

## 続々「リハビリテーション医療の打ち切り制度撤廃運動」の経過報告

### 1. はじめに

前号の「ポリオの会ニュース」(2007年第1号、第43号、2007/1/30発行)では、2006年10月26日、厚生労働省と衆議院第一議員会館に於いて全国保険医団体連合会(保団連)と共催した「リハビリの日数制限撤廃を求める集会」の詳細を報告しました。それから良いニュースとして、日本リハビリテーション医学会が、2006年11月14日の「診療報酬改定に関するアンケート調査の結果」に基づいて、

2006年11月21日、柳澤伯夫 厚生労働大臣に「平成18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」を提出し、“早急の見直しが必要である”と理事長名で要望したことも報告しました。しかしその間にも、リハビリ日数制限でリハビリを打ち切られる患者が全国的に続出していることが報告されています。2007年4月1日の診療報酬改定に関しましては別途報告いたします。

### 2. リハビリ日数制限で打ち切られた患者数の調査(保団連調査結果)

調査期間を2006年9月下旬～11月中旬とし、「脳血管疾患等リハⅠ」の届出をしている全国の医療施設1,454に調査票を送付し562の施設から回答があった(回収率:5～100%、平均39%)。リハビリ日数制限に該当し、リハビリが継続できない患者の数は全国で17,487人、その中で介護保険の対象にならない40歳以下の患者は366人であった。該当患者の数と回収率から総数を推計すると、全国でリハビリ日数制限に該当した患者の数は約4万5千人と推計された。(47都道府県のうち45都道府県の保険医協会が集計)。

脳血管疾患Ⅱや他の疾患(呼吸器、運動器、心大血管)リハビリについて全国的には調査していないが、青森県保険医協会の調査では脳血管疾患と運動器あわせて1,497人(平均回収率38.4%)が「リハビリ日数制限に該当」、富山県保険医協会の調査では脳血管疾患と運動器あわせて963人(平均回収率51.0%)、が「リハビリ打ち切り」となっている。4疾患全てについて調査した北海道保険医会の調査では、合わせて4,108人(平均回収率15.6%)が「リハビリの継続ができなくなる」としているが、これは、脳血管疾患等リハⅠ届出医療機関での中止者795人の約5倍である。

これらのデータから、保団連では、2006年9月末以降から20万人以上がリハビリの継続ができなくなっていると推定しています。

#### 患者の家族の例(考える会):

56歳の母の話です。54歳で脳梗塞を起こし、幸い命は助かりましたが四肢麻痺・言語障害の重度後遺症が残ってしまいました。倒れて2年が経ちましたが、寝たきりながらもリハビリを受けている時は少しずつ発声ができるようになったり、指1本自分では動かせないのに少し力が入る感覚を取り戻しつつありました。しかし、昨年9月でリハビリが打ち切られ、回復してきていた機能がまた失われてしまいました。障害はありますが、物事は理解できます。表情やコミュニケーションボードを使い人との意思の疎通はできないわけではありません。そのため、一日一度、リハビリの先生とのコミュニケーションが母の唯一の楽しみでした。それすら奪われてしまった母は、最近ではコミュニケーションをとることも疲れるらしく、一日中天井とにらめっこです。実際の患者達を目の当たりにしたら、リハビリ打ち切りなどできないはずだと思います。

### 3. 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）

#### 3-1 主催者挨拶：「リハビリ診療報酬改定を考える会」代表（東大名誉教授）多田 富雄 先生



皆さん、厚労省は患者の実情を無視したリハビリ打ち切りという非人間的な暴挙を強行し、48万人もの反対署名を握りつぶしました。本当にリハビリを必要としている何万という障害を背負った患者を見殺しにしたのです。日本という国は、いつからこんな冷酷な国になったのでしょうか。

この運動はリハビリ難民の命を守るためというだけでなく、この国の人権を守る運動に発展しました。それは、この改定によって次に挙げるような普遍的な弊害を生じたからです。まずリハビリ打ち切り改定によって生じた問題点をあげますと、

1. 生きるために必要なリハビリ医療が受けられなくなり、患者という人間の生存権まで侵害されたこと
2. 弱者の生きる希望を打ち砕いたこと
3. リハビリ医学の専門性が否定されたこと
4. 全人的医学を破壊し、医療を疾患別の細切れにしてしまったこと
5. 医師として守るべき医の倫理を危うくしたこと
6. 官僚主導の医療剥奪が強権的に行われたこと
7. 人にやさしい医学が失われ、市場原理が医療に持ち込まれたこと

などです。

だから、この闘争は私達だけの問題ではありません。日本人全体の問題となったのです。だからこそ短期間の間に48万人が賛同したのです。私は文筆活動でこれを広く世に訴え、さらに本に書き残してこの歴史上の汚点を告発します。官僚、政治家、学者などこの問題にかかわった人々の責任を実名で告発し、二度とこのような非人間的悲劇を繰り返さないように記録することに全力をあげています。厚労省は、こうした動きに対して狡猾な手段で抹殺を試み、この運動を弾圧しようとしています。あたかも彼らの施策が理にかなったもので、私たちの運動が不当でもあるかのように事実を歪曲した情報を故意に流して、かさにかかった通達を出すなど悪意に満ちた攻撃を繰り返しています。しかし、ほころんだ詭弁の穴はますます広がるばかりです。

最近厚労省は介護保険では対応できるものではないという私達の主張に今度は何と、短時間個別型の新しい介護リハビリをつくる計画があるという情報をメディアに故意に流して、あくまでこの打ち切りを強行しようとしています。制度の矛盾を反省することもなく、制度を見直すこともしないでこういう情報作戦をしかけているのです。介護保険に強制的に移行しようとするこの動きを警戒しなければなりません。やぶれた靴下のような制度はいくらつくろっても穴は大きくなるばかりです。人材の育成も含めて、施設が稼動するまで何年もかかるこんな不確実な情報は信用できません。

