

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 9 月 7 日～9 月 8 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、県内の急性期医療の中核施設として、地域医療支援病院、へき地医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院（高度型）などの指定を受け、高度な医療を提供している。また、精神科領域では、精神科救急医療・身体合併症医療に特化し、多くの精神科救急患者を受け入れている。

今回の病院機能評価の訪問審査では、病院長、病院幹部、職員によるさまざまな取り組みの成果が確認できた。審査結果を踏まえて、継続的に医療の質の改善に取り組まれることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、ホームページ、病院案内、入院案内や院内掲示等で周知に努めている。病院管理者・幹部の病院運営に関するリーダーシップは、院長は中期事業計画の遂行にあたり、事業の推進に努めている。病院幹部は、各部署共通の課題である新型コロナウイルス感染症対策と、人材・施設の確保、働き方改革への対応、人材育成などについて、主導的に解決に関わり、迅速に病院運営に反映している。効果的・計画的な組織運営は、意思決定会議として「管理会議」を毎週開催している。決定事項は全職員に周知している。「第 4 期大分県病院事業中期事業計

画」が策定され、進行中である。達成度は経営改善推進委員会にて点検・評価されている。情報管理は、情報システムの導入および機器の管理は情報システム運営部会で検討している。部門システムを含めた電子カルテの運用は、真正性、見読性、保存性が確保されている。文書管理は、公文書などの事務的な文書と規程類は総務経営課で一元的に管理している。院内規程やマニュアルの作成、保管、廃棄等は、適切に決裁・承認・保管している。

人材確保は、施設基準上、必要な人材は適切に確保している。人事・労務管理は、就業規則等の規程類や職務分掌を整備している。全職種の年間総労働時間や年次休暇の取得率はおおむね適切である。職員の安全衛生管理は、衛生委員会を毎月定例開催している。職員健康診断受診率は適切である。職員にとって魅力ある職場づくりは、職員の意見・要望は、中期事業計画のヒアリング、人事評価制度の面談や労働組合との各種交渉などを通じて聴取している。職員への教育・研修は、全職員を対象とした必要な研修は、総合的教育研修委員会が中心となって開催している。医療安全管理、院内感染制御、医療倫理、接遇などの必要な研修は、適切に実施されている。職員の能力評価・能力開発は、県病院局の人事評価制度を適用している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、入院案内、ホームページ、院内掲示などで周知している。説明と同意は、説明と同意に関する方針、手順を明文化し、同意書を必要とする医療行為の範囲、説明すべき内容、セカンドオピニオンを受ける権利などを定めている。侵襲性のある検査・手術などに関する同席基準を設け、医師の説明時に看護師が同席し、患者の理解や不安軽減に努めている。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、診療情報について、説明書や入院診療計画書などを用いて患者・家族に説明し、疾患別パンフレット、クリニカル・パスなどを用いて、わかりやすい情報提供に努めている。患者が利用できるインターネットコーナーを整備し、相談窓口などに診療情報に関するパンフレット類を整備している。患者支援体制は、患者総合支援センターを設置し、様々な相談に対応している。患者の個人情報とプライバシーの保護は、個人情報保護方針を定め、ホームページや入院案内等で周知している。診療および生活上におけるプライバシーに配慮し、希望に応じて病室のネームの非表示や、診察や検査等での患者呼び出しは受付番号としている。臨床における倫理的課題への取り組みは、倫理委員会を開催し、臨床倫理コンサルテーションチームからの定期報告と、倫理問題の申請により、課題を審議している。患者・家族の倫理的課題等の把握と対応は、患者総合支援センター、病棟、外来では、患者に関する倫理的な課題を把握し、退院調整カンファレンスや地域の専門職を含めて検討し、解決に取り組んでいる。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮は、来院者の多くは車利用であり、患者駐車場を確保している。高齢者・障害者に配慮した施設・設備は、院内には車椅子で容易に入ることができ、バリアフリーが確保されている。療養環境の整備は、診療・ケアに必要なスペースを確保している。患者がくつろげるよう各病棟にデイ

