

「2021年介護報酬改定と 通所リハビリテーションの今後の経営戦略」

～科学的介護の実現を目指す2021年介護報酬改定で、

自立支援や介護改善のアウトカム(VISIT・CHASE)が本格運用!～

2021年介護報酬改定においては、特に通所リハビリは大改革になることが予想されており、自立支援や介護改善のアウトカムスケール(VISIT・CHASE)の運用をめざして、介護給付費分科会での議論が活発に行われております。そこで当会では、意見のとりまとめ案が出される11月末に焦点を当てて、11月29日(日)「通所リハビリシンポジウム」を開催。今改定に携わる、厚生労働省老健局老人保健課課長補佐 長江翔平氏、介護給付費分科会委員の日本医師会常任理事の江澤和彦氏、一般社団法人全国デイ・ケア協会 会長 近藤国嗣氏を迎え、2021年介護報酬改定の最新情報と通所リハビリの将来について講演いただき、後半のシンポジウムでは、病院・診療所・老健施設で先進且つ優秀な通所リハビリの事業運営を行っておられる実践家の皆様に「2021年介護報酬改定への準備対応と通所リハビリの新たなビジョンと戦略を探る」をテーマに、改定への準備対応と今後の経営戦略について大いに討論いただいた。Visionと戦略1月新春号では、このシンポジウムの内容をとりまとめたので、報告する。

Part 1 | **自立支援の社会資源へ役割強化
通所リハビリテーションの今後** 『Visionと戦略』編集部

Part 2 | **2021年度介護報酬改定の方向と
通所リハビリテーションへの新たな期待** 厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐
長江 翔平 氏

Part 3 | **介護報酬改定議論の経過と
通所リハビリの今後の経営戦略** 公益社団法人日本医師会 常任理事
江澤 和彦 氏

Part 4 | **医師の診療でADLが改善
通所リハビリテーションの将来** 一般社団法人全国デイ・ケア協会 会長
東京湾岸リハビリテーション病院 院長
近藤 国嗣 氏

Part 5 | **実践報告**
**活動と参加で在宅生活を改善する
通所リハビリテーション実践報告**
医療法人社団淳英会 おゆみの診療所 通所リハビリテーション 副主任 丸 晃典 氏
日の出医療福祉グループ 副代表理事 大西 奉文 氏
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 施設長 土井 勝幸 氏
保健・医療・福祉サービス研究会 代表 田中 優至 氏

Part 6 | **全体討論**
**2021年度介護報酬改定を見据えた
通所リハビリの新たなビジョンと戦略**
【座 長】 一般社団法人全国デイ・ケア協会 会長 近藤 国嗣 氏
東京湾岸リハビリテーション病院 院長
医療法人社団淳英会 おゆみの診療所 通所リハビリテーション 副主任 丸 晃典 氏
日の出医療福祉グループ 副代表理事 大西 奉文 氏
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 施設長 土井 勝幸 氏
保健・医療・福祉サービス研究会 代表 田中 優至 氏
【コメンテーター】 厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐 長江 翔平 氏

自立支援の社会資源へ役割強化 通所リハビリテーションの今後

通所リハ受給者数は毎年増加
2018年に60万人を上回る

さる11月25日、財政制度等審議会は「令和3年度予算の編成等に関する建議」を取りまとめた。2021年4月の

介護報酬改定については引き上げに対するけん制を行った。

〈介護報酬のプラス改定は更に介護費用を増加させ、これを賄う保険料負担と利用者負担の更なる増加につながるものである。このため、プラス改定は、もとより慎重を期すべきものである〉
〈2021年度介護報酬改定については、新型コロナウイルスが国民生活にもたらしている影響に鑑みれば、通常のトレンドによる国民負担増に加えて2021年4月から更なる国民負担増を生じさせる環境にはない〉

建議によると、介護事業経

営実態調査で2019年度の介護サービス施設・事業所の収支差率は、2.4%と中小企業と同程度の水準であることが明らかになった。このデータも踏まえて、国民負担増に反対を表明した。

介護業界にとっては容易に受け入れ難い提言だろうが、その後、財務省がプラス改定を容認する方針に転じたという。この方針転換を伝える報道も相次いでいる。国民負担増の抑制よりも、コロナ禍での介護事業者の経営悪化阻止を優先したようだ。ただ、国民負担増を踏まえば、顕著なプラス改定には至らないだろう。

改定率は前回改定で大規模減算が実施された通所リハビリテーション事業の明暗にも直結する。通所リハビリの受給者数は毎年増加し、2007年に45万人だった

が、2018年に60万人を上回った。社会保障審議会介護給付費分科会では抜本的な見直しが進んでいる。

社会参加支援加算は 社会参加移行支援加算へ

主な論点を挙げておこう。

リハビリテーションマネジメント加算では、報酬体系の簡素化と事務負担軽減の観点から「リハマネ加算（Ⅰ）」を廃止するとともに、同要件は基本サービス費の要件とする「リハマネ加算（Ⅱ）（Ⅲ）の評価を見直す」「リハマネ加算（Ⅳ）は廃止するとともに、リハマネ加算（Ⅱ）（Ⅲ）について、VIST・CHASEヘデータを提出し、PDCAサイクルを推進することの評価する」——などが挙げられている。

社会参加支援加算にもメスが入っている。「①社会参加

への移行状況の計算式②リ

ハビリテーションの利用の回転率について見直す」「加算趣旨や内容を踏まえて、加算の名称を『移行支援加算』へ変更する」などが論点だ。生活行為向上リハビリテーション実施加算については「加算算定後に継続利用する場合の6月間の減算を廃止する」「3月以内と3月以上6月以内で階段状になっている単位数を単一にする」「活動と参加を促進する観点から、同加算の利用者の要件や取組の内容を検討・明確化する」が論点になっている。

年内に基本的な考え方の整理・とりまとめが行われ、年明けに諮問・答申される。2021年度介護報酬改定の基本的な視点のひとつに示された「自立支援・重度化防止の取組の推進」には、リハビリテーション、機能訓練・口腔・栄養の取組の連携・強化に加えて、介護関連データの収集・活用とPDCAサイクルの推進を通じて科学的介護の取組など通所リハに関連する事項

が盛り込まれた。

さらに踏み込んだ課題として、本特集に登場する全国デイ・ケア協会会長の近藤嗣嗣氏は、通所リハビリに足りない要素として①社会復帰時におけるソーシャルワーク機能②地域社会との連携・介入③行政との連携④要支援から外れて社会復帰・参加できた方の悩みの受け皿機能⑤急性増悪時に対する十分な対応⑥要介護者への十分な摂食・嚥下対策および栄養管理——を指摘する。

介護保険制度の理念は尊厳遵守と自立支援だが、近藤氏の指摘からも、通所リハビリテーション事業所には、理念の具現化が大いに期待されていることが分かる。

改定にどう対応するかは、答申を経て、介護経営の専門家などから様々な知見が発信されるだろうが、改定の基本的な視点はいずれも射的を射ている。すなわち改定への対応には相応の労苦を伴うが、経営改革のチャンスであると受け止めた。

（文／編集部）

2021年度介護報酬改定の方角と 通所リハビリテーションへの新たな期待

2021年度介護報酬改定に向けて通所リハビリテーションに対しては「平成27年度および平成30年の改定」や「経済財政運営と改革の基本方針2019」にも言及された。キーワードは過去の改定の検証とエビデンスである。通所リハビリに関する改定の方角について長江氏が解説する。



