

リハビリ日数制限撤廃運動の経過報告（2007年4月～2008年4月）

1. はじめに

「後期高齢者医療制度」が2008年4月1日から施行されました。この制度は2006年6月14日小泉内閣が公明党と一緒に強行採決で成立させた「医療制度改革関連法」の中の一つでした。しかし現役並みの所得がある70歳以上の窓口負担が3割に増えたことなどに比べ、後期高齢者医療制度創設は一般の注目を集めませんでした。「リハビリ日数制限」も含まれますが、基本にあるのは小泉内閣の「骨太の方針2006」の医療費適正化計画（2006年7月決定）です。忘れてしまいがちですが、2011年までの5年間で医療費を1.1兆円削減（年間2,200億円の削減）

することが打ち出されていることを覚えておいて下さい。

2008年度（平成20年度）もリハビリテーションに関して「診療報酬等の改定」がありました。2006年から3年連続で細かい点の変更がありましたが、「リハビリ日数制限」を撤廃させることはできませんでした。「リハビリ日数制限」が依然として残る限り成果はありませんでした。しかし、実際にリハビリを受ける場合のことを考慮いたしまして2007年度との変更点の概要も記しました。

2. リハビリ打ち切り制度の被害例

- 埼玉県、患者（2007年04月20日）：
去年の改正以降、しばらくは体も言葉も病院の外来リハを利用していましたが、しばらくして、体のリハは訪問リハへ、言葉のリハは外来通院としました。担当医師から「介護保険でリハビリできるものは、できるだけ介護保険を使用しましょう」とすすめられたからです。「もし訪問リハビリで不足面があればすぐにご相談して下さい」と言われ変更しました。平成19年4月1日からの改正で、「リハビリ終了」の説明がされました。私としては言葉のリハビリは続けていきたかったので、「では今後は介護保険を終了して医療保険だけでリハビリを受けたい」と言ったのですが、説明では、「介護保険を利用した日以降は医療保険は使えないのです」。患者が望んでも変更ができないそうです。変更するには「新しい病気になる」しかない。現在の介護保険では「言葉のリハビリ」提供は皆無です。言葉のリハビリは他の方よりも長くできていたはずなのに、くやしいです！
- 京都府、病院職員（2007年04月25日）：
一部の専門家は「介護保険につなぐという考え方は間違いではない」と主張。これは介護保険の実態を知らないままの主張です。障害者自立支援法も介護保険との統合が予定されていま

す。このように、介護保険にさまざまな機能を持たせようとしている点について、「専門家」がなぜ疑問を抱かないのか。改定通知は3月30日（金曜日）、実施は4月1日（日曜日）から。改定には周知期間を義務付ける必要もあると思われる。昨年の体系見直し・日数制限などの施策のほころびのたびに、通達などで修正して複雑な仕組みになってきています。いったん、日数制限などを白紙に戻して、あるべき姿を国会の場で論議する必要があるのではないのでしょうか。

- 千葉県、患者（2007年06月12日）：
運動器150日の制限により今月末に終了です。確かに関節可動域は正常域に入っていますが、リハビリ期間が「3日」空くだけで歩行に難が出ます。元に戻るには2-3年かかる旨を聞いています。厚労省の取り決めにより一律150日とあっては自費以外に道はないですし、また通っている病院では自費によるリハビリテーションは受けられません。介護保険は若い怪我人にはほとんど効果がありません。
- 東京都、患者の代行（2007年06月17日）：
脳性マヒとポリオ後症候群の患者。3月いっぱいリハビリ打ち切りのところを何とか3ヶ月延長してもらったが、それ以上は無理。6月

いっぱい打ち切りになる。維持に必要なリハは受けられると思っていたが。リハビリのおかげで自力で車椅子が動かせるようにまどなった。主治医も、車いす自力走行維持のためにリハビリを何とか続けたいと努力して下さるが、結果として継続は不可能である。

● 福岡、病院職員（2007年07月02日）：

今年度の改正にて、上限除外の対象疾患が増えました。改善が書ければという条件付きですが、一応継続が可能となりました。しかし、改善内容等を書いているのにもかかわらず、「過剰」「不必要」といった意味のわからない理由で査定されてかえってくる。これでは、提供したくてもできません。期限をこえた方たちへ、国は「提供できるようにしましたよ。あとは病院の判断です」と投げかけておいて、実際は審査で査定する。しかも審査の中身は説明なし。いったいどういった事情で「過剰」や「不必要」とみたのか、患者を見ていない役所に、どうして、上記のような判断ができるのか。個々人の状態や内容が異なるはずなのに、一律査定はどうしてなのか。今までもあったことだがここを明確にしてほしいと切に願う。

● 東京都、臨床医（2007年09月11日）：

リハビリを受けなければ機能を維持できない人が、週に1回のリハビリ（もちろん医療保険）を受けることで、他の日は社会活動ができていない場合を考えて下さい。このような人は決して少なくありません。今の制度では、この人は会社を辞めて、毎日介護保険施設に通所しなさいということになります。これが社会復帰なのでしょう。介護保険を受けずに、医療保険でリハビリ「治療」を行いながら、仕事を続けることを、社会復帰と普通は考えるはず。それとも『社会復帰』という言葉は、厚労省辞書には『介護保険の利権の拡大』と書いてあるのですか。通所リハ等の介護報酬を破綻限界値以上

