

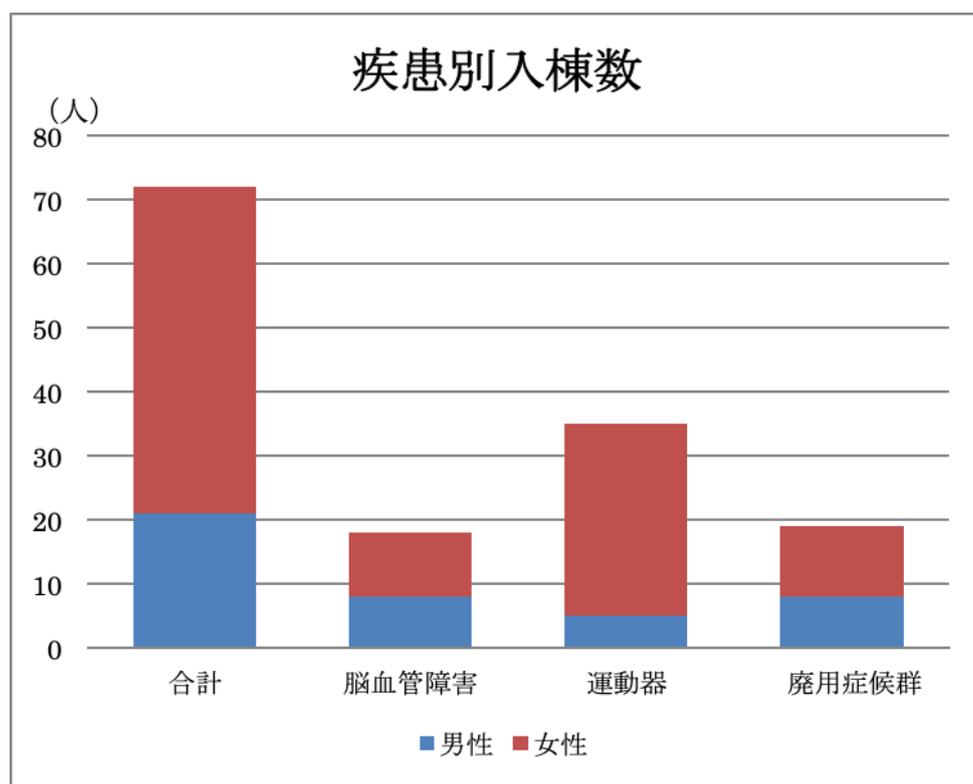
回復期リハビリテーション病棟（1病棟） 平成29年度集計結果

平成29年度（H29. 4. 1～H30. 3. 31）の入棟患者様のまとめ

入棟患者総数 72名

男性：21名	年齢	男性	82.5歳（66－94）
女性：51名		女性	84.8歳（65－105）
		平均	83.8±8.3歳

疾患別入棟者数	男性	女性
脳血管障害（高次脳機能障害を含む）	8	10
運動器	5	30
廃用症候群	8	11

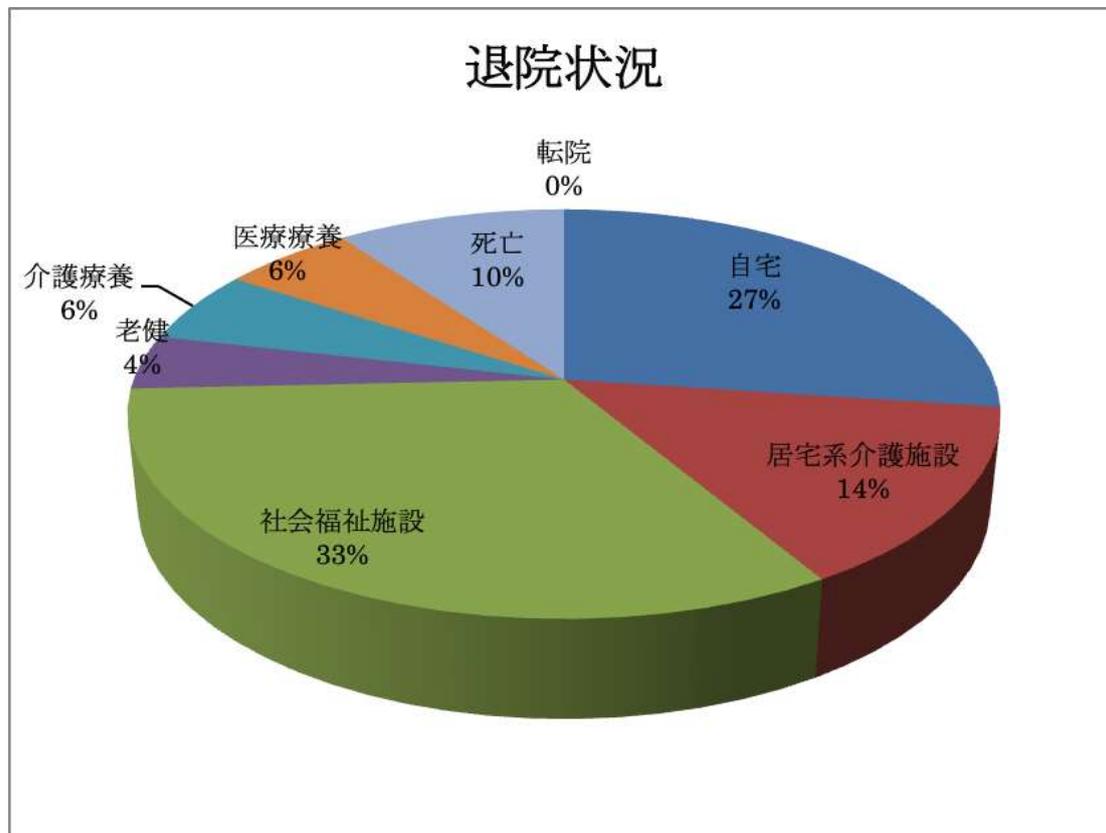


