

たかがPT、されどPT



望月 謙一(取締役・理学療法士)

有限会社 在宅支援チーム フォーレスト

フォーレスト在宅支援ステーション

フォーレスト居宅介護支援事業所

フォーレスト訪問看護ステーション

フォーレスト福祉用具貸与事業所

I 今という時

I 今という時

① 医療施設

74%の理学療法士が勤務

リハビリ料の算定日数制限

		脳血管疾患	運動器疾患	呼吸器疾患	心大血管疾患
算定日数		180日	150日	90日	150日
点数	リハビリ料（Ⅰ）	250点	180点	180点	250点
	リハビリ料（Ⅱ）	100点	80点	80点	100点

ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には、〇〇日を超えて所定点数を算定することができる。

ある部分のお役に立てなくなる = マーケット縮小

- 一 脳血管疾患、脊髄損傷の発症後3ヶ月以内の状態
- 二 大腿骨頸部、下肢又は骨盤などの骨折の発症後3ヶ月以内の状態
- 三 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用性症候群を有しており、手術後又は発症後3ヶ月以内の状態
- 四 前3号に準ずる状態

入院期間 180日



疾 患		発症から入院	入院期間
(1)	脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、脊椎炎、多発性神経炎、多発性硬化症もしくは手術後	2ヶ月以内	150日
	高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸随損傷・頭部外傷を含む多発外傷		180日
(2)	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節の骨折もしくは手術後	2ヶ月以内	90日
(3)	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ており、手術後または発症または発症後	2ヶ月以内	90日
(4)	大腿骨、骨盤、脊髄、股関節、膝関節の神経、筋、靱帯損傷後	1ヶ月以内	60日

療法毎の算定から疾患ごとへ

理学療法・作業療法・言語聴覚療法の削除は専門性に係わる重要な課題であり、見直しが必要です。

「理学療法」「作業療法」「言語聴覚療法」の項目が診療報酬表から削除されたことは、実質的にそれぞれの治療を担う専門職の専門性を否定することに繋がりがねず、診療報酬体系にその専門職名を冠した療法料を復活させる必要があると考えます。

横断的

リハビリテーション医療は障害を横断的かつ総合的に扱うことが多く、疾患別診療報酬体系の上位概念として、包括的、計画的に各種のリハビリテーションを…

(リハ医学会平成18年診療報酬改定におけるリハ料に関する意見書)

運動器リハセラピスト

代替医療者の参入緩和は、国民が専門職による質の高いリハビリテーションを受ける機会を減じる恐れがあり、慎重な対応が必要です。

あん摩マッサージ指圧師等に対し、数日間の講習により理学療法士等に準じた診療報酬請求を認める制度は、リハビリテーション医療の質を低下させる恐れがあり、医療の質的向上を目的とした今回の改定趣旨にそぐわないと考えます。

(リハ医学会平成18年診療報酬改定におけるリハ料に関する意見書)

医療区分3	【疾患・状態】 ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 【医療処置】 ・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・酸素療法 ・感染隔離室におけるケア
医療区分2	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頭髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水 ・体内出血 ・頻回の嘔吐 ・褥瘡 末梢循環障害による下肢末端開放創 ・うっ血性潰瘍 ・せん妄の兆候 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態 【医療処置】 ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引 ・気管切開・気管内挿管のケア ・血糖チェック ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

ADL3	885点	1,344点	1,740点
ADL2	764点	1,344点	1,740点
ADL1	764点	1,220点	1,740点
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
	(低 ← 医療の必要性 → 高)		

①療養病棟入院基本料1	1,209点 (老人 1,151点)
②療養病棟入院基本料2	1,138点 (老人 1,080点)
・その他加算	
日常生活障害加算	40点
認知症加算	20点

医療区分1 ⇒ 非採算

※ ADLはあまり関係ない

ホテルコストで自己負担増加

マーケット縮小

「介護難民」4万人発生も

「医療区分1」の4割が在宅不可能

中医協で提起

中央社会保険医療協議会の10月25日の総会で、2号側（診療側）・日本医師会は、医療療養病床の「医療区分1」患者のうち約4割・4万人が受け入れ先を持たない「介護難民」（あるいは「医療難民」）になるとの調査結果を報告した。日医が四病院団体協議会との協力で行った「療養病床の再編に関する緊急調査」で判明したもの。全国の1884病院と有床診療所986カ所の計2870施設に入院する7月末時点での医療区分1の患者約3万人の退院先見通しを調べた。代理出席した日医の天本宏常任理事（医療法人財団天翁会理事長）は、介護療養病床再編が受け皿未整備のまま財源論優先で進められた結果と問題視。「緊急生止措置が必要」と見直しを訴えた。

