

地域包括ケア推進病棟協会・回復期リハビリテーション病棟協会 第7回合同シンポジウム
2月20日～3月6日

「2026年診療報酬改定を踏まえた地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟の
リハビリテーションのあり方」

シンポジウム

回復期リハビリテーション病棟協会企画

講演①

西広島リハビリテーション病院 理事長・病院長 医師
岡本隆嗣（おかもと たかつぐ）

【略歴】

2001年3月	東京慈恵会医科大学医学部卒業
2001年4月	東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座入局
2002年7月	東京都立大塚病院（回復期リハビリテーション病棟）
2003年7月	神奈川リハビリテーション病院（脳外傷リハビリテーション病棟）
2005年10月	東京慈恵会医科大学附属第三病院
2007年7月	西広島リハビリテーション病院・医療法人社団朋和会 副理事長
2008年4月	同 地域連携部長・リハビリテーション診療部長
2011年11月	同 病院長就任
2013年4月	介護老人保健施設「花の丘」施設長（兼務）
2017年6月	医療法人社団朋和会 理事長（病院長兼務）
2022年8月	東京慈恵会医科大学 リハビリテーション医学講座 客員教授

専門医： 日本リハビリテーション医学会 専門医・指導医・代議員

資格： 義肢装具等適合判定医（15条指定医）

役員： 回復期リハビリテーション病棟協会 副会長
日本リハビリテーション病院・施設協会 理事

関連学会： 日本ニューロリハビリテーション学会 評議員
日本スティミュレーションセラピー学会 理事・評議員
日本生活期リハビリテーション医学会 代議員
日本リハビリテーション医学教育推進機構 学術理事

2026年2月20日～3月6日

WEB オンデマンド配信

第7回 地域包括ケア推進病棟協会・回復期リハビリテーション病棟協会 合同シンポジウム

2026年診療報酬改定を踏まえた地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーションのあり方

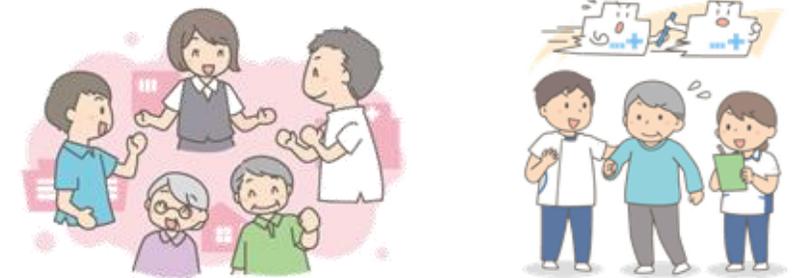
2026年診療報酬改定から考える

今後の回復期リハビリテーション病棟の役割

岡本隆嗣*

* 西広島リハビリテーション病院

1. 地域医療構想から考えるべきこと
2. 2026年度 診療報酬改定 (2026年1月15日現在)
3. まとめ (あるべき姿と多職種協働のポイント～)

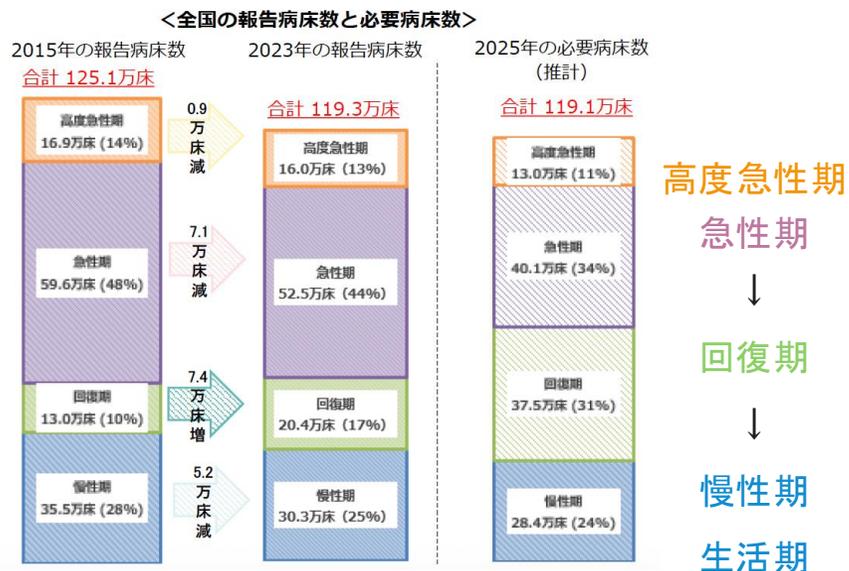


地域医療構想から考えるべきこと

今までの地域医療構想（～2025）

“機能分化と連携”（縦の連携）

団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。このため、約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。



