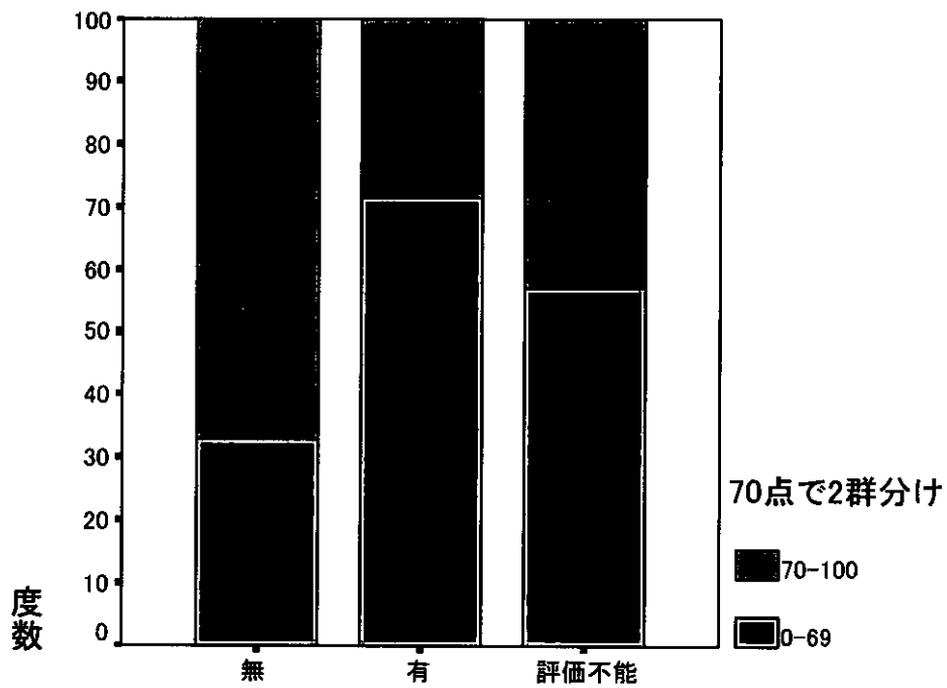


構音障害



痴呆合併

Table 2 Stepwise Logistic Regression Analysis to predict good ADL at discharge using demographic and clinical data					
Variable	β	Wald	Sig.	Odds ratio	95% CI
Age (year)	-0.91	6.357	0.012	0.913	0.851-0.98
Visual field defect	4.37	7.196	0.007	79	3.25-1925.5
Barthel index at 1st week	0.06	17.65	0	1.01	10.3-1.09
Constant	0.767	0.089	0.766	2.15	

Table 3 Hosmer-Lemeshow Goodness-of-Fit Test			
Step	Chi-Square	df	Sig.
1	4.31	7	0.743
2	3.416	8	0.906
3	5.793	8	0.67
4	8.443	8	0.391

