

地域包括ケア病棟(床)における調査報告書

地域医療・学術委員会 リハビリテーション部会

2022 年度

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

Japan National Health Insurance Clinics and Hospitals Association

委員名簿

部会長 : 吉村 美佳 広島県:公立みつぎ総合病院リハビリテーション部技師長
副部長 : 田辺 大起 鳥取県:日南町国保日南病院リハビリテーション科長
齊藤 洋平 富山県:南砺市地域包括支援センター作業療法士
河合 伸哉 岐阜県:県北西部地域医療センター国保白鳥病院作業療法士
村山 謙治 長崎県:国民健康保険平戸市民病院リハビリテーション班長
オブザーバー:北谷 正浩 石川県:志賀町地域包括支援センター理学療法士

要旨

【目的】国診協加盟施設における地域包括ケア病棟（病床）の開設状況や新規開設や有効活用を進めるための資料収集を目的に実施しました。

【方法】調査の対象は、全国国民健康保険診療施設協議会に加盟する施設のうち地域包括ケア病床が開設できる病院施設 273 施設を対象としています。返信用封筒を同封した質問紙を郵送し調査期間は 2019 年 11 月～2020 年 2 月としました。集計方法は従来の単純集計やクロス集計に加えて自由記述の集計にはテキストマイニングの手法を取り入れて分析しました。

【結果・考察】回収数は 113 で回収率は 41.3%でした。そのうち地域包括ケア病床を開設している施設は 69 施設 (61.1%) でした。直診施設では地域特性に応じ、地域包括ケア病棟を柔軟に活用した在宅復帰支援がなされています。多くは、急性期治療後の高齢者を受け入れて（ポストアキュート）、生活の立て直しを図り、在宅に繋ぐ役割（在宅復帰支援機能）を担っていました。また、レスパイトを含む在宅療養者を受け入れ（サブアキュート）、長期的に在宅生活の継続をサポートするなど、地域包括ケアシステムを支える病棟として有効に活用されています。実際、入棟時から在宅という明確な目標に向け、多職種連携のもとで計画的な支援を行う努力があらこちらに見られていました。一方で、在宅療養者の急性増悪にともなう受け入れ（在宅等緊急受入機能）は、これまで十分に発揮できていない状況にあるようでした。それぞれの地域の特徴を背景に、必要な病棟役割のバランスには多様性があり、退院後の暮らしやその人らしさの実現を目指した取り組みや繋がりが求められます。人材育成に課題があるとする施設も多くあったことから、地域包括ケアに資する人材育成は、急務であると同時に時代の移り変わりに適応しながら続くよう、地域医療をリードする直診の仲間が一体となって取り組む課題であろうと考えます。

ページ構成(全体88頁) (本編25頁、資料編63頁)

項立	ページ
もくじ	1
第1章 調査概要	2—3
第2章 調査結果の概要	4—19
第3章 考察とまとめ	20—25
資料編 (アンケート質問紙・集計結果)	26—88

第1章 調査概要

1. 調査の背景

地域包括ケア病棟（床）は、平成26年（2014年）の診療報酬改定で新設され、急性期治療を経過した患者、及び住宅において療養を行っている患者等の受け入れ、並びに患者の住宅復帰支援を行う機能が期待されています。

なかでも在宅療養されている方のレスパイトケアを受け入れる事が出来るなど地域で暮らすことを支援するこの機能は、地域包括ケアの推進にとって重要な制度となっています。一方で、在床日数は60日以内、リハビリテーションの一日平均2単位以上の提供、在宅復帰率、重症度、医療・看護必要度、自宅からの入院した患者割など特有の要件を満たしながら運用する必要があります。

多職種と連携しながら地域生活を支える新たなフィールドとして、リハ専門職の関心が高い領域があります。また昨今の高齢化や人口減少、コロナ禍など地域を取り巻く状況が変わる中、制度も刻々と変化していきます。そこで、リハ部会として会員施設における地域包括ケア病床の現状を調査し、今後の運用の資料にすべく調査を行いました。

2. 調査目的

会員施設の地域包括ケア病棟（床）の開設、運用の実態を調査し、地域包括ケア病棟（床）の新規開設、有効活用を進める検討材料として提示することです。また特にリハビリテーションについてその課題、工夫、メリット等を共有することにより、各直診施設の地域包括ケアに寄与するリハビリテーションの充実を図りたいと思います。

3. 対象と調査期間

調査の対象は、全国国民健康保険診療施設協議会に加盟する施設のうち地域包括ケア病床が開設できる病院施設273施設を対象としています。返信用封筒を同封した質問紙を郵送し調査期間は2019年11月～2020年2月としました。

4. 検討方法

アンケート結果について量的な回答を合計と平均など基本的な集計を行った後、カテゴリーごとの割合を算出しました。質的な回答については該当件数を合計し、分類項目ではその割合を算出しました。

また、自由記述の項目については、テキストマイニングの手法を活用して分析検討しました。テキストマイニングとは、形式化されていない文章に含まれる単語や文節から、それらの出現頻度、関係性を定量的に把握する手法です。近年、顧客の問い合わせ内容を分析し新製品開発のきっかけにするなど特にマーケティングやコンサルティングの分野で活用されている技術です。

まず、文章から品詞ごとに単語を抽出し出現頻度を解析する形態素解析を行います。この解析エンジンには、MeCabを使用し分野適応のための辞書としてMANBYOとComeJisyoを使用しました。また抽出された各単語の組み合わせと頻度から、Jaccard係数（類似性測度：下記計算式）を算出し0.1であれば共起関係がある、0.2以上であれば強い共起関係があるという目安で判断しネットワーク図を

作成しました。

なお共起ネットワーク図とは文章のなかで、ある単語が現れたときに別の単語も現れやすいという傾向があるとき共起関係があると判定し、その単語同士を線で結んだ図です。この時、単語をノード（頂点）、単語間の共起関係（ノード間を結んだ線）をエッジ（辺）といいます。ノードの大きさは単語の出現回数を、色の濃さはネットワークにおける中心性を示し、共起関係の強さはエッジの太さでそれぞれ表現しました。テキストマイニングの手法の中でも、このような分析方法をネットワーク分析といい、感覚的にどのような事象が頻出しているのか確認することができるといわれています。

今回はこのテキストマイニングの手法を用い、アンケートの自由記述部分を分析しました。なお抽出する品詞は名詞 動詞 形容動詞 形容詞 連体詞を指定し描画されるネットワーク自体が少ない場合は、全体像を把握することは困難であるため、Jaccard 係数の下限を 0.1 以上でかつ章跨ぎ単語登場数を調節して描画しました。さらに頻出単語の集計とそれを元にしたワードクラウド図も作成し総合的に考察できるよう試みました。

なお、データ処理やネットワーク図の作成には、Python3.10 を使用し NetworkX で構成した図を Matplotlib で描画しています。

Jaccard 係数計算式

$$J(A, B) = \frac{|A \cap B|}{|A \cup B|} = \frac{|A \cap B|}{|A| + |B| - |A \cap B|}$$

第2章 調査結果の概要

ここでは、資料編の図表からいくつか図表を抜粋して結果の概要について報告します。詳細なデータは資料編にまとめましたのでご参照ください。

1. 基本情報の集計

アンケートの回収数は113で回収率は41.3%でした。そのうち地域包括ケア病床を開設している施設は69施設(61.1%)でした

回答のあった施設の基本情報として一般病床1床から50床が38件、51~100床が38件でした。右図に回答施設の一般病床数の割合を示します。

このうち地域包括ケア病床は0床もしくは無回答が最も多く49件(43%)を占め次いで11床から20床が15件(13%)と続きます。

次に療養病床数では0床もしくは無回答が最も多く68件(60%)でついで1~50床が40件(35%)と続いていました。

このうち地域包括ケア病床は0床もしくは無回答が107件(94%)でついで11~20床の3件(2.7%)が続きます。

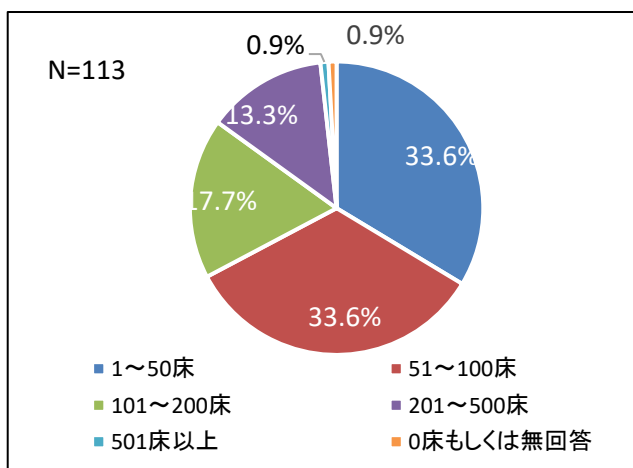


図1：一般病床数の割合

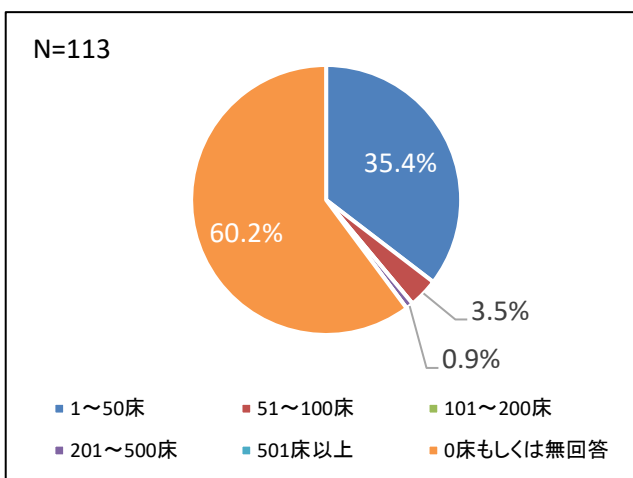


図2：療養病床数の割合

次に回答施設の診療科目数について、地域包括ケア病棟を開設している施設（以下開設施設と略）と、その他の施設で比較しました。その結果、開設施設は11から20科目が最も多く44.9%をしめその他の施設で1~5科目が40.9%を占めていました。（図4参照）

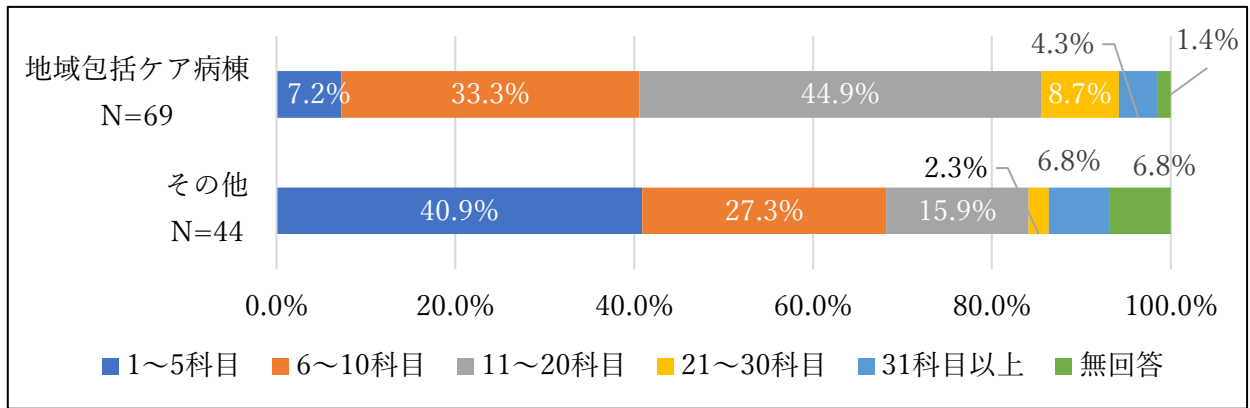


図 3：地域包括ケア病棟開設施設とその他の施設の診療科目の比較

次に看護体系について開設施設とその他の病床で比べると開設施設は10対1が最も多く69.6%、その他の施設は15対1の施設が38.6%と最も多く次いで10対1が続いています。

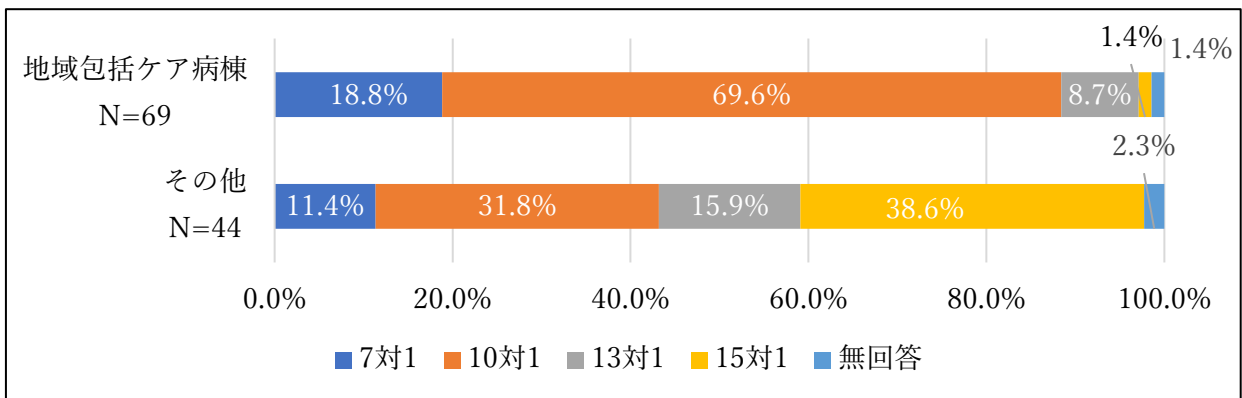


図 4：地域包括ケア病棟開設施設とその他の施設の看護体制の比較

次に専門職の人数について開設施設とその他の施設で比較しました。まずは医師の在籍人数について、開設施設では10人以上20人未満が最も多く31%、その他の施設で1人以上10人未満が63.6%を占めています。

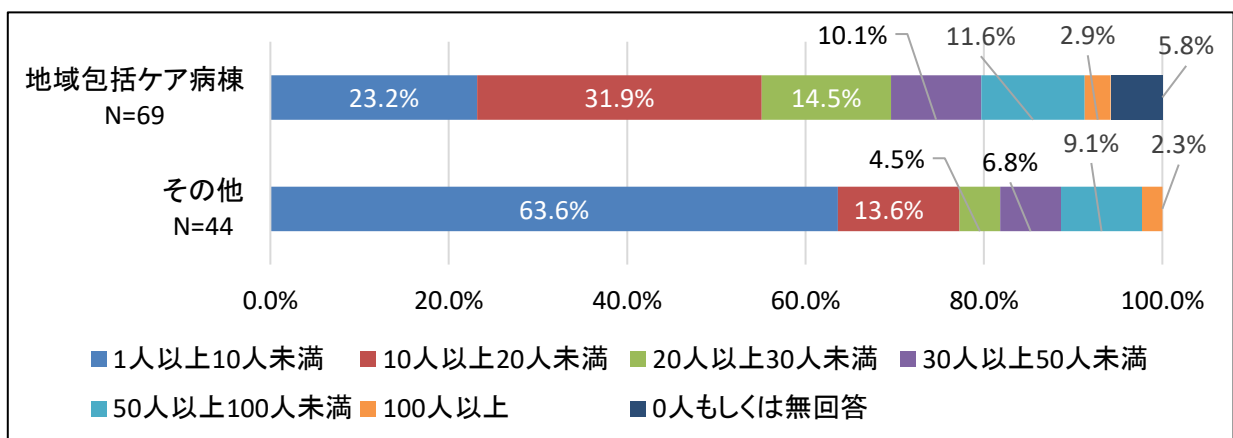


図 5：地域包括ケア病棟開設施設とその他の施設の医師数の比較

続いて准看護師を含む看護師数をみると、開設施設では100人以上が最も多く37.7%を占めておりその他の施設では、各階級で同じように分布しているものの30人以上50人未満が25%と最も多く該当していました。

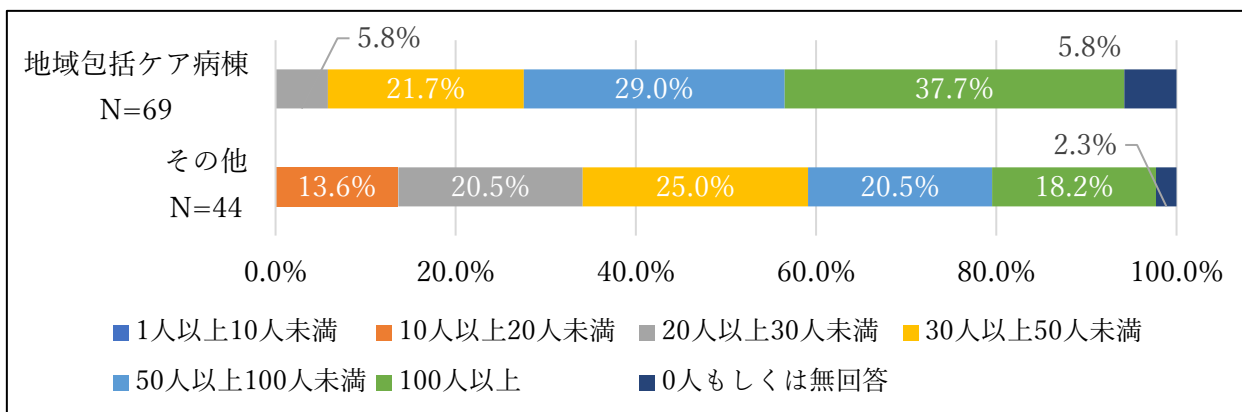


図6：地域包括ケア病棟開設施設とその他の施設の看護師数の比較

最後にリハ専門職の人数について同じように集計し下記に示します。理学療法士（以下PTと略）、作業療法士（以下OTと略）、言語聴覚士（以下STと略）に分けてそれぞれ集計しています。

PTでは、5人以上10人未満に該当する施設が42%を占めています。またOTにおいても同様に5人以上10人未満が21.7%を占め、その他の施設では、0人もしくは無回答が52.3%となっています。

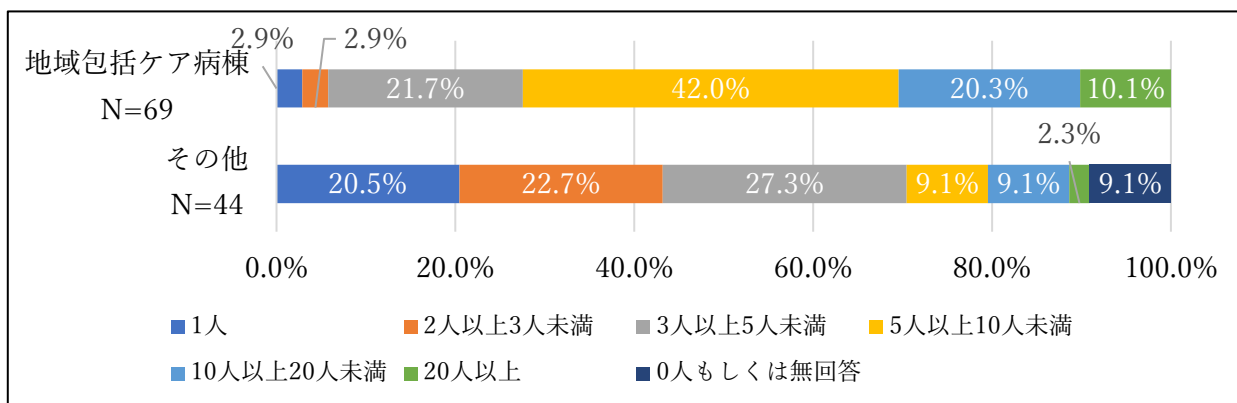


図7：地域包括ケア病棟開設施設とその他の施設の理学療法士の比較

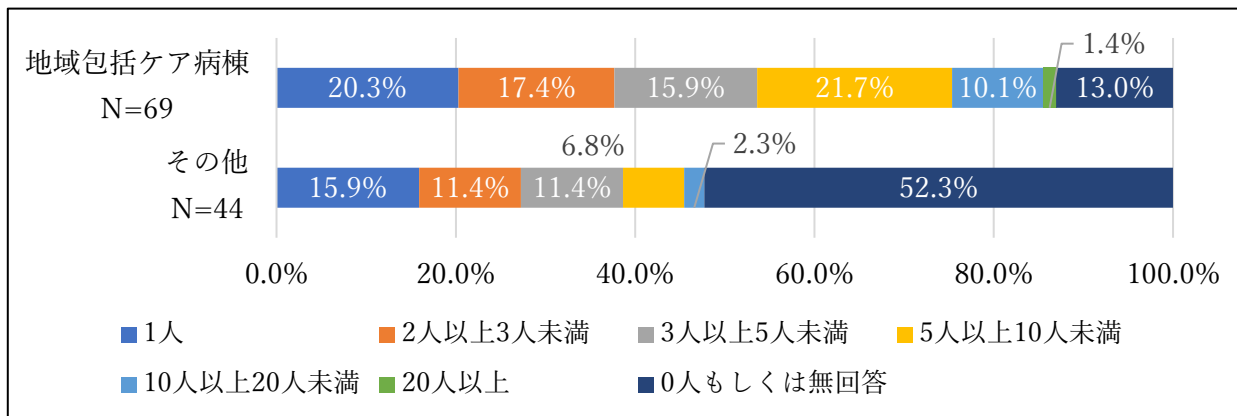


図8：地域包括ケア病棟開設施設とその他の施設の作業療法士の比較

STにおいては、開設施設でも0人もしくは無回答に37.7%が該当していますが、その他の施設では75%に達しています。

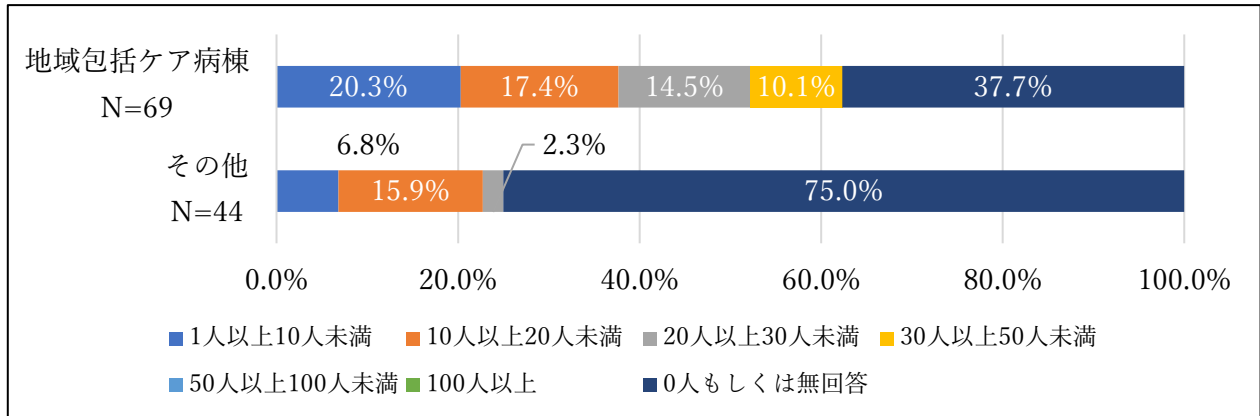


図9：地域包括ケア病棟開設施設とその他の施設の言語聴覚士の比較

ここまで見てきたように今回の調査において、地域包括ケア病床を開設している施設は開設していない施設より事業規模が大きく病床数、スタッフの人数が多い事が分かりました。

2. 地域包括ケア病棟（床）の運用と現状について

まず、右の表（表1）に開設年度を集計した結果を示します。2年ごとに増減を繰り返しています。

なお各集計は令和1年10月1日現在の回答を集計したのになります。

表1：地域包括ケア病床開設年度

選択肢	回答数
2014年	15
2015年	9
2016年	17
2017年	8
2018年	11
2019年	9
合計	69

ここからは、データが多くここに抜粋した図表を多用するとかえってわかりにくくなるため必要な結果を提示し、具体的な図表は資料編をご参照いただきたいと思います。地域包括ケア病床の届け出病床数については、11床から20床が最も多く次いで1~10床が続いていました。管理料は1を算定されているところが最も多く34%でした。次に看護職員配置加算を取っているところが78%と多い一方、看護補助者配置加算と看護職員夜間配置加算については、それぞれ69.6%、92.8%が算定していないとの回答でした。なお入院支援加算については59.4%が算定されていました。

次に病床稼働率は、75%以上100%未満が最も多く約50%を占め、次いで50%以上75%未満が続きます。重症度、医療看護必要度については、現行方法による評価であるⅠでの評価が94.2%で、診療実績データを用いた場合の評価であるⅡは5.8%にとどまっています。実績では20%以上30%未満が最も多く36.2%を占めています。平均在院日数は20日以上30日未満が49.3%と約半数を占め10日以上20日未満が次いで36%を占めています。在宅復帰率は80%以上90%未満と90%以上100%以下が同様に40.6%で高い在宅復帰率であることが分かります。

続いてリハ職の関わりですが、専従理学療法士数は1人が85%を占めています。専従作業療法士は1人が14.5%で84.1%が0人、専従言語聴覚士は0人であり多くはPT1人専従での運用が多いようです。専従以外の療法士の関わりについては、PTは1人以上5人未満の事業所が52.2%と最も多く5人以上10人未満の事業所が26.1%と続きます。専従以外のOTの関与は、1人27.5%、2人または3人が20.3%でした。なお0及び無回答が24.6%を占めています。同じくSTの関与は2人または3人が27.5%、1人が23.2%、0人もしくは無回答が44.9%を占めています。

右の図(図10)には地域包括ケア病床を開設している事業所における在籍療法士数の割合を図7、図8、図9のデータを用いて再集計したものです。PTが60%と最多であり、当然ながら事業所における所属療法士の割合によって関与割合が影響を受けるものと思われます。

今回の調査では、リハの算定単位数についても聴取していましたが、単位数の回答範囲を明示できず有効な回答を得る事が出来なかったため集計を行いませんでした。

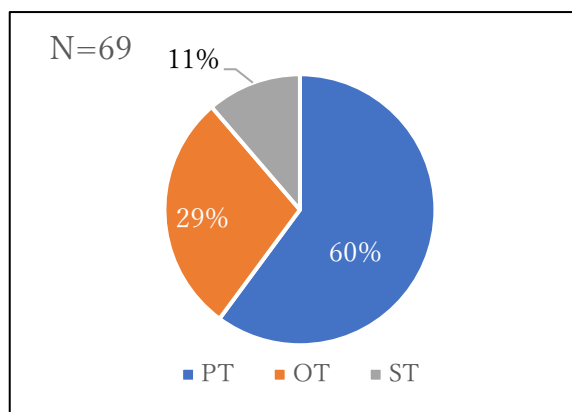


図10：在籍リハ専門職の割合

3. 地域包括ケア病棟(床)の対象者について

地域包括ケア病床における患者について令和1年9月の1ヶ月間の状況について聴取しました。まず、のべ人数では101人から500人が最も多く26施設(37%)が該当しています。次に、各施設の地域包括ケア病床に在籍した患者の平均年齢を聴取し年齢区分ごとに集計しました。結果、80歳以上85歳未満の区画が最も多く37.7%が該当し、次いで75歳以上80歳未満が33.3%と続いています。なお全体の平均年齢は81.1歳(SD3.83)となっており高齢者の入棟(床)が目立つ結果です。

次に、入棟(床)の目的について集計した結果を下記に示します。複数回答を可能な状態で質問しています。在宅復帰は100%でこれを基本としながらも退院先調整や機能訓練、生活機能向上がつづいています。レスパイトケアは63.8%と半分以上確認されました。

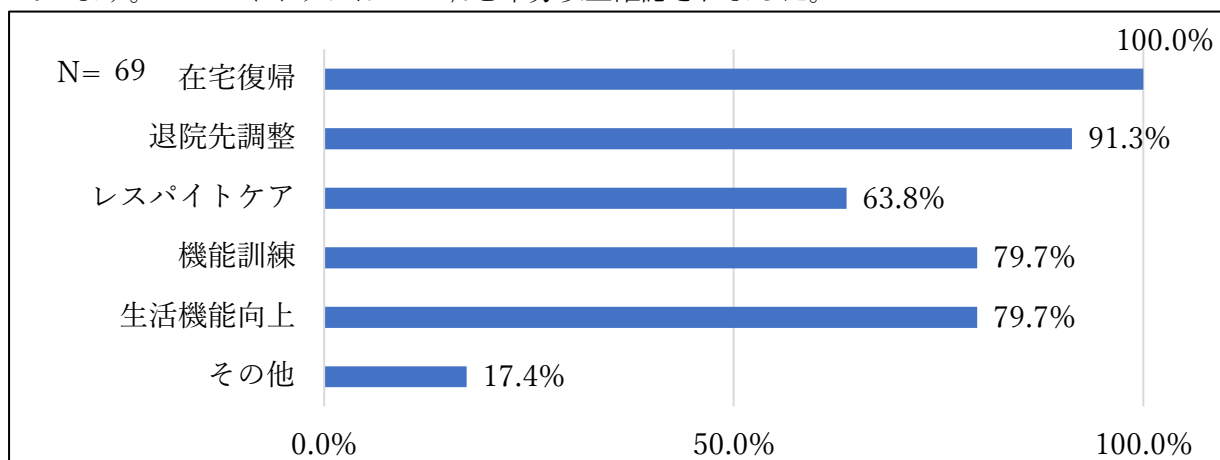


図11：地域包括ケア病棟、入棟目的

次に、来歴と退院先について集計結果を下記に示します。まず来歴では、62%が自院から入棟（床）し次いで 28%が自宅からが続いています。退院先については 71%が自宅へ帰られていることが分かります。

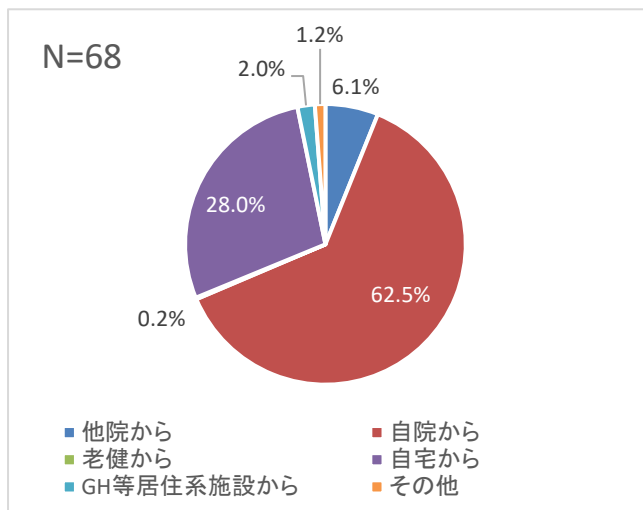


図 12：来歴

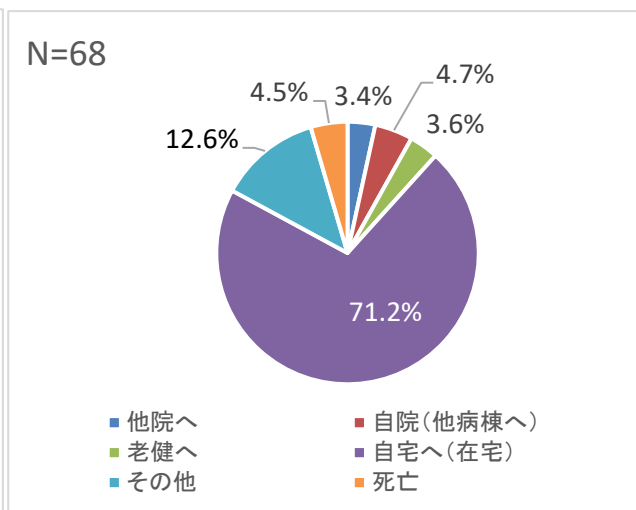


図 13：退院先

次に入棟患者の主疾患について下記の通り示します。骨折・外傷・膝関節症が最多く 92%となっています。次いで呼吸器疾患 81%、心疾患 75%と続きます。

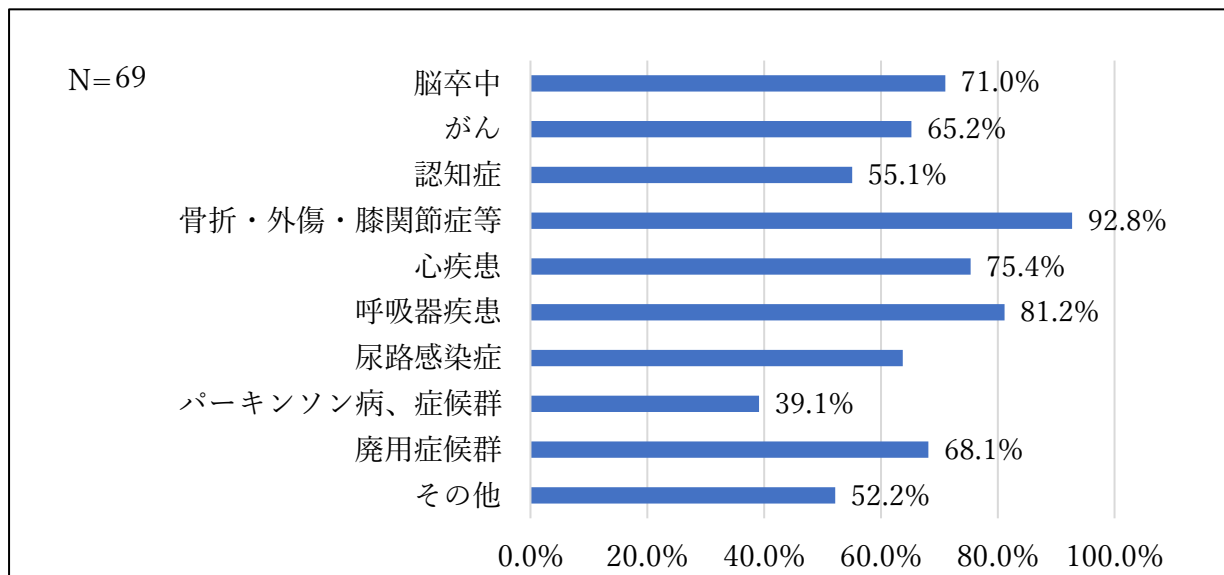


図 14：地域包括ケア病棟在籍患者の主疾患（複数回答可）

以上の事から、自院の一般病床等から運動器疾患や呼吸器疾患を併せ持つ高齢者が在宅復帰を目的に入棟されていることが分かります。しかし、入棟目的のレスパイトの 63.8%や、来歴からの自宅 28%という結果から地域からの入棟もあり、地域包括ケア病棟における地域支援機能もしっかり働いていることが推測できる結果でした。

4. 地域包括ケア病棟（床）の地域連携について

この項目では、自由記述の回答を読み解いていきたいと思えます。医療介護連携への働きかけについてテキストマイニングの結果を下記に示します。質問紙では、『地域包括ケア病棟（床）のリハビリ実施、施設基準上の課題や工夫を教えてください。』との文言で質問しています。その中で『地域連携のための医療機関、施設、ケアマネ、訪問リハ等医療介護連携への働きかけ』に関して回答いただきました。

下記の出現頻度の図をみると【退院前】【参加】【情報提供】というキーワードが上位に挙がっています。またその右図のワードクラウドでも同様に先述の三つのキーワードが上がっています。さらに一番下の共起ネットワーク図でも同様に、【参加】【退院前】が挙がっています。【情報共有】について存在しますがネットワークの中心性は低いようです。

