

リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る
調査研究事業の調査検討組織
設置要綱（案）

1. 設置目的

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社はリハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究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、以下のとおりリハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究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、国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部長 川越 雅弘 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、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社が行う。
- (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。

リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業の
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 社会保障基礎理論研究部長） |
| 委員 | 安藤 高朗（公益社団法人 全日本病院協会 副会長） |
| | 大道 道大（一般社団法人 日本病院会 副会長） |
| | 佐藤 浩二（一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 在宅支援対策委員会 委員 社会医療法人敬和会大分岡病院 法人統括リハビリテーション管理部長） |
| | 中林 弘明（一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事） |
| | 沼田 美幸（公益社団法人 日本看護協会 医療政策部長） |
| | 林 真紀（公益社団法人 日本医療社会福祉協会 副会長） |

（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 逢坂悟郎 医療・介護連携技術推進官
鶴田真也 課長補佐
村井千賀 課長補佐
米倉なほ 主査
山田典央
振興課 服部 剛 係長

リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業（案）

1. 調査の目的

平成26年度報酬改定において、平成26年3月31日までとされていた維持期リハビリテーション※に関しては、原則として次回診療報酬改定（平成28年3月31日）までとされ、その際、介護保険におけるリハビリテーションの充実状況等を確認することとなっている。特に、介護保険におけるリハビリテーションは、身体機能の訓練に偏りがちのアプローチから、活動・参加を重視するアプローチへの変革が求められており、このような提供体制の見直しに伴う課題の把握が急務とされている。

そこで、本調査では、医療保険サービスから介護保険サービスに円滑に移行するための方策の検討に資する調査を実施する。

※算定上限日数を超えた、要介護者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションのこと。

2. 調査客体

- ①リハビリテーションを実施している病院（1,000施設）、ならびに当該病院の外来において維持期リハビリテーションを継続中の要支援・要介護者、
- ②通所リハビリテーション事業所（1,000事業所）、通所介護事業所（1,000事業所）とその利用者
- ③居宅介護支援事業所（1,000事業所）

3. 主な調査項目

- ①-1 病院：外来でのリハビリテーションの実施状況、通所リハビリテーションの実施の有無及び今後の開設意向、退院調整部門の設置状況・配置職員数、退院調整の実施方法等
- ①-2 外来患者：患者属性・特性、受給サービス、リハビリテーションの実施状況、外来でのリハビリテーションの継続の理由・目標・達成状況、終了についての説明、他サービスの紹介等
- ② 通所リハビリテーション事業所、通所介護事業所：利用者特性、提供しているリハビリテーションの内容等
- ③ 居宅介護支援事業所：退院患者に関する病院から介護支援専門員への引き継ぎ状況、退院支援プロセス、利用者の介護サービスの利用状況、引き継ぎがない場合の問題点等

4. 調査内容（調査票種類、調査内容等）

- ①病院票、外来患者票、患者本人票
- ②通所リハビリテーション事業所票・通所介護事業所票（表形式での利用者調査を含む）、利用者本人票
- ③居宅介護支援事業所票（表形式での利用者調査を含む）

5. 調査方法（郵送調査等）

- ・調査票を用いた郵送調査、および訪問インタビュー調査（補足調査）

平成26年度介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
 リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業
病院票（案）

※本調査票は、1頁～3頁は、医事課や事務のご担当者にご記入をお願いします。4頁は、病院の開設者・管理者の方など、経営に携わる方にご記入をお願いします。

※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。

※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。分からない場合は「-」と記入してください。

※調査時点は、平成26年7月1日または平成26年6月分、もしくは質問に記載している期間とします。

0. 脳血管疾患等リハビリテーション料または運動器リハビリテーション料の届出の有無についてお伺いします。

0) 届出を行っているリハビリテーション料(複数回答可)

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| 0 いずれもなし | 4 運動器リハビリテーション料 (I) |
| 1 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) | 5 運動器リハビリテーション料 (II) |
| 2 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) | 6 運動器リハビリテーション料 (III) |
| 3 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III) | |

※いずれの届出も行っていない場合は、本調査の対象外となります。以降の設問の回答は不要ですので、ここまでの回答で、返送してください。ご協力ありがとうございました。

1. 貴院の概要についてお伺いします。

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|----------|------------------------------|---|----------|----------|-------------|--------------|
| 1) 所在地 | () 都・道・府・県 | | | | | | | | |
| 2) 開設者 | 1 国 2 公的医療機関 3 社会保険関係団体 4 医療法人 5 個人 6 その他 | | | | | | | | |
| 3) 以下のうち、同一法人または系列法人が有している施設・事業所を選んでください(複数回答可) | | | | | | | | | |
| 1 診療所 | | | | | | | | | |
| 2 介護老人保健施設 | | | | | | | | | |
| 3 訪問看護事業所→理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は配置されていますか (a はい b いいえ c 不明) | | | | | | | | | |
| 4 訪問リハビリテーション事業所 | | | | | | | | | |
| 5 通所介護事業所→理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は配置されていますか (a はい b いいえ c 不明) | | | | | | | | | |
| 6 通所リハビリテーション事業所 | | | | | | | | | |
| 7 1～6の施設・事業所は持っていない | | | | | | | | | |
| 4) 病床数 | | | | | | | | | |
| 一般 病床 | (うち) 回復期 リハ病床 | | 療養 病床 | (うち) 回復期リ ハ病床 | | 精神 病床 | 結核 病床 | 感 染 症 病床 | 合 計 病 床 数 |
| | (うち) 地 域 包 括 ケア 病 床 | | | (うち) 地 域 包 括 ケア 病 床 | | | | | |
| 床 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| 5) 一般病棟を有する場合:一般病棟の看護区分 | | | | | | | | | |
| 1 7対1 2 10対1 3 13対1 4 15対1 5 なし | | | | | | | | | |
| 6) 一般病棟を有する場合:一般病棟の平均在院日数(小数点以下第1位まで)※ | | | | | | | | (.) 日 | |

※平均在院日数(6月分) = 6月の一般病棟の在院患者延数 ÷ (6月の新入棟患者数 + 6月の新退棟患者数) / 2

| 7) 回復期リハビリテーション病棟を有する場合:算定している診療報酬(複数回答可) | | | | |
|---|-----------------------|---|-----------|---|
| 1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 | 2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 | | | |
| 3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 | 4 休日リハビリテーション充実加算 | | | |
| 5 リハビリテーション充実加算 | 6 なし | | | |
| 8) 平成 26 年 7 月 1 日時点の職員数(実人数) | | | | |
| | 常 勤 | | 非 常 勤 | |
| ① 医師 | | 人 | | 人 |
| (うち)リハビリテーション科の医師 | | 人 | | 人 |
| ② 歯科医師 | | 人 | | 人 |
| ③ 看護師・准看護師 | | 人 | | 人 |
| ④ 理学療法士 | | 人 | | 人 |
| ⑤ 作業療法士 | | 人 | | 人 |
| ⑥ 言語聴覚士 | | 人 | | 人 |
| ⑦ 柔道整復師 | | 人 | | 人 |
| ⑧ あん摩マッサージ指圧師 | | 人 | | 人 |
| ⑨ 歯科衛生士 | | 人 | | 人 |
| ⑩ ソーシャルワーカー | | 人 | | 人 |
| (うち)社会福祉士の資格保有者 | | 人 | | 人 |
| 9) 貴院では患者会を支援していますか | 1 いる | | 2 いない | |
| 10) 貴院では市区町村にリハ職を派遣していますか | 1 派遣している | | 2 派遣していない | |

2. 貴院の退院患者の概況等についてお伺いします。

| 11) 平成 26 年 6 月の退院患者について、退院後の状況別に人数をご記入ください。 ※対象人数がない場合には、「0」人、内訳が分からない部分は「-」と記入してください。 | | | | | | | | |
|--|----|------|------|------------|------------------------------|------|----|------|
| | 転院 | 老健入所 | 特養入所 | 自宅等、在宅への退院 | うち 外来でリハ リテーションを 実施 | 死亡退院 | 不明 | 合計 |
| 病院全体 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| (うち)回復期 リハ病棟分 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 12) 平成 26 年 6 月 1 か月分の診療報酬の算定実績 | | | | | | | | 算定件数 |
| ① 退院調整加算 1 | | | | | | | | 件 |
| ② 退院調整加算 2 | | | | | | | | 件 |
| ③ 退院時共同指導料 2 | | | | | | | | 件 |
| (うち) 3 者以上と共同して指導を行った件数 | | | | | | | | 件 |
| ④ 介護支援連携指導料 | | | | | | | | 件 |
| ⑤ 地域連携診療計画管理料 | | | | | | | | 件 |
| ⑥ 退院時リハビリテーション指導料 | | | | | | | | 件 |
| ⑦ リハビリテーション総合計画提供料 | | | | | | | | 件 |

