

## 総括

### ■ 種別

高度・専門機能「リハビリテーション（回復期）」を適用して審査を実施した。

### ■ 認定の種別

書面審査および9月28日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

高度・専門機能「リハビリテーション（回復期）」認定

### ■ 改善要望事項

高度・専門機能「リハビリテーション（回復期）」  
該当する項目はありません。

#### 1. 病院の特色

貴院は、急性期機能と回復期リハビリテーションを中心に地域の医療ニーズに添えている。大阪脳卒中医療連携ネットワークの中核的病院として地域行政などと連携しており、一貫した治療を提供している。特に、リハビリテーション医療においては、専門医資格を有する医師、認定看護師、認定療法士などが多数在籍しており、多職種がチームとなって国内トップレベルの高水準のリハビリテーションを提供している。また、各職種がリハビリテーションの質の向上に取り組み、病院が組織的に支援する体制は、模範的である。

今回の高度・専門機能リハビリテーション（回復期）の受審が貴院の益々の発展につながれば幸いである。

#### 2. 良質な回復期リハビリテーションを提供するための組織運営

専門医や認定看護師が多数在籍し、院内において横断的に活動している。また、療法士は多くの認定療法士や認定士、セラピストマネージャーが在籍し、朝夕の時間帯にADLの動作練習を行い、充実したリハビリテーションを提供している。回復期リハビリテーション病棟は、管理者である看護科長、専従医師、療法士科長が中心となり運営しており、摂食支援チーム（EST）、栄養サポートチーム（NST）などが活動するなど、リハビリテーションを提供するための組織体制が確立している。また、安全を確保する体制として、回復期リハビリテーション病棟に特化した回復期リハビリ病棟医療安全会議を立ち上げ、医師、看護師および療法士の管理職、各病棟のリンクナースとリンクセラピストが相互連絡や環境ラウンドを行い、横断的に活動している。多職種で視覚的に転倒・転落の対策を共有・適用する仕組みを整備

し、誤嚥・窒息等に関するマニュアルを定期的に見直すなど、発生予防などが徹底されており、高く評価したい。各病棟にはリンクナースとリンクセラピストを配置し、ICTと協働し、感染制御に対する遵守状況の確認や指導等を行っている。車椅子や歩行器等は日常点検を徹底し、トイレ内は患者が転倒したときを考慮して、床から近い位置にもコールを設置するなど、患者にとって安全で安心できる療養環境を整備しており、高く評価できる。

各職種の日常の診療記録がそのままデータベース化されており、様々なデータを活用して回復期リハビリテーションの質改善に取り組む仕組みがあり、高く評価したい。また、車椅子やセンサーの一括管理、電子カルテのテンプレートの新規開発など、臨床現場からの提案に基づき、多職種で改善に取り組むなど、回復期リハビリテーション病棟における課題の解決に向けた取り組みが成果につながっていることは模範的である。年間を通して各職種が多く研修を行っており、療法士、社会福祉士、医師、新管理職などそれぞれが教育・研修に積極的に取り組んでいる。回復期リハビリテーション病棟に入院する多くの患者が他の急性期病院からの転院であり、円滑に連携している。自宅退院患者に対しては、社会的な資源の紹介や提案を行い、ケアマネジャーやサービス事業担当者とカンファレンスを行っている。大阪脳卒中医療連携ネットワーク（OSN）の中核施設として、継続的に連携活動を行い、ネットワークの構築に積極的に取り組んでいることは高く評価できる。

### 3. 回復期リハビリテーションに関わる職員の専門性

医師は原疾患や合併症などの管理のほか、チームリーダーとして進捗状況の確認、目標設定・見直し、各職種の役割分担などを把握し、管理している。また、最新の医療技術の導入や企業との共同研究、研究費の獲得、多数の質の高い研究や論文の執筆など、質向上に向けた多くの取り組みと実績があり、高く評価したい。

看護・介護職はそれぞれの業務分掌に基づき、業務基準・手順が整備されており、役割分担を明確にしている。起床から食事、排泄、整容、入浴、訓練などに介入し、病棟生活における活動性を向上させるため、窒息や転倒などのリスク管理を行いながら、ADL自立を目指した指導・支援を行っている。クリニカルラダーに基づき年間の研修計画を立案し、実施と評価を繰り返しながら看護の質の向上に取り組んでいる。介護福祉士も独自の年間の教育計画を立案し、勉強会や研修を行っている。脳卒中リハビリテーション看護認定看護師、慢性疾患看護専門看護師、回復期リハビリテーション看護師などの認定・専門看護師が院内で指導者として活動している。また、介護プロフェッショナルキャリア段位制度アセッサーが介護福祉士の技術向上を目指して活動しているなど、質の向上に向けた取り組みは高く評価したい。

理学療法は、患者の下肢運動機能・基本動作・移動能力を中心に、入院初日から取り組んでいる。屋外歩行練習や自転車練習の際は、不測の事態を想定した体制を整備し、複数の療法士が伴走するなど、安全性に配慮して理学療法を行っており、高く評価できる。また、作業療法は電気刺激装置やミラーセラピーなど上肢機能を中心に組みながら、生活機能にも焦点を当てて包括的なアプローチを行ってお

り、言語聴覚療法は主にコミュニケーション能力、高次脳機能、摂食嚥下障害の評価を実施し、NST や EST など職種横断的なチームの中心的な役割を担って活動するなど、専門性を発揮していることは高く評価できる。新入職員に対し、知識・技術、他職種との連携やコミュニケーションなどの教育を行っており、その後、教育ラダーにも基づき、年間を通して計画的な教育が行われている。経験豊富な療法士が若手療法士を指導し、主任以上の指導者には指導スキル評価を行う仕組みがあるなど、模範的であり、評価したい。

社会福祉士は入院前から全患者の担当者となり、病前の生活状況、家族関係、社会背景などを踏まえて患者家族のニーズを把握するように努めている。病棟生活における患者の身体面や心理面の状況について、他職種からの情報や自ら面接を行って把握し、退院支援に活用している。また、社会資源の利用を視野に院外の関係機関の担当者と連携し、患者家族およびチームにフィードバックしていることは高く評価できる。院外の研究会、学会に参加し、また、安心して暮らせるまちづくりに参画していることは地域貢献として意義深く、高く評価できる。管理栄養士は、栄養スクリーニングやミールラウンド、リハビリテーションの強度や病状変化により、随時食事提供量の調整を行っている。また、病前の食生活、嗜好品、喫食状況や体重変化、ADL 向上に伴う活動度の変化を参考に、入院中から退院後の生活を視野に入れて栄養計画を作成している。リハビリテーションが効果的・効率的に行えるように栄養管理に関する注意点を多職種に情報発信し、低栄養を予防し、早期に改善に繋げるよう取り組んでいる。各学会が認定する専門資格を有する管理栄養士が多数在籍しており、学会や研修などに積極的に参加している。

