

1 基本的事項

1) 本業務に当たっての基本方針

・応募の動機及び本業務に取り組む際の基本的な姿勢

当法人は、回復期リハおよび維持期リハサービスの提供を専門とする医療法人である。3年半前に開設し、現在173床・4病棟の全病棟を回復期リハ病棟とするリハ専門病院として、順調な運営実績を有している。

1970年代、我が国のリハ医療サービスの担い手は、いわゆる温泉病院を主体とするものであった。リハは温泉地で療養しながらするという考えもあったが、実際の理由はリハに対する診療報酬上の評価が低く、キャピタルコストや人件費の低い郡部でしか経営が成り立たなかったためである。専門的リハ医療サービスを受けるには、住み慣れた地域から遠く離れた場所に転院しなければならなかったのである。その後、30年が経過した現在、リハ医療サービスを提供する環境は格段の進歩を遂げた。入院リハ、外来リハ、通所リハ、訪問リハといった提供方法も多様化し、急性期、亜急性期（回復期）、慢性期（維持期）など病状の時期に応じた提供体制も整備されつつある。特に画期的であったのは2000年の診療報酬改定で制度化された「回復期リハビリテーション病棟」である。

全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の調査によると、2005年10月の時点で、全国に57病院、557病棟、30,153床が整備されている。制度発足から5年半が経過し、量的整備は一見順調と思われるが、都道府県別の人口10万人当たり病床数をみると、地域間格差が問題となっている。最多の高知県は92床、最少は東京都の12床であり、千葉県は下位から6番目の14床となっており、約8倍の地域間格差が認められる。また、2002年から2004年の3年間で病棟専従のPT・OT人員の変化をみると、PT2名、OT1名の規定数で運営している病棟が増加傾向にあるが、PT・OTともに5名以上配置する病棟も増加している。また、スタッフ1名あたりの平均病床数は、PTが19床、OTが34床であり、6床に1名以上配置している病棟はPTで22病棟、OTで15病棟である。また、STは93病棟、SWは130病棟で専従配置していた。一方、病床：看護職は3:1、介護職は6:1の合計2:1以上が要件となっているが、看護職は平均2.7:1、介護職は平均5.6:1、合計で平均1.8:1の配置となっており、合計1.5:1以上配置している病棟は19病棟であった。詳細調査によると看護職員とリハ専門職を多数配置している病棟ほどADLの向上率は高く、平均在院日数は短かく、自宅復帰率は高かった。しかし、こうした質の高い回復期リハ病棟は、まだ極めて少数でしかない。

回復期リハ病棟は急性期病院と密接な連携を保ちつつ機能すべき病棟であるが、その強力な連携体制は未だ確立していない。

ここまで述べてきたように、当法人が回復期リハ病棟の実績があること、千葉県には回復期リハ病棟が僅かしか整備されていないこと、人員配置を手厚くし成果をあげている病棟が少ないこと、急性期病院と連携モデルが確立していないこと等の理由から、当法人が応募した次第である。

すなわち、船橋市立リハビリテーション病院は、手厚い人員配置と急性期病院との強力な連携の元で確実に成果をあげることができ、回復期リハビリテーション病棟のモデル的存在となると思われる。

また、船橋市医師会、船橋市行政、船橋市立医療センターの3者合意でリハ専門病院の開設に肯定的であることも魅力の一つである。

2 病院経営

1) 経営戦略及び組織

ア) 経営戦略

①基本的な考え方

経営を単に損益計算として捉えず、第1に船橋市立リハビリテーション病院の理念・基本方針・目的を全スタッフが理解して行動できること、第2に目的に沿った組織を編成すること、第3に教育研修体制の充実をはかり、その上で経常利益を生む経営体制を確保することを経営と捉え、戦略および戦術を以下のごとく策定する。「具体的には第1次3カ年計画として、(1) 段階的な病棟稼働および回復期リハ病棟の取得計画、(2) 段階的な外来リハ整備計画、(3) 訪問看護ステーション開設（訪問リハを含む）計画、(4) 以上に伴った職員の増員計画、(5) 電子カルテ整備計画、(6) 職員の教育研修体制整備計画、(7) 医療安全体制の確立を含む医療の質向上計画、以上の7項目を掲げ、病院の基盤確立をはかり3年以内に単月黒字を生み出す経営を目指す。」「第2次3カ年計画としては、(1) 病院管理体制の強化、(2) 医療の質のさらなる向上、(3) 教育研修体制の充実、(4) 学会・研究会活動の活性化、(5) 地域連携体制の充実、(6) 外来リハおよび訪問リハ提供体制の充実、(7) 業務の効率化、(8) 法定外福利厚生 の充実、(9) 経営の安定化の9項目を掲げ実践する。」

②具体的な取組

・医療の質の向上について

船橋市立リハビリテーション病院は全床を回復期リハ病棟で運営することから、医療の質の向上は第1に回復期リハ病棟におけるケアの質の向上と考え、以下の11項目の課題を全うすることが重要である。(1) チームアプローチの成熟化、(2) 病棟専従医のリーダーシップ、(3) 亜急性期医療サービス（医学的管理体制）の充実、(4) 基本的ケア体制の確立、(5) ADL向上の取り組み強化、(6) 365日リハサービス実施体制、(7) 看護職・リハ専門職のマンパワー強化、(8) 効果判定と数値化、(9) 急性期病院との連携、(10) 在宅ケアサービスとの連携、(11) 教育・研修体制の充実の11項目である。

・病院の財務について

当院の損益状況は、1/3づつ病棟をオープンする方法で開業し、開業年度から▲6億円、▲3.8億円、▲1.8億円と赤字幅が減少しており、経営状況は好転している。今年度はブレイクイーブンに達し、借入金返済も滞りなく、3億円前後返済でき、損益及びキャッシュフローともに計画通りで経営は安定している。これらの実績に基づき、船橋市立リハビリテーション病院も同じ開業スタイルを実行する。当院に比べ、初年度から減価償却費相当額の負担がない為、赤字幅は低く押さえられ、開業費と開業から3年間の運転資金のトータル投資額を10億円前後と考えている。本計画では、4年目の単年度黒字化を計画する。

