

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 6 月 24 日～6 月 25 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

貴院は基幹病院として、地域の救急医療と精神科医療を担いつつ、小児医療、人工透析に加え、地域包括ケア病床などを備えており、一貫して、地域住民のための医療を展開している。さらに、がん診療連携拠点病院（地域）、エイズ治療拠点病院などの役割・機能を持ち、基幹型臨床研修病院の指定も受けている。理念の実現に向けた取り組みを通して、旭川市の中核病院として地域社会と市民の信頼を得ており、評価できる。

病院機能評価を継続して受審している貴院は、今回の審査でも、幹部の強いリーダーシップのもと、職員が一丸となって、安全で良質な医療を目指す取り組みを進めている状況が確認された。適切な取り組みの一層の充実、また、さらなる検討が望ましい点への対応など、今後とも継続的な活動を通じて、貴院がますます発展することを期待したい。今回の審査結果が、貴院の診療機能や医療安全の一層の向上に寄与することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

患者中心の医療の実践を理念に掲げ、それを具現化するための基本方針についてもわかりやすく明文化しており、定期的に見直し、病院内外へ周知している。病院管理者・幹部は経営計画に基づき、BSC から導き出された課題を目標に設定するな

ど、職員の就労意欲を高める組織運営のためにリーダーシップを発揮している。病院運営に必要な会議・委員会も開催されており、効果的・計画的な組織運営がなされている。情報の管理・活用の方針は明確であり、医療の質や安全性、効率性に向けた取り組みも推進され適切である。規程に則った院内の文書管理の仕組みが構築されている。

病院の機能・規模や業務量に見合った人材確保のため努力されているが、引き続き、充実に向けた取り組みを期待したい。就業規則をはじめ人事・労務管理に必要な規程類を整備し、職員への周知も適切である。職員の健康診断は非常勤医師を含め、確実に実施している。職業感染への対応、ストレスチェックとその後の相談体制も整備されており、職員の安全衛生管理を適切に行っている。職員の意見・要望を把握・検討しており、就業支援に向けた配慮や福利厚生なども適切である。教育・研修については、参加率をさらに増加させる取り組みなどを期待したい。職員の能力評価・能力開発の取り組みは適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化しており、患者・家族に対しては入院のしおり、ホームページ、院内掲示等で、職員に対してはネームプレート、研修で周知している。診療記録の開示請求があったものは全例開示しており、適切な取り組みがみられる。説明と同意の方針と手順は明確であり、患者・家族の反応も多職種で情報を共有している。診療・ケアに必要な既往歴・服薬歴の情報を共有し、患者図書室では患者・家族が理解を深めるための図書が閲覧できる。がん患者サロンで患者・家族が参加できるミニセミナーを開催するなど、医療への患者参加を促進する取り組みは適切である。患者支援体制では、がん患者のための就労支援等、院内外との連携を推進している。

個人情報保護方針が明示され、診療・研究・教育における個人情報・プライバシーの保護はおおむね適切である。臨床における倫理について、規程を明文化し、DNAR 指示に関するガイドラインも整備されている。日常の倫理的課題は、看護部門を中心に多職種で検討しており、解決困難な事例は委員会で審議できる仕組みがあり、倫理的課題に継続的に取り組んでいる。

病院の玄関近くに、多くの路線バスの停留所を設置し路線バス運行情報表示システムの案内等もしており、病院へのアクセスは至便である。障害者専用の駐車スペースやオストメイト対応等のトイレ、院内通路の両側の手摺り等を設置している。療養環境は診療・ケアに必要なスペースを確保し、院内は整理整頓・清掃が行き届き、トイレ、浴室の利便性や清潔性、安全性に配慮している。精神科病棟も含め敷地内全面禁煙の方針を明示し、啓発ポスターの掲示等、たばこの害についての啓発活動を行っている。

4. 医療の質

患者・家族等の意見・苦情は把握し、各部署の対応策は会議等で検討して、院内の掲示やホームページにて公表している。患者満足度調査を実施し、検討委員会でまとめており、適切である。症例検討会、病理検討会を開催している。クリニカル・パスは適応率、バリエーションの検討がなされ、電子パスの推進も行われている。臨床評価指標は、基本的な指標を測定しホームページで公表しており、おおむね適切である。新たな診療や治療方法の導入の有無については、委員会での検討を経て決定する仕組みである。薬剤の適応外使用や臨床研究に関する倫理的な審査についても、委員会で検討しており、適切である。

病棟・外来の診療の責任体制は明確であり、診療・ケアの責任者は、診療状況を把握している。入院、外来ともに診療情報は、電子カルテシステムを用い、入力・記載基準に沿って遅滞なく記録している。診療記録の質的点検が実施されており、さらなる記録の充実を期待したい。多職種協働の診療・ケアでは、診療科の枠を超えてカンファレンスを実施し患者の治療方針を決定している。多職種参加のカンファレンスを実施し、NST、褥瘡対策、緩和ケア、退院支援等、チーム活動を行っており、多職種協働による診療・ケアは適切である。

