

第 7 次埼玉県保健医療計画に基づく病院整備計画の整備計画報告書

- 1 病院名：医療法人泰一会 和光リハビリテーション病院
- 2 所在地（開設予定地）：埼玉県和光市中央 2 丁目 6 番 75 号
- 3 整備する病床の機能・数

【変更後】 整備計画病床 36 床

医療機能*	病床機能報告区分	病床種別	入院基本料・特定入院料	病床数
回復期機能	回復期	療養	回復期リハビリテーション入院料	36
計	—	—	—	36

* 回復期機能、がん医療、脳卒中医療、心血管疾患医療、救急医療、周産期医療、緩和ケア等整備する病床が担う医療機能を記載

【変更前】 整備計画病床 104 床

医療機能*	病床機能報告区分	病床種別	入院基本料・特定入院料	病床数
回復期機能	回復期	療養	回復期リハビリテーション入院料	104
計	—	—	—	104

見直しに当たっての考え方、変更後病床数の根拠

(※客観的データを用いた根拠(例: 受入患者数×平均在院日数÷365)を記載してください。)

平成30年度実績(4/2開院)

入院受け入れ 平均在院日数

$$193人 \quad \times \quad 76.5日 \quad \div \quad 365日 = 40.5床$$

*年間を通しての平均値であり、平成31年3月実績では、99.6%稼働

月間相談件数

$$62件(平均) \quad \times \quad 12カ月 = 744人(受け入れ検討数)$$

他病院、他施設への転院が約半数(31件/月)

当院への転院希望も、ベッドコントロールできなかった患者数(15件/月)

増床後入院受け入れ見込み

$$15人 \quad \times \quad 12カ月 = 180人$$

$$180人 \quad \times \quad 72.5日 \quad \div \quad 365日 = 35.7床$$

よって 36床増床が必要と考えられます。

現在の敷地(約100坪)から検討し、現在の病院に増築し、1病院2病棟として管理することを考え、36床が妥当であると考えております。

既存病棟(計43床) 2F=20床、3F=23床に対し、

増築部分(計36床) 2F=16床 3F=20床とし、

既存病床を 3F=43床とし、新病床を2F=36床とする予定です。

4 スケジュール

	項 目	完了(予定)年月
1	開設(変更)許可(医療法)	2020年 7月
2	建築(着工)	2020年 7月
3	建築(竣工)	2022年 1月
4	医療従事者の確保	2022年 1月
5	使用許可(医療法)	2022年 3月
6	開設(増床)	2022年 4月

5 整備方針、目標

○地域医療を支えていくために圏域で果たす役割、機能

和光市唯一の回復期リハビリテーション病院であり、高齢化率が進んでいない地域だからこそ、在宅復帰を見据えた回復期の必要性が高くあると考えております。

当院は、回復期単科の病院であり、急性期病院との連携は必須であり、また専門的な診察などは積極的に紹介元病院を中心に他院へ依頼しております。さらに、退院後は、

紹介元の急性期病院でのフォローアップを基本として考えております。また、在宅へ進めて行く為にも、地域の介護サービスの活用、訪問診療などの在宅医療との連携が必須であり、現在も、入院中から退院に向けて、カンファレンス等にケアマネさんなどにも積極的に参加して頂いており、密な連携を行っております。

○新たに担う役割

より早期受け入れ、積極的リハビリテーション、在宅復帰を進めて行けると考えております。また、増床することで、現在も受け入れておりますが、より重度の患者、さらには、退院後の生活環境が整っていない方の受け入れも積極的にできることと考えております。実績はありますが、就労支援を積極的に行っていきたいとも考えております。多職種がより密接にかかわり、在宅に戻るだけでなく、退院された患者さまが地域での生活基盤を安定させる為の役割を果たすべきだと考えております。

○将来の方向性

高齢者の脳血管疾患、運動器疾患は必ず一定確率存在する疾患です。今後、和光市の高齢化に伴い、リハビリテーションが必要な方が増えてくることは間違いありません。その中で、急性期病院と連携し、より積極的に早期にリハビリテーションを行い、元の生活活動レベルに戻すという確立を挙げていく必要があると考えております。また、在宅の中でも、地域医療として、既存の地域で活動されており先生方の訪問サービスを定期的に活用し、継続してリハビリテーションを含め、身体的活動量を低下させないように取り組んでいきたいと考えております。また、予防についても、患者さんのみならず、地域に伝えていけるよう、専門職が中心となり、地域の方向けの予防教室などを積極的に行っております。毎週金曜日の介護予防教室、さらには、出張で毎月の嚥下機能体操などを行っております。