イ) 組織

①マネジメント

・リハビリ病院の管理体制について

回復期リハ病棟は多職種が配属される病棟である。制度上、医師、看護・介護スタッフ、PT・OTが病棟専従と規定されている。加えて当院ではST、SW、管理栄養士、薬剤師も病棟専従で配置されており、病棟には看護・介護職員以外に多職種・多領域の専門職が配属されていることからマネジメント体制の強化が必要となった。従来の診療部、看護部、リハ部、事務部といった縦割りの組織体制から、病棟・外来・訪問の各サービス現場は、リハ・ケア部としてチームマネジャーの管理下で機能することとし、教育管理部に医師・看護師・介護福祉士・PT・OT・ST・SW等の医療専門職の部門チーフを専従で配置し、この各部門が各専門職集団の教育管理を担う二重構造とした、いわゆるマトリックス管理体制を施行した。

このマトリックス管理体制によって、各現場に於いて良好なチームアプローチが実施されるようになり極めて順調に機能していると評価できる。また、教育管理部の活動も順調に推移し、教育研修体制の充実も確実に前進していると考えられる。以上の実績から、船橋市立リハビリテーション病院においても、管理体制を院長の下に診療部、リハ・ケア部、教育管理部、サポート部の4部門を設け、リハ・ケア部に各現場のチームマネジャー体制をとる組織編成とする。(組織図は、エ)⑦の病院概要を参照)

・マネジメント人材の確保について

従来の病院とは若干異なる組織体制であり、管理職人材の養成は容易ではない。しかし、当院ではその実績があることから、今後の2年間で船橋市立リハビリテーション病院のマネジメントができる人材を養成する。

・病棟や各部門の職場風土について

前述したように従来の病院は、一般的に診療部、看護部、事務部の3部門を柱として運営されてきた。しかし、多くの病院での各部門のセクショナリズムによる弊害を排除するため、船橋市立リハビリテーション病院では、病棟、外来、訪問部門を多くの専門職が参画する現場として規定し単一職種で運営するものではないと考える。病棟もPT室・OT室・ST室も廊下もロビーもリハサービスの提供の場と考え、医師、看護・介護職、PT、OT、ST、MSW、薬剤師、管理栄養士等の直接ケアスタッフがセクショナリズムに陥らず、あくまで共通の目的に向かいチームでアプローチする風土を育てる所存である。なお、当院のリハ・ケア部、教育管理部の組織編成の実績から、以上の点は十分に育まれるものと考えられる。

・苦情処理体制について

苦情処理の窓口として総合相談窓口を設置する。対応は事務部およびMSWが対応する。また、院内各所にご意見箱を設ける。こうした苦情や意見に対して、定期的もしくは臨時に開催されるサービス向上委員会(理事長・院長参画)において、対策をたて、苦情や意見毎にその対応を文書で掲示する。

・住民の経営参加について

病院の経営状況を開示した上で、地域住民の代表者と病院側との懇話会を定期的で開催し、地域住民の意見を積極的に取り入れる。

②チーム医療

・効果的なチーム医療の実現について

前述したように医療の質の向上にはチームアプローチの成熟化が必要である。それには、情報の共有化、共通目標の設定、チームの組織化が必要である。船橋市立リハビリテーション病院では当院オリジナルの電子カルテを採用し、情報の共有化の推進が可能である。また、チーム構成員による共通目標の設定にはカンファレンス実施体制の整備が必須である。朝夕のミーティング、入院時合同カンファレンス、定期カンファレンス等の仕組みを定着させる。チームの組織化に関してはチームマネジャー制を採用し強化を図る。

2) 人材

ア) 人材の育成

教育管理部が人材の育成の所管となるが、第1に社会人、大人としての基本的礼儀作法、第2にサービス業であるという自覚、第3に当法人の理念の共有化、第4に船橋市立リハビリテーション病院の基本方針の理解、第5に専門職としての技術と知識の蓄積、第6にチームの一員であることの自覚を各項目別研修計画のもと、教育研修プログラムを策定し実行する。

定期的に新人研修、2年次研修、3年次研修、リーダー研修、管理職研修等の合宿研修を開催する。さらに、院内における教育講演会の開催、研究会の開催等も実施する。

これらの研修計画は、すでに当院内部で確立しており、船橋市立リハビリテーション病院においても同様の計画を実践し、人材の育成に努めたい。

イ) 人材の確保

当初の管理職を含めた中心となる人材は、当院にてすでに実績を有する者が船橋市立リハビリテーション病院に配置転換し、その任に当たる。具体的には、院長、各部長、教育管理部のチーフ、リハ・ケア部のチームマネジャー、サブマネジャー等の人材である。

また、その他のスタッフに関しては、初年度は68床、次年度136床、3年度に200床の稼働に合わせて採用する。また、2006年4月から船橋市立リハビリテーション病院に勤務することを前提にスタッフの採用計画を立案し、円滑に配置人員を確保する。

各年度の配置人員数は表の通りである。

	2008年度	2009年度	2010年度
医師	4	8	10
看護師	28	54	77
介護福祉士	22	44	67
理学療法士	20	39	58
作業療法士	18	36	54
言語聴覚士	7	15	22
その他	29	49	70
合計	128	245	358

ウ) スタッフ満足度の向上

・スタッフ満足度について

スタッフの満足度には3つの視点が重要と考える。第1に各スタッフが誇りを持って勤務できる施設であること、第2に専門職として自己の専門性を十分に発揮でき成果があげられること、第3にその成果に対し正当な評価がなされる点である。

・スタッフ満足度の評価について

定期的なアンケート調査を実施する。当院では年度末に定期的にアンケート調査を実施し、その対策を検討し次年度に反映させている。また、年度末評価給の制度を設け、自己評価、上司部下間評価、全員評価の3種類の評価表を用い、厳正な統計処理を行い各スタッフに年度末評価給をしているが、同様の方式を採用する予定である。

・スタッフ満足度の向上のための具体的な方策

教育管理部による院外・院内の継続的な教育研修体制の充実、法定外福利厚生 の充実。

3) その他

ア) 効率的な医療

①医療の標準化

・クリニカルパスについて

リハ医療では、病理学的治癒機転以外に本人のモチベーション（動機付け）や意欲、意志、価値観の影響が極めて大である。したがってリハ医療のクリニカルパスは単に疾患別の定型的パスが役立たず、極めて個別性が高い。その集積の結果として急性期医療とは異なる大まかなパスが作成される。船橋市立リハビリテーション病院もリハ医療のクリニカルパスのモデルを作成する予定である。