医療計画の一部に地域医療構想が含まれる

（医療計画 > 地域医療構想）

新しい地域医療構想（2025～）

“入院、外来・在宅、介護との連携”（横の連携）

＜新たな地域医療構想における基本的な方向性＞

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

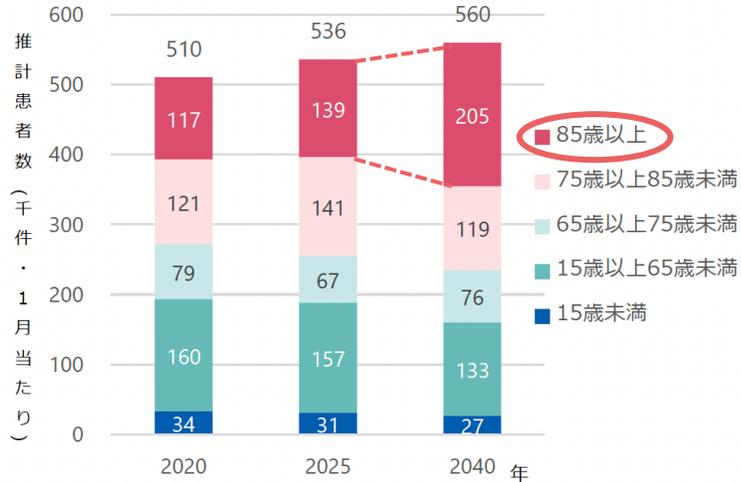
※ 都道府県において、令和8年度（2026年度）に新たな地域医療構想を策定し、令和9年度（2027年度）から取組を開始することを想定

地域医療構想が医療計画の上位概念に

（地域医療構想 > 医療計画） …診療報酬

救急搬送の増加

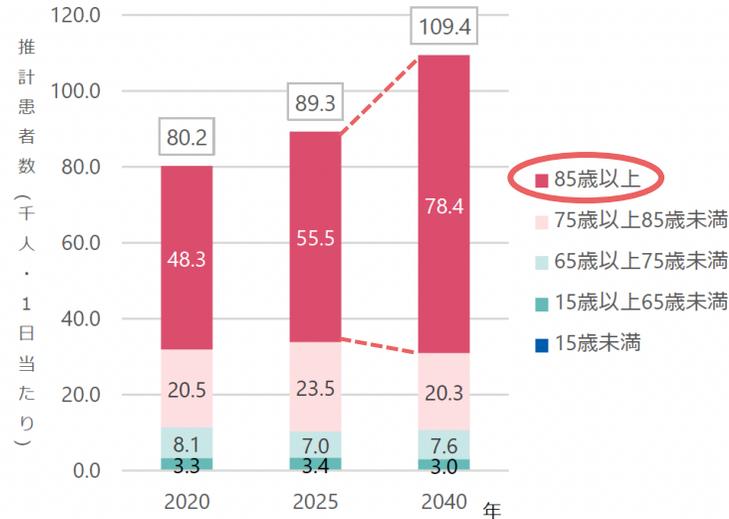
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