厚生労働省老健局 老人保健課 課長補佐 長江 翔平 氏

口の多い地方でも緩やかに増えて、2060年に25・5%に達する見通しです。世帯別では単身世帯や夫婦のみ世帯が増えてい

人口の15%に当たる462万人でしたが、2025年には約20%に当たる約700万人に増える見通しです。

介護費用は平成12年には3兆6000億円でしたが、令和元年には約3倍の11兆7000億円に拡大しました。

65歳以上が支払う介護保険料も増え続け、平成12年に2911円でしたが、令和元年には5869円に増えました。

■高齢者人口や介護サービス利用者数の推移など介護保険制度を取り巻く状況についてご説明いただけますか。

長江 日本の人口のピークは2004年で、1億2779万人でした。推計によると、少子高齢化の進行によって、2042年に高齢者数がピークとなって3878万人に増大します。それ以降も75歳以上割合が増え続け、とくに都市部で急速に増えて、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増えて、2060年に25・5%に達する見通しです。世帯別では単身世帯や夫婦のみ世帯が増えてい

きます。

保険者別の介護サービス利用者数は、2040年までの推計を見ると、都市部では2040年まで増え続ける一方で、2025年にピークを迎えるエリアもあります。しかも、都市部の利用者数は2040年までに2.2倍に増えますが、過疎地の利用者数は1.1倍しか増えません。

この推移の中で、65歳以上の認知症高齢者数が増えている、2012年には65歳以上

焦点を当てたりハビリテーションの推進」が示され、「心身機能」「活動」「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なサービス提供を推進するための理念の明確化、「活動」「参加」に焦点を当てた報酬体系が導入されました。

新設された報酬には、生活行為向上リハビリテーション実施加算、通所リハビリテーションに対する社会参加支援加算、通所リハビリテーションのリハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)があります。

平成30年度改定ではリハビリテーションの方向性として、医療保険のリハビリテーションとの連続性・連携の強化、リハビリテーションにおける医師の関与の強化・明確化、自立支援・重度化防止に資する体制の強化などが示されました。リハビリテーションマネジメント加算の主な改正点は、「医師の詳細な指示の明確化」「ICTを活用したりリハビリテーション会議への参加」「利用者、家族への

リハビリテーション計画等の説明」で、VIST導入による自立支援・重度化防止に向けた質の評価のデータ収集等事業へのデータ提出とフィードバックの活用を評価しました。

■通所リハビリテーションの現状を教えてください。

長江 通所リハビリテーションの請求事業所数は毎年増え続け、平成19年に6436件でしたが、平成31年には7920件でした。開設者種別割合は、令和元年11月請求分によると、病院・診療所が55%、介護老人保健施設が45%、介護医療院が0・002%。事業所規模の内訳は、通所規模が81%、大規模(Ⅰ)が8%、大規模(Ⅱ)が11%でした。受給者数は毎年増加していて、平成31年に約60万人に達しました。とくに要支援の受給者が急増しています。要介護度割合では、平均介護度1・7、要介護のみの平均介護度は2・2です。

加算の算定状況では、リハ

マネ加算Ⅰ、短期集中個別リハ加算、サービス提供体制加算Ⅰ、リハ提供体制加算Ⅳ、入浴介助加算が多く算定されています。

■令和3年度介護報酬改定に向け、通所リハビリテーションについてどのような議論が進んでいるのでしょうか。

長江 「経済財政運営と改革の基本方針2019」においては「適正化・効率化を推進しつつ、安定的に質の高いサービスが提供されるよう、ADLの改善などアウトカムに基づく支払いの導入等を引き続き進めていく」と示され、同様に閣議決定した「成長戦略フォローアップ」には「自立支援や重度化防止等の観点から、2020年度までにエビデンスに基づく効果検証を行い、次期介護報酬改定で必要な対応を行う」と示されました。

社会保障審議会介護保険部会では、昨年12月に「データの収集項目に関して、VISITについては、更な

る利活用の促進に向けて今後項目の見直しを進めることが重要である」と提言されました。今年7月の介護保険部会では、第8期介護保険事業計画での記載を充実する項目として「要介護（支援）者に対するリハビリテーションの目標については国で示す指標を参考に計画を記載」と提案されました。

■令和3年度介護報酬改定に向けた視点は何でしょうか、そのベースとなった介護事業経営実態調査の結果と併せてご説明ください。

長江 基本的な視点は①感染症や災害への対応力強化②地域包括ケアシステムの推進③自立支援・重度化防止の取組の推進④介護人材の確保・介護現場の革新⑤制度の安定性・持続可能性の視点の5点です。

また、令和2年度介護事業経営実態調査によると、令和元年度決算の介護サービスの収支差率は、平成30年度の3.1%から0.7%低下

して2.4%でした。訪問リハビリテーションは3.2%から0.8%低下して2.4%、通所リハビリテーションは3.1%から1.3%低下して1.8%でした。一方で、訪問看護と福祉用具は収支差率が上向くなどサービスによって増減が異なりました。

■通所リハビリテーションの報酬・基準においては何が論点に示されているのでしょうか。

長江 7つの論点が表示されました。論点①は心身機能・活動・参加に対する取組の促進、②はリハビリテーションマネジメント加算、③は社会参加支援加算、④は生活行為向上リハビリテーション実施加算、⑤は入浴介助加算、⑥はリハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書の書式の見直し、⑦は介護予防通所リハビリテーションの長期間利用です。

■論点について順番にご説明いただけますか。

長江 論点①では心身機能・

活動・参加に対する取組を重点的に評価する方策として、リハビリテーションの機能・事業所の体制・活動・参加に対する取組・利用者の心身機能などの包括的な評価による月単位報酬体系の創設を提案しています。

論点②では、算定率の高いリハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）の廃止、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）（Ⅲ）の評価の見直しが挙げられました。

論点③は、社会参加支援加算の算定要件である「社会参加への移行状況の計算式」「リハビリテーションの利用の回転率」の見直し、さらに加算趣旨や内容を踏まえた「移行支援加算」への名称変更です。

論点④は、生活行為向上リハビリテーション実施加算について、加算算定後に継続利用する場合の6月間の減算の廃止や、3月以内と3月以上6月以内で階段状になっている単位数の単一化です。論点⑤では、個別入浴計画に基づく個別入

浴介助を評価する加算の新設。
論点⑥では、リハビリテーション計画書と個別機能訓練計画書の項目の共通化。さらに論点⑦では、長時間利用の場合のサービス提供への評価について、利用開始から一定の時期が経過した後の単位数の見直しが挙げられています。

■科学的介護の推進については、どのような方策が実施される見通しでしょうか。

長江 CHASEの収集項目の各領域（総論（ADL）、栄養、口腔・嚥下、認知症）の事業所の全ての利用者に係るデータ及びCHASEの収集項目の各領域に関連する既存の加算等（例えば、個別機能訓練加算、口腔衛生管理加算、栄養マネジメント加算など）の利用者ごとのデータの提出とフィードバックの活用によって更なるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を図っていきます。

（文／編集部）

介護報酬改定議論の経過と

通所リハビリの今後の経営戦略

通所リハビリテーションは「心身機能の訓練」「活動と参加」に対して、どのように資するべきなのか。通所リハビリテーションの機能評価のあり方も含めて、江澤和彦氏が提言する。



公益社団法人日本医師会 常任理事

江澤 和彦 氏

の影響では、通所介護よりも通所リハビリのほうが大きく、保険給付額と1事業所あたり利用者数は4月および5月に大きく

低下しました。高齢者住宅や有料老人ホーム等が過剰に反応して訪問サービスを断った

■通所リハビリテーションの収支差の動向をどのようにご覧になっていますか。

江澤 近年、通所リハビリテーションの収支差は厳しくなっていて、平成29年度に

5.7%、平成30年度に3.1%、令和元年度に1.8%と如実に悪化しています。通所リハビリは施設基準による定員と実利用者数のかい離がかなり大きいサービス類型で、定員に対してフル稼働のできていない事業所も多いのではないかと考えています。COVID-19

