

「回復期リハビリテーション病棟」

一 診療の基本方針

- ・「障害を持った患者の、より質の高い生活をする権利」を尊重し、その人らしい生活を再構築するための支援を行う。
- ・傷害された機能の回復と残存機能の増強に努め、自宅復帰を目標としたリハビリテーションを行う。また、自宅復帰後に獲得した機能を維持できるように地域との連携を深める。
- ・個々の患者に適切なリハビリができるように、専任の医師、看護師、リハビリスタッフがそれぞれの専門性を発揮し、協力して医療を提供する。

現在、許可病床数40床、運用可能病床数33床、1階にリハビリ訓練室を有し、看護師11名・看護助手6名・理学療法士8名（専任2名）・作業療法士6名（専任1名）・言語聴覚士1名・医療ソーシャルワーカー1名、専従医1名が配置されている。

I. 回復期リハビリ病棟実績

1) 一日平均患者数 (人)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
27.0	24.5	28.4	28.5	27.4	25.3	27.3	29.0	27.1	30.0	32.5	30.8

2) 入院単価 (円)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
24,801	25,893	25,995	25,048	24,549	24,998	25,929	24,952	24,880	24,016	25,041	22,092

3) 収入 (千円)

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
20,510	20,119	22,434	22,518	21,308	19,298	22,351	22,082	21,347	22,623	23,864	21,584

病床利用率80%以上を目標としたが、年間の平均病床利用率は70.3%であった。経営安定化のためには、病床利用率のアップは継続課題である。

II. 業務及び活動状況

1) ケースカンファレンス

平日午後より、患者・家族、専従医、受け持ち看護師、担当セラピスト、MSWにてリハビリ総合実施計画書作成を行っている。受け持ち看護師及び担当セラピストを中心に、家族やケアマネージャーの参加を推進している。また、患者のリハビリ状況の評価をFIMを用いることにより、従来のBIより細かな評価が可能となった。

2) ケアカンファレンス

毎朝、専従医、看護師、看護助手、セラピストにてケアカンファレンスを行っている。情報共有とケア評価と問題点の解決策を検討している。転倒転落解決策として、独自のアセスメント表及び転倒予防対策表を用い患者個別の対策を立案している。また、入浴に関する援助方法を、看護師、看護助手、セラピスト間でアセスメントを行っている。その情報を共有し、必要な援助の方法の評価を行い、安全なケア提供が可能となった。

3) 病棟回診

リハ専従医、月～金実施。副院長、週一回実施。

4) リハビリ病棟運営会議

月1回実施。医師、事務部、看護部、リハビリ、ソーシャルワーカー、訪問看護が参加し実施している。各部門毎の課題の達成や問題点、情報共有、協力する点を報告・検討を行っている。2007年度は、回復期リハビリ病棟のPRをMSWを中心として行った。また、脳卒中地域連携パスの連携病院としての参加を行い、地域との連携を更に深め、新しい診療報酬制度への対応の準備を行った。

5) 病床管理委員会

一般病棟から、回復期リハビリ病棟へ転棟可能な患者の検討を行っている。情報を元にスムーズな病棟間の連携と効率的な病床管理を目指している。

6) 活動報告

リハビリ評価にFIMを用いた。月1回の事例検討を行い、評価のばらつきや問題点の改善を行っていった。2007年8月、9月の転・退院患者31名(78.5±14.4歳)におけるFIMの改善点数は、15.0±13.7と全国回復期リハビリ病棟連絡協議会調査における2006年のデータの15.9±5.6と比し、ばらつきはあるが平均に近い改善点数であった。

転倒転落事故防止への取り組みを、医療チームでケアカンファを通し行っている。取り組みの実際の評価を済生会学会にて発表が出来た。

III. 今後の課題

1) 病床利用率アップ

経営安定化のためには、病床利用率のアップが継続課題である。

2) 地域連携

連携パスを用い、医療の質の向上とともに、地域の連携を深めていく。

3) 学会参加・発表