

理学療法部門マネジメント のためのガイドライン (第1版)



目次

1. はじめに	.....	1
2. 目的	.....	2
3. 対象	.....	3
4. ガイドライン作成プロセス	.....	4
5. ガイドラインの概要	.....	7
6. 各論		
A. リーダーシップ		
定義・目的	.....	11
構成要素	.....	11
チェックリスト	.....	12
用語解説	.....	25
文献	.....	32
B. 資源管理		
定義・目的	.....	35
構成要素	.....	35
チェックリスト	.....	36
用語解説	.....	48
文献	.....	48
C. チーム医療と連携		
定義・目的	.....	52
構成要素	.....	52
チェックリスト	.....	53
用語解説	.....	67
文献	.....	69
D. 職員教育		
定義・目的	.....	75

構成要素	75
チェックリスト	76
用語解説	90
文献	91
E. 安全管理	
定義・目的	92
構成要素	92
チェックリスト	93
用語解説	103
文献	104
F. 感染管理	
定義・目的	106
構成要素	106
チェックリスト	107
用語解説	121
文献	121
G. 患者中心の医療	
定義・目的	124
構成要素	125
チェックリスト	125
用語解説	130
文献	131
7. 7つの理学療法管理業務における「Question 一覧」	133
リーダーシップ	134
資源管理	137
チーム医療と連携	139
職員教育	141
安全管理	143

感染管理	.....	146
患者中心の医療	.....	147
8. おわりに	.....	148
9. 索引	.....	149
10. ガイドライン作成者	.....	154
11. ガイドライン作成者の利益相反に関する開示	.....	156

1

はじめに(ガイドライン策定の趣旨)

現代の医療現場は、急速な技術革新とともに複雑性が増し、高度な医療が求められる時代となっている。これに加え、多職種が連携して患者に対する包括的なケアを提供する必要があり、その重要性はますます高まっている。また、医療現場における働き方改革の推進やハラスメント対策の強化も社会的な要請として求められており、これらすべてを考慮した上で、医療の質や理学療法士の質が問われる時代に突入している。

このような状況下において、理学療法部門の管理者には、現場で直面する多岐にわたる課題に対応しながら、高品質な理学療法サービスを提供することが求められている。医療の複雑化や高度化に伴う要求に応えるため、管理者にはより高度なマネジメントスキルが必要とされ、その役割はこれまで以上に重要かつ困難なものとなっている。特に、組織内外のさまざまなステークホルダーとの調整、限られたリソースの効率的な配分、スタッフの適切な教育・育成、安全管理の徹底、感染対策の強化など、多様な課題に迅速かつ的確に対応することが不可欠である。

こうした現状を踏まえ、日本理学療法管理学会は、医療施設における理学療法部門の管理者を支援するために「理学療法部門マネジメントガイドライン(以下、本ガイドライン)」を策定した。本ガイドラインは、現場の複雑な課題に対処するための実践的な指針を提供することを目的としている。具体的には、リーダーシップの発揮、患者中心の医療の推進、安全管理の徹底、感染予防策の実施、チーム医療の強化、職員教育の充実、資源の適切な管理といった多岐にわたる分野において、管理者が直面する可能性の高い課題に対する具体的な解決策や方針を示している。

本ガイドラインは、全国の医療施設において、理学療法部門がその質を高め、患者に対して最良のケアを提供できるようにするための参考となるものを目指した。各施設が本ガイドラインを基に、自施設の特性や状況に応じたマニュアルや規定を策定することで、理学療法部門の質を向上させることに期待したい。管理者は本ガイドラインを活用し、効果的な管理運営を行うことで、組織全体の目標達成に寄与し、ひいては患者の生活の質の向上に貢献することが期待される。また、ガイドラインの策定にあたっては、実際の現場での運用を重視し、現場管理者が日常の業務の中で直面する課題を解決するための具体的な手法やツールを取り入れている。本ガイドラインが、理学療法部門の管理者にとって日々の業務の支えとなり、さらに理学療法管理の質を向上させるための一助となることを願う。

2

目的

本ガイドラインは、理学療法部門の管理者が直面する課題に対応し、効果的なマネジメントを実現するための指針として策定された。医療の高度化やチーム医療の重要性の増大、働き方改革の推進など、管理者に求められる役割は拡大しており、多岐にわたる業務の適切な運営が求められている。

本ガイドラインは、こうした課題に対応するための実践的な指標を示し、管理業務の標準化と質の向上を図ることを目的とする。各施設がこれを基に独自の運用方針を策定することで、理学療法の質の保証が進み、より良い理学療法の提供につながることを期待される。なお、今後は各組織での本ガイドラインの運用状況や得られた成果、課題を系統的に収集・分析し、エビデンスの蓄積とともに必要な項目の追加・修正を行うことで、より実用性と妥当性の高いガイドラインへと継続的に発展させていくことも目的とする。

3

対象

すでに理学療法部門管理者の職位にある者のみならず、これから理学療法部門管理者やその下部組織にあたるチームリーダーなど、一部管理業務に従事する者やそれを目指そうとする人材も含めた「理学療法部門管理の質保証」を目指す医療施設に属する全ての理学療法士を対象とする。

4

ガイドライン作成プロセス

1. 本ガイドライン作成プロセス公開の意義

本ガイドライン作成プロセスを公開することは、会員の理解を深め、より実践的で信頼性の高い指針を提供するために重要であると考えます。その意義について、以下に説明します。

1) 透明性の確保と信頼性の向上

作成プロセスを公開することで、意思決定の透明性を確保し、本ガイドラインの妥当性を読者が確認できます。これにより、本会の活動に対する信頼性が向上し、ガイドラインの実践的な価値が高まります。

2) 会員からの多様な意見の反映

公開することで、会員からの建設的な意見や実務に基づくフィードバックを取り入れやすくなります。現場の声を反映することで、より実践的で有用なガイドラインの作成が可能となり、幅広い場面で活用しやすくなります。

3) 継続的な改善と発展の促進

作成プロセスを公開し、意見交換を促進することで、ガイドラインの継続的な改善が可能となります。第1版にとどまらず、時代や医療環境の変化に応じた改訂が円滑に進み、質の高い指針の提供が実現できます。

2. 本ガイドライン作成にあたり参考にした枠組み

本ガイドラインは、アメリカ心臓病学会(ACC: the American College of Cardiology)が公開している「2019 Methodology for Creating Expert Consensus Decision Pathways(以下、ECDP)」を参考に作成した。ECDPは、最新の知識と専門家の経験に基づき迅速かつ正確な意思決定を支援するための枠組みであり、標準的なガイドラインではカバーしきれない、あるいはエビデンスが不足している領域においても一貫した方針を提供できる点が特徴である。本ガイドラインでは、この手法を採用することで、より実践的で柔軟性のある指針を提供し、理学療法の質向上に貢献することを目指している。

3. 本ガイドライン作成プロセス

本ガイドラインで分類した理学療法管理業務における 7 領域の設定と ECDP 実行のプロセスを図1に示す。また、ECDP に基づく本ガイドライン作成プロセスを図 2 に示す。

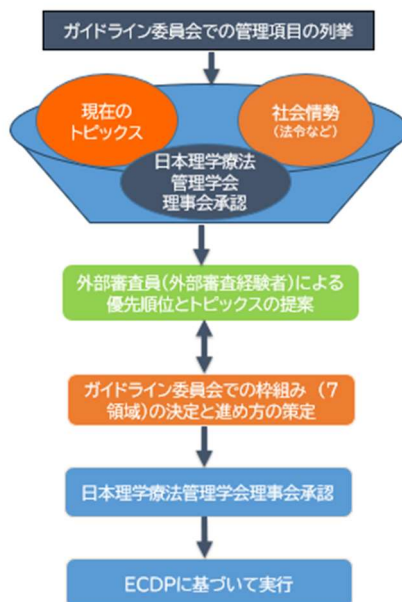


図 1 7 領域の設定と EDCP 実行のプロセス

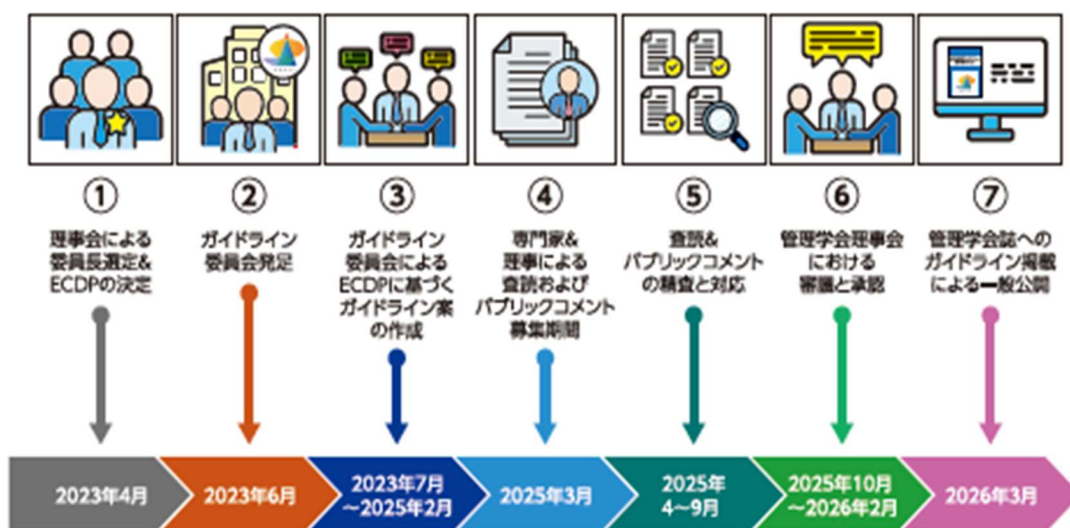


図 2 ECDP に基づく本ガイドライン作成プロセス

- 1 本学会理事会による委員長選定および作成プロセスの決定
- 2 本ガイドライン委員会発足(外部審査受審経験を有する本学会会員から公募後、理事会で選任)
 - ・ ガイドライン委員 : 7名(2023/2024年度)
 - ・ ガイドラインワーキングメンバー: 27名(2023年度)、26名(2024年度)
 - ※ ガイドライン委員 7名を各長とする 7つワーキングチームを結成
 - ※ 委員およびワーキングメンバーの任期:本ガイドライン第1版完成までの予定
- 3 本ガイドライン委員会による ECDP に基づくガイドライン案の作成
- 4 本学会所属の専門家&理事による査読およびパブリックコメント募集期間
 - ※専門家:各種学会等において査読経験を有する本学会会員から公募後、理事会で選任
- 5 査読&パブリックコメントの精査と対応
- 6 本ガイドライン外部評価委員によるチェック修正&管理学会理事会における審議と承認
- 7 本学会機関誌へのガイドライン掲載による一般公開

5

ガイドラインの概要

本ガイドラインは、理学療法管理業務を以下の7つの領域に区分した。

- A：リーダーシップ
- B：資源管理
- C：チーム医療と連携
- D：職員教育
- E：安全管理
- F：感染管理
- G：患者中心の医療

なお、この7つの領域は、理学療法部門の質を体系的に評価するために広く用いられるドナベディアンモデル※の「構造(ストラクチャー)」「過程(プロセス)」「結果(アウトカム)」の枠組みに、理学療法管理業務を当てはめて整理した結果、抽出されたものであり、その概念図を図1に示す。

※ドナベディアンモデル:リーダーシップ用語解説12)参照

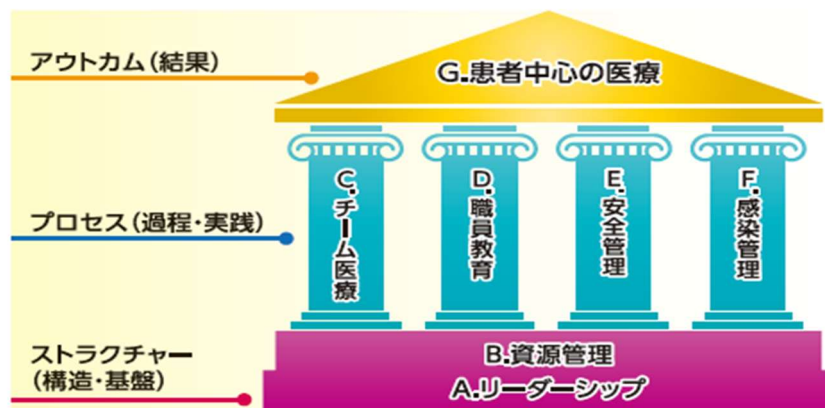


図1 7つの理学療法管理業務

理学療法管理業務を体系的に示すため、ドナベディアンモデルに基づき「構造(ストラクチャー)」「過程(プロセス)」「結果(アウトカム)」の三層に整理した概念図である。神殿の形を模しており、全ての管理業務の土台(ストラクチャー)には「リーダーシップ」「資源管理」を配置し、管理業務の基盤と位置づけた。

また、日々の実践を支える要素である「チーム医療」、「職員教育」、「安全管理」、「感染管理」は神殿の柱(プロセス)として表した。この2つの土台と4つの柱によって支えられた屋根(アウトカム)には、理学療法管理業務が最終的に目指す成果である「患者中心の医療」を掲げた。

以下、各セッションの概要である。

A) リーダーシップ

リーダーシップとは、組織の使命を明確にし、目標達成に向けた方向性を示し、継続的な改善を促進することを指す。理学療法部門の管理者は、施設の理念に基づいたビジョンを策定し、部門の成長と持続可能性を確保する役割を担う。そのために、バランススコアカード (Balanced Score Card: BSC)の視点を活用して目標を設定し、PDCA サイクルを適切に運用することが求められる。具体的には、目標と行動計画の策定(Plan)、職員との共有と実行(Do)、効果検証と進捗管理(Check)、改善(Action)を繰り返し行い、組織の適応力と成果を向上させる。リーダーシップの実践を通じて、患者に対して質の高い理学療法を提供し、部門の持続的発展を支えることが重要である。

B) 資源管理

資源管理は、組織が目標を達成するために必要な人的、物的、情動的、経済的資源を確保・活用し、効率的に運用する活動である。人的資源では、組織構造や職員の能力開発を明確にし、持続可能な運営を図る。物的資源では、備品・物品の保全や職場環境の整備を行い、情動的資源では、診療報酬算定や記録管理、外部審査の対応を適切に行う。経済的資源では、教育・研修にかかる予算を適正に運用し、組織全体の持続的な発展を支える。これらの管理を適切に行うことで、組織のパフォーマンスを最大化し、安全で質の高い医療サービスを提供することが可能となる。定期的な評価と改善を行いながら、資源を有効活用し、組織の成長と安定を促進することが求められる。

C) チーム医療と連携

チーム医療と連携は、各専門職が協力し、患者に包括的で質の高い医療サービスを提供するために不可欠である。チーム医療は、特定の医療チーム内での協働を指し、連携は異なる専門職や機関が協業することを意味する。これにより、各専門職の専門性を活かしながら役割と責任を明確にし、診療やケアの質を向上させる。情報共有は、チーム内や施設間の連携を円滑にするために重要であり、地域連携も医療・介護・福祉を統合する上で欠かせない。さらに、チーム医療の持続的な発展には教育とマネジメントが必要であり、卒後教育の仕組みや実践の効果測定を通じて継続的な改善が求められる。これらを統合的に運用することで、患者に最適な医療を提供し、医療全体の質を向上させることが可能となる。

D) 職員教育

理学療法における職員教育は、各職員が安全かつ効果的に業務を遂行し、組織全体の質を向上させるために不可欠である。経験年数やスキルの成熟度に応じて職務役割と必要な力量を定義し、それに基づいた教育計画を策定・実施する。教育後は、その効果を評価し、必要に応じてカリキュラムを更新することで、継続的な学習環境を維持する。教育計画には、職務役割の明確化、必要なスキルの定義、体系的な研修の実施、効果測定と更新が含まれる。これにより、職員の専門知識と実践力を強化し、理学療法の質向上と組織の発展に貢献する。時代に即した教育を提供することで、変化する医療環境に適応し、より良い医療サービスの提供が可能となる。

E) 安全管理

安全管理は、理学療法の提供において患者と職員の安全を確保し、医療の質を向上させるための重要な取り組みである。安全文化の醸成を基盤とし、予測可能な有害事象の防止や、発生時の迅速な対応、そして影響の最小化を図ることが求められる。そのために、インシデント報告や事故分析を通じてリスクを特定し、適切な対策を講じることが重要である。また、PDCAサイクル(計画・実行・確認・改善)を活用し、継続的な改善を推進する。具体的には、有害事象の未然防止、発生時の適切な対応、再発防止策の実施を徹底し、安全管理体制の強化を図る。安全管理の継続的な実践により、患者が安心して理学療法を受けられる環境を確保し、医療の信頼性を高めることが求められる。

F) 感染管理

感染管理とは、理学療法士が医療機関や在宅医療で理学療法業務を行う際に、標準予防策を徹底し、感染拡大を防ぐ活動を指す。目的は、患者や医療従事者の感染リスクを最小限に抑え、安全な環境を維持することである。感染管理の構成要素には、①全患者に適用する標準予防策、②接触・飛沫・空気感染に応じた感染経路別予防策、③職員への教育、④感染管理委員会やICT(Infection Control Team)による組織内連携、⑤アウトブレイク発生時の対応体制、⑥実施状況のチェック機構の確立が含まれる。これらを適切に実践し、PDCAサイクルを機能させることで、感染リスクを管理し、安全な医療提供を目指す。

G) 患者中心の医療

患者中心の医療とは、医療従事者が患者のニーズや価値観を尊重し、QOL(Quality of Life)向上を重視するアプローチである。EBM(evidence based medicine)は標準的な指針を示すが、個々の事情を十分に反映できないため、NBM(narrative based medicine)の視点を取り入れ、患者の「物語」に基づいた個別化医療を実践することが求められる。ここでは、7つの視点(①説明と同意、②専門職による評価、③ケアの継続性、④モニタリング、⑤患者安全、⑥家族指導、⑦その他の取り組み)から理学療法における実践方法を提示する。具体的には、患者の身体・心理・社会的状態を包括的に評価し、治療計画を立案、家族への指導を行い、患者の満足度向上策を実施する。EBM と NBM を統合し、臨床現場で実践可能な方策を示すことで、質の高い医療の提供を目指す。

6

A. リーダーシップ

本ガイドラインでは、理学療法管理業務を 7 つのセッションに区分し、それぞれ「定義」、「目的」、「構成要素」、「チェックリスト」、「用語解説」、「文献」について提示する。

1. 定義

リーダーシップは、「組織の使命を考え抜き、それを目に見える形で明確に確立すること」と定義されている¹⁾。理学療法部門(以下、部門)の管理者は、リーダーシップを発揮し、部門の理念^{※1)}・ビジョン^{※2)}を策定し、これに沿った顧客・財務・内部プロセス・学習と成長など多角的な視点から、部門目標と成果を設定することから始まる。管理者は、各目標に対する行動計画を策定し、それを職員と共有し、PDCA サイクル^{※3)}を主導する責任がある。管理者は、理念・ビジョンに基づき策定して行動計画について、定期的に効果検証・進捗管理・指標やプロセスの見直し・人材の質向上を行いながら、理学療法の質を継続的に改善する必要がある。部門管理の基盤としてのリーダーシップは、患者に有益で満足の高い理学療法を提供するために望ましい要素であると考えられる。

2. 目的

リーダーシップの目的は、理学療法の質向上と部門の持続的成長を図ることである。

3. 構成要素

リーダーシップの実践には、以下の要素が必要である。

- ビジョンの策定と共有:理念に基づきビジョンを策定し、共有する。

施設理念に基づき、部門が進む方向性を示すビジョン(施設によっては、ミッション^{※4)}、バリュー^{※5)}も策定)を策定する。このビジョンは、部門全体の活動を方向付け、部門の成長と持続可能性に直結する。

●目標設定と行動計画(Plan):ビジョン実現に向け、目標と行動計画を立案する。

内部・外部環境から部門に求められる成果(アウトカム)を目標に設定し、部門体制(ストラクチャー)や業務手順(プロセス)を整備する。目標は、バランススコアカード(Balanced Score Card:BSC)^{※6)} 2)の4つの視点、「財務・顧客・内部プロセス・学習と成長」等を用いて設定する。そして、目標達成に向けて具体的な行動計画を立案し、持続可能な成長を目指しつつ、部門全体のバランスを保ちながら実行段階に移行する。

●共有と実行(Do):目標と行動計画を職員は共有し、役割、権限を明確にした上で実行する。

目標と行動計画を職員と共有し、全員がこれに基づいて行動する。管理者は、職員が共通の目標に向けて協力し、組織全体の成果を最大化するよう努める必要がある。

●効果検証・進捗管理(Check):行動の効果を、内部・外部審査等で検証し、必要に応じて行動計画を変更する。

行動の効果を定期的にモニタリングし進捗を管理する。確認方法は、部門会議・内部審査・第三者機関による外部審査等により行い、効果や進捗の是非、また不適(合)事項^{※7)}を抽出する。

●改善(Action):変更した行動計画を実行する。

効果検証、進捗管理、内部・外部審査等で指摘、抽出された気付き、不適(合)事項に対し、是正措置^{※8)}ならびに予防措置^{※9)}としてプロセスやストラクチャー、目標や行動計画を再設定する。これら一連の流れを繰り返し、PDCAサイクルを適切に回転することが、内部・外部環境の変化等に対して柔軟性と適応力を高め、部門全体の継続的改善を促進することに寄与する。

4. チェックリスト

A.1:ビジョンの策定と共有

Q:A.1.1:部門の理念、ビジョンが明確に策定され明文化しているか？

A:部門の理念、ビジョンを策定し、明文化することが必要である。

Q:A.1.2:部門の理念、ビジョンは施設理念、ビジョンに基づいているか？

A:部門の理念、ビジョンは施設理念、ビジョンに基づき策定することが必要である。

Q:A.1.3:ビジョンは明確であり、職員に共有、共感されているか？

A:ビジョンは職員が理解、イメージしやすいよう簡潔明瞭であり、職員に共有、共感されていることが適切である。

Q:A.1.4:ビジョンは必要に応じて見直し、更新しているか？

A:ビジョンは、必要に応じて見直し、更新することが適切である。

(Q:A.1.1-Q:A.1.4)

部門の理念・ビジョンを策定し、明文化することが部門をマネジメント^{※10)}する前提として必要である。管理者には「単一の質が高ければよい」といった部分最適ではなく、全体最適に向けた「ヒト・モノ・カネ・情報」といった経営資源配分のバランスが求められる³⁾。特に、施設のビジョン達成に向け、部門を組織化し協同させるための仕組み構築と実践を行うマネジメントとリーダーシップが必要である。妥当性の高いビジョン策定や行動計画策定には、複雑に絡みあっている見える問題だけではなく、見えない問題も含めた全体のつながりを想定し、解決策を見出すことが適切である⁴⁾。策定したビジョンは、それを達成した時に部門がどうなるかといったイメージを職員と共有し、共感を得ることが適切である。施設の方針変更等の内部環境、診療報酬・介護報酬・障がい(障害)サービス費改定や近隣競合施設の動向等の外部環境の変化に応じて、ビジョンを見直し、更新することが適切である。

A.2:目標設定と行動計画(Plan)

A.2.1:目標設定

Q:A.2.1.1:目標は多角的な視点から設定しているか？

A:目標は評価ツールを用いて、多角的な視点から設定することが適切である。

Q:A.2.1.2:目標は現実的、具体的で、達成可能か？

A:目標は具体的であり、努力と工夫により達成可能であり、進捗状況を客観的に把握するために数値目標を設定することが適切である。

Q:A.2.1.3:目標は定期的に進捗が確認できるようシート等で管理しているか？

A:目標の進捗は、シート等を用いて事前に定めた期間で進捗を確認していることが適切である。

(Q:A.2.1.1-Q:A.2.1.3)

内部・外部環境のマトリクスで目標達成のための経営資源の最適活用を図る SWOT 分析^{※11)}や、財務・顧客・内部プロセス・学習と成長の視点での可視化を行う BSC、医療の質をストラクチ

ヤー・プロセス・アウトカムの切り口で評価するドナベディアンモデル^{※12)}といったフレームワーク等を用いて、ビジョン達成に向け現実的・具体的で、努力と工夫により達成可能な目標を設定していれば適切である⁵⁾。目標設定は、管理者と職員が自由に意見交換できる場で、協同して作成する事が望ましい。また、進捗状況を客観的に把握、評価するために、できる限り数値目標に置き換えること、そして定期的に進捗が確認できるよう目標に対する達成度をパーセントで示せるようなシート等で管理することが適切である⁶⁾。職員個人の目標を設定している場合は、個人目標の達成が部門目標達成の一要因となるよう結びつけることが適切である。個人目標は1年や半年といった一定期間で設定し、そのための行動計画を立てて管理する事などが想定される。その際は管理者等がフィードバックを行うことが望ましい⁷⁾。

A.2.2:顧客の視点

Q:A.2.2.1:理学療法実施に係る各種記録、カンファレンスは、診療報酬制度に基づき適正に実施、記録しているか？

A:理学療法実施録・リハビリテーション実施計画書・総合実施計画書は、診療報酬制度に基づき適切に記録、運用することが必要である。(関連項目:G.1.1、G.3.1、C.2.1)

保険医療機関は、健康保険法等で規定されている保険診療のルール(契約の内容)に従って、療養の給付及び費用の請求を行う必要がある⁸⁾。また、診療報酬制度以外にも診療録や診療の諸記録等の様々な法令を遵守した管理が求められており⁹⁾、管理者はリハビリテーション関連項目の理解が特に必要である。さらに、入院基本料や処置料、あるいはDPC/PDPS(診断群分類別包括支払い制度)など自院の医療機能に準じた項目の理解を深める事が適切である。理学療法の提供においては、日々の実施録・リハビリテーション実施計画書の作成・患者に対する実施計画内容の説明等を行う必要がある¹⁰⁾。また、医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師等が参加するカンファレンスの定期的な開催も必要である¹¹⁾。

Q:A.2.2.2:患者満足度は定期的に調査、分析しているか？

A:患者満足度調査は、アンケート等により予め設定した期間で定期的に調査・分析することが適切である。(関連項目:G.4.2.2)

Q:A.2.2.3:患者満足度調査で得た情報を元に改善計画を立て実行しているか？また、改善の可否ならびにその内容を施設内掲示板等で患者・家族に回答されているか？

A:患者満足度調査の結果を元に、予防・是正措置等の改善計画を立案・実行している。またその旨は、掲示板等により患者・家族に伝わるよう回答することが適切である。

(Q:A.2.2.2-Q:A.2.2.3)

医療の質を高いレベルに維持あるいは改善するためには、医療の質を知ること・評価することが前提となる。施設内で質指標(Quality Indicator:QI)^{※13)}を用いた医療の質測定を行っている場合、部門においても本項目での対応を行うことが望ましい。意見や要望の収集、医療サービスの質改善に向けた対応策の検討と実施、さらには患者・家族へのフィードバックや、職員への周知・情報共有等を実施することが適切である¹²⁾。

A.2.3:財務の視点

Q:A.2.3.1:診療報酬改定に準拠した最新の施設基準等を満たしているか?

A:診療報酬改定に準拠した最新の施設基準を満たすことが適切である。(関連項目:B.5.1)

Q:A.2.3.2:部門収入目標を設定しているか?

A:許可病床数・病床稼働率・外来患者数・その他介護事業等の各指標や事業を踏まえた理学療法部門の最適な収入目標を設定し、理事長(院長)や事務長等、施設幹部の承認を得ることが適切である。

Q:A.2.3.3:部門収入目標を達成するための採用人員計画を作成しているか?

A:部門収入目標を達成するための採用人員計画を立案することが適切である。

(Q:A.2.3.2-Q:A.2.3.3)

現在の診療報酬制度において、理学療法部門は疾患別リハビリテーション料をはじめ、各種加算が算定できることから、施設における「収益部門」であり、効率的な診療報酬請求での確実な収益が求められている¹³⁾。許可病床数と病棟種別、病床稼働率や外来患者数、その他介護事業の利用者数、法令ならびに就業規則における休暇数や退職(予定)者数等から必要職員数を算出し、採用計画を立案することが適切である。必要職員数算出の一例として、次年度に回復期リハビリテーション病棟 30 床を増床する計画があるとする。病床稼働率 95% 想定で 27 床稼働、患者一人に対するリハ提供量 7 単位(脳血管疾患と運動器疾患の比率により変動)、職員一人当たりの 1 日リハ単位数 18 単位設定とする。この場合、1 日の必要単位数は 189 単位、必要職員数は 10.5 名となり、公休等を考慮した場合、13 名から 14 名の追加採用が必要となる。これに、次年度の退職予定者数を例年の退職者数から見込みを立てて追加する。このように、具体的に必要職員数を算出することで、過不足のない職員数が

維持され、リハビリテーション部門の生産性を高めることができる。また、職員数だけでなく、例えば心臓リハビリテーションや腎臓リハビリテーション等、事業内容によってはその分野の専門性を有する職員の在籍有無が医療の質を左右することが多々あるため、必要な力量を選定した上で採用活動を実施することが望ましい。

Q:A.2.3.4:購買先評価を実施し、費用対効果の観点から定期的に購買先の見直しを検討、実施しているか？

A:各備品の購買先は、定期的に評価し、必要に応じて購買先を変更することが適切である。管理者あるいは備品管理の担当者が、品質・購入(リース)価格・アフターフォロー等の観点から定期的に購買先を評価することが適切である。備品購入の際には、相見積もりを実施し、価格・品質等において常に最適な購買先を選択することが望ましい。管理者あるいは担当者は、各備品の用途・性能等に精通していることや、価格ベンチマークなど他の施設の情報を積極的に得て活用していることが望ましい¹⁴⁾。

A.2.4:内部プロセスの視点

Q:A.2.4.1:職員の労務管理(Q:A.2.4.1.1-Q:A.2.4.1.5)は適切に実施されているか？

A:関連法規、就業規則に基づいて労務管理がなされていることが必要である。労務管理^{※14)}の主な目的は、生産性向上と法令違反等のリスク回避である。適切な労務管理を通じて、施設環境の改善や職員の健康維持を行う体制を構築できれば、職員のモチベーション・生産性向上に繋がることを期待できる。このように、労務管理は組織をマネジメントする上で根幹となるため適切に実践することが必要である。企業・組織では、労働基準法のもとに就業規則があり、管理者は理事長(院長)、事務長等の施設幹部と職員、両者の関係をその規則の中で調整する。また、労働基準法や関連法令の改正に伴い、迅速に就業規則が改定される必要がある¹⁵⁾。管理者は、労働時間や休暇・休日等の調整、育児休暇や介護休暇、ハラスメント対策やストレスチェック等について法令、就業規則に基づき対応し、職員が心身ともに健康な状態で業務に取り組むことができるよう、労務管理を適正に実践することが必要である。以下、A.2.4.1.1-A.2.4.1.5にて、労務管理上、特に重要な項目について解説する。

Q:A.2.4.1.1:(時間外労働管理)時間外労働は、適切に管理されているか？

A:時間外労働は、労働基準法・就業規則に従い 36 協定を締結・届出した上で、適切に管理することが必要である。原則として、時間外労働は月 45 時間、年 360 時間を超えないこと、

月 45 時間を超える時間外労働が年 6 カ月を超えないように管理することが必要である。時間外労働が月 45 時間を超えた場合、迅速に該当職員との面談、業務量の調整等、時間外労働を適正化する必要がある。また、業務と(時間外に施設内で実施する)自己研鑽の線引きを定義・周知することでサービス残業^{※15)}が発生しないよう対応することが適切である。また、ノー残業デー^{※16)}を設けることも有効であり望ましい。長時間労働は、疲労感やストレス蓄積の要因となるため、時間外労働が多い場合、管理者はその削減に向けた方策を迅速に立案・実行することが適切である。同時に、職員への時間管理教育も行いつつ、時間内で業務を遂行できる力量を育成することが望ましい。

Q:A.2.4.1.2:(休憩時間管理)休憩時間は、業務の多寡に関わらず雇用契約上の休憩時間を提供しているか？

A:雇用契約上の休憩時間を提供することが必要である。管理者は、労働時間が 6 時間を超える場合においては少なくとも 45 分、8 時間を超える場合においては少なくとも 1 時間の休憩時間を労働時間の途中に与えなければならないと定められており、これを遵守することが必要である。

Q:A.2.4.1.3:(休暇管理)職員の休暇は適切に取得されているか？また、各種法定休暇の申請があった際、適切に対応できているか？

A:職員は適切に休暇を取得できており、各種法定休暇の申請があった際は、法令・就業規則に基づき、事務(総務)と協力して適切に対応することが必要である。

管理者は、少なくとも週 1 日の休日もしくは 4 週間を通じて 4 日以上の日を与える必要がある。各種法定休暇の申請があった際は、法律・就業規則に基づき申請手続きを行い、業務等の調整を図ることが必要となる。代表的な法定休暇として、年次有給休暇^{※17)}、産前産後休業^{※18)}、母性健康管理の措置^{※19)}、育児時間及び生理休暇^{※20)}、育児・介護休業、子の看護休暇等^{※21)}、裁判員等のための休暇^{※22)}が挙げられる。

Q:A.2.4.1.4:(ハラスメント対策)パワハラ防止法について、法令に基づき適切に対応しているか？

A:パワハラ防止法で定められている項目が実施され、相談窓口が適切に整備され、運用されることが必要である。施設内で発生するパワーハラスメントやセクシュアルハラスメントやパイシエントハラスメント等の様々なハラスメントは、人権上の問題である。また、職員が能力を

発揮し、働きやすい施設環境を構築するうえでも重要な問題であるため、各種法令に基づくハラスメント防止措置の要件を満たすよう防止対策を徹底することが必要である。施設は理事長(院長)がハラスメント防止に向けた方針を定め、職員に周知するとともに、管理者のみならず職員全員に対しての教育・研修を実施することが必要である。ハラスメントに関する相談窓口を設置し、相談から解決までの事後対応手順を整備すると同時に、相談者に対するプライバシー保護や相談により不利な扱いを受けないような配慮することが必要である。さらに、職員と学生や委託業者・取引業者、クライアントやその家族等の各ステークホルダーとの間で発生する事案についても対応する体制が整備されていれば適切である。

Q:A.2.4.1.5:(ストレスチェック)年1回以上のストレスチェックを実施しているか?

