

福島県
地域リハビリテーション
連携指針 2018

平成30年3月

福島県保健福祉部

目 次

はじめに	・ ・ ・ ・ ・	P. 1
1	「連携指針2016」見直しの趣旨	
2	「連携指針」の見直しの時期	
3	「連携指針2018」の構成	
4	「連携指針2018」の位置づけ	
第1章	リハビリテーションの考え方	・ ・ ・ ・ ・ P. 2
1	リハビリテーションの意義	
2	リハビリテーションサービスの分類	
3	地域リハビリテーションとは	
第2章	本県における地域リハビリテーションの現状と課題	・ ・ ・ ・ ・ P. 7
1	地域リハビリテーションに関わる専門職の現状	
2	地域リハビリテーション実施機関と専門職の連携の現状と課題	
第3章	「連携指針」の基本目標と基本方針	・ ・ ・ ・ ・ P. 12
1	基本目標	
2	基本方針	
3	地域リハビリテーション推進のための対応策	
第4章	本県の目指す地域リハビリテーション支援体制	・ ・ ・ ・ ・ P. 14
1	関係機関に期待する役割	
2	福島県地域リハビリテーション支援体制図	
附属資料	本県の地域リハビリテーションの現状	・ ・ ・ ・ ・ P. 19
	(地域リハビリテーションの実態調査結果)	

はじめに

1 「連携指針2016」見直しの趣旨

「連携指針2016」は、平成28年3月に従来の「連携指針2009」を見直したのですが、今回、福島県高齢者福祉計画・福島県介護保険事業支援計画の見直しと併せて、現状についての調査を実施した上で、地域リハビリテーション支援体制の見直しを行うものです。

2 「連携指針」の見直しの時期

第八次福島県高齢者福祉計画・第七次福島県介護保険事業支援計画の計画期間と合わせて、平成30年度から平成32年度までの3年間とします。

平成32年度に現状についての調査を実施した上で、見直しを行います。

3 「連携指針2018」の構成

第1章 リハビリテーションの考え方

リハビリテーションの概念、地域リハビリテーションの定義について説明しています。

第2章 本県における地域リハビリテーションの現状と課題

地域包括ケアシステムに向けた取り組みについて、市町村、施設等の地域リハビリテーション実施機関と専門職の連携の現状・課題を把握することを目的に実施した、地域リハビリテーション実態調査から、県全体の現状と課題を示しています。

第3章 「連携指針」の基本目標と基本方針

第2章の現状と課題を踏まえ、基本目標と基本方針、地域リハビリテーション推進のための対応策を示しています。

第4章 本県の目指す地域リハビリテーション支援体制

第2章の現状と課題、第3章の対応策を踏まえ、県の地域リハビリテーション推進のための支援体制を示しています。

4 「連携指針2018」の位置づけ

「連携指針2018」は、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の中でも、特に、高齢者の介護予防について多職種が連携して取り組むために、関係者の役割を明確にし、連携を強化するための活動の指針です。

第1章 リハビリテーションの考え方

1 リハビリテーションの意義

(1) 意義

1968年、世界保健機関（WHO）は「リハビリテーションとは、医学的、社会的、教育的、職業的手段を組み合わせ、かつ相互に調整して、訓練あるいは再訓練することによって、障害者の機能的能力を可能な最高レベルに達せしめること」と定義しており、リハビリテーションが、障害のある人や高齢者が主体性を持って生活できるようにするための幅広い活動であることを意味しています。

また、リハビリテーションは、心身に障害を持つ人々が人間らしく生きる権利の回復、すなわち全人間的復権を理念としています。単なる機能回復訓練ではなく、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にすることにより、障がい者の社会的統合を促すものです。そこには家族の新しい生活への再構築も含まれます。そのために環境や社会に手を加え、障がい者、高齢者などが住みやすい社会にしていくことも目的としています。

(2) 国際障害分類

世界保健機関（WHO）が1980年（昭和55年）に発表した国際障害分類（ICIDH）と障害モデルでは、疾病から、例えば下肢の麻痺などの「機能障害」が起こり、その機能障害が原因となって歩行障害などの「能力低下」が生じ、疾病と機能障害、能力低下の結果として「社会的不利」（社会生活を送る上で困難・不自由）が生じるというもので、これまでのリハビリテーションの分野で広く普及してきました。

