

# リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関す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&コンサルティングはリハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関す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、以下とおり、リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関す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と機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業の 調査検討組織 委員等 (案)

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	太田 睦美 (一般財団法人 竹田健康財団 介護福祉本部長代理)
	大仲 功一 (医療法人博仁会 志村大宮病院 副院長 兼 茨城北西総合リハビリテーションセンター長)
	小室 貴之 (株式会社楓の風 代表取締役)
	小山 樹 (株式会社ジェネラス 代表取締役)
	斉藤 正身 (医療法人真正会 霞ヶ関南病院 理事長)
	西田 宗幹 (医療法人鴻池会 秋津鴻池病院 リハビリテーション部 部長)
	水間 正澄 (公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 理事長)
	武藤 岳人 (公益社団法人 全国老人福祉施設協議会 在宅サービス委員会 委員長)

(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	室長	森岡 久尚	高齢者支援課	課長補佐	安濟 崇	
	課長補佐	福本 怜		課長補佐	橋口 真依	
	同	村井 千賀		係長	鳩本 理嗣	
振興課	課長補佐	谷内 一夫		主査	西村 緑	
	係長	中村 光輝	認知症虐待防止対策室			
	係員	植竹 隼平		課長補佐	山田 義人	
				係長	石川 直人	

## (3) リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業 (案)

## 1. 調査の目的

介護保険施設や通所リハビリテーション、通所介護で提供されるリハビリテーションや機能訓練について、平成 27 年度介護報酬改定で導入した活動と参加に焦点を当てた様々な取組による影響等、それぞれの特徴的な機能を明確化し、生活機能の維持改善を図るために必要な専門職の役割やその配置状況の検討を含め、リハビリテーションと機能訓練の在り方を検討するための実施職種やその実施内容を把握する。

## 2. 調査客体

①通所リハビリテーション	1,000 事業所程度	※無作為抽出
②通所介護	1,500 事業所程度	※無作為抽出
③認知症対応型通所介護	500 事業所程度	※無作為抽出
④特定施設入居者生活介護	1,000 事業所程度	※無作為抽出
⑤介護老人福祉施設	1,000 施設程度	※無作為抽出
⑥介護老人保健施設	1,000 施設程度	※無作為抽出
⑦介護療養型医療施設	500 施設程度	※無作為抽出
⑧短期入所生活介護	1,000 事業所程度	※無作為抽出

## 3. 主な調査項目

## ①リハビリテーションの実態調査

- ・事業所票：基本情報、職種別配置状況、利用登録者の情報（医療的ケア等）、加算算定状況、転帰、地域との交流活動状況 など
- ・利用者調査票：利用者基本情報、利用状況、事業所・職種間の連携状況、リハビリテーション計画（目標とその達成期間、実施内容と実施時間、ADL/IADL の変化、訪問の有無など）、リハビリテーションの指示の状況 など
- ・利用者票：リハビリテーションへの期待、達成度、満足感 など

## ②機能訓練の実態調査

- ・事業所票：基本情報、機能訓練指導員の職種別配置状況、利用登録者の情報（医療的ケア等）、加算算定状況、転帰、地域との交流活動状況 など
- ・利用者調査票：利用者基本情報、利用状況、事業所・職種間の連携状況、機能訓練計画（目標、実施内容、実施者、ADL/IADL の変化、訪問の有無、レクリエーションの内容など）など
- ・利用者票：機能訓練への期待、達成度、満足感 など

平成27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と機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業  
 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、2015年10月1日または、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	西暦 ( ) 年
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 通常規模型 (月平均利用延人員数 750 人以内) 2 大規模事業所型 (I) (月平均利用延人員数 750 人超 900 人以内) 3 大規模事業所型 (II) (月平均利用延人員数 900 人超)
5) 1日あたりの定員	( ) 人
6) 2015年9月の通所リハビリテーションの実施日数	( ) 日
7) 介護予防通所リハビリテーションの併設	0 無                      1 有
8) 同一または系列法人での訪問リハビリテーションの実施の有無	0 無                      1 同一事業所で実施 2 同一法人内で実施                      3 系列法人で実施
(ある場合)直近の事業所開設は2015年4月以降ですか	1 はい                      2 いいえ

### 2. 貴事業所の職員体制についてお伺いします。

2015年10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。職種を兼務している場合は、勤務実態に応じて、按分してください。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。

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 (含管理者)
.	.	.	.	.	.	.	.	.

### 3. 2015年10月1日時点の利用者登録者数(実人数)についてお伺いします。

(1) 要介護度別の利用登録者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	申請中	合計
人	人	人	人	人	人	人	人	人

(2) 要支援・要介護の別に、年齢階級別の利用登録者数をご記入ください。

	40~64歳	65歳以上
要支援	人	人
要介護	人	人

(3) 要支援・要介護の別に、障害高齢者の日常生活自立度別の利用登録者数をご記入ください。

	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人

(4) 要支援・要介護の別に、認知症高齢者の日常生活自立度別の利用登録者数をご記入ください。

	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人

(5) 要支援・要介護の別に、以下の医療的ケア等(介護のケアも含む)を実施している利用登録者数をご記入ください。

	静脈内注射(点滴を含む)	中心静脈栄養の管理	透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理	ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	気管切開のケア	経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	常時のモニター測定	褥瘡の処置	カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理	喀痰吸引
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

	服薬管理(血糖測定・インスリン注射を含む)	摘便・浣腸のケア	排泄介助	おむつ交換	嚥下食の提供	食事介助	入浴介助	更衣介助	居宅内介助(送迎介助)
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※本調査における「服薬管理」は経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。

4. 2015年9月分の通所リハビリテーションについて、利用時間別の延べ利用人数をご記入ください。

	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 6時間未満	6時間以上 8時間未満	8時間以上	合計
要介護	人	人	人	人	人	人	人

5. 10月1日時点の要支援の利用登録者について、各人の1回の通所における平均的な利用時間別に人数を計上してください。(実人数でご記入ください。)

	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 6時間未満	6時間以上 8時間未満	8時間以上
要支援	人	人	人	人	人	人

## 6. 加算の届出の有無及び算定人数(2015年9月分)についてお伺いします。

## (1) 要介護

1) 生活行為向上リハビリテーション実施加算	0 無	1 有⇒人数( )人
2) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 I	0 無	1 有⇒人数( )人
3) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 II	0 無	1 有⇒人数( )人
4) 短期集中個別リハビリテーション実施加算	0 無	1 有⇒人数( )人
5) リハビリテーションマネジメント加算 I	0 無	1 有⇒人数( )人
6) リハビリテーションマネジメント加算 II	0 無	1 有⇒人数( )人
7) 重度療養管理加算	0 無	1 有⇒人数( )人
8) 中重度者ケア体制加算	0 無	1 有
9) 若年性認知症利用者受入加算	0 無	1 有⇒人数( )人
10) 入浴介助加算	0 無	1 有⇒人数( )人
11) 送迎減算	0 無	1 有⇒人数( )人

## (2) 要支援

1) 運動器機能向上加算	0 無	1 有⇒人数( )人
2) 口腔機能向上加算	0 無	1 有⇒人数( )人
3) 選択的サービス複数実施加算 I	運動器機能向上及び栄養改善	0 無 1 有⇒人数( )人
	運動器機能向上及び口腔機能向上	0 無 1 有⇒人数( )人
	栄養改善及び口腔機能向上	0 無 1 有⇒人数( )人
4) 選択的サービス複数実施加算 II	0 無	1 有⇒人数( )人

## 7. 2014年度1年間の終了者の実態について転帰別にお教えください。

	入院	入所	死亡	他の介護サービス利用	介護予防事業等支援事業に移行	医療サービス利用	社会の地域資源への参加	その他	不明	合計
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※「介護サービス」と「医療サービス」等複数利用している場合は、主に利用しているサービスに計上してください。

## 8. 通所リハビリテーションの医師についてお伺いします。

## (1) 通所リハビリテーションの医師の配置状況等についてお伺いします。

(※医師毎に記載をお願いいたします。)

NO	勤務形態		主たる専門分野		
		兼務している場合の兼務先			
1	1 専従	1 診療所 2 病院	1 リハビリテーション科	2 循環器科	3 神経内科
	2 兼務	3 介護老人保健施設 4 その他( )	4 脳外科 7 その他( )	5 整形外科	6 呼吸器科
2	1 専従	1 診療所 2 病院	1 リハビリテーション科	2 循環器科	3 神経内科
	2 兼務	3 介護老人保健施設 4 その他( )	4 脳外科 7 その他( )	5 整形外科	6 呼吸器科

(続き)

3	1 専従	1 診療所	2 病院	1 リハビリテーション科	2 循環器科	3 神経内科
	2 兼務	3 介護老人保健施設		4 脳外科	5 整形外科	6 呼吸器科
		4 その他 ( )		7 その他 ( )		
4	1 専従	1 診療所	2 病院	1 リハビリテーション科	2 循環器科	3 神経内科
	2 兼務	3 介護老人保健施設		4 脳外科	5 整形外科	6 呼吸器科
		4 その他 ( )		7 その他 ( )		

※記入欄が不足する場合は、お手数ですが、コピーをしてご記入ください。

(2) 通所リハビリテーションの医師の関与と役割についてお伺いします。

1) 医学的管理・評価の実施状況 (複数回答可)	1 問診	
	2 身体診察(視診、触診)	
	3 併存疾患の管理	
	4 心肺機能・代謝機能・筋・骨格系などの行動体力の評価	
	5 認知機能検査	
	6 その他 ( )	
2) リハ計画策定/遂行において実施していること (複数回答可)	1 事業所内カンファレンスへの参加	2 リハ計画作成・承認
	3 リハ計画の利用者への説明と同意	4 訓練場面での指導・確認
	5 その他 ( )	

9. 地域との交流活動の実施状況についてお伺いします。

(1) 実施の有無または2015年度中の開催回数(予定を含む)をご記入ください。

	有無/開催回数
1) 介護支援専門員や介護サービス事業所、市町村、地区組織との連絡会議の開催	年 ( ) 回
2) 介護支援専門員や介護サービス事業所、市町村の専門職などを対象とした勉強会・事例検討会の開催	年 ( ) 回
3) 地域の通いの場の支援	年 ( ) 回
4) 住民を対象とした講演会の開催	年 ( ) 回
5) 住民への通いの場の提供	1 有 2 無
6) 市町村からの通所事業の受託	1 有 2 無
7) その他⇒具体的に ( )	

(2) 2015年4月以降、他の居宅サービス等との連携の状況に変化があるか教えてください。

1) ケアプラン、居宅サービス計画と連動できるようになった	1 そう思う 2 ややそう思う 3 あまり思わない 4 思わない 5 わからない
2) 医師との情報共有が進んだ	1 そう思う 2 ややそう思う 3 あまり思わない 4 思わない 5 わからない
3) 他の介護事業所との情報共有が進んだ	1 そう思う 2 ややそう思う 3 あまり思わない 4 思わない 5 わからない

記入内容についてお伺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	
------	--	------	--

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、調査ご担当者から、利用者票(職員記入票)、利用者本人票とあわせて、ご返送ください。ご協力ありがとうございました。

平成27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と機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業  
**通所介護事業所票(案)**

- ※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、2015年10月1日または、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	西暦 ( ) 年
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) 1日あたりの定員	( ) 人
6) 2015年9月の通所介護の実施日数	( ) 日

**2. 貴事業所の職員体制についてお伺いします。**

2015年10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。職種を兼務している場合は、勤務実態に応じて、按分してください。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。

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(含管理者)
.	.	.	.	.	.	.

機能訓練指導員について、各人の資格、雇用形態、業務形態等を記入してください。

No	資格 <選択肢> 1 看護師 2 准看護師 3 理学療法士 4 作業療法士 5 言語聴覚士 6 柔道整復師 7 あん摩マッサージ指圧師	雇用形態 <選択肢> 1 常勤 2 非常勤	業務形態 <選択肢> 1 機能訓練指導員の職務に専従 2 他の職務と兼務		兼務の場合の職種 <選択肢> 1 看護職員 2 介護職員 3 生活相談員 4 その他:具体的に記入	1週間あたりの機能訓練指導員の職務に携わる時間 (2015年10月中の平均的な1週間におけるおおよその時間をご記入ください)
1						約 ( ) 時間
2						約 ( ) 時間
3						約 ( ) 時間
4						約 ( ) 時間
5						約 ( ) 時間

※記入欄が不足する場合は、お手数ですが、コピーをしてご記入ください。

## 3. 2015年10月1日時点の利用登録者数(実人数)についてお伺いします。

(1) 要介護度別の利用登録者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	申請中	合計
人	人	人	人	人	人	人	人	人

(2) 要支援・要介護の別に、年齢階級別の利用登録者数をご記入ください。

	40~64歳	65歳以上
要支援	人	人
要介護	人	人

(3) 要支援・要介護の別に、障害高齢者の日常生活自立度別の利用登録者数をご記入ください。

	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人

(4) 要支援・要介護の別に、認知症高齢者の日常生活自立度別の利用登録者数をご記入ください。

	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人

(5) 要支援・要介護の別に、以下の医療的ケア等(介護のケアも含む)を実施している利用登録者数をご記入ください。

	静脈内注射(点滴を含む)	中心静脈栄養の管理	透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理	ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	気管切開のケア	経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	常時のモニター測定	褥瘡の処置	カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理	喀痰吸引
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

	服薬管理(血糖測定・インスリン注射を含む)	排便・浣腸のケア	排泄介助	おむつ交換	嚥下食の提供	食事介助	入浴介助	更衣介助	居宅内介助(送迎介助)
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※本調査における「服薬管理」は経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。

4. 2015年9月分の通所介護について、利用時間別の延べ利用人数をご記入ください。

	2時間以上 3時間未満	3時間以上 5時間未満	5時間以上 7時間未満	7時間以上 9時間未満	9時間以上	合計
要介護	人	人	人	人	人	人

5. 10月1日時点の要支援の利用登録者について、各人の1回の通所における平均的な利用時間別に人数を計上してください。(実人数でご記入ください。)