ルームを設け、適切に感染対策を実施している。受動喫煙の防止は、敷地内の全面禁煙を遵守している。職員の喫煙状況は、健診時のアンケートにて把握している。

4. 医療の質

患者・家族の意見を取り入れた質改善は、「ご意見箱」を設置し、回答はホームページや正面玄関前掲示している。患者満足度調査を実施し、結果はホームページで公開している。診療の質の向上に向けた活動は、各科カンファレンスが定期的に行われ、症例検討会を活発に開催している。クリニカル・パスは、バリエーション評価、見直しを適切に行っている。臨床指標は、他施設との比較・検討や自院での経時的分析を行い、課題を抽出し、継続的な改善に活用していくことを望みたい。業務の質改善は、TQM 活動実行委員会を随時開催し、組織横断的に業務の質改善活動に取り組んでいる。新たな診療・治療方法や技術の導入および薬剤の保険適応外使用などにおける倫理面や安全性、導入の妥当性については、倫理委員会で検討し、審議・承認されてから導入する仕組みとなっている。薬剤の適応外使用は、具体的な検討の記録を議事録として残している。

診療・ケアの管理・責任体制は、病棟、外来、部門別に責任者を明示している。主治医不在時の代行者は病院が一括管理し、電子カルテ上の掲示板を通じて各部署・部門に情報共有している。診療記録の記載は、診療に関する情報は、遅滞なく記録されている。診療録の質的点検は、医師を含めた多職種で点検し、点検後にフィードバックしている。多職種が協働した患者の診療・ケアは、多職種から構成する緩和ケア、NST、褥瘡対策、糖尿病透析予防、認知症、精神科リエゾンチーム等の専門チームがあり、定期的な回診と相談に対応している。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、副院長を部長とする医療安全管理部の医療安全管理室に、室長の医師、専従の安全管理者の看護師、医薬品・医療機器・放射線安全管理責任者等を配置し、さらに各部門にはリスクマネージャーを配置している。月1回の医療安全管理委員会と週1回のカンファレンスを行っている。安全確保に向けた情報収集と検討は、インシデント・アクシデントを全職種から収集している。専従安全管理者は日々レポート内容を確認した後、部署を訪問して状況確認を行い、速やかに対応している。

患者・部位・検体などの誤認防止は、患者確認は、複数の確認方法により誤認防止に努めている。部位確認は院内の基準に基づき、手術側のマーキングなどを行っている。検体準備時のダブルチェックなどを手順に基づき実施している。情報伝達エラー防止は、医師からの指示は電子カルテに入力することを基本としている。原則として口頭指示は行っていないが、必要な場合のために口頭指示メモを作成して運用している。薬剤の安全な使用は、オーダリングシステムにより、投与量、アレルギー、相互作用をチェックしている。抗がん剤はレジメン登録により管理され、安全に使用している。転倒・転落防止は、転倒・転落防止対策手順に基づき、入院時に全患者にリスク評価を行い、リスクの程度に応じた対応策を立案して実施して

いる。医療機器の安全な使用は、使用マニュアルを整備し、看護師は日々専用のチェック表を用いて、使用中の輸液ポンプ等の作動点検をしている。臨床工学技士は、稼働中の人工呼吸器を毎日設定・作動確認を行い、安全な使用に努めている。患者等の急変時の対応は、院内緊急コードを設定している。全職員を対象に、BLS、AED 研修を実施している。2022 年度より全病棟に RRT の活動が拡充されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、感染防止対策委員会が設置されている。ICT には専従の ICD、ICN、薬剤師が配置されている。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は、ICT は毎日感染制御システムを用いて院内分離菌、薬剤耐性菌を確認している。ICT ラウンドは週 1 回行われ、各病棟からの情報収集と必要に応じて指導を行っている。

