

V 中期目標の達成状況及び中期行動計画の実施状況報告

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

20年度目標： 自宅復帰率（脳血管系60% 整形外科系70% 廃用症候群60% ）

(1)入院患者のADL改善

- ① 365日、1人1日平均2.74時間のリハビリテーションサービスを提供した。
- ② ADL向上のため、生活をイメージした下記の具体的ケアを行った。
 - 1) 食事は病棟食堂で可能な限り経口摂取する。
 - 2) 洗面は朝夕洗面所で、口腔ケアは毎食後行う。
 - 3) 排泄は極力トイレで行う。
 - 4) 入浴は特殊浴槽を使わず、通常の浴槽に入る。
 - 5) 朝晩着替え、日中は普段着で過ごす。
 - 6) 個人の体形や姿勢に合った車椅子を用意する。
 - 7) 原則として、抑制は行わない。
 - 8) 日中はベッドから離れて、自主訓練などで活動して頂く。
- ⑤ マトリックス組織体制、電子カルテ、全職種同一制服の着用などチームアプローチ体制を構築した。
- ⑥リハビリテーションに必要な体力を確保するため、病棟に配置した管理栄養士が、毎食ごとに和食・洋食を選択できるメニューを用意した。また、嚥下障害患者においては嚥下障害食をきめ細かな段階で用意した。

(2) 20年度自宅復帰率の実績

脳血管系 81%

整形外科系 96%

廃用症候群 67%

20年度の実績に基づく21年度行動計画の改善点について

- 20年度は、入院患者1人1日平均2.74時間のリハビリテーションサービスの提供となった。20年度の入院患者の疾患動向を脳血管外科系70%、整形外科系等30%と予想していたが、実績はそれぞれ約83%、約17%であった。
- 21年度は患者の疾患動向に対応したPT, OT, STを採用し、効率的な配置調整を行い入院患者1人1日平均2.83時間のリハビリを目指す。

20年度目標： 発症からリハビリ病院を退院するまでの日数（脳血管系150日 整形外科系100日 廃用症候群110日）

(1)入院患者の状況把握

入院患者の身体状況を確認するため、病棟チームでは次のカンファレンスを行った。

- ・入院日合同評価（入院時）
- ・初回カンファレンス（入院後約1週間）
- ・ミニカンファレンス（定期カンファレンスの間に1回）
- ・定期カンファレンス（1か月毎）
- ・臨時カンファレンス（必要時）

カンファレンスの際、病状や身体機能の評価を行い必要があればMRI、CT等の検査による異常の早期発見を行い最適なリハビリテーションを提供した。

(2)20年度発症から当院を退院するまでの日数

脳血管系	106日
整形外科系	84日
廃用症候群	105日

20年度の実績に基づく21年度行動計画の改善点について

- 脳血管系患者のリハ計画・退院計画策定については、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・標準化が困難であった。（結果的に脳血管系患者の平均在日数は約2ヶ月強となった。）
- 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が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。尚、リハビリテーション訓練には自立のために患者本人のモチベーションも重要な要素であるため、急性期病院が実施しているクリティカルパス等の治療モデルの作成は困難と考えている。

20年度目標： 連携のためのガイドラインの実施

(1) 急性期病院から患者の円滑な受け入れ

入院受け入れは、急性期病院の医師と当院医師の協議により決定した。市立医療センターには、当院の医師が伺い主治医と一緒に患者の容態等を確認し転院時期を決定した。

(2) 市立医療センター、医療センター以外の急性期病院との連携強化

市立医療センターとの連携マニュアル及び連携パスを完成させ実施した。また、連携協議会を毎月第3火曜日に開催した。

(3) 維持期施設等との連携強化

患者退院時、在宅主治医に診療情報提供書等を手渡すこととしたが、主治医の参加は1件しかない状況で参加いただけなかった主治医には郵送した。維持期施設等との連携パスについては、船橋市地域リハビリテーション協議会の中で連携パス案を作成したが、県の連携パスモデル案との整合性の問題が残り現在調整中である。また、市内のリハ実施施設のデータベースを作成した。

(4) 介護保険等の居宅サービスの整備

訪問リハビリテーションは平成20年5月から実施し平成21年3月までに延べ1,061人にサービスを提供した。

20年度の実績に基づく21年度行動計画の改善点について

- 20年度の発症から入院までの平均日数は33日であった。21年度は市立医療センターを含む急性期病院との「千葉県共用脳卒中地域医療連携パス」を運用し発症から入院までの平均日数を30日以内としたい。
- 退院時カンファレンスに在宅主治医が参加することは相当難しい状況である。主治医には、カンファレンスに参加できなくても患者の身体管理を充分に行えるよう、診療情報提供書及び連携パスの内容を充実させたい。また、主治医と患者の間を取り持つケアマネジャーの役割が重要となるのでリハビリの知識について研修会を開催するなどリハビリの啓発を行う。

