

沖縄県における回復期機能の必要量等に関する調査結果報告書  
〔令和 5 年度分〕

～地域医療の機能分化と連携に向けて～

アンケート調査

第3章 抜粋

令和 7（2025）年 3 月

沖縄県・沖縄県医師会



# 沖縄県における回復期機能の必要量等に関する調査結果報告書

## 〔令和 5（2023）年度分〕

### 分析結果

#### はじめに

本調査は、沖縄県医師会が沖縄県から受託した「医療機能の分化連携推進事業」として実施したものである。

#### 【調査の目的】

本調査は、医療機能の役割分担と医療を切れ目なく提供する連携体制の構築に向けて、回復期機能の必要量及び急性期から在宅復帰に至る医療提供体制の現状と課題を明らかにし、地区医療提供体制協議会（地域医療構想調整会議）における議論の活性化を図ることを目的としている。

#### 【調査の種類】

##### 第 1 章 DPC データ分析（急性期）

DPC 対象病院から収集した令和 5（2023）年度の DPC データ分析を行った。「DPC 入院期間Ⅱを超えてかつ重症度、医療・看護必要度が判定されない患者」を回復期相当であると定義し、そのうち主に 65 歳以上の患者に関して疾病別で分析を行った。

##### 第 2 章 DPC データ分析（回復期）

令和 4 年度の公募により配分した地域包括ケア病床等を踏まえ、回復期機能の運用実績を調査するための指標設定や、今後の「沖縄県で求める地域包括ケアのすがた」について調査・分析等を行うことで、今後不足する医療機能の充実・強化に向けた施策展開に活用する。

##### 第 3 章 地域医療構想の推進に向けた医療機能分化に関する調査分析

沖縄県における地域医療構想の推進に向け、回復期機能が果たす役割を評価することで、今後の施策展開への参考資料とする。

## 目次

### 第1章 DPC データ分析（急性期）

～DPC データ分析（急性期）の対象と留意事項～

1. 各医療圏の回復期機能の必要量の推計及び疾患内訳 . . . . .
2. 外傷（65 歳以上）の分析 . . . . .
3. 消化器疾患（65 歳以上）の分析 . . . . .
4. 呼吸器疾患（65 歳以上）の分析 . . . . .
5. 循環器疾患（65 歳以上）の分析 . . . . .
6. 神経疾患（65 歳以上）の分析 . . . . .
7. 高齢者疾患（75 歳以上）の分析 . . . . .
8. 回復期リハビリテーション病棟対象疾患（65 歳以上）の分析 . . . . .
9. 評価 . . . . .

### 第2章 DPC データ分析（回復期）

～DPC データ分析（回復期）の対象と留意事項～

1. 基礎診療 . . . . .
2. ポストアキュート機能 . . . . .
3. サブアキュート機能 . . . . .
4. 社会的（福祉的）支援 . . . . .
5. 疾患別 . . . . .
6. 疾患別リハビリテーション . . . . .
7. 医療・介護的ケア . . . . .
8. 評価 . . . . .

### 第3章 地域医療構想の推進に向けた医療機能分化に関する調査分析

1. 基礎診療 . . . . . 7
2. 入院経路の状況（ポストアキュート・サブアキュート） . . . . . 14
3. 疾患の受入状況（主病名） . . . . . 47
4. 疾患の受入状況（既往病名） . . . . . 59
5. 医療・介護的ケアの状況（1） . . . . . 72
6. 医療・介護的ケアの状況（2） . . . . . 90
7. 社会的（福祉的）支援の状況 . . . . . 103
8. その他 . . . . . 107
9. 当該病棟で実施したリハビリ状況 . . . . . 110
10. 受け入れ方針 . . . . . 118
11. 評価 . . . . . 122

## **第3章 地域医療構想の推進に向けた 医療機能分化に関する調査分析**

# 地域医療構想の推進に向けた医療機能分化に関する調査分析の対象

## 1. 本調査の目的

本調査は、令和3年度の公募により配分した地域包括ケア病床等を踏まえ、回復期機能の運用実績を調査するための指標設定や、今後の「沖縄県で求める地域包括ケアのすがた」について調査・分析等を行うことで、今後不足する医療機能の充実・強化に向けた施策展開に活用することを目的としております。

## 2. 対象となる医療機関

令和3年度病床機能報告において、回復期病棟を有する病院、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していると報告された病棟（病床）を有する病院を主な対象とします。また、過去に本調査を実施した病院や、現段階で前述の診療報酬を算定している病院も対象とします。

## 3. 回復期機能評価指標（調査票）

### 0-基本情報シート

### 1-基礎診療評価シート

### 2-入院時チェックシート

### 3-退院時チェックシート

### 4-受入方針チェックシート

### 5-自由記載

### 6-回復期機能の実績調査に係る評価項目及びその解釈

## 4. 対象者

### 1-基礎診療評価シート (2)(3)のみ

【対象者】2023年8月～9月の間の診療実績

### 2-入院時チェックシート

【対象者】2023年8月～9月の間の診療実績

### 3-退院時チェックシート

【対象者】2023年8月～9月の間の診療実績

### 【回復期リハビリテーション病棟】

宮里病院、勝山病院、北部地区医師会病院、ちゅうざん病院、かんな病院、与勝病院、宜野湾記念病院、沖縄リハビリテーションセンター病院、北中城若松病院、嶺井第一病院、沖縄セントラル病院、大浜第一病院、大道中央病院、オリブ山病院、とよみ生協病院、沖縄メディカル病院、大浜第二病院、豊見城中央病院、与那原中央病院、南部徳洲会病院、かりゆし病院

### 【地域包括ケア病床】

沖縄県立北部病院、北部地区医師会病院、かんな病院、与勝病院、海邦病院、宜野湾記念病院、中部協同病院、国立病院機構沖縄病院、北中城若松病院、牧港中央病院、同仁病院、大道中央病院、小禄病院、オリブ山病院、仲本病院、琉生病院、沖縄セントラル病院、豊見城中央病院、とよみ生協病院、沖縄第一病院、西崎病院、宮古島徳洲会病院、石垣島徳洲会病院

# 1. 基礎診療

▶グラフ 1-1-1 リハビリ単位数（／回復期機能の病床数）【回復期リハビリテーション病棟】



調査期間内に実施されたリハビリ単位数の1病床あたりの平均値は191.3で、前年度の180.5より高かった。南部圏域で200.2と最も高く、その他圏域は152.5と最も低かった。

▶グラフ 1-1-2 リハビリ単位数（／回復期機能の病床数）【地域包括ケア病床】



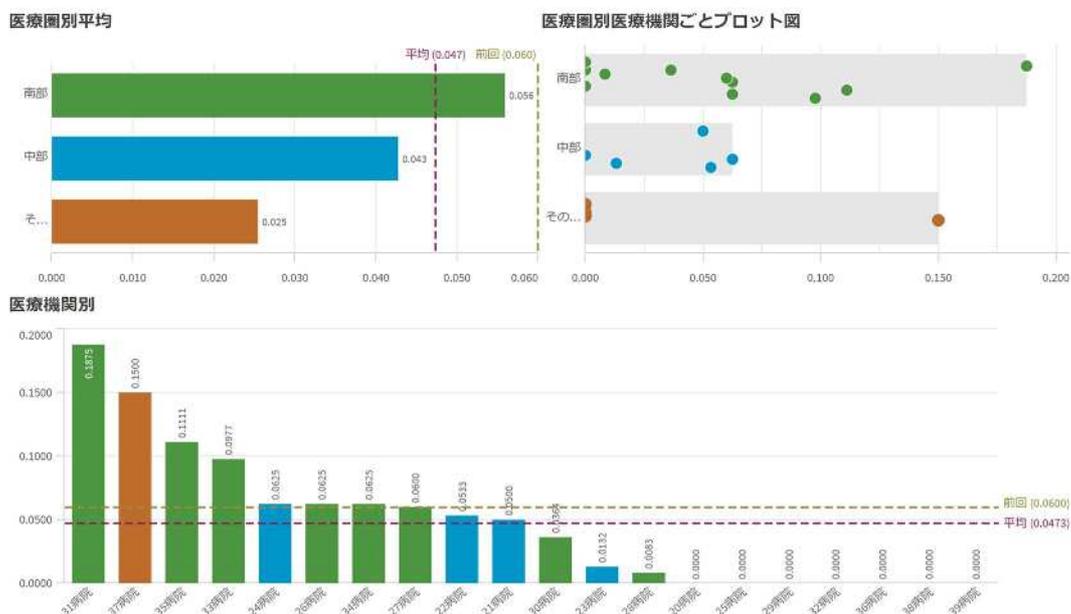
調査期間内に実施されたリハビリ単位数の1病床あたりの平均値は34.9で、前年度の37.5より低かった。南部圏域で43.3と最も高く、その他圏域は32.3と最も低かった。

▶グラフ 1-2-1 栄養管理指導数（／回復期機能の病床数）【回復期リハビリテーション病棟】



調査期間内に実施された栄養管理指導数の1病床あたりの平均値は0.179で、前年度の0.180より低かった。中部圏域で0.212と最も高く、その他圏域は0.018と最も低かった。

▶グラフ 1-2-2 栄養管理指導数（／回復期機能の病床数）【地域包括ケア病床】

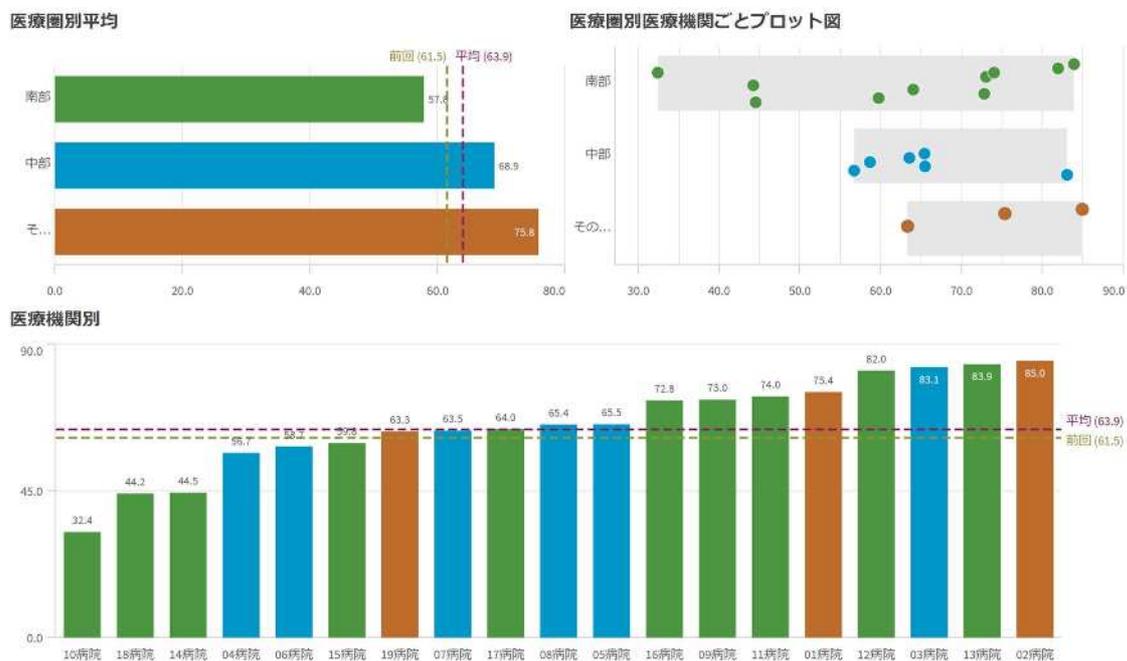


調査期間内に実施された栄養管理指導数の1病床あたりの平均値は0.047で、前年度の0.060より低かった。

南部圏域で0.056と最も高く、その他圏域は0.025と最も低かった。

### ▶グラフ 1-3-1 平均在院日数【回復期リハビリテーション病棟】

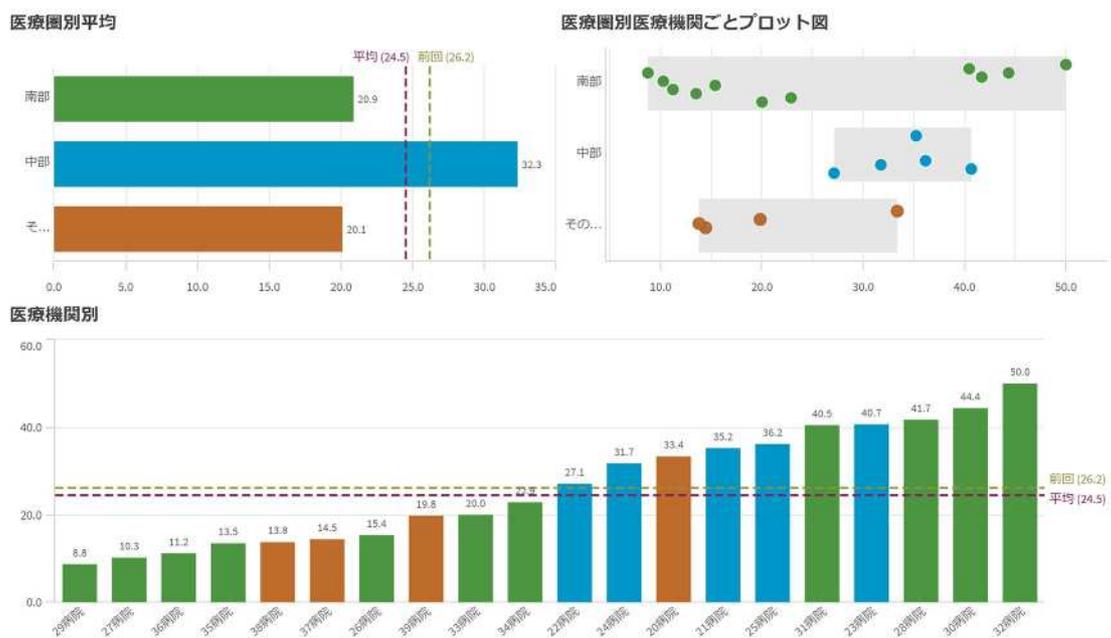
〔対象期間 2 ヶ月間の在院患者延日数 / {(対象期間 2 ヶ月間の新入棟患者数 + 対象 2 ヶ月間の新退棟患者数) × 1/2}〕



全体の平均在院日数は 63.9 日で前年度の 61.5 日より約 2 日長かった。  
南部圏域で 57.8 日と最も短く、その他圏域は 75.8 日と最も長かった。

### ▶グラフ 1-3-2 平均在院日数【地域包括ケア病床】

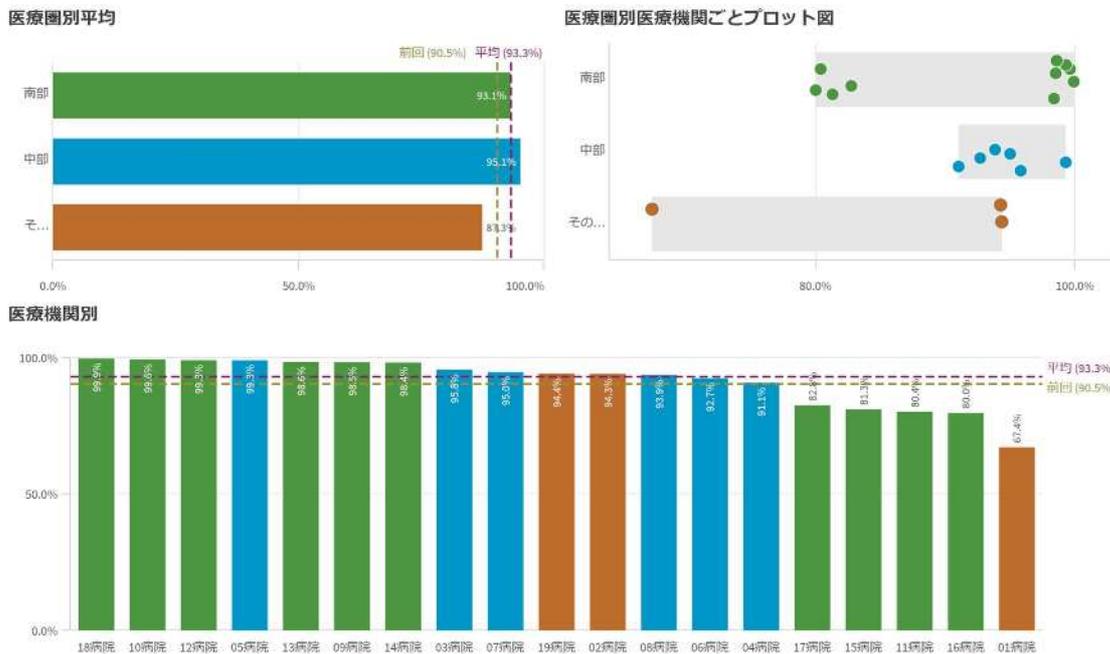
〔対象期間 2 ヶ月間の在院患者延日数 / {(対象期間 2 ヶ月間の新入棟患者数 + 対象 2 ヶ月間の新退棟患者数) × 1/2}〕



全体の平均在院日数は 24.5 日で前年度の 26.2 日より約 1.7 日短かった。  
その他圏域で 20.1 日と最も短く、中部圏域は 32.3 日と最も長かった。

▶グラフ 1-4-1 病床利用率 (%)【回復期リハビリテーション病棟】

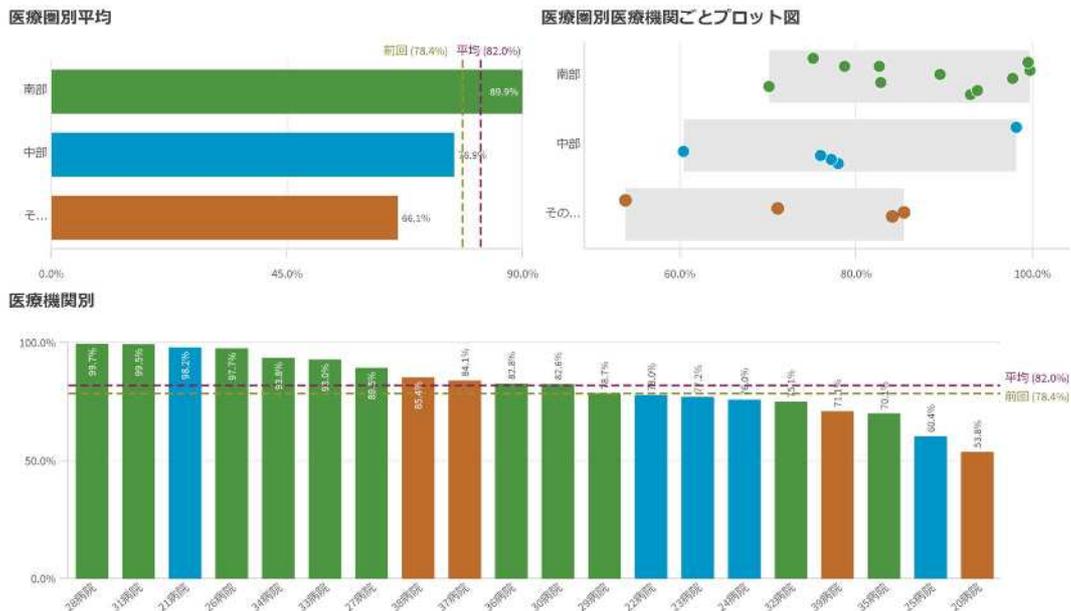
〔入院患者延べ数 (退院患者除く) / (病床数×実日数)〕



全体の平均病床利用率は93.3%で前年度の90.5%より高かった。  
中部圏域で95.1%と最も高く、その他圏域は87.3%と最も低かった。

▶グラフ 1-4-2 病床利用率 (%)【地域包括ケア病床】

〔入院患者延べ数 (退院患者除く) / (病床数×実日数)〕



全体の平均病床利用率は82.0%で前年度の78.4%より高かった。  
南部圏域で89.9%と最も高く、その他圏域は66.1%と最も低かった。

▶グラフ 1-5-1 病床回転率 (%)【回復期リハビリテーション病棟】

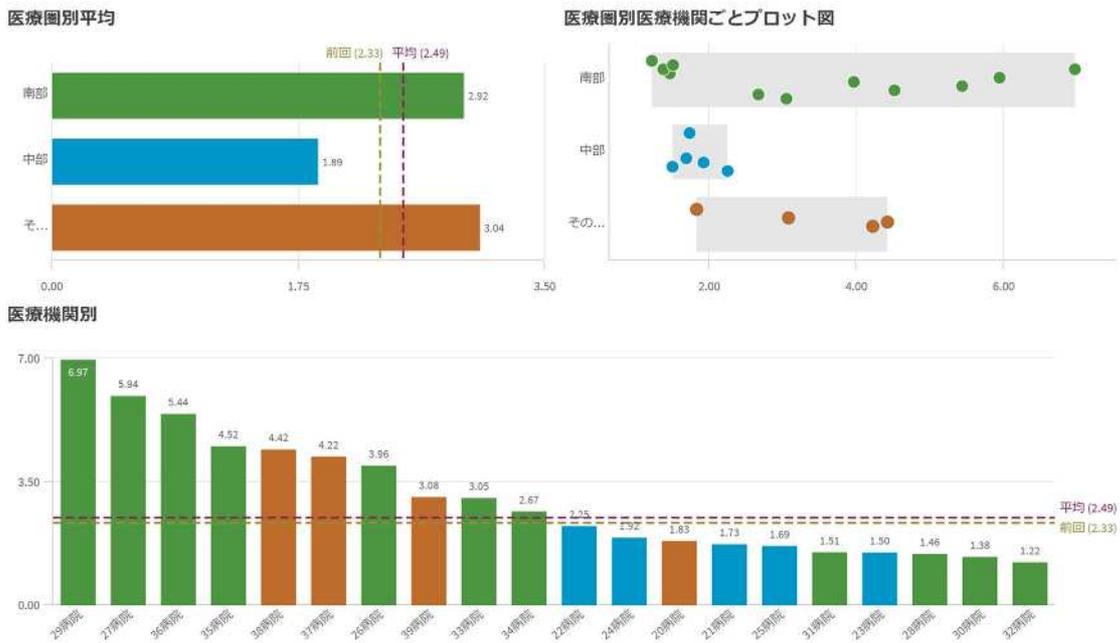
【対象期間 2 ヶ月間／平均在院日数】



全体の平均病床回転率は 0.95 で、前年度の 0.99 より低かった。  
南部圏域で 1.05 と最も高く、その他圏域は 0.80 と最も低かった。

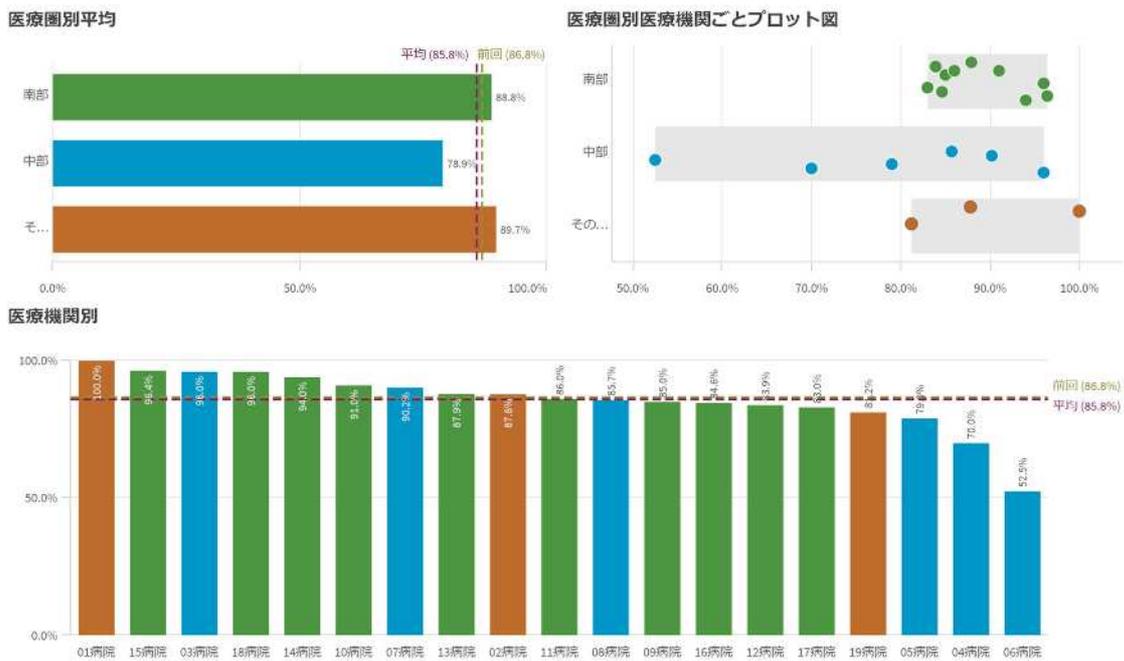
▶グラフ 1-5-2 病床回転率 (%)【地域包括ケア病床】

【対象期間 2 ヶ月間／平均在院日数】



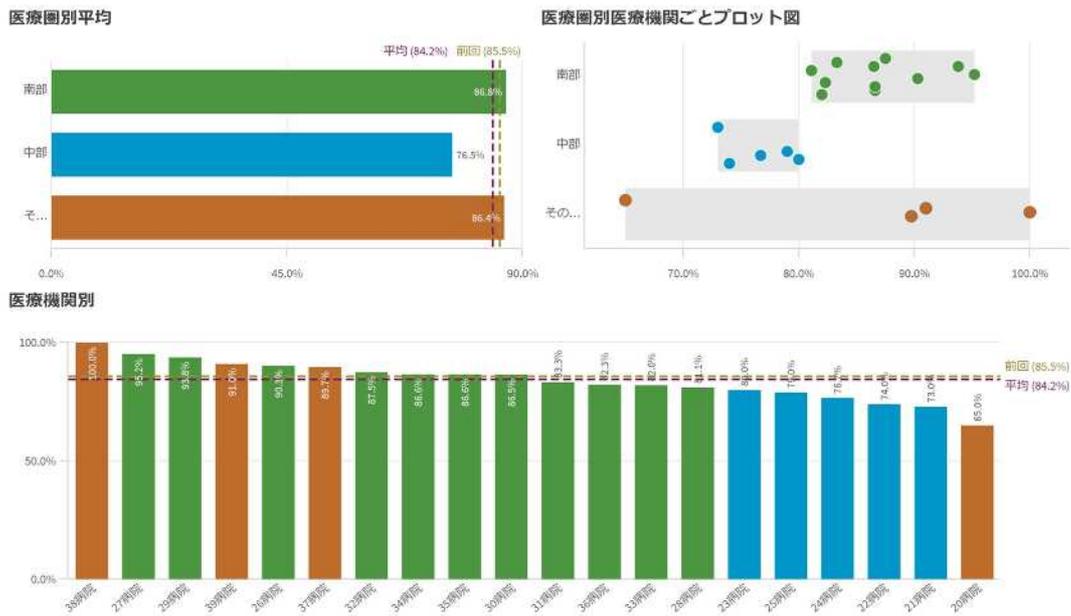
全体の平均病床回転率は 2.49 で前年度の 2.33 より高かった。  
その他圏域で 3.04 と最も高く、中部圏域は 1.89 と最も低かった。

▶グラフ 1-6-1 在宅復帰率 (%)【回復期リハビリテーション病棟】



全体の平均在宅復帰率は85.8%で前年度の86.0%より低かった。  
 その他圏域で89.7%と最も高く、中部圏域は78.9%と最も低かった。

▶グラフ 1-6-2 在宅復帰率 (%)【地域包括ケア病床】



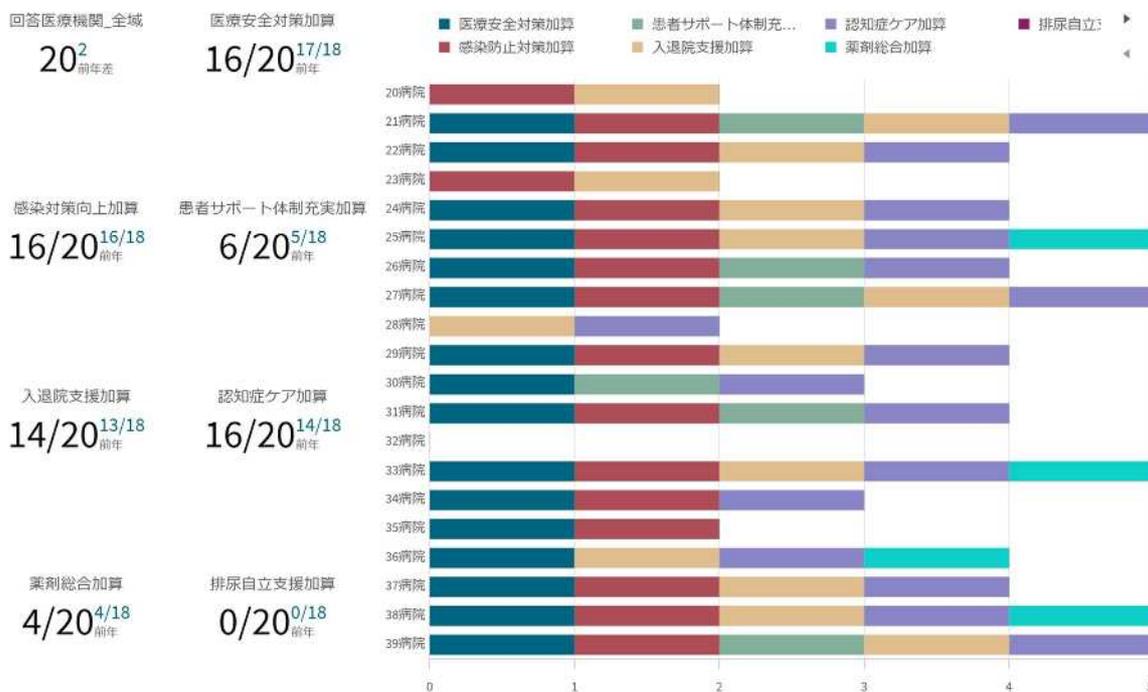
全体の平均在宅復帰率は84.2%で前年度の85.5%より低かった。  
 南部圏域で86.8%と最も高く、中部圏域は76.5%と最も低かった。

### ▶グラフ 1-7-1 医療機関別加算届出状況【回復期リハビリテーション病棟】



最も届け出が多い加算は感染対策向上加算で 84.2%であった。  
 最も届け出が少ない加算は排尿自立支援加算で 5.3%であった。  
 当該加算を 4 つ届けている病院は 9 か所であった。

### ▶グラフ 1-7-2 医療機関別加算届出状況【地域包括ケア病床】



最も届け出が多い加算は感染対策向上加算で 80%であった。  
 最も届け出が少ない加算は排尿自立支援加算で 0%であった。  
 当該加算を 5 つ届けている病院が 6 か所あった。

## 2. 入院経路の状況（ポストアキュート・サブアキュート）

▶グラフ 2-1-1 入院患者におけるポストアキュートとサブアキュートの割合

【回復期リハビリテーション病棟】



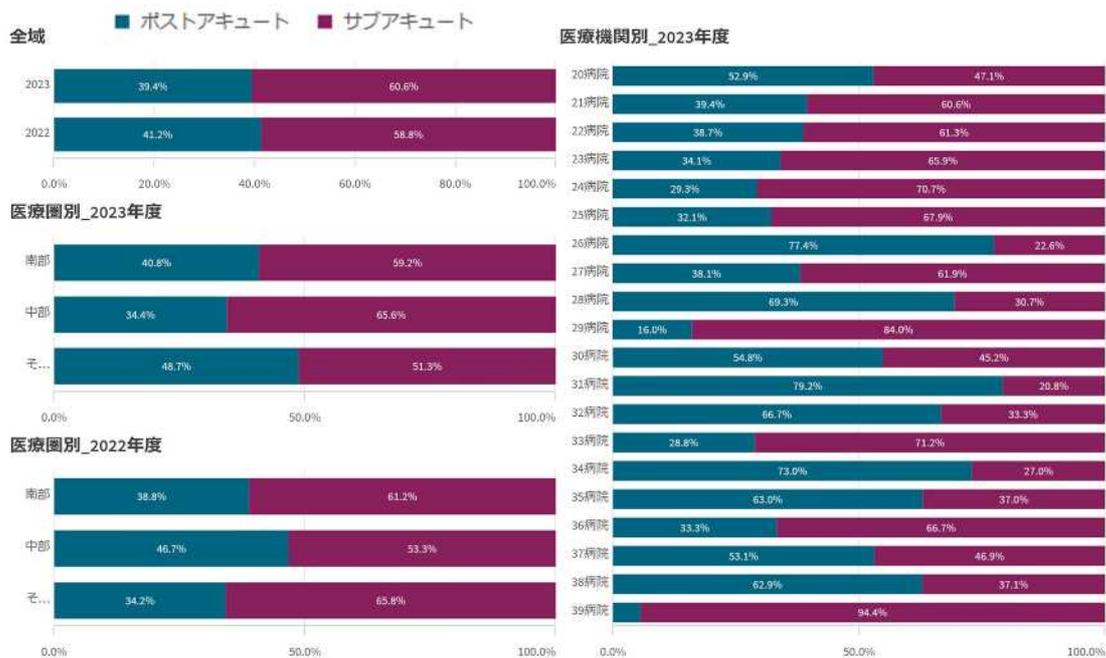
回復期リハビリテーション病棟の機能別の入院受入れ割合は、全域でポストアキュート 92.1%、サブアキュート 7.9%であった。

南部圏域では、ポストアキュート 94.6%、サブアキュート 5.4%であった。

中部圏域では、ポストアキュート 88.3%、サブアキュート 11.7%であった。

その他圏域では、ポストアキュート 93.4%、サブアキュート 6.6%であった。

▶グラフ 2-1-2 入院患者におけるポストアキュートとサブアキュートの割合【地域包括ケア病床】



地域包括ケア病床の機能別の入院受入れ割合は、全域でポストアキュート 39.4%、サブアキュート 60.6%であった。

南部圏域では、ポストアキュート 40.8%、サブアキュート 59.2%であった。  
中部圏域では、ポストアキュート 34.4%、サブアキュート 65.6%であった。  
その他圏域では、ポストアキュート 48.7%、サブアキュート 51.3%であった。

## ▶グラフ 2-2-1 ポストアキュート内訳【回復期リハビリテーション病棟】

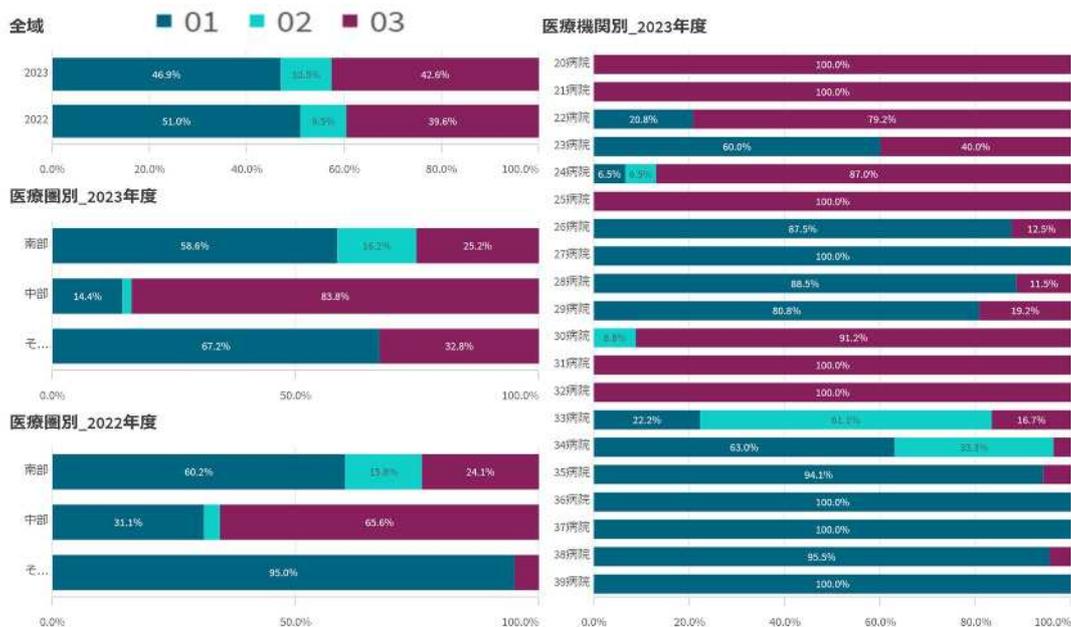
01\_自院急性期病棟から転棟受入／02\_自院以外急性期病院から受入(同一法人内)／03\_自院以外急性期病院から受入(同一法人外)



ポストアキュート機能としての入院受入れについて、全体では同一法人外の急性期病院からの受入割合が 55.5%と最も高く、続いて自院急性期病棟からの転棟受入割合が 30.9%、同一法人内の急性期病院からの受入割合が 13.6%だった。南部圏域では、自院急性期病棟からの転棟による受入割合が 50.9%で、同一法人内の急性期病院からの受入割合が 25.5%と他圏域に比べ最も高く、同一法人外の急性期病院からの受入割合が 23.6%と他圏域に比べ最も低かった。中部圏域では、同一法人外の急性期病院からの受入割合が 97.6%と他圏域に比べ最も高く、自院急性期病棟からの転棟による受入割合が 2.4%と他圏域に比べ最も低かった。中部圏域、その他圏域では、同一法人内の急性期病院からの受入がなかった。

## ▶グラフ 2-2-2 ポストアキュート内訳【地域包括ケア病床】

01\_自院急性期病棟から転棟受入／02\_自院以外急性期病院から受入(同一法人内)／03\_自院以外急性期病院から受入(同一法人外)



ポストアキュート機能としての入院受入れについて、全体では自院急性期病棟からの転棟受入割合が 46.9%と最も高く、続いて同一法人外の急性期病院からの受入割合が 42.6%、同一法人内の急性期病院からの受入割合が 10.5%だった。

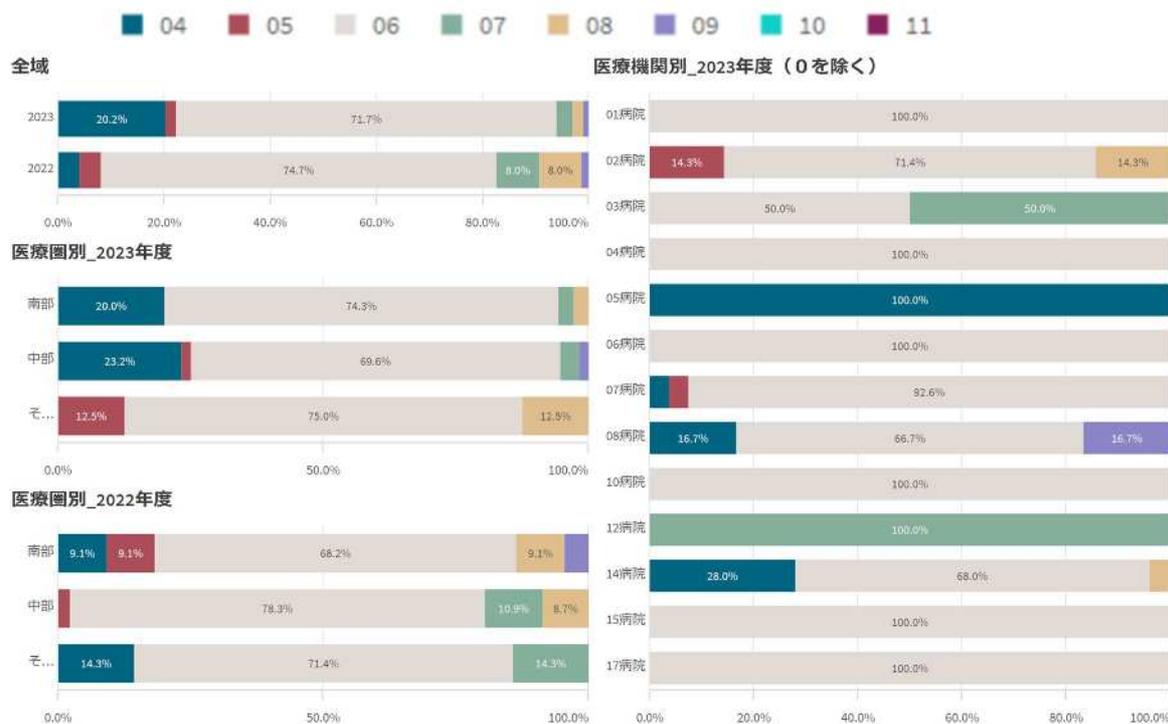
南部圏域では、同一法人内の自院以外急性期病院からの受入割合が 16.2%と他圏域に比べ最も高かった。

中部圏域では、同一法人外の急性期病院からの受入割合が 83.8%と他圏域に比べ最も高く、自院急性期病棟からの転棟受入割合が 1.8%と他圏域に比べ最も低かった。

その他圏域では、自院急性期病棟からの転棟受入割合が 67.2%と他圏域に比べ最も高く、同一法人内の急性期病院からの受入がなかった。

## ▶グラフ 2-3-1 サブアキュート内訳【回復期リハビリテーション病棟】

- 04\_自院の慢性期病棟入院患者の転棟による受入
- 05\_自院以外の慢性期病院からの受入
- 06\_在宅（個人宅）患者の受入
- 07\_在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者の受入（同一法人内）
- 08\_在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者の受入（同一法人外）
- 09\_在宅（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）患者の受入（同一法人内）
- 10\_介護老人保健施設、介護老人福祉施設からの患者の受入（同一法人外）
- 11\_介護保険外の施設（障がい者支援施設）からの患者の受入



サブアキュート機能としての入院受入れについて、全体では在宅（個人宅）患者の受入れ割合が71.7%と最も高く、続いて自院の慢性期病棟入院患者の転棟による受入れ割合が20.2%だった。

南部圏域では、在宅（個人宅）患者の受入れ割合が74.3%、自院の慢性期病棟入院患者の転棟による受け入れ割合が20.0%となっており、それぞれ2番目に高かった。

中部圏域では、在宅（個人宅）患者の受入れ割合が69.6%と他圏域に比べ最も低く、自院の慢性期病棟入院患者の転棟からの受入れが23.2%と最も高かった。

その他圏域では、在宅（個人宅）患者の受入れ割合は75.0%で、同一法人内の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）からの受入れ割合と自院の慢性期病棟入院患者の転棟による受入れ割合がそれぞれ12.5%と、他圏域に比べ高かった。

## ▶グラフ 2-3-2 サブアキュート内訳【地域包括ケア病床】

04\_自院の慢性期病棟入院患者の転棟による受入

05\_自院以外の慢性期病院からの受入

06\_在宅（個人宅）患者の受入

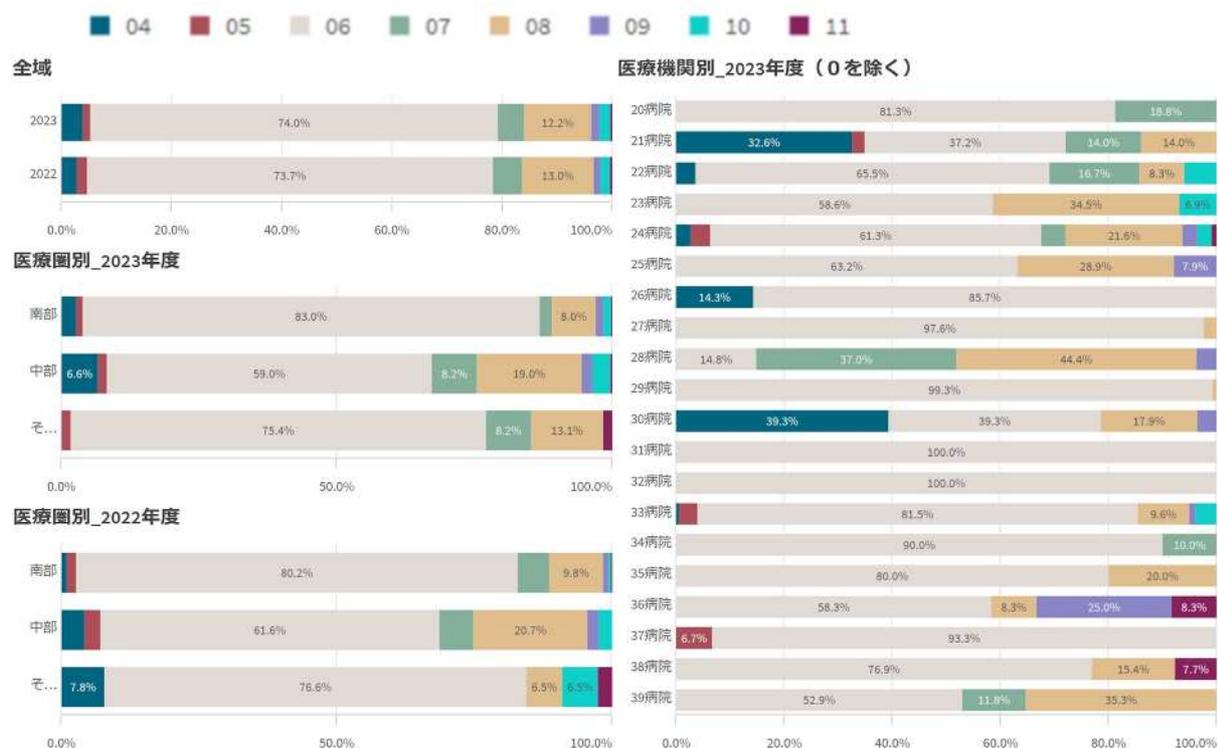
07\_在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者の受入（同一法人内）

08\_在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者の受入（同一法人外）

09\_在宅（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）患者の受入（同一法人内）

10\_介護老人保健施設、介護老人福祉施設からの患者の受入（同一法人外）

11\_介護保険外の施設（障がい者支援施設）からの患者の受入



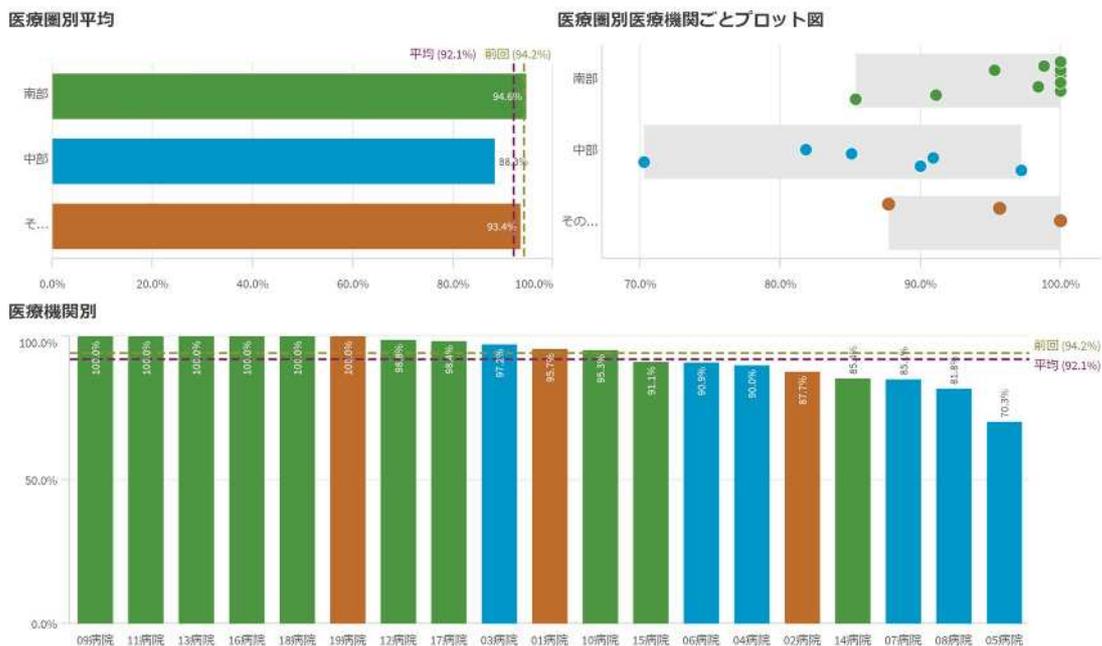
サブアキュート機能としての入院受入れについて、全体では在宅（個人宅）患者の受入れ割合が74.0%と最も高く、続いて、同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者の受入れ割合が12.2%だった。

南部圏域では、在宅（個人宅）患者の受入れ割合が83.0%と他圏域に比べ最も高く、同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者の受入れ割合が8.0%と他圏域に比べ最も低かった。

中部圏域では、在宅（個人宅）患者の受入れ割合が59.0%と他圏域に比べ最も低く、同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者からの受入れ割合が19.0%と他圏域に比べて高かった。

その他圏域では、自院の慢性期病棟入院患者の転棟による受け入れ、同一法人内外の在宅（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）患者の受け入れ割合が0%であった。

## ▶グラフ 2-4-1 ポストアキュート（／新入院患者数）【回復期リハビリテーション病棟】

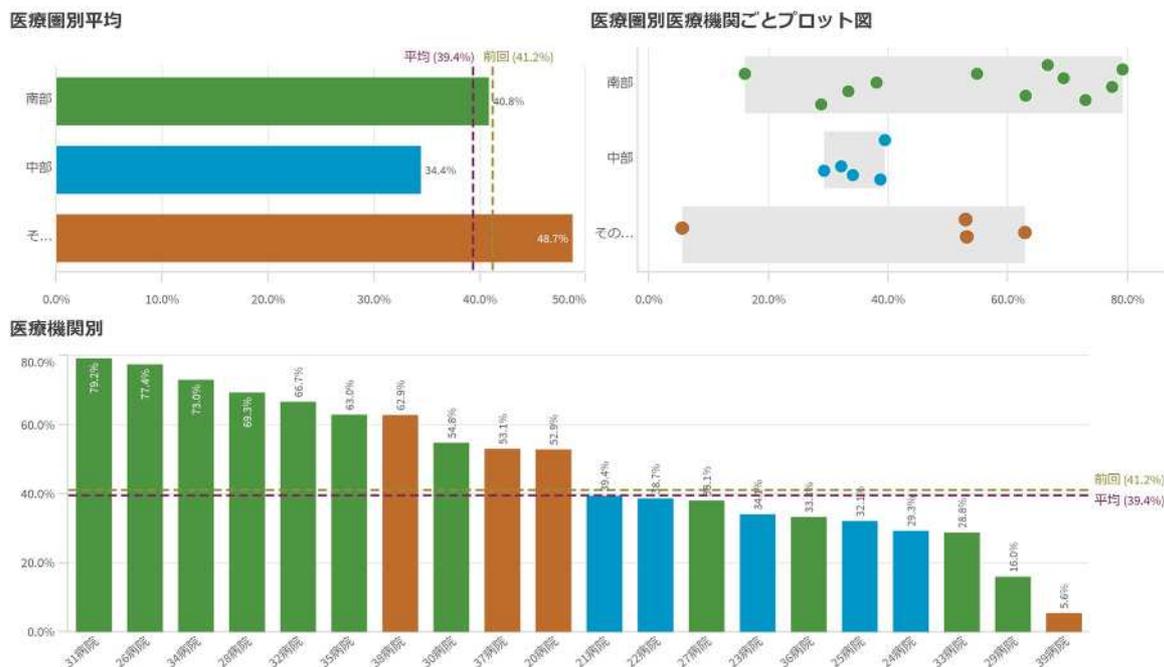


ポストアキュート機能としての入院受け入れについて、医療機関別では、自院の急性期病棟入院患者の転棟、自院以外の急性期病院からの転院による入院受入割合は70.3%から100%であった。うち100%の病院が6か所あった。

全体の平均値は92.1%で前年度の94.2%より低かった。

南部圏域で94.6%と最も高く、中部圏域は88.3%と最も低かった。

## ▶グラフ 2-4-2 ポストアキュート（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】

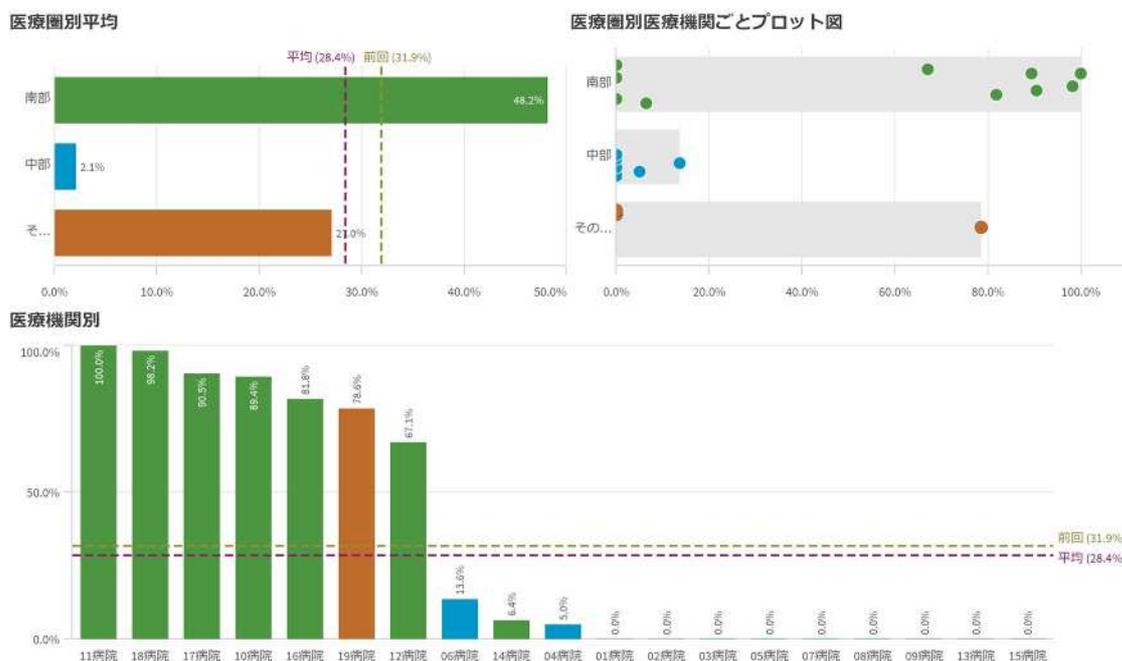


ポストアキュート機能としての入院受け入れについて、医療機関別では、自院の急性期病棟入院患者の転棟、自院以外の急性期病院からの転院による入院の受入割合は5.6%から79.2%であった。

全体の平均値は39.4%で前年度の41.2%より低かった。

その他圏域で48.7%と最も高く、中部圏域は34.4%と最も低かった。

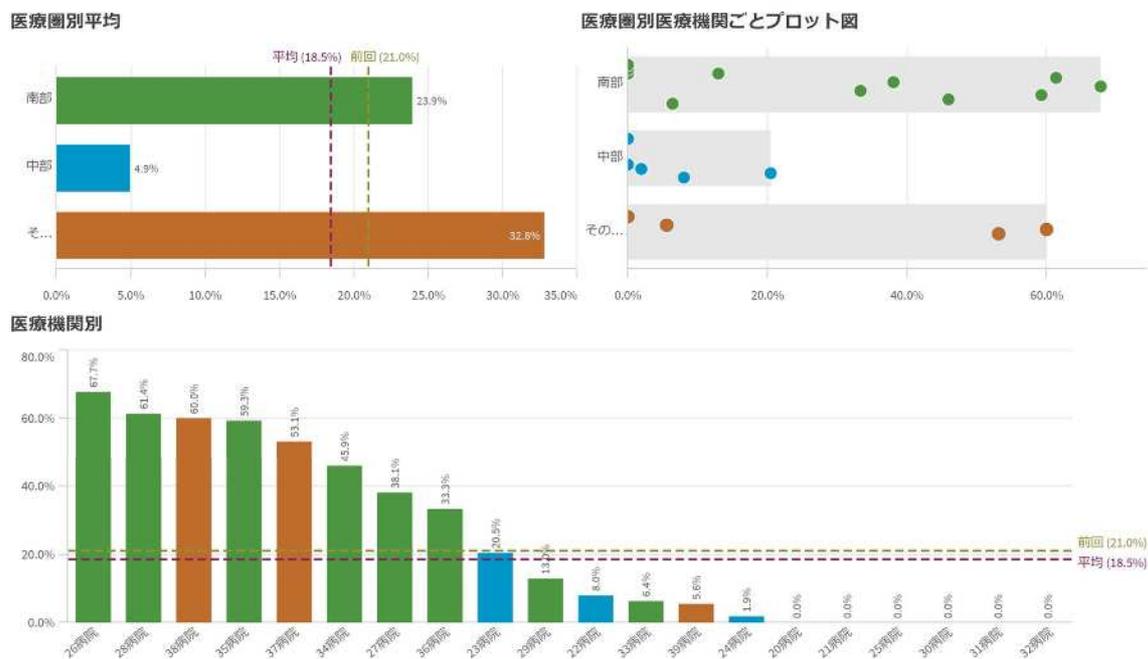
### ▶グラフ 2-5-1 自院急性期病棟から転棟受入【回復期リハビリテーション病棟】



ポストアキュート機能としての入院受入れのうち、自院の急性期病棟入院患者の転棟による受入割合は0%から100%であった。

全体の平均値は28.4%で前年度の31.9%より低かった。100%の病院が1か所、0%の病院が9か所であった。南部圏域で48.2%と最も高く、中部圏域は2.1%と最も低かった。

### ▶グラフ 2-5-2 自院急性期病棟から転棟受入【地域包括ケア病床】



ポストアキュート機能としての入院受入れのうち、自院の急性期病棟入院患者の転棟による受入れ割合は0%から67.7%であった。

全体の平均値は18.5%で前年度の21.0%より低かった。0%の病院が6か所であった。その他圏域で32.8%と最も高く、中部圏域は4.9%と最も低かった。

▶グラフ 2-6-1 自院以外急性期病院から受入（同一法人内）（／新入院患者数）  
【回復期リハビリテーション病棟】



ポストアキュート機能としての入院受入れのうち、自院以外の同一法人内急性期病院からの転院による受入割合は0%から85.4%であった。全体の平均値は12.5%で前年度の14.4%より低かった。受入れ病院は3か所で、うち1か所の病院で85%以上と高く、0%の病院が16か所であった。南部圏域で24.2%と最も高く、中部圏域とその他圏域は0%であった。

▶グラフ 2-6-2 自院以外急性期病院から受入（同一法人内）（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】



ポストアキュート機能としての入院受入れのうち、自院以外の同一法人内急性期病院からの転院による受入れ割合は0%から24.3%であった。全体の平均値は4.1%で前年度の3.9%よりやや高かった。受入れ病院は4か所で、0%の病院が16か所であった。南部圏域で6.6%と最も高く、その他圏域は0%であった。

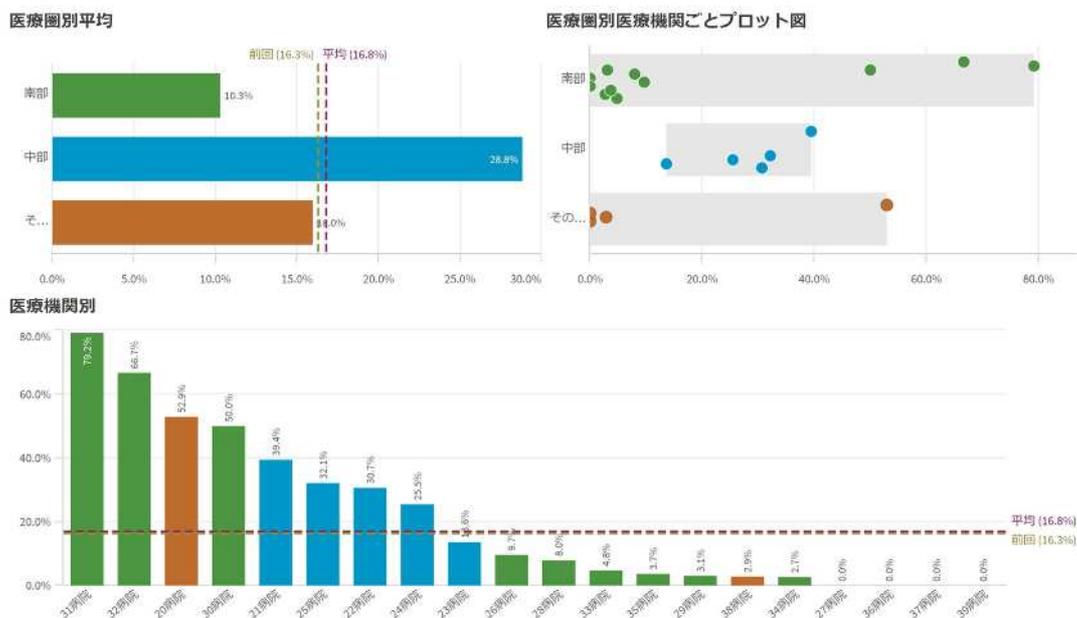
▶グラフ 2-7-1 自院以外急性期病院から受入（同一法人外）（／新入院患者数）  
【回復期リハビリテーション病棟】



ポストアキュート機能としての入院受入れのうち、同一法人外の急性期病院からの受入割合は 0%から 100%であった。

全体の平均値は 51.1%で前年度の 47.9%より高かった。うち受入割合が 0%の病院が 1 か所であった。中部圏域で 86.3%と最も高く、南部圏域は 22.3%と最も低かった。

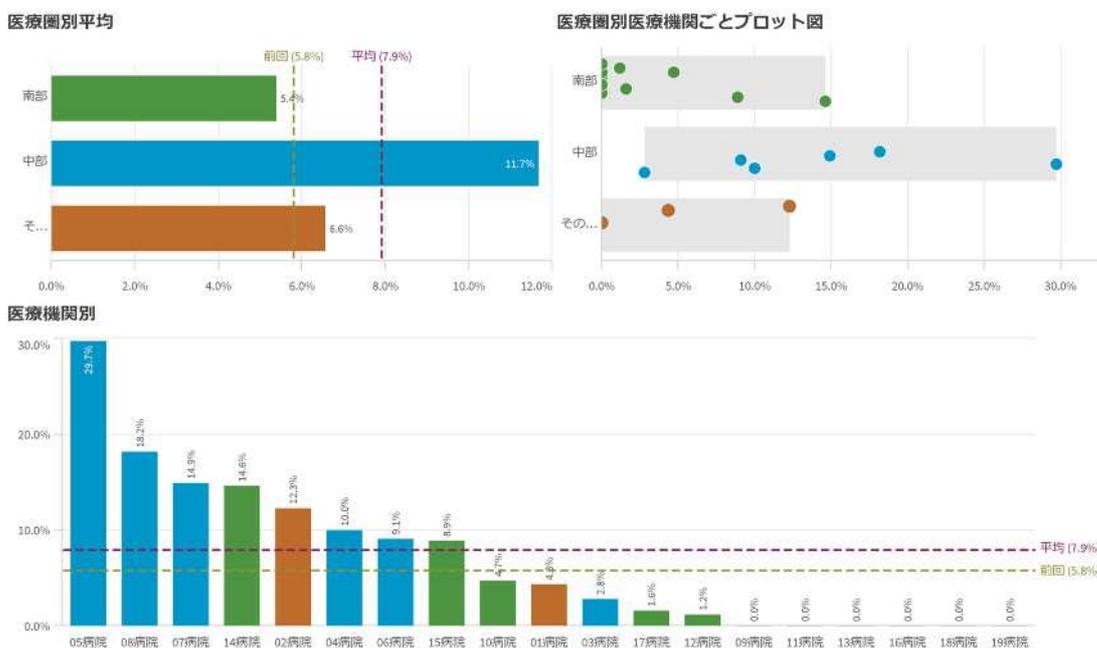
▶グラフ 2-7-2 自院以外急性期病院から受入（同一法人外）（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】



ポストアキュート機能としての入院受入れのうち、自院以外の同一法人外の急性期病院からの受入れ割合は 0%から 79.2%であった。

全体の平均値は 16.8%で前年度の 16.3%より高かった。うち受け入れ割合が 0%の病院が 4 か所あった。中部圏域で 28.8%と最も高く、南部圏域は 10.3%と最も低かった。