	2時間以上 3時間未満	3時間以上 5時間未満	5時間以上 7時間未満	7時間以上 9時間未満	9時間以上
要支援	人	人	人	人	人

6. 加算の届出の有無及び算定人数(2015年9月分)についてお伺いします。

(1) 要介護

1) 個別機能訓練加算Ⅰ	0 無 →1)-①をご記入ください 1 有 →人数( )人、延べ回数( )回
1)-① 届出をしていない場合:理由(複数回答可)	
1 機能訓練指導員を常勤・専従で配置することが難しい 2 個別機能訓練計画の作成が難しい 3 居宅訪問ができない 4 収益が見込めない 5 必要な利用者がいない 6 利用者負担が増えるから 7 事業所の理念と異なる 8 多職種との連携が難しい 9 その他( )	
2) 個別機能訓練加算Ⅱ	0 無 →2)-①をご記入ください 1 有 →人数( )人、延べ回数( )回
2)-① 届出をしていない場合:理由(複数回答可)	
1 機能訓練指導員を専従で配置することが難しい 2 個別機能訓練計画の作成が難しい 3 居宅訪問ができない 4 収益が見込めない 5 必要な利用者がいない 6 利用者負担が増えるから 7 事業所の理念と異なる 8 多職種との連携が難しい 9 その他( )	
3) 口腔機能向上加算	0 無      1 有 →人数( )人
4) 中重度者ケア体制加算	0 無      1 有
5) 認知症加算	0 無      1 有 →人数( )人
6) 若年性認知症利用者受入加算	0 無      1 有 →人数( )人
7) 送迎減算	0 無      1 有 →人数( )人

(2) 要支援

1) 運動器機能向上加算	0 無      1 有 →人数( )人	
2) 口腔機能向上加算	0 無      1 有 →人数( )人	
3) 選択的サービス複数実施加算Ⅰ	運動器機能向上及び栄養改善	0 無      1 有 →人数( )人
	運動器機能向上及び口腔機能向上	0 無      1 有 →人数( )人
	栄養改善及び口腔機能向上	0 無      1 有 →人数( )人
4) 選択的サービス複数実施加算Ⅱ	0 無      1 有 →人数( )人	

## 7. 2014年度1年間の終了者の実態について転帰別にお教えてください。

	入院	入所	死亡	他の介護サービス利用	介護予防事業等地域支援に移行	医療サービス利用	社会の地域資源への参加	その他	不明	合計
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※「介護サービス」と「医療サービス」等複数利用している場合は、主に利用しているサービスに計上してください。

## 8. 地域との交流活動の実施状況についてお伺いします。

(1) 実施の有無または2015年度中の開催回数(予定を含む)をご記入ください。

	有無/開催回数
1) 介護支援専門員や介護サービス事業所、市町村、地区組織との連絡会議の開催	年( )回
2) 介護支援専門員や介護サービス事業所、市町村の専門職などを対象とした勉強会・事例検討会の開催	年( )回
3) 地域の通いの場の支援	年( )回
4) 住民を対象とした講演会の開催	年( )回
5) 住民への通いの場の提供	1 有 2 無
6) 市町村からの通所事業の受託	1 有 2 無
7) その他⇒具体的に ( )	

(2) 2015年4月以降、他の居宅サービス等との連携の状況に変化があるか教えてください。

1) ケアプラン、居宅サービス計画と連動できるようになった	1 そう思う 2 ややそう思う 3 あまり思わない 4 思わない 5 わからない
2) 医師との情報共有が進んだ	1 そう思う 2 ややそう思う 3 あまり思わない 4 思わない 5 わからない
3) 他の介護事業所との情報共有が進んだ	1 そう思う 2 ややそう思う 3 あまり思わない 4 思わない 5 わからない

記入内容についてお伺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

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、調査ご担当者から、利用者票(職員記入票)、利用者本人票とあわせて、ご返送ください。ご協力ありがとうございました。

平成27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と機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業  
認知症対応型通所介護事業所票(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、2015年10月1日または、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	西暦 ( ) 年
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) 種類等	1 単独型      2 併設型      3 共用型
5) 1日あたりの定員	( ) 人
6) 2015年9月の認知症対応型通所介護実施日数	( ) 日

## 2. 貴事業所の職員体制についてお伺いします。

2015年10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。職種を兼務している場合は、勤務実態に応じて、按分してください。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。

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(含管理者)
.	.	.	.	.	.	.

機能訓練指導員について、各人の資格、雇用形態、業務形態等を記入してください。

No	資格 <選択肢> 1 看護師 2 准看護師 3 理学療法士 4 作業療法士 5 言語聴覚士 6 柔道整復師 7 あん摩マッサージ指圧師	雇用形態 <選択肢> 1 常勤 2 非常勤	業務形態 <選択肢> 1 機能訓練指導員の職務に専従 2 他の職務と兼務	兼務の場合の職種 <選択肢> 1 看護職員 2 介護職員 3 生活相談員 4 その他:具体的に記入	1週間あたりの機能訓練指導員の職務に携わる時間 (2015年10月中の平均的な1週間におけるおおよその時間をご記入ください)
1					約 ( ) 時間
2					約 ( ) 時間
3					約 ( ) 時間
4					約 ( ) 時間
5					約 ( ) 時間

※記入欄が不足する場合は、お手数ですが、コピーをしてご記入ください。

## 3. 2015年10月1日時点の利用登録者数(実人数)についてお伺いします。

(1) 要介護度別の利用登録者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	申請中	合計
人	人	人	人	人	人	人	人	人

(2) 要支援・要介護の別に、年齢階級別の利用登録者数をご記入ください。

	40~64歳	65歳以上
要支援	人	人
要介護	人	人

(3) 要支援・要介護の別に、障害高齢者の日常生活自立度別の利用登録者数をご記入ください。

	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人

(4) 要支援・要介護の別に、認知症高齢者の日常生活自立度別の利用登録者数をご記入ください。

	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人

(5) 要支援・要介護の別に、以下の医療的ケア等(介護のケアも含む)を実施している利用登録者数をご記入ください。

	静脈内注射(点滴を含む)	中心静脈栄養の管理	透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理	ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	気管切開のケア	経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	常時のモニター測定	褥瘡の処置	カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理	喀痰吸引
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

	服薬管理(血糖測定・インスリン注射を含む)	排便・浣腸のケア	排泄介助	おむつ交換	嚥下食の提供	食事介助	入浴介助	更衣介助	居宅内介助(送迎介助)
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※本調査における「服薬管理」は経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。

## 4. 2015年9月分のサービス提供について、利用時間別の延べ利用人数をご記入ください。

	2時間以上 3時間未満	3時間以上 5時間未満	5時間以上 7時間未満	7時間以上 9時間未満	9時間以上	合計
要支援	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人

## 5. 加算の届出の有無及び算定人数 (2015年9月分) についてお伺いします。

1) 個別機能訓練加算	0 無 →1)-①へ 1 有 →人数 ( ) 人、延べ回数 ( ) 回
1)-① 届出をしていない場合:理由(複数回答可)	
1 機能訓練指導員を専従で配置することが難しい	2 個別機能訓練計画の作成が難しい
3 収益が見込めない	4 必要な利用者がいない
5 利用者負担が増えるから	6 事業所の理念と異なる
7 多職種との連携が難しい	
8 その他 ( )	
2) 若年性認知症利用者受入加算	0 無 1 有

## 6. 2014年度1年間の終了者の実態について転帰別にお教えてください。

	入院	入所	死亡	他の介護サービス利用	介護予防事業等支援事業に移行	医療サービス利用	社会の地域資源への参加	その他	不明	合計
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※「介護サービス」と「医療サービス」等複数利用している場合は、主に利用しているサービスに計上してください。

## 7. 地域との交流活動の実施状況についてお伺いします。

(1) 実施の有無または2015年度中の開催回数(予定を含む)をご記入ください。

	有無/開催回数
1) 介護支援専門員や介護サービス事業所、市町村、地区組織との連絡会議の開催	年 ( ) 回
2) 介護支援専門員や介護サービス事業所、市町村の専門職などを対象とした勉強会・事例検討会の開催	年 ( ) 回
3) 地域の通いの場の支援	年 ( ) 回
4) 住民を対象とした講演会の開催	年 ( ) 回
5) 住民への通いの場の提供	1 有 2 無
6) 市町村からの通所事業の受託	1 有 2 無
7) その他→具体的に ( )	

(2) 2015年4月以降、他の居宅サービス等との連携の状況に変化があるか教えてください。

1) ケアプラン、居宅サービス計画と連動できるようになった	1 そう思う 2 ややそう思う 3 あまり思わない 4 思わない 5 わからない
2) 医師との情報共有が進んだ	1 そう思う 2 ややそう思う 3 あまり思わない 4 思わない 5 わからない
3) 他の介護事業所との情報共有が進んだ	1 そう思う 2 ややそう思う 3 あまり思わない 4 思わない 5 わからない

記入内容についてお伺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	
------	--	------	--

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、調査ご担当者から、利用者票(職員記入票)、利用者本人票とあわせて、ご返送ください。ご協力ありがとうございました。

平成27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と機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業  
 特定施設入居者生活介護事業所票(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、2015年10月1日または、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	西暦 ( ) 年
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) 事業所の形態	1 サービス付き高齢者向け住宅      2 有料老人ホーム(1に該当するものを除く) 3 軽費老人ホーム      4 養護老人ホーム
5) 人員配置区分の状況	1 一般型      2 外部サービス利用型
6) 介護専用型・混合型の区分	1 専用型      2 混合型
7) 入居者定員	( ) 人

### 2. 貴事業所の職員体制についてお伺いします。

2015年10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。職種を兼務している場合は、勤務実態に応じて、按分してください。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。

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(含管理者)
.	.	.	.	.	.	.

機能訓練指導員について、各人の資格、雇用形態、業務形態等を記入してください。

No	資格 <選択肢> 1 看護師 2 准看護師 3 理学療法士 4 作業療法士 5 言語聴覚士 6 柔道整復師 7 あん摩マッサージ指圧師	雇用形態 <選択肢> 1 常勤 2 非常勤	業務形態 <選択肢> 1 機能訓練指導員の職務に専従 2 他の職務と兼務	兼務の場合の職種 <選択肢> 1 看護職員 2 介護職員 3 生活相談員 4 その他:具体的に記入	1週間あたりの機能訓練指導員の職務に携わる時間 (2015年10月中の平均的な1週間におけるおおよその時間をご記入ください)
1					約( )時間
2					約( )時間
3					約( )時間
4					約( )時間

※記入欄が不足する場合は、お手数ですが、コピーをしてご記入ください。

## 3. 2015年10月1日時点の利用者(実人数)についてお伺いします。

(1) 要介護度別の利用者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	申請中	合計
人	人	人	人	人	人	人	人	人

(2) 要支援・要介護の別に、年齢階級別の利用者数をご記入ください。

	40～64歳	65歳以上
要支援	人	人
要介護	人	人

(3) 要支援・要介護の別に、障害高齢者の日常生活自立度別の利用者数をご記入ください。

	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人

(4) 要支援・要介護の別に、認知症高齢者の日常生活自立度別の利用者数をご記入ください。

	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人

(5) 要支援・要介護の別に、以下の医療的ケア等(介護のケアも含む)を実施している利用者数をご記入ください。

	静脈内注射(点滴を含む)	中心静脈栄養の管理	透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理	ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	気管切開のケア	経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	常時のモニター測定	褥瘡の処置	カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理	喀痰吸引
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

	服薬管理(血糖測定・インスリン注射を含む)	摘便・浣腸のケア	排泄介助	おむつ交換	嚥下食の提供	食事介助	入浴介助	更衣介助	居宅内介助(送迎介助)
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※本調査における「服薬管理」は経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。

## 4. 加算の届出の有無及び算定人数(2015年9月分)についてお伺いします。

1) 個別機能訓練加算	0 無⇒1)-①をご記入ください 1 有⇒人数( )人、延べ回数( )回
1)-① 届出をしていない場合:理由(複数回答可)	
1 機能訓練指導員を常勤・専従で配置することが難しい	2 個別機能訓練計画の作成が難しい
3 収益が見込めない	4 必要な利用者がいない
5 利用者負担が増えるから	6 事業所の理念と異なる
7 多職種との連携が難しい	
8 その他( )	
2) 認知症専門ケア加算	0 無      1 Iを算定      2 IIを算定

## 5. 地域との交流活動の実施状況についてお伺いします。

(1) 2015年度中の開催回数(予定を含む)をご記入ください。

	開催回数
1) 介護支援専門員や介護サービス事業所、市町村、地区組織との連絡会議の開催	年( )回
2) 介護支援専門員や介護サービス事業所、市町村の専門職などを対象とした勉強会・事例検討会の開催	年( )回
3) 住民を対象とした講演会の開催	年( )回
4) その他⇒具体的に( )	

(2) 2015年4月以降、他の居宅サービス等との連携の状況に変化があるか教えてください。

1) ケアプラン、居宅サービス計画と連動できるようになった	1 そう思う   2 ややそう思う   3 あまり思わない   4 思わない 5 わからない
2) 医師との情報共有が進んだ	1 そう思う   2 ややそう思う   3 あまり思わない   4 思わない 5 わからない
3) 他の介護事業所との情報共有が進んだ	1 そう思う   2 ややそう思う   3 あまり思わない   4 思わない 5 わからない

記入内容についてお伺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	
------	--	------	--

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、調査ご担当者から、利用者票(職員記入票)、利用者本人票とあわせて、ご返送ください。ご協力ありがとうございました。



## 3. 貴施設の入所者についてお伺いします。

(1) 入所者数をご記入ください。

2015年10月1日時点の入所者数(実人数)	人
------------------------	---

(2) 入所者数(実人数)について、内訳をご記入ください。

1) 要介護度別実人数		2) 年齢階級別実人数		3) 障害高齢者の日常生活自立度別実人数		4) 認知症高齢者の日常生活自立度別人数	
要介護1	人	40~64歳	人	自立	人	自立	人
要介護2	人	65歳以上	人	J1	人	I	人
要介護3	人			J2	人	II a	人
要介護4	人			A1	人	II b	人
要介護5	人			A2	人	III a	人
申請中	人			B1	人	III b	人
				B2	人	IV	人
				C1	人	M	人
				C2	人		

※内訳の合計はそれぞれ(1)と一致するように、ご記入ください。

(3) 加算の届出の有無及び算定人数(2015年9月分)についてお伺いします。

1) 個別機能訓練加算	0 無⇒1)-①をご記入ください	
	1 有⇒人数( )人、延べ回数( )回	
1)-① 届出をしていない場合:理由(複数回答可)		
1 機能訓練指導員を常勤・専従で配置することが難しい	2 個別機能訓練計画の作成が難しい	
3 収益が見込めない	4 必要な利用者がいない	
5 利用者負担が増えるから	6 事業所の理念と異なる	
7 多職種との連携が難しい		
8 その他( )		
2) 在宅復帰支援機能加算	0 無	1 有⇒( )人
3) 経口移行加算	0 無	1 有⇒( )人
4) 経口維持加算	0 無	1 有⇒( )人
5) 認知症専門ケア加算	0 無	1 有

