

医療・介護・障害者福祉のインテグレーション

平成21年6月27日(土)

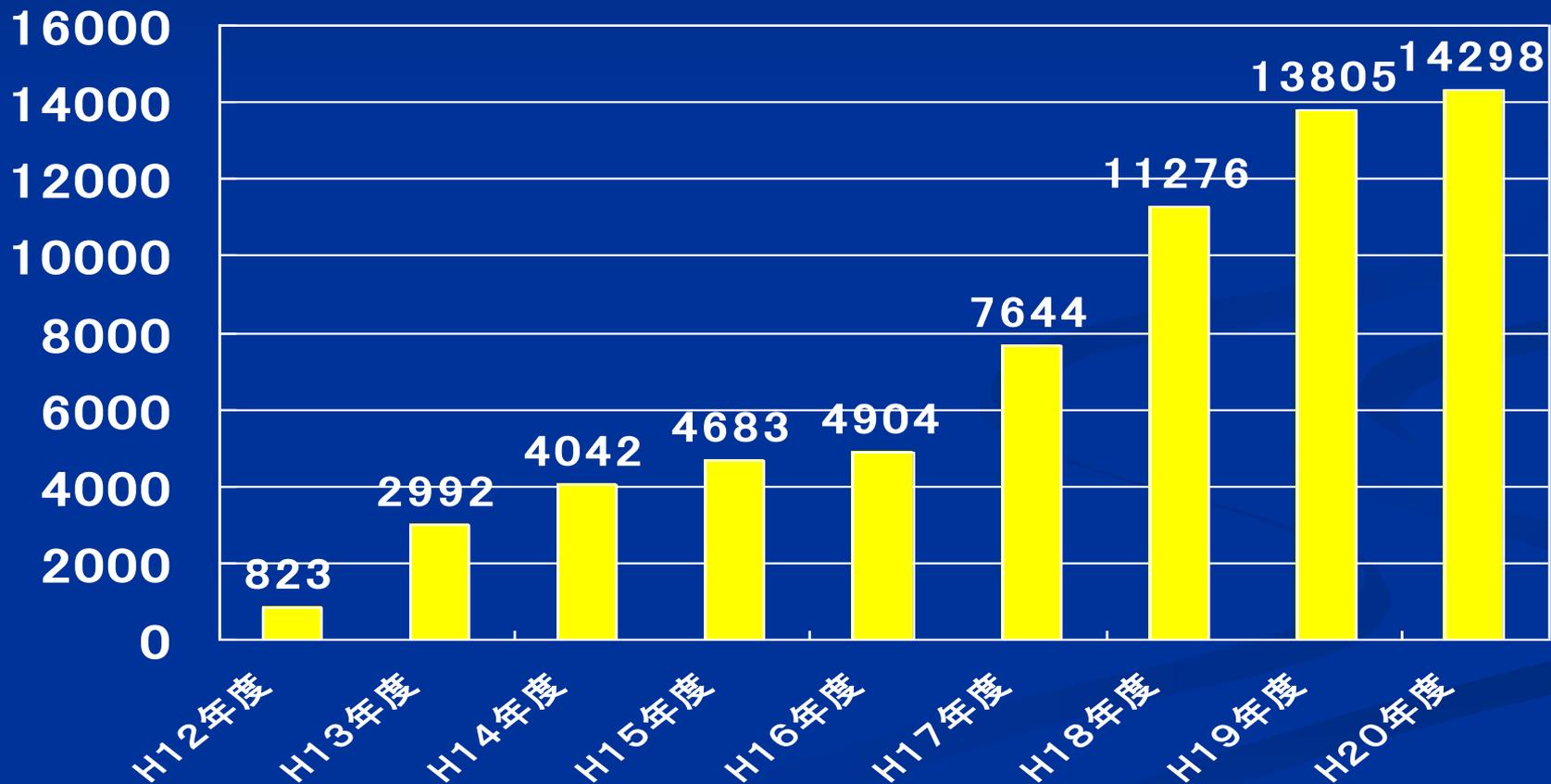


(医)らぽーる新潟 ゆきよしクリニック
(福)豊潤舎 新潟県障害者リハビリテーションセンター

理事長 荻荘 則幸



ゆきよしクリニック 訪問リハ実施件数 年度別推移



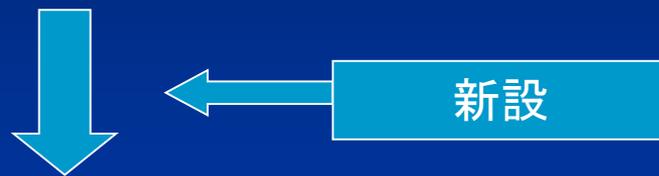
ゆきよしクリニック疾患別 訪問リハビリテーション利用者

- | | |
|---|---------------|
| 1. 脳血管疾患
(脳梗塞, 脳血管etc.) | 108名(106名+2名) |
| 2. 骨関節疾患
(脊柱管狭窄症, 後縦靱帯骨化症etc.) | 54名(52名+2名) |
| 3. 神経・筋変性疾患 | 38名(28名+10名) |
| 4. 脊髄損傷 | 14名(10名+4名) |
| 5. 脳性麻痺 | 3名(0名+3名) |
| 6. 呼吸・循環器疾患 | 9名(9名+0名) |
| 7. そのほか
(変形性関節症, 変形性頸椎症, 腰椎症, 大腿骨
頸部骨折, 関節リウマチetc.) | 22名(19名+3名) |

訪問リハビリテーションの種類と特徴(H21.4)

分野	介護		医療	
法律	介護保険法		医療保険法	
実施機関	病院 診療所, 老健	訪問看護 ステーション	病院 診療所	訪問看護 ステーション
名称	訪問リハビリ テーション	訪問看護7	在宅訪問リハビリ テーション指導管理料	PT・OT・STによる 訪問看護
対象者	介護保険対象者 (40歳以上で加齢に伴う疾患の者)		介護保険非対象者 (65歳未満で加齢に伴う疾患でない者)	
訪問頻度	週6単位まで		週6単位まで (退院の日から起算して3ヶ月以内の場合は12単位まで)	
訪問時間	20分(1単位)	①30分未満 ②30分以上 60分未満	20分(1単位)	
単価	305単位 ・短期集中リハ実施加算 : 340単位, 200単位 ・サービス提供体制強化 加算 6単位(1回に付)	①425単位 ②830単位	300点 255点 (管理料1) (管理料2)	月の初日12,350円 2回目以降8,200円 (訪問看護基本療養費 I と訪問看護管理療養費を 合算)
利用者負担	1割負担		保険に応じ1~3割負担	

訪問は「通院が困難な利用者」に対して給付される



- ・通院により同様のサービスが担保されるなら、通院サービスを優先すべきという主旨
- ・通院によるリハビリのみでは家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋の状態の確認を含める

リハビリテーション料の算定日数制限

- 脳血管疾患等 180日
- 運動器 150日
- 呼吸器 90日
- 心大血管 150日



平成18年4月28日厚労省の
疑義解釈

「脳卒中でも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は例外とする」

「リハビリ算定日数」上限制度 (リハビリ打ち切り制度)



『リハビリ中止は死の宣告』(朝日新聞)

多田富雄 東大名誉教授



「脳卒中」も除外規定に含む(厚労省)

読み取れない方が悪い『後出しジャンケン戦法』

訪問リハビリ実施機関

- ① 病院
 - ② 診療所
 - ③ 訪問看護ステーション
 - ④ 介護老人保健施設
- * 訪問リハビリステーション(?)

訪問リハを利用するクライアントの要介護度は高い傾向にある

表 介護保険受給者と介護度との関係 (厚生労働省, 2002 単位: 千人)

	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
居宅サービス受給者合計	240.3	560.3	335.4	197.7	151.1	135.7
(割合)	(14.8%)	(34.6%)	(20.7%)	(12.2%)	(9.3%)	(8.4%)
訪問リハ受給者	0.2	2.3	3.2	3.0	3.5	5.1
(割合)	(1.1%)	(13.2%)	(18.4%)	(17.2%)	(20.1%)	(29.3%)



寝たきり状態から脱却させることが第一の介入目標になりやすい

訪問リハビリで何を行うのか？

維持期リハビリ → 生活全般のコーディネート

1. 環境整備，生活空間の拡大
 - ・福祉用具，家屋改造
2. 意欲向上，動機づけ
 - ・介護者も含めたQOLの改善
3. 機能訓練（狭義のリハビリ）
4. 他業種への啓発

維持期リハビリに終わりはない

- 評価は何を目標におくのか？
- 訪問リハビリから通所リハビリへ
- 訪問リハビリから入院へ

訪問リハビリにおける問題点

- ① アナウンスメント
- ② リハビリ専門職をジェネラリストへ
- ③ STによる訪問（H18年度より完全実施）
- ④ 単価の引き上げと一元化
- ⑤ 医療機関からの指示（書）の一元化
- ⑥ 特定疾患であるが特定疾病ではない疾患（MS, MG, 筋ジス）に対する問題

かかりつけ医の3原則

1. Multiple Function
2. Flexibility
3. Mind of welfare

医療の原点は在宅診療である



診療所単独から

在宅チーム医療

医師とケアマネの二重支配

診療所医師(管理者)の実態

➤ 地域医療活動

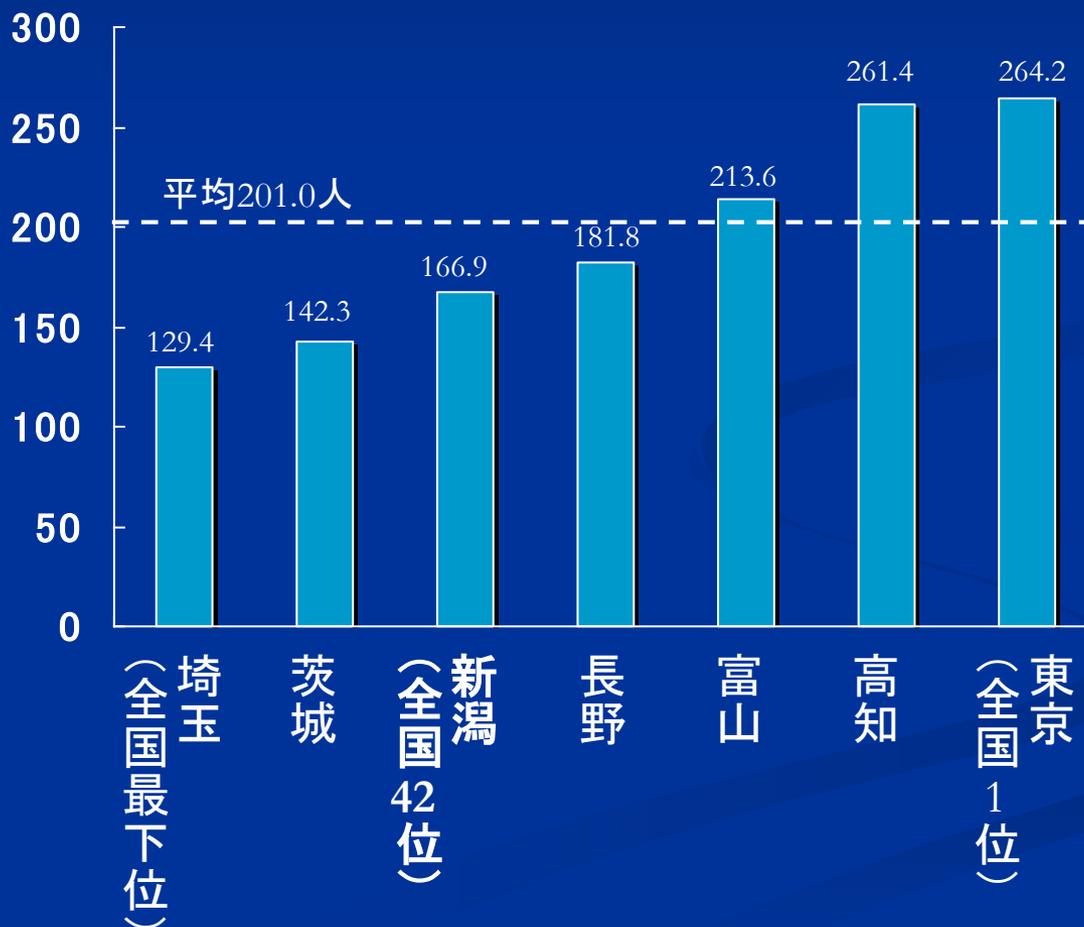
診療所医師(管理者)は、外来中心の本来の診療業務の内容から超過勤務は少ないが、一方で地域の保健・医療・福祉活動を、診療中・診療外の時間に地域住民の健康維持に努めている。その意味での適正な評価を求めたい。

～診療所医師(管理者)が携わる主な地域医療活動～

- ◆救急対策(急患センター出務、休日診療、夜間診療)、電話相談
- ◆学校医、産業医、警察医
- ◆予防接種、乳幼児健診、がん・成人病検診、健康相談
- ◆感染症対策、安全・災害対策委員
- ◆保健・福祉計画等の策定委員
- ◆地域の行事における救護所等への出務
- ◆介護保険対応(主治医意見書、介護保険認定審査会、ケアマネジメント評価委員会 等)
- ◆公的医療保険維持のための保険診療に関する研修会等

