



おおぞら病院
OOZORA HOSPITAL

地域連携パスとチーム医療との 関係について



平成30年8月25日

於：松山赤十字病院 多目的ホール

おおぞら病院

理学療法士

立花 紀子

おおぞら病院について

『健診による疾病予防』 『専門に特化した外来』

『リハビリテーションによる在宅復帰支援』 を重視した地域密着型病院



病床数

回復期リハビリテーション病棟入院料1：60床

急性期一般入院料7：28床

地域包括ケア入院料管理料2：20床



おおぞら病院
OOZORA HOSPITAL

私たちは、地域の皆さまに親しまれ、
信頼され、満足される病院を目指します



促通反復療法 (川平法) + 電気刺激療法

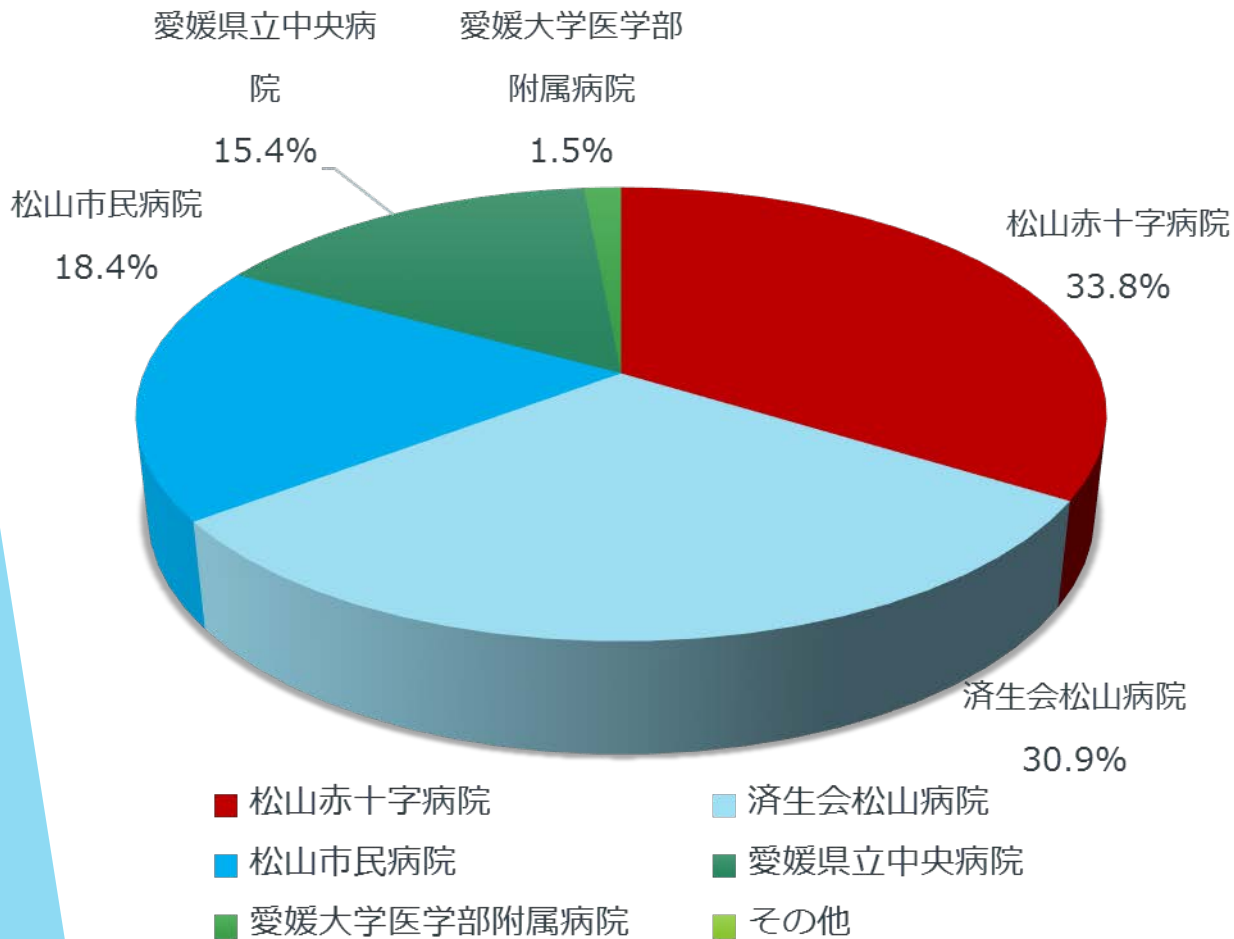
- ・ 脳卒中治療ガイドライン：グレードB
- ・ 鹿児島大学リハビリ科認定促通反復療法実施病院



