

本人の想いを中心とした 地域リハビリテーション行動指針

平成 27 年 3 月

山 梨 県

はじめに

団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向け、たとえ介護が必要になっても住み慣れた地域で、安心して自分らしい生活ができるように、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題となっています。

こうした中、高齢者の地域における新たなリハビリテーションのあり方として、個々の高齢者の状態に応じた「心身の機能回復」「活動の促進」「社会参加」といった流れに対応した生活期におけるリハビリテーションを充実するとともに、新たな介護予防・日常生活支援総合事業など、地域で高齢者を身守り支える仕組みづくりや、リハビリテーション専門職を幅広く活用した予防重視型の介護予防を推進し、自立支援への対応を強化することが求められてきます。

県では、これまで「地域リハビリテーション推進のための行動指針」に沿って、高齢者がいつでも、どこでもリハビリテーションを受けられる体制を目指して取り組んできましたが、病院などを退院後の地域における生活期のリハビリテーションが円滑に受けられる仕組みや、担い手の育成などが課題となっています。

このため、市町村をはじめ県や関係機関・団体が連携を密にし、地域包括ケアシステムの構築に向けて、高齢者や障害者の希望に添った適切かつ効果的なリハビリテーションの提供が出来るよう、「本人の想いを中心とした地域リハビリテーション行動指針」を策定しました。

今後、この指針を市町村をはじめ、地域包括支援センターや地域リハビリテーション広域支援センターなど、保健・医療・福祉・介護のそれぞれの場で御活用いただき、地域リハビリテーションを一層推進していただけますようお願いいたします。

平成27年3月

山梨県福祉保健部長

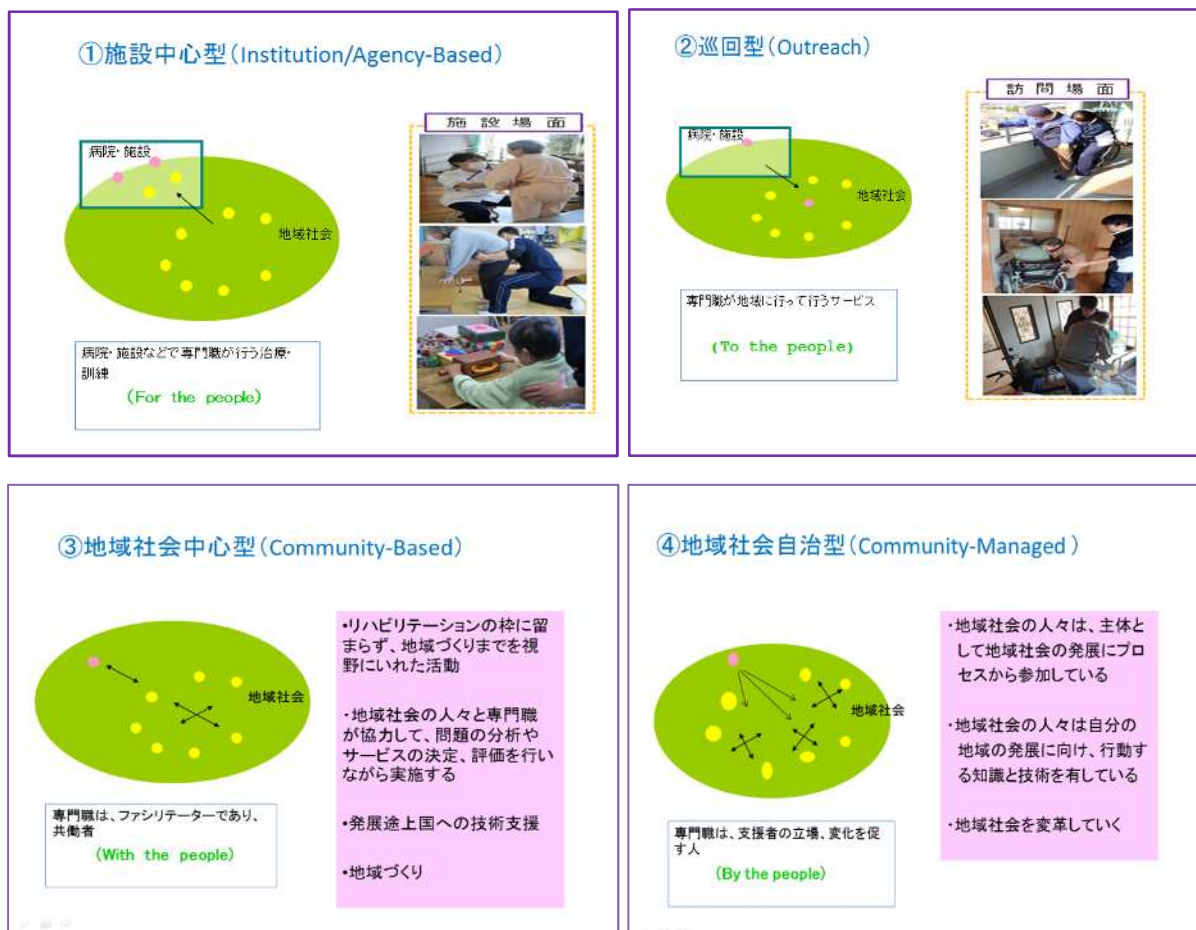
山下 誠

目 次

第 1 章 地域リハビリテーションに関する基本的考え方	・・・ 1
1 リハビリテーション実施の前提	・・・ 2
2 リハビリテーションの概念	・・・ 2
3 地域リハビリテーションの概念	・・・ 3
4 地域リハビリテーションのアプローチ	・・・ 4
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	・・・ 9
1 県内の地域リハビリテーションの現状と課題	・・・ 10
2 地域リハビリテーション実態調査による課題のまとめ	・・・ 13
第 3 章 地域リハビリテーション推進の基本目標と基本方針	・・・ 15
1 基本目標	・・・ 16
2 基本方針	・・・ 16
3 地域リハビリテーション推進のための 8 つの方策	・・・ 16
第 4 章 地域リハビリテーション体制の整備方針	・・・ 24
1 一次圏域における地域リハビリテーションの充実と直接的支援体制の整備	・・・ 26
2 二次圏域における地域リハビリテーション体制の整備	・・・ 33
3 三次圏域における直接支援体制の充実	・・・ 37
第 5 章 地域リハビリテーション関係機関等の機能及び役割	・・・ 43
用語の解説（ 印は用語解説あり）	・・・ 48
資料編	・・・ 54
県内のリハビリテーションに関する 10 年間の比較	・・・ 54
地域リハビリテーション推進の経緯	・・・ 58
寝たきりゼロへの 10 か条	・・・ 66
PT・OT 派遣システム図	・・・ 67
地域リハビリテーション体制整備推進事業実施要綱	・・・ 68
健康長寿やまなし推進本部実施要綱	・・・ 70
平成 26 年度山梨県健康長寿やまなし推進本部委員名簿	・・・ 72
山梨県地域包括ケア推進協議会設置要綱	・・・ 73
私の暮らしのシート、山梨県医療・介護「連携」シート、山梨県医療・介護「連絡」シート	・・・ 75

第1章

地域リハビリテーションに関する基本的考え方



(地域リハビリテーションを進める4つの地域社会開発アプローチ)

このとを混合型が現状ですが、とを含めやを目指した展開を進めます。

1 リハビリテーション実施の前提

生活の基盤が安定し疾病構造が感染症から生活習慣病へと変化している中で、人々の価値観は多様化し、「健康観」も様々で幅広いものとなっています。

しかし、「健康とは、単に疾病や虚弱でないということではなく、身体的、精神的、社会的に完全に良い状態である。」と世界保健機関（WHO）では定義しており、本指針においても、この定義に基づき「健康」を捉えています。

今日、リハビリテーション 1 の対象者は、多くが慢性の疾病や、何らかの障害を抱えて生活をしていますが、疾病や障害と共存し、誰もが共に健康の保持増進を図って行くためには、「疾病や障害があっても健康な生活ができる。」ことが前提となります。

2 リハビリテーションの概念

リハビリテーションは、疾病や障害があるため、困難な生活を余儀なくされた人が、障害等がある前の生活、あるいはそれに近い、可能な限り質の高い生活へと復帰していくことであり、「生活の再建」ともいえます。

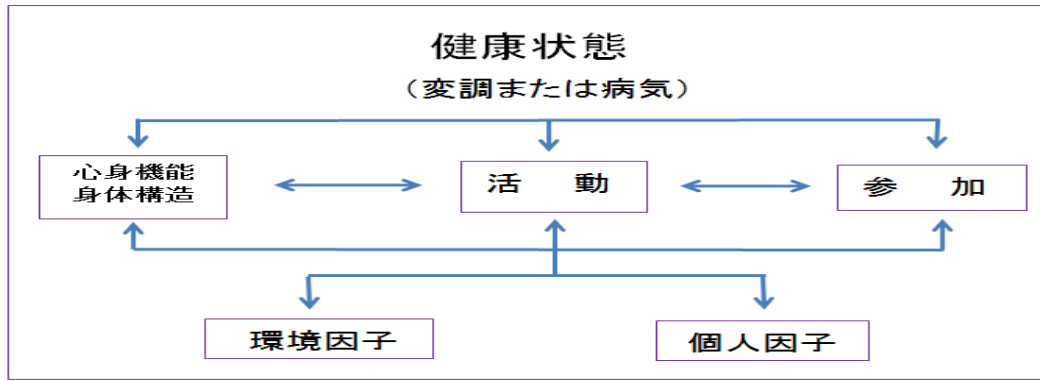
WHO(1981)は、「リハビリテーションとは、能力障害あるいは社会的不利を起す諸条件の悪影響を減少させ、障害者の社会統合を実現することを目指すあらゆる処置を含むもの」とし、生活環境や社会全体に介入することを示唆しています。

また、WHO(1980)は、リハビリテーションに対する障害の国際障害分類（ICIDH）として、機能・形態障害（impairment）能力障害（disability）社会的不利（handicap）の三つに分類し、総合的に障害の予防を実践していくこととしていましたが、2001年に国際障害分類をICF 2（International Classification of Functioning, Disability and Health）に改訂しました。

従来のICIDHは、障害概念のモデルとして広く普及していましたが、新しいICFは、健康とそれに関連する諸状態を現しています。

ICFは、人間の生活機能・障害・健康の国際分類の考えとして、個人の健康状態は「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の機能状態の相互作用として捉え、健康に問題があれば各々の次元で機能障害、活動制限、参加制約の障害が起こるとしています。

個人の生活機能は健康状態と背景因子（すなわち環境因子と個人因子）との間の相互作用として捉えています（図-1参照）。



ICFの構成要素間の相互作用

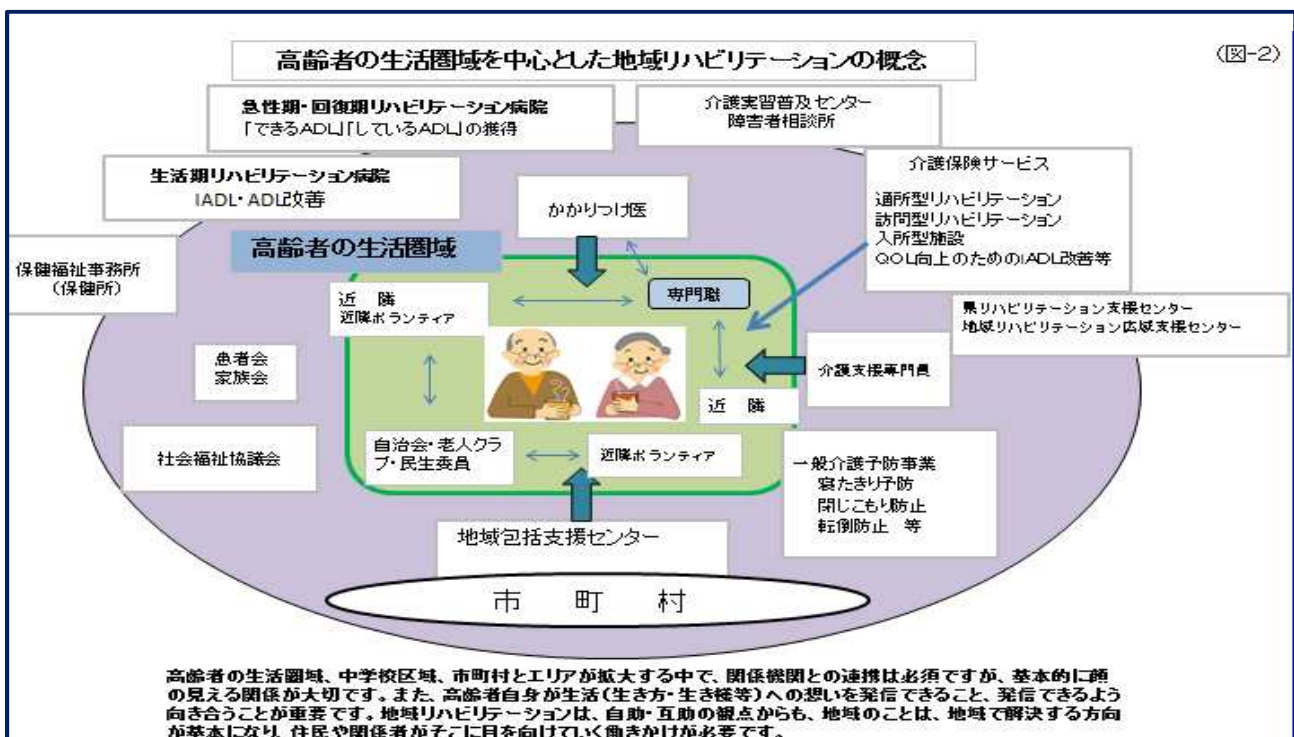
3 地域リハビリテーションの概念

地域リハビリテーション 3 は、高齢者や障害がある人々が住み慣れた地域で生活が送れること、つまり、ノーマライゼーション 4 を基本理念とし、保健・医療・福祉・介護及び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です。

高齢者については、脳卒中や骨折等による障害、配偶者との死別といった環境の変化等をきっかけに閉じこもりがちとなったり、老化による心身の機能低下も加わって、いわゆる廃用症候群 5 と呼ばれる状態となり、寝たきり状態になることが多くあります。

これらを防止するためには、発症前から予防を重視し、障害発生時には主に医療機関で行われる急性期や回復期のリハビリテーションと、退院後に在宅あるいは施設で行われる生活期のリハビリテーションが継続して行われることが必要になります。

そして、人が安心して生活するためには、医学的リハビリテーションも踏まえ、生活への関わりを重視した、保健・医療・福祉・介護に関わる人々や、住民やボランティアまで含めたあらゆる人々が参画する地域リハビリテーションの体制が求められています(図-2参照)。



4 地域リハビリテーションのアプローチ

(1) 地域リハビリテーションの進め方

地域リハビリテーションと CBR 6 (community-based-rehabilitation) とは、同義語に使われており、4つのアプローチがあります。

4つの地域社会開発アプローチ (図-3 参照)

【久野研二：解説 CBR。P4~9 (社)日本理学療法士会 国際部 1997】

施設(専門職)中心型アプローチ (For The People)

【病院や施設、学校で治療や訓練を中心に据えたアプローチ】

障害者はこのサービスの受益者であり、人々の参加は喚起されていません。



巡回型アプローチ

(To The People)

【リハビリテーション専門職が障害者宅へ行く、巡回するアプローチ】

リハビリテーション専門職による技術提供であり、現在は と の混合型として提供されています。

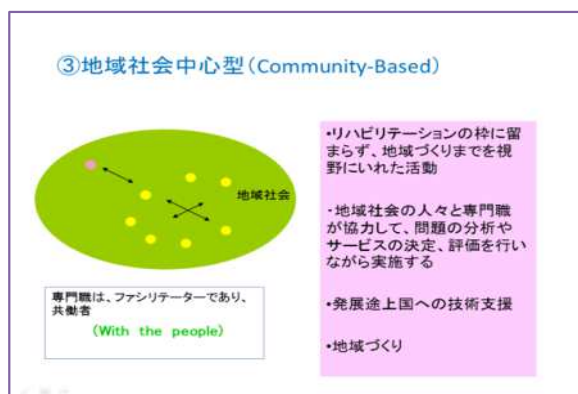


地域社会中心型アプローチ

(With The People)

【地域の人々と専門職が協力して評価、実施するアプローチ】

専門職が動機づけを行います、問題解決のための主体者が専門職から障害者を含んだ地域社会へと役割転換が行われます。何よりも専門職自身の認識が鍵です。



地域社会自治型アプローチ (By The People)

【自治をできる地域社会に対して問いかけるアプローチ】

地域の状況にもよりますが、**や**も含め、**から**へ意識的に働きかける視点が重要です。

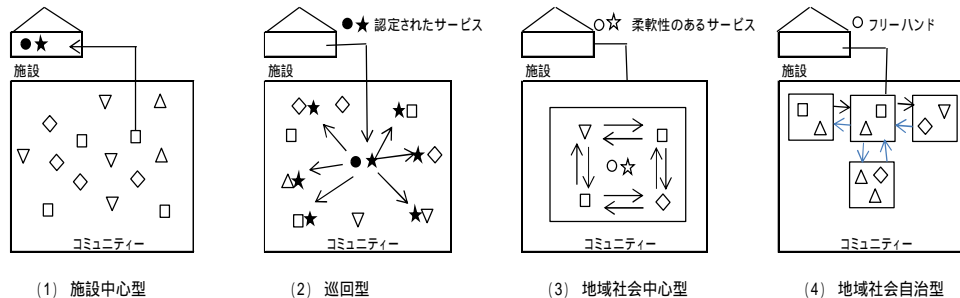


4つの地域社会開発アプローチ

(図- 3)

WHO、ユネスコ、ILOは、「コミュニティベースド・リハビリテーション(CBR)は地域社会開発における、障害のリハビリテーション、機会の均等化、社会統合のための戦略の一つである」と定義しています。同様に多くのCBR実験機関も、CBRを障害(者)問題解決を通じた地域社会の開発戦略であると定義しています。

ここでは、この地域社会開発の視点から障害者のリハビリテーションの4つのアプローチは、次のとおりです。



(1) 施設中心型

(2) 巡回型

(3) 地域社会中心型

(4) 地域社会自治型

(/ : 専門家 / : サービスやプログラム : 地域社会の人々)

形態	(1) 施設(専門職)中心型	(2)巡回型	(3)地域社会中心型	(4) 地域社会自治型
アプローチ	FOR the people	TO the people	WITH the people	BY the people
施設と専門家の役割	サービス供給 管理・運営 実施主体		ファシリテーター(啓発者) 共同して管理・運営 協働者	支援者 カタリスト 変化を促す人
地域社会の人々の役割	患者 目的 対象		共同して自分たちの生活を評価するパートナー	管理・実施者 評価者 決定の主体
基礎となっている考え方	専門家とその施設が必要な技術とサービスを有している			地域社会の人々は自分の地域社会の発展に向け判断し、行動する知恵と技術を有している
特徴	非参加型 サービス提供が主体 現状の社会構造維持	(マンパワーとしてのみ参加)		主体として参加 生活が中心に捉えられている 既存の社会構造の変革を目指している

注)文献18(池住義憲氏の講演)を主に文献10を参考に作成

(2)個々の対応の基本姿勢

地域リハビリテーションを推進するためには、基本的な倫理や援助の基本姿勢が重要になります。

人権の尊重や擁護：地域社会において人権を侵害されることなく、生活を支援

することや人権を擁護することが求められます。

公平・中立性：すべての人に対しても公平で中立性を保つことが重要です。

個人情報の保護：個人情報を関係機関に連絡する場合、あらかじめ文書や同意を得る必要があります。

自立支援：生活の主体者は対象者であり、援助者は主体ではありません。

「身体的・精神的な障害のある高齢者であっても、可能な限り、その人のもつ人生観や価値観に即した生活が主体的に送れるよう、その人の自立を社会的に支援することが介護サービスの基本」とされています。(五訂介護支援専門員実務研修テキストより H24.12 p12)

(3)地域リハビリテーション関係者の共通認識

地域リハビリテーションの目的を達成するためには、関係者が、保健や医療、福祉、介護、教育、職業や生活に関わるあらゆる分野との連携を図り、包括的なサービスが提供できるよう努めることが重要です。

