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1月16日～1月17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1947年に愛知県社会保険協会の病院として開設され、その後社会保険中京病院となり、2014年には独立行政法人への移行をうけ、地域医療機能推進機構中京病院と改称した。この間78年の歴史の中で、施設・設備・医療機器等の充実を図ると共に、地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、災害拠点病院、愛知県DMAT指定医療機関の指定を受け、地域医療連携体制や救急医療、先進的医療の整備に努めてきた。病院理念と患者への約束、職員の行動規範に基づき患者本位の高度な医療提供と地域連携を明確に示し、高度急性期総合病院として名古屋市南区にとどまらず名古屋・尾張中部医療圏の住民からも厚い信頼を受けている。今回の病院機能評価受審にあたり、院長や幹部・職員が一丸となって準備を進め、訪問審査においても「私たちは患者さんの心に寄り添い、安全で質の高い医療を提供します」と掲げ運営を進めてきた取り組みの成果を十分に確認できた。審査の結果は、ほとんどの項目で適切な医療機能を維持しており、評価できる取り組みが見られた。引き続き各領域の評価内容を参考に、より高いレベルをめざし医療機能と質の向上に向けて一層の努力が望まれる。

２．理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、見直しや院内外への周知を適切に行っている。病院管理者や幹部は、病院経営状況の周知、担当分野の課題の把握と解決へ取り組んでいる。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を整備している。電子カルテを導入し、情報システム管理・運営、システム障害への重層的対応体制、安全確保への配慮等も適切である。

事務的文書や診療情報、各種基準・手順類、診療関係マニュアル等を文書管理システムで一元的に管理する仕組みがあるが、規程の整備を期待したい。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は適切である。職員満足度調査や職員面接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等で魅力的な職場作りに努めている。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が、受講率の向上を期待したい。全職員を対象に能力把握・評価を行い、支援体制を整備している。基幹型の臨床研修病院として、臨床研修医を育成している。看護職や医療技術職も職種ごとに業務内容に応じて初期研修プログラムを作成している。学生実習を積極的に受け入れ、カリキュラムに沿って実施している。

３．患者中心の医療

理念に基づいた患者の権利と責務を明文化しており、患者・家族や職員への周知に努めている。診療記録の開示請求についても、指針に基づいて原則すべて開示している。説明と同意に関する方針を定め、取得する診療行為の範囲・同席のルール・同意書取得の手順を明文化している。患者の医療への主体的な参加と医療従事者とのパートナーシップの構築を示し、丁寧な説明により、診療・ケアにおける患者・家族の理解を促している。患者サポートチームが相談を受けて対応しており、必要な情報を共有して的確な患者支援に繋げている。患者の個人情報の保護に関する方針を定めホームページや入院案内に掲載して周知している。臨床倫理の指針を定め、倫理的課題を共有・検討する場として倫理管理室を設置しており、解決困難な場合の仕組みは明確である。診療・ケアにおける倫理的課題を倫理カンファレンスにて検討し、誠実に対応している。患者・家族や来院者をはじめ高齢者や障害者等、利用者の安全性や利便性、快適性へ配慮している。診療・ケアに必要なスペースを確保して整理整頓され、清掃は行き届いており、療養環境を適切に整備している。地域がん診療連携拠点病院として、受動喫煙防止に向けて取り組みを持続して進めている。

４．医療の質

業務の質改善のため業務改善委員会を中心に多方面から取り組み、BSC を活用している。多くのマニュアルを継続的に見直し、適時調査の指摘にも遅滞なく確実に対応している。医療職のスタッフは各診療科の定期的なカンファレンスの他、多職種・多診療科が参加するカンファレンスを開催している。ガイドラインやクリニカル・パスについても有効活用しており、臨床指標についてはその結果に基づいて PDCA サイクルを回している。サービス向上委員会が主体となり、病院に寄せられた意見などを受けて改善に取り組み、病院の医療サービスの向上に反映している。臨床研究や新たな診療・治療方法や技術の導入については申請に基づいて検討した上で許可する仕組みがある。どのような新規医療技術を評価の対象とするかについては、今後の課題である。病棟・外来における管理責任者の役割や権限は明確である。診療記録はマニュアルに基づいて適時に記録・記載しているが、略語の使用に

