

通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の中重度者等への リハビリテーション内容等の実態把握調査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通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の中重度者等へのリハビリテーション内容等の実態把握調査事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の中重度者等へのリハビリテーション内容等の実態把握調査事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

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

3. 調査検討組織の運営

- (1) 調査検討組織の運営は、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。

通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の中重度者等への
リハビリテーション内容等の実態把握調査事業の調査検討組織 委員等

委員長	川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部長）
委員	香取 幹（一般社団法人日本在宅介護協会常任理事）
	川手 信行（学校法人昭和大学医学部リハビリテーション医学講座准教授）
	黒羽 真美（学校法人国際医療福祉大学介護老人保健施設マロニエ苑主任）
	小林 法一（公立大学法人首都大学東京人間健康科学研究科作業療法学科学域教授）
	斉藤 秀之（公益社団法人日本理学療法士協会 副会長）
	斉藤 正身（一般社団法人全国デイ・ケア協会 会長）
	佐藤 美穂子（公益財団法人日本訪問看護財団 常務理事）
	中林 弘明（一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長）
	本間 達也（公益社団法人全国老人保健施設協会 副会長）
	宮田 昌司（一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会 会長）
	山鹿 真紀夫（一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 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 室長 西嶋 康浩
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 課長補佐 井口 豪
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 同 佐々原 涉
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 看護専門官 後藤 友美
- 厚生労働省 老健局 老人保健課 係長 長谷川 洋子
- 厚生労働省 老健局 振興課 課長補佐 井樋 一哉
- 厚生労働省 老健局 振興課 課長補佐 佐藤 美雄
- 厚生労働省 老健局 振興課 介護支援専門官 石山 麗子
- 厚生労働省 老健局 振興課 係長 田代 善行

(1) 通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の
中重度者等へのリハビリテーション内容等の実態把握調査事業 (案)

1. 調査の目的

通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションについては、平成 27 年度介護報酬改定においてリハビリテーションの質の向上や社会参加を促すような評価がされたところである。

平成 28 年度調査においては、1) 通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションにおける介護報酬改定後の効果を検証するとともに、2) 維持期リハに関する平成 28 年度診療報酬改定も踏まえつつ、中重度者等に対するリハビリテーション内容の実態を把握し、診療報酬・介護報酬同時改定に向け、今後の通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションに関する検討の資料とする。

あわせて、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)が提供するサービス(訪問リハビリテーションと訪問看護ステーションの理学療法士等訪問)における機能と役割の違いについて検討する。

2. 調査客体

- ①通所リハビリテーション事業所 1,000 事業所程度
- ②訪問リハビリテーション事業所 1,500 事業所程度
- ③訪問看護ステーション(※理学療法士等訪問算定事業所) 1,000 事業所程度

3. 主な調査項目

①通所・訪問リハビリテーション等の事業所調査

基本情報、職種別配置状況、利用登録者の情報(要介護度等)、各加算算定状況と加算要件の実施状況、医療的ケア提供状況、リハ計画作成時間及びソフト利用状況、サービス提供が困難であった事例、利用終了者の状況等

②理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が提供するサービスについての利用者調査

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、訪問の有無等)、リハビリテーションの指示の状況、リハビリテーションマネジメント加算に関するアセスメント等の収集、訪問看護ステーションにおける理学療法士等訪問の実態について等

平成 28 年度 介護報酬改定検証・研究調査（厚生労働省委託調査）
通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の中重度者等への
リハビリテーション内容等の実態把握調査事業
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、2016 年 10 月 5 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
	(1 病院、2 診療所の場合)開設主体での外来でのリハビリテーションの有無		0 無 1 有
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) 2016 年 10 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) 同一法人(同系列を含む)での訪問看護ステーションの有無	0 無 1 有 → リハビリ職員の配置 (複数回答可) (a いずれの職種も無 b 理学療法士 c 作業療法士 d 言語聴覚士 e 不明)		
9) 同一法人(同系列を含む)での居宅介護支援事業所の有無	0 無 1 有		
10) 同一法人(同系列を含む)での通所介護事業所の有無	0 無 1 有		

2. 貴事業所の職員体制についてお伺いします。

1) 2016 年 10 月 5 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。配置がある場合で、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	.	言語聴覚士	.	あん摩マッサージ師	.
歯科医師	.	看護師	.	歯科衛生士	.
理学療法士	.	介護職員	.	その他の職員	.
作業療法士	.	柔道整復師	.		
2) リハビリ職員のうち、常勤・専従の職員数	理学療法士	() 人			
	作業療法士	() 人			
	言語聴覚士	() 人			

3. 2016年10月5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(実人数)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	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(実人数)をご記入ください。

	40~64歳	65~74歳	75~84歳	85歳以上
要支援	人	人	人	人
要介護	人	人	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(実人数)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(実人数)をご記入ください。

	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
要支援	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を実施している利用者数(実人数)をご記入ください。

	常時頻回の喀痰吸引実施	人工呼吸器	中心静脈注射	人工腎臓かつ、重篤な合併症を有する状態	重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定	身体障害者等級4級以上で、ストーマ処置	経鼻や胃腸の栄養	褥瘡治療	気管切開
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護1・2	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護3~5	人	人	人	人	人	人	人	人	人

※項目は、重度療養管理加算の対象となる項目です。

4. 2016年10月分の通所リハビリテーション(要介護分)についてお伺いします。

(1) 利用時間別の延べ利用回数と利用者数(実人数)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
延べ回数	回	回	回	回	回	回	回
利用者数 (実人数)	人	人	人	人	人	人	

(2) 1時間以上2時間未満のリハビリを提供している職種をお伺いします。

1時間以上2時間未満リハビリを 提供している職種(複数回答可)	1 理学療法士 4 看護師	2 作業療法士 5 准看護師	3 言語聴覚士 6 柔道整復師	7 あん摩マッサージ師
------------------------------------	------------------	-------------------	--------------------	-------------

5. 加算(2016年10月分)についてお伺いします。

(1) 加算の届出の有無及び算定人数(2016年10月分)についてお伺いします。

	届出の有無、届け出をしている場合には算定人数 (※算定実績がない場合は、必ず「0」人と記入してください。)	
1) 生活行為向上リハビリテーション実施加算	1 無	2 有⇒算定人数()人
2) 生活行為向上リハビリテーション加算実施後に継続利用する場合の減算	1 無	2 有⇒算定人数()人
3) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	1 無	2 有⇒算定人数()人
4) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	1 無	2 有⇒算定人数()人
5) 短期集中個別リハビリテーション実施加算	1 無	2 有⇒算定人数()人
6) リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ	1 無	2 有⇒算定人数()人
7) リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ	1 無	2 有⇒算定人数()人
8) 口腔機能向上加算	1 無	2 有⇒算定人数()人
9) 重度療養管理加算	1 無	2 有⇒算定人数()人
10) 中重度者ケア体制加算	1 無	2 有
11) 若年性認知症利用者受入加算	1 無	2 有⇒算定人数()人
12) 入浴介助加算	1 無	2 有⇒算定人数()人
13) 送迎未実施減算	1 無	2 有⇒算定人数()人
14) 社会参加支援加算	1 無	2 有
15) 理学療法士等体制強化加算	1 無	2 有

(2) 各種加算について算定をしていない理由や減算算定した理由をお伺いします。

1) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)について	<p>0 全例で算定をしている</p> <p>1 加算を算定していない利用者がある⇒理由(複数回答可)</p> <p>11 医師のリハ会議への参加が困難</p> <p>12 医師から利用者・家族への説明時間が確保できない</p> <p>13 毎月のリハ会議が負担である</p> <p>14 本人・家族が意義・必要性を理解できない</p> <p>15 利用者の経済的な負担が大きくなる</p> <p>16 支給限度額の上限を超えてしまう</p> <p>17 介護支援専門員の理解が得られない</p> <p>18 その他()</p>
-----------------------------	---

