

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 7 月 2 日～7 月 3 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	条件付認定（6 ヶ月）
------	--------	-------------

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2

1. 医療関連感染を制御するための対策を確実に実施してください。
(2. 1. 9)

1. 病院の特色

貴院は、1928 年に医療組合病院として設立された東青病院医療所を前身とされている。その後、移転新築や新病院の再建など幾多の変遷を経た後、1958 年に青森市に移管されて青森市民病院と改称されている。その後も伝染病棟の設置、幾度の増床をはじめ、精神科や脳神経外科、心臓血管外科などの各種診療科の開設、MRI など高度先進医療機器の導入、心臓・血管センターの開設など、医療提供体制の整備・充実を重ねられてきた。また、地域の中核的病院としての役割を踏まえて、地域医療支援病院や地域災害拠点病院、青森県がん診療連携推進病院の指定を受けるなど、地域住民に一般診療から救急医療、高度・専門的医療まで幅広く提供する急性期・多機能病院としての役割を果たしつつ現在に至っている。

今回は病院機能評価の認定更新のための受審であったが「安全で良質な医療の提供と、みなさまに信頼される病院を目指す」旨の理念の実践に向けて、医療の質の向上や医療安全の確保、良質な療養環境づくりなどに努め、患者・家族に信頼される医療提供をしようとする職員の姿や取り組みを随所に拝見することができた。受審準備や訪問審査において気づかれたことや以下に示す所見などを糧として、さらによい病院づくりに取り組み、地域住民や患者の信頼と満足度を高められ、併せて職員個々の成長を促しながら貴院のさらなる発展の歴史が営々と刻まれることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および理念実践のための地域医療の確保への貢献など、4点からなる基本方針が明文化され、ホームページや入院案内への掲載などにより、病院の内外へ周知されている。目指すべき将来像として公立病院改革プランが策定され、実践に向けた検証等が行われている。また、病院長をはじめ幹部職員は運営上の課題を認識し、各部署において課題改善等に取り組むなど、リーダーシップが適切に発揮されている。病院運営の意思決定会議のほか、必要な会議・委員会が設けられ、情報伝達体制の整備、事業計画の策定などが行われているが、組織図の見直しや部署ごとの目標設定と達成度評価の組織的な取り組みなどが望まれる。情報管理については、電子カルテシステム等が導入され、管理・運用方針等に則りシステムの管理やメンテナンス、計画的な更新の検討などが適切に行われている。文書管理では、市の文書取扱規程に準拠して稟議・承認、発信・收受などが行われ、診療の場で使用するマニュアル等についても適切に管理されて電子化により常時閲覧可能な仕組みが構築されている。

法令等による医師配置標準数などを満たし、必要とされる人員体制が整えられているが、貴院の診療機能や業務実態等を踏まえた一層の体制強化に向けた取り組みを望みたい。人事・労務管理については、必要とされる規則・規程が整備され、職員代表者との協定締結や届け出などが行われているが、一層の計画的・効率的な業務執行などの就労管理を望みたい。職員の安全衛生管理では、衛生委員会の設置と開催、職員定期健康診断の実施、職業感染予防への対応などが適切に行われている。職場環境の整備については、個別面談や提案箱などにより職員の意見・要望等が把握され、職員休憩ラウンジの整備や福利厚生の実施などに反映されている。

職員の教育・研修では、研修管理委員会や看護局などにより医療安全や感染制御をはじめとする研修が行われているが、全職員を対象とする年間教育・研修計画を策定し組織的に取り組むことが望まれる。職員の能力評価・能力開発では、市の人事考課制度に基づき、全ての職員について能力・業績・個人目標シートを活用した人材育成型の能力評価・能力開発が行われるとともに、職階別研修や外部研修機会の活用などによる能力開発が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の意思を尊重した医療の領域では、理念・基本方針に沿った患者の権利擁護の姿勢が明文化され、入院案内やホームページ、院内掲示、職員のしおりへの掲載などにより周知されている。説明と同意に関する方針と基準・手順が明示され、説明のうえ同意を得る診療行為や同席の基準が定められているが、さらに、対応方法等の具体的な明示が望まれる。