そんなものを待っている間にリハビリ難民は死んでしまいます。まず白紙撤回をして計画を練り直すというのが順序でしょう。まるで順序が逆です。それよりも、介護では医療の代わりにならないことをもう一度はつきり

と主張し続けましょう。既に繰り返し主張してきたところですが、もう一度事例を挙げて一般の人にも分かるように伝えましょう。厚生労働省が意図的に流したその場しのぎの情報に惑わされることなく、白紙撤回に向かって運

動を盛り上げましょう。これは弱者の人権を守る大事な戦いです。これを許したら私たちの人間性が破壊されます。この戦いは必ず勝ちます。私も命がけで戦います。白紙撤回まで頑張りましょう。

### 3-2 シンポジストからの発言（患者会、セラピスト、リハビリテーション医師）



今回の「市民の集い」には2カ月以上の準備が必要で、大竹進先生をはじめとした保団連の方々の大変な努力がありました。本当にありがとうございました。大竹先生がまとめられました文書「経過報告と論点整理」が発表されましたが、量の関係から申し訳ありませんが省かせていただきました（WEBに掲載いたします）。司会：大竹進先生（保団連理事）。

#### 1) 横浜市片マヒ協会事務局長 政時幸生さん



私は平成15年突然脳卒中となり左側の身体に障害が残りました。入院中に肺炎を併発し、7ヶ月後からリハビリを始めました。最初は座るのがやっとでしたが、3ヶ月後ぐらいからほんの少し歩くことが出来るようになりました。当時180日の日数制限があったら今の私はありません。寝たきりの状態になっていたでしょう。私と同じ脳卒中の仲間にも、

昨年の10月でリハビリが打ち切られて立ち上がれなくなったり、歩くのが困難になったりした人がたくさんいます。先ほどは坂上二郎さんのお話がありましたが、元巨人軍監督長嶋茂雄さんも3年のリハビリ後に公開の場に出てきて「勝つ、勝つ、勝つ」と言われたそうです。長いリハビリがなければこういう状態には復活できなかったはずです。私の場合も同じで日数制限がなかったおかげです。

（全国脳卒中者友の会連合会の石川敏一さんがシンポジストとして参加する予定でしたが、直前の8日に奥様が急逝され、政時幸生さんに代わりました。奥様のご冥福をお祈り申し上げます。）

#### 2) ポリオの会代表 小山万里子さん

時間が7-8分程度に限られておりましたので、小山さんは各テーマの概要を報告しました。ここでは、会員の皆様への報告・連絡を

兼ねまして当日用意した全文を掲載することにしました。最後に資料として添付しましたのでご参照下さい。

#### 3) むさしの共立診療所理学療法士 菅原芳紀さん

私は20年訪問リハビリ、通所リハビリに携

わってきた理学療法士です。その経験と現場

の立場から所見を述べさせていただきます。



厚労省は、医療保険から介護保険へ移行すればよいというような安易な発想を出してきましたが、現実問題として、我々理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)のようなセラピストが十分に配置された施設が全国にあるのかといたら甚だ疑問です。通所リハビリでは、個別リハビリと違って1人の方に20分リハビリをすることになっています。通所介護では、いわゆるデイサービスでは、セラピストの配置自体が殆ど望めないのが全国的な実情です。そういった受け皿のない実体の中で、やはりこの日数制限というものは非常に問題であると考えます。また回復期を過ぎたいわゆる維持期といわれる人たちにも機能改善が実際に望めるというのは、我々現場

の人間にとっては至極当然のことです。さらに高齢者であれば、機能維持をすることも重要なリハビリの目的になっていると思います。このあたりが、今回の日数制限で全く理解されていないと思います。現在私どもの診療所では、2年ほど前から個別リハを中心として通所リハ、デイケアを始めております。現在の制度においては、個別のリハビリを受ける場をつくるという意味では有意義な通所リハになっていると思っておりますが、一般的にどうかと言うと、普通のクリニックや診療所レベルで理学療法士や作業療法士が複数いて個別リハビリを主体的に実施できるという施設自体が殆どないというのが現実です。また、今回新しく厚生労働省が出しているような、短時間の通所リハというようなものは、全て受け皿がない中で出しているだけであって、実態が何ら伴っていない。殆ど受け皿自体が社会にない、こういった状態で回復期あるいは維持期のリハビリを切り捨てるというこの制度はほんとに問題だと思います。今日は、この集いの趣旨に賛同する立場で意見を述べさせていただきました。

#### 4) 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 「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」



私がこの場に立たせていただいておりますのは、PTの協会が今回の問題が起こった時に、もしくはこの兆候は2年、3年前に既にあったわけですがけれども、私はそれを気がついた

時に協会に何とかしよう、何とかできないのかと言っていたのですがこういう状態になりました。多田先生が批判されるような協会の行動でしかなかったと私は認識しております。そういう協会に対する自分の歯痒さというのも考えながらも、協会に入って変えてゆく、という立場で現在努力しているところです。私の立場は大学の教員ですが、病院から老健(老人保健施設)まで持っている現場の施設のリハ部長と急性期の病院のリハ部長を兼任して、現場を指導する立場であるので、こういう患者さんの困るという状態は部下から

散々聞きますし、私もその場で接して実際に感じています。その中で、我々はどうか対応しているか、そういう部分をこの話の中で触れられればと思っています。

▶ これまで、何度も議論されていますので省略しますが、疾患別となったのは今回が初めてなのです。私が今まで習ってきた、リハビリ医学は障害学であるというのが根底から覆されることを許容してしまった。当然、四肢マヒ・片麻痺>単肢障害、単肢：膝上障害>単肢：膝、高齢者・生活習慣病服障害>若年者・合併症無し障害となり、その上に色々な疾患が重なってきてより複雑になってきます。こんなことはリハビリをやっている者にとっては当たり前のことです。リハビリ医学会の重鎮だった人達、厚労省の「高齢者リハビリテーション研究会」の委員などはこういう理念を誰もが理解しているはずだったのです。ところが、なぜこのように変容してしまったのか、疑問に感じています。