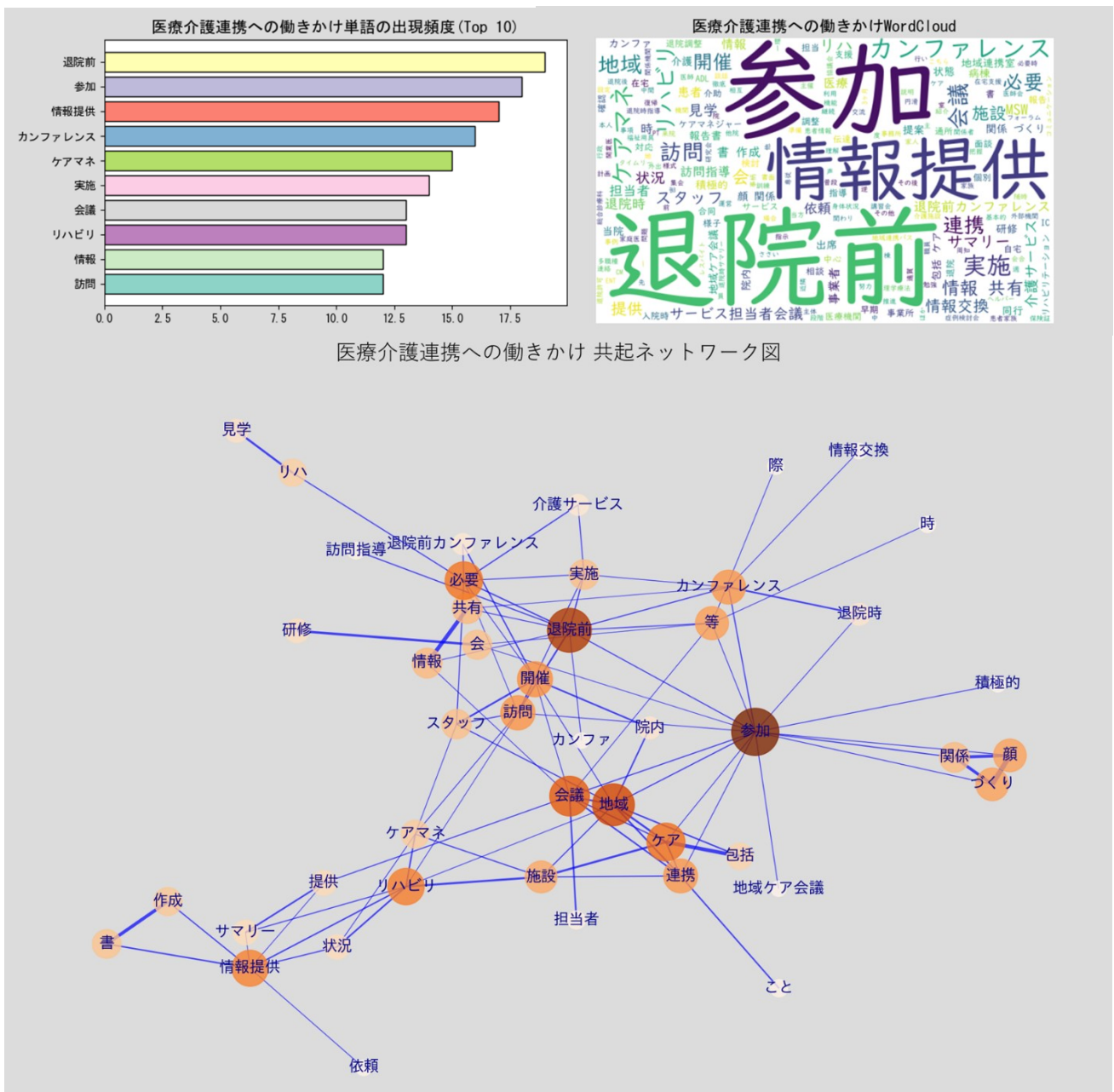


図 15：医療介護連携への働きかけについて自由記述のテキストマイニング結果

ネットワークの中心性とは、ネットワークにおける各頂点の重要性を評価したり、比較したりするための指標で、今回は PageRank というアルゴリズムで算出しています。例えばその単語から共通して共起する、つまり Edge が多く出て多くの Node とつながっている単語はネットワークの中心に近くなります。ネットワーク図を見ると、【参加】の Node が大きく色も濃いため、出現頻度が高く中心性も高いことが分かります。無数の Edge が伸びており、【退院前】【会議】【地域】【ケア】【連携】など多数の単語につながっています。つまり【参加】というキーワードを中心に色々な意見があったことが示唆されます。【退院前】の単語を中心としてカンファレンスや研修会、実施や開催がつながりこれらの会議に【参加】して、顔の見える関係づくりにつながっているようです。また、【地域】や【会議】というキーワードからはサマリーや情報提供に関する単語につながっておりこれらの機会を通じて連携をすすめられていることがうかがえます。

これらの事から、退院前カンファレンス等での情報提供による医療介護連携が行われているようです。

アンケート項目において開設施設に地域連携について質問しています。良好と回答したのは 26 施設 37.7%、ある程度良好が 41 施設 59.4%で大多数が肯定的な判断をされていました。

一方課題が多いと回答されたのは 2 施設 2.9%あり、課題の内容では、地域スタッフとのコミュニケーション不足や介護生活に対しての知識不足、連携先のマンパワーの問題が挙げられます。

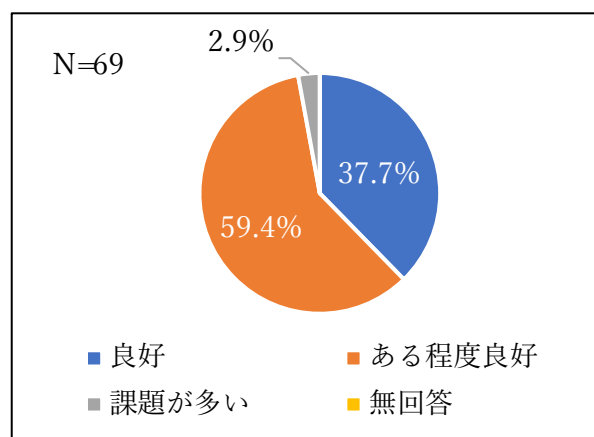


図 16：地域連携について

5. 人材育成について

地域包括ケア病棟を運営するにあたり種々の要件を満たしながら病棟運営を行い、他職種や地域と連携しながら退院支援するなどリハ専門職として高度なスキルが求められます。そこで、人材育成についても調査しています。

『地域ケア病棟を運営するにあたり人材の育成を行っていますか?』との質問の回答を下記に示します。はいと回答したのは33施設 47.8%、いいえが36施設 52.2%でした。約半数の施設で人材育成は行えていないようです。

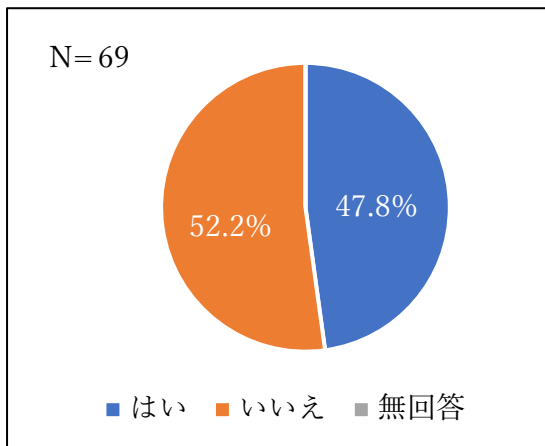


図 17：人材育成の有無

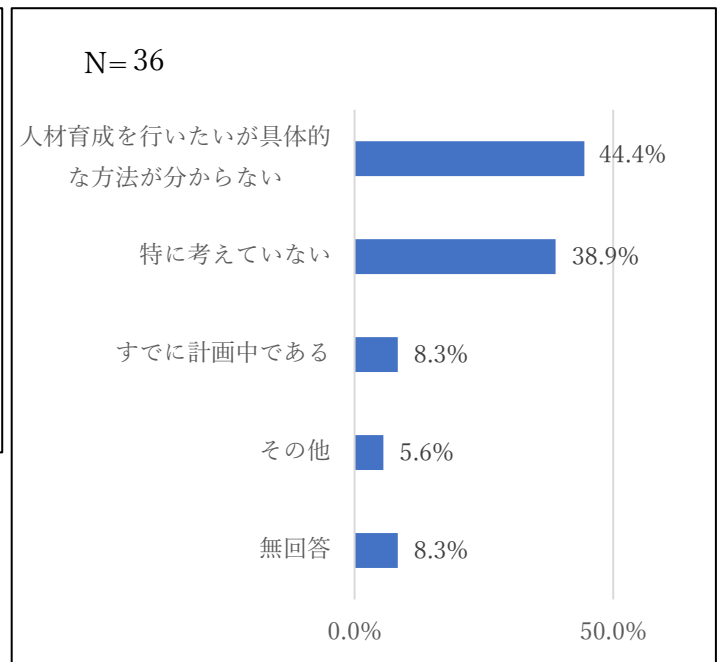


図 18：人材育成について今後の方針

次に人材育成を行っていない施設に今後の方針について聴取しました。その結果を上記の図 18 に示します。具体的な方法が分からないとの回答が最も多く 44.4%、特に考えていないが 38.9%でした。

最後に、人材育成を行っている施設にその手法を質問した結果を下記に示します。OJT (On the Job Training) が 66.7%、外部教育 (研修会等の助成) が 60.6%が続いていました。ちなみにその他に該当した施設は 1 施設で病院間での症例検討会を実施されていました。

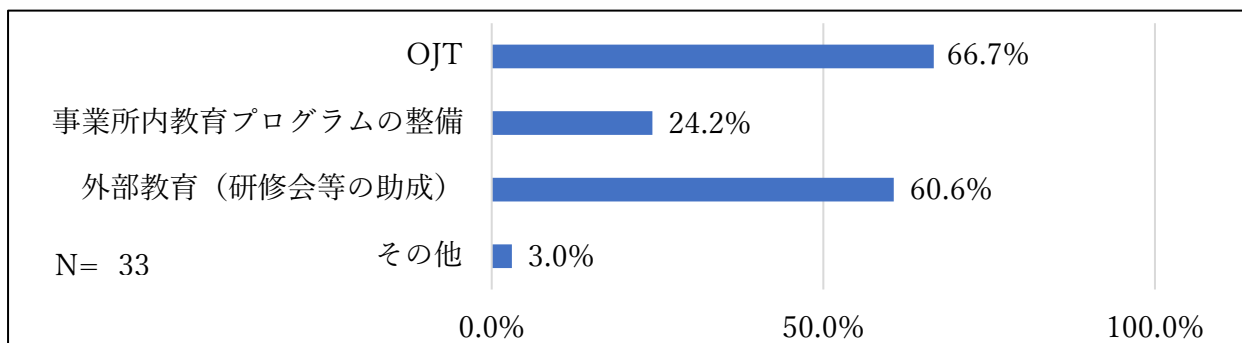


図 19：人材育成の手法

6. 総病床数と地域包括ケア病床割合のクロス集計

国保直診施設の立地背景などによると思われる地域包括ケア病棟（病床）の設置背景の違いによる影響を考慮するために施設規模（100床未満か以上か）と地域包括ケア病床設置割合をもとにクロス集計を行いました。詳細は考察の項で述べたいと思います。

表2：調査対象の背景（地域包括ケア病棟・病床設置医療機関 69 施設）

		地域包括ケア病床割合		
		20%未満	20%以上	計
総 病 床 数	100床未満	11 施設	17 施設	28 施設
	100床以上	23 施設	18 施設	41 施設
	計	34 施設	35 施設	69 施設

- 100床未満 20%未満：小規模低割合群(SL)
- 100床未満 20%以上：小規模高割合群(SH)
- 100床以上 20%未満：大中規模低割合群(LML)
- 100床以上 20%以上：大中規模高割合群(LMH)

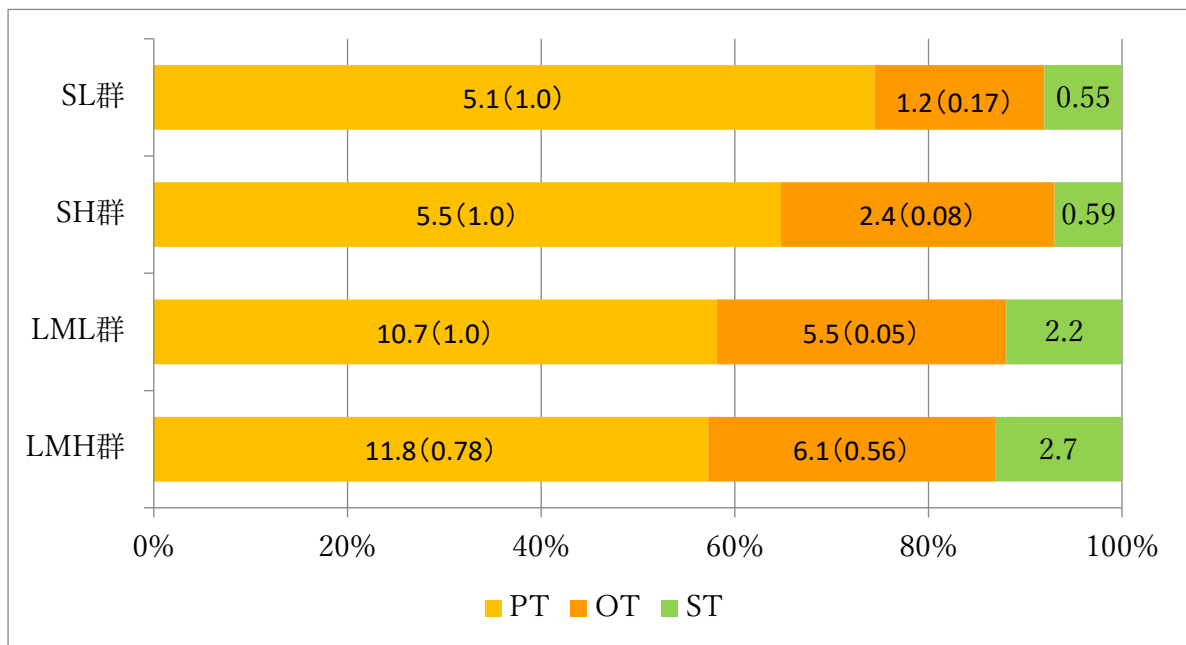


図 20 : PT・OT・ST 平均在籍割合

グラフ内の数字は平均人数 () は専従

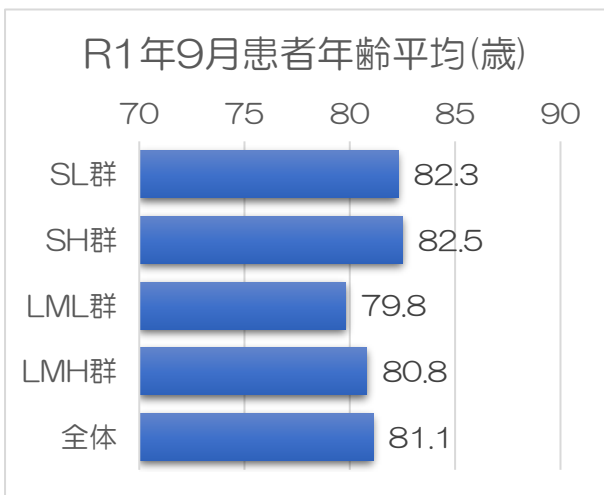
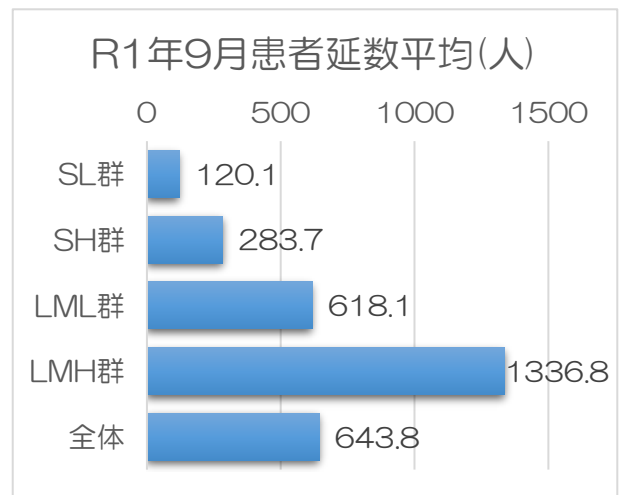
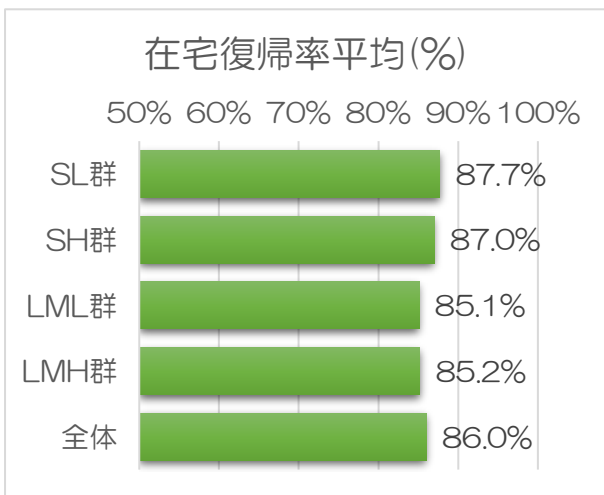
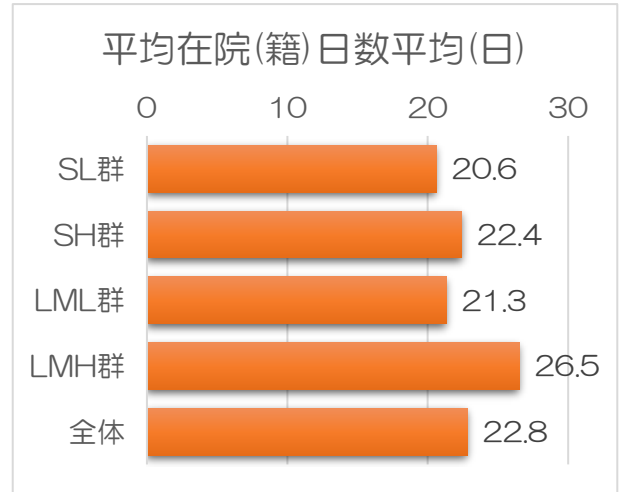
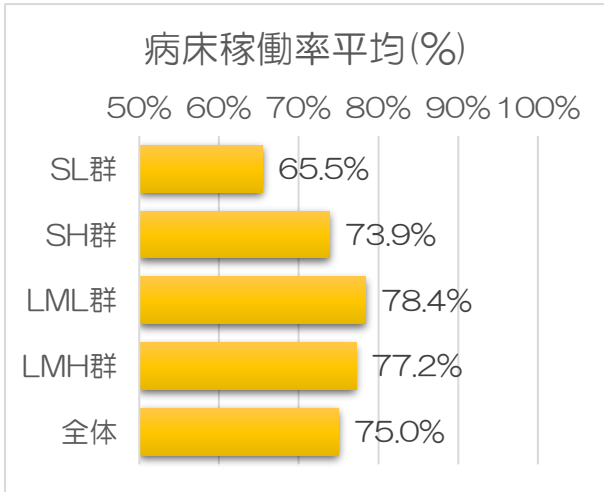


図 21：各群の稼働状況集計

- ・在宅復帰率平均
- ・患者年齢平均
- ・平均座位日数平均
- ・患者延数平均

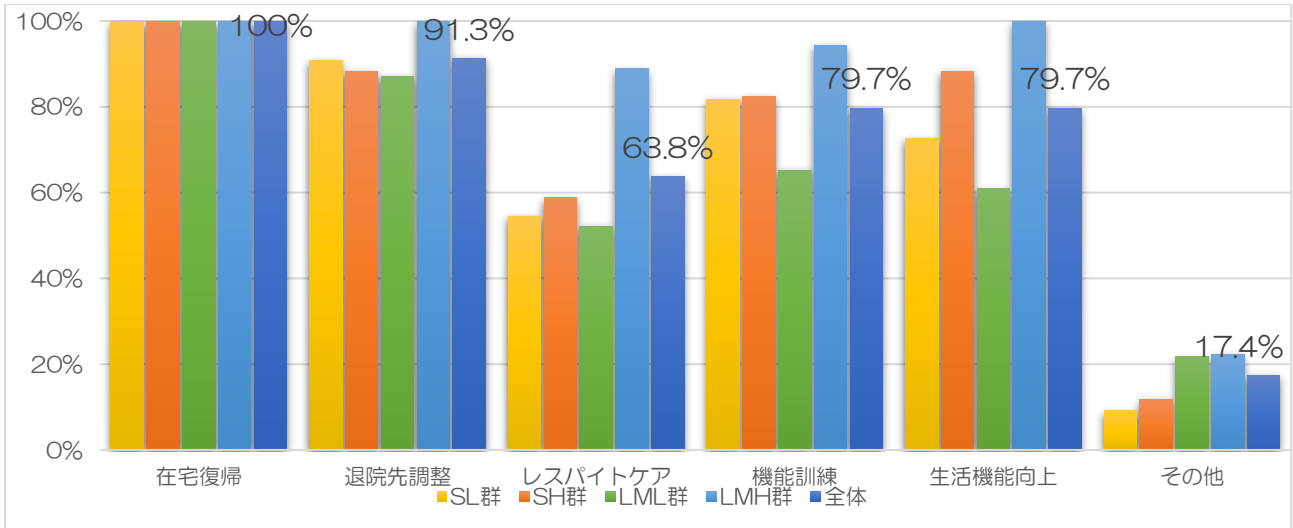


図 22：入棟(病床)目的：回答施設数割合（令和元年9月在籍患者）

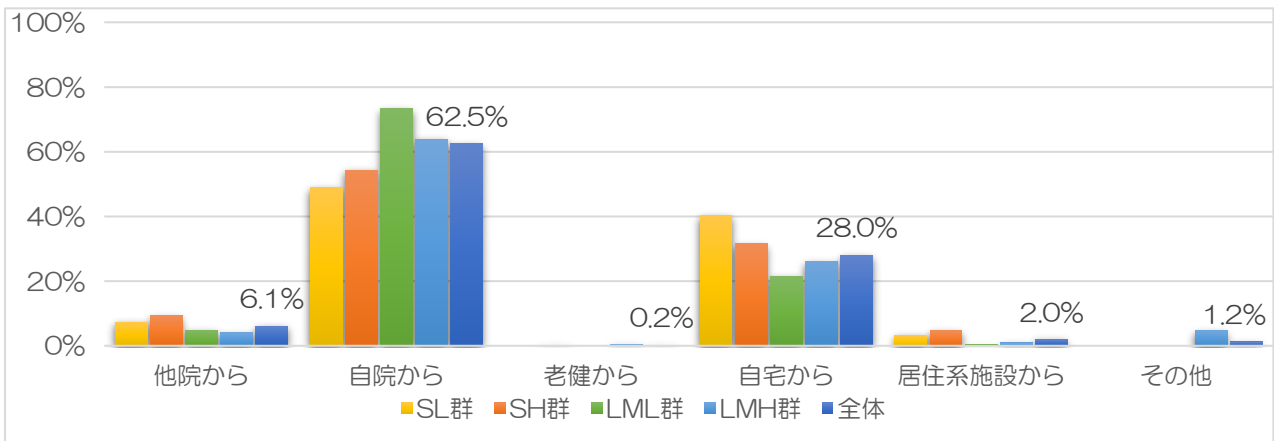


図 23：入棟(病床)者来歴別割合平均（令和元年9月在籍患者）

※各施設来歴合計数に対する来歴別割合から算出

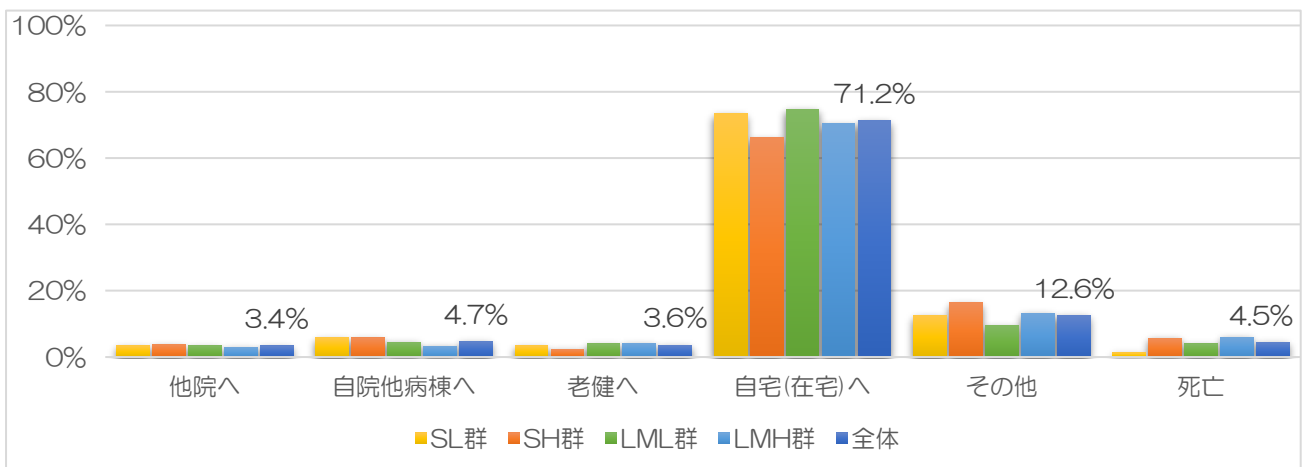


図 24：退院転出者退院転出先別割合平均（令和元年9月在籍患者）

※各施設退院転出合計数に対する退院転出先別割合から算出

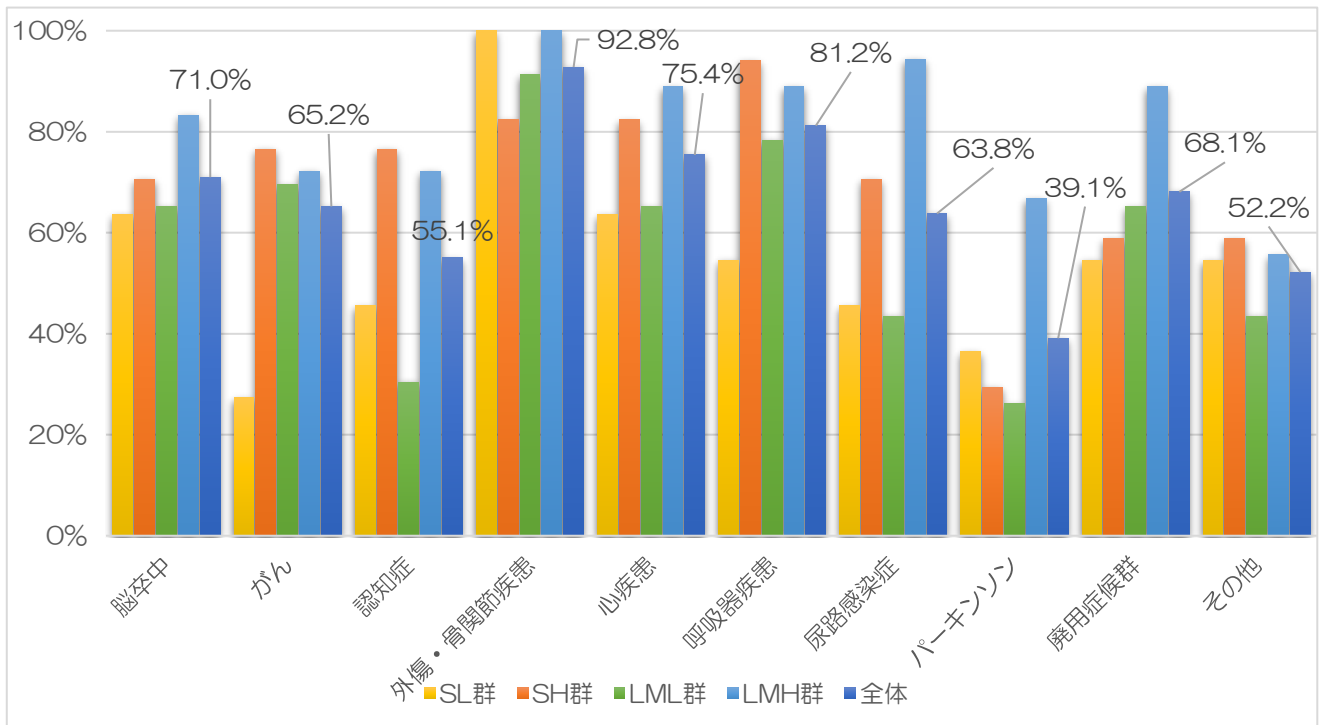


図 25：主疾患回答施設数割合（令和元年 9 月在籍患者）

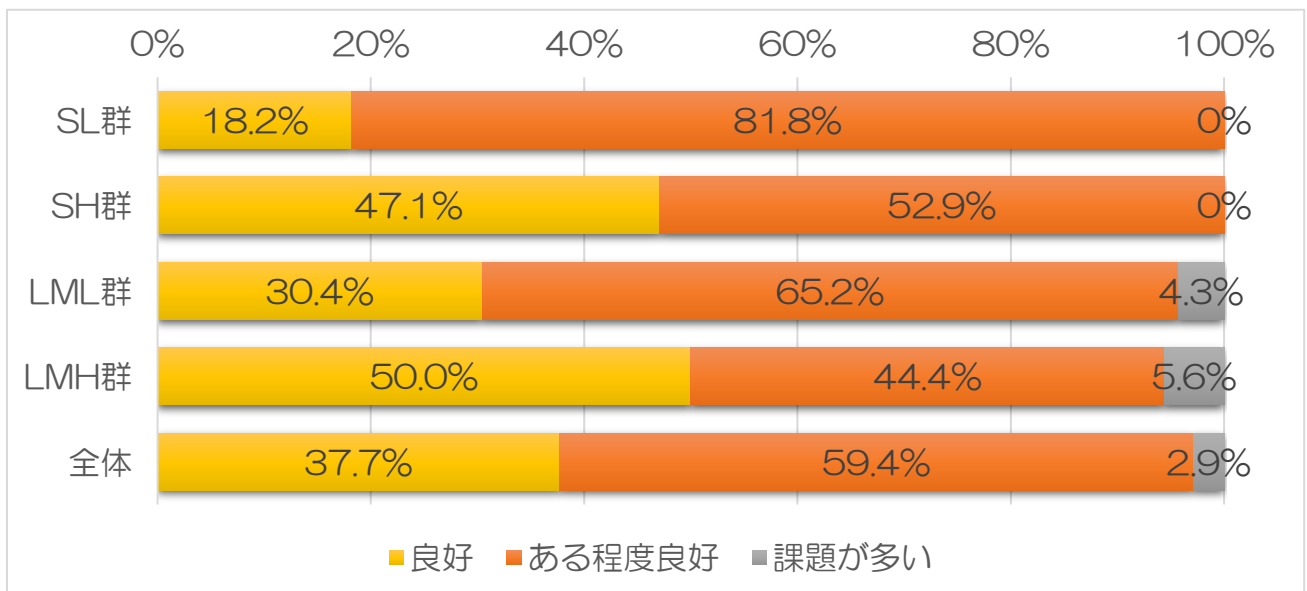


図 26：地域連携の認識

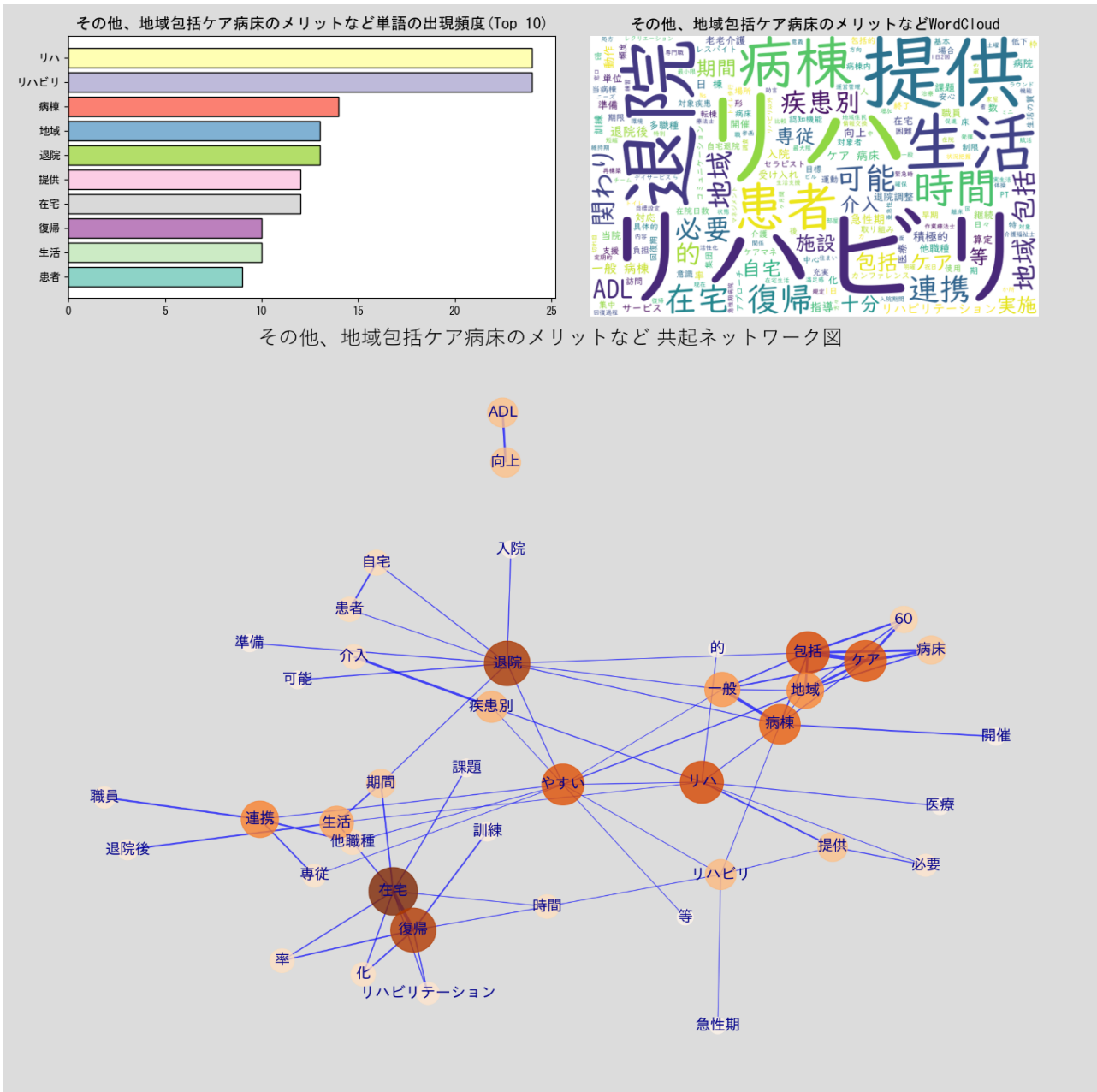


図 27：その他、地域包括ケアを担うリハビリにとって、地域包括ケア包括（床）の長所など（テキストマイニング）

テキストマイニングの結果、最も中心性が高いノードは【在宅】、次いで【復帰】、【退院】、【地域包括ケア】が挙がっています。またネットワークの構造をみると【在宅復帰】、【退院】、【地域包括ケア】と【リハ】の3つの集団は（やすい）という形容詞を介して【連携】につながっています。