に増額しなければ、介護施設とそこにおける『リハビリ』の充実はあり得ないと思います。私どもは介護保険の破綻を心配申し上げているのです。コムスン問題は介護保険制度の終わりの始まりではないでしょうか？維持期のリハビリを従来通り医療で実施するほど安上がりなことはありません。なのに、これを否定する理由は、『受診抑制』という狙いではないですか？はからずも病気になった一人の人間が、どうすれば質の高い医療を受けることができるか？それを知るためには、目線を低くして下さい。ある役人が私に質問しました。『リハビリ難民なんてどこにいるのですか？』。私は答えました。『あなたのような目線の人には見えないのではありません。』。難民、迫害を受け流浪する民。日本はいつからそんな国になったのですか。

● 東京都、在宅介護スタッフ（2007年09月12日）

少なくとも私の周辺ではリハビリ難民は増えています。特に亜急性期病棟、回復期リハ病棟で集中的なリハを実施したものの、その後の機能維持がうまく行かず、歩けなくなったり肺炎を起したりして、大きく機能低下してしまう人が少なくありません。いくら集中リハを行っても、完全に治るわけではありません。しかし、外来リハを継続してくれる病院が本当になくなってしまいました。回復期を標榜する病院が増えてもこれでは意味がありません。退院後の維持リハをやめてしまうことによって、入院中の集中リハにかかったコストや患者さんの努力までも無駄になっています。最近では病院のリハを打ち切られてから、医療保険で「在宅マッサージ」を利用する患者さんも増えました。これで本当に医療費削減になっていません。国民としても疑問に感じます。

3. 急性期リハビリ重点の陰に 訪問リハビリの崩壊が

「発症早期のリハビリを重点評価する」という点だが、なるほど、これだけを見ればよいことのように見える。しかし入院中、早期のリハビ

リの報酬がアップしたため、リハビリスタッフの介護から医療へ職場転換が起きており、在宅でのリハビリを行う訪問リハビリ要員がまった

く不足することになった。これに加えて、2006年4月から、訪問看護ステーションで行われていたリハビリを訪問看護が主体でない場合は認めないという通達も出ている。いままで、医療機関から派遣される訪問リハビリと、訪問看護ステーションのスタッフとしてリハビリスタッフが訪問してリハビリを行ういわゆる訪問看護7では、後者の方が報酬は高かった。このため、訪問看護ステーションに配属されていたリハビ

リスタッフは同じ法人内の病院に呼び戻され、基本的には入院中の急性期患者のリハビリに専念し、余った時間を在宅での退院・退所から間もない患者さんにのみ訪問リハビリを行うようになってきている。ここでも退院・退所後3カ月を過ぎると報酬はかなり低く抑えられるためペイしなくなり、結果的にはリハビリの打ち切りとなるケースが多い。

(京都保険医新聞第2573号)

4. 「リハビリ日数制限（最長180日）導入の謎」

福島みずほ議員（民社党）対水田邦夫（厚生労働省保険局長）の議論 日本リハビリ医学会&日本リハビリ病院・施設協会の場合、その他

結論から言えば、「リハビリ日数制限」（90、150、180日）を説明する医学的な文書（論文、調査書の類）は全くなく、日数制限のための数字が議案として診療報酬基本問題小委員会（土田会長）に提出された証拠はありません。議事録と資料は全てWEBで公開されていますので誤魔化しようがありません。筆者自身も、こんどの改定を討議した診療報酬基本問題小委員会の議事録（2005/03/02～2006/02/03のもの）を調べました。当該小委員会は27回開催され、資料に基づいてリハビリが討議されたのは2005/10/12の第68回の1回だけでした。しかも、配布資料・議事録にも日数制限のための数字は一切取り上げられていません。それが、何時の

間にか中央社会保険医療協議会(中医協)で承認されているのです。

この問題では、(社会民主党) 福島みずほ党首が(厚労省) 水田邦夫保険局長に対し「リハビリ日数制限」の根拠となった資料を提出するよう議論をいどみ、最後には、水田邦夫保険局長も資料・議事録がないことを認めました。さすがは弁護士でもある福島社民党党首でした。いかに厚生労働省の官僚が誤魔化して法律作りに参画しているのが分かります。本来、官僚には立法の権限はありません。中医協にもチェックする責任があるはずです。(重要な証言を含むもので、ここに記録として残します)。

4-1. 第165-参議院-厚生労働委員会-5号（平成18年11月28日）

○ 福島みずほ君：社民党の福島みずほです。感染症法に入る前に2点お聞きをいたします。まず初めに、リハビリの打ち切りの問題です。この点は何度か質問してきました。11月2日、私の質問に対して水田政府参考人は、リハビリ打ち切りに、180日などの打ち切りの制度を導入した理由について、次のようにおっしゃっています。高齢者リハビリテーション研究会専門家会合におきまして、長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われていると、こういう御指摘があったということがまず出発点でございます、と答弁をされています。本日に至るまで、

この指摘の資料が出てきておりません。どういふことでしょうか。

○ 政府参考人(水田邦雄君)：今回の診療報酬改定、リハビリテーションの見直しを行ったわけでございます。その中で算定日数上限が導入されたわけでございますけれども、直接の契機と申しますか、これは今委員が引用されました高齢者リハビリテーション研究会の報告書で、長期にわたって効果が明らかでないリハビリテーションが行われていると、指摘があったわけでございます。ただ、より基本的に今回のリハビリテーションの診療報酬改定の基本にありま

