

# 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

## 165-参-厚生労働委員会-6号 平成18年12月05日

○福島みずほ君 社民党の福島みずほです。

まず、冒頭、リハビリについてお聞きをいたします。

日数制限の問題につき、専門家の意見を基に制度設計したことになっておりますが、リハビリ学会は、十一月二十一日、算定日数の制限は問題症例を生み出すおそれがあり、見直しが必要である旨声明を出しました。リハビリ学会が見直すべきだと言ったことは極めて重要だと思いますが、このことをどう考えますか。

○政府参考人(水田邦雄君) 今回のリハビリテーション料の改定におきましては、算定日数上限制限だけではなくて、急性期及び回復期のリハビリテーションの充実も図っているとございまして、最終的には、このような見直し全体を総合的に判断した上で、日本リハビリテーション医学会を含めまして関係学会の了解を得たものでございます。

御指摘の意見書につきましては、当面現行制度の下でリハビリテーションを行うことを前提に、次回改定に向けた検討課題をいただいたものと理解をしております。

なお、リハビリテーションにつきまして結果を検証と、行いますというふうに言っていましたけれども、この結果検証を行うに当たりましては、この日本リハビリテーション医学会の御協力も得ながら進めることとしているところでございます。

○福島みずほ君 リハビリテーション医学会から、この報酬改定を行う前の段階において意見書などは出されたのでしょうか。

○政府参考人(水田邦雄君) 要望書につきましては、関係学会からいただいております。

○福島みずほ君 報酬改定をする前に要望書が出されたかという質問です。

○政府参考人(水田邦雄君) 診療報酬改定前に要望書は提出されております。

○福島みずほ君 十一月二十一日の平成十八年診療報酬改定におけるリハビリテーション料に関する意見書について、社団法人日本リハビリテーション医学会となっておりますが、意見項目が四つあり、その一つにはっきり、「算定日数の制限は、問題症例を生み出す恐れがあり、見直しが必要です。」とはっきり書いてあります。これ、どう受け止めますか。

再び、つまりこれ、十一月二十一日、つい最近リハビリテーション学会がはっきり出しているわけです。はっきりと「問題症例を生み出す恐れがあり、見直しが必要です。」と書いてあるわけですから、問題があることをリハビリテーション医学会は認めていると考えますが、いかがですか。

○政府参考人(水田邦雄君) 日本リハビリテーション医学会の意見書についてでございますけれども、常任理事以下三名で十一月二十一日に厚生労働省、私どもの保険局医療課に持参されておまして、御意見を伺ったところでございます。その際に、本意見書は次回改定に向けて検討すべき点を述べたものであり、直ちに見直しをするべきという趣旨ではないということを確認しております。

○福島みずほ君 ひどいというのは、問題症例を生み出すおそれがあり見直しが必要だと言っているわけじゃないですか。つまり、診療報酬の、平成十八年、問題があるからこそ見直しが必要だというのが出ていると、リハビリテーション医学会で。人間は生きているわけですから、この見直しは早急に行うべきだというふうに考えております。

で、改定した直後というか改定した後に、十一月二十一日にもう既に出ているということ厚生労働省としては重く受け止めるべきで、現場からこれに疑義が明確に出ていると、学会から出ているというのは、これはやっぱり政策の失敗であるというふうに思っています。

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

じゃ、お聞きします。次回、見直すんですか。

○政府参考人(水田邦雄君) 重ねて申し上げておりますけれども、中医協の診療報酬改定結果検証部会において、このリハビリテーションにつきましても見直しを、見直しといえますか結果検証することにしておりますので、その検証結果に基づいて適切に対処してまいりたいと考えております。

○福島みずほ君 報酬改定は二年ごとに見直します。私は、二年後では遅くて、今年十一月二十一日にリハビリテーション医学会がはっきりと、問題症例を生み出すおそれがあり見直しが必要であると、四つの中の意見項目の中に入れて言っていることはとても重要だと思います。これはもう直ちに直すべきだということをおっしゃって申し上げます。

十一月二十八日、厚生労働委員会の答弁によると、水田参考人は、報告書の取りまとめ時におきまして委員の意見調整をする段階で記述が加えられ、特に各委員から異論が出されることなく合意に至ったものと、このように認識しておりますとありますが、意見調整はいつ、だれが行ったんですか。

○政府参考人(水田邦雄君) 高齢者リハビリテーション研究会の審議でございますけれども、この会議資料を、委員の御指摘もありましたので、改めて精査をいたしました。そうしましたところ、複数の委員の方が提出した資料がございまして、まず第一回研究会の会議資料におきましては、リハビリテーションのあるべき姿といたしまして、ここから引用でございますけれども、「訓練人生」を作らない。「社会的」入院・通院・通所のかくれみのにしない」という記述がまずございます。

それから、第二回研究会の会議資料におきましては……

○福島みずほ君 なるべく具体的に。

○政府参考人(水田邦雄君) 現状の評価といたしまして、「漫然と「心身機能維持」を目的とした頻回の外来・通院・通所リハが行なわれており、「生活機能」の向上がみられないだけでなく「訓練人生」を作り出している。」との記述があったわけでございます。

意見調整の詳細、それ自体不明でございますけれども、こうした会議資料として提出された意見も踏まえて各委員の最終的な確認が得られたものと推測しております。

○福島みずほ君 リハビリの期日、日数制限をするということについては、議事録にはありません。それから、一月二十九日に最終決定を、このまとめをやっておられますが、そこで読み上げていらっしゃるんですが、問題の部分は読み上げられず、割愛され提案をされています。書面を見れば分かるかもしれませんが、この部分は読み上げられてはおりません。

その点からも、この意見の中できちっと集約があったのかどうか。どこでどう、意見調整がどう行われ、百八十日といった日数制限がどう行われたのかについてはいかがですか。

○政府参考人(水田邦雄君) この高齢者リハビリテーション研究会、これは平成十六年に老健局の下で行われた研究会でございまして、今回はこういった大きな方向付けを受けまして、私どもが平成十八年に診療報酬改定を行い、その中でこういった様々な指摘を具体的に生かす方策として、急性期、回復期は評価を高める、それからこういった維持期については介護保険と分担をするという、こういう整理を行ったわけでございます。

○福島みずほ君 水田さん、この間、十一月二十八日の厚生労働委員会で、あなたははっきり、報告書の取りまとめ時におきまして委員の意見調整をする段階で記述が加えられ、特に各委員から異論が出されることなく合意に至ったと、このように認識しておりますと

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

答弁しているんですよ。で、私は聞きました。どう意見調整したか。それについて今日明確な答弁がありません。どう意見調整されたんですか。

○政府参考人(水田邦雄君) 意見調整の仕方自体は、それは会議の運営そのものでございますんで、当時の事務局に聞いてみなけりゃ分かりませんが、ただ、意見調整をする上で前回は議事録にもなかったじゃないかと、こういう御指摘があったんで、私ども意見を調べてみましたところ、そういった書面でそういった意見が提出されておりました。

それに基づいて何らかの形で案文が示され、各委員が異論がなかったというわけでございますんで、それはそれ以上、どういうふうに調べろというのかよく分かりませんが、必要があれば当時の担当者に聞いてみたいと思いますが、私どもとしてはそういったプロセスはきちんと経てこの最終的な報告書がまとめられたものと理解をしております。

○福島みずほ君 今まで厚労省は、明確にこの百八十日の打切りについて、特に議事録で意見が出たわけではないというふうにずっと言ってきました。そして、先ほどの議事録も、はっきり百八十日の打切りや日数制限をすべきであるということにはなっておりません。で、前回、委員の意見調整をする段階で記述が加えられと言っているわけですから、それは水田参考人が前回答弁するときに当時の職員に聞いたものというふうに理解をしております。

どうして、今日に至るも、この間そう答弁をしたのに、どのように意見調整をしたのか答弁しないのは全く理解ができません。この点については、こちらもまた再度調査をした上で質問をいたします。

是非今日申し上げたいのは、リハビリ学会から見直せと言われていることをきちっと見直してほしいと、二年後では遅いということを申し上げます。

<以下省略>

# 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

## 165-衆-厚生労働委員会-7号 平成18年12月01日

○林（潤）委員 自由民主党の林潤であります。本日は、厚生労働関係の基本施策について質問をさせていただきます。

<途中省略>

また、四月の診療報酬改定でリハビリテーションの点数体系が変わりまして、算定日数上限が設けられたことで、医療現場でも当初はリハビリ患者を切り捨てるのではないかとした批判も上がりました。しかし、医師が改善できると判断した場合には、制限の対象外となる病気を幅広く認め、リハビリが継続できるように配慮をしたり、また発病直後に従来の一・五倍の時間をかけて集中的にリハビリをできるようにするなど、評価できる点も上げられます。

ただし、この中で、算定日数上限において、特に運動器疾患の適用除外対象疾患が少ないと聞いております。例えば、頭部外傷または多部位外傷、関節リウマチ患者など上げられるということですが、引き続きリハビリテーションが必要な患者が打ち切られているようなことがないのか、御説明をお願いしたいと思います。

○水田政府参考人 今回の診療報酬改定におきまして、このリハビリテーションの報酬体系を疾患別に再編成するということを決めたわけでございます。

そこで、御指摘ありましたとおり、発症後早期のリハビリテーションを重点的に評価する、その一方で、長期間にわたって効果が明らかでないリハビリテーションが行われている、こういった指摘がありましたことから、疾患の特性に応じた標準的な治療期間を踏まえて、疾患ごとに算定日数の上限を設けたところでございます。

この算定日数の上限の適用に当たりましては、専門家や関係学会の意見を聞きまして上で、例えば神経障害による麻痺及び後遺症など、適用除外疾患あるいはその状態というものを幅広く取り上げまして、リハビリテーション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にはこれを認めることとしてございます。これによりまして、必要かつ適切なリハビリテーションが保険診療により確保できる体系として考えてございます。