4. 以下の医療的ケア(介護のケアを含む)を実施している入所者数を実人数でご記入ください。(2015年10月1日)

血糖測定・インスリン注射(自己管理・介助を含む)	人
静脈内注射(点滴を含む)	人
中心静脈栄養の管理	人
透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理	人
ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	人
酸素療法	人
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	人
気管切開のケア	人
疼痛の管理	人
うち麻薬を用いるもの	人

(続き)

経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	人
常時のモニター測定	人
褥瘡の処置	人
カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理	人
喀痰吸引	人
ネブライザー	人
創傷処置(褥瘡を除く)	人
服薬管理(注射を除く) ※	人
認知症に関する専門的ケア	人
摘便	人
浣腸	人
一時的導尿	人
おむつ交換	人
嚥下食の提供	人
食事介助	人
排泄介助	人
更衣介助	人

※本調査における「服薬管理」は経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。

## 5. 地域との交流活動の実施状況についてお伺いします。

(1) 地域との交流活動の実施状況についてお伺いします。

① 地域住民への健康教室	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
② ボランティアの受け入れ	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
③ 住民も含めた祭り等の開催	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
④ 住民と入所者の交流会の開催	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
⑤ その他、実施している取組 【自由記載】			

(2) 2015年4月以降、他の居宅サービス等との連携の状況に変化があるか教えてください。

1) ケアプラン、居宅サービス計画と連動できるようになった	1 そう思う	2 ややそう思う	3 あまり思わない	4 思わない	5 わからない
2) 医師との情報共有が進んだ	1 そう思う	2 ややそう思う	3 あまり思わない	4 思わない	5 わからない
3) 他の介護事業所との情報共有が進んだ	1 そう思う	2 ややそう思う	3 あまり思わない	4 思わない	5 わからない

記入内容についてお伺いする場合があります。施設名と連絡先をご記入ください。

施設名		電話番号	
-----	--	------	--

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、調査ご担当者から、利用者票(職員記入票)、利用者本人票とあわせて、ご返送ください。ご協力ありがとうございました。

平成27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と機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業  
 介護老人保健施設票(案)

- ※本調査票は、貴施設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、2015年10月1日または、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) 開設年	西暦 ( ) 年
3) 開設主体	1 医療法人            2 市区町村、広域連合、一部事務組合 3 社会福祉法人    4 その他 ( )
4) 介護報酬上の加算	1 従来型    2 在宅強化型    3 療養型    4 療養強化型
5) 入所定員	( ) 人
6) 短期入所療養介護の実施の有無	1 有    2 無
7) 通所リハビリテーションの実施の有無	1 有    2 無
8) 訪問リハビリテーションの実施の有無	1 有    2 無

2. 貴施設の職員体制についてお伺いします。

2015年10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÷貴施設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。職種を兼務している場合は、勤務実態に応じて、按分してください。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。

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. 貴施設の入所者についてお伺いします。

(1) 入所者数をご記入ください。

2015年10月1日時点の入所者数(実人数)	人
------------------------	---

(2) 入所者数(実人数)について、内訳をご記入ください。

1) 要介護度別実人数		2) 年齢階級別実人数		3) 障害高齢者の日常生活自立度別実人数		4) 認知症高齢者の日常生活自立度別実人数	
要介護1	人	40~64歳	人	自立	人	自立	人
要介護2	人	65歳以上	人	J1	人	I	人
要介護3	人			J2	人	II a	人
要介護4	人			A1	人	II b	人
要介護5	人			A2	人	III a	人
申請中	人			B1	人	III b	人
				B2	人	IV	人
				C1	人	M	人
				C2	人		

※内訳の合計はそれぞれ(1)と一致するように、ご記入ください。

(3) 加算の届出の有無、算定人数(2015年9月分)についてお伺いします。

1) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	0 無	1 有	➡ ( ) 人
2) 短期集中リハビリテーション実施加算	0 無	1 有	➡ ( ) 人
3) 精神科作業療法	0 無	1 有	➡ ( ) 人
4) 言語聴覚療法	0 無	1 有	➡ ( ) 人
5) 摂食機能療法	0 無	1 有	➡ ( ) 人
6) 経口移行加算	0 無	1 有	➡ ( ) 人
7) 経口維持加算	0 無	1 有	➡ ( ) 人
8) 在宅復帰・在宅療養支援機能加算	0 無	1 有	

4. 短期入所療養介護の利用者(実人数)についてお伺いします。

(1) 利用者数をご記入ください。

2015年10月1日時点の短期入所療養介護の利用者数	人
----------------------------	---

(2) 利用者数(実人数)について、内訳をご記入ください。

1) 要介護度別実人数		2) 年齢階級別実人数		3) 障害高齢者の日常生活自立度別実人数		4) 認知症高齢者の日常生活自立度別実人数	
要支援1	人	40~64歳	人	自立	人	自立	人
要支援2	人	65歳以上	人	J1	人	I	人
要介護1	人			J2	人	II a	人
要介護2	人			A1	人	II b	人
要介護3	人			A2	人	III a	人
要介護4	人			B1	人	III b	人
要介護5	人			B2	人	IV	人
申請中	人			C1	人	M	人
				C2	人		

(3) 加算の届出の有無、算定人数(2015年9月分)についてお伺いします。

1) 重度療養管理加算	0 無	1 有	➡ ( ) 人
2) 個別リハビリテーション実施加算	0 無	1 有	➡ ( ) 人

5. 以下の医療的ケア(介護のケアを含む)を実施している入所者数(短期入所療養介護の利用者を除く)を実人数でご記入ください。(2015年10月1日)

血糖測定・インスリン注射(自己管理・介助を含む)	人
静脈内注射(点滴を含む)	人
中心静脈栄養の管理	人
透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理	人
ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	人
酸素療法	人
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	人



## (2) 介護老人保健施設の医師の関与と役割についてお伺いします。

1) 医学的管理・評価の実施状況 (複数回答可)	1 問診 2 身体診察(視診、触診) 3 併存疾患の管理 4 心肺機能・代謝機能・筋・骨格系などの行動体力の評価 5 認知機能検査 6 その他( )
2) リハ計画策定/遂行において実施していること (複数回答可)	1 施設内カンファレンスへの参加 2 リハ計画作成・承認 3 リハ計画の利用者への説明と同意 4 訓練場面での指導・確認 5 その他( )

## 7. 地域との交流活動の実施状況についてお伺いします。

## (1) 地域との交流活動の実施状況についてお伺いします。

① 地域住民への健康教室	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
② ボランティアの受け入れ	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
③ 住民も含めた祭り等の開催	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
④ 住民と入所者の交流会の開催	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
⑤ その他、実施している取組 【自由記載】			

## (2) 2015年4月以降、他の居宅サービス等との連携の状況に変化があるか教えてください。

1) ケアプラン、居宅サービス計画と連動できるようになった	1 そう思う	2 ややそう思う	3 あまり思わない	4 思わない	5 わからない
2) 医師との情報共有が進んだ	1 そう思う	2 ややそう思う	3 あまり思わない	4 思わない	5 わからない
3) 他の介護事業所との情報共有が進んだ	1 そう思う	2 ややそう思う	3 あまり思わない	4 思わない	5 わからない

記入内容についてお伺いする場合があります。施設名と連絡先をご記入ください。

施設名		電話番号	
-----	--	------	--

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、調査ご担当者から、利用者票(職員記入票)、利用者本人票とあわせて、ご返送ください。ご協力ありがとうございました。

平成27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と機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業  
 介護療養型医療施設票(案)

※本調査票は、貴施設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、2015年10月1日または、質問に記載している期間とします。

1. 貴施設の基本情報についてお伺いします。

1) 所在地	( ) 都・道・府・県
2) 介護指定病床の開始年	西暦 ( ) 年
3) 開設主体	1 医療法人 2 その他 ( )
4) 介護報酬上の届出	1 病院療養型 2 ユニット型病院療養型 3 病院経過型 4 診療所型 5 ユニット型診療所型 6 認知症疾患型 7 ユニット型認知症疾患型 8 認知症経過型
5) 介護指定病床数	( ) 床
6) 短期入所療養介護の実施の有無	1 有 2 無
7) 通所リハビリテーションの実施の有無	1 有 2 無
8) 訪問リハビリテーションの実施の有無	1 有 2 無

2. 貴施設の職員体制についてお伺いします。介護療養型医療施設サービスを行う病棟(または病室)の業務に携わる従事者について職種別に記入してください。

2015年10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÷貴施設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。職種を兼務している場合は、勤務実態に応じて、按分してください。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。

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. 貴施設の介護指定病床の入院者数についてお伺いします。

(※短期入所療養介護の利用者については4. でご記入ください。)

(1) 入院者数をご記入ください。

2015年10月1日時点の入院者数(実人数)	人
------------------------	---

(2) 入院者数(実人数)について、内訳をご記入ください。

1) 要介護度別実人数		2) 年齢階級別実人数		3) 障害高齢者の日常生活自立度別実人数		4) 認知症高齢者の日常生活自立度別実人数	
要介護1	人	40~64歳	人	自立	人	自立	人
要介護2	人	65歳以上	人	J1	人	I	人
要介護3	人			J2	人	II a	人
要介護4	人			A1	人	II b	人
要介護5	人			A2	人	III a	人
申請中	人			B1	人	III b	人
				B2	人	IV	人
				C1	人	M	人
				C2	人		

※内訳の合計はそれぞれ(1)と一致するように、ご記入ください。

(3) 加算の届出の有無、算定人数(2015年9月分)についてお伺いします。

1) 認知症短期集中リハビリテーション	0 無	1 有	➡ ( ) 人
2) 短期集中リハビリテーション	0 無	1 有	➡ ( ) 人
3) 理学療法 I	0 無	1 有	➡ ( ) 人
4) 理学療法 II	0 無	1 有	➡ ( ) 人
5) 作業療法	0 無	1 有	➡ ( ) 人
6) 精神科作業療法	0 無	1 有	➡ ( ) 人
7) 言語聴覚療法	0 無	1 有	➡ ( ) 人
8) 摂食機能療法	0 無	1 有	➡ ( ) 人
9) 集団コミュニケーション療法	0 無	1 有	➡ ( ) 人
10) 経口移行加算	0 無	1 有	➡ ( ) 人
11) 経口維持加算	0 無	1 有	➡ ( ) 人
12) 在宅復帰支援機能加算	0 無	1 有	

## 4. 短期入所療養介護の利用者(実人数)についてお伺いします。

(1) 利用者数をご記入ください。

2015年10月1日時点の短期入所療養介護の利用者数	人
----------------------------	---

(2) 利用者数(実人数)について、内訳をご記入ください。

1) 要介護度別実人数		2) 年齢階級別実人数		3) 障害高齢者の日常生活自立度別実人数		4) 認知症高齢者の日常生活自立度別人数	
要支援1	人	40~64歳	人	自立	人	自立	人
要支援2	人	65歳以上	人	J1	人	I	人
要介護1	人			J2	人	II a	人
要介護2	人			A1	人	II b	人
要介護3	人			A2	人	III a	人
要介護4	人			B1	人	III b	人
要介護5	人			B2	人	IV	人
申請中	人			C1	人	M	人
				C2	人		

## 5. 以下の医療的ケア(介護のケアを含む)を実施している入院者数(短期入所療養介護の利用者を除く)を実人数でご記入ください。(2015年10月1日時点)

血糖測定・インスリン注射(自己管理・介助を含む)	人
静脈内注射(点滴を含む)	人
中心静脈栄養の管理	人
透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理	人
ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	人
酸素療法	人
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	人
気管切開のケア	人
疼痛の管理	人
うち麻薬を用いるもの	人
経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	人
常時のモニター測定	人
褥瘡の処置	人
カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理	人
喀痰吸引	人
ネブライザー	人
創傷処置(褥瘡を除く)	人
服薬管理(注射を除く) ※	人
認知症に関する専門的ケア	人
摘便	人
浣腸	人

※本調査における「服薬管理」は経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。

(続き)

一時的導尿	人
おむつ交換	人
嚥下食の提供	人
食事介助	人
排泄介助	人
更衣介助	人

## 6. 貴施設の医師のリハビリテーションへの関与と役割についてお伺いします。

1) 医学的管理・評価の実施状況 (複数回答可)	1 問診	
	2 身体診察(視診、触診)	
	3 併存疾患の管理	
	4 心肺機能・代謝機能・筋・骨格系などの行動体力の評価	
	5 認知機能検査	
	6 その他( )	
2) リハ計画策定/遂行において実施していること (複数回答可)	1 施設内カンファレンスへの参加	2 リハ計画作成・承認
	3 リハ計画の利用者への説明と同意	4 訓練場面での指導・確認
	5 その他( )	

## 7. 地域との交流活動の実施状況についてお伺いします。

(1) 地域との交流活動の実施状況についてお伺いします。

1) 地域住民への健康教室	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
2) ボランティアの受け入れ	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
3) 住民も含めた祭り等の開催	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
4) 住民と患者の交流会の開催	1 実施している	2 計画中である	3 実施予定はない
5) その他、実施している取組 【自由記載】			

(2) 2015年4月以降、他の居宅サービス等との連携の状況に変化があるか教えてください。

1) ケアプラン、居宅サービス計画と連動できるようになった	1 そう思う	2 ややそう思う	3 あまり思わない	4 思わない	5 わからない
2) 医師との情報共有が進んだ	1 そう思う	2 ややそう思う	3 あまり思わない	4 思わない	5 わからない
3) 他の介護事業所との情報共有が進んだ	1 そう思う	2 ややそう思う	3 あまり思わない	4 思わない	5 わからない

記入内容についてお伺いする場合があります。施設名と連絡先をご記入ください。

施設名		電話番号	
-----	--	------	--

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、調査ご担当者から、利用者票(職員記入票)、利用者本人票とあわせて、ご返送ください。ご協力ありがとうございました。

平成27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と機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業  
 短期入所生活介護事業所票(案)

※本調査票は、短期入所生活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、2015年10月1日または、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) 開設年	西暦 ( ) 年
3) 開設主体	1 市区町村、広域連合・一部事務組合      2 社会福祉法人 3 医療法人      4 その他 ( )
4) 設置形態	1 単独型      2 併設型      3 空床型 4 単独型ユニット型      5 併設型ユニット型      6 空床型ユニット型
5) 利用定員	( ) 人      ※空床利用の場合は記入不要です。

### 2. 貴事業所の職員体制についてお伺いします。

2015年10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。職種を兼務している場合は、勤務実態に応じて、按分してください。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。

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(含管理者)
.	.	.	.	.	.	.