これから2040年に向けて
85歳以上の救急搬送が増える



通院困難な患者が増えるため
当然在宅医療の需要も増える

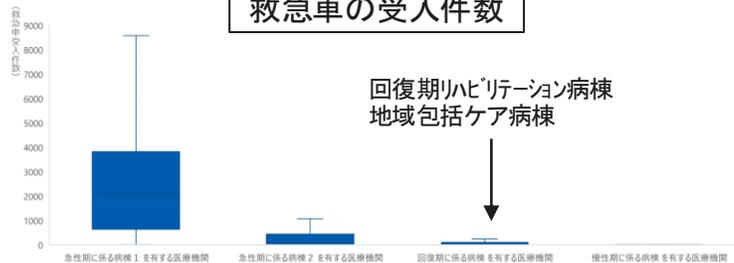


しかし回復期（地ケアと回リハ）は
その両者に対応していない

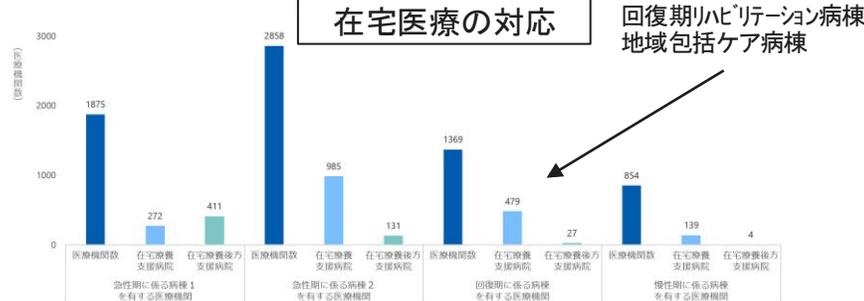


- ・地域包括医療病棟の新設
- ・回復期は今後の役割を検討

救急車の受入件数



在宅医療の対応



“包括期”の中の回復期リハビリテーション病棟

- リハビリテーションについては、入院での早期のリハビリテーションや集中的なリハビリテーションが効果的な場合は入院でのリハビリテーションを提供しつつ、それ以外の場合には、介護老人保健施設等の他施設とも連携しながら、外来医療・在宅医療等におけるリハビリテーションの提供を含め、患者の身体機能等に応じて、適切な場でリハビリテーションを提供することが求められる。



病床機能区分

病床機能区分	機能の内容
高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

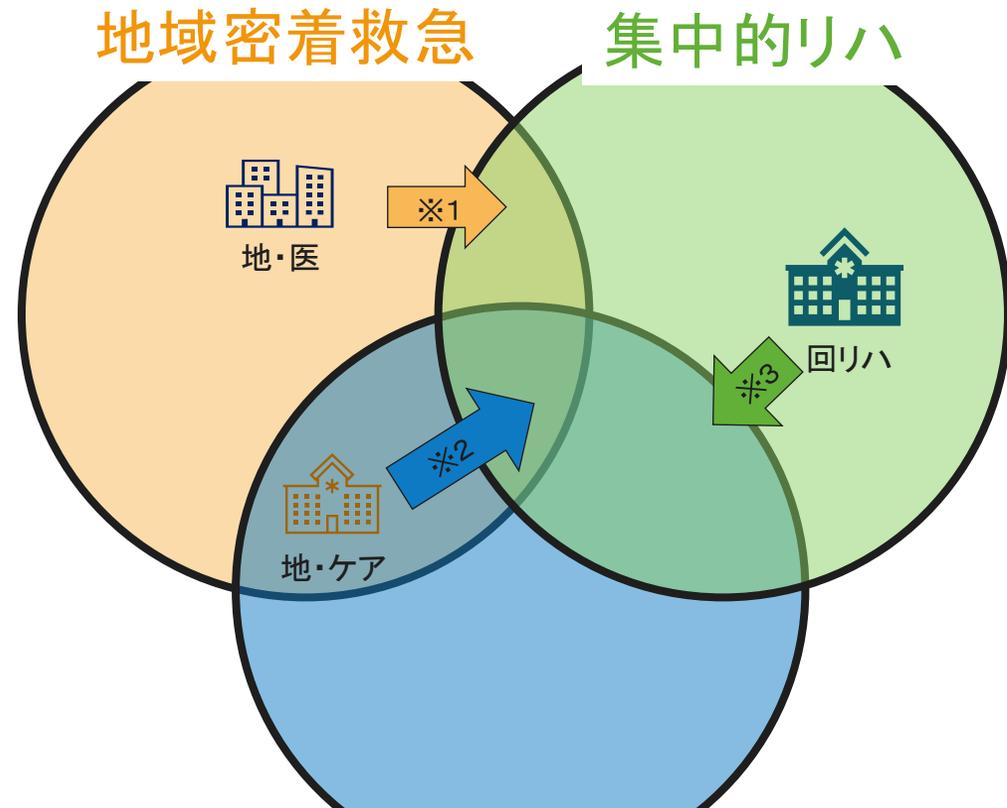
※ 高齢者医療においては、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が必要