平均在棟日数 **83.9日 (n=72)**

疾患別平均在棟日数

脳血管障害（高次脳機能障害含む）	120日
運動器	74.9日
廃用症候群	66.2日

転帰（退院の状況）



同期間での退院患者様の状況である。

74%の患者様が御自宅、居宅系介護施設もしくは社会福祉法人へ退院している。

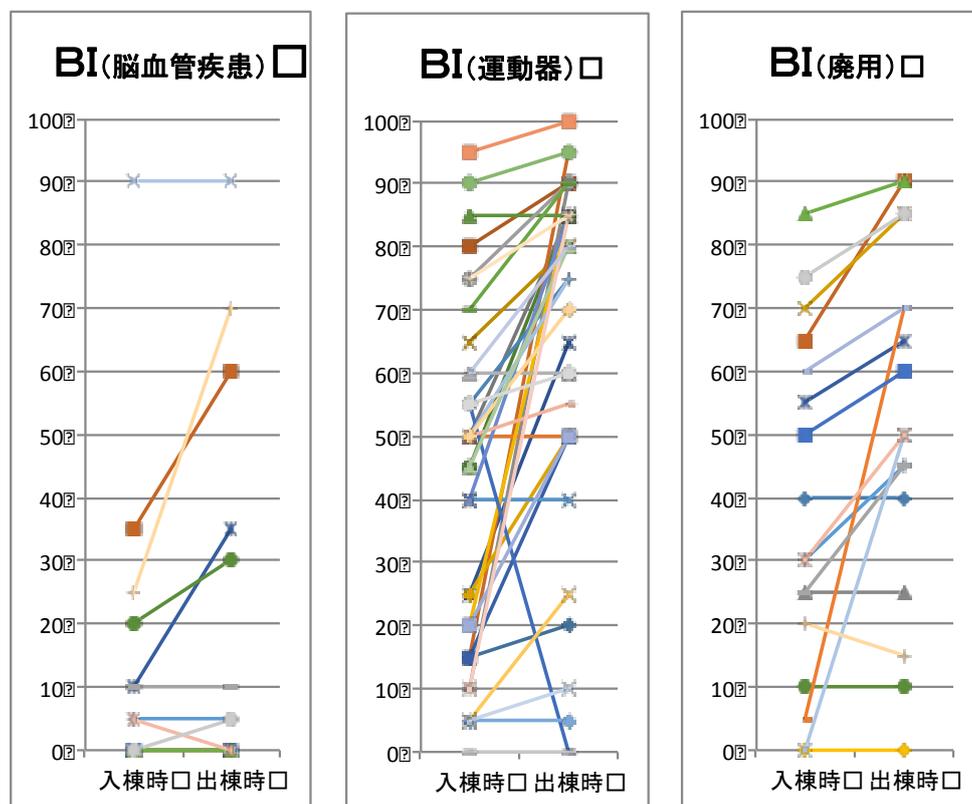
当院は、医療法人久仁会を母体として社会福祉法人鳴寿会との2つの法人から構成されており、全施設が連携し、安心のネットワークを構築しています。