○現在の体制で対応できていない患者と今後の見込み 等

急性期病院からの早期受け入れが現在の問題点と考えております。

ピーク時は、1カ月近く、待機していただくこともあり、リハビリテーションにとって重要な期間を過ぎての対応となってしまうこともあり、ADLの向上に繋げていく為にも、早期受け入れを行い、積極的にリハビリテーションの介入を行っていきたいと考えております。また、患者動向としましては、積極的リハビリテーションが出来ることで、重症度合いが強い患者に対しても、取り組み、また、急性期病院との連携の中で、治療とリハビリテーションを平行、または行き来が出来るのではないかと考えております。嚥下機能訓練を進めながらも、胃瘻造設を行い、栄養量確保を行い、リハビリテーションを行うなどというプランニングもできると考えられます。

【増床病棟】（※有床診療所についても準じて記載してください。）

病棟名	病床数	病床機能報告区分	平均在院日数	病床利用率
回復期リハビリテーション病棟	36床	回復期		
	一般／療養	入院基本料・特定入院料	回復期リハビリテーション病棟 入院料1	
診療科 リハビリテーション科、脳神経外科、整形外科、内科、放射線科				
患者の受入見込み （※名称、数値（人数、病床数に占める割合）について具体的に記入してください。）				
【増床前】		【増床後】		
埼玉病院 56人（29%）		埼玉病院 132人（35%）		
TMG朝霞医療センター 28人（15%）		TMG朝霞医療センター 68人（18%）		
品川志匠会病院 15人（8%）		新座志木中央総合病院 18人（5%）		
三愛病院 11人（6%）		練馬光が丘病院 18人（5%）		
練馬光が丘病院 10人（5%）		品川志匠会病院 15人（4%）		
新座志木中央総合病院 9人（5%）		日大板橋病院 15人（4%）		
日大板橋病院 7人（4%）		高島平中央総合病院 15人（4%）		
高島平中央総合病院 7人（4%）		三愛病院 15人（4%）		
飯能整形外科病院 6人（3%）		飯能整形外科病院 6人（2%）		
帝京大学病院 4人（2%）		帝京大学病院 8人（2%）		
坪田和光病院 4人（2%）		イムス三芳総合病院 8人（2%）		
板橋中央総合病院 4人（2%）		板橋中央総合病院 8人（2%）		
イムス三芳総合病院 3人（2%）		坪田和光病院 4人（1%）		
その他 33人（17%）		その他 46人（12%）		
医療（介護）連携見込み （※具体的に記入してください。）				
【増床前】退院後		【増床後】		
○在宅 =約75%		○在宅復帰率は変わらない見込み		
有料老人ホームなどの在宅系施設 =約10%				
老健=約10%				
転院（急変など治療が必要なケース）= 約5%				

6 既存病棟の概要（※有床診療所についても既存病床がある場合は準じて記載してください。）

病棟名	病床数	病床機能報告区分	平均在院日数	病床利用率
回復期リハビリテーション病棟	43床	回復期	76.5日	94%
	一般／療養	入院基本料・特定入院料	(例) 急性期一般入院料1	
病棟名	病床数	病床機能報告区分	平均在院日数	病床利用率
	床	期	日	%
	一般／療養	入院基本料・特定入院料		
病棟名	病床数	病床機能報告区分	平均在院日数	病床利用率
	床	期	日	%
	一般／療養	入院基本料・特定入院料		
病棟名	病床数	病床機能報告区分	平均在院日数	病床利用率
	床	期	日	%
	一般／療養	入院基本料・特定入院料		

診療科

リハビリテーション科、脳神経外科、整形外科、内科、放射線科

診療実績

○当院は、リハビリテーションに特化した専門病院です。

入院初日からリハビリテーションに介入することは、勿論ですが、近隣病院さんであれば、ケースによっては、転院前に患者訪問をさせていただいております。その中で、患者、家族とのコミュニケーションを図り、さらには前院担当者とのコミュニケーションの中で、診療情報提供書だけではわからない情報を仕入れることで、より早期退院に向けたアプローチが出来ると考えて行っております。

また、入院後、ほとんどの患者様の退院予定先となるご自宅、施設などを拝見させていただき、目標を担当者、ご家族、ご本人と共有させていただき、よりリハビリテーションのモチベーションUPに繋げております。

また、リハビリテーションの時間を事前にお伝えし、ご家族にも積極的にリハビリテーションの様子を見ていただき、患者本人だけでなく、ご家族を取り巻く環境を周りの方全体でサポートする体制づくりに重点を置いております。