2) 生活行為向上リハビリテーション実施加算について	<p>0 全例で算定をしている</p> <p>1 加算を算定していない利用者がある⇒理由 (複数回答可)</p> <p>11 リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ未取得</p> <p>12 生活行為向上リハ研修を終了している職員がいない</p> <p>13 スタッフが少なく、生活行為向上リハ研修を終了した職員が訪問したりすることができない</p> <p>14 本人・家族が意義・必要性を理解できない</p> <p>15 加算期間が 6 か月で終了することについて本人・家族の理解が得られない支給限度額の上限を超えてしまう</p> <p>16 利用者の経済的な負担が大きくなる</p> <p>17 負担額について介護支援専門員の理解が得られない</p> <p>18 加算期間が 6 か月で終了することについて、介護支援専門員の理解が得られない</p> <p>19 加算期間終了後に利用する社会資源やサービスがない</p> <p>20 その他 ()</p>
3) 生活行為向上リハビリテーション加算実施後に継続利用する場合の減算がある場合、その理由(複数回答可)	<p>0 減算はない</p> <p>1 利用者の通所リハ継続希望</p> <p>2 算定期間終了後の受入先がない</p> <p>3 算定期間内で当初予定した目標達成ができなかった</p> <p>4 その他 ()</p>
4) 社会参加支援加算届出の有無と届出をしていない場合はその理由	<p>0 届出をしている</p> <p>1 届出をしていない⇒理由 (複数回答可)</p> <p>11 利用者の社会参加に資する取組への移行についてリハビリ事業所職員の理解が得られない</p> <p>12 利用者の ADL、IADL の向上が進んでいないために、通所介護等に移行できない</p> <p>13 利用者が通所リハビリテーションの継続希望が強い</p> <p>14 家族が通所リハビリテーションの継続希望が強い</p> <p>15 利用者のリハビリテーションのゴールが、社会参加と異なっている</p> <p>16 算定期間終了後の受入先がない</p> <p>17 その他 ()</p>

6. 通所リハビリテーションの利用終了者の状況詳細についてお伺いします。

(1) 2015年の7月～9月の3カ月間の利用終了者数をご記入ください。

	要支援	要介護
① 2015年7月～9月の利用終了者数	人	人
①のうち、終了後、介護保険等のサービスは利用していない人数	人	人
①のうち、終了後、通所介護等の通所・訪問系サービス（訪問リハは除く）を利用している人数	人	人
①のうち、終了後、介護予防事業等地域支援事業を利用している人数	人	人

(2) 2016年7月～9月の3カ月間の利用終了者の詳細についてお伺いします。

設問	年齢	性別	利用開始時期	利用開始時の要介護度	終了時の要介護度	利用開始時の日常生活自立度	終了時の日常生活自立度	終了後の転帰
選択肢	具体的に	1 男 2 女	※開始年は西暦の下2桁でご記入ください	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	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	1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2	1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2	0 サービス利用なし 1 訪問リハビリテーション 2 通所介護等の通所・訪問系サービス(1 訪問リハ以外) 3 介護老人保健施設 4 居住・入所系サービス(3 老健以外) 5 介護予防事業等地域支援事業 6 医療機関への入院、外来リハビリテーション 7 死亡 8 その他 9 不明
記入例	89 歳	1	14年5月	4	3	5	4	5
1	歳		年 月					
2	歳		年 月					
3	歳		年 月					
4	歳		年 月					
5	歳		年 月					
6	歳		年 月					
7	歳		年 月					
8	歳		年 月					
9	歳		年 月					
10	歳		年 月					

※「介護サービス」と「外来リハ」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。
※記入欄が不足する場合は、枠外またはお手数ですが、記入欄をコピーしてご記入ください。

(3) 利用終了者のうち、病状が悪化する等で、通所でのリハビリテーションの継続が難しくなったために終了した人はいますか。いた場合は該当する状態についてご回答ください。(複数回答可)

0	なし	
1	看取り期の状態となったため	2 がん末期となったため
		3 心疾患の増悪のため
4	呼吸器疾患の増悪のため	
5	その他医療対応ができない状態となったため	
	⇒(具体的に:)
6	介護対応ができない状態となったため	
	⇒(具体的に:)
7	認知症の状態が悪化したため	
8	その他 ()

7. 新規利用希望者への対応についてお伺いします。

(1) 2015年と2016年の各4月～9月に貴事業所の利用を希望され、サービスの利用を開始した人数、そのうち、開始前に医療保険(入院・外来)でリハビリテーションを実施していたことが分かっている利用者数(実人数)をご記入ください。

	新規 利用 開始者 数	うち、退院直後の利用開始者				うち、外来リハ(医療保険)利用後 の利用開始者			
		脳血 管疾 患等 リハ	廃用 症候 群リハ	運動 器リハ	その 他	脳血 管疾 患等 リハ	廃用 症候 群リハ	運動 器リハ	その 他
		人	人	人	人	人	人	人	人
1) 2015年4月～9月の 新規利用開始者数									
2) 2016年4月～9月の 新規利用開始者数									

※注) 2015年4月～9月の脳血管疾患等リハには廃用症候群リハの場合は含めず、脳血管疾患等リハのうちの廃用症候群の場合の人数は、廃用症候群リハの欄にご記入ください。

(2) 2016年の4月～9月に貴事業所の利用を希望されたが、サービスを提供できなかった場合についてお伺いします。

1) 新たに利用を希望したが、受入ができなかった利用者はいますか	1 無 2 有 3 分からない
2) 有の場合その理由(複数回答可)	1 定員に余裕がなかった 2 看取り期の人であったため 3 がん末期の人であったため 4 心疾患の人であったため 5 慢性呼吸不全の人であったため 6 その他医療対応ができない ➡ (具体的に:) 7 介護対応ができない ➡ (具体的に:) 8 認知症のため、適切なリハビリテーションが実施できない見込みだった 9 通所のリハビリテーションでは利用者に十分なリハビリテーションが提供できない見込みだった 10 その他 ()

8. リハビリテーション計画書についてお伺いします。

1) リハビリテーション計画書を作成するにあたって、厚生労働省の提示しているリハビリテーション計画の様式を活用していますか	1 活用している 2 活用していない
「2 活用していない」場合:理由	
2)リハビリテーション計画書の記入にあたって支援ソフトを利用していますか	1 利用している 2 利用していない
「1 利用している」場合:どのような効果がありますか(複数回答可)	1 計画作成時間が短縮できる 2 記載内容や形式が統一できる 3 利用者の状況の継続管理が容易となる 4 複数の職員で情報を共有できる 5 その他 ()
「2 利用していない」場合:今後導入したいと思いますか	1 導入したいと思う 2 導入したいとは思わない

9. 貴事業所での訪問リハビリテーションの実施状況をお伺いします。

1) 貴事業所での訪問リハビリテーションの実施の有無	1 無 2 有
貴事業所で訪問リハビリテーションを実施している場合、通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの両方を提供している利用者はいますか	1 いない 2 いる⇒人数 () 人
「1いる」場合:該当するもの全てに○を付けてください(複数回答可)	1 リハビリテーション会議を共同で開催している 2 両サービスに共通のリハビリテーション計画を作成している 3 利用者及び家族の同意書を共有している 4 サービス実施状況の診療録への記録等を共有している 5 その他 ()

10. 地域との交流活動の実施状況・連携状況についてお伺いします。

(1) 2016年度中の貴事業所における実施の有無(実施予定を含む)をご記入ください。

	有無
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	1 有 2 無
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	1 有 2 無
3) 介護予防教室、サロンなどの地域の通いの場の支援	1 有 2 無
4) 住民を対象とした講演会の開催	1 有 2 無
5) 通所の空きスペースを活用した住民への通いの場の提供	1 有 2 無
6) 市区町村からの通所事業の受託	1 有 2 無

(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お伺いします。

1) 居宅サービス計画(ケアプラン)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) 訪問看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
4) 訪問リハビリテーション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
5) 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

(3) 2016年4月以降、医療機関との連携の状況に変化があるかお伺いします。

1) 医療保険のリハからの移行者が増えた	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) 医療機関からの利用開始前の相談が増えた	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
3) 医療ニーズが高い人の利用が増えた	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

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28年度 介護報酬改定検証・研究調査(厚生労働省委託調査)
通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の中重度者等への
リハビリテーション内容等の実態把握調査事業
訪問リハビリテーション事業所票(案)

- ※本調査票は、訪問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、2016年10月5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	
(1 病院、2 診療所の場合)開設主体での外来でのリハビリテーションの有無			0 無 1 有	
4) 同一法人(同系列を含む)での訪問看護ステーションの有無	0 無 1 有 → リハビリ職員の配置(複数回答可) (a いずれの職種も無 b 理学療法士 c 作業療法士 d 言語聴覚士 e 不明)			
5) 同一法人(同系列を含む)での居宅介護支援事業所の有無	0 無 1 有			
6) 同一法人(同系列を含む)での通所介護事業所の有無	0 無 1 有			
7) 10月24日～30日の1週間に、訪問リハビリテーションに従事した職員数について、実人数と常勤換算数でご記入ください。※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。配置がある場合で、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。				
	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	
実人数	常勤専従	人	人	人
	常勤兼務	人	人	人
	非常勤	人	人	人
常勤換算数	人	人	人	

