

民主党 厚生労働部会 殿

2007年12月13日

リハビリ診療報酬改定を考える会（「考える会」）

全国保険医団体連合会

「リハビリ日数制限撤廃」を正式のテーマとして取上げることへのお願い

この度は、現在緊急の問題となっております「リハビリ日数制限撤廃」に関しまして、内容の説明をする機会を与えていただきましたことに感謝申し上げます。

7月の参院選時、日本障害者協議会（JD）の質問状に対しまして、民主党他各野党は「リハビリ日数制限」に反対の回答をしました。しかし、参院選以降、民主党も具体的な対応をしておらず、民主党の基本方針、マニフェスト、重点政策50にも取り上げられておりません。共産党、社民党は、民主党が「リハビリ日数制限撤廃」を提案すれば協力するとしており、民主党が決断すれば参議院では通るものと考えられます。

1. 本件は、厚生労働省の「医療費改定」ですから行政であり、立法とは違うという助言もいただきましたので、この点を明確にしたいと思います。これまで医療費改定は行政にかかわる事項として厚労省で勝手に決定され、国会では、実施後問題が起こるまで議論される機会がなかったこととなります。この状況では、省令が実施される前に、立法府が厚労省の決定をチェックできません。普通の改定は行政府内で実施するのが当然であろうと思いますが、「リハビリ日数制限」は、国民皆保険制度の実質的な変更及び医療保険から介護保険への移行を含み、行政府の実施する診療報酬改定の範囲を超えるものです。つまり「リハビリ日数制限」は、単なる医療費改定を超えた、日本の健康保健制度の大きな変更でありますから、十分な時間をかけて立法府で議論・決定されるべきものです。民主党にはこの視点から取り上げて欲しいと思います。
2. 医療保険と介護保険は似ていますがまったく別の制度です。介護サービスを受けるには介護度の認定が必要になります。介護度の認定は「介護の必要性」によって判定され、医療保険によるリハビリの必要性とは全く違う基準となっています。医療は「現物給付」ですが、介護保険は「給付額限定型の現金給付」制度であります。介護保険では1か月の支給限度額が介護度によって決められ、限度額以上は全額自費負担となります。後期高齢者医療制度でも、終末期医療を医療保険から介護保険へと強引に誘導しようとしているのが分かります。
3. また、「リハビリ日数制限」そのものが医療費の削減になっているかも問題です。状態の改善に効果がないとしてリハビリを維持しないと、増悪して、またリハビリを再開するのでは、医療費はむしろ高くなることもあり得ます。目先の費用を減らすことに捉われているが、実際には総費用を増やしているという意見もあります。その点でも、「リハビリ日数制限撤廃」の提案は、予算が必要となる法案の提出とは異なるものです。

疾患別リハビリテーション(改定資料)

1 2006年4月改定で、算定日数を超えた場合は、保険給付が制限されました。

(1) 2006年4月改定のポイント

- ① 原則として発症から最大180日までに保険給付が制限されました。
- ② 厚生労働大臣が定める患者で、状態の改善が期待できると医学的に判断される場合は、算定日数制限から除外されますが、可否判断は、治療が終わって保険請求をした上でないと確定しません。
- ③ 維持期リハビリについては、算定日数制限から除外されず保険給付外となり、寝たきりになってしまうケースや生活機能が低下し、命を落とす可能性が生じました。
- ④ その後、厚生労働省は、「維持期リハビリは介護保険給付で対応する」と説明しました。しかし、これでは、「介護保険のリハビリが受けられる場合でも、その内容が医療のリハビリテーションとは大きく異なるため、機能維持が図れない」、「介護保険給付の対象者でない患者や、近くに介護保険のリハビリがない地域の患者では、介護のリハビリすら受けられない」という事態を生み出します。

