

リハビリ難民を発生させている制度を廃止しよう —民主党政権への要望—

さわたいし
澤田石 順

リハビリ日数制限差止め訴訟敗訴人

回復期リハビリ病棟への“質の評価”差止め訴訟敗訴人

全国医師連盟・全国医師ユニオンのメンバー*

2010 年 1 月 30 日

本書は、1 月 22 日に厚労省にメールで送付した「平成 22 年度診療報酬改定に係る検討状況について(現時点の骨子)」へのパブリックコメントを修正・加筆したもの。1 月 30 日から、私の homepage で公開 (<http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/papers/100130-sawataishi.pdf>) しており、2 月 1 日に一部修正しました。

▼ 計算機 (PC) の画面で本 PDF ファイルを閲覧する際の使用法

赤文字列 この色の文字をクリックすると文書内を移動します

magenta 色文字列 この色の文字はインターネットの URL^{*1} 接続します

* <http://doctor2007.com/>、<http://homepage3.nifty.com/zeniren-news01/union.htm>

^{*1} Uniform Resource Locator: web page やファイルがある場所のこと

目次

1	はじめに	3
2	民主党が約束したリハビリ棄民政策廃止は虚言なのか	4
3	リハビリテーションは医療か介護サービスか	6
3.1	意見・要求	6
4	療養担当規則を遵守できる診療報酬改正を	6
4.1	意見・要求	9
5	一般常識にも健康保険法にも反する告示の廃止	9
5.1	厚生労働省の欺瞞的検証	13
5.2	意見・要求	15
6	あとがき	15
6.1	患者の権利に関するリスボン宣言	15
付録 A	リハビリ診療報酬改定を考える会の声明文	16
付録 B	推奨文献・ブログ等	17

1 はじめに

2006 年度からのリハビリ日数制限、2008 年度からの欺瞞的な「質の評価」により、リハビリ医療は甚だしく歪んでしまいました。

長期にわたりリハビリが必要な障害者が突然に打ち切られて寝たきりとなったケースは膨大な数になっています^{*2}。回復期リハビリ病棟から自宅に退院した患者さんに長期リハビリが必要でも、ほとんどできなくなりました。重症の患者さん（気管切開、四肢麻痺、経鼻経管栄養、重い認知症合併等）の入院を厳しく制限する回復期リハビリ病棟が明らかに増加しました。リハビリをしても自宅に退院できない患者さんや、有料老人ホームに入れない裕福でない患者さんが“お荷物”とみなされるような風潮すらあります。

リハビリ医療関係者の少なからずは制度に“慣れてしまった”ようです。実に嘆かわしいことです。挑戦のチャンスを奪うこと、必要な医療を途中で打ち切ること、ともに許しがたい蛮行ではないでしょうか。リハビリ関連の諸学会・研究会には患者さんのために闘う姿勢が全くありません。厚労省による報復（例えば、リハビリ単位の点数削減）を恐れてのことですが、本気で闘えば患者さんとその家族はもとより一般市民の力強い支援が得られるに違いありません。多田富雄先生らの偉大な市民運動が短期間に 48 万筆の署名を集めた事実が患者さんの立場で戦うことの有効性を証明しています。

私が自らをリハビリテーション医療に関して意見を述べる資格あり^{*3}とみなす根拠は次の通りです。

- 1989 年に秋田大学医学部を卒業して同大学の脳神経外科教室に入り、以後四年余り、脳神経外科の研修医として市中病院で仕事をし、リハビリによる患者の回復過程を実際に見ていた
- 在院日数短縮時代に医師となった脳卒中・頭部外傷診療医（脳外科医等）は半年から一年余りの長期経過におけるリハビリテーションの効果をほとんど知らないが、私は四年余りしか脳神経外科診療にかかわっていないものの、脳卒中や頭部外傷による障害者の長期経過を実際に体感している
- 秋田県で脳神経外科を続けるならば、定年退職するまで 365 日 24 時間拘束されることとなるのがイヤで私は脳外科を辞めたが、その後も継続して脳卒中等による障害者を診療してきた
- 2002 年 2 月から今日に至るまで神奈川県のリハビリテーション病棟に勤務しており、800 例余り経験してきた

2006 年度からのリハビリ日数制限による被害者の声を紹介します。

リハビリ打ち切り制度の被害例登録フォーム^{*4}より。

^{*2} 厚労省の医系技官は実態調査すらしてません

^{*3} 自分は日本リハビリテーション医学会の認定医ですらありません

^{*4} <https://ss1.xrea.com/craseed.s196.xrea.com/rehabilitation/index.php?workflow=Index>

京都府の患者 (2006 年 10 月)

脳出血になって満 4 年になります。リハビリを打ち切られてから、次第に右手、右足の動きがぎこちなくなりました。(中略)

これだけのドラスティックな変更を、事前の予備調査もなしに突然に実施した事の国の軽率さと非情さに「福祉の充実」「美しい日本」「愛国心」の言葉が泣いています。

富山県の患者 (2006 年 11 月)

平成 18 年 4 月 1 日より施工のリハビリ日数制限によってリハビリを 4 月はじめより打ち切られた進行性筋ジストロフィー患者です。(身体障害 2 級)