2. 2016年10月5日時点の利用者数(実人数)についてお伺いします。

(1) 利用者(16年10月5日時点)の保険等についてお伺いします。

	介護保険の利用者	医療保険の利用者	合計
1) 利用実人数	人	人	人
2) 利用者が急性増悪した場合、原則、医療保険に切り替える方針ですか	1 はい 2 いいえ		

(2) 介護保険の利用者について、要介護度別の利用者数(実人数)(16年10月1日時点)と16年10月1か月の延べ訪問回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
利用者数(実人数)	人	人	人	人	人	人	人	人	人
延べ訪問回数	回	回	回	回	回	回	回	回	回

(3) 利用者のうち、16年10月中に医療保険への切替を行った利用者数(実人数)と16年10月1か

月の延べ訪問回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
医療保険切替	人	人	人	人	人	人	人	人	人
延べ訪問回数	回	回	回	回	回	回	回	回	回

(4) 要支援・要介護の別に、年齢階級別の利用者数(実人数)をご記入ください。

	40~64 歳	65~74 歳	75~84 歳	85 歳以上
要支援	人	人	人	人
要介護	人	人	人	人

(5) 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(実人数)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

(6) 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(実人数)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						
要介護	人	人	人	人	人	人	人	人

(7) 要支援・要介護の別に、以下の医療的ケア等を実施している利用者数(実人数)をご記入ください。

	常時頻回の喀痰吸引実施	人工呼吸器	中心静脈注射	人工腎臓、重篤な併症を有する状態	重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定	身体障害者等級4級以上で、ストーマ処置	経鼻胃管や胃経腸栄養	褥瘡治療	気管切開
要支援	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護 1・2	人	人	人	人	人	人	人	人	人
要介護 3~5	人	人	人	人	人	人	人	人	人

3. 加算の届出の有無及び算定人数(2016年10月分)等についてお伺いします。

(1) 加算の届け出の有無及び算定人数(2016年10月分)をご記入ください。

	届出の有無、届け出をしている場合には算定人数 (※算定実績がない場合は、必ず「0」人と記入してください。)	
1) 短期集中リハビリテーション実施加算	1 無	2 有⇒算定人数()人
2) 社会参加支援加算	1 無	2 有⇒算定人数()人
3) リハビリテーションマネジメント加算 I	1 無	2 有⇒算定人数()人
4) リハビリテーションマネジメント加算 II	1 無	2 有⇒算定人数()人

(2) 各種加算について算定をしていない理由をお伺いします。

<p>1) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)について</p>	<p>0 全例で算定をしている 1 加算を算定していない利用者がある⇒理由(複数回答可) 11 医師のリハ会議への参加が困難 12 医師から利用者・家族への説明時間が確保できない 13 毎月のリハ会議が負担である 14 本人・家族が意義・必要性を理解できない 15 利用者の経済的な負担が大きくなる 16 支給限度額の上限を超えてしまう 17 介護支援専門員の理解が得られない 18 その他()</p>
<p>2) 社会参加支援加算届出の有無と届出をしていない場合はその理由</p>	<p>0 届出をしている 1 届出をしていない⇒理由(複数回答可) 11 利用者の社会参加に資する取組への移行についてリハビリ事業所職員の理解が得られない 12 利用者のADL、IADLの向上が進んでいないために、通所介護等に移行できない 13 利用者が通所リハビリテーションの継続希望が強い 14 家族が通所リハビリテーションの継続希望が強い 15 利用者のリハビリテーションのゴールが、社会参加と異なっている 16 算定期間終了後の受入先がない 17 その他()</p>

4. 利用終了者についてお伺いします。

(1) 2015年の4月～9月の半年間の利用終了者数をご記入ください。

	要支援	要介護
① 2015年4月～9月の利用終了者数	人	人
①のうち、終了後、介護保険等のサービスは利用していない人数	人	人
①のうち、終了後、通所リハビリテーションを利用している人数	人	人
①のうち、終了後、通所介護等の通所・訪問系サービス(通所リハは除く)を利用している人数	人	人
①のうち、終了後、介護予防事業等地域支援事業を利用している人数	人	人

(2) 2016年4月～9月の半年間の利用終了者の詳細について教えてください。

設問	年齢	性別	利用開始時期	利用開始時の要介護度	終了時の要介護度	利用開始時の日常生活自立度	終了時の日常生活自立度	終了後の転帰
選択肢	具体的に	1 男 2 女	※開始年は西暦の下2桁でご記入ください	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	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	1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2	1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2	0 サービス利用なし 1 通所リハビリテーション 2 通所介護等の通所・訪問系サービス(1 通所リハ以外) 3 介護老人保健施設 4 居住・入所系サービス(3 老健以外) 5 介護予防事業等地域支援事業 6 医療機関への入院、外来リハビリテーション 7 死亡 8 その他 9 不明
記入例	89 歳	1	14年5月	4	3	5	4	6
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

※「介護サービス」と「外来リハ」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。
※記入欄が不足する場合は、枠外またはお手数ですが、記入欄をコピーしてご記入ください。

5. リハビリテーション計画書についてお伺いします。

1) リハビリテーション計画書を作成するにあたって、厚生労働省の提示しているリハビリテーション計画の様式を活用していますか		1 活用している 2 活用していない
「2 活用していない」場合:理由		
2)リハビリテーション計画書の記入にあたって支援ソフトを利用していますか		1 利用している 2 利用していない
「1 利用している」場合:どのような効果がありますか(複数回答可)	1 計画作成時間が短縮できる 2 記載内容や形式が統一できる 3 利用者の状況の継続管理が容易となる 4 複数の職員で情報を共有できる 5 その他 ()	
「2 利用していない」場合:今後導入したいと思いませんか	1 導入したいと思う 2 導入したいとは思わない	

6. 貴事業所での通所リハビリテーションの実施状況をお伺いします。

1) 貴事業所での通所リハビリテーションの実施の有無	1 無 2 有
貴事業所で通所リハビリテーションを実施している場合、通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの両方を提供している利用者はいますか	1 いない 2 いる → 人数 () 人
「2いる」場合:該当するもの全てに○を付けてください (複数回答可)	1 リハビリテーション会議を共同で開催している 2 両サービスに共通のリハビリテーション計画を作成している 3 利用者及び家族の同意書を共有している 4 サービス実施状況の診療録への記録等を共有している 5 その他 ()

7. 地域との交流活動の実施状況・連携状況についてお伺いします。

(1) 2016年度中の貴事業所における実施の有無(実施予定を含む)をご記入ください。

	有無
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	1 有 2 無
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	1 有 2 無
3) 住民を対象とした講演会の開催	1 有 2 無

(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お伺いします。

1) 居宅サービス計画(ケアプラン)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) 訪問看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
4) 通所リハビリテーション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
5) 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

(3) 2016年4月以降、医療機関との連携の状況に変化があるかお伺いします。

1) 医療保険のリハからの移行者が増えた	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) 医療機関からの利用開始前の相談が増えた	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
3) 医療ニーズが高い人の利用が増えた	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

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 28 年度 介護報酬改定検証・研究調査 (厚生労働省委託調査)
通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の中重度者等への
リハビリテーション内容等の実態把握調査事業
訪問看護ステーション票 (案)

※本調査票は、訪問看護ステーションの管理者の方がご記入ください。
※回答の際は、あてはまる番号や記号を○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、2016年10月5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 医療法人 2 営利法人 (会社) 3 社会福祉法人 4 医師会 5 看護協会 6 その他の社団・財団法人 7 協同組合 8 地方公共団体 9 その他 ()
4) 同一法人 (同系列を含む) に病院、診療所がありますか	0 無 1 有
1 有の場合: 病院・診療所の外来でリハビリテーションを実施していますか	0 無 1 有
5) 同一法人 (同系列を含む) が実施している事業 (複数回答可)	1 通所リハビリテーション 2 訪問リハビリテーション 3 通所介護 4 居宅介護支援 5 その他 () 6 1~5 のいずれもない
6) 過去1年で看護師・保健師以外が管理者であった期間がありますか	1 無 2 有 → 職種 () → 期間 ()