(2) 2006年4月改定リハビリテーション早見表

疾患別リハビリテーション<施設基準Ⅱの場合> (2006年4月1日～)		
リハビリの種類	診療報酬	算定日数上限
心大血管疾患	1000円(20分)	治療開始日から150日
脳血管疾患等	1000円(20分)	発症、手術、急性増悪から180日
運動器	800円(20分)	発症、手術、急性増悪から150日
呼吸器	800円(20分)	治療開始日から90日

下記のいずれかに該当し、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、算定日数上限から除外される。

①失語症、失認及び失行症、②高次脳機能障害、③重度の頸髄損傷、④頭部外傷及び多部位外傷、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患者



こうしたことから、2006年の診療報酬改定直後から「リハビリ診療報酬改定を考える会」を中心とする48万の署名に象徴されるような患者と医療担当者の共同した日数制限撤廃の運動が取り組まれ、2007年4月には、異例の再改定が行われました。



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） リハビリ打ち切り制度撤廃の署名活動

- 署名活動は、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）、事務局CRASEED（NPO法人リハビリテーション医療推進機構）にて実施されました。
- 署名期間は2006年5月14日午前10時・大阪梅田から開始され、全国に広がりました。署名の締め切りは、2006年6月24日までとされました。



- 当初の署名予定を5倍以上うわまわり、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CRASEED内で実施しました。）は壮絶なものになりました。



- 2006年6月30日午前11時、44万4022人の署名簿は厚生労働省に提出されました（丹羽雄哉 元厚生大臣紹介）。最終的には48万4000人以上になりました。



2 2007年4月改定では、真の改善にはならない**(1) 2007年4月改定のポイント**

2007年4月には、患者さんと医療関係者の粘り強い運動によって、再改定が行われました。再改定は、必要な医療を機械的に打ち切る日数制限の不備を認めさせたもので、大きな成果です。しかし、下記の通り、真の改善には至っておりません。

- ① 算定日数上限の除外対象が拡大されました。しかし、「障害児(者)リハビリテーション料の対象となる患者」と、「先天性又は進行性の神経・筋疾患」を除き、算定日数上限の除外対象は、「改善が見込まれる場合」だけに限定されています。
- ② 維持期リハビリテーションを評価する「リハビリテーション医学管理料」が新設されました。しかし、点数が非常に低く必要なリハビリテーションを提供できるものではなく、介護保険が対応するまでの当分の間の措置として実施されるとされています。
- ③ また、上記施策を「財政中立」のもとで行うため、算定日数上限期間内の点数について逡減させて引き下げました。これにより、算定日数上限期間内であっても、さらにリハビリテーションの実施が抑制されるようになってしまいました。

(2) 2007年4月改定リハビリテーション早見表

疾患別リハビリテーション<施設基準Ⅱの場合>(2007年4月1日～)		
リハビリの種類	診療報酬	算定日数上限
心大血管疾患	治療開始から120日まで 1000円(20分) 治療開始から121日以降 850円(20分)	治療開始日から150日
脳血管疾患等	治療開始から140日まで 1000円(20分) 治療開始から141日以降 850円(20分)	発症、手術、急性増悪から180日
運動器	治療開始から120日まで 800円(20分) 治療開始から121日以降 650円(20分)	発症、手術、急性増悪から150日
呼吸器	治療開始から80日まで 800円(20分) 治療開始から81日以降 650円(20分)	治療開始日から90日
(1) 改善の見込みがある場合に除外対象となる患者 ① 下記(2)を除く現行の疾患、②急性心筋梗塞、狭心性、慢性閉塞性肺疾患、③上記に準じて必要と認められる場合(算定日数上限到達以後、定期的にレセプトにリハビリテーションの実施状況、計画表を添付し、これまでの改善の具体的な状況を踏まえた継続の理由の記載を行う。)		
(2) 治療上有効と医学的に判断される場合に除外対象となる患者 ①障害児(者)リハビリテーション料の対象となる患者(加齢に伴う心身の変化による疾患に罹患するものを除く)、②先天性または進行性の神経・筋疾患		
リハビリテーション医学管理料<施設基準Ⅱの場合>(2007年4月1日～)		
疾患別リハビリテーション算定日数上限後に算定		
リハビリの種類	診療報酬	算定日数上限
心大血管疾患	月1回～月3回まで 2600円(1月につき) 月4回以上 5200円(1月につき)	なし
脳血管疾患等	月1回～月3回まで 2600円(1月につき) 月4回以上 5200円(1月につき)	なし
運動器	月1回～月3回まで 2200円(1月につき) 月4回以上 4400円(1月につき)	なし
呼吸器	月1回～月3回まで 2200円(1月につき) 月4回以上 4400円(1月につき)	なし