▶ 次に維持期における傷害予防、つまり人が生きてゆくためにはどうしなければならないかということの精査がきちんと実施されないままで、まず予算ありきで問題が決まってしまったことを挙げたいと思います。本来は、理念として国民の健康にとって何をしなければならないかがあって予算が決まるのが当然なのに、全く逆転してしまっている。国民の健康を預かるやり方とは到底いえません。

▶ 療養病床の再編

- リハビリ医療の本質未消化。廃用症候群の予防がリハビリ医療の第一義価値である。
- 急性期リハビリおよび短期集中リハビリの評価の反面、維持期リハビリの軽視化。
- 重度障害者の悪化防止の放棄→前理学療

法 2 レベル医療機関のリハビリ医療からの撤退→PT 待遇低下予測→PT はやめる。(連盟の立場で厚労省と話す機会があるが厚労省は全然理解していない。現場の実際を知らずにただ予算だけで実施し、問題が生じたらその時に考えるという大変乱暴な考え方をしているのが実情である。) →リハビリ医療の閉塞感 (PT の介護保険領域への移動、これが厚労省の狙いであろうがそのようにはならないであろう)。

▶ 日数制限の影響および対応の要点

- リハビリ制度が変わったことの影響→患者さんの不満が多く、その対応にリハスタッフは困惑→リハビリ軽視に PT はリハビリ医療界への閉塞感が充満。
- 厚労省が設けた除外規定でも継続できない患者さん達への対応：医療者のそういった患者さんへの対応→デイケア・デイサービスで個別リハが可能ないように新規開設もしくは新プログラム機能の追加・人員配置の変更 (非常にまれな例です)。私どもは老健も持っているし、人材もたくさんいるので可能であるが、全国的に見た場合こういう医療施設は少なく、せいぜい 10%程度であろう。ここまで準備をして介護保険移行を実施するのであればまだしも、対応ができる場所はまれである。
- 介護保険リハに移行した (または移行できなかった) 患者さん達の実態：私どもの病院では、リハビリを止めるわけにはゆかないので病院長の指示でそのまま続行→療養病棟では無料で実施もあります。実施時間回数では減少傾向があり、その影響は未調査ですが能力・機能低下するであろうと推測されます。

## 5) 東京大田病院リハビリテーション科医師 細田 悟さん

私はリハビリテーション科医師で、1990年大学を卒業して17年間医師の仕事をしてきました。その中から、先ほどから出ていました無駄なリハビリがあるのかという問題に答えませんが、現場の感覚では、ここにいらっしゃる方々は皆さん感じておられるように、そのような余裕は全くありません。むしろ、こういう制度が出来る前から、こちらが判断して、病院に来る必要がなくなった人にはそう話して診療はやめています。そうしないと、次の人がリハビリを受けられないわけです。大田病院は大田区内でリハビリに力をいれていますが、そういう状況なので、リハビリのキャパシティからして能力を超えており、無駄なリハビリをする余裕などまったくありません。ですから、優先順位をつけるために、医師としてのプロの目で見判断してやってきています。ですから、無駄なリハビリをやる余裕など現場にはありません。もしどこかの劣悪な病院でそういうまれな例があったとすると、それを理由に何時も厚生労働省は全部に攻撃を仕掛けてきます。

そもそもどうしてこういう日数制限という矛盾が起こったかということを考えねばなりません。戦後リハビリテーションの概念である「障害者が人間らしく生きる権利の回復、その全人的復権」が導入されましたが、40-50年にもなるのにもかかわらず、いまだに厚労省の官僚の考えの基本は、あくまでも機能訓練(ADL)としか理解されていないのです。そのため、リハビリテーション医学会でも戦っているのです。私もリハビリ医学会員なので弁明させていただきますが、心あるリハビリ医師・セラピストであれば、常に患者さん(障害者の人)に対して、その人がほんとうに社会参加されているのか、生きがいを感じて生活していらっしゃるのか、すなわち「全人的復権」(QOL)ということを

頭に入れて仕事をしています。ただ単に義務としての機能訓練だけになっている傾向がみえたら一時的に止めたりします。病院にくるよりも社会参加ができるようになるからです。常にそういう「全人的復権」(QOL)という事を頭に入れて診療しているのです。ところが、このような裁量を根底からなくするような制度ですと、仕事をしながら毎日わだかまりが残ります。ただ、一方では病院での事故の報道などが毎日あり、病院バッシングはメディアでは激しくなっています。そのため、この患者さんのリハビリは延長したらもっと良くなるのにとということと、大田病院が不正請求で追及されたらどうしようかという、そういうジレンマの間で毎日診療しているのが実情です。どうしてもっと自由にできないのか、どうしてもリハビリの理念を理解してくれないのかと考えます。



大田病院の実態を示す統計を少し示します。2005年度と2006年度の比較をしたものです。通院リハに関して、月当たり40人がこの6月から20人と半分に減少しています。たまたま大田病院は新築する関係もあって、介護保険の通所リハをつくることができましたが、月80件だったのが毎月増えてゆき2月には280件にまで増えました。病院内でリハビリをやることの意味は非常に大きいと言えます。それは医療保険であれ、介護保険であれあまり変わらない場合があるかもしれません。患者さんから実際に聞くと、デイサービスは不