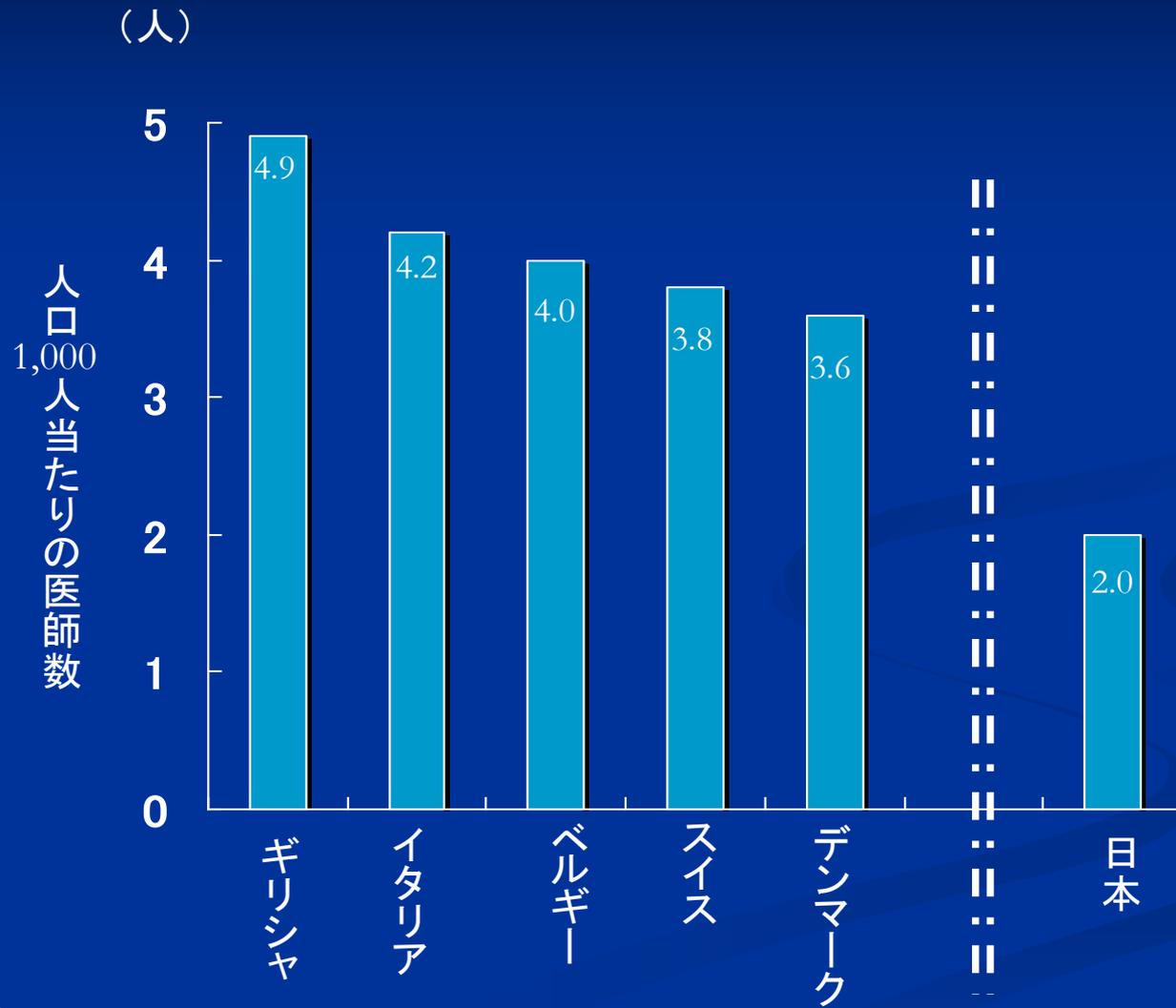
そもそも、医師の数が足りません

■ 都道府県別に見る人口10万人あたりの臨床医数(2004年)



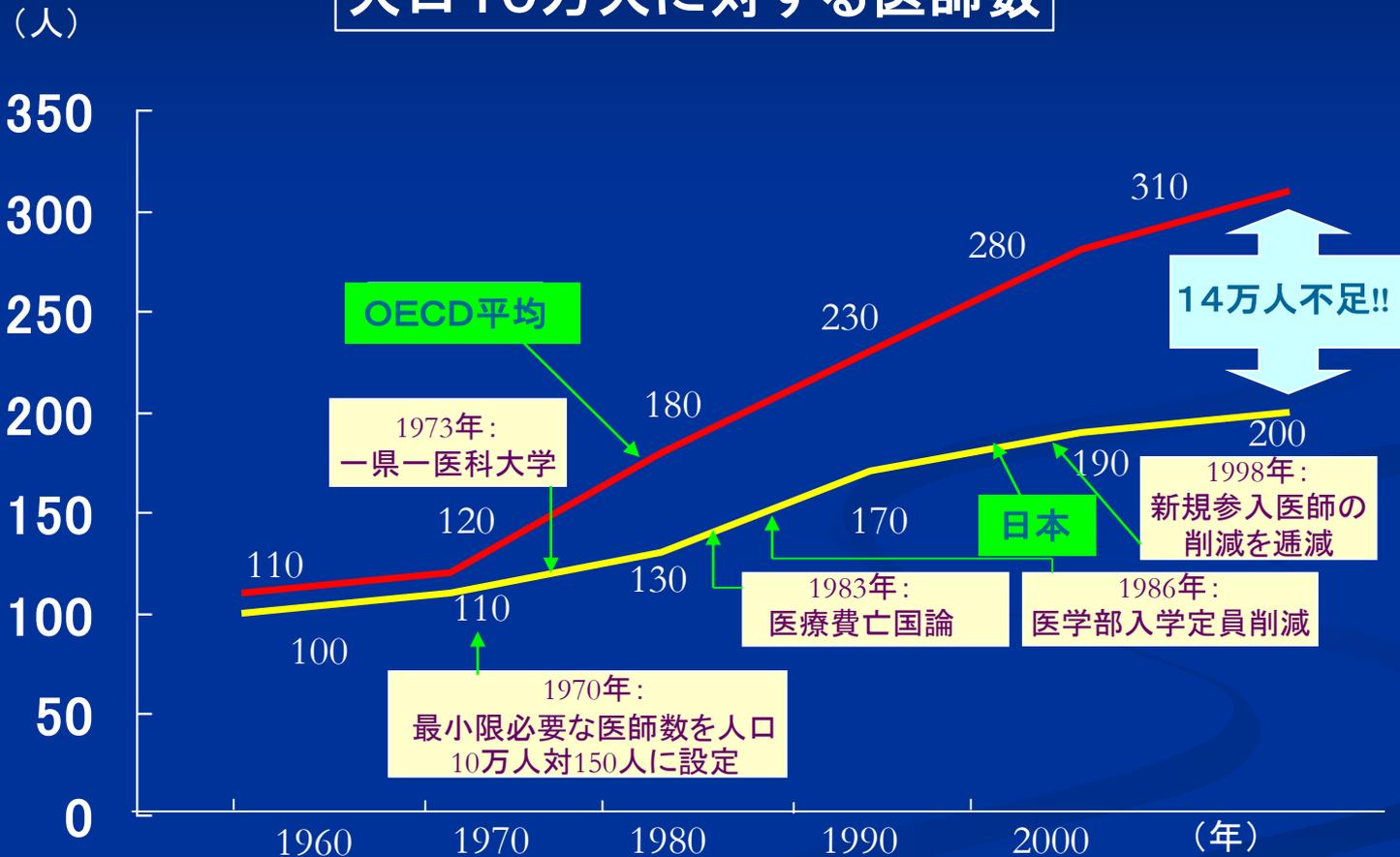
OECD加盟国の医師数

(2004年)



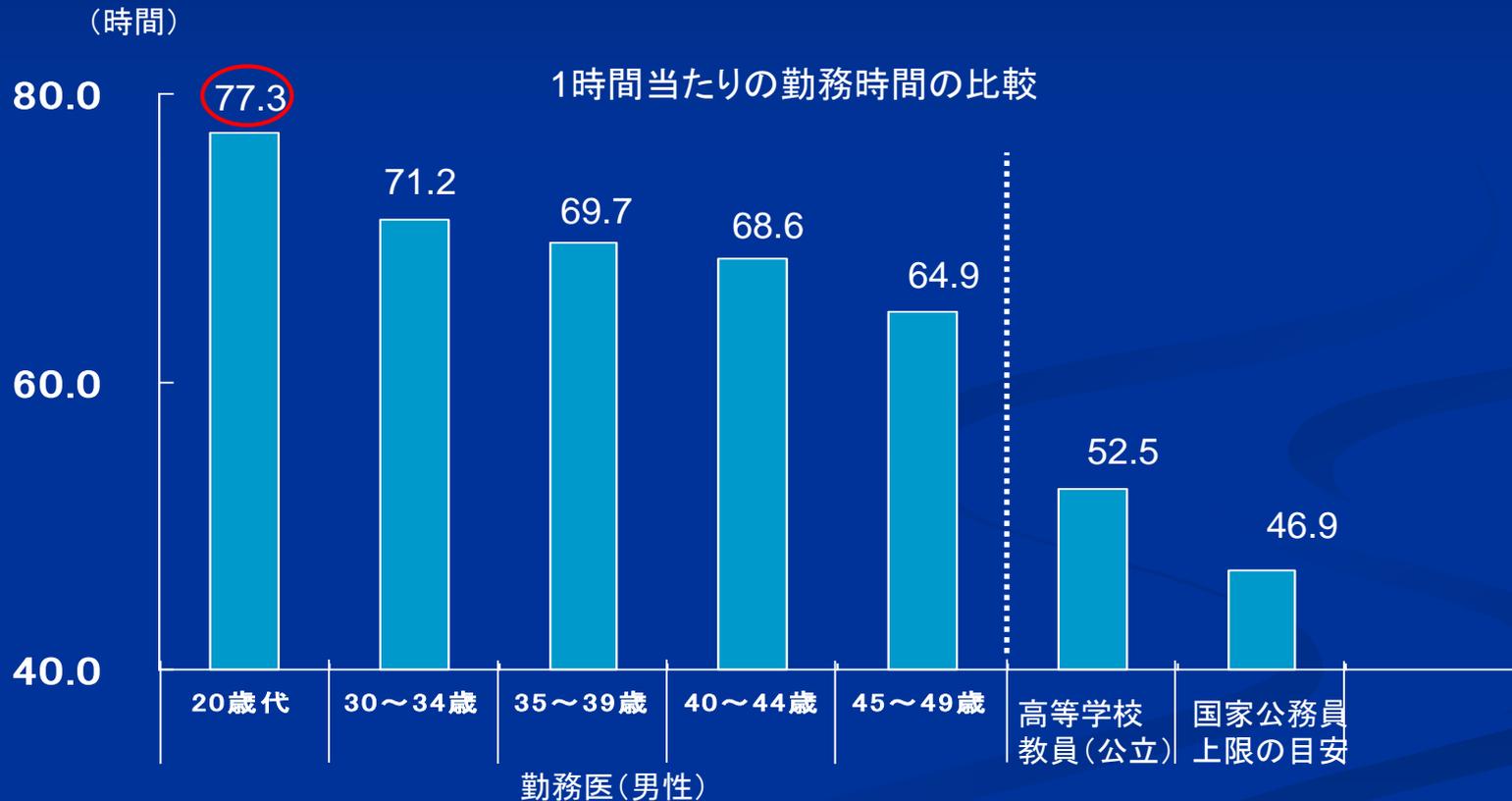
OECDの平均医師数と日本の医師数

人口10万人に対する医師数



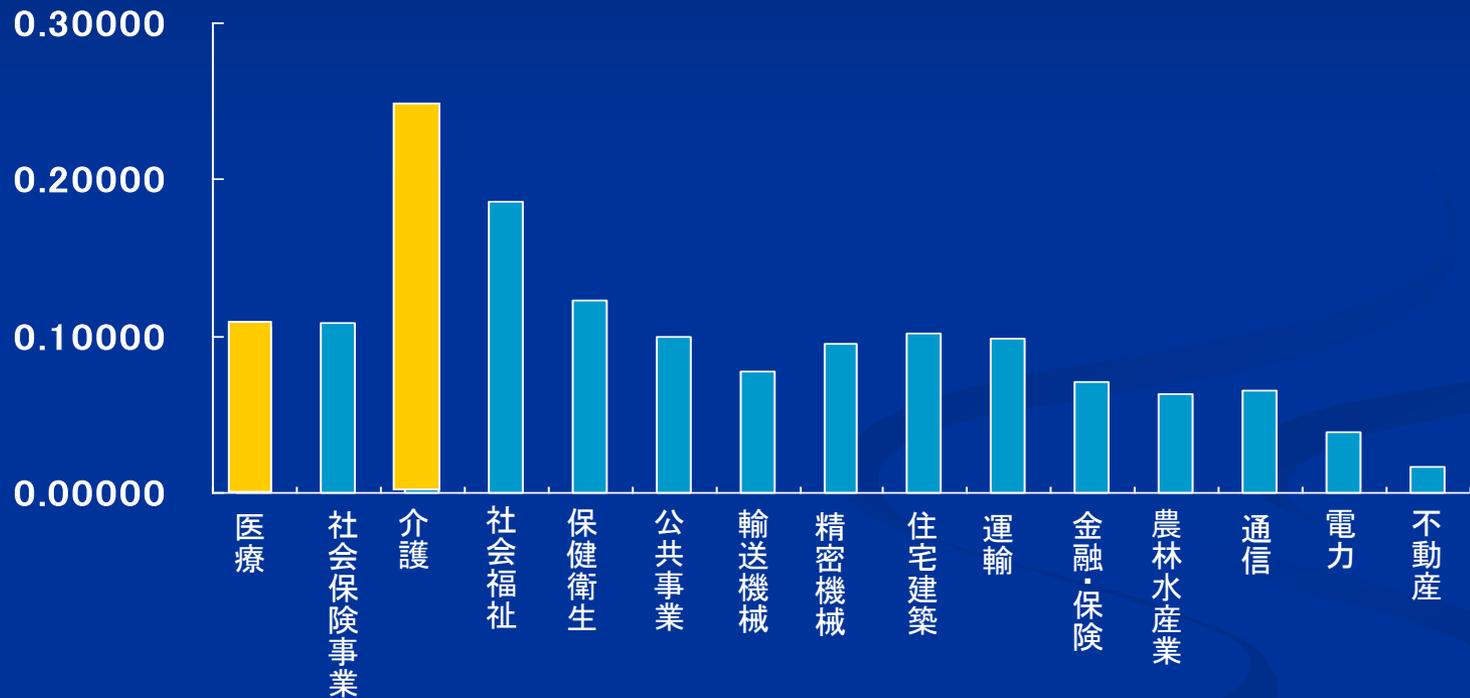
病院勤務医師の勤務実態 (勤務医師の疲弊→財源の重点配分を)

20歳代の勤務医師の勤務時間は週**77.3**時間に上っている。



介護、医療の雇用誘発係数は、公共事業よりも高い。介護、医療は、雇用対策としても期待できる産業である。ただし、そのためには、財源の確保が必須であることはいうまでもない。

(人／百万円) 雇用誘発係数における主要産業と社会保障産業の比較



医療	0.10572	保健衛生	0.12299	住宅建築	0.10177	通信	0.06559
社会保険事業	0.10892	公共事業	0.09970	運輸	0.09901	電力	0.03873
介護	0.24786	輸送機械	0.07785	金融・保険	0.07056	不動産	0.01636
社会福祉	0.18609	精密機械	0.09549	農林水産業	0.06342		