5. 医療安全

医療安全管理者を配置し、安全確保に向けた活動を展開している。アクシデント・インシデント報告は速やかに病院幹部が把握しており、事例の確認や集計が行われている。各部署では事例の分析などを行って、委員会に報告・提案しマニュアルの改訂に繋げている。

誤認防止対策として、外来受診、画像撮影、処置、点滴、採血の際の患者確認は、基本的に患者がフルネームで名乗る方法を取っている。また、全入院患者にリストバンドを装着しており、手術室ではサインイン、左右間違い予防のマーキングやタイムアウトを行うなど、誤認防止対策を実施している。処方・指示等の情報伝達は、電子カルテにより院内で定めた手順に沿い、実施している。指示受けと実施の記録も適正で、口頭指示の手順も確立しており、適正に実施できるよう配慮されている。薬剤の安全な使用に向けた対策はおおむね適切に実践されており、抗がん剤はすべての調製・混合を薬剤師が実施している。全入院患者に、アセスメントシートを用いて転倒・転落リスクを評価し、危険度に応じた防止対策を看護計画に記載して、定期的に再評価している。また、環境チェックを行い、危険因子を除去する取り組みがある。

医療機器については人工呼吸器、輸液・シリンジポンプ等の操作手順が整備され、使用前点検や使用中の作動確認を実施しながら、安全な使用に努められている。人工呼吸器装着中はチェックリストを用いて設定等の確認を行っている。患者等の急変時については、院内急変コードが設定され、一斉コールにより職員が参集する運用である。整備済みの表示をした救急カートは院内統一で各所に配置されており、看護師や薬剤師が物品や薬品の整備を行っている。院内開催のBLSは全職員対象である。

6. 医療関連感染制御

感染管理看護師（ICN）を配置し、管理担当者の権限を明確するために感染制御チーム（ICT）を、抗菌薬の選択を支援するチーム（AST）を有し、それぞれ積極的な活動を実践している。ICTは、医療安全面にも考慮した感染制御のための課題や対策を検討し、感染制御の実施体制の整備と強化に努めている。感染対策のマニュアルは実用的かつ使用しやすさに配慮して作成しており、必要に応じて適宜改訂を行っている。ICTは医療安全と感染対策の両面からの支援体制をもとに構築されており、感染制御のための教育から感染防止まで、幅広く活動を実践している。近隣施設とのICT相互視察活動を通してそれぞれの感染防止活動を客観的に評価する機会をもち、院外の情報収集に取り組んでいることも含めて、文字通り「組織横断的」な取り組みを積極的に実践していることは、高く評価できる。

感染性廃棄物や体液・血液等の付着したリネン・寝具類の取り扱いを含め、医療関連感染制御に向けた活動は適切に実践されている。ICTが抗菌薬の使用実態を確認したうえでその選択、投与量・投与方法、周術期などの特殊状況下での使用基準を把握するとともに監視をして、遵守率の向上と維持に努めている。ASTにより適正使用を促進するための支援体制を確立して実践している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報誌等によって行っている。ホームページは、委員会のもとに適時に更新されており、各診療科等の紹介と合わせて診療実績や病院情報などを公表している。また、臨床指標は全国自治体病院協議会や日本病院会の「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加し、発信している。地域医療連携業務は、担当者を配置し、医療機関・施設や登録医等と医療・福祉連携を推進している。院長等による訪問活動の他、「地域医療連携のつどい」の開催、「医療連携NEWS」の発行等、顔の見える適切な連携を推進している。

患者・住民を対象に、医局など全職種が講師になり、地域に出かけて「出張健康講座」を実施している。地域の医療関連施設等へ向けては、緩和ケア研修会とともに、地域のがん診療連携拠点病院と合同で「がん診療連携講演会」を開催する等、教育・啓発活動を実施している。

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、ホームページや掲示などでわかりやすく案内しており、紹介患者および障害者などの受け入れについても配慮している。また、総合案内で緊急性に応じた優先度の判断やトリアージも即座に行われている。待ち時間短縮にも取り組んでおり、来院患者に対する円滑な受診体制は適切である。患者に関する情報は、身体状況の観察等も含めて収集し関連部署間で共有している。治療・検査についても効率的で、安全確保に十分に配慮して実施している。診断的検査は主治医が必要性を判断して、安全性に配慮し確実に実施している。侵襲的検査の場合には必要性、リスク、さらにはその検査を受けない場合の説明も行い、患者あるいは家族の同意の署名を得ている。医学的判断に基づく入院の決定を適切に実施してお

