

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」
平成 28 年度分担研究報告書

生活期リハビリテーションの現状とその効果を検証するための
前向き研究への取り組み

研究代表者 川越 雅弘(国立社会保障・人口問題研究所 部長)
研究協力者 能登 真一(新潟医療福祉大学 教授)
小林 法一(首都大学東京人間健康科学研究科 教授)
山本 克也(国立社会保障・人口問題研究所 室長)

【概要】

平成 27 年度介護報酬改定では、より効果の高いリハビリテーション(以下、リハ)を実現するため、計画書やアセスメント票等の様式の整備を行うなど、リハの質を管理するリハマネジメントの仕組みが導入された。次の段階として、国は、今般導入したリハマネジメントの SPDCA のサイクルに基づき各事業所で実施されたリハについて、情報を収集、蓄積、分析し、その結果を各事業所が活用することによりリハの質を改善することを目的に、「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業」を展開することとしている。ただし、同事業によるデータ収集の開始は平成 29 年度からであり、同年秋頃から本格化する、平成 30 年度の同時改定の議論にはデータが活用できない可能性がある。

そこで、我々が、昨年度、老健局と共同で開発した「リハビリテーションデータベース構築ツール(スタンドアローン版)」をもとに、興味関心チェックシートや計画書、アセスメント票等のデータを継続的に収集し、生活期リハの現状とその効果を検証するための多施設前向き研究を実施中である。今後、秋からの制度改正の議論までに必要なデータ分析を行う予定である。

A. 研究目的

我々が、昨年度、老健局と共同で開発した「リハビリテーションデータベース構築ツール(スタンドアローン版)」をもとに、興味関心チェックシートや計画書、アセスメント票等のデータを継続的に収集し、生活期リハの現状とその効果を検証すること。

B. 方法

まずは、理学療法士等のリハ団体の協力を得て、研究の告知を行った。その上で、研究協力の意向のある事業所の方を対象に、全国各地で研究説明会を開催した。

研究説明会では、調査背景とその目的、対象、調査方法(利用者への説明と同意を含む)、データ提供方法、問い合わせ方法などについて説明を実施した(p.129 以降に、研究計画書、説明文書及び同意書、今回収集した帳票類を示す)。

C. 結果

平成 28 年 8 月～平成 29 年 3 月にかけて合計 22 回の研究説明会を開催し、約 200 の事業所の協力が得られることとなった（表 1）。現在、調査体制の整った事業所から、順次、調査を開始している。

表1：リハ前向き研究に関する説明会の開催状況

回	日付	開催地	回	日付	開催地	回	日付	開催地
1	2016/8/5	東京都千代田区	9	2016/9/11	京都府京都市	16	2016/10/17	新潟県上越市
2	2016/8/8	東京都千代田区	10	2016/9/12	大阪府大阪市	17	2016/10/25	福井県越前市
3	2016/8/10	東京都千代田区	11	2016/9/29	新潟県新潟市	18	2016/10/30	長野県松本市
4	2016/8/15	大阪府大阪市	12	2016/9/30	兵庫県神戸市	19	2016/11/12	静岡県磐田市
5	2016/8/23	奈良県桜井市	13	2016/10/6	福井県小浜市	20	2016/11/21	大分県大分市
6	2016/8/24	愛知県名古屋市	14	2016/10/8	奈良県桜井市	21	2017/2/2	福井県福井市
7	2016/8/25	茨城県つくば市	15	2016/10/13	北海道札幌市	22	2017/3/11	東京都中央区
8	2016/9/1	福島県郡山市						

D. 考察及び E. 結論

秋から本格化する制度改正の議論までに必要なデータ分析を行う予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

(資料1) 研究計画書

厚労科研「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究 (H27-29、研究代表者 川越雅弘)

「介護保険で提供されるリハビリテーションサービス/マネジメントの実態と その効果に関する実証的研究」 研究計画書

2016年7月26日 第1版

(研究代表者 川越 雅弘)

連絡先：国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部

TEL：03 - 3595 - 2984

E-mail：kawagoe-masahiro@ipss.go.jp

1. 研究の概略

本研究は、介護保険制度の通所リハビリテーション（以下、リハ）訪問リハで実施されているリハ/マネジメントについて、その提供実態と効果を検証するものである。全国の多施設のサービス利用者を対象に前向きな調査を実施し、現在提供されているリハ/リハマネジメントの実態と効果を調べる。アウトカムは、日常生活活動(activities of daily living: ADL)、手段的ADL(instrumental ADL: IADL)、生活の質(quality of life: QOL)の各指標とし、サービス提供開始時と3ヶ月後、6か月後の状態を比較する。