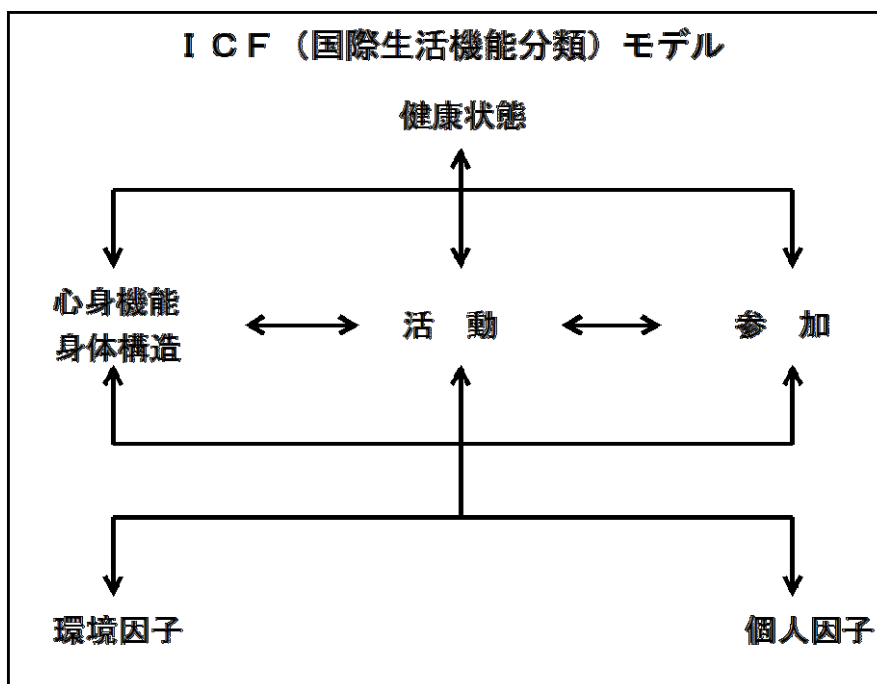
しかし、このモデルでは、障害というマイナス面しかみていないこと、人の生活に影響を与える住居や交通機関などの社会的環境が考慮されていないこと、機能障害が改善しなければ能力低下も改善せず結果として社会的不利も改善しない、といった一方的なものである、との誤解を生じやすいなどの問題点が指摘されてきました。

このような問題点の指摘に応え、世界保健機関は、2001年（平成13年）に新たに国際生活機能分類（ICF）とそのモデルを策定しました。

このモデルでは、障害というマイナス面だけでなくプラス面を重視することが大きな特徴です。すなわち、人が生きていくための機能全体を「生活機能」（その人の有する生命・生活・人生の全体像で、一人一人異なる）としてとらえ、

- ① 「心身機能」（体の働きや精神の働き）
- ② 「活動」（ADL（日常生活活動）・家事・職業能力・屋外歩行といった生活行為全般）
- ③ 「参加」（家庭や社会生活で役割を果たすこと）

の3つの要素から成るものとなりました。



このような「心身機能」、「活動」、「参加」という生活機能の三要素が低下した状態をそれぞれ「機能障害」、「活動制限」、「参加制約」とし、それらを総称して「障害（生活機能低下）」と呼んでいます。

そして、障害のある者に対する支援については、機能障害そのものに直接的に働きかけて、その結果、能力低下や社会的不利を改善させるという考え方から、残っている「心身機能」と日常生活の「活動」と社会への「参加」に対するそれぞれの働きかけを通じて、生活機能を向上させ、併せて生活環境の改善を行うことにより、活動制限や参加制約を少なくさせて利用者本人の生活を支えていくという考え方に立っています。

2 予防、医療、介護分野におけるリハビリテーションの位置づけ

現在、高齢者等に対して、予防、医療、介護の各分野のリハビリテーションサービスが提供されています。

予防分野では、健康増進法に基づく健康増進事業の中で、40歳～64歳までの者を対象として、訪問指導を行っています。また、65歳以上の高齢者に対しては、介護保険法の地域支援事業による介護予防・日常生活支援総合事業が実施されています。

医療分野では医療保険による発症直後の急性期、急性期以降の回復期、医学的管理をしながら生活機能維持のためのリハビリテーションが提供されています。

介護分野では主として介護保険による生活期（維持期）のリハビリテーションが提供されています。

(1) 予防分野におけるリハビリテーション

①健康増進法に基づく健康増進事業

市町村が40歳から64歳までの者で、その心身の状況、その置かれている環境等に照らして療養上の保健指導が必要であると認められる者及び家族等に対して、心身機能の低下の防止と健康の保持増進を図るために、保健師等が訪問してその健康に関する問題を総合的に把握し、必要な指導を行っています。

②介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業

ア 介護予防・生活支援サービス事業

市町村が介護保険法に基づき、要支援認定を受けた者及び基本チェックリスト該当者に対して、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントに基づき、訪問介護型サービス、通所介護型サービス、その他の生活支援サービスを実施しています。

イ 一般介護予防事業

市町村が、介護保険法に基づき、要支援者等を含む全ての高齢者等を対象として、地域の実情に応じて介護予防の普及啓発や、住民主体の介護予防活動の育成・支援等を行う他、介護予防の取組を強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言を実施しています。

③高齢者のフレイル予防に向けたリハビリテーション

「急性期」、「回復期」、「生活期（維持期）」という3つの時期に分類できないリハビリテーションとして、高齢者のフレイル予防に向けたリハビリテーションがあります。

フレイルとは、高齢になるにつれて筋力が低下し、生活機能が全般的に低くなった状態であり、健常と要介護状態との中間にあたる虚弱な状態を指します。また、身体機能問題のみならず、精神・心理的問題や社会的問題も含まれる包括的概念です。