3. 貴院の外来患者の概況等についてお伺いします。

| |
|--------------------------------|
| 13) 貴院では、外来でリハビリテーションを実施していますか |
| 1 実施している |
| 2 病院では実施していないが、同一法人の診療所で実施している |
| 3 実施していない⇒4.の設問へ進んでください |

※1.病院の外来でリハビリテーションを実施している場合は、次の設問にご回答ください。

2.病院で実施せず同一法人の診療所で実施している場合、可能であれば、診療所の状況をご記入ください。

| | | | | |
|--|------------------|----------|---------------|----|
| 14) 貴院の外来でのリハビリテーション料の算定状況についてお伺いします。(平成26年7月) | | | | |
| | 脳血管疾患等リハビリテーション料 | | 運動器リハビリテーション料 | |
| | 廃用症候群以外の 場合 | 廃用症候群の場合 | | |
| リハビリテーションの算定人数(実人数) | 人 | 人 | 人 | |
| うち、標準的算定日数を超え、医師が「改善が見込まれない」と判断した患者(維持期リハ対象)で要支援・要介護の認定を受けている患者 | 人 | 人 | 人 | |
| 15) 平成26年4月～6月の3カ月間に、外来での維持期リハの対象となった介護保険の対象の患者で、外来でのリハを終了した患者はいましたか。いた場合、以下の質問にもご回答ください。なお、該当の患者がいない場合には「0」、不明の場合には「-」とご記入ください。 | | | 人 | |
| 15)-① そのうち、終了後に、貴院の通所リハビリテーション(介護保険)を利用 | | | 人 | |
| 15)-② そのうち、終了後に、貴院の訪問リハビリテーション(介護保険)を利用 | | | 人 | |
| 15)-③ そのうち、終了後に、他施設・事業所で介護保険のリハビリテーションを利用 | | | 人 | |
| | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 |
| 16) 介護保険リハビリテーション移行支援料算定件数 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 17) 貴院では、患者が要支援・要介護者がどうかを確認するようにしていますか | | | | |
| 1 原則、いつも確認するようにしている 2 特に確認するようにはしていない | | | | |

4. 貴院における通所リハビリテーション(介護保険)の実施状況についてお伺いします。

| | |
|---------------------------------|---|
| 18) 通所リハビリテーションは実施していますか(複数回答可) | 1 自院で実施 2 同一法人の診療所で実施 3 同一法人の介護老人保健施設で実施 4 実施していない⇒5.の設問へ進んでください |
|---------------------------------|---|

≪18-①～④は貴院(病院)で、通所リハビリテーションを実施している場合に、6月分についてご回答ください≫

| | |
|-------------------------------|---------------|
| 18)-① 通所リハビリテーションの定員(1日あたり) | 人 |
| 18)-② 通所リハビリテーション費を算定した利用者延べ数 | 延べ 人 |
| (うち)1時間以上2時間未満 | 延べ 人 |
| 18)-③ 通所リハビリテーションの6月における実施日数 | 日 |
| 18)-④ 通所リハビリテーションはみなし指定ですか | 1 はい 2 いいえ |

※利用者延べ数は、例えば1人の利用者が6月中に5回利用した場合は5人として計算してください。

<<病院の開設者・管理者の方皆様にお伺いします。>>

5. 貴院における今後の方針についてお伺いします。

19) 今後、貴院としては、医療保険での外来のリハビリテーションについて、どのようにしていきたいと考えていますか

- 1 拡大したい 2 現状維持 3 縮小したい 4 わからない



19)-① 19)で「3縮小したい」を選んだ場合、その理由を教えてください。(複数回答可)

- 1 外来リハビリテーションを必要とする患者が減少しているから
 2 リハビリ専門職が不足しているから
 3 外来リハビリの採算が取れないから
 4 外来リハビリに比べて収益性の高い事業があるので、そちらにシフトしたいから
 5 その他 ()

≪20) は平成26年6月時点で、貴院で通所リハビリテーション(介護保険)を実施していない場合にご回答ください≫

20) 今後、通所リハビリテーションを開設する意向はありますか。

- 1 ある 2 開設するつもりは全くない 3 開設したいが、現状では困難である 4 わからない



20)-① 20)で「2 開設するつもりは全くない」を選んだ場合、その理由として該当するもの全てに○を付けてください。もっとも当てはまるもの1つには◎を付けてください。

- 1 患者から望まれていないから
 2 同一法人・系列法人内の他の事業所で実施しているから
 3 当院の役割とは考えないから
 4 通所リハビリでは、患者に対し、専門的なリハビリが提供できないから
 5 その他 ()

20)-② 20)で「3 開設したいが、現状では困難である」を選んだ場合、その理由として該当するもの全てに○を付けてください。もっとも当てはまるもの1つには◎を付けてください。

- 1 通所リハビリに従事する人員を確保できない(事務員、介護職員、リハビリ専門職等)
 2 外来の医師の負担が重くなる
 3 介護報酬の請求事務の負担が大きい
 4 利用者の送迎体制を整えることが困難
 5 通所リハビリのために別途場所の確保が必要となる
 6 通所リハビリの報酬では採算がとれない
 7 その他 ()

質問は以上で終わりです。記入済みの調査票は、返送用封筒(切手は不要です)に入れ、**8月22日(金)までに**ポストに投函してください。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。

なお、記入内容についておうかがいする場合があります。病院名と連絡先等をご記入ください。

| | | | |
|----------------|--|-------|--|
| 病院名 | | 電話番号 | |
| ご担当者の 部署・役職 | | ご担当者名 | |

平成26年度介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業
「要介護者が自宅退院する場合の退院調整」に関する調査票（案）（退院調整部門調査）

本調査における「退院調整」とは、入院中の要介護者（申請中を含む）が自宅に退院する前に、病院が介護支援専門員に対して行う引き継ぎ作業のことを指します。

※本調査票は、退院調整部門があれば、退院調整部門の責任者の方がご記入ください。退院調整部門がない場合は、看護部等で、退院調整を行っている方がご記入ください。

※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。

※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。分からない場合は「-」と記入してください。

※調査時点は、平成26年7月1日または平成26年6月分とします。

1 退院調整部門の設置状況についておうかがいします。

| | | |
|--------------|-----------|-----------|
| 問1 退院調整部門の有無 | 1 有(⇒問2へ) | 2 無(⇒問5へ) |
|--------------|-----------|-----------|

(退院調整部門が有る場合に、ご回答ください)

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------|---|--------------|----------------------|---------------|----------|-------------------------|-------------|------------|
| 問2 退院調整部門の配置職員数(実人数)を職種別に教えてください。なお、該当の職種がない場合は、「0」人とご記入ください。 | | | | | | | | | |
| | 総数 | 医師 | 看護師・ 准看護師 | ソーシャルワ ーカー | (うち)社 会福祉士 | 事務 職員 | 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | ケアマネ ジャー | その他 () |
| 実人数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| うち 専従者 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 問3 6月分の総退院患者数 | ()人 | | | 問4 うち、退院調整部門が関わった患者数 | ()人 | | | | |
| 問4 要介護者が自宅退院する 場合の主たる調整者 は誰ですか | 所属部門 | 1 退院調整部門 2 その他 () | | | | | | | |
| | 職種 (○は主な 1つ) | 1 医師 2 看護師 3 社会福祉士・ソーシャルワーカー 4 事務職員 5 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 (以下リハビリ専門職) 6 ケアマネジャー 7 その他 () | | | | | | | |

(退院調整部門が無い場合に、ご回答ください)

| | | | |
|--|-----------|-------------------|---------|
| 問5 退院調整部門の今後の設置予定 | 1 有 | 2 無 | |
| 問6 要介護者が自宅退院する 場合の主たる調整者 は誰ですか (○は主な1つ) | 1 医師 | 2 病棟の看護師 | 3 外来看護師 |
| | 4 退院調整看護師 | 5 社会福祉士・ソーシャルワーカー | |
| | 6 事務職員 | 7 リハビリ専門職 | |
| | 8 ケアマネジャー | 9 その他 () | |

(これ以降の質問は、退院調整部門の有無にかかわらず、回答者全員におうかがいします。)

