総括

■　機能種別

主たる機能種別「一般病院２」及び副機能種別「緩和ケア病院」・「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

■　認定の種別

書面審査および8月13日～8月14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
機能種別	緩和ケア病院（副）	認定
機能種別	リハビリテーション病院（副）	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。

・機能種別　緩和ケア病院（副）
　該当する項目はありません。

・機能種別　リハビリテーション病院（副）
　該当する項目はありません。

１．病院の特色

貴院は、埼玉県羽生市を含む利根保健医療圏に位置する地域の中核的医療機関である。1983年に開設し、徐々に医療機能や病床規模を拡大し、経営主体の変遷を経て現在に至っている。「生命を安心して預けられる病院」、「健康と生活を守る病院」の理念のもと、6項目の基本方針を掲げて急性期医療、回復期医療、緩和医療、災害医療を提供している。現在は地域災害拠点病院、臨床研修病院の指定を受けており、地域の住民から厚い信頼を得ている。救急医療では二次救急医療施設として「24時間、365日断らない救急」を方針として掲げ、年間3,200件を超える救急車を受け入れ、応需率はほぼ100%を達成している。病院運営においては、5年後に目指す病院像を中期計画として掲げ、病院長を中心に病院幹部のリーダーシップのもと全職員が一丸となって、患者貢献と医療の質向上に取り組んでいる。病院機能評価は2004年以来、5度目の受審となる。このたびの受審に向けて全病院的に業務の評価を行い、多職種が連携して積極的に取り組んだ改善活動の成果を随所に確認できた。医療機能を適切に発揮している領域がある一方、課題と思われる領

域がいくつか見受けられた。今後も病院機能の向上に努められ、貴院のさらなる発展と地域医療への貢献の一助となれば幸いである。

２．理念達成に向けた組織運営

理念、基本方針は毎年見直しを検討し、理念の具体化を目的として基本方針を追加した実績がある。意思決定機関である管理者会議の決定事項は「8 時会」や朝礼、ビジネスチャットを活用して職員に周知している。5 年後の病院像を創造した 5 か年中期計画を策定している。病院長など病院幹部は病院の現状を認識し、問題解決に積極的に取り組んでいる。病院文書は文書管理規程に基づいて保存、管理している。人事・労務管理では短時間勤務や育児・介護休業、再雇用制度を整備し、昇任・昇格も基準に従って実施している。労働安全衛生委員会を月 1 回開催している。非常勤医師の健康管理や衛生管理者による職場巡視の記録の整備に期待したい。職員の意見・要望は要望箱への投書などを通して把握している。院内保育所や職員食堂などの福利厚生施設は充実している。医療安全や感染制御、医療の倫理、個人情報保護などの各種研修を実施している。人事評価制度を導入し、結果は賞与にも反映している。初期臨床研修では 360 度評価を実施している。新人看護師に対してはサークルサポートを導入し、病棟全体で育成している。医学生、看護学生、薬学生など多職種の実習生を受け入れている。

３．患者中心の医療

患者の権利は、9 項目に明文化してホームページなどに掲載し、職員・患者に周知している。説明書と同意書はガイドラインのフローチャートに沿って承認する仕組みがあるが、同席者欄については書式の見直しを期待する。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。地域医療サポートセンターを設置して患者支援に関するマニュアルを整備し、患者・家族の相談・苦情に対応している。個人情報保護方針のもと全職員を対象として個人情報保護研修を実施している。臨床倫理の方針を定め、人生最終段階における意思決定支援や宗教的輸血拒否に対するガイドラインを整備している。病院として判断が必要な場合の対応として、規程の明文化や院外の専門職種が参画する体制を期待する。入院時、アドバンス・ケア・プランニングシート等で患者・家族の倫理的な課題を把握し、多職種カンファレンスで検討している。病院独自に 3 系統の巡回バスを運行し、院内はフリーWi-Fi となっている。病棟は整理整頓し、トイレや浴室に段差はなく、臭気もなく清潔である。敷地・施設内は全面禁煙であり、喫煙する職員には健康保険組合の禁煙プログラムを推奨している。