A:ストレスチェックは年1回以上実施され、適切な事後対応の体制を整備することが必要である。

生死に関わる業務や夜勤を伴うハードワーク・患者・家族・職員同士の関係性等の要因で、職員が心身ともに不調に陥るメンタルヘルスの問題を予防、是正するための体制整備が必要である。上司や産業医等の施設のサポート体制に加えて、精神科医・臨床心理士・リエゾンナース等、施設内外の専門職の支援を受けられる体制があり、また医療事故発生時に、当事者となった職員の精神的なケアも考慮されていることが適切である。メンタルヘルス等の不調により休業した職員が施設に復帰する際の支援についても、関連規程や手順を整備することが必要である。その他、職員の心理的な負担の程度を把握するため、常時50人以上の職員が在籍している場合は年1回以上のストレスチェックを実施する必要がある(50人未満の場合は努力義務)、適切な事後対応も必要である¹⁶⁾。

Q:A.2.4.2:管理者は就業規則の内容を把握しているか?また変更があった場合、随時職員に周知しているか?

A:管理者は就業規則の保管場所・内容を把握しており、変更があった際は内容を理解した上で職員に周知することが適切である。

就業規則や職務・業務分掌等の各種規則・規程や就労管理の仕組みが整備されていることが適切である。職員に健全な就労意欲を持たせるためには、これらの規則・規定や任用・労働条件などの決定プロセスが明確となっていることが適切である。就業規則は、管理者のみが閲覧できる環境ではなく、職員がいつでも閲覧できる環境が望ましい。また、管理者は就業規則の内容を把握し、職員からの問い合わせに対し的確に回答できることが望ましい。的確な回答が困難な場合は、総務課等その分野を専門とする職員に回答を依頼することが適切

である。就業規則は、労働基準法等の改正に伴い適宜更新することが必要であり、管理者は更新された内容を把握すると同時に、職員に周知することが適切である。

Q:A.2.4.3:各種業務マニュアルを作成し、周知、更新されているか？

A:各種業務マニュアルを作成、周知し、業務内容変更の際には迅速に業務マニュアルを更新することが必要である。(関連項目:G.6.1.1)

施設内には、規則や規程といった施設としての文書、あるいは部門や施設で作成した文書等、様々な文書が存在している。施設として管理すべき文書(施設内規程やマニュアル等)を定め、それぞれ作成日・作成部署(責任者)・目的・表題等が明確になっているか、実情に合った更新が行われているか、施設で定めた仕組みに則り承認されているか等を管理することが必要である。

施設が管理する文書は、施設として定めた規則・規程・主要な会議・委員会の議事録・人事関係文書・経理上の各種書類と諸表・公文書としての届け出関係文書・他機関との各種契約書・医療現場で使用する各種マニュアル・診療記録等患者の診療に係る文書・施設日誌等の管理上の記録、掲示物など多岐にわたる¹⁷⁾。

Q:A.2.4.4:医療安全管理マニュアルを作成し、周知、更新しているか？

A:医療安全マニュアルを作成・周知し、必要に応じて更新することが必要である。(関連項目:C.1.1.2)

Q:A.2.4.5:機器のマニュアルを作成し、保守点検は適切な頻度で実施、記録しているか？また、破損や不足がある場合、迅速に対応しているか？

A:作成した機器管理マニュアルに従い、保守点検を適切に実施・記録している。また、機器に不備があった際には業者連絡・機器使用の中止等、マニュアルに沿って迅速に対応することが必要である。(関連項目:E.5.1、D.2.1.2、B.3.1)

Q:A.2.4.6:緊急時対応マニュアルは整備・周知され、定期的に緊急時対応訓練を実施しているか？

A:緊急時マニュアルを作成・周知し、BL等の定期的な訓練が行われていることが必要である。(関連項目:B.1.4)

Q:A.2.4.7:ヒヤリハット・インシデント・アクシデント報告・分析と是正措置を行っているか？

A:医療安全委員会・医療安全管理者を中心に、ヒヤリハット・インシデント・アクシデントの報告・分析を定期的かつ迅速に実施し、予防・是正措置を実行することが必要である。(関連項目:E.1.2、E.1.5)

医療安全対策加算の算定要件において、施設基準として医療安全管理者の配置やその業務内容、医療安全管理部門が実施する業務等が定められているように、医療安全管理者の配置は、組織の安全管理体制の構築に欠かせない。安全確保のためにまず収集すべき情報としては、ヒヤリハット^{※23)}・インシデント^{※24)}・アクシデント^{※25)}がある。施設内で円滑に情報収集を行うためには、患者と職員の安全を確保する上で情報が必須であること、情報収集が職員個人の責任を追求するものではなく安全確保を目的としていることが、職員に十分に理解されることが必要である。報告されたヒヤリハット・インシデント・アクシデントは、医療安全委員会・医療安全管理者等を中心に迅速に検討・分析され、予防・是正措置が立案・実行される医療安全文化が醸成されていることが必要である。ハインリッヒの法則^{※26)}に従い、インシデント・アクシデントを予防するためにヒヤリハットの段階で気づき、予防措置にてインシデント・アクシデントを未然に防ぐことが適切である。単純な報告件数(内容別・報告者の職種別等)だけではなく、報告内容の分析・検討の仕組み(組織・分析方法など)や実績を積み重ね、継続的に改善することが適切である¹⁸⁾。

Q:A.2.4.8:感染対応マニュアルを作成し、周知・更新しているか？

A:感染対応マニュアルを作成・周知し、職員全員が実践することが必要である。(関連項目 D.1、F.2) 医療関連感染制御は、各施設が医療の質を担保する上で極めて重要であるため、職員個人の努力に留まることなく、施設全体で取り組むことが必要である。そのため、感染対応マニュアルや各種指針等を整備することが必要である¹⁹⁾。MRSA を含む各種耐性菌の感染者や保菌者に対するリハビリテーションの実施や、感染経路別(空気・飛沫・接触)の基本的な対応マニュアル等が整備され、遵守されていることが必要である²⁰⁾。マニュアルや指針等については、いつでも参照できるように工夫されていることが適切である。

Q:A.2.4.9:所属施設で実施される医療安全・感染対策に関する施設内研修会にリハビリテーション部門として参加をしているか？

A:施設全体に共通する医療安全・感染対策に関する内容について、それぞれ年 2 回程度の定期開催の他、必要に応じて開催することが必要である。また、研修の実施内容(開催又は受講

日時・出席者・研修項目)について記録していることが必要であり、リハビリテーション部門の参加についても確認をすること。(関連項目:E.6.4、F.3.1)

Q:A.2.4.10:所属施設での年 2 回の消火訓練、避難訓練についてリハビリテーション部門として参加をしているか?

A:防火管理者・火元責任者が明確であり、訓練は適切な回数で実施することが必要である。

一定規模以上の建物は防火管理者を定めるとともに消防計画を作成し、その消防計画に基づく消火・通報及び避難訓練を定期的の実施することが必要である。また、医療機関が該当する特定用途防火対象物においては、消火訓練及び避難訓練を年 2 回以上実施するとともに、訓練を実施する場合は、事前にその旨を消防訓練通報書により消防機関に通報する必要がある(21)。施設での一連の活動にリハビリテーション部門の参加を確認すること。

Q:2.4.11:施設として BCP を策定しているか?

A:BCP(事業継続計画)^{※27)}の策定は義務であり必要である。また、BCM(事業継続管理)

^{※28)}を実践することが望ましい。リハビリテーション部門での災害対応としては実施された施設全体の計画、大規模災害リハビリテーション対応マニュアルや各自治体の災害マニュアル等の確認、JRAT^{※29)}との連携も想定しておくことが望ましい。

Q:A.2.4.12:クリニカルパス・地域連携パスを適切に運用できているか?

A:医療の質の標準化・病病(診)連携・医介連携促進を目的にクリニカルパス^{※30)}・地域連携パス^{※31)}を運用することが適切である。(関連項目:G.2.2、C.3.1、G.5.3)

A. 2. 5:学習と成長の視点

Q:A.2.5.1:クリニカルラダー制度^{※32)}等を整備して、客観的な力量評価(人事考課)を実施しているか?

A:クリニカルラダー等を整備し、客観的な力量評価を実施することが適切である。

Q:A.2.5.2:新人・一般職・管理者等、各階層(役割)に応じた職員教育研修の計画を立案・実行し、継続的に評価をしているか?

A:各階層に応じた職員教育研修計画を立案・実行している。また、力量評価は定期的・継続的に実施することが適切である。(関連項目:D.1、D.2、D.3.8)

(Q:A.2.5.1-A.2.5.2)

新人・一般職・管理者等、各階層により求められる力量は異なるため、クリニカルラダー等により各階層に求める力量を定義することが適切である。クリニカルラダーは、客観的かつ公平な力量評価を担保すると同時に、職員教育研修計画を立案する際、各階層に求める力量を補填、強化できるよう効率的な計画立案にも有効となる。力量評価は期間を定めて定期的を実施し、求められる力量が備えられていない場合、面談や個別研修等により必要な力量を身に付けるための措置をとり、措置の有効性を評価することが望ましい。カツツ理論^{※33)}では、リーダーシップに必要なスキルを、技術的スキル(Technical Skills)・人間関係スキル(Human Skills)・概念的スキル(Conceptual Skills)の3つのカテゴリーに分類しており、管理者の教育研修においては、これらのスキルを状況に応じて適切に活用する能力向上を目的に、キャリアラダー^{※34)}の作成・運用や教育計画を立案・実施することが望ましい。

Q:A.2.5.3:教育・研修に関する情報は、いつでもアクセスしやすい環境を整備しているか？

A:学会や研修に関する情報は、職員が閲覧しやすい環境を整備することが適切である。

施設内外の研修・学会情報を速やかに入手できるように施設内掲示、インターネット等の環境が整備されていることが適切である。また、論文検索が可能であることが望ましい。そして、それらの情報は職員に公平に周知されていることが適切である。

Q:A.2.5.4:施設内外の研修・学会参加・資格取得を推奨しているか？

A:自己研鑽の重要性を職員に説明し、主体的な行動を促すことが適切である。

力量向上のためには、施設内で行う教育・研修のほか、地域や関連団体等、施設外での教育・研修の活用も求められる。そのためには、専門分野の資格取得を含めた施設外の教育・研修に関する方針や学会・研修会参加の出張規程、参加費用や休暇取得の支援等を整備することが適切である。自己研鑽により得られた成果が、レポート報告書の提出や報告会の実施などを通じて施設に還元されていれば適切である。

Q:A.2.5.5:実習生の受け入れ体制を整備し、適切・安全に実習を遂行できているか？

A:実習生の受け入れは、適切・安全に遂行することが適切である。(関連項目:B.6.3.1)

(目的)

後進の育成として、理学療法士になろうとする学生や理学療法士の新人への教育は、理学療

法士としての経験を積んできた者の義務であり、理学療法士としての経験を積んだ者は、理学療法士になろうとする学生や理学療法士の新人の範とならねばならないとされている²²⁾。また、実習生の受け入れは、養成校との信頼関係構築や、部門での労働意欲を持つ学生の就職等、人的資源の確保において有効であり、施設の事業継続、継続的改善の観点からも受け入れることが適切である。

(各種契約)

実習契約を締結する契約主体は養成施設側では学長や校長、実習施設側では理事長や院長とし、施設間の契約という形式をとるのが適切である²³⁾。

臨床実習指導者は、実習中に知り得た個人情報(疾患部位の画像・手術記録・審査所見記録・調剤録・歩行状況等)についての守秘義務を実習生に守らせると同時に、実習生自身の個人情報(学生紹介など学生個人に関わる情報)の保護と安全管理にも注意が必要である。これらの事項を明らかにし、学生個々が認識するためにも学生から誓約書を得ておくことが適切である。近年、SNS(ソーシャル・ネットワーキング・サービス)や情報通信技術等の発達により、様々な問題が生じることがあるため、ソーシャルメディアに関する誓約書を作成することが望ましい²⁴⁾。誓約書には、個人情報の保護、施設情報の保護、誹謗中傷の禁止、違反時の対応等を含めることが望ましい。

(オリエンテーション)

実習初日に、実習生へのオリエンテーションを行うことが適切である。施設でのルール確認・施設案内・実習指導者紹介・実習内容・スケジュールの確認・体調不良や遅延等の連絡方法確認等が含まれることが適切である。

(ハラスメント対策)

臨床実習指導者がハラスメントを行っていないか、ハラスメントを受けていないかを職員・指導者間でクロスモニタリングすることが望ましい。また、上記オリエンテーションの内容に、実習生がハラスメントを受けていると感じた時の相談窓口の説明を含めることが適切である。

(臨床実習指導者講習)

評価実習以上で臨床実習指導者を担う場合は、臨床実習指導者講習を修了していることが必要である。管理者は、臨床実習指導者講習会の受講計画を立案し、臨床実習指導者を増加することが適切である。

A. 3:共有と実行(Do)

Q:A.3.1:目標と行動計画が職員に共有されているか？

A:目標と行動計画について、管理者から口頭、文書等により職員と共有し、理解されていることが適切である。

Q:A.3.2:職員が行動計画に基づいた行動を実行しているか？

A:職員が自身の役割を理解し、計画を実行することが適切である。

各目標・行動計画について、責任をもって実行できる職員を管理者が指名し、権限を移譲することが適切である。権限を移譲された職員は、目標達成に向けて他職員と目標・行動計画を共有し確実に実行していることが適切である。

A. 4:効果検証と進捗管理(Check)

Q:A.4.1:効果検証と進捗管理が管理者の元、定期的に行われているか？

A:行動計画に基づき実行した成果について、管理者と職員が定期的に検証することが適切である。行動計画に基づく活動の効果検証は、明確な方法かつ定期的に評価することが適切である。例えば「何を・いつ・どのように評価するか、そして評価結果をどのように集約し分析するか」、このような点を明確にした上で効果検証・進捗管理を実施することにより、管理者と職員が進捗と課題を定期的に共有することが適切である。

Q:A.4.2:施設全体で内部審査に加え、外部(第三者)審査を実施しているか？また、実施している場合は理学療法部門として審査の項目やプロセスに参画しているか。

A:内部審査は定期的実施することが適切である。また、第三者機関による外部審査を受審することが望ましい。(関連項目:G.7)

施設が自律的に活動を進めるため、自らがどのような状態にあるのかを把握することが重要であり、そのためには内部審査を実施することが適切である。内部審査を行う手順として、「内部審査を計画しスケジュールを決める、審査基準などの実施する方法論を確立する、審査プログラム内の役割及び責任を割り当てる、審査結果を知るべき人に確実に伝える、審査結果に基づく修正、是正措置を遅延なく行う、文書化した情報として保持する」、これらの内容が含まれていることが適切である。

施設の運営状況を内部審査にて自己評価することに加え、時代に即した運営を維持、継続するために第三者機関による外部審査を定期的を受審することが望ましい。外部審査機関と

しては、日本医療機能評価機構の病院機能評価・国際的な医療機能評価である JCI 認証・国際標準化機構(ISO)等がある。また、外部審査機関の認定を受けていることは、医療の質・安全を証明する一要因となるため、患者や関連施設等、外部に情報発信することが望ましい。理学療法部門においても施設の取り組みに協力・参画を積極的に行っていく。

A. 5:改善(Action)

Q:A.5.1:改善が必要な点が抽出され、改善計画を立案・実行しているか？

A:内部・外部審査の他、各種立入審査により抽出された課題に対し、迅速に改善計画を立案し実行することが必要である。

内部、外部審査で抽出された気付き事項・不適事項に対しては、施設を適正に運営していく上での重要事項として捉え、速やかに予防・是正措置を立案、実行することが適切である。また、厚生局や保健所・消防署等、行政機関による各種立入審査や適時調査・集団指導・個別指導等での指摘事項は、コンプライアンス遵守・医療安全の観点から、迅速な改善が必要である。是正措置を実施せず改善しないまま運営を続けることは、重大なアクシデントの発生や、診療報酬返戻等、患者の安全や施設経営に多大な損失をもたらすリスクがあるため、迅速かつ確実な改善ならびに行政機関への改善報告が必要である。

5. 用語解説

※1)理念

組織の根本的な考え方や価値観を示したもの。組織が存在する理由や、どのような価値を大切にしているかを表現したもの。

※2)ビジョン

組織が将来的に目指す理想的な姿や目標を示したもの。長期的な展望を持ち、組織がどのような影響を社会に与えたいかを描いたもの。

※3)PDCA サイクル

PDCA サイクルは、業務改善やプロジェクト管理において用いられるフレームワークで、以下の 4 つのステップから成り立つ。このサイクルを繰り返すことで、継続的な改善が図れる。PDCA サイクルは、品質管理や業務プロセスの最適化に非常に有効な手法である。

・Plan(計画)

目標を設定し、達成するための計画を立てる。具体的なアクションプランやリソースの配分を検討する。

- ・Do(実行)

計画に基づいて実際に行動を起こす。この段階では、計画した内容を実行し、データを収集する。

- ・Check(確認)

実行した結果を評価し、目標に対する進捗を確認する。収集したデータを分析し、計画とのギャップを把握する。

- ・Act(改善)

確認した結果をもとに、必要な改善策を講じる。成功した点を強化し、問題点を修正することで次のサイクルに活かす。

- ※4)ミッション

組織の具体的な目的や役割を示したもの。日々の活動や業務の中で何を達成しようとしているのか、どのように社会に貢献するのかを明確にしたもの。

- ※5)バリュー

組織が大切にしている価値観や行動基準を示したもの。組織の文化や職員の行動に影響を与え、意思決定の指針となるもの。

- ※6)バランススコアカード(Balanced Scorecard:BSC)

企業や組織の戦略的なパフォーマンスを評価するための管理ツール。BSC は、財務的な指標だけでなく、非財務的な指標も考慮することで、より包括的な視点から組織のパフォーマンスを測定する。BSC は、通常以下の 4 つの視点から構成される。これらの視点を統合することで、組織は行動計画を実行し、目標を達成するための具体的な指標を設定しやすくなる。BSC は、戦略の明確化やコミュニケーションの向上、パフォーマンスのモニタリングに役立つツールとして広く利用されている。

- ・財務の視点

収益性やコスト管理等、財務的な成果を評価。

- ・顧客の視点

顧客満足度や市場シェアなど、顧客に関連する指標を重視。

- ・内部プロセスの視点

業務プロセスの効率性や品質を評価し、改善点を見つける。

- ・学習と成長の視点

職員のスキルや組織の文化、イノベーション能力など、長期的な成長に寄与する要素を考慮。

※7)不適(合)事項

基準や規定に対して適合していない事柄を指す。不適事項は、品質管理やコンプライアンスの観点から重要であり、早急に対処する必要がある。

※8)是正措置

不適事項が発見された際に、その問題を解決するために講じる具体的な行動や手段を指す。是正措置は、問題の再発を防ぐために重要となる。

※9)予防措置

将来的に不適事項が発生しないようにするための事前の対策を指す。予防措置は、リスク管理の一環として、組織の持続的な改善に寄与する。

※10)マネジメント

組織やプロジェクトの目標を達成するために、資源(ヒト・モノ・カネ・情報)を計画・組織・指導・調整、そしてコントロールするプロセスを指す。マネジメントは、効率的かつ効果的に組織を運営するために不可欠な要素である。

※11)SWOT 分析

組織の戦略を策定するためのフレームワークで、以下の4つの要素から成り立つ。SWOT分析を通じて、組織は自らの立ち位置を理解し、戦略的な意思決定を行うための基盤を築くことができる。

・Strengths(強み)

組織の内部的な強みを特定する。競争優位性やリソース、専門知識などが含まれる。

・Weaknesses(弱み)

内部的な弱みを分析する。リソースの不足や競争力の低さなど、改善が必要な点を明らかにする。

・Opportunities(機会)

外部環境における機会を探る。市場のトレンドや新しい技術、顧客のニーズの変化など、成長のチャンスを見つける。

・Threats(脅威)

外部からの脅威を評価する。競争の激化や経済の変動、規制の変更など、リスク要因を特定する。

※12)ドナベディアンモデル

医療の質を「構造・プロセス・結果」の3つの要素に分けて評価するフレームワーク。このモデルは、医療の質を包括的に理解し、改善するための基盤として広く利用され、医療機関

や政策立案者が質の向上を目指す際に、非常に有用なツールとなる。

・構造(Structure)

医療提供のための環境やリソースを指す。例えば、施設の設備・医療スタッフの資格・医療機関の組織構造などが含まれる。

・プロセス(Process)

実際に行われる医療行為やサービスの提供方法を指す。診断・治療・患者とのコミュニケーション等、医療の実施過程がここに該当する。

・結果(Outcome)

医療行為の結果として得られる患者の健康状態や満足度を指す。治療の効果・合併症の発生率・患者の生活の質などが評価される。

※13) 質指標(Quality Indicator: QI)

質指標とは、特定のプロセスやサービスの品質を評価するための指標のことを指す。これらの指標は、業務のパフォーマンスを測定し、改善点を特定するために使用され、医療分野においても活用されている。

※14) 労務管理

労務管理とは、企業や組織において職員の労働に関する管理や運営を行うことを指す。

※15) サービス残業

職員が法定労働時間を超えて働いたにもかかわらず、その時間に対して賃金が支払われない状態。通常、労働契約や労働基準法に基づいて、時間外労働には適切な賃金が支払われるべきであるが、サービス残業は企業側の都合により無償で働かせることが多い。このような状況は、職員の権利を侵害するものであり、適切な対策が求められる。

※16) ノー残業デー

企業や組織が定めた「残業をしない日」のこと。この日は、職員が定時で退社することを奨励され、労働時間の短縮やワークライフバランスの向上を目的としている。ノー残業デーの導入により、職員は仕事とプライベートの両立を図りやすくなり、ストレスの軽減や生産性の向上が期待される。また、企業側にとっても、職員の健康管理やモチベーション向上につながるメリットがある。一般的には、毎週特定の曜日に設定されることが多いが、企業によっては月に数回など、柔軟に運用される。ノー残業デーを実施することで、働き方改革の一環として、より良い施設環境を目指す動きが広がっている。

※17) 年次有給休暇

採用日から6か月間継続勤務し、所定労働日の8割以上出勤した職員に対しては、10日

の年次有給休暇を与えなければならない。その後1年間継続勤務するごとに、当該1年間において所定労働日の8割以上出勤した者に対しては、法令に従い勤続期間に応じた日数の年次有給休暇を与える。年次有給休暇は、職員があらかじめ請求する時季に取得させる。ただし、職員が請求した時季に年次有給休暇を取得させることが事業の正常な運営を妨げる場合は、他の時季に取得させることがある。また、職員代表との書面による協定により、各職員の有する年次有給休暇日数のうち5日を超える部分について、あらかじめ時季を指定して取得させることがある。これを「年次有給休暇の時季指定義務」という。

※18)産前産後休業

6週間(多胎妊娠の場合は14週間)以内に出産予定の女性職員が休業を請求した場合には、その者を就業させてはいけない(労基法第65条第1項)。また、産後8週間を経過しない女性職員を就業させてはいけない。ただし、産後6週間を経過した女性職員から請求があったときは、医師が支障ないと認めた業務には就かせることができる(労基法第65条第2項)。産前産後の休業を請求し、又は取得したことを理由として解雇その他不利益な取扱いをしてはいけない(均等法第9条第3項)。

※19)母性健康管理の措置

事業主は、雇用する女性職員が母子保健法(昭和40年法律第141号)の規定による保健指導又は健康診査を受けるために必要な時間を確保することができるようにしなければならない(均等法第12条)。また、事業主は、雇用する女性職員が保健指導又は健康診査に基づく指導事項を守ることができるようにするため、勤務時間の変更・勤務の軽減等、必要な措置を講じなければならない(均等法第13条)。母性健康管理措置を求め、又は措置を受けたことを理由として解雇その他不利益な取扱いをしてはいけない(均等法第9条第3項)。

※20)育児時間及び生理休暇

育児時間については、生後満1年に達しない子を育てている女性職員から請求があった場合は、授乳その他育児のための時間を、一般の休憩時間とは別に1日2回各々少なくとも30分の時間を与えなければならない(労基法第67条)。育児時間を請求し、又は取得したことを理由として解雇その他不利益な取扱いをしてはいけない(均等法第9条第3項)。生理日の就業が著しく困難な女性職員が休暇を請求した場合、請求のあった期間は当該女性職員を就業させてはならない(労基法第68条)。なお、休暇は暦日単位のほか半日単位、時間単位でもあっても差し支えない。

※21) 育児・介護休業、子の看護休暇等

育児・介護休業、子の看護休暇、介護休暇、育児・介護のための所定外労働、時間外労働及び深夜業の制限については、法律上の要件を満たす職員が適正に申し出ることにより休業等の法的効果が生ずるものであるが、各施設において予め制度を導入し、就業規則に記載する必要がある(子の養育又は家族の介護を行い、又は行うこととなる職員の職業生活と家庭生活との両立が図られるようにするために事業主が講ずべき措置等に関する指針:平成 21 年厚生労働省告示第 09 号)。また、育児・介護のための所定労働時間の短縮措置等については、育児・介護休業法及び「育児休業・介護休業等育児又は家族介護を行う職員の福祉に関する法律施行規則」(平成 3 年労働省令第 25 号)に基づき、各施設において制度を導入し就業規則に記載する必要がある。

※22) 裁判員等のための休暇

裁判員制度に関し、職員が裁判員若しくは補充裁判員となった場合又は裁判員候補者となった場合で、職員からその職務に必要な時間を請求された場合、管理者はこれを拒んではならない。このため、各事業場においては、裁判員等のための休暇を制度として導入することが必要である。また、職員が裁判員の職務を行うために休暇を取得したこと、その他裁判員・補充裁判員・選任予定裁判員若しくは裁判員候補者であること又はこれらの者であったことを理由として、解雇その他不利益な取扱いをしてはならない(裁判員の参加する刑事裁判に関する法律:平成 16 年法律第 63 号第 100 条)。

※23) ヒヤリハット

ヒヤリハットは、事故には至らなかったものの、危険を感じたり、事故が起こりそうになった状況を指す。例えば、転倒しそうになったが、何とか体勢を立て直した場合などが該当する。これらの事例は、将来的な事故を防ぐための重要な情報源となる。

※24) インシデント

インシデントは、実際に事故には至らなかったものの、何らかの問題や異常が発生した事象を指す。例えば、機器の故障や作業手順の誤りなどが含まれる。インシデントは、組織が安全性を向上させるための改善点を見つける手助けとなる。

※25) アクシデント

アクシデントは、実際に事故が発生した場合を指す。これには、怪我や損害が伴うことが多く、重大な結果をもたらすことがある。アクシデントは、原因を分析し再発防止策を講じることが重要である。

※26)ハインリッヒの法則

ハインリッヒの法則は、労働安全や事故防止の分野で広く知られている法則を指す。この法則は、事故の発生に関する統計的な観察に基づいており、特に労働環境におけるリスク管理に役立つ。1つのアクシデント(重大事故)が発生する背景には、29のインシデント(軽微な事故)が存在し、さらにその背後には300のヒヤリハット(危険な状況や事故の未遂)があるとされている。この法則は、事故を未然に防ぐためには、インシデントやヒヤリハットに対しても注意を払い、適切な対策を講じることが重要であることを示唆する。つまり、重大な事故を防ぐためには、日常的なリスク管理や安全教育が不可欠となる。

※27)BCP(Business Continuity Plan:事業継続計画)

BCPは、施設が災害や緊急事態に直面した際に、業務を継続または早期に復旧させるための計画のことであり、すべての医療機関はBCPを策定する義務がある。BCPはリスク評価・重要業務の特定・復旧手順の策定・訓練・演習の実施等を含み、策定により予期しない事態に対して迅速に対応し、患者・職員・利害関係者への影響を最小限に抑えることができる。

※28)BCM(Business Continuity Management:事業継続管理)

BCMは、BCPを策定し、実施・維持・改善するための包括的なプロセスのことであり、リスク評価や訓練・演習・計画の見直しなどを通じて、組織全体の事業継続能力の向上を目的としたものである。要するに、BCPは具体的な計画であり、BCMはその計画を管理し、実行するためのプロセス全体を指す。

※29)クリニカルパス

クリニカルパスは、特定の疾患や治療に対する標準的な治療計画を示すもので、患者の治療過程を可視化し、医療チームが一貫したケアを提供できるようにするためのものである。通常、診断から退院までの流れを示し、各ステップでの目標や評価基準が設定されている。治療の標準化・効率的なリソース管理・患者の理解促進・医療の質向上等のメリットがある。

※30)地域連携パス

地域連携パスは、地域の医療機関や介護施設・福祉サービスとの連携を強化するための仕組みを指し、患者が地域内で適切な医療や支援を受けられるように、情報共有や連携のプロセスを明確にするものである。地域連携パスは、病病連携・医介連携における情報共有を促進する効果があり、患者の状態に応じた適切で安全な対応が可能となるメリットがある。

※31)JRAT(Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team:一般社団法人日本災害リハビリテーション支援協会)

災害時におけるリハビリテーションの支援を目的とした団体。主に、自然災害や人為的災

害によって被害を受けた人々に対して、身体的・精神的なリハビリテーションを提供し、生活の質を向上させることを目的としている。JRAT は、専門家のネットワークを活用し、災害発生時には迅速に支援活動を行うほか、普段からの啓発活動や研修を通じて、リハビリテーションの重要性を広めている。また、地域社会との連携を強化し、災害に強い社会づくりにも貢献している。

※32) クリニカルラダー

特に看護師や医療従事者の専門的なスキルや知識の向上を示すためのフレームワーク。特定の臨床スキルや知識の習得を段階的に示し、各段階で求められる能力や経験を明確にしたもの。これにより、医療従事者は自己の専門性を高め、患者に対するケアの質を向上させることができる。

※33) カッツ理論

この理論は、リーダーシップに必要なスキルを 3 つの主要なカテゴリーに分類している。

・技術的スキル(Technical Skills)

特定の業務や職務に関連する専門的な知識や技術を指す。特に中間管理職においては、技術的スキルが重要とされる。

・人間関係スキル(Human Skills)

他者とのコミュニケーションや協力を円滑に行うための能力であり、管理者が職員と良好な関係を築くためには、このスキルが不可欠となる。すべてのレベルの管理職において重要視される。

・概念的スキル(Conceptual Skills)