平成8年に厚生省の地域リハビリテーション活動評価マニュアル作成研究班は、「地域リハビリテーションコーディネーター活動マニュアル」を作成し、この中で、「コーディネーター」の役割として、「一個人を支えるために行う調整などの役割を担うとともに、その個人を通して地域社会のサービスを統合もしくは創造し、ひいては地域社会そのものを醸成する役割を担うもの」と説明しています。この活動には「調整という個人に直接関係する活動」と、「地域社会に対する活動」という二つの側面に対する役割を担うとされています。

地域で関わる専門職は、この二つの側面を持つ活動ができる力をつける必要があり、地域リハビリテーション関係者の共通の認識となることが重要です。

(4)地域リハビリテーションの活動の展開

直接的支援活動

現在、地域で展開されている活動は、4つの地域社会開発アプローチの中で、施設(専門職)中心型アプローチと巡回型アプローチが中心です。しかし、より良い生活の質を実現するためには、適切なサービスを利用し、地域で必要な資源を有効活用する仕組みが必要ですし、既存のサービスだけでは、生活の質の実現には近づけません。例えば、家の中で自立をしていますが、外に出られる機会や地域に通える受け皿がなければ、自ずと行動範囲は限られてしまいます。

このため、地域への働きかけを含めた地域づくりを視野に入れた活動として、地域社会中心型のアプローチや地域社会自治型アプローチが重要になります。具体的には、介護予防においては、住民主体による要支援者を含めた自主的な通いの場づくり(介護予防・生活支援サービス事業)の他に、趣味活動などを通じた居場所づくりとしての通いの場づくり(一般介護予防事業)など、幅広い自立を支援する内容が求められます。

組織化活動

活動を継続的に実施するには、個々の活動の組織化や団体・関係機関との連携が重要です。組織化活動は、特定の仲間内だけの関係から、継続的かつ効果的な活動の広がり期待ができます。このことは、NPO や民間企業、地域住民とともに協働していくネットワークの構築にも繋がります。

市町村が行う地域関係者が集まる地域ケア会議や、医療と介護の関係者による協議会、多職種による事例検討会などと連携することで、顔の見える関係が増え効果的な活動に繋がります。

教育啓発活動

リハビリテーションの重要性を専門職が知っていたとしても、本人や家族、その人を取り巻く地域の人々が知っていなければ、本人の生活の広がりや質の向上にはつながりにくくなります。このため、寝たきりの状態になることを予防することや、介護を要する状態になることを予防する上で、リハビリテーションが果たす役割など、広く啓発することは重要です。

例えば、自立という言葉も、介護を必要な人にどのような支援が自立に通じるのか、必要なことを理解して介護するのと、ただお世話するのでは、その後のその方の自立の広がり差が生じてきます。

このように、広く県民がこのリハビリテーションの重要性を理解し、地域で共に支え合う地域リハビリテーション活動を進めるためにも、教育啓発活動は重要になります。

(例)

- ・これから自身の生活への想いを形にする、「私の暮らしのシート」 7 (図-4) を活用し、自立支援の仕組みを普及啓発。
- ・「リハビリテーション週間事業」 8 を実施し、リハビリテーションの普及啓発。
- ・様々な機会をとおり、多くの関係者に教育啓発を進めていきます。

(図-4)

私の暮らしのシート

名 前：
(生年月日 年 月 日)



私の暮らしのシートの目的

- このシートは、現在の様子やこれからの医療や介護についてご自身の想いを届けるシートです。
- また、これからの自分の生活や、医療や介護などについて考えるきっかけにしてみてください。
- 入院、入所、在宅サービス利用時に、医療機関や介護保険施設、在宅サービス事業者に提示することで、自分の想いに添った医療や介護サービスの利用に役立てます。

私の暮らしのシート記載方法

- この「私の暮らしのシート」は、ご自身や家族と話し合う中でご自分で記載してみましょう。記載が難しい時は、家族や介護支援専門員などの支援者や地域包括支援センター職員と話し合う中で記載してみましょう。
- このシートは、自分の生活や想いについて自ら発信するシートです。書きたくないことや、書けないことは書かなくても結構です。

関係者が情報の共有

- 本シートをとおして、本人や家族のこれからの生活の支援や医療と介護サービスの支援に役立てていきます。

【使用にあたっての留意事項】

- ◆本シートは、原則として本人又は家族から情報を発信しますが、必要により支援者から情報提供される際には、本人や家族に提供の目的、内容、提供先を丁寧に伝え、同意を得ておきましょう。
- ◆プライバシー・個人情報の保護を徹底しましょう。

(1)記入日： 年 月 日

(2)記入支援者：所 属

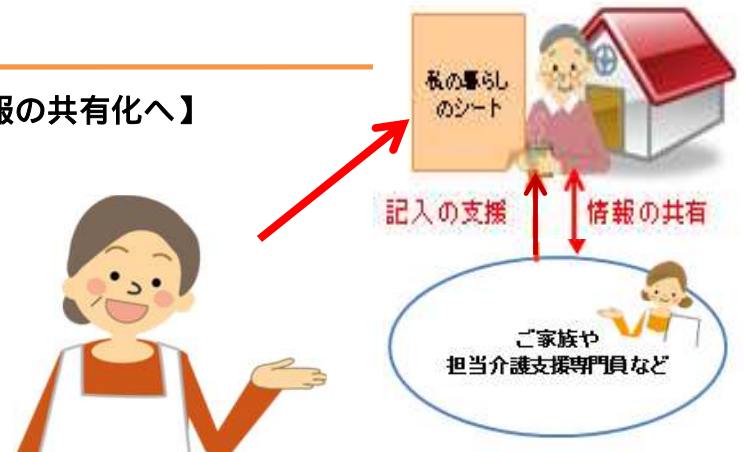
家族の場合には続柄

氏 名

連絡先

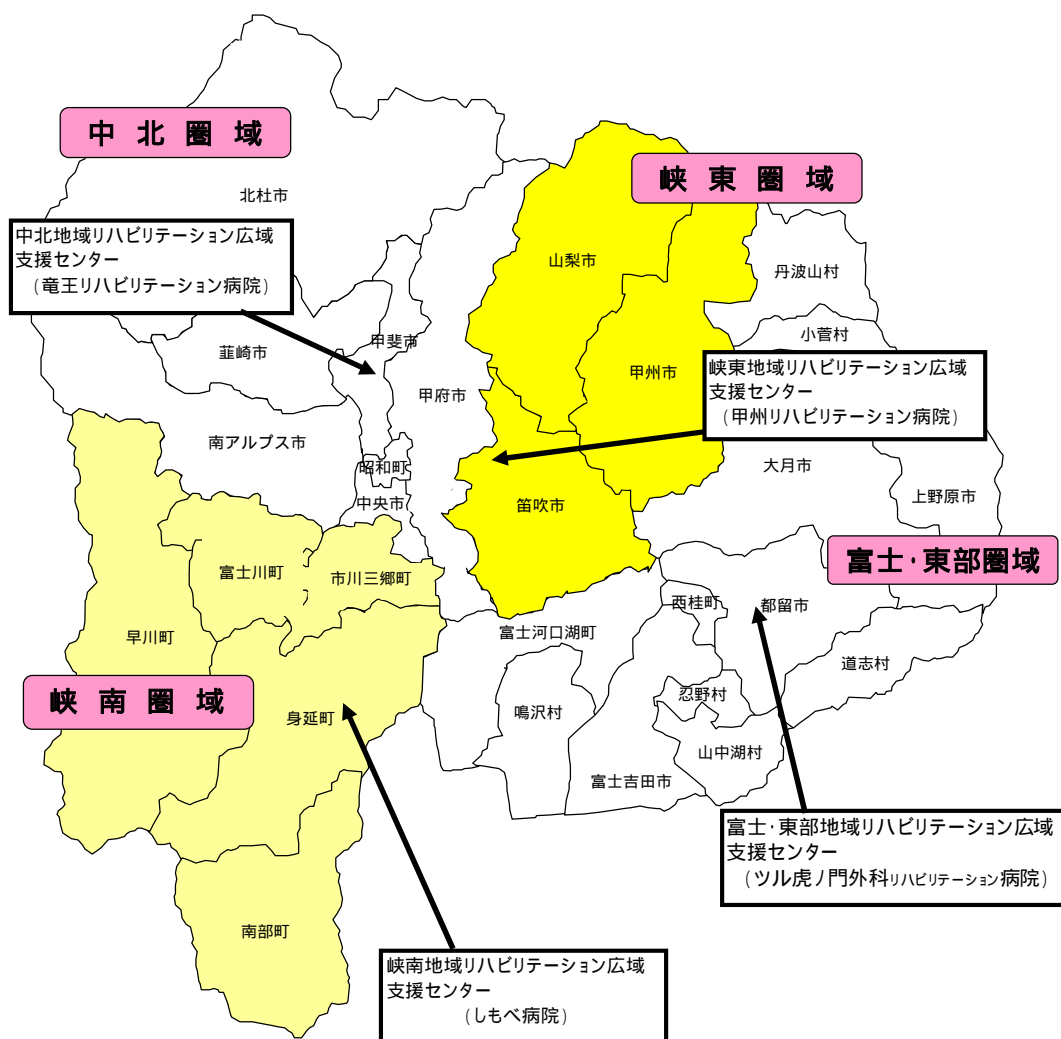
山型県介護・医療連携推進協議会

【想いを知り、情報の共有化へ】



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



(H26年度地域リハビリテーション広域支援センターの設置状況)

1 県内の地域リハビリテーションの現状と課題

本県の医療機関や介護保険施設でのリハビリテーション体制は10年前より進み、リハビリテーションを担う専門職も、人口10万人対では全国平均を上回っています(表-1)。

病院・一般診療所における従事者数(各年10月1日現在:人) (表-1)

区分	山 梨 県				全 国			
	H 2 0		H 2 5		H 2 0		H 2 5	
	従事者数	人口10万人対	従事者数	人口10万人対	従事者数	人口10万人対	従事者数	人口10万人対
理学療法士	437.3	50.4	554.7	65.6	45,358.3	35.7	61,720.6	48.5
作業療法士	317.8	36.6	422.1	49.9	26,261.3	20.7	37451	29.4
言語聴覚士	93.9	10.8	125.5	14.8	8,583.3	6.8	12,536.1	9.8

資料:医療施設調査・病院報告(厚生労働省)

従事者数は常勤換算後の数


リハビリテーション体制を進める上で、地域の関係団体として、特に、県リハビリテーション病院・施設協議会、県理学療法士会、県作業療法士会、県言語聴覚士会などが中心に、県内の地域リハビリテーションを進めていますが、3士会[理学療法士(PT)・作業療法士(OT)・言語聴覚士(ST)]合同のリハビリテーション専門職合同学術大会等を開催するなど、各職種間の連携も進んでいます。

このように、関係団体等の協力を得る中で、県では、県リハビリテーション支援センターや各4圏域における地域リハビリテーション広域支援センターを中心に、県内の地域リハビリテーション体制の構築を進め、リハビリテーション相談の実施 地域リハビリテーション連絡会の開催 地域リハビリテーション実践研修会の開催 市町村支援事業(図-5)を進めています。


(図-5)

～歩行補助具を紹介した事例～

評価



- 強い膝の変形
- 独り暮らしで行動の範囲が狭くなっている



- 関節に負担がかかりにくい歩き方を提案
- 休憩しながらゴミ出しに行ける補助具を提案


引き出したもの

- 膝に無理をかけずに歩くこと
- 家事(ゴミ捨て)をすること
- 運動量の増加→生活の活性化

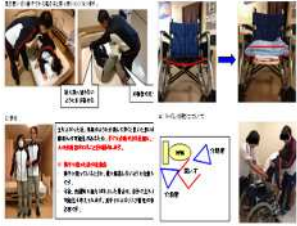
支援内容

- 施設の状況を聴取、見学して、研修会を実施
- 相談支援の枠で、1~2回/月 訪問
 - ①アドバイスの範囲 ②期間限定
- 訪問結果を経てまとめの研修会を実施予定

研修会「移乗の基礎と事故防止」

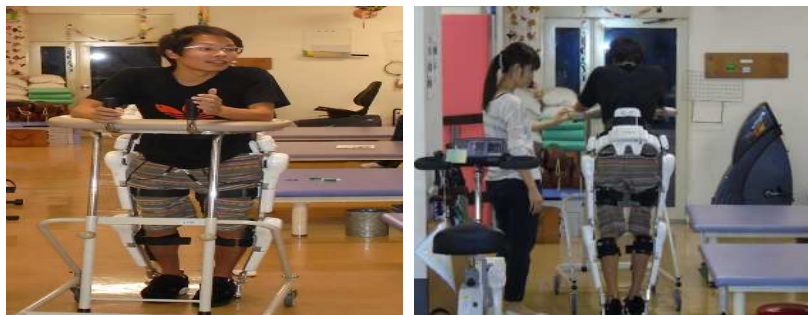


訪問時のアドバイス



また、平成 24 年度・25 年度に県内の医療機関において、先進技術を活用したロボットスーツ HAL[®] 9 の効果的な活用等についての検証を図り、平成 26 年度には、地域リハビリテーション広域支援センターの 3 医療機関でもロボットスーツ HAL[®] を試用し（写真-1）、介護ロボットの普及に向けた取り組みを進めています。

写真-1



自立支援を進めるためには、リハビリテーションは、決して専門職だけが関わるものでなく、施設や在宅の介護職や家族が、リハビリテーションの視点を踏まえ、生活の場で自立支援に向けて支援することが重要です。

このため、自立支援のリーダーを育成するため、平成 23 年度より 3 年間、介護職員と施設長を対象とし、PT・OT・ST を講師に年 8 回の継続研修会として介護職場自立支援リーダー研修(写真-2)を開催しました。平成 26 年度以降も、県立介護実習普及センターにて、介護職場のリーダー研修として PT・OT・ST による自立支援の研修が継続されています。

写真-2



また、住民が自宅や身近にある公民館などで、仲間と共に自立に効果のある体操などを行うことも大切であることから、慣れ親しんだ音楽に合わせて、口腔を含め、全身を動かす介護予防体操として、県 ST 士会を中心に、県歯科医師会、県 PT 士会、県 OT 士会の協力を得て「ニコニコ長生きやまなし体操」 10（写真-3）を作成し、各市町村、地域包括支援センターを始め、県内の全介護保険事業所に CD 版、DVD 版を提供し、活用を促進しています。

写真-3



こうした取り組みの一方で、入院患者が退院してからの支援や在宅における予防活動、地域リハビリテーションの支えは、医療的リハビリテーションサービスに比べ不足しています。

このため県は、県内のリハビリテーション専門職を市町村事業に活用するために平成24年度から、PT・OT・STバンク 11（図-6）の運用を始めていますが、多くの市町村における活用に結びついていないのが現状です。

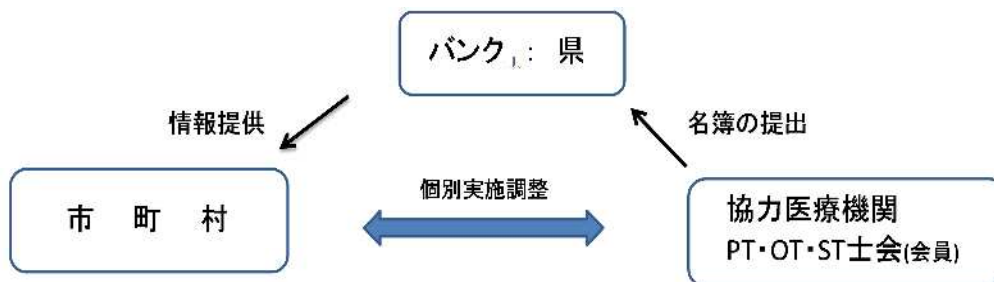
また、リハビリテーションの関係者は、PT・OT・STが中心と思われがちですが、関わるスタッフは多くの関係者が必要です。例えば口腔ケアの場面では、歯科医師や歯科衛生士をはじめ管理栄養士など、様々な専門職種が関わりケアを進めていくことが重要です。多くの専門職が、必要に応じ関われる体制や連携は不十分な現状です。今後、高齢者を取り巻く環境や疾病が多様化する中で、認知症のケアをはじめ、老老介護の問題など多くの課題があります。このため、関係者が連携を図り、家族や地域の住民の協力を得ながら、共に地域包括ケアの体制を構築していくことが急務になります。

(図-6)

PT・OT・STバンクの設置

PT・OT・STバンクの目的

市町村の介護予防の促進を図るため、PT・OT・STの持つ専門的知識や技術を活かした介護予防等の企画立案や実施、また、地域ケア会議や事例検討会等における助言などが行えるよう、病院等に勤務する専門職を市町村での活用促進を支援するバンクを設置する。



専門職の業務内容

1. 介護予防への指導
 - ①通所型・訪問型の介護予防事業
 - ②在宅の高齢者に対する、自立支援への指導・助言
2. 地域ケア会議等への助言
 - ①市町村が開催する地域ケア会議、小地域ケア会議等の助言
 - ②事例検討会等の助言
3. その他
 - ①介護予防の推進に資する事業
 ※なお、診療や介護(報酬算定されるもの)を除く。

バンクの流れ

1. 登録バンクの設置

県は、県内の医療機関に協力を求め、登録名簿を作成
(病院名・住所・連絡先・担当窓口・職種・回数)

各PT・OT・ST士会は、在宅の協力者等登録名簿を作成
(氏名・住所・連絡先・回数)
 2. 市町村は、登録者の中から協力を求める該当医療機関、PT・OT・ST士会(会員)と協議調整。
(派遣職種、派遣回数、派遣日・時間、派遣単価等)
- ※標準的な契約書、交通費や保険の取り扱いについては、あらかじめ調整のうえ県が示す。

2 地域リハビリテーション実態調査による課題のまとめ

平成 13 年 12 月と平成 23 年 1 月に実施した県内のリハビリテーションに関する 10 年間の比較調査（資料編-1）による（一部抜粋）。

リハビリテーションを受けることになった原因疾患で最も多い疾患は、「脳血管疾患」だが、平成 23 年ではその割合が減少し、「脊椎疾患」「骨折」が増加した。

【課題】リハビリテーションを受ける疾患は、特定の疾患に止まらず幅広く広がっている。このため、退院後の受け皿には、幅広いリハビリテーションの対応が求められている。

リハビリテーションを受ける年齢は後期高齢者が多く、平成 23 年の割合は後期高齢者群が 6 割を越えた。

【課題】リハビリテーションを受ける人は 75 歳以上の方が多く、介護保険制度を受ける割合が高い階層である。

リハビリテーション施設は、平成 13 年には一部の圏域に集中していたが、平成 23 年には県内の各圏域にも広がりつつあるが、一部のサービスは不足している。

【課題】リハビリテーションを行う施設（医療機関・介護保険施設）は、県内に広がりつつあるが、一部のサービスは不足している。

二次予防事業対象者は増加したが、事業参加者は 7.60%に減少した。

【課題】介護予防の必要な人は増加しているが、必要な介護予防事業が提供されていない。このような反省を踏まえ、国は次のことを指摘している。

リハ職等を活かした介護予防の機能強化

例 リハ職等が住民運営の通いの場において、参加者の状態に応じて、安全な動き方等、適切な助言を行うことにより、生活機能の低下のかわらず、様々な状態の高齢者の参加が可能となる。等

住民運営の通いの場の充実

例 市町村が住民に対し強い動機付けを行い、住民主体の活動的な通いの場を創出する。等

高齢者の社会参加を通じた介護予防の推進

例 定年後の社会参加を支援する等を通じて、シニア世代に担い手になってもらうことにより、社会的役割や自己実現を果たすことが、介護予防につながる。

PT・OT・STの人数は増加したが、市町村事業への活用に結びついていない。

【課題】高齢者が増加し、リハビリテーションによる疾患が多岐に渡る中、退院後の生活をはじめ、生活期においても「心身機能」「参加」「活動」へのアプローチが重要であり、閉じこもりや廃用症候群への関わりなど専門職の有効活用が必要である。

【介護保険法の基本理念】

(参考)

介護保険法第4条(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じ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適切な保健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 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

第3章

地域リハビリテーション推進の基本目標と基本方針

第1期生



ファイブスター



美女と草食獣



パークの会

第2期生



ジイ バアカルテット



ゴンドラ



AKB7
(AKEBONO7)

(平成26年度身延町介護予防教室脳力アップ教室活動記録より)

1 基本目標

本人の想いを中心とした、「自助」や「互助」を延ばし、いつでも、どこでも必要な人が適切なリハビリテーションを受けられる体制を促進し、自立を目指した保健・医療・福祉・介護サービスが提供できる体制を目指します。