安だと言います。看護師さんがいるかもわからず、どのようなスタッフかも分からず自分の具合が悪くなったらどうしてくれるのかと。デイサービスの人は救急車で運ぶから大丈夫といいますが、不安だといっています。病院の中にいるということが患者さんたちを安心させているのです。実際には病院が医療行為をすることは殆どありませんが。そのように環境が大事であるという事もあります。先程来、維持時リハがなぜ大事かという事で一つ忘れてはならないことは日本の住環境です。

### 3-3 フロアからの発言

#### 1) 兵庫医科大学 道免 和久教授 「リハビリに日数制限を設けた狙いに関して」

考える会の事務局とNPO法人CRASEEDの代表もやってきました。多田富雄先生と一緒に日数制限撤廃運動をやってきてもう直ぐ1年になります。それがこういう国民的な運動になってきたのは感慨深いものがありますが、そのようなことを言っている時ではなく、こうしている時にも、リハビリ打ち切りによって機能が低下している患者さんが全国にたくさんいることを考えねばなりません。そういうことを考えますと、今すぐに白紙撤回してほしいという思いでいっぱいです。先程来、色々な除外規定、疑義解釈、介護保険での対応など、色々な施策が出ているように見えますけれども、リハビリ日数制限をした、その制限が間違っていたから色々出てきたと言っていることと同じことです。最初の算数の公式が間違っているのだと思います。公式が間違っているのですから何度計算し直しても答えは何時も間違いです。ですから、全部白紙にしてやり直すべきであると考えます。

今度の日数制限のような理不尽なことがどうしておきるのかということは、私も疑問なのですが、おそらくは米国の医療が優れているかのような幻想があるのではないかと思います。例えば、米国の脳卒中のリハビリは平

今日も車椅子の方がたくさんいらっしゃいますが、皆さんの家で車椅子だけで生活できる家を持っている人は何人いますか？ 病院の訓練室の歩行器で自立します、しかし、歩行器で生活できる家を持っている人が何人いますか？ 日本は住環境が非常に劣悪なのです。ですから、自宅に帰れば廃用症に低下してゆくのは明らかなのです。ですから、そこまで考えて社会全体を変えてゆくのがリハビリテーションの究極の課題なのです。

均50日ぐらいで打ち切りです。その後どんどん良くなることを彼らは知らないのだと思います。日本のリハビリはそのあと3ヶ月、6ヶ月、場合によっては1年以上やっておりました。私たちはそれにより改善するのを目の当たりにしてきましたので私たちの方がリハビリに関しては良く知っていると思います。ところが、米国では急性期のリハビリを1日3時間実施するとか、3時間できない人はリハビリの資格がないような風潮があり、そういう専門家もおります。しかし、急性期リハビリテーションを充実させたからといっても、慢性期のリハビリが必要なくなるという事は全くありません。どうしてこんなことになったのかは、なんとなくは分かるのですが、急性期と回復期の医療機関に有利になるのかもしれない。リハビリ日数制限に関しては、私たちは厚労省で反対意見を申し上げたのですが、先程発表されたような意味不明な返事しかこなかったことは非常に残念です。私たちの主張が間違いなのであれば堂々と反論すればよいのですが、多分反論できないのだと思います。何とか白紙撤回を目指したいと思います。

## 2) 森本さん（東京で歯科医院を開業）

患者さんのリハビリ日数制限が患者さんの社会復帰を奪うということを、本日この場で歯科医師として改めて理解いたしました。リハビリ日数制限は私ども歯科の立場からも許されないことだとおもいます。実は私は歯科の訪問診療に積極的に取り組んでおり、リハビリの重要性は理解していると考えております。先程はパネリストの政時さんの肺炎に罹ったという話がありましたが、脳卒中で倒れた時に十分な口腔ケアをしていたら肺炎にならずにすんだのではと思います。歯科の分野でも、このリハビリ制限と同様な制度が導入されようとしています。つまり、歯周病を医療保険からはずして自費診療、または混合診療にするという事です。歯周病は、治療が終

わったあとのメンテナンスをきちんと行い食べる機能を回復する、歯を失わないようにするという事なのです。このメンテナンスは本日のテーマであるリハビリと共通する部分があるのではないかと思います。この歯周病も維持期になったなら患者さんの自己責任であるので医療保険からはずすという動きが出てきております。具体的には歯周病のメンテナンスを最高 180 日にするとか递减性にするとかの導入が考えられています。昨年 10 月からは児童の混合診療も始まっているので、歯周病が医療保険から除かれれば国民皆保険は歯科でも崩壊する危機にあります。歯科はマスコミにも報道されませんが大事な時期にきていることをご理解いただきたいと思います。

### 3-4 来賓議員発言

#### 1) 社会民主党 阿部知子衆議院議員（小児科医師）無駄なリハビリが本当にあったのだろうか

多田先生は昔の恩師ですが、当時はあまり授業を受けておらず、最近になってあらためて、相変わらず頑張っておられる姿を見てほんとうに敬服しております。さて本題にはありますが、無駄なリハビリなどという言い方がそもそも本末転倒で、私が先程指摘しましたが介護リハとか、医療リハとかこれなど勝手につくられたものです。介護リハと医療リハとリハビリにも 2 種類あるような言い方、直るためのリハと支えるためのリハの区別などこれも嘘であると思います。どうしてかといいますと、医療の中でも直らない疾患に対しても色々な治療をしています。糖尿病にしても、多田先生も書いておられますが、糖尿病が真底なくなるわけではありません。ただ、治療をしなければどんどん死に向かう、あるいは ALS、呼吸器疾患です、筋肉がどんどん衰えていって呼吸が困難になるので人工呼吸器を使います。でも、人工呼吸器を付けても元々の病気が治るわけではありません。でも