医療療養病床の7割が減収 医療区分2、3めざす動き顕著

療養病床関連調査の回答病院は216件。医療法人が約6割で、国公立・独法と公的が10%台など。病床規模では、100～199床と200～399床が中心。調査対象は7月時点。病床数が変わらない病院に限定して診療収入を1年前と比べると、医療療養病床では約7割が減収となった。うち1割以上のダウンが半数を占める厳しい内容。介護療養病床は75%の病院が減収したが、減収率は

は医療療養ほど高くない。患者構成の全体をみると、最も高い医療度の医療区分3に対応する入院基本料Aが13%、同2に対応するBとCの合計が45%、同1に対応するDとEの合計が41%となった（図表3）。また、医療療養病床のみよりも介護療養病床も有する方がAの割合が大きかった。病床全体ではCを中心たA・Cで約6割を占める。

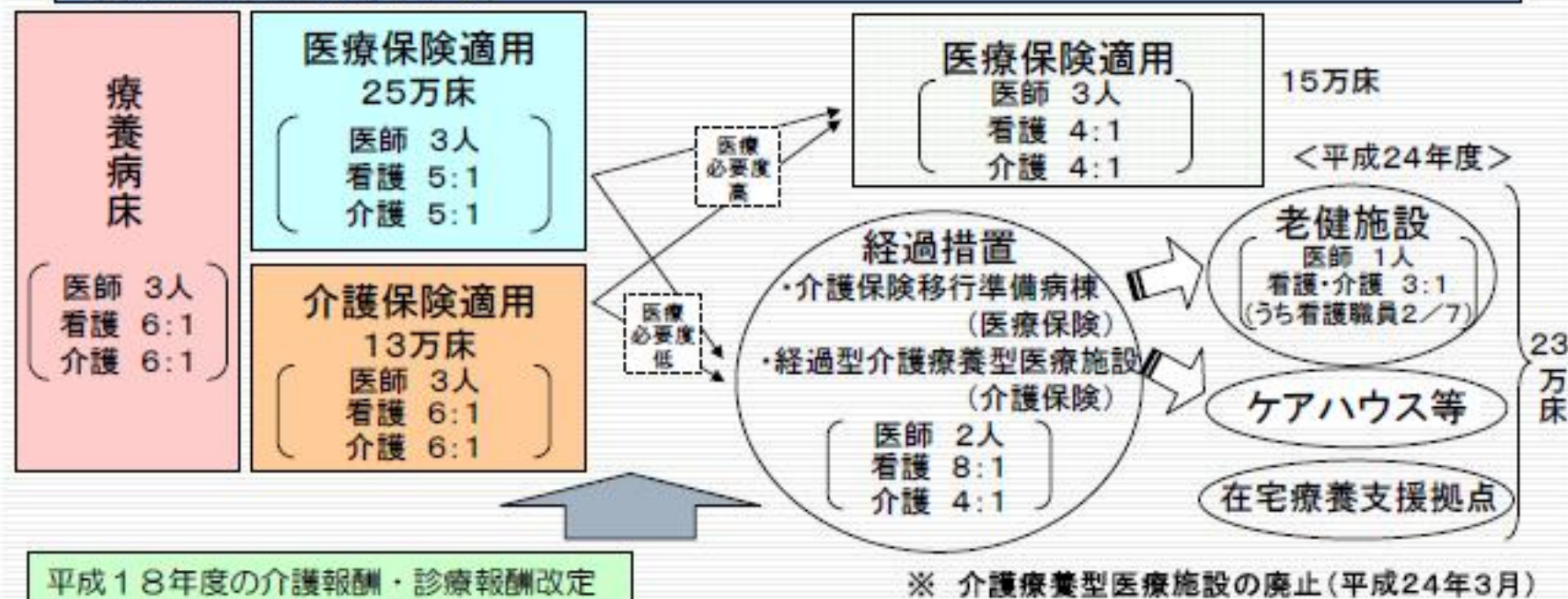
また図表4の通り、A・Cの合計が病床全体の50%以上となるかどうかで増収・減収が分かれることも浮き彫りになった。

療養病床の今後の展望では、概ねいすれの病床も「医療区分2・3・80%以上、看護・介護各20・1」と「医療区分2・3・40・80%未満、看護・介護各25・1」を志向している。また、医療療養病床の2割が一般病床に変更すると回答した。

日本病院会ニュース

医療の必要性に応じた療養病床の再編成

- ①療養病床については、医療の必要性の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応するとともに、
②医療の必要性の低い患者については、病院ではなく在宅、居住系サービス、又は老健施設等で受け止めることで対応する。