2 基本方針

高齢者それぞれの状態に応じたリハビリテーションが、急性期、回復期、生活期をはじめ、予防期を含めた各時期に適切かつ円滑に提供されるよう、その内容の充実を図るとともに、地域リハビリテーションの提供体制の整備を図ります。

高齢者自身が主体となり思いどおりの生活を描けるよう、関係機関や団体が、高齢者本人や地域の住民に対し自立支援を働きかけていく。

広く県民がリハビリテーションを活用し、生活に役立つことを認識できるよう周知啓発を図ります。

3 地域リハビリテーション推進のための8つの方策

(1) 障害の発生予防の推進

障害の発生を予防することが大切であるとともに、高齢者のライフステージに応じたリハビリテーションが、継続的に提供できる支援システムを地域に創っていくことが必要です。

平成26年4月「山梨県高齢者福祉基礎調査」によると、本県における在宅寝たきり高齢者は、7,653人で、前年より112人増加しています。また、平成26年9月の介護保険認定件数では、第2号保険者の特定疾病別内訳は、脳血管疾患が57.1%を占めています。

更に、高齢社会の進展とともに、認知症高齢者は24,263人になり高齢者人口の10.6%を占め、前年より911人増加していますが、より軽度の方や予備群も含めると高齢者の4人に1人を占めるとの推計も出されています。

こうした状況を踏まえ、要介護状態にならないための介護予防や認知症予防対策を一層推進していく必要があります。

要介護認定者の内、軽度者の原因疾患は高齢者の活動性の低下による廃用症候群による要因が高く、また、認知症の危険因子として運動不足、高血圧や糖尿病、飲酒過多などが指摘されています。このため、市町村は、生活習慣病の予防と介護予防を両輪と捉え、働き盛りの内から対応が求められています。

また、高齢者が閉じこもりや何らかの支援を必要とする者の二次的な障害の予防として、高齢者が容易に通える範囲に通いの場を住民主体で展開することや、住民自身が積極的な参加と運営を進めることは高齢者の自律にも繋がります。この住民運営の通いの場の参加者に対し、参加者の状態に応じて、無理のない安全な動き方等、適切な助言等を進め、高齢者の生活行為の低下を防ぐことや地域の拠点に参加できる仕組みが必要です。

このように、障害の発生予防をはじめ、地域の通いの場へのマンパワーの支援に対して、幅広い専門職の活用が考えられます。

このため、県はPT・OT・STバンクの活用を働きかけると共に、リハビリテーション専門職を活用した住民主体の介護予防の推進や、地域型認知症予防プログラム 12 の普及促進に取り組む市町村に対し支援します。

(2)発症当初からリハビリテーションが受けられる体制の強化

自宅で閉じこもりや参加や活動しないことから起こる廃用症候群の予防や、疾病や障害の治療に併せ、可能な限り早期からリハビリテーションが提供されることが重要です。

疾病の発症後の治療に併せ、可能な限り早期からリスク管理に重点を置くと共に、廃用性の予防を主としたリハビリテーションが重要です。

このため、急性期からリハビリテーションを提供し、他部門や他機関との連携を強化するために、専門的なリハビリテーション知識・技術の向上を進めていく必要があります。

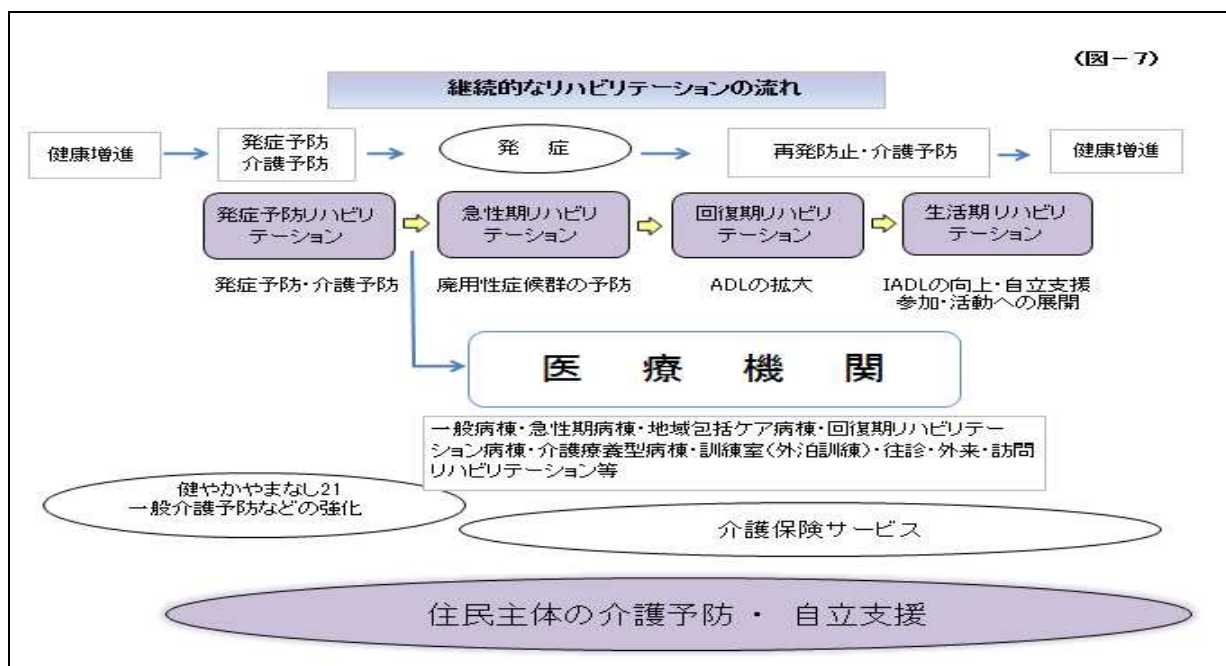
今後、地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携指針 13 を踏まえ、各機関、各職種が連携を強化します。

(3)継続的な支援システムの確立

予防期を含めた急性期から回復期、生活期へと遅滞なく効率的に継続的に実施されることが必要です。

地域リハビリテーションは、高齢者や障害者に対し、保健・医療・福祉・介護及び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ですので、包括的に、継続的にそして体系的に対応する必要があります。

このため、急性期・回復期・生活期・予防期の各期リハビリテーションについて、継続的な支援システムを作る必要があり、情報の共有 質量の充実を進めていきます(図-7)。



急性期・回復期のリハビリテーション

疾患やリスク管理に重点を置き、発症後、治療と併せ可能な限り早期に二次的障害を予防し、円滑な自宅復帰が可能となるように、能動的な機能回復を中心とした各種のリハビリテーション医療を行います。

特に、回復期においては、「寝たきり予防」と「自宅復帰の促進」が主な目的です。

このため、「実用歩行」自立の重視 「寝たきり予防」の重視 病棟でのADL 訓練の重視(「できるADL」と「しているADL」 14 両面への関わりの促進による自立)を進めます。

また、平成26年4月の診療報酬改定で、「地域包括ケアを支援する病棟(地域包括ケア病棟)」 15 が新設され、急性期からの受け皿や、在宅復帰するための機能などをもつ病棟の創設により、今後、医療間連携をはじめ、医療と介護の連携がより重要になります。

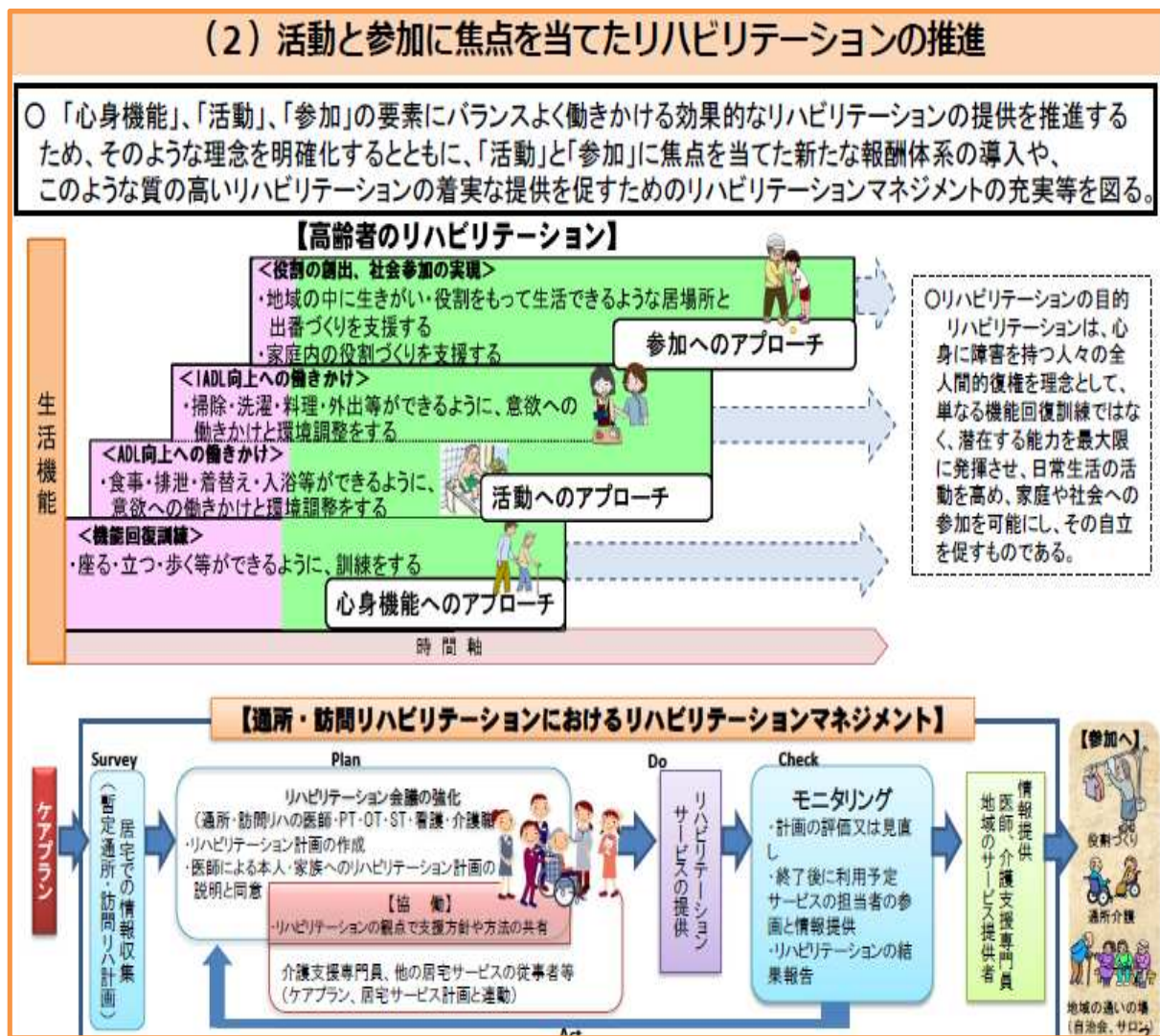
生活期のリハビリテーション

急性期及び回復期のリハビリテーションに引き続き、高齢者の体力や機能の維持若しくは改善、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たリハビリテーションを提供します。

この自立生活には、「しているADL」の向上を目指すADL・IADLに対する支援が必要です。また、生活期のリハビリテーションは、これからの自分がどのような生活をしていくのか・本人の想いを中心に、多職種が協働する働きが重要です。また、環境要因への配慮に止まらず、なかなか声を出しにくい生活

者へのマネジメントを進めていく必要もあります。

また、通所や訪問のリハビリテーションでは、活動と参加に焦点を当てたりリハビリテーションの推進が重要になります。(図-8) (図-8)



(H27 年度介護報酬改定関係資料 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料より)

国は、平成 26 年に「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」を設置し、生活期リハビリテーションにおける、通所系・訪問系の在り方や医療保険と介護保険との連携について検討を進めました。

この中で、生活期リハビリテーションは、リハビリテーション機能の特性を活かしたプログラムの充実や、生活行為改善リハビリテーション、利用者のニーズ把握票(図-9)など、新たな様式を含め生活期の具体的な対応の仕方を示しています。

また、質の高いリハビリテーションの実現のため、生活期リハビリテーション

マネジメントの再構築や利用者主体の日常生活に着目した目標設定など新たな提示をしています。

本県では既に、地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携指針の中で、連携ツールとして「私の暮らしのシート」を提案し、平成26年度現在他の連携ツールも含めると13市町村で活用されています。今後とも本人の想いを中心とし、多職種の連携を図り、生活期のリハビリテーションを充実して行きます。

(図-9)

様式A 利用者のニーズ把握票 (※新規の様式)

当様式のねらい

○ 日常生活や人生の過ごし方に対する利用者の意向を把握しやすくするツールとして作成した

※任意の書式:本人にアンケート形式で活用する

○ 様式を用いることで、職種間及び事業所間での情報共有を促す効果も期待する

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で顔を洗う				散歩			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに紙る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・クラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				資金を伴う仕事			
お祭り・宗教活動				旅行・温泉			
その他()				その他()			
その他()				その他()			

※平成20～25年度 老人保健健康増進等事業
介護予防・日常生活総合事業ガイドラインより抜粋

(H26年11月6日第4回高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会資料より)

予防期のリハビリテーション

加齢による機能の低下、活動性の低下や廃用性の機能低下を防止し、地域の中で活動性の高い生活や閉じこもりを防ぐ各種の事業等、自立した生活を維持することを目指します。

前述の「障害の発生予防の推進」で記載したとおり、住民が主体的に介護予防に参加できる仕組みや、身近な地域で受け皿を作れるよう、住民と市町村、関係者で、地域への働きかけを進めていくことが重要です。

(4)社会参加・心身の自立の推進

何よりも、高齢者自身が身近な生活の中で、望むこと・目指したい生活を想い、高齢者本人が主体となり、地域に参加することを進めます。

障害がある者も健常者と同じように、社会参加ができる社会を目指します。このことは、障害にとらわれることなく、自らの想いを遂行することや、社会や活動に参加できることを主眼としたリハビリテーションの展開を図ります。1970年代に展開されたIL運動16の思想に照らし、障害者の自己実現への要求を支える社会的リハビリテーションを進めます。

(5)介護者への支援体制の促進

介護者への支援体制として、相談や研修体制の充実をはじめ、家族会への支援を関係機関・関係団体と連携を図り進めます。

市町村・地域包括支援センターや地域リハビリテーション広域支援センター等における相談体制の充実と共に、介護技術の向上を始めとする各種の研修を県立介護実習・普及センターで実施します。

また、県内では、認知症の人と家族の会をはじめ、自主的な家族の活動も進められていますので家族会活動を支援します。

関係する相談機関が、保健・医療・福祉・介護の関係機関や関係団体との連携を図りながら、総合的な支援策を進めます。

(6)地域住民の活動も含めた支援体制の促進

共に支え合う活動を進めるため、高齢者の社会参加を可能にし、自立を図ることを主眼としたサービスを地域の住民と協働して行うことが必要です。

地域リハビリテーション活動を進めるには、地元自治会をはじめ民生委員、老人クラブ、ボランティア団体などあらゆる地域住民の協力が必要です。

このため、介護予防には、地域の有効なインフォーマル 17 な社会資源を「活用する」「生み出す」企画が求められます。地域住民の活動を含めた、支援体制を促進します。

(7)意識啓発の充実

障害を負うことや年をとることなど、誰もが自分自身のこととして捉えるよう啓発が必要です。特に、高齢化が進む中、高齢者自身も含め共に支え合う仕組みや、社会を支えていく若い世代に対し、リハビリテーションの啓発が重要です。

地域リハビリテーションを進めるためには、住民の方の理解や幅広い支援が必要です。このため、「元気やまなし健康長寿 10 か条」(表-1)の普及をはじめ、「リハビリテーション週間」の各種事業や「ニコニコ長生きやまなし体操」の普及をとおり、地域リハビリテーションの重要性を啓発します。

また、住民へのリハビリテーションの理解を充実させるためにも、地域の理解者や住民の自治活動、市町村事業等と絡めた意識啓発を進めます。

資料編(資料-1)による実態調査では、施設と地域住民との交流や連携などは増加しており、各リハビリテーション施設では、地域のニーズを理解し地域との交流を深め、地域に開かれた施設づくりが進められています。

今後、リハビリテーション関係者は、地域との情報を共有し交流等をとおり、住民自身が重要な地域の力(資源)であることを発信することが重要になります。

(8)マンパワーの育成・強化

地域リハビリテーションに関わる関係者の質の向上を図るため、多職種等による研修を進め、関係者間の連携を推進します。

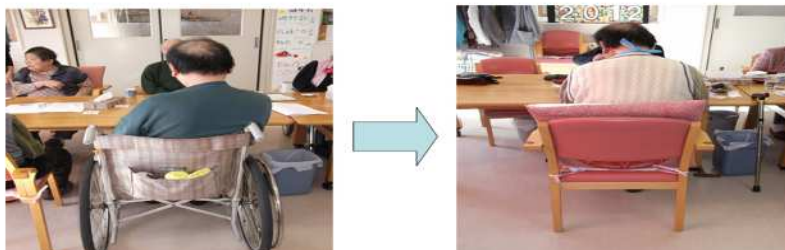
現在、地域リハビリテーション広域支援センターの各種研修会、地域リハビリテーション従事者研修会、介護予防実務者研修会、PT・OT・ST介護予防研修会その他、介護実習普及センターで開催しているPT・OT・STによる介護職場自立支援リーダー研修など、きめ細やかな専門研修を実施し、マンパワーの育成を進めています。

更に、日頃から県内の特徴的な活動を進めている県リハビリテーション病院・施設協議会をはじめ、県PT士会、県OT士会・県ST士会では、リハ専門職の3士会合同研修会など、マンパワーの育成・強化を進めています。

今後、専門性を高めるためには、職員自身が自主的に研修に参加することも大切ですが、職場で研修の機会を作ることが重要です。研修を受け伝達する仕組みや、具体的にどのように日頃の業務に活かすのか、研修受講後、他の職員に情報

を共有することを施設の業務として位置づけることも重要です。

また、連携強化を進めるため、顔の見える関係作りは重要です。多職種が同じ場で話合う研修等を活用し、多職種間の相互理解・協働を推進します。



(H24 介護職場人材育成研修会「正しい姿勢で食事を」発表資料より)

元気やまなし健康長寿10か条 (表-1)

	げん	元気に長生きするには(げんきやまなしけんこうちょうじゅ)
第一条	き	気心の知れた人との交流で 社会的ネットワークは健康寿命の大切な条件です。
第二条	や	役割や趣味をもって生き生きと 家庭や地域での役割や趣味を持つことで生きがいを持ちましょう。
第三条	ま	学んで脳に刺激を与え メリハリのある生活で認知症の予防をしましょう。
第四条	な	何でもいつでも、相談し かかりつけ医や保健師などの専門家の支援で心と体の健康を保ちましょう。
第五条	し	食生活、ゆっくりしっかり食べること 伝統的な食文化を大切にして、食生活を楽しみましょう。
第六条	け(ん)	煙はごめんと縁を切り 禁煙や受動喫煙の防止は生活習慣病予防に効果的です。
第七条	こ	転ばぬ先のリハビリテーション 転倒予防や安全対策で骨折などの事故を防ぎましょう。
第八条	う	運動を続けて貯筋を増やし 体力をつけて外に出ることで閉じこもりを防止しましょう。
第九条	ち(ょう)	地域のつながり大切に みんなで支え合う、活気ある街づくりは健康長寿の基本です。
第十条	じ(ゆ)	自分の体をチェックして健康寿命をめざしましょう 健診を受けて自分の健康状態を知り、適切な対応をとりましょう。

気心の知れた人との交流で、役割や趣味をもって生き生きと、学んで脳に刺激を与え、何でもいつでも相談し、食生活、ゆっくりしっかり食べること、煙はごめんと縁を切り、転ばぬ先のリハビリテーション、運動を続けて貯筋を増やし、地域のつながり大切に、自分の体をチェックして健康長寿をめざしましょう。

