

7. まとめ

- 平成 18 年 11 月 1 ヶ月間にリハビリテーション料の算定を終了した患者のうち、各分野で 78%から 89%の患者は算定日数上限前、または算定日数上限の除外対象疾患に該当し、算定日数上限後にリハビリテーションを終了していた。算定日数上限の除外対象疾患に該当しなかったため、算定日数の上限をもって終了した患者は、各分野でそれぞれ 6%から 16%であった(図表 5)。
- 平成 18 年 12 月にリハビリテーションを終了した患者について、分野別上限日の 14 日前から上限日までリハビリテーションを終了した患者群を「算定日数の上限をもって終了した患者」と設定し、患者の状態評価について個別にみたところ、次のような結果であった。(図表 7、図表 9、図表 11 および図表 13)
 - リハビリテーション終了時点で「身体機能の改善の見込みがある」と評価された患者は、心大血管疾患リハビリテーション及び運動器リハビリテーションにおいては 10%弱、脳血管疾患等リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションにおいては約 2%から 3%であった。
 - 「これ以上の改善の見込みはなく、状態維持のためにリハビリテーションの継続が必要」と評価され、介護保険対象である患者は、分野別にそれぞれ約 1%から 12%の間であった。
 - 「これ以上の改善の見込みはなく、状態維持のためにリハビリテーションの継続が必要」と評価されたものの、年齢等の理由により介護保険対象外である患者は、分野別にそれぞれ 0%から 2%の間であった。
- 「算定日数の上限をもって終了した患者」について、医療保険によるリハビリテーション終了後の医師の紹介先と患者の行き先(予定含む)をみたところ、次のような結果であった(図表 14 から図表 17)。
 - 医療保険によるリハビリテーション終了後、64%の患者は自宅で過ごす予定としていた。
 - そのうち、医師が「介護保険サービスを紹介した」患者は、分野別にそれぞれ 3 名から 73 名であったが、介護保険による通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションのいずれも受けていない(受ける予定がないを含む)患者が心大血管疾患リハビリテーションを除く 3 分野で存在した。

資料(1) 施設調査票における本調査へのご意見(自由記述)

問 10 本調査に対するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。	
1	算定日数上限除外対象疾患と判断してリハを継続しています。180日を超えてリハをした方のレセプトがまだ戻ってないため、不安な中続いています。レセプトが減額された場合は、リハを必要と判断としながらも中止せざるをえません。
2	打ち切り患者様から、打ち切りの説明を強く求められた。リハビリ打ち切り後も、リハビリ継続の希望も非常に強い。
3	リハ適応の乏しいケースが終了出来た反面、特定疾患(軽症パーキンソン等)で適応乏しいにもかかわらず、継続となっている方や、逆に呼吸器疾患で増悪してもレベルダウンによるリハ再開が認められていない等の矛盾も多い。一部在宅訪問サービスに変更したケースでは、逆に外出機会の減力で精神、身体面の低下を来した例もある。心疾患は専任→専従となり、届出もⅠ→Ⅱのままとなっている当院では、単価が低いので、廃用適応者を脳血管、心不全等の肺うっ血があれば呼吸器で算定している状態である。
4	当院では、届出等、専従セラピスト 2 名確保しておりましたが、その後、専従を期待できないため、現在、運動器、リハビリテーションⅠを算定しておりません。
5	当院は送迎をやっている為、脳血管疾患で移動困難な方でも比較的来院しつづけられる様になっている。算定基準の話をすると、これ以上のリハ利用はまったくできないと思ってしまう患者がいる。(特に高齢者)。消炎鎮痛や、別疾患のリハが可能と話をしているが、途切れてしまう傾向有。疾患、特に脳血管疾患にゴールは無と思う。継続により、ADLを維持向上できると深く思う。
6	150日に限定するのは、おかしいのではないと思う。150回にしてはどうか、1週間に来院できる回数に制限がある患者さんが多いので、日数でより回数にしてほしい。
7	高齢者に対してのリハビリは維持することが、とても大切な事だと考えます。また、障害を持っておられる方なども同様に考えます。
8	・リハが必要かどうかの判断をPTが行って、記入してはダメなのでしょうか?Drが判断すべき事項では?PTとDrで意見が違ふ場合は?どう判断すればいいのでしょうか。等の疑問のある質問です。(問8) ・数値を出すのが難しい質問が多すぎて、正確性に欠けます。また、数値が算出出来ない項目も多すぎです。
9	4月よりPT増員しているため3月とは比較できない。
10	当院は労災職業病(振動病、塵肺)専門のクリニックですのでリハビリテーションの算定は労災診療費算定基準により制限日数を超えても必要な患者が多く、改訂前後の受け入れ数にあまり変化がありません。
11	◎当院では平成18年4月の改正にあわせ、18年3月末にて長期継続患者の算定を終了しました。また、他の医療機関でも平成18年4月1日を起算日として、9月末に算定を終了しています。したがって問7等に11月のデータを使用することは、改正により打ち切られた方の実態を現わすデータにならないと思います。◎患者調査票の対象患者を12月に限定することはまったく意味の無い調査です。当院の様な一般病棟の急性期病院には180日もリハビリを継続してきた患者は今回の改正でゼロであり選定しようがありません。また、算定を終了した患者は、ほとんどが退院によるもので、その後の患者に説明し同意をもらい記入いただけることは不可能です。以上により、患者調査は困難な為、施設調査のみ送付します。調査方法の再検討を願います。