り、複数診療科と協議・検討の上で治療方針の決定を行う仕組みが確立している。入院への対応は、入退院支援センターを通して多職種で協働して適切に行っている。医療相談は多様な相談に対して、専門スタッフが多職種で調整・連携を図り対応するなど、適切である。

医師は病棟での回診を適正に行い、患者の状態を把握し多職種間の情報の共有などにおいて役割を果たしている。診療方針の転換や治療手技等の説明を患者本人・家族に行っている。また、看護師は看護基準・看護手順に沿って患者の身体的・心理的・社会的ニーズを把握し、看護上の問題点を看護計画に立案・記録しており、適切な看護展開がなされている。病棟担当薬剤師は服薬指導や薬歴管理、薬剤管理指導に可能な限り取り組んでいる。輸血は主治医が必要性とリスクについて説明しており、患者・家族の同意を得ている。投与中・後の患者の状態の観察と記録、緊急輸血時への対応も適切である。周術期における対応では手術の適応、術式について検討を行い、患者・家族に説明し同意を得ている。麻酔科医、手術室看護師の術前対応、合併症の予防も適切に行われている。重症度、疾患に応じてICU、CCU、各病棟の重症室があり、入退室運用の基準を基に運用し、患者の状態の把握、重症度に応じた診療・ケアを行っており適切である。褥瘡に関連する危険因子の評価を入院時に行い、危険度の高い患者については褥瘡対策診療計画書を作成したうえで、ケアを行い予防対策に取り組んでいる。全入院患者に栄養評価を実施し、必要時に管理栄養士が栄養管理計画を立案の上、個別対応をしている。循環器内科・胸部外科の患者には、退院前に病室を訪問し食事や調理の個別指導を実施するなど、患者状態に応じた栄養管理と食事指導は、極めて高く評価できる。

患者の痛みについては、フェイススケールを用いて疼痛の軽減を図り、多職種が協働して症状緩和に適切に取り組んでいる。早期から必要なリハビリテーション計画を立案し、目標や実施計画を作成したうえで、情報共有しながら確実・安全な実施に努めている。安全確保のための身体抑制の対応は適切である。患者・家族の退院に向けた多職種カンファレンスを行い、患者・家族の意向を尊重した退院支援は適切に行われている。ターミナルの治療方針を、人生の段階における意思決定マニュアルやDNR手順を参考に決定している。患者や家族の意向の確認について話し合いを重ね、その実現に向けてチーム医療が行われている。

<副機能：精神科病院>

電子カルテで事前に情報共有し、円滑に医療が受けられるよう外来診療につなげている。また、患者が社会生活を継続できるよう、家族会が長年にわたり開催されるなど、適切である。診断的検査は、身体合併症の受け入れも行い、病院のマニュアルに沿って安全に実施されている。任意入院の管理は、マニュアルが整備され適切に行われており、医療保護入院についてもマニュアルが整備され、精神保健指定医の診察と必要な手続きなど、適切に行われている。措置入院はマニュアルに基づき、精神保健指定医の診察と必要な手続き、入院形態の見直しも行われ、適切である。診断・評価の際には、多職種で計画が立案されている。患者・家族からの医療相談では意向を確認し、個別の相談に対応しており、適切である。

入院中の処遇として、病棟内に制限に関する説明が掲示されている。医師は日々、病棟を回診しており、看護師は基準・手順のもと、患者のニーズを把握し対応している。投薬・注射については、服薬指導等への薬剤師のさらなる関与が望まれる。輸血・血液製剤投与については、病院のマニュアルに沿って実施している。電気けいれん療法（ECT 治療）は、クリニカル・パスを活用し、適切に実施している。褥瘡の予防・治療では、リスクアセスメントの実施と、認定看護師や皮膚科医師への依頼などが行われており、適切である。栄養管理は、入院時からスクリーニングを行い、介入が必要な時は計画を立案しており、適切である。

急性期のリハビリテーションは、院内の理学療法士の協力も得て行っている。慢性期のリハビリテーションでは、退院後の生活を見据えて、入院中に電話や金銭管理能力の評価を期待したい。隔離および身体拘束の際の実施・観察・評価は適切である。退院支援は、患者・家族の意向を受け適切に行っている。また、患者の病状に応じて、地域での生活が継続できるよう、地域の資源を選択し、退院後も連携した活動を評価しており適切である。ターミナルステージの対応はおおむね適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は処方鑑査、調剤、調剤鑑査、処方疑義に係る照会や、入院患者の持参薬の鑑別、情報提供、また、保冷庫管理や各種薬剤情報の整備や院内周知等も適切である。臨床検査機能は、検査部門システム、バーコード認証の導入により、検体の誤認防止、迅速な検査運用が行われている。異常値やパニック値も基準が設定され、担当医への電話報告が迅速に行われており、適切である。画像診断においても、ほぼ全ての診断検査に 24 時間対応できる体制を整えており、読影は遠隔診断を活用して行っている。