・EBMについて

リハ医療の方法、効果は前述したようにPT・OT・STの提供時間以外や看護・介護との連携が必須であるがその内容にふれた過去の文献は少ない。したがって現状ではリハ医療のEBMは現在発展途上と考えられるが、船橋市立リハビリテーション病院ではこの点においても先駆的に取り組んでいきたい。

②コストの抑制

当院の実績から判断して65%までの人件費コストを覚悟する必要があると判断する。また、教育研修費を削減することは現実的ではない。これもまた医療の質に反映するからである。さらに、設備環境整備に関するコストに対する考え方も重要である。いわゆる病院病院した雰囲気は、院内に入っただけで病人であるとの自覚を促しやすい。リハ病院は、病人ではなく若干の障害を有するふつうの人であると自覚する環境設定が重要である。この点のコストも必要経費となる。

しかし、当法人の特徴は全理事が最前線の医療スタッフであり、執行業務も抱えている。また、新卒者の採用により人件費コストの削減など細かに余剰コスト削減を実行している。

③第三者評価

第三者評価は、病床がフル稼働体制となった後、すなわち開院から3年が経過した時点で日本医療機能評価等を受審する予定である。

④情報の透明性

当院では、経営情報等を、少なくとも管理職全員に対して運営会議において文書で開示している。いわゆる管理職全員による経営参画である。また、毎月の損益計算等における基本情報はスタッフ全員に対し朝礼等により口頭で開示している。この伝統を継続したい。

⑤在院日数

リハ医療ではリハ開始時のADLにより必要となる集中的治療期間が異なる。重度では長期となり、軽度では短期となる。重度では180日間必要となり、軽度では30日程度で良い例も多い。現実的には全国平均で80日程度である。当院では重度が多い割に全国平均より若干短期であり、船橋市立リハビリテーション病院では更に在院日数短縮に向かって努力する方針である。

⑥医療情報システム

当院の電子カルテは、いわゆる急性期病院におけるオーダーリングやレセプト処理から構築したシステムではなく、多職種の情報共有化の推進を目的として新たに開発したものである。既製の電子カルテは情報の共有化を中心として構築されていないため、当院ではソフトメーカーと提携し、独自のシステムを開発した。カルテによる情報共有化推進の原点はカルテのビジブル化である。そこでは多職種が記載するビジブルブック形式の紙ベースのカルテであったが、これをリハ用に

改変し発展させたものが回復期リハ病棟のモデルとなった某病院の12面ビジブル方式のカルテである。この病院における12面ビジブルを電子化させたものが当院の電子カルテであり、紙ベースで実施されていたものを電子化したものである。これらの実績をふまえてより充実した医療情報システムを運用したい。

イ) リスクマネジメント

①医療安全管理

医療安全はそれに特化した委員会組織より管理されている。一般の病院では投薬ミスや輸液の確認ミス、不適合輸血、針刺し事故等の頻度が高いが、リハ専門病院では転倒、転落、誤嚥が高頻度となっている。当院ではこれらの事故防止を目的として、ヒヤリハットも含めて全例報告が義務づけられ軌道に乗っている。その報告事例を委員会にて分析し、全くのミスであり起こしてはいけないもの(A)、努力により避けることが可能なもの(B)、不可抗力のもの(C)に3分類し、(A)(B)の減少に対して対策を立てている。また、これらの情報をパンフレットに情報開示し、さらにこの情報を本人・家族への入院時にオリエンテーションの際に説明している。

船橋市立リハビリテーション病院においても同様に実践する。

②院内感染

院内感染も前者と同様の委員会で対策をたて実践している。また、MRSA、セラチア、緑膿菌などの頻度の高い感染症を有する患者の受け入れ体制を常に万全のものとするのも当委員会の役割となっている。

ウ) コンプライアンス

①医療の非営利性

医療は、医療法・医師法など様々な法律に縛られた業界であり、それは生命を預かる上では必要なルールである。それらを遵守する中で、医療の発展のため新しくチャレンジするための資金を確保することも重要である。高品質の医療サービスを継続的に提供することと更なる質の向上のため、非営利性をもって、リハビリが必要な患者さんが1日も早く自立でき、自宅復帰することが重要と考えている。

②個人情報の保護

・個人情報の保護に関して

当院は、2006年4月施行の個人情報保護法を遵守し、患者の氏名、生年月日など特定の個人を識別できる診療録・処方箋・看護記録などや、また、職員に関する情報なども日本病院会・医師会のガイドラインに沿って、委員会活動を通じて個人情報保護に取り組んでいる。

・カルテ開示に関して

全ての情報を患者様と共有することで、より質の高いサービスが提供できるように努力を続けている。しかし、個人情報保護法でうたわれているようにプライバシー保護も重要な問題であるので診療情報の開示について、原則患者さん本人を基本に申請手続きを経た後、当職員立会いのもと診療記録を閲覧・公開している。

③社会的責任

・身体障害者の雇用を始めとする社会的責任に関して

当院も理念で掲げている「ノーマライゼーションの実現」に向け、障害者の社会復帰に向けた手助けをしている。よって、障害者雇用に関しても医療サービスが維持できる範囲の障害者医療専門職で積極的に雇用促進を行なっていきたい。

3 実施する医療機能

1) 回復期リハビリテーション

ア) 基本的な理解

・回復期リハビリテーション病棟とは

我が国の急性期の医療提供体制を欧米先進国と比較すると以下に要約される。①病床は豊富だが病床あたり医療従事者がきわめて少なく、結果的に入院日数が長期化していること。②同一病棟に急性期および慢性期の患者が混在し機能が分化していないため、効率的・効果的医療サービスができていないこと。③在宅ケアサービス体制が貧困なため入院医療に依存的なことの3項目が特徴である。現在、この改革が急ピッチで推進されており、この中で最も顕著な変化が急性期病院における在院日数の短縮であり、近い将来は14日程度になることも考えられる。こうした急性期病院において発症早期から開始されるリハビリテーションを急性期リハと呼ぶが、ここで問題となるのが2週間程度の入院期間ではADLが未自立状態であり、集中的リハビリサービスによりADLが飛躍的に改善する脳卒中や頭部外傷、脊髄損傷等に代表される疾患である。こうした疾患を選択的に受け入れ、集中的にリハビリサービスを提供する病棟として創設されたのが「回復期リハビリテーション病棟」である。回復期リハ病棟の特徴は、(1)入院適応患者として回復期リハを要する患者と特定していること、(2)入院目的がADLの向上、寝たきりの防止、家庭復帰と明確であること、(3)入院期間が180日以内と限定されていることである。しかし、最も重要な特徴はリハに精通したリハ科の医師、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)が病棟専従で配属されていることである。今まで病棟におけるケアは看護職のみが担い、PTは理学療法室、OTは作業療法室に所属し、病棟単位のチームが作られることはほとんどなかった。回復期リハ病棟とは、医師、看護職員、PT、OTの病棟専従配置による強力なチームアプローチと集中的リハビリサービスの提供により、病棟における患者の日常生活動作(ADL)を飛躍的に向上させ、家庭復帰を可能とする病棟である。

