

リハビリが継続できなくなった患者さん 合計で6723人に

協会のアンケート調査で判明

本年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、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、それぞれ保険診療による上限が決められました。

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。東京保険医協会（塩安佳樹会長・会員保険医約5千人）では、「脳血管疾患等リハビリ・・・」「運動器リハビリ・・・」の届出をしている都内920の医療機関を対象に、緊急アンケートを行いました。その結果、「日数上限」により、リハビリが継続できなくなった脳血管疾患や運動器疾患の患者数は、205医療機関、計6,723人であることが判明しました。

「リハビリテーションの算定日数制限問題に関するアンケート」の概要

調査期間 2006年10月12日～10月30日

調査対象 「脳血管疾患等リハビリ・・・」「運動器リハビリ・・・」の届出をしている都内920の医療機関。

調査方法 対象医療機関にアンケートを送付し、FAXで回答いただき集計を行った。

結果 回答 235件(回答率25.5%)

「日数上限」により、リハビリが継続できなくなった脳血管疾患や運動器疾患の患者数は、205医療機関、計6,723人であることが判明した。

「リハビリテーションの算定日数制限問題に関するアンケート」の まとめについて

東京保険医協会 政策調査部

本年4月の診療報酬改定により、リハビリテーション医療の診療報酬が改定され、これまでリハビリテーションの実施期間は主治医の判断によっていたものが、4月以降は脳・心臓・運動器・呼吸器の4つの疾患群別ごとに算定日数の上限が導入された。このため、例えば発症後180日を越えた脳血管疾患患者の多くが、医療保険でリハビリテーションが受けられなくなるなど、重大な影響と混乱が医療機関と患者に生じている。

東京保険医協会は、2006年10月、とくにリハビリテーション治療を受ける患者が多い、脳血管疾患等リハビリテーションと運動器疾患リハビリテーションについて、医療保険で行うことを届け出ている都内の医療機関920件へ緊急にアンケートを実施。これにより、算定日数制限で合計6,723人の患者がリハビリ治療を継続できない状況になっていることがわかった。このアンケートの回答率は25.5%であり、単純推計でも東京都内だけで2万6千人以上の患者が、リハビリテーション医療中断などの深刻な影響を受けていることになる。

厚生労働省は急性期・回復期のリハビリテーションは医療保険で対応し、慢性期・維持期は介護保険で対応できると主張している。しかし、病状・病態は患者ごとに千差万別であり、急性期・回復期の期間上限を一律に定めることは不可能である。また、介護保険では集団リハビリテーションが主体で、専門職による個別リハビリテーションの体制が不十分である。さらにリハビリテーションが必要な患者の多くは高血圧、糖尿病、認知障害などの基礎疾患があり、医学的管理体制が極めて低い介護保険の通所リハビリテーションなどでは、安心・安全な対応ができないのが現状だ。

アンケートではリハビリテーション中断者への対応(「質問1」)で、「介護保険への移行・紹介」が最多であった。しかし、「患者から介護への移行を断られるケースが多い」「本来の機能訓練・指導が受けられない」との回答があるように、これは患者・医療機関双方の不満と不安があるにもかかわらず、他に選択肢がなく、やむなく介護保険への移行を進めている状況があることを示している。また、対応策(「質問4」)として「病名検討」や治療効果がありながら日数上限を迎えたため、いったん中断して増悪したらリハビリ治療を再開しなければ、所定の点数が算定できない、いわゆる「急性増悪・再発で仕切り直し」で対応せざるを得な

いという回答が多く見られたことは、不合理を乗り越えて、不条理極まりない制度となっていることを明らかにしている。

算定日数制限に対する意見(「質問3」)では、「症状は多様で一律の日数制限は無理」「日数上限の拡大」の声とともに、慢性期・維持期についても「機能の『維持』『低下』防止のためのリハビリテーション」を医療保険で行うことを求めるものが圧倒的に多い。その一方で、「日数制限支持」の回答でも、今回4月の改正を「積極的に支持」していると思える意見は1件のみで、他の意見は「主治医の判断で継続できるようにすること」など、今次改定の問題点を指摘している。

深刻なのは「リハを継続できなくなった患者の30%位が明らかに動作・歩行能力が低下して生活に支障を来している」など、対応している患者の状態が日を追うごとに悪化していくのを医療担当者が目の当たりにしているということだ。

医療機関側の「持ち出し」で必要なリハビリテーションは続けるとの回答も多くあった。しかし、この努力にも限界がある。

アンケートの結果を報告するに当たって、このような深刻な状態をありのままに伝えるため、いただいた回答についてはほとんど全て「生の記述」のまま掲載した。内容は、適切なリハビリテーションが中断され、病院・施設のベッドや在宅の中で、歩けず、動けず、しゃべれないままの人々が、何万人も生まれてしまうことを示唆するものである。まさに、算定日数制限の廃止は緊急の課題である。

リハビリテーションの算定日数制限問題に関するアンケートのまとめ

都内の脳リハ・運動器リハ届出医療機関を対象にFAXによるアンケートを実施

期間 06/10/12～10/30

対象 920医療機関(脳リハ・、運動器リハ・の届出医療機関)

回答 235件(回答率25.5%)

届出リハ別回答率 (重複届出あり)

	届出数	回答数	回答率
1 脳血管疾患等リハ	121	46	38.0%
	263	64	24.3%
2 運動器疾患リハ	437	105	24.0%
	99	20	20.2%
計	920	235	25.5%

中断患者数

「日数上限」により、リハビリが継続できなくなった脳血管疾患や運動器疾患の患者数は、205医療機関、計6,723人となった。

	リハが継続できない患者数(人)	医療機関数
1 脳血管疾患等リハ	1219	38
	910	57
2 運動器疾患リハ	2796	94
	1798	16
計	6,723	205

アンケート回答の集計

注：テーマごとに分類してアンケート回答の傾向を見た。複数項目にまたがる回答はそれぞれのテーマごとに分割して振り分けたものもあるため、集計数の合計は回答医療機関数とはならない。

質問1：「継続できない患者さんへの対応をお知らせ下さい」への回答

回答医療機関数171件(回答を13項目に分類。)

1. 介護保険等へ移行	50件
2. 他院へ紹介	13件
3. 病名を検討	11件
4. 「再評価」「症状増悪」で仕切りなおし	13件
5. 患者の自主的取組	22件
6. リハは中止	26件
7. 日数超でも実施	10件
8. 消炎鎮痛処置を算定	40件
9. 病棟内ADL指導等	4件
10. 基本診療内で実施	1件
11. 自費で継続	2件
12. 介護以外のサービス・施設等へ	4件
13. その他	3件

質問2:「日数制限にかかる病名は何ですか」の回答
 <省略(「アンケート回答集編」を参照)>

質問3:「リハ日数制限に関するご意見」欄への回答

回答医療機関数207件(回答を14項目に分類)

1. 症状は多様で一律の日数制限は無理	46件
2. 機能の「改善」ではなく「維持」「低下」防止の評価を	52件
3. 除外規定が不明瞭	13件
4. 診療報酬 臓器別設定は不適當	11件
5. 上限日数の拡大を	19件
6. 日数制限の根拠がない	5件
7. 介護保険の不備	16件
8. 医療リハも介護リハも受けられない	6件
9. 納得できないなどの患者からの声	8件
10. 苦しい医師の思い	4件
11. その他	33件
12. 対応策はない	3件
13. 実害事例	6件
14. 日数制限支持	4件

質問4:「貴院の対応策をお聞かせ下さい」への回答

回答医療機関数180件(回答を17項目に分類)

1. 病名を検討	40件
2. 急性増悪・再発等で仕切り直し	23件
3. 小さな「改善」効果も見逃さない	6件
4. 日数超でも実施	8件
5. 持ち出し出でリハを継続する	11件
6. 自費	3件
7. 特別体制をとる	6件
8. 介護保険等へ	30件
9. 在宅訪問リハ	3件
10. 他院へ	7件
11. 介護保険以外の施設・サービス等へ	1件
12. 消炎鎮痛処置を算定	23件
13. 基本診療内で実施	2件
14. 患者の自主的取組	7件
15. 終了	6件
16. 対策はない	13件
17. その他	9件

アンケート回答集編

(回答をテーマごとに分類、極力原文のまま掲載した。複数項目にまたがる回答は主なテーマ項目に分類した)

質問1:「継続できない患者さんへの対応をお知らせ下さい」への回答

回答医療機関数171件(回答を13項目に分類。)

1. 介護保険等へ移行 50件

- <脳リハ > ・ 介護保険活用の指導・アドバイス
- ・ 介護保険でのリハの説明をもって終了
- ・ 介護サービスへ
- ・ 介護サービスへの移行
- ・ 介護サービスへの移行
- ・ 介護サービスへの移行
- ・ 介護サービスへの移行を説明する(訪問リハ、デイサービスなど)
- ・ 介護・デイサービスへの利用
- ・ 介護サービス(通所・訪問リハ)につなげたケースが多い。しかし介護保険でのリハビリ整備は遅れており、訪問リハが受けられない、本来の機能訓練・指導が受けられない弊害がある
- ・ 訪問リハへ紹介
- ・ 介護または医療保険での訪問リハ
- ・ 介護保険サービスなどの情報提供を行う
- ・ 老健への転院を促す
- ・ 施設入所
- ・ 介護保険施設へ
- ・ 介護保険の適応施設への紹介
- ・ 療養病床へ転棟
- <脳リハ > ・ 当法人内の介護保険サービスを紹介。紹介を断られるケースも多かった。つまり、介護保険サービスを使いたくないという
- ・ 併設の老健デイサービスへ移行
- ・ 介護保険のリハビリ施設を紹介
- ・ 介護保険への移行
- ・ 介護保険でのリハ
- ・ 外来の場合、通所リハや訪問リハへ申し込んでいただいた
- ・ 通所リハビリテーションの紹介
- ・ 施設入所。介護療養病棟を有している病院への紹介
- ・ デイサービス、訪問リハビリへ紹介
- ・ 通所リハへの移行
- ・ 通所リハビリへの移行
- ・ 実施回数を減らして継続し、介護保険病棟に変更されるまで待機状態
- ・ 介護保険化のサービスへ移行した
- ・ 地域リハ紹介
- ・ デイケアを勧める。当院より訪問リハビリで対応
- <運リハ > ・ 当法人内の介護保険サービスを紹介。又は症状緩和のため終了すると説明した
- ・ 納得していただき終了とした。介護保険サービスへの移行が33%、基本診療として継続が67%