組織全体のビジョンや戦略を理解し、複雑な問題を解決するための能力を指す。特に上級管理職においては、このスキルが重要となる。組織の全体像を把握し、長期的な計画を立てるために必要である。

カッツ理論は、リーダーシップや管理職に求められるスキルのバランスを理解するための有用なフレームワークを提供しており、組織の効果的な運営に寄与している。管理者は、これらのスキルを状況に応じて適切に活用することが求められる。

※34) キャリアラダー

職業における成長や昇進の段階を示すもので、個人がどのようにスキルや知識を向上させ、より高い職位や責任を持つ役割に進んでいくかを視覚化したもの。これにより、職員は自身のキャリアパスを明確にし、目標を設定しやすくなる。

6. 文献

- 1) プロフェッショナルの条件.P・Fドラッカー.p185.2010.
- 2) Nippak PM: Designing and evaluating a balanced scorecard for a health information management department in a Canadian urban non-teaching hospital. *Health Informatics J.* 2016 Jun;22(2):120-139. doi:10.1177/1460458214537005. PubMed PMID: 24948412
- 3) 南江堂. 理学療法管理学.p3
- 4) 南江堂. 理学療法管理学.p5
- 5) 南江堂. 理学療法管理学.p5
- 6) 経済産業省. 医療経営人材育成テキスト[Ver1.0].p66
- 7) 経済産業省. 医療経営人材育成テキスト[Ver1.0].p63
- 8) 厚生労働省保険局医療課医療指導審査室. 保険診療の理解のために.p9
- 9) 厚生労働省医政局研究開発振興課医療技術情報推進室. 2 法令上作成保存が求められている書類. 第9回医療情報ネットワーク基盤検討会.2004
- 10) 厚生労働省保険局医療課医療指導審査室. 保険診療の理解のために.p42
- 11) 南江堂. 理学療法管理学.p46
- 12) 平成 28(2016)年度厚生労働科学研究. 医療の質指標に関する国内外レビュー及びより効果的な取組に関する研究.p36
- 13) 南江堂. 理学療法管理学.p1
- 14) 公益財団施設日本医療機能評価機構. 施設機能評価機能種別版評価項目解説集 一般施設 2<3rdG ver.3.0.>. p216
- 15) 公益財団施設日本医療機能評価機構. 施設機能評価機能種別版評価項目解説集 リハビリテーション施設<3rdG ver.3.0.>.p170
- 16) 公益財団施設日本医療機能評価機構. 施設機能評価機能種別版評価項目解説集 リハビリテーション施設<3rdG ver.3.0.>.p173
- 17) 公益財団施設日本医療機能評価機構. 施設機能評価機能種別版評価項目解説集 リハビリテーション施設<3rdG ver.3.0.>.p166
- 18) 公益財団施設日本医療機能評価機構. 施設機能評価機能種別版評価項目解説集 リハビリテーション施設<3rdG ver.3.0.>
- 19) 公益財団施設日本医療機能評価機構. 施設機能評価機能種別版評価項目解説集 リハビリテーション施設<3rdG ver.3.0.>.p26

20)公益財団施設日本医療機能評価機構. 施設機能評価機能種別版評価項目解説集 リハビリテーション施設<3rdG ver.3.0.>.p27

21)大阪市ホームページ:

<https://www.city.osaka.lg.jp/shobo/page/0000369423.html>

22)公益財団施設日本医療機能評価機構. 施設機能評価機能種別版評価項目解説集 リハビリテーション施設<3rdG ver.3.0.>.p179

23)日本理学療法士協会「理学療法士の職業倫理ガイドライン」2012.4.15 改正,第 17 項 2

24)日本理学療法士協会 臨床実習教育の手引き第 6 版.p19-20

6

B. 資源管理

1. 定義

ヒト・モノ・カネ・情報は一般的に4大経営資源として知られており、事業を安定して運営するためには欠くことのできない要素である。資源管理とは、組織が目標を達成するために必要な人的、物的、情動的、経済的資源を効果的に確保・活用するための活動である。資源を適切に管理するためには、目的に応じたストラクチャーとプロセスの設定が重要となり、これらは組織全体のパフォーマンスに直結する。

2. 目的

資源管理の目的は、組織の目標達成に必要な資源を確保し、効率的な運用を図ることである。

3. 構成要素

資源管理の実践には、以下の要素が含まれる。

- 人的資源:組織構造と能力開発を推進し、部門運営に繋がるよう管理する。

施設内における自部門の位置づけ、自部門内の組織構造を明確にし、管理体制を明らかにする。また、組織横断的な取り組みについても明確にする。さらに、職員の能力開発を進め、継続した部門運営ができるよう管理する。

- 物的資源:備品や物品、施設を安全・安心して利用できるよう管理する。

備品と物品の違い(備品は資産的価値があるもの、それ以外は物品)を理解し、取り扱いに注意を要する資源を理解し、保全・保守の管理を行う。また、職場環境の整備や清掃・清潔についても管理する。特に記録に残す点について注意を払う。

●**情動的資源**:法的コンプライアンスの遵守と業務全般の標準化を管理する。

関連する診療報酬の算定項目を理解し、各種の基準が必要な項目を管理する。また、診療情報や記録、個人情報についても適切に管理を行う。その他、外部審査等の管理も行う。

●**経済的資源**:教育や研修に係る費用について管理する。

職員の教育や研修に係る予算が適切に運用されるよう管理する。

4. チェックリスト

B.1:人的資源

B.1.1:組織構造の管理

Q: B.1.1.1: 施設における理学療法部門の位置づけが明確になっているか？

A:組織図等を用いて自部門の位置づけを明確にし、共有すべきである。自部門がどの指示系統に置かれているか理解することは、業務を適切に遂行するために重要となる。また、組織図が明示されているとよい。

Q: B.1.1.2: 理学療法部門が複数のチーム等から構成される場合、その位置づけが明確になっているか？

A:自部門内に複数のチームが存在する場合、指示系統を明確にすべきである。職員が指示系統を理解するためには、組織図等を用いて明確化すると良い。それにより、各職員が自身の役割を理解し、責任を持って業務を遂行することが可能となる。

Q: B.1.1.3: 施設内や理学療法部門内に組織横断的な取り組み(委員会や係等)がある場合、それが明示されているか？

A:施設全体として、理学療法部門の職員が関わる組織横断的な取り組みがある場合、その正式な名称(●●委員等)が明示されていることが望ましい。また、その取り組みについて自部門から担当者を選出している場合は、職員名や参加する会議等も併せて明示することが望ましい。自部門内において係活動等の取り組みがある場合も、その名称や目的、メンバー構成等を明確にすると良い。これらの活動は、職員の能力開発や組織の持続的な発展の観点からも重要となる。

(Q: B.1.1.1-1.1.3)

組織図は一般的にどの組織にも存在している。指示伝達経路は組織において様々ではあるが、一般的には施設長より医療技術部の長、理学療法部門の長へ指示命令等が伝達されることが想定される¹⁾。また、自部門内においては、様々な役職が施設長により任命される²⁾。その役職の役割等を明確にし、マニュアルへ収載し、全ての職員が速やかに確認できるような体制の構築は業務の効率化にも繋がる。

施設内での横断的な取り組み(委員会等)が存在する場合は、職員の参加を促進し、他部門との連携強化を図るべきである。業務に関連する委員会に自部門からの参加がない場合には、部門長を通じて施設長に参加を申し出ることも必要となる。このような取り組みを推進することで、他部門と目標を共有することが可能となり、業務の円滑化にも役立つ。自部門内においては、種々の委員会や係を設置することも重要である。このような取り組みは、部門内の様々な課題に対して、迅速かつ多角的に対応することが可能となる。加えて、その活動に関与する職員(全ての職員がいずれかの委員等に所属することを推奨)の社会性、自主性、協調性などを高める一助となる可能性もある。

Q: B.1.1.4: 権限、職務、責任等が明確になっているか?

A:各職員の権限や業務内容等を明確にし、マニュアル等へ明記すべきである。自部門内において、どのような役職者が置かれ、その役職者の役割を明確にし、全ての職員がそれを理解することは、業務を円滑に遂行する観点からも重要となる。

Q: B.1.1.5: 職員の資格が管理されているか?

A:専門職としての免許証は勿論のこと、認定資格等の証明書の写しを集約して管理すべきである。第三者評価の審査の際には、これらの提示が求められることがある。また、資格の管理は職員教育の観点からも重要である。

(Q: B.1.1.4-1.1.5)

役割・責任・権限を明確にし、それが部門内に伝達され、理解され、適用されることは、品質方針を確立する上で重要である³⁾。役職者の職務を明確にし、全ての職員が役職者の責務を理解することは、組織運営を円滑にする一助となる。例えば、与えられた権限以上の事案に対応する場合には、上長への報告・連絡・相談が必要となる。また、役割・責任・権限等の適切な理解は、役職者教育としても重要となる。これらの内容はマニュアルへ収載し、明文化することが望ましい。

職務の遂行については、その正当性を担保するためにも、職員の資格をいつでも確認することが可能な体制を構築することが望ましい。適時調査や第三者評価等を受審する際には、これらの資格の提示が求められる。ただし、個人情報にも該当することから、適切に管理を行う必要がある。

Q: B.1.1.6: 職員の配置は管理されているか？

A:現状の職員の配置状況が記録されていることが望ましい。また、職員の異動状況やその経歴を把握するためには、過去の配置状況も含めて電子媒体などでデータ保管することが望ましい。

職員の配置や異動については、所属する施設によりその運用方法は多岐にわたることが予測される。例えば、急性期に特化している施設であれば急性期の中でのチーム間の異動、急性期から生活期までを運営している組織であれば病期の異なる部門(もしくは施設)間での異動となることもある。職員へは教育訓練の機会を継続的に行うことが望ましく⁴⁾、異動はその一助となる。人材育成や自施設の人的資源を効果的に活用する観点からも、配置情報の管理は重要となる。なお、異動の際にはその目的について、対象となる職員へ説明することが望ましい。

Q: B.1.1.7: ホームページや SNS を運営している場合の管理が適切か？

A:掲載内容の正確性や適切性の観点から、管理権限者を明確(自部門内の役職者等)にすることが望ましい。また、情報が最新となるよう、更新頻度等を設定することも重要となる。近年では、ホームページや SNS 等を用いて自部門の情報を外部へ発信する機会は増加している。掲載内容は最新の情報とし、定期的に更新することが望ましい⁵⁾。掲載の際には、組織の規程等を十分に理解し、適切な運用となるよう体制を構築する必要がある。

B.1.2: 能力開発の管理

Q: B.1.2.1: 職員教育の進捗状況が管理されているか？

A:職員教育の進行状況について、対象者および管理者がいつでも確認できるよう一括して保管すべきである。また、そのデータは一定期間保管することも重要である。

Q: B.1.2.2: 能力開発の活動が理学療法部門内で適切に管理されているか？

A:職員が協会や都道府県士会などで活動する場合、それらの活動を把握することが望ましい。これは、職員の能力開発の観点からも重要である。管理すべき活動内容の一例として、協会や士会の活動、学術集会での発表、執筆、講演や教育施設等での活動が挙げられる⁶⁻⁷⁾。

(Q: B.1.2.1-1.2.2)

職員教育における力量評価には、専門職としての基本的態度・倫理観、臨床推論能力、評価・治療技術、多職種連携能力、安全管理能力、教育・指導力、さらには組織貢献とマネジメント能力などが含まれる。また、院外での活動を通して職員教育や能力開発の活動を行うこともある。これらは、統一されたプロセスを用いて、職員の研修履歴を収集し、業務を遂行する上での正当性が確認できるようにすることが望ましい⁸⁾。職員の教育や能力開発活動の状況を管理することは、行為の正当性を確認するためにも重要となる。また、職員教育の進捗が思わしくない場合には、それを解決するための方法を準備し、全ての職員が一定の水準以上のスキルを習得できるよう体制を構築することも重要である。なお、記録の保管期間については、自部門で設定して管理する必要がある。

B.2:物的資源

B.2.1:備品・物品の管理

本項では、資産的価値があるものを備品(減価償却資産^{※1)}など)、それ以外を物品として定義する。

Q: B.2.1.1: 備品の保安全管理は適切であるか？

A:備品リストを作成し、自主点検項目と頻度を決め、実行すべきである。また、点検の記録は保管されていることが望ましい。加えて、備品のマニュアルが集約され、必要な際に閲覧が可能であることが望ましい。点検項目は対象備品の業者が推奨する項目から選出し、点検頻度についても業者の推奨を参考にすると良い。備品の耐用年数を把握することは、医療事故防止の観点からも重要である。⁹⁾

Q: B.2.1.2: 備品の保守管理は適切であるか？

A:備品に不具合が生じた場合には修理し、修理歴の書類は保管期間を含めて管理するべきである。備品の故障は診療の質に影響を与えることから、不具合が生じた際には、その修理が迅速に実行できるよう、手続きを明確にする必要がある。保守は医療安全において、特に重要となる。

Q: B.2.1.3: 物品の管理は適切であるか？

A:在庫の定数を決め、保管場所を明確にすることが望ましい。また、個人防護具や手指消毒剤も重要な在庫管理の一つとなる。使用期限がある場合には、それを踏まえて管理する必要がある。

(Q: B.2.1.1-2.1.3)

特に医療用の備品においては、管理のためのプログラムを作成し、実施することが必要となる。具体的には、使用する職員への教育と研修、使用マニュアルに基づく確認、設定条件の確認と確実な伝達、使用中の作動確認が挙げられる¹⁰⁻¹²⁾。また、機器を新規に購入した場合には、使用方法を自部門内で共有するとともに、教育プログラムへ組み入れ、その受講歴を管理することも重要となる。保安全管理のために理学療法部門において実施すべき方法は大きく2種類がある。1つ目は、職員による機器点検であり、使用マニュアルに基づいて、毎日、毎月、使用前の点検等が想定される。2つ目は、業者に依頼をする点検である。定期的な点検は、医療安全において最も重要な項目の1つであり、機器マニュアルに基づいて点検項目を選定し、リストを作成・運用し、点検日時および点検者を記載することは重要である。備品に不具合が発見された際の迅速な対応は、患者の利益のためにも重要となる¹³⁾。これらは、第三者評価などにおいては、特に重要視される事項である。不具合が発見された場合の対応はマニュアル等で明確にし、自部門の全ての職員が同じように対応できるよう準備する必要がある。また、役職者等への報告手続きなども明確にすることが望ましい。

理学療法に使用する機器の一部には(特に物理療法に関する機器など)、不具合により患者へ実害を与える可能性のある機器がある。備品の耐用年数を把握し、更新の時期や必要な予算の交渉と確保は管理者としての役割の一つである。また、近年では集中治療室や脳卒中の患者への骨格筋電気刺激療法に関する報告も散見されている¹⁴⁻¹⁶⁾。新たな機器を導入する際には、エビデンスのみならず、施設の特性や使用頻度、収益性も踏まえて導入の優先順位を考え、中長期的な視点で予算計画を立案することが重要である。

Q: B.2.1.4: 備品・物品の購入手続きが明確であるか？

A:新規の購入および更新の手続きが整備されていることが望ましい。特に新規の購入に関しては、購入前にデモを行うことで実際の使用感を確認するのみにとどまらず、想定する治療対象者数や機器の保守方法についても確認すると良い。

物品の在庫切れは理学療法の提供に支障をきたす可能性もある。したがって、施設内で定期的に物品購入が必要となる場合は、その期日やタイミング等を部門内で設定し、手続きが

遅延することが無いよう留意すると良い。備品、物品いずれにおいても購入過程を明確にし、在庫管理を適正化する取り組みは重要である¹⁷⁾。

Q: B.2.1.5: 取り扱いを厳重に行わなければならない備品の安全管理が適切であるか？

A: 理学療法部門に設置される可能性のある対象物として、医療用ガス、化学薬品(消毒剤など)、細胞障害性薬剤(救急カート内)などが想定される。これらは、業務時間内は自部門での管理、業務時間外は施錠して薬剤部等で管理すべきである。

取り扱いを厳重に行わなければならない備品が自部門内に設置されている場合は、種類や量、保管場所を明確にするとともに、適切に管理を行う必要がある。また、在庫目録は少なくとも年1回は更新することが望ましい¹⁸⁾。加えて、使用期限の確認や確認頻度、その記録記載とその保管も重要となる。これらの備品は盗難防止の観点からも管理方法を検討する必要がある。

B.2.2: 施設の管理

Q: B.2.2.1: 環境の整備が適切であるか？

A: 患者の療養環境および理学療法を提供する場の環境は安全性、利便性、プライバシーの確保などに配慮すべきである。また、職員自身にとっても環境整備は重要なものである。診療環境、事務作業のための環境、面談室、休憩室、更衣室などは業務効率化や医療安全、職員の心理的安全性確保の点においても重要となる。

Q: B.2.2.2: 清掃と清潔の対象と場所、タイミングが適切であるか？

A: 患者および職員が使用する設備環境や備品および物品に関して、清掃もしくは清潔の作業が選択され、実行されるべきである。清掃と清潔それぞれに実施のタイミングが定められ、必要に応じて実施が記録され、記録用紙は一定期間保管することが望ましい。

(Q: B.2.2.1-.2.2.2)

患者の療養環境および理学療法診療の環境は、安全性・利便性・快適性の点から、患者が施設に求める機能として重要である。また、高齢者や障害者に配慮した施設・設備・備品の配慮や、医療安全や院内感染制御にも配慮した療養環境実現への継続的な取り組みも大切である¹⁹⁾。

労務環境の点では、施設や設備に不具合がなく、職員が安全に業務を遂行できるよう整備することは、管理者の責務である。加えて、清掃・清潔の習慣は感染対策に直結し¹¹⁾、快適で安

全な診療環境を保持する上で必須となる。職場内での整理・整頓・清掃・清潔・しつけの 5S 活動は職場の風土づくりの一助となる可能性もある。

B.3: 情動的資源

B.3.1: 診療報酬の管理

Q: B.3.1.1: 理学療法部門が算定している診療報酬算定項目を把握しているか？

A: 自部門が算定している診療報酬算定項目を明示する事が望ましい。明示することで、全ての職員が対象となる診療報酬の算定項目を把握することが可能となる。

Q: B.3.1.2: 診療報酬算定項目に関する書籍等の資料を把握もしくは保管しているか？

A: 診療報酬を適切に申請するためにも、参考となる資料を保管もしくは参照先を明確にすることが望ましい。また、疑義解釈を理解することも重要となる。参考となるものとして、WEB 情報として厚生労働省 HP、書籍として医学通信社発行の「診療点数早見表」等がある。

(Q: B.3.1.1-3.1.2)

自部署が算定する診療報酬項目を把握することで、実績の集計が可能となる。実績を分析することは自部門の業績に直結する。例えば、各種の加算をモニタリングし、算定漏れの実数を把握し、算定漏れに関する要因分析および対策を行うことで、自部門の業績を改善することが可能となる。また、正しく診療報酬を理解するためには書籍や、信頼できる WEB 情報を参考にすることが必要である。職員が必要とする情報を速やかに入手する仕組みを構築することは重要である²⁰⁾。一般社団法人日本理学療法管理学会では診療報酬に関連する研修会を開催しているため、参考にされるとよい。

Q: B.3.1.3: 理学療法部門が算定している診療報酬算定項目について、施設基準の要件を理解し、その基準を管理しているか？

A: 施設基準の要件を満たすために必要な人的、物的資源を管理すべきである。特に、人的資源は流動的であることから、常に確認できる体制を構築することが望ましい。

Q: B.3.1.4: 理学療法部門が算定している診療報酬算定項目で受講等が必要なものがある場合、その証明書等を保管しているか？

A: 診療報酬算定項目には、施設基準や算定要件として資格や受講修了が推奨もしくは必要となることがある。該当する証明書等は個人が保管するのみならず、自部門(もしくは施設)で

も一括して管理すべきである。例えば、がん患者リハビリテーション料の算定には、“がん患者リハビリテーションに関する適切な研修”を修了する必要がある。

(Q: B.3.1.3-3.1.4)

施設基準や算定要件を満たすためには、各職員の免許、各種認定資格や研修会の修了証明書等を把握し、人員配置状況を管理することが重要である。例えば、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算では、医師は必要な研修を修了している必要があり、専従の療法士は、その他のチーム医療等に係る申請に名前を登録することはできない。また、育児休暇や産前産後休暇等で登録者が不在となる場合は、登録者の変更が必要となる。登録状況を管理すること、登録変更を適切に実行する観点から、その時点における登録者等を明示し、定期的を確認することを推奨する。病院機能および役割に見合った人材の確保は大変重要である²¹⁾。

Q: B.3.1.5: 診療に必要な各種ガイドライン名が明記されているか？

A: リハビリテーション医療の標準化を担保するためには、エビデンスの集合体であるガイドラインの知識は必須となる。したがって、診療に関連するガイドラインは自部門のマニュアル等に記載することが望ましい。

Q: B.3.1.6: 各種ガイドラインが改訂された際、全ての職員が把握できるか？

A: ガイドラインの改訂頻度は一般的に数年～10年程度である²²⁻²⁴⁾。したがって、全ての職員が確認できるよう、定期的にガイドラインの改訂を確認し、マニュアル等へ記載することが望ましい。なお、ガイドラインが改訂された際には、全ての職員が把握できる体制を構築することが望ましい。

一般社団法人日本理学療法学会連合のホームページには“理学療法ガイドライン 第2版 (WEB版)”²⁵⁾が掲載されている。理学療法における各領域のガイドラインが収載されているため、参考にされるとよい。

Q: B.3.1.7: 理学療法部門に係るクリニカルパス、プロトコル、地域連携パス等の名称および閲覧方法が明記されているか？

A: 全ての職員は自部門が関連する各種パスやプロトコルを認知し、理解すべきである。したがって、対象となるものについては自部門のマニュアル等へ記載するとともに、それぞれの閲覧場所(アクセス方法)も併せて明記すべきである。

Q: B.3.1.8: 理学療法部門に関するクリニカルパス、プロトコル、地域連携パス等の使い方が明記されているか？

A: クリニカルパス、プロトコル、地域連携パスを正しく運用するためには、全ての職員が使用方法を理解する必要がある。したがって、使用方法も含めて自部門のマニュアル等へ記載することが望ましい。

Q: B.3.1.9: 理学療法部門に関するクリニカルパス、プロトコル、地域連携パス等を改訂した際、全ての職員が把握できるか？

A: クリニカルパス、プロトコル、地域連携パスは診療および病病連携や病診連携へ影響を与える。したがって、改訂された際には、全てのスタッフが把握できる方法で伝達することが望ましい。

(Q: B.3.1.7-3.1.9)

クリニカルパス、プロトコル、地域連携パスは良質な医療を効率的に、安全かつ適正に提供するための手段であり、診療の標準化、根拠に基づく医療の実施、業務の改善、チーム医療の向上などの効果が期待されるものである。特に地域連携パスは、機能分化した各施設の役割分担に基づき、急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰るための診療計画について、全ての医療機関が共有するものである。各種パスやプロトコルの管理に関与し、それを有効に活用することは、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現する近道となる可能性がある²⁶⁾。

B.3.2:記録の管理

Q:B.3.2.1:職務内容についてのマニュアルが作成され、職員は設置場所を把握しているか？

A: 業務の標準化のためにはマニュアルが作成されていることが望ましい。作成されていない場合、本ガイドラインを参考に、誰でも理解しやすい表現で作成されているとよい。作成したマニュアルは、全ての職員がいつでもアクセスできるような形式で保管されていることが望ましい。

Q: B.3.2.2: マニュアルの改訂基準や改訂方法は定められているか？

A: 施設や自部門の方針転換、職員の入退職や異動等、自部門を取り巻く環境は目まぐるしく変化する。マニュアルの内容が最新の情報となるよう、改訂基準や時期等を明確にすること

が望ましい(毎年 3 月・9 月など)。また、改訂する際には、版数、改訂日、改訂箇所等を明確にすると良い。新・旧のマニュアルが混在しないよう、配慮することも大切である²⁷⁾。

(Q: G.3.2.1-3.2.2)

方針・手順書・プログラムなどの文書は一貫性があり、統一された方法で管理されるべきである²⁸⁾。具体的には、発行までに至る審査と承認、およびその頻度、管理手段や変更箇所の明確化および読みやすさの維持、発行日や版の記載などが挙げられる。職員がこれらの文書へのアクセス方法を理解し、行動に反映させるような体制を構築することが求められる²⁸⁻²⁹⁾。

Q: B.3.2.3: 診療記録等は標準化されているか?

A: 診療記録は SOAP 形式での記載が望ましい。記載内容はテンプレート等を用いて、記載漏れを防ぐことが重要である。これは、業務の効率化にもつながる。なお、記載内容は他職種や非医療従事者が閲覧しても理解できる用語を使用することが望ましい。

Q: B.3.2.4: 診療記録等の監査はされているか?

A: 診療記録の方法や内容が適切に運用されるよう、外部審査の視点も考慮して監査項目を決定し、自部門でも定期的に監査できる体制を構築することが望ましい。

(Q: B.3.2.3-3.2.4)

評価や治療の対象となる全ての患者に対して、標準化された診療記録の作成と保管を行い、内容やフォーマットおよび入力場所を決定することは重要である。具体的な記載方法は成書を参考にされると良い³⁰⁾。電子カルテを導入する施設が増える中、診療記録のコピー&ペースト(情報の原本または過去版から文章またはデータを選択して、他の場所に再利用する機能のこと)は当たり前の光景となっている。このような機能は、文書作成作業の効率性を改善する等のメリットはあるものの、不正確もしくは古い情報を複製する潜在的リスクが存在することを十分に認識する必要がある。規則に従い、正しい診療記録が作成されるよう、定期的に監査することが推奨される³¹⁻³⁴⁾。

Q: B.3.2.5: 漏洩防止のためのセキュリティ対策がなされているか?

A: 情報漏洩の流出経路として、主に紙媒体と電子媒体の 2 つの経路が想定される。流出を防ぐための方策として、個人情報印刷する基準や、情報セキュリティ研修の受講と遵守、記録媒体の使用基準等の規定整備が挙げられる。また、研修の受講管理も重要となる。管理者はこれらの管理をすべきである。その際、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライ

ン」³⁵⁾等を参考に、組織的・物理的・技術的・人的安全対策を管理するとともに、災害やサイバー攻撃時の対応は施設全体に関わる手続きが必要となることも理解し、有事には適切に対応できるよう準備が必要である。例えば、①サイバー攻撃の事例を知り、理学療法部門内で共有する。②サイバー攻撃やウイルス感染が発生した際の対応について施設全体の手続きを理学療法部門内で共有しておく。などが挙げられる。

外部審査においても、情報システムや情報セキュリティおよび情報の使用と管理の原則について、教育および訓練が重要とされている³⁶⁾。なお、その要素として、規程の整備と職員への周知、物理的・技術的保護、診療における情報の保護が挙げられる³⁷⁾。適切な取り扱いについては成書³⁸⁾も参考にされるとよい。特に、患者の個人情報保護、診療情報等の外部への持ち出しについては基準や方法を明確にすべきである。

2024年度の診療報酬改定では、非常時に備えた医療情報システムのバックアップや、非常時の業務継続計画(BCP)の策定とその運用について、新たに新設されている。医療Dxが進む中、今後更に当分野は重要になると予測される。

Q: B.3.2.6 : 実習に関係する個人情報は適切に管理されているか？

A: 指導者は個人情報の取り扱いを理解し、実習生はその指導を受け、施設は誓約書を得ておくべきである。

個人情報保護法では、個人情報とは「生存する個人の情報であって、氏名、生年月日、住所、写真などにより特定の個人を識別できるもの」と定められている。臨床実習指導者は実習生が実習中に知り得た個人情報の守秘義務を順守すること、実習生自身の個人情報(学生個人に関わる情報)の保護と安全管理にも留意する必要がある。実習に際するトラブル回避のために、指導者へは事前に個人情報の取り扱いに関する学習や指導を繰り返し徹底するとともに、実習生へはオリエンテーション等にて個人情報管理の重要性を伝えることが重要となる。実習生個々が重要性を認識するためにも、学生から誓約書を得ておくことも重要となる³⁹⁾。その他の臨床実習に関する内容については、「リーダーシップ」を参照されると良い。

B.3.3:外部審査の管理

Q: B.3.3.1: 自施設が受審している(受審する可能性のある)外部審査を理解しているか？

A: 主要な第三者評価機関を以下に列挙する。各団体のホームページ等を参照し、その視点や審査内容を理解し自部門の運営に活用することが望ましい。

- ・ 病院機能評価(公益財団法人 日本医療機能評価機構)

- ・ ISO7101,9001(国際標準化機構:International Organization for Standardization, ISO)
- ・ Joint Commission International(JCI)

Q: B.3.3.2: 外部審査を受審した場合、指摘事項を理解し、その改善活動がなされているか？

A: 審査を受審した際には、指摘事項を記録し、改善の視点で自部門の目標等を設定し、課題への対策立案および実行を推進することが望ましい。改善活動を推進することは、業務の質改善に繋がる。

(Q: B.3.3.1-3.3.2)

外部監査とは、第三者機関が既定の項目について客観的に評価するプロセスである。外部審査等を用いて自部門の課題を明確にし、業務の質改善に向けて取り組みを継続的に行うことは重要である⁴⁰⁾。本邦における主な第三者機関として、公益財団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価、その国際版の位置づけとなる Joint Commission International(JCI)、そして国際標準化機構(ISO)が挙げられる。病院機能評価は受審している施設も多く、HP 等を参考に評価の視点を理解されるとよい。ISO は標準化がポイントとなり、誰もが標準的に、継続的に実践できるようにする視点が評価される。これまでは ISO9001(品質マネジメントシステム)の受審が主であったが、2023 年には ISO7101(ヘルスケア組織管理)が新設された。今後は ISO7101 を受審する施設が増加することが予測される。JCI は世界の病院から集められた優れた知見を基に目標を定め、それに向かって計画を立てて実行し、実行した結果生じた問題点を分析して改善につなげる視点が評価される。日本の法律に沿った内容ではないものの、多角的な視点で医療の質が評価される特徴がある。

B.4: 経済的資源

Q: B.4.1: 予算管理が適切になされているか？

A: 施設が支出する教育や研修に係る費用が主に該当する。これらの用途については、規程等を作成し、利用する際の条件や支出方法を明確にすべきである。なお、自部門内で職員間の互助目的に年会費等を徴収し、冠婚葬祭等に支出している場合も同様である。

施設が支出する教育や研修に係る費用が公平に活用されるためには、規程を作成するとともに、支出は同施設内の会計に関する部門が管理することが望ましい。また、自部門で冠婚葬祭等が生じた際に支出するため、職員から金銭等を徴収している場合にも、その規程等を作成するとともに、管理には職員 2 名以上を充てるなど、不正が生じない体制を構築することが望ましい。なお、規程等の変更を行う際には、その内容を部門内へ広く周知することで透明性を図る必要がある。本項では、理学療法部門における教育および研修に係る費用を対象としているが、バランススコアカードにおける”財務の視点”については、”リーダーシップ”を参照にされるとよい。

5. 用語解説

※1) 減価償却資産⁴¹⁾

事業などの業務のために用いられる建物、建物附属設備、機械装置、器具備品、車両運搬具などの資産であり、一般的には時の経過等によってその価値が減っていくもの。

6. 文献

- 1) 齊藤秀之, 島村耕介, 他: プロフェッショナルを目指す!!—PT 卒後ハンドブック 1 年目に習得したい基本スキル. 三輪書店, 東京, 2014, pp.15-16.
- 2) 奈良勲: 理学療法概論 第 6 版, 医歯薬出版株式会社, 東京, 2014, pp.157-159.
- 3) ISO 7101:2023 ヘルスケア組織管理—ヘルスケア組織における品質のマネジメントシステム—要求事項, 一般財団法人 日本規格協会, 東京, 2024, pp.10.
- 4) Joint Commission International 病院認定基準 第 7 版, Joint Commission Resources, Illinois, 2021, pp.326-330(SQE.8).
- 5) 病院機能評価 機能種別版評価項目 解説集 一般病院 2 3rdG:Ver.3.0, 公益財団法人 日本医療機能評価機構, 東京, 2023, pp.14-15.
- 6) 齋藤昭彦, 下田信明: PT・OT ビジュアルテキスト リハビリテーション管理学, 羊土社, 東京, 2020, pp.93-99.
- 7) 石川朗, 長野聖: 15 レクチャーシリーズ 理学療法テキスト 理学療法管理学, 中山書店, 東京, 2020, pp.145-146.
- 8) Joint Commission International 病院認定基準 第 7 版, Joint Commission Resources, Illinois, 2021, pp.343-344(SQE.15).

