

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」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3日～2月5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 3	条件付認定（6ヶ月）
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 3
 1. 説明と同意に関して、
貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。
(1.1.2)
 2. 医療関連感染制御に向けた情報収集と検討に関して、
貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。
(1.4.2)
 3. 診療の質の向上に向けた活動に関して、
貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。
(1.5.2)
 4. 抗菌薬の適正な使用に関して、
貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。
(2.1.10)
- ・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1970年に旭川医科大学医学部附属病院として開設し、2004に国立大学法人旭川医科大学病院となり今日に至っている。日本の最北端の大学病院として機能し、特定機能病院、災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域周産期母子医療センター等の指定を受けている。また、救急医療においては北海道の北部・東部を中心に「最後の砦」的な役割を果たしており地域からの信頼も厚い。

「生命の尊厳を重視した先進医療の提供」「国際的にも活躍できる医療人の育成」を病院理念として掲げ、各分野で活躍している状況が随所にみられる。最近においても、入退院支援センターの整備や関連病院との連携協力等を進めて、地域における一層の信頼を得ている。さらに、各診療科や部門との意見収集を重ねて病院

の課題を検討し、改善に繋げて成果を挙げている点は評価できる。今回の病院機能評価（一般病院3）での審査においては、いくつかの課題も指摘されているが、病院機能の向上に努められ、一層の地域医療に貢献されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念と目標がわかりやすい表現で明示されている。病院長は各種会議や委員会を通して病院の方針を示し、病院幹部職員は全体の問題を把握し、各種の会議や委員会に関わり、課題解決に向けたリーダーシップを発揮している。なかでも病院長ヒアリングを通して病院運営上の課題を見出し、改善に繋げて努力している点は評価できる。組織運営では「病院運営委員会」と「病院長補佐会議」が良好に機能している。情報管理はおおむね適切である。

人材の確保では、一部の職種については特定機能病院としてより高い診療機能を実現するためにさらなる充実が期待される。労務管理は、おおむね適切であるが、就労管理において客観的な労働時間の把握が可能な手法を採用されたい。労働安全衛生管理では、健康診断の受診状況、精神的サポートなど適切である。今回の受審を機に対応した抗がん剤投与時の曝露対策などについて、今後も継続されることを期待したい。

職員へ必要な教育・研修は計画的に実施されている。医師・歯科医師の能力評価・能力開発では、各領域に応じた自己評価と指導者評価がなされているが、侵襲的処置等の実施にあたり、より厳格な教育システムが構築できると良い。看護部ではキャリアラダーによる能力評価や能力開発が行われ、その他の職種でも、個別の目標管理や人事評価による能力評価・能力開発が適切に行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明示され、診療現場では権利を擁護する取り組みが実施されている。小児疾患を多く扱われていることを踏まえて、子供にもわかりやすい文言での表記やプレパレーションの強化がなされると、さらに良い。説明と同意に関する院内ルールが策定され、患者への説明と同意、看護師の同席や記録も適切に行われているが、説明・同意書の見直しについては着手されたばかりであり、引き続き対応が必要である。受診に必要な情報提供や、入院時の手続きが入退院センターにおいて行われ、入院前早期からの情報共有が適切に行われている。医療福祉相談や苦情相談、さらには、がん相談、肝疾患相談など、幅広い専門的な相談支援の体制が整備されている。虐待対応では、虐待対応チームが編成されるなどの対応があり適切である。患者の個人情報・プライバシーに関して、適切な保護への配慮がみられるが、診療情報データのダウンロードについては、より安全を考慮した運用に改めるよう検討されたい。倫理的課題への対応については、組織的に検討されておりおおむね適切である。

施設の環境面では、遠方からの面会や付き添い家族の宿泊施設「ファミリーハウス」の設置や様々な生活延長上の設備やサービスが完備され、利便性・快適性に配慮されている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望は、ご意見箱や相談窓口など様々な手段にて収集し検討されている。ただし、病棟における「ご意見箱」の設置場所は、設置場所がわかりづらく、また、外来患者への定期的な満足度調査は行われてないため、より良いサービス向上を目指して実施に向けた検討を期待したい。