- (1) 医師・看護職員の配置等が緩和された「経過型介護療養型医療施設(仮称)」の創設[介護報酬改定]
将来的な老健施設等への移行を視野に入れた平成23年度末までの経過措置
- (2) 医療の必要性による区分の導入[診療報酬改定]
- ・医療の必要性の高い患者については評価を引き上げ、低い患者については評価を引き下げ
 - ・医療の必要性の低い患者を一定以上受け入れている場合について、「介護保険移行準備病棟(仮称)」を平成23年度末までの経過措置として創設

中長期的・短期的の2段階で将来像策定へ 地域ケア整備構想

療養病床の再編成に伴い都道府県が作成する「地域ケア整備構想」(仮称)について、厚生労働省はこのほど、具体的な内容や実施スケジュールを明らかにした。同構想では今後20～30年後を見通した中長期的な地域ケア体制の将来像と、介護療養型医療施設が廃止する2011年度末時点の施策の方向、療養病床の転換推進などを記載する。各都道府県は8月から9月にかけて作業体制を構築し、来年の夏から秋の間に構想をとりまとめることになる。

2006年08月21日医療タイムズ

リハビリ収支 明暗はっきりと

4月の診療報酬改定で疾患別に再編されたリハビリテーション料について収入の増減を日本病院会が調べたところ、22.5%の病院で前年同月から25%以上落ち込んでいた一方で、26.9%の病院では20%以上の伸びを示していることが分かった。リハビリの内容によって収入に大きく格差がついたことがうかがえる。

2006年11月14日医療タイムズ

猶予期間後は・・・

理学療法(Ⅰ)250点

理学療法(Ⅱ)180点



		脳血管疾患	運動器疾患	呼吸器疾患	心大血管疾患
算定日数		180日	150日	90日	150日
点数	リハビリ料(Ⅰ)	250点	180点	180点	250点
	リハビリ料(Ⅱ)	100点	80点	80点	100点

増収？ 脳血管 I + 回復期リハ = リハ大規模

？ 整形外科もある急性期に特化している病院

減収 上記以外 = 中規模～小規模

比較的小規模な医療施設にまで広がってきたリハビリは**縮小**し、
リハビリの規模が大きい病院に**集約**していく方向なのではないでしょうか？

マーケット縮小

I 今という時

② 介護老人保健施設

7%の理学療法士が勤務

介護老人保健施設の特老化

在宅復帰率、ベット回転率の低迷



医療施設の受け皿機能(中間施設)の低下
在宅支援機能の低下
リハビリテーション機能の低下



理念の形骸化

在宅復帰施設・在宅支援中核施設としてのインセンティブ？

初期加算（入所1ヶ月まで・1日300円）

短期集中リハビリテーション実施加算（入所3ヶ月まで・1回600円）

在宅復帰支援機能加算（年365万円・入所者100名の場合）
1月以上の在宅生活者／退所者総数＝50%

介護保険施設の統合再編？

体制加算

入所PT1名0円

PT2名1000万円

リハマネジメント加算

→

全員やって900万円

個別リハと書類にがんじがらめ

セラピスト配置適正数

人員基準の1人+1人
+通所の方が良い

→

人員基準の1人
+通所の方が良い？

I 今という時

③ 訪問看護ステーション 訪問看護7

2%の理学療法士が勤務
医療施設、老健に続き3番目の臨床の場

- ・保健師又は看護師の代わりに訪問させるという位置づけ(留意事項)
- ・訪問看護に期待されるものは、第一義的には看護師又は保健師によって提供されるものである(Q & A)
- ・理学療法士等の訪問が保健師又は看護師による訪問の回数を上回るような設定がなされることは適切ではない(留意事項)
 - 地域の実情により自治体判断(Q & A)

PT協会会員の分布

医療施設	28,900名	(74%)	}	(86%)
老健	2,571名	(07%)		
P T 養成	1,365名			
訪問看護	658名	(02%)		
その他				
合計	39,023名			

(2006年3月現在)

日本の理学療法士の近未来は？ ー10万人プロジェクトの目指すものー

社団法人日本理学療法
10万人プロジェクト外委
藤原 孝之

理学療法士登録総数は

平成24年(2012)に10万人
平成32年(2020)に20万人
平成39年(2027)に30万人

人口400人に1人

スイスについで世界2位！

社会保障負担、1.7倍に＝団塊世代の高齢化で財務省試算

少子高齢化に伴う社会保障費の増大に関連し、財務省は31日の財政制度等審議会に、団塊の世代が現役を引退する2015年度には、国民1人当たりの負担額が現在の1.7倍に上るとの試算を提出した。同省では、社会保障制度の持続可能性を維持するため、早急に医療制度などのさらなる改革に着手する必要があると指摘している。

2006年10月31日時事通信

社会保障給付費が最高更新＝高齢者分は60兆円突破－04年度

厚生労働省の国立社会保障・人口問題研究所は27日、2004年度に支払われた年金や医療、介護などの社会保障給付費が85兆6469億円と、過去最高を更新したと発表した。給付費のうち子ども向けは全体の4%程度なのに対し、高齢者分は初めて60兆円を突破した。