４．医療の質

TQM 活動の発表会を毎年実施している。5 か年中期計画を作成して 14 項目の重点課題を抽出し、業務の質向上を図っている。クリニカルパス利用率の向上に努めている。臨床指標は公表しているが、分析・活用を進めて一層の質向上に取り組むことを期待したい。患者・家族からの要望は投書箱や患者満足度調査から収集し、委

員会で改善に向けて検討している。対応は院内掲示しているが、病棟内に掲示することも期待したい。新規医療技術導入は、医の倫理審査委員会で安全性などを審査し承認している。承認後のモニタリングも実行している。病棟には医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等の責任者の名前を掲示している。診療録記載マニュアルに従い、必要な診療記録を記載しており、質的点検も行って結果をフィードバックしている。病棟において週１回、多職種で患者カンファレンスを行い、情報を共有している。多職種チームが組織横断的にラウンドし効果的に活動している。

５．医療安全

病院長直轄の医療安全管理部門を設置し、医療安全管理者、医師、薬剤師、臨床工学技士、診療放射線技師が医療安全について定期的に検討している。インシデント・アクシデント報告は医療安全管理者が随時把握し、医療安全管理部門で検討している。看護部以外からのインシデント報告数の増加を期待したい。医療事故対応の規程を定め、事故および訴訟に対応する体制を整備している。患者確認はフルネーム、生年月日の名乗りを原則とし、入院患者はリストバンド、外来患者は案内票で照合している。電子カルテシステムを通じて医師と看護師、コメディカルは情報共有を行っている。薬剤の取り扱いについての手順を定めて、安全に使用している。麻薬の保管管理方法は見直しを行った。全入院患者に転倒・転落リスク評価表を用いて評価し、危険度に応じた対策を実施している。医療機器管理マニュアルを整備し、輸液ポンプ、人工呼吸器など医療機器を安全に使用できるようスタッフ教育を行っている。院内緊急コードを設定し、緊急時の対応手順を明確にしている。救急カートは施錠せず、緊急時速やかに使用できるよう医薬品配置の見直しを期待する。

６．医療関連感染制御

医療関連感染を防止するための部門と委員会には専任職員を配置して権限を付与し、病院感染防止にかかる手順や基準を定め、感染防止対策を推進している。感染予防対策部門が病院全体およびターゲットを明確にした感染状況を把握し、院外施設と共有した情報を加えて分析を行い、医療関連感染を制御している。感染対策マニュアルを整備し、感染対策チームは標準予防策、経路別予防策、手指衛生の実施状況などを確認している。抗菌薬を適正に使用するために、薬剤選択や使用期間を定期的に確認している。多剤耐性菌に対する治療薬は届出制としている。

７．地域への情報発信と連携

地域への情報発信に向けて広報マーケティング委員会を設置し、SNS 等を積極的に活用している。広報誌を年 2 回発行し、広く配布している。毎年、患者や地域の住民を対象とした祭りを開催し、病院の周知を図っている。地域の医療ニーズに対応するために、地域医療機関を対象に各種医療機器の共同利用を促進しており、PET - CT の利用に関しては患者の無料送迎を実施し、地域の医療水準の向上と患者

の便宜を図っている。共同利用の検査結果は医療機関に持参し、患者情報を共有することで医療ニーズの把握に努めている。協力医療機関との連携会議等を開催しているほか、新任医師が協力医療機関を訪問するなど、病病・病診連携を推進している。地域医療サポートセンターでは地域の学校、公民館、自治会、企業等を対象として、多様なテーマによる医療講演会等を開催している。地域の医療従事者には心肺蘇生法講習会を開催しており、教育・啓発活動に努めている。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