2. 研究の背景

厚生労働省は介護保険制度で実施されているリハについて、リハマネジメント加算を設定し、調査(Survey)、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)のサイクル(SPDCA)の構築を通じて、心身機能、活動及び参加について、バランス良くアプローチするリハが提供できているかを継続的に管理することによって、質の高いリハの提供を求めている。しかしながら、そのリハおよびリハマネジメントについては、制度改正後の提供内容も、また、その効果も把握できていない。

3. 研究目的

通所リハ、訪問リハ(医療機関)、訪問リハ(訪問看護ステーション)の効果を検証するために、リハマネジメント加算を算定するタイミングに合わせて、それぞれ3か月ごと(最長6ヶ月まで)のアウトカムの変化を調べる。

4. 研究デザイン

4.1 研究デザイン

リハサービスごとに多施設共同の縦断的研究(観察研究)を実施する。

4.2 対象施設

日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本訪問リハビリテーション協会に依頼して参加施設を募集する。通所リハについては、事業所をその規模に応じた区分(通常規模、大規模、大規模)によって募集し、できるだけひとつの区分に集中しないように配慮する。

4.3 対象者

それぞれのサービス利用開始から1年以内の利用者を対象とし、平成28年7月以降にリハマネジメント加算を新たに算定した者のうち、本研究に同意された方を順次エントリーしていく。なお、訪問看護ステーションからの訪問リハに関しては、加算そのものが存在しないため、同意が得られた方を順次エントリーしていく。

目標の対象者数は通所リハ、訪問リハそれぞれ500名とする。なお、通所リハについて、基本サービスの利用時間による区分や週あたりの利用回数などサービスの利用にさまざまなパターンごとに対象者を選定することはせず、これらは統計処理の段階で説明変数として加えることとする。

目標対象者数については、標準化効果量 (E/S) = 0.10/0.30 = 0.33、 値 = 0.05、 値 = 0.2 として計算したところ、各群 176 名となった。対象者が高齢者であり、脱落例が 3 割程度発生することを考慮し、各群約 250 名、通所リハ、訪問リハそれぞれ 500 名を目標とすることが妥当と考えた。

5. 調査方法

5.1 リハデータベース構築ツールを活用したデータ収集

平成 27 年度厚生労働科学研究(川越班)で開発したリハデータベース構築ツール(以下、リハベースツール)を利用する。リハベースツールでは、厚生労働省が指定した様式(アセスメント票、リハ計画書、興味・関心チェックシートなど)に記載される要介護度や日常生活自立度のほか、居宅での ADL の詳細な情報、日常生活上の課題、1 週間あたりの訓練時間などが記録できるようになっている。

5.2 アウトカム指標

ADL、IADL、健康関連 QOL を主要なアウトカム指標とする。ADL と IADL はそれぞれリハベースツールに組み込まれている Barthel Index、Frenchay Activity Index(FAI) とする。健康関連 QOL は EuroQol-5Dimension-5Level (EQ-5D-5L) を利用する。

5.3 データ収集方法

リハベースツールの入力、サービス開始時、3 ヶ月後、6 ヶ月後の 3 時点で行う。そのため、種々の情報については、事前に収集しておく必要がある。EQ-5D-5L については、別途、対象者に直接回答してもらう。視覚障害や手指の障害により、本人の直接回答が困難な場合は、セラピスト等が回答の記入を補助してもよいこととする。

6. 研究期間

平成 28 年 8 月～平成 30 年 3 月までとする。また、対象者のエントリーは平成 29 年 9 月までとする。

7. 倫理的配慮とインフォームド・コンセント

7.1 倫理的配慮の方法

本研究はヘルシンキ宣言に基づいて実施する。また本研究は臨床疫学研究であるため、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準じて倫理的配慮を行う。特に、人権や公正を厳守するよう配慮する。

具体的には、まず、国立人口問題研究所倫理委員会の審査を受ける。一方、研究協力施設では個々に倫理委員会で審査の上、許可を得る。当該施設において倫理委員会がない場合は、施設長の許可を得ることとする。

7.2 インフォームド・コンセント

対象者には、その福利と権利を守り、本研究の目的と方法を口頭及び書面にて説明するなどし、十分にインフォームド・コンセントを得た上で、自由意思による同意を文書で得る。仮に、調査の途中で協力を辞退する旨の申し出があった場合には、速や

