

# 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」・「緩和ケア病院」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 6 日～2 月 7 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
機能種別	緩和ケア病院（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。
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は開設以降、幾多の増改築を経て東京都区西北部の中核病院として発展してきた。この間、臨床研修病院、地域医療支援病院、へき地拠点病院、地域災害拠点病院、DPCⅢ群などの指定・認定を受け、急性期医療に加えて地域医療の確立を実現するために努力している。1999 年新豊島病院として全面改築して 267 床となり、第二種感染症指定医療機関、東京都エイズ診療拠点病院および精神科救急医療も担う病院として発展し、現在の礎となっている。2009 年運営移管により財団法人東京都保健医療公社豊島病院となり標榜診療科 29 科 438 床（緩和ケア病棟 20 床・精神病棟 32 床・感染症病棟 20 床）として認可される。

病院機能評価を継続的に更新受審し、患者中心の医療に病院総合力を結集し、継続的質改善に取り組み、常に最高水準を保つべく院長を中心に、幹部・職員が一体となって日夜努力している姿に深く敬意を表したい。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

「私たちは、まごころを込めて最善の医療を提供し地域社会に貢献します」とした理念と基本方針を明文化して、院内外に周知している。基本方針の内容は毎年運営会議にて見直されている。院長は、会議や委員会などを通じて自院の将来像を明確に示して、院長・幹部は、部門・部署ごとに目標を定めて、職員に目標意識を持たせる目標管理制度を取り入れ、労働意欲を高める工夫をするなどリーダーシップをよく発揮している。病院の意思決定機関は運営会議であり、定期的に開催され、審議・決定されたことは部課長会等を通じて職員に周知している。第四次中期経営計画（2018年～2023年）に基づいた年次計画を樹立し、部門・部署ごとの目標設定と達成度の評価を行っている。BCPも策定し、病院の組織運営を適切に行っている。病院の情報は医事課病歴室および経営企画室が管理統括しており、活用の方針を明確にし、医療の質や安全性・効率性を確保している。文書管理もおおむね適切である。

役割・機能に応じた人材確保の点で、呼吸器内科・循環器内科などの内科医師とともに産婦人科医師の拡充が期待される。引き続き放射線治療医師の常勤化にも努められると良い。人事・労務管理についても、おおむね適切である。職員の安全衛生管理および就労支援は適切に行っている。教育・研修は適切に実施し、専門職種に応じた初期研修を行っている。職員の能力評価・能力開発についても適切に行っている。

## 3. 患者中心の医療

小児を含めた患者への権利憲章を、患者の医療への主体的参加を支援するメッセージと位置付けている点は評価に値する。説明と同意の方針を明確にしており、診療行為の範囲も定められている。ホームページにて多くの病院情報を掲載し、入院診療計画書やクリニカル・パスで入院時に必要な情報を提供している。入院生活についての冊子やDVDなどで、入院時に必要な情報や医療事故防止について患者参加促進が行われている。患者の個人情報・プライバシーの保護については、おおむね遵守されている。病棟における生活上のプライバシーへの配慮については、患者のプライバシーをより尊重するという病院の基本的な姿勢が職員に浸透することを期待する。病院の臨床倫理指針により主要な倫理的課題として、宗教的輸血拒否や延命治療中止・リビングウィル等の病院の方針を明確にしている。臨床現場で起こっている倫理的課題については、「臨床倫理コンサルテーションチーム」が相談を受け、ともに検討する場としている。臨床倫理的課題が生じた場合、当該部署で起こる症例について4分割法を使い医師をはじめとする多職種によるカンファレンスが行われている。解決が困難な課題は臨床倫理コンサルテーションチームからの助言を受け、共に検討できる場が設定されている。

電車・路線バスやタクシー等、来院時のアクセスは良好である。院内はバリアフリーであり、車椅子は玄関に10台常備している。外来・病棟・病室とも診療・看護ケアに必要なスペースは十分確保されている。食堂・デイルームは大きな窓で開放感があり、病棟の患者・家族がくつろげるスペースも確保できている。また、健康診断時に職員の喫煙率を確認しており改善傾向にある。喫煙者には部署長が積極的に禁煙外来の受診を促している。

#### 4. 医療の質

退院時アンケート、相談窓口、意見箱、満足度アンケート、ホームページなど様々なツールで患者・家族の意見を収集している。結果は患者サービス向上委員会で集約され、院内で共有している。診療の質向上に向けての取り組みは意欲的であり、パス活用などに実績が残されている。業務の質改善に向けての病院の主体的取り組みが多職種を巻き込んで展開されており、高く評価できる。新規治療の導入にむけての院内手順は倫理面、安全面の検討も含め、問題なく運用されている。