総合案内に常時職員を配置して、患者の要望に応えている。外来診療では患者の誤認防止や安全配慮の手順を定めている。入院診療の基準を定め、患者・家族の同意を得た上で実施している。入院時に多職種で患者の評価を行って入院診療計画書を作成している。「相談窓口」を設置し、相談時は個室を用意するなどプライバシーに配慮している。PFM（Patient Flow Management）で転倒・転落等の必要なアセスメントを実施している。チーム医療のリーダーとして、医師は多職種と情報共有を行い、患者の診療を実践している。看護基準・手順等を整備し、患者の意向を尊重した看護を実践している。看護師とケアアシスタントの役割分担を明確にし、タスクシフトを進めている。病棟薬剤師は薬剤服用や注射実施について医師に助言や提案を行い、看護師にも指導している。輸血マニュアルを整備し、説明と同意、誤認防止対策、施行中の観察を行っている。周術期の対応として術前患者訪問、術中・術後の評価を行っている。重症患者の管理は、ICU・HCU において多職種が連携して対応している。全入院患者に褥瘡リスク評価を行い、ハイリスク患者には認定看護師が介入している。管理栄養士は入院中から退院後の生活を見据えた栄養量の調整等を行い、退院後も施設と連携を図っている。緩和ケアチームは麻薬の副作用や継続に対する評価を病棟看護師や薬剤師とともに行っている。リハビリテーションの実施計画は多職種が関与し、患者・家族の同意を得て実施している。身体拘束は原則行わないことを基本とし、実施する際は説明と同意を得ている。身体拘束解除についてはルールの遵守を期待する。サポートセンターでは入院前から PFM に基づいて退院後のリスクを評価し、退院に向けた支援を行っている。退院後、外来通院する場合には病棟看護師から外来看護師に情報提供している。ターミナルステージの判断は PPI を使用し、多職種が協働して患者・家族の意向を尊重した支援を行っている。

＜副機能：リハビリテーション病院＞

回復期リハビリテーション病棟入院予定患者には事前に家族面談を行っている。入院時外来で採血、胸部 XP 等を実施し、造影剤使用の検査では看護師が待機している。入院依頼には多職種で対応している。透析患者も受け入れており、地域貢献度は高い。療法士はリハビリテーション実施計画書ならびにリハビリテーション総合実施計画書を作成している。担当 MSW は入院後 1 週間、その後は 3～4 週間ごとに家族に患者の状況を説明している。平日の朝 9 時に医師とリーダー看護師が回診を行い、患者の訴えを把握している。介護福祉士は専門性を生かせるような組織体

制の構築が期待される。経口薬は薬剤師と看護師がダブルチェックして患者に投与している。褥瘡のある患者には褥瘡対策チームがラウンドし、DESIGN-R®2020 で評価している。入院時全患者を対象に管理栄養士が GLIM 基準で評価している。各療法士は入院初日の評価やリスク評価に基づきリハビリテーション計画を立案し、定期的に計画変更している。療法士は早出をして看護師、介護職と協働し、食堂での食事や毎朝夕の更衣等を通して、生活機能の向上に取り組んでいる。身体拘束最小化チームがあり、週 1 回のラウンド、解除カンファレンス、研修会等を行っている。同意書には開始日時、解除予定日時の記載が望まれる。転院前の家族面会時、患者・家族の思い、家族背景等の情報収集を行っている。自宅退院 1 週間後に退院後の生活状況を電話で確認している。

