

リハビリ医療側から
地域で活動する方々への情報提供書作成ガイドライン

**「利用者さん、患者さんへの
自立支援のための提案書」**
～ 一つでも多く自立して、できる事を増やすために ～



目次

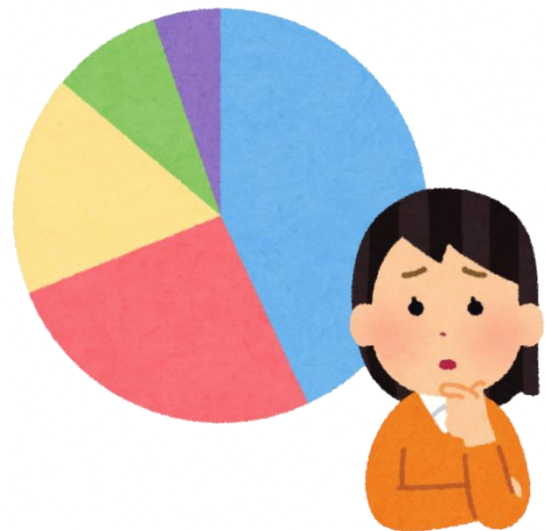
| | |
|---|--------|
| I. 近年、『自立支援』がクローズアップされた理由 | 2 ページ |
| II. 情報提供ガイドラインを作成するに至った経緯 | 3 ページ |
| III. 情報提供ガイドライン作成の目的 | 4 ページ |
| IV. 厚生労働省で求める『自立支援』について (介護保険の動向からみえること) | 5 ページ |
| 1. そもそも「介護保険法」では | 5 ページ |
| 2. これまで、介護保険制度における重点課題は、 どう変化してきたのか | 6 ページ |
| 1) 介護保険法の〈目的〉その人の尊厳を保持し、 <u>その有する能力に応じ 自立した日常生活を営む 必要な給付</u> | |
| 2) 介護保険が開始されて以降「利用者本位」の利用 | |
| 3) 平成 30 年度介護報酬改定事項 | |
| 4) 令和3年度介護報酬改定 (要介護状態の改善を目指す介護保険の給付が明確化) | 7 ページ |
| V. 今、病院から提供されている「リハビリ情報提供書」の問題 | 8 ページ |
| VI. このガイドラインの基本的な考え方 | 9 ページ |
| VII. このガイドラインの定義 | 10 ページ |
| VIII. 「地域で活動する方(ケアマネージャーさん等)が活用できる リハビリ医療情報の提供」にむけて | 11 ページ |
| 1. 提案書に記載すべき具体的内容 | 11 ページ |
| 2. 合意目標達成に向けてのリスク評価の記載例 | 13 ページ |
| 3. ケアマネージャーさん等にわかりやすく伝えるための書き方の工夫 | 16 ページ |
| IX. 今後の課題としてのご意見 (相談センターの皆様より) | 17 ページ |
| X. ガイドライン作成を終えて | 18 ページ |

I. 近年、『自立支援』がクローズアップされた理由

2025年、団塊の世代の大半が後期高齢者となって、後期高齢者が急速に増加します。このような社会では、これまでのように、「利用者が好きなように使う」「利用者や家族が困っていることを解決するために使う」と認識された介護保険の使い方を続けていけば、介護保険給付費も急速に増加して介護保険の財政を圧迫します。

また、日本の年齢階層別将来人口推計では、働き手世代も急速に減少していき、それに伴って国の財政(税収)も急速に悪化していく事が予想されています。

これらの事より、近年、超高齢化社会が、介護保険制度の持続と安定性を揺るがし始めたことを国が認め、「介護保険給付費の伸びを極力抑えなければ、介護保険制度自体危うくなるかもしれない。」そのことを重視した結果であると考えられます。



Ⅱ．情報提供書作成ガイドラインを作成するに至った経緯

- ◎福島県中地域リハビリテーション連絡協議会は、2021年度に『疾病等により介護が必要になった住民が、医療から地域へ戻る際に、「シームレスな自立支援をすすめることを実現する」という目的』のために、県中圏域において『リハビリ医療側（PT、OT、ST）が作成・発信する情報が、ケアマネージャーさん等が使いやすい情報となっているか』の調査を行って参りました。
- ◎県中地域リハビリテーション相談センター（以下 地域リハビリ相談センター）の皆さまのご協力のもと、「病院、施設からケアマネージャーさんへ実際に提供された情報提供書」を調査したところ、残念ながら、専門用語が多く、入院中の経過や患者の現在の状態を記載するに留まるものがほとんどで、自立支援を志向するケアプラン等に反映させるためには不十分と思われる内容が多く、地域の専門職の方々には伝わりにくく、ケアマネージャーさん等が使いやすい情報となっていないのではないかという問題を再確認するに至りました。
- ◎上記の問題を改善する為に、地域リハビリ相談センターのスタッフの皆様と研修や意見交換を重ねてまいりましたが、その中から、「情報提供についての書き方を示すガイドラインのようなものがあると良いのでは」という意見を頂き、作成することとなりました。