ただ、このリハビリテーションの算定日数上限等につきましては、さまざまな御意見をいただいているところでございます。これを踏まえまして、診療報酬改定結果検証部会におきまして、改定後の状況等につきまして調査、検証するということとしてございまして、その結果を踏まえまして次回改定に向けて検討することとしてございます。

○林（潤）委員 体を悪化させないためのリハビリもあるということを認識いたしまして、引き続き検証してもらいたいと思います。

最後に、骨太改革と厚労省予算について質問いたします。

<以下省略>

# 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

## 165-参-厚生労働委員会-5号 平成18年11月28日

○福島みずほ君 社民党の福島みずほです。

感染症法に入る前に二点お聞きをいたします。

まず初めに、リハビリの打ち切りの問題です。

この点は何度か質問してきました。十一月二日、私の質問に対して水田政府参考人は、リハビリの打ち切りの、百八十日などの打ち切りの制度を導入した理由について、次のようにおっしゃっています。高齢者リハビリテーション研究会専門家会合におきまして、長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われていると、こういう御指摘があったということがまず出発点でございますと答弁をされています。

本日に至るまで、この指摘の資料が出てきておりません。どういうことでしょうか。

○政府参考人(水田邦雄君) 今回の診療報酬改定、リハビリテーションの見直しを行ったわけでございます。その中で算定日数上限が導入されたわけでございますけれども、その直接の契機と申しますか、これは今委員が引用されました高齢者リハビリテーション研究会の報告書で、長期にわたって効果が明らかでないリハビリテーションが行われていると、こういう指摘があったわけでございます。ただ、より基本的に今回のリハビリテーションの診療報酬改定の基本にありますものは、最もその重点的に行われるべき急性期のリハビリテーション医療が十分に行われていないと、こういう指摘があったことを受けたものでございます。

それで、それは全体関連しているものでございます。リハビリといいましても、やはり専門医あるいは理学療法士といった医療資源、限られているわけでありまして。そういった制約条件の中で、急性期に集中してリハビリテーションを実施するようにするために、一日当たりの算定単位数の上限を引き上げる一方で、この算定日数上限を設けまして、より計画的なリハビリに取り組んでいただけるような仕組みに今改めたところでございます。この早期リハビリの必要性につきましては、これは委員もお認めになると思っておりますけれども、教科書にも出ていることがございますし、研究報告も多数あるわけでありまして。

したがいまして、それにつきましては委員にも提出させていただいたところでございます。

○福島みずほ君 はっきり言いますが、研究会の中の議事録を全部点検いたしました。急性期こそ集中的なリハビリ訓練が必要という指摘は石神委員という方がされています。それはそうだろうと。急性期こそ集中的なリハビリ訓練が必要だという指摘はそのとおりだと思います。

しかし、水田参考人、あなたはずっと高齢者リハビリテーション研究会専門家会合において長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われていると指摘があったと言っています。しかし、どんなに議事録を点検しても出てきません。厚生労働省に今日まで何回も何回もこの指摘があったという資料を提出せよと言っていますが、今日に至るまで出てきておりません。これはどういうことですか。指摘がなかったにもかかわらず、勝手にそういう報告をしてリハビリの百八十日などの打ち切りを決めたのは問題ではないですか。

○政府参考人(水田邦雄君) その点につきまして精査をいたしましたところ、会議の場におきましては、この長期にわたる効果がないリハビリテーションに関して特段の意見は出されてございませんが、報告書の取りまとめ時におきまして委員の意見調整をする段階で記述が加えられ、特に各委員から異論が出されることなく合意に至ったものと、このように認識しております。

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

さらに、診療報酬改定に当たりましては、これは中医協にも報告され、その点については説明をした上で今回の改定は定まったものでございます。

○福島みずほ君 いい加減にしてください。

水田参考人ははっきりと、私の、答弁に対して繰り返し、しかも、これは十一月二日、この厚生労働委員会の答弁です。「今回のリハビリの見直しにおきまして算定日数上限を設けたのは、これは高齢者リハビリテーション研究会専門家会合におきまして、長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われていると、こういう御指摘があったということがまず出発点でございます。」、議事録に一切出てこないんですよ、こういうことは。集中的なりハビリ訓練が必要だという指摘は出てきます。しかしこれは、この委員会のすべての方が急性期にこそ集中的なりハビリ訓練が必要だということに合意をされると思います。どんなに、ないんですよ、そういう指摘は。

長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われているという指摘、これはあったのか。今まで出てきていません。じゃ具体的にこういう資料があるのかと何回も今まで、本日まで、これは怪しいと思ったので聞き続けてきましたが、今まで資料も出てこないですよ。

つまり、私は何を言いたいかというと、根拠がないんですよ。議事録にも出てこないですよ。だれも指摘していないんですよ。それを、なぜこの答弁の中で、長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われていると、こういう御指摘があったことが出発点だということをなぜ言えるのか。

○政府参考人(水田邦雄君) リハビリテーション研究会の会合でと申し上げたのは、その意見調整も含めたものであったとこの際は言わざるを得ないわけでございますけれども、私どもは、報告書で最終的に委員の合意が得られて提出されたものが、それが私ども意見の集約だと思っておりますので、正にそういった指摘があり、その指摘がリハビリテーション研究会の会合だけではなくて中医協というもう一つ別の場でも開陳され、それにつきましては議論として成立をしたわけでございますので、これにつきまして私どもが牽強付会であったというものではないと考えております。

○福島みずほ君 自民党も、自民議員がリハビリ制限検証連盟を発足させたというふうな記事が出ております。

問題じゃないですか。その研究会の中でだれも長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われているなんということを言った人いないんですよ。みんなこのリハビリの打切りで、みんなというかいろんな人がこのリハビリの打切りで苦しんでいます。

水田局長ははっきり言っているわけじゃないですか。長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われていると、こういう御指摘があった、指摘などないんですよ。やらせじゃないですか。つまり、ないんですよ。

ないにもかかわらず勝手に報告書に書いて、そしてここで、なぜか、なぜかと聞いたらそういう御指摘があったと言うけれど、じゃどういう指摘があるのか。だれが、具体的にどこに長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われているという実証研究があったのか。アンケート、例えば実態調査をしたらそういうのが出てきたのか。そういう資料は一切出てこないんですよ。どうですか。

○政府参考人(水田邦雄君) 繰り返しになりますけれども、意見として示された、私どもは報告書そのものが専門家の意見であると考えておりますので、はっきりここに書いてある、長期にわたる効果がないリハビリテーション云々ということは言われているわけで

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

あります。これは委員の間で合意された事項でありますので、私どもが何か作ったというものではございません。

○福島みずほ君 私は、リハビリがあって、そのリハビリに基本的に原則として制限日数を付けるということはやっぱり物すごい変更だと思います。この極めて重要なことがその専門家会合においてだれも、だれもというか、長期にわたって効果が明らかでないリハビリがあるからということを書いていないわけですよ。それが報告書になぜか書かれていて、そして、私は、じゃ、長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われていると、そこに、どこにどういう実態があり、だれがどう指摘をし、どうしたのかって聞いても出てこない。議事録を全部見ましたが、出てこないんですよ。おかしいじゃないですか。

要するに、私は、法律を作るには立法趣旨が必要である、制度の変更をするためには変更の理由が必要である。しかし、この委員会の中で、効果が明らかでないリハビリが行われている、でも私たちはその立証を示されていないんですよ。おかしいじゃないですか。

○政府参考人(水田邦雄君) その点につきましては、正に委員の共通認識であったがゆえにそういった報告書の文言がまとめられたものと承知をしております。

それから、今回はリハビリテーションに関しまして診療報酬改定が行われたわけでありましてけれども、これは、全体マイナス改定の中でこれについては特に削減はしていないわけでありまして。その中で、一方で早期のリハビリを充実しなきゃいかぬと、この要請があったわけでありまして、そのためにはやはり算定日数上限という考え方を導入して計画的にリハビリに取り組んでいただく、緊張感を持ってやっていただくというところで全体の整合性を保つ必要が診療報酬改定の場面においてはあったわけでございます。

○福島みずほ君 繰り返しますが、急性期にこそ集中的なリハビリ訓練が必要である、早期のリハビリが重要である、これはだれも納得することです。しかし、その問題と、百日あるいは百八十日という期間制限を原則として設けるということは別のこと、段差があることじゃないですか。

私がなぜこう言うかということ、水田局長はこの委員会で、長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われると、こういう御指摘があったということがまず出発点でございます、しかし、繰り返しますが、専門家会合においてだれもそういう指摘をしていないんです。そして、私たちは国会議員ですから、国民に対して、国会議員に対して説明責任を有していると思うんですよ。どこに長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われているという、どこにそういうのがあるのかと聞いても、あるいはだれがそういうふうなことを指摘、会合でしたのかと聞いても出てこないんですよ。資料がないものを私たちはどうやって信用ができるんですか。

○政府参考人(水田邦雄君) 高齢者リハビリテーション研究会の委員のメンバー、これ自体は公表してございます。この委員の方々が合意をして報告書をまとめられたわけでありまして、その発言者ははっきりをしております。私どもは、こういった現場の経験を積まれた方々の御意見は御意見として尊重するというところでございます。

ただ、データ云々に関しましては、むしろ私ども、早期リハビリを実現するために全体として効率化する要素もなきゃならないということでこの算定日数上限を導入しようとしたわけでありまして、その日数の設定に当たりましては、平成十六年度のリハビリテーション・消炎鎮痛等処置に関する調査データを参考にいたしまして、関係学会等にも意見を聞いた上で定めたものでございます。

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

○福島みずほ君 委員会は議事録が公開されていますし、だれがどういう発言したか全部分かります。私が言っているのは、その中で長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われているなんていう指摘はされていないんですよ。どこにも存在しない。この会議の中で一回も出てきていないし、証拠も出てきていないし、そういう発言をした人もいないんですよ。議事録には出ていない。それは厚生労働省も、そんなのはないと、出せない、ない、存在しないということを認めていますよ。あるのは、集中的なりハビリ訓練が必要だということだけです。でも、集中的なりハビリ訓練が必要だということと、それから長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われているというのは全然別問題じゃないですか。

