

別冊資料-1

要介護被保険者の外来維持期リハビリ算定終了の影響について アンケート調査に寄せられた具体例等

(番号はグラフ資料の番号に対応)

5.⑦算定上限に達した以後の経過・その他具体例

- 1.特養入所者で外来でリハビリを実施。右片マヒ、車イス移乗不安定さ残り、継続リハの必要性あったが、制度上仕方なく終了するしかなかった。
- 2.言語療法のみ継続
- 3.継続の必要があったが、介護付き有料老人ホーム入所中のためすでに区分支給限度基準額に達しており、介護保険でのリハビリへ移行ができなかった
- 4.3/31 以前に消炎鎮痛等処置に切り替えていた方は3人いました。
- 5.介護認定を返納し、継続となった
- 6.介護サービスを利用していなかったため介護認定を辞退した
- 7.状態悪化により入院となったため終了した。
- 8.状態変化のため他院へ紹介された
- 9.入院により終了。別部位の状態悪化により病名が変更になった。
- 10.来院されなくなり、どうなったか不明
- 11.治療途中で来院されなくなった
- 12.希望や処方があったものの、要介護被保険者のため断った（人数不明）
- 13.介護保険認定が切れるタイミングだった為、更新しなかった。
- 14.要支援者でデイサービス利用のため、通所リハを使用できずに終了。介護付有料老人ホームに入所しているため、通所リハ利用できずに終了。
- 15.新たに疾患が発症したので新たにリハビリを開始した
介護保険認定の取り下げを行いリハビリを継続した。
- 16.継続の必要があったが、施設入所中で介護保険サービスもサービス上限に達していたため終了となった。
- 17.介護保険を返した
- 18.グループホーム入所中のため、介護保険を利用したリハビリが困難であったため介護保険を取り下げ、医療保険に戻した。
- 19.介護保険を使用していなかった（認定のみ）ので、介護保険を返却、現在医療保険にて維持期リハを継続されている。
- 20.数人は外来リハ継続していて、介護保険を更新せずに対応しています。
- 21.新たな障害部位が発生したため、新しい病名で対応した
- 22.他院の介護保険サービスへ移行した

- 23.治療部位新たな診断により継続
- 24.4月より介護保険の認定更新だったが、介護保険を利用していなかったため、介護保険の認定を更新せず、医療保険で維持期リハを継続
- 25.自費での外来リハビリテーション
- 26.通院を終了したため今後の動向は不明
- 27.介護サービスの利用がなかったため、返納、もしくは更新していない
- 28.介護サービスへの移行は検討したが、単位の余裕がなかった等。
- 29.介護付有料老人ホームから通院していた患者は、継続希望があってもホームにリハビリがなかった
- 30.他のサービスをしているために希望はあったが、算定上困難であった。
- 31.デイサービス利用中であり、支援の方は併用できなかった。
- 32.介護保険を返納した
- 33.説明後の動向不明
- 34.2名入院となり、1名は介護認定を返した
- 35.外来リハは介護保険のリハへ移行し、制度上終了を説明したが、納得せず外来リハの継続を希望。
- 36.介護保険返納し、医療リハで継続した。
- 37.脳血管リハで行っていて、一度終了したが1か月後膝 OA による ADL 低下し、運動器リハとして再開した
- 38.介護保険返却して、医療で個別再開
- 39.介護保険サービスを終了した。
- 40.介護保険更新を取り下げ、外来リハ継続
- 41.自宅が遠方であり通所リハの送迎が難しかった（7人）
- 42.限度額内に通リハが入らなかった。
- 43.法人内のデイケアには市内でないと送迎できないためリハを断らざるをえなかった。
- 44.介護保険申請したが非該当だった。他のデイサービスを利用している為
- 45.グループホーム入所者のため、介護保険サービスでのリハビリは施設負担となるため、施設側の判断にまかせた。
- 46.要支援の方でデイサービスを利用していて、デイケアとの併用ができなかったため、来院されなくなりました。
- 47.介護保険サービスの利用をすすめたが、その後実際に利用したかは不明である。
- 48.介護保険の認定を返納して医療保険でのリハビリを継続した。
- 49.ご本人の判断で通院を中断されました。
- 50.自己中断
- 51.訪問リハビリと自費での外来リハビリ継続となった
- 52.介護サービス以外の運動施設に移行した。
- 53.自費治療への移行
- 54.医療保険を利用した、訪問マッサージに移行した。
- 55.訪問リハビリサービスに移行した

- 56.病院のサービスとしてリハビリを提供継続した。
- 57.自費でのリハビリ希望
- 58.未算定（サービス）でもリハビリ行う
- 59.介護認定を自主返納した。
- 60.要介護認定の取り消しによる疾患別リハの継続
- 61.同等の個リハを実施したが、消鎮として算定した。
- 62.通所リハビリ（短時間）をすすめたが、金額（負担額）を理由に終了した。
- 63.自費リハビリとなった
- 64.介護保険でのリハビリに移行したくないとのことで、介護認定を解除、医療保険でのリハビリを継続した。
- 65.日数上限の話をしたら来院しなくなった。
- 66.継続の必要があったが、月数上限という理由のみで終了となった。
- 67.算定日数上限日と介護保険の有効期限が重なったため、ご本人様の意向により介護保険サービスの利用を中止した。
- 68.自費で外来継続中
- 69.外来リハ継続の希望が強く、要介護認定を返納された。入院となったため、退院時ケアマネと相談することのみ聞き取りその後不明

6. 困難事例の具体的内容

- 1.デイサービスへ移行した患者。要支援者でありデイケアとの併用ができず、状態の維持が困難となった（2例とも）
- 2.デイサービスに移行した患者。集団体操に体操に取り組むというふれこみのところだったが、ADLが低下したという情報が寄せられている。
- 3.介護保険をお持ちの方で抜釘後のリハビリの必要性を感じたが、介護保険サービスへの移行も希望なく終了した
- 4.介護へ移行せず当院でのリハビリ希望が強い方。医師の判断でリハビリを継続しているが、いつまで算定が認められるか不安だ。
- 5.他の介護サービス利用にて区分支給限度基準額に達しており、移行ができず活動量が低下した。
- 6.要介護認定を受けることに対する抵抗感をお持ちであった。
- 7.透析患者であり、サルコペニアフレイルの状態である。非透析日に介護サービスのリハビリは通所困難であったり、体調不良や、白内障、末梢神経障害などの合併症があり、活動量が低い
- 8.介護サービスへ移行をすすめた患者様が、制度への不満を強く訴え、説明がうまく進められなかった。そのため介護サービスへの移行が遅れた。
- 9.外来通院中でも疼痛管理していたが、訪問リハビリへ移行してから疼痛増強している。
- 10.3月31日以後、消炎鎮痛処置に切り替えたが、筋力低下、歩行能力低下をきたし、入院、自宅退院困難となった。地方では介護保険でのリハビリ受入数も十分ではなく、通院での維持期リハビリテーションは必要と考えます。

11. デイサービスへ移行したが、歩行訓練をせず歩行レベルが下がってしまい、家族の負担が増えたという話がありました
12. 病院でリハビリを続けていたから歩いていたのに、できなくなったら歩けなくなってしまい外出頻度が減少したという話がありました
13. 介護移行の話をケアマネの中で知っている人が少なく、中々介護移行が行えなかった。
14. 元々利用していた介護保険サービスに運動プログラムが組み込まれていないため、徐々に筋力、体力の低下が見られてきている。
15. 介護保険の場合、日にちや時間が設定されるので困ると言われた。
16. 消炎鎮痛に移行し、運動療法を行わなくなったので不満を訴えられた。
17. 介護保険サービスを訪問看護等で利用している為、訪問リハビリや通所リハビリで使用できる単位がなく医療保険でも介護保険でもリハビリができない。
18. 介保サービス利用を拒否。契約等の手続きのため訪問されることを嫌がられた。
19. 施設入所（リハ提供なし）家族リハ継続希望強かった。医療デイへ紹介したが施設入所のため利用可否確認に時間を要した。
20. 関節可動制限増悪、筋力低下、歩行・ADL制限増大、疼痛、増悪等
21. 維持期リハを終了し、治療上の改善困難だが、自己管理が難しく、利き手の末梢神経損傷、麻痺残存から、可動域低下、拘縮進行等により、AOL低下、QOL低下、精神面や生活意欲が低下し、メンタルサポートが必要に。通所リハ対象と思えない年齢や状況だと、悪化して負のスパイラルに陥ってしまったケースあり。
22. デイは利用したいが、家族の仕事関係で通常のデイ利用時間帯と調整が難しく、デイにつながらなかった。利用者に合ったデイの選択が難しかった。外来で継続したいとの思いで介護保険を返却したかった方の説得（介護保険が必要な方）
23. 独居で立位活動、歩行に転倒の危険あり、現生活維持の為に訓練や療養生活指導が必要であったが、要介護認定で外来訓練不可となり、生活の不安を抱えたまま終了した。
24. 通所リハに移行したが、個別リハがなく、徐々に運動機能レベルの低下を来し、御本人が失望し、通所そのものを止めてしまった。
25. 関節拘縮悪化し、歩行能力の低下が生じた。
26. 外来継続したいがために、可能な限り介護申請しないと言われる方もいる。
27. 介入中は歩行ができていたが、現在では困難になった。
28. 消炎鎮痛にて対応しているが、今も事ある毎に「もう二度とリハビリは出来んか？いつか出来る様にはならんか？」と問われる。他の人は出来て何故自分は出来んのかと問われる為、その都度説明し、納得されるも同じ事の繰り返し。
29. 短時間デイへ移行したが、通所日時が決められる事、金額が高くなる事への不満が強い。
30. 本人の意思で取り下げたが、両方使えない事への不満がでた。
31. 消炎鎮痛処置のみになり、運動療法を行わなくなり、どんどん体力・筋力低下した。
32. 消炎鎮痛等処置に切り替えたが、リハビリ内容は大きく変えていないため、困難事例が発生していないと思われます。サービスで行っている状態です。
33. 通所リハの枠がいっぱい利用できなかった
34. 介護保険への移行を拒否し、その後外出・運動の機会なく閉じこもりになり身体状態が低下し

