

『作業療法白書2020アンケート』

回答について

回答について

本アンケートは、作業療法部門の代表者お一人がご回答ください。

本アンケートには、**2020年10月から2021年9月末**における貴施設の状況をお聞きする設問と、**2021年10月7日** 一日の作業療法臨床実践および作業療法士の業務についてお聞きする設問があります。

* **2021年10月7日** 一日の臨床や業務をお答えいただく設問について、何らかの都合で**10月7日**に通常の作業療法や業務を実施しなかった場合には、前後二日間の通常日一日(以下「指定日」とします)の状況をお答えください。

回答の返信・返送について

本アンケートは、インターネットで回答をいただきます。

回答者にパスワードを設定いただくことによって回答を一時保存し、何度でも加筆・修正ができます。データ集計の効率化のためにも、ご協力いただければ幸いです。

インターネット回答は、(一社)日本作業療法士協会ホームページ(<https://www.jaot.or.jp/>)にご案内を掲載していますので、そちらからアクセスをお願いします。

回答期間

2021年10月14日 12:00 ~ 2021年11月14日 12:00

本アンケートは以下のような構成になっています。

- I 一般項目:施設の種別、所属する作業療法士の数、作業療法士の労働環境、作業療法部門の管理・運営等に関する設問で、**すべての施設が対象**です。
- II 作業療法士の臨床活動に関する設問:貴施設の作業療法士が関与している**領域の設問を選んで**お答えください。

I. 一般項目

問1. 貴施設は、つぎのどれにあたりますか（あてはまるものすべてに✓）

【医療保険】

病院	一般病院	
	特定機能病院	
	地域医療支援病院	
	精神科病院	
	結核病院	
	認知症疾患医療センター	
診療所	有床診療所	
	無床診療所	
精神保健福祉センター		
その他（医療関連）		

【介護保険】

居宅サービス	訪問介護	
	共生型訪問介護	
	訪問入浴介護	
	訪問看護	
	訪問リハビリテーション	
	通所介護	
	共生型通所介護	
	通所リハビリテーション	
	短期入所生活介護	
	共生型短期入所生活介護	
	短期入所療養介護	
	特定施設入居者生活介護	
	居宅介護支援	
	福祉用具貸与・販売	
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
	夜間対応型訪問介護	
	認知症対応型通所介護	
	小規模多機能型居宅介護	
	認知症対応型共同生活介護	
	地域密着型特定施設入居者生活介護	
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
	複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）	
	地域密着型通所介護	
	共生型地域密着型通所介護（療養通所介護含む）	
施設サービス	介護老人福祉施設	
	介護療養型医療施設	
	介護老人保健施設	

施設サービス	介護医療院	
その他	地域包括支援センター	
	在宅介護支援センター	
	サービス付き高齢者向け住宅	
	有料老人ホーム	
	介護予防・日常生活支援総合事業	
	一般介護予防事業	

【障害福祉】

児童福祉法関連施設	児童発達支援事業所	
	医療型児童発達支援	
	放課後等デイサービス	
	保育所等訪問支援	
	助産施設	
	乳児院	
	母子生活支援施設	
	保育所	
	幼保連携型認定こども園	
	児童厚生施設（児童遊園、児童館等）	
	児童養護施設	
	障害児入所施設	
	児童発達支援センター	
	情緒障害児短期治療施設	
	児童自立支援施設	
	児童家庭支援センター	
自立援助ホーム		
学童保育（放課後クラブ）		
障害者総合支援法関連施設	障害福祉サービス事業所	
	障害者支援施設	
	相談支援事業所	
	基幹相談支援センター	
	地域活動支援センター	
	福祉ホーム	
身体障害者福祉法関連施設	身体障害者福祉センター	
精神保健福祉法関連施設	精神障害者社会復帰促進センター	
障害者虐待防止法関連施設	市町村障害者虐待防止センター	
発達障害者支援法関連施設	発達障害者支援センター	
障害者雇用促進法関連施設	障害者就業・生活支援センター	
	障害者職業センター	
厚生労働省設置法	ハローワーク	
青少年の雇用の促進等に関する法律関連施設		
その他（障害児・者関連）		

【行政】

保健所、市町村保健センター
児童相談所
身体障害者更生相談所
知的障害者更生相談所
精神保健福祉センター
都道府県障害者権利擁護センター
その他 行政（高齢サービス課・健康増進課・障害福祉課等）
その他 県市町村（自治体等）からの委託事業

【司法関連（法務省関連施設）】

刑務所、少年院
保護観察所

【作業療法士学校養成施設】

専門学校
短期大学
大学
専門職大学
大学院
開設準備室

【教育、その他】

社会福祉協議会
都道府県リハビリテーション支援センター
地域リハビリテーション広域支援センター
教育委員会
幼稚園
小学校
中学校
義務教育学校
高等学校
中等教育学校
特別支援学校
高等専門学校
大学、大学院（作業療法士養成教育以外）
専修学校（作業療法士養成教育以外）
研究機関
管理部門（病院等）
リハ関連企業
一般企業
その他（上記選択肢に該当がない）

問2	貴施設の所在する都道府県名をお答えください。() 都・道・府・県)
問3	現在、貴施設の作業療法士は何人ですか。 作業療法士の数 常勤 () 人 非常勤 () 人
作業療法士の労働環境に関する設問	
問4	労働時間制についてお答えください。(あてはまるものすべてに○) 1. 固定(例:9時-17時) 2. 早出・遅出による当番制 3. フレックスタイム制 4. その他 ()
問5	貴施設の作業療法士の時間外勤務について前月の平均時間をお答えください。() h)
問6	2020年度の貴施設の作業療法士の平均有給休暇使用日数は何日ですか。() 日)
問7	貴施設の常勤勤務者の給与体系についてお答えください。 1. 月給制 2. 年俸制 3. その他 ()
問8	2020年10月～2021年9月末の期間で入職した4年制養成施設卒業者1年目の給与について、金額でお答えください。(3年制・4年制による区分別のない場合はその金額をお答えください) 基本給 円 手当 円 *資格手当、調整手当、役職手当などのみとし、環境・家族構成等によって左右される手当-住宅手当、家族手当、通勤手当などは含まない。 賞与 円/年 (年2回以上支給されている場合は合計) <input type="checkbox"/> 該当者がいない
問9	昇給制度はありますか。 1. ある(1年に1回) 2. ある(2年に1回) 3. ある(不定期) 4. ない 5. その他 ()
問10	定年制度はありますか。 1. ある(60歳まで) 2. ある(63歳～65歳まで) 3. ある(65歳以上) 4. ない 5. その他 ()
問11	再雇用、再任用の制度はありますか。 1. ある 2. なし 3. その他 ()
問12	施設内に専用のスタッフルームや休憩室はありますか。 1. ある 2. ない
問13	貴施設には作業療法士が利用できる保育施設がありますか。 1. ある 2. ない 3. 保育施設はあるが作業療法士は利用できない 4. その他 ()
問14	2020年10月～2021年9月末の期間中、貴施設で作業療法士の <u>育児休業制度利用実績</u> はありますか。 1. 男女ともある 2. 女性のみある 3. ない 4. その他 ()
問15	2020年10月～2021年9月末の期間中、貴施設で作業療法士の <u>育児による時短勤務実績</u> はありますか。 1. ある 2. ない
問16	2020年10月～2021年9月末の期間中、貴施設で作業療法士の <u>介護休暇制度利用実績</u> はありますか。 1. ある 2. ない
問17	2020年10月～2021年9月末の期間中、貴施設で作業療法士の <u>介護による時短勤務実績</u> はありますか。 1. ある 2. ない
問18	国内の学会や研修への参加は出張として認められていますか。 1. 全て認められている 2. 回数等に制限があるが認められている 3. 認められない
問19	海外の学会や研修への参加は出張として認められていますか。 1. 全て認められている 2. 回数等に制限があるが認められている 3. 認められない
問20	国内外問わず、留学・研修制度がありますか。 1. ある 2. 検討している 3. ない

