# 病院機能評価　審査結果報告書

*２０２３年度実施*

**高度・専門機能**

**＜リハビリテーション（回復期）＞**

医療法人銀門会
甲州リハビリテーション病院

訪問審査実施日 2023 年 8 月 22 日

公益財団法人　日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

# ご　挨　拶

日本医療機能評価機構の事業の推進につきましては、日頃から何かとご理解とご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、先般お受けいただきました病院機能評価（高度・専門機能）について、審査結果報告書がまとまりましたので、ここにお届け申し上げます。報告書の取りまとめにつきましては十分に配慮したつもりですが、不明の点、あるいはご意見・ご要望などがありました場合は、文書にて当機構までお問い合わせください。

病院機能評価は、病院が組織的に医療を提供するための基本的な活動（機能）が、適切に実施されているかを第三者の立場から評価するものです。さらには、所定の要件を満たす病院が、地域において高度な医療や専門的な医療の提供を行う病院の継続的な質改善活動を支援するために設定された病院機能評価（高度・専門機能）を、自らの役割・機能の応じて受けることにより、自身の強みと課題を明らかにすることができます。その強みを活かし、また課題を改善するための努力を行うことによって、医療の質向上を図ることを第一の目的としております。

本報告書が貴院の自主的で継続した質改善活動や患者サービスの向上の一助になることを願っております。

今後とも、当機構の事業の運営につきまして宜しくご支援を賜りますようお願い申し上げます。

公益財団法人日本医療機能評価機構
代表理事　理事長　河 北　博 文

# 審査結果報告書について

## １．　報告書の構成

□ご挨拶
□審査結果報告書について（構成と読み方の説明）
□総括
□評価判定結果

## ２．　報告書の内容

### （１）総括

病院全体の総合的な所見を述べています。
情報提供に同意いただいた場合、公開の対象となります。

### （２）評価判定結果

中項目（自己評価調査票の中で３ケタの番号がついている項目）の各評価項目の最終的な評価結果を示したものです。

評価にあたっては、評価調査者が「評価の視点」「評価の要素」および病院の「活動実績」について、資料（各種議事録、診療記録など、日々の活動実態が分かるもの）や現場訪問、意見交換などを通じて確認しております。

また、一時点（訪問審査当日）のみを対象とするのではなく、改善活動に継続的に取り組まれている状況や医療を取り巻く社会の動きなどを考慮して、総合的に中項目を評価したものです。

中項目評価は４段階で行われ、「Ⅰ」「Ⅱ」「Ⅲ」「Ⅳ」で表記しました。評価結果の解釈はおおむね以下の通りです。

| 評価 | 定義・考え方 |
|---|---|
| Ⅰ | 秀でている |
| Ⅱ | 適切に行われている |
| Ⅲ | 高度・専門機能の水準に達している |
| Ⅳ | 高度・専門機能の水準に達しているとはいえない |

※各項目で求められている事項が、病院の役割や機能から考えた場合に必要ない（当該事項が行われていなくても妥当である）と考えられる場合には「NA」（非該当）としています。

# 総括

## ■　種別

高度・専門機能「リハビリテーション（回復期）」を適用して審査を実施した。

## ■　認定の種別

書面審査および8月22日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

高度・専門機能「リハビリテーション（回復期）」認定

## ■　改善要望事項

高度・専門機能「リハビリテーション（回復期）」

該当する項目はありません。

１．病院の特色

貴院は1965年に石和中央病院として開設したのち、甲州リハビリテーション病院への名称変更など、幾重の変遷を経て現在に至っている。リハビリテーション科専門医をはじめとして、回復期リハビリテーションに必要な専門職を配置し、チームとして充実したリハビリテーションを展開している。また、急性期病院と連携し、退院後の生活支援まで、幅広いリハビリテーションニーズに応じられるよう、組織体制を確立している。

今回の病院機能評価を機に、今後のさらなる発展につながれば幸いである。

２．良質な回復期リハビリテーションを提供するための組織運営

回復期リハビリテーション病棟主体の病院のため、回復期リハビリテーション病棟の運営は、病院の理念・基本方針と合致している。リハビリテーション科専門医、認定臨床医、療法士、看護師、看護補助者など、365日にわたり十分なリハビリテーション・ケアが提供できる人員を確保している。回復期リハビリテーション病棟を統括的に運営する体制として、毎月病院運営会議を開催し、下部組織として、業務改善委員会も開催されている。病棟では、専従医師、病棟師長と療法士管理職が病棟運営の責任者として機能している。

院内の医療安全の体制として、医療安全対策委員会と事故対策委員会が設置されており、各部署に医療安全推進担当者を配置している。看護部では安全リンクナース委員会があり、療法士の代表が参加し、情報交換を行っている。入院時に紹介元の情報や入院時検査より、急変時のリスクを把握している。また、病棟生活や訓練時に起こりうる急変について、発生時の対応・手順を整備し、研修等で周知してい

る。感染予防対策委員会を中心に医療関連感染制御に関する体制が整備され、ICNと各病棟の感染対策担当者が確認・指導・教育を行うなど、安全で安心できる療養環境を整備している。

入院患者の診療データは、院内業務に活用するだけでなく、急性期病院や近隣の医療機関、介護施設と共有し、ホームページや広報誌にも指標が公開されている。診療データは病院運営会議にて評価・分析し、分析結果から課題を抽出し、改善に取り組んでいる。回復期リハビリテーション病棟への入院患者の多くは紹介入院であり、患者の紹介情報に基づき、多職種により入院判定を行っている。自宅退院後も必要なリハビリテーション・ケアを継続し、生活機能の維持向上を図るために、地域の医療機関や居宅支援事業所と連携を図っている。重症患者や独居等、自宅退院が困難であると予測される患者に対しては、入院時から担当の社会福祉士が関わり、患者・家族に意向の確認、意思決定支援、施設の情報提供を行っており、適切である。