- 9) 橋元隆, 石橋敏郎, 他:理学療法管理学 第2版, 医歯薬出版株式会社, 東京, 2025, pp.90-92.
- 10) 病院機能評価 機能種別版評価項目 解説集 一般病院 2 3rdG:Ver.3.0, 公益財団法人 日本医療機能評価機構, 東京, 2023, pp.68-69.
- 11) ISO 7101:2023 ヘルスケア組織管理—ヘルスケア組織における品質のマネジメントシステム—要求事項, 一般財団法人 日本規格協会, 東京, 2024, pp.19.
- 12) Joint Commission International 病院認定基準 第7版, Joint Commission Resources, Illinois, 2021, pp.303-304(FMS.9).
- 13) 病院機能評価 機能種別版評価項目 解説集 一般病院 2 3rdG:Ver.3.0, 公益財団法人 日本医療機能評価機構, 東京, 2023, pp.214-215.
- 14) Chen S, Gao J, et al. Implications of neuromuscular electrical stimulation on gait ability, balance and kinematic parameters after stroke: a systematic review and meta-analysis. *J Neuroeng Rehabil.* 2024 Sep 18;21(1):164. doi: 10.1186/s12984-024-01462-2. PMID:39294678; PMCID: PMC11409629.
- 15) Nakanishi N, Yoshihiro S, et al. Effect of Neuromuscular Electrical Stimulation in Patients With Critical Illness: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Crit Care Med.* 2023 Oct 1;51(10):1386-1396. doi: 10.1097/CCM.0000000000005941. Epub 2023 May 26. PMID: 37232695.
- 16) García-Pérez-de-Sevilla G, Sánchez-Pinto B. Effectiveness of physical exercise and neuromuscular electrical stimulation interventions for preventing and treating intensive care unit-acquired weakness: A systematic review of randomized controlled trials. *Intensive Crit Care Nurs.* 2023 Feb;74:103333. doi: 10.1016/j.iccn.2022.103333. Epub 2022 Oct 22. PMID: 36283894.
- 17) 病院機能評価 機能種別版評価項目 解説集 一般病院 2 3rdG:Ver.3.0, 公益財団法人 日本医療機能評価機構, 東京, 2023, pp.216-218.
- 18) Joint Commission International 病院認定基準 第7版, Joint Commission Resources, Illinois, 2021, pp.295-298(FMS.7).

- 19) 病院機能評価 機能種別版評価項目 解説集 一般病院 2 3rdG:Ver.3.0, 公益財団法人 日本医療機能評価機構, 東京, 2023, pp.42-47.
- 20) 病院機能評価 機能種別版評価項目 解説集 一般病院 2 3rdG:Ver.3.0, 公益財団法人 日本医療機能評価機構, 東京, 2023, pp.194-196.
- 21) 病院機能評価 機能種別版評価項目 解説集 一般病院 2 3rdG:Ver.3.0, 公益財団法人 日本医療機能評価機構, 東京, 2023, pp.184-185.
- 22) 日本循環器学会/日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン:2021年改訂版 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Makita.pdf (2026年2月28日引用)
- 23) 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会: 脳卒中治療ガイドライン 2021〔改訂2025〕guideline2021_kaitei2025_kaiteikoumoku.pdf(2026年2月28日引用)
- 24) 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会/大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン 策定委員会: 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン 2021 改訂第3版, <https://minds.jcqh.or.jp/common/summary/pdf/c00625.pdf>(2026年3月2日引用)
- 25) 一般社団法人 日本理学療法学会連合: 理学療法ガイドライン 第2版, 2021. <https://www.jspt.or.jp/guideline/2nd/>(2026年2月28日引用)
- 26) 病院機能評価 機能種別版評価項目 解説集 一般病院 2 3rdG:Ver.3.0, 公益財団法人 日本医療機能評価機構, 東京, 2023, pp.16-17.
- 27) 工藤正彦: 小さな会社の〈人と組織を育てる〉業務マニュアルのつくり方, 日本実業出版社, 大阪, 2020, pp.249-259.
- 28) Joint Commission International 病院認定基準 第7版, Joint Commission Resources, Illinois, 2021, pp.358-359(MOI.7).
- 29) ISO 7101:2023 ヘルスケア組織管理—ヘルスケア組織における品質のマネジメント システム—要求事項, 一般財団法人 日本規格協会, 東京, 2024, pp.16.
- 30) 新田収, 小林賢, 他: 理学療法スーパーバイズマニュアル 臨床実習生・新人理学療法士 指導のために, 南江堂, 東京, 2010, pp.224-226.
- 31) Joint Commission International 病院認定基準 第7版, Joint Commission Resources, Illinois, 2021, pp.359-361(MOI.8).

- 32) Joint Commission International 病院認定基準 第7版, Joint Commission Resources, Illinois, 2021, pp.362(MOI.10).
- 33) 病院機能評価 機能種別版評価項目 解説集 一般病院 2 3rdG:Ver.3.0, 公益財団法人 日本医療機能評価機構, 東京, 2023, pp.54-56.
- 34) ISO 7101:2023 ヘルスケア組織管理—ヘルスケア組織における品質のマネジメントシステム—要求事項, 一般財団法人 日本規格協会, 東京, 2024, pp.17.
- 35) 厚生労働省: 医療システム情報の安全管理に関するガイドライン 第6.0版, 令和5年5月. https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00006.html (2026年2月28日引用)
- 36) Joint Commission International 病院認定基準 第7版, Joint Commission Resources, Illinois, 2021, pp.357-358(MOI.6).
- 37) 病院機能評価 機能種別版評価項目 解説集 一般病院 2 3rdG:Ver.3.0, 公益財団法人 日本医療機能評価機構, 東京, 2023, pp.10-11.
- 38) 個人情報保護委員会ホームページ 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス 平成29年4月14日(令和6年12月一部改正), pp.36-41. https://www.ppc.go.jp/files/pdf/01_iryokaigo_guidance9.pdf(2026年2月28日引用)
- 39) 公益社団法人 日本理学療法士協会: 臨床実習教育の手引き(第6版), p27-28, 2020, https://www.japanpt.or.jp/assets/pdf/activity/books/education_01/tebiki6_201225.pdf(2026年2月28日引用)
- 40) 病院機能評価 機能種別版評価項目 解説集 一般病院 2 3rdG:Ver.3.0, 公益財団法人 日本医療機能評価機構, 東京, 2023, pp.30-31.
- 41) 国税庁ホームページ: ホーム/税の情報・手続き・用紙/税について調べる/タックスアンサー/No.2100 減価償却のあらまし, <https://www.nta.go.jp/taxes/shiraberu/taxanswer/shotoku/2100.htm> (2025年3月24日引用)

6

C. チーム医療と連携

1. 定義

チーム医療は、医療チーム内の専門職が統合することで質の高いケアを提供し続けるために必要である。厚生労働省の定義では、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」¹⁾と一般的に理解されている。連携とは、吉家らによると共有化された目的を持つ複数の人及び機関(非専門職も含む)が、単独では解決できない課題に対して、主体的に協力関係を構築し、目的達成に向けて取り組む相互関係の過程²⁾とされている。そのため、目標達成に向けたプロセスを含む手段的な概念としてあり、チーム医療は患者中心の医療の提供とした連携の実態としてとらえている²⁾。また、連携はチーム医療という連携の実態を包含する概念とされている²⁾。したがって、このガイドラインにおいても、チーム医療を患者中心の医療を提供する特定のチーム内での協働に該当する構成要素として捉えており、連携を特定のチームを越えて異なる職種や専門家が関与し目標達成のために協業に該当する構成要素としている。ここでは、チーム医療と連携の主な項目に焦点をおいて抽出し、他セッションで関連や重複する項目については補足したものである。

2. 目的

チーム医療と連携の目的は、患者に対して包括的かつ統合された医療サービスを提供し、各専門職の相乗効果を最大化することである。

3. 構成要素

チーム医療と連携には、以下の要素が含まれる。

●専門職間の協力

各専門職が連携して診療やケアを提供する体制を構築する為には、専門職間で協力する

必要がある。また、専門職間で協力する上で、専門職で構成しているチームメンバーと役割と責任を明確にし、各専門職の専門性を活かし、かつ他職種のメンバーと実践を通して協働することが求められる。

●情報共有

チーム医療と連携を実践する上で、専門職チーム内および施設間での情報共有が重要である。チーム活動や連携の効率化を図るためには、専門職チーム内で情報を共有するさまざまな仕組みを構築することが必要である。

●連携体制

医療サービスは、介護や福祉、保健との連携が必要であり、自施設にとどまらず、地域全体で患者を支える体制を構築することが必須となる。連携には前方・後方とあり、施設内で専門的な部門を構築し仕組みを作り取り組むことが求められる。

●チーム医療の教育

チーム医療をマネジメントする上で教育する仕組みを構築することが求められる。卒後の教育する仕組みをつくり、かつ実践し、また実践の効果を測定し、継続的に改善していくことが必要である。

4. チェックリスト

C.1: 専門職間の協力

Q:C.1.1: 自施設で理学療法士を含む専門職の協力体制の構築

(関連項目: B.1.1.3、B.1.1.4、E.4.1、F.4.3、)

Q:C.1.1.1: 診療報酬制度において理学療法士の関与が求められているチーム医療について理解しているか?

A: 日本における「チーム医療」という言葉は 1970 年代から広まり始め、医療現場での専門職間の協力の重要性が認識されるようになり、2010 年、厚生労働省に「医療におけるチームワーク推進委員会」が設置され、栄養サポート加算がスタートした。栄養サポートチームや呼吸ケアチームなどのチーム医療が始まった³⁾。

厚生労働省は、チーム医療の定義を定め、質の高い医療を提供するためには、医療スタッフの専門性を高め、委ねつつチーム医療を通して再統合が必要であるとしている。チーム医

療の効果は、①疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質向上、②医療の効率性の向上による医療従事者の負担軽減、③医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上が期待⁴⁾されており、チーム医療を推進するためには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進を基本として取り組む必要がある¹⁾としている。理学療法士に個人的スキルは当然であるが、疾患別の診療グループや病棟グループあるいは理学療法部門全体といった組織そのものの能力を最大限に発揮できるように管理(マネジメント)することも理学療法士の役割である⁵⁾。

近年の診療報酬制度においても、働き方改革を始めタスクシフトやタスクシェアなど、チーム医療を推進する方向性は益々高まり、加算や要件で求められており、チーム医療を推進するために様々な規定を設定し診療点数として医療収益に反映している。そのため、各医療機関の入院基本料や加算、管理料、指導料の基準や必要な要件、また求められていることを理解して仕組みとして臨床現場に落とし込み理学療法管理を行う必要がある。

Q:C.1.1.2.:診療報酬制度の要件に沿って、診療チームや委員会チーム活動に理学療法士として参加できているか？(関連項目:C.2.2.1、C.4.1.2、C.4.1.3)

A:診療報酬制度の要件の項目に理学療法士がチーム活動に参加することが求められているが、参加する上では専門職間での関係性を構築するスキルが必要となる。詳細は、情報共有やチーム医療の教育の構成要素の項目で述べる。

Q:C.1.2.:専門職チーム内で理学療法士の役割分担が明確化(関連項目:B.1.2.1、D.1.1、D.1.2、)

Q:C.1.2.1:専門職チームメンバーとしての理学療法士の法的位置づけと名称の確認をしているか？

A:理学療法士及び作業療法士法によると「理学療法」とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。この対象、目的および手段においてこの定義に当てはまるものを理学療法行為とする。そして「理学療法士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、理学療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、理学療法を行なうことを業とする者をいうとされ、診療の補助として理学療法を行うことを業とすることができる^{6,7)}。さらに、対象者の拡大およびチーム医療の構成員として、その役割の

拡大に伴い、理学療法士の業務範囲は広がっている。理学療法士はそれぞれの省令等に従いその業務範囲を更新する⁷⁾必要がある。

Q:C.1.2.2: 専門職チームメンバーとして理学療法士の役割と責任が明確に定められているか？

A: 日本理学療法士業務指針の理学療法の実践において、理学療法士は、特有の知識と技術を用いて、基本的動作能力や生活(人生)の質を見極め、その実現可能性を判断し関係者と共有する。そして、対象者の参加の制限、あるいは環境による障壁を克服し、障がいをも最適切な身体的、精神的、社会的、職業的、経済的に能力を発揮できることを目指すことで、家庭や職場などにおける社会参加を促し全人的復権を目指す。理学療法士の実践の範囲は、直接的な対象者への理学療法の提供に限定されず、公衆衛生やマネジメント、教育・研究、地域支援、災害支援等、経営も含まれる⁷⁾と記されており、自施設に合わせて理学療法士の役割を定める必要がある。

理学療法士のチームアプローチにおいては、円滑で効果的な理学療法の提供に努め、専門的見地から問題解決に資する考えを関係職種に提示すると同時に、他職種からの意見も取り入れ、それを理学療法に反映させる必要がある⁸⁾。また、関係職種とより良い連携を図るために、職種間の利害ではなく、対象者が何を望み、対象者にとって何が必要かという視点に立脚した上で、関係職種と対等で相互尊重的な関係を築くよう努める⁸⁾とされている。所属する部署により役割や責任は異なることもあるため、自施設の役割と責任の範囲を確認し明文化することが望ましい。

Q:C.1.2.3: 専門職チームメンバーとしての理学療法士の職種名が明示されているか？(関連項目:Q:A.2.4.1.4)

A: 資格名称と部門、職員名を表示し、施設内で正しく呼称することは、患者や他職種へ専門職としての情報提供の促進となり、またどのような専門職が対象者に関わっているのかを知らせることになる。理学療法士は、「理学療法士」また「Physical Therapist(PT)」と正しく表記する必要がある。施設により生涯学習制度の資格⁹⁾(認定や専門療法士)を追記することもある。

近年では、職員への迷惑行為「カスタマーハラスメント」(カスハラ)を防ぐ目的で、職員が身に付ける名札の表記を、名字のみに変更している施設もあり、施設の方針に合わせて対応が必要である。

Q:C.1.2.4:診療や各種委員会に理学療法士として配置され、指針やマニュアル等の書類に役割等が明文化されているか？(関連項目:B.3.2.2)

A:診療報酬制度の基準の要件には、カンファレンスの参加が必須となっており、一部マニュアルやプロトコル^{※1}を必要としているものもある。入院診療基本料等加算の要件には、理学療法士や理学療法士等と明記されていることもあり、施設が取得している、あるいは取得予定の基準や加算を確認する必要がある。また、各種委員会の指針やマニュアルにリハビリテーション専門職の一員である理学療法士等の役割が記載されていることが望ましい。

各チームの目標を達成するために、何を受け取り、どのような資源を活用し、どのような活動をするのか、またその間どのような状況把握や介入をするかを明らかにする必要があり、その活動をどのように実施するかその良い方法を規定するために作業マニュアルを作成する必要がある¹⁰⁾。

C.2.:情報共有

Q:C.2.1:専門職チーム内で診療計画や治療方針の情報共有(関連項目:A.2.2.1 G.3.1、B.3.2.1)

Q:C.2.1.1:診療計画や治療方針が専門職チーム内で適切に共有されているか？

A:チーム医療の普及に伴い、各診療科のカンファレンスであっても多職種の参加が一般的となり、職種ごとの特性や職域を考慮した情報共有が必須である。また、各種会議においても、職種ごとの状況を考慮した議論が必要である。現場で行われるカンファレンスには、職種ごと・診療科ごとなど多様であり、参加人数も多少さまざまである。多くのカンファレンスの目的は治療方針の決定ではあるが、近年の医療状況や社会状況を鑑みると、退院先や転院先の選定だけでなく、サービスの選定・生活場所の選定など多岐にわたる¹¹⁾。また、今後の各職種のすべきことが具体化して共有される必要がある。開催にあたっては、時間・場所の案内だけでなく、可能な限り議論すべきテーマ(問題点や論点)を明確にし、参加者が事前に必要な情報をまとめられる環境設定が求められる。開催中においても、参加者が発言しやすい環境が設定できていることが望ましい。多職種が集まる場では、潜在的なヒエラルキー^{※2}が

生じることも多く、心理的安全性が保ちにくい状況も少なくない。特に、非医療従事者(患者や家族を含む)が参加する場では、医学的な正論が列挙されると肝心な当事者の希望などが十分に表出されないこともあるため、会議の場での配慮だけでなく、専門用語の説明や事前に患者及び家族の要望の聴取を行うなどの事前の準備に関しても十分に行う必要がある。

実際の現場では、多職種での関係構築において個人の感情のみでなく各部門のメリット・デメリットが少なからず影響する。そのため、各職種や各部門・事業所の状況(人員、業務量など)を知り、達成可能な介入や目標を具体的に検討する必要がある。

一方で、医療人として得た情報を余す事なく共有することや理学療法士として提言すべき意見を明確に伝えることも必要である。この際、職種間のみでなく個人間のコンフリクト^{※3}が障壁となることがある。その解決の一助として、他職種への理解やコミュニケーション能力が必要である。

Q:C.2.1.2:適切な頻度で多職種が参加している情報共有の場が開かれているか?

A:開催頻度に関しては明確な基準を設けにくいのが、患者の状態変化による治療方針などの変化に対応するために適切な頻度の開催が望まれる。一般的には、入院後早期に初回カンファレンスが開催されることが望ましい。その後は患者の状態に応じて、頻度や時間は柔軟性があってよい。具体的には、入院時カンファレンス・リハビリテーションカンファレンス・退院調整カンファレンスなどがあげられる。その他コンサルテーション型として褥瘡チーム・栄養サポートチーム・呼吸ケアチームなどのケアカンファレンスがあげられる¹²⁾。

開催頻度の確保のためにも、1回の開催時間の短縮が望ましく、検討すべき点の明確化・計画を書面で共有するなどのカンファレンス前の準備が重要となる。

Q:C.2.1.3:多職種が理解できる共通用語を用いて、記録が残されているか?(関連項目:B.3.2.3)

A:記録に関しては、カルテにおける保存の三原則である、真正性・見読性・保存性が保たれた状態が望まれる。また、参加する職種が理解できる言葉で記録を残す必要がある。医療用語の中には非医療者が認知や理解できていないもしくは誤解が生じることがある。具体的には、認知できていない・意味が分かっていない・知識が不十分・別の意味と混同などの理由があり、その理由に応じて、言葉の言い換えや明確な説明などが必要になる¹³⁾。カンファレンスにて決定した事項・残された課題を明確に残しておく必要がある。患者の意思の尊重、患者に

とっての最善の利益、患者に対して害悪を与えない・患者への害悪を回避するなどの論点が明示されていることが望ましい。

Q:C.2.2:施設間での適切な情報共有(関連項目:G.2.2 G.3.2)

Q:C.2.2.1:施設間での情報共有が円滑に行われ、患者ケアに反映されているか?

A:ひとつの疾患に対して時期に応じて複数の医療機関が関わることは少なくない。

また、生活期に関してはリアルタイムで情報共有することが望まれる。同事業所での共通する利用者などが多い場合には、定期的にカンファレンスの場を持つことも検討すべきである。しかし、前述されている同施設内でのカンファレンスに比して頻度や時間は慎重に検討すべきである。具体的には、在宅へつなぐ際の退院時カンファレンス、介護保険制度のケアマネジメントの一環として実施するサービス担当者会議、地域ケア会議などがあげられる。

参加者が医療チームだけでなく、各種サービス事業・患者および患者家族まで広がるため、異なる意見や少数意見についても大切に扱う必要がある。

Q:C.2.2.2:施設間の情報共有ツールを作成しているか?

A:疾患別リハビリテーション料の施設基準においては、リハビリテーション実施計画書・リハビリテーション総合実施計画書を定期的に作成し、患者や家族へ説明かつ同意を得ることが必須で、書類により交付することが定められている。施設の状況に応じては、地域連携パスや各病院の情報提供書など様々な書式が存在する。そのため、施設間において、基本情報や検査バッテリーなど必要な情報を吟味し、情報共有ツールとして作成すること、また ICT などを活用した情報共有の方法も含めた体制整備をされることが望ましい。

C.3:連携体制

Q:C.3.1:地域包括ケアにおける連携体制の構築

Q:C.3.1.1:地域包括ケアにおける連携に関して理解しているか?

(具体的には、地域ケア会議、介護・医療連携推進会議、地域医療構想調整会議に、参加できているか?)

A:医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的

な在宅医療・介護を提供することが重要である¹⁴⁾。地域包括ケアを実現するためには、以下の5つの視点に基づいた取り組みが重要である¹⁴⁾。

①医療との連携強化

24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化

②介護サービスの充実強化

24時間対応の定期巡回・随時対応サービスなどの在宅サービスの強化

③予防の推進

できる限り要介護状態とならないための予防の取り組みや自立支援に資する介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備

一定の基準を満たした有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけることや、持ち家のバリアフリー化の推進

これらを利用者のニーズに応じた適切な組み合わせで提供し、入院から退院、在宅復帰まで切れ目なく支援することが求められている。

地域包括ケアシステム^{※4}を支える社会基盤を整備する手法として地域ケア会議が注目されている。地域ケア会議は、地域包括支援センター等が主催し、医療、介護等の多職種が協働し地域支援ネットワークを構築しながら、高齢者の個別課題の解決を図るとともに、地域に共通した地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげることを目的にしている^{15・16)}。それぞれの医療機関においても、高齢者の生活支援に活用できる地域内の社会資源を把握することにより利用者ニーズに合うサービスの選定・提供が可能となる¹⁷⁾。社会資源は介護事業者や福祉事業者といったフォーマルな資源だけでなく、NPOやボランティアなどのインフォーマル^{※5}な資源についても把握する必要がある。地域の社会資源に関する情報の一部は、役所の福祉担当課・保健担当課等、社会福祉協議会、各種計画書(老人保健福祉計画、介護保険事業計画、地域福祉計画、インターネットなど)から得ることができる。さらに、地域の関係者がどのような活動をしているのか、ネットワークで果たす上での役割について話し合い、お互いの理解を深めて、顔の見える関係を構築することが望ましい¹⁸⁾。

また ICT(information and communication technology) を利用した地域連携ネットワークも多く存在し、日本医師会総合政策研究機構の調査データ¹⁹⁾によれば、「主に在宅医療介護現場の連携ツールとして利用」が最も多かった。

Q:C.3.1.2:地域連携部門・担当者を設け、健康増進や介護予防に寄与する活動を行っているか?

A:病院に地域連携部門や担当者を設置することは、地域の医療機関や介護施設、行政機関との連携を強化し、地域全体での継続的な患者ケアを実現する上で重要な役割を果たすものである。これにより、退院後の在宅医療やリハビリ、介護サービスへのスムーズな移行が可能となる。また、地域連携部門は、病院と地域住民との間での情報発信や啓発活動を担う重要な存在である。例えば、健康セミナーの企画や地域イベントへの参加を通じて、住民に医療や健康に関する正確な情報を提供し、予防医療や健康増進の推進に寄与する。これらの活動により、地域住民の健康意識が高まり、結果的に医療サービスの需要が適正に管理されることにつながる。高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の動きの中で、効果的な介護予防の取組を進めるため、医療専門職の関与の重要性も指摘されているところであり、通いの場における専門職の関わり方の一つとして、現場において連携した取組が期待されている²⁰⁻²¹⁾。さらに、病院内部においても、地域連携部門は医師や看護師、医療ソーシャルワーカーと協力し、患者一人ひとりに適した地域資源の活用を支援する。この連携により、地域医療の効率化が進み、患者の満足度や医療の質の向上が期待される。このように、病院に地域連携部門や担当者を置くことは、地域包括ケアを推進し、地域社会との関係を強化するために欠かせない要素であり、医療・福祉サービスの提供を最適化するために必要不可欠である。退院支援担当や地域連携室は看護師やソーシャルワーカーが担う事が多いが、近年は、退院支援担当の理学療法士を配属する医療機関や介護事業所が散見されている。退院支援の専門の理学療法を配属し、退院支援業務に関する相談や指導を担う取り組みを行うことで、若手職員が退院後の生活を具体的に考える機会が得られる²²⁾。

Q:C.3.1.3:地域連携パスを活用しているか? (関連項目:A.2.4.12、B.3.1.7、B.3.1.8、B.3.1.9、G.2.2)

A:地域医療構想策定ガイドライン^{※6)}では、病床の機能の分化及び連携の推進が求められている²³⁾。病床の機能分化・連携に係る具体的な取組例として、クリティカルパス(クリニカルパス)の活用による病床機能に応じた入院医療の標準化・効率化のための体制整備・研修等の

支援、高度急性期から在宅医療まで地域の医療提供体制について住民(患者)への情報提供・普及啓発があげられている²³⁾。地域連携パスは、医療と福祉、介護サービスの連携を強化し、地域完結型医療を実現することで、地域住民に対して包括的で継続的な支援を提供するための仕組みである。特に医療機関で用いられるクリニカルパスは、治療の標準化・情報共有・治療経過の可視化といった側面もあり、地域全体の健康促進に寄与する。2007年の医療法改正では、「がん」「脳卒中」「糖尿病」「急性心筋梗塞」の4つの疾患が対象となり、診療報酬改定によって地域連携パスが評価され、2016年には新たに「給付支援加算」や「地域連携診療計画加算」が設けられ、さらに改良が加えられた²⁴⁾。地域連携パスの普及には、地域内の関係者(医療機関、介護事業者、福祉団体など)との連携を強化し、ネットワークを構築すること、地域の専門職向けに研修を行い、地域連携パスの理解を深め、実践力を向上させる必要がある²⁵⁾。また、医療機関のみならず、在宅医療・ケアの現場を短期間でも体験することで、専門職の包括的で継続的な支援への理解が深まる。

Q:C.3.2:退院支援の適切な実施(関連項目:D.2.1.2)

Q:C.3.2.1:退院後の生活やリハビリテーションに関する指導・支援を行っているか?

A:退院支援とは、患者が安全かつスムーズに退院し、その後の生活や治療を継続できるように、適切な計画とサポートを提供することを指す。患者の病状や回復状況、生活環境、支援体制などを考慮し、早期から患者やその家族、医療従事者、地域の支援機関が協力して進めることが重要である。各専門職がそれぞれの視点から患者のニーズを評価し、退院後に必要な医療や介護サービス、生活支援を計画することで、包括的なケアが提供することができる。

また、患者や家族とコミュニケーションをとり、希望や不安、家族の負担や協力体制を理解した上で、地域の医療機関や介護サービス、福祉施設などの地域資源を効果的に活用することが重要である。そして退院後の定期的な受診や在宅サービスからの聴取を通じて、患者が安全に退院し、患者や家族が適切なケアを受けられているか確認し、支援内容を振り替えることが望ましい。従来の症状の安定が見込まれた時期からの退院調整ではなく、早期からの退院支援が求められている。また、リハビリテーション分野では、患者(利用者)1名に対し、急性期・回復期・生活期と複数のリハビリテーション専門職が関わることになるが、患者を中心とした支援のあり方からすれば、①ゴール(退院後の生活)に対するイメージが揃っていること、②ゴールを目指したリハビリテーション計画がそれぞれ立てられていること、③異なる病期に対応するリハビリテーション職同士の連携が図られていることなどが必須となる。例えば、病期で同一の共通様式での計画書を用いて、入院中から退院後の一貫したリハビリテー

シヨンの提供が促進できる。また、訪問・通所リハビリテーション事業所においても、入院前の状況等に関する医療機関への情報提供、入院中のリハビリテーション計画に対する助言の実施、退院前訪問指導やカンファレンスへの参加が求められる²⁶⁾。

Q:C.3.2.2:在宅医療介護の専門職を交えて、退院前カンファレンスが行われているか？

A:令和6年度診療報酬改定では、リハビリテーションに係る医療介護連携として、退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、リハビリテーションに係る情報連携の推進、退院前カンファレンスへの通所リハ事業所等の医師等の参加の推進が求められている²⁷⁾。具体的には、他の医療機関や介護保険サービス、障害福祉サービスによるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、リハビリテーション実施計画書、目標設定等支援・管理シートも併せて提供することが求められている²⁷⁾。また、退院前カンファレンス等により、在宅での療養上必要な説明及び指導について説明することが望ましい。

C.4:チーム医療の教育

Q:C.4.1:チーム医療に関する教育の実施

Q:C.4.1.1:教育の体制が整備されているか？(関連項目:D.2.1.1)

A:教育体制の必要性として、病院組織の職員は異動や退職等で入れ替わるため、教育が継続的に行われるためには特定の個人に依存しない体制作りが求められる。

教育を行うためには、教育計画の立案、実施、評価、見直しが必要である。計画立案の際には、連携の実践者としての教育だけではなく、教育の指導者育成についても教育計画に盛り込まれることが望ましい。Wilhelmsson らによって、多職種連携の実践と患者へのケアを改善するという IPE^{※7} の総合的なゴールを、全ての参加者に伝え続け、常にプログラム評価し問題点を修正している機関で、IPE^{※7} が実現されていると報告されている²⁸⁾。

専門職連携教育企画・運営の際の注意点として、運営が複雑であること、「現実」を反映した内容を盛り込むこと、専門職間の力関係や階層意識・対立の問題を扱うこと、理論を枠組みしてデザインすること、教育内容のアウトカムの関連性を意識すること、組織レベルの変革の難しさを理解しておくこと、を述べている²⁹⁾。

またチーム医療に関する教育を実施するためには他の専門職種との理解と協力、上級管理者および組織の理解と支援は欠かせない。

Q:C.4.1.2:チーム医療および専門職連携の重要性や他職種を理解するための教育が実施されているか？

A:「チームの質を向上させるためには卒前・卒後の教育が重要であり、専門職種としての知識や技術に関する縦の教育と、チームの一員として他の職種を理解することやチームリーダー・マネージャーとしての能力を含めた横の教育が必要である」⁴⁾とされている。専門職連携教育は40年以上前から始まり、本邦においては「IPW^{※8}、IPE^{※7}という用語は池川の寄稿³⁰⁾が初出である」とされている³¹⁾。医学教育や看護教育ではすでに他の専門職との連携に関する科目がカリキュラムに組み込まれており、理学療法士・作業療法士教育においてもようやく2019年の指定規則改定において「多職種連携」が明文化された³²⁾。そのため大多数の理学療法士の卒前での教育経験は多くなく、臨床現場での教育は重要である。理学療法部門管理者は、正式なカリキュラムで教育を受けてきた世代と、フォーマルな教育を受けていない世代の「世代間ギャップ」³³⁾を認識しつつ、教育を実施することも求められる。専門職の連携がないことが世界中で引き起こされる医療事故の原因の中心であることが報告されている。英国では、保健医療福祉の現場で、連携協働が実践されなかったために起きた衝撃的な2つの事件^{※9}が世間の注目を集め、コミュニケーション不足、チームワーク不十分、リーダー不在など複合的なシステム不全、連携不足が指摘されている³⁴⁾。米国の合同委員会による報告においても、センチネルイベント^{※10}の主な原因はコミュニケーション、チームワーク、一貫した方針遵守の失敗³⁵⁾であるとしている。

保健・医療・福祉領域ではさまざまな専門職が働いており、厚生労働省が動向を把握しているだけでも約30職種が存在している³⁶⁾。他の専門職種の理解には、教育課程、専門用語、価値観、病期による求められるチームのタイプ・職種構成や役割の違い、労働条件(勤務態勢、常勤・非常勤の違い)、一日の流れ、連携・協働先の組織の使命・権限・責任・経営状態・職種構成、などが必要である。

効果的な専門職連携教育は複数の職種がバランス良く参加していること³⁷⁾がわかっている。また参加者のチームは大きくなりすぎない方が望ましく、一般的に5~10人が最適とされている³⁷⁾。双方向学習が重要であり、単にチーム論の講義に留まり、異なる職種を一堂に集めて一緒に聴講するものは本来の専門職連携教育ではないことに留意されたい。

Q:C.4.1.3:コミュニケーションについての教育が実施されているか？

A:コミュニケーションは専門職連携協働実践において最も重要なスキル³¹⁾とされている。また各国の専門職連携コンピテンシー^{※11}の多くにコミュニケーションが含まれている³⁷⁾。厚生

労働省は「安全な医療を提供するための 10 の要点」示しており、その 1 つに「職員間のコミュニケーション」が挙げられている³⁸⁾。

私たちは労働時間のほぼ 70%をコミュニケーションに費やしており、集団がうまく機能するのを妨げる最大の要因が効果的なコミュニケーションの欠如である³⁹⁾とされ、コンフリクト^{※3}の潜在的な前提条件の 1 つ³⁹⁾でもある。臨床の場面において、各職員は自分のタスクに集中し、他の職種がどういう気持ちで何と対峙しているかを知ることは難しい。さらに日本文化の特性で、あいまいなコミュニケーションをよしとする文化がある⁴⁰⁾。日常生活のコミュニケーションの方法や慣習では、医療事故を誘発する危険がある、ということが分かったのは、多発する医療事故を分析して得た結果だった⁴⁰⁾としている。前述(E.4.1.2)のようにコミュニケーション不足が医療事故事例の主要な原因の 1 つとなっており、コミュニケーションエラーは最悪の場合、患者の死を招く⁴⁰⁾ことからコミュニケーション教育は必須であるといえる。

チームステップス(Team STEPPS®)^{※12}の 4 つのスキルの中に「コミュニケーション」がある。代表的なものが、SBAR、ハンドオフ(IPASS the BATON)、コールアウト、チェックバックである。詳細については成書を参照されたい。

Q:C.4.1.4:ロールモデルやシミュレーション、チームワーク体験や実践参加などを用いて教育が実施されているか?

