

船橋市立リハビリテーション病院  
平成21年度事業報告書

指定管理者：医療法人社団輝生会

## 目次

I	管理の実施状況	1
1	病院基盤の整備	1
	(1) 組織編成	1
	(2) 情報システムの構築	3
	(3) 職員の資質向上	3
2	診療機能	4
	(1) 職員配置（全体と病棟）	4
	(2) 提供した診療サービス	4
	(3) 診療サービスを提供するに当たり実施した重要事項	4
3	地域連携	7
	(1) 地域連携の必要性	7
	(2) 急性期病院との連携	7
	(3) 維持期リハビリテーション施設等との連携	7
4	診療の成果	8
	(1) 疾患別平均リハビリテーション効果（B I）	8
	(2) 入院患者の退院先	8
	(3) 疾患発症から退院するまでの平均日数	9
II	利用状況	9
1	入退院患者数	9
	(1) 入退院患者数（実数）	9
	(2) 月別入退院患者内訳	10
	(3) 年齢別・男女別入院患者内訳	10
	(4) 疾患別入院患者内訳	11
	(5) 疾患別平均入院日数	11
	(6) 入院患者の退院先内訳	12

(7) 地域別入院患者数 .....	12
(8) 病床平均稼働率及び4床室・個室の利用者数 .....	12
2 外来患者 .....	13
(1) 外来患者数 .....	13
(2) 月別外来患者（延べ人数）内訳 .....	13
(3) 年齢別・男女別外来患者内訳 .....	14
(4) 疾患別外来患者内訳 .....	14
(5) 地域別外来患者内訳 .....	15
3 訪問リハビリテーション患者 .....	15
(1) 訪問リハビリテーション患者数 .....	15
(2) 月別訪問リハビリテーション患者（延べ人数）内訳 .....	16
(3) 年齢別・男女別訪問リハビリテーション患者内訳 .....	16
(4) 疾患別訪問リハビリテーション患者内訳 .....	17
(5) 地域別訪問リハビリテーション患者内訳 .....	17
4 相談件数 .....	17
III 収支状況 .....	18
IV 中期目標の達成状況及び中期行動計画の実施状況報告 .....	19
V 条例等遵守事項の実施状況 .....	30

（資料）

資料1 組織図	資料7 退院時調査アンケート項目
資料2 平成21年度 院内研修実績	資料8 退院時アンケート調査集計
資料3 千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス	資料9 入院1人1日平均入院・外来単価
資料4 連携パス使用数	資料10 稼働率の月次推移
資料5 満足度調査アンケート項目	資料11 入院患者紹介元一覧
資料6 21年満足度調査集計揭示用	

## I 管理の実施状況

### 1 病院基盤の整備

#### (1) 組織編成

リハビリテーション病院の組織編成は、各部署の目的及び責任の明確化を図り迅速な意思決定が可能となるものとした。すなわち、院長の下に診療部、リハケア部、教育研修部、サポート部の4つの部が病院運営の基本となる診療、看護・介護・リハビリテーション、職員の資質向上、事務の業務を担当し、医療安全、個人情報保護、地域連携等病院を運営する上での個別の重要事項については、専門の委員会が担当する体制とした。各部と主な委員会の役割は次のとおり。(資料1 組織図)

#### A 診療部

診療部は、医師、薬剤師、管理栄養士・栄養士、調理師、臨床放射線技師、臨床検査技師が所属し、入院診療及び外来診療・訪問リハビリテーションの患者の診療・検査・投薬・栄養管理を担当する。尚、医師、薬剤師、管理栄養士は、病棟のチームに配置される。

#### B リハケア部

リハケア部は、看護師・介護福祉士(CW)・理学療法士(PT)・作業療法士(OT)・言語聴覚士(ST)・社会福祉士(SW)等が所属し、入院診療、外来診療・訪問リハビリテーションの看護・介護・リハビリテーションサービスを担当する。病棟、外来・訪問の各チームはリハケア部に属するチームマネージャーが統括する。

#### C 教育研修部

教育研修部は、医師・看護師・CW・PT・OT・ST・SW等の専従の部門チームが所属し、職員の教育・研修・採用・人員配置を担当する。その部門チームは、各部門の医療専門職等に対して、技術向上等の教育・研修を行う。この結果、医療専門職は、リハケア部と教育研修部が縦横に重なりあうマトリックス管理体制としている。

#### D サポート部

サポート部は、事務職が所属し、医療事務、病棟秘書、総務・人事、施設管理、患者サービスの向上及び、職員の働きやすい環境作りを担当する。

## E 主な委員会の担当事項

### ① 医療安全委員会及び感染対策委員会

医療安全委員会は、院内における医療事故やその他の事故を防止し、安全かつ適切に業務遂行できる体制を確立する。感染対策委員会は、院内における細菌、微生物、ウイルス等の感染防止対策を推進し、院内衛生管理の万全を期する。両委員会において、それぞれマニュアルを作成し、マニュアルに沿った業務遂行の徹底を図る。

### ② 地域連携推進委員会

地域連携推進委員会は、患者が円滑に入院及び退院できるよう、また退院後のフォローアップを行えるよう地域の医療機関、訪問看護ステーション、介護保険事業者等との円滑な連携を図る。

### ③ 個人情報保護委員会及び診療情報開示検討委員会

個人情報保護委員会は、患者等の個人情報の取り扱い・保護・管理・委託・苦情・相談等を審議する。診療情報開示検討委員会は、診療情報の提供・開示の具体的方策及び、実施要綱などの運営上の問題点等を協議するとともに、院長からの諮問により開示申請者の適否・開示情報の範囲、開示の可否について審査する。

### ④ サービス向上委員会

患者のアメニティーの向上・苦情対応は、サービス向上委員会が担当する。苦情対応として、1階フロアーに総合相談窓口を設置し、患者等の苦情に対応する。毎週火曜日の定期コンサート、夏祭り・餅つき大会などのイベント、生花の配置、患者満足度調査等を行う。

### ⑤ 情報誌・ホームページ委員会

院内の情報公開は、情報誌・ホームページ委員会が担当する。院内情報は、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。

### ⑥ その他委員会以外のプロジェクト

医療センターとの連携等の重要な案件については、適宜、プロジェクトチームを結成し、対応を行うこととしている。

## (2) 情報システムの構築

当院の診療はチームで行なうが、そのチーム内の血液となるのが患者情報である。このため、患者状況・治療目標等の患者情報の共有化を支援する電子カルテシステムを導入した。この電子カルテシステムは、電子カルテを中核に医事会計、薬剤、給食管理、画像診断、勤怠給与管理システムと連動する。また、この電子カルテは、患者情報が一元化され、チームスタッフが患者とその家族との面談の際に必要な情報提供にも寄与する。

## (3) 職員の資質向上

効果的なリハビリテーションの提供には、患者本人から機能回復の意欲を引き出し高いモチベーション（動機付け）をもって主体的にリハビリテーションを行うことができる環境づくりが重要である。その中で、職員の対応は最も重要となる。