介護保険負担割合検討へ

自民党は歳入一体改革の歳出削減に関連し、介護保険利用者の負担割合を現行の一割から二割に引き上げる検討に入った。自己負担引き上げで安易利用抑制し、国費負担を軽減する。雇用保険は失業者への給付費の一定割合を補っている国庫負担について、廃止を含めて大幅な見直し検討する。膨張する社会保障費の抑制に繋げたい考えだが、与党内の反発も予想される。

2006年05月17日日本経済新聞

2009年度に介護保険の給付範囲などの見直しを示唆

経済財政諮問会議は14日、安倍政権下の経済財政の中期方針「日本経済の進路と戦略」(仮称)の原案について協議した。社会保障制度関連では「将来世代への負担の先送りをやめる」ため、診療報酬や薬剤費の在り方について見直しを行う。また、2009年度の次期介護保険事業計画が開始する際に公的給付の内容・範囲の改革を実施する方針をにじませている。

2006年12月14日医療タイムズ

理学療法士の将来展望は？

Ⅱ たかがPT、されどPT

私達PTよりももっと深刻な影響を受ける人々がいる

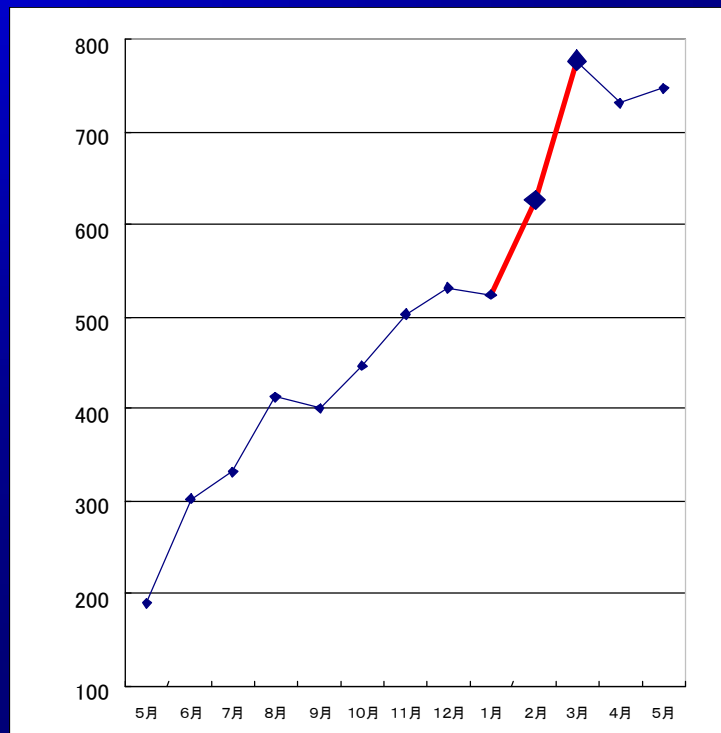
“リハビリ難民”急増、診療報酬改定で日数制限 推計4万人

全国保険医団体連合会が、脳卒中などのリハビリを行う医療機関に実施した調査では、リハビリを中断された患者は9月下旬以降、全国で約1万7000人に上った。すべてが日数制限のためかどうかは不明だが、同連合会は「回答率は3割強なので、全国では4万人を超える」と推計、多くの“リハビリ難民”がいるとみられる。

2006年12月3日 読売新聞

リハビリ料算定日数制限(外来)

外来リハビリを唯一のつながりとしていた方々への
支援はどうなっていくのでしょうか。



最近の傾向

- ・医療保険適応のケースの割合が増えています
(自立支援制度)
- ・悪化して相談に至るケースが目立ち出した印象

回復期リハビリテーション病棟期間制限
(入院までの期間・入院日数)
リハビリ料算定日数制限(入院)