これらの事から下記に【在宅】【復帰】、【退院】、【地域包括ケア】【リハ】【連携】について実際の記述を示します。

「リハビリ」に関して
•リハ職のマネジメント力が発揮しやすい
•リハビリが専従で在るため、退院まで関わることができ、また時間の融通もきく
•一般病棟では在院日数の都合上継続的リハビリが困難なことがあるが、より時間をかけリハビリを継続することができ、こうしたことを通して様々な問題を把握しやすかったり、退院調整が十分にできたり、早期に自宅や住み慣れた地域の施設に帰っていただきやすかったりする
•疾患別リハビリの枠にとらわれずにリハビリの提供が可能である
•サブアキュートに対し、入院でのリハビリ実施が行いやすい
•リハビリの目標として在宅復帰率を意識して取り組むことがポジティブに働く
•入院日数が決まっているため退院に向けてゴール設定等、プランが立てやすく、また、在宅復帰という明確な目標設定により、在院期間中の ADL 訓練の充実や退院に向けた課題が見えやすい

「退院」・「在宅・復帰」に関して
•退院前訪問など院外での支援が行いやすい
•自宅や施設復帰に向けて、退院後の 1 日、1 週間など生活スケジュールにあわせて対応するなどより具体的な実生活に近い形でのリハビリを提供することができる
•地域の実情に合わせた退院支援に向けて、より密な打ち合わせを行うことにより、退院後の生活を安心して送れるようサポートしていくことができ、介護保険サービスや自宅の環境調整を行い、患者やご家族に安心して退院してもらうために役立つ
•60 日という日数基準があるため、積極的な退院調整をしなければならないという雰囲気は自然に構築されたり、退院調整のカンファレンスが確立し、計画的なリハビリが提供できたりするようになった。

「地域包括ケア」・「連携」に関して
•目標、期日がより具体的に決まっていたり、リハビリに限定されずより日常生活に近い取組みを行ったり、地域連携が必要となるために、多職種連携による生活の質の向上に取り組みやすかったり、自施設に限定されないケアマネジャーや他紙施設職員とのコミュニケーションも増加したりする
•一般急性期病棟より地域包括ケア病棟の看護スタッフなど療法士以外のスタッフが生活の視点で介入できるため、生活リハビリや退院に向けたリハビリ的な介入が協働しやすい
•急性期病院との連携が増加する

その他

•レスパイト対応など緊急時に地域住民のニーズに 대응することができる

•回復期リハビリテーションは遠方で利用ハードルが高くなるが、包括ケア病棟（病床）は地域と距離が近く、家族の負担が軽減し、回復期のリハビリに組みやすい

第3章 考察とまとめ

1. 地域包括ケア病床の役割

日本の大きな転機は、団塊の世代が75歳以上となる2025年、高齢化がピークを迎え、さらに人口減少が加速する2050年と考えられています。

そのような状況に対応するため、日本では、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を進めています。

そして、平成26年度の診療報酬改定では、「急性期治療を経過した患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支えるために」地域包括ケア病棟新設され、ポストアキュート機能、サブアキュート機能、在宅復帰支援機能を持つ病棟として、幅広く患者を受け入れています。

ポストアキュート機能として、急性期治療を受けた患者を受け入れ、その後のさらなる治療やリハビリを行っています。サブアキュート機能として、在宅や施設等からの患者を受け入れ、支援の再調整や急性増悪した症状の治療を行っています。

在宅復帰支援機能として、「病院完結型から地域完結型への移行」「医療・介護・福祉の連携」「本人の意思や選択に基づいたサービスの提供」を目指し、病院毎・病棟毎に退院後を見据えた様々な支援が提供されています。

病棟新設より時間が経過したことで、地域の実情や役割に応じて、「同一病院で急性期と地域包括ケア病棟を持つもの」「外部から積極的に地域包括ケア病棟に受け入れているもの」「いずれにも当てはまらないもの」「病院すべてが地域包括ケア病棟であるもの」の4タイプの地域包括ケア病棟がみられるようになりました。

新設された当初は、その活用方法について、いろいろと議論されましたが、現在では、地域包括ケア病棟は、地域の実情や課題に対して、重要な役割を担うものとなりました。一方では、診療報酬の面から、立ち上げる病院も多くみられましたが、忘れてはならないのは、地域包括ケアシステムの理念であり、それを支えるため、地域包括ケア病棟があり、地域の課題を反映した病棟機能であるということです。

2. 地域包括ケア病棟（床）の有効性について

国保直診施設の立地背景などによると思われる地域包括ケア病棟（病床）の設置背景の違いによる影響を考慮するために施設規模（100床未満か以上か）と地域包括ケア病床設置割合（全病床に占める割合が20%未満か以上か）により4郡に分けて調査結果を整理し、さらにテキストマイニングで得られたワードをベースにその内容を自由記載内で確認して地域包括ケア病棟（床）の有効性について検討しました。

はじめに、各群における療法士の在籍状況は、理学療法士の在籍平均数は小規模施設（SL群・SH群）では5人強、大中規模施設（LML群・LMH群）ではその2倍程度、作業療法士の在籍平均数は小規模低割合群（SL群）で約1人、小規模高割合群（SH群）でその2倍、大中規模施設（LML群・LMH群）ではさらにその2倍程度、言語聴覚士の在籍平均数は小規模施設（SL群・SH群）では0.5人強、大中規模施設（LML群・LMH群）ではその4倍程度でした。なお、専従療法士としては理学療法士1名が多く、

大中規模施設（LML 群・LMH 群）では作業療法士が加わります。

稼働状況としては、病床稼働率の平均は施設規模が大きいほど高い傾向があり全体では 75.0%、平均在任日数も施設規模が大きいほど、また地域包括ケア病床数の割合が高いほど長い傾向が認められ、在宅復帰率の平均は施設規模が大きいほど低い傾向があり全体で 86.0%でした（図 21：各群の稼働状況集計参照）。また令和元年 9 月 1 ヶ月間の患者延べ数の平均は当然ではあるがその病床数が多いほど多くなるが、患者年齢の平均は小規模施設（SL 群・SH 群）の方が高い傾向でした。

小規模低割合群（SL 群）の施設の立地背景がより少子高齢化人口減少が進んでいることが予想され、こうした中では病床稼働率もやや低くなり、入院患者の平均年齢も高くなるとともに、退院後の生活場所の選択性が低い一方施設自体が地域密着型であるために在宅までの一貫性もあって在宅復帰率がやや高くなるのではないかと思います。一方、大中規模施設（LML 群・LMH 群）においては、より患者数も一定数存在することや継続的リハビリに特化した入院が想定されやすく、病床稼働率もやや高く、平均在院日数もやや長くなり、退院後の選択幅も広くこのことが在宅復帰率をやや低くしている可能性が考えられます。これらは地域包括ケア病棟（病床）の地域の実情に応じた運用が可能であることを示しているとも言え、地域包括ケア病棟（病床）の有効性の一つと言えます。

入棟（病床）目的（図 22：入棟（病床）目的参照）としては、どの群も在宅復帰は当然のこととして、大中規模高割合群（LMH 群）では退院先調整、レスパイトケア、機能訓練、生活機能向上いずれも比較的高い割合を示し、地域包括ケア病棟（病床）を多機能・多角的に利用していることが考えられます。一方小規模施設（SL 群・SH 群）では、退院先調整、機能訓練、生活機能向上が比較的高い割合を示し、在宅復帰に向けた取り組みに利用されていることがうかがえます。これらに比し大中規模低割合群（LML 群）では退院先調整が比較的高い割合を示し、地域包括ケア病棟（病床）自体が施設内で占める割合が少ないという背景のもと、次の生活場所へのつなぎとしての機能を高く持っていることを示している可能性があると思われます。レスパイトケアは地域包括ケア病棟（病床）の大きな役割の一つであると考えられますが、実際には大中規模高割合群（LMH 群）を除きその目的となっている割合は相対的に低く、周辺施設の機能差（ショートステイの利用しやすさなど）を反映している可能性があります。

これらの目的の幅を見ると、地域包括ケア病棟（病床）は、キュアの間としてよりもケアの間として多機能的に利用することができ、急性期医療と在宅をつなぐあるいは在宅生活の継続をサポートする点でその有効性を発揮していると言えます。

来歴別の割合では、自院からの入棟（病床）が多く特に大中規模施設（LML 群・LMH 群）に多い傾向が認められる一方、小規模施設（SL 群・SH 群）では自宅からの入棟（病床）も一定割合認めます。また、小規模施設（SL 群・SH 群）では他院からの入棟（病床）もわずかながら大中規模施設（LML 群・LMH 群）より多くなっています。

退院転出先別の割合では、全ての群において自宅（在宅）が圧倒的に多くの 70%前後の割合を占めており、次いで特別養護老人ホームなど居住系施設を含むその他が 10%前後の割合となっている。小

規模高割合群（SH 群）、大規模施設（LML 群・LMH 群）では 5%前後の死亡も認められ、一定看取りの場として利用されている可能性があります。

小規模施設（SL 群・SH 群）では、自院での急性期治療後の入棟（病床）に加え、自宅での機能低下、生活や介護の立て直しなどによると思われる自宅から、あるいは急性期病院からの急性期治療後の入棟（病床）で利用が開始され、在宅移行を目指し、一部施設移行や看取りの対応を、大中規模施設（LML 群・LMH 群）では多くを自院での急性期治療後の入棟（病床）、一部自宅からの入棟（病床）で利用が開始され、在宅移行を目指し、一部施設移行や看取りの対応を行っていると思われます。立地背景などの影響はあると思われますが入棟（病床）から在宅移行への流れは、地域包括ケア病棟（病床）の特徴であり、その役割において有効性を示しているとも言えます。

令和元年 9 月 1 か月間の在籍患者の主疾患割合では、外傷・骨関節疾患がどの群でも多くパスなどで疾患回復過程が明確になっている疾患であり病棟運営上、同疾患の受け入れは有利となっている可能性があります。小規模低割合群（SL 群）では、次いで脳卒中、心疾患、肺疾患、廃用症候群が、小規模高割合群（SH 群）では呼吸器疾患、心疾患、認知症、がんが、大中規模低割合群（LML 群）では呼吸器疾患、がん、心疾患、廃用症候群が、大中規模高割合群（LMH 群）では尿路感染症、呼吸器疾患、心疾患、廃用症候群がそれぞれ比較的高い割合を示しています。

今回の調査において地域包括ケア病棟（病床）だけからなる地域包括ケア病院は 1 施設もなかったことより、サブアキュートとして一般的な急性期疾患を当初から受け入れている施設は少ないと思われる、今回調査で挙げられた疾患はいずれも急性期対応後の入棟（病床）が考えられるため、高齢者に比較的多い疾患が上位になるとともに、急性期を過ぎても在宅復帰がままならない場合のつなぎ、あるいは急性期疾患によって生活機能が低下してしまった患者への通常生活への立て直しを目的に利用されていると考えられ、これも地域包括ケア病棟（病床）の有効性の一つと考えられます。

地域連携の認識としては、全般にある程度良好以上と考えている施設が多いものの、大中規模施設（LML 群・LMH 群）では一部課題が多いとの認識もあり、地域資源との距離感を示している可能性が考えられました。また、地域包括ケア病床の割合の高い群（SH 群・LMH 群）の方がより良好と考えている割合が高く、地域包括ケア病棟（病床）があることがより地域連携を意識することにつながっている可能性が考えられます。またテキストマイニングの結果からも、退院前カンファレンス等での情報提供による医療介護連携がキーワードとして挙がっており、頻回に地域関係者と会議を持てる地域包括ケア病棟（病床）において連携が進めやすさにつながっているものと思われました。さらに、自由記載「その他、地域包括ケアを担うリハビリにとって、地域包括ケア包括（床）の長所など」に対する自由記載からテキストマイニングを行って得られたワード「リハビリ」「退院」「在宅・復帰」「地域包括ケア」「連携」などに対してその内容を検討すると、「リハビリ」に関しては、専従で一定期間時間をかけてある程度自由度をもってリハビリに取り組めること、在宅復帰が大きな目的であるためにゴール設定やプランが立てやすく取り組みやすいといった意見が、「退院」「在宅・復帰」に関しては、実生活に近い形のリハビリ提供や、地域の実情に合わせた退院計画・退院調整への取り組みができるといった意見が、「地域包括ケア」「連携」に関しては、自施設内多職種連携の充実に加え自施設外の施設や多職種との連携や急性期病院との連携などの増加が認められるといった意見が、その他地域住

民のニーズに応じた対応も可能となるといったような意見を認めます。

このことから地域包括ケア病棟（病床）の仕組みや存在を介して、かかわるスタッフがより地域連携を意識する仕組みとなっていると思われました。

本調査から得られた情報をもとに地域包括ケア病棟（床）の有効性を検討すると

- 地域の実情に応じた運用が可能であること
- キュアの間としてよりもケアの間として多機能的に利用することができ、急性期医療と在宅をつなぐあるいは在宅生活の継続をサポートすることができること
- 入棟（病床）から在宅移行という基本的流れを構築できること
- 急性期を過ぎて在宅復帰がままならない場合のつなぎ、あるいは急性期疾患によって生活機能が低下してしまった患者への通常生活への立て直しなどに利用できること
- より地域連携を意識できること

があげられ、実際こうした有効性につながる取り組み長所としては

- 専従で一定期間時間をかけてある程度自由度をもってリハビリに取り組み、在宅復帰が大きな目的であるためにゴール設定やプランが立てやすく取り組みやすい
- 実生活に近い形のリハビリ提供や、地域の実情に合わせた退院計画・退院調整への取り組みができる
- 施設内外での多職種連携の増加が期待できる

といった意見があり、これらが地域包括ケア病棟（床）の有効性につながっていると思われています。

3. 専従者の役割とスタッフ運用

地域包括ケア病棟専従者の業務、役割としては、地域包括ケア病棟に入棟されている患者のリハビリテーションの提供はもちろんのこと、リハビリテーション実施単位数の確認など、診療業務のみならず、運営の管理等も必要です。

ここでは、今回のアンケート結果に基づいて、これらの点について考察したいと思います。

■リハビリテーション専門職の配置とスタッフ運用について

地域包括ケア病棟の施設基準では、専従の理学療法士、専従の作業療法士または言語聴覚士が1名以上配置されていることとされています。

リハビリテーション専門職の専従の配置状況は、前項の通り多くの施設が理学療法士1名での運用が多いという結果でした。この結果の理由については、専従者登録数は要件を満たす最低数の1名を登録し、専従以外のリハスタッフで地域包括ケア病棟以外の入院患者や外来患者、訪問リハビリ等の業務運営、また地域活動である介護予防事業等への支援を継続していくためという回答がみられ、地域包括ケア病棟以外の診療業務や他の活動に影響がでにくいよう配置を工夫されていることがわかります。一方で地域包括ケア病棟の役割を担うためには専従以外の関りも非常に重要であるものの、とりわけ専従者の役割は大きいものです。その業務は、経営にかかる管理マネジメント、地域包括ケア病棟でのリハビリ活動や効果の見定め、情報収集と共有、院内外での連携など多岐にわたります。その為、専従者には俯瞰的観察力、コミュニケーション力、実行力などが望まれます。

地域包括ケア病棟のリハビリの特徴は、生活・在宅支援に CARB 活用の有効性がきちんと示されていることです。その機能を生かした機能訓練的な関りと ADL や参加活動への計らいには、リハビリ専門職の関与の量的バランス及び病棟との連携が重要となります。疾患や身体機能の重症度に関わらず、その人の望む生活に繋がるリハビリの実践には PT・OT・ST が協力して関われる体制づくりが必要であると考えられます。

■リハビリテーション提供単位数の管理とスタッフの運用について

地域包括ケア病棟では、リハビリテーションを提供する患者については、1 日平均 2 単位以上を提供していることが必要要件となります。もちろん、地域包括ケア病棟専従者のみのリハビリテーション提供単位数だけでは達成はできません。そのため、包括ケア病棟専従者以外のリハスタッフによる介入は必須と思われませんが、今回のアンケート結果でも同様の結果が示されています。

さらに、平均単位取得に向けた取り組みとしては、リハビリテーション専門職の増員や土曜日、日曜日、祝祭日が休みとなっている病院では、休日出勤や 365 日の運営に転換した病院もありました。また、平均単位数は地域包括ケア病棟において延べ入院日数に対する取得単位数であるため、病態の変化やリハビリテーションの必要性などからリハビリテーション処方継続か中止かを医師等との密な調整や、包括ケア病棟のリハの特徴でもある補完・代替リハビリテーション治療（CARB）との併用やしてリハビリテーションの提供をしている工夫がみられました。

上述のようにリハビリテーション提供単位数の管理とスタッフの運用については、包括ケア病棟専従者だけの役割とはいきれないところもありますが、リハビリテーション提供単位数のデータ管理を電子カルテやエクセルシートを活用しシステム化していくことはもちろんのこと、各病院でも取り組まれていた包括ケア入棟者の対象者を選定する「包括ケア病棟対象患選定会議」や「ベッドコントロール会議」「病棟ラウンド」などにリハ専門職は積極的に参加することが重要であるようです。そこでは、医師や看護師、ソーシャルワーカー、医事スタッフ等とリハビリテーション単位数要件を満たせるかの単位数だけではなく、重症度や在宅復帰率などについても意見交換、協議を行い、包括ケア病棟運営に参加、病院運営に関与していくことが大切です。

■リハ専従者の包括ケア病棟でのチーム構成員としての役割

地域包括ケア病棟はポストアキュート機能、サブアキュート機能、在宅復帰支援機能を持つ病棟として、運用、活用されています。求められる病棟の機能としては、在宅生活や施設生活の復帰を視野に生活機能の向上に向けたアプローチが必要となります。今回のアンケート調査では、病棟ミーティングへの参加や定期的な個別カンファレンスの開催、退院時カンファレンスへの参加等が多く施設で行われており、また参加職種も医師や看護師、介護福祉士、リハ専門職、ソーシャルワーカー、栄養士など多くの職種が参加され、チームでのアプローチが実践されているようでした。よりチーム力を高めるためにはリハ専従者はチームの構成員のひとりとして、質を高めていくことがより求められるように思います。

最後に、地域包括ケア病棟では、ポストアキュート機能以外に、自宅や施設で生活されている方が何らかの疾患で生活の継続が困難になった場合にも入院受け入れが可能です。リハ専従者等はより地域との情報共有を行い、在宅・施設生活者の生活機能の維持を保障するために運用・活用できるよう

なマネジメント能力を高め、病院体制の整備にも取り組む事が求められます。

■人材育成について

今回の調査において地域包括ケア病棟（病床）を運営するにあたり人材育成の有無について地域包括ケア病棟を設置している施設の約半数が行えていませんでした。また、人材育成を行いたい具体的な方法がわからないとの回答も多く見られその方法に悩む現状が明らかになりました。

これまで考察したとおり種々の要件を満たしながら病棟運営を行い、他職種や地域と連携しながら退院支援するなどリハ職として高度なスキルが求められているなかで人材育成は重要な課題のひとつといえます。その点においては、病院単独の取り組みには限界があり、国診協が実施する人材育成制度の活用も一つの方法として期待されます。

4. まとめ

国保直診施設における地域包括ケア病棟（床）運用の実態調査を行いました。

直診施設では地域特性に応じ、地域包括ケア病棟を柔軟に活用した在宅復帰支援がなされていました。多くは、急性期治療後の高齢者を受け入れて（ポストアキュート）、生活の立て直しを図り、在宅に繋ぐ役割（在宅復帰支援機能）を担っていました。また、レスパイトを含む在宅療養者を受け入れ（サブアキュート）、長期的に在宅生活の継続をサポートするなど、地域包括ケアシステムを支える病棟として有効に活用されています。実際、入棟時から在宅という明確な目標に向け、多職種連携のもとで計画的な支援を行う努力があらこちらに見られていました。一方で、在宅療養者の急性増悪にともなう受け入れ（在宅等緊急受入機能）は、これまで十分に発揮できていない状況にあるようでした。

2022年の診療報酬改定において、国は地域医療構想の実現に向けた方針を打ち出しました。即ち、地域包括ケア病棟には、これまで以上に多くの在宅患者を受け入れてリハビリテーション機能を発揮し、生活・在宅復帰支援を求めています。更に、高齢化とともに増加するマルチモビディティ患者を支え、QOLの向上を目指す働きにも大きな期待が寄せられています。これらの実現のため、直診の地域包括ケア病棟では、これまでのあり方を継続しつつ軽度急性期患者への対応の整備が必要であるといえます。

しかしながら、それぞれの地域の特徴を背景に、必要な病棟役割のバランスには多様性があると考えられます。さらに、病棟の運用には、医師をはじめとする専門職の確保や経営上の問題など、いくつかの課題もうかがえました。地域包括ケアシステムの重要な役割を担う地域包括ケア病棟が、地域の実情に合わせてさらに効果的に展開できるよう、継続した活動と制度への働きかけを図りたいと考えます。

さらに、私たちが目指す在宅復帰支援とは、単に在宅や住み慣れた場所への退院を目指すものではなく、その人らしく暮らすための生活を取り戻すことにあります。そのため、地域包括ケア病棟には、退院後の暮らしやその人らしさの実現を目指した取り組みや繋がりが求められます。関りのアウトカムは個々のQOLの向上であるとも言われており、まさに、地域リハビリテーションの実践といえます。それゆえ、地域包括ケアに資する人材育成は、急務であると同時に時代の移り変わりに適応しながら続くよう、地域医療をリードする直診の仲間が一体となって取り組む課題であろうと考えます。

資料編

1. アンケート質問紙

地域包括ケア病棟(病床)におけるリハビリテーションにかかるアンケート

所属部署:
記入担当者氏名:

1 施設基本情報

令和1年10月1日現在の貴施設の情報について、四角の枠内に回答を記入してください。

(1) 病院名
(2) 所在都道府県名
(3) 病床数(休床含む)

【一般病床】

① 病床数(一般病棟 計) 床
①-1 うち地域包括ケア病棟の病床数 床
①-2 うち回復期リハビリテーション病棟の病床数 床
①-3 うち緩和ケア病棟の病床数 床

【療養病床】

② 病床数(療養病床 計) 床
②-1 うち地域包括ケア病床の病床数 床
②-2 うち医療療養病床の病床数 床
②-3 うち介護療養病床の病床数 床

(4) 診療科目数 科目

(5) 看護体系
① 一般病棟の看護体系 対 1
② 療養病床の看護体系 対 1

(6) DPC対象の有無 ←有無を選択

(7) 専門職の従業員数(※非常勤含む)

① 医師数 人
② 看護師数(准看護師含む) 人
③ 療法士数 PT: 人 OT: 人 ST: 人

※(3)①-1及び(3)②-1 地域包括ケア病棟(病床)の病床数 に1以上の数値を記入された場合、すなわち地域包括ケア病棟を持つ場合は、次の設問「2 地域包括病棟(床)について」にお進みください。地域包括ケア病棟の病床を持たない場合は、最後の設問「3 地域包括ケア病棟の開設予定」にお進みください。(「2 地域包括病棟(床)について」の設問は回答不要です。)

2 地域包括ケア病棟(床)について

(1) 現状について(令和1年10月1日現在)

1) 開設年次 年
2) 届出数: 病棟数 病棟 病床数 床
3) 届出特定入院料区分
① 入院料: ←1~4のうちいずれかを選択
② 管理料: ←1~4のうちいずれかを選択

- 4) 看護職員配置加算(実績) ←有無を選択
- 5) 看護補助者配置加算(実績) ←有無を選択
- 6) 看護職員夜間配置加算(実績) ←有無を選択
- 7) 入退院支援加算(実績) ←有無を選択
- 8) 病床稼働率(実績) % ※令和1年(平成31年)4月～9月の6か月間の実績
- 9) 重症度、医療・看護必要度
- ①評価方法 ← I、IIのうちいずれかを選択
- ②実績 点
- 10) 平均在院(籍)日数 日 ※令和1年(平成31年)4月～9月の6か月間の実績
※病棟(床)に入院、転棟されてから退院、転出されるまでの平均日数
- 11) 在宅復帰率 % ※令和1年(平成31年)4月～9月の6か月間の実績
- 12) リハビリ算定単位数 単位 ※令和1年(平成31年)4月～9月の6か月間の実績

(2) 地域包括ケア病棟(床)の患者情報について

令和1年9月に、地域包括ケア病棟(床)に在籍した患者情報をご紹介します。

- 1) のべ患者数 人
- 2) 平均年齢 歳
- 3) 入棟(病床)目的(複数回答可、当てはまる選択肢に○を付けてください)
- ①在宅復帰
- ②退院先調整
- ③レスパイトケア
- ④機能訓練
- ⑤生活機能向上
- ⑥その他
- 4) 来歴
- ①他院から(他院から直接地域包括ケア病棟(床)へ) 人
- ②自院から 人
- ③老健から 人
- ④自宅から(在宅) 人
- ⑤グループホーム等居住系施設から 人
- ⑥その他 人
- 5) 退院、転出先歴
- ①他院へ 人
- ②自院(他病棟)へ 人
- ③老健へ 人
- ④自宅へ(在宅) 人
- ⑤その他(介護医療院、特養、グループホーム他) 人
- ⑥死亡 人

6) 主疾患（複数回答可、当てはまる選択肢に○を付けてください）

- ①脳卒中
- ②がん
- ③認知症
- ④骨折・外傷・質関節症等
- ⑤心疾患
- ⑥呼吸器疾患
- ⑦尿路感染症
- ⑧パーキンソン病、症候群
- ⑨廃用症候群
- ⑩その他

(3) 院内多職種協働、地域連携について

1) 在宅復帰支援のための院内多職種協働について

※ある程度計画的な取り組みとして行っている事柄について、下記の欄(活動項目、担当職)に○を入力ください。

	主治 医	Ns .	リハ職	介護 職	MSW (SW)	管理 栄養 士	歯科 衛生 士	薬剤 師	その 他
機能訓練(個別、集団)									
リハレク									
ADL訓練									
摂食機能練習									
リハ栄養(NST)									
口腔ケア									
認知症ケア									
家族との調整									
ケアマネ(地域)調整									
退院前訪問									
退院後訪問									
病棟内カンファ									
サービス担当者会議									
その他									

2) 地域連携について（当てはまる選択肢1つに○を付けてください）

- ①良好
- ②ある程度良好
- ③課題が多い

→「③課題が多い」を選択した場合、下記に課題の内容をご記入ください。

--

3) 人材育成に関する状況について

①地域ケア病棟を運営するにあたり人材の育成を行っていますか？

②上記の質問で「はい」を選択した方に質問です。その手法に○を付けてください。

- A: OJT
- B: 事業所内教育プログラムの整備
- C: 外部教育(研修会等の助成)
- D: その他

→「D:その他」を選択した場合、下記にその内容をご記入ください。

③上記の質問で「いいえ」を選択した方に質問です。今後の方針についてお答えください。

- A: 人材育成を行いたい具体的な方法が分からない
- B: 特に考えていない
- C: すでに計画巾中である
- D: その他

→「D:その他」を選択した場合、下記にご意見等何でもご記入ください。

(4)リハビリテーションについて

※療法士の方にご回答願います。療法士以外の方は回答は終了です。ご協力ありがとうございました。

1) 地域包括ケア病棟(床)担当療法士の数

①専従 PT: 人 OT: 人 ST: 人

②専従以外での関わり PT: 人 OT: 人 ST: 人

2) 補完代替リハビリテーション(CARB)の実施有無 ←有無を選択

→「有」を選択した場合、内容等をご紹介ください。

3) 地域包括ケア病棟(床)のリハビリ実施、施設基準上の課題や工夫を教えてください。

①リハ職専従要件を満たすための工夫

②1日2単位実施の工夫

③算定や記録等運用管理上の工夫

④リハビリ職として「対象患者選定会議等」病棟運営への関与の実際について

⑤院内多職種連携のための看護、介護、栄養等への働きかけ

⑥地域連携のための医療機関、施設、ケアマネ、訪問リハ等医療介護連携への働きかけ

⑦その他、地域包括ケアを担うリハビリにとって、地域包括ケア病棟(床)の長所など

3 地域包括ケア病棟の開設(転換)予定について

※地域包括ケア病棟の病床を持たない施設のみご回答ください。

地域包括ケア病棟の病床を持つ施設については回答不要です。

現状や今後の予定について、当てはまるものを下記の選択肢から1つお選びください。

①今後、開設を予定している

②現在のところ開設の予定はない

③開設したいが、開設の目途は立っていない

→③を選択した場合、その理由を下記にご記載ください。

アンケートは以上です。ご協力いただき、ありがとうございました。

資料編

2. アンケート集計結果全体

地域包括ケア病棟におけるリハビリテーションにかかるアンケート集計結果

1 施設基本情報

(3) 病床数(休床含む)

【一般病床】

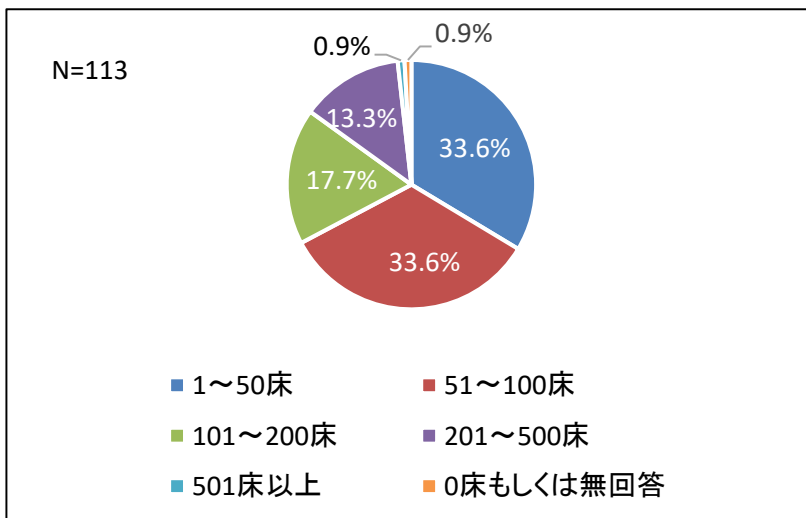
① 病床数(一般病棟 計)

■ 回答件数

選択肢	回答数
1～50床	38
51～100床	38
101～200床	20
201～500床	15
501床以上	1
0床もしくは無回答	1
合計	113

■ 回答割合

選択肢	回答割合
1～50床	33.6%
51～100床	33.6%
101～200床	17.7%
201～500床	13.3%
501床以上	0.9%
0床もしくは無回答	0.9%
合計	100.0%



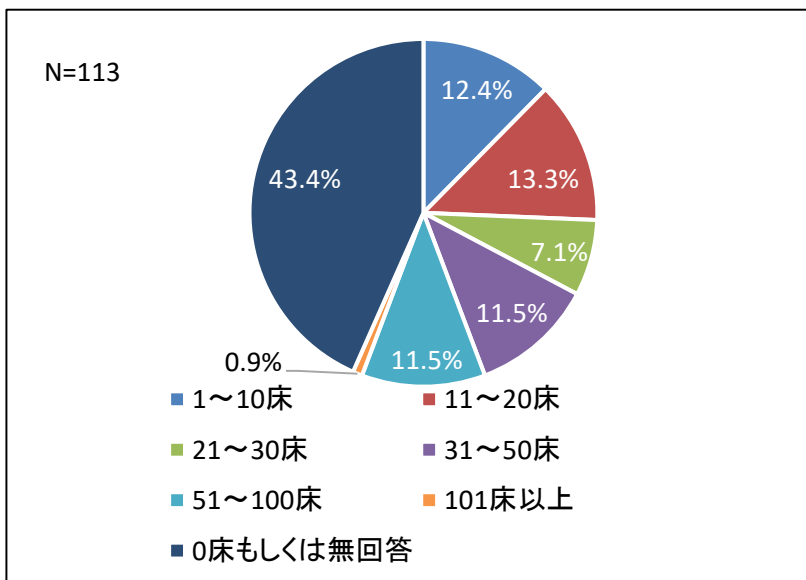
①-1 うち地域包括ケア病棟の病床数

■ 回答件数

選択肢	回答数
1～10床	14
11～20床	15
21～30床	8
31～50床	13
51～100床	13
101床以上	1
0床もしくは無回答	49
合計	113

■ 回答割合

選択肢	回答割合
1～10床	12.4%
11～20床	13.3%
21～30床	7.1%
31～50床	11.5%
51～100床	11.5%
101床以上	0.9%
0床もしくは無回答	43.4%
合計	100.0%



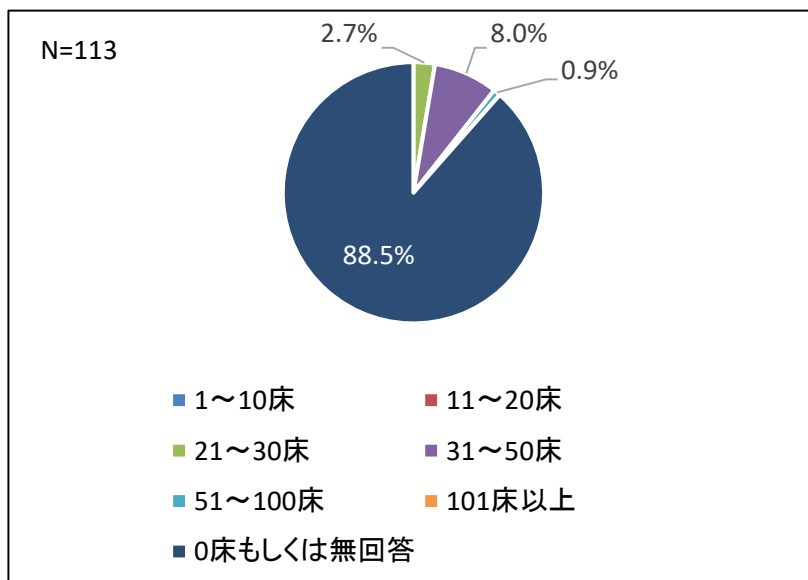
①-2 うち回復期リハビリテーション病棟の病床数

■回答件数

選択肢	回答数
1～10床	0
11～20床	0
21～30床	3
31～50床	9
51～100床	1
101床以上	0
0床もしくは無回答	100
合計	113

■回答割合

選択肢	回答割合
1～10床	0.0%
11～20床	0.0%
21～30床	2.7%
31～50床	8.0%
51～100床	0.9%
101床以上	0.0%
0床もしくは無回答	88.5%
合計	100.0%