＜副機能：緩和ケア病院＞

患者の受け入れは、ホームページやパンフレットに明示している。緩和ケア病棟を担当する MSW の配置を期待したい。体腔穿刺や中心静脈路確保を伴う検査では、説明し同意を得て施行する。緩和ケア病棟入退棟基準を定め、入棟判定会議で入棟の適否と優先順位を決定し、緊急症例にも対応している。入院診療計画書は個別性の高い内容になるとさらに良い。緩和ケア実施計画書を患者・家族に説明し、署名で同意を確認している。複数のがん診療科医師と非常勤の緩和ケア医師が中心となって病棟業務を担当している。看護師は各種リスク評価と日々の観察を通じて病態を把握し、他の職種と情報共有を図っている。患者・家族の QOL の維持・向上を目標に、多職種スタッフが患者の心身両面から対応し、苦痛の緩和に努めている。一般的な症状緩和に関する指示の標準化が期待される。看護師は与薬手順を順守し、医療用麻薬は、飲み込むところまで服薬確認している。症状緩和のための輸血を実施する場合に備えて、標準的な手順を整えている。褥瘡対策に関するマニュアルを整備し、予防・治療を行っている。終末期における食事支援の重要性は管理栄養士を含めたチーム全体でよく認識している。緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの重要性を病院全体として認識しており、積極的に支援している状況は高く評価できる。緩和ケア病棟では基本的に身体抑制は実施しない方針である。稀に施行する場合も、標準的な方法で最小化に努めている。入院早期から患者・家族の意向を確認し、在宅療養を希望する場合には専門的な視点から助言や指導を行っている。退院後の診療には主治医の外来通院、在宅診療機関、訪問看護ステーション等がある。臨死期であることは、医師が説明し看護師はパンフレットを用いて伝え、家族の理解度と看取りに関する希望を確認している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤部では処方鑑査と調剤鑑査を行い、医療安全と業務の効率化を推進している。臨床検査部門はパニック値への対応を確実に実施している。画像診断検査では緊急を要する所見について速やかに医師に伝達している。患者給食は嗜好調査を実施し、患者の要望に応じた食事の提供に努めている。病院として急性期および回復期リハビリテーションを行う方針を定め、廃用症候群予防にも取り組んでいる。診

療記録の量的点検は全件実施している。医療機器の管理では貸出・返却の機器が交差しない仕組みとなっている。洗浄・滅菌機能を中央化し、各種インディケーターを組み合わせて実施している。病理診断では組織診・細胞診の誤認防止を徹底し、報告書の開封確認も確実に実施している。放射線治療はインフォームド・コンセント、シミュレーション、カンファレンスの場面で多職種が協働している。輸血・血液管理では発注・保管・供給・返却・廃棄などの業務を確実に行っている。手術・麻酔ではスケジュール管理、手術室の清潔管理を実施している。集中治療機能としてICUやHCUを運用し、各診療科医師と多職種スタッフが連携して患者情報を共有し、患者・家族に寄り添う体制を作り上げている。救急医療機能では、断らない救急を実践してほぼ全件受け入れており、地域の救急医療体制に大きく貢献している。

１０．組織・施設の管理

年次予算を策定し、月次決算を通して予算の進捗状況を管理している。法人本部等による随時の監査にも対応している。医事業務では施設基準の管理と点検を行い、レセプトは全件点検して返戻・査定にも対応している。業務委託は、委託内容と委託先の選定、契約の締結、実行管理、見直し等を行っている。医薬品の新規採用は薬事委員会で検討し、診療材料等の購買は資材課が一元的に行っている。高額医療機器等の購入は本部決裁となり、内部牽制機能を発揮している。施設・設備において、時間外・休日に故障等が発生した場合の緊急連絡体制を整備している。施設・設備の保全管理は中期的な営繕計画を検討し、予防保全に取り組んでいる。災害拠点病院としてDMATを所有している。災害発生時に職員がとるべき行動について周知している。水道は災害時用として井水施設を整備し、自家発電装置も設置している。保安体制は24時間体制で警備員が定期的に巡回警備を行っている。院内暴力が発生した場合には、緊急コールで職員や警察OB、警備員が現場に急行する体制になっている。

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	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	B
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	B
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	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	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	B
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	S
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	A

機能種別：緩和ケア病院（副）
2　良質な医療の実践１

評価判定結果

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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	緩和ケアに必要な診断的検査・処置を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	患者主体のケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理 と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	S
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	臨死期への対応を適切に行っている	A

