

失語症者のリハビリテーションに関するアンケート

※ST1名に付1枚ご使用ください。

1. 貴院で言語聴覚士が行なう言語リハビリを共に実施している職種とその人数についてご記入ください。

ST常勤 名 非常勤 名 PT 名 OT 名 医師 名 看護師 名 保健師 名 介護士 名 心理士 名
SW 名 その他()名

2～9の設問は、任意の一週間(月～日曜日、以下同様)に言語リハビリを行った失語症のある方を対象に、ご記入ください。

2. 性別・年齢別の人数をご記入ください。

	40歳未満	40～65歳	66歳以上
男性	名	名	名
女性	名	名	名

3-1. 発症から言語リハビリ開始までの期間について、人数をご記入下さい。

言語リハビリ開始(発症から) 全 名 中

1週間以内	1か月以内	3か月以内	6か月以内	1年以内	1年以上
名	名	名	名	名	名

3-2. 発症から言語リハビリ終了(見込み含む)までの期間について、人数をご記入下さい。

1週間以内	1か月以内	3か月以内	半年以内	1年以内	1年以上	不明
名	名	名	名	名	名	名

3-3 期間制限(180日)を超えての言語リハビリについて、貴院の方針に該当するものに○をつけてください。

1 期間制限内で全て終了

2 期間制限内での終了が原則だが場合により延長(その理由)

4 言語リハビリの形態について、人数をご記入ください

個別訓練のみ	名	集団訓練のみ	名	個別+集団訓練	名
--------	---	--------	---	---------	---

5. 言語リハビリの目的について該当する内容に○をつけてください(複数回答可)

言語機能評価・言語機能改善・失語症についての説明・コミュニケーション代償手段獲得・言語リハビリ機関紹介・復学・復職支援・相談・家族とのコミュニケーション支援・外出支援・社会資源利用支援・仲間づくり・その他()

6. 言語リハビリを行った人数について、時間毎、個別・集団別にご記入ください。

	60分未満	60～100分未満	100～200分	200～300分	300～400分	400分以上
個別	名	名	名	名	名	名
集団	名	名	名	名	名	名

7-1. 言語リハビリ開始から現在(終了した人は終了時)までの改善について、以下の項目に該当する人数をご記入ください。

(改善の具体的な内容については7-2の項目を参考にして下さい)

機能維持	若干の改善有	明らかな改善有
名	名	名

7-2. 改善があった方はどのような面での改善が見られましたか(重複あり)

実人数総数 名

言語機能	コミュニケーション能力	コミュニケーションの積極性	家族とのコミュニケーション	家族以外とのコミュニケーション	社会参加の活性化	外出能力の向上	復学・復職
名	名	名	名	名	名	名	名

8. 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳について該当する項目に人数をご記入ください。重複あり
申請未 名、申請中・予定 名 身体で取得 名、言語で取得 名、精神で取得 名、不明 名

9. 介護認定について該当する項目に人数をご記入ください
申請未 名 申請中・予定 名 要支援1 名 要支援2 名 要介護1 名 要介護2 名 要介護3 名
要介護4 名 要介護5 名 不明 名

10 の設問は、任意の 1 ヶ月間に退院或いは期間満了を迎えた失語症のある方を対象に、ご記入ください。

10. その後の言語リハビリ継続について該当する項目に人数をご記入ください。

実人数	名	*言語リハビリ継続が望ましいが紹介先が無く終了になった方									名
期限終了 後も同施設 で継続	自宅退院で 言語リハ終 了	他の施設利 用なく外来 継続	転院 先で 継続	転院先 に言語 リハ無し	介護保険 施設利用 して終了	介護保険 施設利用 にて継続	福祉施設利 用するので 終了	福祉施設 利用する が継続	不明	その他 ()	
名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名