平成 18 年春には、松葉杖を使えば少々の散歩程度は出来ましたが、現在 (平成 18 年 1 月) では、リハビリを打ち切られた事によって、ほとんど寝たきり状態になってしまいました。

医療リハビリを継続して頂ければこれほどまでの急激な悪化はしなかったでしょう。このままでは症状の悪化による死亡者、自殺者が一気に増えるでしょう。そして日本 1 億人総リハビリ難民になるでしょう。

今すぐにでもリハビリ日数制限制度を廃止して欲しいです。

2 民主党が約束したリハビリ棄民政策廃止は虚言なのか

2007 年 7 月の参議院選挙直前に、日本障害者協議会^{*5}は全政党にリハビリ日数制限についての賛否への回答を求めた。現政権を構成する民主党、社会民主党そして国民新党は公式に反対を表明した^{*6}。

旧政権の自民党は厚生労働省の医系技官の言うがままに回答し、公明党の答えはあいまいであった。

自民党は「賛成」「反対」「どちらともいえない」の態度は表明せず、「算定日数上限を超えた後であっても、患者の状態に応じたりハビリが可能となるような、きめの細かな対応が図られている^{*7}。今後も一定の医学的管理の下で、必要に応じたりハビリを実施することが必要と考える^{*8}」と答えた。また、自民と連立政権を組む公明党は、日数制限について「何ともいえない」と回答。

^{*5} <http://www.jdnet.gr.jp/>

^{*6} 2007/07/25 の CB ニュース: <http://www.cabrain.net/news/article.do?newsId=10881&freeWordSave=1>

^{*7} 言うまでもなくこれは虚言。日数制限後にリハビリができるのは厚労省の positive list に当てはまるごく一部患者のみであった。

^{*8} 医師が必要とみなしてもリハビリができない現状が発生したのに、自民党は官僚の作文をそのまま公式声明としてしまった。

2 民主党が約束したリハビリ棄民政策廃止は虚言なのか

主要野党のすべてはリハビリ日数制限に反対すると明言した。

一方、民主、共産、社民、国民新の各党は、いずれも「反対」を表明。

民主党は「保険適用のリハビリ期間に上限が設けられ、リハビリの打ち切りを余儀なくされてしまうのは問題。医師が1人ひとりの必要に応じて適切なリハビリ期間を設定できるようにすべき」と答えた。共産党は、世界保健機関（WHO）がリハビリを「能力が可能な限り、最高の水準に達するよう訓練すること」と定義していることを挙げ「日数で機械的に打ち切ることは、リハビリの理念に反する。個人の能力の回復は千差万別で、一律の基準は適さない。180日制限は科学的根拠も薄弱で、世界でこんなことをやっている国はない。引き続きリハビリ本来の姿を実現するために頑張る」と回答した。

社民党は「リハビリを180日で日数制限する根拠はない。個々人の状況を十分に加味してリハビリは行われるべき。単に医療費削減の視点から制限を設けることは間違っている」と指摘。国民新党は「障害の個人差を踏まえておらず、一律制限は多くの問題を引き起こしている」としている。

【リハビリ診療報酬改定を考える会】^{*9}の方々など、リハビリ日数制限廃止を求める何百万人と推定される医師・患者・市民は、2009年の衆議院選挙でリハビリ棄民政策を中止すると約束している民主党（あるいは社会民主党、国民新党、日本共産党）に投票した。

私達は、新政権発足後、長妻厚労大臣がリハビリ日数制限を止めると宣言することを信じ、待ち望んできたが、今日（2010年1月22日）に至るまでそのような動きは全くない。厚労省の医系技官が自ら率先して廃止するなど有り得ないことはわかっている。

民主党政権は意図的に無視しているのであろうか、あるいは単に多忙のために忘れてしまっているのか。もしも今度の診療報酬改定において、リハビリ日数制限が廃止されないならば、民主党の裏切りとみなされることだけは確実である。そうなれば、今度の参議院選挙で数百万票失うことになりかねない。

民主党政権は障害者自律支援法の廃止と生活保護の母子加算復活を約束どおりに実施した。この二つの善行にはかなりの費用を要したと考えられる。民主党政権が公約を守ったことを大いに賞賛する。

厚労省の医系技官はリハビリ日数制限および回復期リハビリテーション病棟の“質の評価”という二種類の棄民政策を開始した理由が、医療費削減だとは言わなかった。

民主党政権がリハビリ棄民政策廃止を堂々と声明し、実施するならば、リハビリ棄民政策反対の医療人・患者・市民はもとより、一般市民による新政権への支持も強まることであろう。

^{*9} <http://blog.goo.ne.jp/rehakaitei>

3 リハビリテーションは医療か介護サービスか

医療と介護は異なるということは一般市民にも広く認識されている。例えば、車椅子とベッドの間の乗り移りの援助は介護に分類される行為だ。抗癌剤治療は医療行為であり介護ではない。ではリハビリテーションは医療であろうか、介護であろうか、あるいは双方にまたがるものであろうか。リハビリが医療である根拠を示す。