高齢者のフレイルは、脳卒中の発症のように急性ではなく、徐々に生活機能が低下してくることから、より早期からの予防が重要であり、運動、栄養、社会参加を3つの柱としてリハビリテーションに取り組むことが重要です。

(2) 医療分野におけるリハビリテーション

医療分野におけるリハビリテーションには、基本動作能力の回復等を目的とする理学療法、応用的動作能力・社会的適応能力の回復等を目的とする作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とする言語聴覚療法等があり、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われています。

医療機関において入院中に実施されるもの、外来で実施されるもの、訪問リハビリテーションのように在宅で実施されるものがあり、一定の施設基準を満たしているとして届出のあった医療機関において、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師等により行われています。

これらのリハビリテーションを提供される時期で分類すると、疾病の発症から概ね1か月以内の急性期医療を要する期間に提供される急性期リハビリテーションと、生命の危機から脱し、ADL（日常生活動作）やQOL（生活の質）の改善が期待できる時期に提供される回復期リハビリテーションに分けられます。

急性期リハビリテーションは、疾病・リスク管理に重点を置きながら、発症後可能な限り早期から廃用症候群等の二次的障害を予防し、早期離床等を目的として実施されます。

また、回復期リハビリテーションでは、円滑な自宅復帰が可能となるように、機能訓練、ADL訓練などの主体的な生活を自分で築くためのリハビリテーションが行われます。

(3) 介護分野におけるリハビリテーション

介護分野におけるリハビリテーションは、介護予防サービス、居宅サービス及び施設サービス並びに地域密着型サービスに区分され、高齢者の自立支援に向けて、主に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士等介護職員によるリハビリテーションが行われています。

ア 介護予防サービス（予防給付）

要支援1、2と認定された高齢者等に対して、地域包括支援センターが作成した介護予防ケアプランに基づき、生活機能の維持・向上に適した介護予防サービスが提供されています。（地域密着型サービスを含む）。

イ 居宅サービス、施設サービス及び地域密着型サービス

要介護1～5と認定された高齢者等に対して、ケアプランに基づき、居宅サービス、施設サービスのほか、地域ごとの実情に応じたサービスを提供する地域密着型サービスが行われています。

居宅サービスとしては、通所リハビリテーション（デイケア）、通所介護（デイサービス）、訪問リハビリテーション、訪問看護・訪問介護によるリハビリテーションが行われ、また、リハビリテーションに関連の深いサービスとして福祉用具・住宅改修のサービスが行われています。

施設サービスとしては、主に介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、介護療養型医療施設においてリハビリテーションが行われています。

これらのリハビリテーションサービスは、主として生活期（維持期）リハビリテーションとして、急性期及び回復期に引き続いて、在宅や施設で日常生活を送る時期に、高齢者の体力や機能の維持・改善、生活環境の整備、社会参加の促進、介護負担の軽減などに努め、高齢者の自立生活を支援することを目的として実施されています。

3 地域リハビリテーションとは

(1) 定義

地域リハビリテーションとは、障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。

(2016年、日本リハビリテーション病院・施設協会)

したがって、地域リハビリテーションとは、ノーマライゼーション(※)を基本理念とし、誰もが住み慣れた地域において生涯にわたっていきいきとした生活を送ることができるよう、保健・医療・福祉の関係者のみならず、ボランティア等の地域の住民も含めた生活に関わるあらゆる人々がリハビリテーションの立場から行う活動のすべてとすることができます。

※ 「ノーマライゼーション」：若い人も高齢者も健常者も障がい者もすべて人間として、ともに普通の生活を行うことができる社会を目指すこと。

(2) 地域リハビリテーション活動指針

① 障害の発生は予防することが大切であり、リハビリテーション関係機関や専門職は、介護予防にかかわる諸活動(地域リハビリテーション活動支援事業等)に積極的にかかわっていくことが求められる。

また、災害等による避難生活で生じる生活機能の低下にもリハビリテーションが活用されるべきである。

② あらゆるライフステージに対応してリハビリテーションサービスが総合的かつ継続的に提供できる支援システムを地域に作っていくことが求められる。

ことに医療においては廃用症候の予防および生活機能改善のため、疾病や障害が発生した当初よりリハビリテーションサービスが提供されることが重要であり、そのサービスは急性期から回復期、生活期へと遅滞なく効率的に継続される必要がある

③ さらに、機能や活動能力の改善が困難な人々に対しても、できうる限り社会参加を促し、また生あるかぎり人間らしく過ごせるよう支援がなされなければならない。

④ 加えて、一般の人々や活動に加わる人が障害を負うことや年をとることを家族や自分自身の問題としてとらえられるよう啓発されることが必要である。

⑤ 今後は、専門的サービスのみでなく、認知症カフェ活動・認知症サポーター・ボランティア活動等への支援や育成も行き、地域住民による支えあい活動も含めた生活圏域ごとの総合的な支援体制ができるよう働きかけていくべきである。

(2016年、日本リハビリテーション病院・施設協会)