厚生労働省は行政を担当するものです。ですから、審議会で出てこなかった意見を報告書にまとめるに当たっては、本当にそういう実態があるのかどうか、そしてそれに基づいて百日、百八十日という期間制限を設けることが妥当かどうかという政策判断をなさるはずですよ、なさるべきですよ。だって、そのことによって何十万、何百万、何千万という人が影響を受けるわけですから。

今日に至るまでそういう言い方もデータも出てきていないんです。いかがですか。

○政府参考人(水田邦雄君) もう繰り返しになるわけでありましてけれども、私ども、委員の意見は報告書に尽くされていると思っております。それは、会合というのは意見調整の場面であったかもしれません。そこはつまびらかにいたしませんけれども、そういったものが出ているわけでありまして、それはそれとして受け止めていただきたいと思いません。

その上で、そういった専門家の経験に踏まえた意見を踏まえて、私ども政策判断として、一体の整合性ある早期のリハの重点化を図るということと併せまして、それを実現するために一体的な政策としてこの算定日数上限を入れたわけでございます。

日数につきましては、先ほども言いましたように、データもございまして、関係学会とも調整の上定めたものでございます。

○福島みずほ君 データはないんですよ。長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われている。

じゃ、このデータ、出してくださいよ。

○政府参考人(水田邦雄君) それは、繰り返し申し上げますように、現場に精通した専門家の経験に基づく判断として申されたことだというふうに私何回も申し上げております。

○福島みずほ君 いや、不思議ですよ。会合で一切そういう議論も、記載も、一切そういう討論も、そういう発言もないんですよ。全くないんですよ、そういう発言が。そして、じゃそういうことを出せと言ったって出てこないんですよ。

何でこういうことが盛られているのか。

○政府参考人(水田邦雄君) 議事録には載っておりませんが、一般論として申し上げまして、委員が共通認識として持っていることであれば、それは最終報告書の段階で意見集約、調整の段階でそれが報告書に盛り込まれるということはそれはあり得ることであろうし、今回正にこういった委員会の報告書としてまとめられたのが、その中にこういった記述があるということでございます。



## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

○福島みずほ君 どうしてこのことをずっと聞いているかといいますと、このリハビリの打切りについてはいろんな人から声が上がっていると、先ほども言いましたが、自民党の中でもこの見直しの議連が発足しているわけです。

なぜこういうことが導入されたかという、十分その実態の検証と影響の把握を厚生労働省はやったのかというそもそも論なんです。データを出せと言っても出てこない。会議、会合において指摘があった。でも、じゃ、専門家会合において指摘があった、だれがどういう指摘したんですか。どういうデータに基づいてどうなったんですか。会議で一切出てこなかった、議事録で出なかったことが突然出てくると、百八十日で打ち切るというのはどこでどういう判断をされたんですか。

○政府参考人(水田邦雄君) 繰り返しになりますけど、報告書はこのリハビリテーション研究会の委員がまとめられてございますので、私どもは報告書がすべてであると思っております。

それから、百八十日という算定日数上限につきましては、これは専門家、関係学会にも意見を聴いた上で中医協にお諮りをして決めたものでございます。で、その基には平成十六年度のリハビリテーション・消炎鎮痛等処置に係る調査のデータを用いたものでございます。

○福島みずほ君 全く納得がいきません。初めに結論がありきか、どこかでとても無理をしたと、厚労省がどこかで見切り発車をしたんじゃないですか。全然そういう議論、長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われているなんていうことがないのに、私は、やはりこういう御指摘があったということが出発点だと、この委員会で趣旨を説明しているけれど、こんなことないんですよ、データも出てこなければ、だれも会議で指摘をしていない。この点については納得を本当にしません。

大臣、私はこの点について予算委員会から始めずっと大臣に質問していますが、どうですか。これは見直す必要があるんじゃないですか。データすら出てきてないんですよ。

○国務大臣(柳澤伯夫君) 今、水田局長との間の御議論、聞いておまして、水田局長の言っているこの取りまとめの文書が、それが研究会の文書であるということは、これは御理解願いたいと思います。

その上で申し上げますと、お医者さんがなおりハビリに効果があるとされる場合は、これは継続してリハビリをやっただけで結構ですと、こういうことも同時に私ども申し上げておりますので、そういう個別判断にかからしめているということには一つの合理性があると我々は思っているということでございます。

○福島みずほ君 納得しません。

百八十日、百日ということを導入することが、長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われているということが出発点だと言っているわけです。その出発点に関して、納得いくデータも、こういうことがありますとかいうことは一切ないんですよ。ですから、理由の説明が、それを裏付ける資料が一切出てこない、そしてそのことと百日、百八十日に打ち切ったということにも飛躍があるというふうに考えております。

これはずっと質問していますが、やはり納得いく質問がないし、今日に至るまで厚労省からはこういう客観的な指摘があったものは存在しませんというふうに、要するに報告書以外にですね、言われていて、それは余りにずさんな見切り発車であると言わざるを得ません。このリハビリの打切りについては見直しが早急にされるべきだということを強く主張します。

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

### 165-衆-厚生労働委員会-6号 平成18年11月10日

○阿部（知）委員 社会民主党・市民連合の阿部知子です。

<途中省略>

きょうは採決だと言われておりますので、そういう時間制約の中で、本来の法案に入る前に、一点だけ触れさせていただきたいことがございます。

実は、お示しした資料の最終ページに載せてございますのは、この間、衆参両院でいろいろな議員がお取り上げになったリハビリの日数制限問題であります。このことに関しまして、厚生労働省の保健局医療課長の原さんが、朝日新聞の「私の視点」という投稿欄に投稿をなさいました。

私は、各官僚諸兄が、こうやって自分の意見を自分の口で自分の考えとして責任持って述べるということには賛成であります。何とか外務大臣の核保有発言とはその意味では違うと思っています。そして、このことによって、もしかして、厚生省の今回のリハビリの打ち切り問題が国民に本当に伝わってほしいという思いで書かれたものと思いますが、しかしながら、私から見れば、この文面の中に既に国民との間のそごが生じた大きな原因があると思います。

もちろん大臣は今初めてお目通しのことと思いますから、私が感じた部分を指摘させていただきますが、最も大きなそごの第一は、最後段にございます。最初から二行目、「リハビリという手段が自己目的化してしまう「訓練人生」が望ましいかどうか、よく考える必要がある。」と書いてあります。

だれが考えるんでしょうか。訓練人生と思ってだれもリハビリをやってはおりません。きつい、苦しい、よくなりたい、本当に尊厳を持って生きていきたい。その願いが結集したものが、今、多くの患者さんがリハビリの打ち切りに対して署名を上げられているところの本当の気持ちでございます。私は、この原さんが悪意があったとも何とも思いません。でも、こういうふうに書いてしまったときに受け取られる受け取られ方との間の大きなそごが、やはりこれは厚生労働行政としても私は望ましい方向にならないだろうと。

訓練人生という言い方は、一方で、介護保険のときにマシンに乗って筋トレをして介護予防しなさいと命じていた、あの厚生労働省の姿勢とは、これはどうなっちゃうのと思うようであります。

やはり、命長らえ、障害があっても生きて、その生きてい思いの発露の一つがリハビリであり、それをどうサポートしていけるかという体系がまだ整っていないと見るべきだと私は思います。

そのことがもたらす大きな現状の混乱が、この原さんの文章では「不測の事態が起きる可能性」と書いてございますが、私ども医療従事者におきましては予測の事態でございました。何が予測かというと、余りにこの法律が、例えば脳梗塞の人は最長として百八十日で終わりという一例をとっても、通知、周知、徹底、準備期間なし。ですから、次にどこの医療機関に、あるいはリハビリ機関に、あるいは介護保険施設に移そうかという準備も何も、できよう間もございませんでした。

あわせて、きょう指摘されております感染症の人手不足と同様に、リハビリ分野も、医師から、それに携わるパラメディカルまで、すべてすべて足りておりません。

私は、厚生労働省がリハビリを充実させようという意思があったということは疑うものではありません。しかし、それを現実に移すときの現状分析が足りておらなかった。あるいは、本当に患者さんたちの声を聞くことにおいて、一方的にこういうふうに進めつけて

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

はいけない、この姿勢を持たないと、人を相手の、生身を相手の、今も生きている、きょうも生きている、あすも生きたい、そういう人を相手の行政はうまくいかないと思います。

きょう大臣にはぜひこれをお読みいただきまして、私は何度も言いますが出されたことは批判しておりません。だけれども、なぜそごが生じるかはすごく私にはわかります。

そして、今現在現場で生じている大混乱、混乱はたくさんあります、大混乱の二つだけ早急に是正していただきたい。私は、本質的にはこの日数制限の科学的根拠がありませんので見直しを求めますが、そこまで言うとなかなか今、きょうの限られた時間で討議できませんので。

今、医療リハビリが終わった人は介護リハに行きなさいと言われてましたが、介護保険適用でない四十歳以下の若い方は、医療リハが終わった途端、介護リハにも行けません。医師が必要と診断してとおっしゃいます。そういう診断をして延ばしている方もあります。でも、それ以外に、では、これからは日常訓練の中だとと言われても受け皿がありません。この問題の一つは早急に対応していただきたい。四十以下、まだ若い皆さんが、大変に行き場がない、施設がすごく少ない、どこで受けられるかも本当に、ないのです。

それからもう一点、続けてお願いしたいのですが、百八十日を超えて医療リハをやっていて、保険で査定されて切られた場合、保険適用じゃないと言われた場合、その前までさかのぼって保険適用を外されてしまうかのような報道が出回っておりました。混合診療になるからと。