#### 4. チーム医療による回復期リハビリテーション・ケアの実践

入院当日から系統的な初期評価を行っている。各職種が客観的評価を用いて、神経学的所見、運動機能、高次脳機能、ADL・IADLなどを専門的に評価し、社会的背景は社会福祉士がインタビューを行っている。口腔・嚥下機能については歯科医師・歯科衛生士、高次脳機能障害患者には公認心理師がチームに加わり、作業療法士、言語聴覚士と分担しながら評価を行っている。また、薬剤師、義肢装具士もカンファレンス等に参加して協働しており、初期評価の取り組みは高く評価できる。患者の主体性を引き出すために自主訓練応援シートを使用し、趣味や個人因子を尊重した余暇活動などに組織的に取り組んでいる。薬剤師は調剤相談や服薬指導に対応し、義肢装具士は歩行・装具カンファレンスに参加し、管理栄養士は嚥下食調理指導などを行っている。各職種が専門性を活かしながら必要なリハビリテーション・ケアを提供しており、高く評価したい。患者の最新情報は、病棟申し送り表、電子カルテ、ベッドサイドの掲示、朝ミーティング等で共有し、担当者から代行者にも必要な情報が適切に共有されている。新たに生じた課題は多職種で共有し、各専門職の特性などを考慮し、役割分担や解決方法について、明確にしている。課題に応じて公認心理師や薬剤師、義肢装具士などが参画し、栄養サポートチーム (NST) や摂食サポートチーム (EST) が介入するなど、チームで患者の状態を把握し、新たな課題の解決に向けてリハビリテーション・ケアに繋げていることは高く評価し

たい。

家族・介護者の情報や自宅環境は、入院前から収集し、入院早期から社会資源の案内などを行っている。自宅生活の維持・向上に向け、外来・通所・訪問リハビリテーションの必要性について検討し、適切に連携を行っている。

# 1 良質な回復期リハビリテーションを提供するための組織運営

---

## 評価判定結果

---

### 1.1 良質なリハビリテーションを提供するための体制

#### 1.1.1 回復期リハビリテーション病棟の運営に関する方針が明確である

Ⅱ **【適切に取り組まれている点】**  
 病院の理念・基本方針は、2016年に幹部・管理職の会議（フォローアップ会議）で見直し、「医療から医療・介護へ、病院から地域包括ケアへ」が明確化されている。それに伴い、法人全体として病棟構成を再編成し、急性期医療と回復期を中心とした病棟構成となっている。また、回復期リハビリテーション病棟の基本方針や入院病棟の構成が見直されている。また、介護保険のみなしとして通所リハビリテーション室の設置や法人訪問看護ステーションの拡大を行っている。理念・基本方針は院内掲示やパンフレット、ホームページ等に掲載し、患者・家族に周知している。また、職員に対しては事業計画を含め、会議やイントラメール、動画配信、電子カルテ上の表示などで周知し、理念を具現化するため、病院全体で具体的な取り組みが展開されている。

**【課題と思われる点】**

特記なし。

---

1.1.2 良質な回復期リハビリテーション機能を発揮するために必要な人員を配置している	I 【適切に取り組まれている点】 施設基準を超える充実した人員が配置され、365日円滑かつ良質なリハビリテーションを展開している。全ての回復期リハビリテーション病棟にリハビリテーション科専門医、総合内科専門医、脳神経内科専門医、脳卒中専門医が配置されている。看護師は看護協会や回復期リハビリテーション病棟協会の認定看護師が多数在籍し、各病棟や院内において横断的に活動している。看護補助者の多くが介護福祉士であり、計画の立案、記録、ケアの実践、レクリエーション等の患者の活動性を高める取り組みの中心的な役割を担っている。療法士は多くの認定療法士や認定士、セラピストマネージャーが在籍し、朝夕の時間帯にADLの動作練習を行い、毎日1日7単位以上のリハビリテーションを提供している。訓練時間は、専門事務スタッフ（POST）が担当し、検査、処置、疲労度、注入食、朝夕介入などの個別条件を配慮しながらスケジュールが組まれている。社会福祉士は専従配置されており、全ての社会福祉士が5年以上の支援実績を有している。各病棟の担当の管理栄養士はチームカンファレンスに参加し、薬剤師は服薬指導や病棟からの相談に対応している。歯科医や歯科衛生士は病棟看護師と連携し、口腔環境の改善やNST活動を中心に関与するなど、切れ目のないリハビリテーションができるよう充実した人員体制であり、高く評価できる。  【課題と思われる点】 特記なし。
---	---

---

1.1.3 リハビリテーションを提供するための組織体制が確立している

Ⅱ 【適切に取り組まれている点】

各回復期リハビリテーション病棟は、管理者である看護科長、専従医師、療法士科長が中心となり運営している。全ての病棟を統括し、全職種の代表者が参加する回復期リハビリテーション病棟運営会議が月に1回開催され、病棟の運営状況や課題、対応、方針の決定などを行っている。内容や決定事項は病棟の朝ミーティングや各部門・職種の会議を通じて全職員に周知している。各病棟では病棟管理者である看護科長、専従医師、療法士科長を中心に、月に2回病棟運営会議が開催されている。摂食支援チーム

(EST)、栄養サポートチーム(NST)、医療安全会議が設置され、各病棟でリンクセラピスト・ナースを中心に周知し、実働を行っている。入退院、感染対応については、毎日ベッドコントロール会議を開催し、関連職種の代表者が迅速に対応を決定している。療法士の人員配置は法人全体の統括会議にて最適化するように調整され、採用計画が策定している。

