

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8月26日～27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

該当項目はありません。

- ・機能種別 精神科病院（副）

該当項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、昭和51年10月に「患者さん中心の診療と地域に開かれた大学附属病院としての最高水準の医療を提供することと、先進的な臨床教育と研究の場を提供すること」を目標に掲げて高い理念の下、つくば市を中心とした茨城南部地域の地域医療の中核的な病院としての様々な実績を着実に積み上げてきたことは高く評価されている。

中でも2009年4月から、医師不足地域における地域医療体制の整備および質的向上などへの寄与を目的として、筑波大学附属病院の地域医療再生プランの一環として地域医療教育センターなどを中心として、医師不足地域における卒前－卒後－生涯にわたる教育・研修の環境づくりなど、地域に根ざした医師の育成行政や企業などと連携して様々な先進的な取り組みを行って来られたことは、特定機能病院の役割と地域医療を結びつける先進的な取り組みとして大変高く評価されている。さらに、特定機能病院として高度医療の提供、高度医療に関する開発・評価および研修を行っており、エイズ治療拠点病院や地域がん診療連携拠点病院の指定を受けるなど、地域中核病院として求められる診療機能を着実に整備されてきたことや、地域医療連携・患者相談支援センターや患者相談支援室総合がん診療センターなどを開設して地域の医療機関との連携を図りなが

ら、患者を中心とした多様な支援機能を整備されてきたことも優れた実績として評価される。しかしながら、実際の病院組織の運営面において、病理部門や放射線治療部門などを始めとして、多くの診療部門における優れた取り組みが見られる反面、薬剤使用や調剤などにおける安全管理システムの効率性などについては、さらなる取り組みが求められる状況も認められたことから、貴院が目指す機能からは、今回の訪問審査を機会として、より一層の組織体制の整備を進められることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は明文化され、病院会議で毎年見直しについての検討がなされている。入院案内や病院概要、ホームページさらには病院連絡会議や職員必携カードにより、病院内外に周知されているなど適切である。病院管理者・幹部は、病院の将来像を明確にし、重点的事項や課題が明文化され、病院将来像企画・実現会議をはじめ各種会議で検討が重ねられて、職員の勤労意欲向上のための制度設計がなされているなど適切にリーダーシップが発揮されている。

組織運営では、病院の意思決定機関である病院会議において組織運営の方針が明確にされ、実態にあった組織図が作成されている。中・長期計画や年次計画が策定され、部門別の達成評価もなされているが、医療ガス安全・管理委員会の適切なメンバー構成と会議の開催が望まれる。医療情報部によって統括的に情報管理がなされており、情報の活用方針が明確にされている。

役割・機能に見合った人材確保の面では、病院の機能ならびに医療安全を鑑みた場合に、薬剤師の増員を期待したい。また、診療情報の取り扱い件数に対して、従事する診療情報管理士の増員も期待される。人事・労務管理については、就業規則はじめ各諸規則は適切に整備され、周知も行き届いている。今後は、各職種間の有給休暇の取得に偏りが発生しないように配慮されたい。職員の安全衛生に関しては、衛生委員会が活発に活動しているなど、適切に対応されている。特に、職員の精神的サポート体制に専任のカウンセラーを配置するなど対策を講じていることは評価できる。また、職員の提言に対して病院長賞などで評価するなど、職員の意見や意欲を引き出すことに努力されていることは評価される。

全職員を対象とした職員教育・研修はなされているが、病院全体を統括する委員会や部署がなく、各部門・委員会によって計画・開催されている。今後、病院全体としての組織的な取り組みが期待される。医師や看護師など、実践能力評価がなされている部門もあるが、一部の部門においては職員個別の能力評価がなされておらず、今後に期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、入院案内・職員必携およびホームページに収載されているなど周知の状況は適切であり、組織的な見直しも行われている。権利擁護は精神科にお

ける状況を含めて各現場では適切に行われている。説明と同意に関する方針が定められ組織的な運用がなされており、説明内容の診療記録や、看護師の関わりが看護記録に記載されているが、患者・家族への説明と同意の範囲が具体的に示されていない。説明と同意の範囲の明文化や、同席者のルールなどを明確にした取り組みを期待したい。