この点については厚生労働省に、それまでの既に受けた治療はきっちりと医療保険で払うと。その後の、残念ながら医師が一生懸命必要性を書いても査定される場合がございます、だめと言われる場合がございます。その部分について、医療者は今お金が入ってこなくても覚悟してやっているところもあります。でも、患者さんに混合診療だから全部払えという圧力になって、気持ちの圧力になっています。そういうことはないんだということを、この間違った情報がそういうふう伝わっていることは遺憾であり、厚生労働省としてきちんと対処すると。

若年者の問題と後者の問題と、まとめてお願いいたします。

○水田政府参考人 今回のリハビリテーションの見直しにつきまして御意見を賜ったわけでございますけれども、まず冒頭で、私どもの医療課長のコメントの中で、「訓練人生」と書いてございます。

これは、かぎ括弧で書いてございますように、実は、高齢者リハビリテーション研究会という専門家の会合が平成十六年に報告書をまとめておりまして、その中で言われていることを引用したものでございます。リハビリの目的は最終的に生活に再適応することで、医療機関というセッティングで機能回復訓練を続けること自体は、それを目的にしたのはおかしい、こういった議論がそこで展開しているわけでありまして、これは課長の名誉のために、個人の考えというよりは、そういう下敷きがあるということは申し上げたいと思います。

それから、御質問の趣旨のまず一点目、介護保険の方で、その受け皿がないんじゃないかという点でございますけれども、これも大変つらい、ある意味の選択でございます。今回、リハビリを見直す上で、私ども、急性期と回復期は医療保険で、維持期は介護保険でという役割分担をしたわけでございますけれども、その趣旨は、やはり毎年三十万人の脳

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

卒中の患者さんが生じてくるわけでございますけれども、そういう方々の早期の受け入れ体制というものをきちんとしたいというのが私どもの発想の原点でございます。

そういう意味で、先生御指摘のとおり、リハビリに関しましては専門医あるいは理学療法士、作業療法士、非常に資源がまだ限られております。その資源をどういうふうにしたら有効に活用できるかということを考えましたときに、やはり私どもとしては発症後早期のリハビリに力を入れるべきであると。

そうすると、その結果として、では、維持期のリハビリのところ、不足しているところは どうするんだということを言われるわけでありましてけれども、ただ、逆に、維持期のリハビリのところをずっと続けていきますと、それだけ医療保険での……(阿部(知)委員「済みません、年齢のことで伺いました、四十歳。その前段はわかっていますが。恐縮です、時間がありません」と呼ぶ)

失礼しました。年齢のことで申されますと、それは今回、実はそういう方々の場合には、難病でありますとか障害児者の場合が考えられるわけでありましてけれども、こういった方々につきましては、そういった算定日数の上限の定めのない報酬体系を準備しておりますので、それで対応がいくものと私ども考えてございます。

それから、最後にもう一点、混合診療になるんじゃないかということでお尋ねがございましたけれども、算定日数上限を経過した後に行われるリハビリテーションについてでございますけれども、これは主として機能維持を目的として行われているものでございまして、介護保険のサービスないしこれにかわるものと考えられるわけでございます。したがって、医療保険とは別個の給付として整理するのが適当であって、御質問にありましたような、全額の返還を求める、こういったことはない、このように扱いたいと思います。

○阿部(知)委員 私の指摘もよく聞いてくださいね。「訓練人生」が望ましいかどうか、よく考える必要がある。」と。だれがだれに対して、よく考える必要があると言っているんですか。こういう使い方をしちゃいけないと言っているんです。訓練人生という言葉がどこから来たかくらいは知っていますよ。それを例えば私が患者さんに、訓練人生かどうかよく考えてみなさいよなんて言えませんよ。そのときの人間の機微が医療なんですよ。だれがよく考えてみる必要があるんですか、そちらがよく考えてみた方がいいでしょう。

それからもう一つの、若い人の受け皿の話は、今おっしゃった中で処理できない若い人がいるから問題にしているんです。そして、保険の診療の点は、そういう厚生省の御意見を承りましたから、さかのぼって自費診療を請求されることはない、これをしかと通知してください。

本日の質問に移らせていただきます。

<以下省略>

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

### 165-参-厚生労働委員会-2号 平成18年10月26日

○小池晃君 日本共産党の小池晃です。

最初に、リハビリの算定日数の上限問題について大臣にお聞きをしたいと思います。

今日、全国保険医団体連合会がリハビリ打切りの状況についての中間集計結果を発表しました。これによれば、脳血管リハⅠを行っている施設二百八十八か所からの回答で、六千八百七十三人の患者さんがリハビリを打ち切られたということであります。一施設当たり二十四人です。これは脳血管Ⅱとか運動器リハも加えればもっと多くなるはずで、東京保険医協会の調査ではこれ全体を調べて東京だけで六千二百八十二名ですから、恐らく全国では非常に多くなるんだろうと思うんです。

大臣も、除外規定などあって一刀両断にはしないんだと。しかし、現場の実態聞くと、やはり長期にわたって改善が期待されるというのはなかなか証明が難しいと、やっぱり泣く泣く打ち切らざるを得ないんだという声が多いんですね。

高名な免疫学者である多田富雄さん始め多くの方が立ち上がって四十四万人の署名、これ厚生労働大臣あてに出されました。多田さんは、今の制度は障害者の尊厳を認めず死ねと言うようなもので、白紙撤回を決めるまで私は闘うとおっしゃっています。

そもそも安倍政権というのは、再チャレンジ可能な社会をつくるということであります。正にリハビリテーションというのは、私は命と体の再チャレンジだと思うんです。こういうものを不可能にするやり方というのが許されるのだろうか。

大臣、四十四万人の署名の重みをどう受け止めておられるのか。やはり直ちにこれ撤回すべきじゃないかと思うんですが、いかがでしょうか。

○国務大臣（柳澤伯夫君） リハビリテーションにつきまして、このリハビリという言葉が意味するところの機能の回復ということがもう全く期待されないという方々にはまた別途の介護をしていただくということで、医療によるリハビリについてはこれを打ち切らせていただく、そしていろいろな、症状によってですけれども、一定の期限で打ち切らせていただくという制度を採用させていただくということになったわけですから、かねて申し上げておりますとおり、症状というのは恐らくいろいろの、何というか形がありまして、それについて前にも大変失礼な言い方をしたかもしれませんが、一律的にこれを打ち切るということではなくて、一つ一つのケースについてお医者さんの判断を求めて、なお改善をするというような方々については引き続きのリハビリを医療保険の下で行うと、こういうことでありまして、いろいろ御署名をいただいたり、あるいは高名な先生が御意見を表明されたりということについては、これはもう本当に重く受け止めますけれども、私たちのこのスキームについても御理解をいただきたいと、このように思っているということでございます。

○小池晃君 介護で見るからというお話は出るんです。これはできないんだということ、これはちょっと次回またやりたいと思います。実態として非常に厳しいということ。

それから、先ほど、前の委員の質問で実態調査をやっているんだっておっしゃいましたね。私、順番が逆だと思うんですよ。やっぱりしっかりどういう影響があるのか調査した上で大丈夫だということだったらこういう改定すべきであって、やってから実態調査すると。その間にその病状が固定化してしまった人は一体どうなるのかということになると思うんです。

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

私は、その点では大臣、やっぱり実態調査やるということは、問題があるからこそやるんだらうと思うんですね、問題が生じ得るだらうからこそ。だとすれば、緊急停止スイッチを押して、やっぱり今後どうするかどうかはともかく結論は後回しにして、とにかくいったん止めるということぐらいはできないんですか。どうですか。

○国務大臣（柳澤伯夫君） 元々こういうスキームをつくるに当たっては、いろんな先生方の意見を聞いて結論を得ているわけでございます。

この実態調査をするということは、別に何かやったことに自信がないから実態調査をするということではなくて、こういう改定をさせていただいたときには常に検証していくという、そういう基本に立ってのことだということ御理解を賜りたいと思います。

○小池晃君 私は、こういう事態であれば、せめて結果が出るまで緊急に止めるべきだと。やはり順番が間違っているというふうに思います。保団連の調査結果、是非、厚労省としても検討していただきたいと思ひますし、この問題、引き続き取り上げたいと思ひます。  
<以下省略>

# 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

## 165-衆-厚生労働委員会-3号 平成18年10月27日

○田名部委員 民主党の田名部匡代でございます。

柳澤大臣、もうたくさんの皆様から大臣御就任おめでとうでございますというお言葉をいただいで聞き飽きたかもしれませんが、私からも一言、大臣御就任おめでとうでございます。

ぜひこれからもしっかりと、この厚生労働関係について大臣ともいい質疑をさせていただきながら、国民のために頑張っていきたい、そのように思っております。

時間がございませんので、私も三点質問させていただきたいと思いますが、まず初めにリハビリテーションの診療報酬改定についてであります。

強行採決されました医療制度改革において、リハビリの診療報酬改定も行われました。この大幅な改定によりまして、現在リハビリを受けている方の七割から八割、その方々が今後リハビリを受けられなくなるのではないかということが言われております。まさに今全国の患者さんから不安と救いを求める声というものが届いております。これは私の地元青森県でも同じであります。

もちろんそのすべてが百八十日という期間で打ち切られるわけではございません。そのことは十分承知をいたしております。その点について申し上げますとすれば、不安を抱えている患者の皆様や混乱している医療現場への周知徹底を図る努力というものが足りなかったのではないだろうか、こんな短期間の間に決定をして実施をするのであれば、なおさらのこと、もっともときめ細やかな周知徹底を図る必要があったらというふうに思っております。

ただ、現に、全国の、あるリハビリ関係の専門職を配置している、それが手厚い配置をしている医療関係に調査をした結果を私も拝見いたしました。六千人を超える患者さんが既に治療を打ち切られてしまったという結果が出ておりました。逆に、患者さんの回復を信じて、医療報酬を算定せずにサービスでこれを継続しているといったことも現場では行われているようであります。

