

# 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日以上で退院患者

表示：月平均%

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。

2017年に69%に減少しましたが、2018年は86%へと大きく改善しました。

2018年の患者の在院期間別リハビリ実施状況を見ると、2週間以上入院の患者では60%以上の患者に対しリハビリテーションを実施できている事がわかります。

### 在院期間とリハビリ実施割合

在院日数	リハ実施	未実施
1週間以内	17.1%	82.9%
2週間以内	60.4%	39.6%
3週間以内	70.6%	29.4%
4週間以内	70.7%	29.3%
5週間以内	77.4%	22.6%
6週間以内	82.4%	17.6%
それ以上	92.1%	7.9%

	疾患割合	疾患内実施
(A00-B99)感染症及び寄生虫	4.0%	47.5%
(C00-D48)新生物(悪性新生物)	5.3%	67.6%
(E00-E90)内分泌・栄養及び代謝疾患	6.3%	54.5%
(F00-F99)精神及び行動の障害	2.1%	66.7%
(G00-G99)神経系の疾患	4.2%	32.8%
(H60-H95)耳及び乳様突起の疾患	0.6%	25.0%
(I00-I99)循環器系の疾患	21.1%	79.4%
(J00-J99)呼吸器系の疾患	17.5%	56.5%
(K00-K99)消化器系の疾患	5.5%	26.3%
(L00-L99)皮膚及び皮膚組織の疾患	1.3%	66.7%
(M00-M99)筋骨格系及び結合組織の疾患	3.6%	85.0%
(N00-N99)尿路性器系の疾患	7.4%	55.6%
(R00-R99)症状・兆候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類できない疾患	4.0%	52.8%
(S00-T98)損傷・中毒及びその他の外因の影響	16.9%	55.2%

### <疾患とリハビリテーション実施>

主病名とリハビリテーション実施の関係を見ると、当院の2018年患者では、回復期リハビリテーションの主要疾患の「(I00-I99)循環器系の疾患：脳卒中など」「(S00-T98)損傷・中毒及びその他の外因の影響：骨折関連」と、一般急性期病棟での主要疾患である「(J00-J99)呼吸器系の疾患：肺炎など」が最も多い疾患群でした。

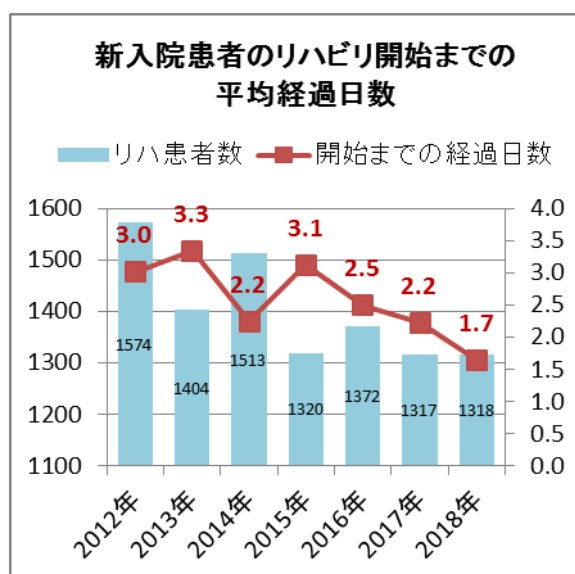
疾患ごとのリハビリテーション実施割合をみると、「(M00-M99)筋骨格系及び結合組織の疾患」「(I00-I99)循環器系の疾患」などが特に高い割合でリハビリテーションを実施しており、「(H60-H95)耳及び乳様突起の疾患：めまい等」「(K00-K99)消化器系の疾患：ポリプ切除の1泊入院など」の短期間入院の疾患で低いリハビリテーション実施となりました。

### <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。

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。

### <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	45%	22%	31%	2%	50人
2015年	49%	30%	20%	1%	168人
2016年	39%	30%	29%	2%	178人
2017年	50%	33%	16%	1%	161人
2018年	47%	44%	9%	1%	125人



