




# リハビリ提供体制の抜本改革

- (1) 出来高から包括への全面転換
- (2) 疾患別リハビリの廃止
- (3) 算定日数制限の撤廃
- (4) 9時～5時リハビリから24時間リハビリへ
- (5) 嚥下障害リハビリ、膀胱直腸障害リハビリの優先



## (1) 出来高から包括への全面転換


- ① 単位をとるために汲々としているリハビリから  
一人一人の患者のための自由なリハビリを
- ② 20分絶対主義からより短いリハビリや  
集団リハビリ等、療法士の自由裁量拡大を



# 疾患別リハビリテーション比較

| リハ種別     | 1単位時間 | 診療報酬<br>(点) | 1分当たり<br>診療報酬<br>(点) | リスク度 | 技術度 |
|----------|-------|-------------|----------------------|------|-----|
| 脳血管(I)   | 20分   | 245         | 12.25                | 4    | 4   |
| 廃用症候群(I) | 20分   | 180         | 9                    | 3    | 3   |
| 心大血管(I)  | 20分   | 205         | 10.25                | 1    | 1   |
| 呼吸器(I)   | 20分   | 175         | 8.75                 | 2    | 2   |
| 運動器(I)   | 20分   | 180         | 9                    | 5    | 5   |





同じ国家資格を持つ療法士が  
同じ時間の施術を行って、しかもリスク度や  
技術度の低いと思われる脳血管リハが  
1単位あたり700円も高いということは  
考えられない。どのようなEBMがあるのか。  
あるなら公表して欲しい。



## (2) 疾患別リハビリの廃止


- ① 同じ国家資格者が同じ時間リハビリを行うのに疾患によって差をつけることに何らかのEBMはあるのか
- ② リスクの高い、技術的に困難なリハビリの点数が低い理由は？





### (3) 算定日数制限の撤廃

- ① 人間は動物、動かなければ終わり  
生涯リハビリが必須
- ② リハビリ包括化になれば、症状改善の可能性  
があれば日数に関係なくリハビリを



## (4) 9時～5時リハビリから24時間リハビリへ

- ① 昼間だけリハビリをすればよいという非常識が常識化している異常
- ② 早朝・準夜・夜間リハビリ行われていないために転倒事故が多発
- ③ 24時間、ADL・IADLの改善リハビリを



