

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「精神科病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および2月12日～2月13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 | 精神科病院（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 精神科病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は1930年（昭和5年）に創設されて以来100年近くの歴史を重ね、旭川北部の医療圏において、高度な医療を推進し、救急患者の受け入れや緊急手術への対応等、救命率向上にも大きく貢献している。特徴的な活動としては、一般病床の全てが急性期・高度急性期病床であり、地域がん診療連携拠点病院として2023年に最新の放射線治療装置を導入、ロボットによる低侵襲性手術などに積極的に取り組んでいる。2024年10月には道北、道東地域において、旭川医大に続く血管外科を開設し、腹部大動脈瘤や下肢動脈閉塞などの治療を行っており、地域からの信頼も厚い。また、精神神経科の病床100床は、基幹病院として市内最多であり、この度の受審では副機能としての安全で良質な医療を提供する取り組みが高く評価されている。施設基準は上川中部唯一の第二種感染症指定医療機関や基幹型臨床研修病院など、多くの指定を受けている。

一方、医療環境としては、小児人口の減少や高齢者人口が加速度的に増加しているという課題も抱えており、貴院においても、医師の確保や経営の安定化など取り組むべき課題も多く見受けられた。本受審に際しては、院長・幹部職員の強いリーダーシップの下で職員が一丸となり、病院機能の向上に取り組んできた成果を随所に拝見することができた。今回の受審を機に貴院が自らを再評価し、さらなる高みに変革・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

病院の理念には、「患者さん中心の医療を行い、市民から信頼される病院を目指します」を掲げ、6つの基本方針とともにわかりやすく明文化され、病院内外に周知している。病院管理者・幹部の選任過程は明確である。病院の将来像や取り組むべき重点項目を職員に示し、職員の経営参画意識を高めるとともに、三役による院内ラウンドを継続することで課題解決を図っている。情報の管理・活用の方針を定め、医療の質や安全性、効率性に向けた取り組みが推進されている。新たな文書管理の仕組みが構築され、運用を始めたところであるため、定着するまでの継続的な管理体制の構築が望まれる。

役割・機能に見合った人材確保に努めているが、診療機能の充実のためにリハビリテーション医、病理診断医などをさらに確保することを期待したい。就業規則など、人事・労務管理に必要な規程類を整備のうえ周知している。安全衛生委員会が毎月開催されている。職員の意見・要望は、満足度調査による把握と検討がなされている。就業支援に向けた制度や福利厚生は充実しており、魅力ある職場とするための様々な努力が認められた。教育・研修は、教育研修課が取りまとめているが、病院として必要性の高い研修については全職員向けに実施するとともに参加率を高める取り組みが望まれる。職員の能力評価や業績評価に対してツールや面談を用いて評価を行い、結果は本人にフィードバックされている。初期研修についても独り立ちするための必要なカリキュラムを作成し、習熟度を評価している。学生実習は、必要な項目についてオリエンテーションを実施し、カリキュラムや評価基準に沿って行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を擁護するために、2025年2月に「患者さんの権利と責務」7項目をまとめ、明文化のうえ院内外へ周知している。今後、精神・身体の障害者に対する権利などについても議論が進むことが期待される。説明すべき内容や書式は基準で統一し、同席基準もあり、患者・家族の意思決定支援を行っている。文書同意が必要となる診療行為の範囲について具体化が望まれる。患者との情報共有と患者参加を促進するために各種パンフレット、入院前面談、患者情報コーナーを整備し、患者会等の機会も活用している。患者からの相談は地域医療連携課で行い、ホームページや院内掲示等で周知するとともに、相談記録は機密性に配慮したうえで記録・保管している。虐待対応疑いについてはマニュアルを整備し、職員に周知している。患者の個人情報や規程に基づき管理されている。研究等における診療データの二次利用については、新たな運用手順に従い、継続的に運用することが望まれる。

倫理的課題に対する方針は、倫理委員会や医療安全カンファレンスで検討し、決定しているが、倫理委員会の役割・機能のさらなる明確化が望まれる。日常診療における倫理的な課題が生じやすいさまざまな事案に対して、病棟看護師や社会福祉士が中心となり多職種による検討がなされている。患者・面会者の安全性・利便性・快適性への配慮は適切に行われている。病棟の療養環境は、診療・ケアに必要なスペースが確保され、小児病棟含め、配慮が行き届いている。受動喫煙の防止