2 退院調整の方法についておうかがいします。貴院の「一般病棟」「回復期リハビリテーション病棟」「療養病床」ごとに、該当する選択肢を回答欄に記入してください。(該当の病床がない場合や状況が記入者では分からない場合は空欄のままとしてください。)

| 設問 | 選択肢 | 回答欄 | | |
|---------------------------|--|-----|----|----|
| | | 一般 | 回復 | 療養 |
| 問7 患者の退院支援ルールが院内で決まっていますか | 1 はい(⇒問7-1へ) 2 いいえ | | | |
| 問7-1 ルールは活用されていますか | 1 十分活用されている 2 活用されている 3 どちらともいえない 4 あまり活用されていない 5 全く活用されていない | | | |
| 問8 退院支援についてのマニュアルはありますか | 1 ある 2 ない | | | |

| 設問 | 選択肢 | 一般 | 回復 | 療養 |
|--|---|----|----|----|
| 問 9 要介護者が自宅退院する場合、対象者全員に退院調整を行っていますか | 1 全員に実施 2 一部に実施 3 全く行っていない | | | |
| 問 10-1 退院調整が必要な患者を抽出するためのスクリーニング表の有無 | 1 あり ※貴院でお使いのスクリーニング表を返信用封筒に同封下さい。但し、差し支えがある場合は、ご提出頂かなくても結構です。 2 なし | | | |
| 問 10-2 退院調整の対象者のスクリーニングの主な実施者(○は1つ) | 1 医師 2 退院調整看護師 3 病棟看護師 4 ソーシャルワーカー・社会福祉士 5 リハビリ専門職 6 その他 () | | | |
| 問 10-3 スクリーニングの時期(原則)(○は1つ) | 1 入院前(外来通院時) 2 入院時 3 入院から7日以内 4 入院後7日以上多職種カンファレンス時 5 退院決定時 6 退院の直前 | | | |
| 問 11 退院患者の要介護度を確認していますか | 1 全員分を確認している 2 一部は確認している 3 ほとんど確認していない | | | |
| 問 12 退院患者のケアマネジャーの有無を確認していますか | 1 全員分を確認している 2 一部は確認している 3 ほとんど確認していない | | | |
| 問 13 担当のケアマネジャーがいる場合、退院前にケアマネジャーに連絡していますか | 1 必ず連絡する 2 連絡しないことがある 3 ほとんど連絡しない | | | |
| 問 14 退院時に要介護状態である患者について、担当のケアマネジャーが決まっていな場合、どのような対応をとられていますか | 1 患者・家族にケアマネジャーの選定を依頼する 2 地域包括支援センターへつなぐ 3 病院側からケアマネジャーを紹介する (→問 14-1 へ) 4 その他 () | | | |
| (問 14 で「3 病院側からケアマネジャーを紹介する」と回答された方に伺います。) | | | | |
| 問 14-1 ケアマネジャーを紹介する際に患者の状態像に応じてケアマネジャーの選定を考慮する場合がありますか | 1 状態像による考慮はしない(紹介する先はほぼ決まっている) 2 状態像に応じて考慮する場合がある →(具体的に:) ※例: がん末期の場合は、訪問看護のある居宅介護支援事業所を紹介する | | | |
| 問 15 退院時情報提供書の様式について | 1 他機関が作成した既存の様式を使っている 2 自院内のみで検討して、様式を作成した 3 自院以外の機関と協議して、様式を作成した 4 特に決まった様式はない | | | |
| 問 16 退院時サマリーの様式について(複数回答可) | 1 看護サマリーを添付している 2 リハビリテーションサマリーを添付している 3 PT・OT・ST で別々にサマリーを添付している 4 その他 () 5 特に添付していない ※貴院でお使いのサマリーの様式を返信用封筒に同封ください。ただし、差し支えがある場合は、ご提出頂かなくても結構です。 | | | |
| 問 17 退院後の患者フォローをされていますか | 1 全員にしている 2 一部にしている 3 していない | | | |
| (問 17 で「1 全員にしている」または「2 一部にしている」と回答された方に伺います。) | | | | |
| 問 17-1 その方法は何ですか(複数回答可) | 1 自宅を訪問している 2 ケアマネジャーから情報収集 3 ケアマネジャー以外から情報収集 4 その他 | | | |
| 問 18 院内の退院調整システムについての自己評価について | 1 十分な体制が整備されており、改善の余地はない 2 未整備な点があり、改善の余地がある → [具体的に:] | | | |

設問は以上です。ご協力、誠にありがとうございました。

平成26年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業

患者調査：職員記入票（案）

※本調査の対象は、調査票が届いた翌週のうち、外来リハを実施している任意の1日において、外来で維持期リハビリテーション（算定上限日数を超えた維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション）を実施した要支援・要介護者（要介護認定を受けている方）全員です。

※本調査票は、当該利用者の状況について詳しいリハビリの担当職員の方がご記入ください。

※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に記載しています。

※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。分からない場合は「-」と記入してください。

※調査時点は、平成26年8月1日または、質問に記載している期間とします。

1 利用者の基本属性

| | | | | |
|--------------------|---|--|-----|-----|
| 1) 年齢 | () 歳 | 2) 性別 | 1 男 | 2 女 |
| 3) 住まい | 1 戸建て 3 サービス付き高齢者向け住宅 5 養護老人ホーム 7 旧高齢者専用賃貸住宅 9 分からない | 2 マンション、アパート、団地 4 有料老人ホーム 6 軽費老人ホーム・ケアハウス 8 その他 () | | |
| 4) 病院までの主な通院手段 | 1 徒歩 2 自転車・バイク 3 バス・電車 4 自動車➡ (a 自分で運転 b 自分以外が運転) 5 その他 () 6 不明 | | | |
| 5) 病院までの通常の移動時間 | 1 約 () 分 2 分からない | | | |
| 6) 通院介助の必要性 | 1 必要 2 不要 | | | |
| 7) 世帯構成 | 1 独居 2 高齢者夫婦のみ世帯 3 その他 4 不明 | | | |
| 8) 介護力 | 1 介護できる人はいない 2 時間帯によって介護できる人がいる 3 常時、介護できる人がいる 4 不明 <u><2、3を選択した方> 主たる介護者もお答えください。(○は1つ)</u> 1 配偶者 2 息子 3 娘 4 子の配偶者 5 その他 () | | | |
| 9) 要介護度 | ①外来リハビリ開始時 1 要支援1 2 要支援2 3 要介護1 4 要介護2 5 要介護3 6 要介護4 7 要介護5 8 認定なし(申請中含む) 9 不明 ②直近 1 要支援1 2 要支援2 3 要介護1 4 要介護2 5 要介護3 6 要介護4 7 要介護5 8 認定なし(申請中含む) 9 不明 | | | |
| 10) 障害高齢者の日常生活自立度 | 1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2 10 不明 | | | |
| 11) 認知症高齢者の日常生活自立度 | 1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明 | | | |

2 外来リハビリテーションの実施状況等についてお答え下さい。

| | | | |
|---|---|--|------------------------------|
| 1) 外来リハビリの開始日 | 平成 () 年 () 月 () 日 | | |
| 2) 外来リハビリの医師の指示内容 (複数回答可) | 1 心身機能維持 4 ADL・IADLの回復 7 医学的管理 (疼痛緩和を含む) 8 その他 () | 2 心身機能回復 5 社会適応能力の維持 | 3 ADL・IADLの維持 6 社会適応能力の回復 |
| 3) 外来リハビリの実施日数 (平成26年7月の1カ月間) | () 日 | | |
| 4) 外来リハビリの実施単位数 (直近の1回分) | () 単位 | | |
| 5) リハビリを行った職員 (複数回答可) | 1 理学療法士 4 柔道整復師 | 2 作業療法士 5 あん摩マッサージ指圧師 | 3 言語聴覚士 |
| 6) 診療報酬で算定しているリハビリの種類 | 1 脳血管疾患等リハビリテーション (廃用症候群以外) 2 脳血管疾患等リハビリテーション (廃用症候群) 3 運動器リハビリテーション | | |
| 7) あなた (リハ職) からみて、患者が外来リハビリを続けるとどうなると思いますか。 | | | |
| ①心身機能 | 1 向上する 2 維持する 3 低下する | | |
| ②ADL・IADL | 1 向上する 2 維持する 3 低下する | | |
| ③社会適応能力 | 1 向上する 2 維持する 3 低下する | | |
| 8) あなたが提供しているリハビリの目的として、最も近いものの1つに○ | 1 心身機能維持 4 ADL・IADLの回復 7 医学的管理 (疼痛緩和を含む) 8 その他 () | 2 心身機能回復 5 社会適応能力の維持 | 3 ADL・IADLの維持 6 社会適応能力の回復 |
| 9) その具体的目標について | 例) 屋外歩行ができて、趣味のつりに行ける。 | | |
| 10) リハビリの実施内容 (複数回答可) | 1 関節可動域訓練 3 筋力トレーニング 5 歩行訓練 (屋内) 7 排泄・入浴などのADL訓練 9 患者・家族に対する介護指導 11 言語リハビリ 13 社会参加訓練 (患者会、趣味の会、住民の集いへの参加等) 14 機能・ADL評価 16 その他 () | 2 摂食・嚥下の訓練 4 寝返り、起き上がり、立ち上がり 6 歩行訓練 (屋外) 8 調理・掃除・買い物などのIADL訓練 10 患者に対する障害教育 12 認知機能訓練 | 15 装具・座位保持装置等の適合評価 |
| 11) 現在のリハビリの実施内容は、本人の期待に適切に応える内容ですか | 1 はい 2 いいえ | | |
| 2 いいえの場合：その理由 | | | |
| 12) 現在のリハビリの実施内容は、本人の病状、障害程度に対し適切な内容ですか | 1 はい 2 いいえ | | |
| 2 いいえの場合：その理由 | | | |