ている

- 35.他デイサービスに移行したが状態悪化2人。他訪リハが合わず検討中1人。
- 36.リハビリ介入頻度の低下から訪問看護師からADLが低下してきたとの報告が入る
- 37.自立支援でヘルパーなどを利用、介護保険でしか出ずリハビリを受ける事ができなかった
- 38.すでに介護サービスの利用がありリハビリの単位がなかった
- 39.当院終了後、整骨院に通われているようですが、痛みが強くなり活動性の低下が著明とのこと
- 40.デイケアサービス等の介護保険サービスを拒否したため、身体機能低下し再度外来受診となった
- 41.リハビリテーションを継続できないことによる関節・筋等のこわばりによる動作時痛の増悪。
- 42.デイケアに対するイメージが良くなく、医療保険でのリハビリ継続を望まれていた。しかし、継続できないことをお伝えすると、患者様が当院来なくなってしまった。
- 43.自宅から出る機会がなく機能低下も生じている
- 44.外出はリハビリ通院の機会しかなく、リハビリで何とか機能維持できていたが、終了となったことで痛みが悪化、活動が低下し、動作、歩行能力に低下が生じている。
- 45.リハビリ継続ができなくなり、本人の生活上、通所リハビリが行えなかったので、自分で運動を続けているが運動機能が低下しているという話を聞いた。
- 46.通所リハに切り替えを希望されていたが、空き状況や送迎地域リハビリの頻度が合わず切り替えできなかった。
- 47.ご家族から「どうしてもダメなのか？」と詰め寄られることもあった。"
- 48.デイサービスに移行し、希望に沿ったリハビリができない。本人が医療のリハビリを強く希望するなど
- 49.当院以外の介護保険で施行不可能なリハビリ患者を消炎鎮痛に移行した
- 50.リハビリがなくなって悪くなった、入院したなど言われる方がいます。
- 51.なんとかリハビリを再開できないか希望されます。
- 52.大腿骨転子部骨折の患者様…歩行時に大腿外側に痛みがあり、ご本人も運動療法の継続を望んだが、物理療法に切り替えた。
- 53.介護保険でのリハビリは不十分で、関節可動域制限筋力低下が生じている。
- 54.精神的な影響も考えられるか。やはり、患者さんの志に反して強制的に終了することで、外出機会も減り、モチベーション低下→ロコモティブシンドローム助長になっているかと思います。
- 55.デイサービス移行後、終了後にレベルが低下した。
- 56.医療保険によるリハビリができなくなったことによる身体機能の低下
- 57.通所リハを使いたくない。医療でのリハビリを希望している。
- 58.消炎鎮痛で算定中。認知面の低下があり、毎回個別リハの要望がある。
- 59.運動療法が行えず下肢筋力が低下し転倒しやすくなった
- 60.現在での介護サービスで十分であり、追加や変更はなかった。
- 61.外来受診時の消炎鎮痛処置は継続可能で理解を得られたが、1名のみ外来リハの継続を希望された。
- 62.小規模多機能のサービスとの併用ができずに消炎に切り替えた。

- 63.通所リハへ移行したが、なじめずまた外来リハを強く希望されている。
- 64.現在は物療で対応しているが、歩行不安定で運動器リハをしたいと訴えられている。
- 65.リハビリを使用できる介護サービスを提供できない。施設サービス、リハビリエリア外通所系の送迎困難、ケアマネとの連携
- 66.通所リハビリへの移行を行ったが、初回のみ利用で以降利用されなかった
- 67.介護保険制度の理解ができていない
- 68.同一法人内のサービスだが場所が変わることへの不安が大きく、拒否傾向が見られた。
- 69.近所の運動施設に通われたが、痛みが憎悪していると整形受診時に訴えられていると後日聞いた。
- 70.運動器リハを中止したことにより、バランス力低下、筋力低下、柔軟性低下出現。転倒リスクが増大している方がいる。介護保険認定を受けていても医療でのリハビリを希望される方があり打ち切りへの不満…
- 71.疼痛増加が認められた
- 72.膝 OA で拘縮が進行し疼痛悪化。廃用で ADL 低下、歩行困難になる。
- 73.介護保険の RH より医療の RH 内容を患者が求めた。
- 74.電気治療やマッサージ等で筋力低下があり歩行が困難になってしまった。
- 75.状態維持に支障がでている人はいませんが、当院デイケアを短時間で受けられるように調整してもらい大変でした。
- 76.要支援 2 なので、医療リハを中止となりましたが、介護リハも申請が難しいようです。
- 77.利用している介護保険のリハ（主に通所）での個別リハビリ・運動指導等が充分でないが、医療保険のリハは行えずに不満を抱えている。
- 78.送迎車での通院が困難となり、介護タクシー利用となった。
- 79.ケアマネジャーに通所リハの相談をしたが、サービス追加してくれなかった。
- 80.要支援認定で通所介護利用していたため通所リハ利用できなかった。
- 81.介護保険でのリハビリに満足されず医療での個別リハビリを希望されていました。
- 82.疼痛が出現し、歩容悪くなる等、歩行能力低下等が認められた。又、上肢、下肢等疼痛、再度認める事例があった。それに伴って機能面の低下が認められた。
- 83.2号被保険者であり、デイへの移行に抵抗が強かった。
- 84.外来継続の希望が強く介護サービスの移行になかなか納得頂けなかった。
- 85.介護保険でのデイケア等の利用を希望されず活動量がおちた。
- 86.通所リハビリ、通所介護では、対象者の希望に合わせたリハビリの提供が不十分。サービス提供時間が長い、集団活動を望まない等
- 87.要支援で自己管理可能なため、術後のリハに関して介護施設に移行できない（手術した当院でのリハビリ希望）
- 88.疼痛の憎悪、歩行能力の低下等、身体機能の低下
- 89.介護保険のリハに移行すると、他の介護サービスを利用するための単位が不足してしまう（訪問介護など）
- 90.高齢であり身体活動量の維持困難であるものの、今後認定対象レベルでない方の ADL 管理が難しい

91. ケアマネ導入に難色を示し外来（保険）リハビリの終了調整がギリギリまでかかってしまった。
92. 歩行レベルの低下（T-cane→シルバーカー）
93. 歩行能力の低下が認められた
94. デイサービスとの併用は出来ないため、デイケアを行えなかった。リハビリ回数の減少。
95. 障害者医療所持者で、介護への移行で自己負担が発生。
96. 介護保険でのリハビリと医療保険でのリハビリの内容が違い、不満をつのらせる
97. 介護保険への移行をすすめたが、月の単位が現行サービスでいっぱいになっていたため、調整がつかず、やむをえず、消炎鎮痛での対応となった。
98. 個別リハビリの内容に違いがあることや制度の違い、またケアマネージャーにおいて介護保険においてリハビリの必要性の認識。理解の相違等
99. 包括支援センターにより、他でデイサービス利用があると、当院で通所リハは認めないとのこと。これにより、リハ難民となり（1～2か月間）その後、市の総合事業に回された。
100. 介護保険を使用してのリハビリ継続できる施設が決まらない。
101. ケアマネとの認識の違い、家族の理解が得られない、病院から遠く他施設を紹介するも本人が拒否的（環境が変わることに抵抗がある）
102. 歩行能力低下していき、数カ月後に転倒し骨折した。
103. 通所サービスを拒否、身体能力が低下してきている
104. 要支援の方で、認知があり、移行の説明の理解が難しい。通所の受け入れ先がなく、消炎鎮痛処置のみではご本人の満足は得られなかった。現在、通所の受け入れ先を探しています。
105. 脳血管障害による後遺症の方や変形性関節症などによる疼痛などで、動作や日常生活に支障が出てきている。疼痛や身体の柔軟性の低下が目立つ。
106. 介護保険サービスに移行することに納得はされたが、実際見学や体験の中で希望する事業所がなく、地域包括ケア病棟に短期入院することで機能を保っている。
107. 介護保険のリハ移行に納得されず要介護認定を返納された。
108. 介護サービスへの介入に抵抗を感じているケース。機能的に低下してきてしまった。医療なら、時間のしぼりはほとんどないが、デイケアは時間（夕方希望。家族の都合で）の制限があり困難だった。
109. 動きが鈍くなってしまったとご家族より話があった。介護量は増加していなかった。

7. 規定の複雑さ等、リハビリの継続を判断できず打ち切りとなった等の混乱事例

- | |
|---|
| <p>① 介護保険サービスに移行した</p> <p>② 消炎鎮痛等処置に切り替えた</p> <p>③ 状態の改善が期待できると医学的に判断されるので、算定日数上限を超えて継続した</p> <p>④ 先天性・進行性の神経・筋疾患等で、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断されるので、算定日数上限を超えて継続した</p> <p>⑤ 継続の必要なく終了した</p> <p>⑥ 継続の必要があったが、介護保険サービスへの移行を希望しなかったため、終了した</p> <p>⑦ 上記いずれの場合にも当てはまらない</p> |
|---|

- 1.③も打ち切りという解釈もあったため
- 2.介護支援専門員に制度の説明と理解を得るのが難しかった（対象疾患など）。本人や家族から、あの人はリハビリを続けているのに、なんでうちにはできないのかといった声が上がった。
- 3.基準が曖昧で医師・セラピストともに混乱があった。患者の継続判断にも影響した。
- 4.規定を満たすかどうかの判断がつきにくかった
- 5.手術をした病院でリハビリをしたいと強く希望された。移行できなかった。
- 6.④にどの疾患が該当するのかわかりにくく、患者さんへの説明が二転三転してしまった。
- 7.医学的な判断の難しさ。不平等感があった。
- 8.医師への説明に手間がかかった
- 9.役所等、色々なところで対応が違っていたため、方針が立てにくかった。
- 10.各担当が続けて良いのか迷い、患者への説明がきちんとできず、4月を超えてから継続が確定した事例があった。
- 11.ケアマネジャーによっては、医療分野の知識が乏しい分、問い合わせが殺到した。
- 12.改善群の理由・数値の判断基準が難しい症例があった。
- 13.混乱はしないが、わかりにくいのも事実です
- 14.明確な（数値的・客観的な）指標がなく、医保が使用できるかどうかの説明が十分にできなかった。
- 15.ALS の患者様の算定の仕方が要介護者であっても日数制限にならないのか、近隣の病院とで判断が違っていたため困惑した
- 16.リハビリでは混乱なかったが、医師と患者との間で出来る出来ないの混乱があった。非常勤務医も多く規定の理解が医師まで伝わりきっていない。
- 17.“改善” がどのレベルまでを言うのかわからず、先生方と相談することが多々あった。
- 18.判断基準が分からず、外傷病名以外の患者さんは中止にした
- 19.どの方が対象になって、どの方が終了となるのか判断がまよいました
- 20.何を持って改善と判断するのか。歩容や姿勢等、目に見える改善のみが対象となるのか。痛みが軽減し、活動量が改善しているものも含めるのか。
- 21.状態の改善が期待できると医学的に判断される場合はいつまでなのか判断が難しい。リハビリをしないと悪化するのが心配
- 22.判断基準が曖昧だったため打ち切った
- 23.該当するかの判断が難しい
- 24.毎月医師コメントが必要になり、医師の業務負担増につながるため実施困難であった。
- 25.複雑な為継続の判断をせず終了としたため混乱がなかった。
- 26.混乱はないが、現状維持も含めて医師が判断すべきで、期間で決定されてしまう事が問題だと思われれます。
- 27.個別相談が殺到し、対応に苦慮した。
- 28."医師の理解が得られない。医事と疾患に対する解釈が異なり、記載があるのに認められなかった。
- 29.状態の改善が期待できるのは何か月後までの事か不明。"