【課題と思われる点】

特記なし。

1.2 安全で質の高いリハビリテーションを実践するための取り組み

<p>1.2.1 患者の安全確保に向けた体制を整備している</p>	<p>I <b>【適切に取り組まれている点】</b>                  院内全体の医療安全については医療安全協議会が統括し、その下に医療安全管理委員会等が横断的に活動している。回復期リハビリテーション病棟に特化した回復期リハビリ病棟医療安全会議を立ち上げ、「SAFE（安全） and SOUND（健全）」をスローガンとして医師、看護師および療法士の管理職、各病棟のリンクナースとリンクセラピストが相互連絡や環境ラウンドを行い、横断的に活動している。電子カルテを使用してインシデント・アクシデントが速やかに報告されるシステムとなっており、分析から対策の実施状況、評価について相互確認がされている。また、影響度レベル 3b 以上のアクシデントは、委員会にて RCA にて分析を行い、職員にフィードバックしている。特に、発生頻度の高い転倒・転落については、転倒対策事例を共有するための「転倒対策ギャラリー」フォルダを作成し、多職種で視覚的に過去の対策について共有・適用する仕組みを開始している。また、誤嚥・窒息等に関するマニュアルも定期的に見直しがされている。医療安全に関する研修は、計画的に実施されている。病院全体として医療安全の文化が浸透し、発生予防、再発防止などが徹底されており、高く評価できる。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  特記なし。</p>
<p>1.2.2 患者の急変時に適切に対応できる仕組みを整備している</p>	<p>II <b>【適切に取り組まれている点】</b>                  各病棟にリハビリテーション科専門医や脳神経内科専門医などが配置され、専門的な診察と診断を行い、患者ごとのリスクを把握してチーム医療に繋げている。病棟生活やリハビリテーション室で発生頻度の高い転倒、けいれん発作、意識消失、嘔吐などの対応手順を整備し、定期的にシミュレーション研修を実施している。看護部では、RRT を立ち上げたところであるため、今後活動を期待したい。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  特記なし。</p>



---

1.2.3 安全で安心できる療養環境の整備に努めている	I 【適切に取り組まれている点】 各病棟に配置されたリンクナースとリンクセラピストが ICT と協働し、感染制御に対する遵守状況の確認や指導等を行っている。病棟の廊下の天井にはビデオカメラが設置され、両端のガラス戸は常時閉じられ、患者の離院・離棟防止が図られている。離院の可能性のある患者は、GPS 端末の装着と防災センターに登録し、リストバンドに印をつけるなど、工夫を行っている。患者や介助者が安全に移動できる幅の広い廊下や、自主歩行練習にも対応した 5m 間隔の床を整備している。また、病室のベッド周囲を患者ごとの環境に設定し、トイレ、洗面所、浴室、食堂は患者の安全性を考慮した設計としている。例えば、病棟トイレドアはリニアモーター式を使用し、開閉力が少なく使用可能であり、安全性を高めている。浴室の手摺りは、入院患者の特徴や状況を踏まえて見直しを行い、トイレ内には患者の転倒時を考慮し、床から近い位置にもコールを設置するなど多種多様なコールが整備されている。車椅子や歩行器等は看護師が日常点検を行い、定期的には療法士が点検を行っている。安全性などに配慮し、患者が安心して過ごせる療養環境を整備しており、高く評価したい。  【課題と思われる点】 特記なし。
-----------------------------	--

---

1.3 質改善に向けた取り組み

1.3.1 回復期リハビリテーションの質改善に必要なデータを収集し活用している

I 【適切に取り組まれている点】  
 電子カルテシステムを運用しており、テンプレートを活用し、各スタッフの日常診療記録がそのままデータベース化されている。情報システム科を中心に月報・年報が作成され、活用されている。医師は毎週入退院症例の振り返りを行い、ADLの改善状況、在院日数、退院先などの転帰と入院時の予想との相違を検討し、ICFの各カテゴリーの因子からバリエーション分析を行い、予測精度の質向上に努めている。退院後の患者のADLや生活状況、リハビリテーションの実施状況などは、退院後の外来受診記録や訪問・通所サマリーを病棟にフィードバックしている。自宅退院1か月、6か月後にアンケートを実施し、LSA等を用いて活動状況を把握している。効率性を踏まえ、現在はWEBによるアンケートも試みている。退院後の情報は、社会福祉士の勉強会資料等にも活用しており、様々なデータを活用して回復期リハビリテーションの質改善に取り組む仕組みは高く評価したい。

【課題と思われる点】  
 特記なし。

---

1.3.2 回復期リハビリテーションに関する自院の課題の把握と対応策を検討している

I 【適切に取り組まれている点】  
各種クリニカルインディケーター（CI）から、紹介数や稼働状況、リハビリテーションの査定状況に至るまで、各種データが毎月の会議で共有され、対策を検討している。感染症の情報は、毎日のベッドコントロール会議で報告され、対策が協議されている。主要会議の決定事項や運営目標達成度は、毎週月曜日の朝ミーティングで周知し、共有されている。また、他病院との交換訪問を機に「ワンチームプロジェクト」を立ち上げ、重症患者の増加に対する対応として、ストレッチャー浴から座位式浴槽へ患者を移行するため、手摺りの位置を検討した実績がある。また、車椅子やセンサーの一括管理、電子カルテのテンプレートの新規開発など、臨床現場からの提案に基づき、多職種で改善に取り組み、コンペ形式の発表会において成果を共有している。回復期リハビリテーション病棟において課題解決に向けた多数の取り組みを行い、成果につながっており、高く評価したい。

【課題と思われる点】

特記なし。

---

---

1.3.3 回復期リハビリテーションに関する教育・研修を行っている

I

**【適切に取り組まれている点】**

全体研修は教育図書委員会が中心となり、年間計画に従い、医療安全、医療関連感染制御等の研修が実施されている。また、NST や BLS などの院内の専門チームによる研修の他、年間を通して各職種が多くの研修を行っている。職種ごとのクリニカルラダーや階層別教育を行い、スタッフ目標管理シートを使用して自己評価を行っている。また、療法士は中堅講師の講義内容を管理職が評価し、教育の質向上を目指しており、秀でた取り組みである。社会福祉士は、個人情報等に深く関わるため、入職者それぞれに対し、個別計画を立てて教育を行っている。FIM 認定講習会や地域の医療連携に関わる研修会、回復期リハビリテーション病棟協会主催の各種研修会に参加している。特に、医師のリハビリテーション・マインド教育を目的に、チームで事例検討を行う研修会に多職種が参加するなど、外部研修に活発に参加している。新管理職には課題解決ワークショップを実施し、多職種の院内トレーナーが課題発見、分析、立案のスキルを教育している。学会発表、論文、著書など多数の学術実績を年度ごとにホームページに公表している。回復期リハビリテーションに関する教育・研修に積極的に取り組んでおり、高く評価できる。

