

「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから
維持期・生活期リハビリテーションへの一貫した
リハビリテーション手法の確立に関する横断研究」
アンケート調査

令和 2 年 10 月 1 日

アンケート調査へのご協力お願い

医療保険の疾患別リハビリテーションを終了して、介護保険の維持期・生活期リハビリテーションを受けておられるご本人へ

和歌山県立医科大学リハビリテーション医学講座では、以下の臨床研究を実施しています。ここにご説明するのは、アンケート調査によって現在受けているリハビリテーションの内容や効果を解析する「横断研究」という臨床研究で、本学倫理審査委員会の承認を得て行うものです。アンケート調査による情報を利用して頂く研究ですので、対象となる皆さんに新たな検査や費用のご負担をお願いするものではありません。また、このアンケート調査は無記名で行い、要配慮個人情報の保護には十分な注意を払います。この研究にご質問がある場合は、下記の問い合わせ先にご連絡ください。

1. 研究課題名

「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから維持期・生活期リハビリテーションへの一貫したリハビリテーション手法の確立に関する横断研究」

2. 研究責任者

和歌山県立医科大学リハビリテーション医学講座 准教授 三上 幸夫

3. 研究の目的

今回参加をお願いする研究では、全国的なアンケート調査を実施し、介護保険の維持期・生活期リハビリテーションの具体的な内容と維持期・生活期リハビリテーションの効果を確認する予定です。本アンケート調査によって、維持期・生活期リハビリテーション提供実態とその効果を把握することで、医療保険のリハビリテーションから介護保険の維持期・生活期リハビリテーションへのより良い一貫したリハビリテーション方法を確立する事ができます。

4. 研究の概要

(1) 対象となる方

医療保険の疾患別リハビリテーションを終了して、3 カ月以内に、介護保険の維持期・生活期リハビリテーションを開始した人

(2) 利用させて頂く情報

この研究で利用させて頂くデータは、居住地、年齢・性別、主疾患・外傷、併存症・合併症、治療法（内科的・外科的・リハビリテーション）、要介護度、維持期・生活期リハビリテーションの内容（訪問・通所・施設、訓練内容・時間）、効果（機能、活動性）に関する情報です。

(3) 方法

1) 研究期間：研究が承認された日～3 年間（研究期間：3 年）

2) 研究方法：アンケート調査

3) スケジュール：アンケート調査用紙・切手付き返信用封筒をお受け取りになった後、研究

に参加してもよいと思われた場合には一カ月以内にアンケート調査用紙に全てご記入をお願いします。**独りでのご記入が困難な場合には、ご家族・介護事業所スタッフに助けて貰い、ご記入して頂いても結構です。**介護事業所のスタッフ（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士など）に記入を頂く内容もありますので、ご依頼をお願いします。ご記入済みアンケート調査用紙は切手付き返信用封筒に入れて、下記担当医師まで直接ご郵送願います。

4) 研究の体制：この研究に関して実施体制は以下のとおりです。

- ・研究代表機関：和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座

また、全国ではこの研究を以下の8つの医療・教育機関で行っており、合計500人の要介護者に参加をお願いする予定です。

- ・医療機関 医療機関の研究責任者

和歌山県立医科大学	三上 幸夫
京都府立医科大学	三上 靖夫
西九州大学	大川 裕行
宝塚医療大学	上西 啓裕
青森県立保健大学	篠原 博
埼玉県立大学	徳本 弘子
岩手医科大学	西村 行秀
ちゅうざん病院	尾川 貴洋

5. 個人情報の取扱い

利用する情報からは、患者さんを特定できる個人情報は削除します。また、研究成果は学会や学術雑誌で発表されることがありますが、その際も患者さんの個人情報が公表されることはありません。得られた情報は岩手医科大学において、ガイドライン作成のために2次利用する可能性があります。

6. ご自身の情報が利用されることを望まない場合

臨床研究は医学の進歩に欠かせない学術活動ですが、皆さんには、ご自身の診療情報等が利用されることを望まない場合、これを拒否する権利があります。この研究に参加されないとお決め頂いた後も、介護上で不利益を被ることはありません。また、いったん参加に同意された後、いつでも参加を取りやめることができます。その際にもなんら不利益を被ることはありません。