問 10 本調査に対するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。	
12	・算定上限日数は、廃止すべきだ。・報酬が低い。
13	調査期間が短すぎて全ての記入が困難でした。すいません。
14	今回の改正でリハビリを必要とする方々を一律に「日数で切る」事は生きる質をとざされる事であり、医師の判断により申請すれば日数制限が緩和される場合があるとありますが、現実にはなかなか認められないと聞きます。点数削減による病院の死活問題としてとらえるのではなく、人として生きる可能性を否定した今回の改正は人間の行うことではないと思います。箱物主義、バラマキ行政のツケを背負わされた我々の未来はさみしいものとなりそうです。
15	個別療法から消炎鎮痛処置に変更した場合でも、同様の内容のリハを実施しているのが現状です。マンパワー不足を痛感しています。(点数↓の為、スタッフの補充できず)
16	問7は18年11月の1ヶ月間の調査では本質がわからない4月改正後、運動器疾患は5~6ヶ月、脳血管疾患6~7ヶ月経過した時点で大きな変化があった。18年11月は一段落終ったところで大きな変化はない。
17	肺炎患者、肺腫瘍患者(術後)の患者の多数リハビリテーションを行っているが、これらは全て「肺炎後または術後の廃用症候群」としてリハビリ算定を行っておりますので、呼吸器リハビリテーション料を算定する患者はまったくおりませんでした。今回の調査の意図とは外れるとは思いますが、一言、人間の体は臓器別に動いているわけではありません。各診療科がそれぞれの専門部分の特化しまさに「木をみて森を見ず」という状態の中、患者様の体全体、家庭全体さらには社会全体にかかわっていく疾患横断型の医療が求められているリハビリテーションに臓器別という考え方を導入したやり方そのものが根本的にまちがいだと考えております。
18	・算定日数上限を過ぎても、継続的リハビリが必要な方は多く、算定終了後に介護保険でのリハビリが十分ではない現状を考えて欲しい。・「維持」は重要なリハビリ目的であり、除外疾患や算定日数の制限が正当なものとは、とても思えない。慢性疾患で例えるならば、高血圧症や糖尿病に日数制限を設定した様な事ではないだろうか?正当とは思えない。・分野別施設基準の設定に関しては、「大きな施設」でしか充実したリハビリが受けられない、また、出来ないという地域格差、施設差別を生じさせると考える。・維持リハビリを行っている方の多くは、医療が必要な方である。リハビリは介護施設、医療は病院へと患者さんは振り回されている。合理性がない様に感じている。
19	個人情報保護の観点から、カルテ関係は全て、リハ終了しだい事務の方で管理するので、改めて集計するのは非常に困難です。事前に調査依頼があればと思います。また全ての集計は単位で計算しているので、人数での集計は困難です。
20	この調査により、リハビリの有効期間の見直し、決まれば幸いです。弱者切り捨ては、あってはなりません。
21	問7、8の期間を、4月1日よりリセットされ期限がくる、平成18年9月および10月にされると、当院の様な療養型病院での現状が理解されやすいと思います。
22	疾患別体系でのデータ収集ですが、リハ現場はPT、OT、ST別にそれぞれ患者データ管理を行なうことが通常ですので、そのすり合わせにかなり苦労しました。医事科のレセプトデータではQ7、8がまったく対応できず、一人一人の積み上げデータですので多少誤差が生じていますがご容赦下さい。この調査を通じリハビリ体系の改正を、算定上限の緩和等、患者様の利益に役立てばと切に願います。

問 10 本調査に対するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。	
23	算定日数上限の為、算定出来なくなった患者様の、算定復活を希望します。
24	疾患の後遺症に対するリハビリ訓練効果では、動作が出来るようになる事だけでなく、身体の動きが軽くなる、つっぱり感が軽減する。しびれ感が軽減し、夜間に睡眠し易くなる等の客観的判断が困難な状態が含まれますので、この効果を拾い出せる調査が望まれます。
25	上限設定は困る。
26	今回は人数が中心でしたが、来年は、是非、やむなく1118、10月より終了せざるをえなかった方のADLなどの変化を調査して頂ければと思っています。
27	医療保険に係るリハビリテーションの算定についてのみ回答しました。
28	当センターのリハビリは、全て障害児リハで請求しています。
29	・脳血管リハ●はどちらかで調査されているのでしょうか? ・呼吸器リハビリ該当の患者は高齢者の場合だと廃用を発生する可能性が高く脳血管リハビリを施行しているため、該当が少ないです。・しかし廃用症候群の●なので、混乱しているも事実です。
30	本調査が何故11月を主体にされているのか?改訂直前にリハビリ4月1日にリセットが発表されたが、当院では3月上旬からリハビリ制限の説明をDrから行かない、かなり多くの患者様の終了となってしまった。また、8月、9月はリセット組の期限が切れた時期であり、この時期にもリハビリ難民と呼ばれる人達が多い。3月、8月、9月頃の調査をしなければ実態はみえてこないのではないか。
31	問6-2「1ヶ月あたり実患者数(レセプト件数)」の記入が分かりかねましたので1日患者数×当該月実日数にて計算しました。当院は元々整形疾患がほとんどを占めていたため、今回の改正にて脳血管等IIの患者様は8月の上限にて全て終了、現在、脳IIは算定しておりません。
32	◇施設の専用面積について 平均在院日数が10日前後のような急性期病院(地域医療支援病院)では、リハビリ室を使用する前に退院(ほぼ100%が病棟で実施)してまいります。施設の専用面積を点数の基準にするのはいかがなものでしょうか?特に脳血管疾患等の専用面積(1)は他疾患の基準と差をつける必要があるのでしょうか?それによる施設は一度作ってしまえば変更ができていく大変です。努力すれば、点数に反映されるような基準にしてみたいものです。◇心大血管リハ基準(1)の医師の監視下と専任について 当院(急性期病院であり平均在院日数が10日前後の地域医療支援病院)では、心大血管リハのほぼ95%を病棟で実施していますが、心リハ室での医師の監視下は理解できますが、病棟(病室)で医師の監視下は現状に合わない気がします。また、当院では在院日数が短いため、土・日曜日でも対応しており、専任が不在となることがあります。◇人員配置について 当院のような急性期病院では、言語聴覚療法は別として、理学療法士も作業療法士もほぼ同じ業務内容になるのが現状と思います。PT、OTの割合を点数の基準にするのはいかがなものでしょうか?また、地方の急性期病院では病床数も少なく、当然、スタッフ数も少なくすみずみ。人数を点数の基準にするのはいかがなものでしょうか?◇医療点数改定の時期について 診療報酬等の改定はいつも3月の後半が来て不明なことが多く、4月からの改定に現場は混乱しております。このような混乱を避けるために数ヶ月程度前に改定内容を発表していただき、きちんと診療報酬解釈表が配布された後に実施されることを望みます。◇当院の希望 病床数におけるリハスタッフの数(職種の内容は問わない)を医療点数に反映させる、使うことのない専用面積の基準を見直し、病院の平均在院日数をリハ部門も点数に反映させるなど、面積(場所)、

