

プレス資料

報道各社 殿

2006年11月29日

全国保険医団体連合会

## 「リハビリの算定日数制限影響調査」の結果について

(A4 - 12 枚)

拝啓

貴社の日頃のご活躍に敬意を表します。

政府の医療制度構造改革の一環として、今年4月から、医療保険のリハビリテーションに日数制限が加えられました。具体的には 脳血管疾患等は発症から180日、運動器疾患と心大血管疾患は発症から150日、呼吸器疾患は発症から90日まで、というものです。

これにより、直近では9月末に脳血管疾患等のリハビリで新たな打ち切り患者が生まれております。そのため私ども全国保険医団体連合会（住江憲勇会長・会員保険医10万人）では、「脳血管疾患等リハビリ」の届出をしている医療機関を対象に、緊急影響調査を行いました。10月26日に取り急ぎ中間集計を発表いたしましたが、このほど最終集計がまとまりましたのでお送りさせていただきます。以下の内容をご一読いただき、ぜひ貴社紙面にてお取り上げ下さいますよう、お願い申し上げます。

敬具

「20万人がリハビリ打ち切り？ 救済されぬ患者続出

厚労省説明は疑問 対象施設全国調査で明白に」

### 調査の概要

調査期間 9月下旬～11月中旬

(11月28日までに回答のあったものを集計)

調査対象 「脳血管疾患等リハ」の届出をしている医療機関

調査方法 各都道府県保険医協会を通じ、対象医療機関にアンケートを送付し、FAXで回答いただき、全国保険医団体連合会で全国集計を行った

結果 全国の1,454施設に調査票を送付し562の施設から回答があった(回収率:5～100%、平均39%)

日数制限に該当し、リハビリが継続できない患者さんの数は全国で17,487人、その中で介護保険の対象にならない40歳以下の患者さんは366人だった。

該当患者さんの数と回収率から総数を推計したところ、全国で日数制限に該当した患者さんの数は約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した。協会の割合：96%、取り組みは100%)

今回、脳血管疾患 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「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 届出医療機関での中止者795人の約5倍である。これらから、実際には、20万人以上がリハビリの継続ができなくなっていることが予想される。

## コメント

今回の改定は、リハビリテーション医療に日数制限を導入し、医療保険からの給付を打ち切ることと、機能維持を目的とするリハビリを医療保険給付の対象から外し、強引に介護保険に移すことを目的に行われた。

しかし、介護保険には、日数制限により医療保険の対象外とされた何万人ものリハビリ中断患者さんを受け入れるだけの施設もマンパワーも整ってはいない。それは介護保険が加齢に伴う疾病による介護状態を支えるための制度として作られており、その範囲内での介護サービスの提供を主眼とした制度設計がなされているからである。この制度の中で、原因や年齢を問わず、機能維持を目的としたリハビリ医療を安全にかつ十分に行っていこうと思えば、それに相応しい制度設計をしなければ無理だ。従って今回の措置は、現実には存在しえない受け皿(あるいは本来受け皿ではないもの)を受け皿にした、「患者切り捨て=療養権の侵害」以外のなにものでもない。

実際、北海道保険医会の調査では、「介護サービスへの切り替え」は13.2%に過ぎず、「やむを得ず中止」25.8%、「継続するが保険請求はしない」18.2%、「継続し消炎鎮痛処置で請求」33.3%などとなっている。

意見欄でも「(介護保険では)病院と同等のリハビリテーションを提供可能な施設の存在は皆無で、機能低下は免れないものと考えており、さらに対象者は閉じこもり傾向が強くなることで新たな疾病を併発してしまう恐れがある」「通所リハがもっと積極的に個別に訓練をしてくれないと、患者がそちらに移行しません」「介護保険におけるPT・OTサービスがほとんどない状態において、継続的なりハビリが必要な患者は外来にて医学的なりハビリを実施していかないと寝たきりになる」などの声が多数寄せられている。

何もしなければ急速に機能の低下を来たす患者さんにとって、維持的リハビリは命綱である。また、患者さんによっては維持期であっても医師によるマンツーマンの医学的管理下でリハビリを行わなければ安全が確保できない場合もある。維持期もふくめ、リハビリは医療保険で行い、その実施は、医師の専門的見地からの判断によって行われるべきだ。この現場における医療判断を、画一的ルールにあてはめて打ち切らせるような日数制限は撤廃すべきだ。