このことから、教育研修部が教育・研修を担当し、職員には当法人の基本理念、診療方針、患者の基本的な権利等を理解し行動できるよう研修を行った。また、当院が提供するリハビリテーションの理解を深めるため、病院の概要、診療システム、各部署の業務体制を記載した「業務マニュアル」を職員全員に配布した。

新規採用職員には、社会人・大人としての礼儀作法・身だしなみ、言葉遣い等の接遇研修を行った。

**(資料2 平成21年度 院内研修実績)**

## 2 診療機能

### (1) 職員配置（全体と病棟）

21年度に配置した職員は次のとおり。

平成21年4月1日

区分	職 種	人 数	うち病棟（1病棟）
	院 長	1	
診 療 部	医師	5	5 (1.2)
	薬剤師	4	4 (1)
	管理栄養士	5	4 (1)
	調理士・栄養士	14	14 (3.5)
	放射線技師	2	
	検査技師	2	
リ ハ ケ ア 部	チームマネジャー	5	4 (1)
	看護師	54	48 (12)
	介護福祉士 (CW)	40	40 (10)
	理学療法士 (PT)	52	44 (11)
	作業療法士 (OT)	44	36 (9)
	言語聴覚士 (ST)	16	12 (3)
	社会福祉士 (SW)	6	6 (1.5)
教育研修部		7	
サポート部(事務)		11	
計		268	217 (54.2)

※ 病棟欄の（ ）内数字は1病棟当たりの職員数

### (2) 提供した診療サービス

入院診療は、平成21年4月20日から3病棟102床、7月13日から4病棟136床を稼働させ回復期リハビリテーションを提供した。1日の入院受け入れ患者数は、入院初日から質の高いリハビリテーションを提供するため2人以内とした。また、外来診療および訪問リハビリテーションについても、それぞれサービスを提供した。

### (3) 診療サービスを提供するに当たり実施した重要事項

質の高いサービスを提供するための重要事項として、次の事項を実施した。

## ア チーム医療

入院診療は、医師、看護師、CW、PT、OT、ST、SW等の病棟専従配置による強力なチームアプローチとし、チームマネージャーが中心となり、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り、効果的なりハビリテーションを提供した。また、外来診療、訪問リハビリテーションもチーム医療で行っている。

## イ 機能訓練の時間と頻度

機能回復の度合いは訓練時間と比例するため、入院診療では患者1人に対して最大PT、OT、STの合計で9単位(3時間)の個別リハビリテーションサービスの提供を目指した。そして、リハビリテーションは可能な限り毎日継続することが重要であるので、土、日、祝日も休むことなく365日均一なりハビリテーションサービスを提供した。また、外来診療と訪問リハビリテーションは、土曜と祝日も行った。

## ウ 看護・ケアサービス体制

病棟におけるケアの最低基準として、以下の8項目を実施した。

- 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日おきに浴槽に入っていただく。
- 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。

また、ADL(日常生活動作)の向上において重要な時間帯7:00~8:30(モーニングケア:起き上がり、トイレでの排泄、洗面、更衣、食事摂取、口腔ケア)、18:00~21:30(イブニングケア:モーニングケアに入浴が加わる)には、看護師、CWにPT、OTが加わる人員配置体制とした。

食事は、患者にとって院内生活で唯一の楽しみであり、リハビリテーション訓練に耐え得る体力を養うためにも重要である。こ

のため、各病棟の厨房にて出来立ての食事の提供、和食・洋食の選択メニュー、陶磁器の食器の使用、家族との食事を可能とするなど、食事を楽しんでいただきながら栄養改善を図った。嚥下障害患者には、患者の状況に応じきめ細かく嚥下食を提供した。

## エ リスクマネジメント

### ①医療安全管理

医療安全は、医療安全委員会が担当した。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、リハビリテーション専門病院では転倒、転落、誤嚥が高頻度となっている。これらの事故防止を目的として、同委員会がヒヤリハットも含めて全例報告を義務づけ、その報告事例を分析し、防止対策を立て職員に周知し事故防止を図っている。

### ②院内感染

院内感染は、感染対策委員会が対策を立て職員に周知し予防するとともに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している。

## オ 患者とその家族への支援

患者が精神的に安定し退院後の生活に意欲を持つことができれば、リハビリテーションに対するモチベーションが高くなり、リハビリテーションの効果もそれに比例して高くなる。このため、患者とその家族への精神的、社会的、経済的な支援が重要となる。

病棟に1.5名のSWを配置し患者とその家族の相談に専門に対応することとし、必要があればチーム全員で支援を行っている。

## カ 退院患者のフォロー

退院患者については、退院後1か月、3か月、6か月、12か月時点毎に実態調査を行い、身体機能の評価を行うこととした。身体機能の低下が認められる場合には、患者のかかりつけ医やケアマネジャー等と協議し、外来診療、訪問リハビリテーションを提供した。また、退院患者からの相談については、各々の職種が相談内容に応じて対応した。

### 3 地域連携

#### (1) 地域連携の必要性

リハビリテーションは、患者の容態により疾患が発症した急性期から回復期、維持期と継続して提供されなければならない。そのため、回復期を担う当院では、急性期と維持期を繋ぐ重要な役割を担わなければならない。

回復期リハビリテーションの効果は、如何に早くリハビリテーションを提供したかにより機能回復の度合いが異なることから、できるだけ早期に受け入れること。そして、当院の回復期リハビリテーションにより回復した身体機能を自宅に帰って維持していくためには、退院時に自宅でのリハビリテーションが可能となるよう維持期リハビリテーション施設等へ引き継ぐことが重要となる。

このように、入院患者の受け入れ元となる急性期病院と退院患者の受け入れ先となる維持期リハビリテーション施設等との連携が不可欠となる。

#### (2) 急性期病院との連携

当院に近接する市立医療センターとの連携を確立し、他の急性期病院とは医療センターとの連携方法を標準にそれぞれの実情にあった連携を構築する計画である。医療センターとは、連携マニュアル、連携パスを運用し、月1回程度の連携会議を開催するなど連携の確保を図った。

#### (3) 維持期リハビリテーション施設等との連携

患者退院時に行われる当院スタッフ、患者とその家族が参加するカンファレンスにケアマネジャー等の維持期リハビリテーション施設等の参加を願った。カンファレンスでは、当院から患者の入院時、退院時の容態等の情報を提供し、共同してケアプランを作成するなど継続して維持期リハビリテーションを受けられるよう維持期リハビリテーション施設等との連携を図る。

#### 4 診療の成果

##### (1) 疾患別平均リハビリテーション効果 (BI)

単位:点

区 分	人数	入院時	退院時	効果
脳血管疾患系	313	50.5	73.8	23.3
整形外科系	68	66.7	83.2	16.5
廃用症候群	39	51.0	67.2	16.2
その他	6	71.0	74.0	3.0
計	426	53.4	74.7	21.3

※BI指数(バーセルインデックス)とは、100点満点で食事、車椅子からベットへの移動、整容、トイレ動作、歩行、更衣等の日常生活動作10項目を2から4段階で機能的評価を数値化したもの。  
100点:自立、50点:部分介助、0点:全介助