### <在棟期間平均>

全体として、在院日数は長期化しています。ただし脳血管疾患患者の在院期間は 2017 年減少しましたが、2018 年は再度長期化しています。整形疾患患者では 2018 年は微減となりました。

	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
2018年	61.9	91.0	66.9		73.6
全国平均	56.2	85.4	56.1	46.5	69.3



### <回復期病棟退院患者の在宅復帰率>

年年改善傾向にあり、2017年以降全国平均を超える状況になっています。

地域の中で、有料老人ホームなどの介護を必要とする方の受入先が増加している事が背景として考えられます。



### <FIM評価>

FIM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126点)で評価した数値です。利得は退院時の値から入院時の値を引いた値です。

2018年は、2017年に大幅にあがった利得FIMが下がりました。ただし、2016年の値よりは高くなっています。

FIM効率 (FIM利得 / 在院日数) でみても、同様の結果となりました。



	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
2018年	9.2	8.2	2.6	8.1
全国平均	21.8	21.1	15.6	21.0

	整形	脳血管	廃用	全体
2015年	0.06	0.10	0.13	0.10
2016年	0.14	0.09	0.33	0.18
2017年	0.29	0.17	0.08	0.22
2018年	0.15	0.09	0.05	0.12
全国平均	0.39	0.25	0.28	0.45

当院回復期リハビリテーション病棟は75歳以上の後期高齢者が多く、入院時FIMも低い患者が多い為、FIMの改善値は全国平均と比較すると低くなっています。また、寝たきりの患者であっても有料老人ホーム等へ退院予定の患者は幅広く受け入れており、このこともFIM改善値が上がらない要因となっています。診療報酬に改定に伴い、施設基準クリアの為に、FIM改善値を高く維持する事が求められていますが、当院では地域・患者の要望に応える為、可能な範囲で幅広い患者の受け入れを行っています。

[リハビリTOPに戻る](#)

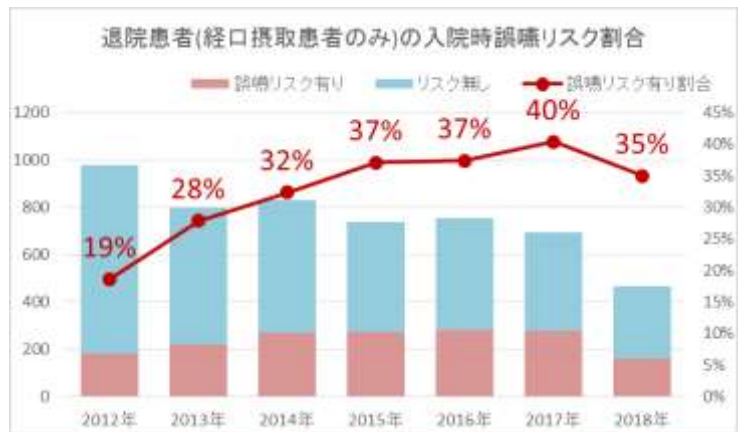


当院は高齢の入院患者が多く、誤嚥性肺炎による入院が1割を超えます。このため、高齢入院患者に対して、適切な嚥下機能評価を行い食事形態の選択、嚥下機能訓練を行う事は、その後の誤嚥性肺炎の再発・入院後発生を低下させる上で非常に重要です。