第4章

地域リハビリテーション体制の整備方針

さてどうする？人的環境

自主グループによる研修会



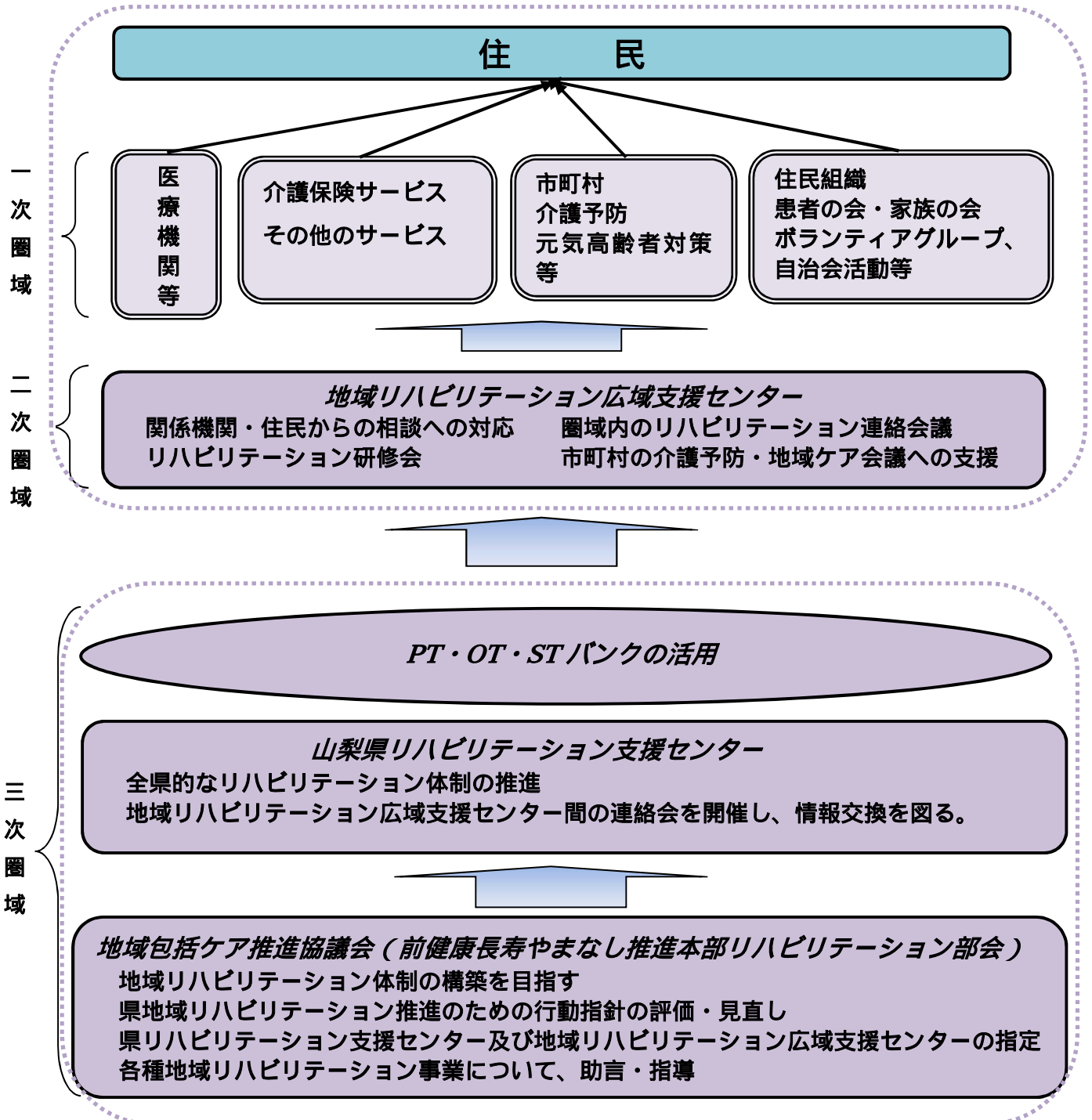
(H25 介護職場人材育成研修会発表資料より)

地域リハビリテーション支援体制は、一次圏域（市町村レベル）二次圏域（高齢者福祉圏域レベル）三次圏域（全県レベル）とし、三層体制で整備します。

（図-10 参照）

地域リハビリテーション支援体制

（図-10）



1 一次圏域における地域リハビリテーションの充実と直接支援体制の整備

(1)介護予防の促進支援

介護予防は、市町村が主体となり高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的に行います。

生活行為が制限された高齢者に対し、リハビリテーションの理念を踏まえ、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものでなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質の向上を図ります。

このため、市町村は、次の視点で今後の介護予防を進めます。

市町村の健康衛生・増進部門における健康づくり対策と連動した介護予防の企画や実施を進めます。また、市町村内の社会福祉協議会や老人クラブなど、様々な関連する事業を実施している機関や団体と連携を進めていきます。

機能回復などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスの取れたアプローチができるよう介護予防を進めます。

年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進します。

リハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を強化します。

住民主体の介護予防を進めるため、住民に介護予防の情報を提供し普及啓発を進めます。

高齢者自身が生活支援の担い手であると捉え、地域の中で新たな役割を生み出す機会を推進します。

特に、H27年度より一般介護予防事業の中に位置づけられた地域リハビリテーション活動支援事業（図-11 参照）を取り込み、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等の関与を事業所等の協力を得ながら促進します。

これらの一連の介護予防を進めるには、住民主体の介護予防 必要な人に必要な介護予防を提供する受け皿づくり 生活期におけるリハビリテーション専門職の活用が必要です。

また、介護予防の取り組みを継続的・効果的に進めていくためには、高齢者が自ら意欲的に取り組む意識の醸成と活動の機会づくりが重要です。

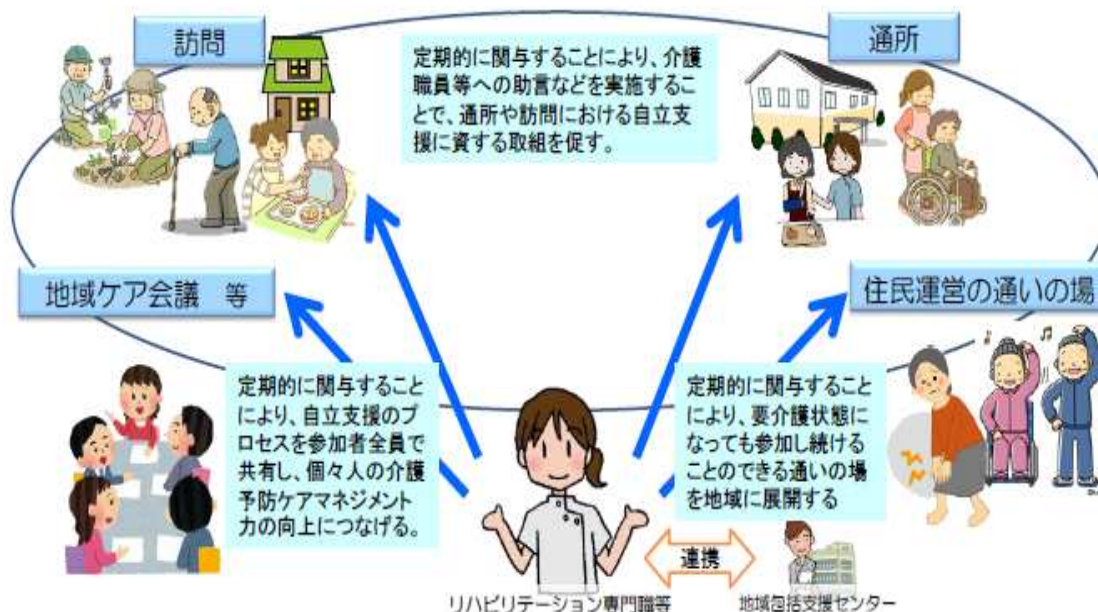
このため、県は、サロンや人が集う場所、自宅でも活用できる、「ニコ

ニコ長生きやまなし体操」の活用を促進し、リハビリテーションのつどい(写真-4)開催時に活用紹介を進めます。

(図-11)

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等の関与を促進する。



リハビリテーション専門職等は、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の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

平成 27 年 3 月 2 日全国介護保険・高齢者保健福祉担当者課長会議資料

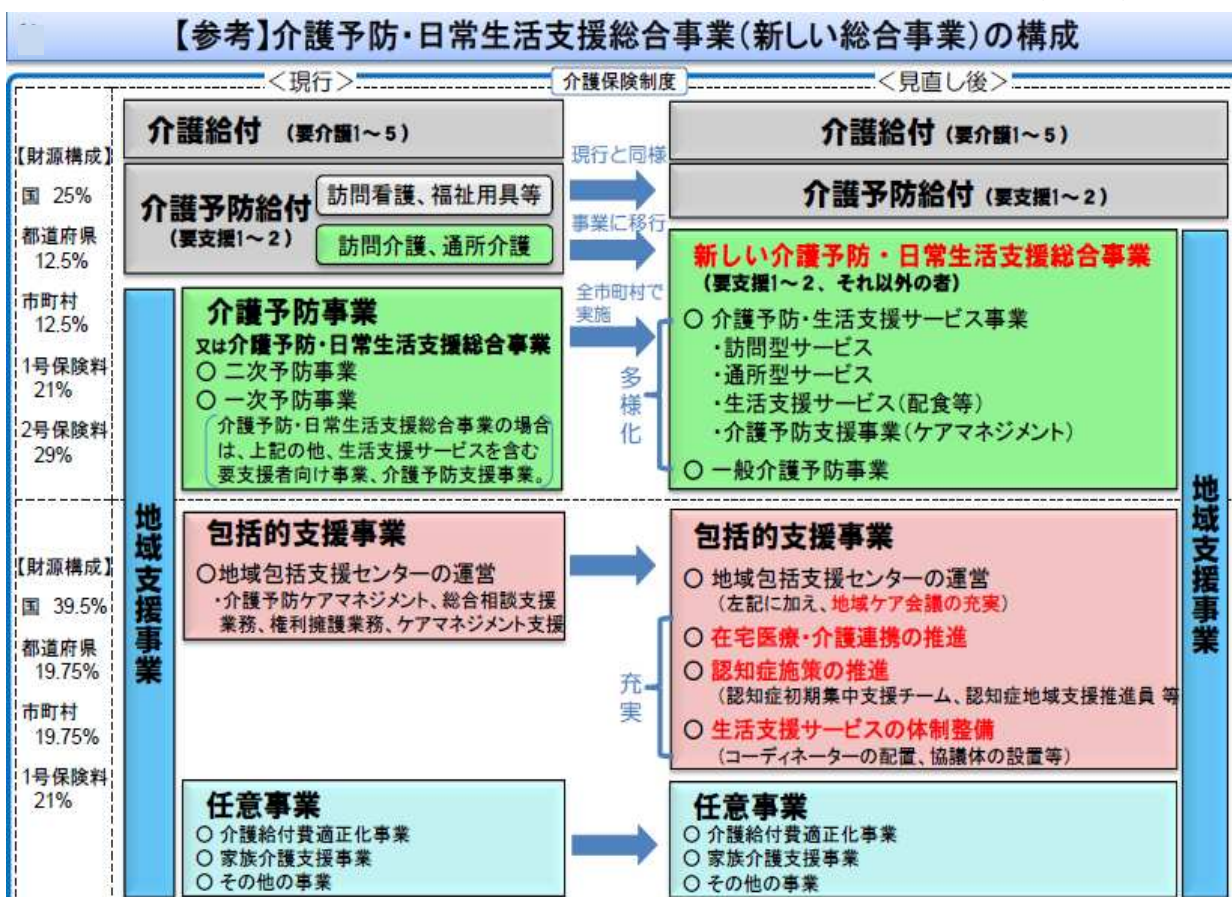
写真-4



更に、改正介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「新しい総合事業」という）18（図-12）は、平成 27 年度より順次スタートします。市町村の窓口に来た介護保険サービスの希望者に対し、明らかに要介護認定を受ける状態の人を除き、来談者の状態をチェックリストを活用し判断し、

新しい総合事業のサービスや介護予防が必要な人には介護予防の働きかけを行います。その際に市町村の窓口では、来談者に対し、「今、何故、介護予防が必要なのか」「これから自身の健康や介護や介護予防に対し、どう向き合って生きていくのか」など、適切なアドバイスなどが求められます。このため、県は、市町村に対し「私の暮らしのシート」「介護予防ナビゲーター」19の活用を促し、活用を支援します。

(図-12)



27年度以降は、国39%、都道府県19.5%、市町村19.5%、1号保険料22% (平成27年7月28日全国介護保険課長会議資料)

(2) 地域包括支援センター機能の充実強化

平成26年度現在、県内には市町村直営で26箇所、委託として9カ所全35カ所の地域包括支援センターが設置されています。このセンターは、住民や介護支援専門員などあらゆる人からの相談を受けるワンストップサービスを取り、次の内容を行います。

総合相談支援業務

住民の各種相談を幅広く受けつけて、制度を横断的な支援を実施

権利擁護業務

成年後見制度の活用促進、高齢者虐待への対応など

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

- ・地域ケア会議等を通じた自立支援型ケアマネジメントの支援
- ・ケアマネジャーへの日常的個別指導・相談
- ・支援困難事例等への指導・助言

介護予防ケアマネジメント業務

総合事業（介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業）のサービスと介護予防給付のサービス（要支援者）を調整支援

介護予防支援

介護保険における予防給付の対象となる要支援者が、介護予防サービスなどの適切な利用等が行うことができるように、介護予防サービス計画の作成やサービス事業所などの関係機関との連絡調整を行います。（H26 介護保険法の改正により新しい総合事業に移行）

H26 年度介護保険法の改正により上記に加え、地域の特性に応じて、高齢者の多様化したニーズに対応するため地域包括ケアの一翼を担う効果的な事業として充実・強化が図られました。

- ・在宅医療・介護連携の推進
- ・認知症施策の推進
- ・生活支援・介護予防サービスの充実・強化

これらの地域支援事業の充実により、地域包括支援センターの役割はより大きくなります。

県は、地域ケア会議等推進のための手引きの作成をはじめ、市町村に対するアドバイザーの派遣、医療と介護の連携指針の策定など、関係者と推進を支援してきました。今後、新たな生活支援コーディネーター 20 の養成研修をはじめ、関係者との連携を図り支援を進めていきます。

(3)必要な人材の活用

地域づくりを進める上で、地域のことは地域の住民の協力の中で進めていく事が重要です。このため、県は、高齢者の地域リーダーを育成し自主的な活動を推進します。

- ・ことぶきマスター人材バンクの登録
- ・健康生きがいづくりアドバイザー
- ・シルバーサークル代表者
- ・生きがい健康づくり推進員
- ・その他、地域リーダーとして活動しようとする者

この他、県老人クラブ連合会、シルバー人材センター等では、各種の地域に関連した諸事業を展開します。

また、民生委員をはじめ、自治会、ボランティア団体、NPO 団体等から様々

な地域の情報を得ます。このため、多くの人材や諸情報を、地域づくりに活かした活動にするため、情報をコーディネートする調整機能が重要です。このため県では、地域の問題は地域の中で考える自治を目指し、県・市町村、社会福祉協議会など関係機関と連携を図りながら、人材の活用を進めます。

(4)保健・医療・福祉・介護等関係者間の情報共有

地域ケア会議

地域ケア会議 21 は、行政職員、地域包括支援センター職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員、地域住民など様々な関係者がその地域の課題などを話し合うための会議です。この地域ケア会議は、地域の住民や関係者、多職種参加が必要です。このため、県は、「PT・OT・STバンク」を運用し、県内の市町村で行われる地域ケア会議やリハビリテーション専門職の活用を進めます。

地域ケア会議には5つの役割があり、小単位で行われる個別事例から日常生活圏域、市町村域と段階的に、個別課題から、ネットワークの構築、地域課題の発見、地域づくり・資源開発・再構築、政策形成に向けた機能を有しています(図-13)。このため、県では地域ケア会議の進め方として、ボトムアップ型 22 の仕組みを提案しています。(図-14 参照)



(図-13)

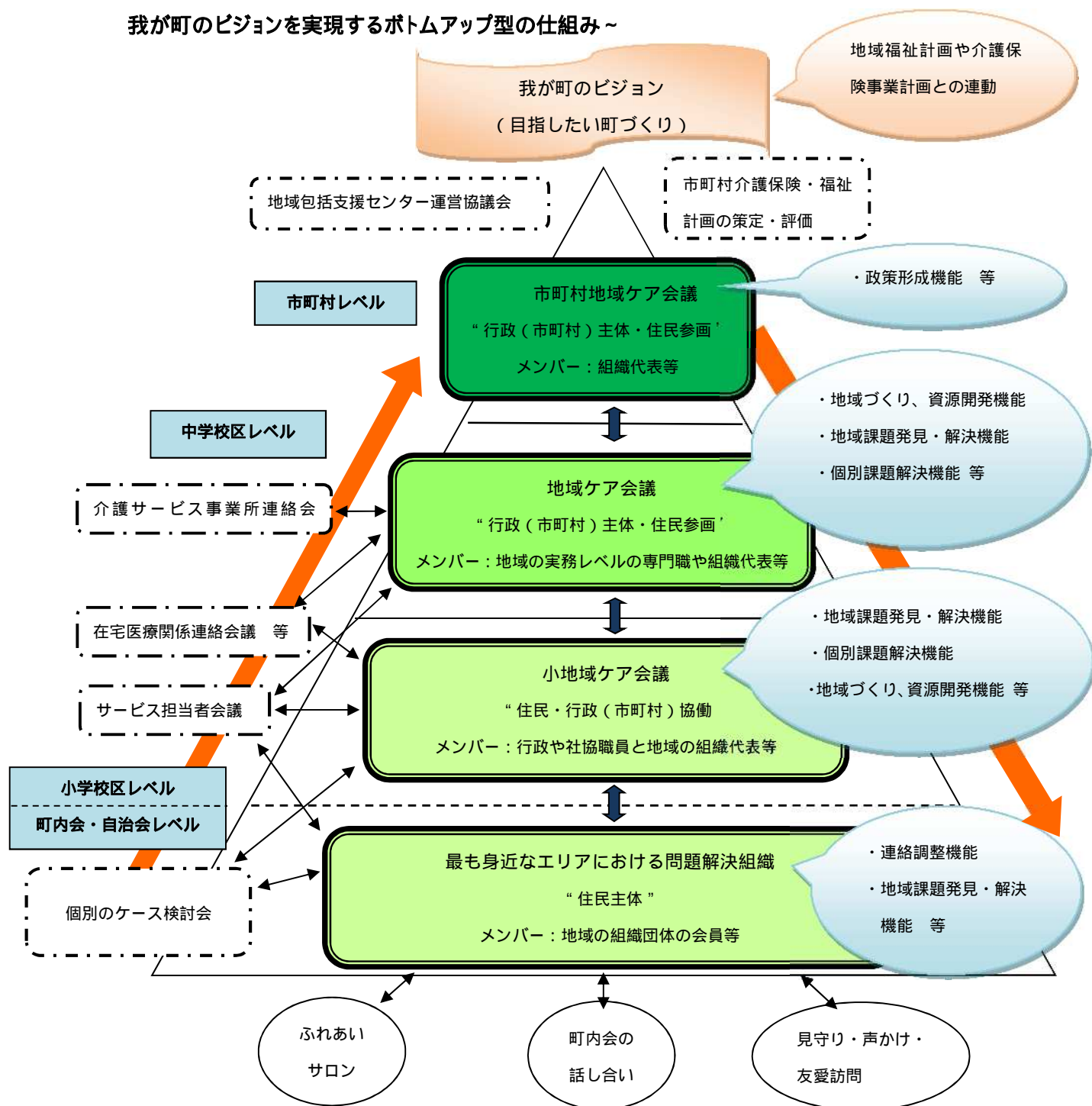


県内の地域ケア会議の様子
南アルプス市
富士吉田市
北杜市



「各圏域により実施する地域ケア会議と地域ケア会議間の関係」イメージ図

～住民の気づきや発見、個別の課題を地域課題に変換し、政策形成につなげ、我が町のビジョンを実現するボトムアップ型の仕組み～



市町村等は、地域の実情（地域資源等）に応じて、生活圏域の設定や会議の機能等、有機的な相互関連が実現できるよう、地域ケア会議やその他会議等を組み合わせた体制をつくるのが重要です。

必ずしも、地域ケア会議という名称を用いる必要はありません。

地域ケア会議等推進のための手引き～市町村・地域包括支援センターの視点から～（H25.3）より

連携ツールの活用

平成 24 年度・25 年度、山梨県介護・医療連携推進協議会は、「地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携指針」作成し、連携ツールの活用のため「私の暮らしのシート」「山梨県医療・介護連携シート」²³「山梨県医療・介護連絡シート」²⁴（資料編参照 p 75-81）を提案しています。