問 10 本調査に対するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。	
	職種・割合、人数で点数を決める（病床数で決めるならともかく）のではなく、同じ内容の仕事であれば、同じ医療点数になるようにしていただきたいと思います。医療点数等の改定は、現場が十分対応できるよう余裕を持たせていただきたいと思います。お詫び アンケートの人数記載が書き直し等で汚くなってしまいました。申し訳ありません。また、アンケートには非常に時間を要しましたので、これを機会に現場の声も聞いていただきたたくさん書かせてもらいました。
33	当院は1118年5月開院のため、今回の改定前後の比較はできませんでした。患者の視点からでは、脳血管疾患では除外適用（特に神経障害による麻痺及び後遺症）を利用可能な例が多いですが、運動器では除外適用の利用がほぼ不可能であり、医学的に改善が期待できる例での除外適用が必要と考えます。
34	当院には、脳血管疾患等リハビリテーション対象患者数が少ないので、アンケート結果がありません。（整形外科の為）
35	介護保険へ移行するようにとの話だが、実際問題受け皿の問題で難航している。とくに呼吸リハビリの場合、介護保険で呼吸リハビリの個別対応を出来る施設は皆無にひとしく、移行出来ない。受け皿がないのに移行しろと一方的に言うのは、どういうものか？
36	算定日数上限を設ける事は必要と思われるが、一方治療効果の期待出来る患者もいる為、その部分については何らかの措置が必要と思われる。
37	継続的にリハビリテーションが必要と医師が認めた場合は、当院では医師の診断のもとにリハビリテーションを行なっています。高齢者が多くなった現在、介護保険のみではリハビリテーションを行なうことはできません。現在の能力を維持していくことも困難であり、リハビリテーション治療が必要に応じて、いつでもどこでも受けられることが求められていると思います。
38	・調査に要する時間がかかりすぎる。調査しきれない項目もあった、そのわりに提出期限が短すぎる！・リハビリ終了は、はっきり日付がわかる人ばかりでなく、自己判断で（症状軽快につき）終了となる場合もある。病院で調査、または患者にアンケート協力をお願いするのは無理なケースが多い。1ヶ月の終了者調査も短い。・以上から調査結果が意味をもつものか疑問に思います。現実の問題点が抽出されるとは思えません。
39	当院では運動器疾患リハビリ対象者が8～9割を占めているが、術後患者様の中で機能回復まで150日以上必要になる方が発生している事実がある（少数ではあるが、学生のスポーツ復帰、社会人の職場復帰など）その点を考慮し、制限日数の条件を考え直してほしいと切望します。
40	算定日数上限を越えても、リハビリを望む患者さんがたくさんいます。
41	問8など、算定終了は9月、10月が多いのに、11月で設定し、アンケートととても実際の終了患者数は反映されない。
42	点数を下げてもいいので終了にはしてほしい。※要る人をできなくなる状況にあります。
43	脳性麻痺による幼少時からの四肢麻痺の方々が通う通所施設の付属診療所です。四肢麻痺の進行防止と廃用性萎縮、拘縮予防をリハビリによりはかっています。大●分類1の最重度の自力では体動できない寝たきりの方においては、運動器リハのみならず呼吸器リハも実際は行わざるを得ませんが、算定はしておりません。
44	田舎の医療機関なので予算も設備もマンパワーも少なく、地域医療に対してマルチに対応してはならない。ところが今回の診療報酬で、面積要件を満たさない当院の様な小さな診療所クラスの

問 10 本調査に対するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。	
	病院は、脳血管の施設基準を満たす事ができずに、約40%あった脳血管の患者さんは対応できなくなった。立地条件等で特例処置を考えないと山間部の医療はなりたないですよ。都会で多くの病院がえらべる地域とはことなるのですから。
45	・12月終了者へのアンケートだが、依頼文書が届いたのが12/20であった。利用者アンケートがほとんど実施できなかった。・調査結果を十分に考慮し、必要な方へ十分なリハビリテーションが提供できるような環境を整えていただきたい。
46	診療報酬の日数上限について世論では否定的な意見が圧倒的に多いが、リハビリテーションを効率的（質の向上と医療費削減）に進めるには、リハビリテーション終了時期を明確にする契約診療の原則があるべきである。その意味では本改訂には賛成である。しかしながら、その方法論として疾患別に体系し、障害重症度が加味されていない点については抗議したい。あくまでも患者の生活は疾患に左右されるものではなく、障害重症度が大きく影響している。厚生労働省が主体的かつ積極的にこのような現状調査を行い、疾患別から障害重症度別に体系再編成するための調査であれば、当法人においても積極的に協力したい。
47	リハビリには回復・維持・予防などを目的とするものがあります。これらにすべて期限を付けてしまう事は一概に難しいと考えます。しかし今回の改正により、今後リハビリテーションの必要性とは何か？を明確にしていく事を実感しました。今回の問題点は、本来リハビリテーションを必要とすべき対象の方々もリハビリテーションを終了せざる状況になってしまった事が残念でなりません。
48	当院は、腎・泌尿器系専門機関であり、リハビリ対象は回復期から長期治療を行う形態です。そのため、疾患別にして上限日を設定されると、算定できる患者様が上限日を過ぎると減少してしまい、リハビリ部門の採算がとれない状態になっています。より良いリハビリ（家庭への復帰等）を目指すためには、インフラ整備、マンパワーの整備等が必要ですが、それもままならない状態です。このため、この調査でよりよきリハビリを展開するよう検討頂きたいです。宜しく願います。
49	特に脳血管障害の患者さんは、慢性期でも個別の対応が必要な方が多いため、日数制限は不適切であると考えます。
50	問4について、前年度までの集計では疾患別の分類ではなかったため、データを手作業でひろった。比較出来るのか疑問。問6-2について、入院・外来に分けられていたので同じ月に入院から外来に移行した患者様についてはそれぞれにカウントされている。
51	算定日数の上限を決めることは無意味です。改善の見込みがない場合にリハビリを終了することは患者のことを考えていない！！介護度の悪化を進行させる。
52	多くの患者様は9月までに算定上限にて終了となっている。11月か12月の調査では意味がないと思われる。
53	当院は人工透析・泌尿器科専門の病院で、リハビリの外来は少なく、その方々を対象としておりますので、維持的なリハが中心となっています。入院は、通院での透析ができるよう、回復段階及び維持の患者さんを対象としていますが、対象者は15～25人と少ないです。
54	今回この調査だけでは現場で起きている問題点を全て把握できるとは思えません。現行のままでは、日数制限によってリハビリが必要にもかかわらず、リハビリを受けられない患者様が増えつづけていくことは容易に想像できます。今回改定されたリハビリテーション料の見通しを医療現場の現状

問 10 本調査に対するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。	
	に適合する形で実施していただけるよう強く希望致します。
55	今回の改定では中・小規模の病院では1人のPTで心大血管、脳血管、運動器、呼吸のカテゴリー無しで行っていたものが、どれか1つに限定されてしまい、非常に困っています。当院は透折中心ですが、一般患者も含め種々のリハを人数は少なくとも行わざるを得ない場合があり、無償でのケースもあります。設問7-9ではこれが出てきません。また稼働日数がない間8リハビリテーション料等が急に現れると数字を操作できるとも思われます。
56	子供が対象なので脳血管リハビリテーションについては障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者となり、算定日数制限から除外される。しかしながら、施設基準からみて、料金は障害児(者)リハビリテーション料がとれないことに矛盾を感じる。
57	入院と外来の区別が不明確です。(1)入院のままリハ終了(2)外来のままリハ終了(3)入院リハ→外来リハ→リハ終了:これをどちらに入れるかが不明確です。
58	今回の調査の日時や意義は大変重要であるが、調査の期間(時間)があまりにも短く、患者さんへの影響や実態を把握する上で、無理があったと思います。
59	・質問内容の解釈に迷った箇所が多く、回答に難儀した。・本調査の締切り日が早く、十分なサンプル数の確保ができなかった。
60	なぜ11月-12月の調査なのか。本来は月-4月または9月-10月の調査をすべき。11月-12月のデータでは実態を把握することはできない。その点は報告書で明示すべきと考える。
61	老人主体の当院においては、機能維持目的の訓練は必須と思われる。なるべく厚労省指針に沿った患者の選定を行っていますが、毎日が患者様に対する申し訳ない気持ちと何か方法がないか模索の日々です。必要性に合った方向での指針を御考慮下さい。
62	当院では、12月1ヶ月間に、リハビリテーション料の算定終了した患者さん、または、算定上限日数に達した患者さんについては該当者がおりましたので、施設調査票のみ提出させて頂きます。
63	送られてきたアンケート内容を検討した結果、恐縮ながら回答はしないことにいたしました。その理由(1)12月中にリハを中止したか、中止する予定の患者を調査対象としていますが、そうした患者はまだリハビリ中止の影響はほとんど出していないケースが大半です。8月、9月にリハを中止してすでに数ヶ月経った患者に対して中止の影響の有無・程度を問うのが、本来このアンケートの目的ではありません。このままでは「中止の影響なし」との回答が大半を占めると見込まれます。公正さに欠け、アンケートの趣旨自体が疑問です。(2)12月1ヶ月だけの対象者というのは該当数が少なく、僅かな事例だけで判断するのは歪んだ結果を生じさせます。(3)調査内容が、介護保険によるリハの説明や施設の紹介を患者にしたか否かを問うような設問は厚労省の今回のリハ制限の理由に沿った設問・誘導です。
64	実際リハビリを打ち切る事は出来ません。リハビリ料をとらずに継続するか!物料に切りかえるか!する事は同じです。終了した患者さんはいません。●を切りかえるか患者さんにする事は同じです。
65	調査期間が年末年始にかかり十分な期間が与えられたとはいえ、9例しか記入できていない。
66	改定前に現場の声、患者の声を聞くべき。