３．回復期リハビリテーションに関わる職員の専門性

病棟にはリハビリテーション科専門医、臨床認定医が配置され、きめ細かいリハビリテーション医療を行うことができる体制である。医師は回診を行い、患者の病棟生活の状況などを多職種と情報共有し、初回カンファレンス、毎月の定期カンファレンスに参加している。また、院内研修会の講師や業務改善への関与、治療実績などについて分析・評価するなど、質向上に向けて指導・支援を行っている。看護基準・手順、介護基準を整備し、多くの介護職が介護福祉士の資格を有し、看護師と介護職のペアの受け持ち制としている。起床から更衣、食事、排泄、整容、入浴等、患者個々の能力評価を行いながら、病棟生活における活動を向上させるようケアを行っている。

理学療法士は、運動機能に関する検査や標準化された測定方法を用いて理学療法を行っている。作業療法士は、上肢運動機能に関する検査、標準的な生活機能の評価が設定され、作業療法を行っている。言語聴覚士は、標準的な評価方法で摂食嚥下機能やコミュニケーション機能、高次脳機能などについて言語聴覚療法を行っている。全ての療法士を病棟に配置し、モーニングケア・イブニングケアで実際のケアを行い、患者の病棟生活を把握している。また、ICFにより患者の全体像を把握し、課題を抽出し、多職種と協働でリハビリテーション計画を立案している。年間計画に基づき、認定・専門資格の取得に取り組み、多くの認定・専門資格者が在籍し、資格者の役割も明確にしているなど、療法士の質向上に向けた活動は適切である。

入退院支援担当の社会福祉士は入院前から患者・家族のニーズや情報を把握している。また、病棟に常駐し、朝のミーティングに参加し、入院中の実生活や課題を把握し、退院支援計画に反映させている。チームで設定した目標の達成に向けて、社会的援助計画について提案するなど、適切に他職種と協働している。社会福祉士に必要な勉強会やキャリアラダーが整備され、法人内でローテーションを行っている。管理栄養士は、入院時に全患者に入院前の食生活状況について聞き取りを行

い、MUST でスクリーニング評価を行い、GLIM 基準を用いた栄養アセスメントを行っている。また、嚥下造影検査に参加し、病態やリハビリテーションの進捗に伴い、活動量の変化に対して栄養量の変更などを多職種と協働して対応している。

４．チーム医療による回復期リハビリテーション・ケアの実践

入退院支援担当者は入院前に、患者の基本情報、経過、ADL 状況、センサーの使用、家族情報などの各種情報を多職種で共有している。入院後、早期にリハビリテーション総合実施計画書を立案し、患者・家族に説明している。また、進捗や課題に応じて計画を見直している。入院当日から毎日リハビリテーションを実施し、食事、移動、移乗、排泄、姿勢保持は能力に応じて、統一した安全な方法で支援している。日々のリハビリテーションの進捗状況は毎朝の朝会や電子カルテ内で共有している。

入院当日に、職種ごとに評価を行っており、その後定期的にケースカンファレンスを行い、多職種でリハビリテーション計画を検討している。新たな課題については、臨時カンファレンスを開催して評価・検討を行っている。カンファレンスでは、今後の目標達成に向けた具体的な介入内容の見直しや調整について、より充実した議論となることを期待したい。

必要に応じて退院前自宅訪問を行い、家屋改修や福祉用具の確認、介助指導を行うなど、自宅復帰に必要な患者固有の課題について把握に努めている。退院後の生活で課題となりうる ADL に対し、多職種により自立支援や介護量の軽減に向けて取り組んでいる。

# 1　良質な回復期リハビリテーションを提供するための組織運営

# *評価判定結果*

## 1.1　良質なリハビリテーションを提供するための体制

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.1.1 | 回復期リハビリテーション病棟の運営に関する方針が明確である | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>4 病棟のうち 3 病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している。回復期リハビリテーション病棟主体の病院のため、回復期リハビリテーション病棟の運営は、病院の理念・基本方針と合致している。「私たちは、患者さん一人ひとりのより豊かな人生のために、質の高いリハビリテーション医療を提供し、地域リハビリテーション活動に貢献します」の病院理念に基づき、基本方針が明文化されており、病院運営会議、法人運営会議にて定期的に見直しを行っている。ホームページや院内掲示、入院案内、パンフレットなどを通して患者･家族に周知している。職員には研修会やオリエンテーション、配布物などで周知している。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>特記なし。 |
| 1.1.2 | 良質な回復期リハビリテーション機能を発揮するために必要な人員を配置している | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>リハビリテーション科専門医 3 名、認定臨床医 3 名、理学療法士 59 名、作業療法士 35 名、言語聴覚士 18 名、看護師 86 名、看護補助者 41 名、社会福祉士 6 名、薬剤師 3 名、管理栄養士 7 名など、365 日にわたり十分なリハビリテーション・ケアが提供できる人員が確保されている。また、療法士の早出・遅出勤務の導入など、患者の 1 日の生活時間帯に応じた人員配置に取り組んでいる。脳卒中リハビリテーション看護認定看護師、回復期リハビリテーション病棟協会認定看護師、セラピストマネージャーの認定取得の支援など、良質な回復期リハビリテーションを提供するために取り組んでおり、適切である。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>薬剤師のマンパワー不足は運用で補完しているが、今後人員を確保し、充実した体制となるとさらに良い。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.1.3 | リハビリテーションを提供するための組織体制が確立している | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>回復期リハビリテーション病棟を統括的に運営するための体制として、月に1回病院運営会議を開催し、下部組織として、業務改善委員会が月1回開催されている。病棟では、専従医師、病棟師長と療法士管理職が病棟運営の責任者として機能している。病棟に関わるスタッフがチームとして活動する組織体制となっており、適切である。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |

| | |
|---|---|
| 1.2 | 安全で質の高いリハビリテーションを実践するための取り組み |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.2.1 | 患者の安全確保に向けた体制を整備している | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>院内の医療安全の体制として、医療安全対策委員会と事故対策委員会が設置されており、各部署に医療安全推進担当者を配置している。看護部では安全リンクナース委員会があり、療法士の代表が参加し、情報交換を行っている。医療安全対策委員会のメンバーは医療安全カンファレンスを週1回開催し、インシデント・アクシデント報告の共有と対策について検討を行っている。病棟では看護師長と看護師、療法士が協働して安全管理を行う体制としている。インシデント・アクシデントレポートはインシデント管理システムを使用し、迅速な報告、閲覧、情報共有、集計を行い、委員会によるP-mSHELL分析・対策・再発防止策の確認や再検討を行っている。毎月医療安全ニュースを発行し、各年度の集計を行っており、全職員を対象とした研修で情報を周知している。対策の実施状況の確認は、医療安全管理者と部署の安全リンクナースによるラウンドを定期的に行い、有効性について評価している。転倒・転落の発生が多い時間帯には、療法士の早出・遅出を導入し、介入することで発生件数の減少に繋がっている。KYT等を含む学習会、研修を実施している。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.2.2 | 患者の急変時に適切に対応できる仕組みを整備している | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>入院時に紹介元の情報や入院時検査より、急変時のリスクを把握し、チームで情報共有している。病棟生活や訓練時に起こりうる急変について、発生時の対応・手順が整備され、研修等で周知されている。転倒発生時の医師の診察・処置・報告・家族への説明などは適切に行われている。リハビリテーション中止基準は全ての症例に対し、主治医の指示が出されている。緊急コールを設定し、急変時の対応として部署内訓練やリハビリテーション訓練室ではシミュレーション訓練が行われている。AED は各フロアに設置されており、全職種対象の BLS 訓練が実施されている。職員は院内緊急コールやインシデント・アクシデント発生時の対応内容が記載された「職員ハンドブック」を携帯し、リハビリテーション室では緊急コール発生時、転倒時、緊急時の対応を表示したアクションカードがあり、発生時はカードを使用しながら適切に対応している。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |
| 1.2.3 | 安全で安心できる療養環境の整備に努めている | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>感染予防対策委員会を中心に医療関連感染制御に関する体制が整備され、ICN と各病棟の感染対策担当者が確認・指導・教育を行っている。使用後の器具はアルコール清拭を行い、常時マスク、IC グラスを着用し、感染症患者の対応時は PPE を着用している。カテーテル関連尿路感染サーベイランスを実施し、薬剤耐性菌サーベイランスは JANIS に参加している。患者の離院・離棟防止対策は、多職種でリスクを考慮した観察・アセスメントを検討した上で、該当患者の写真を関連部署に配布し、防犯カメラによる確認や院内の入口の施錠管理が行われている。病室、階段、トイレ、洗面所、浴室、食堂は安全と感染、プライバシーに配慮した環境が整備されており、スタッフコールとしてタッチコールも用意されている。車椅子、歩行器、患者の杖は障害や体格に応じて選択が可能である。法人内には福祉用具貸与・販売事業所があり、福祉用具の販売・レンタルが可能となっている。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |

1.3　質改善に向けた取り組み

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.3.1 | 回復期リハビリテーションの質改善に必要なデータを収集し活用している | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>各職種がサマリーを適切に作成し、データとして蓄積している。入院患者の診療データは、院内業務に活用するだけでなく、急性期病院や近隣の医療機関、介護施設と共有し、ホームページや広報誌にも指標が公開されている。診療データは病院運営会議にて評価・分析が行われ、分析結果から課題を抽出し、改善に取り組んでいる。病院としてデータに基づき、PDCA サイクルを回して質の向上に繋げる仕組みとなっており、評価できる。退院後フォローアップ評価については、退院患者の 3 か月後フォローアップ調査を実施し、在宅支援検討会に報告され、現場にフィードバックしており、提供する治療の質の向上に活用している。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>特記なし。 |
| 1.3.2 | 回復期リハビリテーションに関する自院の課題の把握と対応策を検討している | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>病院長は、回復期リハビリテーションから地域リハビリテーションの展開を進めること、人材確保を課題として取り組んでいる。病院の業務改善や対応・運営ルール、中・長期計画などは病院運営会議、法人運営会議で検討し、方針が決定されている。2022 年 4 月から、現場の課題などは、セラピストマネージャーや回復期リハビリテーション病棟協会認定看護師から構成される「回復期リハ病棟ワーキングチーム」と、多職種から構成される「多職種リーダーワーキングチーム」がそれぞれ定期的に検討を行っている。ワーキングチームで決定した内容は、業務改善委員会、病院運営会議にて承認され、各部署の部内会議などで職員に周知し、実働として取り組んでいる。継続的に取り組み、今後の成果を期待したい。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>特記なし。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.3.3 | 回復期リハビリテーションに関する教育・研修を行っている | Ⅰ | 【適切に取り組まれている点】<br>院内教育委員会が主体となり、年間計画に基づき、医療安全、医療関連感染制御、倫理などについて研修会を行っている。看護師、療法士、社会福祉士、栄養士など職種ごとにキャリアダラーが設定され、研修会が実施されている。WEB 研修などを導入し、参加しやすいよう工夫している。また、管理者研修や標準的評価ツールである FIM を適正に行うための研修が行われている。各職種の研究について多くの発表を行っており、専門資格や認定資格の取得に向けて組織的に取り組んでいる。職種横断的な研修として、在宅支援検討会において、退院後の症例について在宅部門と回復期部門が協働して検討している。また、病院の課題である人材確保に対して、職員自らの学習機会を保障する独自の制度を設け、年間 15 名程度が利用しており、教育・研修の取り組みは、高く評価できる。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.4 | 地域の医療機関等との連携とリハビリテーションの継続に向けた取り組み | | |
| 1.4.1 | 急性期病院と円滑に連携している | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>回復期リハビリテーション病棟への入院患者の多くは紹介入院であり、入退院支援担当の社会福祉士を連携窓口としている。入院基準を明確にしており、患者の紹介情報に基づき、多職種による入院判定会議を月曜日から金曜日に開催し、入院判定を行っている。積極的に入院の申し込みを受け入れており、急性期病院と円滑に連携し、転院の相談後、平均 2 週間以内に転院を受け入れている。地域連携パスは活用していないが、定期的に急性期病院と連携会議を行っている。急変時にも急性期病院と連携を行い、また、退院後には報告書を紹介元病院に送付し、フィードバックしており、適切である。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.4.2 | 自宅復帰後のリハビリテーション・ケアの継続に向けて地域サービス提供機関等と円滑に連携している | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>自宅退院後も必要なリハビリテーション・ケアを継続し、生活機能の維持向上を図るために、地域包括ケア推進部が中心となり、地域の医療機関や居宅支援事業所と連携を図っている。また、自院・法人内の外来リハビリテーション、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、訪問看護、訪問介護等に繋げている。ケアマネジャーに対しては、入院時・退院前自宅訪問の結果や指導内容を情報共有している。高次脳機能障害者に対しては部内の高次脳機能障害者支援センターと連携を図っている。介護保険適用外の患者に対しては、自立支援サービスの案内や地域サロンへの参加、生活支援コーディネーターと連携して対応している。退院3か月後には、退院後調査として地域連携課の療法士が患者の身体機能や生活状況、サービスの利用状況を確認し、2か月に1回開催される在宅支援検討会において、入院中の治療・ケア、退院支援の成果、課題を振り返る体制がある。地域の実情に沿った支援として、外来リハビリテーションでは就労支援・運転再開支援を行っており、自動車学校との連携により、積極的に実車訓練が行われている。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>特記なし。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.4.3 | 自宅復帰が困難な患者のリハビリテーション・ケアの継続に向けて施設等と円滑に連携している | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>重症患者や独居等、自宅退院が困難であると予測される患者に対しては、入院時から担当の社会福祉士が関わり、患者・家族に意向の確認、意思決定支援、施設の情報提供を行っている。施設の条件・情報は常に最新に更新されており、個別性や患者・家族のニーズに応じた施設を調整している。退院後のリハビリテーション・ケアの継続のために、看護サマリー、リハビリテーションサマリーを提供しており、重度の障害者に対してはADL項目別の介助内容や方法をサマリーとして提供している。また、環境調整について指導を行っている。法人内のサービスや地域連携については月１回、グループ内の相談員、ケアマネジャー等が参加するオンライン連携ミーティングを開催し、ケースの振り返りやモデルケースの情報共有を行っており、適切である。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>特記なし。 |

# 2　回復期リハビリテーションに関わる職員の専門性

# *評価判定結果*

## 2.1　回復期リハビリテーション病棟における医師の専門性の発揮

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.1.1 | 医師は専門的な役割・機能を発揮している | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>病棟にはリハビリテーション科専門医、臨床認定医が配置され、きめ細かいリハビリテーション医療を行うことができる体制である。脳神経外科、整形外科、循環器内科、脳神経内科、消化器内科の専門の異なる医師が常勤しており、医師による介入のベースラインの均一化を図られ、入院時の医学的評価や合併症や併存症の管理、評価に基づくリハビリテーション処方、リスク管理などに対する指示が出されている。装具診は、必要に応じてリハビリテーション科専門医が療法士と外部の義肢装具士と実施している。嚥下造影検査も行われている。泌尿器科、皮膚科、精神神経科などの外部医師の診察協力も得られている。合併症に関しては、必要に応じて急性期病院と連携して対応しており、適切である。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>特記なし。 |
| 2.1.2 | 医師は患者の実生活を踏まえた指導・支援を行っている | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>医師はほぼ毎日回診を行い、患者の病棟での生活状況などを多職種と情報共有している。また、医師はADLの進捗状況を踏まえ、毎月の定例カンファレンスや臨時カンファレンスで多職種と議論し、指示を出している。在宅復帰に向けた課題や合併症の評価を行った上で、リハビリテーションの進捗状況や予後について、毎月医師が患者･家族面談で説明し、同意を得ている。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>退院後の生活に関しては、ICFを活用した評価と目標に基づいた指導が行われるとなお良い。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.1.3 | 医師はチーム医療の実践に適切に関与している | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>医師は初回カンファレンス、毎月の定期カンファレンスに参加している。カンファレンスでは、各職種からの報告に基づき、議論のまとめ役やファシリテーターとして役割を担い、前回からの課題解決の進捗を確認し、目標設定や修正を他職種と協働して進め、役割を発揮している。カンファレンスでの議論に基づき、リハビリテーション総合実施計画書の修正やFIM評価の整合性などを確認しており、適切である。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>特記なし。 |
| 2.1.4 | 医師は質向上に向けた活動に取り組んでいる | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>医師は院内研修会の講師を務めるなど、スタッフ教育に寄与している。院内の業務改善のための業務改善委員会のメンバーとして活動し、また、治療実績などの分析・評価を行い、質向上に向けた指導・支援を行っている。研究に関しても、療法士とモーションキャプチャーを活用した歩行解析などに取り組み、発表した実績がある。ロボティックスなどの新規治療などにも取り組んでいる。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>特記なし。 |