医療関連感染を制御するための活動は、速乾性手指消毒剤、手袋等の個人防護用具は、日常的に使用できるように配置し、看護師は個人用手指消毒剤を携帯している。感染性廃棄物を適切に取り扱っている。抗菌薬の適正使用は、抗菌薬適正使用マニュアルを定期的に見直している。特定の抗菌薬は届出制となっている。AST は抗菌薬の使用について、抗菌薬オーダー時から把握し、臨床経過によって助言し、治療方針に反映されている。アンチバイオグラムは毎年作成され、電子カルテの掲示板等から確認できる。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページへの掲載や広報誌、病院の概況、年報等を計画的に発行している。地域の医療機能・医療ニーズの把握と医療関連施設等との連携は、患者総合支援センターに地域医療連携室を設置し、地域の医療関連施設等の状況把握と連携に努めている。脳卒中・大腿骨頸部骨折等、4 種類のパスを利用している。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、がん治療をテーマとして YouTube による啓発動画をホームページに掲載している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるように、1 階ホールに総合案内を設置し、終日看護師やコンシェルジェが配置され、患者の対応やトリアージにあっている。外来診療は、一部の外科系診療科では、外来で手術の説明を行うことがあるが、看護師が同席するなどの対応をしている。診断的検査の確実・安全な実施は、内視鏡検査など侵襲的な検査や造影検査の場合には、担当医が説明用紙を用いて必要性やリスク、検査を受けない場合の説明が行われ、説明後に患者・家族の同意の署名を得ている。入院の決定は、外来担当医が診察結果などから医学的に判断している。診断・評価の実施と診療計画の作成は、患者の診断、評価に応じて、入院診療計画書、看護計画が作成されている。患者・家族からの医療相談への対応は、患者総合支援センターが相談窓口となり、相必要時には該当職種・部署と連携

を取りながら対応している。患者が円滑に入院できるように、入退院支援室が、入院決定時に、入院申込書等の書類と「入院のご案内」を使用し、入院の準備に必要な物品や入院生活の注意点等を説明している。

医師の病棟業務は、複数の医師で毎日病棟回診を行い、患者の状態を把握している。看護師の病棟業務は、各種リスク評価内容や患者基本情報により、身体的・社会的・精神的ニーズを把握し、患者の状態に応じた看護計画を立案し、必要な援助に努めている。投薬・注射の確実・安全な実施は、薬剤師は持参薬の鑑別をはじめ、入院患者の薬歴管理、服薬指導を行っている。輸血・血液製剤投与の確実・安全な実施は、輸血の際には患者名および血液製剤の種類・型・投与量等の確認を手順通りに実施し、投与中・投与後の患者の状態および反応の観察と記録を行っている。周術期の対応は、手術の適応や術式、方法は、術前に麻酔科医も同席する診療科のカンファレンスで検討し、患者・家族に説明を行ったうえで同意が得られている。麻酔科が関与する患者には、麻酔科医師による術前訪問が行われ、麻酔に関して説明し同意が得られている。重症患者の管理は、ICU と各病棟の重症室を用いて対応している。褥瘡の予防・治療は、全入院患者にリスク評価を行い、対象患者には褥瘡診療計画を立案してケアを実施している。褥瘡発生患者やハイリスク患者には、褥瘡対策チームが早期に介入している。管理栄養士は栄養管理計画書を作成し、特別な栄養管理が必要な患者には状態に応じた栄養管理や栄養指導を行っている。症状などの緩和は、緩和ケアマニュアルに則り、症状の把握、評価を行い、麻薬管理、鎮静管理を行っている。リハビリテーションの確実・安全な実施は、主治医からリハビリテーションの処方が出され、リハビリ療法士が中心となって患者個別の計画が作成されている。身体抑制は、行動制限の基準に則り、抑制開始時のアセスメントを行い、抑制後は所定の観察用紙を用いて勤務帯ごとに観察し、抑制解除に向けたカンファレンスが実施されている。

