

生活期リハビリテーションに関する実態調査事業の調査検討組織 設置要綱

1. 設置目的

みずほ情報総研株式会社は生活期リハビリテーションに関する実態調査事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり生活期リハビリテーションに関する実態調査事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

- (1) 本調査検討組織は、川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所企画部第一室長）を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- (2) 委員長が必要があると認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討組織の運営

- (1) 調査検討組織の運営は、みずほ情報総研株式会社が行う。
- (2) 前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

生活期リハビリテーションに関する実態調査事業の調査検討組織 委員等

委員長	川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所企画部第一室長）
委員	大河内二郎（公益社団法人全国老人保健施設協会研修委員長）
	岡野 英樹（一般社団法人全国デイ・ケア協会）
	鴻江 圭子（公益社団法人全国老人福祉施設協議会副会長）
	土橋 正彦（公益社団法人千葉県医師会副会長）
	宮田 昌司（一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会副会長）
	柳 尚夫（兵庫県淡路県民局洲本健康福祉事務所所長）

（敬称略、50音順）

【オブザーバー】

- | | |
|------------------------------|-------|
| ○ 厚生労働省老健局老人保健課 課長補佐 | 鶴田 真也 |
| ○ 厚生労働省老健局老人保健課 医療・介護連携技術推進官 | 逢坂 悟郎 |
| ○ 厚生労働省老健局老人保健課 主査 | 村上 有佳 |
| ○ 厚生労働省老健局老人保健課 主査 | 米倉 なほ |
| ○ 厚生労働省老健局老人保健課介護技術係 | 飯村 祥子 |

生活期リハビリテーションに関する実態調査事業（案）

1. 調査の目的

生活期リハビリテーションの充実を図り、高齢者の状態に応じた質の高いリハビリテーションの包括的な提供のあり方について検討するために、生活期リハビリテーションの具体的内容、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、通所介護、短期入所療養介護、短期入所生活介護における自立支援に係るサービス提供の実態、リハビリテーション・機能訓練のアウトカムの評価方法について検証する。

2. 調査客体

（1）アンケート調査

- 訪問リハビリテーション事業所 500 事業所（無作為抽出）
- 通所リハビリテーション事業所 500 事業所（無作為抽出）
- 短期入所療養介護事業所 500 事業所（無作為抽出）
- 通所介護事業所 500 事業所（無作為抽出）
- 短期入所生活介護事業所 500 事業所（無作為抽出）

※上記については利用者10人程度を対象に利用者調査も実施

- 老人保健施設 500 施設（在宅強化型施設等）

（2）ヒアリング調査

上記（1）の中から効果的な取組を行っている事例ならびに、運動関連事業について効果的な取組を行っている自治体に対してヒアリング。

3. 主な調査項目

（1）アンケート調査

- 施設票：各種加算の算定状況、リハビリテーション効果の把握の方法 等
- 利用者票：日常生活行為の評価（施設職員評価と利用者本人評価） 等

（2）ヒアリング調査

- 実施体制、コスト、効果の検証方法 等

4. 調査内容（調査票種類、調査内容等）

自治体調査（調査票1種類）ならびに介護サービス施設・事業所調査（調査票2種類：施設票・利用者票）ともに、生活期リハビリテーションへの取組の有無とその内容・効果・効果的な取組事例の特徴を把握する。

5. 調査方法

アンケート調査は郵送発送・郵送回収。ヒアリング調査は現地訪問調査。

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【在宅サービス事業所票：通所リハ】

貴事業所の概要について

事業所名									事業所番号	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
所在地	() 都・道・府・県				() 区・市・町・村														
経営主体	01 公立（都道府県・市区町村）				02 社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）														
	03 社会福祉協議会				04 医療法人														
	05 社団・財団法人				06 営利法人（株式会社・有限会社）														
	07 特定非営利活動法人				08 その他の法人（)														
開設年月（西暦）	() 年 () 月開設																		
定員	() 人																		
同一または隣接の市町村で行っている医療・介護サービス（予防を含む）	01 病院				02 診療所														
	03 特別養護老人ホーム（地域密着型を含む）				04 老人保健施設														
	05 介護療養型医療施設				06 訪問介護														
	07 訪問入浴介護				08 訪問看護														
	09 訪問リハビリテーション				10 通所介護														
	11 通所リハビリテーション				12 短期入所生活介護														
	13 短期入所療養介護				14 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス）														
	15 サービス付き高齢者住宅				16 定期巡回・随時対応型訪問介護看護														
	17 夜間対応型訪問介護				18 認知症対応型通所介護														
	19 小規模多機能型居宅介護				20 複合型サービス														
	21 認知症対応型共同生活介護				22 居宅介護支援														
	23 その他()																		
	利用者実数（人） （10月1日時点）	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計										
	人	人	人	人	人	人	人	人											
延べ利用者数*（人） （10月1日時点）	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計											
	人	人	人	人	人	人	人	人											
新規利用者（平成25年10月）					人	終了者（平成25年9月）					人								
ご記入者名	(ご所属：)																		
ご連絡先	電話：									FAX：									

※延べ利用者数については、月間の参加者数の合計を要介護度別にご記入下さい。つまり、同一の人が何回含まれていても、それぞれを「1人」として数えた人数になります。例えば、1日目にAさんとBさんの計2人、2日目にAさんとCさんとDさんの計3人、3日目にBさんとDさんの計2人が利用している場合は、延べ利用者数は、「2人+3人+2人」で計7人となります。

問1 貴事業所における加算の算定状況についてお伺いします（平成25年9月1か月分）	
加算の種類	算定の有無 (算定している場合は平成25年9月1か月分の件数を記入)
理学療法士等体制強化加算	01 算定している→ () 件 02 算定していない
リハビリテーションマネジメント加算	01 算定している→ () 件 02 算定していない
うち新規利用者に対する加算	01 算定している→ () 件 02 算定していない
短期集中リハビリテーション実施加算	01 算定している→ () 件 02 算定していない
個別リハビリテーション実施加算	01 算定している→ () 件 02 算定していない

加算の種類	算定の有無 (算定している場合は平成25年9月1か月分の件数を記入)	
	01 算定している→ () 件	02 算定していない
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	01 算定している→ () 件	02 算定していない
訪問指導等加算	01 算定している→ () 件	02 算定していない
事業所評価加算	01 算定している→ () 件	02 算定していない
サービス提供体制強化加算 (I)	01 算定している→ () 件	02 算定していない
サービス提供体制強化加算 (II)	01 算定している→ () 件	02 算定していない

問2 貴事業所の従事者数（管理者の方を含む）を常勤換算人数で回答下さい。

	実人数		常勤換算
	常勤	非常勤	合計
01 医師			. 人
02 看護師・准看護師			. 人
03 生活相談員			. 人
04 介護職員			. 人
05 理学療法士			. 人
06 作業療法士			. 人
07 言語聴覚士			. 人
08 管理栄養士			. 人
09 歯科衛生士			. 人
10 その他の職員（事務職員も含む）			. 人

※複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して下さい。

※貴事業所における常勤者のうち他事業所との兼務者、非常勤者については、以下の計算式により換算人数を計算し、小数点以下第二位を四捨五入し、小数点以下第一位まで計上して下さい。

換算人数 = 職員の直近の1週間の延べ労働時間 ÷ 事業所が定めている1週間の所定労働時間

例. 1週間の所定労働時間が40時間の事業所において、週30時間労働の介護職員（非常勤者）が1名、週20時間労働の介護職員が2名、週15時間労働の介護職員が1名いた場合の換算人数の計算式は以下の通り。

$$\text{換算人数} = \frac{30\text{時間} \times 1\text{名} + 20\text{時間} \times 2\text{名} + 15\text{時間} \times 1\text{名}}{40\text{時間}} = 2.1\text{人}$$

問3 新規利用者に対して、自宅でのADLの状況や療養環境の確認を行っていますか。

01 全ての新規利用者を実施	02 一部の新規利用者を実施	03 実施していない
----------------	----------------	------------

問4 リハビリテーションが終了した利用者に対して、利用者が次に利用するサービス等の紹介・調整等を行っていますか。

01 行っている →どのようなサービス等の紹介を行っていますか。 11 介護保険サービス事業所 12 介護保険施設 13 自治体実施している地域支援事業 14 その他（具体的に： _____)
02 行っていない
03 行いたいを紹介するサービス・事業所等を知らない

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【在宅サービス事業所・利用者票（通所リハ）】

◎平成25年10月1日現在の利用者の状況について、1人1票ずつ個別に10人分についてご回答下さい。利用者が10人を超える場合は、同封の「調査へのご協力をお願い」に記してある手順で対象者をお選び下さい。