- 回復期リハビリテーション病棟は・・・ 病床機能区分：**包括期**（多職種チームアプローチ期）、医療機関機能：**専門等機能**
- 早期退院 ⇒ 早期リハビリテーション + **在宅医療**の充実
- 高齢者医療 ⇒ 治し支える医療の観点 + 多疾病併存状態（multi-morbidity）患者へのリハビリテーション

注）地域には、高齢者だけでなく、障害児・者も生活している。また復学・復職支援等も必要。

どこを目指すのか？

連携するのか？ 自前で持つのか？



在宅医療＋看護・リハ

- ・それぞれの“病棟”としての機能
- ・それぞれの“病院”としての機能
- ・どの専門機能を伸ばしていくか？
- ・在宅支援と地域での役割

※1 リハ・栄養・口腔加算：算定要件の見直し

※2 リハ・栄養・口腔加算：地ケアでも算定可能に

※3 施設外リハ上限見直し、退院支援の充実、退院後指導（栄養）の評価？



- ① 急性期病院から患者を迅速に受け入れる
- ② 医学的管理を行い合併症を予防・治療する
- ③ 必要かつ十分な集中的リハビリテーション治療を提供する
- ④ チームアプローチによる運動学習で、機能・ADLやIADLを改善させる
- ⑤ 地域と連携を取り、自宅復帰を支援する
- ⑥ 社会復帰して有益な人生を築けるよう、その後の生活期も支援する

急性期医療を支える

- 急性期病床の回転率向上に貢献
 - ・早期受け入れ、在院日数の短縮
- 亜急性期医療の提供
 - ・合併症頻度や医療依存度の減少、重症患者や高齢者の在宅復帰を支援

高度なチーム医療の提供

- リハビリテーションチーム医療
 - ・質が高く充実した退院支援プロセスの提供
- ADLの向上 = 要介護度の軽減
- 積極的な専門的治療と機能回復
 - ・嚥下造影検査、下肢装具処方、痙縮治療など、障害者・高齢者に対する積極的な専門的治療

※ 85歳以上の高齢者に対しても、集中的かつ専門的なリハビリテーション医療を行うことで改善が得られる。

地域包括ケアシステムの拠点機能

- 生活を再建する
 - ・自立した地域生活の再開とその後の継続を支援
- 退院後のフォロー体制の構築
 - ・専門的診察や評価、リハビリテーションマネジメント
 - ・障害福祉の連携・対応、社会復帰支援
- 地域支援事業への参加

※ 高齢者だけでなく、障害児・障害者の自立支援・就労支援なども行い、少子超高齢社会における医療・介護・福祉の課題に連携・対応する。

今後のポイントは・・・？

● 今後の地域医療ニーズの変化に対応する

高度急性期・急性期や地域包括医療病棟からの**早期受け入れ**（postacute > subacuteの役割）

退院後の地域生活のフォローアップを積極的に行い、地域からの相談機能（専門外来、治療、検査等）を有する

（地域包括ケアシステムを積極的に支え、退院後の要介護度の悪化を防ぐ）

● 回復期リハビリテーション病棟の役割、機能

他の包括期との違い ⇒ **疾患管理**に加え、**障害の治療・管理**ができる = その後の地域生活の維持とQOLに影響

リハビリテーション科専門医の特徴 ⇒ 上記および**生活再建**を行うためのマネジメントができる

● 質の評価

今後の地域医療を支える**医療機能**、特に**質の高いリハビリテーション機能**を有していること

（質の高い在宅復帰支援やフォローアップなど、地域に貢献できる医療提供） ※画一的な医療提供ではない

高度な**ストラクチャー、プロセス**を重視 ※人員配置やアウトカムはすでに要件となっている

現行制度の課題 と 新たな質の選別の方向性 (2025年5月時点)