患者・家族への退院支援は、退院支援スクリーニングを実施し、リスク要因を把握している。退院支援計画書を作成し、早期に退院支援を開始している。継続した診療・ケアの実施は、退院・転院に際しては、患者・家族の意向を確認し、必要時には患者・家族、訪問看護師や地域の医師とカンファレンスを実施している。ターミナルステージへの対応は、必要に応じて緩和ケアチームが介入し、患者の苦痛の緩和および患者・家族の意向を尊重したケアの実施、個室への移動など、療養環境やQOLに配慮した診療・ケアを行っている。

<副機能：精神科病院>

急性期に特化し、24 時間 365 日の救急の対応要請に多職種で適切に対応し、県の精神科救急患者の約半数を受け入れている。外来診療は、主として精神科救急への対応としており、ホームページや広報誌で広報している。任意入院の管理は、任意入院マニュアルが整備されている。医療保護入院の管理は、医療保護入院のマニュアルが整備されている。毎週多職種が参加する病棟カンファレンス、月 1 回開催の行動制限最小化委員会で、入院形態や継続の妥当性について検討している。措置入院の管理は、措置入院マニュアルが整備されている。入院形態の妥当性は、毎朝

の多職種カンファレンス、週1回の多職種参加の病棟カンファレンス、月1回の行動制限最小化委員会で検討している。診断・評価の実施と診療計画の作成は、個別性のある計画を作成し、患者・家族の理解を得やすくするよう検討を望みたい。入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）は、行動制限に関するマニュアルが整備されている。

投薬・注射の確実・安全な実施は、処方箋は単剤化を基本とし、CP換算は医師の指示で実施している。医師の指示で服薬の自己管理を開始し、1日分から自己管理を開始評価しながら、管理日数の増減を多職種で検討している。隔離は、行動制限マニュアルに隔離に関する規定を整備している。解除に向けた検討は、毎朝および週1回開催の多職種カンファレンスで行っている。身体拘束は、身体拘束マニュアルが整備されている。抑制解除に向けて、毎朝および週1回開催する多職種カンファレンスで検討して記録している。身体拘束時の観察項目への心理状態を把握する項目の整備について検討を期待したい。継続した診療・ケアの実施は、多職種で退院後の転帰先を見据え、医療機関や施設、行政等と入院中から情報交換を重ねている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、医薬品は適切な温度湿度管理のもとで保管されている。疑義照会は適切に行われ、多くの場合で処方変更につながっており、安全な薬物療法に寄与している。ICU、手術室、救急外来を除き、注射薬は1施用ごとに取り揃えが行われている。

臨床検査機能は、生理検査や検体検査、細菌検査、輸血管理業務に対応している。また、毎年外部精度管理に参加しており、適切な結果である。パニック値の報告について、担当医に連絡がつかない場合に連絡する対応医師を明確に定め、確実に医師に連絡する体制とした。画像診断機能は、CT、MRI、RI検査では専門医による読影が行われており、原則として検査当日に結果が確定している。栄養管理機能は、HACCPによる衛生的な管理を行い、温冷配膳車で適時・適温の食事提供をしている。リハビリテーション機能は、リハビリテーション科に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が配置され、必要なリハビリテーションを行っている。診療情報管理機能は、診療記録を一元的に管理している。診療記録の量的点検は点検項目を定めて、100%実施されている。医療機器管理機能は、MEセンターに臨床工学技士を配置している。洗浄・滅菌機能は、使用済み医療器材は密閉容器で回収した後、洗浄・滅菌を行っている。滅菌の質保証を確保している。

病理診断機能は、病理部門システムに検体の登録後、病理部門の識別番号が付されて標本作成に至るまで誤認防止が図られている。放射線治療機能は、診療科医師からの放射線治療依頼に対して治療専門医が診察の上、適応や照射方法の検討を行い、診療放射線技師と共に治療計画を作成している。輸血・血液管理機能は、臨床検査科が担当している。輸血用血液製剤は、自記温度記録計付き専用保冷库・冷凍庫で管理している。手術・麻酔機能は、手術室入室時の患者確認、手術部位、術式の確認、手術前のタイムアウトを手順に従って行い、手術終了時のガーゼ等の遺残