すものは、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と、こういう指摘があったことを受けたものでございます。それは全体に関連しているものでございます。リハビリといいますが、やはり専門医あるいは理学療法士といった医療資源、限られているわけでありまして。そういった制約条件の中で、急性期に集中してリハビリテーションを実施するようにするために、1日当たりの算定単位数の上限を引き上げる一方で、この算定日数上限を設けまして、より計画的なリハビリに取り組んでいただけるような仕組みに今改めたところでございます。この早期リハビリの必要性につきましては、これは委員もお認めになると思いますけれども、教科書にも出てることがございますし、研究報告も多数あるわけでありまして。したがって、それにつきましては委員にも提出させていただいたところでございます。

○ **福島みずほ君**：はっきり言いますが、研究会の中の議事録を全部点検いたしました。急性期こそ集中的なリハビリ訓練が必要という指摘は石神委員という方がされています。それはそうだろうと。急性期こそ集中的なリハビリ訓練が必要だという指摘はそのとおりだと思います。しかし、水田参考人、あなたはずっと高齢者リハビリテーション研究会専門家会合において長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われていると指摘があったと言っています。しかし、どんなに議事録を点検しても出てきません。厚生労働省に今日まで何回も何回もこの指摘があったという資料を提出せよと言っていますが、今日に至るまで出てきておりません。これはどういうことですか。指摘がなかったにもかかわらず、勝手にそういう報告をしてリハビリの180などの打ち切りを決めたのは問題ではないですか。

○ **政府参考人（水田邦雄君）**：その点につきまして精査をいたしましたところ、会議の場におきましては、この長期にわたる効果がないリ

ハビリテーションに関して特段の意見は出されてございませんが、報告書の取りまとめ時におきまして委員の意見調整をする段階で記述が加えられ、特に各委員から異論が出されることなく合意に至ったものと、このように認識しております。さらに、診療報酬改定に当たりましては、これは中医協にも報告され、その点については説明をした上で今回の改定は定まったものでございます。

○ **福島みずほ君**：いい加減にしてください。水田参考人ははっきりと、私の、答弁に対して繰り返し、しかも、これは11月2日、この厚生労働委員会の答弁です。「今回のリハビリの見直しにおきまして算定日数上限を設けましたのは、これは高齢者リハビリテーション研究会専門家会合におきまして、長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われていると、こういう御指摘があったということがまず出発点でございます。」、議事録に一切出てこないのですよ、こういうことは。集中的なリハビリ訓練が必要だという指摘は出てきます。しかしこれは、この委員会のすべての方が急性期にこそ集中的なリハビリ訓練が必要だということに合意をされると思います。どんなに、ないんですよ、そういう指摘は。長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われているという指摘、これはあったのか。今まで出てきていません。じゃ具体的にこういう資料があるのかと何回も今まで、本日まで、これは怪しいと思ったので聞き続けてきましたが、今まで資料も出てこないんですよ。つまり、私は何を言いたいかということ、根拠がないんですよ。議事録にも出てこないんですよ。だれも指摘していないんですよ。それを、なぜこの答弁の中で、長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われていると、こういう御指摘があったことが出発点だということなぜ言えるのか。

○ **政府参考人（水田邦雄君）**：リハビリテーション研究会の会合でと申し上げたのは、その意見調整も含めたものであったとこの際は言わ

ざるを得ないわけでございますけれども、私どもは、報告書で最終的に委員の合意が得られて提出されたものが、それが私ども意見の集約だと思っておりますので、正にそういった指摘があり、その指摘がリハビリテーション研究会の会合だけではなくて中医協というもう一つ別の場でも開陳され、それにつきましては議論として成立をしたわけでございますので、これにつきまして私どもが牽強付会であったというものではないと考えております。

○ 福島みずほ君：自民党も、自民議員がリハビリ制限検証連盟を発足させたというふうな記事が出ております。問題じゃないですか。その研究会の中でだれも長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われているなんということを言った人いないんですよ。みんなこのリハビリの打切りで、みんなというかいろんな人がこのリハビリの打切りで苦しんでいます。水田局長ははっきり言っているわけじゃないですか。長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われていると、こういう御指摘があった、指摘などないんですよ。やらせじゃないですか。つまり、ないんですよ。ないにもかかわらず勝手に報告書に書いて、そしてここで、なぜか、なぜかと聞いたらそういう御指摘があったと言うけれど、じゃどういう指摘があるのか。だれが、具体的にどこに長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われているという実証研究があったのか。アンケート、例えば実態調査をしたらそういうのが出てきたのか。そういう資料は一切出てこないんですよ。どうですか。

○ 政府参考人（水田邦雄君）：繰り返しになりますが、意見として示された、私どもは報告書そのものが専門家の意見であると考えておりますので、はっきりここに書いてある、長期にわたる効果がないリハビリテーション云々ということは言われているわけでありまして。これは委員の間で合意された事項でありますので、私どもが何か作ったというものではございません。

○ 福島みずほ君：私は、リハビリがあって、そのリハビリに基本的に原則として制限日数を付けるということはやっぱり物すごい変更だと思います。この極めて重要なことがその専門家会合においてだれも、だれもというか、長期にわたって効果が明らかでないリハビリがあるからということを書いていないわけですよ。それが報告書になぜか書かれていて、そして、私は、じゃ、長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われていると、そこに、どこにどういう実態があり、だれがどう指摘をし、どうしたのかって聞いても出てこない。議事録を全部見ましたが、出てこないんですよ。おかしいじゃないですか。要するに、私は、法律を作るには立法趣旨が必要である、制度の変更をするためには変更の理由が必要である。しかし、この委員会の中で、効果が明らかでないリハビリが行われている、でも私たちはその立証を示されていないんですよ。おかしいじゃないですか。