Ⅲ. 情報提供ガイドライン作成の目的

1. リハビリ医療側（PT、OT、ST）が、2021年度介護報酬改定の柱として前面に打ち出されてきた『自立支援』の意味を共通理解して、入院中のアプローチから退院、地域への連携まで適切な対応を行えるようになる。
2. ケアマネージャーさんが『自立支援』に資するケアプランを立案していく際に、リハビリ医療側（PT、OT、ST）からの情報を有効活用していただけるような情報提供と提案を行うために、その情報提供書類を『利用者、患者さんへの自立支援のための提案書』として位置づける。
3. 患者、利用者さんが、住みなれた地域に戻り、一つでも多く自立し、できる事を増やしながら、その人らしい暮らしを続けることが出来るような『自立支援』に資する適切な情報を、ケアマネージャーさん等に提供する。
4. 『利用者、患者さんへの自立支援のための提案書』は、リハビリ医療側（PT、OT、ST）が、一方的に考えて提案するのではなく、常日頃から、患者さん・利用者さんと『共に考える生活目標』を意識して、リハビリ医療側がすすめてきた内容を記載したものとなるようにする。

IV. 厚生労働省で求める『自立支援』について

(介護保険の動向からみえること)

1. そもそも「介護保険法」では (もう一度、ふり返りましょう)

〈介護保険法〉

第1章 総則

(目的)

第1条 この法律は、加齢に伴って生じる心身変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態の軽減又は悪化防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行わなければならない。

4 第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

(国民の努力及び義務)

第4条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保険医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2. これまで、介護保険制度における重点課題は、どう変化してきたのか

- 1) 介護保険法は、その〈目的〉においてその人の尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な給付を行うこととされています。

また、第2条 4項では、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならないと規定し、さらに第4条では、国民は、進んでその有する能力の維持向上に努めるものとするとしています。つまり、介護保険法は、元々「自立に向けた支援」「悪化防止」「自らが状態の維持改善に勤める」を理念として開始されました。

- 2) 介護保険が開始されて以降「尊厳を保持し」を先行させるように「利用者本位」

「利用者の自己選択・自己決定」の言葉が重視（介護保険の〈目的〉の解釈の相違）され、現在まで「利用者が好きなように使う」「利用者や家族が困っていることを解決するために使う」と認識して介護サービスを使ってきた利用者や家族、そのように認識してサービスを提供する専門職も存在しています。

| これまでのケアプランの目標（例） | これまで選ばれてきたサービス(例) |
|-------------------|------------------------|
| からだの清潔を保った生活ができる。 | 通所リハ利用し、週2回の入浴利用。 |
| 自宅で入浴できる。 | ヘルパーによる介助で、週2回自宅で入浴する。 |
| メリハリのある生活が送れる。 | 3回／週通所介護を利用して外出する。 |
| 仙骨部の褥瘡を管理する。 | 訪問看護で週1回の処置を行う。 |
| 安全・安楽に日常生活が送れる。 | 通所介護 6回／週 |
| 適切な栄養状態を保つ。 | ヘルパーによる食事作り 3回／週 夕食 |

- 3) 平成30年度介護報酬改定事項

自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現させる必要があるとして、介護報酬改定における重点課題として取り上げられました。

⇒ 利用者の状態改善に直接アプローチするリハビリテーションサービスを主として多職種連携を図り、利用者の状態改善を目指すことを評価した加算が新設されました。

(リハビリマネジメント加算、低栄養リスク改善加算、口腔衛生管理加算、褥瘡マネジメント加算)

