

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 7 月 24 日～7 月 26 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	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 3
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「患者本位の最良の医療」を基本理念とし、高度先進医療の開発と提供をととして倫理感豊かな医療人を育成し、地域社会の福祉に貢献することを謳っており、大分県の「最後の砦」として様々な分野で県の医療を引っ張ってきた経緯がある。具体的には、特定機能病院のほか都道府県がん診療連携拠点病院、高度救命救急センター、地域災害拠点病院、エイズ治療中核拠点病院、肝疾患診療連携拠点病院、地域周産期母子医療センターといった重要な医療機能を担っている。

ここ数年、病院の再整備計画を進めてきたこともあり病院機能評価の受審を控えていたが、手術室の増床や新病棟・高度救命救急センター棟の増築を終え、今回の受審では新たな姿を見せてくれた。スタッフ的には病院長と 8 名の副病院長・3 名の病院長補佐で幹部職を構成し、各々が与えられた役割を果たすことで適切なリーダーシップを発揮している。地方の大学病院として、人口減少ならびに少子高齢化が進むなか、ロボット手術やハイブリッド手術だけでなく、がんゲノム医療の充実をも視野に入れトップランナーとして走り続けていくことは必ずしも容易でないが、今回の受審を通して貴院の今後の発展に向け、何らかの示唆を与えられれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念と基本方針は明文化され、関係者への周知が図られている。病院幹部職のリーダーシップは適切に発揮され、職員の就労意欲を高めるための組織運営もなされている。病院の最高意思決定会議である「病院運営委員会」は適切に機能している。安全衛生や個人情報保護に関する委員会は大学本部が主管しているが、病院内での役割が明確になると良い。情報管理に関する運用は医療情報部が担っており、地域医療情報ネットワークシステムなども適切に機能している。文書管理等も適切に行われている。

役割・機能に見合った人材は確保されているが、放射線治療部門のさらなる強化を期待したい。人事・労務管理はおおむね適切であるが、労働時間の把握方法と有給休暇の消化については検討の余地がある。院内の「衛生委員会」は適切に機能している。職員からの意見や要望等も収集され、具体的な対応につなげている。

全職員向けの教育・研修は関連部門や各委員会が主導しているが、病院としての取りまとめや出欠管理などは確実に行われている。委託業者職員向けの教育も計画的に行われている。職員の能力評価は年1回、職種別に行われ、各職員の能力開発に向けた予算なども一定程度確保されている。なお、看護部には静脈注射等の院内資格があるが、医師についても CVC などの資格制度を確立されると良い。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、患者・家族等への周知も図られている。診療記録の開示も原則全ての請求に対して行われている。インフォームド・コンセントに関しては細則が整備され、文書の標準化も図られているが、今後も、説明すべき事項の再確認と文書内容の質的点検を充実されると良い。医療従事者と患者との診療情報の共有には種々のツールが活用され、「入院のご案内」には分かりやすい記載がなされているほか、総合患者支援センターにおいても丁寧な情報提供がなされている。

「相談窓口」での対応は適切であるが、高齢者虐待・障害者虐待・配偶者虐待への対応強化も図れると良い。個人情報保護や患者のプライバシー保護への配慮は適切になされているが、「個人情報保護委員会」の役割を担う相談窓口機能を院内にも確保されると良い。「臨床倫理委員会」は設置されているが、実際の検討事例は未だ少ないので検討が望まれる。

病院へのアクセスは比較的良好であり、院内施設や設備等の充実も図られている。バリアフリー環境なども良好であり、高齢者や障害者等への配慮がなされている。各部署には十分なスペースが確保され、清潔性や安全性とともにプライバシーにも配慮した療養環境が整備されている。院内は敷地内禁煙であり、警備員による敷地内巡回なども行って受動喫煙防止の徹底に努めている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見の収集は「ご意見箱」や患者満足度調査などで行われ、関係部署での検討を経て回答結果がフィードバックされている。診療の質向上に向けて診療科単位でのカンファレンスや臓器別がんサージカルボード、M&M カンファレンスなどが開催されているが、クリニカル・パスについても、さらなる充実を期待したい。臨床指標の設定は「クオリティマネジメント室」内の臨床指標管理部門が行っている。行政等の立入検査で指摘された事項への対応も適切である。高難度新規医療技術や未承認新規医薬品等を実施する際の対応は適正かつ確実に行われている。人を対象とする臨床研究も適切なプロセスで実施され、職員向けの倫理研修会なども定期的に開催されている。