ついては検討が望まれる。多職種から構成された栄養サポート・緩和ケア・術後疼痛管理・認知症ケア等のチームが、カンファレンスや回診、相談機能を持ち多職種が協働して診療・ケアを提供している。

５．医療安全

医療安全管理室は院長直属で副院長を医療安全管理責任者とし、専従の看護職が各種報告を掌握している。医療安全管理指針では組織図や構成員、安全管理者の役割が明確である。院内のインシデント・アクシデント報告を収集し、原因分析と対策の立案を行い、早期対策につなげている。医療事故の検証や対応検討、医療訴訟のリスクに備えた体制づくりを組織的に取り組んでいる。患者誤認防止のための確認は、患者本人にフルネームと生年月日を名乗ってもらい２つの識別子を用いて確認している。電子カルテのオーダリングシステムを利用して、処方箋の発行、指示出し・指示受け・実施・実施確認を正確に行っている。口頭指示の指示実施後の手順は検討することが望まれる。麻薬、向精神薬、ハイリスク薬等の保管・管理はそれぞれマニュアルの規定に則り各部署で実践している。入院時全患者に転倒・転落アセスメントを実施して看護計画を立案し、再評価を行い対策の見直しも行っている。医療機器は臨床工学技士が管理しており、医療機器マニュアルも閲覧できるよう整備し、医療機器の教育・研修を計画的に実施している。院内の緊急コードを設定し、職員全体に周知している。

６．医療関連感染制御

副院長を室長とする院内感染対策室を院長直属に設置し、感染制御チーム（ICT）と抗菌薬適正使用支援チーム（AST）を組織している。院内感染対策委員会を毎月１回開催し、院内感染対策室・ICT・AST の活動状況、耐性菌の検出状況、抗菌薬の使用状況等を確認しており、院内全体として感染制御体制を整備している。院内感染対策室が感染発生状況を把握し、情報を分析した上で院内感染対策委員会に報告している。感染対策上、重要な情報やアンチバイオグラムについては全職員に周知している。アウトブレイクについては地域医療機能推進機構の感染指針に従い対応している。医療関連感染を制御するための活動を実践している。抗菌薬の採用・採用中止に関する検討、指定抗菌薬の使用については院内感染対策室が関与している。指定抗菌薬使用患者、血液培養陽性患者、抗菌薬の長期使用症例を対象に AST ラウンドを行い、抗菌薬の選択と投与方法、細菌検査の活用状況などについて確認して主治医にフィードバックしている。

７．地域への情報発信と連携

病院パンフレットや入院案内、病院広報誌、SNS 等の多様な媒体を活用し情報発信している。病院管理者自らが積極的に開業医訪問を行う等、多職種が一体となった地域連携の取り組みにより、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、救命救急センター等として、医療関連施設等と地域で顔の見える関係性を深めるとともに、連携を強めていることは高く評価できる。地域医療従事者研修規程・プログ

ラムに基づき、連携医や医療従事者はもとより、小学生から高齢者まで幅広い世代の地域住民を対象にして、医療に関する多彩なテーマの教育・啓発の機会を重層的に創出し、病院の機能や特性を活かした活動に取り組んでいることは高く評価できる。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