参考資料

《介護支援専門員研修会テキストより》

◆自立支援の四つのポイント

- ① 利用者の望む暮らしについて、自己決定ができるように支援を行うこと。
- ② 利用者がサービス提供者などに対して適切な発言ができない場合は、利用者の代弁をして、サービス利用の権利擁護を行うこと。
- ③ 利用者の意欲を引き出すと共に、潜在能力、利用者の強み、できそうなことなどを見出し、それを最大限に発揮できるような支援を行うこと。
- ④ 利用者の要介護状態の軽減または悪化の防止に役立つような支援を行うこと。

4) 令和3年度介護報酬改定

さらに、要介護状態の改善を目指す介護保険の給付が明確となりました。

● 令和3年度介護報酬制度改定の柱

令和3年度に行われた介護報酬制度改定には、大きな5本の柱が掲げられました。

- | | |
|------|------------------------------|
| 第1の柱 | 感染症や災害への対応力強化 |
| 第2の柱 | <u>地域包括ケアシステムの推進</u> |
| 第3の柱 | <u>自立支援・重度化防止に向けた取り組みの推進</u> |
| 第4の柱 | 介護人材確保・介護現場の革新 |
| 第5の柱 | 制度の安定性・持続可能性の確保 |

○第2の柱では、「それぞれの住み慣れた地域において、尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく(シームレスに)提供されるような取り組みを推進することが求められました。

○そのためには、医療と介護の適切な連携を推進し、関連する情報については介護支援専門員に対して適切に提供していく必要があるとされました。

○第3の柱では、「高齢者の自立支援・重度化防止という介護保険制度の目的に沿って、サービスの質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービス提供の推進」が求められています。

○そのために、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取り組みを連携・強化させながら取り組むこと。科学的介護の取り組みを推進すること。寝たきり防止等、重度化防止の取り組みを推進する必要があるとされています。

V. 今、病院から提供されている「リハビリ情報提供書」の問題

見出された問題点は何か

(2021年に、地域リハビリ相談センターの皆さまのご協力とご意見により見出された問題点です)

1. リハビリ医療関係者にとって日常的に使用する専門用語が多い
2. 入院中(又は入所中)のPT、OT、STの訓練経過のみの記載が多い
3. 患者、利用者の現在の動作実施状況のみの記載が多い
4. 「患者、利用者と家族の思い」の記載が無い
5. 「患者、利用者と家族の考える(又は希望する)退院後の生活像」の記載が無い
6. 「病状とリハビリ医療の治療方針・身体機能予後」の記載が無い
7. 「するADL」についての記載が無い
8. 院内(又は施設内)リハビリ医療の到達目標の記載が無い
9. 入院中に、生活行為、役割、活動、参加について、アプローチしたかどうかの記載が無い
10. 退院した後の自立目標、生活行為目標(何かをすれば自立しそうなこと、まったくできないことが不明確)
11. 生活行為を維持するプランの提案が無い
12. ケアマネージャーさん方は、読んでも理解しがたい情報の内容と感じている

VI. このガイドラインの基本的な考え方

地域リハビリ相談センターの皆様からのご意見と地域リハビリ広域支援センター及び
県中保健福祉事務所間での協議により、このガイドラインの基本的な考え方を次の
ように致しました。

1. このガイドラインを活用することで、利用者、患者さんが、退院後も自立にむけて主体的に考えられるよう促す事が出来るようになること。
2. 利用者、患者さんの自立を支援していくためのケアプラン作成に反映しやすいものとする事。
3. このガイドラインの名称を、『利用者、患者さんへの自立支援のための提案書～一つでも多く自立し、できる事を増やすために～』とすること。
4. このガイドラインを活用する対象者は、リハビリ医療に従事する者（主に PT、OT、ST）とすること。
5. 『利用者、患者さんへの自立支援のための提案書』作成の対象は、退院、退所後に、介護保険を利用する利用者、患者さん（主に要支援 1、2 要介護 1、2 もしくは退院後に介護度が改善する見込みのある方）とすること。
6. 各病院、施設で使用している情報提供書式を、直ぐに変えることを求めず、記載する内容をガイドラインに沿ったもの出来る限り近づけていくことを求めること。
7. このガイドラインは、活用するリハビリ医療に従事する方々（主に PT、OT、ST）が、現在行っているアプローチの中身を見直し、患者、利用者の退院後の生活行為を想定したアプローチへ変化していくことを促すものであること。

Ⅶ. このガイドラインの定義

「利用者、患者さんへの自立支援のための提案書」とは

本ガイドラインでは、「ケアマネージャーさん等が地域で活用できるリハ医療情報（利用者、患者さんへの自立支援のための提案書）」を、ア～オが盛り込まれた情報と定義致します。