実は、先日、我が青森県では、東京大学名誉教授の多田富雄氏の御出席のもと、リハビリ上限見直しのリレートークというものが行われました。残念ながら私は出席をすることができなかったんですけども、そこに御出席されました多田先生、大臣も御存じかと思えますけれども、御自身が脳梗塞で倒れられ、その後リハビリを続けられながら病気と闘ってきたという、それが多田先生であります。

その[多田先生のホームページ](#)、近況報告というところを拝見しました。リハビリ打ち切りは人権の問題、生存権の問題なのだと書かれてありました。生まれて初めてこういった市民活動に参加をしたようであります。体がきかないので大変な毎日であった、奥様との協力も含めて本当に大変だったということが書かれてあります。しかし、この運動にかかわったことを、誇りであり後悔はしていない、そして最後の方に、日本はいつからこんな冷たい国になってしまったのか、行動を起こさないと急速に二流の国民になってしまう、そんなことが書かれてありました。

国では急性期のリハビリを充実いたしました。そのことは大変重要なことだと私自身も思っております。ただ、維持期のリハビリが医療からカットされてしまった。厚生労働省は、維持期のリハビリは介護保険で可能だというふうに言っておられますけれども、いただいた御意見の中には、介護保険でやろうと思ってもなかなかその場所が見つからないというような声も届いております。

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

また、介護保険のリハビリは、量も質もきちんとしたものが準備されているのか、そしてその受け皿というものはしっかりと必要な分だけ準備されているのか、そういった予測すら行われていないのが実態ではないでしょうか。またさらには、介護保険のリハビリは、六十五歳以上を対象に、医学上の判断とは別に、介護の必要度に応じて認定審査会が評価するサービスの量の枠内でケアプランに沿って選択することになるわけであります。

こういった多くの問題、課題を抱えたまま、急いでスタートしてしまったこのリハビリのことについて、大臣は一体どういうふうにお考えになっていらっしゃるのか。これは来年二月までに検証をまとめるというふうに厚労省の方でおっしゃっておりますけれども、本来、これだけたくさん悲鳴が上がっているのであれば早急に見直しをするべきではないかと思われまますが、大臣、大臣のお考えをお聞かせください。

○柳澤国務大臣 リハビリテーションの今回の期限の設定は、結局、事態、状態が改善しないままに同じような医療の資源を投入していくということはある意味で合理的でないのではないか、そういう方々は逆に介護の方に移行していただくということが合理的ではないか、こういう考え方からこういう制度を導入させていただいたということでございます。

だから、もちろん急性期とか回復期の最初のところは、今田名部先生も御指摘いただいたように、これは集中的にリハビリを行っていただく、そういうことのための加算もした、こういうことでありまして、最も回復に応じた手だてを講じていくということにふさわしい制度にさせていただいたということが基本でございます。

この制度について検証すべきだというお話でございますけれども、私どもとしてもそういうことを考えているということでございます。

[委員長退席、宮澤委員長代理着席]

○田名部委員 本来であれば、実態がどうなっているのか、どのぐらいの人がこの制度を改定されたことによって大変な思いをするのかということ、先にもっときちんとしたものを検証すべきであったら、こうして来年の結果を待っている間にも何千人もの人が苦しい思いをしているんだということ、ぜひ大臣を初め厚生労働省の皆さんには感じていただきたいというふうに思います。

そして、今行われている検証も、先ほど山井先生からもありましたけれども、障害者自立支援法と同じであります。一人一人の状態のことをきっちりと把握できるような、そういう検証をしていただいて、一くくりで、この状態の人はここから先はよくならないだろうということではなくて、一人一人の判断を、いい状態に持っていけるような判断を国ができるように、きちんとした調査を早急にやっていただきたいというふうに思っておりますし、もちろん日数制限の廃止ということが求められるわけでありまますが、少なくとも除外規定の拡大やその明確化というものをやっていただきたいということを御要望申し上げます。

<以下省略>



# 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

## 165-参-予算委員会-3号 平成18年10月13日

○福島みずほ君 社民党の福島みずほです。

<途中省略>

リハビリの打ち切りについてお聞きをします。

リハビリは今まで無制限に受けられていました。しかし、最長で百八十日、百八十日でリハビリが一律で打ち切り、そうになりました。リハビリ難民ができています。このことについて現場から声が上がっています。いかがですか。

○国務大臣(柳澤伯夫君) 今回、診療報酬改定で、リハビリについて、急性期及び回復期は医療保険でこれを手当てする、それから維持期は介護保険で手当てをすると、このような分担の制度を取ることにいたしました。医療保険では、発症後早期に集中的にリハビリが行えるようにその報酬を引き上げると。しかし、一方、リハビリテーション医学会などと調整の上、疾患別に算定日数の上限を設けました。さらに、介護保険の方でも同じように、移行期については集中的にリハビリをするというような考え方で報酬の加算制度を創設をいたしております。

今、先生は非常に、手つきから言っても一刀両断で、全く画一的に百八十日で介護の保険の方に回してしまうというような、こういう御主張をなさったわけですが、よく実際をごらんになっていただければ分かりますように、患者の状態に応じて、医師の判断により、継続をして医師の下でのリハビリの方がより効果が上がる、機能の回復が早まるというような状況が認識される場合には、まだその医療保険の下でのリハビリというものを続けていただくということになっております。決して一刀両断、画一的な処理をしようというような法制度にはなっておりません。

また、今回の改定の結果、検証のために今調査に着手いたしております。来年二月には、このような改定の状況がどのような推移をたどったと我々が認識しているかということの調査の結果を公表する予定です。

○福島みずほ君 百八十日で打ち切られる。それ以外はもちろん、例外の規定、例外の通知、症例があることは承知しています。でも、現場では皆さん、百八十日で打ち切りです、あなたのリハビリ打ち切りです、あとは自己負担でやってください、そう言われているんですよ。

○国務大臣(柳澤伯夫君) 私も、私が尊敬する多田富雄先生が先頭になってこの問題についていろんな御意見を書かれているということをよく知っています。よく知っていますので、多田先生等の、御自身がああいう立派な免疫学者でありながら、それからまた、同時に余技として能の専門家であられると、こういう非常に多くのタレントをお持ちの先生、こういうような立派な先生の御意見等も十分耳を傾けて我々間違いのない対応をいたしたいと、このように考えております。

○福島みずほ君 四十四万の署名が出ています。

多田さんに私もお会いしました。メールをもらいました。リハビリを打ち切られたら機能が落ちて寝たきりになる人がいます。リハビリ上限の設定は明らかに再チャレンジに逆行した施策です。総理、どうですか。

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

○福島みずほ君 介護保険の適用がない人もたくさんいます。若ければ受けられない。この制度そのもの、百八十日で個別の状況を見ずに打ち切りというこの診療報酬そのものに欠陥があります。

障害者自立支援法でも、現場では、障害のある人、これはもう死ねということかと声が上がっています。リハビリを受けている人、障害のある人、そして高齢者の人たちは、自分たちは死ねということかと、皆物すごく怒っていますよ。総理、どうですか。

○国務大臣（柳澤伯夫君） 障害者自立支援法につきましても、我々の努力も不足だったかもしれませんけれども、やや誤解に基づく短絡的な理解がありまして、私どもがこの制度によって本当に障害者の状況の改善に役立とうとしていることも十分に理解されない、そういううらみを私も感じております。

是非、先生のような方には、質問時間が短いので勢い一刀両断のワンフレーズ質問が多いからかもしれませんけれども、余り短絡的に世の中に誤解を与える、更に誤解を強めるようなことのないようにお努めをいただければ我々としては大変有り難いと、このように思っております。

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

### 164-参-厚生労働委員会-21号 平成18年05月30日

○足立信也君 民主党・新緑風会の足立信也でございます。

<途中省略>

まず、リハビリテーションです。

医療改革というのは、もちろん法の改正だけではなくて、診療報酬の改定も大きな役割を果たしているんです。私は、この委員会で今まで度々、高齢社会を迎えて活力ある老後のためにリハビリの重要性、このことをずっと訴えてきました。閉じこもりにならないために、寝たきりにならないために、これからこそリハビリが大事なんだということを申し上げてきました。

皆さんも御存じだと思いますが、四月八日の朝日新聞、まあ私どもにとってはもう雲の上の人、免疫学の世界的権威ですね、多田富雄先生の投稿がございました。その中は、多田先生のごことは、文章で書かれているから話してもいいと思うんですが、脳梗塞の後遺症で、重度の半身麻痺の状態、言語障害、嚥下障害がある、四年もう経過している。

その彼の投稿の中で、別な病気で三週間リハビリを休んだら立ち上がることもできないという、四年たってそういう状況ですね。障害が百八十日で回復しなかったら死ねということかということを書かれている。「リハビリは単なる機能回復ではない。社会復帰を含めた、人間の尊厳の回復である。」、そのように結ばれております。同じような経験をされて、同じような思いを持っておられる方が傍聴席にもいらっしゃいます。

要点は、リハビリについての要点は、まず算定日数の上限について、それから回復期リハビリテーションの対象について、そして介護との関係、この三点に、順に伺っていきます。

まず資料をごらんください。上半分がリハビリテーション、告示の内容です。一ですね。この告示の内容によりますと、今回は新たに四つの疾患別リハビリテーション料を新設すると。その中で、対象疾患のところですね、脳血管疾患等リハビリテーション、対象疾患として高次脳機能障害と、背景を赤にしました。

で、その下の部分ですね。この対象疾患というのは当然、そこに表に書かれている算定日数の上限百八十日、該当する疾患という意味だと思いますが、算定日数上限規定の対象から除外される疾患として、やはり告示で二番目に高次脳機能障害と。同じことが、対象疾患と除外される疾患と、両方の告示に書かれている。