1. 日本リハビリテーション医学会などリハビリ専門職団体のどれ一つとして、リハビリは介護の範疇に入るとみなしていない。
2. 厚生労働省令である療養担当規則は保険医療機関で仕事をする医師らが遵守せねばならない規則を列挙しており、『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』と明記されている—厚労省そのものがリハビリを医療として認定している

リハビリは高度の専門性を必要とする医療の一分野であり、諸国においてリハビリに関する研究が盛んに行われている。私が調べた限りにおいて、すべての先進国において、リハビリは医療保険の給付対象になっている。

リハビリテーションは医学・医療の一分野であり、専門職としての医師および療法士等 (PT, OT, ST) が存在している。リハビリ医学専門医は国家資格ではないが、リハビリの療法士は国家資格になっている。日本は国家としてリハビリは医療だと認定しているのだ。

長妻厚労大臣の諮問書 (H20.1.15) にこうある。

医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

この視点は妥当であるが、リハビリは医療であるから当てはまらない。

3.1 意見・要求

- 介護保険は介護度毎に保険から給付される総額が定められているという基本的欠陥を有している
- リハビリは医療であるから介護保険の給付から外し、すべて医療保険から給付せよ
- リハビリを介護保険給付から直ちに外すことができないならば、医療保険によるリハビリと介護保険によるリハビリの併用を禁止する告示を廃止せよ

4 療養担当規則を遵守できる診療報酬改正を

保険医療機関及び保険医療養担当規則 20 条六号に明記されている。

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

4 療養担当規則を遵守できる診療報酬改正を

リハビリの必要性を判定できるのは、医師^{*10}または国家資格を有する療法士のみである。看護師、介護福祉士、ケアマネジャー（介護支援専門員）などの有国家資格者は「リハビリが必要だ」との意見を述べることはできるであろうが、必要性の最終判定は医師のみに許されている。医師のみがリハビリの実施を業務として命じる公文書（リハ処方箋）を発行できる^{*11}。

ではリハビリの必要性を判定するにあたり保険医は医学・医療的根拠とは別にいかなる法令的根拠に依拠しているのだろうか。

療養担当規則 12 条:

保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上適切に行わなければならない

保険医は健康の保持または向上のために診療しなければならないと当然のことが明記されている。以下に医学的常識と事実を列挙する。

- リハビリテーションの必要性は病名 (疾患名) ではなく、患者個々により異なる障害の内容および回復可能性により決定される
- リハビリテーション医療の具体的諸手段は病名 (疾患名) ではなく、患者個々により異なる障害の性質により決定される
- 2006 年度の診療報酬改定において、リハビリテーション医療への保険給付が、厚労省が列挙する病名 (疾患名) に限定された—疾患別リハビリテーションという他国に存在しない概念が制度と化してしまった
 - positive list として列挙される病名 (疾患名) に該当しない患者のリハビリは保険給付から外された
 - positive list として列挙される病名 (疾患名) 毎に、リハビリ単位 (20 分) 当たりの診療報酬点数が異なることとされた
- 高血圧や糖尿病などの慢性疾患において、生活指導・食事療法・薬物療法などの治療行為によって疾患そのものを根治できない場合がほとんどである
- 慢性疾患においては健康の保持 (維持) 自体が治療目的となっているケースが多い
- 2006 年度の診療報酬改定において、わが国の国民皆保険制度開始以来初めて、健康維持を目的とする治療行為が保険給付から除外された。すなわちリハビリテーションの算定日数制限がそれである
 - positive list として列挙される病名 (疾患名) 毎に、リハビリ医療に保険給付がなされる日数が制限された (最長 180 日)
- リハビリ日数制限を正当化する理由として厚労省が明言したただ一つの根拠は、2004 年に

^{*10} 必ずしも日本リハ医学会の認定医・専門医と限らない

^{*11} リハビリは医療であるから、介護保険の分野で“リハビリ処方箋”を医師以外の職種が発行しているのはトンデモないこと

発行された『高齢者リハビリテーション研究会報告』の“長期にわたって効果の明らかでないリハビリテーションが行われている”との記載である

- 2006 年 11 月 28 日、社会民主党の福島瑞穂参議院議員は政府参考人（水田邦雄）を追求めた^{*12}。水田氏は高齢者リハビリテーション研究会の議事録には、そのような記載が欠如していることを認め、こう発言した。