3 維持期リハビリテーションの実施及び終了について

| | |
|--|--|
| <p>1) この患者が、標準的算定日数を超えて、状態の改善が期待できると医学的に判断されないにも関わらず、外来でのリハビリテーションが実施されている理由はなぜかとあなたは思いますか。(複数回答可) ※(標準的算定日数)脳血管疾患等リハビリテーション:180日、運動器リハビリテーション:150日</p> | |
| <p>1 自院で通所系のリハビリテーション(介護保険)を提供していないから 2 近隣で通所系のリハビリテーション(介護保険)を提供していないから 3 介護保険のリハビリテーションでは患者に適切なリハビリテーションが提供されないから 4 患者が、医療から介護へ移行すると、リハビリテーションの質が下がると思っているから 5 患者が、当院との関わりがなくなることに対する心理的抵抗感が大きいから 6 家族が、当院でのリハビリテーション継続を希望しているため 7 介護保険によるリハビリテーションを利用すると支給限度額を超えるから 8 介護保険になると患者の自己負担額が増えるから 9 患者がグループホーム等に入居しているため、介護保険でのリハビリテーションを利用できないから 10 その他()</p> | |
| <p>2) (担当リハビリ専門職からみて) この患者の外来での維持期リハビリテーションを今後どうすべきだと思いますか。また、その理由として、最もあてはまる理由を1つ選んで下さい。</p> | |
| <p>1 できれば終了したい ➡その理由は：a 回復の見込みがないから b 採算が合わないから c 介護保険のサービスを利用したほうがよいと思うから d その他()</p> | |
| <p>2 できるだけ継続すべき ➡その理由は：a 他の医療機関では、専門的なリハビリテーションアプローチを受けることが難しいと考えるから b 医学的リスクが高く、他ではアプローチが難しいと考えるから c 介護保険のリハビリテーションサービスでは機能を改善・維持することが難しいと考えるから d 以前、介護サービスに紹介したが状態が悪くなって戻ってきた経験があるから e 他の適当なサービス提供機関を知らないから f その他()</p> | |
| <p>3) 外来リハビリテーションの終了について、この患者に説明・相談をしたことはありますか。ある場合、誰が行いましたか。</p> | |
| <p>1 有 ➡誰が？(a 医師 b リハビリ職 c 看護師 d ソーシャルワーカー e その他()) 2 無 3 不明</p> | |
| <p>4) この患者に外来リハビリテーションの終了後の他のサービスの利用について勧めたことはありますか。</p> | |
| <p>1 有 ➡どこを？(a 他院の外来リハ b 自院の通所系リハ c 同一法人の通所系リハ d 他法人の通所系リハ e その他()) 2 無 3 不明</p> | |
| <p>5) 通所リハビリテーションや通所介護の内容を本人はどの程度理解していると思いますか</p> | <p>1 詳しく内容を知っている 2 大まかな内容を知っている 3 名前を聞いたことがある程度 4 全く知らない 5 不明</p> |
| <p>6) 通所リハビリテーションや通所介護に行くことを本人はどう思っていると思いますか</p> | <p>1 行ってもよい 2 まあ行ってもよい 3 あまり行きたくない 4 絶対に行きたくない 5 不明</p> |

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

<患者本人票>

病院でのリハビリテーションに関するアンケート

病院で受けていらっしゃるリハビリのご様子についてうかがいます。各質問について、あてはまる番号を○で囲んでください。選んだいただく数は質問文に記載しています。

問1 病院でリハビリを受けることで、あなたの「**身体機能（麻痺や関節の動きなど）**」はどのようになると思っていますか（あてはまる番号1つに○）

- | | | |
|---------|-------------|---------|
| 1. よくなる | 2. 現状が維持できる | 3. 悪化する |
|---------|-------------|---------|

問2 病院でリハビリを受けることで、「**日常生活を送る上での動作（移動、食事、排泄、入浴、着替えなど）**」はどのようになると思っていますか（番号1つに○）

- | | | |
|---------|-------------|---------|
| 1. よくなる | 2. 現状が維持できる | 3. 悪化する |
|---------|-------------|---------|

問3 病院でリハビリを受けることで、「**病気やけがになる前に行っていた社会的活動（趣味活動や、仕事をするなど）**」はどのようになると思っていますか（番号1つに○）

- | | | |
|---------|-------------|---------|
| 1. よくなる | 2. 現状が維持できる | 3. 悪化する |
|---------|-------------|---------|

問4 あなたが、病院でリハビリを続けている理由は何ですか（あてはまる番号すべてに○）

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 身体機能（麻痺や関節の動きなど）を治したい（よくしたい） 2. 言葉や記憶を治したい（よくしたい） 3. 痛みを治したい（よくしたい） 4. 筋力や体力をつけたい 5. 歩けるようになりたい 6. 日常生活を送る上での基本的な動作（移動や食事、排泄、入浴、着替えなど）ができるようになりたい 7. 買い物や掃除、料理など家事ができるようになりたい 8. 病気やけがになる前に行っていた趣味活動や仕事をするなどの社会的活動をできるようになりたい 9. 専門のリハビリテーションを受けたい 10. 入院していた病院で、これからも診てもらいたい 11. 今まで診て頂いた医師に、これからも診てもらいたい 12. 担当のリハビリ職に、これからも診てもらいたい 13. 病院へ行って、職員やなじみの患者仲間などに会いたい 14. 介護保険のリハビリテーションを受けてみたが満足できなかった 15. 何となく続けている 16. その他（ |) |
|--|---|

問5 あなたは、**入院中に**「身体機能（麻痺や関節の動きなど）や日常生活を送る上での動作（移動、食事、排泄、入浴、着替えなど）の今後の見通し」に関する説明を受けましたか。

- | | |
|-----------|----------------------|
| 1. 説明を受けた | 2. 説明は受けていない（覚えていない） |
|-----------|----------------------|

「説明を受けた」方は問6～7を回答下さい。

「説明を受けていない」方は問8を回答下さい。

問6 その説明をいつ受けましたか（番号1つに○）

- | | | | |
|-----------|--------------|---------|--------|
| 1. 入院してすぐ | 2. リハビリを受ける前 | 3. 退院直前 | 4. その他 |
|-----------|--------------|---------|--------|

問7 その説明を誰から受けましたか（番号1つに○）

- | | | | |
|---------|----------|--------------|--------|
| 1. 医師から | 2. リハ職から | 3. ケアマネジャーから | 4. その他 |
|---------|----------|--------------|--------|

問8 その説明を受けたかったですか（番号1つに○）

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

（問8で「1. はい」を選択した方にうかがいます）

問8-1 その説明をいつ受けたかったですか（番号1つに○）

- | | | | |
|-----------|--------------|---------|--------|
| 1. 入院してすぐ | 2. リハビリを受ける前 | 3. 退院直前 | 4. その他 |
|-----------|--------------|---------|--------|

問8-2 その説明を誰から受けたかったですか（番号1つに○）

- | | | | |
|---------|----------|--------------|--------|
| 1. 医師から | 2. リハ職から | 3. ケアマネジャーから | 4. その他 |
|---------|----------|--------------|--------|

問9 あなたは、介護保険の通所リハビリテーションや通所介護というサービスをご存知ですか（番号1つに○）

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1. 詳しく内容を知っている | 2. 大まかな内容を知っている |
| 3. 名前を聞いたことがある程度 | 4. 全く知らない |

問10 あなたは病院の職員から通所リハビリテーションや通所介護について説明を受けたことはありますか（番号1つに○）

- | | | |
|-------|-------|-------------|
| 1. ある | 2. ない | 3. よく覚えていない |
|-------|-------|-------------|