患者との診療情報の共有や参加促進では、医療安全等への協力依頼がなされ、病気や療養生活などに関する種々のパンフレットの活用や、大きな文字での説明の工夫、入院予定患者への入院前からの支援などが行われている。患者支援体制の整備と対話の促進では、医療相談など各種の相談室が設けられ、社会福祉制度の相談など多様な相談への対応などに努めている。個人情報・プライバシーの保護について

は、個人情報保護委員会が設けられ、保護方針等が入院案内等への掲載により周知され、おおむね適切に行われている。臨床における倫理的課題への取り組みでは、病棟における多職種カンファレンスによる検討などが行われている。今後は、職員の倫理的感性の醸成とともに、臨床現場では解決困難な事案に関する倫理委員会による審議などへの取り組みが望まれる。

患者用駐車場が整備され、院内では売店や食堂、ベーカリー等の設置、出張による理容室などの生活延長上の設備やサービスが整備されており、患者・面会者の利便性・快適性に配慮されている。院内・外はバリアフリー化され、必要な個所への手摺りの設置や車椅子の準備など高齢者等に配慮した施設・設備がおおむね適切に整えられている。建物構造上から改善困難な段差もみられるので、引き続き安全利用への十分な配慮を望みたい。なお、療養環境については、診察や看護ケア等に必要なスペースが確保されて患者がくつろげる環境が提供され、定期的な環境ラウンドにより清潔・安全等に配慮されているなど、適切な環境整備に取り組まれている。受動喫煙の防止では、敷地内全面禁煙とされてホームページや入院案内等により周知され、職員喫煙習慣の把握や啓発への取り組みが始められている。

4. 医療の質

患者・家族の意見等がご意見ポストや患者満足度調査等により収集され、患者サポート会議等での検討を経て対策内容等が患者・家族にフィードバックされている。診療の質向上に向けた活動では、全診療科の定期的なカンファレンスのほか、多職種・多診療科が参加する多くのカンファレンスや臨床病理検討会の開催、クリニカル・パスの活用などがみられる。業務の質改善では、TQM 委員会を中心に、種々の委員会等による業務の質改善への取り組みや発表会が行われており、部署単位の取り組みを病院全体で共有する活動は優れた取り組みとして評価したい。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法等の導入では、関係職員の研修や院内勉強会などを行った後に実施されているが、さらに、倫理委員会等による倫理面や安全面などの検討が望まれる。

病棟・外来等における管理・責任体制が明確にされて責任者名や担当者名が明示され、看護師長は病棟責任医師とともに病棟の運営課題に取り組むなど、診療・ケアの状況把握や管理などが適切に行われている。診療記録の記載については、診療記録管理マニュアル等に基づいて診療記録が適時に記載され、退院時サマリーもおおむね適切に作成されているが、診療記録の質的点検へのより積極的な取り組みなどが望まれる。多職種協働による診療・ケアでは、多職種で構成された感染制御や栄養サポート、褥瘡対策、緩和ケアなどの専門チームの活動や診療科の枠を超えたカンファレンスなど組織横断的な活動が適切に行われている。

5. 医療安全

医療安全管理室に専従の医療安全管理者が配置され、医療安全管理委員会とともに日常的な安全対策を担う医療安全推進委員会が設けられ、組織横断的な安全活動とともに、医療安全マニュアルの作成・改訂、医療安全研修の企画・開催などが行

われている。安全確保に向けた情報収集体制が整備され、インシデント・アクシデント報告書は医療安全管理室に集約されて分析のうえ対策実施や定期的な経過確認などに努めている。