まずこのことについて、これはどういうふうに解釈するのか、そのことと、重度の頸髄損傷とありますけれども、この重度という定義は一体どうなっているのか、このことをお聞きしたいと思います。

○政府参考人(水田邦雄君) 今回の診療報酬改定におきまして、リハビリテーションにつきましては、これまで理学療法あるいは作業療法等の療法別の診療報酬体系でございましたけれども、これを新たに疾患別の体系に再編成するというのが一点。それから、疾患の特性に応じまして、標準的な治療期間を踏まえて算定日数に上限を設けるという改正を行ったところでございます。この上限の適用に当たりましては、失語症など、長期にわたって継続的にリハビリテーションを行うことが医学的に有用であると認められる疾患等を除外したところでございます。

御指摘の点でございますけれども、まず初めに、この表の上の方でございますけれども、高次脳機能障害につきましては、これは脳血管疾患等リハビリテーション料の算定対象患者

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

の一つの種類でありますよということを示しているわけでありまして、この二百五十点又は百点と、こういった診療報酬を受けられる疾患であるということを示しているわけでありまして。

その上で、下の方につきましては、この当該リハビリテーションに関しましては、その百八十日の算定日数上限の適用除外とする患者でありますよということを示しているわけでありまして、物事を、まず上の方では点数のレベルを示し、下の方では、それが百八十日という日数が適用除外にされると、このように構成されているわけでございます。多少、そういう意味では二段階になっているので分かりにくいかもしれませんが、いずれにしても、高次脳機能障害の患者は算定日数上限の除外対象とされているものでございます。

それからもう一点、重度の頸髄損傷についてでございますけれども、これも適用除外になっているわけでありまして、この重度の頸髄損傷に該当するか否かについてでございますけれども、これは関係学会の診断基準等に基づく医学的判断によるということとしてございます。

○足立信也君 まず前半部分、同じ表の中で、該当するところと該当しないところを同じ表で出したと、そういうことですね。これはやはり誤解を生むし、分からないと思いますよ。普通は分かりませんよ、これ。

それから、関係学会での診断基準によるということがございました。重度というのは、今現在もう診断基準があるということですね。

○政府参考人(水田邦雄君) 関係学会の診断基準等に基づくと申し上げましたのは、例えば高次脳機能障害につきましては診断基準があるわけでございますけれども、この重度の頸髄損傷につきましては、診断基準と申しますよりは、一般的な医学上の判断ということになるかと思えます。

○足立信也君 重要なポイントですよ。一般的な医学的判断、医師の判断ということですね。医師の判断で重度だと判断すればいいと。これは、リハビリ関係者、かなりの方が今日ごらんになっていますから、そのように今お答えだったと思えます。

確認ですが、この多田先生の投稿の中にも、口唇裂や口蓋裂、特に口蓋裂、この子たちは相当長い年月を掛けて、あるいはずっとリハビリを受けなきゃいけない、こういう事態、これに対して打ち切られるのかということをおっしゃっています。

この口唇裂、口蓋裂に関する算定上限、算定日数の上限はあるのかという点と、それからもう一つ、構音障害。構音障害というのは、もちろん脳血管疾患でも起きますし、これも長い年月を掛けないとなかなか正常な発声にならない。あるいは、嚥下障害を起こす、そして誤嚥を起こしてしまう、そういう予防にはならないわけですね。

この構音障害というのは、この除外規定に入っているんでしょうか、それとも失語症の中に含めるということでしょうか。

○政府参考人(水田邦雄君) お答えいたします。

まず、口唇口蓋裂の患者さんについてでございますけれども、これにつきましては、算定日数上限の除外対象となります障害児・者リハビリテーション料の対象患者ということ

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

でございますので、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には、リハビリテーション料に係る算定日数上限の適用除外となるものでございます。

もう一方で、構音障害というふうに申されましたけれども、これは失語症に該当するものとそうでないものがあるかと思えます。これはケースによって違うかと思えますけれども、失語症に該当する場合もあると、このように考えてございます。

○足立信也君 同じ構音障害、同じというか、病態としては構音障害と一くくりにされるわけです。

算定日数上限に算定されてしまって切られる人とそうじゃない人がいるという今、回答だったと思いますが、その判断でよろしいんですか。

○政府参考人（水田邦雄君） それぞれのケースにより判断が分かれる場合があるということでございます。

○足立信也君 それは、この子にとって、あるいは構音障害を併発してしまった高齢者も含めて、個別の判断で、医師の判断で、この人はやればいい、やったら回復する見込みがあると、そういうことがあれば上限で切られることはないという判断でよろしいですか。

○政府参考人（水田邦雄君） これは通常の診療報酬請求あるいは審査の問題と同様でございますけれども、それにつきまして、その医学的判断が妥当であったかどうか、これは審査をして、その上で支払をするという手続を踏むことになります。

○足立信也君 その問題は後でまた触れようかと思ったんですが、それをいつ判断するんですか。月に一回レセプトを出す、その時点。そのレセプトが出た後、審査会の方で判断されて、これは査定ということになるんでしょうか。それとも、一回一回受診するごとに、これはやはり医療機関としてはその診療行為に対してきちんとお金はやっぱりいただきます。その時点ではお金をいただく行為をしていて、レセプトが出た時点で判断されるということなんでしょうか。

それから、そこで打ち切られるということですか。その判断は医療機関には前もって知らされないということですか。やってしまった行為に対して後で査定して、これはいけないことだということ判断するという意味ですか。いつやればいいんですか、医療機関は。

○政府参考人（水田邦雄君） これも一般的な診療報酬の審査、支払と同じルールが適用になります。通常の場合と申しますと、やはり形の上ではそれは事後的なものになろうかと思えます。その上で、その前に疑義解釈等を通じて明らかにされるケースもあろうかと思えます。

したがって、疑いがある場合には、やはりそういったまず疑義解釈なりを通じて一般化することが妥当であろうかと思っております。それ以外につきましては、これは通常のルールが適用されて事後的に判断をするということになろうかと思えます。

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

○足立信也君 矛盾が一杯あるというのはもう皆さん分かっておられると思うんですが、あと、引き続いてまた繰り返してお話をします。医師として、それは、この患者さんにはこのリハビリテーションが必要なんだという意思表示をどこですればいいかということですね。

次に行きます。

また別の例で、脳血管障害や脊髄損傷の患者さん、私の例を出して申し訳ないんですが、胃がんの手術後、退院された後に頸椎の椎間板の炎症を起こして四肢麻痺になってしまった。この方は一年掛けてリハビリを入院してやられて、すっかり元の状態で戻られました。こういう方は実際にいらっしゃるんですよ。そのような方、これも上限で切られる、そういう事態になっているんだと思います。

私は頸椎の今話をしましたけれども、やはり重度の判断というのは、そのときの状態が重度だというまた判断と、そしてこの人にはリハビリテーションを行ったら可能性があるという表示を、医師の判断、それをいつ出せばいいんですか。レセプトのときに、今の現在の症状詳記のように文章に書いて、この人は必要性があるんだということを出さなければいけないという意味ですか。

○政府参考人（水田邦雄君） まずその判断の時点でございますけれども、これは算定日数上限の日数の達したところでの医学的判断になるかと思えます。その上で、正にこの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可能な除外疾病に該当するかどうかという判断がそこで問題になり、そこで、先ほど申しましたように、基本的にはこれは診療報酬請求でございますので事後的判断になりますが、その前に疑義解釈等で明らかになれるものは一般的にはそれはした方がいいということになるかと思えます。

○足立信也君 じゃ、もっと一般的に、皆さん分かりやすいお話をします。

ヤンキースの松井選手、御存じですよ。残念ながら左の橈骨骨折ですね。しかし、あのかのときのテレビで皆さんもお分かりのように、これ橈骨と尺骨が同時に折れて、しかも粉碎骨折のように骨片になっていたら、どんなに体力のある人でも最低六か月は掛かるとまずニュースで報じられましたね。彼の場合は運よく橈骨の単純な骨折だったので早ければ三か月という話がありましたね。ああいう骨折、仮に粉碎骨折だった場合は、やはり最低でも半年掛かると言われたのが百八十日、あるいは運動疾患ですと百五十日ですか、打切りですか。

○政府参考人（水田邦雄君） ちょっと松井選手の場合のリハビリの必要な期間というのが、日常生活上の機能を回復するために必要なものであるのか、あるいは運動選手としてのレベルまで回復するまでの期間なのか、そこはよく分かりません。

したがって、一般的には、私ども関係学会等と協議の上、それぞれの疾患別に算定上限を示したところでございます。

○足立信也君 その人の到達地点によって個別に判断すると。実現可能性のあるお話をしているとおっしゃいますか。

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

もう一つ、それに関連して、今は粉碎骨折の話をしましたけど、例えば多発外傷ですね。これまた私の経験で申し訳ないですけど、私、工事現場五階から転落したという方、全身十七か所骨折で、内臓出血、肝破裂でショック状態で、手術中に心臓一回止まりました。で、一命は取り留めましたし、その後整形外科の手術もやり、これまた一年ぐらい掛けて今は仕事をされておられる方がいらっしゃいます。こういう方は、多発外傷がある場合は、もうベッドの上からリハビリは始まるんですよ。簡単に百五十日なんか過ぎてしまっているんですね。

個別判断で個別判断でとまたおっしゃるかもしれませんが、明らかに除外疾患の中には入っていないわけですよ。そして、善かれと思ってやる、患者さんもそれに期待してリハビリをやる、ところが、後で査定されてもうこれは駄目ですということがあると、そういう解釈でよろしいでしょうか。

○政府参考人（水田邦雄君） 御指摘の事例について申し上げますと、これ多部位外傷の患者のことかと思えますけれども、この場合には、治療を継続することによって状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には、算定日数上限の適用除外となるものでございます。

