

訪問リハビリテーション実態調査 質問紙

※以下の質問1～5への回答は、回答用紙Aにご記入ください。

回答用紙Aに 事業所名 ・ 記入者名 ・ 連絡先電話番号 をご記入ください。

1. 事業所に関する質問

1-1 訪問リハビリテーションの実施の有無について回答用紙の□欄にチェックを入れてください。

※「実施していない」「実施していく予定がある」とお答え頂いた方はここで終了となります。

「実施している」とお答え頂いた方は次の質問にお進みください。

1-2 事業所の形態について、回答用紙の□欄にチェックを入れてください。(複数回答可)

2. 平成30年度の介護保険改定点への対応に関する質問

2-1 社会参加支援加算、事業所評価加算の算定の有無について、□欄にチェックを入れてください。

2-2 訪問リハ会議への医師参加のため、TV電話等を活用しているか、□欄にチェックを入れてください。

2-3 平成30年4月～9月の6か月間において「生活機能向上連携加算」の連携先として、リハビリテーション専門職が訪問または助言を行い、従事したものについて、□欄にチェックを入れてください。

2-4 平成30年4月～9月の期間において、保険医療機関からの「別紙様式21の6」を訪問開始時のリハ計画書とみなした件数をご記入ください。

2-5 訪問看護師との連携や情報共有に関して、変更した点があればご記入ください。(自由記載)

3. 利用者の増減に関する質問

3-1 平成30年4月～9月の期間において、①新規利用者数、②終了者数、③訪問リハ利用の依頼相談があったものの利用には至らなかった件数をご記入ください。

3-2 3-1③で、利用に至らなかった理由をご記入ください。(自由記載)

4. 情報収集に関する質問

4-1 介護保険改定に関する情報を、どのように収集したかをご記入ください。(自由記載)

4-2 改定に際しての情報収集で難渋した点、およびその解決方法をご記入ください。(自由記載)

5. 信州訪問リハビリテーションネットワークの活動に関して

5-1 信州訪問リハビリテーションネットワークに対するご要望等をご記入ください。(自由記載)

※以下の質問6～4への回答は、回答用紙B (No1.～No5) から、該当する事業所の形態ごとにご記入ください。

回答用紙B (No1.～No5) の該当する事業所形態の□欄にチェックを入れ、事業所名 をご記入ください。

6. 訪問リハの利用者状況に関する質問

6-1 平成30年9月に訪問実績のある利用者の年齢別人数を、保険区分ごとにご記入ください。

6-2 平成30年9月に訪問実績のある利用者の主疾患別人数を、保険区分ごとにご記入ください。

7. 訪問実績に関する質問

7-1 平成30年9月の単月訪問件数を、保険区分ごとにご記入ください。

7-2 平成30年9月の単月訪問件数のうち計画診療未実施減算の件数を、保険区分ごとにご記入ください。

8. リハビリテーションマネジメント加算の算定、指定訪問リハ事業所の医師の診察に関する質問

(平成30年9月に訪問実績のある、介護保険利用者全員について)

8-1 マネジメント加算の算定数について、保険区分ごとにご記入ください。

8-2 指定訪問リハ事業所の医師の診察形態について、外来・往診人数を保険区分ごとにご記入ください。

ご協力ありがとうございました。