機能訓練指導員について、各人の資格、雇用形態、業務形態等を記入してください。

No	資格 <選択肢> 1 看護師 2 准看護師 3 理学療法士 4 作業療法士 5 言語聴覚士 6 柔道整復師 7 あん摩マッサージ指圧師	雇用形態 <選択肢> 1 常勤 2 非常勤	業務形態 <選択肢> 1 機能訓練指導員の職務に専従 2 他の職務と兼務	兼務の場合の職種 <選択肢> 1 看護職員 2 介護職員 3 生活相談員 4 その他:具体的に記入	1週間あたりの機能訓練指導員の職務に携わる時間 (2015年10月中の平均的な1週間におけるおおよその時間をご記入ください)
1					約 ( ) 時間
2					約 ( ) 時間
3					約 ( ) 時間
4					約 ( ) 時間
5					約 ( ) 時間

※記入欄が不足する場合は、お手数ですが、コピーをしてご記入ください。

## 3. 2015年10月1日時点の利用者数(実人数)についてお伺いします。

(1) 要介護度別の利用者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	申請中	合計
人	人	人	人	人	人	人	人	人

(2) 要支援・要介護の別に、年齢階級別の利用者数をご記入ください。

	40～64歳	65歳以上
要支援	人	人
要介護	人	人

(3) 要支援・要介護の別に、障害高齢者の日常生活自立度別の利用者数をご記入ください。

	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	G2
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人

(4) 要支援・要介護の別に、認知症高齢者の日常生活自立度別の利用者数をご記入ください。

	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人

(5) 要支援・要介護の別に、以下の医療的ケア等(介護のケアも含む)を実施している利用者数をご記入ください。

	静脈内注射(点滴を含む)	中心静脈栄養の管理	透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理	ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	気管切開のケア	経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	常時のモニター測定	褥瘡の処置	カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)の管理	喀痰吸引
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

	服薬管理(血糖測定・インスリン注射を含む)	排便・浣腸のケア	排泄介助	おむつ交換	嚥下食の提供	食事介助	入浴介助	更衣介助	居宅内介助(送迎介助)
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※本調査における「服薬管理」は経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。



## 5. 地域との交流活動の実施状況についてお伺いします。

(1) 平成27年度中の開催回数(予定を含む)をご記入ください。

地域との連携状況	開催回数
1) 介護支援専門員や介護サービス事業所、市町村、地区組織との連絡会議の開催	年( )回
2) 介護支援専門員や介護サービス事業所、市町村の専門職などを対象とした勉強会・事例検討会の開催	年( )回
3) 住民を対象とした講演会の開催	年( )回
4) その他⇒具体的に ( )	

(2) 2015年4月以降、他の居宅サービス等との連携の状況に変化があるか教えてください。

1) ケアプラン、居宅サービス計画と連動できるようになった	1 そう思う 2 ややそう思う 3 あまり思わない 4 思わない 5 わからない
2) 医師との情報共有が進んだ	1 そう思う 2 ややそう思う 3 あまり思わない 4 思わない 5 わからない
3) 他の介護事業所との情報共有が進んだ	1 そう思う 2 ややそう思う 3 あまり思わない 4 思わない 5 わからない

記入内容についてお伺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

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、調査ご担当者から、利用者票(職員記入票)、利用者本人票とあわせて、ご返送ください。ご協力ありがとうございました。

平成27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と機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業

## 利用者調査：リハビリ職員記入票(案)

※調査の対象者は、調査要綱に記載の方法で選んでください。

※本調査票のうち設問のⅠ～Ⅷまでは、当該利用者のリハビリテーション計画書の作成者の方がご記入ください。Ⅸについては、事業所の医師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、2015年10月1日または、質問に記載している期間とします。

### Ⅰ 回答者(リハビリテーション計画書の作成者)の職種

1) リハ計画作成者(複数回答可)	1 医師	2 理学療法士	3 作業療法士	4 言語聴覚士	5 その他( )
1)-1 うち、主たる作成者	1 医師	2 理学療法士	3 作業療法士	4 言語聴覚士	5 その他

### Ⅱ 利用者の基本情報についてお伺いします。

2) 年齢	( ) 歳	
3) 性別	1 男 2 女	
4) 傷病名 (複数回答可)	1 高血圧 2 脳卒中 3 心不全 4 糖尿病 5 呼吸不全 6 脊椎・脊髄障害 7 腎不全 8 関節リウマチ 9 関節症・骨粗鬆症 10 進行性の神経筋疾患 11 悪性新生物 12 うつ病 13 認知症 14 パーキンソン病 15 廃用症候群 16 肺炎 17 骨折(圧迫骨折を含む) 18 その他( )	
5) 要介護度	①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 申請中
	②利用開始時	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 申請中 9 不明
6) 障害高齢者の日常生活自立度	①現状	1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2 10 不明
	②3か月前	1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2 10 不明
	③利用開始時	1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2 10 不明
7) 認知症高齢者の日常生活自立度(現状)	1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明	
8) 過去1年以内の入院の有無・直近退院日	1 有⇒退院日：西暦( )年( )月( )日 2 無 3 不明	
9) ケアマネジャーが考える通所リハビリテーションを利用することとなった解決すべき課題(ケアプランの内容をもとに回答ください)(複数回答可)	1 健康管理 2 心身機能の維持 3 心身機能の向上 4 意欲の向上 5 療養上のケアの提供 6 ADL維持 7 ADL向上 8 IADL維持 9 IADL向上 10 閉じこもり予防 11 社会参加支援 12 介護負担軽減 13 その他( )	
10) 他に利用している介護保険サービス(複数回答可)	1 訪問介護 2 訪問看護 3 訪問リハ 4 通所介護 5 福祉用具貸与 6 住宅改修 7 ショートステイ 8 その他( )	

## Ⅲ 利用者の通院状況

11) 通院先 (複数回答可)	1 自院の病院・診療所 2 他院の病院・診療所 3 通院はしていない 4 不明
① 医師による医学 的管理の状況 (複数回答可)	1 病状の定期的管理 2 薬物療法 3 定期的血液等検査 4 腎透析 5 医療器具の交換または管理 6 その他 ( )
② 通院頻度	1 1週間に1回以上 2 2週間に1回程度 3 1か月に1回程度 4 2か月に1回程度 5 その他 ( )

## Ⅳ サービスの利用状況等についてお伺いします。

12) 通所リハ契約日	西暦 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
13) 1か月の通所リハ利用回数 (2015年9月分)	( ) 回
14) 算定した加算 (2015年9月分) (複数回答可)	
1 生活行為向上リハビリテーション実施加算	2 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 I
3 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 II	4 短期集中個別リハビリテーション実施加算
5 リハビリテーションマネジメント加算 (I)	6 リハビリテーションマネジメント加算 (II)
7 口腔機能向上加算	8 運動器機能向上加算
9 送迎減算	

## Ⅴ リハビリテーションに関する指示を出している医師 (指示医) との連携状況

15) 指示医との連携の有無・ 時期 (複数回答可)	1 計画策定時 2 リハビリ実施時 3 見直し時 4 その他 ( ) 5 なし → VIの設問 19) に進んでください。
16) 指示医から受けた指示や 指摘事項 (複数回答可)	1 開始前にチェックすべきこと 2 運動負荷量 3 訓練中の留意事項 (転倒、低血糖等) 4 中止基準 5 その他 ( )
17) リハの目標について指示医から指示を受けたか	1 はい 2 いいえ
18) 指示医から指示された リハ内容 (複数回答可)	1 理学療法 2 作業療法 3 言語聴覚療法 4 各種訓練プログラム 5 その他 ( ) 6 なし
19) 指示医への報告内容 (複数回答可)	1 病状の報告 2 訓練中の留意事項に対する報告 3 訓練内容の報告 4 訓練実施後の効果と副作用に対する報告 5 その他 ( ) 6 なし

## Ⅵ リハビリテーション会議について

20) リハビリテーション会議開催の有無	1 有 2 無
(有の場合) 21) 直近に開催した会議の 参加職種 (複数回答可)	(通所リハ事業所の職員) 1 医師 2 理学療法士 3 作業療法士 4 言語聴覚士 5 看護職員 6 介護職員 7 その他 ( ) (居宅サービス計画に位置付けられた他の事業所の職員) 8 利用者の主治医 9 介護支援専門員 10 訪問介護の職員 11 通所介護の職員 12 訪問看護の職員 13 訪問リハの職員 14 福祉用具相談員 15 その他 ( )

## Ⅶ リハビリテーションのマネジメントについて (直近のリハ計画から転記してください)

22) リハビリテーションについて、本 人の希望を確認していますか。 希望の内容を記入してください。	1 はい → (具体的に: ) 2 いいえ
23) リハビリテーションについて、家 族の希望を確認していますか。 希望の内容を記入してください。	1 はい → (具体的に: ) 2 いいえ

【アセスメントについてお伺いします】																								
24) 心身機能 (複数回答可) ※問題ありの選択肢に○	1	運動機能障害	2	感覚機能障害 (聴覚、視覚等)	3	関節拘縮	4	疼痛	5	口腔機能障害	6	摂食嚥下機能障害	7	失語症・構音障害	8	精神障害 (BPSD)	9	見当識障害	10	記憶障害	11	その他の高次脳機能障害	12	栄養障害
	25) 認知機能の評価	1	無	2	有 → HDS-R ( ) 点または MMSE ( ) 点																			
	居室での状況について、ご回答ください																							
	(選択肢)	①現在の実行状況					②将来の見通し			③3か月前の状態 (記録から転記)														
11		12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35											
	自立	見守り	一部介助	全介助	把握していない	改善	維持	減退・低下	自立	見守り	一部介助	全介助	把握していない											
【ADL】																								
※全介助：ADLの項目の介助がすべて行われている場合 一部介助：一連の行為に部分的な介助が行われている場合 見守り：介助は行われていないが見守り等が行われている場合 自立：介助が行われていない場合																								
26) 食事	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35											
27) 排泄	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35											
28) 入浴	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35											
29) 更衣	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35											
30) 整容	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35											
31) 移乗	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35											
32) 屋内移動	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35											
33) 階段昇降	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35											
【IADL】																								
※全介助：IADLの項目の介助がすべて行われている場合 一部介助：一連の行為に部分的な介助が行われている場合 見守り：介助は行われていないが見守り等が行われている場合 自立：介助が行われていない場合																								
34) 屋外移動	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35											
35) 買い物	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35											
36) 調理	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35											
37) 洗濯	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35											
38) 掃除	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35											
【起居動作】																								
39) 起き上がり	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35											
40) 座位保持	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35											
41) 立ち上がり	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35											
42) 立位保持	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35											
43) 活用しているADL評価指標名	0 無					1 Barthel Index				2 FIM														
	3 その他 ( )																							
44) 活用しているIADL評価指標名	0 無					1 Frenchay Activity Index				2 Lawton&Brody														
	3 その他 ( )																							

【計画についてお伺いします】			
45) あなたが設定した日常生活上の課題の領域全てに○を付けてください。			
1 呼吸機能	2 心肺の運動耐容能機能 (体力)	3 循環機能 (心血管・免疫系)	4 関節可動域
5 筋力向上	6 筋緊張緩和	7 筋持久力向上	8 運動機能
9 痛みの緩和	10 姿勢の維持	11 起居・移乗動作	12 歩行・移動
13 階段昇降	14 公共交通機関利用	15 認知機能	16 意欲の向上
17 入浴	18 整容	19 排泄	20 更衣
21 食事	22 調理	23 洗濯	24 掃除・整理整頓
25 家の手入れ (含む草取り・菜園)	26 買い物	27 対人関係	28 余暇活動
29 仕事	30 音声と発話の機能	31 聴覚機能	32 摂食嚥下機能
33 言語機能	34 コミュニケーション	35 その他 ( )	
46) 45) で設定した日常生活上の課題領域のうち最も優先順位が高いものの1つの番号をご記入ください。			
47) 46) で選んだ最も優先順位が高い課題に対する目的	1 改善	2 維持	3 低下防止
48) 46) で選んだ最も優先順位が高い課題に対する短期目標: 「何を」「いつまでに」「どこまでのレベル」にしたいのか。(自由記載)			
49) 46) で選んだ最も優先順位が高い課題の達成期間	1 1か月以内	2 1か月超～3か月以内	
	3 3か月超～6か月以内	4 6か月超～12か月以内	5 12か月超
50) 目標達成後のサービス移行のイメージ	1 通所リハを継続する	2 通所介護に移行	
	3 外来リハに移行	4 訪問リハに移行	
	5 介護予防事業等地域支援事業に移行	6 スポーツ施設に移行	
	7 サロン等住民主体の通いの場に移行	8 趣味等の教室に移行	
	9 移行せずに終了 (サービス等不要)		
	10 その他 ( )		
	11 目標達成後のイメージは特にない		
51) 選択したリハビリテーション (複数回答可)	1 理学療法	2 作業療法	3 言語聴覚療法
	4 その他 ( )		
52) 44) で選んだ最も優先順位が高い課題に対して、計画に記載している訓練の番号に○を付け (複数回答可)、それぞれ計画に記載している1週間あたりの概ねの訓練時間をご記入ください。			
1 呼吸機能訓練	分	2 体力向上訓練	分
3 循環機能の改善訓練	分	4 関節可動域訓練	分
5 筋力向上訓練	分	6 筋緊張緩和訓練	分
7 筋持久力向上訓練	分	8 運動機能改善訓練	分
9 痛みの緩和訓練	分	10 姿勢の保持訓練	分
11 起居・移乗動作練習	分	12 歩行・移動練習	分
13 階段昇降練習	分	14 公共交通機関利用練習	分
15 認知機能訓練	分	16 意欲の向上訓練	分
17 一連の入浴行為練習	分	18 一連の整容行為練習	分
19 一連の排泄行為練習	分	20 一連の更衣行為練習	分

(続き)