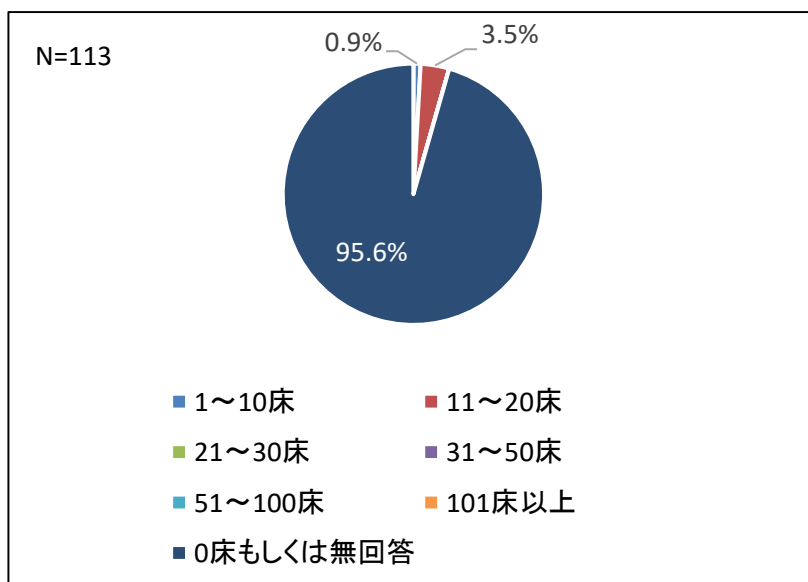
①-3 うち緩和ケア病棟の病床数

■回答件数

選択肢	回答数
1～10床	1
11～20床	4
21～30床	0
31～50床	0
51床～100床	0
101床以上	0
0床もしくは無回答	108
合計	113

■回答割合

選択肢	回答割合
1～10床	0.9%
11～20床	3.5%
21～30床	0.0%
31～50床	0.0%
51～100床	0.0%
101床以上	0.0%
0床もしくは無回答	95.6%
合計	100.0%



【療養病床】

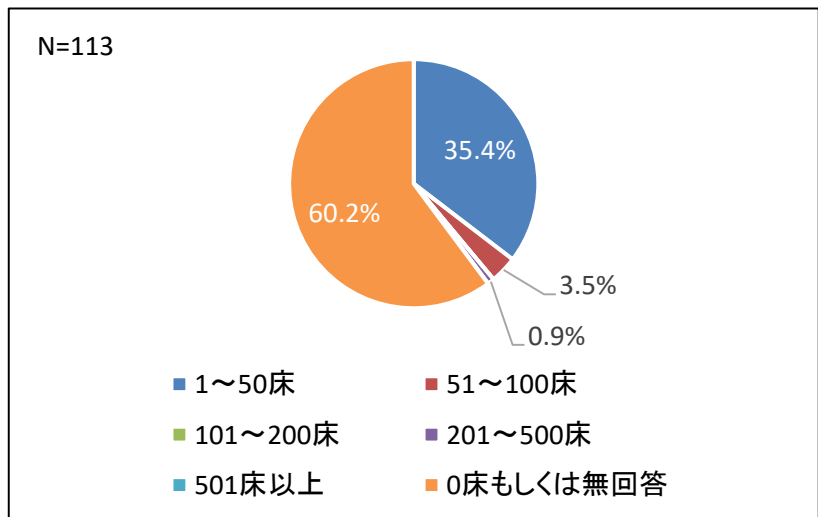
②病床数(療養病床計)

■回答件数

選択肢	回答数
1～50床	40
51～100床	4
101～200床	0
201～500床	1
501床以上	0
0床もしくは無回答	68
合計	113

■回答割合

選択肢	回答割合
1～50床	35.4%
51～100床	3.5%
101～200床	0.0%
201～500床	0.9%
501床以上	0.0%
0床もしくは無回答	60.2%
合計	100.0%



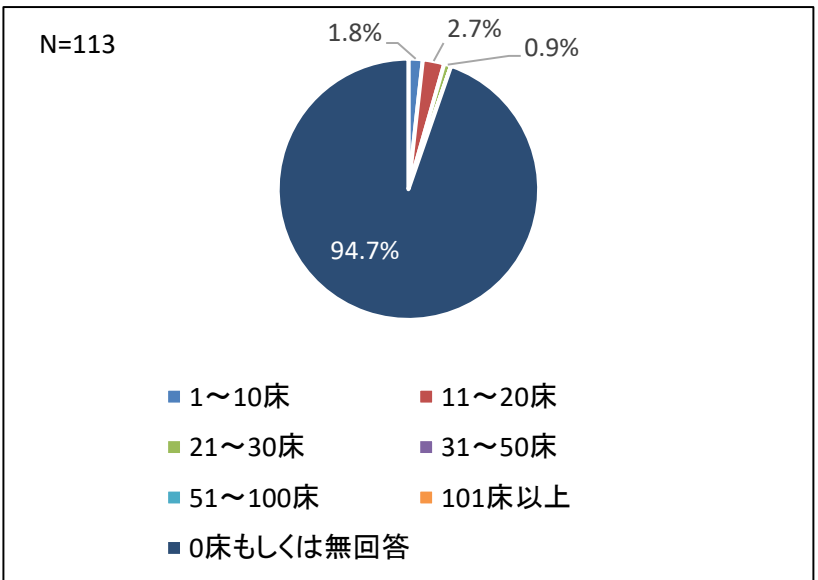
②-1 うち地域包括ケア病床の病床数

■回答件数

選択肢	回答数
1～10床	2
11～20床	3
21～30床	1
31～50床	0
51～100床	0
101床以上	0
0床もしくは無回答	107
合計	113

■回答割合

選択肢	回答割合
1～10床	1.8%
11～20床	2.7%
21～30床	0.9%
31～50床	0.0%
51～100床	0.0%
101床以上	0.0%
0床もしくは無回答	94.7%
合計	100.0%



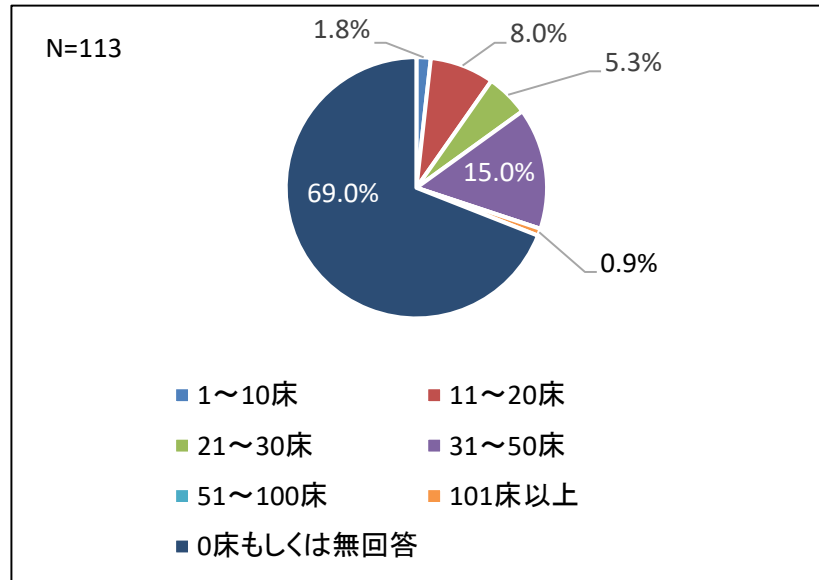
②-2 うち医療療養病床の病床数

■回答件数

選択肢	回答数
1～10床	2
11～20床	9
21～30床	6
31～50床	17
51床以上	0
101床以上	1
0床もしくは無回答	78
合計	113

■回答割合

選択肢	回答割合
1～10床	1.8%
11～20床	8.0%
21～30床	5.3%
31～50床	15.0%
51～100床	0.0%
101床以上	0.9%
0床もしくは無回答	69.0%
合計	100.0%



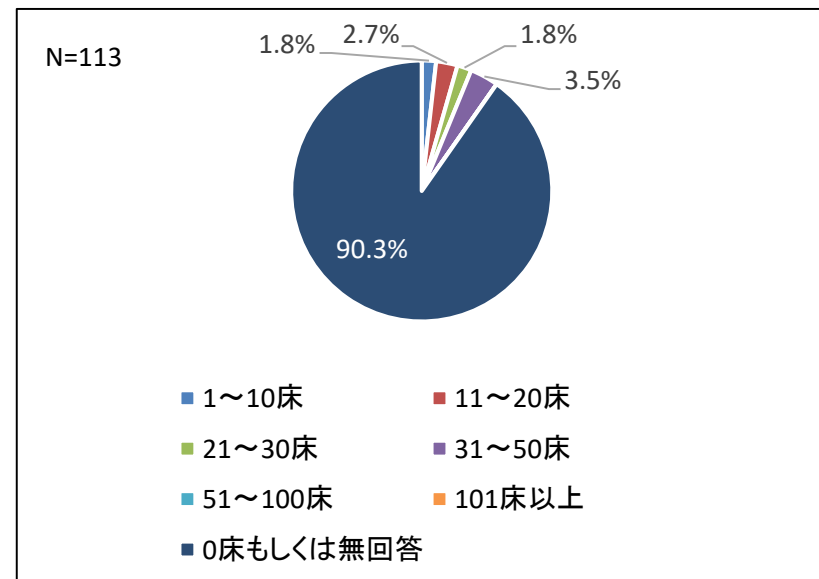
②-3 うち介護療養病床の病床数

■回答件数

選択肢	回答数
1～10床	2
11～20床	3
21～30床	2
31～50床	4
51床以上	0
101床以上	0
0床もしくは無回答	102
合計	113

■回答割合

選択肢	回答割合
1～10床	1.8%
11～20床	2.7%
21～30床	1.8%
31～50床	3.5%
51～100床	0.0%
101床以上	0.0%
0床もしくは無回答	90.3%
合計	100.0%



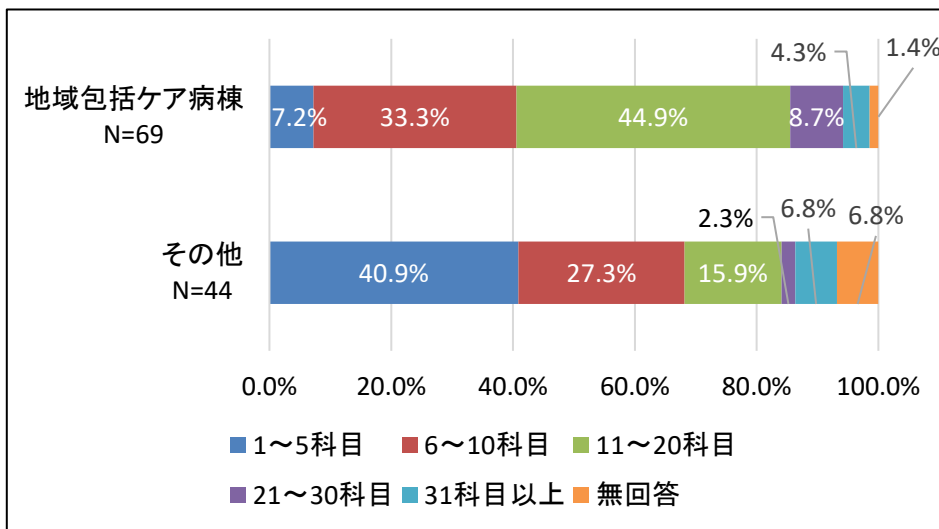
(4) 診療科目数

■ 回答件数

選択肢	地域包括ケア病棟	その他
1～5科目	5	18
6～10科目	23	12
11～20科目	31	7
21～30科目	6	1
31科目以上	3	3
無回答	1	3
合計	69	44

■ 回答割合

選択肢	地域包括ケア病棟 N=69	その他 N=44
1～5科目	7.2%	40.9%
6～10科目	33.3%	27.3%
11～20科目	44.9%	15.9%
21～30科目	8.7%	2.3%
31科目以上	4.3%	6.8%
無回答	1.4%	6.8%
合計	100.0%	100.0%



(5)看護体系

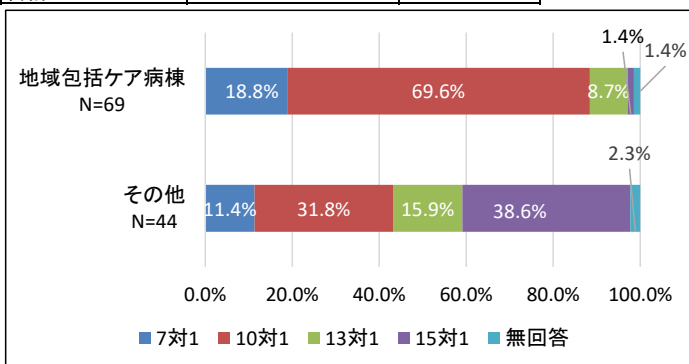
①一般病棟の看護体系

■回答件数

選択肢	地域包括ケア病棟	その他
7対1	13	5
10対1	48	14
13対1	6	7
15対1	1	17
無回答	1	1
合計	69	44

■回答割合

選択肢	地域包括ケア病棟 N=69	その他 N=44
7対1	18.8%	11.4%
10対1	69.6%	31.8%
13対1	8.7%	15.9%
15対1	1.4%	38.6%
無回答	1.4%	2.3%
合計	100.0%	100.0%



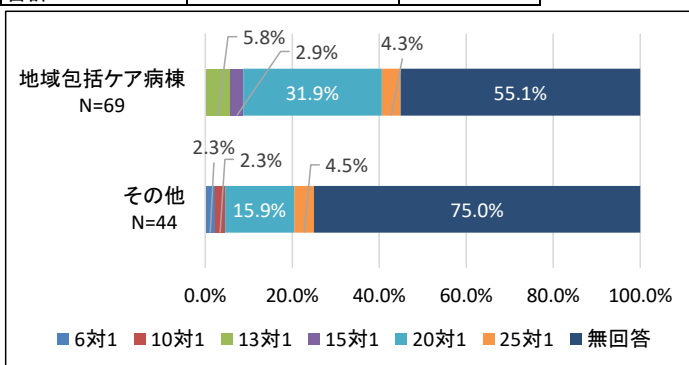
②療養病床の看護体系

■回答件数

選択肢	地域包括ケア病棟	その他
6対1	0	1
10対1	0	1
13対1	4	0
15対1	2	0
20対1	22	7
25対1	3	2
無回答	38	33
合計	69	44

■回答割合

選択肢	地域包括ケア病棟 N=69	その他 N=44
6対1	0.0%	2.3%
10対1	0.0%	2.3%
13対1	5.8%	0.0%
15対1	2.9%	0.0%
20対1	31.9%	15.9%
25対1	4.3%	4.5%
無回答	55.1%	75.0%
合計	100.0%	100.0%



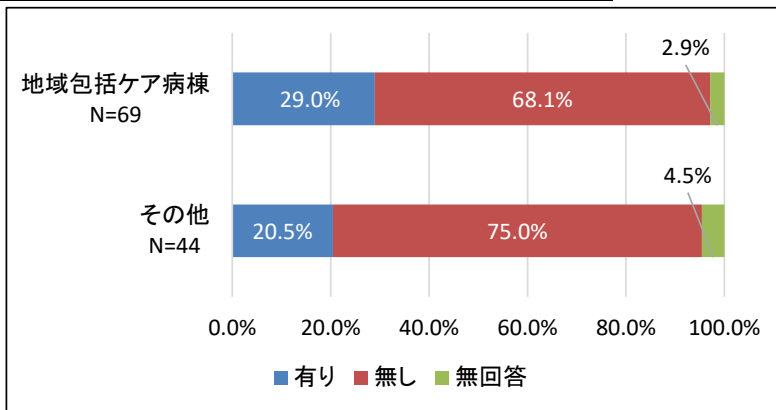
(6)DPC対象の有無

■回答件数

選択肢	地域包括ケア病棟	その他
有り	20	9
無し	47	33
無回答	2	2
合計	69	44

■回答割合

選択肢	地域包括ケア病棟 N=69	その他 N=44
有り	29.0%	20.5%
無し	68.1%	75.0%
無回答	2.9%	4.5%
合計	100.0%	100.0%



(7) 専門職の従業員数(※非常勤含む)

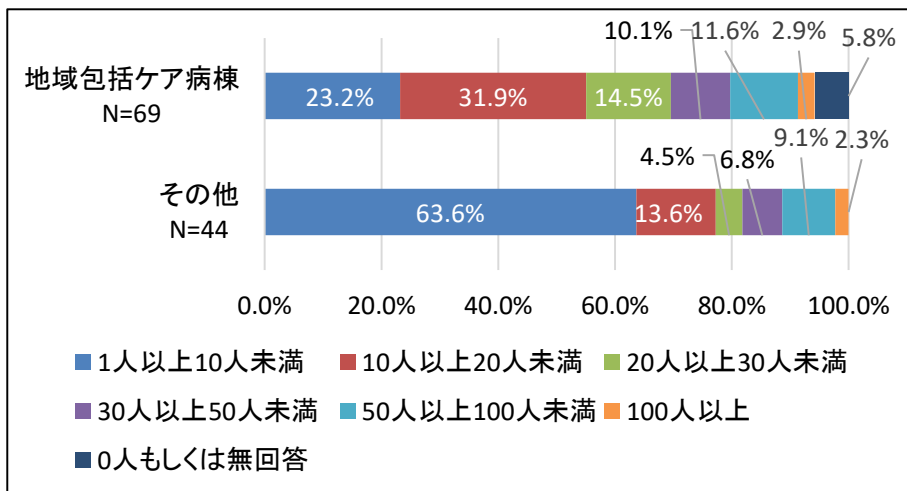
① 医師数

■ 回答件数

選択肢	地域包括ケア病棟	その他
1人以上10人未満	16	28
10人以上20人未満	22	6
20人以上30人未満	10	2
30人以上50人未満	7	3
50人以上100人未満	8	4
100人以上	2	1
0人もしくは無回答	4	0
合計	69	44

■ 回答割合

選択肢	地域包括ケア病棟 N=69	その他 N=44
1人以上10人未満	23.2%	63.6%
10人以上20人未満	31.9%	13.6%
20人以上30人未満	14.5%	4.5%
30人以上50人未満	10.1%	6.8%
50人以上100人未満	11.6%	9.1%
100人以上	2.9%	2.3%
0人もしくは無回答	5.8%	0.0%
合計	100.0%	100.0%



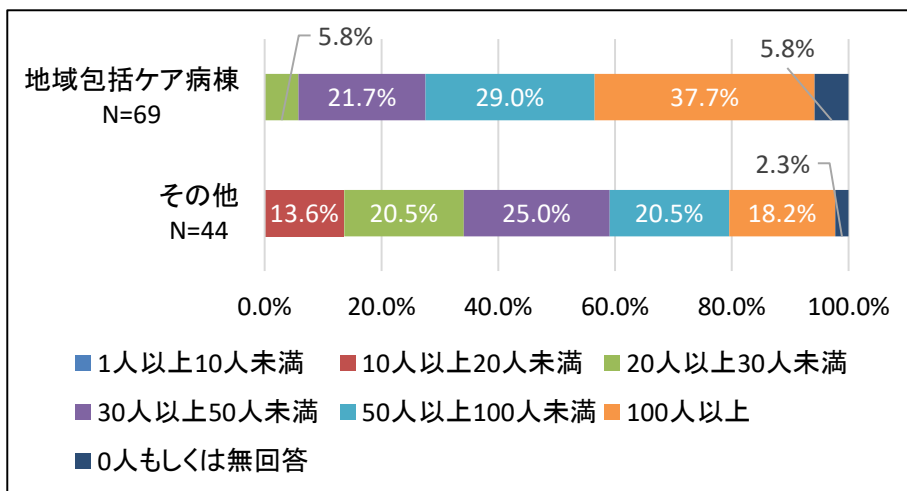
②看護師数(准看護師含む)

■回答件数

選択肢	地域包括ケア病棟	その他
1人以上10人未満	0	0
10人以上20人未満	0	6
20人以上30人未満	4	9
30人以上50人未満	15	11
50人以上100人未満	20	9
100人以上	26	8
0人もしくは無回答	4	1
合計	69	44

■回答割合

選択肢	地域包括ケア病棟 N=69	その他 N=44
1人以上10人未満	0.0%	0.0%
10人以上20人未満	0.0%	13.6%
20人以上30人未満	5.8%	20.5%
30人以上50人未満	21.7%	25.0%
50人以上100人未満	29.0%	20.5%
100人以上	37.7%	18.2%
0人もしくは無回答	5.8%	2.3%
合計	100.0%	100.0%



③療法士数

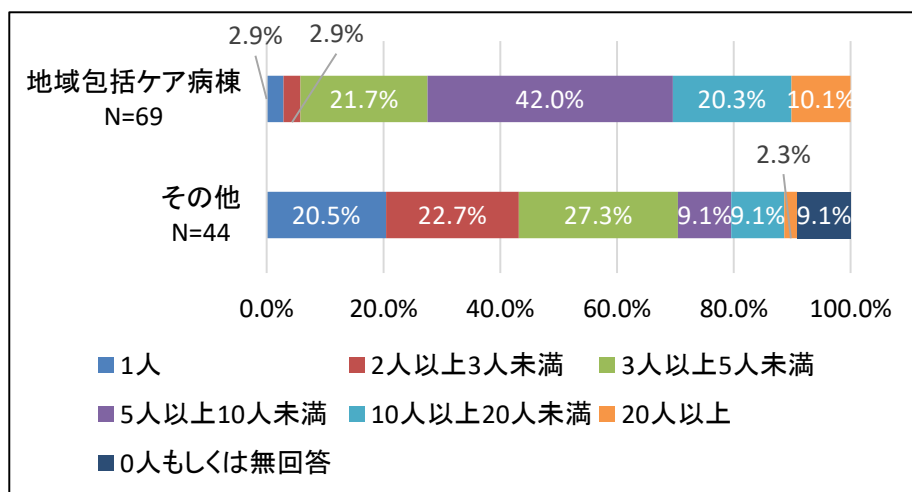
【PT】

■回答件数

選択肢	地域包括ケア病棟	その他
1人	2	9
2人以上3人未満	2	10
3人以上5人未満	15	12
5人以上10人未満	29	4
10人以上20人未満	14	4
20人以上	7	1
0人もしくは無回答	0	4
合計	69	44

■回答割合

選択肢	地域包括ケア病棟 N=69	その他 N=44
1人	2.9%	20.5%
2人以上3人未満	2.9%	22.7%
3人以上5人未満	21.7%	27.3%
5人以上10人未満	42.0%	9.1%
10人以上20人未満	20.3%	9.1%
20人以上	10.1%	2.3%
0人もしくは無回答	0.0%	9.1%
合計	100.0%	100.0%



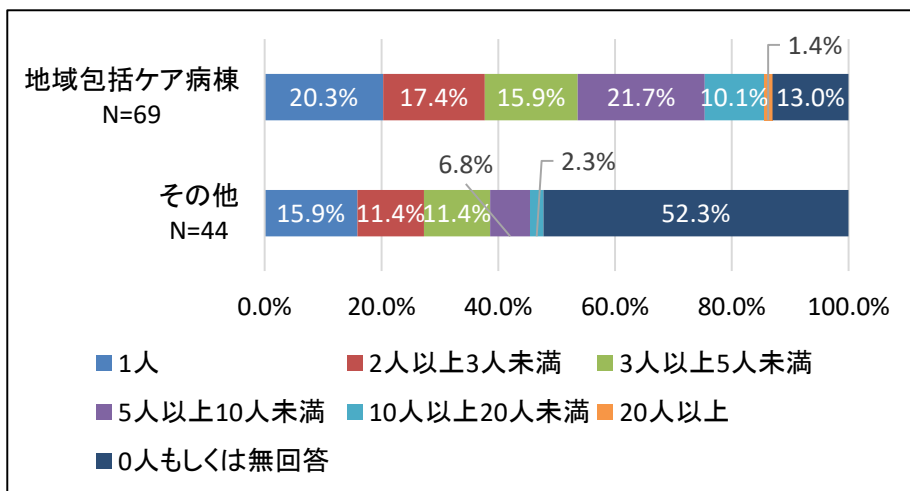
【OT】

■回答件数

選択肢	地域包括ケア病棟	その他
1人	14	7
2人以上3人未満	12	5
3人以上5人未満	11	5
5人以上10人未満	15	3
10人以上20人未満	7	1
20人以上	1	0
0人もしくは無回答	9	23
合計	69	44

■回答割合

選択肢	地域包括ケア病棟 N=69	その他 N=44
1人	20.3%	15.9%
2人以上3人未満	17.4%	11.4%
3人以上5人未満	15.9%	11.4%
5人以上10人未満	21.7%	6.8%
10人以上20人未満	10.1%	2.3%
20人以上	1.4%	0.0%
0人もしくは無回答	13.0%	52.3%
合計	100.0%	100.0%



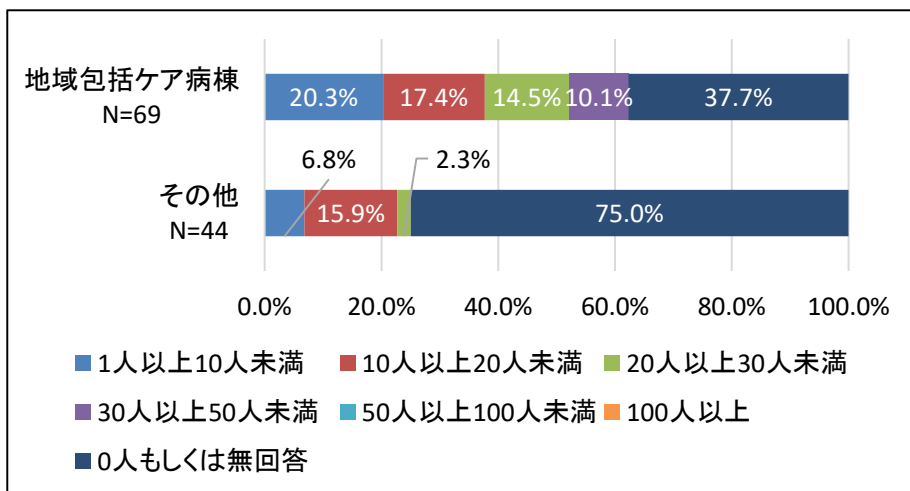
【ST】

■回答件数

選択肢	地域包括ケア病棟	その他
1人	14	3
2人以上3人未満	12	7
3人以上5人未満	10	1
5人以上10人未満	7	0
10人以上20人未満	0	0
20人以上	0	0
0人もしくは無回答	26	33
合計	69	44

■回答割合

選択肢	地域包括ケア病棟 N=69	その他 N=44
1人以上10人未満	20.3%	6.8%
10人以上20人未満	17.4%	15.9%
20人以上30人未満	14.5%	2.3%
30人以上50人未満	10.1%	0.0%
50人以上100人未満	0.0%	0.0%
100人以上	0.0%	0.0%
0人もしくは無回答	37.7%	75.0%
合計	100.0%	100.0%



2 地域包括ケア病棟(床)について

(1)現状について(令和1年10月1日現在)

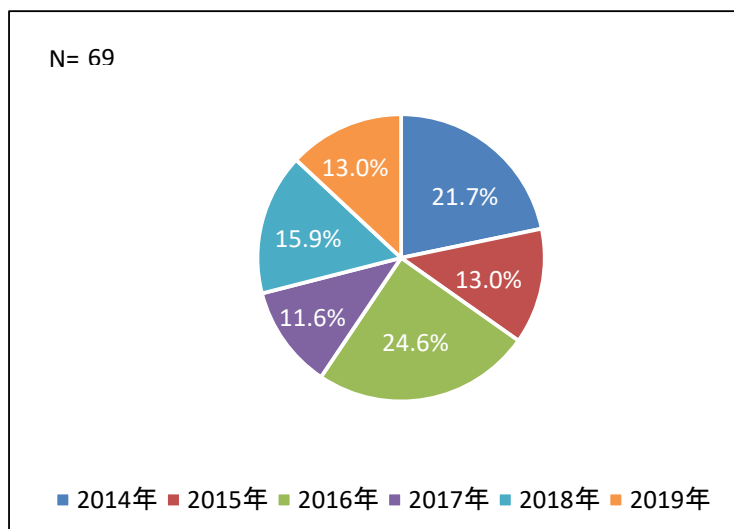
1)開設年次

■回答件数

選択肢	回答数
2014年	15
2015年	9
2016年	17
2017年	8
2018年	11
2019年	9
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
2014年	21.7%
2015年	13.0%
2016年	24.6%
2017年	11.6%
2018年	15.9%
2019年	13.0%
合計	100.0%



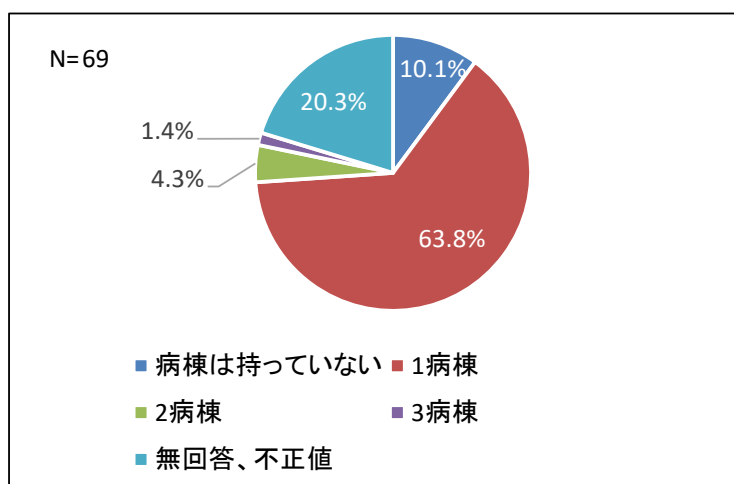
2)届出数:病棟数

■回答件数

選択肢	回答数
病棟は持っていない	7
1病棟	44
2病棟	3
3病棟	1
無回答、不正値	14
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
病棟は持っていない	10.1%
1病棟	63.8%
2病棟	4.3%
3病棟	1.4%
無回答、不正値	20.3%
合計	100.0%



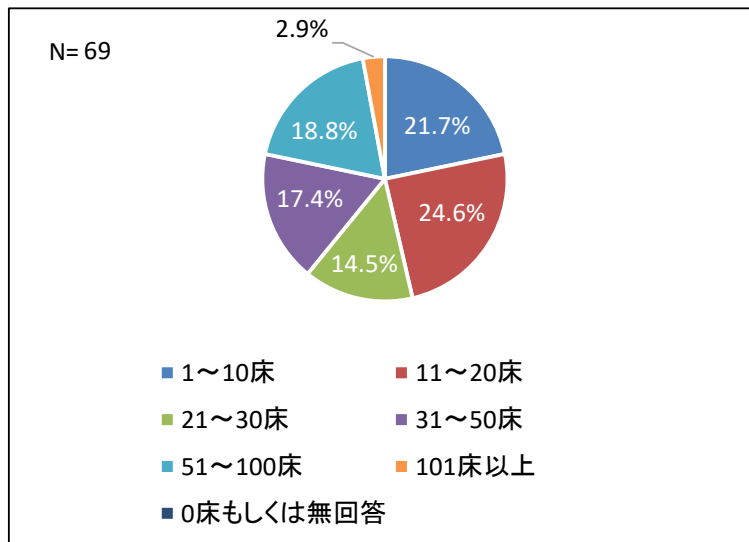
2)届出数:病床数

■回答件数

選択肢	回答数
1～10床	15
11～20床	17
21～30床	10
31～50床	12
51～100床	13
101床以上	2
0床もしくは無回答	0
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
1～10床	21.7%
11～20床	24.6%
21～30床	14.5%
31～50床	17.4%
51～100床	18.8%
101床以上	2.9%
0床もしくは無回答	0.0%
合計	100.0%



3)届出特定入院料区分

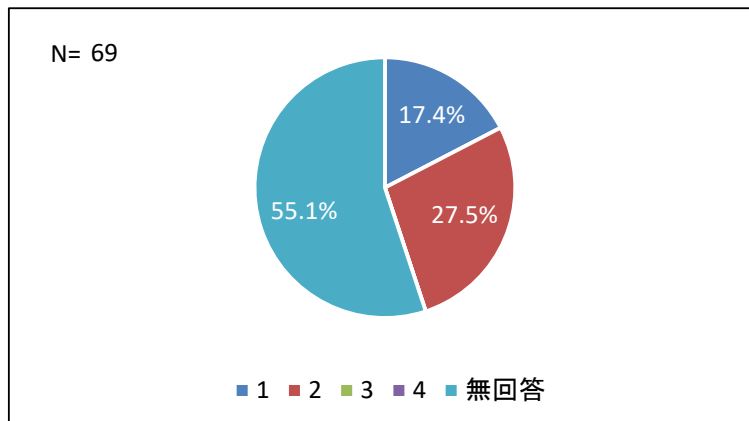
①入院料

■回答件数

選択肢	回答数
1	12
2	19
3	0
4	0
無回答	38
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
1	17.4%
2	27.5%
3	0.0%
4	0.0%
無回答	55.1%
合計	100.0%



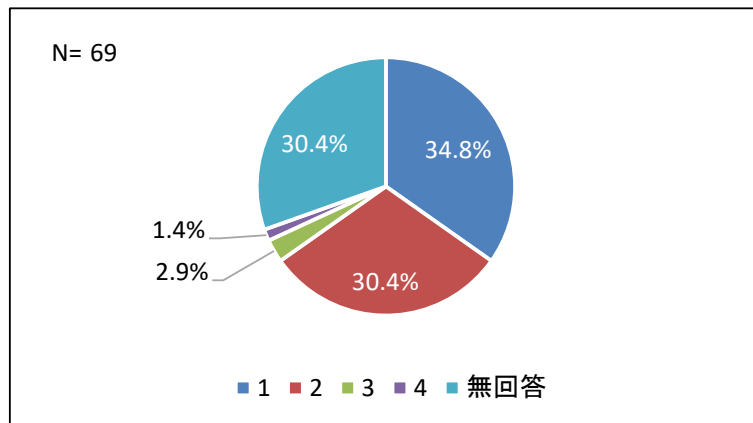
②管理料

■回答件数

選択肢	回答数
1	24
2	21
3	2
4	1
無回答	21
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
1	34.8%
2	30.4%
3	2.9%
4	1.4%
無回答	30.4%
合計	100.0%



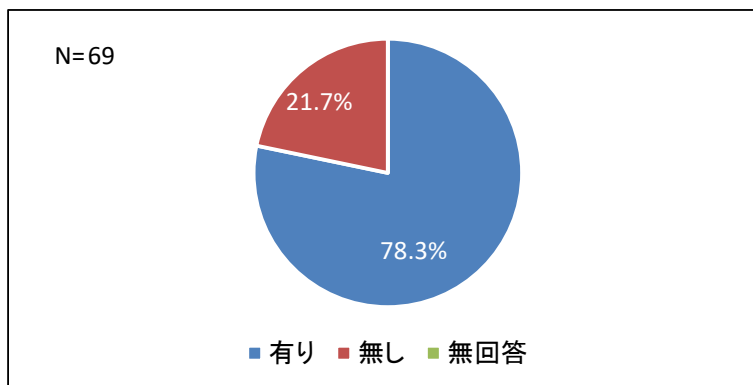
4)看護職員配置加算(実績)

■回答件数

選択肢	回答数
有り	54
無し	15
無回答	0
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
有り	78.3%
無し	21.7%
無回答	0.0%
合計	100.0%