年金・医療・介護(全国民加入を基本とする社会保険)制度の概要

		年金	医療	介護
保険集団		<ul style="list-style-type: none"> ・国民年金〔自営業者等〕 ・厚生年金等被用者年金〔サラリーマン等〕 	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村国保〔75歳未満の自営業者等〕 ・被用者保険〔75歳未満のサラリーマン〕 <ul style="list-style-type: none"> 組合健保 政管健保 共済 	市町村単位 〔40歳以上の全国民〕
			<ul style="list-style-type: none"> ・長寿医療〔75歳以上の全国民〕 	
給付		年金給付費 50.5兆円	国民医療費 33.1兆円	介護費用 7.4兆円
負担	利用者 本人負担	(該当なし)	約14%	約10% (負担割合 1割負担)
	保険料 負担	約82%	約49%	約39%
	税負担 (国・地方)	約18%	約37% (国約25%、地方約12%)	約51% (国約26%、地方約25%)

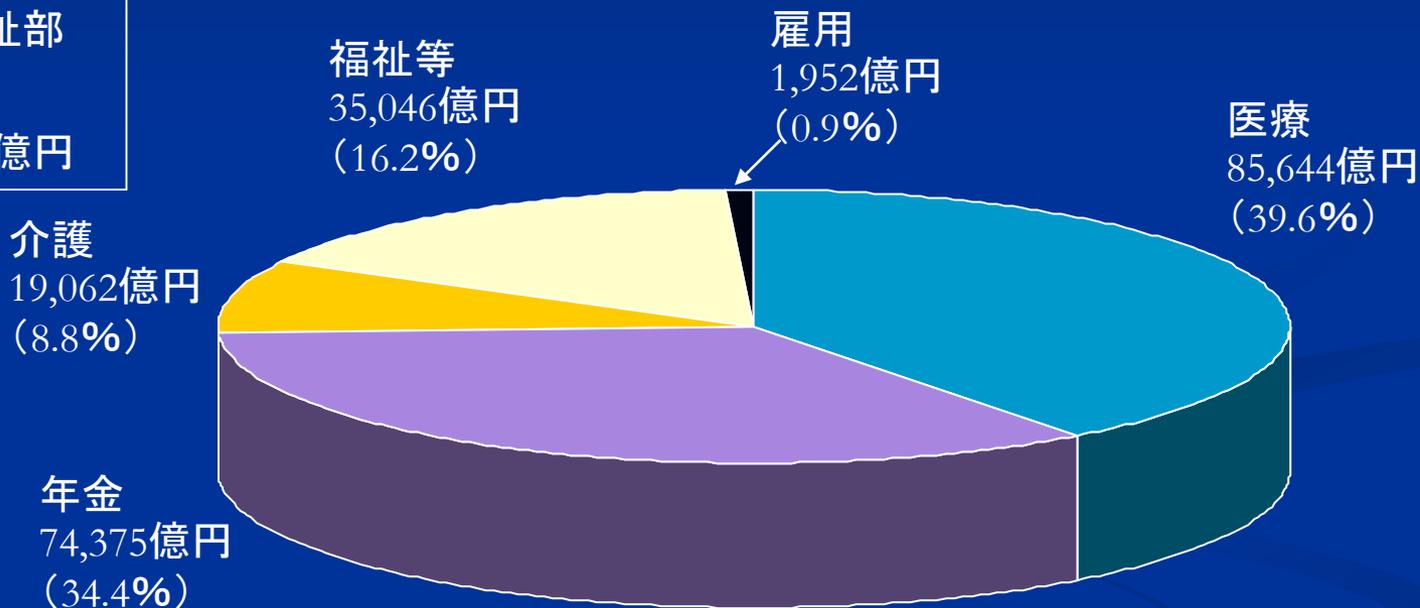
平成20年度厚生労働省一般会計予算案

社会保障関係費の内訳

厚生労働省予算案・・・22兆1179億円(+3.0%)
うち社会保障関係費・・・21兆26079億円(+3.1%)

障害保健福祉部
予算全体

9700億円



(参考)政府一般会計・・・83兆613億円(+0.2%)

うち一般歳出・・・47兆2845億円(+0.7%)

※国の一般歳出の46.8%が厚生労働省予算

1中学校区あたりのサービスニーズと資源

介護

6億522万円（154万円／要介護認定者）

特別養護
老人ホーム
0.52カ所

老人保健
施設
0.30カ所

介護療養型
医療施設
0.31カ所

地域包括
支援センター
0.35カ所

在宅介護
支援センター
0.44カ所

通所介護
1.61カ所

通所リハビリ
テーション
0.55カ所

ケアマネージャー
7.12人

訪問介護
1.88カ所

ヘルパー
12.47人

要介護認定者数

394人

人口

11,623人

高齢者(65歳以上)

2,336人

独居老人 351人

老老世帯 478世帯

障 害

8,139万円

(173万円／自立支援給付者)

自立支援
給付者数
47人

身体障害者 435人
知的障害者 66人
精神障害者 235人

児 童

1億1,922万円
(61万円／保育所児童)

主任児童委員
1.9人

保育所
2.08力所

保育所児童数
196人

児童虐待
相談件数
3.40件

DV相談件数
5.32件

生活保護

2億3, 858万円

被保護世帯数
98世帯(138人)

15歳未満 1, 594人
不登校児 11人
非行青少年 124人

医療

29億4, 759万円
(25万円/住民)

病院

0. 82カ所

診療所

8. 86カ所

外国人
登録者数
142人

母子家庭 68世帯
父子家庭 8世帯

運動器リハビリテーションの役割

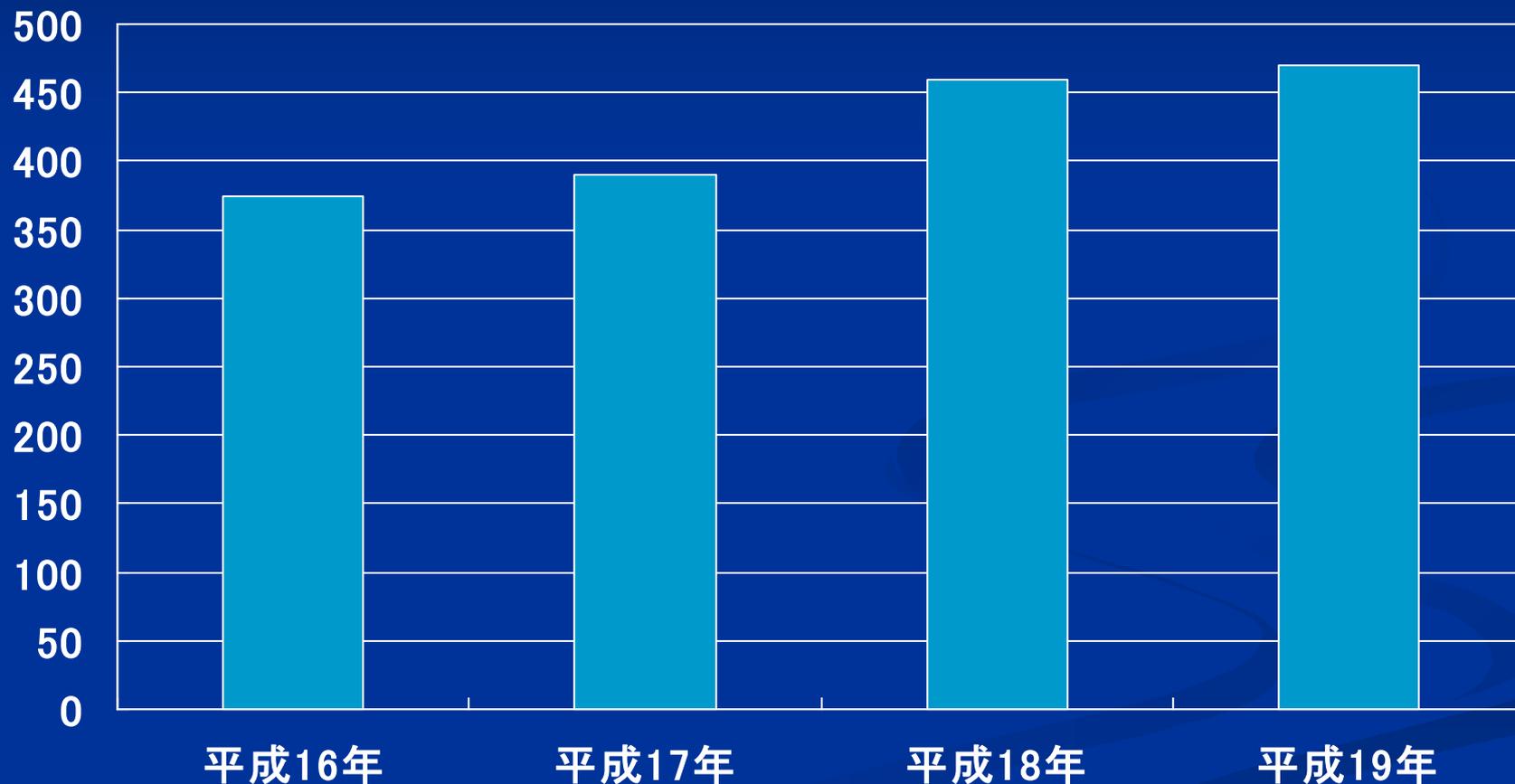
1. 医療として急性期、回復期のリハビリ
2. 医療に引き続いての維持期リハビリ
3. 介護予防を目的としたリハビリ
 - ★運動器健診によるロコモ該当者（介護予備軍）の早期発見（ロコチェック）
 - ★専門医による適切な運動指導（ロコトレ）
4. 既に要介護となった者への介護度重症化予防を目的としたリハビリ

Locomotive syndrome ロコモ『運動器症候群』

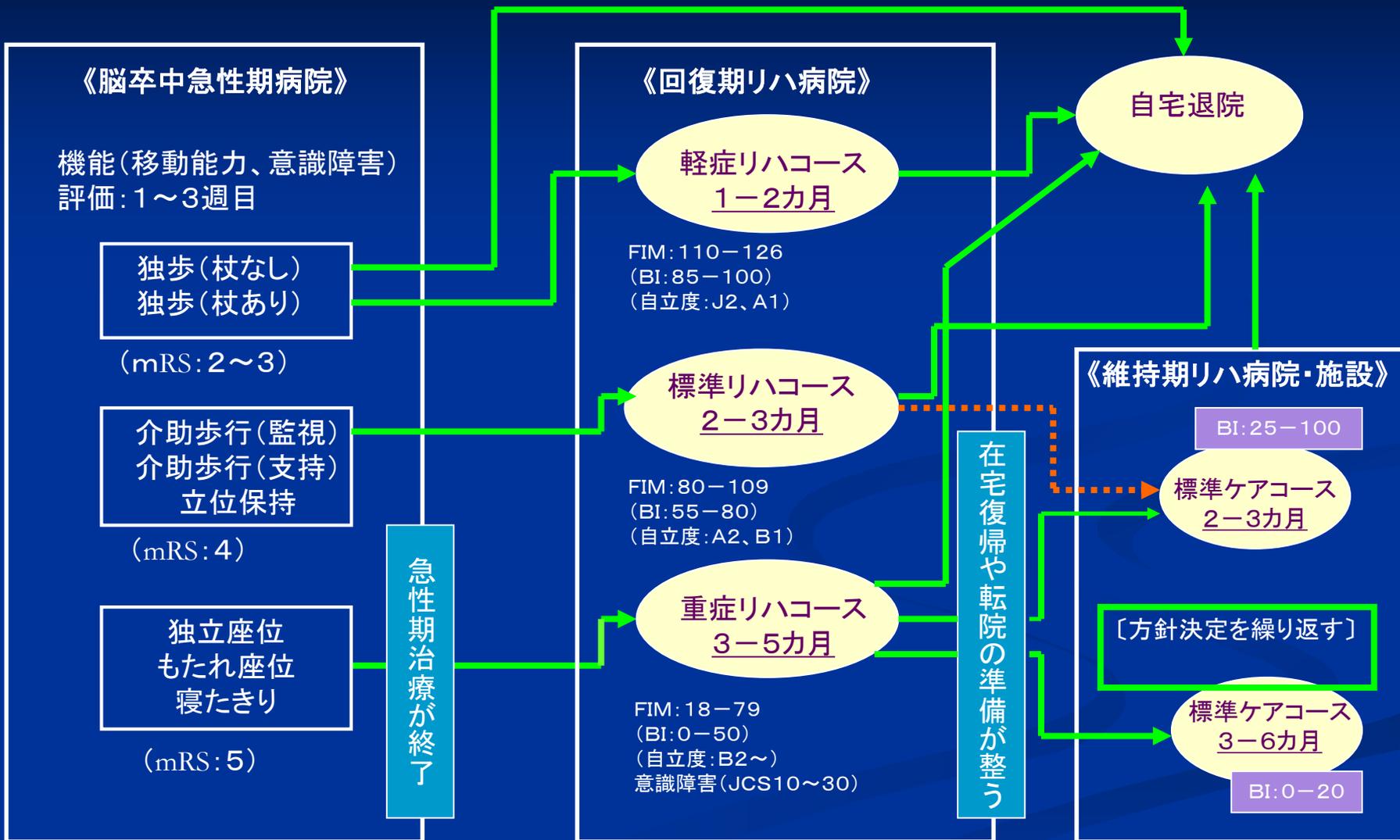
- Locomotive syndrome ロコモ
- Locomotion training ロコトレ
- Locomotion check ロコチェック

年間リハビリテーション総金額

(単位:10億円)



