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 23 日～12 月 24 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 1963 年に市民病院として開設され、愛知県北部の尾張北部医療圏の中核病院として、「救命救急センター」「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」などの指定を受け、救急・がん・周産期・災害医療の拠点として地域医療において重要な役割を担っている。また、先進医療や医療人の育成にも力を注いでいる。2019 年 5 月に新病院を開院し、高度な医療機器や医療設備の拡充を図り、自治体病院の役割として求められる高度かつ先進的な医療を提供している。

病院の理念として「安全で質の高い急性期医療を行います」「恕の心で患者さんに寄り添う病院を目指します」「医療を通じて、安心して暮らせる地域の実現に貢献します」を掲げ、院長をはじめとする病院幹部のリーダーシップのもと、病院の質向上に向けて職員が一丸となって取り組んでいる。今回の病院機能評価の受審を通じて、質の高い診療機能が発揮されていることを確認した。一方で、一部にはさらなる取り組みが期待される課題も見受けられた。今後も組織的かつ継続的な改善活動を推進し、地域住民および地域の医療機関からの信頼と期待に応えながら、より一層発展していくことを期待したい。

２．理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針を明文化し、院内外に周知している。病院の組織図、職務分掌を整備し、病院運営に必要な会議・委員会を設置している。小牧市民病院経営強化プランに基づき、年次事業計画および部門目標が策定され、評価・課題等の検証を行うなど、常に PDCA サイクルにより運用する仕組みがある。情報管理では、

システムの管理やデータの二次利用などに取り組んでいる。文書管理は、病院総務課が主管となり、小牧市文書取扱規程に基づいて実施している。

業務量に見合う適正人員や、病院機能や質向上へ考慮した人材確保に努めている。就業規則をはじめ給与規程や法律に基づく制度等の各種規程が整備され、職員の労働安全衛生への対応として、安全衛生委員会を設置している。職員の意見・要望は、改善意識調査などで把握され、職員にとって魅力ある職場となるよう努めている。

研修センターが教育研修部門を担い、全職員を対象とした教育・研修が行われている。人事評価制度が導入され、職員個々の能力評価・能力開発が行われている。臨床研修病院として医師の初期臨床研修が行われている。医師、看護師・薬剤師、臨床検査技師などの学生実習を数多く受け入れている。

３．患者中心の医療

患者の権利を明確にし、定期的に見直して院内外に周知している。診療記録の開示は適切に行われている。説明と同意に関する指針や手順が定められ、医師からの説明後に看護師が患者・家族の反応を看護記録に記載している。医療者からの情報や患者情報を共有し、医療への参加を促進している。患者支援センターに相談窓口を設置し、多様な相談に対応している。個人情報保護方針を定め、全職員を対象とした個人情報に関する研修を実施している。臨床倫理指針を定め、現場で発生した解決困難な倫理的課題は、臨床倫理サポートチームにコンサルテーションを依頼する体制が整備されている。

病院へのアクセスは、ホームページや入院案内などにわかりやすく掲載している。多数の駐車場、タクシー乗り場や公営のバス停があり、利便性を確保している。院内はバリアフリーとなっており、生活延長上に必要な設備やサービスを整備し、利用者にとっての安全、快適な療養環境を確保している。敷地内全面禁煙を入院案内、院内掲示で患者・家族に周知するなど、受動喫煙防止に向けた取り組みを行っている。

４．医療の質

業務検討委員会を設置して業務の質改善に取り組むとともに、外部評価を積極的に受審し、継続的な改善活動を行っている。多職種による症例検討を活発に行い、診療内容の標準化に取り組んでいる。各部門で臨床指標を設定し、診療の質向上に向けた活動に取り組んでいる。患者・家族からの意見・要望は、意見箱や患者満足度調査で収集し、患者支援センターと医療サービス向上委員会で組織的に改善策の検討・実施を行っている。新たな診療・治療方法や技術、適応外使用薬剤については、倫理・安全面に配慮しながら倫理委員会や臨床研究倫理審査委員会で審議し、導入している。