医療面が重度でなかなかリハビリが進まなかった方など、
回復期リハ病棟に入れない、真に長期の入院が必要な
方々への支援はどうなっていくのでしょうか。

12月25日老健局長通知

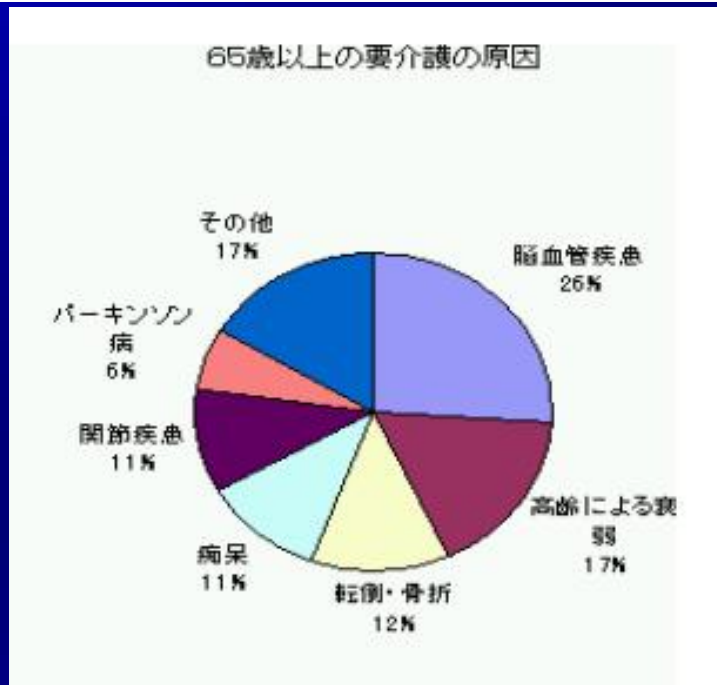
維持期は、医療保険ではなく介護保険中心に扱うこととした
日数制限除外規定あり、改善が期待できるならリハビリできる
医療現場等に適切に伝わっていないので通知する
患者さんにもしっかり説明されたい

除外規定

ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には、〇〇日を超えて所定点数を算定することができる。

厚生労働大臣が定める疾患

失語症、失認及び失行症 ・高次脳機能障害 ・重度の頸髄損傷 ・頭部外傷及び多部位外傷
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者 ・難病患者リハビリテーション料に規定する疾患
障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者



混乱

返戻リスク

そもそも、長期にお付き合いしていくことは悪なのでしょうか

積極的に攻めないと維持でいい方々への
支援はどうなっていくのでしょうか

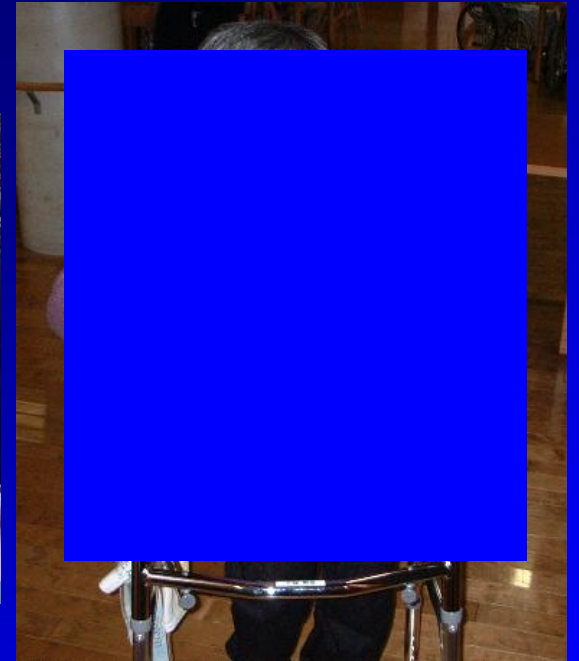
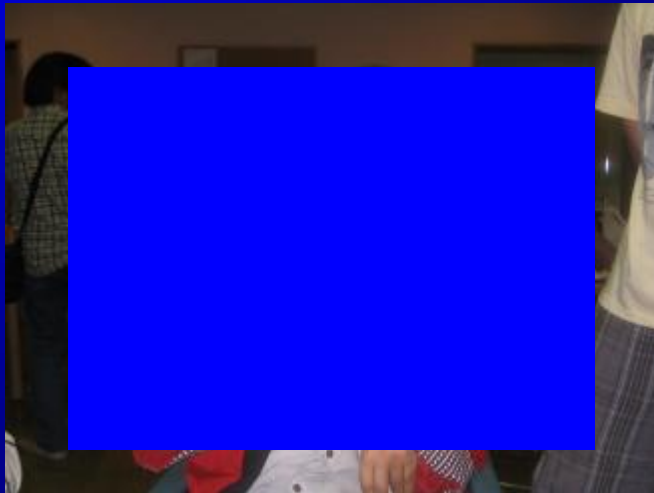
本当に色々なことが起きます

悪くならないと駄目なんですね・・・

維持、維持期って言う言葉のイメージの弊害

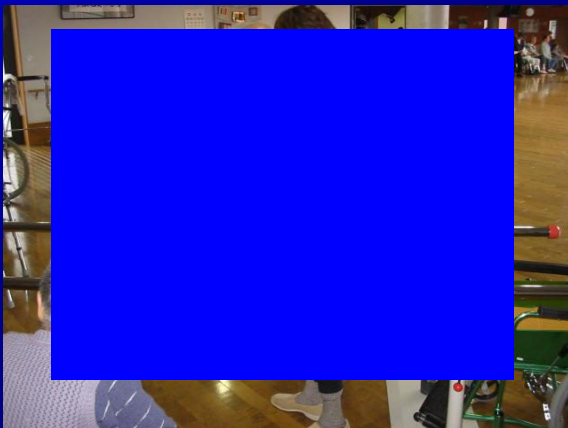
機能保障を与えていく、最良のコンディション与えていく重要性
(期間による制限ではなく、ニーズ分類等による頻度制限)