患者が円滑に受診できる環境を整備している。初診時には問診票や他院からの診療情報により患者情報を収集し、医師は根拠に基づいて患者に対するリスクを評価した上で診断的検査を実施している。医師は入院の必要性を評価し、多職種で患者の病態把握、診断・評価を行い情報共有している。患者・家族の相談内容に応じて担当者が適切に対応し、相談内容を関係者間で共有している。入院前支援担当者による患者・家族への説明や患者情報の収集を行い、円滑な入院を支援している。医師は回診で必要な情報を収集して指示を出し、患者・家族に説明している。看護師は、患者の身体的・精神的・社会的なニーズを把握し、多職種と協働して看護実践している。薬剤師は、入院時の問診、持参薬の管理、医師・看護師との治療計画の確認、服薬指導、薬歴管理、注射薬管理等の業務を行っている。輸血の手順や観察の実施・記録、副作用発生時の把握・報告のルールも確実である。同意を取得する場面での文書については今後の課題である。手術適応や適切な術式・麻酔の選択については事前に検討し、患者・家族に説明して同意を得ている。重症患者はその病状に応じて適切に管理しており、多職種が協働して関与する体制がある。全入院患者に褥瘡危険因子評価を行い、患者ケアや予防対応に当たっている。栄養管理計画に基づき、患者個々の病態に応じた栄養・食事指導や適切な食形態の提供を行っている。症状緩和の方針や手順等を明文化し、必要に応じて緩和ケアチームが介入している。療法士は、患者のリハビリテーションの必要性を評価し実施している。身体拘束の最小化に向けたカンファレンスによる検討やせん妄の予防ケアにより極力身体拘束を回避している。入院決定時より、退院後を見据えて多職種が連携し、患者・家族の意向を確認しながら退院支援を行っている。さらに、退院に向けての多職種や地域医療機関や訪問看護事業所とのカンファレンスを実施し、診療情報を共有・伝達している。複数の医師でターミナルステージを判定した上で多職種と情報を共有している。家族にも症状とケア計画を説明し、同意を得て患者・家族の意思を尊重している。

９．良質な医療を構成する機能

全病棟と ICU、手術室への薬剤師配置により、病院全体の薬剤管理を行っている。検査部では院内で迅速に検査を実施できる体制を整えており、救急診療に必要な検査も 24 時間 365 日提供可能である。パニック値検出時の報告手順についても確実である。CT 検査は造影 CT を含めて当日検査可能であり、MR 検査も緊急の場合は平日や休日・夜間とも即日撮影している。患者に寄り添った食事サービスの向上を図るため、部署で様々な創意工夫を凝らし、快適で美味しい給食を安全に提供している。療法士を病棟に配置し、早期から積極的にリハビリテーションを実施して

いる。診療情報管理機能はおおむね適切に発揮している。臨床工学技士は、手術室、透析室、ICU、心カテ、病棟等の業務を行い、医療機器を一元管理している。中央材料室はワンウェイ化で、使用済み機器の一次洗浄から行い、確実な滅菌の質保証に努めている。病理診断部門は医師と細胞検査士により運営しており、術中迅速凍結切片病理検査も適切に実施している。放射線治療医、放射線治療専門技師、がん放射線療法看護認定看護師が協力し、リニアックによる外照射と小線源治療を行っている。輸血用血液製剤の発注から検収・保管・使用までの業務は確実であり、製剤は専用保冷庫・冷凍庫で適切に保管・管理している。手術・麻酔部門では、全身麻酔での手術を年間約 2,900 件行っている。医師と手術室看護師が調整して手術スケジュールを管理しており、手術終了後の帰室の判断も確実である。ICU では、術後患者や院内急変患者を積極的に受け入れて高度治療を行っている。また、多職種で連携しながら運営しており、入退室適応基準も遵守している。救命救急センターでは多診療科の医師および看護師が協力し、24 時間 365 日診療可能な体制を整備している。応需率も 98%を超えており、虐待への対応も確実である。

１０．組織・施設の管理

中長期計画は、病院の特性を反映し適宜見直しを行っている。財務処理は、財務諸表、予算書、会計監査記録等必要な書類を整えており、財務・経営管理を的確に実施している。患者の利便と合理化を図った収納業務、回収率の向上を図った未収金回収業務、全件全医師が行うレセプト点検業務と返戻査定への組織的な対応、医事データの経営へのフィードバック等、医事業務を堅実に遂行している。業務委託の内容の検討や業務の質の評価を組織的に実施しており、業者の選定における公平性・透明性の担保、事故発生時の対応の明確化等、効果的な運用を行っている。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。委員会を主体とした医薬品や診療材料の選定、高額医療機器購入のプロセス、物品の費用対効果の検証、効率的な在庫管理、内部牽制機能の働く発注・納品の仕組みの運用等、物品購入、品質管理、在庫管理を適切に行っている。災害対策マニュアルを整備して、防災訓練を実施している。災害時を想定した食料・飲料水・医薬品の備蓄を行い、地域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。保安業務は、定期巡視や防犯カメラによる監視等を実施しており、緊急時の連絡や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	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	S
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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	B
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	B
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	S