・回復期リハビリテーションの適用範囲

回復期リハを要する患者として診療報酬制度による、(1)脳血管疾患、脊髄損傷等の発症後3ヶ月以内、(2)大腿骨頸部、下肢、骨盤等の骨折の発症後3ヶ月以内、(3)外科手術、肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後または発症後3ヶ月以内、(4)前3号に準ずる状態との規定を遵守する。

・回復期リハビリテーションの評価

回復期リハ病棟の評価は以下の項目で対応する。(1)入院患者の発症からの平均期間、(2)平均入院日数、(3)ADLの向上率(B.I.もしくはFIM)、(4)自宅復帰率、(5)退院1ヶ月後のADL低下率、(6)退院1ヶ月以内の再入院率である。

イ) 地域リハビリテーション

・地域リハビリテーションとは

当法人は、地域リハビリテーションを厚労省老人保健課が中心となり作成された「地域リハビリテーション支援活動マニュアル」に即し地域リハを解釈している。本マニュアルには、介護保険の自立支援、要介護状態の軽減・予防を図るためには、第一に寝たきり等の発生を可能な限り予防する予防的リハビリテーション、第二に障害が発症すれば早期に開始される急性期・回復期リハビリテーション、第三に寝たきり等の進行を阻止する維持期リハビリテーションを量的にも質的にも充実し、各地域毎に整備することが強調されている。そのためには多職種・多施設の連携が重要である。また、地域リハ支援体制整備としては、(1)障害の発生予防(含む介護予防)の推進、(2)発症時から開始されるリハ医療の普遍化、(3)継続的(急性期～回復期～維持期)なりハ医療提供体制の整備、(4)改善が困難な人々も社会参加できる地域社会のシステム構築、(5)地域住民も含めた支援システム、(6)地域住民への啓発活動(自分自身の問題として)の推進が重要と考える。

・東葛南部医療圏における課題

船橋市で20病院、2730床、東葛南部地域診療圏で527病院、9541床。人口10万人あたり施設数は、船橋市3.7、同医療圏3.4と千葉県4.5及び全国6.6を下回る。また、人口10万人あたりの病床数は、船橋市で502床と医療圏内で最も低く、医療圏では624床と千葉県713床及び、全国1004床を下回る状況である。(平成10年調べ)
人口10万人あたりの回復期リハ病床数も船橋市で18.9床と全国平均24床に比べて低い。以上のことから船橋市における医療供給状況は全国と比較し、低い水準である。

・地域リハビリテーション体制において、リハビリ病院が果たすべき役割

前述した(1)～(6)に対する支援がリハ病院の役割である。特に(2)(3)に関しては、船橋市立医療センター、船橋市医師会と連携し積極的に推進する所存である。

・地域リハビリテーション体制の推進に関する具体的な施策

可能であれば、千葉県より船橋市地域リハビリテーション広域支援センターの指定を受け、千葉県リハビリテーション支援センターと協力し、船橋市のリハ資源調査、リハ医療研修体制の企画推進、介護保険関連の維持期リハサービスに対する人材派遣等の支援、さらに地域住民に対するリハに関する相談事業等を実施したい。
また、隣接地にもしくは同一敷地内に、地域リハ推進拠点としてリハに関する研修施設を兼ねた、訪問診療、訪問看護、訪問リハ、テクノエイド拠点を開設したい。

2) 人員配置

- リハビリ病院に配置する職種及び人員配置について

医師、看護師、介護福祉士、PT、OT、ST、薬剤師、管理栄養士を病棟配属する。

3年間で段階的に病棟をオープンさせるため、3年分の人員配置を下記に示す。

【常勤職員 数の推移】

2006年

	病床数	医師	看護師	介護福祉士	P T	O T	S T	SW	薬剤師	管理栄養士	臨床検査技師	放射線技師	計
4階	64床												0
3階	68床												0
2階	68床	3	24	21	15	15	6	2	2	2			90
入院計	200床	3	24	21	15	15	6	2	2	2			90
外来		1	3	1	4	2	3	1	1	1	2	2	21
教育管理			1		1	1							3
合計		4	28	22	20	18	9	3	3	3	2	2	114
								管理部	栄養科	秘書科	訪問部	計	総合計
								6	8			14	128

2007年

	病床数	医師	看護師	介護福祉士	P T	O T	S T	SW	薬剤師	管理栄養士	臨床検査技師	放射線技師	計
4階	64床												0
3階	68床	3	24	21	15	15	6	2	2	2			90
2階	68床	3	24	21	15	15	6	2	2	2			90
入院計	200床	6	48	42	30	30	12	4	4	4			180
外来		1.5	4	2	8	5	2	2	1	1	2	2	30.5
教育管理			2		1	1	1	1					6
合計		7.5	54	44	39	36	15	7	5	5	2	2	216.5
								管理部	栄養科	秘書科	訪問部	計	総合計
								14	14			28	244.5

2008年

	病床数	医師	看護師	介護福祉士	P T	O T	S T	SW	薬剤師	管理栄養士	臨床検査技師	放射線技師	計
4階	64床	2	22	20	14	14	6	2	2	2			84
3階	68床	3	24	22	15	15	6	2	2	2			91
2階	68床	3	24	22	16	16	6	2	2	2			93
入院計	200床	8	70	64	45	45	18	6	6	6			268
外来		2	5	3	12	8	3	2	1	1	3	3	43
教育管理		1	2		1	1	1	1					7
合計		11	77	67	58	54	22	9	7	7	3	3	318
								管理部	栄養科	秘書科	訪問部	計	総合計
								20	20			40	358