問 10 本調査に対するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。	
67	当院におきましては急性期を主体とした病院である為、リハビリテーション料算定終了後の来院は他科受診もしくは、期間をあげた形での診察となり、また紹介患者様については、紹介元での受診となります。当調査期間は、受診が不規則になる時期でもあり、患者様へお会いする事が難しく、配布及び説明が間に合わず3症例の提出になりました。
68	当院は急性期の病院で、入院の患者は算定上限日以内に、退院もしくは外来継続に移行するため、問7、8に関しては、人数0人となっている項目がほとんどである。外来に関しても、終了日を当院でチェックしていないため、人数を記入することは不可でした。また問4に関しては、膨大な患者数の中から、対象疾患を抽出するのは大変困難な作業に感じました。別紙の患者調査票については、当院ではICUでの呼吸リハビリがほとんどで該当する項目が少なく、反映されていないように感じました。
69	年末のいそがしい時期に突然調査を送られてきても、非常に困っている。できるなら11月中旬位に郵送されていれば患者の選別やデータの調査が可能なのだが。アンケートの内容がデータとしてとっていないものがあり、十分に回答できないことをお詫びする。
70	改定前より脳血管疾患により、何年もリハビリを継続している方は、実施しなければ能力低下します。その方は介護保険も利用して、さらに病院等でのリハビリも行っています。加齢とともに状態が変わり、内容も変更していく必要があるのだから、医療・介護と分けることは難しいのではないのでしょうか。
71	・各施設でのデータ管理にもよりますが、アンケート依頼を事前に連絡いただくと患者様にも協力が得られやすく、当院としても十分協力できたのではないかと考えます。(事前に「来月1ヶ月分のデータを提示してください」等)・協力を依頼した患者が個人情報に神経質になっており、協力を断られる事例も数例ありました。
72	問6-2・問8は後方視的な調査では調べるのか 非常に困難である。
73	・状況調査に基づいて、あらかじめデータをとっていないと把握できない ・いずれにせよ、算定上限を設けるのは問題があると思う。Dfのリハ必要性の有無で今までも行なっているはずなので、考慮していただきたい。・機能維持をしっかり評価していただきたい。
74	150日以内では、運動器リハビリテーションを終了する事は、ほぼ不可。(患者の希望も)
75	当院はオーダーリング等のIT化の整備不十分のため、終了後のデータ収集が大変困難で、不十分な資料となってしまったことにお詫び申し上げます。今後は当院の様々な場合も考慮に入れ、事前に収集データ等配っていただき、前向き調査の形にしていればより確実性の高いデータとなるかと思えます。
76	当院は透折患者中心のリハを行っており、頻発する合併症に対処しております。ほとんどの患者様において継続したリハが必要であると思えますが、診療報酬の問題で難しい場合も多いです。
77	・除外対象疾患であろうとなかろうと、医師が診断した場合は、リハビリを継続可能となっている。その意味でこのアンケートはそういった選択肢を含まない作成的なアンケートと思わざるを得ない。・当院では、除外対象疾患や新たな病名発症により、リハビリが継続となっているケースもあるが、大多数は医師の診断でリハビリを継続しており、自宅生活の維持や入院生活での機能維持をも目的としたリハビリを続けている。・このアンケートが厚労省の都合のいい様に使われない事を祈る。患者、国民中心に!!

問10 本調査に対するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。	
78	P Tが現在1日1時間週4回非常勤で来てくれていますが、常勤のP T採用は経営上不能です。したがって、リハビリの講習をうけた看護師に主として物理療法を担当して貰っています。時宜をえた調査とは思いますが、もう少し時期的にゆとりがあればこれを機会にリハビリの勉強もかねており有効かと考えます。またかなり負担になりました。
79	今回の改訂では障害児者として重症心身障害児(者)のことはほとんど考慮されていないように思える。当施設は障害児(者)のリハビリテーションを提供してきたが「脳血管疾患リハII」「障害児(者)リハビリテーション」の基準を満たして経営を成り立たせることが難しくなった。実質的に多数の方がリハビリテーションの継続が困難になり、他施設に依頼することになった。また新たな方のうけいれも難しくなった。
80	・維持期では、入退院の動きが少ないため、11月1ヶ月間のデータだけでは、調査としては不十分では?・介護保険によるリハビリテーションでは対応できない長期的に重度な疾病、障害をもつ患者様にとって、今回の改定は、まったく効果的ではないと思います。状態を維持することや病状や障害の進行を遅らせることもリハビリテーションの重要な役割であると思います。
81	(1)調査結果の公表をお願いします。結果から良い方策が生み出されることを期待します。(2)患者さんの不安、混乱と医療現場での対応は数字では表わせないほどの大変なものでした。診療報酬の大幅改訂や抜本的な現場での十分な準備期間を必要とします。(3)6月、9月の終了者のうち、介護保険で対応できないでいる患者がいますが、今回の調査で改めて心配になっています。
82	・日数制限の撤廃を望みます。・今回のアンケートでは日数制限に対して患者さんの状況(患者さんの希望や意見)を把握できる項目がない。・日数制限時において患者さんの機能の改善が本当に止まっているかを調査し、日数制限の正当性を確かめてほしい。・今回の調査では11月時だけであり、実際に日数制限によってリハビリを終了してしまった多くの患者さんの意見が反映されていない。・アンケート結果は集計され公開されるのでしょうか。
83	あまりに複雑なアンケートのため回答に時間もかかり困難でした。当院ではP T1名での職場のため該当する患者がないため個別のアンケートは行っていません。
84	4月に改定があり、疾患別により期間が決められました。本調査では11月1ヶ月間の対象者選定になっておりますが、9月の時点でリハ必要な患者はうち切られてしまっております。それらのすでに打ち切られた方の調査をしないと、本調査ではあまり意味のないものになってしまうように感じます。
85	効果のないリハビリが継続されることは問題だが、日数制限により効果のあるリハビリが終了となることは、大きな問題である。また、機能の維持目的のリハビリや、リハビリ評価のみの依頼もある。医師の適切な指示があれば、日数制限をこえたリハビリを認めてほしい。強く希望します。
86	記入がかなりたいへんです。アンケートは日19。1月移行ならばもう少しとれたと思います…アンケートはぜひ協力したいと思うのですが、対象者数、方法論的にかなり困難です。
87	この調査票を調査月以前に頂いていたら、患者数を把握できますが、事後調査のため、短時間で調べるのは困難でした。(12月中旬にこちらに届きました。)
88	今年度診療報酬に伴い算定日数について疾患別での上限が設けられた。リハを継続する必要性の根拠をきっちりと提示していく義務は我々sideにも当然あるかと思われるが、今回定められた上限についての正当な概●を行政sideも明確にし、利用者に納得のいく説明を行う義務がある

