

リハビリ棄民政策を阻止するための 法廷闘争と言論活動

鶴巻温泉病院 回復期リハビリテーション病棟専従医
澤田石 順



はじめに～リハビリ問題への着眼～

厚労省による06年4月からのリハビリテーション算定日数上限政策は、わが国の公的保険医療史上初の治療の日数制限と言える。同年6月、多田富雄・東大名誉教授（自身が脳梗塞による障害者）、兵庫医科大学の道免和久教授（リハ医学）らが指導した偉大な市民運動は、短期間で44万筆の反対署名を集め、厚労省に提出した。厚労省官僚は朝日新聞に「日数制限後は介護保険でリハビリができるので問題はない」と投稿するなど虚言を弄し、その後、全国で推定20万人もの被害者が発生したことが明らかになったにもかかわらず、リハビリ日数制限を撤廃することはなかった。

私は、02年2月から回復期リハビリテーション病棟の専従医として勤務を始めた。リハビリ病棟では、全職種が一丸となって和気藹々のチーム医療が実践されている。06年度の日数制限により退院後のリハビリができにくくなったことを実感したが、当時の私は診療報酬制度にはあまり関心がなく、医療崩壊の現実も実感していなかったのである。

07年春、小松秀樹氏の『医療崩壊』を読んで衝撃を受け、医療制度研究会の講演で本田宏氏、中原のり子氏（夫の小児科医過労死裁判原告）、井上清成弁護士らと知り合うこととなり、断固たる決意で発言し行動する諸氏の姿に感銘を受けた。医療を再生するための最優先課題は司法介入の抑止だと考えるに至り、同年秋に全国医師連盟の設立準備委員会に加入した。

行政訴訟までの経緯

「自宅退院率評価」への疑問

このように医療再生への意識が高まるのと同じ頃、厚労省が「自宅退院率」という数値目標を達成しないと診療報酬が減額されるという成果主義を導入しようとしていることを知り、危機感を抱いた。

私は05年以来、「ウチの回復期リハビリ病棟の自宅退院率は85%と高い」と自慢する風潮に反発し、「もしも自宅退院率で成績を評価するならば、重症度の階層ごとでなければならぬ」と研究会の口演で幾度も根拠を示して強調していたからである（自

宅退院率が8割を超えるような回復期リハビリ病棟は、例外なく入院する患者の重症度が極めて低い。

05年12月、厚労省は自宅退院率が高い回復期リハビリ病棟を診療報酬で評価する「質の評価」を導入すると発表し、「重症度の高い患者を一定割合入院させる。上手に評価するから、患者選別は起きない」と予防線を張った。

これに対して、二木立氏（医療経済学者）は「評価は人員配置などストラクチャーないしプロセスで行うべきで、アウトカムで評価することは患者選別に繋がる危険がある」と警告したが、全国回復期リハビリテーション連絡協議会会長の石川誠氏は対照的に肯定的なコメントを出した。私は石川氏とは個人的に話したことが幾度もあり、尊敬していたが、これには大いに失望した。

例えば、重度四肢麻痺の重症患者が自宅に戻れることはまずない。そのような患者さんを私が勤務する病院は断ることなく受け入れる。もともと、ほとんどの回復期リハビリ病棟は重度障害者の入院を「リハビリの適応なし」として断っていた。成果主義が実施されたら、重症患者を排除することなく受け入れていた病院が、数値目標達成のために入院制限を実施するか、収益悪化に対応して人員削減等により医療の質を低下させざるを得なくなることは自明のことだ。

行政訴訟に向かって

こうして厚労省が重症者を切り捨てる決意をしたことが公的に明確になったことで、私はそれを阻止するために行動しようと決

断した。

同じ時期に出版された多田先生の『わたしのリハビリ闘争』を読み、決意がさらに固まった。08年1月、厚労省にパブリックコメントを提出し、「厚労省の棄民政策の芽を摘み、根絶しよう」というホームページ（<http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/>）を立ちあげた。成果主義制度を危惧して開設されたブログ『リハ医の独白』（<http://d.hatena.ne.jp/zundamoon07/>）のブログ主（リハビリ専門医）とメールでのやり取りが始まり、多田富雄先生本人から励ましのメールがあった（以後、今日まで両先生との協業が続いている）。

08年2月に名古屋で開催された全国回復期リハビリ病棟連絡協議会の研究会では、成果主義反対のピラ配りをしたり、幹部に直接反対行動を呼びかけ、また口演では「厚労省のいう成果主義は重症者切り捨てという蛮行である」と強調した。