調査ID	
------	--

I 利用者の基本属性

1 性別	01 男性 02 女性	2 年齢		歳
3 世帯類型	01 独居 02 夫婦のみ世帯 03 その他同居（ 11 高齢者のみ 12 その他 ）			
4 介護力	01 常時、介護できるものがある 02 時間帯によって介護できる人がいる 03 介護できる人はいない			
5 住まいの状況	現在の住まい	01 一戸建て 02 集合住宅		
	住居の形態	01 持家 02 民間賃貸住宅 03 公営賃貸住宅 04 借間 05 その他		
6 障害高齢者の日常生活自立度	01 自立 02 J 1 03 J 2 04 A 1 05 A 2 06 B 1 07 B 2 08 C 1 09 C 2 10 不明			
7 認知症高齢者の日常生活自立度	01 自立 02 I 03 IIa 04 IIb 05 IIIa 06 IIIb 07 IV 08 M 09 不明			
8 現在の要介護状態区分	01 要支援1 02 要支援2 03 要介護1 04 要介護2 05 要介護3 06 要介護4 07 要介護5			
	上記区分の有効期間	開始月：西暦（ ）年（ ）月 ～ 終了月：西暦（ ）年（ ）月		
8 現在の要介護状態区分	前回の要介護状態区分			
	01 要支援1 02 要支援2 03 要介護1 04 要介護2 05 要介護3 06 要介護4 07 要介護5 08 認定なし			
9 平成25年9月1カ月間に利用したサービス（予防、地域密着型を含む）				
01 訪問介護 02 訪問入浴介護 03 訪問看護 04 訪問リハビリテーション 05 居宅療養管理指導 06 通所介護 07 通所リハビリテーション 08 短期入所生活介護 09 短期入所療養介護 10 福祉用具貸与 11 住宅改修 12 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 13 夜間対応型訪問介護 14 認知症対応型通所介護 15 小規模多機能型居宅介護 16 複合型サービス 17 特定施設入居者生活介護 18 認知症対応型共同生活介護 19 特別養護老人ホーム 20 老人保健施設 21 介護療養病床 22 市町村特別給付 → 01 移送サービス 02 配食サービス 03 おむつ支給 04 その他（ ） 23 介護保険給付外のサービス → 具体的に（ ）				
10 介護・介助が必要になった原因（該当するもの全てに○）				
01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等） 02 心疾患（心臓病、心筋梗塞等） 03 悪性新生物（がん） 04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等） 05 関節疾患（リウマチ、腰痛等） 06 認知症（アルツハイマー病等） 07 パーキンソン病 08 糖尿病 09 視覚・聴覚障害（緑内障、難聴等） 10 骨折・転倒 11 脊髄損傷 12 高齢による衰弱 13 その他（ ） 14 不明				

11 現在、有している疾病（該当するもの全てに○）				
01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等）	02 心疾患（心臓病、心筋梗塞等）	03 悪性新生物（がん）		
04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等）	05 関節疾患（リウマチ、腰痛等）	06 認知症（アルツハイマー病等）		
07 パーキンソン病	08 糖尿病	09 目の病気		
10 耳の病気	11 骨折・転倒	12 脊髄損傷		
13 高血圧	14 高脂血症（脂質異常）	15 胃腸・肝臓・胆のうの病気		
15 腎臓・前立腺の病気	16 血液・免疫の病気	18 うつ病		
19 その他（ ）	20 ない			
12 治療の有無	01 有り	02 無し	03 不明	
13 現在受けている医療サービス（該当するもの全てに○） ※複数の医療機関に関わっている場合はその合計を記入				
01 通院（月____回）	02 訪問診療	03 往診		
14 過去半年間の入院の有無	01 有り（退院日： 月 日）	02 無し	03 不明	
15 日常生活に支障のある痛み	01 有り	02 無し		
16 医療・ケア職による対応の必要性				
医療・ケア職による対応の必要性の有無	01 有り	02 無し		
対応が必要な医療的ケア（該当するもの全てに○）				
01 注射・点滴の管理	02 中心静脈栄養の管理	03 透析（在宅自己腹膜灌流を含む）の管理		
04 ストーマ（人工肛門）の処置	05 酸素療法	06 レスピレーター（人工呼吸器）の管理		
07 気管切開のケア	08 疼痛の看護	09 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）		
10 喀痰吸引	11 モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等）			
12 じょくそうの処置	13 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）			
14 服薬管理	15 その他（ ）			
17 IADL（手段的日常生活動作）の能力レベル ※通所での状況や状態をみて、各IADLができるかどうかを、専門職の目からご評価下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① バス、電車、自家用車で一人での外出	01	02	03	04
② 日用品の買物	01	02	03	04
③ 食事の用意	01	02	03	04
④ 服薬	01	02	03	04
⑤ 請求書の支払い	01	02	03	04
⑥ 預貯金の出し入れ	01	02	03	04
⑦ 年金などの書類の記入	01	02	03	04
18 ADL（日常生活動作）の能力レベル ※利用者本人の能力を評価した結果をご記入下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① 自宅内での歩行	01	02	03	04
② 外出時の歩行	01	02	03	04
③ 入浴	01	02	03	04
④ 整容（着替え）	01	02	03	04
⑤ 排泄	01	02	03	04
⑥ 食事	01	02	03	04

Ⅱ 利用者のサービス利用の状況

19 サービス利用開始年月	平成（ ）年（ ）月 ※貴事業所におけるサービスの開始年月		
20 1か月のサービス利用回数	（ ）回 ※平成25年9月中のサービス利用回数		
21 前回利用時のサービス提供内容等			
サービス利用時間	（ ）時間 ※リハビリテーションに限定されない総利用時間		
うちリハビリテーションを提供した おおよその時間	（ ）時間		
サービス提供に関わった職種	01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士	02 作業療法士 05 看護師・准看護師 08 介護職員	03 言語聴覚士 06 歯科医師 09 その他（ ）
サービス提供内容	01 レクリエーション活動（ゲーム） 02 レクリエーション活動（折り紙・手芸） 03 レクリエーション活動（音楽） 04 レクリエーション活動（体操） 05 機能訓練（個別） 06 機能訓練（集団） 07 食事 08 入浴 09 その他（ ）		
サービス提供時のリハビリテーションの内容	01 関節可動域訓練 02 筋力増強訓練 03 筋緊張緩和（ストレッチ） 04 バランス練習 05 マッサージ 06 起居/立位動作練習 07 摂食・嚥下訓練 08 言語訓練 09 歩行訓練 10 トイレ動作訓練 11 入浴動作訓練 12 移乗動作訓練 13 その他 ADL 訓練 14 IADL 練習（家事・調理等） 15 体操 16 計算ドリル 17 回想法 18 趣味活動（手工芸、園芸、編み物等） 19 その他（ ）		

Ⅲ 通所リハ計画の内容およびサービス実施状況について

22 通所リハ計画において設定した課題（最も重要と考えた課題を1つ） ※通所リハ計画の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での短期目標の達成状況を評価下さい。	
計画策定年月日	西暦（ ）年（ ）月（ ）日
課題（最も重要と考えた課題1つ）	
最も重要と考えた課題に対する本人の意向（〇〇まで出来るようになりたいなど）	
最も重要と考えた課題に対する短期目標	
短期目標の達成に向けて実施した内容	
サービス提供者の職種 （該当するもの全てに○）	01 理学療法士 02 作業療法士 03 言語聴覚士 04 医師 05 看護師・准看護師 06 歯科医師 07 歯科衛生士 08 介護職員 09 その他（ ）

生活期リハビリテーションに関する実態調査
【在宅サービス事業所票：訪問リハ】

貴事業所の概要について

事業所名								
所在地	() 都・道・府・県				() 区・市・町・村			
経営主体	01 公立（都道府県・市区町村）		02 社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）					
	03 社会福祉協議会		04 医療法人					
	05 社団・財団法人		06 営利法人（株式会社・有限会社）					
	07 特定非営利活動法人		08 その他の法人（)					
開設年月（西暦）	() 年 () 月開設							
同一または隣接の市町村で行っている医療・介護サービス（予防を含む）	01 病院		02 診療所					
	03 特別養護老人ホーム（地域密着型を含む）		04 老人保健施設					
	05 介護療養型医療施設		06 訪問介護					
	07 訪問入浴介護		08 訪問看護					
	09 訪問リハビリテーション		10 通所介護					
	11 通所リハビリテーション		12 短期入所生活介護					
	13 短期入所療養介護		14 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス）					
	15 サービス付き高齢者住宅		16 定期巡回・随時対応型訪問介護看護					
	17 夜間対応型訪問介護		18 認知症対応型通所介護					
	19 小規模多機能型居宅介護		20 複合型サービス					
	21 認知症対応型共同生活介護		22 居宅介護支援					
	23 その他()							
	利用者実数（人） （10月1日時点）	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
人		人	人	人	人	人	人	人
延べ利用者数*（人） （10月1日時点）	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
	人	人	人	人	人	人	人	人
新規利用者（平成25年10月）	人			終了者（平成25年9月）	人			
ご記入者名	（ご所属：)							
ご連絡先	電話：				FAX：			

※延べ利用者数については、月間の訪問回数の合計を要介護度別にご記入下さい。つまり、同一の人が何回含まれていても、それぞれを「1人」として数えた人数になります。例えば、1日目にAさんとBさんの計2人、2日目にAさんとCさんとDさんの計3人、3日目にBさんとDさんの計2人に訪問した場合は、延べ利用者数は、「2人+3人+2人」で計7人となります。

問1 貴事業所における加算の算定状況についてお伺いします（平成25年9月1か月分）	
加算の種類	算定の有無 （算定している場合は平成25年9月1か月分の件数を記入）
短期集中リハビリテーション実施加算	01 算定している→ () 件 02 算定していない
訪問介護連携加算	01 算定している→ () 件 02 算定していない
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	01 算定している→ () 件 02 算定していない

問2 貴事業所では、訪問介護連携加算を算定していなくても、訪問介護事業所と同行訪問をしている事例はありますか（平成25年9月1か月分）		
01	ある → 平成25年9月の同行訪問件数（ ）件	02 ない

問3 貴事業所の従事者数（管理者の方を含む）を常勤換算人数で回答下さい。			
	実人数		常勤換算
	常勤	非常勤	合計
01	医師		. 人
02	看護師・准看護師		. 人
03	生活相談員		. 人
04	介護職員		. 人
05	理学療法士		. 人
06	作業療法士		. 人
07	言語聴覚士		. 人
08	その他の職員（事務職員も含む）		. 人

※複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して下さい。

※貴事業所における常勤者のうち他事業所との兼務者、非常勤者については、以下の計算式により換算人数を計算し、小数点以下第二位を四捨五入し、小数点以下第一位まで計上して下さい。

換算人数 = $\frac{\text{職員の直近の1週間の延べ労働時間}}{\text{事業所が定めている1週間の所定労働時間}}$

例. 1週間の所定労働時間が40時間の事業所において、週30時間労働の介護職員（非常勤者）が1名、週20時間労働の介護職員が2名、週15時間労働の介護職員が1名いた場合の換算人数の計算式は以下の通り。

$$\text{換算人数} = \frac{30\text{時間} \times 1\text{名} + 20\text{時間} \times 2\text{名} + 15\text{時間} \times 1\text{名}}{40\text{時間}} = 2.1\text{人}$$

