

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](#)



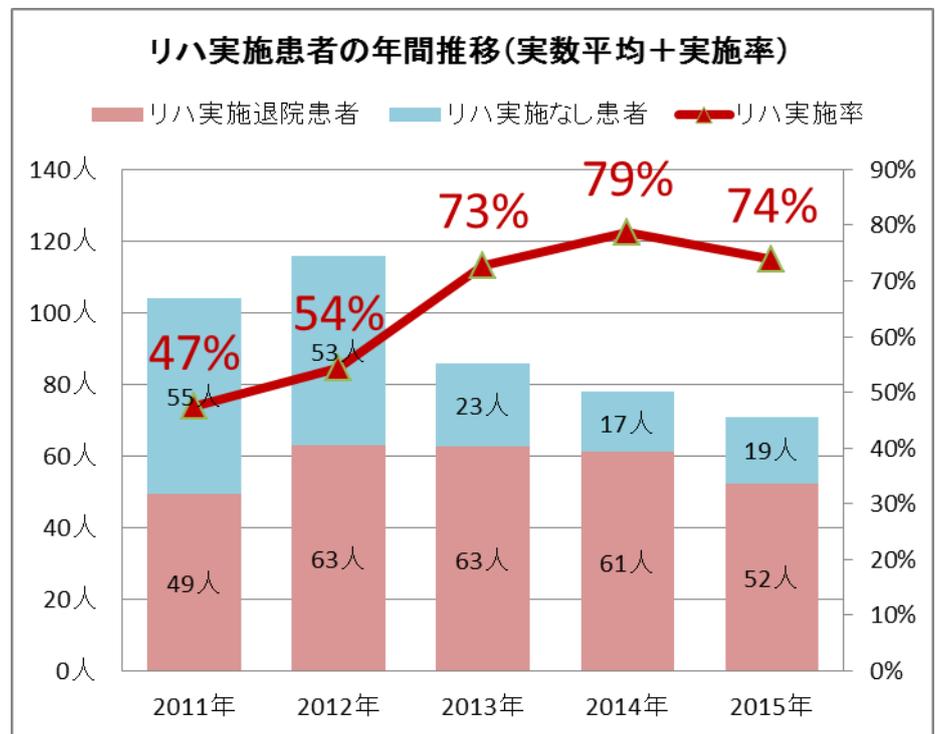
入院患者のリハビリテーション実施率

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、他院と比較しても非常に高い値です。

また、2014年10月より一般病棟から回復期リハビリ病棟44床へ転換し、更なるリハビリテーションの充実を行ってきました。

昨年と比較してやや減少したのは、在院日数の長い回復期リハ病棟の性質上退院患者数でカウントする本指標はやや減少に影響する為と考えます。退院患者数全体も減少に影響しました。



[リハビリ TOP に戻る](#)



回復期病棟関連の QI 指標

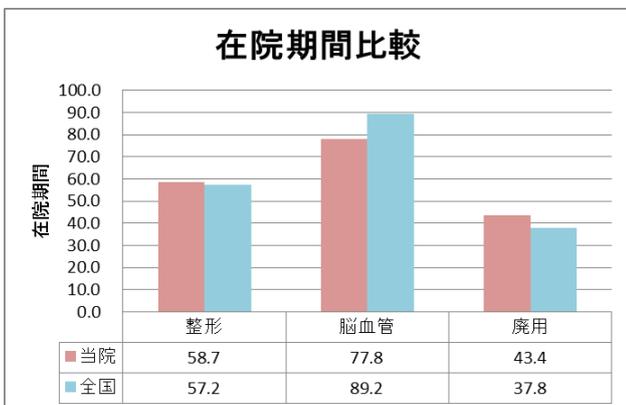
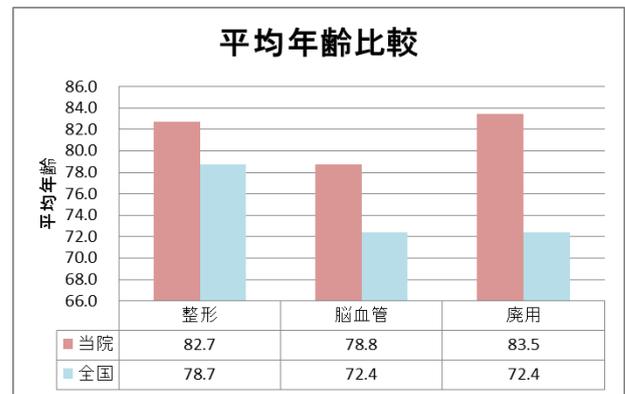
当院では 2014 年 10 月より回復期リハビリテーション病棟 44 床を開設致しました。