そして同月13日、中医協の最終答申が厚生労働大臣に提出された。

2008年2月13日 中医協最終答申

- 1) リハビリ単位の点数減：例えばリハビリテーション基本料1 脳血管疾患等は250点から235点
- 2) 入院基本料1：1,690点…新規入院患者の1.5割以上が重症かつ保険医療機関以外（自宅等）への退院率6割以上。
入院基本料2：1,595点…基本料1の条件を満たさない病棟
- 3) 重症患者回復病棟加算：1日50点
…回復期リハビリテーション病棟入院料1の届け出の病棟に関して、重症の患者

の3割以上が退院時に日常生活機能が改善している場合

4) 算定日数制限を超えてリハビリを行う場合は月に13単位までのみ保険から支払う

1) により、同じ仕事をしていても回復期リハビリ病棟のすべてが大幅な減収となり、2) の数値目標を達成できないと金銭的懲罰を受ける。3) の加算は入院基本料2の病棟には無関係で、重症者が多いため数値目標を達成できない病棟が、重症者のADLを著明に改善できても加算はない。

厚労省の客観的意図は、「自宅や有料ホームという安上がりのところに退院できそうもない患者へのリハビリは、金の無駄なので入り口で制限する」「重症者を1.5割だけは入院させるように仕向け、世間の批判をかわす」というもの。06年度のリハビリ日数制限は途中打ち切りであったが、08年度の成果主義はリハビリの入り口での切り捨てというさらに冷酷な仕打ちである。

団塊の世代が高齢化し、脳卒中や骨折による障害者が激増することに対応して、リハビリ医療資源を充実させるのではなく、重症者や長期リハビリを必要とする患者を切り捨てるという政策は、通常の間人には決して思い浮かばないであろう。医療費抑制原理主義という厚労省官僚の病がここまでに悪化したとは驚くほかない。

例年、診療報酬改定が発表されるのは3月。1ヵ月しか残っていないため、大急ぎで医療関係者、国会議員、報道関係者、はては東京地方検察庁にまで恐るべき政策の中止を訴えるメールやFAXを送ったが、無

名の人物からの警告のためか反応はなかった。

厚労省を迅速に動かすことができるのは国会議員とマスコミだが、それは期待できないことから、残された手段は裁判しかないのではないかと。大急ぎで法律を調べたところ、行政事件訴訟法の存在を知り、これは使えると確信した。勝訴する確率はほぼ皆無でも、提訴すること自体が活動の力になるからだ。

08年2月29日に行政訴訟を決意し、3月2日に井上清成弁護士に決断を伝えた。

「行政訴訟はめったに勝てません。本気ですね？」と念押しされ、「分かっています。単なる言論活動には限界があるから、提訴するんです。官報に告示されるや速やかに提訴したいと思います」と答えた。

3月5日、診療報酬改定の告示が官報に掲載、7日に官報を入手して、井上弁護士と最初の打ち合わせ。検討を重ねるうちに、成果主義だけではなく、日数制限も差し止め訴訟の対象とすると決まった。

訴訟の経過

■ 第一次訴訟 ■

08年3月18日、国を被告に、重症リハビリ医療日数等制限差止請求事件として、リハビリ日数制限による患者被害を根拠づける書類とともに東京地方裁判所へ訴状を提出。

憲法25条1項「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有す

る」および同2項「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」は、すべての国民に医療権（公的医療受給権）を保障する国民皆保険制度の根拠である。

訴状では、患者の医療権を担保するための医師の医療権——患者を救うために患者の負託を受け、医師がその良心に基づき患者に対し必要な医療を施す権利——が存在する（原告適格の根拠）と主張した。

厚生労働省令たる療養担当規則の第20条7項は、「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」、第12条は「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妥当適切に行われなければならない」と規定している。日数制限はリハビリにより「機能が改善する」場合にのみ、算定日数上限を超えて実施できる、というものだ。

ところが、療養担当規則は、医師は「健康の保持増進」のために治療行為をすると規定し、リハビリに関しては機能向上ないしその維持のために必要ならば行うとしている。リハビリ日数制限の告示は、医師に対して療養担当規則という省令違反を強制する故に無効であり、リハビリができなくなった患者には回復不可能・困難な損害が生じるため、東京地方裁判所に差し止めを求めたのである。憲法31条（不利益処分を事前に知らしめる適正手続の規定）違反であるとも主張した。