問4 リハビリテーションが終了した利用者に対して、利用者が次に利用するサービス等の紹介・調整等を行っていますか。	
01	行っている →どのようなサービス等の紹介を行っていますか。 11 介護保険サービス事業所 12 介護保険施設 13 自治体の実施している地域支援事業 14 その他（具体的に：)
02	行っていない
03	行いたいを紹介するサービス・事業所等を知らない

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【在宅サービス事業所・利用者票（訪問リハ）】

◎平成25年10月1日現在の利用者の状況について、1人1票ずつ個別に10人分についてご回答下さい。利用者が10人を超える場合は、同封の「調査へのご協力のお願ひ」に記してある手順で対象者をお選び下さい。

調査ID	
------	--

I 利用者の基本属性

1 性別	01 男性 02 女性	2 年齢		歳
3 世帯類型	01 独居 02 夫婦のみ世帯 03 その他同居（ 11 高齢者のみ 12 その他 ）			
4 介護力	01 常時、介護できるものがある 02 時間帯によって介護できる人がいる 03 介護できる人はいない			
5 住まいの状況	現在の住まい	01 一戸建て 02 集合住宅		
	住居の形態	01 持家 02 民間賃貸住宅 03 公営賃貸住宅 04 借間 05 その他		
6 障害高齢者の日常生活自立度	01 自立 02 J 1 03 J 2 04 A 1 05 A 2 06 B 1 07 B 2 08 C 1 09 C 2 10 不明			
7 認知症高齢者の日常生活自立度	01 自立 02 I 03 IIa 04 IIb 05 IIIa 06 IIIb 07 IV 08 M 09 不明			
8 現在の要介護状態区分	01 要支援1 02 要支援2 03 要介護1 04 要介護2 05 要介護3 06 要介護4 07 要介護5			
	上記区分の有効期間	開始月：西暦（ ）年（ ）月 ～ 終了月：西暦（ ）年（ ）月		
8 現在の要介護状態区分	前回の要介護状態区分			
	01 要支援1 02 要支援2 03 要介護1 04 要介護2 05 要介護3 06 要介護4 07 要介護5 08 認定なし			
9 平成25年9月1カ月間に利用したサービス（予防、地域密着型を含む）				
01 訪問介護 02 訪問入浴介護 03 訪問看護 04 訪問リハビリテーション 05 居宅療養管理指導 06 通所介護 07 通所リハビリテーション 08 短期入所生活介護 09 短期入所療養介護 10 福祉用具貸与 11 住宅改修 12 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 13 夜間対応型訪問介護 14 認知症対応型通所介護 15 小規模多機能型居宅介護 16 複合型サービス 17 特定施設入居者生活介護 18 認知症対応型共同生活介護 19 特別養護老人ホーム 20 老人保健施設 21 介護療養病床 22 市町村特別給付 → 01 移送サービス 02 配食サービス 03 おむつ支給 04 その他（ ） 23 介護保険給付外のサービス → 具体的に（ ）				
10 介護・介助が必要になった原因（該当するもの全てに○）				
01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等） 02 心疾患（心臓病、心筋梗塞等） 03 悪性新生物（がん） 04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等） 05 関節疾患（リウマチ、腰痛等） 06 認知症（アルツハイマー病等） 07 パーキンソン病 08 糖尿病 09 視覚・聴覚障害（緑内障、難聴等） 10 骨折・転倒 11 脊髄損傷 12 高齢による衰弱 13 その他（ ） 14 不明				

11 現在、有している疾病（該当するもの全てに○）				
01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等）	02 心疾患（心臓病、心筋梗塞等）	03 悪性新生物（がん）		
04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等）	05 関節疾患（リウマチ、腰痛等）	06 認知症（アルツハイマー病等）		
07 パーキンソン病	08 糖尿病	09 目の病気		
10 耳の病気	11 骨折・転倒	12 脊髄損傷		
13 高血圧	14 高脂血症（脂質異常）	15 胃腸・肝臓・胆のうの病気		
15 腎臓・前立腺の病気	16 血液・免疫の病気	18 うつ病		
19 その他（ ）	20 ない			
12 治療の有無	01 有り	02 無し	03 不明	
13 現在受けている医療サービス（該当するもの全てに○） ※複数の医療機関に関わっている場合はその合計を記入				
01 通院（月____回）	02 訪問診療	03 往診		
14 過去半年間の入院の有無	01 有り（退院日： 月 日）	02 無し	03 不明	
15 日常生活に支障のある痛み	01 有り	02 無し		
16 医療・ケア職による対応の必要性				
医療・ケア職による対応の必要性の有無	01 有り	02 無し		
対応が必要な医療的ケア（該当するもの全てに○）				
01 注射・点滴の管理	02 中心静脈栄養の管理	03 透析（在宅自己腹膜灌流を含む）の管理		
04 ストーマ（人工肛門）の処置	05 酸素療法	06 レスピレーター（人工呼吸器）の管理		
07 気管切開のケア	08 疼痛の看護	09 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）		
10 喀痰吸引	11 モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等）			
12 じょくそうの処置	13 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）			
14 服薬管理	15 その他（ ）			
17 IADL（手段的日常生活動作）の能力レベル ※利用者本人の能力を評価した結果をご記入下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① バス、電車、自家用車で一人での外出	01	02	03	04
② 日用品の買物	01	02	03	04
③ 食事の用意	01	02	03	04
④ 服薬	01	02	03	04
⑤ 請求書の支払い	01	02	03	04
⑥ 預貯金の出し入れ	01	02	03	04
⑦ 年金などの書類の記入	01	02	03	04
18 ADL（日常生活動作）の能力レベル ※利用者本人の能力を評価した結果をご記入下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① 自宅内での歩行	01	02	03	04
② 外出時の歩行	01	02	03	04
③ 入浴	01	02	03	04
④ 整容（着替え）	01	02	03	04
⑤ 排泄	01	02	03	04
⑥ 食事	01	02	03	04

Ⅱ 利用者のサービス利用の状況

19 サービス利用開始年月	平成（ ）年（ ）月	※貴事業所におけるサービスの開始年月	
20 1か月のサービス利用回数	（ ）回	※平成25年9月中のサービス利用回数	
21 前回訪問時のサービス提供内容等			
サービス提供時間	（ ）分		
サービス提供に関わった職種	01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士	02 作業療法士 05 看護師・准看護師 08 介護職員	03 言語聴覚士 06 歯科医師 09 その他（ ）
サービス提供時のリハビリテーションの内容	01 関節可動域訓練 04 バランス練習 07 摂食・嚥下訓練 10 トイレ動作訓練 13 その他 ADL 訓練 16 計算ドリル 18 趣味活動（手工芸、園芸、編み物等）	02 筋力増強訓練 05 マッサージ 08 言語訓練 11 入浴動作訓練 14 IADL 練習（家事・調理等） 17 回想法	03 筋緊張緩和（ストレッチ） 06 起居/立位動作練習 09 歩行訓練 12 移乗動作訓練 15 体操 19 その他（ ）

Ⅲ 訪問リハ計画の内容およびサービス実施状況について

22 訪問リハ計画書において設定した課題（最も重要と考えた課題を1つ） ※訪問リハ計画書の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での短期目標の達成状況を評価下さい。	
計画策定年月日	西暦（ ）年（ ）月（ ）日
課題（最も重要と考えた課題1つ）	
最も重要と考えた課題に対する本人の意向（〇〇まで出来るようになりたいなど）	
最も重要と考えた課題に対する短期目標	
短期目標の達成に向けて実施した内容	
サービス提供者の職種 （該当するもの全てに〇）	01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士 02 作業療法士 05 看護師・准看護師 08 介護職員 03 言語聴覚士 06 歯科医師 09 その他（ ）
短期目標の達成状況（最も近いものに〇）	01 ほぼ達成できた 02 達成までには至っていないが目標設定時よりは改善の傾向にある 03 あまり達成できなかった 「01 ほぼ達成できた」「02 改善の傾向にある」を選択された方に伺います。何がどのようになったか、達成できた具体的内容をご記入下さい（例：外出頻度が増えたなど）。 「02 改善の傾向にある」「03 あまり達成できなかった」を選択された方に伺います。どの部分が達成できなかったのか、また何故達成できなかったのか具体的内容をご記入下さい。

IV 今後の継続について

23 （前問 22 で短期目標が「01 ほぼ達成できた」とお答えの場合）貴事業所におけるリハビリテーションの継続の有無		
01 継続する予定である →24 へ	02 終了する予定である	03 未定である
24 （前問 23 で「01 継続する予定である」とお答えの場合）継続する理由		
01 自己管理方法の習得が必要なため	02 福祉用具の安全な使用を定着させるため	
03 家族の介護負担軽減のため	04 本人がリハビリテーションを終了したがらないため	
05 終了後の行き先（地域内のサービス資源等）がないため	06 他に受け入れる事業所等がないため	
07 外出や他者との交流のため	08 新たな目標ができたため	
09 その他（	）	