問10 本調査に対するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。	
	と思われる。現場では混乱や利用者の不安不信声には行政、また我々は真摯に対応しなければならないと考えている。
89	終了患者数に関して、リハ途中で、患者からドロップアウトされた人が数人いるので正確には把握できていない。
90	リハビリは、実施人数より実施単位数にシフトしてきており、今回のアンケートには、旧態の考え方しか反映されていない印象である。
91	改正があり、4月1日から算定する方が私共の施設ではほとんどなので、8月、9月で終了してしまうため11月1ヶ月の調査ではあまり意味がないのでは… この調査では患者さん、ご家族の心理・精神面に対する調査が少ないのではないのでしょうか。
92	リハビリ必要な患者には医師の判断により継続すべきである。回答に手間がかかりすぎる。
93	除外規程に沿わない疾患(例えば、慢性腎不全や術後の廃用症候群、RSD)などは高齢で合併症及び感染症などにより回復が●だったり、RSDの様に申告で長い経過をたどる場合の救済方法を検討頂きたい。例えば複数の診断が組み合わせる場合とか。
94	算定終了した患者さんの人数を調べる材料、内容が不明瞭の為、記入が出来ませんでした。
95	当クリニックは入院病床が無く、集中的なリハビリテーションは同一法人ですが別の病院で行なっています。当クリニックは、集中●リハビリテーションを終了した(180日over)患者さんを対象として、救済的にリハを継続しています。この為、本調査に適した数字が出ていない可能性も高いです。現状として、180日を超え、リハビリテーションを行えなくなり、●が増強して、関節拘縮が強まり、歩行困難により、介護量の増してしまっ患者様が多く、患者様・家族からの相談が多くなっています。介護保険でのfollow upも受け入れ施設も少なく、また積極的なリハビリは行えず、苦慮しております。当調査をリハビリ機能向上に生かしていただきたく願います。
96	厳密な調査は事後調査では不可能。全てのカルテをチェックする時間もユトリもない。特に、指示もなく来なくなる患者が多数で、その理由を全例調査することは不可能である。
97	私共のような田舎の環境において、医療で算定を終了したから、介護のデイケアに行っ下さいといわれても、デイケア自体が少なく、ほとんど無い(受け皿)状態に近い。P T自体もこんな田舎に来る人はいない。現在の医師不足問題にも似ているのかと思ったりもする。大都市中心の医療政策では、山間部、地域医療はやっていけない。患者を目の前で弱らせていくようでつらいです。
98	180日以上経過例はケースが少ないが、訓練を継続する必要のある例があり、そのような例も配慮できるようにしてほしいと思います。
99	病院内において数ヶ所の部署をまたぐ必要がある調査内容であり、リハビリテーションスタッフ、事務、医師等それぞれに対し簡便な内容にしていきたい。
100	アンケートの記入の仕方が難しい。
101	調査結果及び分析の報告をいただきたいです。
102	十分な資料になっておりません。申し訳ございません。
103	文面では理解できない内容があり、とまどいがありました。もう少しわかりやすい内容にして欲しいです。

問 10 本調査に対するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。	
104	○リハビリの必要性を強く感じる患者も、11月以前に終了してしまった。○11月の人数をカウントするよりも「回復が医学的に判断できないため」に当院リハを終了になってしまった患者が、その後福祉施設でリハを継続できているか、機能が落ちていないかの実態調査をする方が有効ではないか、と思う。
105	リセットにより起算が1118、4、1なのでこの調査はあまりよくわかりませんが、リハビリの必要性があり、算定日数上限によりできなくなる患者様が増加しており困っております。
106	算定日の上限を定める事はしかたのない事かもしれないが、理学療法が必要なのに受ける事が出来ない患者はどうなるのか？デイケア、デイサービス等ではなく、医療機関での理学療法を希望される方はたくさんいる。上限を越えても本人や家族の希望がある場合は週に1〜2回継続して受ける事が出来る等考え直していただきたいと思う。患者のリハビリを終了された時の怒りや嘆きの声を聞くのは結局我々なのだ。また今までのリハビリを消炎鎮痛処置として継続している患者も多い。患者としては当たり前の様に90円で理学療法を受けていくが、経営上急性期を扱っていない本院のリハビリ室は大赤字である。地域医療で頑張ろうと公立病院から移って来て3年目でこの様な改正になり、今の状態では我々スタッフの雇用の事も心配である。「理学療法士」となった事は決して良かったのか？とさえ思えてくる。この様な調査は重要だとは思いますが、机上の事ではなく実際足を運んで末端の病院等も見てくださいたら如何でしょうか？
107	当院においては、平成18年4月1日の算定リセットは行わず、そのまま算定期間終了や消炎鎮痛処置への変更を行いました。現在も消炎鎮痛処置として、ほぼ同様のリハサービスを施行している患者様、利用者様が多数おられます。
108	・脳血管は半年を超えても改善がみられるケースが多い。また、機能維持の必要性があるケースも多い。・運動器は妥当な期間と思われる。・呼吸は、COPD etc 慢性疾患は、期間設定が短いように感じる。※期間設定や、必要ならば継続できる状態があるので、その点はいいと思われるが、その選別がうまくできていなかったり、受け皿（介護保険下）の方がキノウしていなかったりするケースも多い。
109	・問7に関して、入院と外来の数字をどのように出しているのかわかり難い。退院して算定が終了し、外来で再びフォローしている方もいるのが現状です。
110	運動器リハビリテーションに関してはRAやパーキンソン病etcの歩行訓練や筋力アップを要する患者さんが多いが、制限があるため、また歩行できなくなってしまった患者さんがいます。何とかcoverして上げたいと考えています。消炎鎮痛で運動訓練しています。そのところを患者さんに話をしています。
111	いつもそうですが、12月末〜1月上旬にかけて調査をすること自体に問題点があると思います。もう少し医院に対し「ゆとり」を持たせ調査することが大事だと考えます。幸い当方では脳血管疾患に当って、それに該当する患者が零のため、幸いでしたが、一般の医療機関は、正月も有ったものではなかったと思いますよ。レセプト請求とも重なり。
112	・人数での比較検討と実施単位数での比較検討では結果は違ってくるのでしょうか？・現場としては単位での検討の方が実態を把握しやすい様に思います。
113	維持期ケアができない。患者、若しくは患者の家族等より困っている内容の問い合わせが多い。リハビリに期限を設ける事、そのものに疑問を感じます。