11. 失語症のある方とご家族にとって望ましいと思われる言語リハビリを受けられる期間、提供施設、言語リハの目的、制度についてお考えを聞かせて下さい。

ご協力ありがとうございました

介護保険施設用 **失語症者のリハビリテーションに関するアンケート** ※ST1名に付1枚ご使用ください。

施設の種別(○をつけて下さい): 特別養護老人ホーム 介護老人保健施設 介護療養型医療施設

1. 貴施設で言語聴覚士が行なう言語リハビリを共に実施している職種とその人数についてご記入下さい。

ST常勤 名・非常勤 名 PT 名 OT 名 医師 名 看護師 名 保健師 名 介護士 名
心理士 名 SW 名 その他() 名

2. 任意の一週間(月～日曜日、以下同様)について言語リハビリを行った失語症のある方の、入所、通所、それぞれの人数と、年齢別人数をご記入ください。

	入所	通所	40歳未満	40～65歳	66歳以上
男性	名	名	名	名	名
女性	名	名	名	名	名

3-1. 任意の一週間について、言語リハビリを行った失語症のある方の発症から開始までの期間について、人数をご記入下さい。

貴施設での言語リハビリ開始(発症から) 全 名中 ※定数超過で開始出来なかった方 名

	1か月以内	3か月以内	6か月以内	1年以内	2年以内	2年以上
入所	名	名	名	名	名	名
通所	名	名	名	名	名	名

3-2. 3-1と同時期について、発症から終了(見込み含む)までの期間について人数をご記入下さい。

※発症・訓練開始からの期間制限は? □有 約 ヶ月、□無)

半年程度	1年程度	2年程度	3年程度	制限なし	その他 ()
名	名	名	名	名	名

4. 任意の一週間について言語リハビリを行った失語症のある方の言語リハビリの形態と該当人数についてご記入ください

施設内のみ	名・訪問	名	個別訓練のみ	名・集団訓練のみ	名	個別+集団訓練	名
-------	------	---	--------	----------	---	---------	---

5. 失語症のある方に行っている言語リハビリの目的について該当する内容に○をつけてください(複数回答有)

家族指導、言語機能評価、言語機能改善、失語症についての説明、コミュニケーション代償手段獲得、言語リハビリ機
関紹介、復学・復職支援、相談、家族とのコミュニケーション支援、外出・社会資源利用支援、仲間づくり、
その他()

6. 任意の一週間に失語症のある方が個別言語リハビリ、集団言語リハビリを受けられる時間と該当人数を記入してください。

	60分未満	60～100分未満	100～200分	200～300分	300～400分	400分以上
入所 個別	名	名	名	名	名	名
入所 集団	名	名	名	名	名	名
通所 個別	名	名	名	名	名	名
通所 集団	名	名	名	名	名	名

7-1. 任意の一週間に言語リハビリを行った方の開始から現在(或いは終了時)までの改善について以下の項目について該当する人数をご記入ください (改善の具体的な内容については7-2の項目を参考にして下さい。)

機能維持	若干の改善有	明らかな改善有
名	名	名

7-2. 改善があった方はどのような面での改善が見られましたか(重複あり) 実人数総数 名

言語機能	コミュニケーション能力	コミュニケーションの積極性	家族とのコミュニケーション	家族以外とのコミュニケーション	社会参加の活性化	外出能力の向上	復学・復職
名	名	名	名	名	名	名	名

8. 任意の一月月に退所或いは期間制限を迎えた方について、その後の言語リハビリ継続について該当する項目に人数をご記入ください。
実人数 名 * 言語リハビリ継続が望ましいが紹介先が無くなり終了になった方 名

言語リハビリ継続			言語リハビリ終了			不明	その他 ()
期限終了後も 同施設で継続	通所にて継続 : 他制度利用なし	福祉施設利用	自宅退所 のため	福祉施設 利用のため	復職のため		
名	名	名	名	名	名	名	名

9-1. 身体障害者手帳等級と介護認定について該当する項目に人数をご記入ください

身障手帳 ※申請中・予定 名 不明 名

身体	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級	7 級	無し
名	名	名	名	名	名	名	名	名
言語			3 級	4 級				無し
			名	名				名
合算	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級	7 級	無し
名	名	名	名	名	名	名	名	名