7. 資金源及び利益相反等について

この研究に掛かる費用は、厚生労働科学研究費補助金・長寿科学政策研究事業より負担されます。

8. 問い合わせ先

和歌山市紀三井寺 811-1

和歌山県立医科大学リハビリテーション医学講座 担当医師 三上 幸夫

TEL：073-441-0664 FAX：073-446-6475

E-mail：ymikami@wakayama-med.ac.jp

アンケート①（医療保険）

独りでのご記入が困難な場合には、ご家族・介護事業所スタッフに助けて貰い、ご記入して頂いても結構です。

※尚、医療保険リハビリテーションとは病院・診療所などで医療保険を使ったリハビリテーションのことです。

1) 性別を選んで（ ）に丸○を入れてください。

（ ） 男性

（ ） 女性

2) 年齢を（ ）に記入してください。

（ ） 歳

3) 記入した月を（ ）に記入してください。

西暦（ ）年（ ）月

4) 居住地を（ ）に記入してください。

（ ） 都・府・県

5) 今回、要介護の原因となった主な病気・ケガを（ ）に記入してください。

（ ）

6) その病気・ケガをした年・月を（ ）に記入してください。

西暦（ ）年（ ）月（頃）

7) その病気・ケガに対する主な治療法を一つ選んで（ ）に丸○を入れてください。

（ ） 内科的治療法（手術なし）

（ ） 外科的治療法（手術あり）

8) その他に現在治療中の病気・ケガがあれば () に全て記入してください。

()

9) 過去に治療した病気・ケガがあれば () に全て記入してください。

()

10) 今回、要介護の原因となった主な病気・ケガに対して最後に医療保険リハビリテーションを受けた病棟・外来の種類を下から一つ選んで () に丸○を入れてください。
尚、種類が分からない場合には、最後に医療保険リハビリテーションを受けた病院名・診療所名(クリニック名)を () にご記入下さい。

- () 急性期病棟
- () 回復期病棟
- () 地域包括ケア病棟
- () 一般病棟
- () 診療所(クリニック)・病棟
- () 診療所(クリニック)・外来
- () 病院・診療所ではリハビリテーションを行っていない
- () 種類が分からない ()

11) 今回、要介護の原因となった主な病気・ケガに対して医療保険リハビリテーションを行った専門職の職種を全て選んで () に丸○を入れてください。

- () 理学療法士
- () 作業療法士
- () 言語聴覚士
- () その他の専門職(看護師・介護士など)
- () 分からない

12) 医療保険リハビリテーションで行った内容を全て選んで()に丸○を入れてください。
また、補足質問がある項目には()に数値をご記入下さい。
尚、その他に○を入れられた方は()に内容を記入して下さい。

- () マッサージ
- () 物理療法 (温熱・電気・超音波刺激など)
一回のリハビリテーションで()種類を()分ずつ行った
- () ストレッチや四肢・脊柱の関節可動域 (曲げ伸ばし) 訓練
- () 起居・坐位・起立訓練
- () 平行棒や杖での歩行訓練
一回のリハビリテーションで()分ほど行った
- () 手漕ぎ・足漕ぎ自転車による有酸素運動
一回のリハビリテーションで()種類を()分ずつ行った
- () ウォーキング・ランニングマシンによる有酸素運動
一回のリハビリテーションで()種類を()分ずつ行った
- () 四肢・体幹の筋力トレーニング
一回のリハビリテーションで()種類を()回ずつ行った
- () 椅子に座って卓上での作業訓練 (パズル・工芸・生け花など)
- () 日常生活動作訓練 (食事・着替え・トイレ・入浴など)
- () 手段的日常生活動作訓練 (電話、買い物、家事、服薬・金銭管理など)
- () 復職・仕事を考慮した訓練
- () レクリエーション活動 (ゲーム・スポーツ・散歩など)
- () 言語聴覚訓練 (読む・聞く・話す・書く・計算など)
- () 嚥下訓練 (飲み込みの評価と訓練)
- () 呼吸法の訓練
- () 義足・義手の訓練
- () 脊髄損傷・四肢麻痺に関わる訓練 (意思伝達・移乗・排泄訓練など)
- () 自宅の改修や自宅での訓練
- () その他 ()

