

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「緩和ケア病院」・「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4日～9月5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	緩和ケア病院（副）	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 緩和ケア病院（副）
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1898年に板橋町八ヶ村組合伝染病院として発足し、その後東京都立豊島病院として地域医療を担ってきた。2022年には地方独立行政法人への移行に伴い、東京都立病院機構 東京都立豊島病院として新たな体制のもと運営を開始した。126年に及ぶ歴史の中で、施設・設備・医療機器の充実を図りながら、東京都指定二次救急医療機関、地域がん診療連携協力病院、地域医療支援病院、災害拠点病院、エイズ診療拠点病院など多様な指定を受け、地域医療連携・救急医療・先進的医療の整備に努めてきた。救急医療、がん医療、脳・心血管疾患医療を重点領域とし、緩和ケア、精神科救急、周産期医療、感染症医療にも継続して取り組んでいる。こうした総合的な医療提供体制を背景に、板橋区西北部の地域住民から厚い信頼を得ている。

今回の病院機能評価受審にあたり、院長や幹部・職員が一丸となって準備を進め、訪問審査においても「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」と掲げ運営を進めてきた取り組みの成果を十分に確認すること

ができた。審査の結果はほとんどの項目で適切な医療機能を維持しており、高く評価できる取り組みとともに課題も見られた。引き続き各領域の評価内容を参考に、より高いレベルを目指して医療機能と質の向上を図り、ますます発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

運営理念・基本運営方針を明文化しており、基本方針の見直しや院内外への周知も適切である。病院幹部は、病院経営状況の周知、担当分野の課題の把握と解決へ取り組んでおり、リーダーシップを発揮している。意思決定会議や会議・委員会の運営、情報伝達、中期計画や事業計画の策定、各部門の目標管理体制の整備などは適切である。電子カルテを導入し、管理・運営、システム障害への重層的対応体制、安全確保への配慮なども適切である。文書を一元的に管理する仕組みがある。

医療法や施設基準に必要な人材を確保している。人事・労務管理体制を適切に整備しており、職員の安全衛生管理体制は適切である。自己申告制度や職員満足度調査による意見の聴取と職場環境への反映、福利厚生制度の充実などで魅力的な職場作りに努めている。院内研修の一元的管理体制、院外教育や研修への参加体制を整備している。全職員対象に能力把握・評価を行い、職員の専門的能力向上や資格取得の支援体制を整備している。医師や看護師・医療技術職全般の初期研修プログラムも整備している。学生実習を受け入れカリキュラムに沿って実習指導と評価を行っている。

3. 患者中心の医療

都立豊島病院患者権利章典およびこども患者権利憲章を明文化し、ホームページ、入院案内、院内掲示などで患者・家族および職員へ十分に周知している。患者の理解度や意向を確認しながらガイドラインに基づき説明と同意を実施している。入院診療計画書やクリニカルパスなどを活用し、診療計画を患者と共有している。患者・地域サポートセンターを中心に専門職種による患者支援体制を整備している。各虐待の対応手順を整備し、組織的に対応している。個人情報保護に関する規程は都立病院機構の安全管理基準を順守して明確に定めている。多職種で構成した倫理委員会を設置し倫理指針の策定や倫理的問題に関する検討を行っている。意思決定支援、臓器提供に関する方針など病院としての指針を定めている。倫理的課題やジレンマは医師、看護師など多職種で検討している。解決困難事例は臨床倫理コンサルテーションチームが助言や支援を行っている。

院内はバリアフリーとなっており、生活延長上に必要な設備やサービスも整備している。病室や廊下、処置室は整理し、トイレや浴室は安全面にも配慮している。敷地内全面禁煙を実施し、患者・家族に禁煙の方針を周知している。