問 10 本調査に対するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。	
114	除外対象疾患以外の患者様でも、継続しておこなう必要のある方はたくさんいます。今回の改定により、社会復帰が遅れています。このようなアンケートでは、わかりにくい部分もあると思います。もっと実際の医療現場へ来て、自分の目で確かめて下さい。リハビリテーション上限の撤廃を要望します。
115	・普段でも忙しい年末、年始にこのような重要な調査を行うのはどうかと思われれます。もっと時間の余裕が必要であり、正確な数字が、つかみ難いです。・算定日数制限によりリハビリを打ち切られた患者さんが一番多いのは3月、8月、9月であり、11月の1月を調査するのはどうかと思われれます。
116	(1) 調査結果を公開して下さい。(2) 調査だけに終わらずに次回の改定に反映させて下さい。(3) 算定上限という枠組みは、疾患名だけの判断なのでリハ概念である障害は多岐にわたるため、患者様が納得するようなシステムを構築して下さい。
117	今回対象となった11月分では、算定終了後対象の患者さんに継続的なリハビリは必要ありませんが、12月、1月等算定終了予定の患者さんの多くは、継続したリハビリが必要とされます。
118	当院は改定後リハビリテーション料の算定を行っておりません。
119	リハビリの日数制限があるのはおかしい。患者さんからも苦情がでている。
120	入院については全床介護病床です。外来件数もわずかです。よって、患者調査については、対象者がいませんでした。
121	空欄部分につきましては、不明のため、記載をしていません。
122	当院では、平成18年3月まで特殊疾患療養病棟入院料を算定している病棟があり、リハビリ料を算定していないが、リハを行っていた患者がいた。そのために、数字上だけの患者数の比較は困難と思われる。
123	無作為に抽出した結果（運動器リハ実施状況）とはいえ、本院のような整形診療科がない所に、運動器のアンケートを実施する事は、実際の現場のデータや声を拾い上げる事が出来るとは言えないのではないのでしょうか。逆に整形科しかないような院に、極わずかに対象患者がいるだけの廃用症候群（脳血管）のアンケートを依頼されていませんか？施設基準も2つ、3つとっていても、実動、メインとなるリハ疾患のアンケートの依頼を行わなければ現場のデータは出てこないのではないのでしょうか？
124	今、リハは個別しかとれなくなった。セラピストが1:1で20分ついて、80点では、採算がとれない。
125	問6での集計が不十分であり申し訳ありません。調査依頼があつてから、調査の返送期限まで、年末年始の休業期間を除くと2週間程度であり、全体的に回答期間が短過ぎたと思う。
126	入所施設であり、障害（者）リハビリテーション料を中心に算定しています。急性発症した肺炎、無気肺に障害児（者）から呼吸リハへ変えて算定しています。慢性呼吸器疾患等合併している患者が入所者の2〜3割をしめますが、呼吸リハも含め全体の運動機能の維持・改善を治療内容とし、障害児リハにて算定しています。
127	当院では運動器を主にしたリハビリテーションを行なっている為、今回呼吸器リハの該当者はおられませんでした。

問 10 本調査に対するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。	
128	本調査により、リハビリを継続したいと希望している患者様の願いがかなえられるようであればいいと思います。
129	調査には積極的に協力させていただきますが、今後この調査がどのように反映されていくのか動向や実態をより明確にさせていただき、本当に必要とされる患者様にも反映できるよう進めていただきたいと思います。
130	平成18年4月の改定で一番大きな変化があったのは、リセット期限がすぎた8月、9月の時期にリハビリが集中して打ち切られたという現状です。この時期の患者様はその後どのようになったのかの追跡調査が必要かと思えます。当院の主観では確実にいわゆるリハビリ難民が増加していると思えます。本調査で11月の調査では、現状の把握が困難だと思います。
131	180日という期限が出来た事で、不安を訴えられた。当院はどちらかというと急性期リハを担っているが、後方支援病院が少ないために患者の行き場がない。また、回復期を経て、自宅へ退院したが、その後自宅で動けなくなったとの相談や訴えもあった。地方では、施設、デイサービス、デイケア、訪問リハなどのサービスもおこなわれていて、しわよせは患者様に行っている。
132	調査対象の患者さんがおりませんでした。
133	・当院は、今年度で移譲予定のため、実患者数が少ない。・算定終了対象者で、リハビリが必要な患者さんに対しては、別の病名で（新たな疾患名）算定するケースも有。・リウマチ等算定上限除外者が多い。
134	当院では脳血管疾患、運動器、呼吸器とも12月にリハビリテーションを終了される患者様はおられません。
135	11月分の調査が多いのですが、変化の少ない月であり調査の意味が理解できません。運動器は8月28日（150日）、脳血管は9月27日（180日）までに算定で、8月、9月の変化は大きく、その後はリハ算定可能な患者様を確保することが難しい状態でした。
136	リハビリテーションはPT1人当たり週108単位までと決まっており、1日平均患者数等はPTの人数によるのでは…？また、改定により直接影響を受けている慢性期の患者様への影響が反映されない調査に感じました。
137	質問項目が不適切と思われる 打ち切り後の経過、実害に関する項目がない また、質問内容の文言が非常にあいまいで、特に患者用では、それが顕著であると思われる。
138	リハビリテーションの実施期間にある程度の制限は必要と考えますが、現時点で六ヶ月が妥当であるかどうかは疑問が残る。介護保険サービスは拡大してきているが、地方と都会での差も大きく誰でも必要なサービスをうけることはまだ不可である。介護保険サービスでのリハビリテーションが機能するまで、制限期間を残しつつ、外来でのリハビリテーションの道を制限期間以降も月に何回か認める方向が必要と考えます。
139	11月以前にアンケートが配布されればより正確な数値を出すことができたと思われます。患者調査については当院では対象患者はいませんでした。
140	・疾患別リハビリテーション料が、種類毎に違うのは、混乱の元です。何故同じ時間あたりの料金が異なるのか、患者様にも説明出来ません。・呼吸器、心大血管について、「経験のある専任医」がないため施設基準Ⅱで届出ているが、算定はしていない。

