

CB NEWS 医療・介護情報

2007年09月06-09日 キャリアブレイン（掲載許可をいただき感謝いたします：ポリオの会）

揺らぐ尊厳 検証：「リハビリ問題」

新シリーズ＜社会保障が危ない：「改革」の真相＞

「医療難民」・「介護難民」・「ネットカフェ難民」・「バーガーショップ難民」…。いまや「難民」という言葉が日本社会に浸透している。難民とは、一般的には戦争や内乱などで住む場所を追われた人々を指す。その多くは開発途上国や紛争地域で生まれていた。一方、日本の「難民」とは、医療や介護を受けられずに行き場を失う人々、働いても賃金が安いために最低限の生活さえできない人々を比喩的に表すものだ。

しかし、世界でも有数の経済力を誇る日本で、なぜ「難民」が生まれるのか。なかでも人の命に直結する医療や介護の現場で、どうして「難民」が生まれるようになったのだろうか？

医療や介護の最前線を訪ねると、「難民」の発生は、迫り来る医療・介護の“崩壊”とともに、政府が進める「構造改革」路線の歩調と重なっていることが見えてきた！（山田 利和）

第1部 揺らぐ尊厳 検証：「リハビリ問題」

（上）異例の「再改定」

リハビリテーションとは、(病気やケガなどで) 障害を持った人が生活していく手段を得るためのアプローチの総体を指す。このリハビリについて、多くの関係者は2006年4月の[診療報酬改定](#)で「過去最大の改定がなされた」と語る。改定前までは患者の症状に応じたリハビリを実施できたが、改定後は4つの疾患別に分けて行うことになったほか、日数にも制限が設けられた。この疾患別リハビリと上限日数の設定は、関係者や患者の前に大きく立ちはだかっている。

こうした規定から除外される疾患が一部あるものの、誰でも起こりうる脳梗塞（こうそく）や脳出血などを発症しても、リハビリには定められた日数しか医療保険が適用されない。改定の影響でリハビリ打ち切りは全国で20万人超と、調査結果から試算されている（保団連）。

制度は2007年4月、異例の「再改定」という事態を迎えたが、現場からは“[逆効果](#)”との[批判](#)も上がる。

● 「リハビリは命綱」

「リハビリによって命を長らえている。延命につながっている！」。

8月下旬、東京都内の病院の一室。私は、リハビリの専門医から手渡された携帯電話を通じ、Kさんからリハビリ問題の取材を進めていた。

Kさんの娘さんは、難病の進行性筋ジストロフィー症と闘っている。私が医師と会うことを知り、Kさんは娘さんと一緒に病院を訪れ、「患者や家族の実態を話したい」と申し出てくれていた。



リハビリ制度の在り方が現場の実態から問われている（福岡県内の病院）

しかし、残暑が厳しい折、娘さんの体調が思わしくなく、急きょ電話取材となった。

「娘の病気は進行性だから、毎日リハビリは欠かせない。それなのに、制度に引っ掛かり、リハビリを休まなければならないことがあった。悪化してからリハビリは再開されたが、こんなシステムは納得できない」。Kさんは、精いっぱい心の内を明かしてくれる。

「生まれながらの障害。娘に責任はなく、親は自分を責める。少しでも楽に過ごせるよう、リハビリの機会を持ち続けたい。どうか、国は、弱者に追い討ちをかけるのではなく、必要な手当てを間違いなく進めて欲しい」

● 打ち切り 20 万人！

リハビリについては、2006年4月の改定前までは、さまざまな患者の症状に合わせて医師が判断し、理学療法・作業療法・言語聴覚療法を実施していた。しかし、改定によって、症状に合わせたリハビリから、1) 心大血管疾患（開心術後、大血管疾患など）、2) 脳血管疾患等（脳梗塞、脳出血、脳腫瘍等の開頭術後など）、3) 運動器（上・下肢の複合損傷、運動器の悪性腫瘍など）、4) 呼吸器（肺炎、肺梗塞、胸部外傷、肺がんの手術後など）という4つの疾患別リハビリに再編された（2006年04月01日付け[改定内容の詳細](#)）。

