

ID番号：

平成 30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度調査）

リハビリテーションの実施状況等調査 診療所票

※この診療所票は、診療所の開設者・管理者の方に、貴施設におけるリハビリテーションの実施状況等についてお伺いするものです。

※ご回答の際は、あてはまる番号を○（マル）で囲んでください。また、（ ）内には具体的な数値、用語等をご記入ください。

（ ）内に数値を記入する設問で、該当なしは「0（ゼロ）」を、わからない場合は「－」をご記入ください。

※特に断りのない場合は、**令和元年6月末現在の状況**についてご記入ください。

※災害に被災した等の事情により回答が困難な場合には、事務局へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

1. 貴施設の状況についてお伺いします（令和元年6月末現在）。

①所在地（都道府県）	（ ）都・道・府・県		
②開設者 ※○は1つだけ	01. 国	02. 公立	03. その他
③種別 ※○は1つだけ	01. 無床診療所 02. 有床診療所 ⇒許可病床数（ ）床		
④標榜診療科 ※あてはまる番号すべてに○	01. 内科 02. 外科 03. 整形外科 04. 脳神経外科 05. 小児科 06. 産婦人科 07. 呼吸器科 08. 消化器科 09. 循環器科 10. 精神科 11. 眼科 12. 耳鼻咽喉科 13. 泌尿器科 14. 皮膚科 15. リハビリテーション科 16. 歯科（歯科口腔外科等含む） 17. その他（具体的に ）		
⑤貴施設の同一法人又は関連法人が運営している介護保険施設・事業所等 ※あてはまる番号すべてに○			
00. なし 01. 介護老人福祉施設 02. 介護老人保健施設 03. 訪問介護事業所 04. 訪問入浴介護事業所 05. 訪問看護事業所 06. 訪問看護ステーション（05以外） 07. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 08. 訪問リハビリテーション事業所 09. 通所介護事業所 10. 通所リハビリテーション（通所リハ）事業所 11. 短期入所生活介護事業所 12. 短期入所療養介護事業所 13. 特定施設入居者生活介護事業所 14. 居宅介護支援事業所 15. 小規模多機能型居宅介護事業所 16. 認知症対応型共同生活介護事業所 17. 看護小規模多機能型居宅介護 18. その他（具体的に ）			
⑥貴施設での訪問リハビリテーションの実施状況 ※○は1つだけ			
01. 実施あり 02. 実施なし			
⑦貴施設での通所リハビリテーション（介護保険）の実施状況 ※○は1つだけ			
01. 実施している⇒開始時期（西暦____年____月）→⑨へ 02. 実施していないが、実施予定あり 03. 実施しておらず、実施予定もない			
【通所リハビリテーションの実施がない施設】			
⑧貴施設で通所リハビリテーションを実施していない理由 ※あてはまる番号すべてに○			
01. 施設基準が満たせないから →満たせない要件： a. 機能訓練室 b. 人員配置 c. その他 02. 指定に係る手続きが煩雑だから 03. 地域に利用者がいないから 04. 収益が見込めないから 05. その他（具体的に ）			

⑨職員数（常勤換算 <sup>注</sup> ） ※小数点以下第1位まで		平成 29 年（一昨年）6 月	令和元年 6 月
1) 医師		( . ) 人	( . ) 人
2) うち、主にリハビリテーション科に従事している医師		( . ) 人	( . ) 人
3) 歯科医師		( . ) 人	( . ) 人
4) 看護師・准看護師		( . ) 人	( . ) 人
5) 理学療法士		( . ) 人	( . ) 人
6) 作業療法士		( . ) 人	( . ) 人
7) 言語聴覚士		( . ) 人	( . ) 人
8) うち、摂食機能療法専従		( . ) 人	( . ) 人
9) 歯科衛生士		( . ) 人	( . ) 人
10) MSW		( . ) 人	( . ) 人
11) うち、社会福祉士		( . ) 人	( . ) 人

注. 非常勤職員の「常勤換算」は以下の方法で計算してください。

- 1 週間に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 週間の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間）
- 1 か月に数回勤務の場合：（非常勤職員の 1 か月の勤務時間）÷（貴施設が定めている常勤職員の 1 週間の勤務時間×4）

