

「リハビリテーション医療の打ち切り制度撤廃運動」の経過と現在

全国の皆様のご尽力により集めていただきました44万4022人の署名簿は、2006年6月30日（金）11時、厚生労働省に提出されました（丹羽雄哉 元厚生大臣紹介）。厚労省では、リハビリ診療報酬改定を考える会・代表 多田富雄東大名誉教授とリハビリ打ち切り制度撤廃運動呼びかけ人の人達から直接担当者に提出されました。



1. リハビリ打ち切り制度被害事例。（リハビリ打ち切り制度被害事例登録より現在の状況の一部を記します）。

- 2年前、脳梗塞を発症し救急で搬送された病院に3週間入院後、リハビリ専門病院に約5ヶ月入院しました。退院後、今年の3月までその病院に週1回リハビリに通い、同時に介護保険の訪問リハビリも受けています。現在も左の手足に麻痺があり、杖歩行ですが、特に左手はほとんど機能していません。3月下旬に主治医から「リハビリが受けられなくなった」と聴かされた時には大きなショックを受けました。待合室は途方に暮れた患者の不安と憤りで溢れていました。回復への変化は大きな喜びであり、社会復帰への望みをつなぐ気持ちの大きな支えです。180日という期限で治る可能性がないと決め付けるのはひどいことです。頼みの訪問リハも、介護保険の

審査基準が厳しくなり、いつ打ち切りになるかわかりません。（患者または患者会）

- PPS発症以来車椅子で1人暮らしです。肩の亜脱臼に、これまではリハビリで対応していますが、あと5ヶ月だけ特別にリハをやってあげるといわれました。8月でリハビリを受けられなくなれば、腕が使えなくなり、例えば車椅子からトイレへの移動も出来なくなり、日常生活は不可能になります。自分はどのようなのだろうか。（患者または患者会）
- 家の中は伝い歩き、外は車椅子で頑張ってきましたが、筋力低下のため動けなくなり、リハビリのできる病院を探し、リハビリを受けられるようになりました。1ヶ月に1回のリハビリに家で出来るメニューを組んでもらい、痛みもとって頂き心身ともに前向きになりました。そのリハビリが4月で打ち切られ、緊急避難として障害者福祉センターでのリハビリを受けています。しかし、進行する疾患ですので病院でのリハビリでないと心配です。（患者または患者会）
- 福祉センターでのリハビリにも日数の制限があります。無料のリハビリであり、何人もの障害者を診られるようにはなっていませんので仕方がないことだと思います。10月になりリハビリを打ち切られ、介護保険の適用でない人が押し寄せるかもしれませんが、福祉センターで診られる人数には制限があります。（患者または患者会）
- 両側脳出血、人工呼吸器で補助換気中の患者さんを担当しています。発症は昨年末で、27日で算定日数上限となります。筋緊張が強く、リハビリを終了すれば拘縮等が進行するのは確実です。年齢も若く、継続していきたくて考えていますが、主治医より終了の指示ができました。期限延長の際には、医学的判断に基づきその予後予測等を概要に記載するようにとあったためです。（医療関係者）
- 脳血管障害により四肢麻痺・意識障害残存となった患者さんを担当し、今月27日をもって理学療法を終了せざるを得ない状態です。患者さんは国が定める改善の見込みが無い状態ですが、理学療法を継続しなければ筋緊張の異常より全身の拘縮・不動に伴う褥瘡になるのは確実です。「話はできなくても、体が自由

に動かなくても、先生のところへ行き、一時的でもコチコチに固まっている体を動かしてもらい、楽に呼吸が行なえている主人が見られればそれでいい」、とおっしゃっているご家族に何と言うべきか。先日主治医よりリハビリ打ち切りの説明をされ、泣きながら私のところへきました。急性期・回復期にしっかりとリハビリを実施し、維持期は介護保険でまかなうのは現在の日本では非常に厳しい状態である。介護施設にいったい何人のセラピストが常勤で配置されているのだろうか。リハビリを打ち切りにするのであれば、受け入れ体制を確実にしなければ、国が考える医療費削減どころではなく、拘縮・褥瘡が重度の寝たきりの人を増やしていくことを助長していく。(医療関係者)