現行制度の課題

- 人員配置(Structure)と実績(Outcome)評価が中心の入院料区分となっているが、今後は充実した過程(Process)評価が必要。
- 現在、70%程度が入院料1※1となっているが、当協会の調査によると、中身のばらつきが大きい※2ことが分かった。 ※1 厚生局開示データ ※2 協会分析データ
- リハビリテーション医療に関する資源(多くの専門職、検査や治療機器など)を多く有するため、**地域支援や地域のリハビリテーションに関する相談機能を有した、総合的なリハビリテーション施設として機能していくことが重要**ではないか。
- 今後の地域医療ニーズの変化に対応するため、医療管理の質担保(Structure等)も重要と考える。

質の選別の方向性(案)

- 最上位の入院料である「入院料1」を新たな評価導入の対象病棟とする。
- 今後の地域医療を支える**質の高いリハビリテーション機能**を有している病棟・施設を評価する。
(画一的な医療提供ではなく、質の高い在宅復帰支援やフォローアップなど、地域に貢献できる医療提供を評価)
- 今の報酬体系で不足している高度な**ストラクチャー、プロセス**を中心に項目を選択する。

現在の入院料区分とその要件(人員配置、アウトカム等)はそのまま残し、そこにポイント化した複数の項目※1を追加する。

定量化できる項目だけでなく、「こういう体制は重要なので作って下さい」という**体制項目※2**も必要。

※1 介護老人保健施設の「在宅復帰・在宅療養支援等指標」のような各評価の合計値を算出

※2 同「算定要件」のような施設体制の評価項目

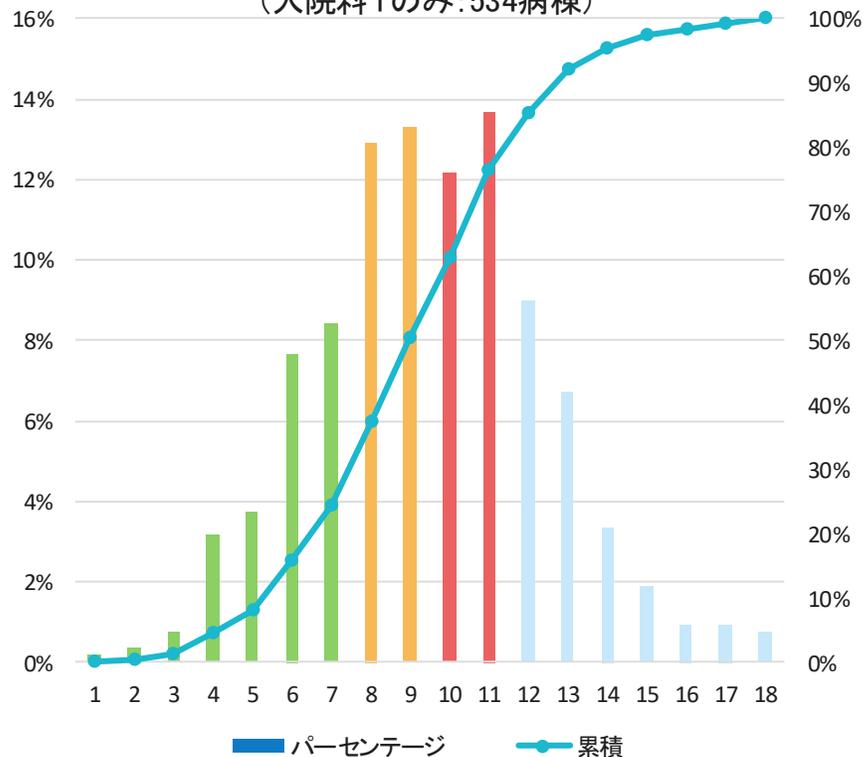
スコア点数構成 と 配点 (案)

SPO	項目	点数(例)
1. 早期受入と医療依存度の軽減		
S	主治医※としての受け持ち数 (医師の数)	0-2
S	VE/VF実施数 ※ 実施数 or 実施率 は検討中	0-1
S	医学的管理に必要な検査体制	※データなし

