

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 1 月 17 日～1 月 18 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、東京都立病院機構の中で小児医療センターとしての役割を担う、子どものための総合病院である。24 時間 365 日病気の子どもを受け入れ、出生前の胎児期から成人期への移行までの医療を、多職種協働により質の高いレベルで提供している。小児救急医療拠点病院・総合周産期母子医療センター・災害拠点病院（地域）の指定を受けるほか、小児がん拠点病院であり、他にも腎移植などの高度専門医療を提供している。

このたびの訪問審査では、随所で優れた取り組みが見られ、組織一丸となって病院機能の充実に向けて努力していることがうかがえた。評価結果を踏まえて、今後も継続的に医療の質の向上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、外来ホールやホームページ、入院案内等にて周知に努めている。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、看護部長、事務長の課題は明確であり、その解決に取り組んでいる。効果的・計画的な組織運営は、病院の意思決定機関である運営会議を開催し、多岐にわたる案件について迅速に対応している。中期計画をもとに 1 年単位の実施計画を策定し、計画の達成度は、随時確認している。情報管理は、諸規程に則り、病院全体の情報を情報システ

ム委員会が管理している。文書管理は、文書管理規程等により管理すべき文書を定めて管理している。

人材確保は、医療法上の必要人員は確保している。人事・労務管理は、就業規則や給与規程等を作成し、周知している。職員の安全衛生管理は、安全衛生委員会を開催している。職員健診の確実な実施ならびに非常勤職員の受診状況の確実な確認を望みたい。職員にとって魅力ある職場づくりは、職員満足度調査、各科・各部門のヒアリング、自己申告制度などで職員の意見や要望の把握に努めている。

職員への教育・研修は、東京都立病院機構、院内各部門や各委員会等で計画が立案され、総務課にて年間研修の情報を一元的に収集している。職員の能力評価・能力開発は、自己申告書や業績評価、ヒアリング等にて把握し評価している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、院内掲示、病院ホームページ、入院案内などに掲載し、周知に努めている。説明と同意は、説明と同意の方針は医療安全マニュアルに明記され、同席が必須とされる項目と可能な限り同席する範囲が定められている。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、患児・家族への情報提供コーナーを開設し、図書などから自由に情報を得ることができる。患児・家族との診療情報の共有に努め、患児自身が自らの医療に参加できるよう工夫している。患者支援体制は、子ども・家族支援部で多様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、「都立病院における診療情報の提供に関する指針」や要綱、対策基準等が定められている。臨床における倫理的課題への取り組みは、臨床倫理に関する事項は臨床倫理委員会にて審議している。患者・家族の倫理的課題等の把握と対応は、医師や看護師を中心にカンファレンスを行っている。困難事例は、臨床倫理委員会に依頼し多職種で検討する仕組みがある。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮は、正面玄関前にバス停留所やタクシー乗降場がある。患児・家族のニーズを満たす多種多様な施設・設備を整備し提供している。高齢者・障害者に配慮した施設・設備は、院内はバリアフリーが確保されている。療養環境の整備は、院内全体の装飾や採光など患児・家族がくつろげる環境である。受動喫煙の防止は、敷地内禁煙である。

4. 医療の質

患者・家族の意見を取り入れた質改善は、意見箱を設置している。また、退院患者アンケートや患者満足度調査等、多様な方法で患児・家族からの提言を収集している。サービス向上委員会の審議を経て、回答を院内掲示板やホームページに掲載している。診療の質の向上に向けた活動は、診療科を超えた症例検討会、多職種参加の病棟カンファレンス、キャンサーボード・CPC・M&Mカンファレンスなどを実施している。臨床指標は、各部門から提出される病院独自のものと都立病院共通のものを設定し、進捗を管理し、改善活動に努めている。業務の質改善は、QC活動を毎年度実施し、活動成果の院内発表会を行っている。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法や技術の導入は、研究倫理審査委員会・臨床倫理委員会・