○足立信也君 この頭部外傷又は多部位外傷というのは、そういう意味ですべての外傷を含んで、医学的判断でこれはいいと思ったら除外になるということですね。そうすると、除外日程ですか、上限を設けた意味はどこにあるんですか。善かれと思って、回復すると思ってすべての外傷なんか今までもやっていますよ。これ、上限日数定めた意味が一体どこにあるのかと。

私、ちょっと心配なのは、自分で言うのもなんですけど、結構医療機関、医療従事者って皆さんまじめなんですよ。こういうのが出ると、これ以上やっちゃいけないんだってまず反応するんですよ。そして、それを外来の患者さんへ、こうこうこういう理由でこれからはできないんですといったみんな説明しているんですよ、全部。それなのに、例えば外傷の例を取ったら、すべての部位はオーケーだと、あとは医学的判断でいいと思えばいいんだと、でも途中で打切りがありますよというのは、これは告示を真剣に見て、正直者がばかを見るんじゃないかという気がしてならない、ちょっと悪い言い方かもしれませんが、やはり、これは何のために上限日数を設けたのかということが揺らいできているんですね、今の御答弁で。私はそう思います。

もう一つは、あと日数の問題も当然あるんですけれども、今度、言語聴覚士のことをちょっと行きます、先ほど構音障害、嚥下障害の話もありましたけれども。

言語聴覚士の役割がこれ重視されて、例えば失語症、高次脳機能障害、除外疾患になったのは私はいいいと思うんですが、例えばこれに、脳血管疾患で失語症もあり運動障害もあると。除外されたのは失語症ですから、失語症は日数に関係なくリハビリ受けられる。ところが、同じ医療機関に行って、運動器のリハビリは百五十日でおしまいですという事態もあり得る。この点については、同じ医療機関で片や認められるリハビリがあれば、運動器のリハビリも同時にやっいいいんでしょうか。

○政府参考人（水田邦雄君） 失語症につきましては、これは適用除外疾患でございますので、これは算定日数上限は課せられないということでございます。

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

○足立信也君 いや、失語症につきましてはそれはおっしゃった、それはそうですよ。ですから、脳血管疾患という発症原因が同じで運動機能障害が残っていると、運動器のリハビリが必要だと。それは失語症に関してはオーケーだけれども、運動器は百五十日で終わりですというふうになるんですかと聞いたんです。

○政府参考人（水田邦雄君） 失礼いたしました。

御指摘の失語症の場合で運動器のリハビリが必要だという方でございますけれども、この患者さんにつきましては、当該患者に行われたリハビリテーションが言語聴覚療法であるか理学療法、作業療法であるか否かにかかわらず、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には算定日数上限の適用除外となるものでございます。

○足立信也君 非常に私は有り難い除外ですね、これも。算定日数の上限を決めた意味がどこにあるんでしょうね。

先ほどの話に戻りますよ。さっき具体的におっしゃったんでしょうか、やっぱり月に一回のレセプト請求のときに医師が理由付けをちゃんと書く。そこから医学的判断が正しいかどうかの、あるいは違う言い方ですと査定を受けるかどうかの判断が始まる。その月に一回出すと、そこからスタートなんだと。それはオーケーですか、そのとおりですか。

○政府参考人（水田邦雄君） スタートに立つというのがどういう意味がよく分かりませんが、診療報酬請求があった時点でそのレセプトに基づいて審査をするということでございます。

○足立信也君 私は、算定日数を超えたときの医学的判断のことを言っているんですよ。どうぞ。

○政府参考人（水田邦雄君） 失礼いたしました。

算定日数上限に到達した時点での医学的判断によるわけでございます。

○足立信也君 ですから、例えば、今日、五月三十日ですか、実は算定日数が五月一日で百五十日になったんだと。でも、この三十日間に何回かリハビリ、医師の判断でいいと思わずずっとやってきたんだと。そのことを示すのは月に一回の月末のレセプトで、この方はこうこうこういう理由でリハビリテーションを続けた方がいいと思うことを出すわけですね。その時点まで待てということですか。つまり、その判断、医学的判断でやってもいいかどうかの判断、医師に対して、医療機関に対して、どこでやればいいんですか。

○政府参考人（水田邦雄君） 診療報酬上の決めの中におきましては、医学的判断は、先ほど申したとおり算定日数上限に達した段階で行われるものでありますけれども、その後においても、治療を継続することにより先ほどの状態の改善が期待できるかどうかにつきまして日々適切に医学的判断がなされる必要があると、このようにしてございます。



## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

○足立信也君　そこをきちっとやっぱり整理が必要だということを私申し上げているんですよ。今までリハビリを受けてきて、多分改善して良くなってきていると。もっと続けたらきっともっと良くなるだろうとだれもが思うわけですよ、受けている方は。そして、その途中で百五十日が今来た。でも、もっと続けてほしいなど。医療者側ももっと続けたら更に良くなるんじゃないかと判断する。それで続ける。その月のレセプト請求で説明を書くんですかと聞いているんです。もしそこで査定された場合は、そこで、私は善かれと思ってやったんだけど、駄目だという判断なんです、もうできませんということになるわけですよ。その継続していいか悪いかの判断は、これは最初の段階では医療機関あるいは医師はもう自分の判断だけで、結果が出るまでは自分の判断でやらざるを得ないと、そういうことですよ。

○政府参考人（水田邦雄君）　先ほどから申し上げておりますとおり、やはりレセプトに医学的判断、必要があればその判断の基になった根拠を書いていただきまして、審査上の判断が下されると。それに不満があるときにはそれについて返戻をすると、こういったプロセスを経るものと思っております。

○足立信也君　一つだけ明らかになったのは、レセプト請求のときにきちんと医師が医学的判断を書く。結果は、その後は分からないということですね。

資料の下半分のところをごらんください。

これは、病院完結型というのは、これ、いわゆる札幌方式と言われている型です。これ、地域との連携、医療の連携のシステムですね。地域完結型というのは熊本方式。そこに名前を書いておりますが、橋本洋一郎先生。これの、病院完結型と地域完結型、こういうふうに私出ささせていただきました。

例えば変形性の膝関節症とかございますね、加齢によって変化してくる。これは同じ病名でも、いったんそこで人工ひざ関節とかした場合は定期的な整形外科医でのチェックが必要ですよ。当然そうだと思うんです。この地域完結型のところを見てください。リハビリ専門病院で回復期リハビリテーション病棟に一月から五か月、そこで入院してリハビリをする。五か月というと百五十日ですよ。あるいは急性期病院からスタートしたら、この途中でもう上限が来ているわけですね。そしてその後、矢印はこれ、かかりつけ医に行く、あるいは介護施設へ行くのがあるわけですが。

何を聞きたいかという、これ、上限日数算定されて介護へ回りなさいよという方向性であれば、じゃ定期的な、例えば先ほど人工ひざ関節の話しましたが、手術をした整形外科の病院に行く、そこで診察してもらって、どうも今介護でやっていたらリハビリは余りうまくないなど、こういうリハビリやったらどうかって指導が加わる。そのリハビリテーションというのは医療機関でやってはいけないんですか、介護で既にリハビリを受けている場合。介護保険と医療保険で同じリハビリテーションをやることはできないわけですね、現状では。定期的に自分が手術をしていただいた整形外科の病院に行って診察してもらって、こういうリハビリやりましょうよって、やってはいけないんですか。おかしくないですか、地域と連携できますか、それで。

○政府参考人（水田邦雄君）　まず、制度全体の組立てでございますけれども、今回の改定におきましては、限られた医療保険財源を、リハビリテーションにつきましては発症後

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

早期の時点、集中的かつ専門的なところに重点配分をすると。一方で、介護保険との役割分担を明確化するという観点から、症状が固定した後の機能の維持を目的とするリハビリテーションに移行すべきものにつきましては算定日数の制限を設ける、その後、介護保険の認定を受けて維持期のリハビリテーションを受けていただくと、こういう役割分担をしようというものでございます。

したがって、個々のケースについて、例えば急性増悪した場合にはまたこれは医療に戻れるということはございますけれども、やはり大きな整理といたしましては、この維持期のリハビリテーションにつきましては介護保険の方にお任せをするということになるかと思えます。

一つの医療機関で全体的に診られないかということでございますけれども、通所リハビリテーションは病院、診療所において行われることが多いわけですので、そこが介護サービスの事業者としての認定も受けるということになりますと、発症後早期のリハビリは医療保険から受け、その後の維持を目的としたリハビリテーションは介護保険からそれぞれ受けるということが、一連のものとして行うことが可能であると考えてございます。

○足立信也君 答弁内容が大分ずれていると思うんですよ。私が言っているのは、リハビリテーションという治療を受けるのが介護保険で、今、日数が来たら、まあ一定の回復まで得られたら後は介護保険でというお話がございました。介護保険でリハビリテーションを受けている場合に、今度、医療保険でリハビリテーションは受けられないわけですよね。これは確かですよね。だとしたら、六十四歳以下のリハビリテーションが必要な人はどこに行けばいいんですか。介護保険のリハビリテーションは受けられませんよ。それから、今言ったように、定期的な通院で医療機関に行って、そこでリハビリ指導があると、その指導も受けられませんよ。

絵にかいたように机の上ではきれいに、ここから先は介護保険って、それはできるかもしれないけれども、やっぱり患者さんにとっては定期的に、例えば手術をした後なんかは定期的に通院するのが当たり前じゃないですか。そこでリハビリの指導は受けられないということになっているわけですよ。

○政府参考人(水田邦雄君) 六十五歳未満、介護保険の適用でない方についての扱いがどうなるのかということでございますけれども、そういった介護保険の適用にならない若い方で機能の維持も目的としたリハビリテーションが必要のある場合といたしましては、難病患者でありますとか障害児者の例が考えられるわけでありまして、そういう方々につきましてはそれぞれ算定日数上限が設けてございませぬので、そういった多くの場合、類型につきましてはこういった対応が可能であるということでございます。(発言する者あり)