当院のリハビリテーションの特徴としましては、「動ける喜び」を感じてもらうことを重点に置き、患者様、ご家族にも変化を感じてもらえるように取り組んでおります。勿論、変化が目に見て取れることが一番ですが、当然、そうでないケースも存在しますが、変化を見つけることで、積極的にリハビリテーションに取り組んでいただける環境を準備することを大切に考えております。

言語聴覚士が43床の病床数に対し、6名在籍（通常であれば、3名程度）しており、嚥下機能、口腔機能のリハビリテーションに積極定期に取り組んでおります。退院後の生活で身体的運動機能に対しては、デイケアや通所リハなどの介護サービスを用いることで対応できる部分が多くありますが、嚥下機能の介護保険下でのリハビリテーションは、積極的に行われにくい現状があります。当院では、自宅に戻られた後の生活をそれぞれの家庭環境を踏まえ、検討するなかで、ご家族のサポートできる状況や、

負担軽減を考えた時に、食事を出来るだけ、他のご家族と同じ食事が食べられることを目指していきたいと考えております。また、コミュニケーションのツールとしても、言語機能は非常に大切であり、退院された患者様本人が積極的に活動できる為の環境づくりにも、言語聴覚士のリハビリ分野が大切であると考えております。

また、リハビリテーション課としてのリハビリテーションへの取り組みも当然のことながら、病棟内でのリハビリテーションを積極的に取り組んでおります。患者さん個人それぞれの自主トレーニングを積極的に指導し、また促すことで、24時間リハビリテーションと向き合うことが出来ます。病棟廊下に大きな鏡を配置し、常に患者さん自身の姿勢への意識を高めるだけでなく、廊下を広く確保し、手すりでの伝い歩きや、スクワット動作などを積極的に患者さん自身が取り組める環境を作っております。また、病棟スタッフによる集団レクリエーションなどで、手作業などのリハビリテーションを行い、その中で、コミュニケーションを高めることにつながっており、社会的生活を退院後に行う土台作りが出来ていると考えております。

医療従事者が必要とするリハビリテーションとご本人、ご家族のニーズが合致するケースがすべてではありません。その為、出来るだけ、患者様本人のニーズに寄り添いながら、必要なリハビリテーションを必要量行うということを、病院職員全体で考えながらリハビリテーションに取り組んでおります。

7 医療従事者（※確保予定の人員には、増員となる人数を記載してください。）

職種	現在の人員（人）			確保予定の人員（人）		
	常勤	非常勤		常勤	非常勤	
		実人数	常勤換算		実人数	常勤換算
医師	3	12	2.01	0	0	0
看護師	20	3	1.25	20	0	0
その他	32	2	1.00	25	0	0
計	55	5	2.25	45	0	0

確保状況・確保策、確保スケジュール

（※確保予定の人員について、確保策等を具体的に記載してください。）

看護師・ケアワーカーについては、現在、職員からの紹介とハローワーク or ホームページからの問い合わせ、さらには紹介業者経由が同程度の割合で入職しております。現在も引き続き、問い合わせが続いており、毎週約2名程度の面談や、面接を行っております。この入職経路を継続して対応していくことで、職員数を確保できると考えております。また、看護師については、実習受け入れを行う予定であり、看護学校からの新卒受け入れも積極的に行っていく考えです。

リハビリ（PT・OT）については、この2年間、新卒が13名入職しており、うち、同学校卒業者が約半数おり、これらの学校との連携を実習も含め、強化していきたいと考えております。また、地方出身者も多く、地方の出身校とも連携を密に摂っていきたくて考えております。実習については、既に行っており、4～5校の学生が常に実習を行っており、学校との連携強化を行ってまいります。

8 医療（介護）連携における課題、問題点

○回復期、慢性期医療機関：市町村、ケアマネジャーとの連携状況、待機患者の状況、在宅への移行はスムーズに行われているか 等

現在の問題点としては、病床数不足による急性期からの転院待機者が常に存在してしまっている現状があります。早期に受け入れ、積極的なリハビリテーションを行うことで、元の生活環境での生活が可能になる確率が高くなると考えております。さらに、今後、より高齢化が進む中で、認知面での憎悪を誘発させない為にも、出来るだけ、自宅に近い環境での入院生活（院内環境だけでなく、院外やご家族をはじめとした周囲の人のサポート環境）を整え、さらに、早期退院することで、認知症になるリスクを減らすことが出来ると考えられます。その結果、より快適な自宅等での生活を行うことが考えられます。当院でも退院後の支援を通院リハ、訪問リハなどを行い、サポートしてだけでなく、地域の介護資源を用い、生活サポートを含めて行っていきます。当院では、介護予防教室などの予防への取り組みだけでなく、介護事業所さんやケアマネさんたちに対しても勉強会を開催し、より地域の医療・介護連携を高めていきたいと考えております。