

リハビリの指標



[入院患者のリハビリ実施率](#)



[回復期リハビリテーション病棟のQI指標](#)



[誤嚥性肺炎患者に対する嚥下評価実施率](#)



[高齢者の認知症スクリーニング検査実施件数](#)



入院患者のリハビリテーション実施率

入院の退院患者の内、リハビリを実施した患者の割合です。

2013年以降70%を超えておりましたが、2017年は69%に減少しました。

＜疾患とリハビリテーション実施＞

2017年のリハ実施患者とリハ未実施患者の傷病分布をみると、未実施で最も多い疾患は、内分泌系疾患、続いて呼吸器系疾患、消化器系疾患となっています。

内分泌系疾患と消化器系疾患の主な入院は糖尿病指導と消化管出血となっており、リハビリ対象外疾患となった事が考えられます。

また、呼吸器系疾患については、2016

年以降在宅でのフォロー体制が整い、入院件数減少に加え、在院日数も減少しております。このため、短期間のリハ対象外入院患者であった可能性があります。

入院患者のリハビリテーション実施率

分子	内、リハビリを実施した患者
分母	入院期間4日以上以上の退院患者

表示：月平均%



	リハ実施	未実施
(A00-B99)感染症及び寄生虫	2.9%	3.7%
(C00-D48)新生物(悪性新生物)	4.7%	4.3%
(E00-E90)内分泌・栄養及び代謝疾患	5.4%	23.0%
(F00-F99)精神及び行動の障害	0.3%	0.6%
(G00-G99)神経系の疾患	4.2%	5.0%
(H60-H95)耳及び乳様突起の疾患	0.0%	1.9%
(I00-I99)循環器系の疾患	16.6%	6.8%
(J00-J99)呼吸器系の疾患	22.4%	20.5%
(K00-K99)消化器系の疾患	8.9%	13.0%
(L00-L99)皮膚及び皮膚組織の疾患	1.8%	3.7%
(M00-M99)筋骨格系及び結合組織の疾患	5.5%	1.2%
(N00-N99)尿路性器系の疾患	8.6%	9.3%
(R00-R99)症状・兆候その他	1.3%	2.5%
(S00-T98)損傷・中毒及びその他の外因の影響	17.4%	4.3%

入院中リハビリの有無別の退院患者の在院日数をみたところ、リハビリ未実施の患者は1週間以内に退院している患者が56.4%、2週間以内に退院している患者では27.9%となっています。このことから、入院が長期化し、廃用症候群発生の可能性のある患者へは、的確にリハビリが実施されている事が考えられます。

在院日数	リハ実施	未実施
1週間以内	11.3%	56.4%
2週間以内	27.2%	27.9%
3週間以内	14.5%	9.1%
4週間以内	7.1%	3.0%
5週間以内	6.9%	1.2%
6週間以内	4.8%	0.6%
それ以上	28.2%	1.8%

＜早期リハビリ介入に向けた取り組み＞

入院患者へのリハビリには、入院早期に評価を行い、必要な患者へ早期のリハビリ介入をすることが、廃用症候群発生の防止につながります。

当院でのリハビリテーション実施患者への入院からリハビリ開始までの平均日数は、2016年以降毎年減少しており、早期介入が進んでいることがうかがえます。

今後との患者様で適切にリハビリを提供していくよう努めていきます。



[リハビリ TOP に戻る](#)



回復期病棟関連の QI 指標

当院では 2014 年 10 月より回復期リハビリテーション病棟 44 床を開設致しました。

<疾患別患者割合>

2017 年当院では、整形外科の医師が回復期リハビリ担当医となり、整形疾患の患者を多く他院から紹介頂けるようになり、結果として整形疾患患者の割合が増加しました。



	整形	脳血管	廃用	その他	退院患者数
2014年	46%	22%	30%	2%	50人
2015年	49%	30%	20%	1%	168人
2016年	39%	31%	29%	2%	178人
2017年	51%	32%	16%	1%	161人



	整形	脳血管	廃用	その他	全体
2014年	35.7	33.4	24.5	21.0	31.5
2015年	59.1	71.2	44.2	72.0	59.6
2016年	62.0	96.5	54.9	23.5	70.3
2017年	64.8	81.0	64.2	75.0	69.8
全国平均	56.2	85.4	56.1	46.5	69.3