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。

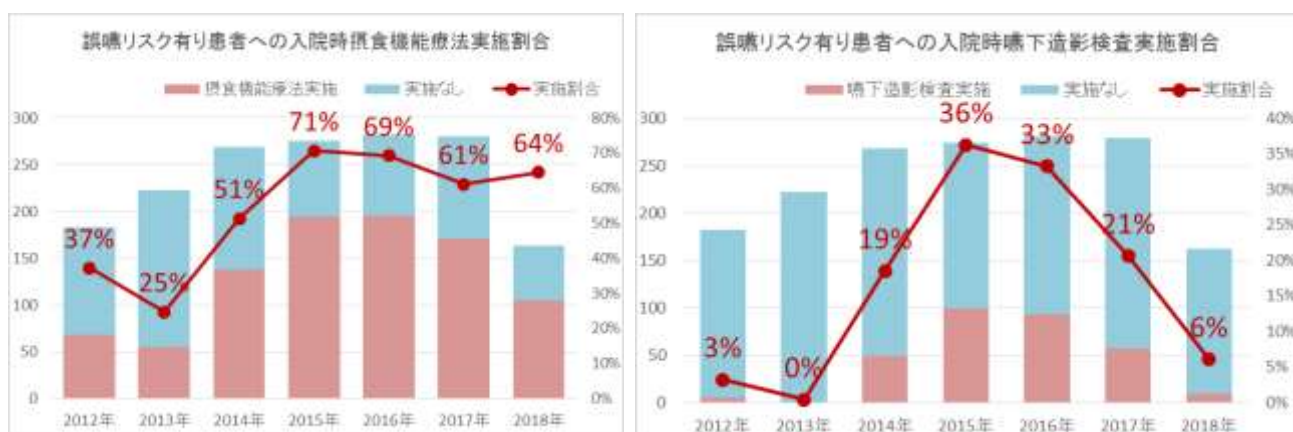
### ＜誤嚥リスクのある患者の状況＞

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ましたが、2018年は40%⇒35%に初めて減少しました。入院患者の主病名としても誤嚥性肺炎の患者の割合は減少傾向にあり、入院せずに在宅対応にて治療している患者が増加している事が予測されます。



## ＜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。摂食機能療法の実施は件数としては減少しましたが、誤嚥リスク患者への実施割合としては増加しました。嚥下造影検査の実施については、2017年以降、担当の医師の退職の影響もあって減少傾向にあります。



## ＜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、2017年に減少した件数・割合が、2018年に増加（悪化）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

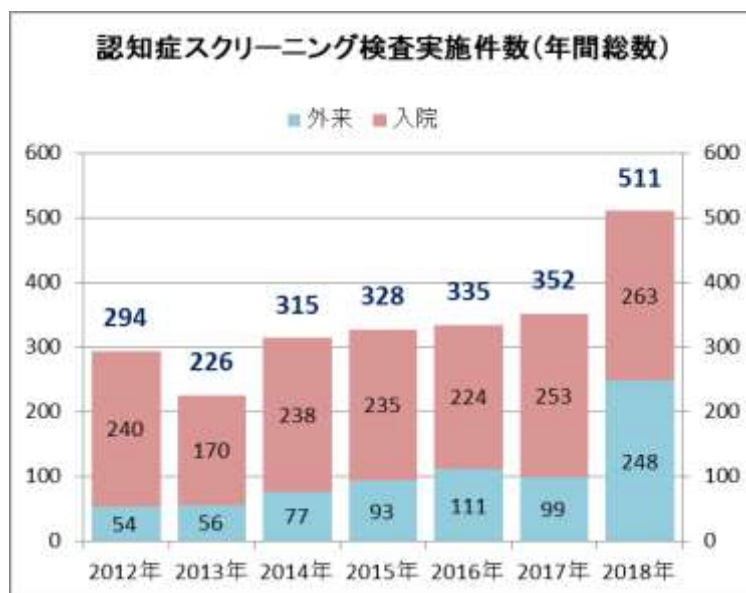




### <認知症検査実施件数>

2018年は外来・入院ともに増加し、352件⇒511件となりました。

特に外来に実施件数が99件⇒248件と2倍以上の増加となっており。これは、診療報酬改定によって検査が診療報酬算定できるようになった影響と考えられます。



### <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2018年は42%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](#)