第2章 本県における地域リハビリテーションの現状と課題

1 地域リハビリテーションに関わる専門職の現状

(1) 従事者数の状況(①～⑩の出典：第七次福島県医療計画、第八次福島県高齢者福祉計画・第七次福島県介護保険事業支援計画)

①医師

- 平成26年の本県の医療施設従事医師数は3,653人であり、人口10万人あたり188.8人となっています。全国平均は233.6人であり、全国平均より44.8人少なくなっています。
- 医療施設従事医師数の内訳を見ると、本県では病院において全国平均より人口10万人あたり22.0人少なくなっています。

②歯科医師

- 平成26年の本県の医療施設従事歯科医師数は1,341人であり、人口10万人あたり69.3人となっています。全国平均は79.4人であり、全国平均より10.1人少なくなっています。
- 一方、人口10万人あたりの医療施設従事歯科医師数の内訳を見ると、本県においては、医育機関附属の病院の勤務者が8.4人(全国平均7.1人)、医育機関附属の病院以外の病院の勤務者が3.2人(全国2.4人)と全国平均より多いのに対し、診療所の従事者が57.7人(全国69.9人)と全国平均より11.5人少なくなっています。

③薬剤師

- 本県の薬剤師数は、平成26年末現在3,455人、人口10万人あたり178.6人で、全国平均の226.7人を48.1人下回っています。
- 本県の薬局・医療施設に従事する薬剤師数は、人口10万人あたり144.8人で、全国平均の170.0人を25.2人下回っており、医薬分業の進展や東京電力福島第一原子力発電所事故の影響により、一部の地域で薬剤師不足が生じています。

④保健師・助産師・看護師・准看護師

- 本県の看護職員の常勤換算就業者数は、平成28年末現在23,407.6人であり、平成25年3月に策定した「福島県看護職員需給計画」における平成28年の看護職員需要見込み数23,625人に対する達成率は99.1%となっており、平成28年における人口10万人当たりの看護職員の就業者数は全国平均を上回っています。

⑤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

- 医療施設及び介護施設に従事する本県の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士数は、平成28年10月1日現在、理学療法士は人口10万人あたり64.6人(全国平均72.9人)※、同じく作業療法士は38.7人(全国平均40.5人)※、言語聴覚士は10.3人(全国平均12.5人)※となっており、理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数ともに全国平均を下回っています。

※一般診療所のみ平成26年10月1日現在。

⑥歯科衛生士

- 平成28年末現在の歯科衛生士の県内就業者数は、人口10万人あたり73.4人(全

国平均 97.6 人) となっており、全国平均を下回っています。特に診療所の就業歯科衛生士数は、人口 10 万人あたり 60.9 人(全国平均 88.4 人)と不足しています。

⑦管理栄養士・栄養士

- 現在、浜通りなどの一部の地域においては、管理栄養士等の求人に対し応募がない状況がみられていることから、管理栄養士等の人材確保に努める必要があります。

⑧介護福祉士

- 現在の福祉サービスは、原則として利用者と事業者との契約に基づき行われることとなっており、一定のサービスの質の確保のため、介護福祉士の役割が重要となっています。
- しかしながら、県内の介護福祉士等養成施設の入学者は軒並み定員割れしている状況にあり、その確保が課題となっています。

⑨介護支援専門員

- 介護支援専門員については、試験合格者を対象とした介護支援専門員実務研修を平成 10 年度から実施し、平成 28 年度までに 9,692 人を養成しています。
- 今後も要介護(支援)高齢者の増加が予想されることから、介護支援専門員が配置される居宅介護支援事業所、介護保険施設等において安定的な人員の確保を図る必要があります。

⑩精神保健福祉士・社会福祉士

- 本県の人口 10 万人当たりの従事者数は、平成 28 年 10 月 1 日現在、精神保健福祉士 8.2 人(全国平均 8.8 人)、社会福祉士 11.9 人(全国平均 9.6 人)※となっており、精神保健福祉士は全国平均を下回っています。

※一般診療所のみ平成 26 年 10 月 1 日現在。

(2) 専門職による支援の現状

- 県では、地域リハビリテーションを推進するため、以下のセンターを指定しています。

【福島県地域リハビリテーション支援センター(県支援センター)】

県内で 1 病院を指定し、地域リハビリテーション広域支援センターに対する支援、リハビリテーション資源の調査・研究、関係団体との連絡・調整を行います。

【福島県地域リハビリテーション広域支援センター(広域支援センター)】

6 高齢者福祉圏域に 9 医療機関を、地域リハビリテーション推進の中核機関として指定し、市町村や住民団体等の相談に対する支援、リハビリテーション実施機関に従事する職員に対する援助や研修等を行います。

【福島県地域リハビリテーション相談センター(相談センター)】

県内 73 か所の医療機関及び介護老人保健施設を指定し、広域支援センターと連携・協力して、市町村や住民団体等の相談に対する支援等を行います。

(地域リハビリテーション各センター一覧については、高齢福祉課ホームページに

掲載しています。)