本来の介護老人保健施設が必要な方々への
支援はどうなっていくのでしょうか。



増えるであろう在宅で埋もれている方々への
支援はどうなっていくのでしょうか。

私達PTを必要としつつも
私達PTと出会えなかった多くの方々・・・



早期退院
入院してもPTこない
回復期に乗れずに
大規模複合体外
ところかわれば
地域にいない
様子みましょう

すよ」トキングマシンからの
声も怒りに満ちている。

◆ ◆ ◆

週に二回、東京大病院にリハビリのために通い、理学療法士の下で歩行訓練をしている。「今日は十回歩けた」ということがうれしくなった。リハビリを本格的に始めてから一年後には、杖（つえ）をついて五十歩を歩けるようになった。

そして週に一度は都立大塚病院で発声などの訓練をする。専門の言語聴覚士の指導で、発声や相手にわかる言葉を出す訓練をしている。そのかきがあつてか、構音障害でうまく出なかった声が、少しではあるが

病と生きる

いま二つの相手と闘っている。一つは「病」である。脳梗塞（のうこうそく）によって体が自由に動かなくなることと、それを少しでも防ぐこと、リハビリテーション（機能回復訓練）に取り組んでいる。

もう一つは、そのリハビリを打ち切る厚生労働省による保険診療報酬の「改悪」である。医療費を減らすため、保険診療によるリハビリを一部の例外を除いて最長六カ月までとするのである。「人権無視の政策で

◆診療報酬改定 リハビリ中止は死の宣告

[illegible][illegible][illegible]

「それは、その間に、何事もおこさなかったか？」

2002 年
1-6 月
50-59 岁
男性
女性

にりかぬ。さういふことは、
きりぎりすのうたをきくと
して、きこえは、きこえは
きこえは、きこえは、きこえ
は、きこえは、きこえは、き
こえは、きこえは、きこえは

◆

のうたは、きこえは、きこえ
は、きこえは、きこえは、き
こえは、きこえは、きこえは
きこえは、きこえは、きこえ
は、きこえは、きこえは、き
こえは、きこえは、きこえは

それ以上、きこえは、きこえ
は、きこえは、きこえは、き
こえは、きこえは、きこえは

いま、二つの相手と闘う。一つは「病」である。脳梗塞（こうそく）によって体が自
 なくなることを少しでも防

出せる
台所に
るまで
絞るよ

うになった。「ママ」とる奥さんの式江さんと呼べるもちろん、苦勞して振りにはあるけれども……。

[illegible][illegible]

期限定める政策に怒り

出せるようになった。「マー」と台所にいる奥さんの式江さんと呼ばれるまでに。もちろん、苦勞して振り絞るようにはあるけれども……

リハビリは始める時期が大切だ。二〇〇一年の五月に旅先の金沢で倒れてから三月月間は、病院で文字通り「死地をさまよった。脳梗塞の治療と並行してリハビリを行ったから、病気が回復してからは短時間ではあるがベッドに起きあがれるようになった。しかし、東京に戻ってからは、しっかりとしたりリハビリ治療を受けられなかったこともあり、体の機能は十分に回復しなかった。

苦勞して医療施設を探し、本格的なりハビリを受けたのは倒れてから五月月後のこと。その間に回復期を逸したことから、体は不自由なまま

リハビリは継続して行わないと意味がない。昨年五月、前立腺がんと告げられ手術のため一週間ほど入院した。その間はリハビリができなかった。それまでは少しは歩けたのが立ち上がることすらできなくなりました。「継続することの大切さを改めて知った」のである。

そんなリハビリを「回復の効果が期待できない」という理由で「改悪」をする。必要な私費というが、リハビリを行える医療施設や専門家が少ない現状では、これは不可能であろう。もちろん例外規定はあり、多田さんもその中に含まれる。

「かし」と言つてリハビリは單なる機能回復だけでなく、患者の社會復帰を促し、人間らしさを取り戻す手だてである。それを打ち切るなんて……。「弱者切り捨て以外の何ものでもない。これで日本の医療は成り立っていくのでしょうか。私は本当に怒っているのです」と目を潤ませながらトリーキングマシンのキーをたたく。

