

# 7

## 7つの理学療法管理業務における「Question 一覧」

本章は、7つの理学療法管理業務の各セッションで記述した「Q&A」の「Questionのみ」を抽出した。この一覧表の活用により、以下のようなことが期待できると考える。

### ①実務上の疑問を迅速に解決できる

ガイドラインを適用する際、現場ではさまざまな疑問が生じることが予想される。

「Question 一覧」を備えることで、よくある疑問に対する回答を各セッションで即座に確認でき、業務の円滑な遂行支援が期待できる。

### ②ガイドラインの理解を深める補助ツールとなる

「Question 一覧」には、実際の現場で生じやすい疑問を整理して掲載しているため、7つの各セッションで記載された内容と具体的な場面とを結びつけて読むことができるためガイドラインの理解を促進できる。

### ③新任管理者やスタッフの教育・研修に活用できる

「Question 一覧」を活用することで、新しく管理業務に携わる職員が疑問を持った際に自己解決できる機会を増やし、業務習熟のスピード向上が期待できる。

### ④業務の標準化と一貫性の確保

職員ごとに異なる解釈が生じると、理学療法管理の方針や手順にばらつきが出る可能性がある。「Question 一覧」を設けることで、ガイドラインの解釈を統一し、管理業務の標準化を図ることが期待できる。

本ガイドライン利用者が疑問を迅速に解決できる環境を整えることで、ガイドラインへの理解を深めるほか、ガイドラインの実効性を高め、理学療法管理部門のスムーズな運営につながることを期待したい。なお、別紙にて全7セッションの一覧表も作成しているので適宜、活用されたい。なお、各表の基準は、本委員会以下のように設定した。

●必須：外部審査で質問等を受ける可能性が高いもの(委員が質問を受けた経験があるもの)

○推奨：必須よりも高水準のもの

◎高評価：優れた取り組みで模範的なもの

## A. リーダーシップ における「Question 一覧」

必須● 推奨○ 高評価◎	番号	頁	Question
●	A.1.1	12	<b>A.1:ビジョンの策定と共有</b> 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.1.2	12	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.1.3	13	ビジョンは明確であり、職員に共有、共感されているか？
○	A.1.4	13	1-4ビジョンは必要に応じて見直し、更新しているか？
○	A.2.1.1	13	<b>A.2:目標設定と行動計画(Plan)</b> 目標は多角的な視点から設定しているか？
○	A.2.1.2	13	目標は現実的、具体的で、達成可能か？
○	A.2.1.3	13	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.2.2.1	14	<b>A.2.2:顧客の視点</b> 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.2.2.2	14	患者満足度は定期的に調査、分析しているか？
○	A.2.2.3	14	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.2.3.1	15	<b>A.2.3:財務の視点</b> 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.2.3.2	15	部門収入目標を設定しているか？
○	A.2.3.3	15	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.2.3.4	16	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.2.4.1	16	<b>A.2.4:内部プロセスの視点</b> 職員の労務管理(2-4-1.1～2-4-1.5)は適切に実施されているか？
●	A.2.4.1.1	16	(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.2.4.1.2	17	(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.2.4.1.3	17	(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？

必須● 推奨○ 高評価◎	番号	頁	Question
●	A.2.4.1.4	17	(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.2.4.1.5	18	(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.2.4.2	18	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.2.4.3	19	各種業務マニュアルを作成し、周知、更新されているか？
●	A.2.4.4	19	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.2.4.5	19	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.2.4.6	19	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.2.4.7	20	ヒヤリハット・インシデント・アクシデントの報告・分析と是正措置を行っているか？
●	A.2.4.8	20	感染対策マニュアルを作成し、周知・更新しているか
●	A.2.4.9	20	医療安全・感染対策に関する院内研修会を年2回程度実施し、実施した旨を記録しているか？
●	A.2.4.10	21	防火管理者を配置し、消防計画の作成・年2回の消火訓練・避難訓練を計画・実施しているか？
●	A.2.4.11	21	施設としてとしてBCPを策定しているか？
○	A.2.4.12	21	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.2.5.1	21	<b>A.2.5:学習と成長の視点</b> クリニカルラダー制度等を整備して、客観的な力量評価(人事考課)を実施しているか？
○	A.2.5.2	21	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.2.5.3	22	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.2.5.4	22	施設内外の研修・学会参加・資格取得を推奨しているか？
○	A.2.5.5	22	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？