▶グラフ 2-8-1 サブアキュート（／新入院患者数）【回復期リハビリテーション病棟】



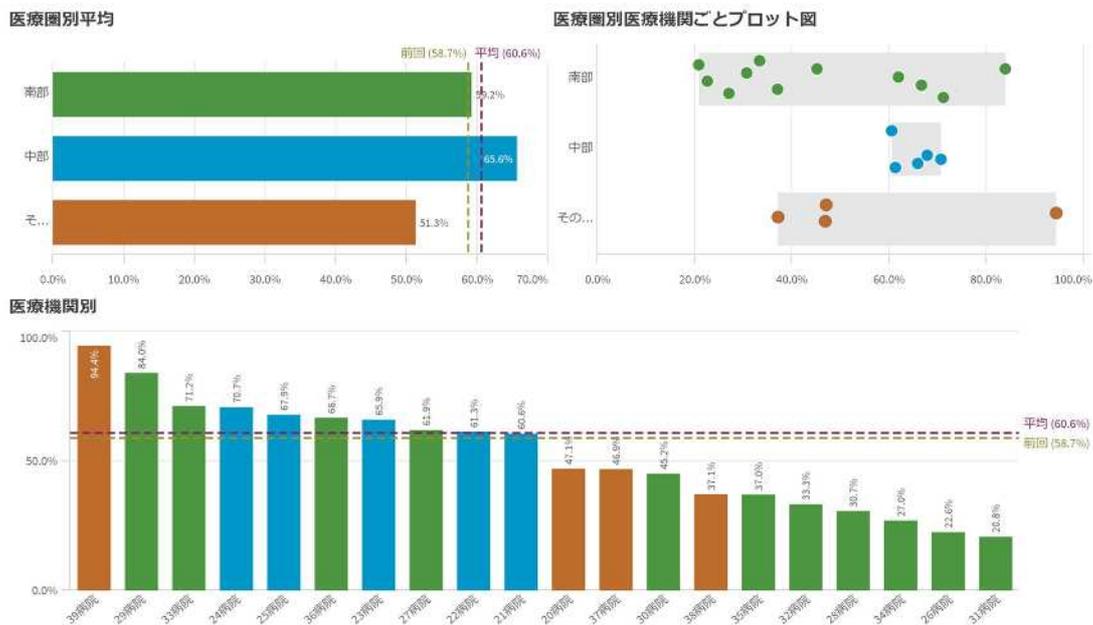
サブアキュート機能としての入院受入れのうち、在宅や介護施設等、慢性期病床からの入院受入れ割合は0%から29.7%であった。

全体の平均値は7.9%で前年度の5.8%より高かった。

サブアキュート機能としての入院受入れを行ってない病院が6か所であった。

中部圏域で11.7%と最も高く、南部圏域は5.4%と最も低かった。

▶グラフ 2-8-2 サブアキュート（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】

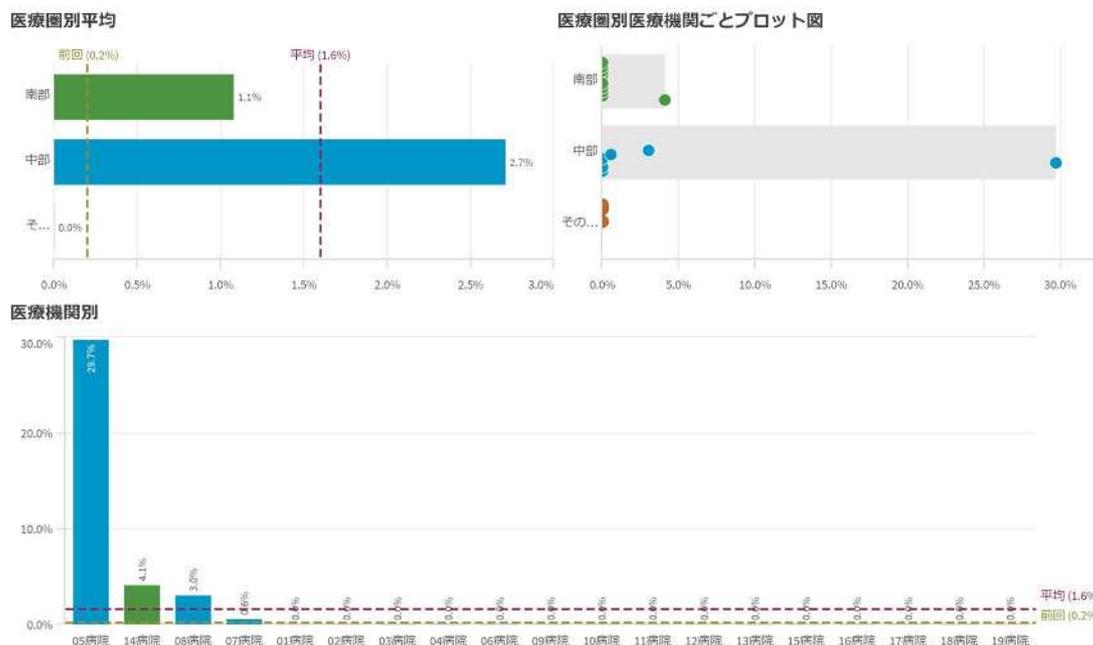


サブアキュート機能としての入院受入れのうち、在宅や介護施設等、慢性期病床からの入院受入れ割合は20.8%から94.4%であった。

全体の平均値は60.6%で前年度の58.7%より高かった。

中部圏域で65.6%と最も高く、その他圏域は51.3%と最も低かった。

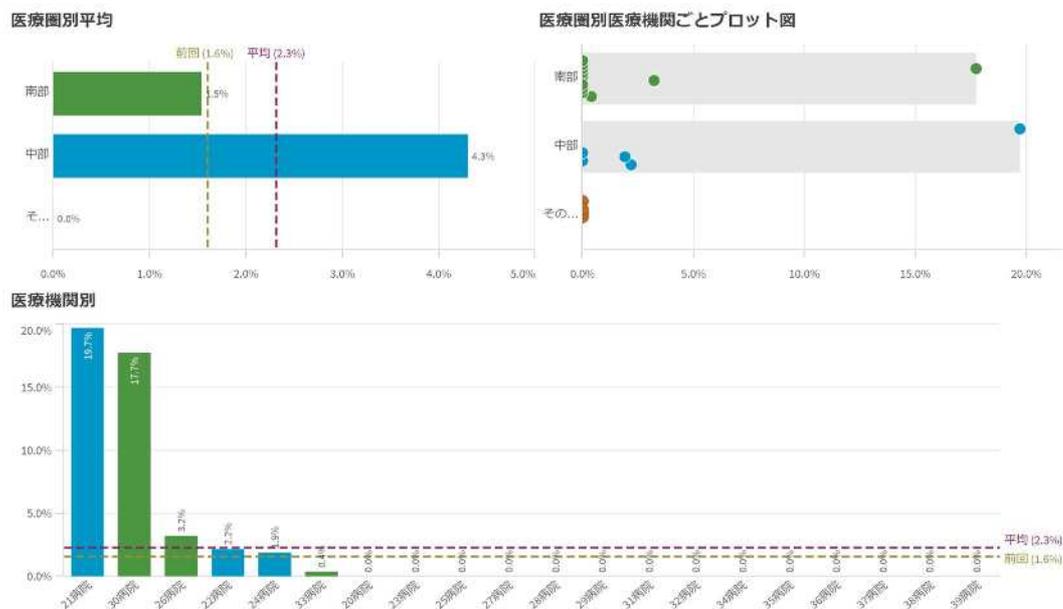
▶グラフ 2-9-1 自院の慢性期病棟入院患者の転棟による受入（／新入院患者数）  
【回復期リハビリテーション病棟】



サブアキュート機能としての入院受入れのうち、自院の慢性期病棟入院患者の転棟による受入れ割合は0%から29.7%であった。

全体の平均値は1.6%で前年度の0.2%より高かった。  
中部圏域で2.7%と最も高く、その他圏域は0%であった。

▶グラフ 2-9-2 自院の慢性期病棟入院患者の転棟による受入（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】

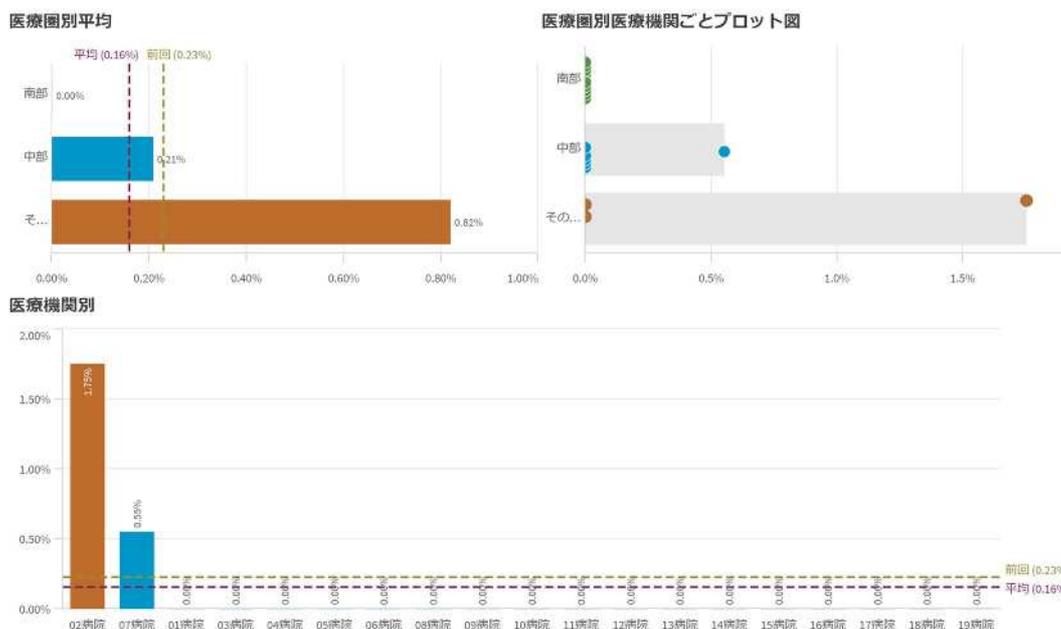


サブアキュート機能としての入院受入れのうち、自院の慢性期病棟入院患者の転棟による受入れ割合は0%から19.7%であった。

全体の平均値は2.3%で前年度の1.6%より高かった。  
中部圏域で4.3%と最も高く、その他圏域は0%であった。

▶グラフ 2-10-1 自院以外の慢性期病院からの受入（／新入院患者数）

【回復期リハビリテーション病棟】

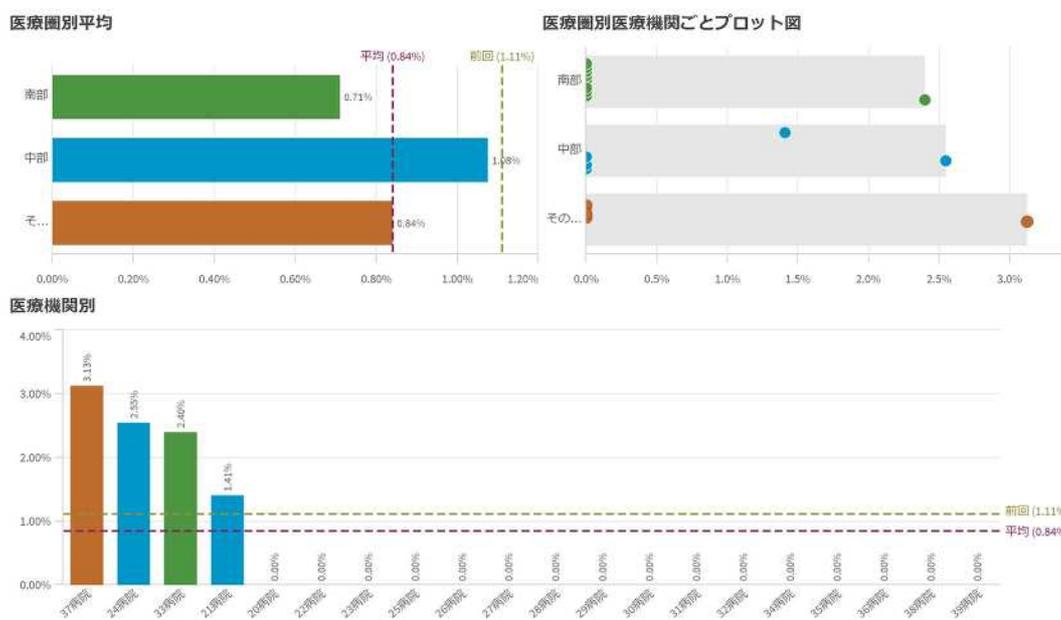


サブアキュート機能としての入院受入れのうち、自院以外の慢性期病院からの受入れ割合は 0%から 1.75%であった。

全体の平均値は 0.16%で前年度の 0.23%より低かった。

その他圏域で 0.82%と最も高く、南部圏域は 0%であった。

▶グラフ 2-10-2 自院以外の慢性期病院からの受入（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】

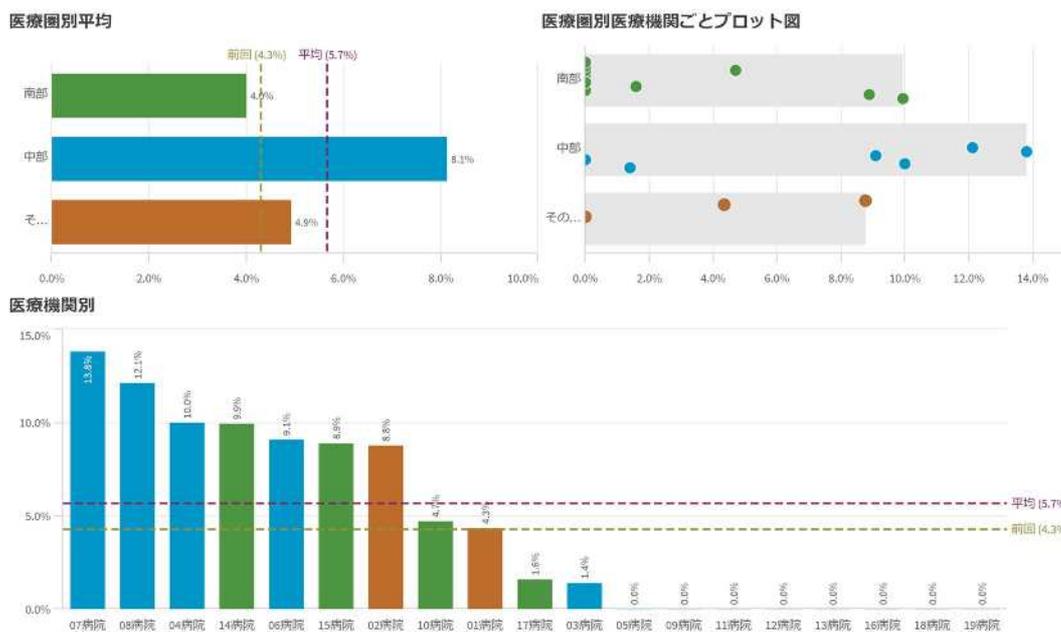


サブアキュート機能としての入院受入れのうち、自院以外の慢性期病院からの受入れ割合は 0%から 3.13%であった。

全体の平均値は 0.84%で前年度の 1.11%より低かった。

中部圏域で 1.08%と最も高く、南部圏域で 0.71%と最も低かった。

▶グラフ 2-11-1 在宅（個人宅）患者の受入（／新入院患者数）【回復期リハビリテーション病棟】

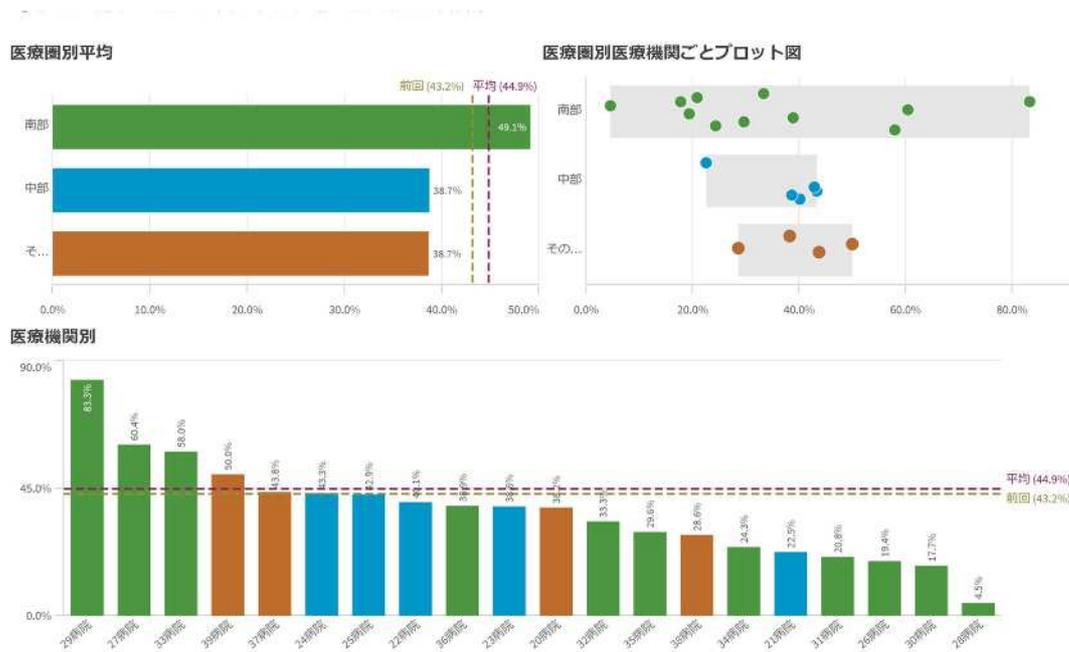


サブアキュート機能としての入院受入れのうち、在宅（個人宅）患者の受入れ割合は0%から13.8%であった。

全体の平均値は5.7%で前年度の4.3%より高かった。

中部圏域で8.1%と最も高く、南部圏域は4.0%と最も低かった。

▶グラフ 2-11-2 在宅（個人宅）患者の受入（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】

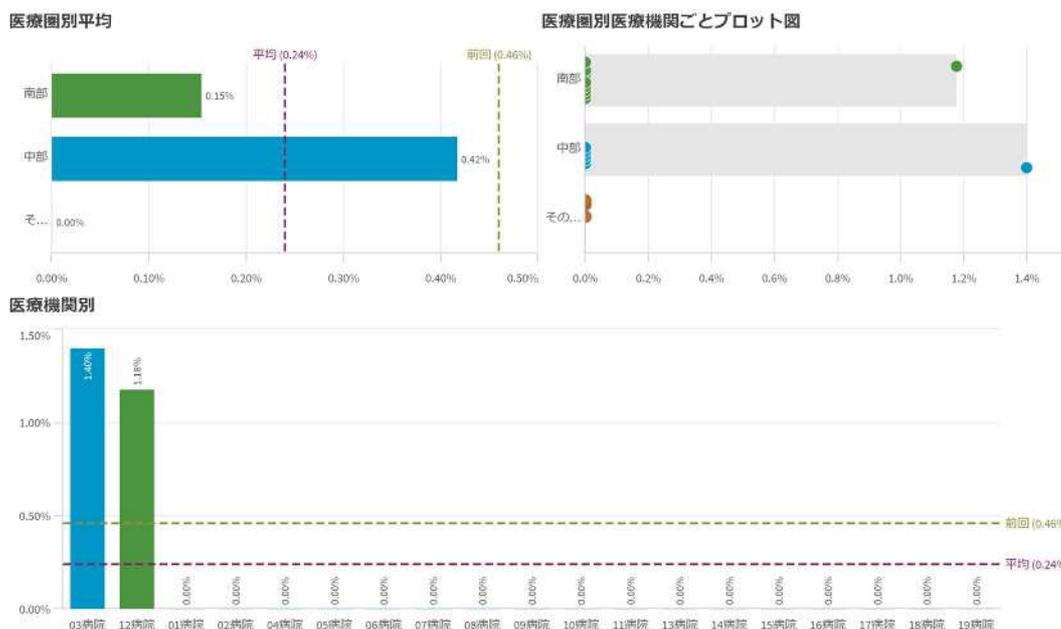


サブアキュート機能としての入院受入れのうち、在宅（個人宅）患者の受入れ割合は4.5%から83.3%であった。

全体の平均値は44.9%で前年度の43.2%より高かった。

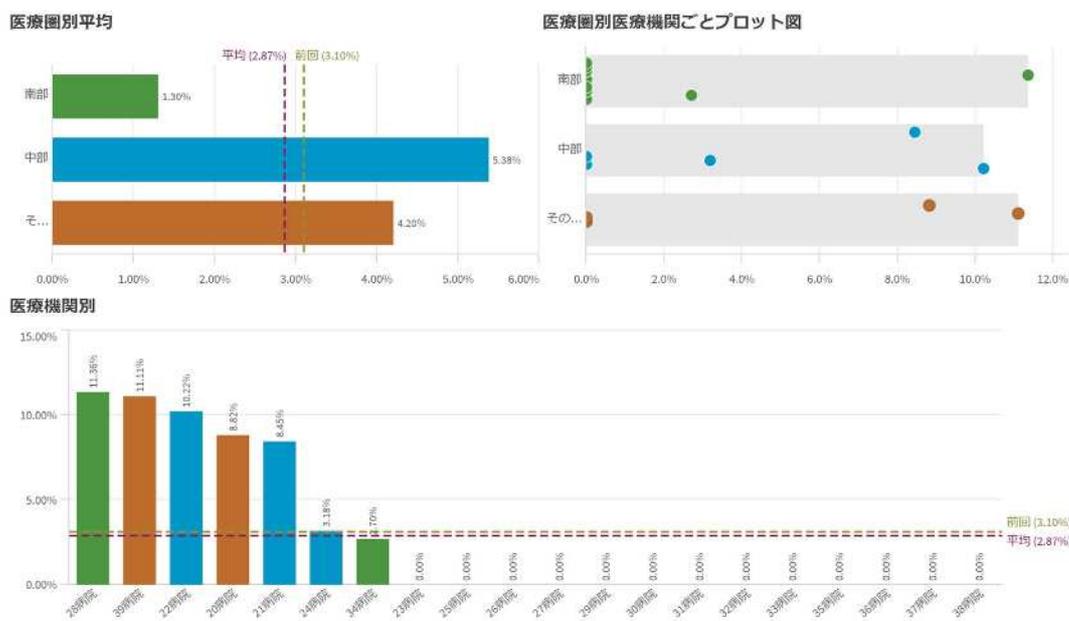
南部圏域で49.1%と最も高く、中部圏域とその他圏域は38.7%だった。

▶グラフ 2-12-1 在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）  
患者の受入（同一法人内）（／新入院患者数）【回復期リハビリテーション病棟】



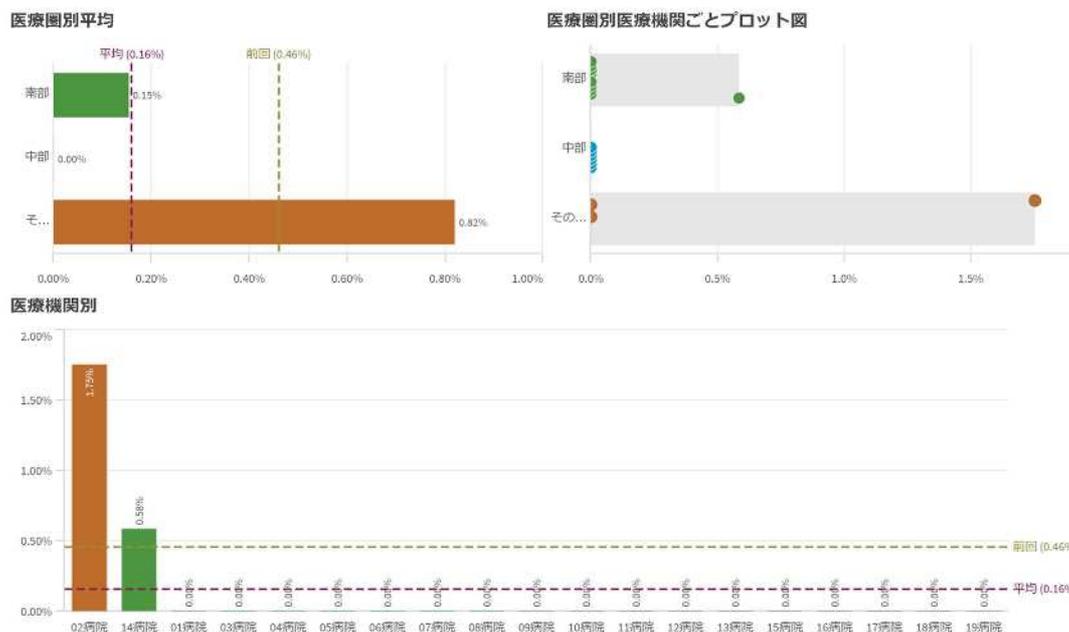
サブアキュート機能としての入院受入れのうち、同一法人内の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者の受入れ割合は0%から1.4%であった。  
全体の平均値は0.24%で前年度の0.46%より低かった。  
中部圏域で0.42%と最も高く、その他圏域は0%であった。

▶グラフ 2-12-2 在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）  
患者の受入（同一法人内）（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】



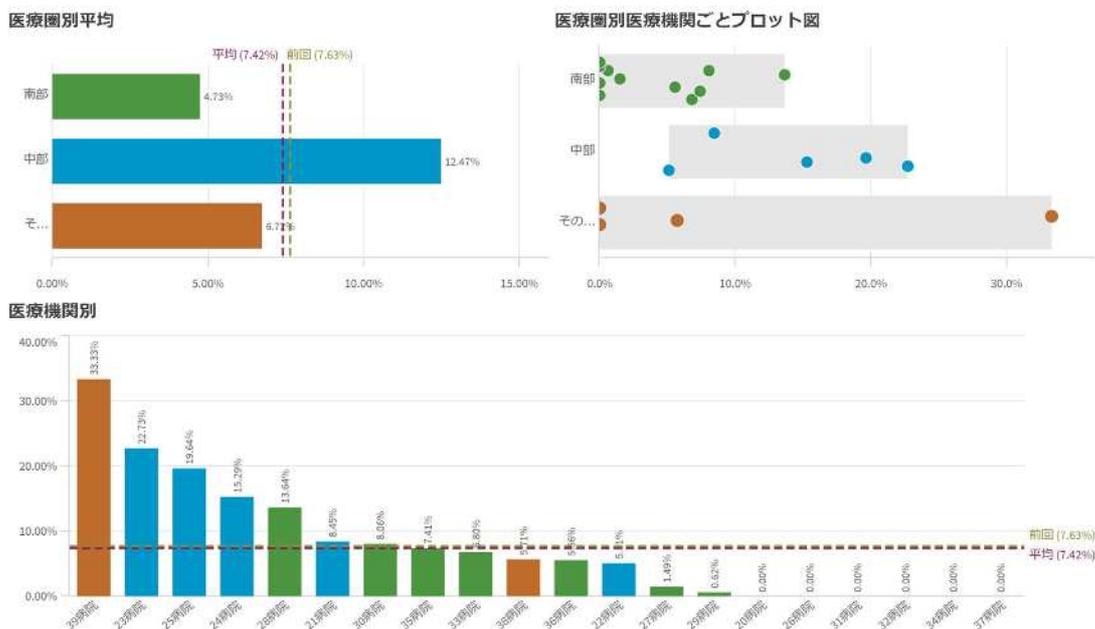
サブアキュート機能としての入院受入れのうち、同一法人内の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者の受入れ割合は0%から11.36%であった。  
全体の平均値は2.87%で、前年度の3.10%より低かった。  
中部圏域で5.38%と最も高く、南部圏域は1.30%であった。

▶グラフ 2-13-1 在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）  
患者の受入（同一法人外）（／新入院患者数）【回復期リハビリテーション病棟】



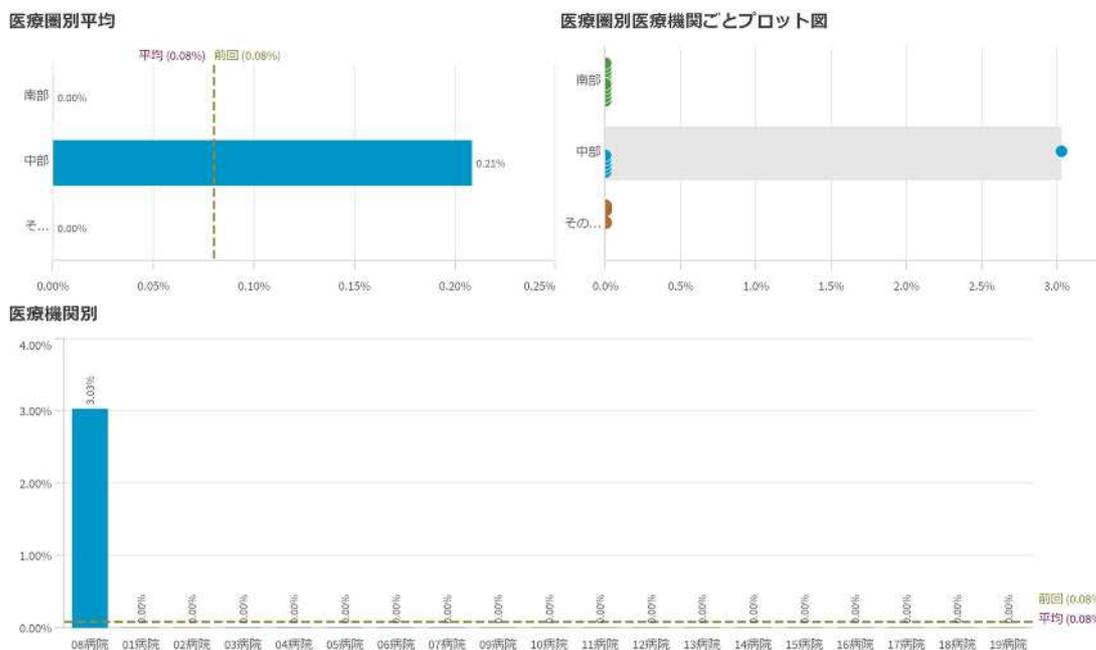
サブアキュート機能としての入院受入れのうち、同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者の受入れ割合は0%から1.75%であった。  
全体の平均値は0.16で、前年度の0.46%より低かった。  
その他圏域で0.82%と最も高く、中部圏域で0%であった。

▶グラフ 2-13-2 在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）  
患者の受入（同一法人外）（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】



サブアキュート機能としての入院受入れのうち、同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者の受入れ割合は0%から33.33%であった。  
全体の平均値は7.42%で、前年度の7.63%より低かった。  
中部圏域で12.47%と最も高く、南部圏域は4.73%と最も低かった。

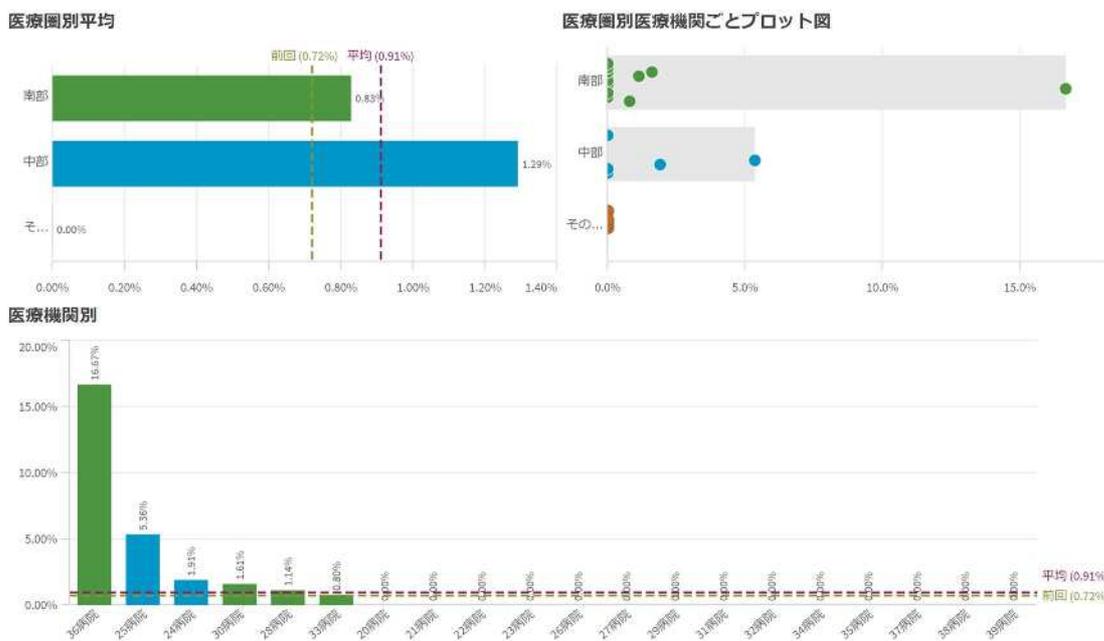
▶グラフ 2-14-1 介護老人保健施設、介護老人福祉施設患者の受入（同一法人内）（／新入院患者数）  
【回復期リハビリテーション病棟】



サブアキュート機能としての入院受入れのうち、同一法人内の在宅（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）患者の受入れ割合は0%から3.03%であった。

全体の平均値は0.08%で、前年度と同値であった。受け入れを行っている病院は1か所であった。中部圏域で0.21%と最も高く、中部圏域とその他圏域は0%であった。

▶グラフ 2-14-2 介護老人保健施設、介護老人福祉施設患者の受入（同一法人内）（／新入院患者数）  
【地域包括ケア病床】

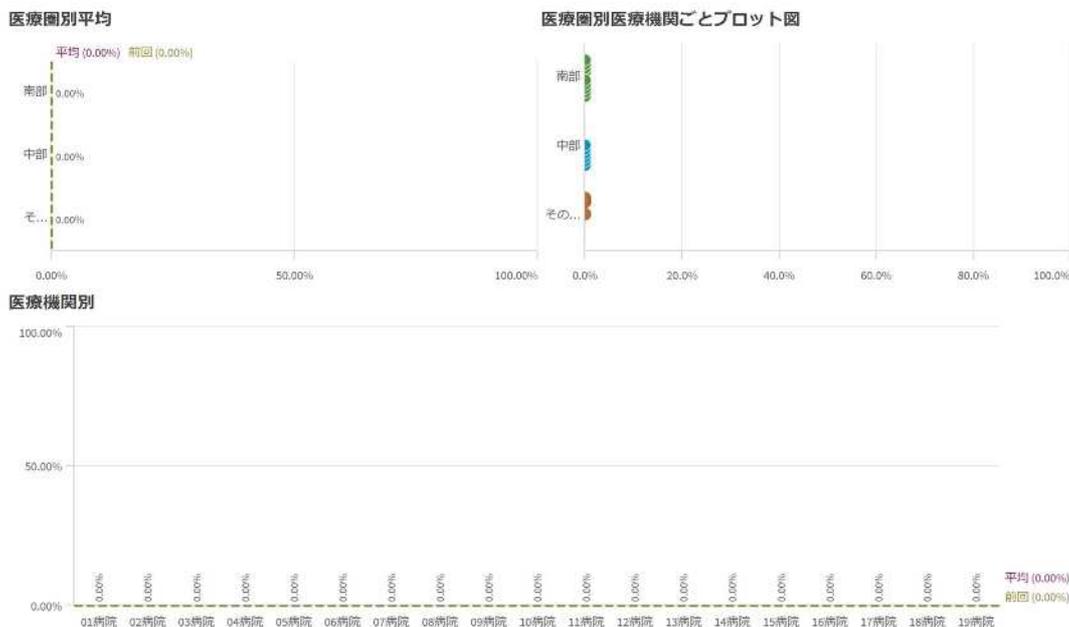


サブアキュート機能としての入院受入れのうち、同一法人内の在宅（介護老人保健施設、介護老人福祉施設）患者の受入れ割合は0%から16.67%であった。

全体の平均値は0.91%で、前年度の0.72%より高かった。中部圏域で1.29%と最も高く、その他圏域は0%であった。

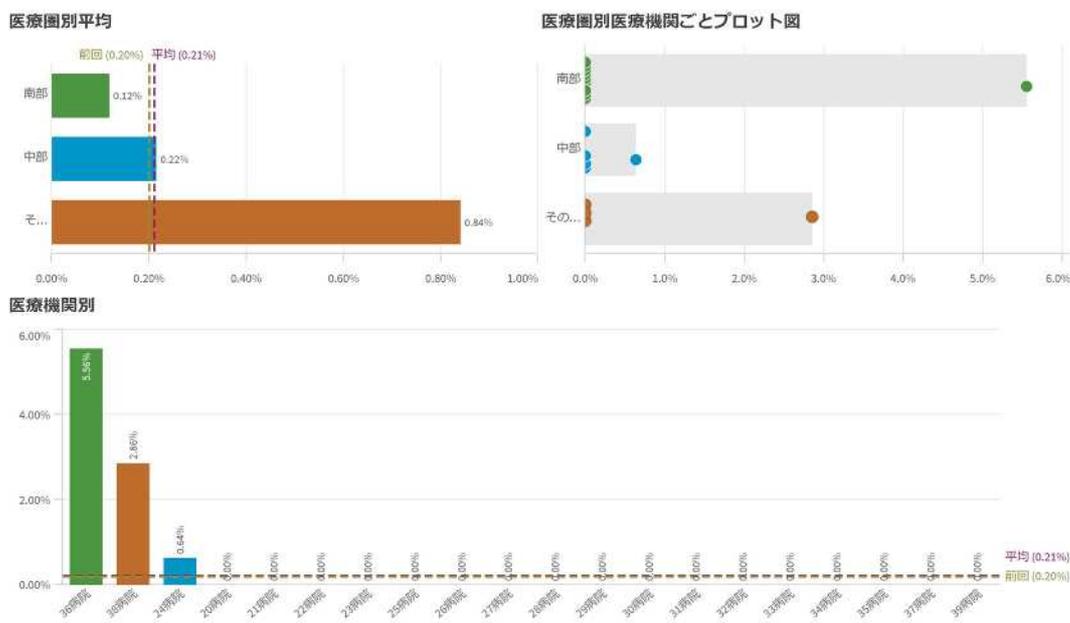


▶グラフ 2-16-1 介護保険外の施設（障がい者支援施設）からの患者の受入（／新入院患者数）  
【回復期リハビリテーション病棟】



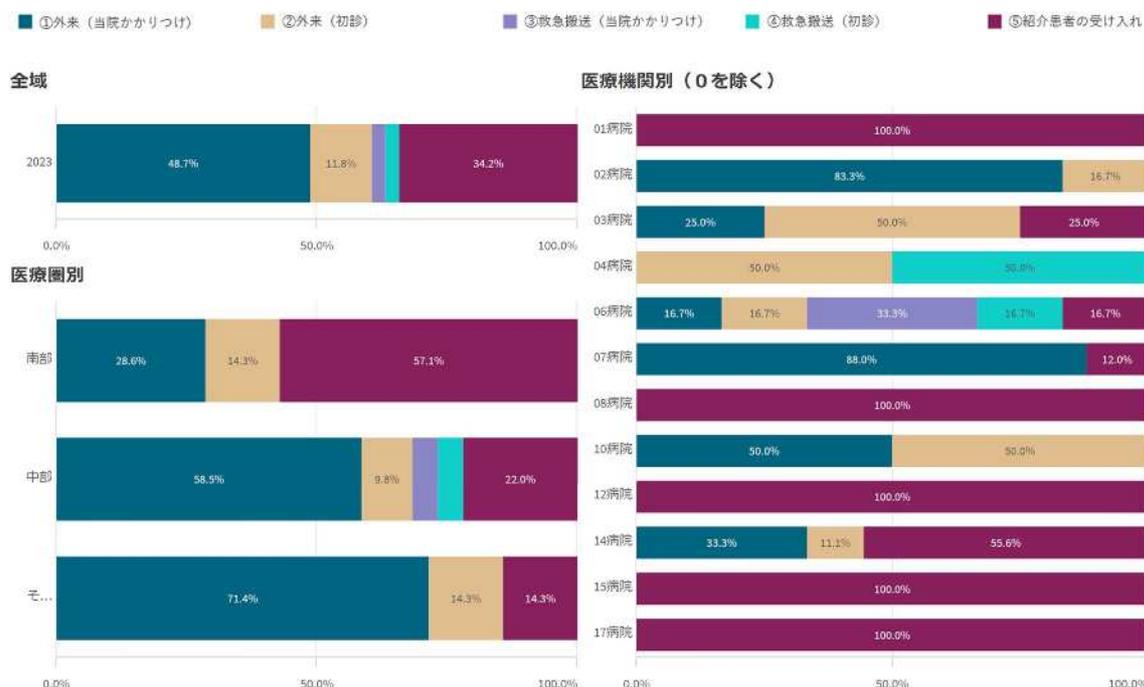
サブアキュート機能としての入院受入れとして、介護保険外の施設（障がい者支援施設）からの患者の受入れを行っている病院は0であった。

▶グラフ 2-16-2 介護保険外の施設（障がい者支援施設）からの患者の受入（／新入院患者数）  
【地域包括ケア病床】



サブアキュート機能としての入院受入れのうち、介護保険外の施設（障がい者支援施設）からの患者の受入れ割合は0%から5.56%であった。  
全体の平均値は0.21%で、前年度の0.20%より高かった。  
その他圏域で0.84%と最も高く、南部圏域は0.12%と最も低かった。

▶グラフ 2-17-1 サブアキュートで（⑥・⑦・⑧在宅患者）を選択した場合の詳細な入院経路  
【回復期リハビリテーション病棟】



サブアキュート機能としての入院受け入れのうち、在宅患者（個人宅、同一法人内・外（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系））の詳細な入院経路では、外来（当院かかりつけ）患者の受け入れ割合が48.7%と最も高く、続いて紹介患者の受け入れ割合が34.2%だった。

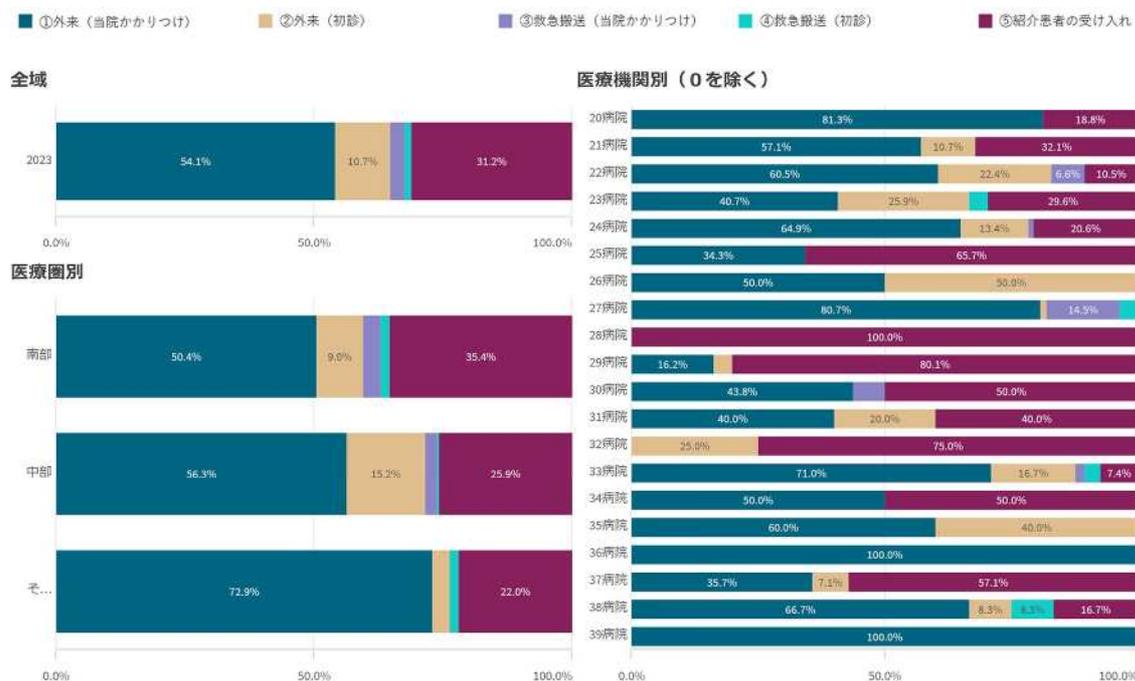
南部圏域では、紹介患者の受け入れ割合が57.1%と他圏域に比べ最も高く、外来（当院かかりつけ）患者の受け入れ割合が28.6%と最も低かった。

中部圏域では、外来（当院かかりつけ）患者の受け入れ割合が58.5%、紹介患者の受け入れ割合が22.0%となっており、それぞれ2番目に高かった。また、救急搬送（当院かかりつけ/初診）患者の受け入れを行っていた。

その他圏域では、外来（当院かかりつけ）患者の受け入れ割合は71.4%で最も高く、紹介患者の受け入れ割合は14.3%と最も低かった。

- ①外来（当院かかりつけ）
- ②外来（初診）
- ③救急搬送（当院かかりつけ）
- ④救急搬送（初診）
- ⑤紹介患者の受入

▶グラフ 2-17-2 サブアキュートで（⑥・⑦・⑧在宅患者）を選択した場合の詳細な入院経路  
【地域包括ケア病床】



サブアキュート機能としての入院受け入れのうち、在宅患者（個人宅、同一法人内・外（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系））の詳細な入院経路では、外来（当院かかりつけ）患者の受け入れ割合が54.1%と最も高く、続いて紹介患者の受け入れ割合が31.2%だった。

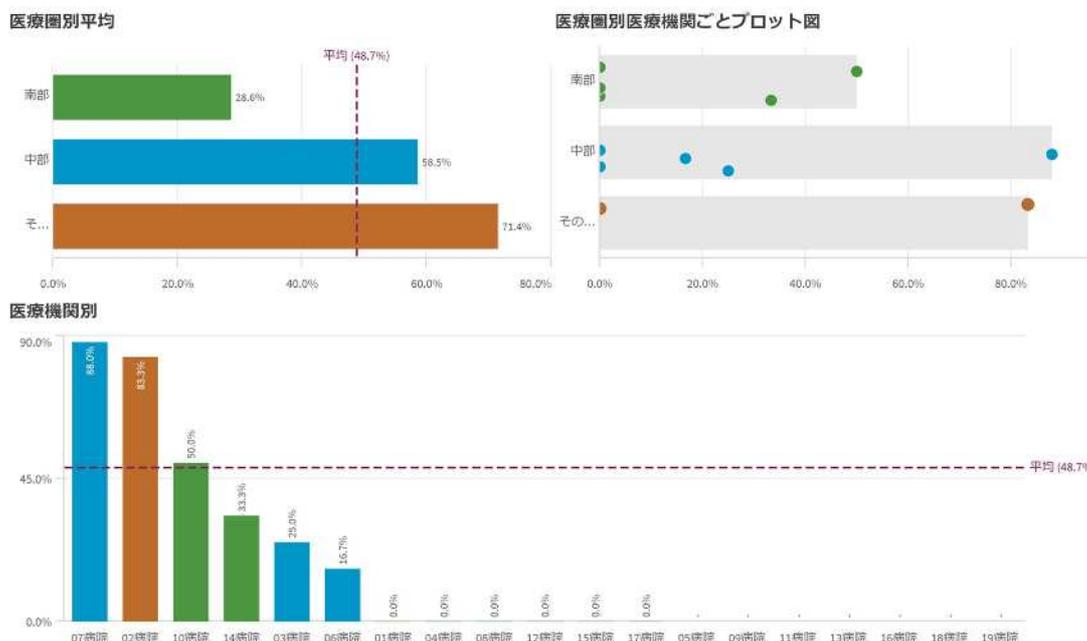
南部圏域では、紹介患者の受け入れ割合が35.4%と他圏域に比べ最も高く、外来（当院かかりつけ）患者の受け入れ割合が50.4%と最も低かった。

中部圏域では、外来（当院かかりつけ）患者の受け入れ割合が56.3%、紹介患者の受け入れ割合が25.9%となっており、それぞれ2番目に高かった。

その他圏域では、外来（当院かかりつけ）患者の受け入れ割合は72.9%で最も高く、紹介患者の受け入れ割合は22.0%と最も低かった。救急搬送（当院かかりつけ）患者の受け入れはなかった。

- ①外来（当院かかりつけ）
- ②外来（初診）
- ③救急搬送（当院かかりつけ）
- ④救急搬送（初診）
- ⑤紹介患者の受入

▶グラフ 2-18-1 詳細な入院経路 ①外来（当院かかりつけ）{ / (⑥・⑦・⑧在宅患者) 患者数 }  
【回復期リハビリテーション病棟】

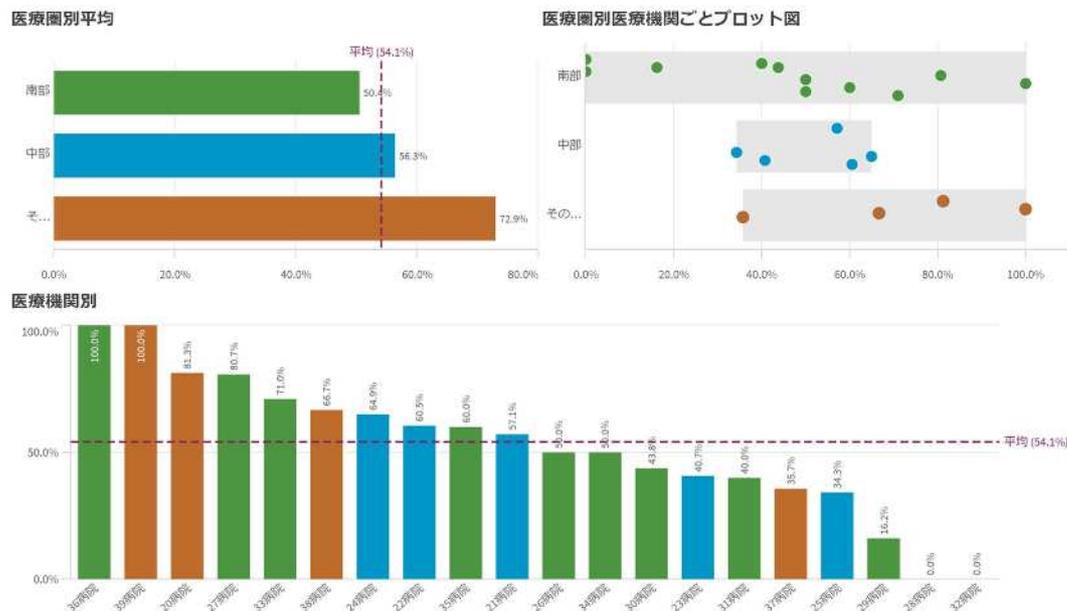


サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、外来（当院かかりつけ）を入院経路とする患者の受入割合は0%から88.0%であった。

全体の平均値は48.7であった。

その他圏域で71.4%と最も高く、南部圏域は28.6%と最も低かった。

▶グラフ 2-18-2 詳細な入院経路 ①外来（当院かかりつけ）{ / (⑥・⑦・⑧在宅患者) 患者数 }  
【地域包括ケア病床】

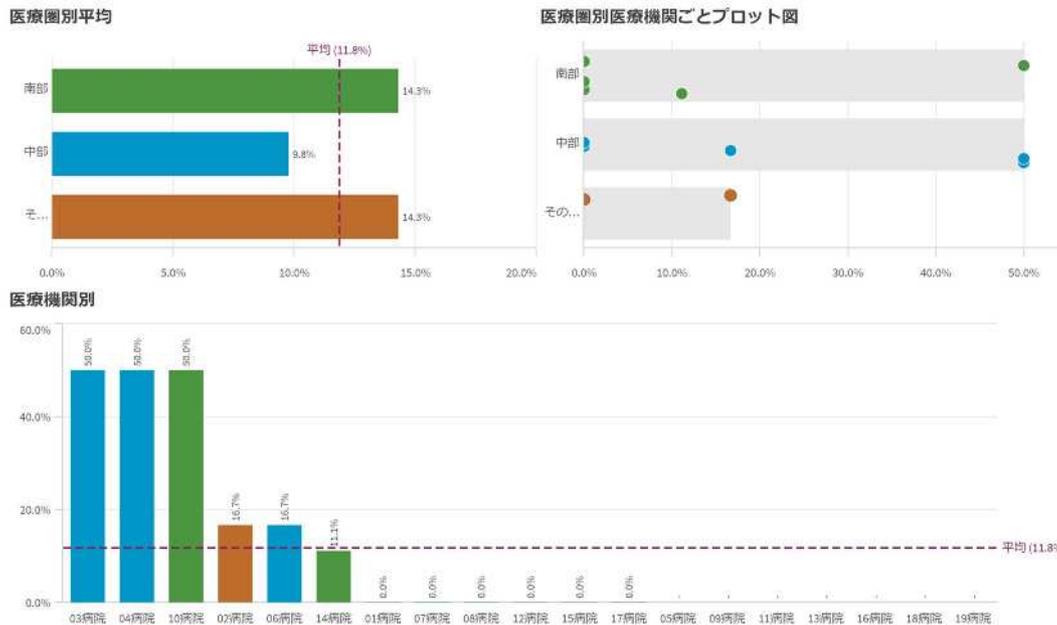


サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、外来（当院かかりつけ）を入院経路とする患者の受入割合は0%から100%であった。

全体の平均値は54.1%であった。

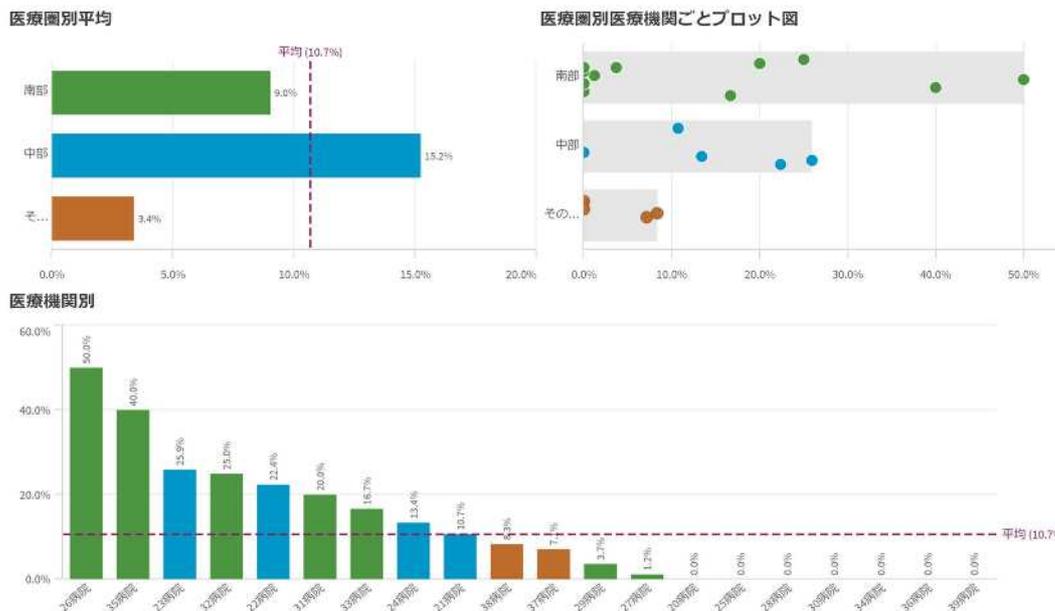
その他圏域で72.9%と最も高く、南部圏域は50.4%と最も低かった。

▶グラフ 2-19-1 詳細な入院経路 ②外来（初診）{ / (⑥・⑦・⑧在宅患者) 患者数 }  
【回復期リハビリテーション病棟】



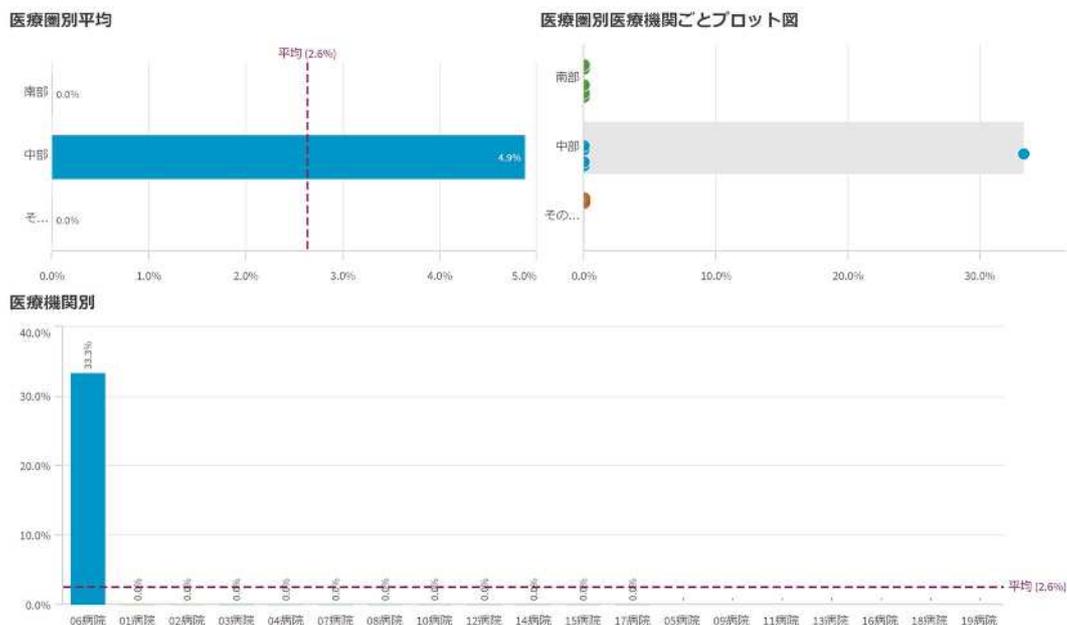
サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、外来（初診）を入院経路とする患者の受入割合は0%から50.0%であった。  
全体の平均値は11.8であった。  
南部圏域・その他圏域で14.3%と最も高く、中部圏域は9.8%と最も低かった。

▶グラフ 2-19-2 詳細な入院経路 ②外来（初診）{ / (⑥・⑦・⑧在宅患者) 患者数 }  
【地域包括ケア病床】



サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、外来（初診）を入院経路とする患者の受入割合は0%から50.0%であった。  
全体の平均値は10.7%であった。  
中部圏域で15.2%と最も高く、その他圏域は3.4%と最も低かった。

▶グラフ 2-20-1 詳細な入院経路 ③救急搬送（当院かかりつけ）{／（⑥・⑦・⑧在宅患者）患者数}  
【回復期リハビリテーション病棟】

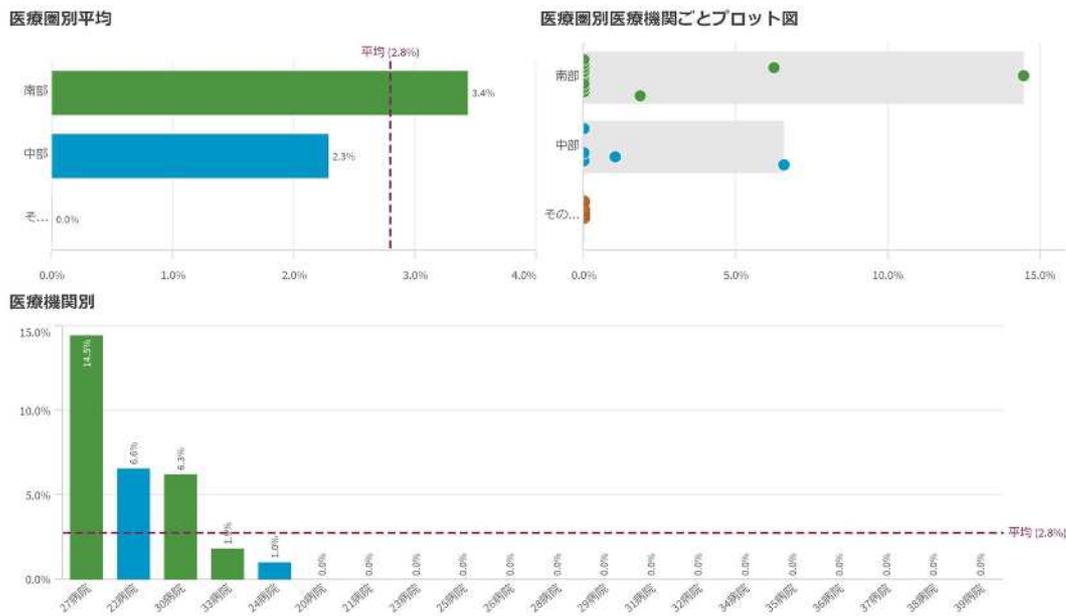


サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、救急搬送（当院かかりつけ）を入院経路とする患者の受入割合は0%から33.3%であった。

全体の平均値は2.6%であった。

中部圏域で4.9%と最も高く、南部・その他圏域は0%であった。

▶グラフ 2-20-2 詳細な入院経路 ③救急搬送（当院かかりつけ）{／（⑥・⑦・⑧在宅患者）患者数}  
【地域包括ケア病床】

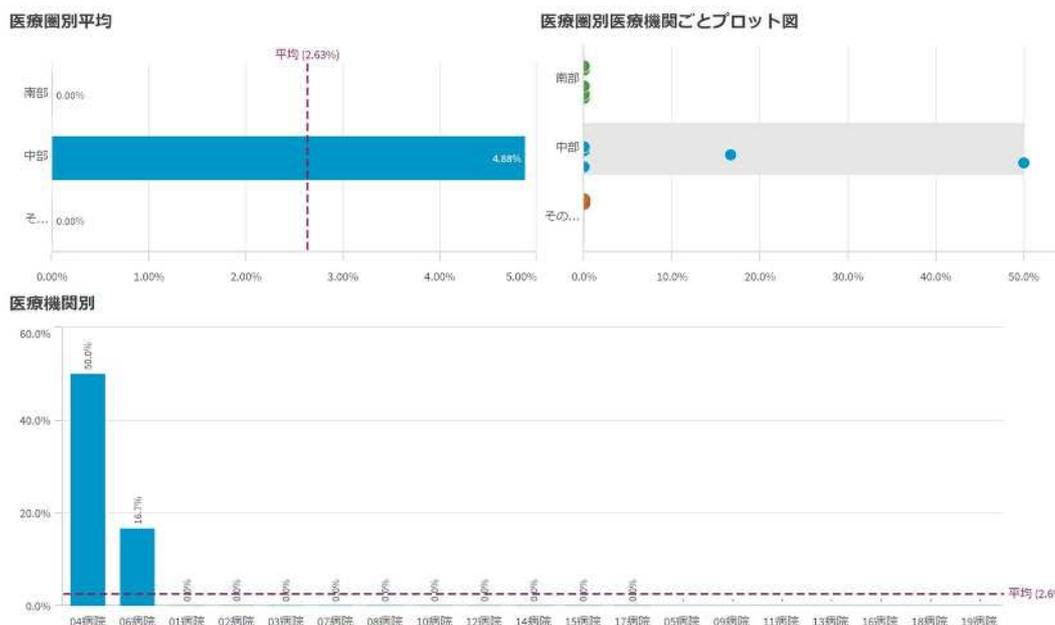


サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、救急搬送（当院かかりつけ）を入院経路とする患者の受入割合は0%から14.5%であった。