作業療法部門の管理・運営・リスク管理等に関する設問	
【学生教育（臨床実習）に関する設問】	
問 21	貴施設には臨床経験 5 年以上の作業療法士が何人いますか。 () 人
問 22	貴施設には臨床実習指導者の資格保持している作業療法士が何人いますか。 () 人
問 23	2020 年 10 月～2021 年 9 月末の一年間に O T 学生の実習を引き受けましたか。 1. はい → 問 24 へ 2. いいえ → 問 26 へ
問 24	2020 年 10 月～2021 年 9 月末の一年間に受け入れた実習の養成校数と受け入れ学生の実数をお答えください。 見学実習 養成校数 校 (学生数 人) 評価実習 養成校数 校 (学生数 人) 総合的な実習 養成校数 校 (学生数 人)
問 25	貴施設では実習生を指導する際に MTDLP を活用した実習指導を実施していますか。 1. はい 2. いいえ
【作業療法士（卒後）教育に関する設問】	
問 26	貴施設では作業療法士（卒後）教育を実施していますか。 1. はい → 問 27 へ 2. いいえ → 問 28 へ
問 27	貴施設ではどのような作業療法士（卒後）教育を実施していますか。(あてはまるものすべてに○) 1. 新人研修 2. 技能研修 3. 症例検討会 4. 勉強会 5. その他 ()
問 28	国内外問わず、留学・研修生を受け入れていますか。 1. 受け入れている 2. 検討している 3. 受け入れていない
【部門の管理運営等に関する設問】	
問 29	貴施設では 2020 年 10 月～2021 年 9 月末の一年間に作業療法部門の自己評価もしくは第三者による評価(病院機能評価等)を行いましたか。 1. 自己評価を行った 2. 第三者による評価を行った 3. 1・2の両方を行った 4. 行わなかった
問 30	作業療法実施中の緊急対応マニュアルはありますか。 1. ある→問 31 へ 2. ない→問 32 へ
問 31	貴施設にあるマニュアルを選択してください。(あてはまるものすべてに○) 1. 感染対策マニュアル 2. 医療安全マニュアル 3. 災害対策マニュアル 4. ハラスメント防止マニュアル 5. その他 ()
問 32	貴施設には研究に関する「倫理審査委員会」等の仕組みがありますか。 1. ある 2. ない
問 33	貴施設には、ハラスメントやメンタルヘルス等の相談できる窓口はありますか。 1. ある 2. ない 3. その他 ()
問 34	貴施設には、研究以外の倫理事案（ハラスメント等）の調査や処分決定を行う機能はありますか。 1. ある 2. ない 3. その他 ()
問 35	苦情や患者、家族とのトラブルに関する相談窓口はありますか。 1. ある 2. ない 3. その他 ()

地方自治体等が運営する会議・事業への参画状況に関する設問

問 47 2020年10月～2021年9月末の一年間に、貴施設の作業療法士が主たる業務に加えて参加した地方自治体等の運営する事業等と、その事業に関与する自治体の種別と参画方法について、該当するもの全てお答えください。

*施設として派遣している場合、作業療法士が個別に契約している場合の両方を含む

*コロナ禍において、パンフレットの配布やWeb会議システムを使った参加も含む

分野・領域/ カテゴリー	参画内容	自治体		参画方法			
		都道府県	市区町村	員会等会議への参加	協議会・審議会・委員等への参画	事業の実務への参画	その他
1. 行政計画への参画							
政策全般に関する事	1	総合計画（基本構想・基本計画・実施計画の立案）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	都市計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医療全般に関する事	3	地域保健医療計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
福祉全般に関する事	4	地域福祉計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
教育全般に関する事	5	教育振興基本計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6	介護保険事業計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高齢者福祉に関する事	7	老人保健福祉計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8	次世代育成支援対策推進行動計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
児童福祉に関する事	9	児童育成計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10	障害者福祉計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
障害者福祉に関する事	11	障害児福祉計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12	障害者計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	13	*内容を以下にご記入ください	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 行政事業運営への関与							
くらしに関する事	14	地域づくり（まちづくり）事業に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15	震災・防災事業に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16	NPO・ボランティアに関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子育てに関する事	17	子育て支援事業に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高齢者福祉に関する事	18	都道府県リハビリテーション協議会に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19	都道府県リハビリテーション支援センターに関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

高齢者福祉に関すること	20	地域リハビリテーション広域支援センターに関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21	地域リハビリテーション相談センターに関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22	社会福祉協議会運営等に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域福祉に関すること	23	地域福祉（民生委員・児童委員協議会／生活保護等）に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護保険に関すること	24	地域支援事業（介護予防事業等）に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	25	地域包括支援センター運営に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	26	地域ケア会議に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	27	介護認定審査会に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	28	不服審査会に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	29	介護給付費適正化事業に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30	認知症支援に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
障害者福祉に関すること	31	高次脳機能障害支援コーディネーターに関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	32	地域生活支援事業に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	33	精神保健福祉事業に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	34	障害者自立支援協議会に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	35	障害者支援区分審査会等に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	36	不服審査会に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
保健事業に関すること	37	健康診査（検診）事業に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	38	乳幼児健康診査事業に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	39	母子保健指導に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	40	（特定）保健指導に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	41	訪問指導事業（含む母子）に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	42	健康づくり（健康増進）事業等に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

教育に関すること	43	特別支援（連携）協議会等に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	44	障害者スポーツ振興に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	45	特別支援教育コーディネーターに関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	46	障害児就学指導に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	47	小中高等学校教育支援に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	48	生涯学習に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	49	特別支援学校の教育支援に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
仕事に関すること	50	ものづくり事業（含む起業支援、雇用創出）に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	51	ハローワーク（障害者雇用・就労支援等）に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	52	*内容を以下にご記入ください	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 市民による地域づくり活動（ボランティア・市民活動団体等）への関与

商工会等に関すること	53	商工会等の各種会議・事業に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
青年会等に関すること	54	青年会等の各種会議・事業に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
婦人会等に関すること	55	婦人会等の各種会議・事業に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
老人クラブ等に関すること	56	老人クラブ等の各種会議・事業に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子育てサークル等に関すること	57	子育てサークル等各種会議・事業に関連すること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	58	*団体名や活動内容を以下にご記入ください	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. 作業療法士の臨床活動に関する設問

臨床活動に関する設問は、全て **2021年10月7日一日**の状況をご回答ください。10月7日に何らかの都合で通常の業務を実施しなかった場合は、前後二日間のうちいずれか一日（この日を「指定日」とします）の状況をお答えください。

問 48 以下の各領域別に従事する作業療法士がいる場合は✓をつけ、その領域に関しては該当する問番号の設問にお答えください。

- 医療保険（身体障害・精神障害・発達障害）：問 49～99
 介護保険：問 100～116
 障害福祉：問 117～131
 教育関連（特別支援学校など）：問 132～137
 職業関連：問 138～143
 行政関係：問 144～147
 作業療法士学校養成施設：問 148～158
 その他：問 159

