

c. 適切でない

☆精神面でのバリアフリー

☆患者インタビューで確認

☆満足度調査でこの項目が盛り込まれているか、確認する

1.5 質向上のための業務改善活動

1.5.1. 業務改善活動が実践されている

a b c

1.5.1.1 要望・意見が改善に活かされる体制が取られている

a b c

a. 患者の意見・苦情などが反映される仕組みがある

b.

c. 仕組みがない

☆患者家族に自己の意見を述べる機会があることを周知されていること

1.5.1.2 業務改善活動に取り組むためのデータが収集されている

a b c

a. 全部門でデータが適切に収集されている

b. 一部の部門でしか収集されていない

c. 収集されていない

☆データとは例えば

：職務満足度調査、患者満足度調査、院内感染率、褥創発生率、ベット回転率、退院時自立度、収益増加、転倒・転落率、インシデント・アクシデント件数等

1.5.1.3 データが分析され改善に結びつける方策が立てられている

a b c

a. データが分析され改善に結びつける具体的な方策が実践され、再評価されている

b. a.を満たさない

c. 収集のみに止まっている

☆1.5.1.2 が c の場合は c とする

1.6 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

A B C

1.6.1 教育・研修が適切に行われている

a b c

1.6.1.1 教育・研修が院内外において適切に行われている

a b c

- a. 必要な教育・研修が計画的に実施され、記録されている。院外の学会研究会への参加も奨励されている
- b. 教育・研修が不十分にしか行われていない、または院外の学会研究会の参加も奨励されていない
- c. いずれも行われていない

☆医師・看護職・各セラピスト等全職員の教育研修をここで問う

1.6.1.2 院内の研究発表会が開催されている

a b c

- a. 院内各部署が積極的に研究会に参加している
- b.
- c. 研究発表会が不活発である

1.6.2 図書室機能が充実している

a b c

1.6.2.1 病院に必要な図書・雑誌が備えられていて、文献検索を容易に行うことができる

a b c

- a. 必要な情報がいつでも入手できる仕組みが整えられている
- b.
- c. 整っていない

1.7 患者の利便性への配慮がなされている

A B C

1.7.1. 患者の利便性への配慮がなされている

a b c

1.7.1.1 患者の利便性への配慮がなされている

a b c

- a. 利便性への配慮が適切である
- b. 不十分である
- c. 配慮がなされていない

☆消灯時間、面会時間の設定状況、家族の付添いへの配慮など

☆食堂、売店、図書室、コインランドリー、冷蔵庫、給湯器などがある

☆上記、施設・設備に関して設置場所、利用時間が利用者に配慮されているか

2. 院内外の組織的な協力

2.1 病院内の職員の協力体制

A B C

2.1.1 リハビリテーションチーム内で協力が行われている

a b c

2.1.1.1 協りに当たって患者の人権の尊重・患者のプライバシーおよび個人情報の保護が適切に配慮されている

a b c

a. 共通に認識され配慮がなされている

b.

c. 認識されていない

2.1.1.2 協力の場として検討会が開かれ、内容が記録されている

a b c

a. 入院患者に関しては全員を対象にして治療に関わる全ての専門家が定期的に集まる検討会が開かれ、記録されている

b.

c. 不適切である

☆診療録で確認

2.1.1.3 リハビリテーションチームは入院前・入院中の機能障害・能力障害・社会的不利・予後予測の評価、治療中の再評価および退院計画・在宅支援について共通に認識し、治療方針・治療計画の策定に協力している

a b c

a. チーム全体で上記患者情報を共有し、治療方針・治療計画が策定されている

b.

c. 情報が共有されていない

☆診療記録で確認（必要とみられる専門職種の参加）

☆WHO 国際障害分類第2版（2001年）では機能・形態障害は心身機能・構造障害に、能力障害は活動制限、社会的不利は参加制約とされる。これによって「疾患」も「健康状態」という用語に変わった。

