

# 回復期

# リハビリテーション

## 病棟のご案内

私たちは頑張っているあなたの  
社会復帰に向けて  
全力でサポートしていきます。



## 回復期リハビリテーション病棟とは

急性期治療が終了した方に、寝たきりの防止や家庭復帰を目的に、リハビリテーションを集中的に行う病棟です。医師・看護スタッフ・リハビリテーションスタッフ・医療ソーシャルワーカー・栄養士などがチームを組み、起きる・食べる・トイレへ行く・お風呂に入る・家事をするなど日常的な生活動作（ADL）が再び出来るようになるために支援します。

当院は医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等が共同で各患者さんに合ったリハビリテーションプログラムを作成し、365日体制でリハビリテーションを提供しています。1日も早くご自宅へ退院できるよう職員一同で支援しています。

### ■ 病棟の概要

- **病床数:**49床
- **設 備:**回復期病棟に専用の機能訓練室100㎡以上  
歩行訓練用廊下、リハビリテーションセンターの訓練室も使用
- **回復期病棟リハビリテーション職員:**  
専任医師:1名      看護師:19名      看護補助員:6名  
理学療法士:14名      作業療法士:9名  
言語聴覚士(一般病棟と兼任):3名      管理栄養士:1名  
専任医療ソーシャルワーカー:3名
- **リハビリテーション実施日:**365日(土・日・祝日も実施)
- **実施単位数:**患者さん1人に1日6~9単位  
(1単位20分、上限9単位/日)

(H28.4 現在)

# Rehabilitation



# 01

## 良質で高頻度の リハビリテーションを 提供していきます

患者さん1人あたり理学療法・作業療法・言語聴覚療法を合わせて、1日最大9単位のリハビリテーションを毎日実施し、最大限の機能の改善を引き出していきます。

病棟内ではリハビリテーションスタッフと看護・介護スタッフが座位や立位で出来る活動や歩行練習の援助を積極的に行い、日中を臥床して過ごすことのないように、運動量増加や離床時間延長を図ります。

## 病棟の 基本方針



# 02

## 自立した生活の 獲得に向け 支援していきます

入院中、患者さんひとりひとりの能力を最大限に発揮できるようなケアを行い、患者さんの主体的な生活を効果的に導けるよう支援し、身の回りの生活動作の自立を目指します。



# 03

## 地域での 生き生きとした暮らしを 支援していきます

退院後の在宅生活に向け、入院中の外泊練習や退院前訪問指導の実施、介護保険など福祉サービスの調整、通所や訪問サービスの利用などを専門職にてサポート致します。

予防的リハビリテーションの考えに基づき、退院後も自宅で継続可能な活動を入院中から指導して習得していただき、運動量低下による廃用性機能低下や、転倒などでの再入院のリスクを軽減させます。

趣味活動や日課など、障害にとらわれずその人らしく毎日を過ごしていただくための背景作りを進め、退院後の生活に繋げていけるよう取り組んでいきます。

## ■ 入院から退院するまで

### 入院準備

急性期病院から紹介を受け、当院のソーシャルワーカーを通して当院の外来受診を行っていただきます。  
主治医が説明を行い、入院の準備を行います。

### リハビリテーション計画

入院当日に看護師とリハビリテーションスタッフ等の担当スタッフにて入院時の動作能力を確認し、またリハビリテーションを進めるにあたって必要な生活歴や家屋状況、また患者さん、ご家族の希望などをお伺いします。  
家庭復帰に向けての問題点を明らかにし、リハビリテーション計画を立て治療を進めます。

### カンファレンス

患者さんの身体機能や状況を把握し、具体的な目標を統一していくために医師、看護師、リハビリテーションスタッフ、栄養士、ソーシャルワーカーなどの専門スタッフによるカンファレンスを定期的に行います。



### リハビリテーション実施

それぞれの患者さんの退院後の生活を想定した治療プログラムを立案・実施します。より効果的にリハビリテーションを展開するために、できるようになったことは病棟での実際の生活の中で繰り返し練習していただきます。