医療保険における作業療法（身体障害・精神障害・発達障害）に関する設問

問 49 貴施設で、医療保険における作業療法に従事する作業療法士の総人数をお答えください。
 （ 人）

医療は、身体障害領域・精神障害領域・発達障害領域の3種類に分かれています。貴施設の関連する領域に応じ、関わっている領域全てについてお答えください。

身体障害領域：問 50～69 精神障害領域：問 70～86 発達障害領域：問 87～99

【身体障害領域に関する設問】

2021年10月7日または指定日の臨床活動についてお答えください。

10月7日でない場合 指定日：2021年 月 日

問 50 10月7日または指定日に身体障害領域の作業療法に従事した作業療法士の人数をお答えください。
 （ 人）

問 51 10月7日または指定日に身体障害領域の作業療法を実施した対象者の人数をお答えください。
 （ 人）

問 52 10月7日または指定日に身体障害領域の作業療法を実施した対象者の人数を下記の年齢区分ごとにお答えください。

15歳以下（ 人） 16歳～64歳（ 人） 65～74歳（ 人）
 75歳以上（ 人）

問 53 問50～52で回答した10月7日または指定日の作業療法対象者の入院・外来および病期による内訳をお答えください。

なお、病期は以下のように定義します。

急性期：発症（再発・再燃含む）後、あるいは手術後、心身機能が安定しておらず医療による集中的な治療が中心となる時期

回復期：心身機能が安定し、障害の改善が期待できる時期

生活期（維持期）：疾病の症状や障害が一定レベルにほぼ固定した時期。緩徐進行疾患等の維持的ケアの時期も含む

終末期：治療による回復が期待できず本人・家族・医療関係者等が死を予測し対応を考えている時期

急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	

問 54 10月7日または指定日に 作業療法を実施した対象者の疾患や障害 を、入院・外来別および病期別に 最多10項目（順不同） まで《資料1》より選び、項目の番号をお答えください。					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
問 55 10月7日または指定日に実施した 作業療法対象者の指示内容 を、 最多10項目（順不同） まで《資料2》より選び、項目の番号をお答えください。					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
問 56 10月7日または指定日に実施した 作業療法対象者の長期目標 を、 最多10項目（順不同） まで《資料2》より選び、項目の番号をお答えください。					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
問 57 10月7日または指定日に実施した 作業療法対象者の短期目標 を、 最多10項目（順不同） まで《資料2》より選び、項目の番号をお答えください。					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
問 58 10月7日または指定日に 実施した評価項目 を、 最多10項目（順不同） まで《資料3》より選び、項目の番号をお答えください。					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	

問 59 上記評価項目から、リハビリテーションチームの中で作業療法士がこの**身体障害領域において特に実施すべき評価**は何であると考えますか。**3項目（順不同）**挙げてお答えください。

急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	

問 60 10月7日または指定日に**実施した作業療法の種目**を、**最多10項目（順不同）**まで《資料4》より選び、項目の番号をお答えください。

急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	

問 61 上記種目から、リハビリテーションチームの中で作業療法士が**特に実施すべき作業療法種目**は何であると考えますか。**5項目（順不同）**挙げてお答えください。

急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	

問 62 10月7日または指定日の作業療法対象者に関して**請求する項目およびその件数**を以下の表にお答えください。

診療報酬項目	件数	診療報酬項目	件数
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）		運動量増加機器加算	
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）		入院時訪問指導加算	
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）		リハビリテーション計画提供料	
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）		目標設定等支援・管理料	
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）		摂食機能療法	
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）		難病患者リハビリテーション料	
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）		障害児（者）リハビリテーション料	
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）		がん患者リハビリテーション料	
運動器リハビリテーション料（Ⅰ）		認知症患者リハビリテーション料	
運動器リハビリテーション料（Ⅱ）		リンパ浮腫複合的治療料	
運動器リハビリテーション料（Ⅲ）		ADL維持向上等体制加算の施設基準	
呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）		精神科リエゾンチーム加算	
呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）		栄養サポートチーム加算	
リハビリテーション総合計画評価料		認知症ケア加算	

診療報酬項目	件数
早期離床・リハビリテーション加算	
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	
回復期リハビリテーション病棟入院料	
地域包括ケア病棟入院料入院（医療管理料含む）	
精神療養病棟入院料	
認知症治療病棟入院料	
地域移行機能強化病棟入院料	
入院対象者入院医学管理料（医療観察法）	
リンパ浮腫指導管理料	
退院時共同指導料	
介護支援等連携指導料	
介護保険リハビリテーション移行支援料	
退院時リハビリテーション指導料	
退院前訪問指導料	
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	
精神科継続外来支援・指導料	
救急患者精神科継続支援料	
依存症集団療法	
精神科作業療法料	
入院生活技能訓練療法	
精神科ショート・ケア料	
疾患別等専門プログラム加算	
精神科デイ・ケア料	
精神科ナイト・ケア料	
精神科デイ・ナイト・ケア料	
精神科退院指導料	
精神科退院前訪問指導料	

診療報酬項目	件数
精神科訪問看護・指導料	
重度認知症患者デイ・ケア料	
精神科在宅患者支援管理料	
精神科訪問看護基本療養費	
複数名精神科訪問看護加算	
訪問看護管理療養費	
訪問看護基本療養費	
外来リハビリテーション診療料1または2	
初期加算	
早期リハビリテーション加算	
回復期リハビリテーション病棟体制強化加算（1・2）	
介護支援連携指導料	
在宅復帰機能強化加算	
訪問看護基本療養費Ⅰ	
精神科訪問看護基本療養費Ⅰ	
退院時共同指導加算	
退院支援指導加算	
難病等複数回訪問加算	
乳幼児加算	
情報提供費	
夜間訪問看護加算	
早朝訪問看護加算	
同一建物居住者に対する複数回・複数名訪問看護加算	
排尿自立支援加算	
精密知覚機能検査	

問 63	貴施設での特定集中治療室（ICU）はありますか。 1. ある→問 64 へ 2. なし→問 65 へ 3. わからない→問 65 へ
問 64	早期離床・リハビリテーション加算の算定はされていますか。 1. 算定している 2. 算定していない 3. わからない
問 65	貴施設では、リハビリテーション総合実施計画書を使用していますか。 1. 使用している→問 66 へ 2. 使用していない→問 67 へ 3. リハビリテーション実施計画書のみ使用→問 67 へ
問 66	「様式 21 の 6 リハビリテーション実施計画」に生活行為向上アセスメントを組み合わせて記載する様式を使用していますか。 1. 上記の様式を使用 2. 上記以外の様式を使用 3. わからない
問 67	貴施設での認知症ケア加算の施設基準の届け出をしていますか。 1. している→問 68 へ 2. していない→問 69 へ 3. わからない→問 69 へ

問 68	作業療法士は加算のためのチームに参加していますか。 1. 参加している 2. 参加していない
問 69	認知症患者リハビリテーション料の算定をしていますか。 1. 算定している 2. 算定していない 3. わからない