（問10で「1. ある」を選択した方にうかがいます）

問10-1 そのサービスを利用したいと思いませんか。（番号1つに○）

- | | | |
|--------|-----------|-----------|
| 1. 思った | 2. 思わなかった | 3. 覚えていない |
|--------|-----------|-----------|

問11 病院で受けている今のリハビリの代わりに、通所リハビリテーションや通所介護に通ってもよいと思いませんか。（番号1つに○）

- | | | |
|-------|---------|------------|
| 1. 思う | 2. 思わない | 3. 何とも言えない |
|-------|---------|------------|

ご協力を誠にありがとうございました。

【職員の方へ】「患者調査：職員記入票」に記載した任意IDを記載下さい。

| | |
|------|--|
| 任意ID | |
|------|--|

平成26年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業
（介護予防）通所リハビリテーション事業所票（案）

- ※本調査票は、通所リハビリテーション事業所の管理者の方がご記入ください。
 ※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。
 ※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。分からない場合は「-」と記入してください。
 ※調査時点は、平成26年7月1日または平成26年6月分、もしくは質問に記載している期間とします。

1. 貴事業所の基本情報についてお伺いします。

| | |
|--|---|
| 1) 所在地 | () 都・道・府・県 |
| 2) 事業開始年月 | 平成()年()月 |
| 3) 開設主体 | 1 病院 2 診療所 3 介護老人保健施設 |
| 4) 規模 | 1 通常規模 (月平均利用延人員数 750 人以内) 2 大規模事業所 (I) (月平均利用延人員数 750 人超 900 人以内) 3 大規模事業所 (II) (月平均利用延人員数 900 人超) |
| 5) 貴事業所と同一または系列法人が他に運営する医療・介護施設・事業所(複数回答可) | |
| 1 病院 | 2 診療所 |
| 3 介護老人福祉施設 | 4 介護老人保健施設 |
| 5 訪問介護事業所 | 6 訪問入浴介護事業所 |
| 7 訪問看護事業所 | 8 訪問リハビリテーション事業所 |
| 9 通所介護事業所 | 10 通所リハビリテーション事業所 |
| 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 その他 () | |

2. 貴事業所の職員体制についてお伺いします。

平成26年7月1日時点の職員数について、常勤換算数で記入してください。

※常勤換算数は「従事者の1週間の勤務延時間÷貴事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数」で計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。常勤と非常勤の合計人数で記入してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上してください。

| 管理者 | 医師 | 歯科 医師 | 理学 療法士 | 作業 療法士 | 言語 聴覚士 | 看護 職員 | 介護 職員 | 歯科 衛生士 | その他 の職員 |
|-----|----|----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|------------|
| . | . | . | . | . | . | . | . | . | . |

3. 貴事業所の利用者数（平成26年6月分）についてお伺いします。

| 1) 平成26年6月1日時点の 利用登録者数 | 人 | 2) 1日あたりの定員 | 人 | | | | |
|--------------------------------|------|-------------|------|------|------|------|---------------|
| 3) 利用登録者数について、要介護度別人数をご記入ください。 | | | | | | | |
| 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 | その他 (申請中等) |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

4. 貴事業所の加算の有無及び算定人数・回数（平成26年6月分）についてお伺いします。

| | | |
|-------------------------|-------------------|-----|
| 1) 理学療法士等体制強化加算 | 1 有 | 2 無 |
| 2) 訪問指導等加算 | 1 有 | 2 無 |
| 3) リハビリテーションマネジメント加算 | 1 有⇒人数（ ）人 | 2 無 |
| 4) 短期集中リハビリテーション実施加算 | 1 有⇒人数（ ）人、回数（ ）回 | 2 無 |
| 5) 個別リハビリテーション実施加算 | 1 有⇒人数（ ）人、回数（ ）回 | 2 無 |
| 6) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | 1 有 | 2 無 |
| 7) 口腔機能向上加算 | 1 有 | 2 無 |
| 8) 重度療養管理加算 | 1 有⇒人数（ ）人 | 2 無 |
| 9) 運動器機能向上加算 | 1 有 | 2 無 |
| 10) 選択的サービス複数実施加算 | 1 有 | 2 無 |

5. (介護予防) 通所リハビリテーションの実施状況（平成26年6月分）についてお伺いします。

| | | |
|----------------------------|----|---|
| 1) (介護予防) 通所リハビリテーションの実施日数 | | 日 |
| 2) 通所リハビリテーション費を算定した利用者延べ数 | 延べ | 人 |
| 【うち】1時間以上 2時間未満 | 延べ | 人 |
| 【うち】2時間以上 3時間未満 | 延べ | 人 |
| 【うち】3時間以上 4時間未満 | 延べ | 人 |
| 【うち】4時間以上 6時間未満 | 延べ | 人 |
| 【うち】6時間以上 8時間未満 | 延べ | 人 |

6. 短期集中リハビリテーションについてお伺いします。

（平成26年4月に短期集中リハビリテーション実施加算の算定者がいた事業所にお伺いします。）

| | | | | | | |
|---|------|------------------|------|------|------|-----------|
| 1) 平成26年4月の短期集中リハビリテーション実施加算の算定者数 | | () 人 | | | | |
| 2) 1)の算定者の要介護度別人数 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他(申請中等) |
| | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 3) 1)の算定者について、短期集中リハビリテーション実施加算の算定期間終了後の通所リハの利用状況 | 継続 | ①利用継続 | | | | 人 |
| | 終了 | ②通所リハ終了後、在宅生活の継続 | | | | 人 |
| | | ③入院 | | | | 人 |
| | | ④老健へ入所 | | | | 人 |
| | | ⑤特養へ入所 | | | | 人 |
| | | ⑥その他 | | | | 人 |
| | | ⑦わからない | | | | 人 |

記入内容についておうかがいする場合があります。事業所名と連絡先をご記入ください。

| | | | |
|------|--|------|--|
| 事業所名 | | 電話番号 | |
|------|--|------|--|

(以下は理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の方がお答えください。)

7-1. 調査票が届いた翌週の水曜日(定休の場合は火曜日し木曜)の利用者の個々の状況についてご記入ください。

| 任意ID | 年齢 | 性別 | 現在の要介護度 | 障害老人の日常生活自立度 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 傷病 | BRST上肢 | BRST下肢 | 痙縮 | 高次脳機能障害 | 運動制限 | 運動時におこり得る症状 | ADLの実行状況 | | | | | IADLの実行状況 | | | | | | 退院後の通所リハ利用開始までの期間 | 自宅での生活状況の把握の有無 | 医療ニーズ | リハビリの医師の指示内容 | あなたが提供しているリハビリの目的【主なもの1つ】 | リハビリの実施内容 | あなたからみたリハの実効果 | | | 1時間以上2時間未満の利用の有無 | 送迎の有無 | 通所リハ終了後の利用者の生活イメージの有無(例:スポーツジムに通う) |
|------|----|----|---------|--------------|----------------|----|--------|--------|----|---------|------|-------------|----------|-----|-----|-----|------|------------|----------|--------|----------|-----------|-------|-------------------|----------------|-------|--------------|---------------------------|-----------|---------------|----------|--------|------------------|-------|------------------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | ①移動 | ②食事 | ③排泄 | ④入浴 | ⑤着替え | ①バスや電車での外出 | ②日用品の買い物 | ③食事の支度 | ④請求書の支払い | ⑤預貯金の出し入れ | ⑥書類書き | | | | | | | 心身機能 | ADL・IADL | 社会適応能力 | | | |
| 例 | 72 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1, 3 | 1 | 1, 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(続き)

7-2. 調査票が届いた翌週の水曜日（定休の場合は火曜日し木曜）の利用者の個々の状況についてご記入ください。

| 任意ID | 年齢 | 性別 | 現在の要介護度 | 障害老人の日常生活自立度 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 傷病 | BRST上肢 | BRST下肢 | 痙縮 | 高次脳機能障害 | 運動制限 | 運動時におこり得る症状 | ADLの実行状況 | | | | | IADLの実行状況 | | | | | | 退院後の通所リハ利用開始までの期間 | 自宅での生活状況の把握の有無 | 医療ニーズ | リハビリの医師の指示内容 | あなたが提供しているリハビリの目的【主なもの1つ】 | リハビリの実施内容 | あなたからみたリハの実効果 | | | 1時間以上2時間未満の利用の有無 | 送迎の有無 | 通所リハ終了後の利用者の生活イメージの有無(例:スポーツジムに通う) |
|------|----|----|---------|--------------|----------------|----|--------|--------|----|---------|------|-------------|----------|-----|-----|-----|------|------------|----------|--------|----------|-----------|-------|-------------------|----------------|-------|--------------|---------------------------|-----------|---------------|----------|--------|------------------|-------|------------------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | ①移動 | ②食事 | ③排泄 | ④入浴 | ⑤着替え | ①バスや電車での外出 | ②日用品の買い物 | ③食事の支度 | ④請求書の支払い | ⑤預貯金の出し入れ | ⑥書類書き | | | | | | | 心身機能 | ADL・IADL | 社会適応能力 | | | |
| 例 | 72 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1, 3 | 1 | 1, 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(続き)

