

令和4年度PDCAサイクル(早期離床・リハビリテーションチーム)



P

令和2年度、早期離床・リハビリテーションチームを発足 

🎯 目的
集中治療室に入室後、早い段階から離床やリハビリテーションを行うことで、人工呼吸器からの早期離脱、重篤な筋力低下の防止、せん妄など精神障害の予防と緩和が期待できる。

🎯 (在院日数の短縮・退院時のADL向上を目指す)

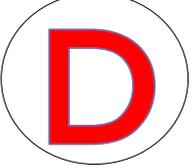
1. 早期離床・リハビリテーションの介入は、診療科によって介入数に差があった。
適応患者に対し適切に介入するため、早期離床・リハビリテーションの必要性を周知し、各診療科の協力を得る必要がある。

🎯 患者担当看護師や看護師リーダーから各科の担当医師に早期離床・リハビリテーションの必要性を説明し介入を勧める。

2. 週末に入室する患者はリハビリ科受診が週明けとなるため、早期離床・リハビリテーションの計画立案の遅れがあることが課題。

3. 早期離床・リハビリテーションチームの定期的な会合を実施することにより、定期的なプロトコルの見直しを行っていく。





D

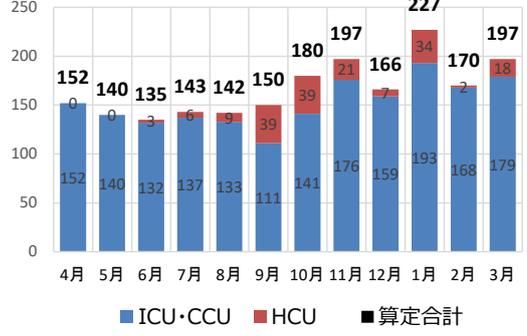
1. 患者担当看護師や看護リーダーから診療科の医師に、早期離床・リハビリテーションの必要性を患者入室時に説明することで、介入を勧め、リハビリ受診につなげ、早期離床、リハビリテーション介入が行われるようになった。

2. 週末に入室する患者にたいしても、担当看護師や看護リーダーが診療科担当医と相談の上、早期離床・リハビリテーションを開始することとした。

3. 定期的な会合を行い早期離床・リハビリテーションチームの問題点等をチーム内(ICU・CCU看護師、理学療法士、集中治療専門医)で共有した。



R4年度：算定件数



月	ICU・CCU	HCU	算定合計
4月	152	0	152
5月	140	0	140
6月	132	3	135
7月	137	6	143
8月	133	9	142
9月	111	39	150
10月	141	39	180
11月	176	21	197
12月	159	7	166
1月	193	34	227
2月	168	2	170
3月	179	18	197



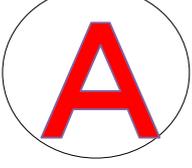
C

1. 早期離床・リハビリテーション介入件数は、看護師初回介入件数を見ると、1年間で増加傾向にあり、ICU・CCUにおいて早期離床・リハビリテーション介入を要する患者に対して、適切に介入ができるようになってきていると考える。また定期手術等は翌日退室のため対象外となり算定数に乖離あるため、今後評価指標の見直しが必要。

2. 週末に入室する患者に対しても、担当看護師や看護リーダーが診療科担当医と相談の上、早期離床・リハビリテーションを開始することとなったことは、看護師初回介入件数の増加に寄与していると考えられる。しかしながら、リハビリ受診が週明けとなるため早期離床加算算定件数の増加には反映されておらず、リハビリ科との連携の必要があると考えられる。

3. ICU・CCUのカンファレンスに、理学療法士も参加することとなり、またカンファレンス内容にリハビリ受診の有無を盛り込むこととなった。早期離床・リハビリテーションの必要な患者を診療科医師と早期離床・リハビリテーションチームで共有することで、介入が必要な患者に対し早期離床・リハビリテーションの介入が適切に行えるようになり、介入数の増加につながったと考える。





A

・今後も、担当看護師・リーダー看護師からの早期離床・リハビリテーションを各科医師への提案を継続して行う。

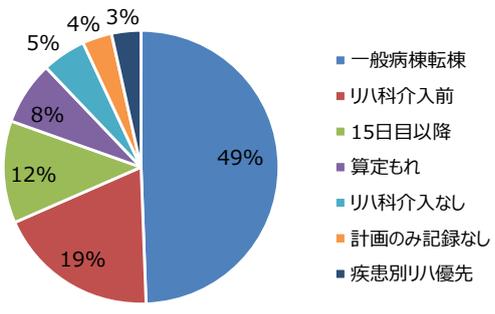
・早期離床・リハビリテーションの実施の効果を評価する指標について検討し、導入していく必要がある。

・理学作業療法士と看護師間の協力体制を強化(学習会の実施・カンファレンスの充実を図る)し、看護師によるリハビリテーションの質の向上をめざす必要がある。

・早期離床・リハビリテーションと関わる他のチーム(呼吸ケアサポートチーム、栄養サポートチーム)との協働および連携を行い、早期離床・リハビリテーションの効果向上をめざす必要がある。



R4年度：未算定理由



理由	割合
一般病棟転棟	49%
リハ科介入前	19%
15日目以降	12%
算定もれ	8%
リハ科介入なし	5%
計画のみ記録なし	4%
疾患別リハ優先	3%