

がん患者への外来における作業療法の実態把握調査について

日本作業療法士協会 制度対策部

本調査は、がん診療連携拠点病院等におけるがん患者への外来における作業療法の実態把握を目的としております。ご協力よろしくお願い致します。

回答の内容について

設問のうち下記については、1か月（7月1日～7月31日）の人数等をお尋ねしております。お手数ですが、期間中の数を把握いただき、回答をお願いいたします。

2. 3) がん患者リハビリテーション料の算定患者数（がん種別別）
3. 1) 作業療法部門における外来患者数（疾患別リハビリテーション料ごと）
4. 1) 外来リハビリテーションを実施しているがん患者の人数（がん種別別）
4. 5) 外来リハビリテーションを実施しているがん患者の年代

調査票で番号の横に★がついている設問です。

回答の方法について

インターネットによる回答をお願いしております。

日本作業療法士協会ホームページ：<http://www.jaot.or.jp> からアクセスしてください。

トップページ ▶「会員向け情報」TOPICS ▶「がん患者への外来における作業療法の実態把握調査」

▶ 依頼文書でお知らせしたパスワードを入力

パスワードを入力すると調査のページに移動します。

※貴施設の作業療法士1名がご回答ください。施設養成校管理システムで登録されている施設の施設情報責任者宛に依頼文と本調査票をメールにてお送りさせていただいておりますが、他の作業療法士の方に回答いただいてもかまいません。

※調査ページは7月中頃以降にアクセスできます。

※回答内容がデータではお手元に残りませんので、本調査票は記録用としてご利用ください。

※質問内容は同じですが、Webの都合上、選択方式など表示が本紙と異なる箇所があります。

※調査期間中は回答の修正が可能です。修正の際は再度、同じPCの同じブラウザでアクセスしてください。（Cookieが有効の場合）

※入力にあたり、ご不明な点がございましたら、協会事務局 ot_seido@jaot.or.jp までお問い合わせください。

がん患者への外来における作業療法の実態把握 調査票

以下の設問にご回答をお願いいたします。

1. 貴施設についてお尋ねします

1) 貴施設の施設認可についてお選びください。(複数選択)

- 地域がん診療連携拠点病院
- 都道府県がん診療連携拠点病院
- 国立がん研究センター
- 特定領域がん診療連携拠点病院
- 地域がん診療病院
- 小児がん拠点病院
- 小児がん中央機関

*区分は厚生労働省の「がん診療連携拠点病院等」一覧に基づいています。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/gan/gan_byoin.html

2) 貴施設が有する病床について、該当するものをお選びください。(複数選択)

- 一般病床 (回復期リハビリテーション病棟含む)
- 地域包括ケア病床
- 療養型病床
- 緩和ケア病床
- その他 (具体的に)

3) 貴施設が有する病床数について、該当するものをお選びください。

- 100 床未満
- 100~299 床
- 300~499 床
- 500~999 床
- 1000 床以上

2. 貴施設の作業療法部門業務についてお尋ねします

- 1) 貴施設の作業療法士数と、そのうちの、がんのリハビリテーション研修の修了者数を教えてください。

全作業療法士数 _____ 名

うち研修修了者数 _____ 名

- 2) 貴施設では「がん」が主病名の入院患者に「がん患者リハビリテーション料」の算定をしていますか。

全例算定している

がん患者リハビリテーション料を算定する対象者と他の疾患別リハビリテーション料で算定する対象者が混在している

▶「がん」が主病名の入院患者のうち、がん患者リハビリテーション料で算定している対象者の割合 _____ %

算定していない

- ★3) がん患者リハビリテーション料で算定している入院患者について、がんの種類別に1か月(7/1-7/31)の**実人数**を教えてください。

乳がん _____ 人

頭頸部がん _____ 人

脳腫瘍 _____ 人

呼吸器系がん _____ 人

骨軟部腫瘍(骨転移を除く) _____ 人

リンパ浮腫 _____ 人

進行がん及び緩和ケア対象者 _____ 人

その他のがん _____ 人

3. 作業療法部門の外来のリハビリテーションについてお尋ねします

- ★1) 作業療法部門における1ヶ月(7/1-7/31)の外来患者数**(実人数)**についてお教えてください。

脳血管疾患等リハビリテーション料 _____ 人

運動器リハビリテーション料 _____ 人

呼吸リハビリテーション料 _____ 人

心大血管疾患リハビリテーション料 _____ 人

2) 貴施設では「がん」が主病名の対象者に、作業療法士は外来でのリハビリテーションを実施していますか。

- 疾患別リハビリテーション料で算定可能な対象者のみ実施している
- 実施しており、疾患別リハビリテーション料を算定している対象者と診療報酬の算定を行わず経過フォローのみ行っている対象者の両方が存在する
- 診療報酬の算定を行わず経過のフォローのみ行っている
- 外来リハビリテーションを実施していない