必須● 推奨○ 高評価◎	番号	頁	Question
○	A.3.1	24	<b>A.3:共有と実行(Do)</b> 目標と行動計画が職員に共有されているか？
○	A.3.2	24	職員が行動計画に基づいた行動を実行しているか？
○	A.4.1	24	<b>A.4:効果検証と進捗管理(Check)</b> 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.4.2	24	内部審査に加え、外部(第三者)審査を実施しているか？
●	A.5.1	25	<b>A.5:改善(Action)</b> 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？

## B. 資源管理における「Question 一覧」

必須● 推奨○ 高評価◎	番号	頁	Question
●	B.1.1.1	36	<b>B.1:人的資源</b> <b>B.1.1:組織構造の管理</b> 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？
●	B.1.1.2	36	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？
○	B.1.1.3	36	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？
●	B.1.1.4	37	権限、職務、責任等が明確になっているか？
●	B.1.1.5	37	職員の資格が管理されているか？
○	B.1.1.6	38	職員の配置は管理されているか？
○	B.1.1.7	38	ホームページやSNSを運営している場合の管理が適切か？
●	B.1.2.1	38	<b>B.1.2:能力開発の管理</b> 職員教育の進捗状況が管理されているか？
○	B.1.2.2	39	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？
●	B.2.1.1	39	<b>B.2:物的資源</b> <b>B.2.1:備品・物品の管理</b> 備品の保全管理は適切であるか？
●	B.2.1.2	39	備品の保守管理は適切であるか？
○	B.2.1.3	40	物品の管理は適切であるか？
○	B.2.1.4	40	備品・物品の購入手続きが明確であるか？
●	B.2.1.5	41	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？
●	B.2.2.1	41	<b>B.2.2:施設の管理</b> 環境の整備が適切であるか？
●	B.2.2.2	41	清掃と清潔の対象と場所、タイミングが適切であるか？
○	B.3.1.1	42	<b>B.3:情動的資源</b> <b>B.3.1:診療報酬の管理</b> 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？
○	B.3.1.2	42	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？

必須● 推奨○ 高評価◎	番号	頁	Question
●	B.3.1.3	42	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？
●	B.3.1.4	42	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？
○	B.3.1.5	43	診療に必要な各種ガイドライン名が明記されているか？
○	B.3.1.6	43	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？
●	B.3.1.7	43	理学療法部門に関するクリニカルパス、プロトコル、地域連携パス等の名称および閲覧方法が明記されているか？
○	B.3.1.8	44	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？
○	B.3.1.9	44	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？
○	B.3.2.1	44	<b>B.3.2:記録の管理</b> 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？
○	B.3.2.2	44	マニュアルの改訂基準や改訂方法は定められているか？
○	B.3.2.3	45	診療記録等は標準化されているか？
○	B.3.2.4	45	診療記録等の監査はされているか？
●	B.3.2.5	45	漏洩防止のためのセキュリティ対策がなされているか？
●	B.3.2.6	46	実習に関する個人情報は適切に管理されているか？
○	B.3.3.1	46	<b>B.3.3:外部審査の管理</b> 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？
○	B.3.3.2	47	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？
●	B.4.1	47	<b>B.4: 経済的資源</b> 予算管理が適切になされているか？