13) 医療保険リハビリテーションの頻度を()に記入して下さい。

平均 週 () 回

14) 医療保険リハビリテーションの時間を()に記入して下さい。

平均 () 分/日

15) 医療保険リハビリテーションを受けた期間を () に記入してください。

西暦 () 年 () 月 ~ 西暦 () 年 () 月

アンケート② (介護保険)

独りでの記入が困難な場合には、ご家族・介護事業所スタッフに助けて貰い、ご記入して頂いても結構です。

※尚、介護保険リハビリテーションとは要支援・要介護などの介護認定を受けて、自宅や介護事業所などで介護保険を使ったリハビリテーションのことです。

16) 現在の要介護度を () に記入してください。

要支援 ()

要介護 ()

17) 以前から介護認定をお持ちでしたか？下から一つ選んで () に丸○を入れてください。

() はい

() いいえ

18) 17で“はい”と答えた方におたずねします。今回の病気・ケガをする以前の要介護度を () に記入してください。

以前は要支援 ()

以前は要介護 ()

19) 17で“はい”と答えた方にもう一度おたずねします。今回の病気・ケガをする前に介護保険リハビリテーションを受けていましたか？下から一つ選んで () に丸○を入れてください。

() はい

() いいえ

20) 介護保険リハビリテーションを開始した時期を () に記入してください。

西暦 () 年 () 月 頃

21) 現在、受けられている介護保険リハビリテーションの場所を全て選んで () に丸○を入れてください。

- ・ 自宅や高齢者向け住宅等
() 自宅や高齢者向け住宅等への訪問リハビリテーション
- ・ 通所施設
() 通所リハビリテーション (デイケア)
- ・ 介護施設
() 介護老人保健施設 (老健)

22) 介護保険リハビリテーションを行っている専門職の職種を全て選んで () に丸○を入れてください。

- () 理学療法士
- () 作業療法士
- () 言語聴覚士
- () その他の専門職 (看護師・介護士など)
- () 分からない

23) 介護保険リハビリテーションで行った内容を全て選んで()に丸○を入れてください。
また、補足質問がある項目には()に数値をご記入下さい。
尚、その他に○を入れられた方は()に内容を記入して下さい。

- () マッサージ
- () 物理療法(温熱・電気・超音波刺激など)
一回のリハビリテーションで()種類を()分ずつ行っている
- () ストレッチや四肢・脊柱の関節可動域(曲げ伸ばし)訓練
- () 起居・坐位・起立訓練
- () 平行棒や杖での歩行訓練
一回のリハビリテーションで()分ほど行っている
- () 手漕ぎ・足漕ぎ自転車による有酸素運動
一回のリハビリテーションで()種類を()分ずつ行っている
- () ウォーキング・ランニングマシンによる有酸素運動
一回のリハビリテーションで()種類を()分ずつ行っている
- () 四肢・体幹の筋力トレーニング
一回のリハビリテーションで()種類を()回ずつ行っている
- () 椅子に座って卓上での作業訓練(パズル・工芸・生け花など)
- () 日常生活動作訓練(食事・着替え・トイレ・入浴など)
- () 手段的日常生活動作訓練(電話、買い物、家事、服薬・金銭管理など)
- () 復職・仕事を考慮した訓練
- () レクリエーション活動(ゲーム・スポーツ・散歩など)
- () 言語聴覚訓練(読む・聞く・話す・書く・計算など)
- () 嚥下訓練(飲み込みの評価と訓練)
- () 呼吸法の訓練
- () 義足・義手の訓練
- () 脊髄損傷・四肢麻痺に関わる訓練(意思伝達・移乗・排泄訓練など)
- () 自宅の改修や自宅での訓練
- () その他()

