

民主党 厚生労働部門・医療介護改革作業チーム合同会議

リハビリ日数制限についてヒアリング・メモ

1. 日時 2007年12月13日(木) 16:30~17:30 参議院議員会館第3会議室

2. 参加者

<民主党>

山田正彦(「次の内閣」ネクスト厚生労働大臣)、足立信也(医療介護改革作業チーム副主査)、山井和則(医療介護改革作業チーム座長代理)、鈴木寛、蓮舫(司会)、下田敦子、津田弥太郎、中村哲治、菊田真紀子、田名部匡代(敬称略)

<リハビリ診療報酬改定を考える会・保団連>

石川敏一(NPO法人全国脳卒中者友の会常務理事)、橋本裕子(NPO法人線維筋痛症友の会代表)、細見みゆ(東京高次脳機能障害協議会理事長)、矢野久喜(東京高次脳機能障害協議会理事)、東川悦子(NPO法人日本脳外傷友の会理事長、日本障害者協議会副代表)、小山万里子(ポリオの会代表)、関根奉允(ポリオの会会員)、中村寛二(青森県保険医協会事務局長)、久保佐世(京都府保険医協会事務局次長)、滝本博史(全国保険医団体連合会事務局次長)(敬称略)

3. ヒアリングの様態

3-1 疾患別リハビリテーションの問題点について説明

保団連より、疾患別リハビリテーションをめぐる状況と問題点について総論的に説明。青森県保険医協会と京都府保険医協会より、2007年4月のリハビリ再改定の影響についての調査を行ったところ、「2007年4月改定では救済できない」という結果が出たことを報告した。

3-1-1 疾患別リハビリテーションをめぐる状況と問題点

- ① 2006年4月改定では、
 - ア) 算定日数を超えた場合は、保険給付が制限されることとなった。
 - イ) 厚生労働大臣が定める患者は、除外できるが、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ない。
 - ウ) 維持期リハビリは、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ふケースや生活機能が低下し、命を落とす可能性が生じた。
 - エ) 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」と説明するが、「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ている。
- ② 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た。
- ③ 2007年4月改定では、真の解決にはならない。
 - ア) 算定日数上限の除外対象が拡大されたが、「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る。
 - イ) 維持期を評価する「リハビリテーション医学管理料」が新設されたが、点数が非常に低く、介護保険が対応するまでの当分の間の措置とされている。
 - ウ) 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た結果、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った。
- ④ 2008年4月改定に向けた論議と問題
 - ア) 逡減制を廃止して一本化することが提案されている。

→ 通減制の廃止は良いが、低い点数に一本化してはならない。

- イ) リハビリテーション医学管理料の（Ⅰ）と（Ⅱ）を統一し、月単位の点数から1単位あたりの点数として、月に実施する単位数に制限することが提案。

→ 低い点数、算定制限が強化されれば、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。

- ウ) 回復期リハビリテーション病棟で「成果方式」を導入しようとしている。

→ 成果方式は、「患者さんに点数をつけ、評価することとなり、患者の選別につながる」危険性があること。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」であり、導入すべきではない。

⑤ 2008年4月改定に対する全国保険医団体連合会の要望

リハビリテーション料の日数制限・通減制を廃止し、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。

3-1-2 2007年4月のリハビリ再改定の影響についての調査結果

① 調査客体

- ア) 青森県の調査は、2007年5月9日～6月30日まで、青森県内のすべての病院（96）に調査表を送付し、31病院（32%）から回答。2006年4月から2007年3月までに算定日数上限を迎え終了した患者は、703名。

- イ) 京都府の調査は、2007年5月9日～6月15日まで、京都府内のすべての病院（155）に調査表を送付し、64病院（41.3%）から回答。2006年4月から2007年3月までに算定日数上限を迎え終了した患者は、1124名。

② 介護保険への移行等もできず「中止」又は「終了」となった患者さんの割合

青森県では478名（68%）。京都府では901名（80.2%）。多くの例でリハビリが中断されていた。

③ 2007年4月のリハビリ再改定により、リハビリを再開した患者数

- ア) 青森県では17名。京都府では9名にとどまっている。

- イ) この原因は、介護保険のリハビリに移行した場合は、介護保険優先となるため、医療保険のリハビリを再開することができない構造になっているためである。

④ 新設された「リハビリテーション医学管理料」の算定

- ア) 青森県では84名（全リハビリ患者の0.6%）。京都府では177名（全リハビリ患者の2.4%）にとどまっている。

- イ) この原因は、点数が低いことや介護保険が対応するまでの当分の間の措置とされているためと考えられる。

⑤ 付調整通知（介護保険の「リハビリ」を受けている月は、医療保険でのリハビリは受けられない）によって、新たに疾患別リハビリテーションを受けられなくなったと考えられる患者数