☆分冊化されたカルテの場合は情報の共有にどのように対応しているかインタビューで確認

2.1.1.4 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テーションチーム内で連絡されている

a b c

- a. 病状の変化に係わる患者情報が適切かつ速やかに連絡されている
- b. 情報の連絡に遅滞がある
- c. 連絡されていない

2.2 院外との協力体制

A B C

2.2.1 院外の専門職種との協力が適切に行われている

a b c

2.2.1.1 院外の専門職種との協力が適切に行われている

a b c

- a. 協力が行われている
- b.
- c. 協力が行われていない

☆他科専門医への相談も評価する

3.地域医療・地域リハビリテーションの展開

3.1 地域における医療施設および行政機関との連携 A B C

3.1.1 地域の医療施設・老人保健施設・福祉施設および行政機関(市町村)との連携が適切に行われている a b c

3.1.1.1 地域連携・医療連携の担当者が決まっていて、連携に関する手順が整っている a b c

- a. 担当者が決まっていて、手順が整っている
- b.
- c. 担当者が決まっておらず、手順もない

3.1.1.2 患者の受け入れ・紹介に当っては、紹介元・紹介先の施設との医療情報交換が適切に行われている a b c

- a. 紹介先・紹介元施設との情報交換が把握されて記録されている
- b. a を満たさない
- c. 行われていない

☆担当部署で記録を確認する
☆福祉施設も含む

3.1.1.3 行政機関と連携が適切に行われている a b c

- a. 行政機関との情報交換が行われ、患者のケアに活かされている
- b. a を満たさない
- c. 行われていない

☆担当部署で記録を確認する

3.1.1.4 地域におけるリハビリテーション医療の提供に協力している a b c

Sa.企画運営に積極的に参画し、リハビリテーション医療を提供している

- a. 病院として他の機関と連携してリハビリテーション医療を提供している
- b. (一)
- c. 提供していない

☆具体例を確認する

3.1.1.5 地域の保健・予防活動に参加している A B C NA

- a. 地域の保健・予防活動に関与している
- b.
- c. 地域の保健・予防活動に関与していない

☆NA：地域保健予防活動に参加しないことが病院の基本方針である場合

3.1.2 ボランティアの受入れ・育成を行っている a b c

3.1.2.1 ボランティアを受け入れる体制があり、ボランティアに対する教育が行われている

a b c

- a. 担当職員がいて、受け入れ規程があり、教育が適切に行われている
- b.
- c. 受け入れていない

☆規程の中に事故に対する保障等も含む

4. 診療の質

4.1 診療体制

A B C

4.1.1 診療体制の責任が明確になっている

a b c

4.1.1.1 職員は名札をつけている

a b c

- a. 職員全員が名札を着用している
- b. 名札を着用していない職員がいる
- c. 職員は名札を着用していない

☆名札の形状の安全性に配慮する

4.1.1.2 各部門の責任者の氏名は患者に明らかにされている

a b c

- a. 各部門の責任者の氏名が容易に分かるように病院内に掲示している、または病院のパンフレットに記載がある
- b.
- c. 各部門の責任者が明らかにされていない

4.1.1.3 主治医責任を有する医師の条件が適切に定められ、診療の責任の所在が明確にされている

a b c

- a. 主治医の氏名が外来および入院患者に明らかにされていることと、主治医(担当医)不在時の代理医師の氏名、および主治医(担当医)の緊急連絡先が病院内に明らかにされている
- b.
- c. 主治医が不明確である。または患者に明らかにされていない

