

【医療保険・介護保険】訪問リハビリテーション

保険・福祉対策部では、毎年、会員の皆様が從事する業務の把握を目的とした調査を実施してきました。今年度は、**診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス費等**に関する調査を実施します。

調査結果は、ホームページや機関誌に掲載します。また、県士会活動の参考にさせて頂くとともに、(一社)日本作業療法士協会から照会があった際に提供することができます。なお、個人や特定の機関が特定されることはありません。

会員の皆様のご協力をよろしくお願ひいたします。

回答締切は **10月31日（金）** です。

* 必須の質問です

1. メールアドレス *

I 所属機関についてお伺いします

2. 所属機関名をご記入下さい *

3. 所属市町名を選択して下さい *

 Dropdown

1つだけマークしてください。

相生市

明石市

赤穂市

朝来市

芦屋市

尼崎市

淡路市

伊丹市

市川町

猪名川町

稲美町

小野市

加古川市

加西市

加東市

香美町

神河町

上郡町

川西市

神戸市

佐用町

三田市

宍粟市

新温泉町

洲本市

太子町

多可町

高砂市

宝塚市

たつの市

丹波市

丹波篠山市

豊岡市

西宮市

西脇市

播磨町

姫路市

福崎町

三木市

南あわじ市

養父市

4. 所属種別 *

- 複数の所属種別がある場合、所属種別ごとに記入して下さい
例えば、同法人で病院と介護老人保健施設があり、それぞれに訪問事業の指定を受けている場合は、事業所ごとに記入して下さい
- 選択肢に該当する項目がない場合は、その他を選択し内容を記入して下さい

当てはまるものをすべて選択してください。

- 病院
 診療所
 介護老人保健施設
 介護医療院
 その他: _____

II 利用者数・診療報酬・介護報酬の取得状況についてお伺いします

リハビリテーションはリハビリと略す

(1) 全利用者数（作業療法士、理学療法士、言語聴覚士が関与して報酬を取得している）

- 例えば、20人の場合は「20」と数字の部分のみ記入して下さい
- 該当がない場合は「0」と記入して下さい
- 利用者数は、10月1日現在の人数を記入して下さい

5. 医療保険（人） *

6. 介護保険（人） *

7. 自費（人） *

(2) 作業療法士が関与して報酬を取得している利用者数（他職種と共同で関与していてもよい）

- 例えば、20人の場合は「20」と数字の部分のみ記入して下さい
- 該当がない場合は「0」と記入して下さい
- 利用者数は、10月1日現在の人数を記入して下さい

8. 要支援1（人） *

9. 要支援2（人） *

10. 要介護1（人） *

11. 要介護2（人） *

12. 要介護3（人）＊

13. 要介護4（人）＊

14. 要介護5（人）＊

15. 医療（18歳以上）（人）＊

16. 医療（18歳未満）（人）＊

17. (3) 加算の算定状況（訪問リハビリテーション）＊

当てはまるものをすべて選択してください。

- いずれも算定なし
- 短期集中リハビリ実施加算
- サービス提供体制強化加算（Ⅰ）
- サービス提供体制強化加算（Ⅱ）
- リハビリマネジメント加算（イ）
- リハビリマネジメント加算（ロ）
- リハビリマネジメント加算 医師の説明
- 認知症短期集中リハビリ実施加算
- 口腔連携強化加算
- 退院時共同指導加算
- 移行支援加算
- その他: _____

18. (4) 加算の算定状況（介護予防訪問リハビリテーション）＊

当てはまるものをすべて選択してください。

- いずれも算定なし
- 短期集中リハビリ実施加算
- 退院時共同指導加算
- 口腔連携強化加算
- サービス提供体制強化加算（Ⅰ）
- サービス提供体制強化加算（Ⅱ）
- その他: _____