2) 患者及びその家族の精神的・生活側面に関する事項

20年度目標： 入院患者及びその家族の満足度が各項目最低でも60%

(1) 急性期病院からの転院時の対応

当院の各職種により病院案内を行い、患者とその家族の不安解消に努めた。

(2) 心理的、社会的、経済的側面の満足度向上について

2病棟にソーシャルワーカー3名を配置し、患者及びその家族の相談対応を行った。3月までの入院患者に関する相談件数は、5,023件であった。(患者1人当たり平均約19件)

(3) 療養環境の満足度向上について

療養環境の向上のためサービス向上委員会を設置し、行動計画の内容を実施した。

- ・ 毎週火曜日14:00定期コンサート開催 ・ 8月31日夏祭り、12月27日餅つき大会開催
- ・ 食堂にて家族が患者と一緒に食事 ・ 喫茶サービス

(4) 入院患者及びその家族の満足度調査の実施

入院患者及びその家族の満足度調査を平成21年2月13日に実施した。各項目とも満足度が60%を超えていた。

(資料3 「入院患者及びその家族の満足度調査」)

20年度の実績に基づく21年度行動計画の改善点について

○患者満足度調査において、7. 入院の生活時間の設定と 8. 院内の情報は、満足度が他の項目に較べて低かった。満足とやや満足の合計目標値75%を大きく上回るよう、入院の生活時間の設定については、約3時間のリハビリ時間の割り振り等を改善する。院内の情報については、患者及びご家族の視点に立った必要な情報を提供するよう努力する。

20年度目標： 退院時の患者及びその家族の満足度測定の仕組み作り

満足度測定の仕組みを作る指針と調査マニュアル案を作成した。

(資料4 「退院時の患者及びその家族の満足度測定の仕組み作りの指針」)

20年度の実績に基づく21年度行動計画の改善点について

3) 人材育成とその他適切な医療体制の構築に関する事項

20年度目標： 全職種に教育プログラムの実施

教育管理部を設置し、年間プログラムに基づき研修を行った。また、各種の研究会・学会発表会へ参加した。

(資料2 「20年度院内研修実績」)

20年度の実績に基づく21年度行動計画の改善点について

○特になし

2 管理の効率化に関する事項（施設・設備の効率的利用等）

20年度目標： 病床稼働率が75%以上

院長・診療部長・リハケア部長・各チームマネジャー・ソーシャルワーカーによる病床会議を毎朝8時10分に開催し当日の入退院、病棟間の患者の偏り調整など病床管理を行った。

○病床稼働率の実績

20年度の平均病床稼働率は77.3%である。なお、21年3月の平均病床稼働率は97.2%であった。

20年度の実績に基づく21年度行動計画の改善点について

○特になし

20年度目標：医療機器の効率的な使用（MRI・・・平均3件/日、CT・・・平均5件/日）

MRI・CTの1日の平均使用頻度調査を行った結果は、次のとおり。

MRI・・・0.7件

CT・・・0.4件

20年度の実績に基づく21年度行動計画の改善点について

○使用頻度が低い理由は、外来患者数が計画より25%少ないこと、入院患者の整形疾患患者が10%在院したことが考えられる。21年度は入院患者、外来患者が増えるのでその増え具合と使用頻度を検証する。また、市立医療センターのMRI・CT患者の受入システムなど、行動計画に示した22年度の目標を達成できるよう方策を検討する。

3 財務内容の改善に関する事項（経営の健全化等）

20年度目標： 経常収支比率が60%以上

(1) 収入の確保

20年度の1人1日の平均入院単価36,332円、平均外来診療単価8,852円であった。

(2) 費用の削減

支出については、20年度、外注委託業者について、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コストダウンを行った。医療収益に対する各費用項目の比率は次のとおり。

- ① 人件費・・・112.8%
- ② 材料費・・・・ 5.6%
- ③ 委託費・・・・ 6.8%
- ④ 水道光熱費・・・ 7.5%

(3) 20年度の経常収支比率の実績値

経常収支比率56.3%

（市補助金を含まず。平成20年度事業報告書p19「平成20年度損益計算書」）

20年度の実績に基づく21年度行動計画の改善点について

- 20年度の入院患者の疾患動向を脳血管外科系70%、整形外科系等30%と予想していたが、実績はそれぞれ約83%、約17%であった。21年度は患者の疾患動向に対応したPT, OT, STを採用し、収益増を図る。
- 人件費は、21年度採用予定の看護職等の医療職員を前倒しで採用したことで多くなった。職員確保のためやむを得ないものとする。

4 情報公開及び地域住民との交流等に関する事項

20年度目標： 地域住民が参加する懇談会や交流会の開催

(1) 情報公開

ホームページにより病院紹介を行うとともに院内情報誌を3回発行した。

(2) 地域住民との良好な関係の構築

平成21年2月8日当院において市民講座を開催（約80名参加）した。その中でリハビリの相談対応も行った。

20年度の実績に基づく21年度行動計画の改善点について

- 入院患者の療養環境の向上策として行っている毎週火曜日午後2時に行っているクラシックコンサートには地域の住民の方も参加いただき大盛況となっている。まずは、院内のイベント情報を地域住民へ提供し参加いただくことにより、交流を深め信頼関係を構築して行きたい。