		心大血管疾患 リハビリテーション	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	呼吸器 リハビリテーション
対象疾患		開心術後 大血管疾患 等	脳梗塞 脳外傷 脊髄損傷 等	上・下肢の複合損傷 上・下肢の外傷・骨折 関節の変性疾患 等	肺炎、無気肺 胸部外傷 肺梗塞 肺がんの手術後 等
1 単位 (20 分) の 単位	(I)	250 点	250 点	180 点	180 点
	病棟 ADL 加算	30 点			
	(II)	100 点	100 点	80 点	80 点
算定日数の上限		治療開始日から 150 日	発症、手術または 急性増悪から 180 日	発症、手術または 急性増悪から 150 日	治療開始日から 90 日

同時に、疾患のリハビリには日数の上限も設定され、心大血管疾患は 150 日、脳血管疾患等は 180 日、運動器は 150 日、呼吸器は 90 日を超えると、医療保険でリハビリを受けられなくなった。関係者は「過去最大の改定」と指摘する。

リハビリの日数制限に関しては、全国保険医団体連合会（保団連）が全国規模で影響を調査。4疾患のうち人員や設備が相対的に整った医療機関が多く届け出ている「脳血管疾患等 I」では、日数制限に該当してリハビリを継続できなくなった患者が 17,574 人に上ることが判明している。脳血管疾患等 I 以外の脳血管疾患等 II と他の 3 疾患については、青森と富山の両県保険医協会が調査。青森県で 1,497 人、富山県で 963 人がリハビリ打ち切りになっていた。

4 疾患のすべてを対象にした北海道保険医会の調べでは、道内で4,108人が打ち切られており、4 疾患を合わせると、脳血管疾患等 I の中止者 795 人の約 5 倍に当たることが裏付けられた。

これらのデータを踏まえ、保団連は「全国で実際には 20 万人以上がリハビリ打ち切りに直面したのではないかと推測している（2006 年 11 月 29 日：[詳細資料](#)・[データ](#)）。

● [現場スタッフ](#)も疑問

「リハビリ制度の改定前後を比べても、現場で提供しているリハビリの内容自体に変わりはないし、患者さんの回復の仕方も変わらない」。福岡市内の公的病院に勤務する理学療法士の N さんと T さんは、ともに 13 年目のベテランだが、これまでに多くの患者に接してきた経験を通じ、リハビリ制度の改定に対しては「急に降って沸いたような導入だったし、患者さん本位ではない」と感じている。特に疑問に思うこととして「疾患別と日数制限」を挙げる。

「私たちは、疾患ではなく、症状を見ている。しかし、制度は疾患によってリハビリに区切りを設けた。これは、どうも理解できない。日数制限についても、『この患者さんは、これでいい』とか、『継続すべき』とか、医師がきちんと判断すれば、いいのではないかと。そのようにしていかないと、本当にリハビリを必要とする患者さんが受けられなくなってしまう危険性がある」。

[同じ指摘](#)が、星城大学リハビリテーション学部学部長、日本理学療法士連盟副会長・企画室長 植松光俊さんからもなされている（「リハビリ医療の日数制限を考える：理学療法士の立場から」、資料：これからのリハビリを考える[市民の集い](#)、[2007年3月10日](#) 両国KFCホール）。

疾患別リハビリの日数制限をめぐるっては、医療関連団体や患者団体などの批判も相次いでいる。特に、昨年 6 月には「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](#)）という全国組織が発足。考える会では、日数制限の白紙撤回を求める運動を展開し、[48 万人を超える署名を厚生労働省に提出](#)した（2006 年 06 月 30 日）。

加えて、今年 3 月 10 日には「これからのリハビリを考える市民の集い」を開催。全国から関係者が集まり、「リハビリ医療の専門家の集まりである[日本リハビリテーション医学会が異議](#)を唱えるような理不尽な制度を、これ以上は続ける訳にはいかない。必要な医療提供を機械的に打ち切る日数制限の即時撤廃を求める」などとしたアピールを採択している。