地域連携パス利用紹介元病院内訳

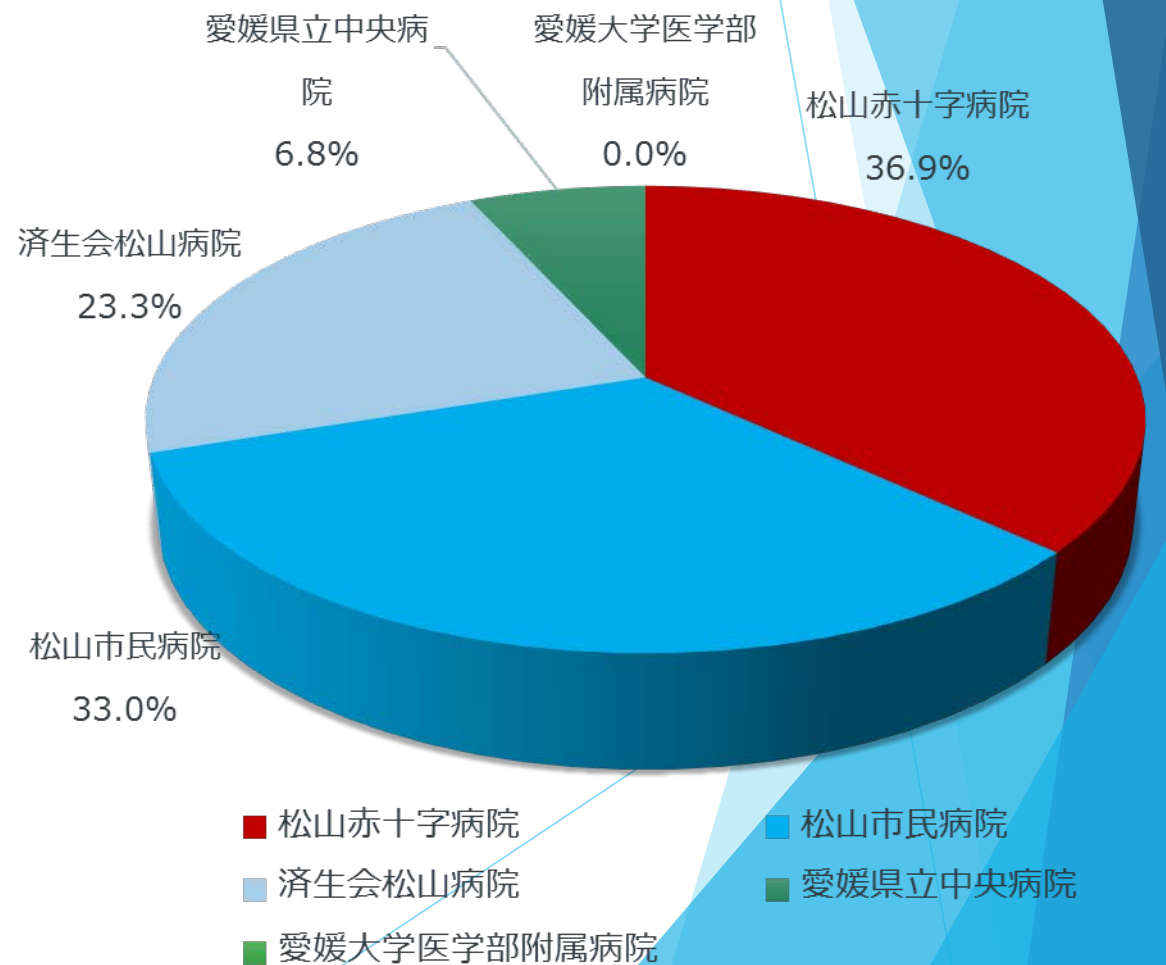
脳血管疾患リハビリ患者紹介元病院内訳

H29年1月～12月 136名