栄養管理では選択メニュー、行事食、食欲不振対応食など、食べやすい工夫をしている。安全で衛生的な食事の提供等、適切に機能が発揮されている。リハビリテーション機能においては、特に「がんのリハビリテーション」の実績は特徴的である。急性期から継続性を考慮した実践がなされており、地域連携にも注力して、体制構築と拡充に努めている。診療情報は電子カルテシステムのもと、1 患者 1ID によって一元管理しており、アクセス権限や外部への持ち出し規程等を整備・運用している。医療機器管理では、使用後の輸液・シリンジポンプ類や人工呼吸器等の機器類は臨床工学技士が点検を行っており、計画に基づいた保守点検の実施および記録も適切に行われている。使用済み器材は滅菌室で洗浄、パッキング、滅菌まで行われ、各種インディケーター、ボウイー・ディックテストも実施されている。

病理診断機能では検体の登録、標本作成に至るまでバーコード認証などを活用し誤認防止が図られ、組織診断・報告も迅速である。作業環境も排気システムが完備され、危険性の高い薬剤の保管管理も適切である。輸血機能は、輸血システムによる発注、マッチング、供給が行われ、適切な運用が行われている。休日・夜間の対応も確実で、必要時の迅速な供給も確保されており、適切である。手術・麻酔機能では手術室入室時の患者確認、サインイン、手術前のタイムアウト、サインアウト

が手順に従って確実に行われている。手術室退出基準も遵守しており、適切である。救急医療は、年間 2,000 件程度の救急車を受け入れており、体制は一定の水準を確保している。

10. 組織・施設の管理

予算の執行状況の把握・分析は会議や委員会で行い、協議しており、原価計算システムの開始等、予算管理の推進に努力している。レセプトは担当医師が点検し、返戻・査定率等は把握・分析され、再審査請求が実施されている。委託業者の選定・評価は、業務内容や価格、品質の比較等の基準を定め、更新の際も適切に実施している。院内の医療安全や感染対策等に関する研修への参加確認を期待したい。

施設・設備の管理では日常点検と保守点検等を実施している。経年劣化等の現状把握および将来への対応は、院内設備・機器等の更新計画等を策定している。医薬品と診療材料等の購入選定は、採否を組織的に検討している。院内物流在庫管理システム（SPD）を導入し、物品管理は適切に行われている。

災害時対応マニュアル等が整備され、各部署に災害時発生 of 行動も掲示されている。停電に備えて自家発電機や手術室等への無停電電源装置の設置、患者用の備蓄等の整備も行い、災害時の対応は適切である。警備員を配置しており、保安業務が適切に行われている。医療事故発生時の対応手順については、マニュアルに基づき、事故の報告および連絡体制、調査委員会の開催による、原因究明と再発防止に向けた体制が構築されている。マスコミ、弁護士などへの担当者の配置や損害賠償責任保険への加入など、医療事故等への対応は適切である。

11. 臨床研修、学生実習

初期研修医が在籍し、指導医が全科に配置され、「メンターシップ」等、研修のPDCA サイクルを整備・推進している。研修医の評価への看護師長等の参加やシミュレーターの活用、単独で行ってよい診療行為の明確化、EPOC による研修評価の記録・管理がなされている。看護部では、新人研修プログラムや体制が整備される等、すべての専門職種に応じた初期研修が適切に行われている。

受け入れ体制を整備し、医師、看護師、薬剤師、理学療法士等の学生実習を積極的に受け入れている。学生実習のオリエンテーションでは、患者に接する場合や個人情報保護に関する注意事項、感染対策や医療事故に関する注意事項等を実施している。整備したカリキュラムに沿って実習を行っており、実習生および実習内容の評価等、学生実習の対応は適切である。

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・プライバシーを適切に保護している	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	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
1.4	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	S
1.5	継続的質改善のための取り組み	
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	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	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	B
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	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	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	B
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	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	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	栄養管理と食事指導を適切に行っている	S
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	安全確保のための身体抑制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	B
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	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、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	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	物品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
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	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	B
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	B
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	栄養管理と食事指導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	B

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	B
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	B

年間データ取得期間： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 1 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	316	-39	70.3	12.8
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	100	100	+0	75.9	38.3
結核病床					
感染症病床	6	6	+0	0	0
総数	478	422	-39		

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	38	+38
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
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	50	+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(Ⅲ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： 4 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

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

[illegible]

I-2-2 年度推移

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	965.47	980.94	993.46	98.42	98.74
1日あたり外来初診患者数	95.41	98.19	101.83	97.17	96.43
新患率	9.88	10.01	10.25		
1日あたり入院患者数	337.31	334.15	338.15	100.95	98.82
1日あたり新入院患者数	21.12	19.09	19.25	110.63	99.17