<在棟期間平均>

全体として、在院日数は長期化しています。ただし 2017 年は脳血管疾患の患者に在院期間が減少しました。

<回復期病棟退院患者の在宅復帰率>

2017 年は 74%⇒82%と大きく改善しました。

後述する生活機能動作の改善率が向上したことで、在宅復帰が可能となった患者が増加したこ



とが考えられます。

また、前述した疾患割合において、症状改善後比較的在宅復帰が容易である「整形疾患」の患者が増加した事も要因と考えられます。

< F I M 評価 >

F I M 評価とは患者の生活機能動作について、運動 13 項目、認知 5 項目を各項目 7 点(合計 1 2 6 点) で評価した数値です。

廃用患者の F I M 利得 (退棟時 F I M 得点-入棟時 F I M 得点) は、廃用疾患の患者で減少しましたが、それ以外の患者では向上しました。

特に整形疾患の患者の改善 F I M 利得・F I M 効率どちらにおいても向上しました。2017 年より整形専門医が回復期リハ病棟を担当するようになった事で、より適切な可動域・負荷のリハビリ実施が行えるようになり、結果として F I M の改善値が向上した事が考えられます。



	整形	脳血管	廃用	その他	全体
2014年	35.7	33.4	24.5	21.0	31.5
2015年	59.1	71.2	44.2	72.0	59.6
2016年	62.0	96.5	54.9	23.5	70.3
2017年	64.8	81.0	64.2	75.0	69.8
全国平均	56.2	85.4	56.1	46.5	69.3

	整形	脳血管	廃用	全体
2015年	2.6	7.8	7.9	6.1
2016年	6.6	6.3	11.8	8.0
2017年	16.4	11.5	5.3	13.4
全国平均	21.8	21.1	15.6	21.0

当院の回復期リハビリ病棟では 2017 年より毎朝の一斉立ち上がり訓練を開始しました。これは、立ち上がり可能な回復期リハビリ病棟の全患者が病棟廊下にて、バーに捕まり、全員で立ち上がり訓練を行う取り組みです。筋力アップ以外にも、入院患者同士の交流やモチベーションアップの場にもなっています。またその他にも、NST チームとして、運動後の効果的タンパク質摂取 (牛乳等) による筋力強化の取り組みも行っています。

これらの取り組みが、整形疾患だけでなく、脳血管疾患など全患者の生活機能改善につながったと考えられます。

[リハビリ TOP に戻る](#)

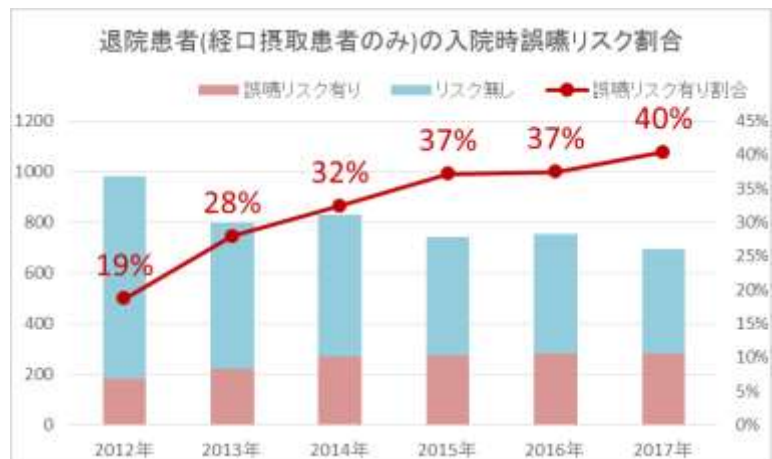


当院は高齢の入院患者が多く、誤嚥性肺炎による入院が1割を超えます。このため、高齢入院患者に対して、適切な嚥下機能評価を行い食事形態の選択、嚥下機能訓練を行う事は、その後の誤嚥性肺炎の再発・入院後発生を低下させる上で非常に重要です。

当院では、入院時に看護師・栄養士による嚥下機能評価を行い、精査が必要な患者を抽出。その後精査要請患者に対して言語聴覚士と医師により嚥下造影検査を行っています。実施しなかった患者は経管栄養などのため、主治医が検査不要と判断した患者です。評価後は、食事形態決定、看護師・リハビリによる訓練を行い、退院時は家族・施設職員へ食事介助などの助言を行っています。