● 「再改定」前より低報酬も

こうした反対運動の全国的な高まりも受けて、厚労省は 2007 年 4 月、4 疾患別のリハビリとリハビリ日数制限の「[再改定](#)」を実施した。

[「再改定」\(詳細\)](#)では、心大血管疾患等に区分していた急性心筋梗塞や狭心症などを日数制限の対象から除外する緩和措置を取った反面、リハビリの実施日数によって診療報酬の点数を引き下げる「逓減制」を導入したほか、症状の改善が見込めない日数制限を超えた患者に対し、介護保険の受け皿ができるまでの経過措置として「リハビリ医学管理料」を新設した。4 月からの施行となったが、診療報酬の改定は 2 年に 1 度で、途中で見直されるというのは[極めて異例](#)の事態だった。

	脳血管疾患等	運動器疾患	呼吸器疾患	心大血管疾患
リハビリ料	250点	180点	180点	250点
逓減後	210点	150点	150点	210点
逓減開始日数	発症日・急性増悪手術日から141日	発症日・急性増悪手術日から121日	治療開始日から81日	治療開始日から121日
算定日数上限	180日	150日	90日	150日

しかし、「再改定」には「財政中立」を旗印に「医療費は増やさない」という考えが貫かれ、診療報酬の総枠には変更がなかった。このため、逓減制の導入に伴い、医療機関は、「再改定」前よりも低い報酬でリハビリを提供しなければならないケースも出ている。

あるリハビリ関係者が指摘する。「(再)改定といっても医療費抑制ありき。国は、医療費を削れるところで削るという発想しかない...」。そのため、「リハビリ難民」と呼ばれる人達も増えているし、例外疾患の人達のリハビリ期間も制限を受けるようになっているのが現状である。

(中) 遠ざかるリハビリ

● 「苦悩する現場」

「2006年の『改定』では、リハビリに期限が設けられたが、必要な場合は医師のコメント(リハビリが必要という意見)を付けるなどして何とか継続できていた。しかし、今年の『再改定』で、日数制限の除外規定疾患が盛り込まれたことで、内容が厳密になった。それ以外の疾患では、継続することが昨年より難しくなっている。医療保険でのリハビリは“状態の改善が見込める場合”に限定されたため、『再改定』でかえって制度は悪くなったと思う」。こう指摘するのは、北九州市内の病院に勤務する作業療法士Nさんと理学療法士Yさんの2人だ。



「維持期のリハビリも欠かせない」と指摘する現場関係者は多く存在する(福岡県内の病院)

リハビリの“段階”として、国は**急性期・回復期・維持期**の3つに分けているが、2006年の「改定」で、急性期と回復期、いわゆる“改善が見込める場合”には医療保険を適用し、そうでない**維持期**については介護保険の給付と位置づけた。また、「再改定」では、医療保険と介護保険を併用してリハビリを行うことにも制限が設けられた。

「改善”しないと、医療でリハビリができなくなった。**維持期**では医療保険が認められなく

なった。しかし、リハビリを休むことで機能が低下する方がいる。リハビリをしているからこそ、体の機能や状態を維持できる。増悪した場合には、リハビリを再開できるが、患者さんが悪くなるのを待てというのだろうか」。Nさんは、現場では患者よりも制度にどう対応するかで苦慮していることも含め、現状のリハビリの在り方に疑問を隠さない。

また、Yさんは、制度の「改定」がもたらした1つの悲劇に胸を痛める。「同じ市内の別の病院で脳血管障害のリハビリを受けていた患者さんが、リハビリが打ち切られることを悲観して自ら命を絶たれたという話を、通院中の患者さんから伺った。行き場がなくなると感じたのだと思う。医療制度の変更が人の命を奪うとは…。それを知った時のショックは今も忘れない」。それだけに、なおさらリハビリを提供しにくくなっている[制度の現状](#)に危機感を募らせている。

● 医療経営も打撃

「再改定」では、リハビリの実施日数によって診療報酬の点数を引き下げる「逓減制」が導入された。除外規定の疾患に対しては、日数の上限を超えてリハビリを提供できるが、医療費の総枠は変えないという国の姿勢から、医療機関にとっては「改定」時に定められた日数よりも早い段階から、昨年よりも低い診療報酬でリハビリを提供しなければならなくなり、医療機関の経営に少なからぬ影響を受けている。

この「逓減制」の影響について、福岡県内のある法人が減収額を算定。今年4月の「再改定」から7月までの実績で、1カ月平均123万円余に上る病院を最高に、法人全体（4病院）では1カ月当たり平均250万円余の減収となり、このまま推移すれば年間3,000万円余の大幅な減収になることが分かった（表を参照）。