- リハビリを9月27日にて終了せざるを得ないことを、主治医より患者さんへ説明しました。患者さんの家族からこれからどうすればリハビリを受けられますかと聞かれ、介護保険の施設などを探すしかないでしょうと答えました。しかし療法士などの手厚い人員の揃った介護保険施設などは皆無であることは言うまでもありません。(医療関係者)

2. 署名活動に至る経緯とその結果

今年3月に入って CRASEED で準備がされていた署名活動が開始されることになりました(2006年5月11日)。

【署名呼びかけ人】(敬称略)：

- 多田富雄(東京大学名誉教授)
- 桑山雄次(NPO 法人中途障害者情報センター理事長)
- 大久保光人(頭部外傷や病気による後遺症を持つ若者と家族の会会長)
- 矢田千鶴子(東京高次脳機能障害協議会(TKK) 代表)
- 小山万里子(ポリオの会代表)
- 東川悦子(日本脳外傷友の会会長)
- 木場武(全国脳卒中友の会連合会会長)
- 橋本裕子(線維筋痛症友の会代表)
- 三戸呂克美(全国頸髄損傷者連絡会会長)
- 勝又和夫(日本障害者協議会代表)
- 小佐野彰(障害者医療問題全国ネットワーク副代表)
- 辻本好子(ささえあい医療人権センター COML (コムル))
- 久野真希子(患者家族)

- ジェフ・バーグラント(帝塚山学院大学教授)
- 伊藤弘美(有限会社フェアベリッシュ代表取締役)
- 大田仁史(前茨城県立医療大学附属病院院長)
- 高橋玖美子(高崎健康福祉大学教授)
- 道免和久(NPO 法人リハビリテーション医療推進機構 CRASEED 代表)

5月14日(日曜日)10 a.m.から大阪/梅田へっぴなビオ前にて、最初の「リハビリ打ち切り改定」への反対街頭署名活動が実施されました。街頭署名の現場には、NHK のニュース・スタッフ、NHK つながるテレビ@ヒューマンのディレクター、朝日新聞記者、神戸新聞記者、地域のミニコミ新聞の記者が取材に来ました。署名活動の様子は、お昼の NHK ニュースでも放映されました。



署名集約期間は6月24日(消印有効)とされ各地で実施されることになりました。また、5月20日から、ネット署名も開始されました。

署名活動では CRASEED (NPO 法人リハビリテーション医療推進機構) に事務局から幹事まで全てリードしていただき、患者会といたしまして大変感謝しております。

注) CRASEED とは(設立趣意書の概略)：脳卒中をはじめとする要介護状態を生み出す疾患に対し、リハビリの重要性は広く知られている。ところが、リハビリのイメージは介護や福祉の分野に偏り、医療としてのリハビリの社会的認識は極めて低い。大学や病院では専門医が育成されず、慢性的に深刻な不足状態となっている。CRASEED は、現状の問題点を広く市民とリハビリ医療従事者が議論をしながら普及啓発を行います。また、専門的知識の普及とレベルアップを図り、リハビリ医療に関する情報を市民に発信します。さらに医療機関に対して、リハビリ医療関連情報を提供します。



2) 沖縄（那覇）での街頭署名（13 時～17 時、パレット久茂地前広場）



パレット久茂地前広場



3) 大阪（梅田）での街頭署名



4. 集計作業の内容（44 万を越す署名の集計です。想像を絶する作業をやっていたいただいた CRASEED の皆様、ほんとうにありがとうございました。CRASEED 事務局 WEB より転載）。