## 2. 外来患者に対するリハビリテーションの提供状況等についてお伺いします。

①令和元年6月の外来患者数（実人数、貴施設の全診療科の合計人数）をご記入ください。	人
②令和元年6月末時点で、外来リハビリテーション診療料の届出はありますか。 ※○は1つだけ	
01. 届出あり →令和元年6月の算定患者数（ ）人、算定回数（ ）回	
02. 届出なし	
<b>【外来リハビリテーション診療料の届出がない施設】</b>	
③外来リハビリテーション診療料の届出がない理由は何ですか。※あてはまる番号すべてに○	
01. 外来リハビリテーションの実施時には毎回診察を行うことが望ましいから	
02. 外来リハビリテーション診療料の対象となる患者数が少ないから	
03. 患者にとってのメリットを感じられないから	
04. その他（具体的に ）	

<b>【脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料の届出施設】</b>	
④令和元年6月に、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定した外来患者について、実人数をご記入ください。	
<b>&lt;脳血管疾患等リハビリテーション料について&gt;</b>	
1) 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者	人
2) 1) のうち、標準的算定日数（180日）を超えた患者	人
3) 2) のうち、要介護被保険者等以外に対する維持期リハビリテーションを行っている患者	人
4) 1) のうち、要介護被保険者等の人数	人
5) 4) のうち介護保険でのリハビリテーションへの移行に当たり移行先の施設が決まっていない患者	人
6) 5) のうち、まだ介護保険でのリハビリテーションへの移行を考える時期ではない患者	人
7) 5) のうち、患者が希望しないため介護保険でのリハビリテーションに移行しない患者	人
8) 5) のうち、通所リハビリテーションを行う介護施設が見つからない患者	人
9) 5) のうち、退院後にリハビリが必要ない患者	人
10) 5) のうち、上記以外の理由により施設が決まっていない患者	人
(具体的な理由: )	

＜廃用症候群リハビリテーション料について＞		
1) 廃用症候群リハビリテーション料の算定患者		人
2) 1) のうち、標準的算定日数（120日）を超えた患者		人
3) 2) のうち、要介護被保険者等以外に対する維持期リハビリテーションを行っている患者		人
4) 1) のうち、要介護被保険者等の人数		人
5) 4) のうち介護保険でのリハビリテーションへの移行に当たり移行先の施設が決まっていない患者		人
6) 5) のうち、まだ介護保険でのリハビリテーションへの移行を考える時期ではない患者		人
7) 5) のうち、患者が希望しないため介護保険でのリハビリテーションに移行しない患者		人
8) 5) のうち、通所リハビリテーションを行う介護施設が見つからない患者		人
9) 5) のうち、退院後にリハビリが必要ない患者		人
10) 5) のうち、上記以外の理由により施設が決まっていない患者		人
(具体的な理由：)		)
＜運動器リハビリテーション料について＞		
1) 運動器リハビリテーション料の算定患者		人
2) 1) のうち、標準的算定日数（150日）を超えた患者		人
3) 2) のうち、要介護被保険者等以外に対する維持期リハビリテーションを行っている患者		人
4) 1) のうち、要介護被保険者等の人数		人
5) 4) のうち介護保険でのリハビリテーションへの移行に当たり移行先の施設が決まっていない患者		人
6) 5) のうち、まだ介護保険でのリハビリテーションへの移行を考える時期ではない患者		人
7) 5) のうち、患者が希望しないため介護保険でのリハビリテーションに移行しない患者		人
8) 5) のうち、通所リハビリテーションを行う介護施設が見つからない患者		人
9) 5) のうち、退院後にリハビリが必要ない患者		人
10) 5) のうち、上記以外の理由により施設が決まっていない患者		人
(具体的な理由：)		)
⑤要介護被保険者等のリハビリを行うに当たって行っている取組 ※あてはまる番号すべてに○		
01. 目標設定等支援・管理シートの作成		
02. 目標設定等支援・管理シートに基づいた患者・家族への説明		
03. 必要な支援（通所リハビリ等）について連携して調整		
04. その他（具体的に		
)		

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

令和元年8月16日（金）までに実施要綱に記載された方法に従ってご提出ください。