医療保険における作業療法『身体障害領域』に関する質問は以上です。

【精神障害領域に関する設問】					
2021年10月7日または指定日の臨床活動についてお答えください。 10月7日でない場合 指定日：2021年 月 日					
問 70	10月7日または指定日に精神障害領域の作業療法に従事した 作業療法士の人数 をお答えください。 (人)				
問 71	10月7日または指定日に精神障害領域の作業療法を実施した 対象者の人数 をお答えください。 (人)				
問 72	10月7日または指定日に精神障害領域の作業療法を実施した 対象者の人数を下記の年齢区分ごと にお答えください。 15歳以下 (人) 16歳～64歳 (人) 65～74歳 (人) 75歳以上 (人)				
問 73	問70～72で回答した10月7日または指定日の作業療法対象者の 入院・外来別および病期による内訳 をお答えください。 なお、病期は以下のように定義します。 急性期 ：発症（再発・再燃含む）後、あるいは手術後、心身機能が安定しておらず医療による集中的な治療が中心となる時期 回復期 ：心身機能が安定し、障害の改善が期待できる時期 生活期（維持期） ：疾病の症状や障害が一定レベルにほぼ固定した時期。緩徐進行疾患等の維持的ケアの時期も含む 終末期 ：治療による回復が期待できず本人・家族・医療関係者等が死を予測し対応を考えている時期				
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
問 74	10月7日または指定日に 作業療法を実施した対象者の疾患や障害 を、入院・外来別および病期別に 最多10項目（順不同） まで《資料1》より選び、項目の番号をお答えください。				
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	

問 75 10月7日または指定日に実施した 作業療法対象者の指示内容 を、 最多10項目（順不同） まで《資料2》より選び、項目の番号をお答えください。					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
問 76 10月7日または指定日に実施した 作業療法対象者の長期目標 を、 最多10項目（順不同） まで《資料2》より選び、項目の番号をお答えください。					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
問 77 10月7日または指定日に実施した 作業療法対象者の短期目標 を、 最多10項目（順不同） まで《資料2》より選び、項目の番号をお答えください。					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
問 78 10月7日または指定日に 実施した評価項目 を、 最多10項目（順不同） まで《資料3》より選び、項目の番号をお答えください。					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
問 79 上記評価項目から、リハビリテーションチームの中で作業療法士がこの 精神障害領域において特に実施すべき評価 は何であると考えますか。 3項目（順不同） 挙げてお答えください。					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	

問 80 10月7日または指定日に実施した作業療法の種目を、最多10項目（順不同）まで《資料4》より選び、項目の番号をお答えください。

急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	

問 81 上記種目から、リハビリテーションチームの中で作業療法士が特に実施すべき作業療法種目は何であると考えますか。5項目（順不同）挙げてお答えください。

急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	

問 82 10月7日または指定日の作業療法対象者に関して請求する項目およびその件数を以下の表にお答えください。

診療報酬項目	件数	診療報酬項目	件数
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）		認知症患者リハビリテーション料	
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）		リンパ浮腫複合的治療料	
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）		ADL維持向上等体制加算の施設基準	
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）		精神科リエゾンチーム加算	
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）		栄養サポートチーム加算	
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）		認知症ケア加算	
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）		早期離床・リハビリテーション加算	
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）		脳卒中ケアユニット入院医療管理料	
運動器リハビリテーション料（Ⅰ）		回復期リハビリテーション病棟入院料	
運動器リハビリテーション料（Ⅱ）		地域包括ケア病棟入院料入院（医療管理料含む）	
運動器リハビリテーション料（Ⅲ）		精神療養病棟入院料	
呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）		認知症治療病棟入院料	
呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）		地域移行機能強化病棟入院料	
リハビリテーション総合計画評価料		入院対象者入院医学管理料（医療観察法）	
運動量増加機器加算		リンパ浮腫指導管理料	
入院時訪問指導加算		退院時共同指導料	
リハビリテーション計画提供料		介護支援等連携指導料	
目標設定等支援・管理料		介護保険リハビリテーション移行支援料	
摂食機能療法		退院時リハビリテーション指導料	
難病患者リハビリテーション料		退院前訪問指導料	
障害児（者）リハビリテーション料		在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	
がん患者リハビリテーション料		精神科継続外来支援・指導料	

診療報酬項目	件数	診療報酬項目	件数
救急患者精神科継続支援料		初期加算	
依存症集団療法		早期リハビリテーション加算	
精神科作業療法料		回復期リハビリテーション病棟体制強化加算 (1・2)	
入院生活技能訓練療法		介護支援連携指導料	
精神科ショート・ケア料		在宅復帰機能強化加算	
疾患別等専門プログラム加算		訪問看護基本療養費Ⅰ	
精神科デイ・ケア料		精神科訪問看護基本療養費Ⅰ	
精神科ナイト・ケア料		退院時共同指導加算	
精神科デイ・ナイト・ケア料		退院支援指導加算	
精神科退院指導料		難病等複数回訪問加算	
精神科退院前訪問指導料		乳幼児加算	
精神科訪問看護・指導料		情報提供費	
重度認知症患者デイ・ケア料		夜間訪問看護加算	
精神科在宅患者支援管理料		早朝訪問看護加算	
精神科訪問看護基本療養費		同一建物居住者に対する複数回・複数名訪問看護加算	
複数名精神科訪問看護加算		排尿自立支援加算	
訪問看護管理療養費		精密知覚機能検査	
訪問看護基本療養費			
外来リハビリテーション診療料1または2			

問 83	貴施設の人員配置についてお答えください。 精神科作業療法に登録している作業療法士 () 名 内、兼務 () 名 精神科デイ・ケアに登録している作業療法士 () 名 内、兼務 () 名
問 84	貴施設での認知症ケア加算の施設基準の届け出をしていますか。 1. している→問 85 へ 2. していない→問 86 へ 3. わからない→問 86 へ
問 85	作業療法士は加算のためのチームに参加していますか。 1. 参加している 2. 参加していない
問 86	認知症患者リハビリテーション料の算定をしていますか。 1. 算定している 2. 算定していない 3. わからない

医療保険における作業療法『精神障害領域』に関する質問は以上です。

【発達障害領域に関する設問】	
2021年10月7日または指定日の臨床活動についてお答えください。 10月7日でない場合 指定日：2021年 月 日	
問 87	10月7日または指定日に発達障害領域の作業療法に従事した 作業療法士の人数 をお答えください。 *このアンケートで「発達障害」とは、「発達障害者支援法」対象者に限定するものではなく、肢体不自由、知的障害の両方を含むものとする。 () 人
問 88	10月7日または指定日に発達障害領域の作業療法を実施した 対象者の人数 をお答えください。 () 人
問 89	10月7日または指定日に発達障害領域の作業療法を実施した 対象者の人数を下記の年齢区分ごと にお答えください。 1歳未満 () 人 1歳～6歳(就学前) () 人 6歳(就学後)～15歳 () 人 15歳～18歳 () 人 18歳以上 () 人

<p>問 90 問 87～89 で回答した 10 月 7 日または指定日の作業療法対象者の入院・外来別および病期による内訳をお答えください。</p> <p>なお、病期は以下のように定義します。</p> <p>急性期：発症（再発・再燃含む）後、あるいは手術後、心身機能が安定しておらず医療による集中的な治療が中心となる時期</p> <p>回復期：心身機能が安定し、障害の改善が期待できる時期</p> <p>生活期（維持期）：疾病の症状や障害が一定レベルにほぼ固定した時期。緩徐進行疾患等の維持的ケアの時期も含む</p> <p>終末期：治療による回復が期待できず本人・家族・医療関係者等が死を予測し対応を考えている時期</p>					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
<p>問 91 10 月 7 日または指定日に作業療法を実施した対象者の疾患や障害を、入院・外来別および病期別に最多 10 項目（順不同）まで《資料 1》より選び、項目の番号をお答えください。</p>					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
<p>問 92 10 月 7 日または指定日に実施した作業療法対象者の指示内容を、最多 10 項目（順不同）まで《資料 2》より選び、項目の番号をお答えください。</p>					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
<p>問 93 10 月 7 日または指定日に実施した作業療法対象者の長期目標を、最多 10 項目（順不同）まで《資料 2》より選び、項目の番号をお答えください。</p>					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	