「時間の時速を遅らせる方法は
どうやらないらしい」——一九五
年九月八日付の日本経済新聞夕刊
「あすへの話題」にこう書いて。前
段には物理学的な時間を絶対時間、
人間が感じる時間を相対時間とす
るならば、とある。絶対時間に對
する相対時間の時速は年々速くな
っていると思う。言うべきことを
言う時間は次第に少なくなってい
る、と感じている。

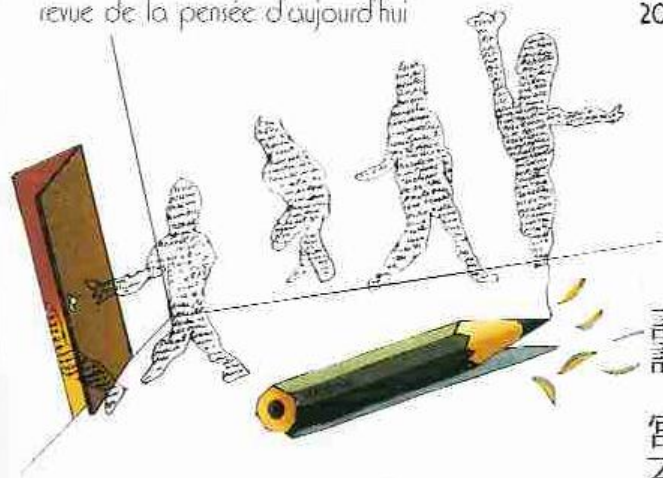
（編集委員）中村雅美

現代思想

revue de la pensée d'aujourd'hui

11

2006 vol.34-13



特集 リハビリテーション

討議

宮本省三十河本英夫 人間再生のために

多田富雄 患者から見た

リハビリテーション医学の理念

山田規敏 壊れた脳と生きる

C・ペルフェツァイ 素晴らしき水車

遺免和久 リハビリテーションによる脳の再生

柏木正好

脳卒中後遺症に対するリハビリテーション

C・リゼツロ／香川真／澤野雅樹／塚本芳久

上川幸司／宮永孝紀／中里瑞美子／人見眞理

宮口英樹／村上靖彦／森岡周

新連載……三浦俊彦 人間原理のパラドクス

連載……立石真也

青土社

患者から見たリハビリテーション医学の理念

- ・患者を苦しめるだけでなく、リハ医学に対する冒 瀆。
- ・セラピストに対する深い お気持ち。応援歌。
- 代替者、良い環境での経験が積み重なっていく ことへの危機感。
- ・断固として反対するのが、専門家の職業倫理として 当然だろう。
- ・リハビリを絶対必要としている患者がいることぐ らいよくわかっているはずだ。