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

生活期リハビリテーションに関する実態調査
【在宅サービス事業所票：短期入所療養介護】

貴事業所の概要について

事業所名								事業所番号									
所在地	() 都・道・府・県							() 区・市・町・村									
経営主体	01 公立（都道府県・市区町村） 03 社会福祉協議会 05 社団・財団法人 07 特定非営利活動法人							02 社会福祉法人（社会福祉協議会を除く） 04 医療法人 06 営利法人（株式会社・有限会社） 08 その他の法人（)									
開設年月（西暦）	() 年 () 月開設																
定員	() 人																
同一または隣接の市町村で行っている医療・介護サービス（予防を含む）	01 病院 03 特別養護老人ホーム（地域密着型を含む） 05 介護療養型医療施設 07 訪問入浴介護 09 訪問リハビリテーション 11 通所リハビリテーション 13 短期入所療養介護 14 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス） 15 サービス付き高齢者住宅 17 夜間対応型訪問介護 19 小規模多機能型居宅介護 21 認知症対応型共同生活介護 23 その他()																
利用者実数（人） （10月1日時点）	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計									
	人	人	人	人	人	人	人	人									
延べ利用者数*（人） （10月1日時点）	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計									
	人	人	人	人	人	人	人	人									
ご記入者名	(ご所属：)																
ご連絡先	電話：								FAX：								

※延べ利用者数については、月間の利用者数の合計を要介護度別にご記入下さい。つまり、同一の人が何回含まれていても、それぞれを「1人」として数えた人数になります。例えば、1日目にAさんとBさんの計2人、2日目にAさんとCさんとDさんの計3人、3日目にBさんとDさんの計2人が利用している場合は、延べ利用者数は、「2人+3人+2人」で計7人となります。

問1 貴事業所における加算の算定状況についてお伺いします（平成25年9月1か月分）	
加算の種類	算定の有無 (算定している場合は平成25年9月1か月分の件数を記入)
リハビリテーション機能強化加算	01 算定している→ () 件 02 算定していない
個別リハビリテーション実施加算	01 算定している→ () 件 02 算定していない
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	01 算定している→ () 件 02 算定していない
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	01 算定している→ () 件 02 算定していない
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	01 算定している→ () 件 02 算定していない

問2 貴事業所の従事者数（管理者の方を含む）を常勤換算人数で回答下さい。			
	実人数		常勤換算
	常勤	非常勤	合計
01 医師			. 人
02 看護師・准看護師			. 人
03 生活相談員			. 人
04 介護職員			. 人
05 理学療法士			. 人
06 作業療法士			. 人
07 言語聴覚士			. 人
08 管理栄養士			. 人
09 歯科衛生士			. 人
10 その他の職員（事務職員も含む）			. 人

※複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して下さい。

※貴事業所における常勤者のうち他事業所との兼務者、非常勤者については、以下の計算式により換算人数を計算し、小数点以下第二位を四捨五入し、小数点以下第一位まで計上して下さい。

換算人数 = 職員の直近の1週間の延べ労働時間 ÷ 事業所が定めている1週間の所定労働時間

例、1週間の所定労働時間が40時間の事業所において、週30時間労働の介護職員（非常勤者）が1名、週20時間労働の介護職員が2名、週15時間労働の介護職員が1名いた場合の換算人数の計算式は以下の通り。

$$\text{換算人数} = \frac{30\text{時間} \times 1\text{名} + 20\text{時間} \times 2\text{名} + 15\text{時間} \times 1\text{名}}{40\text{時間}} = 2.1\text{人}$$

問3 新規利用者に対して、自宅でのADLの状況や療養環境の確認を行っていますか。		
01 全ての新規利用者を実施	02 一部の新規利用者を実施	03 実施していない

問4 リハビリテーションが終了した利用者に対して、利用者が次に利用するサービス等の紹介・調整等を行っていますか。	
01 行っている →どのようなサービス等の紹介を行っていますか。 11 介護保険サービス事業所 12 介護保険施設 13 自治体の実施している地域支援事業 14 その他（具体的に： _____)	
02 行っていない	
03 行いたいを紹介するサービス・事業所等を知らない	

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【在宅サービス事業所・利用者票（短期入所療養介護）】

◎平成25年10月1日現在の利用者の状況について、1人1票ずつ個別に10人分についてご回答下さい。利用者が10人を超える場合は、同封の「調査へのご協力のお願ひ」に記してある手順で対象者をお選び下さい。

調査ID	
------	--

I 利用者の基本属性

1 性別	01 男性 02 女性	2 年齢		歳
3 世帯類型	01 独居 02 夫婦のみ世帯 03 その他同居（ 11 高齢者のみ 12 その他 ）			
4 介護力	01 常時、介護できるものがある 02 時間帯によって介護できる人がいる 03 介護できる人はいない			
5 住まいの状況	現在の住まい	01 一戸建て 02 集合住宅		
	住居の形態	01 持家 02 民間賃貸住宅 03 公営賃貸住宅 04 借間 05 その他		
6 障害高齢者の日常生活自立度	01 自立 02 J 1 03 J 2 04 A 1 05 A 2 06 B 1 07 B 2 08 C 1 09 C 2 10 不明			
7 認知症高齢者の日常生活自立度	01 自立 02 I 03 IIa 04 IIb 05 IIIa 06 IIIb 07 IV 08 M 09 不明			
8 現在の要介護状態区分	01 要支援1 02 要支援2 03 要介護1 04 要介護2 05 要介護3 06 要介護4 07 要介護5			
	上記区分の有効期間	開始月：西暦（ ）年（ ）月 ～ 終了月：西暦（ ）年（ ）月		
8 現在の要介護状態区分	01 要支援1 02 要支援2 03 要介護1 04 要介護2 05 要介護3 06 要介護4 07 要介護5 08 認定なし			
	前回の要介護状態区分			
9 平成25年9月1カ月間に利用したサービス（予防、地域密着型を含む）				
01 訪問介護 02 訪問入浴介護 03 訪問看護 04 訪問リハビリテーション 05 居宅療養管理指導 06 通所介護 07 通所リハビリテーション 08 短期入所生活介護 09 短期入所療養介護 10 福祉用具貸与 11 住宅改修 12 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 13 夜間対応型訪問介護 14 認知症対応型通所介護 15 小規模多機能型居宅介護 16 複合型サービス 17 特定施設入居者生活介護 18 認知症対応型共同生活介護 19 特別養護老人ホーム 20 老人保健施設 21 介護療養病床 22 市町村特別給付 → 01 移送サービス 02 配食サービス 03 おむつ支給 04 その他（ ） 23 介護保険給付外のサービス → 具体的に（ ）				
10 介護・介助が必要になった原因（該当するもの全てに○）				
01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等） 02 心疾患（心臓病、心筋梗塞等） 03 悪性新生物（がん） 04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等） 05 関節疾患（リウマチ、腰痛等） 06 認知症（アルツハイマー病等） 07 パーキンソン病 08 糖尿病 09 視覚・聴覚障害（緑内障、難聴等） 10 骨折・転倒 11 脊髄損傷 12 高齢による衰弱 13 その他（ ） 14 不明				

11 現在、有している疾病（該当するもの全てに○）				
01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等）	02 心疾患（心臓病、心筋梗塞等）	03 悪性新生物（がん）		
04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等）	05 関節疾患（リウマチ、腰痛等）	06 認知症（アルツハイマー病等）		
07 パーキンソン病	08 糖尿病	09 目の病気		
10 耳の病気	11 骨折・転倒	12 脊髄損傷		
13 高血圧	14 高脂血症（脂質異常）	15 胃腸・肝臓・胆のうの病気		
15 腎臓・前立腺の病気	16 血液・免疫の病気	18 うつ病		
19 その他（ ）	20 ない			
12 治療の有無	01 有り	02 無し	03 不明	
13 現在受けている医療サービス（該当するもの全てに○） ※複数の医療機関に関わっている場合はその合計を記入				
01 通院（月____回）	02 訪問診療	03 往診		
14 過去半年間の入院の有無	01 有り（退院日： 月 日）	02 無し	03 不明	
15 日常生活に支障のある痛み	01 有り	02 無し		
16 医療・ケア職による対応の必要性				
医療・ケア職による対応の必要性の有無	01 有り	02 無し		
対応が必要な医療的ケア（該当するもの全てに○）				
01 注射・点滴の管理	02 中心静脈栄養の管理	03 透析（在宅自己腹膜灌流を含む）の管理		
04 ストーマ（人工肛門）の処置	05 酸素療法	06 レスピレーター（人工呼吸器）の管理		
07 気管切開のケア	08 疼痛の看護	09 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）		
10 喀痰吸引	11 モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等）			
12 じょくそうの処置	13 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）			
14 服薬管理	15 その他（ ）			
17 IADL（手段的日常生活動作）の能力レベル ※短期入所中での状況や状態をみて、各 IADL ができるかどうかを、専門職の目からご評価下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① バス、電車、自家用車で一人での外出	01	02	03	04
② 日用品の買物	01	02	03	04
③ 食事の用意	01	02	03	04
④ 服薬	01	02	03	04
⑤ 請求書の支払い	01	02	03	04
⑥ 預貯金の出し入れ	01	02	03	04
⑦ 年金などの書類の記入	01	02	03	04
18 ADL（日常生活動作）の能力レベル ※利用者本人の能力を評価した結果をご記入下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① 自宅内での歩行	01	02	03	04
② 外出時の歩行	01	02	03	04
③ 入浴	01	02	03	04
④ 整容（着替え）	01	02	03	04
⑤ 排泄	01	02	03	04
⑥ 食事	01	02	03	04

Ⅱ 利用者のサービス利用の状況

19 サービス利用開始年月	平成（ ）年（ ）月	※貴事業所におけるサービスの開始年月	
20 1か月のサービス利用日数	（ ）回	※平成25年9月中のサービス利用回数	
21 短期入所時のサービス提供内容等			
入所中の平均的な1日におけるリハ・機能訓練のおおよその提供時間	（ ）時間		
サービス提供に関わった職種	01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士	02 作業療法士 05 看護師・准看護師 08 介護職員	03 言語聴覚士 06 歯科医師 09 その他（ ）
サービス提供内容	01 レクリエーション活動（ゲーム） 02 レクリエーション活動（折り紙・手芸） 03 レクリエーション活動（音楽） 04 レクリエーション活動（体操） 05 機能訓練（個別） 08 入浴		
サービス提供時のリハ・機能訓練の内容	06 機能訓練（集団） 07 食事 09 その他（ ） 01 関節可動域訓練 02 筋力増強訓練 03 筋緊張緩和（ストレッチ） 04 バランス練習 05 マッサージ 06 起居/立位動作練習 07 摂食・嚥下訓練 08 言語訓練 09 歩行訓練 10 トイレ動作訓練 11 入浴動作訓練 12 移乗動作訓練 13 その他 ADL 訓練 14 IADL 練習（家事・調理等） 15 体操 16 計算ドリル 17 回想法 18 趣味活動（手工芸、園芸、編み物等） 19 その他（ ）		

