

2014年10月9日(木)

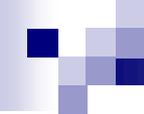
17:00～

日本慢性期医療協会 定例記者会見

定例記者会見資料

一般社団法人日本慢性期医療協会	会長
慢性期リハビリテーション協会	会長
医療法人平成博愛会 博愛記念病院	理事長

武久 洋三



リハビリ提供体制の 抜本改革を提言します

慢性期リハビリテーション協会

2014年10月2日

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 (点)	1分当たり 診療報酬 (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

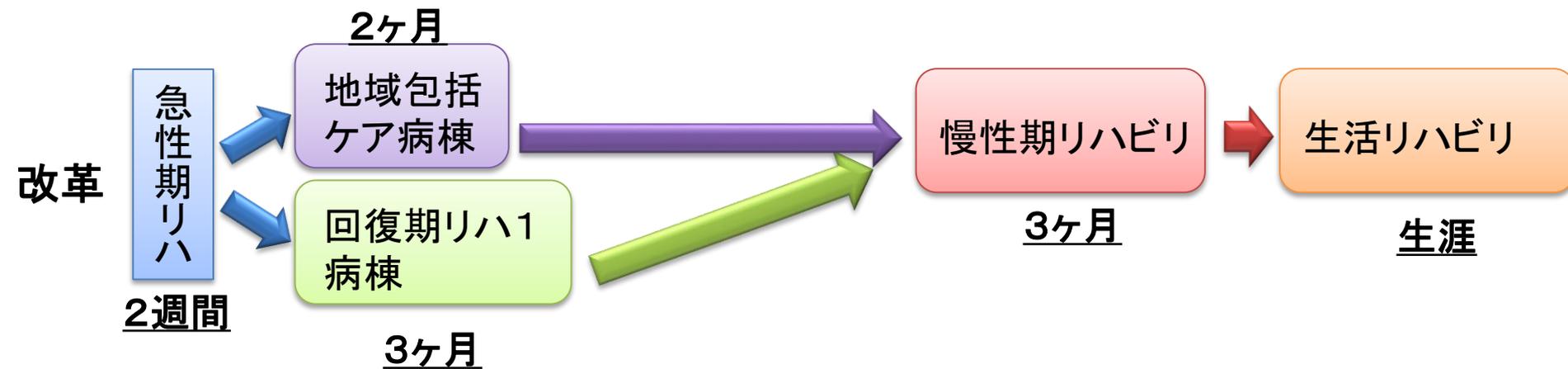
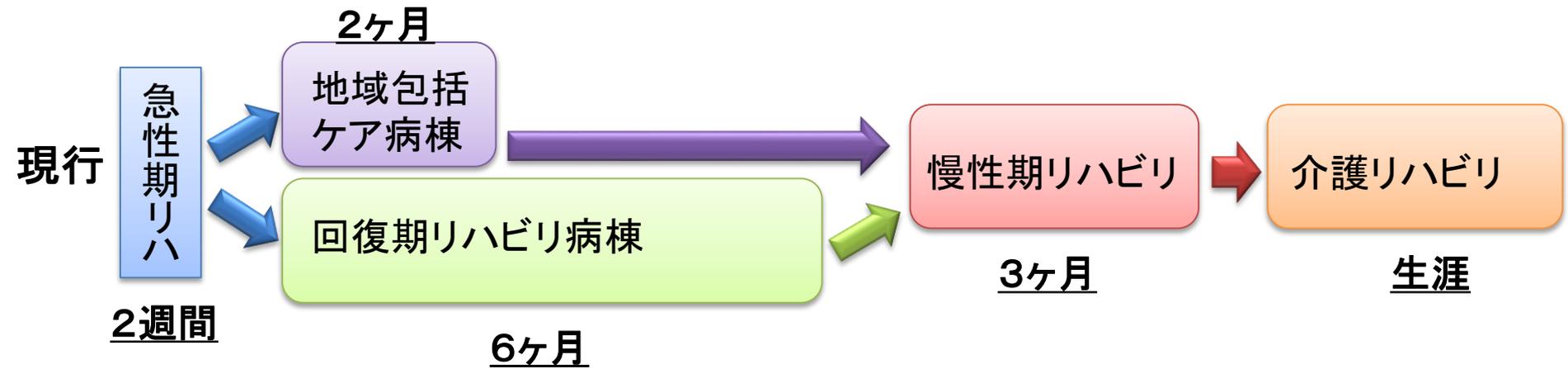
(4) 9時～5時リハビリから24時間リハビリへ

- 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

厚労省のガイドラインは知事の横暴を防ぐ防波堤の役割として期待している。
医療協議会の意見を聞くことができる。

➡ 聞かない知事の歯止めのために必要

2次医療圏はすでにその実態を
伴わなくなっている。
できるだけ早く2次医療圏の再編を
行うべきである。

総合確保方針に関連する区域のイメージ

- 総合確保方針においては、医療介護総合確保区域を以下のとおり規定する予定。
- ・ 都道府県における医療介護総合確保区域 → 二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置いて設定
 - ・ 市町村における医療介護総合確保区域 → 日常生活圏域を念頭において設定

<医療における区域>

3次医療圏
(52ヶ所)

2次医療圏
(344ヶ所)

<介護における区域>

老人福祉圏域
(343ヶ所)

日常生活圏域
(5,712ヶ所)