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。

- “長期にわたって効果の明らかでないリハビリテーションが行われている”との記載を追加したのは、厚生労働省の医系技官であることが明らか
- 中医協において、診療側である日本医師会の委員はリハビリ日数制限に関して何の意見も述べずに了承した^{*13}
- 2009 年 11 月の中医協に『参考資料 疾患別リハビリテーション』^{*14}が提出され、性懲りもなく『高齢者リハビリテーション研究会報告』の“長期にわたって効果の明らかでないリハビリテーションが行われている”との記載が引用されていた
- リハビリテーションの必要性判断、一日あたり必要実施時間などリハビリ医療の内容は医師が専門的見地で決定するものであるはずであるが、2006 年度以降は厚生労働大臣の告示が妨げとなり、医師が必要と認めるリハビリテーションが実施できない事例が増している
- 多田富雄東大名誉教授らはリハビリ日数制限に反対して署名活動をおこない、44 万筆の署名を 2006 年 6 月に厚生労働大臣に提出したが、日数制限の廃止はなされなかった。マスコミは幾度も幾度もその問題を報道し、当時の中医協会長が見直しを命じたにもかかわらず。
- 私、澤田石 順は、2008 年 3 月 18 日、リハビリテーションの算定日数制限は行政官庁による違法行為（だけでなく憲法違反）であるとして告示の差止めを求める訴状を東京地方裁判所に提出した（行政訴訟）。
 1. 2008 年 8 月 26 日、東京地裁は「状態の改善が期待できる場合は日数制限が適用されないから適法だ」との被告（国）の主張をそのまま認めた。すなわち、『告示は医師の診療を「何ら妨げるものではない」し、「原告の主張する医師の医療権というものが認められるとしても」、その権利は侵害されない。したがって、原告には法律上の利益はなく

^{*12} http://www.mizuhoto.org/01/06back_n/061128.html

^{*13} 日本医師会の存在理由は開業医の利益死守であり、患者の利益にはさほど関心ないことがこの件でも明白である。こんなことがあまりにも多いため、日医がその代表を中医協に送ることが不当だということが広く認識され、民主党政権は中医協から日医の代表を排除したのである。

^{*14} <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/11/dl/s1118-8e.pdf>

原告適格を欠く』との理由で訴えを却下 (門前払い) した。

2. 2009 年 2 月 4 日、東京高裁は『医師が必要と認めて所定日数を超過して所論のリハビリテーション治療を行うことを制限するものではない』と事実と反する理由で、『原判決は相当であり、控訴人の本件控訴は、理由がないから棄却』した。
3. 2009 年 6 月 16 日、「裁判官全員一致の意見で、本件を上告審として受理しない」と最高裁判所が上告不受理決定。
4. 裁判所はリハビリ日数制限の厚労大臣告示の違法性を判定したのではなく、医師には訴訟する資格がない(原告適格なし)とした。
5. 日本の裁判所の特質は行政官庁におもねる傾向であるが、今回の行政訴訟において改めて確認された
6. この行政訴訟が契機となり、2008 年度にリハビリ日数制限による被害者を新聞・テレビ・週刊誌等が幾度も取り上げた。報道機関は《生活機能維持のためのリハビリを医療保険で認めないのはおかしいのではないですか》、《リハビリを途中で打ち切られた患者が寝たきりになってしまうことは問題ではありませんか》などと厚生労働省に質問したが、「改善の見込みがあると医師が判断したらリハビリは日数制限を超過して実施できる。生活機能維持のためのリハビリは介護保険で実施できる。何ら問題はない」と欺瞞的言辞を繰り返した。

4.1 意見・要求

- リハビリテーションの算定日数制限を廃止せよ
- リハビリテーション医療への保険給付を positive list として病名(疾患名) 毎に規定する疾患別リハビリテーションという世界初の愚行を中止せよ

5 一般常識にも健康保険法にも反する告示の廃止

健康保険法第 76 条 (国民健康保険法第 45 条) の保険医療機関等の診療報酬を引用する。

保険者は、療養の給付に関する費用を保険医療機関又は保険薬局に支払う

保険医療機関の診療行為には人件費や材料費等の費用がかかることはいうまでもない。保険医療機関が診療に要した費用に相当するお金を保険者が支払うと法律で規定されているのであり、診療報酬という用語における報酬の意味は成功したことへの褒美ではない。この一点を忘れてはならない。

保険医療機関 (医師) は療養担当規則という厚生労働省令を遵守して、患者の健康の保持または増進のために診療する。健康保険法には『費用の額の算定については、厚生労働大臣が定める』とも記されている。

すなわち、診療行為ごとに保険医療機関が要した費用をいちいち計算する必要はない。余計な事務手続きがなくなる点でおおいにメリットがある。

厚労大臣の告示により診療行為の費用があらかじめ定められているということは、風邪薬の PL 顆粒は 1 グラムあたり何円、虫垂切除術は何円と決められていることであり、全国どこでも同一の診療行為には同一のお金が保険医療機関に支払われることを保障しているということである。実に結構なこと。

問題は治療の結果に応じて保険医療機関が受け取るお金が増減されることが、健康保険法の規定に照らして妥当か否か。例えば、肺炎患者が死亡した場合は保険から病院に支払う治療費を減額するという制度が正当だとされる根拠として理論的に考えられるのは、「ほとんど常に死亡原因は必要とされるよりも少ない薬が投与されたから」ということが事実である場合。もちろん、死亡の原因は肺炎自体が重症だからであり、薬の量が足りなかったからではない。現場を知らない厚労省の医系技官ですら、死亡したら診療報酬を減額するなど唱えたことはない。患者が死亡したことそのものが悪いことなので懲罰を与える意味で減額するのは、健康保険法の規定（診療に要した費用を支払う）に明白に反している。

驚くべきことに、2008 年 10 月からリハビリ医療の結果として自宅等に退院した患者と自宅等以外に退院した患者とを比較すると、診療に要した費用が異なるはずがないのに、自宅等への退院が六割未満の病棟に対しては、その後一年間にわたって全患者に支払われる入院基本料が減額されることになった。