全国平均

単位:点

区 分	入院時	退院時	効果
脳血管疾患系	43.0	62.9	19.9
整形外科系	58.2	77.2	19.0
廃用症候群	39.5	53.2	13.7
その他	72.1	85.8	13.7
計	48.7	67.5	18.8

※注 全国平均は平成21年度全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の調査結果である。以下も同じ。

##### (2) 入院患者の退院先

###### ア 全体

区 分	人数	割合	全国平均
自宅	315	73.9%	70.9%
急性期病院	42	9.9%	6.9%
老人保健施設等	69	16.2%	22.2%
計	426	100.0%	100.0%

※自宅には有料老人ホーム・グループホームを含む。

イ 疾患別自宅復帰率

区 分	人数	復帰率	全国平均
脳血管疾患系	226	72.2%	66.8%
整形外科系	57	83.8%	78.7%
廃用症候群	27	69.2%	61.1%
その他	5	83.3%	90.0%
計	315	73.9%	70.9%

(3) 疾患発症から退院するまでの平均日数

区 分	人数	日数	全国平均
全体	426	115.8	104.4
脳血管疾患系	313	123.6	126.8
整形外科系	68	92.4	82.0
廃用症候群	39	98.2	84.2
その他	6	85.7	71.4

II 利用状況

1 入退院患者数

(1) 入退院患者数 (実数)

単位:人

区 分	入院患者数	退院患者数
計	473	426

(2) 月別入退院患者内訳

単位:人

区 分	入院患者数	延べ入院患者数	退院患者数
4 月	44	1,989	26
5 月	37	2,735	26
6 月	29	2,732	28
7 月	37	2,966	38
8 月	43	2,978	35
9 月	36	2,840	41
10 月	59	3,163	40
11 月	45	3,447	46
12 月	53	3,556	49
1 月	47	3,742	43
2 月	41	3,547	35
3 月	48	3,763	63
合 計	519	37,458	470
1 日平均患者	1.4	102.6	1.3

※胃瘻造設等で一時退院後再入院した患者は入院・退院毎にカウントされています。

(3) 年齢別・男女別入院患者内訳

単位:人

年 齢	男性	女性	合計	構成割合%
20 才未満	1	0	1	0.2%
20～29 才	4	1	5	1.1%
30～39 才	8	4	12	2.5%
40～49 才	14	10	24	5.1%
50～59 才	33	10	43	9.1%
60～69 才	71	36	107	22.6%
70～79 才	90	55	145	30.7%
80 才以上	47	89	136	28.8%
合 計	268	205	473	100.0%
平 均 年 齢	67.4	74.2	70.4	

(4) 疾患別入院患者内訳

単位:人

疾患名	入院患者数	構成割合%
脳梗塞	165	34.9%
脳出血	111	23.5%
くも膜下出血	16	3.4%
頭部外傷	22	4.7%
脊髄損傷	28	5.9%
神経筋疾患	3	0.6%
脳腫瘍	4	0.8%
脊椎・下肢等の骨折	71	15.0%
廃用症候群	41	8.7%
その他	12	2.5%
合計	473	100.0%

(5) 疾患別平均入院日数

疾患名	平均入院日数
脳梗塞	80.0
脳出血	91.5
くも膜下出血	93.7
頭部外傷	80.8
脊髄損傷	96.7
神経筋疾患	63.3
脳腫瘍	31.7
脊椎・下肢等の骨折	59.3
廃用症候群	57.6
その他	91.9
全体	79.0

(6) 入院患者の退院先内訳

単位：人

区 分	退院者数	構成割合%
自宅	299	70.2%
有料老人ホーム	13	3.1%
グループホーム	3	0.7%
介護老人保健施設	39	9.2%
特別養護老人ホーム	4	0.9%
その他施設	3	0.7%
長期療養病院	23	5.4%
急性期病院	42	9.9%
死亡退院	0	0.0%
合 計	426	100.0%

(7) 地域別入院患者数

単位：人

地 域	入院患者数	構成割合%
船橋市	327	69.1%
鎌ヶ谷市	25	5.3%
習志野市	13	2.7%
市川市	32	6.8%
八千代市	4	0.8%
浦安市	10	2.1%
松戸市	5	1.1%
千葉市	6	1.3%
その他県内	20	4.2%
県外	31	6.6%
合 計	473	100.0%

(8) 病床平均稼働率及び4床室・個室の利用者数

ア 全病床平均稼働率 75.4%

(病床稼働日数：365日 病床数：136床)

イ 4床室・個室別の利用者数及び平均稼働率

単位:人

区 分	病床数	利用者数	稼働率%
4床室	112	33,959	83.1%
個室	22	3,224	40.1%
特別室	2	275	37.7%

※ 平均稼働率 = (延べ入院患者数) ÷ (延べ病床稼働数) × 100

2 外来患者

(1) 外来患者数

単位:人

	実患者数	延べ患者数
計	358	10,875

(2) 月別外来患者(延べ人数)内訳

診療日数 309日

単位:人

区 分	初診	再診	計
4月	16	684	700
5月	15	732	747
6月	22	788	810
7月	19	879	898
8月	18	863	881
9月	21	918	939
10月	16	989	1005
11月	23	961	984
12月	17	969	986
1月	22	873	895
2月	17	902	919
3月	25	1,086	1,111
合 計	231	10,644	10,875
1日平均患者	0.7	34.4	35.1

(3) 年齢別・男女別外来患者内訳

単位：人

年 齢	男性	女性	合計	構成割合%
20才未満	0	0	0	0.0%
20～29才	7	5	12	3.4%
30～39才	12	8	20	5.6%
40～49才	24	15	39	10.9%
50～59才	42	17	59	16.5%
60～69才	70	26	96	26.8%
70～79才	62	39	101	28.2%
80才以上	12	19	31	8.7%
合 計	229	129	358	100.0%
平均年齢	61.6	63.4	62.3	

(4) 疾患別外来患者内訳

単位：人

疾 患 名	外来患者数	構成割合%
脳梗塞	120	33.5%
脳出血	87	24.3%
くも膜下出血	6	1.7%
頭部外傷	11	3.1%
脊髄損傷	19	5.3%
神経筋疾患	28	7.8%
脳腫瘍	8	2.2%
骨関節疾患	21	5.9%
廃用症候群	10	2.8%
その他	48	13.4%
合 計	358	100.0%

(5) 地域別外来患者内訳

単位：人

地 域	外来患者数	構成割合%
船橋市	273	76.3%
鎌ヶ谷市	26	7.3%
習志野市	6	1.7%
市川市	11	3.1%
八千代市	6	1.7%
浦安市	4	1.1%
松戸市	5	1.4%
千葉市	8	2.2%
その他県内	9	2.5%
県外	10	2.8%
合 計	358	100.0%

