



「加速する通所リハ・通所介護の再編と通所リハの将来を探る」

～通所リハの生き残りを左右するリハマネジメントはこう変わる～

2018年医療・介護・障害報酬のトリプル改定が行われ1年半が経過した。改革の目標は、通所リハ・通所介護の再編統合であり、通所リハと通所介護の違いをより鮮明にするための機能強化策として時間区分の変更、長時間の通所リハ報酬が引き下げられ、通所介護の機能訓練を強化するためにアウトカム加算を新設、さらに通所リハとの連携促進策として生活行為向上連携加算が新設された。そこで、これらの改革の経過を踏まえ、介護保険制度改正をはじめ、2021年介護報酬改定で行われる改革を展望し、これからの通所リハ事業のあるべき姿や経営戦略について徹底討論するため座談会を開催した。その発言を取りまとめたので報告する。

Part 1 | 医師の関与をどれだけ実施できるか
通所リハビリテーションの機能強化 『Visionと戦略』編集部

Part 2 | <討論> 通所リハに問われる通所介護との違い
2021年度介護報酬改定を見通す

司会	保健・医療・福祉サービス研究会 代表	田中 優至
出席者	一般社団法人全国デイ・ケア協会 会長	近藤 国嗣 氏
	メディックプランニング 代表	三好 貴之 氏
	一般社団法人日本作業療法士協会 会長	中村 春基 氏
	医療法人真正会 本部付部長	岡野 英樹 氏
	介護老人保健施設せんだんの丘 統括部長	加藤 誠 氏

Part 3 | リハビリテーション医療の将来と
通所リハビリテーションの今後 一般社団法人全国デイ・ケア協会 会長
近藤 国嗣 氏

「これから高齢化」「すでに高齢化」
通所リハの市場ニーズを見極める メディックプランニング 代表
三好 貴之 氏

通所リハビリテーションの拡充で
OTの専門職性に期待されること 一般社団法人日本作業療法士協会 会長
中村 春基 氏

質の担保と
経営効率は表裏一体 医療法人真正会 本部付部長
岡野 英樹 氏

ケアマネジメントで
参加者が主体的に変化 介護老人保健施設せんだんの丘 統括部長
加藤 誠 氏



医師の関与をどれだけ実施できるか 通所リハビリテーションの機能強化

パンドラの箱が開いて
活動と参加をめぐる競争へ

「心身機能・構造」「活動」

「参加」の3つを生活機能モデルに規定したICF（国際生活機能分類）がWHO（世界保健機関）総会で採択されたのは2001年。その20年前の1981年にWHOは、リハビリテーションについて「能力低下やその状態を改善し、障害者の社会的統合を達成するため」のあらゆる手段を含んでい」と定義した。「社会的統合」は「活動と参加」とも読み取れる。

こうした背景のもとに、2015年度介護報酬改定で「活動と参加に焦点を当てたりハビリテーションの推進」が評価体系に組み込まれた。一般社団法人日本作業療法士協会会長の中村

春基氏は「パンドラの箱が開いた。職種に活動と参加に取り組み競争が生まれた」と振り返る。

この命題に早期から取り組んでいるのがカマチグループである。「厚生労働省の政策を10年先取りする」という方針を掲げるカマチグループは、06年に八千代リハビリテーション病院を開設して以降、関東に15のリハビリ病院を開設してきた。さる9月10日、同グループが都内で開いた会合で、創業者の蒲池眞澄氏は「活動と参加」という表現は用いなかったが、「リハビリによって、患者さんが赤い灯や青い灯が見える実社会に帰れるように、障害が残っても職場に復帰できるようにしてきた」と06年以降を回想した。

士協会はじつに10年をかけた、厚生労働省に「活動と参加」の制度化を要請し続け、15年度改定で結実したのである。さらに18年度改定では、要支援への生活行為向上加算の適用拡大や、要支援者へのリハマネジメント導入など「活動と参加」の強化が一層進んだ。

提供プログラムよりも 利用者ニーズを優先する

18年度介護報酬改定を経て、通所リハが直面する課題のひとつに、通所介護の違いが不明確であることが挙げられる。通所介護に通う利用者にはリハを目的に通う例が多く、通所リハと通所介護の識別すらされていないことも珍しくない。

18年度改定では、リハビリテーションマネジメント加算の算定要件に医師の指示が

盛り込まれ、生活行為向上リハビリテーション実施加算の対象が要支援に拡大されるなど、違いを明確にする措置が取られたが、現場では集団リハが有効だという。

「通所リハの武器は集団にある。お互いに『こんなことができるようになったね』と言合えることが集団リハのメリットである」。

そう主張する医療法人真正会本部付部長の岡野英樹氏は、個別リハからグループ化への移行では、先入観が問題だと指摘する。

「個別リハビリテーション

に頼っているセラピストの多くは、利用者自身が見えていない。一方的に『この人はこういう人だろう』『きっと、こういう訓練が必要だろう』と考えてリハを提供している。利用者側に『自分はこのをやりたい』という主張はそうそう出てこないで、言われるままにやれば、いつかはできるようになるというイメージを描くようになる。そして訓練してもらった感で、その関係性が保たれていって

しまい、ケアマネジャーも家族もリハビリをやってももらっていないと感じてしまう」

リハ提供体制はどうあるべきなのか。

「ちゃんと立ち返って、その人の背景や生活史、興味、悩みを把握したうえでリハを行えば具体的な目標に向かえるうえに、より良いプログラムを説明できるようになる。その結果、意味をもって集団に入っていけるようになる。プログラムが先にあるのではなく、ニーズが先にあることを踏まえるべきである」

目下、厚生労働省は、通所リハを終了した後に本当に効果が出ているのかどうかというところに、リハの有効性を見出すようにしているという。21年度改定ではVISITの取り扱いなど科学的介護がクローズアップされる見通しで、リハ終了後の有効性も科学的に問われていく。通所リハは在宅の状況を把握しにくいのが、有効なアセスメント手法の確立が必要だろう。

（文／編集部）



<討論> 通所リハに問われる通所介護との違い 2021年度介護報酬改定を見通す

2018年診療・介護報酬同時改定から約1年半が経過した。通所系サービスの改革では通所リハ・通所介護の再編と機能強化で、通所リハと通所介護の違いをより鮮明にするための機能強化策が反映された。これらの改革の経過を踏まえ、「科学的介護の実現」をめざすといわれる21年度介護報酬改定の展望と、通所リハ事業のあるべき姿や経営戦略について討論した。