治験審査委員会・受託研究審査委員会・特定臨床研究監査委員会、利益相反委員会を整備し、審議を行っている。

診療・ケアの管理・責任体制は、病棟の入り口に医師、看護師、薬剤師の病棟責任者を表示している。診療記録の記載は、診療録はわかりやすく適時に記載し、関連部署で情報共有している。診療記録の質的点検の一層の充実を望みたい。多職種が協働した患者の診療・ケアは、栄養サポート、緩和ケアサポート、リエゾン、褥瘡対策、小児在宅医療サポートなどのチームに加え、移行期医療や静脈鎮静への対応チームを新設するなど組織横断的なチーム活動を活発に行っている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療安全対策室は、医療安全担当副院長を室長とし、専従リスクマネージャー、専任の室員が配置され、医療安全カンファレンス、死亡症例検討、ラウンドなど組織横断的に活動している。安全確保に向けた情報収集と検討は、院内のインシデント・アクシデントを収集し、緊急性・重大性に応じ対応手順を定めている。医師のリスクマネジメント分科会が医療安全推進活動に積極的に関与し、成果を上げており高く評価できる。

患者・部位・検体などの誤認防止は、患児の確認は必ず2つの識別子で確認している。検査・治療部位・手術部位の確認は、確認表を用いて担当医が患児・家族と一緒に確認しながらマーキングし、患児・家族は確認後署名している。情報伝達エラー防止は、電子カルテシステム上で、指示出しから指示受け・指示変更・実施・実施確認に至るまでの手順は明確である。薬剤の安全な使用は、ハイリスク薬は統一的な表示により職員に周知し、他の薬剤と区別した管理を行っている。薬剤師は薬剤の重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避を、電子カルテのチェック機能と処方鑑査で行っている。転倒・転落防止は、入院時全患児を対象にリスク評価を行い、リスクレベルに応じて患児・家族も参加した予防策を説明し実践している。医療機器の安全な使用は、医療機器使用マニュアルに沿って使用前後の確認・点検を行っている。人工呼吸器等の作動中は臨床工学技士が毎日ラウンドし安全な使用状況の確認を行っている。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。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、感染管理室に専従 ICN1 名を配置し、担当副院長が室長となり、感染症科医長が副室長を務めている。感染対策委員会の下に ICT 小委員会と抗菌薬適正使用（ASP）小委員会を設置している。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は、院内の感染発生状況は、検査室からの検出病原微生物情報および発熱患者に対する迅速検査による病原体情報、必要な部署・診療科に限定したデバイス関連感染と SSI のサーベイランス、院内の全ての抗菌薬使用状況のサーベイランス、病棟スタッフからの情報などで速やかに把握できる仕組みが整えられている。

医療関連感染を制御するための活動は、感染経路別の予防策は色分けされたマークで病室入り口に表示し、関係するスタッフにわかりやすくしている。個人防護用具は必要な患者の病室の入り口に整備している。抗菌薬の適正な使用は、抗菌薬適正使用に関する指針を定め、特定の抗菌薬は感染症科医師による許可制としている。年1回アンチバイオグラムを改訂し院内に情報発信する等、総じて優れた取り組みを行っている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページには病院の特色と取り組みや各診療科の紹介等を掲載している。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、予約センターが患者や連携施設からの通常の紹介予約手続きを担い、緊急や複数診療科の受診調整、放射線検査受託等は医療連携室で対応している。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、患者や地域住民に向けて、市民公開講座などを開催している。

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、受診に必要な情報は、外来ご利用案内やホームページ等にて周知している。外来診療は、医師・看護師など多職種が連携して、発熱患者への診療対応、患者急変時対応、外来化学療法室の安全で確実な運用に努めている。診断的検査の確実・安全な実施は、侵襲的な検査は、書面による同意を得て実施している。入院の決定は、医師は、必要に応じて診療科責任部長・医長・上級医師や他科医師とも協議し入院を決定している。患者・家族からの医療相談への対応は、相談窓口で受けた相談を、内容によって必要な職種が対応する仕組みを構築している。患者が円滑に入院できるように、予定入院については、入院サポートセンターで「入院のご案内」を活用して、オリエンテーションを実施している。