各種パンフレットや掲示などで、患者・家族への理解を深めるための工夫がなされている。また、医療安全に関する患者への協力を促す案内が掲示や説明により、共有されている。今後、新棟が完成した際は患者用情報コーナーや図書室の整備が計画されており、今後の運用についてさらに期待できる。患者相談窓口に医療メディエーターを配置して、相談内容を適切な担当者に振り分け、相談者に的確な回答を提供しようとする試みは評価されることから、今後の継続と発展を期待する。

個人情報保護規程を含む組織としてのセキュリティポリシーはおおむね適切であるが、今後は持ち込みパソコンに関する規程や画像のダウンロードについての規程などについてさらなる整備を進めることを期待したい。

臨床における倫理的課題についての病院の取り組みは適切であるが、病院機能からは病院の各現場から定常的に倫理的な課題を集積して検討を行うなど、より積極的な臨床倫理の検討機能を構築することについての検討を期待したい。

患者・面会者の利便性については、駐車場の整備や路線バスの乗り入れなど交通アクセスへの配慮が随所に見られ、レストラン、売店、コーヒースタなど患者の利便性は確保されている。高齢者と障害者への配慮としてエントランスホールには職員やボランティアによる案内係が配置され、車椅子の点検・修理も担当者が明確にされ、記録が残されているなど備品の整備・管理は適切である。一部の病棟ではあるが、浴室（シャワー室）に段差が見られ、検討が望まれる。

療養環境の整備は展望デッキ・展望ラウンジなどが整備され、院内コンサートやアトスペースなど、いやしの環境への取り組みは評価できる。ベッド・マットの交換や、リネン類の清潔保持等手順に沿った対応がなされており、適切である。

4. 医療の質

患者・家族からの意見・要望に対して、改善内容を2週間以内に病院長に報告し、質改善に努力されていることは評価される。症例検討会は定期的に行われ、ガイドラインなどに準拠した診療が行われているが、現場的にクリニカルパスの活用事例が乏しいので見直し・検討を望みたい。臨床指標についてもさらなる検討・活用を期待したい。

医療サービスの質改善については、臨床医療管理部が医療安全全般にわたり組織横断的な改善活動を行っており、ISO9001や卒後臨床研修評価機構・日本医療機能評価機構の病院審査等にも積極的に参加しているなど適切である。病院としての新規治療の導入は、臨床研究倫理審査会での承認を経て、現場での教育やトレーニングの後に実施されており適切である。

診療・ケアの責任体制に関しては、病棟責任医師・病棟師長・病棟薬剤師が明示され

責任の所在は明確である。医師は毎日回診し患者の病状把握をしている。病棟師長は病棟を毎日ラウンドし、病棟の問題等を把握し対処している。主治医、受け持ち看護師は患者ネームプレートに明記され適切である。外来においては師長が全体を把握しており適切に運営されている。診療記録作成については、医師診療記録だけでなく多職種の継時記録が適切に記載されている。多職種によるチームケアの提供できる体制として、褥瘡、緩和ケア、NST、患者に対する退院支援や症状緩和などで多様な検討がなされており、適切に運用されている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制では、臨床医療管理部が全体統轄をしており、マニュアルの改訂、安全教育等を企画している。リスクマネジメント委員会は毎月開催され、情報の収集・分析を行い、対策を検討している。医療安全管理責任者の位置付け・役割・権限等は明確にされており組織体制は整備されている。安全確保に向けた情報収集と検討に関しては、インシデント、オカレンス報告が収集され、リスクマネジメント委員会で分析・検討され、対策を立案し、結果の評価も行われており適切である。医師の報告書提出が多く見られ、医療安全への意識が高いと評価される。

患者・部位・検体の誤認防止に関しては、患者が氏名・生年月日を名乗り、リストバンドバーコードによる確認をしている。手術室では、病棟看護師・執刀医・手術室看護師でサインイン、タイムアウトも実施し誤認防止に努め、放射線治療科でも必要時には随時タイムアウトを取って安全を期しており適切である。薬剤オーダーにおける各種アラート機能は整備され、外部委託検査に関しても、パニック値への対応を含め迅速・確実なシステムが確立している。