A:本邦では、卒前専門職連携教育の取り組みとして、意見交換型学習(例:討論、ケース・スタディ)、問題基盤型学習(例:Problem-based learning(PBL))、観察型学習(例:他職種のシャドーイング)、シミュレーション学習(例:ロールプレイ)、実践型学習(例:専門職間連携病棟実習)、E-learning、複合型学習(例:E-learning と対面学習の組み合わせ)、講義³⁴⁾が用いられている。これらの取り組みは、臨床現場での教育(卒後教育)においてそれぞれの施設の実情に合わせる必要はあるものの、十分活用可能である。また臨床現場においては、多職種が参加するカンファレンス⁴¹⁾や RCA(Root Cause Analysis)^{※13}の実施⁴²⁾、多職種シミュレーション、近年注目されている In-situ シミュレーション^{※14}が専門職連携教育になる。

C.4.2:教育の適切な効果判定

C.4.2.1:チェックリストや評価ツールを用いて職員の知識や実践能力が評価されているか?

A:教育の実践に対する評価は必要不可欠である。一般的に学修成果のツールとしてカークパトリックの4段階評価(表1)が用いられる。Barrらはこれを多職種連携教育のため6つのモデルにまとめている³⁷⁾。臨床教育評価を4段階に分けたMillerのピラミッド(図1)を用いることも可能である²⁹⁾。また、多職種連携の現状を評価する方法として、世界的に普及している質問紙の1つに「modified Attitude Towards Health Care Team Scale(修正版ATHCTS)」⁴³⁾や多職種連携の実態を計測する代表的な尺度として「多職種連携協働評価スケール(Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale(AITCS))」⁴⁴⁾(表2)がある。AITCSはその後AITCS-IIとなり、松下らが日本語版に改定している(AITCS-II-J)。本邦においてもこれまでに多職種連携を評価する尺度の開発が様々なされている⁴⁵⁾。それぞれの施設の実情に合わせて、評価方法を作成し、定期的に評価されることが望ましい。

職員の評価のみに留まらず、実施した教育そのものが適当であったかの評価も必要である。

表1 カークパトリックの4段階評価(Barrら改変)

Outcome	Details
Level 1 反応	学んだ経験とその経験が含む多職種の相互関係の特質について、学習者からの見え方
Level 2a 態度や認識の修正	参加者グループ・チームにおける相互の態度や認識の変化
Level 2b 知識とスキルの習得	多職種協働に関連する知識やスキルの習得
Level 3 行動の変化	多職種連携学習で得た学びの実践現場への持ち帰りと、専門職としての実践への反映
Level 4a 組織的な実践の変化	組織とケア提供におけるより多岐におよぶ変化
Level 4b 患者にとっての利益	患者の健康と幸福の改善

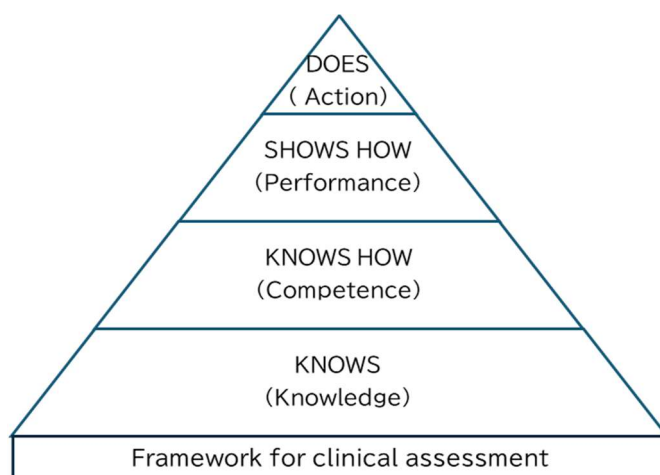


図1 Miller のピラミッド 文献⁴⁶⁾を改変

表2 modified Attitude Towards Health Care Team Scale

(修正版 ATHCTS, 多職種連携尺度)

-
1. 専門職連携のチーム医療を受けている患者は、そうでない人たちよりも、より全人的に扱われる傾向がある
 2. 専門職連携によるチーム医療のために患者の治療計画を作成することは途方もない時間の浪費である
 3. チームメンバーがお互いに意見を交換することで、チームメンバーは患者の医療に関する決定に、よりよい判断を下しやすくなる
 4. 専門職連携チーム医療によるアプローチは医療の提供をより効率的にする
 5. 他のチームメンバーとともに患者の治療計画を作成することで、医療を提供する際のミスを防げる
 6. 専門職連携のチーム医療で仕事をするとは、たいていの場合、物事を不必要に複雑にする
 7. 専門職連携のチーム医療環境下で仕事をするにより、ほとんどの専門家は自分の仕事に対する熱意や興味を保つことができる
 8. 専門職連携によるチーム医療方式は患者に対する医療の質を高める
 9. チーム医療のために専門職連携の協議に要する時間は、多くは別の方面でより有効に活用できるだろう
 10. チームで仕事をしている医療専門家は、患者の感情ならびに経済的要求に対して、よりの確な対応をする
 11. 専門職連携によるチーム医療によって、患者と同様に家族の介護者の要求に対しても、医療専門家は対処できるようになる
 12. 観察した事柄をチームに報告しなければならないため、チームのメンバーは他の医療専門家の仕事をよりよく理解できるようになる
 13. 専門職連携のチーム医療を受けている入院患者は、他の患者よりも退院の準備がよくてきている
 14. チームのミーティングによって、異なった専門や分野のメンバー間のコミュニケーションが深められる
-

Q:C.4.2.2:チーム医療に関する教育の定期的な見直しが実施されているか？

A:保健・医療・福祉領域における援助課題の要因には、①疾病構造の変化、②生活課題の多重化・複雑化、③援助の技術・組織・制度の複雑化、④社会における葛藤と軋轢がある³⁷⁾とされている。このような状況のなか効果的な教育が継続的に行われるためには、適宜最新の情報収集を行い、教育実施後の評価に基づき定期的な見直しを行っていく必要がある。

5. 用語解説

※1) プロトコル

疾患の診断や臨床の治療で事前に計画された手順を示すもので、標準化された手順書を示す。

※2) ヒエラルキー

階層制や階級制をしめす。医療現場では、医師をトップとして多職種を下位とした、あるいは病院をトップとして福祉・介護を下位とした、階層性がある。

※3) コンフリクト(論争・衝突・対立)

個人やグループ内またはグループ間で、関心、期待、価値観、意見の容認できない違いが発生する状況。悪い意味ばかりではなく、異なる意見や要求などを交換すること、意見の衝突による緊張状態にあることを指す。

※4) 地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域の包括的な支援・サービス提供体制のことである。

都市部では75歳以上の人口が急増し、地方では人口減少が進むなど地域差があるため、各市町村や都道府県が自主性を持ち、地域の特性に応じたシステムを構築することが求められている⁴⁷⁾。

※5) インフォーマルサービス

専門職や公的機関によるサービスや支援のことをフォーマルサービスという。主に、介護保険や医療保険によるサービスや自治体が行っている福祉事業がフォーマルケアに位置づけられる。対して、家族や友人、地域住民、ボランティア、民生委員、ボランティア、非営利団体(NPO)などが行う援助のことをインフォーマルケアという⁴⁸⁾。

※6) 地域医療構想

地域医療構想は、将来の人口構造や医療ニーズの変化を考慮し、医療機関の機能分化・連携を進め、効率的で適切な医療提供体制を確保することを目的としている。都道府県は、関係者と連携しながら「地域医療構想調整会議」を設置し、地域の主体性を尊重しつつ、医療機関の診療実績や役割を理解し、不足する医療機能について議論を進める。さらに、地域医療総合介護確保基金や重点支援領域制度・再編検討領域制度を活用し、医療提供体制の整備を支援する⁴⁹⁾。

※7) 多職種連携教育(IPE)

「現場の医療ニーズにより的確に対応できる、連携医療の即戦力となる医療人材の育成に必要不可欠なステップである」⁵⁰⁾、「2 つ以上の専門職が、連携とケアの質を向上させるために、お互いから学び合う機会」⁵¹⁾などと定義される。その目的は「学生と専門職に、共に学び、効果的に協働するマナーで仕事をする態度とスキルを身につけていく機会を提供すること」⁵¹⁾であり、エビデンスについては、専門職連携教育が協力的な知識、スキル、態度を育むことができる⁵²⁾とされている。

※8) Interprofessional Collaboration(IPC)、Interprofessional Work(IPW)

連携や協働に関する用語は、英語では Interprofessional Collaboration(IPC)や Interprofessional Work(IPW)などの言い方がある。日本語訳では厚生労働省の報告の中でも「多職種連携または多職種協働」「専門職連携」などいくつかあるが、本項では原則『専門職連携』に統一している。

※9) 衝撃的な 2 つの事件

1 つは、英国の大規模小児病院で起きた術後過剰死亡の事例である。ブリストル王立小児病院で、1988～1995 年にかけて心臓手術を受けた 53 名中 29 名が死亡していたもの。もう 1 つは、2000 年に起きた少女の虐待死である。ヴィクトリア・クリンビーという当時 8 歳の少女が、保護者の役割を任されていた叔母とその同居人によって、劣悪な生活環境の中で、長期にわたる凄惨な虐待の末に殺害されたもの。³⁴⁾

※10) センチネルイベント

死亡、永久的な危害、または重度の一時的な危害につながる患者安全イベント⁵³⁾。

※11) コンピテンシー

知識・技能・価値観・態度等の要素を包含する観察・評価可能な能力⁵⁴⁾。

※12) チームステップス(Team STEPPS®)

チームとしてのより良いパフォーマンスと、患者安全を高めるためのツールと戦略。

※13) RCA(Root Cause Analysis)

根本原因分析手法。米国で標準化されているインシデント・アクシデント分析法であり、国際的にも標準化されつつある分析法で、医療安全推進の一助になるとして位置づけられている⁴²⁾。

※14) In-situ シミュレーション

チームベースのトレーニングで、装置を使用する患者ケアユニットおよびユニットのリソースおよびヘルスケアチームから実際にかかわるメンバーに対して実施される。できるだけ現実に近い体験をすることを目的に通常業務中にチームの実際の現場環境で実施する⁵⁵⁾。

6. 文献

- 1)厚生労働省 チーム医療の推進について(チーム医療の推進に関する検討会 報告書) 平成22年3月19日 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>(2024年3月5日引用)
- 2)吉池毅志、栄セツコ:保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して— 桃山学院大学総合研究所紀要 第3号 第34巻 p109-122
- 3)種田憲一郎:本邦におけるチーム医療を推進する仕組み・制度 保健医療科学 2022 Vol.71 No.1 p.27-34
- 4)厚生労働省 チーム医療の推進に関する検討会資料「チーム医療の推進に関する基本的な考え方と実践的事例集 <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r9852000001ehgo.pdf>(2024年12月30日引用)
- 5)伊藤義広:組織力を向上させるための理学療法管理 理学療法学 第1号 第45巻 p54-63(2018年)
- 6)厚生労働省 理学療法士及び作業療法士法(昭和40年06月29日法律第137号)<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000168998.pdf> (2025年1月3日引用)
- 7)日本理学療法士協会 理学療法士業務指針 https://www.japanpt.or.jp/about/disclosure/PT_Business_guidelines.pdf(2025年1月3日引用)

- 8)日本理学療法士協会 倫理綱領(解説付き)
<https://www.japanpt.or.jp/pt/announcement/pt/ethics/202201CodeofEthics.pdf> (2025年1月4日引用)
- 9)日本理学療法士協会 生涯学習制度
<https://www.japanpt.or.jp/pt/lifelonglearning/new/>(2025年1月5日引用)
- 10)塚田悦功、水流聡子:医療品質経営 患者中心医療の意義と方法論 日本医療企画 2010年 p89-92
- 11)千手佑樹、大高洋平:特集リハビリテーションカンファレンス 実践例を通して リハビリテーションにおけるカンファレンス再考クリニカルリハビリテーション 2023年 vol32 no.1 p12-15
- 12)篠田道子:チームの連携力を高めるカンファレンスの進め方 日本看護協会出版 2015年 p6~7、p10~19
- 13)石崎雅人: これからの医療コミュニケーションへ向けて 野呂幾久子監修 篠原出版新社 2013年 p113~116
- 14)厚生労働省:地域包括ケア推進指導者養成研修 地域包括ケアの理念と目指す姿について
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000uivi-att/2r9852000000ujwt.pdf>(2025年3月20日引用)
- 15)一般財団法人 長寿社会開発センター:地域ケア会議運営マニュアル
<https://nenrin.or.jp/regional/pdf/manual/kaigimanual00.pdf>(2025年3月20日引用)
- 16)厚生労働省:地域ケア会議について
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001236582.pdf>(2025年3月20日引用)
- 17)厚生労働省:地域づくり支援ハンドブック - TRAPE, https://trape.jp/wp-content/themes/_local/documents/R4_shien_handbook_vol_01.pdf
(2025年3月20日引用)
- 18)栃木県保健福祉部高齢対策課:地域包括ケアを支えるネットワーク構築マニュアル栃木県保健福祉部高齢対策.
<https://www.pref.tochigi.lg.jp/e03/welfare/koureisha/kaigohoken/documents/1225432336920.pdf>(2025年3月20日引用)

- 19) 渡部 愛:日医総研ワーキングペーパー. ICT を利用した全国地域医療情報連携ネットワークの概況(2022 年度版). <https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2024/07/WP47520240716.pdf>(2025 年 3 月 20 日引用)
- 20)一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会 取りまとめ令和元年 12 月 13 日 <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000576580.pdf> (2025 年 3 月 20 日引用)
- 21)厚生労働省:一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会 第 7 回 資料2-1:専門職の効果的・効率的な関与の具体的方策について(2026 年 3 月 7 日引用)
- 22)金谷さとみ, 加藤浩子:特集 退院支援—理学療法士はその先が見えているか 退院支援を専門とする理学療法士を配置して, 理学療法ジャーナル 2018 年 52 巻 12 号 p1091-1097
- 23)厚生労働省:地域医療構想策定ガイドライン <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000711355.pdf>(2025 年 3 月 20 日引用)
- 24) 日本医療・病院管理学会:地域医療連携パス <https://www.jsha.gr.jp/glossary-keyterm/r7/community-medicine-path/> (2026 年 3 月 7 日引用)
- 25)厚生労働省 令和元年度障害者総合福祉推進事業, 株式会社 日本能率協会総合研究所: 精神障害者を支援するための地域連携パスの作成及びその活用につながる研修についての調査報告書 2020(令和 2)年 3 月 <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000654298.pdf>(2026 年 3 月 7 日引用)
- 26)川越雅弘:地域包括ケアシステム・地域共生社会において求められる多職種・多主体連携実践. 理学療法 2024, 41(11), p1023-1038
- 27)厚生労働省保険局医療課:令和6年度診療報酬改定の概要【同時報酬改定における対応】 <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001252073.pdf>(2025 年 3 月 20 日引用)
- 28)Wilhelmsson M, Pelling S, et al: Twenty years experiences of interprofessional education in Linkoping--ground-breaking and sustainable. Journal of Interprofessional Care. 23: p121-133.

- 29)寺崎文生、赤澤千春、他:実践 多職種連携教育. 中外医学者, 2020. p200~203
- 30)池川清子:英国における Inter-professional 教育の現状と教育内容. Quality Nursing. 1996; 2(3):p216-220.
- 31)田村由美:新しいチーム医療 看護とインタープロフェッショナル・ワーク入門. 看護の科学社, 2012. p137
- 32)厚生労働省:理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則.
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80041000&data-(2025年2月6日引用).
- 33)藤井博之:ラーニングシリーズ IP 保健・医療・福祉専門職の連携教育・実践 ④臨床現場で IP を実践し学ぶ. 協同医書出版社, 2018. p35
- 34)前野貴美:専門職連携教育. 日本内科学会雑誌. 2025;104(12):p2509-2516.
- 35)Sentinel Event Data 2023 Annual Review[intenet]. The Joint Commission; [sited 2025 jan 28]. Available from:
https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/2024/2024_sentinel-event-_annual-review_published-2024.pdf.
- 36)厚生労働省ホームページ:2023年医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/23/>(2025年2月5日引用).
- 37)藤井博之:ラーニングシリーズ IP 保健・医療・福祉専門職の連携教育・実践 ①IPの基本と原則. 協同医書出版社, 2018. p10-15,50,54,55,80-92.
- 38)厚生労働省:安全な医療を提供するための10の要点.
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1f.html>(2025年2月23日引用).
- 39)スティーブン P. ロビンス著:【新版】組織行動のマネジメントー入門から実践へ. 高木晴夫訳 ダイヤモンド社, 2010. p225,322
- 40)石崎雅人:これからの医療コミュニケーションへ向けて. 野呂幾久子監修 篠原出版新社, 2013. p143
- 41)藤井博之:地域医療と多職種連携. 勁草書房, 2019. p248
- 42)石川雅彦:RCA 根本原因分析法実践マニュアル 第2版 再発防止と医療安全教育への活用. 医学書院, 2012. p12~18

- 43)李範爽:特集 リハビリテーション医療と安全管理, 8 多職種連携と安全管理. Jpn J Rehabil. 2021;Med58(3):p283–288.
- 44)鈴木里砂、藤谷克己、他:看護師と療法士における臨床実践能力段階と多職種連携実態認識との関連. 理学療法科学. 2022;37(6):p543–550.
- 45)前川絵里子、平澤則子、他:日本における多職種連携を評価する尺度に関する文献レビュー. 新潟県立看護大学紀要. 2017;6:p9–14.
- 46) Miller, G. E. The assessment of clinical skills / competence/ performance. Academic Medicine, 65(9). p63–67.
- 47)厚生労働省:地域包括ケアシステム
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html (2025年3月20日引用)
- 48) かながわ介護・福祉辞典:介護用語辞典 インフォーマルサービス
<https://houkatsu.rakuraku.or.jp/dictionary/detail.html?TERMID=73&dctype=1> (2025年3月20日引用)
- 49)厚生労働省:地域医療構想
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.htm>
(2025年3月20日引用)
- 50)三重大学監訳・監修:専門職連携教育および連携医療のための行動の枠組み. 2014年 p7
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_jpn.pdf
- 51)CAIPE (2002) Interprofessional Education-Today, Yesterday and Tomorrow (Barr, H.) Higher Education Academy, Learning & Teaching Support Network for Health Sciences &Practice, Occasional Paper 1[intenet]. CAIPE; [cited 2025 Jan 25]. Available from:
<https://www.caipe.org/about.>
- 52)Reeves S, Palaganas J et al: Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes. The National Academies Press, 20.
- 53)Sentinel Event[intenet]. The Joint Commission; [cited 2025 Mar 9]. Available
from: [https://www.jointcommission.org/resources/sentinel-event/.](https://www.jointcommission.org/resources/sentinel-event/)

- 54)厚生労働省:医学教育モデル・コアカリキュラム 令和4年度改訂版. chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001026762.pdf(2025年2月23日引用).
- 55)Laerdal Medical Japan ホームページ. https://laerdal.com/jp/learn/in-situ-training/?srsltid=AfmBOopODy4Up1sx6OTSohcF_I3xkUjLhnh-zuNAOagR8C80bL55cV_(2025年3月9日引用).

6

D. 職員教育

1. 定義

職員教育は、理学療法部門マネジメントの概念図(7つのプロセス)において、日々の実践を支えるものとして位置づけられる。理学療法における職員教育は、A.リーダーシップによって決定された力量の定義と組織目標に基づき、効果的な業務の遂行、組織内での個人の成長を確実にするため、他スタッフの成長の促し、理学療法分野および所属組織の機能維持・発展にとって非常に重要である。本ガイドラインでは経験年数に応じた能力や役割の違い、個々のスキルの成熟度に基づいて、職員の役割と求められる能力を定義し、それに基づいた教育計画を実施することが必要である。実施後、定義された役割と能力が達成されているかどうかの評価を行い、必要に応じて補足的なカリキュラムを提供する。この教育計画に基づく継続的な実施と評価により、各職員が安全に業務を遂行できるようになる。また、教育計画の定期的な見直しと更新により、時代に合った教育を提供することが可能となる。最終的に目指す成果である G.患者中心の医療を実現するための教育的基盤を担うものであり、他の構成要素との関係性および実行の確実性を担保する。以上のように、職員教育は理学療法士の専門知識とスキルを強化し、組織全体の質を向上させる。継続的な教育と評価の仕組みを組織として保持することが、理学療法士の専門性向上と組織全体の質改善につながる。

2. 目的

職員教育の目的は、各職員がその役割に応じた知識とスキルを持ち、安全で効果的な業務を遂行できるようにすることである。

3. 構成要素

職員教育には、以下の要素が含まれる。

●職務役割の定義

職務定義と力量^{※1}の確認。各職員の役割と必要な力量を明確にし、それに基づいた教育を行う。

●計画的な教育プログラムの立案と実施

継続的な教育計画を立案し、実施する。

●職員教育の評価と更新

教育の効果を評価し、必要に応じて教育計画を更新する。

4. チェックリスト

D.1:職務役割の定義

Q:D.1.1:職員の役割が定義されているか？

(関連項目:A.2.5.1-A.2.5.2、B.1.1.4、C.1.2)

A:職員の役割を明確にすることで、各自の責任範囲が明確になり、業務の効率化や安全性の向上につながる。また、組織全体の統一した基準に基づく人材育成が可能となり、職員の成長を促進し、患者へのより良い医療提供が可能となる。これは、パトリシア・ベナーの専門職成長理論^{*2}においても、実戦経験を通じた能力発達の重要性が強調されている¹⁾。本ガイドラインでは、職員の役割を以下の3つに分類し、それぞれの役割を定義する。

(新人)

新人は指導者の監督のもと、基本的な理学療法評価・治療技術を実施する者とし、組織ルールや法令を遵守し、報告・連絡・相談ができる。また、社会人としての基本的な態度(挨拶、敬語、時間管理)を身につける。専門職成長理論における新人段階に該当し、ルールに基づいた行動が中心である。

(一般職)

一般職は研修を通じてスキルを向上させ、安全に理学療法を提供できる。新人の指導に関与し、後輩の育成を支援する。医療チームの一員として多職種と連携し、患者中心の医療に貢献する。専門職成長理論における一人前段階に該当し、状況を把握しながら優先順位を判断できる。

(管理者)

管理者は部署の教育計画を立案し、新人・一般職の育成を推進する。チームマネジメントを行い、部内の業務を円滑に運営する。院内外の研修や学会での発信を行い、組織全体の成長に寄与する。専門職成長理論における中堅から達人段階に該当し、直感的判断と柔軟な対応が可能である。

Q:D.1.2:その役割はすべての職員に共有、理解されているか？

A:理学療法部門のマニュアルに明記されており、全職員がそれぞれの職務役割について共通認識をもつ必要がある。

D.2:職員の力量の定義

Q:D.2.1:職員に必要な力量が定義されているか？

(関連項目:A.2.5.1-A.2.5.2、C.1.2)

A:安全で質の高い理学療法を提供するために必要な理学療法士の臨床実践能力の構成について、その中核となる要素は、「専門職・組織人としての基本姿勢と態度」である。第二の要素は、「理学療法専門技術」、第三の要素は、「管理的側面」であり、これらの構成要素からなる理学療法士の臨床実践能力は、施設理念や部署方針などを踏まえ、施設で独自の到達目標を設定し、意図的・計画的・継続的に研修を実施することが求められる²⁾。これら3つの要素を職員に必要な力量とし、以下の項目にて詳細を述べる。また、職務役割に応じて力量の到達度は異なり、新人はこれらの説明を受け理解すること、一般職は基本的姿勢と態度の実践と行動が求められ、管理者は遵守を確認するシステムや共有すべき事項の体制作りが求められる。

Q:D.2.1.1:専門職・組織人としての基本的姿勢と態度について定義されているか？

A:基本的姿勢と態度とは、理学療法士が専門職および組織人として求められる価値観・行動規範を身につけ、日常業務においてそれを持続的に実践し、組織における理念や基本方針について理解し、責任のある行動ができ、多職種連携における役割を理解していることを指す。また、対象者や家族に対して尊厳を尊重した対応ができること、専門職として生涯にわたる自己研鑽と能力開発の姿勢だけでなく、社会人としてのマナー、組織人としてふさわしい行動なども含まれる。これらを満たす項目は以下のものである。

(組織理念・基本方針)

施設理念や部署方針など所属組織の基本方針を理解し、理念に基づいた理学療法士の基礎を形成することが重要とされ、そのためにも自施設に対する理解を深め、それを実現するために、組織の一員として何をすべきか、自分自身の役割を認識する。また、自施設の規模や施設基準、事業内容などとともに、地域の中で、自施設がどのような役割を担っているのかを把握する³⁾。

(倫理綱領)

公益社団法人日本理学療法士協会より、理学療法士の社会的な信頼の確立と、職能団体としての本会が公益に資することを目的として昭和 53 年より倫理綱領が施行され、その後、一部修正や改訂が重ねられてきた。以下、令和元年より施行された倫理綱領より一部抜粋し記載する。

- ・ 理学療法士は、全ての人の尊厳と権利を尊重する。
- ・ 理学療法士は国籍、人種、民族、宗教、文化、思想、信条、家柄、社会的地位、年齢、性別などにかかわらず、全ての人に平等に接する。
- ・ 理学療法士は、対象者に接する際には誠意と謙虚さを備え、責任をもって最善を尽くす。
- ・ 理学療法士は、業務上知り得た個人情報についての秘密を遵守し、情報の発信や公開には細心の注意を払う。
- ・ 理学療法士は、専門職として生涯にわたり研鑽を重ね、関係職種とも連携して質の高い理学療法を提供する。
- ・ 理学療法士は、後進の育成、理学療法の発展ならびに普及・啓発に寄与する。
- ・ 理学療法士は、不当な要求・収受は行わない。
- ・ 理学療法士は、国際社会の保健・医療・福祉の向上のために、自己の知識・技術・経験を可能な限り提供する。
- ・ 理学療法士は、国の動向や国際情勢を鑑み、関係機関とも連携して理学療法の適用に努める。

以上のように倫理綱領が定められている。

また、倫理綱領(解説付き)も同時に提示され、各項目の詳細な内容についても明記されている。

(法令遵守・守秘義務)

公益社団法人日本理学療法士協会は、2022 年 4 月理学療法士業務指針を策定した。以下、法令遵守・守秘義務から一部引用し記載する。理学療法士は、「理学療法士及び作業療法士法」(昭和四十年六月二十九日法律第百三十七号)および関連法規(医療法・医師法・薬剤師法・保健師助産師看護師法・義肢装具士法・臨床工学技士法等)の主旨を十分に理解・遵守した上で、その業務にあたる⁴⁾。理学療法士及び作業療法士法第二条第一項「理学療法とは、身体に障がいのある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう」とされており、この対象、目的および手段においてこの定義に当てはまるものを理学療法行為とする⁴⁾。理学

療法の業務は多岐にわたるが、うち医行為は医師の指示または管理のもとこれを行うことを遵守する⁴⁾。対象者の拡大およびチーム医療の構成員として、その役割の拡大に伴い、理学療法士の業務範囲は広がっている。理学療法士はそれぞれの省令等に従いその業務範囲を更新する(例: 予防領域での理学療法士の名称の使用等について厚生労働省医政局医事課長通知医政医発 1127 第 3 号)⁴⁾。

なお、守秘義務は以下のとおりである。理学療法士の守秘義務は「理学療法士および作業療法士法第 16 条」および「刑法第 134 条」に定められる⁴⁾。理学療法士は、対象者の氏名や住所および生年月日などの個人を特定する情報について、その意図のあるなしに関わらず漏洩が無いよう特段の配慮が必要である⁴⁾。理学療法士の守秘義務は、医療法の範疇にとどまらず、地域活動等に関する関係者の個人情報等にもあてはまる⁴⁾。

以上のような内容が明記されている。また、新人理学療法士職員研修ガイドラインや病院機能評価においても、理学療法士としての身分法や診療・介護報酬上の制度・規則とともに、施設における就業規則や部署独自のルールなどを遵守することの重要性が記載されている。また、SNS などの利用で情報漏洩を起こしてしまう危険性があるため、個人情報の取り扱いやコンプライアンスに関する考え方を身に付ける³⁾なども明記されている。病院や施設では、患者や利用者の診療上必要な情報を多岐にわたり共有しているが、近年では IT 化の進展とともに大量の情報が外部に流出する危険性が増大していることも考慮すべきであるとされている。そのため、保有・管理する個人情報やデータベースを適切に保護・運用する目的に、個人情報保護方針(プライバシーポリシー)を定め、その取り扱いに関する規定や運用手順を明文化し、遵守していなければならない。患者情報を使用した研究や第三者提供についても、個人情報保護法等、各種法令・指針に基づいた規定の整備が必要である。この規定には、ソーシャルメディア等への投稿を含めルールを明記し、個人情報程の管理・運用の方法等を患者にも周知するとともに、職員には教育・研修などを通じて周知徹底することが求められる。

(多職種連携)

(関連項目:C.4.1.1)

理学療法は、心身機能・身体構造の回復、改善を目指した治療から、生活(人生)の質(Quality of Life:QOL)を向上させる支援までを範疇とする。支援は当事者のみならず家族も対象として、多職種とのチームアプローチによって実施する⁵⁾。なお、良好なチームワークとは、理学療法士相互間、および診療や相談指導に係わるすべての専門職種との連携を保つこと、個々のメンバーが互いに尊敬しあい、相互の協力を図ること、チームで知り得た情報をすみやかに共有して、治療の継続を目指すことを指す。これらにより、対象者への支援の一貫

性と継続性が確保され、理学療法士は組織的チームの一員として適切な役割を果たすことができる。

(身だしなみ・接遇)

理学療法士は、専門職として対象者・家族・来訪者に安心感と信頼を与えるため、適切な身だしなみと接遇態度を保持することが求められる。社会人としての自覚の醸成として、清潔感のある身だしなみや丁寧な言葉使い、来訪者に対する適切な対応など社会人としてのマナーを身につける³⁾。これらの行動は、理学療法士が専門職・組織人としてふさわしい態度を示すための基礎的要件であり、対象者の安全・安心、組織の信頼性向上にも寄与する。

(守るべきモラルとマナー)

公序良俗に従い、社会人としてのマナーを守り、医療者としてのモラルを遵守することで、自己の品性を高めるように努めることが求められる。理学療法士としての信頼を毀損するような行いは慎み、謝礼などで誤解を生む恐れのある金品の授受については、注意を払うこと。また、自己の自律性を保つため、自己を常に点検する姿勢を持つことや他の理学療法士などへの、あからさまな批判や中傷は避けなければならない。さらには、自己の利益のためのみを目的としての商品販売などに荷担してはならないことや医療関連業者との個人的利害関係をもたないこと、行政処分の対象となるような行為は、あってはならないことが理学療法士の職業倫理ガイドラインに明記されている。

(ハラスメント)