問 10 本調査に対するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。	
141	当院は急性期病院である為、元々外来件数は少なく、入院リハを中心に行っているが、疾患別リハ別になってから、複合した疾病に対して加療されている患者様の主治医から何に対してリハ処方すればとの問いが多くなっています。今回算定制限に関しての調査であります。疾患別の枠組みのみなおしについても大きな問題となっております。
142	・リハビリテーションが必要かどうかの判断がわかりにくい。 ・のべ人数なのかどうかわかりにくい。
143	・4月改定の通知が遅く、準備期間とれず現場や患者さんに大きな混乱を招いた、いまだに不明瞭な点が多く混乱が多い。・医師への通達も充分に不十分で診断名がついてもどのリハ料に該当するのか分からないケースが多々あった。
144	当院では、問6～問8までのような詳細なデータは、とっておりませんので、わかる範囲での記載となっております。
145	当院に対しては運動器リハビリテーションの実施状況の調査という事でありましたが、対象者が5名しかおらず、無作為に選出ができない為、本調査に協力する事ができません。悪しからず御了承下さいますようお願いいたします。尚問6～8に関し、当院医●に於いては単位数の管理となっております。この点につきましても御了承下さいますようお願いいたします。
146	・リハビリ料を選定している1日平均患者数は、手持ちの数字から算出できないため、その月の15日（土・日・祝では翌診療日）の定点での1日患者数をだしました。・問9では大幅減少しましたが、改定の影響よりも、季節的な変動によるものと考えられます。夏～秋に大幅減、冬には少しづつもちなっています。
147	上記問8の今後も継続して「リハビリテーション等」が必要であるが、実施していない患者の中には、患者側が必要としているが、医学上必要としないケースもあり、医学上の必要性の定義を患者側と共有する必要性を感じます。
148	算定終了実施者数はその月にリハビリテーションに來なくなった患者も含まれます。継続中の患者はリハビリテーションが必要です。
149	今回運動器のリハビリ患者は、いません。
150	委介護状態でない患者には、リハビリテーションを行なう場が想定されていないのではないかと。介護状態またはPT介護予防状態の患者に介護には指導できない。以上の印象を強く患者さん側が感じておられる。
151	アンケート記載欄が多すぎると感じました。業務外にしなければならないので何を意図しているのか、明確にして頂いて効率良くアンケートで作製して頂けると有難いです。また、期間限定で、必要な人ヤリハビリを打ち切られている現状を何とかしてほしいと思います。再発作で再入院するケースも激増しています。おそらく医療量は以前より増えてしまっているのではないのでしょうか。
152	算定終了患者数は、かなり困難です。
153	状態の維持のためにリハビリテーションの維持が必要である。患者様もその要望が多い。
154	後期高齢者が多数を占める療養病棟では若年者などの「治る」ことを前提・目的としたリハビリでなく、ADL及び生活意欲の向上を目的としたリハビリが必要欠くべからざるものです。これではA

問 10 本調査に対するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。	
	DLは低下する一方であり、生きている限り、継続しつづけることが重要です。こうした事情から18年改正のような期限の設定にはなじまないものと考えます。医療が必要ない場合には、介護保険におけるリハビリに移るべきものかもしれませんが、医療を必要としている限りは、療養病棟においてこうした機能維持的リハビリを続けていくことが必要です。今後、療養病棟における「リハビリ」についてご検討・ご配慮をぜひお願いします。
155	国の委託事業であるということに、少なからぬ疑念（患者さんの立場なのかどうか）を抱いたところであるが、地域税（労働・家族構成・過疎・超高齢等）を考慮されて、患者様のニーズにこたえられるように御配慮いただきたいと思いきなり精密なアンケートでしたが回答した次第です。
156	算定を終了した患者数については把握できておりません。たいへん申し訳ございません。
157	過去の調査は難しい。将来の期間の調査であれば、準備して協力可能。今後、考えて下さい。
158	調査の目的が不明確、患者数の報告だけで全体像が把握できるのかが疑問である。現在、本調査に合致する型での統計をとっていない為各患者さんの診療録から拾う結果となり膨大な作業を要す結果となった。
159	特別のデータをとっていないため、不十分で申しわけありません。
160	一番必要な数字が明解に出せず申し訳ございません。ただ、リハビリテーション料の算定上限日数が終了した患者様で新疾患が見つからない患者様はほぼ同じ内容のリハビリを消炎鎮痛で対応している現状です。
161	・施設基準がとれなくなり、現在医療保険は全てサービスとして行っている。他の病院を知っているが、アンケートはそのような病院も含めた中から選ばれているのか不安。・施設向け患者調査票の該当患者様が日18、12にはいらっしやらなかったため、施設調査票のみ提出いたします。
162	当院への調査は呼吸器リハの実施状況でしたが、実施はありません。
163	当院のリハビリテーション（言語聴覚療法）の対象はほとんどが、発達障害をかかえた子供たちであるため、アンケート内容が合わず、ご家族へお渡しすることは出来ませんでした。療育機関が乏しいへき地では、医療でおきなうことしかできません。限られた状況でよりよい指導を行うために、努力しています。
164	正確な値を把握することが困難で、空白の部分があります。ご了承下さいませ。
165	わかるどころしか書けませんでした。もっと時間がいらいます。もっとみやすい調査にしてください。
166	自由記載の欄が小さいことと私の字が大変汚いため別紙とさせていただきます。今回の調査は大変有意義なものと考えています。効率的な医療費の利用という点でその基本となる調査と考えます。その上で何点か本調査に対する意見を述べたいと思います。平成18年の診療報酬改訂は様々な混乱の中で進められました。そのため経過措置が執られました。リハビリ分野では日数上限が設けられ何時を起算日にするかで議論があり、4月1日を起算日としました。そのため運動器では150日、脳血管では180日後にあたる8月、9月が上限月となりました。各医療機関では、当初3月時点で外来の長期通院患者の終了が相次ぎましたが、いったんおさまることになりました。終了の時期が8、9月に先延ばしされました。本調査は11月を調査対象月としており長期リハビリ患者の多くは終了となり混乱や矛盾が一定収まり、日数上限の影響が見えにくくなっていると考えます。