この他に、県内では、特定の地域で連携のためのツールを活用しており、「継続看護連絡表」「リハビリテーションサマリー」「診療情報提供」「ケースワーカーからの情報提供」「連絡ノート」等が使われています。

効果的なサービスを提供するため、情報の整理はもとより、情報の提供だけでなく、処遇について話し合う場が必要であり、個人情報提供や問題点の共有を目的とした退院時カンファレンス、地域ケア会議などの開催が重要です。

また、個人情報の保護の観点から、対象となる者のプライバシーには十分留意する必要があります。北海道砂川市²⁵や港区では条例を制定し個人情報の取り扱いのルールを定め、地域で見守りをできる体制を進めています。

(5)住民の主体的な活動を支援する地域リハビリテーション活動の推進

地域リハビリテーションを推進するためには、地域の状況を把握する必要があります。医療機関を退院し、退院先が山間地なのか、平地なのか、自宅の環境はどうか把握し、環境への対応を含め適切な支援が必要になります。

また、医療が終了し在宅での生活を始めるには、生活へのしづらさをいかに少なくするのか、これからの生活を本人がどう受け止め生活をしていきたいのか、ICF に基づき、心身の機能、活動、参加をベースに本人への支援が重要です。

本人が、生活への主体的な関わりができるよう支援を進める

地域にある社会資源や、人的マンパワーを引き出し活用する

生活上の活動性を高め、生きがいや社会参加を通じた支援を進める

このような活動を展開するためには、専門職と同様に、地域の住民の力が必要です。前述の 4 つの地域社会開発アプローチの中で、地域社会中心型、地域社会自治型を示しました。この基本は、住民は地域における貴重な役割を担い、専門職と連携を深め、地域づくりを進めていく地域の人材が求められています。

この地域の人材を引き出すために、介護予防や地域ケア会議の推進には、企画の段階から住民参加型の活動が重要です。住民への理解や協力を得るため、住民や関係者が市町村と共に情報を共有することから始まります。

また、専門職側が従来型のような指導的立場に終始するのではなく、地域の住民が主体的に活動を進められるよう、働きかける意識変革が必要です。地域型認知症予防プログラム（写真-5）は、住民が主体的に活動できるよう、専門職は、当初から黒子に徹し、必要があれば支援をするプログラムです。

介護予防における住民主体の進め方は、会議日程から資料、会場の確保などス

タッフが揃えるのではなく、参加者が話し合いの中で決めていくことが基本です。本人への過剰なお世話ではなく、本人の主体的な活動を引き出す対応が重要です。

このため、本人はどのような生活をしてきて、今後、どのようなことをしていきたいのか、生活行為向上に対するマネジメントが重要になってきます。

写真-5 地域型認知症予防プログラムモデル市町村
(南アルプス市 大月市・富士川町・市川三郷町)の推進状況



(6)当事者の自主組織活動及び支援

高齢者や障害者の孤立を防ぎ、社会参加を促進していくため、同じような問題を抱えた人をつなぐ当事者グループの組織化、その活動を支援する場が必要です。

現在、失語症の友の会をはじめ、認知症の人と家族の会など当事者やその家族を中心とした活動が行われています。また、医療機関によって、患者会活動や健康教育・疾病管理の一貫とした地域に根ざした教育活動を実施しています。

活動そのものの目的は、個々の活動によって異なりますが、他の団体や関係機関、市町村との連携や情報交換を進める中で、活動の充実にもつながります。地域の実態に応じた当事者の自主組織活動に対して、側面から支援を進めます。

2 二次圏域における地域リハビリテーション体制の整備

(1)地域リハビリテーション広域支援センターの整備

二次圏域毎に各圏域の医療機関の協力を得ながら、地域リハビリテーション広域支援センターを設置します。

地域リハビリテーションを推進するためには、市町村、地域包括支援センター、保健福祉事務所をはじめ、医療機関や介護施設、居宅支援事業所などリハビリテーションに関わる地域の関係機関等が様々な形で連携を進めていくことが必要です。

特に、急性期・回復期から身近な地域で行われる生活期のリハビリテーションの充実を図るためには、生活期で行われる内容が、本人の想いを中心に「できるADL」の支援や生活基盤に根ざした「しているADL」の広がりを持たせることが重要です。

また、医療機関と市町村、対象者や家族だけの問題ではなく、身近な近隣でサポートする支援の取り組みも必要です。

県内のリハビリテーション施設は、「甲府」圏域や「峡東」圏域に集中はしていますが、各圏域においてもリハビリテーション施設の活用が進められています。退院退所後の受け皿は、自宅近郊の医療機関や介護保険施設、市町村の介護予防事業が受け入れとなります。しかしながら、PT・OT・STについては、施設がある圏域にスタッフが集中し、民間医療機関の協力にも地域差が生じています。

このため、限られた資源や人材の中で、関係機関の協力を得る中で、二次圏域毎のリハビリテーション体制を整備する地域リハビリテーション広域支援センターを整備します。

また、各圏域にスタッフ等は充足されていないため、圏域を超えた支援体制として、PT・OT・STバンクの活用を促進します。

今後、市町村は、対応困難なりハビリテーションニーズや地域ケア会議、介護予防など需要が拡大します。このため、このセンターは、該当圏域内の地域リハビリテーションの推進に向けた各種事業を実施します。この地域リハビリテーション広域支援センターの機能等については、次のとおりです。

センターの役割

高齢者の皆様が、地域や家庭において生き生きとした生活を送ることができるよう支援することを目的としています。



事業内容

- ☆ 地域の方へのリハビリ相談サービス
- ☆ リハビリテーション従事者等を対象とした研修会を企画
- ☆ 地域における関係団体からなる連絡会の運営
- ☆ 保健福祉事業への協力

地域リハビリテーション広域支援センター

(1) 地域リハビリテーション広域支援センターの指定基準

次の条件に基づき、二次圏域内の状況を総合的に判断のうえ指定を行います。
なお、指定にあたっては、保健福祉事務所の意見を聴取します。

- ①リハビリテーション施設または、Dr、PT、OT、ST、医療ソーシャルワーカー（以下「MSW」と略す）を有した施設であること
- ②リハビリテーションに係る従事者の内部研修を実施できる体制を整えること
- ③地域のリハビリテーション実施施設等に対し、PT、OT、ST等の派遣支援ができる体制にあること

(2) 地域リハビリテーション広域支援センターの指定

- ①二次圏域毎に指定します
- ②指定期間は2年間とし、その間に事業実績、該当圏域の状況を総合的に判断し見直しを図ります

(3) 地域リハビリテーション広域支援センターに求められる機能

- ①地域のリハビリテーション実施施設等の従事者に対する研修
- ②地域のリハビリテーション実施施設等への支援
 - ・地域住民の相談の対応に係る支援
 - ・実施に関する助言
 - ・機器、住宅改修等の相談に係る支援
 - ・必要に応じたPT、OT、ST等の派遣
- ③各圏域内の関係団体や市町村、関係団体、患者の会、家族の会等からなる連絡会の設置及び運営
- ④圏域内の関係施設の連絡及び調整
- ⑤その他、圏域内の必要なモデル事業の検討や必要な支援
 - ・地域住民の相談への対応に係る支援

こんな相談にお答えしています

Q ひざや股関節に痛みがある方はどんな運動をしたらいいですか？	A まずは整形外科を受診して、痛みの原因が何かを知ることが大切です。その上で具体的な運動方法等についてご相談にのらせていただきます。
Q 住宅改修や福祉用具の相談にのってもらえますか？	A はい。対象者の状態を伺い、アドバイスや、資料の提供をさせていただきます。
Q 食事の時にむせてしまう方がいるのですが・・・？	A 食べ物の内容や姿勢等、その方の食事状況をお聞きし、安心して食べて頂くための食事方法や体操などを提案させていただきます。
Q 身体機能の評価や訓練はどんな所で行っていますか？	A 病院で外来リハビリを行っているところもありますが、あわせて、訪問リハビリや通所リハビリ等の在宅サービスの検討をおすすめします。

地域リハビリテーション広域支援センターの活動状況



(地域リハビリテーション連絡会)



(地域包括支援センターとの座談会)



(研修会場面)



(研修会場面)

保健福祉事業への協力

【予防教室の開催】



「誤嚥予防教室・脳の体操教室」



「転倒予防教室」

リハビリテーション従事者研修会

第1回、第2回(講義、実技)

「食事場面でのポジショニング」

第3回、第4回(講義、体験)

「高次脳機能障害の理解と対応」



3 三次圏域における直接支援体制の充実

三次圏域では、県内全体を対象とした事業等の充実を促進します。

全県を対象として、従来から取り組んできた地域リハビリテーション活動は、「県リハビリテーション支援センター」機能、「PT・OT・ST バンク」「地域リハビリテーション従事者研修会」「リハビリテーション週間」が定着しています。

また、高度医療を担う病院として県立中央病院をはじめ、手帳等の判定を行う障害者相談所、福祉機器に関する相談・介護技術等に対する研修機関として、県立介護実習・普及センターが位置づけられます。

本県における全県を対象とした事業を実施し、リハビリテーション施設や人的資源を有し、かつ二次圏域による地域リハビリテーション広域支援センターの支援を行う、県リハビリテーション支援センターの指定を行います。

(1) 県リハビリテーション支援センターに求められる機能

リハビリテーションに係る関係職員（Dr、PHN、PT、OT、ST 等）を対象とした研修や地域リハビリテーション実施体制等の調査研究

地域リハビリテーション広域支援センター等に対する支援

各圏域毎に指定された地域リハビリテーション広域支援センターからなる連絡協議会の設置・運営

リハビリテーションに関するデータバンクとしての役割と医療施設、関係団体等への積極的な情報提供

地域包括ケア推進協議会にて、地域リハビリテーションや介護予防の充実等を検討

(2) PT・OT・ST バンクの活用促進

地域リハビリテーション広域支援センターは、圏域内の市町村支援を進めています。市町村のニーズも多様化しています。このため、リハビリテーション職種の効果的な運用を図るため、県内の事業所等の協力を得ながら平成 24 年度から PT・OT・ST バンクの活用を促進しています。

また、PT・OT・ST による介護予防の研修会を進めています。平成 26 年度からは、この研修対象者に市町村や地域包括支援センター職員も含め、グループワーク等を行い、PT・OT・ST と市町村との顔の見える関係を広げています。現在、バンクの活用状況が少ない中、研修会などをおし、地域の情報の共有化を図り活用の促進を更に進めて行きます。特に、県内外の介護予防の情報や、生活行為に対し具体的なリハビリテーションの導入による成功事例等を蓄積し、市町村に啓発していきます。

(3) リハビリテーション関係職種の連携の促進

地域包括ケア推進協議会は、地域リハビリテーションの総合的な企画調整・課題の検討・調査研究など関係相互の連携として、適切かつ円滑な連携が図れ

るよう検討を進めます。

また、県が進めている県リハビリテーション支援センターや地域リハビリテーション広域支援センターの指定について、検討を図ります。

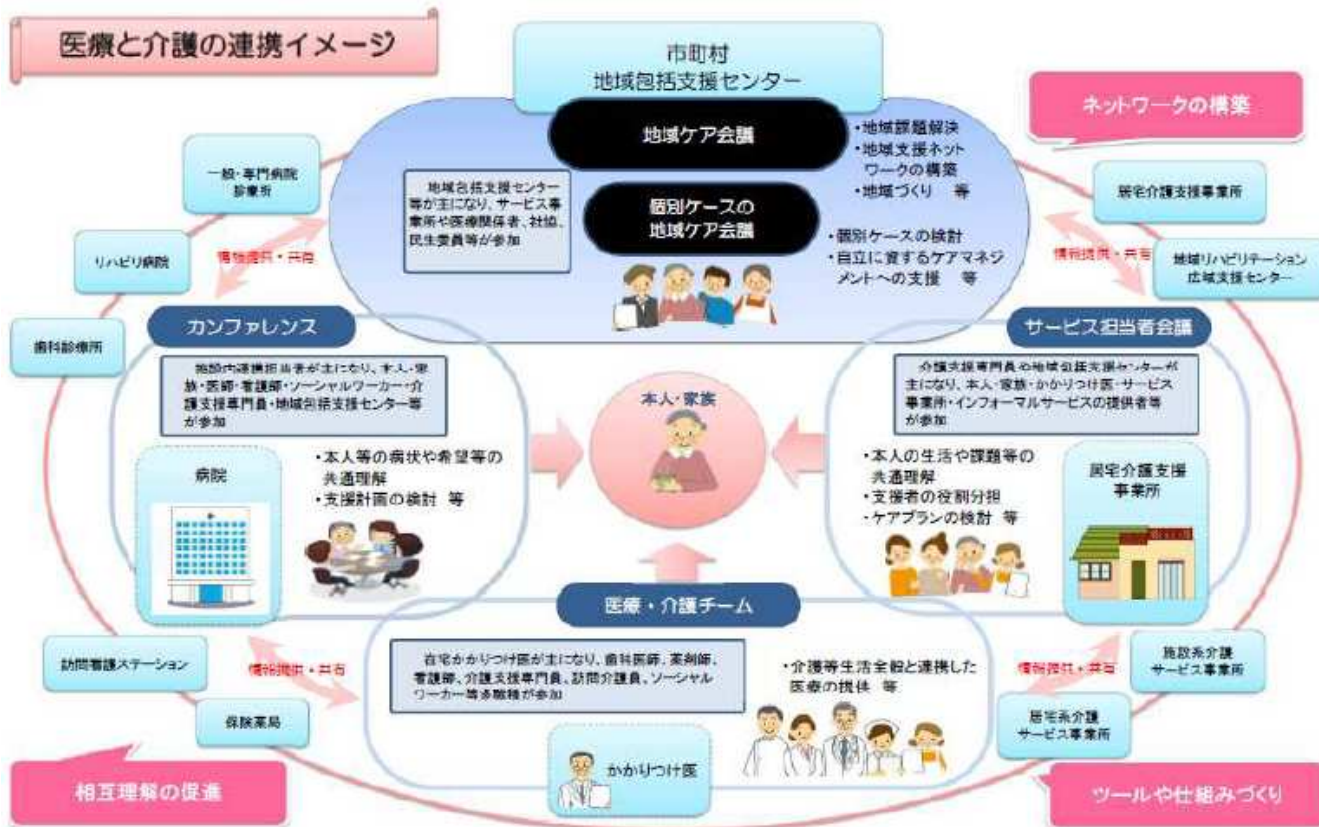
更に、「本人の想いを中心とした地域リハビリテーション行動指針」に基づいて適切に実施されているか、進行管理を行うと同時に本指針の推進に当たっては、リハビリテーションの推進とその評価を行い、必要に応じて指針の見直しを行ないます。

医療機関をはじめ施設や各種事業、関係団体の諸活動など、様々な支援活動が行なわれていますが、この機能を集約及び調整し、コーディネートできるスタッフの充実が必要です。このため、地域リハビリテーション従事者研修会を開催し、地域リハビリテーションに関わる幅広い人材の育成を進めます。

必要に応じ県内の実態調査を実施し、地域リハビリテーションに関する様々な情報を集約し、県（長寿社会課）ホームページに掲載することで、誰もが共通の情報を共有できる体制をつくります。

医療と介護連携の推進

平成 25 年度山梨県介護・医療連携推進協議会は、地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携指針（図-15 参照）を策定し、医療と介護の連携の基本は、「顔の見える関係」と、連携ツールとして提案した「私の暮らしのシート」でいう、「私がこれからどうしていきたいのか」等、自身の想いを発信する重要性を共有しました。（図-15）



H 26,3 地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携指針より

県の役割

この指針を関係機関への周知や、活用の普及促進を図ります。今後、活用が進む中で実態調査等を行い、必要があれば様式の修正など行います。また、市町村における新しい総合事業の受付時の対応にあたり、「私の暮らしのシート」や「介護予防ナビゲーター」の活用を提案するなど、活用を促進します。

市町村の役割

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律により、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業として在宅医療・介護連携の推進を、市町村が主体となり取組みます。

このため、市町村が実施する在宅医療・介護連携の推進に、本指針やツールの活用が期待できます。

本人・家族

出来るだけ介護認定を受ける前に、家族や支援者からサポートを受けながら「私の暮らしのシート」の記載や、認定を受けてからも、今後の生活のあり方など、向き合ってみる・考える・話合うきっかけをつくるツールとしてシートの活用を提案します。

連携ツール

- ・ 様式 1 「私の暮らしのシート」 (資料編参照 p 75~78)
- ・ 様式 2 山梨県医療・介護「連携」シート (資料編参照 p 79~80)
- ・ 様式 3 山梨県医療・介護「連絡」シート (資料編参照 p 81)

医療機関退院後も引き続き、リハビリテーションが必要な者に係る情報について、医療機関から当該市町村や受入れの介護保険事業所、関係施設に、主に次の情報が提供されています。

- ・ 要介護認定に伴う主治医の意見書 (介護保険対象者に係る情報)
- ・ 継続看護連絡票による情報
- ・ リハビリテーションサマリー
- ・ その他、個別に求められる医療機関からの情報

これらの、行なわれている情報提供の一層の充実を図る必要があります。

また、情報が伝わりにくい情報として、一過性脳虚血発作 (TIA) をはじめ、退院後要介護認定を受ける必要のない・希望しない高齢者です。現在、かかりつけ医がこれらの高齢者の定期診察の中で健康管理が行なわれていますが、必要な対象者の情報を互いに発信できるために、顔の見える関係を作り上げる必要があります。

(4) 地域リハビリテーションに関する専門職の育成

地域リハビリテーション従事者研修会

この研修会は、地域リハビリ調整者養成研修事業から名称を変更し、幅広い

関係者を対象として地域リハビリテーションの基礎編や応用編として実施します。運営は、県リハビリテーション病院・施設協議会に依頼し、研修の企画の段階から県介護支援専門員協会、県理学療法士会、県作業療法士会、県言語聴覚士会、県看護協会、県社会福祉士会、県介護福祉士会を中心に実行委員会を設け、多職種が顔が見える関係から多職種で話合うグループワークを取り入れ地域リハビリテーションの理解や普及を進めます。

このため、対象も市町村、地域包括支援センター、保健福祉事務所、各医療機関、各介護保険事業所と幅広く対象を設定しています。研修の内容も、認知症に対するケアなど、県内の課題に対応した研修を企画しています。

この研修とは別に、各地域リハビリテーション広域支援センターは、圏域に地域リハビリテーションの実技や実践を中心に研修を行います。

PT・OT・ST 介護予防研修会

市町村の介護予防や地域ケア会議など効果的に支援を進めるため、PT・OT・ST の他に、市町村、地域包括支援センター、保健福祉事務所の関係者を対象に、現状の実践講義やグループワークをとおし質の向上を図ります。

介護予防実務者研修会

市町村、地域包括支援センター、保健福祉事務所の他に、現在介護予防を進めている事業所など、幅広く対象を設定し、効果的な介護予防の推進について研修を進めています。

県立介護実習・普及センターによる各種研修会

・県民各層を対象とした基本研修

入門介護講座など

・高齢者介護をしている家族（養護者）を対象とした支援事業

テーマ別介護講座など

・介護専門員等を対象とした養成事業

介護職員指導者研修など

専門職の各種団体の研修

各職種で技術の向上を含めた幅広い研修会を開催し、専門職としての資質の向上を図ります。

その他

県・関係機関・関係団体は連携を図りながら、必要に応じ適切なリハビリテーションの研修会の場を提供します。また、養成機関は、地域リハビリテーションを推進する上から、貴重なマンパワーの資源であり、人を育成する機関として養成施設との連携を進めます。

(5)地域リハビリテーションに関する住民の理解の促進

地域住民の理解を得るため、あらゆる機会を通し、リハビリテーションの啓発

及び研修を推進します。

リハビリテーション週間の開催

高齢者等が「寝たきりや、介護を要する状態にならないよう予防する」ことを推進する上で、リハビリテーションが果たす役割は大きい。

このため、平成4年度よりリハビリテーション週間を設け、各種事業をとおしてリハビリテーションの重要性について、県民や保健・医療・介護・福祉関係者への普及啓発を図ります。

- ・リハビリテーションのつどい
- ・高校生の一日リハビリテーション体験（H26より夏期に実施中）
- ・高校生のリハビリテーション相談会
- ・リハビリテーション公開講座



