

訪問リハビリテーション実態調査 回答用紙A

事業所名 _____
 記入者名 _____ 連絡先電話番号 _____

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

実施している 実施していない 実施していく予定がある（準備中）

1-2 事業所の形態について（複数回答可）

病院 診療所 介護老人保健施設 訪問看護ステーション その他（ _____ ）

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

・社会参加支援加算（介護）… 算定している 算定していない

・事業所評価加算（予防）… 算定している 算定していない

2-2 訪問リハ会議への医師参加のためのTV電話等活用について

活用している 活用していない 活用に向けて準備中

2-3 「生活機能向上連携加算」に従事したかどうか

・訪問介護… 生活機能向上連携加算Ⅱ（200単位；訪問）生活機能向上連携加算Ⅰ（100単位；助言）

・小規模多機能型居宅介護… 生活機能向上連携加算Ⅱ（同上）生活機能向上連携加算Ⅰ（同上）

・通所介護… 生活機能向上連携加算（200単位）生活機能向上連携加算（100単位. 個別機能加算あり）

・短期入所生活介護… 生活機能向上連携加算（200単位）生活機能向上連携加算（100単位. 同上）

・上記以外の事業所（ _____ ）… 生活機能向上連携加算（200）生活機能向上連携加算（100）

2-4 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 _____ 件

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

3. 利用者の増減に関する質問

3-1 ①新規利用者数 _____ 名 ②終了者数 _____ 名 ③利用に至らなかった人数 _____ 名

3-2 利用に至らなかった理由

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、どのようにして収集しましたか

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

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