回復期リハビリ病棟が 50 床だとすると、自宅等退院率 6 割未満だと、入院基本料 2 となり、年間で 1500 万円もの収入減少となるのだ。

厚生労働省の医系技官が、回復期リハビリ病棟から自宅や有料老人ホーム^{*15}退院することを好むのはよく理解できるし、そのことを非難はしない。官僚が好む退院先への退院率が低いと診療報酬を減額することは単なる懲罰であり、健康保険法に違反しているばかりか、真面目に保険料を払ってきた市民の法的権利を侵害することにもつながる。事実を列挙する。

- 治療の結果が望ましくないと診療報酬が減額されるという厚労大臣告示は 2007 年度までには存在しなかった。例えば、肺炎で治療したけれども死亡したら診療費用に関する診療報酬が減額されるようなこと。これは個々の診療に関して。
- ある病院の肺癌患者の五年生存率が例えば 7 割未満だと、翌年一年間においてすべての肺癌患者に関する診療報酬を一定の割合で減額するような告示は 2007 年度までには存在しなかった。
- 2008 年度の診療報酬改定で、回復期リハビリテーション病棟に入院した患者が保険医療機関以外(自宅、家族宅、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム等、医師が常駐していない“安上がり”のところ)への退院が六割未満だと診療報酬が減額されることとなった。厚労省はこれを《質の評価》と表現した。国民皆保険制度開始後初めての治療の結果による金銭的懲

^{*15} 役人の短絡思考からすると医療費が安い

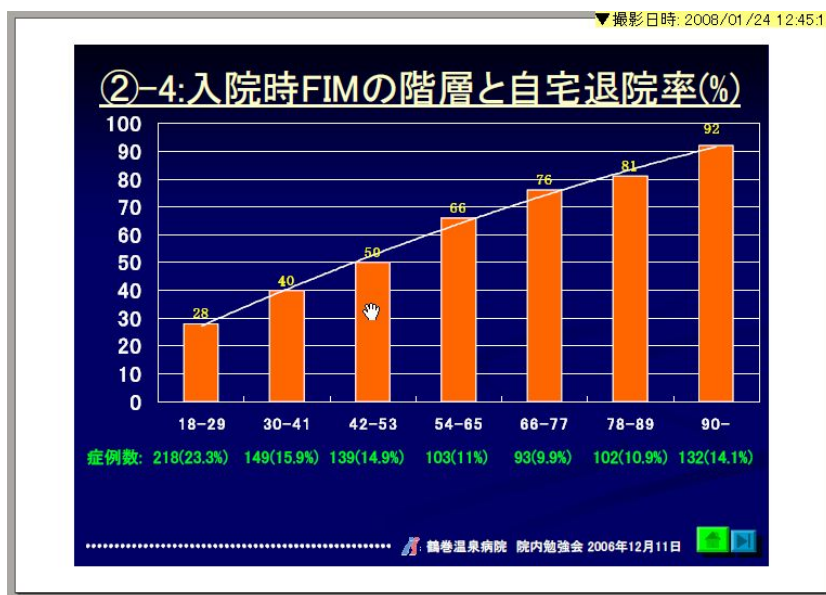


図1 入院時 FIM と自宅退院率/当院 n=563

罰である。

- リハビリの結果として自宅等 (非保険医療機関) に退院できるか否かを左右する因子は:
 1. 患者自身の重症度: 例えば重い意識障害があったり、重度の認知症を合併していたり、四肢麻痺だとリハビリにより介護なしで生活できるほどの回復は極めて困難
 2. リハビリをする医療機関の医療資源の量と質: 療法士、看護師、医師、介護福祉士、歯科衛生士、管理栄養士などのマンパワーの絶対量とチームとしての協業の質 リハビリによる患者の回復を直接左右する
 3. 患者家族の介護力: 患者と同居する子供が仕事をしていたり、同居人が老人であれば介護力は低く、そもそも患者が独居で身寄りがないと介護力は皆無
 4. 患者が住んでいる地域全体の介護力: 家族の介護力が不足していても、地域において介護サービスを行う事業所の介護力が充実していたらどうにか自宅に退院できることもある
 5. 患者・家族の経済力: 同居家族が日中は仕事しているために介護できなくても、あるいは地域に介護サービス事業所が不足していても、裕福な世帯であれば、介護保険の上限金額を超えてサービスを受けたり、人をやとったりできる。

そもそも、リハビリという医療行為の質を自宅等 (非保険医療機関) への退院率で評価することが妥当であろうか。上述の5因子により自宅等に退院するか否かが決まるのであるから、自宅等退院率が高いほど質が高いなどといえるはずがない。自宅等退院率を高くする最も安易な方法は、重症患者の入院を制限することである。