3 訪問リハビリテーション患者

(1) 訪問リハビリテーション患者数

単位：人

	実患者数	述べ患者数
計	156	4,881

(2) 月別訪問リハビリテーション患者（延べ人数）内訳

診療日数 309日

単位：人

区 分	初回	2回目以降	計
4月	10	250	260
5月	4	277	281
6月	12	312	324
7月	7	360	367
8月	8	354	362
9月	11	400	411
10月	12	428	440
11月	9	436	445
12月	15	453	468
1月	5	478	483
2月	5	467	472
3月	16	552	568
合 計	114	4,767	4,881
1日平均患者	0.4	15.4	15.8

(3) 年齢別・男女別訪問リハビリテーション患者内訳

単位：人

年 齢	男性	女性	合計	構成割合%
20才未満	0	0	0	0.0%
20～29才	0	0	0	0.0%
30～39才	0	2	2	1.3%
40～49才	3	0	3	1.9%
50～59才	8	2	10	6.4%
60～69才	23	12	35	22.4%
70～79才	34	23	57	36.5%
80才以上	19	30	49	31.4%
合 計	87	69	156	100.0%
平均年齢	71.2	76.5	73.5	

(4) 疾患別訪問リハビリテーション患者内訳

単位:人

疾患名	患者数	構成割合%
脳梗塞	57	36.5%
脳出血	27	17.3%
くも膜下出血	3	1.9%
頭部外傷	3	1.9%
脊髄損傷	3	1.9%
神経筋疾患	11	7.1%
脳腫瘍	4	2.6%
骨関節疾患	23	14.7%
廃用症候群	9	5.8%
その他	16	10.3%
合計	156	100.0%

(5) 地域別訪問リハビリテーション患者内訳

単位:人

地域	患者数	構成割合%
船橋市	154	98.7%
鎌ヶ谷市	2	1.3%
合計	156	100.0%

4 相談件数

	心理社会的 問題 (※1)	退院援助	経済的問題 (※2)	制度活用 (※3)	社会復帰 援助 (※4)	その他	合計
北2病棟	788	1,118	26	298	2	185	2,417
南2病棟	1,251	855	30	165	2	87	2,390
北3病棟	520	1,420	11	191	2	66	2,210
南3病棟	1,319	1,121	32	511	7	118	3,108
外来	191	6	6	81	56	29	369
合計	4,069	4,520	105	1,246	69	485	10,494

(※1) . . . 入院中に生じる諸々の問題に対する解決・調整・援助

(※2) . . . 医療費・生活費など

(※3) . . . 介護保険・身障制度

(※4) . . . 復職・復学

### Ⅲ 収支状況

平成21年度 損益計算書

(単位：千円)

区 分		2009年度	
		実績	構成比
医業収益	入院診療収益	1,448,647	88.8%
	室料差額収益	54,998	3.4%
	外来診療収益	118,640	7.3%
	保険予防活動収益	546	0.0%
	受託検査・施設利用収益	0	0.0%
	その他医業収益	12,270	0.8%
	計	1,635,101	100.3%
	保険等査定減	-4,461	-0.3%
	計	1,630,640	100.0%
医業費用		2,112,414	129.5%
医業利益		-481,774	-29.5%
医業外収益	受取利息配当金	53	0.0%
	有価証券売却益	0	0.0%
	患者外給食収益	13,486	0.8%
	船橋市補助金	159,721	9.8%
	その他の医業外収益	11,539	0.7%
	計	184,799	11.3%
医業外費用	支払利息	19,646	1.2%
	有価証券売却損	0	0.0%
	患者外給食材料費	13,950	0.9%
	繰延消費税等償却	4,655	0.3%
	その他医業外費用	3,352	0.2%
	計	41,603	2.6%
経常利益		-338,578	-20.8%
特別損失		933	0.1%
税引前当期純利益		-339,511	-20.8%
法人税・住民税及び事業税負		530	0.0%
税金等調整額		0	0.0%
当期純利益		-340,041	-20.9%

医業費用明細

(単位：千円)

区 分		2009年度	
		実績	構成比
給与費	給料	1,242,980	76.2%
	賞与	0	0.0%
	賞与引当金繰入額	180,112	11.0%
	退職給付費用	3,517	0.2%
	法定福利費	144,122	8.8%
	計	1,570,731	96.3%
材料費	医薬品費	20,733	1.3%
	診療材料費	22,171	1.4%
	医療消耗器具備品費	1,248	0.1%
	給食用材料費	43,374	2.7%
	計	87,527	5.4%
委託費	検査委託費	3,835	0.2%
	寝具委託費	6,935	0.4%
	清掃委託費	29,803	1.8%
	保守委託費	2,652	0.2%
	その他委託費	26,524	1.6%
	計	69,750	4.3%
設備関係費	減価償却費	143,837	8.8%
	機器賃借料	0	0.0%
	地代家賃	0	0.0%
	修繕費	1,084	0.1%
	固定資産税等	6,669	0.4%
	機器保守費	45,927	2.8%
	機器設備保険料	0	0.0%
	車両関係費	381	0.0%
	計	197,899	12.1%
研究研修費	研究費	0	0.0%
	研修費	6,766	0.4%
	計	6,766	0.4%
経費	福利厚生費	7,591	0.5%
	募集採用費	10,270	0.6%
	旅費交通費	1,479	0.1%
	職員被服費	18,971	1.2%
	通信費	2,270	0.1%
	広告宣伝費	1,415	0.1%
	消耗品費	28,010	1.7%
	消耗器具備品費	11,739	0.7%
	図書費	1,802	0.1%
	会議費	89	0.0%
	水道光熱費	57,327	3.5%
	賃借料	3,949	0.2%
	保険料	1,598	0.1%
	交際費	242	0.0%
	諸会費	3,014	0.2%
	租税公課	86	0.0%
	貸倒損失	52	0.0%
	支払手数料	664	0.0%
	雑費	12,019	0.7%
	計	162,585	10.0%
控除対象外消費税等		17,155	1.1%
合計		2,112,414	129.5%

#### IV 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

###### 目標 1：自宅復帰率

21年度目標：	脳血管系65%	整形外科系75%	廃用症候群65%
21年度実績：	脳血管系72%	整形外科系83%	廃用症候群69%
<p>21年度目標の自宅復帰率は達成された。</p> <p>○サービスの質を確保するシステムの継続                  20年度同様に他職種共同による病棟単位でのチームアプローチの実践、365日1日3時間程度のPT・OT・ST訓練の提供、看護・介護の①～⑧までのケア項目の実践を21年度も継続して実施した。</p> <p>また、3階病棟開設に伴う増加した新入職員対応で以下の内容の強化を図った。</p> <p>患者のADLの改善を図るために、評価バッテリーの職員への徹底した指導を実施した。評価者間の差を少なくするための研修として摂食機能障害研修、FIM研修、日常機能評価の研修後テスト実施（資料2 平成21年度 院内研修実績）を行った。</p> <p>標準化された環境で評価された内容を吟味し、チーム間での業務の平準化を図り、個々の入院患者に均一なケアが提供できるように努力した。</p> <p>評価された内容は管理職間で共有され日常の業務の見直しに活用されている。</p>			
<h7>21年度の実績に基づく22年度行動計画の改善点について</h7>			
<p>サービスの質を確保するシステムは継続して実施する。新規病棟も同水準のサービスを実施し全病棟開設を図る。</p>			