- 30.状態の改善が期待できると判断する根拠や指標がない。
- 31.デイケアの利用をしていた場合に判断に迷うことがあった。
- 32.解釈が複雑であいまい。算定するリスクが高い為断念した患者さんにどう説明すべきか非常に難しい。
- 33.該当者の書類が煩雑
- 34.該当する患者はいなかったが、この規定は複雑であると常に感じている
- 35.状態の改善が期待できるのかどうかの判断と患者同士の不公平感の増加
- 36.医師の協力が得られにくい状況になった
- 37.患者に理解してもらうのに苦労した
- 38.介護保険適応外で維持レベルの患者のもって行き先がない。独居の認知症高齢者へ理解を求める困難さ
- 39.治療上有効か数値的でなくどの範囲を有効とするか
- 40.有効・改善の対象かどうか迷いがあった。患者も不安あり。
- 41.行く場所、手続きの仕方がわからない。
- 42.要支援2の患者、目標設定算定済、150日のリハ期日過ぎてしまったことにすぐ気づかず算定→レセ請求。いろんなことが複雑すぎて、リハ打ち切り、消炎鎮痛等処置で対応することになった。
- 43.複雑(?)のためリハビリ打ち切りとした
- 44.神経筋疾患が該当するかどうか不明だった。必要性があるのに外来リハを続けるために介護保険を申請しない。
- 45.制度変更に伴う説明をしたが十分に納得されなかった為、プラン作成するもサービス利用を拒否した。
- 46.状態の改善が期待できると医学的に判断される場合において指定の様式等が存在せず、医療で行われているものなのか、介護なのか医事課などで混乱が生じた
- 47.Dr や事務にリハビリ継続できる説明が難しかった
- 48.来院者(外来リハ)の大半が高齢者の為加齢による身体能力の低下に伴う症状の憎悪が多数を占め、明確な状態の改善という評価がしづらくやむを得ず打ち切りとなった患者が多い
- 49.3月31日以降、「リハビリから来るなど言われた」と主治医へ相談されることがあり理解してもらうにあたり、説明が何度も必要となった。中には立腹される患者様もいた。
- 50.当院でも継続の可否について精査が必要であった
- 51.システムがなかなか理解できない人がいた。時間のしぼりがめんどろであるなどの意見があった。
- 52.どのレベルなら可能なのかの判断が難しい。
- 53.介護申請したかのチェックが困難。行政も返答してくれない。
- 54.なぜ、運リハが継続できなくなるのか、理解してもらえない。
- 55.本人、家族より医療でのリハビリテーションの継続の要望が強く、説明を要した。
- 56.患者が今後リハビリテーションを受けることが出来ないと不安になり定期的に経過観察を行うことが困難となる。
- 57.要介護保険者の算定日数超過者はどの場合であっても(③④でも)移行・終了の方向性にした。患者同士の理解のため

- 58.算定が通るかわからなかったため、維持期リハの方は終了もしくは介護保険に移行した。
- 59.患者様からの希望があったが、介護保険サービスへの移行となり、困惑された方がいた。
- 60.新設ルールが周知されていない、複雑（個人的感想）
- 61.介護保険サービスを利用しており、移行しようとしたが、サービスを施行できる施設がなかった。
- 62.厚生労働省の文書の解釈に難渋した。
- 63.慢性症状に対する判断が難しく、医師の判断にゆだねている。
- 64.介護サービスが利用額一杯の為、介護でのリハビリ利用ができなかった。
- 65.今後の生活のビジョンを持つことが出来ない不安
- 66.患者さんに告知して下さい。
- 67.混乱はなかったが、制度上打ち切りを行うしか方法がなかった。
- 68.現場は全て、介護へ切替えをはかってしまった
- 69.患者の理解を得るのに苦労した
- 70.算定できる疾患名がよく分からなかった
- 71.患者が理解できなかった
- 72.長年に渡り、通院してリハビリを継続していたので見捨てられたと思われた。
- 73.規定の複雑さ
- 74.③④に該当するかの規定を知らない。
- 75.状態改善の医学的判断に明確な判断基準がない。
- 76.医師、ケアマネの理解不足→周知の方法が遅すぎる
- 77.医師から要介護認定者は外来リハ～介護保険リハに行こうと説明され、実際移行に進んだパーキンソン病患者。外来リハスタッフが介護保険リハ移行を説明してしまった、脊髄小脳変性症患者（結果移行せず）
- 78.判断基準があいまいなため③④は選択しなかった。

8-1. 状態の改善が期待できると医学的に判断されるとして保険請求したものの、全部ないし一部の算定を認められなかった事例

- 1.月の実施単位数のうち半分も認められなかった
- 2.13 単位まで減点
- 3.ADL の維持目的でリハビリを行っていた患者さんに対し、国保連合から減算の通達を受けた
- 4.実施回数の削減
- 5.HCU 内で PT/OT/ST 併せて 3 単位以上実施すると算定過剰あるいは不必要として削減される。
運動器リハビリにおいて国保の方で 4 単位以上の部分が削減
- 6.一度査定（返戻）が入ったが、状況を説明したところ、再請求となった
- 7.進行性の特定疾患であり、コメント添付するも返戻、継続不可となった
- 8.痛みの程度も含め、継続的な治療なのか、計画性の有無の確認があった。
- 9.認められそうにないので終了した方も多い。

8-2. 要介護被保険者等に限らず、また算定日数上限内の場合も含めて、疾患別リハビリテーション料の全部ないし一部の算定を認められなかった事例

1. COPD 等で離床目的にて呼吸器リハ実施（維持期として月 13 単位まで）。車イス乗車+呼吸器リハの内容で実施したが、1 日 2 単位が過剰と判断され以後呼吸器の維持期リハは 1 日 1 単位で運用している。結果、離床訓練が困難になっている。
2. 3 か月間 FIM に変化がなく同じ FIM 値であったため、維持期リハビリと認定され 13 単位まで削られた。
3. 廃用の先行疾患が「脱水症」「不明熱」のケース
4. 入院患者で ADL 改善が認められないものは 13 単位以内であった（返戻）。外来は概ね 13 単位以下に調整していた。
5. 上限 120 日以内にも関わらず、90 日以降で 13 単位となった。
6. 松葉杖での歩行訓練に対しての運動療法が認められなかった
7. 3 か月間 FIM の点数が変わらなかったため、算定日数上限内だったが、90 日目以降は 13 単位までしか算定が認められなかった。
8. 機能改善ありで継続中であるが認められないケースがある
9. 脊椎術後であり脳血管で算定したが運動器に変更を求められた
10. 捻挫にて歩行困難となり、松葉杖指導として運動器で請求するも認められず
11. 32 歳男性。H5 年発症の神経難病「もやもや病」術後で平成 26 年 7 月 14 日リハビリ開始。平成 29 年 10 月請求分より 13 単位を超えた分が減点となり、現在も 13 単位以内で継続中
12. 算定日数上限内であるが 13 単位に減算された
13. リハビリテーション総合計画評価料を算定したが、運動器の算定を同日に行っていなかったため、レセプトが返戻された。
14. 13 単位以上がカットと計画書が認められなかった（脳）。13 単位以上が認められなかった（廃用）。
15. 急性胆管炎、膵頭部がん・膵頭部十二指腸切除、直腸定位前方切除、四肢筋力低下、誤嚥性肺炎、その他呼吸器リハで減点あり
16. 訓練過剰とみなされ単位数の一部が認められなかった。
17. 13 単位まで減点
18. ICU 入棟時は 5 単位以上認められず、4 単位以下まで下げられた。
19. 骨折等の外傷に対して受傷日に運動器リハビリテーションを実施し算定したところ、認められなかった。
20. 骨折（大腿骨頸部）の oPe 後であったが 1 日 3 単位までしか認められなかった。（1 oPe 後 1 か月以内）
21. （本来は外来のアンケートですが）入院の方の廃用症候群リハビリテーション科（Ⅲ）が、一律に 1 日 3 単位を超える方は認められませんかと保険者から返答されています。初期、早期加算についても、疑義解釈に従って請求しても認められません。やむを得ず、当該患者さんへの介入を 3 単位分に留めています。

22. 廃用症候群のリハビリは、3 単位以上は認められない。また、実施回数の中で、1 番少ない単位数でその月は削減（統一）されてしまう。
23. 一般病棟において 1 日 3 単位以上のリハ実施した場合、3 単位までしか認められない。
24. 「該当しない」や「必要なし」と判断された。
25. 大腿骨骨折術後患者の初期提供において 5 単位から 4 単位へ減算された。このほかにも 5 単位提供のリハは全て 4 単位に減算される。
26. 大腿骨骨折の術後リハ（入院）5 単位以上の請求が認められなかったことが同様に 4 - 5 件ある
27. 生保のみ 7 件、詳記を付けても通らない
28. 高額医療の場合、リハビリの単位数で帳尻合わせになる
29. 若年者で運動器疾患により ADL 制限を認めていた為運動器リハ料を算定したが減点となった
30. 20 代でリハビリの回数が多いとの事で算定を認められなかった
31. 脳卒中ケアユニット入院中の患者、超急性期だからという理由で 1 日 3 単位までとされてしまった
32. 一日上限単位 6 単位以内の算定において午前・午後各 3 単位→2 単位（計 4 単位）に減点された事例がありました
33. 生活保護患者は一律（術後 1 ヶ月以内でも）月 13 単位以内、1 日 1 単位のみ（算定日数上限内）査定され、認められなかった
34. 原因病名が同じでも認められない場合がある（脱水症、胆のう炎など）
35. 90 歳以上脳リハ患者が一律 1 日 7 単位以上のリハ料を査定された
36. 超高齢者（90 歳超）に対し、9 単位→6 単位に削られた
37. 廃用症候群は 1 日 3 単位までしか算定できない。
38. PT、OT、ST が関わっているので、1 日 6 単位まで認めてほしい。"
39. 52 歳…月 10 単位を 7 単位とされた
40. 既に廃用症候群となっても、入院 1 週間後からでなければ算定できない
41. パーキンソン病で月 13 単位で請求したが、7 単位しか認められなかった。
42. HCU 入院中、1 日 3 単位を超えた分が一律査定された（復点例あり）
43. HCU 入院中、廃用症候群が入院 3 日目を超えないと査定された（復点例あり）
44. 外科 OPE 後と廃用リハの方で、OPE 後より開始するが、廃用は OPE 後 5 日間しないと生じないとのことで、OPE 後の 5 日間のリハ算定を認められなかった。
45. 回復期病棟における 1 日のリハビリの単位数が 6 単位までしか認められなかった
46. 肩関節周囲炎と頭肩腕症候群全部計画書不可であった。
初月より"
47. 頰椎症、椎間関節症、足底腱膜炎、関節炎、ばね指等の病名はすべて消炎・鎮痛・マッサージ対応に変更で算定を認めてもらえなかった。
48. 肘の関節炎でのリハビリを全部認められなかった（3 件）1 件、股関節周囲炎でのリハビリにて返例あり。
<例>月に 4 回運動器リハビリテーション料（Ⅱ）算定の内、2 回を消炎鎮痛処置へ減点等
49. 腰痛憎悪があり、その後のリハでトレーニングが必要であったにもかかわらず、すべてを認めてもらえなかった。