（H23 リハビリテーションのつどいより）



（H23 リハビリテーション公開講座より）



（H22 高校生の一日リハビリテーション体験より）

（参考）高校生の一日リハビリテーション体験者のリハビリテーション大学等の進学状況

平成3年度～25年度				
高校生の一日リハビリテーション体験参加者3,880人中				
リハビリテーション大学等への進学者数 489人				
H25年度卒業生の内一日リハ体験者	PT	OT	ST	計
	21	25	3	49

(6) 災害時のリハビリテーション対策

東日本大震災時に、県内の医療機関や専門職団体をはじめ、県・市町村など関係機関の職員が、被災地への応援支援や、県内の関係する被災家庭をはじめ、小瀬スポーツ公園体育館に震災避難者が避難した時、支援体制を取りました。

今後、災害時に対応できる地域リハビリテーションの対応について、関係機関や関係団体などの協力を得る中で、検討を進めていきます。

(7) 認知症の人に対するリハビリテーション

認知症の人に対するリハビリテーションについては、実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADLやIADLの日常の生活を自立し継続できるよう推進します。

第5章

地域リハビリテーション関係機関等の機能 及び役割

1 県

(1) 長寿社会課

山梨県地域包括ケア推進協議会において、「本人の想いを中心とした地域リハビリテーション行動指針」に基づく、各種施策の企画立案、予算事務や各圏域エリアの調整、関係機関等の連絡調整を行います。

本指針による推進状況について同部会とともに評価及び見直しを行います。

地域リハビリテーションに対する各種情報の集約を図るとともに、長寿社会課ホームページに掲載します。

(2) 保健福祉事務所

「本人の想いを中心とした地域リハビリテーション行動指針」に基づき、それぞれの圏域において、資源や特性を踏まえ、必要に応じて関係機関の助言・協力を求めます。

圏域内における体制の構築に関して、地域リハビリテーション広域支援センターに求められる機能が発揮されるよう十分に連携をとりこれを支援します。

市町村等との連携に基づき、地域の実情を踏まえた保健・医療・福祉サービスに対する体制の指導・助言を行ないます。

(3) 県立介護実習・普及センター

介護実習に伴う介護技術の向上等のため、研修の充実を図るとともに関係者との連携を図ります。

(4) 障害者相談所

保健・医療・福祉・介護サービス等、総合的な視点に立った相談、判定等を行い、サービスを必要とする人々に対して、リハビリテーション関係機関と密接な連携に基づいた指導、援助の充実に努めます。

2 市町村等

(1) 保健福祉担当課（地域包括支援センター）

地域支援事業を進め、予防的なりハビリテーションを提供する中で、寝たきり予防をはじめ認知症予防対策を進めます。

地域包括支援センターの機能を活用し、広い視野でのリハビリテーション体制について総合的な企画を行なうとともに、住民に最も身近な窓口として、サービスの調整等を担うための機能の充実強化を図ります。また、定期的な地域ケア会議の開催を通し情報の共有を図る中で適切な対応を進めます。

必要とする人のニーズについての的確に把握し、各種事業に反映する中で、

地域リハビリテーション体制の推進に役立てます。

介護予防を通し、地域の人材の掘り起こしや、育成を図ることで、地域の実情に応じた地域づくりを進めます。

情報を提供した医療機関への情報のフィードバックを行なうとともに、かかりつけ医に対し、各種事業の情報の提供に努めます。

(2) 社会福祉協議会

ボランティアセンターとしてボランティアの育成を図ります。

フォーマルとインフォーマルな活動をサポートするための情報の集約を図り、情報の発信基地となります。

住民の相談窓口や地域福祉の推進機関を通し、住民ニーズを把握し、地域づくりの推進に役立てます。

3 医療機関

(1) かかりつけ医

適切な診断・治療を行なうことはもとより、必要に応じ専門的医療機関等への紹介、日常の健康管理及び健康相談、在宅ケアに関する医療上の助言及び指導など重要な役割を担っています。

(2) リハビリテーション機能をもつ医療機関

地域リハビリテーション広域支援センターと連携を図りつつ、リハビリテーション医療を実施します。

(3) 通所・訪問リハビリテーション

「できる ADL」「している ADL」を確認しながら、社会参加や活動に視点をおいたリハビリテーションを行います。

4 指定居宅介護支援事業者

要介護者や家族からの相談に応じて、要介護者の心身の状態に対応した適切な居宅サービスや施設サービスを利用できるよう、市町村、居宅サービス事業者、施設等と連絡調整し、要介護者等が自立した日常生活を営むために必要な援助を行います。

リハビリテーション等医療サービスをケアプランとして策定する場合は、かかりつけ医等と十分連携をして策定します。

居宅、施設サービス等利用者に対するリハビリテーションの適応と、専門性の向上に努めます。

5 介護老人保健施設

医師をはじめ、PT 及び OT 等の専門職員を配置し、適切な生活期のリハビ

リテーションを実施し、家庭復帰を支援します。
適切なリハビリテーションにより、自立を目指したケアを行います。
入所者の他、通所リハビリテーションの拠点施設としての機能の充実を図ります。
地域に根ざした施設運営を進めるため、関係者及び関係団体等との連携を図ります。

6 介護老人福祉施設

入所者が可能な限り在宅生活へ復帰できることを目指し、要介護状態の軽減、または悪化の防止に向けた生活期のリハビリテーションを充実します。
生活の場としての「している ADL」の向上を図ります。
地域に根ざした施設運営を進めるため、関係者及び関係団体等との連携を図ります。

7 訪問看護ステーション

看護職員のほか PT 及び OT 等の専門職員の配置を検討し、認知症高齢者を含めた在宅高齢者に対し、かかりつけ医などの指導に基づき、心身の機能の維持回復や、心身の自立を目指したサービスを提供します。

8 通所介護

「している ADL」の向上を目指し、心身の自立を目指した日常生活を営むことができるよう、生活期のリハビリテーション（機能訓練）を提供します。
地域に根ざした施設運営を進めるため、関係者及び関係団体等との連携を図ります。

9 グループホーム

地域の中で少人数で生活ができるグループホームの特性を活かし、利用者の状態に応じて、日常生活指導者等による幅広い視野でのリハビリテーションを実施します。

10 関係団体等

地域に組織されている老人クラブ、脳卒中友の会、ボランティア団体等は、リハビリテーションを必要とする人々やその家族に対し、社会参加の促進のための支援に努めます。
老人クラブは、予防的なリハビリテーションを進める観点から、自主的活動のなかに健康づくり運動や生きがいの高揚を図る活動等を積極的に取り入

れるよう努めます。

また、寝たきり高齢者および一人暮らし高齢者の家庭訪問等や地域支援を通し、望ましい地域づくりの役割活動を積極的に進めます。

用語の解説

1 リハビリテーション

語源 Rehabilitation

Rehabilitation という言葉は「再び」を意味する接頭語である「Re」と、ラテン語の「適した」を意味する「Habilis」という形容詞と、「～すること」を意味する接尾語である「ation」からなり、「再び適した者にすること」を意味している。

リハビリテーション「国民衛生の動向」による定義

「リハビリテーションは、障害者の身体的、精神的、社会的能力を最大限に回復させ積極的な自立を促すことである。リハビリテーションには、医学的リハビリテーション 教育的リハビリテーション 職業的リハビリテーション 社会的リハビリテーションの4つの分野がある。医学的リハビリテーションの対象であった結核等は減少してきたが、人口の高齢化や社会環境の変化に伴い、心臓疾患、脳血管障害、交通災害等の後遺症、精神障害に対するリハビリテーションの需要が増大している。

2 ICF

障害に関する国際的な分類として、これまで、WHO 国際障害分類 (ICIDH) が用いられてきたが、WHO では、2001 年 5 月に、その改訂版として「ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)」を採択した。

ICF は、人間の生活機能と障害について「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つの次元及び「環境因子」等の影響を及ぼす因子で構成されている。

これまでの「ICIDH」が身体機能の障害による生活機能の障害（社会的不利）を分類するという考え方が中心であったのに対し、ICF はこれらの環境因子という観点を加え、例えば、バリアフリー等の環境を評価できるように構成されている。このような考え方は、今後、障害者はもとより、全国民の保健・医療・福祉サービス、社会システムや技術のあり方の方向性を示唆しているものと考えられる。

3 地域リハビリテーション

ILO、UNESCO、WHO (1994) の共同声明による地域リハビリテーションの定義

「地域リハビリテーション (Community based rehabilitation, CBR) とは、地域におけるリハビリテーションの発展、障害のあるすべての人々の機会均等や社会統合を目指した戦略です。地域リハビリテーションは、障害のある人々自身、その家族、そして地域住民、さらに個々の保健医療、教育、職業、社会サービスなどが一体となって努力する中で履行されてゆく。」とし、これに加えて、「地域リハビリテーションは、障害のある人々が自分の住む地域で暮らす権利、つまり健康で快適な生活を楽しみ、教育・社会・文化・宗教・経済・政治の面において完全に参加する権利を促進するもの。」と説明し、「プライマリ・ヘルスケア活動における障害の防止やリハビリテーシ

ョン、障害児の普通校への統合、障害のある成人の有益な経済活動を目指す機会の提供などを含む包括的なアプローチ」としている。

日本リハビリテーション病院・施設協会(2001)は、「地域リハビリテーションとは、障害のある人々や高齢者及びその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、生涯を安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活に関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う活動の全てを言う。」と定義している。

4 ノーマライゼーション

障害の有無にかかわらず、すべての人々が平等に社会の構成員として自立した生活や社会活動を営むことを可能にすることや、障害がある人が特別視されることなく、あるがままに個人として地域で生活し行動できること。

5 廃用症候群

心身の不使用が招くさまざまな機能低下。身体的には筋や骨の委縮や関節拘縮、起立性低血圧等の循環器機能の低下等、精神的には意欲の減退や記憶力低下等。老人の病気やけがによる寝たきり状態の放置や社会交流の途絶から連鎖的に生じて、寝たきりの固定化につながる人が多いことから寝たきり症候群とも呼ばれ、できる限りの自立、機能活用を図ることが必要である。

6 CBR

CBRとは“Community-Based”という方法・アプローチを用いたリハビリテーションです。CBRにおけるリハビリテーションという用語は、障害者本人の身体的回復のための治療・訓練を指す狭義のリハビリテーションではなく、障害者が自己実現していける社会の実現を含む広義の意味で用いられています。CBRの対象と主体も、障害者だけでなく、障害者を含んだ地域社会全体である。

7 私の暮らしのシート(様式1)

平成26年3月「地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携指針」に提示した連携ツールの一つ。このシートは、これからの医療や介護について自身の想いを届けるために使用する。これからの自分の生活や、医療や介護などについて考えるきっかけになることも期待される。

8 リハビリテーション週間(山梨県独自のリハビリテーションの啓発事業 H3~)

寝たきりや介護を要する状態にならないよう予防することを推進する上で、リハビリテーションが果たす役割は大きいことから、次の各種事業をとおしてリハビリテーションの重要性等について県民や関係機関への普及啓発を図るもの。

週間事業の変遷

事業名	内容
リハビリテーションのつどい(H3~)	体験発表・ニコニコ長生きやまなし体操・講演会など広く県民や保健・医療・介護・

	福祉関係者にリハビリテーションを啓発する。
リハビリテーションとのふれあいフォトコンテスト (H3~H20)	最優秀賞・優秀賞・入賞の10点を表彰、全作品を週間中に展示する。
機能訓練事業・介護予防作品展(H3~H19)	全作品を週間中に展示する。
高校生の一日リハビリテーション体験 (H3~)	H26年度より、開催日を夏休み中に移行し開催する。
高校生のリハビリテーション相談会 (H26~)	受講者がリハビリテーション進路の参考となる機会とする。
リハビリテーション公開講座 (H3~)	幅広く地域で実践している講演会を開催。
広報活動	報道機関、県広報など活用し啓発する。

9 ロボットスーツ HAL[®]

筑波大学サイバニクス研究センター教授山海嘉之氏によって開発された装着型ロボットスーツ HAL[®] (ハル: Hybrid Assistive Limb)。ロボットスーツ HAL[®] は、人が動こうとする際に皮膚表面に流れる生体電位信号を、身体に取り付けたセンサで感知し、コンピューター制御によって各関節のパワーユニットを適切に稼働させ、装着者の動作をアシストする。

県では、平成24・25年度ロボットスーツ HAL[®] を活用した先進技術活用調査事業を県内の医療機関に委託しその検証を図った。平成26年度は、その成果を踏まえ県内3医療機関にて試用する等、今後の県内の介護ロボット活用促進にむけた取り組みを行った。

10 ニコニコ長生きやまなし体操

平成23年度県歯科医師会、県PT士会、県OT士会、県ST士会の協力のもと、口腔ケアも含め身近にできる介護予防体操を作成した。県内の介護保険事業所や各市町村にDVDやCDを配布し、活用を促進している。

11 PT・OT・STバンク

市町村の介護予防の促進を図るため、PT・OT・STの持つ専門的知識や技術を活かした介護予防等の企画立案や実施、また、地域ケア会議や事例検討会等における助言などが行えるよう、事業所などの協力を得ながら病院等に勤務する専門職を市町村での活用促進を支援するため、県が設置している。

また、県PT士会・県OT士会・県ST士会に対し、現在仕事に就いていない者などに対し、個人登録を依頼し、県内のマンパワーの有効活用を進めている。

12 地域型認知症予防プログラム

認知症予防を推進するため、高齢者が好む活動の中で、エピソード記憶、注意分割機能、計画力(思考力)を頻繁に活用するものとして、ウォーキング、旅行、料理、パソコン等の活用により、住民が主体的に小グループで行うプログラム。平成26年度

現在、大月市、南アルプス市、甲州市、市川三郷町、富士川町、身延町で実施をしている。

13 地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携指針

医療と介護の連携強化の意義や具体的な取り組み等について関係者に周知し、各地域における連携推進の場で活用され、市町村の地域包括ケアシステムの構築に資するため、県が平成 24 年度・25 年度に、県内の 30 の関係機関・団体、市町村・地域包括支援センターの代表で構成された協議会でまとめた指針。

14 「できる ADL」と「している ADL」

ADL(Activities of Daily Living 日常生活動作 食事や排泄、整容、移動、入浴など)
「できる ADL」は、訓練・評価等の ADL をさし、「している ADL」とは、実生活での実際にしている ADL を指す。将来の QOL の高い生活の具体像である「目標としての ADL」の向上に向けて、「訓練時 ADL」「実生活での実行 ADL」を高めている。

参考 IADL(Instrumental Activities of Daily Living 手段的日常生活動作 買物や趣味、社会参加等)

15 地域包括ケア病棟

入院治療後、病状が安定した者に対して、リハビリテーションや退院支援など、効率的かつ密度の高い医療を提供するための「在宅復帰支援のための病棟」で、病状等により最長60日以内での退院が原則である。

16 IL 運動

Independent Living Movement 1972 年、アメリカで「我々障害者に対し、リハビリ専門家こそが障害者の自立を阻害している」と唱え、サービスを管理するのは、障害者自身であり、サービスの目標は、ADL の改善や復職ではなく、自立生活であるという「自立生活モデル」を障害者が提唱した。

17 インフォーマル

近隣や地域社会、ボランティア等が行う非公式な援助。一方、公的機関が行う制度に基づいた社会福祉サービスをフォーマルサービスという。

18 介護予防・日常生活支援総合事業

介護保険法第 115 条の 45 条第 1 項に規定され、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指している。

総合事業は、介護予防訪問介護・通所介護を移行し、要支援者等に対して必要な支援を行う介護予防・生活支援サービス事業と 第 1 号被保険者に対して体操教室等の介護予防を行う一般介護予防事業からなる。なお、総合事業の施行期日は、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律において、平成 27 年 4 月 1 日となっているが、総合事業の導入については、平成 29

年4月まで猶予されている。

19 介護予防ナビゲーター

平成23年度に介護予防の支援システム「介護予防ナビゲーター」を開発し、二次予防対象者の把握や経年的な本人の状況をその場で説明できる個別評価や、データ集計に対応したシステムとして全市町村に配布した。

20 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）

平成27年度以降市町村は、高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくため、市町村が定める活動区域毎に、関係者のネットワークや既存の取組・組織等も活用しながら、地域における生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を進めるコーディネーターを配置する。

また、各地域におけるコーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体などが参画し、定期的な情報共有や連携強化の場として、協議体を設置する。

（参考）コミュニティソーシャルワーカー（地域福祉コーディネーター）

小地域単位で担当し、制度の狭間の課題も含めて、個別支援と地域の社会資源をつなぎ、地域特性に応じた社会資源やサービスの開発を含めた地域支援を行う。

県社会福祉協議会は、地域（小地域）の中で、社会福祉を実践する人材、コミュニティソーシャルワーカーの資質の向上や地区住民とのネットワークの構築を目指し、具体的な地区の課題解決のため住民参加型のワークショップを平成24年度県内8カ所で開催し、市町村社会福祉協議会と連携し事業を進めている。

21 地域ケア会議

市町村や地域包括支援センターが主催し、医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める。個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化する。共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげることを行う。

県は、平成24年度・25年度地域包括ケア推進研究会を設置し、地域ケア会議の進め方として地域ケア会議等推進のための手引き（Part1・2）を作成した。また、個別事例を検討する場合、方法論が先行し本人や家族が話題の中心から離れてしまう傾向がある。このため、初回のインテークを大切に、適切な対応ができるよう大学の講師陣を市町村へアドバイザーとして派遣し支援を進めてきた。

地域ケア会議の進め方としてボトムアップ型の仕組みを、地域ケア会議等推進のための手引きの中で提案している。

22 ボトムアップ

木構造（データ構造）の一番下から積み上げていく、解析または指示すること。完全なボトムアップの場合。システム自体が、複雑なツリー構造をした物の時、莫大な下位レベルの物から積み上げるため、解析または、指示に、莫大な時間がかかるため、トップダウンと併用して行われる。

23 「山梨県医療・介護連携シート」(様式2)

平成26年3月「地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携指針」に提示した連携ツールの一つで、介護支援専門員と医療機関の医師・病棟の看護師等関係者との連携を図るシート。入院入所、退院退所に際し、介護支援専門員が医療機関や介護保険施設との連携を図るシート。入院入所、退院退所とも、同じ書式を活用し、介護支援専門員が記入する。

24 「山梨県医療・介護連絡シート」(様式3)

平成26年3月「地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携指針」に提示した連携ツールの一つで、医師と介護支援専門員との活用で、顔の見える関係を作るため、居宅介護支援専門員がクリニック等に同行訪問を基本とし、連携を深めていくためのシート。

25 砂川市「地域で高齢者を見守る・支えるしくみ」

(砂川市高齢者いきいき支え合い条例)市や民生委員等と、支援が必要な高齢者の情報を交換することは個人情報保護の壁があり、連携しづらい状況がある。このため、市は65歳以上の高齢者に係る4情報(住所、氏名、年齢、性別)を社会福祉協議会や町内会等に提供することで、町内会等・民生委員・社会福祉協議会・地域包括支援センター・市と情報の共有化や、連携した取り組みができるよう「高齢者支え合いネットワーク事業」を実施している。

資料編

1 県内のリハビリテーションに関する 10 年間の比較

(平成 13 年 12 月と平成 23 年 1 月)

県内のリハビリテーションの現状と課題を把握するため、リハビリテーションに関する実態調査を各関係機関・施設に対し、平成 13 年 12 月と平成 23 年 1 月に実施し比較を行った。(以下、実態調査結果より抜粋)

(1)調査対象

一部の医療機関、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、訪問介護ステーション、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、通所・入所授産施設等、通所介護、身障者デイサービスセンター、在宅介護支援センター・地域包括支援センター、市町村、社会福祉協議会(一部の医療機関とは、全病院とリハビリテーションスタッフが勤務している診療所)

回答状況

調査時期	回 答 率
平成 13 年 12 月	516 施設中 337 施設 (65.3%)
平成 23 年 1 月	817 施設中 490 施設 (60.0%)

【リハビリテーションを受ける最も多い原因疾患について】

調査時期	割 合 (割合の多いもののみ記載)		
平成 13 年 12 月	脳血管疾患 40.9%	統合失調症 14.9%	骨折 12.7%
平成 23 年 1 月	脳血管疾患 25%	脊椎疾患 21.8%	骨折 14.1%