**【課題と思われる点】**

特記なし。

---

1.4 地域の医療機関等との連携とリハビリテーションの継続に向けた取り組み

1.4.1	急性期病院と円滑に連携している	II 【適切に取り組まれている点】
		<p>回復期リハビリテーション病棟に入院する患者の多くが他の急性期病院からの受け入れであり、相談窓口は社会福祉士が担っている。定期的に紹介元病院を訪問し、医師、看護師、社会福祉士等と面会し、情報交換を行っている。「回復期リハビリテーション病棟だより」を持参し、広報活動も行っている。入院判定会議は多職種で実施し、結果を迅速に返答し、円滑な連携が図られている。入退院支援クラウドシステムが導入され、さらなる効率化が図られ、運用の改善が進められている。変化する急性期のニーズに対応し、転院前支援として電話相談や、退院後の報告書を紹介元への急性期病院に持参するなど継続的な連携に努めている。入院前から退院後までのスムーズな連携を目指して活動している。</p>
		<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

<p>1.4.2 自宅復帰後のリハビリテーション・ケアの継続に向けて地域サービス提供機関等と円滑に連携している</p>	<p>I <b>【適切に取り組まれている点】</b>          自宅復帰後に必要とされるリハビリテーション・ケアの継続や、生活機能の維持向上を図るために、地域の医療機関および居宅支援事業所と連携を図っている。自宅退院患者に対しては、患者・家族の希望やスタッフの評価に基づき、社会的な資源の紹介や提案を行い、ケアマネジャーやサービス事業担当者とカンファレンスを行っている。また、文書による情報提供も適切に行われている。退院後の生活状況は、装具診察などの外来診察、社会医福祉士によるヒアリング、療法士によるアンケート調査、必要時には退院後自宅訪問を行い、確認している。法人内の外来リハビリテーションや訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションを利用している場合は、担当療法士が病院の担当者にフィードバックを行っている。大阪脳卒中医療連携ネットワーク（OSN）の中核施設として、コロナ禍においても行政や他の協議会等と連携活動を継続し、ネットワーク活動の課題解決や市民啓発事業を企画し、実施している。これらの脳卒中サロンなど地域の脳卒中医療とリハビリテーション・ケア、連携の質向上を目指すためのネットワーク作りに積極的に取り組んでいることは高く評価できる。</p>
---	--

**【課題と思われる点】**

特記なし。

<p>1.4.3 自宅復帰が困難な患者のリハビリテーション・ケアの継続に向けて施設等と円滑に連携している</p>	<p>II <b>【適切に取り組まれている点】</b>          社会福祉士は、入院早期より自宅復帰が困難な状況の情報収集とアセスメントを行い、患者・家族の要望を確認し、施設などの選択肢を提案している。地域の情報に関する資料は、患者家族がいつでも閲覧できるようにコーナーを設置し、質問に対して丁寧に対応し、意思決定支援を行っている。また、患者の施設利用に際し、面接前に撮影した動画を資料として提示している。</p>
--	---

**【課題と思われる点】**

特記なし。

## 2 回復期リハビリテーションに関わる職員の専門性

### 評価判定結果

#### 2.1 回復期リハビリテーション病棟における医師の専門性の発揮

2.1.1	医師は専門的な役割・機能を発揮している	I	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b> 各病棟に総合内科・神経内科・リハビリテーション科専門医・脳卒中専門医を配置し、原疾患に対する医学的な検査と診断を含め、充実した診療体制を整備している。合併症・併存疾患に対しては、入院時にクリニカル・パスに基づいた系統的な精査が行われている。担当医を含む多職種で入院初日に合同評価を行い、ICFに基づき、生活機能や背景因子を整理し、リハビリテーション計画に反映している。入院3日以内に多職種による初回カンファレンスを行い、医師が中心となり、ADLの回復予測に基づいて専門的治療や合併症の管理、生活機能と環境因子を踏まえ、入院期間や方向性を協議している。特に、カンファレンスにおける回復予測は、画像所見や神経学的所見、ADL状態にとどまらず、ICFカテゴリーごとに促進・阻害の因子を鑑み、精度の高い回復予測を目指していることは高く評価したい。退院時に最終帰結を評価し、予後予測と実際の乖離について、ICFに基づいた因子検討を行っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b> 特記なし。</p>
2.1.2	医師は患者の実生活を踏まえた指導・支援を行っている	II	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b> 病態診断や画像所見、身体・認知機能、ADL状況などを包括的に評価し、専門的な視点から機能回復を予測している。また、医師の面談の技能向上に向けて、医師情報共有シートを使用し、患者・家族の希望や考え方、生活機能、予定入院期間をICFに基づいて整理して入院診療計画に反映し、説明している。リハビリテーションの進捗状況だけでなく、摂食嚥下、インスリン注射、間欠導尿などの手技、生活習慣の改善などについて、多職種と協働している。患者の復学・復職に向けて、学校や職に積極的に情報提供を行っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b> 特記なし。</p>

2.1.3	医師はチーム医療の実践に適切に関与している	II	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>医師は医学的視点から、リハビリテーション・ケアの指示だけでなく、積極的に多職種に指導などを行っている。また、チームリーダーとして、カンファレンスでは中心となり、リハビリテーションの進捗状況の確認、目標設定・見直し、各職種の役割分担などについて管理している。チームで議論した目標や方針は、患者・家族に適切に説明し、意見や見解に相違がある場合には臨時カンファレンスを行うなど、チームリーダーとしての役割を發揮している。また、医師が中心となり、摂食嚥下や痙縮などの治療効果を促進するよう機器や手技について検討し、臨床の質向上に寄与している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
2.1.4	医師は質向上に向けた活動に取り組んでいる	I	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>各病棟にリハビリテーション専門医が配置され、専攻医の指導や専門医の取得を支援する体制がある。また、学会や研修会への参加を支援する体制が構築されている。専門医だけでなく、博士号の取得や大学教授を輩出している。最新の医療技術の導入や企業との共同研究、研究費の獲得、多数の質の高い研究や論文の執筆など、多くの実績があり、回復期リハビリテーションの質向上に向けた取り組みは高く評価したい。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>



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

2.2.1	看護・介護職は役割・専門性を発揮している	II	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>          看護師・介護福祉士はそれぞれの業務分掌に基づき、業務基準・手順が整備されている。役割分担を明確にした上で日常業務を遂行している。入院時には、患者の全身状態を体系的に評価し、併せて全体像をICFで捉え、アセスメントを行った上で看護計画を立案している。また、介護福祉士は独自の視点で介護計画を立案している。入院時合同評価では、患者のADL状況に合わせた環境設定を行っている。看護・介護目標と計画は、2週間ごとに評価と修正を行っている。病棟内で統一したケアが行われるように療法士と情報共有しながらケアを行っている。介護福祉士が中心となり、積極的に余暇活動に取り組んでいる。コロナ禍で中止となっていた週2回の院内デイも再開されている。退院後に必要とされる医療機器については、多職種で計画的に指導が行われている。</p>
-------	----------------------	----	---