- 50.入院中の高齢患者3名分について、廃用症候群リハが全部認められなかった。(内科疾患・90歳以上・介護度1～3)。一部が認められない患者は疾患別リハ区分関係なく毎月複数人分あり。
- 51.患者の年齢が高齢などにより実施数を減される
- 52.90歳以上で4単位以上行っていた場合、4単位は減算された。
- 53.診断名に、足関節捻挫と足関節外側靭帯損傷があり、靭帯損傷に対し運動器疾患別リハの処方があり、運動期リハ料を算定していたが、足関節捻挫の消炎鎮痛処置にされた。
- 54.足関節捻挫の診断名での松葉杖指導
- 55.足関節のシーネ固定後の運動療法、動作練習もシーネ固定料に含まれるとのこと
- 56.廃用症候群の状況が不明確との理由
- 57.PT、OT、STで9単位算定していたが、要件を満たしていたのに、認められなかった。
- 58.下肢骨折の当日のリハにおいて、ギプス固定処置後、患部外トレーニング及び松葉杖歩行指導(階段昇降含む)についての個別リハビリ算定
- 59.«臀部痛»で運リハI減点されました。捻挫、骨折当日の運リハI減点されました。
- 60.乳がん術後の患者
- 61.1日3単位を超えた単位数が査定された。
- 62.神経難病患者の場合、上限は除外されているが、一部で認められなかった
- 63.以前は廃用リハビリの廃用にいたった根拠が乏しいという理由で認められなかったケースがあった。
- 64.病名が肩関節周囲炎だった
- 65.脊柱疾患において出現した神経症状に関する脳血管リハビリテーションの算定
- 66.松葉杖歩行の指導を含むリハビリテーション
- 67.算定点数が、一部もしくは全て不可となった。理由は不明。数か月に渡り、同一の疾患名で算定していても減算される月と全く減算されない月もあり、傾向が全く分からない。
- 68.複数疾患(脳、運)現在の主病名が運動器で実施、しかしどうしても実施を必要な部位が多く、1回2単位、月22単位となったが、13単位におさめるよう返戻があった。
- 69.社保から国保への切替で、対象とならなくなった。
- 70.松葉杖指導を行った時

9. 2020年診療報酬改定に向けて、リハビリテーションにおいて改善を要望する具体例

- 1.①廃用症候群の要件緩和②廃用の対象疾患と老化(高齢化)を起因・原因とする疾患との分けなどの要件の明確化
- 2.介護保険への移行を診療報酬で評価するなら、介護保険の被保険者かどうかの照会を容易に行なえるようにしてほしい。
- 3.処方が正確に出ていることが少なく、医師に修正してもらおうのが大変。制度自体をわかりやすくしてほしい。
- 4.ADLのレベルアップが見込めない維持期、内臓疾患や認知症での廃用症候群等、対象疾患の枠が

拡がると良い

- 5.各点数を上げてほしい（リハビリの点数が低い）
- 6.維持期リハの受け皿など地域特性を考慮できないか
- 7.専門理学療法士の報酬を上げる
- 8.専従者も一定疾患別リハ以外の業務が行えるように
- 9.もしくは条件の緩和
- 10.脳血管の算定日数上限を 240 日にしてほしい
- 11.外来でのリハビリは算定日数上限の期間ではなく、回数を指標としてはいかがか。（診療所）
- 12.地域包括ケア病棟におけるリハ単位数の要件を緩和してほしい。1 日平均 2 単位をクリアさせるために、リハビリを実施できない患者様がいる。
- 13.目標設定等支援・管理料の撤廃
- 14.維持期の減算の撤廃
- 15.目標設定等支援・管理シートの撤廃
- 16.効果・有効対象でも 13 単位までしか認められないケースに対しての明確な答えが欲しいです。
- 17.心リハにおいては、代わるものがないため、算定日数上限の理由を明確化してほしい。
- 18.難治性潰瘍を運動器リハビリテーションの算定疾患として認定
- 19.適切な症例に対するリハビリテーションの継続できる体制
- 20.保存期CKOや透析患者を含む出来高のリハビリテーション料が算定できるように、腎臓リハビリテーションの算定を要望します。要介護認定の認定機関が切れたあと、再認定しているか確認と把握が大変。目標設定支援・管理料の管理シート撤廃を要望します。非透析日のリハビリテーションは現実的に通えない。血液透析前後のリハビリテーションは送迎利用や体調不良により難しい。診療報酬はD n性腎症の腎不全機に限定され、保存期CKD一般透析患者の算定は対象ではない。
- 21.算定上限越えでも減算せず回数限定でも医療のリハビリ継続
- 22.各リハビリテーション科の単位を上げてほしい。
- 23.がんのリハビリテーションの外来算定
- 24.自動車運転再開支援など、介護保険での対応が困難なものについては外来リハで特別な手続きなく実施できるようにしてほしい
- 25.目標設定支援管理料の撤廃
- 26.目標設定等支援管理シートの作成の撤廃
- 27.実施計画書のカルテ記載の簡略化
- 28.がんリハビリテーション料が外来でも算定できること。
- 29.廃用症候群リハは予防から算定可能にすべき。
- 30.施設基準におけるリハビリ室面積の撤廃
- 31.疾患別リハビリの算数上限の延長
- 32.介護保険下で行われる紙業務の緩和
- 33.地域包括ケア病棟の 2 単位 1 日しぼりの撤廃
- 34.各疾患別リハビリテーション料の増
- 35.言語療法に関しては、維持期リハビリが継続できる制度

- 36.介護サービスが満足に無い地域への配慮
- 37.リハビリと介護保険リハビリの切りはなし
- 38.上限日数を 1/3 超えた際の減算の撤廃
- 39.要介護被保険者等の外来維持期リハビリ算定終了の周知徹底。介護保険申請時説明をケアマネより希望する。
- 40.疾患別リハや回復期リハ等の専従の撤廃あるいは要件緩和
- 41.介保サービス利用でリハを行っている患者が、入院するほどではないが、急性発症した疾患により、医療保険外来でリハを再開する際、一時的に併用できるなどの措置。
- 42.摂食機能算定日数上限の撤廃
- 43.書類作成の簡略化
- 44.医科点数表並びに各類義解釈に従って請求しているにも関わらず、保険者が算定を認めない事例の解消を求めます。
- 45.目標設定支援等、管理シートの撤廃
- 46.急性期の場合で入院してすぐ確定病名が付かず、疑い病名や障害名でも算定が出来るようにしてもらいたい。
- 47.代替医療の保険収載廃止（柔整、はり）、介護保険のマッサージ
- 48.目標設定等支援・管理における医師からの説明
- 49.目標設定等支援管理料の撤廃
- 50.目標設定等支援管理料の撤廃
- 51.地域包括ケア病棟及び病室のリハビリ実施単位数の緩和。（現状 2 単位）
- 52.運動器リハの点数改善
- 53.現状維持（改善の期待があれば継続可）
- 54.目標設定等支援・管理の撤廃
- 55.全症例とは言いませんが、入院中で退院に向けて集中的にリハが必要な人に関しては上限を撤廃してほしいです
- 56.目標設定等支援管理シートの撤廃、急性期病院では維持期リハビリは機能的に行えない
- 57.糖尿病に対するリハビリの算定の追加
- 58.CU,ICU,HCU のリハビリをした場合に SCU.ICU.HCU 加算を取り消す事を撤廃
- 59.2019 年 7 月-の新規開業（リハ科）の為、患者数は限られるが、以前なら介入できたと思われる患者を断らざるを得ない状態であり、復活できてもらえればと思います
- 60.リハビリを標榜する機能訓練特化型介護サービスの撤廃、医師の指示のない通所介護「リハビリテーション」を標榜するのはおかしいと考える
- 61.目標設定等支援管理シートの運用の見直し
- 62.リハビリテーション実施計画書料 2 の撤廃
- 63.算定日数上限の再考（特に廃用と人工関節）
- 64.書類等複雑化し過ぎている
- 65.運動器リハビリテーションの点数を上げていただきたいです（せめて増税分はお願いいたします）
- 66.実施計画書の説明が主治医との限定事項

- 67.障害児（者）の年齢による保険点数の低下。年齢が上がることや、進行性疾患でリハビリを必要としているのに点数が下がるのはおかしい
- 68.透析中の疾患別リハビリテーション算定の見直し
- 69.医療従事者側も患者側も、もっとわかりやすいよう簡素化してほしい。
- 70.介護保険受給者は事実上医療保険での運動器リハがやれないということについて…それを今後も厳しく実践していくというのであれば、その説明をするにあたりもっと国や健保組合が積極的に周知活動をすべきである。現実には医療機関に”丸投げ”されており、窓口でのトラブルが少なくないので。
- 71.算定日数上限の延長
- 72.算定日数上限の設定日数の変更
- 73.セラピストによる自由診療化
- 74.回りハ病棟専従医の基準を緩和し、外来診療を縮小範囲で行える
- 75.目標設定等支援管理料見算定時の減算の撤廃
- 76.言語聴覚士も呼吸器リハビリテーション算定できるようにしてほしい
- 77.マッサージ感覚で続けられる人がおり、医師も経営的な面からこれを良しとしているため、終了の基準や判断の基準をしっかりと設けるのであれば賛成
- 78.要介護被保険者等であるが何もサービスを受けてない方の外来維持期リハビリ算定終了の撤廃
- 79.リハビリ以外の手続き等が増加、煩雑化しているので簡素化、撤廃してほしい
- 80.誤嚥性肺炎の呼吸器リハビリを言語聴覚士でも算定可能に（呼吸認定療法士などの条件ありでも良いので）
- 81.がんリハの外来患者への算定を可能にしてほしい
- 82.入院のみ認められている「がんのリハビリテーション」を外来でも算定できるように認めていただきたい
- 83.入院患者の上限 13 単位の撤廃
- 84.セラピストによるリハビリ実施計画書の作成許可
- 85.要介護被保険者等の外来維持期リハビリを撤廃まではしなくとも、介護保険認定者のうちデイケア・デイサービスの利用実績のない患者に対しては維持期リハを可とする等、柔軟に対応できるようにしてほしい
- 86.疾患別リハビリの撤廃、自由診療（混合診療へ）
- 87.要介護被保険者の入院維持期リハビリにおいて、算定減算の撤廃（医療療養型病棟と介護施設でのリハビリ継続が困難になってきている）
- 88.要介護被保険者等の維持期リハビリについて、どうしても外来リハ継続が必要な方がいます。また、集団リハを好まない方 etc。上限ありであれば継続でよいと考える
- 89.運動器リハの点数 UP
- 90.リハビリ実施において画一的に期限に上限を設けるのではなく、個々の症例の状態に応じた仕組みにしてほしい
- 91.疾患別リハビリテーションに該当しない急性発症した疾患や術直後の患者様に ADL 拡大や運動機能改善目的のリハビリテーションについて、算定対象とならないためリハビリテーションを実施出来づらい環境となっています。医療機関としましては、リハビリを早期介入することで、早