この問題については、国から都道府県に対して、高齢者住宅や介護施設が「適切に感染対策を講じている訪問サービス・通所サービスに対する利用者のニーズや希望を超えて、利用を妨げることは不適切である」と記載した文書が通知されています。2ランク

上の報酬を適用できる特例適用は事業者にとってはありがたい措置であった一方で、全国からのいろいろな声を聞く「利用者の納得を得られない。なぜ利用者が2ランク上の自己負担額を払わなければならないのか？」という問題が指摘されています。これは今後の検討課題です。

■2021年度介護報酬改定で通所リハビリテーションの論点の筆頭に「心身機能・活動参加に対する取組の促進」

が示されました。3年前に江澤先生が研究班長として実施された全老健の調査事業が指針になると思います。

江澤 この事業で抽出されたデータを厚生労働省と協議して、老健施設に対する10項目の評価指標を設定しました。

このときの議論は平成29年6月に介護保険法が一部改正され、老健施設の役割と機能が見直されて、在宅復帰に加え在宅療養支援も行う施設へと定義が変わりました。

前回改定は法改正を受けて初めての改定でした。老健施設をあるべき姿に導く改定と考えて、この10項目を従前の強化型・加算型・その他型に対して適用すると、7項目が在宅復帰率の高いグループが取り組んでいた内容です。項目の設定について、あまり高いハードルを設定してもクリアできないので、施設が努力すればクリアできるハードルをいくつか設定しようという趣旨でスタートして、10項目が設定されました。

10項目のうち「在宅復帰率」「ベッド回転率」は不可欠なアウトカム指標で、点数配分も高く設定されました。「入所前後訪問指導割合」「退所前後訪問指導割合」「居宅サービスの実施数」はプロセス評価で、例えば退所前後訪問指導割合は、従前の強化型と加算型とその他従来型について

在宅復帰率の高いグループが8割以上取り組んでいた一方で、在宅復帰率の低いグループは2割程度しか取り組んでいませんでした。最も差が大きかった項目だったので、算定要件にも加えられました。

ストラクチャー指標である「リハ専門職の配置割合」「支援相談員の配置割合」も、さほど大きくはありませんでしたが、グループ間によって差がありました。「要介護4又は5の割合」「喀痰吸引の実施割合」「経管栄養の実施割合」は重度者の受け入れが断られないように重度者対応のプロセス指標として設けられました。プロセス指標、ストラクチャー指標は、事業者が一定程度の努力をすれば十分にクリアできるハードルで、しかもこれらをクリアすればアウトカム指標の実現に近づきます。

■心身機能の訓練、活動と参加に対して通所リハビリテーションが果たすべき役割についてどのようにお考えですか。

江澤 通所リハビリの果たす

べき役割については「指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準」として明文化されています。「指定通所リハビリテーションの具体的取扱方針」の第114条に次のように記載されています。

「医師の指示及び次条第一項に規定する通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行う」「利用者又は家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う」「常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に務め、利用者に対し適切なサービスを提供する」「リハビリテーション介護の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有するよう努め、利用者に対し、適切なサービスを提供する」

ちなみにリハマネ加算は、利用者本人とケアマネジャーを交えた地域にフィットティングしたりリハビリテーション・カンファレンスとして創設されました。このカンファレンスはリハマネ加算の原点で、リハの効果ケアマネジャーに目の当たりにしてもらえ、またとない絶好の機会だと思います。十分に活かしていくことが必要です。平成27年介護報酬改定で心身機能に偏らず活動と参加にもバランスよくアプローチすることが示されましたが、現状でもそうなっていない。

事業所の評価であるべき方向に導くのか、あるいは心身機能の訓練と、活動と参加の報酬に差異を設けるのか等何らかの手を打たないと変わっていかないと思うので、引き続き政策の課題になるでしょう。

■通所リハビリテーションの機能評価はどうあるべきだとお考えですか。私見も含めてお聞かせください。

江澤 通所リハビリテーシ

ンの機能評価は事業所をあるべき姿に導く評価です。創設された経緯が異なることを踏まえ、短時間型と中・長時間型の理念と役割を整理したうえで、異なる評価軸で評価することが必要ではないかと考えています。それから尊厳の保持と自立支援は介護保険制度の二大目的なので、老健施設の施設機能評価は全て基本報酬に反映させて加算には紐づけていません。基本報酬であるべき姿に導くことによつて、事業所評価にするものと考えています。

その中で、ストラクチャー・プロセス・アウトカム指標・中重度対応は、現行では何が考えられるのか。当然ストラクチャーにはリハ職の配置が入って然りだと思っています。看介護職員配置が多いほうが良い結果が出ているのかどうかは、データに基づいて評価項目に入れる必要があるかどうかを検討しなければなりません。

プロセスについては、自宅での課題を通所に持ち帰ってリハビリ等を行い、いかに在

機能評価項目を選択すべきだと思っています。

■江澤先生は生活期リハに「卒業」という概念は適正ではないと主張されていますね。

江澤 私は審議会の中で「はたして要介護者の生活期リハに卒業という概念はふさわしいのか？」と発言しました。社会参加支援加算を算定すると、ある意味で、医師あるいはPT・OT・STのプロフェッショナルな職種によるリハビリテーションから縁が切れるので、卒業によって悪化するのではないのか。要介護4・5の方はリハを受けなければ悪化するの、私は生活期リハでは卒業という概念はふさわしくないと思っています。一定程度のリハを継続しながら社会参加をして、評価することが重要です。今のところデータがなく社会参加した人たちの実態が分からないので、データを蓄積して評価する必要があると思っています。

医師の診療でADLが改善

通所リハビリテーションの将来

「通所リハビリを中核として地域包括ケア対応リハビリセンターをめざす」と抱負を語る近藤国嗣氏は、医学的管理に基づく適切なリハビリテーションの提供を事業者に求めている。通所リハビリの現状と今後について解説する。



一般社団法人全国デイ・ケア協会 会長
東京湾岸リハビリテーション病院 院長

近藤 国嗣 氏

2018年4月以降、医療保険での要介護・要支援者に対する維持期疾患別リハビリテーションが廃止され

■介護保険制度においてリハビリテーションには何が求められているのでしょうか。

近藤 介護保険制度におけるリハビリテーションの位置づけは、介護保険法に「機能訓練」「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」「進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努める」と記載されています。

一方で、診療報酬では

ました。要介護・要支援者に対する維持期疾患別リハビリテーションに、医療保険を適用できなくなった初めての介護報酬改定であるということだけです。たんに介護という視点だけでなく、介護保険の枠組みの中で医学的管理に基づく適切なリハビリテーションが求められています。

■通所リハビリテーションの歴史と現状についてご説明ください。

近藤 通所リハビリには専任の常勤医師1名以上の配置が

必要ですが、施設基準に理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

が「単位ごとに利用者100人に1以上」と規定されていることは問題だと思っています。20年前に策定された基準で、当時は療法士が少なかったという事情もあると思いますが、緩すぎる基準であり、この少ない人数でやり切れるのかという問題を内在させながら進んできた制度です。

一方、通所系サービスの報酬体系の変遷を振り返ると、古くは1974年に創設された精神科デイ・ケアからスタートしました。1986年に老人福祉法で在宅老人デイサービス事業、老人診療報酬で老人デイ・ケア料、1988年に老人診療報酬に重度痴呆患者デイ・ケア料、1990年の老人福祉法の改正で在宅福

祉3本柱としてデイ・ショールト・ホームヘルプ、1998年にデイサービスの民間委託開始、2000年に老人デイ・ケア料が通所リハビリテーション料に移行しました。

2015年には、通常規模・大規模、短時間・3〜4時間・6〜8時間が導入されました。介護保険の中に維持期のリハビリテーションを落とし込もうという意図でスタートした改正と考えられます。それが、