は、敷地内禁煙の徹底や禁煙外来の受診勧奨など、適切に実施している。

4. 医療の質

業務の質改善では、DPCなどの分析から経営面にも効果を発揮した報告がなされているが、部門横断的に活動できる統括部門を設置するなど、さらなる取り組みを期待したい。診療の質の向上に向けた活動では、症例を検討する場として、診療科カンファレンスのほか、合同カンファレンスやキャンサーボード、CPC、M&Mカンファレンスなどを開催している。患者・家族からの意見は意見箱にて収集し、患者サポートカンファレンス会議や各部署で対応を検討しており、寄せられた意見をサービスの質向上につなげている。

新たな診療・治療方法や技術の導入では、外部委員を含めた倫理委員会で審査・承認する仕組みがあるが、医薬品や医療用機器の適応外使用に関する規程の整備や職員への周知が望まれる。病棟の責任医師、病棟師長等を掲示しており、病棟責任者の役割、主治医不在時の体制確保等、診療・ケアの管理・責任体制は明確である。基幹型臨床研修病院として、退院時サマリーの2週間以内作成率100%に加え、研修医を含む全診療担当医師の診療録の多職種による質的点検の実施を期待したい。多職種で構成した多くの専門チームが、定期的な回診や介入依頼に対応している。診療科間は、恒常的に相談対応を行っており、カンファレンスも実施している。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制では、医療安全管理課に副院長である専任医師と専従看護師が配置されており、多職種で構成された約10名を中心に、タイムリーな情報共有と対策の実施を行っている。医療安全対策マニュアルも整備され、適宜改訂している。報告システムである「I・Aレポート」は、電子カルテで報告する体制が整っているが、報告件数の増加に向けた工夫や活動を期待したい。医療事故発生時の手順はマニュアルに明記し、職員に周知している。病院賠償責任保険制度に加入している。今後は医療メディエーターの介入基準の整備とともに、積極的な活用を期待したい。

患者誤認防止については、リストバンドで確実に確認を行う運用の徹底が望まれる。口頭指示は院内で統一した用紙が用いられている。指示者・受領者およびダブルチェックのため、看護師がさらに1名、指示受けに関与している。プレフィルドのカリウム製剤を使用する際の希釈方法の明確とともに、定数配置された向精神薬については減少させるための取り組みが望まれる。全患者へのリスク評価と多職種カンファレンスで情報共有を行い、転倒・転落防止対策に職員が一丸となって取り組んでいる。急変時対応については、院内の緊急コードとしてコードブルーを設定し、各部署・部門に明示しているが、全職員を対象としたBLS訓練の体制整備が望まれる。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制では、感染対策の実務は感染対策課に含まれる ICT と AST で行われており、権限も付与され感染制御に向けた体制が確立している。情報収集と検討への取り組みとしてサーベイランスを実施しており、CLABSI および CAUTI については院内全体でデータを取得しているが、SSI に関しては消化器外科のみである。今後は手術症例全体への拡大が望まれる。

医療関連感染を制御するための活動では、感染対策課が中心となり、標準予防策と感染経路別予防策を実践している。特に、CRBSI の減少に積極的に取り組んでいる。抗菌薬の適正使用については、AST によりカルバペネム系やバンコマイシン等の申告制の抗菌薬や長期使用について検討がなされ、問題と考えられた症例では ICD が説明し、主治医と方向性を決めている。診療科からの抗菌薬による治療の相談にも積極的に関与している。

7. 地域への情報発信と連携

病院広報は、広報誌「きらきら星」を発行しており、診療科の紹介、旬の食材レシピ、疾患や治療等を簡潔に掲載している。ホームページには、病院からのお知らせやアクセス方法のほか、診療実績、臨床指標、診療科、部門紹介、採用情報等を掲載し、内容の更新を都度行っている。さらに、YouTube や Instagram など複数の公式 SNS を開設し、よりわかりやすい情報発信を行っている。

地域の医療機能・医療ニーズは、地域医療連携課が他部門と連携して情報収集するほか、室長である院長、副院長、連携事務担当者にて医療機関から直接意見を伺い現場に反映させている。地域のがん診療連携拠点病院であり、5 病院間で共有できる情報システムの活用や施設の共同利用のほか、後方連携も推進している。さらに、病院間連携システム「たいせつ安心 i 医療ネット」にも参加している。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動では、地域住民、学校などに向けた医療講演や院内における医療講演の開催など、多くの機会を提供している。

