

県内のリハビリテーションに関する資源調査

県受託事業の一環で、リハビリテーションを提供する機関の連携強化促進および県民や行政へのワンストップ情報提供を目的に、リハビリテーションサービスに関する資源調査を実施することとなりました。調査結果につきましては、専用の検索サイトを構築し横断的なリハビリテーションサービス提供機関の基本情報を提供するとともに、地域リハビリテーション支援体制指定機関においてはさらに詳細情報を閲覧可能とし地域間での連携促進を図るためのツールとしてご利用できるよう整備する予定です。

つきましては、システムの有効活用に際し調査先のからの全回答をお願いしたく、お忙しいところ恐れ入りますが調査へのご協力についてお願い申し上げます。

※本調査での用語について

リハビリテーション→理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のいずれかによる直接的・間接的プログラムの提供を指すものとします

【調査に関するお問い合わせ】

一般社団法人 茨城県リハビリテーション専門職協会

地域包括ケア推進室 担当：飯島・武田

〒310-0034 茨城県水戸市緑町 3-5-35 茨城県保健衛生会館

TEL：029-306-7765 MAIL：rehamap-sch@irpa.jp

【事業に関するお問い合わせ】

茨城県地域リハビリテーション支援センター 宮本

〒300-0331 茨城県稲敷郡阿見町阿見 4733

TEL：029-888-9200 MAIL: chiikiri@ami.ipu.ac.jp

なお、ご回答いただいた内容は第 1 問目の設問に登録いただいたメールアドレス宛に送信されます。

※本メールアドレスは、回答内容の送信以外使用いたしません。

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の配置のない事業所等の方は、回答不要です。

<調査項目一覧>

メールアドレス

このメールアドレスに、ご回答いただいた内容を送信いたします。ご確認のため必ずご入力ください。本メールアドレスは、回答内容の送信以外使用いたしません。

次へをクリックしてください

1. 基本情報についてお伺いします（共通）

機関（事業所）の基本情報をご入力ください（複数の指定施設がある場合は 1 事業所ごとに回答をお願いします）

1-1 法人名

1-2 施設名

1-3 施設名 ふりがな

1-4 郵便番号

半角英数字でご回答ください。例) 123-4567

1-5 所在市町村名 （プルダウンからお選びください）

1-6 市町村以下の住所 （番地までご入力ください）

1-7 電話番号（代表）

半角英数字でご回答ください。例) 000-000-0000

1-8 ホームページ（選択は 1 つ）

1-9 ホームページ URL

1-8 で「ある」と回答された方は、よろしければホームページの URL をご記入ください。

1-10 リハビリテーションの実施場所 （選択は 1 つ）

1-11 事業所の種類（選択は 1 つ）

- ・ 病院・診療所・訪問看護ステーション・訪問リハビリテーション・介護老人保健施設
- ・ 通所リハビリテーション・通所介護・児童発達支援・自立訓練（機能訓練）・その他

次へをクリックしてください。

1-11 で選択した事業所のページが表示されます。

2. 「病院」を選択した方へ

2-1 リハビリテーションが実施されている病棟を教えてください （複数選択可）

- ・ 回復期リハビリテーション病棟・一般病棟・療養病棟・地域包括ケア病棟
- ・ 精神病棟・その他（ ）

2-2 疾患別リハビリテーション料の算定状況について教えてください

（該当するところにチェックを入れてください）

①

- | | | | | |
|--------------------|---|----|-----|------|
| ・ 脳血管疾患等リハビリテーション料 | I | II | III | 算定なし |
| ・ 運動器リハビリテーション料 | I | II | III | 算定なし |
| ・ 廃用症候群リハビリテーション料 | I | II | III | 算定なし |

②

- | | | | |
|--------------------|---|----|------|
| ・ 心大血管疾患リハビリテーション料 | I | II | 算定なし |
|--------------------|---|----|------|

・呼吸器リハビリテーション料	I	II	算定なし
----------------	---	----	------

③

・難病患者リハビリテーション料	算定あり	算定なし
・障害児(者)リハビリテーション料	算定あり	算定なし
・がん患者リハビリテーション料	算定あり	算定なし
・認知症患者リハビリテーション料	算定あり	算定なし
・集団コミュニケーション療法料	算定あり	算定なし