- ア. リハビリ医療側（PT、OT、ST）の専門的な情報が記載されている。
⇒ 退院直前（現在の）状態（＝医学的見地に立った客観的事実）
- イ. 入院中（又は入所中）に合意形成された生活行為目標（ICF に沿った目標）が記載されている。（目標達成期間は、退院後 3 ヶ月）

生活行為目標

- ① 心身機能の予後予測
- ② 活動の予後予測
- ③ 参加

- ウ. 「生活行為目標」設定までの本人又は家族との合意形成プロセスが記載されている。
⇒ 話し合いの経緯等
- エ. 患者さんとの間で、生活行為の中における「活動、運動とそのリスク」の共有が成されているのか、及び適切に指導が成されたのかについて記載されている。
- オ. リハビリ医療側（PT、OT、ST）の専門的な立場から、その「生活行為目標」が、生活ニーズになると考えられた客観的理由（最も重要です。）が記載されている。

Ⅷ. 地域で活動する方(ケアマネージャーさん等)が活用できるような、 リハビリ医療情報の提供にむけて

1. リハビリ医療情報として記載すべき内容

※リハビリ医療（PT、OT、ST）側が、利用者・患者さんの自立にむけて、提供すべきと考えられる情報の内容

| | 記載内容 | 記載するポイント |
|---|---|--|
| 1 | 患者さんの 入院前の生活状況と家庭内役割 を記載します。 | 患者さんの入院前の生活状況と家庭内役割は、退院後の生活ニーズを理解するときに重要な要素となるため、記載することが大切です。 |
| 2 | 患者さん自身の 希望、やりたい事、出来るようになりたいこと は何かを記載します。 | あくまでも、患者さん自身が思い、考えていることです。 家族の一方的な思いや、患者さんが、家族の期待に応えようとしている内容ではありません。 |
| 3 | 患者さんが、 家族などに期待されていること は何かを記載します。 | ・家族から、過度な期待をされている場合もあります（「家に帰るなら、～ができるようになって欲しい。」等） ・患者さんの「存在自体」を期待されている場合もあります（「話を聞いてくれるだけで良い。」等） |
| 4 | 入院中の 合意目標 を記載します。 | 入院中より、 患者さんが主役 であるという視点を忘れずに話し合い、患者さんの目標立てましょう。 また、退院後の目標についても患者さん及び家族と良く話合っておくことがポイントとなります。 |
| 5 | 経過を記載します。 | 経過は、訓練経過に留まらず、次の項目を併せて記載します。 ・リハビリの中で、いつ頃どのような目標合意が形成されたのか |

| | | |
|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ・患者さんとの会話の中から得られた患者さん自身の想いや希望 ・どういうモチベーションでどのような時期にリハに望んでいたのか ・特記すべき入院中の訓練経過や変化（いつ頃から改善したのか。定着したのはいつ頃か。等） |
| 6 | <p>退院時点の リハ医療評価情報 を記載します。（客観的事実を記載します。）</p> <p>※特に、「リスク評価」は、合意された退院後の生活行為目標を達成していくにあたってのリスクであることに注意しましょう。</p> | <p>(1) 心身機能評価の項目と結果 （注釈や解説も記載しましょう）</p> <p>(2) ADL 評価 FIM または B. I（出来る限り、注釈・解説を記載しましょう）</p> <p>(3) 活動の維持・改善に向けた、活動、運動のリスク評価 および判定</p> <p>① 活動の種類、運動負荷の量および運動の質によるバイタル変化や身体への影響等</p> <p>② 自己管理とリスクの理解度 （本人、家族の両方の側面より）</p> |
| 7 | <p>退院時の心身機能 で自宅退院した場合の 自立予測</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・退院後数日中に自立可能なこと ・自立は不可能（望めない）なこと ・ある程度のトレーニング期間があれば自立可能と思われること <p>患者さんの、家屋状況・環境条件や適応度等を記載すると良い。</p> |
| 8 | <p>退院後の予後予測を含めた※自立目標と目標達成のために必要と考えられる具体的な対策例</p> <p>※退院後に、幾つかの条件（対策を講じる等）の下で、望むことができる自立目標（長期目標）</p> | <p><自立目標の記載例></p> <p>① <u>〇ヶ月後、トイレでの排泄自立</u> 対策⇒・手伝わずに見守る ・立位、しゃがみ位における動作の練習</p> <p>② <u>〇ヶ月後、100M 離れたコンビニに一人で買い物に行く</u> 対策⇒・往復 200M に耐え得る筋力トレーニング ・歩行距離を徐々に延ばして体力の改善 ・立位活動時間の延伸</p> |

| | | |
|---|------|---|
| 9 | 特記事項 | <ul style="list-style-type: none"> ・「難聴等により、細部の意思疎通が困難」などの情報 ・リハビリ訓練を行っているなかで、患者さんが前向きに取り組む傾向にある内容、患者さんの反応(表情)が良かった内容、上手くいかなかったこと等の情報 |
|---|------|---|