回第1回 口頭弁論（08年6月10日）

国は答弁書で、「そもそも本件告示は、一般的抽象的規範の定立にとどまるから、『行政庁の処分その他の公権力の行使に当たる行為（以下「処分」という。）』には該当せず、その限りにおいて、本件訴えは不適法である」と主張（処分性の否定）した。

そもそも診療報酬の算定に関する告示は、保険医療機関が診療に要する費用を「個別かつ具体的」に算定するためのものである。被告の主張するごとく告示が「一般的抽象的規範の定立にとどまる」ならば、全国の保険医療機関は特定の診療行為について要した費用の計算根拠を保険者（または支払基金）に提出することとなり、保険者は個々の費用計算の妥当性を審査せざるを得なくなる。保険医療機関にとっても、保険者にとっても膨大な事務作業が発生し、時間と費用の損失は恐るべきものとなろう。

それだけでなく、同一の診療行為に関しての請求額も支払い額も医療機関ごとに異なることとなり、患者の自己負担額も変動する。（国民）健康保険法はすべての保険医療機関が同一の診療行為に関して同一の診療報酬請求額を計算するために、厚生労働大臣に診療報酬の告示を決定する権限を与えている。したがって、診療報酬の請求額の算定方法を定める告示は「一般的抽象的」ではなく、「具体的個別的」である。国の答弁書は事実を否定する虚言であり、論理としても破綻している。

回第2回 口頭弁論（08年8月19日）

原告は、リハビリ日数制限の告示は「具体的個別的」であるから処分性を有すると

主張した。

被告は処分性の否定に加えて、新たに原告適格を否定した。「医師がその判断に基づいて患者に対して医療行為を行うことを何ら制限するものでない」「医師の医療権は、権利性が認められない」という。さらに「効果が明らかでないリハビリテーションが長期に漫然と実施されていたという状況を踏まえ」て日数制限を定め、「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主張した。

■東京地裁の判決（08年9月26日）

主文は「1. 本件訴えを却下する。2. 訴訟費用は原告の負担とする」。

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原告適格を欠くという理由であった。処分性や告示の適法性についての言及は一切なく、原告適格の欠如を唯一の理由として門前払いされた。

■東京高裁に控訴理由書提出（08年11月18日）

2006年度からのリハビリ日数制限は、医療費抑制および医師養成数抑制政策に起因する「医療崩壊」という「現象」とは別種の「医療破壊」という行政官庁による意図的行為だと主張した。告示は「医師が必要と認める診療行為」の不当かつ違法な制限であるからだ。

■東京高裁の判決（09年2月4日）

「医師が必要と認めて所定日数を超えて

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」との理由で、「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。

国の答弁書、東京地裁・高裁の判決文においても、06年度以降の患者被害に関して一切の言及がなかったことに強い憤りを覚える。4月9日までに最高裁に上告受理申立書を提出する予定。

■ 第2次訴訟（成果主義差止め） ■

08年4月11日、後期高齢者等リハビリ入院制限等差止請求事件として東京地裁に訴状を提出した。告示が第一次訴訟と同一の憲法および法令違反であることに加え、重症患者の医療権侵害は憲法14条（合理的理由なき医療権への差別）違反だと主張した。

■東京地裁判決（08年9月11日）

国の主張は、第一次訴訟と同様に告示は「一般的」であり処分性がない故に訴え自体が不適法、というものであったが、裁判官は被告の主張をそのまま容認して原告の訴えを却下。

■東京高裁に控訴理由書提出（08年11月18日）

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告示により、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ことは、本質的に行政官庁による意図的な「医療破壊」行為であり、行政官庁による「一般処分」に該当すると主張し原判決の取り消しを要求。

■東京高裁判決（08年12月18日）

東京地裁と同一の理由（告示に処分性なし）で却下。

■最高裁判所に上告受理申立書を提出 （09年2月23日）

新証拠として、日本リハビリテーション医学会による平成20年度の診療報酬改訂に関するアンケート結果（学会誌2009年1月号）を提出した。このアンケートでは、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」、50%が「選別する可能性がある」と答えたのだ。一部引用する。

「死者と障害固定者が膨大となった事実が判明していたらば、東京地裁および東京高裁は「処分性」を認めて、差し止め請求対象の各告示の適法性を判断することになったであろうか。死者も障害固定者も各告示により回復不能の損害を受けた棄民である。その数が大きな社会問題となるほど膨大であれば処分性が認められ、数が不明ならば処分性なしとして却下されるとしたら司法への信頼は地に落ちるであろう。マスコミが騒いだら真剣に取り上げ、目立たないならば入り口で司法判断を遮断するということだから」