診療の質向上に向けた活動として、院内では症例検討会が数多く行われ、学会や研究会等のガイドラインに準拠した診療が展開されている。同一疾患に対する診療が複数科で行われており、利用者にはわかり難い環境であったが、今回の受審を機に見直されている。また、クリニカルパスの活用については委員会が中心となりバリエーション分析することが決定したが、分析が開始されたばかりであり、引き続き対応が必要である。

組織横断的な活動は種々行われているが、業務改善を多職種で組織横断的に行う機会が少ないので検討されたい。なお、母乳育児を推進する「赤ちゃんにやさしい病院」や Medical Excellence JAPAN による JIH 推奨病院、日本輸血・細胞治療学会の輸血機能評価認定施設として認定されている点は評価できる。

高難度新規医療技術、未承認新規医薬品等の導入、審査、承認、導入後のフォローアップ体制が構築されている。人を対象とする臨床研究を実施する体制が適切に構築され、医師以外も含め研究を実施する研究者に対しての研修も適切に行われている。

診療録は電子カルテシステムが採用され、必要な項目が診療マニュアルに則り適時に記載されており適切である。

5. 医療安全

インシデント事例や死亡事例は、医療安全管理部会議で検証され、重大な事案は直ちに病院長に報告されている。医療事故防止対策委員会では、マニュアルの改訂、研修に関する情報、患者安全対策、死亡事例のまとめなどが検討され、リスクマネージャー会議で院内にフィードバックされており適切である。医療安全ラウンドが実施され、マニュアル改訂事項や院内ルールの遵守状況も確認されている。各部署で患者安全に関する改善活動が継続して行われていることは評価できる。

患者・部位・検体などの誤認防止対策として、フルネームでの名乗り、生年月日での確認およびリストバンドや ID カードとの照合等で本人確認が行われている。また、部位の確認として、手術部位に印字シールを貼付する等の表示方法が工夫され、すべての手術・検査処置にタイムアウトが実施されているなど、高く評価できる。

画像、病理診断レポートの未読を防止するシステムが構築されている。検体検査でのパニック値は、医師に電話で伝達する仕組みとなっており、病理検査や画像検査の報告書は、重要所見や要確認所見を含む報告書にフラグを立てて主治医に報せるとともに、診断医からも情報発信を直接行って確認を促す仕組みが整備されている。薬剤の安全な使用に向けて、麻薬やカリウム製剤などが薬剤師の管理のもとで適切に使用されているが、疑義照会の内容や副作用発生事例については、薬剤部だ

けでなく院内で情報共有されたい。

転倒・転落防止対策への取り組みは、入院前より適切にアセスメントが実施され、患者への説明や入院後の評価など、積極的活動により、一定の成果をあげている。医療機器の使用後はCEセンターにて点検・整備し、点検シールを貼付して病棟に払い出されている。医療機器に関する研修会については、部署別に少人数での研修が積極的に実施されており適切である。急変する前の兆候をとらえる、院内迅速対応システム（RRS）活動については、全病棟で開始されたが、まだ稼働したばかりのため確実な運用が期待される。

6. 医療関連感染制御

感染制御部と院内感染対策委員会を中心とした感染制御に関わる体制が整備されている。ICT ミーティング、AST ミーティング、感染制御部ミーティングが設置され、感染制御に関わる課題の検討と推進に向けた活動を行っている。院内感染対策マニュアルは抗菌薬の適正使用について改定するなど随時見直しが行われ、イントラネットにて常に参照可能な環境が整備され、必要事項は感染対策マネージャー会議を通して職員に周知される仕組みが構築されている。

病棟を ICT が定期的にラウンドし、手指衛生・PPE・経路別予防策を指導し、看護必要度を基準に擦式手指消毒剤の使用量調査ならびに環境監査を実施しており適切である。抗菌薬の適正使用を推進するため、今回の受審を機に、抗菌薬使用マニュアルの周術期予防抗菌薬に関する内容など見直しが行われているので、定着に向けて、引き続き対応されたい。なお、の発生状況や抗菌薬の使用状況は監視され、病院全体の状況が経時的に把握されている。また、カルバペネム系抗菌薬や抗 MRSA 薬は AST が中心となって使用状況が監視され、感染予防策の遵守状況は ICT ラウンドで確認している。さらに、収集した情報に基づいて自院のアンチバイオグラムを作成するだけでなく、地域の情報を集約した道北地区全体のアンチバイオグラムも作成している。

