

愛知県 POS 3 士会 リハビリテーション実態調査アンケート

地域包括ケアシステムの構築に向け、地域の情報共有が重要となります。今回のアンケート内容は今後の地域の活動や市役所・医師会等との連携の参考にさせて頂ければと思います。質問 1 から 2 の 3) までは、愛知県リハビリテーション情報センターWeb サイト(<http://aichi-reha-info.jp>)で公開し、県民の皆様へリハビリ専門職の所属施設の情報提供を行いたいと思います。お手数ですが **3 月 15 日**までのご返信に、ご協力よろしくお願い致します。

下記にご所属施設名と所在地（市町村レベル）と管理者氏名のご記入をよろしくお願い致します。

日付 平成 年 月 日

所在地 市・町・村 施設名：

氏名

1. 貴施設のリハビリテーション実施内容で該当するものに○をつけてください。

1) 貴施設の事業形態であてはまるものに全て○をつけてください。

【病院又は診療所】

- ①高度急性期 ②急性期 ③回復期 ④療養型 ⑤精神 ⑥結核 ⑦感染症
⑧地域包括ケア ⑨外来

→2) への回答もお願いします

【介護保険事業】

【訪問サービス】 ⑩訪問リハビリ・看護

【通所サービス】 ⑪通所リハビリ ⑫通所介護 ⑬療養通所介護 ⑭認知症対応通所介護

【施設】 ⑮介護老人保健施設 ⑯介護療養型医療施設 ⑰特別養護老人ホーム
⑱介護老人福祉施設 ⑲有料老人ホーム ⑳サービス付き高齢者住宅
㉑地域包括支援センター・行政機関 ㉒その他（ ）

→3) への回答もお願いします

2) 病院又は診療所を運営している施設の方は対応している疾患に○をつけてください。

対応疾患 ①中枢 ②呼吸器 ③循環器 ④脊髄損傷 ⑤整形外科 ⑥小児
⑦その他

3) 介護保険事業を運営している施設の方は対応している疾患に○をつけてください。

訪問サービスでの対応疾患 ①中枢 ②呼吸器 ③循環器 ④脊髄損傷 ⑤整形外科 ⑥小児
⑦その他

通所サービスでの対応疾患 ①中枢 ②呼吸器 ③循環器 ④脊髄損傷 ⑤整形外科 ⑥小児
⑦その他

施設での対応疾患 ①中枢 ②呼吸器 ③循環器 ④脊髄損傷 ⑤整形外科 ⑥小児
⑦その他

2. 貴施設のリハビリ職種の人数を記載してください。

1) 職員数を記載してください。

PT				OT				ST			
常勤		非常勤		常勤		非常勤		常勤		非常勤	
男性	名	男性	名	男性	名	男性	名	男性	名	男性	名
女性	名	女性	名	女性	名	女性	名	女性	名	女性	名
会員		非会員		会員		非会員		会員		非会員	
男性	名	男性	名	男性	名	男性	名	男性	名	男性	名
女性	名	女性	名	女性	名	女性	名	女性	名	女性	名

2) その中で訪問・通所業務等介護保険事業に関わっている人数を記載してください。

PT		OT		ST	
常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
名	名	名	名	名	名

3) 下記研修修了者（取得予定者も含む）の人数を記載してください。

- ①地域包括ケア推進リーダー _____ 名 ②介護予防推進リーダー _____ 名
 ③生活行為向上マネジメント（基礎） _____ 名 ④生活行為向上マネジメント（応用） _____ 名

3. 貴施設、もしくは周辺施設が現在行っている地域リハ関連事業を記載してください。内容・頻度・期間などできるだけ詳しくお願いします。（行政主催の会議出席、地域リハ関連事業、予防教室や健康教室、ボランティア活動、啓発活動など）

4. 行政からの業務依頼は、平日昼間に地域へ出向く事や報酬の問題などがあり、所属施設の判断によって対応できる療法士は限られます。会員外、休職中、育児中などの療法士の協力が重要で、連絡先や所在の把握が今後必要です。そこで、貴施設以外の方で、平日昼間にスポット的に介護予防事業に関われそうな方をご存知でしたら、ご紹介頂ければと思います。

職種： _____ 氏名： _____

5. 貴施設の周辺で、療法士の地域連絡会、研究会、勉強会や、自身が参加されている連絡会や勉強会、また、行政との関わりがありましたら教えてください。複数の場合は裏面にご記入ください。

1)施設団体名 :

2)開催日時頻度 : 3)開催場所 :

4)主な参加者 : 5)主な内容 :

6)資金 :

6. 1)貴施設へ、行政から地域ケア会議・介護予防関連事業への参加依頼がある場合、貴施設から平日に出席することは可能ですか？

①可能 ②不可能 *可能な場合、サービス提供に必要な条件(複数回答可)

ア.特になし イ.年間回数(回 以内・以上) ウ.利用人数(約 人)

エ.金額(1 回・人 円)

オ.その他()

2)貴施設の兼業(副業)規定について教えてください。

①兼業(副業)規定が 有 ・ 無 ・ 不明

②兼業(副業)が 可 ・ 否 ・ 不明

③報酬の支払い先が 個人宛 ・ 法人宛 ・ 不明

7. 今後、士会員の皆様との情報共有窓口を設置するために、ご協力ください。士会に伝えたい情報・情報が欲しいと思う項目を選択してください。(複数回答可)

1) 県士会の基本情報 2) 医療保険・診療報酬 3) 介護保険・介護報酬

4) 地域包括ケアシステム 5) 介護予防推進 6) 災害対策

7) 人材育成事業 8) 求人情報 9) 就労に関する相談

10) 研修会・講習会情報 11) 地域活動情報

12) その他希望される内容についてお書きください。

()

愛知県 POS 3 士会の活動に、お忙しいところご協力頂きまして、ありがとうございました。