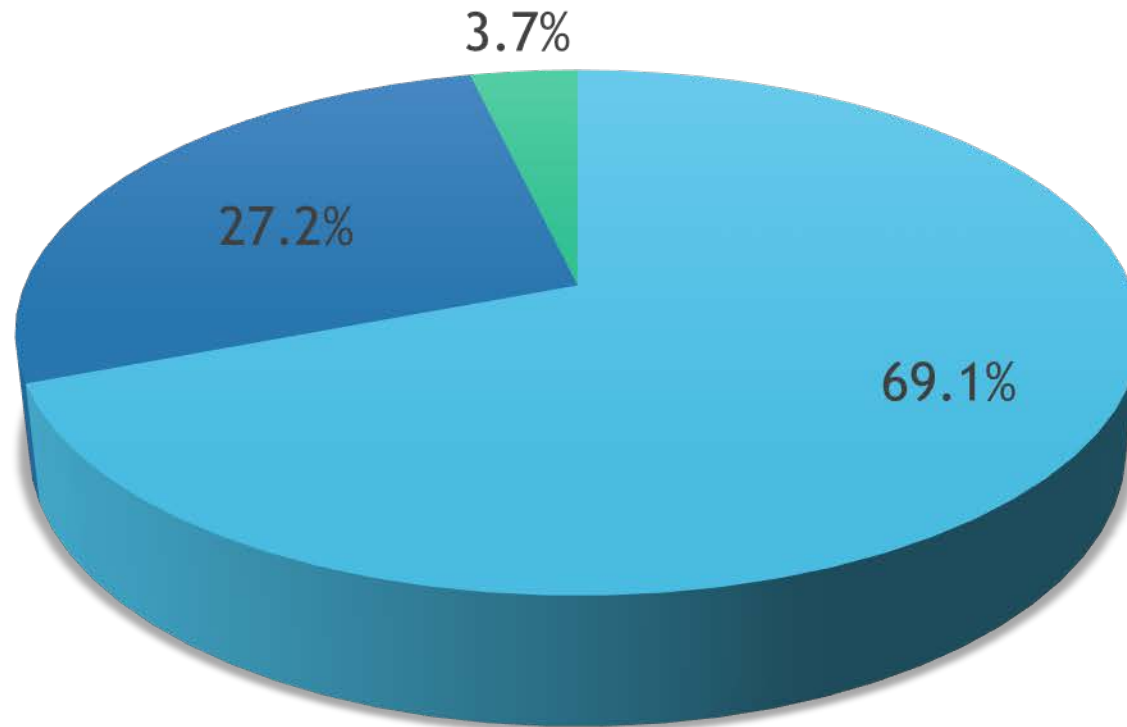


運動器疾患リハビリ患者紹介元病院内訳

H29年1月～12月 103名



脳血管疾患リハビリ患者 疾患内訳

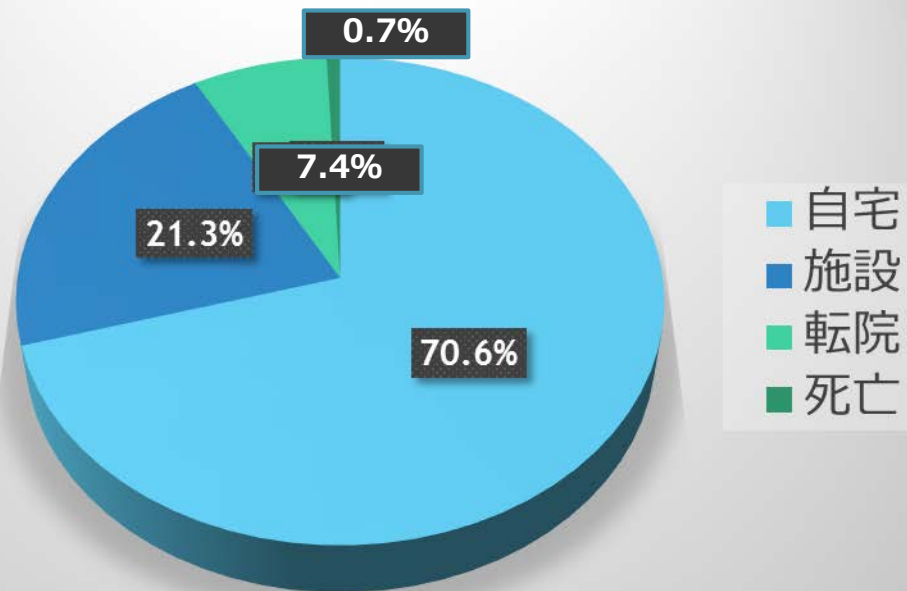