全体の平均値は2.8%であった。

南部圏域で3.4%と最も高く、その他圏域は0%であった。

▶グラフ 2-21-1 詳細な入院経路 ④救急搬送（初診）{ / (⑥・⑦・⑧在宅患者) 患者数 }  
【回復期リハビリテーション病棟】

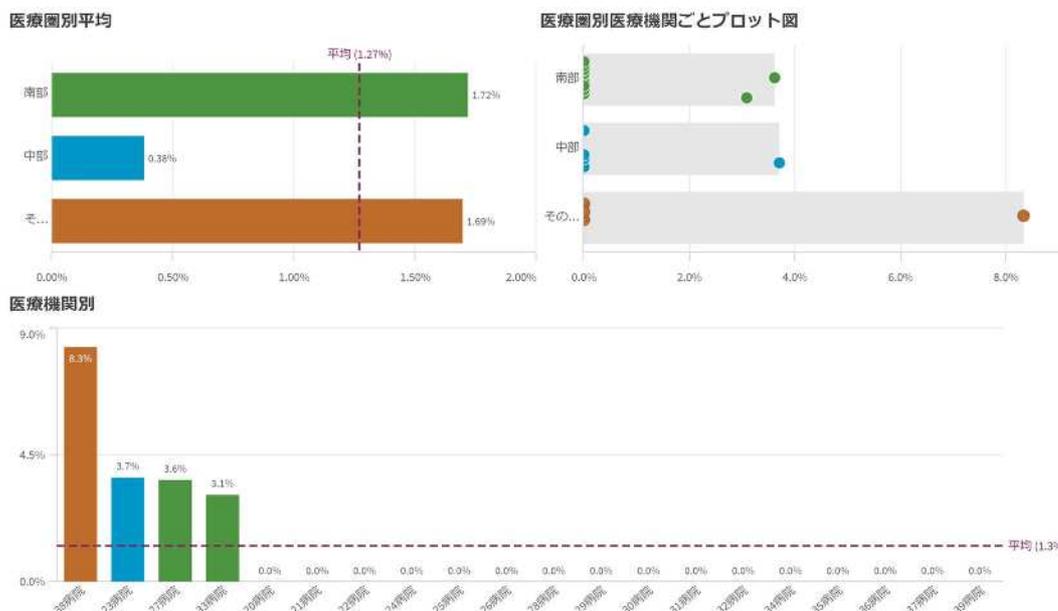


サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、救急搬送（初診）を入院経路とする患者の受入割合は0%から50.0%であった。

全体の平均値は2.6%であった。

中部圏域で4.88%と最も高く、南部・その他圏域は0%であった。

▶グラフ 2-21-2 詳細な入院経路 ④救急搬送（初診）{ / (⑥・⑦・⑧在宅患者) 患者数 }  
【地域包括ケア病床】

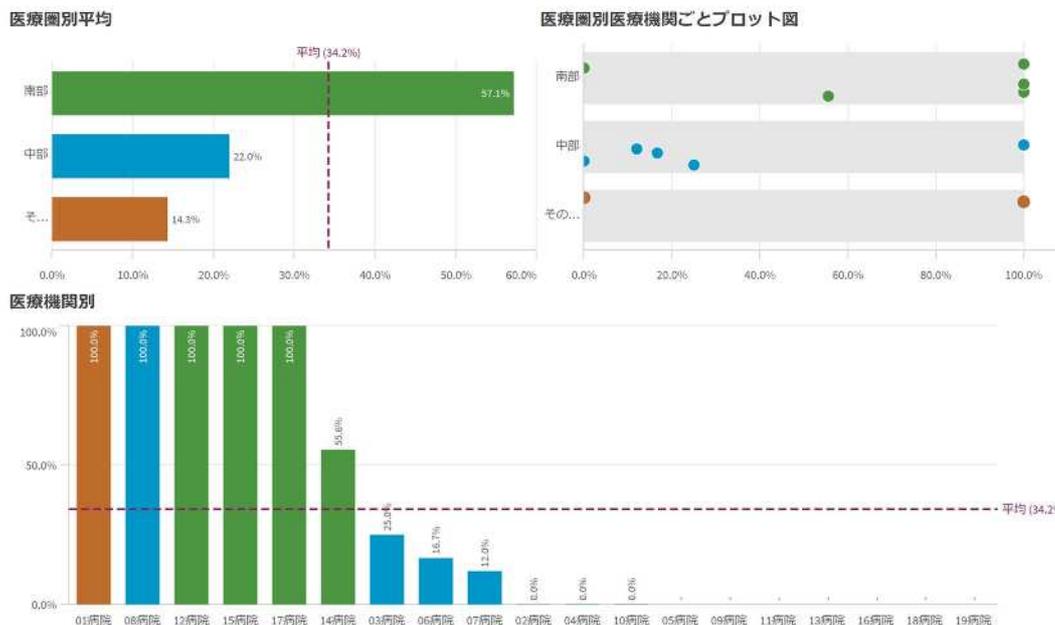


サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、救急搬送（初診）を入院経路とする患者の受入割合は0%から8.3%であった。

全体の平均値は1.27%であった。

南部圏域で1.72%と最も高く、中部圏域は0.38%と最も低かった。

▶グラフ 2-22-1 詳細な入院経路 ⑤紹介患者の受入  
 { / (⑥・⑦・⑧在宅患者) 患者数 } 【回復期リハビリテーション病棟】



サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、紹介患者を入院経路とする患者の受入割合は0%から100%であった。  
 全体の平均値は34.2%であった。  
 南部圏域で57.1%と最も高く、その他圏域は14.3%と最も低かった。

▶グラフ 2-22-2 詳細な入院経路 ⑤紹介患者の受入  
 { / (⑥・⑦・⑧在宅患者) 患者数 } 【地域包括ケア病床】



サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、紹介患者を入院経路とする患者の受入割合は0%から100%であった。  
 全体の平均値は31.2%であった。  
 南部圏域で35.4%と最も高く、その他圏域は22.0%と最も低かった。

▶グラフ 2-23-1 サブアキュートで（⑤紹介患者の受入）を選択した場合の紹介元の医療機関の属性  
【回復期リハビリテーション病棟】



サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、紹介患者の受入れを入院経路とした時の紹介元医療機関属性の割合は、急性期病院が38.5%と最も高く、続いて診療所（外科系）が30.8%だった。

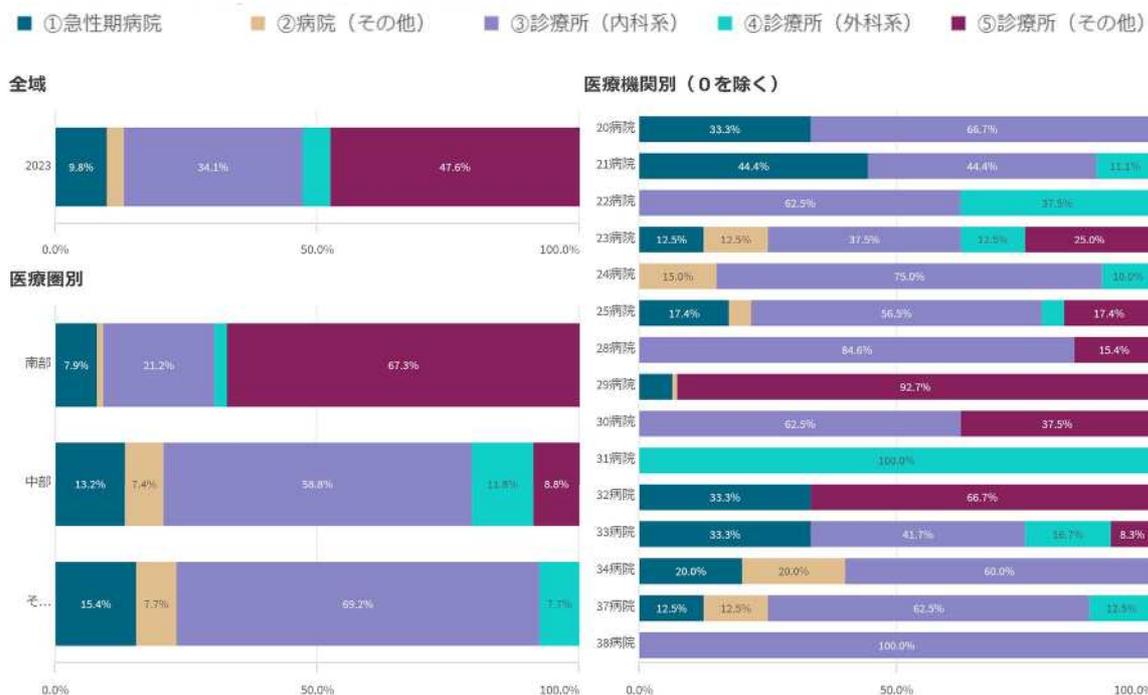
南部圏域では、診療所（外科系）の割合が37.5%、病院（その他）の割合が31.3%、診療所（内科系）の割合が12.5%と他圏域に比べ最も高く、急性期病院の割合が18.8%と最も低かった。

中部圏域では、診療所（その他）の割合が11.1%と最も高く、急性期病院の割合は66.7%、診療所（外科系）の割合が22.2%となっており、2番目に高かった。

その他圏域では、急性期病院の割合が100%と最も高かった。

- ①急性期病院
- ②病院（その他）
- ③診療所（内科系）
- ④診療所（外科系）
- ⑤診療所（その他）

▶グラフ 2-23-2 サブアキュートで（⑤紹介患者の受入）を選択した場合の紹介元の医療機関の属性  
【地域包括ケア病床】



サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、紹介患者の受入れを入院経路とした時の紹介元医療機関属性の割合は、診療所（その他）が47.6%と最も高く、次いで診療所（内科系）が34.1%であった。

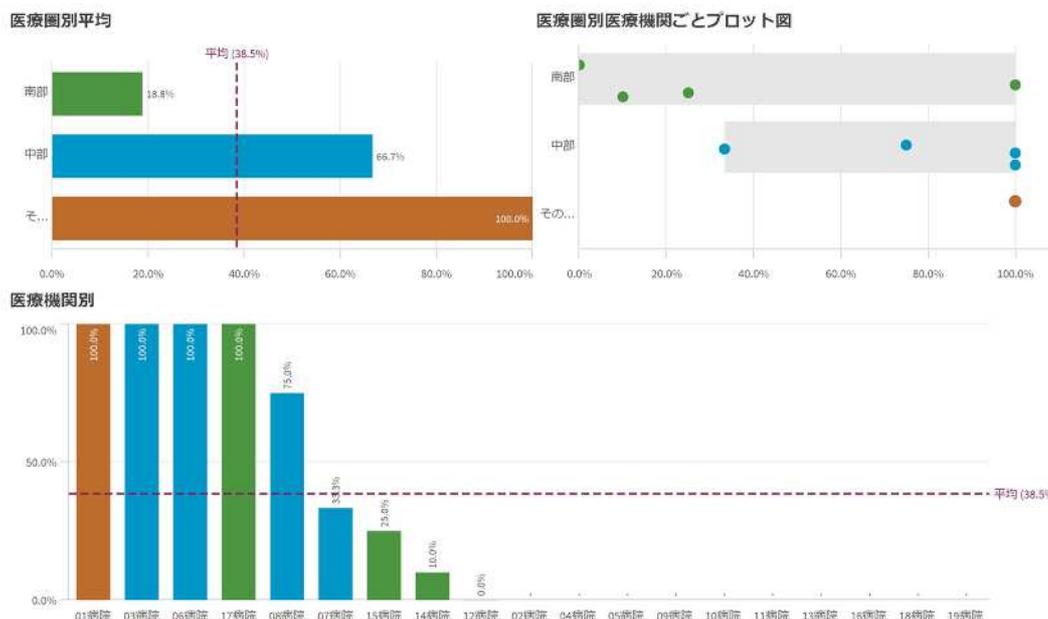
南部圏域では、診療所（その他）の割合が67.3%と他圏域に比べ最も高く、診療所（その他）以外の紹介元医療機関の割合が他圏域に比べ最も低かった。

中部圏域では、診療所（外科系）の割合が11.8%と他圏域に比べ最も高かった。

その他圏域では、急性期病院15.4%、病院（その他）7.7%、診療所（内科系）69.2%と他圏域に比べ最も高く、診療所（その他）からの受入れはなかった。

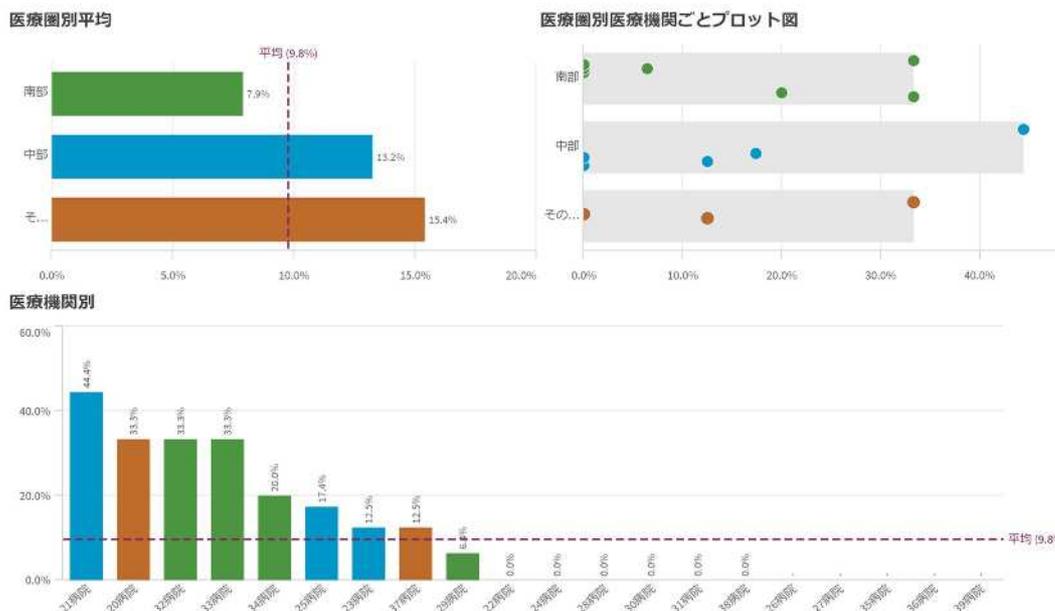
- ①急性期病院
- ②病院（その他）
- ③診療所（内科系）
- ④診療所（外科系）
- ⑤診療所（その他）

▶グラフ 2-24-1 紹介元の医療機関の属性 ①急性期病院（／⑤紹介患者の受入\_患者数）  
【回復期リハビリテーション病棟】



サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、紹介患者の受入れを入院経路とした時の紹介元医療機関が「急性期病院」の割合は、0%から100%であった。  
全体の平均値は38.5%であった。  
その他圏域で100%と最も高く、南部圏域は18.8%と最も低かった。

▶グラフ 2-24-2 紹介元の医療機関の属性 ①急性期病院（／⑤紹介患者の受入\_患者数）  
【地域包括ケア病床】



サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、紹介患者の受入れを入院経路とした時の紹介元医療機関が「急性期病院」の割合は0%から44.4%であった。  
全体の平均値は9.8%であった。  
その他圏域で15.4%と最も高く、南部圏域は7.9%と最も低かった。

▶グラフ 2-25-1 紹介元の医療機関の属性 ②病院（その他）  
 (／⑤紹介患者の受入\_患者数)【回復期リハビリテーション病棟】

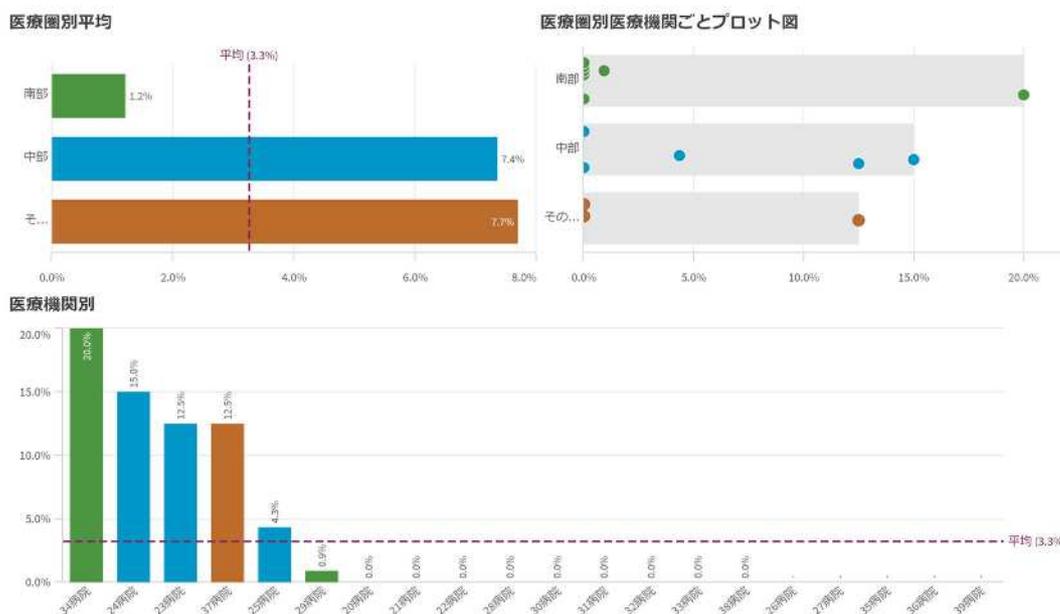


サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、紹介患者の受入れを入院経路とした時の紹介元医療機関が「病院（その他）」の割合は0%から100%であった。

全体の平均値は19.2%であった。

南部圏域で31.3%と最も高く、中部・その他圏域は0%であった。

▶グラフ 2-25-2 紹介元の医療機関の属性 ②病院（その他）  
 (／⑤紹介患者の受入\_患者数)【地域包括ケア病床】



サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、紹介患者の受入れを入院経路とした時の紹介元医療機関が「病院（その他）」の割合は0%から20.0%であった。

全体の平均値は3.3%であった。

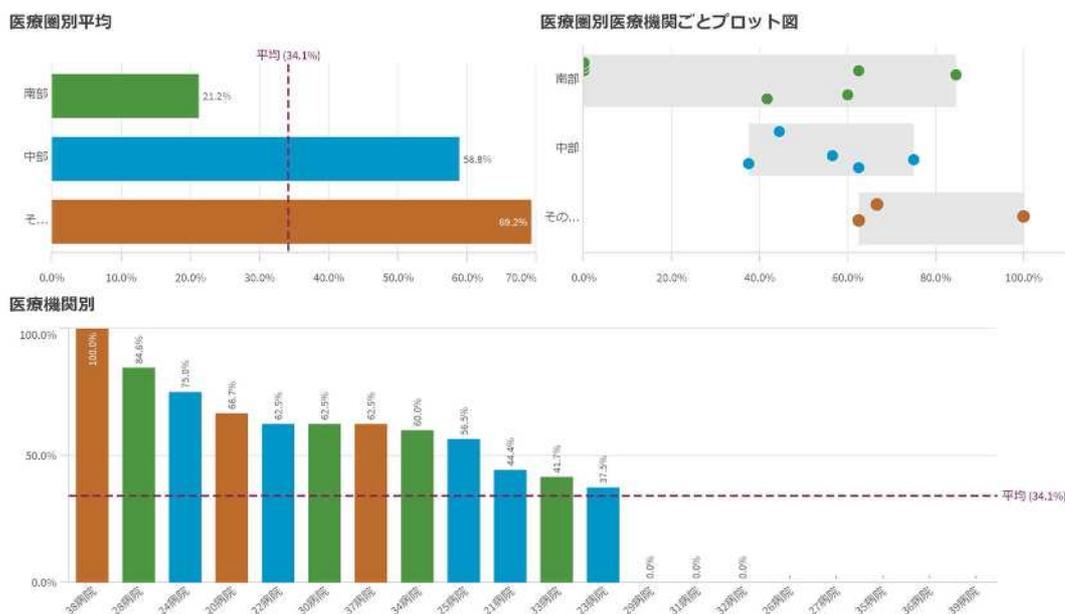
その他圏域で7.7%と最も高く、南部圏域は1.2%と最も低かった。

▶グラフ 2-26-1 紹介元の医療機関の属性 ③診療所（内科系）  
 (／⑤紹介患者の受入\_患者数)【回復期リハビリテーション病棟】



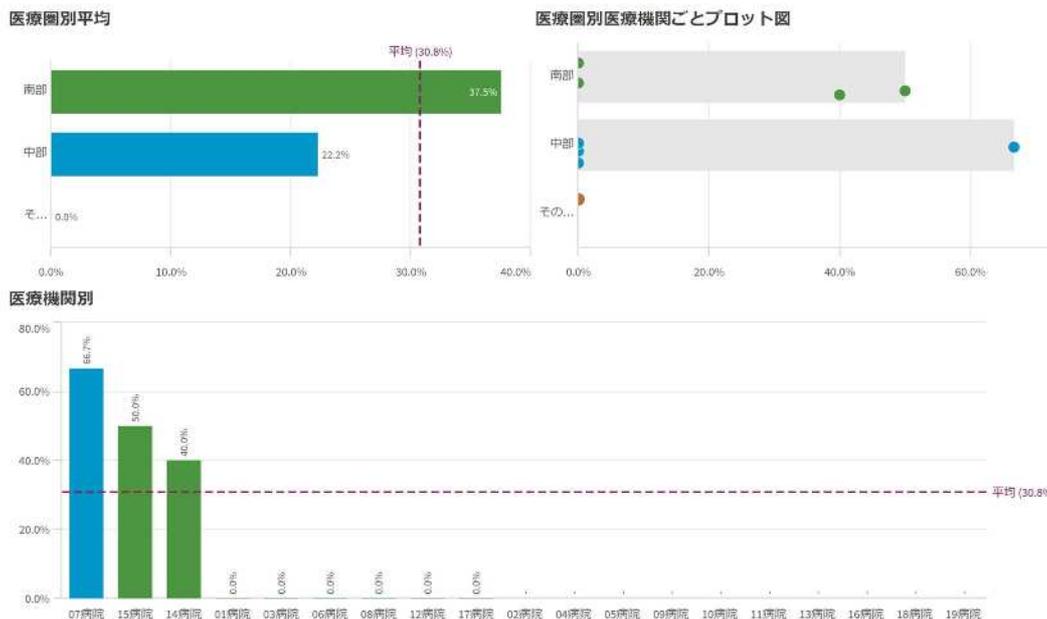
サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、紹介患者の受入れを入院経路とした時の紹介元医療機関が「診療所（内科系）」の割合は0%から25.0%であった。  
 全体の平均値は7.7%であった。  
 南部圏域で12.5%と最も高く、中部・その他圏域は0%であった。

▶グラフ 2-26-2 紹介元の医療機関の属性 ③診療所（内科系）  
 (／⑤紹介患者の受入\_患者数)【地域包括ケア病床】



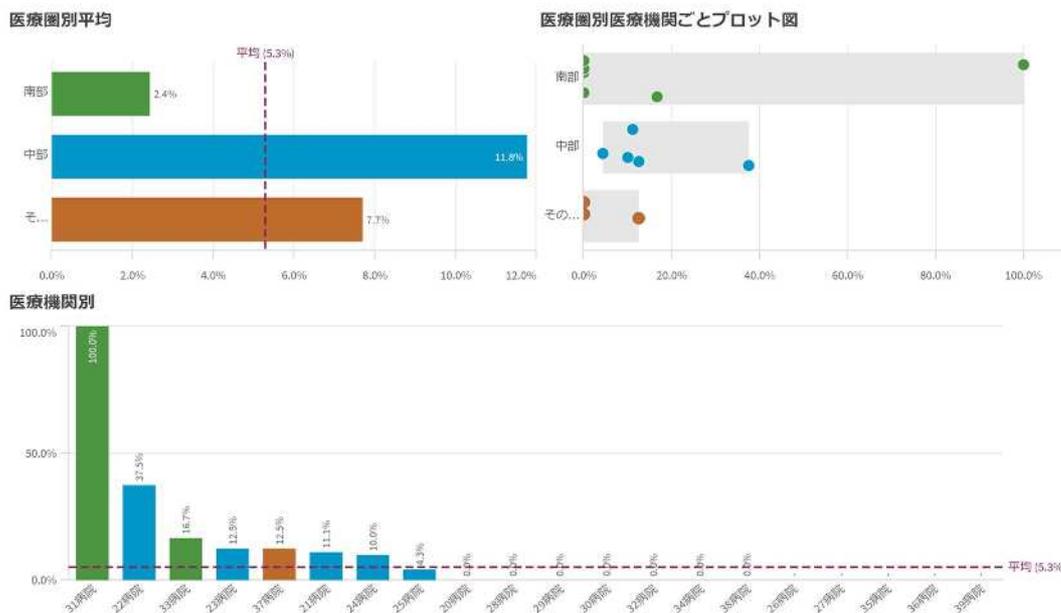
サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、紹介患者の受入れを入院経路とした時の紹介元医療機関が「診療所（内科系）」の割合は0%～100%であった。  
 全体の平均値は34.1%であった。  
 その他圏域で69.2%と最も高く、南部圏域は21.2%と最も低かった。

▶グラフ 2-27-1 紹介元の医療機関の属性 ④診療所（外科系）  
 (／⑤紹介患者の受入\_患者数)【回復期リハビリテーション病棟】



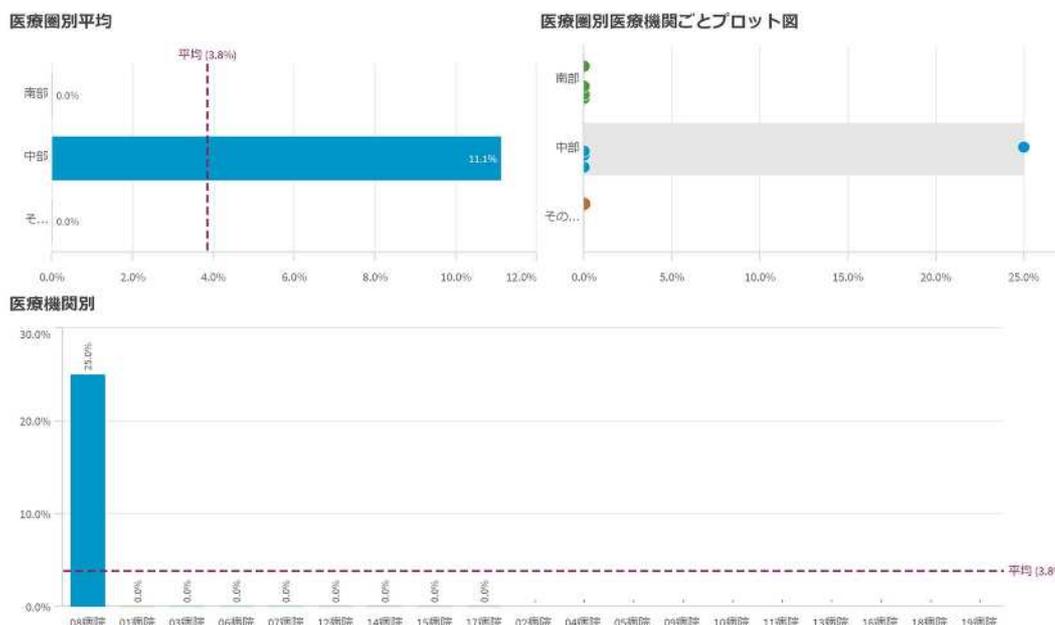
サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、紹介患者の受入れを入院経路とした時の紹介元医療機関「診療所（外科系）」の割合は0%から66.7%であった。  
 全体の平均値は30.8%であった。  
 南部圏域で37.5%と最も高く、その他圏域は0%であった。

▶グラフ 2-27-2 紹介元の医療機関の属性 ④診療所（外科系）  
 (／⑤紹介患者の受入\_患者数)【地域包括ケア病床】



サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、紹介患者の受入れを入院経路とした時の紹介元医療機関「診療所（外科系）」の割合は0%～100%であった。  
 全体の平均値は5.3%であった。  
 中部圏域で11.8%と最も高く、南部圏域は2.4%と最も低かった。

▶グラフ 2-28-1 紹介元の医療機関の属性 ⑤診療所（その他）  
 (／⑤紹介患者の受入\_患者数)【回復期リハビリテーション病棟】



サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、紹介患者の受入れを入院経路とした時の紹介元医療機関が「診療所（その他）」の割合は0%から25.0%であった。  
 全体の平均値は3.8であった。受け入れを行っている病院は1か所であった。  
 中部圏域で11.1%と最も高く、南部・その他圏域は0%であった。

▶グラフ 2-28-2 紹介元の医療機関の属性 ⑤診療所（その他）  
 (／⑤紹介患者の受入\_患者数)【地域包括ケア病床】



サブアキュート機能として入院を受入れた「在宅（個人宅）患者」、「同一法人内・同一法人外の在宅（有料老人ホーム、サ高住、グループホーム等の施設系）患者」のうち、紹介患者の受入れを入院経路とした時の紹介元医療機関が「診療所（その他）」の割合は0%～92.7%であった。  
 全体の平均値は47.6%であった。  
 南部圏域で67.3%と最も高く、その他圏域は0%であった。

### 3. 疾病の受入状況（主病名）

▶グラフ 3-1-1 主病名構成（医療圏別）（指定 10 疾患を色付け）【回復期リハビリテーション病棟】  
01\_心不全／11\_脳血管疾患／12\_肺炎等／13\_誤嚥性肺炎／22\_腎尿路疾患／29\_股関節大腿近位骨折／30\_胸椎、腰椎以下骨折損傷／40\_神経系疾患／44\_循環器系疾患／46\_筋骨格系疾患

| 全域_2023年度      |             | 南部_2023年度      |             | 中部_2023年度      |             | その他_2023年度     |             |
|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|
| 主病名            | 主病名数<br>／新入 | 主病名            | 主病名数<br>／新入 | 主病名            | 主病名数<br>／新入 | 主病名            | 主病名数<br>／新入 |
| 11_脳血管疾患       | 0.262       | 11_脳血管疾患       | 0.278       | 29_股関節大腿近位骨折   | 0.246       | 11_脳血管疾患       | 0.311       |
| 29_股関節大腿近位骨折   | 0.222       | 30_胸椎、腰椎以下骨折損傷 | 0.231       | 11_脳血管疾患       | 0.227       | 30_胸椎、腰椎以下骨折損傷 | 0.238       |
| 30_胸椎、腰椎以下骨折損傷 | 0.218       | 29_股関節大腿近位骨折   | 0.208       | 30_胸椎、腰椎以下骨折損傷 | 0.196       | 29_股関節大腿近位骨折   | 0.209       |
| 46_筋骨格系疾患      | 0.068       | 46_筋骨格系疾患      | 0.063       | 46_筋骨格系疾患      | 0.085       | 12_肺炎等         | 0.049       |
| 32_膝関節周囲骨折     | 0.040       | 32_膝関節周囲骨折     | 0.062       | 12_肺炎等         | 0.035       | 22_腎尿路疾患       | 0.041       |
| 12_肺炎等         | 0.038       | 12_肺炎等         | 0.037       | 33_骨盤損傷        | 0.025       | 33_骨盤損傷        | 0.025       |
| 33_骨盤損傷        | 0.021       | 36_下腿足関節周囲骨折   | 0.026       | 32_膝関節周囲骨折     | 0.017       | 46_筋骨格系疾患      | 0.025       |
| 57_その他         | 0.018       | 57_その他         | 0.020       | 40_神経系疾患       | 0.017       | 01_心不全         | 0.016       |
| 36_下腿足関節周囲骨折   | 0.014       | 33_骨盤損傷        | 0.017       | 57_その他         | 0.017       | 25_食道、胃、十二指腸症  | 0.016       |
| 22_腎尿路疾患       | 0.010       | 01_心不全         | 0.008       | 22_腎尿路疾患       | 0.015       | 32_膝関節周囲骨折     | 0.016       |
| 40_神経系疾患       | 0.009       | 13_誤嚥性肺炎       | 0.008       | 55_外傷・熱傷・中毒    | 0.015       | 47_皮膚・皮下組織の疾患  | 0.016       |
| 55_外傷・熱傷・中毒    | 0.008       | 10_解離性大動脈瘤     | 0.005       | 31_頭蓋、頭蓋内損傷    | 0.013       | 13_誤嚥性肺炎       | 0.008       |
| 01_心不全         | 0.007       | 40_神経系疾患       | 0.005       | 18_慢性閉塞性肺疾患    | 0.010       | 19_肺・縦隔の感染症    | 0.008       |
| 47_皮膚・皮下組織の疾患  | 0.007       | 55_外傷・熱傷・中毒    | 0.005       | 34_四肢筋腱損傷      | 0.010       | 21_呼吸不全        | 0.008       |
| 13_誤嚥性肺炎       | 0.006       | 23_消化器悪性腫瘍     | 0.003       | 47_皮膚・皮下組織の疾患  | 0.010       | 34_四肢筋腱損傷      | 0.008       |
| 31_頭蓋、頭蓋内損傷    | 0.006       | 47_皮膚・皮下組織の疾患  | 0.003       | 24_胆管結石、胆管炎    | 0.006       | 57_その他         | 0.008       |
| 34_四肢筋腱損傷      | 0.005       | 07_急性心筋梗塞      | 0.002       | 26_胆嚢水腫、胆嚢炎    | 0.006       | 02_狭心症         | 0.000       |
| 18_慢性閉塞性肺疾患    | 0.004       | 15_急性気管支炎      | 0.002       | 44_循環器系疾患      | 0.006       | 03_弁膜症         | 0.000       |
| 10_解離性大動脈瘤     | 0.003       | 19_肺・縦隔の感染症    | 0.002       | 01_心不全         | 0.004       | 04_閉塞動脈疾患      | 0.000       |

回復期リハビリテーション病棟に入院した患者の主病名として回答があった項目について、沖縄県全域、各医療圏別に順位付けをおこなった。

今年度は、前年度の結果を基に、回復期リハビリテーション病棟に入院した患者の主病名として割合が高かった上位 5 疾患（その他疾患を除く）および地域包括ケア病床に入院した患者の主病名として割合が高かった上位 5 疾患（特定の病院のみに偏っている眼科系疾患、その他疾患を除く）に、脳血管疾患を加えた 10 疾患について特に詳細な分析を行った。

▶グラフ 3-1-2 主病名構成（医療圏別）（指定 10 疾患を色付け）【地域包括ケア病床】

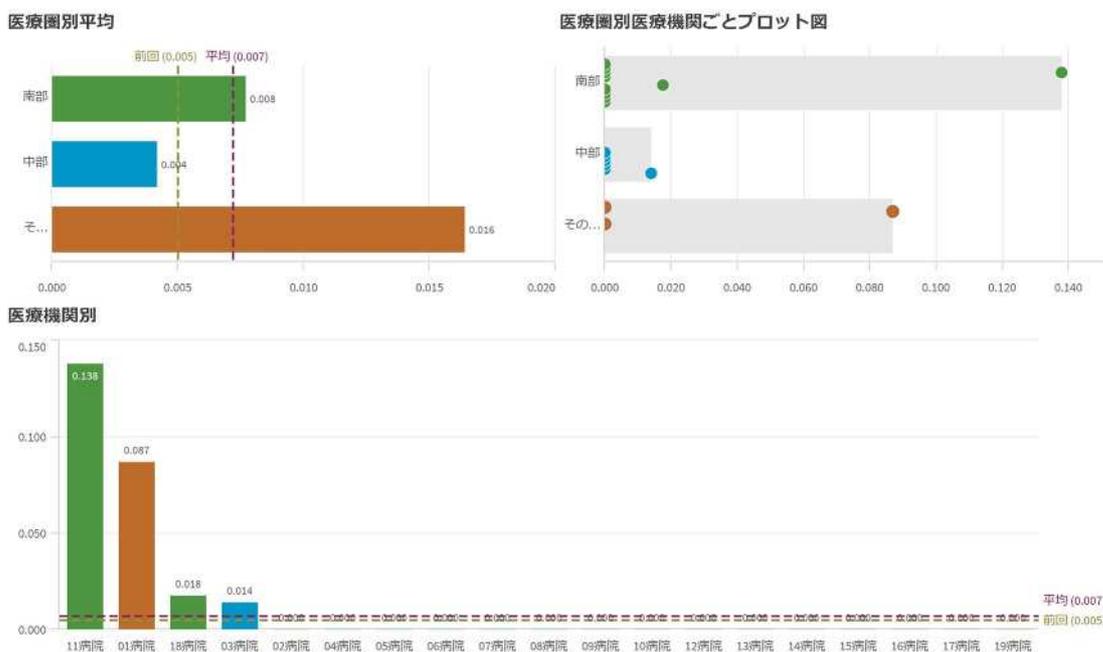
01\_心不全／11\_脳血管疾患／12\_肺炎等／13\_誤嚥性肺炎／22\_腎尿路疾患／29\_股関節大腿近位骨折／30\_胸椎、腰椎以下骨折損傷／40\_神経系疾患／44\_循環器系疾患／46\_筋骨格系疾患

| 全域_2023年度            |             | 南部_2023年度            |             | 中部_2023年度            |             | その他_2023年度           |             |
|----------------------|-------------|----------------------|-------------|----------------------|-------------|----------------------|-------------|
| 主病名                  | 主病名数<br>／新入 | 主病名                  | 主病名数<br>／新入 | 主病名                  | 主病名数<br>／新入 | 主病名                  | 主病名数<br>／新入 |
| 57_その他               | 0.155       | 41_眼科系疾患             | 0.175       | 57_その他               | 0.187       | 22_腎尿路疾患             | 0.160       |
| 22_腎尿路疾患             | 0.111       | 57_その他               | 0.149       | 22_腎尿路疾患             | 0.101       | 12_肺炎等               | 0.126       |
| 41_眼科系疾患             | 0.104       | 22_腎尿路疾患             | 0.110       | 46_筋骨格系疾患            | 0.097       | 49_内分泌・栄養・代謝に関する疾患   | 0.076       |
| 12_肺炎等               | 0.084       | 12_肺炎等               | 0.079       | 12_肺炎等               | 0.082       | 13_誤嚥性肺炎             | 0.067       |
| 46_筋骨格系疾患            | 0.071       | 46_筋骨格系疾患            | 0.060       | 30_胸椎、腰椎以下骨折損傷       | 0.067       | 57_その他               | 0.067       |
| 30_胸椎、腰椎以下骨折損傷       | 0.050       | 30_胸椎、腰椎以下骨折損傷       | 0.041       | 13_誤嚥性肺炎             | 0.062       | 11_脳血管疾患             | 0.042       |
| 13_誤嚥性肺炎             | 0.045       | 47_皮膚・皮下組織の疾患        | 0.038       | 43_呼吸系疾患             | 0.039       | 30_胸椎、腰椎以下骨折損傷       | 0.042       |
| 01_心不全               | 0.033       | 01_心不全               | 0.032       | 45_消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患 | 0.039       | 46_筋骨格系疾患            | 0.042       |
| 47_皮膚・皮下組織の疾患        | 0.031       | 13_誤嚥性肺炎             | 0.032       | 01_心不全               | 0.037       | 39_精神疾患（精神科フォローが必要）  | 0.034       |
| 11_脳血管疾患             | 0.027       | 11_脳血管疾患             | 0.031       | 50_腎・尿路系疾患及び男性生殖系疾患  | 0.034       | 43_呼吸系疾患             | 0.034       |
| 49_内分泌・栄養・代謝に関する疾患   | 0.025       | 23_消化器悪性腫瘍           | 0.030       | 40_神経系疾患             | 0.026       | 47_皮膚・皮下組織の疾患        | 0.034       |
| 45_消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患 | 0.022       | 49_内分泌・栄養・代謝に関する疾患   | 0.027       | 44_循環器系疾患            | 0.024       | 50_腎・尿路系疾患及び男性生殖系疾患  | 0.034       |
| 23_消化器悪性腫瘍           | 0.022       | 32_膝関節周囲骨折           | 0.018       | 18_慢性閉塞性肺疾患          | 0.019       | 55_外傷・熱傷・中毒          | 0.034       |
| 43_呼吸系疾患             | 0.020       | 40_神経系疾患             | 0.017       | 11_脳血管疾患             | 0.017       | 01_心不全               | 0.025       |
| 40_神経系疾患             | 0.018       | 45_消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患 | 0.013       | 47_皮膚・皮下組織の疾患        | 0.017       | 29_股関節大腿近位骨折         | 0.025       |
| 50_腎・尿路系疾患及び男性生殖系疾患  | 0.016       | 25_食道、胃、十二指腸症        | 0.012       | 29_股関節大腿近位骨折         | 0.013       | 45_消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患 | 0.025       |
|                      |             | 29_股関節大腿近位骨折         | 0.012       | 15_急性気管支炎            | 0.011       |                      |             |

地域包括ケア病床に入院した患者の主病名として回答があった項目について、沖縄県全域、各医療圏別に順位付けをおこなった。

今年度は、前年度の結果を基に、地域包括ケア病床に入院した患者の主病名として割合が高かった上位 5 疾患（特定の病院のみに偏っている眼科系疾患、その他疾患を除く）および回復期リハビリテーション病棟に入院した患者の主病名として割合の高かった上位 5 疾患（その他疾患を除く）に、脳血管疾患を加えた 10 疾患について特に詳細な分析を行った。

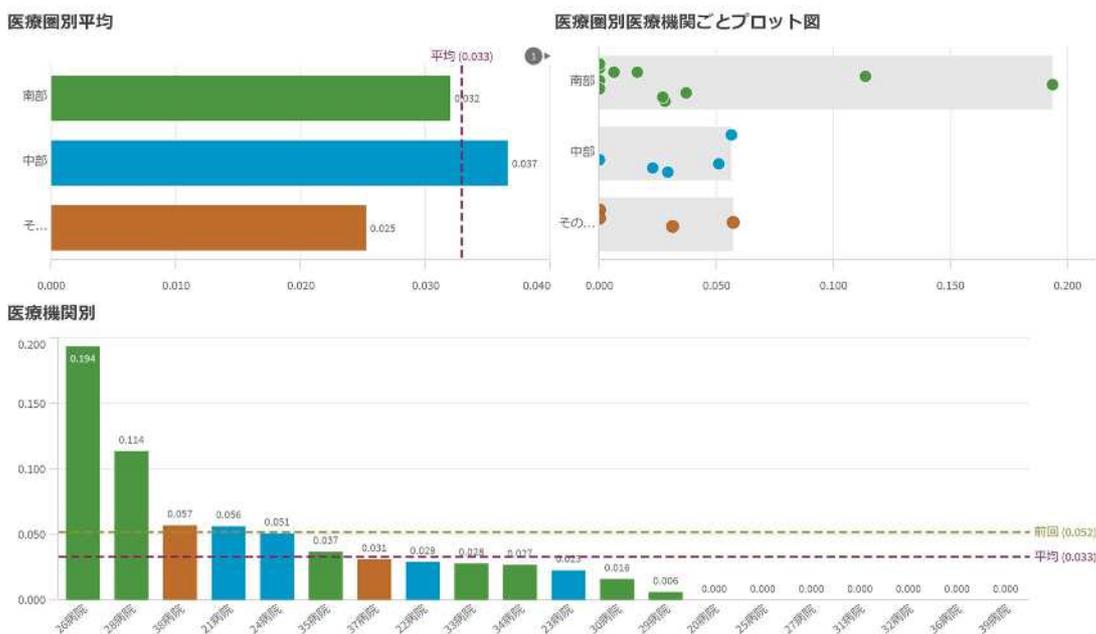
▶グラフ 3-2-1 主病名構成 01\_心不全（／新入院患者数）【回復期リハビリテーション病棟】



心不全を主病名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.007で、前年度の0.005より高かった。

その他圏域で0.016と最も高く、中部圏域は0.004と最も低かった。

▶グラフ 3-2-2 主病名構成 01\_心不全（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】



心不全を主病名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.033で、前年度の0.052%より低かった。

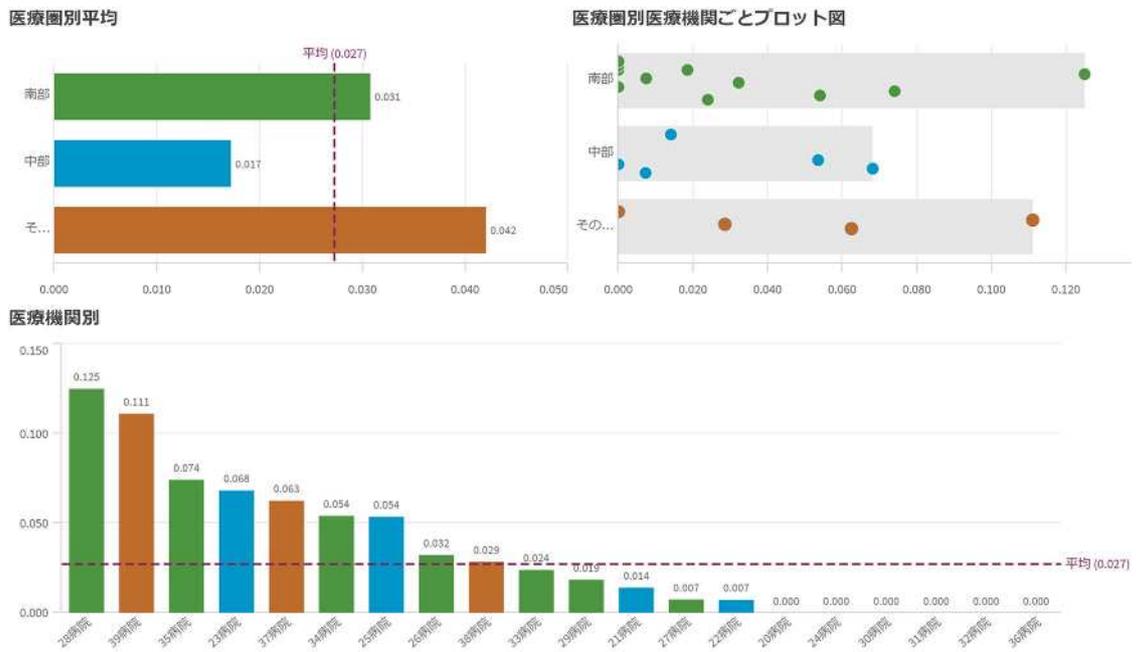
中部圏域で0.037と最も高く、その他圏域は0.025と最も低かった。

▶グラフ 3-3-1 主病名構成 11\_脳血管疾患（／新入院患者数）【回復期リハビリテーション病棟】



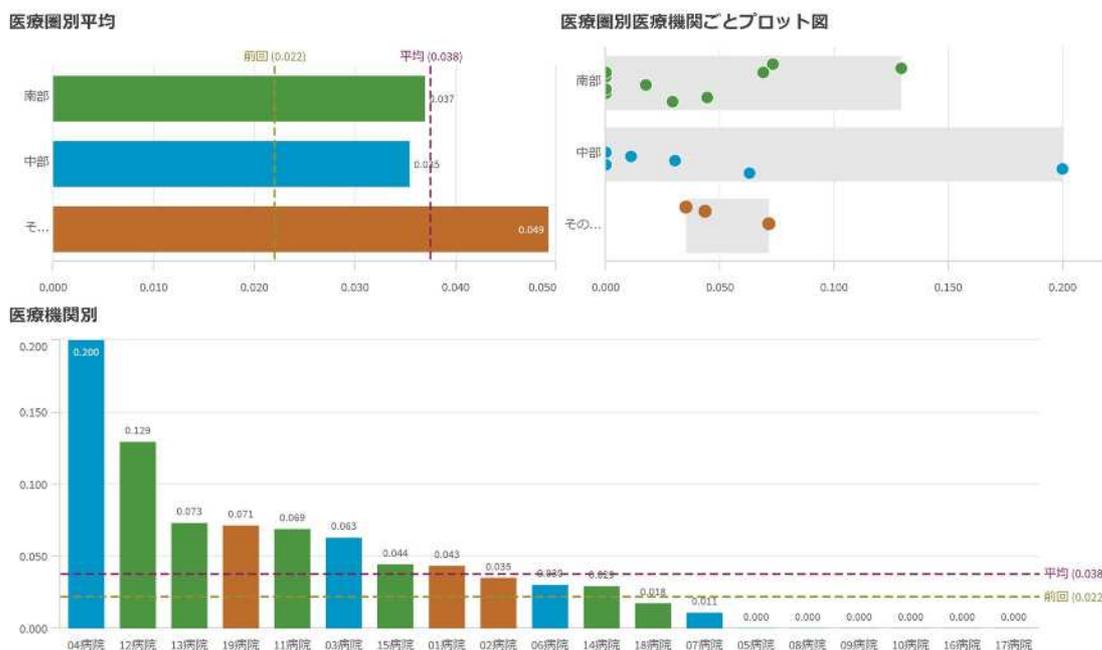
脳血管疾患を主病名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.26であった。その他圏域で0.311と最も高く、中部圏域で0.227と最も低かった。

▶グラフ 3-3-2 主病名構成 11\_脳血管疾患（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】



脳血管疾患を主病名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.027であった。その他圏域で0.041と最も高く、中部圏域で0.017と最も低かった。

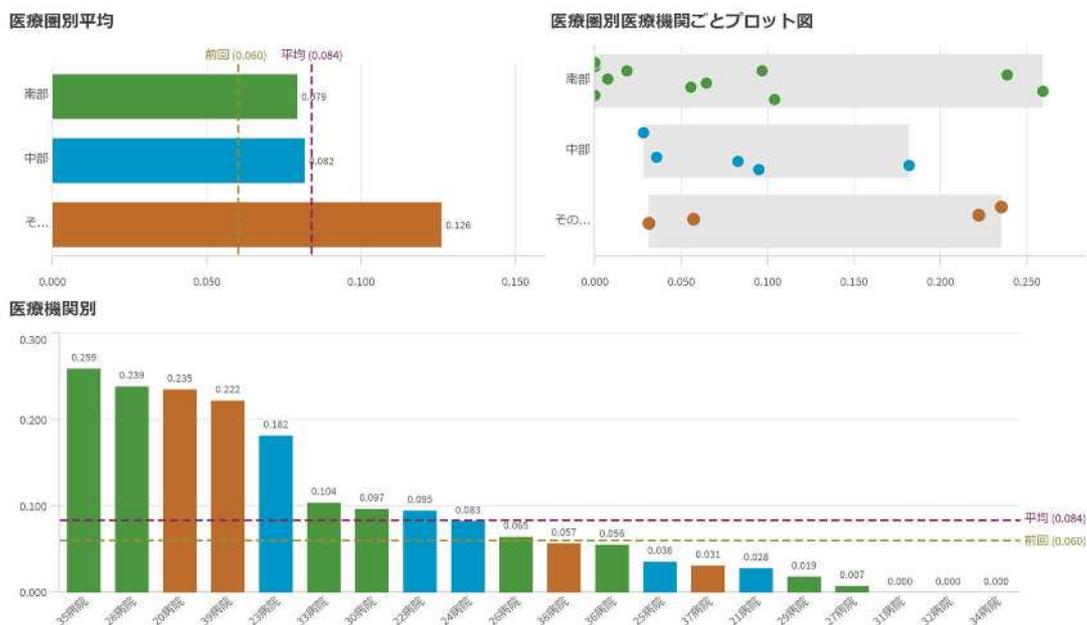
▶グラフ 3-4-1 主病名構成 12\_肺炎等（／新入院患者数）【回復期リハビリテーション病棟】



肺炎等を主病名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.038で、前年度の0.022より高かった。

その他圏域で0.049と最も高く、中部圏域は0.035と最も低かった。

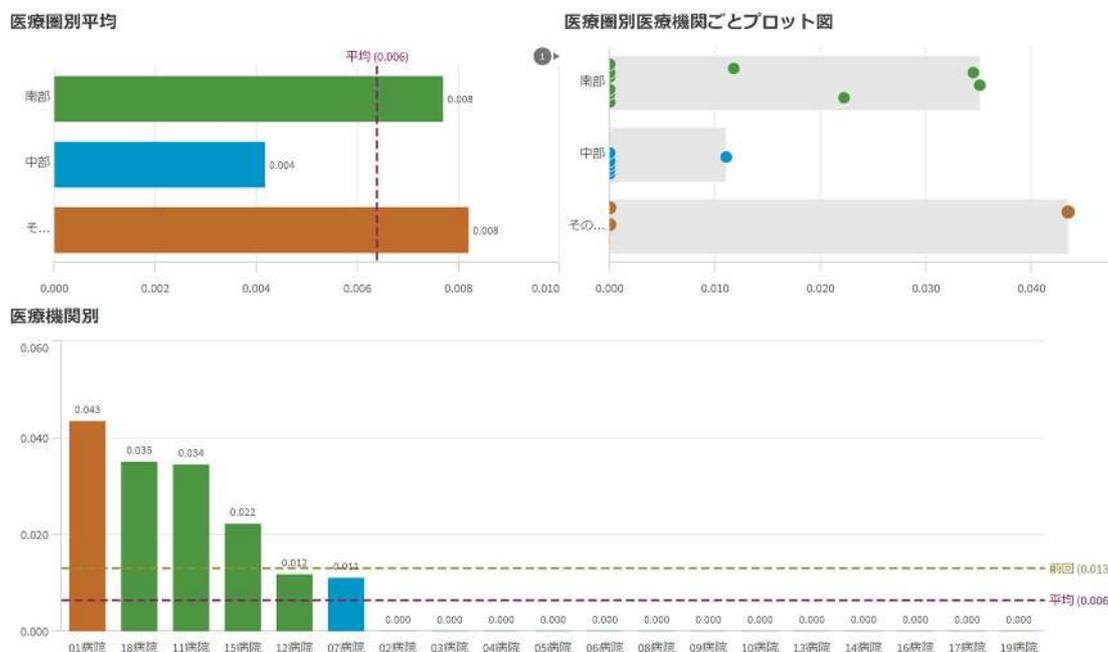
▶グラフ 3-4-2 主病名構成 12\_肺炎等（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】



肺炎等を主病名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.084で、前年度の0.060より高かった。

その他圏域で0.126と最も高く、南部圏域は0.079と最も低かった。

▶グラフ 3-5-1 主病名構成 13\_誤嚥性肺炎（／新入院患者数）【回復期リハビリテーション病棟】



誤嚥性肺炎等を主病名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.006で、前年度の0.013より低かった。

その他圏域で0.008と最も高く、中部圏域は0.004と最も低かった。

▶グラフ 3-5-2 主病名構成 13\_誤嚥性肺炎（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】

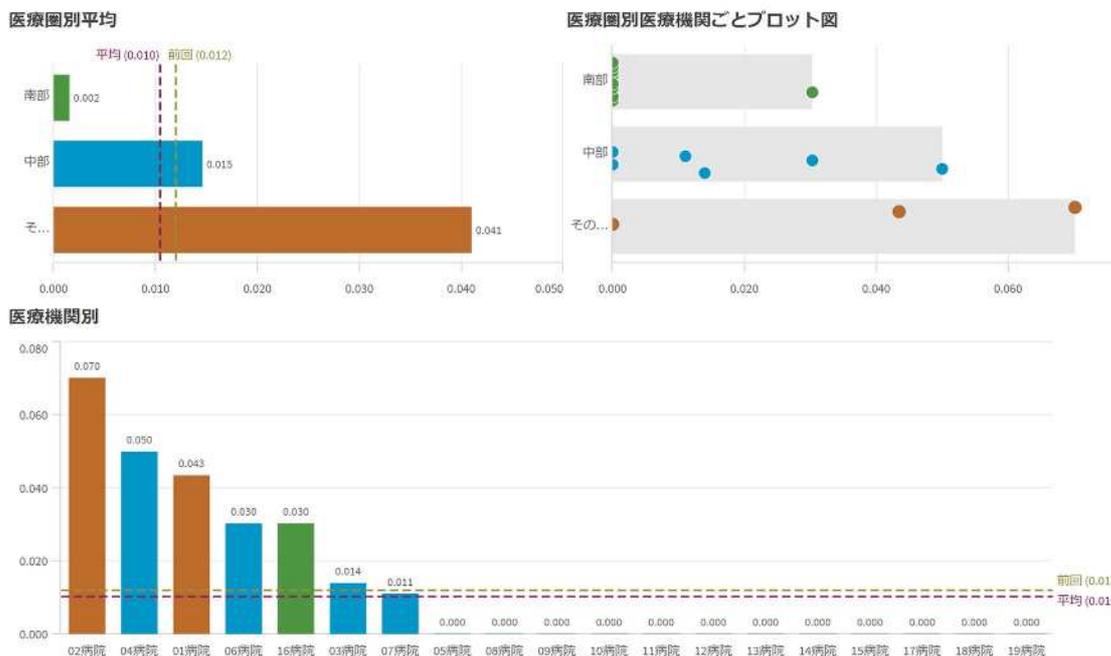


誤嚥性肺炎等を主病名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.045で、前年度の0.063より低かった。

その他圏域で0.067と最も高く、南部圏域は0.032と最も低かった。

▶グラフ 3-6-1 主病名構成 22\_腎尿路疾患（／新入院患者数）

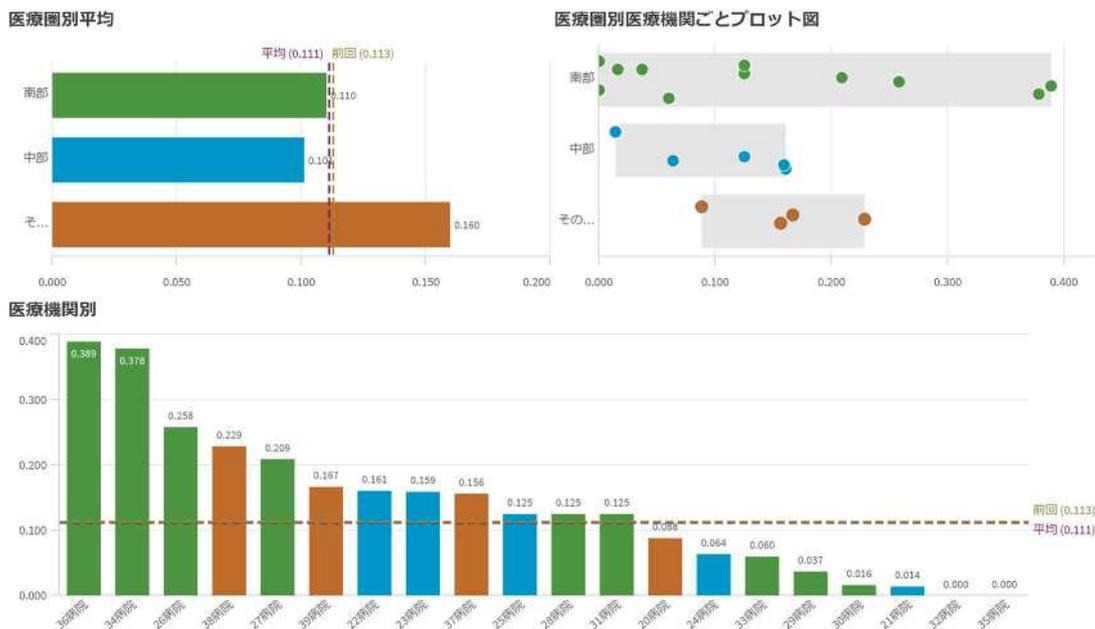
【回復期リハビリテーション病棟】



腎尿路疾患を主病名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.010で、前年度の0.012より低かった。

その他圏域で0.041と最も高く、南部圏域は0.002と最も低かった。

▶グラフ 3-6-2 主病名構成 22\_腎尿路疾患（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】



腎尿路疾患を主病名とした入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.111で、前年度の0.113より低かった。

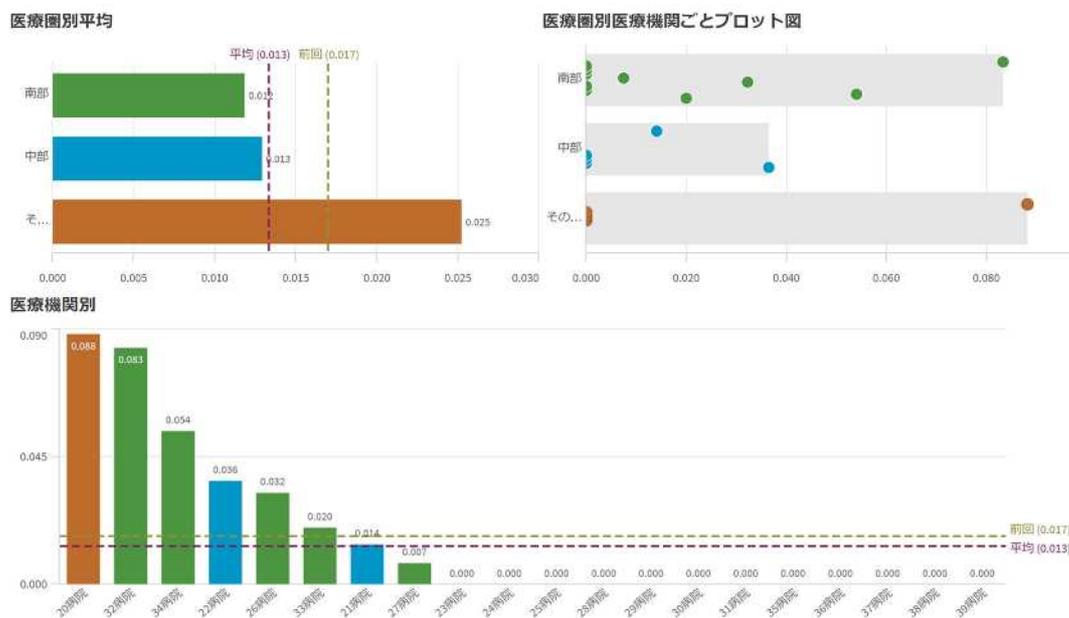
その他圏域で0.160と最も高く、中部圏域は0.101と最も低かった。

▶グラフ 3-7-1 主病名構成 29\_股関節大腿近位骨折（／新入院患者数）  
【回復期リハビリテーション病棟】



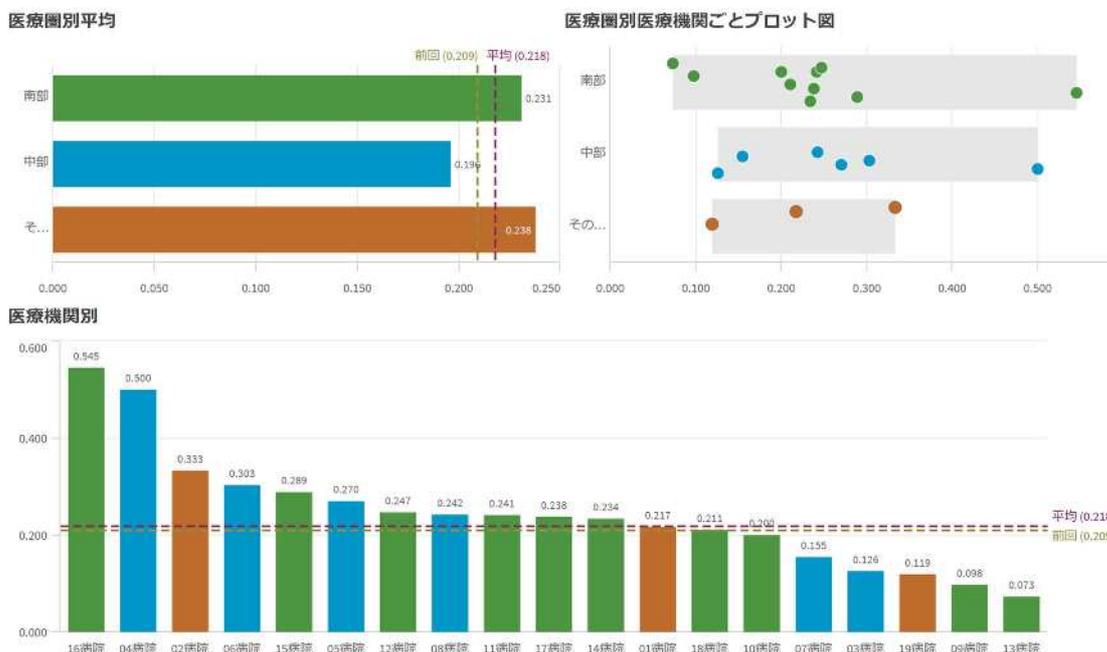
股関節大腿近位骨折を主病名として入院した患者数の 1 病床あたりの平均値は 0.222 で、前年度の 0.216 より高かった。  
中部圏域で 0.246 と最も高く、その他圏域は 0.205 と最も低かった。

▶グラフ 3-7-2 主病名構成 29\_股関節大腿近位骨折（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】