## 2.2　回復期リハビリテーション病棟における看護・介護職の専門性の発揮

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.2.1 | 看護・介護職は役割・専門性を発揮している | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>看護基準・手順、介護基準が整備され、多くの介護職が介護福祉士の資格を有し、看護師と介護職のペアの受け持ち制としている。入院時に、情報収集・アセスメントが行われ、転倒・転落アセスメント、褥瘡リスク評価、スキンテアリスク評価、MDRPU リスク評価、疾病に応じた看護計画と看護計画内に介護計画が立案されている。定期的な評価は 1 か月ごとに行われ、ケースカンファレンス後の計画の追加や修正が行われている。FIM 評価は療法士が「できる ADL」、看護師が「している ADL」の評価をそれぞれ行っている。療養環境の調整は ADL に応じた安全性と快適さを考慮し、多職種で検討後、ベッド周囲の環境設定や介護用具の選択を行っている。退院後の生活の課題に対しては計画的に血圧管理、糖尿病管理、胃瘻管理、介護指導について指導している。療養生活の QOL 向上に対し、介護福祉士は毎日のレクリエーションやラジオ体操・口腔体操を行い、離床促進や状態観察を行い、記録しており、適切である。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>特記なし。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.2.2 | 看護・介護職は患者の実生活を踏まえた指導・支援を行っている | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>看護・介護職は起床から更衣、食事、排泄、整容、入浴等、患者個々の能力評価を行いながら、病棟生活における活動を向上させるようケアを行っている。入院前の生活状況、家屋環境、介護力の情報より、初期計画を作成している。また、予測されるゴールから、必要な生活環境を検討し、早期から退院支援が開始される。指導マニュアルに添って、介護福祉士は「看護実習モデル」を活用して、家族におむつ指導が行われている。患者の心理的ケアについては、多職種にて面談時に確認した情報等を共有し、フォローを行っている。家族に対しては電話や面会、荷物受け渡し時に患者の情報を伝え、家族の精神的ケアも行っている。認知症や障害受容などの対応が必要な場合は、認知症看護認定看護師や脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の介入などにより、統一した対応を行っている。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>特記なし。 |
| 2.2.3 | 看護・介護職はチーム医療の実践に適切に関与している | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>看護・介護職は患者の健康状態や夜間を含む日常生活の状況について、毎朝の朝会やカンファレンスにおいて多職種で情報共有を行っている。また、リハビリテーション総合実施計画書の目標設定に参画し、多職種からの情報や各計画を共有し、看護計画・介護計画の見直しや看護・介護介入に活かしている。「できるADL」を「しているADL」として安全に行うために療法士による評価後、看護師・介護職による日中・夜間の評価を評価表に添って3日間実施し、判定している。リハビリテーション以外の患者活動や入浴時の介入・観察情報について記録を行い、患者の健康状態やADL能力の変化についても情報共有が行われている。多職種会議には介護福祉士のリーダーも参加し、課題や取り組みを共有している。ADL情報や安全対策・移動時の介助内容はカルテ内に記載され、常時確認ができる仕組みになっている。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>特記なし。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.2.4 | 看護・介護職は質向上に向けた活動に取り組んでいる | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>病院の教育委員会に加え、看護年間教育計画に沿って、新人・ラダー別教育を実施している。途中入職者に対してもキャリアに応じた指導を行っている。各病棟に回復期リハビリテーション病棟協会認定看護師を配置し、看護・介護の質向上に向けた指導・教育活動を行っている。認知症看護認定看護師や脳卒中リハビリテーション看護認定看護師による相談支援や介入があり、継続的な研究活動として高齢者の排泄チェック表に関する学会発表を行っている。業務改善として、看護方式にアメーバ・ナーシングを導入し、チームの教育強化が図られている。また、2023 年度も、感染管理認定看護師、回復期リハビリテーション病棟協会認定看護師の資格の取得に向けて取り組んでいる。<br><br>【課題と思われる点】<br>介護福祉士は介護実習指導者講習の受講や介護実践スキル評価者として介護アセッサーの資格取得に取り組むことを期待したい。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.3 | 回復期リハビリテーション病棟における療法士の専門性の発揮 | | |
| 2.3.1.P | 理学療法士は役割・専門性を発揮している | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>理学療法士は、運動機能に関する検査や標準化された測定方法を用いて理学療法を行っている。動作解析機器が導入されており、初期評価だけでなく、定期的に評価し、介入効果の確認と専門性の向上に活用している。入院後 5 日以内に実施されるケースカンファレンスでは、評価結果に基づき短期および長期目標が立案され、月に 1 回見直しが行われている。補装具については医師、理学療法士、義肢装具士により、週に 1 回と必要に応じて検討を行っている。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.3.1.0 | 作業療法士は役割・専門性を発揮している | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>作業療法士は、上肢運動機能に関する検査、標準的な生活機能の評価が設定され、作業療法を行っている。また、入院初日の夕方、翌日朝の ADL に介入し、評価を行っている。入院後 5 日以内に実施されるケースカンファレンスでは、短期および長期目標が立案され、月に 1 回見直しが行われている。また、作業療法領域を 6 グループに分けて領域ごとに専門性を高める取り組みを行っている。多数の食事自助具を揃え、管理栄養士と食具検討会を実施し、入浴 1 回目から介入するなど、患者の ADL 改善に向けた取り組みが実施されている。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |
| 2.3.1.S | 言語聴覚士は役割・専門性を発揮している | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>言語聴覚士は、標準的な評価方法で摂食嚥下機能やコミュニケーション機能、高次脳機能などについて言語聴覚療法を行っている。入院後 5 日以内に実施されるケースカンファレンスでは、短期および長期目標が立案され、月に 1 回見直しが行われている。食事は、入院の 1 食目から摂食嚥下機能の評価に介入し、必要に応じて嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査を実施し、機能改善に取り組んでいる。重度のコミュニケーション障害患者に対し、コミュニケーションカード、コミュニケーションノートや iPad などを活用し、適切に対応している。作業療法士と重複する領域の役割の分担について共有している。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.3.2 | 療法士は患者の実生活を踏まえた指導・支援を行っている | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>全ての療法士を病棟に配置している。モーニングケア・イブニングケアで実際のケアを行い、患者の病棟生活を把握している。また、ADL の評価・訓練を行い、多職種と介入方法を検討している。病前の生活状況の把握のため、地域連携課の理学療法士が入院時訪問を行い、動画や写真を使用して家屋状況を把握し、共有している。また、入浴は初回から全て作業療法士が評価・介入してから看護師や介護士に移行されている。移乗などのケアに難渋する場合は、ケア方法を多職種で検討している。また、療法士が食事の評価を行い、介入している。退院前には必要に応じて自宅訪問による介助指導が行われており、病棟生活や入院前・退院後の実生活を踏まえた指導・支援が行われている。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |
| 2.3.3 | 療法士はチーム医療の実践に適切に関与している | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>入院当日に各療法士が評価を行い、情報収集を行っており、電子カルテで共有している。その後の詳細な評価に基づき、ICF による全体像を把握し、課題を抽出し、多職種と協働でリハビリテーション計画が立案されている。療法士は病棟に配置されており、電子カルテ内に一元的に訓練記録が管理されている。患者の日常的な情報は、毎朝の朝会と電子カルテの記録が共有されている。専門用語については略語集を整備している。患者ごとの ADL や環境設定は実際のケア場面を多職種で検討し、電子カルテ内で共有している。訓練、入浴、面談など患者ごとのスケジュール表は、それぞれ病室に掲示されている。また、療法士間の患者情報の伝達、共有を行う仕組みが構築されている。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.3.4 | 療法士は質向上に向けた活動に取り組んでいる | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>キャリアラダーを整備し、職種ごとの教育プログラムに基づき研修会を実施している。年間計画に基づき、認定・専門資格の取得に取り組み、多くの認定・専門資格者が在籍し、資格者の役割も明確である。学会発表、論文投稿や書籍の執筆も積極的に行われている。また、多職種協働の推進のため、療法士は多職種ワーキングチームや回復期ワーキングチームに参加し、モーニングケアやイブイングケアの配置や効率的な人員配置など、業務改善について検討を行っている。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.4 | 回復期リハビリテーション病棟における社会福祉士の専門性の発揮 | | |
| 2.4.1 | 社会福祉士は役割・専門性を発揮している | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>入退院支援担当の社会福祉士は入院前から患者・家族、院内外の関係職種に対し、面接や電話などを通して患者・家族のニーズや情報を把握している。入院後は各病棟の専従の社会福祉士が全入院患者を担当し、ICF に基づいた情報収集・アセスメントを行い、入院前の情報を含めて情報共有している。支援経過等は電子カルテに記載し、多職種間で共有している。患者の家庭環境に応じて自宅や施設に同行し、ケアマネジャーと適切に連携を行っている。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.4.2 | 社会福祉士は患者の実生活を踏まえた指導・支援を行っている | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>病棟担当の社会福祉士は紹介元からの情報や入院後面談に基づき、入院前の実生活や生活課題を整理している。病棟に常駐し、朝のミーティングに参加し、ADL の変更情報、リハビリテーション見学、ラジオ体操の実施などを通して、入院中の実生活や課題を把握し、退院支援計画に反映させている。また、入院前・退院後のフォーマル・インフォーマルの情報を ICF 概念図で整理し、支援に繋げている。ケースカンファレンスやリハビリテーションカンファレンスにも参加し、退院後のサービス提供業者との調整や引き継ぎ、フォローアップを継続して行っており、適切である。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>特記なし。 |
| 2.4.3 | 社会福祉士はチーム医療の実践に適切に関与している | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>カンファレンスでは、入院前の生活課題や社会的問題に関する情報提供を行っている。チームで設定した目標の達成に向けて、社会的援助計画について提案するなど、適切に他職種と協働している。患者・家族に対しては面談や電話連絡を行い、意向を踏まえて院内外関係者や担当ケアマネジャーと連携し、必要な介護体制の確保や在宅復帰に向けた準備を行っている。介護量が多いと予測される場合は、各職種に内容を確認し、必要な介助量やサービス利用時間を検討している。必要に応じて退院前カンファレンスを開催し、サービスの調整を行っている。進捗状況は電子カルテに記載している。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>特記なし。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.4.4 | 社会福祉士は質向上に向けた活動に取り組んでいる | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>社会福祉士に必要な勉強会やキャリアラダーが整備され、法人内でローテーションを行うなど、計画的な教育・指導の体制が整備されている。認定社会福祉士、介護支援専門員の資格取得者が在籍し、他の社会福祉士に対する教育や支援を行っている。また、地域の医療機関の情報連携会に参加している。身寄りのない患者に関する支援マニュアルの整備、コロナ禍における入院患者の家族向け総合相談会の取り組みにおける学会発表等、継続的に研究活動が行われている。地域活動としては、地域における身寄りのない方に対する課題解決に向けた仕組みづくりに参画するなど、地域の課題を適切に把握し、取り組んでいる。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.5 | 回復期リハビリテーション病棟における管理栄養士の専門性の発揮 | | |
| 2.5.1 | 管理栄養士は役割・専門性を発揮している | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>管理栄養士は、各回復期リハビリテーション病棟の患者を担当している。入院時には、全患者に入院前の食生活状況について聞き取りを行い、MUST でスクリーニング評価を行い、GLIM 基準を用いた栄養アセスメントを行っている。また、栄養回診やミールラウンドに基づき、評価を行い、栄養方法について選択しており、評価できる。栄養管理が必要な患者には週 1 回以上のモニタリングを行い、リハビリテーションの進捗を踏まえた栄養計画の見直しや食形態の見直しが体系的に行われており、適切である。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.5.2 | 管理栄養士は患者の実生活を踏まえた指導・支援を行っている | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>管理栄養士は、入院時に栄養スクリーニングを行っている。食事場面では、看護師や言語聴覚士が観察し、病棟における患者の食事動作、嚥下状態、喫食状況を確認し、食事姿勢や食器の選択などについて提案している。退院に向けて、生活環境を踏まえ、嚥下調整食の継続が必要な患者には作業療法士と協働で調理実習を行うなど、指導を行っている。また、必要な患者には栄養情報提供書を作成している。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |
| 2.5.3 | 管理栄養士はチーム医療の実践に適切に関与している | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>管理栄養士は、入院後の初期カンファレンス、定期カンファレンスに参加し、多職種と情報を共有して目標と計画を決定している。また、嚥下造影検査に参加し、病態やリハビリテーションの進捗に伴い、活動量の変化に対して栄養量も変更し、摂食嚥下機能の改善に伴う食形態の変更について、多職種と協働して対応している。また、栄養サポートチーム（NST）研修に参加し、今後、NST チームの一員として活動する予定であり、今後の活動に期待したい。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |
| 2.5.4 | 管理栄養士は質向上に向けた活動に取り組んでいる | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>管理栄養士は、在宅栄養専門管理栄養士の資格を有し、専門的な栄養管理を行っている。管理栄養士は外部研修会に積極的に参加し、得た情報は院内勉強会などで発表している。定期的に食事に関する患者のアンケート調査を実施し、その結果を検討し、食事サービスの質の向上や嗜好などに配慮して対応を行っている。研究活動の取り組みとして、回復期リハビリテーション病棟協会研究大会で発表した実績がある。今後、栄養に関するデータを収集し、情報を蓄積し、院内外の研究会、学会発表などの実績を積み上げ、さらなる栄養管理の質の向上を期待したい。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |

# 3　チーム医療による回復期リハビリテーション・ケアの実践

# *評価判定結果*

## 3.1　初期評価とリハビリテーション計画の立案

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3.1.1 | 初期評価を適切に行っている | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>入院前に入退院支援担当者は、患者の基本情報、経過、ADL 状況、センサーの使用、家族情報などの各種情報を電子カルテに記載し、多職種で共有している。入院当日に、医師をはじめとする多職種が評価を行い、基本的な身体機能、ADL 能力を評価し、患者・家族の要望の聞き取りを行っている。入院時カンファレンスにおいて各職種の評価の確認とリスク情報、ベッド周りの環境調整などについて協議している。その後、暫定的な目標を立案し、入院診療計画書、リハビリテーション実施計画書を作成している。ICF に関する評価も行われている。リハビリテーション・ケアの実施に向け、定期カンファレンス前には、多職種により ADL の最大能力と日常の実行状況について検討している。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>主に社会福祉士が ICF シートのカルテ入力を行っているが、各職種がそれぞれの情報を記載し、シートを活用して全体像を共有するとさらに良い。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3.1.2 | リハビリテーション計画を適切に立案している | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>入院5日以内に、多職種が参加するカンファレンスを開催し、カンファレンス結果に基づき、リハビリテーション総合実施計画書を立案している。医師は入院後10日以内に行う患者家族面談において、リハビリテーションの進捗状況や計画について説明し、意向を確認している。面談には多職種が同席し、患者・家族の理解を深めるよう努め、記録に残している。その後も定期カンファレンスにおいて進捗報告と課題を確認し、リハビリテーション総合実施計画書を見直しており、医師から患者・家族に説明している。また、院内パスを使用し、入院から退院までのリハビリテーション・ケアの内容や目標・達成時期について患者・家族に説明を行い、理解を深めるよう工夫して対応している。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>患者・家族の意向やICFの活動・参加を反映した個別性のあるリハビリテーション総合実施計画書を記載するとさらに良い。 |