かにそれに従うこととする。

また、対象者の選択や情報収集で得られた情報は十分に管理し、研究組織の代表者および解析者以外の人間がデータにアクセスできないようにする。データ解析においても、患者が特定されないように ID ナンバーによる匿名化されたデータとして処理する。以上のような細心の注意を払った配慮によって、個人情報が決して漏洩しないこととする。

8．予想される利益と不利益

本研究は通常の介護保険サービスに則った調査である。よって研究協力者が本研究に協力することによって特別な不利益を被ることはない。唯一、EQ-5D-5L の質問紙への記入の際には負担が発生するが、約 5 分程度で完了するため、大きな負担にはならないと考えている。一方、ADL や IADL、QOL など多様な尺度を用いて自身の 3 か月後、6 ヶ月後の健康状態の変化を知ることが出来る利点がある。

9．研究にかかる費用

本研究は平成 28 年度厚生労働省長寿科学政策研究事業「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション／リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」によるものである。かかる費用は上記研究費から支出する。

以上

(資料2) 説明文書及び同意書

利用者の方へ

「介護保険で提供されるリハビリテーションサービス/マネジメントの実態と
その効果に関する実証的研究」
説明書

この説明書は、研究協力担当者による説明を補い、表記の研究への参加をお願いするものです。
うものです。本文書をお読みいただき、十分に考慮されたうえで研究へご参加されるかどうかをご自身の意思でお決
めください。

ご参加いただける場合には、「同意書」にご署名ください。

なお、ご不明な点や疑問に思われる点がございましたら、以下の連絡先までお問い合わせください。

【問い合わせ先】

研究代表者：

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）

TEL：03-3595-2984，E-mail：kawagoe-masahiro@ipss.go.jp

施設担当者：

()

TEL： , E-mail：

1．研究への参加のお願い

今回、あなたが受けられているリハビリテーション（以下、リハと略します）の状況が以下に説明する研究の参加基準に合っているため、あなたへ本研究への参加をお願いするものです。

あなたがこの研究に参加するかどうかについては、あなたの自由意思で決めていただくことが重要です。そのため、本研究の内容をよくご理解のうえ、参加の有無をお決めください。この説明書では不十分な場合は、施設の担当者にも何度でも聞いてください。

2．研究の目的

本研究は、通所リハ、訪問リハの提供状況を把握するとともに、その効果を検証することを目的に実施します。

3．研究の方法

（1）研究の対象者

通所リハ、訪問リハを、平成28年9月1日から平成29年9月30日の間に新たに利用された方を対象とします。

（2）調査項目

調査項目は、要介護度、日常生活自立度、日常生活活動（ADL）、手段的日常生活活動（IADL）、日常生活上の課題、1週間あたりのリハ内容及び時間、クオリティオブライフ（QOL）、興味・関心領域などを調査します。これら項目を初回、3ヶ月後、6ヶ月後の3時点で評価します。

（3）回答方法

調査項目のうち、クオリティオブライフ（QOL）および興味・関心領域に関しては、ご自身で回答いただきます。もし、記入に際し、補助が必要な場合は担当のリハ職に申し出てください。また、記入した調査票は、記入後担当のリハ職に手渡してください。

4．研究の期間

この研究の期間は平成28年9月1日から平成30年3月31日です。

5．研究参加による利益と不利益について

今回の研究に参加することによって、ADL（日常生活活動）やQOL（クオリティオブライフ：生活の質）、興味・関心領域などの詳細な評価を受けることができます。これらはいずれも活動場面の観察や質問票へ回答してもらうものであり、身体に直接負荷を加えるものではありません。回答にかかる時間は数分ですので、身体への負荷は非常に低いと考えられます。

その一方で、QOLの計算結果を皆様へお返しすることはできません。したがって、本研究に参加いただいた皆様に直接の利益はありませんが、皆様からご提供いただいたデータは貴重なデータとして間接的に多くの研究や制度づくりに役立てられます。

6．研究協力の任意性と撤回の自由について

本研究への参加は皆様の自由意思にもとづきます。また一旦、研究参加に同意いただいた後でも、結果の解析や発表の前に限り、いつでも同意を取り消すことができます。その場合は、当該施設のリハ職へご連絡ください。