ハラスメントとは、「悩まされること、嫌がらせ」を指し、種類はたくさんあるが、相手の尊厳を傷つける、不利益を与える、または相手を不快にさせたり、脅威を与えたりする行為であることが共通点で、たとえ悪意がなかったとしても、された本人が嫌な行為はハラスメントとみなされることがある⁶⁾。ハラスメントにはパワーハラスメント(パワハラ)、セクシャルハラスメント(セクハラ)、マタニティハラスメント(マタハラ)、モラルハラスメント(モラハラ)、アカデミックハラスメント(アカハラ)など多様な形態がある。厚生労働省が示すマニュアルやガイドライン、施設の就業規則やコンプライアンス規定を理解し遵守することが重要であり、各種ハラスメントを未然に防ぐための基本的知識と行動を身につける必要がある。

(自己研鑽・能力開発)

専門職業人として日々の社会情勢の変化や日進月歩の医療等に対応するため、倫理的・科学的・医学的等の見地から、生涯にわたって最良の知識や技術を探求し続ける責務がある⁷⁾と明記されている。さらには、理学療法士には、バランスのとれた知識と技術が求められる。また、これに必要とされる技術を研鑽し高い技能を身につける責務がある⁸⁾とも明記されている。

昨今は後進の育成の観点も重要であり、学生指導に対する能力開発の視点も問われるようになってきた。実習指導者は、理学療法に関し相当の経験を有する理学療法士であることが求められる。免許を受けた後 5 年以上業務に従事した者であり、「厚生労働省が指定した臨床実習指導者講習会」または「厚生労働省及び公益財団法人医療研修推進財団が実施する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成施設教員等講習会」を受講し修了する必要がある。また、理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドラインやハラスメントについても十分な理解をした上で、学生指導にあたる必要がある。

なお、2022 年度より日本理学療法士協会により新たな生涯学習制度が開始され、個々の理学療法士が主体的に学習計画を立て、段階的に能力を高めるための仕組みが整備されてきており、本制度に基づき、継続的な能力開発に取り組むことが可能となってきた。中でも、認定理学療法士や専門理学療法士などの認定資格は、特定領域における高度な知識・技能を証明する制度であり、理学療法士の専門性向上に寄与する。自己研鑽・能力開発の一環として、これらの資格取得に主体的に取り組むことが望ましい。

Q:D.2.1.2:理学療法の専門的な技術について定義されているか？

A: 新人理学療法士職員研修ガイドラインにおいて、理学療法の専門的な技術とは、理学療法プロセス、理学療法評価、理学療法治療技術と明記され、それぞれの項目が示されている。対象者への評価や目標設定、関連書類の作成など、理学療法における評価から治療、退院支援までの一連の流れについて理解する必要がある。新人は指導や助言のもと実施できることが求められる。一般職は評価から治療まで自立して実施できることが求められる。管理者は職場にとって最適な評価やプログラムの提案や見直しができるシステムの構築が求められる。

(理学療法プロセス)

(関連項目:G.2.1、G.3.1)

理学療法プロセスとは、理学療法を評価・計画・実施する一連の過程であり、以下の要素から構成される。

1. 既往歴・現病歴など理学療法を実施する上で必要な情報を収集
2. 疾患・障害に対して、適切な評価項目を選択
3. ICF を用いて全体像を把握
4. 得られた情報から対応すべき課題・問題点を抽出
5. 予後予測・ゴール設定

6. アセスメントに合わせたプログラム立案
7. 理学療法のプログラム・ゴール設定を見直し
8. 対象者・家族に対して評価結果、治療方針等の説明

また、理学療法の流れには以下のステップが含まれる。

1. 検査項目・情報収集項目の抽出・取捨選択
2. 検査結果の関連性
3. 対象者が抱える課題を抽出
4. 対象者の治療目標を設定
5. 理学療法プログラムを選択
6. 理学療法の即時効果を確認
7. 実施内容を診療記録に記載
8. カンファレンスでの症例提示

(理学療法評価)

理学療法評価とは、対象者の身体的機能、活動能力、生活状況などを多面的に把握し、適切な理学療法プログラムの立案と目標設定につなげるために実施される一連の評価を指す。その内容には、意識レベルの判定、関節可動域、感覚、筋力、疼痛、ADL などの評価、運動器疾患に関する特異的なスケールを用いた評価、中枢神経疾患に関する特異的なスケールを用いた評価、内部障害疾患に関する特異的なスケールを用いた評価、在宅環境の情報収集などを指す。

(理学療法治療技術)

理学療法技術とは、関節可動域訓練、筋力増強運動、バランス練習、基本動作練習、移動動作練習、日常生活活動練習などを指す。また、各種物理療法機器の適応と禁忌を理解し、適切な操作を行うこと、各種車椅子・福祉用具等の選定・調節・操作も含まれる。また、義肢・装具の適合確認、自主練習方法を対象者・家族等に指導すること、介助方法を家族・職員等に指導することも含まれる。

(医療機器の使用方法)

(関連項目:A.2.4.5)

理学療法に使用される医療機器は使用目的により、評価用機器と治療・訓練用機器に分けられる。使用場面で分けると、運動療法で用いる機器と物理療法で用いる機器がある⁹⁾。医療機器は、部門内での日々の点検、および機器製作・納入業者による定期的な点検を行い、記録しておくことが必要である。また、使用機器の正常な作動なくしてはなされないものであると考え、機器管理という仕事を重視する姿勢が必要である⁹⁾。

(関連書類作成)

理学療法士は、リハビリテーション・医療において医師より指示された対象者毎に記録を作成し、法令に則って適切に保存しなければならない。また、理学療法上必要な記録を整備保存することが必要である⁹⁾。

(退院支援)

(関連項目:C.3.2)

退院支援とは、患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援¹⁰⁾を指す。

Q:D.2.1.3:理学療法に関連する管理的側面について定義されているか？

A:理学療法に関連する管理的側面とは、診療報酬やカルテ管理、医療安全管理、感染対策管理を指す。新人はこれらマニュアルの説明を受け理解することが求められる。一般職はマニュアルを遵守した行動が求められる。管理者は各種マニュアルの遵守や見直しの検討や提案が求められる。

(診療報酬)

(関連項目:B.3.1.1-B.3.1.2)

リハビリテーションに係る診療報酬は、医療保険における診療報酬と介護保険における介護報酬により構成されており、それぞれ制度および算定基準が異なる。医療保険においては、主に疾患別リハビリテーション料および関連する各種加算により報酬が設定されている。診療報酬制度の概要を理解し、算定基準や要件等の詳細については診療報酬点数表を参照できることが望ましい。介護保険においては、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション等のサービスにおいて報酬が設定されている。介護報酬制度の概要を理解し、算定基準や要件等の詳細については介護報酬の基準を参照できることが望ましい。

(診療記録管理)

理学療法士は、リハビリテーション・医療において医師より指示された対象者毎に記録を作成し、法令に則って適切に保存しなければならない。また、理学療法上必要な記録を整備保存することが必要である。個人情報保護に留意した記録管理の徹底が必要である⁹⁾とされている。理学療法士の職業倫理ガイドラインにも、診療録への記載と保存の義務として、以下の内容が明記されている。

1. 診療があったときは、診療録あるいは診療補助録に診療の日時と内容などを、すみやかに記録しなければならない。

2. 診療の日時と内容など、診療記録は虚偽無く記載する。
3. 診療録および診療補助録は、5 年間は保存しなければならない。

(医療安全)

(関連項目：E.2、E.3、E.4、E.5.1.4-E.5.1.5、E.5.5、E.6.1、E.6.4)

理学療法における医療安全は、患者の状態や治療環境に伴うリスクを理解し、事故の予防および適切な対応を行うことを目的とする。理学療法士は、診療の補助行為として医師の指示または管理のもとで業務を行う専門職であり、安全な治療提供のために基本的な医療安全の知識と対応を理解しておくことが求められる。医療安全では、治療機器の管理、治療環境の安全確保、患者の疾患・障害特性に応じたリスクの把握、事故発生時の報告体制および対応手順などが重要となる。また、施設ごとに定められた安全管理体制や院内ルールに基づいて行動することが基本となる。本項では、職員教育において理解しておくべき医療安全の基本事項として、以下の内容を到達目標として整理する。

1. 治療機器の基本的な点検方法および安全に使用するための確認事項を理解している
 2. 治療環境の安全管理(整理整頓、転倒・転落リスク、死角の確認など)の重要性を理解し、日常業務の中で配慮できる
 3. 疾患・障害の特性に応じたリスクを把握し、安全に配慮した介入を行うことができる
 4. インシデント・アクシデント発生時の報告手順(施設の規定)を理解し、適切に対応できる
 5. 急変時の初期対応(連絡体制・役割分担など)について、部署内の体制を理解している
- これらの教育内容は、患者および職員双方の安全を確保するための基礎事項であり、職員教育を通じて理解と実践が促進されることが重要である。

(感染対策)

(関連項目：F.3.1、F.4.2、F.4.4)

リハビリテーションは、患者・利用者との接触を伴う業務であり、医療関連感染への配慮が求められる領域である。そのため、理学療法士は感染対策に関する基本的な知識と対応を理解しておく必要がある。感染対策に関しては、所属施設における感染対策方針に基づいて実践されることが基本となる。また、日本リハビリテーション医学会では、「日本リハビリテーション医学会感染対策指針(COVID-19 含む)」が示されており、これらを参考資料として活用することができる。感染対策は、理学療法を安全に提供するうえで重要な基礎的能力の一つである。本項では、職員教育における到達目標として、以下の内容を整理する。

1. 標準予防策の概念と目的を理解し、患者に適用できる
2. 手指衛生の実施基準を理解し、日常の臨床において実践できる

3. 物品・器具の消毒方法およびリハビリテーション室の清掃基準を理解し、所属部署の規定に沿って実施できる

4. 感染症が疑われる患者への対応(動線・接触回避・報告体制)が施設のルールに基づき適切に対応できる

これらの教育内容は、患者および職員双方の安全を確保するうえで重要な基礎事項であり、職員教育を通じて理解と実践が促進されることが望まれる。

Q:D.2.2:力量の基準とその位置づけはされているか？

A:職員に求められる力量は役割に応じて異なる。現状、本ガイドラインでは一般的な理学療法を行うために必要な力量を示しており、一般職にはそれ以上の専門的な知識や治療技術、対人スキル(コミュニケーション能力、指導力)なども求められる。管理者には、新人や一般職で求められる基礎的な力量に加え、所属組織の方針に応じ、さらなる高度な専門性、課題解決能力、チームマネジメント能力、倫理観なども求められる。これらの上位の能力やスキルを身につけるため、公益社団法人日本理学療法士協会等が提供する生涯学習制度を活用し、継続的な自己研鑽に努めることが求められる。

Q:D.2.3:力量はチェックリスト形式で明文化されているか？

A:力量を把握するためのツールが準備されていることが望ましい。管理者や教育実施者だけでなく、職員本人が現状の力量を把握しやすいようにチェックリスト形式による整理が有効的である。

D.3:教育計画の立案と実施

Q:D.3.1:教育計画が組織理念・基本方針に沿っているか？

A:理学療法士の教育計画は、組織の理念および基本方針に基づき、職員が専門職として成長し続けることを目的として策定する¹¹⁾。教育内容は、患者中心のケア・地域貢献・チーム医療推進など、組織が重視する価値観と一貫性をもつものであることが求められる。また、計画にあたっては運営予算や人員配置を含む経営資源との整合性を図り、短期・中期・長期の視点から継続的に実施・評価・改善する仕組みを整備する必要がある。

Q:D.3.2:教育計画を作成する責任者が明確になっているか？

A:教育計画の作成責任者(例:リハビリテーション科長、教育担当責任者など)が明確に定めら

れており、その役割と権限が組織内で共有されていることが重要である¹¹⁾。また、計画立案の意図や根拠が文書化され、組織内での審議・承認を経て正式に運用される体制が整備されていることが望ましい¹²⁾。

Q:D.3.3:教育目標は職務の役割に応じたものとなっているか？

A:教育対象者の経験・スキル・役割を考慮し、教育目標を体系的に設定していくことが重要である。教育目標を設定する意義は、職員が「教育によって何を修得するのか」を明確にし、職員・指導者・組織の間で共通認識を持つことで、教育効果を可視化し評価できる点にある。職務段階や役割に応じた能力開発を体系的に行う必要性が強調されており¹³⁾、職員教育を通じて、臨床実践能力の段階的発達を支援することが求められる。

Q:D.3.4:教育内容は力量に沿ったものとなっているか？

A:教育計画は、組織全体の教育目標に基づき、各職員の力量に応じて段階的に構成されることが望ましい。教育内容が職員の業務内容とどのように関連し、どのレベルの実践力を身につけることを目的とするのかを明確にすることで、個々の習熟度に応じた指導や学習支援が可能となる。また、力量評価を通して、教育内容の適切性や到達度を定期的に確認し、教育計画の見直しに活かすことが重要である。

Q:D.3.5:教育計画の到達目標はチェックリスト形式で作成されているか？

A:教育計画において到達目標をチェックリスト形式で明文化することは、教育内容の標準化と進捗管理を容易にする上で有効である¹¹⁾。チェックリストを用いることで、教育の各段階における具体的なタスクや学習項目が整理され、職員・指導者・管理者間で共通認識を持つことができる。また、到達度の確認や教育効果のフィードバックが客観的に行えるようになり、教育計画の改善や次年度計画への反映にもつながる。

Q:D.3.6:教育計画の運用は教育リソースの視点から実現可能なものになっているか？

(関連項目:B.4.1)

A:教育計画は、組織の教育リソース^{*3}を踏まえ、現実的かつ持続可能な内容として構築されることが望ましい。教育方法については、オンライン・オフライン・ハイブリッドなど、職場の労働環境に応じて最適な形式を選択し、全職員が参加しやすい環境を整備する必要がある。そのため、ICT^{*4}(e-learning・動画教材・オンデマンド配信)の活用も有効である。教育内容

には、講義だけでなく、グループディスカッション・ロールプレイ・ケーススタディなどのインタラクティブな手法^{※5}を取り入れ、現場実践に直結したスキル習得を促すことが重要である。また、教育実施に必要な時間・講師・教材・会場等が計画段階で確保され、教育内容・資料が事前に整備されていることが望ましい。さらに、受講者の理解度や進捗を随時把握できる仕組みを設け、教育効果を継続的にモニタリングする¹²⁾。講師や指導者については、専門知識・臨床経験・指導技術が確認され、教育委員会等の第三者が内容の妥当性(最新のガイドライン・技術を反映しているか)を事前に確認することが望ましい。教育内容は理論に偏らず、臨床現場での実践・症例に基づいた応用的内容を含むように設計する必要がある。

Q:D.3.7:教育の実施者、評価者が明確になっているか？

A:教育に関わる実施者および評価者の役割が組織図や責任体制として明記されていることが望ましい。これにより、教育の計画・実施・評価の流れが一貫して管理され、責任の所在が明確になる。さらに、スタッフ間の役割分担が明確化されることで、教育の重複や抜け漏れを防ぎ、組織全体で教育の質を維持・向上させることができる。

Q:D.3.8:教育計画の実施状況の管理がなされているか？

(関連項目:A.2.5.1-A.2.5.2、B.1.2.1)

A:組織内で教育の指導体制が明確であり、その環境で立案された教育計画が適切に実施されているかをモニタリングすることが望ましい。また、各職員が自分のペースで学習できるように学習支援体制が整備されていることが重要である。教育の実施記録やチェックリストは随時確認できるよう電子的に一元化され、必要な時に誰でも・どこでも閲覧できる環境を整備しておくことが望ましい。これにより、教育計画の進捗状況や達成度が可視化され、次期以降の教育改善(PDCA サイクル^{※6})につなげることができる。

Q:D.3.9:教育計画の実施状況が定期的に監査されているか？

A:教育計画の実施状況は、定期的にモニタリングおよび監査されることが望ましい。指導者は参加者の実施記録やチェックリストをもとに、理解度・進捗状況を定期的に確認し、教育効果を客観的に評価する必要がある。また、「誰が(責任者)」「どの程度(評価基準)」「どの周期で(頻度)」確認を行うかを明確にし、教育活動の質を保証する体制を整備することが重要である。監査結果は教育委員会や部署会議などで共有し、教育計画の改善(PDCA サイクル)へと反映することが望ましい。

D.4: 職員教育の評価と更新

Q:D.4.1:職員教育の効果が定期的に評価されているか？

(関連項目:B.1.2.1-B.1.2.2)

A:教育計画の実施効果は、定期的に評価され、実際の業務や臨床実践への反映状況を確認する仕組みが必要である。評価は単一の方法に偏らず、客観的評価(例:スキルチェックリスト、ルーブリック、クリニカルラダー、筆記試験、OSCE・ロールプレイング法など)と、主観的評価(例:自己評価、アンケート、振り返りシートなど)を組み合わせる行うことが望ましい。これにより、教育が職員の臨床能力や組織の成果にどのように寄与しているかを可視化でき、今後の教育体制の課題抽出および改善策立案につなげることができる。評価結果は教育委員会等で共有し、次期以降の教育計画に反映させることが望ましい。

Q:D.4.2:職員教育の評価基準は公平公正な指標となっているか？

A:職員教育の評価は、一人の評価者の主観に依存することなく、多面的評価(multi-source evaluation^{※7})の仕組みを整えることが重要である。管理者、同僚、自己評価、場合によっては外部評価者など、複数名による視点を組み合わせることで、評価の偏りや恣意性を防止できる。また、評価基準および評価方法は事前に職員へ明示し、透明性と納得性を確保することが望ましい。評価対象者が自ら基準を理解し、自己の成長や課題を客観的に把握できるようにすることで、教育評価の公平公正性が担保され、組織全体の教育の質向上にもつながる。

Q:D.4.3:職員教育の評価結果が職員にフィードバックされているか？

A:教育評価の結果は、スタッフへ適時かつ建設的にフィードバックされることが望ましい。個別面談やミーティングを通じて、教育計画の達成度、課題、今後の改善点を共有し、スタッフ自身が自己成長を実感できる機会とする。また、指導者からの一方的な評価にとどまらず、スタッフからの意見や振り返りを取り入れる双方向的フィードバックの場を設けることが重要である。これにより、教育プロセスの質向上、モチベーションの維持、そして組織全体の教育文化の定着につながる。

Q:D.4.4:職員教育の評価結果が実務に活かされているか？

A:各職員の特性や成長に応じて、職務役割(新人・一般職・管理者)に合わせたステップアップにつなげることが望ましい。教育評価の結果をもとに、次段階の学習目標や教育計画へ反映

する仕組みを整備することが必要である。

Q:D.4.5:教育計画が未達成と判断される場合、代替・補足の計画が準備されているか？

A:教育計画が未達成となった場合、再教育や補講、外部研修などの代替・補足計画をあらかじめ準備しておくことが望ましい。特に、日本理学療法士協会が推奨する「新人教育プログラム（登録理学療法士取得）」を活用し、基礎教育の補強を図ることができる体制は望ましい。外部教育機関・研修会などの情報を常に把握し、必要時に受講できる環境づくりが整っていることも重要である。これらにより、教育未達が組織の人材育成停滞につながらず、継続的な学習機会の確保が可能となる。

Q:D.4.6:教育計画が定期的に更新されているか？

A:教育計画は、評価結果や組織のニーズ、最新の理学療法の知見・技術の進歩に基づき、定期的に見直し・更新されることが望ましい。更新の際には、過去の教育成果や未達成項目を反映させ、次期教育計画に組み込むことで、教育の質を継続的に向上させることができる。このプロセスにより、教育計画は常に職員の成長や組織の方針に即したものとなり、PDCA サイクルを回す教育マネジメントが実現する。

Q:D.4.7:職員に求める力量は、最新の知識と技術に基づき定期的に見直されているか？

A:理学療法士の知識・技術は、医療の進歩や臨床の変化に伴い、常に更新される必要がある。専門職としての能力を維持・向上させるため、卒後教育や生涯学習の仕組みを整備することが求められる。

具体的には以下の取り組みが望ましい。

1. 学会・研修会・外部講習会への参加
2. e ラーニングやオンライン教材の活用
3. 専門資格・認定資格の取得支援
4. 専門領域ごとの高度な技術習得を目指した教育プログラムの導入
5. キャリアパスに応じた研修機会の提供
6. 研修内容の定期的な見直し(最新エビデンス・ガイドラインの反映)
7. 実務に活かすためのケースカンファレンス・実技研修の併用

これらにより、職員が学んだ知識・技術を実務に反映しやすくなるだけでなく、組織としての教育の質向上と、専門職としての能力保証が可能になる。

5. 用語解説

※1)力量

力量とは、物事を成し遂げる力の程度や能力の大きさを指す。類義語としてスキル、コンピテンシーがある。スキルは、能力そのもの、コンピテンシーは、能力や技能を発揮する力と定義される。本項における力量は、コンピテンシーの意味として定義する。

※2)パトリシア・ベナーの専門職成長理論(From Novice to Expert)

看護師の専門能力が、経験を積むことで初心者(Novice)から熟練者(Expert)へと5つの段階を経て発展していく過程を説明した理論である。この理論は、単に知識を増やすだけでなく、実践的な経験と洞察を通じて、状況を全体的に捉える直観的な判断力を獲得していくことに焦点を当てている。

※3)教育リソース

リソースとは、経営資源を意味し、企業が経営活動を行う上で必要となるヒト、モノ、カネ、情報、時間、知的財産などのすべてを指す。本項における教育リソースも同様の意味を指し、教育に必要な人的資源、物的資源、文化的資源、経済的資源を指す。

※4)ICT

ICTとは、Information and Communication Technology(情報通信技術)の略称で、情報技術と通信技術を合わせた総称。通信技術を使って人と人とがつながる技術のことを表す。

※5)インタラクティブな手法

インタラクティブな手法とは、ユーザーが能動的に参加し、双方向のやり取りを通じて体験が変化するやり方。

※6)PDCA サイクル

PDCA サイクルとは、「Plan(計画)→Do(実行)→ Check(評価)→ Action(改善)」という一連のプロセスを繰り返し行うことで、業務などの改善や効率化を図る考え方の一つ。

※7)多面的評価(multi-source evaluation)

多面的評価(multi-source evaluation)とは、個人や組織の能力やパフォーマンスを、複数の異なる立場の人々から評価・フィードバックを収集する評価手法。「360度評価」とも呼ばれ、上司だけでなく、同僚、部下、顧客、そして本人自身の自己評価など、多角的な視点から意見を集めることで、より客観的で包括的な評価を可能にする。

6. 文献

- 1)久保 善子. 産業看護を支える基礎概念—ベナー看護理論 臨床技能習得の段階に関する理論.産業看護 2012vol.4 no.4
- 2)公益社団法人日本理学療法士協会(2020). 新人理学療法士職員研修ガイドライン(初版).p10
https://www.japanpt.or.jp/assets/pdf/pt/lifelonglearning/introeduprogram/education_training/training_guidelines_201111.pdf
- 3)公益社団法人日本理学療法士協会(2020). 新人理学療法士職員研修ガイドライン(初版).p4
https://www.japanpt.or.jp/assets/pdf/pt/lifelonglearning/introeduprogram/education_training/training_guidelines_201111.pdf
- 4)公益社団法人日本理学療法士協会. 理学療法士業務指針.p6-7
- 5)公益社団法人日本理学療法士協会. 理学療法士業務指針.p3
- 6)公益社団法人日本理学療法士協会. 理学療法士業務指針.p13
- 7)公益社団法人日本理学療法士協会. 倫理要綱.p2
- 8)公益社団法人日本理学療法士協会. 理学療法士業務指針.p4-5
- 9)公益社団法人日本理学療法士協会. 理学療法士業務指針.p14
- 10)公益社団法人山梨県看護協会. 一人ひとりの看護職が行う退院支援マネジメントガイドライン.p6
- 11)公益社団法人日本理学療法士協会(2020). 新人理学療法士職員研修ガイドライン(初版).p7
https://www.japanpt.or.jp/assets/pdf/pt/lifelonglearning/introeduprogram/education_training/training_guidelines_201111.pdf
- 12)公益財団法人日本医療機能評価機構. 病院機能評価 機能種別版評価項目 解説集 リハビリテーション病院 〈3rdG:Ver.1.1〉.P174
- 13)公社)日本理学療法士協会. 日本理学療法士学会理学療法教育モデル・コアカリキュラム.p1

6

E. 安全管理

1. 定義

安全管理は、医師の指示に基づいて行われる理学療法が、安全かつ効果的に行われるために不可欠な仕組みである。理学療法における安全管理では、予防可能な有害事象を防止し、万一発生した場合にはその影響を最小限に抑える必要がある。さらに、医療環境において患者の安全を最優先にする安全文化を醸成し、持続的に育むことが求められる。これを達成するためには、インシデント報告や外部情報の継続的な収集、事故の分析、対策の実施、そしてそれらの対策の効果を評価することが重要である。したがって、臨床現場では安全管理におけるPDCAサイクル(計画・実行・確認・改善)を効果的に継続する必要がある。

2. 目的

安全管理の目的は、患者や職員の安全を確保し、医療の質を向上させることである。

3. 構成要素

具体的には以下の要素を含む。

- **安全文化の醸成**

組織全体で安全を最優先に考える文化を育む。

- **有害事象の予防**

発生が予測される有害事象を未然に防ぐ。

- **有害事象発生時の対応**

迅速かつ適切に対応し、その影響を最小限に抑える。

- **再発予防**

有害事象の再発を防ぐための是正対策を講じる。

●PDCA サイクルの実施

安全管理における PDCA サイクルを効果的に維持する。

4. チェックリスト

E.1.1:医療安全の体制

Q:E.1.1.1:医療安全対策を担当する責任者を配置しているか？

A:医療事故の多くは組織的な背景を持っており、組織としての対応が求められる。そのため、組織として安全な医療を提供するための体制として、医療安全対策に係る研修を受けた職員を医療安全管理者、または医療安全管理責任者として配置するべきであり、その役割や責任を明確にしなければならない。

Q:E.1.1.2:医療安全管理に関するマニュアルが作成されているか？

A:医療安全管理に関するマニュアルの作成を行い、主要な医療行為について標準化が図られるべきである。対象となる医療行為は、各施設の診療内容に見合ったものである必要がある。また、マニュアルは作成後も定期的あるいは必要に応じて適宜改訂を行わなければならない。

Q:E.1.1.3:施設内の医療安全管理部門との連携体制が整っているか？

A:理学療法部門と組織内の医療安全管理部門が連携し、組織的に医療安全対策を実施する体制が整備されていることが望ましい。

E.1.2:安全文化の醸成

Q:E.1.2:職員の安全意識を高め、積極的な安全管理への参加が奨励されているか？

A:医療における安全文化とは、医療に従事する全ての職員が患者の安全を最優先に考え、その実現を目指す態度や考え方およびそれを可能にする組織のあり方とされている¹⁾。安全文化が醸成されるためには、全ての職員が、日々の業務で安全を最優先に考えて取り組めるよう支援することが重要である。医療において患者を最優先にすることは、医療人の基本的な行動規範であり、患者の安全は何よりも大切にされるべきであると再認識し、医療現場に安全文化を根づかせていかなければならない。そのためには、職員に対して安全に対する知識や意識向上を目的とした研修を開催し、組織の安全文化を醸成する活動を行わなければならない。

医療安全文化を把握・評価する方法として、米国政府の医療研究・品質調査機構 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)が開発した「医療安全文化調査票 (病院版)」(Hospital Survey on Patient Safety Culture:HSOPS)などの質問紙調査が代表的であり、組織の安全文化を可視化し、改善活動の検討や効果検証に活用できる。

E.1.3:有害事象の予防

Q:E.1.3.1:医療安全に関する情報を収集し、検討が行われているか？

A:医療事故の発生予防および再発防止のために、施設内外から幅広く情報を収集し、継続的に検討を行わなければならない。特に施設内で発生した医療事故事例やヒヤリ・ハット事例の報告は、医療安全を推進するための貴重な情報源であるため、組織として報告を推奨し、計画的に収集するべきである。また、外部のガイドライン・行政機関・学会等からの情報も積極的に活用し、自施設の状況に応じた分析と対応策を実施しなければならない。収集された情報は、職員への教育・研修や改善活動に還元されるべきである。(関連項目 A.2.4.7)

Q:E.1.3.2:有害事象やインシデントの非懲罰的報告の枠組みを開発しているか？

A:施設内において、医療事故事例やヒヤリ・ハット事例の報告が、職員にとって嘲笑や非難、懲罰を心配することなく行えるよう、非懲罰的で、秘匿性と独立性を備えた報告の枠組みを整備しなければならない。また、職員一人ひとりが、情報収集と共有が患者安全の確保に必須であることを理解し、報告は個人の責任追及ではなく組織のシステム改善を目的とするものであることを認識しなければならない。また、報告者が安心して継続的に報告できるよう、教育の実施、改善策のフィードバックを合わせて行うことが重要である。(関連項目 A.2.4.7)

Q:E.1.3.3:予防可能な有害事象に関するリスク評価について定められているか？

A:予防可能な有害事象については、リスク評価を計画的かつ定期的に実施しなければならない。リスク評価では、事象の発生頻度と影響の重大性に基いて分析を行い、その結果に基づき予防策を講じることが求められる。評価手法としては、SAC マトリクス法^{※1} や FMEA (Failure Mode & Effects Analysis)^{※2} などが用いられる。

Q:E.1.3.4:リスク評価の結果は職員と共有されているか？

A:リスク評価の結果は、適切に文書化され、職員に対して定期的かつ効果的に共有されなければならない。共有の方法は、各施設の勤務体制や環境に応じて会議、電子媒体、掲示など

柔軟に選択することが望ましい。また、職員が意見や疑問を自由に表明できる双方向のコミュニケーション体制を整備することが求められる。

Q:E.1.3.5: 予防策が立案・実施され、その実施が定期的に監査されているか？

A: 予防策が徹底的に実施されるよう、業務プロセスをマニュアルとして作成し、標準化が行われなければならない。また、実施状況について監査を行い、継続的に改善が行われなければならない。

E.1.4: 有害事象への対応

Q:E.1.4.1: 有害事象への対応手順が定められているか？

A: 理学療法実施中の有害事象を想定し、有害事象への対応手順を明確に定め、全職員に周知されていなければならない。また、手順書の格納場所を定め、職員が適宜確認できる環境を提供するべきである。(関連項目 A.2.4.7)

Q:E.1.4.2: 緊急時に対応できるようシミュレーショントレーニングが行われているか？

A: 患者の緊急時は患者の被害の最小化に注力し、迅速かつ適切な対応ができるよう、様々のシチュエーションを想定したシミュレーショントレーニングを計画的に行うことが望ましい。職員の業務に応じて内容は調整されても良いが、全職員が最低限の対応ができるようにすることが求められる。(関連項目 A.2.4.7)

E.1.5: 再発防止

Q:E.1.5.1: 有害事象の原因分析が行われ、再発防止策が実施されているか？

A: 医療事故の発生予防および再発防止に資する事例については、分析手法を用いて原因分析を行い、防止策が実施されなければならない。具体的な分析手法として、業務フロー工程分析^{※3}、根本原因分析(RCA : Root Cause Analysis)^{※4}、SHELL モデル^{※5}、4M-4E^{※4}等が用いられる。(関連項目 A.2.4.7)

Q:E.1.5.2: 分析結果が現場にフィードバックされ、再発防止に寄与しているか？

A: 分析結果は全職員に周知できる方法で適切にフィードバックが行われなければならない。また、分析結果を基に再発防止策を実施する際には、防止策が立案された背景、目的について職員が正しく理解できるよう、周知されなければならない。(関連項目 A.2.4.7)

Q:E.1.5.3:再発防止策の効果は定期的に評価されているか？

A:再発防止策の効果は定期的に評価、測定されなければならない。また、その結果は職員にフィードバックするべきであり、職員の医療安全に対する関心を向上させることが重要である。

Q:E.1.5.4:安全管理において PDCA サイクルが効果的に実施されているか？

A:理学療法部門における医療の質と安全の改善を図るためには、PDCA サイクルに基づく品質管理手法を導入し、継続的に改善を行わなければならない。

具体的には、施設内の医療安全上の課題を抽出し、その中から重点的に取り組むべき問題を設定する(問題設定)。その問題が実際にはどのくらい発生しているのか、実態を定量化する(現状把握)。そして、理想的な数値目標を設定し(目標設定)、現状とのギャップが生まれている要因を解析する(要因解析)。そのうえで、要因を取り除く是正処置を考案し、実践する。さらに、成果を測定し、次の取り組みを検討する。このように、品質管理手法を用いて継続的に医療の質・安全の測定・改善を行うことが重要である。(関連項目 A.1)