病棟スタッフステーション前に病棟責任者として医師・師長の氏名を掲示している。診療録、診療記録の記載は適切であり、さらに改善しようとする取り組みも行われている。各専門チーム（認知症・NST・緩和ケア・ICT・褥瘡対策・呼吸ケア・リエゾン・心不全・糖尿病ケアチーム等）の活動は活発に行われており、相談機能も十分果されている。

#### 5. 医療安全

安全確保では、多職種からなる組織体制が整備され、2018年度の課題を踏まえ、2019年度テーマにもとづき委員会活動が積極的に行われている。安全確保に関するマニュアルは定期的な見直しと改訂がなされている。また、専従看護師は有害事象発生時医療安全管理責任者とともに、速やかな対策を検討し実践につなげている。医療安全に関する情報はインシデント・アクシデント報告により収集されている。収集した情報は、分析され再発防止策が実践されており、成果確認もある。

患者・検体・部位などの誤認防止は各部署においてよく取り組まれている。指示出し指示受け、パニック値や重要所見の伝達は概ね適切に行われているが、口頭指示の際の記録用紙や、重要所見の受信側と発信側の記録など、さらに確実な伝達方法の検討が期待される。薬剤の安全な使用に向けた対策はおおむね適切であるが、ハイリスク薬の安全な使用については薬剤師のさらなる関与が期待される。転倒・転落防止では病院全体の課題としての取り組みや、患者の心身の状況を踏まえ状態変化に即応した取り組みもあり適切である。医療機器では、人工呼吸器やシリンジポンプ・輸液ポンプなどが、研修を受講した職員により安全に使用されている。急変対応では、急変コードに基づく対応、定期的なシミュレーションの実施があり、おおむね適切である。

## 6. 医療関連感染制御

感染制御に向けた体制はおおむね確立している。ICTは感染制御に関する情報収集や現場での指導を、ASTは抗菌薬使用について主治医への積極的なアドバイスを、それぞれ適切に行っている。専従ICNの権限について、組織図上でも明確にすることを期待したい。ICTは感染に関する院内外の情報を収集・分析した上で、院内に情報発信している。各種のサーベイランスを行い、業務改善活動に活用している。アウトブレイクへの対応も適切に行っている。

各部署では、医療感染制御に関するマニュアルに則り、ICTラウンドが行われPPEの着用、手指衛生の徹底などの実践に関する評価を行っている。汚染リネンの取り扱いや一時保管場所に関する再検証が望まれる。広域抗菌薬をはじめとする抗菌薬は、ASTの関与のもとで適切に使用している。周術期の予防的抗菌薬は執刀直前に行われているが、術後の投与期間についても今後の検討が期待される。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報委員会を中心にホームページの開設、患者向けに広報誌「パティオ」、行政・医療機関向けに「連携としま」を発行するなど多方面に向け発信している。また、診療実績はホームページに掲載するなど、多様な情報を地域等へわかりやすく発信している。医師会・住民代表者を構成員とする豊島病院運営協議会にて地域の医療ニーズを把握している。地域連携係を中心に地域5医療機関とアライアンス関係により、入退院連携を構築している。また、紹介患者の返信率については情報管理室の努力により97%まで向上した。毎月、医療連携関係の講演会・研修会が開催されており、地域の中核病院としての役割を果たしている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療案内・入院案内やホームページにより受診に必要な情報が案内され、受付手順に沿って総合相談窓口やブロック受付による適切な診療科への案内を行い、初診・再診の手続きを適切に行っている。診療科の決定やトリアージ、既往歴やアレルギー情報の電子カルテへの入力、発熱患者やインフルエンザ疑い患者の誘導、障害のある患者へのサポート、患者誤認防止など、外来診療は適切に行われている。診断に向けての必要な検査はおおむね安全に行われている。入院の決定、患者への説明と同意、患者の希望への配慮、セカンドオピニオンの案内などは適切に行われ、緊急入院にもスムーズに対応されている。入院後に各種のアセスメントが行われ、患者・家族の要望を反映した診療計画が多職種により作成されている。入院診療は主治医のリーダーシップのもと、多職種が情報を共有しながら適切に行われている。患者総合支援センターにおいてそれぞれの役割の中で患者相談対応をしている。専門分野での対応が適切であると判断した場合には各専門チームや部門と連携が取れている。入院が決定すると、患者総合支援センターの入院サポートにおいて医療費や入院に必要な準備等の説明や患者基礎情報の収集が行われている。また、病棟においても、床頭台に備え付けた「入院のしおり」や病室テレビでのオリエンテーションが可能である。