9-2 精神障害者保健福祉手帳 ※申請中・予定 名 不明 名

1 級	2 級	3 級	無し
名	名	名	名

9-3 介護認定

申請中	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
名	名	名	名	名	名	名	名

10. 今後、失語症のある方と家族を支援するために重要なのはどのような事業であると考えられますか。

失語症本人の言語機能 失語症本人のコミュニケーション能力向上機能訓練 家族等の失語症理解啓発 訪問・相談 地域に向けた失語症啓発事業 失語症支援者(ボランティア等)の育成 失語症者の地域での共助体制の支援 (失語症友の会などの支援) 失語症者社会参加支援
その他()

11. 失語症のある方とご家族にとって望ましいと思われる言語リハビリを受けられる期間、提供施設、言語リハの目的、制度についてお考えを聞かせて下さい。

ご協力ありがとうございました

保健・福祉施設用 **失語症者のリハビリテーションに関するアンケート** ※ST1名に付1枚ご使用ください。

施設の種別(○をつけて下さい):障害者福祉施設、保健所・保健センター、地域包括支援センター その他()

1. 貴施設で言語聴覚士が行なう言語リハビリを共に実施している職種とその人数についてご記入下さい。

ST常勤 名・非常勤 名 PT 名 OT 名 医師 名 看護師 名 保健師 名 介護士 名 心理士 名 SW 名 その他()名

2. 任意の一週間(月～日曜日、以下同様)について言語リハビリを行った失語症のある方の利用者数・性別、年齢別人数をご記入ください。

	利用者	40歳未満	40～65歳	66歳以上
男性	名	名	名	名
女性	名	名	名	名

3-1. 任意の一週間について、言語リハビリを行った失語症のある方の発症から言語リハビリ開始までの期間をご記入下さい

貴施設での言語リハビリ開始(発症から) 全 名中 ※定数超過で開始出来なかった方 名

1か月以内	3か月以内	6か月以内	1年以内	2年以内	2年以上
名	名	名	名	名	名

3-2 3-1と同時期について、発症から終了(見込み含む)までの期間について人数をご記入下さい。

(※発症・訓練開始からの期間制限は? □有 ヶ月 □無)

6か月程度	1年程度	2年程度	3年程度	制限なし	その他()
名	名	名	名	名	名

4. 任意の一週間について言語リハビリを行った失語症のある方の言語リハビリの形態と該当人数についてご記入下さい

施設内のみ	名・訪問	名	個別訓練のみ	名・集団訓練のみ	名	個別+集団訓練	名
-------	------	---	--------	----------	---	---------	---

5. 失語症のある方に行っている言語リハビリの目的について該当する内容に○をつけてください(複数回答有)

個別訓練、集団訓練、家族指導、訪問 言語機能評価、言語機能改善、失語症についての説明、コミュニケーション代償手段獲得、言語リハビリ機関紹介、復学・復職支援、相談、家族とのコミュニケーション支援、外出・社会資源利用支援、仲間づくり、その他()

6. 任意の一週間に失語症のある方が個別言語リハビリ、集団言語リハビリを受けられる時間と該当人数を記入してください。

	60分未満	60～100分未満	100～200分	200～300分	300～400分	400分以上
利用者個別	名	名	名	名	名	名
集団	名	名	名	名	名	名

7-1. 任意の一週間に言語リハビリを行った方の開始から現在(或いは終了時)までの改善について以下の項目について該当する人数をご記入ください(改善の具体的な内容については7-2の項目を参考にして下さい。)

機能維持	若干の改善有	明らかな改善有
名	名	名

7-2. 改善があった方はどのような面での改善が見られましたか(重複あり)

実人数総数 名

言語機能	コミュニケーション能力	コミュニケーションの積極性	家族とのコミュニケーション	家族以外とのコミュニケーション	社会参加の活性化	外出能力の向上	復学・復職
名	名	名	名	名	名	名	名

8. 任意の一カ月に期間制限を迎えた方について、その後の言語リハビリ継続について該当する項目に人数をご記入ください。

実人数 名 * 言語リハビリ継続が望ましいが紹介先が無く終了になった方 名

言語リハビリ継続		言語リハビリ終了		不明	その他 ()
期限終了後も同施設で継続	他の制度利用で継続	他の制度利用するため終了	復職で終了		
名	名	名	名	名	名