■ 脳梗塞 ■ 脳出血 ■ くも膜下出血

退院先内訳

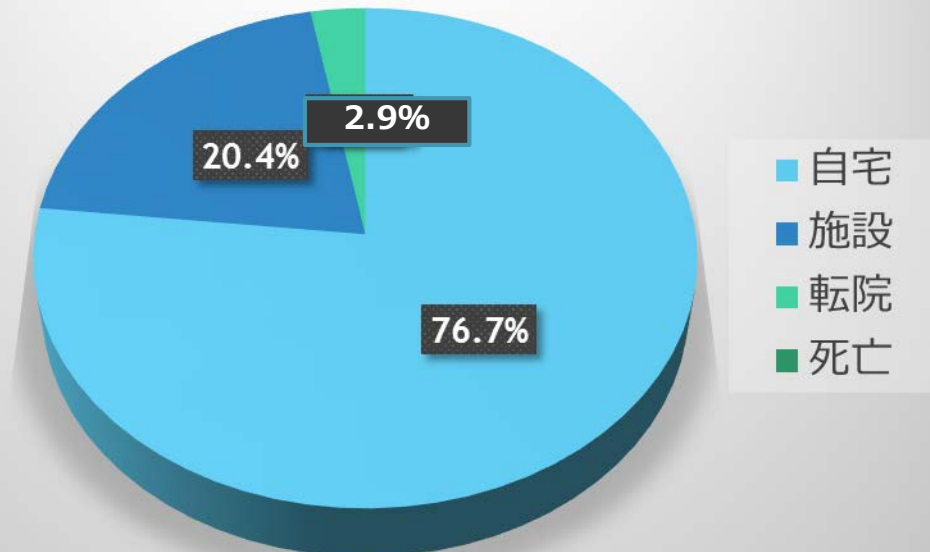
脳血管疾患リハビリ患者退院先内訳

(H29年1月～12月 136名)