問 94 10月7日または指定日に実施した 作業療法対象者の短期目標 を、 最多10項目（順不同） まで《資料2》より選び、項目の番号お答えください。					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
問 95 10月7日または指定日に 実施した評価項目 を、 最多10項目（順不同） まで《資料3》より選び、項目の番号をお答えください。					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
問 96 上記評価項目から、リハビリテーションチームの中で作業療法士がこの 発達障害領域において特に実施すべき評価 は何であると考えますか。 3項目（順不同） 挙げてお答えください。					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
問 97 10月7日または指定日に 実施した作業療法の種目 を、 最多10項目（順不同） まで《資料4》より選び、項目の番号をお答えください。					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
問 98 上記種目から、リハビリテーションチームの中で作業療法士が 特に実施すべき作業療法種目 は何であると考えますか。 5項目（順不同） 挙げてお答えください。					
急性期	入院		回復期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	
生活期	入院		終末期	入院	
	外来			外来	
	訪問			訪問	

問 99 10月7日または指定日の作業療法対象者に関して請求する項目およびその件数を以下の表にお答えください。

診療報酬項目	件数	診療報酬項目	件数
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）		介護支援等連携指導料	
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）		介護保険リハビリテーション移行支援料	
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）		退院時リハビリテーション指導料	
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）		退院前訪問指導料	
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）		在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）		精神科継続外来支援・指導料	
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）		救急患者精神科継続支援料	
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）		依存症集団療法	
運動器リハビリテーション料（Ⅰ）		精神科作業療法料	
運動器リハビリテーション料（Ⅱ）		入院生活技能訓練療法	
運動器リハビリテーション料（Ⅲ）		精神科ショート・ケア料	
呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）		疾患別等専門プログラム加算	
呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）		精神科デイ・ケア料	
リハビリテーション総合計画評価料		精神科ナイト・ケア料	
運動量増加機器加算		精神科デイ・ナイト・ケア料	
入院時訪問指導加算		精神科退院指導料	
リハビリテーション計画提供料		精神科退院前訪問指導料	
目標設定等支援・管理料		精神科訪問看護・指導料	
摂食機能療法		重度認知症患者デイ・ケア料	
難病患者リハビリテーション料		精神科在宅患者支援管理料	
障害児（者）リハビリテーション料		精神科訪問看護基本療養費	
がん患者リハビリテーション料		複数名精神科訪問看護加算	
認知症患者リハビリテーション料		訪問看護管理療養費	
リンパ浮腫複合的治療料		訪問看護基本療養費	
ADL維持向上等体制加算の施設基準		外来リハビリテーション診療料1または2	
精神科リエゾンチーム加算		初期加算	
栄養サポートチーム加算		早期リハビリテーション加算	
認知症ケア加算		回復期リハビリテーション病棟体制強化加算（1・2）	
早期離床・リハビリテーション加算		介護支援連携指導料	
脳卒中ケアユニット入院医療管理料		在宅復帰機能強化加算	
回復期リハビリテーション病棟入院料		訪問看護基本療養費Ⅰ	
地域包括ケア病棟入院料（医療管理料含む）		精神科訪問看護基本療養費Ⅰ	
精神療養病棟入院料		退院時共同指導加算	
認知症治療病棟入院料		退院支援指導加算	
地域移行機能強化病棟入院料		難病等複数回訪問加算	
入院対象者入院医学管理料（医療観察法）		乳幼児加算	
リンパ浮腫指導管理料		情報提供費	
退院時共同指導料			

診療報酬項目	件数
夜間訪問看護加算	
早朝訪問看護加算	
同一建物居住者に対する複数回・複数名訪問看護加算	

診療報酬項目	件数
排尿自立支援加算	
精密知覚機能検査	

医療保険における作業療法『発達障害領域』に関する質問は以上です。

介護保険関連（老年期障害）における作業療法に関する設問					
2021年10月7日または指定日の臨床活動についてお答えください。 10月7日でない場合 指定日：2021年 月 日					
問100	介護保険サービスに従事する作業療法士の総人数をお答えください。 (人)				
問101	10月7日または指定日に介護保険サービスにかかわった <u>作業療法士の人数</u> をお答えください。 (人)				
問102	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった <u>対象者の人数</u> をお答えください。 (人)				
問103	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった <u>対象者の人数を下記の年齢区分ごと</u> にお答えください。 40歳～64歳 (人) 65歳～74歳 (人) 75歳以上 (人)				
以下の問は10月7日または指定日に作業療法士がかかわったサービスごとにお答えください。サービスの種別は入所・入居、通所系、訪問系、その他です。					
問104	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者の人数を <u>サービス別、および個別あり・集団のみ</u> に分けてお答えください。				
入所・入居	個別あり		通所系	個別あり	
	集団のみ			集団のみ	
訪問系			その他	個別あり	
				集団のみ	
問105	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった <u>対象者の疾患や障害をサービス別および個別あり・集団のみ</u> に分けて <u>最多10項目（順不同）</u> まで《資料1》より選びお答えください。				
入所・入居	個別あり		通所系	個別あり	
	集団のみ			集団のみ	
訪問系			その他	個別あり	
				集団のみ	
問106	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者の <u>依頼内容をサービス別、および個別あり・集団のみ</u> に分けて <u>最多10項目（順不同）</u> まで《資料2》より選びお答えください。				
入所・入居	個別あり		通所系	個別あり	
	集団のみ			集団のみ	
訪問系			その他	個別あり	
				集団のみ	

問107 10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者のリハビリテーション実施計画の 長期目標をサービス別、および個別あり・集団のみ に分けて 最多10項目（順不同） まで《資料2》より選びお答えください。					
入所・入居	個別あり		通所系	個別あり	
	集団のみ			集団のみ	
訪問系			その他	個別あり	
				集団のみ	
問108 10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者のリハビリテーション実施計画の 短期目標をサービス別、および個別あり・集団のみ に分けて 最多10項目（順不同） まで《資料2》より選びお答えください。					
入所・入居	個別あり		通所系	個別あり	
	集団のみ			集団のみ	
訪問系			その他	個別あり	
				集団のみ	
問109 10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者に対し、その日に作業療法士が実施した 評価項目をサービス別、および個別あり・集団のみ に分けて 最多10項目（順不同） まで《資料3》より選びお答えください。					
入所・入居	個別あり		通所系	個別あり	
	集団のみ			集団のみ	
訪問系			その他	個別あり	
				集団のみ	
問110 上記評価項目から、貴施設のリハビリテーションチームの中で作業療法士が 特に実施すべき評価 は何であると考えますか。 サービス別、および個別あり・集団のみ に分けて 3項目（順不同） 挙げてお答えください。					
入所・入居	個別あり		通所系	個別あり	
	集団のみ			集団のみ	
訪問系			その他	個別あり	
				集団のみ	
問111 10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者に対し、作業療法士が実施した 種目をサービス別、および個別あり・集団のみ に分けて 最多10項目（順不同） まで《資料4》より選びお答えください。					
入所・入居	個別あり		通所系	個別あり	
	集団のみ			集団のみ	
訪問系			その他	個別あり	
				集団のみ	
問112 上記種目のうち、貴施設のリハビリテーションチームの中で作業療法士が 特に実施すべき作業療法種目 は何であると考えますか。 サービス別、および個別あり・集団のみ に分けて 5項目（順不同） 挙げてお答えください。					
入所・入居	個別あり		通所系	個別あり	
	集団のみ			集団のみ	
訪問系			その他	個別あり	
				集団のみ	