- ・介護保険を利用しての訓練継続の勧め
- ・外来、介護保険への移行
- ・在宅でのリハを指導
- ・介護保険への移行
- ・通所リハへ移行して頂いた
- ・介護保険でのリハを紹介した
- ・介護保険での訪問リハへの変更
- ・療養型病床へ転棟
- ・介護保険病棟への移行、転院
- ・通所リハ紹介
- ・必要であれば介護保険の利用
- ・介護保険病床への転床、デイケア、訪問リハビリ利用を促す
- ・介護保険のリハビリへの移行
- ・介護保険利用等をすすめる
- <運リハ > 通所リハビリへの移行
- ・担当ケアマネージャーにより介護保険サービスのケアプランを変更依頼した

2. 他院へ紹介 13

- <脳リハ > 他院紹介
- ・他院紹介
- ・他院紹介
- ・転院
- <脳リハ > 近医を紹介（外来）
- <運リハ > 近医紹介
- ・他院への紹介
- ・他院の受診をすすめる
- ・紹介状を書いてもらい近医受診となる
- ・終了、他院への紹介
- ・転院
- ・他院を紹介した（外来）
- ・他医へ紹介、保険改正のためと説明

3. 病名を検討 11件

- <脳リハ > 身体障害者の自立訓練へ移行
- <脳リハ > 運動器疾患の病名にて継続
- ・運動器疾患を検討。新処方
- <運リハ > 関節不安定症とした
- ・脳血管疾患の診断を受けたため、脳血管疾患体系に変更
- ・病名変更
- ・病名変更、運動器不安定症
- ・別の疾患の発症
- ・他の疾患名を検討し継続
- ・他部位中心のリハに病名・内容変更し継続中。または1回に限り運動器不安定症使用
- ・病名変更

4. 「再評価」「症状増悪」で仕切りなおし 13件

- <脳リハ > 症状悪化（「歩けなくなった」、「手足の動きが悪くなった」）が見られた場合、すぐに主治医が指示
- ・外来時に、ADL低下時などに改めて対応する

- ・医師が必要と認めた場合、リハスタッフから必要性ありとの意見があった場合、再度運動療法を継続させている
- ・必要に応じて適用除外にて対応
- ・再評価し、対応を検討：基本的な考えは必要な方には継続する
- <脳リハ > ・内科等に受診の際、廃用がないかをチェックする
- <運リハ > ・状態悪化時来院するよう説明
- ・悪くなったら受診するように
- ・一度、在宅復帰してもらい、何らかの疾患が該当すれば再入院をすすめる
- ・急性増悪
- ・再診断
- ・経過を見て（2～3か月）再診。その間の症状の悪化があれば対応
- ・一時の中断、「再発」「悪化」

5. 患者の自主的取組 22件

- <脳リハ > ・入院患者はサービスで集団体操
- ・外来患者は「リハビリ教室」で自主練習、運動機能の確認・相談を行う
- ・自主的なトレーニングにて経過を見ていただく
- ・家族指導に移る
- ・地域の「友の会」活動などへ紹介
- ・在宅の指導
- <脳リハ > ・自宅で継続できる運動指導
- ・自主トレを指導
- ・自主トレーニング指導程度
- ・Home ex.指導、サービスによる短時間でのex.
- <運リハ > ・ホームエクササイズを主に指導している
- ・ホットパックへの移行（状態はチェックする）
- ・主治医より終了の説明あり。必要あれば自主トレプログラム指導及び資料配布を行った
- ・自主トレの指導をした
- ・自主トレの指導
- ・自主トレ指導
- ・症状変化等があった場合には受診するように伝えた。自主トレ、生活指導にて対応
- ・転院はすぐには不可能な方ばかり。リハ室に来られる方は自主トレという形でお受けしてる
- ・生活指導など
- ・期限にて終了後自宅訓練指導
- ・自主トレのみ
- <運リハ > ・自主リハ

6. リハは中止 26件

- <脳リハ > ・入院受け入れの時点で「お断り」
- ・終了
- ・入院：請求終了。外来：介護予防デイ、デイケア、訪問リハへ繋いだ(法人内)
- ・終了した
- ・終了した。高次脳機能障害を合併している患者さん(失語症)は言語療法のみ継続している
- ・リハ中止。外来診療のみのフォローへ
- <脳リハ > ・リハ終了しました

- ・納得していただき終了とした(+介護保険への移行=50%)、基本診療として継続50
- ・投薬を含め診察のみ継続(外来)
- ・ご家族の了承の上
- ・終了
- ・病棟内での生活リハ(病棟QOL加算)に移行
- ・外来のほとんどは終了
- ・物理療法への転院もしくはリハビリ終了
- ・院内でリハビリ終了

- <運リハ >
- ・終了した
 - ・終了とした
 - ・了承を得て終了
 - ・説明し終了
 - ・終了
 - ・中止
 - ・リハ中止した(入院)
 - ・終了
 - ・外来のほとんどは終了。
 - ・症状改善のため、希望により中止

- <運リハ >
- ・終了

7. 日数超でも実施 10件

- <脳リハ >
- ・必要な入院患者には請求なしでリハビリを続行
 - ・算定不可でも実施
 - ・最小限度の診療回数とした上で、症状詳記し保険請求している
- <脳リハ >
- ・入院では現在全員を継続。ただし、今後一名中断予定
 - ・必要な方はサービスにてリハビリを継続
- <運リハ >
- ・サービスにて継続
 - ・入院、算定不可でも施行
 - ・サービスでやっている
 - ・最小限の訓練回数とした上で症状詳記を書いて保険請求した
 - ・サービスにて継続

8. 消炎鎮痛処置を算定 40件

- <脳リハ >
- ・消炎鎮痛で算定
 - ・消炎鎮痛で算定
- <脳リハ >
- ・消炎鎮痛処置へ移行
 - ・消炎鎮痛処置(マッサージ等)
 - ・マッサージへ移行
 - ・消炎鎮痛に切り替えている
 - ・消炎鎮痛処置にて物療と共に運動を実施するなど
 - ・消炎鎮痛処置扱いで算定している
 - ・サービス(消炎)
 - ・消炎鎮痛処置としてリハビリ継続している
 - ・消炎処置で引き続き継続
 - ・物理療法で対応できる部分だけ対応する
- <運リハ >
- ・消炎処置
 - ・消炎鎮痛に継続
 - ・消炎鎮痛処置へ移行
 - ・消炎鎮痛等処置(マッサージ等)

- ・消炎鎮痛に変え、1～2ヵ月後再開すると説明した
 - ・消炎鎮痛処置での対応
 - ・消炎鎮痛等処置で算定
 - ・消炎鎮痛で算定
 - ・一部物理療法
 - ・物療のみで対応
 - ・消炎処置
 - ・消炎鎮痛処置にて算定（リハビリ内容は継続しています）
 - ・消炎鎮痛処置で申請（リハビリ処方に変更なし）
 - ・消炎鎮痛処置にて算定
 - ・物理療法への転換、リハビリ終了
 - ・消炎鎮痛処置算定へ変更（算定は消炎鎮痛処置でも大腿回頭筋訓練等維持せざるを得ない）
 - ・消炎鎮痛処置へ（リハビリ中止してマッサージ・電気等のみに）
 - ・物療への変更
 - ・消炎鎮痛処置として算定し、同様のリハビリを続けている
 - ・物理療法への切り替え
- <運り八 >
- ・消炎鎮痛へ変更
 - ・消炎鎮痛へ移行
 - ・消炎鎮痛の算定で引き続きリハビリ継続
 - ・鎮痛消炎で継続した
 - ・消炎でのサービス
 - ・消炎鎮痛処置(物療)にて継続を基本としていますが、個別対応を望まれる方が多く、(場合によってはクレームとなるため)内容は個別療法と物療のセットで継続とし、算定は消炎鎮痛処置(物療)としています
 - ・消炎鎮痛処置等による対応
 - ・消炎鎮痛に切り替えて対応している

9.病棟内ADL指導等 4件

- <脳り八 >
- ・病棟ADL指導
- <運り八 >
- ・病棟内ADL指導
 - ・病棟看護師による歩行訓練
 - ・病棟ナースなどスタッフに引継ぎ

10.基本診療内で実施 1件

- <脳り八 >
- ・20分未満で継続

11.自費で継続 2件

- <脳り八 >
- ・自費で継続
- <運り八 >
- ・自費継続

12.介護以外のサービス・施設等へ 4件

- <脳り八 >
- ・区の福祉施設を紹介
 - ・他施設への紹介
 - ・治療院（針・灸・マッサージ）を紹介する
- <運り八 >
- ・系列の治療院（針・灸マッサージ）を紹介した

3.その他 3件

- <脳り八 >
- ・外来の回数を減らした
 - ・特に対応していない
- <運り八 >
- ・近日中に担当医から日数制限によりリハビリを継続できなくなると説明する予定。その後の対応について未定

質問2:「日数制限にかかる病名は何ですか」の回答

回答医療機関数215件(全回答を五十音順に分類。算用数字は複数以上の回答数)

- <脳リハ > あ 悪性腫瘍
移転性脊椎症術後
- か 関節リウマチ
間代性筋痙攣
開腹術後
頸椎損傷不全マヒ
中程度障害のある頸損
骨折術後
骨折(開放骨折)
骨折(遷延性治癒)
構音障害(舌癌術後)
高度意識障害を伴う長期臥床(拘縮予防を中心としての継続が困難)
ギランバレー症候群
- さ 失語のみで除外(PT・OTは制限される)
進行性神経疾患
人工内耳手術
整形疾患で単純なOA(変形性関節症)など
脊椎損傷
切断
摂食機能障害
正常圧水頭症
- た 大腿骨頸部骨折 2
低酸素症
低酸素脳症
多発性硬化症 急性造悪
- な 認知症により、改善に時間がかかる
高次脳機能障害を伴わない脳血管障害 4
失語を伴わない脳血管疾患
脳血管疾患で失語・高次脳機能障害のないもの
脳梗塞や脳出血などの脳血管障害(CVA) 2
若年の脳梗塞や脳出血などの脳血管障害(CVA) 介護保険適応外
脳血管障害のなかで、機能継続を目的とした治療が必要なケース
脳血管障害で症状の固定
脳血管障害
脳血管疾患
脳血管疾患の維持期
くも膜下出血 6
くも膜下出血後遺症
脳出血 7
脳梗塞 8
多発性脳梗塞 2
脳梗塞等で認知症
脳梗塞後遺症 4
陳旧性脳出血
陳旧性脳梗塞
陳旧性脳塞栓症
脳卒中片麻痺
脳腫瘍など 2
脳腫瘍 2
脳腫瘍手術後
脳炎
脳性マヒ

- 脳外傷
- 脳血管性パーキンソニズム
- は 廃用症候群 11
- 廃用症候群(改善に時間を要するもの)
- パーキンソニズム
- パーキンソン症候群
- 変形性関節症
- 変形性股関節炎
- 変形性膝関節症
- 変形性腰椎症
- ま 慢性炎症性脳髄性多発ニューロパチー
- 末梢神経障害(軸系変性所見を認めるもの)
- 末梢神経障害(軽症例)
- ら リハビリの効果が維持レベル 2
- リハビリの効果が悪化の軽減にとどまる
- その他 除外疾患以外のリハビリ対象となる疾患病名全て
- 除外対象以外
- 整形外科・ペイン科などから紹介のある運動器の障害・傷みを伴うもの
- 運動器リハの対象者
- 主疾患が骨関節疾患の患者
- 対象はない 2