☆合意目標達成に向けてのリスク評価の記載例

A. (合意目標)排泄動作を歩いて移動して行う

☆リスク:立ち上り動作直後に、**血圧低下**して転倒しやすい。特に、午前中の見守りが必要。

・**自己管理と理解度**:認知機能低下があり、**他者の管理**が必要。

B. (合意目標)家事動作が1人で行う事ができる

☆リスク:前屈みでの動作(掃き掃除等)が**5分以上で、SpO₂が90%以下に低下するため**、前屈みでの活動を極力少なくし、パルスオキシメータによる観察必要。

・**自己管理と理解度**:退院直前では、**自己管理**できており、パルスオキシメータも所有している。

C. (合意目標)近所のスーパーまで歩いて買い物に行く

☆リスク:精神的緊張下での屋外歩行時に、**血圧上昇しやすいが、主治医より160以内/95以内 脈拍110まで可との指示あり**。

・**自己管理と理解度**:屋外歩行になれるまでの間、1ヶ月間は、他者による**血圧と脈拍のチェック**が必要。

D. (合意目標)心不全管理しながら、自宅内での生活が1人で行う事ができる

☆リスク:心不全の既往あるため、体重増加、下腿浮腫、不眠、呼吸困難感の有無を観察し、活動(又は運動)による負荷は、**Borgスケール4, 10分以内**から漸増を目安としてほしい。

・**自己管理と理解度**:自宅での生活における**活動の負荷量を確認する**必要があり、患者さんご家族と共有する作業が必要。

E. (合意目標) 日常生活の活動量を高めて、フレイルを予防する

☆リスク: 食事摂取量少なく、入院直後は低栄養状態であったため、運動、活動を進める場合は、**食事量の確認が必要**。状況に応じて、栄養士さんへの相談が必要。

・**自己管理と理解度**: 理解度は高いが、実際の行動継続の支援が必要。

F. (合意目標) 嚥下機能を維持し、ムセなく食事をとる。

☆リスク: 嚥下機能の軽度低下あるため、**ムセのリスクあり**。食事前の嚥下体操、ゆっくり意識して食べることでムセを防ぐなどの対策が必要。

・**自己管理と理解度**: 入院中、食事前の嚥下体操おこなっていた。**ゆっくり食べることも定着はしてきている**が、退院後継続できるよう、確認、声掛け支援が必要。

G. (合意目標) 腰椎圧迫骨折後痛みの増強なく、入浴動作自立

☆リスク: 腰椎圧迫骨折により、コルセット装着しており、入院中はシャワー浴が主となっていた。コルセットオフになり、浴槽での練習行ったが、**前傾姿勢での痛みと入浴への恐怖心がある**。

・**自己管理と理解度**: 足を洗う際の工夫など**指導済**。退院後 1 か月程度は痛みの増減に合わせて一部介助、見守りの支援が必要。

H. (合意目標) 夫の見守り協力のもと家事を継続する。

☆リスク: 骨折後、軽い認知機能の低下があり、時折**火の消し忘れ**もみられたため、家族からも調理をとめられていた。このため、自宅で寝ていることが多くなりやすく、活動性の低下とそれによる廃用が急激に進む可能性が高い。本人、家事動作は可能で、調理も、炊飯や 1 品料理を作ることは可能な状態。

・**自己管理と理解度**: 家事は好きなようで、練習では笑顔がみられていた。自発的に行うことは少ないため、退院後は声掛けで、掃除のきっかけをつくったり、**「調理を見守る」などの安全管理をサポートする**ことで継続可能。

* 上記内容において、マーカーで示した部分は、リスク管理や本人、家族がどのくらいの管理能力があるかどうかを示しており、自立支援のための提案書のポイントとなる箇所を具体的に示しております。