7-3. 調査票が届いた翌週の水曜日（定休の場合は火曜日し木曜）の利用者の個々の状況についてご記入ください。

| 任意ID | 年齢 | 性別 | 現在の要介護度 | 障害老人の日常生活自立度 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 傷病 | BRST上肢 | BRST下肢 | 痙縮 | 高次脳機能障害 | 運動制限 | 運動時におこり得る症状 | ADLの実行状況 | | | | | IADLの実行状況 | | | | | | 退院後の通所リハ利用開始までの期間 | 自宅での生活状況の把握の有無 | 医療ニーズ | リハビリの医師の指示内容 | あなたが提供しているリハビリの目的【主なもの1つ】 | リハビリの実施内容 | あなたからみたリハの実効果 | | | 1時間以上2時間未満の利用の有無 | 送迎の有無 | 通所リハ終了後の利用者の生活イメージの有無(例:スポーツジムに通う) |
|------|----|----|---------|--------------|----------------|----|--------|--------|----|---------|------|-------------|----------|-----|-----|-----|------|------------|----------|--------|----------|-----------|-------|-------------------|----------------|-------|--------------|---------------------------|-----------|---------------|----------|--------|------------------|-------|------------------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | ①移動 | ②食事 | ③排泄 | ④入浴 | ⑤着替え | ①バスや電車での外出 | ②日用品の買い物 | ③食事の支度 | ④請求書の支払い | ⑤預貯金の出し入れ | ⑥書類書き | | | | | | | 心身機能 | ADL・IADL | 社会適応能力 | | | |
| 例 | 72 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1, 3 | 1 | 1, 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(続き)

7-4. 調査票が届いた翌週の水曜日（定休の場合は火曜日し木曜）の利用者の個々の状況についてご記入ください。

| 任意ID | 年齢 | 性別 | 現在の要介護度 | 障害老人の日常生活自立度 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 傷病 | BRST上肢 | BRST下肢 | 痙縮 | 高次脳機能障害 | 運動制限 | 運動時におこり得る症状 | ADLの実行状況 | | | | | IADLの実行状況 | | | | | | 退院後の通所リハ利用開始までの期間 | 自宅での生活状況の把握の有無 | 医療ニーズ | リハビリの医師の指示内容 | あなたが提供しているリハビリの目的【主なもの1つ】 | リハビリの実施内容 | あなたからみたリハの実効果 | | | 1時間以上2時間未満の利用の有無 | 送迎の有無 | 通所リハ終了後の利用者の生活イメージの有無(例:スポーツジムに通う) |
|------|----|----|---------|--------------|----------------|----|--------|--------|----|---------|------|-------------|----------|-----|-----|-----|------|------------|----------|--------|----------|-----------|-------|-------------------|----------------|-------|--------------|---------------------------|-----------|---------------|----------|--------|------------------|-------|------------------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | ①移動 | ②食事 | ③排泄 | ④入浴 | ⑤着替え | ①バスや電車での外出 | ②日用品の買い物 | ③食事の支度 | ④請求書の支払い | ⑤預貯金の出し入れ | ⑥書類書き | | | | | | | 心身機能 | ADL・IADL | 社会適応能力 | | | |
| 例 | 72 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1, 3 | 1 | 1, 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

問5 あなたは、「身体機能（麻痺や関節の動きなど）や日常生活を送る上での動作（移動、食事、排泄、入浴、着替えなど）の今後の見通し」に関する説明を受けましたか。

- | | |
|-----------|----------------------|
| 1. 説明を受けた | 2. 説明は受けていない（覚えていない） |
|-----------|----------------------|

「説明を受けた」方は問6～7を回答下さい。

「説明を受けていない」方は問8を回答下さい。

問6 その説明をいつ受けましたか（番号1つに○）

- | | | | |
|--------|----------|------------|--------|
| 1. 入院時 | 2. 外来通院時 | 3. 通所リハ利用時 | 4. その他 |
|--------|----------|------------|--------|

問7 その説明を誰から受けましたか（番号1つに○）

- | | | | |
|---------|----------|--------------|--------|
| 1. 医師から | 2. リハ職から | 3. ケアマネジャーから | 4. その他 |
|---------|----------|--------------|--------|

問8 その説明を受けたかったですか（番号1つに○）

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

（問8で「1. はい」を選択した方にうかがいます）

問8-1 その説明をいつ受けたかったですか（番号1つに○）

- | | | | |
|--------|----------|------------|--------|
| 1. 入院時 | 2. 外来通院時 | 3. 通所リハ利用時 | 4. その他 |
|--------|----------|------------|--------|

問8-2 その説明を誰から受けたかったですか（番号1つに○）

- | | | | |
|---------|----------|--------------|--------|
| 1. 医師から | 2. リハ職から | 3. ケアマネジャーから | 4. その他 |
|---------|----------|--------------|--------|

問9 あなたは、定期的で開催される地域の体操教室や、趣味活動等の集まりをご存知ですか（番号1つに○）

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1. 詳しく内容を知っている | 2. 大まかな内容を知っている |
| 3. 名前を聞いたことがある程度 | 4. 全く知らない |

問10 あなたは、通所リハの職員やケアマネジャーから定期的で開催される地域の体操教室や、趣味活動等の集まりについて説明を受けたことはありますか（番号1つに○）

- | | | |
|-------|-------|-------------|
| 1. ある | 2. ない | 3. よく覚えていない |
|-------|-------|-------------|

（問10で「1. ある」を選択した方にうかがいます）

問10-1 そのサービスを利用したいと思いましたか。（番号1つに○）

- | | | |
|--------|-----------|-----------|
| 1. 思った | 2. 思わなかった | 3. 覚えていない |
|--------|-----------|-----------|

問11 今の通所リハビリの代わりに、定期的で開催される地域の体操教室や、趣味活動等の集まりに通ってもよいと思えますか。（番号1つに○）

- | | | |
|-------|---------|------------|
| 1. 思う | 2. 思わない | 3. 何とも言えない |
|-------|---------|------------|

ご協力を誠にありがとうございました。

【職員の方へ】「利用者調査：職員記入票」に記載の任意IDを記載下さい。

| | |
|------|--|
| 任意ID | |
|------|--|

平成26年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業
（介護予防）通所介護事業所票

- ※本調査票は、通所介護事業所の管理者の方がご記入ください。
 ※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。
 ※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。
 分からない場合は「-」と記入してください。
 ※調査時点は、平成26年7月1日または平成26年6月分、もしくは質問に記載している期間とします。

1. 貴事業所の基本情報についてお伺いします。

| | |
|--|--|
| 1) 所在地 | () 都・道・府・県 |
| 2) 事業開始年月 | 平成 () 年 () 月 |
| 3) 開設主体 | 1 都道府県、市区町村、広域連合、一部事務組合 2 社会福祉協議会 3 社会福祉法人（社協以外） 4 医療法人 5 社団法人・財団法人 6 協同組合及び連合会 7 営利法人（会社） 8 特定非営利活動法人（NPO） 9 その他 |
| 4) 規模等 | 1 小規模型（月平均利用延人員数 300 人以内） 2 通常規模型（月平均利用延人員数 300 人超 750 人以内） 3 大規模事業所（Ⅰ）（月平均利用延人員数 750 人超 900 人以内） 4 大規模事業所（Ⅱ）（月平均利用延人員数 900 人超） 5 療養通所介護 |
| 5) 貴事業所と同一または系列法人が他に運営する医療・介護施設・事業所(複数回答可) | |
| 1 病院 | 2 診療所 |
| 3 介護老人福祉施設 | 4 介護老人保健施設 |
| 5 訪問介護事業所 | 6 訪問入浴介護事業所 |
| 7 訪問看護事業所 | 8 訪問リハビリテーション事業所 |
| 9 通所介護事業所 | 10 通所リハビリテーション事業所 |
| 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 その他 () | |