署名が事務局に届く（1 日数百通）

→まず開封作業

→署名でない郵便も混在しているので除外

→中にある手紙類を分類、署名用紙を確認

→署名用紙に日付がないものは消印の日付を記載（これに相当の時間がかかっています）

→署名用紙数の確認

→封筒に署名用紙の数を記入

→署名用紙が規格・規格外のものを分類

→各署名の有効性を確認（必要事項の記載など）

→5 名分の署名が記載されているもの、4 名の用紙、3 名用紙、2 名の用紙、1 名の用紙に分類

→5名のものだけを分類して枚数×5で数を算出、4名未満の用紙は手作業で合計を算出
→全署名用紙に通し番号をつける
→パンチで穴あけ
→表紙、裏表紙をつける
→5,000人分ずつをまとめて製本

以上を全て手作業で行っています。事務局員は1名ですので、日中はほとんど電話とメール対応でいっぱいです。したがって、協力病院のス

タッフなどを中心に作業を行います。それぞれ職務がありますので、夕方から人海戦術で集計作業を行います。個人情報が出ないように、集計作業にかかわる職員の名前を記入し、部外に絶対情報を漏らさないように誓約してもらっています。

6月21日現在での予想では、15万人を超えるのは確実であるとのことでした。

5. 厚生労働省へ署名簿を提出後の記者会見

44万4022人の署名簿は、2006年6月30日(金)11時、厚生労働省に提出され、その後同じビルの厚労省記者クラブで記者会見が行われた。最初に多田富雄先生から、「リハビリ中止は死の宣告である」との抗議文が読み上げられた後、各患者会の代表から同様に、リハビリ中止が患者にとっていかに大変な問題であるにもかかわらず、厚生労働省は理解していないという意見が述べられた。記者会見中、NHKがTVカメラで撮影を続けた。患者会からの説明の後記者の質

問があったが、あまり活発な質疑応答にはならなかったと思われた。CRASEEDのD先生には、この質疑応答でも肝腎なところは全部返答して頂く事になり感謝いたします。ただ、記者会見終了後、特定の患者、患者会と記者とのより踏み込んだ話があった様子である。これが良い方向にゆくと望ましい。記者会見の結果は、メディアに取り上げられた(詳細はポリオの会ML、CRASEEDのWEB)。記者クラブでの会見の様子。写真上は記者席、下は終了後の質問。



6. 平成 18 年度改定の内容（厚生労働省の通知と疑義解釈資料を含む）

改定の経緯と目的は、平成 17 年 10 月 12 日中央社会保険医療協議会（中医協）診療報酬基本問題小委員会に提出された資料（中医協 診-3-1、17.10.12）「リハビリテーションに対する評価について」で評価の課題として指摘された下記の 5 項目（下線も資料にある）と、平成 15 年 3 月の閣議決定「リハビリテーションについては、疾病の特性等を踏まえた適切な評価を行うこと」に大元がある。実際は 2001 年 6 月の経済財政諮問会議がスタートであるが略す。

- 1) 最も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。
- 2) 長期にわたり効果が明らかでないリハビリテーション医療が行われている場合がある。
- 3) 医療から介護への連続するシステムが機能していない。
- 4) リハビリテーションとケアの境界が明確に区別されておらず、リハビリテーションとケアとが混同して提供されているものがある。

- 5) 在宅におけるリハビリテーションが十分でない。

この 5 項目を踏まえ、平成 18 年 1 月 11 日に厚生労働大臣より平成 18 年度診療報酬改定の諮問が中医協になされ、平成 18 年 2 月 15 日に中医協から厚生労働大臣に答申が行われた。

ポリオの会として知っておくべき改定内容は、現時点では下記であると考えられます（医療機関により運用が異なることもあり得ます）。

- 1) PT（理学療法）、OT（作業療法）、ST（言語療法）が再編され、心大血管疾患リハ、脳血管疾患等リハ、運動器リハ、呼吸器リハの 4 つの疾患別体系とされたこと。
- 2) 効果が明確でないリハが行われているとの指摘を踏まえ、疾患ごとに算定日数上限が設定されたこと。
- 3) 上記「算定日数上限」の除外対象患者とはどのような疾患の患者なのか？