2. 貴事業所の職員体制についてお伺いします。

1) 2016年10月5日時点の職員数について、実人数および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÷当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。常勤専従・常勤兼務・非常勤を合算してください。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。

		保健師・助産師・看護師	准看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	その他の職員
実人数	常勤専従						
	常勤兼務						
	非常勤						
常勤換算数 (常勤専従 + 常勤兼務 + 非常勤合計)	

3. 実施している訪問看護についてお伺いします。(2016年10月)

1) 訪問看護ステーションではどのような訪問看護を実施していますか。算定している介護報酬、診療報酬について該当する番号全てを選んでください (複数回答可)

1 訪問看護費・介護予防訪問看護費 (介護保険による訪問看護)
2 訪問看護基本療養費 (医療保険・公費による訪問看護)
3 精神科訪問看護基本療養費 (医療保険・公費による精神科の訪問看護)
4 その他 (具体的に:)

2) 加算についてお伺いします		
介護保険	① 緊急時訪問看護加算の届出	1 有 2 無
	② 特別管理体制の届出	1 有⇒算定件数 () 件 2 無
	③ ターミナルケア体制の届出	1 有 2 無
	④ サービス提供体制強化加算の届出	1 有 2 無
医療保険等	⑤ 24 時間対応体制加算・ 24 時間連絡体制加算の届出	1 24 時間対応体制加算 2 24 時間連絡体制加算 3 なし
	⑥ 特別管理加算の届出	1 有⇒算定件数 () 件 2 無
	⑦ 機能強化型訪問看護療養費の届出	1 機能強化型訪問看護管理療養費 1 2 機能強化型訪問看護管理療養費 2 3 なし

4. 貴事業所の利用者数と訪問回数等についてお伺いします。

(1) 貴事業所における訪問回数(延べ回数)を保険別にご記入ください。(2016年10月分)

介護保険	() 回	医療保険	() 回
------	-------	------	-------

(2) 訪問者の職種別に利用者数(実人数)や訪問回数(延べ回数)をご記入ください。(2016年10月分)

	①リハ職＋ 看護職の訪 問	②看護職の みの訪問	③看護職＋ 他事業所リ ハ職	④リハ職の みの訪問	⑤リハ職＋ 他事業所看 護職	⑥リハ職の 訪問回数(全 利用者数の 合計、延べ回 数)
利用者数(合計)	人	人	人	人	人	回
うち介護保険	人	人	人	人	人	回
要支援1	人	人	人	人	人	回
要支援2	人	人	人	人	人	回
要介護1	人	人	人	人	人	回
要介護2	人	人	人	人	人	回
要介護3	人	人	人	人	人	回
要介護4	人	人	人	人	人	回
要介護5	人	人	人	人	人	回
申請中	人	人	人	人	人	回
うち医療保険	人	人	人	人	人	回

※理学療法士等による訪問は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下、リハ職)による訪問を指します。

①リハ職＋看護職の訪問：貴事業所のリハ職と看護職員による訪問の両方を利用している利用者

②看護職のみ訪問：貴事業所の看護職員による訪問のみを利用している利用者で、他の訪問看護ステーションのリハ職による訪問看護を受けていない場合。

③看護職＋他事業所リハ職：貴事業所では看護職員による訪問のみを利用している利用者で、他の訪問看護ステーションのリハ職による訪問看護を受けている場合。

④リハ職のみ訪問：貴事業所のリハ職の訪問のみを利用している利用者で、他事業所の看護職員による訪問看護を受けていない場合。

⑤リハ職＋他事業所看護職：貴事業所のリハ職による訪問と、他のステーションや医療機関からの看護職員による訪問看護を利用している場合

⑥リハ職の訪問回数：20分で1回、40分の場合には、2回とカウントしてください

(3) リハ職による訪問の利用者について、年齢階級別の利用者数(実人数)をご記入ください。(2016年10月分)

	15歳未満	15～39歳	40～64歳	65～74歳	75～84歳	85歳以上
介護保険			人	人	人	人
医療保険	人	人	人	人	人	人

(4) 看護職員とリハ職による訪問の設定の方法についてご回答ください。

リハ職による訪問のみを提供している利用者について、看護師が利用者の状況を確認したり、アセスメントをするために利用者宅を「訪問」することはありますか	1 原則、全員の利用者宅を看護師が訪問してアセスメントをする 2 必要な場合には、看護師が利用者宅を訪問し、アセスメントをする 3 リハ職による訪問のみを提供している利用者宅を看護師が訪問することは基本的にはない
1の場合：いつ訪問しますか (複数回答可)	1 初回 2 定期的⇒()回/月 ※2か月に1回の場合は0.5と記入 3 貴事業所のリハ職が必要と判断した時 4 利用者や家族から相談があった時 5 医師から指示があった時 6 介護支援専門員から相談があった時 7 その他()
2の場合：どのようなときに訪問しますか。 (複数回答可)	1 貴事業所のリハ職が必要と考えた時 2 利用者や家族から相談があった時 3 医師から指示があった時 4 介護支援専門員から相談があった時 5 その他()
リハ職による訪問を提供している利用者について、リハ職が病状や状態について看護師に相談、報告することはありますか	1 有 2 無
1の場合：いつ相談、報告しますか (複数回答可)	1 初回の訪問後 2 原則、毎回の訪問後 3 定期的に報告⇒()回/月 ※2か月に1回の場合は0.5と記入 4 病状や状態に変化があった時 5 その他

5. リハ職等による訪問を受けたことがある利用者で、利用を終了した人についてお伺いします。

(1) 2016年4月～9月の利用終了者の詳細についてお伺いします。

設問	年齢	性別	利用開始時期	利用開始時の要介護度	終了時の要介護度	利用開始時の日常生活自立度	終了時の日常生活自立度	終了後の転帰
選択肢	具体的に	1 男 2 女	※開始年は西暦の下2桁でご記入ください	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	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	1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2	1 自立 2 J1 3 J2 4 A1 5 A2 6 B1 7 B2 8 C1 9 C2	0 サービス利用なし 1 訪問リハビリテーション 2 通所リハビリテーション 3 通所介護等の通所・訪問系サービス(1 訪問リハ・2 通所リハ以外) 4 介護老人保健施設 5 居住・入所系サービス(4 老健以外) 6 介護予防事業等地域支援事業 7 医療機関への入院、外来リハビリテーション 8 死亡 9 その他 10 不明
記入例	89歳	1	14年5月	4	3	5	4	6
1	歳		年 月					
2	歳		年 月					
3	歳		年 月					
4	歳		年 月					
5	歳		年 月					
6	歳		年 月					
7	歳		年 月					
8	歳		年 月					
9	歳		年 月					
10	歳		年 月					

※「介護サービス」と「外来リハ」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。

※記入欄が不足する場合は、枠外またはお手数ですが、記入欄をコピーしてご記入ください。

平成 28 年度 介護報酬改定検証・研究調査 (厚生労働省委託調査)
通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の中重度者等への
リハビリテーション内容等の実態把握調査事業
通所リハ 利用者調査票 (案)

※調査の対象者は、記入要領に記載の方法で選んでください。

※本調査票は、当該利用者にサービスを提供する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の方で、利用者の状況に詳しい方がご記入ください。

※回答の際は、あてはまる番号や記号を○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、2016 年 10 月 5 日または、質問に記載している期間とします。

I 本調査の回答者・対象者の抽出条件

1) 回答者	1 理学療法士	2 作業療法士	3 言語聴覚士
2) 回答者の経験年数	1 3 年未満	2 3 年以上 10 年未満	3 10 年以上
3) 対象者の抽出条件	1 調査日に通所リハを利用した 2 7 月に通所リハの利用を開始した 3 両方に該当		
「2」に○の場合：10 月 5 日時点で利用を継続していますか		1 はい	2 いいえ*