3) 2) で「実施していない」場合、その理由について選択して下さい。(複数選択)

- 外来フォローが必要な患者がない
- もともと外来リハは実施していない
- マンパワー不足で対応できない
- 減算となる場合があるため行わない
- 外来リハが必要な患者は他の医療機関や訪問サービスに紹介している
- その他 (具体的に)

4. この項目では、入院中にがん患者リハビリテーション料を算定しており、外来を他の疾患別リハビリテーション料で算定している、「がん」が主病名の対象者についてお尋ねします。

★1) 「がん」が主病名の対象者への外来リハビリテーションについて、がんの種類別に1ヶ月(7/1-7/31)の実人数を教えてください。

乳がん	_____人
頭頸部がん	_____人
脳腫瘍	_____人
呼吸器系がん	_____人
骨軟部腫瘍(骨転移を除く)	_____人
リンパ浮腫	_____人
進行がん及び緩和ケア対象者	_____人
その他のがん	_____人

2) 「がん」が主病名の対象者への外来リハビリテーションについて、リハビリテーションの主な目的をがんの種類別に教えて下さい。(複数選択)

乳がん	<input type="checkbox"/> 機能改善	<input type="checkbox"/> 体力向上	<input type="checkbox"/> 心理的支持	<input type="checkbox"/> 復職・復学支援	<input type="checkbox"/> 生活指導	<input type="checkbox"/> その他
頭頸部がん	<input type="checkbox"/> 機能改善	<input type="checkbox"/> 体力向上	<input type="checkbox"/> 心理的支持	<input type="checkbox"/> 復職・復学支援	<input type="checkbox"/> 生活指導	<input type="checkbox"/> その他
脳腫瘍	<input type="checkbox"/> 機能改善	<input type="checkbox"/> 体力向上	<input type="checkbox"/> 心理的支持	<input type="checkbox"/> 復職・復学支援	<input type="checkbox"/> 生活指導	<input type="checkbox"/> その他
呼吸器系がん	<input type="checkbox"/> 機能改善	<input type="checkbox"/> 体力向上	<input type="checkbox"/> 心理的支持	<input type="checkbox"/> 復職・復学支援	<input type="checkbox"/> 生活指導	<input type="checkbox"/> その他
骨軟部腫瘍(骨転移を除く)	<input type="checkbox"/> 機能改善	<input type="checkbox"/> 体力向上	<input type="checkbox"/> 心理的支持	<input type="checkbox"/> 復職・復学支援	<input type="checkbox"/> 生活指導	<input type="checkbox"/> その他
リンパ浮腫	<input type="checkbox"/> 機能改善	<input type="checkbox"/> 体力向上	<input type="checkbox"/> 心理的支持	<input type="checkbox"/> 復職・復学支援	<input type="checkbox"/> 生活指導	<input type="checkbox"/> その他
進行がん及び緩和ケア対象者	<input type="checkbox"/> 機能改善	<input type="checkbox"/> 体力向上	<input type="checkbox"/> 心理的支持	<input type="checkbox"/> 復職・復学支援	<input type="checkbox"/> 生活指導	<input type="checkbox"/> その他
その他のがん	<input type="checkbox"/> 機能改善	<input type="checkbox"/> 体力向上	<input type="checkbox"/> 心理的支持	<input type="checkbox"/> 復職・復学支援	<input type="checkbox"/> 生活指導	<input type="checkbox"/> その他

*機能改善：骨腫瘍術後のROMの拡大など

体力向上：抗がん剤使用後の廃用の改善など

生活指導：本人・家族等に対する生活上の助言、指導

3) 「がん」が主病名の対象者への外来リハビリテーションについて、対象者1人に対して週に何回程度実施されていますか？ がんの種類別に0回～7回のうち、平均的な回数を選択してください。

