

生活期リハビリテーションに関する実態調査事業の調査検討組織 設置要綱

1. 設置目的

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

2. 実施体制

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

3. 調査検討組織の運営

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

生活期リハビリテーションに関する実態調査事業の調査検討組織 委員等

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

（敬称略、50音順）

【オブザーバー】

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

生活期リハビリテーションに関する実態調査事業（案）

1. 調査の目的

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

2. 調査客体

（1）アンケート調査

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

※上記については利用者10人程度を対象に利用者調査も実施

- 老人保健施設 500 施設（在宅強化型施設等）

（2）ヒアリング調査

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

3. 主な調査項目

（1）アンケート調査

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

（2）ヒアリング調査

実施体制、コスト、効果の検証方法 等

4. 調査内容（調査票種類、調査内容等）

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

5. 調査方法

アンケート調査は郵送発送・郵送回収。ヒアリング調査は現地訪問調査。

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【在宅サービス事業所票：通所リハ】

貴事業所の概要について

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

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

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

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

問2 貴事業所の従事者数（管理者の方を含む）を常勤換算人数で回答下さい。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【在宅サービス事業所・利用者票（通所リハ）】

◎平成 25 年 10 月 1 日現在の利用者の状況について、1 人 1 票ずつ個別に 10 人分についてご回答下さい。利用者が 10 人を超える場合は、利用者をお名前（姓名のうち「名」）で五十音順に並べ、早い順に 10 人を抽出して下さい。

調査 I D

I 利用者の基本属性

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

11 現在、有している疾病（該当するもの全てに○）				
01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等）	02 心疾患（心臓病、心筋梗塞等）	03 悪性新生物（がん）		
04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等）	05 関節疾患（リウマチ、腰痛等）	06 認知症（アルツハイマー病等）		
07 パーキンソン病	08 糖尿病	09 視覚・聴覚障害（緑内障、難聴等）		
10 骨折・転倒	11 脊髄損傷	12 高血圧		
13 高脂血症（脂質異常）	14 胃腸・肝臓・胆のうの病気	15 腎臓・前立腺の病気		
16 血液・免疫の病気	17 うつ病	18 目の病気		
19 耳の病気	20 その他（ ）	21 ない		
12 治療の有無	01 有り	02 無し	03 不明	
13 現在受けている医療サービス（該当するもの全てに○） ※複数の医療機関に関わっている場合はその合計を記入				
01 通院（月____回）	02 訪問診療	03 往診		
14 過去半年間の入院の有無	01 有り（退院日： 月 日）	02 無し	03 不明	
15 日常生活に支障のある痛み	01 有り	02 無し		
16 医療・ケア職による対応の必要性				
医療・ケア職による対応の必要性の有無	01 有り	02 無し		
対応が必要な医療的ケア（該当するもの全てに○）				
01 点滴の管理	02 中心静脈栄養	03 透析		
04 ストーマ（人工肛門）の処置	05 酸素療法	06 レスピレーター（人工呼吸器）		
07 気管切開の処置	08 疼痛の看護	09 経管栄養		
10 モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等）		11 じょくそうの処置		
12 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）		13 服薬管理		
14 その他（ ）				
17 ADL（日常生活動作）の能力レベル ※利用者本人の能力を評価した結果をご記入下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① 屋内移動	01	02	03	04
② 屋外移動	01	02	03	04
③ 食 事	01	02	03	04
④ 排 泄	01	02	03	04
⑤ 入 浴	01	02	03	04
⑥ 整容（着替え）	01	02	03	04
18 IADL（手段的日常生活動作）の能力レベル ※通所での状況や状態をみて、各 IADL ができるかどうかを、専門職の目からご評価下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① バス、電車、自家用車で一人での外出	01	02	03	04
② 日用品の買物	01	02	03	04
③ 食事の用意	01	02	03	04
④ 服薬	01	02	03	04
⑤ 請求書の支払い	01	02	03	04
⑥ 預貯金の出し入れ	01	02	03	04
⑦ 年金などの書類の記入	01	02	03	04