- <脳リハ >
- あ アルツハイマー型など、いわゆる認知症が伴う骨折。精神機能障害があるとクリアな方よりも学習するのに時間がかかる
 - アルツハイマー型など、進行性変形疾患 進行性といえども、disurseの部分改善することは可能。これは日数以前の問題ですが、疾患対象にすら入っていない
 - オリーブ橋小脳変性症
 - か 関節リウマチ(RA) 半年前に膝で入院しリハビリし、外来で今度は肘に対応するようなとき
 - 喉頭がん(悪咽頭音声障害)
 - さ 術後廃用
 - 脊髄損傷 3
 - 脊髄小脳変性症
 - 脊椎症
 - た 中枢神経疾患又は、その手術後の患者
 - 糖尿病による筋力低下
 - な 認知症全般
 - 脳血管障害
 - 脳血管障害(CVAで院内自立歩行、自宅退院の目途が立たないケースなど)
 - 高次脳機能障害のない脳血管疾患
 - 脳梗塞、脳出血等の脳血管疾患
 - 脳梗塞、脳出血等急性発症した脳血管疾患、又はその手術後の患者
 - 脳血管疾患全般
 - 脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)
 - 脳血管障害
 - 脳血管障害(片麻痺のみの方)
 - 脳血管奇形術後
 - くも膜下出血 4
 - 脳出血(左片マヒ)
 - 脳出血(片マヒ)
 - 脳出血 19
 - 脳出血後遺症

脳出血（梗塞）後遺症
硬膜下血腫
脳梗塞 28
脳梗塞で長期入院（1年以上～）
ラクナ脳梗塞
脳梗塞（高次脳障害を殆ど伴わないもの）
脳梗塞後遺症 5
脳梗塞後遺症等で、維持期のために著名な身体機能・能力の向上（改善）が望めない方
多発性脳梗塞
多発性脳梗塞を基礎疾患とするもの リハビリを止めた時点から拘縮や精神機能低下がすすんでしまう
高次高機能障害の症状が軽度もしくははない脳出血、脳梗塞、外傷
陳旧性多発脳梗塞
脳卒中
脳外傷
脳挫傷
脳腫瘍
脳膿腫

は 廃用症候群 9
閉塞性動脈硬化症（ASO）術後の廃用
内科的術後の廃用
寝たきりの患者様で、精神、神経疾患がなくて廃用症候群の改善のために施行していた方達
治療・安静による廃用症候群
外科手術後とくに腹部以下の転移による廃用症候群
パーキンソン病

ま 変形性関節症 2
末梢神経障害 2
腓骨神経マヒ等の末梢神経損傷
末梢神経炎
慢性腎不全 2
慢性心不全 2
慢性疼痛を主とする病状

その他 全てです

<運リハ > あ アキレス腱断裂
急性発症した運動器疾患（主に下肢の外傷、骨折）、慢性の運動器疾患により、一定以上の運動機能低下を来している方
運動器不安定症 5

か 肩関節拘縮（五十肩由来）
肩関節拘縮
肩関節周囲炎 21
肩関節周囲炎等 2
肩関節周囲炎（凍結型）
肩関節周囲炎による肩関節拘縮の可動域訓練
肩関節周囲炎等の慢性疾患（含、TKA,THA）
肩関節周囲炎及びその急性増悪
肩腱板損傷
肩の脱臼骨折
関節拘縮
関節内の疾患（靭帯損傷、軟骨腫、骨折など）
筋・腱損傷
筋・腱損傷（アキレス腱、大腿回頭筋腱断裂・・・etc）
脛骨高位骨切り術後の患者

頸髄症 2
頸椎症 3
頸椎症性頸髄症などの不全マヒ
頸椎損傷
頸椎捻挫
頸部or腰部椎間板症
頸部損傷軽～中程度
頸部脊椎管狭窄症
腱損傷 2
両下腱切断のPAで創部が固定できず義足の作成がなかなか行えずその間に期限が来てしまう
腱板断裂
腱板損傷 2
五十肩
骨折 9
骨折術後
骨折後
骨折後
骨折脱臼
骨折一般
各部位骨折
各種骨折
骨折後機能回復訓練
鎖骨、前腕骨など骨折
鎖骨fx
上腕骨頸部fx
上腕骨骨折
上腕骨顆上fx
足関節外果骨折+末梢神経障害
足関節骨折
四肢・体幹の骨折
上下肢骨折一般的にも肘関節にかかる骨折(肘頭や橈骨骨頭の骨折)
上肢の骨折
下肢の骨折
頸骨高原骨折
(脳血管障害の既往のある方の)骨折
骨折後関節拘縮
骨折後の拘縮、ADL低下
骨癒合遅延に伴う関節拘縮、能力低下
骨癒合が遅延している骨折
難治性骨折術後
外果fx
橈骨遠位端fx
脊椎・上下肢骨折
股関節部骨折 CHS (compression hip screw 圧縮腰ネジ)
手指の骨折
第一中手骨裂離fx
胸椎圧迫骨折
PTBを装着する骨折患者
拘縮(一部接骨院などで対応し、治療が遅れ、拘縮を生じてしまっている場合、150日では無理がある)
脊椎圧迫骨折
圧迫骨折後
圧迫骨折後保存療法
SCS(硬膜外脊髄刺激療法)

骨壊死
 骨腫瘍
 さ 上・下肢の手術後、四肢の切断など
 人工関節術後
 人工膝関節手術後
 人工関節置換術後
 踵骨骨折
 靭帯損傷 3
 術後感染で長期になっている例
 脊髄疾患
 脊髄損傷 2
 脊損
 脊椎症
 脊椎炎
 脊椎術後
 脊柱管狭窄症 2
 脊柱管狭窄症
 切断 3
 切断など
 切断後
 先股脱
 た 退行変性疾患
 大腿骨頸部骨折 7
 大腿骨頸部骨折等
 左大腿骨頸部骨折 2
 大腿骨頸部骨折等の骨折疾患
 大腿骨頸部骨折術後 4
 大腿骨頸部骨折など主に下肢の骨折
 RAO（大腿骨骨頭壊死）
 大腿骨転子下骨折
 多発筋痛症
 椎間板ヘルニア（腰部）
 椎間板ヘルニア
 T12椎体圧壊
 糖尿病
 な 軟部組織損傷
 乳癌後肩ROH制限
 認知症合併により機能獲得できにくい例（例えば大腿骨頸部骨折）
 は 脳血管障害
 脳血管障害による半身不全麻痺
 手術後の廃用症候群（回復期病棟において）
 廃用性筋力低下
 半月板損傷
 左膝前十字靭帯再建
 膝関節拘縮
 膝関節炎後関節拘縮が著明な例
 膝関節症
 膝or股関節周囲炎
 両膝人工関節置換術後
 変形性頸椎症で徐々にQOL低下している例
 変形性関節症 16
 変形性関節症（腰、膝、肩など）
 変形性関節症（腰、膝・・・）
 膝関節（変形性）等
 OA等の関節の変性疾患
 変形性頸椎症 2

- 変形性脊椎症 6
- 変形性疾患
- 変形性膝関節症 26
- 変形性膝関節症（人工膝関節置換術）
- OAK（変形性膝関節症）
- 変形性膝関節症に対する動力訓練
- 変形性股関節症 8
- 変形性股関節症（人工股関節置換術） 2
- 変股症
- 変形性腰椎症 5
- 変形性腰椎症（術後）
- 腰部変形性脊椎症
- 頸、腰椎変形性疾患
- 腰、股、足関節等の変性疾患
- ヘルニア
- 歩行障害
- ま 前十字靭帯断裂 2
- 前十字靭帯断裂（靭帯再建術）
- 前十字靭帯再建術後
- ACL再建後
- 慢性膝関節疾患
- 慢性腰痛
- 末梢神経損傷後の筋力訓練
- 四肢末梢神経障害
- や 腰椎圧迫骨折 6
- L1 . 2 圧迫fx
- 腰椎損傷（遅発性対麻痺）
- 腰椎症
- 腰椎すべり症
- 腰椎椎間板ヘルニア 2
- 腰部脊柱管狭窄症 4
- 腰痛 2
- 腰痛症 4
- 腰痛疾患
- 腰部SCS(硬膜外脊髄刺激療法)
- 腰部脊椎管狭窄症
- ら RAなどの運動器系難病、同時に起こった多部位外傷をのぞく全ての運動器疾患、とりわけ慢性の運動器疾患はすべて慢性関節リウマチ
- その他 整形外科一般の診断名のほとんど全てです。（ただし、リウマチ、多発外傷以外）
- 転倒後安静にしていた患者
- 有痛性の運動器疾患一般
- 炎症性疾患（炎症ダウンしても痛みプラス）
- 高齢者のADL低下
- 当院該当している患者さんはいません
- セ外的疾患全般
- 変形性疾患全般、骨折等外傷後でほとんど全ての疾患です
- 整形外科疾患全て（リハビリテーション適応の）。ただし、RA等除外疾患を除いて
- 慢性の炎症性疾患のほとんど
- <運り八 > か 下肢筋力低下・・・対象疾患なし
- 肩関節周囲炎 4
- 肩周囲炎
- 各関節炎症疾患

頸椎症
高齢者の骨折、術後
骨折
骨折・不全骨折
上腕骨頸部骨折(関節可動域制限残存、機能の向上は期待できる)
た 大腿骨頸部骨折後
大腿骨頸部骨折
大腿骨頸部骨折術(一定の期間が経った後、疼痛、歩行障害、関節可
動域制限等)
な 脳梗塞後片マヒ
脳梗塞後遺症
脳出血後遺症
は 廃用性症候群(全身筋力低下)
各変形性疾患
変形脊椎症 2
変形性膝関節症 5
変形性膝関節症(慢性疾患であり、ある程度改善するものの完治には
至らない)
変形性関節症
や 腰椎椎間板症
腰部変形性脊椎症
ら リウマチ 2
その他 慢性疾患の患者

質問3：「リハ日数制限に関するご意見」欄への回答

回答医療機関数207件(回答を14項目に分類)