## C. チーム医療と連携における「Question 一覧」

必須● 推奨○ 高評価◎	番号	頁	Question
●	C.1.1.1	53	<b>C.1:専門職間の協力</b> 診療報酬制度を踏まえ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？
●	C.1.1.2	54	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？
●	C.1.2.1	54	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？
○	C.1.2.2	55	チームメンバーとしての理学療法士の役割と責任が明確に定められているか？
●	C.1.2.3	55	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？
◎	C.1.2.4	56	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？
●	C.2.1.1	56	<b>C.2.:情報共有</b> 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？
●	C.2.1.2	57	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？
●	C.2.1.3	57	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？
○	C.2.2.1	58	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？
○	C.2.2.2	58	施設間の情報共有ツールを作成しているか？
◎	C.3.1.1	58	<b>C.3:連携体制</b> 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？）
○	C.3.1.2	60	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？
●	C.3.1.3	60	地域連携バスを活用しているか？
●	C.3.2.1	61	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？
○	C.3.2.2	62	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？
●	C.4.1.1	62	<b>C.4:チーム医療の教育</b> 教育の体制が整備されているか？
●	C.4.1.2	63	チーム医療および専門職間連携の重要性や他職種を理解するための教育が行われているか？

必須● 推奨○ 高評価◎	番号	頁	Question
●	C.4.1.3	63	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？
●	C.4.1.4	64	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行われているか？
●	C.4.2.1	64	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？
●	C.4.2.2	67	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？

## D. 職員教育における「Question 一覧」

必須● 推奨○ 高評価◎	番号	頁	Question
●	D.1.1	76	<b>D.1:職務役割の定義</b> 職員の役割が定義されているか？
●	D.1.2	77	その役割はすべての職員に共有、理解されているか？
●	D.2.1	77	<b>D.2:職員の力量の定義</b> 職員に必要な力量が定義されているか？
○	D.2.1.1	77	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？
○	D.2.1.2	81	理学療法の専門的な技術について定義されているか？
○	D.2.1.3	83	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？
●	D.2.2	85	力量の基準とその位置づけはされているか？
○	D.2.3	85	力量はチェックリスト形式で明文化されているか？
●	D.3.1	85	<b>D.3:教育計画の立案と実施</b> 教育計画が組織理念・基本方針に沿っているか？
●	D.3.2	85	教育計画を作成する責任者が明確になっているか？
●	D.3.3	86	教育目標は職務の役割に応じたものになっているか？
●	D.3.4	86	教育内容は力量に沿ったものになっているか？
○	D.3.5	86	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？
○	D.3.6	86	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？
●	D.3.7	87	教育の実施者、評価者が明確になっているか？
●	D.3.8	87	教育計画の実施状況の管理がなされているか？
○	D.3.9	87	教育計画の実施状況が定期的に監査されているか？
●	D.4.1	88	<b>D.4:職員教育の評価と更新</b> 職員教育の効果が定期的に評価されているか？

必須● 推奨○ 高評価◎	番号	頁	Question
○	D.4.2	88	職員教育の評価基準は公平公正な指標となっているか？
○	D.4.3	88	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？
○	D.4.4	88	職員教育の評価結果が実務に活かされているか？
○	D.4.5	89	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？
●	D.4.6	89	教育計画が定期的に更新されているか？
○	D.4.7	89	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？

## E. 安全管理における「Question 一覧」

必須● 推奨○ 高評価◎	番号	頁	Question
●	E.1.1.1	93	<b>E.1.1:医療安全の体制</b> 医療安全対策を担当する責任者を配置しているか？
●	E.1.1.2	93	医療安全管理に関するマニュアルが作成されているか？
○	E.1.1.3	93	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？
●	E.1.2	93	<b>E.1.2:安全文化の醸成</b> 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？
●	E.1.3.1	94	<b>E.1.3:有害事象の予防</b> 医療安全に関する情報を収集し、検討が行われているか？
●	E.1.3.2	94	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？
●	E.1.3.3	94	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？
●	E.1.3.4	94	リスク評価の結果は職員と共有されているか？
●	E.1.3.5	95	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？
●	E.1.4.1	95	<b>E.1.4:有害事象への対応</b> 有害事象への対応手順が定められているか？
○	E.1.4.2	95	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？
●	E.1.5.1	95	<b>E.1.5:再発防止</b> 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？
●	E.1.5.2	95	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？
●	E.1.5.3	96	再発防止策の効果は定期的に評価されているか？
●	E.1.5.4	96	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？
○	E2.1.1	96	<b>C.2:患者・部位などの誤認の防止</b> 最初に正確な情報が登録される仕組みがあるか？
●	E2.1.2	96	臨床場面では、統一された患者確認方法があるか？
○	E2.1.3	97	診療記録の取り扱い時の確認方法があるか？