21 一連の食事行為練習	分	22 一連の調理行為練習	分
23 一連の洗濯行為練習	分	24 一連の掃除・整理整頓行為練習	分
25 家の手入れ (含草取り・菜園) 練習	分	26 買い物練習	分
27 対人関係練習	分	28 余暇活動練習	分
29 仕事練習	分	30 構音機能訓練	分
31 聴覚機能訓練	分	32 摂食嚥下機能訓練	分
33 言語機能訓練	分	34 コミュニケーション練習	分
35 自己訓練練習	分	36 その他 ( )	分
53) 自宅等通所以外での指導の有無	1 なし (今後の予定もなし) 2 ないが、今後の予定はあり 3 あり		
(2 または 3 の場合) 場所はどこですか	1 自宅 2 その他 ( )		
54) 環境調整 (住宅改修・福祉用具等) の指導の有無 (複数回答可)	1 無 2 住宅改修 3 福祉用具 4 補装具 5 その他 ( )		
55) 家族への指導の有無	1 なし (今後の予定もなし) 2 ないが、今後の予定はあり 3 あり		
56) 他のサービス提供事業所との同行訪問の実施の有無	1 なし (今後の予定もなし) 2 ないが、今後の予定はあり 3 あり		
(2 または 3 の場合) 同行者・事業所 (複数回答可)	1 介護支援専門員 2 訪問介護 3 通所介護 4 訪問看護 5 訪問リハ 6 その他 ( )		
57) 看護師やケア職が提供しているケアについて (複数回答可)	生活援助	1 食事の提供 2 特別食の提供 (糖尿病食等) 3 入浴の確保 4 その他 ( )	
	身体介護	1 食事介助 2 更衣介助 3 整容介助 4 入浴介助 5 排泄介助 6 服薬介助 7 その他 ( )	
	療養ケア	1 褥瘡等創傷のケア 2 気道内吸引 3 中心静脈栄養 4 経管栄養 5 人工肛門・膀胱ケア 6 服薬管理※・点眼等ケア 7 浣腸・排便 8 自己導尿のケア 9 その他 ( )	

※本調査における「服薬管理」は経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。

### Ⅷ その他実施している内容について、ご記入ください。

58) 利用者の日常生活の活動性を高めるためにリハビリテーション以外で実施しているレクリエーションの内容をご回答ください。(複数回答可)
1 遊び (ゲーム、囲碁、将棋、マージャン、トランプ、ルーレット、パチンコ等)
2 スポーツ (ボーリング・ペタンク、散歩、体操・運動、ゲートボール、プール、卓球、ダンス・踊り等)
3 芸術的・文化的な行事への関与と観賞 (演劇、映画、博物館・美術館、読書、楽器演奏等)
4 手工芸への関与 (陶芸・編み物・針仕事等)
5 趣味活動 (書道・絵手紙・絵画・写真、華道、俳句、カラオケ、パソコン等)
6 社交 (友人とおしゃべり、集まり等)
7 季節行事 (バスハイク、誕生会、運動会、盆踊り、納涼祭り、忘年会、新年会、花見等)
8 その他 (具体的に: )

## 【ここからは、貴事業所の医師の方がご記入ください。】

## Ⅸ 調査対象者(利用者)に対するリハビリテーションの指示の状況についてお伺いします。

59) 心肺機能・代謝機能・筋・骨格系など行動体力に関する情報を入手していますか。	
0 いいえ	
1 はい⇒情報入手は主にどのようになっていますか	
1 自分で検査し、評価している	
2 他の医療機関と連携し、入手している (⇒どこと連携していますか)	
21 リハビリテーション専門医に連絡し、入手している。	
22 リハビリテーション科がある専門病院に紹介し、診察結果を入手している。	
23 かかりつけ医と連携し、検査結果を入手し、評価している。	
3 その他 ( )	
60) リハビリテーション職員に対しどのような指示を出されましたか。 ※該当の番号すべてに○を付けてください。その上でその内容を具体的に記載願います。	1 リハ開始前のチェック ⇒ (具体的に記載: )
	2 運動負荷量⇒ (具体的に記載: )
	3 運動中のリスク ⇒ (具体的に記載: )
	4 運動の中止に関する事項⇒ (具体的に記載: )
	5 日常生活上での留意事項⇒ (具体的に記載: )
	6 摂食嚥下機能での留意事項⇒ (具体的に記載: )
	7 認知機能での留意事項⇒ (具体的に記載: )
	8 その他 ⇒ (具体的に記載: )
	9 特になし
61) 指示の順守状況の確認	1 確認した                      2 確認しなかった
62) リハビリテーション職員からの報告内容はどのようなものがありますか。(複数回答可)	1 病状の報告                      2 訓練中の留意事項に対する報告
	3 訓練内容の報告                      4 訓練実施の後効果と副作用に対する報告
	5 その他 ( )                      6 なし

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、調査ご担当者から、利用者本人票、事業所票とあわせて、ご返送ください。ご協力ありがとうございました。

平成 27 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と機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業

## 利用者調査：リハビリ職員記入票(案)

(介護老人保健施設・介護療養医療施設・短期入所療養介護)

※調査の対象者は、調査要綱に記載の方法で選んでください。

※本調査票のうち設問のⅠ～Ⅶまでは、当該利用者のリハビリテーション計画書の作成者の方がご記入ください。Ⅷについては、事業所の医師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、2015年10月1日または、質問に記載している期間とします。

### Ⅰ 回答者 (リハビリテーション計画書の作成者) の職種

1) リハ計画作成者 (複数回答可)	1 医師	2 理学療法士	3 作業療法士	4 言語聴覚士
	5 その他 ( )			
1)-1 うち、主たる作成者	1 医師	2 理学療法士	3 作業療法士	4 言語聴覚士
	5 その他			

### Ⅱ 利用者の基本情報についてお伺いします。

2) 年齢	( ) 歳
3) 性別	1 男 2 女
4) 傷病名 (複数回答)	1 高血圧 2 脳卒中 3 心不全 4 糖尿病 5 呼吸不全 6 脊椎・脊髄障害 7 腎不全 8 関節リウマチ 9 関節症・骨粗鬆症 10 進行性の神経筋疾患 11 悪性新生物 12 うつ病 13 認知症 14 パーキンソン病 15 廃用症候群 16 肺炎 17 骨折 (圧迫骨折を含む) 18 その他 ( )
5) 要介護度	①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 申請中
	②入所・入院開始時 (短期入所療養介護の場合、貴事業所を初めて利用した時。6)も同じ) 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 申請中 9 不明
6) 障害高齢者の日常生活自立度	①現状 1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2 10 不明
	②3か月前 1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2 10 不明
	③入所・入院開始時 1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2 10 不明
7) 認知症高齢者の日常生活自立度 (現状)	1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明
8) 施設サービス計画の目標 (複数回答可)	1 健康管理 2 心身機能の維持 3 心身機能の向上 4 意欲の向上 5 療養上のケアの提供 6 ADL維持 7 ADL向上 8 IADL維持 9 IADL向上 10 閉じこもり予防 11 社会参加支援 12 介護負担軽減 13 その他 ( )
【短期入所療養介護の方はご回答ください】 9) 他に利用している介護保険サービス (複数回答可) (平成27年9月分)	1 訪問介護 2 訪問看護 3 訪問リハ 4 通所リハ 5 通所介護 6 福祉用具貸与 7 住宅改修 8 その他 ( )

## Ⅲ サービスの利用状況等についてお伺いします。

10) 入所・入院日	西暦 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日		
11) 算定した加算 (2015 年 9 月分) (複数回答可) ※サービス種類によってはもともと報酬上ない加算もあります。			
1 認知症短期集中リハビリテーション (実施加算)	2 短期集中リハビリテーション (実施加算)	3 理学療法 I	
4 理学療法 II	5 作業療法	6 精神科作業療法	
7 言語聴覚療法	8 摂食機能療法	9 集団コミュニケーション療法	
10 経口移行加算	11 経口維持加算	12 個別リハビリテーション実施加算	

## Ⅳ リハビリテーションに関する指示を出している医師 (指示医) との連携状況

12) 指示医との連携時期 (複数回答可)	1 計画策定時 4 その他 ( ) 5 なし → V の設問 16) へ進んでください。	2 リハビリ実施時	3 見直し時
13) 指示医から受けた指示や指摘事項 (複数回答可)	1 開始前にチェックすべきこと 3 訓練中の留意事項 (転倒、低血糖等) 5 その他 ( )	2 運動負荷量	4 中止基準
14) リハの目標について指示医から指示を受けたか	1 はい	2 いいえ	
15) 指示医から指示されたリハ内容 (複数回答可)	1 理学療法 4 各種訓練プログラム	2 作業療法 5 その他 ( )	3 言語聴覚療法 6 なし
16) 指示医への報告内容 (複数回答可)	1 病状の報告 3 訓練内容の報告 5 その他 ( )	2 訓練中の留意事項の報告	4 訓練実施後効果と副作用の報告 6 なし

## Ⅴ リハビリテーションカンファレンスについて (※リハ計画作成にあたってのチーム会議)

17) 会議の開催	1 無	2 有			
17) -1 (有の場合) 開催頻度	1 開始時	2 月 1~3 回	3 年 1~2 回	4 随時	5 不明
17) -2 (有の場合) 直近に開催した会議の参加職種 (複数回答可)	(施設の職員)				
	1 医師	2 歯科医師	3 理学療法士	4 作業療法士	
	5 言語聴覚士	6 看護職員	7 介護職員	8 歯科衛生士	9 その他 ( )
(他の事業所の職員等)					
	10 本人	11 家族	12 介護支援専門員		
	13 その他 ( )				

## Ⅵ リハビリテーションのマネジメントについて (直近のリハ計画から転記してください)

18) 入所前後訪問指導の実施の有無	1 無	2 有 → (加算の算定: 1 I 2 II 3 なし)			
19) リハビリテーションについて、本人の希望を確認していますか。希望の内容を記入してください。	1 はい → (具体的に: ) 2 いいえ				
20) リハビリテーションについて、家族の希望を確認していますか。希望の内容を記入してください。	1 はい → (具体的に: ) 2 いいえ				
【アセスメントについてお伺いします】					
21) 心身機能 (複数回答可) ※問題ありの選択肢に○	1 運動機能障害 4 疼痛 7 失語症・構音障害 10 記憶障害	2 感覚機能障害 (聴覚、視覚等) 5 口腔機能障害 8 精神障害 (BPSD) 11 その他の高次脳機能障害	3 関節拘縮	6 摂食嚥下機能障害	9 見当識障害 12 栄養障害
22) 認知機能の評価	1 無	2 有 → HDS-R ( ) 点または MMSE ( ) 点			

ADL・IADL・起居動作の状況について、ご回答ください。													
(選択肢)	①現在の実行状況					②将来の見通し			③3か月前の状態 (記録から転記)				
	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
	自立	見守り	一部介助	全介助	把握していない	改善	維持	減退・低下	自立	見守り	一部介助	全介助	把握していない
<b>【ADL】</b>													
※全介助：ADLの項目の介助がすべて行われている場合 一部介助：一連の行為に部分的な介助が行われている場合 見守り：介助は行われていないが見守り等が行われている場合 自立：介助が行われていない場合													
23) 食事	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
24) 排泄	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
25) 入浴	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
26) 更衣	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
27) 整容	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
28) 移乗	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
29) 屋内移動	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
30) 階段昇降	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
<b>【IADL】</b>													
※全介助：IADLの項目の介助がすべて行われている場合 一部介助：一連の行為に部分的な介助が行われている場合 見守り：介助は行われていないが見守り等が行われている場合 自立：介助が行われていない場合													
31) 屋外移動	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
32) 買い物	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
33) 調理	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
34) 洗濯	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
35) 掃除	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
<b>【起居動作】</b>													
36) 起き上がり	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
37) 座位保持	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
38) 立ち上がり	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
39) 立位保持	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
40) 活用しているADL評価指標名	0 無					1 Barthel Index			2 FIM				
	3 その他 ( )												
41) 活用しているIADL評価指標名	0 無					1 Frenchay Activity Index			2 Lawton&Brody				
	3 その他 ( )												
42) 退所・退院先の 目標設定	1 特になし			2 老人保健施設			3 療養病床			4 特定施設			
	5 介護老人福祉施設			6 自宅			7 その他 ( )						

【計画についてお伺いします】			
43) あなたが設定した日常生活上の課題の領域全てに○を付けてください。			
1 呼吸機能	2 心肺の運動耐容能機能 (体力)	3 循環機能 (心血管・免疫系)	4 関節可動域
5 筋力向上	6 筋緊張緩和	7 筋持久力向上	8 運動機能
9 痛みの緩和	10 姿勢の維持	11 起居・移乗動作	12 歩行・移動
13 階段昇降	14 公共交通機関利用	15 認知機能	16 意欲の向上
17 入浴	18 整容	19 排泄	20 更衣
21 食事	22 調理	23 洗濯	24 掃除・整理整頓
25 家の手入れ (含む草取り・菜園)	26 買い物	27 対人関係	28 余暇活動
29 仕事	30 音声と発話の機能	31 聴覚機能	32 摂食嚥下機能
33 言語機能	34 コミュニケーション	35 その他 ( )	
44) 43) で設定した日常生活上の課題領域のうち最も優先順位が高いものの1つの番号をご記入ください。			
45) 44) で選んだ最も優先順位が高い課題に対する目的		1 改善 2 維持 3 低下防止 4 不明	
46) 44) で選んだ最も優先順位が高い課題に対する短期目標: 「何を」「いつまでに」「どこまでのレベル」にしたいのか。(自由記載)			
47) 44) で選んだ最も優先順位が高い課題の達成期間		1 1か月以内                      2 1か月超～3か月以内 3 3か月超～6か月以内        4 6か月超～12か月以内      5 12か月超	
48) 選択したリハビリテーション (複数回答可)		1 理学療法    2 作業療法    3 言語聴覚療法 4 その他 ( )	
49) 44) で選んだ最も優先順位が高い課題に対して、計画に記載している訓練の番号に○を付け (複数回答可)、それぞれ計画に記載している1週間あたりの概ねの訓練時間をご記入ください。			
1 呼吸機能訓練	分	2 体力向上訓練	分
3 循環機能の改善訓練	分	4 関節可動域訓練	分
5 筋力向上訓練	分	6 筋緊張緩和訓練	分
7 筋持久力向上訓練	分	8 運動機能改善訓練	分
9 痛みの緩和訓練	分	10 姿勢の保持訓練	分
11 起居・移乗動作練習	分	12 歩行・移動練習	分
13 階段昇降練習	分	14 公共交通機関利用練習	分
15 認知機能訓練	分	16 意欲の向上訓練	分
17 一連の入浴行為練習	分	18 一連の整容行為練習	分
19 一連の排泄行為練習	分	20 一連の更衣行為練習	分
21 一連の食事行為練習	分	22 一連の調理行為練習	分
23 一連の洗濯行為練習	分	24 一連の掃除・整理整頓行為練習	分
25 家の手入れ (含む草取り・菜園) 練習	分	26 買い物練習	分
27 対人関係練習	分	28 余暇活動練習	分
29 仕事練習	分	30 構音機能訓練	分
31 聴覚機能訓練	分	32 摂食嚥下機能訓練	分
33 言語機能訓練	分	34 コミュニケーション練習	分
35 自己訓練練習	分	36 その他 ( )	分