	病院名	4月	5月	6月	7月
リハ総収益(円)	A病院	32,958,250	39,006,950	40,783,750	38,868,700
	B病院	14,581,200	19,010,100	20,489,100	20,943,950
	C病院	7,084,000	7,353,250	7,087,350	6,947,900
	D病院	2,007,275	2,199,975	2,342,225	2,041,175
	合計	56,630,725	67,570,275	70,702,425	68,801,725
逓減による減収額(円)	A病院	432,700	541,600	396,700	1,371,000
	B病院	942,100	1,394,700	1,371,600	3,708,400
	C病院	763,600	718,100	818,900	2,300,600
	D病院	59,550	83,700	77,250	220,500
	合計	2,197,950	2,738,100	2,664,450	7,600,500

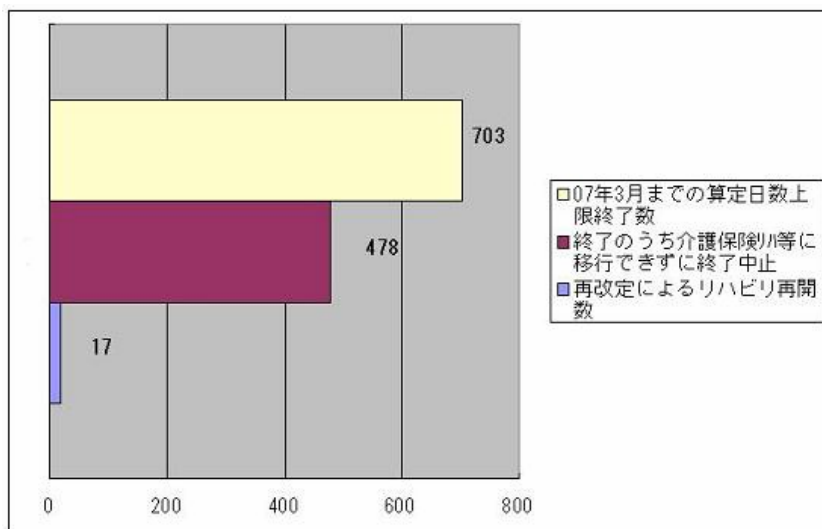
また、福岡県大牟田市にあり、リハビリ医療に力を入れるM病院は、「再改定」による「逓減制」の影響で2007年度第1四半期（4～6月）は約300万円（4.9%減）の減収。同じ法人の病院でも、昨年4月のリハビリ「改定」による診療報酬点数は1702万8750点（1点は10円）だったが、今年4月の「再改定」によって、点数が昨年比2.4%マイナスの1661万4670点に減少。2007年度第1四半期の収益は400万円以上の減収となっている。

このような経営実態を踏まえ、M病院の理学療法士・Uさんは指摘する。「点数減（単価の減収）で、病院経営の視点から『再改定』によって厳しい状況になると予想された。結果的に患者のリハビリの早期終了・転院・転所を招き、リハビリの成果が期待できるにもかかわらず、リハビリ受療の縮小または中断となり、全国で新たな“リハビリ難民”（「逓減制」が生み出す難民）の発生につながっているのではないか」。

また、同病院長の Y さんは今春、厚生労働省との交渉で担当者が話した言葉に憤りを隠さない。「『生きがいリハの方（生きがいでリハビリをやっている人）もおられるでしょうから（日数制限や逡減制は仕方ない）』という発言があった。しかし、私たちは患者さんとともに必要だからこそリハビリをやっている。あえて言うと、リハビリによって、その人が生きていられるのなら、それでいいのではないか。なぜ、リハビリを生きがいにしてはいけないのか」。

● 「何ら改善されず」

「再改定」は、患者や医療機関にどのような影響を与え、実際に患者救済策として意味があったのか。これを検証する目的で、青森県保険医協会は、今年5月～6月にかけて同県内の全病院・医療機関を対象にアンケートを実施している。



算定日数上限によるリハ終了数と再開数(青森県保険医協会提供)