Ⅱ 利用者のサービス利用の状況

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

Ⅲ マネジメントの状況

22 貴事業所で策定した通所リハ計画において設定した課題（最も重要と考えた課題を 1 つ）	
計画策定（課題設定）月日	西暦（ ）年（ ）月（ ）日
最も重要と考えた課題	
23 最も重要と考えた課題（上記 22 の内容）に対する本人の意向（〇〇まで出来るようになりたいなど）	
24 最も重要と考えた課題（上記 22 の内容）に対する短期目標の内容	
25 課題解決に向けて実施した内容	

26 サービス提供者の職種（該当するもの全てに○）		
01 理学療法士	02 作業療法士	03 言語聴覚士
04 医師	05 看護師・准看護師	06 歯科医師
07 歯科衛生士	08 介護職員	09 その他（ ）
27 最優先課題に対する目標の達成状況		
01 ほぼ達成できた 02 達成までには至っていないが目標設定時よりは改善の傾向にある 03 目標設定時とほぼ同じ状態（変化なし） 04 目標設定時よりも状態は悪くなっている	}	「01 ほぼ達成できた」「02 改善の傾向にある」場合 ※何がどのようになったかを具体的に記入下さい（例：外出頻度が増えたなど）

Ⅳ 今後の継続について

28 （全問 27 で「01 ほぼ達成できた」とお答えの場合）貴事業所におけるリハビリテーションの継続の有無		
01 継続する予定である →28 へ	02 終了する予定である	03 未定である
29 （全問 28 で「01 継続する予定である」とお答えの場合）継続する理由		
01 自己管理方法の習得が必要なため	02 福祉用具の安全な使用を定着させるため	
03 家族の介護負担軽減のため	04 本人がリハビリテーションを終了したがないため	
05 終了後の行き先（地域内のサービス資源等）がないため	06 他に受け入れる事業所等がないため	
07 外出や他者との交流のため	08 新たな目標ができたため	
09 その他（ ）		

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【在宅サービス事業所票：訪問リハ】

貴事業所の概要について

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

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

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

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

01 ある → 平成 25 年 9 月の同行訪問件数 () 件 02 ない

問3 貴事業所の従事者数（管理者の方を含む）を常勤換算人数で回答下さい。

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

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

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

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

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

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

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

01 行っている
→どのようなサービス等の紹介を行っていますか。

- 11 介護保険サービス事業所
12 介護保険施設
13 自治体が実施している地域支援事業
14 その他（具体的に：_____）

02 行っていない

03 行いたいを紹介するサービス・事業所等を知らない

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【在宅サービス事業所・利用者票（訪問リハ）】

◎平成25年10月1日現在の利用者の状況について、1人1票ずつ個別に10人分についてご回答下さい。利用者が10人を超える場合は、利用者をお名前（姓名のうち「名」）で五十音順に並べ、早い順に10人を抽出して下さい。