※10 月 5 日時点で利用を終了している場合、以下の質問について、平成 28 年 7 月の利用開始時点の状況について、可能な範囲でご記入ください。

II 利用者の基本情報についてお伺いします。

4) 年齢	() 歳					
5) 性別	1 男	2 女				
6) 通所リハの利用開始日	西暦 () 年 () 月 () 日					
7) リハビリが必要となった原因の傷病名 (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 ()					
8) 利用者が受けている医療的処置・ケア等で該当するもの (通所リハビリテーション以外で受けている医療的処置・ケアも含む) (複数回答可)	1 点滴の管理	2 中心静脈栄養	3 透析			
	4 ストーマ (人工肛門・人工膀胱) の処置		5 酸素療法			
	6 人工呼吸器	7 気管切開の処置	8 疼痛の管理			
	9 経管栄養	10 持続モニター測定 (重度の心機能障害、呼吸障害等)				
	11 褥瘡の処置	12 カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテルなど)				
	13 常時頻回の喀痰吸引	14 創傷処置	15 浣腸・摘便			
	16 インスリン注射	17 導尿	18 精神症状の観察			
	19 心理的支援	20 服薬援助 (点眼薬等を含む)	21 なし			
9) 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	
	②利用開始時	5 要介護 3	6 要介護 4	7 要介護 5	8 申請中	
10) 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
	②利用開始時	6 B 1	7 B 2	8 C 1	9 C 2	10 不明
11) 認知症高齢者の日常生活自立度 (現状)	①現状	1 自立	2 I	3 II a	4 II b	
	②利用開始時	5 III a	6 III b	7 IV	8 M	9 不明
12) 過去 1 年以内の入院の有無	1 有	直近の退院日 () 月 () 日		2 無	3 不明	
「1 有」の場合：直近の入院病床	1 一般病床 (2, 3 以外)	2 回復期リハビリテーション病棟				
	3 地域包括ケア病棟	4 療養病床 (2, 3 以外)	5 その他			

13) 過去 1 年以内の外来でのリハビリテーションの有無	1 有 2 無 3 不明
14) 過去 1 年以内に医療機関（入院または外来）でのリハビリテーションを利用した場合：リハビリテーションの種類（複数回答可） ※）廃用症候群リハビリテーションは 2016 年 4 月の介護報酬改定で新設された項目であり、それ以前は脳血管疾患等リハビリテーションに含まれます。	1 医療機関(病院・診療所) ではリハビリテーションを実施していない 2 心大血管疾患 3 脳血管疾患等 4 廃用症候群※ 5 運動器 6 呼吸器 7 摂食機能療法 8 難病 9 がん 10 認知症 11 その他 () 12 不明
15) 医療機関からどのように情報提供を受けましたか（複数回答可）	1 診療情報提供書 2 リハビリ職間での情報提供 3 看護職間での情報提供 4 介護支援専門員間での情報提供 5 クリニカルパスを活用 6 その他 () 7 特になし
16) 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 12 家族の介護負担軽減 13 その他 ()
17) 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 訪問リハビリテーション 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 ()
「3 訪問リハビリテーション」に○の場合：利用理由（複数回答可）	1 自宅内でのアセスメントが必要なため 2 自宅内での自立度を高めるために自宅でのリハビリテーションのほうが効果的であるため 3 住環境の調整のため 4 言語聴覚士が通所リハにはいないため 5 通所リハでは個別のリハが実施できないため 6 より専門性の高いリハを実施するため 7 その他 ()
「2 訪問看護」に○の場合：①訪問看護サービスからの理学療法士等訪問の有無	1 有 2 無
② ①で「1 有」の場合：訪問理由（複数回答可）	1 自宅内でのアセスメントが必要なため 2 自宅内での自立度を高めるために自宅でのリハビリテーションのほうが効果的であるため 3 住環境の調整のため 4 言語聴覚士が通所リハにはいないため 5 通所リハでは個別のリハが実施できないため 6 より専門性の高いリハを実施するため 7 その他 ()

III 利用者の受療状況等

18) 通院の有無（複数回答可）	1 自院（併設）に通院している 2 他の病院・診療所に通院している 3 通院はしていない 4 不明
------------------	--

IV 通所リハビリテーションの利用状況等についてお伺いします。

19) 提供時間別の利用回数（16 年 10 月）	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
20) 算定した加算（2016 年 10 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 送迎減算		8 社会参加支援加算	
				9 重度療養管理加算			

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

21) 指示医から受けた指示事項（複数回答可）	1 リハビリテーション実施の有無のみ 2 訓練開始前の留意事項 3 運動負荷量 4 訓練中の留意事項（転倒、低血糖等） 5 中止基準 6 リハビリテーションの目的 7 その他 ()
22) 指示医がリハビリの実施を指示した職種（複数回答可）	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 あん摩マッサージ師 8 指示はなかった

23) 摂食嚥下障害への対応	0 摂食嚥下障害はない 1 摂食嚥下障害がある → 指示内容 (複数回答可) 11 指示はなかった 12 摂食嚥下障害の評価 13 口腔ケアの指導・実施 14 摂食・嚥下機能に関する訓練の指導・実施
24) 指示医への報告内容 (複数回答可)	1 病状変化の報告 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

25) リハビリテーション会議開催の有無	1 有 2 無
「1有」の場合： 26) 直近に開催した会議の参加職種 (複数回答可) ※ご自身も含めて記載してください	1 本人 (通所リハ事業所の職員) 2 家族 3 医師 4 理学療法士 5 作業療法士 6 言語聴覚士 7 看護職員 8 介護職員 9 柔道整復師 10 あん摩マッサージ師 11 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) 12 利用者の主治医 13 介護支援専門員 14 訪問介護の職員 15 通所介護の職員 16 通所リハの職員 17 訪問看護の職員 → (a 看護職 b リハ職) 18 訪問リハの職員 19 福祉用具相談員 20 その他 ()
27) 短期目標を設定していますか	1 はい → (具体的に：) 介護支援専門員に適切に情報提供されているか (a はい b いいえ) 設定した目標はケアプランに反映されているか (a はい b いいえ) 2 いいえ
28) 長期目標を設定していますか	1 はい → (具体的に：) 介護支援専門員に適切に情報提供されているか (a はい b いいえ) 設定した目標はケアプランに反映されているか (a はい b いいえ) 2 いいえ

VII リハビリテーションのマネジメントについて

29) 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	1 はい 2 いいえ
30) 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	1 はい 2 いいえ 3 家族はいない
【アセスメントについてお伺いします】	
31) 心身機能 (複数回答可) ※問題がある選択肢に○	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 13 その他 ()
32) 認知機能の評価	1 していない 2 している → HDS-R () 点または MMSE () 点
33) Barthel Index での評価	利用開始時 () 点 現状 () 点
34) Frenchay Activity Index での評価	利用開始時 () 点 現状 () 点
【計画についてお伺いします】	
35) 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 歩行・移動 2 姿勢保持 3 姿勢の変換 4 移乗 5 入浴 6 整容 7 更衣 8 トイレ動作 9 食事 10 食事の用意 11 食事の片づけ 12 洗濯 13 掃除・整頓 14 家や車の手入れ 15 買い物 16 交通手段の利用 17 コミュニケーション 18 対人関係 19 日課の遂行 20 趣味や社会活動 21 選択と実行 22 同時解決 23 健康管理 24 その他 ()	

注) 21 選択と実行：複数の物や事象、課題から選択し実行する

22 同時解決：問題や状況を同定し、解決法を見出し、結果を予測し、実行する

36) 35) で設定した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。				
37) 36) 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	
38) 36) で選んだ最も優先順位が高い課題に対して、最も多く行っている訓練1つに○	1 機能回復訓練	2 基本的動作訓練	3 応用的動作訓練	
	4 社会適応訓練	5 コミュニケーション訓練	6 自己訓練練習	
	7 マッサージ			

注) 機能回復訓練：呼吸機能訓練、体力向上訓練、浮腫等の改善訓練、関節可動域訓練、筋力向上訓練、筋緊張緩和訓練、筋持久力向上訓練、運動機能改善訓練、痛みの緩和訓練、認知機能改善訓練、意欲の向上訓練、構音機能訓練、聴覚機能訓練、摂食嚥下機能訓練、言語機能訓練

基本的動作訓練：姿勢の保持訓練、起居・移乗動作訓練、歩行・移動訓練、階段昇降練習、公共交通機関利用練習

応用的動作訓練：一連の入浴行為練習、一連の整容行為練習、一連の排泄行為練習、一連の更衣行為練習、一連の食事行為練習、一連の調理行為練習、一連の洗濯行為練習、一連の掃除・整理整頓行為練習、家の手入れ練習、買物練習

社会適応練習：対人関係改善練習、余暇活動練習、仕事練習

39) 短期目標達成後のサービス移行予定 (主な1つに○)	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		
40) 長期目標達成後のサービス移行予定 (主な1つに○)	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		
41) 他の事業所の従業者と利用者の居宅に同行訪問を行い、リハビリテーションに関する専門的な指導・助言を行ったか	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			
「1」の場合：他事業所のサービス (複数回答可)	1 訪問介護	2 訪問看護	3 通所介護	
	4 その他 ()			