病棟における診療・ケアの責任体制は明確である。診療記録は適時に診療録に記載している。医師の診療録は多職種による質的点検を実施し、フィードバックしている。退院サマリーを 2 週間以内に 100％作成している。多くの専門職チームが組

織横断的に活動し、多職種が協働して患者の診療・ケアに取り組んでいる。

５．医療安全

医療安全管理の体制として、医療の質・安全管理室、リスクマネージャー会議等を設置し、再発予防策等の検討を行っている。医療安全管理者の権限を明確にすることを期待したい。インシデント・アクシデントの分析と対策、安全情報などの院内周知を適切に行っている。医療事故発生時の対応手順を整備し、有害事象発生時は臨時の医療事故調査委員会で調査・検証を行い、原因究明や再発防止策を検討する仕組みが整っている。

誤認防止対策として院内ルールを確立している。医師による処方箋・指示箋の記載方法や指示出し手順、看護師による指示受け・実施記録の手順を規定している。口頭指示は原則行わず、やむを得ない場合は専用用紙を使用して運用している。麻薬等を含めた薬剤の保管・管理は、法令に従って行っている。院内で定義した病棟配置のハイリスク薬について、全職員対象の研修を年2回行うとともに、表示等で注意喚起している。転倒・転落防止対策は、アセスメントシートによる評価に基づき看護計画を立案し実践している。状況により医療安全管理者のラウンドを行い、転倒・転落プロジェクトチームで事例分析し情報共有している。医療機器は、使用マニュアルに沿って安全に使用している。急変時の対応は、院内緊急コードおよびRRSのコール基準を定め周知している。

６．医療関連感染制御

院長直轄の感染管理室を設置している。ICDである室長と専従ICNを中心に、兼任の多職種とともに院内感染対策の実務を担っている。感染対策に関する権限は院長から感染管理室に付与し、院内感染対策マニュアルを整備している。感染管理室とICTは、ICTラウンドやICT委員会を通じて、院内の感染発生状況を随時迅速に把握している。サーベイランスは、SSIは8診療科、16術式コード対象に、CLABSI、VAP、CAUTIはNICUを除く全病棟を対象に実施している。院外の感染情報を随時取得し、院内に周知している。

院内感染対策マニュアルに基づき、標準予防策、感染経路別の予防策は遵守している。感染性のリネンや大部屋での感染性廃棄物容器の設置場所の検討を期待したい。抗菌薬使用マニュアルを整備し、抗MRSA薬・広域抗菌薬の使用は届出制で、一部の薬剤の使用は許可制としている。ICTは抗菌薬適正使用チームを兼ねており、抗菌薬使用に関する専門的な介入を行っている。アンチバイオグラムを作成し、推奨抗菌薬を周知している。

７．地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報委員会と病院総務課、患者支援センターが中心となり、各部署と連携して企画している。患者や連携医療施設および市民などを対象とした様々な広報誌を活用して、地域へ情報発信している。患者支援センターに設置された地域連携・医療相談室が中心となり、連携する地域の医療機関や介護施設な

どを定期的に訪問し、意見交換やアンケートの実施により、情報共有を行い、ニーズの把握や連携の質向上に努めている。また、約 80 施設の医療機関が登録している「地域医療連携ネットワークシステム」を運用して、地域の医療機関と連携している。地域に向けた啓発活動は、がん相談支援センター運営委員会と患者支援センターを中心に企画立案している。市民公開講座として、糖尿病教室やリウマチ、がんに関する講演を年 2 回以上、医療従事者向けの研修、認定看護師による出前講座など多数の研修会を開催しており、地域の医療に関する教育・啓発活動を積極的に取り組んでいる。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診に必要な情報は、ホームページ、病院案内等で案内している。外来診療は円滑に行われている。医師は診断に必要な検査を実施し、医学的判断に基づいて適切に入院を検討・決定している。医師の評価と治療方針に基づき、多職種で入院診療計画書を作成している。