回復期病棟の一連の流れ紹介させて頂くとまず、患者様の入院が決定したら急性期病院に赴き、患者様の身体状況を確認させて頂き、現場の職員に情報伝達を行うことでスムーズな入院を心がけている。また、入院日から7日以内にご自宅を訪問して、具体的な自宅や自宅周囲の環境を早期に把握し、病院でのリハビリテーション内容や病棟での日常生活に反映できるように努めている。

高齢化に向けた社会において、地域包括ケアの一翼を担うことを目指している。在宅が困難である患者様に対しても“地域包括ケア”と“連携”を通じて多様な退院状況となっている。

リハビリテーションの効果を検討するため、入棟時と退院（退棟）時の Barthel Index および FIM を症例数の多い下記 3 郡で比較しました。

Barthel Index



	脳血管障害等		運動器		廃用症候群	
	入棟時	退棟時	入棟時	退棟時	入棟時	退棟時
N=	16	16	35	35	17	17
Mean=	12.5	19.1	43.1	63.1	37.9	52.6
SD=	23.2	29.5	27.1	29.5	27.2	28.2
	t=1.94	p=0.07	t=4.67	p=0.00	t=3.31	p=0.00

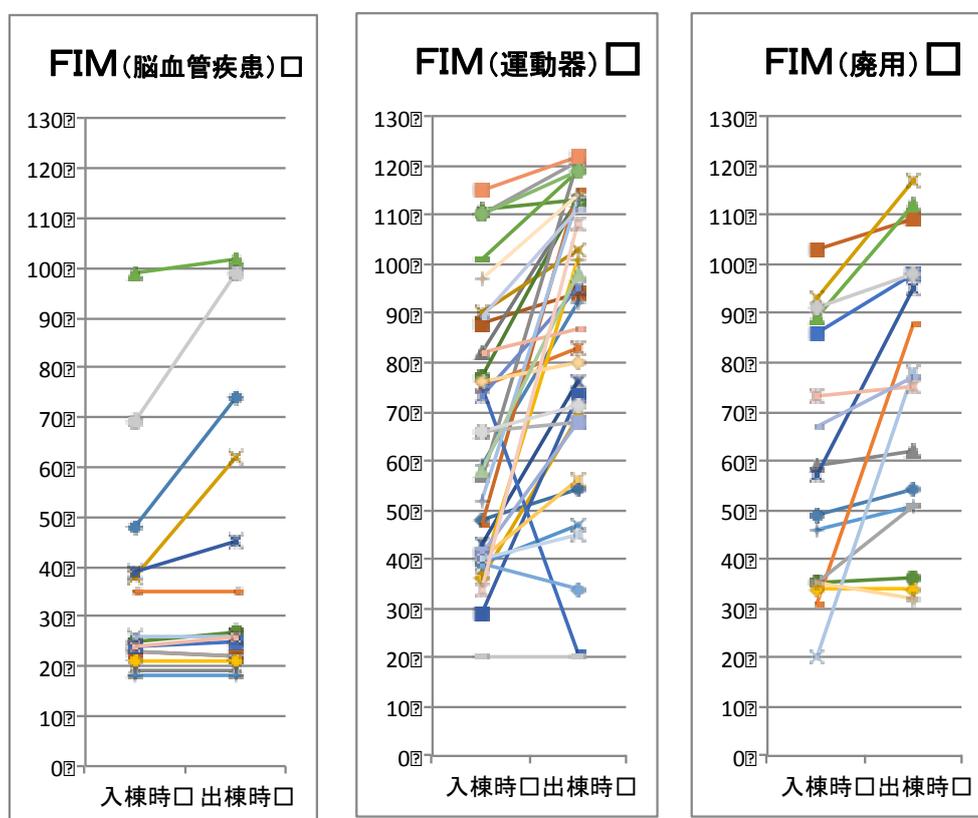
Barthel Index*とは

1955 年来、米国メリーランド州の慢性疾患の病院である Montebello State 病院、Deer's Heed 病院、Western Maryland 病院で、ケアが自立していない神経筋、または、筋骨格系の障害をもった患者の能力を評価採点し、経時的にテストし、PT の Dorothea W.Barthel が開発し、1965 年 Dr Florence I. Mahoney によって Maryland State Medical Journal に発表された ADL 評価法の 1 つ

食事、移乗、整容、トイレ動作、入浴、移動、階段昇降、更衣、排便コントロール、排尿コントロールの 10 項目 100 点満点で評価します。

*Mehoney FI, Barthel DW: Functional evaluation; the Barthel index. Md Med State J 14: 61-65, 1965

FIM(Functional Independence Measure)



	脳血管障害等		運動器		廃用症候群	
	入棟時	退棟時	入棟時	退棟時	入棟時	退棟時
N=	16	16	35	35	17	17
Mean=	34.4	40.3	65.7	86.8	59.0	74.5
SD=	21.8	28.4	26.7	29.8	26.1	28.2
	t=2.21	p=0.04	t=4.90	p=0.00	t=3.39	p=0.00