1. 症状は多様で一律の日数制限は無理 46件

- <脳リハ >・リハ適応を日数で制限することには無理がある。症状は同じでも合併症などもあり、多様である
- ・脳卒中後であっても場合によっては90日でも長い症例がある一方で、長期リハが有効である症例もある
 - ・個々の患者のリハ必要性を評価せずに、一律で制限することに問題あり
 - ・厚生労働大臣指定疾患以外の病名でも180日以上、医学的リハビリテーションの対象(回復途上にある)患者が存在し、単に180日という制限は不相当と考える
 - ・脳血管の日数制限は根本的に無理。
 - ・障害・状態が重度なほどリハビリ効果が出るまでに時間がかかる
 - ・180日を越えても回復を認めるケースが多いので、日数制限には反対します
 - ・若年のCVAに関して医療レベルのフォローはもっと必要と考えます
 - ・リハ日数制限後も、麻痺の回復等の可能性がある患者さんが多い
 - ・漫然と行わずにすんだが、長期に必要な症例には対応困難
- <脳リハ >・適切だと思うケースもあるが、そうでないものもある。疾患名だけで分類するのは困難である
- ・日数制限内で回復する方と回復しない方の差がみられる。症状・年齢により回復の度合いが違ってくるので制限日数内での回復が難しい場合が多い
 - ・リハ日数の上限が一律180日と規定されているのは個々の患者さんの症状を考えると望ましくない。症状の改善が見込まれなくとも現状維持のためにリハビリが必要な場合もある。ただし、効果のないリハビリを漫然と続けるのは避けるべきである
 - ・CVAに対する要件が厳しいのではないかとと思われる
 - ・日数制限はあっても良いが個々の状態はそれぞれに異なることを承知すべきだ
 - ・半年以上経過して回復する方もおり、180日終了は時期早尚と思われる
 - ・長期臥床や慢性疾患(特に代謝性疾患)は6か月をむしろ超えてから機能低下してしまう場合が多い(急性増悪がしっかりあるのではなく、徐々に低下)。内科系疾患自身の進行も視野に入れると日数制限があることはやはり問題だと思う
 - ・漫然と目標なく行われているリハビリテーションに対し、この制限は仕方ないと思うが、緩徐ながら回復される方も期日後終了となるのは納得できない部分が含まれている
 - ・日数制限のため、十分な機能、能力の回復が得られない。特に若年の障害者は十分な回復能力が得られにくい
 - ・回復に個人差があるにもかかわらず日数制限を設けるのはいかがなものかと思えます。無意味な理学療法をいつまでも継続してきた先人達も悪いとは思いますが
 - ・漫然とリハビリを継続することは適切ではないと思われるが、一概に日数制限するのは疑問に思われる。急性期から必ずしもリハ介入できるケースばかりとも限らない。リハニーズが高い時期から(回復期～在宅生活移行後のフォローとしての時期)に十分リハ介入が出来るような起算日設定も望まれる。それから、介護保険適応とならないケース(とくに脳挫傷などによる若年障害者)でのリハビリニーズも有り得るので、日数制限により対応できない時にはどう説明すればよいのか？
 - ・リハビリが必要であるのに強制的に終了するのは個々の症状や状況(生活環境など)を無視していると思えます
- <運リハ >・日数制限を画一的にすべきではなく、リハビリによる治療効果が期待できる症例については、さらに継続可能なシステムにすべきと思われる

- ・何でも制限日数でひとまとめにするのはどうかと思う。自分である程度動ける人は良いが動けない人はどうやってリハビリを行うのか？150日で切る。そんなに簡単な判断で良いのか？
 - ・疾患状態は様々であり、一律の日数制限を設けるのは不適切と思われます
 - ・特例の中に術後の患者も含むべきである。慢性疾患（各関節症）でも定期的にリハビリを必要とする患者がいることを認識すべきである。制限は少なくとも1年に延長すべき。患者満足度を考えると対応が難しい。リハビリは根気よく継続してこそ意味があり、又、個人差を無視して150日、180日で終了する手は間違っている
 - ・一律の150日では対応できない。150日以内で終了している方は、制限がなくても終了している。就労方面の体制が整っていれば、徐々に移す方もいるが、仕事の面で以前と同様にできるかできないかにかかってしまうことが多く無理
 - ・治療までの期間が異なるため、全て同期間に制限するのはおかしい。安静が必要なケース（外傷後など）のリハビリ開始が遅かった場合の起算日が受傷日というのが疑問である
 - ・患者様一人一人の回復過程が違う（特に高齢者は多数の疾患を合併していることが多い）リハビリの日数制限においては、不満が残る。患者様に対してどのように説明、対応したらよいか困る場合が非常に多い
 - ・疾患名ですべて同じ制限ではなく、個別の必要性に合わせられるようにしてほしい
 - ・痛み等今後の予後の説明で混乱が大きい。終了させてもよい方もいた。一律に制限するのではなく、ADLや症状を含めて判断させていくべきかと思われて特に精神疾病等に
 - ・一律に日数制限を設けられても対応に困る。患者様によって短期間で安定する方、治療に長時間かかる方など様々なケースがある
 - ・日数内にgoalになる人が大多数ですが、中にはgoalにはならない人もいるのが現状で、全てをズバッと切るのはどうかと思います
 - ・ケースによって、リハビリを維持した方がよいとDr.が判断したなら、リハビリできるようにしてほしい
 - ・日数制限ではなく、症状に適應するように決めた方がよい
 - ・高齢化に伴う関節の変性疾患や炎症性疾患など、長期的な対応が必要となる疾患に対し、医療費を下げんが為だけに日数制限を行う等の施策はナンセンスの一言
 - ・患者さんのリハビリテーション維持の要望があり、医療スタッフも継続の適応があると考えているのに一律に日数制限をかけるのは理不尽であると思う
 - ・一律、病名で日数を制限することはきめ細かい医療に結びつかないと思う。（骨折の部位、骨折の仕方、筋肉のつき方などで人それぞれかかる日数とかも違ってくると思う）
 - ・日数制限はあってもいいが、個々の状態はそれぞれに異なることを承知すべきだ
 - ・150日以内にリハビリは大体終了しているが、関節内の疾患は長期のリハビリが必要となる場合もあるので日数制限は不相当と考える
 - ・ある程度、運動器に関しては理解できるが骨折の保存などで長時間かかる場合もあり、弾力的にやってほしい
 - ・外傷性疾患以外の慢性の炎症性疾患は、病名だけで症状、機能障害を決めるのは困難であり、病状に応じて上限を無くしてほしい。（例えば、労災患者のように、継続治療が必要な意見書等を提出するなど）
 - ・内容がわかりづらい。疾患別の分類、具体的な適用除外の内容等、疾患、個人の回復度合い、手術等により、回復する期間には個人差が大きくあるはずです
- < 運り八 >
- 3件
- ・当院でリハビリに来られる方は老人が多いため若い方と比べて回復にも時間がかかります。長い時間を経て出てきた疾患は若い人のようにパッと治るものではありません。全ての患者に同様の期限ではいけない問題ではないでしょうか

2. 機能の「改善」ではなく「維持」「低下」防止の評価を 52件

- <脳リハ >
- ・リハ終了で機能低下必至の患者はどうするのか?
 - ・リハが継続できないためレベルダウンする
 - ・無意味なケース(改善が望めない)には制限を設けても良い。しかし、維持のため障害の進行を少しでも食い止めるために必要なリハが行えなくなるのは問題
 - ・維持期のリハの医学的必要性が考慮されていない
 - ・リハ継続ができなくなった患者のその後を追ってみれば、リハを行っていることで維持されていたことが判るのではないか
 - ・がん末期で手術や化学療法後の廃用症候群へのリハビリは日数制限を超える場合に機能改善ではなく、いかに機能低下を防ぐかといった維持期リハができなくなると生命的余命にも影響するが、現状では中止せざるを得ない
 - ・発症後一年は回復する可能性がある。その後も維持のため週に2~3回程度の機能訓練が必要
 - ・維持するにも専門的リハが必要である
 - ・(社会復帰、職業復帰後に)慢性化した場合の痙性による疼痛や拘縮その他の症状に関して再指導、メンテナンスのリハビリができなくなった
 - ・残存機能を生かし、患者のADL、QOLを向上させるリハビリであるのに、算定日数の制限で、やむを得ず終了されてしまう
 - ・ADL・QOLを含め考えると180日という期間は短すぎる
 - ・日数制限を外し、日数経過例はリハ頻度の制限にとどめるべき
 - ・改善中の患者は「見込み」を詳記することで対応できるが、維持期リハビリが認められない点が問題
 - ・高齢者においては可及的長期にわたりリハは必要、リハ以外の職員・家族が行うことは人的に不可能である
 - ・日数制限ではなく、頻度制限にすべきだと考える。例えば発症後6か月以降は週一回以上は算定できないなど
- <脳リハ >
- ・リハビリの必要性は回復の可能性だけではなく、代償手段の獲得やリハビリをしなければ機能低下が見られるなど、維持のためのリハビリも必要だと思います。よって、単に発症日からの日数のみで制限すべきではないと思います。
 - ・基本的に運動器と同じ考えですが、維持目的のリハビリテーションもあります。ただendlessも問題だと思うので終了の時期は必要だと思います
 - ・症状固定の患者様が殆どであったため、治療継続については難しい面があった
 - ・改善ではなく、維持療法も認めるべき
 - ・慢性期フォローができない
 - ・慢性期でも廃用症候群の予防のために個別の対応が必要な患者さんが多い
 - ・あと1~2か月あれば完治できそうな患者さんを制限のために切ってしまうことは不可能。また、当院のような急性期病院でさえ現状機能の維持のためにリハビリを必要とするケースは多い
 - ・リハ終了することにより状態悪化が起こることが予想されるにもかかわらず、終了しなければならないことに対しての憤りを感じている。また同様のクレームも少数であるが聞かれる
 - ・効果がある場合は日数制限を除外(病名にかかわらず)。維持目的であれば月の回数を制限する、でよいと考える
 - ・機能的向上が見られないものでもリハビリを継続することによりADLや社会活動へつなげることができる。日数制限によりADLや生活全体がみれずに終わってしまう
 - ・患者の症状を診て医師が日数を決めるべき。6か月以上の患者(発症より)全てを切るのはいかが?病状の維持や低下を遅らせることも評価されるべき
 - ・リハを行うことで全身状態を良好に保ち、ADLレベルの低下を抑えてきたが、これからは入院患者様全体の状態悪化は避けられない
 - ・特に重症例にリハビリが必要で機能維持している方が多い。軽症例と一緒にリハ日数制限でリハを中止することは問題だと思う
 - ・改善のみを効果とする解釈に疑問がある。希望や医療を受ける権利の面でも同様