リハマネジメント、短期集中個別リハ、認知症短期集中リハ、中重度者ケア体制、社会参加支援、生活行為向上リハ加算です。2018年には、医師の関与の強化、リハマネジメントの強化、1時間毎の区分の変更に着手されました。

通所リハビリの事業所数は毎年増えています。2018年から2019年にかけての増加数が若干多くなりました。おそらく外来リハステーションの要介護者に対する提供が困難になることを予測して、通所リハビリを行う施設が増えてきたと考えられます。開設者種別割合を見

ると、病院・診療所の割合が増えて55%を占めています。が、おそらく診療所の外来リハから通所リハに移行した施設が増えているのではないかと思います。介護医療院も、医師が配置されているので、わずかながら実施する施設があります。

受給者数では、要介護よりも要支援が増えていて、2018年から2019年にかけて2倍弱増えています。

一方、通所リハビリの事業所数が増えているのに、費用額はそれほど増えていません。2018年から2019年にかけては減額に転じていますが、要支援の費用額は増えています。

■訪問リハビリテーションの事業所数や受給者数の現況はいかがでしょうか。

近藤 訪問リハビリは「居宅要介護者について、その者の居宅において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他の必要なりハビリテーショ

通所リハビリの今後の経営戦略」

ン」と定義されています。施設基準では、医師の配置および理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置が「適当数」が必要です。

事業所数は2018年から2019年にかけて通所リハビリよりも顕著に増えていきます。整形外科がスペースの問題にて外来リハビリから通所リハビリに転換することが難しい中で、訪問リハビリのほうが転換しやすいという理由があるのかもしれませんが。開設者種別割合では病院・診療所が8割を占めています。受給者数では通所リハビリ以上に要支援者が増え、費用額は右肩上がりが続いていて、直近の1年でも大きく増えています。

■通所・訪問のリハビリサービス費用には特徴がありますか。
近藤 介護保険におけるリハ

サービス費用は、2017年に通所リハビリが5000億円、訪問看護が2600億円、訪問リハビリが450億円でした。訪問リハビリは増えたと言われますが、訪問看護のほうが大きく増えています。通所リハビリはさほど増えていませんし、介護報酬全体の41%しか占めていません。一方、訪問看護からのリハビリテーションは右肩上がりが増えていく中で、理学療法士の訪問が訪問件数全体の5割を超え、とくに軽症者に関する請求が増えています。

■利用者の年齢構成、リハが必要になった原因の疾患、日常生活自立度などはどのような分布を示しているのでしょうか。

近藤 利用者の年齢構成では、通所リハビリは75～84歳が39.8%、85歳以上が38.1%で、40～64歳は50%です。訪問リハビリのボリュームゾーンは75～84歳(37%)と通所と同じですが、40～64歳が9%と少し多いのです。もしかしたら通所リハビリは若年者が通うサービスに資していない

のではないかと、介護機能の中核として若年者が満足するリハビリテーションを提供していないから訪問に流れているのではないかと。そう危惧しています。

通所リハビリが必要となった原因の疾患は、やはり脳卒中が一番多く、次に骨折、関節症・骨粗鬆症、認知症、脊椎・神経疾患の順です。訪問リハビリでも脳卒中が一番多く、次に骨折ですが、三番目に多いのが廃用症候群です。重度者をかなり見ていけると言えるかもしれません。認知症の割合は通所リハビリに比べてかなり低いので、ニーズがあまり高くないのかもしれませんが。

では、障害高齢者の日常生活自立度はどんな分布を示しているのでしょうか。一番多いのは「A1」で、Cのレベルは少ない状況です。ADLは、軽症者は当然100点に近く、要介護3～5では40～45点が多い。しばしばADLが改善しないというデータが出ますが、要支援1・2が良くならずに、要介護3・5が良くなるといふのはBarthele指数

によるADL評価上の天井効果と考えられます。つまり要支援者のBarthele指数はもともと高いレベルにあるので、点数が良くならないのです。最も変化しやすいボリュームゾーンがあつて、そのレベルの患者さんでないと変化が見えてきません。Barthele Indexという指標だけで効果を評価することは危険だと思います。

一方、訪問リハビリ利用者の日常生活自立度は、通所に比べて重度者がかなり多く分布しています。認知症高齢者の利用者は訪問も通所も、そう多くはありません。

利用時間については、2015年度調査で通所リハビリは平均値が1065日、中央値が693日です。直近のデータでは中央値が500日なので、だいぶ変化してきました。

■2015年度改定で新設されたリハビリテーションマネジメント加算Ⅱの考え方にについて教えてください。

近藤 リハビリテーションマ

ネジメントⅡの趣旨は「設計図なきリハビリテーションはないし、目標なきリハビリテーションはない」ということです。療法士の関与だけがリハビリテーションではなく、各職種で身体機能・活動と参加と高めていくことで、結果としてリハマネ加算Ⅱによつて居宅サービス計画と連動し、医師の参加が増え、他の介護事業者との情報共有が進みました。

リハマネ加算Ⅱ以上を取らなければ、きちんとしたリハビリテーションを提供しているとは言えないことを理解してください。やはり医師の参加は重要で、定期的に医師が診察している患者さんのADLは改善しています。さらに多くの療法士が配置されているところが良いと思いますが、大規模減算という問題も生じています。そこで全国リハビリテーション医療関連団体協議会は、療法士を一定数配置し3職種を配置している施設及び事業所を評価することを要望しています。

(文／編集部)

活動と参加で在宅生活を改善する

通所リハビリテーション実践報告

通所リハビリの目標は心身機能の改善ではない。心身機能の改善とともに活動と参加を推進することである。この目標に向けて様々な取り組みが実践されている。仙台市、千葉市、兵庫県加古郡稲美町の各現場から報告する。



医療法人社団淳英会
おゆみの診療所 通所リハビリテーション
副主任 丸 晃典 氏

I・H・N構想を基に通所リハ運営 継ぎ目のないケアの提供

医療法人社団淳英会

おゆみの診療所 通所リハビリテーション

副主任（理学療法士）丸 晃典氏

■淳英会の組織体制について 教えてください。

丸 淳英会の所在地である千葉県緑区は都内まで約1時間の新興住宅地で、2020年9月時点で人口12万9945名、地方に住む親御さん呼び寄せる等で高齢者数は増加しているものの高齢化率は22・8%です。

淳英会の沿革は1996年に「おゆみの整形外科クリ

ニック」を開院、その後、介護老人保健施設（100床）、診療所、居宅介護支援事業所、病院（現在170床）、訪問看護ステーション等を開設。2019年には「おゆみの中央病院」が千葉県から千葉地域のリハビリテーション広域支援センターに指定を受けています。現在は10拠点12事業の垂直統合によって地域全体に対して「ワンストップで対応」できる体制の構築を目指し、「千葉市緑区版I・H・N構想」を推進しています。

■通所リハビリテーション事業 の提供体制を教えてください。

丸 通所リハビリテーション事業の定員は、おゆみの診療所が80名、老健おゆみのが48名、おゆみの整形外科クリニックが20名、おゆみの中央

病院が10名となっております、4

事業所の利用実人数は760名です。契約前に通所リハビリ利用前の前医療機関・施設から介護保険認定時の主治医意見書、診療情報提供書、各種検査結果報告書、服薬情報、看護及びリハビリテーションサマリー等を情報収集しアセスメントすることで、通所リハビリの役割を明確にした上で関わっています。

自立支援に向けた関わりでは、ICFに基づくアプローチを行っています。リハビリテーション専門職のみならず、事業所の医師、看護師、介護士、相談員、ドライバークが一体となり、ICFを基にして関わることで、利用者が在宅で行えることをひとつでも増やせるように取り組んでいます。そうすることで利用