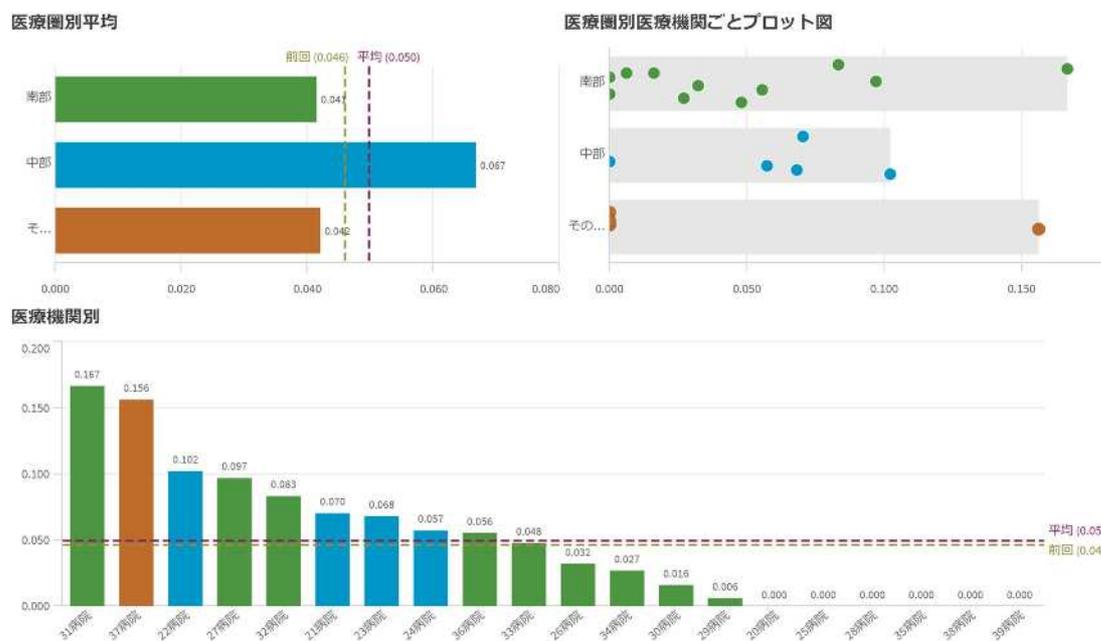
股関節大腿近位骨折を主病名として入院した患者数の 1 病床あたりの平均値は 0.013 で、前年度の 0.017 より低かった。  
その他圏域で 0.025 と最も高く、南部圏域は 0.012 と最も低かった。

▶グラフ 3-8-1 主病名構成 30\_胸椎、腰椎以下骨折損傷（／新入院患者数）  
【回復期リハビリテーション病棟】



胸椎、腰椎以下骨折損傷を主病名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.218で、前年度の0.209より高かった。  
 その他圏域で0.238と最も高く、中部圏域は0.196と最も低かった。

▶グラフ 3-8-2 主病名構成 30\_胸椎、腰椎以下骨折損傷（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】



胸椎、腰椎以下骨折損傷を主病名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.050で、前年度の0.046より高かった。  
 中部圏域で0.067と最も高く、南部圏域は0.041と最も低かった。

▶グラフ 3-9-1 主病名構成 40\_神経系疾患（／新入院患者数）

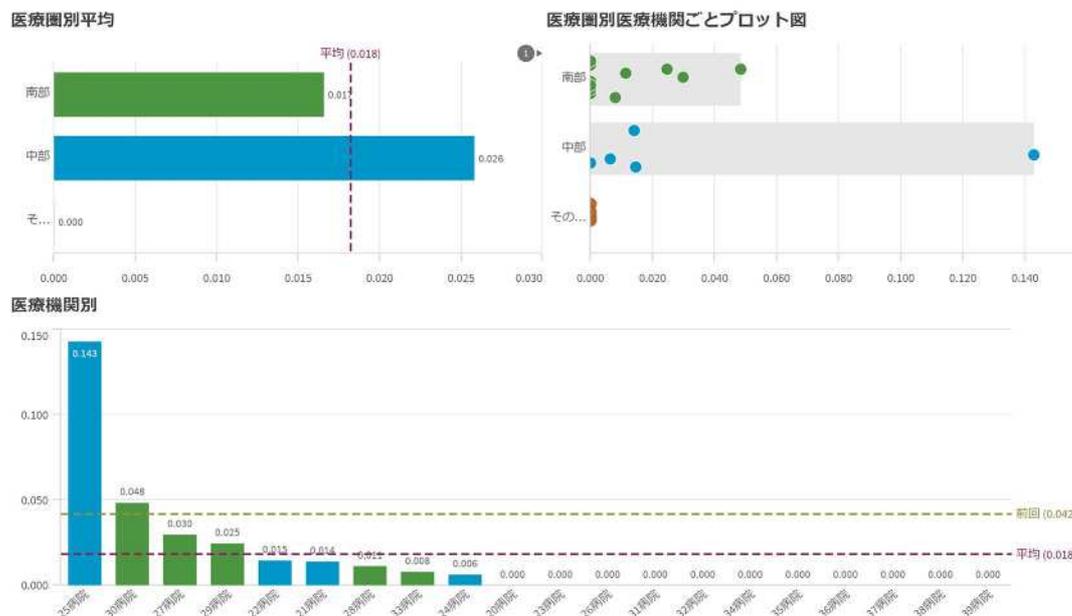
【回復期リハビリテーション病棟】



神経系疾患を主病名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.009で、前年度の0.029より低かった。

中部圏域で0.017と最も高く、その他圏域は0であった。

▶グラフ 3-9-2 主病名構成 40\_神経系疾患（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】

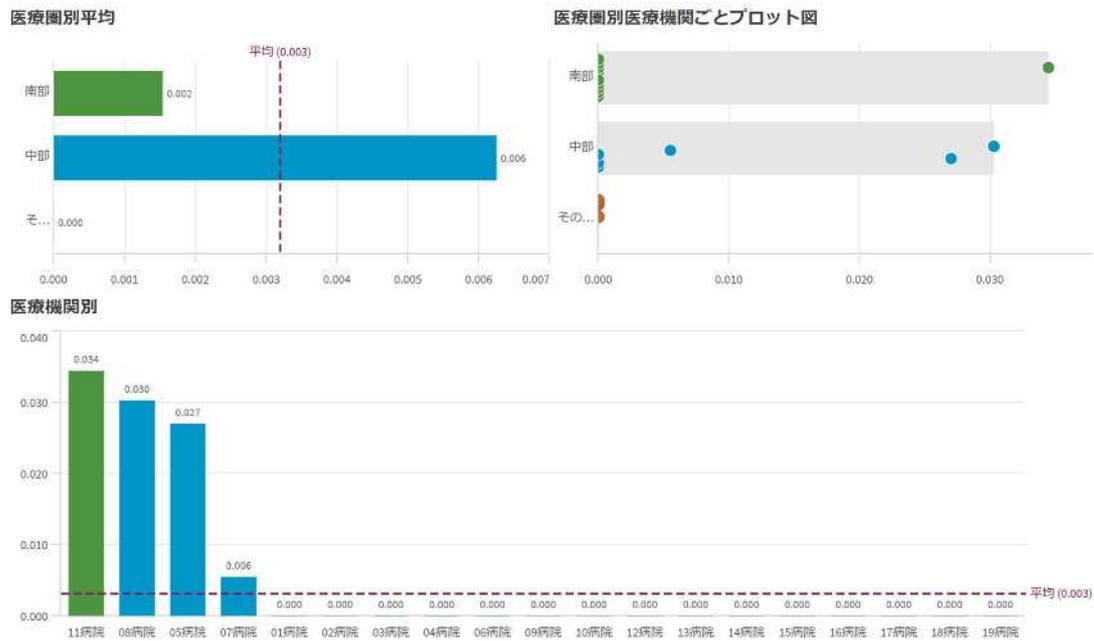


神経系疾患を主病名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.018で、前年度の0.042より低かった。

中部圏域で0.026と最も高く、その他圏域は0であった。

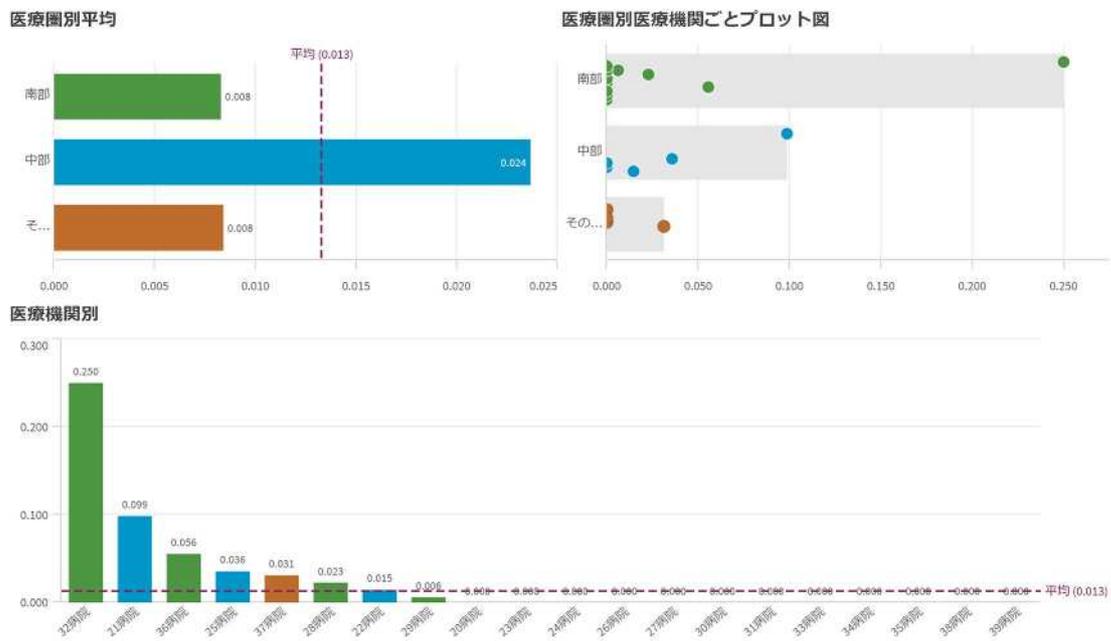
▶グラフ 3-10-1 主病名構成 44\_循環器系疾患（／新入院患者数）

【回復期リハビリテーション病棟】



循環器系疾患を主病名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.003であった。中部圏域で0.006と最も高く、その他圏域は0であった。

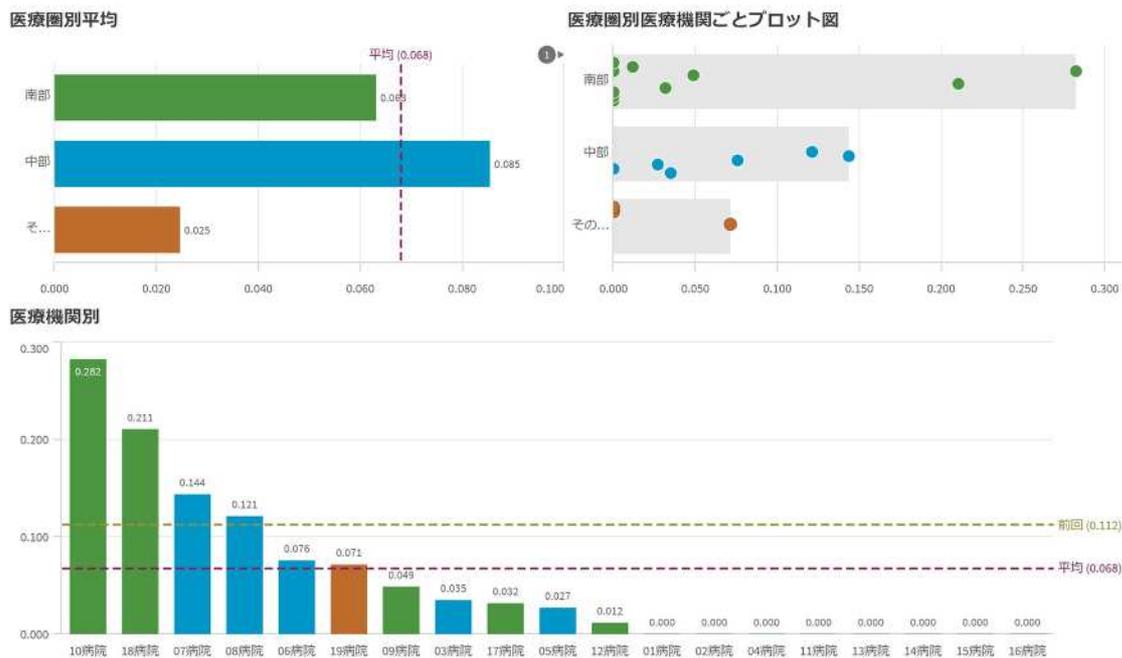
▶グラフ 3-10-2 主病名構成 44\_循環器系疾患（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】



循環器系疾患を主病名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.013であった。中部圏域で0.024と最も高く、南部圏域とその他圏域は0.008であった。

▶グラフ 3-11-1 主病名構成 46\_筋骨格系疾患（／新入院患者数）

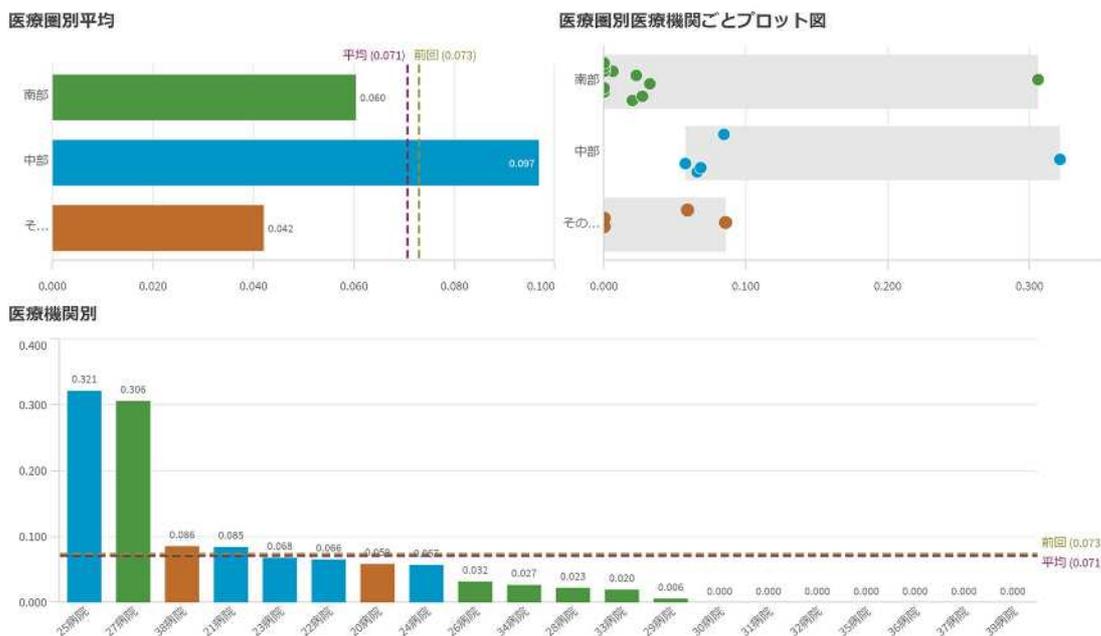
【回復期リハビリテーション病棟】



筋骨格系疾患を主病名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.068で、前年度の0.112より低かった。

中部圏域で0.085と最も高く、その他圏域は0.025と最も低かった。

▶グラフ 3-11-2 主病名構成 46\_筋骨格系疾患（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】



筋骨格系疾患を主病名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.071で、前年度の0.073%より低かった。

中部圏域で0.097と最も高く、その他圏域は0.042と最も低かった。

## 4. 疾病の受入状況（既往病名）

### ▶グラフ 4-1-1 既往病名構成（医療圏別）（指定 8 疾患を色付け）【回復期リハビリテーション病棟】

01\_心不全/11\_脳血管疾患/12\_肺炎等/13\_誤嚥性肺炎/22\_腎尿路疾患/29\_股関節大腿近位骨折/30\_胸椎、腰椎以下骨折損傷/39\_精神疾患（精神フォローが必要）

| 全域_2023年度           |                      | 南部_2023年度           |                      | 中部_2023年度           |                      | その他_2023年度          |                      |
|---------------------|----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| 主病名                 | 主病名数<br>/ 新入院患者<br>数 |
| 22_腎尿路疾患            | 0.084                | 22_腎尿路疾患            | 0.102                | 22_腎尿路疾患            | 0.075                | 11_脳血管疾患            | 0.090                |
| 11_脳血管疾患            | 0.083                | 11_脳血管疾患            | 0.089                | 01_心不全              | 0.073                | 01_心不全              | 0.074                |
| 01_心不全              | 0.073                | 01_心不全              | 0.074                | 11_脳血管疾患            | 0.073                | 39_精神疾患（精神科フォローが必要） | 0.041                |
| 39_精神疾患（精神科フォローが必要） | 0.048                | 39_精神疾患（精神科フォローが必要） | 0.060                | 02_狭心症              | 0.040                | 22_腎尿路疾患            | 0.025                |
| 02_狭心症              | 0.038                | 02_狭心症              | 0.040                | 17_喘息               | 0.038                | 02_狭心症              | 0.016                |
| 17_喘息               | 0.033                | 25_食道、胃、十二指腸症       | 0.037                | 39_精神疾患（精神科フォローが必要） | 0.033                | 03_弁膜症              | 0.016                |
| 25_食道、胃、十二指腸症       | 0.028                | 03_弁膜症              | 0.034                | 04_閉塞動脈疾患           | 0.031                | 12_肺炎等              | 0.016                |
| 04_閉塞動脈疾患           | 0.025                | 17_喘息               | 0.034                | 06_頻脈性不整脈           | 0.023                | 13_誤嚥性肺炎            | 0.016                |
| 06_頻脈性不整脈           | 0.024                | 30_胸椎、腰椎以下骨折損傷      | 0.031                | 25_食道、胃、十二指腸症       | 0.023                | 18_慢性閉塞性肺疾患         | 0.016                |
| 30_胸椎、腰椎以下骨折損傷      | 0.024                | 06_頻脈性不整脈           | 0.029                | 18_慢性閉塞性肺疾患         | 0.021                | 04_閉塞動脈疾患           | 0.008                |
| 06_頻脈性不整脈           | 0.022                | 13_誤嚥性肺炎            | 0.025                | 30_胸椎、腰椎以下骨折損傷      | 0.021                | 05_徐脈性不整脈           | 0.008                |
| 03_弁膜症              | 0.022                | 04_閉塞動脈疾患           | 0.023                | 29_股関節大腿近位骨折        | 0.013                | 16_間質性肺炎            | 0.008                |
| 13_誤嚥性肺炎            | 0.018                | 12_肺炎等              | 0.020                | 16_間質性肺炎            | 0.010                | 17_喘息               | 0.008                |
| 18_慢性閉塞性肺疾患         | 0.016                | 23_消化器悪性腫瘍          | 0.020                | 24_胆管結石、胆管炎         | 0.010                | 24_胆管結石、胆管炎         | 0.008                |
| 12_肺炎等              | 0.014                | 26_胆嚢水腫、胆嚢炎         | 0.015                | 03_弁膜症              | 0.008                | 29_股関節大腿近位骨折        | 0.008                |
| 23_消化器悪性腫瘍          | 0.012                | 18_慢性閉塞性肺疾患         | 0.012                | 13_誤嚥性肺炎            | 0.008                | 32_膝関節周囲骨折          | 0.008                |
| 26_胆嚢水腫、胆嚢炎         | 0.011                | 24_胆管結石、胆管炎         | 0.011                | 26_胆嚢水腫、胆嚢炎         | 0.008                | 38_前腕の骨折            | 0.008                |
| 29_股関節大腿近位骨折        | 0.011                |                     |                      |                     |                      | 06_頻脈性不整脈           | 0.000                |

回復期リハビリテーション病棟に入院した患者の入院時併存病名（3 つまで）として回答があった項目について、沖縄県全域、各医療圏別に順位付けをおこなった。

主病名として詳細分析を行った 10 疾患に加え、精神疾患（精神科フォローが必要）を加えた疾患について特に詳細な分析を行った。ただし、主病名と回答する選択肢が異なるため、【神経系疾患】【循環器系疾患】【筋骨格系疾患】については分析を行わず合計 8 疾患となっている。

県全域及び中部圏域を除く全ての圏域で、腎尿路系疾患、脳血管疾患、心不全、精神疾患（精神科フォローが必要）が上位 4 つを占め、中部圏域では、腎尿路系疾患、心不全、脳血管疾患、狭心症、が上位 4 つを占めた。

▶グラフ 4-1-2 既往病名構成（医療圏別）（指定 8 疾患を色付け）【地域包括ケア病床】

01\_心不全／11\_脳血管疾患／12\_肺炎等／13\_誤嚥性肺炎／22\_腎尿路疾患／29\_股関節大腿近位骨折／30\_胸椎、腰椎以下骨折損傷／39\_精神疾患（精神フォローが必要）

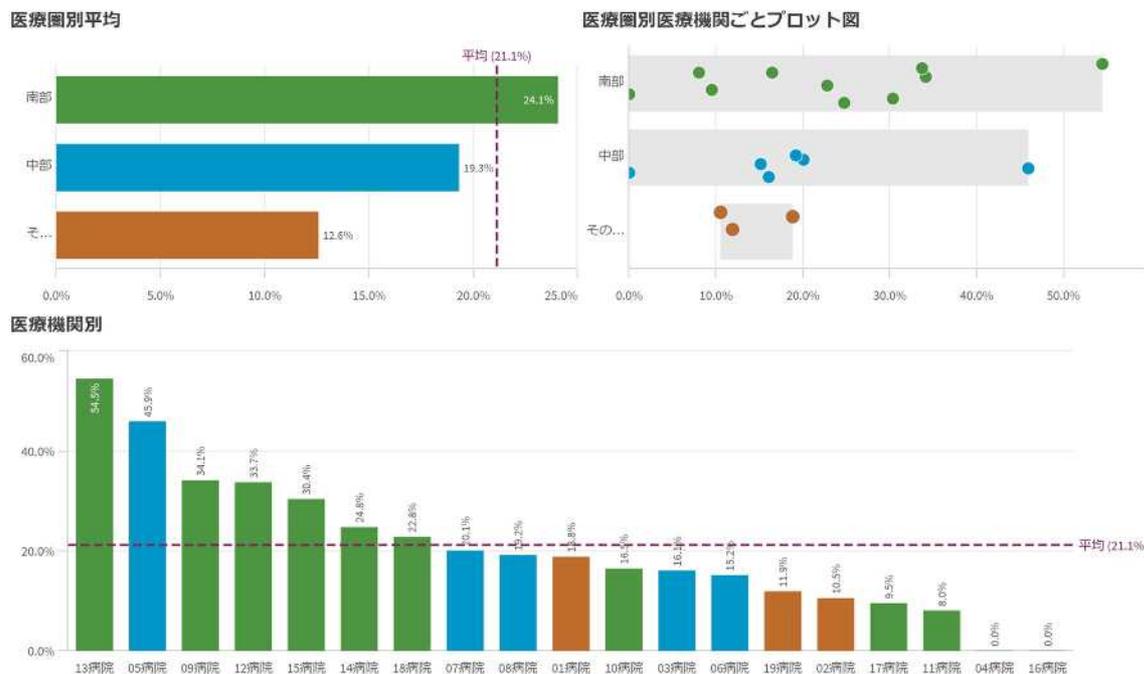
| 全域_2023年度               |                     | 南部_2023年度               |                     | 中部_2023年度               |                     | その他_2023年度              |                     |
|-------------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|
| 主病名                     | 主病名数<br>／新入院患者<br>数 | 主病名                     | 主病名数<br>／新入院患者<br>数 | 主病名                     | 主病名数<br>／新入院患者<br>数 | 主病名                     | 主病名数<br>／新入院患者<br>数 |
| 22_腎尿路疾患                | 0.108               | 22_腎尿路疾患                | 0.049               | 22_腎尿路疾患                | 0.224               | 11_脳血管疾患                | 0.126               |
| 01_心不全                  | 0.080               | 01_心不全                  | 0.046               | 01_心不全                  | 0.138               | 01_心不全                  | 0.101               |
| 11_脳血管疾患                | 0.063               | 02_狭心症                  | 0.032               | 11_脳血管疾患                | 0.116               | 22_腎尿路疾患                | 0.076               |
| 39_精神疾患（精神科フ<br>ォローが必要） | 0.043               | 11_脳血管疾患                | 0.025               | 39_精神疾患（精神科フ<br>ォローが必要） | 0.095               | 39_精神疾患（精神科フ<br>ォローが必要） | 0.067               |
| 02_狭心症                  | 0.027               | 17_喘息                   | 0.014               | 12_肺炎等                  | 0.041               | 02_狭心症                  | 0.034               |
| 12_肺炎等                  | 0.017               | 03_弁膜症                  | 0.013               | 13_誤嚥性肺炎                | 0.030               | 15_急性気管支炎               | 0.017               |
| 17_喘息                   | 0.017               | 06_頻脈性不整脈               | 0.012               | 18_慢性閉塞性肺疾患             | 0.028               | 09_非破裂性大動脈瘤             | 0.008               |
| 18_慢性閉塞性肺疾患             | 0.013               | 39_精神疾患（精神科フ<br>ォローが必要） | 0.011               | 17_喘息                   | 0.026               | 12_肺炎等                  | 0.008               |
| 13_誤嚥性肺炎                | 0.012               | 18_慢性閉塞性肺疾患             | 0.007               | 25_食道、胃、十二指腸症           | 0.026               | 17_喘息                   | 0.008               |
| 06_頻脈性不整脈               | 0.010               | 12_肺炎等                  | 0.008               | 30_胸椎、腰椎以下骨折損<br>傷      | 0.026               | 30_胸椎、腰椎以下骨折損<br>傷      | 0.008               |
| 25_食道、胃、十二指腸症           | 0.010               | 21_呼吸不全                 | 0.005               | 15_急性気管支炎               | 0.019               | 37_足関節骨折脱臼              | 0.008               |
| 30_胸椎、腰椎以下骨折損<br>傷      | 0.010               | 05_徐脈性不整脈               | 0.004               | 21_呼吸不全                 | 0.019               | 03_弁膜症                  | 0.000               |
| 03_弁膜症                  | 0.010               | 13_誤嚥性肺炎                | 0.004               | 02_狭心症                  | 0.017               | 04_閉塞動脈疾患               | 0.000               |
| 15_急性気管支炎               | 0.009               | 16_間質性肺炎                | 0.004               | 04_閉塞動脈疾患               | 0.013               | 05_徐脈性不整脈               | 0.000               |
| 21_呼吸不全                 | 0.009               | 20_胸水・胸膜の疾患             | 0.004               | 06_頻脈性不整脈               | 0.011               | 06_頻脈性不整脈               | 0.000               |
| 04_閉塞動脈疾患               | 0.006               | 24_胆管結石、胆管炎             | 0.004               | 16_間質性肺炎                | 0.011               | 07_急性心筋梗塞               | 0.000               |
| 16_間質性肺炎                | 0.006               | 25_食道、胃、十二指腸症           | 0.004               | 23_消化器悪性腫瘍              | 0.011               | 08_心内膜炎                 | 0.000               |
|                         |                     | 04_閉塞動脈疾患               | 0.002               |                         |                     |                         |                     |

地域包括ケア病床に入院した患者の入院時併存症名（3 つまで）として回答があった項目について、沖縄県全域、各医療圏別に順位付けをおこなった。

主病名として詳細分析を行った 10 疾患に加え、精神疾患（精神科フォローが必要）を加えた疾患について特に詳細な分析を行った。ただし、主病名と回答する選択肢が異なるため、【神経系疾患】【循環器系疾患】【筋骨格系疾患】については分析を行わず合計 8 疾患となっている。

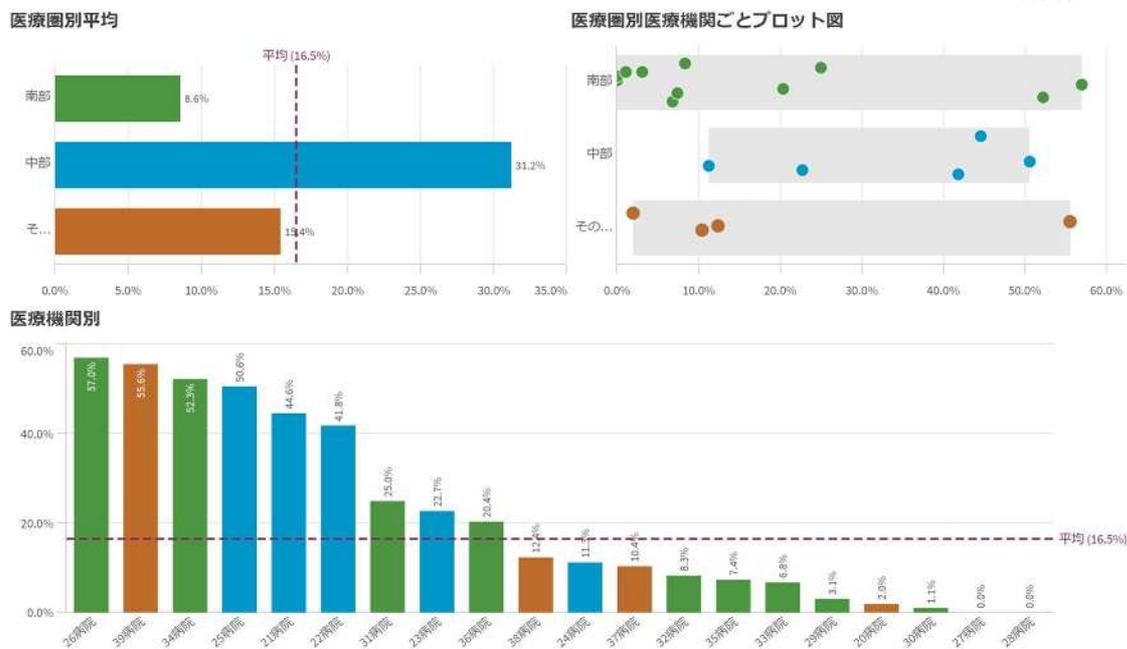
南部圏域を除く全ての圏域で、腎尿路系疾患、心不全、脳血管疾患、精神疾患（精神科フォローが必要）が上位 4 つを占め、南部圏域では、腎尿路疾患、心不全、狭心症、脳血管疾患が上位 4 つを占めた。

▶グラフ 4-2-1 入院時併存病名 入力率【入力数/入力枠 {新入院患者数 (実人数) ×3 枠}】  
【回復期リハビリテーション病棟】



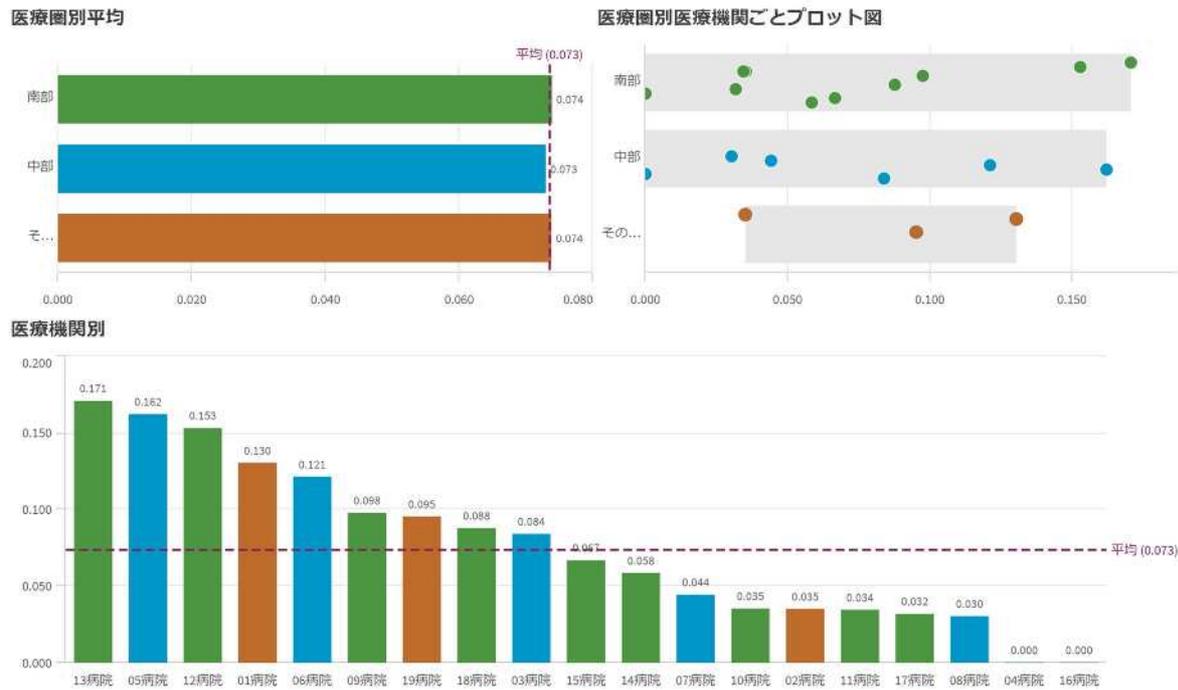
入院時併存症名の入力率の平均値は 21.1%であった。  
南部圏域で 24.1%と最も高く、その他圏域は 12.6%と最も低かった。

▶グラフ 4-2-2 入院時併存病名 入力率【入力数/入力枠 {新入院患者数 (実人数) ×3 枠}】  
【地域包括ケア病床】



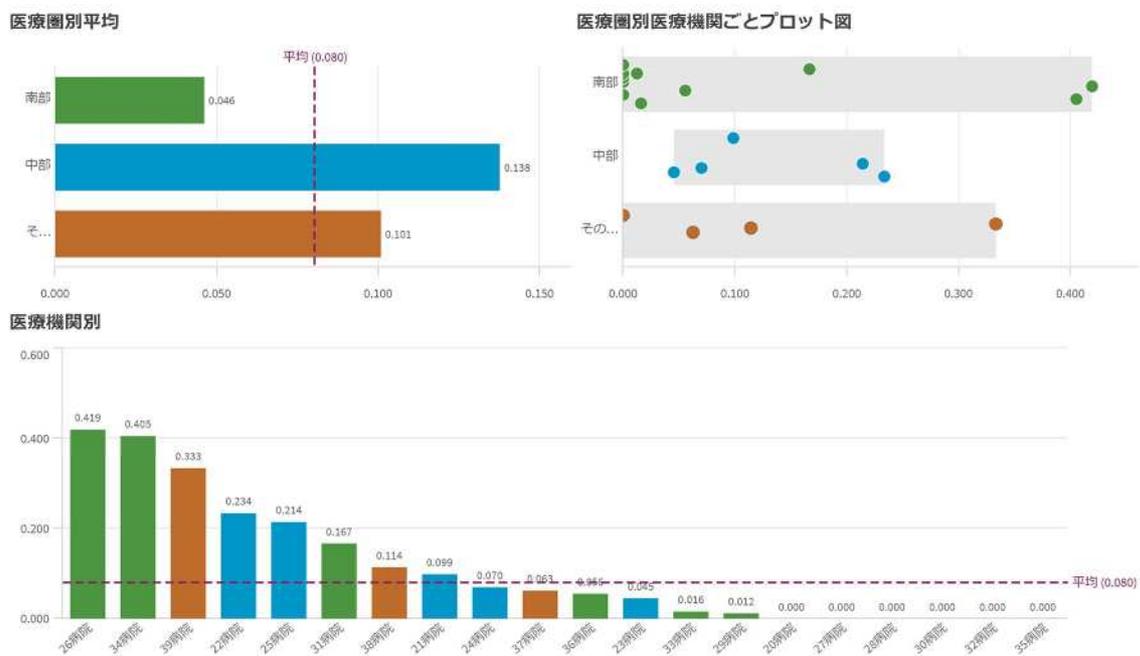
入院時併存症名の入力率の平均値は 16.5%で、前年度の 24.8%より低かった。  
中部圏域で 31.2%と最も高く、その他圏域は 8.6%と最も低かった。

▶グラフ 4-3-1 入院時併存病名 01\_心不全（／新入院患者数）【回復期リハビリテーション病棟】



心不全を入院時併存症名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.073であった。各圏域で近値だった。

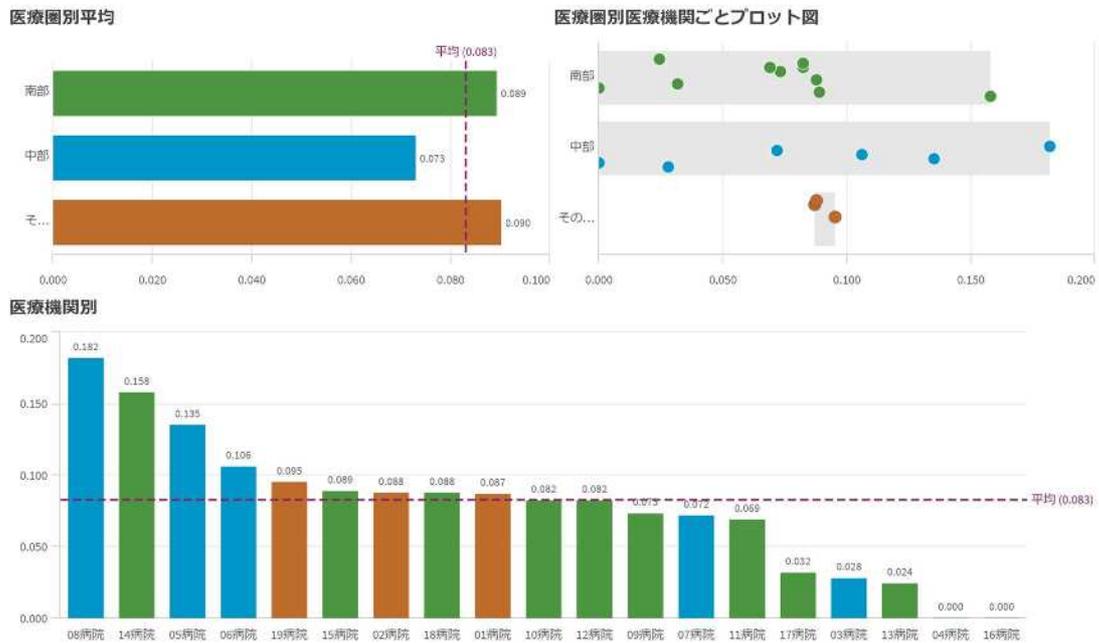
▶グラフ 4-3-2 入院時併存病名 01\_心不全（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】



心不全を入院時併存症名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.080%であった。中部圏域で0.138%と最も高く、南部圏域は0.046%と最も低かった。

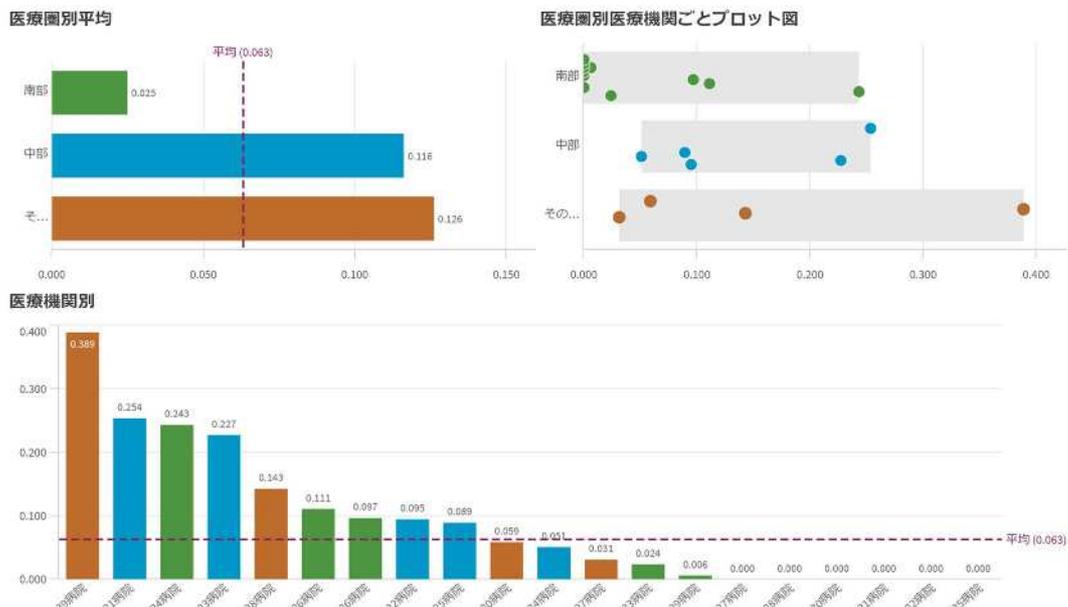
▶グラフ 4-4-1 入院時併存病名 11\_脳血管疾患（／新入院患者数）

【回復期リハビリテーション病棟】



脳血管疾患を入院時併存症名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.083だった。その他圏域で0.090と最も高く、中部圏域は0.073と最も低かった。

▶グラフ 4-4-2 入院時併存病名 11\_脳血管疾患（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】



脳血管疾患を入院時併存症名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.063だった。その他圏域で0.126と最も高く、南部圏域は0.025と最も低かった。

▶グラフ 4-5-1 入院時併存病名 12\_肺炎等（／新入院患者数）【回復期リハビリテーション病棟】



肺炎等を入院時併存症名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.014であった。南部圏域で0.02と最も高く、中部圏域は0.006と最も低かった。

▶グラフ 4-5-2 入院時併存病名 12\_肺炎等（／新入院患者数）【地域包括ケア病棟】

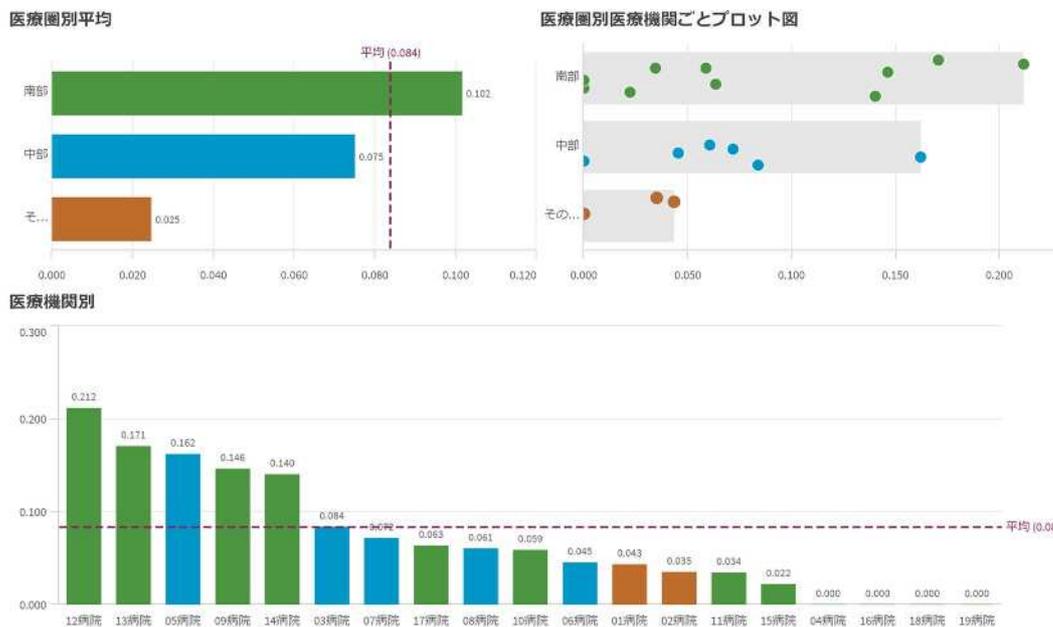


肺炎等を入院時併存症名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.017であった。中部圏域で0.041と最も高く、南部圏域は0.006と最も低かった。



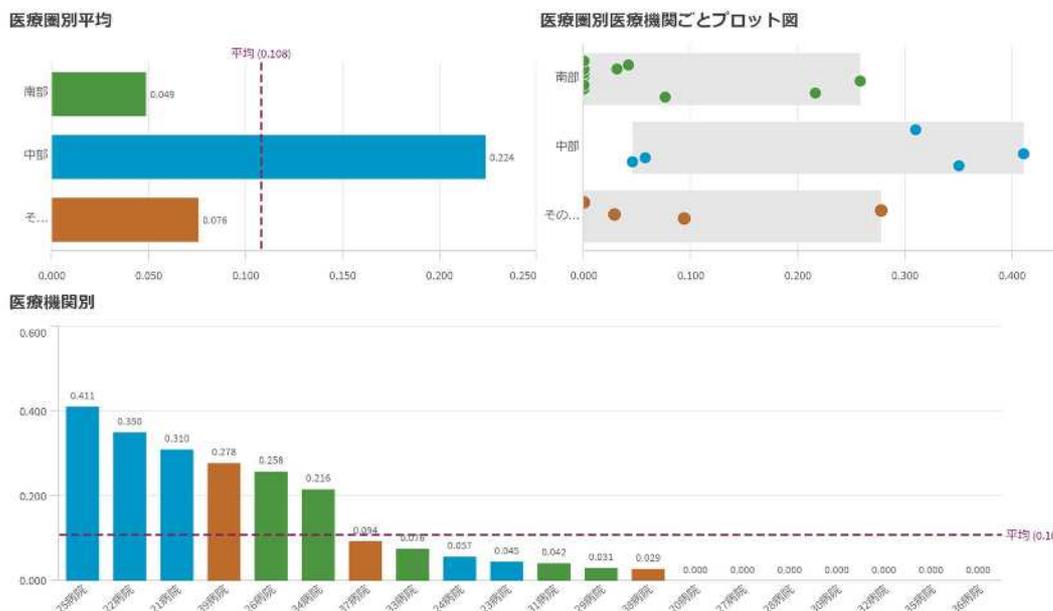
▶グラフ 4-7-1 入院時併存病名 22\_腎尿路疾患（／新入院患者数）

【回復期リハビリテーション病棟】



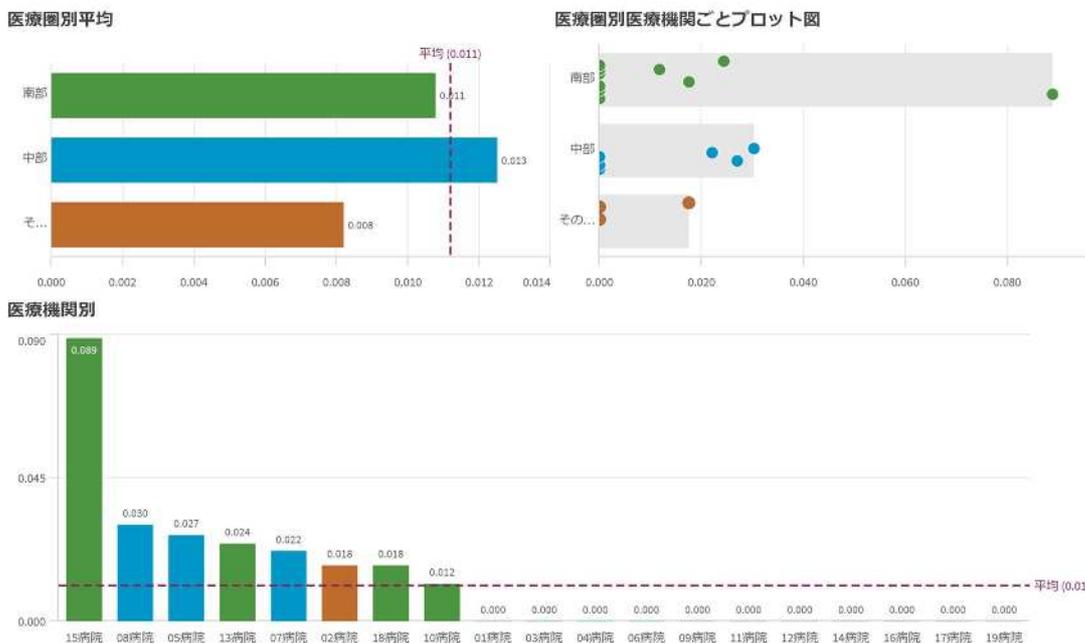
腎尿路疾患を入院時併存症名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.084であった。南部圏域で0.102と最も高く、その他圏域は0.025と最も低かった。

▶グラフ 4-7-2 入院時併存病名 22\_腎尿路疾患（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】



腎尿路疾患を入院時併存症名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.108であった。中部圏域で0.224と最も高く、南部圏域は0.049と最も低かった。

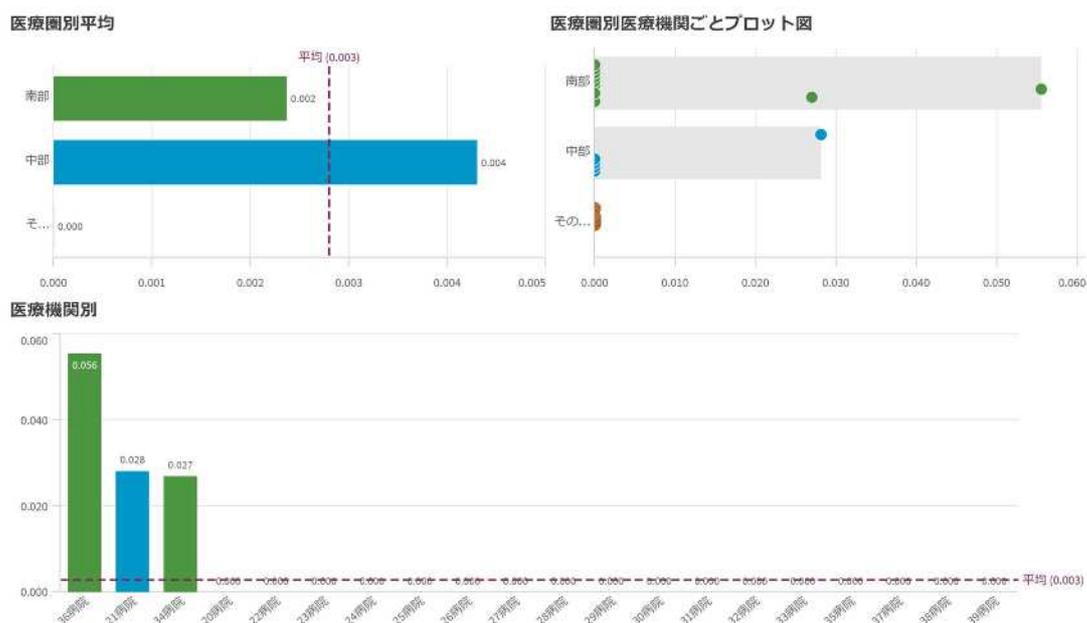
▶グラフ 4-8-1 入院時併存病名 29\_股関節大腿近位骨折（／新入院患者数）  
【回復期リハビリテーション病棟】



股関節大腿近位骨折を入院時併存症名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.011であった。

中部圏域で0.013と最も高く、その他圏域は0.008と最も低かった。

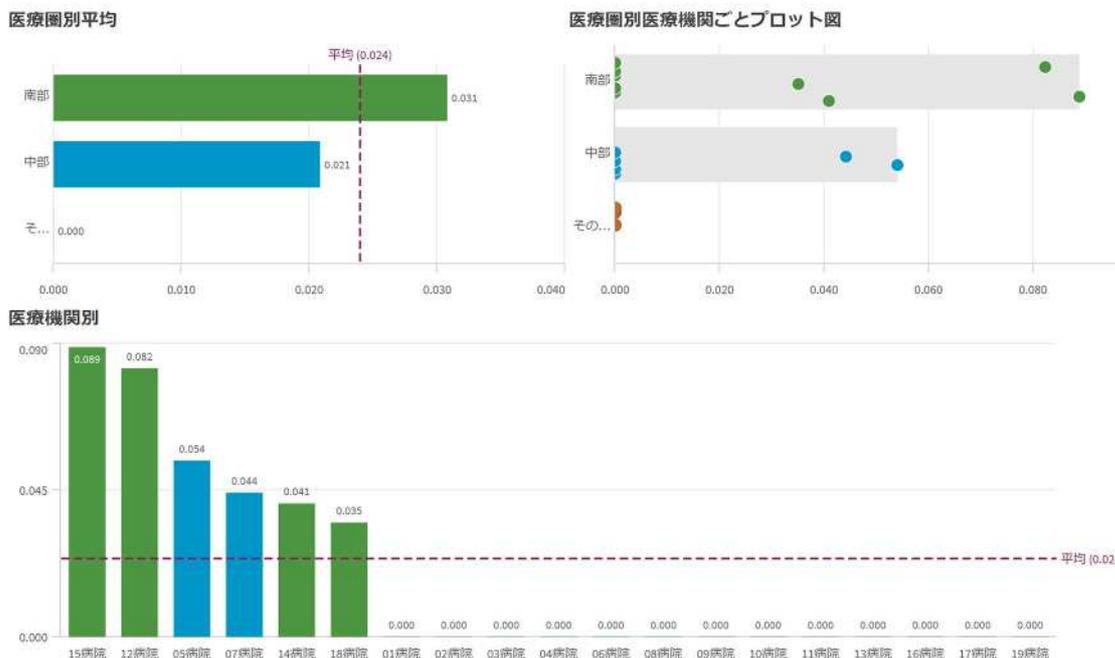
▶グラフ 4-8-2 入院時併存病名 29\_股関節大腿近位骨折（／新入院患者数）【地域包括ケア病床】



股関節大腿近位骨折を入院時併存症名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.003であった。

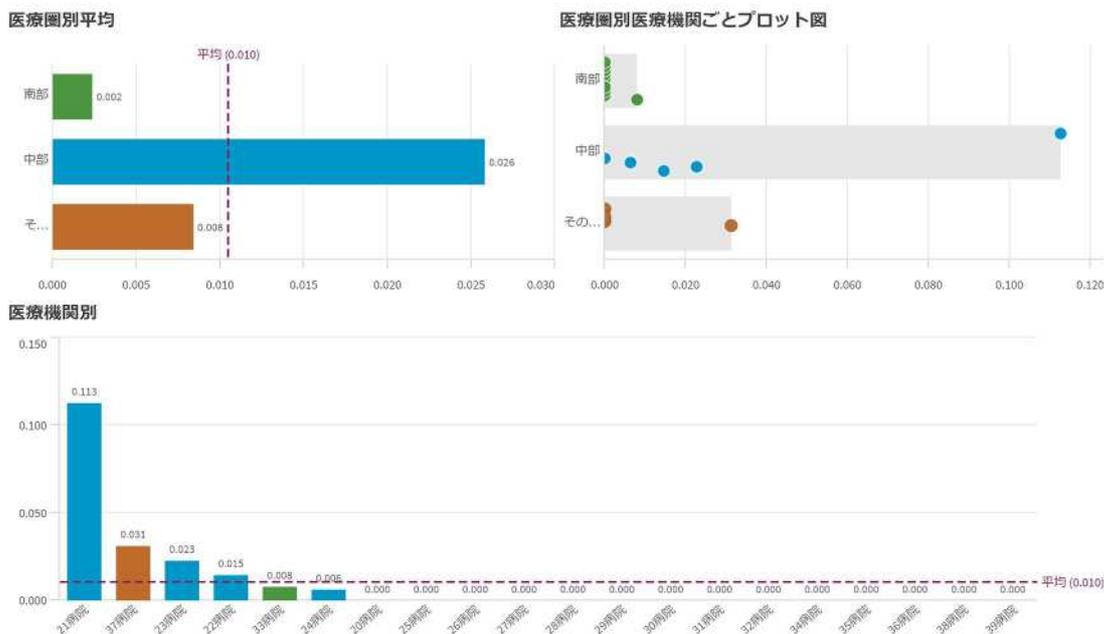
中部圏域で0.004と最も高く、その他圏域は0であった

▶グラフ 4-9-1 入院時併存病名 30\_胸椎、腰椎以下骨折損傷（／新入院患者数）  
【回復期リハビリテーション病棟】



胸椎、腰椎以下骨折損傷を入院時併存症名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.024であった。  
南部圏域で0.031と最も高く、その他圏域は0であった。

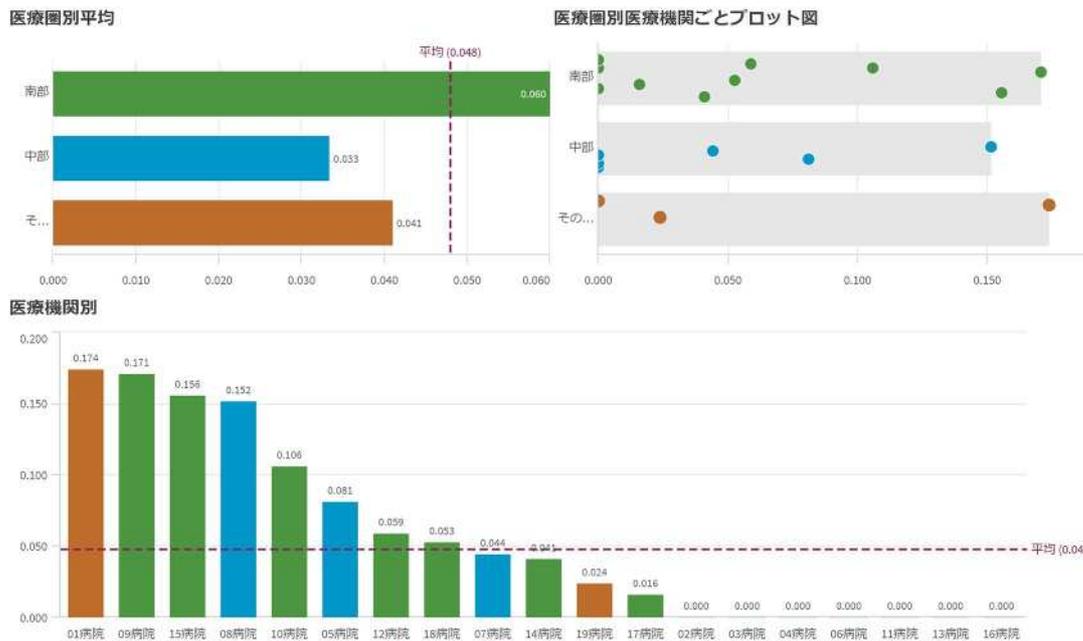
▶グラフ 4-9-2 入院時併存病名 30\_胸椎、腰椎以下骨折損傷（／新入院患者数）  
【地域包括ケア病棟】



胸椎、腰椎以下骨折損傷を入院時併存症名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.010であった。  
中部圏域で0.026と最も高く、南部圏域は0.002と最も低かった。

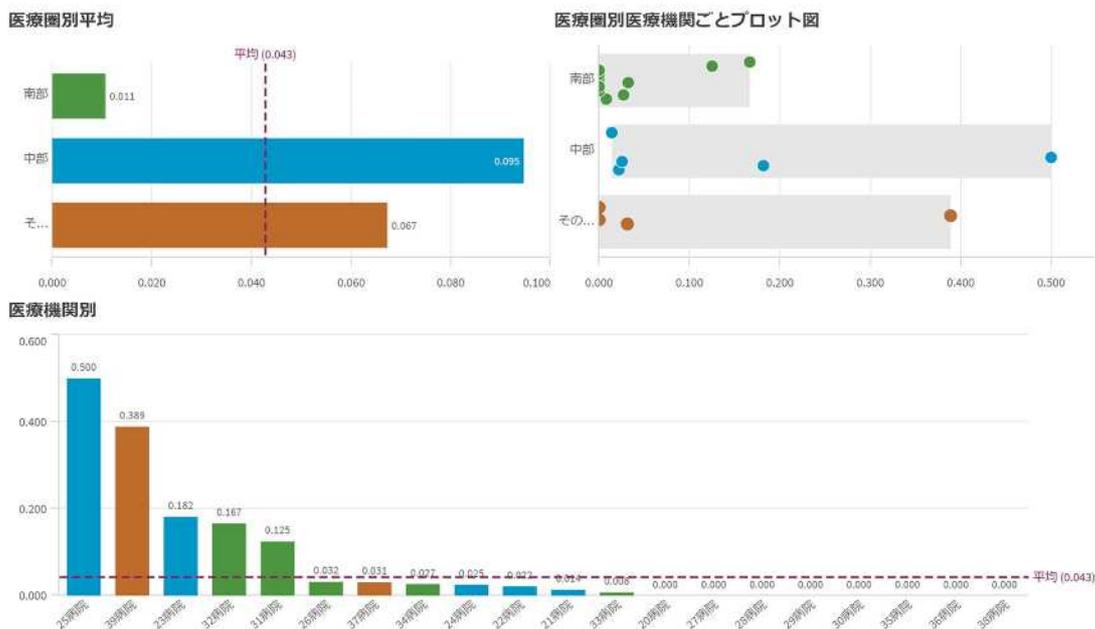
▶グラフ 4-10-1 入院時併存病名 39\_精神疾患（／新入院患者数）

【回復期リハビリテーション病棟】



精神疾患を入院時併存症名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.048であった。南部圏域で0.06と最も高く、中部圏域は0.033と最も低かった。

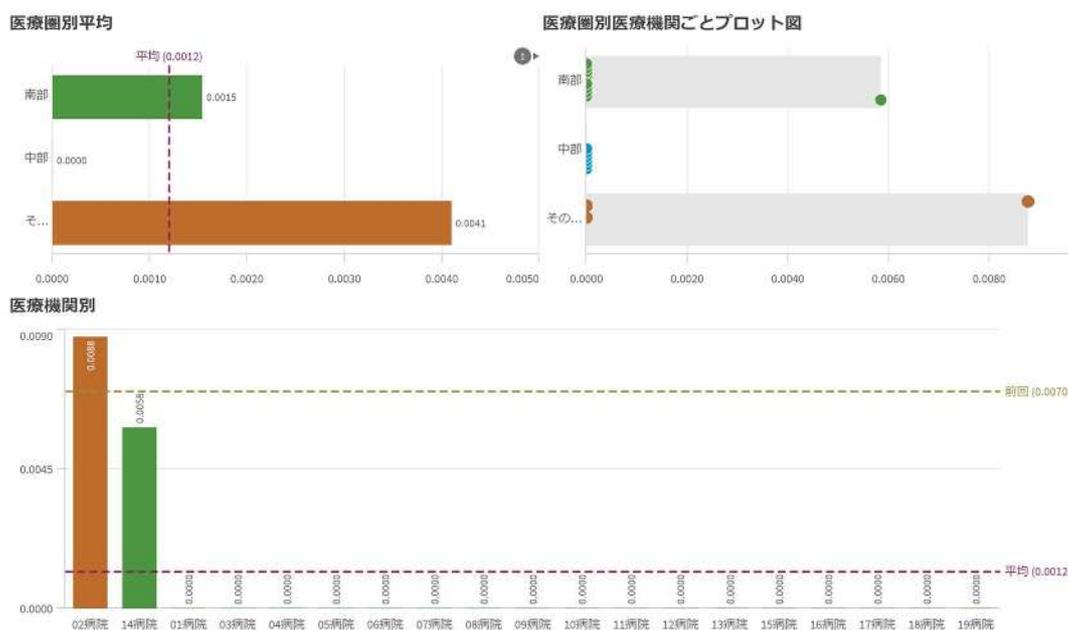
▶グラフ 4-10-2 入院時併存病名 39\_精神疾患（／新入院患者数）【地域包括ケア病棟】