薬剤の安全な使用に向けた対策と実践についての仕組みはおおむね整備されているが、薬剤部として全ての薬剤使用状況を組織的に把握して副作用報告を徹底する取り組みを継続されたい。転倒・転落に関しては、リスク評価を実施し、必要な患者には抑制の説明と同意を行い、転倒・転落予防対策計画も立て実践しているなど適切である。医療機器は臨床工学技士による点検が行われ、使用後の機器が速やかに点検され使用できる状態で病棟に保管されている。

緊急コードの仕組みについてはCPRワーキンググループで検討されているが、内容の変更とともに手順の改定や、必要時は召集訓練を行うことなどを検討されたい。また、救急カートの点検や、使用できる状態になっているかなどがわかりやすくする工夫も検討されたい。全職員に対するAEDやBLSの訓練について約半数の職員が受講しているようであるが、今後、病院全体で受講者の把握や、定期的な講習の開催を望みたい。

医療事故に関しては、医療事故防止マニュアルに詳細な事故発生時の対応が記載され、周知が図られており適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制としては、感染管理部を設置し、ICD2名、ICN1名を中心としたICTによる組織的活動体制と、毎月開催される感染対策委員会が適切に連動している。また、週1回のICTラウンドや感染担当者ミーティングなどで検査部や薬剤部との密接な連携体制が構築されている点は評価できる。病院感染対策指針と院内感染対策マニュアルは2004年に策定され、社会情勢に合わせた改訂も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と検討については、感染管理部は、院内での感染発生状況や院外における流行情報などの把握を組織的に行っており、把握した情報などは毎月の感染症レポートなどで院内に配信され、年4回のリンクナースミーティングなどで実地的な検討も行われているなどおおむね適切であるが、病原体サーベイランスとしてのSSIについてはさらに組織的な取り組みが望まれる。

感染性医療廃棄物に関しては、患者・家族と共有する場所での収集は検討を望みたい。また、職員用廊下での感染性廃棄物の一時保管や、感染性廃棄物用のボックスの未使用による保管が見受けられたので、今後、感染性廃棄物の配置場所や保管場所についての検討を望みたい。

7. 地域への情報発信と連携

必要な情報の地域等への発信については、自院の診療体制や診療実績を詳細に紹介している病院案内を、関係する医療施設等に毎年配信するなど、必要な情報を地域に発信して周知に努められている。他の医療関連施設等との連携では、逆紹介先の施設にアンケート調査を実施して、スムーズな紹介が可能になるよう努力されていることは評価されるが、紹介元への結果の返信等については、医師個々人の対応努力だけでなく、确实・迅速に返信がなされ、紹介元医療施設が継続的に紹介しやすい体制となるよう、組織的な対応に取り組まれることを期待する。

地域に向けての医療に関する教育・啓発活動は、一般市民対象の公開講座や地域の医療関連施設に向けた研修など、積極的に実施されていることは評価される。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療では患者の待ち時間短縮に向けて努力されているところであるが、研修会等を通じて職員の待ち時間短縮に向けた意識の向上を図られ、改善に結び付けられたい。

患者への説明と同意についても必要時の看護師の同席を行っているが、今後は同席を要する事例の判断根拠などを含めて重要な情報に関する外来と入院の連携システムとして整備することを期待したい。診断的検査は説明と同意のもとに行われ、侵襲的検査には同意書が得られている。

医学的判断に基づく入院の決定は組織的に適切に実施されている。診療計画では、患者・家族の要望を反映した診療計画の作成について、多職種の一丸の取り組みを期待したい。

患者・家族における相談は、患者相談窓口において受付を行い、相談内容ごとに担当者が配置され適切に運用されている。入院後、必要な療養生活に関わる内容は病棟看護師におけるオリエンテーションを行うなど、円滑に入院できる工夫がなされている。医師は病棟業務にてリーダーシップを発揮しており、看護師は十分な観察に基づき、身体の清潔、体位変換等の身体的ケアを毎日実施し、予後不良患者の心理的な問題に関してもケアと支援を行っている。投薬・注射に関しては、抗がん剤の調剤、管理に病棟差が見られ、ルール of 明確化と周知が望まれる。輸血適用は、ガイドラインなどに準拠して行われ、説明と同意のもと確実・安全に実施されているが、現状として輸血後感染症検査の実施状況が把握しづらいので、何らかの工夫を望みたい。