必須● 推奨○ 高評価◎	番号	頁	Question
○	E3.1.1	97	<b>E.3:情報伝達エラーの防止</b> 指示出しの方法が標準化されているか？
○	E3.2.1	97	指示受け方法が標準化されているか？
○	E3.2.2	98	指示内容の確認・訂正手順が標準化されているか？
●	E4.1.1	98	<b>E.4:転倒・転落の防止</b> 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？
○	E4.2.1	98	定期的に転倒・転落リスクを評価できているか？
●	E4.2.2	99	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？
○	E4.2.3	99	評価結果が患者本人や患者家族に伝達されているか？
○	E4.3.1	99	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？
●	E4.3.2	100	ADL変更時の手順が決められているか？
○	E4.3.3	100	定期的に見直しを行っているか？
●	E4.4.1	100	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？
○	E5.1	100	<b>E.5:医療機器の安全な使用と管理</b> 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？
●	E5.2	101	定期的に安全管理について検討されているか？
●	E5.3	101	医療機器の安全管理の行動目標は策定されているか？
●	E5.4	101	マニュアル・手順書は作成されているか？
○	E5.5	101	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？
●	E5.6	102	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？
●	E6.1	102	<b>E.6:患者等急変時の対応</b> 発生時の対応手順が明確なマニュアルがあり、全職員に周知されているか？

必須● 推奨○ 高評価◎	番号	頁	Question
●	E6.2	102	緊急対応コードやRRS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？
●	E6.3	102	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？
○	E6.4	103	急変時対応における定期的な研修が自施設で行われているか？

## F. 感染管理における「Question 一覧」

必須● 推奨○ 高評価◎	番号	頁	Question
●	F.1.1	107	<b>F.1 標準予防策が徹底されている</b> 手指衛生が適切な方法やタイミングで行われているか？
●	F.1.2	111	個人防護具が適切に使用されているか？
●	F.1.3	115	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？
●	F.2.1	116	<b>F.2 感染経路別予防策が実施されている</b> 感染経路別(空気・飛沫・接触)の予防策が実施されているか？
●	F.3.1	117	<b>F.3 職員教育</b> 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？
●	F.4.1	119	<b>F.4 組織内連携</b> セラピストが感染対策委員会及びICTの活動に関わることができるか？
○	F.4.2	119	感染対策委員会及びICT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？
◎	F.4.3	119	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？
●	F.4.4	119	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？
◎	F.5.1	120	<b>F.5 アウトブレイク発生時の対応</b> 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応マニュアルが策定されているか？

## G. 患者中心の医療における「Question 一覧」

必須● 推奨○ 高評価◎	番号	頁	Question
●	G.1.1	125	<b>G.1:意思決定の共有・患者協働</b> 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？
○	G.2.1	125	<b>G.2:専門職による評価</b> 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？
◎	G.2.2	126	患者層を特定し、クリニカルパスや評価セットを定める仕組みを実施しているか？
○	G.2.3	126	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？
●	G.3.1	126	<b>G.3:ケアの継続性</b> 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？
◎	G.3.2	127	連携施設への引継ぎ方法を定める仕組みをしているか？
○	G.3.3	127	診療内容の申し送り方法を定める仕組みをしているか？
◎	G.4.1	127	<b>G.4:モニタリング</b> 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？
○	G.4.2.1	128	アウトカム評価として、患者満足度を調査する仕組みをしているか？
◎	G.4.2.2	129	プロセス評価として、患者経験を調査する仕組みをしているか？
◎	G.4.3	129	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？
●	G.5.1	129	<b>G.5:患者家族の指導・教育</b> 患者/家族に対し、教育する仕組みを有しているか？
○	G.5.2	130	患者の理解度を確認する仕組みを有しているか？
◎	G.6.1	130	<b>G.6:その他の取組み</b> 自施設で得られたデータが外部に公開されているか？