司会 保健・医療・福祉サービス研究会 代表 田中 優至
出席者 一般社団法人全国デイ・ケア協会 会長 近藤 国嗣 氏
メディックプランニング 代表 三好 貴之 氏
一般社団法人日本作業療法士協会 会長 中村 春基 氏
医療法人真正会 本部付部長 岡野 英樹 氏
介護老人保健施設せんだんの丘 統括部長 加藤 誠 氏

報酬が引き下げられました。通所介護では機能訓練の充実に向けてアウトカム加算が新設され、生活機能向上のために全ての福祉系の介護サ-

——本日は、座談会にお集まりいただきありがとうございます。通所リハの将来に向けて活発な議論ができますことを期待しています。



想定よりも普及していない
リハビリテーションマネジメント

ビスにリハ機能を盛り込む趣旨で、生活機能向上連携加算が新設されました。こうした改革は2015年度改定から始まりましたが、もともとは2004年に発表された「高齢者リハビリテーション報告書」に示された改革の提言が断行されたものと認識しています。そのような中、次期介護報酬改定は科学的介護をめざした改定とされていますが、本日は、次期改定についても展望していただいて、これからの通所リハのあるべき姿や経営戦略について討論をいただければと思っています。

最初に近藤先生に全国デイ・ケア協会会長のお立場から、近年のリハビリテーション分野（急性期・回復期・生活期）の改革の流れと通所リハ・通所介護改革について、どのように捉えておられるか、ご意見を聞かせてください。

近藤 リハビリテーションの現場では、急性期の療法士はまだ充足されていないのが現状だと思っています。早期にリハビリテーションを開始することへの報酬上のインセンティ



ブが設けられました。でも急性期のリハビリテーションが充実しないので、ADL維持向上加算が新設されました。病棟に療法士を専従配置することによって、入院当初よりADL低下を防ごうという試みでしたが、残念ながら、これもあまり普及していません。その理由として点数の問題もあったので、前々の改定で引き上げられました。

一方で、この加算を取るためには褥瘡の発生率がなかなか厳しいとか、疾患の割合、それから入院中のADL重症化を防ぎようがない症例もあるなどの問題があります。前回の改定では褥瘡の発生率が緩和されましたが、加算の取得は増えていません。これらはどうするかがこれからの課題でしょう。

さらにICUにおけるリハ

ビリテーションが不十分ではないかということで、前回の改定で早期離床・リハビリテーション加算が創設されました。療法士が揃っている病院では超早期のリハビリテーションを実施していますが、療法士が揃っていない病棟に専従させることもICUに関わらせることも難しくなります。一番の問題は公立病院のリハ職不足ですが、加算が増えることで公立病院にリハ職が増えるかどうか疑問です。

回復期の改定の一丁目一番地は実績指数の強化であり、回復期リハビリテーション病棟入院料1-6が創設されました。すでに5割近い施設が「1」を取っていますが、それに伴って回復期リハビリテーション病棟の医療の質が高まったかと言えば、そうでもありません。見せかけのFIM利得がただ上がっているだけではないでしょうか。回復期に関してはアウトカムへの報酬とストラクチャーへの報酬がありますが、プロセスが十分ではありません。これ

が今の問題でしょう。

生活期に関しては、15年度改定でプロセスから始まって、リハビリテーションマネジメントを強化しようとした。アウトカムそのものを高めたというよりは、プロセスを入れることによって、療法士は単にリハビリだけをやるのではなく、生活期全体を見通せて他の事業所との連携が進んだという流れができたので、18年度改定ではこれが強化されました。ただし、在宅系の介護保険施設で医師の関与がなかなか難しいという施設もあるので、新たなリハマネジメント体系が設けられ、要支援者に対してもリハビリテーションマネジメントも整備されました。

現実としてリハビリテーションマネジメントが緩和されても、思ったよりも普及していません。おそらく療法の配置に対する事業者の努力が足りていないからだと思います。また一部には、リハビリテーションマネジメントだけを取るだけの療法士を配置して、療法士

が個別リハビリテーションを

実施しない施設もあるのではないかと心配もあります。今後はアウトカムも重視されるでしょうが、何をもってアウトカムを評価するのか？軽度の患者さんならADL利得を適用できるでしょうが、重症な患者さんこれをこれ以上悪くさせない」という概念からすると、もう少し深い評価がないと厳しいと思います。ADL利得だけでは危険だなどと思います。

今後、厚生労働省や業界団体などが報酬改定による事業者への影響を検証すると思います。現時点で通所リハの運営や経営収支にどのような影響を及ぼしているかと認識されていますか。通所リハの現場管理者のお立場で岡野先生、通所リハの現場管理者とMSWのお立場で加藤先生、コンサルタントのお立場で三好先生、OT協会会長のお立場で中村先生からご意見をお聞かせください。

**経営、質の向上、自立支援
3つを横並びで考える時期**



岡野 近藤先生が説明された様々な改正が2015年度に行われ、現場で療法士と医師の参画を促そうという流れはできました。一方で、もと通所リハビリテーションは多職種協働で提供するサービスという前提のもとに、介護職や看護職の配置を強化したり、さらには歯科衛生士や管理栄養士やソーシャルワーカーなどの配置も推し進めて多職種で運営していく中で、よりリハビリテーション・ケアに力が注がれるからこそ人的投入が非常に大きくなりました。様々な人たちにより多く利用してもらいたいという根本論がありますが、人件費率も含めて考えないと経営が立ちいかなくなっていきます。

短時間型と言われている1-2時間の通所リハビリテーションが誕生してから、これまで普及はしてきませんでした

た。私たちが短時間型を始めた当初は、ケアマネさんも短時間型への認識が少なく、紹介がほとんど来ませんでした。しかし、今や中長時間型が増えてきました。世の中の認識が変わってきたのだと思います。利用者層も変化して、医療必要度の高い重度の方や、軽度の方は退院直後だけでなく、他の通所サービスと併用しながら、症状が悪化した場合は短時間型で改善を試み、入院を回避しようとする方も増えています。

私たちは専門職を重層配置すれば質を担保できるという考え方で運営してきたのですが、人の手が多過ぎると利用者のできることを奪ってしまうという問題もあります。利用者さんができることはタスクシフティングを進め、活動や役割をお渡しして利用者さんが主体的に動けるようにしています。私たちは専門職として専門特化する一方で、利用者さんの主体性を引き出すという方針に切り替えています。