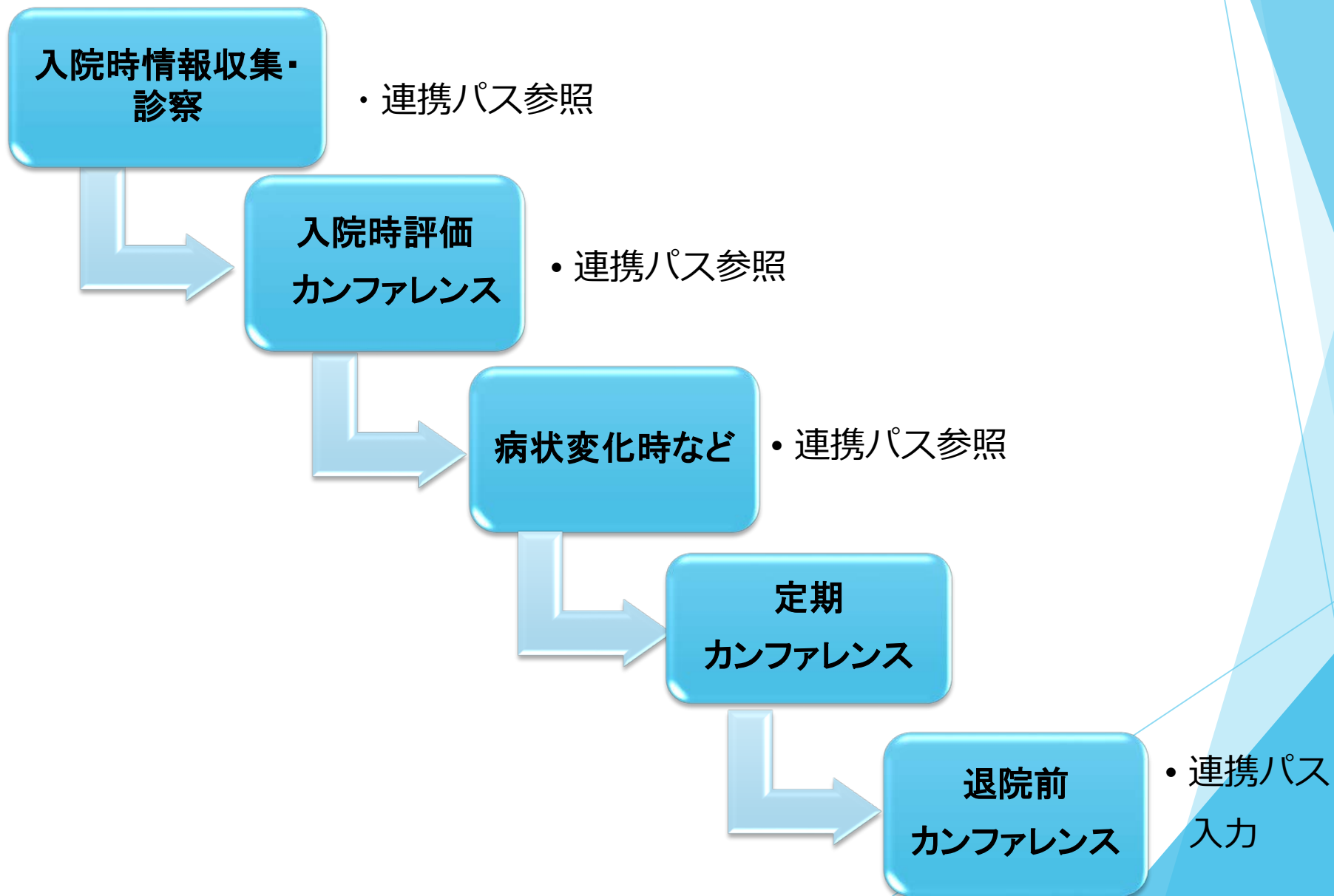


運動器疾患リハビリ患者退院内訳

(H29年1月～12月 103名)



当院における連携パス活用状況



総合リハビリカンファレンス



多職種（医師・看護師・ケアワーカー・PT・OT・ST・MSW・栄養士）が参加してカンファレンスでの情報共有、検討をチームで行っています。

連携パス参照ポイント

○機能面・日常生活機能評価・生活目標 特記事項

リハビリテーション連携計画表(急性期)

患者氏名:

様

施設名	担当者名	PT	OT	ST						
入院日	H	年	月	日	退院日	H	年	月	日	
機能面					日常生活機能評価					
運動麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(重・中・軽)					言語障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(構音障害・失語症)					
部位: <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 Br.stage 上肢() 下肢() 手指()					入院時 /19 退院時 /19					
不随意運動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
協調運動障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					排泄障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
感覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					呼吸器障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 疑 (失行・失認・半側空間無視)					その他					
関節拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位:()					床上安静の指示 0 1					
					どちらかの手を胸元まで持ち上げられる 0 1					
					寝返り 0 1 2					
					起き上がり 0 1					
					座位保持 0 1 2					
					移乗 0 1 2					
					移動方法 0 1					
					口腔清潔 0 1					
					食事摂取 0 1 2					
					衣服の着脱 0 1 2					
					他者への意思の伝達 0 1 2					
					診療・療養上の指示が通じる 0 1					
					危険行動への対応 0 1					
※機能面及び日常生活機能評価の記入時に於て、入院時の状況は(○)退院時の状況は(●)で表記する。										
※高次脳機能障害の有無は失語症を除く										
入院時 mRS:() BI:()/100 FIM:()/126					退院時 mRS:() BI:()/100 FIM:()/126					
生活目標										
特記事項										
開始時目標ステップ(I II III IV V) /					退院時目標ステップ(I II III IV V) /					
ステップ	ステップ I		ステップ II		ステップ III		ステップ IV		ステップ V	
内容	全介助		ベッド上		車いす		歩行		応用歩行	
予定日	/		/		/		/		/	
開始日	/		/		/		/		/	
完了日	/		/		/		/		/	
次のステップに行くための目安	<input type="checkbox"/> 意識が清明である		<input type="checkbox"/> 寝返りできる		<input type="checkbox"/> 車いすへ移乗できる		<input type="checkbox"/> つかまり歩行できる		<input type="checkbox"/> 段差昇降できる	
	<input type="checkbox"/> 全身状態が座位に耐えられる		<input type="checkbox"/> 起き上れる		<input type="checkbox"/> 車いす操作ができる		<input type="checkbox"/> 杖・歩行器等で歩行できる		<input type="checkbox"/> 不整地歩行できる	
	<input type="checkbox"/> 背もたれで座れる		<input type="checkbox"/> 座ることができる		<input type="checkbox"/> 立つことができる		<input type="checkbox"/> 10m以上歩くことができる		<input type="checkbox"/> 屋外歩行ができる	

回復期病棟

病棟起立訓練



体操・レクリエーション



地域包括ケア病床

体操・レクリエーション



ナースリハ



自主練習（マシンリハ）



回復期病棟アウトカム評価

- 患者の日常生活機能をいかに効率よく回復させることができるかという指標
- FIMで数値化し、入院日数と標準算定日数から算出する数字が大きいほど効率が良いことを表す

FIMとは

FIM：機能的自立度評価表

(Functional Independence Measure) の略で

1983年にGrangerらによって開発されたADL評価法

Functional Independence Measure (FIM) による

ADL評価

「**運動ADL**」13項目と「**認知ADL**」5項目で構成

成

各7～1点の7段階評価（合計：126点～18

点）

7点完全自立

6点修正自立

5点監視

4点最小介助

3点中等度介助

2点最大介助

1点全介助

大項目	中項目	小項目	
運動項目	セルフケア	食事	
		整容	
		清拭	
		更衣（上半身）	
		更衣（下半身）	
		トイレ	
			小計(42-6)
	排泄	排尿コントロール	
		排便コントロール	
		小計(14-2)	
	移乗	ベッド、椅子、車椅子	
		トイレ	
		浴槽・シャワー	
小計(21-3)			
移動	歩行・車椅子		
	階段		
	小計(14-2)		
		運動項目合計(91-13)	
認知項目	コミュニケーション	理解（聴覚・視覚）	
		表出（音声・非音声）	
		小計(14-2)	
	社会認識	社会的交流	
		問題解決	
		記憶	
		小計(21-3)	
		認知項目合計(35-5)	
			合計(126-18)