○ 政府参考人（水田邦雄君）：その点につきましては、正に委員の共通認識であったがゆえにそういった報告書の文言がまとめられたものと承知をしております。それから、今回はリハビリテーションに関しまして診療報酬改定が行われたわけでありましてけれども、これは、全体マイナス改定の中でこれについては特に削減はしていないわけでありまして。その中で、一方で早期のリハビリを充実しなきゃいかぬと、この要請があったわけでありまして、そのためにはやはり算定日数上限という考え方を導入して計画的にリハビリに取り組んでいただく、緊張感を持ってやっていただくというところで全体の整合性を保つ必要が診療報酬改定の場面においてはあったわけでございます。

○ 福島みずほ君：繰り返しますが、急性期にこそ集中的なリハビリ訓練が必要である、早期のリハビリが重要である、これはだれも納得することです。しかし、その問題と、100あるいは180日という期間制限を原則として設けるということは別のこと、段差があることじゃない

ですか。私になぜこう言うかという、水田局長はこの委員会で、長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われると、こういう御指摘があったということがまず出発点でございます、しかし、繰り返しますが、専門家会合においてだれもそういう指摘をしていないんです。そして、私たちは国会議員ですから、国民に対して、国会議員に対して説明責任を有していると思うんですよ。どこに長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われているという、どこにそういうのがあるのかと聞いても、あるいはだれがそういうふうなことを指摘、会合でしたのかと聞いても出てこないんですよ。資料がないものを私たちはどうやって信用ができるのですか。

○ 政府参考人(水田邦雄君)：高齢者リハビリテーション研究会の委員のメンバー、これ自体は公表してございます。この委員の方々が合意をして報告書をまとめられたわけでありますから、その発言者ははっきりをしております。私どもは、こういった現場の経験を積まれた方々の御意見は御意見として尊重するというところでございます。ただ、データ云々に関しましては、むしろ私ども、早期リハビリを実現するために全体として効率化をする要素もなきやならないということでこの算定日数上限を導入しようとしたわけですが、その日数の設定に当たりましたは、平成16年度のリハビリテーション・消炎鎮痛等処置に関する調査データを参考にいたしまして、関係学会等にも意見を聞いた上で定めたものでございます。

○ 福島みずほ君：委員会は議事録が公開されていますし、だれがどういう発言したか全部分かります。私が言っているのは、その中で長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われているなんていう指摘はされていないんですよ。どこにも存在しない。この会議の中で一回も出てきていないし、証拠も出てきていないし、そういう発言をした人もいないんですよ。議事録には出ていない。それは厚生労働省も、そん

なはないと、出せない、ない、存在しないということをお認めていますよ。あるのは、集中的なりハビリ訓練が必要だということだけです。でも、集中的なりハビリ訓練が必要だということと、それから長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われているというのは全然別問題じゃないですか。厚生労働省は行政を担当するものです。ですから、審議会で出てこなかった意見を報告書にまとめるに当たっては、本当にそういう実態があるのかどうか、そしてそれに基づいて100日、180日という期間制限を設けることが妥当かどうかという政策判断をなさるはずですよ、なさるべきですよ。だって、そのことによって何十万、何百万、何千万という人が影響を受けるわけですから。今日に至るまでそういう言い方もデータも出てきていないんです。いかがですか。

○ 政府参考人(水田邦雄君)：もう繰り返しになるわけでありますけれども、私ども、委員の意見は報告書に尽くされていると思っております。それは、会合というのは意見調整の場面であったかもしれません。そこはつまびらかにいたしませんけれども、そういったものが出てくるわけでありますので、それはそれとして受け止めていただきたいと思います。その上で、そういった専門家の経験に踏まえた意見を踏まえて、私ども政策判断として、一体の整合性ある早期のリハの重点化を図るということと併せまして、それを実現するために一体的な政策としてこの算定日数上限を入れたわけでございます。日数につきましては、先ほども言いましたように、データもでございますし、関係学会とも調整の上定めたものでございます。

○ 福島みずほ君 データはないのですよ。長期にわたって効果が明らかでないリハが行われている。じゃ、このデータ、出してくださいよ。

○ 政府参考人(水田邦雄君)：それは、繰り返し申し上げていますように、現場に精通した専門家の経験に基づく判断として申されたことだというふうに私何回も申し上げております。

○ 福島みずほ君： いや、不思議ですよ。会合で一切そういう議論も、記載も、一切そういう討論も、そういう発言もないんですよ。全くないないですよ、そういう発言が。そして、じゃそういうことを出せと言ったって出てこないんですよ。何でこういうことが盛られているのか。

○ 政府参考人(水田邦雄君)： 議事録には載っておりませんが、一般論として申し上げまして、委員が共通認識として持っていることであれば、それは最終報告書の段階で意見集約、調整の段階でそれが報告書に盛り込まれるということはあることであろうし、今回正にこういった委員会の報告書としてまとめられたのが、その中にこういった記述があるということでございます。