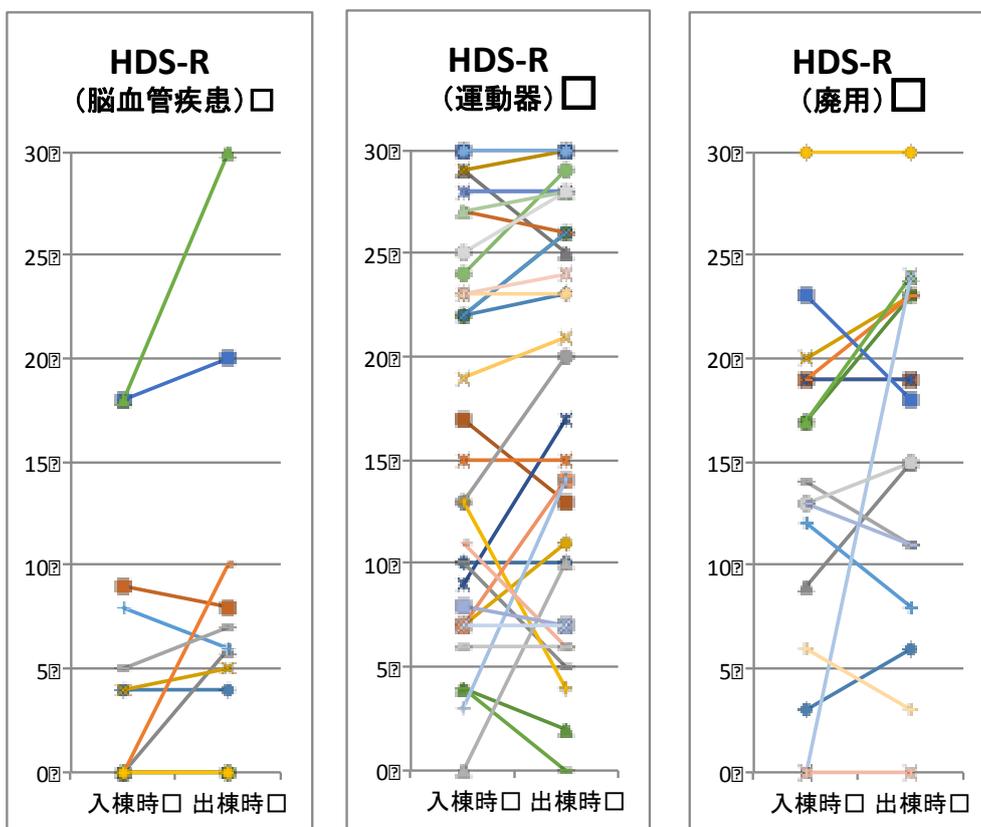
FIM とは

Functional Independence Measure の略。介在量の測定を目的とした ADL 評価法。食事や移動などの「運動 ADL」13 項目 91 点および「認知 ADL」5 項目 35 点で評価します。

(統計結果)

日常生活を評価する BI・FIM において、3 つの疾患（脳血管障害等・運動器・廃用症候群）全て入棟時と退棟時の点数について有意差が認められた。