期離床を促し、入院期間短縮や在宅復帰に繋げることで、医療費の削減に寄与できると考えます。疾患別リハビリテーションに該当しない急性発症した疾患や術直後の患者様も算定できるようにご一考いただけると幸いです。

- 92.がんのリハビリテーションにおける外来リハビリ
- 93.訪問リハのかかりつけ医診察要件の撤廃又は緩和
- 94.膝 OA などの進行性の疾患には対応してもらいたい
- 95.疾患別リハビリの対象疾患の撤廃もしくは疾患範囲の拡大
- 96.予防医学への積極的な参入
- 97.患者さん本人の希望を優先すべき。介護申請した、しなかったに関わらず。
- 98.病棟専従者の要件。通所リハビリは兼任が認められているので、訪問リハビリ（介護保険）との兼任を認めてほしい。
- 99.目標設定等支援・管理料算定要件の緩和（医師以外の説明でも可能）
- 100.地域包括病棟のリハビリ「平均 2 単位以上」の撤廃
- 101.外来リハ同様の超短時間で介護保険でのリハ（20 分～40 分等）
- 102.世の中働き方改革と言っているのに実務と同様に書類が多い。
- 103.疾患別リハそのものの撤廃
- 104.目標設定等支援管理料の撤廃
- 105.目標設定等支援・管理シートの撤廃
- 106.査定に地域格差がないようにしてほしい。
- 107.事業所による通所リハ実績がない場合の減算の撤廃
- 108.重傷度に応じて日数上限の変動。
- 109.全般的に書類が多過ぎるため、不要な項目を整理してもらいたい。
- 110.目標設定等支援管理料の撤廃
- 111.廃用症候群の上限日（120 日）の延長
- 112.要介護保険者等の疾患別リハビリ逡減の撤廃。
- 113.疾患別リハビリ点数の上向き改定。
- 114.廃用症候群予防者への算定（FIM115 点以上の方）
- 115.一定単位数以下（例 月に 5～6 単位）程度の維持期リハビリを算定可能とするような制度創設
- 116.区分により算定期限が異なる点は疑問
- 117.目標設定等支援・管理料の撤廃。がんのリハビリテーション研修の撤廃
- 118.腎臓リハビリ料の確立又は透析時運動指導加算のようなもの
- 119.受傷当日のリハ及び松葉杖歩行訓練を認めて頂きたい。
- 120.廃用の算定条件の適正運用
- 121.算定日数上限を超えたら月 16 単位（週 2 回 2 単位）にして欲しい
- 122.算定日数上限の撤廃ではなく見直し
- 123.目標設定支援管理の撤廃
- 124.実施計画書の説明者を療法士でも可能として欲しい
- 125.精神疾患の診断名であっても、疾患別リハビリの算定が一部でも可能となること

- 126.リハビリの量ではなく質を評価してほしい。
- 127.療法士 1 人 1 日最大単位を 18 単位までとしてほしい
- 128.目標設定等支援・管理シートを外来のみを対象にして欲しい
- 129.がんリハビリテーション（乳がん術後等）の外来での算定を可能にしてほしい
- 130.減算の廃止
- 131.フレイルに該当しないような ADL の高い患者への外来リハビリの撤廃、1 集団リハなどを可能に出来るが良い
- 132.障害者リハの引上げ
- 133.目標設定等支援・管理料の算定用要件の改善
- 134.リハビリテーション実施計画書とレセプトへの記載事項、廃用症候群に係る評価表の簡素化
- 135.廃用症候群の診断基準を更に明確化し、わかりやすい事例を挙げてほしい。FIM115 以下、BI85 以下のみでは、わかりにくい
- 136.診療報酬 up
- 137.要支援認定者に対する、介護サービスの種類の複数利用を認めること！要支援認定者に総合事業を半強制的に推奨し、介護リハを利用させないことを止めること。
- 138.目標設定等支援・管理シートの撤廃
- 139.外来リハビリの点数の向上
- 140.目標設定支援シートの廃止、要介護被保険者の減算の廃止
- 141.目標設定等支援管理料に関する患者等への説明者を医師以外でも可能にしてもらいたい。
- 142.維持期リハを特例で行う際の書類の簡略
- 143.目標設定等支援管理料の撤廃
- 144.書類ばかり増やさないでほしい
- 145.目標設定等支援管理シートの撤廃
- 146.とにかく書類業務が多すぎる。働き方改革に逆行している。
- 147.セラピストによるリハビリテーションの開始・終了含めた必要性の判断が考慮されるように
- 148.心大血管、呼吸器疾患の患者にも ST が介入できるように（術後総管、抜管直後に、VE、VF 検査はできないので、結局無償で介入している）
- 149.施設基準を病院と診療所では別にする
- 150.リハ実施計画書及びリハ総合実施計画書の書式の簡略化
- 151.個人の医院でもっと PT・OT が雇用されやすくなるように施設基準（Ⅲ）のリハビリテーション料の UP
- 152.1 人の患者様が複数の医療機関でリハビリの算定が可能となる様に。
- 153.小児疾患の特性を考慮していただきたいです。専門の医療機関が少ないことや、長期にリハビリが必要となることなど。
- 154.ADL 維持向上等体制加算の算定要件緩和（疾患別リハ実施単位上限の緩和）

**10. 要介護被保険者等が介護保険の通所リハビリテーションに移行するにあたって、
通所リハビリテーションでの課題**

- 1.最近はレクなし通所リハ等もあり、通所リハも多様化している。利用者は選択するにあたり情報をもち合わせていない。
- 2.患者さんが医療から離れたがらない
- 3.通所リハの報酬が低く、採算が取れない
- 4.セラピストの量と質
- 5.個別リハに対する加算を付けて頂きたい
- 6.治療効果
- 7.地域によってですが、通所リハ事業所数が不足している
- 8.施設・サービスがない
- 9.PT・OTよりもSTのフォローに対してかなりニーズが多い
- 10.通所リハビリ施設が少ない。STのいる施設が少ない。
- 11.生活行為向上リハビリテーション実施加算の対象の見極め
- 12.医療専従セラピストとの兼ね合い、基準の解釈が難しい。通所リハビリにおける送迎、担当者会議への出席等、事務が煩雑になっている。
- 13.書類や制度の複雑さ
- 14.STが少ない。通所リハ自体も少ない。
- 15.近隣の通所リハが満員で移行がスムーズに行えないことがある。
- 16.外来リハでの窓口負担に比べて介護保険でのお支払いの方が高くなり、理解を得にくい方もありました。要介護認定を受けることに抵抗を感じられる方が多かったように思います。通所リハ利用は問題ないがサービス終了が難しい。
- 17.患者が選択できる制度になっていない。
- 18.デイケアが市内に少なく、なかなか通えない。ケアマネの理解度（デイサービスとケアの違いなど）が低い
- 19.リハビリテーションの質の維持が難しい、また効果判定できる人員配置が少ない
- 20.患者が自院での施術を希望している場合
- 21.医療機関（医療保険）と同様のメニューでリハビリが受けられず、家族が納得しない。腹膜透析の患者は通所リハビリで受け入れ可能な施設がとても少なく困難。
- 22.リハビリ提供時間が少なくならない工夫をしてほしい。（家族様からのご意見を一部抜粋）通所リハを行っている所がなく、依頼が集中している。
- 23.その施設において、具体的なリハビリテーションの提供状況がわからない。（STの練習ができる、できないなど）
- 24.ケアマネとの連携が困難な場合がある
- 25.施設が少ない 訓練に納得できずやめてしまった。
- 26.（年齢や症状などによる）多様なニーズへの対応が不十分
- 27.リハビリの質の低さ、質のベースラインの設定
- 28.病院ではなく施設を利用する事に抵抗がある方多く、移行の障害となっている
- 29.移行するにあたりCMが制度をよく理解していないことがあった。
- 30.医療機関でリハと同時に受けていた医療サービスが受けられない

- 31.脳血管で ST のみ実施の場合、対応できる施設が少ない。
- 32.ST の配置が少ない
- 33.通所リハの施設が少ない
- 34.通所リハ等で対応できるまでの準備（本人の説明も）を病院側がすませておく必要がある。
- 35.受けられる枠に限度がある
- 36.体調不良時の対応が、病院での外来リハと比較しておくれる。
- 37.需要と供給がマッチしていない中、移行を促されている。通所リハビリを受けるには、ケアプランが必要であり面倒。
- 38.療法士介入ごとの算定がなくなった
- 39.当院では送迎を行っていないので、他の施設へ変わってしまう
- 40.受入施設（定員）が少ない。
- 41.介護と医療の金額の差が大きい
- 42.医療リハと介護リハでリハビリの内容が違う
- 43.医療保険に比べると、CMにケアプランを作ってもらったり、契約を交わしたり書類が大変
- 44.定員オーバー
- 45.通所リハビリは画一的になってしまう。疾患別リハビリテーションの時よりも身体の状態が悪化してしまった
- 46.近くに施設が無い
- 47.短期集中リハビリテーション実施加算について、利用開始日より一定期間算定できると良い。
- 48.リハビリテーションの色を強めるのであれば長時間は行政主導で無くした方が良い。
- 49.④短時間のリハビリを提供しているが、1時間～2時間より短い時間帯の設定をしてほしい。（30分～60分）
- 50.通所リハビリテーションの1日の利用者の定員があるため、受け入れられない場合がある。
- 51.通所リハビリテーション費本体分の料金が安すぎると思います。多産費と比較し、人材確保に難渋します。
- 52.書類が多く業務負担が増大
- 53.デイケアなどと称しているが実際に有効なリハビリをされているとは思えない。ほぼリハビリ中と同じだと思います。
- 54.病院でのリハビリと比較されるため（内容や時間など）、不満を述べられるほうが多い。
デイサービスとの併用が出来ない。
- 55.通所リハ実施すると、セラピスト、場所やリハ以外の時間、その他の利用者との違い（早く帰る場合やリハ内容）で、利用者の帰宅願望や落ち着きのなさが上昇する。
- 56.通所リハビリテーションの提供時間が限られている。
- 57.障害者手帳（肢不2級等）で経済的に苦しい人は、介護サービスに移行すると、自己負担ができるため、サービスを同じように受けられなくなる。
- 58.ケアマネが当院でなく別の施設を誘導することも有る。
- 59.労務管理、送迎
- 60.地域により受け皿が少ない場合が多い（デイケア事業所数が少ない）
- 61.病院で行っていたリハ内容と時間が変わる（機能的な訓練が減少し、集団に）