問 10 本調査に対するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。	
	各医療機関は、4月から外来の患者に対しリハビリ開始時点で終了時期をあらかじめ決め行なっているため上限越えが出にくくなっています。予め目標時期を決めることは重要ですが、はたして、個々の患者の十分な回復を終了時期としているかは疑問です。日数上限が先にありきで判断してないか。この調査からどの程度推測されるか期待しています。厚労省は急性期は医療、維持期、慢性期は介護に分けたいと考えています。しかし、実際、医療から介護への橋渡しはリハビリの現場でどれほどされているのか疑問です。要するに「期間が過ぎたので終了です。後はご自分でやってください。」というように患者をただ放り出してはいないか、医療者の姿勢が問われます。このような連携の意識がどこまであるかこの調査から推測できればと思っています。最後に私は17年理学療法士としてリハビリテーション分野で仕事をしてきました。リハビリテーションは「障害を治療する」が仕事です。障害は後遺症として残るものです。時期がくれば治るものではありません。一生残るのです。患者はそれを背負って一生生きていくのです。そういう性格のものに日数制限を設けるとは強い違和感と憤りを感じます。患者を見捨てることを診療報酬という金で強要されているように感じます。それに従わないと仕事が出来ない矛盾を感じながら日々仕事をしています。このような不当と感じる制度に対して少なからぬ抵抗を試みているというのが実状です。最大限リハビリテーションを必要とする患者に機会を与えるべく、最大限、除外対象疾患の活用、医師による継続の必要性を活用しています。最初に述べたことと矛盾していると感じているかもしれませんが、医療は、早く治る人だけのものではないはずで、理念が必要だと思います。そして、目先の効率性、採算性だけで医療費の配分を考えていかないと大きなしっぺ返しが出てくると思います。笑い話ですが「床ずれ」予防のために体位交換やマットレスなどの工夫に対して医療費は支払われません。「床ずれ」が出来ると処置や投薬の名目で医療費が支払われるのです。また、糖尿病の患者に運動療法を行っても医療費は支払われませんが、薬やインスリン注射が必要になると医療費が支払われます。予防や症状が軽症の時期には医療費は支払わない重症になると支払われます。予防や軽症の時期の医療費は少なくすみます。しかし、重症化すればするほど医療費はどんどん増えていくのです。リハビリテーションを行なっていることで機能が維持され入院や要介護にならずにいれば医療費や介護保険を使わずにすむ場合もあるわけです。本調査が定期的に行なわれ根拠に基づく医療政策が行なわれること強く願っています。今後の分析に期待を持って終了とします。調査結果を公表ください。
167	1) 脳血管(2)の点数が著しく低いため、運動器偏重になる。(100点)実際には運動器より脳血管の時間が必要。2) リハビリテーション日数超過後も必要な患者(特に片マヒ重症者)のデイケア等のうけいれ先のフォローで不十分であり、低下が目立つ。
168	当院のリハビリテーションの基本方針は、急性期に対するものとして、数年前より、実施してきた経緯があるので、今回の改定により、大きな変化はありませんでした。本調査の意図は、よく理解できませんが、算定終了の実数把握は、行なっていないので、肝心の箇所の回答ができない事を深くお詫びいたします。
169	特にリハでは、電算化が進んでないため、手分けして手計算で出しました。各職員共、忙しく、正確ではないようです。特に算定終了(問7-1や問8等)について。
170	・地域では介護保険による継続したサービスを提供できない現実である。・診療報酬改定により、コストが大幅に下がったため、体制の維持強化が困難である。・脳血管疾患等リハビリテーション

問 10 本調査に対するご意見等がございましたら、自由にご記入ください。	
	料の施設基準(1)と(2)の間に差がありすぎ、実用的でない。地域医療を実施するなかで、適切な人員配置とは言えない。
171	今改定においてリハビリテーション料では新たな概念(点数体系)を導入したのに旧体系比較して数値を算出すること自体に無理があると思われる。(H18年3月以前との比較)リハビリ料の算定終了だけで、今回の日数制限によるものかどうかは判断できない(1つの医療機関ごとでは)入院患者の退院後・転送後の状況は十分に把握しきれないなどの理由あり(外来での治療中断、患者自身の判断による転送…)⇒検証結果として意味をもつ数字(数値)がでてくるのでしょうか?
172	・集計方法が当院と貴調査項目とが一致できないところは空欄にしています。・患者様用のアンケートですが、当院に郵送到着が12月末だったので患者様に手渡しできませんでした。

資料(2) 患者調査票における本調査またはリハビリテーションについてのご意見(自由記述)

問9 本調査またはリハビリテーションについてのご意見	
1	折角リハビリで通院する以上、30分位は治療+指導を受けたい。(現在は10~15分程度)・全く使えなかった右手で、下手でもこんな字が書けるようになったのもリハビリのお陰です。感謝!
2	腰痛でマッサージを受けているが前は15分位で力が強かったが、現在7~8分位で、マッサージの力が非常に弱く余り期待が持てない。
3	とてもよくリハビリをしてもらい海にかえることが出来ました。少し不自由がありますが。
4	専門のリハビリがあるからこそ、正しいトレーニングが出来ると思います。
5	リハビリ期間に上限を設け、患者個々の状態をみず一律でリハビリを打ち切る事はまったくもってナンセンスである。本来、期限を設けなければ機能回復が可能であった患者が切り捨てられている実態をみれば現在の上限日数は短すぎる事は明白。医療費圧縮を目的とした改定としか思えない。
6	もう少し、患者の様子をみて、期間など、決めてほしいと思います。
7	OP後、早々にリハビリを開始したので、自分でも、不安になりましたが、(リウマチがあった為に)リハビリの先生方の指導により安心してリハビリできました。
8	初めての骨折で、車イス、松葉杖、装具等、一時は大変でしたが、お陰様で歩ける様になりました。階段昇降がまだ少し不自由です。
9	症状に応じてリハビリ回数を決めてほしい。
10	リハビリは必要不可欠なのでどんどん受けたい。
11	自分自身も、そうだったので、リハビリという言葉は知っていても、リハビリの大切さや、辛さは、今回の怪我で初めてわかって、自分の周りの人もみんな一生懸命頑張っていて、そんな中にもうすぐリハビリの期限が切れるという人もいて、人それぞれケガの種類もリハビリにかかる日数も違うはずなのに、どうして期限が決まっているのか疑問に思いました。このアンケートがどれだけの力があるのかわかりませんが、現場の声がもっと届くことを祈っています。
12	・計画的に筋力トレーニングをして頂いたと思っています。・常に自宅でのリハビリをするように医師始めリハビリの先生に指導を受け、自分も1日2回は自宅毎日しておりましたので、10月、11月は週1回の通院リハビリでありましたが、効果があったのではないかと考えております。・リハビリは、自分自身で回復するための努力が必要であることを感じました。
13	●●病院入院し大変素晴らしい病院です。行き届いた介護が素晴らしいです。
14	障害者は、リハビリがなくなる事は後、どの様な夢がありますか。
15	期間限定でリハビリテーションが終了する事により、完治していない状況で、放り出されてしまい、その後とても苦勞している。必要のある、リハビリなのだから、期間が限られるのは、おかしいと思う。一番苦勞するのは患者なのだから、考え直してほしい。
16	以前のように週2~3回リハビリを行ないたいと思います。
17	変形性膝関節症に関係する筋力強化対策の医療機器の更なる整備強化を心からお願いします。
18	リハビリの時期について再考願いたい。
19	私も自転車で転倒し、骨折で手術を受けリハビリも12月で終わりました。幸いに怪我が軽かったので良かったのですが、今の保険の扱いが5ヶ月迄しか出来ない事を知りました。皆さんがリハビリ中も怪我が重い人もいます。皆さん納得しない人が多勢います。この制度をなんとかもう少し考えて下さ