者の在宅生活を支援するマネジメントを行っています。

加算算定では、各事業所の

強みを活かし、利用者の様々なニーズに添えていける体制を整えています。4事業所の

全てが算定している加算は、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）、短期集中リハビリテーション実施加算、栄養改善加算、栄養スクリーニング加算等です。今後も地域の利用者のニーズに合わせて、サービス体制を厚くすることで、さらに通所リハビリの機能を強化できるのではないかと考えています。

■通所リハビリテーション事業と総合事業はどのように連携させているのでしょうか。

丸 地域全体の生活を支えるために、I・H・N構想の推進および行政とタイアップしながら、地域をデザインしています。地域包括ケアシステムの中でも、通所リハビリでは医療から地域につながる橋渡しになるような機能、そして、重度の方が地域での暮らしを

継続できる機能として、各事業所の強みを活かしながらサービスを提供しています。

通所リハビリが地域とつながるときに重要になるのが、その受け皿となる介護予防の取り組みであることを事業所全体でしっかりと認識し、総合事業へつないで連携すること、流れをスムーズにしています。

2015年から千葉市より受託している住民主体の通いの場を創出するシニアリーダー養成講座・地域活動支援事業では、シニアリーダー体験教室を運営するボランティアを養成しています。2020年3月時点で千葉市内205教室に延べ20万人以上の高齢者が参加しました。

総合事業では通所A「元気UPテラスおゆみの」を運営し、通所リハビリ修了後も途切れることなくリハビリを行い、地域への橋渡しとなる移行先として、大変有効なサービスとなっております。また、シニアリーダーを5名非常勤で雇用し、高齢者の社会的役割も創出しています。

■おゆみの診療所の通所リハビリの特徴は何でしょうか。

丸 2009年6月から通所リハビリを開始しました。利用定員は80名で、内訳は6時間以上7時間未満が45名、3時間以上4時間未満が15名（2クール）、1時間以上2時間未満が20名（4クール）となっており、事業所規模は大規模事業所Ⅱです。個別リハビリに加えて、生活行為向上リハビリテーション・居宅指導を行い、課題を明確にすることや、利用者の自己効力感を高めています。それらの取り組みから2019年の社会参加への移行状況は12%、利用の回転率は29%です。今後も社会参加獲得のアウトカムを向上する身体機能・口腔・栄養、活動、参加のプロセスを強化する方針です。

エビデンスに基づくケア 通所リハビリの実践報告

日の出医療福祉グループ

副代表理事 大西 奉文氏

■日の出医療福祉グループの概要を教えてください。

大西 日の出医療福祉グループ



日の出医療福祉グループ
副代表理事 大西 奉文氏

プは、兵庫県の南側を中心に医療・介護・保育の福祉サービス運営し、グループには正会員が3法人、その他に準会員として2法人と2社が加盟しています。各法人の理念と基本方針を統一し、共通の考えに沿った経営に取り組んでいます。事業所数は、兵庫県128カ所、大阪府1カ所、埼玉県5カ所、東京都1カ所、神奈川県1カ所。グループ売上高は130億円、従業員数は2900人です。

■通所リハビリテーション事業の提供体制の現状をお聞かせください。

大西 通所リハビリテーション事業は、医療法人社団奉志会が運営する介護老人保健施設サンライズと大西メディカルクリニックが提供しています。

サンライズは、定員が1日

コース70名、半日コース30名で、PT4名、OT2名、ST1名を配置しています。平均介護度は2.6で、軽度者から重度者までに対応しています。登録者数は169名、平均利用者数は1日75・1名です。一方の大西は、定員が1日コース80名、半日コース120名で、療法士はPT9名です。平均介護度は1.3で予防から軽度が対象です。登録者数は451名、平均利用者数は1日114・6名です。

主な加算取得率は、令和2年10月請求分で、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）はサンライズが71%、大西が59%、加算（Ⅱ）はサンライズが14%、大西が0%、加算（Ⅰ）はサンライズが15%、大西が41%です。

■サンライズと大西メディカルクリニック、それぞれが提供する通所リハビリの特色をご説明ください。まずはサンライズからお願いします。

大西 サンライズは超強化型在宅復帰施設と連携し、入所前のリハビリ内容の共有や退

所後の在宅生活のフォローまで、ステージに合わせてリハビリを継続して提供しています。また、施設内に入所・通所リハの担当療法士が在籍しているため、医師・看護師・介護士・療法士などのチームで在宅復帰・在宅後の生活をサポートしています。

サンライズでは認知症ケアに特化した通所リハも提供し、認知症の症状が見られる20名未満の利用者様を視覚と聴覚などの情報を調整した環境で支援しています。個別プログラムと合わせて、調理・創作・園芸などの生活リハビリも実施しています。

さらにビデオと重錘を利用した集団体操によって、通所リハを利用しながら地域サロンの利用や卒業後の地域参加につなげています。ICT活用では「Honda歩行アシスト」を使用した歩行訓練を実施していますが、設定は療法士が行い、介護士との自主トレにも活用しています。自立支援のための仕掛けとして、リハビリの進捗状況に応じて自主トレメニューを作成

し、メニューを自由に選べるように設定しています。

■大西メディカルクリニックの通所リハの特色は何でしょうか。

大西 大西では利用者の皆様にリストバンドを配布し、バイタル情報やリハビリ機器の使用状況などのデータを一元管理しています。リハビリ機器は様々なタイプを56台揃えて、医師と療法士と利用者様が相談し合い、使用目的・進度・負荷量などを決めていきます。自律心を促す仕掛けとして、昼食時には利用者様がみずから食事を受け取って配膳を行い、ロッカーの荷物は利用者様が管理しています。

運動プログラムはYouTubeを活用した体操やレックドコードによる体操プログラム、卓球を用いた運動療法を提供し、認知症対応にも活用しています。さらに2つのプレイルームを設けて、リハビリ以外の時間は利用者様同士で麻雀やカラオケを楽しんでいます。

ICT活用では、VRを利用した運動プログラムや認知

機能改善プログラムによって
身体機能・認知機能や機能改
善の見える化を図っています。
また、エビデンスの確立され
たりハビリ機器を導入して、
機能改善維持に努めています。

現状では、①V I S I Tの利
用に向けた業務の整理②リハ
ビリテーションマネジメント
加算(Ⅳ)の家族・関係者へ
の理解③通所リハビリの卒業
の対する本人・家族の理解④
卒業に対して運営側もより良
い仕組みの作成を課題として
取り組んでいます。

老健併設の通所リハビリ 当事業の取り組みと選択

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

施設長 土井 勝幸氏

■せんだんの丘の通所リハビリ
テーションの現状、また全国的
な通所リハビリの整備状況や役
割についてお聞かせ下さい。

土井 せんだんの丘は超強化
型でフル加算体制です。介護
老人保健施設の利用者1人当
たりの収入は、全国平均で1
日につき1万3641円です
が、当事業所は平成29年度に



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
施設長 土井 勝幸氏

1万6388円、令和元年度に
は1万6701円でした。通
所リハビリの収入は、全国平
均で1日につき9363円で
すが、当事業所は令和元年度
に9674円、令和2年度に
は1万136円です。かなり
高い単価を計上していますが、
これが今後の老健の経営戦略
にも関わってきます。

通所リハビリ事業所数は平
成14年4月の5545事業所
から令和2年4月の8188
事業所まで2643事業所し
か増えていません。8188
事業所数は平成12年10月の通
所介護事業所数とほぼ同数で
す。通所介護事業所数は令和
2年4月に2万4186事業
所と通所リハビリテーション
事業所の約56倍も開設されて
います。さらに通所介護事業
所は事業所数だけでなく、指
定事業としての認知症対応
型・療養型・介護予防型・機