○ 福島みずほ君： どうしてこのことをずっと聞いているかといいますと、このリハビリの打ち切りについてはいろんな人から声が上がっていると、先ほども言いましたが、自民党の中でもこの見直しの議連が発足しているわけです。なぜこういうことが導入されたかという、十分その実態の検証と影響の把握を厚生労働省はやったのかというそもそも論なんです。データを出せと言っても出てこない。会議、会合において指摘があった。でも、じゃ、専門家会合において指摘があった、だれがどういう指摘したんですか。どういうデータに基づいてどうなったんですか。会議で一切出てこなかった、議事録で出なかったことが突然出てくると、180日で打ち切るというのはどこでどういう判断をされたんですか。

○ 政府参考人(水田邦雄君)： 繰り返しになりますが、報告書はこのリハビリテーション研究会の委員がまとめられてございますので、私どもは報告書がすべてであると思っております。それから、180日という算定日数上限につきましては、これは専門家、関係学会にも意見を聴いた上で中医協にお諮りをして決めたものでございます。で、その基には平成16年度のリハビリテーション・消炎鎮痛等処置に係る調査のデ

ータを用いたものでございます。

○ 福島みずほ君： 全く納得がいきません。初めに結論がありきか、どこかでとても無理をしたと、厚労省がどこかで見切り発車をしたんじゃないですか。全然そういう議論、長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われているなんていうことがないのに、私は、やはりこういう御指摘があったということが出発点だと、この委員会で趣旨を説明しているけれど、こんなことないですよ、データも出てこなければ、だれも会議で指摘をしていない。この点については納得を本当にしません。大臣、私はこの点について予算委員会から始めずっと大臣に質問していますが、どうですか。これは見直す必要があるんじゃないですか。データすら出てきてないですよ。

○ 国務大臣(柳澤伯夫君)： 今、水田局長との間の御議論、聞いておりまして、水田局長の言っているこの取りまとめの文書が、それが研究会の文書であるということは、これは御理解願いたいと思います。その上で申し上げます、お医者さんがなおリハビリに効果があるとされる場合は、これは継続してリハビリをやっただいて結構ですと、こういうことも同時に私ども申し上げておりますので、そういう個別判断にかからしめているということには一つの合理性があると我々は思っているということでございます。

○ 福島みずほ君： 納得しません。180日、100日ということを導入することが、長期にわたって効果が明らかでないリハビリが行われているということが出発点だと言っているわけです。その出発点に関して、納得いくデータも、こういうことがありますとかいうことは一切ないんですよ。ですから、理由の説明が、それを裏付ける資料が一切出てこない、そしてそのことと100日、180日に打ち切ったということにも飛躍があるというふうに考えております。これはずっと質問していますが、やはり納得いく質問がないし、今日に至るまで厚労省からはこういう

客観的な指摘があったものは存在しませんというふうに、要するに報告書以外にですね、言われていて、それは余りにずさんな見切り発車で

あると言わざるを得ません。このリハビリの打ち切りについては見直しが早急にされるべきだということを強く主張します。

4-2. 日本リハビリ医学会の場合（リハニュース No32 より抜粋）

道免和久先生や患者さん方の算定日数制限に対する反対運動には敬意を表する。今までこのような運動はなかった。権利を主張しないと一部の勢力で事が容易に決まってしまうほど「公」の機能が低下している。ただし指摘したい。日本リハ病院・施設協会のある先生に対する批判は誤りである。その人が算定日数制限を誘導したのではない。除外規定も諸批判が噴出したために作られたのではなく、それ以前にその人が厚生労働省（厚労省）に働きかけて拡大したものである。その人がいなかったら、今回の改定はもっとひどいものになっていた。算定日数について規制が必要だとしても、リハ医療に精通した医師が診察診断した上でのリハ処方認める、規制は頻度制限で行うなど、もっと柔らかな方法を導入すべきで、一律で繊細さに欠ける今回の改定はお粗末であった。このようなお粗末な結果しか得られなかった最大の原因は、今回の改定が「私たちがコミットする以前に、

既に多数の問題をもつ異質な大枠が決められていて、それに対して、限られた期限の中、種々の力関係の中で、軽んぜられながら、反駁に終始しなければならなかった過程」だったことに由来する。厚労省が今回の改定について頻発している「関連学会の意見を聞いた上で」というコメントにあるこの「関連学会」の主たる団体はリハ医学会ではない。昨年9月の時点で、厚労省がリハ関連4団体としたのは、整形外科学会、臨床整形外科医会、運動器リハ学会、リハ医学会であり、リハ医学会は最後に挙げられている。各療法での算定がなくなったのは、専門性軽視である。つまり、改定過程が示したのは、未だにリハ医療がほとんど理解されていないということであった。リハ医学会には、リハ病院・施設協会や各療法士協会と連携を図りながら、国民により良いリハ医療を提供するためにより適切な制度の提言をしていく責務がある。

4-3. 日本リハ病院・施設協会の場合（リハニュース No32 より概要）

2005年8月に厚労省保険局医療課から改定案が示され、これをみた幹部は愕然とした。「リハ施設基準の疾患別体系への再編と算定日数制限」が示されていたからである。算定日数制限や総合リハ施設基準の廃止に関しては理解できず、断固反対と主張した。しかしリハ病院・施設協会の単独交渉では成果が期待できないと判断し、リハ医学会、理学療法士協会、作業療法士協会、言語聴覚士協会に連帯を呼びかけた。各団体も同様の考えであり、2005年11月に「リハ関連5団体」として交渉にあたることになった。以降、各団体の幹部により構成される会議で情報交換を行い、議論の上共通の要望を掲げ厚労省と交渉していった。入院の算定日数制限には同意したが、外来は日数制限ではなく回数