- また、各専門職能団体においても、地域包括ケアシステム構築に資する専門職の人材育成・資質向上や、市町村及び住民団体等の相談に対する支援、リハビリテーション実施機関に従事する職員に対する援助や研修等を実施しています。

2 地域リハビリテーション実施機関と専門職の連携の現状と課題

地域包括ケアシステムに向けた取り組みについて、市町村、施設等の地域リハビリテーション実施機関と専門職の連携の現状・課題を把握することを目的に実施した、地域リハビリテーション実態調査から、以下の内容が明らかになりました。

(調査結果は附属資料として掲載しています。)

(1) 連携の現状

- 市町村では、地域ケア会議や住民主体の通いの場において専門職との連携が多く、連携している割合が高い専門職は、理学療法士(72.9%)、看護師・准看護師(64.4%)、社会福祉士(55.9%)となっています。
- 地域包括支援センターでは、地域ケア会議や住民向け講演会において専門職との連携が多く、連携している割合が高い専門職は、看護師・准看護師(67.2%)、理学療法士(63.9%)、社会福祉士(63.1%)となっています。
- 居宅介護支援事業所では、ケースへの直接的なケアに関する相談について専門職との連携が多く、連携している割合が高い専門職は、看護師・准看護師(92.2%)、理学療法士(87.1%)、医師(86.6%)となっています。
- 介護老人保健施設では、ケースへの直接的なケアに関する相談について専門職との連携が多く、連携している割合が高い専門職は、医師(69.6%)、理学療法士(67.9%)、看護師・准看護師(66.1%)となっています。
- 特別養護老人ホームでは、ケースへの直接的なケアに関する相談について専門職との連携が多く、連携している割合が高い専門職は、看護師・准看護師(56.0%)、医師(54.8%)、介護福祉士(54.8%)となっています。
- 有料老人ホームでは、ケースへの直接的なケアに関する相談について専門職との連携が多く、連携している割合が高い専門職は、医師(77.6%)、看護師・准看護師(68.4%)、歯科医師(50.0%)となっています。
- 障害者支援施設では、ケースへの直接的なケアに関する相談について専門職との連携が多く、連携している割合が高い専門職は、医師(64.3%)、看護師・准看護師(53.6%)、理学療法士(46.4%)、管理栄養士・栄養士(46.4%)となっています。
- 施設においては、歯科医師、薬剤師、言語聴覚士、歯科衛生士の配置が少なく、施設内連携がしにくいため、連携割合が低くなっていると推察され、今後さらに連携を推進していく必要があります。

地域リハビリテーション実施機関における専門職別連携割合

実施機関 専門職	市町村	地域包括支 援センター	居宅介護支 援事業所	介護老人保 健施設	特別養護老 人ホーム	有料老人 ホーム	障害者支援 施設
医師	49.2%	59.8%	86.6%	69.6%	54.8%	77.6%	64.3%
歯科医師	20.3%	26.2%	36.4%	39.3%	45.2%	50.0%	42.9%
薬剤師	27.1%	48.4%	45.0%	37.5%	22.6%	26.3%	14.3%
理学療法士	72.9%	63.9%	87.1%	67.9%	31.0%	22.4%	46.4%
作業療法士	47.5%	45.9%	73.9%	64.3%	13.1%	11.8%	25.0%
言語聴覚士	23.7%	17.2%	35.9%	35.7%	9.5%	2.6%	3.6%
管理栄養士・栄養士	40.7%	41.8%	25.3%	64.3%	48.8%	15.8%	46.4%
歯科衛生士	32.2%	30.3%	16.3%	28.6%	21.4%	10.5%	17.9%
介護福祉士	47.5%	59.8%	75.5%	64.3%	54.8%	42.1%	35.7%
看護師・准看護師	64.4%	67.2%	92.2%	66.1%	56.0%	68.4%	53.6%
社会福祉士	55.9%	63.1%	61.5%	46.4%	32.1%	15.8%	17.9%

(2) 連携に当たっての課題

ア 効果的・効率的な専門職派遣体制の整備

- 地域ケア会議やサービス担当者会議等の現地支援を依頼する際、専門職との日程調整の困難さや派遣費用の確保の問題から、連携調整の手間を感じている実施機関が多く、職種によっては派遣窓口がわからないという声も聞かれています。
- このため、派遣窓口の明確化・一本化により、効率的に派遣調整ができる体制づくりに取り組むとともに、専門職の所属に対して協力依頼を行うなど、専門職が地域に出やすい環境づくりに取り組む必要があります。
- また、医師との日程調整については特に困難さを感じている実施機関が多いため、研修会や会議等に参加しやすい時間帯や場所の工夫等、効果的・効率的な連携方法に関する情報提供する必要があります。