その人が生きてゆくために必要なものです。リハビリということも同じであると思います。生きてゆくために必要なのですから無駄などあるはずはありません。



そしてもう一点付け加えさせていただきたいのは、どうしてか、リハビリテーションという治療がなにか最近非常に貶められています。このリハビリ日数制限にともなっています。リハビリというのは個人が変わることをせまるものではありません。例えば、関節が何度曲がるのが何度まで曲がるようになった、このようなことだけではありません。その人が、

QOL という言葉を使いますが、自分と環境との間にあることを変化させてゆくためのトータルなサポートです。その人の症状が例え同じでも、その人の動ける範囲、かかわる相手との関係が変わってくればそれで十分なのだと思います。ちょうど国会で障害者の自立支援法というとんでもない法律ができました。自立阻害法ともいわれています。障害者は日常の食事、生活など全てに費用がかかる。その費用を減らさねばならない、簡単に言えば

そういう法律です。この法律とペアになったのが、このリハビリの日数制限です。直らないと考えられる人には費用をかけない、死んでもかまわない。言葉が乱暴ですがほんとうにそういうものです。だから、逆に言いますとこの制度は変えることが可能です。市民の運動によって変えてゆかなければならないと考えます。多田先生が先鞭をつけてくれた道、今日の皆様のお集まりに役立てるよう他の議員と一緒に頑張ります。

## 2) 日本共産党 小池晃参議院議員 (内科医師)

### 介護保険のリハビリを充実させれば日数制限はあってもよいのか



私も病院で医師として働いた経験をもっています。今のご質問で、介護保険のリハビリを充実させれば日数制限はあってもよいのか、ということですが、答えははっきりしておりましてそれではダメです。何よりも介護保険の対象とならない方がいらっしやいます。介護保険のリハビリを充実させればと言いますが現実にはまったくその受け皿はできておりません。私も国会でしつもんしましたが、例えば政府が受け皿として考えている、訪問リハ、通所リハに関し、東京の品川区は人口は30万人ですが、去年の秋の時点で通所リハ1ヶ所、訪問リハはありませんでした。文京区も通所リハ2箇所、訪問リハ1ヶ所。こういう実態なのです。ですから、介護で診るといっても現実にはほとんどない。しかも短時間個別リハと言っているのは再来年以上先の話ですから、現時点では受け皿にはなりようが

ありません。しかも多くの方は、高血圧や糖尿病を始めとして医療のケアを同時に必要としているわけですから病院で通院をしながらリハビリを受けるのが一番合理的であって、わざわざ病院から引き離す合理性は全くないと言えます。私は、介護のリハを充実させることは大事だと思っています。これは徹底的にやるべきです。しかし、それを選ぶのは利用者であって、または医師であって個別に患者さんの状況に応じて選べば良いのだと思います。

この問題の最大の問題点は、上限日数を限定したということにもありますが、100人いれば100通りある治療法を、心大血管疾患リハビリ、脳血管疾患等リハビリ、運動器リハビリ、呼吸器リハビリと4つに分けてその鑄型に全部集めてしまった、これが最大の問題であると私は思っています。なぜ厚労省がこういうやり方に固執をしているのか。実は、厚労省はこれを突破口にして日本の医療全体にこういう仕組みを広げたいという考えを持っています。例えば胃がんであれば何日間の治療、決まった治療報酬、胃潰瘍であれば何日、このように個別性を無視して鑄型にはめ込んで決めてしまう、そういう狙いを持っています。この方向に持ってゆく突破口として

このリハビリ日数制限を考えているのではないかと考えています。しかし私は、厚労省の誤算とは、最も個別性が重視され、最も人間的な営みが行われるべき、今も現実におこなわれているリハビリテーションという場にまず最初に持ち込んだ。ここにかれらの最大の誤算があったと思います。これだけの運動が広がることを厚労省は予期していなかった。この問題は、真に超党派で色々な意見の違い

### 3) 民主党 鈴木寛参議院議員

私は民主党の医療改革チームの副座長をしております。実は私の父が脳出血で倒れリハビリをしておりました。私の後援会長も脳出血で倒れリハビリをしておられます。後援会長は先月2回目の出血がありました。私を支えてくれるこの2人がこの問題に直面しているわけです。そういう意味では今日は患者の家族という立場でも参加していることとなります。多田先生を始めこの運動に携わってきてくれる皆様方に、ほんとうに敬意を表したいと思います。先程、阿部先生、小池先生は医師ですからプロの観点からお話がありましたが、私は障害者の自立支援のNPOのお手伝いをしてきていますが、現政府の厚生労働省のものの考え方の基本がおかしいのだと思います。私の父のリハビリを見てきましたが、診てくれる先生との信頼関係が一日一日深まってゆきます。この信頼関係は家族よりも深くなっていく、まさにこのリハビリは機能回復のリハビリをやっているのではなく、一度どん底まで落ちた状態から先生方のチームのおかげで生きる意欲を取り戻し、一日一日信頼関係ができてくる、このことがすばらしいことだと私は考えます。ですから、介護に行けば180日間つちかかってきた人間関係は破壊されてしまいます。まさに、人間は機械と同じように扱う考え方であります。本日は党派を超えてお話をしておりますが、日本の政治か

を超えて、これだけの問題が起こっているわけですからとにかく今止める、緊急停止スイッチを押してでも今のやり方を止めさせる、どうすればよいかはそれから考えればよい。とにかく、人の命を奪い、人間の生きる尊厳を奪い、再チャレンジ、再チャレンジといたしながら、一番の再チャレンジであるこのやり方をまずやめることが第一だと思います。党派を超えてそのために頑張りたいと思います。