医師の病棟業務は、主治医・担当医を決めてチームで診療を行っている。看護師の病棟業務は、患児・家族の身体的・心理的・社会的ニーズを把握し個別性のある看護計画を立案・実施している。投薬・注射の確実・安全な実施は、薬剤師は全入院患児の薬歴管理と持参薬管理を行い、服薬指導を行っている。看護師は投薬・注射の準備時・投与直前に6Rを確認し実施している。輸血・血液製剤投与の確実・安全な実施は、患児と血液製剤の照合は、ダブルチェックとバーコード認証で行っている。投与中・投与後の観察と記録は手順通りに行っている。周術期の対応は、手術適応は各科または関係する診療科が術前カンファレンスを行って検討している。緊急手術以外は、麻酔科外来で術前評価・麻酔の説明を行い、同意を得ている。重症患者の管理は、病態・重症度に応じて、一般病棟の重症患児用の病室、子ども救命センター病床、PICU、NICU・GCUを使って治療を行っている。褥瘡の予防・治療は、入院時に褥瘡に関わる危険因子調査票を用いて評価し、褥瘡対策マニュアルに沿って対策を行っている。栄養管理と食事指導は、管理栄養士は、全入院患者に栄養アセスメントを行い、医師が入院診療計画で栄養管理の必要性があると

判断した場合に栄養管理計画書を作成している。症状などの緩和は、緩和ケアサポートチーム作成の緩和ケアガイドに基づいて、疼痛などの症状緩和を行っている。

リハビリテーションの確実・安全な実施は、主治医の依頼を受けたリハビリテーション科医師は、主治医、病棟看護師、療法士とともにリハビリテーション総合実施計画書を作成している。患者・家族への退院支援は、全入院患者に、入院時に退院支援スクリーニングシートを活用して評価し、支援が必要な場合はカンファレンスを行っている。院内に試験外泊のための親子ふれあい室があり、家族が宿泊して医療的ケアを体験できる。継続した診療・ケアの実施は、継続的な医療的ケアが必要になった患児には、早期から小児在宅医療サポートチームが介入し、退院後も関連する地域の医療機関・福祉施設・自治体・教育機関と情報交換を行っている。ターミナルステージへの対応は、院内のガイドラインに沿った治療方針決定のための多職種カンファレンスを行っている。

<副機能：精神科病院>

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、受診相談や他院からの紹介はMSWが窓口となり、受診支援を行っている。任意入院の管理は、適切な手順で行われている。医療保護入院の管理は、必要な手続きを行っており、措置入院の管理も手順通りに対応している。診断・評価の実施と診療計画の作成は、入院時は、医師・看護師・精神保健福祉士・臨床心理士など多職種により入院診療計画書を迅速に作成し、患児・家族へ説明の上、同意を得ている。患者・家族からの医療相談への対応は、病棟専従および外来担当の精神保健福祉士が入院中および地域生活における医療相談窓口となり、多様な相談に対応している。入院中の処遇は、精神科マニュアルに基づき対応している。

投薬・注射の確実・安全な実施は、抗精神病薬については、CP換算値を医師へ提示し、大量投与を防止している。精神科マニュアルに確実・安全な与薬が行われるよう薬物療法についての手順などを明記している。栄養管理と食事指導は、摂食障害患者の治療プログラムでは、医師・管理栄養士・臨床心理士が連携し、患児・家族への心理教育を行っている。隔離は、精神科マニュアルに隔離の方針・手順を明文化している。身体拘束は、精神科マニュアルに身体拘束の方針・手順を明文化している。患者・家族への退院支援は、入院時から患児・家族の意向を確認し、早期から多職種で検討し取り組んでいる。継続した診療・ケアの実施は、外来のほか訪問看護ステーション・小規模デイケア・関係機関などで行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、一般病棟・手術室・PICU・NICUには担当薬剤師を配置し、全ての院内医薬品の保管・管理に努めている。注射薬は原則として薬剤師が無菌調製室やPICU・NICUのサテライトファーマシーで調製・混合している。臨床検査機能は、迅速な結果報告に努め、パニック値のリストを医師とともに作成し、異常値は医師に直ちに直接電話連絡している。内部精度管理を実施し、外部精度管理にも参加し、良好な評価を得ている。画像診断機能は、CT、MRI、核医学検査の結果は、