調査ID

I 利用者の基本属性

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

11 現在、有している疾病（該当するもの全てに○）				
01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等）	02 心疾患（心臓病、心筋梗塞等）	03 悪性新生物（がん）		
04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等）	05 関節疾患（リウマチ、腰痛等）	06 認知症（アルツハイマー病等）		
07 パーキンソン病	08 糖尿病	09 視覚・聴覚障害（緑内障、難聴等）		
10 骨折・転倒	11 脊髄損傷	12 高血圧		
13 高脂血症（脂質異常）	14 胃腸・肝臓・胆のうの病気	15 腎臓・前立腺の病気		
16 血液・免疫の病気	17 うつ病	18 目の病気		
19 耳の病気	20 その他（ ）	21 ない		
12 治療の有無	01 有り	02 無し	03 不明	
13 現在受けている医療サービス（該当するもの全てに○） ※複数の医療機関に関わっている場合はその合計を記入				
01 通院（月____回）	02 訪問診療	03 往診		
14 過去半年間の入院の有無	01 有り（退院日： 月 日）	02 無し	03 不明	
15 日常生活に支障のある痛み	01 有り	02 無し		
16 医療・ケア職による対応の必要性				
医療・ケア職による対応の必要性の有無	01 有り	02 無し		
対応が必要な医療的ケア（該当するもの全てに○）				
01 点滴の管理	02 中心静脈栄養	03 透析		
04 ストーマ（人工肛門）の処置	05 酸素療法	06 レスピレーター（人工呼吸器）		
07 気管切開の処置	08 疼痛の看護	09 経管栄養		
10 モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等）		11 じょくそうの処置		
12 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）		13 服薬管理		
14 その他（ ）				
17 ADL（日常生活動作）の能力レベル ※利用者本人の能力を評価した結果をご記入下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① 屋内移動	01	02	03	04
② 屋外移動	01	02	03	04
③ 食 事	01	02	03	04
④ 排 泄	01	02	03	04
⑤ 入 浴	01	02	03	04
⑥ 整容（着替え）	01	02	03	04
18 IADL（手段的日常生活動作）の能力レベル ※利用者本人の能力を評価した結果をご記入下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① バス、電車、自家用車で一人での外出	01	02	03	04
② 日用品の買物	01	02	03	04
③ 食事の用意	01	02	03	04
④ 服薬	01	02	03	04
⑤ 請求書の支払い	01	02	03	04
⑥ 預貯金の出し入れ	01	02	03	04
⑦ 年金などの書類の記入	01	02	03	04

Ⅱ 利用者のサービス利用の状況

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

Ⅲ マネジメントの状況

22 訪問リハ計画書において設定した課題（最も重要と考えた課題を 1 つ）	
計画策定月日	西暦（ ）年（ ）月（ ）日
最も重要と考えた課題	
23 最も重要と考えた課題（上記 22 の内容）に対する本人の意向（〇〇まで出来るようになりたいなど）	
24 最も重要と考えた課題（上記 22 の内容）に対する短期目標の内容	
25 課題解決に向けて実施した内容	
26 サービス提供者の職種（該当するもの全てに○）	
01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士	02 作業療法士 05 看護師・准看護師 08 介護職員 09 その他（ ）
27 最優先課題に対する目標の達成状況	
01 ほぼ達成できた 02 達成までには至っていないが目標設定時よりは改善の傾向にある 03 目標設定時とほぼ同じ状態（変化なし） 04 目標設定時よりも状態は悪くなっている	「01 ほぼ達成できた」「02 改善の傾向にある」場合 ※何がどのようになったかを具体的に記入下さい（例：外出頻度が増えたなど）

IV 今後の継続について

28 (全問 27 で「01 ほぼ達成できた」とお答えの場合) 貴事業所におけるリハビリテーションの継続の有無		
01 継続する予定である →28 へ	02 終了する予定である	03 未定である
29 (全問 28 で「01 継続する予定である」とお答えの場合) 継続する理由		
01 自己管理方法の習得が必要なため	02 福祉用具の安全な使用を定着させるため	
03 家族の介護負担軽減のため	04 本人がリハビリテーションを終了したがないため	
05 終了後の行き先(地域内のサービス資源等)がないため	06 他に受け入れる事業所等がないため	
07 外出や他者との交流のため	08 新たな目標ができたため	
09 その他 ()		

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【在宅サービス事業所票：短期入所療養介護】

貴事業所の概要について

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【在宅サービス事業所・利用者票（短期入所療養介護）】

◎平成25年10月1日現在の利用者の状況について、1人1票ずつ個別に10人分についてご回答下さい。利用者が10人を超える場合は、利用者をお名前（姓名のうち「名」）で五十音順に並べ、早い順に10人を抽出して下さい。