回復期リハビリ病棟に入院した患者の重症度を示す指標として、国際標準である FIM^{*16}という評価手段がある。18～126 点で点数が低いほど生活能力が低い、つまり重症だ。図 1 に重症度を 7 段階に層別化して、それぞれの階層の自宅退院率を示す。入院時に重症であるほど自宅退院率が低いという当然の結果。もしもリハビリ医療の「質の評価」をするならば、階層毎に施設間比較する以外の方法は有り得ない。私はリハビリ関係の研究会で、リハビリの成果比較をする妥当な方法は重症度の層別比較だと幾度も主張してきた。リハビリ病棟やリハビリ病院の全患者の自宅退院率で病棟間ないし病院間の成績比較は決してできないのである。

2007 年の後半以降、厚労省の医系技官は治療成績の評価とはとうてい言えない手法を質の評価と詐称し、2008 年度から回復期リハビリ病棟に質の評価を導入すると暗に陽に言い始めた。全国のリハビリ医療関係者は「とんでもない」と反発したし、保険医団体連合会 (2006 年度のリハビリ日数制限反対運動で活躍) はいち早く断固反対を表明した。

2007 年末からの事実はこのようなものであった。

- 全国回復期リハビリテーション連絡協議会という御用団体は、会員病院に意見をまったく募ることなく医系技官の暴挙を 2007 年 12 月の時点で容認
- 2007 年 12 月: リハビリに関する「質の評価」を問題視して、《リハ医の独白》というブログが創設された <http://d.hatena.ne.jp/zundamoon07/>
- 2008 年 1 月: 「質の評価」反対のために『厚生労働省の棄民政策を根絶するため』のホームページ (<http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/>) を開設。厚労省に反対表明のパブリックコメント提出。
- 2008 年 2 月: 私は名古屋での全国回復期リハビリテーション連絡協議会において協議会の幹部に「質の評価」反対を訴えたが黙殺された
- 2008 年 3 月: 「質の評価」導入の診療報酬改定の告示が官報に掲載
- 2008 年 4 月 11 日: 「質の評価」は『治療の結果が数値目標に達しないと診療報酬が減額されるという棄民政策であり、リハビリを必要とする重症患者が切り捨てられて回復不能の損害が発生する。告示は行政官庁による意図的な犯罪行為であり、行政官庁による「一般処分」に該当する』と差止めを求めて東京地裁に訴状提出
- 2008 年 9 月 11 日: 東京地裁は当該告示は「一般的・抽象的」であり行政処分にはあたらないと却下。門前払い、つまり違法性判断はまたも回避された。
- 2008 年 12 月 18 日: 東京高裁が地裁と同一の理由で却下
- 2009 年 5 月 25 日: 最高裁が上告受理を不受理決定
- 日本リハビリテーション医学会のアンケート (学会誌の 2009 年 1 月号) によると、回復期リハビリ病棟にかかわる医師の 20 %が『現状で選別している』、その 50 %が『選別する可能性がある』と答えた
- 訴訟の過程において、新聞・テレビ・週刊誌は幾度もリハビリ成果主義 (質の評価) の危険性

^{*16} functional independence measure

を報道

- 2009 年: 全国回復期リハビリテーション連絡協議会の会長は「質の評価」による患者選別はおきてないと根拠を示すことなく断言
- 2009 年 11 月: 医系技官が中医協に「質の評価」の検証報告書を提出し、患者選別はおきてないと言明

5.1 厚生労働省の欺瞞的検証

H21 年 11 月 10 日、中央社会保険医療協議会の診療報酬改定結果検証部会（第 26 回）において、『診療報酬改定結果検証に係る調査（平成 21 年度調査）』（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/11/dl/s1110-5d.pdf>）が配布された。報告書のはいつもながらの自作自演的なものあった。特徴と問題点を挙げる

- 報告書は 56 ページもの長文で、それだけで中医協委員の読む気をなくさせる効果がある
- 検証する資格が厚労省にあるのか
厚労省は利害関係者であるから資格はない。被疑者（犯罪者）が自分で自分を裁くのが正当であろうか。
- そもそも制度改定前に調査を実施しなかったため、制度の影響を判定することは不可能。
- 制度についての賛否を問わなかった
- 「重症患者の選別がおきてないか否か」という検証におけるほとんどただ一つの疑問に回答する調査がまったくなされていない
 - 回復期リハ病棟の医師や MSW に数値目標達成のために患者を選別することがあるか否かと尋ねなかった
 - 救急病院の脳外科医等に重症患者（特に気管切開、重度嚥下障害、重度麻痺、認知合併等）の回復期リハビリ病棟入院が困難になったかと尋ねなかった
- なぜ今回は自由記載欄がなかったのか
前回（2006 年）、リハビリ日数制限の結果について調査した際に、自由記載欄に膨大な数の反対意見が寄せられ、無視できなかった。厚労省はいやいやながらも最終報告書に自由記載の意見を掲載した。調査自体の不当性を非難する意見と日数制限反対意見ばかりで、調査の方法を肯定する意見もリハビリ制限に賛成する意見も皆無であった。（見よ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0516-5d.pdf>: 120 ページからの自由記載の意見の圧倒的多数が反対意見）