## 目標 2 : 発症から市立リハビリ病院を退院するまでの日数

<b>21年度目標 :</b>	<b>脳血管系135日</b>	<b>整形外科系90日</b>	<b>廃用症候群95日</b>
<b>21年度実績 :</b>	<b>脳血管系123日</b>	<b>整形外科系88日</b>	<b>廃用症候群86日</b>
<p>21年度目標の発症から市立リハビリ病院を退院するまでの日数は達成された。</p> <p>発症から短期間で退院を目指すためには、医療センターやその他急性期病院との連携を強化し、早期の受け入れを行うとともに、退院後の患者を受け入れる維持期施設等と連携を強化し、スムーズな退院を行うこと、また在院中には可能な限り多くの訓練を行うことが重要である。</p> <p>急性期病院のソーシャルワーカーと当院のソーシャルワーカー間の連携を強化するために、21年度はソーシャルワーカー3名を増員し7名（教育研修1名含む）で対応した。また千葉県共用脳卒中地域医療連携パスの運用を開始することで、より円滑な受け入れを行うことができた。（資料3 千葉県共用脳卒中地域医療連携パス）</p> <p>また、維持期等施設との間でも千葉県共用脳卒中地域医療連携パスの運用を開始した。連携パス開始者が退院するまでの時間差があり実施数は少ないが着実に連携計画算定件数は増加し、早期の退院に寄与している。（資料4 連携パス使用数）</p> <p>その他、入院患者の個々の状態に応じたりハビリテーション計画、退院計画を策定し、また昨年度の事業報告書において21年度目標として掲げた1日平均2.8時間を上回る2.83時間のリハビリを提供した結果、本目標が達成された。</p> <p>* 整形外科患者に関して、入院時診断の骨折以外に再骨折され入院期間が延長された入院患者4名はこの分析には含んでいない。含めると92日</p> <p>* 廃用症候群患者に関して、療養病床として集中リハビリにて入院された患者1名（発症から545日）はこの分析には含んでいない。含めると98日</p>			
<b>21年度の実績に基づく22年度行動計画の改善点について</b>			
<p>22年度も引き続き、早期の受け入れと、連携パスを使用したスムーズな入退院を図るとともに、ソーシャルワーカーを3名増員し、継続して連携を図る。</p>			

### 目標3：連携のためのガイドラインの実施

21年度目標：医療センター以外の病院と協議を行い、それぞれの病院の実情に合わせた連携方法を確立する。

21年度実績：急性期病院の受け入れが広がり、それぞれの病院の実情に合わせた連携方法が確立された。

受け入れ元の20年度と21年度の比較からも受け入れの広がりが確認できた。

( )内は20年度数値

医療センターが全体の43.1% (57.3%)、ついで鎌ヶ谷総合病院7.4% (7.8%)、社会保険船橋中央病院5.5% (1.8%)、順天堂大学浦安病院4.9% (0.4%)、東船橋病院4.9% (4.6%)の順になり、医療センター以外の紹介割合が増加している。(資料11 入院患者紹介元一覧)

各病院との連携はソーシャルワーカーが中心となって行っているが、それぞれの病院の実情に合わせた対応をとれるようにするため、21年度はソーシャルワーカーを3名増員した。

ソーシャルワーカーが病床の空床状況を定期的に連絡し、可能な限り紹介患者はどんな重症でも断らないように対応することで、急性期病院の受け入れに広がりが見られるとともに、各病院との連携手段が確立された。

#### 21年度の実績に基づく22年度行動計画の改善点について

全病床開設に向けたきめ細かな連携を図るために、さらにソーシャルワーカーを3名増員する。

また、医療センター以外の急性期病院からの受け入れをさらに増加させるため地域連携会議、地域リハビリテーション協議会など地域での活動に積極的に参加する。

**21年度目標：維持期施設等の連携パスについて、21年度中に完成させる。**

**21年度実績：当院と維持期施設との間で、千葉県共用脳卒中地域医療連携パスの運用が開始された。**

維持期施設との連携をスムーズに行うため、当院と維持期施設との間で、千葉県共用脳卒中地域医療連携パスの運用が開始された。**（資料3 千葉県共用脳卒中地域医療連携パス）**

なお、平成21年度中は38件に対して連携パスが適用された。

**21年度の実績に基づく22年度行動計画の改善点について**

22年度は千葉県共用脳卒中地域医療連携パスの継続した使用を行い、その中で問題点の洗い出しや改善点を検討する。

2) 患者及びその家族の精神的・生活側面に関する事項

目標 4：入院患者及びその家族の満足度

21年度目標：各項目70%以上

21年度実績：各項目、概ね70%以上の満足度であった。

21年度「入院患者及びその家族の満足度調査」を実施し、概ね70%以上の満足度を達成した。（資料6 21年満足度調査集計揭示用）

しかしながら、「知りたい情報は得られましたか」という質問に対する満足度が68%となり、70%を下回っている。

設問の備考設定方法が適切でなく、患者が何を知りたいのかということの把握ができなかった。

21年度の実績に基づく22年度行動計画の改善点について

調査内容の見直しを行い、患者が知りたい情報を把握し、患者に十分説明することで22年度目標の達成につなげる。また、その結果としてパンフレット類のさらなる整備が必要とされる場合は、積極的に対応を開始する。

その他の項目についても、患者満足度においていくつかの項目が昨年度を下回っていることを鑑み、新しく入ったスタッフが高いレベルのサービスを提供できるようにするため、研修を通じてさらなるスタッフのスキル向上を目指す。

## 目標 5 : 退院患者及びその家族の満足度を測定する仕組みの作成

21年度目標 : 退院時の患者・家族満足度調査を試行的に実施し、調査マニュアルの改善を図る。

21年度実績 : 退院時の患者・家族満足度調査を試行的に実施した。

退院患者及びその家族の満足度を測定する仕組みを作成し、調査を実施した。現在のところ、特にマニュアルの改善を必要とするような問題は起きていない。

なお、満足度調査の結果は、概ね良い評価をいただいた。21年9月より開始し退院患者317名中急性期転院患者を除く252名に実施した。うち有効回答201名であった。(資料8 退院時アンケート調査集計)

21年度の実績に基づく22年度行動計画の改善点について

22年度も継続調査を行い、次期中期目標の設定にあたって問題となる箇所が発生しないかどうか注視していく。

### 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

#### 目標6：教育プログラム実施

21年度目標：教育研修部の看護師、PT、OT、STなどを専従で配置できる体制とする。

21年度実績：看護師、PT、OT、ST等を専従で配置した。

教育研修の強化を図るため当院では看護師、PT、OT、ST等を専従で配置し取り組んでいる。

教育研修部による年間プログラムに基づいて研修を実施した。

(資料2 平成21年度 院内研修実績)