医師は適時に診療録を記載し、多職種と連携した医療を行っている。看護師は、基準・手順に沿って必要な援助に努めている。薬歴管理、内服処方箋における記録、薬剤投与時の状態観察は適切である。輸血・血液製剤の投与は、医師が必要性を判断し、説明と同意の上で安全に実施している。手術の適応と術式はカンファレンス等で検討して決定し、図などを用いて患者に説明し、同意を得ている。褥瘡の予防・治療については、形成外科医師、皮膚・排泄ケア認定看護師による回診を週 1 回行い、ケアの評価修正が行われている。入院患者に管理栄養士、看護師が栄養スクリーニングによるアセスメントを実施し、低栄養状態や嚥下機能の障害の有無を評価している。個別の訪問が必要な場合は、病棟担当の管理栄養士が直接患者と面談し、計画の評価・修正を行っている。症状緩和マニュアルに基づいた症状緩和を実践し、緩和ケアチームのコンサルテーションを受ける体制を整えている。多職種の協働により早期からリハビリテーションを実施している。身体拘束最小化マニュアルを整備し、最小化に向けて取り組んでいる。各種スクリーニングにより退院支援が必要な患者・家族には早期から介入し、多職種が連携して退院支援に取り組んでいる。ターミナルステージは、患者・家族の意向に沿った計画を立案し治療選択の希望および意向を尊重した対応を行っている。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤師を全病棟に配置し、専門的な指導等を行っている。夜間・休日の処方にも対応し、注射薬の 1 施用毎の取り揃えを行っている。臨床検査は 24 時間体制で実施している。パニック値は確実に医師へ報告するシステムで、専従医師がパニック値の対応を確認している。診療放射線技師が中心となり、迅速で安全な画像検査の実施に努めている。栄養管理機能は、各種マニュアルに準じて管理している。多職種と協働して、早期から継続したリハビリテーションを実践している。診療情報管理機能では、全退院患者に対して量的点検を実施している。退院時サマリー作成率は 3 日以内で 90％以上、7 日以内で 100％を継続して達成するなど、診療情報管理

機能に積極的に取り組んでいる。医療機器管理機能として、医療機器の一元管理が行われ、日常点検・定期点検を行っている。機器の QR コードを読み込むことで、使用機器の患者名や点検状況などが可視化できる。洗浄・滅菌機能は中央化され、洗浄の質保証、滅菌の精度保証を確実に行っている。

病理診断機能は検体処理、診断精度の確保を行い、報告書の既読確認を確実に実施している。放射線治療科は、専門医・品質管理士・医学物理士・専門技師および専従看護師が勤務し、地域がん診療拠点病院としての集学的治療の機能を発揮している。輸血・血液管理機能は、責任医師の指示の下、臨床検査科にて適切に機能を発揮している。手術・麻酔機能は担当医師や麻酔科医師により安全に運営し、特定行為研修修了者も活動している。ICU・NICU にて 24 時間体制で重症患者を管理し、多職種で共同して治療に関わっている。救急救命センターとして断らない救急体制を構築し、行政と連動した救急医療体制の充実への取り組みは高く評価できる。

１０．組織・施設の管理

財務・経営管理は、全部門とのヒアリングをもとに予算書を作成している。毎月、市の監査委員事務局による検査や年 1 回の決算審査などの外部監査が実施されている。医事業務は、医事課の管理のもと、委託業者により受付から会計・収納・レセプト請求業務が実施されている。施設基準は、医事課を中心に関連部門と連携して遵守している。統計データの分析を行い、経営改善にも取り組んでいる。委託業者選定の是非は費用対効果を協議し、プロポーザル方式や競争入札などを実施している。

施設・設備は 24 時間 365 日の運用管理が行われ、日常の管理・運用や保守点検、年間計画に基づいた法定・定期点検を確実に実施している。物品管理は、管財課の管理のもと委託業者が SPD 管理をしている。医薬品の新規採用は、薬事審議委員会で安全性・経済性などを検討している。