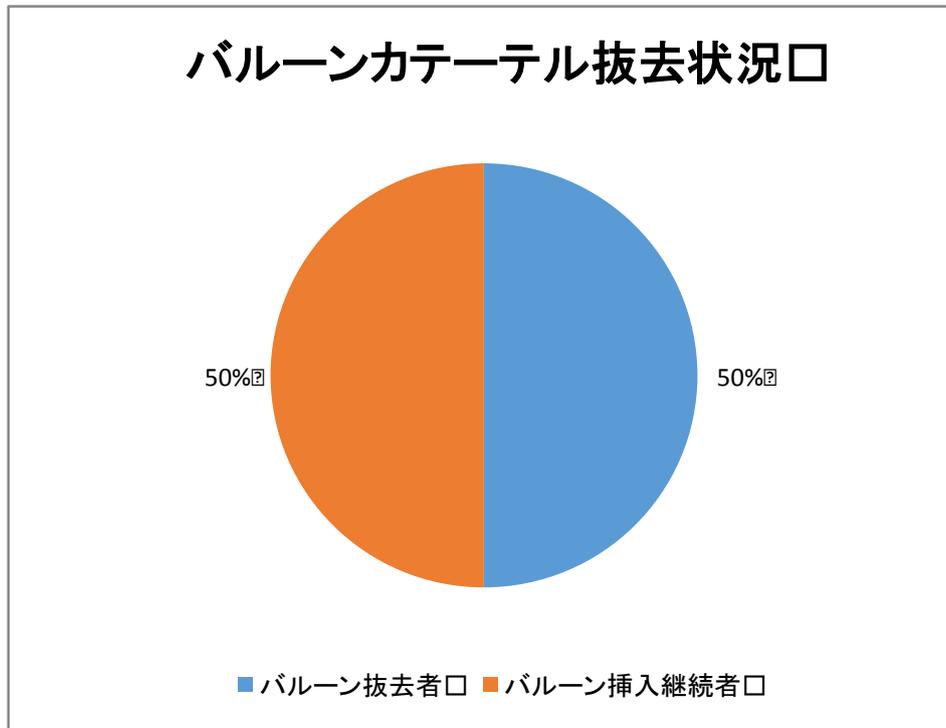
HDS-R (長谷川式簡易評価スケール)



	脳血管障害等		運動器		廃用症候群	
	入棟時	退棟時	入棟時	退棟時	入棟時	退棟時
N=	12	12	33	33	17	17
Mean=	5.5	8.0	16.7	17.8	13.8	16.0
SD=	6.7	8.8	9.5	9.7	8.2	8.4
	t=1.94	p=0.08	t=1.34	p=0.18	t=1.38	p=0.18