問113 10月7日または指定日に作業療法を実施した（作業療法士がかかわった）対象者に関して請求する項目、およびその件数をお答えください。

介護報酬項目	件数	
指定訪問リハビリテーション	【介護給付】	
	訪問リハビリ1（を含む項目全般）	
	訪問リハサービス提供体制加算Ⅰ	
	訪問リハサービス提供体制加算Ⅱ	
	訪問リハマネジメント加算Aイ	
	訪問リハマネジメント加算Aロ	
	訪問リハマネジメント加算Bイ	
	訪問リハマネジメント加算Bロ	
	訪問リハビリ2（を含む項目全般）	
	訪問リハ短期集中リハ加算	
	訪問リハマネジメント加算Ⅱ	
	訪問リハ移行支援加算	
	【介護予防・日常生活支援総合事業】	
	予防訪問リハサービス提供体制加算	
	予防訪問リハ2（を含む項目全般）	
	予防訪問リハ短期集中リハ加算	
	事業所評価加算	
	指定訪問看護ステーション	【介護給付】
		訪看Ⅰ5（を含む項目全般）
		訪看Ⅰ5・2（を含む項目全般）
訪問看護サービス提供体制加算（1・2）		
【介護予防・日常生活支援総合事業】		
予訪看Ⅰ5（を含む項目全般）		
予訪看Ⅰ5・2（を含む項目全般）		
予防訪問看護サービス提供体制加算		
指定通所介護	【介護給付】	
	中重度者ケア体制加算	
	生活機能向上連携加算Ⅰ	
	生活機能向上連携加算Ⅱ	
	個別機能訓練加算Ⅰ（イ）	
	個別機能訓練加算Ⅰ（ロ）	
	個別機能訓練加算Ⅱ	
	ADL維持等加算Ⅰ	
	ADL維持等加算Ⅱ	
	ADL維持等加算Ⅲ	
	認知症加算	
	若年性認知症利用者受入加算	
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	

	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	
	栄養改善加算	
	栄養アセスメント加算	
	口腔機能向上加算Ⅰ	
	口腔機能向上加算Ⅱ	
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	
	科学的介護推進体制加算	
	入浴介助加算Ⅰ	
	入浴介助加算Ⅱ	
	感染症または災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応	
	【介護予防・日常生活支援総合事業】	
	若年性認知症利用者受入加算	
	生活機能向上グループ活動加算	
	栄養スクリーニング加算	
	運動器機能向上加算	
	栄養改善加算	
	口腔機能向上加算	
	選択的サービス複数実施加算Ⅰ	
	選択的サービス複数実施加算Ⅱ	
	事業所評価加算	
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	
	生活機能向上連携加算Ⅰ	
	生活機能向上連携加算Ⅱ	
	栄養アセスメント加算	
	科学的介護推進体制加算	
	事業所評価加算	
認知症対応型通所介護	【介護給付】	
	入浴介助加算Ⅰ	
	入浴介助加算Ⅱ	
	生活機能向上連携加算Ⅰ	
	生活機能向上連携加算Ⅱ 1	
	生活機能向上連携加算Ⅱ 2	
	個別機能訓練加算Ⅰ	
	個別機能訓練加算Ⅱ	
	ADL 維持等加算Ⅰ	
	ADL 維持等加算Ⅱ	

	若年性認知症受入加算	
	栄養アセスメント加算	
	栄養改善加算	
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	
	口腔機能向上加算Ⅰ	
	口腔機能向上加算Ⅱ	
	科学的介護推進体制加算	
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	
	【介護予防・日常生活支援総合事業】	
	入浴介助加算Ⅰ	
	入浴介助加算Ⅱ	
	生活機能向上連携加算Ⅰ	
	生活機能向上連携加算Ⅱ 1	
	生活機能向上連携加算Ⅱ 2	
	個別機能訓練加算Ⅰ	
	個別機能訓練加算Ⅱ	
	ADL 維持等加算Ⅰ	
	ADL 維持等加算Ⅱ	
	若年性認知症受入加算	
	栄養アセスメント加算	
	栄養改善加算	
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	
	口腔機能向上加算Ⅰ	
	口腔機能向上加算Ⅱ	
	科学的介護推進体制加算	
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	
指定通所リハビリテーション	【介護給付】	
	リハビリテーション提供体制加算	
	リハビリテーションマネジメント加算 A	
	リハビリテーションマネジメント加算 B	
	短期集中個別リハビリテーション実施加算	
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ、Ⅱ	
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	
	若年性認知症利用者受入加算	
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	

	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	
	栄養改善体制	
	口腔機能向上加算Ⅰ	
	口腔機能向上加算Ⅱ	
	中重度者ケア体制加算	
	移行支援加算	
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	
	入浴介助加算Ⅰ	
	入浴介助加算Ⅱ	
	栄養アセスメント加算	
	科学的介護推進体制加算	
	【介護予防・日常生活支援総合事業】	
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	
	若年性認知症利用者受入加算	
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	
	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	
	運動器機能向上体制	
	栄養改善体制	
	口腔機能向上体制	
	選択的サービス複数実施加算	
	事業所評価加算	
	サービス提供体制強化加算Ⅰイ、Ⅰロ、Ⅱ	
	栄養アセスメント加算	
	科学的介護推進体制加算	
	事業所評価加算	
指定短期入所療養介護（老人保健施設）	【介護給付】	
	認知症専門ケア加算Ⅰ	
	認知症専門ケア加算Ⅱ	
	サービス提供体制強化加算（イ・ロ）	
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	
	【介護予防・日常生活支援総合事業】	
	予認知症専門ケア加算Ⅰ	
	予認知症専門ケア加算Ⅱ	
	予サービス提供体制強化加算（イ・ロ）	
	予サービス提供体制強化加算Ⅱ	
予サービス提供体制強化加算Ⅲ		
指定短期入所療養介護（病院・診療所・介護医療院）	【介護給付】	
	認知症専門ケア加算Ⅰ	

	認知症専門ケア加算Ⅱ	
	サービス提供体制強化加算（イ・ロ）	
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	
	【介護予防・日常生活支援総合事業】	
	予認知症専門ケア加算Ⅰ	
	予認知症専門ケア加算Ⅱ	
	予サービス提供体制強化加算（イ・ロ）	
	予サービス提供体制強化加算Ⅱ	
	予サービス提供体制強化加算Ⅲ	
指定短期入所生活介護	【介護給付】	
	併設短期生活ⅠもしくはⅡ（を含む項目全般）	
	併設Ⅱ短期生活もしくは経過の併設Ⅱ短期生活（を含む項目全般）	
	単独短期生活ⅠもしくはⅡ（を含む項目全般）	
	単独Ⅱ短期生活もしくは経過の単独Ⅱ短期生活ⅠもしくはⅡ（を含む項目全般）	
	機能訓練体制加算	
	個別機能訓練加算	
	生活機能向上連携加算Ⅰ	
	生活機能向上連携加算Ⅱ	
	科学的介護推進体制加算	
	【介護予防・日常生活支援総合事業】	
	予併設短期生活ⅠもしくはⅡ（を含む項目全般）	
	予併設Ⅱ短期生活もしくは予経過の併設Ⅱ短期生活（を含む項目全般）	
	予単独短期生活ⅠもしくはⅡ（を含む項目全般）	
	予単独Ⅱ短期生活もしくは予経過の単独Ⅱ短期生活ⅠもしくはⅡ（を含む項目全般）	
指定介護老人保健施設	保健施設短期集中リハ加算	
	保健施設サービス提供体制加算Ⅰ（1・2）	
	施設ⅠもしくはⅡ型施設Ⅰ（を含む項目全般）	
	保健施設認知症短期集中リハ加算	
	保健施設認知症ケア加算	
	保健施設在宅復帰・在宅療養支援加算	
	保健施設サービス提供体制加算Ⅱ	
	保健施設退所時指導加算	
	入退所前連携加算Ⅰ	
	入退所前連携加算Ⅱ	
	保健施設サービス提供体制加算Ⅲ	
	施設ⅡもしくはⅢ型施設Ⅱ（を含む項目全般）	
	保健施設退所前訪問指導加算1	
	施設ⅢもしくはⅣ型施設Ⅲ（を含む項目全般）	