☆主治医責任を有する医師の条件について、院内で検討され、明文化されていること

4.1.1.4 患者に医師以外のリハビリテーションチームの専門職が明らかにされている

a b c

- a. 患者に理解できる形で受け持ちであることと職制と氏名が紹介されている
- b.
- c. 患者は受け持ちの専門職を知らない

4.1.2 外来待ち時間の配慮をしている

a b c

4.1.2.1 外来待ち時間の状況を把握している

a b c

- a. 外来待ち時間の状況について把握し待ち時間短縮のための努力を行っている
- b.
- c. 把握していない

☆予約システムの導入等

☆外来待ち時間については、どのような手法で調べているか確認する

4.2 診療の適切性

A B C

4.2.1 入院患者の受け入れが適切である

a b c

4.2.1.1 受入れる際の方針・基準が適切である

a b c

- a. 受入の方針・基準は自院の理念・基本方針に見合ったものであり、且つ定期的に見直されている
- b.
- c. 受け入れの方針・基準が明文化されていない

☆見直しに関しては記録で確認する

☆入院患者で適応状況を確認する

4.2.1.2 受入れに際して、患者の疾患情報およびその他の情報が十分に把握されている

a b c

- a. 患者の情報が適切に把握されている

- b.
- c. 把握されていない

☆その他の情報とは：患者を取り巻く家庭および社会環境等の情報をさす

4.2.2 入院患者の評価が適切に行われている a b c

4.2.2.1 医師を含めたリハビリテーションチームによる患者の初期評価が適切である
a b c

- a. 機能障害・能力障害を含めた患者の身体的病態・精神的病態および社会的問題がリハビリテーションチームにより評価され治療計画が立てられている
- b.
- c. 患者の初期評価がリハビリテーションチームとして行われていない

☆診療録それぞれのの初期評価の項で確認する

☆初期評価は入院後1週間以内に完成している

4.2.2.2 治療過程で患者の再評価が定期的に行われている a b c

- a. 患者の身体的病態・精神的病態および社会的問題がリハビリテーションチームにより定期的に再評価され治療計画の見直しが行われている
- b.
- c. リハビリテーションチームにより再評価が行われていない

4.2.2.3 短期治療目標、長期治療目標の設定および評価がなされている。 a b c

- a. 適切な再評価が行われた結果、予後予測と治療目標に矛盾がない
- b. 治療目標の記載がない
- c. 記録がないため、確認できない

4.2.2.4 退院後の療養が適切に継続されるために退院時の評価が行われている

a b c

- a. 療養の継続性に配慮して評価され、活かされている
- b.
- c. 療養の継続性に配慮した評価がなされていない

☆療養の継続性：社会資源

4.2.3 治療方針・治療計画の立案に際して a b c

4.2.3.1 患者・家族は病態・治療方針・治療計画および予後についての十分な情報を与えられている a b c

- a. 患者や家族に理解できる形式で現在の病態と・治療方針・治療計画・予後予測の説明が行われている。
- b.
- c. 情報が不適切にしか与えられていない

☆診療録でインフォームドコンセントとしても確認

4.2.3.2 治療方針・治療計画は患者および家族の意見を尊重して立てられている

a b c

- a. 治療方針・治療計画は患者家族の意見を尊重して立てられている
- b.
- c. 患者・家族の意見が全く反映されていない

☆診療録でインフォームドコンセントとしても確認

4.2.3.3 再評価に基づく治療方針・治療計画の見直しが行われている a b c

- a. 治療方針・治療計画は再評価によるフィードバックが適切に行われている
- b. 主治医が必要と判断したときのみ、治療方針・治療計画の見直しが行われている
- c. 治療方針・治療計画の見直しが行われていない

☆診療録で確認する

4.2.4 治療の適切性 a b c

4.2.4.1 初期評価および再評価時に設定されたゴールに到達するのに必要な治療が適切に提供されている a b c

- a. ゴール到達に必要な治療および療養環境が提供されている
- b.

- c. 見直しがされていても対応しない

☆診療録で確認

4.2.4.2 身体保護・拘束(薬剤も含む)が必要な患者への対応が適切である

a b c

- a. 身体拘束は必要最小限の範囲に止められており、身体拘束の実施に関する判断が適切である
- b.
- c. 適切ではない

☆身体拘束の判断・手順は病院の理念・基本方針に沿うものであり、病院・職員によって検討され、支持されている。主治医単独の判断によるものではない

☆適切とは、患者本人もしくは家族からインフォームドコンセントが得られていることが必要である

☆具体的な事例を診療録で確認

4.2.4.3 適切な協力の実践

a b c

以下のような日常生活全般にわたるケアがリハビリテーションチームの協力のもとに適切に行われている

- ・食事
- ・整容の動作
- ・入浴・体位変換(褥創予防も念頭に置いて対応しているか確認)
- ・更衣 ・排泄動作
- ・移乗 / 移動(適切な用具、機器の安全使用の確認)
- ・屋外歩行 / 屋外散歩(車椅子も含める)
- ・コミュニケーション(意志の疎通)