**【課題と思われる点】**

看護計画は健康状態が主であり、画一的なところが見られたため、今後は障害像と個人因子を捉え、活動・参加について充実した計画となるとさらに良い。

2.2.2	看護・介護職は患者の実生活を踏まえた指導・支援を行っている	II	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>          看護・介護職は、患者のスケジュールに沿って起床から食事、排泄、整容、入浴、訓練などに介入し、FIMで「しているADL」を評価している。病棟生活における活動性を向上させるため、窒息や転倒などのリスク管理を行いながら、ADL自立を目指した指導・支援を行っている。患者・家族が抱える生活や疾患に対する不安を傾聴し、チームで協働して心理的なケアに取り組んでいる。また、公認心理士も関与し、専門的は視点から助言している。</p>
-------	-------------------------------	----	---

**【課題と思われる点】**

特記なし。

2.2.3	看護・介護職はチーム医療の実践に適切に関与している	II	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>            入院時およびチームカンファレンスにおいて、看護・介護職から生活状況について情報提供し、チームの目標設定に寄与している。また、他職種の情報から看護・介護計画を見直し、日常のケアに反映させている。病棟では、多職種協働の入浴ワーキンググループや転倒ワーキンググループなどが病棟横断的に活動し、適時に情報共有し、統一したケアを提供するよう取り組んでいる。</p>
			<p><b>【課題と思われる点】</b>            特記なし。</p>
2.2.4	看護・介護職は質向上に向けた活動に取り組んでいる	I	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>            看護師は、クリニカルラダーに基づき年間の研修計画を立案し、実施と評価を繰り返しながら看護の質の向上に取り組んでいる。介護福祉士も独自の年間の教育計画を立案し、勉強会や研修を行っている。また、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師3名、慢性疾患看護専門看護師1名、回復期リハビリテーション看護師3名などの認定・専門看護師が院内で指導者として活動している。また、介護プロフェッショナルキャリア段位制度アセッサー2名が介護福祉士の技術向上を目指して活動している。看護部では年1回の院内看護研究発表会を開催し、今年度は院外発表として看護師が2演題、介護福祉士は1演題を予定している。業務改善活動として、患者のADLや業務の効率化などについて積極的にワーキンググループの活動を行い、成果に繋がっており、高く評価したい。</p>
			<p><b>【課題と思われる点】</b>            特記なし。</p>

2.3 回復期リハビリテーション病棟における療法士の専門性の発揮

2.3.1.P 理学療法士は役割・専門性を発揮している

【適切に取り組まれている点】

患者の下肢運動機能・基本動作・移動能力を中心に、入院初日から、疾患別に整備された評価バッテリーを使用して評価している。定期的評価を2週間に1度実施することを徹底し、理学療法の内容について見直しが行われており、連絡票に反映し、休日代行スタッフとも情報共有が行われている。多職種と協働し、ポジショニングや安全面に配慮して活動性を高める環境設定を行っている。カンファレンスにおいて、装具の適応について確認し、歩行分析装置を用いた評価も行っている。また、BWSTT や圧力波の使用にも取り組んでいる。屋外歩行練習で敷地から出る場合は、ルートが決められており、不測の事態が発生した場合は、院内スタッフに地図座標で位置を知らせるよう安全面の対策が取られている。自転車練習の対象者は月に1~2例であり、実施する場合はプロテクターを装着し、複数の療法士が伴走するなど、安全面に配慮して取り組んでいる。患者のニーズに応えるよう理学療法が実施されており、高く評価したい。

【課題と思われる点】

特記なし。

2.3.1.0 作業療法士は役割・専門性を発揮している	I	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>  入院初日から日常生活動作を評価し、転倒対策やその他のリスク管理に配慮し、活動性を高める環境調整を行っている。上肢機能はFMAだけでなくARATやMALを使用し、標準化されており、上肢機能とADLの関連性を確認して作業療法の焦点を明確にしている。電気刺激装置やミラーセラピーなど上肢機能を中心に組みながら、生活機能にも焦点を当てて包括的なアプローチを行っている。必要なADL室や福祉用具などを整備している。定期的評価を2週間に1度実施することが徹底されており、作業療法の内容について見直しが行われている。連絡票に反映し、休日代行スタッフとも情報共有が行われている。生活機能を考慮した上肢身体機能へのアプローチ、高次脳機能障害への対応、自助具や福祉用具の導入など、包括的な作業療法が実施されており、高く評価したい。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>  特記なし。</p>
2.3.1.S 言語聴覚士は役割・専門性を発揮している	I	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>  入院初日の食事から言語聴覚士が介入し、摂食・嚥下評価を行い、水分・食形態の調整、食事支援方法の指導などを行っている。言語聴覚士は、主にコミュニケーション能力、高次脳機能、摂食嚥下障害の評価を実施している。評価内容は標準失語症検査、標準ディスアースリア検査、ウェクスラー成人知能検査、改定水飲み検査など、院内で標準化されている。評価結果とICF概念に基づき、目標と計画を立案している。状況に応じて作業療法士と協働し、代替コミュニケーションツールを導入している。作業療法士、臨床心理士と役割分担を明確にし、一覧表を用いて高次脳機能障害や心理に関する検査やアプローチを行っている。また、NSTやESTなど職種横断的なチームの中心的な役割を担っており、言語機能以外でも専門性を発揮しているなど、言語聴覚療法の取り組みは高く評価したい。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>  特記なし。</p>