看護管理基準に基づき、総合患者支援センターとの協働で入院患者のニーズが把握され日常生活支援が行われている。看護師は必要とされる看護を提供するために看護実践能力の評価を行い、リーダーの養成や業務分担を行っている。また、診療責任医師と看護師長は病棟運営上の課題をよく検討し解決している。薬剤師による持参薬の確認、抗がん剤やTPN製剤の調製、注射薬の払い出し、また、病棟看護師による注射薬の調製・投与時の6Rの確認、服薬確認などが適切に行われている。輸血・血液製剤は適切に使用している。周術期の対応もマニュアルに沿ってなされており、重症患者への治療・ケアも概ね問題なく提供している。患者ごとの褥瘡リスク評価が行われ、認定看護管理者を中心とした褥瘡対策チームによる褥瘡対策が適切に行われ、褥瘡の重症化を防止している。病院の栄養管理基準に沿い、入院時の看護師による栄養スクリーニングや問診等の情報に基づき、管理栄養士が栄養管理計画書を作成し、安全な食事を提供している。日本緩和医療学会のガイドラインに基づいた緩和ケアマニュアルに沿って実践している。身体的・精神的苦痛の緩和だけではなく、社会的な苦痛の緩和までを網羅したマニュアルの整備が望まれる。患者・家族からの希望を尊重しながら、早期からのリハビリテーションが行われている。ゴール設定やリスク評価は、患者の希望や状態に基づいて行っている。身体抑制については、マニュアルに基づき、開始と解除の要件、手順を明記している。身体抑制の減少のため認知症認定看護師による院内デイケアが開催され患者の精神的安定に向けて積極的な取り組みを行っている。入院時退院支援スクリーニングシートを使用し、入院早期から多職種合同カンファレンスを実施している。地域事業所には、日常生活動作や身体機能などを記載した用紙を使用し、情報共有を実施している。入院患者・家族の中で特に継続した診療・ケアを必要とする場合には地域医療連携室のMSWと退院調整看護師が早期からかわり、患者・家族にかかわる地域のケアマネジャー・訪問看護師と連携を取り退院カンファレンスも含め対応できている。退院後の外来診療においては、退院患者の外来診療時に、外来看護師によるケアの継続と必要な記録が行われることを期待したい。ターミナルステージでは、多職種による計画があり、QOLが配慮され、患者・家族の意向を尊重したケアが実践されている。今後は、DNARへの対応にACPを上手く絡め、より良いケアに繋げることを期待したい。

#### ＜副機能：精神科病院＞

急性期の地域精神科医療を担うとともに、区西北部地域の東京都夜間休日精神科救急事業はほぼ毎日の対応、また、東京都精神科患者身体合併症医療事業を院内の他科の医師と連携し、多職種が連携して対応している。入院時から退院を見据えて、院内の多職種や行政や医療機関、施設と連携している。退院後に必要な社会資源や必要な医療が継続できるよう、定期的に情報共有する地域連携の場を持ち、精神疾患を持ちながら地域で生活できる活動が活発に行われており秀でている。

### ＜副機能：緩和ケア病院＞

1999年に緩和ケア病棟20床を開設されて以降、積極的症状緩和、積極的在宅支援を方針として、この地域のがん患者のニーズに応えてきた。近隣の医療機関からの紹介は、総合患者支援センター医療相談係を窓口として受け付け、相談外来、入棟審査、入院までの流れは円滑である。医師、看護師、公認心理師をはじめとした多職種とボランティアによるケアは、患者と家族のQOLを高め、その人らしさを支えている。入院時から在宅療養のニーズを把握し、症状緩和を図った後に、速やかな退院調整が行われ、平均在棟日数は16.3日と短く、在宅復帰率は49.2%と極めて高い。在宅療養を支援する緩和ケア病棟として、患者と家族の希望を支え続けていることは高く評価される。

### 9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査、疑義照会、調剤と調剤鑑査、持参薬の鑑別と薬歴管理、医薬品情報の収集と院内への周知、新規薬品の採用と品目削除などを適切に行っている。注射薬の定時処方1施用ごとに取り揃えられて払い出されるが、時間外の処方についても誤投与を防ぐ対策が期待される。臨床検査機能はよく考えられた管理・運用で成果を挙げている。CT、MRI、核医学のほぼ100%が放射線専門医によって読影されている。造影時の急変への対応、患者・部位誤認防止、撮影時の転倒防止などが適切に行われている。現在はCTとMRIに待ち日数が発生しているため、短縮への取り組みを期待する。温冷配膳車を使用し、行事食は年50回程度、選択食は週4回提供するなど適切に食事を提供している。厨房については床の乾燥も確認でき、清潔・不潔区域が明確になっている。幅広い疾患で早期からのリハビリテーションが行われており、訓練の継続性や安全性にも配慮されている。院内の多くの多職種チームに療法士が参加しており、地域リハビリテーション支援センターとして、地域福祉への貢献も行っている。毎月の診療情報管理委員会にて診療記録の量的・質的点検を管理している。診療記録の自主点検も定期的を実施し、当該医師、上席医師、副院長まで報告し、診療記録の改善に努めている。主な医療機器は、臨床工学士により中央管理され、年間点検、定期的点検が行われ安全な使用ができてい。夜間・休日での医療機器トラブルにも対応している。使用済み器材の返却、洗浄、組み立て、滅菌、保管までの業務はワンウェイ化され、確実な作業工程により行われている。洗浄・滅菌の質は保証されている。