5.1.1 厚労省の驚くべき曲解

厚労省は誤った解釈を公表した。数値を統計学的に判定する能力がないからか、あるいは意図的に曲解したのか私には判定できない。おそらく双方であろう。

重症割合が入院基本料 1 (自宅等退院率 6 割以上かつ重症入院 1.5 割以上) より入院基本料 2 の方で低いことをもって、厚労省は「患者の選別はおきてない」と断言した。診療報酬というものについて無知な者ならば誤って厚労省と同一の解釈をすることはあり得る。厚労省の解釈は欺瞞だと私は断言する。

1. 実績により入院基本料 2 を算定せざるをえなかった全病棟の中には、重症患者の入院割合が 1.5 割未満(この場合は無条件に診療報酬が減額、つまり入院基本料 2 となる) のところが多く含まれる。なぜならば、全国の回復期リハビリ病棟全体の自宅退院率はもともと 7 割を超えており、6 割という数値目標はそれ自体達成が容易なのだ。実績により入院基本料 2 とされた病棟の大多数は自宅等退院率 6 割を達成はできたが、結果として重症者入院が 1.5 割未満になってしまったと考えられる。
2. 実績により入院基本料 2 を算定せざるをえなかった全病棟の中には、重症患者の入院割合が 15 % 以上ではあったが、保険医療機関以外 (自宅等) への退院が六割未満のところが含まれる。重症割合が 6 割もあったために、結果として数値目標を達成できなかったこともあれば、リハビリスタッフの不足故に患者 1 人 1 日当たりのリハ時間が 1 時間半しか確保できないためにそうなったところもあろう。数値目標を達成できなかった病棟を有する病院は倒産、人員削減ないし給与削減を回避するために、重症割合を 15 % を少し上回るほどに押さえて何としても自宅等退院率 6 割を達成しようとする。このような病院は総じて重症割合を減らしていたであろうから、入院基本料 2 を算定する病棟全体の重症割合は低下する。^{*17}
3. 新規参入の回復期リハビリ病棟は入院基本料 2 の算定から始まる。六ヶ月の実績期間で数値目標を達成しようとする。このような病棟も入院基本料 2 の病棟全体に含まれる。通常、新たにできた病棟はリハビリスタッフが不足している。1 日平均 2 時間余りのリハビリができるような恵まれた条件ならば、重症割合が 5 割でも自宅等退院率六割は容易に達成できようが、開設まもない回復期リハ病棟は 1 日 1 時間ほどのリハビリしかできないため、自宅退院率六割の実績を上げるためには重症患者の入院を 15 % そこそこに制限せざるを得ない。しかしながら、新規開設の回復期リハビリ病棟が厳しく重症患者に入院を制限すると、ベッドが埋まらない (空きベッドが多いと赤字となる) ために、重症患者を 15 % を大きく超えて受け入れざるを得ないのも現実だ。

調査時に入院基本料 2 を算定していた回復期リハビリ病棟は以上の 3 種類に分類され、いずれの場合も重症者の入院を制限して数値目標を達成しようとするから、当然のことながら入院基本料 1 を算定する病棟よりも、重症割合は小さくなる。逆の結果がでたら真に驚くべきことである。

- 〵 “検証” 報告書によると、88 % の病棟は入院料 1、つまり数値目標を達成した。入院料 1 病棟の重症患者割合は約 30 %、実績により入院基本料 2 となった病棟の重症割合は 16.5 %、新たに立ち上げた回復期リハ病棟 (基本料 1 を目指す) は 27.2 %。これら 3 種類の病棟の平均自宅退院率はそれぞれ、69

^{*17} 中には、重症者の入院割合を減らすのではなく、リハビリスタッフの増員により成果向上をめざすところもあるかも知れないが、診療報酬が減額された現実があるのに新たにスタッフを雇用することは容易ではない。

%、66 %、67 %であった。“今度こそ自宅等退院率 6 割を達成しよう”と重症患者の入院制限を強化するところもあれば、重症患者割合が 1.5 割未満の回復期リハ病院が“重症患者をかかえて苦勞するよりは軽症中心でよいと”の方針を採用することもある。

厚労省は制度導入自体を目的としたから、数値目標を低く設定した。そのために重症患者の被害は甚大にはならなかった。だから「質の評価」が妥当だということにはまったくならない。厚労省が数値目標を高くすることで、リハビリ医療を受けられない患者の数は確実に増大する。治療の結果のみによる「質の評価」そのものが根本的に誤っており、健康保険法に違反している。

5.2 意見・要求

- 回復期リハビリ病棟に関する「質の評価」を廃止せよ

6 あとがき

本日 (2010 年 1 月 24 日)、「診療報酬の行方」と題した医療制度研究会^{*18}の講演会に参加。重大な決意をもっての出席でした。実は、私、昨年 (2009 年) の 8 月 30 日の衆議院選挙当日、多田 富雄先生のご自宅を訪問したのです。新年度の診療報酬改定で“必ずリハビリ日数制限という蛮行を中止させます”と誓いました。本文書の冒頭で述べたように、新政権がリハビリ日数制限の中止をする気配すらない。だから、足立政務官ら国会議員と中医協委員の鈴木邦彦先生に直接訴え文書を手渡しする機会として本日の講演会を重要視しておりました。足立政務官と鈴木寛先生は残念ながら公務等のために不参加でしたが、梅村聡参議院議員と鈴木邦彦先生に直接訴えることができました。民主党政権がリハビリ棄民政策という野蛮な制度を廃止することを切に望みます。