- 62.通所リハの施設が少ない。対応している施設がどこかも解りづらい
- 63.通所リハの枠がなく定員がいっぱいである
- 64.送迎体制の整備
- 65.特に介護予防の該当者が通所リハビリへの移行を拒否、又は通所介護を利用している等で継続が困難となる
- 66.短時間で胃の利用者が増加して送迎が組めない
- 67.同日に PT/OT 併用の希望が多い
- 68.医師の指示が必要。主治医に情報もらうのをケアマネが嫌がる
- 69.患者のデイケアへの認知度が低いため説明に時間を要す
- 70.①（回数、時間）③（単価が低いため）、⑤（要支援1の場合、週1回程度しか受け入れられない、手続きが面倒、単価が低いため1回20分しか実施できない）
- 71.個別リハを求められるがリハビリ職の雇用が難しい。通所リハは定員があり数が限られてしまう
- 72.曜日、時間等の固定に対する利用者の抵抗
- 73.個別のリハビリの時間が短い
- 74.介護部門の認知がない
- 75.要支援者では複数のデイを利用できないため、デイサービス利用者は通所リハへ移行できない
- 76.上記は患者から診ての問題、他「介護保険」というものに対する抵抗感
- 77.要支援者に対してのサービスの見直し
- 78.別事業所の場合、担当者変更による不安や抵抗がある。
- 79.人員基準において職種の指定がない（PT、OT、ST いずれかでよい）
- 80.通所リハそのものに通えない人がいる
- 81.単価が低い
- 82.書類が多すぎる
- 83.通所リハからの卒業が困難、通所リハ継続のニーズが強い
- 84.提供されているリハビリテーションの質が医療機関より低い
- 85.送迎等設備投資の問題
- 86.受け皿が少ない。空きがなくあふれてしまう場合がある。
- 87.介護報酬額の見直し（採算が厳しいため）
- 88.すでにデイサービス等を利用していることが多く、維持期リハが必要な要支援の患者は通所リハ、デイケアへ移行できない。
- 89.当クリニックでは送迎なしの短時間で施行しているが、まだまだ通所リハの受け入れが少ない。
- 90.スタッフ不足
- 91.患者さん自身も算定日数等の理解に乏しいため、クレームとなる
- 92.本当に必要なリハビリが行われているのかわからない
- 93.送迎に関する減算もあり、要支援以外ではすすめにくい。
- 94.送迎に行ける範囲（時間的に）制限がある
- 95.通所リハがない。
- 96.専門的な整形外科的リハビリができない

97. ケアマネジャー等との連携
98. 病院と同じ質のリハビリを求めている
99. 高次脳・失語に対するサービス提供できるところがない
100. 個々の症状、変化に対応しきれていないと感じる
101. "実施回数の制限（限度額や支援認定者の回数が限られている）
102. 要支援者へのリハ提供が少ない
103. 患者様本人が病院と同じようにリハビリができるのか不安感がある。
104. 医療保険でのリハより介護保険でのリハ書類が多い
105. 65歳未満の利用者は、通所リハビリテーションの利用に抵抗がある
106. 開始時の手続きが煩雑で、サービス開始までに時間を要しているのではないか
107. 当院は外来患者さんを見ていないのですが、入院患者さんかたらくよく外来や通所リハの訓練時間の短さや内容の不满を耳にすることがあります
108. より専門性が高いリハビリの疾患が要求されることがある。（例）肩腱板断裂術後のリハビリ
109. 動機付け支援料のような基礎的報酬の新設を希望します。
110. 本人たちが介護リハビリを希望しない。
111. 通所リハを提供する施設が遠方のため移行が困難
112. 週に1回しかできない
113. 医療保険でのリハビリに比べて劣っており、患者の健康維持、改善が困難
114. 通所リハのPT、OTが利用者の疾病や障害に対する評価・課題整理・医療的な訓練・目標達成ができない。外来リハを経験した高齢者が行きたがらない。（個別対応が不十分、目標が不明瞭なため）
115. 高齢者でない方に対する施設の充実
116. 要支援では週1回しか利用できないため維持するのがやっとなという状況
117. 整形外科的治療は十分に行われていないようです。
118. 離島ではデイケアがなく、会議サービス自体も少ないため十分なりハが提供できない
119. 移行するにあたり医療機関で行っていた運動器リハ内容を確実に引き継げない
120. 通所リハを実施するまでの手続きが煩雑で、実施後も面倒
121. 送迎サービスの人件費、人材確保の業務負担、送迎負担、人員配置（専従登録）
122. 短時間の場合、送迎負担が増となる
123. 専門性に乏しい
124. 自己負担額増えるケース多い、結果的に公費も増える
125. 1～2時間の通所を始めたが送迎が難しい
126. 要支援者が増加し、回数を減らさざるを得ない状況となった。
127. 改善が期待できなければ障害部位の機能的アプローチも継続してもらいたい。
128. 要支援者の場合通所系利用は1つになっており、デイサービス利用で全身力低下転倒リスクが増える
129. 通所リハビリ事業所の地域格差がある
130. 生活行為向上 条件緩和
131. 医師の協力が無い

- 132.通所リハと疾患別リハとの制度の差が大きい。特に医療側が厳しい。
- 133.通所介護利用者（要支援者）が短時間通所リハができないこと
- 134.必要書類が多すぎます。通りハ計画書の他事業所への発送は必要ないのでは。
- 135.個別リハビリの算定が見直し必要だと考えます。
- 136.言語聴覚療法の受け皿がない
- 137.外来では「痛み」等の治療目的のため、「通所リハ」の概念と現場とのギャップが大きい。
- 138.通所リハビリと違い医療リハでは個別に合ったリハビリが主体。
- 139.短時間対応時の送迎（人員配置が難しい）
- 140.医療リハとの性質や内容の差
- 141.言語聴覚士の対応（今回当院では大きな混乱はありませんでしたが、介護保険サービスにおける ST の体制が不十分な中、失語症の方の対応について、整備する必要があると感じます。）
- 142.自宅訪問 病院に行く日数が増える（受診と通所リハが別日になる）
- 143.ST が必要とされる疾患の介護サービス（リハ中心型通所）の件数が少ないのでは？
- 144.介護度の高い人や超高齢者と場所でのリハに抵抗ある人がいる。
- 145.支払金額が高くなる、要支援者の回数制限に不満のある方が多い
- 146.会議が多い
- 147.認知症や介護度が高い利用者との混合施設が多いため利用を拒む方がいる。
- 148.要支援利用者のデイサービス、デイケアの併用ができるようお願いします。
- 149.医療と短時間通所リハの同時時間帯でのスペースと機器の共有ができないこと
- 150.通所リハビリテーションは「年寄りが行くところ」というイメージが強く、行きたがらない方が多い。若年向けのシステムを構築してほしい。
- 151.療法士の質が保証されていない。
- 152.患者様が自由な時間に来れない。介護度によって週の回数が変わる。
- 153.介護職員があつまらない。
- 154.ST の配置なく、言語リハ移行が難しい。
- 155.要支援 1 では十分なリハビリ回数を確保できない。
- 156.患者主体のスケジュールでリハビリテーションが利用できない（1.介護度で制限がある。2.曜日を固定される等）
- 157.同一日に医療を受けれない（薬の処方、注射などを行えない）
- 158.要支援者の利用回数制限（月定額、支援 1 はおおむね週 1 回利用など）
- 159.短期集中個別リハの実施加算の開始日を、サービス提供開始からにして欲しい。
- 160.情報共有
- 161.個別リハは短期集中では 40 分だけなので時間が短い。
- 162.受け入れ施設がわからない
- 163.リハビリ実施計画書が複雑で利用者理解困難。
- 164.責任をもって周知すべく努力が必要。周知の相手は患者さん、ケアマネ→混乱の根源はここです。
- 165.医療でできる事が通所現場では出来ない事がある。術後のリハなど
- 166.特定疾患の受給者証が通所リハが対象外となり負担が大きくなってしまう。

- 167.痛みなど、機能障害に対するアプローチ時間が十分にとれない
- 168.低頻度で医療的リハが必要な方への対応が難しいと思われる（例として、月に1～2回義足の調整などを目的としたリハビリが必要な方への対応など）
- 169.外来患者送迎車と通所リハ送迎車の合体は可能か・・・
- 170.通所リハビリにおける契約書などの書類関係が多すぎる点
- 171.受入れが難しい場合もある。
- 172.個別リハに対する点数を復活してほしい。
- 173.通所リハにおける、リハビリ（個別）実施報酬が別途必要
- 174.通所リハに抵抗がある患者が多く、移行しにくい
- 175.月曜に休みが多く、振り替え実施の調整が困る。
- 176.通所リハにおける実施内容が不明瞭
- 177.移行にあたっての行政（市、包括）、患者の理解度（スムーズにいかないケースが多い）
- 178.改善の要件があり、慢性の症記が厳しくなる
- 179.既存の患者様が居るため、外来から必ず看護（通所リハ）へ移行できる枠が提供できない。
- 180.実施する施設数が少ない
- 181.包括の撤廃
- 182.移行先のつてが少ない。
- 183.通所リハビリの施設数がまだ少ない
- 184.要介護の指導医不在でリハ可能なのはなぜか
- 185.通所リハの実績がない為不明
- 186.目標を達成してもケアプランに入れられ、漫然と通所に通う方が多い。
- 187.施設の数が少ない。新しい施設へ移行が難しい（PT、Drとの信頼がないところには行きたくない希望あり
- 188.障害医療証者の自己負担の発生
- 189.利用者の介護保険制度の理解度、サービス内容の目標共有
- 190.STが少ない
- 191.ケアマネジャーの通所リハに関する知識や理解
- 192.通所リハビリテーション終了者の実績少なく、滞る現実。社会における通所リハビリテーションの役割が浸透しきれていない現状
- 193.セラピストの専従の基準が厳しい
- 194.デイサービス等での“リハビリ”という文字の使用禁止ケアマネ、利用者は思い違いする
- 195.「通所リハの卒業」＝「デイサービスへの移行」が難しい
- 196.「短期集中リハ」と「認知症短期集中リハ」が入所リハは同時算定可だが、通所リハⅡは不可
- 197.短時間で個別リハビリ対応の通所施設
- 198.専従要件の緩和ができるとよいです。
- 199.触ってもらうという意識から、自ら動いて自立度を維持しようとする、利用者様の意識の変換をどう行っていくか。
- 200.送迎にはコストがかかりすぎる、
- 201.介護保険サービスを利用するまでの手続きが大変で長い

- 202.会議等が煩雑で、セラピストの療法実施以外の時間が多すぎる。
- 203.個別リハビリの提供時間による加算がない。
- 204.通所リハビリを永続的に利用したいと考えている利用者、CMが多い。
- 205.要支援の方の単一施設での通所サービスしか受けられないルールの撤廃（どうしてもデイサービスとの2択になるとデイサービスを選ぶしかなくなってしまう。）
- 206.医療的情報が乏しいケースがある
- 207.手厚いサービスを提供できているが、人件費等、生産性を問われている。
- 208.介護サービスリハの設備の無さ
- 209.書類作成に時間がかかりすぎる
- 210.通所リハビリの定員オーバーのため、外来等の新規受け入れができない。→特にケアマネの意識が低い。
- 211.書類、手続きが多すぎる
- 212.報酬がサービス提供時間に見合っていない
- 213.提供される活動のメニューが少ない。短時間デイケアの送迎がない。
- 214.近隣に介護サービス提供施設が不十分である
- 215.通所の実力に差がある。もっと介護保険事業所はリハビリを勉強して欲しい
- 216.近所がない（患者の家の）
- 217.書類作成も含めたマネジメント業務量が多すぎる
- 218.介護保険で提供されるリハビリ（内容。質的なもの含め）に関し、不安を訴えられる方が以前いらっしかったです。

