0.22	7.84	3.77	4.57	0.90
産婦人科	6	0	56.82	6.98	25.10	6.06	5.14	6.41	9.47	4.18
リハビリテーション科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線科	5	0	18.25	2.24	1.00	0.24	7.24	2.90	3.65	0.20
麻酔科	5	0.52	0.65	0.08	0.00	0.00	1.27	0.00	0.12	0.00
病理診断科	1	0	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	11	0	40.57	4.99	11.21	2.71	56.44	9.72	3.69	1.02
歯科口腔外科	3	0	44.90	5.52	3.17	0.77	20.37	4.54	14.97	1.06
緩和ケア科	1	0	1.30	0.16	4.02	0.97	0.32	35.37	1.30	4.02
健診科	0	0.57	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00