経営、質の向上、自立支援。

この3つを横並びで考える時期に差しかかってきたと思います。数年前まで通所リハは収益をさほど重視せずに、利用者さんの受け皿として運営してきましたが、今は収支バランスを取って経営が成り立つようにしないと、事業を継続できません。また、リハ強化により経営にも好影響を生むのではないかと考えています。私たちがパラダイムシフトをして、利用者さんが主体性を発揮できるようにサポートするという本来のリハビリテーションに、多職種で取り組む時代になったのではないのでしょうか。

このことが今後の介護報酬改定で求められていくでしょうし、事業所が地域で求められ、認められていくひとつの鍵になってくると思います。

——報酬改定から1年半が経過して、業績はどんな状況ですか。

岡野 通所リハはもともと規模が大きくなればなるほど

基本報酬が引き下げられる報酬体系になっていきますが、改定の一歩大きな影響は長時間型の報酬引き下げです。通所リハの事業所数は全国に8000カ所、まだまだ少ないのが現状なので、いろいろな人を受け入れなければならぬという環境が今でもあります。例えば短時間型だけやればいいかと考えた場合、その地域の方が重度になって通所するリハがなくなったら入院せざるをえない状況にもなってきます。

もともと事業所が増えて、専門特化した事業所も増えれば、うちは重度の方を中心にしようとか、うちは短時間型を中心にしようなどの流れができて、おそらく地域包括ケアシステムが成り立つようになっていくのではないかと考えます。難しいのは病院か診療所か老健しか通所リハでできないことで、この3つで増えないことにはどうにもなりません。少しずつ整ってきてはいるので、あとは中身の問題です。

改革の波に乗っていけば 収支にもつながる

——加藤先生のご見解はいかがでしょうか。

加藤 運営と経営収支については岡野さんと同じ意見です。私どもの事業所では、過剰に丁寧にやってきたことが15年度と18年度の改定で収支がプラスに転じたという面が大きかったので、取り組み内容が客観的に評価されたのかなと振り返っています。改定を経てプラスの影響を享受していますが、スタッフがやってあげたいという気持ちでケアをしているところに、加算算定というルールが発生します。作成書類が増えたり、マネジメント上の段取りが必要になったり業務が増える問題点もあります。

私個人としては客観的に手



順が明らかになることは好ましいと思いますが、介護スタッフの中には「もっと気持ちを大事にしたい」と考える人もいます。私どものセラピストは介護スタッフが持つ生活への視点をすぐ大事にしてくれていますが、マネジメント上はルールに落とし込まなければならぬので、人員が充足していると表現し切れる状況にはないと感じています。だからこそマンパワーが必要であると言い換えて、どんだん地域の中に出て行くことを優先していきたいと思っています。

介護スタッフが地域に行ったり、チーム内で活躍することが報酬に反映されるようになったことで、リハの人たちとの会話の質が変わってきました。例えば利用者さんは自分で起きられるのに、時間の問題から介護スタッフが起こしてしまつた場面がありました。リハの人たちは起きるのを見守りたいのですが、介護の人たちは業務時間の流れの違いがありリハの人たちと統一することがなかなかで

きませんでした。

しかし改定を経てチームでやっていくことを意識した時に、我々の行動規範をちよ

ちよく見直す機会ができています。そしてケアマネジャー

から、リハビリテーション4を「せんだんの丘」でやっ

てもらいたいというオーダーが増えています。「せんだんの丘さんは、4をやっているんですよね？」とか

「自宅の訪問を頻回にしてくれるんですよね？」とか。私どもがやっていることは変わっていないのですが、

制度に後押しされつつ、いろいろな課題はあるものの波に乗っていけば、経営収支にもつながっていくのではないかと思っています。

最近では生活機能向上連携加算を少しずつ取り始めていますが、地域を支えていることが課題になります。私どものエリアを見ると、

がハブになっていればなと思っています。ハブに必要なものを揃えて地域に出て行くという方針です。

——全国の介護事業所を指導されている三好先生、お二人の発言も踏まえて、ご見解をお願いします。

三好 前回の改定で長時間の点数が引き下げられて、短時間にしたほうがよいのかという意見も出しましたが、一概に短時間に切り替えたほうがよいという問題ではありませ

ん。医療が地域医療構想で人口動態に合わせて病床機能を決めていかなければならない中で、通所リハも同じ状況に置かれています。例えば高齢化率が30%を超えているような地域で、短時間を実施しても利用者が集まりません。一方、県庁所在地や政令指定都市などでは2040年に向かう高齢化の波が来ていて、要

支援の方が増えています。ある都市部の1日型の通所リハに、利用の問い合わせが来なくて、土地代と人件費がかさんで赤字だった事業所が

ありました。これを半日型に切り替えたら、問い合わせが増えて黒字化しました。しかし、すでに高齢化した地域で短時間型をやれば苦戦します。また、病院や老健を運営していれば、どんな人が入院・入所しているかを把握することも大事なポイントです。整形の患者さんが多い回りハや外来ならば、受け皿は短時間でよいのですが、認知症や脳卒中の方が多い回りハや老健では、短時間では足りません。

患者さんや利用者さんによって受け皿となる通所リハの機能も決まってくるので、報酬が高いか低いかの判断だけで高いほうにシフトしても、利用する人がいなければ経営は成り立ちません。

通所リハが一番大事な係数は稼働率だと思います。使う人がいるサービスを提供しないと利用者さんは集まりません。定員も大事で、定員が100名なら短時間でも長時間でも何でもやればよいと思

いますが、定員が30~40名の場合にはスタッフも少ないので、リハビリから食事から入浴までと何でもやると無理が生じます。また、介護職の採用が難しいので、介護職を多く採用しないと実施できないことをやっても収支が合わなくなります。赤字の通所リハを訪問すると、ものすごくスタッフが

多いのですが、どう効率よくサービスを提供できるかが課題です。定員30~40名の通所リハならリハビリを強化して、リハビリマネジメント加算をきちんと算定し、利用者さんが改善されるサービスの提供をベースに置かないと、通所介護と変わらなくなってしまう。将来的にアウトカムが入ってきた時に、通所リハの機能を発揮できなくなるので、定員30~40名の通所リハはリハビリマネジメントをもっと強化して、利用者さんの症状が良くなっていく体制をつくらなければならないと思います。

卒業への取り組みは介護でしか動いていない

——新設された生活機能向上連携加算の算定状況はいかが

でしようか。



三好 特養やグループホームなど入所系サービスと連携しても、実施するのは相手側のスタッフです。どこもスタッ

フが足りない中で新たに機能訓練をやるうとすれば、業務改善などが必要なので、この枠組みの利用は進んでいません。法人外と連携する場合には委託関係を結んで加算を算定せずに緩く実施するか、もしくは非常勤の機能訓練員として直接訓練を実施しながら下地をつくって、徐々に連携に移行できるように準備している例もあります。法人内で連携する場合は、大規模法人なら1回の算定額が低くても、年間では結構な額に達するので、連携をお勧めしています。