2. 高度なチーム医療の提供		
S	リハ科専門医	0-1
S	歯科衛生士	0-1
S	介護福祉士割合	0-2
P	高度専門(高度、本体、なし)	0, 2, 4
P	リハ単位数・365体制	0-2
P	自立促進のためのADLケアの協業	0-2
P	自宅退院患者への訪問指導実施率	0-2
P	退院前カンファ(医師参加)	0-2

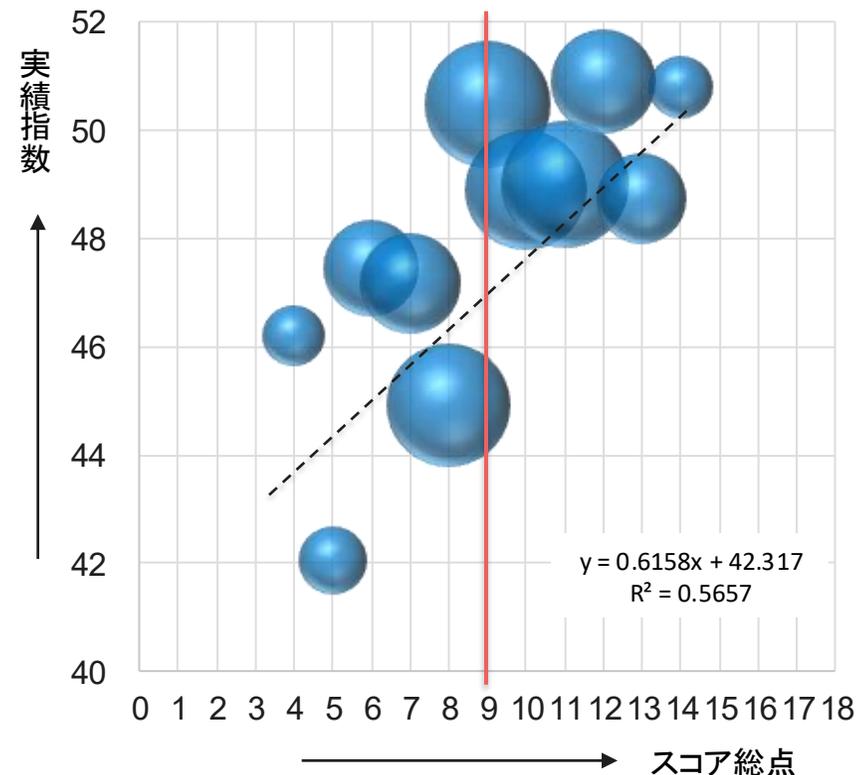
3. 地域包括ケアの拠点機能		
P	退院後リハフォローアップ率	0-2
P	地域総合リハセンター機能	※データなし

スコア(案)の得点分布 (入院料1のみ:534病棟)



スコア範囲	パーセンテージ	病棟数(N)		
~100%	~75%	~50%	~25%	スコア上位から
N=130	N=140	N=138	N=126	病棟数(N)

スコア総点と実績指数 (入院料1のみ:503病棟)



※10病棟以上の得点(4~14点)をバブルチャートで表示
 ※バブルの大きさは病棟数(17~73病棟)を表す

回復期リハ病棟協会 2024実態調査より改変

良質なプロセス(スコア得点合計)が良好なアウトカム(実績指数)につながっていることが分かる。

2026年度 診療報酬改定

(1月15日現在)