リハビリテーション病院機能評価スタンダード

1. 病院の理念と組織的基盤

1.1 病院の理念・基本方針

1.1.1 病院の理念・基本方針が確立している

1.1.1.1 病院の理念・基本方針が明文化されている

1.1.1.2 病院の理念・基本方針の内容は地域の医療ニーズからみて妥当なものである

1.1.1.3 病院の基本理念の内容は必要に応じて見直されている

1.1.2 病院の理念・基本方針が内外に周知されている

1.1.2.1 病院の理念・基本方針を院内に掲示している

1.1.2.2 病院の理念・基本方針が職員に周知されている

1.1.2.3 病院の理念・基本方針を地域住民が容易に知ることができる

1.1.3 リハビリテーション医療サービスの目標、特徴が明示されている

1.1.3.1 職員がリハビリテーション医療を理解している

1.2 病院組織と管理体制

1.2.1 病院の組織体制・管理体制が確立している

1.2.1.1 組織図が作成されている

1.2.1.2 職制、職務規程が定められている

1.2.1.3 病院職員は職制、職務規程に基づいて業務を行なっている

1.2.2 毎年の事業計画書が作成されている

1.2.2.1 毎年の事業計画書が定められている

1.2.2.2 事業計画書の内容は適切なものである

1.2.2.3 目標達成状況について定期的に評価し、検討されている

1.2.3 患者に対する責任が明確になっている

1.2.3.1 職員の名前は名札などで明示されている

1.2.3.2 各部門の責任者の氏名は患者に明らかにされている

1.3 各種法令の遵守

1.3.1 医療法、老人保健法、介護保険法、消防法等病院管理に関わる各種法令の標準を満たすように努力している

1.3.1.1 病院管理者は各種法令を十分に認識している

1.3.1.2 各種法令に適合しない点がある場合には、改善の努力がなされている

1.4 リハビリテーション医療を進めるための病院職員の教育・研修の充実と活動意欲

1.4.1 教育・研修が充実している

1.4.1.1 教育・研修・研究活動のための予算が確保されている

1.4.1.2 教育・研修は計画に基づいて行なわれている

1.4.1.3 教育・研修内容は職種・経験などを考慮した妥当な内容である

1.4.1.4 教育・研修内容が記録されている

1.4.1.5 院内各部署が発表できる院内の研究会を設けている

1.4.1.6 院外の学会、研究会、研修会、講演会への参加が奨励されている

1.4.2 図書室機能が充実している

1.4.2.1 病院に必要な図書・雑誌が備えられていて、職員の利用が容易に行なえるように配慮されている

1.4.2.2 文献検索を容易に行なうことが出来る

1.4.3 職員の活動意欲が高い

1.4.3.1 部門毎の活動目標が設定されている

1.4.3.2 自主的な業務検討会やサービス改善活動が行なわれている

1.5 病院の将来像

1.5.1 病院の将来像について検討がなされている

1.5.1.1 病院の中・長期計画が策定されている

1.5.1.2 策定にあたっては、院内各部門の意見を反映するように努めている

1.5.1.3 策定にあたっては、院外からの専門家、患者・家族、住民の意見を反映するように努めている

2. 地域医療・地域リハビリテーション医療サービスの展開

2.1 地域における病院の役割が明確である

2.1.1 病院の地域における役割が明確にされている

2.1.1.1 地域の特徴が認識され、病院の役割が職員に明確に認識されている

2.1.1.2 病院の役割について、定期的に見直しが行なわれている

2.1.2 地域の医療機関・市町村・老人保健施設・福祉施設との連携が適切に行なわれている

2.1.2.1 地域連携・医療連携を担当する部署が決まっていて、連携に関する手順が整っている

2.1.2.2 地域連携・医療連携が積極的に行なわれている。

2.1.2.3 患者の紹介に当たっては、紹介元・紹介先の施設への返事・医療情報提供が適

切に行なわれている

2.1.2.4 市町村などの行政担当者との連携が適切に行なわれている

2.1.2.5 地域の福祉施設との連携が適切に行なわれている

2.1.2.6 地域におけるリハビリテーション医療サービスの提供に協力している

2.2 病院が地域に開かれている

2.2.1 地域医療活動が適切に行なわれている

2.2.1.1 地域の保健・予防活動に関与している

2.2.1.2 退院患者・リハビリテーション終了患者について情報提供或いは教育がなされている

2.2.1.3 地域でのリハビリテーション活動の運営に参画している

2.2.2 ボランティアの受入れ・育成を行なっている

2.2.2.1 受入窓口があり、明文化された規程がある

2.2.2.2 ボランティアのための部屋等が用意されている

2.2.2.3 患者とボランティアとの交流の場がある

2.3 救急医療体制

2.3.1 地域の救急医療活動に参加していない病院での救急医療体制

2.3.1.1 地域の救急病院との連携が確立しており、院内・院外で発生した救急患者の対応に支障がない

2.3.2 地域の救急医療活動に参加している病院での救急医療体制

3. 院内外の協業が組織的に展開されている

3.1 病院内の職員の協業が適切に展開されている

3.1.1 リハビリテーションチーム内での連携が取れている

3.1.1.1 患者一人一人について、関連スタッフ間で定期的に検討会が開かれている

3.1.1.2 検討会の内容や連絡された内容が記録され、診療に生かされている

3.1.2 患者の病態の把握と治療がリハビリテーションチームの間で共通に認識されている

3.1.2.1 主治医を含むリハビリテーションチームは疾患の診断だけでなく機能障害・能力障害・社会的不利・予後予測について初期から把握している

3.1.2.2 主治医を含むリハビリテーションチームは退院計画、在宅支援のそれぞれの場面で、スタッフ間の検討行なっている

3.1.2.3 患者の病状の変化や機能の変化についての情報が適切かつ速やかにリハビ

リレーションチーム内で連絡されている

3.1.2.4 義肢・装具・車椅子などはブレスクリニックで関連職種が参加して適切に作成されている