* 入院中のリハビリ医療の情報を伝え、目標到達(合意目標)のための情報提供書となるように、参考にしていただければと思います。

☆「合意目標」を立てるときの注意

- 1) 具体的な「介護サービス」の組み立てにあたっては、ケアマネージャーさんはもとより、ご本人、ご家族との事前の相談（退院前の担当者会議等）が必要です。手続きを踏まないままに、患者さんやご家族に対して、「退院後に必要な介護サービス」と称して説明をしないで下さい。退院後のトラブルの原因となります。様々な理由・事情（限度額、空き状況等）でリハビリ医療側が提示した介護サービスが利用できない場合があります。利用者さん家族の思いを振り回さないためにも、手順と確認が必要です。
- 2) 文面で心配なことや相談したいことがある場合は、患者さんの同意のもとケアマネージャーさんと連絡とることも一つです。
- 3) ケアマネージャーさんからの連絡のため、担当者の連絡方法等も書き入れたほうが親切です。

2. ケアマネージャーさん等の地域で活動されている方に、わかりやすく伝えるための書き方の工夫

- 1) 専門用語はなるべく使用せずにわかりやすく書きましょう。
専門用語は、他の言葉に置き換える、わかりやすい言葉を選ぶなど、読み手の立場で書くようにしましょう。
- 2) 注釈・解説などを加えましょう。
リハビリ医療側(PT、OT、ST)の評価の結果等を記載する場合は、結果や数値のみに留まらず、注釈・解説も記載すると、その結果や数値がどのような意味を持つのかがわかりやすくなります。
- 3) 文章の長さや書き方に気をつかきましょう。
 - (1) 長文は、読み手側の「読む意欲」を低下させます。
 - (2) 読み手の顔を思い浮かべ、相手を思って、「自分と同じように感じてもらえるだろうか。」と考えながら、読みやすいようにまとめて書くと良いでしょう。
 - (3) 要点を、箇条書きで記載して、論点を見やすくするなどの方法も取り入れると、良いでしょう。
- 4) 写真や図を添付してみましょう。
リハビリ医療側が、自宅の中で、実際に調査、評価をした時の写真や図を添付すると、リハビリ医療側の意図が届きやすくなります。
(但し、写真や図を添付する前に、患者さんご本人又はご家族の同意が必要です。)



Ⅸ. 今後の課題としてのご意見（地域リハビリ相談センターの皆様より）

- ・ スタッフの交流、情報交換する体制をつくったほうが良いのではないか。
- ・ リハビリ医療側とケアマネージャーさんは、あまり交流ができないので、そういう体制をつくっていただけると、ありがたい。
- ・ 通所リハなどでは、自宅見取り図などを作っているのですが、その情報を病院側で得ることが出来れば、スムーズに在宅の環境が分かる。在宅のサービスをうまく活用するような、流れを作っていただけると、情報交換に繋がるのではないかと。
- ・ 退院時に限らず、退院後もケアマネージャーさん等との間で、双方向コミュニケーションや情報伝達・相談が可能な体制やルールがあると理想的である。

X. ガイドライン作成を終えて

このガイドラインは、福島県県中地域リハビリテーション連絡協議会の事業として、2022年11月に作成されたものです。

このガイドラインの作成に当たって、県中地域リハビリテーション広域支援センター（総合南東北病院、太田熱海病院）、県中保健福祉事務所および県中地域リハビリテーション相談センター連絡会（県中圏域の24箇所の医療機関）が、1年半に渡り、研修やグループワークを重ねてまいりました。

今後も、より良いガイドラインに近づけるために、リハビリ医療を担う皆様のご意見を頂きながら、改定を重ねてまいる予定です。是非、ご活用いただき、率直なご意見を下記宛に多数頂ければ幸いです。

《ガイドラインについてのお問い合わせ先》

福島県県中地域リハビリテーション広域支援センター

◎ 太田熱海病院

担当： 総合リハビリテーションセンター 千葉亜希子 横島啓幸

Tel: 024-984-0088 Mail: kouikireha-atami@ohta-hp.or.jp

◎ 総合南東北病院

担当： リハビリテーション科 舟見敬成 國分俊之

Tel: 024-934-5570 Mail: kouikireha.minamitouhoku@gmail.com



リハビリ医療側から地域で活動する方々への情報提供書作成ガイドライン

2023年1月 初版第1刷 発行

《作成・発行者》

福島県県中地域リハビリテーション連絡協議会

福島県県中地域リハビリテーション広域支援センター

福島県県中地域リハビリテーション相談センター連絡会