地域連携パスオーバービュー



被保険者数・要介護認定者数の推移

☆被保険者数の推移

65歳以上の被保険者数は、7年7ヶ月で約552万人(25%)増加

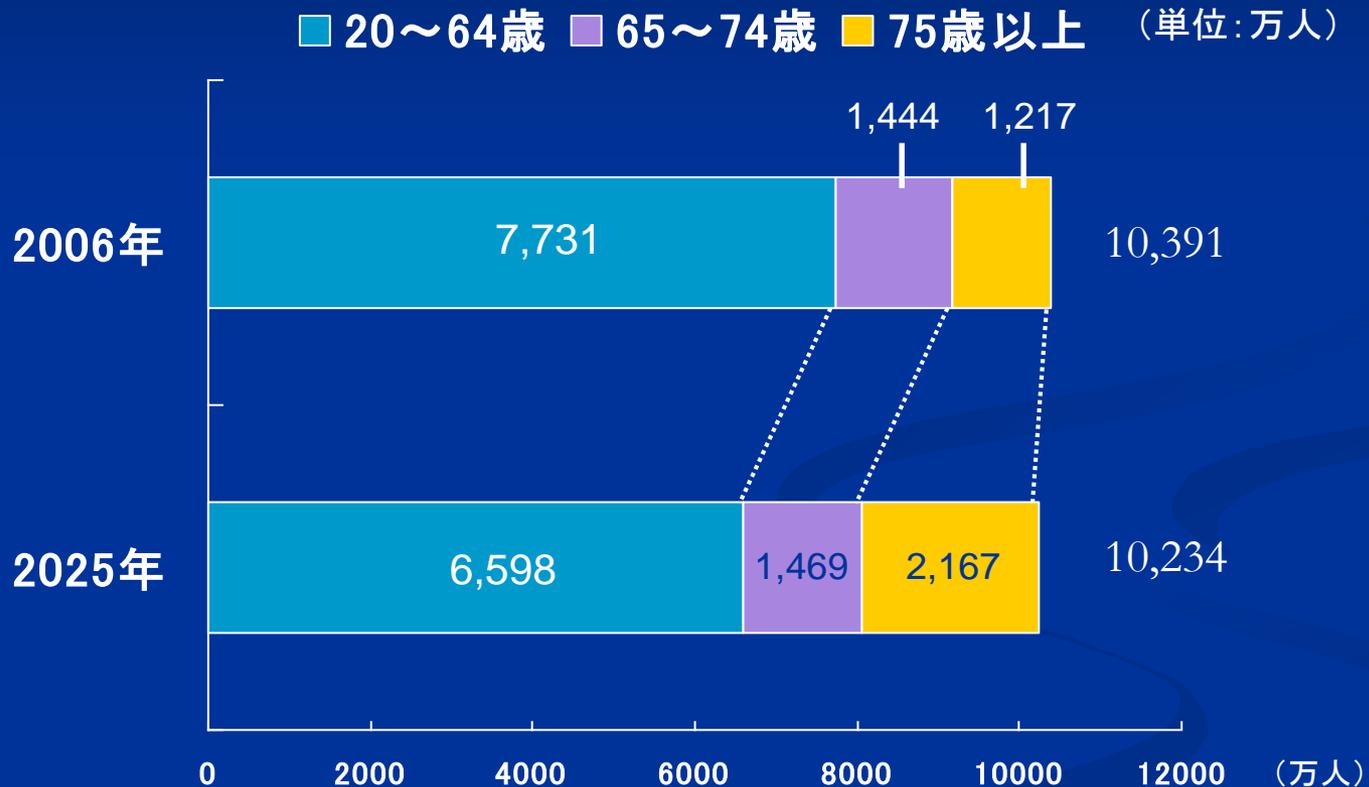
	平成12年4月末	平成19年4月末	平成19年11月末
被保険者数	2,165万人	2,682万人	2,717万人

☆要介護認定を受けた人数の推移

要介護認定を受けた者は、7年7ヶ月で約233万人(107%)増加

	平成12年4月末	平成19年4月末	平成19年11月末
認定者数	218万人	441万人	451万人

2006年と2025年の人口構成の比較



【予防給付の効果分析結果】

制度導入前

要支援
1000人

12カ月後

維持改善
(一般高齢者～要支援)
10179人・月

84.8%

悪化 1821人・月
(要介護1～要介護5)

15.2%

制度導入後

要支援
1000人

12カ月後

維持改善
(一般高齢者～要支援)
11123人・月

92.7%

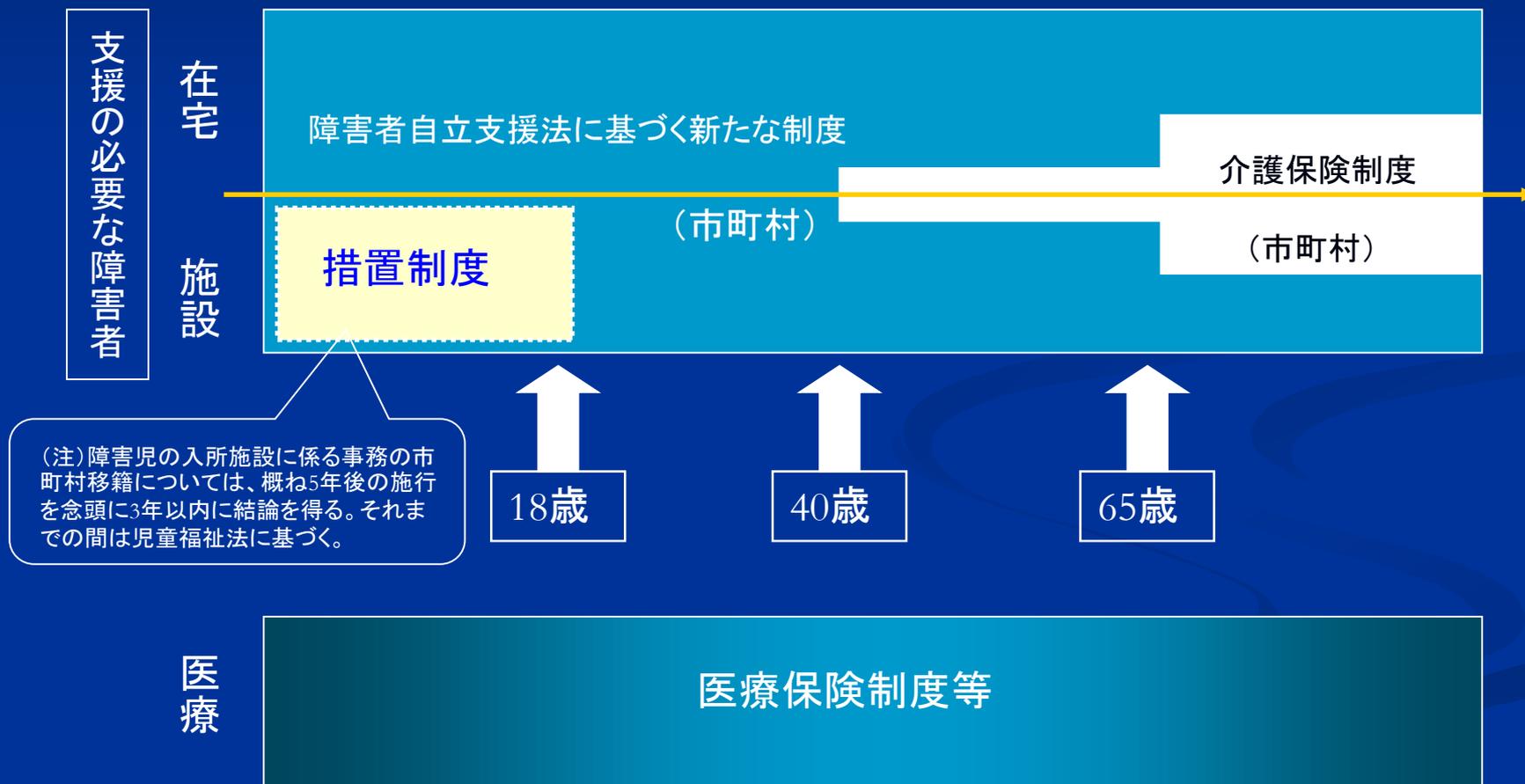
悪化 877人・月
(要介護1～要介護5)