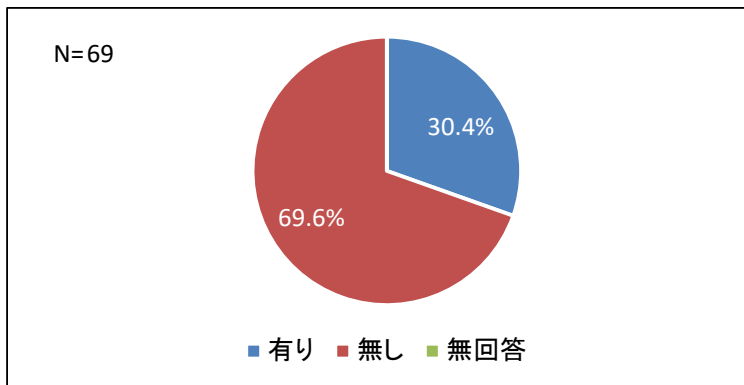
5) 看護補助者配置加算(実績)

■ 回答件数

選択肢	回答数
有り	21
無し	48
無回答	0
合計	69

■ 回答割合

選択肢	回答割合
有り	30.4%
無し	69.6%
無回答	0.0%
合計	100.0%



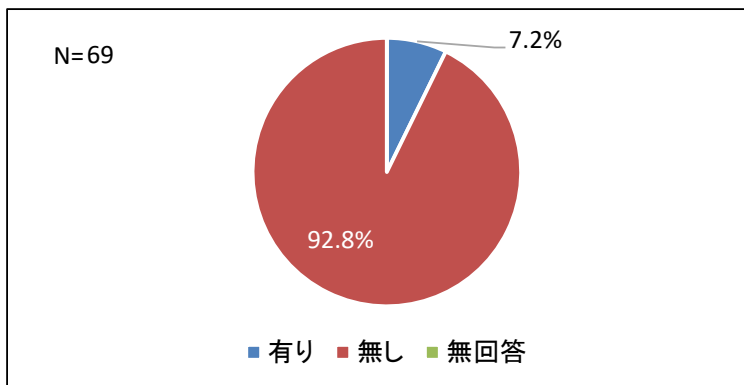
6) 看護職員夜間配置加算(実績)

■ 回答件数

選択肢	回答数
有り	5
無し	64
無回答	0
合計	69

■ 回答割合

選択肢	回答割合
有り	7.2%
無し	92.8%
無回答	0.0%
合計	100.0%



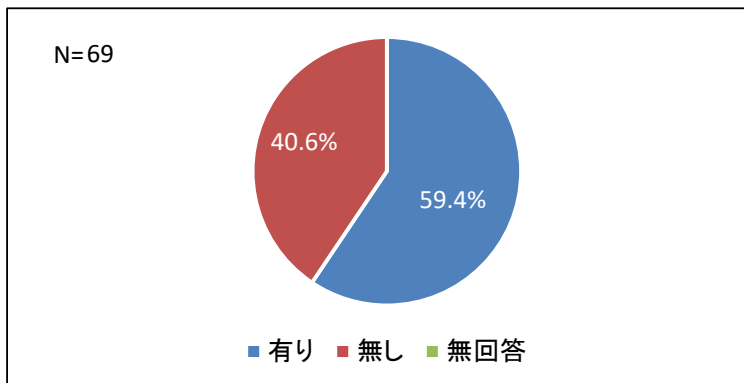
7) 入退院支援加算(実績)

■ 回答件数

選択肢	回答数
有り	41
無し	28
無回答	0
合計	69

■ 回答割合

選択肢	回答割合
有り	59.4%
無し	40.6%
無回答	0.0%
合計	100.0%



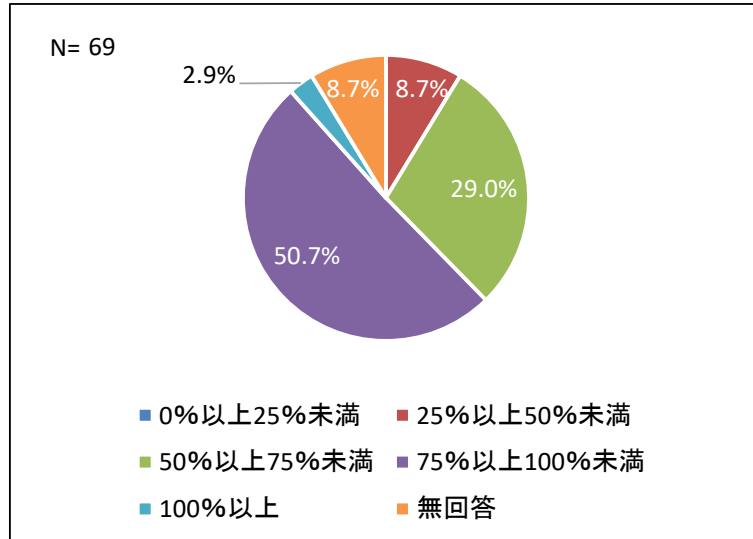
8) 病院稼働率(実績)

■ 回答件数

選択肢	回答数
0%以上25%未満	0
25%以上50%未満	6
50%以上75%未満	20
75%以上100%未満	35
100%以上	2
無回答	6
合計	69

■ 回答割合

選択肢	回答割合
0%以上25%未満	0.0%
25%以上50%未満	8.7%
50%以上75%未満	29.0%
75%以上100%未満	50.7%
100%以上	2.9%
無回答	8.7%
合計	100.0%



9) 重症度、医療・看護必要度

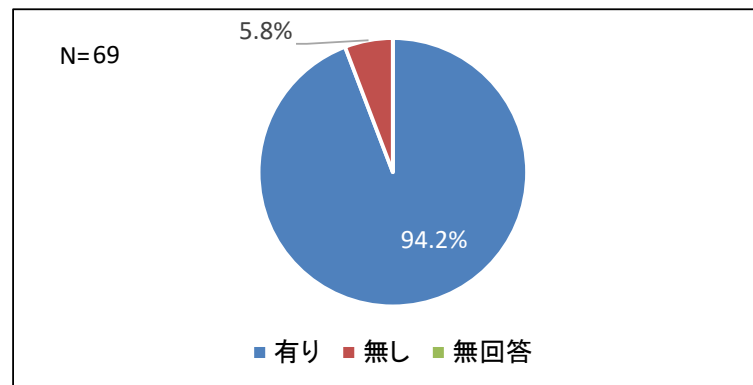
① 評価方法

■ 回答件数

選択肢	回答数
I	65
II	4
無回答	0
合計	69

■ 回答割合

選択肢	回答割合
有り	94.2%
無し	5.8%
無回答	0.0%
合計	100.0%



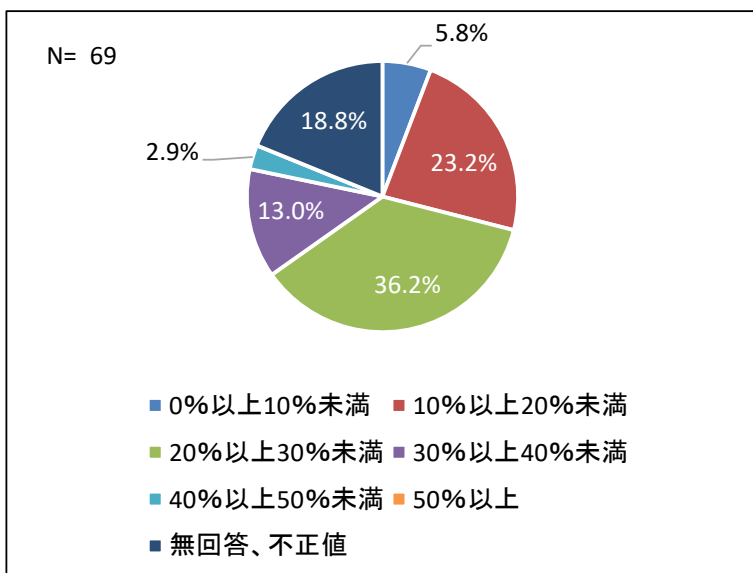
② 実績

■ 回答件数

選択肢	回答数
0%以上10%未満	4
10%以上20%未満	16
20%以上30%未満	25
30%以上40%未満	9
40%以上50%未満	2
50%以上	0
無回答、不正値	13
合計	69

■ 回答割合

選択肢	回答割合
0%以上10%未満	5.8%
10%以上20%未満	23.2%
20%以上30%未満	36.2%
30%以上40%未満	13.0%
40%以上50%未満	2.9%
50%以上	0.0%
無回答、不正値	18.8%
合計	100.0%



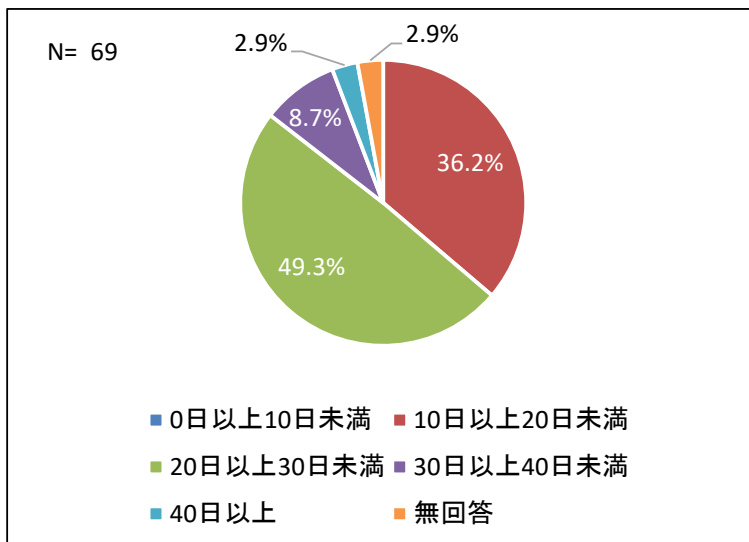
10) 平均在院(籍)日数

■ 回答件数

選択肢	回答数
0日以上10日未満	0
10日以上20日未満	25
20日以上30日未満	34
30日以上40日未満	6
40日以上	2
無回答	2
合計	69

■ 回答割合

選択肢	回答割合
0日以上10日未満	0.0%
10日以上20日未満	36.2%
20日以上30日未満	49.3%
30日以上40日未満	8.7%
40日以上	2.9%
無回答	2.9%
合計	100.0%



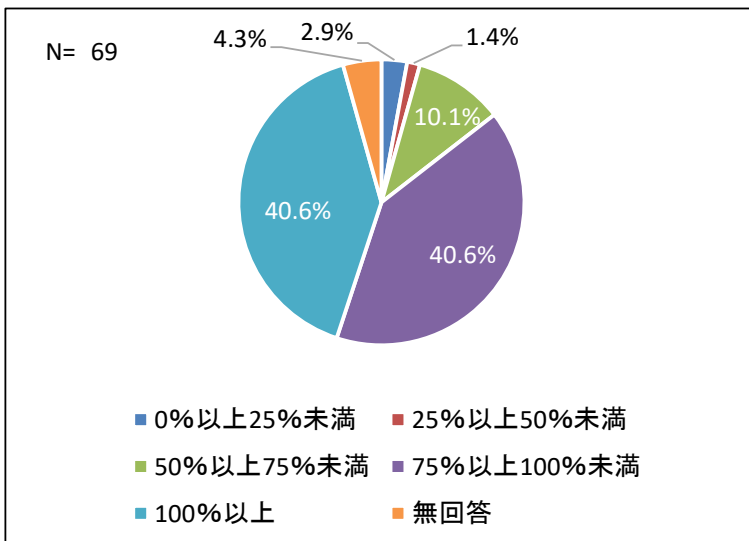
11) 在宅復帰率

■ 回答件数

選択肢	回答数
0%以上50%未満	2
50%以上70%未満	1
70%以上80%未満	7
80%以上90%未満	28
90%以上100%以下	28
無回答	3
合計	69

■ 回答割合

選択肢	回答割合
0%以上25%未満	2.9%
25%以上50%未満	1.4%
50%以上75%未満	10.1%
75%以上100%未満	40.6%
100%以上	40.6%
無回答	4.3%
合計	100.0%



12) リハビリ算定単位数

⇒ 回答のうち、29件が6か月間の算定単位を積算したと思われる値(数百~数万)、

36件が一人当たり平均算定単位数と思われる値(2~3の小数)で回答あり。そのため集計は保留とします。

(2) 地域包括ケア病棟(床)の患者情報について

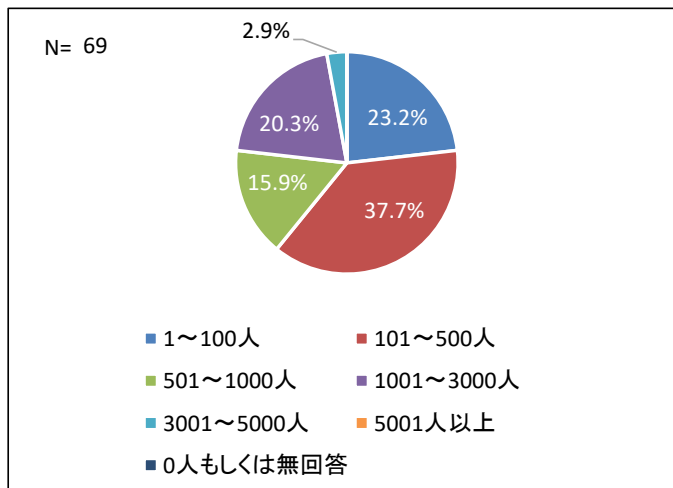
1) のべ患者数

■回答件数

選択肢	回答数
1～100人	16
101～500人	26
501～1000人	11
1001～3000人	14
3001～5000人	2
5001人以上	0
0人もしくは無回答	0
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
1～100人	23.2%
101～500人	37.7%
501～1000人	15.9%
1001～3000人	20.3%
3001～5000人	2.9%
5001人以上	0.0%
0人もしくは無回答	0.0%
合計	100.0%



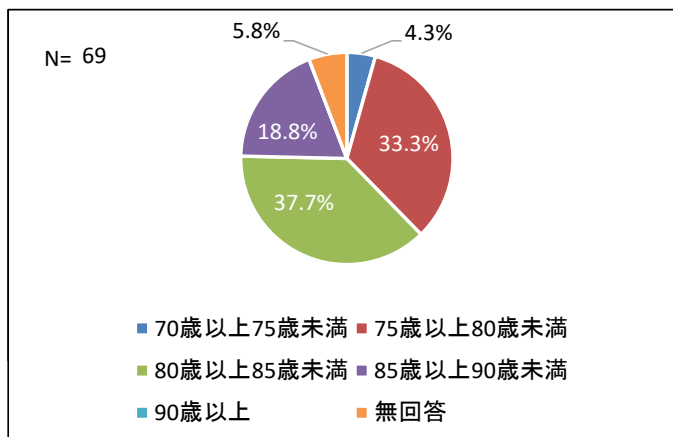
2) 平均年齢

■回答件数

選択肢	回答数
70歳以上75歳未満	3
75歳以上80歳未満	23
80歳以上85歳未満	26
85歳以上90歳未満	13
90歳以上	0
無回答	4
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
70歳以上75歳未満	4.3%
75歳以上80歳未満	33.3%
80歳以上85歳未満	37.7%
85歳以上90歳未満	18.8%
90歳以上	0.0%
無回答	5.8%
合計	100.0%



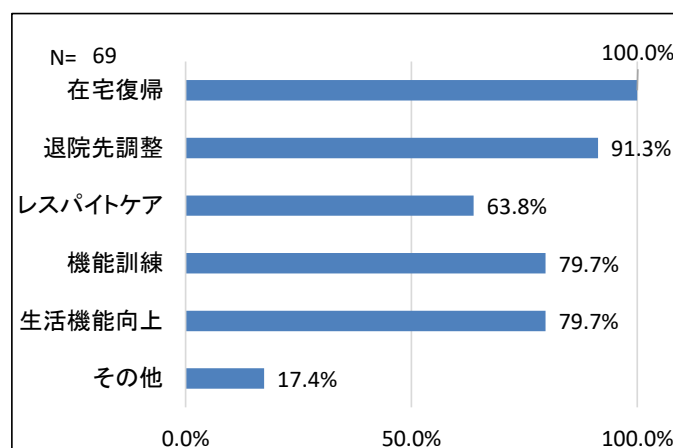
3) 入棟(病床)目的(複数回答可)

■回答件数

選択肢	回答数
在宅復帰	69
退院先調整	63
レスパイトケア	44
機能訓練	55
生活機能向上	55
その他	12
無回答	0
回答者	69

■回答割合

選択肢	回答割合
在宅復帰	100.0%
退院先調整	91.3%
レスパイトケア	63.8%
機能訓練	79.7%
生活機能向上	79.7%
その他	17.4%
無回答	0.0%



4) 来歴

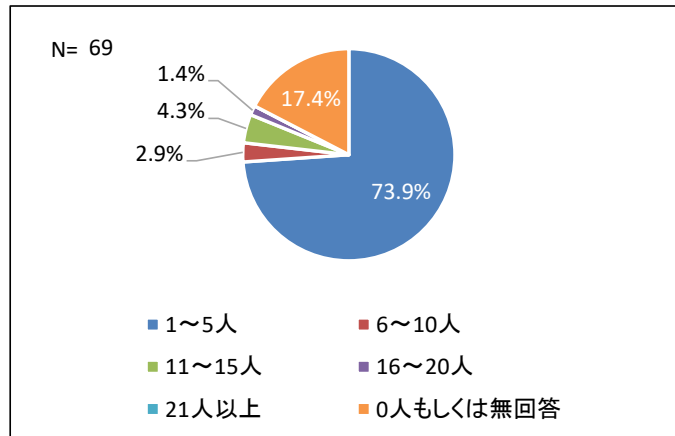
① 他院から(他院から直接地域包括ケア病棟(床)へ)

■ 回答件数

選択肢	回答数
1~5人	51
6~10人	2
11~15人	3
16~20人	1
21人以上	0
0人もしくは無回答	12
合計	69

■ 回答割合

選択肢	回答割合
1~5人	73.9%
6~10人	2.9%
11~15人	4.3%
16~20人	1.4%
21人以上	0.0%
0人もしくは無回答	17.4%
合計	100.0%



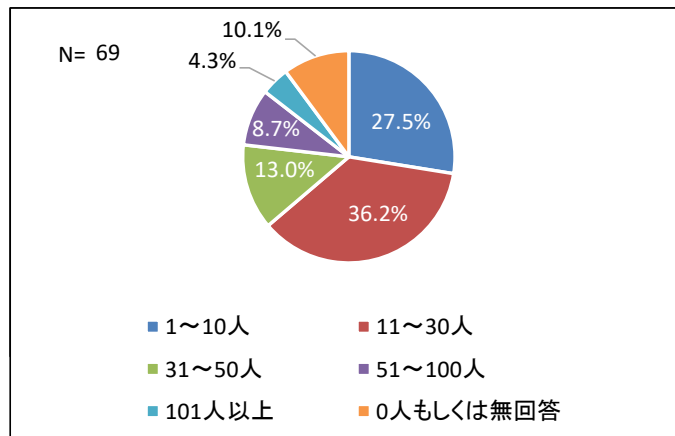
② 自院から

■ 回答件数

選択肢	回答数
1~10人	19
11~30人	25
31~50人	9
51~100人	6
101人以上	3
0人もしくは無回答	7
合計	69

■ 回答割合

選択肢	回答割合
1~10人	27.5%
11~30人	36.2%
31~50人	13.0%
51~100人	8.7%
101人以上	4.3%
0人もしくは無回答	10.1%
合計	100.0%



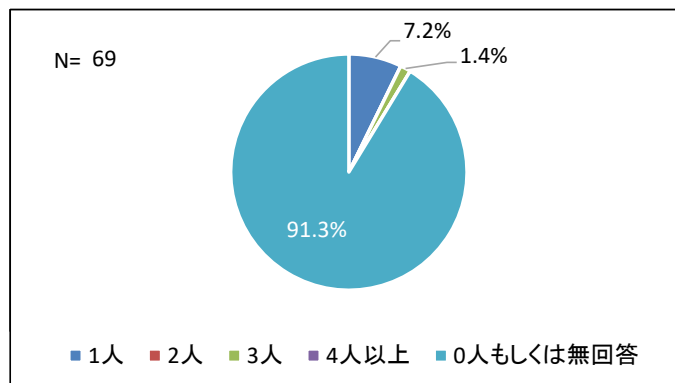
③ 老健から

■ 回答件数

選択肢	回答数
1人	5
2人	0
3人	1
4人以上	0
0人もしくは無回答	63
合計	69

■ 回答割合

選択肢	回答割合
1人	7.2%
2人	0.0%
3人	1.4%
4人以上	0.0%
0人もしくは無回答	91.3%
合計	100.0%



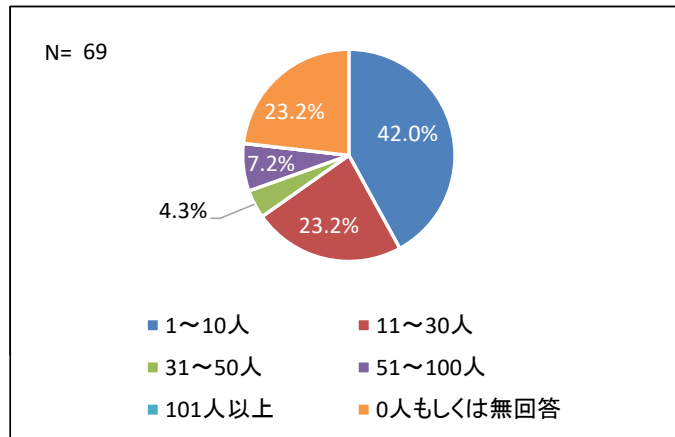
④自宅から(在宅)

■回答件数

選択肢	回答数
1～10人	29
11～30人	16
31～50人	3
51～100人	5
101人以上	0
0人もしくは無回答	16
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
1～10人	42.0%
11～30人	23.2%
31～50人	4.3%
51～100人	7.2%
101人以上	0.0%
0人もしくは無回答	23.2%
合計	100.0%



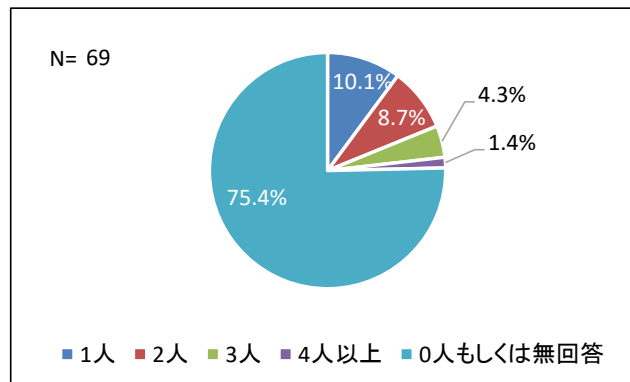
⑤グループホーム等居住系施設から

■回答件数

選択肢	回答数
1人	7
2人	6
3人	3
4人以上	1
0人もしくは無回答	52
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
1人	10.1%
2人	8.7%
3人	4.3%
4人以上	1.4%
0人もしくは無回答	75.4%
合計	100.0%



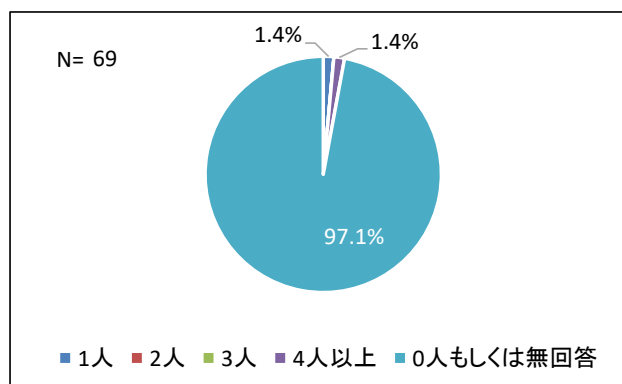
⑥その他

■回答件数

選択肢	回答数
1人	1
2人	0
3人	0
4人以上	1
0人もしくは無回答	67
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
1人	1.4%
2人	0.0%
3人	0.0%
4人以上	1.4%
0人もしくは無回答	97.1%
合計	100.0%



5) 退院、転出先歴

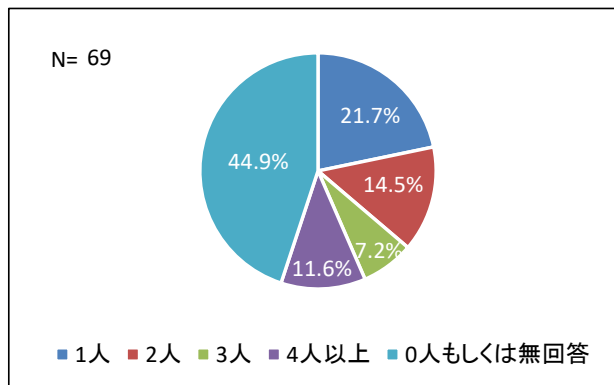
① 他院へ

■ 回答件数

選択肢	回答数
1人	15
2人	10
3人	5
4人以上	8
0人もしくは無回答	31
合計	69

■ 回答割合

選択肢	回答割合
1人	21.7%
2人	14.5%
3人	7.2%
4人以上	11.6%
0人もしくは無回答	44.9%
合計	100.0%



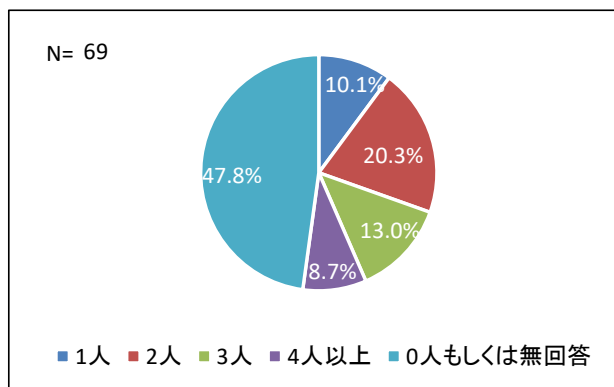
② 自院 (他病棟へ)

■ 回答件数

選択肢	回答数
1人	7
2人	14
3人	9
4人以上	6
0人もしくは無回答	33
合計	69

■ 回答割合

選択肢	回答割合
1人	10.1%
2人	20.3%
3人	13.0%
4人以上	8.7%
0人もしくは無回答	47.8%
合計	100.0%



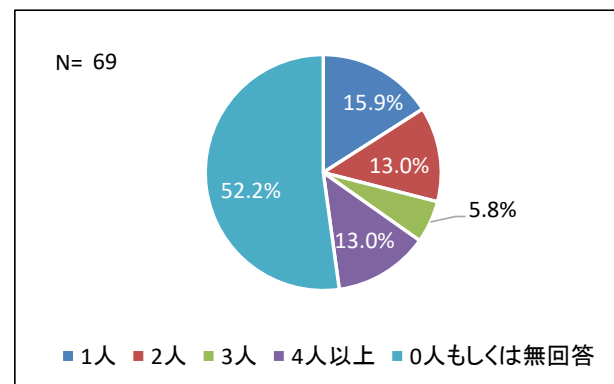
③ 老健へ

■ 回答件数

選択肢	回答数
1人	11
2人	9
3人	4
4人以上	9
0人もしくは無回答	36
合計	69

■ 回答割合

選択肢	回答割合
1人	15.9%
2人	13.0%
3人	5.8%
4人以上	13.0%
0人もしくは無回答	52.2%
合計	100.0%



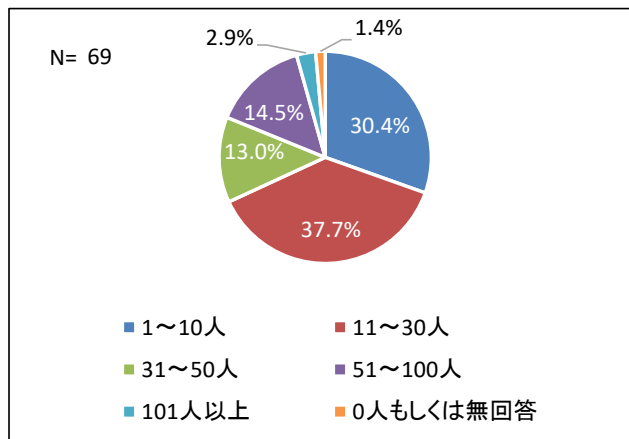
④自宅へ(在宅)

■回答件数

選択肢	回答数
1~10人	21
11~30人	26
31~50人	9
51~100人	10
101人以上	2
0人もしくは無回答	1
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
1~10人	30.4%
11~30人	37.7%
31~50人	13.0%
51~100人	14.5%
101人以上	2.9%
0人もしくは無回答	1.4%
合計	100.0%



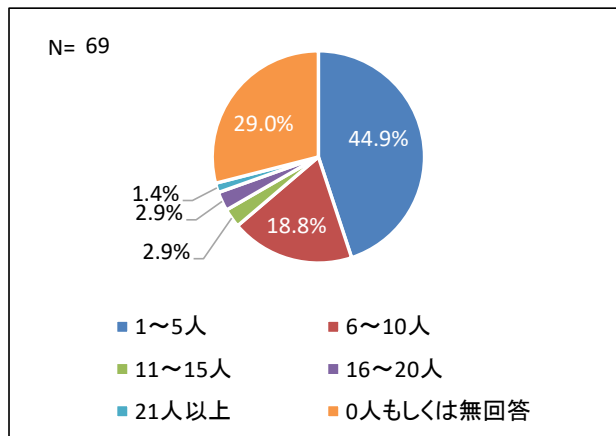
⑤その他(介護医療院、特養、グループホーム他)

■回答件数

選択肢	回答数
1~5人	31
6~10人	13
11~15人	2
16~20人	2
21人以上	1
0人もしくは無回答	20
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
1~5人	44.9%
6~10人	18.8%
11~15人	2.9%
16~20人	2.9%
21人以上	1.4%
0人もしくは無回答	29.0%
合計	100.0%

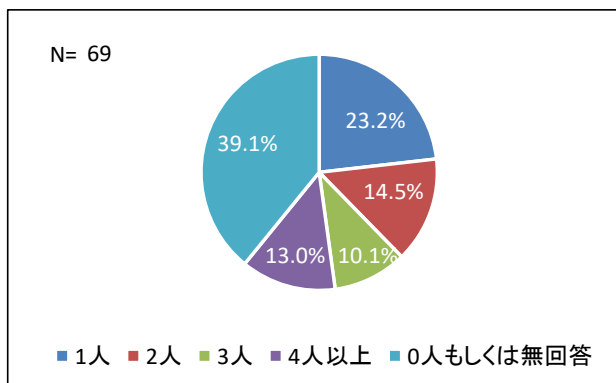


⑥死亡

選択肢	回答数
1人	16
2人	10
3人	7
4人以上	9
0人もしくは無回答	27
合計	69

■回答割合

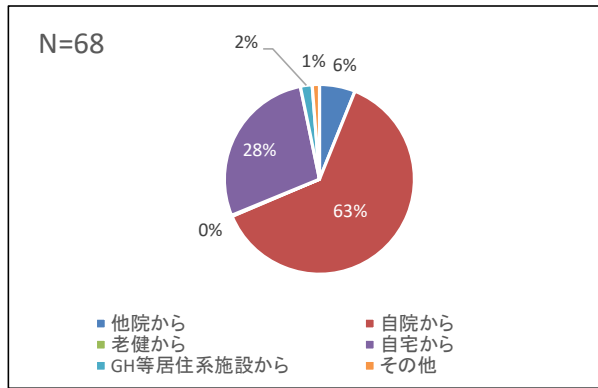
選択肢	回答割合
1人	23.2%
2人	14.5%
3人	10.1%
4人以上	13.0%
0人もしくは無回答	39.1%
合計	100.0%



4) 来歴 2

選択肢	回答数
他院から	129
自院から	1799
老健から	8
自宅から	872
GH等居住系施設	44
その他	54
合計	2906

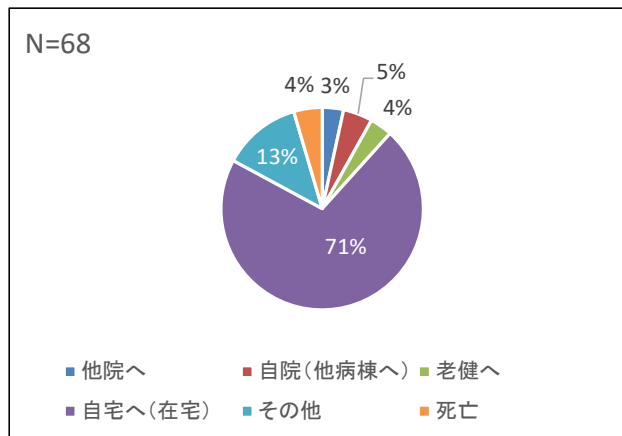
選択肢	回答割合
他院から	6.1%
自院から	62.5%
老健から	0.2%
自宅から	28.0%
GH等居住系施設	2.0%
その他	1.2%
合計	100.0%



5) 退院、転出先歴 2

選択肢	回答数
他院へ	98
自院(他病棟へ)	105
老健へ	107
自宅へ(在宅)	1847
その他	275
死亡	120
合計	2552

選択肢	回答割合
他院へ	3.4%
自院(他病棟へ)	4.7%
老健へ	3.6%
自宅へ(在宅)	71.2%
その他	12.6%
死亡	4.5%
合計	100.0%



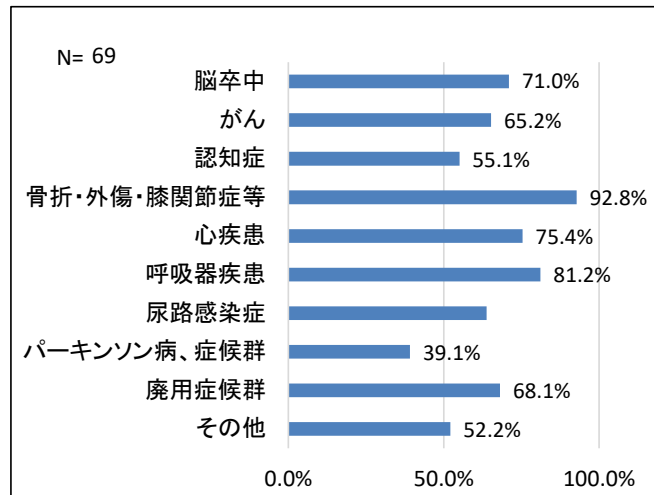
6)主疾患（複数回答可）

■回答件数

選択肢	回答数
脳卒中	49
がん	45
認知症	38
骨折・外傷・膝関節症等	64
心疾患	52
呼吸器疾患	56
尿路感染症	44
パーキンソン病、 症候群	27
廃用症候群	47
その他	36
無回答	0
回答者	69

■回答割合

選択肢	回答割合
脳卒中	71.0%
がん	65.2%
認知症	55.1%
骨折・外傷・膝関節症等	92.8%
心疾患	75.4%
呼吸器疾患	81.2%
尿路感染症	63.8%
パーキンソン病、 症候群	39.1%
廃用症候群	68.1%
その他	52.2%
無回答	0.0%