#### 21年度の実績に基づく22年度行動計画の改善点について

21年度に引き続いて22年度計画と教育研修システムを実施する。

また、退院時アンケート調査で、「知りたい情報は得られましたか」という項目については満足度が70%に達しなかったことから、特にこの項目については満足度が目標値に達するよう、患者が知りたい情報の把握、説明につとめ、また他の項目は満足度が75%になるよう、教育研修プログラムの編成を図る。

## 2 管理の効率化に関する事項（施設・設備の効率的利用等）

### 目標 7：病床稼働率

21年度目標：85%以上

21年度実績：75.4%

21年度目標の通年で85%以上は達成できなかった。

病床稼働率を上げるため、院長・診療部長・リハケア部長・各チームマネージャー・ソーシャルワーカー、サポート部長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い、病床間の患者の重症度、脳血管、運動器等の疾患バランスの調整を行った。

しかしながら21年度については、4月20日に102床、7月13日に136床という段階的な稼働を行い、また現在のソーシャルワーカーおよび医師の人員配置を鑑み、入院初日から質の高いサービスを提供するため1日に2人ずつしか入院患者を受け入れられなかった結果、稼働率は10月まで70%台で低迷した。その結果として年間を通じては目標値を下回る結果となったが、その後稼働率は回復し、22年3月には90%台に迫っている。

（資料10 稼働率の月次推移）

### 21年度の実績に基づく22年度行動計画の改善点について

22年度の病床稼働についても、22年4月19日に168床、22年7月12日に200床という段階的な稼働を予定しているため上半期については低い稼働率が予想される。

今後も細やかな病床管理を継続し、またソーシャルワーカーや医師の増員を行うことにより、下半期90%台、年間を通しては84.2%の稼働率を目指す。

## 目標 8 : 医療機器の効率的な使用

21年度目標 : (MRI・・・平均6件/日、CT・・・平均10件/日)

21年度実績 : (MRI・・・平均1.2件/日、CT・・・平均1.4件/日)

当院におけるMRI・CTの利用件数だけでは限界があるため、医療センターに対しても当院の機器使用を働きかけたが、それほどの需要がなく、使用には至らなかった。

\*放射線技師はMRI・CTの検査以外にも、骨密度検査、嚥下造影など多くの検査を行っている。それぞれの件数は以下の通り。

X-P	7.14/日
骨密度	0.18/日
嚥下	0.38/日

### 21年度の実績に基づく22年度行動計画の改善点について

平成22年度のMRI目標平均10件、CT目標15件を目指すため、急性期病院との連携につとめ、受け入れ患者数の増加を目指す必要がある。

そのため、ソーシャルワーカーを3名増員し、急性期病院との受け入れにさらなる広がりを作る。

### 3 財務内容の改善に関する事項（経営の健全化等）

#### 目標9：経常収支比率

21年度目標：82%以上

21年度実績：84.2%

平成21年度は各経費を削減し、目標の経常収支比率を達成した。

（医業収益全体に対する各医業費用の割合）

	平成20年度		平成21年度
人件費 . . . .	112.8%	→	96.3%
材料費 . . . .	5.6%	→	5.4%
委託費 . . . .	6.8%	→	4.3%
設備関係費 . .	23.0%	→	12.1%
研究研修費 . .	0.5%	→	0.4%
その他経費 . .	25.4%	→	10.0%
全体	175.9%	→	129.5%
経常収支比率	56.3%	→	84.2%

#### 21年度の実績に基づく22年度行動計画の改善点について

平成22年度は、97.8%の経常収支比率を目標としている。人件費率81%以下となるようスタッフの配置を行うとともに、新規オープンする病床に対して患者をスムーズに受け入れられるように、ソーシャルワーカーを3名増員し、病床稼働率は年間を通じて84.2%以上を目指す。

#### 4 情報公開及び地域住民との交流等に関する事項

##### 目標10：地域住民が参加する懇談会や交流会の開催

21年度目標：院内情報誌を年4回発行する。講演会を年1回開催する。

21年度実績：院内情報誌を年4回発行し、講演会を年1回開催した。

以下の事項を実施した。

○院内情報誌の年4回発行

○平成21年度市民講座 22年2月7日

（船橋市立リハビリテーション病院大会議室 参加51名）

○ホームページのリニューアル

○毎週火曜日のロビーコンサート

院内情報誌は総合受付窓口にも設置され、来訪された方が自由に取っていただけるようになってきている。市民講座については広く参加を募集し、今年度は51名の方にご参加いただいた。

また毎週火曜日のロビーコンサートは、付近住民の方に常連となる方がいらっしゃるなど、地域住民の方との良好な関係作りに寄与している。

##### 21年度の実績に基づく22年度行動計画の改善点について

21年度同様に継続した活動を実施する。

また22年度は、患者の知りたい情報の把握につとめ、積極的な説明と、情報の開示を行う。

## V 条例等遵守事項の実施状況

### 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

#### 遵守事項1：職員配置基準（病棟毎）

##### 遵守基準：

- ① 医師…………… 1人以上
  - ② PT……………患者4.5人毎に1人以上
  - ③ OT……………患者4.5人毎に1人以上
  - ④（准）看護師…患者3人毎に1人以上
  - ⑤ 看護補助者……患者6人毎に1人以上
  - ⑥ ④+⑤……………患者1.5人毎に1人以上
- （リハビリ病院条例施行規則第9条）

監査結果：全項目が基準を満たしていた。（※ 病床稼働率 75.4%）

病棟		2階		3階	
		南病棟	北病棟	南病棟	北病棟
病床数		34.0	34.0	34.0	34.0
病床数×稼働率		25.7	25.7	25.7	25.7
①医師	基準	1.0	1.0	1.0	1.0
	配置	1.2	1.2	1.2	1.2
②PT	基準	5.8	5.8	5.8	5.8
	配置	11.0	11.0	11.0	11.0
③OT	基準	5.8	5.8	5.8	5.8
	配置	9.0	9.0	9.0	9.0
④看護師	基準	8.6	8.6	8.6	8.6
	配置	12.0	12.0	12.0	12.0
⑤看護補助	基準	4.3	4.3	4.3	4.3
	配置	10.0	10.0	10.0	10.0
⑥④+⑤	基準	17.2	17.2	17.2	17.2
	配置	22.0	22.0	22.0	22.0

##### 監査結果に基づく今後の改善点について：

基準を継続遵守するために職員の採用を切れ目のないように管理すること。  
また、求人方法の検討を行うなど、人材が集まってくる病院運営を目指すこと。

## 遵守事項 2 : 入院治療の毎日の提供

### 遵守基準 :

リハビリ病院の入院患者の診療に当たっては、医師等の従事者の配置基準その他の事項が規則で定める基準を満たすとともに、特段の事情のない限り毎日リハビリテーションを実施しなければならない。(リハビリ病院条例第14条)

### 監査結果 :

遵守基準を大幅に上回るPT・OT・ST等の職員が配置され、患者に365日休むことなくリハビリテーションが提供されていた。

### 監査結果に基づく今後の改善点について :

全病棟開設を目指した人員配置の遵守を行うため、職員増を図り、リハビリテーション提供体制の更なる向上を目指すこと。

### 遵守事項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

##### 遵守基準：

- 医療安全管理マニュアル及び感染対策マニュアルを策定すること。  
(基本協定書 仕様書)