3 2008年診療報酬改定に向けて、どのような検討がされているか。

(1) 厚労省からの提案 (11月28日基本問題小委員会)

ア) 疾患別リハビリテーション

① 早期加算と逡減制について

平成18年度診療報酬改定において、発症後早期からのリハビリテーションの充実のため、1日に実施できる単位数の上限を緩和したが、今後さらに、脳卒中等における発症後早期のリハビリテーションの充実を図るため、より早期に実施したものについて評価することを検討してはどうか。

また、逡減制については、通常の改定期期ではない時期の改正であったため暫定的な対応として導入したものであるが、今回、逡減制については廃止し点数を一本化することを検討してはどうか。

② リハビリテーション医学管理料について

維持期の個別リハビリテーションについては、1回当たりの時間や内容が大きく変わるものではなく、リハビリテーションの実施頻度や単位数が急性期・回復期に比べて減少する。これを踏まえ、包括評価であるリハビリテーション医学管理料の仕組みを見直すことを検討してはどうか。具体的には、疾患別にリハビリテーション1単位当たりの点数を統一し、1月当たりに実施できる単位数を定めることとしてはどうか。

イ) 回復期リハビリテーション病棟について

① 回復期リハビリテーション病棟においては、日常生活機能が落ちた患者を一定以上受け入れ、機能回復を図っている点に着目し、病棟毎の質に応じた評価を行うことを検討してはどうか。具体的な評価としては以下の通りとしてはどうか。

- 1) 当該病棟から居宅等へ退院する患者が一定の割合以上いること
- 2) 重症な患者を受け入れていること
- 3) 重症な患者については退院時に日常生活機能が一定程度改善されていること

なお、質の評価に用いる指標は試行的なものであり、その妥当性等については検討を行いつつ導入するものとしてはどうか。

② 回復期リハビリテーション病棟での医師の専従要件については見直すことを検討してはどうか。

ウ) 集団コミュニケーション療法の新設

言語障害については、集団でコミュニケーション療法を実施した場合について評価することを検討してはどうか。

エ) 障害児(者)リハビリテーションについて

障害児(者)リハビリテーション料については、その特殊性や専門性を踏まえ、評価を充実することを検討してはどうか。

また、一定以上の障害児(者)を受け入れ、専門性の高いリハビリテーションを行っている施設については、施設基準等の見直しにより新たに対象とすることを検討してはどうか。

(2) 審議状況 (11月28日基本問題小委員会)

ア) 疾患別リハビリテーション

①早期加算をさらに評価、②逡減制を廃しし点数を一本化、③リハビリテーション医学管理料は疾患別に1単位当たりの点数を統一する、ことが事務局より提案された。

医療側からは「逡減制の廃止は賛成だが、低い点数で統一されたのでは困る。心大血管は治療開始日から、運動器は手術日からの算定になっているが、心臓手術では1週間前から呼吸のリハを練習するし、運動器ではギブスがあるのにリハはできない。算定開始日も

見直すべき」との意見が出された。事務局は「ギブスをはめたままではリハができないが、早期にリハを開始してほしい動機付けとして手術日とした」などと説明した。

イ) 回復期リハビリテーション病棟

①「日常生活機能指標」が退院時に一定程度改善されていること、②病棟から居宅等へ退院する患者が一定割合いること、などを評価すること、③回復期リハビリテーション病棟の医師の専従要件を見直すことが提案された。