(3)院内多職種協働、地域連携について

1)在宅復帰支援のための院内多職種協働について

■協働している多職種の組み合わせランキング

	1位	件数	2位	件数	3位	件数
機能訓練(個別、集団)	Ns .、リハ職	6	Ns .、リハ職、介護職／ 主治医、Ns .、リハ職	5	主治医、リハ職	4
リハレク	Ns .、介護職	7	Ns .、リハ職	6	Ns .、リハ職、介護職	4
ADL訓練	Ns .、リハ職	17	Ns .、リハ職、介護職	15	主治医、Ns .、リハ職	5
摂食機能練習	Ns .、リハ職	20	Ns .、リハ職、管理栄養士	5	主治医、リハ職	3
リハ栄養(NST)	主治医、Ns .、リハ職、 管理栄養士、薬剤師	10	Ns .、リハ職、管理栄養士	8	主治医、Ns .、リハ職、 管理栄養士	6
口腔ケア	Ns .、リハ職	12	Ns .、歯科衛生士	7	Ns .、介護職／ Ns .、リハ職、介護職	6
認知症ケア	Ns .、介護職／ Ns .、リハ職、介護職	6	主治医、Ns .／ Ns .、リハ職	5	主治医、Ns .、リハ職、 介護職、MSW(SW)、 薬剤師／ Ns .、リハ職、介護職、 MSW(SW)	2
家族との調整	Ns .、MSW(SW)	17	Ns .、リハ職、MSW (SW)／ 主治医、Ns .、リハ職、 MSW(SW)	12	主治医、Ns .、MSW (SW)	3
ケアマネ(地域)調整	Ns .、MSW(SW)	14	Ns .、リハ職、MSW (SW)	9	リハ職、MSW(SW)／ 主治医、Ns .、リハ職、 MSW(SW)	5
退院前訪問	Ns .、リハ職、MSW (SW)	19	リハ職、MSW(SW)	11	Ns .、リハ職	8
退院後訪問	Ns .、リハ職／ Ns .、リハ職、MSW (SW)	4	リハ職、MSW(SW)／ Ns .、MSW(SW)	2	主治医、MSW(SW)、 管理栄養士／ 主治医、Ns .、MSW (SW)／ 主治医、Ns .、リハ職、 MSW(SW)／ 主治医、Ns .／ 主治医、リハ職、MSW (SW)／ 主治医、Ns .、リハ職	1
病棟内カンファ	主治医、Ns .、リハ職、 MSW(SW)	18	主治医、Ns .、リハ職、 MSW(SW)、管理栄養士	12	主治医、Ns .、リハ職、 MSW(SW)、管理栄養士、 薬剤師	10
サービス担当者会議	Ns .、リハ職、MSW (SW)	14	主治医、Ns .、リハ職、 MSW(SW)	13	Ns .、リハ職	5
その他	MSW(SW)／ 薬剤師	1				

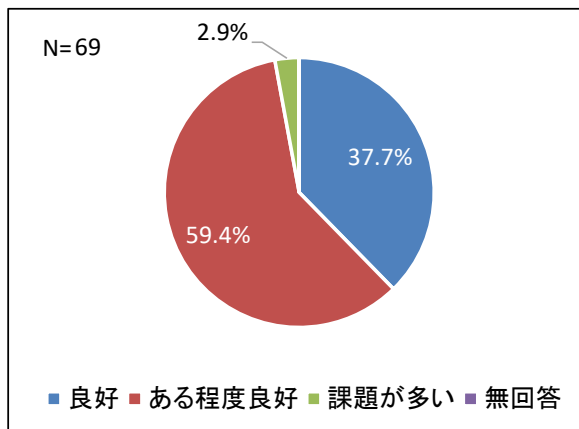
2) 地域連携について(単数回答)

■ 回答件数

選択肢	回答数
良好	26
ある程度良好	41
課題が多い	2
無回答	0
合計	69

■ 回答割合

選択肢	回答割合
良好	37.7%
ある程度良好	59.4%
課題が多い	2.9%
無回答	0.0%
合計	100.0%



▼「課題が多い」を選択した施設の課題の内容

- ・地域のスタッフとのコミュニケーション不足。院内スタッフの退院支援や在宅での介護生活に対する知識不足
- ・連携先のマンパワー不足を感じています。(伝達がうまくいっていないなど)

3) 人材育成に関する状況について

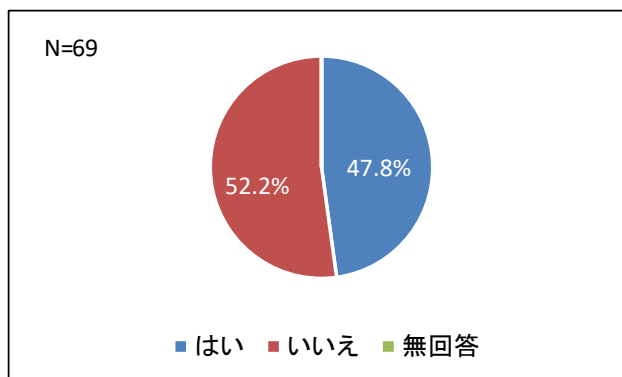
① 地域ケア病棟を運営するにあたり人材の育成を行っていますか？

■ 回答件数

選択肢	回答数
はい	33
いいえ	36
無回答	0
合計	69

■ 回答割合

選択肢	回答割合
はい	47.8%
いいえ	52.2%
無回答	0.0%
合計	100.0%



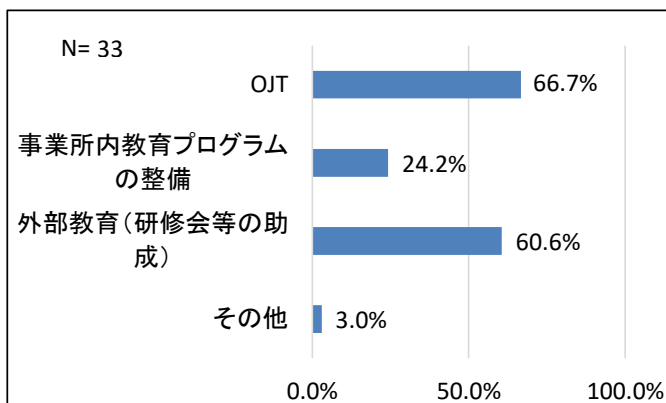
② ①で「はい」を選択した方に質問です。その手法に○を付けてください。

■ 回答件数

選択肢	回答数
OJT	22
事業所内教育プログラムの整備	8
外部教育(研修会等の助成)	20
その他	1
無回答	0
回答者	33

■ 回答割合

選択肢	回答割合
OJT	66.7%
事業所内教育プログラムの整備	24.2%
外部教育(研修会等の助成)	60.6%
その他	3.0%
無回答	0.0%



▼「その他」の内容

- ・病院間での症例検討会実施

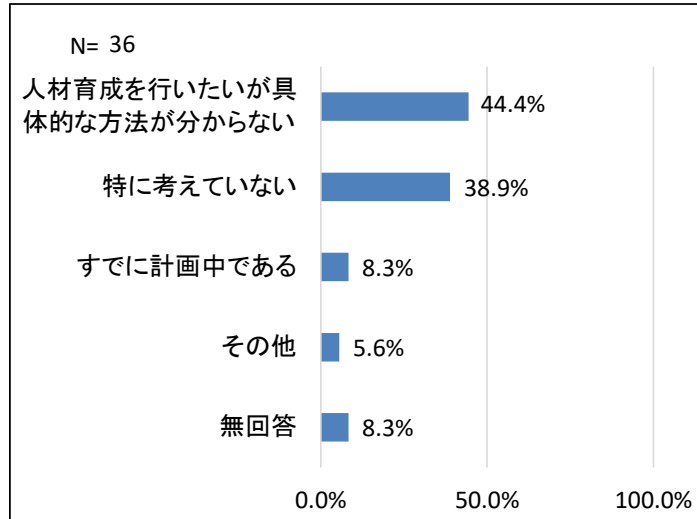
③①で「いいえ」を選択した方に質問です。今後の方針についてお答えください。

■回答件数

選択肢	回答数
人材育成を行いたいが具体的な方法が分からない	16
特に考えていない	14
すでに計画中である	3
その他	2
無回答	3
回答者	36

■回答割合

選択肢	回答割合
人材育成を行いたいが具体的な方法が分からない	44.4%
特に考えていない	38.9%
すでに計画中である	8.3%
その他	5.6%
無回答	8.3%



▼「その他」の内容

- ・今後の方針を検討中
- ・不明

(4)リハビリテーションについて

1)地域包括ケア病棟(床)担当療法士の数

①専従

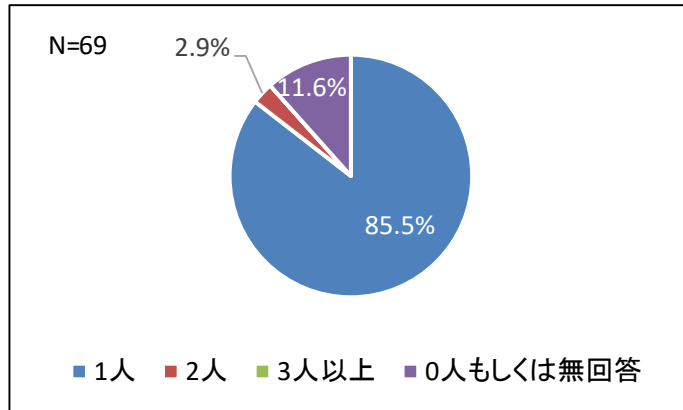
【PT】

■回答件数

選択肢	回答数
1人	59
2人	2
3人以上	0
0人もしくは無回答	8
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
1人	85.5%
2人	2.9%
3人以上	0.0%
0人もしくは無回答	11.6%
合計	100.0%



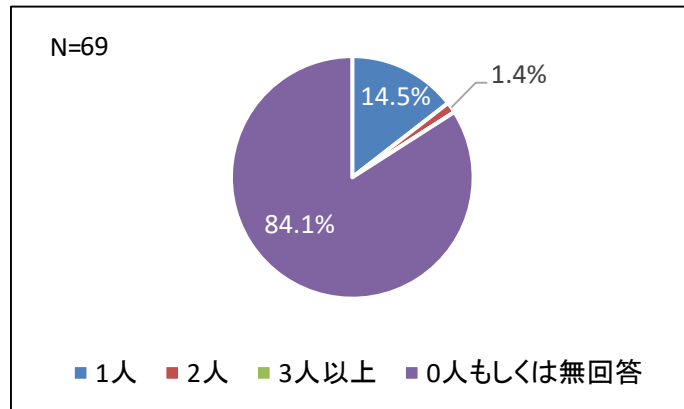
【OT】

■回答件数

選択肢	回答数
1人	10
2人	1
3人以上	0
0人もしくは無回答	58
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
1人	14.5%
2人	1.4%
3人以上	0.0%
0人もしくは無回答	84.1%
合計	100.0%



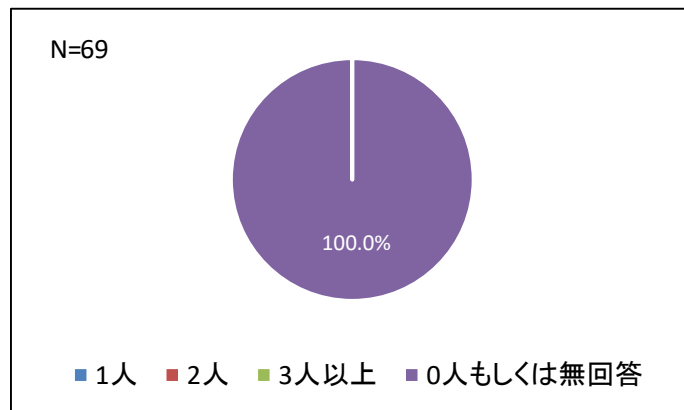
【ST】

■回答件数

選択肢	回答数
1人	0
2人	0
3人以上	0
0人もしくは無回答	69
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
1人	0.0%
2人	0.0%
3人以上	0.0%
0人もしくは無回答	100.0%
合計	100.0%



②専従以外での関わり

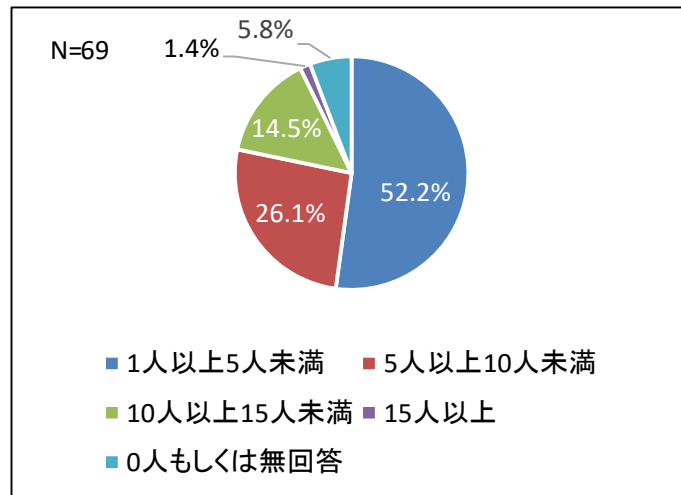
【PT】

■回答件数

選択肢	回答数
1人以上5人未満	36
5人以上10人未満	18
10人以上15人未満	10
15人以上	1
0人もしくは無回答	4
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
1人以上5人未満	52.2%
5人以上10人未満	26.1%
10人以上15人未満	14.5%
15人以上	1.4%
0人もしくは無回答	5.8%
合計	100.0%



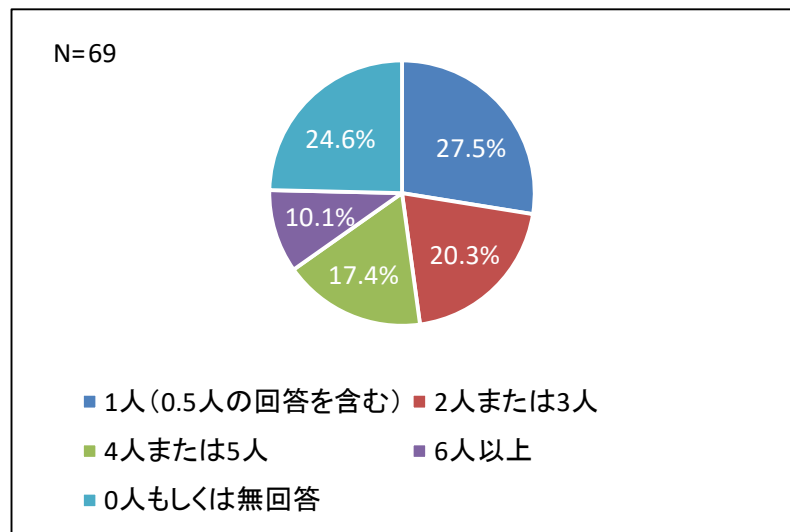
【OT】

■回答件数

選択肢	回答数
1人(0.5人の回答を)	19
2人または3人	14
4人または5人	12
6人以上	7
0人もしくは無回答	17
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
1人(0.5人の回答を)	27.5%
2人または3人	20.3%
4人または5人	17.4%
6人以上	10.1%
0人もしくは無回答	24.6%
合計	100.0%



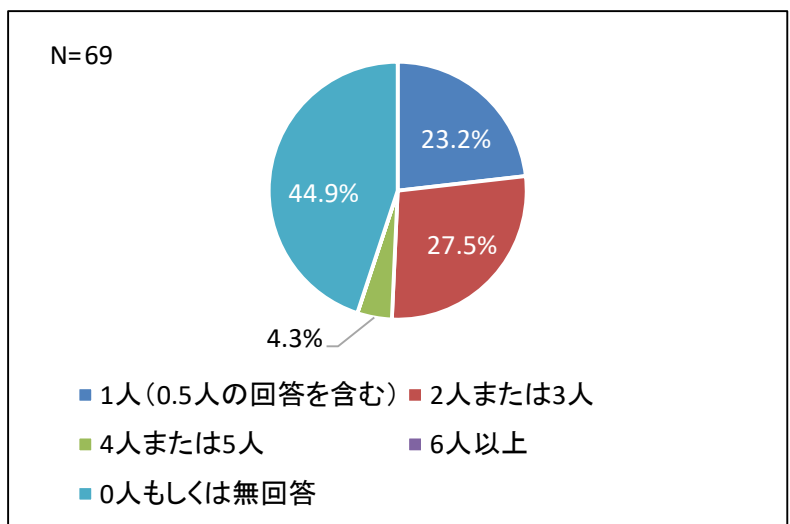
【ST】

■回答件数

選択肢	回答数
1人(0.5人の回答を)	16
2人または3人	19
4人または5人	3
6人以上	0
0人もしくは無回答	31
合計	69

■回答割合

選択肢	回答割合
1人(0.5人の回答を)	23.2%
2人または3人	27.5%
4人または5人	4.3%
6人以上	0.0%
0人もしくは無回答	44.9%
合計	100.0%



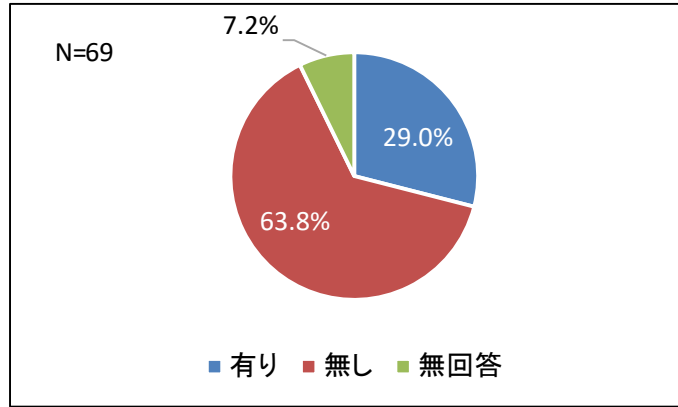
2) 補完代替リハビリテーション(CARB)の実施有無

■ 回答件数

選択肢	回答数
有り	20
無し	44
無回答	5
合計	69

■ 回答割合

選択肢	回答割合
有り	29.0%
無し	63.8%
無回答	7.2%
合計	100.0%



▼「有り」を選択した施設の補完代替リハビリテーションの内容等

- ・POCリハ、自主トレ指導、職員への生活リハ指導、家族指導
- ・20分以上や連日のリハビリ介入が困難な方への介入、自主練習指導や離床を促す等。
- ・疾患別リハビリテーション対象外の患者に対し、必要に応じてリハビリテーションを提供している。
- ・20分を必要としない動作訓練、ADL訓練、自主訓練指導など
- ・療法士による、病棟での歩行訓練とADL訓練、自主トレの指導等
- ・POCリハビリ
- ・院内デイサービス・自主トレ指導・ADL指導・運動指導
- ・現時点では個別リハビリでの関わり(機能訓練、ADL訓練、訪問指導含む)リハレクや集団リハも検討中。
- ・Nsが病棟内で専従リハへ指導もらいながら実施
- ・1日2単位の算定は困難だが、必要性のある患者については、会議で検討したうえで、個別に短時間(20分未満)のリハビリを行っている。
- ・離床促進・物理療法・筋力訓練・拘縮予防・耐久性向上訓練等
- ・病棟ミニデイサービスの実施、処方のない対象者のベッドサイド環境の検討・歩行補助具の選定・基本動作やADLの介助方法の指導
- ・集団起立訓練(週2回、一回で最大12人の患者が参加): 地ケア病棟専従PT+PTの2名で担当
- ・POCリハビリテーション(CVA症例の排泄動作訓練が中心)
- ・集団リハ、個別での廃用予防・生活指導
- ・院内デイ、POCリハ
- ・糖尿病の教育入院の方の運動療法や積極的なリハビリは必要ないが、機能維持目的でCARBを行うことがある。
- ・ADL(特に基本動作や移乗動作)の能力のチェックや指導
- ・短時間の個別リハ、食事前の集団体操など
- ・POCリハ、自主トレーニング指導、生活リハビリ指導を行っています。
- ・トイレ動作の補助、食事動作の確認

3)地域包括ケア病棟(床)のリハビリ実施、施設基準上の課題や工夫を教えてください。

①リハ職専従要件を満たすための工夫

・ 人員の確保
・ 周囲のスタッフに専従職としての仕事内容等の理解を得る努力。
・ 常勤のリハビリスタッフを専従として運営している
・ 一般病棟の患者数およびスタッフ数を考慮しながら対応している。
・ 最低限の専従(PT1名)
・ 専従要件を満たすため、1名を増員した。
・ リハ職員の増員
・ 1名を専従としている。
・ 地域包括ケア病棟の全入院患者のADL状況の把握、食事、排泄動作等のADL補助の歩行補助用具の選定。
・ 急性期、外来患者の調整
・ PT、OT、STのうちマンパワーに余裕があるPTを専従療法士として配置している。
・ 施設基準なので1名選出している。
・ 専従以外でも患者対応を行う。
・ PT1人を専従としている
・ 地域包括ケア病棟での疾患別リハビリは主に専従が実施し、専任にフォローしてもらおう形をとっている。
・ 専任療法士による介入。休日出勤
・ 最小限の専従スタッフ数にしている。
・ スタッフ増員
・ 担当患者人数の上限を設定
・ 入棟後、可能な限り早い段階で家屋訪問調査を行い、対象者の生活環境や背景因子を把握し、入棟期限内での自宅復帰や施設転帰を図っている。
・ 一般病棟から移動するPtは、リハビリ続行か中止かをしっかり確認する。
現状として疾患別PT2人、地域包括専従PT1人、専任1人という人員であり、リハ助手はいない状況である。毎朝、体調確認やカンファレンス、受診、風呂等のスケジュールを把握し、リハ出しやリハビリがスムーズに実施できるように働きかけている。
・ 専従者は最少人数にしている。
・ 1名専従で配置している。
・ 平成31年度より新規採用職員1名(PT)入職し人員確保(正規職員)
・ リハ職全4名のうち1名が専従となったため、他3人で外来・訪問・病棟の新患を担うよう役割分担を明確化した。
・ 病棟に専従の作業療法士を1名配置している。
・ 特になし(包括病床が多い(85%)ので、施設基準をⅢにして対応している)
・ リハ技士の増員
・ 他職種との連携を行い、入退院の情報やリハビリ開始の有無の情報を各関係職からいただき、すぐにリハ職が介入できるようにしている。
・ 専従以外のスタッフへの患者割りて(入院・外来)

<ul style="list-style-type: none"> ・ 一般病床や外来患者のリハビリ、計測等は専従以外のPTが実施している。他部署にも専従要件を伝え、満たすことができるよう協力してもらっている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 特に困っていない
<ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟業務に専念するために、他スタッフが協力する。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 検討中、冬季間になり患者数が増すと現スタッフの人数では厳しい
<ul style="list-style-type: none"> ・ 一般・療養病棟、外来、デイケアや訪問リハは、地域包括ケア病床専従PT配属のため、その他リハ職が兼務しながら、専従PTを確保している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 理学療法士1人だけを専従にしている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリ専従者(PT1名)を配置しています。この専従者は病棟との患者情報の窓口として患者情報を把握し、円滑な病棟運営に貢献しています。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 療法士(リハビリ職)数の増員を行った。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 必要以上に休まない。土日祝日はローテーションで出勤。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 疾患別担当者は、包括患者の担当を上限3名までとし、転棟の話が出た段階で引き継ぎの相談等を必要に応じて行い、常に6~8人程の患者を診るように配置している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ リハ職の人員確保、事業ごとに役割分担をする。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 人員の増
<ul style="list-style-type: none"> ・ 入床する時間、転床時など病棟のベッド移動に注意している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 休暇や不在時には、一般病棟療法士による補助を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 人員の確保
<ul style="list-style-type: none"> ・ 3年ごとの異動をルールとし、OTを1名専従としている。

②1日2単位実施の工夫

<ul style="list-style-type: none"> ・ POCリハの併用、専従以外のスタッフによる実施
<ul style="list-style-type: none"> ・ スタッフへの実績と見通しの報告。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 午前・午後に介入し実施単位数増 専従スタッフ欠勤の際は代診にて介入
<ul style="list-style-type: none"> ・ 単位数の少ない患者や拒否の強い患者は、転棟した際に主治医や家族と相談し、中止や20分未満での対応、または看護師や介護福祉士による離床を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 3部内(PT、OT、ST)での介入。午前、午後の複数回の介入。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 週5日のリハビリテーションの実施と、患者の体調不良等による非実施日を想定し、1日4単位実施している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 専従職員と、リハビリテーション管理者、病棟管理者との日常的なコミュニケーション及びカンファレンスに基づき専従職員以外の職員も地域包括ケア病床入院患者に関わる。特にPT・OT・STが総合的に関わることで単位取得に繋がっている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 専従が休み等、不在となる場合は、非専従スタッフが行っている。休日分を考慮し、1日3~4単位行うようにしている(患者1名に対して)。
<ul style="list-style-type: none"> ・ できる限り、1名の患者にPTとOTでリハビリを提供。午前と午後で1日2回リハビリを実施できるようにしている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 非専従セラピストの関わり
<ul style="list-style-type: none"> ・ 1日複数回、多職種で介入にしている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 各月の末日の平均単位を予測しておき、業務量に合わせて増減して対応している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日出勤を行う。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 一般病床のスタッフと協力し実施している
<ul style="list-style-type: none"> ・ 包括病棟入棟時にリハビリの必要度の高い患者の選定、2単位以上のリハビリに適している患者はCARBにて対応している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリ処方患者の入室人数制限。午前と午後の2回に分け、単位数を増やすように。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 土曜日、祝日もリハビリを行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ PT、OT、STで実施時間の調整を行って、複数単位を実施している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリ継続が必要かどうかを転倒時に評価し主治医と前担当リハビリと相談し対象者数のコントロールを行っている。ほぼゴールの患者に対しては院内ディやPOCRリハビリにて対応している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 午前・午後に分けて実施する場合もあり。
<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリ対象人数のマネジメント
<ul style="list-style-type: none"> ・ 転床前に2単位orCARB対応かを担当PT・OTに確認。専従外の応援方法を決め対応している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 土日が休みであり、1日平均3単位以上実施することをスタッフ間で共通認識として共有。3連休以上の休みが続く場合は、休日出勤を行い対応。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 稼働率を考えながら単位数を把握している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 週末のリハ処方土・日が挟むことで平均が下がるため調整している。退院日が週明けになった場合、土・日が挟むことで平均が下がるため可能な範囲で調整している。ベッドサイドリハの患者は平均単位の件を考慮すると対応が難しいので、配慮していただいている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ できるだけ多職種(PT・OT・ST)の関りとする。一人の患者に対し、複数のスタッフで担当する。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 疾患別スタッフの業務応援を組んでいる。計画的に土曜勤務を組んでいる。また、3連休以上となる場合も適宜勤務を組んでいる。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎日パソコンに単位を入力し、平均単位数が把握できるようにしている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎週のミーティングにて平均単位数を報告し意識を高めている。 ・ 一人の患者様に対して可能であればPOSで関わるようにする。 ・ 土、祝日もスタッフで協力し合い訓練を行う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 土日祝が原則休みのため、稼働日である平日に1日当たり3～4単位をこなせる患者を選定している。また、専従以外のPTやマッサージ師のフォローをいただき単位数エラーを起こさないよう努めている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリの処方数に対するリハビリ実施単位数が平均2単位となっているかどうか、月の途中で把握できるように、電子カルテの情報が反映されるシステムを活用している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 脳血管や運動器の患者が中心。 ・ 呼吸器や廃用はレク等を増やすことで離床する機会を増やしている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 外泊や外出、体調不良等も考慮して、できるだけ午前・午後の2回、関わりをもつようにしている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 訓練実施を午前と午後に分け、対象者の体力に配慮しながらも、活動性の向上を得られるようにしている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ PT、OT併用や平日以外の介入で調整している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 休日を考慮し、平日2単位以上の単位取得を実施している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 土、日、祝日のリハビリを実施していないため、毎週実施状況を確認し、調整している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種介入(PT・OT・ST)併用 ・ 2回/日介入など
<ul style="list-style-type: none"> ・ 専従者がリハビリ単位数の管理を行い、必要に応じて専従者以外のスタッフに介入してもらい1日平均2単位以上となる様に調整している。

<ul style="list-style-type: none"> 担当PT/OT/ST介入＋病棟専従PTの個別介入(POC・集団起立訓練など)他、下記③に続く
<ul style="list-style-type: none"> 2単位を意識するのではなく、患者さんに必要なリハビリ量を実施する 疾患別リハ患者は必ず2単位以上実施する。必要に応じてCARBへの移行。
<ul style="list-style-type: none"> PT、OTでの介入を実施する。患者さんの在宅の様子から生活リハビリにつなげることで単位数も増える。
<ul style="list-style-type: none"> P・Oで1日3～6単位で実施。また、実施に耐えうるPTの選定。 専従PT以外のリハ職による介入、連休の際には、当番制で対応している。
<ul style="list-style-type: none"> 土日祝日がリハビリが休みのため、1人の患者につき、1日2回(午前、午後)のリハビリを行い、1人の患者につき1日合計4単位取得を目標にしている。
<ul style="list-style-type: none"> 土曜・日曜休みのため平日PT・OTが入っている
<ul style="list-style-type: none"> 毎日単位を計算して確認している。また、出勤日数をあらかじめ考慮して、リハビリ介入の患者さんの入棟のタイミングなどの調整を行う場合もあります。
<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病床開始前は土曜日のリハビリ提供を行っていなかったが、地域包括ケア病床を開始してからは土曜日のリハビリ提供を行っている。また、状況に応じて日曜、祝日のリハビリ提供も行っている。
<ul style="list-style-type: none"> 専従スタッフ(PT)は入院時に担当し、ベッド稼働率を確認して、専従PTだけで対応できない時はその他のPTが一般病棟から継続している。OTは一般病棟から継続。エクセルで月次表を作成し、週単位で実績管理している。
<ul style="list-style-type: none"> 営業日数の増加(土、祝日、年末年始の出勤) 専従以外でのPTに単位数の業務補助
<ul style="list-style-type: none"> 疾患別担当者は、包括患者の担当を上限3名までとしている。エクセルにて、1ヶ月の包括算定状況を記録し、予想を打ち出し、2単位未満とならないよう必要であればPT、OT、STの追加を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> 土日祝の勤務の検討
<ul style="list-style-type: none"> 専従と非専従の協力体制、コミュニケーションの充実 疾患別リハ以外としてのリハ職が機能維持できるような働きかけ(補完代替リハビリ?)
<ul style="list-style-type: none"> 専従が休みの場合のサポート、疾患別をとる患者の選定 外泊や体調不良に備えて1日3単位以上実施する
<ul style="list-style-type: none"> 療法士が積極的にかかわる症例、POCリハ症例、病棟看護師による生活リハ症例を見極めるようにする。患者の状態に合わせて、上記リハを使い分けるように日々看護師と情報共有や検討を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ①なるべく連続したリハビリを実施する。②疾患別リハスタッフにお願いする。③3ヶ月平均の目標単位数を多めに設定し、余裕をもてるようにする。
<ul style="list-style-type: none"> 1日4単位 午前、午後実施。
<ul style="list-style-type: none"> 専従以外の療法士も、専従セラピストと共同で担当し、患者様の体調にあわせて、出来る限り1日2回のリハビリテーション介入を行うようにしている。
<ul style="list-style-type: none"> 医師とのリハ対象者の選定 看護師長、SWとの入退院調整
<ul style="list-style-type: none"> 十分なりハビリテーションが必要な人を転棟させている 患者1人につき、平日3～4単位実施を心掛けている。
<ul style="list-style-type: none"> セラピスト対象人数の制限 リハビリ実施時間の工夫(食事時間や入浴時間、処置等の調整)

<ul style="list-style-type: none"> ・ 必要な症例に対して、必要なリハを提供している
<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎日その月の平均単位数を確認。 365日リハビリを行う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 転入前に、リハの必要性を主治医と話し合い、継続か終了かを決定し、ムンテラしている。

③算定や記録等運用管理上の工夫

<ul style="list-style-type: none"> ・ 包括独自の集計表による日報・月報管理
<ul style="list-style-type: none"> ・ Excelにて集計表を作成し運用
<ul style="list-style-type: none"> ・ 稼働日数に合わせて平均単位数の予測を毎日行っている。(リハビリ管理ソフト使用) ベッドコントローラーと話し合い情報共有を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 電子カルテによる単位数と算定漏れのチェック。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 基準を満たせるよう、月末までの予測を行いながら管理している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ PC管理及び1回/週程度のアセスメントの場を設けている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 日ごとの算定や記録は電子カルテ上で管理。 月ごとの単位数の管理は別に作成している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 記録はPT・OTとも同一書類を使用。医師及び看護師と一体となったカルテ使用。パソコン入力にて毎日、毎月一日2単位実施の管理をしている。リハビリ実施の有無に限らず、全入院患者のADL管理。
<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリ支援システムにより算定ミスや記録の抜け落ち、疾患別リハビリテーションの単位数などを管理している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 電子カルテ用管理を行う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ コミュニケーションを取りながら実施している
<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリ支援ソフトを活用し、日々単位数をチェックしている。CARBで対応している患者も記録している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟事務員は、病棟看護師長から入室者の連絡を受け、入室者一覧表を作成し算定チェックをおこなっている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 1ヶ月間のリハビリ提供量が分かるプログラムを作成した。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎日、Excelで集計し、チェックを行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 算定ミスがないようダブルチェックをしている。毎日実績集計を行い単位数の過不足チェックをしている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的に専従スタッフのみで対応するため、同時に処方されているリハビリ患者は3～4名に制限。土日祝日が休みのため、できるだけ休み明けに入床していただく。また、休日退院の場合はその直前の平日で、リハビリ終了処方をだしてもらおう。 1日3単位実施が難しいと思われる患者は、入床対象から除外。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 単位の取得状況を毎日システムで管理。 入棟時や退棟時評価(BI・FIM・転帰先など)の記録状況を管理。
<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリテーション科へ一任している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院や転院、転棟、転室等されたことをきちんと把握し可能な範囲で単位取得している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 平均単位数の計算は医事課職員に依頼し、リハ専従者が管理・調整している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 疾患別リハビリと同様に行っている。