2.3.2 療法士は患者の実生活を踏まえ た指導・支援を行っている	<p>Ⅱ <b>【適切に取り組まれている点】</b> 家屋情報調査票を使用し、家屋情報や発症前の状況などを確認している。コロナ禍においても、動画、電話連絡、WEB会議ツール等を活用して患者家族と情報共有を図っている。必要な患者に対してモーニングセラピーを行い、モーニング・イブニングセラピーは疾患別リハビリテーションとして関わり、日中のリハビリテーション場面との差異を確認し、他職種と当該時間帯の課題解決に取り組んでいる。また、自立度チェックシートを使用し、実生活における患者の現状の課題をチームで共有し、患者と目標を共有している。自主練習応援シートを使用し、患者の自主練習の習得・施行状況を確認して承認することで、患者の動機づけに利用している。退院前カンファレンスでは、ケアマネジャーやサービス担当者が参加し、退院後のプランについて検討している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b> 離床時やリハビリテーションを実施する際は、患者の実生活を踏まえ、患者個人が選んだ運動しやすい衣服に着替えるなど、寝食分離をより徹底するとさらに良い。また、入院時訪問の積極的な活用や、退院アンケートから得られた情報から退院支援プロセスを見直すよう今後の取り組みを期待したい。</p>
2.3.3 療法士はチーム医療の実践に適切に関与している	<p>Ⅱ <b>【適切に取り組まれている点】</b> 療法士全体のミーティング、各階の療法士のミーティング、病棟の多職種ミーティングを行い、その後、個別訓練を開始している。また、ミーティングと平行して必要な患者に対してモーニングセラピーが行われている。院内デイケアには介護職と協働して取り組み、必要な患者の離床時間の延伸、QOLの向上に取り組んでいる。摂食・嚥下や転倒事例について検討するなど、専門性を発揮し、多職種が協働して横断的に活動している。代行療法士とは施行連絡票を用いて情報を共有している。施行連絡票では現状だけでなく、履歴を確認することが可能であり、代行療法士が経時的な介入状況を把握できるよう工夫されている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b> 特記なし。</p>

2.3.4 療法士は質向上に向けた活動に取り組んでいる	<p data-bbox="893 161 1244 197"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="877 201 1374 958">新入職員に対し、知識・技術、他職種との連携やコミュニケーションなどの教育を約1か月間行っている。その後、教育ラダーに基づき、年間を通して計画的な教育が行われている。スーパービジョンや週1回のケーススタディを通して、中堅以上の療法士が若手療法士を指導する仕組みが構築されている。また、主任以上の指導者には指導スキルの評価が行われているなど、療法士の質向上に向けた仕組みと取り組みは秀でている。また、神経リハビリテーション研究部の医師の指導の下、多くの学会研究会等において発表した実績がある。また、研究助成金を得て多施設共同研究を行っており、書籍の執筆にも繋がっている。療法士職能団体それぞれの認定療法士やその他学会等が認定する専門制度などを有する療法士が数多く在籍している。これらの実績は全て数値化され、職員がモチベーションを高く持って取り組む仕組みが構築されており、高く評価する。</p> <p data-bbox="893 990 1141 1025"><b>【課題と思われる点】</b></p> <p data-bbox="877 1030 1005 1059">特記なし。</p>
-----------------------------	---

## 2.4 回復期リハビリテーション病棟における社会福祉士の専門性の発揮

2.4.1 社会福祉士は役割・専門性を発揮している	<p data-bbox="893 1196 1244 1232"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="877 1236 1374 1751">回復期リハビリテーション病棟には5年以上の経験がある専従社会福祉士を3名体制で配置している。入院前から全患者の担当者となり、病前の生活状況、家族関係、社会背景などを踏まえて患者家族のニーズを把握するように努めている。得られた情報は記録に残し、チームと情報共有を行っている。また、主治医の面談時には必ず同席し、記録に残している。入院中は複数回にわたり患者・家族と面接を行い、気持ちの変化を受け止め、助言や関係機関との調整を適切に行っている。退院後の生活に役立つように入院中の支援経過をまとめ、退院時に患者家族に情報提供している。</p> <p data-bbox="893 1783 1141 1818"><b>【課題と思われる点】</b></p> <p data-bbox="877 1823 1005 1852">特記なし。</p>
---------------------------	---

2.4.2	社会福祉士は患者の実生活を踏 まえた指導・支援を行っている	II	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  社会福祉士は、入院前より患者の生活背景の把握に努め、関係職種から情報収集している。病棟生活における患者の身体面や心理面の状況について、他職種からの情報や自ら面接を行って把握し、退院支援に活用している。患者・家族の退院後の不安に対して面接を重ね、社会復帰に向けて患者と共に様々な課題に対する解決策を導き、実生活を踏まえて支援している。また、退院後に必要とされるリハビリテーション・ケアの継続性を考慮し、社会資源の活用や関係機関への紹介、引き継ぎ等を適切に行っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  特記なし。</p>
2.4.3	社会福祉士はチーム医療の実践 に適切に関与している	I	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  社会福祉士は、毎朝行われる病棟のモーニングミーティングや多職種カンファレンス等に参加して、担当患者の情報収集や情報共有を行い、チームの一員としてチーム医療の推進に寄与している。患者・家族の意向を踏まえ、必要な介護体制の確保や社会復帰に向けた準備の進捗状況を多職種と共有している。医療・介護・福祉など、社会資源の利用を視野に院外の関係機関の担当者と連携し、患者家族およびチームにフィードバックしていることは高く評価できる。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  特記なし。</p>

2.4.4	社会福祉士は質向上に向けた活動に取り組んでいる	I	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>          社会福祉士の援助技術・支援の質向上に向けて、法人では自己研鑽やスキルアップを支援している。また、ラダーに基づいた教育体制を構築しており、医療ソーシャルワーク業務指針の遵守に取り組んでいる。スーパービジョンやストレングス視点の強化を目指し、週1回事例検討会を実施している。院外の研究会、学会に年に1回演題を発表することを目標としており、継続して取り組んでいる。業務改善活動として、各委員会や会議などで患者のニーズを発信し、改善活動に向けた提案を行っている。院外関係機関と多数の活動実績があり、医療・介護の連携強化に貢献している。また、森之宮地域において、安心して暮らせるまちづくりに参画していることは地域貢献として意義深く、高く評価できる。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>          特記なし。</p>
<hr/>			
2.5	回復期リハビリテーション病棟における管理栄養士の専門性の発揮		
2.5.1	管理栄養士は役割・専門性を発揮している	II	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>          主担当・副担当を管理職が指導する体制がとられている。前医での食事状況、病前の食生活や栄養状態（食事量、食欲、体重など）、嗜好品、入院後の体重変化や活動量、栄養指標（入院時データ、体重、SGAなど）の変化により、個々の栄養管理計画を作成している。初回カンファレンスにおいて、多職種に栄養状態や栄養管理の注意点を情報共有し、低栄養・摂食嚥下障害患者については、重点的に介入している。栄養スクリーニングやミールラウンド、リハビリテーションの強度や病状変化により、随時食事提供量の調整を行っている。定期カンファレンスに参加し、個別の介入記録は電子カルテ内に記載している。特に、経鼻栄養から経口摂取への移行期には栄養状態が悪化しないよう注意して食事内容を調整し、喫食量や栄養状態により、栄養補助食品も活用している。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>          特記なし。</p>