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	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	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	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： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2024 年 8 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2

I-1-3 開設者 ： 独立行政法人地域医療機能推進機構

I-1-4 所在地 ： 愛知県名古屋市南区三条1-1-10

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	661	561	-51	76.4	11.6
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					
総数	661	561	-51		

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	32	-10
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
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	6	+0
人工透析	26	+0
小児入院医療管理料病床	66	+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		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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),救命救急センター,がん診療連携拠点病院(地域),
DPC対象病院(DPC特定病院群)

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： 14 人 2年目： 14 人 歯科： 2 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	8	0.3	55.77	5.29	37.03	8.61	3.19	14.15	6.72	4.46
循環器内科	9	0.2	61.61	5.84	28.70	6.68	4.16	11.15	6.70	3.12
消化器内科（胃腸内科）	10	0.2	89.68	8.51	36.86	8.57	6.01	13.19	8.79	3.61
腎臓内科	8	0	38.86	3.69	19.35	4.50	1.62	17.21	4.86	2.42
神経内科	6	0	31.01	2.94	19.09	4.44	7.22	20.71	5.17	3.18
糖尿病内科（代謝内科）	5	0	38.10	3.61	5.32	1.24	2.19	10.37	7.62	1.06
血液内科	3	0.6	27.84	2.64	23.87	5.55	1.70	19.19	7.73	6.63
皮膚科	6	0	83.51	7.92	12.47	2.90	4.28	12.84	13.92	2.08
小児科	5	0.4	19.00	1.80	6.64	1.54	10.53	5.49	3.52	1.23
精神科	1	0	0.93	0.09	0.00	0.00	0.44	0.00	0.93	0.00
外科	10	0.1	50.16	4.76	35.14	8.17	3.70	11.38	4.97	3.48
呼吸器外科	0	0	2.26	0.21	0.00	0.00	0.18	0.00	0.00	0.00
循環器外科(心臓・血管外科)	8	0	4.06	0.38	10.85	2.52	0.91	26.76	0.51	1.36
泌尿器科	8	0.8	91.10	8.64	30.09	7.00	4.08	9.70	10.35	3.42
脳神経外科	8	0.7	57.56	5.46	48.44	11.27	5.05	19.68	6.62	5.57
整形外科	7	0	78.21	7.42	34.09	7.93	4.72	15.22	11.17	4.87
形成外科	5	0.1	26.52	2.52	15.70	3.65	11.47	17.16	5.20	3.08
眼科	8	5	91.92	8.72	23.56	5.48	9.88	4.16	7.07	1.81
耳鼻咽喉科	3	0	48.71	4.62	6.85	1.59	5.80	7.25	16.24	2.28
産婦人科	6	0	34.66	3.29	8.09	1.88	5.08	5.19	5.78	1.35
リハビリテーション科	0	0	0.25	0.02	0.00	0.00	8.33	0.00	0.00	0.00
放射線科	7	0	28.75	2.73	0.00	0.00	12.05	0.00	4.11	0.00
麻酔科	11	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	11	0.4	32.36	3.07	8.84	2.06	58.14	8.33	2.84	0.78
歯科口腔外科	4	0	39.10	3.71	4.38	1.02	20.32	5.14	9.78	1.10
小児循環器科	8	0	20.05	1.90	14.12	3.28	9.73	9.85	2.51	1.76
緩和支持治療科	1	0	0.57	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.57	0.00
総合診療科	1	0	1.78	0.17	0.43	0.10	41.90	2.60	1.78	0.43
透析外科	1	0	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.05	0.00
検査部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00