- ア) 青森県では97名。京都府では101名もあった。

- イ) これは、リハビリ再改定によって救済・再開された患者数（青森17名、京都9名を大きく上回っており、2007年4月のリハビリ再改定が救済というよりはむしろ、疾患別リハビリの患者数を抑制する方向に促された改定であったといえる。

3-2 患者団体からの訴えとヒアリング

● 石川敏一（全国脳卒中者友の会常務理事）

最近になって、会に「リハビリするところがどこにもない」、「弱った」との電話相談が非常に多くなっている。維持期のリハビリについて、厚生労働省は「介護保険で面倒見る」と言っているが、デイサービスやデイケアの内容は、医療のリハビリとは比較にならない。全然違う

ものだ。また、介護保険では区分支給限度額の枠内で行わないといけないなど、様々な問題がある。介護に移行してやれということ自体が問題だ。リハビリは、終生継続しないと駄目で、放っておいては悪くなっていく。専門の理学療法士、作業療法士がいないとだめだ。脳卒中の場合は、算定日数上限が 180 日であるため、問題が出始めたのが遅いが、最近になって本当に問い合わせや悲鳴が沢山聞こえてきている。悠長なことは言ってもらえない。危機的状況だ。そんな声を聞かせて欲しいということなら、いくらでも紹介する。私達は、地域で生活したい。機能回復したい。そうあるべきなのに、厚生労働省の対応は、「貴方は寝たきりになりなさい」というものだ。

- **橋本裕子（線維筋痛症友の会代表）**

線維筋痛症は、あまり知られていない病気だが 200 万人が罹患しているといわれている。非常に多くの患者さんがいるが、リハビリについて救済の手がほとんど講じられていない。線維筋痛症は、慢性期の病気で完治しない。一生リハビリが必要である。厚生労働省は、急性期、回復期、維持期とわけているが、日数で制限されること自体が問題であり、除外規定では、救われぬ。また、40 歳未満の人で寝たきりになる人も多く、介護保険でも対応できないで中断するケースがある。回復の見込みが無い人は、切り捨てられるが、維持にはすごい努力が必要だ。国は、そこを評価していない。

- **民主党**

2 つの問題があると思っている。第 1 は 2,200 億円の毎年の社会保障費削減の指示がでているのでこういうことが出てくる。第 2 は、PT、OT、ST の有資格者が厚生労働省におらず、PT、OT、ST の政治連盟もなく、ロビー活動をしていない。厚生労働省にも意見を出していない。このため、現場の問題が反映されていない。コメディカルから意見を出すことが必要と思う。

- **東川悦子（日本脳外傷友の会理事長、日本障害者協議会副代表）**

高次機能障害は、改定で除外規定に入っているが、そもそも高次機能障害のリハビリをやっている医療機関が少ない。このことも問題である。

3-3 民主党への要請と、山田正彦・民主党次の内閣ネクスト厚生労働大臣 からの回答

- **リハビリ診療報酬改定を考える会より、下記について要請した。**

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」に反対の回答をしたが、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いない。各野党は、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る。「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あり、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る。民主党にはこの視点から取り上げて欲しい。「リハビリ日数制限」は、医療費の削減になっているかも問題である。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は、医療費はむしろ高くなることもあり得る。

- **山田正彦・民主党次の内閣ネクスト厚生労働大臣 からの回答**

民主党でシッコ（SiCKO）を上映して、小沢党首をはじめ 700 人ぐらいが見たが、ヨーロッパではリハビリを受けたい人は、希望する日数だけ受けられ、負担はゼロというシーンが出てきた。今日の皆さんの話を大変興味深く聞き、深刻さを受け止めている。マニフェストに取り入れたい。法律の問題で言えば、医療費の改善は政令事項に落としているが、政令事項を法律で決めることはできるので、具体的にそういうものを含めて検討したい。民主党では現在、医療費のあり方、窓口負担、お医者さんの不足の問題について、それぞれチームにわかれて論議している。それがまとまれば大幅な改善である。社会保障は、民主党にとって、大きな分野であると考えている。皆さんの努力が、無駄にならないようにしたい。 （以上）