——団体の立場から中村会長、いかがでしょうか？18年度

11 | Visionと戦略 2019.11

改定には団体の要望もずいぶん反映されたのではないかと思います。



中村 この10年以上、いかにして活動と参加に資するかという観点から、生活行為向上リハビリテーション実施加算

が新設されて、国もこの方向に大きく動いてくれたのかなと思っています。ただ、卒業という言葉がありますが、まだまだ介護の中でしか動いていないのではないかと印象が強いです。加藤さんのところは、20年をかけて、患者さんを病院から老健施設で受け取って、デイケアを経て地域に帰し、地域でも通所介護や通所リハでサポートする体制をつくられました。安心して通所介護や通所リハを利用できるように、地域の生活を見て機能していると思います。地域共生社会をめざすうえで、介護保険の中でリハから

介護につなげる流れが今後の課題ではないでしょうか。それから、病院から在宅に帰して、在宅からデイケアに通って、デイケアと在宅の間で生活が成り立つという状況は社会参加とは言えないでしょう。

これでいいのでしょうか？もう少し参加を考えた取り組みが必要だと思います。リハ職の知識を使えば総合事業Cを実施できると思います。

2014年に障害者権利条約が批准されましたが、条約にある「尊厳」「自己責任」「選択の自由」「決定権」なども、これからの考え方の軸になるのではないかと思います。日本作業療法士協会は活動と参加を推進しなければならぬと思っていますし、推進していく方針です。

——改定から1年半が経過した期間への評価をお話いただきました。例えば大規模減算はまずいのではないかと、生活行為向上リハ加算の算定がなかなか進んでいないとか、通所リハにおける改定項目の中で見直しが必要な課

題について、ご意見をいただけますか。近藤先生、いかがでしょうか。

近藤 リハビリテーションマネジメントに関しては、先ほど申し上げたように新たな「2」が創設されたにもかかわらず、それすら実施できていないのはなぜか、という問題があります。難しいのは、加算が付くことで利用者負担が増えてしまうので、ケアマネジャーの同意を得られないことです。本に加算という体制がよいのかどうか。施設基準への組み込みも方法論としては考えられます。一方で、

リハビリテーション会議を開けるほど療法士を採用できないという問題については、そもそも論として採用に至るほど経営が上手くいっていないのか、逆に配置しても利益が出る状況なのに配置していないのか。後者であるならば、療法士をもっと配置した事業所にインセンティブを付けてもよいのではないかと考えています。それから医師の関与に関しては教育が必要で

す。残念ながら在宅患者さんのリハビリテーションまで診られる医師が不足しています。デイケアを運営している医療機関の医師がどのような形で診療の一環として活動と参加を診るかは、デイ・ケア協会に限らずリハビリテーション界全体として考えるべき課題だと思います。

加算の積み上げ方式はケアマネに理解されない

——他の方々のご意見もお願いします。

岡野 近藤先生が話されたように、医師の参画が難しいので、リハビリテーションマネジメントを緩和する措置（加算Ⅱ）が取られたのですが、

介護給付費実態調査を見ると実績が乏しく、リハマネのⅢ・Ⅳを最初から取らないと決めている事業所が多いことが読み取れます。悲しい現実があるのですが、加藤さんが指摘されたように書類が多いなど間接業務が増える中で、あえて取らずに標準的なサービスを提供できればよいと考えている事業所がまだ多いの

です。デイ・ケア協会としては、この現状をどうにかしなければならぬと考えています。

それから要支援者に対するリハビリテーションマネジメントや生活行為向上リハ加算について、要支援こそ必要であると主張してきて、やっと新設されました。要支援者のリハビリテーションマネジメント加算はそれほどハードルが高くないので取りやすいのですが、生活行為向上リハは月に300人ぐらいしか全国で算定されていません。より質の高いリハビリを提供した結果、加算を取れるという状況が整っていないことは大きな問題だと思います。

要支援の方に対するリハビリテーションマネジメントや生活行為向上という加算体系をせっかく国がつくれたのですが、正当に取り組むと要支援の方が長く利用し続けることになって、通所リハの本質からずれることになりかねません。早く地域に戻って役割を持ったり、主体性を身に付けたらして、生活にシフトし

ていくことは十分にできるはずです。一方で要介護の方には、生活行為向上という加算体系の適用がなかなか難しいのですが、きちんと目標設定をしてクリアしたら次にどうするのか、終了なのか、別のサービスに移行するのか。明確なゴールを小まめに設定すること、リハビリテーションマネジメントの一番大きな要素だと思います。

結論から申し上げますと、ケアマネさんにも利用者さんにも、今の加算の積み上げ方式は理解されていません。体制や取り組み、アウトカムなどで基準を定めたほうがシンプルで、事業所も動きやすいのではないかと思います。加算の積み上げ方式がより強化されたのが18年度改定ですが、リハ提供のあり方を分かりにくくしているのが、次の改定の課題でしょう。それから、書類作成に人を割かなければならないという本末転倒の事態が現場で起きているので、いかに効率的にするかも考えていく必要があります。

中村 ところで、三好さんに

お尋ねしたいのですが、介護保険財政の問題から、軽度の人には制限がかけられるのではないかと懸念を持っています。

三好 リハの書類作成などマネジメントに専念した人を配置して、通所リハのプロセスを変えていく形にすれば、リハ職の人員はそれほど必要でなくなりそうです。今のうちから特に軽度者に対しては、個別リハビリを減らして効率的なリハビリが提供できるような体制作りは必要だと思います。

近藤 いえ、個別リハは必要な利用者にたいしては、実施しなければいけないのです。リハ職でなければできない訓練があるので、個別リハは必要な利用者に対しては、続けるべきです。ただし、リハビリテーションマネジメントの強化で、患者さんをどう変えていくかという設計図を書かないで、場当たりに個別リハを行うことは意味がありません。

リハビリテーションマネジメントは設計図に基づいて、

利用者に対して療法士がやるべきリハ、自主トレ、介護職、家族がやる訓練をしっかりと実施することです。リハ職がリハビリテーションマネジメントだけをやるということでは、点数を高くすることは本末転倒だと思います。一番良い方法です。