精神疾患を入院時併存症名として入院した患者数の1病床あたりの平均値は0.043であった。中部圏域で0.095と最も高く、南部圏域は0.011と最も低かった。

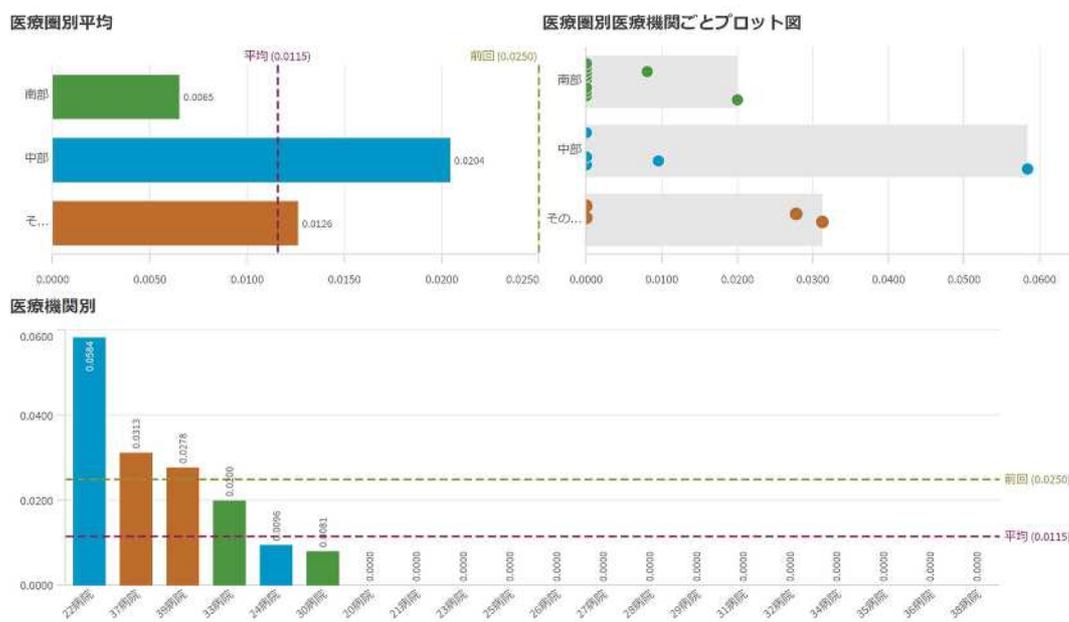
## 4'. ターミナル期

▶グラフ 4'-1-1 ターミナル期 ①がんによる終末期【回復期リハビリテーション病棟】



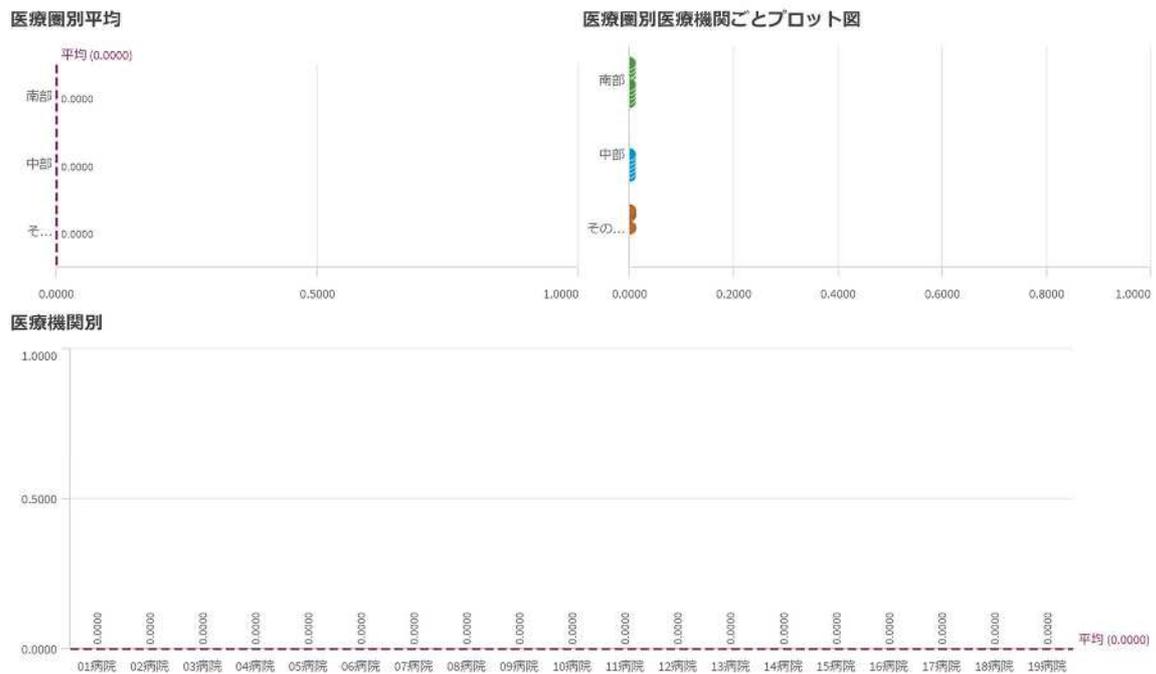
対象期間に入院した患者のうち、ターミナル期（がんによる終末期）であると回答があった患者数の1病床あたりの平均値は0.0012であり、前年度の0.007より低かった。  
 その他圏域で0.0041と最も高く、中部圏域は0であった。

▶グラフ 4'-1-2 ターミナル期 ①がんによる終末期【地域包括ケア病床】



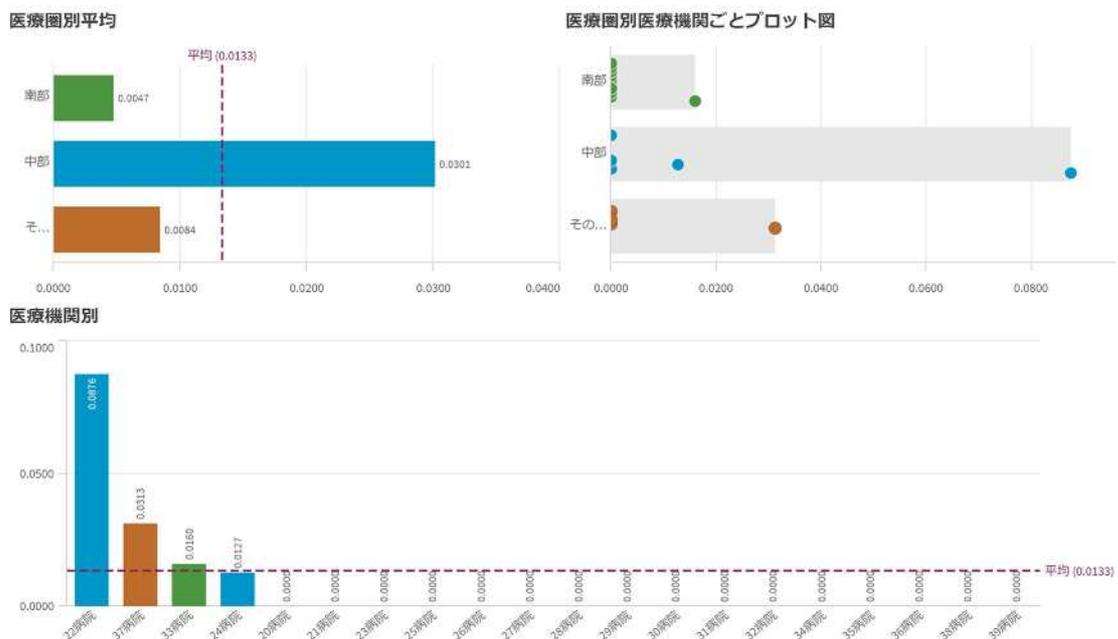
対象期間に入院した患者のうち、ターミナル期（がんによる終末期）であると回答があった患者数の1病床あたりの平均値は0.0115であり、前年度の0.0250より低かった。  
 中部圏域で0.0204と最も高く、南部圏域は0.0065と最も低かった。

▶グラフ 4'-2-1 ターミナル期 ②非がんによる終末期【回復期リハビリテーション病棟】



対象期間に入院した患者のうち、ターミナル期（非がんによる終末期）であると回答があった病院は0であった。

▶グラフ 4'-2-2 ターミナル期 ②非がんによる終末期【地域包括ケア病床】

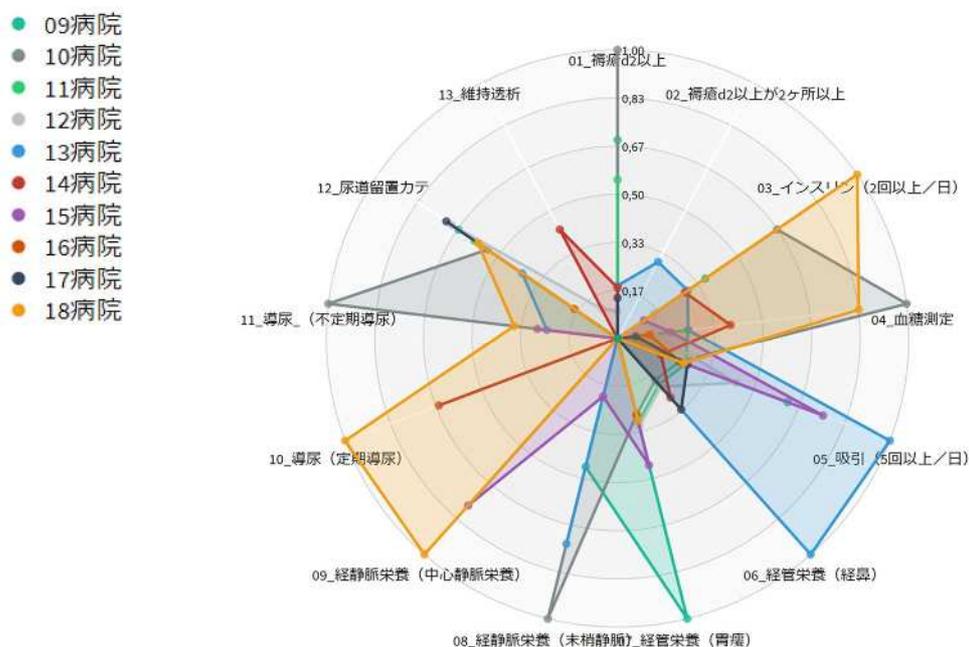


対象期間に入院した患者のうち、ターミナル期（非がんによる終末期）であると回答があった患者数の1病床あたりの平均値は0.0133であった。  
中部圏域で0.0301と最も高く、南部圏域は0.0047と最も低かった。

## 5. 医療・介護的ケアの状況（1）

### ▶グラフ 5-1-1 医療の状況\_南部【回復期リハビリテーション病棟】

〔(項目値/回復期機能の病床数)を求め、項目ごとに正規化処理 (Min-Max 法) を行い医療圏別に表示〕



入院から3日以内に医療・介護的ケアを実施した患者数を病床数で除し、県全域で項目ごとに正規化 (Min-Max 法) 処理を行い、医療圏別に医療機関ごとのレーダーチャートとして掲載した。

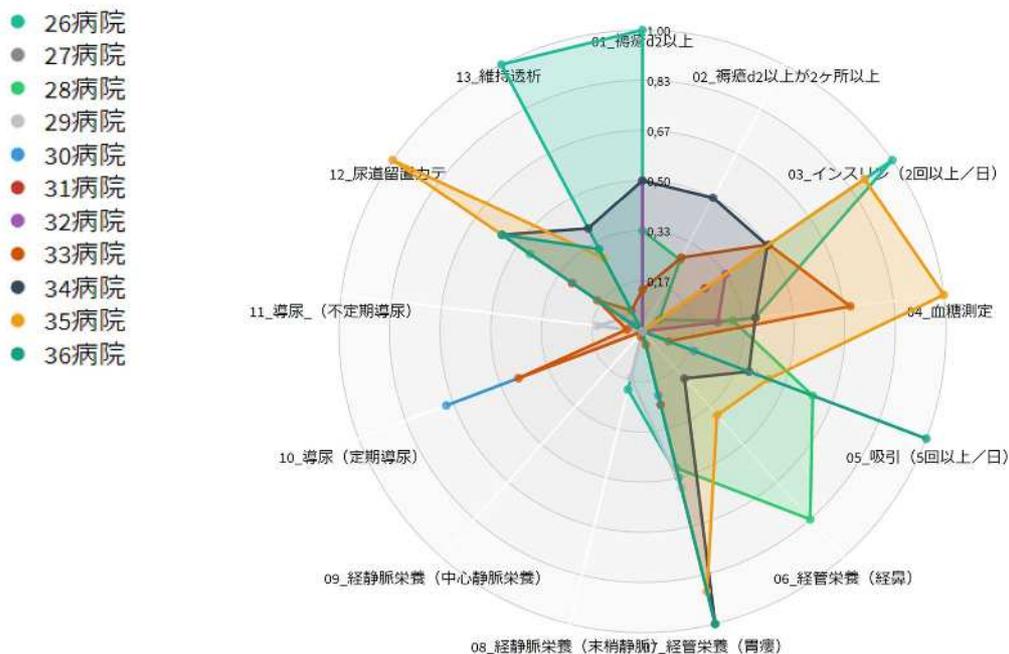
南部圏域では、以下の病院があった。

- ・経管栄養 (胃瘻) が多い病院
- ・DESIGN-R で d2 以上の褥瘡処置と血糖測定、経静脈栄養 (抹消静脈)、導尿カテーテル (不定期) が多い病院
- ・経管栄養 (経鼻) と1日5回以上の吸引処置、経静脈栄養 (抹消静脈) が多い病院
- ・1日5回以上の吸引処置と経静脈栄養 (中心静脈栄養) が多い病院
- ・尿道留置カテーテルが多い病院
- ・1日2回以上のインスリン注射処置と経静脈栄養 (中心静脈栄養)、導尿カテーテル(定期)が多い病院

すべての病院で、1つまたは複数の医療・介護的ケアを提供しており、病院により割合が高い医療・介護的ケアの組み合わせが異なっていた。

▶グラフ 5-1-2 医療の状況\_南部【地域包括ケア病床】

〔(項目値/回復期機能の病床数)を求め、項目ごとに正規化処理 (Min-Max 法) を行い医療圏別に表示〕



入院から 3 日以内に医療・介護的ケアを実施した患者数を病床数で除し、県全域で項目ごとに正規化 (Min-Max 法) 処理を行い、医療圏別に医療機関ごとのレーダーチャートとして掲載した。

南部圏域では、以下の処置の割合が高い病院があった。

- ・DESIGN-R で d2 以上の褥瘡処置と 1 日 2 回以上のインスリン注射処置、維持透析処置が多い病院
- ・経管栄養 (胃瘻) が多い病院
- ・尿道留置カテーテルと血糖測定が多い病院

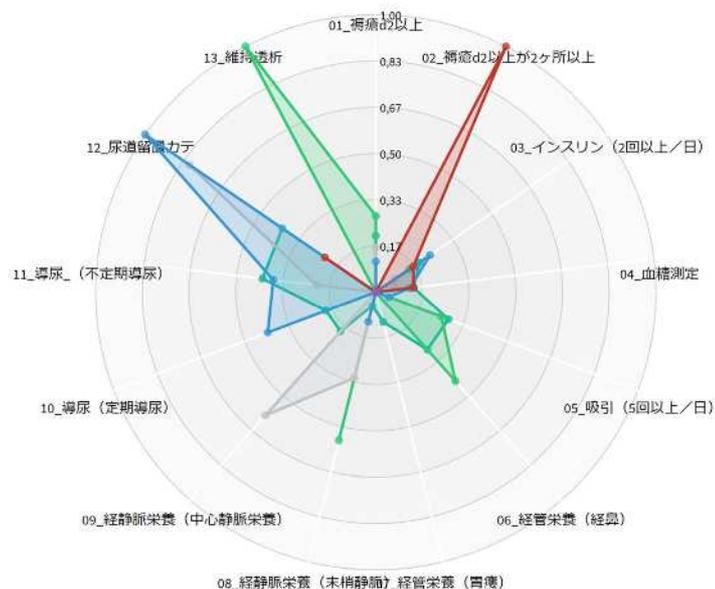
医療・介護的ケアを実施していない病院が 1 か所あったが、ほとんどの病院で 1 つまたは複数の医療・介護的ケアを提供しており、病院により割合が高い医療・介護的ケアの組み合わせが異なっていた。

また、抹消静脈・中心静脈処置が必要な患者割合が多い病院はなかった。

### ▶グラフ 5-2-1 医療の状況\_中部【回復期リハビリテーション病棟】

〔(項目値/回復期機能の病床数)を求め、項目ごとに正規化処理 (Min-Max 法) を行い医療圏別に表示〕

- 03病院
- 04病院
- 05病院
- 06病院
- 07病院
- 08病院



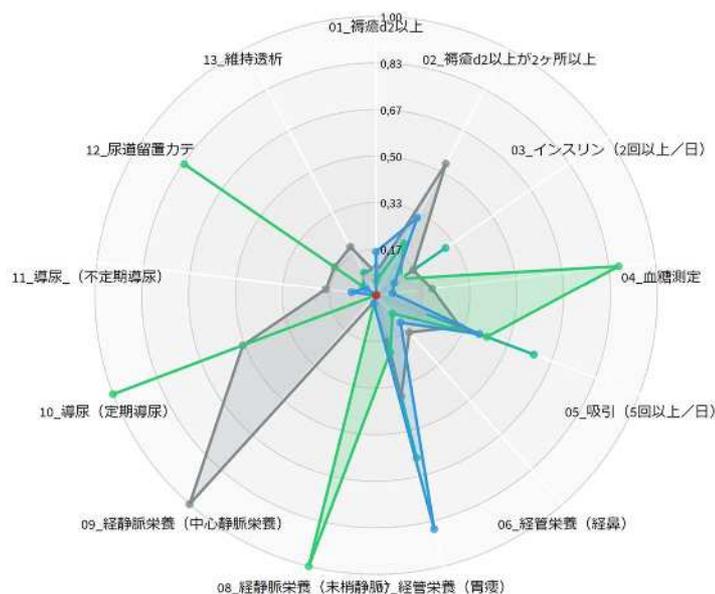
中部圏域では、医療・介護的ケアを実施していない病院が 1 か所あったが、ほとんどの病院で、1 つまたは小数の医療・介護的ケアを提供しており、病院により割合が高い医療・介護的ケアの組み合わせが異なっていた。

また、経管栄養（胃瘻）と 1 日 5 回以上の吸引処置、1 日 2 回以上のインスリン注射処置、血糖測定が必要な患者の割合は低かった。

### ▶グラフ 5-2-2 医療の状況\_中部【地域包括ケア病床】

〔(項目値/回復期機能の病床数)を求め、項目ごとに正規化処理 (Min-Max 法) を行い医療圏別に表示〕

- 21病院
- 22病院
- 23病院
- 24病院
- 25病院



中部圏域では、以下の処置の割合が高い病院が存在した。

- ・ 経静脈栄養（末梢静脈）と導尿カテーテル（定期）が多い病院
- ・ 経静脈栄養（中心静脈栄養）が多い病院

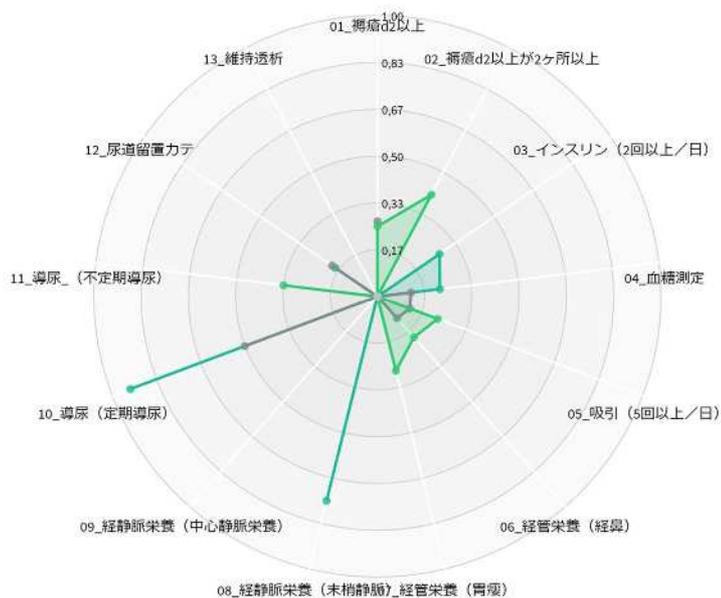
すべての病院で、1つまたは複数の医療・介護的ケアを提供しており、病院により割合が高い医療・介護的ケアの組み合わせが異なっていた。

DESIGN-R で d2 以上の褥瘡処置、経管栄養（経鼻）、導尿カテーテル（不定期）、維持透析が必要な患者の割合は低かった。

▶グラフ 5-3-1 医療の状況\_その他【回復期リハビリテーション病棟】

〔(項目値/回復期機能の病床数)を求め、項目ごとに正規化処理 (Min-Max 法) を行い医療圏別に表示〕

- 01病院
- 02病院
- 19病院

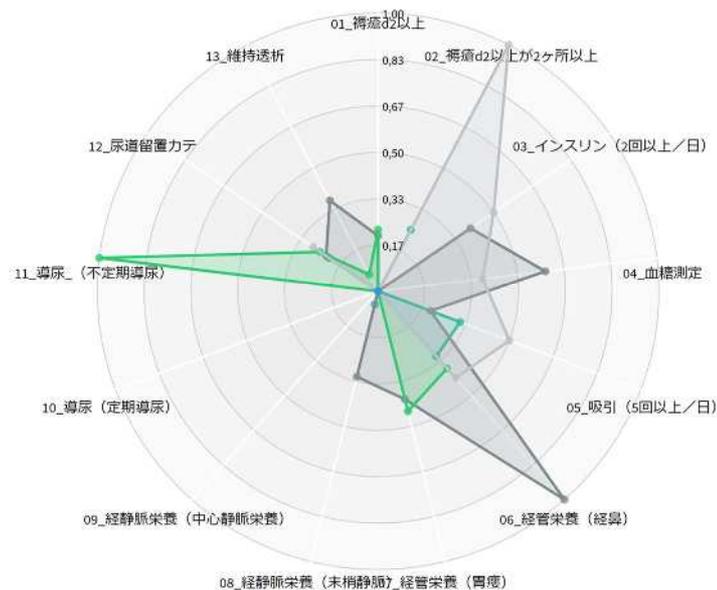


その他圏域では、経静脈栄養（抹消静脈）、導尿（定期導尿）の処置が多い病院があった。また、経静脈栄養（中心静脈栄養）と維持透析処置が必要な患者割合は0であった。

▶グラフ 5-3-2 医療の状況\_その他【地域包括ケア病床】

〔(項目値/回復期機能の病床数)を求め、項目ごとに正規化処理 (Min-Max 法) を行い医療圏別に表示〕

- 20病院
- 37病院
- 38病院
- 39病院

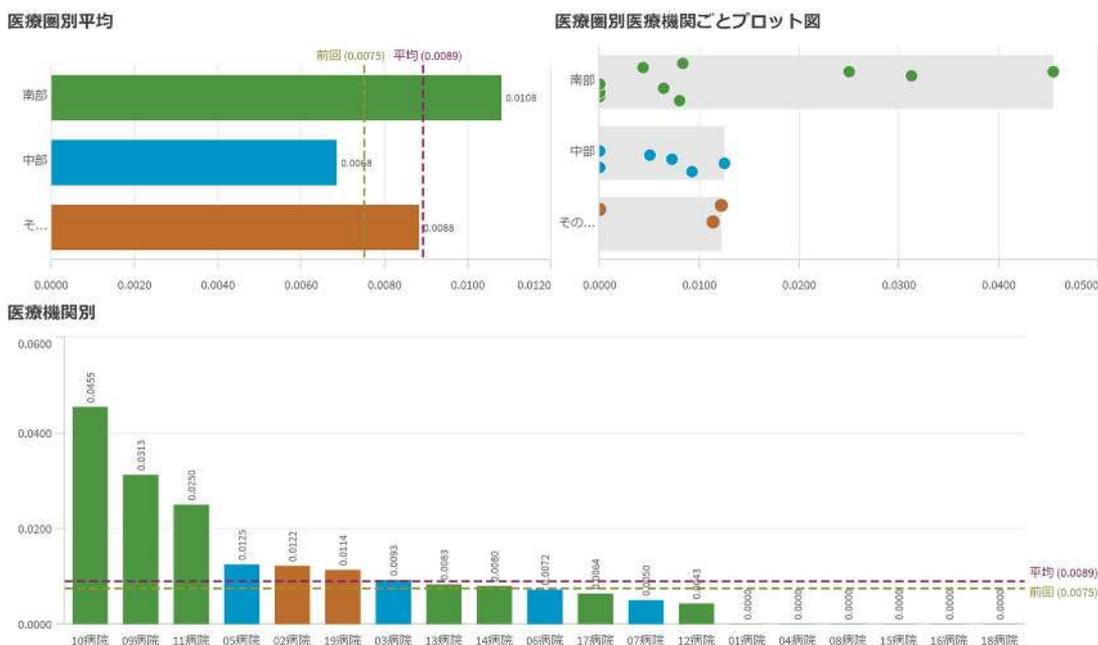


その他圏域では、以下の病院があった。

- ・ DESIGN-R で d2 以上の褥瘡 2 か所以上の処置が多い病院
- ・ 導尿（不定期導尿）の処置が多い病院
- ・ 経管栄養（経鼻）が多い病院

その他圏域では、経静脈栄養(中心静脈栄養)、導尿(定期導尿)処置が必要な患者割合は0であった。

▶グラフ 5-4-1 ①褥瘡 d2 以上 (DESIGN-R で判定) ( /回復期機能の病床数×2 か月)  
【回復期リハビリテーション病棟】



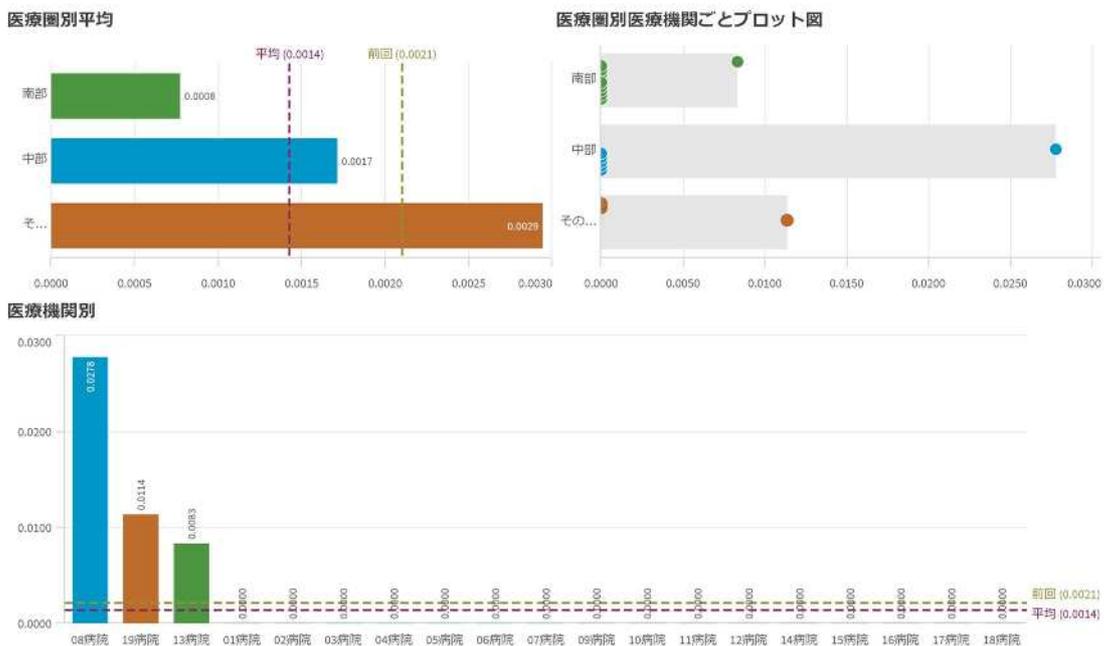
入院から 3 日以内に DESIGN-R で d2 以上の褥瘡処置が行われた患者数の 1 病床あたりの平均値は 0.0089 で、前年度の 0.0075 より高かった。  
南部圏域は 0.0108 と最も高く、中部圏域は 0.0068 と最も低かった。

▶グラフ 5-4-2 ①褥瘡 d2 以上 (DESIGN-R で判定) ( /回復期機能の病床数×2 か月)  
【地域包括ケア病床】



入院から 3 日以内に DESIGN-R で d2 以上の褥瘡処置が行われた患者数の 1 病床あたりの平均値は 0.0323 で、前年度の 0.0403 より低かった。  
南部圏域で 0.0435 と最も高く、その他圏域は 0.0169 と最も低かった。

▶グラフ 5-5-1 ②褥瘡 d2 以上 (DESIGN-R で判定) 2ヶ所以上 (／回復期機能の病床数×2 か月)  
【回復期リハビリテーション病棟】



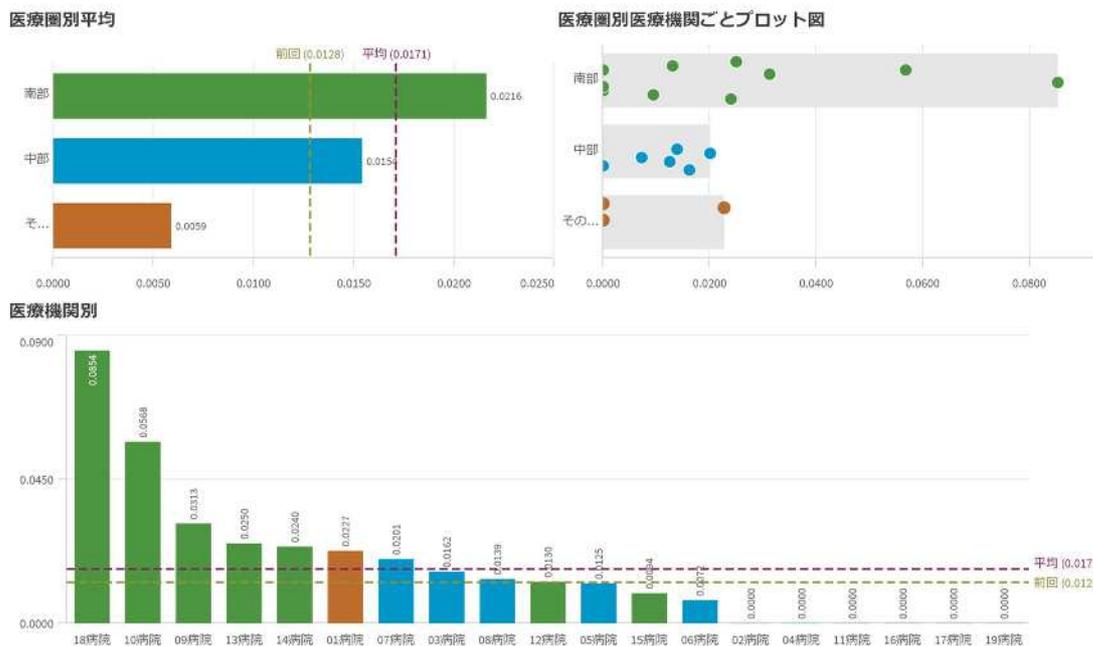
入院から3日以内にDESIGN-Rでd2以上の褥瘡処置が行われた患者のうち、2か所以上の褥瘡処置が行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0014で、前年度の0.0014より低かった。その他圏域で0.0029と最も高く、南部圏域は0.0008と最も低かった。

▶グラフ 5-5-2 ②褥瘡 d2 以上 (DESIGN-R で判定) 2ヶ所以上 (／回復期機能の病床数×2 か月)  
【地域包括ケア病床】



入院から3日以内にDESIGN-Rでd2以上の褥瘡処置が行われた患者のうち、2か所以上の褥瘡処置が行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0115で、前年度の0.0257より低かった。その他圏域で0.0169と最も高く、南部圏域は0.0093であった。

▶グラフ 5-6-1 インスリン（2回以上/日）（/回復期機能の病床数×2か月）  
【回復期リハビリテーション病棟】



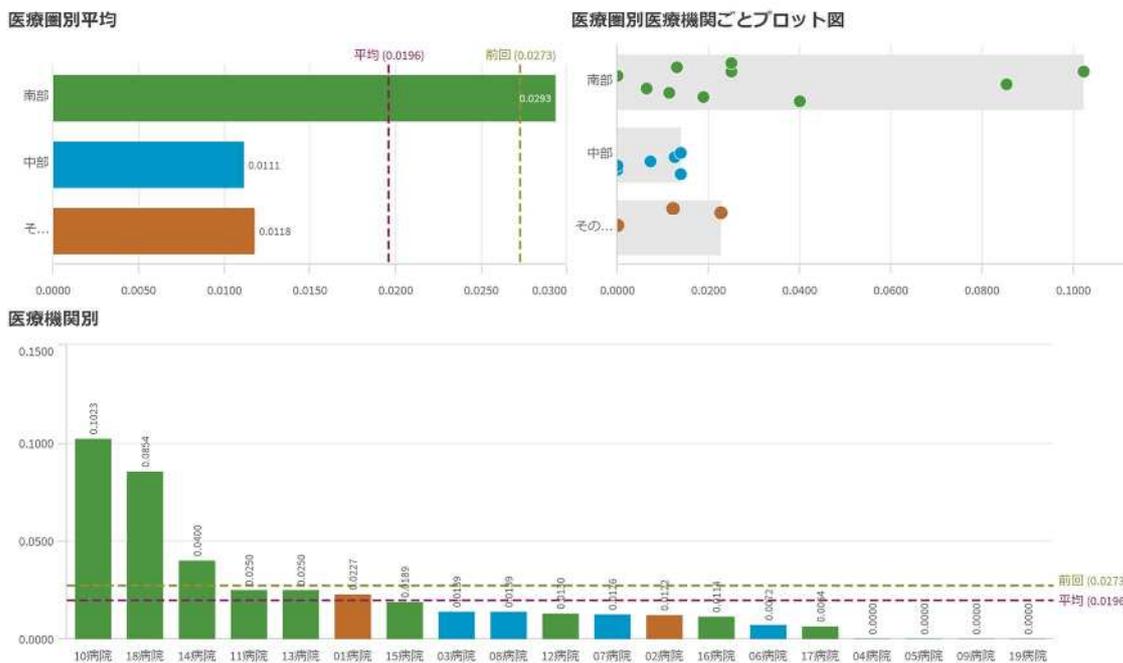
入院から3日以内に1日2回以上のインスリン注射処置が行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0171で、前年度の0.0128より高かった。  
 南部圏域で0.0216と最も高く、その他圏域は0.0099と最も低かった。

▶グラフ 5-6-2 インスリン（2回以上/日）（/回復期機能の病床数×2か月）【地域包括ケア病床】



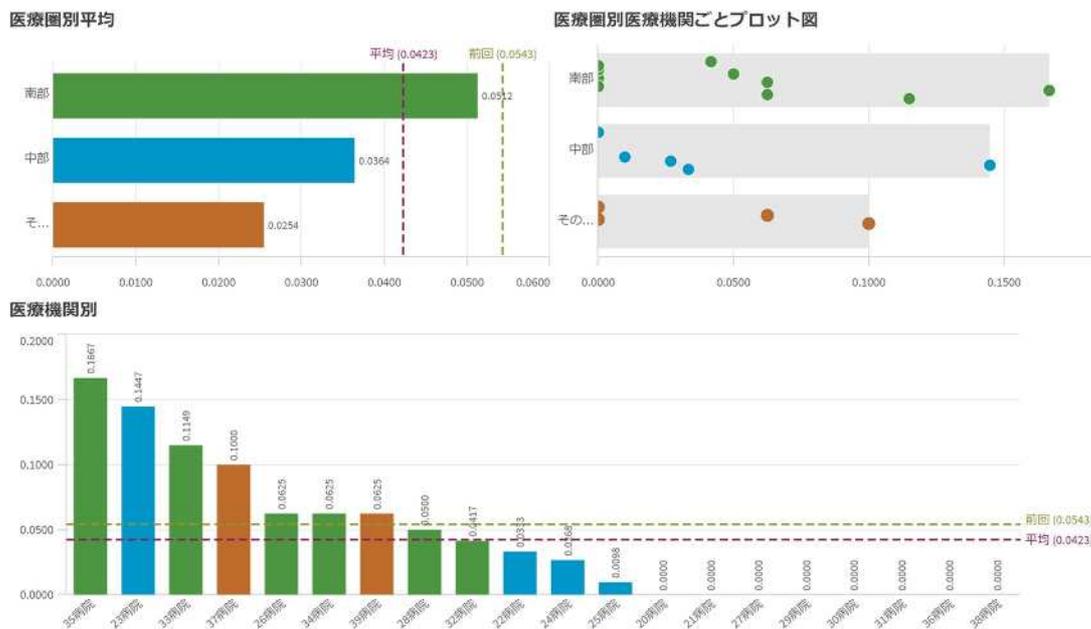
入院から3日以内に1日2回以上のインスリン注射処置が行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0237で、前年度の0.0337より低かった。  
 南部圏域で0.0311と最も高く、その他圏域は0.0169と最も低かった。

▶グラフ 5-7-1 血糖測定（スライディングスケールでインスリン実施の指示あり）  
（／回復期機能の病床数×2 か月）【回復期リハビリテーション病棟】



入院から 3 日以内に血糖測定（スライディングスケールでインスリン実施の指示あり）が行われた患者数の 1 病床あたりの平均値は 0.0196 で、前年度の 0.0273 より低かった。  
南部圏域で 0.0273 と最も高く、中部圏域は 0.0111 と最も低かった。

▶グラフ 5-7-2 血糖測定（スライディングスケールでインスリン実施の指示あり）  
（／回復期機能の病床数×2 か月）【地域包括ケア病床】



入院から 3 日以内に血糖測定（スライディングスケールでインスリン実施の指示あり）が行われた患者数の 1 病床あたりの平均値は 0.0423 で、前年度の 0.0543 より低かった。  
南部圏域で 0.0512 と最も高く、その他圏域は 0.0254 と最も低かった。

▶グラフ 5-8-1 吸引（5 回以上/日）（/回復期機能の病床数×2 か月）

【回復期リハビリテーション病棟】



1 日 5 回以上の吸引処置が行われた患者数の 1 病床あたりの平均値は 0.0128 で、前年度の 0.0188 より低かった。

0 の病院は 4 カ所であった。

南部圏域で 0.0201 と最も高く、その他圏域は 0.0059 と最も低かった。

▶グラフ 5-8-2 吸引（5 回以上/日）（/回復期機能の病床数×2 か月）

【地域包括ケア病床】



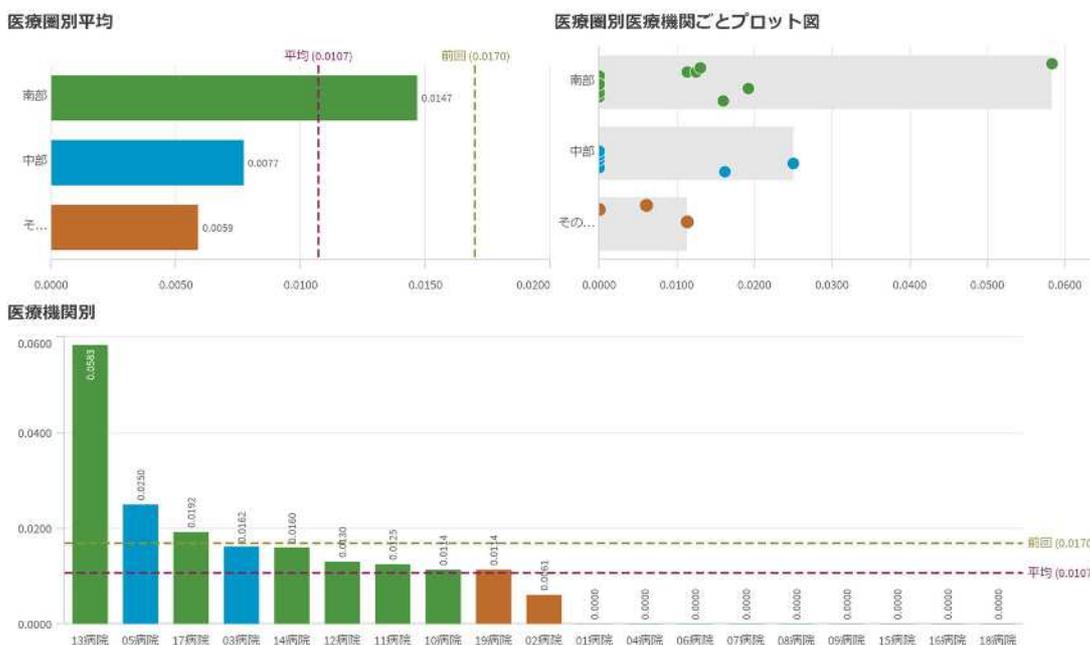
1 日 5 回以上の吸引処置が行われた患者数の 1 病床あたりの平均値は 0.0717 で、前年度の 0.0762 より低かった。

0 の病院は 5 カ所であった。

中部圏域で 0.0823 と最も高く、南部圏域は 0.0621 と最も低かった。

▶グラフ 5-9-1 経管栄養（経鼻）（／回復期機能の病床数×2 か月）

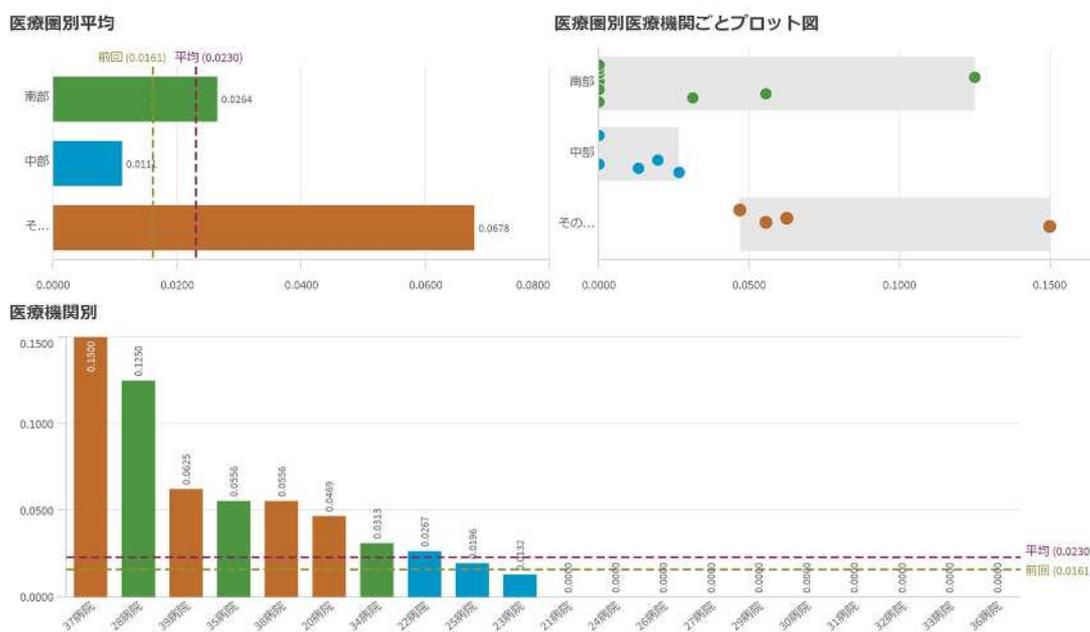
【回復期リハビリテーション病棟】



入院から3日以内に経管栄養（経鼻）が行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0107で、前年度の0.0170より低かった。  
 南部圏域で0.0147と最も高く、その他圏域は0.0059と最も低かった。

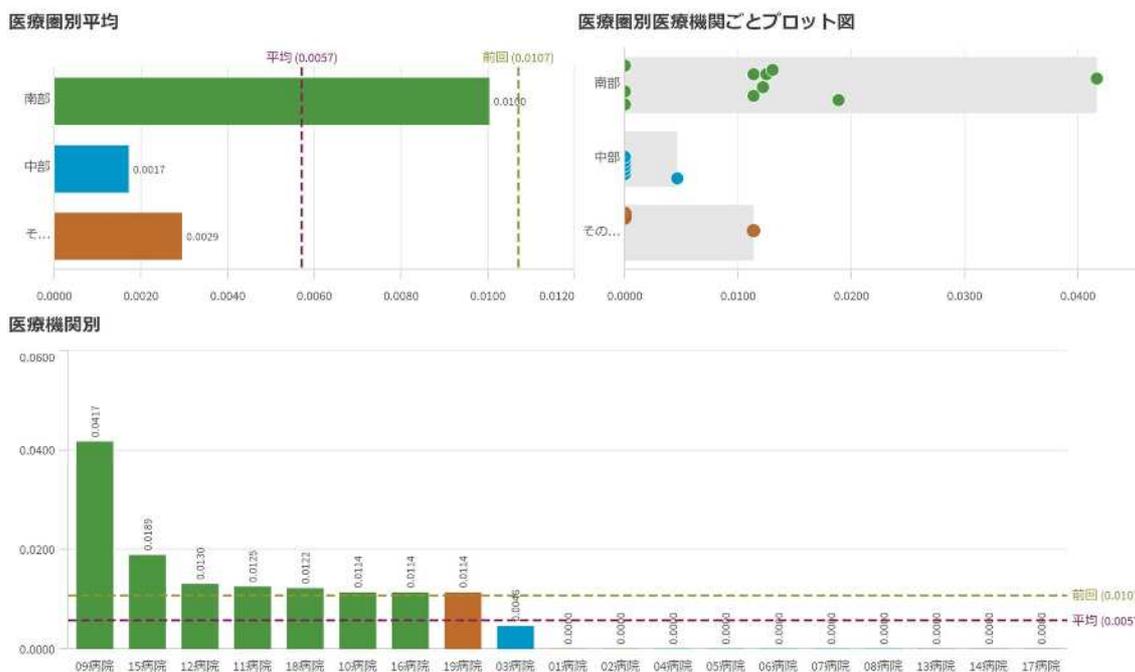
▶グラフ 5-9-2 経管栄養（経鼻）（／回復期機能の病床数×2 か月）

【地域包括ケア病床】



入院から3日以内に経管栄養（経鼻）が行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0230で、前年度の0.0161より低かった。  
 その他圏域で0.0678と最も高く、中部圏域は0.0111と最も低かった。

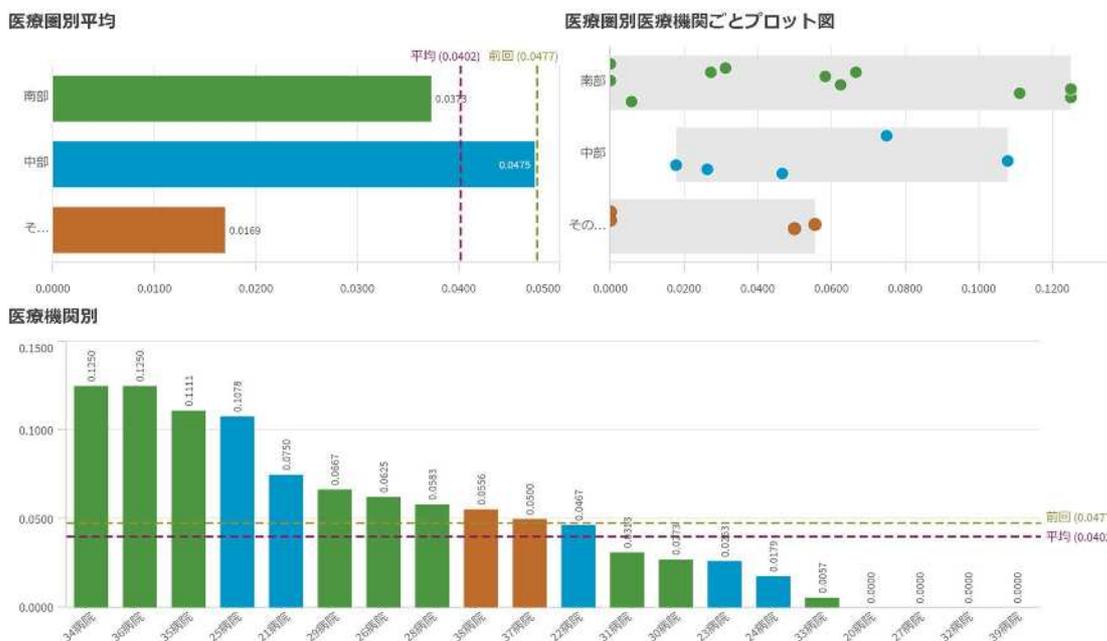
▶グラフ 5-10-1 経管栄養(胃瘻) (／回復期機能の病床数×2 か月)【回復期リハビリテーション病棟】



入院から3日以内に経管栄養(胃瘻)が行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0057で、前年度の0.0107より低かった。

南部圏域で0.01と最も高く、中部圏域は0.0017と最も低かった。

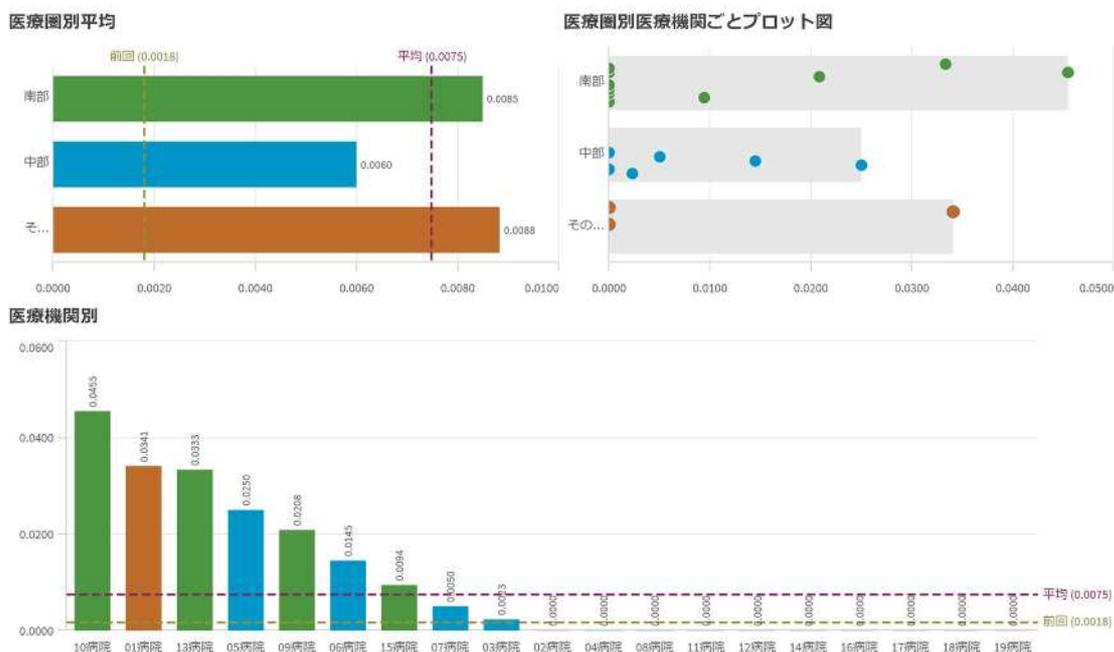
▶グラフ 5-10-2 経管栄養(胃瘻) (／回復期機能の病床数×2 か月) 【地域包括ケア病床】



入院から3日以内に経管栄養(胃瘻)が行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0402で、前年度の0.0477より低かった。

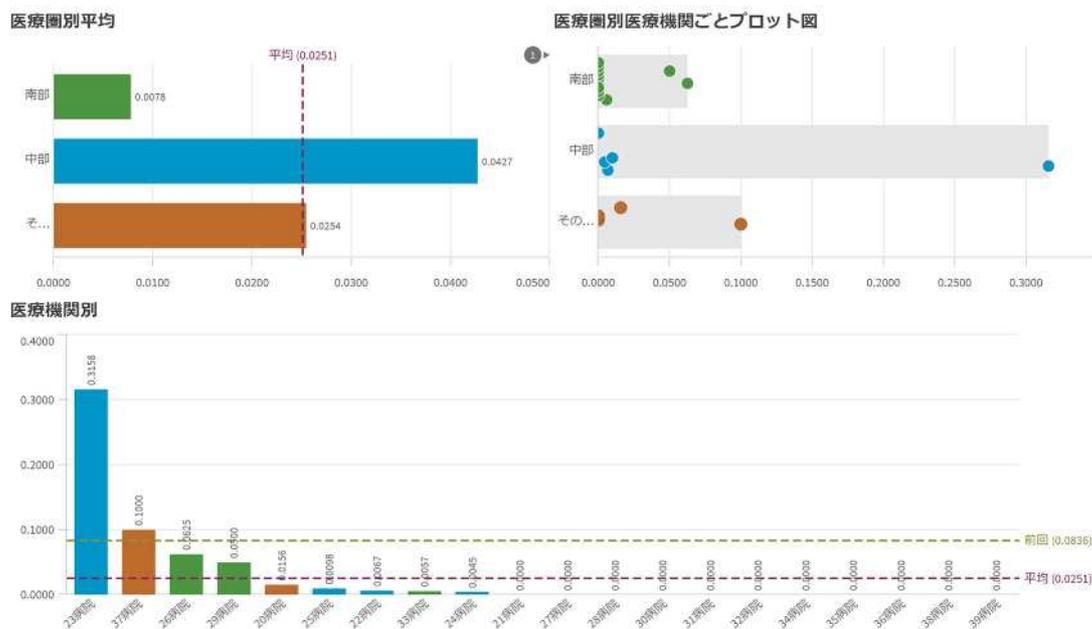
中部圏域で0.0475と最も高く、その他圏域は0.0169と最も低かった。

▶グラフ 5-11-1 経静脈栄養（末梢静脈）（／回復期機能の病床数×2 か月）  
【回復期リハビリテーション病棟】



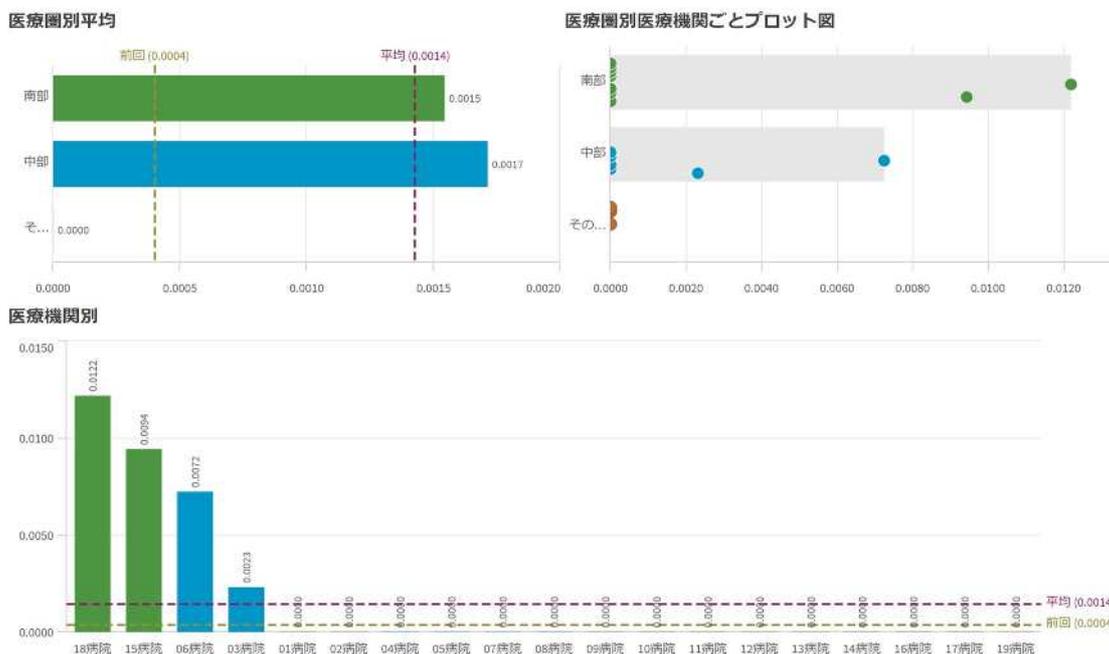
入院から3日以内に経静脈栄養（末梢静脈）が行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0075で、前年度の0.0018より高かった。  
その他圏域で0.0088と最も高く、中部圏域は0.006と最も低かった。

▶グラフ 5-11-2 経静脈栄養（末梢静脈）（／回復期機能の病床数×2 か月）【地域包括ケア病床】



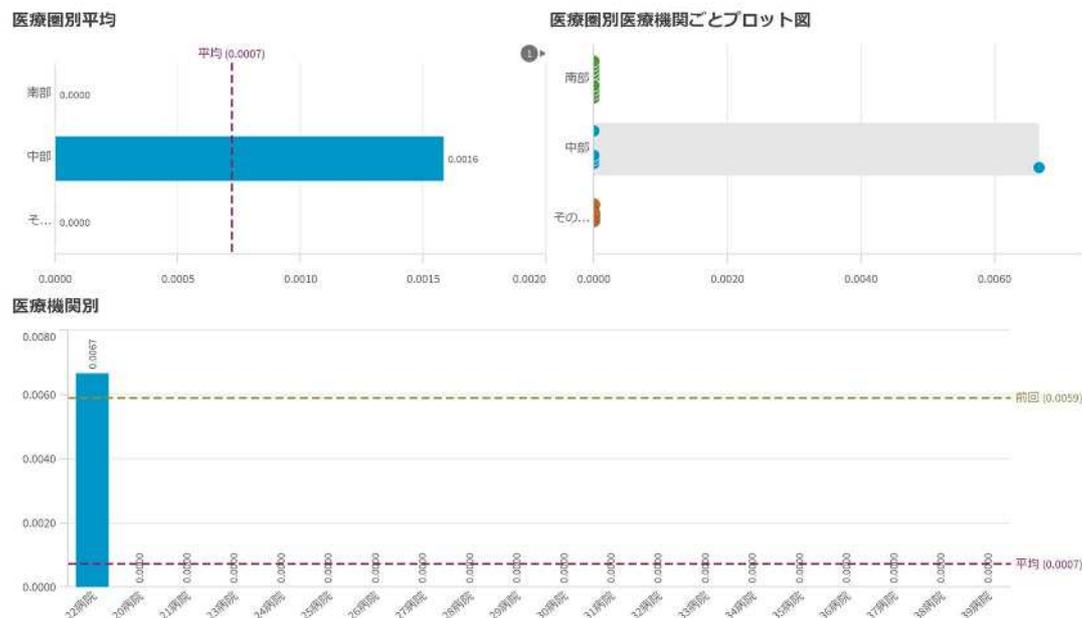
入院から3日以内に経静脈栄養（末梢静脈）が行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0251で、前年度の0.0836より低かった。  
中部圏域で0.0427と最も高く、南部圏域は0.0078と最も低かった。

▶グラフ 5-12-1 経静脈栄養（中心静脈栄養）（／回復期機能の病床数×2 か月）  
【回復期リハビリテーション病棟】



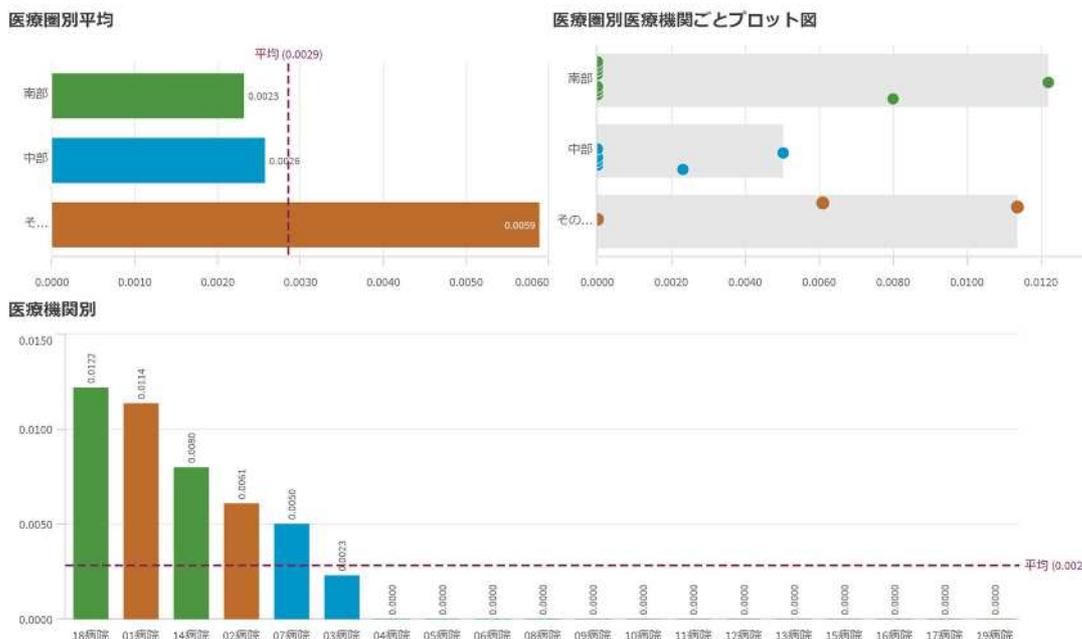
入院から3日以内に経静脈栄養（中心静脈栄養）が行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0014で、前年度の0.0004より高かった。  
中部圏域で0.0017と最も高く、その他圏域は0であった。

▶グラフ 5-12-2 経静脈栄養（中心静脈栄養）（／回復期機能の病床数×2 か月）【地域包括ケア病床】



入院から3日以内に経静脈栄養（中心静脈栄養）が行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0007で、前年度の0.0059より低かった。  
中部圏域で0.0016と最も高く、南部圏域とその他圏域は0であった。

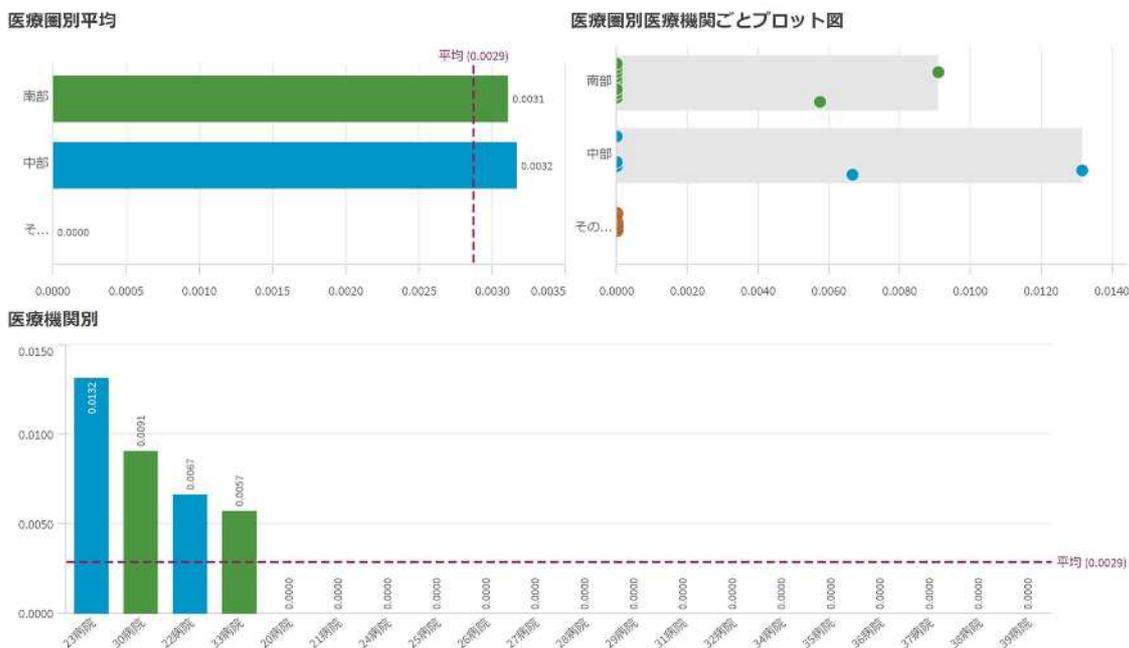
▶グラフ 5-13-1 導尿①定期導尿（／回復期機能の病床数×2 か月）【回復期リハビリテーション病棟】



入院から3日以内に導尿カテーテル（定期）が行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0029であった。

その他圏域で0.0059と最も高く、南部圏域は0.0023と最も低かった。

▶グラフ 5-13-2 導尿①定期導尿（／回復期機能の病床数×2 か月） 【地域包括ケア病床】



入院から3日以内に導尿カテーテル（定期）が行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0029であった。