7. 地域への情報発信と連携

地域等への情報発信として、病院広報誌を発行し、院内利用されるほか、病院ホームページでバックナンバーまで閲覧可能としている。また、診療実績は、病院評価指標や病院指標として病院ホームページに公開されている。紹介元医療機関に対する返書の管理については、病診連携システムにおいて情報の一元管理が開始されたところである。返書の運用は各診療科により異なることから、返書の進捗状況の把握と返書記載率の向上に向けた努力が望まれる。

各種の公開講座、地域への派遣講座や高校への出張講座など、患者や地域に向けた教育・啓発に積極的に取り組まれている。そのほか、医療従事者向けの各種研修会等も開催されている。さらに、インターネットによる健康・医療情報を定期的に動画で配信されるなど、大学病院に期待される高い診療機能を活かした地域に向けた教育・啓発活動は評価される。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者の受付から診察への案内は明瞭で、緊急受診の対応も適切である。診断的検査は十分な説明と同意のもとで実施されている。入院診療計画については、多職種の積極的な参加とクリニカルパスの活用を一層推進されたい。医療相談は適切に対応しており、主治医、担当看護師との連携も良好である。入退院センターが機能し、看護師や管理栄養士、薬剤師などが医療チームとして患者の支援と情報共有を図っている。

医師は病棟業務を適切に行っている。看護師は受け持ち患者の編成にも留意し、患者中心の看護を展開している。医師の処方、薬剤師の調剤、看護ケアと観察までの各行程における確認は院内で統一された方法により安全に実施されている。褥瘡チーム活動により新規褥瘡発生率の軽減に努めている。身体抑制は、マニュアルに沿って行われており適切である。

身体症状や精神心理面に関しては、多職種から構成された緩和ケアチームによりコンサルテーションが行われている。診療科や部門、職種の枠を超えた症例検討会や合同カンファレンスが開催され、治療方針の適否が検討されている。地域医療連携室の担当者によるタイムリーな介入とスムーズな退院調整が行われている。手術の適応や術式等の判断はカンファレンス等の場で検討されており、麻酔科医による術前診察や術前訪室には手術室看護師の同席も行われている。リハビリテーションの必要性は医学的に判断され、個別にリスク判定を行ったうえで安全に実施されている。

<副機能：精神科病院>

受診に必要な情報は、ホームページやパンフレット等で案内し、電話での問い合わせにも適切に対応している。外来診療では、個人情報に配慮しながら可能な限り多職種で同席し、説明と同意も適切である。任意入院、医療保護入院、措置入院については、必要な法的手続き等が適切に行われている。患者の病態に応じた診断・評価、身体的なアセスメントや合併症の把握が多職種により適切に行われている。患者・家族への説明と要望を反映した診療計画の迅速な作成が適切に行われ、多様な医療相談にも適切に対応している。

医師は必要な回診を行い、患者の状態を適切に把握している。また、多職種を含めたカンファレンスも行われている。看護師は入院時より医師と同席し情報の共有を行い、病態の把握とケアを実践している。薬剤師は、服薬指導を通じて、多剤・大量投与の症例にはCP換算値を報告し、単剤化への取り組みも積極的に行われている。リハビリテーションでは、廃用症候群の予防のため、リハビリ科と連携を取りながら施行している。

隔離については、精神保健指定医により判断され、告知、診察そして記録も適切である。身体拘束については、多職種による行動制限最小化委員会やカンファレンスの場で検討がなされ、拘束解除の努力がなされている。入院患者全員に担当PSWが選任され、多職種により構成された退院支援チームとともに継続した診療・ケアの実践が行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、処方鑑査や注射薬の調製・混合などが適切に行われている。また、今回の受審を機に、注射薬の1施用毎払い出し割合を増加させるなど、おおむね適切に対応されている。臨床検査機能は、臨床検査・輸血技術部門として24時間体制で対応しており、検体はバーコード管理のもと適正な処理がなされている。パニック値に関しては、担当医または当該診療科への報告が確実に行われている。

栄養管理機能は、衛生的な環境のもとに治療食や行事食、選択メニューなど患者の特性や嗜好に応じた食事提供が実施されており適切である。リハビリテーションは、急性期の患者だけにとどまらず、精神疾患のある患者や地域のニーズに応じて外来患者に対しても積極的に行うなど、高く評価できる。