# 8

## おわりに

本ガイドライン(制定版)が、医療施設における理学療法部門マネジメント指針として広く活用されることを期待する。本ガイドラインは、理学療法の管理・運営に関する基本的な枠組みを示し、現場での実践を支援することを目的として作成されたものであり、今後も継続的な更新が求められる。

ガイドラインは、常に各組織における運用を通じて、その有効性を検証し、現場で生じる課題や改善点を明らかにするために使用されることが重要である。今後は、本ガイドラインの使用状況を踏まえ、より実践的で有用なものへと発展させるため、早期に改定版を刊行することが求められる。

本ガイドラインの普及と活用により、理学療法部門のマネジメントが強化され、組織運営の円滑化のみならず、理学療法士の専門性向上と質保証のさらなる推進が期待される。質の高い理学療法サービスの提供が、患者・利用者の健康と生活の質の向上に寄与することが望まれる。

最後に、本ガイドラインの作成に尽力したすべての関係者の専門的な知見と協力を深く感謝する。本ガイドライン委員会委員一同、引き続き、理学療法の発展と質の向上に向けた継続的な取り組みに対する多くの理学療法士からの支援と協力を切に願っている。

一社)日本理学療法管理学会 ガイドライン委員会  
委員一同

# 9

# 索引

## 和文

### 「あ」

アウトブレイク	.....	121
アクシデント	.....	30

### 「い」

育児・介護休業、子の看護休暇等	.....	30
育児時間及び生理休暇	.....	29
インシデント	.....	30
インタラクティブな手法	.....	90
インフォーマルサービス	.....	67

### 「え」

エアロゾル	.....	121
エアロゾル発生手技	.....	121

### 「か」

カツツ理論	.....	32
患者経験/プロセス評価	.....	130
感染制御チーム(ICT)	.....	121

### 「き」

キャリアラダー	.....	32
教育リソース	.....	90

業務フロー工程分析	.....	103
<b>「 &lt; 」</b>		
クリニカルパス	.....	31
クリニカルラダー	.....	32
<b>「 け 」</b>		
減価償却資産	.....	48
<b>「 こ 」</b>		
コンピテンシー	.....	68
コンフリクト(論争・衝突・対立)	.....	67
根本原因分析(RCA)	.....	103
<b>「 さ 」</b>		
裁判員等のための休暇	.....	30
サービス残業	.....	28
産前産後休業	.....	29
<b>「 し 」</b>		
識別子(Identifier)	.....	104
事業継続管理(BCM)	.....	31
事業継続計画(BCP)	.....	31
質指標(QI)	.....	28
衝撃的な 2 つの事件	.....	68
診療記録ピアレビュー	.....	130
<b>「 せ 」</b>		
是正措置	.....	27
センチネルイベント	.....	68
<b>「 た 」</b>		
多職種連携教育(IPE)	.....	68

多面的評価	.....	90
<b>「 ち 」</b>		
地域医療構想	.....	68
地域包括ケアシステム	.....	67
地域連携パス	.....	31
チームステップス(Team STEPPS®)	.....	68
<b>「 と 」</b>		
ドナベディアンモデル	.....	27
<b>「 ね 」</b>		
年次有給休暇	.....	28
<b>「 の 」</b>		
ノー残業デー	.....	28
<b>「 は 」</b>		
ハインリッヒの法則	.....	31
パトリシア・ベナーの専門職成長理論	.....	90
バランススコアカード(BSC)	.....	26
バリュー	.....	26
<b>「 ひ 」</b>		
ヒエラルキー	.....	67
ビジョン	.....	25
ヒヤリハット	.....	30
<b>「 ふ 」</b>		
不適(合)事項	.....	27
プロトコル	.....	67
<b>「 ほ 」</b>		
母性健康管理の措置	.....	29

「ま」		
マネジメント	.....	27
「み」		
ミッション	.....	26
「よ」		
予防措置	.....	27
「り」		
理念	.....	25
力量	.....	90
「ろ」		
労務管理	.....	28

## 数字

4M-4E	.....	103
-------	-------	-----

## 欧文

「A」		
Advanced Cardiovascular Life Support(ACLS)	.....	104
Advance Care Planning(ACP)	.....	130
「B」		
Basic Life Support(BLS)	.....	104
Business Continuity Plan(BCP)	.....	31
Business Continuity Management(BCM)	.....	31