Ⅲ 短期入所計画の内容およびサービス実施状況について

22 短期入所計画において設定した課題（最も重要と考えた課題を1つ） ※短期入所計画の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での短期目標の達成状況を評価下さい。	
計画策定年月日	西暦（ ）年（ ）月（ ）日
課題（最も重要と考えた課題1つ）	
最も重要と考えた課題に対する本人の意向（〇〇まで出来るようになりたいなど）	
最も重要と考えた課題に対する短期目標	
短期目標の達成に向けて実施した内容	
サービス提供者の職種 （該当するもの全てに〇）	01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士
	02 作業療法士 05 看護師・准看護師 08 介護職員
	03 言語聴覚士 06 歯科医師 09 その他（ ）

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【在宅サービス事業所票：通所介護】

貴事業所の概要について

事業所名								
所在地	() 都・道・府・県				() 区・市・町・村			
経営主体	01 公立（都道府県・市区町村）		02 社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）		03 社会福祉協議会		04 医療法人	
	05 社団・財団法人		06 営利法人（株式会社・有限会社）		07 特定非営利活動法人		08 その他の法人（)	
開設年月（西暦）	() 年 () 月開設							
定員	() 人							
同一または隣接の市町村で行っている医療・介護サービス（予防を含む）	01 病院		02 診療所		03 特別養護老人ホーム（地域密着型を含む）		04 老人保健施設	
	05 介護療養型医療施設		06 訪問介護		07 訪問入浴介護		08 訪問看護	
	09 訪問リハビリテーション		10 通所介護		11 通所リハビリテーション		12 短期入所生活介護	
	13 短期入所療養介護		14 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス）		15 サービス付き高齢者住宅		16 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
	17 夜間対応型訪問介護		18 認知症対応型通所介護		19 小規模多機能型居宅介護		20 複合型サービス	
	21 認知症対応型共同生活介護		22 居宅介護支援		23 その他()			
利用者実数(人) (10月1日時点)	要支援1 人	要支援2 人	要介護1 人	要介護2 人	要介護3 人	要介護4 人	要介護5 人	合計 人
延べ利用者数* (人) (10月1日時点)	要支援1 人	要支援2 人	要介護1 人	要介護2 人	要介護3 人	要介護4 人	要介護5 人	合計 人
新規利用者（平成25年10月）	人				終了者（平成25年9月）		人	
ご記入者名	(ご所属：)							
ご連絡先	電話：				FAX：			

※延べ利用者数については、月間の参加者数の合計を要介護度別にご記入下さい。つまり、同一の人が何回含まれていても、それぞれを「1人」として数えた人数になります。例えば、1日目にAさんとBさんの計2人、2日目にAさんとCさんとDさんの計3人、3日目にBさんとDさんの計2人が利用している場合は、延べ利用者数は、「2人+3人+2人」で計7人となります。

問1 貴事業所における加算の算定状況についてお伺いします（平成25年9月1か月分）		
加算の種類	算定の有無 (算定している場合は平成25年9月1か月分の件数を記入)	
個別機能訓練加算Ⅰ	01 算定している→ () 件	02 算定していない
個別機能訓練加算Ⅱ	01 算定している→ () 件	02 算定していない
事業所評価加算	01 算定している→ () 件	02 算定していない
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	01 算定している→ () 件	02 算定していない
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	01 算定している→ () 件	02 算定していない
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	01 算定している→ () 件	02 算定していない

問2 貴事業所の従事者数（管理者の方を含む）を常勤換算人数で回答下さい。			
	実人数		常勤換算
	常勤	非常勤	合計
01 医師			. 人
02 看護師・准看護師			. 人
03 生活相談員			. 人
04 介護職員			. 人
05 理学療法士			. 人
06 作業療法士			. 人
07 言語聴覚士			. 人
08 管理栄養士			. 人
09 歯科衛生士			. 人
10 その他の職員（事務職員も含む）			. 人

※複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して下さい。

※貴事業所における常勤者のうち他事業所との兼務者、非常勤者については、以下の計算式により換算人数を計算し、小数点以下第二位を四捨五入し、小数点以下第一位まで計上して下さい。

換算人数 = 職員の直近の1週間の延べ労働時間 ÷ 事業所が定めている1週間の所定労働時間

例、1週間の所定労働時間が40時間の事業所において、週30時間労働の介護職員（非常勤者）が1名、週20時間労働の介護職員が2名、週15時間労働の介護職員が1名いた場合の換算人数の計算式は以下の通り。

$$\text{換算人数} = \frac{30 \text{ 時間} \times 1 \text{ 名} + 20 \text{ 時間} \times 2 \text{ 名} + 15 \text{ 時間} \times 1 \text{ 名}}{40 \text{ 時間}} = 2.1 \text{ 人}$$

問3 新規利用者に対して、自宅でのADLの状況や療養環境の確認を行っていますか。		
01 全ての新規利用者を実施	02 一部の新規利用者を実施	03 実施していない

問4 リハビリテーションが終了した利用者に対して、利用者が次に利用するサービス等の紹介・調整等を行っていますか。	
01 行っている →どのようなサービス等の紹介を行っていますか。 11 介護保険サービス事業所 12 介護保険施設 13 自治体の実施している地域支援事業 14 その他（具体的に： _____)	
02 行っていない	
03 行いたいを紹介するサービス・事業所等を知らない	

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【在宅サービス事業所・利用者票（通所介護）】

◎平成25年10月1日現在の利用者の状況について、1人1票ずつ個別に10人分についてご回答下さい。利用者が10人を超える場合は、同封の「調査へのご協力のお願ひ」に記してある手順で対象者をお選び下さい。

調査ID	
------	--

I 利用者の基本属性

1 性別	01 男性 02 女性	2 年齢		歳
3 世帯類型	01 独居 02 夫婦のみ世帯 03 その他同居（ 11 高齢者のみ 12 その他 ）			
4 介護力	01 常時、介護できるものがある 02 時間帯によって介護できる人がいる 03 介護できる人はいない			
5 住まいの状況	現在の住まい	01 一戸建て 02 集合住宅		
	住居の形態	01 持家 02 民間賃貸住宅 03 公営賃貸住宅 04 借間 05 その他		
6 障害高齢者の日常生活自立度	01 自立 02 J1 03 J2 04 A1 05 A2 06 B1 07 B2 08 C1 09 C2 10 不明			
7 認知症高齢者の日常生活自立度	01 自立 02 I 03 IIa 04 IIb 05 IIIa 06 IIIb 07 IV 08 M 09 不明			
8 現在の要介護状態区分	01 要支援1 02 要支援2 03 要介護1 04 要介護2 05 要介護3 06 要介護4 07 要介護5			
	上記区分の有効期間	開始月：西暦（ ）年（ ）月 ～ 終了月：西暦（ ）年（ ）月		
8 現在の要介護状態区分	前回の要介護状態区分			
	01 要支援1 02 要支援2 03 要介護1 04 要介護2 05 要介護3 06 要介護4 07 要介護5 08 認定なし			
9 平成25年9月1カ月間に利用したサービス（予防、地域密着型を含む）				
01 訪問介護 02 訪問入浴介護 03 訪問看護 04 訪問リハビリテーション 05 居宅療養管理指導 06 通所介護 07 通所リハビリテーション 08 短期入所生活介護 09 短期入所療養介護 10 福祉用具貸与 11 住宅改修 12 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 13 夜間対応型訪問介護 14 認知症対応型通所介護 15 小規模多機能型居宅介護 16 複合型サービス 17 特定施設入居者生活介護 18 認知症対応型共同生活介護 19 特別養護老人ホーム 20 老人保健施設 21 介護療養病床 22 市町村特別給付 → 01 移送サービス 02 配食サービス 03 おむつ支給 04 その他（ ） 23 介護保険給付外のサービス → 具体的に（ ）				
10 介護・介助が必要になった原因（該当するもの全てに○）				
01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等） 02 心疾患（心臓病、心筋梗塞等） 03 悪性新生物（がん） 04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等） 05 関節疾患（リウマチ、腰痛等） 06 認知症（アルツハイマー病等） 07 パーキンソン病 08 糖尿病 09 視覚・聴覚障害（緑内障、難聴等） 10 骨折・転倒 11 脊髄損傷 12 高齢による衰弱 13 その他（ ） 14 不明				