ら人間の尊厳というものを取り戻す意義ある集いだと思います。



私は昨年難病指定のパーキンソン病と潰瘍性大腸炎の問題をとりあげましたが、ほんらいであれば即刻やるべきであるのに、単に医療財政のうえから削減するという観点しかないのです。ここで、皆さんご存知のことだと思いますが、確認をさせていただきたいのは、日本はGDPの1.3%しか医療費に対して税金を投入していないのです。あの米国ですら、GDPの4.7%の税金を医療現場に投入しています。日本の医療費がドイツ、フランスに比較して少ないのは皆さんご存知だとおもいますが、医療分野にはもっと税金を投入すべきなのであるということをここで確認したいと思います。そのために皆さんは額に汗して働いているわけです。この税金をコンクリートから医療に使うために皆さんと一緒に頑張りたいと思います。

### 3-5 フロアからの発言（追加） 共同通信 田中たか子記者

今医療記事担当で、このリハビリ問題も昨年春からずっと取材してきました。その前に中医協でこのテーマがかかった時、私も含め多分多くの記者が余り問題意識を持っていなかったと思います。診療報酬改定が実施された後に、医療関係者や患者さんから色々声があがってきて、どうも大変な問題になりそうだとすることを初めて認識したしだいです。厚労省に聞いても、皆様方が述べられたように、急性期のリハに力をいれている、そこにはお金を集中的に投入しているのだ、180日

#### 山田医師（福岡）

私達の病院では、リハ算定日数に関して調査をしましたのでそれを述べます。私たちの関連する病院で調査を実施しました。8月と9月のレセプトを元に調査をしました。リハビリを行っていた方が1083人おりました。入院が870人、外来が213人でした。リハビリ日数の上限にかかってしまった患者さんは入院が397人（46%）、外来が149人（70%）、合計しまして、546人（50%）になりました。これだけの患者さんがリハ日数上限にかかってしまいました。時間がないので、簡単に纏めますが、療養型では殆どの患者さんのリハビリを中止せざるを得なくなりました。私どもはこのことを前もって分かっていたので病院のスタッフ全員が勉強しまして、何とか続けられないかということでこの546人全員をあたりました。その中で、除外規定を適用して、309人（56%）が続けられるようになりました。残りの237人（44%）の人はどうなったかといいますと、もう一度症状を細かく聞きました。その結果病名を変更しまして（リセットです）83人（15%）の人が続けられるようになりました。問題なのは、154人（28%）の患者さんで、どうやっても中止せざるを得ませんでした。最初にリ

を越えたら介護保険でリハをやればよいという話でした。しかし、介護保険側では全く受け皿がなくうまくいっていないという事は皆さん良くご存知だと思います。

私が今取材しているなかで最も問題だと思っているのは、この改定をした時に医療課の幹部だった人達がもう殆ど残っていないという事です。こちらから取材しても、厚労省側が良く分からないのです。この問題で誰が責任を取るのかも分からなく、それが厚労省の問題であると思っています。

ハビリをしていた患者さんの15%にも当たるわけです。これは大変大きな数字です。この国が医療費抑制という名目でやってきたことの犠牲になった人達です。

それでは、この154人の患者さんはどうなったかです。時間が無いので1例をあげますが、私の知る80歳の女性の方です。症状は省略しますが、4月から運動器リハをやってきて10月で中止となりました。主治医はていねいに対応してきました。この患者を11月、12月と見てきましたが、結局歩行障害で憎悪しました。それで、2月28日（出かけにカルテを見てきました）運動器再リハビリを処方せざるを得なくなりました。悪くなってからです。こんな矛盾した法律はないと思います。皆さん、介護保険での同様な問題を思い出して下さい。介護保険の悪名高き「ベッドの貸しはがし」がいかにも現場の現状と乖離していたかです。そのため、厚労省の制度施行から実質5ヶ月で、厚労省も撤回せざるを得なくなりました。こんどは、このリハビリ日数制限撤回の番です。私たちが、全国にいる障害者の方たちと一緒に戦えば必ず撤回できると思います。

## <添付資料> 「ポリオとポストポリオ症候群の患者会」からの報告 小山万里子さん報告



### ● 除外疾患で救われると思っていました

このリハビリ日数制限問題が起きた当初、実は、ポリオ PPS 患者はリハビリをこれまでどおり受け続けられる、と思っていました。ポリオは神経筋疾患であり、リハビリを受けることで症状の悪化が防げるのだから、除外疾患になるだろうと。甘かったとしかいえません。

### ● 進行性の疾患は症状の改善はない

進行性の疾病患者は切り捨てられたということでしょうか。難病認定疾患の患者でもなく、介護保険の対象年齢に達していない患者はどうしたら良いのですか。(難病認定疾患と PPS などの未認定疾患を併発している人もいます。この人たちもリハを受けるのが困難になっています。難病未認定疾患への対処を求めれば、保険適用ではなくなります。配布資料のグラフ(ハルステッドより)にありますように、PPS 患者の症状は波のようにあがったり下がったりしながら悪化します。進行性です。厚労省の描いている経緯との違いを見てください。大体ポリオの麻痺が回復すれば奇跡です。夢です。私の 11 年前の診断書の病名はポリオ後遅発性進行性筋萎縮症というものでした。11 年前にはまったく普通に走ったりしていましたが、現在、ごらんのようにロフstrandです。本当は 2 本つきたいのですが、腕の負担などで 1 本にしています。症状の悪化のカーブを出来るだけなだらかなものになりたいというのが PPS 患者の共通の希望

です。10 年前に歩いていた人は、松葉杖になり車椅子になって、それから上肢の症状悪化で電動車いすを考えることになります。幸いに、<リハビリにより維持改善が充分見込まれる>、としてリハビリを何とか受け続けているのです。昨年 6 月厚労省に確かめたところ、「確かにポリオは神経疾患であるから除外対象だが、明らかな改善が認められるという診断書がない限りはリハビリの継続はできない」、という答えです。「悪化を防ぎ、現状を維持するというのは改善ではないでしょうか」と問うと、「明らかな改善が認められるというのでないと継続は認められない」との返事でした。