9-1. 身体障害者手帳等級と介護認定について該当する項目に人数をご記入ください

身障手帳 ※申請中・予定 名 不明 名

肢体 1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級	無し
名	名	名	名	名	名	名	名
言語		3級	4級				無し
		名	名				名
合算 1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級	無し
名	名	名	名	名	名	名	名

9-2 精神障害者保健福祉手帳 ※申請中・予定 名 不明 名

1級	2級	3級	無し
名	名	名	名

9-3 介護認定 ※申請中・予定 名 不明 名

未申請	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
名	名	名	名	名	名	名	名

10. 今後、失語症者のある方とご家族を支援するために重要なのはどのような事業であると考えられますか。

失語症本人の言語機能 失語症本人のコミュニケーション能力向上機能訓練 家族等の失語症理解啓発 訪問・相談
地域に向けた失語症啓発事業 失語症支援者(ボランティア等)の育成 失語症者の地域での共助体制の支援(失語症友の会などの支援) 失語症者社会参加支援
その他()

11. 失語症のある方とご家族にとって望ましいと思われる言語リハビリを受けられる期間、提供施設、言語リハの目的、制度についてお考えを聞かせて下さい。

ご協力ありがとうございました

失語症特化型施設用 失語症者のリハビリテーションに関するアンケート※ST1名に付1枚ご使用ください。

経営形態:医療、介護、福祉保健、自費、その他()

1. 貴施設で言語聴覚士が行なう言語リハビリを共に実施している職種とその人数についてご記入下さい。

ST常勤 名 非常勤 名 PT 名 OT 名 医師 名 看護師 名 保健師 名 介護士 名 心理士 名 SW 名 その他()名

2. 任意の一週間(月～日曜日、以下同様)について言語リハビリを行った失語症のある方の入院、外来、それぞれの人数と、年齢別人数をご記入ください。全登録者数 名 平均利用者数 名/日 名/週

	利用者	40歳未満	40～65歳	66歳以上
男性	名	名	名	名
女性	名	名	名	名

3-1. 任意の一週間について、言語リハビリを行った失語症のある方の発症からの言語リハビリ開始までの期間をご記入下さい

貴施設での言語リハビリ開始(発症から) 全 名中 ※定数超過で開始出来なかった方 名

1か月以内	3か月以内	6か月以内	1年以内	2年以内	2年以上
名	名	名	名	名	名

3-2 3-1 と同時期について、発症から終了(見込み含む)までの期間について人数をご記入下さい。

※発症・訓練開始からの制限は? □有 ケ月・ □無)

6か月程度	1年程度	2年程度	3年程度	制限なし	その他()
名	名	名	名	名	名

4. 任意の一週間について言語リハビリを行った失語症のある方の言語リハビリの形態と該当人数についてご記入ください

施設内のみ	名	訪問	名	個別訓練のみ	名	集団訓練のみ	名	個別+集団訓練	名
-------	---	----	---	--------	---	--------	---	---------	---

5. 失語症のある方に行っている言語リハビリの目的についてご記入ください(複数回答有)

個別訓練、集団訓練、家族指導、訪問 言語機能評価、言語機能改善、失語症についての説明、コミュニケーション代償手段獲得、言語リハビリ機関紹介、復学・復職支援、相談、家族とのコミュニケーション支援、外出・社会資源利用支援、仲間づくり、その他()

6. 任意の一週間に失語症のある方が個別言語リハビリ、集団言語リハビリを受けられる時間と該当人数を記入してください。

	60分未満	60～100分未満	100～200分	200～300分	300～400分	400分以上
利用者個別	名	名	名	名	名	名
集団	名	名	名	名	名	名

7-1. 任意の一週間に言語リハビリを行った方の開始から現在(或いは終了時)までの改善について以下の項目について該当する人数をご記入ください(改善の具体的な内容については7-2の項目を参考にして下さい。)

機能維持	若干の改善有	明らかな改善有
名	名	名

7-2. 改善があった方はどのような面での改善が見られましたか(重複あり) 実人数総数 名

言語機能	コミュニケーション能力	コミュニケーションの積極性	家族とのコミュニケーション	家族以外とのコミュニケーション	社会参加の活性化	外出能力の向上	復学・復職
名	名	名	名	名	名	名	名