4. 医療の質

業務の質改善では、院長ヒアリングやQI委員会での活動を通じて、問題点の抽出や具体的な改善に向けて継続的な取り組みを行っている。診療の質向上に関しては、多職種参加によるカンファレンスを活発に行い、多数のクリニカルパスを活用するとともに、臨床指標をホームページに公開し、各部門が病院の課題として熱心に取り組んでいる。患者・家族からの意見・要望は、意見箱や患者満足度調査で収集して患者サービス向上委員会で組織的に改善策の検討・実施を行っている。新たな診療技術や治療方法、および未承認薬・医薬品の適応外使用の導入に際しては、高難度新規医療技術導入評価委員会、薬事委員会および倫理委員会で審議・検討し、病院として適切に支援している。

病棟責任医師や看護師長などの責任者を明示し、協力して病棟運営上の問題に対応している。責任者は回診やカンファレンスによって診療やケアの実施状況を把握している。必要な診療情報は、診療録等記載マニュアルに基づき適時に記載されており、診療録の質的点検も適切である。多職種で構成する褥瘡対策チーム、周術期管理チームなどの専門チームが組織横断的に活動している。診療科や部門の枠を超え、日常的に多職種が協働している。

5. 医療安全

医療安全管理室に、副院長の室長と専従リスクマネージャーの看護師を配置し、組織横断的に活動している。インシデント・アクシデント報告書は、電子媒体で作成され医療安全管理者が報告事例を確認し、患者への影響度や状況に応じて現場への確認やヒアリングを行っている。医療事故発生時の対応手順を整備し、原因究明や再発防止策を検討する仕組みを整備している。

患者の誤認防止は、医療安全マニュアルの手順に則り、患者本人にフルネームと生年月日を名乗ってもらい確認を行っている。医師による指示は原則電子カルテにて実施され、口頭指示を行う場合も院内共通の用紙を活用して、伝達エラーが起らないような仕組みを整えている。病棟での麻薬や向精神薬は適切に鍵管理を実施している。入院時に全患者を対象に転倒・転落アセスメントシートを用いてスクリーニングを実施し、結果を患者や家族、多職種と共有している。医療用機器を安全に使用するために、医療機器の取り扱いマニュアルを整備し看護師や研修医への教育・研修を行っている。院内緊急コードを設定し病棟や各部署に救急カートを整備している。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染対策室には専従ICNを配置し、権限を付与している。感染対策制御に関するマニュアルも適宜改訂され、院内での活動実績も充実している。ICTラウンドを適宜実施して、マニュアルに沿った対応に関する遵守率も高い。院内での感染状況は即時、収集する仕組みを整えており、各種サーベイランスも適宜実施して、対応も検討している。アウトブレイク対応では迅速な報告、即日感染対策会議を開催する仕組みを整えている。

標準予防策に必要な手袋、エプロン、ガウン、速乾式消毒剤を病室前に設置するとともに、手指衛生向上に向けて取り組んでいる。看護師や医師の遵守状況も部署ラウンドで確認している。感染性廃棄物容器の保管場所については検討が望まれる。抗菌薬の適正使用に関する指針を整備しており、それに基づき診療科へのフィードバックも適宜実施している。抗菌薬適正使用支援チームの介入に対する受け入れ率は高く、抗菌薬採用に関しても感染対策チームと協議の上実施している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への必要な情報の発信は、計画課と広報委員会が中心となり、各部署と連携して新たな情報発信を企画している。診療実績などの情報は、広報誌やホームページを定期的に更新して発信している。患者・地域サポートセンターが中心となり、連携する地域の医療機関などにセンター長である副院長や診療科部長、看護師、MSW が同行訪問することで地域ニーズを把握している。

地域に向けての啓発活動は、計画課と広報委員会を中心に企画立案を行っている。市民公開講座を年3回以上、医療従事者向けの研修、認定看護師による出前講座など多数の研修会を開催しており、地域の医療に関する教育・啓発活動は高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

各出入口に職員を配置して円滑に受診できるよう配慮している。診療科ごとに問診票が導入され、情報収集を行い、外来担当医が電子カルテに記載している。診断的検査は十分な説明と確実な同意を得ており、各検査のリスクを考慮しながら安全に実施している。医師による医学的な判断に基づき入院を決定している。入院診療計画は医師・看護師により個別性を考慮したうえで作成し、説明のうえ同意を得ている。患者・地域サポートセンターで相談内容や対応状況の共有を図っている。入院前面談で入院生活に関する説明を行い円滑な入院に繋げている。