7.3%

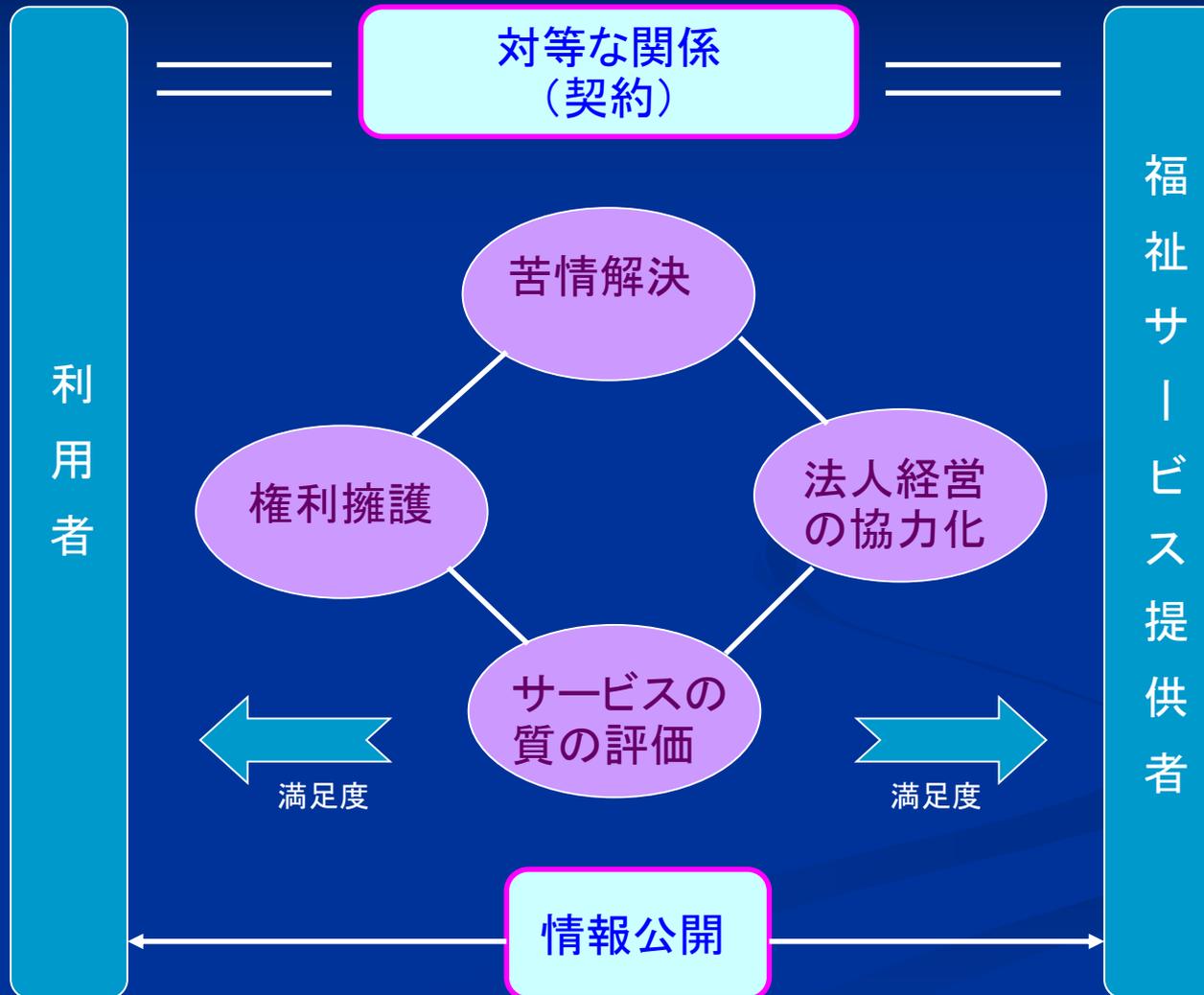
※1000人×12カ月
(12000人・月)の追跡結果

○「障害者自立支援法案」において障害者に共通の自立支援のための各種福祉サービスについて一元的に規定

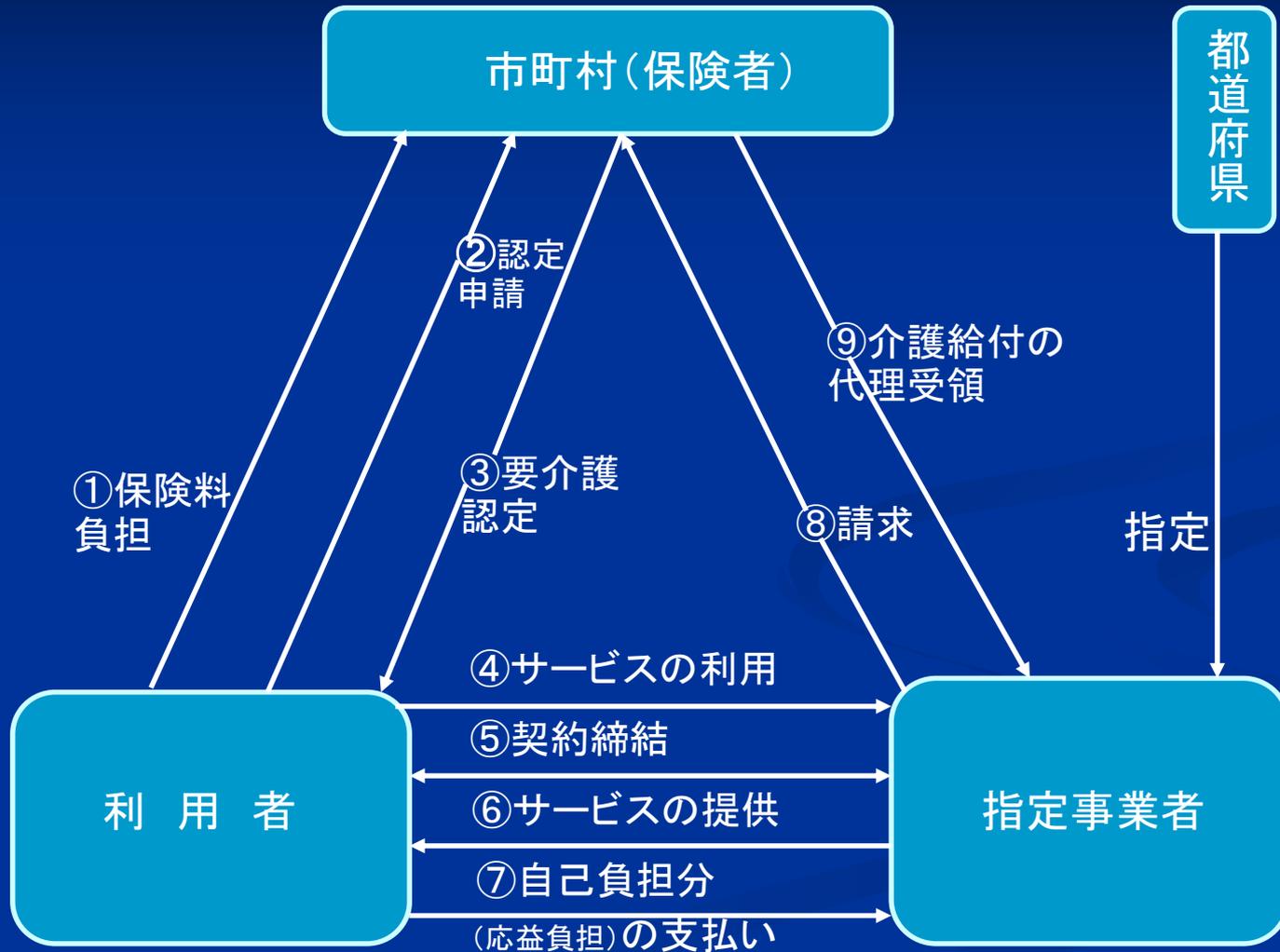
○サービス提供主体は市町村に一元化



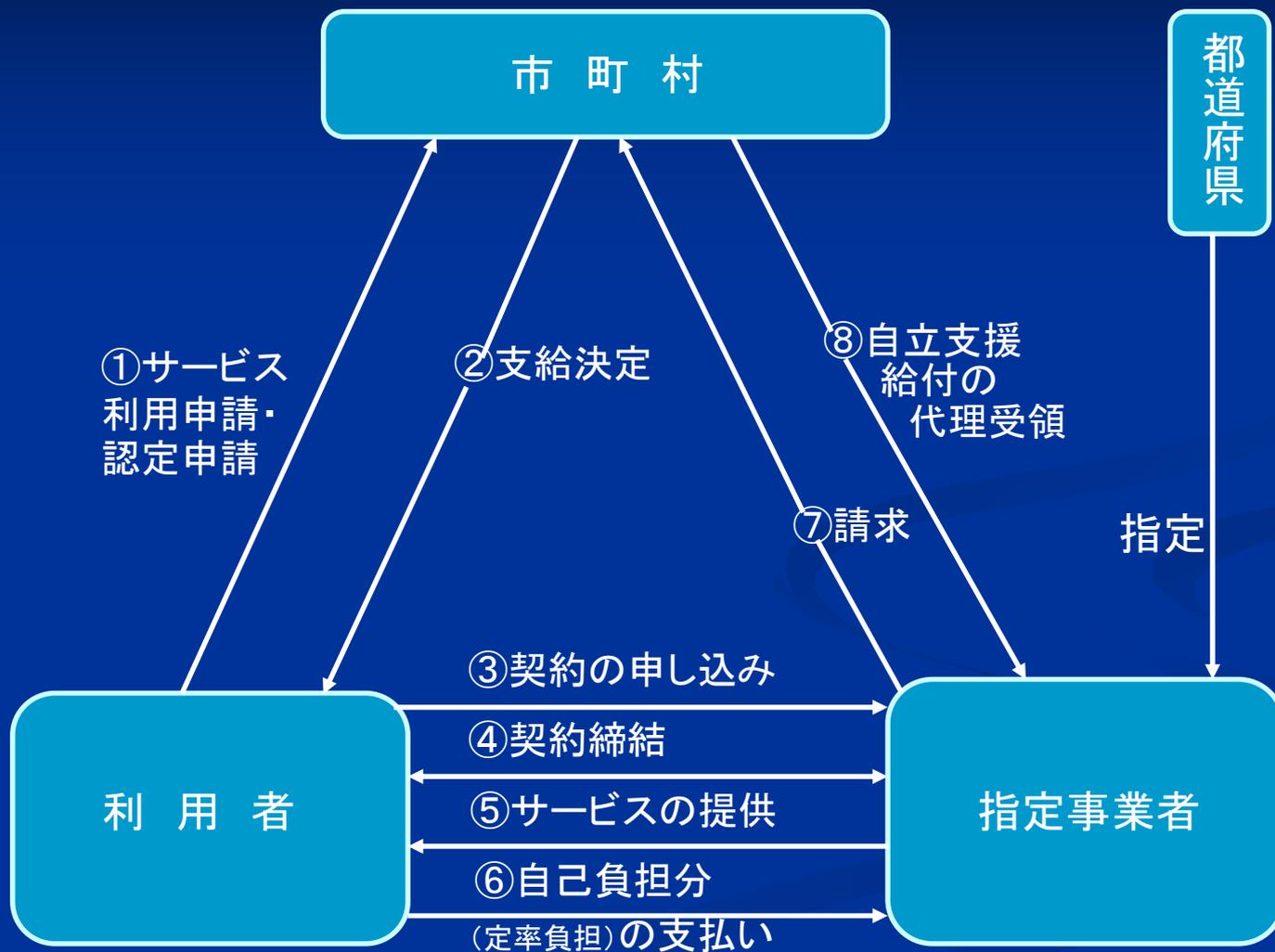
「社会福祉法」の概要



介護保険制度



障害者自立支援制度



障害者数(推定)

(単位:万人)

		総数	在宅者	施設入所者
身体障害児・者		366.3	357.6	8.7
	身体障害児(18歳未満)	9.8	9.3	0.5
	身体障害者(18歳以上)	356.4	348.3	8.1
知的障害児・者		54.7	41.9	12.8
	知的障害児(18歳未満)	12.5	11.7	0.8
	知的障害者(18歳以上)	41.0	29.0	12.0
	知的障害児者(年齢不詳)	1.2	1.2	0.0
精神障害児・者		302.8	267.5	35.3
合計		723.8	667.0	56.8

障害程度別割合

○在宅の身体障害者数:324.5万人

(施設入所中の身体障害者数:18.1万人は除く)

1級	26.2%
2級	18.9%
3級	18.6%
4級	20.3%
5~6級、不明	16.1%



障害者自立支援法のねらい

- 障害施策全体の一層の底上げ
(地域格差の是正、より多くの方々に障害サービスを提供)
- 障害を区別しないという障害者基本法の理念の実現
- 具体的には、次の5つの柱で、改革をめざします

障害者施策を3障害一元化

- 精神障害者も対象とする

利用者本位のサービス体系

- 33種類の施設を6種の日中活動に再編
- 規制緩和を進め空き教室、空き民家、NPO等の活用を図る

透明性のある制度

- 客観的な尺度(障害程度区分)を導入し、支給決定プロセスを透明化

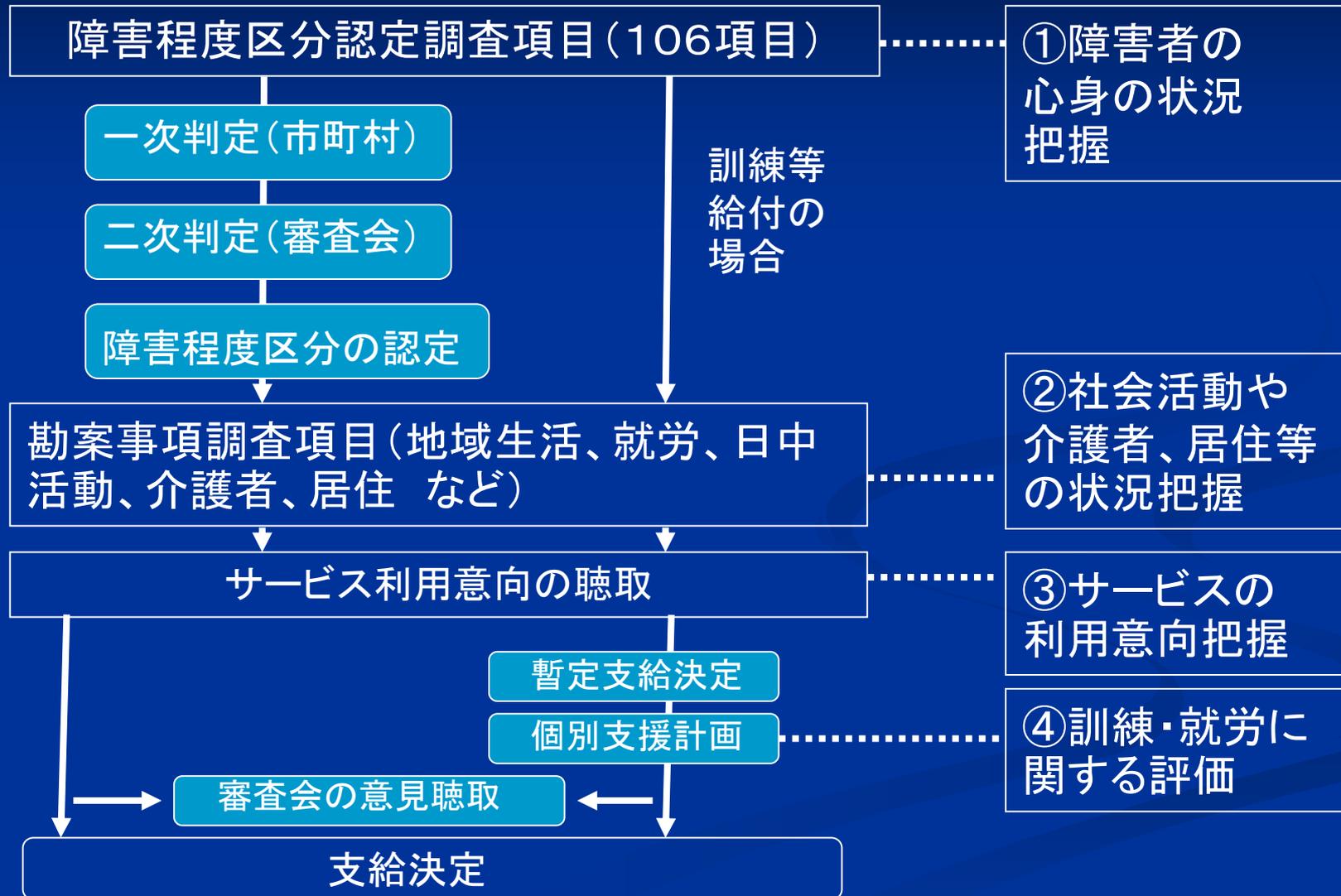
就労支援の強化

- 新たな就労支援事業を創設
- 雇用施策との連携を強化

安定的な財源の確保

- 国の費用負担の責任を強化
- 利用者も応分の費用を負担し、皆で支える仕組みに

支給決定プロセスの見直し



福祉サービスに係る自立支援給付の体系

<旧体系>

ホームヘルプ

デイサービス

ショートステイ

グループホーム

重心障害児施設

療護施設

更生施設

授産施設

福祉工場

通勤寮

福祉ホーム

生活訓練施設

居宅サービス

施設サービス

<新体系>

ホームヘルプ

重度訪問介護

行動援護

療養介護

生活介護

児童デイサービス

ショートステイ

重度障害者等包括支援

ケアホーム

施設入所支援

自立訓練

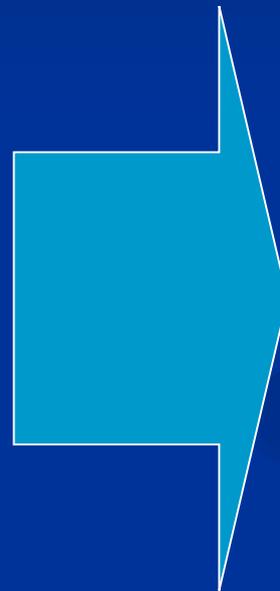
就労移行支援

就労継続支援

グループホーム

介護給付

訓練等給付



施設・事業体系の見直し

旧体系

療護施設

更生施設

授産施設

デイサービス

等、33種類の施設



新体系

日中活動

【介護給付】

- ①療養生活
- ②生活介護

【訓練等給付】

- ③自立訓練
- ④就労移行支援
- ⑤就労継続支援
(雇用型、非雇用型)

【地域生活支援事業】

- ⑥地域活動支援センター



居住支援

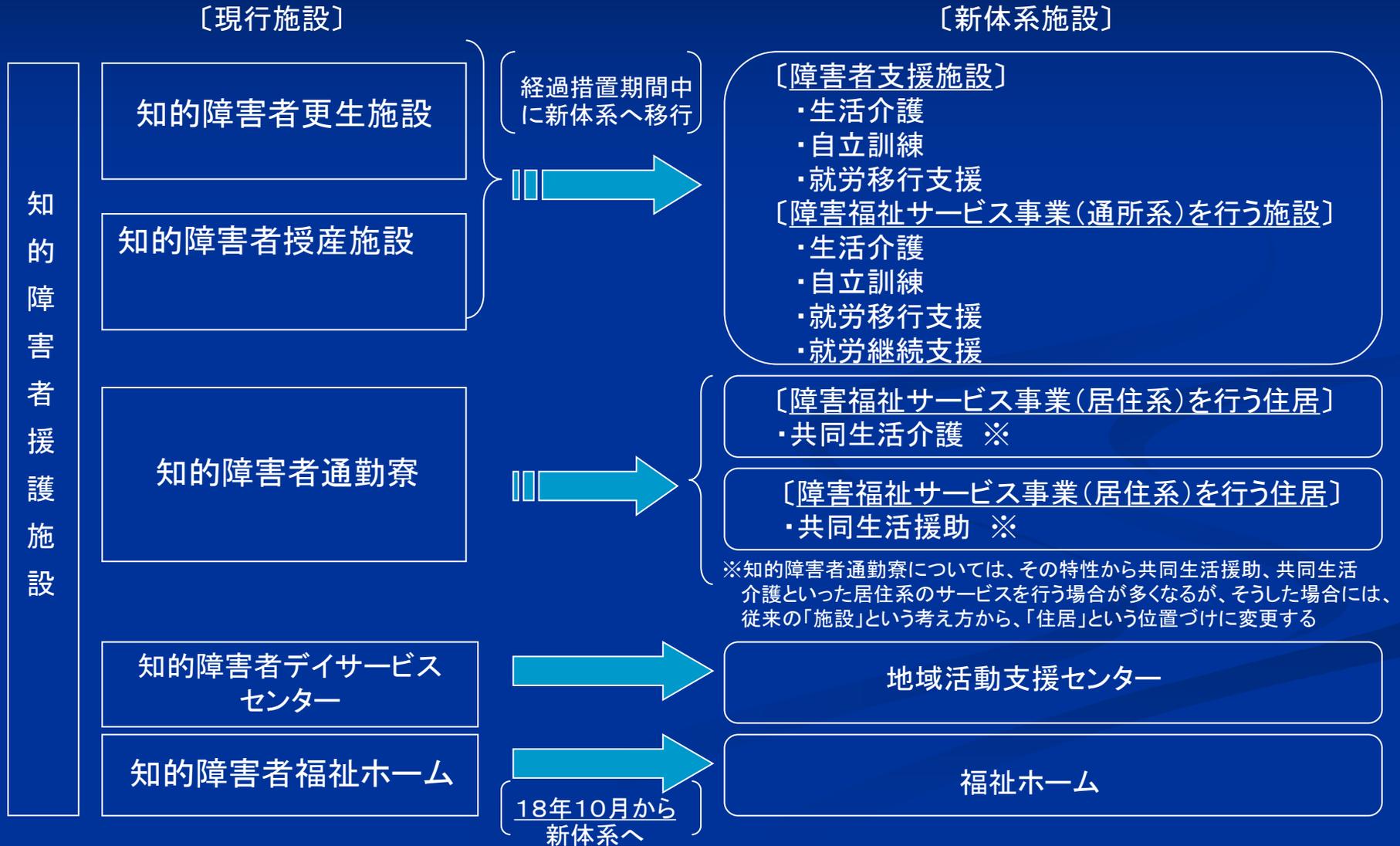
施設への入所

又は

居住支援サービス
(ケアホーム、グループホーム、福祉ホーム)