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、ホームページや院内掲示等で提供している。外来診療は適切に実施しており、入院の適応も必要な検査を経て決定している。外来の鎮静剤を使用した場合の帰宅判断や、化学療法室や透析室における患者への指導や管理は行き届いているが、鎮静を伴う侵襲的検査後の統一した帰宅基準の策定が望まれる。入院診療計画書は多職種で作成しているが、様式の見直しと個別性に配慮した内容で記載することが望まれる。医療福祉相談室やがん相談支援センターでは、多岐にわたる相談に対応している。入院支援センターで入院時に必要な調整を行い、薬剤師や管理栄養士が関わる仕組みがある。

医師はグループでの回診を含め、ほぼ毎日回診を行っている。看護体制や看護業務は、看護基準・手順書に明示している。診療の補助技術についても、各検査・手術などの手順書を整備している。輸血は適正使用指針に沿って実施し、輸血療法委員会で効果や副作用の検証を行っている。術後疼痛管理（APS）チームを立ち上

げ、2024年度の介入実績は190件を数え、術前・術後訪問の拡充と手術室看護師の資格取得へのモチベーション向上につながっている。

褥瘡発生リスク評価や栄養管理計画も積極的に行われている。リハビリテーション実施計画書の個別性ある記載やリスク評価は今後の充実を期待するとともに、早期リハビリテーションに向けた体制整備を期待したい。そのほか、身体拘束への取り組み、退院支援における多職種との情報共有など、いずれも適切に実施している。ターミナルステージの判断基準は、予後予測ツールを活用して多職種カンファレンスで共有している。

<副機能：精神科病院>

精神医療は、外来と閉鎖病棟で運用している。児童思春期の患者が増加傾向にあるため、思春期担当医師は、新聞のネット配信連載で疾患をわかりやすく解説しており、患者・家族の理解につなげている。電気けいれん療法は、麻酔医管理のもと手術室で行っている。精神科の入院形態は、任意入院、医療保護入院、措置入院とあるが、精神保健福祉法を遵守している。看護体制はチームナーシング制を基準にしており、精神科領域に精通した知識を持つ精神科認定看護師が2名在籍しており、精神看護全体の質を向上させている。

医師は、責任を持って病棟業務を行い、回診で得た情報をもとに病状や処遇の検討を行い、多職種カンファレンスでチーム医療を強固なものにしている。看護師は、患者の病態に合わせたケアを行い、早期退院を支援している。薬剤師は、薬剤の安全使用に配慮している。管理栄養士は、患者の食物アレルギーや摂食嚥下に配慮している。療法士は、患者のADLの低下を予防し、社会復帰のための支援を行っている。地域医療連携課は、外部との連絡調整等に余念がない。患者退院時には退院先へ診療情報や看護サマリーを提供し、その人らしい生き方ができるよう支援している。

9. 良質な医療を構成する機能

院内薬剤リストには1,800品目を掲載している。新規医薬品の採用に関しては、最初に薬剤委員会で詳細な議論が行われている。臨床検査機能について、パニック値の報告は、新たなマニュアルをもとに継続的な運用が望まれる。造影剤のアナフィラキシーショックの訓練が年1回実施され、読影結果の依頼医による確認は未読リストから確認を促す仕組みがある。栄養管理機能は、HACCPに沿った衛生管理と食欲不振患者への個別対応のほか、行事食を頻繁に行うなど、食の楽しみへの工夫がなされている。リハビリテーション機能では、リハビリの継続性が担保されるように週末や年末年始の療法士による交代勤務が行われ、多職種カンファレンスで共有している。診療情報管理機能は、電子カルテによる一元管理がなされている。医療機器は、医療機器管理台帳、保守点検計画に沿って中央管理している。使用前後の明確化と一元管理の徹底が望まれる。臨床器材科は、サプライセンターと適宜ミーティングを行い、協働で消毒・滅菌業務を行っており精度保証も適切である。

病理診断では、悪性所見の見落とし防止について積極的に取り組んでいる。ま

た、報告書や標本、有機溶媒や試薬管理も適切である。放射線治療機能は、市内の他院入院中の患者も含め毎日約 30 名の治療を行っている。がん放射線療法看護認定看護師の活用により、少ない人員においても優れた診療を実現している。輸血・血液管理機能は、血液製剤の保管・管理・供給を適切に実施し、輸血療法委員会で在庫や廃棄率の低減に向けて検討している。周術期の機能は緊急手術を含め常勤麻酔医が関与しており、術直前・術中・術後にわたる安全対策も適切である。ICU と CCU が稼働し、入退室基準を遵守している。また、必要機器を整備し、多職種が積極的に診療に関与している。救急医療機能は、年間約 2,700 件の救急搬送を受け入れ、応需率は約 70% である。全ての専門診療科がオンコール体制を敷いているなど、適切に機能を発揮している。