厚労省の新旧医療課長ら「医療・介護の連携」議論

2024年度医療・介護同時改定を総括、2026年度改定を展望



2026年度改定を考える際の視点：

- ・物価や賃金の状況を踏まえると、これまでのように「良いことのためなら人手や費用を増やしてもよい」とは言いにくなっている。

1. タスクシフト / タスクシェア ※人材不足感のある職種について

2. 機能分化・連携 ⇒ 医療と介護を統合的視点で提供

例) 急性期での生活支援の工夫

3. 人口や人材の地域差にどう向き合うか

改定に当たっての基本認識	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性 ▶ 2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築 ▶ 医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現 ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和 	
改定の基本的視点と具体的方向性	
<p>(1) 物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応 【重点課題】 【具体的方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応 ○賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組 <ul style="list-style-type: none"> ・医療従事者の処遇改善 ・業務の効率化に資する ICT、AI、IoT等の利活用推進 ・タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進 ・医師の働き方改革の推進/診療科偏在対策 ・診療報酬上求める基準の柔軟化 <p style="text-align: right;">等</p>	<p>(3) 安心・安全で質の高い医療の推進 【具体的方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価 ○アウトカムにも着目した評価の推進 ○医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価 ○質の高いリハビリテーションの推進 ○重点的な対応が求められる分野（救急、小児・周産期等）への適切な評価 ○感染症対策や薬剤耐性対策の推進 ○口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進 ○地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化 ○イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等 <p style="text-align: right;">等</p>
<p>(2) 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進 【具体的方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価 ○「治し、支える医療」の実現 <ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価 ・円滑な入退院の実現 ・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進 ○かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価 ○外来医療の機能分化と連携 ○質の高い在宅医療・訪問看護の確保 ○人口・医療資源の少ない地域への支援 ○医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組 ○医師の地域偏在対策の推進 <p style="text-align: right;">等</p>	<p>(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上 【具体的方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○後発医薬品・バイオ後続品の使用促進 ○OTC類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し ○費用対効果評価制度の活用 ○市場実勢価格を踏まえた適正な評価 ○電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進 ○外来医療の機能分化と連携（再掲） ○医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲） <p style="text-align: right;">等</p> <p style="text-align: right;">1</p>

2026年 診療報酬改定率 本体：+3.09% 薬価：-0.87%

診療報酬本体は30年ぶり改定率



(注)19年度は消費税率上げに伴う改定。
薬価の中間年改定は除く

(参考)日本経済新聞 2025年12月20日 (一部変更)

- 賃上げ対応：1.70%
- 物価対応：1.29% (物価0.76%、食費・光熱水費0.09%、その他0.44%)
- 政策改定(通常改定)：0.25% 医療の高度化、医療機能の強化：
医療の高度化への対応、医療機関機能に着目し、地域で高度・救急医療を支える医療機関への重点配分等
- 適正化・効率化：▲0.15% 外来・在宅の適正化：
訪問看護、在宅医療の適正化、一般名処方加算の見直し、
医療機関・薬局等が連携した残薬対策の推進、
長期処方・リフィル処方の取組強化。
調剤報酬の適正化：調剤基本料の見直し、後発医薬品調剤体制加算の見直し

ほとんどが処遇(賃上げ)、物価対応

5.回復期リハビリテーション病棟入院料について

入院適応は？

- 5-1. 実績指数について
- 5-2. 重症患者割合について
- 5-3. 廃用症候群リハビリテーションについて
- 5-4. 質の高いリハビリテーション医療の推進

- ・退院支援プロセス(家屋訪問、摂食・嚥下、排尿自立支援)
- ・高次脳機能障害者の退院支援
- ・地域支援事業

令和7年10月1日
入院・外来医療等の調査・評価分科会における検討結果
(とりまとめ)

1. 概要

○ 評価指数的な観点から「入院・外来医療等の調査・評価分科会」(以下「分科会」という)は、令和7年度診療報酬改定に係る医療費削減効果に関する調査等について、評価指数的な観点から専門的な調査を行うこととされている。

○ このうち本調査については、令和7年度入院・外来医療等における実績調査、特に重症患者割合について、令和7年7月31日(日)中間とりまとめを行い、8月6日(金)に中間報告を行った。

○ 今回、調査における調査項目(令和7年度入院・外来医療等における実績調査)の結果等も踏まえ、要する検討を行い、分科会として下記のとおり検討結果のとりまとめを行った。

(目次)