＜誤嚥リスクのある患者の状況＞

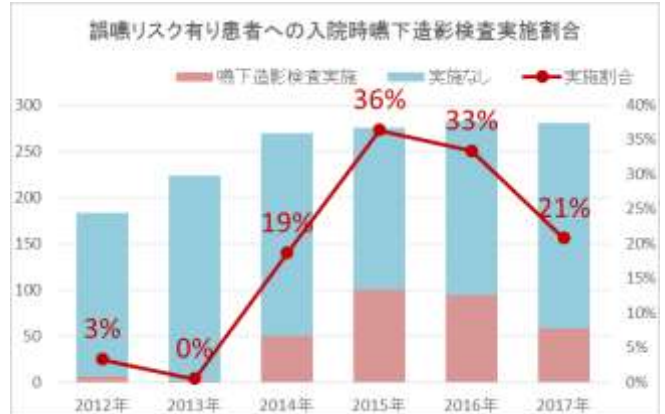
当院で退院した患者（3日以内の退院を除く）の内、経口摂取の患者で、嚥下評価で誤嚥のリスクありと評価された割合をみると、毎年増加傾向にあり、2017年は40%が誤嚥のリスクのある患者でした。



＜取り組み状況＞

この嚥下リスクのある患者について、摂食機能療法と嚥下造影検査の実施状況を確認しました。

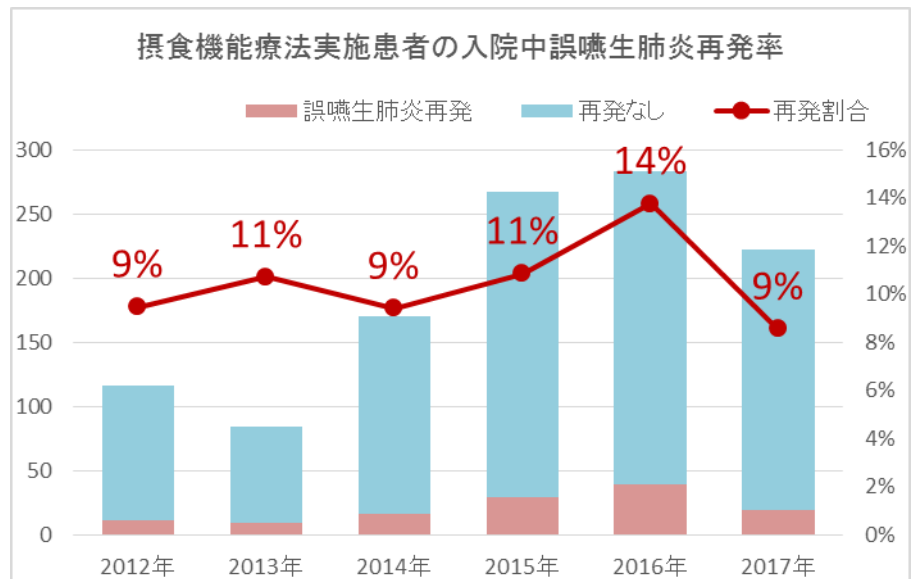
2017年は嚥下リハビリ担当の医師の退職の影響もあって件数・割合共に減少しました。



<結果>

摂食機能療法を実施した患者の入院中誤嚥性肺炎再発割合をみると、2015-2016年に増加していた割合が減少しました。

今後も高齢者の安全な入院と誤嚥性肺炎の入院後再発を防止する為、積極的な評価実施に取り組んでいきます。



[リハビリ TOP に戻る](#)



高齢者への認知症スクリーニング検査実施件数

認知症患者への医療提供において、重要となるのが「早期発見・早期治療」です。

本指標は65歳以上の退院患者の認知症スクリーニング検査（長谷川式検査）の実施状況を示しています。20点以下で、認知症の可能性が高まるとされています。また認知症であることが確定している場合は、20点以上で軽度、11～19点の場合は中等度、10点以下で高度と判定します。また、どのような認知機能の障害かを判定するために、どの項目で失点したかの記載も必要となります。