3.2 院外との協業が適切に展開されている

3.2.1 他科専門医への症例の相談等を必要に応じて行なっている

3.2.1.1 他科専門医への症例の相談等を必要に応じて行なっている

3.2.2 院外と院内の専門職間での協業が行なわれている

3.2.2.2 院外と院内の専門職間での協業が行なわれている

4. 診療の質の確保

4.1 入院が適切に行なわれている

4.1.1 入院患者の受け入れ体制が整っている

4.1.1.1 患者を受入れる際の方針・基準が整っている

4.1.1.2 受入れる際の方針・基準が適切である

4.1.2 入院患者の受け入れが適切に行なわれている

4.1.2.1 患者の受入れの是非に関して組織的な検討の場がある

4.1.2.2 検討の記録が残っている

4.1.2.3 病院の機能に見合った患者の受け入れが行なわれている

4.1.3 受入れに際して、患者の重症度・要介護度が把握されている

4.1.3.1

4.2 外来診療・訪問診療(往診も含む)・訪問看護・訪問リハビリテーションが提供されている

4.2.1 外来診療が適切に提供されている

4.2.1.1 外来診療が適切に提供されている

4.2.1.2 評価検討会が定期的に行なわれている

4.2.2 訪問診療が適切に提供されている

4.2.2.1 訪問診療が適切に提供されている

4.2.3 訪問看護が適切に提供されている

4.2.3.1 訪問看護が適切に提供されている

4.2.4 訪問リハビリテーションが適切に提供されている

4.2.4.1 訪問リハビリテーションが適切に提供されている

4.2.4.2 訪問リハビリテーションの評価検討が定期的に行なわれている

4.3 医師の診療責任体制

4.3.1 診療の責任体制が明確になっている

- 4.3.1.1 入院患者に主治医(担当医)の氏名が明らかにされている
- 4.3.1.2 診療を行なった医師の氏名が外来患者に分かるようになっている
- 4.3.1.3 主治医(担当医)が不在の時の代理の医師が定められている
- 4.3.1.4 主治医(担当医)による定期的な診察が行なわれている

4.4 リハビリテーション医のリーダーシップ

4.4.1 リハビリテーション医はチーム医療のリーダーとして機能している

- 4.4.1.1 リハビリテーション医は障害の診断、予後予測、目標の設定を行なっている
- 4.4.1.2 リハビリテーション医はチーム医療のリーダーとして、各職種の業務に精通し、役割分担に配慮している
- 4.4.1.3 リハビリテーション医は適切な治療を処方している

4.5 患者のQOLに関する評価・検討

4.5.1 患者のQOLを高める視点から医療を行なっている

- 4.5.1.1 挿管カテーテルの装着等が漫然とならないように配慮している
- 4.5.1.2 基礎疾患の悪化防止や併発症の発生予防に努めている
- 4.5.1.3 侵襲のある検査・治療に関して高齢者ではその特性に応じた対応がなされている

4.6 退院計画の適切性

4.6.1 退院計画が適切に立てられている

- 4.6.1.1 入院後早期に予後予測及び退院計画が作成されていると同時に適宜見直されている
- 4.6.1.2 退院計画は本人や家族の同意の下に作成されている
- 4.6.1.3 退院時の在宅支援計画が立案・作成されている

4.7 終末期リハビリテーション

4.7.1 適切な終末期リハビリテーションが提供されている

- 4.7.1.1 終末期の患者の清潔が保たれるように支援するリハビリテーションが提供されている
- 4.7.1.2 終末期の患者の呼吸困難が軽減するためのリハビリテーションが提供されている

- 4.8 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、MSW、臨床心理士、視能訓練士の活動が適切に行なわれている
 - 4.8.2 理学療法士の活動が適切に提供されている
 - 4.8.1.1 各部門では治療の初期・中期・最終期の評価を実施・記録し、これらが治療計画・治療方針に反映されている
 - 4.8.2.1 理学療法士の治療目標・治療方針はリハビリテーションチーム医療の中で尊重され、活かされている
 - 4.8.2.2 理学療法士はリハビリテーションチームの他部門の治療方針・治療計画を理解し、自らの治療に活かしている
 - 4.8.3 作業療法士の活動が適切に提供されている
 - 4.8.1.1 各部門では治療の初期・中期・最終期の評価を実施・記録し、これらが治療計画・治療方針に反映されている
 - 4.8.3.1 作業療法士の治療目標・治療方針はリハビリテーションチーム医療の中で尊重され、活かされている
 - 4.8.3.2 作業療法士はリハビリテーションチームの他部門の治療方針・治療計画を理解し、自らの治療に活かしている
 - 4.8.4 言語聴覚士の活動が適切に提供されている
 - 4.8.4.1 各部門では治療の初期・中期・最終期の評価を実施・記録し、これらが治療計画・治療方針に反映されている
 - 4.8.4.1 言語聴覚士の治療目標・治療方針はリハビリテーションチーム医療の中で尊重され、活かされている
 - 4.8.4.2 言語聴覚士はリハビリテーションチームの他部門の治療方針・治療計画を理解し、自らの治療に活かしている
 - 4.8.5 義肢装具士の活動が適切に提供されている
 - 4.8.1.1 各部門では治療の初期・中期・最終期の評価を実施・記録し、これらが治療計画・治療方針に反映されている
 - 4.8.5.1 義肢装具士の意見はリハビリテーションチーム医療の中で尊重され、活かされている
 - 4.8.5.2 義肢装具士はリハビリテーションチームの他部門の治療方針・治療計画を理解し、自らの治療に活かしている
 - 4.8.5.3 患者や家族に義肢装具の使用について十分説明している
 - 4.8.6 MSWの活動が適切に提供されている
 - 4.8.1.1 各部門では治療の初期・中期・最終期の評価を実施・記録し、これらが治療計画・治療方針に反映されている
 - 4.8.6.1 MSWの活動はリハビリテーションチーム医療の中で尊重され、活かされている