50) 施設等通所以外での指導の有無	1 なし (今後の予定もなし) 2 ないが、今後の予定はあり 3 あり
(2 または 3 の場合) 場所はどこですか	1 自宅 2 その他 ( )
51) 環境調整 (住宅改修・福祉用具等) の指導の有無 (複数回答可)	1 無 2 住宅改修 3 福祉用具 4 補装具 5 その他 ( )
52) 家族への指導の有無	1 なし (今後の予定もなし) 2 ないが、今後の予定はあり 3 あり
53) 看護師やケア職が提供しているケアについて (複数回答可)	生活援助 1 食事の提供 2 特別食の提供 (糖尿病食等) 3 入浴の確保 4 その他 ( )
	身体介護 1 食事介助 2 更衣介助 3 整容介助 4 入浴介助 5 排泄介助 6 服薬介助 7 その他 ( )
	療養ケア 1 褥瘡等創傷のケア 2 気道内吸引 3 中心静脈栄養 4 経管栄養 5 人工肛門・膀胱ケア 6 服薬管理※・点眼等ケア 7 浣腸・排便 8 自己導尿のケア 9 その他 ( )
54) 計画の見直しの頻度	1 3か月に1回程度 2 6か月に1回程度 3 1年に1回程度 4 必要に応じて 5 見直すことはほとんどない 6 不明
55) 家族への計画の説明の実施の有無	1 無 2 有⇒ (誰が: 1 医師 2 PT・OT・ST 3 その他) 3 不明

※本調査における「服薬管理」は経口薬、塗布薬・貼付薬、点眼薬・点耳薬、座薬等の服薬状況の確認や服薬の介助等を指します。

## VI その他実施している内容について、ご記入ください。

56) 利用者の日常生活の活動性を高めるためにリハビリテーション以外で実施しているレクリエーションの内容をご回答ください。(複数回答可)
1 遊び (ゲーム、チェス、トランプ、ルーレット、パチンコ等) 2 スポーツ (ボーリング・ペタンク、散歩、体操・運動、ゲートボール、プール、卓球、ダンス・踊り等) 3 芸術的・文化的な行事への関与と観賞 (演劇、映画、博物館・美術館、読書、楽器演奏等) 4 手工芸への関与 (陶芸・編み物・針仕事等) 5 趣味活動 (書道・絵手紙・絵画・写真、華道、俳句、カラオケ、パソコン等) 6 社交 (友人とおしゃべり、集まり等) 7 季節行事 (バスハイク、誕生日会、運動会、盆踊り、納涼祭り、忘年会、新年会、花見等) 8 その他 (具体的に: )

## 【ここからは、貴事業所の医師の方がご記入ください。】

Ⅶ 調査対象者（利用者）について、リハビリテーションの指示の状況についてお伺いします。

57) 心肺機能・代謝機能・筋・骨格系など行動体力に関する情報を入手していますか。				
0 いいえ				
1 はい⇒情報入手は主にどのように行っていますか				
1 自分で検査し、評価している				
2 他の医療機関と連携し、入手している (⇒どこと連携していますか)				
21 リハビリテーション専門医に連絡し、入手している				
22 リハビリテーション科がある専門病院に紹介し、診察結果を入手している				
23 かかりつけ医と連携し、検査結果を入手し、評価している				
3 その他 ( )				
58) リハビリテーション職員に対しどのような指示を出されましたか。 ※該当の番号すべてに○を付けてください。その上でその内容を具体的に記載願います。	1	リハ開始前のチェック ⇒ (具体的に記載: )		
	2	運動負荷量⇒ (具体的に記載: )		
	3	運動中のリスク ⇒ (具体的に記載: )		
	4	運動の中止に関する事項⇒ (具体的に記載: )		
	5	日常生活上での留意事項⇒ (具体的に記載: )		
	6	摂食嚥下機能での留意事項⇒ (具体的に記載: )		
	7	認知機能での留意事項⇒ (具体的に記載: )		
	8	その他 ⇒ (具体的に記載: )		
	9	特になし		
59) 指示の順守状況の確認	1 確認した	2 確認しなかった		
60) リハビリテーション職員からの報告内容はどのようなものがありますか。(複数回答可)	1	病状の報告	2	訓練中の留意事項に対する報告
	3	訓練内容の報告	4	訓練実施の後効果と副作用に対する報告
	5	その他 ( )	6	なし

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、調査ご担当者から、利用者本人票、事業所票とあわせて、ご返送ください。ご協力ありがとうございました。

平成 27 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と機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業

## 利用者調査：機能訓練指導員記入票 (通所介護) (案)

※調査の対象者は、調査要綱に記載の方法で選んでください。

※本調査票は、当該利用者を担当する機能訓練指導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、2015年10月1日または、質問に記載している期間とします。

### I 回答者 (あなた) の資格をお伺いします。

1) 回答者	1 理学療法士	2 作業療法士	3 言語聴覚士	4 看護師	5 准看護師
	6 柔道整復師	7 あん摩マッサージ指圧師			

### II 利用者の基本情報についてお伺いします。

2) 年齢	( ) 歳
3) 性別	1 男 2 女
4) 傷病名 (複数回答可)	1 高血圧 2 脳卒中 3 心不全 4 糖尿病 5 呼吸不全 6 脊椎・脊髄障害 7 腎不全 8 関節リウマチ 9 関節症・骨粗鬆症 10 進行性の神経筋疾患 11 悪性新生物 12 うつ病 13 認知症 14 パーキンソン病 15 廃用症候群 16 肺炎 17 骨折 (圧迫骨折を含む) 18 その他 ( )
5) 要介護度	① 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 申請中
	② 利用開始時 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 申請中 9 不明
6) 障害高齢者の 日常生活自立度	① 現状 1 自立 2 J 1 3 J 2 4 A 1 5 A 2 6 B 1 7 B 2 8 C 1 9 C 2 10 不明
	② 3か月前 1 自立 2 J 1 3 J 2 4 A 1 5 A 2 6 B 1 7 B 2 8 C 1 9 C 2 10 不明
	③ 利用開始時 1 自立 2 J 1 3 J 2 4 A 1 5 A 2 6 B 1 7 B 2 8 C 1 9 C 2 10 不明
7) 認知症高齢者の 日常生活自立度	① 現状 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 利用開始時 1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明
8) 過去 1 年以内の入院の 有無・直近の退院日	1 有 → 退院日：西暦 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 2 無 3 不明
9) 居宅サービス計画(ケア プラン)の目標 (複数回答可)	1 健康管理 2 心身機能の維持 3 心身機能の向上 4 意欲の向上 5 療養上のケアの提供 6 ADL 維持 7 ADL 向上 8 IADL 維持 9 IADL 向上 10 閉じこもり予防 11 社会参加支援 12 介護負担軽減 13 その他 ( )
10) 他に利用している介護 保険サービス(複数回答 可)(平成 27 年 9 月分)	1 訪問介護 2 訪問看護 3 訪問リハ 4 通所リハ 5 福祉用具貸与 6 住宅改修 7 ショートステイ 8 その他 ( )

## Ⅲ 利用者の通院状況

11) 通院の有無	1 有→①へ	2 無→12)へ	3 不明→12)へ
① 医師による医学的管理の状況 (複数回答可)	1 病状の定期的管理 4 腎透析 6 その他 ( )	2 薬物療法 5 医療器具の交換または管理	3 定期的血液等検査
② 通院頻度	1 1週間に1回以上 4 2か月に1回程度	2 2週間に1回程度 5 その他 ( )	3 1か月に1回程度

## Ⅳ 機能訓練に関与している医師との連携状況

12) 医師からの情報収集等連携の有無・時期(複数回答可)	0 なし → Vの設問 17) に進んでください。 1 計画策定時 2 機能訓練実施時 3 見直し時	
13) 医師から得た情報や指摘事項(複数回答可)	1 開始前にチェックすべきこと 3 訓練中の留意事項(転倒、低血糖等) 5 その他 ( )	2 運動負荷量 4 中止基準
14) 機能訓練の目標について医師の関与はあったか	1 はい 2 いいえ	
15) 医師からアドバイスを得た機能訓練の内容(複数回答可)	1 各種訓練プログラム 2 その他 ( ) 3 なし	
16) 医師への報告・情報提供内容(複数回答可)	1 病状の報告 3 訓練内容の報告 5 その他 ( )	2 訓練中の留意事項に対する報告 4 訓練実施後の効果と副作用に対する報告 6 なし

## Ⅴ 機能訓練に関する会議の実施について

17) 機能訓練に関する会議(サービス担当者会議で機能訓練に関する内容を含む場合は、サービス担当者会議でよい)の開催の有無	1 有 2 無
(有の場合) 18) 直近に開催した会議の参加職種(複数回答可)	(通所介護事業所の職員) 1 機能訓練指導員(※資格も選んでください) → 21 理学療法士 22 作業療法士 23 言語聴覚士 24 看護師 25 准看護師 26 柔道整復師 27 あん摩マッサージ指圧師 2 管理者 3 看護職員(上記 24,25 に該当しない職員) 4 介護職員 5 生活相談員 6 その他 ( ) (居宅サービス計画に位置付けられた他の事業所の職員) 7 利用者の主治医 8 介護支援専門員 9 訪問介護の職員 10 通所リハの職員 11 訪問看護の職員 12 訪問リハの職員 13 福祉用具相談員 14 その他 ( )

## Ⅵ サービスの利用状況等についてお伺いします。

19) 通所介護契約日	西暦 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日
20) 1か月の通所介護利用回数(2015年9月分)	( ) 回
21) 個別機能訓練加算算定の有無(2015年9月分)	1 個別機能訓練加算(Ⅰ)と(Ⅱ)を算定 ⇒Ⅷ～ⅩⅠをご記入ください 2 個別機能訓練加算(Ⅰ) ⇒ⅧとⅩとⅩⅠをご記入ください 3 個別機能訓練加算(Ⅱ) ⇒ⅧとⅩとⅩⅠをご記入ください 4 要支援1または要支援2 ⇒ⅦとⅩⅠをご記入ください 5 いずれも算定していない ⇒ⅦとⅩⅠをご記入ください

要支援1・要支援2の方、または要介護で個別機能訓練加算(Ⅰ)と(Ⅱ)のいずれも算定していない場合はⅦをご記入ください。記入後は8頁のⅩへ進んでください。

## Ⅶ 機能訓練についてお伺いします。

22) 計画の作成者 (複数回答可)	1 機能訓練指導員 (※資格も選んでください) ➔ 11 理学療法士 12 作業療法士 13 言語聴覚士 14 看護師 15 准看護師 16 柔道整復師 17 あん摩マッサージ指圧師
	2 管理者 3 看護職員 (14、15に該当しない職員) 4 介護職員 5 生活相談員 6 医師 7 その他 ( )
主に計画を 作成した人 (○は1つ)	1 機能訓練指導員 (※資格も選んでください) ➔ 11 理学療法士 12 作業療法士 13 言語聴覚士 14 看護師 15 准看護師 16 柔道整復師 17 あん摩マッサージ指圧師
	2 管理者 3 看護職員 (14、15に該当しない職員) 4 介護職員 5 生活相談員 6 医師 7 その他 ( )
23) 機能訓練について、本人の希望を確認していますか。希望の内容を記入してください。	1 はい→ (具体的に: ) 2 いいえ
24) 機能訓練について、家族の希望を確認していますか。希望の内容を記入してください。	1 はい→ (具体的に: ) 2 いいえ
25) 本人または家族等への説明の頻度等(複数回答可)	1 開始時 2 3か月毎に1回以上 3 6か月毎に1回以上 4 その他 ( )
26) 本人または家族等への説明者	1 生活相談員 2 機能訓練指導員 3 その他 ( )
27) あなたが設定した日常生活上の課題の領域に全てに○を付けてください。	
1 呼吸機能 2 体力 3 浮腫等 4 関節可動域 5 筋力向上 6 筋緊張緩和 7 筋持久力向上 8 運動機能 9 痛みの緩和 10 姿勢の維持 11 起居・移乗動作 12 歩行・移動 13 階段昇降 14 公共交通機関利用 15 認知機能 16 意欲の向上 17 入浴 18 整容 19 排泄 20 更衣 21 食事 22 調理 23 洗濯 24 掃除・整理整頓 25 家の手入れ(含む草取り・菜園) 26 買い物 27 対人関係 28 余暇活動 29 仕事 30 音声と発話の機能 31 聴覚機能 32 摂食嚥下機能 33 言語機能 34 コミュニケーション 35 その他 ( )	
28) 27)で設定した日常生活上の課題領域のうち最も優先順位が高いもの1つ番号を ご記入ください。	
29) 28)で選んだ最も優先順位が高い課題に対する目的	1 改善 2 維持 3 低下防止
30) 28)で選んだ最も優先順位が高い課題に対して実施している訓練に○、「個別」に実施している訓練には◎を付けてください	
1 呼吸機能訓練 2 体力向上訓練 3 浮腫等の改善訓練 4 関節可動域訓練 5 筋力向上訓練 6 筋緊張緩和訓練 7 筋持久力向上訓練 8 運動機能改善訓練 9 痛みの緩和訓練 10 姿勢の保持訓練 11 起居・移乗動作練習 12 歩行・移動練習 13 階段昇降練習 14 公共交通機関利用練習 15 認知機能改善訓練 16 意欲の向上訓練 17 一連の入浴行為練習 18 一連の整容行為練習 19 一連の排泄行為練習 20 一連の更衣行為練習 21 一連の食事行為練習 22 一連の調理行為練習 23 一連洗濯行為練習 24 一連の掃除・整理整頓行為練習 25 家の手入れ(含む草取り・菜園)練習 26 買い物練習 27 対人関係改善練習 28 余暇活動練習 29 仕事練習 30 構音機能訓練 31 聴覚機能訓練 32 摂食嚥下機能訓練 33 言語機能訓練 34 コミュニケーション練習 35 自己訓練練習 36 その他 ( )	

31) 28)で選んだ最も優先順位が高い課題に対して実施している機能訓練の主な実施者(○は1つ)	1 理学療法士 5 准看護師	2 作業療法士 6 柔道整復師	3 言語聴覚士 7 あん摩マッサージ指圧師	4 看護師
32) 28)で選んだ最も優先順位が高い課題に対する機能訓練の実施頻度	1 毎日 4 週2回程度 6 月に1回程度	2 週4回以上 5 週1回程度 7 その他 ( )	3 週3回程度 6 2週間に1回程度	
33) 28)で選んだ最も優先順位が高い課題に対して実施している訓練時間の合計(1週間あたり)	( ) 分/週			

