

リハビリテーション その真実

2年前の診療報酬改定で、医療としてリハビリテーションを行うことに上限日数が設けられ、社会的に大問題となったのを記憶しているでしょうか。

今回の改定でも、またリハビリで気がかりなことがあります。

編集／医師35人の合同編集委員会

事務局／ロハスメディア

監修／宮越浩一 亀田総合病院リハビリテーション科部長

イラストレーション／浦本典子

そもそも何？

リ ハビリテーションを、ごくごく簡単に定義すると、病気になる人が社会生活に復帰できるように、失われた機能の回復をめざす、もしくはより以上の悪化を防ぐ行為ということになります。

数から棒に恐縮です。これは医療行為でしょうか。

もちろん医療行為だと思っから特集で扱っているわけですが、なぜこんな問いを立てるかといえば、日本の国民皆保険制の大原則、正当な医療行為には健康保険が適用されるということを思い出していただきたいからです。

言葉を換えると、健康保険が適用されるものは国の認められる正当な医療であり、適用されないものは正当な医療でないこととなります。そしてリハビリと一口に言っても、健康保険の適用が認められるものと、認められないものがあります。だから冒頭の問いに戻れば、「医療行為のリハビリもある」が正解になります。

線引きすることに違和感を感じる人もいます。そこが本題でもあるので後ほど考察することとして、まず、健康保険の適用が認められる



「医療としてのリハビリ」で、どのようなことが行われるのか見てみましょう。

対象となるのは、①脳卒中や外傷などで脳に障害を負った場合、②手腕足脚や関節など運動系の障害を負った場合、③肺など呼吸器に障害を負った場合、④心臓など循環器に障害を負った場合に大別されます。

いずれの場合も、医師が、患者の障害の部位や程度から、どのような効果が見込めるか、そのためにどのような行為が必要か診断し、メニューを処方するところから始まります。メニューは、筋力など基本的動作能力の回復を目的とする「理学療法」、着替えなど応用的動作能力や社会的適応能力の回復を目的とする「作

業療法」、発語能力や咀嚼下能力の回復を目的とした「言語聴覚療法」といった20分1単位の療法の組み合わせです。それぞれの療法は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士といった専門資格者が行います。次項では、脳卒中を例に、この流れを少し詳しく見ていきます。



時期・症状に応じて 段階があります。

リ ハビリが必要になるのは、疾病や事故などで障害を負ったからです。その際、まずしなければならぬことは該当部位の治療。ですが治療だけに気を取られて長期間寝たきりにすると、関節が固まったり筋肉が萎縮してしまったりといった運動障害（廃用症候群と言います）が起きてくるので、その予防もなるべく早く始めなければなりません。こうした目的で治療と並行して行われるのが「急性期リハビリ」です。

疾病治療がひと段落つくと、今度は能力を回復向上させようとする「回復期リハビリ」になります。ここで行われる療法が医療リハビリのメインであり、通常は急性期病院か

い（合併症と言います）場合も少なくありません。

そのような人を対象に、リハビリ病院を退院した後で、ゆつくりとした機能改善や、回復した機能の維持、合併症予防をめざして継続的に行われるのが「維持期リハビリ」です。

前回の診療報酬改定では、回復期リハビリの一部と維持期リハビリについて、健康保険の適用範囲が狭まり、代わって介護保険で費用を賄うことになりました。医療リハビリと介護リハビリを同時並行で受けることはできません。どちらの保険からお金が出

らりハビリ病院へ転院して行われます。

この段階までで完全に元の状態に戻れて安定すれば何の問題もありませんが、完全に元に戻っていないか、逆に放っておくと再び機能が失わたり、別の病気になりかねない

一般的な リハビリの流れ（脳卒中の場合）

- 起こりうる機能障害
- 認知障害（意識障害、痴呆、失認、失行、抑うつ）
 - 脳神経障害（摂食・嚥下障害、眼球運動障害、構音障害）
 - 運動障害（片マヒ、運動失調、廃用症候群）
 - 感覚障害（しびれ、痛み）
 - 自律神経障害（便秘、失禁）



