

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・医療ソーシャルワーカー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36床

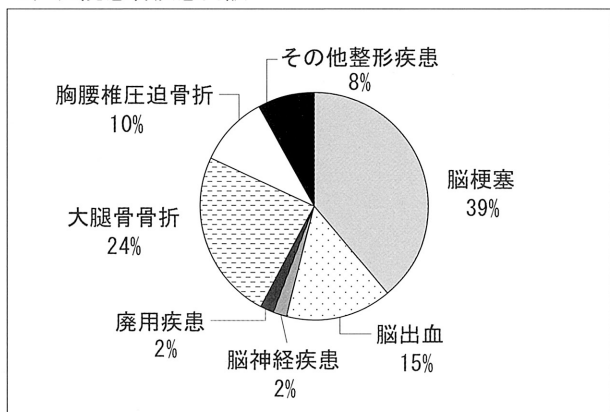
1階にリハビリ訓練室を有し、専任医師1名・看護師12名・准看護師1名・看護助手6名・理学療法士4名（2名兼務）・作業療法士4名（2名兼務）・言語聴覚士3名（兼務）・医療ソーシャルワーカー1名（兼務）が配置されている。

I. 回復期リハビリ病棟（実績）

1) 一日平均患者数 (人)

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
数	34.0	30.7	30.4	31.9	32.7	31.9	29.8	29.3	29.8	32.3	34.6	35.4

2) 入院患者疾患内訳



3) 在宅復帰率 72.5%

4) 在宅復帰支援 家屋環境調査92件

5) 日常生活機能評価10点以上の重症患者の割合29.6%

6) 日常生活機能評価が10点以上で入棟時に比較して3点以上改善した割合46%

II. 活動状況

- 1) 2009年度は院内における電子カルテ導入が行われた。7月から本稼動となり、その取り組みを行った。また運用可能病床数33床から36床へと増床となり看護師1名・

看護助手1名増員となった。病床利用率は87%であり昨年を僅かに上回った。

2) ケースカンファレンス

リハビリ総合実施計画書にもとづき、患者家族、専任医、受け持ち看護師、担当セラピスト、MSWにてカンファレンスを行いリハビリの状況説明、ゴール設定、介護保険や在宅支援サービスについての説明と活用について検討を行っている。退院前に地域における担当ケアマネジャーの参加を得た。

3) ケアカンファレンス

毎朝各スタッフ間より情報を共有しケア評価と問題点の検討を行っている。

また個々に応じた転倒転落予防策の評価と入浴評価を行い安全なケアの提供を行っている。

4) 病棟回診

リハビリ専任医 月～金曜日実施

院長回診 週一回実施

5) 回復期リハビリ病棟運営会議

月一回開催

医師・看護師・リハビリ・ソーシャルワーカー・事務・医事室より参加開催している。病床稼動状況の確認、サービスの質の提供状況、院内向け勉強会の開催、研究大会発表参加、環境面の検討を行った。

6) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会研究大会 全国済生会学会への発表参加

10月 全国済生会学会にて1題発表

2月 全国回復期リハビリテーション連絡協議会研究大会にて1題発表

III. 今後の課題

1) 病床利用率アップを図る

重症者も含め可能な限り患者を受け入れ、その回復に向けた支援を行う。

2) 地域連携の強化

患者が継続した関わりの中で、効果的な回復が図れるよう支援を行う。

3) 質向上のための研究的取り組み