- 4.8.6.2 MSW はリハビリテーションチームの他部門の治療方針・治療計画を理解し、自らの活動に活かしている
- 4.8.6.3 社会資源の活用や退院後の諸問題について患者や家族に十分説明している
- 4.8.7 臨床心理士の活動が適切に提供されている
 - 4.8.1.1 各部門では治療の初期・中期・最終期の評価を実施・記録し、これらが治療計画・治療方針に反映されている
 - 4.8.7.1 臨床心理士の活動はリハビリテーションチーム医療の中で尊重され、活かされている
 - 4.8.7.2 臨床心理士はリハビリテーションチームの他部門の治療方針・治療計画を理解し、自らの活動に活かしている
 - 4.8.7.3 臨床心理士は患者への接し方を家族や医療者に助言・指導し、社会復帰への助言・指導を必要に応じて行なっている
- 4.8.8 視能訓練士の活動が適切に提供されている
 - 4.8.1.1 各部門では治療の初期・中期・最終期の評価を実施・記録し、これらが治療計画・治療方針に反映されている
 - 4.8.8.1 視能訓練士の指導はリハビリテーションチーム医療の中で尊重され、活かされている
 - 4.8.8.2 視能訓練士はリハビリテーションチームの他部門の治療方針・治療計画を理解し、自らの指導に活かしている
- 4.9 診療録の記録と管理
 - 4.9.1 診療録は適切に記載されている
 - 4.9.1.1 医師の診療記録は遅滞なく過不足なく記載されている
 - 4.9.1.2 看護職の診療記録は遅滞なく過不足なく記載されている
 - 4.9.1.3 理学療法士の診療記録は遅滞なく過不足なく記載されている
 - 4.9.1.4 作業療法士の診療記録は遅滞なく過不足なく記載されている
 - 4.9.1.5 言語聴覚士の診療記録は遅滞なく過不足なく記載されている
 - 4.9.1.6 義肢装具士の診療記録は遅滞なく過不足なく記載されている
 - 4.9.1.7 MSW の診療記録は遅滞なく過不足なく記載されている
 - 4.9.1.8 臨床心理士の診療記録は遅滞なく過不足なく記載されている
 - 4.9.1.9 視能訓練士の診療記録は遅滞なく過不足なく記載されている
 - 4.9.2 診療録の管理が適切に行なわれている
 - 4.9.2.1 診療録管理の担当者が明確になっている
 - 4.9.2.3 必要なときに診療録が活用できる
 - 4.9.2.4 すべてのリハビリテーション部門の退院時サマリーがすみやかに作成されている

4.10 臨床検査部門

4.10.1 臨床検査の体制が整備されている

- 4.10.1.1 病院の役割に応じた臨床検査機器が整備されている
- 4.10.1.2 診療に必要な検査機器がいつでも稼働できる状態に管理されている
- 4.10.1.3 定期的に精度管理が行なわれている

4.10.2 臨床検査が適切に行なわれている

- 4.10.2.1 検査の指示から結果報告までの過程が確立している
- 4.10.2.2 有効で合理的な外注委託が行なわれている
- 4.10.2.3 手術・生検検体の病理診断が実施されている

4.11 画像診断部門

4.11.1 画像診断部門が適切に機能している

- 4.11.1.1 放射線防護のための安全確保の方策がとられている
- 4.11.1.2 病院の役割に応じた画像診断装置が整備されている
- 4.11.1.3 画像診断装置はいつでも稼働できる状態に管理されている
- 4.11.1.4 検査結果については専門医に相談できる体制がある

4.12 薬剤部門

4.12.1 薬剤が適切に管理されている

- 4.12.1.1 麻薬、向精神薬などが適切に管理されている
- 4.12.1.2 薬剤の品質確保に配慮している
- 4.12.1.3 使用する薬剤の選定は組織的に検討されている

4.12.2 薬剤が適切に使用されている

- 4.12.2.1 年齢・障害を考慮して処方されている
 - 必要に応じて処方方法に配慮をしていることを評価に加える
- 4.12.2.2 個々の患者に適した服薬法等に配慮がなされている
- 4.12.2.3 服薬指導が行なわれている