【ここからは、貴事業所の医師の方がご記入ください。】

Ⅷ 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。

42) リハの目標について指示をしていますか	1 はい	2 いいえ		
43) リハの頻度について指示をしていますか	1 はい	2 いいえ		
44) リハの実施を指示した職種 (複数回答可)	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 あん摩マッサージ師	
45) 指示事項 (複数回答可)	8 特に職種は指定していない			
	1 リハビリテーション実施の有無のみ			
46) 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)	2 開始前の留意事項	3 運動負荷量		
	4 訓練中の留意事項(転倒、低血糖等)	5 中止基準		
	6 リハビリテーションの目的			
	7 その他 ()			
	1 病状変化の報告	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、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 28 年度 介護報酬改定検証・研究調査 (厚生労働省委託調査)
 通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の中重度者等への
 リハビリテーション内容等の実態把握調査事業
訪問リハ 利用者調査票 (案)

※調査の対象者は、記入要領に記載の方法で選んでください。
 ※本調査票は、当該利用者にサービスを提供する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の方で、利用者の状況に詳しい方がご記入ください。
 ※回答の際は、あてはまる番号や記号を○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、2016 年 10 月 5 日または、質問に記載している期間とします。

I 本調査の回答者・対象者の抽出条件

1) 回答者	1 理学療法士	2 作業療法士	3 言語聴覚士
2) 回答者の経験年数	1 3 年未満	2 3 年以上 10 年未満	3 10 年以上
3) 対象者の抽出条件	1 調査日に訪問リハを利用した 2 7 月に訪問リハの利用を開始した 3 両方に該当		
「2」に○の場合：10 月 5 日時点で利用を継続していますか		1 はい	2 いいえ*

※10 月 5 日時点で利用を終了している場合、以下の質問について、平成 28 年 7 月の利用開始時点の状況について、可能な範囲でご記入ください。

II 利用者の基本情報についてお伺いします。

4) 年齢	() 歳	
5) 性別	1 男 2 女	
6) 貴事業所の利用開始日	西暦 () 年 () 月 () 日	
7) リハビリが必要となった原因の傷病名 (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 ()	
8) 利用者が受けている医療的処置・ケア等で該当するもの (訪問リハビリテーション以外で受けている医療的処置・ケアも含む) (複数回答可)	1 点滴の管理 2 中心静脈栄養 3 透析 4 ストーマ (人工肛門・人工膀胱) の処置 5 酸素療法 6 人工呼吸器 7 気管切開の処置 8 疼痛の管理 9 経管栄養 10 持続モニター測定 (重度の心機能障害、呼吸障害等) 11 褥瘡の処置 12 カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテルなど) 13 常時頻回の喀痰吸引 14 創傷処置 15 浣腸・排便 16 インスリン注射 17 導尿 18 精神症状の観察 19 心理的支援 20 服薬援助 (点眼薬等を含む)	
9) 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
10) 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
11) 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	
12) 過去 1 年以内の入院の有無	1 有 → 直近の退院日 () 月 () 日 2 無 3 不明	
「1 有」の場合：直近の入院病床	1 一般病床 (2, 3 以外) 2 回復期リハビリテーション病棟 3 地域包括ケア病棟 4 療養病床 (2, 3 以外) 5 その他	
13) 過去 1 年以内の外来でのリハビリテーションの有無	1 有 2 無 3 分からない	

14) 過去 1 年以内に医療機関（入院または外来）でのリハビリテーションを利用した場合：リハビリテーションの種類（複数回答可） ※）廃用症候群リハビリテーションは 2016 年 4 月の介護報酬改定で新設された項目であり、それ以前は脳血管疾患等リハビリテーションに含まれます。	1 医療機関(病院・診療所) ではリハビリテーションを実施していない 2 心大血管疾患 3 脳血管疾患等 4 廃用症候群※ 5 運動器 6 呼吸器 7 摂食機能療法 8 難病 9 がん 10 認知症 11 その他 () 12 不明
15) 医療機関からどのように情報提供を受けましたか（複数回答可）	1 診療情報提供書 2 リハビリ職間での情報提供 3 看護職間での情報提供 4 介護支援専門員間での情報提供 5 クリニカルパスを活用 6 その他 () 7 特になし
16) 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 12 家族の介護負担軽減 13 その他 ()
17) 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 通所リハビリテーション 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 ()
「2 訪問看護」に○の場合：①訪問看護ステーションからの理学療法士等訪問の有無	
	1 有 2 無 3 不明
② ①で「1 有」の場合：訪問理由（複数回答可）	1 自事業所では必要な回数の訪問リハの訪問ができないため 2 自事業所では、利用者の都合がよい時間に訪問リハの訪問体制が作れないため 3 自事業所には言語聴覚士がいないため 4 より専門性の高いリハを実施しているため 5 その他 ()

Ⅲ 利用者の受療状況

18) 通院の有無（複数回答可）	1 自院に通院している 2 他の病院・診療所に通院している 3 通院はしていない 4 不明
19) 訪問診療の有無	1 自院から訪問診療をしている 2 他の病院・診療所から訪問診療をしている 3 訪問診療は利用していない 4 不明

Ⅳ 貴事業所からのサービスの提供状況等についてお伺いします。

20) 2016 年 10 月の訪問回数	①理学療法士	() 回 () 分/回
	②作業療法士	() 回 () 分/回
	③言語聴覚士	() 回 () 分/回
21) 算定した加算（2016 年 10 月分）（複数回答可）	1 短期集中個別リハビリテーション実施加算 2 リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ 3 リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ 4 社会参加支援加算	

Ⅴ 他の職種との連携状況（2016 年 10 月）

【医師との連携状況】	
22) 利用者のリハビリテーションの指示を出している医師の所属について（複数回答可）	1 開設主体の病院・診療所・介護老人保健施設の医師 2 別の医療機関の計画的な医学的管理を行っている医師 3 その他 ()
23) 他の医療機関等の医師から利用者について情報提供を受けていますか	1 はい 2 いいえ
24) リハの目標について指示医から指示を受けていますか	1 はい 2 いいえ
25) リハの頻度について指示医から指示を受けていますか	1 はい 2 いいえ
26) 指示医がリハビリの実施を指示した職種（複数回答可）	1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 指示はなかった
27) 摂食嚥下障害への対応	0 摂食嚥下障害はない 1 摂食嚥下障害がある ⇒ 指示内容（複数回答可） 11 指示はなかった 12 摂食嚥下障害の評価 13 口腔ケアの指導・実施 14 摂食・嚥下機能に関する訓練の指導・実施

28) 指示医から受けた指示事項 (複数回答可)	1 リハビリテーション実施の有無のみ 2 訓練開始前の留意事項 3 運動負荷量 4 訓練中の留意事項 (転倒、低血糖等) 5 中止基準 6 リハビリテーションの目的 7 その他 ()
29) 指示医への報告内容 (複数回答可)	1 病状変化の報告 2 訓練中の留意事項に対する報告 3 訓練内容の報告 4 訓練実施後の効果に対する報告 5 その他 () 6 なし
【訪問看護師との連携状況】※訪問看護師による訪問が行われている場合にご記入ください(同一事業所でも他事業所でも可)。	
30) 訪問看護師にリハビリの状況を連絡することはありますか	1 よくある 2 ときどきある 3 ほとんどない 4 まったくない
31) 訪問看護師から病状や医療的処置の状況について連絡を受けることはありますか	1 よくある 2 ときどきある 3 ほとんどない 4 まったくない
32) 訪問看護師とリハビリの方針等を共有していますか	1 詳しく共有している 2 共有している 3 共有していない
【訪問介護員との連携状況】	
33) 訪問介護員に専門的見地から助言を行いましたか	1 有 2 無

VI リハビリテーション計画の作成者、リハビリテーション会議等について

34) 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
35) リハビリテーション会議開催の有無	1 有 2 無
「1有」の場合： 36) 直近に開催した会議の参加職種等 ※ご自身も含めて記載してください。 (複数回答可)	1 本人 2 家族 (訪問リハ事業所の職員) 3 医師 4 理学療法士 5 作業療法士 6 言語聴覚士 (居宅サービスに計画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 通所介護の職員 11 通所リハの職員 12 訪問看護の職員 → (a 看護職 b リハ職) 13 訪問リハの職員 14 福祉用具相談員 15 その他 ()
37) 短期目標を設定していますか	1 はい → (具体的に：) 介護支援専門員に適切に情報提供されているか (a はい b いいえ) 設定した目標はケアプランに反映されているか (a はい b いいえ) 2 いいえ
38) 長期目標を設定していますか	1 はい → (具体的に：) 介護支援専門員に適切に情報提供されているか (a はい b いいえ) 設定した目標はケアプランに反映されているか (a はい b いいえ) 2 いいえ