私達PTが必要なことは、
私達PT自身が知っているはずです。

『たかがPT、されどPT』

Ⅲ 描いていきませんか？

① 望ましい医療施設のリハビリテーションの姿

何と言っても大事
地域にいて更に実感！

望ましい地域ケア・地域リハビリテーションの姿

まずは

② 地域でのセラピストの足場作り

フォーレストは足場を作りたくて設立

フォーレストの理念

- ① 各専門職の在宅支援の足場
- ② 繋がり・ネットワーク
- ③ リハビリテーション



小規模散在モデル

サテライトケアセンター構想

それぞれの地域の実情に合わせて組み合わせる小規模コンテンツ

短時間リハビリ特化型小規模通所介護

短時間介護予防特化型小規模通所介護

認知症特化型小規模通所介護

療養通所介護

自立支援制度対応通所

色々な住まい

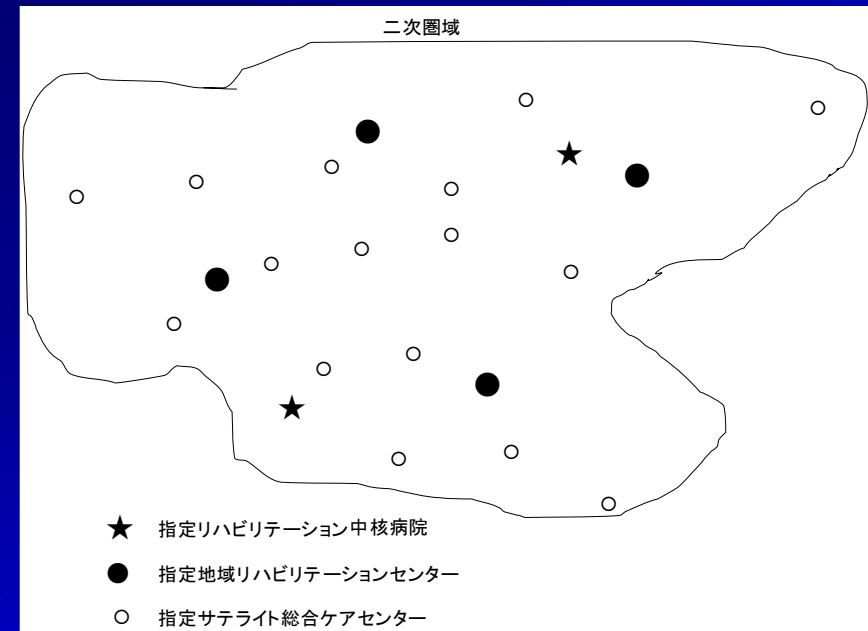
テクノエイドセンター

居宅介護支援

訪問看護ステーション

訪問介護ステーション

・
・



フォーレストが！ではない
おもいを同じくする地域の様々な法人と一緒に

サテライトリハビリセンターいずみ

- 短時間リハビリ特化型小規模通所介護
-
-



「各専門職の在宅支援の足場になる」から「足場作りのお手伝い」へ

ひとりでも多くのセラピストが
地域に出てこられることを、
地域に足場を築かれることを願っています

③ 望ましい地域ケア・地域リハビリテーションの姿

～ 諸制度・社会情勢・経済価値等とバランスを取りつつ ～

望ましい地域ケア・地域リハビリテーションの姿 ～ 高齢者リハビリテーション研究会報告書を踏まえて ～

平成19年0月

0000

Ⅴ 地域におけるリハビリテーションの体制作り

1. 高齢者リハビリテーション研究会報告書

- このように、これまでお話ししてきた、予防、医療、介護において一歩となく連携するリハビリテーション体制の整備が図られてきているが、
- ① 最も重要なことであるべき高齢者のリハビリテーション医療が十分に提供されていないこと
 - ② 県民間口において効果が明らかでないリハビリテーション医療が提供されている場合があること
 - ③ 医療から介護への連携するシステムが確立していないこと
 - ④ リハビリテーションとケアとの連携が明確に区別されておらず、リハビリテーションとケアとが混同して提供されているものがあること
 - ⑤ 在宅におけるリハビリテーションが十分でないこと
- などの課題があり、必ずしも満足すべき状況には至っていない。そのため、今後の高齢者介護の基盤となるリハビリテーションの現状についての現状と今後のあり方について求められている。今後、住民の地域において一歩となく予防、医療、在宅生活への転移とその連携を支援できるようなリハビリテーション体制の整備が必要である。
- 地域によって、リハビリテーションを担うような医療施設がなく、住民の地域から遠く離れた施設などでリハビリテーションを利用せざるを得ない状況もある。また、施設でのリハビリテーションを担い、在宅復帰する場合、在宅に現れた際に適切なリハビリテーションが提供できず、また利用しようとしても地域にリハビリテーション医療体制が整備されていないといった状況がある。在宅の介護者について、できるだけ住民の地域と在宅生活とを近づけるよう、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションなどの在宅サービスを一歩となく提供していくことが基本となる。
- これまで述べてきたように、予防、施設サービス、訪問、通所（地域）、ショートステイ、看護用具・住宅改修といった在宅サービス、利用者を中心として総合的に提供されるべきであり、そのために住民の地域と在宅での基盤整備が必要である。

⑤

地域リハビリテーション支援体制整備事業

地域ケア基盤整備

市町村による基盤整備



制度設計の基本モデル

大規模複合体モデル

+ ↓

小規模散在モデル

(医療施設・在宅支援・住居)

地域支援体制

セントラルケアセンター

サテライトケアセンター

総合ケアステーション

必要に応じた継続支援・住環境支援

リハビリマネージメントの統合

期間による制限ではなく、ニーズ分類等による頻度制限

病院と地域との融合

地域連携パス

在宅生活移行支援の包括評価

情報コーディネート組織

住宅制度との融合

今、大きな波が押し寄せてきている

私達PTを必要として下さる多くの方々

そのありようを純粹に求め描いていきませんか？

在宅複合型施設 さくらの里若柳 所長 大友昭彦PT

在宅複合型施設 さくらの里若柳



(仮称) 若柳在宅複合施設建設工事完成予想図

株式会社 日総建



リハビリ
認知症
重度者

特化型短期入所 + 通所介護

社会の変遷によって、リハビリテーションの考え方が変わる
今、僕らは新たな潮流の中に巻き込まれんとしている
新たな社会、新たなリハビリテーションの考えの中で、
僕らが、その役割、能力を発揮できるかどうか、今問われようとしている
潮流の善し悪しは別として、
一方では、潮の流れを背で受け、追い風として、
しかし、一方ではそれに迎合することのない気骨を持って、
心身の不自由な隣人のために、
より多くの人たちが、普通に暮らせる社会づくりのために、
自分の人生を賭していくことも、然りではないだろうか

理学療法士 大友昭彦