長谷川式検査の点数と認知症の程度の目安

20点以上	軽度認知症
11～19点	中等度認知症
10点以下	高度認知症

<当院の状況>

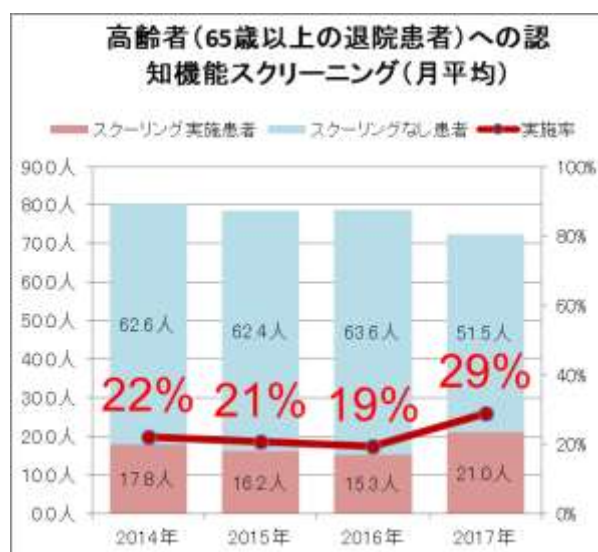
今年の実施割合は2016年19%⇒29%に大きく増加しました。

当院では2016年より認知症対応の強化を法人全体で取り組み病棟においても、回復期リハビリ病棟を中心に「ユマニチュード」を導入。病棟内に認知症グループを新設。2017年10月以降は週1回の精神科カンファレンスも再開しました。これらの取り組みにより、2017年は4年間で最も高い29%となりました。

高齢者への認知症スクリーニング実施割合

分子	内、認知症スクリーニング検査を実施した患者
分母	65歳以上の退院患者(4日以上在院)

表示：月平均



<外来の認知症検査実施件数>

認知症検査実施件数をみると、入院の実施件数は増加傾向にあります。外来では大きな増減がありません。

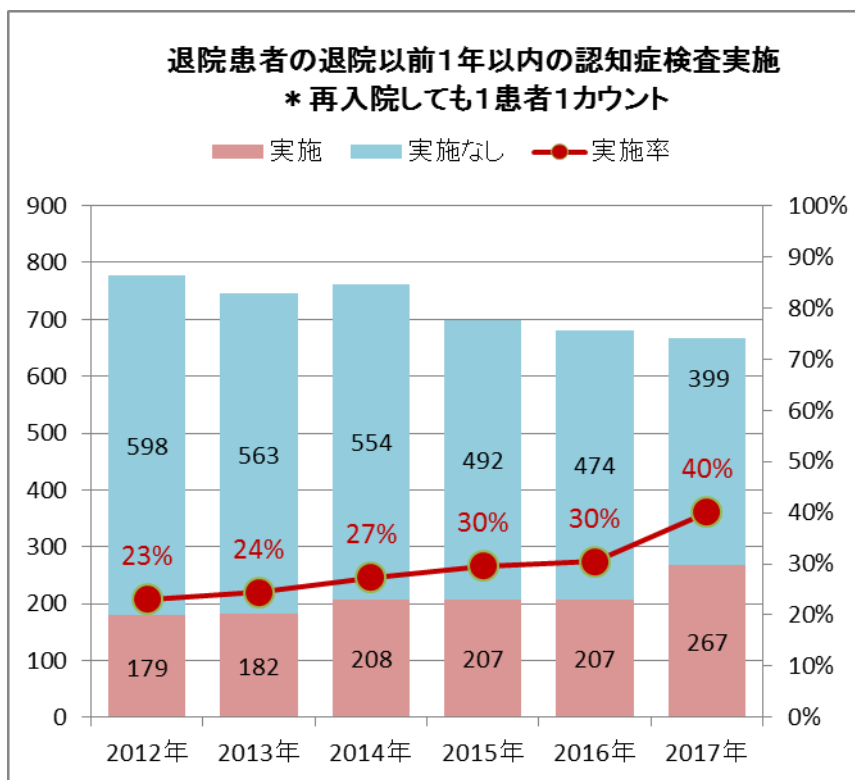
積極的な取り組み体制の構築が必要です。



<退院患者における定期認知症検査実施状況>

当院では年に複数回再入院を繰り返す患者が一定数いらっしゃる為、単純な対退院件数比率では現状を把握できません。また、これらの患者も含めて、定期的な検査の実施により、医師・看護師のカンに頼らない根拠に基づいた評価で早期の認知症発見・介入を行えるようにする必要があります。

1年間に退院した患者について、複数回入退院を繰り返しても1患者を1とカウントし、退院患者における退院時1年以内の認知症検査実施の有無をみると、毎年、実施率が上昇し2017年は4



0%となりましたが、まだまだ十分な数値とはいえません。

今後とも更に検査実施率を上げる取り組みを行い、認知症患者への早期適切な医療提供をおこなっていきます。

[リハビリ TOP に戻る](#)