



医療・福祉における最近の動向

2010年7月 (No. 5)
高井直樹会計事務所

通所リハビリテーション（デイケア）の再検討

今回（2010年）の診療報酬改定における基本方針のひとつとして『医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点』が掲げられました。また、これに先立つ2009年の介護報酬の改定においては、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションを算定する医療機関について、介護保険上の通所リハビリテーションを実施できることとする「みなし指定」が導入されました。これらは医療と介護とのシームレスな連携により早期からのリハビリの実施による効率的な効果を期待しての施策と考えられます。

次の資料は「主治医意見書に記載された要介護状態の原因と考えられる疾患」（北九州市 2002年 産業医科大学公衆衛生学教室松田晋也教授作成）の一覧ですが、介護状態の予防、悪化の抑制という視点から考えると当然な対応策であると思われます。

在宅	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1位	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞
2位	関節症	関節症	脳梗塞	高血圧性疾患	血管性及び詳細不明の痴呆	血管性及び詳細不明の痴呆
3位	骨の密度及び構造の障害	脳梗塞	血管性及び詳細不明の痴呆	血管性及び詳細不明の痴呆	高血圧性疾患	高血圧性疾患

施設	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1位	高血圧性疾患	脳梗塞	脳梗塞	血管性及び詳細不明の痴呆	脳梗塞	脳梗塞
2位	脳梗塞	高血圧性疾患	血管性及び詳細不明の痴呆	脳梗塞	血管性及び詳細不明の痴呆	血管性及び詳細不明の痴呆
3位	骨の密度及び構造の障害	血管性及び詳細不明の痴呆	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患

I 通所介護（デイサービス）との機能比較

通所介護と通所リハビリテーションは、もともと異なる法制度からスタートした事業ですが、介護保険の施行の際には同じ介護保険法上のサービスとなりました。しかしその施設基準、人員配置基準、報酬等は各々別々に定められており、そのサービス内容も同一というわけではありませんが、実際には全ての施設が明確にその機能を区別し、サービス提供をされてはいないようです。もちろん限られた支給限度額や施設数の中でのケアプランによる利用ですので、期待されるニーズを充足するためには何でも対応するという姿勢も必要なことといえるでしょう。

そこであらためて通所介護（デイサービス）・通所リハビリテーション（デイケア）の基本方針を見てみますと、

・通所介護（デイサービス）

「利用者が可能な限りその居宅において、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る」（法第92条）

・通所リハビリテーション（デイケア）

「利用者が可能な限りその居宅において、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、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る」（法第110条）

とされています。

これによりますと通所介護においては、

- i 社会的孤立感の解消
- ii 心身機能の維持
- iii 家族の介護負担の軽減（レスパイトケア）

がその基本となっているのに対し、通所リハビリテーションにおいては「心身機能の維持回復」以外は積極的に求められていないということになります。

II 人員配置基準の比較

通所介護・介護予防通所介護

利用定員	10名以下	10名超
生活相談員	生活相談員、介護職員、看護職員をそれぞれ専従で1名以上	専従で1名
看護職員		専従で1名
介護職員	（生活相談員、介護職員、看護職員）のいずれか1人以上	定員15名までは専従で1名。定員が15名を超える場合は、定員

	が常勤であれば、看護職員と介護職員を合わせて1名以上と生活相談員1名以上の計2名以上の専従配置も可)	が5名又はその端数を増すごとに専従1名を追加
機能訓練指導員	専従で1名（PT、OT、ST、看護職員、柔道整復師、あんまマッサージ指圧師等）	

通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション（診療所の場合）

利用定員	10名以下	10名超
医師	専任で1名以上（外来診療等の兼務可）	常勤専任で1名以上（外来診療等の兼務可）
従業者	1人以上	常勤換算で10：1以上
	専従従業者としてカウントできる職員は、PT、OT、ST、看護師、准看護師、介護職員 ※ただし、1単位当たりの専従従業者の内、常勤換算で0.1以上がPT、OT、ST、1年以上の経験を有する看護師でなければならない。	

となっており、職員の配置に関しても各々別々の機能を期待されているものと思われます。

Ⅲ 設備基準の比較

	通所介護	通所リハビリテーション
食堂	食堂と機能訓練室の合計が利用者1人当たり3㎡以上（所定の面積の占有可能）	不要
機能訓練室		利用者定員×3㎡以上 リハビリテーションに利用する機械・器具類を設置
相談室	要	不要
静養室	要	不要

設備基準において通所介護は、静養室、相談室の設置が求められており、事業所の面積としては大きくならざるを得ません。加えて通所リハビリテーションの場合比較的短時間の利用を想定されているのに対し、通所介護においては「1日預かり」的な要素もあるため、充実したサービスを提供するうえで、入浴設備や食事の提供のための厨房設備等も不可欠となってきます。

このことは新たに事業所の開設を検討する際の設備投資の費用とランニングコストに大きく影響します。

さらに、入浴や食事の提供に際しては、基準上の人員配置で対応しきれぬも

のではなく、実際にはプラス α の職員配置等で対処する必要があるため、その分の人件費も上乘せして見込まなければなりません。

IV まとめ

もちろん通所リハビリテーションにおける入浴サービスや食事の提供を否定するわけではありません。逆にリハビリ機能を重視した通所介護事業所も当然に求められる施設形態のひとつであると考えます。

しかしながら、通所リハビリテーション施設において入浴・食事を提供するとなると、そのための人員をさらに配置しなければならないため、法的な人員配置基準以上に人件費等の支出は増加しますし、入浴・厨房設備等の設置費用や維持費も同様に必要となります。入浴介助加算があるとしても、これを補填するまでのものではありませんので結局は収益性を悪くすることになります。前記の人員配置基準においてもそういった人員は要求されていませんし、介護報酬もそのサービス分を加味しているとも思えません。

であればその分の費用をPT、OT等のリハビリ要員の確保に充当し、本来のリハビリテーション機能の強化に資する方がはるかに有利であると思われます。理学療法士等体制強化加算、リハビリテーションマネジメント加算、短期集中リハビリテーション実施加算、個別リハビリテーション加算など、人的に充実していなければ算定ができない加算も多々あります。

また、入浴や食事提供の時間を廃することにより、短時間のサービス提供を午前・午後の2単位とするなど収益性のアップにつなげる展開も可能となります。

通所リハビリテーションにおいては、現在のサービス内容を見直し、本来求められているリハビリテーション機能を十分に提供できるような方向で再検討していかなければ、収益を圧迫し、今後の職員に対する昇給原資の確保も困難になってしまう可能性もあります。

結局のところ通所介護と通所リハビリテーションは、利用者の状態に応じて最適な使い分けをされるべく、それぞれの機能に特化していかなければならないものであり、むしろ各々が特化することによってさらに他のサービスとの円滑な連携の構築が可能になるものと考えます。

(文責：医療福祉コンサルタント部 西脇)