### 退院前訪問指導

退院に向け、ご自宅の様子を拝見させていただきます。ご家族同行のもと、住環境の評価、生活動線の確認、必要に応じて手すりの設置や段差解消など住宅改修の提案も行います。

### 退院準備

退院を迎える前に、介護保険申請、身体障害者手帳申請、職業訓練、家族指導、栄養指導、服薬指導などを行います。

### 退院

必要に応じて、退院後の通所や訪問でのリハビリテーションや、訪問看護、ショートステイ等の介護保険サービスの利用を提案します。

## ■ 平成27年当院実績及び 全国の回復期リハビリテーション病棟の 平均値比較

	自宅復帰率 (%)	退院時FIM (点)	FIM利得 (点)	FIM改善率 (点/日)	平均単位数 (単位/日・人)
当院実績 (H27年度)	91.0	102.2	21.4	0.43	6.70
全国平均 (H27年度)	78.7	91.1	17.0	0.24	6.26

平成27年退院患者数:262名(急性増悪患者を除く)  
FIM:機能的自立度評価

## ■ 専門スタッフによるサポート

### 医師

基礎疾患の再発防止や合併症などの全身状態の管理を行います。またリハビリテーションの方針や計画を他職種と共に設定し、適切な治療やリハビリテーションが行われるようサポートします。

### 理学療法士

起きる、立つ、歩くなど基本的な動作が不自由になると、生活が大きく制約されます。これら動作能力の獲得を目指して運動療法、物理療法などを用いてアプローチします。

### 作業療法士

食事や更衣、排泄、調理、掃除など日常生活から職場復帰に至るまで、障害を持った人々の自立生活の援助や生活づくりへアプローチします。

### 言語聴覚士

話す、聞くなどのコミュニケーション能力や、食事に必要な摂食嚥下機能の維持・向上を目的にアプローチします。

### 看護師

日常の患者さんの体調や全身状態をチェックするだけでなく、病棟における食事や更衣動作などの日常生活動作の援助を行い、自立した動作の獲得に向けてアプローチします。

### 介護福祉士

日常的な患者さんの身体介護を行うだけでなく、他職種と協同して季節毎にお茶会などのレクリエーション活動や集団体操、手芸活動などを行い、入院生活での楽しみの提供と共に身体機能や認知機能の維持・向上に努めます。

### 栄養士

十分なリハビリテーションの効果を得るために良好な栄養状態が重要です。機能や生活の質と同時に栄養状態の回復を目指し、一人ひとりに合った適切な栄養管理に努めていきます。

### ソーシャル ワーカー

入院中に生じる経済的、心理的、社会的な問題について社会福祉の立場から患者さんの相談を受け、解決に向け援助し、安心して退院頂けるようサポートします。

## ■ 対象となる疾患と可能入院期間

回復期リハビリテーション病棟には、入院の対象となる疾患と、疾患ごとに定められた入院上限期間があります。入院期間は患者さんの状態により異なります。

対象疾患	発症から入院まで	最大入院可能期間
脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、脳腫瘍等 (高次脳機能障害を伴った重症例や重度の頸髄損傷、頭部外傷を含む他部位外傷)	2ヵ月以内	150日以内 (180日)
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節の骨折または2肢以上の多発骨折	2ヵ月以内	90日以内
外科手術または肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有した状態	2ヵ月以内	90日以内
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の神経・筋・靭帯損傷	1ヵ月以内	60日以内
股関節または膝関節の置換術後の状態	1ヵ月以内	90日以内

当院は土・日・祝日も平日と変わらず365日リハビリテーションを実施することで集中的な機能回復への治療を行い、患者さんが安心して地域に戻れるように全職員一丸となって取り組んで参ります。

対象患者さんがおられましたら、当院にぜひご紹介ください。

## ■ アクセスマップ



## ■ 交通アクセス

自動車：高岡から15km・羽咋から15km・七尾から30km

電車：JR氷見駅から3km



## ■ 問い合わせ先

# 金沢医科大学氷見市民病院

〒935-8531 富山県氷見市鞍川1130番地

地域連携室：TEL.0766-74-1900(内線1030) FAX.0766-72-3450

E-mail: kh-regional@kanazawa-med.ac.jp