

IV 条例等遵守事項の実施状況

区分	遵守事項	実施状況																																																											
1 患者及びその家族に対して提供するサービスに関する事項	1) 診療成果等の医学的側面に関する事項 (1) 職員配置基準の遵守 (病棟毎) ① 医師 … 1人以上 ② PT … 4.5:1人以上 ③ OT … 4.5:1人以上 ④ 看護師、准看護師 … 3:1人以上 ⑤ 看護補助者 … 6:1人以上 ⑥ ④+⑤ … 1.5:1人以上	○ 病床利用率77% ○ 職員の配置 (患者数=病床×病床利用率) <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">階</th> <th rowspan="2">病棟</th> <th rowspan="2">病床数</th> <th rowspan="2">病床数×利用率</th> <th colspan="2">医師①</th> <th colspan="2">PT②</th> <th colspan="2">OT③</th> <th colspan="2">看護師④</th> <th colspan="2">看護補助⑤</th> <th colspan="2">④+⑤</th> </tr> <tr> <th>基準</th> <th>配置</th> <th>基準</th> <th>配置</th> <th>基準</th> <th>配置</th> <th>基準</th> <th>配置</th> <th>基準</th> <th>配置</th> <th>基準</th> <th>配置</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">2F</td> <td>南病棟</td> <td>34.0</td> <td>26.2</td> <td>1.0</td> <td>1.5</td> <td>5.9</td> <td>11.0</td> <td>5.9</td> <td>9.0</td> <td>8.8</td> <td>13.0</td> <td>4.4</td> <td>10.0</td> <td>17.5</td> <td>23.0</td> </tr> <tr> <td>北病棟</td> <td>34.0</td> <td>26.2</td> <td>1.0</td> <td>1.5</td> <td>5.9</td> <td>11.0</td> <td>5.9</td> <td>9.0</td> <td>8.8</td> <td>13.0</td> <td>4.4</td> <td>10.0</td> <td>17.5</td> <td>23.0</td> </tr> </tbody> </table>	階	病棟	病床数	病床数×利用率	医師①		PT②		OT③		看護師④		看護補助⑤		④+⑤		基準	配置	基準	配置	基準	配置	基準	配置	基準	配置	基準	配置	2F	南病棟	34.0	26.2	1.0	1.5	5.9	11.0	5.9	9.0	8.8	13.0	4.4	10.0	17.5	23.0	北病棟	34.0	26.2	1.0	1.5	5.9	11.0	5.9	9.0	8.8	13.0	4.4	10.0	17.5	23.0
	階	病棟					病床数	病床数×利用率	医師①		PT②		OT③		看護師④		看護補助⑤		④+⑤																																										
			基準	配置	基準	配置			基準	配置	基準	配置	基準	配置	基準	配置																																													
	2F	南病棟	34.0	26.2	1.0	1.5	5.9	11.0	5.9	9.0	8.8	13.0	4.4	10.0	17.5	23.0																																													
		北病棟	34.0	26.2	1.0	1.5	5.9	11.0	5.9	9.0	8.8	13.0	4.4	10.0	17.5	23.0																																													
(2) 入院治療の毎日の提供	○ 上記PT・OT・ST等の職員を配置し、患者に365日休むことなくリハビリテーションを提供した。																																																												
(3) 医療安全対策及び院内感染症防止対策のマニュアル策定と医療事故等の対応	○ 院内に医療安全を専門に担当する医療安全委員会を設置した。また、院内の感染防止を専門に担当する感染対策委員会を設置した。その委員会において、医療安全マニュアル及び、感染症対策マニュアルを作成した。																																																												
(4) クリティカルパス方式の導入	○ 20年度脳血管疾患系患者203名中、主疾患・合併疾患・重症度による類型化・標準化が困難であるため、できなかった。回復期リハビリテーション病棟は、高齢者や障害をもたれた方を自立した生活を送れる様に在宅に帰すことが、最大の使命であるため、21年度において、現行の各専門職による各種カンファレンス内でのディスカッションを深め、リハ計画・退院計画と患者実情の検証を行う。																																																												
(5) スタッフ間の診療情報の共有化	○ 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を開催し、患者の容態、治療目標等の情報共有化を図った。																																																												

	(6) 医療情報システムの構築	○リハビリ専用独自開発した入院・外来電子カルテシステム（カルテ機能に加え、オーダリングシステム含む）を開院時から導入した。
	(7) 急性期から維持期のリハビリテーション医療の中核的な役割 (ア) 急性期との連携	○急性期病院の連携は、まず市立医療センターとの連携を構築しそれを標準として他の急性期病院との連携を図ることとする。医療センターとは、連携マニュアル及び連携パスを作成し、患者の転院の円滑化を図った。また、連携の問題点等を月1回の連携会議により協議を行った。
	(8) 急性期から維持期のリハビリテーション医療の中核的な役割 (イ) 維持期との連携	○維持期リハビリテーション施設等との緊密な連携を図るため、診療情報提供書を作成し、連携パスの内容を協議している。 ○リハビリテーションについて、地域のケアマネジャーとの定例研究会を開催した。
2) 患者及びその家族の精神的・生活的側面に関する事項	(9) 患者の自己決定権を尊重した医療	○職員に対しては、職員にカード式の表面「病院基本理念」裏面「患者の権利」の標語を常に携帯させ周知している。また、新採用研修時や毎月の夕礼等でも基本理念の研修、事例を教育・指導している。 ○患者に対しては、病院パンフレット及び、病棟等院内掲示で周知している。
	(10) 患者への精神的なサポート	○ソーシャルワーカーが中心となり心理社会的な相談から退院に関する相談まで幅広く対応している。平成20年度は5000件以上の相談に対応している。
	(11) 患者等の苦情相談窓口の設置及び苦情対応体制を構築	○総合受付の隣に総合相談窓口を設置している。苦情対応は総合相談窓口業務マニュアルに基づき対応している。尚、平成20年度の総合相談窓口によせられた苦情は2件であった。
	(12) 船橋市個人情報保護条例に基づく適切な措置	○個人情報保護規程を作成し、リーフレット、院内掲示、ホームページにて公表している。

