

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」事は生きる質をとぎされる事であり、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月は一段落終わ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、継続の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が、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。