- a. 協力のもとに適切に行われている
- b.
- c. 協力のもとに行われていない

☆主治医へのインタビューで確認

4.2.5 退院計画の適切性

a b c

4.2.5.1 患者・家族は退院計画の作成に際して十分な情報を与えられている

a b c

- a. 患者や家族に理解できる形式で現在の病態と予後予測の説明が行われている。

- b.
- c. 情報が不適切にしか与えられていない

☆診療録でインフォームドコンセントとしても確認

4.2.5.2 退院計画は退院後の患者の身体機能・ADL レベルの予測および家庭・地域環境に基づいて立てられている。

a b c

- a. 退院計画は適切な身体機能・ADLレベルの予測と家庭・地域環境に基づいて立てられている。
- b.
- c. 身体機能・ADLレベルの予測が不適切、家庭・地域環境の把握が不適切である
☆退院時と退院後の診療録で確認する

4.2.5.3 退院計画は患者および家族のニーズを尊重して立てられている a b c

- a. 退院計画は患者家族のニーズを尊重して立てられている
- b.
- c. 尊重されていない

☆診療録で確認

4.2.6 外来診療・訪問診療(往診も含む)・訪問看護において専門職によるリハビリテーションが行われている a b c NA

4.2.6.1 外来リハビリテーションは適切な予後予測のもとに治療計画が立案され、実施されている a b c NA

- a. 予後予測・治療計画・治療内容が適切である
- b.
- c. 不適切である

☆診療録で確認

4.2.6.2 協力のもとに外来患者の再評価が行われている a b c NA

- a. リハビリテーションチームが適切に再評価している
- b.
- c. 行われていない

☆診療録で確認

4.2.6.3 協力のもとに在宅患者の再評価が行われている a b c NA

- a. リハビリテーションチームが適切に再評価している
- b.
- c. 行われていない

☆診療録で確認

4.2.6.4 訪問診察が適切に行われている a b c NA

- a. 患者の病状に合わせた診察が行われ、病状の急変の手順も妥当である
- b.
- c. 行われていない

☆診療録で確認

4.2.6.5 訪問看護が適切に行われている a b c NA

- a. 患者の病状に合わせた看護が行われ、病状の急変の手順も妥当である
- b.
- c. 行われていない

☆診療録で確認

4.2.6.6 専門職による訪問リハビリテーションが適切に行われている

a b c NA

- a. リハビリテーションが行われている
- b.
- c. 行われていない

☆リハビリテーション専門職の活動をここで評価する

4.3 リハビリテーションチームの活動

A B C

4.3.1 リハビリテーション医の活動について

a b c

4.3.1.1 リハビリテーション医は日本リハビリテーション医学会の認定臨床医・専門医の資格があるまたはそれに準ずる経験を有する

a b c

- a. 上記の資格がある
- b. 経験はあるが上記資格がない
- c. 資格、経験がない

4.3.1.2 リハビリテーション医は患者家族に十分な情報として入院時・治療中・退院時の病態や障害の程度、予後予測、設定された目標を理解できるように伝えている

a b c

- a. 家族面談を通して適切な情報が十分伝えられている
- b. 質問にのみ答えている
- c. 行っていない

☆診療録で確認

4.3.1.3 リハビリテーション医は患者のニーズを把握するよう努力している

a b c

- a. 患者・家族からニーズを把握するよう努力している
- b.
- c. 努力していない

☆診療録で確認

4.3.1.4 リハビリテーション医は、患者の評価・治療計画・退院計画立案に際してチームの指導的立場にある a b c

- a. 指導的立場で評価・治療計画・退院計画立案および実践に参加している
- b. 各部門に一任している
- c. 指導がなされていない

☆診療録で確認、指導的立場とは権威と責任を有す立場をさす

4.3.1.5 リハビリテーション医はリハビリテーション治療以外の必要な治療を適切に行っている a b c

- a. 適切な治療が随時提供されている
- b.
- c. 治療が不適切である

4.3.2 看護(介護)部門の活動が適切に行われている a b c

4.3.2.1 適切な看護(介護)の基準・手順が作成され、活用され、見直しがされている
a b c

- a. 高齢者・障害者の心身の特徴を踏まえた看護(介護)の基準・手順が明文化され遵守され、適切に見直されている
- b. 明文化されているが、上記を満たさない
- c. 明文化されていない