イ 多職種による情報共有の推進

- 派遣窓口を知っている場合も、日頃顔を合わせていない専門職への依頼は敷居が高いと感じている市町村や、地域ケア会議や多職種のミーティングの場に参加する機会がないという施設や専門職があり、多職種間のコミュニケーション不足による相互の役割や取組についての理解不足が起きている。
- このため、県が実施する研修等の機会を通じて、多職種による情報共有の場を提供することで役割の相互理解を促すとともに、地域ケア会議等に対する県からの専門職派遣を継続して実施する必要があります。
- また、退院調整ルール等、多職種との既存の連携ツールの運用を支援するとともに、今後は、ICTを活用した連携ツールを検討することで、引き続き円滑な連携を促進する必要があります。

ウ 専門職の人材確保・資質向上

- 大規模市町村においては、専門職の地区担当制を敷くなど、可能な限り小地域ごとに連携できる専門職の確保、小規模市町村においては、市町村内に専門職がいなくても支援がスムーズに受けられるよう、専門職の広域派遣体制の徹底が必要です。

- また、在宅医療を支える医師の確保や、ケアマネジメントに的確に助言できる専門職の育成など、専門職の人材確保・資質向上に取り組むとともに、介護支援専門員や医療ソーシャルワーカーなど、多職種連携をコーディネートする専門職のアセスメント力や調整力の向上に取り組む必要があります。
- 施設の介護職員の資質向上を支援するとともに、地域リハビリテーションの考え方について普及啓発を行う必要があります。

第3章 「連携指針」の基本目標と基本方針

1 基本目標

誰もが住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・保健・福祉及び生活に関わるあらゆる関係者と住民が一体となり、自立支援に取り組む体制を目指します。

2 基本方針

- ① 誰もがその人なりの自立した生活に向けた支援を効果的かつ円滑に受けられるよう、多職種による地域リハビリテーション活動支援体制の整備を図ります。
- ② 地域住民が主体となり、その人なりの自立した生活に向けて自ら努力できるよう、広く地域住民に対し、自立支援を働きかけます。

3 地域リハビリテーション推進のための対応策

(1) 効果的・効率的な専門職派遣体制の整備

- 地域の実情に合わせて、市町村、施設等に対する専門職の派遣相談窓口を一本化し、周知徹底することで、ワンストップで効率的な派遣調整体制を整備します。
- また、専門職の多くは医療機関や施設等に勤務しているため、専門職の所属に対する理解促進に努めるとともに、県が実施する地域ケア会議等活動支援事業における専門職派遣を継続して実施し、市町村の地域リハビリテーション活動支援事業の活用を促進します。
- 市町村、施設等に対して、医師が研修会や会議等に参加しやすい時間帯や場所の工夫等、医師との連携の好事例について、情報提供を行います。

(2) 多職種による情報共有の推進

- 多職種連携による自立支援に資する地域ケア会議の取組を推進するため、モデル市町村に対する立ち上げ支援及び定着支援を目的とした研修会、専門職の派遣調整を行います。
- 県が開催する在宅医療介護連携や認知症対策等の各種研修会を通して、多職種による情報共有の場を提供することで、市町村、施設等が専門職の役割を理解し、連携しやすい関係づくりを推進します。
- 退院調整ルール等、多職種との既存の連携ツールの運用を支援するとともに、今後は、ICTを活用した連携ツールを検討することで、引き続き円滑な連携を促進します。
- また、地域共生社会の推進に向けて、高齢者に限らず、障がい者、児童等の複合的な課題を持つケースに対しても、多職種協働による支援が実施できるよう、専門職との連携強化に取り組みます。

(3) 専門職の人材確保・資質向上

- 専門職が地域ケア会議や住民主体の通いの場を支援するに当たって必要な知識・技術の習得を目的とした研修会を開催するとともに、専門職能団体が実施する研修会に対する補助を行うことで、専門職の資質向上に取り組みます。
- 介護支援専門員や医療ソーシャルワーカー等、多職種連携をコーディネートする専門職のアセスメント力、ケアマネジメント力の向上を目的とした研修を行うことで、多職種連携を促進します。
- 施設の介護福祉士等介護職員に対して、地域ケア会議への参加促進やキャリアアップ研修受講への支援を行うことで、資質向上を図るとともに、地域リハビリテーションの考え方について普及啓発を行います。

(4) 地域リハビリテーション広域支援センター及び相談センターの充実

- 相双地域に広域支援センターを新たに1か所指定し、広域支援センターにおける相談・支援体制の強化を図ります。
- 広域支援センターを中核として保健、医療、福祉の関係機関からなる地域リハビリテーション連絡協議会を設置し、高齢者福祉圏域における地域リハビリテーション活動の現状と課題について検討します。
- 県内の地域リハビリテーション事業の推進のため、地域リハビリテーション実施機関の取組み事例や研究成果等を発表することにより、多職種の理解を深めるとともに、情報・意見交換の場とすることを目的として、県内の関係者及び一般住民を対象とした研究大会を開催します。
- 広域支援センターだけでなく、相談センターが市町村や施設等への現地支援を担い、地域にとってより身近な機関が支援を行えるよう推進します。

