

【介護保険】老年期介護領域

保険・福祉対策部では、毎年、会員の皆様が従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あります。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いいたします。

回答締切は **10月31日（土）** 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

- ☐ 穴栗市
- ☐ 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. 所属種別を選択して下さい *

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ご記入下さい

当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ 介護老人保健施設
- ☐ 介護福祉施設
- ☐ 介護医療院
- ☐ 通所リハビリテーション
- ☐ 通所介護
- ☐ 有料老人ホーム
- ☐ その他: _____

II 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

5. 介護老人保健施設（施設類型） *

該当する施設類型を選択して下さい

当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ いずれも該当なし
- ☐ 超強化型
- ☐ 在宅強化型
- ☐ 加算型
- ☐ 基本型
- ☐ その他型

6. **介護老人保健施設（加算） ***

取得している加算を選択して下さい

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（Ⅰ）
- ☐ 短期集中リハビリ実施加算（Ⅱ）
- ☐ 認知症短期集中リハビリ実施加算（Ⅰ）
- ☐ 認知症短期集中リハビリ実施加算（Ⅱ）
- ☐ 入所前後訪問指導加算（Ⅰ）（Ⅱ）
- ☐ リハビリマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）
- ☐ リハビリマネジメント計画書情報加算（Ⅱ）
- ☐ 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）

7. **介護老人福祉施設 ***

取得している加算を選択して下さい

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
- ☐ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）
- ☐ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）
- ☐ 個別機能訓練加算（Ⅰ）
- ☐ 個別機能訓練加算（Ⅱ）
- ☐ 個別機能訓練加算（Ⅲ）
- ☐ 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）

8. **介護医療院 ***

取得している加算を選択して下さい

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
- ☐ 退所前訪問指導加算
- ☐ 退所後訪問指導加算
- ☐ 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）

9。 **通所リハビリテーション ***

取得している加算を選択して下さい

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
- ☐ 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（ハ）
- ☐ リハビリマネジメント加算 医師の説明
- ☐ 短期集中個別リハビリ実施加算
- ☐ 認知症短期集中リハビリ実施加算（Ⅰ）
- ☐ 認知症短期集中リハビリ実施加算（Ⅱ）
- ☐ 生活行為向上リハビリ実施加算

10。 **通所介護 ***

取得している加算を選択して下さい

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
- ☐ 個別機能訓練加算（Ⅰ）イ
- ☐ 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ
- ☐ 個別機能訓練加算（Ⅱ）
- ☐ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）
- ☐ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）
- ☐ A D L 維持等加算（Ⅰ）
- ☐ A D L 維持等加算（Ⅱ）
- ☐ 入浴介助加算（Ⅱ）

11。 特定施設入居者生活介護 *

取得している加算を選択して下さい

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
- ☐ 個別機能訓練加算（Ⅰ）
- ☐ 個別機能訓練加算（Ⅱ）
- ☐ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）
- ☐ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）
- ☐ A D L 維持等加算（Ⅰ）
- ☐ A D L 維持等加算（Ⅱ）

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。

Google フォーム