→ 8頁へ進んでください

VIIIは個別機能訓練加算 (I) または (II) を算定している場合にお伺いします。

VIII アセスメントについてお伺いします。

34)機能訓練にあたってのアセスメントのための居宅訪問の実施者(複数回答可)	1 機能訓練指導員 (※資格も選んでください) → 11 理学療法士 12 作業療法士 13 言語聴覚士 14 看護師 15 准看護師 16 柔道整復師 17 あん摩マッサージ指圧師 2 管理者 3 看護職員 (上記 14、15 に該当しない職員) 4 介護職員 5 生活相談員 6 その他 ( )
--	---

居宅での状況についてご回答ください

(選択肢)	①現在の実行状況					②将来の見通し			③3か月前の状態(記録から転記)				
	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
	自立	見守り	一部介助	全介助	把握していない	改善	維持	減退・低下	自立	見守り	一部介助	全介助	把握していない

## 【ADL】

※全介助：ADLの項目の介助がすべて行われている場合  
一部介助：一連の行為に部分的な介助が行われている場合  
見守り：介助は行われていないが見守り等が行われている場合  
自立：介助が行われていない場合

35) 食事	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
36) 排泄	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
37) 入浴	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
38) 更衣	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
39) 整容	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
40) 移乗	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
41) 屋内移動	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
42) 階段昇降	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35

## 【IADL】

※全介助：IADLの項目の介助がすべて行われている場合  
一部介助：一連の行為に部分的な介助が行われている場合  
見守り：介助は行われていないが見守り等が行われている場合  
自立：介助が行われていない場合

43) 屋外移動	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
44) 買い物	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
45) 調理	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
46) 洗濯	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35
47) 掃除	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35

(続き)

【起居動作】														
48) 起き上がり	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
49) 座位保持	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
50) 立ち上がり	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
51) 立位保持	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
52) 活用しているADL評価指標名	0 無					1 Barthel Index				2 FIM				
	3 その他 ( )									4 不明				
53) 活用しているIADL評価指標名	0 無					1 Frenchay Activity Index				2 Lawton&Brody				
	3 その他 ( )									4 不明				

Ⅹは個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している場合にお伺いします。

※個別機能訓練（Ⅰ）を算定していない場合は、Ⅹに進んでください。

Ⅹ 直近に立案した計画書から転記してください。

54) 計画の作成者 (複数回答可)	1 機能訓練指導員 (※資格も選んでください) ➔ 11 理学療法士 12 作業療法士 13 言語聴覚士 14 看護師 15 准看護師 16 柔道整復師 17 あん摩マッサージ指圧師		
	2 管理者 3 看護職員 (14、15 に該当しない職員) 4 介護職員 5 生活相談員 6 医師 7 その他 ( )		
主に計画を作成した人 (1つ)	1 機能訓練指導員 (※資格も選んでください) ➔ 11 理学療法士 12 作業療法士 13 言語聴覚士 14 看護師 15 准看護師 16 柔道整復師 17 あん摩マッサージ指圧師		
	2 管理者 3 看護職員 (14、15 に該当しない職員) 4 介護職員 5 生活相談員 6 医師 7 その他 ( )		
55) 機能訓練について、本人の希望を確認していますか。希望の内容を記入してください。	1 はい→ (具体的に: ) 2 いいえ		
56) 機能訓練について、家族の希望を確認していますか。希望の内容を記入してください。	1 はい→ (具体的に: ) 2 いいえ		
57) 本人または家族等への説明の頻度等 (複数回答可)	1 開始時 2 3か月毎に1回以上 3 6か月毎に1回以上 4 その他 ( )		
58) 本人または家族等への説明者	1 生活相談員 2 機能訓練指導員 3 その他 ( )		
59) あなたが設定した日常生活上の課題の領域に全てに○を付けてください。			
1 呼吸機能	2 体力	3 浮腫等	4 関節可動域
5 筋力向上	6 筋緊張緩和	7 筋持久力向上	8 運動機能
9 痛みの緩和	10 姿勢の維持	11 起居・移乗動作	12 歩行・移動
13 階段昇降	14 公共交通機関利用	15 認知機能	16 意欲の向上
17 入浴	18 整容	19 排泄	20 更衣
21 食事	22 調理	23 洗濯	24 掃除・整理整頓
25 家の手入れ (含む草取り・菜園)	26 買い物	27 対人関係	
28 余暇活動	29 仕事	30 音声と発話の機能	31 聴覚機能
32 摂食嚥下機能	33 言語機能	34 コミュニケーション	
35 その他 ( )			
60) 59)で設定した日常生活上の課題領域のうち最も優先順位が高いもの1つ番号をご記入ください。			

61) 60)で選んだ最も優先順位が高い課題に対する長期目標 (「何を」「いつまでに」「どこまでのレベル」にしたいのか。自由記載)			
62) 長期目標の達成度	1 達成	2 一部	3 未達
63) 60)で選んだ最も優先順位が高い課題に対する短期目標 (「何を」「いつまでに」「どこまでのレベル」にしたいのか。自由記載)			
64) 短期目標の達成度	1 達成	2 一部	3 未達
65) 60)で選んだ最も優先順位が高い課題に対して実施している訓練に○、「個別」に実施している訓練には◎を付けてください			
1 呼吸機能訓練	2 体力向上訓練	3 浮腫等の改善訓練	
4 関節可動域訓練	5 筋力向上訓練	6 筋緊張緩和訓練	
7 筋持久力向上訓練	8 運動機能改善訓練	9 痛みの緩和訓練	
10 姿勢の保持訓練	11 起居・移乗動作練習	12 歩行・移動練習	
13 階段昇降練習	14 公共交通機関利用練習	15 認知機能改善訓練	
16 意欲の向上訓練	17 一連の入浴行為練習	18 一連の整容行為練習	
19 一連の排泄行為練習	20 一連の更衣行為練習	21 一連の食事行為練習	
22 一連の調理行為練習	23 一連洗濯行為練習	24 一連の掃除・整理整頓行為練習	
25 家の手入れ (含む草取り・菜園) 練習	26 買い物練習		
27 対人関係改善練習	28 余暇活動練習	29 仕事練習	
30 構音機能訓練	31 聴覚機能訓練	32 摂食嚥下機能訓練	
33 言語機能訓練	34 コミュニケーション練習	35 自己訓練練習	
36 その他 (	)		
66) 60)で選んだ最も優先順位が高い課題に対して実施している機能訓練の主な実施者(○は1つ)	1 機能訓練指導員 (※資格も選んでください) → 11 理学療法士 12 作業療法士 13 言語聴覚士 14 看護師 15 准看護師 16 柔道整復師 17 あん摩マッサージ指圧師 2 管理者 3 看護職員 (14、15に該当しない職員) 4 介護職員 5 生活相談員 6 その他 ( )		
67) 60)で選んだ最も優先順位が高い課題に対する機能訓練の実施頻度	1 毎日	2 週4回以上	3 週3回程度
	4 週2回程度	5 週1回程度	6 2週間に1回程度
	7 月に1回程度	8 その他 (	)
68) 60)で選んだ最も優先順位が高い課題に対して実施している訓練時間の合計(1週間あたり)	( ) 分/週		

Xは個別機能訓練加算(Ⅱ)を算定している場合にお伺いします。

※個別機能訓練(Ⅱ)を算定していない場合は、XIに進んでください。

X 直近に立案した計画書から転記してください。

69) 計画の作成者 (複数回答可)	1 機能訓練指導員 (※資格も選んでください) → 11 理学療法士 12 作業療法士 13 言語聴覚士 14 看護師 15 准看護師 16 柔道整復師 17 あん摩マッサージ指圧師 2 管理者 3 看護職員 (14、15に該当しない職員) 4 介護職員 5 生活相談員 6 医師 7 その他 ( )			
	主に計画を作成した人 (○は1つ)	1 機能訓練指導員 (※資格も選んでください) → 11 理学療法士 12 作業療法士 13 言語聴覚士 14 看護師 15 准看護師 16 柔道整復師 17 あん摩マッサージ指圧師 2 管理者 3 看護職員 (14、15に該当しない職員) 4 介護職員 5 生活相談員 6 医師 7 その他 ( )		



81) 75)で選んだ最も優先順位が高い課題に対して実施している機能訓練の主な実施者(○は1つ)	1 理学療法士 5 准看護師	2 作業療法士 6 柔道整復師	3 言語聴覚士 7 あん摩マッサージ指圧師	4 看護師
82) 75)で選んだ最も優先順位が高い課題に対する機能訓練の実施頻度	1 毎日 5 週1回程度	2 週4回以上 6 その他( )	3 週3回程度	4 週2回程度
83) 75)で選んだ最も優先順位が高い課題に対して実施している訓練時間の合計(1週間あたり)	( ) 分/週			

XI は全員の方にお伺いします。

XI その他実施している内容について、ご記入ください。

84) その他、機能訓練(指導)のために行っている、利用者の日常生活やレクリエーション、行事等をお選びください。(複数回答可)				
1 遊び(ゲーム、囲碁、将棋、マージャン、トランプ、ルーレット、パチンコ等)				
2 スポーツ(ボーリング・ペタンク、散歩、体操・運動、ゲートボール、プール、卓球、ダンス・踊り等)				
3 芸術的・文化的な行事への関与と観賞(演劇、映画、博物館・美術館、読書、楽器演奏等)				
4 手工芸への関与(陶芸・編み物・針仕事等)				
5 趣味活動(書道・絵手紙・絵画・写真、華道、俳句、カラオケ、パソコン等)				
6 社交(友人とおしゃべり、集まり等)				
7 季節行事(バスハイク、誕生会、運動会、盆踊り、納涼祭り、忘年会、新年会、花見等)				
8 その他( )				
85) サービス提供者 (複数回答可)	1 機能訓練指導員(※資格も選んでください) → 11 理学療法士 12 作業療法士 13 言語聴覚士 14 看護師 15 准看護師 16 柔道整復師 17 あん摩マッサージ指圧師			
	2 管理者 3 看護職員(14、15に該当しない職員) 4 介護職員			
	5 生活相談員 6 医師 7 ボランティア			
	8 その他( )			
86) サービス提供の頻度	1 毎日 4 週2回程度 7 月に1回程度	2 週4回以上 5 週1回程度 8 その他( )	3 週3回程度	6 2週間に1回程度
87) 実施する際の対象人数	1 個別(1人)	2 2人~5人	3 6人~9人	4 10人以上
88) その他、個別に取り組んでいる内容(自由記載)				

以上で質問は終わりです。記入済みの調査票は、調査ご担当者から、利用者本人票、事業所票とあわせて、ご返送ください。ご協力ありがとうございました。

平成27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と機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業

## 利用者調査：機能訓練指導員記入票(案)

(介護老人福祉施設・短期入所生活介護・認知症対応型通所介護・特定施設入居者生活介護)

※調査の対象者は、調査要綱に記載の方法で選んでください。

※本調査票は、当該利用者を担当する機能訓練指導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、2015年10月1日または、質問に記載している期間とします。

### I 回答者(あなた)の資格をお伺いします。

1) 回答者	1 理学療法士	2 作業療法士	3 言語聴覚士	4 看護師	5 准看護師
	6 柔道整復師	7 あん摩マッサージ指圧師			

### II 利用者の基本情報についてお伺いします。

2) 年齢	( ) 歳
3) 性別	1 男 2 女
4) 傷病名 (複数回答)	1 高血圧 2 脳卒中 3 心不全 4 糖尿病 5 呼吸不全 6 脊椎・脊髄障害 7 腎不全 8 関節リウマチ 9 関節症・骨粗鬆症 10 進行性の神経筋疾患 11 悪性新生物 12 うつ病 13 認知症 14 パーキンソン病 15 廃用症候群 16 肺炎 17 骨折(圧迫骨折を含む) 18 その他( )
5) 要介護度	① 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 申請中
	② 利用開始時 (短期入所生活介護の場合、貴事業所を初めて利用した時。6)7)も同じ) 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 申請中 9 不明
6) 障害高齢者の日常生活自立度	① 現状 1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2 10 不明
	② 3か月前 1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2 10 不明
	③ 利用開始時 1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2 10 不明
7) 認知症高齢者の日常生活自立度	① 現状 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 利用開始時 1 自立 2 I 3 II a 4 II b 5 III a 6 III b 7 IV 8 M 9 不明
8) 施設サービス計画または居宅サービス計画の目標 (複数回答可)	1 健康管理 2 心身機能の維持 3 心身機能の向上 4 意欲の向上 5 療養上のケアの提供 6 ADL維持 7 ADL向上 8 IADL維持 9 IADL向上 10 閉じこもり予防 11 社会参加支援 12 介護負担軽減 13 その他( )
【介護老人福祉施設の方は回答不要です】 9) 他に利用している介護保険サービス (複数回答可)(平成27年9月分)	1 訪問介護 2 訪問看護 3 訪問リハ 4 通所リハ 5 通所介護 6 福祉用具貸与 7 住宅改修 8 ショートステイ 9 その他( )

## Ⅲ サービスの利用状況等についてお伺いします。

10) 利用開始日	西暦 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日		
11) 過去 1 年以内の入院の有無	1 有 → 入院回数 ( ) 回、延べ入院日数 ( ) 日 2 無 3 不明		
12) 過去 1 年以内の訪問診療の有無	1 有 → 延べ通院回数 ( ) 回	2 無	3 不明
13) 過去 1 年以内の往診の有無	1 有 → 延べ往診回数 ( ) 回	2 無	3 不明
14) 過去 1 年以内の通院の有無	1 有 → 延べ通院回数 ( ) 回 → 頻度 1 1 週間に 1 回以上 2 2 週間に 1 回程度 3 1 か月に 1 回程度 4 2 か月に 1 回程度 5 その他 ( ) 2 無 3 不明		
15) 11) ~ 14) が有 の場合: 受療目的 (複数回答可)	1 病状の定期的管理 2 薬物療法 3 定期的血液等検査 4 腎透析 5 医療器具の交換または管理 6 その他 ( )		
16) 配置医師との連携内容 (複数回答可)	0 配置医師はいない → 設問 17) へ進んでください 1 配置医師が機能訓練に関する指示を出す。 2 配置医師が個別機能訓練計画の作成に参加する。 3 配置医師が個別機能訓練のカンファレンスに参加する。 4 配置医師にリスク等に関する相談をする。 5 配置医師と個別機能訓練の情報を共有する。 6 配置医師からこれまでの医療提供の状況を確認している。 7 診療録からこれまでの医療提供の状況を確認している。 8 特に連携はしていない。		
16)-① 16) で「1」を選んだ場合: 配置医師から受けた指示・留意事項(複数回答可)			
1 開始前にチェックすべきこと 2 運動負荷量等 3 訓練中の留意事項(転倒、低血糖等) 4 中止基準 5 目標・方針等 6 その他 ( )			
16)-② 16) で「5」を選んだ場合: 配置医師と共有している情報の内容(複数回答可)			
1 訓練内容 2 訓練中の留意事項に関する観察事項 3 訓練実施後の効果と副作用 4 その他 ( )			
17) 【特定施設入居者生活介護の方のみにお伺いします。】あてはまる基本報酬をお選びください。(2015 年 9 月)			
1 特定施設入居者生活介護 2 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護 3 短期利用特定施設入居者生活介護			
18) 算定した加算(2015 年 9 月分)(複数回答可) ※ サービス種類によってはもともと報酬上ない加算もあります。			
1 個別機能訓練加算 2 経口移行加算 3 経口維持加算 4 在宅復帰支援機能加算 5 機能訓練指導員(体制)加算			