<ul style="list-style-type: none"> 算定開始日、終了日等をデータ上に色分けし、1日の単位目標を確認できるようにしている。担当外のスタッフが介入しても、データが見れるようにしている。
<ul style="list-style-type: none"> 患者様毎の取得単位数の経過を観察し、単位が伸び悩んでいる方には担当に事情を聴取する。
<ul style="list-style-type: none"> 集計表を作成し、管理している
<ul style="list-style-type: none"> エクセル計算票を活用して単位数を管理している。
<ul style="list-style-type: none"> 療士ごとに1日の目標単位数を設定し、担当の対象者数が均等になるように振り分けている。
<ul style="list-style-type: none"> ドライブで単位を管理し、現在の総単位数や包括総日数等を管理している。
<ul style="list-style-type: none"> 毎朝礼時や包括カンファレンス時に前回までの単位状況の報告を行い、リハスタッフ間、他職種間に包括の単位を意識してもらうようにしている。
<ul style="list-style-type: none"> 名簿作成による単位管理をしている。
<ul style="list-style-type: none"> リハビリ支援システムの活用
<ul style="list-style-type: none"> リハ単位数、在宅復帰率の確認のため、電子カルテを使用した医事科とのダブルチェックを実施
<ul style="list-style-type: none"> カルテ等に記入する際は、一般病床は黒字、地域包括ケア病床は青字で統一し、わかりやすくしている。
<ul style="list-style-type: none"> リハビリ単位は、エクセルで管理 電子カルテの掲示板で、平均単位数を報告
<ul style="list-style-type: none"> 医療事務科以外の看護科・リハビリ科でも看護必要度やリハビリ単位数等の管理を行い、ダブルチェック出来る体制にしている。
<p>集団起立訓練やPOC実施者で、リハビリ算定を終了した者を実施した場合においてはリハビリの実績には一切残さず、またカルテ記載も一切行わない(業務日誌上は完全にボランティア)。(後の適時調査で、再カウントして下さいと言われると困ってしまうので)。長野県は厚生局に、廃用症候群の実施単位を含めて提出しなければならなくなっているため、下記対象者は転棟後、CFにて主治医確認後、算定は終了する。</p> <p>1)病前ADL獲得かつ病棟内ADL自立者 2)状態不安定者(癌ターミナル・内部疾患等の看取り方向)</p> <p>に関しては、ADL再低下を招かないよう1)は病棟専従PTで集団起立訓練でADL低下のカバー、2)は疾患別リハ処方を終了させ、カウントは外し、定期的フォローしている。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 電カルで効率化、共有化している
<ul style="list-style-type: none"> 医事課にて単位表を作成、それを基に単位数を把握し、状況確認をしている。
<ul style="list-style-type: none"> カルテとは別にエクセルに月間で単位と月平均を算定し管理する。 2020.10月には電子カルテでの管理ができる予定。
<ul style="list-style-type: none"> 誤差や空白のないように電子カルテ等で管理。エクセルで月間・年間の単位・算定状況を確認している。
<p>算定面では、事務職員により1ヶ月ごとのデータ集計(在宅復帰率や稼働率など)を行っている。記録としては、毎週開催される地域包括ケア病床会の事前準備とし、現在の能力や問題点を記載した資料を作成している。その資料をもとに情報共有・意見交換を行い、後に議事録としてまとめている。</p>
<ul style="list-style-type: none"> リハビリ管理支援システム(リハメイト)を使用し、以下のデータを管理している。 <ol style="list-style-type: none"> 疾患別リハビリを提供した患者数 リハビリ患者の入院述べ患者数 リハビリ患者のリハビリ総単位数
<ul style="list-style-type: none"> 単位数や入賞期間の集計を行っている
<ul style="list-style-type: none"> リハビリでも単位数の計算をしているが、医事課にて、単位数の計算をしている。 記録などは、部門システムにて作成し、電子カルテに反映させています。
<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテの利用

・ 算定漏れや記録などの漏れがないよう手順書を作成、チェックリストを活用
・ 疾患別担当者は、15時以降から包括患者を担当し、算定不備にならないようにしている。
・ 単位数の管理はエクセル表を作成している。
・ Excelにて患者・単位数を管理
・ リハビリ支援管理システムの利用。
・ Excelシートを作成し、単位数を管理。 専用ソフトにアラートが出るようにしている。
・ 電子カルテを利用し、リハビリテーション単位等の統計を集計して、管理を行っている。
・ 表計算ソフトでの単位数管理
・ 電子カルテの部門システムで管理している
・ 週間平均単位数を掲示し、単位算定の参考にしている。

④リハビリ職として「対象患者選定会議等」病棟運営への関与の実際について

・ 今後検討したい
・ ベッドコントロール会議への参加。
・ ベッドコントロールは看護部にて実施。リハ対象患者に関しては看護部への提言あり。
・ 看護部主体で実施している選定会議の際に資料提供のみ行っている。
・ 包括ケア病棟カンファレンスに参加し、リハ側からの対象患者を提案する。
・ PT、OT、ST、入退院支援看護師、病棟看護師、MSW、医療事務員で毎日対象患者選定会議を行っている。
・ 1回/週の退院及び地域包括ケア病床対象者に関する会議に参加。 その他病棟カンファレンス等にてリハ的な方針を提供及び検討している。
・ 患者の入床を決める判定会議や候補者を選定する会議にも参加している。
・ 全患者の入院時のカンファレンスにPT専従者が参加しているので、必要に応じ医師へ指示を依頼する。
・ 週1回開催
・ 対象者を選定する会議には参加していないが、週に一度行っている病棟ラウンドでリハビリ対象者を拾い上げ医師に打診する場合がある。
・ 専従者が関与している。
・ 行うべきと思うが、関与していない。
・ 会議に参加し多職種と意見交換をしている
・ リハビリ職として退院時の目標設定等を発言している。
・ リハビリ単位要件を満たせるように、入室人数の管理。患者の運動能力や生活能力についての情報提供(予後も含む)。
・ 月に2回、Dr、Ns、SW、事務員、専従PT、OTで会議を行っている。
・ 退院支援カンファレンスへの参加等
・ ADL状況やリハビリの退院の目処を報告、包括ケア病棟のリハ受け入れ状況の報告、回復期リハか包括ケア病棟の選定の助言
・ 1回/週実施しており、専従スタッフは毎回参加している。他のリハビリスタッフも参加可能な際には参加している。
・ 直接は関与しないが、情報は共有している

<ul style="list-style-type: none"> 各病棟師長との情報共有(週2回の会議+α) 連絡体制の取決め(マニュアル化)
<ul style="list-style-type: none"> 月1回行われる病床利用検討委員会に出席。病棟師長とともに、新規入棟患者についての情報収集を行い選定している。システム内の院内共有ファイルに、各病棟から入棟予定者のリストアップがされており、担当リハスタッフにて2単位以上の実施が可能か、また機能、能力的に2ヶ月以内に退院が可能かの判断を行いチェックを行っている。
<ul style="list-style-type: none"> 1回/W 実施している
<ul style="list-style-type: none"> 適時NS、SWとカンファレンスを実施し、今後包括へ異動される患者の検討を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> 会議にリハ専従者も出席している。
<ul style="list-style-type: none"> 専従スタッフは会議メンバーとして毎回出席している。疾患別スタッフは担当ケース検討の際には出席している。
<ul style="list-style-type: none"> 病棟カンファレンス、NST、リハビリカンファレンス時に情報を交換している。
<ul style="list-style-type: none"> 毎週1回、30分～1時間ほどの患者選定会議への参加、それ以外は毎日病棟看護師長との密な情報共有で空床が減るよう努めている。
<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟に転棟予定の対象者のADL状況やリハビリの経過について、情報提供を行っている。 対象者を選定する会議ではないが、病棟から問題のある対象者があれば、都度、相談にて対応している。
<ul style="list-style-type: none"> 朝のカンファレンス等において、転床可かどうか等の助言をしている。
<ul style="list-style-type: none"> 病床運用検討会への参加
<ul style="list-style-type: none"> 毎週の包括カンファレンスに参加し、選定者の決定に疑問がある場合は意見するようにしている。
<ul style="list-style-type: none"> 包括ケア病棟カンファレンスにPT・OT各1名ずつ参加している。その他、病棟師長と専従OTの間で情報交換をまめに行い、タイムリーな患者設定を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> 入棟判定会やベッドコントロール会議への出席
<ul style="list-style-type: none"> 1回/W専従スタッフが会議に参加している
<ul style="list-style-type: none"> 週一度のカンファレンスに参加している。リハビリの対象患者数、カンファレンス時点での平均単位数。リハビリの実施状況、退院に向けた課題等報告している。
<ul style="list-style-type: none"> 出席している
<ul style="list-style-type: none"> 疾患別リハビリで得た情報(リハビリの耐久性・家族の要望・転帰先等)を運営担当者に情報提供し、その情報を踏まえて対象者の選定を行う様をお願いしている。
<ul style="list-style-type: none"> ベッドコントロール(BCcf)会議に参加し、現状のリハビリ単位を考慮しつつ、一般床のDPC点数、地ケア病棟の在宅復帰率を加味しながら、会議に参加中。該当月のリハ単位が少ない場合は、比較のリハ単位が高めの方でかつDPCを比較検討し、包括ケア病棟で入院単価が高い方は率先して転棟して頂くよう働きかける。逆に、リハ単位が伸び悩んでいる患者で、リハ単位が高い月では早めの転棟、リハ単位が低い時には、少し遅めの転棟で調整して頂けるよう、空室状況を見ながら、ベッドコントローラーに便宜を図って頂いている。BCcf参加翌日、転棟予定者の分かる範囲でリハ室の朝のMTGで報告。
<ul style="list-style-type: none"> 病床管理室の一員として以前から関わっている
<ul style="list-style-type: none"> 算定上限の60日以内にリハゴールに到達できるか検討し、転棟時期の提案をする。
<ul style="list-style-type: none"> 全員ではなく、60日で退院することが不確実な患者について看護部長と相談する。
<ul style="list-style-type: none"> ほぼ毎日参加。疾患別リハから移行出来そうなPTの情報提供をする。
<ul style="list-style-type: none"> リハ職として意見を求められるもしくは、意見すべき内容がある事柄に関しては、積極的に発言し、病床会の場面で再考してもらっている。
<ul style="list-style-type: none"> 毎日、地域包括病床への入床患者選定の会議を病棟看護師長・副看護師長・リーダー看護師・医療サービス室看護師・MSW・リハビリテーション士長で行っている。

<ul style="list-style-type: none"> 入棟審査会(医師、ベッドの調整をする看護師、ケア病棟の師長、PT、診療録管理士)週に1回に、急性期病棟での患者の情報をとりまとめて参加しています。
<ul style="list-style-type: none"> 状況に応じて対象患者様の選定にリハビリ職が関与している。
<ul style="list-style-type: none"> 病棟カンファレンス、新患カンファレンスへの参加
<ul style="list-style-type: none"> ・病棟の入院調整部門と連携
<ul style="list-style-type: none"> 毎週月曜日に実施する他部門との入院・退院の状況や、包括への転棟候補等の話し合いの中で、身体機能面から転棟の助言を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて、主治医や病棟師長と情報共有している。
<ul style="list-style-type: none"> 週1回病床コントロールミーティングへ出席
<ul style="list-style-type: none"> 病棟師長が中心となり患者を選択している。
<ul style="list-style-type: none"> ほとんど関与していません。リハビリ1日2単位が厳しい時に、対象者の選別に対して助言させてもらうことはあります。
<ul style="list-style-type: none"> 自宅等からの入棟、緊急患者の入棟に関しては、関与できていない。管理者へ現状と希望を伝える。
<ul style="list-style-type: none"> 平日の朝に「ベッドコントロール会議」を病棟で行っているので参加し、リハビリの進行状況の情報提供をしている。夕方のケア病床カンファレンスで入床者の情報共有を図っている。
<ul style="list-style-type: none"> 病棟師長や地域連携室と共同で行う「対象者選定会議」に毎日参加している。
<ul style="list-style-type: none"> 毎日病棟師長との情報交換、相談を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> 毎日のカンファレンスを行い関与している
<ul style="list-style-type: none"> ベッドコントロール会議(週1回)への出席
<ul style="list-style-type: none"> 週1回多職種を交えたMTを開催し、対象者の選択を行っている。適時対象者候補がいれば直接SW、NRS(ベッドコントロール)に相談。
<ul style="list-style-type: none"> リハの視点から対象者リストを作成、2回/週の選定会議に出席
<ul style="list-style-type: none"> カンファレンスにて現状、予後報告。
<ul style="list-style-type: none"> 転入前病棟によって、リハビリカンファ中に主治医、看護師と話し合っている。

⑤院内多職種連携のための看護、介護、栄養等への働きかけ

<ul style="list-style-type: none"> 患者毎にカンファレンスの実施、日常のスタッフ間コミュニケーションの活用
<ul style="list-style-type: none"> 随時。ADL、介助法指導、自主練習申し送り等。
<ul style="list-style-type: none"> リハビリカンファレンス内での連携を図る
<ul style="list-style-type: none"> 週1回病棟カンファレンスを行い情報共有をおこなっている。
<ul style="list-style-type: none"> 早期離床に向けた移乗動作指導。ベッド上での食事摂取から車いすでの食事摂取提案。
<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて相談を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> 病棟カンファレンスへの参加。 地域連携室への情報提供。
<ul style="list-style-type: none"> リハビリの状況、退院に向けての調整状況など会議の際にあわせて報告している。
<ul style="list-style-type: none"> 入院患者全員を対象とした退院に向けてのカンファレンス
<ul style="list-style-type: none"> カンファレンスの定期開催 申し送り業務へのリハ職参加
<ul style="list-style-type: none"> 他職種にむけての伝達事項については電子カルテ掲示板を利用している。専従者は毎日行われている病棟カンファにも参加している。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種カンファレンスにて連携を働きかけている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ カンファレンスの実施
<ul style="list-style-type: none"> ・ カンファレンスで話し合いを実施している
<ul style="list-style-type: none"> ・ 積極的に病棟カンファを開催し、多職の意見を取り入れて、治療方針を進めていく。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟カンファレンスの実施(週1回 リハビリ職員、看護師、医師、社会福祉士)
<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリカンファレンスを行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院支援カンファレンス等での働きかけ
<ul style="list-style-type: none"> ・ その都度、カンファレンスにて役割の明確化を図っている
<ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟看護・介護スタッフで行われているケースカンファレンスに専従スタッフも積極的に参加し、情報共有している。 ・ 日常的に他職種とのコミュニケーションを頻繁に行い、情報共有している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 日々の情報のやり取りを徹底していること。日常生活上の介助の指導等
<ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種カンファレンスにて情報共有 ・ 電カル掲示板の共有
<ul style="list-style-type: none"> ・ 月1回程度リハスタッフによる病棟勉強会を行っている。 ・ 日常生活動作における自立支援を意識した介護方法について、看介護スタッフへの技術指導を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ ICやカンファレンスへ参加してもらう。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の現在の身体状況と今後どの程度改善する見込みがあるか、家族の要望・希望の確認、今後の方向性(自宅なのか施設なのか)具体的な情報を共有するように働きかけている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ カンファレンスでの定期的な情報交換と共有を行っている。また状況に合わせて随時相談している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的なリハビリカンファレンスにて共有している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 朝の申し送り、ミーティング、カンファレンス等の各部署の参加、個人掲示板等へのADL内容の記入などを行い情報共有に努めている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎月多職種との会議を行い、現状の報告や問題点の抽出を行い、改善案や対策を立案。協力し取り組んでいる。
<ul style="list-style-type: none"> ・ ADL状況などの情報交換を密に行っている
<ul style="list-style-type: none"> ・ 包括病床患者の動作状況・退院の目処や、専従以外が担当する患者の情報を常に頭に入れ、新しく有用なものを病棟看護師長へ報告するよう心掛けている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象者のリハビリの経過報告を電子カルテに入力し、多職種との情報の共有化を図っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院支援カンファレンスやリハビリカンファレンス等で、多職種との連携を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的に多職種カンファレンスを開催
<ul style="list-style-type: none"> ・ カンファレンスを行うことで、リハビリの目標や現在の状況を伝えるようにしている。また、各個人でも担当スタッフと会話するようにしている。今後の課題は、朝夕の看護申し送りへの参加や、NST回診が必要と考えている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリカンファレンスを開催し、看護師・栄養士も参加していただき、情報共有と在宅に向けた対策などを話し合っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該病棟カンファレンスへ参加し情報交換を行っている
<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリカンファレンスの開催、勉強会の実施
<ul style="list-style-type: none"> ・ 週一度のカンファレンスで行うことが多い。それとは別に必要なことは適宜関係部署と相談し対応している。

<ul style="list-style-type: none"> ・ MSWに頼っている部分がある
<ul style="list-style-type: none"> ・ カンファレンス等への参加の呼びかけや参加できなかった場合は適宜情報の提供を行っている。
<p>病棟専従PT: 病棟の朝の申し送りに参加し、ADLの改善状況など病棟チームへ情報提供。また、地ケア病棟開設後、転棟翌日に病棟チームの希望に応じて、各担当者を招集し多職種CFを開催し、病棟</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ チームの情報収集や患者の退院目標が明確に情報として看護チームに情報共有できるよう、支援中。病棟専従PTは各NsチームリーダーよりCF依頼があれば、リハ担当者へ開催について報告。その際、③と重複するが、CF用テンプレートを作成し、問題点を明確化できるように心がけている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ カンファ、日ごろからいかに話をするか
<ul style="list-style-type: none"> ・ ADLについて病棟での協力を依頼。また、必要に応じて介助方法などの説明を行う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 週に一度医療カンファレンスを実施。その際に報告相談を行う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ PTの送迎の際など、カンファ以外のちょっとした時間に状態や様子などの確認を実施。
<p>地域包括病床会をDr、Mrs、MSW、PTを中心に毎週実施している。その他、病棟スタッフや管理栄養士との連携は適宜行っている。また、必要があれば、病棟スタッフを対象に症例の動作介助のデモンストレーションやリハ場面の見学も実施している。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 痛みの出やすい患者が居れば、痛みが軽減する姿勢を担当看護師に提案している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療チームを作って連携している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 必要時に働きかけはします。特に、看護師との連携は密に行うようにしています。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎週、情報交換やカンファレンスを実施、適宜担当Nsに情報提供している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修会の実施、共同研究の推進
<ul style="list-style-type: none"> ・ 疑問点や不安等があれば、すぐに相談・対処できるように関係部署との連絡関係が整っている
<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院調節が困難な独居高齢者などの問題がある患者の場合、長期の入院が予想されるため、転棟して早い段階から、ゴール設定の意見合わせを他部門と行う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者のADL能力に応じて病棟でのADL介助量や活動量の提案をしている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種が参加する病棟カンファレンスへの参加 ・ 看護師と共に行うリハビリラウンド・ピクトグラムの活用
<p>週2回のカンファレンス時に相談をしています。療法士は病棟看護師の申し送りに参加していますので、その場でも生活上の問題点や生活リハの進捗状況等把握をし、適切な指導を行っています。栄養士は病棟担当になっており、常時病棟にいますので、必要時タイムリーに相談を行っています。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ ①リハビリカンファレンスの実施。②ADL向上や低栄養など、気になる患者がいれば、相談する。
<ul style="list-style-type: none"> ・ ケア病床カンファレンスの中で働きかけている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 病棟看護師に対し、介助方法等の指導や、患者様に指導した自主トレーニングの実施を促してもらうなど協力してもらっている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 日常生活動作能力についての情報提供、介護法指導、ポジショニング指導
<ul style="list-style-type: none"> ・ 各科ごとのカンファレンスを多職種で行っている
<ul style="list-style-type: none"> ・ 週に1回、MSWと看護師、リハビリスタッフでのカンファレンス開催
<ul style="list-style-type: none"> ・ 院内勉強会を開催 ・ 月2回、包括ケアスタッフ間のMTを実施
<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活リハ(24時間のアプローチ)の依頼を病棟看護師、ヘルパーにしている
<ul style="list-style-type: none"> ・ 1回/週のカンファレンスにて情報共有、連携。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 相談したい時に直接相談する。

⑥地域連携のための医療機関、施設、ケアマネ、訪問リハ等医療介護連携への働きかけ

<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスへの参加依頼と情報提供、退院前訪問への動向依頼報告書の送付
<ul style="list-style-type: none"> ・報告書、症例検討会。
<ul style="list-style-type: none"> ・MSW等が地域連携室主体に行っている
<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリ状況などの情報提供依頼があればすぐに対応している。
<ul style="list-style-type: none"> ・継続してリハビリができるようサマリー、退院時指導書の作成による情報提供。
<ul style="list-style-type: none"> ・3ヶ月に一度、近隣の医療・介護事務所や行政等の関係者で、事例検討会や講習会等に参加し、顔の見える関係づくりを行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・入院時サマリーの提供依頼、退院時の情報提供書作成を行うほか、必要時に外部機関と合同で患者のカンファレンスを実施している。
<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じてカンファレンスを行っている。ケアマネとは個別に情報交換を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーション情報提供書を用い伝達事項を伝えている。くわえて、必要に応じて退院前カンファに参加したり、退院前訪問を実施することで連携をはかっている。
<ul style="list-style-type: none"> ・退院前サービス調整会議へ参加し、連携を図っている
<ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスの実施
<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーションを取りながら実施している
<ul style="list-style-type: none"> ・入棟時、早期からケアマネ等に状態を説明し、円滑な退院調整に努力している。
<ul style="list-style-type: none"> ・退院準備カンファレンスの開催による情報共有（院内スタッフ、利用サービスに応じた地域スタッフ、家族、本人）
<ul style="list-style-type: none"> ・退院前にカンファレンスを行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・合同カンファレンス、サービス担当者会議での情報共有
<ul style="list-style-type: none"> ・外出訓練時にケアマネ等、必要機関のスタッフの同行をしてもらっている。退院前カンファレンスの開催をしている
<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議の開催。日常会話や情報交換を通じて、地域の医療機関、施設、ケアマネ、地域包括支援センターとの話しやすい関係作り。院内の地域包括ケア病床の患者選定会議や当院で関わっている入院・外来・訪問（診療・看護・リハビリ）患者の検討会議に、当院の訪問看護・訪問リハビリスタッフも参加。 町内唯一の老健も当院と同じ町立施設であるため、緊密に連携が図れている。
<ul style="list-style-type: none"> ・担当ケアマネジャーへの情報提供、ヘルパーへの介助指導、他施設へのリハビリサマリーの提供の徹底
<ul style="list-style-type: none"> ・退院前に家人、CMIにリハ見学+面談を実施し情報共有をしている。（必要に応じて他介護サービス事業所含む）
<ul style="list-style-type: none"> ・退院前に自宅での支援を行っていただく各事業所のスタッフとの調整会議を開催し、ご本人、ご家族の移行に沿った生活の再建に向けての支援方法等について情報の提供を行っている。 早期の自宅訪問を行う際、担当ケアマネジャー等に同行していただき、住環境の評価、整備について情報の共有を図っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ICやカンファレンスへ参加してもらう。面談を設定し、実施する。
<ul style="list-style-type: none"> ・理学療法情報提供書を作成し、提供している。また、担当者会議に出席し、情報提供を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・支援が必要な方に関しては退院前カンファやサマリー等で情報共有・情報交換し連携をとっている。
<ul style="list-style-type: none"> ・地域連携室を通して、必要な情報提供・報告を行っている。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での勉強会参加、カンファレンス参加、地域ケア会議への参加時に顔のみえる関係づくりを行っている。退院時のリハビリ報告書等を提出している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療介護施設との連携のためのフォーラムや遠賀中間医師会での会合に出席することで地域との連携を図っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携室を中心に情報交換をしている
<ul style="list-style-type: none"> ・ MSWとの密な情報共有
<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅復帰にむけてサービス担当者会議への参加や退院前訪問の実施を積極的に行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 特になし(退院前カンファレンス等への参加)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院前カンファレンスの開催 ・ 退院時サマリーによる情報提供
<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院時カンファレンスやICを開催する際に関係機関に声をかけて参加を促すようにしており、必要に応じて退院前訪問指導等を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院前訪問指導や退院時カンファレンスなどで、情報共有している。地域ケア会議・ケアマネ連絡協議会などにも積極的に参加し、顔の見える関係づくりを行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 個別カンファレンスへ参加し、情報交換を行っている
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域ケア会議への参加
<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的にはMSWを通して行っている。医師の指示があればカンファレンスや退院前訪問等も行う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ MSWと共に行っている
<ul style="list-style-type: none"> ・ 適宜自院地域包括ケア連携室のMSWIに情報提供を行い、他医療機関、施設、ケアマネ、患者家族に来院していただき、病棟での様子やリハビリ状況の確認を行うことが出来るようにしている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携談話会(開業医や各施設職員が集う集会)の院内開催時に、専従PTより地ケア病棟レスパイト機能について紹介した(運営の一環として)。他、総合診療科家庭医療科にて随時、地域推進会議を開催中(こちらは当方参加のみ)。
<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネ会議、地域会議などに積極的に参加
<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院に向けての退院前訪問指導の実施、必要な介護サービスの提案などを行う。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 週に一度在宅支援会議を実施。その際に入院時の状態とケアマネや介護サービス事業者に情報を提供。退院後に逆にその後の様子を介護サービス事業者等関わりのある所から情報をもらい、状態を周知する。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報提供書の作成。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 主にはサービス担当者会議にて実施。その他では、書面での情報提供や必要があれば、地域スタッフのリハ見学も行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設や他院へのリハビリサマリーでの患者情報の提供、ケアマネのリハビリ見学で患者の身体状況を把握していただく。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・介護連携の会を作って研修会等行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院時に情報提供を行っています。 ・ カンファレンスなどの際には、情報交換はしています。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 状況に応じて訪問リハ事業者や通所リハ事業者、ケアマネ等に情報提供を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 紙面での情報提供やケアマネには極カリハビリの場面を見学してもらえるように働きかけている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修会の実施、訪問
<ul style="list-style-type: none"> ・ ささいな事柄やちょっとした問題もタイムリーに話し合える関係を普段から作っておく

<ul style="list-style-type: none"> 介護保険証を持っている方の場合、前のADL情報をケアマネから聴き、ENT先の相談を早い段階から行っている。
<ul style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンスにて、施設スタッフへの介助指導を行っている。ケアマネには在宅に必要な福祉用具の提案や介護サービスの提案を行っている。 訪問リハ・通所リハ担当者にはリハビリ計画書(様式21-6)にて状況報告している。
<ul style="list-style-type: none"> 相互理解を深めるための研修会や交流会の開催
<ul style="list-style-type: none"> 退院前のカンファレンスの実施、退院前訪問時にケアマネに同行していただき在宅生活の立ち上げを協同して行っています。退院調整カンファレンスの中で訪問リハビリの必要性を確認しています。
<ul style="list-style-type: none"> 地域連携パス会議や地域包括ケア研究会等に参加する。
<ul style="list-style-type: none"> 医療相談員を通じて働きかけている。
<ul style="list-style-type: none"> 退院前の担当者会議やリハビリテーションサマリーを通じて、申し送り等の伝達を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ADL、リハビリ状況の情報提供 退院前訪問指導等
<ul style="list-style-type: none"> 担当者会議を行い連携を図っている
<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じ、退院前カンファレンスや退院前訪問の開催
<ul style="list-style-type: none"> リハ見学主催、サービス担当者会議等の出席、といった依頼に対して対応している
<ul style="list-style-type: none"> 担当者会議にて地域との情報共有及び連携。
<ul style="list-style-type: none"> 退院許可がでるとケアマネを中心とし退院前(多職種)カンファを実施する(全病棟で実施している)。

⑦その他、地域包括ケアを担うリハビリにとって、地域包括ケア包括(床)の長所など

<ul style="list-style-type: none"> 入棟期限がある(一定期間の入院リハビリが可能、逆に期限内の退院を目指すため積極的な取り組みや意識づくりが行われる。
<ul style="list-style-type: none"> 急性期病院との連携が増加。 レスパイトの受け入れ。(緊急時に地域住民のニーズに応えられる)
<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟よりリハビリにかかる時間を多くとることができる
<ul style="list-style-type: none"> 在宅復帰に向けての病棟としての意義はあるが、運営管理に時間と手間がかかり負担となっている。
<ul style="list-style-type: none"> 疾患による制限がなく受け入れ可能な点。
<ul style="list-style-type: none"> 退院調整のカンファレンスが確立し、計画的なリハビリが提供できるようになった。
<ul style="list-style-type: none"> 医療・介護・住まい・生活支援サービスを切れ目なく提供できるため、リハビリもより実生活に近い形で提供することができる。土曜・祝日もリハを提供しているため、PTの満足感が高く、回復過程でのup-downが少ない。
<ul style="list-style-type: none"> 目標、期日がより具体的に決まっているので他職種とも連携しやすい。
<ul style="list-style-type: none"> 規定のリハビリ以外の1日2回の集団体操
<ul style="list-style-type: none"> 維持期・生活期患者の逆方向からの医療的介入が可能 疾患別リハ対象疾患以外の患者に対するリハ介入が可能
<ul style="list-style-type: none"> 疾患別リハビリに拘ることなく介入できることが長所である。
<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟も地域包括ケア病棟も内容等変わりなく行っているため、特別にはない。
<ul style="list-style-type: none"> 集中的に機能回復を行える。
<ul style="list-style-type: none"> 長い時間患者とかがかわることができるため、様々な問題を把握しやすい

<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟と比較して、入院期間が決まっているので早期から5チームで退院に向けての取り組みがしやすい、病棟内でセラピスト以外が患者に対して運動を促せる環境が出来ている。
<ul style="list-style-type: none"> 2ヶ月間、集中的にリハビリが行われる。
<ul style="list-style-type: none"> 亜急性期の受け入れ、地域サービスへ繋ぐ働きをしている。
<ul style="list-style-type: none"> 退院後の1日、1週間など生活スケジュールにあわせて対応できる
<ul style="list-style-type: none"> 病床専従職員を配置することにより、病棟生活の中での日常的な評価や関わりができる。また、他職種と連携がとりやすい。一般病棟と地域包括ケア病床が同じフロア・同じリハビリ室を使用しているため、転床後も継続的な関わりが持てる。
<ul style="list-style-type: none"> 退院後のフォローができること、地域のケアマネジャーとのやり取りがしやすいこと、時間の融通が効くこと
<ul style="list-style-type: none"> 入棟期間が2ヶ月と限られた時間で、対象者の生活再建を支援する難しさはあるが、目標が在宅復帰とはっきりしており、ポイントを絞ったリハビリテーションが展開できること。
<ul style="list-style-type: none"> Nsが中心にADLラウンドを行い、現在のPtの状況把握に努めている。
<ul style="list-style-type: none"> ある程度状態が落ち着いた患者が対象なので、自宅や施設復帰に向けてより具体的な動作訓練を実施できる。
<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟と比べ、退院に向けて準備ができる。リハ専従者が窓口となり他職種との連携がとりやすい。
<ul style="list-style-type: none"> サブアキュートに対し、入院でのリハビリ実施が行いやすい機能を有している。
<ul style="list-style-type: none"> 入院に数が決まっているため退院に向けてゴール設定等、フランが立てやすい地域連携が必要なため、他の施設職員とのコミュニケーションが図れ、スムーズな流れに持っていやすい。
<ul style="list-style-type: none"> 在宅復帰率を意識したリハビリ対象患者数と訓練時間が増えた。
<ul style="list-style-type: none"> 専従で退院まで関わる事ができる
<ul style="list-style-type: none"> 時間をかけて関わる事ができ、自宅退院に対する不安を解消するための細かな指導が可能となり、「帰るまでの準備として十分なリハビリができた」という自信をつけて退院していただくことができると考える。
<ul style="list-style-type: none"> リハビリ処方のない対象者も基本動作、ADL指導など、専従の作業療法士と病棟職員が連携しながら行っている。病棟の介護福祉士が中心となり、ミニデイサービスを病棟内で開催し、レクリエーションなどを通し、離床の促進、認知機能の賦活、コミュニケーションの活性化を図っており、療法士も動作指導や介護指導の面での助言など専門職として参画している。
<ul style="list-style-type: none"> 在宅復帰に向けて特化したリハを行うことができる。
<ul style="list-style-type: none"> 退院調整が十分にできる。 必要な患者に長年にリハを提供できる。
<ul style="list-style-type: none"> 急性期治療を終えた方や行う必要がない方で、在宅生活が困難な方々にとっては、リハビリにてADL UPにつながりやすく、生活に特化したリハビリを行うことができる。また、在院日数の短縮や在宅復帰率の向上にも役立っていると思われる。
<ul style="list-style-type: none"> 在宅復帰という明確な目標設定により、在院期間中のADL訓練の充実や退院に向けた課題が見えやすくなっている。
<ul style="list-style-type: none"> 急性期病床ら比べ、他施設・ケアマネとの密な情報交換が可能なところ
<ul style="list-style-type: none"> 当院は中山間地域にあり、患者も高齢なため、60日という期間関わることのできる地域包括ケア病床は介護保険サービスや自宅の環境調整を行い、患者やご家族に安心して退院してもらうために役立っている。
<ul style="list-style-type: none"> 疾患別リハビリの枠にとらわれずにリハビリの提供が出来る事や退院前訪問等院外での支援が行いやすい事。

<p>当病院は高齢化率が高く、独居高齢者や老老介護世帯が多数を占める。在宅復帰率の70%クリアには日々難渋する日々である。また入院患者の高齢化によりリハ取得単位2以上という施設基準も難しい状況が続く中で、当病棟は人生最後の看取りの場所となったり、障害を抱えた高齢者(独居・老老介護)を自宅に戻さなければならない病棟でもあり(基本、DPCⅢが過ぎても家に帰れない人が転棟してくるため)、またその中でも、当院の中で、一番リハビリテーションが提供される場所でもある。他院では、転棟と同時にリハを終了し算定を切ったらそのままという病棟も数多く見受けられるようだが、当病棟では、なるべく入院生活の質が低下しないよう、可能な限りセラピストがどんな形にせよ、退院まで関わりが継続できるよう取り組んでいる(算定終了に関して、システムの部分のリハ診療報酬包括化について医局へリハからも講習会など開催しているが、なかなか理解され難く苦慮している。(収支的な旨みが無いが医療の質の低下を招くよりは致し方無しかといったところではある、当院としての今後の課題)。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ リハ職のマネジメント力が発揮しやすい
<ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種連携し、出来るだけ生活の質の向上を目指す。また、疾患別リハ以外にもADLの確認、集団レクによる運動参加や認知機能検査を行える。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 在院日数に関係なくリハビリを行えることで、家屋調査等行きやすい。トイレに近い部屋が数か所あるためトイレ歩行の練習をしやすい。
<ul style="list-style-type: none"> ・ リハが必要なPTに最大限のリハを提供できる。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の現状に合わせた関わりが比較的行いやすい。(疾患別リハでは算定できないptへの関わりや老老介護・レスパイトなどへの対応)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 十分なリハビリを行い、早期に自宅や住み慣れた地域の施設に帰っていただきやすい。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 通所・訪問リハも行っており、自立支援のアプローチを実践している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 急性期のリハビリに比べて、リハビリの時間を多く提供できることが多いです。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 平均在院日数の都合上、一般病棟で継続してリハビリを行うことが困難な時、地域包括ケア病床でリハビリが継続できるのは、運動機能や動作能力の向上が期待でき、生活環境の調整ができる。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 回リハと比べ対象疾患の制限がないため使用しやすい
<ul style="list-style-type: none"> ・ 短い期間での退院が可能となるので、在宅での生活が再構築しやすい
<ul style="list-style-type: none"> ・ 他部門、ケアマネ等、病院周辺との関わりも多くなる。自宅ENTに向け、一人の患者を退院まで担当することができる。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院支援に向けて、より密な打ち合わせを行うことにより、退院後の生活を安心して送れるようサポートしていくことができる。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 専従をおくことで、時間枠にとらわれない、ADL向上へのアプローチがしやすい
<ul style="list-style-type: none"> ・ 超高齢化社会において個人が抱える複合的な課題に対して多職種が連携して在宅に向けて包括的に対応する。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症や重度心不全の患者さんなど、疾患別リハよりPOCリハの方が効果的だと考えます。一般急性期病棟より地域包括ケア病棟の看護スタッフの方が生活の視点で介入できるため、生活リハビリや退院に向けたリハビリ的な介入が協同しやすいと感じています。在棟日数60日という基準があるため、60日を超えないためにも積極的な退院調整をしなければならないという雰囲気が自然にできていることもいいと思います。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地方の場合、回復期リハビリテーションは遠方に行く必要があった。地域と距離が近く、家族の負担が軽減し、回復期がより身近な存在になった。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院に向けて十分な準備ができること。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括ケア病床入床後、60日間しっかりとリハビリテーションを実施し、在宅復帰を目指す事が出来る。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅退院に向けた充実したリハビリテーションの実施
<ul style="list-style-type: none"> ・ 1日2単位以上のリハビリ提供確保。定期的な病棟カンファレンス開催による、多職種包括的なサービス提供。