8. 任意の一カ月に期間制限を迎えた方について、その後の言語リハビリ継続について該当する項目に人数をご記入ください。

実人数 名 * 言語リハビリ継続が望ましいが紹介先が無く終了になった方 名

期限終了後も同 施設で継続	自宅退所で言 語リハ終了	他の施設利用なく 通所にて継続	福祉施設利用 するため終了	福祉施設利用 するが継続	復職で 終了	不 明	その他 ()
名	名	名	名	名	名	名	名

9-1. 身体障害者手帳等級と介護認定について該当する項目に人数をご記入ください

身障手帳 ※申請中・予定 名 不明 名

肢体 1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級	7 級	無し
名	名	名	名	名	名	名	名
言語		3 級	4 級				無し
		名	名				名
合算 1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級	7 級	無し
名	名	名	名	名	名	名	名

9-2 精神障害者保健福祉手帳 ※申請中・予定 名 不明 名

1 級	2 級	3 級	無し
名	名	名	名

9-3 介護認定 ※申請中・予定 名 不明 名

未申請	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
名	名	名	名	名	名	名	名

11. どの加算を請求していらっしゃいますか？

個別訓練機能加算Ⅰ 個別訓練機能加算Ⅱ 口腔機能向上加算 その他

12. 経営状態についてお聞かせください。

非常に安定している 安定している あまり安定していない 非常に苦しい

13. 経営状態が不安定な場合、どのような原因からでしょうか○を付けてください。(複数回答有)

利用者数不足 利用者の利用率の不安定さ 制度上の制限() 開業資金
人件費() その他()

14. 今後、失語症のある方とご家族を支援するために重要なのはどのような事業であると考えられますか。

失語症本人の言語機能 失語症本人のコミュニケーション能力向上機能訓練 家族等の失語症理解啓発 訪問・相談 地域に向けた失語症啓発事業 失語症支援者(ボランティア等)の育成 失語症者の地域での共助体制の支援(失語症友の会などの支援) 失語症者社会参加支援 その他()
--

15. 失語症者特化型施設を今後各地で必要に応じて増していくためにはどのような体制・法制度への変換が必要でしょうか

16. 失語症のある方とご家族にとって望ましいと思われる言語リハビリを受けられる期間、提供施設、言語リハの目的、制度についてお考えを聞かせて下さい。

ご協力ありがとうございました

資料4 失語症特化型施設への聞き取り調査項目

【貴施設に関して】

- 1) 開設にあたり、貴施設を介護保険制度で開設した理由。
- 2) 施設形式として訪問およびデイケア、自立支援施設を選択しなかった理由
- 3) 開設年度
- 4) 経営形態 (NPO 法人、有限会社、株式会社、社会福祉法人 その他)
- 5) 認可形態 (医療、障害者総合福祉法、介護保険、自費、その他)
- 6) 経営規模 小規模 (地域密着型) 中規模 大規模
- 7) 小規模地域密着型の場合、他地域の通所者の割合 %
- 8) 営業日 月 火 水 木 金 土 日
- 9) 利用者 ひと月延べ人数 名 定員に占める割合 %