24) 現在、介護保険リハビリテーションを行っている頻度を()に記入してください。

平均 週()回

25) 現在、介護保険リハビリテーションを行っている時間を()に記入してください。

平均()分/日

26) 医療保険リハビリテーションから介護保険リハビリテーションに移って健康状態や心身機能（病気・ケガの状態・話し方・食べ方・手の動き方・歩き方など）は良くなりましたか？下から一つ選んで（ ）に丸○を入れてください。

- () かなり良くなった
- () 良くなった
- () かわらない
- () 悪くなった
- () かなり悪くなった

27) 具体的に良くなったことを（ ）に全て記入してください。

()

28) 医療保険リハビリテーションから介護保険リハビリテーションに移って日常生活（食事・移動・着替え・トイレ・入浴など）は良くなりましたか？下から一つ選んで（ ）に丸○を入れてください。

- () かなり良くなった
- () 良くなった
- () かわらない
- () 悪くなった
- () かなり悪くなった

29) 具体的に良くなったことを（ ）に全て記入してください。

()

30) 医療保険リハビリテーションから介護保険リハビリテーションに移って社会生活（買い物・団体活動・旅行など）は良くなりましたか？下から一つ選んで（ ）に丸○を入れてください。

- () かなり良くなった
- () 良くなった
- () かわらない
- () 悪くなった
- () かなり悪くなった

31) 具体的に良くなったことを () に全て記入してください。

()

32) 医療保険リハビリテーションから介護保険リハビリテーションに変わって内容に満足していますか？下から一つ選んで () に丸○を入れてください。

- () とても満足している
- () 満足している
- () どちらでもない
- () 不満である
- () とても不満である

33) 32 で不満である、とても不満である、と答えた方におたずねします。その理由は何ですか？ 以下に自由にご記載ください。

34) このアンケート調査用紙は独りでご記入されましたか？下から一つ選んで () に丸○を入れてください。

- () 独りで記入した
- () 家族に助けもらった
- () 介護事業所スタッフに助けもらった
- () 家族と介護事業所スタッフの両方に助けもらった

35) その他、介護保険リハビリテーションに関してご意見がございましたら、以下に自由にご記載下さい。

お疲れ様でした。
アンケート調査にご協力ありがとうございました。

ご記入済みアンケート調査用紙は、各事業所スタッフにお渡し頂き、p15のアンケート③（介護事業所用）の項目を記入して貰ってください。
その後、切手付き返信用封筒に入れて、ご本人・ご家族より研究責任者（和歌山県立医科大学 三上幸夫）まで直接ご郵送願います。

アンケート③（介護事業所用）

以下の項目は介護事業所のスタッフ（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士など）の方に記載・記入をお願いします。**尚、本アンケート調査は無記名であり、貴事業所の評価を行うものではありません。**また、貴事業所名や記入スタッフ名も特定されませんので、真意をご記入頂ければ幸いです。

36) 現在、主にご勤務されている事業所の種類を下から一つ選んで（ ）に丸○を入れてください。

- ・訪問事業所
（ ）訪問リハビリテーション事業所
- ・通所施設
（ ）通所リハビリテーション（デイケア）
- ・介護施設
（ ）介護老人保健施設（老健）
- ・その他
（ ）居宅支援事業所・その他（ ）

37) 現在、主にご勤務されている事業所に併設されている病院・診療所・他の事業所などがあれば、（ ）に種別（病院・診療所・訪問リハビリテーション事業所など）を全て記入してください。

（ ）

38) ご本人は同一医療法人または関連医療機関からの紹介ですか？下から一つ選んで（ ）に丸○を入れてください。

- （ ）はい
- （ ）いいえ

39) 38で“はい”とお答え頂いた方におたずねします。同一医療法人内または関連医療機関から診療情報を電子カルテなどで必要時に入手可能ですか？下から一つ選んで（ ）に丸○を入れてください。