医療側からは「大賛成。明日からでも始めて欲しい」とされた。

ウ) 言語障害に集団コミュニケーション療法の新設

異論は出されなかった。

エ) 障害児(者)リハビリテーション

①評価を充実させること、②施設基準を緩和し、新たな施設を対象とすること、が提案され、異論は出されなかった。

(3) 厚生労働省提案の問題点

ア) 疾患別リハビリテーション

逡減制の廃止は、要望が実ったものです。

しかし、早期リハ以外の上限単位数の規制は、実質的な点数の引き下げとなり、必要なリハビリテーションの提供を阻害することになります。

また、リハビリテーション医学管理料については、(Ⅱ)に統一し、月単位の点数から1単位あたりの点数とすることになると考えられますが、リハビリテーション医学管理料の問題(点数が非常に低く必要なリハビリテーションを提供できるものではない)は、かえって大きくなることが想像されます。

イ) 回復期リハビリテーション

- ① 障害別、療法別で、評価方法は様々であり、改善度合いを不公平なく評価することは極めて困難です。特に、言語聴覚療法が主たるリハビリとして入院している患者にとっては、その改善が評価されにくいです。
- ② 成果方式は、改善した患者さん＝よくできる患者さん、あまり改善しない患者さん＝できない患者さんと、点数を付けることになります。患者さんは、みな一生懸命頑張っています。「評価」は、患者さんに点数を付けるためのものではなく、次のリハビリプランを計画するためのものです。成果方式は、「評価」の目的を歪めます。
- ③ 順調な患者さんでは、急性期一般病棟→回復期リハビリ病棟→在宅という流れができてきているのに、選別が行われると軌道に乗れない患者さんが出てくる可能性があります。
- ④ 回復期リハビリテーションの報酬上の評価は決して高くありません。一方、障害によって「成果」を上げやすいものがあります。こうした状況で、成果報酬を導入した場合は、患者の選別につながりかねません。
- ⑤ リハビリテーションに対する制限日数導入により、先行して給付制限が設けられたリハビリで、また先行して「成果主義」が導入されようとしています。これが診療報酬全体に波及する危険性があります。

4 2008年診療報酬改定に対する保団連の要望

(1) リハビリテーション料の全般的事項

- ① リハビリテーション料の日数制限・逡減制を廃止し、個々の患者の必要性に応じてリハビリ医療が提供できるようにし、維持期リハビリについても、点数を減算することなく疾患別リハビリテーションの点数が医療保険で算定できるよう給付にすること。
- ② 除外対象患者に対する疾患別リハビリテーションを継続する際に、「改善の見込み」を明細書に記載することを求めているが、こうした記載をやめること。
- ③ 集団療法を評価する点数を新設（復活）すること。
- ④ 介護保険と医療保険の給付調整の通知をもとにもどし、必要に応じて医療保険のリハビリテーションと介護保険の通所介護等との併施ができるようにすること。
- ⑤ 疾患別診療報酬体系を見直し、理学療法・作業療法・言語聴覚療法等、実施するリハビリテーションの内容による体系に戻すこと。

要求理由：2006年改定では、疾患別リハビリテーションに日数制限が導入され、必要なリハビリテーションが受けられない事態が相次いだ。リハビリテーション日数制限撤廃を求める国民的な運動の中で中医協は、再改定を決定したが、「財政中立」のもとで行なわれたため、逡減制が導入され、この結果、多くの医療機関で再改定前より経営が悪化しており、このままでは必要なリハビリテーションの提供が困難になっている。国民に必要な医療を提供するための再改定であったはずなのに、再改定の結果は、そうはなっていない。「財政中立」を前提とするのではなく、必要な医療を提供するための財源を確保すべきである。患者さんの個別性と、それに対する医師の専門的判断に基づくリハビリの実施、継続が必要であり、これらは公的医療保険で給付すべきである。また、リハビリは理学療法・作業療法・言語療法等、施す内容により、診療報酬をつけるべきで、疾患別に診療報酬をつけるべきではない。