診療・ケアの責任体制は明確であり、診療基本方針や看護業務基準なども整備されている。病棟のスタッフステーション入口には診療科責任者と看護師長、病棟薬剤師の名前が表示され、病室のベッドネームには主治医・担当医・担当看護師名が表記されている。日々の診療記録は電子カルテに記載され「診療録記載基準」等に則った対応がなされている。診療録の質的監査も行われているが、多職種による相互チェックも検討されると良い。院内には多職種からなる医療チームが数多く存在し、定期的な巡回やカンファレンス等を行っている。

5. 医療安全

「医療安全管理部」が医療安全に関する実務にあたっている。各種会議や委員会等は適正に機能しており、重要事案については病院長に迅速な報告がなされている。マニュアルの改訂なども随時行われ、周知が図られている。インシデントの報告件数は経年的に増えており、対策等については様々なルートで周知されている。画像診断報告書や病理結果報告書の未読例は医療安全管理部が把握して注意喚起している。

医療安全管理マニュアルに則った誤認防止策が実践されているが、救命救急センターの患者 ID 認証目的のバーコード付きボードについては再検証されると良い。指示出し・指示受け・実施・確認までの流れは整備され、「口頭指示メモ」による情報伝達エラーが起こらないような配慮もある。検査結果のパニック値報告も適切になされているが、担当医へ確実に伝達されたことのモニタリング強化を期待する。高濃度注射用カリウム製剤はプレフィルド・シリンジ製剤のみの採用で、使用部署・使用機会の限定が図られている。抗がん剤もレジメン登録のもと管理されている。転倒・転落のリスク評価や対応策等も適切に行われている。医療機器は中央管理され、マニュアルの整備や使用者への教育研修等が行われている。院内緊急コードとして「ハリーコール」が設定され、RRT (Rapid Response Team) も院内で活動してはいるが、全職員向けの CPR 訓練に関してもさらに充実されると良い。

6. 医療関連感染制御

「感染制御部」が医療関連感染制御に関する対応を行っており、部門内に ICT と AST を配備することで臨床現場での主導的役割を担わせている。各種会議や委員会等が設置され、マニュアルや指針等の整備にも努めている。院内では手指消毒剤の払い出し状況や PPE 着用率、血液培養陽性例、耐性菌検出例、抗菌薬使用量などがモニタリングされ、必要に応じた対応等が取られている。ターゲットサーベイランスも一定程度行われているが、外科系診療科でのさらなる対象拡大が期待される。さらに、手指衛生の遵守状況把握についても、医師を含め、目視による観察対象を広げていけると良い。

抗菌薬の適正使用に関しては、院内指針の整備のほか、特別な抗菌薬使用時の届け出制や長期使用例への AST ラウンドなどが実施されている。また、周術期の予防的抗菌薬使用に関する具体的指針なども定めている。今後はクリニカル・パス症例以外で使用されている抗菌薬に関しても、薬剤師による積極的な介入が行われると良い。

7. 地域への情報発信と連携

患者・家族や医療関連施設等への情報発信として、広報誌やホームページなどが活用されている。具体的には、広報誌「かけはし」を年 4 回配布しているほか、ホームページには各種診療案内や診療実績等を掲載している。地域連携業務は「総合患者支援センター」が主に担っており、地域の医療ニーズ把握や関連施設との連携強化に努めている。「大分大学連携病院長懇談会」や「内科医療人材育成会議」などを通じた関係施設との意見交換も行われている。紹介率や逆紹介率などは、おおむね適正な数値で推移しており、紹介患者に対する返書等の対応管理も適宜実施されている。

地域住民を対象とした健康増進に資する啓発活動が数多く行われているほか、地域の医療福祉従事者に対する教育活動にも積極的に取り組んでいる。スキルスラボセンターの地域医療従事者への開放や、医師を対象とした疾患別セミナーと指導医講習会、がん治療に関する多職種向けの研修会などが行われており、秀でた活動として高く評価できる。