手術・麻酔の適応と方法は、術前カンファレンスなどで検討され、患者・家族への説明と同意が得られている。重症患者の管理、褥瘡の予防・治療などは適切に行われている。栄養管理については、入院時に全ての患者に栄養アセスメントが実施されるよう検討されたい。症状緩和に関しては、視覚的評価スケール・疼痛評価シートによって観察し、緩和ケアチームとの協働によって対応している。疼痛以外の症状に関しては看護部の対症看護手順によって対応しており適切である。急性期のリハビリテーションは実施計画書に基づき適切に実施され、記録も整備されている。身体抑制に関しては、転倒・転落リスク評価をもとにリスクの高い患者には、事前に安全のための抑制について説明し同意を得て実施している。実施中は毎日観察し、カンファレンスによって解除の努力をしており適切である。患者・家族への退院支援は、多職種により適切な退院指導が行われている。他施設や外来での療養の継続性については、サマリーなどの情報提供がなされ、継続した取り組みを工夫している。ターミナルステージの判定は主治医と緩和ケアチームのコンサルテーションによって行われる。患者・家族の意向に沿って患者のQOLに配慮したケアを実施しており適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は部門として積極的に行われている点は評価できるが、1施用ごとの取り揃えや、院内で発生した副作用報告をまとめて分析する機能については継続的な努力を期待したい。臨床検査部門では、大部分の血液検査は敷地内の外部業者に委託しているが、メッセージャーが頻回に検体搬送を行っており、時間外・夜間を含め必要時の検査は迅速に行われ、結果報告も院内の電子カルテに直接反映されている。放射線診断医は夜間・休日を含め、緊急検査等にも随時対応しており適切である。栄養管理機能はおおむね適切に機能している。リハビリテーション機能は、訓練室および訓練機器は適切な整備状況で、休日・祝日におけるリハビリテーションニーズや緊急時への対応体制も適切である。診療情報管理機能では、診療情報管理士の増員を図り、診療情報機能の充実に向けて努力されることを期待する。医療機器管理に関しては、シリンジポンプ・輸液ポンプなどの主要な機器は中央管理され、定期的な点検と記録を整備するなど適切に管理されている。洗浄・滅菌に関しては、EOGや高圧滅菌器は、4アルキル特定管理

者や滅菌管理士により管理されており適切である。

病理診断部門には多数の医師・技師が常駐し、院内検体だけでなく地域の関係医療機関の検体も一手に取り扱っており、病理解剖・CPC・PMCだけでなく院内外の組織バンク機能を担うなど、卓越した機能を有している。放射線治療部門には多数の専従医・専従技師・専従看護師が配置され、陽子線治療では全国からの依頼患者を引き受け、部門としては様々な取り組みに努めており、機能としては卓越している。輸血部門には専任医師・専従技師が配置され、定数在庫血を有しながら適正な輸血請求、有効利用、廃棄率の減少に努めており、自己血は同種血とは別保管とし、感染性自己血はさらに別の保管庫で管理されている。手術機能では、入退室基準、抜管基準等も明確であり、研修医等の教育も適切に行われている。ICU・PICU・HCUなどには専任医師が配置され、集中ケア認定看護師4名を含め、施設基準を満たした職員が配置されており適切である。救急部門として24時間・365日の救急対応を行っているが、救急部専従医を含め、内科系・外科系医師、研修医を含む多くの医師が院内に待機し、相互に協力し合い救急診療に努めており適切である。

10. 組織・施設の管理

財務管理では、会計処理・会計監査は適切に行われており、経営管理については、病院意思決定会議において予算執行状況が確認されるなど適切に実施されている。医事業務では、レセプトの作成・点検、返戻・査定に対して、医師の関わりと組織的な対応が図られており、未収金対応も規程に則り回収に努力されている。