(2) 障害児（者）リハビリテーション料（H005）

障害児（者）リハビリテーション料の届出は、人員基準と施設基準を満たしていれば、どの医療機関でも届出ができるようにすること。算定対象も、肢体不自由児施設等の入所・通所者に限らないこと。

要求理由：届出ができる医療機関を「肢体不自由児施設及び重度障害児施設又は国立高度専門医療センター及び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医療機関に限られる」とし、これらの施設の入所者又は通所者が算定対象患者とする理由はまったくなく、障害児（者）リハビリテーションを必要とする患者がリハビリテーションを受けられるようにすべきである。

(3) 障害児（者）リハビリテーション料（H005）

回復期リハビリテーション料に対する成果方式の導入を行わず、リハビリテーション日数制限を撤廃させること。

要求理由：成果方式は、改善した患者さん＝よくできる患者さん、あまり改善しない患者さん＝できない患者さんと、点数を付けることになり、患者の選別につながりかねない。また、障害別、療法別で、評価方法は様々であり、改善度合いを不公平なく評価することは極めて困難である。

厚生労働大臣 舛添 要一 様

2007年9月10日
全国保険医団体連合会
病院・有床診対策部会
部長 斉藤 隆義

回復期リハビリテーションへの成果報酬導入に反対する要望書

前略 国民医療確保に対する貴台のご尽力に敬意を表します。

さて、一部マスコミで「2008年改定で、回復期リハビリテーション病棟入院料に成果方式を導入することを厚生労働省が目指している」と主旨の報道がされました。

成果方式とは、患者の入院時と退院時の状態を比べ、改善度合いの良好な患者がどれだけいるかで診療報酬に差をつけるというものであり、次に掲げるような大問題を引き起こすことが明らかです。

成果方式は、評価の目的を歪めるだけでなく、患者さんに点数をつけ、充分頑張っている患者さんを追い詰めるものであり、成果方式の導入に反対を表明するものです。

なお、リハビリテーションの効果をさらに高めるために、①学会において各疾病や年齢などを考慮した詳細なガイドラインの作成や、②ガイドラインに基づくクリニカル・パスの利用、③バリエーションについての考察など、多様な規模の医療機関でのリハビリの実施の可能性の拡大と質の向上を図ることが必要である。しかし、成果方式の導入は、こうした努力を台無しにしかねず、全く容認できない。

貴台におかれましては、次回改定において、成果方式の導入を行わず、リハビリテーション日数制限を撤廃させるよう、強く要望いたします。

- 一、障害別、療法別で、評価方法は様々であり、改善度合いを不公平なく評価することは極めて困難である。特に、言語聴覚療法が主たるリハビリとして入院している患者にとっては、その改善が評価されにくい。
- 二、成果方式は、改善した患者さん＝よくできる患者さん、あまり改善しない患者さん＝できない患者さんと、点数を付けることになる。患者さんは、みな一生懸命頑張っている。「評価」は患者さんに点数を付けるためのものではなく、次のリハビリプランを計画するためのものである。成果方式は、「評価」の目的を歪めることとなる。
- 三、順調な患者さんでは、急性期一般病棟→回復期リハビリ病棟→在宅という流れができてきているのに、選別が行われると軌道に乗れない患者さんが出てくる可能性がある。
- 四、回復期リハビリテーションの報酬上の評価は決して高くはない。一方、障害によって「成果」を上げやすいものがある。こうした状況で、成果報酬を導入した場合は、患者の選別につながりかねない。
- 五、リハビリテーションに対する制限日数導入により、先行して給付制限が設けられたリハビリで、また先行して「成果主義」が導入されようとしているが、これが診療報酬全体に波及する危険性がある。