調査結果によると、4疾患別リハビリを受けながら、昨年4月から今年3月の間に日数制限を迎えリハビリを終了した患者は703人。この中で介護保険への移行等もできないままリハビリが中止・終了となった患者は478人に達し、多くの例でリハビリが中断されていることが分かった。

「再改定」でリハビリを再開できた患者は17人に止まり、「再改定」の“恩恵”を受けた患者が極めて少数に限られていることも浮き彫りになっている。

加えて、「再改定」で医療保険と介護保険の併用によるリハビリに制限が設けられたことに伴い、新たに医療リハビリを受けられなくなると考えられる患者数が97人に上ったことも判明。同協会は「この数は『再改定』によって救済・再開された患者17人を大きく上回り、『再改定』は結果として救済というよりは医療リハビリの患者数を抑制する方向に促された内容だった」と批判している。

「再改定」では、症状の改善が見込めない日数制限を超えた患者に対し、介護保険の受け皿ができるまでの経過措置として「リハビリ医学管理料」が新設された。しかし、その算定推移を見ると、C病院では毎月増加。他の病院も増加傾向にあり、B病院では7月に一挙に60人に達している（表を参照）。

リハ医学管理料の 算定件数 (件)	A病院	0	0	6	7
	B病院	0	0	0	60
	C病院	47	61	76	90
	D病院	16	22	25	21
	合計	63	83	107	178

こうした状況を N さんは危惧する。

「リハ医学管理料が増えているということは、疾患別リハで継続できない人が増えていることだと思う…」。

(下) リハビリは全人的医療

● 医療費を左右するリハビリ

東京都内在住の 75 歳の男性は、慢性閉塞性肺疾患 (COPD) をわずらっている。これまでに、急性増悪によって何度も入院を繰り返した経緯がある。この男性の医療に関する病院の記録があるが、リハビリと医療費との関係を考える重要な指標となっている。

それは、リハビリを受けた 1 年と受けなかった 1 年とでは、総医療費に大きな差が出ていることだ。リハビリを受けた 1 年では、入院日数は 105 日で年間の診療報酬合計点数は 256,078 点。一方、受けなかった 1 年は、入院日数 146 日、年間の診療報酬合計点数は 432,527 点だった。双方を比較すると、リハビリを受けなかった 1 年が受けた 1 年よりも、入院日数では約 1.4 倍、診療報酬点数では約 1.7 倍にも上ったことが示されている。



男性の医療記録。リハビリを受けなかった1年の方が受けた1年より、入院日数は長く、医療費も高くなっている。

この記録を見ると、「急性期と回復期のリハビリは医療保険で、維持期のリハビリは介護保険で」という国の施策が妥当なのかという疑問が生じる。国は今年のリハビリ制度「再改定」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」に限り、日数制限の除外対象疾患として、リハビリの継続に道を開いた。いわゆる急性期や回復期を指す「状態の改善が期待できる」ことをリハビリの前提としたが、維持期は“状態の改善が期待できないから”リハビリは無駄なのかという問題だ。 **現場では、維持期のリハビリの効果を重視する関係者は多い。**

● 維持期リハビリでむしろ医療費減に

「リハビリは、自分の意思で良くなりたいという患者と、そのためにリハビリを提供する医師やスタッフとの間で成り立っている。にもかかわらず、国は制度の改定を通じ『効果のないリハビリ（維持期のリハビリ）には医療保険を適用しない』と明確に宣言した。こんなことは今までにはなかった」。

医療法人財団城南福祉医療協会・[大田病院](#)（東京都大田区）のリハビリテーション科医長の細田悟さんは、リハビリをめぐる国の姿勢を批判する。

「効果がないと、リハビリの意味はないのか？ 良くはならなくてもリハビリをやりたい、機能を維持して社会生活を送りたいという患者さんはたくさんいる。リハビリの打ち切りは、患者さんの生きる意思を奪うことを意味し、人としての尊厳の軽視に当たる。また、私たち専門医は『これ以上は良くなるしない』と患者さんに言うことが正しいのだろうか。現状の制度では、現場の生きがいも奪われてしまう」と、矛盾を抱えながら仕事をしなければならないジレンマも打ち明けた。

細田さんはリハビリをめぐる根本的な問題にも言及する。「良くなるからといってリハビリを維持しないと、状態は悪くなる。増悪して、またリハビリを再開するのは、医療コストはかえって高まる。国は目前のコストを減らすことにとらわれているが、実は総コストを増やしているのではないか」