業務委託については、PFI事業に関わる内容が多いが、モニタリング委員会を通して適切な運営が図られている。評価も「取引先評価表」を用いて定期的の実施して、業務内容が劣化することなく、さらに向上することにつなげている。

施設・設備の日常点検と保守管理は確実に実施されており、院内の清掃や廃棄物の処理も適切である。しかし、医療ガス安全・管理委員会の定期的な開催と委員会に必要な職種の選任を求めたい。受動喫煙の防止については、敷地内禁煙の方針が明確にされ、禁煙外来も実施されている。職員の喫煙調査が実施され、禁煙講演会や産業医による相談・支援体制が整備されているなど、支援体制は適切である。また、衛生委員会による院内巡視も実施され、禁煙への積極的な取り組みが見られる。

診療材料の選定は、病院の医療材料選定委員会にて選定されている。使用期限の管理、在庫管理はいずれも適切に実施されている。

災害時の対応として緊急時の責任体制は明確になっており、防災訓練も年2回実施されている。停電時の対応も図られ、食料・水・医薬品の備蓄も必要量が確保されている。

保安業務ではマニュアルが整備され遵守されており、緊急時や休日・夜間の連絡網も整備され、応援体制も明確になっている。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として多数の指導医・プログラム責任者を擁し、3つの研修プログラムを動かしている。総合臨床教育センターは、院内研修医の事務局機能だけでなく、各種シミュレーターを整備し（地域の若手医師も対象にした）実践教育の場となっている。また、地域の医療機関に教育指導者を数多く派遣し、地域若手医師の教育・養成にも関与している。研修医と指導医の相互評価はE P O Cで行われ、研修医の精神的サポートにも努めている。研修医には宿舍の貸与、全研修医への机・ロッカーなどの配備、月2～3回程度の当直といった様々な配慮がなされ、近年、マッチング数も国立大学病院の中で上位に位置している。卒後臨床研修評価機構の外部評価を受けるなど、積極的な取り組みも数多く、卓越した機能を有していると考えられる。

学生実習の受け入れでは、総合臨床教育センターの設置により、学生実習に関する受付や返信業務を担当している。実習に際しての細則や要綱が策定され、学校との協定書や同意書も締結されている。しかし、実習カリキュラムの確認や実習生の評価などが、各部門に一任されているなど、病院全体での組織的・統括的な仕組みがなく、実習に関する部門間の調整や問題共有・情報共有もなされていないので、今後、総括的かつ組織的な取り組みが望まれる。

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	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病院の方針を決定している	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	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	医療サービス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	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	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	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	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	B
2.2.2	外来診療を適切に行っている	B
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	B
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	急性期の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	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	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	S
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	S
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
4.2	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	B
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	医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	S
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	B
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	B
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	S
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	B
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	S
2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	B

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	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	NA

年間データ取得期間： 2012年 4月 1日 ～ 2013年 3月 31日
 時点データ取得日： 2013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： 筑波大学附属病院
 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： 国立大学法人
 I-1-4 所在地： 茨城県つくば市天久保2-1-1

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	759	759	0	83.2	15.2
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	41	41	0	73.6	32.9
結核病床					
感染症病床					
総数	800	800	0		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	増減数(3年前から)
救急専用病床	7	+3
集中治療管理室(ICU)	20	+10
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)		
ハイケアユニット(HCU)	28	+28
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)	9	+3
放射線病室		
無菌病室	28	+20
人工透析	16	+7
小児入院医療管理料病床	44	+6
回復期リハビリテーション病床		
亜急性期入院医療管理料病床		
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、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(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： 45人 2年目： 28人 歯科： 7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

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2012	2011	2010	2012	2011
1日あたり外来患者数	1530.26	1516	1480.8	100.94	102.38
1日あたり外来初診患者数	86.72	82.96	85.02	104.53	97.58
新患率	5.67	5.47	5.74		
1日あたり入院患者数	623.88	655.07	663.02	95.24	98.8
1日あたり新入院患者数	37.6	37.03	38.07	101.54	97.27