確認や、サインアウトが確実に行われている。麻酔覚醒時は麻酔科医による確認が行われている。集中治療機能は、ICU を運用し、救命救急センターでは救急病床を運用している。さらに、周産期部門は、NICU と MFICU を運用している。入室退室基準は整備され、担当医師や看護スタッフで治療方針、退室等を検討している。救急医療機能は、救命救急センターを有している。時間外・休日の対応体制が確立されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算は県議会にて承認されている。財務諸表が作成され、会計処理は県病院事業会計規程等に基づき行われている。医事業務は、収納業務は会計窓口や自動精算機で行われている。レセプトは担当医師が点検を行い、返戻・査定への対応は、課員・医師に情報共有や、保険診療委員会の審議等が行われている。業務委託は、委託の是非・業務内容は、各部署にて検討後、スタッフミーティングや管理会議にて審議し、委託業者の選定は大分県契約事務規則に基づき実施している。

施設・設備の管理は、設備保守定期点検予定表に基づき、保守管理、日常点検を行っている。感染性廃棄物は廃棄物処理マニュアルに基づいて処理し、分別・表示等を行っている。物品管理は、SPD が導入されている。メーカーとの価格交渉や、手術前材料準備支援、半年ごとの実地棚卸、定数の見直し等によって、経費削減に努めている。ディスプレイ製品の再利用は行わない方針が周知されている。

災害時の対応は、消防計画、災害対応マニュアルを整備し、消防訓練、防災訓練、広域防災拠点訓練を実施している。基幹災害拠点病院として、「大分県立病院事業継続計画（BCP）」を策定し、DMAT を2チーム編成し、衛星電話等を整備している。保安業務は、院内巡視、夜間通用口の監視等が行われている。医療事故等への対応は、事故発生時は、医療安全管理室が中心となり、情報収集を行い、医療事故対策本部や医療事故調査委員会を開催し、事故対応、原因分析、再発防止策の立案などを行う仕組みが確立している。顧問弁護士契約や病院賠償責任保険に加入している。

11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、基幹型臨床研修病院として、研修医はフルマッチである。他専門職種の初期研修は、到達目標・到達期間が明確になっていないプログラムや、研修プログラムがない専門職種が見受けられる。自院の業務内容を考慮して、到達目標を明確にした研修プログラム等の整備について検討が望まれる。学生実習等は、看護師、薬剤師、臨床検査技師、救急救命士等の養成課程から学生実習を受け入れている。教育研修センターが窓口を担い、一元的に管理している。

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	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	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	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	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	A
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	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	A
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	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	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	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	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	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	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	S
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	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	A
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	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	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	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	B
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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 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： 大分県立病院
 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： 都道府県
 I-1-4 所在地： 大分県大分市大字豊饒2-8-1

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	566	506	+0	78.3	11.2
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	36	36	+36	61.9	32.5
結核病床					
感染症病床	12	12	+0	31.3	12.9
総数	614	554	+36		

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	12	+0
集中治療管理室 (ICU)	4	+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)	6	+0
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	11	+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		
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(基幹), へき地拠点病院, 小児救急医療拠点病院, 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, DPC対象病院(Ⅲ群), 総合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： 16 人 2年目： 16 人 歯科： 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

年度推移	実績値			対 前年比	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	892.50	854.89	933.96	104.40	91.53
1日あたり外来初診患者数	72.26	63.71	84.36	113.42	75.52
新患率	8.10	7.45	9.03		
1日あたり入院患者数	421.99	415.49	438.84	101.56	94.68
1日あたり新入院患者数	33.34	34.69	37.37	96.11	92.83