医師は回診・カンファレンスに参加し、リーダーシップを発揮している。知識・技術を備えて病院独自の看護方式で、人材育成および病棟業務を提供している。薬剤科による安全な薬剤の管理・準備を行っている。輸血・血液製剤投与は、各種指針・ガイドラインに沿った輸血療法マニュアルに則り適切に実施している。周術期においては、手術の適応や術式をカンファレンスで協議・決定し、麻酔医による術前診察や看護師による術前訪問を適切に行っている。重症患者の管理は、基準に基づき病棟を選択し、多くの医療チームが介入している。褥瘡対策マニュアルを整備し、評価に基づき治療計画を立案して実施している。全入院患者に栄養評価を行い食物アレルギーも確認して栄養管理を行っている。疼痛、呼吸困難、消化器症状など患者が抱える様々な苦痛に対して緩和ケアを実施している。個別性を配慮したリハビリテーション実施計画書を作成して、早期や休日も連続的にリハビリテーションを実施している。

身体的拘束最小化に向けた指針に基づき、開始や解除を判断している。入院前面談で患者が抱える問題を把握し、早期に退院支援を開始している。連携する医療機

関に診療情報提供書や看護サマリーで情報提供を行っている。ターミナルステージの判断は、病院としての方針を明記して患者・家族の意思を確認し、多職種で個々の患者についてカンファレンスで方針を決定している。

<副機能：精神科病院>

精神科救急患者や精神障害を持つ身体合併症患者を受け入れ、幅広い精神科医療を提供している。緊急受け入れ時の体制は高く評価できる。外来診療や診断的検査を実施する際の観察を適切に行い、精神保健福祉法に則り、入院形態ごとの対応・管理体制を整備している。医師は総合病院の精神科として求められる精神科医療・合併症治療・リエゾン医療・高齢者サポートの役割を担い、高い専門性を有している。看護師は専門チームや認定看護師らのサポートを受け、多職種と連携しながら看護業務を行っている。投薬・注射は処方指示箋により実施して、抗精神病薬の評価も行い、病棟担当薬剤師の積極的な関与もある。電気けいれん療法は他院からの依頼も多く、取り組み体制を整備している。褥瘡の予防・治療、栄養管理、症状緩和は多職種協働で適切に行っている。急性期から慢性期までのリハビリテーションを計画に基づいて実施している。

隔離や身体拘束は、委員会やカンファレンスで解除に向けた検討を行い、最少化に努めている。患者の個別性に配慮した退院支援計画を多職種で作成し、患者個々の状態に応じて必要な支援を行っている。ターミナルステージへの対応では、患者・家族の意思を尊重し、十分な説明と同意取得を行い、療養環境や面会に配慮した対応を行っている。

<副機能：緩和ケア病院>

開棟後 26 年の歴史を有する緩和ケア病棟であるが、清潔で機能的な状況が維持されており、多職種のスタッフの温かさが感じられる穏やかな雰囲気の中となっている。受診に必要な情報や受け入れに関する方針と手順は、病院ホームページなどを通じて周知している。緩和ケア科外来では、多職種が同席し、これからについて具体的に相談している。入院判定基準を定め、わかりやすい言葉で周知している。多職種が協議して入棟の適否と優先順位を判定している。入院早期に診療計画書を作成し、高い個別性をもって詳細に説明している。

患者の全人的苦痛に対して、医師、看護師、公認心理師を中心に、患者・家族の抱えるさまざまな問題に真摯に向き合っていく姿勢を堅持している状況は高く評価できる。症状の緩和に向けて標準的な手法で対応し、症状の変化も俯瞰できるような形で検討している。安全な薬剤管理に取り組んでいる。季節の行事や茶話会、ウクレレの演奏などの取り組みを積み重ねて患者・家族の QOL 向上に尽力している。管理栄養士や療法士もスタッフの一員として、患者・家族の QOL の維持・向上に貢献している。積極的に退院支援を行い、体験的な短期入院のシステムもある。在宅療養中の患者は緊急時に必ず受け入れる体制を整えている。臨死期や逝去時の手順と対応、その後のグリーフケアを標準的な形で実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