- ・慢性疾患の高齢者が多い病院なので、日数制限により、継続したリハビリが行えず、寝たきりの患者様は廃用症候群（ROM制限等）の進行。動作能力の向上のために行っていた患者様は、筋力低下や心肺機能の低下により、動作能力も低下し、行動制限や転倒のリスクの高くなる状態となってしまう
- <運リハ > 漫然と行われるリハに対しては区切りをつけやすいが、状態を維持することで自宅療養や生活を保っている人の受け皿がない（少ない）中で一律に制限がかかるのには問題がある。また、除外規定も分かりにくい
- ・維持期のリハができなくなった
- ・ゆっくりだが、ADLの介助量軽減していたのに残念
- ・継続することによって維持することはできる患者さんのリハビリは、どこで受け入れてくれるのでしょうか
- ・OAでもリハの効果はかなりあり、中止にすれば歩行不能、家事などのADLも低下する例もあり、リハの継続は中断なく、必須のものとする
- ・機能維持について軽視されており、別の選択肢がないまま日常の運動量低下を期しています。高齢かつ運動器の障害についてのモデルを示してほしい
- ・維持期リハビリの考え方が無視され患者にとって全く有害無益な政策である。へたに中止でもしたら接骨院に「客」を送るようなものでしかない。また算定は消炎鎮痛処置でも大腿回頭筋訓練等維持せざるを得ないのが現状である
- ・リハビリは本人の意志も関与があり、リハビリしていると症状軽快していれば通院する、しかし、症状の軽快していないものは通院せず、ドロップアウトとなる。日数制限は全く無意味で、患者さんから見ても治療費を払いたくないという国の方針が見え見えであり、患者を思う気持ちが全くないと、よく患者に言うております。
- ・ADL低下による治療開始の定義があるが、パーセルインディクスマイナス10は実際の生活上の問題点を反映するには、大雑把過ぎると考えれる。加齢に伴う変形性疾患等は継続的経過観察を要する
- ・リハ日数の上限が一律150日と想定されているのは、個々の患者さんの症状を考えると望ましくない。症状の改善が見込めなくて現状維持のためにリハビリが必要な場合がある。但し、効果のないリハビリを漫然と続けるのは避けるべきである
- ・慢性期に頻度・回数を制限して実施可能になればよいと思われる
- ・制限をはずし、日数経過例はリハ頻度の制限にとどめるべき
- ・高齢者の場合、ADLの自立までに時間がかかり、日数制限になった時点で、ADLの自立が出来ている患者は少ないので問題である
- ・発症6か月以上でもリハビリを継続すべきケースもいる。ADL自立できないケースは今後どのようにすべきか。介護保険へ移行は困難（施設、デイケアへの紹介も含め）
- ・高齢者の運動器疾患は完治することなく障害が残ったり、二次的障害も大きい。寝たきりになることも多々ある。障害を抱かれて一生を送るためには可及的長期にわたるリハが必要である
- ・自力では離床困難な方は廃用を招き、ADLが低下してしまうので、常にリハを継続していく必要が在ると思います。対象者の希望も多い
- ・急性に発症した疾患であれば150日の日数の中で訓練計画も成り立つと思うが、慢性化する疾患に関しては日数制限を緩和すべきである
- <運リハ > 維持期のリハビリの重要性を理解していない。リハビリが行われないと症状悪化の恐れ大きい。受け皿の訪問リハビリ、デイケアが十分でない
- ・維持期リハの必要性が診療報酬点数に全く評価されていない。維持期リハを実施するならば介護保険に転換せよということなのだろうが、医学的判断によって医療におけるリハを必要とする患者はたくさんいます。保険算定が難しいならば選定療養の導入を認めるべきではないでしょうか
- ・当院はご高齢の方、慢性疾患の方が多く、一対一での対応でないといい効果が上がらない方がほとんどである。介護保険を利用するレベルではないため、外来リハ後の受け入れ先もない状態である。日数制限だからといって終了すると確実にレベル低下していくと思われる
- ・一週間に回数の上限を決め、150日、180日の日数制限を廃止する方向で考えていただきたい

- ・慢性疾患の病院なのでも入院時にリハビリの必要性のある患者様でも日数制限によりリハビリを行えない場合が出てきている

3. 除外規定が不明瞭 13件

- <脳リハ >
 - ・リハ継続の具体的な方法が示されていない点は困る
 - ・制限内容(疾患分類や除外疾患)が未だに不明確であり、また浮動的な部分が多いため、リハビリ継続が必要な対象者に対して十分な対応が取れない
 - ・改善が認められるという条件(継続にかかる必要条件)
 - ・「改善が見込める場合」としているが、何を持って改善とするか基準が示されていないため、適用疾患・障害程度をあまり拡大できない
 - ・継続必要と医師が判断するにあたって具体的な項目をお知らせいただきたい
 - ・良い面もある。継続の具体的な方法が示されていない点は困る
- <脳リハ >
 - ・回復する可能性がある患者はリハビリ実施可能とのことだが、何を持って回復とすると判断するのかわからない
 - ・適用除外の判断基準が不明確
 - ・制度自体が分かりずらく、判断に困ることが多い。長期の方でリハの必要性が薄い方は大丈夫だと思われるが、維持の方については厳しい内容だと思う
- <運リハ >
 - ・除外規定となる疾患を増やすべき(リハビリテーションの必要性がなければ終了するのは正当と思われる)
 - ・適用除外の判断基準が不明瞭。慢性的な疾患への対応が困難。(起算日、発症日の設定を含め)
 - ・日数制限そのものには大きな反対はないが、リハ継続が必要な疾病への具体的な対応を定めてほしい(医師裁量部分)
 - ・高齢者の骨折など150時間の日数で改善されることは少なく継続の必要性があると思われるが、継続できる基準があいまいです

4. 診療報酬 臓器別設定は不適當 11件

- <脳リハ >
 - ・入院と外来が一律であることに疑問。むしろ頻度の制限(入院は毎日行う、外来は週2回以上行う)で、医療的リハと介護的(維持期)リハを区別し、医学的リハを構築し、同時に維持期リハ、特に障害患者の受け皿を作るべき
 - ・さまざまな障害を持つ患者に総合的にアプローチするのがリハビリであって臓器別の設定は不適當
 - ・疾患別にリハビリ期間を規定されることに不満を感じている
 - ・リハビリ専門医による機能的評価に基づくべきである
 - ・疾病により療法士の時間単位評価額が異なることの説明がないのは問題
 - ・脳血管疾患にはまだ除外規定があり、多くの患者はリハビリ継続可能であるが、他の骨関節、呼吸器、心大血管の患者は日数制限がそのまま適用され非常に困っている
- <脳リハ >
 - ・精神科を標榜する当院は、患者様がリハ職員とかかわる時間を身体的にもそうですが、精神的にも有意義と考えます。日数制限の撤廃をお願いします
- <運リハ >
 - ・リハビリに来ることが日課のようになっている場合、(特にマッサージと混同)と、OA等継続的はリハビリが必要な場合とがあり、運動器を一周くりで考えるのは無理があるのでは
 - ・様々な障害を併せ持つ高齢者、障害者に対して、臓器別の設定はそぐわない
 - ・疾患名による日数制限(厚生労働省除外疾患のように)ではなく、機能的レベルが低いケースは日数制限除外してほしい
 - ・疾患についてでなく、ADLの状態を考慮して回数制限を決められないか?(入院前のADL状況をゴールとして)

5. 上限日数の拡大を 19件

- <脳リハ >
 - ・急性期リハに一定の期限があることは考えられるが、例えば3年単位ぐらいで。数か月という制限は疑問
 - ・日数制限はあってよいと考えるが、呼吸器の90日、運動器の150日は治療計画上無理が多すぎる
- <脳リハ >
 - ・180日は短すぎる。1~2年は最低必要
 - ・脳血管の算定期間は1年以上は必要
 - ・180日では対応するのが短すぎる。大きな後遺症が残るものへ対応が困難

- ・初期の状態が悪いため、リハビリ開始が遅れるケースに対しては日数制限の緩和はできないのか(リハビリ開始日を起算日とするなど)
- ・発症から180日とすると、発症後不安定で早期からリハビリ開始できなかった患者は不利である。リハビリ開始日を少なくとも起算日とすべきである
- ・中枢、末梢神経・疾患に対する制限を無くす又は1年とする。(回復の見込みも含め今後患者の方向性を定めるのに6ヶ月は難しい)
- <運リハ > ・ある程度の制限はあっても仕方ないと思いますが、150日は短いように思います。せめて1年くらいは必要ではないかと思えます
- ・脳血管、運動器のリハビリテーションに関しては日数制限内で治療を終えることが多いものの、手術後の廃用症候群の90日では、日数が足りないケースが見られています
- ・変性疾患は、軽快・憎悪を繰り返し、その間に150日は経過してしまう。リハビリを自宅で続けてくれる患者はよいが、継続が困難な場合は、悪化して再来となってしまう、又、治療に時間を要してしまう。又、患者からも悪くても来院してはいけないとの誤解をまねている。手術後の患者も、特に靭帯再建の場合、150日以降のリハビリは出来ない状態であり、一般的に膝であれば6か月～1年を要し、150日以降のリハビリが出来ない状態になっている。半身麻痺も同様である
- ・リハビリ効果が期待されるのに延長などの措置がない(除外が重度の頸損のみ)
- ・長期にわたるフォローができていない
- ・150日で終了する人が多いものの超えた場合は算定点数の減点にて算定可とするなどの対応ができればと思います
- ・安静・固定・免荷で患部の訓練開始が遅れる場合、150日では足りない。スポーツ選手等はゴール設定が通常より高くなるため、150日では足りない
- ・150日は短い
- ・手術後の患者について一律150日で終了というのは厳しい条件だと思う。また抜釘などの患者のリハビリも出来なくなるので、これも厳しい条件だと思う。慢性的な疼痛を訴えている患者については、運動療法の上限日をつけるのはいいと思う
- ・受診日、手術日からの算定なのでギプス等で保存的治療を行っている間、リハビリを行っていないにもかかわらず、日数が経過してしまう
- ・日数制限のため十分な機能、能力の回復が得られない

6. 日数制限の根拠がない 5件

- <脳リハ > ・脳血管疾患リハビリは180日での完全な機能回復は不可能に思います。180日の根拠が知りたいです
- ・6か月間の根拠が不十分
- <運リハ > ・骨折治療後の安静・固定期間を考慮しない、発症日からの算定は実質的な治療期間を反映していない。日数制限そのものの根拠が不明(制限自体はある程度必要と考える)。施設、訪問等在宅リハビリの整備がなされていないことを考えると“見切り発車”としかいい様がない。PT,DTの身分法も含めリハビリ医療の再構築をすべき
- ・医学的根拠なく、中止すべきと思います
- ・5か月間(150日)の根拠が不明

7. 介護保険の不備 16件

- <脳リハ > ・介護保険関係の整備も不十分
- ・病院のリハビリ施設を介護保険の通所施設にも使えるように
- ・リハビリテーションが漫然と継続されることは確かに不合理だが「病院」から出るための社会資源が整備されておらず、患者の行き場所がない、障害はあるがリハビリが受けられない患者がでてくる。高齢者の障害は治癒することがあまりなく、機能を維持したり、少しでも向上させられる取り組みが否定されたことは大変残念
- ・高齢者のマヒ疾患、廃用予防については機能維持を目的とした治療継続が必要である。医療以外の範囲の対応が不十分である