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「外来診療のご案内」などで提供されている。外来診療は紹介患者と再診患者が中心であるが、紹介状のない患者にも随時トリアージがなされている。診察室ではプライバシーへの配慮がなされ、診察につながる情報収集と検査・処置・投薬等の説明が丁寧に行われている。侵襲的な検査には同意書が取得されている。入院の決定は医学的判断のもと行われ、総合患者支援センターのスタッフが入院前から関わっている。入院診療計画書は個々の患者の病態に合わせて策定され、入院後速やかに情報提供されている。看護計画については、より分かりやすい説明への工夫があると良い。

医師と看護師は各々が期待される専門的業務を担っているほか、多職種カンファレンスなどで意見交換等に努めている。看護師は医薬品の使用にあたってダブルチェックを基本とし誤認防止を図っている。注射用抗がん剤と中心静脈栄養輸液には薬剤師が適切に関与している。輸血適用への対応は適切になされている。手術の実施にあたっては、適応判断や術式選択などがカンファレンス等の中で検討されているほか、麻酔科医による術前診察なども確実に行われている。周術期管理も標準化され、手術後は患者の病態に合った病棟選択がなされている。褥瘡対策や栄養管理なども適切に行われている。症状評価や症状緩和は院内基準・手順等に基づいて対応されている。リハビリテーションは担当医からの依頼のもとリハビリテーション科の医師が処方する形で行われ、ゴールを定めて安全性にも配慮した対応がなされている。

身体抑制は院内指針に沿って、おおむね適切に実施されている。退院支援に関しては入院前からの情報収集が行われ、入院後の病態変化に応じた支援がなされている。退院後の継続した診療・ケア等への配慮も様々な形でなされている。ターミナルステージの判断は多職種により行われ、患者・家族の意向にも一定程度配慮した対応に努めている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では調剤行為全般をシステム化することで処方鑑査の充実や麻薬・毒薬等の電子帳簿化、バーコード利用による調剤過誤防止、オーダー情報に直接紐づけた入出庫・返品管理などを可能にしている。持参薬を含む薬歴管理が確実に行われ、処方箋に検査値やハイリスク薬の処方履歴を表示するという対応などは高く評価できる。

臨床検査部門は ISO15189 を取得しており、検体の受付から結果報告までの流れが適切に整備されている。内部・外部精度管理なども適正に実施されている。

画像診断部門では CT・MRI・核医学検査等の画像診断を放射線科医が全て行っており、読影レポートの未読確認もシステム的に対応している。画像診断検査をガイドラインに沿ってプロトコール化し画像診断の質確保にも努めている。高度救命救急センターでの緊急画像診断ニーズに適切に備えている現況なども含め、高く評価できる。

調理室内は清潔・不潔の区分が明確になっており、温度・湿度管理等への対応も適切である。食材の検収から調理、配膳、下膳、洗浄、保管までの動線もワンウェイで確保されている。リハビリテーション部門には専門資格を有した療法士を多く抱え、症例数の多い疾患には標準プログラムを構築して治療効果の分析・検討などを行っている。治療の継続性に関しては、長期休日でも 3 日に 1 回は療法士が出動できるように配慮している。

診療情報管理部門には診療情報管理士が適正数配置され、診療記録委員会とも連携して診療録の適正化に努めている。診療記録の量的点検も確実に行われている。ME 機器センターでは臨床工学技士が中心となり各種医療機器を一元管理しているほか、新規購入時の登録から日常点検、定期点検、故障時の対応までを行ってい

る。材料部滅菌部門では、閉鎖式コンテナで回収された器材類の洗浄・滅菌対応を行っている。滅菌の質保証に関しては各種インディケーターが適切に使用されている。

病理検査では検査オーダーから診断、結果報告までの流れが適切に整備され、検体受付・切り出し・包埋・薄切までの作業においても1検体ごとの処理とダブルチェックを基本にしている。術中迅速診断の結果報告でも、病理診断医が術者と直接対話することで情報伝達エラー防止に努めている。放射線治療部門には品質管理士・医学物理士を多く抱えているものの、治療医は1名のみであり認定・専門看護師も現場配置されていないので検討が望まれる。なお、出力測定や出力校正等は標準計測法で行われており品質管理は適正である。

輸血部門はISO15189の認証とI&Aの施設認定を受けている。現状、輸血部以外にも輸血部管理の保冷库が手術室・ICU・救命救急センターにあるが、より厳格な管理対応がなされると良い。