「厚生労働省による診療報酬算定方法に関する告示の内容がいかなるものであっても、行政事件訴訟法を根拠として上位の省令、法律、憲法に照らして告示の適法性を判断することはできないのか。東京地裁および東京高裁の却下判決の意味はこの疑問に『然り』と回答するものであった。」

「最高裁判所がもしも上告受理申立てを却

下するとしたならば、厚生労働省による診療報酬算定方法に関する告示には法の支配が及ばないことを天下に知らしめることになる。診療報酬に関する告示は、書類の形式（縦何センチ横何センチなど）についての通知のごとき生命健康維持に中立的な単なるルールではなく、患者の生命健康に直結するルールであることをよくよく考慮することを求める。」

法廷外の運動とその効果

■マスコミの反応

最初から裁判そのものにより厚労省の暴挙を中止させることができるとは考えていなかったもので、リハビリ棄民政策を告発する言論活動を中心とした。提訴した日には司法記者クラブで会見したが既存メディアはまったく取り上げず、オンラインメディアのso-net m3.comだけが報道した。

m3.comの効果は絶大で、ホームページのアクセス数が激増し、多くの医師ブログに取り上げられ、全国から応援メールが寄せられた。

実は報道機関へのメール・FAXは提訴前にのみ行い、以後はあえてこちらからは一切連絡しなかったが、テレビ局のディレクター等から事情を直接聴きたいと連絡が来るようになり、08年6月からは月に4回程度、報道関係者に平均約3時間ほど事情を説明した。

一度テレビや週刊誌でリハビリ棄民政策が取り上げられると、相乗効果が生まれることを実感した。

⊞患者と医療人との協業

多田先生、ポリオの会の方々、「リハ医の独白」先生とは、今日まで継続して情報を提供しあい、協業している。多田先生は読売新聞（落葉隻語に3回）、朝日新聞（私の視点）、日経メディカル等に、「リハビリ日数制限・成果主義は棄民政策だ」と幾度も告発文を公表された。全国医師連盟はホームページ（<http://doctor2007.com/>）で応援してくれたが、肝腎のリハビリ医学・医療関係諸団体の反応は皆無である。

⊞国会議員

民主党および社会民主党の複数の国会議員には継続的に情報提供しており、リハビリ棄民政策の廃止が両党のマニフェストに明記される可能性が高まっている。

⊞講演活動

全国医師連盟の設立集会、東京および神奈川県保険医協会、全日本民医連、医療制度研究会、現場からの医療改革推進協議会、医療危機を考える懇談会、医師のキャリアパスを考える医学生の会など。

⊞報道

この1年あまりで、約70人の報道関係者と関係ができ、継続的に情報を提供している。週刊文春（3回）、BBS World News、TBS（朝ズバッ × 2回、イブニングファイブ、報道特集NEXT × 2回）、NHK（You-DOKIネットワーク）、月刊保険診療、リベラルタイム、日経グローバル、東京新聞、「日本の論点2009」がリハビリ棄民政策を報道・掲載。

⊞厚労省の反応

新聞、テレビ、週刊誌等が幾度もリハビリ棄民政策を取り上げ、厚労省のコメントが時おり紹介されたが、同省は「リハビリ日数制限を超えても医師の判断で継続できるので問題ない。成果主義による患者の選別は起こっていない」などと虚言を繰り返すばかりであった。ある新聞記者は私と厚労省官僚の対決を提案したが、「係争中の人物とそれはできない」と拒否された。

⊞今後の展望

次回の衆議院選挙は疑いなく、「困った時は自己責任」から「困った時はお互いさま」へと方向転換できるかどうかの、いわば“平成の「関が原」”である。リハビリ棄民政策は、非正規雇用増大政策と根は1つだ。選挙で一挙に解決すべく、野党に対して「リハビリ棄民政策廃止をマニフェストに明記することにより、百万単位で票を獲得できる」と訴え続けるとともに、与党に対してもその非道性を警告していくつもりだ。

最高裁が2つの訴訟の上告受理を棄却した場合は、診療報酬に関する厚労省告示の内容がいかなるものであっても、「告示は処分ではない」「医師には原告適格がない」ために裁判による解決は不可能ということが確定する。そうなれば、(国民)健康保険法に「診療報酬の告示は医師が医学的に必要と認める治療を制限してはならない」「治療の結果に応じて診療報酬を増減してはならない」「年齢や重症度による治療における差別をしてはならない」と定める必要が生じる。健康保険法の改正を求める活動も必要となろう。 (さわたいし・じゅん)