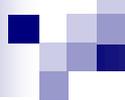
<医療介護総合確保区域>

都道府県における
医療介護総合確保区域

市町村における
医療介護総合確保区域

※ 2次医療圏と老人福祉圏域が完全に一致している区域は、41都道府県(平成25年12月現在)。

※ 2次医療圏及び老人福祉圏域数については、平成25年12月現在、日常生活圏域数については、平成24年4月1日現在。

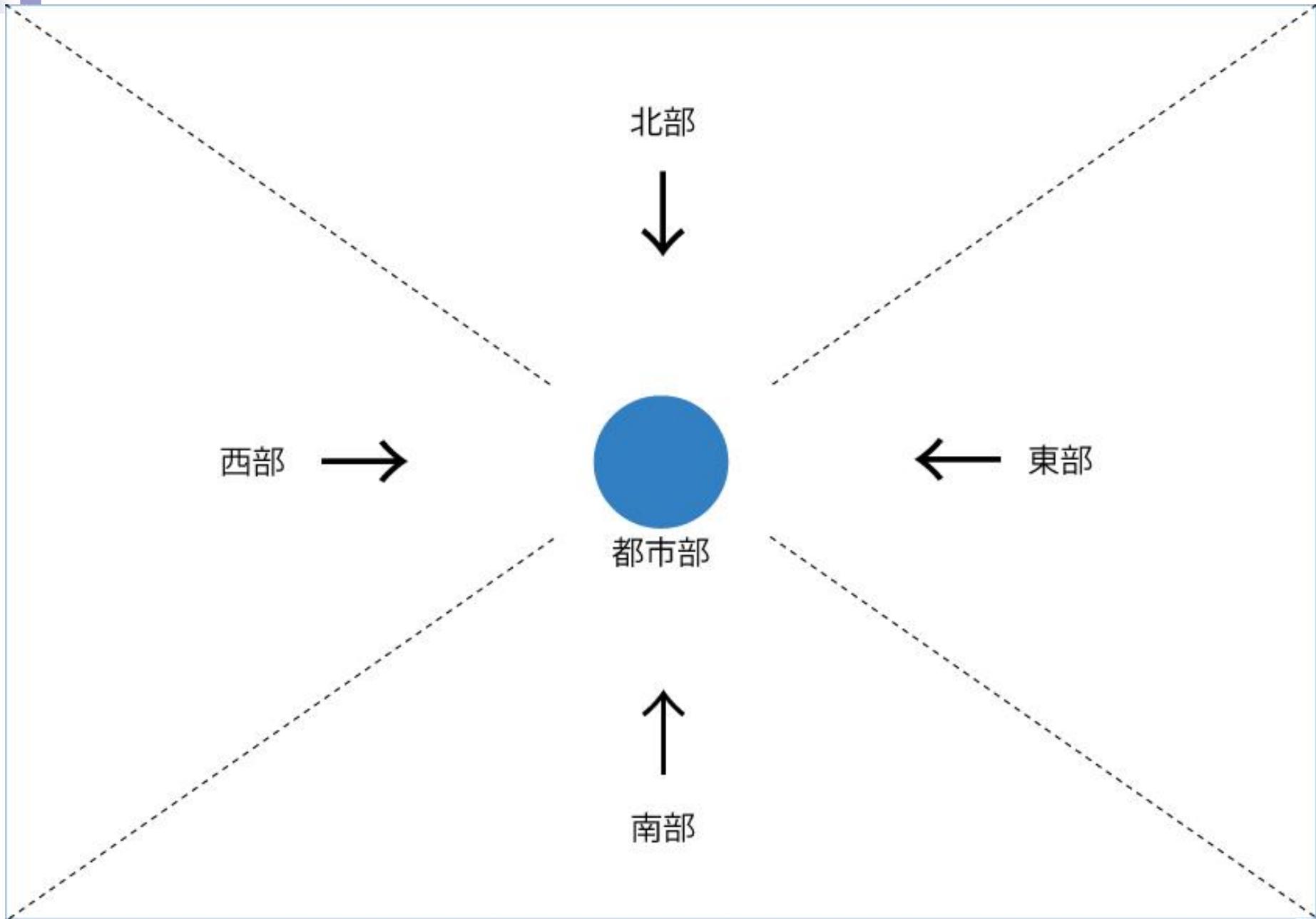


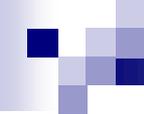
医療介護総合確保区域は市町村
別でなく、人口をほぼ均一にして
大都市を分割し、クサビ状にアクセス
の利便性を考えて決めるべきだ。

医療介護総合確保区域は、
人口をほぼ同じくらいにすべき。

大都市への道路や鉄道などの
アクセスルートに沿って大都市を
3～4方向に分割する。

今以上新しい病院はできないので
具体的な病院分けをすべき





地域包括医療介護支援センター
を地域に開設すべきだ。

徳島県内の主な医療機関



● 3次救急医療機関	● ~99床	●	●	●	●	●
● 2次救急医療機関	● ~199床	●	●	●	●	●
● 地域包括ケア病棟を有する医療機関	● ~299床	●	●	●	●	●
● 回復期リハ病棟を有する医療機関	● ~399床	●	●	●	●	●
● 一般病棟	● 400床以上	●	●	●	●	●

患者のいる場所をセンターが
認識してベストな選択の援助を
するべきである。



良質な慢性期医療がなければ
日本の医療は成り立たない