調査ID

I 利用者の基本属性

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

11 現在、有している疾病（該当するもの全てに○）				
01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等）	02 心疾患（心臓病、心筋梗塞等）	03 悪性新生物（がん）		
04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等）	05 関節疾患（リウマチ、腰痛等）	06 認知症（アルツハイマー病等）		
07 パーキンソン病	08 糖尿病	09 視覚・聴覚障害（緑内障、難聴等）		
10 骨折・転倒	11 脊髄損傷	12 高血圧		
13 高脂血症（脂質異常）	14 胃腸・肝臓・胆のうの病気	15 腎臓・前立腺の病気		
16 血液・免疫の病気	17 うつ病	18 目の病気		
19 耳の病気	20 その他（ ）	21 ない		
12 治療の有無	01 有り	02 無し	03 不明	
13 現在受けている医療サービス（該当するもの全てに○） ※複数の医療機関に関わっている場合はその合計を記入				
01 通院（月____回）	02 訪問診療	03 往診		
14 過去半年間の入院の有無	01 有り（退院日： 月 日）	02 無し	03 不明	
15 日常生活に支障のある痛み	01 有り	02 無し		
16 医療・ケア職による対応の必要性				
医療・ケア職による対応の必要性の有無	01 有り	02 無し		
対応が必要な医療的ケア（該当するもの全てに○）				
01 点滴の管理	02 中心静脈栄養	03 透析		
04 ストーマ（人工肛門）の処置	05 酸素療法	06 レスピレーター（人工呼吸器）		
07 気管切開の処置	08 疼痛の看護	09 経管栄養		
10 モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等）		11 じょくそうの処置		
12 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）		13 服薬管理		
14 その他（ ）				
17 ADL（日常生活動作）の能力レベル ※利用者本人の能力を評価した結果をご記入下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① 屋内移動	01	02	03	04
② 屋外移動	01	02	03	04
③ 食 事	01	02	03	04
④ 排 泄	01	02	03	04
⑤ 入 浴	01	02	03	04
⑥ 整容（着替え）	01	02	03	04
18 IADL（手段的日常生活動作）の能力レベル ※通所での状況や状態をみて、各 IADL ができるかどうかを、専門職の目からご評価下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① バス、電車、自家用車で一人での外出	01	02	03	04
② 日用品の買物	01	02	03	04
③ 食事の用意	01	02	03	04
④ 服薬	01	02	03	04
⑤ 請求書の支払い	01	02	03	04
⑥ 預貯金の出し入れ	01	02	03	04
⑦ 年金などの書類の記入	01	02	03	04

Ⅱ 利用者のサービス利用の状況

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

Ⅲ マネジメントの状況

22 貴事業所で策定した短期入所計画において設定した課題（最も重要と考えた課題を 1 つ）	
計画策定（課題設定）月日	西暦（ ）年（ ）月（ ）日
最も重要と考えた課題	
23 最も重要と考えた課題（上記 22 の内容）に対する本人の意向（〇〇まで出来るようになりたいなど）	
24 最も重要と考えた課題（上記 22 の内容）に対する短期目標の内容	
25 課題解決に向けて実施した内容	
26 サービス提供者の職種（該当するもの全てに○）	
01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士	02 作業療法士 05 看護師・准看護師 08 介護職員 09 その他（ ）

27 最優先課題に対する目標の達成状況	
01 ほぼ達成できた 02 達成までには至っていないが目標設定時よりは改善の傾向にある 03 目標設定時とほぼ同じ状態（変化なし） 04 目標設定時よりも状態は悪くなっている	「01 ほぼ達成できた」「02 改善の傾向にある」場合 ※何がどのようになったかを具体的に記入下さい（例：外出頻度が増えたなど）

IV 今後の継続について

28 (全問 27 で「01 ほぼ達成できた」とお答えの場合) 貴事業所におけるリハビリテーションの継続の有無		
01 継続する予定である →28 へ	02 終了する予定である	03 未定である
29 (全問 28 で「01 継続する予定である」とお答えの場合) 継続する理由		
01 自己管理方法の習得が必要なため	02 福祉用具の安全な使用を定着させるため	
03 家族の介護負担軽減のため	04 本人がリハビリテーションを終了したがないため	
05 終了後の行き先(地域内のサービス資源等)がないため	06 他に受け入れる事業所等がないため	
07 外出や他者との交流のため	08 新たな目標ができたため	
09 その他 ()		