	保健施設入所前後訪問指導加算Ⅱ（1・2）	
	保健施設入所前後訪問指導加算Ⅰ（1・2）	
	保健施設地域連携診療計画情報提供加算	
	科学的介護推進体制加算	
	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	
	自立支援促進加算	
指定老人福祉施設	福祉施設ⅠもしくはⅡ（を含む項目全般）	
	ユ福祉施設もしくは経過的ユ型福祉施設ⅠもしくはⅡ（を含む項目全般）	
	経過的ユ型小福祉施設ⅠもしくはⅡ（を含む項目全般）	
	小福祉施設ⅠもしくはⅡ（を含む項目全般）	
	個別機能訓練加算Ⅰ	
	個別機能訓練加算Ⅱ	
	生活機能向上連携加算Ⅰ	
	生活機能向上連携加算Ⅱ	
	ADL維持等加算Ⅰ・Ⅱ	
	科学的介護推進体制加算	
	自立支援促進加算	
問114	貴施設が実施している <u>介護予防・日常生活支援総合事業</u> （10月7日または指定日に実施しているかどうかに関わらず）の該当項目をお答えください。（あてはまるものすべてに○） 1. 介護予防事業（介護予防・日常生活支援総合事業含む） 2. 新しい総合事業（介護予防・生活支援サービス事業・一般介護予防事業） 3. 包括的支援事業 4. 任意事業	
問115	貴施設に所属している作業療法士が、上記の介護予防・生活支援サービス事業に関与していますか。（あてはまるものすべてに○） 1. 通所：A型 2. 通所：C型 3. 訪問：現行相当 4. 訪問：A型 5. 訪問：C型 6. 訪問：D型 7. 関与していない	
問116	LIFE（VISIT・CHASE）による科学的介護の導入状況についてお答えください。 1. 導入している 2. 導入予定である 3. 導入予定はない 4. わからない	

介護保険関連（老年期障害）における作業療法に関する質問は以上です。

障害福祉における作業療法に関する設問			
2021年10月7日または指定日の臨床活動についてお答えください。 10月7日でない場合 指定日：2021年 月 日			
問117	障害福祉サービスに従事する作業療法士の総人数をお答えください。 (人)		
問118	10月7日または指定日に障害福祉領域に従事した <u>作業療法士の人数</u> をお答えください。 (人)		
問119	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった <u>対象者の人数</u> をお答えください。 (人)		
問120	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった <u>対象者の人数を下記の年齢区分ごと</u> にお答えください。 6歳以下(就学前) (人) 6歳(就学後)～18歳未満 (人) 18歳～39歳 (人) 40歳～64歳 (人) 65歳以上 (人)		
問121	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者が障害福祉サービスを利用する根拠として <u>取得している手帳等について種別ごと</u> にお答えください。 *一利用者に対して主なもの一項目として集計ください。 身体障害者手帳 (人) 精神障害者保健福祉手帳 (人) 療育手帳 (人) 特定疾患医療受給者証 (人) 自立支援医療受給者証(精神) (人) 年金等受給証明証 (人) 知的障害者更生相談所意見書 (人) 医師診断書 (人) その他 (人)		
問122	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった <u>対象者のサービス利用のきっかけ</u> をお答えください。 本人の希望 (人) 家族の希望 (人) 医療機関からの紹介 (人) 家族会からの紹介 (人) 他施設からの紹介や移行 (人) 相談事業所からの紹介 (人) 市町村担当部署からの紹介 (人) その他 (人)		
以下の問は10月7日または指定日に作業療法士がかかわったサービスごとにお答えください。サービスの種別は入所・入居、通所系、訪問系、その他です。			
問123	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった <u>対象者の人数を、サービス別に表に記入</u> してください。		
入所・入居		通所系	
訪問系		その他	
問124	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった <u>対象者の疾患や障害をサービス別に最多10項目(順不同)まで《資料1》より選びお答え</u> ください。		
入所・入居		通所系	
訪問系		その他	
問125	10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者の <u>リハビリテーション実施計画、または個別支援計画の長期目標を最多10項目(順不同)まで《資料2》より選びお答え</u> ください。		
入所・入居		通所系	
訪問系		その他	

問126 10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者に対し、その日に作業療法士が 実施した評価項目を最多10項目（順不同） まで《資料3》より選びお答えください。			
入所・入居		通所系	
訪問系		その他	
問127 上記評価項目のうち、貴施設の作業療法士が 特に実施すべき評価 は何であると考えますか。 3項目挙げて お答えください。			
入所・入居		通所系	
訪問系		その他	
問128 10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者に対し、 作業療法士が実施した種目を最多10項目（順不同） まで《資料4》より選びお答えください。			
入所・入居		通所系	
訪問系		その他	
問129 上記種目のうち、貴施設の作業療法士が特に 実施すべき作業療法種目 は何であると考えますか。 5項目（順不同） 挙げてお答えください。			
入所・入居		通所系	
訪問系		その他	
問130 10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者に関して 請求する項目およびその件数 をお答えください。請求しない場合は0でお答えください。			

障害福祉サービス費等 請求項目	件数	障害福祉サービス費等 請求項目	件数
居宅介護サービス費		就労継続支援 B 型サービス費	
重度訪問介護サービス費		共同生活援助サービス費	
同行援護サービス費		計画相談支援給付費	
行動援護サービス費		障害児相談支援給付費	
療養介護サービス費		地域相談支援給付費（地域移行支援）	
生活介護サービス費		地域相談支援給付費（地域定着支援）	
経過的生活介護サービス費		福祉型障害児入所施設給付費	
短期入所サービス費		医療型障害児入所施設給付費	
重度障害者等包括支援サービス費		児童発達支援給付費	
機能訓練サービス費		医療型児童発達支援給付費	
施設入所支援サービス費		放課後等デイサービス給付費	
経過的施設入所支援サービス費		児童指導員等加配加算	
生活訓練サービス費		専門的支援加算	
宿泊型自立訓練サービス費		居宅訪問型児童発達支援給付費	
就労移行支援サービス費		保育所等訪問支援給付費	
就労移行支援（養成）サービス費		訪問支援員特別加算	
就労継続支援 A 型サービス費			

問131 貴施設で実施している、市町村あるいは都道府県生活支援事業（10月7日または指定日に実施しているかどうかに関わらず）についてお答えください。（あてはまるものすべてに✓）
--

地域生活支援事業（市町村必須事業）	
理解促進研修・啓発事業	<input type="checkbox"/>
自発的活動支援事業	<input type="checkbox"/>
相談支援事業（1）基幹相談支援センター等機能強化事業	<input type="checkbox"/>