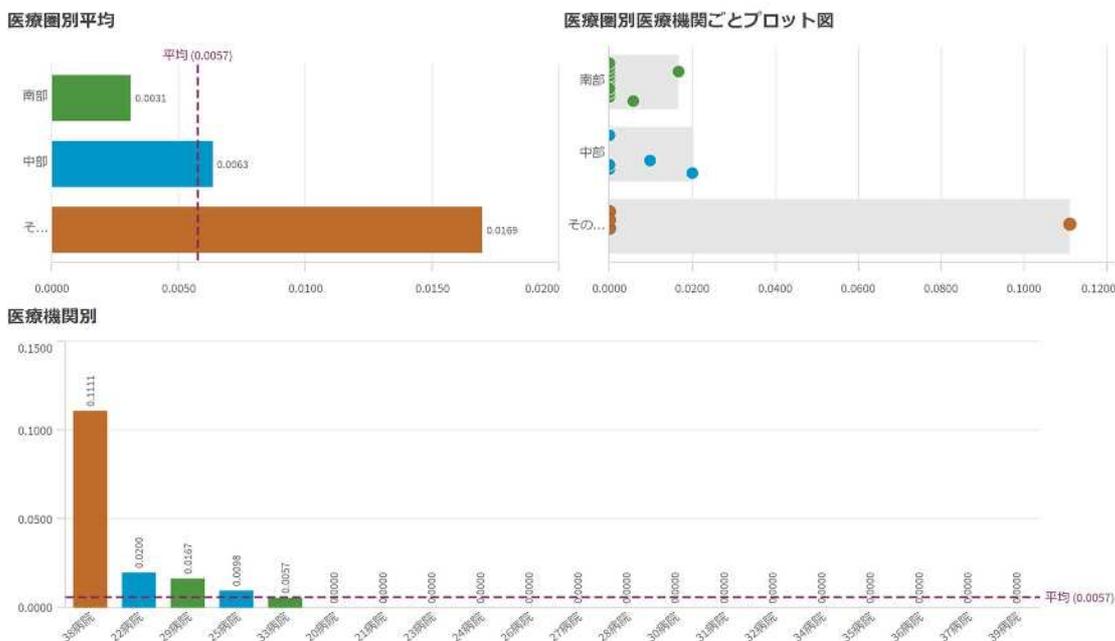
中部圏域で0.0032と最も高く、その他圏域は0であった。

▶グラフ 5-14-1 導尿②不定期導尿（／回復期機能の病床数×2 か月）  
【回復期リハビリテーション病棟】



入院から3日以内に導尿カテーテル（不定期）が行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0068であった。  
中部圏域で0.0103と最も高く、その他圏域は0.0029と最も低かった。

▶グラフ 5-14-2 導尿②不定期導尿（／回復期機能の病床数×2 か月）  
【地域包括ケア病床】



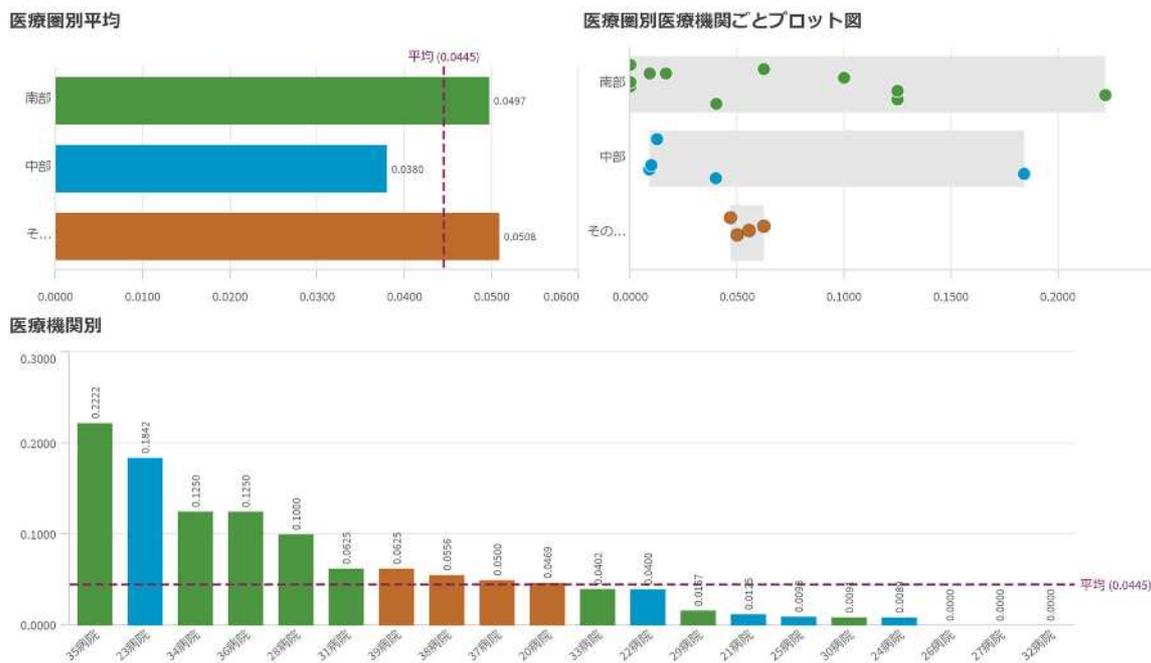
入院から3日以内に導尿カテーテル（不定期）が行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0057であった。  
その他圏域で0.0169と最も高く、南部圏域は0.0031と最も低かった。

▶グラフ 5-15-1 尿道留置カテーテル（／回復期機能の病床数×2 か月）  
【回復期リハビリテーション病棟】



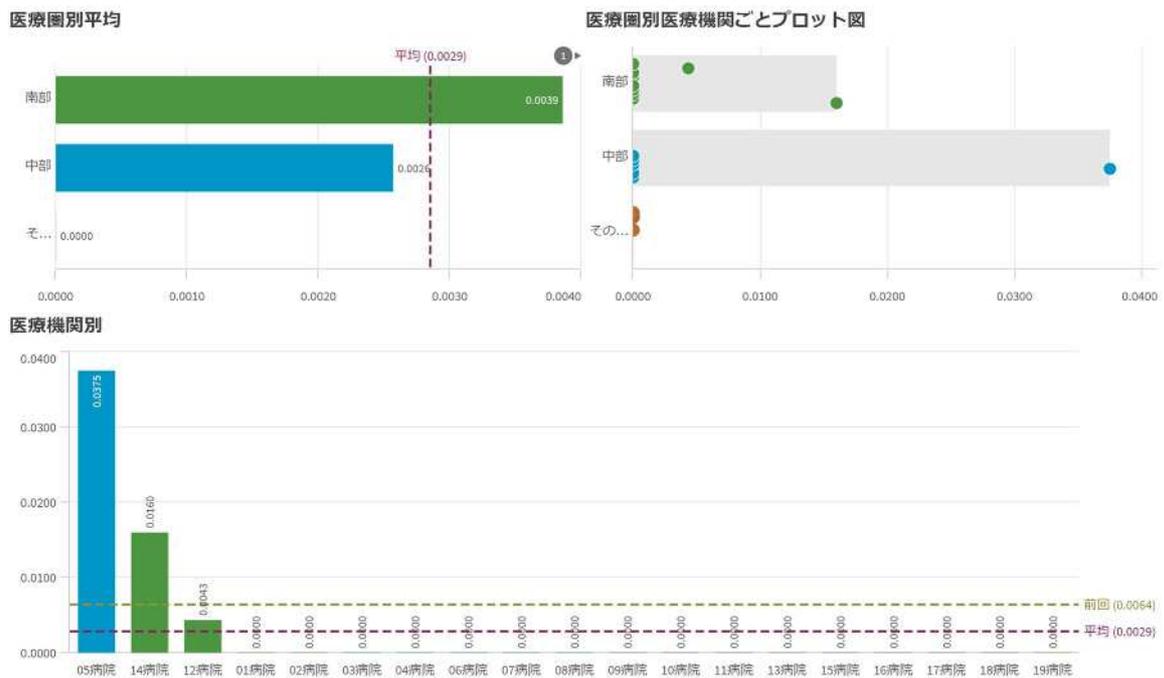
入院から3日以内に尿道留置カテーテルが行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0289であった。  
中部圏域で0.0377と最も高く、その他圏域は0.0088と最も低かった。

▶グラフ 5-15-2 尿道留置カテーテル（／回復期機能の病床数×2 か月） 【地域包括ケア病床】



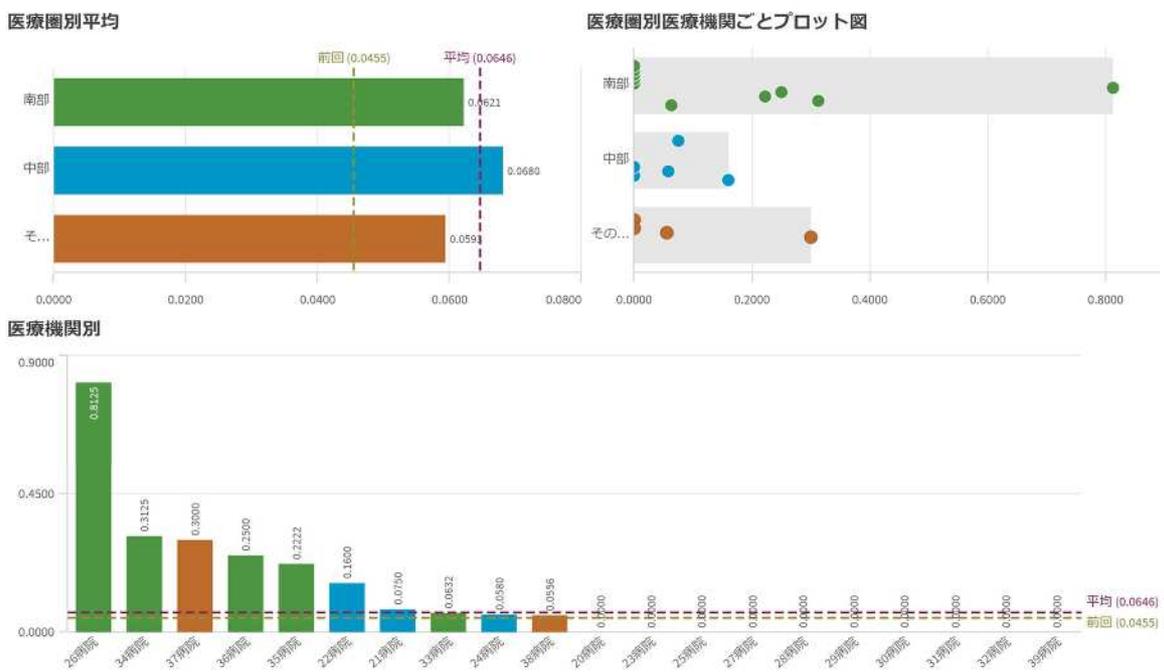
尿道留置カテーテルが行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0445であった。  
その他圏域で0.0508と最も高く、中部圏域は0.0380と最も低かった。

▶グラフ 5-16-1 維持透析（／回復期機能の病床数×2 か月） 【回復期リハビリテーション病棟】



入院から3日以内に維持透析処置が行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0029で、前年度の0.0064より低かった。  
南部圏域で0.0039と最も高く、その他圏域は0であった。

▶グラフ 5-16-2 維持透析（／回復期機能の病床数×2 か月） 【地域包括ケア病床】



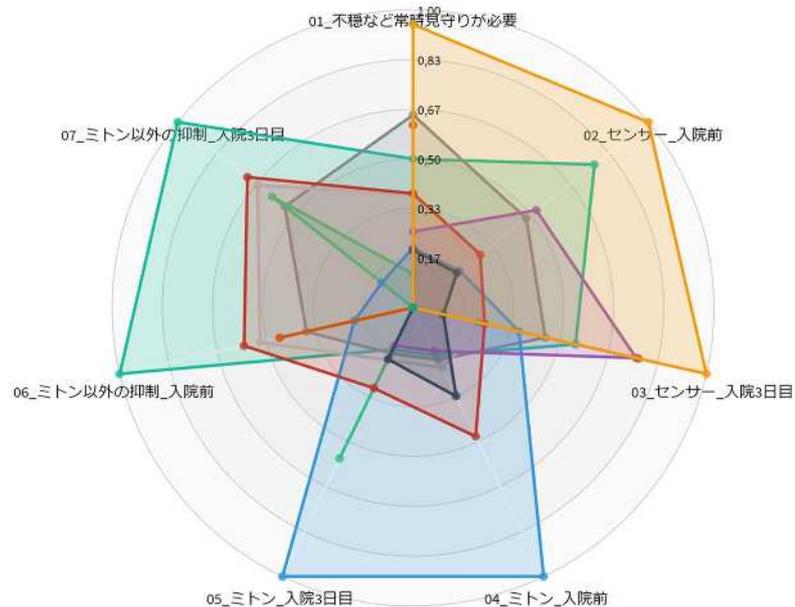
入院から3日以内に維持透析処置が行われた患者数の1病床あたりの平均値は0.0646で、前年度の0.0455より高かった。  
中部圏域で0.0680と最も高く、その他圏域は0.059と最も低かった。

## 6. 医療・介護的ケアの状況（2）

### ▶グラフ 6-1-1 介護のケア状況\_南部【回復期リハビリテーション病棟】

〔(項目値/回復期機能の病床数)を求め、項目ごとに正規化処理 (Min-Max 法) を行い医療圏別に表示〕

- 09病院
- 10病院
- 11病院
- 12病院
- 13病院
- 14病院
- 15病院
- 16病院
- 17病院
- 18病院



医療・介護的ケアのうち抑制に関する項目について、入院前と入院 3 日目に実施した患者数を病床数で除し、県全域で項目ごとに正規化 (Min-Max 法) 処理を行い、医療圏別に医療機関ごとのレーダーチャートとして掲載した。

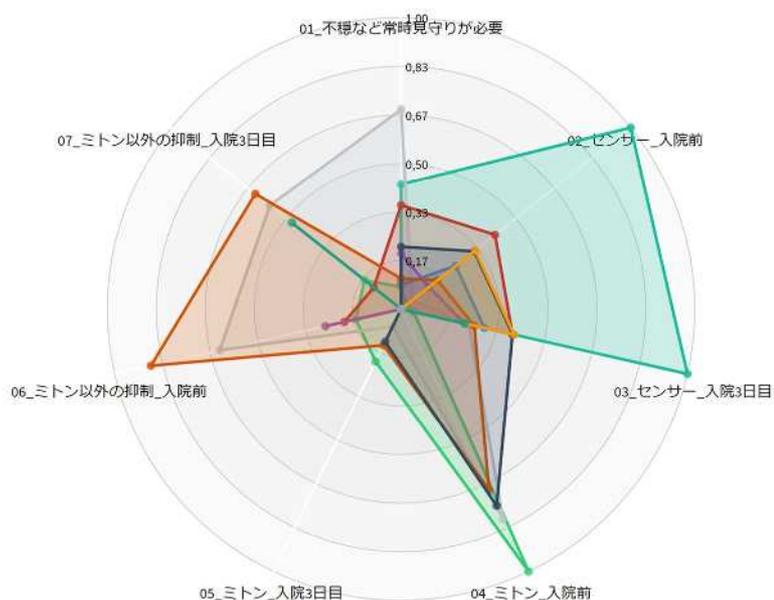
南部圏域では以下の特色がある病院があった。

- ・ 不穏等常時見守りが多い病院とセンサー対応 (入院前) と (入院 3 日目) が多い病院
- ・ ミトン対応 (入院前) と (入院 3 日目) が多い病院
- ・ ミトン以外の抑制対応 (入院前) と (入院 3 日目) が多い病院

すべての病院で、抑制を 1 つまたは小数の方法を用いて実施しており、病院により抑制の方法と割合にばらつきがあった。

▶グラフ 6-1-2 介護のケア状況\_南部【地域包括ケア病床】  
 [(項目値/回復期機能の病床数)を求め、項目ごとに正規化処理 (Min-Max 法) を行い医療圏別に表示]

- 26病院
- 27病院
- 28病院
- 29病院
- 30病院
- 31病院
- 32病院
- 33病院
- 34病院
- 35病院
- 36病院



医療・介護的ケアのうち抑制に関する項目について、入院前と入院 3 日目に実施した患者数を病床数で除し、県全域で項目ごとに正規化 (Min-Max 法) 処理を行い、医療圏別に医療機関ごとのレーダーチャートとして掲載した。

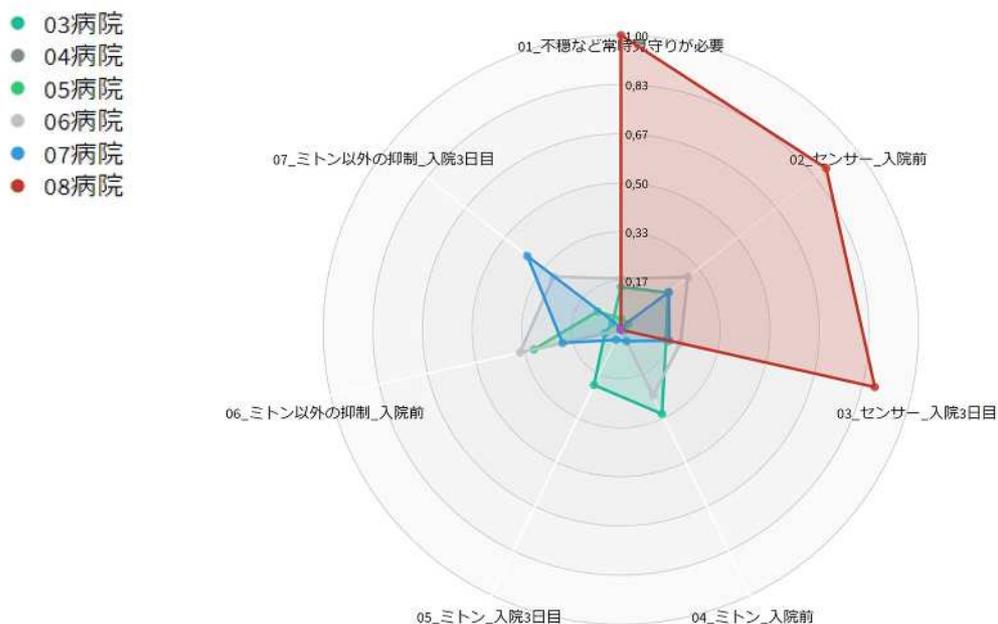
南部圏域では以下の特色がある病院があった。

- ・センサー対応 (入院前) と (入院 3 日目) が多い病院
- ・ミトン対応 (入院前) が多い病院
- ・ミトン以外の抑制対応 (入院前) と (入院 3 日目) が多い病院

すべての病院で、抑制を 1 つまたは小数の方法を用いて実施しており、病院により抑制の方法と割合にばらつきがあった。

▶グラフ 6-2-1 介護のケア状況\_中部【回復期リハビリテーション病棟】

〔(項目値/回復期機能の病床数)を求め、項目ごとに正規化処理 (Min-Max 法) を行い医療圏別に表示〕



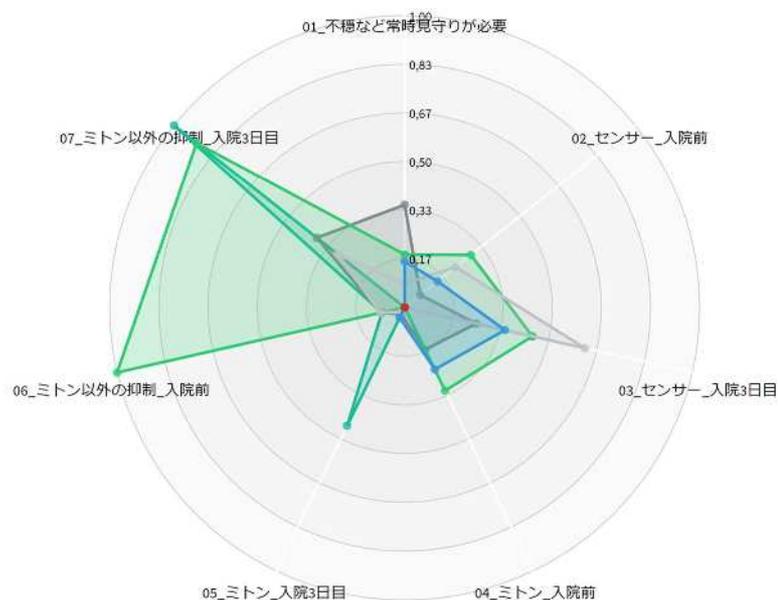
中部圏域では、以下の特色がある病院があった。

- ・ 不穏等常時見守りと病院とセンサー対応（入院前）と（入院3日目）のセンサー対応が多い病院
- ・ すべての項目で割合が低い病院

抑制対応を実施していない病院が 1 か所あり、実施している場合は病院により抑制の方法と割合にばらつきがあった。

▶グラフ 6-2-2 介護のケア状況\_中部【地域包括ケア病床】  
 [(項目値/回復期機能の病床数)を求め、項目ごとに正規化処理 (Min-Max 法) を行い医療圏別に表示]

- 21病院
- 22病院
- 23病院
- 24病院
- 25病院



中部圏域では、以下の特色がある病院があった。

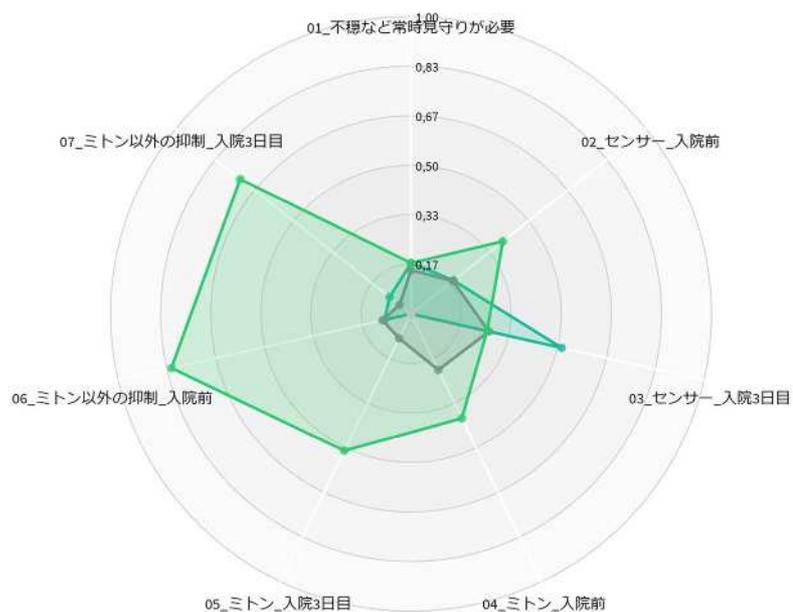
- ・センサー対応（入院3日目）がやや多い病院
- ・ミトン以外の抑制対応（入院3日目）が多い病院
- ・ミトン以外の抑制対応（入院前）と（入院3日目）が多い病院
- ・すべての項目で割合が低い病院

すべての病院で、抑制を1つまたは小数の方法を用いて実施しており、病院により抑制の方法と割合にばらつきがあった。

▶グラフ 6-3-1 介護のケア状況\_その他【回復期リハビリテーション】

〔(項目値/回復期機能の病床数)を求め、項目ごとに正規化処理 (Min-Max 法) を行い医療圏別に表示〕

- 01病院
- 02病院
- 19病院



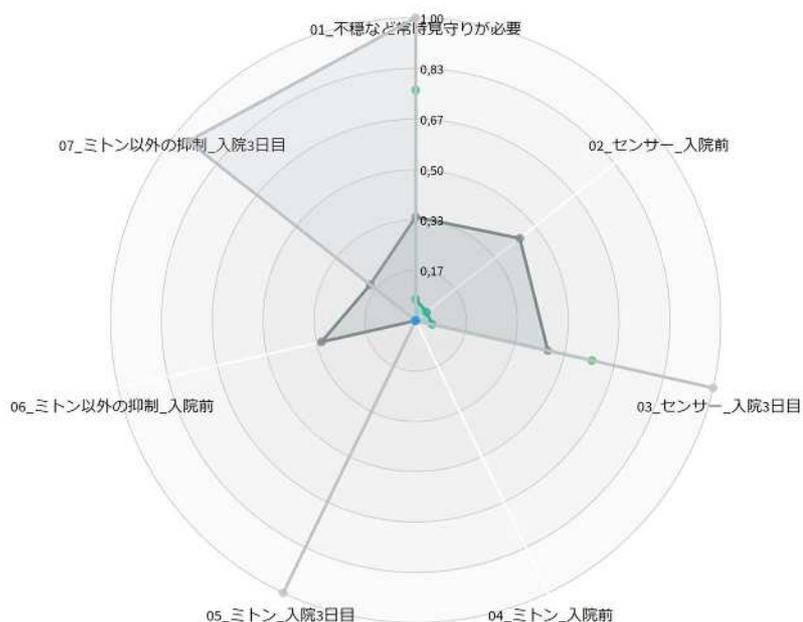
その他圏域では、全ての項目に該当する患者が存在する病院が 2 か所あった。

すべての病院で、抑制を 1 つまたは小数の方法を用いて実施しており、病院により抑制の方法と割合にばらつきがあった。

また、全体的に入院 3 日以内に不穏など常時見守りが必要な患者の割合が低かった。

▶グラフ 6-3-2 介護のケア状況\_その他【地域包括ケア病床】  
 [(項目値/回復期機能の病床数)を求め、項目ごとに正規化処理 (Min-Max 法) を行い医療圏別に表示]

- 20病院
- 37病院
- 38病院
- 39病院



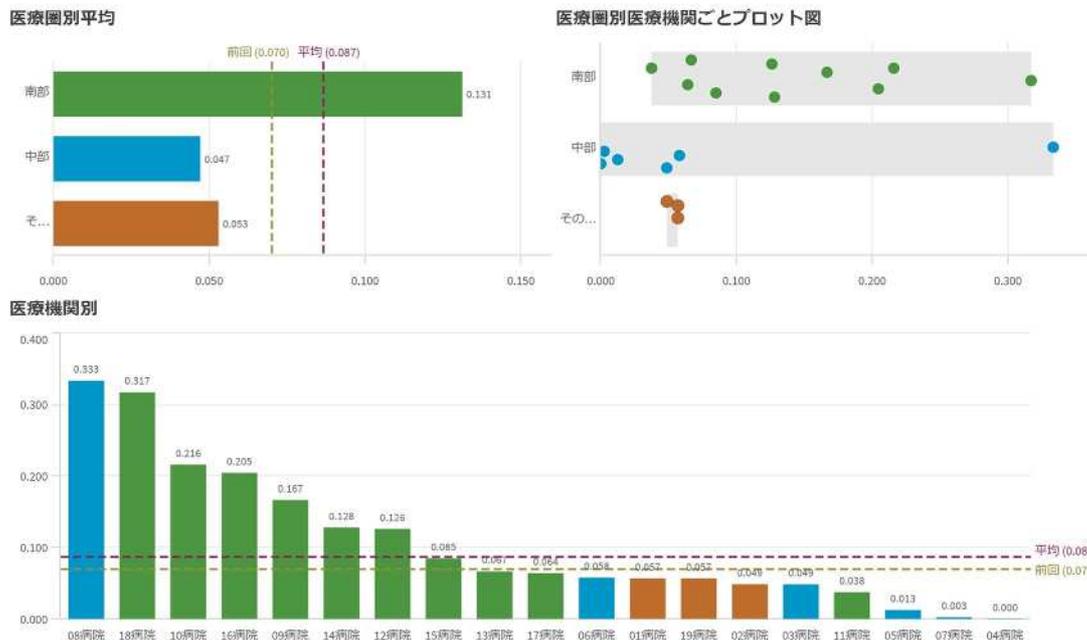
その他圏域では、以下の特色がある病院があった。

- ・不穏など常時見守り対応、センサー対応（入院3日目）がやや多い病院
- ・不穏など常時見守りと、センサー対応（入院3日目）、ミトン対応（入院3日目）とミトン以外の抑制対応（入院3日目）が多い病院

すべての病院で、抑制を1つまたは小数の方法を用いて実施しており、病院により抑制の方法と割合にばらつきがあった。

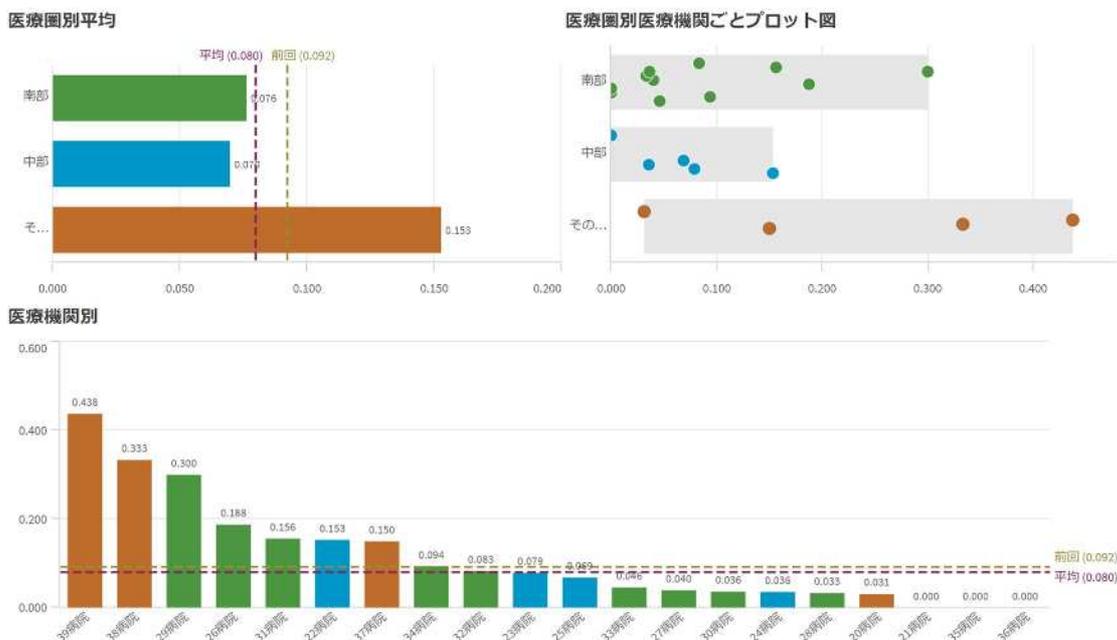
また、入院前のミトン抑制が必要な病院は0であった。

▶グラフ 6-4-1 不穏など常時見守りが必要（／回復期機能の病床数×2 か月）  
【回復期リハビリテーション病棟】



入院から3日以内に不穏など常時見守りが必要であった患者数の1病床あたりの平均値は0.087で、前年度の0.070より高かった。  
南部圏域で0.131と最も高く、中部圏域は0.047と最も低かった。

▶グラフ 6-4-2 不穏など常時見守りが必要（／回復期機能の病床数×2 か月）【地域包括ケア病床】



入院から3日以内に不穏など常時見守りが必要であった患者数の1病床あたりの平均値は0.080で、前年度の0.092より低かった。  
その他圏域で0.153と最も高く、中部圏域は0.070と最も低かった。

▶グラフ 6-5-1 抑制\_見守り・センサー（／回復期機能の病床数×2 か月）

【回復期リハビリテーション病棟】

02\_抑制\_見守り・センサー\_入院前／03\_抑制\_見守り・センサー\_入院3日目



入院前に見守り・センサー対応が必要であった患者数の1病床あたりの平均値は0.107で、前年度の0.104より高かった。

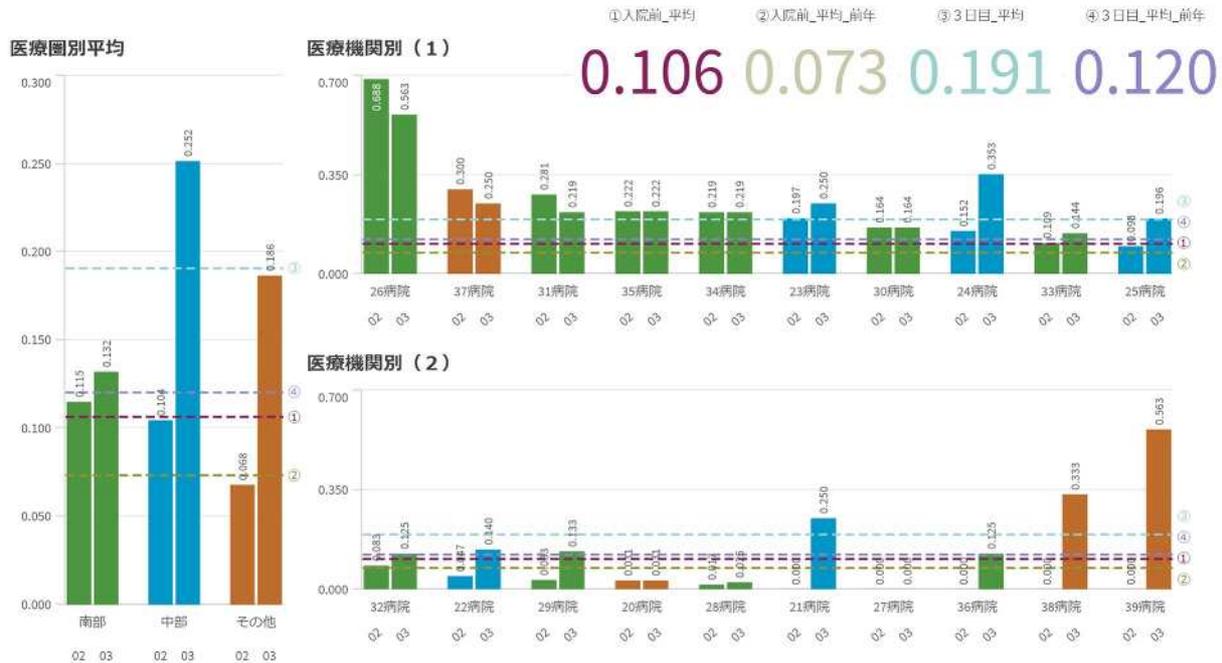
南部圏域で0.128と最も高く、その他圏域は0.088と最も低かった。

入院3日目に見守り・センサー対応が必要であった患者数の1病床あたりの平均値は0.130で、前年度の0.118より高かった。

南部圏域で0.164と最も高く、中部圏域は0.090と最も低かった。

医療圏別で入院前後を比較すると、その他圏域において入院前は見守り・センサー対応をしていないが入院3日目に見守り・センサー対応をした割合が高かった。

▶グラフ 6-5-2 抑制\_見守り・センサー（/回復期機能の病床数×2 か月）【地域包括ケア病床】  
02\_抑制\_見守り・センサー\_入院前/03\_抑制\_見守り・センサー\_入院3日目



入院前に見守り・センサー対応が必要であった患者数の1病床あたりの平均値は0.106で、前年度の0.073より高かった。

南部圏域で0.115と最も高く、その他圏域は0.068と最も低かった。

入院3日目に見守り・センサー対応が必要であった患者数の1病床あたりの平均値は0.191で、前年度の0.120より低かった。

中部圏域で0.252と最も高く、南部圏域は0.132と最も低かった。

医療圏別で入院前後を比較すると、中部圏域とその他圏域において入院前は見守り・センサー対応をしていないが入院3日目に見守り・センサー対応をした割合が同等に多かった。

▶グラフ 6-6-1 抑制\_ミトン（/回復期機能の病床数×2 か月）【回復期リハビリテーション病棟】  
04\_抑制\_ミトン\_入院前/05\_抑制\_ミトン\_入院3日目



入院前にミトン抑制が必要であった患者数の1病床あたりの平均値は0.014で、前年度の0.026より低かった。

南部圏域で0.018と最も高く、中部圏域は0.009と最も低かった。

入院3日目にミトン抑制が必要であった患者数の1病床あたりの平均値は0.012で、前年度の0.020より低かった。

南部圏域で0.019と最も高く、中部圏域は0.006と最も低かった。

医療圏別で入院前後を比較すると、中部圏域において入院前はミトン抑制をしていたが入院3日目にミトン抑制解除になった割合が高かった。

▶グラフ 6-6-2 抑制\_ミトン ( /回復期機能の病床数×2 か月) 【地域包括ケア病床】  
 04\_抑制\_ミトン\_入院前 / 05\_抑制\_ミトン\_入院 3 日目



入院前にミトン抑制が必要であった患者数の 1 病床あたりの平均値は 0.011 で、前年度の 0.018 より低かった。

南部圏域で 0.020 と最も高く、その他圏域は 0 であった。

入院 3 日目にミトン抑制が必要であった患者数の 1 病床あたりの平均値は 0.022 で、前年度の 0.023 より低かった。

その他圏域で 0.034 と最も高く、中部圏域は 0.019 と最も低かった。

医療圏別で入院前後を比較すると、その他圏域において入院前はミトン抑制をしていないが入院 3 日目にミトン抑制をした割合が高かった。

▶グラフ 6-7-1 抑制\_ミトン以外の抑制（／回復期機能の病床数×2 か月）

【回復期リハビリテーション病棟】

06\_ミトン以外の抑制\_入院前／07\_ミトン以外の抑制\_入院3日目



入院前にミトン以外の抑制が必要であった患者数の1病床あたりの平均値は0.032で、前年度の0.031より高かった。

南部圏域で0.044と最も高く、中部圏域は0.019と最も低かった。

入院3日目にミトン以外の抑制が必要であった患者数の1病床あたりの平均値は0.037で、前年度の0.034より高かった。

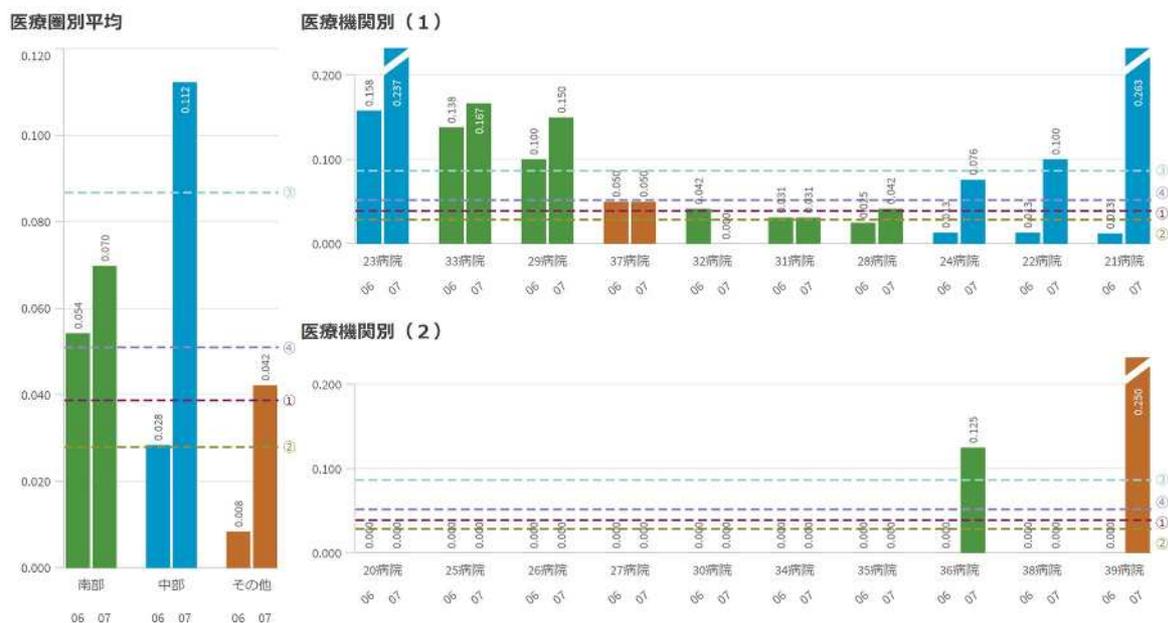
南部圏域で0.052と最も高く、中部圏域は0.024と最も低かった。

医療圏別で入院前後を比較すると、南部圏域において入院前はミトン以外の抑制をしていないが入院3日目にミトン以外の抑制をした割合が高かった。

▶グラフ 6-7-2 抑制\_ミトン以外の抑制 ( /回復期機能の病床数×2 か月) 【地域包括ケア病床】  
06\_抑制\_ミトン以外の抑制\_入院前 / 07\_抑制\_ミトン以外の抑制\_入院3日目

①入院前\_平均 ②入院前\_平均\_前年 ③3日目\_平均 ④3日目\_平均\_前年

0.039 0.028 0.087 0.051



入院前にミトン以外の抑制が必要であった患者数の 1 病床あたりの平均値は 0.039 で、前年度の 0.028 より高かった。

南部圏域で 0.054 と最も高く、その他圏域は 0.008 と最も低かった。

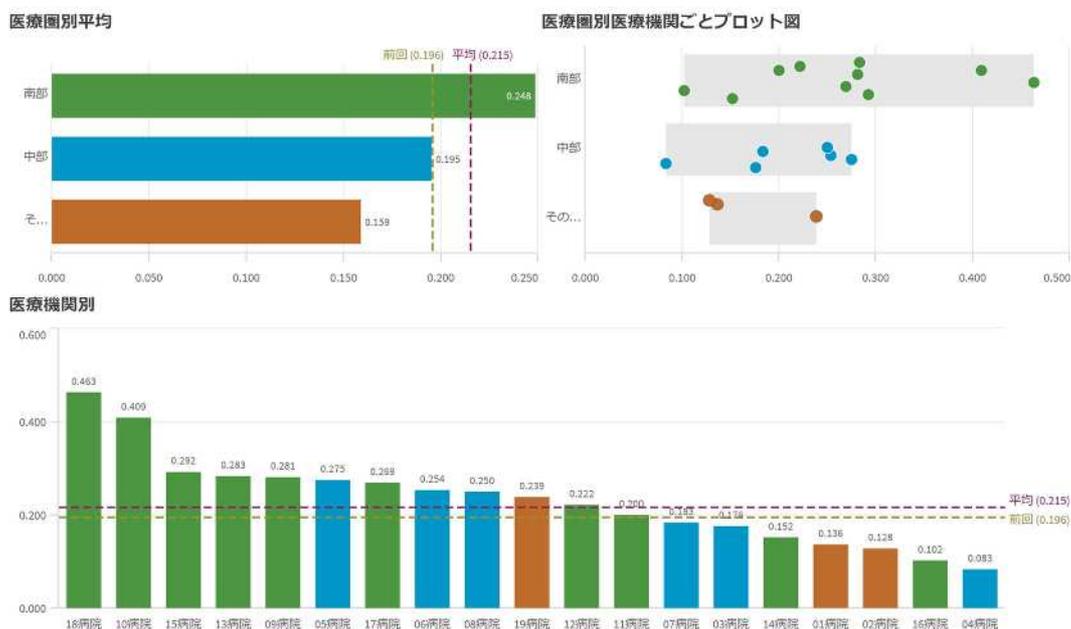
入院 3 日目にミトン以外の抑制が必要であった患者数の 1 病床あたりの平均値は 0.087 で、前年度の 0.051 より高かった。

中部圏域で 0.112 と最も高く、その他圏域は 0.042 と最も低かった。

医療圏別で入院前後を比較すると、中部圏域において入院前はミトン以外の抑制をしていないが入院 3 日目にミトン以外の抑制をした割合が高かった。

## 7. 社会的（福祉的）支援の状況

▶グラフ 7-1-1 入院中に介護保険サービスを申請予定（新規又は区分変更申請）  
（／回復期機能の病床数×2 か月）【回復期リハビリテーション病棟】



入院中に介護保険サービスを申請または予定された患者数の1病床あたりの平均値は0.215で、前年度の0.196より高かった。

南部圏域で0.248と最も高く、その他圏域は0.159と最も低かった。

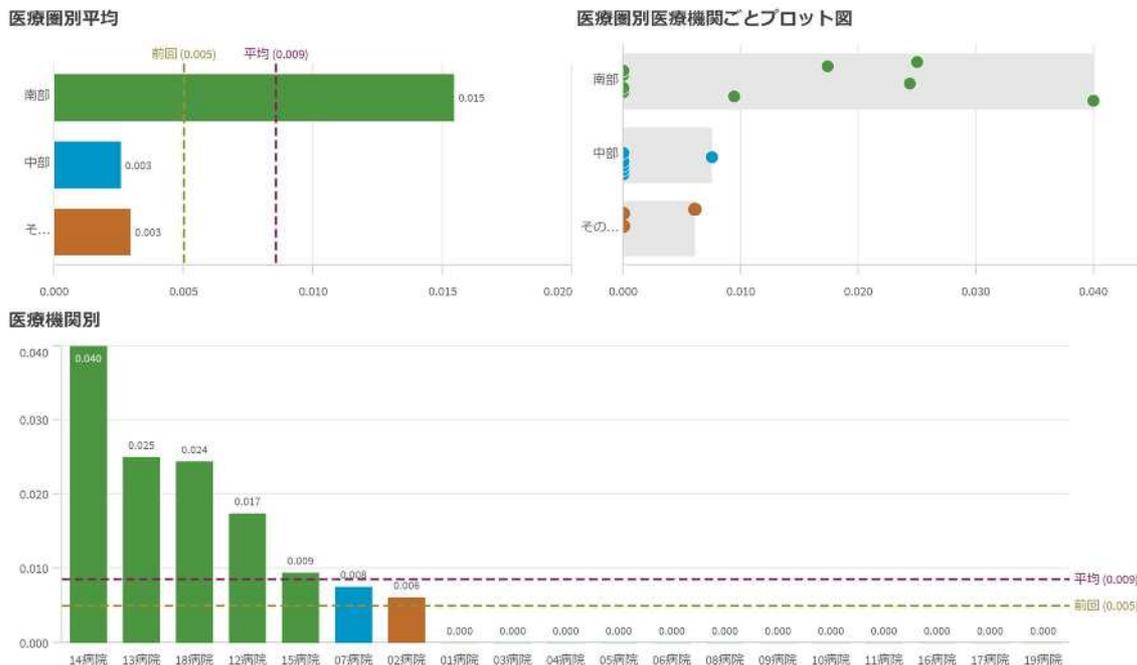
▶グラフ 7-1-2 入院中に介護保険サービスを申請予定（新規又は区分変更申請）  
（／回復期機能の病床数×2 か月）【地域包括ケア病床】



入院中に介護保険サービスを申請または申請予定された患者数の1病床あたりの平均値は0.143で前年度0.167より低かった。

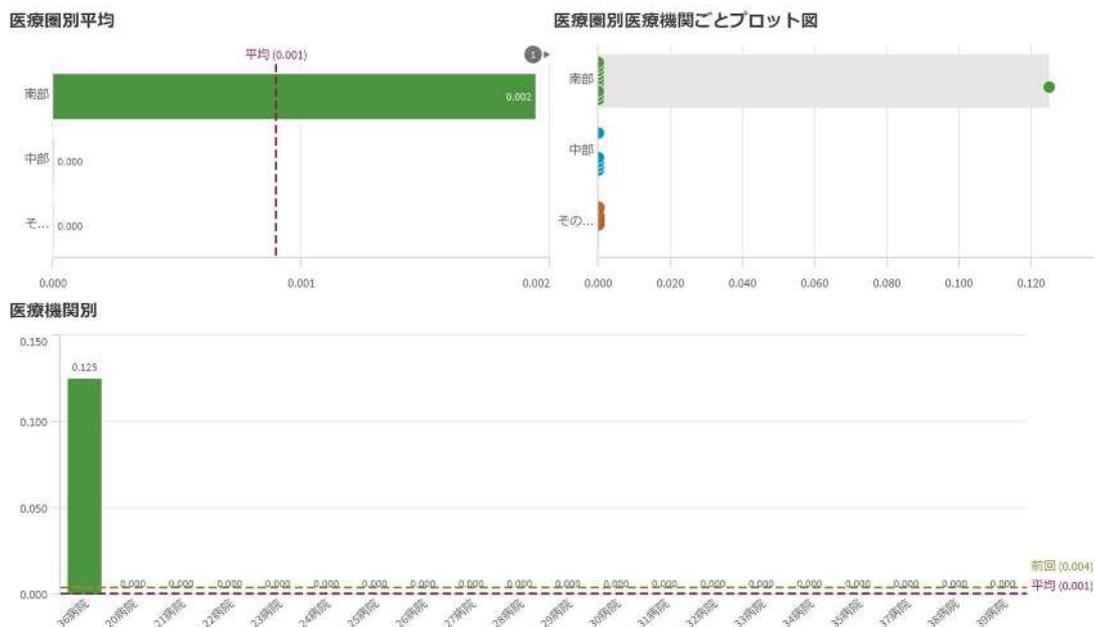
南部圏域で0.152と最も高く、その他圏域は0.093と最も低かった。

▶グラフ 7-2-1 自立支援サービスの申請予定（新規又は状態変更申請）又は認定待ち  
 （／回復期機能の病床数×2 か月）【回復期リハビリテーション病棟】



入院中に自立支援サービスの申請または申請予定された患者数の1病床あたりの平均値は0.009で、前年度の0.005より高かった。  
 南部圏域で0.015と最も高く、中部圏域とその他圏域は0.003と低かった。

▶グラフ 7-2-2 自立支援サービスの申請予定（新規又は状態変更申請）又は認定待ち  
 （／回復期機能の病床数×2 か月）【地域包括ケア病床】



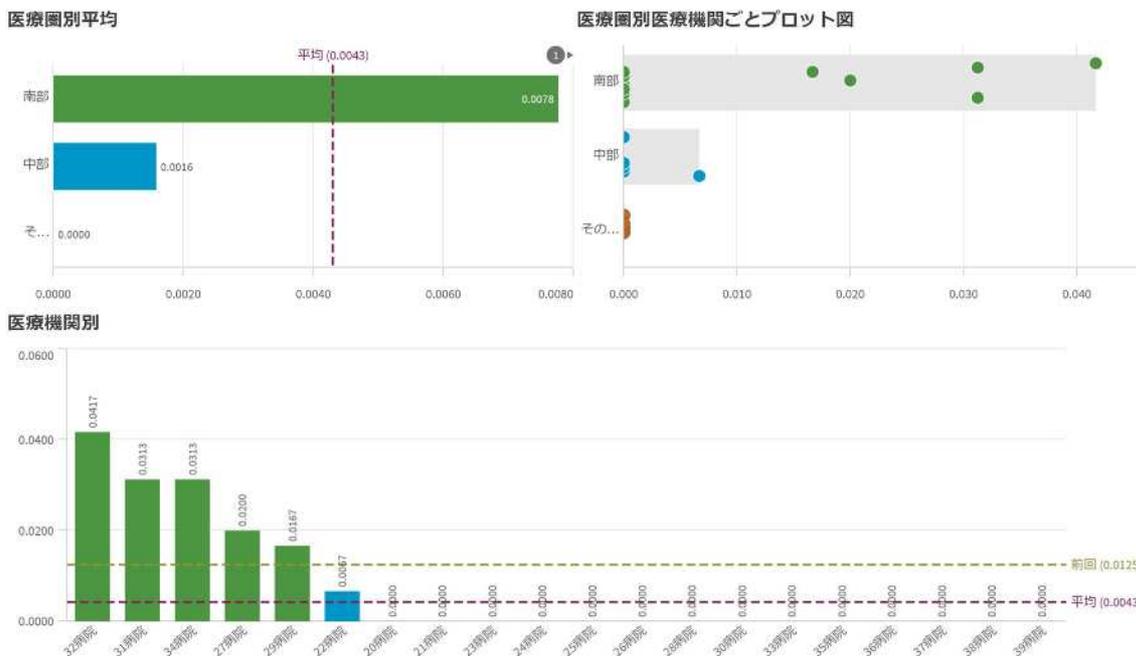
入院中に自立支援サービスの申請または申請予定された患者数の1病床あたりの平均値は平均0.001で、前年度の0.004より低かった。  
 南部圏域の1病院のみ対応していた。南部圏域で0.002と最も高く、中部圏域とその他圏域は0であった。

▶グラフ 7-3-1 キーパーソン（入院時に患者の保証人、患者に代わる契約者、成年後見人等）が不在、又はその役割を果たせない患者（/回復期機能の病床数×2 か月）【回復期リハビリテーション病棟】



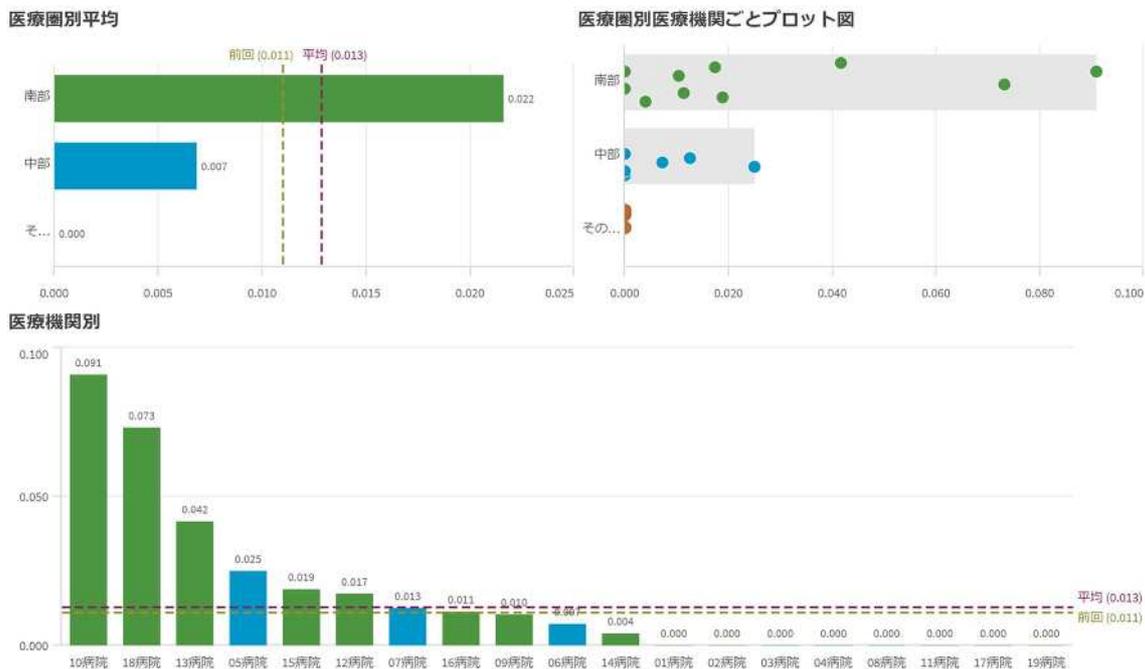
キーパーソンが不在で対応した患者数の1病床あたりの平均値は0.064で、前年度と同じであった。南部圏域で0.0116と最も高く、その他圏域は0であった。南部圏域1病院は0.0795と高値であった。

▶グラフ 7-3-2 キーパーソン（入院時に患者の保証人、患者に代わる契約者、成年後見人等）が不在、又はその役割を果たせない患者（/回復期機能の病床数×2 か月）【地域包括ケア病床】



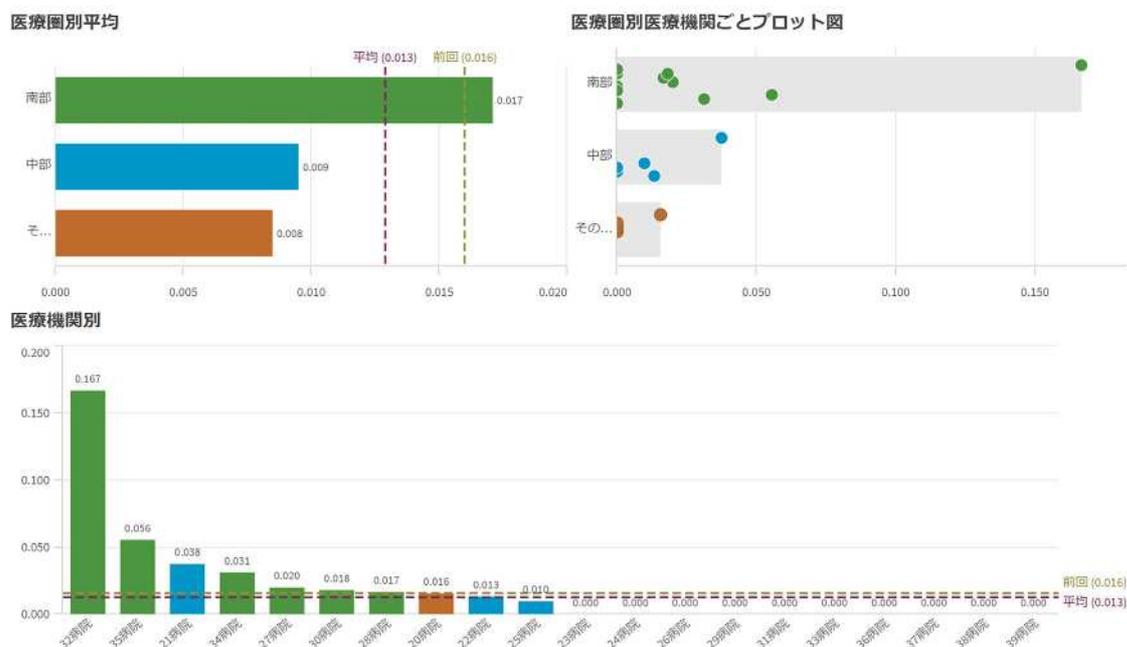
キーパーソンが不在で対応した患者数の1病床あたりの平均値は0.0043で前回の0.0125より低かった。南部圏域で0.0078と最も高く、その他圏域は0であった。

▶グラフ 7-4-1 経済的課題があり新規の生活保護申請や相談機関へ調整を予定  
 (／回復期機能の病床数×2 か月)【回復期リハビリテーション病棟】



経済的課題を対応した患者数の1病床あたりの平均値は0.013で、前年度の0.011より高かった。南部圏域で0.022と最も高く、その他圏域は0であった。

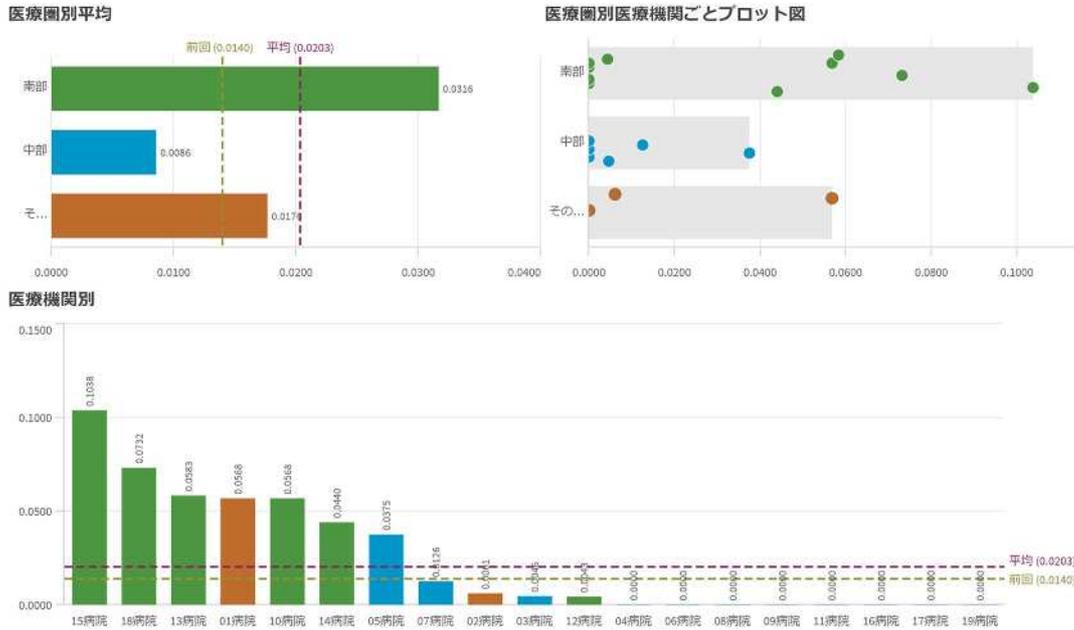
▶グラフ 7-4-2 経済的課題があり新規の生活保護申請や相談機関へ調整を予定  
 (／回復期機能の病床数×2 か月)【地域包括ケア病床】



経済的課題を対応した患者数の1病床あたりの平均値は0.013で、前年度の0.016より低かった。南部圏域で0.017と最も高く、その他圏域は0.008と最も低かった。南部圏域1病院は0.167と高値であった。

## 8. その他

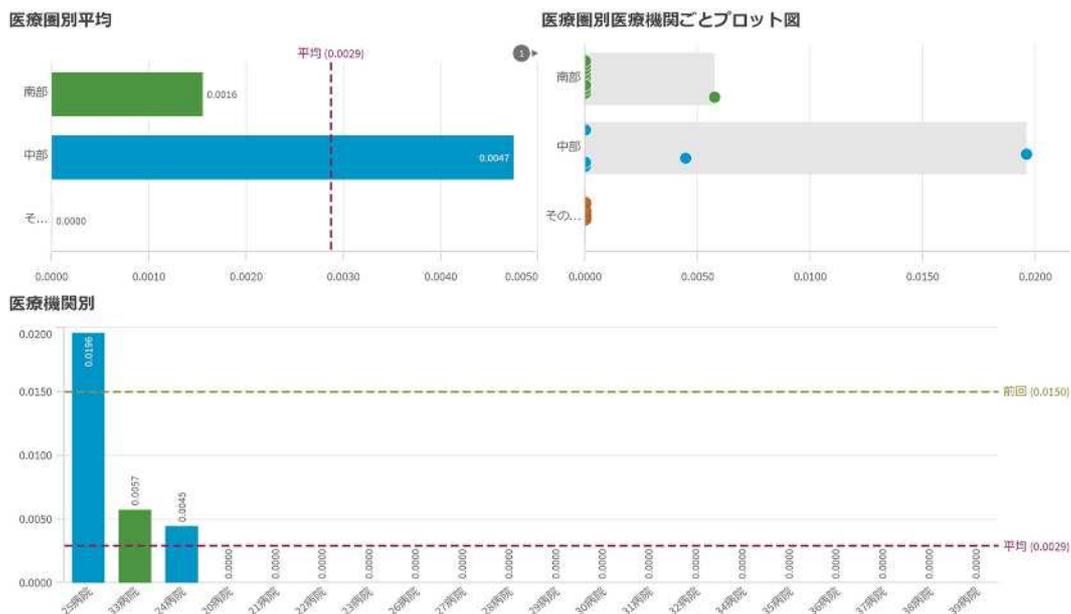
▶グラフ 8-1-1 入院中に他科受診（精神科）（/回復期機能の病床数×2 か月）  
【回復期リハビリテーション病棟】



入院中に精神科への他科受診を行った患者数の1病床あたりの平均値は0.0203で、前年度の0.0140より高かった。

南部圏域で0.0316と最も高く、中部圏域は0.0086で最も低かった。

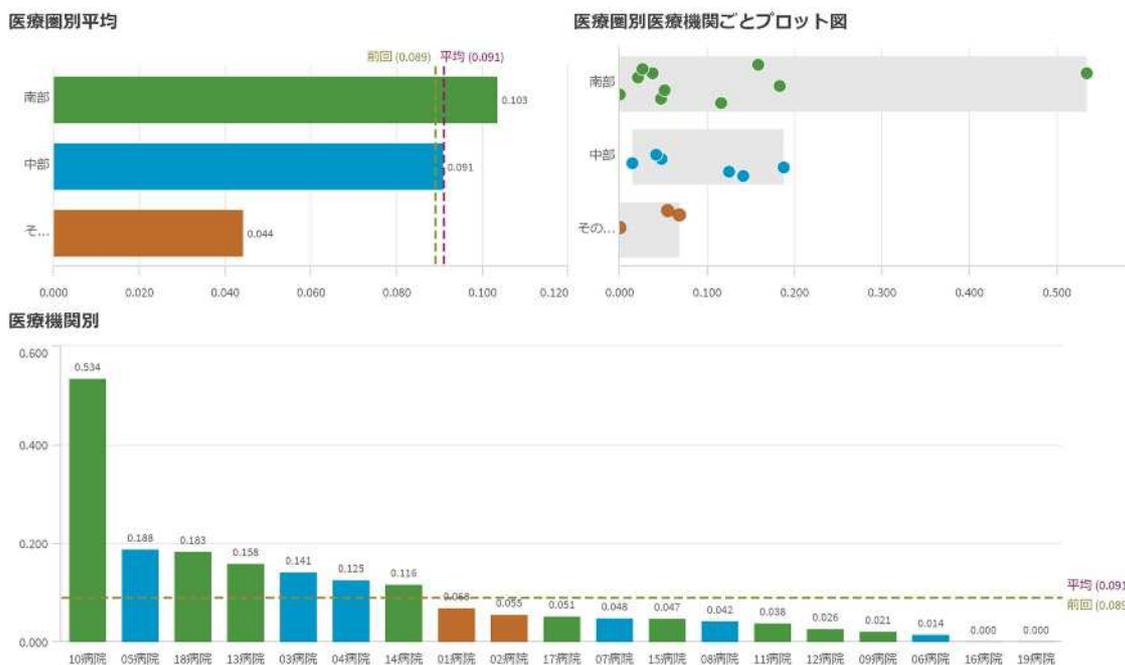
▶グラフ 8-1-2 入院中に他科受診（精神科）（/回復期機能の病床数×2 か月）【地域包括ケア病床】