11 現在、有している疾病（該当するもの全てに○）				
01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等）	02 心疾患（心臓病、心筋梗塞等）	03 悪性新生物（がん）		
04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等）	05 関節疾患（リウマチ、腰痛等）	06 認知症（アルツハイマー病等）		
07 パーキンソン病	08 糖尿病	09 目の病気		
10 耳の病気	11 骨折・転倒	12 脊髄損傷		
13 高血圧	14 高脂血症（脂質異常）	15 胃腸・肝臓・胆のうの病気		
15 腎臓・前立腺の病気	16 血液・免疫の病気	18 うつ病		
19 その他（ ）	20 ない			
12 治療の有無		01 有り	02 無し	03 不明
13 現在受けている医療サービス（該当するもの全てに○） ※複数の医療機関に関わっている場合はその合計を記入				
01 通院（月____回）	02 訪問診療	03 往診		
14 過去半年間の入院の有無		01 有り（退院日： 月 日）	02 無し	03 不明
15 日常生活に支障のある痛み		01 有り	02 無し	
16 医療・ケア職による対応の必要性				
医療・ケア職による対応の必要性の有無		01 有り	02 無し	
対応が必要な医療的ケア（該当するもの全てに○）				
01 注射・点滴の管理	02 中心静脈栄養の管理	03 透析（在宅自己腹膜灌流を含む）の管理		
04 ストーマ（人工肛門）の処置	05 酸素療法	06 レスピレーター（人工呼吸器）の管理		
07 気管切開のケア	08 疼痛の看護	09 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）		
10 喀痰吸引	11 モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等）			
12 じょくそうの処置	13 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）			
14 服薬管理	15 その他（ ）			
17 IADL（手段的日常生活動作）の能力レベル ※通所での状況や状態をみて、各IADLができるかどうかを、専門職の目からご評価下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① バス、電車、自家用車で一人での外出	01	02	03	04
② 日用品の買物	01	02	03	04
③ 食事の用意	01	02	03	04
④ 服薬	01	02	03	04
⑤ 請求書の支払い	01	02	03	04
⑥ 預貯金の出し入れ	01	02	03	04
⑦ 年金などの書類の記入	01	02	03	04
18 ADL（日常生活動作）の能力レベル ※利用者本人の能力を評価した結果をご記入下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① 自宅内での歩行	01	02	03	04
② 外出時の歩行	01	02	03	04
③ 入浴	01	02	03	04
④ 整容（着替え）	01	02	03	04
⑤ 排泄	01	02	03	04
⑥ 食事	01	02	03	04

Ⅱ 利用者のサービス利用の状況

19 サービス利用開始年月	平成（ ）年（ ）月	※貴事業所におけるサービスの開始年月	
20 1か月のサービス利用回数	（ ）回	※平成25年9月中のサービス利用回数	
21 前回通所時のサービス提供内容等			
サービス提供時間	（ ）時間	※リハビリテーションに限定されない総提供時間	
うちリハ・機能訓練を提供した おおよその時間	（ ）時間		
サービス提供に関わった職種	01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士	02 作業療法士 05 看護師・准看護師 08 介護職員	03 言語聴覚士 06 歯科医師 09 その他（ ）
サービス提供内容	01 レクリエーション活動（ゲーム） 02 レクリエーション活動（折り紙・手芸） 03 レクリエーション活動（音楽） 04 レクリエーション活動（体操） 05 機能訓練（個別） 08 入浴		
サービス提供時のリハ・機能訓練の内容	06 機能訓練（集団） 07 食事 09 その他（ ） 01 関節可動域訓練 02 筋力増強訓練 03 筋緊張緩和（ストレッチ） 04 バランス練習 05 マッサージ 06 起居/立位動作練習 07 摂食・嚥下訓練 08 言語訓練 09 歩行訓練 10 トイレ動作訓練 11 入浴動作訓練 12 移乗動作訓練 13 その他 ADL 訓練 14 IADL 練習（家事・調理等） 15 体操 16 計算ドリル 17 回想法 18 趣味活動（手工芸、園芸、編み物等） 19 その他（ ）		

Ⅲ 通所介護計画の内容およびサービス実施状況について

22 通所介護計画において設定した課題（最も重要と考えた課題を1つ） ※通所介護計画の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での短期目標の達成状況を評価下さい。	
計画策定年月日	西暦（ ）年（ ）月（ ）日
課題（最も重要と考えた課題1つ）	
最も重要と考えた課題に対する本人の意向（〇〇まで出来るようになりたいなど）	
最も重要と考えた課題に対する短期目標	
短期目標の達成に向けて実施した内容	
サービス提供者の職種 （該当するもの全てに○）	01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士
	02 作業療法士 05 看護師・准看護師 08 介護職員
	03 言語聴覚士 06 歯科医師 09 その他（ ）

短期目標の達成状況（最も近いものに○）	01 ほぼ達成できた 02 達成までには至っていないが目標設定時よりは改善の傾向にある 03 あまり達成できなかった
	「01 ほぼ達成できた」「02 改善の傾向にある」を選択された方に伺います。何があったのようになったか、達成できた具体的内容をご記入下さい（例：外出頻度が増えたなど）。
	「02 改善の傾向にある」「03 あまり達成できなかった」を選択された方に伺います。どの部分が達成できなかったのか、また何故達成できなかったのか具体的内容をご記入下さい。

IV 今後の継続について

23 （前問 22 で短期目標が「01 ほぼ達成できた」とお答えの場合）貴事業所におけるリハビリテーションの継続の有無		
01 継続する予定である →24へ	02 終了する予定である	03 未定である
24 （前問 23 で「01 継続する予定である」とお答えの場合）継続する理由		
01 自己管理方法の習得が必要なため	02 福祉用具の安全な使用を定着させるため	
03 家族の介護負担軽減のため	04 本人がリハビリテーションを終了したがらないため	
05 終了後の行き先（地域内のサービス資源等）がないため	06 他に受け入れる事業所等がないため	
07 外出や他者との交流のため	08 新たな目標ができたため	
09 その他（)		

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【在宅サービス事業所票：短期入所生活介護】

貴事業所の概要について

事業所名								
所在地	() 都・道・府・県				() 区・市・町・村			
経営主体	01 公立（都道府県・市区町村）		02 社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）		03 社会福祉協議会		04 医療法人	
	05 社団・財団法人		06 営利法人（株式会社・有限会社）		07 特定非営利活動法人		08 その他の法人（)	
開設年月（西暦）	() 年 () 月開設							
定員	() 人							
同一または隣接の市町村で行っている医療・介護サービス（予防を含む）	01 病院		02 診療所		03 特別養護老人ホーム（地域密着型を含む）		04 老人保健施設	
	05 介護療養型医療施設		06 訪問介護		07 訪問入浴介護		08 訪問看護	
	09 訪問リハビリテーション		10 通所介護		11 通所リハビリテーション		12 短期入所生活介護	
	13 短期入所療養介護		14 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス）		15 サービス付き高齢者住宅		16 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
	17 夜間対応型訪問介護		18 認知症対応型通所介護		19 小規模多機能型居宅介護		20 複合型サービス	
	21 認知症対応型共同生活介護		22 居宅介護支援		23 その他()			
利用者実数（人） （10月1日時点）	要支援1 人	要支援2 人	要介護1 人	要介護2 人	要介護3 人	要介護4 人	要介護5 人	合計 人
延べ利用者数*（人） （10月1日時点）	要支援1 人	要支援2 人	要介護1 人	要介護2 人	要介護3 人	要介護4 人	要介護5 人	合計 人
ご記入者名	(ご所属：)							
ご連絡先	電話：				FAX：			

※延べ利用者数については、月間の利用者数の合計を要介護度別にご記入下さい。つまり、同一の人が何回含まれていても、それぞれを「1人」として数えた人数になります。例えば、1日目にAさんとBさんの計2人、2日目にAさんとCさんとDさんの計3人、3日目にBさんとDさんの計2人が利用している場合は、延べ利用者数は、「2人+3人+2人」で計7人となります。

問1 貴事業所における加算の算定状況についてお伺いします（平成25年9月1か月分）	
加算の種類	算定の有無 (算定している場合は平成25年9月1か月分の件数を記入)
機能訓練体制加算	01 算定している→ () 件 02 算定していない
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	01 算定している→ () 件 02 算定していない
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	01 算定している→ () 件 02 算定していない
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	01 算定している→ () 件 02 算定していない

問2 貴事業所の従事者数（管理者の方を含む）を常勤換算人数で回答下さい。			
	実人数		常勤換算
	常勤	非常勤	合計
01 医師			. 人
02 看護師・准看護師			. 人
03 生活相談員			. 人
04 介護職員			. 人
05 理学療法士			. 人
06 作業療法士			. 人
07 言語聴覚士			. 人
08 管理栄養士			. 人
09 歯科衛生士			. 人
10 その他の職員（事務職員も含む）			. 人

※複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して下さい。

※貴事業所における常勤者のうち他事業所との兼務者、非常勤者については、以下の計算式により換算人数を計算し、小数点以下第二位を四捨五入し、小数点以下第一位まで計上して下さい。

換算人数 = 職員の直近の1週間の延べ労働時間 ÷ 事業所が定めている1週間の所定労働時間

例、1週間の所定労働時間が40時間の事業所において、週30時間労働の介護職員（非常勤者）が1名、週20時間労働の介護職員が2名、週15時間労働の介護職員が1名いた場合の換算人数の計算式は以下の通り。

$$\text{換算人数} = \frac{30 \text{ 時間} \times 1 \text{ 名} + 20 \text{ 時間} \times 2 \text{ 名} + 15 \text{ 時間} \times 1 \text{ 名}}{40 \text{ 時間}} = 2.1 \text{ 人}$$

問3 新規利用者に対して、自宅でのADLの状況や療養環境の確認を行っていますか。		
01 全ての新規利用者を実施	02 一部の新規利用者を実施	03 実施していない

問4 リハビリテーションが終了した利用者に対して、利用者が次に利用するサービス等の紹介・調整等を行っていますか。	
01 行っている →どのようなサービス等の紹介を行っていますか。 11 介護保険サービス事業所 12 介護保険施設 13 自治体の実施している地域支援事業 14 その他（具体的に： _____)	
02 行っていない	
03 行いたいを紹介するサービス・事業所等を知らない	

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【在宅サービス事業所・利用者票（短期入所生活介護）】

◎平成25年10月1日現在の利用者の状況について、1人1票ずつ個別に10人分についてご回答下さい。利用者が10人を超える場合は、同封の「調査へのご協力のお願ひ」に記してある手順で対象者をお選び下さい。