- ・リハの期限ができたことでセラピスト側も目標指向的リハ意識が高まった良い面もあるが、適切なソーシャルワークを行わないと苦情等に繋がる危険性あり(現在は専属のMSWがないのでリハ科長が対応中)
- ・介護保険の施設で、PT・OT・STの配置が不十分なままでの今回の改定は無理がある
- <脳リハ >
 - ・社会資源(デイケアなど)を紹介してはいるが、病院のような個別対応やリハビリ自体満足に受けられる施設がごく限られており、不満が多い
 - ・除外疾患においても機能向上の効果がなければ継続することができないが、維持目的での十分なリハを行える通所リハ、デイケア施設も少ない
 - ・維持期のリハとして介護保険が行っていく方向と聞いているが、介護保険の受け皿が少なすぎる
 - ・介護に移行しても十分なリハビリは受けられない。状態悪化を招き、再入院となることは医療税(ママ)にかかる問題ではないか?
 - ・介護保険の受け皿が不十分
 - ・医療保険での日数制限を行う前に介護保険サービス内での維持期リハビリを継続できる受け皿としての基盤整備を十分に行うべき
 - ・介護保険がもっと充実されれば、外来リハは減らせる
 - ・介護保険の受け皿が不十分な状態であると思われる
- <運リハ >
 - ・維持期のリハとして介護保険が行っていく方向と聞いているが、介護保険の受け皿が少な過ぎる
 - ・いわゆる回復期を過ぎた患者は介護保険のリハに移行するとしているが、老健等でのリハは一对複数となり易く、個々の患者をフォローするには人員、制度等が不十分。現状として介護認定がおりず、しかも医療機関でのリハを終了せざるを得ない患者は徐々に心身ともに弱っていく。受傷から1年以上過ぎた患者でも回復を見せる方もいる。目覚しい回復はみられなくても外来リハでADLを維持している患者は大勢いる。日数制限の必要性がわからない

8. 医療リハも介護リハも受けられない 6件

- <脳リハ >
 - ・介護にも移行できない慢性期脊椎損傷のケースなど、どうすればよいのか
 - ・介護保険や身体障害者の自立訓練への意向が困難な場合があるので、適用除外の範囲を広げるべき
 - ・医療で180日終わったら介護があると一部の議員の方がマスコミでいっていたが、介護保険を利用できない方(年齢・要介護度・疾患)も多い
- <脳リハ >
 - ・大島には通所リハビリ等、次につなげる施設がありません。そのため、脳梗塞慢性期の方などは行き場がないのが現状です。「廃用症候群予防」をどこで行うのか対策を
- <運リハ >
 - ・効果のあるものを中止することは、人道上できないので困っています。国のいうように介護保険では、施設、年齢のため対応できません
- <運リハ >
 - ・介護保険の適用にならない若い患者様にリハビリを行えない

9. 納得できないなどの患者からの声 8件

- <脳リハ >
 - ・患者の様々な状況がある中で、180日という日数制限は納得されない方がほとんどである
- <脳リハ >
 - ・患者様にとって精神的にも身体的にも非常にショックが大きく、即刻の廃止をお願いします
 - ・日数制限によるリハビリ継続不可となった患者様からの苦情が非常に多く聞かれ、日数制限の撤廃を求めます
- <運リハ >
 - ・150日を超えた患者様は、個別療法を中止し、薬剤処方、注射、物理療法に変更しているが、症状が改善されないケースが多く、患者様からは不満の声が上がっている。機能維持・改善を考慮し、患者様の期待に応えたいと願っております
 - ・PAからの不満はかなり多く聞かれます。PTサイドとしても治療が中途半端で終了しなければいけない事、その後のPAの転院、又は退院ケア等難しくなっています
 - ・継続を希望する患者がほとんどであり、慢性、悪性疾患等に関する当局の日数制限が、完全に現場の治療を無視している

- ・PAからの不満はかなり多く聞かれます。PTサイドとしても治療が中途半端で終了しなければいけない事、その後のPAの転院、又は退院ケア等難しくなっています

<運リハ > ・リハビリを続けることによって、現在の状態を維持することができる、又は向上が込める患者にとって、信頼できる医療機関での継続的な治療を求める声が多く、受け皿が不十分な現状では日数制限を撤廃すべき。医療機関にとっての経営に対する影響も深刻でリハビリの現場そのものが減少し、患者、医療機関双方の不利益になる

10. 苦しい医師の思い 4件

<脳リハ > ・明らかな身体的障害や生活障害がありながらも治療を中断する事態に対して、患者には本当に申し訳なく思っている。地域の受け皿もなく、制度的不備の中で中断させられる患者や家族の不安は非常に大きく、医療への不信も招いている

<脳リハ > ・患者さんは本当に困っている。我々も心苦しい。逆に、急性期、特殊難病の多い、大病院・大学病院のリハ職員は慢性期患者を終了できるので、都合のよいことも多いのではないかと

- ・180日の期間内で回復できる方ばかりではありません。脳血管では一年以上かけて回復がみられる方も多くいらっしゃるの期限の意味がわかりません。病院に依拠することはよくないことは解りますが、維持することは十分医療費削減になっていると思います。患者様も泣いて継続を訴える方もいて、胸が痛みます

<運リハ > ・病院で働く人間として、切なさに直面しました。制度上のことなので、どうしようもないが、老人の方はリハを実施するだけでなく、リハを受けて病院に行くというだけで前向きになれるのではないかと

11. その他 33件

<脳リハ > ・なぜ、脳血管をやられて病んでいる方がリハを受けられない日が来てしまったんだろう。全くバカな話ですよ

- ・すぐ撤廃すべき
- ・上限を過ぎても簡単にリハを切ることはできない
- ・撤廃を強く願いたい
- ・資格を持った医師がリハビリをコントロールすることを条件に日数制限を徹底すべきだ
- ・自宅退院確実な人へのリハ日数の緩和
- ・自宅生活を行える外来患者まで制限があるのは改定の意図と矛盾するのではないかと
- ・制限を設けるのは間違っていないと思うが、段階を踏むべき。今回の決定は早すぎる

<運リハ > ・適正に診療を行うことが重要と考えます

- ・いま、メディアで取り上げている問題点を考慮してください
- ・急性期および回復期のリハビリだけを行っている医療機関は別として、多くの医療機関では患者さんの声、現場の声を全く無視した制度としか思えない
- ・算定日数上限を設けるよりも、月ごとの実施回数制限など全く実施できない状況となってしまったことが大変厳しい。外来通院患者の方の中には精神的に負担が生じるなど心理的不安を抱えてしまわれた方もいらっしゃいます
- ・適切なリハ日数の設定にはリハ専門医の介入が必要（ただ漫然とリハを継続することを減らすこともできるし、本当に必要な人に必要なリハを供給することが判断できる）

<運リハ > ・必ずしも反対ではありません。無駄に長期間行うより、計画を立ててリハビリテーションを行うことは良いと思います。ただ、定められた日数が適当かはわかりません

- ・ひどい話である
- ・整形外科疾患に要するリハビリ治療が大部分を占めている為、直接病院の収益マイナスの形で影響が出ると思われ、問題と思います
- ・報道されている内容、患者の意見を取り入れて下さい

- ・現場を知らない人々が机上で決めた意味のない制限。医療費がこれで抑制できるとは思えないし、むしろ増悪して、あとから医療費が増加するのでは
- ・廃止すべきです
- ・経費削減のみを考えた改定で現場の状況が把握されてない
- ・医療経済に重点を置いた全く恥知らずな制度、弱者に対する“社会的いじめ”であり、国家に対する信頼の失墜をまねいています。即時撤廃を
- ・ナンセンス
- ・絶対に廃止していただきたい
- ・保険診療で日数制限を設定するのであれば、患者のリハへのニーズがある場合、自費診療へとスムーズに移行できるシステムを確立すべき
- ・現場の医師の意見をもっと聞いてほしい
- ・日数制限は即“リハの死”です。是非にも撤廃してほしい
- ・撤廃を求めます
- ・必要ある患者さんには制限の排除を
- ・患者さん軽視と考えよ
- ・リハビリそのものの否定につながる重大な問題と受け止めています。もともとリハビリは治療をしても残る障害を極力減らすものです。障害を期日までに治せないから、リハビリなのです。職能団体はこのことを深く認識していないようで、たたかう姿勢がみられません
- ・ぜひ廃止してほしい
- ・本来リハは疾患が治癒した後に残った障害に対するアプローチであるはずが、発症からの日数で制限されるという考えがおかしい
- <運リハ > 本院は急性期病院ですので(リハビリの対象の患者さんの9割が整形外科疾患)日数制限以前にゴールに達して退院される人がほとんどです

12. 対応策はない 3件

- <脳リハ > 対応策はない
- <運リハ > 困っている。リハの終了時の説明がうまくいかない。困っている
- ・特になし

13. 実害事例 6件

- <脳リハ > 機能維持に関する考えを見直していただきたい。実際、脊椎損傷による四肢不全マヒを呈した患者は、算定日数制限後、3週間後に頸直がひどく出社困難となった。今後も同様な症状悪化をきたす患者が増えると考えられます
- <脳リハ > リハを継続できなくなった患者の30%位が明らかに動作・歩行能力が低下して生活に支障を来している
- ・介護保険下でのリハビリを勧めるも、デイケアには空きがなく、デイケアそのものに対し拒否を示す方が多い。患者様の多くは行き場なく引きこもっている。レベルダウンは時間の問題であり、今までのリハビリが無駄になっている。制限するなら受け入れ態勢を整えるべきです
- <運リハ > 当院では日数制限を受けてしまった為、歩行能力が落ちてきている方が多い。このままでは寝たきり高齢者を増やしかねない。(当院は4月より週一回の消炎鎮痛処置として、リハビリをしているので実質6か月その状態を続けています。)
- ・継続的に運動療法、物理療法を必要としている方々への実施が困難となっています
- ・マッサージ代わりに来室する方もいるので、そういう方には必要。来たい人とやらなければいけない人との判断をしっかりと行ってほしい。他院で終了になってさまよっている方も多い