2-3 外来リハビリテーションを実施していますか（選択は1つ）

・実施・非実施・要相談

2-4 要相談の詳細

2-3 で要相談を選択した場合入力ください

2-5 障害児の外来リハビリテーションを実施していますか（選択は1つ）

・実施・非実施・要相談

2-6 要相談の詳細

2-5 で要相談を選択した場合入力ください

2-7 訪問リハビリテーションを実施していますか（選択は1つ）

・実施・非実施・要相談

2-8 要相談の詳細

2-7 で要相談を選択した場合入力ください

2-9 リハビリテーション目的の入院ができるか（選択は1つ）

・実施（紹介状要）・実施（紹介状不要）・非実施

2-10 退院時リハビリテーション指導料を算定していますか（選択は1つ）

・原則、算定している・算定していない

2-11 退院前訪問指導料を算定（実施）していますか（選択は1つ）

・原則、算定（実施）している・算定（実施）していない

2-12 介護支援等連携指導料を算定（実施）していますか（選択は1つ）

・原則、算定（実施）している・算定（実施）していない

2-13 介護保険リハビリテーション移行支援料を算定（実施）していますか（選択は1つ）

・原則、算定（実施）している・算定（実施）していない

2-14 退院時共同指導料を算定（実施）していますか（選択は1つ）

・原則、算定（実施）している・算定（実施）していない

2-15 精神科作業療法を実施（取得）していますか（選択は1つ）

・実施している・実施していない

2-16 精神科において実施（取得）している場合、施設基準を全て教えてください（複数選択可）

ショート・ケア/デイ・ケア/ナイト・ケア/デイ・ナイト・ケア

3. 「診療所」を選択した方へ

3-1 疾患別リハビリテーション料の算定状況について教えてください

（該当するところにチェックを入れてください）

①

・脳血管疾患等リハビリテーション料	I	II	III	算定なし
・運動器リハビリテーション料	I	II	III	算定なし
・廃用症候群リハビリテーション料	I	II	III	算定なし

②

・心大血管疾患リハビリテーション料	I	II	算定なし
・呼吸器リハビリテーション料	I	II	算定なし

③

・難病患者リハビリテーション料	算定あり	算定なし
・障害児(者)リハビリテーション料	算定あり	算定なし
・がん患者リハビリテーション料	算定あり	算定なし
・認知症患者リハビリテーション料	算定あり	算定なし
・集団コミュニケーション療法料	算定あり	算定なし

3-2 外来リハビリテーションを実施していますか（選択は1つ）

・実施・非実施・要相談

3-3 要相談の詳細

3-2 で要相談を選択した場合入力ください

3-4 障害児の外来リハビリテーションを実施していますか（選択は1つ）

・実施・非実施・要相談

3-5 要相談の詳細

3-4 で要相談を選択した場合入力ください

4. 「訪問看護ステーション」を選択した方へ

4-1 設置類型を選択してください（選択は1つ）

・従来型・機能強化型Ⅰ・機能強化型Ⅱ・機能強化型Ⅲ

4-2 リハビリテーションの対応可能な疾患・障害を選択してください（複数選択可）

・高次脳機能障害・身体障害・精神障害・発達障害・認知機能低下・知的障害・嚥下障害
・音声障害・聴覚障害・呼吸器障害・循環器障害・内部障害・骨関節障害・難病・その他（ ）

4-3 障害児（18歳以下）の訪問リハビリテーションを実施していますか（選択は1つ）

・実施・非実施・要相談

4-4 要相談の詳細

4-3 で要相談を選択した場合入力ください

4-5 訪問実施地域を全て選択してください（複数選択可）

4-6 訪問実施地域について特記事項があれば記載してください

（例：市町村合併に基づく一部地域の実施など）

5. 「訪問リハビリテーション」を選択した方へ

- 5-1 設置母体を教えてください（選択は1つ）
 ・ 病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院
- 5-2 リハビリテーションの対応可能な疾患・障害を選択してください（複数選択可）
 ・ 高次脳機能障害・身体障害・精神障害・発達障害・認知機能低下・知的障害・嚥下障害
 ・ 音声障害・聴覚障害・呼吸器障害・循環器障害・内部障害・骨関節障害・難病・その他（ ）
- 5-3 障害児（18歳以下）の訪問リハビリテーションを実施していますか（選択は1つ）
 ・ 実施・非実施・要相談
- 5-4 要相談の詳細
 5-3 で要相談を選択した場合入力ください
- 5-5 訪問実施地域を全て選択してください（複数選択可）
- 5-6 訪問実施地域について特記事項があれば記載してください
 （例：市町村合併に基づく一部地域の実施など）
- 5-7 移行支援加算を算定していますか（選択は1つ）
 ・ 原則、算定している・算定していない