乳がん	_____回/週
頭頸部がん	_____回/週
脳腫瘍	_____回/週
呼吸器系がん	_____回/週
骨軟部腫瘍(骨転移を除く)	_____回/週
リンパ浮腫	_____回/週
進行がん及び緩和ケア対象者	_____回/週
その他のがん	_____回/週

4) 「がん」が主病名の対象者への外来リハビリテーションについて、1人の対象者に対しての平均的な外来リハビリテーションの終了までの期間を教えてください。

乳がん	<input type="checkbox"/> 1ヶ月未満	<input type="checkbox"/> 1ヶ月	<input type="checkbox"/> 2-3ヶ月	<input type="checkbox"/> 6ヶ月	<input type="checkbox"/> 1年以上	<input type="checkbox"/> 実施していない
頭頸部がん	<input type="checkbox"/> 1ヶ月未満	<input type="checkbox"/> 1ヶ月	<input type="checkbox"/> 2-3ヶ月	<input type="checkbox"/> 6ヶ月	<input type="checkbox"/> 1年以上	<input type="checkbox"/> 実施していない
脳腫瘍	<input type="checkbox"/> 1ヶ月未満	<input type="checkbox"/> 1ヶ月	<input type="checkbox"/> 2-3ヶ月	<input type="checkbox"/> 6ヶ月	<input type="checkbox"/> 1年以上	<input type="checkbox"/> 実施していない
呼吸器系がん	<input type="checkbox"/> 1ヶ月未満	<input type="checkbox"/> 1ヶ月	<input type="checkbox"/> 2-3ヶ月	<input type="checkbox"/> 6ヶ月	<input type="checkbox"/> 1年以上	<input type="checkbox"/> 実施していない
骨軟部腫瘍(骨転移を除く)	<input type="checkbox"/> 1ヶ月未満	<input type="checkbox"/> 1ヶ月	<input type="checkbox"/> 2-3ヶ月	<input type="checkbox"/> 6ヶ月	<input type="checkbox"/> 1年以上	<input type="checkbox"/> 実施していない
リンパ浮腫	<input type="checkbox"/> 1ヶ月未満	<input type="checkbox"/> 1ヶ月	<input type="checkbox"/> 2-3ヶ月	<input type="checkbox"/> 6ヶ月	<input type="checkbox"/> 1年以上	<input type="checkbox"/> 実施していない
進行がん及び緩和ケア対象者	<input type="checkbox"/> 1ヶ月未満	<input type="checkbox"/> 1ヶ月	<input type="checkbox"/> 2-3ヶ月	<input type="checkbox"/> 6ヶ月	<input type="checkbox"/> 1年以上	<input type="checkbox"/> 実施していない
その他のがん	<input type="checkbox"/> 1ヶ月未満	<input type="checkbox"/> 1ヶ月	<input type="checkbox"/> 2-3ヶ月	<input type="checkbox"/> 6ヶ月	<input type="checkbox"/> 1年以上	<input type="checkbox"/> 実施していない

★5) 「がん」が主病名の対象者への外来リハビリテーションについて、どのような年代の対象者に作業療法を提供していますか。7月の状況で多い順に3位までお教えてください。

	男性	女性
10歳未満	_____位	_____位
10～19歳	_____位	_____位
20～29歳	_____位	_____位
30～39歳	_____位	_____位
40～49歳	_____位	_____位
50～59歳	_____位	_____位
60～69歳	_____位	_____位
70～79歳	_____位	_____位
80歳以上	_____位	_____位

6) 「がん」が主病名の対象者で外来リハビリテーションを実施している方について、リハビリテーションフォローの終了の目安についてお教えてください。(複数回答)

- 主診療科の治療終了
- リハビリテーションの目標達成
- 退院からの期間(例：退院後2ヶ月目の診察など)
- 状態変化による通院終了
- 近況報告程度の内容で継続
- その他(具体的に _____)

5. 全員にお尋ねします

1) がん患者リハビリテーション料にて、外来での診療報酬算定ができないことで対象者に不利益が生じていることはありますか。

- ない
- ある →具体的な状況をご記入下さい。
(_____)

2) 「がん」が主病名の対象者の方について、就労や社会参加(高齢者の社会参加含む)に課題を抱えている方はどの程度いますか。

_____ %

3) がん患者に対する作業療法士の就労支援について、実績集積を予定しています。本件にご協力いただけますか?ご協力いただける場合は施設名をお教えてください。

- 協力できる 施設名 _____
- 協力できない

以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。