4.12.3 医薬品の情報が適切に提供されている

- 4.12.3.1 使用している薬剤のリストと各薬剤の情報が整備されている
- 4.12.3.2 副作用情報などが迅速に各科に提供されている

4.13 輸血用血液製剤

4.13.1 輸血用血液製剤の管理が適切に行なわれている

- 4.13.1.1 輸血用血液製剤が適切に保管されている
- 4.13.1.2 輸血用血液製剤の保管・使用・返却などに関する指針・手順書がある

4.13.1.3 輸血用血液製剤の種別ごとの発注量・使用量が把握されている

4.14 手術室部門

4.14.1 病院の機能に見合った機器・設備が整備されている

4.14.1.1 各種設備・機器はいつでも稼働できる状態に保守・点検されている

4.14.1.2 手術室の清潔が保たれている

4.14.1.3 手術室の安全管理がなされている

4.14.2 手術室が適切に運営されている

4.14.2.1 手術室を管理する担当者が決まっている

4.14.2.2 手術台帳が整備されている

4.14.2.3 術前・術後の患者管理が適切に行なわれている

4.14.2.4 入退室の基準・手順がある

4.15 感染防止対策

4.15.1 感染防止対策が適切になされている

4.15.1.1 院内感染防止のための委員会が設けられ、指針が整備されている

4.15.1.2 感染防止に関する指針が遵守されている

4.15.1.3 院内感染の状況が把握されている

4.15.1.4 長期療養において問題となる感染症の発生防止の対策がなされている

4.15.2 滅菌業務が適切に行なわれている

4.15.2.1 病院の機能に応じた滅菌業務のための機器が整備されている

4.15.2.2 滅菌業務に関する手順書がある

4.15.2.3 滅菌業務の担当者が明確で、機器の保守点検が行なわれている

4.16 緊急時の対応

4.16.1 緊急時の対応が適切である

4.16.1.1 患者の急変時に医師が迅速に対応できる体制が確立している

4.16.1.2 非常用カートが定位置に整備されている

4.16.1.3 必要な薬剤・用具がいつでも使用できる状態に整備されている

5. 看護(介護)ケアの適切な提供

5.1 看護(介護)部門の組織的運営

5.1.1 看護(介護)部門の理念が明示されている

5.1.1.1 病院の理念に沿った看護(介護)部門の理念が明示されている

- 5.1.1.2 看護(介護)部門の理念が看護(介護)職員に周知されている
- 5.1.1.3 看護(介護)部門の理念が院内に周知されている
- 5.1.2 看護(介護)部門の目標管理が行なわれている
 - 5.1.2.1 看護(介護)部門の理念に沿った目標が明示されている
 - 5.1.2.2 目標が活動計画として具体化されている
 - 5.1.2.3 目標の達成状況が定期的に評価されている
- 5.1.3 看護(介護)部門の組織が整備され、適切に運営されている
 - 5.1.3.1 看護(介護)職員が適切に配置されている
 - 5.1.3.2 看護(介護)部門の組織図が明示されている
 - 5.1.3.3 看護(介護)部門の職制・職務規程が定められている
- 5.2 看護(介護)ケアの提供
 - 5.2.1 看護(介護)の基準・手順が活用されている
 - 5.2.1.1 障害者の心身の特徴を踏まえた看護(介護)の基準・手順が作成されている
 - 5.2.1.2 看護(介護)の基準・手順が活用されている
 - 5.2.1.3 看護(介護)の基準・手順が定期的に見なおされている
 - 5.2.2 ケア計画に沿ってケアが提供されている
 - 5.2.2.1 患者の状態の評価基準が確立している
 - 5.2.2.2 ケア計画が作成されている
 - 5.2.2.3 ケア計画に沿って看護(介護)が実施され、評価修正されている
 - 5.2.2.4 看護(介護)サマリーが作成されている
- 5.3 看護(介護)ケアの質の向上
 - 5.3.1 看護(介護)部門の業務改善に取り組んでいる
 - 5.3.1.1 業務について他部門・他職種と合同で定期的に検討している
 - 5.3.1.2 業務の分担・連携が他部門・他職種と適切に行なわれている
 - 5.3.1.3 看護(介護)部内で業務の改善に取り組んでいる
 - 5.3.2 患者のデータがケアの質の向上に活かされている
 - 5.3.2.1 ケアの質向上に結びつく、患者個々のデータが収集されている
 - 5.3.2.2 データに対する分析・検討がなされている
 - 5.3.2.3 検討結果をケアの改善に活用している
- 5.4 具体的な看護ケアの評価
 - 5.4.1 食事が適切に提供されている
 - 5.4.1.1 リハビリテーションチームが協業できるシステムのもとに、障害に応じた食事援助が行なわれている

- 5.4.1.2 食事の自立を目指し、食堂で椅子坐位で摂食するように援助している
- 5.4.2 排泄に関するケアが適切に提供されている
 - 5.4.1.1 排尿障害に関しては、適切な方法でケアをしている
 - 5.4.1.2 個別の失禁対策を検討し、努めてオムツを使用しない
 - 5.4.1.3 排尿は原則としてトイレに誘導する
 - 5.4.1.4 排泄動作訓練は病棟のトイレでリハビリテーションチームの協業で訓練を行なっている
- 5.4.3 清潔・保清・整容が適切に行なわれている
 - 5.4.3.1 シャワー浴と浴槽内入浴の選択ができる
 - 5.4.3.2 重介護者に対しての入浴が適切である
 - 5.4.3.4 全身の皮膚・爪のケアが適切になされている
 - 5.4.3.5 清潔、保清、整容の動作訓練を理学療法士作業療法士と協業して実施している
- 5.4.4 更衣について適切に指導援助している
 - 5.4.4.1 起床時、就寝時の更衣を指導している
 - 5.4.4.2 更衣動作訓練を理学療法士・作業療法士と協業して実施している
- 5.4.5 体位変換訓練、移乗訓練、移動訓練が適切に行なわれている
 - 5.4.5.1 体位変換訓練は適切に行なわれている
 - 5.4.5.2 褥瘡予防を目指し、体位変換の必要を含めた教育指導(栄養管理、皮膚のケア、除圧)を定期的に行なっている
 - 5.4.5.3 障害に見合った移乗、移動の方法を病棟で実践している
 - 5.4.5.4 移乗補助具の種類、用途を理解し適切な道具の使用を実践している
 - 5.4.5.5 生活の場であるトイレ、浴室、洗面所等の場面で、理学療法士、作業療法士と協業して訓練を実践している
- 5.4.6 患者のコミュニケーション、心理面への配慮がなされている
 - 5.4.6.1 言語障害を有する患者では、言語聴覚士と常に連携してケアを実施している
 - 5.4.6.2 患者や家族と積極的に会話をして、患者の心理状態等の情報収集に努めている
 - 5.4.6.3 患者の心理的ケアについて、臨床心理士等他からの適切な助言指導がケアに活かされている
 - 5.4.6.4 痴呆のある患者への危険防止や問題行動の予防低減のための適切な配慮がなされている