### ● 急性増悪で悪化したならリハビリをまた受けられるということの意味

厚労省の話では、急性増悪となればまた何ヶ月かリハを受けられます、ということでした。確かに、リハビリ打ち切りからどんどん悪化し、座っていることもできなくなって呼吸困難で救急車で入院した人は、急性増悪として 3 ヶ月リハを受けられました。しかし、悪化して生命の危険が出る状況でないとダメなのでしょうか。大体、症状が悪化したものを以前の状況に戻すのは非常に困難です。適切な医療リハビリを受け続けることで、進行を遅らせ、回復を図ることができます。ADL ばかりでなく、QOL も改善されます。日常生活が送れ、社会復帰、社会的な活動、就労もできます。患者側は、症状が悪くなっていくのが治まり、痛みが最悪の状態より軽くなり、激しい疲労感が薄れて動けるようになるなどすれば、大変改善されたと思うのですが、厚労省の見解では、悪くなる前の状態の維持だということなのです。

### ● 継続したリハビリが受けられない

患者も医療側も大変です。一つの病名でのリハ期限が来て、1 ヶ月おいてまた次の病名

でリハをやっていただくという例もあります。しかし、それは、1ヶ月休んでいる間の不調に加え、やはり違ったリハビリとならざるをえないので、継続したリハビリではありません。それでも、こうやって続けてくださる病院は大変ありがたいと思っています。

#### ● 障害者リハは、実際は受けられない

障害者であるから、障害児（者）リハが受けられるのではないかといわれるかもしれませんが、この受け入れ施設は全国でいくつあるのでしょうか。それに、障害児（者）療育センターは障害児の受け入れだけで手一杯で、成人の患者はよほど空きがない限り受け入れられないのが実情です。実際、受診を御願いしてもそのように断られています。施設卒業生が、自分の担当医が在任の間だけ何とか受診を続けられるというのが実情です。受診できない限り、医療リハビリは受けられません。そして、私たちポリオもそうですし、線維筋痛症などのほかの疾患の皆さんもそうだと思いますが、医師のきちんとした診断と指導の下、その疾病への理解と知識を持ったPT、OTによる適切なリハビリが受けられず間違った対応を受けると、症状は悪化します。これも実際によくあることなのです。

#### ● 介護保険の通所リハは本当に医療費の軽減になるのでしょうか

あるリハビリ医師からいただいたメールです。リハビリの打ち切りの現実が、徐々に患者さんにもクリニックにも重くのしかかり始めています。リハビリの意味が、まだまだ社会の多くの方々に理解されていないことも、政治家たちの発言から伺われます。ポリオの会の方たちも、いろいろな障害のハザマで取り残されてしまうことが危惧されます。介護保険対象でもなく、リハの範疇としても脳血管障害、運動器としても範疇外の部分があり、改めて障害を一律に区分することへの疑問も感じております。リハは確かに広い意味を持

っており、介護保険対象となるようなものもあると思います。しかし介護保険のリハの現実の貧しさ、バリエーションの少なさ、また対象とならない方たちも多いこと等、医療リハの方をすぐ介護保険に移行するなんて不可能です。第一、介護保険の手続きの煩雑さ、手続きのために2、3ヶ月かかってしまい、リハの必要な時期を逸してしまうことも問題です。医療保険で週1回、1単位(20分)のリハを行い、自宅での自主トレ指導をするだけでも維持することは出来るのです。一日の大半をデイケアで嫌々過ごしなが、訓練はほんの数分...。それでいて介護保険の方がずっと費用的にも嵩むのです。医療費削減のためでないといいつつも、実は介護保険でさらに税金を使うことになってしまうという矛盾を抱えるのです。治癒、改善が望めなくても、今の機能を維持することはとても重要です。長嶋監督が倒れて早3年近く、その間どんなにリハビリをしていらっしゃるか、そして今の機能を維持するのに自主トレだけではとても対応できないことは、皆知っていることです。

#### ● よりよい受診のために医療との連携を目指して努力しています

ポリオ患者の診察をしたことがないからわからないので障害者手帳の診断書は書けないという医師、脳性マヒと脊髄性小児麻痺（ポリオ）の区別がつかず、障害者手帳の病名を混同する障害福祉課窓口、患者数の少ない病の患者は、まず医療関係者に病の理解を求めるところから始めなければなりません。受診して、きちんとPPSと診断がつくまでに時間がかかります。それから始まるリハビリでは、もうあまり日数は残りません。幸いPPSへの理解は近年深まって、「臨床リハ」2月号の特集はポストポリオ症候群でした。その中で昭和大学水間先生は「PPSに対するリハビリテーション医療においては、障害の進行を出来るだけ予防することが治療の中心となり、適

切な運動療法は重要である。運動療法を行うにあたってはこのような背景も認識したうえで、適切な評価のもとに実施される必要がある。]と述べられています。進行予防は治療なのです。

#### ● 会員から寄せられた意見を紹介します

- ▶ 進行性の疾病というだけで、医療が受けられないというのは差別です。多くの PPS 患者が、納税をしながら、定年になるまでなんとか体の機能を保とうと努力しているのです。介護が必要なのではなく、現役を保ちたいのです。40 歳で PPS を発症して、1 本杖を 2 年、2 本杖を 2 年、長下肢装具を 2 年、車椅子になるというような経過の人もいます。
- ▶ 医療リハの方が、介護保険の通所リハより金額が安いというのは本当です。規模の小さいクリニックでは、医療リハだと、20 分 1000 円(規模が大きければ、2500 円)です。通所リハだと、制度の都合で、1 回 3 時間以下にはできなく、3800 円程度になるようです。時間当たりでは、当然介護保険の方が安いですが、患者が必要なのは、たとえ 1 回で 20 分でも、専門の PT の先生が一对一で行ってくれるリハビリです。脳血管リハ (Ⅰ) を算定する大病院と異なり、小規模リハ (Ⅱ) のクリニックでは、いつも同じ PT の先生ですので患者との信頼関係もでき、効果が見えるので張り合いが出ます。
- ▶ 手術後の肩のリハビリを受けていますが、下肢障害者の場合、日常生活でどうしても上肢に負担をかけざるを得ないため、回復が遅くなります。日数制限があれば回復途中で医療から見放されてしまうことになります。単に「肩の疾患だから何日」ということでなく、治療、リハビリを受けつつもやむなく患部に負担をかけざるを得ない場合もあることを知っていただきたい。私の場合はリウマチ患者ということで継続して