効果実績計算式

実績指数：数字が大きいほど効率が良いことを表す

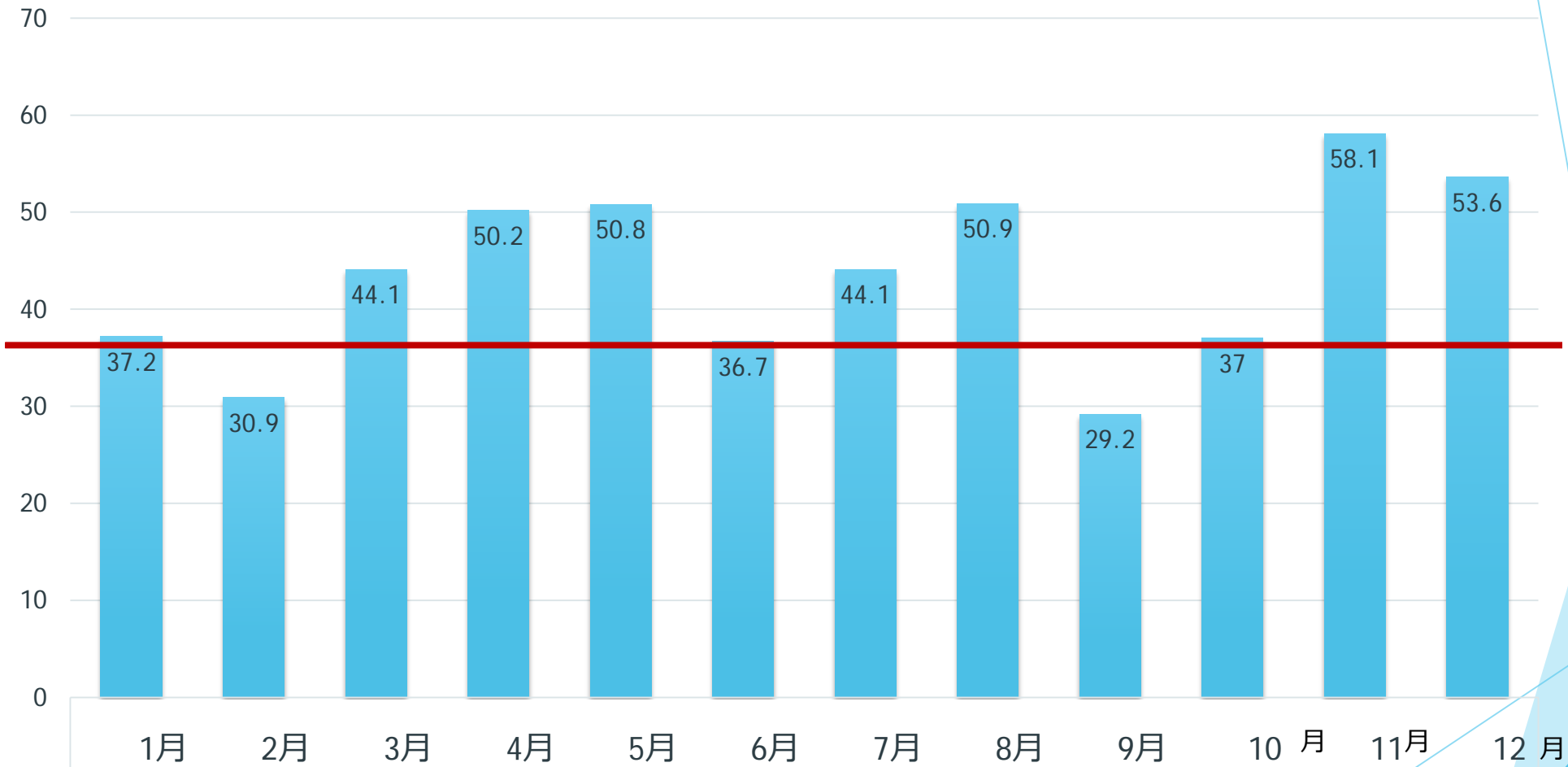
（「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の（入棟から退棟までの日数）／（疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数の総和）」で割ったもの）が