VII リハビリテーションについて

39) 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	1 はい 2 いいえ
40) 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	1 はい 2 いいえ 3 家族はいない
【アセスメントについてお伺いします】	
41) 心身機能 (複数回答可) ※問題がある選択肢に○	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 13 その他 ()
42) 認知機能の評価	1 無 2 有 → HDS-R () 点または MMSE () 点
43) Barthel Index での評価	利用開始時 () 点 現状 () 点
44) Frenchay Activity Index での評価	利用開始時 () 点 現状 () 点

【計画についてお伺いします】				
45) 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 歩行・移動	2 姿勢保持	3 姿勢の変換	4 移乗	
5 入浴	6 整容	7 更衣	8 トイレ動作	
9 食事	10 食事の用意	11 食事の片づけ	12 洗濯	
13 掃除・整頓	14 家や車の手入れ	15 買い物	16 交通手段の利用	
17 コミュニケーション	18 対人関係	19 日課の遂行	20 趣味や社会活動	
21 選択と実行	22 同時解決	23 健康管理	24 その他 ()	
注) 21 選択と実行：複数の物や事象、課題から選択し実行する 22 同時解決：問題や状況を同定し、解決法を見出し、結果を予測し、実行する				
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) 46) で選んだ最も優先順位が高い課題に対して、最も多く行っている訓練1つに○	1 機能回復訓練	2 基本的動作訓練	3 応用的動作訓練	
	4 社会適応訓練	5 コミュニケーション訓練	6 自己訓練練習	
	7 マッサージ			
注) 機能回復訓練：呼吸機能訓練、体力向上訓練、浮腫等の改善訓練、関節可動域訓練、筋力向上訓練、筋緊張緩和訓練、筋持久力向上訓練、運動機能改善訓練、痛みの緩和訓練、認知機能改善訓練、意欲の向上訓練、構音機能訓練、聴覚機能訓練、摂食嚥下機能訓練、言語機能訓練 基本的動作訓練：姿勢の保持訓練、起居・移乗動作訓練、歩行・移動訓練、階段昇降練習、公共交通機関利用練習 応用的動作訓練：一連の入浴行為練習、一連の整容行為練習、一連の排泄行為練習、一連の更衣行為練習、一連の食事行為練習、一連の調理行為練習、一連の洗濯行為練習、一連の掃除・整理整頓行為練習、家の手入れ練習、買物練習 社会適応練習：対人関係改善練習、余暇活動練習、仕事練習				
49) 短期目標達成後のサービス移行の予定 (主な1つに○)	1 訪問リハを継続する	2 通所リハに移行		
	3 外来リハに移行	4 通所介護に移行		
	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			
50) 長期目標達成後のサービス移行の予定 (主な1つに○)	1 訪問リハを継続する	2 通所リハに移行		
	3 外来リハに移行	4 通所介護に移行		
	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) 他の事業所の従業者と利用者の居宅に同行訪問を行い、リハビリテーションに関する専門的な指導・助言を行いましたか				1 行った 2 行っていない
「1」の場合他事業所のサービス	1 訪問介護	2 訪問看護	3 通所介護	4 その他 ()

【ここからは、貴事業所の医師の方がご記入ください。】

Ⅷ 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。

52) リハの目標について指示をしていますか	1 はい	2 いいえ		
53) リハの頻度について指示をしていますか	1 はい	2 いいえ		
54) リハの実施を指示した職種 (複数回答可)	1 理学療法士	2 作業療法士	3 言語聴覚士	
	4 特に職種は指定していない			
55) 指示事項 (複数回答可)	1 リハビリテーション実施の有無のみ			
	2 開始前の留意事項	3 運動負荷量	4 訓練中の留意事項 (転倒、低血糖等)	
	5 中止基準	6 リハビリテーションの目的	7 その他 ()	
56) 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 病状変化の報告	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、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 28 年度 介護報酬改定検証・研究調査 (厚生労働省委託調査)
 通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の中重度者等への
 リハビリテーション内容等の実態把握調査事業
訪問看護ステーション 利用者調査票 (案)

- ※調査の対象者は、貴事業所において、看護業務の一環であるリハビリテーションを理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が提供している利用者です。調査要綱に記載の方法で選んでください。
 ※本調査票は、当該利用者にサービスを提供する看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の方で、利用者の状況に詳しい方がご記入ください。
 ※回答の際は、あてはまる番号や記号を○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、2016 年 10 月 5 日または、質問に記載している期間とします。

I 本調査の回答者・対象者の抽出条件

1) 回答者	1 看護職員 2 理学療法士 3 作業療法士 4 言語聴覚士
2) 回答者の経験年数	1 3 年未満 2 3 年以上 10 年未満 3 10 年以上
3) 対象者の抽出条件	1 調査日に訪問看護を利用した 2 7 月に訪問看護の利用を開始した 3 両方に該当
	「2」に○の場合：10 月 5 日時点で利用を継続していますか 1 はい 2 いいえ*

※10 月 5 日時点で利用を終了している場合、以下の質問について、平成 28 年 7 月の利用開始時点の状況について、可能な範囲でご記入ください。

II 利用者の基本情報についてお伺いします。

4) 年齢	() 歳
5) 性別	1 男 2 女
6) 貴事業所からのサービス開始日	西暦 () 年 () 月 () 日
7) リハビリが必要 となった原因の傷 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 ()
8) 利用者が受けて いる医療的処置・ ケア等で該当する もの (貴事業所外で受けて いる医療的処置・ケアも 含む) (複数回答可)	1 点滴の管理 2 中心静脈栄養 3 透析 4 ストーマ (人工肛門・人工膀胱) の処置 5 酸素療法 6 人工呼吸器 7 気管切開の処置 8 疼痛の管理 9 経管栄養 10 持続モニター測定 (重度の心機能障害、呼吸障害等) 11 褥瘡の処置 12 カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテルなど) 13 常時頻回の喀痰吸引 14 創傷処置 15 浣腸・摘便 16 インスリン注射 17 導尿 18 精神症状の観察 19 心理的支援 20 服薬援助 (点眼薬等を含む) 21 いずれもなし
9) 適用保険	1 介護保険 2 医療保険 → (a 特掲診療料別表 7 b 特別訪問看護指示書)
別表第七の疾 病等の該当の 有無 (複数回答可)	1 末期の悪性腫瘍 2 多発性硬化症 3 重症筋無力症 4 スモン 5 筋萎縮性側索硬化症 6 脊髄小脳変性症 7 ハンチントン病 8 進行性筋ジストロフィー症 9 パーキンソン病関連疾患 10 多系統萎縮症 11 プリン病 12 亜急性硬化性全脳炎 13 ライソゾーム病 14 副腎白質ジストロフィー 15 脊髄性筋萎縮症 16 球脊髄性筋萎縮症 17 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 18 後天性免疫不全症候群 19 頸髄損傷 20 人工呼吸器を使用している状態
10) 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