病理診断機能も部署配置、職員構成とその運用のどの面でもよくオーガナイズされている。放射線治療医は非常勤であるが、治療計画の策定と検証、説明と同意、照射線量の確認などが品質管理士との協働で適切に行っている。機器の保守点検、品質保証も定期的に行っている。輸血・血液管理部門の活動は、輸血機能をよりよくする目的で輸血委員会の中で症例検討を行うなど、輸血学会の輸血機能評価制度でこれまで認定更新を重ねてきていることから、秀でて、高く評価できる。手術・麻酔部門はよく整備され、運用されている。集中治療部門の運営に患者毎の重症度の数値化導入があれば、さらに良い。救急機能は医師層を中心に病院を挙げて取り組んでおり、結果も出している現状は評価できる。

## 10. 組織・施設の管理

会計処理は公社財務規程に基づき適切に処理している。また、経営状況の把握と分析については、経営企画室で行われており運営会議で承認している。保険診療委員会にてレセプト点検が医師も関与し実施されている。また、未収金への対応については3段階の督促方法があり金額の増加防止を行っている。業者選定委員会で委託業者の是非、選定を行っている。業務を委託しているそれぞれの担当部署が管理をしており、従事者に対する教育も実施している。

施設・設備は整備されている。緊急時の連絡体制も整備している。感染性廃棄物等も適切に処理されており、最終廃棄物業者の現地確認も適切に行っている。診療材料委員会、機器選定委員会を通じて物品管理を適切に行っている。在庫管理についてはSPDを導入し払い出しを把握している。ディスプレイの再利用は厳禁としている。

災害拠点病院であり、大規模、夜間、トリアージ訓練などを定期的実施している。区をあげて近隣医師、住民の参加もある。備蓄品の管理も問題なく、停電時の対応手順も整備されていた。保安業務は庶務課が担当し、委託業者が実施している。緊急時の連絡、応援体制も整備されている。医療事故等に対しては、医療事故対応マニュアルに従って組織的に取り組んでいる。また、病院は損害賠償責任保険に加入し訴訟に備えるなど、医療事故等に適切に対応している。

## 11. 臨床研修、学生実習

研修医の研修プログラムは臨床研修管理委員会で管理し、研修手帳に従い目標に対する自己評価を行い指導医により目標達成の援助をしている。また、看護部、放射線科、薬剤科、臨床検査科、栄養科においても初期研修プログラムが確立している。学生実習の受け入れは庶務課を窓口を実施している。実習は各カリキュラムに従って行われ、評価している。実習生受け入れに関しては、医療安全や医療関連感染制御の研修、実習中の事故対応、個人情報保護に対する契約を取り交わし、庶務課において契約書や受け入れ状況などを一元管理し把握している。

# 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	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	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	A



1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	S
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	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	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	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	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	S
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	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	B
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	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	S
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	S
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	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	A



## 機能種別：緩和ケア病院（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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	緩和ケアに必要な診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

2.2.20	身体抑制を回避するための努力を行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	S
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	臨死期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 6 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：公益財団法人東京都保健医療公社豊島病院

I-1-2 機能種別：一般病院2、精神科病院(副機能)、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者：公益法人

I-1-4 所在地：東京都板橋区栄町33

## 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	386	378	-4	78.4	10.4
療養病床			+0		
医療保険適用			+0		
介護保険適用			+0		
精神病床	32	28	+0	81	20.1
結核病床			+0		
感染症病床	20	5	+0	137	23.9
総数	438	411	-4		

## 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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	6	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	14	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	2	+0
人工透析	4	+0
小児入院医療管理料病床	22	-9
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	20	+0
精神科隔離室	4	+0
精神科救急入院病床	28	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

## 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), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院(Ⅲ群), 在宅療養支援病院

## 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： 6 人 歯科： 1 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
1日あたり外来患者数	616.43	621.57	605.32	99.17	102.68
1日あたり外来初診患者数	77.90	77.45	71.53	100.58	108.28
新患率	12.64	12.46	11.82		
1日あたり入院患者数	329.00	337.09	336.38	97.60	100.21
1日あたり新入院患者数	27.71	28.59	27.58	96.92	103.66