調査ID	
------	--

I 利用者の基本属性

1 性別	01 男性 02 女性	2 年齢		歳
3 世帯類型	01 独居 02 夫婦のみ世帯 03 その他同居（ 11 高齢者のみ 12 その他 ）			
4 介護力	01 常時、介護できるものがある 02 時間帯によって介護できる人がいる 03 介護できる人はいない			
5 住まいの状況	現在の住まい	01 一戸建て 02 集合住宅		
	住居の形態	01 持家 02 民間賃貸住宅 03 公営賃貸住宅 04 借間 05 その他		
6 障害高齢者の日常生活自立度	01 自立 02 J1 03 J2 04 A1 05 A2 06 B1 07 B2 08 C1 09 C2 10 不明			
7 認知症高齢者の日常生活自立度	01 自立 02 I 03 IIa 04 IIb 05 IIIa 06 IIIb 07 IV 08 M 09 不明			
8 現在の要介護状態区分	01 要支援1 02 要支援2 03 要介護1 04 要介護2 05 要介護3 06 要介護4 07 要介護5			
	上記区分の有効期間	開始月：西暦（ ）年（ ）月 ～ 終了月：西暦（ ）年（ ）月		
8 現在の要介護状態区分	前回の要介護状態区分			
	01 要支援1 02 要支援2 03 要介護1 04 要介護2 05 要介護3 06 要介護4 07 要介護5 08 認定なし			
9 平成25年9月1カ月間に利用したサービス（予防、地域密着型を含む）				
01 訪問介護 02 訪問入浴介護 03 訪問看護 04 訪問リハビリテーション 05 居宅療養管理指導 06 通所介護 07 通所リハビリテーション 08 短期入所生活介護 09 短期入所療養介護 10 福祉用具貸与 11 住宅改修 12 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 13 夜間対応型訪問介護 14 認知症対応型通所介護 15 小規模多機能型居宅介護 16 複合型サービス 17 特定施設入居者生活介護 18 認知症対応型共同生活介護 19 特別養護老人ホーム 20 老人保健施設 21 介護療養病床 22 市町村特別給付 → 01 移送サービス 02 配食サービス 03 おむつ支給 04 その他（ ） 23 介護保険給付外のサービス → 具体的に（ ）				
10 介護・介助が必要になった原因（該当するもの全てに○）				
01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等） 02 心疾患（心臓病、心筋梗塞等） 03 悪性新生物（がん） 04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等） 05 関節疾患（リウマチ、腰痛等） 06 認知症（アルツハイマー病等） 07 パーキンソン病 08 糖尿病 09 視覚・聴覚障害（緑内障、難聴等） 10 骨折・転倒 11 脊髄損傷 12 高齢による衰弱 13 その他（ ） 14 不明				

11 現在、有している疾病（該当するもの全てに○）				
01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等）	02 心疾患（心臓病、心筋梗塞等）	03 悪性新生物（がん）		
04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等）	05 関節疾患（リウマチ、腰痛等）	06 認知症（アルツハイマー病等）		
07 パーキンソン病	08 糖尿病	09 目の病気		
10 耳の病気	11 骨折・転倒	12 脊髄損傷		
13 高血圧	14 高脂血症（脂質異常）	15 胃腸・肝臓・胆のうの病気		
15 腎臓・前立腺の病気	16 血液・免疫の病気	18 うつ病		
19 その他（ ）	20 ない			
12 治療の有無	01 有り	02 無し	03 不明	
13 現在受けている医療サービス（該当するもの全てに○） ※複数の医療機関に関わっている場合はその合計を記入				
01 通院（月____回）	02 訪問診療	03 往診		
14 過去半年間の入院の有無	01 有り（退院日： 月 日）	02 無し	03 不明	
15 日常生活に支障のある痛み	01 有り	02 無し		
16 医療・ケア職による対応の必要性				
医療・ケア職による対応の必要性の有無	01 有り	02 無し		
対応が必要な医療的ケア（該当するもの全てに○）				
01 注射・点滴の管理	02 中心静脈栄養の管理	03 透析（在宅自己腹膜灌流を含む）の管理		
04 ストーマ（人工肛門）の処置	05 酸素療法	06 レスピレーター（人工呼吸器）の管理		
07 気管切開のケア	08 疼痛の看護	09 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）		
10 喀痰吸引	11 モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等）			
12 じょくそうの処置	13 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）			
14 服薬管理	15 その他（ ）			
17 IADL（手段的日常生活動作）の能力レベル ※短期入所中での状況や状態をみて、各IADLができるかどうかを、専門職の目からご評価下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① バス、電車、自家用車で一人での外出	01	02	03	04
② 日用品の買物	01	02	03	04
③ 食事の用意	01	02	03	04
④ 服薬	01	02	03	04
⑤ 請求書の支払い	01	02	03	04
⑥ 預貯金の出し入れ	01	02	03	04
⑦ 年金などの書類の記入	01	02	03	04
18 ADL（日常生活動作）の能力レベル ※利用者本人の能力を評価した結果をご記入下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① 自宅内での歩行	01	02	03	04
② 外出時の歩行	01	02	03	04
③ 入浴	01	02	03	04
④ 整容（着替え）	01	02	03	04
⑤ 排泄	01	02	03	04
⑥ 食事	01	02	03	04

Ⅱ 利用者のサービス利用の状況

19 サービス利用開始年月	平成（ ）年（ ）月	※貴事業所におけるサービスの開始年月	
20 1か月のサービス利用日数	（ ）日	※平成25年9月中のサービス利用日数	
21 短期入所時のサービス提供内容等			
入所中の平均的な1日におけるリハ・機能訓練のおおよその提供時間	（ ）時間		
サービス提供に関わった職種	01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士	02 作業療法士 05 看護師・准看護師 08 介護職員	03 言語聴覚士 06 歯科医師 09 その他（ ）
サービス提供内容	01 レクリエーション活動（ゲーム） 02 レクリエーション活動（折り紙・手芸） 03 レクリエーション活動（音楽） 04 レクリエーション活動（体操） 05 機能訓練（個別） 06 機能訓練（集団） 07 食事 08 入浴 09 その他（ ）		
サービス提供時のリハ・機能訓練の内容	01 関節可動域訓練 02 筋力増強訓練 03 筋緊張緩和（ストレッチ） 04 バランス練習 05 マッサージ 06 起居/立位動作練習 07 摂食・嚥下訓練 08 言語訓練 09 歩行訓練 10 トイレ動作訓練 11 入浴動作訓練 12 移乗動作訓練 13 その他 ADL 訓練 14 IADL 練習（家事・調理等） 15 体操 16 計算ドリル 17 回想法 18 趣味活動（手工芸、園芸、編み物等） 19 その他（ ）		

Ⅲ 短期入所計画の内容およびサービス実施状況について

22 短期入所計画において設定した課題（最も重要と考えた課題を1つ） ※短期入所計画の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での短期目標の達成状況を評価下さい。	
計画策定年月日	西暦（ ）年（ ）月（ ）日
課題（最も重要と考えた課題1つ）	
最も重要と考えた課題に対する本人の意向（〇〇まで出来るようになりたいなど）	
最も重要と考えた課題に対する短期目標	
短期目標の達成に向けて実施した内容	
サービス提供者の職種 （該当するもの全てに〇）	01 理学療法士 02 作業療法士 03 言語聴覚士 04 医師 05 看護師・准看護師 06 歯科医師 07 歯科衛生士 08 介護職員 09 その他（ ）

短期目標の達成状況（最も近いものに○）	01 ほぼ達成できた
	02 達成までには至っていないが目標設定時よりは改善の傾向にある
	03 あまり達成できなかった
	「01 ほぼ達成できた」「02 改善の傾向にある」を選択された方に伺います。何がどのようになったか、達成できた具体的内容をご記入下さい（例：外出頻度が増えたなど）。
	「02 改善の傾向にある」「03 あまり達成できなかった」を選択された方に伺います。どの部分が達成できなかったのか、また何故達成できなかったのか具体的内容をご記入下さい。

IV 今後の継続について

23（前問22で短期目標が「01 ほぼ達成できた」とお答えの場合）貴事業所におけるリハビリテーションの継続の有無		
01 継続する予定である →24へ	02 終了する予定である	03 未定である
24（前問23で「01 継続する予定である」とお答えの場合）継続する理由		
01 自己管理方法の習得が必要なため	02 福祉用具の安全な使用を定着させるため	
03 家族の介護負担軽減のため	04 本人がリハビリテーションを終了したがらないため	
05 終了後の行き先（地域内のサービス資源等）がないため	06 他に受け入れる事業所等がないため	
07 外出や他者との交流のため	08 新たな目標ができたため	
09 その他（	）	

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございます。

ご自宅における日常生活や健康状態に関するアンケート

あなたの自宅での日常生活の状況や、健康の状態についてお聞きします。最も近いと思われる番号に○（マル）をお付け下さい。

1 日常生活の状況について（1）

以下の①～⑧の質問について、現在の状況に最も近い番号に○をお付け下さい。

	はい	いいえ
① 新聞を読んでいますか	1	2
② 本や雑誌を読んでいますか	1	2
③ 健康についての記事や番組に関心がありますか	1	2
④ 友人の家を訪ねていますか	1	2
⑤ 家族や友人の相談にのっていますか	1	2
⑥ 病人を見舞うことができますか	1	2
⑦ 若い人に自分から話しかけることがありますか	1	2
⑧ 週に1回以上は外出をしていますか	1	2

2 日常生活の状況について（2）

以下の①～⑦の行為について、ご自分でできるし、実際している場合は「1」、できるが実際にはしていない場合は「2」、できない場合は「3」に○（マル）をお付けください。

	できるし している	できるが していない	できない
① バス・電車・自家用車等で一人で外出すること	1	2	3
② 日用品の買物をする事	1	2	3
③ 食事の用意をする事	1	2	3
④ 薬を飲むこと	1	2	3
⑤ 請求書の支払いをする事	1	2	3
⑥ 預貯金の出し入れをする事	1	2	3
⑦ 年金などの書類を書くこと	1	2	3