10. 組織・施設の管理

予算編成は、各部門から要望聴取を行い、三役会議で決定している。病院会計準則に基づく会計処理がなされ、決算監査も受けている。経営状況の検討を行い、全職員に対して院内掲示板で発信することにより、経営参画意識を向上させている。医事業務や収納事務は、マニュアルに従い夜間・休日も対応している。レセプトの確認や返戻・査定に関連委員会における協議・幹部報告なども適切である。未収金対策として、債権回収業務を法律事務所と締結している。委託の必要性は、三役会議等の判断を経て次年度予算に反映し、委託内容の見直しは毎年度行っている。委託職員の個人情報保護や事故対応も明確である。

病院の規模や診療機能等に応じた施設・設備を整備しており、法定点検や保守点検を実施している。感染性廃棄物などの処理も法令に沿って適切に実施している。診療材料の管理を SPD 方式で行っており、内部牽制は適切である。薬剤・医療機器・診療材料は、所管の委員会で採用を決定している。棚卸・使用期限確認・定数確認を適切に行っている。災害時等への危機管理への対応として、大雨・地震による河川氾濫・堤防決壊、直下型地震などを想定した事業継続計画（BCP）および感染症 BCP、IT-BCP などを策定している。保安業務は、守衛室に複数名の警備員を常時配置しており、院内外の監視や巡視、施錠管理等を実施している。また、院内に防犯カメラを多数設置しており、緊急時および夜間・休日の連絡・応援体制も整備している。

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 | 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | 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 | 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | S |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 3.1.2 | 臨床検査機能を適切に発揮している | B |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 3.2.2 | 放射線治療機能を適切に発揮している | S |
| 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 | S |
| 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 | B |
| 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 | 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 | B |
|-------|------------------------|---|

| | | |
|-------|---------------|---|
| 4.6.2 | 保安業務を適切に行っている | A |
|-------|---------------|---|

機能種別：精神科病院（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 | 任意入院の管理を適切に行っている | A |
| 2.2.5 | 医療保護入院の管理を適切に行っている | A |
| 2.2.6 | 措置入院の管理を適切に行っている | A |
| 2.2.7 | 医療観察法による入院の管理を適切に行っている | NA |
| 2.2.8 | 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している | A |
| 2.2.9 | 患者・家族からの医療相談に適切に対応している | A |
| 2.2.10 | 患者が円滑に入院できる | A |
| 2.2.11 | 入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している | A |
| 2.2.12 | 医師は病棟業務を適切に行っている | A |
| 2.2.13 | 看護師は病棟業務を適切に行っている | A |
| 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 | 電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている | A |
| 2.2.17 | 褥瘡の予防・治療を適切に行っている | A |
| 2.2.18 | 栄養管理と食事支援を適切に行っている | A |
| 2.2.19 | 症状などの緩和を適切に行っている | A |

| | | |
|--------|----------------------------------|---|
| 2.2.20 | 急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている | A |
| 2.2.21 | 慢性期のリハビリテーションを適切に行っている | A |
| 2.2.22 | 隔離を適切に行っている | A |
| 2.2.23 | 身体拘束を適切に行っている | A |
| 2.2.24 | 患者・家族への退院支援を適切に行っている | A |
| 2.2.25 | 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している | A |
| 2.2.26 | ターミナルステージへの対応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 10月 31日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 市立旭川病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2、精神科病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 市町村
 I-1-4 所在地： 北海道旭川市金星町1-1-65

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 | 372 | 318 | +0 | 62.3 | 12 |
| 療養病床 | | | | | |
| 医療保険適用 | | | | | |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | 100 | 100 | +0 | 67.9 | 34 |
| 結核病床 | | | | | |
| 感染症病床 | 9 | 9 | +3 | 0 | 0 |
| 総数 | 481 | 427 | +3 | | |

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 | 3 | +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) | 4 | +0 |
| 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 | | |
| 人工透析 | 20 | +0 |
| 小児入院医療管理料病床 | 14 | +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 | 0 | -50 |
| 精神療養病床 | | |
| 認知症治療病床 | | |

I-1-7 病院の役割・機能等

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： 2人 2年目： 5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