1) 新たな疾患別リハビリテーション対象と算定日数上限

	対 象 疾 患	算定日数上限
心大血管疾患 リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> 急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患またはその手術後の患者。 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者。 	150 日
脳血管疾患等 リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患またはその手術後の患者。 脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患またはその手術後の患者。 多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経炎障害その他の神経疾患の患者。 パーキンソン病、脊髄小脳変性症その他の慢性の神経筋疾患の患者。 失語症、失認症及び失行症、高次脳機能障害を有する患者。 難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者。 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者。 外科手術または肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハを要する状態の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力の低下及び日常生活能力の低下を来している患者。 	180 日
運動器リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> 上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患またはその手術後の患者。 関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者。 	150 日

呼吸器リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> ● 肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者。 ● 肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患またはその手術後の患者。 ● 慢性閉塞性肺疾患（COPD）、気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者。 	90 日
--------------	--	------

診療報酬改定の法律ですから、疾患別リハビリ料、その点数、リハビリ訓練の単位数などが詳しく記されておりますが、この内容の詳細は分かりませんので省略させていただきました。

もしもこのような状態になられて、より詳細な医療費、算定上限日数についてお知りになりたい場合には、ポリオの会の医師会員の方々、協力していただける医師の方々のご協力をお願いしたいと思います。（算定する：この言葉が議案、法案の中に頻出しますが外部の人にはよく分かりません。推測するに、公認された医療行為を行い、それに対して問題なく報酬を得る

ことが可能な計算方式とでも理解してこの報告を続けます）。

公正のため記しますが、今回の診療報酬改定では、「急性期リハビリ医療が十分でない」との指摘に対して、「急性期リハビリ医療を充実」させる改定も下記のようになされています。

最大 1 日 9 単位まで算定可能となる患者：

- 1) 回復期リハ病棟入院料を算定する患者
- 2) 脳血管疾患等の患者で発症後 60 日以内の患者
- 3) ADL 加算を算定する患者。

2) 疾患群に別けられる具体的な疾患名と障害の状況

心大血管疾患リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> ● 急性発症した心大血管疾患または心大血管疾患の手術後の患者：急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患（大動脈解離、解離性大動脈瘤、大血管術後）のもの。 ● 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管の疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者：慢性心不全であって、左室駆出率 40%以下、最高酸素摂取量が基準値 80%以下またはヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）が 80 pg/ml 以上の状態。末梢動脈閉塞性疾患であって、間欠性跛行を呈する状態。
脳血管疾患等リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> ● 急性発症した脳血管疾患等またはその手術後の患者：脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎のもの。 ● 急性発症した中枢神経疾患またはその手術後の患者：脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍摘出術などの開頭術後、てんかん重積発作等のもの。 ● 神経疾患：多発性神経炎（ギラン・バレー症候群等）、多発性硬化症、神経筋疾患、末梢神経炎（顔面神経麻痺等）。 ● 慢性の神経筋疾患：パーキンソン病、脊髄小脳変性症、運動ニューロン疾患（筋萎縮性側索硬化症）、遺伝性運動感覚ニューロパチー、末梢神経障害、皮膚筋炎、多発性筋炎。 ● 失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害。 ● 難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者：音声障害、構音障害、言語発達障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害または人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を持つ患者。 ● リハを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力の低下及び日常生活能力の低下を来している患者：外科手術または肺炎等の治療時の安静による廃用症候群、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者 [治療開始時の機能的自立度評価法（FIM）115 点以下、基本的日常生活活動度（Barthel Index：BI）85 点以下の状態等のもの。] ● 急性増悪：脳血管疾患等リハ料の対象となる疾患の増悪等により、1 週間以内に FIM 得点または BI が 10 以上低下するような状態等。