## 資料（保団連の主張）

### 医療から維持期のリハビリを排除する制度設計に問題点

そもそも、改善する状態だけを医療リハビリの対象とし、改善が期待できない患者さんを介護に移行することは医学的にみても間違っているし、政策的にも介護に移行させる制度自体に問題がある。

介護保険の対象になるのは65歳以上（特定疾患は40歳以上）の人で、65歳未満の脊髄損傷、40歳未満の脳血管障害の患者さんは介護保険に該当しない。厚生労働省はこれらの人は障害児者リハあるいは自立支援制度を利用できるといっているが、どちらもすぐにリハビリを受けられる状況にない。

特に障害児者リハは今までどこの医療機関でも提供できたが、今回の改定で施設の届出が必要となり、わずかな医療施設に限定され、地域によっては50kmも遠くまで通院が必要になることもある。また自立支援制度は、制度自体が始まったばかりで、実施医療機関も皆無に近いのが実態だ。

今まで受けていたリハビリが打ち切られる制度設計はすぐに改めるべきだ。

### 障害を持った人の医療リハビリを切り捨て

神経筋疾患、脳性麻痺の子どもさんのリハビリが困難になることが、最近明らかになった。当初、障害を持った人のリハビリは脳血管施設で継続できると考えていたが、改善規定に該当しない人は180日以後継続できないと厚労省は言い出した(注1)。

リハビリを継続できる重障児者リハビリが少数の施設に限られたため、例えば青森県ではむつ市から青森市あるいは八戸市まで通院することになり、快速電車でも1時間半かかり、冬場などほとんど通院は困難になる。

日数制限の被害を受ける人の数は少なくとも、障害を持った人達たちの医療を受ける機会を奪ったことは改定の大きな問題点だ。

-----  
(注1：青森県保険医協会に対する電話による厚労省の回答)

Q：障害児者リハ施設では「筋ジストロフィー」の傷病名で日数制限なく算定できるが、脳血管リハの施設で「筋ジストロフィー」の傷病名で、脳血管リハビリテーション料を

リハビリ開始後 180 日を超えて算定可能か？

A:筋ジストロフィーの障害は進行性であり、「状態の改善が期待できない」時は、リハビリ開始後 180 日を超えて脳血管リハ施設においてリハビリを継続することができない。しかし、障害児者リハビリ施設では継続して算定することはできる。状態の改善とは心身機能の改善を意味し、FIM, Barthel Index などにより判断される。生活機能全般、QOL の改善は含まれないので、これらのスコアの改善が期待できないときには脳血管リハビリを継続することはできない。

### 除外疾患・「改善規定」の問題点

一応、日数制限から除外する疾患が決められたが、改定の時点で全ての除外疾患をあげることは不可能に近い。180 日など日数の問題でも、期間内にプラトーに達しない疾患（注 2）も多くある。脳血管障害、難病、脳性麻痺・神経筋疾患などの一部疾患は後になって除外されたが、それ以外にも多くの除外すべき疾患がある。

さらに「改善規定」によって現場の混乱は大きくなっている。以下、具体例で問題点を指摘したい。

まず、除外規定は 1 と 2 の条件のどちらにも該当することが必要だ。

1. 「状態の改善」が期待できると医学的に判断される患者
2. 除外対象患者（厚生労働大臣の認めた患者）

また「改善」の最終判断は行政の裁量に任されているため、医師が改善されると判断し診療報酬を請求しても、後日査定される可能性が高く、現場では自主規制せざるを得ないのが現状だ。すでに査定・返戻が出はじめている。厚労省は早急に実態調査すべきだ。

「改善規定」について、多くの患者さんが除外されると考えられていたが、青森県保険医協会に対する厚生労働省の電話回答（文書での通知は予定していないという）によれば、予想とは逆で除外される人は少数に限られることがわかった（注 3）。

-----  
（注 2：もれている「除外疾患」）

・「改善」は期待できないが「現状維持」あるいは「進行を遅らせる」ことを目的とした医療リハビリ

COPD\*、運動器不安定症\*\*、運動器の変性疾患など

・期間内に改善がプラトーに達しない疾患、外傷

RSD/CRPS\*\*\*、肩関節周囲炎、スポーツ外傷、下肢の骨折術後など

\* COPD 慢性閉塞性肺疾患（<http://www.copd-info.net/>）

\*\* 運動器不安定症（<http://www.joa.or.jp/jp/frame.asp?id1=17>）

\*\*\* RSD/CRPS 反射性交感神経性ジストロフィー

[http://www.rsdfoundation.org/jp\\_clinical\\_practice\\_guidelines.html#DIAGNOSIS](http://www.rsdfoundation.org/jp_clinical_practice_guidelines.html#DIAGNOSIS)