機能種別：リハビリテーション病院（副）
2　良質な医療の実践１

評価判定結果

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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	B
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A

2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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 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 ： 医療法人徳洲会 羽生総合病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2、リハビリテーション病院(副機能)、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者 ： 医療法人

I-1-4 所在地 ： 埼玉県羽生市大字下岩瀬446

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	391	391	+80	97.9	20.6
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	391	391	+80		

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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	12	+12
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)	24	+14
脳卒中ケアユニット(SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+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	0	+0
人工透析	60	+2
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	40	+40
地域包括ケア病床	16	+16
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	60	+34
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 ：

災害拠点病院(地域),DPC対象病院(DPC標準病院群)

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： 7 人 2年目： 8 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	2	4.7	165.58	23.93	71.82	18.76	17.85	19.00	24.71	10.72
呼吸器内科	0	0.4	7.48	1.08	0.01	0.00	1.64	1.00	18.71	0.02
循環器内科	3	0.12	40.58	5.87	128.92	33.67	3.70	30.71	13.01	41.32
消化器内科（胃腸内科）	0	1.91	3.95	0.57	0.39	0.10	1.64	3.97	2.07	0.20
腎臓内科	0	0.1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
神経内科	1	0.27	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
糖尿病内科（代謝内科）	0	0.5	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
血液内科	0	0.4	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
皮膚科	0	0.8	32.41	4.69	0.00	0.00	9.28	0.00	40.52	0.00
リウマチ科	0	0.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
小児科	1	0.8	34.68	5.01	0.93	0.24	31.24	3.60	19.27	0.52
精神科	0	0.1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
外科	6	1.45	41.10	5.94	54.61	14.26	16.44	16.58	5.52	7.33
呼吸器外科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
循環器外科(心臓・血管外科)	3	0.05	3.54	0.51	6.42	1.68	8.94	20.03	1.16	2.11
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)	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
泌尿器科	5	0.4	51.66	7.47	4.56	1.19	3.79	4.72	9.57	0.84
肛門外科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
脳神経外科	2	0.4	18.26	2.64	26.23	6.85	5.68	36.20	7.61	10.93
整形外科	4	0.2	46.84	6.77	70.78	18.49	8.52	30.41	11.15	16.85
形成外科	1	0	11.46	1.66	4.74	1.24	10.45	9.38	11.46	4.74
眼科	1	0.2	13.23	1.91	0.22	0.06	6.50	1.11	11.03	0.18
耳鼻咽喉科	0	1.2	23.19	3.35	0.04	0.01	19.53	4.00	19.33	0.03
小児外科	0	0.02	34.68	5.01	0.00	0.00	0.00	0.00	1,734.18	0.00
産婦人科	4	2.1	35.38	5.11	12.14	3.17	9.14	8.43	5.80	1.99
リハビリテーション科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線科	3	0.8	6.18	0.89	0.00	0.00	40.31	0.00	1.63	0.00
麻酔科	0	4.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	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	0	1.9	2.88	0.42	0.01	0.00	140.26	1.25	1.52	0.01
歯科口腔外科	2	0.3	22.48	3.25	1.02	0.27	36.54	2.66	9.77	0.44
緩和ケア科	0	0.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
漢方内科	0	0.2	8.59	1.24	0.00	0.00	1.66	0.00	42.96	0.00
人工透析	0	1.3	87.67	12.67	0.00	0.00	0.05	0.00	67.44	0.00
研修医	15	0								
全体	56	25.22	691.83	100.00	382.85	100.00	12.13	20.67	8.52	4.71

I-2-2 年度推移

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数	691.83	674.33	643.99	102.60	104.71
1日あたり外来初診患者数	83.90	80.79	82.23	103.85	98.25
新患率	12.13	11.98	12.77		
1日あたり入院患者数	382.85	274.16	240.61	139.64	113.94
1日あたり新入院患者数	18.62	16.86	14.74	110.44	114.38