「 F 」		
Failure Mode & Effects Analysis(FMEA)	.....	103
「 I 」		
IC Tag(RFID Tag)	.....	104
Immediate Cardiac Life Support(ICLS)	.....	104
Information and Communication Technology	.....	90
In-situ simulation	.....	69
Interprofessional Collaboration(IPC)	.....	68
Interprofessional Work(IPW))	.....	68
「 J 」		
JRAT	.....	31
「 P 」		
PDCA cycle	.....	25·90
「 R 」		
Rapid response system(RRS)	.....	104
Root Cause Analysis (RCA)	.....	69
「 S 」		
Severity Assessment Code matrix method)	.....	103
Shared Decision Making(SDM)	.....	130
SHELL model	.....	103
SWOT analysis	.....	27

# 10

## 理学療法部門マネジメントのための ガイドライン作成者

(敬称略)

○一般社団法人 日本理学療法管理学会 ガイドライン委員会

<委員長>

豊田 輝 帝京科学大学

(五十音順)

<委員>

太田 幸将 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院  
後藤 悠人 医療法人社団保健会 東京湾岸リハビリテーション病院  
高橋 保雅 居宅介護支援事業所 珠の実  
永田 英貴 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院  
中道 哲朗 アイビーメディカル株式会社  
前田 晃志 医療法人徳洲会 東京西徳洲会病院  
宮城 春秀 社会医療法人社団正志会 花と森の東京病院

<ワーキングメンバー>

愛洲 純 運動器ケアしまだ病院  
穴田 周吾 東京科学大学大学院 医歯学総合研究科  
今屋 将美 熊本機能病院  
表 亮介 市立札幌病院  
川端 重樹 EatCare クリエイト  
神原 雅典 昭和医科大学横浜市北部病院  
佐藤 隆一 小田原市立病院  
酒匂 優一 十条武田リハビリテーション病院  
實延 靖 介護老人保健施設 葵の園・広島空港  
庄司 寛 北海道立北見病院  
杉田 翔 株式会社 Luxem

善明 雄太	福岡脊椎クリニック
徳田 和宏	阪和記念病院
中本 隆幸	京都きづ川病院
西川 篤史	野崎徳洲会病院
藤崎 拡憲	熊本託麻台リハビリテーション病院
廣瀬 景子	国立病院機構宮城病院
淵上 健	岸和田リハビリテーション病院
渡 良太	堀江病院

<アドバイザー>

村永 信吾	医療法人鉄蕉会 亀田総合病院
	日本理学療法管理学会 理事長

<外部評価委員>

シルバ・ペレス・アントニオ 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 医療管理本部 品質管理部

# 11

## ガイドライン作成者の 利益相反に関する開示

理学療法管理部門マネジメントに関するガイドライン:作成者の利益相反(COI)に関する開示  
(2023年1月1日~2025年12月31日)

\*以下の作成者は申告事項なし

<委員長> 豊田 輝

<委員> 太田 幸将 後藤 悠人 高橋 保雅 永田 英貴  
中道 哲朗 前田 晃志 宮城 春秀

<ワーキングメンバー>

愛洲 純 穴田 周吾 今屋 将美 表 亮介  
川端 重樹 神原 雅典 佐藤 隆一 酒匂 優一  
實延 靖 庄司 寛 杉田 翔 善明 雄太  
徳田 和宏 中本 隆幸 西川 篤史 藤崎 拡憲  
廣瀬 景子 洲上 健 渡 良太

<アドバイザー>

村永 信吾

<外部評価委員>

シルバ・ペレス・アントニオ

\*\*\*\*\*

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)

2026年3月31日 発行

著・発行 一般社団法人 日本理学療法管理学会

住所：〒106-0032 東京都港区六本木七丁目11番10号

<問い合わせ先>

一般社団法人 日本理学療法管理学会

E-Mail:congress3@admin.jspt.or.jp

\*\*\*\*\*



一般社団法人 日本理学療法管理学会

Japanese Society for Physical Therapy Policies and Administration