6.1 患者の権利に関するリスボン宣言

法律、政府の措置、あるいは他のいかなる行政や慣例であろうとも、患者の権利を否定する場合には、医師はこの権利を保障ないし回復させる適切な手段を講じるべきである

世界医師会

^{*18} <http://www.iryoseido.com/>

付録 A リハビリ診療報酬改定を考える会の声明文

声明文

本年4月の診療報酬改定では、必要に応じて受けるべきリハビリ医療が、原則として、発症から、最大180日に制限されてしまいました。個々の患者の、病状や障害の程度を考慮せず、機械的に日数のみでリハビリを打ち切るという乱暴な改定です。それも、国民にほとんど知られることなく、唐突に実施されてしまったのです。

障害や病状には、個人差があります。同じ病気でも、病状により、リハビリを必要とする期間は異なります。また、リハビリ無しでは、生活機能が落ち、命を落とすものもあります。障害を負った患者は、この制度によって、生命の質を守ることが出来ず、寝たきりになる人も多いのです。リハビリは、私たち患者の、最後の命綱なのです。必要なリハビリを打ち切ることは、生存権の侵害にほかなりません。

こうした国民の不安に対して、除外規定があるから問題はない、と、厚労省は言います。しかし、度重なる疑義解釈にも関わらず、現場は混乱するだけで、結果として大幅な診療制限になっているのです。

このままでは、今後、リハビリ外来や、入院でのリハビリが崩壊し、回復するはずの患者も、寝たきりになる心配があります。リハビリ医療そのものが、危機に立っているのです。

さらに、厚労省は、医療と介護の区別を明確にした、と言います。しかし、医療のリハビリと、介護のリハビリは、全く異質なものです。介護リハビリでは、医師の監視のもとで、厳格な機能回復、維持の訓練のプログラムを実施することは出来ません。リハビリは、単なる機能回復ではありません。社会復帰を含めた、人間の尊厳の回復なのです。リハビリ打ち切り制度は、人間の尊厳を踏みにじるものです。

私達、リハビリ診療報酬改定を考える会は、この、打ち切り制度の撤廃をめざして、5月14日から、全国で署名活動を行いました。その結果、わずか40日余りで、40数万人もの署名を集めることができました。これは国民の300人に一人が署名したことになります。

この、国民の声は、もはや圧殺できるものではありません。

厚労省は、非人間的で、乱暴な、この、制度改定を謙虚に反省し、リハビリ打ち切り制度を、白紙撤回すべきであります。私達は、これを、強く要請します。

平成18年6月30日

リハビリ診療報酬改定を考える会・代表 多田富雄

付録 B 推奨文献・ブログ等

- 厚労省の 2006 年度のリハビリ日数制限についての報告書: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0516-5d.pdf>
最初から結論ありきの下劣なもの。120 ページからの自由記載の意見の圧倒的多数が反対意見
- 『わたしのリハビリ闘争』 多田富雄 青土社
- 『寡黙なる巨人』 多田富雄 集英社
- 『脳卒中を生きる意味』 細田満和子 青海社
- 『医療改革』 二木立 頸草書房
- 『リハビリテーション』 上田敏 講談社 Blue Backs
- 道免和久教授 (リハ医学) の CRASEED Rehablog <http://blog.goo.ne.jp/craseedblog>
- リハビリ診療報酬改定を考える会を中心とするメンバーのブログ <http://blog.goo.ne.jp/rehakaitei>
- 「ポリオの会」のホームページ <http://www5b.biglobe.ne.jp/~polio/>
- 「リハ医の独白」ブログ <http://d.hatena.ne.jp/zundamoon07/>
- 「カズ食堂」ブログ <http://rehabilidogenka.blog54.fc2.com/>
- 『ニッポン密着：事故重度意識障害ケア 医療費抑制の壁 回復の希望、置き去り』 (2010/1/31) 毎日新聞/沢田石 洋司 <http://mainichi.jp/select/jiken/news/20100131ddm041040072000c.html>
- 『病気になったら死ねというのか』 矢吹紀人 大月書店
- 『日本の論点 2009』 文藝春秋社 (澤田石の言説掲載)
- 『医療崩壊はこうすれば防げる』 本田宏編著 洋泉社 (澤田石の言説掲載)
- 『社会的共通資本』 宇沢弘文 岩波新書
- 「社会的共通資本としての医療」 宇沢 弘文 http://www1.doshisha.ac.jp/~rc-socap/publication/7iryo_uzawa.pdf

名前 さわたいし 澤田石 順 (1962 年、秋田県五城目町生まれ)
職場 鶴巻温泉病院回復期リハビリテーション病棟
〒257-0001 神奈川県秦野市鶴巻北 1-16-1
TEL 0473-78-1311 FAX 0463-78-5995
自宅 〒227-0048 神奈川県横浜市青葉区柿の木台 10-5-503
TEL/FAX 045-971-3572 携帯 090-1777-9380
ホームページ <http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/>
ブログ <http://d.hatena.ne.jp/sawataishi/>
e-mail jsawa@attglobal.net