リハビリテーションを受けることになった原因疾患で最も多い疾患は、「脳血管疾患」だが、平成 23 年ではその割合が減少し、「脊椎疾患」「骨折」が増加した。

【リハビリテーションを受ける最も多い年齢階層について】

調査時期	割 合 (割合の多いもののみ記載)	
平成 13 年 12 月	後期高齢者	40.1%
平成 23 年 1 月	後期高齢者	64%

リハビリテーションを受ける年齢は後期高齢者が多く、平成 23 年の割合は後期高齢者群が 6 割を越えた。

【リハビリテーション施設の設置圏域について】

調査時期	割合
平成 13 年 12 月	「甲府」圏域に 40.9%集中している。特に集中している施設は、医療機関、通所リハビリテーション、訪問看護ステーション、介護老人福祉施設である。
平成 23 年 1 月	医療機関は、「中北」圏域 48.9%、「峡東」圏域 20.0%、「峡南」13.3%、「富士・東部圏域」17.7%である。 市町村が不足と感じている施設 通所リハビリテーション 5 市町村 訪問リハビリテーション 6 市町村

リハビリテーション施設は、平成 13 年には一部の圏域に集中していたが、平成 23 年には県内の各圏域に広がりつつあるが、一部のサービスは不足している。

【リハビリテーション医療を受ける空床待ち（入院待機者）について】

調査時期	待機者人数	県内	県外
平成 13 年 12 月	189 人	105 人 (55.6%)	84 人 (44.4%)
平成 23 年 1 月	245 人	192 人 (78%)	53 人 (22%)

県内各地での事業展開により、県全体の入院待機者は増加した。

【医療機関から市町村への情報提供について】

調査時期	割合
平成 13 年 12 月	継続看護連絡票 48.2%、介護保険制度に伴う情報提供 37.6%、情報提供料 3.5% その他 10.7%
平成 23 年 1 月	継続看護連絡票 63.6%、サマリー13.6%、介護支援連携指導料 0.9%、その他 21.9%

情報提供の仕方は、継続看護連絡票が多く、診療情報料の活用は少ない。

【地域住民との交流や連携、患者会などの活動支援について】

調査時期	割合
平成 13 年 12 月	医療機関等の 15.4% で健康教室や文化祭など実施しているが、患者会への支援は 1% 弱である。
平成 23 年 1 月	医療機関等の地域住民との交流や連携は 55% を占め、患者会への支援は 15.9% である。

医療機関等における地域住民等との交流や連携、患者会への支援は増加している。

【参考 発症からの利用期間について 調査時期 平成 23 年 1 月】

通所リハビリテーション	「1 年未満の利用」19.3% 「1 年以上」80.7%
訪問看護ステーション	「1 年未満の利用」9.9% 「1 年以上」90.1%
通所介護	「1 年未満の利用」17.6% 「1 年以上」73.0% 「不明」9.4%

通所型サービスの方が、訪問型サービスより利用時期は早い。

【参考（平成 22・24 年度介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況に関する調査結果より）】

	二次予防事業対象者数（人）	二次予防事業参加者数（人）	参加比率（%）
22 年度	13,445	1,339	9.96
24 年度	23,314	1,771	7.60

24 年度の実施状況
 運動器の向上・25 市町村 栄養改善・5 市町村
 口腔機能向上・12 市町村 認知機能の低下予防、支援・5 市町村

二次予防事業対象者は増加したが、事業参加者は 7.60% に減少した。

【参考 長寿社会課実施の関連調査より】

調査時期	内 容
13 年度	50 市町村で機能訓練事業を実施し、PT または OT の活用を図った。 県内の PT・OT・ST の人数 PT199 人・OT165 人・ST55 人
22 年度	16 市町村で、介護予防の中で PT・OT・ST のいずれかの職種を活用した。 県内の PT・OT・ST の人数 PT606 人・OT451 人・ST111 人

PT・OT・ST の人数は増加したが、市町村事業への活用に結びついていない。

【参考 (平成 23 年度県民保健医療意識調査・医療機能調査)】

平成 23 年度県民保健医療意識調査・医療機能調査(病院機能調査医務課調べより抜粋)

各圏域の病院あたりの平均医療従事者数 (医療従事者の状況より一部抜粋)(人)

	全体	中北	峡東	峡南	富士東部
主としてリハビリテーションを専門とする 医師(常勤)	2.08	1.69	2.78	0.00	0.50
主としてリハビリテーションを専門とする 医師(非常勤)	0.17	0.35	0.06	0.00	0.00
PT(常勤)	10.91	9.59	17.93	4.00	5.17
PT(非常勤)	0.07	0.09	0.11	0.00	0.00
OT(常勤)	9.54	6.91	17.75	5.00	3.50
OT(非常勤)	0.10	0.05	0.17	1.00	0.02
ST(常勤)	3.30	3.25	4.15	0.00	0.75
ST(非常勤)	0.12	0.14	0.09	0.00	0.15

医療機関に所属するマンパワーは、峡東圏域が多い。

2 地域リハビリテーション推進の経緯

(別紙資料参照)

本県の地域リハビリテーション活動は、リハビリテーション関係団体及び関係機関が礎を築いた活動です。

▶ プレ組織活動

昭和54年、県の「福祉のまちづくり推進事業」を基に、市町村において「福祉のまちづくり推進事業」が実施される。

いくつかの市町村では、機能訓練や福祉制度を広めていく活動として、理学療法士(以下「PT」と略す)や福祉事務所、保健所の職員などの協力を得ながら、保健・医療・福祉の関係者が共同で実施した。

▶ 機能訓練事業の役割

昭和58年2月に老人保健法が施行され、「社会的機能訓練」に位置づけた機能訓練事業が各市町村において実施される。

社会的機能訓練は、日常生活等で機能的に支障を感じる者や、機能低下のおそれのある者に対し、機能の維持改善や予防など広い視野に立ち、単に機能訓練のみにとどまらず、対象者が家庭や地域社会で満足の得られる役割や生きがいをもつことを目的とした。

保健職と医療職は、社会的機能訓練を通し、地域リハビリテーションの活動の輪を広げる。

地域リハビリテーションの方向性の芽生え

機能訓練事業は、医師(以下「Dr」と略す)やPT、作業療法士(以下「OT」と略す)だけが行うものではなく、保健師(以下「PHN」と略す)を中心として多くの関係者が連携を取り合い、より身近な生活の中で行う地域リハビリテーションの考え方を実践した。

具体的には、障害を受容する中で、生活に適した日常生活動作(ADL)能力の向上や機能維持・社会活動範囲の拡大など、単なる「機能訓練」だけではなく、生活ベースの支援の重要性が確認され展開した。

▶ 地域リハビリテーションシステムの誕生

昭和60年度「PT・OT派遣システム」の実施

機能訓練事業の実施には、PT・OTの確保が必要であった。このため、県は、県リハビリテーション病院・施設協議会をはじめ、県医師会、県官公立病院協議会、県病院協会、県理学療法士会、県作業療法士会、県市長会、県町村会、県保健所長会の関係機関・関係団体の協力の中で、「PT・OT派遣システム」(資料編図-1)を設置し、市町村に対しPT・OTの派遣を実施した。

このことにより、全市町村にて機能訓練事業を実施した。

▶ 全国初に県庁に専門職の確保

昭和 61 年度より、県庁に順次 PT・OT を配置

本庁に昭和 61 年度 PT、昭和 62 年度 OT を配置し、リハビリテーションの推進に向けた各種事業の検討を進める体制を整えた。また、平成 9 年度に甲府保健所、吉田保健所に PT を配置し、リハビリテーションに関する専門職の援助体制を図った。

▶ リハビリテーションの啓発

平成 3 年度「山梨県寝たきりゼロ推進本部」の設置により、各種のリハビリテーション事業を展開する。

平成 2 年度からスタートした「高齢者保健福祉推進十か年戦略」(ゴールドプラン)により、「寝たきり老人ゼロ作戦」が進められ、リハビリテーションの重要性や「寝たきりゼロへの 10 か条」(資料編表-1)を普及した。

「リハビリテーション週間」の各種事業を開催し、平成 3 年度から 25 年度まで 34,000 人以上が参加している。

週間事業の一環として「高校生の一日リハビリテーション体験」は、3,880 人が参加し、この内リハビリテーション養成校への進学は 489 人に及び、県内出身のセラピストが増加するきっかけになる。また、機能訓練事業利用者や家族等を対象とし、家から外に出て宿泊経験や他の家族との交流をとおした「二人三脚ふれあい事業」、「そよ風ふれあい事業」、県内の市町村機能訓練事業参加者の交流会とした「県リハビリテーション推進交流大会」、関連する多職種で企画し多職種がグループワークをとおし研修を行う「地域リハビリテーション従事者研修会」等、山梨県リハビリテーション病院・施設協議会を始め、多くの関係機関の協力のもと実施している。

平成 10 年度、県は、地域リハビリテーション推進を図るため、「寝たきり予防総合推進本部」を設置し「リハビリテーション部会」と「寝たきり予防部会」を設置し、各種事業を実施した。

▶ 地域リハビリテーション推進事業国の補助事業の実施

国の補助事業として、平成 12 年「地域リハビリテーション推進事業実施要綱」に基づき、各都道府県の事業として位置づけられた。

▶ 介護予防事業の重要性

平成 12 年度介護予防事業がスタート

介護保険制度の円滑な実施の観点から、「転倒・骨折予防」「閉じこもり予防」「気道感染予防」などが注目され要介護状態に陥ったり、状態の悪化を防止するための介護予防事業や生活支援事業が誕生した。

健康寿命日本一

平成 11 年厚生省研究班の「65 歳平均余命に占める平均自立期間の割合」では、

男性が全国 1 位、女性 2 位と「健康寿命」日本一の調査結果を得た。

平成 15 年度県の健康寿命実態調査分析研究会は、山梨県における健康寿命の要因を解析し、その特徴として、「無尽」に代表されるように「社会的ネットワーク」が良好、「ほうとう」に代表されるように、伝統的な食生活を継承するスローフードの習慣があるなど、健康寿命の要因を分析した。

今後、より一層の健康寿命の延伸を図るよう、健康寿命実態調査で明らかにされた諸要因を活かしながら、「元気高齢者」対策を推進する必要がある。

▶地域リハビリテーション体制の始まり

県リハビリテーション支援センターと圏域地域リハビリテーション広域支援センターを指定

平成 16 年度地域リハビリテーション支援体制整備推進実施要綱に基づき、山梨県リハビリテーション病院・施設協議会の協力により県リハビリテーション支援センターと先駆的に峡東地域リハビリテーション広域支援センターを指定し、県内の地域リハビリテーション支援体制の推進を図った。

また、平成 19 年度には、他の圏域である中北地域リハビリテーション広域支援センター、峡南地域リハビリテーション広域支援センター、富士・東部地域リハビリテーション広域支援センターの指定を進め、県内全圏域で地域リハビリテーション広域支援センターを指定した。

転倒予防教室マニュアル・介護予防プログラムを作成（地域リハビリテーション広域支援センター版）

介護予防を推進するため、具体的活動内容を明記し啓発を図った。

平成 17・18 年度介護予防早期発見・早期予防モデル事業の実施

山梨大学、県歯科医師会、地域リハビリテーション広域支援センターの協力の中、介護予防の早期発見システムとして検診と適切なリハビリテーションの提供を笛吹市・山中湖村で実施した。

国は、地域リハビリテーション推進事業の廃止に伴い、「地域リハビリテーション推進のための指針」を策定した。

▶老人保健法から健康増進法

平成 20 年度より老人保健法は、高齢者の医療の確保に関する法律に全面改正され、老人保健法に基づく機能訓練は、健康増進法に基づき健康増進事業となり、対象を 40 歳から 64 歳として実施。65 歳からの介護認定を受ける恐れのある二次予防事業対象者については、介護予防プログラムとして、「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」「閉じこもり予防・支援」「認知症予防・支援」「うつ予防・支援」へと事業が移行。健康増進事業の機能訓練対象者や市町村における実施希望は少なく、「PT・OT派遣システム」は終了する。

地域支援事業・地域包括支援センターの創設

平成 18 年 4 月の改正介護保険法の施行により地域支援事業が誕生し、地域包括支援センターが創設された。平成 26 年 4 月現在、県内に 35 の地域包括支援センターがあり、甲府市を除く 26 市町村は、全て直営で実施している。

▶地域包括ケアシステムの構築

県・市町村は、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても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・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。

平成 18 年度 健康長寿やまなし推進本部の設置

健康長寿やまなし推進本部にリハビリテーション部会と介護予防部会を設置し体制を構築した。

平成 19 年度 元気やまなし健康長寿 10 か条の策定（P23 表-1 参照）

本県独自に策定した、元気で長生きできる 10 か条を制定した。

平成 23～25 年度 住民主体の介護予防事業の推進

市町村における介護予防を推進支援するため、南アルプス市・富士吉田市・市川三郷町・富士河口湖町・山梨市・山中湖村をモデルとして住民主体の介護予防事業を実施する。この事業をベースとして、認知症の予防を推進するため、平成 26 年度は地域型認知症予防プログラムを南アルプス市・大月市・市川三郷町・富士川町をモデルとして実施している。

PT・OT・ST バンクの運用

平成 24 年度市町村の地域ケア会議・介護予防の促進を図るため、県内の PT・OT・ST が協力がきるよう PT・OT・ST バンクを設置した。県に病院、大学、3 士会の登録をし、市町村での活用を促進している。

平成 26 年度登録数は、17 医療機関、2 大学、PT 士会 3 人、OT 士会 1 人、ST 士会 3 人。

平成 24 年度～25 年度 介護・医療連携推進協議会を設置

本県の医療・介護・保健・福祉などの関係団体の代表者等で構成する協議会を設置し、平成 25 年度に南アルプス市・大月市をモデル市町村とし、連携ツールの実践検証を図った上で、「地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携指針」を策定した。

平成 26 年度 地域包括ケア推進協議会の設置

県内地域包括ケア体制の構築を目指し、介護・医療連携推進協議会を包括した地域包括ケア推進協議会を設置した。

▶新しい総合事業の推進

平成 27 年 4 月の改正介護保険法の施行により、従来の一次予防事業と二次予

防事業を介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）の中の一般介護
予防事業に組み替え、一般介護予防事業の中に地域リハビリテーション活動支
援事業が位置づけられる。

地域リハビリテーション等の関連事業の経緯

年度	法律・通知等	山梨県内の取り組み状況
昭和		昭和
38	老人福祉法の策定	
46	在宅老人機能回復訓練事業の助成	
53	老人保健医療総合対策開発事業 ・老人健康教育 ・老人健康診査 ・老人健康相談 ・在宅老人家庭看護訪問指導 ・医療費の支給 ・在宅老人機能回復訓練	甲府市・大月市・大泉村などいくつかの市町村において、機能回復訓練が始まる。
54	その他 福祉のまちづくり推進事業開始（県単独補助事業） ・推進体制整備事業 ・老人のしあわせの里づくり推進事業 ・障害者の住みよいまちづくり推進事業 ・明るい母子・父子家庭づくり推進事業	補助対象事業に機能回復訓練事業があり、いくつかの市町村において事業を開始する。
57	老人保健法の制定 ・健康手帳の交付 ・健康教育 ・健康相談 ・健康診査 ・機能訓練 ・訪問指導	58年度 PT（非常勤職員）を1人保健予防課に採用。モデル町（三珠町）の事業推進を通して実施可能な機能訓練事業のあり方を探る。事業の手引書として「機能訓練マニュアル」を作成。機能訓練事業説明会の開催。
60	老人保健法 保健事業第1次5カ年計画（S57～61年度）	60年度 「山梨県地域医療計画」の制定 民間病院の協力により「PT・OT派遣システム」の実施。
61		61年度 健康増進課 PT1名採用 機能訓練マニュアル（改訂版）の作成。
62	保健事業第2次5カ年計画（S62～H3年度）寝たきり老人及び痴呆性老人対策の強化、機能訓練訪問指導等の積極的推進を図る」社会福祉関係八法の改正	62年度 健康増進課 OT1名採用 「山梨県地域保健医療計画」の制定
平成元年	高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）「寝たきり老人ゼロ作戦」の展開 「地域における機能訓練を受けやすくするための体制の整備を図り、希望する者誰もが機能訓練が受けられるようにする。」	平成元年 「ヘルシーやまなし健民プラン」の策定
2	保健事業第3次8カ年計画（H4～11年度）	
3	「在宅の痴呆状態にある者への訪問指導対象の拡大、訪問指導の一環として訪問「口腔衛生指導」の位置づけ、機能訓練対象者の把握の徹底等について検討を進めるほか、機能訓練の未実施市町村の解消を図っていく。」	3年度 「山梨県寝たきりゼロ推進本部」の設置 「リハビリテーション週間」の開催
4	老人保健福祉計画の策定	4年度 「脳卒中情報システム」の実施 「山梨県地域保健医療計画」の改正 「二人三脚ふれあい事業」の開催 「あい・あい・あい事業」の開催
5		5年度 「山梨県障害者幸住県計画」策定 「山梨幸住県計画」策定 （基本計画＝H6～H15までの10年間）

年度	法律・通知等	山梨県内の取り組み状況
平成 6 8 10 11 12 13 14	<p>地域保健法の改正 「地域保健対策の推進に関する基本的指針を明確する。」 高齢者保健福祉推進十か年戦略の見直し(新ゴールドプラン) 「新寝たきり老人ゼロ作戦」の展開 「寝たきり老人を予防し、高齢者の自立を積極的に支援する観点から、地域におけるリハビリテーション実施体制の強を図る。」 機能訓練A型(基本型)の他にB型(地域参加型)を新設。 老人保健福祉計画の見直し</p> <p>地域リハビリテーション支援体制整備推進事業の実施</p> <p>今後5か年間の高齢者保健福祉政策の方向(ゴールドプラン21)の策定</p> <p>介護保険法施行 保健事業第4次5ヶ年計画 (計画期間=H12~H16年度)</p> <p>介護予防事業の創設 「回復期リハビリテーション病棟」の創設</p>	<p>(第一次実施計画=H6~H10までの5年間) 「長寿やまなし県民憲章」制定 「県・市町村による老人保健福祉計画」 6年度 「長寿やまなしプラン21」策定 (計画期間=H7~H15までの9年間)</p> <p>7年度 「そよ風ふれあい事業」の実施</p> <p>8年度 地域リハビリテーション強化推進事業の実施 「機能訓練事業強化事例集」の作成 「地域リハビリテーションの進め方」ビデオの作成 「PT・OT学生の宿泊研修会」の開催</p> <p>9年度 「山梨幸住県計画第2次実施計画」策定 (実施計画=H10~H14までの5年間) 長寿社会課にOT配置 甲府保健所、吉田保健所にPTを配置 やまなし障害者プラン策定 「山梨県地域保健医療計画」の改正</p> <p>10年度 地域リハビリ調整者養成研修事業の開催 地域リハビリテーション推進交流大会の開催</p> <p>11年度 「長寿やまなし高齢者支援計画」 「山梨県老人保健福祉計画」策定 (計画期間=H12~H16までの5年間) 「山梨県介護保険事業支援計画」策定 (計画期間=H12~H16までの5年間) 「機能訓練事業の推進」の作成</p> <p>12年度 介護保険法の施行に伴い、市町村機能訓練事業の進め方について説明、「健やか山梨21」の策定</p> <p>13年度 新たに「山梨県寝たきり予防総合推進本部」を設置し、本部の中に「リハビリテーション部会」「寝たきり予防部会」を設ける。 介護予防指導者養成研修会の開催</p> <p>14年度 「健康長寿やまなしプラン」の策定 (山梨県高齢者保健福祉計画) (山梨県介護保険事業対策計画) (長寿やまなしプラン21) 「山梨県地域保健医療計画」の改正</p>