HDS-R については、すべての疾患において有意差は認められなかった。認知機能検査として、コース立方体検査・MMSE・かな拾いテスト等も併用して実施しており、多角的に認知機能を把握する取り組みを行っている。

バルーン抜去率



入棟時のバルーン挿入者：20名（72名中）

入棟期間中にバルーンが抜去出来た患者様：10名（20名中）

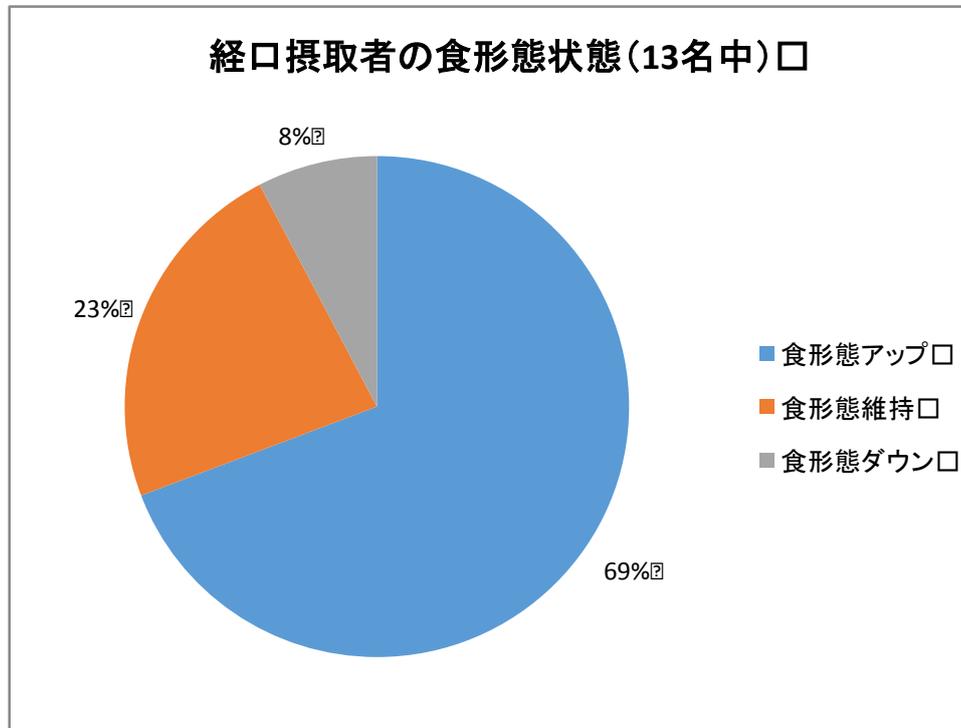
（結果）

50%の患者様がバルーンカテーテルを回復期病棟在籍中に抜去することが出来ている。当院では尿路感染予防の観点から積極的にバルーンカテーテルの抜去を推進している。

抜去後は、自排尿量のチェックまたは、超音波検査にて膀胱内の残尿量チェック、患者様の下腹部の膨満感等を確認しながらトイレ誘導を行い人間の尊厳に関わる排泄動作に積極的に介入している。

H29年度より、定期的な排泄状態の確認を行うと共に、患者様・職員の排泄に関する意識の共有を目指し、総称「排泄ラウンド」と銘打ってそれぞれの職種が介して検討を加え排泄の自立をめざしています。

経口摂取状況



嚥下訓練の ST 処方数 20 名 (72 名)

(内訳) *病状急変患者様のデータを省く

- ・ 経口摂取：13 名 → 食形態アップ：9 名
食形態維持：3 名
食形態ダウン：1 名

- ・ 経管栄養：7 名 → 経管栄養継続：6 名
(または TPN、胃瘻) 経口摂取に移行：1 名

当院では、「嚥下造影」または「嚥下造影検査」「videofluoroscopic examination of swallowing, VF」を採用しており、医師の指示の下、摂食・嚥下障害の病態や食物の嚥下動態を的確に評価して介入している。