##### 監査結果：

20年度に、院内に医療安全を専門に担当する医療安全委員会、院内の感染防止を専門に担当する感染対策委員会が設置され、同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が作成されており、21年度も継続した活動が行なわれていた。

##### 監査結果に基づく今後の改善点について：

今後も継続した活動を実施すること。

#### 遵守事項 4 : クリティカルパス方式の導入

##### 遵守基準 :

○クリティカルパス方式を導入し、患者に分かりやすい診療とすること。  
(基本協定書 仕様書)

##### 監査結果 :

千葉県共用地域連携パスの使用を行うほか、個々の患者に対してリハビリテーション計画（大まかな入院目標、期間の提示）、退院時計画（患者家族様、ケアマネも視野に入れた内容の提示）の説明がなされ、患者に分かりやすい診療がされていた。

##### 監査結果に基づく今後の改善点について :

今後とも同様の活動を継続すること。  
また、患者の知りたい情報の把握につとめ、積極的に説明、開示を行うこと。

## 遵守事項 5 : スタッフ間の診療情報の共有化

### 遵守基準 :

○電子カルテシステムを含む医療情報システムを導入し、患者様とその家族、並びにスタッフに対して診療情報をオープンにするとともに、診療情報のデータベース化により医療の質の向上を図ること。ただし、個人情報の保護に十分留意すること。

(指定管理者指定条件)

### 監査結果 :

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が開催され、患者の容態、治療目標等の情報共有化が図られていた。

### 監査結果に基づく今後の改善点について :

21年度同様に継続した活動を実施すること。

## 遵守事項 6 : 医療情報システムの構築

### 遵守基準 :

○電子カルテシステムを含む医療情報システムを導入し、患者様とその家族、並びにスタッフに対して診療情報をオープンにするとともに、診療情報のデータベース化により医療の質の向上を図ること。ただし、個人情報の保護に十分留意すること。

(指定管理者指定条件)

### 監査結果 :

リハビリ病院専用に独自開発した入院・外来電子カルテシステム（カルテ機能に加えオーダーリングシステム含む）が開院時より導入されていた。

また、患者とその家族、並びにスタッフに対して診療情報のオープン化がはかれ、診療情報のデータベース化により医療の質の向上を図られ、個人情報の保護にも十分留意されていた。

### 監査結果に基づく今後の改善点について :

21年度同様に継続した活動を実施すること。

**遵守事項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**

**遵守基準：**

○急性期から維持期のリハビリテーションを提供する者との緊密な連携を図り、本市におけるリハビリテーション医療の中核的な役割を担うこと。

(基本協定書 仕様書)

**監査結果：**

急性期病院の連携については、市立医療センターとの連携、他の急性期病院との連携が十分なされていた。

**監査結果に基づく今後の改善点について：**

患者数の増加に対応するため、ソーシャルワーカーの増員を行うなどきめ細かな対応を心がけ、各医療機関との連携をさらに強化すること。

## 遵守事項 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

#### 遵守基準 :

○急性期病院、かかりつけ医、ケアマネジャー、在宅ケアサービス提供者等地域リハビリテーション関係者との連携体制を構築すること。

(基本協定書 仕様書)

#### 監査結果 :

地域リハビリテーション協議会の支援、各地域での勉強会への参加、介護職員を対象にした研修会の開催等により地域リハビリテーション関係者との連携が十分図られていた。

#### 監査結果に基づく今後の改善点について :

21年度同様に継続した活動を実施すること。

## 2) 患者及びその家族の精神的・生活的側面に関する事項

### 遵守事項9：患者の自己決定権を尊重した医療

#### 遵守基準：

○必要な情報提供を行い、患者の自己決定権を尊重した患者中心の医療を行うこと。

(基本協定書 仕様書)

#### 監査結果：

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させている。

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。

また、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することにより、患者の自己決定権を尊重した患者中心の医療が実施されていた。

#### 監査結果に基づく今後の改善点について：

21年度同様に継続した活動を実施すること。

## 遵守事項 10：患者への精神的なサポート

### 遵守基準：

○患者及びその家族に対する精神的な支援の重要性について職員に周知するとともに、接遇の向上を図ること。

（基本協定書 仕様書）

### 監査結果：

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た。平成20年度総件数5,258件（心理面1,927件）から平成21年度は総件数10,494（心理面4,069件）以上の相談に対応することにより、患者及びその家族に対する精神的な支援が十分なされていた。

また、接遇研修を行い、接遇の向上も図られていた。

### 監査結果に基づく今後の改善点について：

21年度同様に継続した活動を実施すること。また相談件数の増加に備え、ソーシャルワーカーの増員および教育研修の充実などを図ること。

また、知りたい情報の把握に努め、患者及びその家族に対し、積極的に説明、開示していくこと。

## 遵守事項 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

### 遵守基準：

- 患者等からの苦情と相談に対応する窓口を設置すること。
  - 苦情対応のための体制を構築するとともに、対応マニュアルを策定し、患者等に対しその内容を周知すること。
- (基本協定書 仕様書)

### 監査結果：

苦情相談につき、総合受付の隣に総合相談窓口を設置し、総合相談窓口業務マニュアルに基づき対応している。

また、相談ポストにきた苦情については、院長が回答を作成し、院内掲示板に載せ、対応していた。例としては、トイレ便座の除菌装置設置要望に対して、直ちに院内の全トイレに除菌装置が設置されていた。

尚、平成21年度の総合相談窓口によせられた苦情は5件であった。

### 監査結果に基づく今後の改善点について：

21年度同様に継続した活動を実施すること。

また、知りたい情報の把握に努め、患者及びその家族に対し、積極的に説明、開示していくこと。

## 遵守事項 1 2 : 船橋市個人情報保護条例に基づく適切な措置

### 遵守基準 :

- 個人情報の保護に関する基本方針を成文化し、公表すること。  
(基本協定書 仕様書)

### 監査結果 :

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た。

### 監査結果に基づく今後の改善点について :

- 2 1 年度同様に継続した活動を実施すること。

### 遵守事項 13 : 食事の提供方法の配慮、可能な限り食堂の使用等

#### 遵守基準 :

- 食事の種類や内容、また食器や食事をする環境等の提供方法に十分配慮すること。
- 病棟各階に厨房と病棟の患者様が全員入る食堂を設けているので、できたての食事を提供するとともに、できる限り食堂で食事を提供すること。  
(指定管理者指定条件)

#### 監査結果 :

20年度と同様に、各病棟の厨房にて出来立ての選択メニューによる和食・洋食が提供され、食器には陶磁器が使用されていた。

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できるようにすることにより、食事提供方法に十分配慮がされていた。

#### 監査結果に基づく今後の改善点について :

- 21年度同様に継続した活動を実施すること。

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

**遵守事項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**

**遵守基準：**

- 倫理規範を成文化し、スタッフに対する周知を徹底すること。
- スタッフの接遇の向上を図ること。  
(指定管理者指定条件)