社会参加支援加算は卒業ありきの加算体系

三好 卒業を前提としたサービスをお勧めすると、ケアマネさんから「切られるのではないか？」という懸念を持た

れがちです。
加藤 うちにもそういう例があります。「すぐに終わってしまうのですか？」と。タイムリーな事例があります。卒業を勧めている時に、他のサービスと並行しながらソフトランディングさせたこと

があります。卒業に対して利用者さんの踏ん切りがつかなくて、並行する期間が3〜6カ月になってしまったので、思い切ったうちのセラピストを派遣しようかという案が持ち上がったのですが、事業所

間で調整ができました。セラピストが月に1回通ってモニタリングすることで、利用者さんの状態に応じて通所とデイを循環させるという学びを得ました。

近藤 フレイルモデルは卒業に非常に馴染みます。筋力について本人の活動性が高まって、あとは自律的に活動が拡大するという状態にできます。一方麻痺性疾患では卒業ほどの程度できていますか。

加藤 私どもでは同数程度です。疾患の程度によって、卒業できる、卒業できないという違いはあまり感じられませんが、発症間もない時期から生活に介入しているケースもあります。

近藤 その人を本当に卒業させてよかったのかどうか。その後に機能を落とさないことをデイサービスができるのかなと思っっていますが、いかがでしょうか？

加藤 卒業の仕方にはいろいろなパターンがあります。デイサービスにつないだり、訪問にコーディネートしたり……。

近藤 訪問となると、卒業とは少し違うような気もしますね。麻痺性疾患を多く抱えているデイサービスがあればバトンタッチしやすいでしょうが、健常な方の中に麻痺性疾患の方が1人いると、本人は辛いだろうなと思います。

加藤 近藤先生に指摘された卒業の仕方が本当によかったのかという問題については、スタッフの間にも葛藤があります。利用する前にいろいろな相談をしながら、コンセンサスを取ったうえで終了をめざしていますが、終了に戻ってきて長期的な利用に入ってしまう方もいます。

近藤 卒業できそうな方はしっかり卒業させましょう、卒業できない方なら考えてあげましょうという方針で、結果として社会参加につながる方法があってもよいのではないかと思います。

加藤 その通りだと思います。

岡野 もともと社会参加支援加算は終了ありきの加算体系です。その方が利用しながらも自分の意思で社会参加で

きていることを評価しないと、事業所は終了をベースに考えるので、終了が難しいとやらないと考えるようになってしまいました。加算のあり方を見直す必要があると思います。

それから、加藤さんの施設や、うちの施設では実践してありますが、ほとんどの通所リハは近隣のデイサービスとの連携ができていません。連携が取れていないと、近藤先生が指摘されたように「デイサービスに移行した後はどうしているんだろうね?」という状況になってしまいました。日頃から連携が取れていて、あのデイサービスはどんな利用者層で、どんなサービスが行われていて、どんな考え方のもとにスタッフは動いているのかを知ることのできる関係性ができてくると「あのデイサービスにつないでみよう」「何かあったら相談しよう」という関係を持てます。お互いの限界点も見えてきます。

この連携がない状況で生活機能向上連携をやるうとして

も、絵に描いた餅になってしまいます。

三好 ただ、通所リハと通所介護が競争相手同士になっていて、協業できる関係になっていない地域もあります。

近藤 通所リハと通所介護のどちらもリハを頑張っている、競争関係になってしまいがちです。どちらもたんなる介護をやっているだけなら競争関係にはなりませんけど……。

地域の中で、あそこは短期集中的なりハ、あそこは維持的リハという役割分担ができていれば、連携の強化にて、たぶん協業できると思います。

岡野 連携ありきという加算体系の考え方は、現場の実態とかい離していると思います。

通所リハの特徴が通所介護に理解されない

——科学的介護の実現をめざすと言われる次回改定では、介護サービスのアウトカムや質の評価手法が大きな課題となります。モデル事業を行い

18年改定でおり込まれた「VISIT」や今後活用予定さ

れている「CHASE」を含め、次回改定では、リハマネジメントをはじめ、どのような通所リハ改革が行われると見通されていますか。また、それらに対応した事業運営の見直しや、新たな経営戦略についても、ご意見をお聞かせください。

岡野 VISITというキーワードが出ましたが、3年前に発足したVISITの研究班に私も参加しています。VISITは手間がかかるため、現場がなかなか着手していません。データを入れなければならぬので確かに手間がかかりますが、科学的介護の方向に必ず進んでいきます。いずれ全ての事業所でVISITに登録するという流れになるはずですが、そうした科学的介護に向かいません。そのためにも今から準備しておく必要があります。

VISITのこわさは入力したデータだけで、いろいろな要素が分析されてリハの効果の有無が判明することで、自由記載部分がコード化してしまうのですが、この方

法に私はどうも賛成できません。個別の具体的な課題から具体的な目標ができて、関わり方も個性が高いはずなのに、コード化されることで個性が見えなくなってしまうからです。CHASEがそこを埋めていくという考え方はなるのかなと思っていたのですが、そうなりそうもありません。

そのこわさはありますが、VISITやCHASEでアウトカムが評価されるようになるので、要介護状態が進まない介護や在宅生活を継続できる介護など、より効果の高い介護を提供しないと通所リハとして選ばれなくなってしまう。

それから前回改定で要支援にもリハマネと生活行為向上が導入されたことは、試されているようなものです。きちんと実績を積んで効果を出していくところに、医療的な視点やリハビリの視点が必要支援者に対して大事であることが認められていくと思います。終了後も含めて成果がどうなってい

るかが、次の改定で少し色が出て問われると予想しています。今から世の中の流れと地域の人たちの状況を踏まえて、質の高いリハビリを提供する体制を整えなければならぬと思っています。

近藤 次回の介護報酬改定では、社会参加をより強化する流れになることは否めないだろうなと思っています。また、通所リハと通所介護の一番の違いは医師の関与なので、どのような形がよいのかが問われるのではないのでしょうか。こうした問題を理解して自分たちの組織を改革する努力をしていかないと、デイケアの未来は開かれないと思います。

——いつも経営改善の指導を求められるコンサルタントとして、三好先生はどんな見通しを持っておられますか。

三好 科学的介護を踏まえていかなければならないと思います。いまだに長時間でレクリエーション中心の通所リハもあると思うので、早めにリ

ハビリを強化して、リハマネ加算を取っていかなければなりません。もうひとつ、医療介護連携の問題があります。まだまだ病棟や外来と連携できていないので、進めなければならぬ課題です。