14. 日数制限支持 4件

- <脳リハ >・今次改定は垂れ流し医療費の阻止が狙いであり、最たるターゲットがリハビリ医療でリハビリ医療が自助努力をしないまま、自分の利益を考えていること自体が問題であろう。器具を用いた受動的訓練やマッサージを主体にしている運動療法は患者の自立を妨げ、在宅での自己管理ができないまま介護を待っている事態を助長している。算定日数制限のために診療を止めた例は一例もないが、介護保険施設での通所リハビリに移行した例は多数ある。漫然と通いたがる患者に説明する上で、ちょうど良い機会であった。5年くらい前から近隣の病院、介護保険施設との連携を深め、コメディカルの教育と人員確保を積極的に行い、入院・通所で行うリハビリ診療の向上を図ってきた。当院リハビリ科が『地域リハビリ支援センター』に指定されたことと、当院が『地域支援病院』に認定されたことが追い風になった。回復期、維持期リハを近隣病院・施設で継続してできるように基盤整備を行ってきたので、通院患者の移行が円滑にできたと考えている。通院患者のうち、算定日数を超えて通院リハが必要な患者については、それぞれの要件を満たしているので、所定の手続きをとった上で、継続したリハビリ診療を続けている。算定要件の条文の中で今のところ不足しているために困ることは発生していない
- <脳リハ >・日数制限については賛成です。今まで確かに終了でよい人も終了できずだらだらと永遠に実施していたと思う。期限ができたことで終了することができた。一方で、今後も維持的に必要な方も同時に終了してしまったことは心が痛む。しかし、厚労省は地域リハ(介護のリハ)への移行をいっているのもあって、通所リハやデイサービスでのリハが充実してくれば良いのである。そこで、地域のリハビリだが、旧ゴールドプラン時代のリハビリ、すなわち風船バレーやグループ体操、北国の春...など、子供の遊びのようなことをやっているからいけないのである。地域リハビリでも、きちんと個別対応のリハビリを実施すればなんら問題はないのである。「数が多くてできない」などというリハビリスタッフがいるかもしれないが、1日20人として週5日、100人の患者はさばけるはずである。また、今回の改定では大病院と地域のクリニックも同時に改定してしまったので、地域のクリニック等では患者を終身フォローするという観点から、永続的にリハビリができるシステムを考えるべきである
- ・制限は必要だと考えます。医師またはPTが継続が必要だと考える運動療法対応患者のみ継続できればいいと思います
- <運リハ >・リハによる効果としては維持的に行っており、長期に行われている対象患者によって、急性期の対象患者に対するサービス提供が希薄になってしまっていることを考えると、維持期に対する制限は、いたしかたない(「質問4」対応策では「運動器系に対しては対応は難しい」と回答されている)

質問4:「貴院の対応策をお聞かせ下さい」への回答

回答医療機関数180件(回答を17項目に分類)

1. 病名を検討 40件

- <脳リハ > · 除外項目に当てはまる診断名(障害名)の検討
 - 病名の検討
 - 病名の検討
 - 病名の変更
 - 検査・評価データを下に、適切に、可能な限り算定可能な診断名をつける
 - 除外項目の判断をする
 - 高次脳機能障害があればそのことを理由に継続する
 - 別の診断名で対応
- <脳リハ > · 診断名の変更
 - 除外対象をできるだけ活用する。内科・整形外科に定期的にかかっている方が多いので医師がチェックしている
 - 除外規定患者に対しては医師の判断にてリハビリを続行
 - 心理検査を施行して、適用除外疾患がないか検索する
 - 患者の希望・了解の上、主治医に算定可能な疾患名をつけてもらい、起算日をリセットして継続している
 - 疾患名の変更ができれば、それで再処方しリハを継続しています
 - 除外疾患に対しては継続している
 - 今のところ必要な人には詳細病名、病名のこまめな付け替えで対応している
 - 運動器リハに切り替えた
 - リハの必要な方には適応除外疾患の病名と詳記を書き、リハ継続を図っている
 - 制限されてない診断名(高次脳機能障害など)の確認
 - 除外規定に当てはまるかどうか確認する程度
- <運リハ > · さまざまな理由でどうしても必要な場合には別の診断名をつけます。ただ同じ診断名での継続は不可能でしょう
 - 新たな疾患に対してリハビリを行う
 - 改善の見込みで継続される方もいる。別疾患名で対応していく
 - 病名の見直し(リハ終了後も一定期間整外などでの診察、再評価)
 - 診断名の変更
 - 運動器不安定症の診断にて継続している
 - 膝等で左右病変のあるものは片側のみの病名として150日で対側追加病名として算定します。片側のみの疾患は増悪のないもの(効果があるのにもったいないが)、消炎鎮痛処置で対応しています
 - 疾患名の変更ができる場合は行っている
 - 病名の変更をして継続することも検討中
 - リハビリテーションの継続する必要性を認めさせるために、再診断してもらう
 - 詳細に病名をつけている
 - 他部位中心のリハに病名・内容変更し継続中。または1回に限り運動器不安定症使用
 - 別の病名を(こじ付け的に)つける
 - 別疾患名で継続する等も考えられる
 - 廃用の診断名をつけて極力継続できるよう対応しています
 - 疾患名の変更など
 - 今回に限っては、「運動器不安定症」に変更し、回避した。しかし、また150日後、元の病名の増悪で認められるかは不明。(片脚起立20秒の方は適応外になってしまう。)(いつ経営破たんしてもおかしくない。)
 - 一度運動器リハを終了した為に廃用症候群となった方は脳血管リハで対応

- ・除外対象となる疾患が少ないため、評価を行い、高次脳機能障害や状態の悪化による急性増悪はないかチェック。治療に起因する機能低下 = 廃用症候群があれば、脳血管リハへ算定変更

< 運リハ > ・ 病名中止して新たな部位でリハを開始した

2. 急性増悪・再発等で仕切り直し 23件

< 脳リハ > ・ 急性増悪(BI低下)の把握

- ・ いったん終了して、「症状悪化」「再発」や「手術」によって再開するしかないと考えている
- ・ 医師が必要と認めた場合、リハスタッフから必要性ありとの意見があった場合、再度運動療法を継続させている
- ・ 一度終了した症例でも、その後機能低下が認められればリハビリ再開を考えている
- ・ いったん中止後、外来フォローをして、後日改めてリスタートしようと考えている
- ・ 脳血管リハを終了後に廃用となった方には、再度診察させていただき、その後、廃用で脳血管リハ実施予定

< 脳リハ > ・ 症状増悪による診断日の変更

- ・ 期限が切れたら疾患名を変えて起算日をリセットして、リハビリを継続する
- ・ 現制度の中で外来者の継続を対応できないため、急性発症した場合のみ対応する
- ・ 入院の方に関しては、ADLの評価を終了前にとり、終了後ADLが低下した段階で再度リハ介入していこうと考えている

< 運リハ > ・ 一度リハを終了させ、しばらくして状態が悪くなるようなら再診断にしてリハビリ再開

- ・ 症状増悪による新たな診断日に変更
- ・ 一度退院し、何らかの疾患が該当すれば、再入院していただくことを提案しています
- ・ 1～2か月様子を見て、必要となれば再開する様に説明している
- ・ 月1回程度一般診察でフォローし、機能、ADL低下を早めにキャッチする
- ・ いったん終了として、再び必要があれば様子を見て再依頼
- ・ いったん終了して1か月経過して、増悪が確認された場合には、最処方し再開する方針
- ・ とりあえず、自主トレをして様子を見てもらい、状態が悪くなっているようであれば、再度、外来受診していただき、医師に判断してもらっています
- ・ 医師が必要と認めた場合、或いは必要性をリハビリスタッフから意見があった場合に再度オーダーを出し、運動療法を継続している
- ・ 1～2か月消鎮として、その後復活させるか、疼痛再燃、急性増悪で継続するしかないか
- ・ 急性増悪したときにすぐに対応できる準備を行う
- ・ 整形外科等手術のリハ(PT)については、手術目的の入院日に病状悪化(したからOP)として、リセットした
- ・ リハ終了し、悪化したら再度受診を提示している。医師としては非常に心を痛める行為である

3. 小さな「改善」効果も見逃さない 6件

< 脳リハ > ・ 当面、日数制限を超える場合には明確に改善程度が示せる症例に限定し、2～3か月後のレセプト返戻等を見て今後の対応を再検討する

- ・ カンファレンスで患者のレベルがアップしたものに3か月の期間を決め、リハビリ期間を延ばしていこうと考えている
- ・ 全ての患者に「改善の見込みがある」と判断する：現状維持レベルでも行わなければ心身機能の低下が起こることは明白 = リハによりそれを防いでレベル維持できている = リハによる改善。小さな改善も見逃さず評価する
- ・ 治療・改善の見込みがあるという理由で継続

< 脳リハ > ・ 少しでも改善の可能性のある患者を選択している

<運リハ > ・ 脳梗塞、出血等に伴う麻痺が出現しており、回復（維持の必要性も含めて）すると判断できれば、継続にて実施している。運動器においては終了もしくは継続性があれば診断名変更にて実施

4. 日数超でも実施 8件

<脳リハ > ・ 日数制限にかかった患者もリハビリが必要であるため、基本的には継続。ただし、返戻予想額700万円。

・ 訓練の必要性を明記(カルテ)して、現状では継続している

・ 最小限度の診療回数とした上で、症状詳記し保険請求している

・ 必要な患者には点数を請求して査定にかかれば、レセプトでのコメントを添付して再審請求しようと考えている

<脳リハ > ・ 必要がある方のみ継続している

・ 必要のある患者様には継続してリハビリを行い、レセプトにコメントを記載。ケースによる個別対応の幅が必要と思われる

<運リハ > ・ 算定日数制限にかかる方についてもリハビリの継続が必要と考えられるため継続している

・ 当センターの主な利用者である、脳性麻痺児患者の肢体不自由児、重症な身障害児・者は生涯にわたってリハビリテーションが必要であり、多くのスタッフや設備が必要である。もしそれに対し日数制限が言われた場合は症状詳記をつけて保険請求を行う予定である

5. 持ち出し出でリハを継続する 11件

<脳リハ > ・ 採算が取れなくとも必要な患者にはリハビリテーションを実施

・ リハビリが必要な患者には病院のサービスとして(無料)フォローする場合も多い

<脳リハ > ・ 一部の方にはボランティアで行っている（継続により回復は見込めないにしても、継続しないと機能低下が予想される方など）

・ 脳血管疾患等リハ の点数はあまりに低く、かかる費用を考えると割に合わないが、脳血管疾患に対する急性期リハは、とても重要なのでコストフライになるにもかかわらず、十分なリハを提供している。（回復期リハも全ての患者さんを受けられない）

・ 制限によりリハビリを止められず、全てボランティア、全くのサービスでやるしかないとおきらめています

・ 物理療法と共に運動療法を実施し、自主トレーニングメニューを作成する

・ 環境や身体状態により、どうしてもリハ終了にするわけにはいかない患者様に関してはサービスでの訓練(時間短縮や最低限のものだけ等)で対応している

<運リハ > ・ サービス

・ どうしても必要な場合は、サービスでも行うようにしている

・ 必要性が高い場合はサービスでの訓練（時間短縮や最低限のものだけ等）で対応している

<運リハ > ・ 完全に全てのリハビリに制限をかけますとPTが激減する惧れがあります。ソフトランディング時に必要最低限でリハを行っている場合もあります(混合診療移行も視野に入れて・・・)