患者本人の名乗りやネームバンドの着用、バーコードによる3点認証などを基本とする誤認防止が行われており、患者などの誤認防止対策は適切に行われている。情報伝達エラー防止対策については、電子カルテ上で指示出しから実施確認まで管理され、病理診断や画像診断、検査の異常値の伝達が確実に行われているが、口頭指示に関する範囲の限定、使用数量の表現統一が望まれる。薬剤の安全な使用に関しては、麻薬等の保管・管理や危険薬の注意喚起、抗がん剤のレジメン管理などが適切に行われている。

転倒・転落防止対策については、入院時に全患者の転倒・転落リスクの評価が行われて評価に応じた転倒予防対策が講じられ、転倒等発生時の対応手順も定められている。医療機器の安全な使用については、主要機器の操作手順が整備され、チェックリストを用いた使用前点検や作動確認が行われ、臨床工学技士によるメンテナンスなどが適切に行われている。患者急変時の対応について、院内救急コードが設定されて救急カートの整備や定期的な点検、全職員対象の救急蘇生講習会が行われている。医療事故の定義や救命措置、病院長等への報告、原因究明や再発防止策の検討を行う医療トラブル委員会の設置などの対応体制が整備され、医療事故発生した場合の対応は適切に整えられている。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染管理室が設けられ、専従の院内感染管理者等が配置されるとともに、感染制御の実務部隊である感染制御チームや抗菌薬適正使用支援チームが編成されて活動し、医療関連感染制御に向けた体制が整備されている。また、感染対策委員会や地域の医療機関との合同カンファレンスの開催、感染対策マニュアルの更新などが適切に行われている。医療関連感染制御に向けた情報収集について、包括的サーベイランス等により感染情報が把握されて情報共有されているが、多剤耐性菌以外によるアウトブレイクの定義や診療機能に応じたターゲットサーベイランスの充実への取り組みが望まれる。

診療・ケアにおける質と安全の確保に関する領域では、手指衛生対策や個人防護具の着用などがおおむね適切に行われているが、感染性廃棄物などの取り扱いについて、感染制御に向けた適切な対策を実施されたい。抗菌薬の適正使用に関しては、抗菌薬適正使用支援チームによるラウンドや適正使用マニュアルの整備、使用状況のモニタリングやフィードバックなどが適切に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携の領域では、入院案内や広報誌、年報等の発行、ホームページなどによって、理念・基本方針をはじめ、外来受診や入院の手続き、各部門の紹介、施設案内などの医療サービスの内容等がおおむね適切に発信されている。地域の医療機関等との連携については、地域医療連携室により地域の医療機関・施

設の医療機能等の把握や連携、地域連携クリニカル・パスの活用、紹介患者の受け入れ、紹介元医療機関への受診報告などが行われている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動に関しては、地域住民の健康増進への寄与などを目的とする公開講座の開催のほか、地域の医療関連施設との研修会の開催や講師派遣による教育・啓発活動など、診療機能や専門性を活かした取り組みが適切に行われている。

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がホームページ等で案内されている。再診は診療予約制がとられ、総合案内が設けられてスムーズな受診への配慮などがなされている。外来診療では、問診票等により患者情報が収集されて診療に反映され、検査や治療の説明と同意のもとに診療が進められている。診断的検査は医学的根拠や患者個々のリスクを評価のうえ必要性が判断され、内容やリスクを説明し同意を得た後に安全に配慮しつつ行われている。入院の決定では、臨床症状や検査結果等に基づいて必要性が判断され、説明のうえ決定されている。入院時の病態把握とともに、転倒・転落、褥瘡等の評価に基づき、患者・家族の要望等を織り込み入院診療計画や看護計画が立案され、説明のうえ同意を得て治療が進められている。また、医療相談や入院生活に関する説明なども適切に行われている。