能訓練重視型・アクティビ
ティ特化型・短時間型など多
様なサービス提供体制が多数
存在しています。

これらのインフラの整備状
況から見ても、私は通所リハ
ビリの修了という概念は非常
に重要と捉えています。通所
リハビリの数少ないインフラ
を有効に活用する観点からも、
新規にリハビリニーズのある
方を受け入れ、集中的に訓練
を行い、地域につなぐことが
通所リハビリの役割と考えて
います。

■病院・診療所、老健など事業
主体別の通所リハビリテーショ
ン事業所数の推移をどのよう
に捉えていますか。

土井 病院・診療所と老健の
事業主体別の推移では、平成
12年には病院・診療所が上回っ
ていましたが、平成16年に老
健が逆転し、平成27年には病
院・診療所が再度逆転しまし
た。以降は病院・診療所の伸
びが顕著です。ちなみに当事
業所の近隣の病院・診療所系
の新規のリハビリは例外なく
短時間型の通所リハビリです。

老健施設の通所リハビリは
みなし事業ですが、ここ5年
ほどは、総事業所数にほとん
ど変化が見られません。さ
らに平成16年当時の併設率は
97・4%でしたが、現在は
85・9%まで下落しました。

源である生活期リハビリセン
ターとしての存在を示せると
考えています。
当事業所の通所リハは定員
50名の通常規模ですが、土曜
日には定員を20名に下げて集
中的に重度者を受け入れてい
ます。短時間型は平成12年よ
り3時間未満の枠で実施して
おり、現在の時間枠は7コー
スをセットしています。長期
間コースは平成12年当時より
4～6時間枠をベースとし
て、居宅訪問指導を充実させ
る目的で送迎時間に余裕を持
たせていました。それが現在
のリハビリテーション会議や
生活行為向上リハ・認知症短
期集中リハⅡ・生活行為向上
連携加算に柔軟に対応できる
体制につながっています。

このような通所リハビリを
取り巻く環境の中で、老健の
通所リハビリが地域で果たす
べき役割は何なのか。老健施
設だからできる通所リハビリ
の独創的な形を地域に示す必
要があると考えています。

■せんだんの丘の通所リハビリ
提供体制の特徴は何でしょうか。

土井 当法人の老健は単独型
ですが、リハビリテーション
機能を強化した老健ならではの
長期・短期の入所機能に
加え、通所・訪問機能を有効
に活用できる仕組みを整えて
います。これらが有機的に機
能すれば収益面でも十分にメ
リットを享受でき、地域の資

■通所リハビリの利用者概要や
収入の推移はいかがでしょうか。

土井 リハマネ加算(Ⅲ)(Ⅳ)
の算定率は約85%で、(Ⅲ)

を算定する方は例外なく(Ⅳ)も算定しています。リハビリテーション関連の加算は平成27年度以降コンスタントに算定し、延べ数で短期集中リハが127名、認知症短期集中リハ(Ⅱ)が32名、生活行為向上リハが36名、うち修了者は29名です。

平成30年度改定以降、近隣の病院・診療所の短時間通所リハの増加状況を見ながら、意図的に重度者の受け入れを増やしています。それに伴い6〜7時間枠の利用が増える傾向があり、また活動と参加の取り組みが知れたところから、ケアマネジャーからコンスタントに新規利用者が紹介されています。

平成30年度から令和2年10月末にかけての実績では、平成30年4月の要支援率は47%でしたが、平成30年度改定以降、通所介護の要支援の縛りから令和2年1月には13.9%に上昇しました。2月以降はコロナの影響で利用率が低下したので、穴埋めとして要介護3以上の受け入れをさらに強化して、1件単価が上昇

しました。

重度者受け入れを地域に発信したところ、ケアマネジャーからのレスポンスが非常に良く、潜在的ニーズが高いことが分かりました。

通所リハビリの使命と役割は家族含めた在宅生活の改善

保健・医療・福祉サービス研究会

代表 田中 優至

■令和2年度介護事業経営実態調査から通所リハビリテーション事業はどのような状況にあると読み取れますか。

田中 令和2年度介護事業経営実態調査では全般的に経営が悪化しているという結果が出ていますが、私は、実態はもっと良いのではないかと感じています。令和元年度の通所リハビリの収支差率は1.8%で、全てのサービスのうちで最も収支差が悪化しましたが、まだまだ十分に可能性のある

事業です。

通所リハビリの収支差分布を見ると、マイナス10〜15%の事業所が大幅に増加して、プラス・マイナス・ゼロの事業所とプラス5%の事業所が減少しています。一方で、プラス10%の事業所が増加しています。介護事業の鉄則は「一に稼働、二に稼働、三・四に加算」で、稼働が落ちれば加算の算定も少なくなるので、稼働重視はこれからも避けられないと考えています。

■通所・訪問リハビリテーション事業は老健経営にどのような寄与するのでしょうか。

田中 老健施設を富士山に例えると、入所ケアが頂上、通所ケアが中腹、訪問ケアが裾野に該当しますが、富士山型が美しい理由は、在宅復帰が非常に多いからです。在宅復帰が増えれば増えるほど通所リハビリと訪問リハビリの利用者が増えてきますが、裾野が広くなければ、ショートステイやミドルステイの利用が少なく稼働率が低下して、経営が厳しくなっていくます。

老健施設で超強化型を取れば、100床で入所で3000〜4000万円、通所で定員80〜100名で同様の利益が出ますが、最も利益を拡大できるのは、地域ベッドで青空天井の訪問系のサービスだと思っています。老健施設を離れ、収益はどこまでも拡大できます。

老健施設にしても病院にしても地域包括ケアシステムの拠点として「一生ご支援させていただきます」という言葉が、利用者と家族に安心を与える決め手になると思います。

軽度の方から旅立ちの近い方まで、それぞれのステージに応じたケアプランやソーシャルワークがあり、リハビリテーションがあり、医療ケアのサービスがあります。入所サービスを駆使し、いかに支えていくかが、在宅限界を高めることにつながっていきます。

■通所リハビリテーションの使命・役割・目標は何でしょうか。

田中 通所リハビリテーションの使命と役割は、障害や認知症を有する高齢者・若年者

にリハビリテーションの専門性を最大限に発揮し、介護保険の理念である自立支援を促進するとともに、ご家族・介護者の介護負担を軽減することです。よく「通所リハビリはレスパイトではない」と言われますが、生活者の視点からはとんでもない誤解で、中重度者はレスパイトこそ大事だと思います。介護者の負担をいかに軽減するかが、在宅限界を高めることにもなってきます。

一方、通所リハビリの目標は、通所場面ではなく、家族を含めて在宅生活の改善とQOLの向上なのです。大切なのはご家族との二人三脚での自宅や地域を含めた自立支援や活動と参加の取り組みです。従って家族機能を最大限に活かすことが活動と参加の成果にも直結します。通所リハビリで家族と唯一の接点になるのは送迎サービスですが、送迎サービスには家族への報告・連絡・相談の対応力が求められ、PDCAを廻す役割も含まれていると思います。

(文／編集部)

2021年度介護報酬改定を見据えた 通所リハビリの新たなビジョンと戦略

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の取得、認知症対応、居宅訪問などどう対応すればよいのか。通所リハビリテーションの現場で直面する課題について、厚生労働省の見解も交えて討論する。



【座長】 一般社団法人全国デイ・ケア協会 会長 国嗣 氏
東京湾岸リハビリテーション病院 院長 近藤 氏
医療法人社団淳英会 おゆみの診療所 通所リハビリテーション 副主任 丸 晃典 氏
日の出医療福祉グループ 副代表理事 大西 奉文 氏
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 施設長 土井 勝幸 氏
保健・医療・福祉サービス研究会 代表 田中 優至 氏
【コメンテーター】 厚生労働省老健局 老人保健課 課長補佐 長江 翔平 氏