---

2.5.2	管理栄養士は患者の実生活を踏まえた指導・支援を行っている	II	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>病前の食生活、嗜好品、喫食状況や体重変化、ADL 向上に伴う活動度の変化を参考に、入院中から退院後の生活を視野に入れて栄養計画が立案されている。定期カンファレンスに参加し、栄養管理計画について情報発信を行っている。また、食形態の変更、栄養補助食品、とろみの調整などを行っている。専門的な視点から退院後の生活を踏まえた検討や目標設定に適切に関与している。低栄養者には栄養補助食品を提供し、経鼻栄養や胃瘻などの経腸栄養患者の家族に指導を行っている。嚥下障害患者には、食事の調理方法を指導するなど、実生活を踏まえて支援を行っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>
<hr/>			
2.5.3	管理栄養士はチーム医療の実践に適切に関与している	II	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p>医師、看護師、言語聴覚士等と協働し、食事提供量や内容などについて検討を行っている。リハビリテーションが効果的・効率的に行えるように栄養管理に関する注意点を多職種に情報発信し、低栄養を予防し、早期に改善に繋げるよう取り組んでいる。食事が問題となる場合は、退院前カンファレンスに参加し、退院後のスタッフと連携を図っている。栄養レポートや栄養情報提供書を作成し、院内外の連携を図っている。EST、NST、褥瘡などの職種横断的な専門チームに参画して活動しており、積極的に情報発信を行っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b></p> <p>特記なし。</p>

---

---

2.5.4 管理栄養士は質向上に向けた活動に取り組んでいる	II <b>【適切に取り組まれている点】</b> 管理栄養士は病棟担当制としており、各学会が認定する専門資格を多数取得している。各学会や研修・セミナーに積極的に参加し、学会発表の実績がある。毎月、科内セミナーが開催され、ICFの理解、カンファレンスで得られた他職種からの情報の活かし方などについて知識の向上に取り組んでいる。また、栄養管理や栄養指導の質向上にも積極的に取り組んでいる。給食委託業者と食事内容の見直しを行い、行事食の企画を行っている。栄養剤等検討会議では、経腸栄養剤の容器形状の見直しなどを行い、感染予防に配慮した取り組みを行っている。最近では口腔保湿ジェルの窒息リスクについて活動を行った実績がある。  <b>【課題と思われる点】</b> 特記なし。
-------------------------------	---

---

### 3 チーム医療による回復期リハビリテーション・ケアの実践

## 評価判定結果

#### 3.1 初期評価とリハビリテーション計画の立案

##### 3.1.1 初期評価を適切に行っている

I

##### 【適切に取り組まれている点】

全病棟統一した方法により、入院当日から系統的な初期評価を行っている。急性期からの連携パス、診療情報、サマリー等や社会福祉士が直接聴取した医療的・社会的な情報は、電子カルテ内で管理され、入院担当者が事前に把握できる仕組みになっている。入院当日に、医師、看護師、療法士、社会福祉士、管理栄養士が合同でADL評価を行い、生活機能と背景因子がICFシートで整理されている。ICFシートの各カテゴリーの項目は、プラス面・マイナス面まで評価している。患者・家族の希望や意向については情報収集・情報伝達共有シートも活用されている。チームで初期目標を共有し、入院3日目の初回カンファレンスで見直しが行われている。各職種が客観的評価を用いて、神経学的所見、運動機能、高次脳機能、ADL・IADLなどを専門的に評価し、社会的背景は社会福祉士がインタビューを行っている。口腔・嚥下機能については歯科医師・歯科衛生士、高次脳機能障害患者には公認心理師がチームに加わり、作業療法士、言語聴覚士と分担しながら評価を行っている。また、薬剤師、義肢装具士もカンファレンス等に参加して協働しており、初期評価の取り組みは高く評価できる。

##### 【課題と思われる点】

特記なし。

---

3.1.2 リハビリテーション計画を適切に立案している	<p data-bbox="829 161 1383 241">Ⅱ <b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="829 241 1383 1097">医師は専門的診断や、クリニカル・パスによる合併症・併存疾患の評価などを行っている。また、各職種の初日の合同評価や専門的評価などを統合し、チーム全体の初期計画が立案されている。初回カンファレンスでは退院時および退院後の目標や、回復予測を行い、長期ゴール予測が困難な場合など、必要性に応じて目標の精度を高めるために、再検討している。毎月のチームカンファレンスでは各職種の目標到達度、今後の課題等を確認し、リハビリテーション・ケア計画の見直しや各職種の役割分担を明確にしている。患者・家族に説明する際には、看護師が立ち会い、説明内容の理解状況を確認し、支援を行うよう配慮している。課題に合わせて随時個別カンファレンスを開催し、必要に応じて患者・家族を交え、多職種からの説明や退院計画への参画を促す仕組みがある。義肢装具士は、装具や歩行のカンファレンスに参加し、低栄養や気管カニューレを有する患者に対する栄養サポートチーム（NST）活動、摂食嚥下障害患者に対する摂食サポートチーム（EST）活動など、職種横断的なチーム活動が行われている。</p> <p data-bbox="829 1120 1383 1198"><b>【課題と思われる点】</b> 特記なし。</p>
-----------------------------	--

---

### 3.2 専門職による回復期リハビリテーション・ケアの実施

3.2.1	各職種により患者に必要なリハビリテーション・ケアを実施している	<p data-bbox="885 259 1252 302"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="885 302 1394 1299">入院当日は多職種合同評価、ベッドサイドでのADL評価や転倒リスク評価、食事評価などを行い、療養環境や介助方法、自立度などが速やかに決定されている。リスク管理を含め、個別訓練の指示やADL指示が出され、入院初日から、安全面に配慮した質の高いリハビリテーション・ケアが実施されている。日常生活の自立に向けて、ADLの最大能力と実行能力の乖離を少なくするために様々な工夫が行われている。療法士が朝夕時間に個別ADL訓練を行い、日中との差について評価を行っている。自立チェックリストは医師からの指示で開始され、夜間を含めた評価により動作の自立判断が行われている。重症者の食事には、管理栄養士や歯科衛生士を含む栄養・摂食の職種横断的な専門チームが介入し、質の向上が図られている。また、入浴チームの活動、患者の主体性を引き出すための自主訓練応援シート、趣味や個人因子を尊重した余暇活動の関わりなどが組織的に行われている。薬剤師は調剤相談や服薬指導に対応し、義肢装具士は歩行・装具カンファレンスに参加し、管理栄養士は嚥下食調理指導などを行っている。各職種が専門性を活かしながら必要なリハビリテーション・ケアを実施しており、高く評価したい。</p> <p data-bbox="885 1332 1141 1377"><b>【課題と思われる点】</b></p> <p data-bbox="885 1377 1013 1400">特記なし。</p>
-------	---------------------------------	---

