

【共通】作業療法士の実務に関する実態調査

保険・福祉対策部では、会員が従事する作業療法業務を把握することを目的とした実態調査を毎年行っています。

ご記入頂いた情報は、県士会員の実務状況としてホームページや機関誌に掲載します。また、県士会活動に参考にさせて頂くことや、（一社）日本作業療法士協会から照会があった際に提供することがあります。その際、個人や固有の機関が特定されることはありません。

会員の皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

回答締切は 9月30日（月）です。

* 必須の質問です

1. メールアドレス *

I 所属機関と人数についてお伺いします

2. 所属機関名をご記入下さい *

3. 所属市町名を選択して下さい*

1つだけマークしてください。

- 相生市
- 明石市
- 赤穂市
- 朝来市
- 芦屋市
- 尼崎市
- 淡路市
- 伊丹市
- 市川町
- 猪名川町
- 稲美町
- 小野市
- 加古川市
- 加西市
- 加東市
- 香美町
- 神河町
- 上郡町
- 川西市
- 神戸市
- 佐用町
- 三田市
- 宍粟市
- 新温泉町
- 洲本市
- 太子町
- 多可町
- 高砂市
- 宝塚市
- たつの市
- 丹波市
- 丹波篠山市
- 豊岡市
- 西宮市
- 西脇市
- 播磨町

- 姫路市
- 福崎町
- 三木市
- 南あわじ市
- 養父市

4. 所属種別について該当する項目全てを選択して下さい*

当てはまるものをすべて選択してください。

- 病院
- 診療所
- 介護老人保健施設
- 介護老人福祉施設
- 介護医療院
- 通所リハビリテーション
- 通所介護
- 訪問看護ステーション
- 障害児入所施設
- 児童発達支援センター
- 障害福祉サービス事業所
- 障害者支援施設
- 身体障害者福祉センター
- 発達障害者支援センター
- 社会福祉協議会
- 特別支援学校
- その他: _____

5. 作業療法士数（常勤換算人数）をご記入下さい*

■ 5人の場合は「5」と数字の部分のみご記入下さい

■ **【常勤換算数】 = 【職員の1週間の勤務時間】 ÷ 【事業所が定めている1週間の勤務時間】**（残業時間は除く）

- 例 事業所が週40時間と定めており、週に16時間勤務している者の場合、 $16/40=0.4$ となります。
 - 例 事業所が週38時間と定めており、週に8時間勤務している者の場合、 $8/38=0.21=0.2$ （小数点以下第2位は四捨五入して下さい）となります。
-

6. 回答して頂く領域を選択して下さい *

当てはまるものをすべて選択してください。

- 身体障害領域・発達障害領域
- 精神科領域
- 老年期介護領域
- 訪問看護
- 訪問リハビリ
- いずれも該当しない

7. II 各市町が実施する事業への関わりについてお伺いします *

2024年度に貴機関の作業療法士が関わる（関わる予定も含む）事業を選択して下さい

当てはまるものをすべて選択してください。

- 関わっていない、または、関わる予定はない
- 一般介護予防事業
- 在宅医療・介護連携推進事業
- 地域ケア会議
- 認知症初期集中支援チーム
- 地域包括支援センターの支援（住宅改修・福祉用具等の指導や助言、リハビリ指導）
- 介護予防ケアマネジメント
- 訪問型サービスA・B・C・D
- 通所型サービスA・B・C
- 介護保険認定審査会
- 障害者支援区分認定審査会
- 乳幼児定期健診
- 小児療育指導
- 特別支援教育の支援
- 児童発達支援事業
- 放課後等児童デイサービス
- 認知症カフェ
- 認知症キャラバンメイト・サポーター養成講座
- その他: _____

8. III 障害福祉サービス等報酬についてお伺いします *

貴機関の作業療法士は障害福祉サービスに関与していますか

1つだけマークしてください。

- 関与している
- 関与していない

関与している場合、以下のうち関与する項目を選択して下さい

9. 訪問系サービス

当てはまるものをすべて選択してください。

- 居宅介護
- 重度訪問介護
- 同行援護
- 行動援護
- 重度障害者等包括支援

10. 日中活動系サービス

当てはまるものをすべて選択してください。

- 療養介護
- 生活介護
- 短期入所

11. 施設系・居住系サービス

当てはまるものをすべて選択してください。

- 施設入所支援
- 共同生活援助
- 自立生活援助

12. 訓練系・就労系サービス

当てはまるものをすべて選択してください。

- 自立訓練（機能訓練）
- 自立訓練（生活訓練）
- 就労移行支援
- 就労定着支援
- 就労継続支援 A 型
- 就労継続支援 B 型

13. 相談系サービス

当てはまるものをすべて選択してください。

- 計画相談支援
- 障害児相談支援
- 地域移行支援
- 地域定着支援

14. 障害児通所支援

当てはまるものをすべて選択してください。

- 児童発達支援
- 医療型児童発達支援
- 放課後等デイサービス
- 居宅訪問型児童発達支援
- 保育所等訪問支援

15. 障害児入所支援

当てはまるものをすべて選択してください。

- 福祉型障害児入所施設
- 医療型障害児入所施設

16. 本調査についてお気づきの点があればご記入下さい

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。

Google フォーム