同意撤回の申し出があった時点より後の解析および発表にはデータを使用いたしません。同意を撤回しても不利益を受けることは絶対にありません。

7．個人情報の保護

研究者は個人を特定できない形で情報を得た上で、調査結果を国立社会保障・人口問題研究所にて厳重に保管します。また、このデータは研究目的以外には使用いたしません。

8．研究結果の公表

本研究の成果は集団全体のデータとして学会発表や学術雑誌などで公表します。個人のデータをそのまま使用することはありませんのでプライバシーは保護されます。

9．研究終了後の資料などの取り扱いについて

皆様からいただいた評価票は、溶解処理し廃棄します。収集されたデータは研究指針に則り、厳重に保管します。

10．費用負担

本研究は厚生労働省の科学研究費補助金によって実施しています。研究にかかる費用負担を皆様に求めることはありません。また、本研究への協力に対して皆様への報酬は支払われません。

11．施設の担当者の氏名および連絡先

この研究の担当者

所 属： _____

氏 名： _____

連絡先： _____

12．参加者の権利に関して情報がほしい場合に相談できる窓口

研究責任者

所 属： 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部

氏 名： 川越 雅弘（かわごえ まさひろ）

連絡先： 03-3595-2984

以上

同意書

「介護保険で提供されるリハビリテーションサービス／マネジメントの実態とその効果に関する実証的研究」

私は、上記の研究内容と方法について、担当者から添付の説明書に基づき十分な説明を受けました。
また、私は今後もこの研究に関してどのような質問も尋ねる機会があることを承知し、いつでもこの研究の参加を取りやめることを理解しています。
私はこの研究を理解した上で、私の自由意思でこの研究に参加することに同意します。

同意日 年 月 日

(本人)署名

* 代諾者が必要な場合は以下にご記入ください

同意日 年 月 日

(代諾者)署名 (続柄)

説明を行った日	年 月 日
文書同意を行った日	年 月 日
同意・説明文書の写しをお渡しした日	年 月 日

(説明担当者)署名

(資料3) 収集の対象となった帳票類

興味・関心チェックシート

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			

通所・訪問リハビリテーション計画書（アセスメント）

□ 訪問 □ 通所 作成日： 2015 年 4 月 1 日

氏名： 介護四朗 様 性別： 男 生年月日： 1930 年 1 月 1 日 年齢 85 歳 介護度： 要介護1

■居室サービス計画の総合的援助の方針 ※居室サービス計画から転記すること
 ■居室サービス計画の解決すべき具体的な課題 ※居室サービス計画から転記すること

■利用者の希望 ※ニーズ把握票にて興味があると答えた内容に関して記載する
 ■ご家族の希望 ※家族が利用者に対して特に自立してほしいと思っている内容を記載する
 ■医師の指示

■健康状態(介護・支援を要する原因となる疾患) 原疾患名・発症日 病名： 大脳脊髄部骨折(2014.1.1) 直近の入院日： 2014 年 1 月 2 日 直近の退院日： 2014 年 4 月 1 日
 ■合併症・コントロール状況(高血圧,心疾患,呼吸器疾患,糖尿病等)
 経過： ■費用控検算 □ あり □ なし

■リハビリテーションを実施する際の医学的管理(医師等によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む)

■参加(過去実施していたものと現状について記載する) 家庭内の役割の内容
 余暇活動(内容および頻度)
 社会・地域活動(内容および頻度)
 通所リハビリテーション終了後にやりたい社会参加等の取組

■心身機能

	状況	活動への影響	状況	活動への影響
運動機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
感覚機能障害(聴覚,視覚等)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	失語症	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
関節拘縮	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	構音障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
疼痛	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	精神行動障害(BPSD)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
口腔機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	見当識障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	記憶障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
			栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし

■高知(※評価基準性は、「現状」に「改善の可能性」から取り上げる課題の優先順位をつける。)

