

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。	
	<p>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」のが仕事です。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やってくると思います。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な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てすみます。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りとします。調査結果を公表ください。</p>
167	<p>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)のケア等の受け入れ先のフォローで不十分であり、低下が目立つ。</p>
168	<p>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。</p>
169	<p>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。</p>
170	<p>・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</p>