

作業療法士の地域活動への参画に関する実態調査

本調査は、県内の作業療法士が職場の本体業務以外に地域で関わっている活動を把握し、今後さらに高まっていく地域でのニーズに可能な限り専門職として対応できるよう体制整備のための資料とすることを目的としています。

大変お忙しい中とは思いますが、アンケートへご記入の上 FAX 又は下記のメールアドレスまで返信ください。

返信先⇒ FAX : 097-547-8663 または Mail : oita.seido.ot@gmail.com
担当者：(公社)大分県作業療法協会 制度対策部 田中

【所属・領域について】

所属施設名 _____ 記入者名 _____

問1 作業療法士の経験年数として当てはまるものにチェックをご記入ください

1～5年目 6～10年目 11～15年目 16～20年目 20年以上

問2 あなたの所属先の種別として、あてはまるものを記号でご記入ください。なお、複数の所属先に属する方は、従たる所属の種別もご記入ください。

ア) 病院 イ) 診療所 ウ) 教育機関

エ) 介護保険施設等〔介護老人保健施設・介護老人福祉施設・その他()〕

オ) 在宅介護サービス事業所(居宅介護支援・訪問看護・訪問リハ・訪問介護・通所リハ・通所介護・その他())

カ) 障害者施設等 キ) 統括・地域包括支援センター ク) 行政機関

ケ) その他()

主たる所属 _____ 従たる所属 _____

問3 貴方は上記問2の活動以外で地域活動に取り組んでいますか。当てはまる選択肢にチェックをご記入ください。

はい いいえ

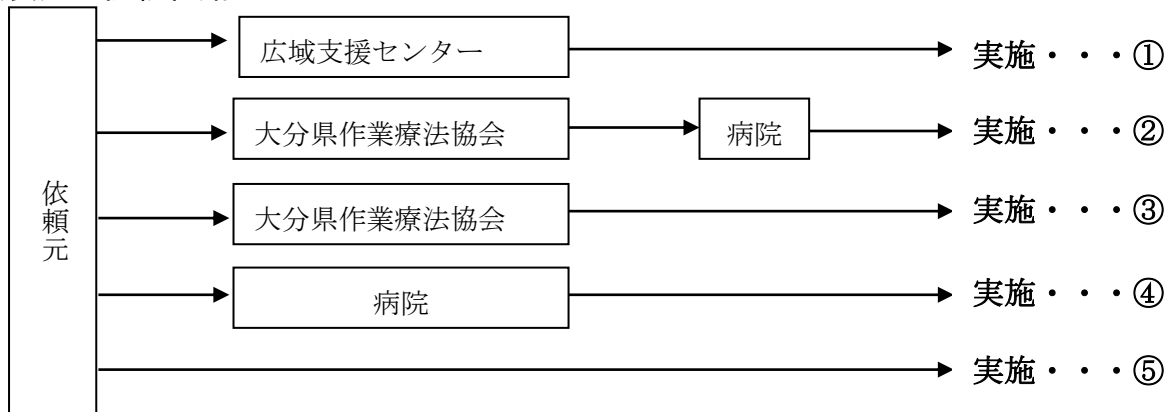
→「はい」と回答された方は、引き続き、問4からの設問にお答えください。

「いいえ」と回答された方は、これでアンケートは終了です。

問4 平成29年度に協会事業以外で地域活動に関与したものがあれば（ ）に○をご記入ください。また、その活動の依頼をどのような経路で受けたか、下表の5パターンの依頼経路から当てはまるものを選んで【 】内に番号をご記入ください。

	関与の有無	依頼経路
1. 地域ケア会議への出席	()	【 】
2. 介護予防・生活支援サービス事業への関与	()	【 】
3. 一般介護予防事業（サロン等への技術的支援等）	()	【 】
4. 障がい者スポーツのイベント運営	()	【 】
5. 障がい者スポーツ競技者への指導	()	【 】
6. 精神科リハに係る相談・助言（家族会への説明等）	()	【 】
7. 市立小中学校巡回相談（学習態度の相談）	()	【 】
8. 発達支援相談事業（家族からの相談対応等）	()	【 】
9. その他_____	()	【 】

(表) 依頼経路



問5 取り組んでいる地域活動の内容について、差し支えない範囲で詳細を教えてください。

問6 地域との連携を進めていく上で、感じている課題などがあればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。