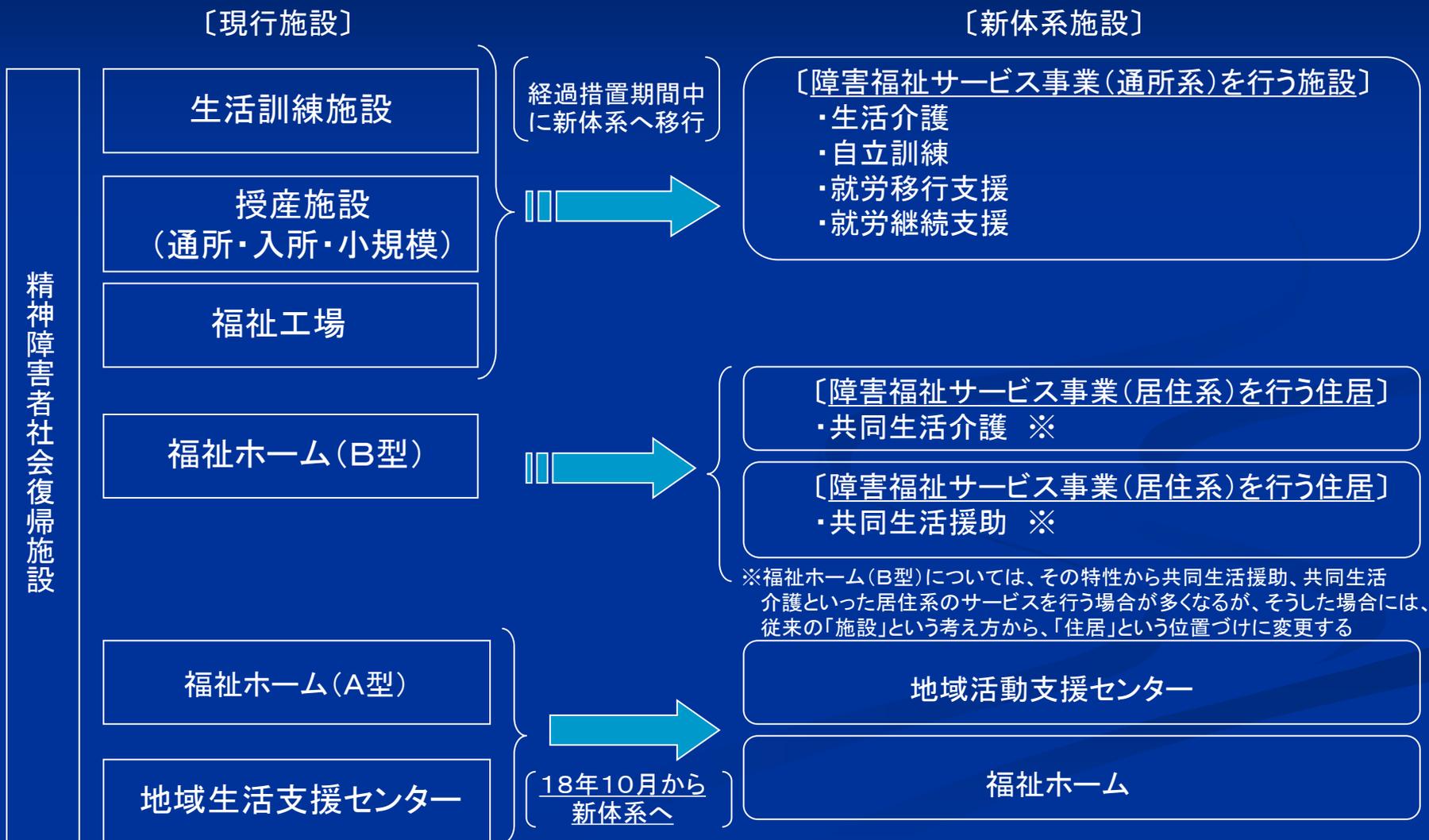
知的障害者援護施設の新体系への移行先イメージ

- 知的障害者援護施設は、障害者支援施設・障害福祉サービス事業(生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)を行う施設等に移行(経過措置あり)
- 知的障害者デイサービスセンター・知的障害者福祉ホームについては、平成18年10月から新体系へ移行(経過措置なし)



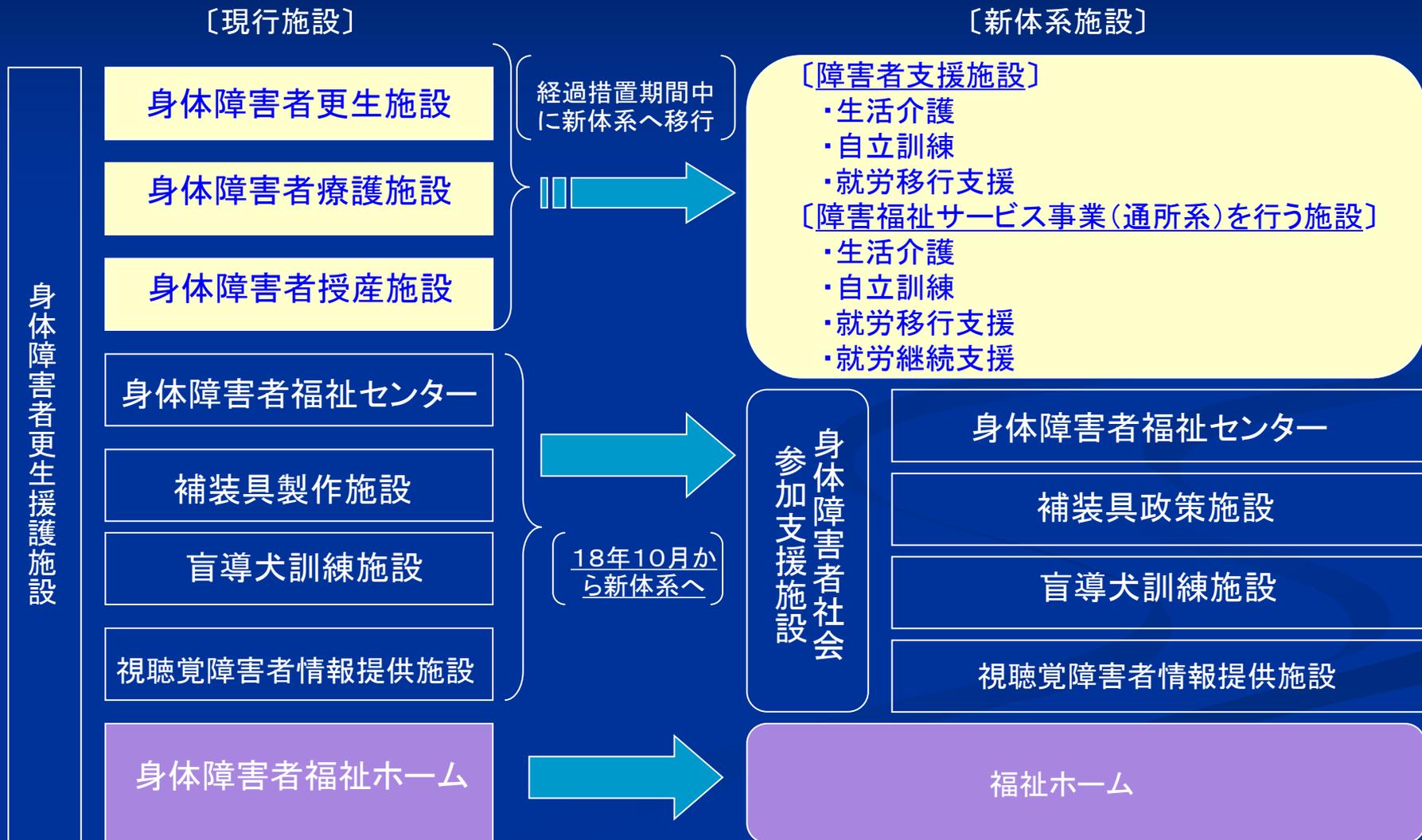
精神障害者社会復帰施設の新体系への移行先イメージについて

- 地域生活支援センター、福祉ホーム(A型)については、平成18年10月から新体系へ移行(経過措置なし)
- 上記以外の精神障害者社会復帰施設については、障害福祉サービス事業(生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)を行う施設等に移行(経過措置あり)



身体障害者更生援護施設の新体系施設への移行先イメージ

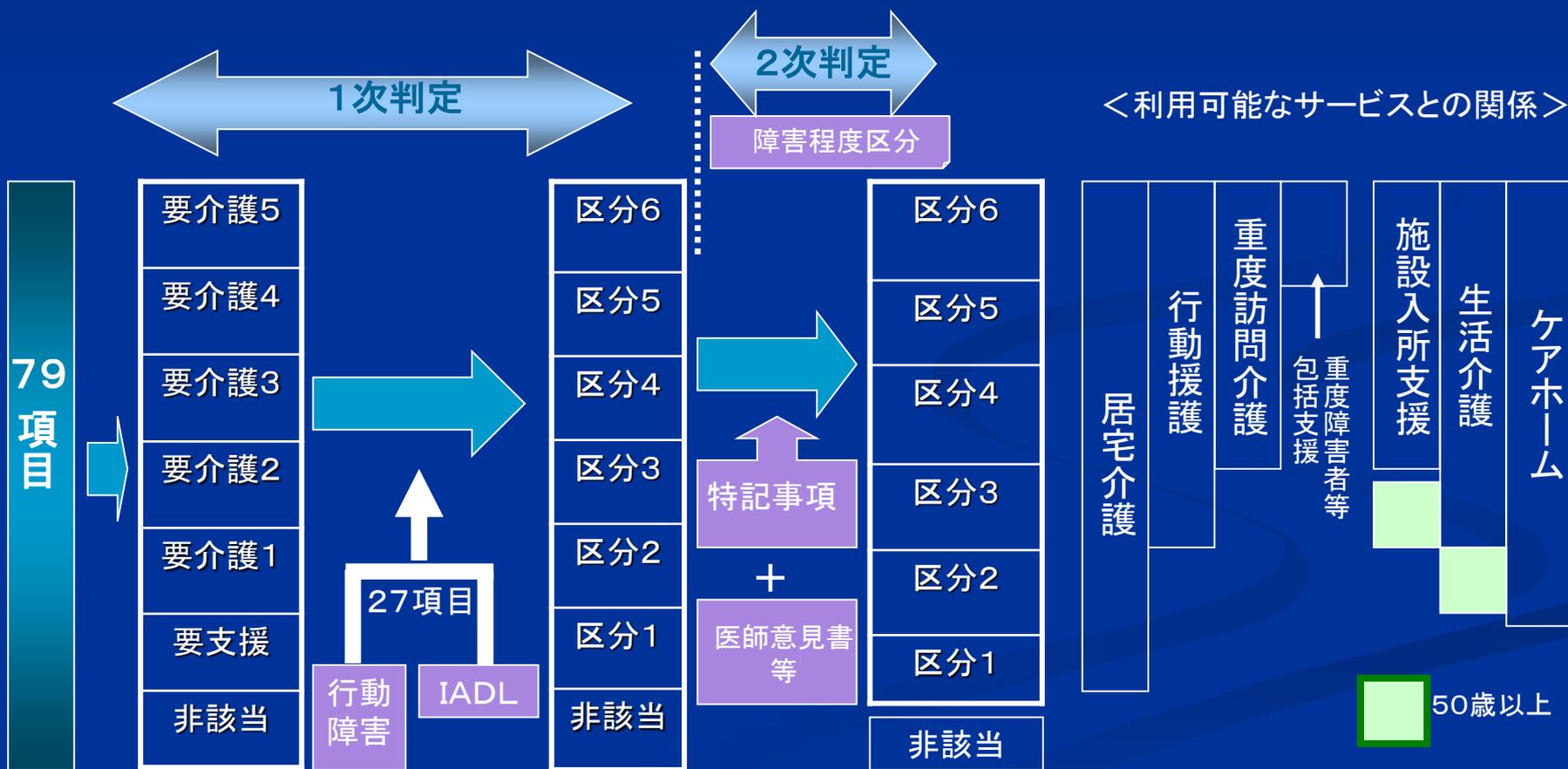
- 身体障害者更正援護施設は、障害者支援施設・障害福祉サービス事業(生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)を行う施設へ移行するもの(経過措置あり)と身体障害者社会参加支援施設・福祉ホームに移行(経過措置なし)するものに分かれる
- 身体障害者福祉ホームについては、平成18年10月から新体系へ移行(経過措置なし)



介護給付における障害程度区分の判定ロジック

【障害程度区分】

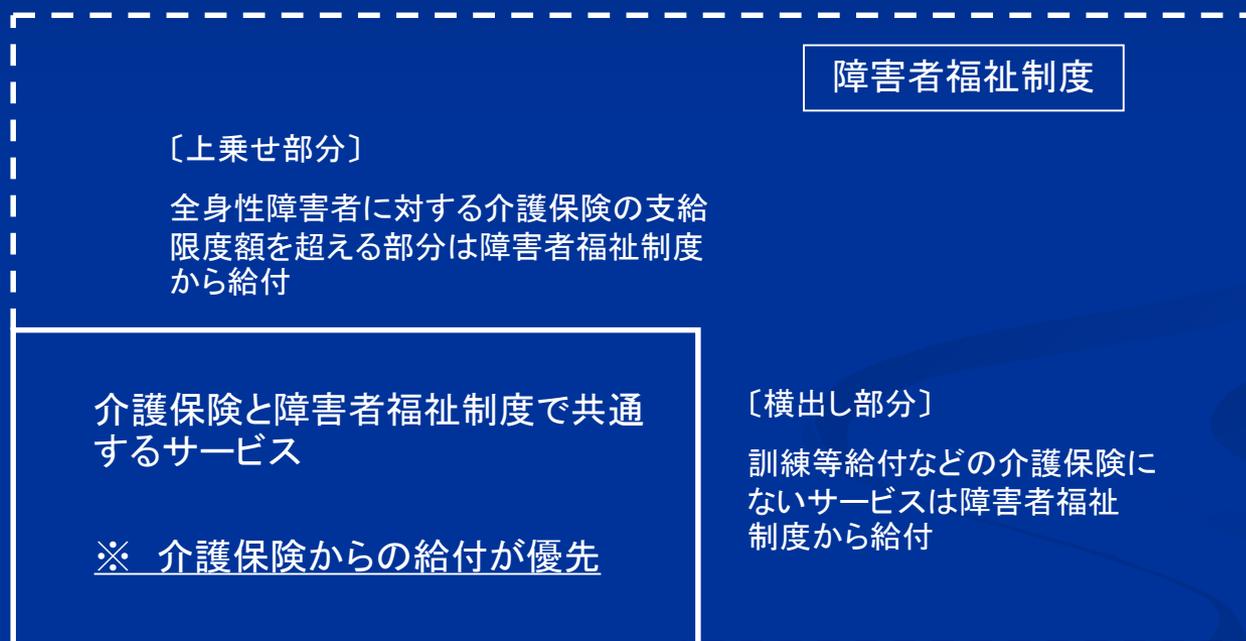
1. 79項目の調査結果から一定時間以上の介護時間を要すると推計される状態
2. 79項目の調査結果に加え、行動障害の頻度とIADLに係る支援の必要性に関する調査結果も勘案して1に相当すると認められる状態
3. 106項目の調査結果、特記事項及び医師意見書も勘案して1に相当すると認められる状態