- 勤務体制について（夜勤、交代制勤務体制）

当院は、看護師・介護福祉士は日勤、夜勤2交代制である。また、モーニングケア・イブニングケアのケア体制を充実させるため、看護師・介護福祉士に加えPT・OTも早出・遅出の勤務形態を取り入れた勤務体制をとっている。船橋市立リハビリテーション病院も同様の勤務体制を考えている。

3) 入院診療

ア) 医療

①合併症等のリスク管理

回復期リハ病棟は、急性期に近いか、慢性期に近いかを問えば、迷わず急性期病棟に近い病棟である。回復期リハ病棟の使命の一つは、可能な限り早期に急性期病院から受け入れることである。したがって、各種の合併症、急変等の発生も高い、また最近の調査報告によると、回復期リハ病棟にて急性期病院で見過ごされていた新たな疾患（特に悪性腫瘍）の診断例が増加している。したがってリスク管理（亜急性期としての医学的管理）は極めて重要と考える。このためリハ医学だけでなく医学的管理能力の高い医師を配置する。

②看護

病棟において寝・食・排泄・清潔分離の徹底を図ることは、人間の尊厳を保持することだけでなく、リハの立場からもモチベーションを高めADLの自立を推進することに他ならない。病棟における看護は回復期リハ病棟の要と言っても過言ではない。当院では、病棟におけるケアの最低基準を以下のごとく具体的に設定している。(1)可能な限り経口摂取していただく。(2)洗面は朝夕洗面所で、口腔ケアは毎食後実施する。(3)排泄は必ずトイレで、オムツは極力使用しない。(4)入浴は家庭にある一般的な浴槽を使用し、1日おきに浴槽に入らせていただく。(5)朝晩着替え、日中は普段着で過ごしていただく。(6)一人ひとりの体型や姿勢にあった車いすを用意する。(7)転倒や誤嚥等の事故防止対策を徹底し、原則として抑制はしない。(8)可能な限り日中はベッドから離れて過ごしていただくことの8項目である。また、ADLの向上において重要な時間帯は7:00～8:30、18:00～21:30のモーニングケア、イブニングケアの時間帯である。しかし、この時間帯は病棟看護体制上夜勤帯となり、ケアスタッフ数が極端に少なくなりADLの自立支援が不十分になる。朝のADLは、起きあがり、トイレにての排泄、洗面、更衣、食事摂取、口腔ケアであり、夕のADLはこれに入浴が加わる。これらのADLが自立することにより自宅復帰が容易となるため、この時間帯のADL向上のアプローチは極めて重要である。そこで当院では看護師、介護福祉士の早出・遅出に加えPT・OTの早出・遅出を加え、48床を夜勤4名に4名が加わり8名のケアスタッフを配置しADL向上に貢献する人員配置体制としている。

船橋市立リハビリテーション病院も同様の人員配置水準を確保し、看護・介護による基本的ケア体制および自立支援体制の充実を図る所存である。

③機能回復

・機能障害、能力障害について

急性期～回復期の時期は、機能障害の自然回復が期待できる時期である。しかし、生活の仕方によっては障害が及んでいない部分の廃用症候群が容易に生じる維持期でもある。機能障害に対するアプローチが重要であることは言うまでもないが、発症初期から能力障害の改善、特にADLの向上に取り組むことが必要である。それには、看護・介護職員による病棟生活の支援だけでなく、PT・OT・STが積極的に看護・介護職員と共にADLの向上に取り組むことが重要である。

・治療訓練の時間や頻度について

我が国のリハ医療サービスは、PT・OT・ST等のリハ専門スタッフの養成が追いついていないこともあり、個別リハサービスは極めて短時間で、1週間の中で休みも多かった。当院では患者1人に対してPT・OT・STの合計で6単位（2時間）の個別リハサービスを提供している。さらに、土・日

・祝祭日も休むことなく365日均一なリハ医療サービスの提供体制を確保している。船橋市立リハビリテーション病院も同様のシステムを採用するものである。

イ) 精神的な支援

回復期リハ病棟に入院する多くの患者様は、突然発症した傷病に加えて心身の障害に対して途方に暮れている状況にある。医療保険制度、介護保険制度についても素人同然の患者様が多い。まして、傷病や障害の状態によりショックを受け混乱状態にあり、冷静な判断能力が失われている状態と考えるべきである。しばしば医師は病気を診て人間を診ないと言われているが、リハ病院の医師がそのようであってはならない。しかし、極めて多忙であることから対応が十分でないことも事実である。そこで医療ソーシャルワーカーの存在価値は極めて大きい。当院では各病棟に2名の専従の医療ソーシャルワーカーを配置し、患者・家族に対する精神的支援の強化を図っているところである。船橋市立リハビリテーション病院も同様の対応を整備する所存である。

ウ) スタッフの接遇

スタッフの接遇の善し悪しは患者・家族の闘病生活に大きく関与する。心なき対応はリハのモチベーションの低下さえひきおこす。サービス業としての自覚、社会人としての礼節、接遇は基本的教育研修項目である。当院では接遇面の研修を定期的に行っているが、その成果は確実なものとなっている。船橋市立リハビリテーション病院も同様に接遇面の研修体制を強化する。

・苦情対応について

フロントに総合相談窓口を設け、サポート部スタッフ及び医療ソーシャルワーカーが常時苦情対応できる体制を整備する。また、院内各所にご意見箱を設け、いただいたご意見に対して定期的にサービス向上委員会（理事長・院長参画）にて検討の上、返事を作成し院内に開示し、対応できる点に関しては早急に対応している。船橋市立リハビリテーション病院も同様のシステムを採用するものである。

エ) 食事

病棟の構造から下ごしらえは1Fの厨房で行い、調理は各病棟厨房で実施するという我が国の病院では画期的な給食サービスを実施することになる。当然、3食とも選択メニューを可能とし、食器はすべて陶磁器とする。また、各病棟に管理栄養士を専従で1名ずつ配置し、臨床栄養業務の充実を図る。当院では病棟厨房ではないが病棟パントリーを整備しており、管理栄養士は各病棟に専従配置となっていることから臨床栄養業務の実績は十分と考える。多くの患者は急性期病院にて点滴のみの水分栄養補給を強いられ、回復期リハ病棟では低アルブミン血症の患者が多数見受けられる。この点の改善も管理栄養士の重要な業務となるが、栄養に関しても基本は多職種によるチームアプローチである。