(注3: 青森県保険医協会に対する電話による厚労省の回答)

Q: 脳血管リハ施設において「脳梗塞による右片麻痺」の傷病名で脳血管リハビリテーション料を算定している患者で、状態の改善が期待できると医学的に判断された時は、算定日数を超えて算定できるとなっているが、状態の改善とはFIM, Barthel Indexに限らず生活機能全般、QOL も含まれるのか?

A: 状態の改善とは心身機能の改善を意味し、FIM, Barthel Index などにより判断される。生活機能全般、QOL の改善は含まれないので、これらのスコアの改善が期待できないときには脳血管リハビリを継続することはできない。

複雑な制度で現場は混乱している一辻褄あわせの厚労省通知一

医療現場は、リハビリを続けたいという患者さんと制度の板ばさみになっているのが現状だ。「患者さんや家族に予め日数制限の制度を説明して納得してもらえず、かえって病院に対して不信感をもつようになってしまった」「リハビリテーションをやめた患者、家族からクレームがあり対応に困る」など、対応に苦慮している様子がうかがえる。

また、除外規定があいまいなために、継続できるのかどうか医療機関自身も疑心暗鬼の中で判断せざるを得ない状況や、継続・中止の判断が患者間に不公平感を生まないか、などさまざまなことに配慮しながら対応している。

厚労省は、日数制限を超えたら医療保険の対象外なので、介護保険などで対応するか、自費診療で実施するよといった説明もしているが、これらの患者さんたちは、すべて医療保険の被保険者だ。医療である限りは、医療保険から給付するのがあたりまえで、そのあたりまえのことをしないでおこうとするから、さまざまな疑問や解釈を生み、現場が混乱する。その混乱の責任が、すべて患者さんと医療機関に負わされようとしているのは不当だ。

(注4: 制限日数後のリハビリ中止と継続

- 複雑な「解釈」でリハビリ継続はほとんど不可能 - )

**中止**

- ・ 計画当初のリハビリ目標に達したのでリハビリを修了、中止  
(医療機関も患者さんも納得)
- ・ 患者さんは医療リハビリを希望しているが、医師が今回の改定を理由に中止  
リハビリ難民(自宅に引きこもり)

介護保険、自立支援の訓練に移行

転医

その他のリハビリ医療施設に  
障害児者リハビリ施設に転医  
紹介状を持って転医

: 同じ傷病名では転医してもリハビリは継続できない

患者さんが紹介状を持たずに自主的に転医(リハビリジプシー)

患者さんが前医のリハビリを申告せず、

新患となればチェックは不可能

その他

### 継続

- ・ 除外規定に該当しリハビリの継続

改善規定と除外患者の両方の条件を満たす必要がある。

その後も厚生労働省から「厳しい改善規定」が示されている。

- ・ 再診料と消炎鎮痛処置あるいは外来管理加算を請求しリハビリを継続
- ・ 自費徴収で継続

厚労省は自費徴収で継続を示しているが、これは健康保険法等に盛り込まれている医療給付のあり方規定(=「療養の給付」)に抵触する)

遅すぎる厚生労働省の通知 説明責任は厚生労働省にある

現場の混乱を招いている大きな要因のひとつに、関連の通知の遅れがある。

日数算定の起算日が4月1日であることが通知されたのが、改定点数表実施直前、また除外規定のあいまいさから疑義が続出、疑義解釈が実施前日の日付で出されるという状況であった。保団連が10月26日に行った交渉の際の質問についても、未だに回答がない。

診療報酬改定全体でも、告示から実施まで1ヶ月未満という準備期間の短さが毎回指摘されている。制度改定の説明責任は本来厚労省にある。現場が十分対応できるような時間的余裕を含め、現場の混乱を招かないよう、厚労省はその責任を果たすべきだ。

本件についてのお問い合わせ先：

全国保険医団体連合会担当理事：大竹進

E mail: otakes@infoamori.ne.jp

担当事務局：中、阿部

TEL 03 - 3375 - 5121

E mail: ayako-ab@doc-net.or.jp