入院中に精神科への他科受診を行った患者数の1病床あたりの平均値は0.0029で、前年度の0.0150より低かった。

中部圏域で0.0047と最も高く、その他圏域は0であった。

▶グラフ 8-2-1 入院中に他科受診（精神科以外）（／回復期機能の病床数×2 か月）  
【回復期リハビリテーション病棟】



入院中に精神科以外の他科受診を行った患者数の1病床あたりの平均値は0.091で、前年度の0.089より高かった。  
南部圏域で0.103と最も高く、その他圏域は0.044と最も低かった。

▶グラフ 8-2-2 入院中に他科受診（精神科以外）（／回復期機能の病床数×2 か月）  
【地域包括ケア病床】



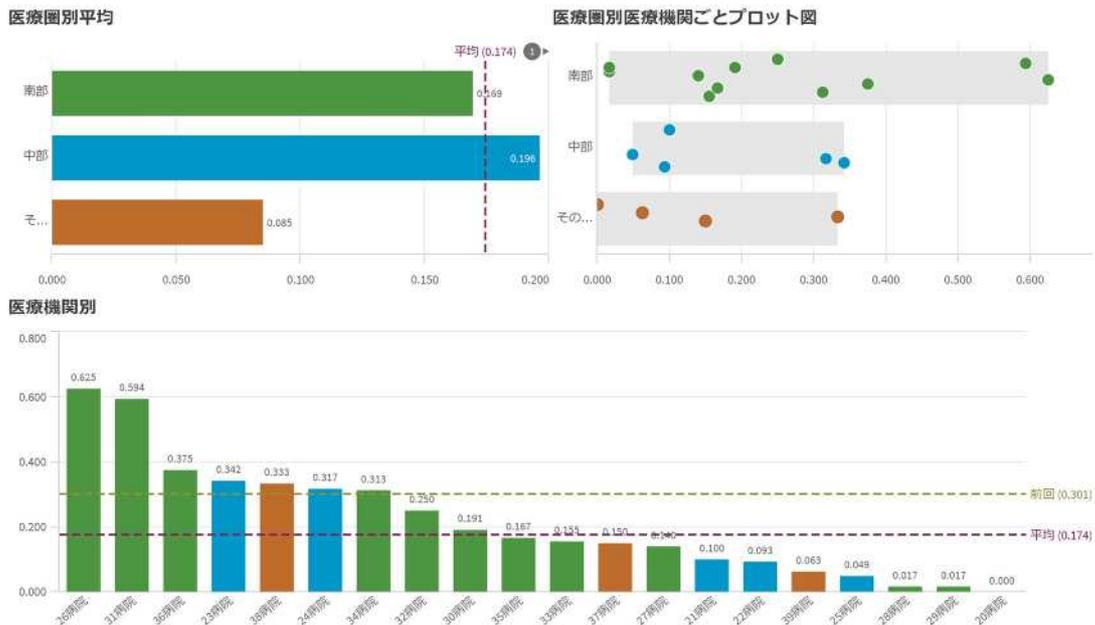
入院中に精神科以外の他科受診を行った患者数の1病床あたりの平均値は0.052で、前年度の0.109より低かった。  
南部圏域で0.068と最も高く、中部圏域は0.036と最も低かった。

▶グラフ 8-3-1 退院に向け自院以外の関係者を交えたカンファレンス（／回復期機能の病床数×2 か月）  
【回復期リハビリテーション病棟】



退院に向け自院以外の関係者えを交えてカンファレンスを行った患者数の 1 病床あたりの平均値は 0.250 で、前年度の 0.257 より低かった。  
その他圏域で 0.309 と最も高く、中部圏域は 0.202 と最も低かった。

▶グラフ 8-3-2 退院に向け自院以外の関係者を交えたカンファレンス（／回復期機能の病床数×2 か月）  
【地域包括ケア病床】



退院に向け自院以外の関係者を交えたカンファレンスを行った患者数の 1 病床あたりの平均値は 0.174 で、前年度の 0.301 より低かった。  
中部圏域で 0.196 と最も高く、その他圏域は 0.085 と最も低かった。

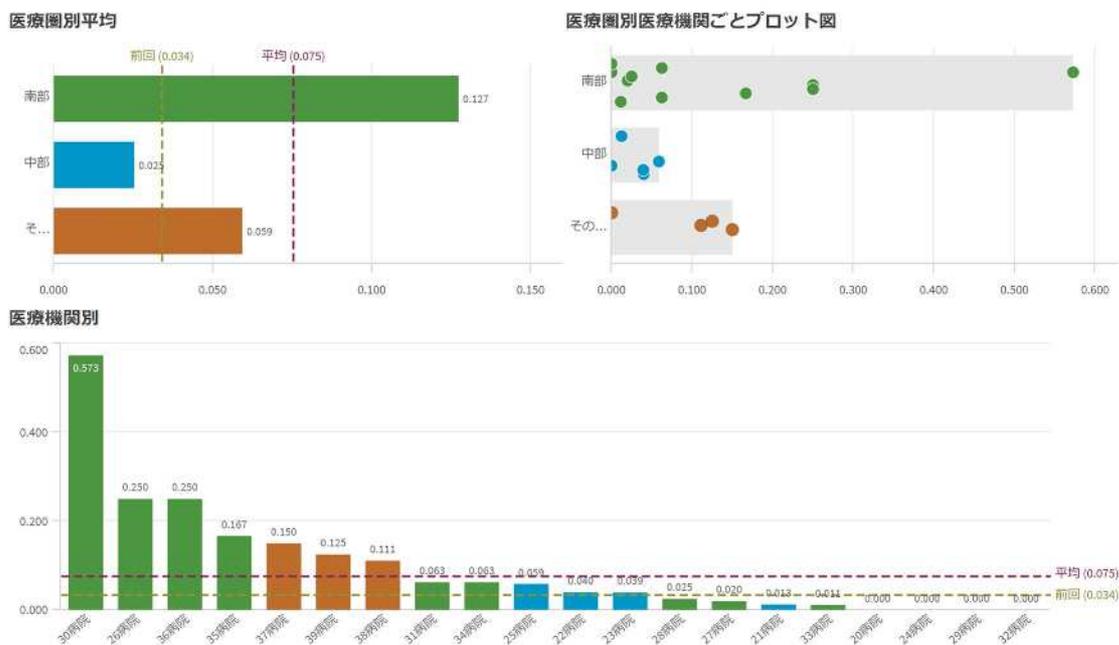
## 9. 当該病棟で実施したリハビリ状況

▶グラフ 9-1-1 脳血管疾患リハ（／回復期機能の病床数×2 か月）【回復期リハビリテーション病棟】



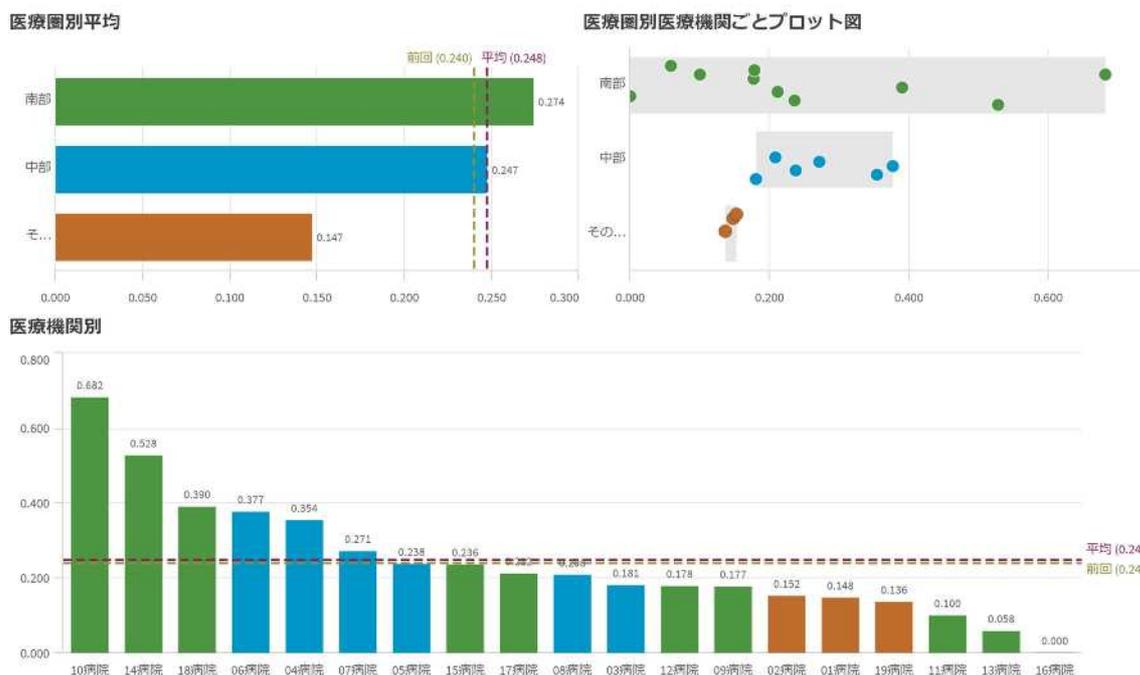
脳血管疾患リハを行った患者数の1病床あたりの平均値は0.148で、前年度の0.150より低かった。南部圏域で0.169と最も高く、その他圏域は0.121と最も低かった。

▶グラフ 9-1-2 脳血管疾患リハ（／回復期機能の病床数×2 か月）【地域包括ケア病床】



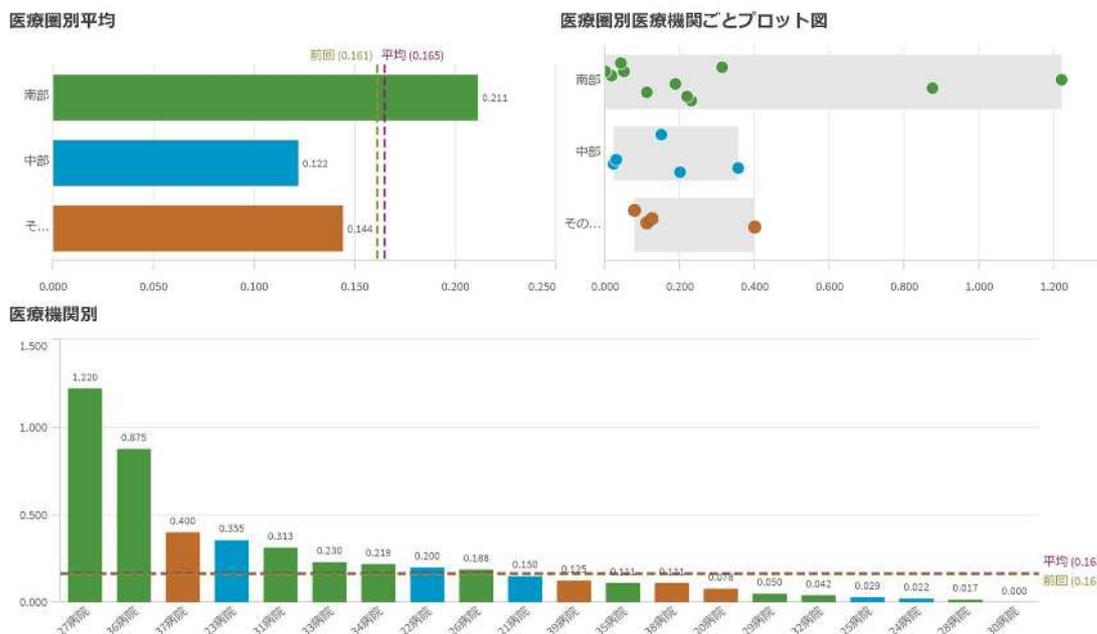
脳血管疾患等リハを行った患者数の1病床あたりの平均値は0.075で、前年度の0.034より高かった。南部圏域で0.127と最も高く、中部圏域は0.023と最も低かった。

▶グラフ 9-2-1 運動器リハ（／回復期機能の病床数×2 か月）【回復期リハビリテーション病棟】



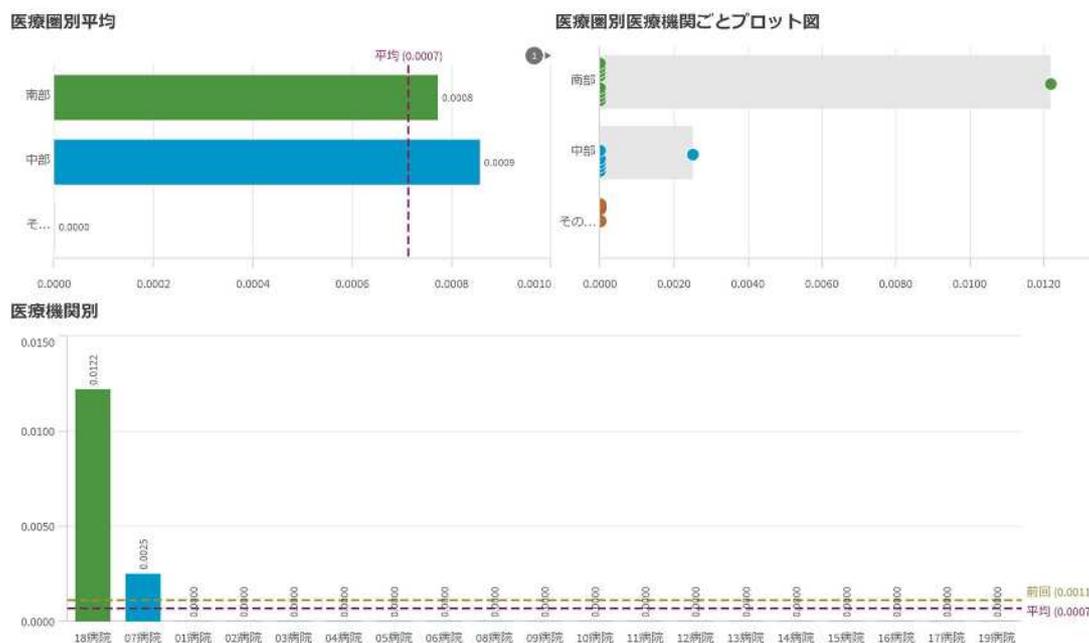
運動器リハを行った患者数の1病床あたりの平均値は0.248で、前年度の0.240よりも高かった。南部圏域で0.274と最も高く、その他圏域は0.147と最も低かった。

▶グラフ 9-2-2 運動器リハ（／回復期機能の病床数×2 か月）【地域包括ケア病床】



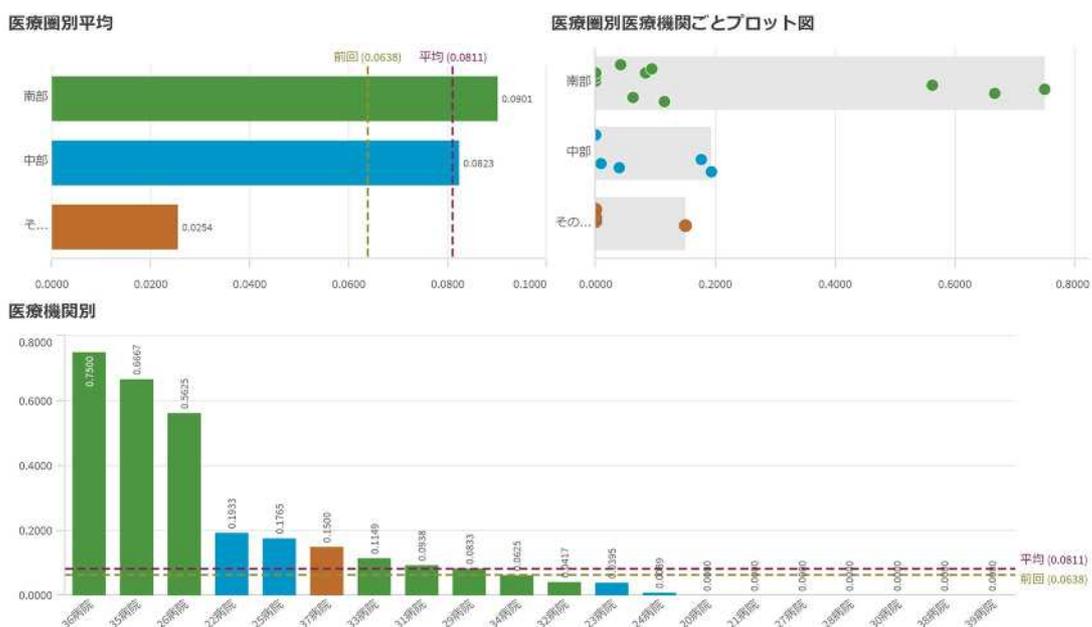
運動器リハを行った患者数の1病床あたりの平均値は0.165で、前年度の0.161よりも高かった。南部圏域で0.211と最も高く、中部圏域は0.122と最も低かった。

▶グラフ 9-3-1 呼吸器リハ（／回復期機能の病床数×2 か月）【回復期リハビリテーション病棟】



呼吸器リハを行った患者数の1病床あたりの平均値は0.0007で、前年度の0.0011より低かった。中部圏域と南部圏域で、それぞれ1病院で対応していた。

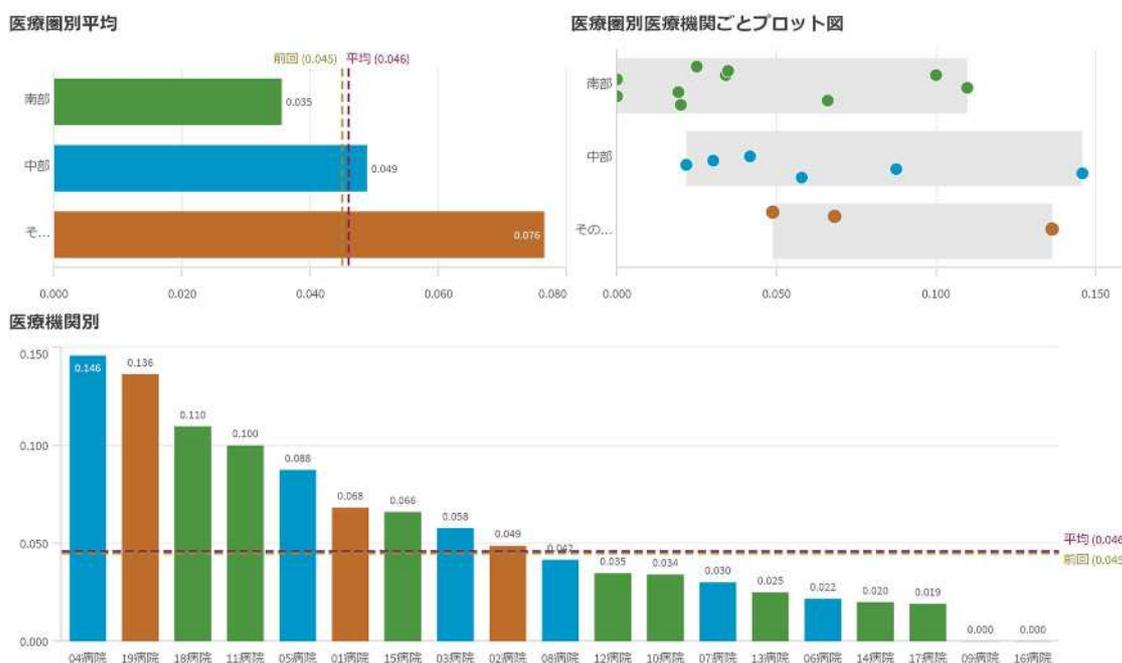
▶グラフ 9-3-2 呼吸器リハ（／回復期機能の病床数×2 か月）【地域包括ケア病床】



呼吸器リハを行った患者数の1病床あたりの平均値は0.0811で、前年度0.0638より高かった。南部圏域で0.0901と最も高く、その他圏域は0.0254と最も低かった。

▶グラフ 9-4-1 廃用リハ（／回復期機能の病床数×2 か月）

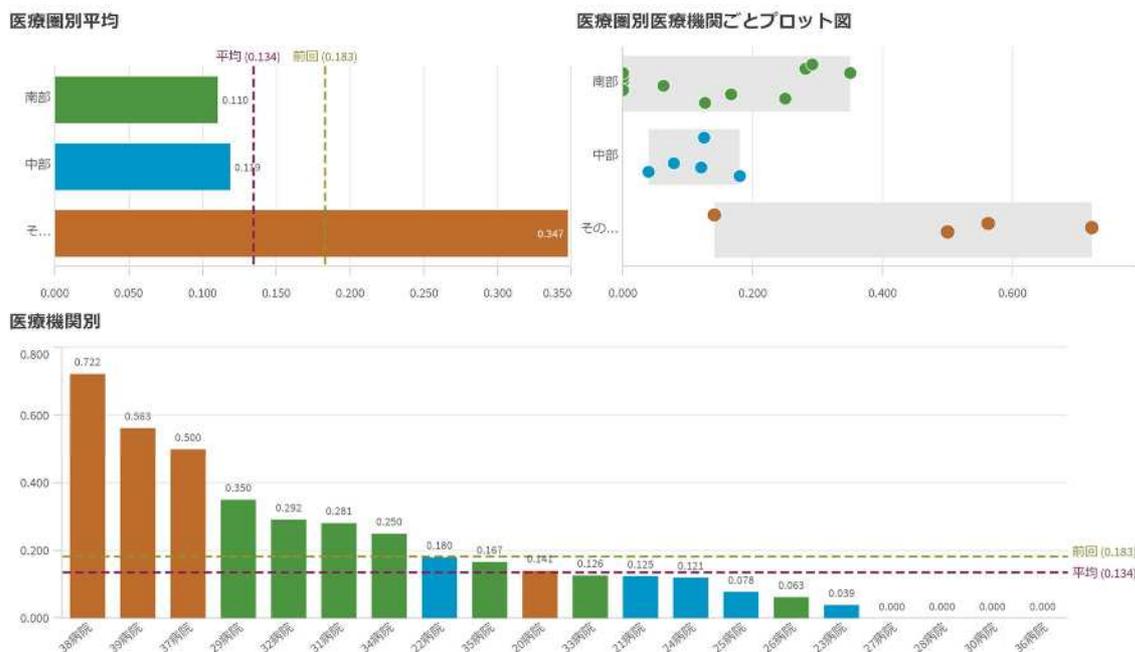
【回復期リハビリテーション病棟】



廃用リハを行った患者数の1病床あたりの平均値は0.046で、前年度の0.045より高かった。その他圏域で0.076と最も高く、南部圏域は0.035と最も低かった。

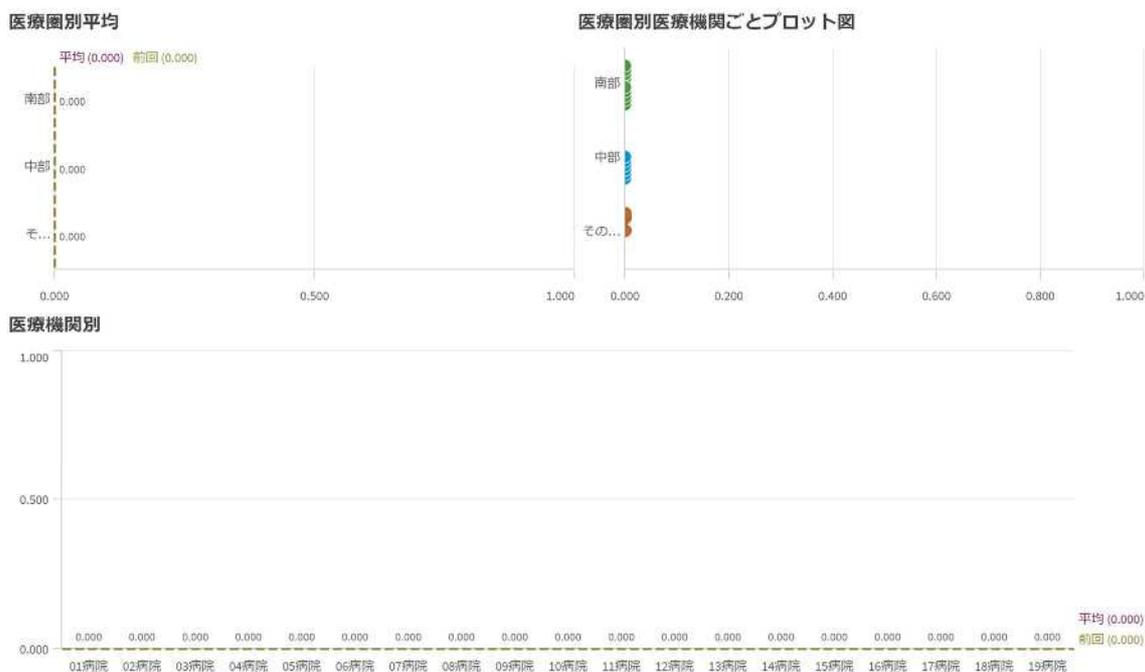
▶グラフ 9-4-2 廃用リハ（／回復期機能の病床数×2 か月）

【地域包括ケア病床】



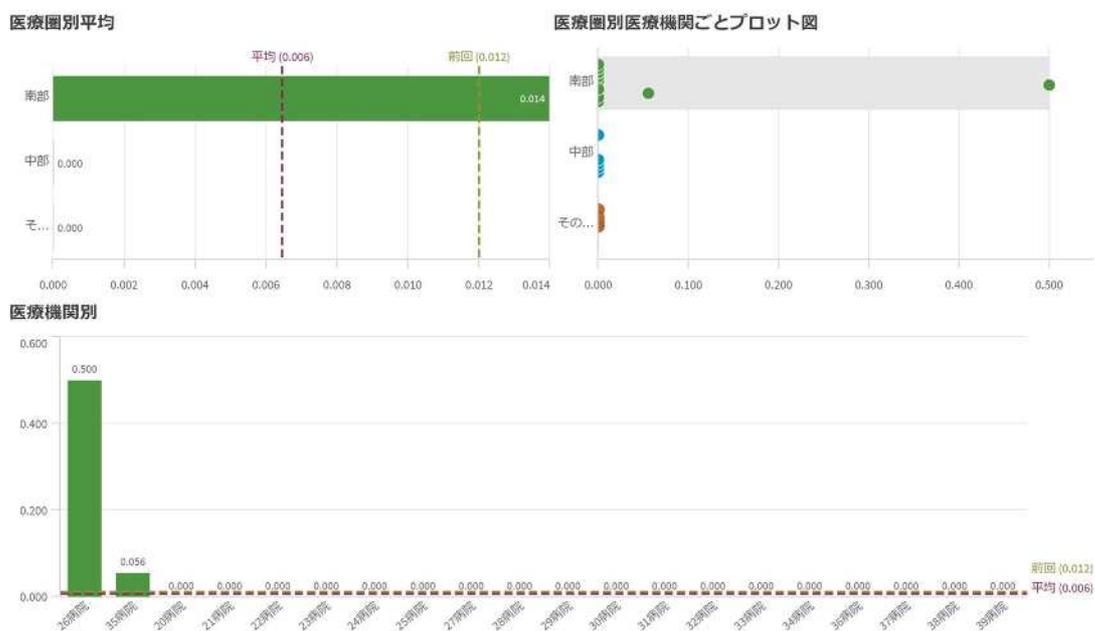
廃用リハを行った患者数の1病床あたりの平均値は0.134で、前年度0.183より低かった。その他圏域で0.347と最も高く、南部圏域は0.110と最も低かった。

▶グラフ 9-5-1 心大血管疾患リハ(／回復期機能の病床数×2 か月)【回復期リハビリテーション病棟】



心大血管疾患リハを行った病院は0であった。

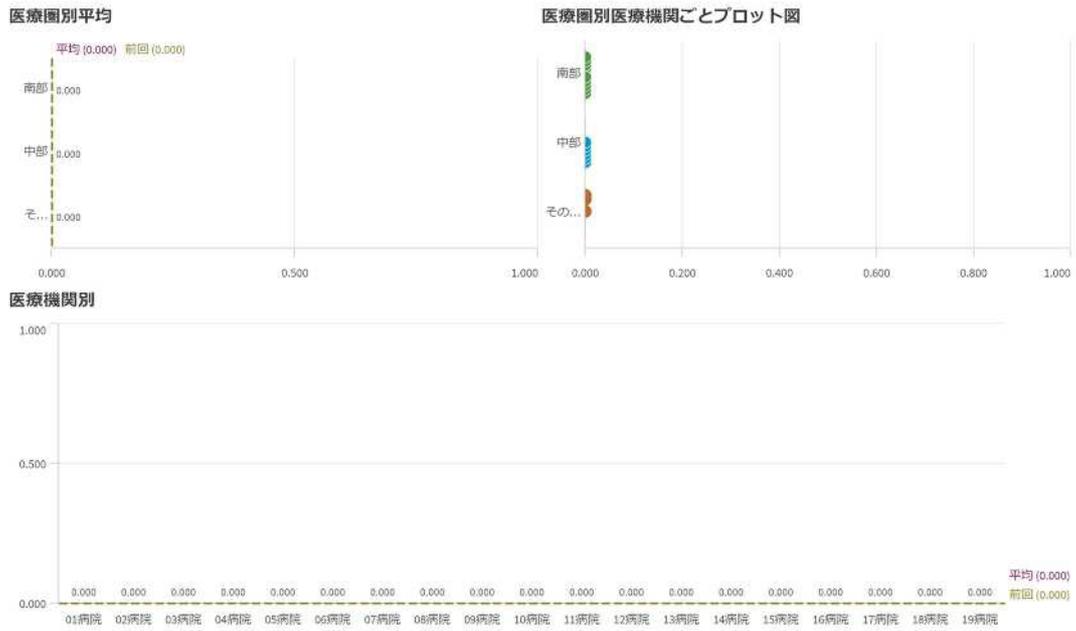
▶グラフ 9-5-2 心大血管疾患リハ(／回復期機能の病床数×2 か月) 【地域包括ケア病床】



心大血管疾患リハを行った患者数の1病床あたりの平均値は0.006で、前年度の0.012より低かった。

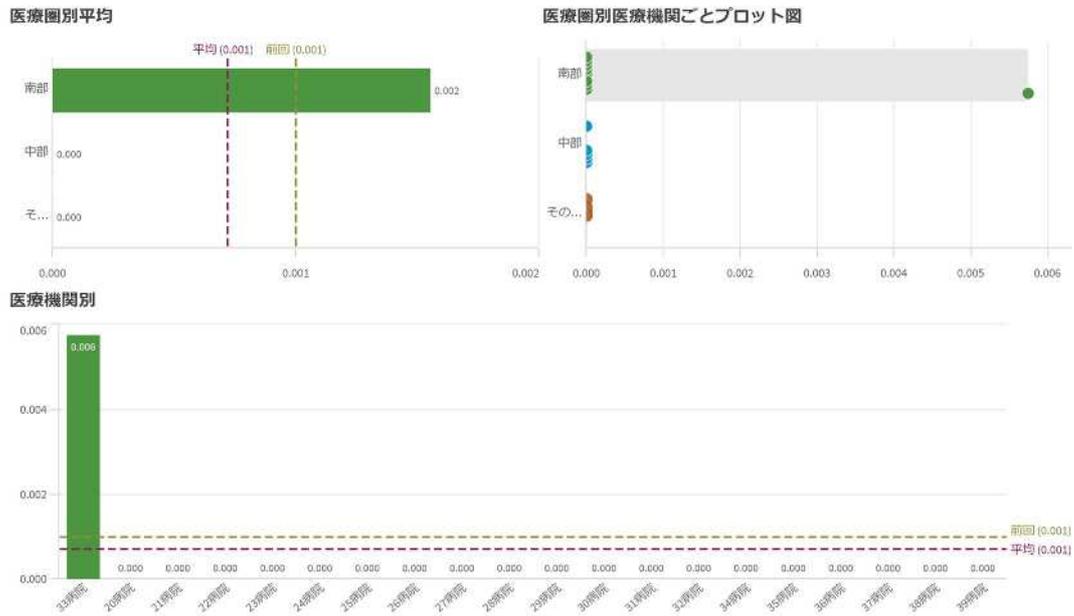
南部圏域の2病院のみ対応していた。

▶グラフ 9-6-1 がん患者リハ（／回復期機能の病床数×2 か月）【回復期リハビリテーション病棟】



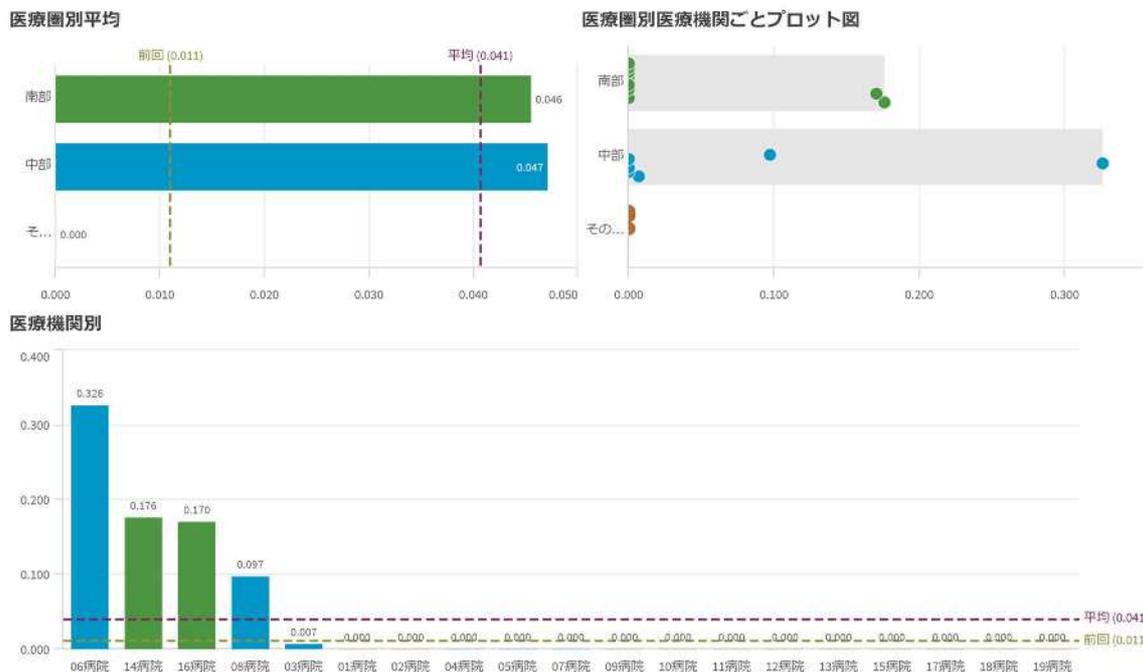
がん患者リハを行った病院は 0 であった。

▶グラフ 9-6-2 がん患者リハ（／回復期機能の病床数×2 か月）【地域包括ケア病床】



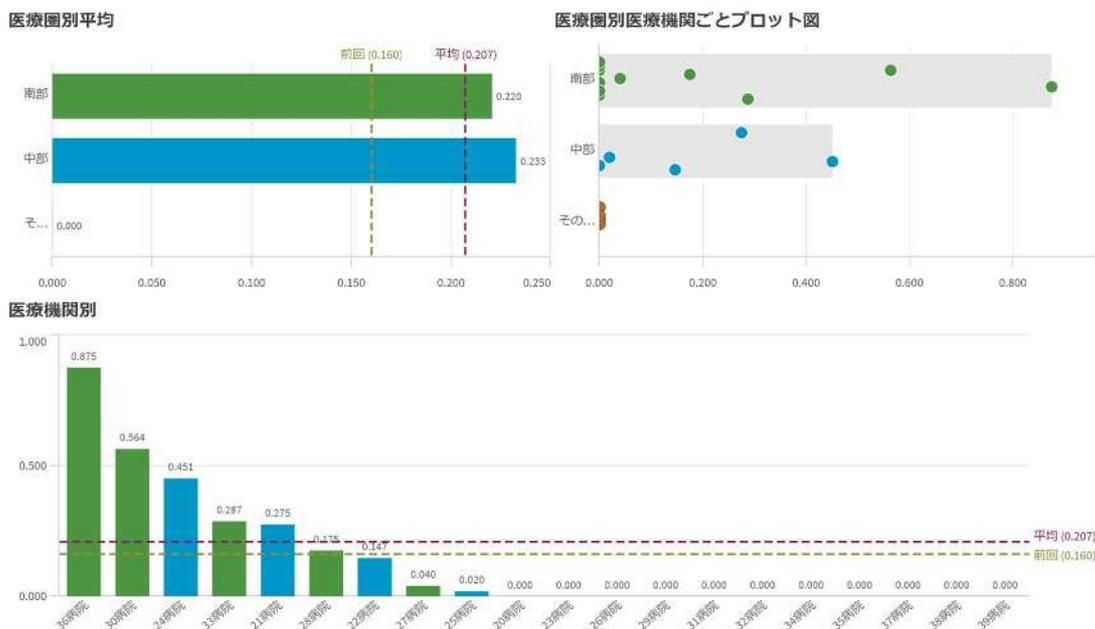
がん患者リハを行った病院は、南部圏域の 1 病院だった

▶グラフ 9-7-1 算定基準を満たさない集団リハビリテーション・短時間リハビリテーション  
 (／回復期機能の病床数×2 か月)【回復期リハビリテーション病棟】



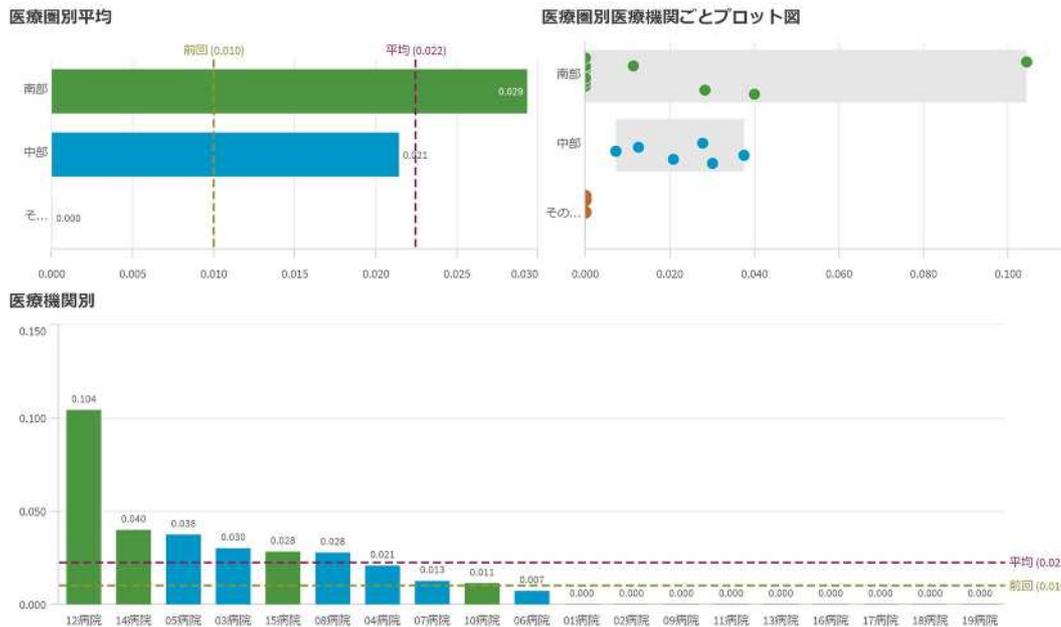
算定基準を満たさない集団・短時間リハを行った患者数の1病床あたりの平均値は0.041で、前年度の0.011より高かった。  
 中部圏域で0.047と最も高く、その他圏域は0であった。

▶グラフ 9-7-2 算定基準を満たさない集団リハビリテーション・短時間リハビリテーション  
 (／回復期機能の病床数×2 か月)【地域包括ケア病床】



算定基準を満たさない集団・短時間リハを行った患者数の1病床あたりの平均値は0.207で前年度の0.160より高かった。  
 中部圏域で0.233と最も高く、その他圏域は0であった。

▶グラフ 9-8-1 うち ST が介入した算定基準を満たさない摂食嚥下リハビリ（/回復期機能の病床数  
×2 か月）  
【回復期リハビリテーション病棟】



ST が介入した算定基準を満たさない摂食嚥下リハビリを行った患者数の 1 病床あたりの平均値は 0.022 で、前年度の 0.010 より高かった。  
南部圏域で 0.029 と最も高く、その他圏域は 0 だった。

▶グラフ 9-8-2 うち ST が介入した算定基準を満たさない摂食嚥下リハビリ（/回復期機能の病床数  
×2 か月）  
【地域包括ケア病床】



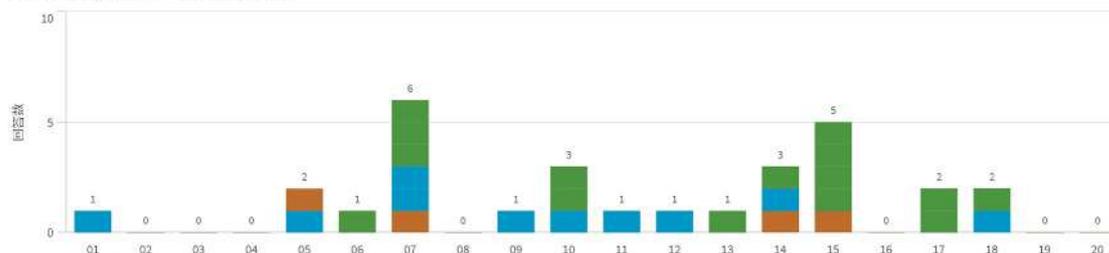
STが介入した算定基準を満たさない摂食嚥下リハビリを行った患者数の病床あたりの平均値は0.080で前年度の0.072より高かった。  
中部圏域で0.153と最も高く、その他圏域は0であった。

## 10. 受け入れ方針

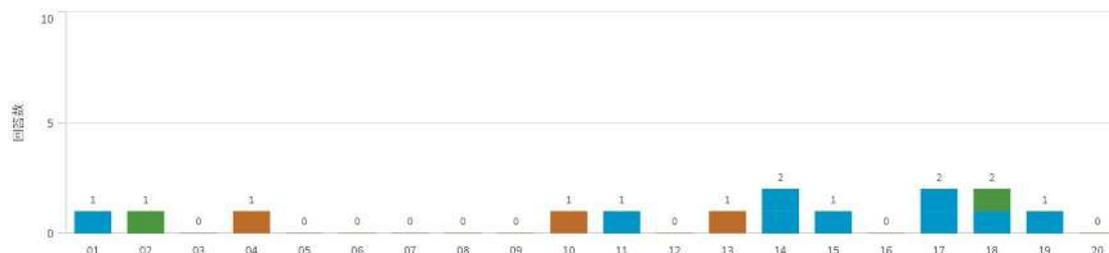
### ▶グラフ 10-1-1 受入方針\_併存病名（治療中の疾患）①②③、既存病名（内服等の治療無し）①②③ 【回復期リハビリテーション病棟】

01\_心不全 02\_狭心症 03\_弁膜症 04\_閉塞動脈疾患 05\_徐脈性不整脈 06\_頻脈性不整脈 07\_急性心筋梗塞 08\_心内膜炎 09\_非破綻性大動脈瘤 10\_解離性大動脈瘤 11\_脳血管疾患 12\_肺炎等 13\_胸水・胸膜の疾患 14\_呼吸不全 15\_進行している慢性腎臓病 16\_重荷制限を伴う外傷 17\_進行している神経難病 18\_統合失調症 19\_うつ病 20\_認知症

受入方針\_併存病名（治療中の疾患）



受入方針\_既存病名（内服等の治療無し）



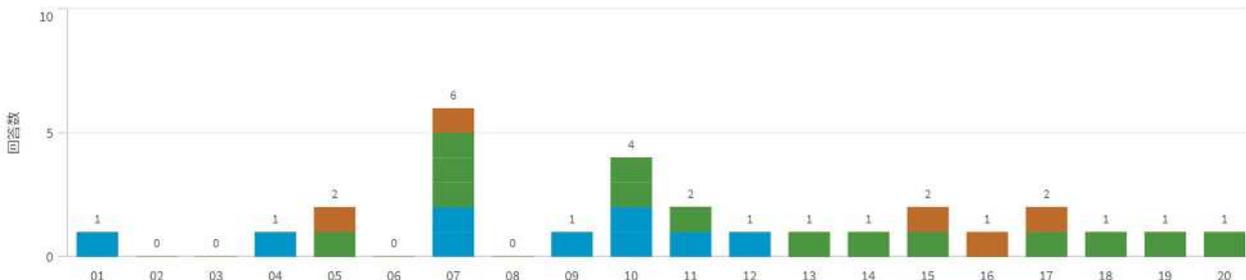
入院の受入を制限するような併存病名（治療中の疾患）は急性心筋梗塞が6カ所と最も、次いで進行している慢性腎臓病が5カ所と多かった。

入院の受入を制限するような既存病名（内服等の治療なし）は進行している呼吸不全、進行している神経難病、統合失調症がそれぞれ2カ所と最も多かった。

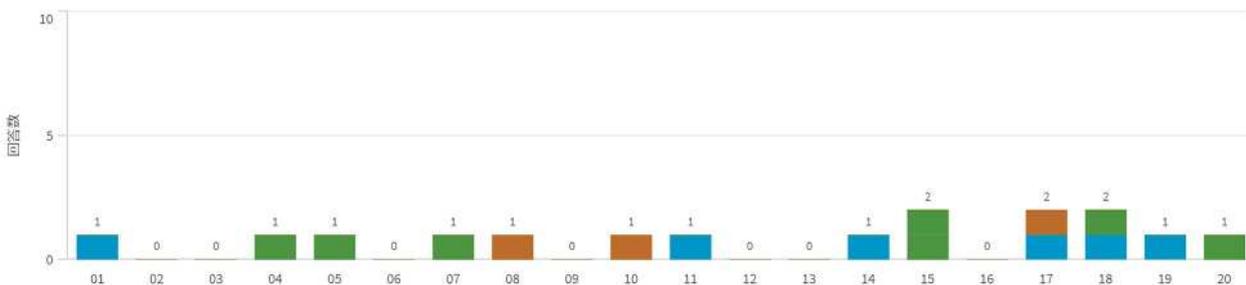
▶グラフ 10-1-2 受入方針\_併存病名（治療中の疾患）①②③、既存病名（内服等の治療無し）①②③  
 【地域包括ケア病床】

01\_心不全 02\_狭心症 03\_弁膜症 04\_閉塞動脈疾患 05\_徐脈性不整脈 06\_頻脈性不整脈 07\_急性心筋梗塞 08\_心内膜炎 09\_非破裂性大動脈瘤 10\_解離性大動脈瘤 11\_脳血管疾患 12\_肺炎等 13\_胸水・胸膜の疾患 14\_呼吸不全 15\_進行している慢性腎臓病 16\_重荷制限を伴う外傷 17\_進行している神経難病 18\_統合失調症 19\_うつ病 20\_認知症

受入方針\_併存病名（治療中の疾患）



受入方針\_既存病名（内服等の治療無し）



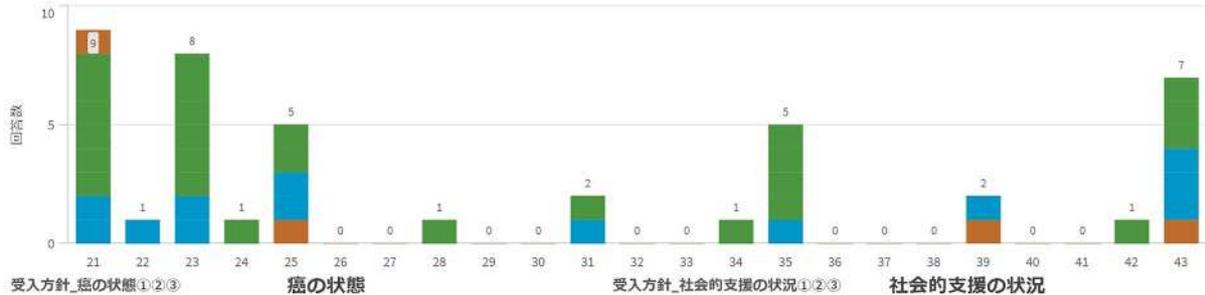
入院の受入を制限するような併存病名（治療中の疾患）は急性心筋梗塞が 6 カ所と最も、次いで解離性大動脈瘤が 4 カ所と多かった。

入院の受入を制限するような既存病名（内服等の治療無し）は進行している慢性腎臓病、進行している神経難病、統合失調症がそれぞれ 2 カ所と最も多かった。

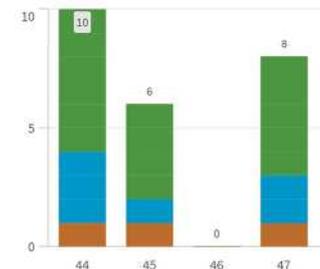
▶グラフ 10-2-1 受入方針\_医療・介護的ケアの状態①②③【回復期リハビリテーション病棟】

21\_自殺企図 22\_褥瘡あり 23\_終末期 24\_担当医が対応できず、退院への受診が必要 25\_高額薬剤（内服・注射等）を使用 26\_インスリンを伴う糖尿病コントロールが必要  
 27\_人工肛門 28\_褥瘡（d2以上；DESG-Rで判定） 29\_インスリン（2回以上/日） 30\_血糖測定（スライディングスケールでインスリン実施の指示あり） 31\_吸引（5回以上/日）  
 32\_経管栄養（経鼻） 33\_経管栄養（胃瘻） 34\_経静脈栄養（末梢静脈） 35\_経静脈栄養（中心静脈栄養） 36\_導尿（定期導尿） 37\_導尿（不定期導尿） 38\_尿道留置カテーテル  
 39\_不穏など常時見守りが必要 40\_抑制（見守り・センサー） 41\_抑制（ミトン） 42\_抑制（ミトン以外の抑制） 43\_維持透析

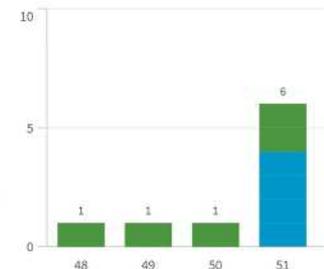
医療・介護的ケアの状態



44\_悪性腫瘍（治療中）  
 45\_悪性腫瘍（治療後の再発予防）  
 46\_悪性腫瘍（治療）  
 47\_悪性腫瘍（緩和ケア）



48\_入院中に介護保険サービスを申請予定（新規または区分変更申請）  
 49\_自立支援サービスの申請予定（新規または状態変更申請）または認定待ち  
 50\_経済的課題があり新規の生活保護申請や相談機関へ調整を予定  
 51\_キーパーソン（入院時に患者の保証人、患者に代わる契約者、成年後見人等）が不在、またはその役割を果たせない患者



入院の受入を制限するような医療・介護的ケアの状態は自殺企図が 9 カ所と最も多く、次いで終末期が 8 カ所、維持透析が 7 カ所と多かった。

入院の受入を制限するような癌の状態は治療中が 10 カ所と最も多く、次いで緩和ケアが 8 カ所と多かった。

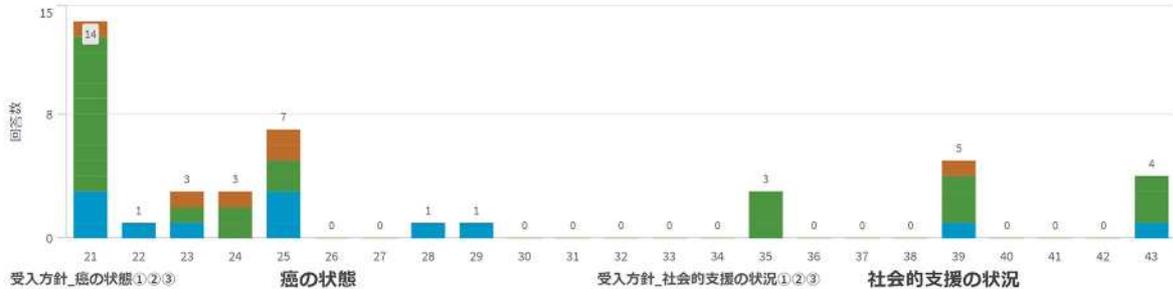
入院の受入を制限するような社会的支援の状態はキーパーソン（入院時に患者の保証人、患者に代わる契約者、成年後見人等）が不在、又はその役割を果たせない患者が 6 カ所と最も多かった。

▶グラフ 10-2-2 受入方針\_医療・介護的ケアの状態①②③

【地域包括ケア病床】

21\_自殺企図 22\_褥瘡あり 23\_終末期 24\_担当医が対応できず、退院への受診が必要 25\_高額薬剤（内服・注射等）を使用 26\_インスリンを伴う糖尿病コントロールが必要  
 27\_人工肛門 28\_褥瘡（d2以上；DESG-Rで判定） 29\_インスリン（2回以上/日） 30\_血糖測定（スライディングスケールでインスリン実施の指示あり） 31\_吸引（5回以上/日）  
 32\_経管栄養（経鼻） 33\_経管栄養（胃瘻） 34\_経静脈栄養（末梢静脈） 35\_経静脈栄養（中心静脈栄養） 36\_導尿（定期導尿） 37\_導尿（不定期導尿） 38\_尿道留置カテーテル  
 39\_不穏など常時見守りが必要 40\_抑制（見守り・センサー） 41\_抑制（ミトン） 42\_抑制（ミトン以外の抑制） 43\_維持透析

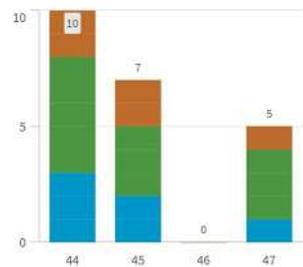
医療・介護的ケアの状態



受入方針\_癌の状態①②③

- 44\_悪性腫瘍（治療中）
- 45\_悪性腫瘍（治療後の再発予防）
- 46\_悪性腫瘍（治癒）
- 47\_悪性腫瘍（緩和ケア）

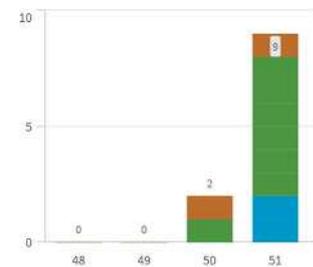
癌の状態



受入方針\_社会的支援の状況①②③

- 48\_入院中に介護保険サービスを申請予定（新規または区分変更申請）
- 49\_自立支援サービスの申請予定（新規または状態変更申請）または認定待ち
- 50\_経済的課題があり新規の生活保護申請や相談機関へ調整を予定
- 51\_キーパーソン（入院時に患者の保証人、患者に代わる契約者、成年後見人等）が不在、またはその役割を果たせない患者

社会的支援の状況



入院の受入を制限するような医療・介護的ケアの状態は自殺企図が 14 カ所と最も多く、次いで高額薬剤（内服・注射等）を使用が 7 カ所と多かった。

入院の受入を制限するような癌の状態は治療中が 10 カ所と最も多く、次いで治療後の再発予防が 7 カ所と多かった。

入院の受入を制限するような社会的支援の状況はキーパーソン（入院時に患者の保証人、患者に代わる契約者、成年後見人等）が不在、又はその役割を果たせない患者が 9 カ所と最も多かった。

## 受入方針チェックシート（回リハ）

アンケート対象病棟の受け入れ方針についてお伺いします。入院の受入を制限するような病名及び状態がありましたら、右側のリストを参照いただき、ブルダウンより選択してください（3つ程度）。リスト以外の病名・状態がある場合や、その他追加したい事項等がありましたら「その他」へご記入ください。

### 併存病名(治療中の疾患)

|  |
|--|
| 癌で痛みを伴う状態/輸血を必要とする貧血/血液透析/腹膜透析                                 |
| 1型糖尿病  |
| 基本、治療が落ち着いてからの受け入れになります。                                       |
| 治療方針が決まってICもされており今後のスケジュール等の情報提供あれば受け入れ可能。                     |
| その都度、医師と協議を行い、受入調整を行っております。また、急変があった場合、転院が可能かを確認し、受入調整を行っています。 |
| 現在の状態で受け入れ可能かどうかを判断するため、この病名がある患者は診ませんという基準で判断はしていません。         |
| 受入制限は特にはないですが、薬価の高い薬品を使用している方は要検討です。                           |
| 右記疾患があっても、点滴治療を終了してリハビリ可能な状態であれば受け入れしています                      |
| 血液疾患   |
| 病名リスト項目に記載されている疾患では、内服等で、症状や状態が落ち着いていれば、原則制限はしていない。            |
| 治療中の疾患に関しては、検査・薬剤が制限される。                                       |

### 既存病名（内服等の治療無し）

|  |
|--|
| その都度、症状の確認を行い、医師と協議を行い受入を行っております。                      |
| 現在の状態で受け入れ可能かどうかを判断するため、この病名がある患者は診ませんという基準で判断はしていません。 |
| 病名リスト項目に記載されている疾患では、内服等で、症状や状態が落ち着いていれば、原則制限はしていない。    |

### 癌の状態

|   |
|---|
| その都度、症状の確認を行い、医師と協議を行い受入を行っております。                               |
| 現在の状態で受け入れ可能かどうかを判断するため、この病名がある患者は診ませんという基準で判断はしていません。          |
| リハビリをして帰宅できるだけの体力や病状であれば、良いです。                                  |
| 悪性腫瘍（治療後の再発予防）では内服を急性期で処方又は注射の時期をずらす等の相談はしているが、難しくても受け入れ可としている。 |

### 医療・介護的ケアの状態

|   |
|---|
| 経静脈栄養（中心静脈栄養）/自殺企図/ミトン以外の抑制   |
| 医師と協議を行い受入を行っております。   |
| （選択した以外の状態含め）一切受け入れないという意味ではなく、そのときの他の入院患者の状態やベッド状況により制限することがある。                    |
| 上記記載してある中でも、回復期リハ対象であって、なおかつ現在の状態で受け入れ可能かどうかを判断するため、リハビリによる改善が見込まれる場合は受け入れることもあります。 |
| 抑制（ミトン）、体幹抑制が必ず必要な患者様   |
| 終末期ありきでは受け入れ制限あるが、入院後の体調等の結果、終末期に向かう患者は存在している。                                      |

### 社会的支援の状況

|  |
|--|
| 実際には身寄り無しケースも受け入れているが、退院支援に労力を要するため受け入れ人数の制限を行っている。                |
| 患者様の情報を踏まえ、医師と協議を行い、受入を検討しています。                                    |
| 受け入れ可能です。  |
| キーパーソン不在は受け入れているが、物品購入・外来受診・金銭管理等を全てスタッフで対応するので院内の状況で受け入れに人数制限はある。 |

## 受入方針チェックシート（地ケア）

アンケート対象病棟の受け入れ方針についてお伺いします。入院の受入を制限するような病名及び状態がありましたら、右側のリストを参照いただき、プルダウンより選択してください（3つ程度）。リスト以外の病名・状態がある場合や、その他追加したい事項等がありましたら「その他」へご記入ください。

### 併存病名(治療中の疾患)

急性期の疾患、手術を要する疾患については対応不可

治療方針が決まってICがされており、今後のスケジュール等の情報提供もあれば受け入れ可能。

現在の状態で受け入れ可能かどうかを判断するため、この病名がある患者は診ませんという基準で判断はしておりません。

上記病名でお受け入れ出来ないわけではありませんが、精神状態によって管理が難しい場合はお受けできない場合もあります。

### 既存病名（内服等の治療無し）

経鼻胃管が入っていて、ずっと経鼻の予定の方は受け入れ困難。

現在の状態で受け入れ可能かどうかを判断するため、この病名がある患者は診ませんという基準で判断はしておりません。

### 癌の状態

高額薬剤（抗がん剤）の場合不可

地ケアの入院料でまかなえる範囲であれば可能。

上記病名でお受け入れ出来ないわけではありませんが、全身状態によって管理が難しい場合はお受けできない場合もあります。

現在の状態で受け入れ可能かどうかを判断するため、この病名がある患者は診ませんという基準で判断はしておりません。

### 医療・介護的ケアの状態

高額薬剤の方は難しいです。

また、当院の非採用薬が多い患者さんも対応が受け入れが難しいです。

維持透析

①については、頻繁でなければ対応可能です。

②については、夜勤人数が少ないため受入が難しいです。

### 社会的支援の状況

実際身寄り無しケースは受け入れているが、退院支援に労力を要するため受け入れ人数の制限を行っている。

当院通院中の患者さんの場合は、お受け入れは可能です。

受け入れ可能です。

# 11. 評価

## 令和5年度地域医療構想の推進に向けた医療機能分化に関する調査

### 回復期機能の実績調査 結果の総評

今回の調査は、令和4年度に引き続き前向き調査として回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病床の質と地域のなかで果たしている役割を評価し、調査項目について回復期病床の評価指標としての基準を継続的に把握にする目的で実施した。

令和5年7月中旬に調査票を配布し、8月～9月の61日間の診療実績、および入院していた患者について調査を行った。回復期リハビリテーション病棟をもつ21病院、および地域包括ケア病床をもつ23病院に回答を依頼し、それぞれ19病院および20病院より回答を得た。調査内容は前年度と同一とすることを基本としたが、回答が困難であった一部の項目については変更を行った。

調査にあたって、エクセルファイルを配布し基礎診療項目としてストラクチャー指標（許可病床数、入院基本料等）、プロセス指標（延べ患者数、リハビリ総単位数等）、アウトカム指標（在宅復帰率）および加算について調査した。また、入退院時における患者ごとの状況を把握するために入院時および退院時チェックシートを配布し、入院経路、主病名および入院時併存症名、医療・介護的ケアの状況、社会的支援、リハビリテーション等について調査を行った。各項目については、患者数を病床数で除し「1床あたり患者数」とすることで医療機関間の比較が可能な指標とした。また、自由記載の欄を設定し意見を収集した。

調査結果について、調査項目別に沖縄県全域および医療圏別の平均値、病院ごとの結果を整理した。病院ごとの結果については、医療圏別（病院数の制限により中部、南部、その他の3つ）に病院ごとの数値をプロットし分散を可視化した。前年度の調査結果と比較が可能であると判断した項目については、前年度（調査対象期間:令和4年10月～11月の61日間）結果の沖縄県全域の平均値を記載した。

アンケート結果の集計により、各項目について沖縄県全域および各医療圏の平均値を算出し病院間の比較が可能となった。

リハビリ単位数、栄養管理指導数等の基礎診療項目について、病院ごとの分散が大きいことが判明した。リハビリ単位数については、調査期間内に回復期リハビリテーション病棟で実施された1床あたりの平均値が、地域包括ケア病床平均値の5倍を超えて上回っていた。また、回復期リハビリテーション病棟において前年度の結果を上回り、地域包括ケア病床においては前年度の結果を下回っていた。

平均在院日数の平均値について、回復期リハビリテーション病棟において前年度の結果を上回り、地域包括ケア病床においては前年度の結果を下回っていた。病床利用率については、回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床の双方において前年度の結果を上回っていた。病床回転率については、回復期リハビリテーション病棟において前年度の結果を下回り、地域包括ケア病床においては前年度の結果を上回っていた。在宅復帰率については、回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床

の双方において前年度の結果を下回っていた。特に中部医療圏の在宅復帰率については、南部およびその他の医療圏と比較し10%前後低値であった。

入院経路に関する調査項目への回答から、ポストアキュート機能、サブアキュート機能について各病院の現状および各医療圏の傾向を把握することができた。それぞれの受け入れ割合（ページ14）について、回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床の双方で、前年度の結果よりもサブアキュート機能の入院受け入れ割合が上昇していた。特に、中部医療圏の地域包括ケア病床では、前年度と比較し約13%上昇していた。

ポストアキュート機能の内訳（ページ16）では、回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床の双方で、前年度の結果よりも『自院以外急性期病院から受入（同一法人外）』割合が上昇していた。回復期リハビリテーション病棟では、同じ病院内もしくは医療法人内に急性期病床を持つかどうかで受け入れ元の割合が顕著に変化していた。特に、院内に急性期病棟を持つ10病院のうち5病院で『自院の急性期病棟からの転入受入』割合が80%を超え、100%の病棟もあった。地域包括ケア病床の結果からは、院内に急性期病床を持つ病院が14あり、そのうち9病院で院内からの受け入れが80%を超え、100%の病院が4つあった。

サブアキュート機能の内訳（ページ18）では、回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床の双方で、前年度の結果よりも『自院の慢性期病棟入院患者の転棟による受入』割合が上昇していた。また、回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床の双方で在宅（個人宅）からの入院受け入れが50%以上を占める病院が多いものの、同法人内で運営する高齢者施設等や慢性期病床がある病院では、法人内関連施設からの入院受け入れが高くなる傾向にあると思われた。