※18歳未満の児童については当分の間、障害程度区分の認定は行わない

(参考)

65歳以上の要介護状態にある障害者における 介護保険制度と障害者福祉制度との関係



介護保険制度の普遍化を目指す、上図の枠組みは変えない方向であり、
いわゆる「統合」ではないとの考え

障害者自立支援法の抜本的見直し(報告書抜粋) 与党プロジェクトチーム

【抜本的見直しの視点】

- 障害者自立支援法の抜本的見直し全体像を支持した上で、法施行3年後の見直しに向けた基本的な課題とその方向性を明示。特に必要な事項について**緊急措置**を実施。
- 介護保険との統合を前提とせず、障害者施策としての在るべき仕組みを考察
- 利用者負担については、低所得者の負担をさらに軽減するなど、負担の応能的な性格を一層高めるとともに、特に障害児を抱える世帯の負担感や子育て支援の観点を考慮。

障害者自立支援法の抜本的見直し に向けた緊急措置

①利用者負担の見直し(H20.7月～)

- ・低所得世帯を中心とした利用者負担の軽減
- ・軽減対象となる課税世帯の範囲の拡大(障害児)
- ・個人単位を基本とした所得段階区分への見直し

②事業者の経営基盤の強化(H20.4月～)

③グループホーム等の整備促進(H20年度実施)

指定管理者制度

民間のノウハウを活かして

- 経費削減（効率的な運営）
- サービス向上を目指す
- 柔軟性，効率性の向上

指定管理者制度導入施設の内訳

(総務省：2004年)

区分	都道府県	指定都市	市区町村	合計
レクリエーション・スポーツ施設	3	79	270	352(22.7%)
産業振興施設(展示・見本市施設など)	2	2	129	133(8.6%)
文教施設(市民会館・文化会館など)	2	39	95	136(8.8%)
基盤施設(駐車場・公園など)	4	93	283	380(24.5%)
文教施設(市民会館・文化会館など)	4	93	283	380(24.5%)
医療・社会福祉施設	2	167	380	549(35.4%)
合計	13	380	1,157	1,550(100%)

三位一体改革

NPM(New Public Management)

- 行政に企業経営の手法を持ち込む
- 「民間でできることは官では行わない」
- 官製市場では「多様なサービスに対応できない」

構造改革

- ・ 小 さ な 政 府
- ・ 官 か ら 民 へ



地方自治体版として

① 民 営 化

② P F I

③ 指 定 管 理 者 制 度

④ 地 方 独 立 法 人

⑤ 経 済 特 区



(厚生福祉より)

2003年地方自治法の「改正」

公共施設の管理は指定管理者に一本化

「委託」から「代行」へ

委託 ~ 自治体は最終的責任を問われる

代行 ~ 自治体は監督責任を問われる

「企画」と「実施」の分離

3つに区分した公共サービスの業務内容と基本方針

<p>公でなければ できない業務</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▽許認可などの行政処分 ▽法令などに規定される直接業務 ▽市民の生命, 財産に直接かかわる業務 ▽即時対応の必要な業務 ▽政策形成・調整に関する業務 	<ul style="list-style-type: none"> ▽職員として臨時職員, 非常勤職員なども活用
<p>公で行うことが 望ましい業務</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▽採算性の問題を抱える業務 ▽市場が成熟していない業務 ▽内部管理業務 ▽公正・中立な遂行が求められる業務 	<p>【民間活力の活用】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▽指定管理者 ▽PFI ▽地方独立行政法人 ▽業務委託 <p>【協働】</p> <ul style="list-style-type: none"> ▽NPO, 市民, 自治会などとの協働
<p>公共サービス であっても民で もできる業務</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▽収益性のある業務 ▽社会公共の利益実現に地域が主体となる業務 ▽私的サービスである業務 ▽民間が能力を蓄えた業務 	<ul style="list-style-type: none"> ▽公民の役割分担の見直し ▽廃止 ▽市民に委ねる ▽民営化

管理委託制度(従来)と指定管理者制度との違い (地方自治体などの発表資料から)

	管理委託制度(改正前)	指定管理者制度(改正後)
管理運営主体 (市が施設の管理運営を委ねる相手)	<ul style="list-style-type: none"> ・公共団体, 公共的団体, 市の出資法人などに限定 ・相手方を条例で規定 	<ul style="list-style-type: none"> ・民間事業者を含む幅広い団体 ・議会の議決を得て指定
権限と業務の範囲	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の設置者である地方自治体との契約に基づき, 具体的な管理の事務または業務の執行を行う ・施設の管理権限・責任は, 設置者である地方自治体にあり, 施設の使用許可権限は委託できない 	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の管理に関する権限を指定管理者に委託して行わせるもので, 施設の使用許可も行うことができる ・地方自治体は, 管理権限の行使は行わず, 設置者としての責任を果たす立場から必要に応じて指示などを行う ・利用料金を自らの収入として収受可能
条例で規定する内容	<ul style="list-style-type: none"> ・委託の条件, 相手方などを規定 	<ul style="list-style-type: none"> ・指定管理者の指定の手続き, 指定管理者が行う管理の基準業務の範囲を規定
契約の形態	<ul style="list-style-type: none"> ・委託契約 	<ul style="list-style-type: none"> ・協定

制度の概要（管理委託制度との比較）

管理委託制度

条例事項	管理受託者
管理者	1/2以上の出資法人 公共団体, 公共的団体
管理の期間	定めなし
業務報告書	規定なし
指示書	必要な指示のみ
利用料金制	採用可能
その他	使用許可等行政的行為は 不可



指定管理者制度

指定手続：申請, 選定, 事業計画の提出等
業務の範囲：施設・設備の維持管理, 個別使用許可
管理基準：休館日, 開館時間, 使用制限の要件

民間営利企業を含め制限なし
議会の議決を経て指定

期間を定めて指定

毎年度終了後事業報告

必要な指示のほか
指定の取消, 業務停止命令も可能

採用可能

使用許可等も指定管理者で可能
(不服申立は知事が処理)

現管理委託施設は施行日から3年間の移行期間

「人件費」

・ある保育所 **行政の直営** では 2億円/年



指定管理 では 1億5千万円/年

バンパイア効果

アメリカの医療分野であまりに過度なコスト削減競争が現場での医療サービスの質を落とす.

『シッコ』(マイケル・ムーア監督)

◇薬指 \$ 12, 000

中指 \$ 60, 000

◇入院している老婆を路上に放棄する

衝撃的なシーンがある

Public Business



Mission Mind

※「コスト抑制」より

「コスト効率の改善」を！

新潟県障害者リハビリテーションセンターの歩みと展望

新潟県障害者リハビリテーションセンターの今日まで、そして明日から

新潟県身体障害者更生指導所から
新潟県障害者リハビリテーションセンターへ

指定管理者制度の施設となってどのように変わったか。

新潟県障害者リハビリテーションセンターの概要

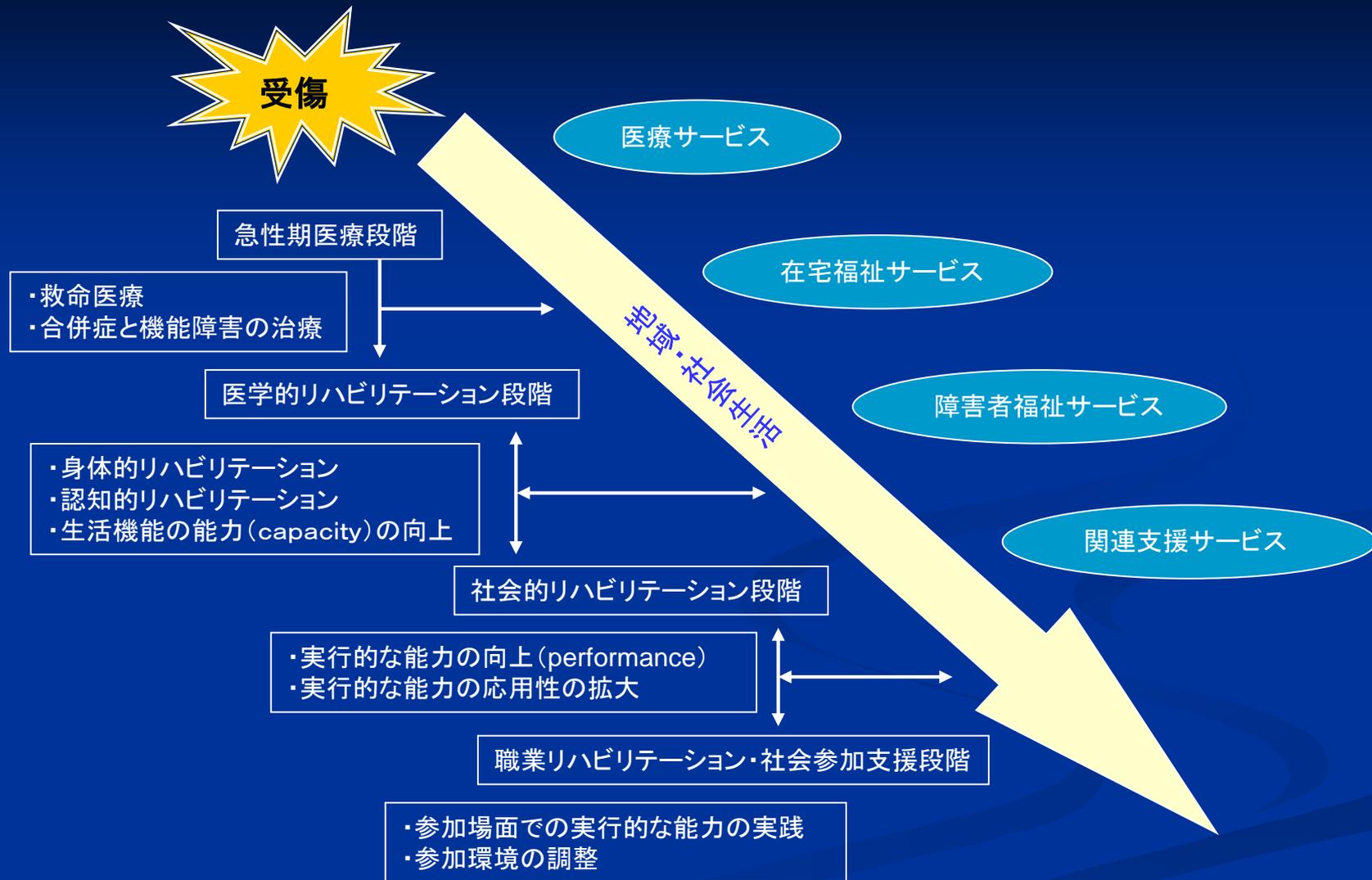
- 指定期日 平成18年4月1日
- 施設の種類 身体障害者更生施設
(肢体不自由者更生施設)
- 設置主体 新潟県
- 経営主体 社会福祉法人 豊潤舎
- 定員 30人(入所) 6人(通所)

肢体不自由者更生施設とは・・・

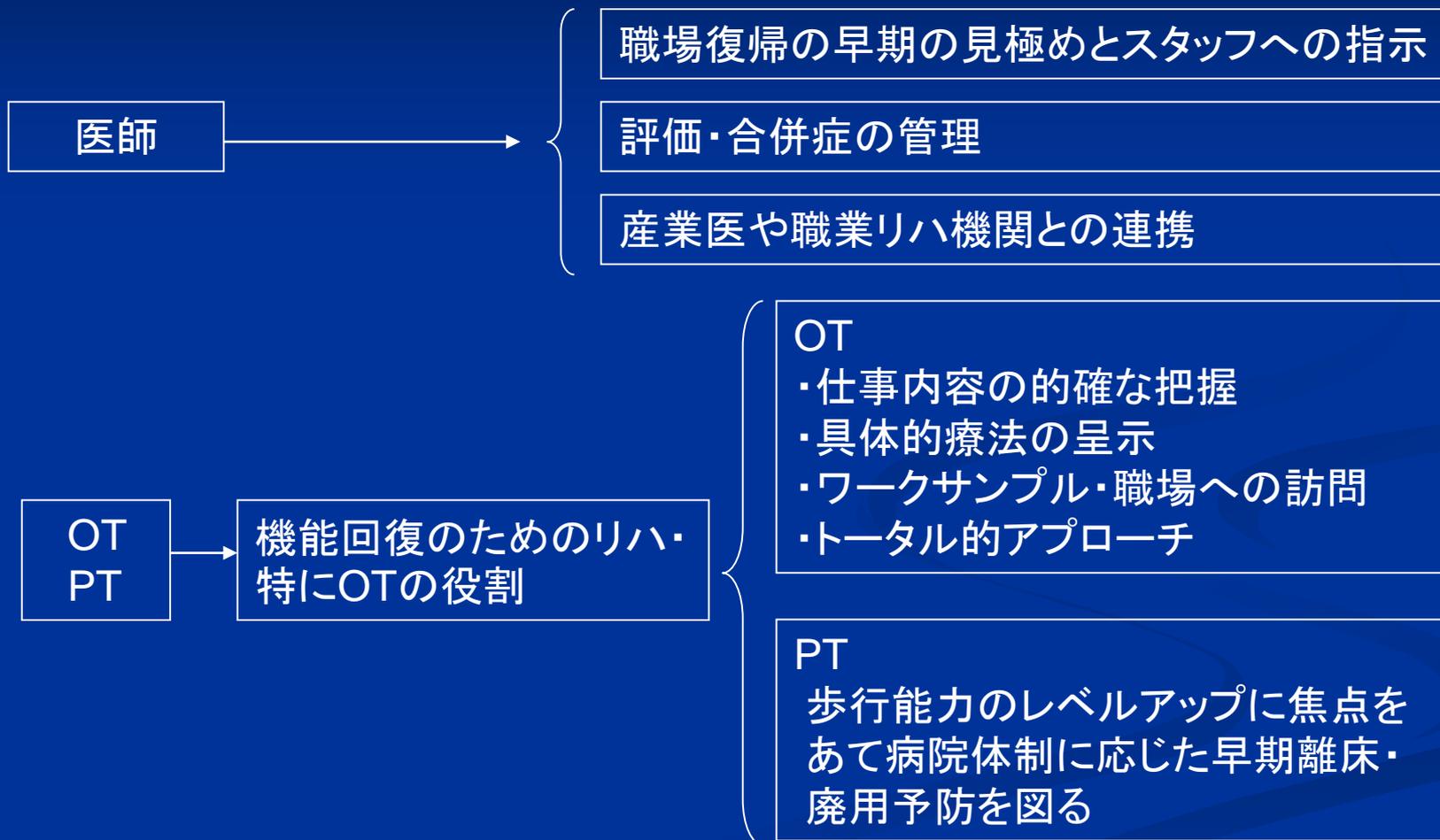
- 肢体不自由者が、入所または通所により、生活指導をはじめ診断・治療・機能回復訓練、職業的指導等の医学的・心理的・職業的更生を図ることを目的とした施設である。