2. 貴事業所の職員体制についてお伺いします。

平成26年7月1日時点の職員数について、常勤換算数を記入してください。

※常勤換算数は「従事者の1週間の勤務延時間÷貴事業所において常勤の従事者が勤務すべき1週間の時間数」で計算し、小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで計上してください。常勤と非常勤の合計人数で記入してください。得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と計上してください。

| 管理者 | 生活相談員 | 機能訓練指導員 | 医師 | 歯科医師 | 看護職員 | 介護職員 | 歯科衛生士 | その他の職員 |
|-----|-------|---------|----|------|------|------|-------|--------|
| . | . | . | . | . | . | . | . | . |



<機能訓練指導員の資格別人数(常勤換算数)>

| 看護師 | 准看護師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 言語聴覚士 | 柔道整復師 | あん摩マッサージ指圧師 |
|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------------|
| . | . | . | . | . | . | . |

3. 貴事業所の利用者数(平成26年6月分)についてお伺いします。

| 1) 平成26年6月1日時点の利用登録者数 | 人 | 2) 1日あたりの定員 | 人 | | | | |
|--------------------------------|------|-------------|------|------|------|------|-----------|
| 3) 利用登録者数について、要介護度別人数をご記入ください。 | | | | | | | |
| 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 | その他(申請中等) |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

4. 貴事業所の加算の有無及び算定人数・回数(平成26年6月分)についてお伺いします。

| | |
|------------------|--------------------------|
| 1) 個別機能訓練加算Ⅰ | 1 有⇒人数()人、回数()回 2 無 |
| 2) 個別機能訓練加算Ⅱ | 1 有⇒人数()人、回数()回 2 無 |
| 3) 口腔機能向上加算 | 1 有 2 無 |
| 4) 運動器機能向上加算 | 1 有 2 無 |
| 5) 選択的サービス複数実施加算 | 1 有 2 無 |

記入内容についておうかがいする場合があります。事業所名と連絡先をご記入ください。

| 事業所名 | | 電話番号 | |
|------|--|------|--|
|------|--|------|--|

(以下は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士(以下、理学療法士等)がいる事業所のみ、お答えください。調査票は、機能訓練指導員として配置されている理学療法士等がお答えください。)

5-1. 調査票が届いた翌週の水曜日(定休の場合は火曜日し木曜)の利用者のうち、機能訓練を実施している方について、利用者の個々の状況についてご記入ください。

| 任意ID | 年齢 | 性別 | 現在の要介護度 | 障害老人の日常生活自立度 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 傷病 | BRST上肢 | BRST下肢 | 痙縮 | 高次脳機能障害 | 運動制限 | 運動時におこり得る症状 | ADLの実行状況 | | | | | IADLの実行状況 | | | | | | 退院後の通所介護利用開始までの期間 | 自宅での生活状況の把握の有無 | 医療ニーズ | あなたが提供している機能訓練の目的【主なもの1つ】 | 機能訓練の内容 | あなたからみた機能訓練の実際の効果 | | | 送迎の有無 | 通所介護終了後の利用者の生活イメージの有無(例:スボーツジムに通う) | | | |
|------|----|----|---------|--------------|----------------|----|--------|--------|----|---------|------|-------------|----------|-----|-----|-----|------|-------------|----------|--------|----------|-----------|-------|-------------------|----------------|-------|---------------------------|---------|-------------------|-----|-----|-------|------------------------------------|-----|-----|-----|
| | | | | | | | | | | | | | ①移動 | ②食事 | ③排泄 | ④入浴 | ⑤着替え | ①バスや電車一人で外出 | ②日用品の買い物 | ③食事の支度 | ④請求書の支払い | ⑤預貯金の出し入れ | ⑥書類書き | | | | | | 1.無 | 2.有 | 1.無 | | | 2.有 | 1.無 | 2.有 |
| 例 | 72 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 | 1、3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(続き)

5-2. 調査票が届いた翌週の水曜日（定休の場合は火曜日し木曜）の利用者のうち、機能訓練を実施している方について、利用者の個々の状況についてご記入ください。

| 任意ID | 年齢 | 性別 | 現在の要介護度 | 障害老人の日常生活自立度 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 傷病 | BRST上肢 | BRST下肢 | 痙縮 | 高次脳機能障害 | 運動制限 | 運動時におこり得る症状 | ADLの実行状況 | | | | | IADLの実行状況 | | | | | | 退院後の通所介護利用開始までの期間 | 自宅での生活状況の把握の有無 | 医療ニーズ | あなたが提供している機能訓練の目的【主なもの1つ】 | 機能訓練の内容 | あなたからみた機能訓練の実際効果 | | | 送迎の有無 | 通所介護終了後の利用者の生活イメージの有無(例:スボーツジムに通う) | | |
|------|----|----|---------|--------------|----------------|----|--------|--------|----|---------|------|-------------|----------|-----|-----|-----|------|------------|----------|--------|----------|-----------|-------|-------------------|----------------|-------|---------------------------|---------|------------------|------------|------------|-------|------------------------------------|------------|------------|
| | | | | | | | | | | | | | ①移動 | ②食事 | ③排泄 | ④入浴 | ⑤着替え | ①バスや電車での外出 | ②日用品の買い物 | ③食事の支度 | ④請求書の支払い | ⑤預貯金の出し入れ | ⑥書類書き | | | | | | 1.無 2.有 | 1.無 2.有 | 1.無 2.有 | | | 1.無 2.有 | 1.無 2.有 |
| 例 | 72 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 | 1、3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(続き)

5-3. 調査票が届いた翌週の水曜日（定休の場合は火曜日し木曜）の利用者のうち、機能訓練を実施している方について、利用者の個々の状況についてご記入ください。

| 任意ID | 年齢 | 性別 | 現在の要介護度 | 障害老人の日常生活自立度 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 傷病 | BRST上肢 | BRST下肢 | 痙縮 | 高次脳機能障害 | 運動制限 | 運動時におこり得る症状 | ADLの実行状況 | | | | | IADLの実行状況 | | | | | | 退院後の通所介護利用開始までの期間 | 自宅での生活状況の把握の有無 | 医療ニーズ | あなたが提供している機能訓練の目的【主なもの1つ】 | 機能訓練の内容 | あなたからみた機能訓練の実際効果 | | | 送迎の有無 | 通所介護終了後の利用者の生活イメージの有無(例:スボーツジムに通う) |
|------|----|----|---------|--------------|----------------|----|--------|--------|----|---------|------|-------------|----------|-----|-----|-----|------|-------------|----------|--------|----------|-----------|-------|-------------------|----------------|-------|---------------------------|---------|------------------|-----|-----|-------|------------------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | ①移動 | ②食事 | ③排泄 | ④入浴 | ⑤着替え | ①バスや電車一人で外出 | ②日用品の買い物 | ③食事の支度 | ④請求書の支払い | ⑤預貯金の出し入れ | ⑥書類書き | | | | | | 1.無 | 2.有 | 1.無 | | |
| 例 | 72 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 | 1、3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(続き)

5-4. 調査票が届いた翌週の水曜日（定休の場合は火曜日し木曜）の利用者のうち、機能訓練を実施している方について、利用者の個々の状況についてご記入ください。

| 任意ID | 年齢 | 性別 | 現在の要介護度 | 障害老人の日常生活自立度 | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 傷病 | BRST上肢 | BRST下肢 | 痙縮 | 高次脳機能障害 | 運動制限 | 運動時におこり得る症状 | ADLの実行状況 | | | | | IADLの実行状況 | | | | | | 退院後の通所介護利用開始までの期間 | 自宅での生活状況の把握の有無 | 医療ニーズ | あなたが提供している機能訓練の目的【主なもの1つ】 | 機能訓練の内容 | あなたからみた機能訓練の実際効果 | | | 送迎の有無 | 通所介護終了後の利用者の生活イメージの有無(例:スボーツジムに通う) |
|------|----|----|---------|--------------|----------------|----|--------|--------|----|---------|------|-------------|----------|-----|-----|-----|------|-------------|----------|--------|----------|-----------|-------|-------------------|----------------|-------|---------------------------|---------|------------------|------------|------------|-------|------------------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | ①移動 | ②食事 | ③排泄 | ④入浴 | ⑤着替え | ①バスや電車一人で外出 | ②日用品の買い物 | ③食事の支度 | ④請求書の支払い | ⑤預貯金の出し入れ | ⑥書類書き | | | | | | 1.無 2.有 | 1.無 2.有 | 1.無 2.有 | | |
| 例 | 72 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 | 1、3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | | |
| 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

問5 あなたは、「身体機能（麻痺や関節の動きなど）や日常生活を送る上での動作（移動、食事、排泄、入浴、着替えなど）の今後の見通し」に関する説明を受けましたか。

- | | |
|-----------|----------------------|
| 1. 説明を受けた | 2. 説明は受けていない（覚えていない） |
|-----------|----------------------|