アセスメント項目	現状	改善の可能性	評価基準性	モニタリング	【評価の内容の記載方法】
起き上がり	3	-	-		3: 自立 2: 見守り 1: 一部介助 0: 全介助
基本動作	3	-	-		※ 把握していない
床からの立ち上がり	3	-	-		※ 時間を記載
移動能力(TUG等)	3	-	-		※ 点数を記載
居宅管理	3	-	-		3: 自立 2: 見守り 1: 一部介助 0: 全介助
ADL-R	-	-	-		
食事	10	-	-		10: 自立 5: 部分介助 0: 全介助
着せかえの準備	15	-	-		15: 自立 10: 着せかえの介助 5: 部分介助 0: 全介助
整容	5	-	-		5: 自立 0: 部分-全介助
トイレ動作	10	-	-		10: 自立 5: 部分介助 0: 全介助
入浴	5	-	-		5: 自立 0: 全介助
平地歩行	10	者	1		10: 自立 10: 補助具 5: 車椅子 0: 全介助
階段昇降	5	者	2		10: 自立 5: 部分介助 0: 全介助
更衣	10	-	-		10: 自立 5: 部分介助 0: 全介助
排便コントロール	10	-	-		10: 自立 5: 部分介助 0: 全介助
排尿コントロール	10	-	-		10: 自立 5: 部分介助 0: 全介助
ADL合計	90				

■評価の内容の記載方法

アセスメント項目	現状	改善の可能性	評価基準性	モニタリング	【評価の内容の記載方法】
食事の用意	0	無	-		※ADL評価点 0: していない 1: まれに 2: 時々 3: 週3回
食事の片付け	0	無	-		
洗濯	3	-	-		
掃除や整頓	3	-	-		
力仕事	3	-	-		
重い物	3	-	-		
外出	3	-	-		
屋外歩行	3	-	-		
趣味	3	-	-		
交通手段の利用	3	-	-		
旅行	2	者	2		0: していない 1: 時々 2: 定期的 3: 頻繁等
雇仕事	3	-	-		0: していない 1: 家内 2: ベンキ等 3: 修理・洗濯
家や車の手入れ	3	-	-		0: していない 1: 月に 2: 月に1回 3: 月2回程度
読書	3	-	-		0: していない 1: 週1-2回 2: 週10-20回 3: 週30回以上
仕事	1	者	1		
IADL合計	36				

■関連因子(※評価ありの場合)

評価	備考
家族・介護者	□
福祉用具等	□
住環境	□
自宅周辺	□
地域の社会資源	□
交通機関	□
サービス	□
その他	□

※ADLは「している」状況について記載する。IADLも同様。
 ■特記事項
 ■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析
 ■他の利用サービス □ 通所介護(週 回) □ 訪問介護(週 回) □ 訪問看護(週 回) □ 訪問介護・通所リハ(週 回) □ その他()
 ■社会参加支援詳細 □ 訪問日 (年 月 日) □ 居宅サービス計画(訪問しない理由:)
 □ サービス等利用あり □ 通所介護(週 回) □ 通所リハ(週 回) □ 市町村事業(週 回)
 □ 地域活動への参加 () □ 家庭で役割あり
 ■ 現在の生活状況

通所・訪問リハビリテーション計画書 (No. _____)

利用者氏名 _____ 殿 作成年月日 年 月 日 ~ 実施予定時期 月 頃

NO	目標(解決すべき課題)	期間	具体的支援内容 (何を目的に(～のために)～をする)	頻度・時間	効果の可能性
1	一人で歩行車を使用し通院・買い物ができる。	6カ月	<input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 個別認知集中リハ <input type="checkbox"/> 生活行為リハ <input type="checkbox"/> 認知症認知集中リハ <input type="checkbox"/> その他()	週2回 耐久性up ex. 筋力up ex. 立位体適 歩行練習	いつ頃実現する
2	腰痛・下肢の痛みを緩和し、楽に生活を送ることができる。	1ヶ月	<input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 個別認知集中リハ <input checked="" type="checkbox"/> 生活行為リハ <input type="checkbox"/> 認知症認知集中リハ <input type="checkbox"/> その他()	週2回 下肢ストレッチ 必要に応じてADL練習	いつ頃実現する
			<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 個別認知集中リハ <input type="checkbox"/> 生活行為リハ <input type="checkbox"/> 認知症認知集中リハ <input type="checkbox"/> その他()		いつ頃実現する
			<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 個別認知集中リハ <input type="checkbox"/> 生活行為リハ <input type="checkbox"/> 認知症認知集中リハ <input type="checkbox"/> その他()		いつ頃実現する
			<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 個別認知集中リハ <input type="checkbox"/> 生活行為リハ <input type="checkbox"/> 認知症認知集中リハ <input type="checkbox"/> その他()		いつ頃実現する

■利用中への具体的対応		開始～1時間	～2時間	～3時間	～4時間	～5時間	～6時間	～7時間	～8時間	～()
利用者		バイタル測定		昼食		歌の会	お茶の時間	帰宅		
看護職										
介護職	体調確認		食事量確認		歌の会へ誘導					
PT・OT・ST		個別リハ		トレーニング補助						
その他()										
□訪問介護との協働内容			□訪問看護との協働内容			□その他の協働内容()				
□備考										