- （ ）はい
- （ ）いいえ

40) ご本人が新規登録されたとき、医療機関からリハビリテーション実施計画書を入手しましたか？下から一つ選んで（ ）に丸○を入れてください。

- () はい
() いいえ

41) ご本人が登録直近（約3カ月以内）まで医療保険リハビリテーションを受けていたかご存知ですか？下から一つ選んで（ ）に丸○を入れてください。

- () はい
() いいえ

42) 41で“はい”とお答えされた方におたずねします。その医療保険リハビリテーションの疾患別分類はご存知ですか？下の（ ）に疾患別分類をご記入下さい

- ()
() 疾患別分類は分からない

43) 41で“はい”とお答えされた方におたずねします。ご本人に対するリハビリテーションマネジメントを行う際に、これまでの疾患別リハビリテーションの内容を考慮しましたか？下から一つ選んで（ ）に丸○を入れてください。

- () はい
() いいえ

44) 41で“はい”とお答えされた方におたずねします。医療保険リハビリテーションで行っていた評価項目の全てに○を付けて下さい。

・疾患特異的な評価 (Brunnstrom Stage、Hoehn & Yahr の重症度分類、股関節機能判定基準、変形性膝関節症 (OA) 膝治療成績判定基準、Frankel 分類、New York Heart Association (NYHA) 分類、その他 ()

・心身機能・構造的な項目
(筋力、感覚、ROM、疼痛、摂食嚥下、高次脳機能、失語症・構音障害、その他:)

・活動に関する項目
(座位保持、立位保持、6分間歩行試験、Timed Up & Go Test、MMSE、HDS-R、コミュニケーション能力、その他:)

・ADLに関する項目
(FIM、Barthel Index、その他:)

・IADLに関する項目
(Frenchay Activities Index (FAI)、Life Space Assessment (LSA)、老健式活動能力指標、食事の用意・片づけ、洗濯、掃除や整頓、買い物、外出、屋外歩行、趣味、旅行、読書、仕事、その他:)

・() 医療保険リハビリテーションの評価項目は分からない

45) ご本人の介護保険リハビリテーションに関して、目標としているものを全て選んで () に丸○を入れてください。

- () 疼痛緩和
- () 機能改善
- () ADL・IADLの改善
- () 社会参加
- () 家族の介護負担軽減
- () 疾患・外傷の再燃・再発予防

46) ご本人の介護保険リハビリテーションに関して、主疾患・外傷および併存症・既往歴を考慮して、リスク管理が来ていますか？下から一つ選んで（ ）に丸○を入れてください。

- () 十分に出来ている
- () 出来ている
- () あまり出来ていない
- () 出来ていない

47) ご本人の介護保険リハビリテーションに関して、定期的に定量的な評価を行っていますか？下から一つ選んで（ ）に丸○を入れてください。

- () はい
- () いいえ

48) 47で“はい”とお答えされた方におたずねします。以下で評価を行っている項目の全てに○を付けて下さい。

・疾患特異的な評価 (Brunnstrom Stage、Hoehn & Yahr の重症度分類、股関節機能判定基準、変形性膝関節症 (OA) 膝治療成績判定基準、Frankel 分類、New York Heart Association (NYHA) 分類、その他 ())

・心身機能・構造的な項目
(筋力、感覚、ROM、疼痛、摂食嚥下、高次脳機能、失語症・構音障害、その他：)

・活動に関する項目
(座位保持、立位保持、6 分間歩行試験、Timed Up & Go Test、MMSE、HDS-R、コミュニケーション能力、その他：)

・ADL に関する項目
(FIM、Barthel Index、その他：)

・IADL に関する項目
(Frenchay Activities Index (FAI)、Life Space Assessment (LSA)、老健式活動能力指標、食事の用意・片づけ、洗濯、掃除や整頓、買い物、外出、屋外歩行、趣味、旅行、読書、仕事、その他：)

49) その他、介護保険リハビリテーションに関してご意見がございましたら、以下にご自由
にご記載下さい。

お疲れ様でした。
アンケート調査にご協力ありがとうございました。

ご記入済みアンケート調査用紙は、ご本人・ご家族にお返し願います。
**その後、切手付き返信用封筒に入れて、ご本人・ご家族より研究責任者（和歌山
県立医科大学 三上幸夫）まで直接ご郵送願います。**

研究責任者：
和歌山県立医科大学リハビリテーション医学講座 三上 幸夫

〒 641-8509
和歌山市紀三井寺 811-1
TEL : 073-441-0664 FAX : 073-446-6475