定時の注射薬は薬剤科にて1施用毎に払い出しができていますが、15時以降の臨時処方への払い出しに際して、薬剤師のより直接的な関与を期待したい。臨床検査機能は24時間体制で対応しており、迅速・確実な検査結果の報告と精度管理を高いレベルで実施していることは高く評価できる。緊急時など速やかに画像診断が可能となるシステムを導入している。栄養管理機能は、各種マニュアルに準じて適切に管理している。早期から必要なリハビリテーションを実施している。診療情報管理士が退院患者全員に対してチェックリストに基づき、量的点検を実施している。医療機器安全管理委員会を開催して、院内で使用している医療機器の保守・点検、安全使用に関する検討を行っている。院内で使用した器材は、密閉された専用の容器に格納し回収される。洗浄・点検・組み立て・滅菌・払い出しまでワンウェイ化している。

病理診断機能は、組織診、細胞診、病理解剖、CPCを含む各種カンファレンスを通じて適切に発揮している。放射線治療は、常勤専門医・診療放射線技師の関与により適切に実施している。院内ラウンドなどを通じて安全・確実な輸血療法を実施する体制を整備し、廃棄率低減に取り組んでいることは高く評価できる。麻酔科医がほぼ全例の手術を管理し、スケジュール管理、術前診察、術中管理、退室管理などの運営を安全に実施している。集中治療機能は、ICUとHCUを運用し、入・退室基準に基づいた運用、多職種による関与など適切に発揮している。救急医療では、断らない救急の方針を基に必要十分な二次救急体制を整え、感染症を含め多数の救急患者を常時受け入れている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、各診療科や各部署とのヒアリングを基に予算書を作成して都立病院機構の理事会に提出し、都議会で承認を得ている。毎年、監査法人による外部監査を実施している。医事課の管理のもと、会計業務の一連の流れ、返戻・査定への対応、施設基準を順守する体制がある。未収金は発生防止に努力するとともに、回収が困難な事例に関しては法律事務所による債権委託を導入し、回収率の向上に努めている。総務課が委託業者を管理している。委託業者選定の是非は業者選定委員会で費用対効果を協議している。実施状況の把握と質の検討は、日報の提出および委託業者と定例の会議で把握している。病院の役割・機能に応じた施設・設備を整備しており、日常点検・保守管理は計画的に実施している。物品管理は院内SPD管理で、医薬品および医療材料の採用や変更の際は、安全性・利便性・経済性などを検討し、一増一減の基準に則って管理している。災害対策マニュアルを整備、防災訓練を実施し、災害時を想定した食料・水・医薬品の備蓄を行い、災害拠点病院としての役割を担うべく災害時の対応強化を図っている。保安業務は、定期巡視や防犯カメラによる監視などを実施しており、緊急時の連絡、応援体制を明確にしている。

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	患者の個人情報適切に取り扱っている	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	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
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	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	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	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	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	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	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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	S
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	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を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	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	購買管理を適切に行っている	A
4.6	病院の危機管理	
4.6.1	災害時等の危機管理へ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

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・処置を確実・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	患者主体のケアを心身両面から適切に行っている	S
2.2.13	症状などの緩和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	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理 と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
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

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	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	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	栄養管理と食事支援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

年間データ取得期間： 2024年 4月 1日 ~ 2025年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025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： 地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立豊島病院

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： 地方独立行政法人

I-1-4 所在地： 東京都板橋区栄町33-1

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	386	311	-67	62.4	8.7
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神科病床	32	28	+0	65.1	16.8
結核病床					
感染症病床	20	5	+0	150.9	21.1
総数	438	344	-67		

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)	6	+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	6	+0
小児入院医療管理料病床	22	+0
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
障害者施設等入院基本料算定病床	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	24	+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(DPC標準病院群)

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： 6人 2年目： 6人 歯科： 2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