6. 自費 3件

<脳リハ > ・ 入院は終了できないので、自費又は基本診療で継続。外来は終了又は自費

<運リハ > ・ 自費によるリハを希望者に実施しています

・ 入院は終了できないので、自費または基本診療で継続。外来は終了または自費

7. 特別体制をとる 6件

<脳リハ > ・ 算定日数を超えてリハが必要な患者リスト作成と、保険請求するための書類作成などのシステムを構築中

・ 必要な方にはリハを継続しないとADL・QOLが低下するため基本的にはリハを継続する。そのために新たによりリハ助手の採用を検討している

・ 病院全体が急性期医療へ移行しているため、脳血管疾患を含めた内科・外科疾患の患者に対して早期より積極的に係わっている

- ・入院患者の集団体操を行い、機能維持を図っている。外来では定期的に集まっていたいただき、機能チェック・相談などを行っている
- ・10月から介護予防通所リハを開始
- ・福祉センターにバスで通うといった練習を外来リハで導入

8. 介護保険等へ 30件

- <脳リハ >
 - ・介護保険への切り替え
 - ・訪問リハを開始
 - ・法人内デイケアへの移行
 - ・介護保険施設(介護療養病棟、デイケア)へ移行し、継続リハを考えた
 - ・早めの転院を含めたゴール設定とMSWの介入、介護保険申請(システム化)を行っている
 - ・介護保険対象者は訪問リハを検討。ただし、介護度制限から、ここでも対象外となるケースがある
 - ・個別リハが必要な人は通所リハビリの短時間(3-4時間)に移行し、個別リハを継続
 - ・介護保険病床への転換
 - ・患者に説明して期限が来たら終了するしかない。外部組織に介護保険部門を作って期限超えのリハは、そちらでお願いすることを考えている
 - ・他施設や在宅を考えざるを得ない
- <脳リハ >
 - ・併設の老健デイサービスへ移行し、リハを継続
 - ・介護保険サービスへの移行
 - ・介護保険の利用を勧める
 - ・通所リハビリ、訪問リハビリなどを紹介
 - ・可能な範囲で介護サービスに移行
 - ・短時間の通所リハ、予防通所リハへの移行
 - ・介護保険病棟への変換(限度があります)、他介護施設(老健、デイケア)への紹介(現実的にはケースの条件が合わず困難)
 - ・訪問リハビリへの切り替え
 - ・介護保険対象となるようであれば、通所リハビリへの移行。リハ開始時に当面のリハ目標設定について患者様と(又は家族と)話をよくしておく。定期的な目標到達度についても確認する
 - ・デイサービスなどの利用
- <運リハ >
 - ・通所リハを開設し、個別リハを提供するようにした。月1回程度一般診察でフォローし、機能、ADL低下を早めにキャッチする
 - ・介護保険分野
 - ・当院の介護保険病床への転床を促し、継続して実施する
 - ・当院は急性期病院であるため期限内に対応がほぼ可能。但し、他院からの外来に関しては除外疾患を除き、受けることができていない。介護保険下での訪問リハや医療での訪問リハも検討している。介護予防事業の実質的な運営を待っている
 - ・介護保険利用等をすすめる
 - ・他の通所機関等の紹介
 - ・算定可能期間に重点的に実施。可能な範囲で介護サービスへ移行
 - ・関連施設(デイサービス)への紹介
- <運リハ >
 - ・ケアマネとの連携をとり、リハビリ開始時から次のリハビリ先を探しています
 - ・通所リハビリへの移行、サービス(消炎)対応、通所リハビリへの移行は外来患者様が嫌がり、ほとんど移行できない

9. 在宅訪問リハ(医療保険) 3件

- <脳リハ >
 - ・在宅リハへの移行
- <運リハ >
 - ・在宅リハへの移行ができる場合は行っている
 - ・医療での訪問リハも検討している

10. 他院へ 7件

- <脳リハ >
 - ・他院へ紹介

- ・ 転院
- ・ 他院か施設への転院
- < 運リハ > ・ 継続リハが必要な場合、他医紹介
- ・ 障害者リハビリに該当する場合はそちらへ移行。他院へ紹介
- ・ 物療へ紹介する
- ・ 転院できる場合は行っている

11. 介護保険以外の施設・サービス等へ 1件

- < 脳リハ > ・ 障害者スポーツセンター、市のスポーツ施設の活用

12. 消炎鎮痛処置を算定 23件

- < 脳リハ > ・ どうしてもリハビリ継続の必要があれば消炎鎮痛で算定している
- ・ 消炎鎮痛処置（マッサージ）で申請するもリハビリ処方は以前と変化なし
- < 脳リハ > ・ 消炎鎮痛に切り替えている
- ・ 消炎でのサービス対応
- ・ 現在のところ関連した病名又は障害名を代えてリハビリ維持している。それができない患者には消炎鎮痛処置として算定し、リハビリを継続している
- < 運リハ > ・ 消炎鎮痛処置へ移行
- ・ 消炎鎮痛等処置で対応
- ・ （消炎・鎮痛）。可能であれば転棟するなどして対応している
- ・ 特になし。投薬、注射、物理療法等に変更している
- ・ 物理療法への切り替え以外対応していない
- ・ 物理療法
- ・ 消炎鎮痛への移行
- ・ 「消炎・鎮痛」で対応するケースもある
- ・ 現在のところ物理療法への転換
- ・ 物理療法への切り替え
- ・ 対応策はない。日数が来たからと言って、リハを中止するわけにもいかないため、併設している物療の点数（35点）でリハを行っている
- ・ 適用除外になった方は、週1回消炎鎮痛処置としてリハビリを行っている（4月より全員）
- ・ 疾患名を変えてリハビリを継続する患者もいるが、ほとんどの患者は消炎鎮痛処置の算定で、同様のリハビリを施行している。特にこれと思われる対応はない
- ・ 消炎鎮痛への移行や、必要性が高い場合はサービスでの訓練（時間短縮や最低限のものだけ等）で対応している
- < 運リハ > ・ 運動器リハビリ返上 消炎鎮痛処置への移行
- ・ 日数制限となった方は消炎鎮痛として料金をいただいている。提供内容は変わらず
- ・ 消炎鎮痛処置としてのマッサージ導入（希望される方が多く、制限がないため）と基準取得の再検討（基準取得の意味が薄く、理学療法士等リハビリ従事者の必要性検討）
- ・ 1月から2か月消炎鎮痛として、その後、復活させるか疼痛再燃、急性増悪で継続するしかないか

13. 基本診療内で実施 2件

- < 脳リハ > ・ 基本診療として継続...自主トレの活用
- < 運リハ > ・ 入院は終了できないので、自費または基本診療で継続

14. 患者の自主的取組 7件

- < 運リハ > ・ 継続が必要な方は、自主トレプログラム指導することのみで対応致しました
- ・ 期間内にリハビリテーションを終了させ、その後の自宅での自主トレーニングをすすめる

- ・ 当院では独居、生保が多数で、有料のサービスなど設定不能です。外来においても、希望される方があるので、来室していただき、自主トレ形式で行って頂いています。療養型のあり方自体にも揺れているという当院ではダブルパンチです
- ・ 自主トレメニューの作成にて対応しています
- ・ とりあえず、ホームプログラム対応を中心とし、状態に変化が生じた場合は再度の来院をお願いしている
- ・ 自主トレのみ
- ・ 趣味活動を勧める

15. 終了 6件

- <脳リハ > ・ 終了後2週間で転倒したケースもあり、リハビリを患者様よりお願いされたがお断りした
- ・ 入院しているが、リハビリはしていない
- <運リハ > ・ やむをえず終了
- ・ 症状改善のため、希望により中止
- ・ 原則は終了。相談には応じるが、介護保険分野、物療へ紹介する。急性増悪したときにすぐに対応できる準備を行う
- <運リハ > ・ 算定上限日数までリハビリを行いその後は終了

16. 対策はない 13件

- <脳リハ > ・ 介助が必要な患者に関してはリハビリを継続せざるを得ないのが現状。規制がある以上、患者が満足できる対策はない
- <脳リハ > ・ 対応策はなく対象者は終了
- ・ 特に対策を講じてはいません
- ・ 病院としてはリハを制限されたケースにおいては退院する方向で調整していますが、家族も受け入れ困難なケースばかりで転院先も見つかりません
- ・ はっきり申し上げてこれといった対策はありません。本人はリハビリを継続させたい気持ちはあっても、制度の説明をしてやむを得ず、リハビリを中止せざるを得ない状況です。新しい疾患が発生しない限り、リハビリ継続は困難です
- <運リハ > ・ 担当者会議は行っているが、ベストな対応はなし。サービス、物理療法、等対応に苦慮している
- ・ 何もしていない、困っている
- ・ 対応策はない
- ・ 運動器系に対しては対応は難しい
- ・ 対応策は特になし。日数制限されたら、止めるように患者に言うか、(納得してもらおうか?)、サービスを行うか、どちらかである。このリハビリで患者に訴えられたら、国に訴えるべきである
- <運リハ > ・ 患者、医療機関双方にとって根本的な対応策がない状態である
- ・ 特にありません
- ・ 対策としてはないが、当院の特徴として除外規定に該当する患者様が多くいらっしゃいます

17. その他 9件

- <脳リハ > ・ 回復期病棟やその他脳血管疾患などの一人当たりの単位数を増やした
- <脳リハ > ・ 適正に診療を行うことです
- ・ 算定可能な期間に重点的に実施している
- <運リハ > ・ 現場の意見を取り入れた改定を望みます
- ・ 患者とよく話している。結局は選挙で反対していくことか、もう自民党政府はこりごりという患者さんが多い
- ・ 保険医協会、患者さん、マスコミに訴える
- ・ 対応策検討中です
- ・ 新しい患者の受入れの努力
- ・ 特にありません

ご多忙とは存じますが、下記の項目のアンケートにご協力頂ければ幸いです。期日が迫っている関係でご回答はファクシミリでお願いいたします。

東京保険医協会事務局 宛 (FAX: 03-5339-3449)

リハビリテーションの算定日数制限問題に関するアンケート

「運動器リハ」を届け出している医療機関におたずねします。

1. 日数制限によりリハを継続できなくなる、またはすでに制限となってリハビリ診療をやめたという患者さんは何名ですか。また、やめた後の患者さんへの対応があればお知らせ下さい。

対応の記入例・紹介状を書いて転院させたなど

運動器リハ 名(対応:)

2. 適用除外の対象とならず、制限される、または制限される可能性のある疾患・状態の具体例、その他のご意見について。

日数制限にかかる病名は何ですか。

リハ日数制限に関するご意見

貴病院・診療所の対応策があればお聞かせ下さい。

リハビリ診療を継続できなくなったために起こる減収はいくら位と想定されますか。

万円程度(10月以降の月額予想)

医療機関名() 連絡先()

医師名 ()

なお、ご回答頂きましたアンケートは集計し報道機関等に公表しますが、医療機関名、医師名等は公表致しません。