6. 「介護老人保健施設」を選択した方へ

- 6-1 該当する区分について教えてください（選択は1つ）
 ・ 超強化型・在宅強化型・加算型・基本型・その他（ ）

7. 「通所リハビリテーション」を選択した方へ

- 7-1 設置母体を教えてください（選択は1つ）
 ・ 病院・診療所・介護老人保健施設・その他（ ）
- 7-2 送迎実施地域を全て選択してください（複数選択可）
- 7-3 送迎実施地域について特記事項があれば記載してください
 （例：市町村合併に基づく一部地域の実施など）
- 7-4 移行支援加算を算定していますか（選択は1つ）
 ・ 原則、算定している・算定していない
- 7-5 理学療法士等体制加算を算定していますか（選択は1つ）
 ・ 算定している・算定していない
- 7-6 リハビリテーションマネジメント加算を算定していますか（選択は1つ）
 ・ リハビリテーションマネジメント加算 A（イ・ロ）
 ・ リハビリテーションマネジメント加算 B（イ・ロ）
 ・ 加算していない
- 7-7 生活行為リハビリテーション実施加算を算定していますか（選択は1つ）
 ・ 算定している・算定していない
- 7-8 口腔機能向上加算を算定していますか（選択は1つ）

- ・算定している・算定していない

8.「通所介護」を選択した方へ

- 8-1 送迎実施地域を全て選択してください（複数選択可）
- 8-2 送迎実施地域について特記事項があれば記載してください
(例：市町村合併に基づく一部地域の実施など)
- 8-3 ADL 維持等加算を算定していますか（選択は1つ）
 - ・算定している（算定見込み）・算定していない
- 8-4 口腔機能向上加算を算定していますか（選択は1つ）
 - ・算定している・算定していない

9「児童発達支援（放課後等デイサービス）」を選択した方へ

- 9-1 リハビリテーションの対応可能な疾患・障害を選択してください（複数選択可）
 - ・身体障害（重症心身障害）・難聴・強度行動障害（知的障害含む）・発達障害・医療的ケア
 - ・高次脳機能障害・その他（ ）
- 9-2 最も多いサービス提供時間を教えてください（選択は1つ）
 - ・個別リハビリテーション相当（目安 60 分以内）・半日・一日
- 9-3 関係機関連携加算を算定していますか（選択は1つ）
 - ・算定している（取り組んでいる）・算定していない
- 9-4 保育・教育等移行支援加算を算定していますか（選択は1つ）
 - ・算定している（取り組んでいる）・算定していない

10.「自立訓練（機能訓練）」を選択した方へ

- 10-1 リハビリテーションの対応可能な疾患・障害を選択してください（複数選択可）
 - ・精神障害・知的障害・発達障害・高次脳機能障害・身体障害・視覚障害・難病・その他（ ）
- 10-2 送迎実施地域を全て選択してください（複数選択可）
- 10-3 送迎実施地域について特記事項があれば記載してください
(例：市町村合併に基づく一部地域の実施など)
- 10-4 リハビリテーション加算を算定していますか（選択は1つ）
 - ・算定している・算定していない