医師は毎日の回診により患者の病態把握に努めるとともに、カンファレンス等における情報共有やリーダーシップの発揮、患者・家族との面談、必要な書類の速やかな作成など病棟業務を適切に行っている。看護師は看護基準等に則り患者情報の把握や看護計画の立案と実践、職員の教育・育成、病棟管理業務など適切に行っている。投薬・注射の実施に関しては、病棟薬剤師による薬歴管理等が行われ、患者氏名や薬剤名、投与量などの安全確認、投与時の状態観察等が適切に行われている。

輸血は、主治医によって必要性やリスクが検討され、患者に説明のうえ同意を得て実施されている。また、手順に則って確認を行い、誤認防止や緊急輸血への対応も適切に行われている。なお、手術に関する説明と同意の取得や術前・術後の診察・訪問、術後退室などの周術期の対応はおおむね適切であるが、肺血栓塞栓症など種々な合併症予防対策や安全対策についてさらに検討されることが望まれる。重症患者は病状に応じて適切に管理されている。ICU や HCU では入退室基準が遵守され、緊急入院患者などの管理が行われており、必要な診療・ケアが提供されている。

入院時に全入院患者を対象に褥瘡に関連する評価が行われ、必要に応じてケアが行われている。多職種による褥瘡対策委員会が毎月開催されているほか、褥瘡回診が行われ、予防対策や早期治療が実践されている。全入院患者に栄養評価を実施し、患者状態に応じた栄養管理が実施されている。苦痛のスクリーニングを行い、緩和ケアマニュアルに基づく症状緩和が実践されている。評価には NRS やフェイススケールが用いられ、疼痛・副作用の評価、薬剤の効果判定が行われている。リハビリテーションは、患者の要望も織り込み実施計画書が作成されており、各病棟で多職種によるカンファレンスが実施され、進捗状況の確認や情報共有が行われている。

る。身体抑制マニュアルに基づき、患者・家族に対して抑制の必要性や行動制限の方法の説明が行われている。患者・家族の同意を得て身体抑制は実施されているが、実際の抑制数は少ない。

患者支援センターが設けられ、療養の継続性や支援計画の立案がなされている。また、退院カンファレンスにより在宅療養の課題等の検討が行われ、地域の関係職種と連携して継続した処置・ケアが支援されている。ターミナルステージについて指針が定められ、多職種により判定や診療・ケアの方針が検討されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、持参薬の鑑別・管理をはじめ注射薬の患者ごと1施用药ごとの取り揃え、抗がん剤の調製・混合、処方鑑査と調剤鑑査などの業務が適切に行われている。臨床検査機能では、迅速に検査できる体制と設備が整えられ、機器の点検整備や精度管理がされている。また、異常値等の依頼医への報告体制が整備され、検査後の検体の処理なども適切に行われている。画像診断機能では、常時対応可能な体制が整えられ、放射線読影医による迅速な読影報告、依頼医の報告書確認のチェックなどが行われている。

栄養管理機能では、適時・適温配膳や調理室内の清潔管理、食事の評価・改善などがおおむね適切に実施されている。リハビリテーション機能では、急性期リハビリテーションが実施され、カンファレンスによる情報共有や機器等の点検・管理、プログラムの見直しなどが行われている。診療情報管理機能では、退院時サマリーの作成進捗管理や病名・手術名のコーディング、診療記録の量的点検などが実施されている。医療機器管理機能については、主な医療機器は中央管理されて保守点検等が計画的に実施されているものの、一部部署の機器は管理対象外とされているので、臨床工学技士による管理体制の構築を望みたい。また、洗浄・滅菌機能では、清潔動線の管理や滅菌の質保証などがおおむね適切に行われている。

病理診断において、診断困難な事例は、他院の病理医と協議する仕組みにより、病理診断の質が担保されている。また、診断結果は必要に応じて病理医がオーダー医師に直接連絡する仕組みがあり、併せて電子カルテシステムも利用して報告書の確認漏れが防止されている。放射線治療の必要性について、治療医から患者・家族に説明し同意を得て治療が進められている。また、治療医が中心となり治療計画が立案され、シミュレーションが実施されている。輸血用血液製剤の発注や保管・管理は適切に実施されており、使用のルールも明確になっている。