運動器リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> 急性発症した運動器疾患またはその手術後の患者：上・下肢の複合損傷（骨・筋・腱・靱帯、神経、血管のうち 3 種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（1 肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のもの。 慢性の運動器疾患により、一定以上の運動機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者：関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等。
呼吸器リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> 急性発症した呼吸器疾患の患者：肺炎、無気肺等のもの。 呼吸器疾患またはその手術後の患者：胸部外傷、肺梗塞、肺移植手術、慢性閉塞性肺疾患（COPD）に対する LVRS（Lung volume reduction surgery）、肺癌、食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉 頭癌の手術等のもの。 慢性に経過する呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者：慢性閉塞性肺疾患（COPD）、気管支喘息、気管支拡張症、間質性肺炎、塵肺、びまん性汎気管支炎（DPB）、神経筋疾患で呼吸不全を伴う患者、気管切開下の患者、人工呼吸管理下の患者、肺結核後遺症等[息切れスケール：Medical Research Council Scale で 2 以上の呼吸困難を有する状態、または慢性閉塞性肺疾患（COPD）で日本呼吸器学会の重症度分類の II 以上の状態、または 呼吸障害による歩行機能低下や日常生活活動度の低下により日常生活に支障を来す状態に該当するもの。]
障害児（者）リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> 脳性麻痺。 胎生期ないしは乳幼児期に生じた脳または脊髄の奇形及び障害：脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候症、二分脊椎等。 顎・口腔の先天異常。 先天性の体幹四肢の奇形または変形：先天性切断、先天性多発性関節拘縮症等。 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症。 先天性または進行性の神経筋疾患：脊髄小脳変性症、シャルコーマリートゥース病、進行性筋ジストロフィー症等。 神経障害による麻痺及び後遺症：低酸素性脳症、頭部外傷、溺水、脳炎・脳症・髄膜炎、脊髄損傷、脳脊髄腫瘍、腕神経叢損傷・坐骨神経損傷等回復に長期間を要する神経疾患等。 言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害：広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等。
難病患者リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> ベーチェット病、多発性硬化症、重症筋無力症、全身性エリテマトーデス、スモン、筋萎縮性側索硬化症、強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎、結節性動脈硬化症、ビュルガー病、脊髄小脳変性症、悪性関節リウマチ、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病）、アミロイドーシス、後縦靱帯骨化症、ハンチントン病、もやもや病（ウイリス動脈輪閉塞症）、ウェゲナー肉芽腫症、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、広範脊柱管狭窄症、特発性大腿骨頭壊死症、混合性結合組織病、プリオン病、ギラン・バレー症候群、黄色靱帯骨化症、シェーグレン症候群、成人発症スチル病、関節リウマチ、亜急性硬化性全脳炎。

医療の知識・経験がなく「リハ医療打ち切り制度撤廃」に参加した報告者にとりましては、この様なたくさんの疾患を知り驚きました。この様な多種の疾患とリハビリの組み合わせ、各患者さんの状態の違いを考慮した場合、「リハ医療打ち切り制度撤廃」をリードして頂いた医師

の方々のおっしゃる「一律に日数制限をするなど無謀である！」ということの意味がよく理解できます。特に、ポストポリオ症候群から生じる慢性的な症状は、運動器・呼吸器・傷害児（者）リハビリ（脳血管疾患等リハも入るかもしれませんが）などに関係があり非常に複雑です。

3)「算定日数上限」の除外対象患者とはどのような疾患の患者なのか？

平成18年1月18日の中医協診療報酬基本問題小委員会（第80回）で決定された包括案を踏まえて、リハビリに関しては前述のように細かく決められた。しかし、1月18日の議事には「長期間にわたって効果が明らかなでないリハビリテーションが行われているとの指摘があることから、疾患の特性に応じた標準的な治療期間を踏まえ、長期にわたり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一部の疾患を除き、新たに算定日数上限を設ける。」という項目があります。