制限とすること、総合リハは存続させることを主張し2006年3月末まで交渉が続いたが、総合リハ施設は疾患別施設基準に決定された。しかし、リハの集中実施期間は短縮されたとはいえ日々の提供量は増加し、状態悪化時を起算日とできること、介護保険では算定日数制限はなく、短期集中リハ加算が新設されたことは若干の救いとなった。今回の改定で最も重要な点は、急性期・回復期リハは医療保険、維持期リハは介護保険に整理されたことである。したがって、介護保険のリハの重点整備が大きな課題となるので、各医療機関が介護保険によるリハの充実に努力するとともに、「リハ関連5団体」が結束し継続的に厚労省に働きかけることが一層重要になった。

4-4. 経済学者＋医療経済学者の意見から

日本リハビリ医学会や日本リハビリ病院・施設協会は、先進的医療に取り組みリハビリ医療の質の向上をしてきた。その象徴が、2000年の回復期リハビリ病棟の新設である。1980年代以降の医療費抑制の下でも質の高いリハビリ（急性期・回復期）を続けてきた。厚労省のリハビリ診療報酬改定の問題は、恣意的で「根拠に基づく」ことのない改革が一般医療に先立って実験的に導入されたことである。リハビリ

医療に実験的に導入したのは、リハビリ医学会の発言力が弱い、リハビリ医療費は小さく失敗しても影響が少ない、リハ関係者は真面目な人が多い(?)、などからである。しかし、「根拠に基づく」質の高いリハビリを提供すれば先は明るい。5年間で1.1兆円の医療費削減（適正化と厚労省はいう）は限度にきている。むしろ医療費は増やしてゆくべきである。

4-5. NPO 法人全国脳卒中者友の会常務理事

最近になって、会に「リハビリをするところがない、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関し、厚労省は介護保険でやると言ったが、デイサービス・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。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、問題がある。介護に移行すること自体が問題だ。リハビリは、終生継続しないと駄目で、放ってお

くと悪化する。専門のPT、OT、STが必要である。脳卒中の場合は、算定日数上限が180日で、問題が出始めたのが最近だが、本当に問い合わせや悲鳴が沢山出ている。事は緊急を要する危機的状況だ。そんな声をいくらでも紹介する。障害を負ったとしても社会復帰して元気になり、働いて税金を払いたい。私たちが担い手として生きていきたいのにそうした意志が無視されている。(2007/12/13)。

4-6. 私ども患者会の方針

NPO 法人全国脳卒中者友の会、NPO 法人線維筋痛症友の会、東京高次脳機能障害協議会、日本脳外傷友の会、ポリオの会が中心となり、「リハビリ日数制限撤廃」を目的とする活動を続け、国会議員への働きかけを強めていく。私どもの方法は、実際の患者が経験した事実を知らせてゆくことにつきる。介護保険でのリハビリ、障害児(者)リハビリ施設などが、「絵に描いた

餅」に過ぎない事を訴えてゆく。同時に、リハビリ医師・リハビリ関係者のほとんどが脳卒中のリハビリに関わっている現状に働きかけながら、線維筋痛症、脳機能障害、PPSなどの疾患を診てもらえるリハビリ医療関係者を増やしてゆく。積極的に診てくれる医療関係者も増えてきており、一層の働きかけをする。

5. 民主党厚生労働部会との会合(2007年12月13日)

<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(以上敬称略)

<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)、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(保団連事務局次長)

要望：

- 1) 民主党が「リハビリ日数制限撤廃」を提案すれば各野党は協力するとしており、民主党が決断すれば参議院で通る。「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、厚労省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、日本の医療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。
- 2) 医療保険は「現物給付」で、介護保険は「給付額限定型の現金給付」制度である。この区別を明確に理解し、「現物給付」が先進国の医療制度の基本であることを忘れてほしくないでほしい。

6. 2008年度リハビリテーションに関連する診療報酬等の改定

2006年4月にリハビリの日数制限の改定があって以来、2007年、2008年と連続して改定があった。

内容は、現場の実情を知らずに厚労省・中医協で決められた規定を、方針もなく、批判されたり、現場（医療関係者、患者）の混乱が生じたりした部分を変更しただけにすぎない。

リハビリ日数の制限の撤廃はせずに依然として現場の実情を無視したものであり、近々大失敗の改定として廃棄されると思われる。

2006年半ば病院を追われ、介護保険のリハビリは使える状態でなく、「リハビリ難民」となり十分なりハビリを受けられなかった患者に対する厚労省・中医協の責任は重大である。今から、その失敗に対する損害賠償訴訟を「リハビリ被害者グループ」をつくり準備しておく必要がある。そのためにも、患者が受けた治療の内容、

リハビリの内容を具体的に定量的に記録しておくことが必要になる。

政策の根本的な失敗は、2011年までに医療費を1.1兆円（年間2,200億円）削減する事を決めた事にある。民間では使われる経営手法である。

その内容はまずコストカット、不採算分野からの撤退・不採算工場の閉鎖、人の削減と仕事の外注化である。しかし、医療分野（公的サービス）で5年間に1.1兆円のコストカットが最初に決められたら、現在のコストをカットし、不採算分野・病院の閉鎖、人員の削減、サービス価格のアップ（民間ではできにくい）となる。