相談支援事業(2) 住宅入居等支援事業(居住サポート事業)	<input type="checkbox"/>
成年後見制度利用支援事業	<input type="checkbox"/>
成年後見制度法人後見支援事業	<input type="checkbox"/>
意思疎通支援事業	<input type="checkbox"/>
日常生活用具給付等事業	<input type="checkbox"/>
手話奉仕員養成研修事業	<input type="checkbox"/>
移動支援事業	<input type="checkbox"/>
地域活動支援センター機能強化事業	<input type="checkbox"/>
その他(ご記入ください:)	<input type="checkbox"/>
地域生活支援事業(都道府県必須事業)	
専門性の高い相談支援事業	
(1) 発達障害者支援センター運営事業	<input type="checkbox"/>
(2) 高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業	<input type="checkbox"/>
専門性の高い意思疎通支援を行う者の養成研修事業	
(1) 手話通訳者・要約筆記者養成研修事業	<input type="checkbox"/>
(2) 盲ろう者向け通訳・介助員養成研修事業	<input type="checkbox"/>
(3) 失語症者向け意思疎通支援者養成研修事業	<input type="checkbox"/>
専門性の高い意思疎通支援を行う者の派遣事業	
(1) 手話通訳者・要約筆記者派遣事業	<input type="checkbox"/>
(2) 盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業	<input type="checkbox"/>
(3) 失語症者向け意思疎通支援者派遣事業	<input type="checkbox"/>
意思疎通支援を行う者の派遣に係る市町村相互間の連絡調整事業	<input type="checkbox"/>
広域的な支援事業	
(1) 都道府県相談支援体制整備事業	<input type="checkbox"/>
(2) 精神障害者地域生活支援広域調整等事業	<input type="checkbox"/>
(3) 発達障害者支援地域協議会による体制整備事業	<input type="checkbox"/>
その他(ご記入ください:)	<input type="checkbox"/>

障害福祉における作業療法に関する質問は以上です。

教育関連領域(特別支援学校など)における作業療法士に関する設問	
2021年10月7日または指定日の臨床活動についてお答えください。 10月7日でない場合 指定日: 2021年 月 日	
問132	貴施設教育関連領域に勤務する作業療法士の総数、10月7日または指定日に従事した作業療法士の人数(半日出勤の場合は0.5人)、10月7日または指定日に行った作業療法対象者の総数(作業療法士がかかわった対象者の総数)をそれぞれお答えください。 作業療法士の総数(人) 10月7日または指定日に従事した作業療法士の人数(人) 10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者の総数(人)
問133	貴施設教育関連領域で、10月7日または指定日にかかわった <u>対象者の人数を下記の年齢区分ごと</u> にお答えください。 ～6歳未満(幼稚園・幼稚部)(人) 5歳～12歳(小学校・小学部)(人) 12歳～15歳(中学校・中学部)(人) 15歳～18歳(高等学校・高等部)(人) 18歳以上(人)

問 134	貴施設教育関連領域で 10 月 7 日または指定日にかかわった <u>対象者の疾患や障害を、最多 10 項目（順不同）</u> まで《資料 1》より選びお答えください。
問 135	10 月 7 日または指定日に貴施設教育関連領域で <u>作業療法の目的（作業療法士がかかわった目的）を最多 10 項目（順不同）</u> まで《資料 2》より選びお答えください。
問 136	10 月 7 日または指定日に貴施設教育関連領域で作業療法士が <u>実施した評価項目を、最多 10 項目（順不同）</u> まで《資料 3》より選びお答えください。
問 137	10 月 7 日または指定日に貴施設教育関連領域で行った <u>作業療法士が実施した種目を最多 10 項目（順不同）</u> まで《資料 4》より選びお答えください。

教育関連領域（特別支援学校など）における作業療法に関する質問は以上です。

職業関連領域における作業療法士に関する設問	
2021 年 10 月 7 日または指定日の臨床活動についてお答えください。 10 月 7 日でない場合 指定日：2021 年 月 日	
問 138	貴施設職業関連領域に勤務する作業療法士の総数、10 月 7 日または指定日に従事した作業療法士の人数（半日出勤の場合は 0.5 人）、10 月 7 日または指定日に行った作業療法対象者の総数（作業療法士がかかわった対象者の総数）をそれぞれお答えください。 作業療法士の総数（ 人） 10 月 7 日または指定日に従事した作業療法士の人数（ 人） 10 月 7 日または指定日に作業療法士がかかわった対象者の総数（ 人）
問 139	貴施設職業関連領域で、10 月 7 日または指定日にかかわった対象者の年齢を下記の年齢区分ごとにお答えください。 18 歳以下（ 人） 19 歳～ 39 歳（ 人） 40 歳～ 64 歳（ 人） 65 歳以上（ 人）
問 140	貴施設職業関連領域で 10 月 7 日または指定日にかかわった <u>対象者の疾患や障害を、最多 10 項目（順不同）</u> まで《資料 1》より選びお答えください。
問 141	10 月 7 日または指定日に貴施設職業関連領域で <u>作業療法の目的（作業療法士がかかわった目的）を最多 10 項目（順不同）</u> まで《資料 2》より選びお答えください。
問 142	10 月 7 日または指定日に貴施設職業関連領域で作業療法士が <u>実施した評価項目を、最多 10 項目（順不同）</u> まで《資料 3》より選びお答えください。
問 143	10 月 7 日または指定日に貴施設職業関連領域で行った <u>作業療法士が実施した種目を最多 10 項目（順不同）</u> まで《資料 4》より選びお答えください。

職業関連領域における作業療法に関する質問は以上です。

行政関連領域における作業療法士に関する設問	
2021年10月7日または指定日の臨床活動についてお答えください。 10月7日でない場合 指定日：2021年 月 日	
問144	貴施設は次のどれにあたりますか。 1. 保健所 2. 市町村保健センター 3. 地方自治体（1, 2以外） 4. 社会福祉協議会 5. 地域包括支援センター 6. 行政機関（刑務所、法務、矯正施設など） 7. その他（具体的にお書きください： _____）
問145	10月7日または指定日に従事した作業療法士の人数（半日出勤の場合は0.5人）と10月7日または指定日に作業療法士がかかわった対象者の総数を、それぞれお答えください。 従事した作業療法士の人数（ _____ 人） 作業療法対象者の総数（ _____ 人）
問146	貴施設行政関連領域で、10月7日または指定日にかかわった <u>対象者の年齢を下記の年齢区分ごと</u> にお答えください。 18歳以下（ _____ 人） 19歳～39歳（ _____ 人） 40歳～64歳（ _____ 人） 65歳以上（ _____ 人）
問147	貴行政関係施設において <u>作業療法士の関わっている事業を問47の選択肢1～58</u> より選び、下に番号をご記入ください。選択肢にない業務は、その他欄に具体的に記入ください。 事業の番号： その他：

行政関連領域における作業療法に関する質問は以上です。

作業療法士養成教育における設問	
問148	貴施設は次のどれにあたりますか。 1. 大学 2. 専門職大学 3. 短期大学 4. 専門学校（4年制） 5. 専門学校（3年制）
問149	貴施設の専門、専門基礎、基礎の単位と時間数はどれだけですか。 専 門：単位数（ _____ ）単位 時間数（ _____ ）時間 専門基礎：単位数（ _____ ）単位 時間数（ _____ ）時間 基 礎：単位数（ _____ ）単位 時間数（ _____ ）時間
問150	貴施設の臨床実習に関する総時間数と総単位数はどれだけですか。 総時間数（ _____ ）時間 総単位数（ _____ ）単位
問151	研修日はありますか。 1. ある 2. ない
問152	臨床に出ている教員はいますか。 1. いる 2. いない
問153	貴施設では客観的臨床技能試験（OSCE等）を実施していますか。 1. はい→問154へ 2. いいえ→問155へ
問154	客観的臨床技能試験（OSCE等）はいつ実施していますか。 1. 実習前後 2. 実習開始前 3. 実習終了後 4. その他（ _____ ）