「説明を受けた」方は問6～7を回答下さい。

「説明を受けていない」方は問8を回答下さい。

問6 その説明をいつ受けましたか（番号1つに○）

- | | | | |
|--------|----------|------------|--------|
| 1. 入院時 | 2. 外来通院時 | 3. 通所介護利用時 | 4. その他 |
|--------|----------|------------|--------|

問7 その説明を誰から受けましたか（番号1つに○）

- | | | | |
|---------|----------|--------------|--------|
| 1. 医師から | 2. リハ職から | 3. ケアマネジャーから | 4. その他 |
|---------|----------|--------------|--------|

問8 その説明を受けたかったですか（番号1つに○）

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

（問8で「1. はい」を選択した方にうかがいます）

問8-1 その説明をいつ受けたかったですか（番号1つに○）

- | | | | |
|--------|----------|------------|--------|
| 1. 入院時 | 2. 外来通院時 | 3. 通所介護利用時 | 4. その他 |
|--------|----------|------------|--------|

問8-2 その説明を誰から受けたかったですか（番号1つに○）

- | | | | |
|---------|----------|--------------|--------|
| 1. 医師から | 2. リハ職から | 3. ケアマネジャーから | 4. その他 |
|---------|----------|--------------|--------|

問9 あなたは、定期的に行われる地域の体操教室や、趣味活動等の集まりをご存知ですか（番号を1つに○）

- | | |
|------------------|-----------------|
| 1. 詳しく内容を知っている | 2. 大まかな内容を知っている |
| 3. 名前を聞いたことがある程度 | 4. 全く知らない |

問10 あなたは、通所介護の職員やケアマネジャーから定期的に行われる地域の体操教室や、趣味活動等の集まりについて説明を受けたことはありますか（番号1つに○）

- | | | |
|-------|-------|-------------|
| 1. ある | 2. ない | 3. よく覚えていない |
|-------|-------|-------------|

（問10で「1. ある」を選択した方にうかがいます）

問10-1 そのサービスを利用したいと思いませんか。（番号1つに○）

- | | | |
|--------|-----------|-----------|
| 1. 思った | 2. 思わなかった | 3. 覚えていない |
|--------|-----------|-----------|

問11 今の通所介護のリハビリの代わりに、定期的に行われる地域の体操教室や、趣味活動等の集まりに通ってもよいと思いませんか。（番号1つに○）

- | | | |
|-------|---------|------------|
| 1. 思う | 2. 思わない | 3. 何とも言えない |
|-------|---------|------------|

ご協力を誠にありがとうございました。

【職員の方へ】「利用者調査：職員記入票」に記載の任意IDを記載下さい。

| | |
|------|--|
| 任意ID | |
|------|--|

平成26年度介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
 リハビリテーションにおける医療と介護の連携に係る調査研究事業

居宅介護支援事業所票（案）

※本調査票は、貴事業所の管理者の方がご記入ください。

※回答の際は、あてはまる番号を○で囲んでください。○を付ける数は原則1つです。○を複数に付けていただく場合は、質問文に「複数回答可」と記載しています。

※具体的な数値等をご記入いただく部分もあります。該当がない場合には必ず「0」とご記入ください。分からない場合は「-」と記入してください。

※調査時点は、平成26年7月1日または平成26年4月～6月、もしくは質問に記載している期間とします。

1 事業所の基本的な状況についてお伺いします。管理者の方がご記入ください

| | | | |
|--|--|-------|----------|
| 1) 所在地 | () 都・道・府・県 | | |
| 2) 事業開始年月 | 平成 () 年 () 月 | | |
| 3) 開設主体 | 1 都道府県、市区町村、広域連合、一部事務組合 2 社会福祉協議会 3 社会福祉法人（社協以外） 4 医療法人 5 社団法人・財団法人 6 協同組合及び連合会 7 営利法人（会社） 8 特定非営利活動法人（NPO） 9 その他 | | |
| 4) 同一または系列法人が有する医療施設（複数回答可） | 1 病院 | 2 診療所 | 3 いずれもなし |
| 5) 介護支援専門員数 | () 人 | | |
| 6) 利用者数(実人数) | () 人 | | |
| 7) 平成26年4月～6月に病院・診療所を退院した利用者の有無(件数) | 1 有 () 件 | 2 無 | |
| うち、退院退所加算の有無(件数) | 1 有 () 件 | 2 無 | |
| 8) 平成26年4月～6月に病院・診療所に入院した利用者の有無(件数) | 1 有 () 件 | 2 無 | |
| うち、入院時情報連携加算の有無(件数) | 1 有 () 件 | 2 無 | |
| 9) 利用者退院時連携プロセス上の課題で最も重大だと思うものを一つだけ選んで下さい。 | 1 退院前に病院から必要な情報を得られないことがある 2 病院によって退院調整の際に提供される情報が異なる 3 退院前のカンファレンスが行われていない 4 退院前のカンファレンスに在宅の専門職の参加が少ない 5 退院に関して、本人・家族の同意が得られていない 6 在宅生活できるADLレベルで退院していない 7 退院前の訪問指導が十分に行われていない 8 退院時に自宅環境を考慮した環境設定が提案されていない 9 その他 () | | |
| | 【その他、退院時に引継ぎが十分に行われなかった際の課題について、自由に記入してください】 | | |

事業所票は以上で終わりです。記入済みの調査票は、介護支援専門員票と合わせて返送用封筒（切手は不要です）に入れ、8月22日までにポストに投函してください。ご協力いただきまして、まことにありがとうございました。なお、記入内容についておうかがいする場合があります。事業所名と連絡先電話番号をご記入ください。

| | | | |
|------|--|------|--|
| 事業所名 | | 電話番号 | |
|------|--|------|--|

2 あなた（回答者）の基本情報等についてお伺いします。

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|--------|------|------|------|--------|------------|
| 1)保有資格 | 1 保健師・助産師・看護師・准看護師 2 社会福祉士 3 介護福祉士 4 ホームヘルパー 5 その他（ ） | | | | | 2)雇用形態 | 1 常勤 2 非常勤 |
| | 合計 | 要支援1・2 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
| 3)担当利用者数 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 4)担当利用者のうち、平成26年4月～6月に病院を退院した利用者はいですか | 1 有（ ）人 2 無⇒以上で質問は終わりです。調査票を管理者にお渡しください | | | | | | |

3 平成26年4月～6月に病院を退院した利用者全員の詳細をご記入ください。

| 通し番号 | 利用者の年齢 | 傷病(複数回答可) | 必要な医療処置(複数回答可) | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 入院日 | | 退院日 | | 入院時の要介護度 | 退院時の要介護度 | 入院時のケアマネの有無 | 退院元の病床種別 | 退院前訪問指導の有無 | (有の場合)退院前訪問指導の参加者(複数回答可) | | 病院からの連絡の有無 | (有の場合)病院からの連絡が最初にあつた日 | | (無の場合)引継がないことでの患者にとっての不利益(複数回答可) | 退院前カンファレンスの開催有無 | (有の場合)退院前カンファレンスの参加者(複数回答可) | | | 入院中に病院を訪問した回数 | ケアプランに導入された主なサービス(複数回答可) | サービス担当者会議の開催場所 | サービス担当者会議の参加者(複数回答可) |
|------|--------|-----------|----------------|----------------|-------|-----|-----|---|----------|----------|-------------|----------|------------|---|-----|------------|-----------------------|--|----------------------------------|-----------------|---|-------|----|---------------|--------------------------|----------------|----------------------|
| | | | | | 年(平成) | 月 日 | 月 日 | 1.医師 2.社会福祉士・MSW 3.看護師 4.PT,OT,ST 5.その他 | | | | | | 6.在宅医師 7.訪問看護師 8.通所リハの専門職 9.訪問リハ 10.通所介護の機能訓練指導員 11.ケアマネ 12.その他 | 月 日 | | 1.本人 2.家族 | (病院スタッフ) 3.医師 4.看護師 5.PT,OT,ST 6.社会福祉士・MSW 7.その他 | | | (在宅スタッフ) 8.在宅医 9.訪問看護師 10.通所リハの専門職 11.訪問リハ 12.通所介護の機能訓練指導員 13.ケアマネ 14.その他 | | | | | | |
| 例 | 80 | 5,6 | 1,6 | 5 | 26 | 4 | 10 | 5 | 10 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 4 | 20 | | 1 | 1,2 | 3,5,7 | 11 | 1 | 1,2,4,6 | 5 | 2,4 |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

質問は以上で終わりです。記入済みの調査票は、管理者の方にお渡しください。ご協力ありがとうございました。