以下の⑧～⑬の行為について、ご自分でしている（介助を受けていない）場合は「1」、家族の方やケア職による介助を受けてしている場合は「2」にそれぞれ○（マル）をお付けください。

	自分でしている （介助なし）	介助を受けて している
⑧ 自宅内での歩行	1	2
⑨ 外出時の歩行	1	2
⑩ 風呂に入った際に全身を洗うこと	1	2
⑪ ズボンやパンツを脱いだり着たりすること	1	2
⑫ トイレ動作（ズボンの上げ下げ、排尿・排便、便器の後始末）	1	2
⑬ 食事をする事	1	2

3 日常生活の状況について（3）
 以下の1.～7.の行為について、介助を受けて行っているものの番号すべてに○をお付け下さい。

1. バス・電車・自家用車で外出すること	2. 日用品の買物をする事
3. 食事の用意をする事	4. 薬を飲むこと
5. 請求書の支払いをする事	6. 預貯金の出し入れをする事
7. 年金などの書類を書くこと	

4 あなたの現在の健康状態として最も近い番号に○をお付け下さい。

1. とてもよい	2. よい	3. あまりよくない	4. よくない
----------	-------	------------	---------

5 老人クラブ等への参加状況について
 以下のような会・グループ等にどの位の頻度で参加していますか。

	週4回 以上	週 2～3回	週 1回	月 1～3回	年に 数回	参加して いない
老人クラブ	1	2	3	4	5	6
町内会・自治会活動	1	2	3	4	5	6
趣味活動（お花、将棋、歌、書道など）	1	2	3	4	5	6
スポーツ関係のグループやクラブ	1	2	3	4	5	6
学習や教養サークル	1	2	3	4	5	6

6 現在利用しているリハビリテーションサービスについて
 現在利用しているサービスについて、感想や要望をお答え下さい。

① 満足度	1. 満足している 2. やや満足している 3. あまり満足していない 4. 満足していない
② サービスを受けて良かったこと	（具体的にお書きください）例：「外出が前よりできるようになった」など、ご自由に記入してください。
③ リハビリ専門職からのアドバイスに対する評価をお聞かせ下さい	1. 非常に参考になった →下欄も記入 2. まあまあ参考になった →下欄も記入 3. あまり参考にならなかった 4. 全く参考にならなかった 5. アドバイスはなかった （「1. 非常に参考になった」「2. まあまあ参考になった」を選択された方に伺います。特に参考になったアドバイスがあればお書きください。）
④ サービスへの要望	（具体的にお書きください）

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

-----事業所スタッフ記入-----

記入者区分（本人以外が記入した場合）	<input type="checkbox"/> ご家族	<input type="checkbox"/> 介護・看護等職員	<input type="checkbox"/> その他（ ）
利用者任意ID			

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【事業所/退所者票 老人保健施設】

問1 貴施設の概要についてご記入下さい。						
事業所名			事業所番号			
所在地	() 都・道・府・県		() 区・市・町・村			
経営主体	01 公立（都道府県・市区町村） 03 医療法人 05 社会福祉協議会 07 特定非営利活動法人		02 社会福祉法人（社会福祉協議会を除く） 04 社団・財団法人 06 営利法人（株式会社・有限会社） 08 その他の法人（)			
開設年月（西暦）	() 年 () 月開設					
定員	() 人					
同一または隣接の市町村で行っている医療・介護サービス（予防を含む）	01 病院 03 特別養護老人ホーム（地域密着型を含む） 05 介護療養型医療施設 07 訪問入浴介護 09 訪問リハビリテーション 11 通所リハビリテーション 13 短期入所療養介護 15 サービス付き高齢者住宅 17 夜間対応型訪問介護 19 小規模多機能型居宅介護 21 認知症対応型共同生活介護 23 その他（)		02 診療所 04 老人保健施設 06 訪問介護 08 訪問看護 10 通所介護 12 短期入所生活介護 14 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス） 16 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 18 認知症対応型通所介護 20 複合型サービス 22 居宅介護支援			
平均在所日数	平成23年度			平成24年度		
	() 日			() 日		
施設の機能	01 従来型		02 在宅強化型		03 療養型	04 療養強化型
利用者実数（人） （10月1日時点）	要介護1 人	要介護2 人	要介護3 人	要介護4 人	要介護5 人	合計 人
延べ利用者数*（人） （10月1日時点）	要介護1 人	要介護2 人	要介護3 人	要介護4 人	要介護5 人	合計 人
介護報酬上の届出	平成24年3月まで			平成24年4月以降		
	01 介護保健施設サービス費Ⅰ型 → i・ii			01 介護保健施設サービス費Ⅰ型 → i・ii・iii・iv		
	02 介護保健施設サービス費Ⅱ型 → i・ii			02 介護保健施設サービス費Ⅱ型 → i・ii・iii・iv		
	03 介護保健施設サービス費Ⅲ型 → i・ii			03 介護保健施設サービス費Ⅲ型 → i・ii・iii・iv		
	04 ユニット型介護保健施設サービス費Ⅰ型 → i・ii			04 ユニット型介護保健施設サービス費Ⅰ型 → i・ii・iii・iv		
	05 ユニット型介護保健施設サービス費Ⅱ型 → i・ii			05 ユニット型介護保健施設サービス費Ⅱ型 → i・ii・iii・iv		
	06 ユニット型介護保健施設サービス費Ⅲ型 → i・ii			06 ユニット型介護保健施設サービス費Ⅲ型 → i・ii・iii・iv		
ご記入者名	(ご所属：)					
ご連絡先	電話：			FAX：		

※延べ利用者数については、毎日の利用者数の合計を要介護度別にご記入下さい。例えば、Aさんが30日間、Bさんが28日間、Cさんが30日間利用した場合は、延べ利用者数は、「30人+28人+30人」で計88人となります。

問2 貴施設における加算の算定状況についてお伺いします（平成25年9月1か月分）		
加算の種類	算定の有無 (算定している場合は平成25年9月1か月分の件数を記入)	
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算	01 算定している→ () 件
在宅復帰支援機能加算	01 算定している→ () 件	02 算定していない
	11 平成24年4月から 12 平成24年3月以前から	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	01 算定している→ () 件	02 算定していない
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	01 算定している→ () 件	02 算定していない
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	01 算定している→ () 件	02 算定していない

問3 貴事業所の従事者数（管理者の方を含む）を常勤換算人数で回答下さい。			
	実人数		常勤換算
	常勤	非常勤	合計
01 医師			. 人
02 看護師・准看護師			. 人
03 生活相談員			. 人
04 介護職員			. 人
05 理学療法士			. 人
06 作業療法士			. 人
07 言語聴覚士			. 人
08 管理栄養士			. 人
09 歯科衛生士			. 人
10 その他の職員（事務職員も含む）			. 人

※複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して下さい。

※貴事業所における常勤者のうち他事業所との兼務者、非常勤者については、以下の計算式により換算人数を計算し、小数点以下第二位を四捨五入し、小数点以下第一位まで計上して下さい。

換算人数 = 職員の直近の1週間の延べ労働時間 ÷ 事業所が定めている1週間の所定労働時間

例. 1週間の所定労働時間が40時間の事業所において、週30時間労働の介護職員（非常勤者）が1名、週20時間労働の介護職員が2名、週15時間労働の介護職員が1名いた場合の換算人数の計算式は以下の通り。

$$\text{換算人数} = \frac{30\text{時間} \times 1\text{名} + 20\text{時間} \times 2\text{名} + 15\text{時間} \times 1\text{名}}{40\text{時間}} = 2.1\text{人}$$

問4 貴施設を退所して在宅に移行する入所者に対して、次に利用するサービス等（特にリハビリテーション関連のサービスについて）の紹介・調整等を行っていますか。	
01 行っている	→どのようなサービスの紹介等を行っていますか。 11 介護保険サービス事業所 12 介護保険施設 13 自治体の実施している地域支援事業 14 その他（具体的に：)
02 行っていない	
03 行いたいを紹介するサービス等を知らない	

問5 貴施設における自宅への退所者数をご記入下さい。						
平成25年4月	5月	6月	7月	8月	9月	
人	人	人	人	人	人	人

問6 平成25年9月中の貴施設からの退所者のうち、自宅に退所した方についてその属性等をご記入下さい。なお、1か月の間に複数回自宅への退所をした方がいらっしゃった場合は、直近の状況のみご記入下さい。

ID	年齢	性別	退所時に有していた疾患（複数）	要介護度	入所日	退所日	入所前の居場所	退所前訪問の有無	退所前カンファレンスの参加者（老健職員以外）	退所後の老健スタッフによる訪問の有無	在宅復帰の際のフォローの有無
	数字	1 男 2 女	1 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等） 2 心疾患（心臓病、心筋梗塞等） 3 悪性新生物（がん） 4 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等） 5 関節疾患（リウマチ、腰痛等） 6 認知症（アルツハイマー病等） 7 パーキンソン病 8 糖尿病 9 視覚・聴覚障害（緑内障、難聴等） 10 骨折・転倒 11 脊髄損傷 12 高血圧 13 高脂血症（脂質異常） 14 胃腸・肝臓・胆のうの病気 15 腎臓・前立腺の病気 16 血液・免疫の病気 17 うつ病 18 目の病気 19 耳の病気 20 その他（ ） 21 ない	1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5	例：H24.5.1	例：H25.9.15	1 自宅 2 特養 3 療養病床 4 医療機関 5 グループホーム 6 有料老人ホーム 7 その他	1 訪問した 2 訪問していない	1 ケアマネジャー 2 地域包括支援センター 3 リハ職 4 訪問看護師 5 ケア職 6 その他 7 カンファレンスは実施せず	1 あり 2 なし	1 自施設もしくは系列のサービスを提供 2 自施設もしくは系列事業所のケアマネジャー等を通じて状況を把握 3 自施設もしくは系列事業所以外のケアマネジャー等を通じて状況を把握 4 その他（ ） 5 特に何もせず
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											

10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。