## IV 機能訓練についてご記入ください。

19) 機能訓練計画(施設サービス計画や居宅サービス計画に個別機能訓練に相当する内容を 含む場合は施設サービス計画や居宅サービス計画でよい)の作成の有無		1 有	2 無
※1 有の場合、19)-①～④も回答してください。			
19)-①機能訓練計 画の見直しの時期	1 3か月毎に1回程度 4 不定期	2 6か月毎に1回程度 5 その他( )	3 1年毎に1回以上
19)-② 計画の作成者 (複数回答可)	1 機能訓練指導員(※資格も選んでください) ➡ 11 理学療法士 12 作業療法士 13 言語聴覚士 14 看護師 15 准看護師 16 柔道整復師 17 あん摩マッサージ指圧師 2 管理者 3 看護職員(14、15に該当しない職員) 4 介護職員 5 生活相談員 6 配置医師 7 外部の医師 8 その他( )		
19)-③主に計 画を作成した 人(計画の責 任者) (○は1つ)	1 機能訓練指導員(※資格も選んでください) ➡ 11 理学療法士 12 作業療法士 13 言語聴覚士 14 看護師 15 准看護師 16 柔道整復師 17 あん摩マッサージ指圧師 ➡19)-④も回答してください 2 管理者 3 看護職員(14、15に該当しない職員) 4 介護職員 5 生活相談員 6 配置医師 7 外部の医師 8 その他( )		
19)-④ ※19)-③で1(11～17)を回答した場合 主に計画を作成した人(計画の責任者)の勤務形態	1 常勤専従 3 非常勤専従	2 常勤兼務 4 非常勤兼務	
20) 機能訓練に関するカンファレンス(ケアカンファレンスに個別機能訓練に相当する内容を 含む場合はケアカンファレンスでよい)の開催の有無		1 有	2 無
(有の場合) 20)-① カンファレンス 参加職種 (複数回答可)	1 機能訓練指導員(※資格も選んでください) ➡ 11 理学療法士 12 作業療法士 13 言語聴覚士 14 看護師 15 准看護師 16 柔道整復師 17 あん摩マッサージ指圧師 2 管理者 3 看護職員(14、15に該当しない職員) 4 介護職員 5 生活相談員 6 配置医師 7 外部の医師 8 その他( )		
21) 機能訓練について、本人の希 望を確認していますか。希望の 内容を記入してください。	1 はい→(具体的に: ) 2 いいえ		
22) 機能訓練について、家族の希 望を確認していますか。希望の 内容を記入してください。	1 はい→(具体的に: ) 2 いいえ		
23) 本人または家族等への説明の 頻度等(複数回答可)	1 開始時 3 6か月毎に1回以上	2 3か月毎に1回以上 4 その他( )	
24) 本人または家族等への説明者	1 配置医師 2 機能訓練指導員 3 その他( )		

設問 25)～44) は介護老人福祉施設については全員についてご記入してください。

短期入所生活介護・認知症対応型居宅介護・特定施設入居者生活介護では個別機能訓練加算を算定している場合にご記入ください。

これら以外は5ページの設問45)に進んでください。

25)【短期入所生活介護の場合、ご回答ください】 機能訓練にあたってのアセスメントのための居宅訪問の実施者	1 機能訓練指導員 (※資格も選んでください)													
	➡ 11 理学療法士				12 作業療法士				13 言語聴覚士				14 看護師	
	15 准看護師				16 柔道整復師				17 あん摩マッサージ指圧師					
	2 管理者		3 看護職員 (14、15 に該当しない職員)						4 介護職員					
	5 生活相談員		6 その他 ( )											
日常生活活動の状況についてご回答ください														
(選択肢)	①現在の実行状況					②将来の見通し			③3か月前の状態					
	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
	自立	見守り	一部介助	全介助	把握していない	改善	維持	減退・低下	自立	見守り	一部介助	全介助	把握していない	
【ADL】														
※全介助：ADLの項目の介助がすべて行われている場合														
一部介助：一連の行為に部分的な介助が行われている場合														
見守り：介助は行われていないが見守り等が行われている場合														
自立：介助が行われていない場合														
26) 食事	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
27) 排泄	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
28) 入浴	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
29) 更衣	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
30) 整容	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
31) 移乗	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
32) 屋内移動	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
33) 階段昇降	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
【IADL】														
※全介助：IADLの項目の介助がすべて行われている場合														
一部介助：一連の行為に部分的な介助が行われている場合														
見守り：介助は行われていないが見守り等が行われている場合														
自立：介助が行われていない場合														
34) 屋外移動	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
35) 買い物	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
36) 調理	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
37) 洗濯	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
38) 掃除	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
【起居動作】														
39) 起き上がり	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
40) 座位保持	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
41) 立ち上がり	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	
42) 立位保持	11	12	13	14	15	21	22	23	31	32	33	34	35	

43) 活用しているADL評価指標名	0 無 3 その他 ( )	1 Barthel Index	2 FIM 4 不明
44) 活用しているIADL評価指標名	0 無 3 その他 ( )	1 Frenchay Activity Index	2 Lawton&Brody 4 不明

※ここからは全員の方がご記入ください。

45) あなたが設定した日常生活上の課題の領域 <u>全てに○</u> を付けてください。			
1 呼吸機能	2 体力	3 浮腫等	4 関節可動域
5 筋力向上	6 筋緊張緩和	7 筋持久力向上	8 運動機能
9 痛みの緩和	10 姿勢の維持	11 起居・移乗動作	12 歩行・移動
13 階段昇降	14 公共交通機関利用	15 認知機能	16 意欲の向上
17 入浴	18 整容	19 排泄	20 更衣
21 食事	22 調理	23 洗濯	24 掃除・整理整頓
25 家の手入れ (含む草取り・菜園)	26 買い物	27 対人関係	
28 余暇活動	29 仕事	30 音声と発話の機能	31 聴覚機能
32 摂食嚥下機能	33 言語機能	34 コミュニケーション	
35 その他 ( )			
46) 45)で設定した日常生活上の課題領域のうち最も優先順位が高いもの1つの番号をご記入ください。			
47) 46)で選んだ最も優先順位が高い課題に対する目的	1 改善	2 維持	3 低下防止
48) 46)で選んだ最も優先順位が高い課題に対する長期目標 (「何を」「いつまでに」「どこまでのレベル」にしたいのか。自由記載)※設定があればご記入ください			
49) 46)で選んだ最も優先順位が高い課題に対する短期目標 (「何を」「いつまでに」「どこまでのレベル」にしたいのか。自由記載)※設定があればご記入ください			
50) 46)で選んだ最も優先順位が高い課題に対して実施している訓練に○、「個別」に実施している訓練には◎を付けてください			
1 呼吸機能訓練	2 体力向上訓練	3 浮腫等の改善訓練	4 関節可動域訓練
5 筋力向上訓練	6 筋緊張緩和訓練	7 筋持久力向上訓練	8 運動機能改善訓練
9 痛みの緩和訓練	10 姿勢の保持訓練	11 起居・移乗動作練習	
12 歩行・移動練習	13 階段昇降練習	14 公共交通機関利用練習	
15 認知機能改善訓練	16 意欲の向上訓練	17 一連の入浴行為練習	
18 一連の整容行為練習	19 一連の排泄行為練習	20 一連の更衣行為練習	
21 一連の食事行為練習	22 一連の調理行為練習	23 一連洗濯行為練習	
24 一連の掃除・整理整頓行為練習	25 家の手入れ (含む草取り・菜園) 練習		
26 買い物練習	27 対人関係改善練習	28 余暇活動練習	29 仕事練習
30 構音機能訓練	31 聴覚機能訓練	32 摂食嚥下機能訓練	33 言語機能訓練
34 コミュニケーション練習	35 自己訓練練習	36 その他 ( )	
51) 46)で選んだ最も優先順位が高い課題に対する主な機能訓練実施者(○は1つ)	1 理学療法士	2 作業療法士	3 言語聴覚士
	4 看護師	5 准看護師	6 柔道整復師
	7 あん摩マッサージ指圧師		

52) 46)で選んだ最も優先順位が高い課題に対する機能訓練の実施頻度	1 毎日	2 週4回以上	3 週3回程度
	4 週2回程度	5 週1回程度	6 2週間に1回程度
	7 月に1回程度	8 その他 ( )	
53) 46)で選んだ最も優先順位が高い課題に対して実施している訓練時間の合計(1週間あたり)	( )分/週		

## V その他実施している内容について、ご記入ください。

54) その他、機能訓練(指導)のために行っている、利用者の日常生活やレクリエーション、行事等をお選びください。(複数回答可)			
1 遊び(ゲーム、囲碁、将棋、マージャン、トランプ、ルーレット、パチンコ等)			
2 スポーツ(ボーリング・ペタンク、散歩、体操・運動、ゲートボール、プール、卓球、ダンス・踊り等)			
3 芸術的・文化的な行事への関与と観賞(演劇、映画、博物館・美術館、読書、楽器演奏等)			
4 手工芸への関与(陶芸・編み物・針仕事等)			
5 趣味活動(書道・絵手紙・絵画・写真、華道、俳句、カラオケ、パソコン等)			
6 社交(友人とおしゃべり、集まり等)			
7 季節行事(バスハイク、誕生会、運動会、盆踊り、納涼祭り、忘年会、新年会、花見等)			
8 その他 ( )			
55) サービス提供者 (複数回答可)	1 機能訓練指導員(※資格も選んでください) ➔ 11 理学療法士    12 作業療法士    13 言語聴覚士    14 看護師 15 准看護師    16 柔道整復師    17 あん摩マッサージ指圧師 2 管理者    3 看護職員(14、15に該当しない職員)    4 介護職員 5 生活相談員    6 配置医師    7 外部の医師    8 ボランティア 9 その他 ( )		
56) サービス提供の頻度	1 毎日	2 週4回以上	3 週3回程度
	4 週2回程度	5 週1回程度	6 2週間に1回程度
	7 月に1回程度	8 その他 ( )	
57) 実施する際の対象人数	1 個別(1人)	2 2人~5人	3 6人~9人
	4 10人以上		
58) その他、個別に取り組んでいる内容(自由記載)			

以上で質問は終わりです。

記入済みの調査票は、調査ご担当者から、利用者本人票と、施設票または事業所票とあわせて、ご返送ください。

ご協力ありがとうございました。

## リハビリテーションに関する調査票 (案)

あなたが、受けていらっしゃるリハビリテーション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。選んでいただく数は質問文に記載しています。

問1 あなたはリハビリテーションに何を期待していますか。(あてはまる番号すべてに○)

1. 痛みを治したい (よくしたい)
2. 身体機能 (麻痺や関節の動きなど) を治したい (よくしたい)
3. 筋力や体力をつけたい
4. 歩けるようになりたい
5. 言葉や記憶を治したい (よくしたい)
6. 日常生活を送る上での基本的な動作 (排泄、入浴、着替えなど) ができるようになりたい
7. 家事 (調理、掃除、買い物) 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などの社会的活動をできるようになりたい
9. 穏やかに暮らしたい
10. 楽しく暮らしたい
11. その他 ( )

問2 問1でご回答いただいたことについて、どこまでできるようになりたいと思っておられましたか。ご自由にご記入ください。

問3-1 問2で書かれたことは、実際にはどこまでできるようになりましたか。ご自由にご記入ください。

問3-2 達成度合を評価してください。(番号1つに○)

- |                |                 |          |
|----------------|-----------------|----------|
| 1. 十分に達成できた    | 2. まあまあ達成できた    |          |
| 3. あまり達成できていない | 4. まったく達成できていない | 5. 分からない |

問4 受けているリハビリテーションに満足していますか。(番号1つに○)

- |            |             |          |
|------------|-------------|----------|
| 1. 満足している  | 2. やや満足している |          |
| 3. やや不満である | 4. 不満である    | 5. 分からない |

ご協力、誠にありがとうございました。

## 機能訓練に関する調査票 (案)

あなたが、受けていらっしゃる機能訓練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。選んでいただく数は質問文に記載しています。

問1 あなたは機能訓練に何を期待していますか。(あてはまる番号すべてに○)

1. 痛みを治したい (よくしたい)
2. 身体機能 (麻痺や関節の動きなど) を治したい (よくしたい)
3. 筋力や体力をつけたい
4. 歩けるようになりたい
5. 言葉や記憶を治したい (よくしたい)
6. 日常生活を送る上での基本的な動作 (排泄、入浴、着替えなど) ができるようになりたい
7. 家事 (調理、掃除、買い物) 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などの社会的活動をできるようになりたい
9. 穏やかに暮らしたい
10. 楽しく暮らしたい
11. その他 ( )

問2 問1でご回答いただいたことについて、どこまでできるようになりたいと思っておられましたか。ご自由にご記入ください。

問3-1 問2で書かれたことは、実際にはどこまでできるようになりましたか。ご自由にご記入ください。

問3-2 達成度合を評価してください。(番号1つに○)

- |                |                 |          |
|----------------|-----------------|----------|
| 1. 十分に達成できた    | 2. まあまあ達成できた    |          |
| 3. あまり達成できていない | 4. まったく達成できていない | 5. 分からない |

問4 受けている機能訓練に満足していますか。(番号1つに○)

- |            |             |          |
|------------|-------------|----------|
| 1. 満足している  | 2. やや満足している |          |
| 3. やや不満である | 4. 不満である    | 5. 分からない |

ご協力、誠にありがとうございました。