第4章 本県の目指す地域リハビリテーション支援体制

地域包括ケアシステムの構築に向けて、第2章の現状と課題、第3章の対応策を踏まえ、関係機関との連携を図りながら、地域リハビリテーション支援体制を整備していきます。

また、関係機関に期待する役割を以下のとおりとし、体制の整備を推進します。

なお、地域リハビリテーション広域支援センター、地域リハビリテーション相談センター、専門職能団体間での市町村等への支援に係る役割分担や連携方法については、必要に応じて各圏域で独自に定めるものとします。

1 福島県地域リハビリテーション協議会

- (1) 福島県及び地域におけるリハビリテーション連携指針の作成
- (2) 福島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、地域リハビリテーション相談センター及び訪問リハビリ・ステーションの指定に係る調整・協議

2 福島県地域リハビリテーション支援センター

- (1) 地域リハビリテーション広域支援センターに対する技術的助言の実施
- (2) リハビリテーション資源の調査・研究
- (3) 関係団体、医療機関との連絡・調整

3 地域リハビリテーション広域支援センター

- (1) 地域におけるリハビリテーション実施機関の支援
 - ① 地域住民の相談への対応に係る支援
 - ② 福祉用具、住宅改修等の相談への対応に係る支援（テクノエイド）
- (2) リハビリテーション施設の共同利用
- (3) 地域におけるリハビリテーション実施機関等の従事者への援助・研修
 - ① 市町村・地域包括支援センターが実施する介護予防事業、地域ケア会議等への現地支援
 - ② 施設に出向いて行う従事者への実地の技術援助
 - ③ リハビリテーション従事者に対する研修
- (4) 地域における関係団体、患者の会、家族の会等からなる連絡協議会の設置・運営
- (5) 仮設住宅等における生活機能支援
 - ① 被災者を支援する関係者への研修会の開催
 - ② 仮設住宅等で生活する被災者に対する相談等の実施
- (6) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の広域派遣調整

4 地域リハビリテーション相談センター

地域リハビリテーション広域支援センターが設置・運営する連絡協議会で定めた

方針に従い、広域支援センターと協力して以下の支援を行う。

- (1) 地域におけるリハビリテーション実施機関の支援
 - ① 地域住民の相談への対応に係る支援
 - ② 福祉用具、住宅改修等の相談への対応に係る支援（テクノエイド）
- (2) 地域におけるリハビリテーション実施機関等の従事者への援助
 - ① 市町村・地域包括支援センターが実施する介護予防事業、地域ケア会議等への現地支援
 - ② 施設に出向いて行う従事者への実地の技術援助
- (3) 仮設住宅等における生活機能支援
 - ① 被災者を支援する関係者への研修会の開催
 - ② 仮設住宅等で生活する被災者に対する相談等の実施

5 専門職能団体

- (1) 地域包括ケアシステム構築に資する専門職の人材育成・資質向上
- (2) 地域におけるリハビリテーション実施機関の支援
 - ① 地域住民の相談への対応に係る支援
 - ② 福祉用具、住宅改修等の相談への対応に係る支援（テクノエイド）
- (3) 地域におけるリハビリテーション実施機関等の従事者への援助
 - ① 市町村・地域包括支援センターが実施する介護予防事業、地域ケア会議等への現地支援
 - ② 施設に出向いて行う従事者への実地の技術援助
- (4) 専門職の広域派遣調整

6 リハビリテーション実施機関（病院、診療所、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、訪問リハビリ・ステーション、特別養護老人ホーム、その他施設等）

- (1) リハビリテーション専門病院、中核病院、かかりつけ医との連携により、それぞれの役割に応じたリハビリテーションの充実
- (2) 入院患者・入所者のリハビリテーション情報の共有化
- (3) リハビリテーション関係研修会参加による技術のレベルアップ
- (4) 不足する人的・物的資源の充実
- (5) 在宅リハビリテーションへの適切な対応

7 市町村

- (1) 住民情報の把握
- (2) 高齢者等に対する保健・福祉・介護保険施策、障がい者保健福祉施策の充実強化
- (3) 保健部門、福祉部門及び介護保険部門間の連絡調整
- (4) リハビリテーション専門職の配置
- (5) 研修会あるいは関係機関との連携による職員の資質の向上
- (6) 地域住民に対する周知・啓発及びボランティアの育成

- (7) 市町村内関係機関の連絡調整
- (8) 地域ケア会議の開催
- (9) 介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業（地域介護予防活動支援事業※1、地域リハビリテーション活動支援事業※2 等）

※1 地域介護予防活動支援事業の概要：

年齢や心身の状況等によって高齢者を分け隔てることなく、誰でも一緒に参加することのできる介護予防活動の地域展開を目指して、週1回以上開催する住民主体の通いの場等の活動を地域の実情に応じて効果的かつ効率的に支援することを目的とする。

※2 地域リハビリテーション活動支援事業の概要：

地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職の関与を促進する。

8 地域包括支援センター

- (1) 高齢者の状態の応じた適切な介護予防マネジメントの実施
- (2) 地域住民からの各種相談に対する横断的・多面的支援
- (3) 虐待の防止・早期発見等の権利擁護事業の実施
- (4) 地域における介護支援専門員への支援や関係機関とのネットワーク構築等の包括的・継続的マネジメントの実施
- (5) 地域ケア会議の開催
- (6) 介護予防・生活支援サービス事業、一般介護予防事業（地域介護予防活動支援事業※1、地域リハビリテーション活動支援事業※2等）