E.2:患者・部位などの誤認の防止

E.2.1:患者の確認

Q:E.2.1.1:最初に正確な情報が登録される仕組みがあるか？

A:正確な情報を登録するためには、標準化された手順の整備と記録の内部審査体制が必要である²⁾。患者情報の誤登録は医療事故の大きな要因の一つであるため、属人化を防ぎ、誰が対応しても同じ手順で確認できる仕組みを構築することが望ましい²⁾。例えば、受付時にはフルネームの復唱を求めるとともに、氏名と生年月日を口頭で確認し、その内容を電子システムに記録することで、客観的な確認手段とする。また、受付システムと電子カルテの情報を照合し、一致を確認した上で登録を行う。さらに、患者の誤認防止のためにリストバンドの装着や識別カードの活用を行い、意思疎通が困難な患者に対しては、家族への確認や IC タグ^{※6}の活用など、代替手段を定める。加えて、確認手順の実施状況を記録に残し、定期的な内部審査を行うことで、手順の遵守状況を評価し、必要に応じた改善を行う。これらの仕組みを徹底することで、正確な情報登録を確保し、患者誤認による医療事故の発生を未然に防ぐ。

Q:E.2.1.2:臨床場面では、統一された患者確認方法があるか？

A:統一された患者確認の方法として、患者自身による口頭確認、患者識別バンドの使用、電子的患者記録システムによる多重確認が明確に定められているべきである。検査や治療部位の

誤認防止には、担当者の判断に依存せず、誰が対応しても同じ手順で確認できる仕組みを整備する。そのために、標準化された確認手順を文書化し、患者自身による口頭確認を行うとともに、識別バンドや電子記録システムを活用して複数回の確認を実施することで、誤認を防ぐ。また、確認履歴を記録し、第三者が追跡可能な体制を構築することで、安全管理を強化する^{3・4)}。具体的には、治療や検査の前に患者へ口頭で確認を行い、識別バンドと電子カルテの情報を照合して多重確認を実施する。さらに、電子システムに確認履歴を残し、定期的に運用状況を評価し、必要に応じた改善を行うことで、安全な医療提供体制を維持しなければならない。

Q:E.2.1.3:診療記録の取り扱い時の確認方法があるか？

A：診療記録の取り違えを防ぐためには、統一された確認方法を確立し、標準化された手順に従って運用することが望ましい^{3・5)}。特に、患者の氏名と生年月日の2識別子^{*7)}を用いた確認を徹底し、誤使用のリスクを最小限に抑える。診療記録の取り扱い時には、患者の氏名と生年月日を口頭で確認し、診療記録の内容と照合する⁶⁾。また、診療記録の変更が必要となった場合には、日時、担当者、変更理由を明記し、履歴としてシステム上に記録を残すことで透明性と追跡性を確保する。さらに、これらの手順の遵守状況を定期的に内部審査し、継続的な改善を図ることで、安全な診療記録管理体制を維持することが望ましい。

E.3:情報伝達エラーの防止

E.3.1:処方箋・指示箋の記載

Q:E.3.1.1:指示出しの方法が標準化されているか？

A：指示出しの標準化を確保するために、フォーマットの統一、略語の使用法の明確化、変更手順の標準化が望ましい^{7・8)}。指示内容の誤解や伝達エラーは医療事故につながる要因となるため、標準フォーマットを使用し、略語の使用は禁止するか、その使用法を明確に定めることが必要である⁹⁾。また、指示の変更や中止が生じた場合には、必ず理由と担当者名を明記し、電子システムに記録することで、後の確認や評価を可能としておく。具体的には、指示内容を標準化されたフォーマットで電子システムに入力し、変更が生じた際には日時、変更理由、担当者名を記載する仕組みを整える。さらに、定期的に標準手順の遵守状況を内部審査することで、安全な指示出しの運用を維持することが望ましい。

E.3.2:指示受け・実施

Q:E.3.2.1:指示受け方法が標準化されているか？

A: : 指示受けのエラーを防ぐためには、属人的な確認に依存せず、標準化された手順を整備することが重要である。指示受けの標準化を確保するためには、電子システムを活用し、指示内容および記録履歴の管理方法を明確に定めることが望ましい⁷⁾。また、指示の履歴を残すことで、第三者による確認が可能となり、運用の透明性を確保する⁸⁾。具体的には、指示受け時には指示内容を復唱して確認し、その確認内容を電子システムに記録する。さらに、実施前後に指示内容を再確認し、実施記録を残すことで確実性を担保する。加えて、定期的に記録を内部審査し、エラーの発生状況を評価・分析しながら、継続的な改善を行うことで、安全で確実な指示受けの運用を維持することが望ましい。

Q:E.3.2.2:指示内容の確認・訂正手順が標準化されているか？

A:指示内容の訂正手順は標準化されており、変更履歴を残す仕組みが確立されていることが望ましい^{9・10)}。指示の訂正や追記を行う際には、曖昧な記録を防ぐために「取り消し線を使用した訂正と追記」の手順を定める等がある。これにより、誤った指示の修正過程が明確になり、後の確認や評価が容易になる。変更履歴は電子システム上に記録し、日時、変更理由、修正者名を明記することで、第三者が追跡可能な形で管理する。これにより、指示内容の透明性と継続性を確保し、医療の安全性を向上させることが重要である。また、定期的に運用状況を内部審査することで、標準化された手順の適切な運用を維持することが望ましい。

E.4:転倒・転落の防止

E.4.1:医療安全担当者との連携体制

Q:E.4.1.1:医療安全担当者と連携した継続的な取り組みが行われているか？

A:医療安全管理委員会の組織図が確立され、有事の連絡網が作成されているべきである。理学療法部門から委員を選出するなど、委員会での取り決めが部門内に伝達される仕組みがあるのが望ましい。具体的には、管理者が施設全体における転倒・転落事例の発生状況の分析を基に必要な見直しが検討されている定期開催の委員会に参加し、その内容を部門内に共有できているなどが挙げられる。

E.4.2:転倒・転落のリスク評価

Q:E.4.2.1:定期的に転倒・転落リスクを評価できているか？

A:入院から退院までのリハビリの進捗に応じた評価がなされることが望ましい。評価は定期的であり、主観的評価だけでなく客観的評価も用いられていることが望ましい。具体的には、

入院から退院までにおいて2～4週ごとにTimed Up & Go TestやBerg Balance Scaleが実施されており、患者の自立度を変更する際に、客観的指標の結果も含めて検討されているなどが挙げられる。

Q:E.4.2.2:患者のADL変更の際、環境や時間など多角的に検討できているか？

A:リハビリ介入場面の評価だけでなく、病棟環境での動作を確認すべきである。患者本人が、必要に応じて職員を呼べるのかも重要な要素である。また、日中と早朝・夜間の動作に違いがないか、看護師やケアワーカーからの情報収集も行われるべきである。具体的には、トイレまでの移動を車椅子介助から歩行見守りに変更する際、ベッド臥床状態からトイレまでの歩行といった一連の動作を観察し、リスクについて職員と共有する。また、見守りのため、どのタイミングでナースコールを押すのかを患者と共有し、エラーなく実行できるかも評価する。早朝や夜間の動作レベルについて、看護師やケアワーカーから情報収集し、その結果も踏まえて検討する。変更時についても、安全に動作が行えているか、患者本人や看護師、ケアワーカーから確認することが挙げられる。これら一連のことが患者ごとに実施されていることが望ましい。

Q:E.4.2.3:評価結果が患者本人や患者家族に伝達されているか？

A:リスク管理には、患者本人や患者家族の参加が重要なため、評価結果が介入場面やカンファレンスなどで伝達されていることが望ましい。具体的には、リスクについて、患者にはリハビリ介入のフィードバック時やADL変更時に説明されている。家族へも退院後の生活を見据えて、リハビリテーション総合実施計画書の説明時や介助指導時に、わかりやすく説明していることが挙げられる。

E.4.3:転倒・転落防止対策の立案・実施

Q:E.4.3.1:転倒・転落防止対策を立案・実施し、リハビリを担当する職員で共有されているか？

A:転倒・転落リスクの高い状況が把握され、適切な介助方法(介助者のポジショニングも含む)が実践されており、それらの情報がリハビリを担当する職員に共有されていることが望ましい。具体的には、歩行時に前方への転倒リスクがある患者に対して、適切なポジショニングを行い、転倒を予防する声かけや転倒しそうになった際に、未然に防ぐための介助が行える。また、それらの情報はリハビリを担当する職員で共有されており、職員全員が同様の対応が行えることが挙げられる。

Q:E.4.3.2:ADL 変更時の手順が決められているか？

A:ADL 変更に必要な評価や情報共有、変更時の伝達経路などが取り決められているべきである。具体的には、病棟での移動に歩行を導入する際は、客観的評価と実際の動作場面の観察評価を行う。看護師やケアワーカーから早朝や夜間の動作レベルを確認し、歩行導入についての意見を聞き、検討してから主治医の指示を得る。変更時には、理学療法部門のチームリーダーや病棟看護師とも共有し、カルテ記載を行うことが挙げられる。

Q:E.4.3.3:定期的に見直しを行っているか？

A:定期的に部門内チームミーティングや病棟とのミーティングにて、現状の対応を再検討していることが望ましい。具体的には、部門内チームミーティングを週 1 回開催し、リハビリの進捗を含めて検討している。病棟とのミーティングは、転倒・転落カンファレンスとして、担当者が 2 週間に 1 回程度の頻度で参加し、対応に問題がないか確認・再検討していることが挙げられる。

E.4.4:転倒・転落発生時の対応

Q:E.4.4.1:発生時の対応手順が明確に確立され、全職員に周知されているか？

A:発生時の行動フローチャートが作成され、内容として管理者や患者・家族への報告までが含まれているべきである。また、インシデント・アクシデント報告書が作成され、対策が検討されていないといけない。具体的には、転倒・転落発生時は、誰もが落ち着いて対応できるように、行動フローチャートが病棟・リハビリ室に掲示され、それに従ってエラーなく対応されるべきである。その後、作成された報告書を元に、責任者を含むチームで再発予防策が検討されることが挙げられる。

E.5:医療機器の安全な使用と管理

Q:E.5.1:医療機器安全管理責任者の役割や責任が明確にされているか？

A:医療機器安全管理責任者(以下、責任者)は、医療機器の安全性を確保し、医療機器関連のリスクを最小限に抑えるための取り組みを主導することが望ましい¹¹⁾。具体的には、医療機器の選定・導入時における性能および安全性の確認、使用環境の適合性の確認を行う。また、定期的な保守・点検を計画的に実施し、故障やトラブル発生時には迅速に対応し、適切な修理や交換を行うことが求められる。さらに、教育・訓練の観点から、機器の正しい使用方法や

安全管理に関する研修を企画・実施し、職員の知識と技能を維持・向上させることが重要である。

Q:E.5.2:定期的に安全管理について検討されているか？

A: 定期の安全管理会議等によって医療機器やプロセスの安全性が常に最新の状態に保たれ、患者や職員の安全を確保しなくてはならない¹³⁾。具体例は安全管理会議を開催し、各部門の代表者が参加して医療機器の使用状況や保守点検の報告を行う、最近のインシデントや事故の分析結果を共有し、その原因と再発防止策を議論する、新たに導入された医療機器の安全性と有効性を確認する、職員に対して定期的な研修を実施し、安全管理の最新知識やスキルを提供することなどが挙げられる。

Q:E.5.3:医療機器の安全管理の行動目標は策定されているか？

A: ガイドラインの作成、機器のマニュアル、点検保守のメンテナンス管理、これらを行動目標として設定しなくてはならない。具体的には、ガイドラインの作成・配布、マニュアルを作成し各部署で共有する、月次点検スケジュールの実施、ワークショップなど安全管理の最新知識やスキルを提供することなどが挙げられる。

Q:E.5.4:マニュアル・手順書は作成されているか？

A: 各種マニュアルや手順書は医療機器の安全な使用と管理を確保するための重要な文書であり作成すべきである。全職員に配布され、遵守することが求められる。また情報が随時更新されることも重要である。具体的には、操作手順書、安全確認事項書、緊急対応方法マニュアルまたはその項目などが挙げられる。

Q:E.5.5:教育・研修にて、安全な医療機器使用に必要な知識・技能が習得されているか？

A: 教育・研修プログラムを作成し、導入時研修、定期研修、機器更新時の追加研修など体系的に実施し、職員の安全な機器の使用に必要な知識と技能を確実に習得できるようにする必要がある。また、医療機器の作動不良時の対応まで訓練されていることが望ましい。具体的には、機器が故障した場合の対処方法や、患者が急変した際の緊急対応策が策定されている。緊急停止ボタンの位置や使用方法、故障時の連絡先などが周知されることなどが挙げられる。

Q:E.5.6:人工呼吸器等の医療機器設定が適切に確認・遵守され、必要な情報が確実に伝達されているか？

A:人工呼吸器などの重要な医療機器情報に関して、理学療法の実施前に必ず確認され、最新の指示内容が遵守されていなければならない。また、理学療法士が直接設定を変更する機会はないが、必要な情報が確認できる能力が求められる。設定情報の共有や変更の伝達は、電子カルテや指示書など信頼性の高い媒体を用いてリアルタイムに行われ、必要に応じてダブルチェック体制を構築することで、伝達漏れや設定ミスを防止する。

E.6:患者等急変時の対応

Q:E.6.1:急変時の対応手順が明確に確立されマニュアルがあり、全職員に周知されているか？

A:急変時の対応手順が明確に確立され、マニュアルは整備されるべきである。また全職員に周知されていなくてはならない。例えば急変した際の対応手順が詳細に記載されたマニュアルが作成され、初動対応、緊急連絡先、対応方法が示され、全職員に周知されトレーニングされていることが挙げられる。

Q:E.6.2:緊急対応コード(緊急時の単純化された対応)や RRS(rapid response system)^{※8}などの緊急、準緊急時の対応が自部署で共有され、文書化されたマニュアルとして整備されているか？

A:緊急時の対応を単純化するために、特に医療施設では施設内で統一された緊急対応コードが設定されている。このコードやマニュアルは全職員に共有されており、各部署にコード一覧が掲示されるべきである。例えば、「コードブルー」は院内において心肺停止またはそれに準じる重篤な急変が発生した際に、蘇生処置を実施する医師・看護師等を一斉に招集するための緊急コールである。RRS は、患者の状態が悪化した際、急変する前に迅速に対応するシステムである。患者のバイタルサインが急変した場合、RRS チームが直ちに現場に駆けつけ、必要な医療処置を行う仕組みである。

Q:E.6.3:救急カートや蘇生装置が整備され、適切に配置・周知されているか？

A:救急カートや蘇生設備は定期的に整備され、適切に配置されなくてはならない。また、設置場所が全職員に周知されなくてはならない。病院では、救急カートや蘇生装置の定期的な点検と整備が行われている。

Q:E.6.4:急変時対応における定期的な研修が自部署で行われているか？

A:Basic Life Support(BLS)^{※9}、Immediate Cardiac Life Support(ICLS)^{※10}、Advanced Cardiac Life Support(ACLS)^{※11}などの急変時対応の研修が自部署で開催され、職員が最新の救命技術を学ぶ機会が提供されていることが望ましい。例えば、ある医療施設では毎月 BLS コースが開かれ、全職員が年 1 回参加することが義務付けられているなどの取り組みがなされている。例えば、BLS 訓練に全員が参加できるよう機会が提供されその参加状況が継続的に記録管理されている取り組みがされていることが挙げられる。

5. 用語解説

※1) SAC マトリクス法(Severity Assessment Code matrix method)

医療安全分野で用いられるリスク評価手法。インシデントや有害事象を、重症度と発生可能性の二軸で評価し、リスクの大きさをマトリクス形式で分類する。評価結果は、詳細な分析の実施要否や改善策の優先度決定に活用される。

※2) Failure Mode & Effects Analysis (FMEA)

対象となる業務プロセスに対して、事前に予想されるあらゆる故障モードを列挙し、その中から周囲への影響度の高い故障モードを抽出し、事前に対策を講じようとする信頼性解析の手法。

※3) 業務フロー工程分析

業務における一連の工程を図で表し、工程の問題点や課題を洗い出す手法。

※4) 根本原因分析(RCA : Root Cause Analysis)

インシデントをもたらした根本的な原因が解明されるまで、なぜなぜ分析を進めることにより、インシデントが生じた際の一連の事象を再構成し、インシデントの発生に寄与した要因を特定する体系的な反復プロセス。

※5) SHELL モデル

ヒューマンエラーを中心とした事故分析手法。事故・インシデントの中心となる当事者(L: Liveware)と、それを取り囲むソフトウェア(S:Software)、ハードウェア(H:Hardware)、環境(E:Environment)および当事者以外の人間(L:Liveware)から構成される。

※6) 4M-4E

事故の原因分析および対策を整理する方法。マトリックス表を用いることにより、事故の原因ごとの対策案を網羅的に検討することが可能となる。4M とは、事故原因の分類に用いられる区分で、Man(人間)、Machine(物・機械)、Media(環境)、Management(管理)の 4 つを

指す。また、4E とは、事故対策の分類に用いられる区分で、Education(教育・訓練)、Engineering(技術・工学)、Enforcement(強化・徹底)、Examples(模範)の4つを指す。

※6) IC タグ(RFID Tag)

無線通信技術を用いた識別システム。意思疎通困難な患者の識別などに活用される。

※7) 識別子(Identifier)

患者を特定するための情報。一般的には「氏名」と「生年月日」の二つを用いることが多い。

※8) Rapid response system (RRS)

日本語訳は院内迅速対応システム。患者に対する重篤有害事象を軽減することを目的とし、迅速な対応を要するバイタルサインの重大な増悪を含む急激な病態変化を覚知して対応するために策定された介入手段。

※9) Basic Life Support(BLS)

心肺停止または呼吸停止に対する一次救命処置のことで、特別な機器を用いず胸骨圧迫などを行う。

※10) Immediate Cardiac Life Support(ICLS)

日本救急医学会が開催している蘇生教育コースの名称で、突然の心停止に対して最初の10分間の適切なチーム蘇生を習得することを目指している。ICLSはACLSの基礎コースとして知られている。

※11) Advanced Cardiovascular Life Support(ACLS)

いわゆる2次救命処置のことで、アメリカ心臓協会が提供している蘇生コースのことを指す。

6. 文献

- 1)厚生労働省医政局 医療安全対策検討会議ヒューマンエラー部会, 安全な医療を提供するための10の要点. <https://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/dl/tp1030-1a.pdf> (2025年3月1日引用)
- 2)公益財団法人日本医療機能評価機構:病院機能評価 統合版評価項目 V6.0. <https://www.jq-hyouka.jcqhc.or.jp/wp-content/uploads/2016/09/v6.pdf>.(2025年3月1日引用)
- 3)公益財団法人日本医療機能評価機構:病院機能評価機能種別版評価項目解説集一般病院1 (3rdG:Ver.3.0). 公益財団法人日本医療機能評価機構, 東京, 2022, pp.50-51.

- 4) 公益社団法人日本リハビリテーション医学会:リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン(第2版). リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン策定委員会(編), 診断と治療社, 東京, 2018, pp.91-93.
- 5) 医療事故防止事業部, 医療事故情報収集等事業 第71回報告書 2022年7月~9月.https://www.med-safe.jp/pdf/report_71.pdf.(2025年3月1日引用)
- 6) 公益社団法人日本理学療法士協会, 理学療法士業務指針,
https://www.japanpt.or.jp/about/disclosure/PT_Business_guidelines.pdf.(2025年3月1日引用)
- 7) 日本診療情報管理学会, 診療情報の記録指針. https://jhim-e.com/pdf/data2024/recording_guide2024.pdf.(2025年3月1日引用)
- 8) 公益財団法人日本医療機能評価機構:病院機能評価機能種別版評価項目解説集一般病院1(3rdG:Ver.3.0). 公益財団法人日本医療機能評価機構, 東京, 2022, pp.52-53.
- 9) 公益社団法人日本看護協会, 看護記録に関する指針.https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/guideline/nursing_record.pdf. (2025/3/1 閲覧)
- 10) 社団法人 日本医師会, 医療従事者のための医療安全対策マニュアル.
<https://www.med.or.jp/anzen/manual/pdf/honbun.pdf>. (2025年3月1日引用)
- 11) 公益財団法人日本医療機能評価機構:病院機能評価機能種別版評価項目解説集一般病院2(3rdG:Ver.3.0). 公益財団法人日本医療機能評価機構, 東京, 2022, pp.20-21.
- 12) 公益財団法人日本医療機能評価機構:病院機能評価機能種別版評価項目解説集一般病院2(3rdG:Ver.3.0). 公益財団法人日本医療機能評価機構, 東京, 2022, pp.150-151.

6

F. 感染管理

1. 定義

感染管理とは、理学療法士が医療機関や在宅医療などで理学療法業務を実施する際に、感染予防の基本である標準予防策¹⁾を徹底し、感染拡大を防ぐための活動を指す。すべての職員が標準予防策について遵守されていなければならない、標準予防策に加えて経路別予防策が徹底され、これらが教育されていることが求められる^{1・2)}。また、感染予防は個々の職員の努力だけでなく、病院全体としての取り組みが必須となる。セラピストも病院組織としての感染対策活動に関わり、院内の感染関連の情報の収集や、感染を予防する活動を実践することが求められる^{1・4)}。よって、感染対策委員会や感染制御チーム^{※1)}(Infection Control Team; 以下、ICT)から提供される情報の共有、組織的に整備された研修体制の活用、そして施設ごとの感染予防策を基盤として、理学療法部門独自の感染対策マニュアルを策定することが求められる。そのマニュアルは部門の特性を反映した実用的な内容であり、迅速な判断と行動に直結するよう構成されていることが重要である。

2. 目的

感染管理の目的は、患者やスタッフの感染リスクを最小限に抑え、安全な医療環境を維持することである。

3. 構成要素

感染管理には、以下の要素が含まれる。

- 標準予防策

全ての患者に対して標準予防策を適用する。

- 感染経路別予防策

接触、飛沫、空気の各感染経路に応じた予防策を実施する。

- 職員教育

職員が感染予防の知識と実践能力を習得するための教育を行う。

- 組織内連携

感染管理委員会や ICT などを通じた組織的な活動を展開する。

- アウトブレイク※²⁾発生時の対応

アウトブレイク発生時に対応できる体制や実践マニュアルがある。

- 実施状況のチェック機構

それぞれの構成要素ごとにチェックする体制や機会があり、PDCA サイクルが機能している。

4. チェックリスト

F.1. 標準予防策が徹底されている

標準予防策は、すべての患者や関連する医療機器や環境に対して適用される¹⁻⁴⁾。標準予防策は手指衛生を基本に、状況に応じて个人防护具(Personal Protective Equipment; 以下、PPE)を適切に使用する。理学療法実施時に使用する器材や、発生した廃棄物等を適切に取り扱うなどの感染管理を行うことが必要である¹⁻⁴⁾。米国疾病対策予防センター(Centers for Disease Control and Prevention; 以下、CDC)⁵⁾による標準予防策の項目は10項目あるが、中でも「手指衛生」、「个人防护具」、「患者配置」、「環境整備」は特に理学療法実施に関わりがある重要な項目といえる。

Q:F.1.1 手指衛生が適切な方法やタイミングで行われているか？

A:手指衛生の方法には流水と石鹼などによる手洗いと、擦式アルコール製剤による手指消毒がある(図 1・2)⁶⁾。石鹼などによる手指洗淨剤を用いた手洗い手技は、少なくとも15秒以上時間をかけて行うことが推奨^{7・8)}されている。擦式アルコール製剤による手指消毒においても世界保健機構(World Health Organization; 以下、WHO)ではアルコール手

指消毒時に「20～30 秒擦り込む」ことを推奨し、CDC では、20 秒程度擦り込むことが目安とされており、「乾くまで」擦るべきと明記されている⁷⁻⁹⁾。

擦式アルコール製剤による手指消毒は、手が目に見えて汚染していない場合でも、日常的に実施することが推奨されている。いずれの手技においてもしっかりとトレーニングされ、手技について定期的に実施状況が評価されることが望ましい。



図1 正しい手洗いの方法⁶⁾

正しい手指消毒

手洗いの基本とタイミング

- 手洗いの方法
通常は、「エタノール含有消毒薬による手指消毒」を行います。
目に見える汚れがついている場合は、「液体石けんと流水による手洗い」を行います。
- 手洗いのタイミング：
入所者に触れる前後、ケアの前後、入所者の周囲の環境や物品に触れた後 等

エタノール含有消毒薬による手指消毒

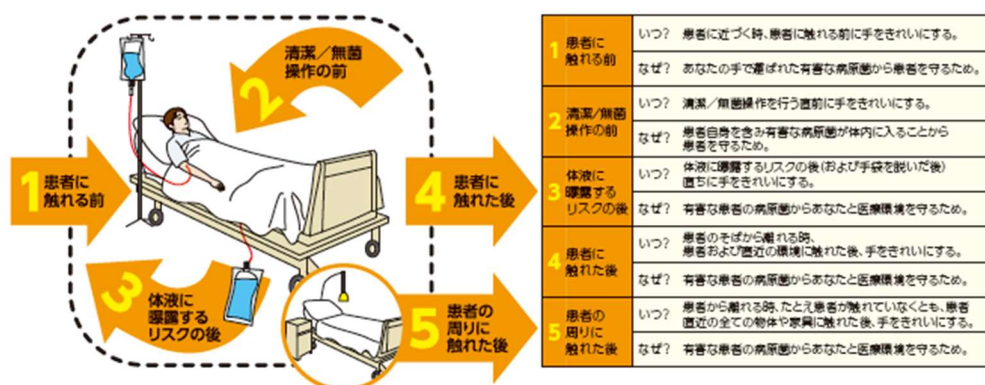


図 2 正しい手指消毒⁶⁾

(手指衛生のタイミング)

手指衛生は実施するタイミングも重要で、WHO が、手指衛生のタイミングを整理し、My five moments(私の 5 つのタイミング)といった標語を掲げて適切な手指衛生のタイミングの認識に対する啓蒙¹⁰⁾を行っている。5 つのタイミングとは、①患者に触れる前、②清潔・無菌操作の前、③体液に曝露される可能性がある場合、④患者に触れた後、⑤患者の周辺物品に触れた後、の5 つの場面(図3)である。また、CDC では手袋を外した直後の手指衛生実施も重視している。

あなたの手指衛生の 5つの瞬間



参考情報(引用元): 1) World Health Organization ホームページ Five moments for hand hygiene.
<https://www.who.int/publications/m/item/five-moments-for-hand-hygiene>

図3 手指衛生 5 つのタイミング¹⁰⁾

(手指衛生の習慣化と適切なタイミングで行うために)

医療従事者の手指衛生の遵守率は十分でないとの指摘もあり、習慣化には多面的な取り組みが必要とされている。手指衛生を習慣化するためには注意喚起、動機付け、環境調整、教育、評価によりフィードバック等の取り組みが必要とされる。手洗い場に手洗いや手指消毒手技や5つのタイミングのポスター掲示や、リハビリテーション室入口付近など、職員の動線上に擦式アルコール手指消毒薬を設置するなど手指衛生をしやすくするような環境設定にすることが望ましい。また、擦式アルコール手指消毒薬を個人で携帯することも有効である。リハビリテーション室内の共用物品付近や、物品類保管場所付近にも設置することが望ましい。

(手指衛生の実施状況のチェック)

手指衛生をはじめとした標準予防策等の実施状況が適切であるか、定期的にチェックされる体制や機会があることが望ましい。定期的に手指衛生の実施状況を観察し、確認、記録する方法や、手指衛生の実施率または擦式アルコール消毒薬の使用率などを数値化するなどの方法がある。手指衛生の遵守状況を客観的に評価し、職員にフィードバックするなどして感染防止効果を向上させることが望ましい。

Q:F.1.2 PPE が適切に使用されているか？

A:PPE には手袋、ゴーグル、マスク(サージカル・N95)、ガウン・エプロン、キャップなどがある。これらの PPE が処置内容や感染状況に応じて適切に使用される必要がある。感染経路別、あるいはケア・処置・リハビリテーションの場面別に選択される必要がある。

PPE 着脱方法(図4-5)¹²⁻¹⁵⁾については、職員がトレーニングを行う機会が体系的に整備されていることが適切である。また、PPE 着脱スキルの習熟について確認する機会が設けられていることが望まれる。

各施設の PPE の選択基準、使用方法、着脱方法、着脱場所などについてのマニュアルをもとにして、理学療法部門において理学療法業務特有の感染対策を講じる必要性もある。理学療法部門におけるマニュアル整備とその内容の周知が徹底されていることが望ましい。

PPEの着衣

マスク



①手指衛生を行う。



②エアロゾル産生手技を行う場合は、サージカルマスクの代わりにN95マスクを装着し、ユーザーシールチェックを実施する。

キャップ・ゴーグル または フェイスシールド



③ゴーグルまたはフェイスシールド、キャップの順に着用する。キャップの中に髪を入れる。



④覆われていない部分が最小となるようにガウンを着用し、手袋でガウンの袖を覆う。

図4 N95、ガウン、ゴーグル、キャップ、手袋の着衣方法¹²⁻¹⁵⁾

PPEの脱衣

エプロン



① ガウンの表面をつかみ、首の後ろ部分をちぎって前方にたらす。



② 袖から手袋の順に、表側が中になるようゆっくりとガウンと手袋を取り外す。



③ ガウンの内側を持ち、前方に押し出すようにして、腰の部分をちぎる。



④ ガウンを中表にしながら小さくまとめて、ペール容器に廃棄する。



⑤ 顔の粘膜汚染を防ぐために、ここで必ず手指衛生を行う。



⑥ キャップ(頭頂部あたりを持つ)
➡ ゴーグル/フェイスシールド(柄/バンドの部分を持つ)
➡ マスク(ゴムを持つ)の順に取り外す。
ゴーグル/フェイスシールドはあとで消毒するので、所定の場所に置く。



⑦手指消毒を行う。



⑧手袋をつけてゴーグル
/フェイスシールドをア
ルコール綿で消毒する。

⑨手袋を外す。



OK 汚染された右手で
汚染された左手首を触っている



OK 右手に脱いだ左手の手袋を
丸めてつかみ、きれいな左手
で汚染された手袋(きれいな
面)を触ってめく。



OK 左手に着用していた手袋は、
右手に着用していた手袋の
中に入っている状態にひとま
とまりにして、ごみ箱にそっと
落とす。

参考情報(引用元):2)一般社団法人 日本環境感染学学会事務局における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド 第5版
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001039370.pdf>

3)手袋を外す手技(良い例)悪い例(令和5年11月28日版 横浜市西区福祉保健センター)

図5 N95、ガウン、ゴーグル、キャップ、手袋の脱衣方法¹²⁻¹⁵⁾

(PPE の使用状況のチェック)

リハビリテーション場面で PPE の使用が適切に行えているか、PPE の着脱や処理方法が適切か、定期的に確認する機会があることが望ましい。理学療法部門以外の評価部門、例えば、感染対策委員による定期的な抜き打ちチェックなどの評価を受けることが望ましい。

Q:F.1.3 リハビリテーション室等の物品管理と環境整備が適切に行われているか？

A:感染対策に有用な設備の適切な整備や、リハビリテーション室及びリハビリテーションに関連する設備の清掃等を行い、環境管理を適切に行う必要がある。環境整備の基本は清掃であるが、職員や患者が頻繁に接触する箇所については、定期的に清拭し、必要に応じてアルコール含有クロスで清拭する必要がある。リハビリテーション室及びリハビリテーションに関連する設備においては不特定多数が利用する環境である場合が多い。また、リハビリテーション室には様々なリハビリテーション支援機器があり、平行棒や装具類など共用する物品も多い。患者や職員等が共通して触れる場所や物品類も多いので、高頻度接触物品を確認しておく。どれが高頻度接触部に該当するのか、どのリハビリテーション支援機器がそれに該当するのか職員間であらかじめ確認し、使用前後で高頻度接触部を清拭・消毒することを徹底する。原則、使用前後はアルコール含有クロスで清拭する必要がある。もちろん、物品に触れる前後で手指衛生 5 つのタイミングも忘れてはならない。