6 患者の満足と安心

6.1 患者の立場と意見の尊重

- 6.1.1 患者の声に耳を傾ける努力がなされている
 - 6.1.1.1 患者・家族に対して、自己の希望や意見を述べる機会があることを知らせている
 - 6.1.1.2 患者・家族の意見をきくための投書箱を設けている
 - 6.1.1.3 患者満足度や要望・意見をきくための調査などが定期的に行なわれている
 - 6.1.1.x 要望・意見が改善に活かされる体制が取られている
 - 6.1.1.4 各部門の責任者を患者に分かるように明示している
- 6.1.2 患者または家族に診療について説明を行ない、同意を得ている
 - 6.1.2.1 侵襲を伴う検査・治療については、適切な文書により患者に説明がなされ、同意が得られている
 - 6.1.2.2 医師が治療方針や薬効について十分に患者に説明している
 - 6.1.2.3 患者に対して、退院時期や予後について説明を行ない、同意を得ている
- 6.1.3 患者のプライバシーに配慮している
 - 6.1.3.1 外来診察室において患者のプライバシーが保たれるような配慮がされている
 - 6.1.3.2 病室のベッド間にカーテンなどを設けている
 - 6.1.3.3 面会用の特別の場所が確保されている
 - 6.1.3.4 病名などの患者情報の取扱いが適切である
- 6.1.4 患者の相談に適切に対応している
 - 6.1.4.1 相談窓口を設けている
 - 6.1.4.2 患者・家族の経済的・社会的・心理的相談に応じている
 - 6.1.4.3 患者相談の実施状況が適切に記録されている
- 6.1.5 受付や呼出しなどの接遇が適切である
 - 6.1.5.1 受付や問い合わせの対応が適切である
 - 6.1.5.2 呼出しや案内の態度が適切である

6.2 食事への配慮

- 6.2.1 栄養管理が適切に行なわれている
 - 6.2.1.1 栄養基準が確立されている
 - 6.2.1.2 栄養士が適切な栄養指導を行なっている
 - 6.2.1.3 喫食状況が把握されている
 - 6.2.1.4 嗜好調査を行なっている
- 6.2.2 食事の快適性に配慮している
 - 6.2.2.1 食事時間に配慮している
 - 6.2.2.2 食事の温度管理が適切に行なわれている
 - 6.2.2.3 選択メニューを実施している

- 6.2.2.4 食事は食堂・ディールームにて椅子或いは車椅子で摂取するように配慮している
- 6.2.2.5 食器や季節食などさまざまな工夫がなされている
- 6.2.3 衛生管理が適切に行なわれている
 - 6.2.3.1 食材が適切に保管されている
 - 6.2.3.2 調理室内の衛生管理が行なわれている
 - 6.2.3.3 食器類の洗浄・乾燥・保管の方法が適切である
- 6.2.4 咀嚼・嚥下障害患者への食事に配慮がなされている
 - 6.2.4.1 咀嚼・嚥下障害患者に対応できる食材が揃えられている
 - 6.2.4.2 咀嚼・嚥下障害患者の治療に対応できるように食事時間に配慮がなされている
- 6.3 患者サービスへの配慮
 - 6.3.1 外来受診に配慮がなされている
 - 6.3.1.1 外来待ち時間の状況を把握している
 - 6.3.1.2 待ち時間短縮のための努力をしている
 - 6.3.1.3 外来待ち時間はおおむね 30 分以内である
 - 6.3.1.4 外来をバリアフリーにしている
 - 6.3.2 患者の利便性への配慮がなされている
 - 6.3.2.1 入院生活の種々のきまりは患者の利便性を配慮したものになっている
 - 6.3.2.2 患者の利便性を考慮した施設がある
- 6.4 院内環境の整備
 - 6.4.1 院内の清潔管理が適切に行なわれている
 - 6.4.1.1 院内の清掃が十分に行なわれている
 - 6.4.1.2 院内は整理整頓されている
 - 6.4.2 病棟の静粛について配慮している
 - 6.4.2.1 病棟の静粛について配慮している
 - 6.4.3 患者に安らぎを与える、落ち着いた空間づくりがなされている
 - 6.4.3.1 院内の採光・彩色が適切である
 - 6.4.3.2 院内に観葉植物や絵画などを含むインテリアに配慮している
- 6.5 生活施設的な配慮
 - 6.5.1 病院の案内・掲示が適切である
 - 6.5.1.1 案内や掲示は分かりやすい場所に配置され、見やすいように工夫されている
 - 6.5.1.2 案内・掲示には、院内案内図・診療時間・医師名・料金などの必要な情報が