---

3.2.2	リハビリテーションの進捗状況を共有している	<p data-bbox="885 161 1252 197"><b>【適切に取り組まれている点】</b></p> <p data-bbox="885 197 1380 1131">患者の最新情報は、病棟申し送り表で重要事項を共有し、電子カルテで実施記録などを確認している。また、スケジュールはベッドサイドの掲示、朝ミーティング等では多職種で情報を共有し、把握している。療法士の評価データは履歴一覧機能で経時的に把握しやすく、担当者から代行者への情報共有は履歴も確認が可能である。院内略語集を整備している。リハビリテーション・ケアの進捗に合わせた自立度の拡大については、評価チェックリスト、変更報告書、ピクトグラム、自立度を一覧化した safe and sound ボード、医師のカルテ指示などにより、一連の流れが明確になっている。自主練習についても、カンファレンスにおける提案や応援シートの作成、療法士から看護師の技術移転、カレンダー式の記録など、一連の流れが把握でき、患者・家族と情報が共有されている。医師が中心となり、チームカンファレンスの記録や患者・家族との面談の内容を記録し、患者・家族の意向などがチームに迅速に共有されているなど、リハビリテーションの進捗状況を共有する仕組みが確立し、患者・家族に伝えられており、高く評価したい。</p> <p data-bbox="885 1164 1141 1200"><b>【課題と思われる点】</b></p> <p data-bbox="885 1200 1005 1232">特記なし。</p>
-------	-----------------------	--

---

### 3.3 多職種による課題の共有と対応

#### 3.3.1 定期的な情報共有による新たな課題の評価・検討を行っている

#### Ⅱ 【適切に取り組まれている点】

患者ごとのチームカンファレンスは、入院時合同評価、入院後3日目の初回カンファレンス、1か月ごとの定期カンファレンス、退院前カンファレンスが開催されている。カンファレンスでは事前に各職種の客観的評価、課題や目標の達成状況が共有され、カンファレンス当日はICFシートを参照しながら、課題解決型の議論が行われている。療法士や看護・介護職はカンファレンスの前後で職種内ミーティングを実施している。カンファレンスで共有・決定された進捗状況やチームの計画は、リハビリテーション総合実施計画書に反映し、主治医から患者・家族に説明している。説明内容はカルテ・テンプレートの記録やミーティングで適切に多職種に共有されている。また、摂食嚥下、栄養、気切カニューレ、感染、褥瘡、排泄、転倒、歩行・装具などの患者固有の障害や課題を議論するための専門カンファレンスが開催され、専門チームが担当者チームと双方向に議論し、協働している。

#### 【課題と思われる点】

特記なし。

---

3.3.2	新たな課題の解決に向けたリハビリテーション・ケアを実施している	I <b>【適切に取り組まれている点】</b> 新たに生じた課題について、担当チームや専門チームがカンファレンスで議論し、内容はカンファレンスシートや経過記録にて共有されている。また、目標達成までの期間や具体的な介入計画は電子カルテで共有されている。カンファレンスでは、各専門職の特性などを考慮し、役割分担や解決方法について、チームで短時間に綿密に議論されている。課題に応じて公認心理師や薬剤師、義肢装具士などが参画し、管理職も助言しながら議論が展開されている。低栄養や気管カニューレを有する患者に対しては、栄養サポートチーム（NST）や摂食サポートチーム（EST）が介入し、担当者チームと意見交換や相談支援が実践されている。倫理面で配慮が必要な症例は、病棟管理職会議で統一書式を用いて倫理カンファレンスが開催されている。難渋事例はベッドコントロール会議で課題のトリアージや提言を行い、重要事例は倫理委員会に相談する仕組みである。高次脳機能障害者の自宅復帰についても十分な議論がされており、チームで患者の状態を把握し、新たな課題の解決に向けてリハビリテーション・ケアに繋げていることは高く評価したい。  <b>【課題と思われる点】</b> 特記なし。
-------	---------------------------------	---

---



3.4 自宅復帰に向けた多職種による協働

3.4.1	自宅復帰とその維持に必要な患者固有の課題の評価・検討を行っている	II	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  家族・介護者の情報や自宅環境は、入院前から収集し、インテーク面接や定期面談、退院前の家屋調査などを通じて把握している。自宅復帰に向けてリハビリテーションやケアの見学、介助指導を行っている。得られた情報はICFシートで整理し、家屋情報は電子カルテを使用して情報共有している。動画等を使用し、介助指導するなど工夫して対応している。また、家屋調査や外出・外泊を行う際は、感染対策チェックリストを作成し、安全性に配慮して実施している。施設退院した事例では、生きがいの観点を重視して患者本人の参加場面や役割について情報連携している。また、ソーシャルハイリスク患者に対して退院後の継続的な支援体制を構築するため、入院早期から社会資源の案内などを行っている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  特記なし。</p>
-------	----------------------------------	----	--

3.4.2	自宅復帰とその維持に向けた課題の解決のための具体的な取り組みを行っている	II	<p><b>【適切に取り組まれている点】</b>                  自宅生活の維持・向上に向け、外来・通所・訪問リハビリテーションの必要性について検討し、適切に連携を行っている。退院後のADL能力や生活維持に向けて、診療情報提供書、脳卒中地域連携パス、退院時報告書、各専門職のサマリー、栄養指導書などを情報提供している。自己管理の指導として、自主練習のパンフレット、自助具や手技について指導を行っている。必要に応じて生活期スタッフの見学機会や退院前カンファレンスを実施し、具体的なリハビリテーションプログラムや介助方法について情報共有を行っている。患者の来院が困難な場合は、動画情報を提供している。退院後の患者の情報は、患者・家族に電話連絡やアンケートを実施し、また、ケアマネジャーの情報から把握し、担当者にフィードバックしている。</p> <p><b>【課題と思われる点】</b>                  特記なし。</p>
-------	--------------------------------------	----	--