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【在宅サービス事業所票：通所介護】

貴事業所の概要について

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【在宅サービス事業所・利用者票（通所介護）】

◎平成25年10月1日現在の利用者の状況について、1人1票ずつ個別に10人分についてご回答下さい。利用者が10人を超える場合は、利用者をお名前（姓名のうち「名」）で五十音順に並べ、早い順に10人を抽出して下さい。

調査ID

I 利用者の基本属性

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

11 現在、有している疾病（該当するもの全てに○）				
01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等）	02 心疾患（心臓病、心筋梗塞等）	03 悪性新生物（がん）		
04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等）	05 関節疾患（リウマチ、腰痛等）	06 認知症（アルツハイマー病等）		
07 パーキンソン病	08 糖尿病	09 視覚・聴覚障害（緑内障、難聴等）		
10 骨折・転倒	11 脊髄損傷	12 高血圧		
13 高脂血症（脂質異常）	14 胃腸・肝臓・胆のうの病気	15 腎臓・前立腺の病気		
16 血液・免疫の病気	17 うつ病	18 目の病気		
19 耳の病気	20 その他（ ）	21 ない		
12 治療の有無	01 有り	02 無し	03 不明	
13 現在受けている医療サービス（該当するもの全てに○） ※複数の医療機関に関わっている場合はその合計を記入				
01 通院（月____回）	02 訪問診療	03 往診		
14 過去半年間の入院の有無	01 有り（退院日： 月 日）	02 無し	03 不明	
15 日常生活に支障のある痛み	01 有り	02 無し		
16 医療・ケア職による対応の必要性				
医療・ケア職による対応の必要性の有無	01 有り	02 無し		
対応が必要な医療的ケア（該当するもの全てに○）				
01 点滴の管理	02 中心静脈栄養	03 透析		
04 ストーマ（人工肛門）の処置	05 酸素療法	06 レスピレーター（人工呼吸器）		
07 気管切開の処置	08 疼痛の看護	09 経管栄養		
10 モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等）		11 じょくそうの処置		
12 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）		13 服薬管理		
14 その他（ ）				
17 ADL（日常生活動作）の能力レベル ※利用者本人の能力を評価した結果をご記入下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① 屋内移動	01	02	03	04
② 屋外移動	01	02	03	04
③ 食 事	01	02	03	04
④ 排 泄	01	02	03	04
⑤ 入 浴	01	02	03	04
⑥ 整容（着替え）	01	02	03	04
18 IADL（手段的日常生活動作）の能力レベル ※通所での状況や状態をみて、各IADLができるかどうかを、専門職の目からご評価下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① バス、電車、自家用車で一人での外出	01	02	03	04
② 日用品の買物	01	02	03	04
③ 食事の用意	01	02	03	04
④ 服薬	01	02	03	04
⑤ 請求書の支払い	01	02	03	04
⑥ 預貯金の出し入れ	01	02	03	04
⑦ 年金などの書類の記入	01	02	03	04

Ⅱ 利用者のサービス利用の状況

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

Ⅲ マネジメントの状況

22 貴事業所で策定した通所介護計画において設定した課題（最も重要と考えた課題を 1 つ）	
計画策定（課題設定）月日	西暦（ ）年（ ）月（ ）日
最も重要と考えた課題	
23 最も重要と考えた課題（上記 22 の内容）に対する本人の意向（〇〇まで出来るようになりたいなど）	
24 最も重要と考えた課題（上記 22 の内容）に対する短期目標の内容	
25 課題解決に向けて実施した内容	

26 サービス提供者の職種（該当するもの全てに○）		
01 理学療法士	02 作業療法士	03 言語聴覚士
04 医師	05 看護師・准看護師	06 歯科医師
07 歯科衛生士	08 介護職員	09 その他（ ）
27 最優先課題に対する目標の達成状況		
01 ほぼ達成できた	}	「01 ほぼ達成できた」「02 改善の傾向にある」場合 ※何がどのようになったかを具体的に記入下さい（例：外出頻度が増えたなど）
02 達成までには至っていないが目標設定時よりは改善の傾向にある		
03 目標設定時とほぼ同じ状態（変化なし）		
04 目標設定時よりも状態は悪くなっている		