9 地域住民

- (1) 地域ぐるみで健康を維持・増進するための活動の推進
- (2) 地域における支え合い活動への参加（ボランティア活動等）

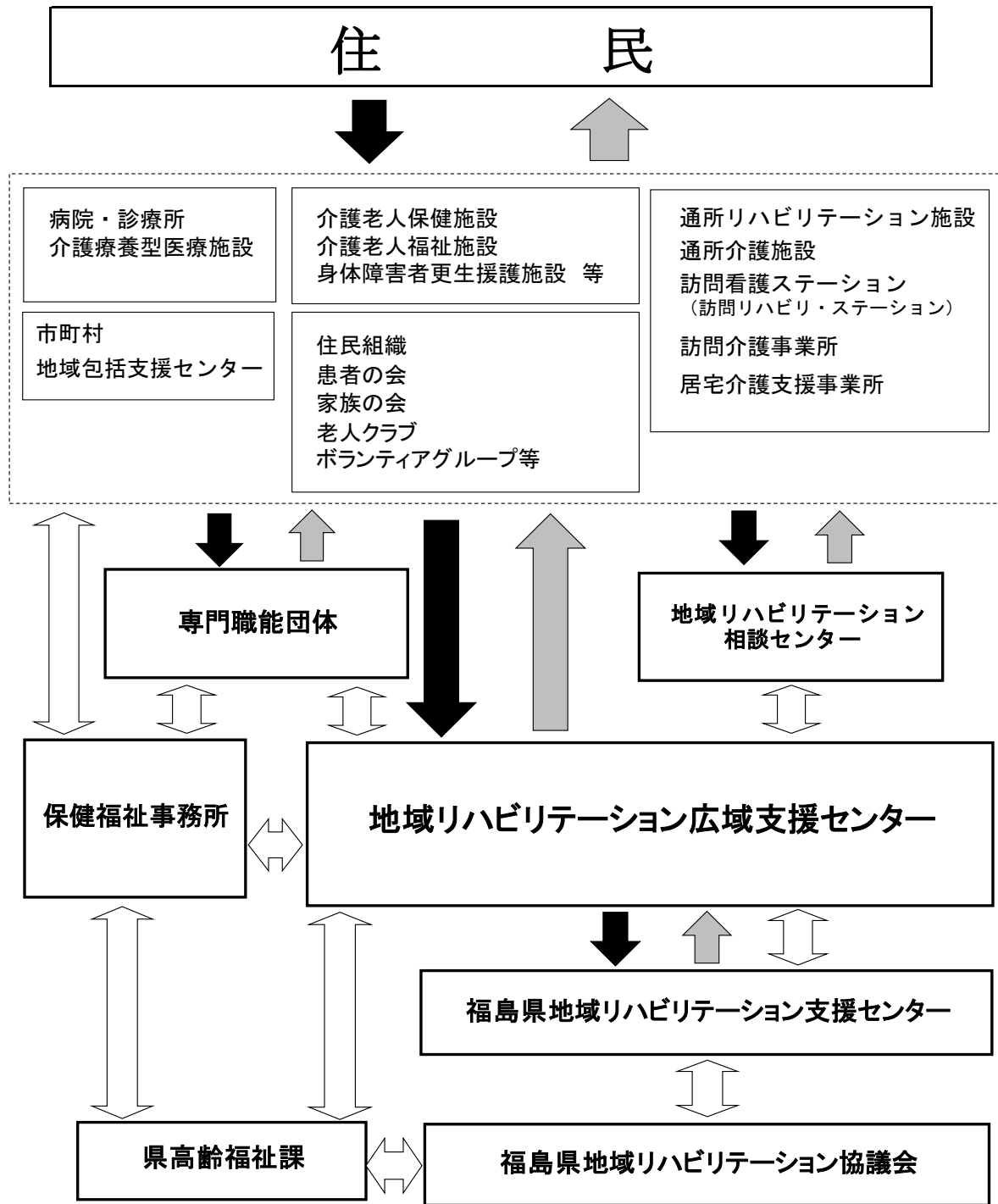
10 保健福祉事務所

- (1) 関係機関との連絡調整
- (2) 関係機関との連携による関連事業の推進

11 県高齢福祉課

- (1) 地域共生社会の実現に向けた取組の推進
- (2) リハビリテーション実施機関への支援
- (3) 保健・医療・福祉部門の連携
- (4) 関係機関の要望把握
- (5) 介護実習・普及センターによる介護知識・技術の普及・啓発、福祉機器等の展示、情報の提供

福島県地域リハビリテーション支援体制図



※地域リハビリテーション広域支援センター、地域リハビリテーション相談センター、専門職能団体間での市町村等への支援にかかる役割分担や連携方法については、必要に応じて各圏域で独自に定めるものとする。

