

リハビリテーション科事業計画・報告書について

目的

効果的・効率的に成果を生み出し、職場を発展させていくため。また、その中で、リーダーやサブリーダーなどチーム管理のキーマンが、科内や病棟、地域など各ケースのニーズに合わせて結果を生み出す実行力を高めていくこと。

マニュアル

- ①法人や地域、病院、施設で生じた問題に対しての事業依頼があった場合、リハビリ科主任の指示の下、事業のリーダーを選出する。また、リハビリ科自体が問題を発見した場合も、リハビリ科主任の判断で事業を実施する場合もあり、同様にリーダーを選出する。
- ②指名されたリーダーは、1週間以内に『リハビリテーション科事業計画書』を作成する。また、事業活動にあたって、リーダーは補佐と主に関わるスタッフを人選する。
- ③作成した計画書をリハビリ科主任に提出し、最終調整後確認の印をもらう。なお、計画内容を説明する場合はパワーポイントを用いてプレゼンする。
- ④事業に応じて、多職種に理解を得る為、プロジェクト会議等を利用してプレゼンし、問題がなければメンバーを中心に活動を実施する。
- ⑤もしも、期間中に計画内容を変更したい場合は、新たに計画書を作成し、主任の確認の印をもらう。
- ⑥設定した期間が終了した時点で、リーダーを中心にスタッフと事業の振り返りを行い、『リハビリテーション科事業報告書』を作成する。
- ⑦作成した報告書をリハビリ科主任に提出し、最終調整後確認の印をもらう。
- ⑧完成した報告書はリハビリ科管理者が保管する。
- ⑨事業の継続的活動が必要な場合は、計画を再度立て直し、計画書を作成し、③に戻る。

リハビリテーション科事業計画・報告書

事業名	訪問リハビリへの移行		事業項目	多職種連携	計画	報告
メンバー	リーダー	補佐	スタッフ		4月22日	8月30日
	田中	鈴木	白萩、訪リハスタッフ			

計画書						
作成日	令和2年4月22日					
課題	①訪問リハビリへの導入が必要な対象者がセラピスト各や部署で統一されていないため、訪問リハビリが必要な対象者への促しができているかわからない ②兼任者の連携方法が決まっていない					
目的	地域の人が住み慣れた地域で安定して自分らしく長く生活できるように、訪問リハビリやデイサービス等の生活リハビリへの移行をスムーズに行う					
到達目標	・退院後訪問リハビリが必要な人に訪問リハビリを繋げる ・訪問リハビリへの移行をスムーズに行う	期間	5月1日	～	8月30日	
方法	<p>STEP1.病院と訪問リハビリのセラピストで対象者を決定していく【5月までに】</p> <p>①在宅での生活環境での調節が必要な人②参加活動に繋げる人③入院前サービス導入がなかった人などの検討</p> <p>STEP2.担当・兼任者のセラピストが訪問リハビリを導入するまでの流れを作る【5月1日～】</p> <p>■担当者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者をピックアップし1週間カンファレンスか1ヶ月カンファレンスで本人・ケアマネ・家族に提案。 ・利用決定後退院前カンファレンスに兼任者が担当となる訪問リハビリスタッフへの参加を促す <p>■兼任者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者の病院でのリハビリ代行に入り、状態確認する。 ・利用が決定後、ケアマネと家族の退院前カンファレンスに参加 					
期待する効果	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問リハビリの利用が必要な人にサービスの提供が可能となる。 ・病院と訪問リハビリの情報共有や移行がスムーズに行える。 					

報告書						
作成日						
結果	<p>リハビリシートを作成し、訪問リハの導入を提案した方が9名</p> <p>①当院訪問リハビリに繋がった方 3名</p> <p>②他事業所の訪問リハビリに繋がった方 1名</p> <p>③繋がらなかった方 5名</p>					
分析	<p>①に関して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・兼任者・訪問リハビリの視点を入院中に反映することで、退院後訪問で介入していく必要があるかの評価を入院中に行うことが可能となり、訪問リハビリ対象者のピックアップが正確に行えるようになった。 ・退院後訪問に繋がった際の目標が明確化され、具体的な訪問リハビリの目的が本人・家族に提案できるようになった。 ・繋がった3名に関しては目標達成者が2名となり今後も目標の精査、訪問でのリハビリの質について検討していく。 <p>③に関して</p>					
改善点	<ul style="list-style-type: none"> ・②、③に関しては、退院後の在宅での生活が安全に過ごせたかわからないため、状態確認として訪問リハビリが、実際の家屋環境の中で動作の確認を行い、訪問リハビリの必要性を再度提案するや繋がらなくても環境設定やケアマネ・他事業所との申し送りを行い、退院後の生活にスムーズに移行する必要がある。 ・質に関しては、ケースを増やし、精査・検討していく。 					
今後	達成			継続		