今年度は、サブアキュート機能としての入院受入経路として『在宅患者』を選択した場合、さらに詳細な入院経路を回答していただいた（ページ33～46）が、サブアキュート機能として在宅患者（⑥・⑦・⑧）の受入がなかった7病院は含まれていない。回復期リハビリテーション病棟では、『救急搬送（当院かかりつけ、初診）』を行っている病院は2つであった。『紹介患者の受け入れ』が100%である病院が5つであった。『紹介患者の受入を選択した場合の紹介元医療機関の属性』（ページ40）では、『急性期病院』からの紹介割合が最も多く、100%の病院が4つであった。『診療所（内科系、外科系）』からの紹介を受け入れている病院は3つであった。

地域包括ケア病床では、『外来（当院かかりつけ）』からの受入割合が100%の病院が2つであった。また、『紹介患者の受入』が100%である病院は1つのみであった。『紹介患者の受入を選択した場合の紹介元医療機関の属性』（ページ41）では、県全体では『診療所（その他）』の割合が最も高く、医療圏別では中部、その他の医療圏で『診療所（内科系）』がもっとも高かった。サブアキュート機能として紹介患者を受入れる際、患者は『急性期病院からの転院』以外の経路で入院してくることとなる。この場合、『急性期病院』からの紹介は、救急外来受診後に入院せず回復期病床を紹介されたということになり、この経路の割合は回復期病床を持つ病院と急性期病院の連携の程度を示しているものと思われる。また、同様に『診療所（内科系、外科系、その他）』からの紹介も回復期病床を持つ病院と地域の診療所の連携

を示していると思われる。ただし、この質問は同一法人であるか否かの選択肢が無いことから、法人内の連携を回答している病院もあるものと思われた。

入院患者が地域のどこから来ているのかを把握することで、回復期病床が地域医療のなかで果たしている役割を示すことができるものと思われる。ポストアキュート機能における院内、法人内の急性期病床からの入院受入れ割合、およびサブアキュート機能における法人内関連施設からの受入れ割合が高いことそのものは課題ではないだろう。しかし、地域医療のなかで法人外からポストアキュート機能、サブアキュート機能の入院患者を受入れることを求められていたなら、そのギャップは課題となるだろう。

入院主病名の調査結果（ページ 47~58）では、前年度の結果として回復期リハビリテーション病棟に入院した患者の主病名として割合が高かった上位疾患（その他疾患を除く）および地域包括ケア病床に入院した患者の主病名として割合が高かった上位疾患（特定の病院のみに偏っている眼科系疾患、その他疾患を除く）に共通する 9 疾患に、脳血管疾患を加えた 10 疾患について特に詳細な分析を行った。このうち、【心不全】【肺炎等】【誤嚥性肺炎】【腎尿路疾患】【神経系疾患】【循環器系疾患】を主病名として入院した 1 病床あたりの患者数の平均値は、回復期リハビリテーション病棟よりも地域包括ケア病床による受け入れが高値であった。また、【筋骨格系疾患】の南部、中部医療圏の平均値は、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病床で近似していた。

入院時併存病名の調査結果（ページ 59~69）では、主病名として詳細分析を行った 10 疾患に加え、精神疾患（精神科フォローが必要）を加えた疾患について特に詳細な分析を行った。ただし、主病名と回答する選択肢が異なるため【神経系疾患】【循環器系疾患】【筋骨格系疾患】については分析を行えず、合計 8 疾患となっている。回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床の双方で、【腎尿路疾患】【脳血管疾患】【心不全】【精神疾患（精神科フォローが必要）】が共通して上位であった。

ターミナル期の調査結果（ページ 70~71）では、癌による終末期の患者を受け入れた回復期リハビリテーション病棟は 2 つ、地域包括ケア病床は 6 つであった。双方の平均値がともに前回結果を下回った。また、非がんの終末期患者を受け入れた回復期リハビリテーション病棟はなく、地域包括ケア病床も 4 つであった。

医療・介護的ケアの調査結果（ページ 72~102）のうち、ページ 73~76 は医療的ケアに関する医療圏別のレーダーチャートを示している。項目ごとに正規化（Min-Max 法）処理を行っているため、項目をまたいで数値を比較することはできず、項目の詳細については対応する結果ページを参照する必要がある。

【褥瘡 d2 以上が 2 ヶ所以上】（ページ 77）において、南部医療圏では対応する回復期リハビリテーション病棟は 1 つであり、地域包括ケア病床において対応されていると思われた。

【インスリン（2 回以上/日）】【血糖測定（スライディングスケールでインスリン実施の指示あり）】では、地域包括ケア病床の 1 病床あたりの患者数の平均値が、回復期リハビリテーション病棟の平均値を超えていた。

【吸引（5 回以上/日）】【経管栄養（経鼻）】【経管栄養（胃瘻）】では、地域包括ケア病床の 1 病床あた

りの患者数の平均値が、回復期リハビリテーション病棟の平均値を超えていた。中部医療圏では【経管栄養（胃瘻）】に対応した回復期リハビリテーション病棟は1つのみであった。

【経静脈栄養（末梢静脈）】【経静脈栄養（中心静脈）】では、地域包括ケア病床の1病床あたりの患者数の平均値が、回復期リハビリテーション病棟の平均値を超えていた。【経静脈栄養（中心静脈）】の患者を受け入れる地域包括ケア病床は1つであった。

【導尿】関連の質問項目については、回答者が回答しやすいように前回調査と質問の仕方を変更した。入院3日以内に【定期導尿】が必要な患者を受け入れた回復期リハビリテーション病棟は6つ、地域包括ケア病床は4つであった。また入院3日以内に【不定期導尿】が必要な患者を受け入れた回復期リハビリテーション病棟は8つ、地域包括ケア病床は5つであり、過半数の回復期病床では導尿が必要な患者を受け入れていなかった。入院3日以内に【尿道留置カテーテル】が必要な患者を受け入れた数では、地域包括ケア病床の1病床あたりの平均値が、回復期リハビリテーション病棟の平均値を超えていた。

【維持透析】が必要な患者を受け入れた回復期リハビリテーション病棟は3つ、地域包括ケア病床は半数近くの10病院で受け入れがされていた。

【経管栄養（経鼻）】では、南部医療圏に比して中部医療圏では回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床ともに低値となっていた。一方で、【経管栄養（胃瘻）】【経静脈栄養（末梢静脈）】では中部医療圏の回復期リハビリテーション病棟の結果は南部医療圏を下回っていたが、地域包括ケア病床では南部医療圏の平均値を上回っていた。中部医療圏の地域包括ケア病床では、【経管栄養（経鼻）】よりも【経管栄養（胃瘻）】【経静脈栄養（末梢静脈）】患者の受入がより行われていることが判明した。自由記載結果に示されるように、回復期病床では医療・介護ケアの必要性が高い患者について、受入れ制限を行う場合があることが記載されていた。医療・介護ケアを必要とする患者は、自院急性期病棟もしくは同法人の急性期病院のように連携や情報共有が行いやすい病床からの転棟・転院受入れがより推進される可能性があり、南部医療圏は中部医療圏と比較し自院急性期病棟から地域包括ケア病床に入院する割合が高い（ページ16）ため、より【経管栄養（経鼻）】を受けている等の医療・介護ケアの必要性が高い患者の入院割合が高くなる可能性があるものと思われた。

回復期病床に入院するリハビリテーションが必要な患者が回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床のいずれに入院するかは、必要な医療的ケアにより判断されている可能性があり、また医療圏によって特色があることが分かった。

介護的ケアのうち抑制に関する調査結果（ページ97~102）について、入院前の患者情報を元にした抑制に関する判断を【入院前】として質問し、入院後に抑制の必要性を判断した結果を【入院3日目】として調査を行った。

ページ90~95は医療圏別のレーダーチャートを掲載した。回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病床ともに病院により抑制の方法と割合にばらつきがみられ、病院により抑制の対応が異なっていることが可視化された。

ページ95以降の詳細な結果について、【不穏など常時見守りが必要】項目以外は入院前および入院3

日目を併記した。同じ病院において入院前の数値が入院 3 日目より高値である場合、その差は『入院前の情報では抑制が実施されていたが、回復期病床に入院後に不要であると判断された』患者に相当する。また、同病院において入院前の数値が入院 3 日目より低値である場合、『入院前の情報では抑制が不要であった（もしくは情報がなかった）が、回復期病床に入院後抑制が必要であると判断された』患者に相当する。

【不穏など常時見守りが必要】について、南部医療圏では回復期リハビリテーション病棟の 1 病床あたりの患者数の平均値が、地域包括ケア病床の平均値を超えていた。一方で、中部・その他医療圏では地域包括ケア病床の平均値が、回復期リハビリテーション病棟の平均値を超えていた。

【ミトン以外の抑制】について、作業部会では安全ベルト等を使用した体幹抑制等のより侵襲度の高い抑制を想定した。地域包括ケア病床が高値、かつ入院 3 日後に上昇する傾向が見られた。一方で、結果が前後するがページ 107 に示される【入院中に他科受診（精神科）】項目は、【ミトン以外の抑制】の結果数値を回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病床ともに下回っていた。侵襲度が高い抑制が実施されているものの、精神科他科受診を受けていない患者が一定数いることが推測された。

社会的支援についての調査結果（ページ 103~106）では、【入院中に介護保険サービスを申請（または申請予定）】患者数の 1 病床あたりの平均値は、地域包括ケア病床より回復期リハビリテーション病棟が高値であった。また、回復期リハビリテーション病棟では前回の結果を上回り、地域包括ケア病床で前回結果を下回った。沖縄県の高齢化の進展を考慮すると高齢者数は増加しており、比例して介護が必要な状態の高齢者も増加しているものと思われる。可能性として、『地域包括ケア病床では、入院する以前に介護認定の申請が行われている』が考えられる。介護保険サービスを申請もしくは利用可能であることを確認されたうえで地域包括ケア病床に入院する患者が多いとすれば、介護保険の認定もしくは申請まで地域包括ケア病床に入院できず急性期病院で入院を継続している、もしくは一旦自宅等療養場所に退院しリハビリテーション等の必要な医療・介護ケアを受けることができていない可能性があるものと思われた。

【自立支援サービスの申請（予定含む）】患者数の 1 病床あたりの平均値は、回復期リハビリテーション病棟において前回を上回り、南部医療圏において対応している病院が 5 つであった。地域包括ケア病床では南部医療圏の 1 つの病院が対応していた。

【キーパーソン不在】で支援が必要な患者数の 1 病床あたりの平均値は、回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床の双方で、南部医療圏が中部・その他医療圏の結果を上回っていた。また、地域包括ケア病床では前回の平均値を下回り、中部医療圏では対応している病院は 1 つであった。

【経済的課題】があり支援が必要な患者数の 1 病床あたりの平均値は、回復期リハビリテーション病棟で前回の平均値から上回り、地域包括ケア病床の結果は前回を下回った。また、中部医療圏の地域包括ケア病床をもち調査に回答した 5 病院のうち、3 病院で【経済的課題】に対応していた。

地域包括ケア病床における社会的支援についての調査項目のすべてで平均値が前回値を下回っていることは、前回の調査時よりも社会的支援が必要な患者への対応について後退している可能性があるもの

と考えられた。

疾患別リハビリテーションの調査結果（ページ 110～117）から、回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床において、どのような疾患に対するリハビリテーションが行われているかが把握できた。【脳血管疾患等リハビリテーション料】【運動器リハビリテーション料】において回復期リハビリテーション病棟の1病床あたりの平均値が、地域包括ケア病床の平均値を超えていた。一方で、【呼吸器リハビリテーション料】【廃用症候群リハビリテーション料】を算定している回復期リハビリテーション病棟は少なく、地域包括ケア病床の1病床あたりの平均値が、回復期リハビリテーション病棟の平均値を超えていた。【心大血管リハビリテーション料】は、地域包括ケア病床をもつ2病院、および【がん患者リハビリテーション料】は地域包括ケア病床をもつ1病院でのみ対応がなされていた。【算定基準を満たさない集団リハビリテーション・短時間リハビリテーション】【うち ST が介入した摂食嚥下リハビリテーション】では、地域包括ケア病床の1病床あたりの平均値が、回復期リハビリテーション病棟の平均値を超えていた。

今回の調査では、『入院の受入を制限するような病名及び状態』について、受入方針チェックシートを使用し回答を求めた（ページ 118～121）。【併存病名（治療中の疾患）】について、「急性心筋梗塞」を選択した病院が回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床の双方で6箇所であった。【医療・介護的ケアの状態】については、回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床の双方で「自殺企図」を選択した病院が最も多く、【癌の状態】では「治療中」が最も多く、【社会的支援の状況】では、「キーパーソン不在」が最も多かった。

受入方針チェックシートでは、チェック項目以外の回答を収集すべく、自由記載欄を作成した。具体的な検討内容が記載されているため、一読をお願いしたい。

今回の調査は、前年度に策定した病院および医療圏ごとの比較を可能とするための評価指標を基本としながら、一部調査項目の変更および追加を行った。調査項目によっては病院ごとの数値の分散がおおきい場合があり、回答者により調査意図の認識が異なっている可能性があるものと思われた。また、一部の質問項目は回答しない病院もあった。さらに、前年度の調査結果とは新型コロナウイルス感染症の流行および感染対策の進展等の状況が異なっているため、前回の平均値との単純な比較は困難であると思われた。

ただし、上記の限界はあるものの、回復期機能を果たす病床の診療の状況、および質の評価を行ううえで貴重なデータが得られた。調査全体の基本的な方針は定まっており、基本的には同様の項目を継続調査していけるものと考えられる。今後も毎年度調査を行い、各病院の診療の質の変化を把握しつつ、医療圏ごとに地域から求められる役割の可視化を継続し、地域の医療提供体制の検討の資料とすることができると考えている。

## 令和5年度地域医療構想の推進に向けた医療機能分化に関する調査

### 回復期機能評価指標（調査票）自由記載結果について

今回の調査において、前回に引き続き各医療機関より「入院時、又は転院、転棟時の課題」「社会的（福祉的）支援における課題」「他科受診を行う場合の課題」「医療、介護的ケアに関する課題」「抑制の対応」「その他」の項目ごとに自由記載の意見を収集した。内容が共通する回答についてサブカテゴリーとしてまとめ、複数もしくはひとつのサブカテゴリーひとつの文章に整理しカテゴリーとした。記載内容によっては、複数の異なる項目に分類できる内容も含まれていたため、その項目ごとに分割した。

ただし、自由記載内容について複数の意味を受け取ることができる内容があり、サブカテゴリーとして整理する際に作業部会にて文言を付け加える必要があった。そのため、記載者の意図を必ずしも反映していない可能性があるものと思われた。

表1. 回復期リハビリテーション病棟自由記載結果分析表

表2. 地域包括ケア病床自由記載結果分析表

参考資料：回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病床自由記載結果の全て

#### 1. 入院時、又は転院、転棟時の課題

回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床の両方に共通するカテゴリーとして、【院内の体制（情報共有、感染対策等）に課題がある】があった。

回復期リハビリテーション病棟における【前医療機関からの診療情報の不足、患者及び家族等への情報提供の不足がある】のカテゴリーは、認知機能低下等による不穏、せん妄等の精神症状に関連する情報の不足が複数回答されていた。また、『前医から患者、家族への情報提供不足がある』サブカテゴリーには、新型コロナウイルス感染症対策により家族等の介護者へ病状説明が不足しているとの記載もみられた。

地域包括ケア病床における入院受入れ制限の理由として【入院期間が60日を超えないよう調整を行っている】のカテゴリーが示された。60日を超えそうな患者の受入制限を行っていると受け取れる記載もあった。解決策として、「入院時からの退院支援強化」が必要との回答があった。

#### 2. 社会的（福祉的）支援での課題

【社会的課題（経済的課題、独居、離島在住等）によって、施設入所が困難となる場合がある】【介護保険認定、必要な医療等により退院までの期間が延長する場合がある】のカテゴリーは、回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床の両方に共通していた。とくに「介護保険認定により、退院までの期間が延長する場合がある」との内容がみられた。回復期病床においても急性期病床と同様に入院日数の制限があるため、退院支援困難等の理由で退院までの期間が延長し入院上限日数を超える可能性が

ある患者について、入院受け入れが制限されている可能性があるものと思われた。

回復期リハビリテーション病棟の回答では、【身寄りが無い等で手続きの代行者が不在である患者は、入院受け入れを制限する必要がある】【介護保険サービスのみでは支援が不足する必要がある】の категорияがあった。

地域包括ケア病床の回答では、【維持透析により、退院までの期間が延長する必要がある】のサブcategoryがあった。

### 3. 他科受診を行う場合の課題

【他科受診の際、調整困難な場合（感染対策、特定の専門科等）がある】のcategoryは、回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床の両方に共通していた。

地域包括ケア病床の回答記載者からは他のcategoryに整理されうる記載は見られなかったが、回復期リハビリテーション病棟の結果からは、さらに【他科受診に付き添う家族等が、病院の依頼を実行できない場合がある】のcategoryが生成された。他科受診において、調整困難事例や職員負担の増加等の入院医療機関の負担を示すcategoryがあり、他科受診の負担が高くなりうる患者について入院受け入れ制限がある可能性が示唆された。

### 4. 医療、介護的ケアに関する課題

【院内教育体制に課題がある】のcategoryは、回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床の両方に共通していた。

回復期リハビリテーション病棟では、【医療・介護ケアを提供するために、職員に時間的な負担がかかる】【医療・介護的ケアの状況により、退院支援に時間がかかる】【リハビリテーションにより状態が改善し、かえって退院支援に時間がかかる場合がある】とのcategoryが生成された。役割としてのリハビリテーションが提供できないことの課題が強調されていた。

地域包括ケア病床では【院内体制の課題により、入院受け入れを制限している場合がある】とのcategoryが生成された。人員体制等の院内課題により、実際に入院受け入れの制限を行っているとの記載が見られた。

### 5. 抑制の対応についての課題

【抑制が実施されている患者について、定期的に多職種で評価し、できるだけ早期に解除できるように取り組んでいる】【抑制が必要な患者に対して、「拘束具を用いた身体抑制」以外の方法を用いて対応している】のcategoryは、回復期リハビリテーション病棟および地域包括ケア病床の両方に共通していた。地域包括ケア病床においては、【入院時に抑制の必要性を評価し、必要時に抑制を実施している】のcategoryも整理された。前述した「回復期機能の実績調査 結果の総評」からは、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病床ともに病院により抑制の対応が異なっていることが可視化されており、同じ

カテゴリーとして整理されたものの抑制の対応は病院により異なっている可能性があるものと思われた。病院をまたいだ抑制の実施状況の確認および対応の共有化が必要であると思われた。

#### 総評：

回復期病床の患者の入院受入れ制限理由となりうる「入院時、又は転院、転棟時の課題」「社会的（福祉的）支援における課題」「他科受診を行う場合の課題」「医療、介護的ケアに関する課題」の各項目において、カテゴリーとして整理した。

それぞれの項目において【院内の体制（情報共有、感染対策等）に課題がある】のカテゴリーが見られたが、記載内容から院内体制の課題を解決できている病院もあることが示唆されており、情報共有により対応策の検討が可能であると思われた。

「入院、転院、転棟時の課題」項目における地域包括ケア病床で整理された【入院期間が60日を超えないよう調整を行っている】カテゴリーでは、地域包括ケア病棟入院料もしくは地域包括ケア入院医療管理料の算定限度となる60日を超えないような調整がなされていることが記載された。具体的には、入院する以前に退院後の方針を決定すること、介護保険申請等の手続きを入院前に実施することを求めること、社会的課題がある患者の入院受け入れ制限等であった。これらの対応について、地域包括ケア病床に入院調整がされている患者が療養している急性期病院等が担っている場合には、回復期相当の病状でありながら急性期病院に入院を継続する要因となりうるものと思われた。

「社会的（福祉的）支援における課題」項目における【介護保険認定、必要な医療等により退院までの期間が延長する場合がある】のカテゴリーは、制度としては市町村の担当範囲となる。また、【社会的課題（経済的課題、独居、離島在住等）によって、施設入所が困難となる場合がある】カテゴリーも整理された。医療機能分化における“必要な介護保険サービスが利用できるまでの療養期間”および“身寄りがない患者の社会的支援”について、急性期病床及び回復期病床のいずれが担うべきなのか、県全体もしくは圏域ごとに整理が必要であると考えられた。また“身寄りがない患者の社会的支援”に関連して、国等により医療に関する対応ガイドラインが策定されている。ただし、今回の自由記載の内容からも医療や介護の現場においては「保証人」「手続きの代行を行う人」を求めることが一般的であり、後見人の選定等の市町村の対応も現状に追いついていないことが示唆された。市町村をまたいだ行政の連携が必要な事例や市町村と医療機関の密な連携が必要な困難事例を県全体で収集し、住民に対してスムーズに必要な支援が行えるような方法を整理することが必要であると思われた。

医療機関が抱える地域医療連携の課題のなかには、市町村との密な連携により解決されうる課題がある。医療機関間の連携、医療と介護の連携のみならず、連携のなかに行政が加わってゆくことで適切な役割分担が行なわれるものと思われる。医療期間および介護事業所、行政がそれぞれの役割を果たし、住民が必要な支援を受けられるようになることが必要であると考えられた。

表1. 回復期リハビリテーション病棟自由記載結果分析表

1.入院時、又は転院、転棟時の課題

| カテゴリ                                | サブカテゴリ   | 記載内容（一部抜粋）   | 解決法の提案・取り組みについての記載内容 |
|-------------------------------------|--|--|----------------------|
| 前医療機関からの診療情報の不足、患者及び家族等への情報提供の不足がある | サブカテゴリからの当院への診療情報に不足がある<br>前医療機関からの診療情報の不足、患者及び家族等への情報提供の不足がある | 認知症の治療がされないまま転院してくる事が多くあり内服調整が必要となり、リハビリが進まない事がある 症状がひどい場合が精神科受診を検討する場合もある。<br>急性期病院からの情報と実際に入院時看護サマリーを見た時の内容に違いがある。とくに問題行動に対する情報が不足している（ご家族から大声や徘徊があり家族付き添いをお願いされたなどの情報がある）。<br>心不全や深部静脈血栓症などの検査データなどがなく、医師の希望により後日取り寄せることがある。<br>他院からの転院患者の場合に紹介状だけの情報で受入れた場合、実際に転院して頂いた時にADLがほぼ自立であった為、実際にリポートや訪問し状態確認が必要だと感じる場面がある。<br>入院前情報と入院時情報が異なることが多いため、必要時には急性期病院へ詳細な情報提供を依頼している。 | 入院前の実調やリポート確認        |
| 院内の体制（情報共有、感染対策等）に課題がある             | 前医から患者、家族への情報提供不足がある   | 不穏や問題行動等、急性期の退院窓口の担当者が正確に把握しておらず、入院後慌てて対応する事がある。内服薬に安定剤等があれば症状について問い合わせている。<br>入院時にリハ介入の際の運動負荷量の情報がない場合がある。その際は直接急性期病院へ電話して確認するようにしている。<br>入院前情報と異なる時（ケア度・医療的なこと）入院検討段階で訪問実調を行い判断することがある。  |                      |
| 社会的課題からくる入退院の課題                     | 主治医ごとに必要な情報が異なる<br>患者・家族の意向に沿えない場合がある                          | 急性期病院から紹介時に情報を頂くが、当院が必要とする情報がそろっておらず追加情報のやり取りに時間を要してしまう。<br>入院時に前院でコロナの濃厚接触者であることが情報としてあり受け入れたが、肝心のご家族への説明がなく、ご家族が転院時付き添っており、「なんにも説明がなかった、感染したらどうするんだ」と苦情があった。<br>急性期病院で、今後の予後の話をされていないことが多い。コロナ禍の影響なのか、インフォームドコンセントがしっかりされていないケースが増えている（カンファレンスで、ご家族が初めて聞きましたということが多い）。   |                      |
|                                     |  | 院内の課題としては入院決定については主治医の判断となる為、主治医によっては更なる情報確認が追加され入院決定までに時間を要す。<br>独居の方が増えておりスムーズな退院支援ができない。<br>自宅に戻りたいと患者に言われるが介護力が弱く意に沿えないことがある。<br>入院生活が長くなるにつれ家族の気持ちに変化が生まれ施設希望へと変わることがある。  |                      |

2.社会的（福祉的）支援での課題

| カテゴリ  | サブカテゴリ   | 記載内容（一部抜粋）  | 解決法の提案・取り組みについての記載内容   |
|---|--|---|--|
| 身寄りがない等で手続きの代行者が不在である患者は、入院受け入れを制限する場合があります | 身寄りがない等で外来・救急受診、外出に家族等の付き添いが得られない患者は、入院受け入れを制限する場合があります  | 課題として他科受診や緊急搬送など対応ができていない場合は職員付き添いが必要となり、病棟スタッフの人数が減ってしまふ。身寄りがない方の対応で一番負担が大きいのが外来受診の付添である。受診が必要と見込める方に状況により断らざるを得ない。それを補えるサービスがあれば、受け入れは緩和されると感じる。家族が不在（キーパーソンがいらない）患者様の外出支援（家屋訪問時など）が課題。取り組みは検討中。キーパーソンが不在のケースについては当院として十分な支援体制が確立できていない。  | キーパーソン不在の方でも包括支援センターやケアマネジャーなどに介入して頂き入院受け入れは行っている。<br><br>地域での多職種との連携を相談員（MSW）を中心に取り組むようにしている。 |
| 社会的課題（経済的課題、独居、離島在住等）によって、施設入所が困難となる場合があります | 離島、独居のため施設入所が困難となる場合がある<br><br>経済的課題により施設入所が困難となる場合がある   | 離島独居の高齢者の退院先が不足している。沖縄本島まで範囲を広げて探している。<br><br>生活保護の対象とならないが、経済的に課題のある方の施設調整に難航することがある。<br><br>経済的課題や困られる方がいないなど社会的課題を持っている方の支援が一定数ある。施設入所となる際に受け入れ先が限られることが一番課題。<br><br>重症度が高い患者、精神疾患患者、認知症の患者の受け入れ先決定までに時間を要す（受け入れ先が見つからない）。<br><br>介護保険の実態調査、審議会、介護度決定までに運んでも1ヶ月かかるので、退院が伸びてしまう（サービス調整後の退院が多いため）。<br><br>近年制度申請に時間を要す状況になっている。退院後スムーズに制度（介護保険や障害福祉サービス）が利用できるような逆算した申請を促している。 | 経済的な課題については転院前または当院入院後に生活保護の申請するなど、退院前に制度を整えている。   |
| 介護保険認定、必要な医療等により退院までの期間が延長する場合があります         | 重症度が高い、精神疾患、認知症のため施設入所が困難となる<br><br>介護保険認定により、退院までの期間が延長する場合があります<br><br>福祉サービス調整により、退院までの期間が延長する場合があります | 退院調整で、自宅改修に時間を要し、期限ギリギリの退院調整になる。<br><br>脊髄損傷患者の受け入れ先が少なく、回復期適応期が切れてしまうことがある。<br><br>介護保険対象外の患者も多く、在宅復帰や調整に苦慮しているがMSWが対応してくれる。MSWと必要な支援について共有している。   |  |
| 介護保険サービスのみでは支援が不足する場合があります                  | 介護保険サービスのみでは支援が不足する場合があります   | 認知症や高次脳機能障害がある患者さんが介護保険認定で、要支援や要介護1となり、現状は介護サービスが必要なのに受けられない場合がある。  |  |

### 3.他科受診を行う場合の課題

| カテゴリ                            | サブカテゴリ                          | 記載内容（一部抜粋）   | 解決法の提案・取り組みについての記載内容  |
|---------------------------------|---------------------------------|--|---|
| 他科受診の際に、入院医療機関の負担が大きさい場合がある     | 他科受診の調整に職員負担が発生する               | 他科受診の際に、入院医療機関の負担が大きさい場合がある  | 他科受診の付き添いの調整が難しい場合がある（老老介護の場合や独居など）。<br>身寄りがない方の対応で一番負担が大きのが外来受診の付添である。受診が必要と見込める方に状況により断らざるを得ない。それを補えるサービスがあれば、受け入れは緩和されると感じる。 |
|                                 | 他科受診の際、調整困難な場合（感染対策、特定の専門科等）がある | 院外の医療機関に他科受診する際、特定状況への対応が定まっていない<br>他科受診の際に、家族負担が大きさい場合がある<br>他科受診の際に、患者負担が大きさい場合がある   | 現在は前医の外来職員で対応が可能が確認し協力してもらっている。その他、初回は付き添い、2回目以降は一人で可能が評価を行っている。  |
| 他科受診に付き添う家族等が、病院の依頼を実行できない場合がある | 感染対策のため、調整が困難な場合がある             | かかりつけからの持参薬（当院採用なし）使用の場合にご家族へ取りに行ってもらわなければならない場面がある。<br>キーパーソンが遠方の場合、スムーズな調整ができない。時間がかかるとCT、エコー等は対応出来ず、当院で行える医療に限りがある為、外来受診案内をするが、本人・家族の負担にもなっていると<br>入院して10日以内に数か所の外来受診がある場合は、患者やご家族の負担があるため同日に調整してもらいたい。糖尿病の患者さんが午前中から受診へ出て、一切何も食べずに15時頃帰院。低血糖になっていた事例があった。また、酸欠使用者の受診で、ボンベの切り替えができていると、当院に帰院時は空になって戻ってくるケースがあり、お互いに連携をとりたい。 |   |
|                                 | 他科受診に付き添う家族等が、病院の依頼を実行できない場合がある | 感染対策のため、調整が困難な場合がある<br>他科受診に付き添う家族等が、病院の依頼を実行できない場合がある   | コロナ禍においての外出・外泊制限。<br>無断で他科受診しないように入院時のオリエンテーションでお伝えしている。リハビリ病棟は長期の入院になるので、緊急性がなくても患者さんが受診したいと希望があれば、どうしても受診せざるえなくなる。            |

### 4.医療、介護のケアに関する課題

| カテゴリ                                    | サブカテゴリ                                  | 記載内容（一部抜粋）   | 解決法の提案・取り組みについての記載内容                 |
|---|---|--|--------------------------------------|
| 医療・介護のケアを提供するために、職員に時間的な負担がかかる          | 皮膚の処置等により必要なケアを提供するために職員に時間的な負担がかかる     | 持ち込みの褥瘡など絶対に入院期間で治癒できないとわかっていても受けたいと聞けない。褥瘡や天疱瘡など処置に時間がかかり患者も疲れてリハビリへ影響がある。  | リハビリの状況を確認しながら転院先を早めに調整する。           |
|   | 疾患（肺炎、尿路感染症等）を繰り返す等で治療が難渋する             | 入院前より治療しており、入院時より再燃されている患者も多い。<br>肺炎、尿路感染症治療や精神疾患コントロールが難しい。<br>認知症患者・高次脳機能低下患者が多く、周辺症状も呈しており、ケア拒否もある。対応に困る事がある。   | 精神科コンサルトで月2回精神科医に往診していただき、介入し対策している。 |
| 院内教育体制に課題がある                            | 医療・介護的ケアが必要な患者について、退院支援に時間がかかる          | インシュリン、身体抑制（褥センターなど）、気管切開、経鼻栄養などがあると受け入れ先が減るため帰来決定に時間がかかっている。回復期で摂食嚥下の改善に取り組み、チューブ離脱し在宅以外の帰来先を探すときに、「経口であれば介助が必要なので受け入れできない」などと療養型病院に言われたり、施設もマンパワーの問題で受け入れが困難。一生懸命リハビリで患者を良くしても、後方に繋げる時にこのような問題がある。 |                                      |
|   | 職員間の知識・ケア技術の統一ができない                     | 人材不足により無資格での入浴のサポートとなっている。教育的関わりで人材育成を行っている。   |                                      |
| リハビリテーションにより状態が改善し、かえって退院支援に時間がかかる場合がある | リハビリテーションにより状態が改善し、かえって退院支援に時間がかかる場合がある | 回復期で摂食嚥下の改善に取り組み、チューブ離脱し在宅以外の帰来先を探すときに、「経口であれば介助が必要なので受け入れできない」などと療養型病院に言われたり、施設もマンパワーの問題で受け入れが困難。一生懸命リハビリで患者を良くしても、後方に繋げる時にこのような問題がある。  |                                      |

5. 抑制の対応についての課題

| カテゴリ | サブカテゴリ | 記載内容（一部抜粋）  | 解決法の提案・取り組みについての記載内容   |
|------|--------|---|--|
|      |        | 抑制が実施されている患者について、定期的にも職種で評価し、できるだけ早期に解除できるように取り組んでいる        | 抑制を外せるよう週一回の評価を行いながら解除に向けて取り組んでいる。身体拘束は毎週1回、人数と対策評価の報告を実施し、抑制解除に向けてチェック表を用い、抑制解除時間を設け実施している。見守り可能な時間は抑制OFFにし、評価している。 |
|      |        | 抑制が実施されている患者について、定期的にも職種で評価し、できるだけ早期に解除できるように取り組んでいる        | ミトンやベット柵、センサー類などの解除に向けてチームで（他職種の担当）定期的にかンファレンスを行うようにしている。  |
|      |        | 抑制が実施されている患者について、定期的にも職種で評価し、できるだけ早期に解除できるように取り組んでいる        | 毎日受け持ち看護師が抑制の評価（インジデントがないか、コールを押す事ができるか）を行い、その情報を週1回整理し、抑制のカンファレンスを実施。はずせそうな患者は、1週間単位で繰り返し評価を行い、解除へ向けた話し合いを行っている。    |
|      |        | 抑制が実施されている患者について、定期的にも職種で評価し、できるだけ早期に解除できるように取り組んでいる        | 各チームで評価を実施している。  |
|      |        | 抑制が実施されている患者について、定期的にも職種で評価し、できるだけ早期に解除できるように取り組んでいる        | リハ介入の時間は出来る限り抑制をOFFにして様子を見ている。その様子をカルテに記載したり、病棟スタッフへ口頭で伝え、解除に向けた情報共有をしている。また、病棟スタッフと一緒に環境設定の検討もしている。                 |
|      |        | 抑制が必要な患者に対して、「拘束具」「拘束具を用いた身体抑制」以外の方法（見守りや付添い、離床センサー等）を用いている | 高次脳機能障害患者の増加、患者の若年化、重症者割合も高くなっており、常にリスク管理が求められている。監視下からの解除とし徐々に拡大していく。リハ介入中の様子や、ケア介入時にはOFFとし対応している。                  |
|      |        | 抑制が必要な患者に対して、「拘束具」「拘束具を用いた身体抑制」以外の方法（見守りや付添い、離床センサー等）を用いている | 一月に3回程度の抑制解除に向けてカンファレンス。センサーの活用。   |
|      |        | 抑制が必要な患者に対して、「拘束具」「拘束具を用いた身体抑制」以外の方法（見守りや付添い、離床センサー等）を用いている | 当院は抑制をしない方針をしているので、必要な患者様にてベッドセンサーを用いて監視。  |
|      |        | 抑制が必要な患者に対して、「拘束具」「拘束具を用いた身体抑制」以外の方法（見守りや付添い、離床センサー等）を用いている | ミトンなどの抑制帯は一切使用なしで、チューブなどの抜去の恐れがある患者様は常時見守り対応している。  |
|      |        | 抑制が必要な患者に対して、「拘束具」「拘束具を用いた身体抑制」以外の方法（見守りや付添い、離床センサー等）を用いている | 基本抑制していない。経鼻経管栄養注入中のミトン装着程度としている   |

6. その他

| カテゴリ                           | サブカテゴリ  | 記載内容（一部抜粋）   | 解決法の提案・取り組みについての記載内容 |
|--------------------------------|---|--|----------------------|
| 新型コロナウイルス感染症の流行により、病棟の運営に支障が出た | 入院患者に新型コロナウイルス感染症が発生し、新規入院受入れの制限、リハビリテーション提供の制限等を行いながら入院治療を継続した | 8月～9月にかけて、複数の病棟でコロナ感染拡大があり、入院制限やリハビリテーション提供制限を伴う病棟閉鎖を行った。通常稼働している病棟で入院受入を行い、急性期病院などに影響を与えないよう病棟運営に取り組んだ。                 |                      |
| 社会情勢の影響                        | リハビリテーションの専門職が、県内の報酬体系の課題により県外へ流出している                           | 医療の進歩で助かる命が増える一方で家族関係の破綻などで独居の方が増え、障害者が地域で生活しづらい状況がある。現状と社会福祉行政（国が福祉にかける費用、人手不足、低賃金）がマッチしていない。高齢者や障害者が暮らしやすい社会にしていければと思う |                      |

表2. 地域包括ケア病床自由記載結果分析表

1.入院時、又は転院、転棟時の課題

| カテゴリ | サブカテゴリ                      | 記載内容（一部抜粋）                  | 解決法の提案・取り組みについての記載内容   |
|------|-----------------------------|-----------------------------|--|
|      | 介護保険の認定がない患者の場合、調整を行っている    | 介護保険の認定がない患者の場合、調整を行っている    | 介護保険の申請後、認定調査日が変更になった場合、60日での退院が難しくなる。出来るだけ早めに自宅・施設調整をする。が、介護保険が決定していない場合は待機せざるを得ないため、療養型に空きがある場合は療養病床で待機させることもあ |
|      | 入院期間が60日を超えないよう調整を行っている     | 入院前に退院後の方向性が決まってい           | 入院時の転棟時に退院後方向性が決定していない場合は、入院期間60日間で対応できない場合がある。  |
|      | 60日以内で退院調整できる患者を受け入れている     | 60日以内で退院調整できる患者を受け入れている     | 当院の地域包括病床は、一般病床の後方支援として活用している。毎日ベッドコントロールで原則、60日以内で退院を調整でき   |
|      | 認知症状の悪化等により、60日を超える患者が増えている | 認知症状の悪化等により、60日を超える患者が増えている | 高齢者で、自宅へ帰ると思っ  |
|      | 院内転床の際に、情報共有や患者負担等に課題がある    | 院内転床の際に、情報共有や患者負担等に課題がある    | ベッド満床時の転棟や急なベッドコントロールの場合、病棟間の情報共有や動きが噛み合わなかったり濡れが起きることがある。またルーム移動により患者私物の紛失や病院設備や備品の破損が起きることが                    |

2.社会的（福祉的）支援での課題

| カテゴリ                                      | サブカテゴリ   | 記載内容（一部抜粋）   | 解決法の提案・取り組みについての記載内容 |
|---|--|--|----------------------|
| 社会的課題（経済的課題、同居、離島在住等）によって、施設入所が困難となる場合がある | 経済的課題、保証人不在により、施設入所が困難となる場合がある                 | 地域に根ざした病院という立ち位置であり、近隣の介護事業所や施設へも当院の入退院活動の宣伝に力を入れているため、近隣施設との連携は概ね取れている。患者層としては生活保護受給者が多く、費用面や保証人面などで入院や退院後の施設探し   |                      |
| 介護保険認定により、退院までの期間が延長する場合がある               | 介護保険認定により、退院までの期間が延長する場合がある                    | 地域包括ケア病床60日の間に、介護保険の新規申請や区分変更をどうすれば、期限内で安心・安全な退院の提供ができるか（早期カンファレンスで対応。取得後にすぐに対応）。  |                      |
| 介護保険認定、必要な医療等により退院までの期間が延長する場合がある         | 介護保険認定により、退院までの期間が延長する場合がある                    | 施設調整目的での入院で介護保険の申請がされていない患者さんの入院は期限内での対応が難しい。地域との連携が常に必要となるが、介護保険の申請を行ったら出来るだけ早めに調査をして頂き認定度を決定して頂きたい。認定が出てからの、施設入所への調整・在宅サービスなどの支援が遅れてくるので、暫定などで対応している状況がある。 |                      |
|   | 介護保険の調査・認定までの期間が長い。又家族に早めに申請に行ってもらいと、帰される事がある。 | 介護保険の調査・認定までの期間が長い。又家族に早めに申請に行ってもらいと、帰される事がある。   |                      |
|   | 透析患者さんの退院先の受け皿が無い。リハビリをおこなない車椅子レベルになっても退院先がない。 | 透析患者さんの退院先の受け皿が無い。リハビリをおこなない車椅子レベルになっても退院先がない。   |                      |

3.他科受診を行う場合の課題

| カテゴリ                            | サブカテゴリ   | 記載内容（一部抜粋）   | 解決法の提案・取り組みについての記載内容   |
|---------------------------------|--|--|--|
| 他科受診の際、調整困難な場合（感策対策、特定の専門科等）がある | 入院医療機関の負担が大きき、調整困難な場合がある   | 入院医療機関の負担が大きき、調整困難な場合がある   | どうしても必要な場合は、主治医の指示で他科受診対応をしているが、主治医が緊急性がないと判断した場合は、退院後に受診してもらおうように説明している。また、患者や家族には入院時に他医療機関より薬を貰わないように説明を行っている。 |
|                                 | 主治医が必要と判断した場合のみ受診が、入院前に予約されているものに限るとしている。退院後に他科受診をお願いしている。退院後には主治医が専門分野に委ねるという状況である。 | 主治医が必要と判断した場合のみ受診が、入院前に予約されているものに限るとしている。退院後に他科受診をお願いしている。退院後には主治医が専門分野に委ねるという状況である。 |  |
| 院内の体制（情報共有、感策対策等）に課題がある         | 病棟と医事課間で情報共有に課題がある   | 病棟と医事課間で情報共有に課題がある   | 他科受診をする事を事前に病棟側で把握していても医事スタッフへ伝えていない事が多いため、他科受診が分かった段階での流れを周知してもらい必要がある。   |

4.医療、介護のケアに関する課題

| カテゴリ                          | サブカテゴリ                                    | 記載内容（一部抜粋）  | 解決法の提案・取り組みについての記載内容  |
|-------------------------------|---|---|---|
| 院内体制の課題により、入院受け入れを制限している場合がある | マンパワー不足により、認知機能低下がある患者の入院受け入れを制限している場合がある | 看護師が地域包括ケア病床と療養病床を兼務している現状。マンパワー的に対応不足の為に食事介助や認知症（徘徊、大声、転倒リスクが高いなど）の患者を受け入れられない現状がある。   |   |
| ケアの提供に関する情報共有に課題がある           | 間接業務の負担によりケア提供が不足し、入院受け入れを制限している場合がある     | 医師・看護職員・看護補助や介護職員の人員不足や、診療報酬関連・監査関連のカルテ記載・書類作成などが増えていることから、患者それぞれの個別性に合わせたケアや丁寧な関わりをもつことが困難な現状。タスクシフトもあり医師・看護師・補助者それぞれが業務分担していきたいが、書類や物品の管理・処理など専門性の無い業務についても看護職員が業務と平行して行わないといけない。 |   |
| 院内教育体制に課題がある                  | ケアの提供に関して、統一された情報伝達方法やフォーマットがない           | 在宅医療などで療養している際に、情報の伝達方法が統一されたフォーマットなどがあれば情報共有がスムーズになるかと思う。  |   |
|                               | 職員間の知識・ケア技術の統一ができない                       | 職員の経験年数から技術力の差がある。  | 患者さんのベッドサイドにポジショニングの写真等で対応出来るようにしている。定期的カンファレンスをおこなない患者情報を共有をおこなないが技術の向上に努めている。 |

5.抑制の対応についての課題

| カテゴリ   | サブカテゴリ   | 記載内容（一部抜粋）   | 解決法の提案・取り組みについての記載内容                         |
|--|--|--|--|
| 入院時等に抑制の必要性を評価し、必要時に抑制を実施している                        | 入院時、転床時に抑制の必要性を評価し、必要時に抑制を実施している                     | 入院時抑制評価を行ない、リスク高い対象にセンサーやベッド柵使用している。抑制評価の見直しを行いつつ、見守り下での抑制の解除を行い抑制時間の短縮を図っている。NSコール強化を行なっている。<br>介助バーの使用や床頭台の位置を調整し環境調整を行っている。<br>入院時より転倒転落による二次被害が発生しないように、必要時はセンサーマットやベッド4点柵などで対応している。但し、退院後の療養先に合わせて徐々に解除していく取り組みを行っている。解除に向けては、毎朝のショートカンファアの中で、状態を確認しながらスタッフの間で共通の目的をもって行っている。   | 抑制時間が短縮できるよう見守り強化。<br><br>毎日のショートカンファレンスで評価。 |
| 抑制が実施されている患者について、定期的に多職種で評価し、できるだけ早期に解除できるように取り組んでいる | 抑制が実施されている患者について、定期的に多職種で評価し、できるだけ早期に解除できるように取り組んでいる | ナースコールを押せない患者で、歩行時ラツキがある場合はセンサーマットを使用。抑制解除に向けての取り組みは、リハビリで歩行時ラツキが改善された場合にPT・NS間の話し合いで決めている。ミトンや体幹抑制などの患者は入院をお断りしている。<br>センサーを活用し患者様の行動を早くキャッチできるようにしている。また、日中は離床を促し、誰かの目が届くようにして見守っている。<br>センサーベッドの導入を行い、4点柵や体幹抑制の対応を減らせるように取り組んでいる。車いす離床時に見守りが必要な方は、ラウンド時も一緒に移動して見守り出来る状況をつくりペルトなどの対応を減らせるよう取り組んでいる。<br>ミトン・4点柵対応は入院後に患者様の状況では対応となる。センサー対応やスタッフ見守りで対応できるようにできただけ抑制しない方向としていく。安全優先としているが、結果的に抑制0とは言い難い現状である。 | センサー活用、見守り体制強化                               |
| 抑制が必要な患者に対して、「拘束具を用いた身体抑制」以外の方法を用いて対応している            | 拘束具を用いた身体抑制以外の方法を用いて対応している                           | 介助バーの使用や床頭台の位置を調整し環境調整を行っている。<br><br>ライン、チューブの抜き予防で、部位を工夫したり、包帯を活用して抑制せずに対応を心掛けている。  | 環境設定   |

6.その他

| カテゴリ        | サブカテゴリ    | 記載内容（一部抜粋）  | 解決法の提案・取り組みについての記載内容 |
|-------------|-----------|---|----------------------|
| サブアキュートの役割  | レスパイト     | 今回、台風時の透析患者のレスパイト入院をお受け入れする事ができた。<br>今後も災害時にレスパイト入院の受け入れが出来るように取り組んでいきたい。 |                      |
| 地域包括ケア病棟の役割 | 実態が認識しづらい | 地域医療に必要とされる地域包括病棟を目指しているが、その実態がどのように活かされているのか？現場にいると見えない所がある。             |                      |

## 自由記載（回復期リハビリテーション病棟）

## 1. 入院時、又は転院、転棟時の課題があれば教えてください（また、その課題への取り組みなど）

・認知症の治療がされないまま転院してくる事が多々あり内服調整が必要となり、リハビリが進まない事がある 症状がひどい場合が精神科受診を検討する場合もある

・急性期病院で、今後の予後の話をされていないことが多い。  
・コロナ禍の影響なのか、インフォームドコンセントがしっかりされていないケースが増えてきている。（カンファレンスで、ご家族が初めて聞きましたということが多々ある）

①独居の方が増えておりスムーズな退院支援ができない。  
②自宅に戻りたいと患者に言われるが介護力が弱く意に沿えないことがある。  
③入院生活が長くなるにつれ家族の気持ちに変化が生まれ施設希望へと変わることがある。

・急性期病院からの情報と実際に入院時看護サマリーを見た時の内容に違いがある。とくに問題行動に対する情報が不足している（ご家族から大声や徘徊があり家族付き添いをお願いされていたなどの情報がある）  
・心不全や深部静脈血栓などの検査データなどがなく、医師の希望により後日取り寄せることがある。入院時に前院でコロナの濃厚接触者であることが情報としてあり受け入れたが、肝心のご家族への説明がなく、ご家族が転院時付き添っており、「なにも説明がなかった、感染したらどうするんだ」と苦情があった。創傷部に対する処置方法記載がなく、入院後に連携室を通して確認することがある。

（地域連携部）急性期病院から紹介時に情報を頂くが、当院が必要とする情報がそろっておらず追加情報のやり取りに時間を要してしまう。院内の課題としては入院決定については主治医の判断となる為、主治医によっては更なる情報確認が追加され入院決定までに時間を要す。

・不穏や問題行動等、急性期の退院窓口の担当者が正確に把握しておらず、入院後慌てて対応する事がある。内服薬に安定剤等があれば症状について問い合わせている。  
・入院時にリハ介入の際の運動負荷量の情報がない場合がある。その際は直接急性期病院へ電話して確認するようにしている。  
・入院前情報と異なる時（ケア度・医療的なこと）  
・入院検討段階で訪問実調を行い判断することがある。

他院からの転院患者の場合に紹介状だけの情報で受入れた場合、実際に転院して頂いた時にADLがほぼ自立であった為、実際にリモートや訪問し状態確認が必要だと感じる場面がある。

入院前情報と入院時情報が異なることが多いため、必要時には急性期病院へ詳細な情報提供を依頼している

## 自由記載（回復期リハビリテーション病棟）

## 2.社会的（福祉的）支援での課題があれば教えてください（また、その課題への取り組みなど）

## 独居生活の退院支援

- ・退院調整で、自宅改修に時間を要し、期限ぎりぎりの退院調整になる。
- ・介護保険の実態調査、審議会、介護度決定までに遅くとも1ヶ月かかるので、退院が伸びてしまう。（サービス調整後の退院が多いため）
- ・重症度が高い患者、精神疾患患者、認知症の患者の受け入れ先決定までに時間を要す（受け入れ先が見つからない）

①キーパーソン不在の方でも包括支援センターやケアマネジャーなどに介入して頂き入院受入れは行っている。課題として他科受診や緊急搬送時など対応ができない場合は職員付き添いが必要となり、病棟スタッフの人数が減ってしまう。

②生活保護の対象とならないが、経済的に課題のある方の施設調整に難航することがある。

脊髄損傷患者の受け入れ先が少なく、回復期適応期限が切れてしまうことがある。認知症や高次脳機能障害がある患者さんが介護保険認定で、要支援や要介護1となり、現状は介護サービスが必要なのに受けられない場合がある。

（地域連携部）近年制度申請に時間を要す状況になっている。退院後スムーズに制度（介護保険や障害福祉サービス）が利用できるよう逆算した申請を促している。経済的な課題については転院前または当院入院後に生活保護の申請するなど、退院前に制度を整えている。キーパーソンが不在のケースについては当院として十分な支援体制が確立できていない。

- ・身寄りがない方の対応で一番負担が大きいのが外来受診の付添である。受診が必要と見込める方に状況により断らざるを得ない。それを補えるサービスがあれば、受入れは緩和されると感じる。
- ・介護保険対象外の患者も多く、在宅復帰や調整に苦慮しているがMSWが対応してくれる。MSWと必要な支援について共有している。

院内急性期から転床する事が多いため、経済的課題や関われる方がいないなど社会的課題を持っている方の支援が一定数ある。施設入所となる際に受け入れ先が限られることが一番課題。

離島独居の高齢者の退院先が不足している。沖縄本島まで範囲を広げて探している。

家族が不在（キーパーソンがいない）患者様の外出支援（家屋訪問時など）が課題。取り組みは検討中

地域での多職種との連携を相談員（MSW）を中心に取り組むようにしている

## 自由記載（回復期リハビリテーション病棟）

## 3. 他科受診を行う場合の課題があれば教えてください（また、その課題への取り組みなど）

コロナ禍においての外出・外泊制限

・無断で他科受診しないように入院時のリハビリテーションでお伝えしている。  
 ・リハビリ病棟は長期の入院になるので、緊急性がなくても患者さんが受診したいと希望があれば、どうしても受診せざるえなくなる。（受診料が病院負担になるので、緊急性がないのなら退院後に受診して頂きたい）

①他科受診の付き添いの調整が難しい場合がある。（老老介護の場合や独居など）  
 ②キーパーソンが遠方の場合、スムーズな調整ができない。時間がかかる。  
 ②ケアマネジャーさんへ入院時から依頼している。

・入院して10日以内に数か所の外来受診がある場合は、患者やご家族の負担があるため同日に調整してもらいたい。糖尿病の患者さんが午前中から受診へ出て、一切何も食わずに15時頃帰院。低血糖になっている事例があった。  
 ・酸素使用者の受診で、ボンベの切り替えができていなく、当院に帰院時は空になって戻ってくるケースがあり、お互いに連携をとりたい。

・身寄りがない方の対応で一番負担が大きいのが外来受診の付添である。受診が必要と見込める方に状況により断らざるを得ない。それを補えるサービスがあれば、受入れは緩和されると感じる。  
 介護保険対象外の患者も多く、在宅復帰や調整に苦慮しているがMSWが対応してくれる。MSWと必要な支援について共有している。  
 ・CT、エコー等は対応出来ず、当院で行える医療に限りがある為、外来受診案内をするが、本人・家族の負担にもなっていると思う。  
 単身者や身寄りのない患者は病棟職員で対応しているが、マンパワー不足で対応に困っている。現在は前医の外来職員で対応可能か確認し協力してもらっている。その他、初回は付き添い、2回目以降は一人で可能か評価を行っている。

院内であれば先生同士のやりとりをスムーズにしていく必要がある

院外・・・かかりつけからの持参薬（当院採用なし）使用の場合にご家族へ取りに行ってもらわなければならない場面があり、調整などが必要な場面がある

身寄りや後見人が居ない場合の体制が定まっていない。

どのように対応していくかを検討している。現時点では病棟Nsで対応中

## 自由記載（回復期リハビリテーション病棟）

## 4.医療、介護的ケアに関する課題があれば教えてください（また、その課題への取り組みなど）

・認知症患者・高次脳機能低下患者が多く、周辺症状も呈しており、ケア拒否もある。対応に困る事があるが、精神科コンサルトで月2回精神科医に往診していただき、介入し対策している。

- ①持ち込みの褥瘡など絶対に入院期間で治癒できないとわかっていても受けないといけない。
- ②褥瘡や天疱瘡など処置に時間がかかり患者も疲れてリハビリへ影響がある。
- ③リハビリの状況を確認しながら転院先を早めに調整する。

インシュリン、身体抑制（柵センサーなど）、気管切開、経鼻栄養などがあると受け入れ先が減るため帰来先決定に時間がかかっている。回復期で摂食嚥下の改善に取り組み、チューブ離脱し在宅以外の帰来先を探すときに、「経口であれば介助が必要なので受け入れできない」などと療養型病院に言われたり、施設もマンパワーの問題で受け入れが困難。一生懸命リハビリで患者を良くしても、後方に繋げる時にこのような問題がある。

入院前より治療をしており、入院時より再燃されている患者も多い。  
肺炎、尿路感染症治療や精神疾患コントロールが難しい。精神科回診を導入し対応している。

人材不足により無資格での入浴のサポートとなっている。教育的関りで人材育成を行っている

## 5.抑制をどのように対応していますか？（抑制解除に向けての取り組みなど）

抑制を外せるよう週一回の評価を行いながら解除に向けて取り組んでいる

・身体拘束は毎週1回、人数と対策評価の報告を実施し、抑制解除に向けてチェック表を用い、抑制解除時間を設け実施している。見守り可能な時間は抑制OFFにし、評価している。

①ミトンやベット柵、センサー類などの解除に向けてチームで（他職種の担当）定期的にカンファレンスを行うようにしている。

身体を抑制するような体幹抑制、安全ベルト、ミトンなどは最低限の使用（1病棟に1つだけとし元々の定数を少なくしている）その他転倒対策として離床センサーを使用している。毎日受け持ち看護師が抑制の評価（インシデントがないか、コールを押す事ができるか）を行い、その情報を週1回整理し、抑制のカンファレンスを実施。はずせそうな患者は、1週間単位で繰り返し評価を行い、解除へ向けた話し合いを行っている。

## 自由記載（回復期リハビリテーション病棟）

4点柵、ミトン使用については、回診時に必要性の報告や状況を伝え情報を共有している。  
各チームで評価を実施している。

一カ月に3回程度の抑制解除に向けてカンファレンス。センサーの活用

当院は抑制をしない方針をしているので、必要な患者様にてベッドセンサーを用いて監視。  
ミトンなどの抑制帯は一切使用なしで、チューブなどの抜去の恐れがある患者様は常時見守り対応している。

基本抑制していない。経鼻経管栄養注入中のミトン装着程度としている

## 6. その他自由記載

①医療の進歩で助かる命が増える一方で家族関係の破綻などで独居の方が増え、障害者が地域で生活しづらい状況がある。現状と社会福祉行政（国が福祉にかける費用、人手不足、低賃金）がマッチしていない。高齢者や障害者が暮らしやすい社会にしていければと思います。

8月～9月にかけて、複数の病棟でコロナ感染拡大があり、入院制限やリハビリテーション提供制限を伴う病棟閉鎖を行いました。通常稼働している病棟で入院受入を行い、急性期病院などに影響を与えないよう病棟運営に取り組んで参りました。

リハ介入の時間は出来る限り抑制をOFFにして様子を見ている。その様子をカルテに記載したり、病棟スタッフへ口頭で伝え、解除に向けた情報共有をしている。また、病棟スタッフと一緒に環境設定の検討もしている。

高次脳機能障害患者の増加、患者の若年化、重症者割合も高くなっており、常にリスク管理が求められている。監視下からの解除とし徐々に拡大していく。リハ介入中の様子や、ケア介入時にはOFFとし対応している。

## 自由記載（地域包括ケア病床）

### 1. 入院時、又は転院、転棟時の課題があれば教えてください（また、その課題への取り組みなど）

介護保険の申請後、認定調査日が変更になった場合、60日での退院が厳しくなる。出来るだけ早めに自宅・施設調整をするが、介護保険が決定していない場合は待機せざるを得ないため、療養型に空きがある場合は療養病床で待機させることもある。

入院時、転棟時に退院後方向性が決定していない場合は、入院期限60日間で対応できない場合があるので入院前の前方支援からの情報や入棟時のADL評価など、入院時からの退院支援強化が必要。

当院の地域包括病床は、一般病棟の後方支援として活用しております。  
毎日ベッドコントロールで原則、60日以内で退院を調整できる患者さんを転棟しています。  
院外からの入院は、リハビリ目的、レスパイト入院が中心で調整している。

高齢者で、自宅へ帰ると思って転院となった患者さんが多く、帰宅願望、認知症状の悪化、不穏等生じる合併症が多く、重篤になり期限が切れる件数が増えている。包括病床における「看取り枠」の検討をしている

ベッド満床時の転棟や急なベッドコントロールの場合、病棟間の情報共有や動きが噛み合わなかったり漏れが起きることがある。またルーム移動により患者私物の紛失や病院設備や備品の破損が起きることがままある。

### 2. 社会的（福祉的）支援での課題があれば教えてください（また、その課題への取り組みなど）

地域包括ケア病床60日の間に、介護保険の新規申請や区分変更をどうすれば、期限内で安心・安全な退院の提供ができるか。（早期カンファレンスで対応。取得後にすぐに対応）

役所へ早めの認定調査の依頼をするが、対応してもらえないことが多い。（入院一週間後の申請じゃないと受け付けてくれない）

施設調整目的での入院で介護保険の申請がされていない患者さんの入院は期限内での対応が難しい。  
地域との連携が常に必要となるが、介護保険の申請を行ったら出来るだけ早めに調査をして頂き認定度を決定して頂きたい。認定が出てからの、施設入所への調整・在宅サービスなどの支援が遅れてくるので、暫定などで対応している状況がある。

透析患者さんの退院先の受け皿が無い。リハビリをおこない車椅子レベルになっても退院先がない。

介護保険の調査・認定までの期間が長い。又家族に早めに申請に行ってもらおうと、帰される事がある。  
65歳以下で在宅での生活を支えるサービスが少ない。

地域に根ざした病院という立ち位置であり、近隣の介護事業所や施設へも当院の入退院活動の宣伝に力を入れているため、近隣施設との連携は概ね取れている。患者層としては生活保護受給者が多く、費用面や保証人面などで入院や退院後の施設探しが課題になることが多い現状がある。

## 自由記載（地域包括ケア病床）

## 3. 他科受診を行う場合の課題があれば教えてください（また、その課題への取り組みなど）

どうしても必要な場合は、主治医の指示で他科受診対応をしているが、主治医が緊急性がないと判断した場合は、退院後に受診してもらうように説明している。また、患者や家族には入院時に他医療機関より薬を貰わないように説明を行っている。

他科受診をおこなう場合、病院間の請求となり高額な検査、内服等が発生することがあり安易に受診が難しい。新規で患者さんを受入れる前に、高価な薬価がないか、当院で採用薬がない場合は、当院採用薬へ変更ができないか事前に紹介元へ確認している。

他科受診をする事を事前に病棟側で把握していても医事スタッフへ伝えていない事が多いため、他科受診が分かった段階での流れを周知してもらう必要がある。

主治医が必要と判断した場合のみ受診か、入院前に予約されているものに限るとしています。退院後に他科受診をお願いしていますが、結局は専門分野に委ねるという状況です。

## 4. 医療、介護的ケアに関する課題があれば教えてください（また、その課題への取り組みなど）

看護師が地域包括ケア病床と療養病床を兼務している現状。マンパワー的に対応不足の為に食事介助や認知症（徘徊、大声、転倒リスクが高いなど）の患者を受け入れられない現状がある。

在宅医療などで療養している際に、情報の伝達方法が統一されたフォーマットなどがあれば情報共有がスムーズになるかと思えます。

職員の経験年数から技術力の差があるため、患者さんのベッドサイドにポジショニングの写真等で対応出来るようにしている。定期的にカンファレンスをおこない患者情報を共有をおこないながら技術の向上に努めている。

人手不足

医師・看護職員・看護補助や介護職員の人員不足や、診療報酬関連・監査関連のカルテ記載・書類作成などが増えていることから、患者それぞれの個性に合わせたケアや丁寧な関わりをもつことが困難な現状。タスクシフトもあり医師・看護師・補助者それぞれが業務分担していきたいが、書類や物品の管理・処理など専門性の無い業務についても看護職員が業務と平行して行わないといけない。

## 自由記載（地域包括ケア病床）

## 5.抑制をどのように対応していますか？（抑制解除に向けての取り組みなど）

ナスコールを押せない患者で、歩行時フラツキがある場合はセンサーマットを使用。抑制介助に向けての取り組みは、リハビリで歩行時フラツキが改善された場合にPT・Ns間の話し合いで決めている。ミトンや体幹抑制などの患者は入院をお断りしている。

介助バーの使用や床頭台の位置を調整し環境調整を行っています。  
入院時より転倒転落による二次弊害が発生しないように、必要時はセンサーマットやベッド4点柵などで対応している。但し、退院後の療養先に合わせて徐々に解除していく取り組みを行っている。解除に向けては、毎朝のショートカンファの中で、状態を確認しながらスタッフの間で共通の目的をもって行っている。

ライン、チューブの抜去予防で、部位を工夫したり、包帯を活用して抑制せずに対応を心掛けている。

センサーを活用し患者様の行動を早くキャッチできるようにしている。また、日中は離床を促し、誰かの目が届くようにしている。

入院時抑制評価を行ない、リスク高い対象にセンサーやベッド柵使用している。抑制評価の見直しを行いつつ、見守り下での抑制の解除を行い抑制時間の短縮を図っている。NSコール強化を行なっている。

入院時もしくは身体損傷リスクがあるような症状が発生した時に、身体抑制が必要かどうかのスクリーニングを行い、必要という判断の場合は医師の指示と本人・家族への説明と同意書記入をし抑制実施している。毎日各勤での経過観察と記録を残し、週1回の身体抑制解除に向けてのカンファレンスも行い、定期的な安全管理や評価・修正をしている。

センサーベッドの導入を行い、4点柵や体幹抑制の対応を減らせるように取り組んでいる。車いす離床時に見守りが必要な方は、ラウンド時も一緒に移動して見守り出来る状況をつくりベルトなどの対応を減らせるよう取り組んでいる。

ミトン・4点柵対応は入院後に患者様の状況では対応となります。センサー対応やスタッフ見守りで対応できるようにできるだけ抑制しない方向としています。安全優先としていますが、結果的に抑制0とは言い難い現状です。

## 6.その他自由記載

地域医療に必要とされる地域包括病棟を目指しているが、その実態がどのように活かされているのか？  
現場にいると見えない所がある。

今回、台風時の透析患者のレスパイト入院をお受け入れする事ができた。  
今後も災害時にレスパイト入院の受け入れが出来るように取り組んでいきたい。