診療情報管理機能は、電子カルテ導入以前の紙カルテを含め、適切に管理されている。医療機器管理については、定期点検等が適切に実施されているが、臨床工学部門の管理下でない医療機器の管理について検討されたい。洗浄・滅菌機能は、既滅菌物の保管管理も含め適切に運営されている。

病理技術部門では、通常の組織診断や細胞診断のほか、術中迅速診断、テレパソロジー、ワンデイパソロジー、病理解剖（CPCを含む）などに対応しており、評価される。放射線治療機能は適切である。輸血部門は、日本輸血・細胞治療学会の輸血機能評価認定を取得しており、製剤の発注から保管・供給までおおむね適切に管理されている。手術室の運営は、全身麻酔に関しては全て麻酔科医が対応しており、術前管理も含めて適切である。

集中治療機能は、必要な人員が配置され、診療やケアに対応しているが、ICUが10床という設備環境には不足感があるので、将来的な再整備計画等への反映がなされると良い。

救急医療機能では、救命救急センターとしてER機能と二次・三次救急医療機能を24時間・365日体制のもとで担っており、北海道の北部・東部を中心に「最後の砦」的な位置づけにある。関係職員への教育や研修等にも積極的に当たっており、災害対応への体制も整備されているなど、救急医療機能は秀でており、高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

予算編成は各部門の要望を踏まえて予算案を策定し、所定の審議を経て承認される手順である。国立大学法人会計基準等に則って会計処理が実施され、院内の会議では経営指標による検討も行われるなど、経営健全化への努力が払われている。医事業務もおおむね適切であるが、保険請求の査定率や未収金の削減に向けて、さらなる検討を期待したい。業務委託については、一般入札により契約が締結され、見直しの検討も適切に行われている。

施設・設備管理は、日常点検などが計画的かつ定期的に行われ、緊急時の連絡網も整備されている。在庫管理では、SPDシステムを導入し、定数管理や使用期限のチェック、不動態在庫の確認も行われている。

災害時の対応として、北海道地区国立大学との災害協力協定を結び、相互支援を行える体制であるほか、災害派遣医療チーム（DMAT）による派遣体制を整えている。また、地域の災害拠点病院等と合同で災害訓練を実施するなど、災害時の対応は適切である。保安業務は、防災センターに警備員を配置し、24 時間の監視体制のもと、緊急時の応援体制も整備されており適切である。

1 1．臨床研修、学生実習

初期臨床研修医は、卒後臨床研修センターが窓口となり、指導者による履修の評価も適切に行われている。初期研修に必要な各種研修の場も用意され、各種相談に応じる体制もみられる。看護部では新人看護職員研修ガイドラインに基づき初期研修が行われているほか、他の職種でも、職種に応じた初期研修が行われており適切である。

学生実習については、大学病院として多種類の学生について窓口を一元化して必要な書類を受け付けるとともに、医療安全や感染制御や個人情報保護についても教育し、実習生の対応の可否を事前に患者や家族にも確認しており適切である。

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	C
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	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	B
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
1.4	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	C
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	B
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	C

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・治療方法や技術を開発・導入している	B
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	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	S
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	C
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	B
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	B
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	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	B
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	B
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	S
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	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	B
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	B
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	B
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	B
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	B
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	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B
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	B
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	S
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	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	NA
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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 10 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名：旭川医科大学病院
 I-1-2 機能種別：一般病院3、精神科病院(副機能)
 I-1-3 開設者：国立大学法人
 I-1-4 所在地：北海道旭川市緑が丘東2条1-1-1

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	571	571	+0	84.7	11.9
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	31	31	+0	29.8	31.8
結核病床					
感染症病床					
総数	602	602	+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	16	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+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)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室	2	+0
無菌病室	4	+0
人工透析	6	+0
小児入院医療管理料病床	44	+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		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室	1	+0
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

特定機能病院, 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), エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院 (I 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： 40 人 2年目： 42 人 歯科： 4 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

2年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数		1,593.68	1,557.10	1,547.27	102.35	100.64
1日あたり外来初診患者数		61.02	60.50	61.01	100.86	99.16
新患率		3.83	3.89	3.94		
1日あたり入院患者数		519.53	521.75	522.36	99.57	99.88
1日あたり新入院患者数		39.63	38.80	38.31	102.14	101.28