オ) 社会復帰に向けた支援

リハ医療サービスの成果は、自宅復帰、家庭復帰、社会復帰でもある。リハ科の医師を中心とし医療ソーシャルワーカー、看護・介護職員、PT・OT・ST等によるカンファレンスにて社会復帰に向けたアプローチが策定される。特に就労者に対しては復職というアプローチが重要であり、復職のリハプログラムの実施や、職能開発センター、障害者職業センターとの密接な連携により社会復帰を推進する。

4) 外来診療

ア) 外来診療方針

・外来診療に関する基本方針

最近リハに関する外来診療は、多くの医療機関で規模縮小の傾向がある。診療報酬上、外来リハは入院リハに比べ非採算部門となっているからである。また、診療所のリハ機能は決して十分な機能を有していない。また、退院すると充実したリハ医療サービスが受けられないと誤解し、入院継続を主張する患者も多い。したがって、回復期リハ病棟の在院日数を短縮し、退院を円滑にするためにも外来リハの充実は必須項目と考えられる。当院では、病院機能として入院による回復期リハだけでなく、外来診療体制の充実により維持期リハサービスとして地域に密着したリハ医療サービスを提供することを基本としている。また、外来リハサービスを円滑な在宅生活の継続を支援するサービスと考え、今後ともなお一層の充実をはかる方針である。ただし、当院の外来リハは「かかりつけ医」として対応するものではない。あくまで「かかりつけ医」は地域の診療所の医師が担うべきと考え、診療所の医師のリハ分野での支援を担当するものとして外来リハサービスを位置づけている。

船橋市立リハビリテーション病院においても同様の外来リハ提供体制を確保する所存である

イ) 外来診療体制

・外来診療日や時間について

当院では、現在、日曜日以外は土・祝祭日も外来をオープンしており、受付は8:30～、診察開始は8:45、受付終了が16:30、診療終了が17:00としている。外来患者数は110人/日程度であり、医師の2診体制、PT:12名、OT:9名、ST:3名、MSW:2名の体制で対応している。

今後、150人程度に対応できる人員配置を検討中である。また、外来カンファレンスは毎日17:00～18:00に開催され、外来リハプログラムが最低でも3ヶ月に1回は見直している。

・外来予約について

リハ外来であることから大部分の患者はPT・OT・STのいずれかの治療訓練もしくは評価を受けることになる。混雑した時間帯にはPT・OT・STのサービスが十分に提供できなくなることから予約制は必須である。

新患の予約制も採用している。リハ科の医師の診察に1時間程度が必要となるからである。

船橋市立リハビリテーション病院においても同様の予約制を採用する。

・外来の待ち時間の短縮方法について

上記の予約制により待ち時間短縮は急速に推進された。しかし、予約制が徹底されても飛び込みの患者が受診することもある。その場合でも可能限り待ち時間なく対応できるようにヘルプの各専門職を用意している。

5) 地域の医療機関等との連携

ア) 急性期病院との連携

・急性期病院との連携について

回復期リハ病棟には発症から3ヶ月以内に入院することが規定されているが、目標は発症から1ヶ月以内と考え、積極的に早期受け入れの努力をするべきである。当然、発症から早期になるほど意識障害、気管切開、中心静脈栄養、経鼻経管栄養、MRSA保菌患者等も増加すると考えられるが、その対応ができなければ回復期リハ病棟とは言えない。また、急性期病院の医師達から信頼も得られないであろう。急性期病院との連携の強化は可能な限り医師同士が連携するべきと考える。回復期リハ病棟の医師が直接急性期病院に診察に行くことも必要であろう。

この意味で船橋市立リハビリテーション病院の立地は好条件である。リハ病院の医師が医療センターに診察に行くことが容易だからである。

また、回復期リハ病院において急変が生じ、充実した急性期医療を受けるべきと判断されたときは直ちに急性期病院へ転院とするなど相互の連携が重要である。

したがって、船橋市立医療センターとは定期的に話合える会議を設け、連携の強化を推進したい。

イ) 維持期との連携

・地域連携室の活用について

当院では地域連携室を設けているが、その役割は急性病院との連携、かかりつけ医との連携、ケアマネジャーとの連携、在宅ケアサービスとの連携と多彩である。具体的には当院と連携を持つ各施設のデータベースを作成し、より密接な連携システムを構築することにある。

船橋市立リハビリテーション病院の地域連携室の役割は、主体が急性期病院よりかかりつけ医、ケアマネジャー、各種の在宅ケアサービスとなろう。より充実した連携体制を構築するために、関係者が集まる会議を年に数回開催することも必要となろう。

・退院後の患者様と家族に対する支援について

当院では、維持期リハサービスとして、外来リハと訪問リハを中心に展開している。外来と訪問によるサービスは臨機応変に対応する必要があり、特に補装具や歩行器、車いす等の福祉用具の利用、住宅改修などを必要かつ十分に対応するには訪問リハに勝る支援はないと考えられる。

また、何らかの疑問点が生じたときには総合相談窓口が機能し各種の相談支援を実施している。船橋市立リハビリテーション病院においても同様の対応を実施する。病院開院後1年以内に訪問看護ステーションを開設し、PT・OTの訪問活動を機動にのせ退院後の患者様と家族に対する支援体制を強化する。

ウ) 地元医師会との連携

・地元医師会との連携について

回復期リハ病棟は、急性期病院とかかりつけ医との中間に位置する医療施設である。かかりつけ医1人1人との個別の連携をすることが理想であるが、診療所数が多いため艱難を伴うことが予想される。したがって船橋市医師会との連携が必須である。そもそも、市にリハ病院の必要性を提言したのは医師会であり、当初の医師会の期待に添うべく努力する必要がある。船橋市立医療センターとの連絡会議だけでなく、船橋市医師会との定期的な連絡会議の設定が必要と考える次第である。

エ) 地域の病院・診療所等との連携

前述したように回復期リハ病棟は、急性期病院とかかりつけ医の中間に位置している。したがって、地域の病院・診療所等との連携の代表格が、船橋市立医療センターと船橋市医師会である。当然、その他の地域の病院、診療所との連携も重要である。