11) 障害高齢者の日常生活自立度	①現状	1 自立 6 B 1	2 J 1 7 B 2	3 J 2 8 C 1	4 A 1 9 C 2	5 A 2 10 不明
	②利用開始時	1 自立 6 B 1	2 J 1 7 B 2	3 J 2 8 C 1	4 A 1 9 C 2	5 A 2 10 不明
12) 認知症高齢者の日常生活自立度(現状)		1 自立 5 III a	2 I 6 III b	3 II a 7 IV	4 II b 8 M	9 不明
13) 過去 1 年以内の入院の有無		1 有 → 直近の退院日 () 月 () 日 2 無 3 不明				
「1 有」の場合：直近の入院病床		1 一般病床 (2, 3 以外) 2 回復期リハビリテーション病棟 3 地域包括ケア病棟 4 療養病床 (2, 3 以外) 5 その他				
14) 過去 1 年以内の外来でのリハビリテーションの有無		1 有 2 無 3 不明				
15) 過去 1 年以内に医療機関 (入院または外来) でのリハビリテーションを利用した場合：リハビリテーションの種類 (複数回答可) ※ 廃用症候群リハビリテーションは 2016 年 4 月の介護報酬改定で新設された項目であり、それ以前は脳血管疾患等リハビリテーションに含まれます。		0 医療機関(病院・診療所)ではリハビリテーションを実施していない 1 心大血管疾患 2 脳血管疾患等 3 廃用症候群* 4 運動器 5 呼吸器 6 摂食機能療法 7 難病 8 がん 9 認知症 10 その他 () 11 不明				
16) 医療機関からどのように情報提供を受けましたか (複数回答可)		1 診療情報提供書 2 リハビリ職間での情報提供 3 看護職間での情報提供 4 介護支援専門員間での情報提供 5 クリニカルパスを活用 6 その他 () 7 特になし				
17) 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 12 家族の介護負担軽減 13 その他 ()				
18) 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 訪問リハビリテーション 3 通所リハビリテーション 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 () 9 なし				
「2 訪問リハビリテーション」に○を付けた場合：利用理由 (複数回答可)		1 自事業所では必要な回数のリハ職の訪問ができないため 2 自事業では、利用者の都合がよい時間にリハ職の訪問体制が作れないため 3 自事業所には言語聴覚士がいないため 4 より専門性の高いリハを実施しているため 5 その他 ()				

III 利用者の受療状況

19) 通院の有無 (複数回答可)	1 指示書を発行している病院・診療所に通院している 2 他の病院・診療所に通院している 3 通院はしていない 4 不明
20) 訪問診療の有無	1 指示書を発行している病院・診療所から訪問診療をしている 2 他の病院・診療所から訪問診療をしている 3 訪問診療は利用していない 4 不明

IV 貴事業所からのサービスの提供状況等についてお伺いします。

21) 訪問回数 (2016 年 10 月)	理学療法士 回	作業療法士 回	言語聴覚士 回
22) 看護職員の訪問回数 (2016 年 10 月)	20 分未満 回	30 分未満 回	30 分以上 1 時間未満 回 1 時間以上 1 時間 30 分未満 回
23) 緊急訪問の有無・回数・理由 (2016 年 10 月分)		1 有 → () 回、理由 () 2 無	
うち、1 日につき複数回の訪問を行った日の有無・日数		1 有 → () 日 2 無	
24) 訪問看護の加算等の状況 (2016 年 10 月分) ※複数回答可			
1 特別管理加算 2 複数名加算 → (a 看護師 b リハビリ職 c 准看護師 d 看護補助者) 3 緊急時訪問看護加算 4 長時間訪問看護加算 5 退院時共同指導加算 6 看護体制強化加算 7 ターミナルケア加算			

25) 平日の日中以外の計画的な訪問の有無	1 有 → 訪問した日程 (a 土曜 b 日曜 c 祝日 d 早朝・夜間・深夜) 2 無
-----------------------	---

V 他の職種との連携状況 (2016 年 10 月)

【訪問看護指示書を交付する医師との連携状況】				
26) 医師の所属について①	1 同一法人 (同系列を含む)	2 他の法人		
27) 医師の所属について②	1 病院	2 診療所	3 介護老人保健施設	
28) リハの目標について指示医から指示を受けましたか	1 はい	2 いいえ		
29) リハの頻度について指示医から指示を受けましたか	1 はい	2 いいえ		
30) 指示医がリハビリの実施を指示した職種 (複数回答可)	1 理学療法士	2 作業療法士	3 言語聴覚士	4 指示はなかった
31) 摂食嚥下障害への対応	0 摂食嚥下障害はない 1 摂食嚥下障害がある → 指示内容 (複数回答可) 11 指示はなかった 12 摂食嚥下障害の評価 13 口腔ケアの指導・実施 14 摂食・嚥下機能に関する訓練の指導・実施			
32) 指示医から受けた指示事項 (複数回答可)	1 リハビリテーション実施の有無のみ 2 訓練開始前の留意事項 3 運動負荷量 4 訓練中の留意事項 (転倒、低血糖等) 5 中止基準 6 リハビリテーションの目的 7 その他 ()			
33) 指示医への報告内容 (複数回答可)	1 病状変化の報告 2 訓練中の留意事項に対する報告 3 訓練内容の報告 4 訓練実施後の効果に対する報告 5 その他 () 6 なし			
【訪問看護師との連携状況】				
※あなたがリハ職で、かつ、利用者に対して看護職員 (他事業所でも可) による訪問が行われている場合のみご回答ください。				
34) 訪問看護師にリハビリの状況を連絡することはありますか	1 よくある	2 ととききある	3 ほとんどない	4 まったくない
35) 訪問看護師から病状や医療的処置の状況について連絡を受けることはありますか	1 よくある	2 ととききある	3 ほとんどない	4 まったくない
36) 訪問看護師とリハビリの方針等を共有していますか	1 詳しく共有している	2 共有している	3 共有していない	
【訪問介護員との連携状況】				
37) 訪問介護員に専門的見地から助言を行いましたか	1 有	2 無		

VI 看護業務の一環であるリハビリテーションについて

38) 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	1 はい	2 いいえ				
39) 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	1 はい	2 いいえ				
40) 訪問看護を提供した職員の職種 ※複数回答可 (2016 年 10 月の訪問分)	1 保健師・助産師・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 その他
41) リハビリテーションを提供した職員の職種のうち、もっとも提供時間が長い職員の職種 1 つに◎、その他は○ (※○は複数回答可) (2016 年 10 月の訪問分)	1 保健師・助産師・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 その他
【アセスメントについてお伺いします】						
42) 問題のある心身機能 (複数回答可)	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
43) 認知機能の評価	1 無	2 有 → HDS-R () 点または MMSE () 点				

44) Barthel Index での評価	利用開始時	() 点	現状	() 点
45) Frenchay Activity Index での評価	利用開始時	() 点	現状	() 点

【計画についてお伺いします】

46) 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 歩行・移動	2 姿勢保持	3 姿勢の変換	4 移乗
5 入浴	6 整容	7 更衣	8 トイレ動作
9 食事	10 食事の用意	11 食事の片づけ	12 洗濯
13 掃除・整頓	14 家や車の手入れ	15 買い物	16 交通手段の利用
17 コミュニケーション	18 対人関係	19 日課の遂行	20 趣味や社会活動
21 選択と実行	22 同時解決	23 健康管理	
24 その他 ()			25 なし

注) 21 選択と実行：複数の物や事象、課題から選択し実行する

22 同時解決：問題や状況を同定し、解決法を見出し、結果を予測し、実行する

47) 46) 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。

48) 47) 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		
49) 47) 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 注) 最も多く行っているもの1つに○	1 機能回復訓練	2 基本的動作訓練	3 応用的動作訓練	4 社会適応訓練	5 コミュニケーション訓練	6 自己訓練練習	7 マッサージ

注) 機能回復訓練：呼吸機能訓練、体力向上訓練、浮腫等の改善訓練、関節可動域訓練、筋力向上訓練、筋緊張緩和訓練、筋持久力向上訓練、運動機能改善訓練、痛みの緩和訓練、認知機能改善訓練、意欲の向上訓練、構音機能訓練、聴覚機能訓練、摂食嚥下機能訓練、言語機能訓練

基本的動作訓練：姿勢の保持訓練、起居・移乗動作訓練、歩行・移動訓練、階段昇降練習、公共交通機関利用練習

応用的動作訓練：一連の入浴行為練習、一連の整容行為練習、一連の排泄行為練習、一連の更衣行為練習、一連の食事行為練習、一連の調理行為練習、一連の洗濯行為練習、一連の掃除・整理整頓行為練習、家の手入れ練習、買い物練習

社会適応練習：対人関係改善練習、余暇活動練習、仕事練習

50) 短期目標達成後のサービス移行の予定 (主な1つに○)	1 リハ職による訪問を継続する	2 通所リハに移行	3 外来リハに移行	4 通所介護に移行	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) 長期目標達成後のサービス移行の予定 (主な1つに○)	1 リハ職による訪問を継続する	2 通所リハに移行	3 外来リハに移行	4 通所介護に移行	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
52) 他の事業所の従業者と利用者の居宅に同行訪問を行い、リハビリテーションに関する専門的な指導・助言を行いましたか	1 行った 2 行っていない										
「1」の場合 他事業所のサービス	1 訪問介護	2 訪問看護	3 通所介護	4 その他 ()							

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、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。