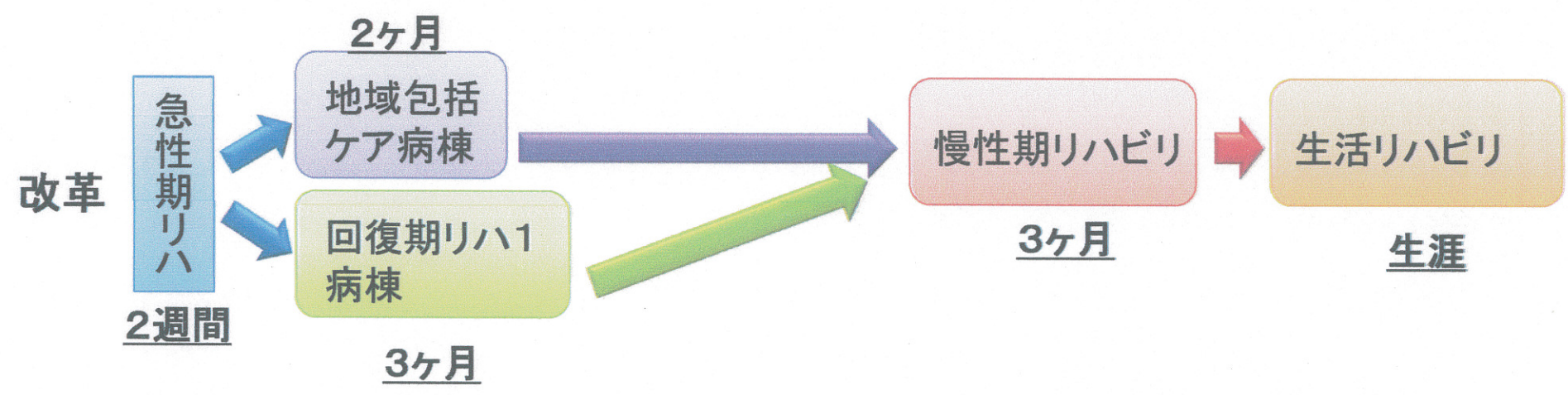
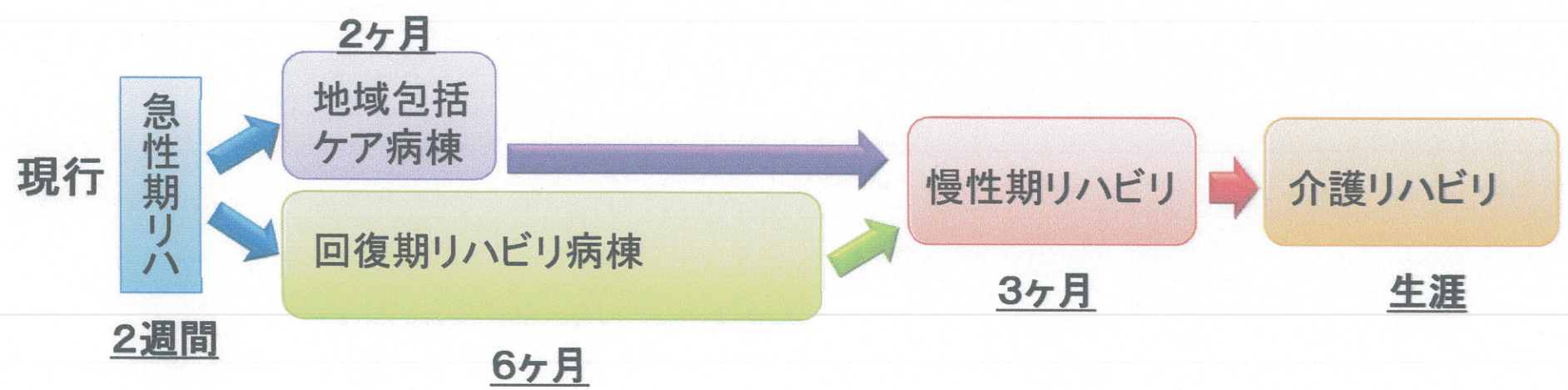


## (5) 嚥下障害リハビリ、膀胱直腸障害リハビリの優先

- ① まず人間性の回復を優先すべき
- ② おむつをして経管栄養している人が、リハビリに熱心になれるか
- ③ 嚥下障害リハビリや膀胱直腸障害リハビリに多くの時間をとるべき
- ④ 歩行訓練リハビリの優先は正しいのか



# 現行のリハビリ提供期間を変えよ

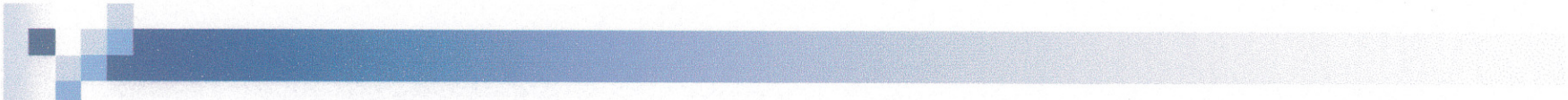


2014年10月2日

# 新しいリハビリテーションに向けて

- ・自主訓練の勧め
- ・リハビリ医やリハビリ療法士は患者の自主訓練のコーチ役に徹する
- ・患者はすなわちリハビリ選手という位置付けを
- ・先ず摂食・排泄の自立でしょう
- ・自立歩行にこだわりすぎはよくない
- ・弛緩性麻痺のうちに改善しなければ
- ・リハビリ阻害因子を将来ともに取り除く
- ・ADL部分自立の評価を
- ・肩関節亜脱臼(肩手症候群)や尖足になるのはリハビリスタッフの大恥
- ・良肢位でも拘縮すればそれで終わりだ
- ・正しい姿勢の保持の認識を





良質な慢性期リハビリテーションが  
なければ日本のリハビリテーション  
は成り立たない