1. 重症患者割合について (調査資料① P06-P10) 4

2. 高度なチーム医療の提供について (調査資料② P06-P10) 5

3. 地域包括ケアの拠点機能について (調査資料③ P06-P10) 10

4. 高次脳機能障害者の退院支援について (調査資料④ P06-P10) 12

5. 地域支援事業について (調査資料⑤ P06-P10) 20

6. 廃用症候群リハビリテーションについて (調査資料⑥ P11-P14) 25

7. 入院・外来医療等の調査・評価分科会について (調査資料⑦ P06-P10) 28

8. 実績指数について (調査資料⑧ P06-P10) 33

9. 調査項目の多岐にわたる点について (調査資料⑨ P06-P10) 35

10. 調査項目の多岐にわたる点について (調査資料⑩ P06-P10) 38

11. 調査項目の多岐にわたる点について (調査資料⑪ P06-P10) 40

12. 調査項目の多岐にわたる点について (調査資料⑫ P06-P10) 42

13. 調査項目の多岐にわたる点について (調査資料⑬ P06-P10) 44

14. 入院から外来への移行について (調査資料⑭ P11-P14) 54

15. 調査項目の多岐にわたる点について (調査資料⑮ P06-P10) 56

16. 人口・高度医療が少ない地域における対応 (調査資料⑯ P06-P10) 57

17. 調査項目の多岐にわたる点について (調査資料⑰ P06-P10) 58

18. 調査項目の多岐にわたる点について (調査資料⑱ P06-P10) 59

(参考) 要望との比較

SPO	項目	○ △ ×
1. 早期受入と医療依存度の軽減		
S	主治医※としての受け持ち数(医師の数)	×
S	VE/VF実施数	×
S	医学的管理に必要な検査体制	×

2. 高度なチーム医療の提供		
S	リハ科専門医	×
S	歯科衛生士	×
S	介護福祉士割合	×
P	高度専門(高度、本体、なし)	×
P	リハ単位数・365体制	×
P	自立促進のためのADLケアの協業	×~△
P	自宅退院患者への訪問指導実施率	◎
P	退院前カンファ(医師参加)	×

3. 地域包括ケアの拠点機能		
P	退院後リハフォローアップ率	×
P	地域総合リハセンター機能	×~△

摂食・嚥下
排尿
家屋訪問
高次脳
退院支援

その他

身体的拘束、施設外訓練の充実、病棟における多職種ケア、床上リハ、高額薬剤・・・

- 今後85歳以上の高齢者が増加する中で、亜急性期医療や在宅医療への対応が求められる。
地域においてどのような役割を担うのか、地域の医療ニーズを基にした判断が必要となる。
若年障害児・者を含め、退院後のフォロー体制の構築が重要である。
- リハビリテーション医療には、早期在宅復帰、そのフォローアップが求められる。
自施設内の連携、他施設との役割分担と連携など、地域の実情に応じた体制整備が必要となる。
リハビリテーション専門病棟や施設は、積極的な専門的な入院治療を行うこと、そしてその後の専門的診察や評価、リハビリテーションマネジメント、地域支援・社会復帰支援等を行うことが重要である。

まとめ ② あるべき姿とは？ 評価・訓練・リスク管理 と 多職種協働のポイント

評価と介入の視点

- ・経過や障害構造に応じて、**機能・活動・参加**の各カテゴリーへ**バランスよく介入**する。**評価**はADL評価だけに偏らず、筋力、バランス、高次脳機能、家事動作能力、参加指標などを含めて**ICFに沿って多元的**に行う

訓練内容・量と適応

- ・正しい適応で訓練量(×期間)を設定すれば、**量依存性の効果**が期待できる
- ・**機能障害**そのものの**改善 / 悪化の防止**と、**機能障害があるなりのADL動作を身につける**(代償方法含む)ことの**両面を押し進め、活動能力の向上を目指す**

動くことのメリットとリスク

- ・ADL向上や廃用予防の主な手段は「動く」ことだが、転倒などの危険を伴う。**動くことの効果とリスク回避手段(防止策)のデメリット**を総合的に考え、最良点を模索する
- ・運動・認知両面からの転倒などのリスクの把握、防止策の検討と実践プロセスが重要。**身体的拘束の最小化を目指す**と同時に**解除へのプロセス**も重要

専門職の役割と協業

- ・**療法士は運動学習を基盤に「できるADL」を向上させる**。**看護介護職は生活場面で「しているADL」を定着させる**。
専門性と役割分担を行いつつも、両者の重なる部分については協業が重要である
- ・**医師の指示もと**とチームで作成する**リハビリ計画**に位置づけ、**療法士がケアを理解し、看護介護職が訓練を理解する仕組みが必要**