各事業所の入力が終わりましたら、次へをクリックしてください。

「その他」を選択した方へ

11～の共通設問にお進みください。

11.リハビリテーションについて（共通）

リハビリテーションの内容についてお伺いします

11-1 当該事業を提供している制度を教えてください（複数選択可）

・医療保険・介護保険・障害者総合支援・自費・その他（ ）

11-2 リハビリテーションサービス提供日について教えてください（複数選択可）

該当しているところにチェックを入れてください。

	月	火	水	木	金	土	日	祝
午前								
午後								
夜間								
その他								

11-3 サービス提供時間（午前）

11-2 で午前にチェックを入れた場合は、リハビリテーションサービス提供の開始時間及び終了時間をご記入ください。例）9時00分～12時30分

11-4 サービス提供時間（午後）

11-2 で午後にチェックを入れた場合は、リハビリテーションサービス提供の開始時間及び終了時間をご記入ください。例）13時00分～16時00分

11-5 サービス提供時間（夜間）

11-2 で午後にチェックを入れた場合は、リハビリテーションサービス提供の開始時間及び終了時間をご記入ください。例）18時00分～20時00分

11-6 サービス提供時間（その他）

11-2 で午後にチェックを入れた場合は、リハビリテーションサービス提供の開始時間及び終了時間をご記入ください。例）10時00分～15時00分

11-7 処方の対応が可能な補装具を全て選択してください（複数選択可）

（医師の意見書等の要件は考慮しない）

・上肢装具・下肢装具・義手・義足・車いす・座位保持装置・補聴器・歩行補助つえ・意思伝達装置
・その他（ ）

11-8 各種処方の詳細・特記があれば記載してください

11-9 処方までの流れについて記載してください

11-10 当該施設で作成が可能な文書を選択してください（複数選択可）

・障害者年金診断書・身体障害者手帳診断書・精神保健福祉手帳診断書・自動車運転意見書
・補装具意見書

11-11 各種作成の詳細・特記があれば記載してください

11-12 作成までの流れについて記載してください

[次へ](#)をクリックしてください。

12.専門職の配置状況について（共通）

下記専門職の配置状況についてお伺いします。医療機関の場合はリハビリテーション科についてご記入ください。

12-1 専門職の実人数についてお伺いします

それぞれ該当する実人数を記載ください。（該当者がいない場合は 0 を入力ください）

常勤、非常勤の定義については各施設の定義に従って記入ください

	常勤	非常勤
医師		
理学療法士		
作業療法士		
言語聴覚士		

12-2 認定専門職の数（上記の一部内訳）についてお伺いします

それぞれ該当する実人数を記載ください。（該当者がいない場合は 0 を入力ください）

常勤、非常勤の定義については各施設の定義に従って記入ください

	常勤	非常勤
リハ科専門医		
リハ科認定臨床医		
認定理学療法士		
認定作業療法士		
認定言語聴覚士		

12-3 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の経験年数についてお伺いします

それぞれ該当する実人数を記載ください。（該当者がいない場合は 0 を入力ください）

	～2 年目	3～10 年目	11～20 年目	21～30 年目	30 年目以上
理学療法士					
作業療法士					
言語聴覚士					

12-4 当該事業（施設）でのリハビリテーションの特色・理念についてご記入ください（自由記載）

12-5 リハビリテーション専門職各種研修修了者の在籍人数についてお伺いします

人数をお答えください。（該当者がいない場合は 0 を入力ください）

茨城県地域リハビリテーション専門職員研修事業 初任者研修 （ ）人

茨城県地域リハビリテーション専門職員研修事業 初任者研修小児領域コース（ ）人
（A/B/C コースいずれか 1 つで可）

茨城県地域リハビリテーション専門職員研修事業 中堅者専門研修（ ）人

茨城県地域リハビリテーションアドバイザー養成講習会 （ ）人

茨城県若手リハ専門職卒後研修（ ）人

茨城県介護予防リハビリ専門職指導者養成研修（ ）人

茨城県社会リハビリテーション専門職人材育成研修（ ）人

12-6 茨城県地域リハビリテーション支援体制において指定を受けているものをお答えください
(複数選択可)

- ・茨城県地域リハビリテーション支援センター
- ・茨城県地域リハビリテーション研修支援センター
- ・茨城県地域リハビリテーション広域支援センター
- ・茨城県地域リハ・ステーション
- ・茨城県小児リハビリテーション推進支援センター
- ・上記の指定は受けていない

次へをクリックしてください。

13.県民や関係者が内容等について問い合わせをする際の窓口を教えてください (共通)

13-1 担当部署

13-2 問い合わせ方法

下記にご記入いただいた問い合わせ方法を一般に公開いたします。公開して良い情報のみご記入ください。

- ①電話
- ②メール
- ③その他
- ④留意事項（ ）

13-3 問い合わせ可能な日時 (複数選択可)

①曜日

月、火、水、木、金、土、日、祝

②時間帯

例 ××：00～××：00

13-4 今お答えいただいた事業以外で、同法人内のリハビリテーションサービスについて
選択ください (複数選択可)

- ・病院・診療所・介護老人保健施設・通所リハビリテーション・通所介護・居宅介護支援
- ・訪問看護ステーション・訪問リハビリテーション・介護老人福祉施設・居宅介護・小規模多機能
- ・障害者相談支援・生活介護・重度訪問介護・自立訓練 (機能訓練)・自立訓練 (生活訓練)
- ・就労移行支援・就労継続 A 型・就労継続 B 型・児童発達支援・放課後等デイサービス
- ・地域活動支援事業 (障害福祉)・その他

以上となります。

お忙しい中誠に恐縮ではありますが、ご協力のほどお願い申し上げます。

なお、同法人内で事業所 (施設) が複数ある場合は、それぞれについて回答をお願いいたします。