加藤 通所リハビリテーションを利用しやすくしていただくことは大事ですが、近藤先生が言われたように通所介護と通所リハは競合しないことに、早く気づいていただきたいと思います。連携すると損をするという風潮がまだ残っているのです。制度改正で連携を促す道筋が見えればありがたいと思っています。

——何がネックで利用しづらくなっているのですか。

加藤 現状では通所リハの特徴が分かりにくいという問題があります。ケアマネジャー協会などで話を聞くと「だって、リハビリでしょう？」と言われますし、連携加算を取るために通所介護に行きたくて看護師さんや介護士さんと話すと、リハビリの考え方が我々と違っていることがありま

す。認識の差を感じます。

——近藤先生は団体の長として改定が近づけば要望書を出されると思いますが、何が焦点になりそうですか。

近藤 リハビリテーションをきちんと実施する体制づくりがひとつのポイントで、もうひとつは、重度化・重症化する方に対して地域できちんと診続ける担保としてのデイケアのあり方でしょう。デイサービスでは困難な医療必要度のある方に対して、現在の重度加算だけでよいのか。もう少し加算のあり方を考えてもよいかもしれません。

岡野 デイケアの利用者が自宅に暮らす方に限定されていることが問題です。グループホームや特養からデイケアに通える仕組みは海外では当たり前前に普及しています。それが日本にはないという現状を考えなければなりません。

さらにリハビリテーションマネジメントの導入で、アセスメントが求められるようになります。アセスメントをきちんとできるかどうか

対に問われてきます。

数年前デイ・ケア協会が厚労省と話し合った時に「評価はリハビリテーションではないでしょう」と言われましたが、今は評価が

リハビリの武器になり、それに伴ってトレーニング要素があるという考え方に変わりました。

アセスメントの質を高めていかないと、通所リハとは何なのか問われてしまうようになるでしょう。このことを印象づけるような改定になっていくのかなと思います。

——15年改定、18年改定とも通所リハと通所介護の違いを明確にする内容でしたが、次回

もこの改革の流れは変わらず、さらに強化されるということでしょうか。本日は長時間ありがとうございました。
(文／編集部)



一般社団法人全国デイケア協会
会長 近藤 国嗣氏

1963年鹿児島県生まれ。1988年慶應義塾大学医学部リハビリテーション科入局。慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター、東京専売病院（現・国際医療福祉大学三田病院）、川崎市立川崎病院などを経て、2007年に東京湾岸リハビリテーション病院院長に就任。日本リハビリテーション医学会専門医・指導医、理事。医学博士。日本リハビリテーション病院・施設協会副会長。回復期リハビリテーション病棟協会理事。



メディックプランニング
代表 三好 貴之氏

経営コンサルタント／作業療法士／経営学修士（MBA）
一般社団法人 medicare management 協会代表理事
株式会社楓の風 リハビリテーション 顧問 スーパーバイザー
専門は、病院・介護施設におけるリハビリテーション機能強化による経営戦略立案で、「人と業績を同時に伸ばす」をモットーに全国多数の病院・介護施設のコンサルティングを實踐中。現場の管理者・スタッフとともに業務改善・人材育成を行うことで業績アップに導いている。特に近年は、リハビリテーション機能を強化したなかで地域包括ケアモデルを提唱し、年間1000名を超える医師・看護師・リハビリ職・介護士など病院・介護施設の管理者に対する指導とアドバイスをを行っている。また、2018年4月より一般社団法人メディケアマネジメント協会代表理事に就任。リハビリセラピストのリーダーシップやマネジメント等の管理者教育に力を注いでいる。



一般社団法人日本作業療法士協会
会長 中村 春基氏

所属先：兵庫県立リハビリテーション中央病院
1977年 国立療養所近畿中央病院附属リハビリテーション学院卒業。同年、4月兵庫県社会福祉事業団玉津福祉センター附属中央病院に勤務。
その後、1984年 国立療養所近畿中央病院附属リハビリテーション学院、1994年 兵庫県立総合リハビリテーションセンター中央病院、2006年 兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンターリハビリテーション西播磨病院を経て、2010年4月 兵庫県立総合リハビリテーションセンター中央病院 リハビリ療法部部長へ。現在に至る。
＜社会的活動＞
（社）日本作業療法士協会会長 義肢装具学会評議員
（財）訪問看護振興財団評議員 作業療法ジャーナル編集委員



医療法人真正会
本部付部長 岡野 英樹氏

1990年 埼玉リハビリテーション専門学校卒業 理学療法士免許取得。1990年 医療法人真正会霞ヶ関中央病院 入職。1998年 霞ヶ関南病院リハビリテーション部 理学療法科長。2001年 訪問看護ステーション「スマイル」副所長。2006年 霞ヶ関南病院リハビリテーション部 次長。2009年 医療法人真正会 コミュニティア部 副部長。2015年 医療法人真正会 コミュニティア部 部長
【職能団体（委嘱中のみ）】
2015年～現在 一般社団法人全国デイ・ケア協会 理事
2016年～現在 全国リハビリテーション医療関連団体協議会 報酬対策委員会委員
2016年～現在 日本理学療法士協会 職能関連業務執行委員会協力委員



介護老人保健施設せんだんの丘
統括部長 加藤 誠氏

1999年3月 東北福祉大学 社会福祉学部福祉心理学科 卒業。1999年4月 恩賜財団済生会山形県済生会 老人保健施設フローラさいせい相談指導員。2000年4月 医療法人社団東北福祉会 介護老人保健施設せんだんの丘 ケアワーカーとして入職。以降ケアワーカー兼支援相談員を経て、2013年4月より統括部長兼居宅事業課長に就任し、入所事業・居宅事業の統括にあたっている。社会福祉士 介護支援専門員の資格を持ち、主な著書に、支援生活相談員 創刊号 相談員業務マニュアル（日総研）がある。

リハビリテーション医療の将来と 通所リハビリテーションの今後

年間2兆2500億円——これだけの医療費と介護費が費やされるリハビリテーション市場。通所リハビリテーションは療法師士の配置と医師の関与による質の強化が一層求められている。近藤国嗣氏が要点を解説する。



一般社団法人全国デイ・ケア協会 会長

近藤 国嗣 氏

■リハビリテーションをめぐる環境はどのように推移しているのでしょうか。

近藤 回復期リハビリテーション病棟の届出病床数は過去20年で伸び続けて2018年に8万4786床、地域包括ケア病棟はわずか5年で7万9179床に達しました。これらの伸びとともにPT・OT・STの資格保持者も2001年以降の18年間で5.7倍に増