27以上

平成30年診療報酬改正後 回復期病棟1 の条件

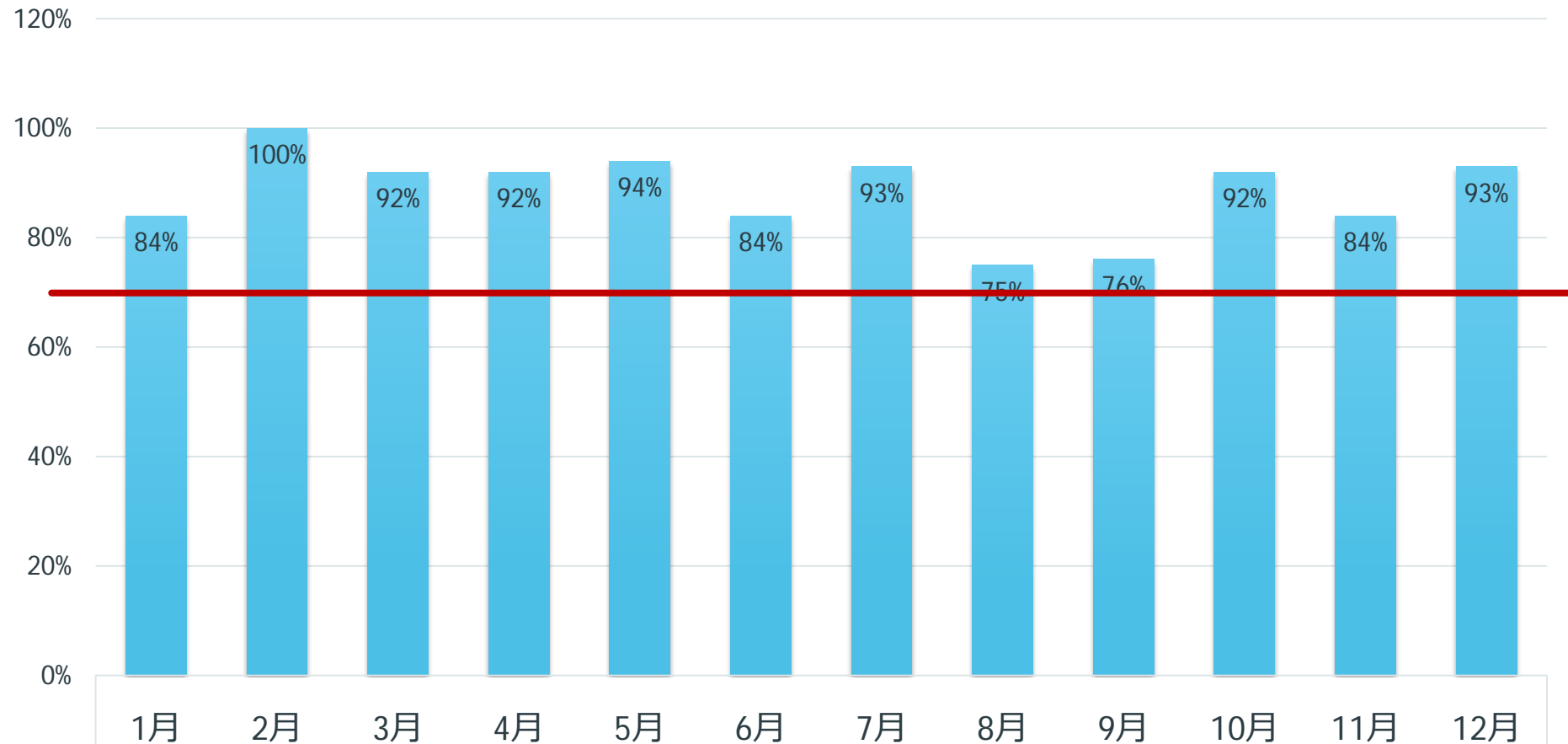
37以上必要に変更された

回復期病棟効果実績



回復期効果実績 (平成29年1月~12月)

地域包括ケア病床在宅復帰率



地域包括ケア病床在宅復帰率

当院実績

回復期効果実績（H29年1月～12月）

平均44.5

地域包括ケア病床（H29年1月～12月）

在宅復帰率 平均80%

地域連携パス活用の現状利点

- ▷ 早期に入院受け入れが可能
- ▷ 入院時の初期評価・カンファレンスにおいて予後予測が立てやすい
- ▷ 短期目標・長期目標を設定しやすい
- ▷ 多職種が関わる時に必要な情報が揃っている
- ▷ 多職種（スタッフ）による情報のバラツキがない
- ▷ 短時間で効率よく院内多職種カンファレンスが可能

退院後の受け入れ機関・サービス

原則元々のかかりつけ医に紹介

サービス付き高齢者住宅などの施設

医療療養型病院

外来リハビリ

訪問看護ステーション（医療保険・介護保険）

訪問リハビリ（介護保険）

ヘルパーステーション（介護保険）

デイケア・デイサービス

維持期

赤字：当法人内で実施可能なサービスであり、連携パス内容の情報共有が可能なもの

地域連携パス活用について今後の課題

▷介護保険利用者の院外スタッフを含めた多職種退院前カンファレンスにおいて使用し、後方連携に活用できないか

▷退院後のフィードバックに活用できないか

ご清聴ありがとうございました



おおぞら病院
OOZORA HOSPITAL