医療分野（公的サービス）では、最初に「コスト削減」という政策は根本的に採用できない。大変な間違いを犯していることになる。

6-1. リハビリに関連した2008年度の改定項目

1) リハ料単価の変更・逓減制の廃止・リハ医学管理料の廃止（表2）

各疾患別リハ料におけるリハ料の単価は基準Iを中心に引き下げられた。算定日数の上限（標準的算定日数と変更した）を基準として一定期間前から導入され、算定日数の上限以降継続して設定されていた逓減制が廃止された。

リハ医学管理料が廃止され、標準的算定日数を超えた患者については、1カ月に13単位に限り疾患別リハ料の所定点数を算定できることに

なった。算定単位上限を超えたものについては、保険対象外として患者が全額を支払うが、通常の保険診療と併用できる選定療養として実施できる。

ただし、別表第9の8に掲げる場合については（表3）、標準的算定日数を超えた場合であっても標準的算定日数内の期間と同様に算定できるとされた。

表2 疾患別リハビリテーション料

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハ料 (I)	200 点	235 点	170 点	170 点
リハ料 (II)	100 点	190 点	80 点	80 点
リハ料 (III)		100 点		
標準的算定日数	150 日	180 日	150 日	90 日

表3 算定日数の上限の除外対象患者

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
(別表第9の8第1号)

- 失語症、失認及び失行症の患者
- 高次脳機能障害の患者
- 重度の頸髄損傷の患者
- 頭部外傷及び多部位外傷の患者
- 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) の患者 (追加)
- 心筋梗塞の患者狭心症の患者 (追加)
- 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- 難病患者リハビリテーション料に規定する

患者 (先天性又は進行性の神経・筋疾患の者を除く。)

- 障害児 (者) リハビリテーション料に規定する患者 (加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者に限る。)
- その他別表第9の4から別表第9の7までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる者

治療上有効であると医学的に判断される場合に除外対象となる患者 (別表第9の8第2号)

- 先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者
- 障害児 (者) リハビリテーション料に規定

する患者 (加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。)

2) 疾患別リハ料の算定における運用上の注意

標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハを行う患者のうち、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 (表3) は、

- ①これまでのリハの実施状況 (期間及び内容)、
- ②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、
- ③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハ計画と改善に要する見込み期間、
- ④FIM、BI、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用量などの指標を用いた具体的な改善の状態、

等を示した継続の理由を摘要欄に記載することとなり、平成18年度の改定に追加して新たに改善に要する見込み期間を記入するようになった。

また、廃用症候群に該当するものとして脳血管疾患等リハ料を算定する場合は、廃用をもたらすに至った要因、臥床・活動性低下の期間、廃用の内容、介入による改善の可能性、改善に要する見込み期間、前回の評価からの改善や変化、廃用に陥る前のADLについて定められた様式を用いて、月ごとに評価するように定められた。

3) 疾患別リハ料の対象になる病名の見直し (表4)

特に、呼吸器リハ料の対象となる疾患名の是

正の必要性が指摘されていたこともあり、疾患

名に肺腫瘍や肺塞栓が新たに追加され、食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の患者であって、手術後の患者で呼吸機能訓練を行うことで術後の経過が良好になることが医学的に期待できる患者においては手術日から概ね1週間前にも対象とできるようになった。

表4 各疾患別リハビリテーション料対象患者

心大血管疾患リハビリ	<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又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
脳血管疾患等リハビリ	<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又はその手術後の患者 脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍他の急性発症した中枢神経疾患又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、失認及び失行症、高次脳機能障害の患者 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 外科手術又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ビリテーション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
運動器リハビリ	<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又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
呼吸器リハビリ	<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又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
難病患者リハビリ	<p>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、結節性動脈周囲炎、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、後縦靭帯骨化症、ハンチントン病、モヤモヤ病（ウィリス動脈輪閉塞症）、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、黄色靭帯骨化症、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</p>
障害児（者）リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> 脳性麻痺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 顎・口腔の先天異常 先天性の体幹四肢の奇形又は変形 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症 先天性又は進行性の神経筋疾患 神経障害による麻痺及び後遺症 言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害

4) 障害児（者）リハ料の充実・拡大

実施する施設として、脳性麻痺等の発達障害児・者及び肢体不自由児施設等の厚生労働大臣の指定するものに加えて、リハを実施される患者が主として（8割以上）脳性麻痺等の患者である施設が追加された。患者1人1日6単位ま

で算定可能で、報酬は1単位につき6歳未満は220点、6～18歳未満は190点、18歳以上は150点が算定できるように引き上げられた。施設基準は病院60m²、診療所45m²以上に緩和された。

5) 地域連携診療計画の評価の拡大と見直し

地域連携診療計画管理料は1,500点から900点に、また地域連携診療計画退院時指導料は1,500点から600点に減点され、回復期リハ病棟でも算定が可能となった。対象疾患には、大腿骨頸部骨折に脳卒中が加えられた。脳卒中を対象にする場合、都道府県が作成する医療計画に記載されている病院又は有床診療所で算定可能であるとされた。

通知は、通知・訂正・疑義解釈などがあり、それらが3月に集中的に出てきます。全体では200ページにもなります。特にリハビリの項目では3年連続で変更があり、除外疾患の項目、障害児（者）リハビリの項目などでは何回読んでも明確には理解しにくい論理構成です。したがって、その解釈は日本リハビリテーション医学会の報告を参照させていただきました。資料の収集では、物理療法士 友清直樹さんのWEBに大変お世話になりました。感謝いたします。