近藤 まずは参加者からの質問に対して、各先生からご回答いただきます。土井先生への質問です。要介護3以上の中重度者を受け入れるうえで、どのような体制づくりを行ったのでしょうか。また体制づくりで大変だったことや、今後中重度者の受け入れを増やすためにどのような取り組みを行っていく必要があるのでしょうか。

土井 中重度の方々を受け入れるにあたっては、通所に看護師が1名配置されていますが、1名だけでは十分にカバーできないので、老健施設の看護師がリアルタイムでカバーできる体制を組んでいます。併せて介護職の観察力を引き上げればならないので、状態像に変化が生じたときに医師や看護師に適切につなが

という視点で研修を強化しています。さらに観察力にも関わってきますが、介護職が緊急時にどう対応すべきなのかについてマニュアルを作成しています。

体制づくりに関しては、とくに困ったことは起きていません。通所リハビリではリハ職が花形になりがちですが、「介護職も花形なんだよ」と話し合いを重ね、介護職は使命感をもって業務に取り組んでいると認識しています。

近藤 介護職の人数を増やしてきたとか、そういう工夫はありますか。

土井 5名体制から1名増やしましたが、それだけです。この1名は老健施設の中で医療的に重度な方々を受け入れる部署に所属していて、その部署から異動しました。

近藤 ある程度経験実績のある方を配置したという人事でしょうか。

土井 そうです。

近藤 つまり、老健施設である程度の修行を積んだ経験豊かな介護職を通所に廻したという考え方でよろしいので

でしょうか。

土井 おっしゃる通りです。私は老健施設を教育機関だと思っているので、老健施設で24時間の生活に関わった介護職を通所リハビリに廻すべきだと思っています。

近藤 来年4月の介護報酬改定に向けて、各事業所で議論されているのですが、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)はインクルード(包含)されているので、(Ⅱ)がスタートになると思います。今の時点では言い難いかもしれませんが、(Ⅱ)を強化するという視点なのか、(Ⅱ)の取得を当たり前にするという状況をつくるのかどうか。長江先生、お考えはいかがですか？

長江 リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)は基本報酬へ、(Ⅱ)以上は加算として残す方向で議論されています。加算の要件であるリハビリテーション会議を実施した場合はプラスで評価しています。(Ⅱ)は引き続きプラス評価になると認識しています。

近藤 前回改定では加算その

ものの点数が上がりましたが、今回はそこまでの措置ではなく、むしろ（Ⅰ）の点数が下がるという流れでしょうか。

長江 （Ⅰ）は基本報酬の中に入るの、どの部分を基本報酬に組み込まれるのか次第です。また（Ⅱ）（Ⅲ）については、訪問リハビリと通所リハビリのリハ会議は同じような算定要件ですが、単位数にかなりの差があります。（Ⅰ）（Ⅱ）を含めて単位設定を考えさせていただく方針です。

近藤 今日のシンポジウムの参加者の方々もシンポジストの先生方も（Ⅱ）を取ること前提に経営されていると思います。（Ⅱ）を取るにあたつて、ここが困っているとか、ここに尽力しているとか、丸先生はいかがですか。

丸 私たちの事業所には420名の登録者がいますが、中重度の方が多い6〜7時間については定期的にリハ会議を開催しています。1〜2時間と3〜4時間については定期的なリハ会議を設けることが難しく、居宅に訪問す

るタイミングでリハ会議を開いて事業所内の取り組みを在宅生活に反映させ、社会参加ができるように関わっています。

近藤 居宅でリハ会議を開くときに、家族以外にケアマネジャー、介護事業所スタッフ、福祉用具専門相談員などの集まり具合はいかがでしょう。

丸 本人と家族に加えて、ケアマネジャーと関係職種が参加して、方針を統一させたいので本人に関わっています。

近藤 次に大西先生、お願いします。

大西 リハマネ（Ⅱ）の算定は0%で、リハマネ（Ⅲ）以上を取るように取り組んでいます。（Ⅲ）の説明は居宅への訪問時に行い、最近増えている軽度認知症に対しても（Ⅲ）での対応を説明しています。

近藤 クリニックの利用者数を見ると、おそらくかなりの件数を担当しなければならなと思います。説明と同意に関する医師の負担はいかがですか。

大西 医師が現場に行けない場合には、LINE電話で直

接患者さんと向き合ったり、時間が空いているときに訪問したりしています。負担は大きいですが、何とかこなしている状況です。

近藤 土井先生の事業所ではいかがですか。

土井 利用者の85%を占めるリハマネ加算（Ⅲ）（Ⅳ）の方は全員（Ⅳ）のVISTを算定しています。これは利用者としてケアマネにどう理解していただけるかという問題ですが、（Ⅲ）以上の方に対しては職員に必ず月1回ご自宅を訪問することを義務付けています。そして「ご自宅を訪問することが報酬上のインセンティブと捉えてください」と説明しています。訪問には比較的柔軟に応じていただけるケースが増えていきます。ご自宅に來ないでくれという方はリハマネ（Ⅲ）を算定できないのが実態でした。

近藤 家に來ないでくれという要望は難しい問題ですね。長江先生、この問題への対応も検討されていくのでしょうか。

長江 コロナの関係で感染が

怖いから自宅に來ないでくれという要望が出たのではないのかとも思います。社会保障審議会で居宅訪問の管理ICTを利用して、それを訪問の代用とするかどうかを事務局として論点に挙げました。実際に居宅に行った場合とICTで診た場合の評価が同等かどうかを疑問視する委員がかなり多く、今後の検証課題であると認識しています。

近藤 土井先生、訪問してほしくないほど自宅内が見られたくない状況という事もあるのでしょうか。

土井 おっしゃる通りです。コロナの問題が指摘されましたが、コロナが起きる前から來ないでくれという方はいました。ただ、來ないでくれで済ますわけにはいかないので、ケアマネジャーを含めてどのような介入がふさわしいかを引き続きトライしていきます。

近藤 生活行為向上加算は大きな改定になる可能性があります。廃用の定義に関しては、1か月でFIMもしくはBarthel Indexが5点以上の低下という在宅患

者訪問リハビリテーション指導管理料に用いられたような指標にしようかと検討しているのか。あるいは、そうした点数ではなく、もう少し使い勝手を良くしようと他の指標を検討しているのか。どちらでしょうか。

長江 介護給付費分科会の論点にも書きましたが、対象者と提供サービスの内容を明確にして、必要な人に必要なサービスを提供できる加算にしたいと思っています。点数で絞ったほうがいいのか、内容で絞ったほうがいいのかは、分科会の意見を踏まえて決めています。

近藤 廃用という視点では、例えば軽度の方がコロナでADLは変わっていないけれども身体機能は明らかに落ちていることが少なくありません。何らかの客観的な評価があれば、それを指標にしたいだけじゃありません。現時点で廃用を生じた方に対してどのように対応しているのかを伺います。丸先生、いかがですか。

丸 生活能力機能低下に関し
ては、低下したタイミングで
居宅訪問を入れて自宅の状
況を把握したうえで、毎回
の個別リハに加えて、家族に
状態を伝え、進捗を確認し
ています。例えば風呂に入れ
なくなったのであれば、長時
間型で1日を通したリハビリ
テーションの提供により課
題の解決を支援するような
関わりをしています。

近藤 大西先生、いかが
でしょう？

大西 廃用が生じている
場合は、介護や支援に関係
なく居宅に訪問して、情報
共有を行います。必要な
方には介入する対応を臨機
応変に行っています。

近藤 土井先生の取り組
みをお話してください。

土井 丸先生と大西先生
のご発言と同じ方針での取
り組みかと思っています。生
活行為向上加算にこうした
介入に関わるインセンティ
ブが付くのであれば大歓迎
です。

近藤 通所リハビリが在
宅生活を支えるという使命
を果たすための大きな改定
になる可

能性があります。私たちも
こういうリハビリテーショ
ンがよいかを考える必要が
あります。たんに加算を取る
だけではなく、効果的なリ
ハビリテーションしなければ
なりません。