そもそも、今後の医療提供体制においてのテーマは、病院病床の機能分化と連携、在宅医療の充実であることから、これらの連携システムの推進に努力する所存である。

4 施設及び設備

1) 施設

ア) 維持管理

・施設の維持・管理に関して

建物・構築物については、地盤沈下による建物の傾き、建物のひび割れにおける原因追求など、患者及び、職員が安全に安心できる施設の維持管理に努める。それには、施行業者の定期点検を基本に低コストで長く維持するための施設メンテナンス契約を結ぶこと検討したい。施行業者には、建物・構築物の減価償却耐用年数である39年間維持できる維持メンテナンス計画を策定させる。

イ) 差額ベッド

・差額ベッドについて

基本的に船橋市立リハビリテーション病院条例に基づき、個室のみ市内・市外住所を有する者の金額上限以下で徴収し、運営を行なう。(但し、診療報酬制度改訂の増減・内容によっては、この限りではない。)

ウ) 売店・テレビ等

・売店について

売店については、自宅復帰を目指すリハビリ病院のため、自宅で使用する車椅子・杖や様々な福祉器具を扱う専門業者を外注委託する。また、委託先は家族・知人などの見舞い者用の簡単な飲食物などを販売できる業者としたい。

船橋市立リハビリテーション病院も同様とする。

・テレビの利用料について

当院は、個室及び4人床の患者全てにテレビの利用料を無料としている。なぜなら、自宅復帰を目的とした病院であるため、より自宅に近づけるため。また、患者には、出来るだけ社会の状況や出来事などの情報を入手することは、脳血管疾患患者への刺激となると考える。これにより環境面において高い患者満足度を得ている。

船橋市立リハビリテーション病院も同様とする。

2) 設備

ア) 維持管理

・ 設備の維持・管理に関して

法令遵守を基本に、法定点検及び、メンテナンスなどを専門業者へ外注化し、初期導入設備を低コストで長く維持・管理する。また、定期的に外注業者の見直し、メンテナンス効果とコストを評価する。

常に患者様が安全で、安心して利用頂ける施設の維持管理に努める。

[主な点検項目]

- 消防設備
消火設備、消火器、避難器具、排煙設備、非常放送設備、自家発電設備など
- 給排水設備
上水水質検査、給温水質検査、貯水槽水質検査（レジオネラ菌）、汚水槽清掃・点検、各種ポンプ点検、など
- 電気・空調設備
空調フィルター点検・清掃、受変電設備点検、電気保安業務点検など
- その他
エレベーター等の昇降機器点検、医療機器MRI, CTのメンテナンスなど

5 準備計画

1) 開院準備

ア) 計画

開院準備計画に関する考え方

第1にハード面の点検が必要である。病院の建築開始は実質2006年4月以降であり、設計者（日本設計）の担当者と継続的に詳細な打ち合わせを行いつつ建設課程をチェックする必要があると考える。第2に幹部スタッフの人選である。特に院長、看護部門の代表者、リハ専門職、サポート部の代表者を2006年4月に内定する。いずれも当法人における現在の管理職から選出することになり、院長、看護部代表、リハ専門職代表、サポート部代表の4名がその後の詳細な計画を策定することになる。第3にスタッフの採用である。2007年4月には船橋市立リハビリテーション病院への勤務者の採用が開始することから、2006年7月には募集要項を提示する必要がある。開院当初は68床の稼働であることから、スタッフは下表に示した配置人院となる。

	病床数	医師	看護師	介護福祉士	P T	O T	S T	SW	薬剤師	管理栄養士	臨床検査技師	放射線技師	計
4-2	32床												0
4-1	32床												0
3-2	34床												0
3-1	34床												0
2-2	34床	1.5	12	10	7	8	3	1	1	1			44.5
2-1	34床	1.5	12	11	8	7	3	1	1	1			45.5
入院計	68床	3	24	21	15	15	6	2	2	2			90
外来		1	3	1	4	2	3	1	1	1	2	2	21
教育管理			1		1	1							3
合計		4	28	22	20	18	9	3	3	3	2	2	114
								サポート部	栄養科	秘書科	訪問部	計	総合計
								6	8			14	128

円滑な会員を迎えるためには、管理職と128名のスタッフの約1/3は、当院での研修を十分に積んだスタッフを配置するべきと考える。第4に電子カルテの端末を含めた必要備品等のリスト作成である。以上の業務を2006年度の1年間は開設準備室専従職員で対応する。

イ) 体制

・開院準備体制に関する考え方を教えてください

指定管理者が決定するのは2006年3月の市議会であり、決定次第、当法人に開設準備室を設置する。

開設準備室には専従者として事務職員2名を配置する。準備室の役割は前述した通りであり、2007年度には院長、看護部代表、リハ専門職代表、サポート部代表の幹部4名の専従体制へと変更し準備室の充実を図る。

2) 段階的な稼働

・段階的な稼働に関する考え方

1) 入院

下表に示すように、初年度は 68 床、2 年目に 136 床、3 年目に 200 床を稼働する方針である。初期コストを考えれば、3 段階ではなく 2 段階でフル稼働体制に持って行くべきではあるが、質の低下を防止するため、あえて 3 段階でのフル稼働体制とした。

稼働開始年月	病棟	病床数
2010.4	4F-2	32 床
	4F-1	32 床
2009.4	3F-2	34 床
	3F-1	34 床
2008.6	2F-2	34 床
	2F-1	34 床
		200 床