手術室は15室であり、手術中の麻酔管理は局所麻酔を除き全て常勤麻酔科医が対応している。集中治療部門としてのICU（8床）では、術後患者だけでなく呼吸不全、循環不全、敗血症等の重症患者を受け入れており、必要な際には高度救命救急センターの病棟とも連携・調整を図っている。

救急部門は県内唯一の「高度救命救急センター」として位置づけられ、重症外傷や広範囲熱傷等の救急患者を受け入れている。ドクターヘリの基地病院ならびにドクターカー保有施設でもあり、三次救急の患者には確実に対応している。臨床研修医・救急救命士への教育や心肺蘇生訓練、RRSを含む院内患者への急変対応のほか、救急車内から心電図を受入病院に転送するシステムを構築してきた実績なども含め高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

年度予算は予算原案を「病院経営企画・評価部門会議」等に取りまとめた後、大学の「予算委員会」や「経営協議会」で審議・決定される流れになっている。財務諸表等は国立大学法人会計規則等に基づいて作成されている。毎月の経営状況等の各種データは関係職員間で情報共有がなされている。収納業務には自動支払機やレジシステムなどが活用され、未収金に対しても計画的な対応がなされている。レセプト業務も適切に実施され、施設基準に対しても適正な管理がなされている。委託業務の決定と委託業者の選定は適正なプロセスのもと行われ、実施状況についても現場管理者からの報告がなされている。

施設・設備の保守管理業務も委託業者によって行われている。感染性廃棄物の保管・搬送・処理過程にも問題はない。購入物品の選定は定められた委員会等で協議され、医薬品や診療材料は1増1減を原則とし品目数を制限するなどしている。医療材料にはSPD管理が行われ、棚卸作業等も確実に実施されている。なお、ディスプレイ製品の再利用は行われていない。

地域災害拠点病院として位置づけられ「挟間キャンパス災害対策マニュアル」等に基づいた対応が取られている。緊急時の責任体制や連絡手順等も明確であり、非常用発電設備のほか水・食料・医薬品などの確保も適切になされ、院内ではDMATが3チーム編成可能な状況にある。保安業務は業務委託のもと手順に則った対応がなされている。事故発生時の対応手順なども定められている。医療事故等への対応も適切であり、必要とされる病院賠償責任保険にも加入している。

1 1. 臨床研修、学生実習

「卒後臨床研修センター」が設置された基幹型臨床研修病院として、医師および歯科医師の初期臨床研修を行っている。柔軟で自由度の高いプログラム構成のもと、研修内容に関する評価はEPOCを用いて行われている。看護部門での初期研修は3ラウンドをローテーションする形で行われ、実践能力の獲得を目標としている。そのほかの職種にも、各部署で定められた研修プログラムに沿った教育・研修・評価が行われている。

各専門職種の学生実習は、一定の審査・確認ののちに受け入れている。実習を許可するにあたっては、各種抗体検査結果の確認や医療安全・感染制御に関する教育の実施、個人情報保護の誓約手続きなどが行われている。依頼元施設の要望も踏まえた研修プログラムが策定され、実習状況の評価なども確実にフィードバックされている。

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	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	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	S
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・治療方法や技術を開発・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	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	B
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
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	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	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	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	安全確保のための身体抑制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	S
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	S
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	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	B
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	B
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	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	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	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	A
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
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	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	NA
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	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	S
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	NA

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 3 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 大分大学医学部附属病院
 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： 大分県由布市挾間町医大ヶ丘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	588	588	+0	87.3	15.34
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	30	30	+0	79.1	83.06
結核病床					
感染症病床					
総数	618	618	+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	24	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	-2
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)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	6	+1
人工透析	15	+0
小児入院医療管理料病床	33	+2
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

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(都道府県), 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： 6 人 2年目： 30 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

2-2 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
		2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数		1,041.91	1,008.91	1,011.32	103.27	99.76
1日あたり外来初診患者数		51.20	53.12	58.34	96.39	91.05
新患率		4.91	5.26	5.77		
1日あたり入院患者数		536.83	513.15	506.88	104.61	101.24
1日あたり新入院患者数		31.73	30.35	29.48	104.55	102.95