含まれている

6.5.2 院内の温度・湿度管理が行なわれている

6.5.2.1 院内の温度・湿度が適切に管理されている

6.5.3 病院の施設・設備が適切である

6.5.3.1 個室を除いた患者一人当りの病室の面積は障害者の生活にとって支障のないものである

6.5.3.2 廊下幅は適切である

6.5.3.3 ベッドは適切な形式である

6.5.3.4 トイレは適切な数・形式が確保されている

6.5.3.5 浴室は適切な数・形式が確保されている

6.5.3.x 洗面台は適切な数・形式が確保されている

6.5.3.6 テイルームがある

6.5.3.7 生活に支障がないように配慮したバリアフリー構造になっている

7 病院運営管理の合理性

7.1 人員・施設・設備が適切である

7.1.1 診療報酬の施設基準に合致した各部門の人員と施設構造を有すると共に、診療の提供に相応しいものである

7.1.1.1 医療職員数は適切である

7.1.1.2 カンファレンスやミーティングがいつでも行なえる専用のスペースが確保されている

7.1.1.3 理学療法訓練室の面積・設備は適切である

7.1.1.4 作業療法訓練室の面積・設備は適切である

7.1.1.5 適切な言語聴覚訓練室がある

7.1.1.6 適切なMSW面接室がある

7.1.1.7 義肢装具士の適切な採型適合室がある

7.1.1.8 視能訓練士の適切な訓練室がある

7.1.1.9 各訓練室等には、患者のプライバシー保護のための設備がある

7.1.1.10 各医療職種が活動できる専用の部屋がある

7.2 安全の確保

7.2.1 患者の医療事故(転倒・転落・離院を含む)防止対策が適切になされている

7.2.1.1 患者の医療事故(転倒・転落・離院を含む)が記録され、リスクマネジメント委員会等の担当部署に報告されている

- 7.2.1.2 担当部署では医療事故(転倒・転落・離院を含む)に対する防止対策が検討され、病院全体での対策として実施されている
- 7.2.1.3 医療事故(転倒・転落・離院を含む)防止対策が有効かどうかの評価検討がなされている
- 7.2.1.4 医療事故発生時に適切な対応がなされるような体制が出来ている
- 7.2.2 痴呆患者の問題行動の予防・低減対策がなされている
 - 7.2.2.1 担当部署で痴呆患者の問題行動の予防・低減対策が検討され実施されている
- 7.2.3 職員の事故防止への対応が適切に行なわれている
 - 7.2.3.1 職員の医療事故あるいは医療事故に準じるインシデントが担当部署に報告されている
 - 7.2.3.2 担当者によって分析が行なわれ、再発防止への取り組みがなされている
 - 7.2.3.3 事故発生時の職員への対応が適切である
- 7.2.4 医療廃棄物の処理が適切に行なわれている
 - 7.2.4.1 医療廃棄物の責任者がいる
 - 7.2.4.2 医療廃棄物の処理手順は妥当であり、かつ、遵守されている
- 7.3 災害発生時の対応体制が整っている
 - 7.3.1 自院の災害発生時の対応体制が整っている
 - 7.3.1.1 自院に適応した防災マニュアルがある
 - 7.3.1.2 マニュアルに沿った防災訓練が行なわれている
 - 7.3.1.3 停電時の対応体制が整っている
 - 7.3.2 大規模災害時発生時の対応体制が整っている
 - 7.3.2.1 自院の患者と職員分として最低限の備蓄が確保されている
- 7.4 人事・労務管理
 - 7.4.1 人事・労務管理が適切に行なわれている
 - 7.4.1.1 適切な就業規則・給与規程が定められて職員に周知されている
 - 7.4.1.2 必要な事務職人員が確保されている
 - 7.4.1.3 労働時間が把握され適切である
 - 7.4.1.4 人事考課は明確・合理的基準に基づいて行なわれている
 - 7.4.2 職場環境が整備されている
 - 7.4.2.1 職員の安全が考えられている
 - 7.4.2.2 福利厚生に配慮されている
- 7.5 財務管理
 - 7.5.1 財務管理が適正に行なわれている