【利用者様・言語訓練に関して】

- 10) 利用者数 (延べ人数) 名 その他の市 名
- 11) 利用者数の定員に対する割合 (%)
- 12) どのような方が貴施設を利用していますか(介護保険第1号被保険者・第2号被保険者・その他失語症のある方、高次脳機能障害の方、認知症の方、難病の方()、その他 ())
- 13) お一人に対する練習時間・個人練習 時間 グループ練習 時間
- 14) 利用者様は、貴施設を利用するにあたり、日頃からどのようなことを求められていますか。
- 15) 利用者様はどのように貴施設を評価されていますか？ご自身で思う貴施設の良い面、悪い面をお聞かせください。
- 16) 利用者様のうち送迎を利用している方(%)
- 17) 利用者様の送迎の形態 (送迎はない、施設職員&セラピストによる送迎、他事業所と契約、その他 ())
- 18) そのほかの方は、どのような手段で通所しますか (家族の送迎、自力で通所、その他)
- 19) 提供しているサービスの項目 (個人訓練 グループ訓練、ペーパー問題、あそびリテーション、その他 ())
- 20) 個人訓練では主ニーズのような課題を提供していますか
- 21) 自宅での宿題の提供はありますか？
- 22) グループ訓練では主ニーズのような課題を提供していますか
- 23) あそびリテーションはどのような目的を持ってしていますか
- 24) 利用者様の練習に期間期限はありますか
- 25) 利用者様は貴施設をどのような理由で選択したと思われますか
- 26) 利用者様は貴施設を利用することでどのような点が改善していたと思われますか
- 27) 改善のあった利用者様のその後の進路 (復職、就職、復学、自宅、そのまま通所継続、その他 ())
- 28) 改善しなかった方はどのような問題がありましたか
- 29) 利用者様のうち、今までに改善が見られず退所なさった方の人数はわかりますか
- 30) 改善が見られず退所なさった方の理由はどのようなものがありますか

【ご家族支援】

- 31) 利用者様のご家族に対する支援の必要性は感じますか
 32) ご家族に対する具体的な支援はしていますか
 33) ご家族の支援をすることで、施設が得られるものはありますか

【貴施設の運営に関して】

- 34) リハビリテーションに関わっている職種と人数を教えてください。(ST,OT,PT,その他)

35) ST の常勤 名 非常勤 名 ボランティア 名

36) 言語聴覚士の利用者様に対する配置の割合

37) その他のセラピストの役割

38) 介護専門職の役割

39) 言語訓練の他にしている事業はありますか

訪問事業、介護支援専門事業（ケアマネ - ジメント）、その他

40) 加算・減算に関して

加算・該当する項目に丸印

リハビリテーションマネージメント加算

リハビリテーション会議加算

リハビリテーションマネージメント加算

短期集中リハビリテーション実施加算

個別リハビリテーション実施加算

サービス提供体制強化加算

個別訓練機能加算Ⅰ

個別訓練機能加算Ⅱ

口腔機能向上加算

地域通所介護中重度者ケア体制加算

地域通所介護入浴介助加算

地域通所介護口腔機能向上加算

地域通所介護サービス提供体勢加算Ⅱ

認知症短期集中加算

経口維持加算

その他（

減算 送迎減算

定員超過利用減算

その他（

- 41) 経営状態 安定して利益が出る、 安定しているが利益は少ない
 非常に不安定で赤字が続く

42) 経営が安定している事業所様・経営状態が安定しているのはどのような要因があると思いますか（利用者様が多い。利用制度が柔軟である、
 その他 ）

43) 経営状態が不安定な事業者様・赤字が出るのはどのような要因があると思いますか
 （利用者様が少ない、 制度の制限がある その他 ）

44) 経営が不安定は事業所にお伺いします。経営努力はどのようにしていらっしゃいますか。今後どのような経営を考えていらっしゃいますか。経営は継続できますか。

- 45) 今後失語症のある人を支援するにはどのような点が重要ですか
- 46) 失語症のグループ練習の可能最大人数は何人位と思われます。
- 47) 現在の失語症のリハビリテーションを行う施設は医療がメインであり、医療保険制度の中ではリハビリテーションの期間の制限があり、改善に長時間かかる失語症のある人は途中でリハビリが切られてしましますが、そのことに対してどのように思われますか
- 48) 介護保険の施設では言語聴覚士の配置が少なく、失語症のある人向けの失語症の練習に関してのサービスが薄いと思われていますがどのようにお考えですか
- 49) 介護保険施設での失語症のある人のリハビリには、年齢制限がありますがどのように思われますか
- 50) 貴施設では失語症の特性を考えて個別訓練・集団訓練・家族指導など行っていますか
- 51) 地域に向けた失語症啓発活動は行っていますか。啓発活動で効果のあった点がありますか
- 52) 特化型の特徴を生かして行っている事業はありますか
- 53) 現在リハビリテーションを行う上で運営上の問題点がありますか
- 54) 今後も言語リハビリテーションを継続することは可能でしょうか。