別冊資料-2

困難事例アンケート結果について

要介護被保険者等の外来時期リハビリの廃止に伴うアンケートの他に、困難事例のみ収集をお願いするアンケートも同時実施した。以下に寄せられた困難事例を紹介する。

○事例収集に当たってお願いした趣旨

医療保険のリハビリテーションを終了した患者さん・利用者さんの、その後の介護保険の通所リハビリテーションや訪問リハビリテーション、また他の居宅介護サービスを利用しながらの自宅での療養等の維持期・生活期リハビリテーションにおいて、状態の維持が困難になったり、急性増悪等で医療保険のリハビリテーションが必要になったり、またリハビリテーションが必要であるにも関わらず、介護保険のリハビリテーションを希望されず、その後の状況がわからないなどの、困難事例があればお寄せください。

■全回答数・133件

■困難事例あり・58件

■困難事例なし又は空白・75件

1. 歩行器レンタルのために介護保険取得。要支援、算定上限日数に達し、自施設通所リハ（短時間）へ移行。集団を好まれないタイプで通所にはなじめず。また、セラピスト介入時間が短いとクレーム＋。納得されず、介護保険を返納するとの発言＋。継続して介入中。（1件）
2. 認知症で制度の違いを理解してもらえず、クレーム＋。2件
3. 病院でのリハを継続したかったとクレーム。近くにデイケアがなく算定上限日数に達し終了。（1件）
4. 元々気質の方から制度の違いを理解してもらえなかった。
5. 御本人ならびにケアマネにも話をし、通所リハへの移行を勧めたが受け入れられず、自主トレを指導によりリハビリを終了としています。
6. 困難事例は特にありませんでしたが、受診時に情報収集を行っても介護認定の有無がわからなかったり、最初は認定を受けていないと答えられていましたが、後に認定を受けていますと話された患者様がいました。介護認定の有無の正確な確認の難しさを感じます。
7. 介護保険によるリハビリテーションへ移行された患者様について、医療保険による場合に比べて時間的な制約（リハビリ時間の短縮など）が多くなったという声が多かった。
8. 本人様はリハビリを継続希望であり、被介護保険者（要支援）となるが、通所リハビリ（1～2h）のご利用をすることで、現在リハビリ（医療保険）に使用されている料金よりも高くなってしまい、利用することができない状態になっている。
9. 遠方から来院されている患者様（要支援）が周囲に介護保険利用でのリハビリ施設がなく、当院まで来院しなければならない。さらにリハビリを必要とする状態である。

10. 86歳女性

左大腿骨転子部骨折偽関節でADL改善目的にリハビリテーションを施していた。リハビリ算定期限になるため、今後のリハビリのあり方を検討した。小規模多機能施設を利用されているため、理学療法士のリハビリテーションを通院で受けることは不可能であった。週に2日自宅に戻られた際に訪問リハビリテーションを利用することとなった。導入すること自体で患者の生活様式を変更させなければならず、また、方針決定後も、介混と医療のスタッフの情報共有のタイムラグなどから、患者を混乱させることとなった。

11.60 歳男性

左足離断。離断創部の治癒に時間がかかり、荷重訓練が切断後15ヶ月後からの開始となった。施設入所で介護サービスは利用されているため、リハビリテーション継続が不可能であった。

12.83 歳男性

脳梗塞後。リハビリテーションの間隔があくとふらつき、こわばりが出て外出困難になるため週3回の理学療法で四肢の拘縮を予防していた。介護保険に移行してもリハビリテーションの回数は確保できず、その上自己負担金が上昇するためスタッフが説明しても納得は得られなかった。厚労省の通達である旨を医師から時間をかけて説明し納得いただいた。その説明の間外来診療はストップし、他患者の待ち時間が増えた。

13.76 歳女性

変形性膝関節症。介護保険で通所リハビリへ移行するよう説明したが納得得られず、リハビリ中断となった。その後受診なく、かかりつけとしてフォローできなくなった。

14.75 歳男性

もともとデイサービスと外来リハビリでADL管理をしていた患者。外来リハビリ終了しても介護領域の余剰点数なく、フォロー不可能となった。

15.77 歳男性

脳梗塞後遺症で要介護5、施設入所しながらADL維持のために外来リハビリテーションしていた患者。介護点数余剰なくフォロー不可能となった。

16.82 歳女性

下肢筋力トレーニング、転倒予防でリハビリテーション施行した効果あり要介護から要支援に能力アップしていた。外来リハビリテーションのような十分なトレーニングが要支援では通所リハビリテーションで施行できず、リハビリ一旦中止、能力低下し、6ヵ月後に転倒入院となった。

17.75 歳女性

右大腿切断後、義足リハビリテーションを施行していた患者。介護施設入所されており、介護点数が足りず通所リハビリテーションができないためリハビリ中止となった。

18. 本人が納得できるリハビリ内容ではなかったと聞きました。

19. 外来リハで状態維持できていたが、移行のためとデイサービスへ。通いられないデイケアを入れた所不穩が強くなり介護負担が増えてADLも低下している。

20. 介護保険によりリハビリテーションは現状、整形外科などの運動器疾患を適切に評価して治療できる環境にはないと考えられます。原因としては、デイケア、運動器リハでの処方医（指示）が整形外科医でない場合が多く、また、直接指導したり、状況に応じて処方内容（指示）の変更がリアルタイムでできな事。要介護／支援者でも医療で運動器リハを受けられる制度は必要である。

【例】下肢外傷や変形性膝関節症の患者様がデイサービスに移行したが、疾患部位を積極的にさわると危ないので上肢中心となった。

21. 介護保険を使っている人のリハビリテーションが外来でできなくなり状態の維持が困難となった。
22. 施設入居者は、その中で介護保険の点数を使い切ってしまう方が多いそうで、ほとんどの患者さまが、リハビリ終了となりました。ADLが低下した方もいらっしゃいます。
23. 訪リハ、デイケアはご本人の性格上合わない方も多く、リハビリしたいのにできない、する場所がない方がおられました。
24. 外来リハ終了後、介護保険への移行を実施もサービス利用が続き、医療保険でのリハビリを希望される方がいる。デイサービスはデイケアの利用では、続けてサービスが利用できていない様です。
25. デイケアとの併用が制度上できない為、中止したらADLがその後極端に低下し、患者からもリハビリ内容が異なると申し出があり、説得するもご納得いただくのも困難であった。
26. ①～③すべてに経験あり。患者様と家族様ともに困っている状況です。
 - ①デイサービスへ移行した患者。要支援でありデイケアとの併用が制度上できず、状態の維持が困難となった。
 - ②デイサービスに移行した患者。集団体操に取り組むというふれこみだったが、移行後ADLが低下したという情報が寄せられた。
 - ③特養入所者で外来でリハビリを実施。右片マヒ、車イス移乗不安定さが残り、継続リハの必要性あったが、制度上仕方なく終了するしかなかった。
27. 介護保険で通所リハを既に行っていたために、円滑に移行できた。しかし、利用料が上る患者様もおられ、不満を述べられた。(特に要支援②で週1回のリハを行っている方)
28. 要支援者でデイサービスを利用しており、デイケア利用困難でリハビリ終了となった。もしくは、接骨院にかわられた。
29. 要支援者でリハ回数が少なく、希望通りに行えなかった。
30. 介護サービスでの送げいで来院されていた患者様が、デイケア(短時間通所リハ1～2時間)が利用できなかった。(送げい行っていない為)
※送げい減算があるが、デイケアに送げいを含めず、ヘルパーなどの送げいが利用できると助かる。送げいを行えば加算という考え方にしてほしい。
31. 介護保険のイメージを良く思っていない患者が思っているよりも多く、受け入れが難しい患者も多かった。更に保険料は払っているが、制度のことは全然分からない、と言われる方がほとんどで理解度はかなり低い状態であった。

田舎の方では担当者が自宅に行くため、世間体を気にしてデイケアなどサービスを受けたくないとわれ、リハビリ自体を終了する事例もあった。介護保険の利用になると医療より書面でのやりとり、訪問など段取りが多く、利用者のストレスになり、サービスを終了するケースもあった。計画書の説明で推奨されている書式が細かすぎて内容も多く、利用者からは見にくい、たくさん書きすぎていて、自分では読まないなど不満や問題が多い。
32. 小規模多機能型居宅介護を利用している方は、通所リハを受けることができないのでリハ終了
33. 要支援をもっているだけで、サービスを何も利用していない方の維持期リハビリができなくなっ

た方が多数おられました。

34. デイケア利用を拒否（リハビリ中止）
35. 医療施設でリハビリを希望される患者さんを断らなくてはならない事例が数回あり、制度が変更になったことを納得していただけなかった。
36. 骨折後や変性疾患の患者をデイサービスや通所リハへ移行したが、集団リハやマシントレーニング中心で個別リハ等個人に合わせた介入が出来ず状態維持出来ていなかった。受診した際、DRより個別リハをしっかりしないと急激にADLが低下していると言われた事が多々ある。
37. 手術後や外傷後のリハビリが十分にできずに、集団体操などのデイサービスでしっかりリハビリが継続できなかったため(通所のリハビリが不十分、知識をもった人からのリハビリがうけない)、手術後拘縮が残存し経過が不良になってしまった。
38. ADL維持に専門的なりハビリを要していた患者さんは、デイへ移行とともに痛みがでてADLが低下、それとともに認知機能も低下してしまった。
39. デイケア移行を促したが重症のイメージや拘束時間があるため施設利用に抵抗感があると拒否する例があった。
40. 医療リハから介護リハに切り替えてADLレベルが低下した。
41. リハビリを終了したあと、通所リハビリ等をすすめたが本人が希望せず寝たきりになってしまった。
42. これまでの月13単位であれば、週に3回リハビリを実施できた。例えば、要支援1であれば週1回、支援2であれば週2のデイサービス、デイケアの利用となり、必然とリハビリ頻度が下がり、機能低下を招いてしまった。
43. 外来リハ終了後、通所リハへと移行を考えたが、要支援でデイサービス利用中であったため、リハビリの提供が困難となった。
44. 介護保険での訪問リハ（みなし）を当院から移行・提供を試みたが、ヘルパーなどで単位がいっぱい、リハビリの継続が出来なかった。
45. 医療→介護へ移行しようとするも介護保険の単位の上限によりリハビリを行えず終了するしかなかった。
46. 継続リハが必要であったが、要支援者の為移行先を見つける事が大変だった。
47. 介護保険サービスへ移行する段階で、患者側の移行に対する拒否が強くありなかなか移行できないケースがあり困りました。

ケアマネージャーへの連絡を患者に依頼していましたが、なかなか連絡が取れず介護保険サービスへ移行するにも移行できないケースがあり連携が取れないまま終了となったケースもありました。

移行後は、当院リハビリへの関与が無くなり維持できているのか出来ていないのか全く分からず経過に関しては回答ができないのが実情です。
48.
 - ① 3月まで外来リハフォロー継続していた方
4月以降介護分野へひきつぐ準備を行ったがご本人の受け入れが悪くやむなく終了となった。
 - ② 他院の外来リハを行っていた方からの問い合わせが多数ある。「リハビリ難民」という言葉がまた頭をよぎる。本当に必要な方に必要な医療が提供されているのか不明。

49. 外来でのリハビリからデイケアへ移行した患者。要支援者であり、独居で近所に親族もおらず、ヘルパー、訪問看護等利用されていた為、状態維持の為の十分なリハビリ継続が困難となった。

50.