手術は各診療科医師と麻酔科医師、手術室看護師により手術スケジュールが調整・管理されている。また、手術室運営委員会を開催して課題を討議し、手術・麻酔機能の充実に努めている。ICU および HCU は救急搬送患者のほか、人工呼吸器管理等を要する重症患者や高侵襲手術後患者などに対する集中治療が行われている。各診療科の主治医は毎朝のカンファレンスなどで多職種のスタッフと密に連携しており、基準に基づいて、弾力的な病床運用がなされている。救急医療機能は、各診療科の医師や看護師の協力により 24 時間 365 日の診療体制が整えられ、所属する医療圏の最後の砦として、病院を挙げて救急医療機能の充実に取り組まれている。

10. 組織・施設の管理

予算編成は、前年度実績の分析や収支見込み等を踏まえた収支積算に基づいて行われている。決算時には、所定の財務諸表が作成され、監査委員監査とともに市議会による決算審査が行われているなど財務・経営管理は適切に行われている。医事業務では、窓口業務や未収金管理などがマニュアルに基づいて行われている。レセプトの作成や点検、返戻・査定分析・検討などの診療報酬請求事務等が適切に処理されている。業務委託に関しては、委託の適否や業者選定などが専門性や経済性などを踏まえて検討され、指名競争入札等により決定されている。

施設・設備管理の領域では、日常管理や計画的な保守点検、修繕等が行われ、医療ガスの安全管理、院内の清掃、廃棄物の処理なども適切に行われている。なお、物品管理では、院内物流管理システムが導入されて院内への供給や在庫管理、使用期限管理などが行われている。

災害発生時の対応組織や責任・連絡体制、避難誘導等の行動計画が定められ、食料・飲料水の備蓄、井水浄化装置の整備などが行われている。保安業務は、病院職員や警備員により院内・外巡視や施錠管理、入退館者の監視、緊急時の対応などが適切に行われている。医療事故発生時の対応マニュアルが定められ、医療事故の定義や救命措置、院長等への報告などの対応手順が明記されている。また、医療事故発生の原因究明や再発防止策の検討などを行う診療トラブル委員会が設置されているほか、訴訟時の対応として顧問弁護士との協議・相談体制が整備されている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型臨床研修病院として、所定の医師卒後臨床研修プログラムに則った研修医の指導・教育、評価等が行われている。また、看護部門におけるキャリア開発ラダーに基づく初期研修のほか、薬剤師や臨床検査技師、療法士についても一定の教育期間が設定され、専門職種に応じた初期研修が行われている。

看護師や各種医療技術職等を目指す学生の臨床実習が受け入れられ、カリキュラムに基づく実習や評価が行われており、実習に当たっては医療安全や院内規定の遵守などに関するオリエンテーションが開催されるなど、適切な学生実習が行われている。

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	B
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	B
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	B

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	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	B
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	B

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	A
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	C
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	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	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	B
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	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	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	B
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	B
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	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	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	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	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	B
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	B
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

年間データ取得期間： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 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：青森市民病院

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：青森県青森市勝田1-14-20

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	459	405	-69	69.6	15.4
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	459	405	-69		

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		
集中治療管理室 (ICU)	6	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	12	+2
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		
小児入院医療管理料病床	16	-28
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		
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), 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： 10 人 2年目： 10 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
	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	775.10	764.70	811.61	101.36	94.22
1日あたり外来初診患者数	43.63	43.21	44.73	100.97	96.60
新患率	5.63	5.65	5.51		
1日あたり入院患者数	312.73	305.29	311.71	102.44	97.94
1日あたり新入院患者数	20.83	21.43	21.96	97.20	97.59