今回は回復期リハビリテーション病棟の現状を評価するため、2014 年 10 月～2015 年 6 月のデータをもとに統計を行っております。

<疾患別平均年齢>

当院の回復期リハ病棟の患者の平均年齢は一般病床同様、全国と比較して高いことがわかります。

この高年齢が、FIM 利得等で好結果が得られにくい一つの要因になっているものと考えられます。



<在院期間>

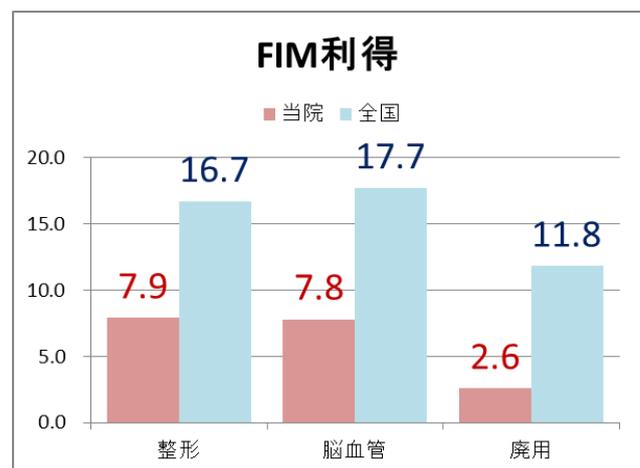
当院の平均在院日数はどの疾患においても全国平均よりも早期に退院しております。

特に、脳血管疾患と廃用症候群においては大きな差がありました。

<FIM利得>

FIM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点で評価した数値です。

当院の回復期リハ患者のFIM利得（入院から退院までに上がったFIM点数量）は、全国平均と比較して、低くなっています。



要因のひとつとして平均年齢が高く、リハビリ効率が上がりにくい事があげられます。

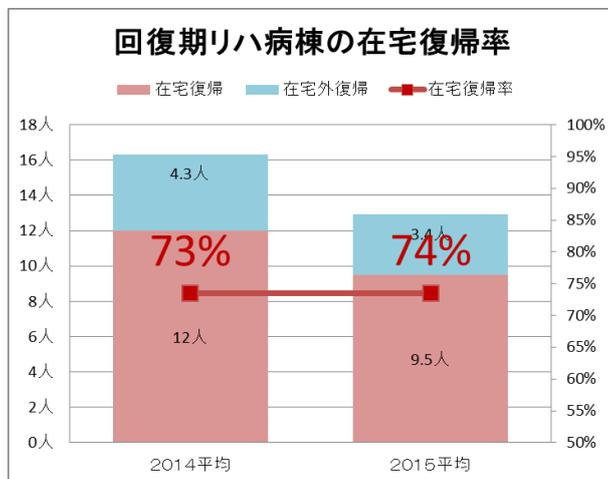
また、2015年までは日曜・祝日のリハビリが無かった為に、リハビリ提供量が少なかった事もあげられます。日曜・祝日のリハビリについては2016年度より365日リハビリを開始致しました。

今後も患者のリハ効果向上に努めてまいります。

<回復期病棟退院患者の在宅復帰率>

当院の在宅復帰患者は全国平均よりもやや高い75.4%でした。今後更なる在宅復帰率の向上を目指してゆきます。

[リハビリ TOP に戻る](#)