「長期にわたり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一部の疾患と認められる一部の疾患」とは、平成18年3月31日付の疑義解釈資料（その3）にあります。

事務連絡
平成18年3月31日

地方社会保険事務局

都道府県民生主管部（局）

国民健康保険主管課（部）

都道府県老人医療主管部（局）

老人医療主管課（部）

}

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その3）

「診療報酬の算定方法」（平成18年厚生労働省告示第92号）等については、
「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成18年
3月6日保医発第0306001号）等により、平成18年4月1日より実施
することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を
別添のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。

リハビリに関しては、この資料のP19（問90）からP26の（問116）まであり、「リハビリの算定日数制限の除外対象となる患者」の項目はP21の（問97）に出てきます。この資料の内容をそのまま記すと下記ようになります。

- ①. 失語症・失認および失行症
- ②. 高次脳機能障害
- ③. 重度の頸髄損傷
- ④. 頭部外傷または多部位外傷
- ⑤. 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- ⑥. 難病患者リハビリテーション料に規定する疾患
- ⑦. 障害児（者）リハビリテーションに規定する患者

よるとしながらも、あくまでも治療の継続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のみ適用できると繰り返し記されています。このことには注目すべきでしょう。最大180日程度で医学的に判断（EBM）が可能なのでしょうか疑問です。

PPSの場合は正式な疾患名にもあがってなく、どのように判断されるのか不安が残ります。事実、会員の方に問題が起こっている事例が出ています。PPSは、想像するに、「リハビリの算定日数制限の除外対象となる患者」の項目⑦障害児（者）リハビリテーションに規定する患者にはいるのではないかとおもわれます。

これに関しては、厚生労働省から下記のように通知＞H007（官報）が出ています。

関係学会等の診断基準に基づく医学的判断に

H007 障害児（者）リハビリテーション料 <通知>

(1) 障害児（者）リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める障害児（者）リハビリテーションの施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 43 条の 3 及び第 43 条の 4 に規定する肢体不自由児施設及び重度心身障害児施設又は開法第 27 条第 2 項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものの入所者又は通園者（外来患者を含む。）であって、以下の患者（医師がリハビリテーションが必要と認めた患者に限る。）に対して個々の症例に応じてリハビリテーションを行った場合に算定する。なお、障害児（者）リハビリテーション料を算定する場合は、脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料は別に算定できない。

ア 脳性麻痺

イ 胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害には、脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候症、二分脊椎等が含まれる。

ウ 顎・口腔の先天異常

エ 先天性の体幹四肢の奇形又は変形には、先天性切断、先天性多発性関節拘縮症等が含まれる。

オ 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症

カ 先天性又は進行性の神経筋疾患には、脊髄小脳変性症、シヤルコーマリートウス病、進行性筋ジストロフィー症等が含まれる。

キ 神経障害による麻痺及び後遺症には、低酸素性脳症、頭部外傷、溺水、脳炎・脳症・髄膜炎、脊髄損傷、脳脊髄腫瘍、腕神経叢損傷・坐骨神経損傷等回復に長期間を要する神経疾患等が含まれる。

ク 言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害には、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等が含まれる。

(2) 障害児（者）リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な運動機能検査等をもとに、その効果判定を行い、リハビリテーション実施計画を作成する必要がある。

その他診療報酬、必要な病院施設・医師・療法士など細かな基準が決められていますが、報告者にも分り難く省略させていただきます。

PPS の場合には、慢性的に少しずつ悪化していく症候群ですから（しかもポリオを知っている医師の方もほとんどいなくなり、PPS を知る医師の方も少ない状態です）、PPS がどの疾患

と判断されて診療をうけることができるのか本当に不安です。このことに関しては、ポリオの人達に早く情報を流してゆくことと、PPS にご理解のある医療関係者の方のご協力をぜひお願い申し上げます。なお、リハ医学 43-5 を参照させていただきました。

(完)