医療現場から、リハビリの在り方を語る諏佐さん(左)、細田医師(中央)、高橋さん(右)＝大田病院

そして、こう強調する。「リハビリの在り方を見極めていくうえで、費用対効果、いわゆる医療経済の視点と、リハビリはどんな障害を持ってでも社会復帰・社会参加する全人的医療であるという視点、これらを整理して正しい答えを導くことが求められている。必要とする人がリハビリを受けられない制度では、決して『美しい国』などとは言えない。制度をつくる人たちには『自分が、その立場だったら、どうする』と問いたい」。

また、同病院のリハビリテーション科医長で理学療法士の高橋正史さんも「制度がころころ変わり、患者さんとの向き合い方も難しくなっている。リハビリ（の内容）は症状に対して決めるもの。せめて改定前に戻すよう再考すべきだ」と主張。医療事務の立場から患者の入退院に立ち会うことが多い諏佐史枝さんは「リハビリをきちんとやることで患者さんと家族の生活が楽になる。それをやらないと、患者・家族を切り離してしまうことになる」と危惧している。

● 希望を持って生きたい

NPO 法人（特定非営利活動法人）「全国脳卒中者友の会連合会」の常務理事などを務める石川敏一さん（横浜市泉区）は、23年前、40歳の時に脳出血に見舞われた。以来、左半身の片マヒで、右半身を鍛えて不自由な左半身をカバーしながら、日常生活を送っている。

石川さんは20年余に及ぶ自らの体験を踏まえ、現在のリハビリ制度について指摘する。「私たち患者は障害を負っても社会復帰・社会参加したいと思って頑張っている。脳卒中や脳梗塞は誰がなるか分からない。国民病とも言えるだけに、発症した時の適切な対応が欠かせない。国はリハビリを制限する『もうおしまい』宣告をして欲しくない」。

維持期のリハビリには医療保険を適用しないという国に対しては「これでは体が悪くなり、寝たきりに通じる。医療から手放して重度化させ、地域に放り出す。制度は一体なんのためにあるのか。改定・再改定しても根本は変わっていない。命を守る観点・意識が希薄と言わざるを得ない」。患者団体の立場から、このように強調する。

また、医療費が予算を圧迫しており、削減を進めなければならないとする国の態度に関しても「障害を負ったとしても、社会復帰して元気になって働いて税金を払う方がいい。私たちも担い手として生きていきたいのに、そうした意思が無視されている」と批判。「障害を負いながらも、医療のリハビリを受けて仲間と励まし合って頑張ってきたからこそ今がある。安心して、どこでも格差なしでリハビリを受けられる保障こそ、国は検討すべきだ」

石川さんたちには、リハビリ制度を充実させるとともに1つの夢がある。増える脳卒中患者に対して、障害者が障害者をカウンセリングするピアカウンセラーとして活動していくことだ。「私たちにも出来る仕事がある。ピアカウンセラーとして各地域でコミュニティーサロンを運営していきたい。これは障害者の社会復帰を通じた社会への還元にもつながる」。

最後に、石川さんはこう締めくくった。「リハビリは生きるためにある！」

(第1部 揺らぐ尊厳 検証:「リハビリ問題」)

(掲載を許可していただきましたキャリアブレイン・山田利和様に感謝申し上げます。)

リハビリテーションの定義

<http://www5b.biglobe.ne.jp/~polio/archive/2007-09-20rehab.pdf>



リハビリテーションはRe(もう一度)habilis(適する、快適に住まう)というラテン語から来ている。文字通り、人間に適した生活を取り戻すことを意味する。中世のヨーロッパでは法王庁から破門された人間が、再び破門を解かれて、キリスト教徒として復権すること(全人的復権)を指した。

医学用語となっても、リハビリは単なる機能回復訓練のみであってはいけない。障害を持った個人の、人間としてふさわしい生き方を回復すること、すなわち社会復帰を含めた、人間の尊厳の回復が目的である。全人的復権というのはこの意味で正しい。

(東京大学名誉教授 多田 富雄 リハビリ診療報酬を考える会代表)



リハビリの重要性を語る石川さん(横浜市泉区)