加して、臨床に従事する人は推定22万人です。ただ、経験10年以下が約16万人なので、十分な教育ができていないのが懸念されます。療法師士の養成学校も急速に増加しましたが、医療現場の立場からは、その教育体制について、不安視する部分もあります。一方、療法師士を指導するリハビリテーション科専門医は、意外に増えて2019年に2528人です。ただし、これだけの数で22万人の療法師士に対応するのは困難で、しかも高齢の専門医も少ないのが現状です。

■病床数の増加に伴って、リハビリ医療費も相当に膨らんできたのではないのでしょうか。

近藤 2017年に入院医療費におけるリハビリ医療費割合は5・45%です。金額に換算すると、医療保険と介護保険のリハビリ医療費は1兆7500億円で、回復期リハビリ入院料の5000億円を加えると2兆強となります。こんな時代が来るとは私を含めて誰も思っていないませんでした。こうしたリハビリ医療費の増加に対して、効果を評価する手段として導入されたのが実績指数です。実績指数を高めるには、早期転院と入院期間のコントロール

が重要です。

■15年度介護報酬改定ではリハビリの質が問われ、その方針が18年度改定ではさらに強化されましたね。

近藤 「心身機能」「活動」「参加」など生活機能維持・向上を図るものでなければならぬと規定されました。2012年度の「生活期リハビリテーション実態調査」によると、リハビリの実施内容のうち、マッサージが訪問リハで31・6%、通所リハで37・5%も占めていました。〴〵もみりハハは恥ずかしいということを広める必要があると思います。

15年度改定でリハビリテーションマネジメントIIが設けられたことで、ケアプランが居宅サービス計画と連携できるようにになり、医師との情報共有が進み、他の介護事業所との情報共有が進みました。18年度改定では、長時間通所リハの点数低下と時間の細分化、要支援者に対するリハマネの導入、リハマネ算定時における医師の指示の必須

化、生活機能向上連携加算の創設などがポイントになりました。

■通所リハには何が求められているのですか。

近藤 第一に機能改善、低下予防、能力（活動）改善など狭義のリハ医療的效果です。第二に社会復帰（復職・再就職）支援、社会参加（地域活動）支援など社会的効果です。第三に介護度改善効果、介護度悪化の予防など経済的效果です。第四に介護負担軽減、家族介護指導、福祉機器指導など在宅介護を継続するための支援です。

■通所リハに不足している要素は何でしょうか。

近藤 社会復帰時におけるソーシャルワーク機能、地域社会との連携、行政との連携、要支援から外れて社会復帰・参加で来た方の悩みの受け皿機能、急性増悪時に対する十分な対応、などです。

（文／編集部）

「これから高齢化」「すでに高齢化」

通所リハの市場ニーズを見極める

2018年度介護報酬改定で長時間型リハが大幅減算となり、赤字に転落した通所リハもあった。では短時間型に切り替えればよいのか。三好貴之氏は、報酬単価の高低ではなく、事業エリアが「これから高齢化するのか」「すでに高齢化しているのか」で提供サービスを判断すべきだと提言する。



メディックプランニング 代表

三好 貴之 氏

口動態に合わせた医療・介護サービスの提供体制の変更や場合によってはタウンサイジングが必要で、さらに同じ通所でも、マーケット

によって提供するサービスを変えなければなりません。これから高齢化する地域で必要な通所リハは短時間型で、すでに高齢化している地域で必要なのは長時間型です。報酬単価の高低ではなく、利用者像で提供サービスを考えるべきです。

長時間型のニーズが多いと言えるでしょう。その逆のパターンで経営している事業所は苦戦しています。

■悪化した経営を改善できた事例はありますか。

三好 札幌市のクリニックの例をご説明しましょう。札幌市は急激な高齢化が、これから始まる地域で、クリニックが運営していた1日型リハは月間800万円を売り上げていました。2018年度改定を受けて750万円に低下し、赤字に転落しました。そこで、18年8月に1日型を廃止して、3〜4時間を2回転で運営し始めた。契約数が毎月2ケタに達し、売上高は改定前を上回るようになりました。

■経営改善にさいして重視すべき指標は何でしょうか。

三好 介護施設の収益構造は「単価×利用者」収入Vですが、大きなウェイトを占めるのは利用者を増やす稼働率です。稼働率を高めるのは現場の魅力なので、稼働率が60%を下回っている施設では、市場ニーズに合わないサービスを提供していると判断できず。60〜80%の稼働率でSPDCAサイクルをしっかりと回すことが大切です。居宅訪問、アセスメント、モニタリングをしっかりとやらないと、利用者さんの変化を読み取れません。稼働率が90%を超えると、その通所リハは利用者さんのインフラになっています。なくてはならない施設「になっていく」今日はいよいよから休もう」などとは思わなくなりました。しかも、そうした施設ほど症状の改善も進んでいます。

■サービス提供のポイントは何ですか。

三好 顧客のディスロイヤルティ緩和の鍵は顧客努力の低

減で手間をかけて、顧客の喜びを与えるのではなく、より手間のかからないサービスに注力すべきです。現に、インターネット通販、ネット予約セルフガソリンスタンド、問い合わせチャットなど手間のかからないサービスのほうが顧客の満足度が高いのです。よって、これからの通所リハでは、利用者さんが自分でリハビリを行えるような「セルフリハビリ」を「ハンズオフ」でも行えるような業務改善が必要です。

■通所リハには通所介護との明確な差異が求められています。が、何に着目すればよいのでしょうか。

三好 要支援1でも午前・午後2単位を行えば単価が1万円以上になり、3単位ならば要介護5の6〜8時間の基本報酬を超えてきます。これにリハマネ加算が加われば、さらに収益性が高まります。通所介護には3時間以下がないので、現状では要支援の短時間でも単位数をこなせば通所リハの強みになります。

(文/編集部)

見極め方について教えてください。

三好 通所リハも通所介護も「どんなマーケットで経営しているか」が重要です。全国で高齢者人口と若年層人口がともに増加しているのは東京都中央区など29市区町村のみで、高齢者増・若年層減が758市区町村、高齢者減・若年層減が1012市区町村、高齢者減・若年層増はゼロです。このうち最初の29市区町村以外では、人

は短時間型、玉野市では1日の

上回るようになりました。

通所リハビリテーションの拡充で OTの専門職性に期待されること

「24時間365日の生活行為の連続をイメージして対象者と共有すること」——これが作業療法士のミッションだという。その補完ツールが「MTDLP」である。OT歴40年超の中村春基氏が生活行為向上のポイントを解説する。