7.5.1.1 病院会計準則に基づいた会計処理がなされている

7.5.1.2 予算書が作成されている

7.5.1.3 決算について監査が行なわれている

7.6 施設・設備管理

7.6.1 施設・設備の管理が適切に行なわれている

7.6.1.1 施設・設備は定期的に保守・管理されている

7.6.1.2 トラブル発生時の対応体制が整っている

7.6.1.3 施設・設備の年次保守計画が立てられている

7.6.1.4 医療設備・機器の保守管理がなされている

7.7 物品管理

7.7.1 物品管理が適切に行なわれている

7.7.1.1 定期的に棚卸が行なわれ、適正な在庫管理が行なわれている

7.7.1.2 物品の発注・検収についての責任者が定まっている

7.7.1.3 物品の購入は予め立てられた計画に基づいて行なわれている

7.8 医事業務

7.8.1 診療報酬請求が適切に行なわれている

7.8.1.1 レセプトの作成と点検、提出が適切に行なわれている

7.8.1.2 返戻・査定状況が把握され適切な対応がされている

7.8.1.3 未収金の状況が把握されている

7.8.1.4 保険請求についての教育が行なわれている

7.8.2 医事統計が適切に作成されている

7.8.2.1 必要な医事統計が每期作成されている

7.8.2.3 医事統計が病院運営に有効に活用されている

7.9 業務委託

7.9.1 業務委託が適切に行なわれている

7.9.1.1 委託業者の選定が適切である

7.9.1.2 委託業務の管理が適切に行なわれている

7.9.1.3 委託先および委託内容の定期的な見直し、検討が行なわれている

厚生科学研究補助金（医療技術評価総合研究事業）
分担研究報告書

オンラインによるリハビリテーション病院アウトカムのデータベース構築

分担研究者 伊藤高司 日本医科大学情報科学センター施設長

研究要旨

アウトカムに基づくリハビリテーション病院の performance measurement においては、科学的根拠に基づいた case-mix 方法を確立することが求められる。データの収集蓄積量により、このような case-mix 方法も暫定的なものから順次精度の高い方法へと発展させる必要がある。

個人情報の保護を前提に、参加病院との双方向性の情報交流を行ないながら、このような科学的な performance measurement を行なうため、次のようなシステムを設計した。Windows 上で稼動するデータベースエンジンを採用する。個人情報保護の観点から利用者 ID とパスワードによる認証およびデータベースアクセス、更新記録の残る Windows NT サーバーの採用。インターネットでの秘密性の保持のため VPN 装置を導入する。

初年度は時間の制約のため、システムの設計に留まった。第 2 年度からの本格的な運用に入る。

A. 研究目的および研究方法

アウトカム評価に関する case-mix 方法を開発する際に、その裏付けとして、統計的な評価による科学的根拠が不可欠である。日本の現状にあった case-mix 方法を作成するには、データ収集の量も大切であるが、データ収集、蓄積の進化に応じて、何度か「暫定的な case-mix 方法」を作成し、この調査研究に参加する医療域間が、日常的に活用することを通じて、「暫定 case-mix 方法」を、より現実に適合し、かつ利用しやすい「case-mix 方法」へと改定、発展させて行くことが必要である。この為には、開発の当初の段階から、参加医療機関とデータ交換の上でも密接な関係を持ち、データ収集に進展に応じた「暫定 case-mix 方法」などの成果を現場へフィードバックできる環境を持つことが重要であろう。情報交流の手段、経路としてインターネットの利用を想定したが、今後も、インターネットは高速ネットワーク技術に伴って、さらに普及することが予想されており、インターネットを活用した遠隔医療サービスの実現、普及が予想されている故に、ほとんどの医療施設がインターネットへアクセスできると期待しても、問題はないであろう。

したがって、今回の作成するデータベース作成に関しては

- 1) 参加医療機関と全国的な情報交換、集約が可能であること
- 2) 参加各医療機関が本データベースを活用して、容易に「評価スタンダード」による評価が行えること。
- 3) 上記の過程で扱われる可能性がある患者さんの「個人情報」の保護については十分な対策がなされるべきであること。
- 4) 研究の過程において、医療機関がデータベースを活用した評価を行う際に、利用が扱いやすい環境を作成することが重要と思われる。

したがってデータベースは

- 1) データ利用の利便性から、Windows 上で稼動するデータベース エンジンを採用し、
- 2) 患者さんの個人情報を保護の観点からデータベースへアクセスする際に、利用者 ID とパスワードによる認証、およびデータベースアクセス、更新記録が残る Windows NT をサーバーの OS として採用した。
- 3) インターネット通信を通じて、秘密性を保持したデータベース利用を実現する為に、VPN 装置の導入を行った。

VPN 装置は VPN ルータと Windows クライアント用暗号化ソフトの組みあわせであり、暗号化ソフトが組込まれたパソコンから利用者 ID、パスワード、パソコンの IP アドレスにより認証され、サーバーとの間で暗号化された通信を行うものである。正しく定められた手順を守っていれば、現在の日本で一般的に認知されているレベルでの機密保持は実現される。今後想定されるデータベースとクライアント パソコン間の通信量は、日常的に