もらっていますが、本来日数超過状態です。

- ▶ 複数の患部のリハビリのため複数の医療機関にかかっていますが、どこの医療機関でも PT の人数が少ないと思います。週 1 回診てもらえることはめったになく、2 週間に 1 回、月 1 回という現状です。週 1 回でも体が以前に戻ってしまう感じです。患者としては回数を増やして欲しい。
- ▶ 多くの報道で、介護保険は 40 歳からとされていますが、ポリオや PPS の場合は、40 歳ではなく 65 歳からなのです。多くの PPS 患者は、40 代後半から 50 代にかけて発症しますので、介護保険の対象にならないのです。
- ▶ リハビリといいますが脳卒中が中心で、その回復期リハビリ (PT、OT、ST の指導のもとでマヒしたところを少しでも使えるように回復させる) がどうしても目立っていて、多くの人はこれがリハビリと考えている。これは ADL (日常生活動作) と言われ、目的は「動作」です。厚労省は、よく分かっているながら、上記のリハビリのようなものを医療保険で治療するリハビリであると誘導していると思います (情報を握っている所がそれを悪用する悪質な行為です)。それも医療保険が使える日数に制限を設けて、それ以上リハビリをしても ADL が改善しない人は打ち切りとしました。でも、リハビリはそれだけではありません。障害をもつ人の日常生活における精神的・身体的・社会的・文化的・知的な満足度を普通の人のレベルまで (障害は治りませんが) できるだけ近づけることもあります。QOL (人間として生きていく上での内容) と言われます。ですから、教育を受けることや趣味ができるようにすることなども当然入ります。例えば、一方の上肢が使えなくなった場合など、使える上肢で水彩画を習うなども含みます。これが本来のリハビリあ

り、障害者は遠慮し過ぎです。ポリオの会の会員の方もリハビリを受けたい人が多いはずです。

▶ 昨年12月に出た厚労省の通知「医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について」  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/dl/tp0314-1a06.pdf> の3ページ目の2の(2)では、「上記以外の者については、算定日数上限が設定されていない難病患者リハビリテーション料又は障害児(者)リハビリテーション料によるサービスのほか、介護保険における維持期のリハビリテーションへの円滑な移行を行う等、適切なサービスの提供を行うこと。」と通知が出ています。そこで、その「障害者(成人)リハビリテーション料によるサービス」を受けられる施設を、患者に紹介したいのだが、具体的にどこにあるのか? 全国にいくつあるのか、厚生労働省に問い合わせが出来ればなど思っております。しかし、この通知は読み返すたびに、体裁だけを整えているだけと分かります。1の(3)「医療保険においては、急性期及び回復期の状態に対応し、主として身体機能の早期改善を目指したリハビリテーションを行い、他方、介護保険においては、維持期の状態に対応し、主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指したリハビリテーションを行うものであること」。急性期のない疾病や、進行性の疾病は、健康保険では取り扱わないとの通知です。一方1の(5)には、「リハビリテーションの実施に当たっては、有意義な生活や人生の実現に向けた患者の視点からの目標を定め、訓練室中心のプログラムのみではなく、日常生活の活動向上訓練や、福祉用具の選択・使用方法の指導等、実生活に即したプログラムの実施が重要であること」。PPSで、杖、装具、車椅子などの必要

になった時に、急性期がないのでリハビリすら開始できないのに、どうやって指導をして下さるのでしょうか。

● **呼吸器リハについてご報告します。**

ポリオは呼吸筋、呼吸中枢を侵される疾患でもあります。鉄の肺、人工呼吸器はポリオ患者の治療のために開発されました。現在、PPSで呼吸器疾患の症状を抱えている人が多く、私どもは呼吸器患者団体の一つとしても活動しています。日本呼吸器疾患患者団体連合会は呼吸器学会のバックアップを受けている呼吸器患者団体の連合会ですが、2月15日の慢性呼吸器疾患対策推進議員連盟第1回勉強会での発言をお伝えする許可を得ております。当日の国会議員本人の出席者は中川秀直、坂口力、仙石由人、鴨下一郎、岡本充功、鈴木寛、富岡勉、古川元久(全て敬称略)、厚労省からは梅田珠美健康局疾病対策課課長、中谷祐貴子医政局経済課課長補佐、福田祐典保険局医療課企画官、佐方信夫保険局医療課主査でした。

▶ リハビリに関する部分(抜粋します)

- 呼吸リハビリにつきましても、重要であることが未だご理解いただけていないようなので、日数に限らず点数そのものも低い。
- 自分でリハビリを行って気分が悪くなったり、事故を起こしたりするケースがある。
- 専門的に指導する場を増やしてもらいたい。専門の指導を受けた後、在宅で行いその後の評価をしていただくことも肝心で、継続が望まれる。
- 呼吸リハビリを行うことで、合併症を減らし、入退院の回数を減らすことが出来る。寝たきりにならなければ介護認定も受けにくく、殆どが自宅に閉じこもっており、益々悪化させている。

(完)