**監査結果：**

接遇研修については、21年度も20年度同様に新採用者研修時に「輝生会における接遇」の資料を使って、教育がなされていた。

また、退院時アンケート調査において、「職員の対応について」は90%以上の高い満足度の回答を得ており、接遇の向上が見られた。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、周知徹底が図られていた。

**監査結果に基づく今後の改善点について：**

- 21年度同様に継続した活動を実施すること。

## 遵守事項 15 : 職員の情報共有化

### 遵守基準 :

○効果的なチーム医療を実現するため、情報の共有化の促進やお互いの専門性を尊重する風土の構築に努めること。

(指定管理者指定条件)

### 監査結果 :

リハビリに関する最新情報を収集するため外部講師による講習会等を行い、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って情報共有を図られていた。また、専門職間で理解を深めるため、勉強会なども行い、お互いの専門性を尊重する風土の構築がはかられていた。

### 監査結果に基づく今後の改善点について :

21年度同様に継続した活動を実施すること。

**遵守事項 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**

**遵守基準 :**

○開院後、遅くとも 5 年以内に、(財)日本医療機能評価機構が行う病院機能評価の認証を取得すること。

(指定管理者指定条件)

**監査結果 :**

開院 3 年目で 200 床フル稼働となるため、その後の受審となる。

5 年目の平成 24 年度内までに第三者評価を受審する予定とのことであった。

**監査結果に基づく今後の改善点について :**

初台リハビリテーション病院の受審にかかわり情報を共有するなど、平成 24 年度の受審に向けて準備を進めること。

## 2 管理の効率化に関する事項

### 遵守事項 17：電子カルテ、オーダーリングシステム等の計画的構築

#### 遵守基準：

○効率的な経営や患者様に対するサービスの向上等の観点から、IT技術を積極的に活用し、患者様・医療情報等の一元化に努めること。

(指定管理者指定条件)

#### 監査結果：

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、患者・医療情報等が一元化され、サービスの向上がはかられていた。

#### 監査結果に基づく今後の改善点について：

22年度も同様のシステムで運用すること。

## 遵守事項 18 : 調達コストの抑制

### 遵守基準 :

- 広く調達先を求めるなど、調達コストの抑制に努めること。  
(指定管理者指定条件)

### 監査結果 :

平成 21 年度は浄化槽設備、給水給湯設備、昇降機点検、電気設備、消防設備、電気保安業務、空調設備の保守委託業者の見直しが行われ、年間 1500 万円の経費削減がなされていた。

### 監査結果に基づく今後の改善点について :

本年度は清掃業者、医療廃棄物業業者の見直しを行うこと。

## 遵守事項 19 : 責任体制の明確化等

### 遵守基準 :

- 責任体制を明確にするとともに、迅速に意思決定できる体制を構築すること。  
(指定管理者指定条件)

### 監査結果 :

責任体制が明確な組織を築かれていた。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され、迅速に意思決定できる体制が造られていた。

### 監査結果に基づく今後の改善点について :

21年度に構築した組織で同様に活動すること。

### 3 財務内容の改善に関する事項

#### 遵守事項 20 : リハビリ病院特別会計の設定

##### 遵守基準 :

指定管理者は、自主事業の会計と、リハビリ病院に係る特別会計とを明確に区分しなければならない。

(基本協定書 第19条第3項)

##### 監査結果 :

当該法人は、2病院・1診療所を有する医療法人であるが、病院会計準則に基づき、事業所単位で年次損益計算書および貸借対照表が作成され、自主事業の会計と、リハビリ病院に係る特別会計が明確に区分されている。

##### 監査結果に基づく今後の改善点について :

21年度同様に継続した活動を実施すること。

## 遵守事項 2 1 : 非営利性の徹底

### 遵守基準 :

医療の非営利性を損なうことのないよう、調達行為を通じた「事実上の配当」と見なされる行為については、厳に慎むこと。

(指定管理者指定条件)

### 監査結果 :

開院から4年後の平成23年度には、利益率3%以上を目指している。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・研修等の医療の質の向上に充当予定とのこと。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予定である。

### 監査結果に基づく今後の改善点について :

今後とも同様の計画を継続すること。

4 情報公開及び地域住民との交流等に関する事項

遵守事項 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

**遵守基準 :**

○管理業務の内容等について、ホームページ等を通じ速やかに公表するよう努めるとともに、管理業務の内容等に関し患者等から質問があった場合には、これに積極的に回答すること。

(基本協定書 仕様書)

**監査結果 :**

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が院内情報誌及びホームページにて提供されていた。21年度はホームページの全面リニューアルがなされ、多くの方々に理解されるような工夫がみられた。

**監査結果に基づく今後の改善点について :**

21年度同様に継続した活動を実施すること。

### 遵守事項 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

#### 遵守基準 :

- 個人情報保護に関する基本方針を成文化し、公表すること。
- カルテ情報を開示しない場合の基準を明確にすること。  
(基本協定書 仕様書)

#### 監査結果 :

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こととされている。

#### 監査結果に基づく今後の改善点について :

- 21年度同様に継続した活動を実施すること。

**遵守事項 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**

**遵守基準 :**

- 患者等との双方向の情報のやり取りを可能にする仕組みの構築に努めること。
- 患者等から定期的に意見を聞く機会を設けること。  
(基本協定書 仕様書)

**監査結果 :**

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デイコーナー。回収頻度は週1回行い迅速に対応すると同時にご意見箱の意見に対する回答を月1回掲示板で公開している。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ている。

**監査結果に基づく今後の改善点について :**

21年度同様に継続した活動を実施すること。

**遵守事項 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**

**遵守基準 :**

○診療の実施にあたり、条例ではリハビリ病院の設立目的として「患者及びその家族の生活の質の向上を図る」こと、管理業務の基本方針として「患者及びその家族の視点に立って最適なサービスを提供する」ことを定めている。この設立目的及び基本方針に基づき、リハビリ病院の基本理念、診療方針、患者の基本的な権利等を定め、職員に周知するとともに、来院者が目にしやすい場所に掲示すること。（基本協定書 仕様書）

**監査結果 :**

リハビリ病院の基本理念、診療方針、患者の基本的な権利等を定め、来院者の目につきやすい玄関等へ掲示されていた。

**監査結果に基づく今後の改善点について :**

21年度同様に継続した活動を実施すること。

**遵守事項 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**

**遵守基準 :**

○リハビリ病院からの騒音等により地域住民の生活に影響が生じないように配慮すること。

○管理業務に支障が生じない範囲において、地域住民に芝生広場等を開放するなど地域住民に開かれた施設管理に努めること。

(基本協定書 仕様書)

**監査結果 :**

平成21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。

**監査結果に基づく今後の改善点について :**

21年度同様に継続した活動を実施すること。

## 遵守事項 27 : 文書保存方法等の規程の制定

### 遵守基準 :

指定管理者は、管理業務に関する文書等について、その保存方法等に関する規定を定め、適切に保存しなければならない。

(基本協定書第 28 条)

### 監査結果 :

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。

### 監査結果に基づく今後の改善点について :

21 年度同様文書管理を行うこと。