※下記の協働機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。
 【情報提供先】 □介護支援専門員 □医師 □通所介護 □() □()

ご本人・ご家族への説明と同意: 平成____年 ____月 ____日
 ご本人サイン: _____ ご家族サイン: _____ 医師サイン: _____

健康状態に関するアンケート

このアンケートは、厚生労働科学研究費補助金を受けて実施するものです
(研究代表者：川越雅弘(国立社会保障・人口問題研究所 部長))

別紙の「介護保険のリハビリテーションサービスのマネジメントの効果検証に関する実証的研究」説明書と書かれた文書をお読みいただき、研究に参加いただける場合には、質問にお答えくださいますようお願いいたします。

*原則として、アンケートはご自身でご記入いただく内容になっています。
ご自身でご記入するのが難しい方は、回答いただかなくても結構です。

リハ担当者記入欄	
記入日	平成____年____月____日
利用者任意ID	

ご記入日されている日のことで結構です

各項目において、あなたの今日の健康状態を最もよく表している四角(□)1つに✓印をつけてください

ご記入されるものはボールペン，サインペンなど消えないものをご使用ください

また，誤って記入された場合は，□に×を書き訂正してください

移動の程度

- 歩き回るのに問題はない
- 歩き回るのに少し問題がある
- 歩き回るのに中程度の問題がある
- 歩き回るのにかなり問題がある
- 歩き回ることができない

身の回りの管理

- 自分で身体を洗ったり着替えをするのに問題はない
- 自分で身体を洗ったり着替えをするのに少し問題がある
- 自分で身体を洗ったり着替えをするのに中程度の問題がある
- 自分で身体を洗ったり着替えをするのにかなり問題がある
- 自分で身体を洗ったり着替えをすることができない

ふだんの活動 (例：仕事、勉強、家事、家族・余暇活動)

- ふだんの活動を行うのに問題はない
- ふだんの活動を行うのに少し問題がある
- ふだんの活動を行うのに中程度の問題がある
- ふだんの活動を行うのにかなり問題がある
- ふだんの活動を行うことができない

痛み/不快感

- 痛みや不快感はない
- 少し痛みや不快感がある
- 中程度の痛みや不快感がある
- かなりの痛みや不快感がある
- 極度の痛みや不快感がある

不安/ふさぎ込み

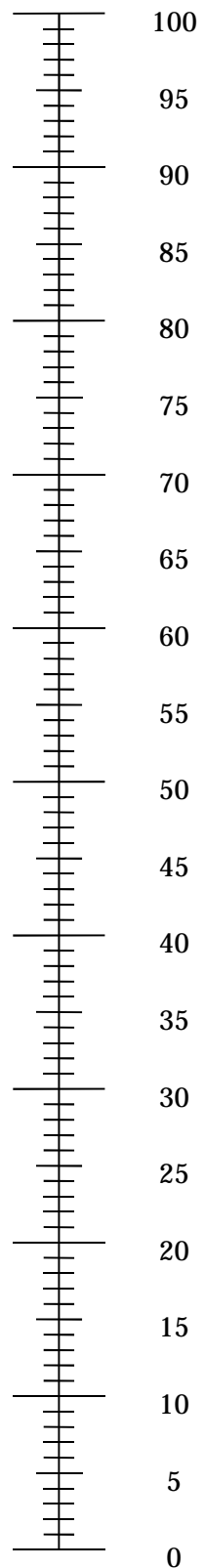
- 不安でもふさぎ込んでもない
- 少し不安あるいはふさぎ込んでいる
- 中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる
- かなり不安あるいはふさぎ込んでいる
- 極度に不安あるいはふさぎ込んでいる

- あなたの今日の健康状態がどのくらい良いか悪いかを教えてください。
- このものさしには0から100までの目盛がふつてあります。
- 100はあなたの想像できる最も良い健康状態を、0はあなたの想像できる最も悪い健康状態を表しています。
- 今日の健康状態がどのくらい良いか悪いかを、このものさし上に×印をつけて表してください。
- ものさし上に×印をつけたところの目盛（の数字）を下の四角に記入してください。

あなたの今日の健康状態 =

想像できる最も良い

健康状態



想像できる最も悪い

健康状態