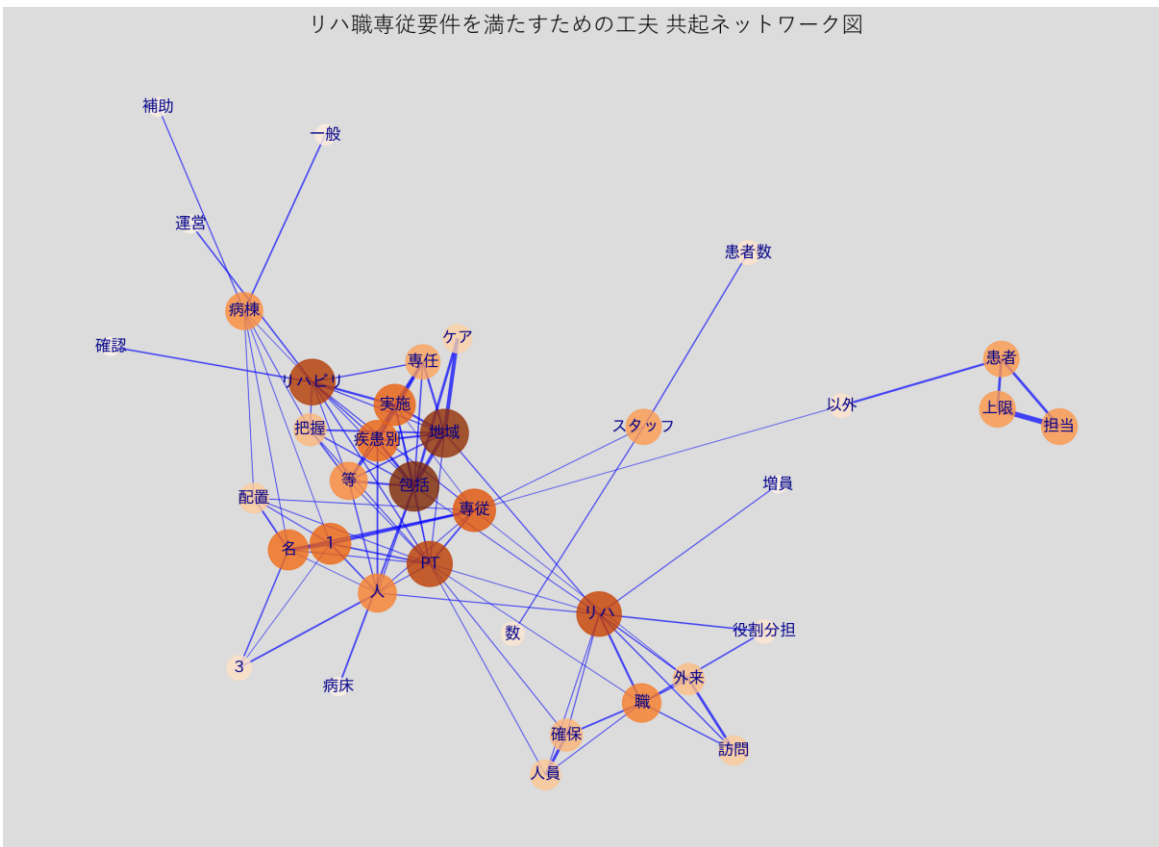
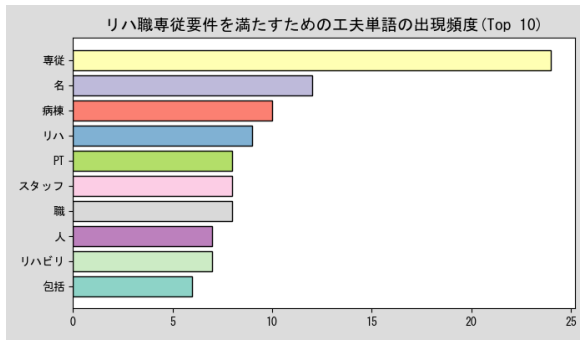
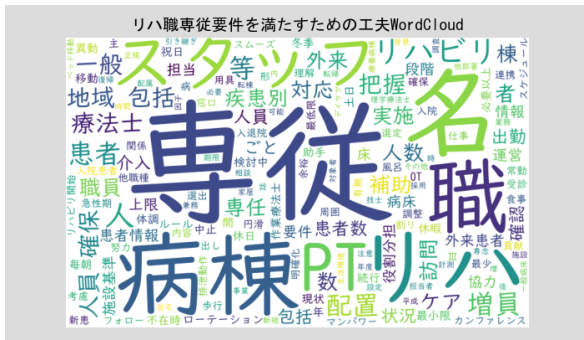
積極的なリハが必要であれば積極的にリハが関わる。しかし、病院退院後在宅が施設生活を考えると、1対1でリハ提供できる頻度は減ることが多いので、退院後の生活への移行期間としてリハ頻度を減少して状態変化を見ることが出来る

・ 最小限のリハビリで在宅復帰。

・ 十分なリハビリが必要な場合、9単位/日 実施できる。

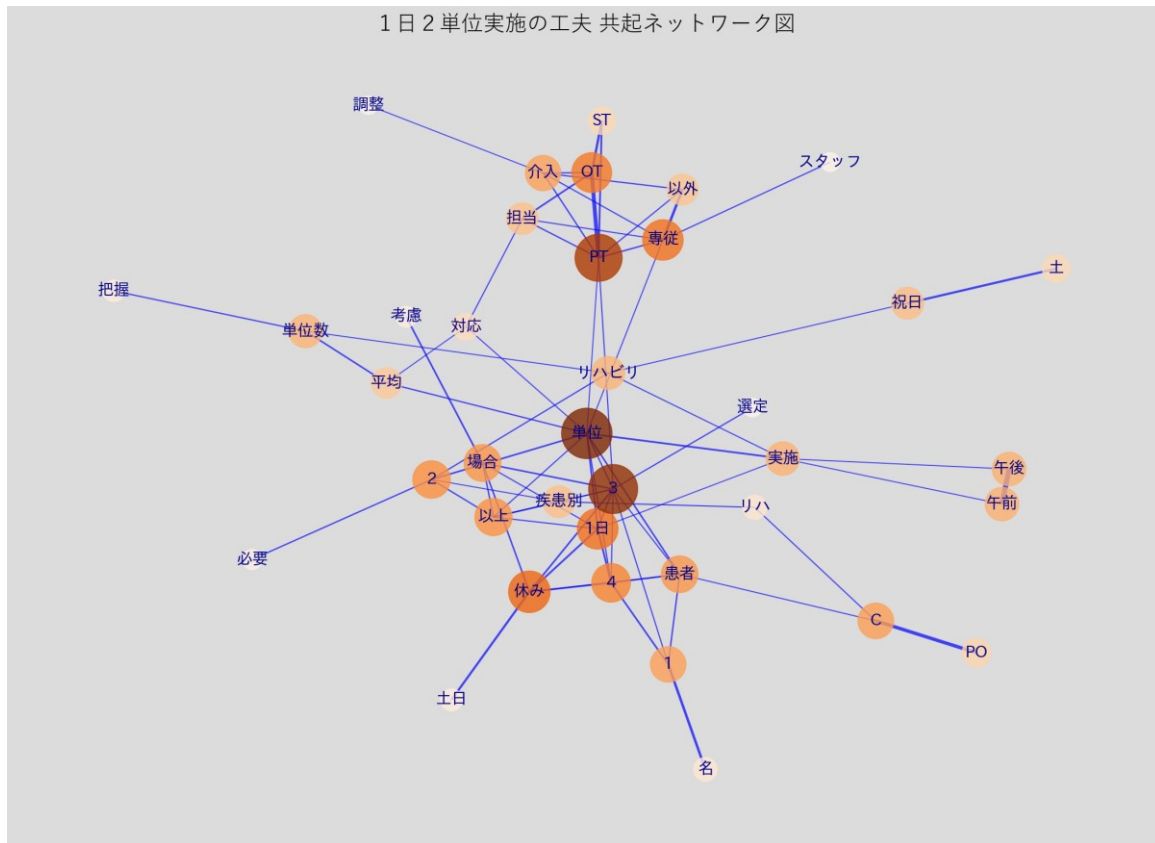
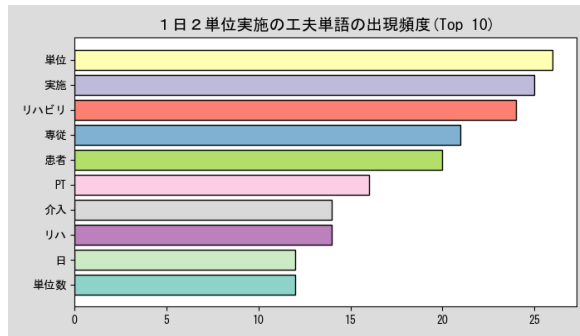
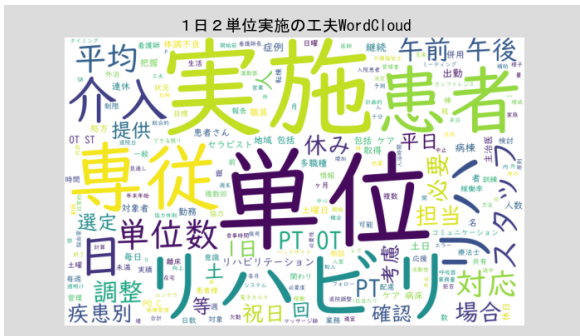
3) 地域包括ケア病棟(床)のリハビリ実施、施設基準上の課題や工夫を教えてください。

①リハ職専従要件を満たすための工夫(テキストマイニング)



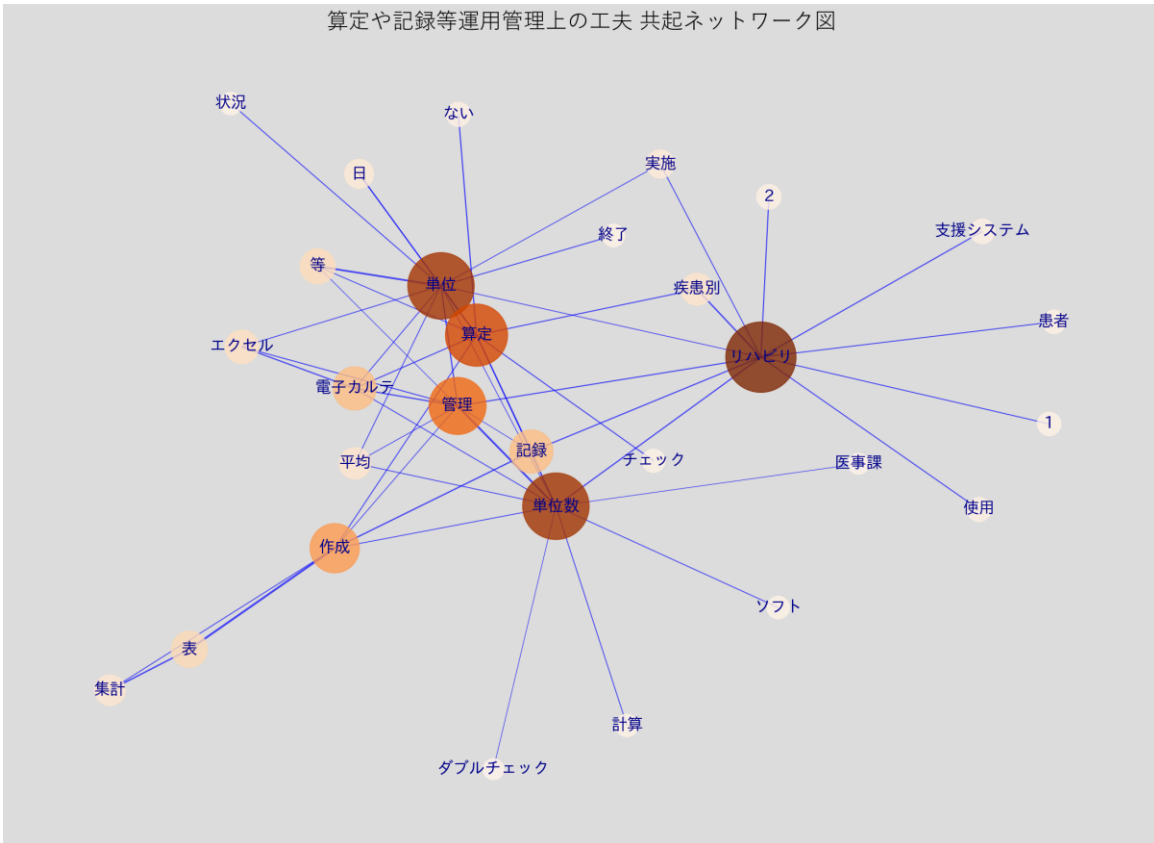
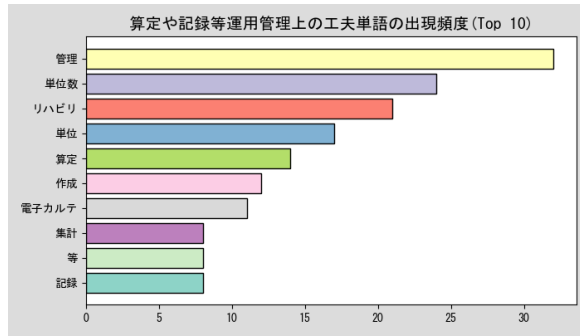
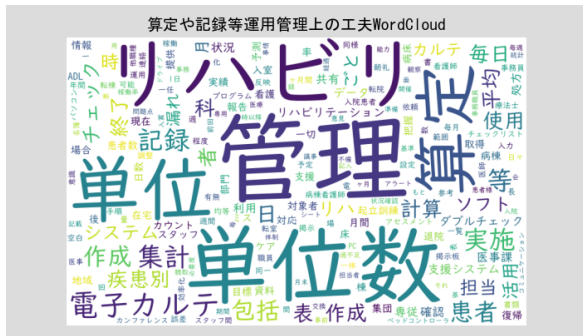
【解析条件】
 解析項目 リハ職専従要件を満たすための工夫
 品詞条件 動詞 名詞 形容動詞 形容詞 連体詞
 レコード数 47
 Jaccard係数 0.14
 Seed 50
 Nodes 37
 Edges 94
 Stopword の () かれるためよう〜。 / れ 2

②1日2単位実施の工夫(テキストマイニング)



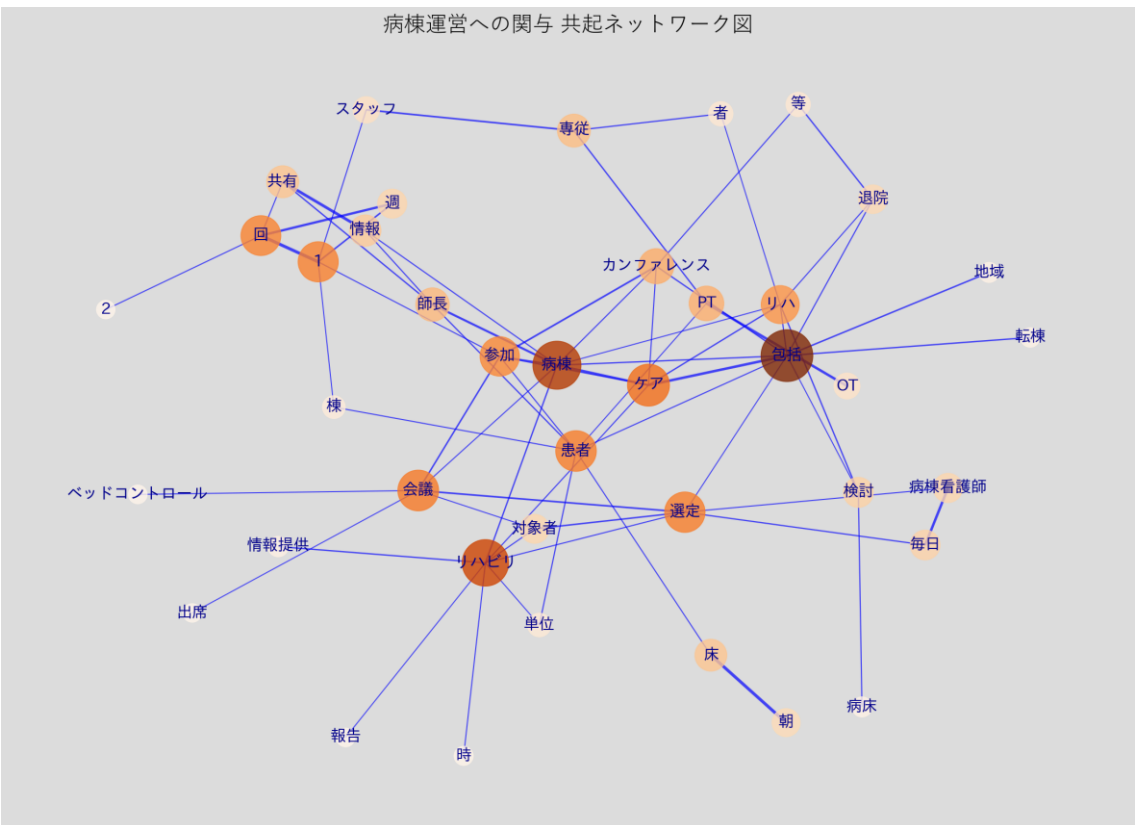
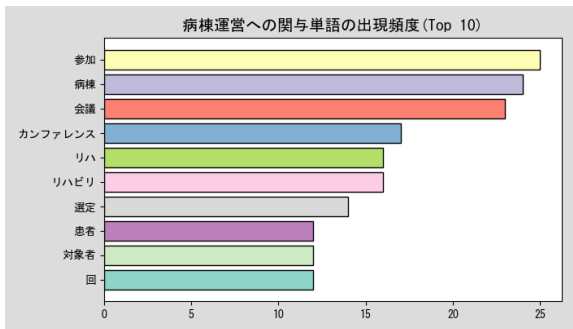
【解析条件】
 解析項目 1日2単位実施の工夫
 品詞条件 動詞 名詞 形容動詞 形容詞 連体詞
 レコード数 67
 Jaccard係数 0.2
 Seed 50
 Nodes 38
 Edges 71
 Stopword の () かれるためよう〜)。 / れ

③算定や記録等運用管理上の工夫(テキストマイニング)



【解析条件】
 解析項目 算定や記録等運用管理上の工夫
 品詞条件 動詞 名詞 形容動詞 形容詞 連体詞
 レコード数 56
 Jaccard係数 0.13
 Seed 51
 Nodes 29
 Edges 51
 Stopword の () かれる たため よう ~ ー) 。 / れ

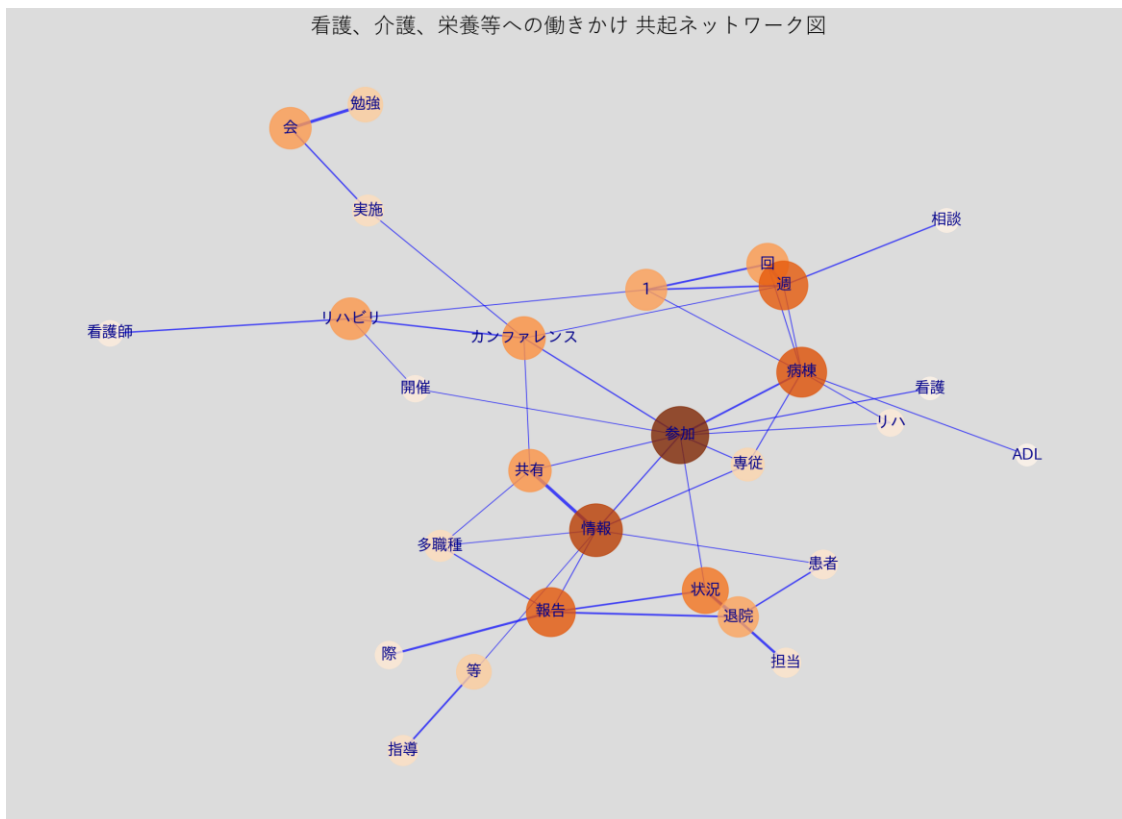
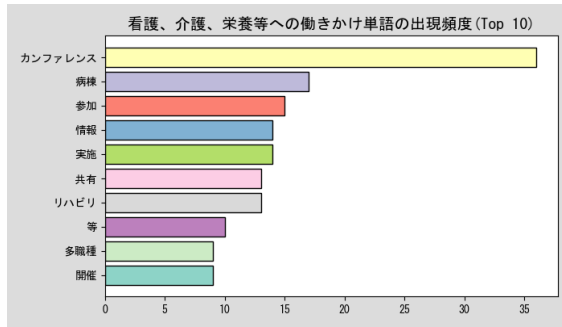
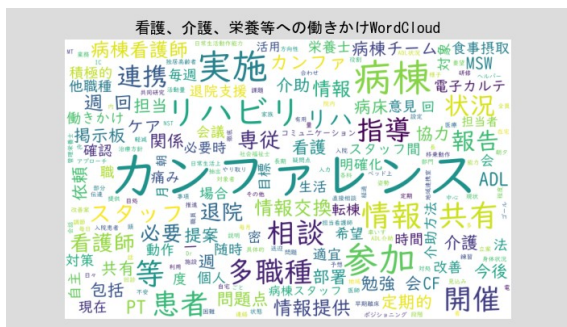
④リハビリ職として「対象患者選定会議等」病棟運営への関与の実際について(テキストマイニング)



【解析条件】

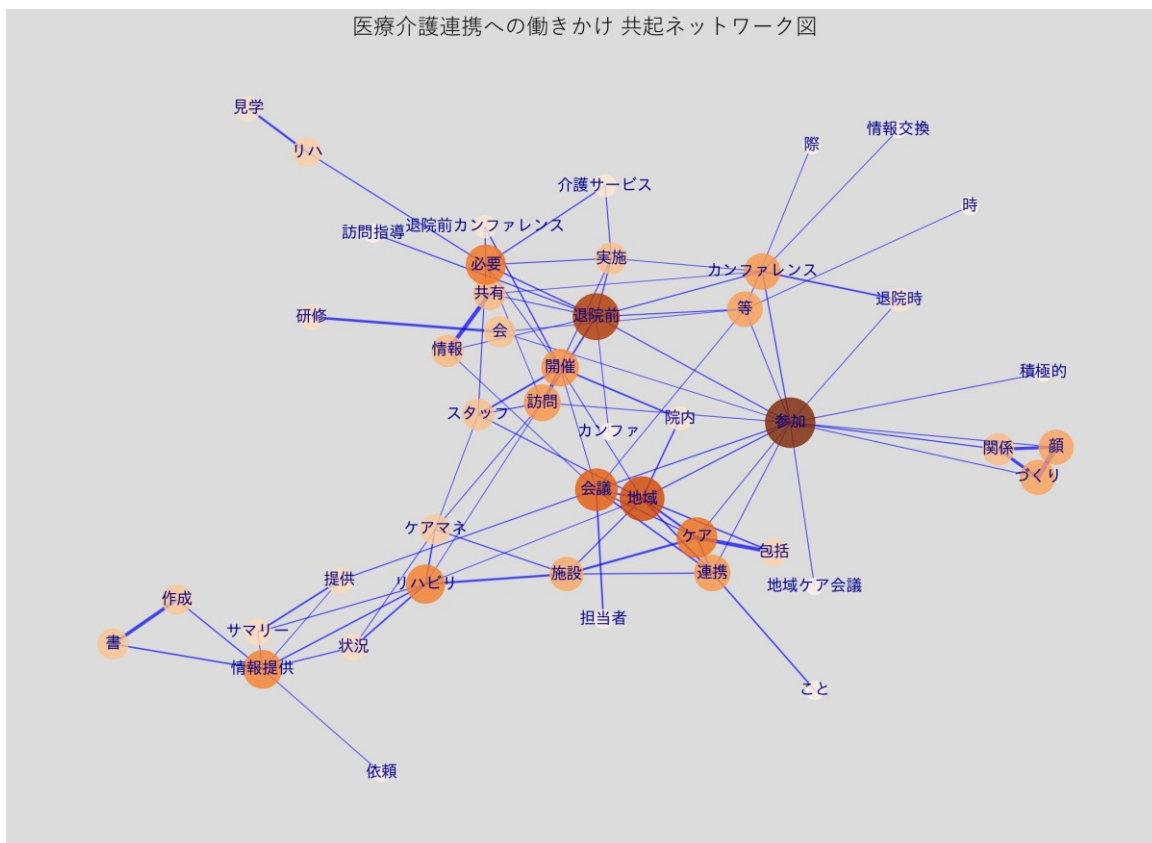
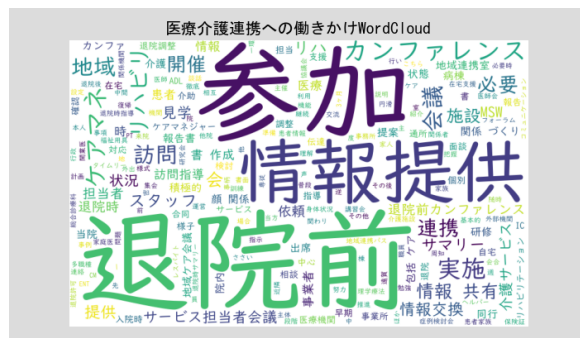
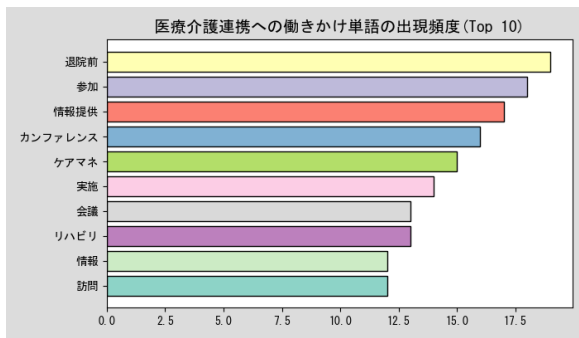
解析項目	病棟運営への関与
品詞条件	動詞 名詞 形容動詞 形容詞 連体詞
レコード数	69
Jaccard係数	0.2
Seed	53
Nodes	40
Edges	66
Stopword	の () かれるためよう〜)。 / ね

⑤院内多職種連携のための看護、介護、栄養等への働きかけ(テキストマイニング)



【解析条件】
 解析項目 看護、介護、栄養等への働きかけ
 品詞条件 動詞 名詞 形容動詞 形容詞 連体詞
 レコード数 67
 Jaccard係数 0.16
 Seed 55
 Nodes 28
 Edges 43
 Stopword の () かれるためよう ~ ー) 。 / れ

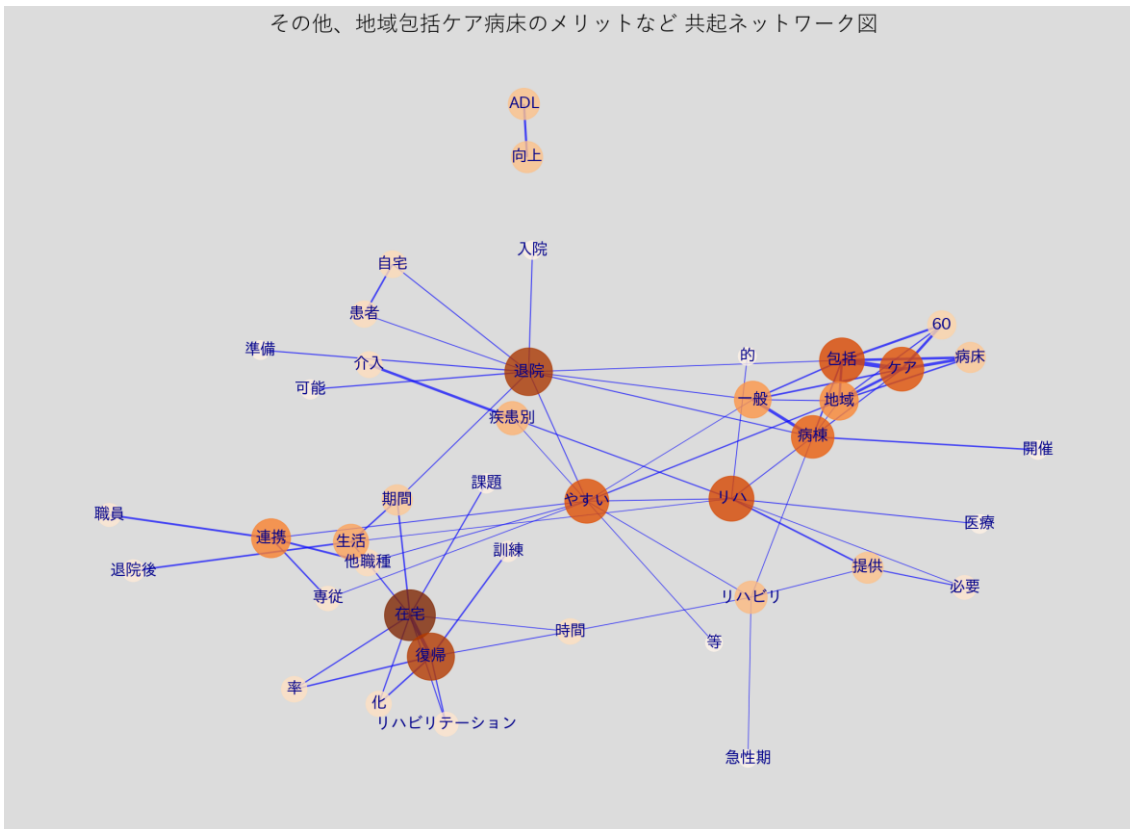
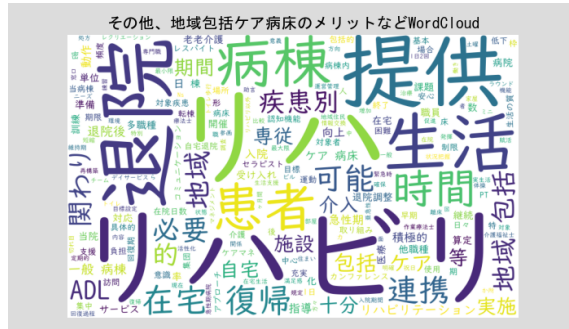
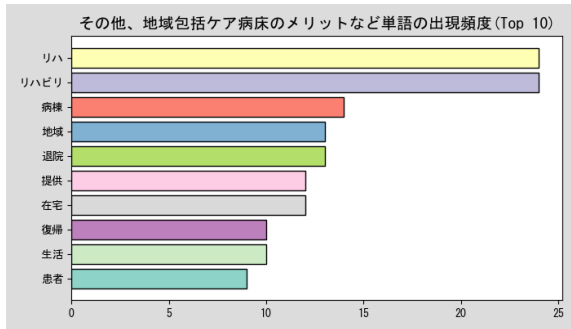
⑥地域連携のための医療機関、施設、ケアマネ、訪問リハ等医療介護連携への働きかけ
(テキストマイニング)



【解析条件】

解析項目	医療介護連携への働きかけ
品詞条件	動詞 名詞 形容動詞 形容詞 連体詞
レコード数	65
Jaccard係数	0.15
Seed	59
Nodes	46
Edges	90
Stopword	の () か れ る た め よ う ~ ー) 。 / れ

⑦その他、地域包括ケアを担うリハビリにとって、地域包括ケア包括(床)の長所など
(テキストマイニング)



【解析条件】

解析項目	その他、地域包括ケア病床のメリットなど
品詞条件	動詞 名詞 形容動詞 形容詞 連体詞
レコード数	63
Jaccard係数	0.15
Seed	70
Nodes	42
Edges	69
Stopword	られ () かれる ため よう ~ ー) 。 / れ こと ? ここ ない その どの ? (の)

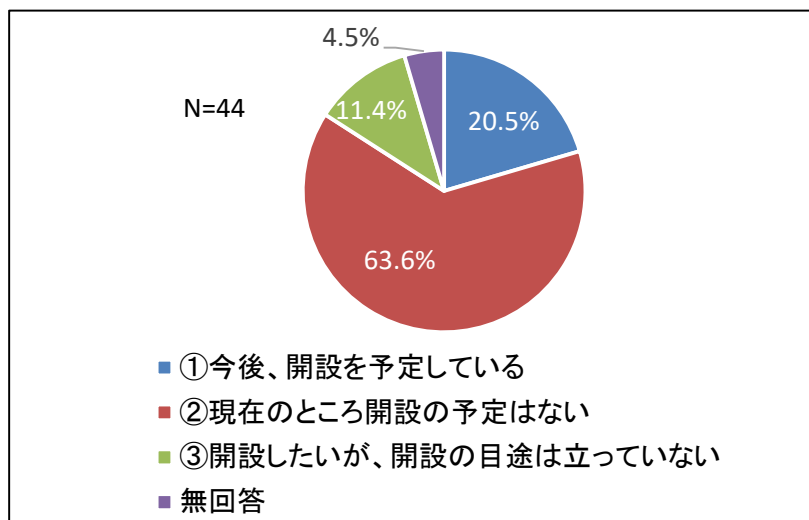
3 地域包括ケア病棟の開設(転換)予定について

■回答件数

選択肢	回答件数
①今後、開設を予定している	9
②現在のところ開設の予定はない	28
③開設したいが、開設の目途は立っていない	5
無回答	2
合計	44

■回答割合

選択肢	回答割合
①今後、開設を予定している	20.5%
②現在のところ開設の予定はない	63.6%
③開設したいが、開設の目途は立っていない	11.4%
無回答	4.5%
合計	100.0%



▼「開設したいが、開設の目途は立っていない」の理由

- ・小規模病院であり、一般病棟内の一定数を転換したいと考えるが、専従の理学療法士を配置しなければならず、人件費と入院収益のバランス及び人材確保が困難であるため。
- ・開設に必要な問題を解決しなければならないため
- ・スタッフの確保が困難
- ・開設への準備手順の確認や開設期日の調整を始める前であるため。
- ・改革プランで検討することになってはいるが、結果は出ていない。