以上、ポリオの会会員に関係する項目に限定しまして後は省略いたします。診療報酬改定

7. 民主党厚労部会勉強会（2008年5月7日、衆議院第一議員会館会議室）

<民主党国会議員>

山田正彦代議士(ネクスト厚生労働大臣)、長妻昭(ネクスト年金担当大臣)、鈴木寛代議士、山井和則代議士、大河原まさこ代議士、下田敦子代議士、郡和子代議士、森田高代議士

<厚生労働省>

木倉 大臣官房審議官(医政、医療保険担当)、宇都宮 保険局医療課企画官

<メディア：新聞社、テレビ局など多数>

<NPO：医療制度研究会など講師側>

茨城県医師会会長 原中勝征医師、済生会栗橋病院副院長 本田宏医師、澤田石順医師。

8. 「シッコ SiCKO」日本で公開される（2007年8月25日）

アメリカ合衆国の医療制度（米国は皆保険制度はなく、現在無保険者が4,700万人に達する）をテーマとしたドキュメンタリー映画。「シッコ(sicko)」とは、「病人」「狂人」「変人」などを意味するスラングである。監督は、社会問題を扱ったドキュメンタリー作品でいつも問題を起こすマイケル・ムーア。アメリカでは2007年6

月に公開され、日本では同年8月25日より公開された。日本でのキャッチコピーは、「テロより怖い、医療問題」。民主党は民主党議員と関係者全員に見せるため自主上映。各県の保険医協会では、2008年1月から8月ぐらいまで自主上映をしています。DVDも発売になりました。

9. 障害児（者）リハビリセンターに関する改定はごまかしである

施設基準を緩和し、リハビリ施設を有する病院であれば障害児（者）リハビリセンターとして認められるようにするとして2008年度の改定は、全くのごまかしである。外来患者のうち、8割以上が別表第10の2に該当する患者である普通の医療機関はほとんどなく、埼玉県、千葉

県での実査の調査でも新規の申し込みはゼロであった。そのため、実際には、障害児（者）リハビリセンターは埼玉県10施設、千葉県9施設であり、外来の診察が可能なのは2-3施設に過ぎない。実態を知りながらリハビリ施設の拡充を演出した、厚労省の状態化したごまかしである。

10. 澤田石順 医師「リハビリ制限」の差止めを求めて提訴（2008年3月18日、4月11日）

2008年3月18日、原告 澤田石順医師は、原

告代理人 井上清成弁護士により、「重症リハビ

2008年6月発行「ポリオの会会報」に掲載

リ医療日数等制限差止請求」を求めて、東京地方裁判所に訴状を提出した。同じく、2008年4月11日には、「後期高齢者等リハビリ入院制限等差止請求」を求めて、東京地方裁判所に訴状を提出した。「リハビリ日数制限差止めの訴訟」の第1回口頭弁論は2008年6月10日、東京地方裁判所で行われます。市民側も澤田石医師と同様、「提訴」を考えねばならない段階にまで至ったと考えています。



(以下は日経メディカル、2008/04/12より抜粋)

鶴巻温泉病院（神奈川県秦野市）の勤務医である澤田石順医師が、後期高齢者制度のリハビリ制限措置は違法だとして、国を相手に行政訴訟を起こした。今年4月の診療報酬改定で盛り込まれたリハビリの算定基準の実施を差し止めるよう求めたもので、患者の生存権を保障した憲法25条への違反や、厚生労働省が自ら定めた療養担当規則への違反を根拠に、国と争う姿勢だ。澤田石医師は、リハビリ入院料の算定日数上限に関して国を提訴しており、今回が2件目の訴訟となる。今回の訴訟では、後期高齢者の回復期リハビリ入院料の算定基準に設けられた、「自宅退院率 60%」という数値目標の撤廃を求めている。

今年4月の診療報酬改定で、回復期リハビリ病棟入院料について、自宅退院率が60%以上とそうでない場合で、施設が算定できる点数に違いを設けた（回復期リハビリテーション病棟入

院料1は1690点、2は1595点）。1と2のどちらが算定できるかで、収入には大きな差が出るため、医療機関には「自宅退院率を60%にしなければ」との圧力が強く働く。その結果、医療機関が自宅退院が難しそうな重症の患者の受け入れをためらうことや、重症患者のリハビリ原価を低く抑えるために、リハビリ医療の水準が低下することなどが懸念される。

澤田石氏がこれまで診療した後期高齢者のデータでは、軽症患者（看護必要度B項目で0~9点）の自宅退院率は79%、重症患者（同10点以上）の場合は32%だったという。単純計算をすれば、重症患者が40%を超えると、自宅退院率は60%を下回るようになる。同氏の試算では、仮に自宅退院率が60%を切ると、50床当たり1,551万円の減収となり、150床の同院では5,000万円近くの減収になる。

澤田石氏はこの仕組みを、「治療した結果、残念ながら自宅への復帰ができなかった場合に、診療報酬減額という制裁を医療機関に科す仕組みだ」と指摘。数値目標を科すのは治療の結果責任を医師や病院に押し付けることに等しく、「入れがたい」と続ける。

原告代理人を務める弁護士の井上清成氏は、今回の算定要件の違法性を省令違反と憲法違反に分けて述べ、「病院が重症患者のリハビリを制限するような通知は、生存権を規定する憲法25条に違反する。また、通知より上位の法令である、厚生労働省令の「療養担当規則」では、「リハビリテーションは、必要があると認められる場合に行う」と定めており、通知は無効だ」と指摘した。（完）

(注：澤田石医師、井上清成弁護士の訴状の詳細は別に添付いたします。)