2) 外来

外来に関しても、患者数を段階的に増加させ対応の充実を図る。

	外来数
2010.4	180 人
2009.4	120 人
2007.6	60 人

様式16 事業計画書【6 財務 1）収支見込】

(単位:千円)※青文字は計算式を入力済み

	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
医業収益	0	695,966	1,526,747	2,443,381	2,805,086	2,808,592	2,808,592	2,808,592	2,808,592	2,808,592
入院診療収益	0	565,835	1,259,116	1,984,999	2,276,180	2,279,018	2,279,018	2,279,018	2,279,018	2,279,018
室料差額等収益	0	45,832	101,987	183,642	212,498	212,763	212,763	212,763	212,763	212,763
外来診療収益	0	68,554	152,861	254,587	293,299	293,674	293,674	293,674	293,674	293,674
その他の収益	0	5,745	12,783	20,152	23,108	23,137	23,137	23,137	23,137	23,137
医業費用	66,469	1,048,611	1,808,509	2,524,373	2,718,607	2,718,775	2,718,775	2,718,775	2,718,775	2,718,775
材料費	0	31,365	69,795	110,031	126,172	126,329	126,329	126,329	126,329	126,329
医薬品費	0	10,340	23,009	36,274	41,595	41,647	41,647	41,647	41,647	41,647
給食材料費	0	14,246	31,702	49,978	57,309	57,380	57,380	57,380	57,380	57,380
その他の材料費	0	6,779	15,084	23,780	27,268	27,302	27,302	27,302	27,302	27,302
給与費	66,469	694,617	1,339,115	1,937,892	1,937,892	1,937,892	1,937,892	1,937,892	1,937,892	1,937,892
常勤職員給料・賞与	59,613	620,871	1,200,334	1,738,865	1,738,865	1,738,865	1,738,865	1,738,865	1,738,865	1,738,865
医師給料・賞与	15,789	63,156	118,418	157,891	157,891	157,891	157,891	157,891	157,891	157,891
看護師給料・賞与	5,316	143,538	276,443	398,715	398,715	398,715	398,715	398,715	398,715	398,715
その他給料・賞与	38,508	414,177	805,473	1,182,259	1,182,259	1,182,259	1,182,259	1,182,259	1,182,259	1,182,259
非常勤職員給料・賞与	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
役員報酬	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
退職給付費用	0	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000
法定福利費	6,855	69,746	134,781	195,027	195,027	195,027	195,027	195,027	195,027	195,027
委託費	0	50,724	69,626	88,831	89,925	89,936	89,936	89,936	89,936	89,936
減価償却費	0	31,500	31,500	31,500	31,500	31,500	31,500	31,500	31,500	31,500
その他の設備関係費	0	79,594	79,594	79,594	79,594	79,594	79,594	79,594	79,594	79,594
経費	0	140,311	198,379	256,024	256,024	256,024	256,024	256,024	256,024	256,024
船橋市への負担金	0	0	0	0	177,000	177,000	177,000	177,000	177,000	177,000
控除対象外消費税等負担金	0	20,500	20,500	20,500	20,500	20,500	20,500	20,500	20,500	20,500
その他の費用	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
医業利益(損失)	-66,469	-362,645	-281,762	-80,992	86,479	89,817	89,817	89,817	89,817	89,817
医業外収益	0	29,720	35,664							
受取利息・配当金	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他の医業外収益	0	29,720	35,664	35,664	35,664	35,664	35,664	35,664	35,664	35,664
医業外費用	0	39,859	47,830	47,830	50,390	50,208	49,970	49,756	49,563	49,390
支払利息	0	0	0	0	2,560	2,377	2,139	1,925	1,733	1,560
その他の医業外費用	0	39,859	47,830	47,830	47,830	47,830	47,830	47,830	47,830	47,830
経常利益(損失)	-66,469	-372,784	-293,928	-93,159	71,752	75,273	75,511	75,725	75,917	76,090

法人番号

※事務局使用欄

2) 資金調達

・必要な資金の調達方法について

当院の過去3年間の損益状況は、▲6億円、▲3.8億円、▲1.8億円と赤字幅を減らし、経営状況は好転している。今年度はブレイクイーブンに達し、借入金返済も滞りなく、3億円前後返済でき、損益及びキャッシュフローともに計画とおりにて経営は安定している。

また、患者から高い評価と信頼を頂き、世の中の認知度も上がり、常に満床状態にあります。これらの付加価値を元に資金調達手段としては、社債・ファンドのような方法もありますが、現在の借入先からも計画とおりの返済と社会からの高い評価により厚い信頼関係である。よって、現行の借入先からは、銀行同等もしくはそれ以下の低金利での融資可能な状況である。

7 実績

1) 第三者評価

- ・ 現在運営している病院が認定を受けている第三者評価の実績について

- 第三者評価として、当院は、平成17年7月に日本医療機能評価機構の医療機能評価 療養病院 Ver5.0を受審し、何一つ指摘事項も無く、同年10月17日付にて認定を受けた。

認定番号：認定 第JC705号

また、平成18年2月には、リハビリテーション付加機能の受審を予定している。

様式19 事業計画書【7 実績 2)運営実績】

3)運営実績

ア)現在運営している病院について、以下の事項について記載してください。(平成16年度実績)

指標	実績
入院患者の疾患別割合(%)	100.0%
脳梗塞	44.0%
脳出血	24.9%
くも膜下出血	4.1%
頭部外傷	4.4%
脊髄損傷	2.8%
神経筋疾患	0.9%
脳腫瘍	1.2%
下肢の骨折	4.9%
廃用症候群	9.9%
その他	2.9%
専門医の配置状況(人)	10
日本リハビリテーション医学会 専門医	2
日本脳神経外科学会 専門医	3
日本内科学会 専門医	1
日本神経学会 専門医	2
日本脳卒中学会 専門医	1
日本循環器学会 専門医	1
患者様・家族満足度(%)	78.4%
在宅復帰率(%)	70.9%
平均在院日数(日)	86.8日
病床稼働率(%)	94.8%
1病床当たりの稼働額(日額)(円)	33,917円
入院時の発症後経過期間(日)	52.7日
入院の申込から入院までの期間(日)	9.1日
スタッフ満足度(%)	62.7%
スタッフ離職率(%)	11.4%

様式20 事業計画書【7 実績 3)財務状況】

3)財務状況

ア)財務に関する以下の事項について、前3事業年度分作成してください。

指標		14	15	16
総合力	総資本対総利益率(%)	-12.7%	-6.1%	-2.1%
	医業収益対当期純利益率(%)	-59.5%	-16.7%	-5.8%
	総資本回転率(%)	23.1%	46.7%	66.1%
	自己資本対当期純利益率(%)	算定不能	算定不能	算定不能
	財務レバレッジ(%)	-3742.6%	-953.1%	-677.9%
収益性	医業収益対医業利益率(%)	-55.0%	-13.0%	-3.2%
	医業収益対経常利益率(%)	-59.6%	-16.7%	-5.8%
安全性	自己資本比率(%)	-2.7%	-10.5%	-14.8%
	流動比率(%)	10.9%	9.7%	13.1%
	固定比率(%)	-2956.5%	-779.0%	-539.3%
	固定長期適合率(%)	626.6%	640.4%	585.7%

※小数点以下第2位を四捨五入

1-V 初台リハビリテーション病院組織図 2005.4.1