Ⅳ 今後の継続について

28 （全問 27 で「01 ほぼ達成できた」とお答えの場合）貴事業所におけるリハビリテーションの継続の有無		
01 継続する予定である →28 へ	02 終了する予定である	03 未定である
29 （全問 28 で「01 継続する予定である」とお答えの場合）継続する理由		
01 自己管理方法の習得が必要なため	02 福祉用具の安全な使用を定着させるため	
03 家族の介護負担軽減のため	04 本人がリハビリテーションを終了したがないため	
05 終了後の行き先（地域内のサービス資源等）がないため	06 他に受け入れる事業所等がないため	
07 外出や他者との交流のため	08 新たな目標ができたため	
09 その他（ ）		

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【在宅サービス事業所票：短期入所生活介護】

貴事業所の概要について

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【在宅サービス事業所・利用者票（短期入所生活介護）】

◎平成25年10月1日現在の利用者の状況について、1人1票ずつ個別に10人分についてご回答下さい。利用者が10人を超える場合は、利用者をお名前（姓名のうち「名」）で五十音順に並べ、早い順に10人を抽出して下さい。

調査ID

I 利用者の基本属性

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

11 現在、有している疾病（該当するもの全てに○）				
01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等）	02 心疾患（心臓病、心筋梗塞等）	03 悪性新生物（がん）		
04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等）	05 関節疾患（リウマチ、腰痛等）	06 認知症（アルツハイマー病等）		
07 パーキンソン病	08 糖尿病	09 視覚・聴覚障害（緑内障、難聴等）		
10 骨折・転倒	11 脊髄損傷	12 高血圧		
13 高脂血症（脂質異常）	14 胃腸・肝臓・胆のうの病気	15 腎臓・前立腺の病気		
16 血液・免疫の病気	17 うつ病	18 目の病気		
19 耳の病気	20 その他（ ）	21 ない		
12 治療の有無	01 有り	02 無し	03 不明	
13 現在受けている医療サービス（該当するもの全てに○） ※複数の医療機関に関わっている場合はその合計を記入				
01 通院（月____回）	02 訪問診療	03 往診		
14 過去半年間の入院の有無	01 有り（退院日： 月 日）	02 無し	03 不明	
15 日常生活に支障のある痛み	01 有り	02 無し		
16 医療・ケア職による対応の必要性				
医療・ケア職による対応の必要性の有無	01 有り	02 無し		
対応が必要な医療的ケア（該当するもの全てに○）				
01 点滴の管理	02 中心静脈栄養	03 透析		
04 ストーマ（人工肛門）の処置	05 酸素療法	06 レスピレーター（人工呼吸器）		
07 気管切開の処置	08 疼痛の看護	09 経管栄養		
10 モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等）		11 じょくそうの処置		
12 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）		13 服薬管理		
14 その他（ ）				
17 ADL（日常生活動作）の能力レベル ※利用者本人の能力を評価した結果をご記入下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① 屋内移動	01	02	03	04
② 屋外移動	01	02	03	04
③ 食 事	01	02	03	04
④ 排 泄	01	02	03	04
⑤ 入 浴	01	02	03	04
⑥ 整容（着替え）	01	02	03	04
18 IADL（手段的日常生活動作）の能力レベル ※通所での状況や状態をみて、各 IADL ができるかどうかを、専門職の目からご評価下さい。				
	できる	見守り	一部介助	できない
① バス、電車、自家用車で一人での外出	01	02	03	04
② 日用品の買物	01	02	03	04
③ 食事の用意	01	02	03	04
④ 服薬	01	02	03	04
⑤ 請求書の支払い	01	02	03	04
⑥ 預貯金の出し入れ	01	02	03	04
⑦ 年金などの書類の記入	01	02	03	04