地域災害拠点病院であり、大規模災害を想定した病院の機能存続計画（BCP）や消防計画、災害対策マニュアルを整備している。停電時の対応はマニュアルが策定され、自家発電装置を設置している。保安業務は 24 時間の保安体制で、毎日定時の院内巡視や施錠管理が行われている。

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	B
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	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	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	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	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	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	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	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	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	B
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	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	B

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 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 ： 小牧市民病院

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 ： 愛知県小牧市常普請1-20

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	520	520	+0	75.9	10.6
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	520	520	+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	30	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)	0	+0
ハイケアユニット(HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット(SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	4	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	16	+0
人工透析	17	+0
小児入院医療管理料病床	30	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	14	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+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(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),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： 11 人 2年目： 11 人 歯科： 1 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	5	4.2	31.06	2.76	76.47	17.71	50.19	17.14	3.38	8.31
呼吸器内科	8	0	54.48	4.84	35.91	8.32	3.83	13.74	6.81	4.49
循環器内科	15	0	79.88	7.10	38.80	8.99	4.93	8.97	5.33	2.59
消化器内科（胃腸内科）	10	0	75.18	6.68	30.86	7.15	4.66	11.50	7.52	3.09
腎臓内科	3	0.45	30.13	2.68	6.21	1.44	1.98	14.53	8.73	1.80
糖尿病内科（代謝内科）	2	0	24.67	2.19	2.44	0.56	3.82	12.18	12.34	1.22
血液内科	4	0	44.32	3.94	18.21	4.22	1.73	19.46	11.08	4.55
皮膚科	3	0.3	48.34	4.30	3.62	0.84	10.08	15.92	14.65	1.10
小児科	8	0.9	40.00	3.56	21.35	4.95	24.27	6.61	4.49	2.40
精神科	0	1.3	6.18	0.55	0.00	0.00	1.53	0.00	4.75	0.00
外科	3	0.3	84.07	7.47	38.02	8.81	3.47	11.33	25.48	11.52
呼吸器外科	4	0	11.86	1.05	7.37	1.71	2.67	10.17	2.97	1.84
循環器外科(心臓・血管外科)	3	1.05	8.47	0.75	7.05	1.63	3.59	21.18	2.09	1.74
乳腺外科	3	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)	8	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
泌尿器科	7	0.45	86.21	7.66	24.36	5.64	6.01	7.21	11.57	3.27
脳神経外科	6	0.3	45.23	4.02	22.78	5.28	13.95	11.50	7.18	3.62
整形外科	12	2.1	134.70	11.97	57.92	13.42	9.03	17.58	9.55	4.11
形成外科	3	0.15	21.92	1.95	0.68	0.16	11.45	5.51	6.96	0.22
眼科	3	1.05	44.25	3.93	0.25	0.06	5.85	3.00	10.93	0.06
耳鼻咽喉科	4	0.3	60.51	5.38	8.03	1.86	12.03	7.00	14.07	1.87
産婦人科	9	0.15	47.39	4.21	17.39	4.03	7.79	7.37	5.18	1.90
リハビリテーション科	1	0	11.35	1.01	0.00	0.00	0.00	0.00	11.35	0.00
放射線科	4	2.25	25.27	2.25	0.00	0.00	22.59	0.00	4.04	0.00
麻酔科	4	2.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	1	1.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	0	1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	2	1.5	0.15	0.01	0.59	0.14	62.16	5.33	0.04	0.17
歯科口腔外科	5	0	64.12	5.70	3.17	0.73	31.98	3.93	12.82	0.63
緩和ケア科	3	0	0.44	0.04	10.21	2.37	0.94	32.70	0.15	3.40
生殖医療	0	0	16.78	1.49	0.00	0.00	5.40	0.00	0.00	0.00
脳神経内科	1	0	28.28	2.51	0.00	0.00	5.81	0.00	28.28	0.00