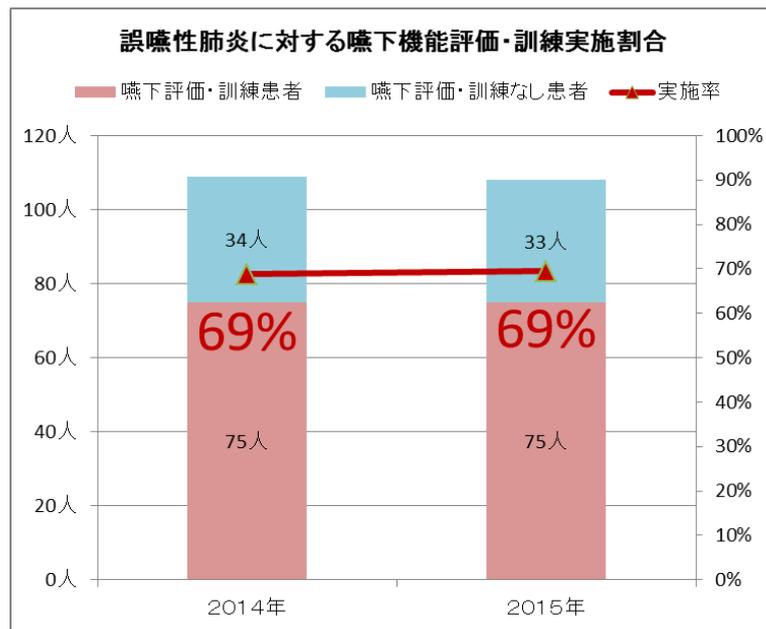




本年度より収集を開始した指標です。

2014年4月よりリハ医が専門研修から戻り、嚥下評価に積極的に取り組みました。2015年4月以降50%台→70%に増加。嚥下内視鏡を導入するとともに、看護師による嚥下機能評価を強化致しました。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、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。



[リハビリ TOP に戻る](#)



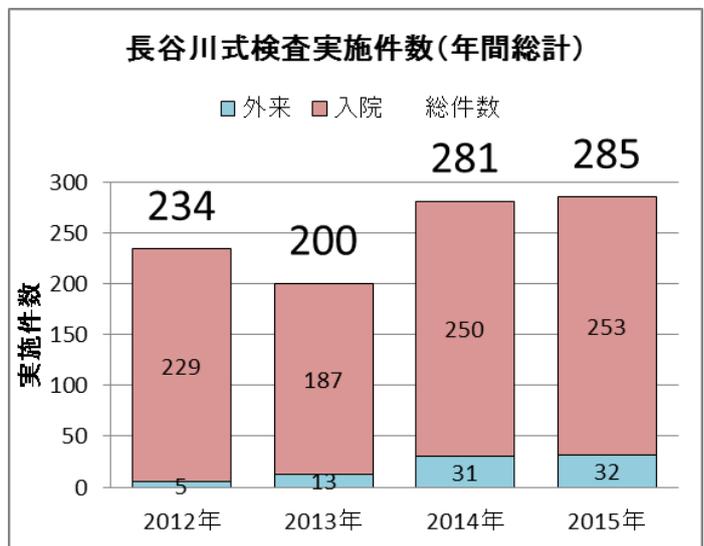
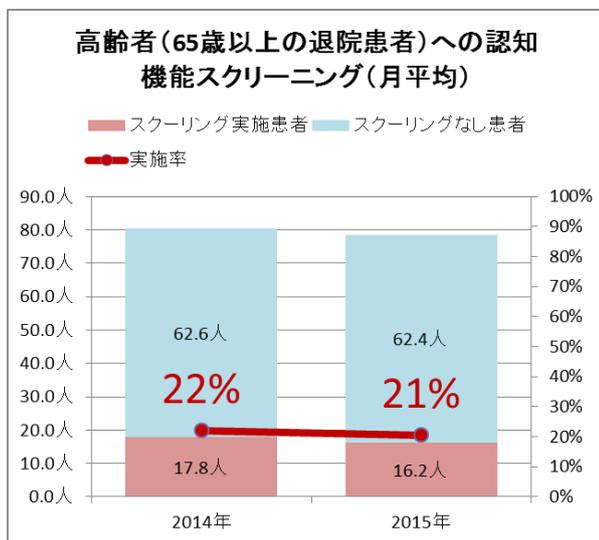
高齢者への認知症スクリーニング実施件数

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。

結果は約20%の患者に対し検査を行っています。

また、年間の実施総件数を見ると、入院・外来ともに微増しておりますが、外来での実施件数が少ない状況にあり、今後は外来での実施件数の増加が課題です。



[リハビリ TOP に戻る](#)