	(13) 食事の提供方法の配慮、可能な限り食堂の使用等	○食事の提供方法は、各病棟の厨房にて出来立ての選択メニューによる和食・洋食の提供、食器には陶磁器を使用した。 また、経管栄養・経腸栄養の患者等を含めた全患者を病棟食堂にて食事提供を行った。
3) 人材の育成その他適切な医療体制の構築に関する事項	(14) スタッフの接遇について倫理規範の成文化、スキルの向上等	○接遇研修は、新採用者研修時に「輝生会における接遇」の資料を使って、教育している。基本理念・患者の権利・診療方針などは業務マニュアル、職員カードを常勤・非常勤全職員に配布し、周知徹底を図った。
	(15) 職員の情報共有化	○リハビリに関する最新情報は、外部講師による講習会等を行った。外部研修会・講習会の内容については、研修参加者が院内伝達講習を行い情報共有を図った。また、専門職間で理解を深めるため、勉強会なども行った。
	(16) 開院後5年以内に日本医療機能評価機構第三者評価を受審	○3年目に200床フル稼働となって、開業から3年間の業務運営のノウハウをまとめる。5年目の平成24年度内に第三者評価を受審する予定にしている。
2 管理の効率化に関する事項	(17) 電子カルテ、オーダーリングシステム等の計画的構築	○管理の効率化を図るため、電子カルテ(オーダーリングシステム含む)を中核に医事会計システム、薬剤業務システム、給食管理システム、画像診断システム、勤怠給与管理システムを構築した。
	(18) 調達コストの抑制	○平成20年度の外注委託業者については、2社以上の業者によるコンペティションを行い、品質・価格ともに良質で安価な委託先を選定した。 (検査委託2社、清掃委託4社、洗濯・リネン等4社のコンペ実施) また、10万円以上の購入品も、原則2社以上から見積りを取り、品質・価格面の審査をして選定するようにした。
	(19) 責任体制の明確化等	○責任体制が明確な組織を構築した。また、院内の非常時の責任分担を明確にした緊急連絡網を作成した。

3 財務内容の改善に関する事項	(20) リハビリ病院特別会計の設定	○当法人は、2病院・1診療所を有する医療法人であり、病院会計準則に基づき、事業所単位で年次損益計算書を作成している。
	(21) 非営利性の徹底	○開院から4年後の平成23年度には、利益率3%以上を目指す。利益は高額医療機器買い替えのための資金プール、借入金の返済、職員の教育・研修等の医療の質向上に充当させる予定。また、基本協定書第42条の規程に基づき、利益の10%程度の額を地域リハビリテーションの充実に充当する。
4 情報公開及び地域住民との交流等に関する事項	(22) ホームページ等による情報公開、中期目標の達成度等の定期的な公表	○院内の情報公開は、病院運営の透明性を確保するため個人情報以外は、原則公開するものとし、入院・外来の患者・家族及び来院者に有用な情報を院内情報誌及び、ホームページにて提供する。
	(23) カルテ情報等の情報公開に関する基本的なルールの策定	○カルテ等の診療情報について「船橋市立リハビリテーション病院 診療情報開示規程」を定め、本人の開示申請に基づき診療情報を開示している。その他の事項については、基本協定書第15条に基づき、船橋市情報公開条例の趣旨にのっとり、船橋市と協議し開示する。
	(24) 患者等から定期的に意見を聞く場の設置、地域住民等の関係者を含む運営委員会の設置等	○来院患者（地域住民を含む）及び、入院患者と家族から意見を聞くため、病院内にご意見箱を設置し、広く意見を聞いている。設置場所は、1F 外来トイレ2箇所、各病棟の外来者用トイレ及びダイコナー。回収頻度は週1回行い迅速に対応している。 また、市民公開講座にて患者・ご家族を含む地域住民の方から、幅広くご意見を頂いた。
	(25) 基本理念、診療方針、患者の基本的権利等を定めて職員への周知、窓口等への掲示等	○リハビリ病院の基本理念、診療方針、患者の基本的権利等を定め、来院者の目につきやすい玄関等へ掲示した。

<p>(26) 騒音等による地域住民への影響が出ないように配慮、その他芝生広場の開放等地域住民に開かれた施設管理の努力</p>	<p>○平成20年度の住民とのトラブルはなかった。敷地内を地域住民が散歩できる環境とし、敷地案内や禁煙等のお願いを掲示している。</p>
<p>(27) 文書保存方法等の規程の制定</p>	<p>○文書管理規程を作成し、その規程に基づき文書を保管している。</p>