○足立信也君 聞いている人が、何あさっての方向を向いてしゃべっているんだという感じになるんですよ。

私は、併用ができないじゃないかということを言っている。実際できないんですよ、今。でも、患者さんとしては、手術をしたところに行ってきたらちゃんとこういうリハビリをしてもらいたって、教えていただきたいでしょう。それを告示で禁止しているんですよ。そういうことが許されるのかと。

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

あとは、当然、お年寄りの方も在宅へという方向は私は賛成ですよ。でも、それができるためには、一年のうち二回とか三回とか、一年に一回とか、短期集中的に病院でリハビリテーションを受ける、このことによって在宅が維持できている人というのは一杯いるんですよ。厚生年金病院の、私、大分ですけど、湯布院厚生年金病院の関係者の方もいらっしゃるんですけども、リピーター率が非常に高い。一年のうち何か月か、あるいは何週間かやることによって在宅が維持できている。この人たちは算定日数の上限で全部切られますよ。在宅の方向に行かないじゃないですか。話、答弁がずれていると思いませんか。併用ができないんですよ。

○委員長（山下英利君）　じゃ、もう一度答弁してください。

○政府参考人（水田邦雄君）　ですから、そのリハビリテーションを受けるという点で、併用はこれではできないわけでありましてけれども、受皿として、高齢者の方であれば介護保険の受皿、それから若い方であれば難病なり身障児者のリハビリテーションという受皿があるので、それで対応していただきたいと。

一つのところで受けられないじゃないかという点については、病院、診療所において、介護保険、医療保険、両方ともできるところであれば、そこがきびすを接して、医療保険のリハビリ、急性期にはリハビリから維持期のリハビリに移るということではできないでしょうかということをお願いしているわけでごさいます、患者さんの便宜という点から考えてどうかと言われると、それは欠けるところはあるかもしれませんが、制度の組立てとしてはやはりそういうものをしていただいております。

○足立信也君　私の言っていること、それから現状がやっぱりお分かりじゃない。

例えば先ほど人工ひざ関節のことを言いましたが、そのまま続けますが……（発言する者あり）難しい。ある病院に行って、その手術をしますね。それから、自宅の近くの介護施設で維持リハビリテーションをやるとしますよね。でも、定期的に手術していただいた病院に行ってやっぱり指導を受けたいじゃないですか。それを禁止していますよと言っているんですよ。それから、若い人は難病や障害児であればできるとおっしゃいますけど、先ほど、私、松井選手の話をしたからこれ誤解されたかなと思うんですけど、スポーツで外傷を負った場合は同じことなんですよ、若い人が。

だから、決まり上そうなっているということを私は言っているんですよ。特別なケースはできますよという話をしているんじゃないんですよ。しかも、同じ施設でやれるようになんか、だれも言っていないよ。私は一言も言っていない、そんなことは。介護と医療のリハビリテーションが併用できないから困ると言っているんですよ。

一つ提案したいのは、やっぱり日数を上限で切るというのは、これは間違っているんですよ。せめて、年のうち何週間はオーケーだとか月に何回はオーケーだとか、その日にちを超えた段階で、ある一定レベルまで達したら月に何回は認めますという形じゃないと無理なんですよ。大臣、どう思われますか。突然で申し訳ないんですけど。

○国務大臣（川崎二郎君）　お聞きしていただいて、かなり込み入った話をされているなど、一つ一つのケースをお尋ねになっているんだろうと思うんですけども。

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

要は、若い人たちが介護施設には入れない、だからそれが百五十日超えていった場合はどうであろうかという御質問ですね、今されているのは。それは、もうちょっと局長、しっかり答弁をさせます。そういうふうには聞こえませんでしたので。百五十日以上若者が身体回復のためにリハビリをする必要があるという場合にやれないのかと。それはやれる方法があるんだろうと思いますので、それは答弁させます。

○政府参考人（水田邦雄君） ですから、若年者の場合には、それはリハビリが継続的に必要だと、医学的リハビリが継続的に必要なケースというのはやはり身体障害児者でありますとか難病患者でありますので、それは医療保険の方からサービスが提供されますというのを申し上げているわけでございます。

それから、先ほど短期集中的リハビリというものが必要になるというふうには御指摘ございましたけれども、これは、短期集中的リハビリは介護保険では可能であると、このように聞いてございます。

○足立信也君 お分かりじゃないと言ったのは、介護保険でのリハビリテーションと医療保険でのリハビリテーションが併用できないと。ここがある以上は、先ほど、医学的判断で認められればそれはできるんですけども、介護保険でリハビリテーションを受けているときにはできない決まりになっているわけですよ。そこを言っているんですよ。前向きに改善しましょう。それしかないと思いますよ。

こればかりにそんなに時間掛けても、ですが、あと私、リハビリテーションで二つ言いましたね。回復期リハビリテーション病院の入院対象、これやっぱり下腿とか足の外傷が除外されていると。これは高齢者の方が松葉づえを使うほど腕力もない、ということは、ギプスを巻いて車いすで通所リハビリテーションに通えということだと思うんですけども、これは足といってもばかにはできませんよ。正に寝たきりに近い状態、閉じこもりになりますよ。ここは是非回復期リハビリテーション病棟入院対象疾患に足や下腿も入れてもらいたい。じゃないと、先ほど言いましたように、お年寄りの活力ある老後、自立というのは難しいですよ。答弁は求めません。

それから、介護保険のことなんですが、話を聞いていて、日数制限を加えて、それから先はお年寄り、六十五歳以上の方は介護保険へ行ってくれという趣旨だと思います。

では、現状で介護保険施設のリハビリテーションに携わるPT、OT、十分いらっしやるとお思いですか。その点だけをちょっとお答え願いたいと思います。

○政府参考人（磯部文雄君） 現在の理学療法士あるいは作業療法士の従事者数につきましては、介護老人保健施設及び医療施設も含めまして、理学療法士の場合に約八千名、作業療法士約五千名、言語聴覚士千名弱ということでございます、実際にも通所リハビリテーションとしては六千か所弱でやっております。こうした体制でリハビリテーションを実施しているものというふうには理解しております。

○足立信也君 足りてないという認識はもうお持ちなんだろうと思いますし、私、そこで必要なのは、やはり医療機関の専門のドクターとの交流ですね、介護保険施設においても。どういうリハビリがいいのかと、これを是非やっていただきたい。そうすると、医療保険

## 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

と介護保険でリハビリテーションを同時にできないんだという先ほどの問題にまたぶつかってくるわけです。この連携は是非とも必要だと私は思います。

○政府参考人（磯部文雄君） 今御指摘の点に関連いたしまして、今回の介護報酬におきましては、介護保険サービスを担う多職種が協働をして利用者ごとの課題の把握あるいは改善に係る目標あるいは計画の作成を一連のプロセスとしてやるということで、そうしたものを評価するリハビリテーションマネジメント加算というものを創設いたしました。

ここにおきましては、先ほどからちょっと御議論がありますけれども、前の病院で実際に治療されていた状況等もスタッフが入手いたしまして、それに基づいてその後の介護保険によるリハビリテーションのマネジメントを考えていくというようなことを評価する方策を取ったところでございます。

○足立信也君 連携が強まっている、連携を強めていく方向である、これはもう大賛成です。だとしたら、先ほどの保険上の問題は是非とも解決すべきだと、そのように思います。  
<以下省略>

# 国会でのリハビリ問題関係の質疑応答集

(国会会議録検索システムにて「リハビリ」をキーワードに検索した結果より)

## 164-参-厚生労働委員会-11号 平成18年04月13日

○小池晃君 日本共産党の小池晃です。

<途中省略>

ちょっと最後、診療報酬のことを一件だけお聞きをしたいと思います。

資料でお配りをしましたが、リハビリの問題で非常に今、大問題になっておりまして、今度の診療報酬の改定で発症後百八十日を上限とするという規定が盛り込まれて不安の声が広がっておりまして、お配りしたのは、朝日新聞に載った世界的に高名な免疫学者である多田富雄さんの文章、リハビリ中止は死の宣告だという一文です。これによれば、発症から四年たっても多田さんはリハビリを続けて徐々に回復をしているんだと、リハビリは単なる機能回復ではなくて社会復帰を含めた人間の尊厳の回復であると、それを奪う診療報酬改定は人間の尊厳を踏みにじることになる、と、こう厳しく批判をしています。

多田さんのように、この発症から長期を経てもリハビリによって身体機能や言語機能などが少しずつでも回復をしていると。これ脳血管障害なんですけど、こういうケースも、保険局長、お聞きしたいんですが、百八十日を上限に打ち切ってしまうのか。そんなことは決してしてはいけないというふうに思うんですが、お答えいただきたいというふうに思います。

○政府参考人(水田邦雄君) 今回の診療報酬改定におきまして、リハビリテーションにつきましては、これまでの体系を再編成いたしまして新たな疾患別の体系にしたところがあります。疾患の特性に応じまして、標準的な治療期間を踏まえて算定日数に上限を設けたと、こういう仕組みでございます。

この算定日数の上限の適用に当たりましては、重度の頸髄損傷など長期にわたって継続的にリハビリテーションを行うことが医学的に有用であると認められる疾患を、これは除外をされているわけでございます。

この投稿者の方がどのケースに当たるか分かりませんが、脳血管疾患につきましても、例えば広範囲の脳梗塞の場合など、これが神経障害による麻痺及び後遺症を来しまして、かつ継続的にリハビリテーションを行うことにより症状の改善が見込まれると、こういうふうな診断がなされるものであれば算定日数の上限の適用除外となるものと考えてございます。

こういったケースに当たらない場合には、これは維持期のリハビリテーションということで要介護認定を受け、介護保険から通所リハビリ等を受けると、こういう役割分担がなされるものと思っております。

○小池晃君 希望を奪うような改定はやめてくれという声にしっかりこたえていただきたいと思います。

ちょっと今日用意した質問、まだ大分残っておりますので、引き続き次回やらせていただきたいと思います。

終わります。