☆看護、介護それぞれ別個の基準・手順がある必要はない、看護・介護において同じ基準・手順であるならば看護基準・手順に介護を包含したのもであることが望ましい

4.3.2.2 患者の評価基準に基づきケア計画が作成、実施、見直しされている

a b c

- a. 適切に行われている
- b. 不適切である
- c. 作成されていない

4.3.3 理学療法士の活動が適切に行われている a b c

4.3.3.1 理学療法士は他職種との協力のもとに、理学療法の全場面において積極的に関わっている a b c

- a. 予測された予後が目標通りに達成されている
- b.
- c. 予測予後とゴールに開きがある

☆全場面とは：評価・ゴール設定・治療・再評価・退院計画策定・退院時指導・退院後のフォローアップ

4.3.3.2 理学療法士は患者・家族・介護者に対して療養上の必要な事項を教育指導している a b c

- a. 技術指導を適切に行っている
- b.
- c. 行っていない

4.3.4 作業療法士の活動が適切に提供されている a b c NA

4.3.4.1 作業療法士は他職種との協力のもとに、作業療法の全場面において積極的に関わっている a b c

- a. 予測された予後が目標通りに達成されている
- b.
- c. 予測予後とゴールに開きがある

☆全場面とは：評価・ゴール設定・治療・再評価・退院計画策定・退院時指導・退院後のフォローアップ

4.3.4.2 作業療法士は患者・家族・介護者に対して療養上の必要な事項を教育指導している a b c

- a. 技術指導を適切に行っている
- b.
- c. 行っていない

4.3.5 言語聴覚士の活動が適切に提供されている a b c NA

4.3.5.1 言語聴覚士は他職種との協力のもとに、言語療法の全場面において積極的に関わっている a b c

- a. 予測された予後が目標通りに達成されている
- b.
- c. 予測予後とゴールに開きがある

☆全場面とは：評価・ゴール設定・治療・再評価・退院計画策定・退院時指導・退院後のフォローアップ

4.3.5.2 言語聴覚士は患者・家族・介護者に対して療養上の必要な事項を教育指導している a b c

- a. 指導している
- b.
- c. 指導していない

4.3.6 義肢装具士の関与が適切である a b c

4.3.6.1 義肢装具士は他職種との協力のもとに、積極的に関わっている a b c

- a. 処方に準拠した適切な義肢装具が作られている
- b. 必ずしも処方にあっていない
- c. 全く処方にあっていない

4.3.6.2 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 a b c

- a. 十分説明している
- b. 質問のみに答えている
- c. 説明していない

☆義肢装具使用者にインタビューする

4.3.7 MSW(医療社会福祉担当者)の活動が適切に提供されている a b c

4.3.7.1MSW が患者の相談窓口として機能している a b c

- a. 患者・家族に周知されている
- b.
- c. 周知されていない

4.3.7.2MSW は患者情報の把握(病態および家庭環境、経済的・社会的・心理的問題)に基づいて治療方針・治療計画・退院計画に関与している

a b c

- a. 活動が適切である
- b.
- c. 不適切である

☆MSW の記録で確認する

4.3.7.3 MSW は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 a b c

- a. 十分説明している
- b.
- c. 不適切である

☆MSW の記録で確認する

4.3.8 臨床心理士の活動が適切に提供されている a b c NA

4.3.8.1 臨床心理士は他職種との協力のもとに、療養生活の全場面において積極的に関わっている a b c NA

- a. 患者の心理状態を判断し、患者への接し方を家族やリハビリテーションチームに助言・指導し、チーム医療に適切に貢献している
- b.
- c. 情報が適切に伝わらないため、治療に支障を来すことがある

☆全場面とは：療養生活全てをさす

☆診療録で不適切な記載を認めたら c 評価

4.3.8.2 臨床心理士は、患者・家族に対して社会復帰への助言・指導を必要に応じて行っている a b c NA

- a. 適切に助言・指導している
- b.
- c. 助言・指導していない