使用前後で物品等の清拭・消毒をしやすいようにリハビリテーション室内の複数個所に擦式アルコール手指消毒薬やアルコール含有クロスと専用ゴミ箱を設置するなどの環境設定を整えておくことが望ましい。これらの消毒製品等については、「開封日」または「使用開始日」を記載し、使用期限の管理をする必要がある。また、嘔吐などに対応するための緊急対応セット等も準備しておくことが望ましい。

リハビリテーション室の環境整備について、日常的にリハビリテーションで使用する物品類が適切に清掃および保管ができているかを管理する方法がマニュアルとして定められていることが望ましい。また、定期的に定められたマニュアルの方法により管理が行われているかを確認していることが望ましい。

マニュアルには感染者がリハビリテーション室を使用する場合、または感染者が使用した場合の清掃のルールや手順、使用した物品類の取り扱いについて決めておくことが望まれる。各施設に使用前後の使用手順を決め、実施状況を確認することが望ましい。

(リハ室内の換気)

標準予防策の徹底とともに、感染経路によってはリハビリテーション前後で換気することも

衛生環境を維持するうえで重要である。換気は換気回数や換気時間だけでなく、窓の配置も換気効率に影響する。窓がない場合はサーキュレーター等で換気するほか、換気が行いにくい場合、空気清浄機や換気システムの活用も含めて検討することもよい。

(リハ室以外の環境整備)

リハビリテーション室以外でも、ベッドサイド、病棟、病棟トイレ、廊下などでリハビリテーションが行われることもある。病棟の手すり、椅子等、ベッドサイドでは、ベッド柵、リモコン類、患者の物品類等がある。その場合においても、リハビリテーション室の環境や物品と同様に、高頻度接触部位や共用部分について使用前後のアルコール含有クロス等での消毒や、日々の清掃が確実に行われている必要がある。リハビリテーション室以外の環境や物品等についても感染防止の観点による日常点検等が行われるように体系的な取り組みがマニュアルとしてあるとよい。

(環境整備の実施状況のチェック)

リハビリテーション室の環境整備のチェックは感染対策委員会や ICT 等で行う院内ラウンドを利用するなど、第 3 者によりチェックされる機会を設けることが望ましい。

F.2. 感染経路別予防策が実施されている

Q:F.2.1 感染経路別(空気・飛沫・接触)の予防策が実施されているか？

A:経路別感染対策は、まずは標準予防策を実施し、その上で標準予防策以上の予防策が必要となる病原微生物による感染または感染疑いのある患者や利用者に対して実施する。標準予防策と経路別予防策の関係性は相補的といえる。

(飛沫感染対策)

飛沫感染は咳・くしゃみ等で病原微生物を含む飛沫が飛散し、経気道的に粘膜に付着することで成立する。

主な対象:インフルエンザ、風疹、新型コロナウイルス、ムンプス、アデノウイルス感染症、百日咳、髄膜炎菌感染症

対策:個室隔離が望ましいが、できなければコホーティング。患者と対面する場合はサージカルマスク、ゴーグルを装着する。

(空気感染対策)

空気感染は、飛沫として空気中に飛散した病原微生物が空気中で水分が蒸発して 5 μ m以下の微粒子となり、浮遊しているものを呼吸で吸い込むことで伝播する。

主な対象:結核、麻疹、水痘、播種性带状疱疹

対策:陰圧個室管理下での患者隔離が必要となる。飛沫を吸い込まないようにPPEとして、N95 マスクを着用する。水痘など皮膚病変がある場合は手袋・ガウンを着用する。

(接触感染対策)

接触感染は患者との直接または間接接触、あるいは患者が環境内で頻繁に接触した機器を介して病原性微生物が伝播する。

主な対象:MRSA、MDRP、VRE、ESBL、CRE

対策:個室隔離が望ましいができればコホーティングする。患者対応時にガウンと手袋を着用する。着脱前後の手指衛生の徹底が必要。クロストディオイデス・ディフィシルやノロウイルスなどアルコール耐性がある病原微生物では、石鹼などと流水による手洗いが必要。各施設で作成されているマニュアルをもとにして、理学療法部門において理学療法業務特有の感染対策を講じる必要がある。

F.3. 職員教育

定期的に感染予防に関する教育がすべての職員に提供され、最新の情報と実践的スキルが習得されている必要がある⁶⁻¹⁵⁾。また、職員の知識と実践的スキルが評価され、その評価に基づいて教育プログラムが見直され、フォローアップも含めた再教育(年 1~2 回)が実施されていることが望ましい。

Q:F.3.1 感染対策についての教育体制や確立された教育項目があるか？

A:職員教育について、必須教育を含めた確立された教育項目があることが望ましい。感染対策についての教育項目として、感染に関する知識と実践能力について習得できるようなプログラムがあることが望ましい。知識は ICT 等から発信される最新情報やニュース等を通じて知識の習得と更新、e-learning、小テスト、新人研修などの研修も効果的である。

実践能力については、定期的に手指衛生の実施状況の抜き打ちチェックや、擦式アルコール手指消毒薬の使用量のチェック、リハビリテーション場面に応じた適切な PPE 装着、患者配置について確認する必要がある。これらが適切に実践されているか定期的かつ、継続的に確認を行う必要がある。また、知識、実践能力いずれにおいても感染対策関連について教育・指導できる職員と、その職員を育成するプログラムがあることが望ましい。

教育項目

1) 標準予防策

(1)適切な手指衛生

手洗いや手指消毒が不十分になりやすい箇所を確認する。(図1)手指衛生はタイミングも重要となるので、リーフレット等¹¹⁾を用いての教育やスタッフに個々に配布することも有効かもしれない。

(2)適切な患者配置(介助位置と距離)とリハビリテーション場面に応じた PPE の使用

リハビリテーション専門職は他の医療スタッフよりも一人の患者に接する時間が長いという特徴を持つ。連続して患者に接する時間が長く、患者の身体を支えたり、介助(支援)したりするなど、患者と密着して対応する場面や、呼吸介助や徒手療法など患者との直接的な接触することが多い。その場合、接触感染や呼吸理学療法場面での飛沫感染のリスクが高いことを理解する必要がある。よって、患者との距離や立ち位置を考慮する必要がある。密着、接触を避けられないようなリハビリテーション場面においては、状況に応じて適切に PPE を選択、使用することが必要となる。

(身体介助または身体支持場面)

介助量が多い患者の身体介助においては、患者にマスク着用を徹底し、必要に応じて適切な PPE を使用する。介助位置は、前方からの介助は極力避け、側方または後方から介助を行う。可能であれば 2 人介助で行うことも考慮する。

接触感染予防策が必要な患者の場合、ガウン、手袋の確実な装着を確認する。ガウンやエプロン、手袋で保護されていない部位が接触しないようにする。また、ガウンやエプロン、手袋を外す際には手指や衣服が汚染されるリスクが高いため、PPE の着脱トレーニングが必要である。

(呼吸理学療法場面)

咳嗽等を利用した排痰練習などを行うとエアロゾル^{※3)}を発生させることが多い。エアロゾル発生手技^{※4)}を用いる場合は PPE だけでなく、患者にもマスクを装着してもらう。呼吸練習で飛沫リスクが大きい場合は PPE を適切に行い、患者の正面で呼吸介助しないようにする。リハビリテーション中に発生する使用済み器具や廃棄物については、感染性廃棄物として適切に処理する必要がある。

2) 医療機器、環境の清掃

厚生労働省や日本感染管理学会が示す資料等を参考にし、施設ごとに医療機器の清掃方法や頻度などの環境整備のルールを設け、マニュアル化しておく必要がある。また、環境整備の状況について、定期的に感染委員会や ICT などによる第 3 者に評価される機会があることが望ましい。

3) 患者・家族教育

患者・家族が感染予防に関する理解を深め、適切な行動をとることを支援することが求めら

れる。よって、患者・家族に対して感染予防に関する教育・指導が行われることが望ましい。患者・家族に向けた院内掲示などを通じて、手指衛生やマスク着用などの協力依頼や、患者への感染予防指導が事前に行われ、必要な予防策が理解されていることが望ましい。

4) 職員の健康管理

医療従事者として自分自身が職場に感染症を持ち込む可能性があること、職員から感染が広がることは避けなければならないこと、職員自身の健康を守る観点からも研修を通じて感染予防と代表的な感染症について正しい知識を身につけ、体調管理や感染対策の意識を高めることが必要である。医療従事者としての心構え 職種上、媒介者になりやすいことを理解した行動をしなければならない。

F.4 組織内連携

Q:F.4.1 セラピストが感染対策委員会及び、ICT 等の活動に関わることができているか？

A:施設に ICT が組織され、セラピストが ICT に関わることができていれば適切である²⁾。

Q:F.4.2 感染対策委員会及び ICT 等から提供される感染関連の情報や教育・研修が有効に活用できているか？

A:感染制御について最新傾向にある情報や教育と研修が継続的に提供されることが望ましい。研修・教育の体制として、感染制御についての専門家または、外部講師による研修の機会や、全職員に対する定期的なオンデマンド視聴の義務化や、感染予防に関連する小テストの実施などの方法がある。

Q:F.4.3 感染対策委員会、ICT による院内ラウンド等を活用した感染対策の実施状況を第三者よりチェックされる機会があるか？

A:感染管理委員会や ICT 等による定期的な環境モニタリング等にて、リハビリテーション室や用具の保管、清掃・衛生状況を確認、評価を受け、その結果に基づく改善の提案を受けられる機会があることが望ましい⁴⁾。

Q:F.4.4 感染者または感染リスク者のリハビリテーション実施について、基本的な対応方針や対応マニュアルが整備され、職員に周知・遵守されているか？

A:感染患者、または感染疑いの患者が発生した際のリハビリテーション対応手順が策定されていることが望ましい。具体例として個別のリハビリテーション計画の見直しを行い、感染疑い

がある患者に対しては、リハビリテーション計画を適宜見直し、感染拡大を防ぐための対策を行う。また感染予防措置としてリハビリテーション中に使用する機材や環境の消毒、スタッフの防護具の着用など、感染予防措置を徹底することが望ましい。

F.5 アウトブレイク※2)発生時の対応

Q:F.5.1 組織的な予防策をもとにした理学療法部門としてのアウトブレイク発生時の感染対策マニュアルが策定されているか？

A:新たな感染症や院内感染が発生した場合、感染症法や厚生労働省の指針に基づいた対応が求められるため、感染対策マニュアルの策定は法的および倫理的に必須である^{1・17)}。

マニュアルは定期的に更新されることが望ましく、新たな感染症や変異株の出現、最新の科学的エビデンスが発表されるたびに、対応策を見直し、適切に更新することが求められている。病院としてのアウトブレイクが定義され、アウトブレイク発生時に組織的な対策をもとにした理学療法部門としての感染対策マニュアルを策定しておく必要がある。

マニュアルは文書化され、職員に周知されている必要がある。感染症の種類に応じて分類し、実用的であり、速やかな判断と行動に結びつくようになっていることが望ましい。マニュアルは適宜改訂され、新たな感染症や最新の情報が発表されるたびに見直し、更新されることが望まれる。内容として具体的には感染症に対する対応だけでなく、感染状況に応じた感染拡大を防止する体制があげられる。以下のような体制があることが望ましい。

1) アウトブレイク発生時の連絡網

アウトブレイク発生時等、緊急時に全スタッフに迅速かつ確実な通知が行える体制が整っていることが望ましい¹⁷⁻¹⁹⁾。具体例として連絡手段の多様化を図り、電話、メール、メッセージングアプリなど複数の連絡手段を用いて、確実に全員に情報が行き渡るようにする。また緊急連絡網の効果を維持するため、定期的に訓練やシミュレーションを実施し、スタッフの対応能力を高めることも必要である。また連絡先情報の定期的な更新と維持管理を行い、最新の情報が常に使用できるようにしておくことが望ましい。

2) アウトブレイク発生時のリハビリステーションのスケジュール調整や追加でスタッフを確保する仕組み

突発的な感染症流行時においてスケジュール調整や追加スタッフを確保する仕組みの整備は、業務の継続性を保ち、適切な対応が可能となる。具体例としてアウトブレイク発生時に対応できる予備スタッフのリストを常に用意しており、必要に応じて迅速に動員する。また職員のシフト調整や柔軟な労働時間を導入することで、人手不足をカバーする。複数の役割を担当できる職員

を育成し、アウトブレイク発生時に必要なスキルを持つ人員を増やしておくことも望ましい。

5. 用語解説

※1) 感染制御チーム(Infection Control Team;以下、ICT)

感染制御チームとは、病院内の感染対策を担うチーム。「ICT」は、Infection Control Team (インフェクションコントロールチーム)の略語。組織においては、院内感染症対策委員会の下部組織に位置し、多職種から構成されて活動している。

※2) アウトブレイク

アウトブレイクとは、一定期間内に同一病棟や同一医療機関といった一定の場所で発生した院内感染の集積が通常よりも高い状態のことであること。

※3) エアロゾル

エアロゾル(5 マイクロメートル以下の粒子)が大量に空間を浮遊している環境では、エアロゾルを介した感染が生じることが指摘されている。

※4) エアロゾル発生手技

エアロゾル発生手技とは、呼吸やせき、くしゃみ、発声といった日常行為により生じるエアロゾルを超える大量のエアロゾルを発生する医療処置を指す。経気道感染症においては、エアロゾル発生手技を介した感染拡大のリスクが指摘されている。

6. 文献

- 1) 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知:医療施設における院内感染の防止について(医政指発第 0201004 号). 平成 17 年 2 月 1 日. 2005.
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0906-3d.pdf>
- 2) 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知:医療機関における院内感染対策について(医政地発 1219 第 1 号). 平成 26 年 12 月 19 日. 2014.
https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/ryuho/chiiki/ryuhc/suishinsuitsu/hp-tachiirikensa/documents/kourou_tuuti_innaikansen261219.pdf
- 3) 荒川宜親, 他, :医療機関における院内感染対策マニュアル 作成のための手引き(案)(070413 ver. 3.0) 平成 18 年度 厚生労働科学研究費補助金(新興・再興感染症研究事業)「薬剤耐性菌等に関する研究」(H18-新興-11)

- [https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-
anzen/hourei/dl/070508-5.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-
anzen/hourei/dl/070508-5.pdf)
- 4) 公益財団法人 日本医療機能評価機構:病院機能評価 機能種別版評価項目解説集リハビリテーション病院 3rdG:Ver.3.0. 解説集 PDF_リハビリ_3rdGVer3.0_20220701
ー.pdf -
 - 5) Center for Disease Control and Prevention:Guideline for Isolation
Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in
Healthcare Settings (2007)
[https://med.saraya.com/themes/gakujutsu@medical/guideline/pdf/h_h
ygiene_cdc.pdf](https://med.saraya.com/themes/gakujutsu@medical/guideline/pdf/h_h
ygiene_cdc.pdf)
 - 6) 厚生労働省ホームページ 正しい手指消毒
<https://www.mhlw.go.jp/content/000501122.pdf>(2024年12月15日引用)
 - 7) CDC Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings
<https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>
 - 8) Practical guidelines for infection control in health care
facilitiesPractical guidelines for infection control in health care
facilities
 - 9) 市川高夫:医療における手指衛生ガイドライン: 要約版 Japanese version
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70126/WHO_IER_PSP_20
09.07_jpn.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70126/WHO_IER_PSP_20
09.07_jpn.pdf)
 - 10) World Health Organization ホームページ Five moments for hand hygiene.
[https://www.who.int/publications/m/item/five-moments-for-hand-
hygiene](https://www.who.int/publications/m/item/five-moments-for-hand-
hygiene)(2024年12月15日引用)
 - 11) 日本感染環境学会ホームページ 手指衛生「5つの瞬間」サポートブック 第1版.
[http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/shushi_support_a
ll.pdf](http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/shushi_support_a
ll.pdf)(2024年12月15日引用)
 - 12) 厚生労働省ホームページ 感染対策普及リーフレット第3版. 令和5年12月作成
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001206496.pdf>(2024年
12月15日引用)
 - 13) 厚生労働省ホームページ 介護現場における感染対策の手引き第3版(施設系通所系訪
問系サービスなど). (2024年12月15日引用)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001149870.pdf>

14)一般社団法人 日本環境感染学会:医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応
ガイド 第5版

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001039370.pdf>

15)公益社団法人 日本リハビリテーション医学会:感染対策指針 2022年2月21日版
guideline_jarm_infection.pdf

16)日本嚙下医学会 本指針で用いる用語の解説と基本姿勢 第2版 2020年11月20
日改訂 001_kihonshisei20201126.pdf

17)国公立大学附属病院 感染対策協議会:病院感染対策ガイドライン 2018年版(2020年
3月増補版)

<https://kansen.med.nagoya-u.ac.jp/general/gl/gl2018-2/gl2018-2.html>

18)黒須一見:令和5年度厚生労働省 院内感染対策講習会 ③院内感染対策等の業務を実施
する行政機関(特に保健所)向け「医療機関におけるアウトブレイクの発生時に 必要な支援」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001152081.pdf>

19)森本康聖, 仲谷美江 他:組織連携のための緊急時コミュニケーション支援システム. 電学
論 C. 2004;5:pp1058-1067

6

G. 患者中心の医療

1. 定義

「患者中心の医療(patient-centered care)」とは、セラピストが患者個々のニーズや価値観を尊重し、それらに寄り添う姿勢と実践的アプローチを意味する^{1,2)}。このアプローチには、患者とセラピストの双方向的なコミュニケーション、患者満足度(patient satisfaction)や、患者経験(patient experience)の向上、意思決定の共有(SDM^{※1}: Shared Decision Making)、患者協働、そして患者家族への指導に関する取り組みが含まれる。これらは単なる技術的な介入にとどまらず、思いやりや心遣いといった「ホスピタリティ」の精神も含まれる。統一された定義や測定方法は存在しないものの、これらの要素が複合的に作用することで、より質の高い医療が提供されることを目指す。

エビデンスに基づく実践(EBP: Evidence-Based Practice)は、疫学的・臨床的な知見に基づく標準的な指針を提供する点で有用である。また、患者自身の体験や「物語(ナラティブ)」に耳を傾けること(NBP: Narrative-Based Practice)^{3,4)}は、患者個人の視点や背景を理解するのに役立つ。こうした物語を、単なる出来事としてではなく、患者のアイデンティティや行動を形作る有意義な解釈として理解することで、EBPの主な構成要素である「患者の価値観や状況」の尊重がより具体的かつ実践的に反映される。

本章では、①意思決定の共有・患者協働、②専門職による評価、③ケアの継続性、④モニタリング、⑤患者家族の指導・教育、⑥その他の取り組み、の6つに分類し、リハビリテーション提供において特に重要と思われる事項を提案する。これらの課題に対する具体的な方法や実践例を示すことで、セラピストや組織が日常業務においてどのようにホスピタリティの心をもって「患者中心の医療」を実践できるかを示すことを目標とする。

2. 目的

理学療法士が患者一人ひとりの価値観を尊重しながら、質の高い理学療法を提供できるこ

とを目標とし、組織として取組むことを目的とする。

3. 構成要素

患者中心の医療の実践には、以下の要素が必要である。

- 患者ニーズの評価

身体的、心理的、社会的な状態を包括的に評価する。

- 治療計画の立案

患者のニーズに基づいた最適な治療計画を立案し、説明と同意を得る。

- 患者家族の指導

家族に対しても情報を提供し、治療に積極的に参加できるよう支援する。

- 満足度向上

患者の意見を尊重し、満足度向上のための改善策を実施する。

4. チェックリスト

G. 1:意思決定の共有・患者協働

Q:G.1.1:医師の指示のもと、計画を作成し、患者/家族の説明と同意を得る仕組みを有しているか？

A:リハビリテーション実施計画書・総合実施計画書などを利用し、患者・家族へ説明をし、同意を得ている。インフォームドコンセントに関し、医療法第1条の4第2項⁵⁾では、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」と示されている。

リハビリテーションにおいては、リハビリテーション実施計画書や、リハビリテーション総合実施計画書の説明と署名が必須である^{6,7)}ため、利用することを提案する。

G. 2:専門職による評価

Q:G.2.1:リハビリテーション提供にあたり、診療録などからリスクを特定する仕組みを有しているか？

A:リハビリテーションを提供するにあたり、各施設でリスクを特定し、リスクがあれば医師へ相談する仕組みが必要である。

リハビリテーション医療の対象となる患者は何らかの障害をもっており、虚弱な患者も多く含まれる。有害事象を生じるリスクは高く、その影響は大きくなる傾向にある⁸⁾。リハビリテーションの提供にあたっては、益と害のバランスが重要である⁹⁾。

急性期、回復期、生活期などの各時期や、専門病院など、各施設の特性に応じ、何がリスクとなるかを特定しておくことを提案する。また特定したリスクを有する場合には、医師へ相談・指示を仰ぐといった対策を併せて検討しておくことを提案する。

Q:G.2.2:患者層を特定し、クリニカルパスや評価セットを定める取組を実施しているか?

A:施設の特性や所属施設の診療科、例年の動向などから、対応を要する患者層を特定し、クリニカルパス^{※2}や評価セットを定め、提供するリハビリテーションを標準化することを提案する。

各施設の特性や、施設が有する診療科、例年の患者動向など、データを基に患者層を特定し、特定の疾患や、ハイリスクな疾患に関してはクリニカルパスや、評価セットを定めるなど、提供するリハビリテーションを標準化する取組を実施することを提案する。

例として、日本心臓リハビリテーション学会による「心不全の心臓リハビリテーション標準プログラム(2017年版)」¹⁰⁾の急性期離床プログラムなどがある。関連する学会や団体が提案する標準的なプログラムを参考とすべきであり、組織として情報を収集し、運用していくことを提案する。

Q:G.2.3:理学療法評価の時期と内容を定め、実施する仕組みを有しているか?

A:各施設において、理学療法評価の自記と内容を定め、目標の到達度および問題点を明らかにする仕組みを有することを提案する。

患者ケアのために、測定可能な目標を設定する¹¹⁾必要がある。現状を評価し、予後予測に基づいた目標を設定、現状と目標の差異を問題点として明らかにするために、すべての対象患者に定期的な再評価と目標の再設定を行うことを提案する。目標は可能な限り数値で設定し、設定した目標が達成されたかを確認し、効果判定が行えるようにする。

G.3:ケアの継続性

Q:G.3.1:カンファレンス(職種内・多職種)を開催し、情報を共有する仕組みを有しているか?

A:カンファレンス(部門内・多職種)を開催し、情報を共有、記録する仕組みが必要である。定

期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていることは、疾患別リハビリテーション料の算定要件にもなっている⁶⁾。施設の特性や、病期に応じて ACP: Advance Care Planning^{※3}に関して検討することもできる。オンライン開催などの開催方法や、出席者を検討し、情報を共有する仕組みを有することを提案する。

Q:G.3.2:連携施設への引継ぎ方法を定める取組みをしているか？

A:近隣の施設への引き継ぎ方法をあらかじめ検討しておくことを提案する。

「疾患別リハビリテーション料を算定する患者が他の保険医療機関等によるリハビリテーションの提供に移行する場合、移行先の事業所又は保険医療機関等に対しリハビリテーション実施計画書を提供することとする¹²⁾。」とされており、診療報酬制度や介護報酬制度で定められている、リハビリテーション計画書を用いた情報提供が確実に実行できる体制を整えておくことが求められている。シームレスなリハビリテーション提供のため、連携施設への円滑な情報伝達方法を定めておくことを提案する。

Q:G.3.3:診療内容の申し送り方法を定める取組みをしているか？

A:診療内容の申し送りに関する取り決めをあらかじめ決定しておくことを提案する。診療内容の申し送りは、適切なケアの継続のために不可欠である¹³⁾。提供するリハビリテーションの質を保ち、患者安全をはかるためにも、定型文などを定めることを提案する。以下に申し送り定型文を例示する。

- ・記載日
- ・診断名(受傷・発症日、手術名・手術日)
- ・注意すべき合併症・既往歴
- ・安静度(指示、禁忌、荷重量、プロトコールなど)
- ・転倒転落リスク
- ・感染予防
- ・その他のリスク管理(ライン類、皮膚脆弱性など)
- ・依頼内容

(出典:亀田総合病院 提供の事例を参考)

G. 4: モニタリング

Q:G.4.1:診療録や計画書などの記載を振り返る仕組みを有しているか？

A:他者に診療録などを確認してもらい、継続的に改善する仕組みを有することを提案する。

実施された診療内容や、アウトカムは患者の診療記録に記録される必要がある。診療録ピアレビュー※4の内容を例示する。

- 1) リハビリテーション処方
 - ・対象とする疾患や障害が明確である
 - ・実施する内容が分かる指示である
- 2) 説明と同意
 - ・介入前に実施計画書が作成されている
 - ・説明を実施し、署名を得ている
- 3) 診療記録、身体機能評価
 - ・定められた評価項目が記載されている
 - ・測定可能な目標が定められている
 - ・記載方法が統一されている(SOAP 記載など)
- 4) 患者・家族の教育
 - ・指導に用いた資料の貼附や、内容の記載がある
 - ・患者・家族教育による理解度が記載されている
- 5) 再評価
 - ・カンファレンスが実施されている
 - ・目標に対する効果判定が記載されている
- 6) 終了時評価
 - ・定められた評価や内容が記載されている
 - ・リハビリテーション継続先に引き継ぎがなされている
- 7) 診療録全般
 - ・介入時間が正しく記載されている

(出典: 亀田総合病院 提供の事例を参考)

Q: G.4.2.1: アウトカム評価として、患者満足度を調査する取り組みをしているか?

A: リハビリテーションのアウトカム評価として患者満足度を測定し、改善可能性を検討する仕組みをつくることを提案する。患者満足度は、健康転帰や医療制度への信頼とともに、患者のケア体験のアウトカム指標であり、提供されたケアが患者のニーズと期待を満たしているかどうかを反映する¹⁴⁾。

例として、看護師や医師、薬剤師とのコミュニケーション、病院の総合的評価や、推奨度を調

査する HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)¹⁵⁾ などがあり、定期的な実施を通じた業務改善の仕組みが検討できる。

Q:G.4.2.2:プロセス評価として、患者経験を調査する取り組みをしているか?

A:リハビリテーションのプロセス評価^{※5}として患者経験を調査し、診療プロセスの標準化をはかることが望ましい場合もあるため、参考にされたい。患者経験はプロセス指標であり、受けたケアの質の対人的側面を反映する¹⁴⁾。

アウトカム評価とプロセス評価には、それぞれ利点と限界がある。アウトカム評価は、医療の全体的な質を評価するのに適しているが、データの標準化が必要である一方、プロセス評価は、医療の質の違いを直接測定でき、改善策を明確にできるという利点がある¹⁶⁾。

アウトカム評価としての満足度評価はもちろん重要であるが、不確実性のある医療においてはアウトカムよりもむしろ、定めたプロセスを実践することが重要であることがある。アウトカム評価の例として、患者満足度などを測定し、組織としての改善可能性を検討し、継続的に改善する仕組みを作成することを提案する。また、各施設で定めた診療プロセスをスタッフが実践しているかという患者経験を評価することも重要である。例として、患者誤認を予防するための確認を実施されたか、リハビリテーション終了時に器具の清掃を実施していたかなど、患者が体験した経験を評価する方法がある。

Q:G.4.3:診療内容を他セラピストと共有する仕組みを有しているか?

A:介入内容が標準化され、他セラピストとの差異を低減する仕組みを作成することを提案する。プレゼンテーションを通し患者情報を他セラピストに共有することや、診療記録を供覧し他セラピストの視点を提供してもらうことは、診療プロセスの継続的な改善を得るために重要なことである。各施設にあわせ、介入内容が標準化される仕組みを作成することを提案する。

G. 5: 患者家族の指導・教育

Q:G.5.1:患者/家族に対し、教育する仕組みを有しているか?

A:患者/家族へ情報提供や教育を実施する仕組みを作成することを提案する。リハビリテーションを提供したすべての患者/家族に対し、情報提供などの教育を併せて提供することを提案する¹³⁾。

Q:G.5.2:患者の理解度を確認する仕組みを有しているか？

A:患者の理解度を把握し、教育の内容とともに診療録へ明記する仕組みを作成することを提案する。患者／家族への情報提供や、教育にあたっては、指導内容とともに、理解度を診療録へ明記する仕組みを作成することを提案する。また、患者／家族の理解度や意欲が低い場合の対応として、具体的な教育指導内容(資料配布、動画の活用など)を明確にしておくといった対策がある。

G. 6: その他の取り組み

Q:G.6.1:自施設で得られたデータが外部に公開されているか？

A:自施設のデータは集計され、外部に公表されるべきである。またその取り組みを目指すべきである。自施設のデータを集計し、倫理委員会など適切な手順を経たのちに、外部へ公表するべきである。またその取り組みを目指すことを提案する。例として、学会発表、論文投稿、自施設の刊行物やホームページへの掲載などがある。

5. 用語解説

※1)SDM: Shared Decision Making

医療者と患者が情報共有し、患者の価値観や希望を尊重しながら、最適な治療やケア方針を共に決定していくプロセス。治療満足度やアドヒアランスの向上にも寄与する。

※2)ACP: Advance Care Planning

将来の医療やケアについて、本人が希望する方針を、本人・家族・医療ケアチームがあらかじめ話し合い、共有しておくプロセスを指す。本人の考えや生活状況の変化に応じて、継続的に見直すことが可能。

※3)診療記録ピアレビュー

相互に患者の診療録を評価し、診療の質や記録の正確性、適切な治療が実施されているかを検証するプロセス。医療の安全性と質の向上を目的とした取り組みの方法で、ケアのパフォーマンスを向上する取り組み。

※4)患者経験/プロセス評価

リハビリテーションやその他の医療提供プロセスにおいて、患者がどのような体験をしたか、またそのプロセス自体がどの程度効果的かを評価する取り組み。定められた診療行程、例えば、患者誤認の防止のために名前と ID を確認されたか、適切な初回オリエンテーションを受けたか、計画書に沿った説明を受け、同意するプロセスがあったかなど、患者の主観的な体験をア

ンケートやインタビューなどで把握する。これにより患者目線での改善点が明らかになる。

6. 文献

- 1) Joint Commission International: 病院認定基準(第7版). The Joint Commission, 2020, pp.420
- 2) Mead N, Bower P: Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med. 2000 Oct;51(7):1087-1110.
- 3) Charon R: The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. JAMA. 2001 Oct;286(15):1897-1902.
- 4) Burrai F, Mettifogo M et al.: Narrative-Based Practice. Holist Nurs Pract. 2020 Sep;34(5):306-316.
- 5) 厚生労働省ホームページ 医療法(昭和23年07月30日法律第205号)
<https://www.mhlw.go.jp/web/t.doc?dataId=80090000&dataType=0&pageNo=1> (2025年10月30日引用)
- 6) 社会保険研究所(編): 医科点数表の解釈 令和6年6月版, 社会保険研究所
- 7) 厚生労働省ホームページ 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について(老老発 0315 第2号 令和6年3月15日)」
<https://www.mhlw.go.jp/content/001227728.pdf> (2025年10月30日引用)
- 8) 宮越浩一:リハビリテーション医療における安全管理. Jpn J Rehabil Med. 2021; 58:242-246.
- 9) 公益社団法人日本リハビリテーション医学会 リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン策定委員会(編):リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン(第2版). 診断と治療社, 東京, 2018
- 10) 日本心臓リハビリテーション学会 心臓リハビリテーション標準プログラム策定部会(編): 心不全の心臓リハビリテーション標準プログラム(2017年版). 特定非営利活動法人 日本心臓リハビリテーション学会, 東京, 2017
- 11) Joint Commission International: 病院認定基準(第7版). The Joint Commission, 2020, pp.153

- 12) 中央社会保険医療協議会 総会(第 584 回) 2024 年 2 月 14 日. 2024, p196
- 13) Joint Commission International: 病院認定基準(第 7 版). The Joint Commission, 2020, pp.76
- 14) Larson E. Sharma J. et al.: When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. Bull World Health Organ. 2019 Aug ;97(8):563-569.
- 15) Aoki T. Yamamoto Y. et al.: Translation, adaptation and validation of the Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) for use in Japan: a multicenter cross-sectional study. BMJ Open. 2020 Nov; 10(11): e040240
- 16) Mant J: Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. Int J Qual Health Care. 2001 Dec;13(6):475-80.