## 3.2　専門職による回復期リハビリテーション・ケアの実施

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3.2.1 | 各職種により患者に必要なリハビリテーション・ケアを実施している | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>入院当日から毎日リハビリテーションを実施し、1 日平均 6.5 単位以上である。食事、移動、移乗、排泄、姿勢保持は能力に応じて、統一した安全な方法で支援している。「している ADL」と「できる ADL」の乖離を可能な限り少なくするため、リハビリテーション・ケア方法について多職種で話し合い、各種カンファレンスやミーティングで報告している。内容は電子カルテや ADL 一覧表で情報共有している。日常生活自立に向けて療法士は朝夕に勤務し、必要なケアと訓練を実施している。個別のリハビリテーション以外の時間帯における活動性の向上に向けて、車椅子で経管栄養を行い、ミトンなどの抑制を行わない工夫や離床を促す活動、ラジオ体操などを行っている。また、介護福祉士が主体となり余暇活動等を実施し、患者の主体的な参加や意欲向上が図られている。歯科衛生士は口腔状態の確認と口腔ケアの方法について提案している。薬剤師は副作用について説明し、服薬状況の確認や自己管理に向けた提案などを行っている。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>特記なし。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3.2.2 | リハビリテーションの進捗状況を共有している | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>日々のリハビリテーションの進捗状況は毎朝の朝会や電子カルテ内で共有されている。訓練スケジュールは、病棟スタッフで共有すると共に、患者にも別紙で配布している。日々のリハビリテーション・ケア記録はSOAPで統一し、評価結果やケア・訓練の状況を電子カルテ内で情報共有している。歩行自立やトイレ動作自立等、各種の自立に向けた評価は、評価用紙に基づき、療法士による評価後、看護・介護職が日中・夜間3日間の評価結果を踏まえ、自立への移行を検討している。療法士は患者ごとにプログラム用紙を作成し、目標、安全管理、プログラム内容を共有している。代行療法士には、担当療法士が作成したプログラム表を定期的に更新し、情報共有する仕組みとなっている。コロナ禍では、歩行動画などの各種訓練場面を家族に確認してもらうなど、工夫して対応している。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>特記なし。 |

## 3.3　多職種による課題の共有と対応

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3.3.1 | 定期的な情報共有による新たな課題の評価・検討を行っている | Ⅲ | 【適切に取り組まれている点】<br>入院当日に、職種ごとに評価を行っている。また、入院後5日以内にケースカンファレンスを行い、その後、1か月ごとにケースカンファレンスを開催し、定期的に多職種でリハビリテーション計画を検討している。新たな課題については、臨時カンファレンスを開催して評価・検討を行っている。カンファレンスはチームリーダーであるリハビリテーション専門医を中心に、各職種の情報に基づき、目標の更新と新たなプログラムについて検討している。カンファレンスの内容は、リハビリテーション総合実施計画書と院内パスを用いて、患者・家族に説明している。患者・家族の理解度を確認し、理解不十分な場合は資料等を用いて追加で説明を行っており、適切に対応している。<br><br>【課題と思われる点】<br>カンファレンスにおいて、前回の目標の達成状況を踏まえ、今後の目標達成に向けた具体的な介入内容の見直しや調整に関する協議が十分とは言えない。具体的な介入や指導内容について検討することが望まれる。 |
| 3.3.2 | 新たな課題の解決に向けたリハビリテーション・ケアを実施している | Ⅱ | 【適切に取り組まれている点】<br>新たな課題解決のため、定期的なカンファレンスだけでなく、臨時カンファレンスを開催する仕組みがある。リスクやADLの変化に伴い、生じた課題について検討し、新たな課題の解決に向けて、各職種が適切に計画を立案している。カンファレンスでは、議論を踏まえ、各職種のリハビリテーション・ケア計画が検討されている。職種横断的なカンファレンスについては、摂食嚥下カンファレンスがあり、VF検査の必要性や治療計画、新たな治療方法について検討している。また、ミールラウウンド・褥瘡ラウンドがあり、看護介護計画やリハビリテーションプログラムが適宜修正されている。<br><br>【課題と思われる点】<br>特記なし。 |

## 3.4　自宅復帰に向けた多職種による協働

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3.4.1 | 自宅復帰とその維持に必要な患者固有の課題の評価・検討を行っている | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>入院後、必要に応じて入院時訪問の実施や、介護能力の評価、動画や写真を利用した家屋状況などについて情報収集を行い、課題を明確にしている。必要に応じて退院前自宅訪問を行い、家屋改修や福祉用具の確認、介助指導も行われている。患者・家族やケアマネジャーを含めた退院前カンファレンスを行い、電子カルテ内で適切に情報共有している。管理栄養士や薬剤師は、看護師と連携しながら、退院に向けて食事や内服管理の指導を行っている。高次脳機能障害患者・家族には、院内の高次脳機能障害者支援センターと連携を行っている。また、社会参加に向けた取り組みとして、院内リハビリテーション農園や、地元の教習所と連携し、運転再開を目指して積極的に支援している。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>特記なし。 |
| 3.4.2 | 自宅復帰とその維持に向けた課題の解決のための具体的な取り組みを行っている | Ⅱ | **【適切に取り組まれている点】**<br>職種ごとにサマリーを作成し、かかりつけ医やサービス担当者に情報提供している。退院後の生活で課題となりうる ADL に対し、多職種により、自立支援や介護量の軽減に向けて取り組んでいる。退院前には退院前カンファレンスやサービス担当者会議を開催し、在宅サービスと円滑な連携を進めている。退院後 3 か月の生活について、具体的な検討を行い、担当者が電話で生活状況の聞き取りを行い、その結果を回復期リハビリテーション部門と関連法人の生活期部門合同の在宅支援検討会で検討するなど、現状と入院リハビリテーションの適切性について検討を行っている。<br><br>**【課題と思われる点】**<br>特記なし。 |