社会参加支援加算における
「移行」の概念は、デイサ
ービスに通うだけでなく、生
活の場まで拡大して解釈し
てよいのでしょうか？

長江 給付費分科会の委員
から、社会参加支援加算につ
いて社会参加に通所介護に移
行したことが社会参加となる
のかという意見をかなりいた
だきました。ただ移行につ
いて居宅での役割を入れるの
は重要な点なので、委員の
意見を踏まえて検討してい
きたいと考えています。

近藤 元の生活に戻れた
ということは、まさに社会
参加加算の創設に関わった
日本作業療法士協会の常務
理事の立場として、土井先
生のご意見を伺いたいと思
います。

土井 社会参加を支援する
うえでは、地域でインフラ

くることを同時に進めな
ければなりません。通所リ
ハビリの視点で地域にどの
ような受け皿が必要なのか
というテーマを地域に発信
し、さらには地域づくり
に関わっていくこと。ここ
まで実行して初めて社会
参加を声高に言えるのだ
ろうと思っています。

近藤 丸先生と大西先生は
土井先生のご意見をどう
思いますか。

丸 私も土井先生と同じ
考えで、やはり地域を含め
て私たちの通所リハビリは
何をすべきかを考えるべき
だと思います。当然、地域
によっては通所リハビリが
通いの場になる場合もある
と思いますが、維持・回復
により元の生活に戻してい
くことは通所リハビリのサ
ービスを提供するうえでの
責務だと思います。

大西 通所リハビリがい
かにして通いの場に受け
渡しをするかという立場で
運営しているか、例えば
かなければならないと思
います。社会参加を実行
するには難しい面がある
ので、通所リハビリが通
いの場を育成

する取組が必要だと思
います。

近藤 参加者の方から
質問が届いています。丸先
生、大西先生、土井先生
に対する質問です。認知
症短期集中について効果
をご家族にフィードバック
しにくく算定が進まない
のですが、どのような対
応をされていますか。

丸 私たちの事業所には
認知症の研修を修了した
ドクターが在籍してない
ので、算定できていません。

大西 認知症や機能障
害を数値化してグラフ化
するシステムを導入して
いるので、その指標をご
家族に見せながら説明
しています。

土井 私どもは認知症
短期集中リハ（Ⅱ）の算
定率が高いのですが、（Ⅱ）
は良い仕組みだと思っ
ています。認知症の方々の
変化を説明しても伝え
づらいので、どう環境に
適応しているのか、例え
ば通所リハでの集団への
適応とか、家の中で生活
できることが増えたとか、
こうした適応の事例をご
家族に見ていただいで、
ケアマネジャーにも伝え

て理解していただいで
います。適応をどのように
表現するかが大事だと思
います。

近藤 次に長江先生に
対する質問です。今後認
知症について介護スタッ
フが関わるうえで通所・
入所の関連加算に変更
や追加などの対応はあり
ますか。

長江 論点には挙げて
いないので、認知症に関
して変更はないです。こ
れは私見ですが、認知
症リハビリテーションの
効果について、というプ
ログラムで、どういう対
象に実施したらよいかが
明確になっていません。そ
れからリハビリ以外で
日々のケアに関する研
修プログラムを整備し
たうえで、評価を行っ
たほうがよいのではない
かと考えています。今
回の改定だけでなく3
年後の改定も見据えて、
着実に認知症に対応
できるように進めてい
くことがよいと思っ
ています。

近藤 リハビリで認
知機能そのものが改善
することはないので、
社会適応や環境適応を
重要視することが必要
かもしれません。最後
に田中先生、

主催者からの総括をお願いします。

田中 各先生から日々の実践に基づく貴重な報告と意見をいただきました。とくに在宅で1200名をサ

ポートしている日の出医療福祉グループの発展には目を見張りました。介護報酬改定が済んだら、ふたたび今日の先生方から情報を発信していただくことを考えています。なお江澤先生は都合がつかずシンポジウムに参加できませんでしたが、参加者の皆様のご質問には答えていただきました。

大規模減算については 現行水準を死守したい

以下は江澤和彦氏に対して寄せられた質問への回答である。

参加者A 新たな通所リハビリの報酬体系の要件に、心身機能、活動・参加に資する維持や改善状況等の取り組みとありますが、社会参加支援を指しているのでしょうか。それとも中重度の支援の要件に入ってくるのでしょうか。

江澤 月額報酬についてはまだ事務局案が出た段階で何も決まっていないので、今後の議論になるかと思っています。現行において施設機能評価でリ

ハマネ(Ⅱ)や認知症短期集中中等評価が入っている項目については、事業所評価としてはいかなものかと考えています。データがないのが現状です。データがないのが現状だと私は認識しています。中重度化防止は評価の対象にすべきだと思っていますが、基本報酬と加算の関係を本質的に考える必要があります。基本報酬によってあるべき姿に導くことが大事です。事業所評価は3年後に向けた課題であると考えています。

参加者B 次期改定の論点に通所介護規模別の報酬に関する対応がありました。大規模減算を廃止する議論はあります。

江澤 介護事業経営概況調査の中で収支差率が出ていて、介護給付費分科会の当初の議論において、大規模減算(Ⅱ)を見直して少し報酬を高めたかどうかというムードがありました。ところが実調で大規

模の収支差率44%という数字が出たことで、我々にとってはお受け入れられない議論ですが、大規模減算(Ⅱ)をさらに下げるべきだという議論も一部で生じています。

大規模減算については我々も意見を出しながら、これ以上大規模減算が厳しくされないように議論していきたいと思っています。規模を拡大し運営を安定化して、質の高いサービスを提供すべきだというのは介護保険サービスの全体の考え方です。しかし通所においては規模が大きいというだけで、質に関するモノサシが検討されずに減算されていることには、納得のいかない部分があります。毎回の改定で大規模減算について我々は意見を述べてきましたが、実調で収支差率44%という結果が出たので、今の報酬を死守して、これ以上減算されないようにしてほしいという要望を発言しているところです。

参加者C 入浴介助加算は現行の50単位から上がって、プラスアルファの計画書を作成することで新たな入浴介助加

算を算定できるのですか。

江澤 今の給付費分科会の議論は、どういう考え方に基づいて、どういう加算が必要なのか、あるいは見直すべきなのかという段階です。算定要件に関する議論はまだ先の段階なので、現時点で計画書については全くの白紙で、これから事務局が検討する問題だと思っています。

一般的な議論として申し上げると、財政中立つまり同じサービス類型で何かを引き上げれば別の何かを引き下げなければなりません。ある加算において、財政中立と考えると、上位加算が創設されれば元の加算は引き下がるという考え方で過去の改定もなされてきました。最終的には改定率で改定財源が決まるので、まずは改定率に注目する必要があります。

参加者D 卒業した利用者のデータを取る必要があるというのですが、データを取るための取り組みをどのように考えていますか。

江澤 現行ではデータを取る仕組みは明確になっていませんが、来年度から一般介護予防が充実した事業になることが期待されています。すでに全国に住民主体の通いの場が9万カ所以上ありますが、そこに専門職が介入して、より質を高めていこうと。せっかく住民が集まったのに、井戸端会議や茶話会、百歳体操だけで終わるのはもったいないので、専門職や医師会・老健協会等関連団体が関わって、質を高める取り組みが来年度以降、各地で始まるのが期待されています。

一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会の取りまとめの中で、通いの場に高齢者が集まる比率を現行の5%から8%に引き上げる目標が示されました。元気で通う必要のない高齢者がいる一方で、通いたくても通えずに引きこもってしまう方が引き続き課題になっていますが、通っている方については継続してデータを取ることも初めて推奨され、今後通いの場の効果が示されることが期待されます。