Ⅱ 利用者のサービス利用の状況

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

Ⅲ マネジメントの状況

22 貴事業所で策定した短期入所計画において設定した課題（最も重要と考えた課題を 1 つ）	
計画策定（課題設定）月日	西暦（ ）年（ ）月（ ）日
最も重要と考えた課題	
23 最も重要と考えた課題（上記 22 の内容）に対する本人の意向（〇〇まで出来るようになりたいなど）	
24 最も重要と考えた課題（上記 22 の内容）に対する短期目標の内容	
25 課題解決に向けて実施した内容	

26 サービス提供者の職種（該当するもの全てに○）		
01 理学療法士	02 作業療法士	03 言語聴覚士
04 医師	05 看護師・准看護師	06 歯科医師
07 歯科衛生士	08 介護職員	09 その他（ ）
27 最優先課題に対する目標の達成状況		
01 ほぼ達成できた	}	「01 ほぼ達成できた」「02 改善の傾向にある」場合 ※何がどのようになったかを具体的に記入下さい（例：外出頻度が増えたなど）
02 達成までには至っていないが目標設定時よりは改善の傾向にある		
03 目標設定時とほぼ同じ状態（変化なし）		
04 目標設定時よりも状態は悪くなっている		

Ⅳ 今後の継続について

28 （全問27で「01 ほぼ達成できた」とお答えの場合）貴事業所におけるリハビリテーションの継続の有無		
01 継続する予定である →28へ	02 終了する予定である	03 未定である
29 （全問28で「01 継続する予定である」とお答えの場合）継続する理由		
01 自己管理方法の習得が必要なため	02 福祉用具の安全な使用を定着させるため	
03 家族の介護負担軽減のため	04 本人がリハビリテーションを終了したがないため	
05 終了後の行き先（地域内のサービス資源等）がないため	06 他に受け入れる事業所等がないため	
07 外出や他者との交流のため	08 新たな目標ができたため	
09 その他（ ）		

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

ご自宅における日常生活や健康状態に関するアンケート

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

1 日常生活の状況について（1）

以下の①～⑬のそれぞれの項目について、ご自宅でどのように行っているかをお聞きします。誰の介助も受けずに実施している場合は「1」、ご家族やヘルパーなどの介助を受けながら実施している方は「2」、そもそも実施していない方は「3」に、それぞれ○（マル）をお付け下さい。

	介助を受けずに している	介助を受けな がらしている	していない
① 自宅内での歩行	1	2	3
② 外出時の歩行	1	2	3
③ 食事をすること	1	2	3
④ 薬を飲むこと	1	2	3
⑤ トイレ動作（ズボンの上げ下げ、排尿・排便、 便器の後始末）	1	2	3
⑥ 風呂に入った際に全身を洗うこと	1	2	3
⑦ ズボンやパンツを脱いだり着たりすること	1	2	3
⑧ バス・電車・自家用車等で一人で外出すること	1	2	3
⑨ 日用品の買物をする事	1	2	3
⑩ 食事の用意をする事	1	2	3
⑪ 請求書の支払いをする事	1	2	3
⑫ 預貯金の出し入れをする事	1	2	3
⑬ 年金などの書類を書くこと	1	2	3

2 日常生活の状況について（2）

以下の①～⑧の質問について、現在の状況に最も近い番号に○をお付け下さい。

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

3 あなたの現在の健康状態として最も近い番号に○をお付け下さい。

1. とてもよい 2. よい 3. あまりよくない 4. よくない

4 現在利用しているリハビリテーションサービスについて 現在利用しているサービスについて、感想や要望をお答え下さい。	
① 満足度	1. 満足している 2. やや満足している 3. あまり満足していない 4. 満足していない
② サービスを受けて良かったこと	（具体的にお書きください）例：「外出が前よりできるようになった」など、ご自由に記入してください。
③ リハビリテーションの専門職からのアドバイスで特に役にたったこと	（具体的にお書きください）例：「家で行う体操について教えてもらったこと」など、ご自由に記入してください。
④ サービスへの要望	（具体的にお書きください）

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

-----事業所スタッフ記入-----

事業所スタッフ記入

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【事業所/退所者票 老人保健施設】

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。