一般社団法人日本作業療法士協会 会長 中村 春基 氏

氏は作業療法を次のように定義しました。

「作業療法は、人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。作業とは、対象となる人々にとって目的や価値観を持つ生活行為を指す」

■作業療法士が生活行為向上に介入するポイントは何でしょうか。

中村 心身機能や生活習慣など人を変えるか、環境を変えるか、作業の方法を変えるか。生活行為は作業遂行から成り立っています。人と環境（生活機能）と作業の兼ね合いを図り、作業の予測を立てることで、OTの介入の方法を明確にできます。

昨年5月、日本作業療法士

氏は作業療法を

次のように定義しました。

「作業療法は、人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。作業とは、対象となる人々にとって目的や価値観を持つ生活行為を指す」

■生活行為向上マネジメントで持つべき視点をお示しく下さい。

中村 3つの視点があります。第一に、対象者を心身機能の側面から理解するだけでなく「生活をする人」を対象

個人の活動から地域の社会資源の活用まで幅広く捉える視点です。

■生活行為は様々な行為に波及しながら向上していきま

■「MTDLP」において、支援のフローはどうなっていますか。

中村 支援の流れは①インテーク②アセスメント③課題分析④プランニング⑤支援プログラムの実行⑥モニタリング⑦計画修正・生活行為の引き継ぎ。MTDLPを用いて生活行為アセスメント演習シート、生活行為向上演習シート、生活行為向上演習者さんの「やりたい」「したい」に近づき、生活への意欲を高めるように支援します。

中村 ひとつの作業ができるようになれば、次の作業をやりたいと目的が変わり、作業が広がっていきます。長期的な生活の見通しに立って、対象者の「したい」のために24時間365日の生活行為の連続をイメージして対象者と共有することです。キーワードは「生活を見られるOT」です。

しかし、この取り組みは経験10年以上のOTならできま

理解し、支援する視点です。ICFの各要素が「過去—現在—将来」と連続する時間軸の中で、相互に作用しながら活動と参加の中にその人らしい生活行為を生み出し、とくに主要な生活行為は個人因子と深く結びついていて、個人因子の情報の中から読み取ることできます。

第三の視点は、対象者の「作業の継続性」を念頭に置いた

資する支援はどうあるべきか

に気づいていただくのです。

(文／編集部)

質の担保と経営効率率は表裏一体



医療法人真正会
本部付部長
岡野 英樹 氏

医療法人真正会は、入院・外来・在宅・地域それぞれのサービス形態を一体化させ、地域包括ケアの推進に向けて展開していますが、その中通所リハビリテーションを2ヶ所運営しています。一つは霞ヶ関在宅リハセンター内にある「デイリビング」。平均利用者数60名の従来型サービスのうち中重度者（平均介護度3.1）を積極的に受け入れるため、リハ専門職もちろん（常勤換算12名）看護師（常勤換算6名）を重点配置し、歯科衛生士や管理栄養士も配置しています。ICF概念に基づく徹底した評価と個別性の高い計画にもとづきサービスを提供し、特に「適切な座位」で過ごしていただくことを重要視することでの生活機能向上、利用者主体の活動の

提供により、効率的かつ効果的な運営を心掛けています。

霞ヶ関在宅リハセンターでは、在宅療養支援診療所として訪問診療や訪問リハ、24時間対応の訪問看護、定期巡回随時対応型サービス、居宅介護支援事業所を一体的に運営し、各専門職も一元管理することで、人員配置が効率化してコスト削減できるだけでなく、サービス併用者には同一担当者が担当でき、情報の共有化による質的向上が図れています。

2つ目は霞ヶ関南病院併設の「デイホスピタル」。平均利用者数65名の短時間型サービスの中で、集中的リハや社会参加に向けて実生活をイメージした活動的なプログラムを提供しています。事業所の特性上、軽度者（平均介護度1.3）や集中的リハの提供が必要な方、急性期病院退院直後の方などが多く利用されています。そのためリハ会議を1日平均4件行い、生活行為向上リハ実施加算は延べ57名に上ります。

デイホスピタルでも個別

性の高い対応を実践しています。担当医との連携、IADLや役割の獲得などに力点を置いたメニュー、複数担当制による実生活を想定した支援、自宅訪問による実践的な支援、集団体操などを提供しています。

経営効率を上げる工夫としては、リハマネジメント加算Ⅲ・Ⅳを算定できる体制を固めて、短期集中個別リハ実施加算、認知症短期集中リハ実施加算、生活行為向上リハ実施加算の算定につながるプログラムを提供することで、結果的に利用単価の向上につながっています。（談）

ケアマネジメントで参加者が主体的に変化



介護老人保健施設せんだんの丘
統括部長
加藤 誠 氏

超強化型老健である介護老人保健施設せんだんの丘が運営する通所リハビリテーションは定員50名で、多様なニーズに対応するために様々な利

用時間の組み合わせを可能にしています。様々な利用時間帯の人が同時にリハを受けていて、この方式を介護保険制度が始まった時から続けていますが、ケアマネジャーからは「いちいち担当者会議を開くのは面倒だ」「デイサービスのほうがマシだ」というような批判を随分受け、法人内でも効率性が問題視されていました。しかし今では利用単価が1万円を超えて、稼働率も95%前後に達しています。目的を持って通う方を確保できているのかなと思っています。

利用者さんの要介護度は1〜3が多く、利用時間の半分が5〜6時間で、登録者の90%がリハマネ加算を算定されています。

なぜ20年前から同じ方式を取っていたのでしょうか？認知症の方を含めて様々な利用者さんが同じ時間にいて、できない対象のプログラムに合わせることで、合わせ方には不満が出てきます。例えば脳梗塞にかかった40代の方は自分で入浴できる筋力を持っていますが、リハに来る

と高齢の要介護者向けプログラムに合わせなければならなくなります。この状況を何とか改善したいと取り組んだのが、様々な利用時間の組み合わせ方式です。いろいろな方の中にいるようなサービスが必要なので、多様化というキーワードが重要だと思います。

リハマネ加算に対応するための医師による協力的体制づくりでは、リハ会議への参加時間帯を年間で組んで、各会議では事前に話してほしいことを要請して、関与してもらっています。上手く運営できています。

ケアマネジメントを通じて得た効果としては、アセスメント（初回・見直し）に重点を置くことで、本来見えにくいニーズにマッチしたメニューを提供できたことや、ニーズの変化に気づくことができ、変化に合わせたメニューをダイナミックに提供できたこと、さらに参加者自身が「自分が何をしたかったのか？を見つめることができる」集団になったことが挙げられます。（談）

（文／編集部）