放射線診断専門医がダブルチェックで全て読影している。緊急性のある結果は、依頼医師に電話で直接連絡しているなど、総じて高く評価できる。栄養管理機能は、温冷配膳車により食事が提供され、行事食と選択メニューも実施している。リハビリテーション機能は、新生児から思春期までの成長過程の子供に必要な脳血管疾患・廃用症候群・運動器・呼吸器・障害児（者）・がん患者リハビリテーションを実施している。診療情報管理機能は、業務マニュアルに則って、入院診療録全件の量的点検等を行っている。医療機器管理機能は、医療機器はMEセンターで中央管理し、部門システムで貸し出し・返却、使用前後の点検、定期点検の予定や実施状況などを管理している。洗浄・滅菌機能は、使用済み器材の洗浄は中央化され、滅菌の質保証をしている。

病理診断機能は、通常検体の病理診断、術中迅速診断等を行っている。組織診断は複数の病理医で確認している。輸血・血液管理機能は、検査科の輸血担当部署に専従臨床検査技師を配置して輸血用血液製剤の発注、保管、供給、返却などの業務を一元的に管理している。手術・麻酔機能は、麻酔科医と手術室看護師で毎日合議の上でスケジュール管理をしており、緊急手術用に必ず一室を空けておく運用である。集中治療機能は、24時間対応のクローズドPICUを運用している。救急医療機能は、こども救命センター（ER）は、救命救急科医師と総合診療科医師が協力して運用している。休日・時間外も専従医師と兼任当直医師がオンコール待機医師の支援を受けて救命救急業務を行い、高い機能を発揮している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算案を、都および法人本部に申請して予算を決定する仕組みがある。会計規程に則って会計処理が行われ、予算書や損益計算書、貸借対照表、決算書などを作成している。医事業務は、各種マニュアルに則って行われている。レセプトは全件、医師による点検が行われている。未収金は電話や文書等での督促をしている。業務委託は、業務の実施状況は、PFI事業者によるモニタリングが行われ、結果が報告され評価を行っている。

施設・設備の管理は、電気、空調、給排水、衛生設備などの日常点検と保守管理を行っている。専門的な定期点検の実施状況も管理している。物品管理は、医薬品は薬事委員会、医療器械は医療器械等機種選定・仕様書作成委員会で審議が行われ、診療材料等は診療材料等選定委員会で採用等を検討している。診療材料は預託在庫によるSPD方式で管理され、各部署に定数配置されている。

災害時の対応は、火災発生時や大規模災害時、停電時などの災害時マニュアルや事業継続計画が整備されている。火災訓練や院内災害対策訓練を行っている。保安業務は、警備員を24時間体制で配置している。医療事故等への対応は、院内の医療安全マニュアルの中で医療事故発生時の対応手順を明確にして、グループウェアで職員に周知している。必要に応じ顧問弁護士や外部医師の意見を取り入れる体制も整っている。

1 1. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、協力型臨床研修病院として小児科の初期臨床研修を行っている。看護部やコ・メディカル部門では、各部門で策定した新人教育プログラムに則って研修が行われている。

学生実習等は、薬学生、看護学生、栄養学生など多くの職種の学生実習を受け入れている。事故発生時の賠償についても実習協定書等に明記されている。

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	S
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	S
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	S
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	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	S
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	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	S
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	S
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	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	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	NA
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	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	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	B
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	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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 7 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 東京都立小児総合医療センター

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： 地方独立行政法人

I-1-4 所在地： 東京都府中市武蔵台2-8-29

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	347	347	+0	73.1	9.6
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	202	184	-4	46.1	65.8
結核病床	12	12	+0	4.2	12.2
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	561	543	-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)	20	+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)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	24	+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	3	+0
人工透析	8	+0
小児入院医療管理料病床	239	+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
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	92	+4
精神科救急入院病床	0	+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

災害拠点病院(地域), 小児救急医療拠点病院, 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： 0 人 2年目： 0 人 歯科： 0 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

2022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
		2021	2020	2019	2021	2020
	1日あたり外来患者数	652.79	588.57	677.76	110.91	86.84
	1日あたり外来初診患者数	104.92	79.23	117.38	132.42	67.50
	新患率	16.07	13.46	17.32		
	1日あたり入院患者数	338.97	340.24	405.06	99.63	84.00
	1日あたり新入院患者数	27.85	23.99	27.58	116.09	86.98