**急性期
リハビリ**
（治療がメイン）

急性期病棟（地域連携
クリティカルバス）

**回復期
リハビリ**

回復期病棟

**維持期
リハビリ**
（日常生活と並行）

在宅、老人ホーム、
特別養護老人ホーム、
療養病棟ほか

ようが、ちゃんとしたリハビリを受けられれば文句はないわけですが、実際には介護側の受け皿が不十分でリハビリ難民が発生したために社会から大きな批判が巻き起こり、1年で運用が緩和されたのは記憶に新しいところです。さて、今回の診療報酬改定では果たしてどうなったのでしょうか。次項で見ます。

どこまで医療？ みんなまで考えよう。

今 回の診療報酬改定でリハビリに関する目玉として打ち出されたのが、成果主義を導入する、というものです。

マスコミ報道では、患者を早く回復・退院させた回復期リハビリ病院の方が、そうでない病院より入院費が高くなる仕組み（コラム参照）と紹介されてきました。長期入院を減らし、トータルの医療費を減らそうというわけです。

たしかに、リハビリを受ける患者の大多数が短期間に自宅へ帰れる人で、なおかつ成果の上がるか上がらないかが病院側の工夫・努力に依存するのであれば、この仕組みは理にかなっていません。でも本当にそうでしょうか。

ちょっと、たとえ話をしましょう。リハビリを受ける患者さんが、山道から何らかの事情で斜面の下へ滑り落ちてしまった方とすると、リハビリと

いうのは、滑り落ちた方に対して垂らすロープにたとえられます。落ちた方はロープに掴まって体を支え、それを伝って元の山道まで這い上がるうとするわけです。

這い上がれるかどうかは、ロープの性能で決まるでしょうか？ そればかりではありませぬよね。どのくらい下まで落ちてしまったか（重症度に相当します）によって違いますし、足場が良いか（障害

の部位）によっても違いますし、その人自身の体力（回復力）によっても違うでしょう。もし多くの人が這い上がれたロープの持ち主には褒美をやるう（入院費アップ）、這い上がれない人の多かったロープの持ち主からはロープを取り上げよう（入院費カット）と言ったら、這い上がりやすそうな人を選んでロープを垂らすとか、這い上がれなさそうな人には垂らさない、そんな現象が起きるとは考えられないでしょうか。今回の改定は、そういうことです。

這い上がれない人にロープの必要がないなら構わないのですが、ロープの支えがなかったらズルズル落ち続ける人だつて、きついですよね。

現実に戻ります。今回の改定では、維持期リハビリにあたる部分で、疾患ごとにP23の①は180日②は150日③は90日④は150日という上限日数が設けられました。

それを超えると、回復が続きそうである旨の見通しを医師が大量の書類を書いて示さない限り、1カ月にとった13単位しか医療保険から支払いがされません。

主要3療法を週2回ずつ行ったとしても、最低24単位になります。13単位では全然足りません。つまり、一定期間のうちに這い上がれなかった人からはロープを取り上げて、代わりに糸を垂らしてあげようということなのです。

特集冒頭の問いに戻ります。リハビリは、正当な医療行為でしょうか。そうであるならば、今回の診療報酬改定は不当です。そうでないなら、この扱いが当然とも言えます。

どうかこの問いを他人任せにしないでください。本来これを決めるのは受益者であり費用負担者であり、有権者である私たちです。前回総選挙で皆さんの投票した結果が、現在のリハビリ縮小につながっているのです。



こんな成果主義

4月から表のように変わりました。ここで言う重症患者とは、P23に示した4疾患それぞれについて、2段階か3段階のランクをつけ、そのうち重度の方にランクされた人のことです。また『日常生活機能評価』とは、寝返りや、他者への意思の伝達など基本的動作13項目について、できれば0点、できなければ1点とか2点という風にして、19点満点で評価するものです。

回復期リハビリ病棟入院費

3月まで

一律16,800円



4月から

区分1	17,400円(+600円) AB同時に満たすと加算
	16,900円(+100円) Bを満たすと加算
区分2	15,950円(-850円) Bを満たさないと減額

A 重症患者のうち退院した3割以上に日常生活機能評価で3点以上の改善が見られる

B 新規入院者の15%以上が重症患者であり、退院者のうち他の保険医療機関に転院しなかった人（帰宅、福祉施設へ、死亡など）の割合が60%以上

※患者負担率は3割だが、高額療養費制度の対象となるので、実際の支払額ははるかに少ない。