(身障法第29条に規定)

各段階における支援



早期職場復帰を目指すためのスタッフの役割



早期職場復帰を目指すためのスタッフの役割

MSW復帰支援

経済的支援(制度の活用法)の相談を契機に
職場復帰への相談
産業医や職業リハ機関との連携

心理士

知能検査やうつ等の評価及び頻回な面接による
心理的サポート

ST

早期の介入と職場復帰への集中的治療

義肢装具士

職場復帰に向けた適合性の良好な実用的
舗装具の製作による支援

ともに働くには・・・

フランス6%
ドイツ5%

企業で

雇用率を1.8%に！

障害者雇用促進法

しかし、実用雇用率は

1.59%(08年)

企業の達成率は・・・



特例子会社

障害者が集まって、箱折り、社内の集配など

就職するぞ！

福祉施設で

障害者自立支援法

- ・就労移行支援事業・・・企業での就職を目指す(ビジネスマナー講座など)
- ・就労継続支援事業・・・企業での就労が難しい人に働く場を提供

雇用型

基本給・・・最低賃金保証
社会保険料・・・社会保険整備

訓練型

月額工賃平均1万2千円

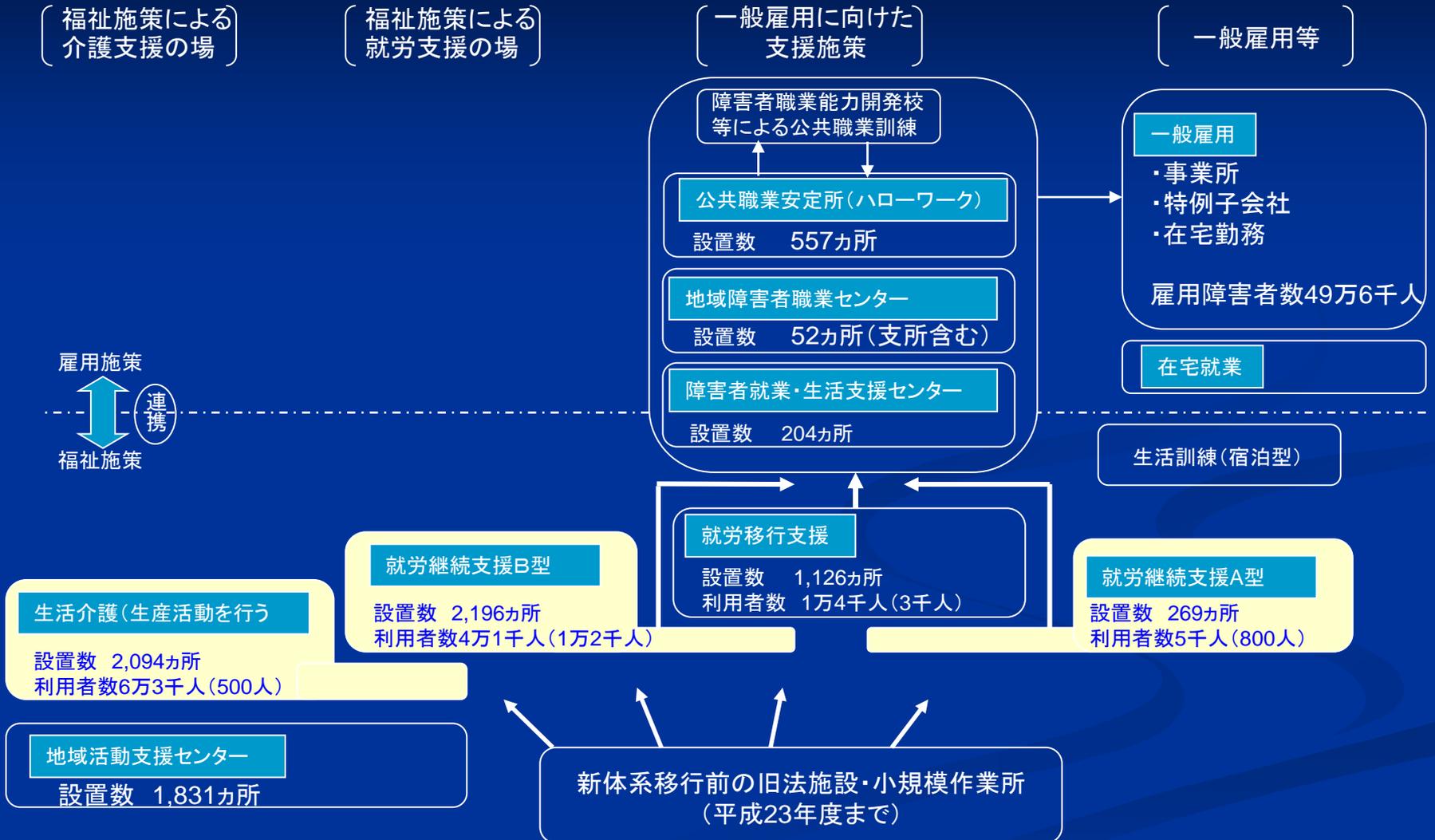
実雇用率と雇用されている障害者の数の推移

障害者の数(1,000人)

実雇用率(%)

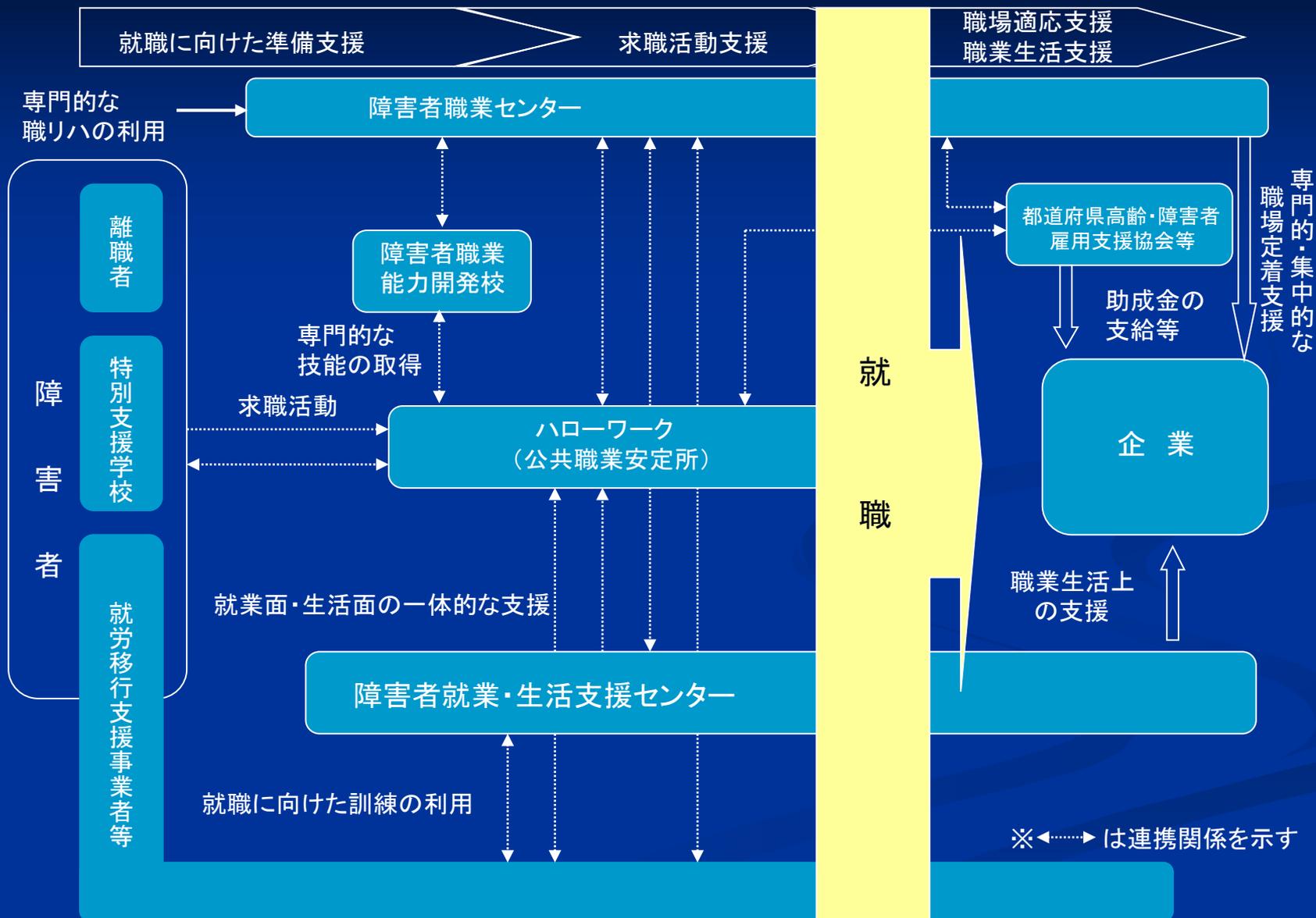


就労支援施策の体系



注:就労移行支援、就労継続支援B型、生活介護、就労継続支援A型については、()内が精神障害者の内数

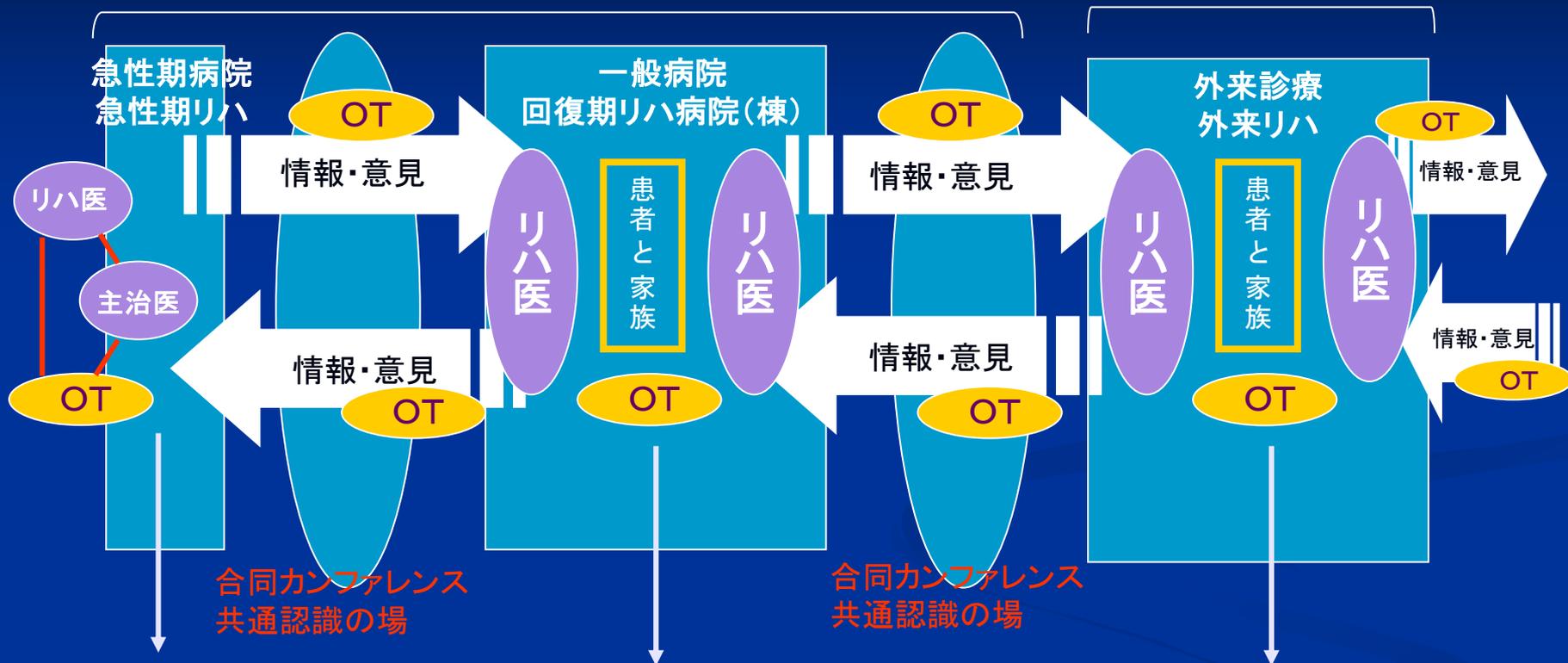
障害者雇用を支援する機関



医療機関との連携に果たすOTの役割

医学的リハ(入院リハ)

社会的リハへの転換の準備
(外来リハ)



治療に伴う回復経過に留意

- ・刺激への反応
- ・外傷性健忘等の予後予測因子の変化
- ・運動機能の改善

生活・就労場面を想定した訓練・観察

- ・院内外のADL比較
- ・通勤、交通機関利用の能力
- ・各種条件下での作業能力と代償手段

就労能力の準備状態を確認

- ・本人、家族の希望と現実との比較
- ・代償環境下での作業能力

職業リハ機関の支援の要否
就労形態の検討と訓練