①通所リハでのリハ時間が10分と少なく、ADLの維持が困難であった事例→特別養護老人ホーム入所者の外来維持期リハや短時間通所リハの利用不可能で、中止した。

②身障手帳を利用した方が患者費用負担が軽く、介護保険への移行に難色を示す事例→小規模多機能居宅介護を利用している場合も、通所リハの利用はできないので、中止した。

急性期、回復期のリハ経過が病院、セラピストによって予後が大きく違う状況があり、他院後外来リハ介入時には二次的障害などを含め大きな **impairment** を持った状態の患者様が多くおられます。リハは難渋し期限内での治療ができず継続的にリハ介入が必要な方も多くおられます。入院中に介護保険を申請され認定を受けた状態で来院される方がかなりの数おられ、ヘルパーによる送迎などの介護保険の重複やデイケア、デイサービスの利用をされているためすべての患者様が外来維持(期)リハビリを中止しデイケアへ移行することができない状態です。そのような方は接骨院に流れ、十分な機能改善がなされておらずまた1年ほどして状態悪化し戻ってこられる方が多くおられます。

医療費節減は大切なことですが、内科などで指示箋を書いてもらうように言われ、接骨院で医療保険使用マッサージを受けている方が中止した方の数と同等であれば削減にはならない上に患者様の機能は低下していきただけだと感じております。

51. デイケアへ移行希望があったが、デイサービス等他の介護サービスを既に利用していた為、移行が叶わなかった。リハビリを受けることによって現状維持を図っていた方達が、要介護状態になることは時間の問題となってしまうと思う。

52. 現状大きな問題は生じていませんが、

①外来リハを5年以上続けて、それを外出の楽しみにしているという方

②介護保険の単位の問題でリハを受けられないから外来リハを利用したいと希望されている方

③失語症の方で介護保険を使うことを躊躇したため、外来リハを継続しつつ介護保険への移行を図っている方

などがおられる事情があり、外来維持期リハビリへの要望があるという実態があります。また失語症の方の場合、それだけでは要介護認定の審査で要介護や要支援の認定が受けられず、回復期病院等退院後全くりハビリを受けられないといった状況が現にあるため、むしろ維持期における外来リハについては、一定必要であると思われまます。

53. <独居 70代女性>

術後に介護保険申請による住宅改修を実施。介護保険サービスの利用はないが、要支援がついており本人のゴール目標である屋外交通機関利用できる歩行状態の改善に至る前に算定制限によるリハビリ終了が必要であった。

54. <独居高齢者>

変形性腰痛症のリハビリ算定制限に伴い終了しました。デイサービスにて運動機能維持のための体操は継続いただいていたが関節痛の増悪による日常生活動作レベル低下し当院に来院。急性増悪にて再度医療保険での外来リハビリテーションが必要となった。

55. 右膝内側半月板損傷でのリハビリを算定上限超え、当院の訪問リハビリにて継続希望あったが、

希望者が多く対応できず他に事業所への紹介を進めた。本人、家族が担当・医療機関の変更に難色を示され中断期間が生じた期間中に機能低下みられ、訪問リハビリ開始したが、ADL レベルの低下、膝疼痛の増強がみられていた。

56.

①デイケアへ移行した患者様。要支援者であり、個別リハの頻度の減少があり、機能低下が進行した。

②福祉用具のレンタル利用などで介護保険の認定を受けている方。デイケアなどの集団に入ることに対しては抵抗がある方で本人の希望があり外来リハビリを希望されていたが、制度上仕方なく終了するしかなかった。身体機能の維持のためにはリハビリの継続が必要であったと考える。

57. 要介護被保険者であっても、デイサービスの利用がなく、終了後、行き先がなく、困ってしまうと患者から相談が多くある。

58. リハビリの継続が必要であったが、制度上仕方なく終了する事も多く、実際リハビリを必要とする医師の指示があったとしても、請求を行ったところで査定となる事もあるのではないか。

59.

①経費老人ホームの特定施設入所者生活介護の介護サービスを利用している患者様が外来リハもデイケアも制度上利用できなくなった。

②特養入所者が外来リハを利用していたが、制度上利用できなくなった。

③要支援者はデイケアでは集団リハビリが中心となるためデイケアには移行せず、仕方なく鍼灸・マッサージに移行した。

60. デイサービス利用中の患者さん、要支援であるためデイケアとの併用が制度上できず、移行が困難である。

61.

①長期間外来リハビリを継続していた患者（複数名）

個別リハの時間を十分に担保できないことで、介護保険領域への移行に難渋した。

②通所リハへ移行した患者

短時間型ではあったが、その方の肌に合わず辞めてしまう事例

③難病疾患の患者

年齢的に介護保険の取得を進めたが、要支援の認定となり、十分なりハ時間の提供が難しくなり、機能維持が困難となった。

62. 要支援者 デイサービスとデイケア併用不可

→当院は短時間デイケアの為、1日利用で食事やお風呂のあるデイサービスを選択される方が多く、その方たちのリハビリの継続ができなくなり、状態維持が困難。

63. 要介護者のリハビリ回数減少

→算定期限後、月13回ルールでの対応も困難（不可）となり、デイケアへ移行した患者さん多いが、介護保険は単位数のこともあり（他サービスの利用もあり）、デイケアの回数が限られるケースが多い（リハビリをする回数が減る）

64. 当院回復期病棟を退院されて、外来リハビリ（上肢キノウ改善目的）＋介護保険サービス（訪問リハビリ：上肢キノウへのアプローチは困難で主にリラクゼーション目的）（デイサービス利用）を利用されていた方が、制度上外来リハビリが受けられなくなり、上肢キノウ改善リハビリを受ける

- 場所がなくなった。
65. 身体キノウ改善、妻の介護負担を減らすためにデイサービスに通所され、外来リハビリでは身体キノウ、高次脳キノウ、ADL 能力改善目的に行っていた方が、外来リハビリが受けられなくなった。
66. 独居の男性は、介助は必要ないが安全のため入浴にヘルパーさんを利用して、外来リハビリでは上肢キノウ改善のリハビリを受けておられた方が受けられなくなった。
67. 特養入所者が当院外来リハ実施。継続リハの必要性高かったが、制度上仕方なく終了した。
68. 要支援の方はサービスが受けづらいとの声が多く、ADL が低下している。
69. デイケアでリハビリ継続していた方が、家族の都合で1日利用できるデイサービスへ移行した。要支援のためのデイケアと併用ができずリハビリを行う機会がなくなり、ADL の低下となった。
70. 特養入所者で外来リハビリを実施していたが、終了した結果 ADL 低下した方。
→片麻痺で車いす移乗動作は可能であったが、リハビリ終了後しばらくしてトイレでの排泄が困難となった。
→車いすでの座位は自立していたが、終了後しばらくすると体幹支持できなくなりリクライニングとなった。
- 71.
- ①元々、廃用予防にて訪問リハを利用していた方が、インフルエンザにかかった後に、同じ姿勢により上肢の末梢神経損傷となり、外来リハビリを家族が介護保険のサービスと併用して希望があった。医師は、必要性の低さと訪問リハでフォローしてもらうように説明したが、なかなか理解してもらえなかった。
- ②外来リハでフォローしていた患者様が入院して、リハビリをして、自宅退院された。その後のフォローとして、訪問リハを3か月限定で行った。デイサービスに移行するように調整すると、再び外来リハの希望あり。本人は QOL の1つとしての訴えがあった。検討した結果、地域の通いの場をすすめることで、本人の希望とは異なる方向となった。
72. ボトックス治療など開始された生活期患者への治療介入のあり方には検討が必要ではないかと考えています。
73. デイサービスに移行した患者で、歩行能力が低下し外来リハビリテーション（運動器不安定症）実施となったが、150日後に同じデイサービス（介護度の問題でデイケア導入困難）に行く選択肢となった。
74. デイケアに移行した患者、骨粗鬆症や関節リウマチなど複合疾患があり、機器を用いた内容で行えないものがあり拘縮がすすみ、身体機能が低下した。
75. 当医院は、（介護予防）通所リハビリを行っている。困難な事例というわけではないが、特に介護予防通所リハビリにおいて、疾患別リハ時と比して、ケアプランの上で、便宜上週あたりの利用回数が減少するケースが多く、状態の維持に不安を訴える利用者は多い。
76. 週2回の外来リハを実施していた患者さんがいました。今回の廃止により、訪問リハに移行したのですが、限度額の関係で週1回のサービスしか受けることができず、また限度額をオーバーしてしまうことから、ヘルパーさんの回数を減らしたと聞きました。
77. 介護保険のリハビリテーション移行を検討していた患者様が非該当の認定結果が出てしまった為、外来リハ・介護保険のリハどちらも受けることができなくなったことがありました。

78. 当院においては、該当者が高齢（6名とも75歳以上）であり、当院でリハビリを継続し、症状の回復と維持に努めてきたが、それが困難な状況になったことで、該当者が不満を述べられる事例もあった。介護保険へ移行するにしても、該当者が高齢の為、手続きを誰が実施するのか判断しかねる事や、地域包括支援センターの支援員等が移行に関する手続きを支援するとしても、地情的事情があり介護保険適用施設で当院と同等レベルのリハビリを提供できる施設が少ないという問題は残されたままとなっている。当院の地情的な実情を勘案すると当院でのリハビリ継続が望ましいと思われたが、制度上仕方なく終了するととになった。
79. 残念ながら現状での介護サービスリハビリの質はそれ程高いものではない。移行後にADLが低下し、当院でリハビリしてほしいと再訪する方が複数いた。その為、消炎鎮痛処置で算定したりする事もある。（そもそも保険指定機関で介護保険の認定状況を1回1回確認しないとイケないという状況がおかしい。認定状況をすぐに確認できるシステムが必要と考える）
80. 医療保険のリハを終了した方で、必要と思われるリハビリができていないケースがある。本人・家族は仕方ないといった感じ。
- 81.利用している福祉用具の関係で介護保険の取り下げはできない方がいる。
- 82.制度の説明に時間がかかる。理解できない。