年度	法律・通知等	山梨県内の取り組み状況
平成 14		14年度 「地域リハビリテーション推進のための行動指針」策定（H15.3）
15		15年度 山梨大学大学院山縣然太郎教授の健康寿命実態調査研究班にて、本県は健康寿命日本一であることを発表。
16		16年度 「山梨県リハビリテーション支援センター（山梨県リハビリテーション病院・施設協議会）」、「峡東圏域地域リハビリテーション広域支援センター（甲州リハビリテーション病院）」を指定
17	三民一体改革により、国の補助事業が平成17年度をもって廃止	17～18年度 介護予防早期発見・早期予防モデル事業の実施
18	障害者自立支援法制定 介護保険法に基づく地域支援事業の創設 市町村に新たに地域包括支援センターを創設、介護予防事業の新たな取り組み。「地域リハビリテーション推進のための指針」施行	18年度 健康長寿やまなし推進本部にリハビリテーション部会、介護予防部会を設置 PT・OT・ST派遣システムの終了
19		19年度 3圏域の地域リハビリテーション広域支援センターを指定 元気やまなし健康長寿10ヶ条を策定 中北（竜王リハビリテーション病院） 峡南（しもべ病院） 富士・東部（富士吉田市立病院）の指定（研修会・連絡会議・市町村支援）
20	老人保健法を廃止し、健康増進法へ地域包括ケア研究会（田中滋座長）が、「地域包括ケア研究会報告書」を公表	20年度 山梨県立大学小田切陽一教授より、引き続き県が健康寿命日本一であると発表。 21年度 4圏域の地域リハビリテーション広域支援センターで、相談事業に加え・研修会・連絡会議・市町村支援を実施する。 22年度 高次脳機能障害者支援センター運用
23	障害者基本法の一部改正	22年度 富士・東部圏域の指定先を「ツル虎ノ門外科・リハビリテーション病院」に指定 23年度 山梨県地域包括ケアシステムの構築 住民主体の介護予防事業を推進、この他に、新たに介護予防サービス質の向上研修、介護予防支援システム事業の推進を図る。
24		24年度 新たに、先進技術活用調査事業、PT・OT・STバンク事業を運用
25		24～25年度 介護・医療連携推進協議会を設置し、平成25年度「地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携指針」を策定
26	医療介護総合確保推進法の制定 介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインを公表。一般介護予防事業の中に地域リハビリテーション活動支援事業を創設	26年度 地域包括ケア推進協議会の設置 新たに認知症予防の推進として、地域型認知症予防プログラムの方策を図る。

寝たきりゼロへの10か条

第1条 脳卒中と骨折予防 寝たきりゼロへの第一歩	第6条 「手は出しすぎず 目は離さず」が介護の基本 自立の気持ちを大切に
第2条 寝たきりは 寝かせきりから 作られる 過度の安静 逆効果	第7条 ベッドから 移ろう移そう 車椅子 行動広げる 機器の活用
第3条 リハビリは 早期開始が 効果的 始めよう ベッドの上から訓練を	第8条 手すりつけ 段差をなくし 住みやすく アイデア生かした 住まいの改善
第4条 くらしの中での リハビリは 食事と排泄、着替えから	第9条 家庭でも社会でも よろこび見つけ みんなで防ごう 閉じ込めり
第5条 朝おきて 先ずは着替えて 身だしなみ 寝・食分けて 生活にメリとハリ	第10条 進んで利用 機能訓練 デイ・サービス 寝たきりなくす 人の和 地域の輪

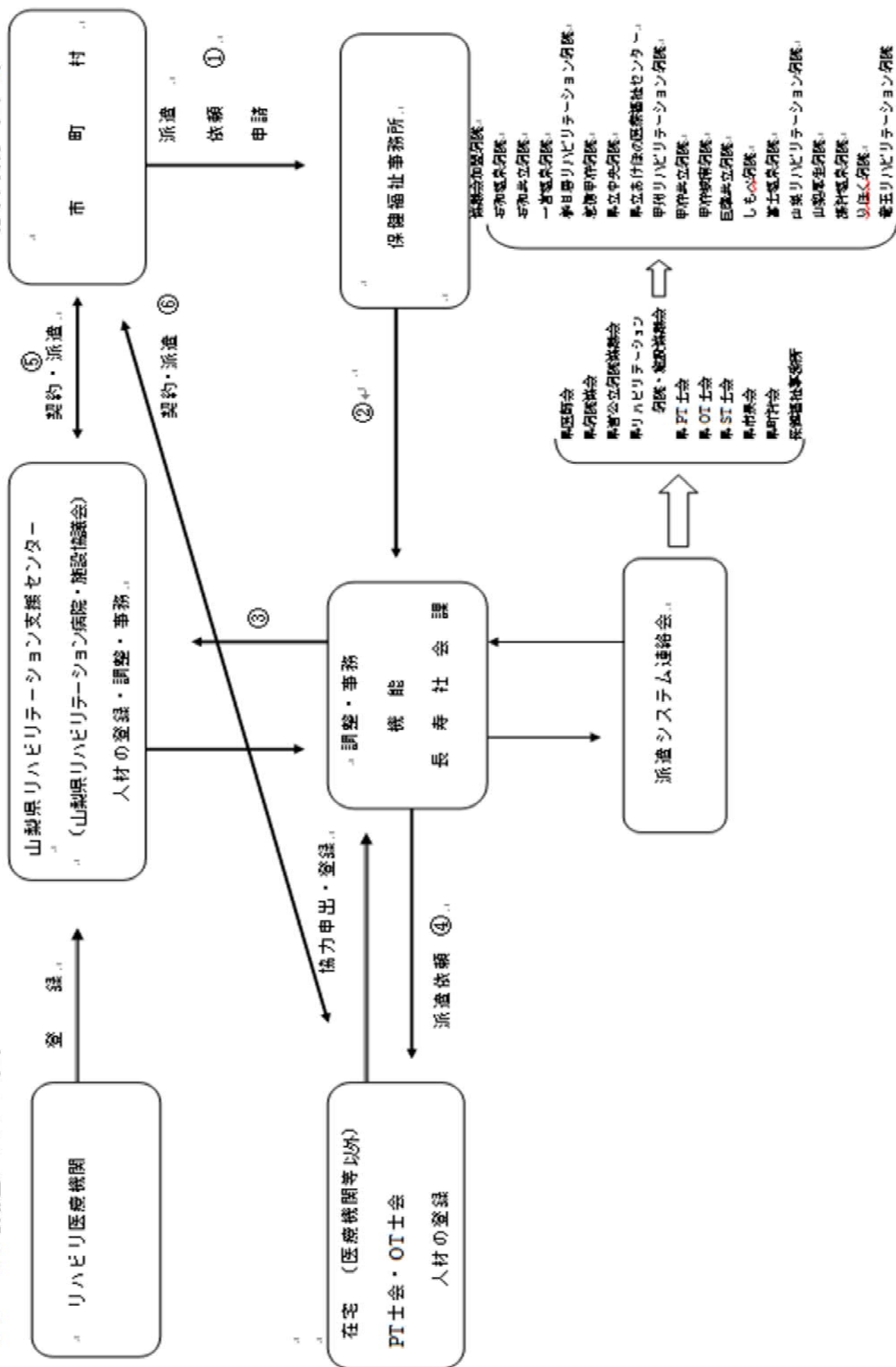
平成3年3月「寝たきりゼロへの10か条」策定委員会は、厚生省の依頼を受け、「寝たきり老人ゼロ作戦」による寝たきり予防の啓発活動を推進するため、10か条を策定しました。

寝たきりを予防する上で基本となる点は、

- (1) 脳卒中や骨折等、寝たきりに導く原因疾患の発生を防止すること。
- (2) 早期リハビリテーションの普及等により原因疾患発生後に、それにより生じる障害を最小限にとどめること。
- (3) 障害が残っても、障害の悪化を防止し、社会復帰を促すためあらゆる方策を用いて積極的に「動かす」こと。

PT・OT派遣システム図

(資料編 図-1)



地域リハビリテーション支援体制整備推進実施要綱

1 目的

高齢者が、住み慣れた地域や家庭において生き生きとした生活を送ることができるよう、いつでもどこでも誰でもリハビリテーションを受けることができる環境を整えるため、地域リハビリテーションに関する支援体制を整備する。

2 実施主体 山梨県

3 事業内容

(1) 山梨県リハビリテーション支援センターの指定

県は、「地域リハビリテーション推進のための指針」(平成18年3月31日老老発第0331005号厚生労働省老健局老人保健課長通知)に基づき健康長寿やまなし推進本部リハビリテーション部会(以下「リハ部会」という。)の意見を聴き、全県を対象としたリハビリテーション体制を支援する機関として、「山梨県リハビリテーション支援センター(以下「支援センター」という。)」を1箇所指定する。

支援センターにおいては、次の事業を実施する。

- a 地域リハビリテーション広域支援センター(以下「広域支援センター」という。)への支援
- b 関係団体及び医療機関との連絡調整
- c 地域リハビリテーション従事者研修事業
- d その他必要な事業

(2) 地域リハビリテーション広域支援センターの指定

県は、「地域リハビリテーション推進のための行動指針(以下「行動指針」という。)」(平成15年3月)における指定基準に基づき、リハ部会の意見を聴き、地域リハビリテーション体制の支援機関として、広域支援センターを各高齢者福祉圏域ごとに1箇所指定する。

広域支援センターにおいては、次の事業を実施する。

- a 相談事業

- b リハビリテーション実践研修会
- c 県・市町村が行う保健福祉事業への協力
- d 地域リハビリテーション連絡会（ ）の開催

行動指針を基本としながら、関係者のネットワークづくりをはじめ、実情に応じた連携体制を整備するため、リハビリテーション関係団体、関係機関等から構成する。

(3) その他

この要綱に定めるほか、必要な事項は福祉保健部長が別途定める。

附 則

この要綱は、平成16年4月1日より実施する。

附 則

この要綱は、平成18年4月7日から施行し、平成18年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成19年7月6日から施行し、平成19年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成20年4月21日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

健康長寿やまなし推進本部設置要綱

(設置)

第1条 高齢者が、住み慣れた地域や家庭において生き生きとした生活を送ることができるよう、介護予防対策や地域リハビリテーション対策を更に推進するとともに、市町村及び関係団体との連携を図り地域の高齢者やその家族のみならず、広く一般県民に「健康長寿」や介護予防の重要性について普及啓発活動等を行うことを目的として、「健康長寿やまなし推進本部」(以下「本部」という。)を設置する。

(所管事項)

第2条 本部の所管事項は、次のとおりとする。

- (1)介護予防事業の円滑な推進に関すること。
- (2)介護予防事業の評価に関すること。
- (3)地域リハビリテーション事業の体制整備や事業の円滑な推進に関すること。
- (4)その他、介護予防、リハビリテーション等の推進に関すること。

(構成)

第3条 本部は、保健・医療・福祉等関係団体の代表者及び関係行政機関の代表者等のうちから、知事が委嘱し、または任命した者をもって構成する。

(委員の任期)

第4条 委員の任期は、2年とする。

- 2 補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(本部長及び副本部長)

第5条 本部に本部長及び副本部長を置く。

- 2 本部長には福祉保健部長を、副本部長には福祉保健部次長をもって充てる。
- 3 本部長は、本部の会務を総理し、会議の議長となる。
- 4 副本部長は、本部長を補佐し、本部長に事故あるときには、その職務を代理する。

(会議)

第6条 本部の会議は必要に応じて本部長が召集する。

(部会)

第7条 本部に、次の部会(以下「部会」という。)を置く。

- (1)介護予防部会
- (2)リハビリテーション部会

- 2 部会は、福祉保健部長が委嘱及び任命する委員をもって構成する。
- 3 部に部会長及び副部会長を置き、部会長は本部長の指名により選任し副部会長は部会長が指名する。
- 4 部会長は、会務を総理し、会議の議長となる。
- 5 副部会長は部会長を補佐し、部会長に事故あるときには、その職務を代理する。
- 6 部会は本部長が召集する。

(委員以外の出席)

第8条 本部長は、必要があると認めるときは、委員以外の者の出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。

(庶務)

第9条 本部の庶務については、福祉保健部長寿社会課において行う。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、本部の運営に関し必要な事項は、本部長が別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、平成19年7月4日より施行する。

附 則

この要綱は、平成21年5月13日より施行する。

平成26年度健康長寿やまなし推進本部委員名簿

	H25～26	所属及び職名	部会名
本部長	山下 誠	山梨県福祉保健部長	
副本部長	秋山 剛	山梨県福祉保健部次長	
委員	中澤良英	県医師会	介護予防部会
委員	石原準子	県看護協会	介護予防部会
委員	花形哲夫	県歯科医師会	介護予防部会
委員	田草川憲男	県栄養士会	介護予防部会
委員	山縣然太郎	学識経験者(山梨大学医学部)	介護予防部会
委員	小田切陽一	学識経験者(県立大学)	介護予防部会
委員	横内まつ子	認知症の人と家族の会	介護予防部会
委員	江間知羞子	県老人クラブ連合会	介護予防部会
委員	末木浩一	県社会福祉協議会	介護予防部会
委員	小池清美	甲斐市地域包括支援センター	介護予防部会
委員	鈴木 操	山梨市地域包括支援センター	介護予防部会
委員	増原美穂子	身延町地域包括支援センター	介護予防部会
委員	岡部正樹	大月市地域包括支援センター	介護予防部会
委員	曾根順子	県リハビリテーション病院・施設協議会	リハビリテーション部会
委員	石原準子	県看護協会	リハビリテーション部会
委員	小林伸一	県理学療法士会	リハビリテーション部会
委員	山本伸一	県作業療法士会	リハビリテーション部会
委員	内山量史	県言語聴覚士会	リハビリテーション部会
委員	雨宮良一	県医療社会事業協会	リハビリテーション部会
委員	横山 宏	県老人保健施設協議会	リハビリテーション部会
委員	鷲見よしみ	県介護支援専門員協会	リハビリテーション部会
委員	甘利俊明	県介護福祉士会	リハビリテーション部会
委員	小池清美	甲斐市地域包括支援センター	リハビリテーション部会
委員	鈴木 操	山梨市地域包括支援センター	リハビリテーション部会
委員	増原美穂子	身延町地域包括支援センター	リハビリテーション部会
委員	岡部正樹	大月市地域包括支援センター	リハビリテーション部会
事務局		健康増進課	
		中北保健福祉事務所	
		峡東保健福祉事務所	
		峡南保健福祉事務所	
		富士・東部保健福祉事務所	
		長寿社会課	

山梨県地域包括ケア推進協議会設置要綱

(目的)

第1条 健康長寿やまなしプラン及びその部門計画である認知症対策推進計画の策定並びに山梨県における地域包括ケアシステムの推進に当たり、広く学識経験者、保健・医療・福祉関係者等の意見を求めるため、「山梨県地域包括ケア推進協議会」(以下「協議会」という。)を設置する。

(所掌事項)

第2条 協議会の所掌事項は、次のとおりとする。

- (1) 山梨県における高齢社会対策への長期ビジョンの提言
- (2) 山梨県高齢者福祉計画案の検討
- (3) 山梨県介護保険事業支援計画案の検討
- (4) 山梨県認知症対策推進計画案の検討
- (5) 山梨県における地域包括ケアシステムの推進
- (6) その他必要とする事項

(構成)

第3条 協議会は、別表に掲げる各分野の関係団体・学識経験者等から、知事が委嘱する委員をもって構成する。

2 委員の任期は3年間とし、再任を妨げないものとする。ただし、委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長等)

第4条 協議会に会長及び副会長を置く。

- 2 会長及び副会長は、委員の互選によってこれを定める。
- 3 会長は協議会を代表し、会務を総理する。
- 4 副会長は会長を補佐し、会長に事故ある時は、その職務を代行する。

(会議)

第5条 会議は、会長が招集し、会長が議長となる。

2 議長は、必要があると認めるときは、会議に委員以外の者の出席を求め、意見を聴くことができる。

(庶務)

第6条 協議会の庶務は、山梨県福祉保健部長寿社会課において行う。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、協議会の議事及び運営に必要な事項は会長が定める。

附 則

この要綱は、平成26年5月9日から施行する。

別 表（第3条関係）

分 野	団 体 等 の 名 称
医 療 関 係	山梨県医師会 山梨県歯科医師会 山梨県薬剤師会 山梨県看護協会 山梨県民間病院協会 山梨県精神科病院協会 山梨県官公立病院等協議会 山梨県リハビリテーション病院・施設協議会 山梨県理学療法士会 山梨県作業療法士会 山梨県言語聴覚士会 山梨県国民健康保険団体連合会
保 健 関 係	山梨県栄養士会 山梨県医療社会事業協会 山梨県精神保健福祉士協会 山梨県老人保健施設協議会
福 祉 関 係	山梨県社会福祉協議会 山梨県民生委員児童委員協議会 山梨県老人クラブ連合会 山梨県老人福祉施設協議会 山梨県ホームヘルパー協会 山梨県社会福祉士会 山梨県介護福祉士会 山梨県社会福祉法人経営者協議会 山梨県介護支援専門員協会
その他学識経験者等	山梨県市長会 山梨県町村会 認知症の人と家族の会山梨県支部 学識経験者（保健医療）

私の暮らしのシート

名 前:

(生年月日 年 月 日)



私の暮らしのシートの目的

- このシートは、現在の様子やこれからの医療や介護についてご自身の想いを届けるシートです。
- また、これからの自分の生活や、医療や介護などについて考えるきっかけにしてみてください。
- 入院、入所、在宅サービス利用時に、医療機関や介護保険施設、在宅サービス事業者に提示することで、自分の想いに添った医療や介護サービスの利用に役立てます。

私の暮らしのシート記載方法

- この「私の暮らしのシート」は、ご自身や家族と話し合う中でご自分で記載してみましょう。記載が難しい時は、家族や介護支援専門員などの支援者や地域包括支援センター職員と話し合う中で記載してみましょう。
- このシートは、自分の生活や想いについて自ら発信するシートです。書きたくないことや、書けないことは書かなくても結構です。

関係者が情報の共有

- 本シートをとおして、本人や家族のこれからの生活の支援や医療と介護サービスの支援に役立てていきます。

【使用にあたっての留意事項】

- ◆本シートは、原則として本人又は家族から情報を発信しますが、必要により支援者から情報提供する際には、本人や家族に提供の目的、内容、提供先を丁寧に伝え、同意を得ておきましょう。
- ◆プライバシー・個人情報の保護を徹底しましょう。

(1)記入日 年 月 日

(2)記入支援者:所 属

家族の場合には続柄

氏 名

連絡先

山梨県介護・医療連携推進協議会

※該当内容を記入または○で囲む

年 月 日記載

フリガナ (3)名前		男・女 ()歳	(4)住所	〒 ☎ (自宅) (携帯)
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日		
(5)加入保険	国保・健保・生保・後期高齢・その他()		障害者手帳	無・有(身・知・精) 等級
(6)要介護認定	未申請・非該当(自立)・要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		成年後見制度の利用	有・無
(7)経済状況	■年金受給 種類			
(8)本人の療養情報	■過去に治療を受けた病気(病名)			
	■現在、内服や通院をしている病気(病名や治療状況等)			
(9)本人の暮らしの情報	生活歴(出身、学業、就労、転機、特別な出来事等)			
	現在の住環境 一戸建・集合住宅(階)・持ち家・賃貸・公営			
	■住宅構造上の不都合 有・無 ■住宅改修の必要性 有・無			
	■施設利用 特養・老健・グループホーム・その他()			
	現在の生活動作	室内歩行 () 掃除 () 服薬(管理も含む) ()	室外歩行 () 洗濯 () 金銭管理 ()	外出 () 買い物 () 電話 ()
	※できている「○」、 できがし ていない 「△」、 できない 「×」印	排泄 () 調理 () 社会参加 ()	食事 () 整理 () やりたいことを選択 ()	入浴 () ごみ出し () 人への気遣い ()
	着替え () 通院 ()			
(10)家族の情報	名前	続柄	同居・別居の別	特記(主な介護者については印をして下さい。)
			同居・別居	
			同居・別居	
			同居・別居	
			同居・別居	
(11)本人の暮らし方(自分らしさ)の情報	暮らしの様子		長年親しんでいる習慣や好み	
	食事の習慣(回数/日、主食の内容等)			
	飲酒・喫煙の習慣			
	排泄の習慣(トイレの様式)			
	お風呂の習慣 (お湯の温度・入浴の時間帯・入浴時間等)			
	身だしなみの習慣 (歯磨き・髭そり・お化粧・整髪等)			
	その他毎日の習慣となっていること			
	色の好み、洋服や履物の好み			
好きな音楽・テレビ・ラジオ				

	暮らしの様子	長年親しんでいる習慣や好み
(11) 本人の暮らし方 (自分らしさ) の情報	好きな道具、愛着のある物、使っていきたい物	
	落ち着く場所、いつまでも行きたい場所	
	家事の流れ(例:午前中に洗濯、掃除し、午後に買い物など)	
	今までの仕事又は現在の仕事	
	興味・関心のあること	
	得意なこと、苦手なこと	
	性格・特徴	
	信仰	
	健康法	
	その他	
(12) 本人の気持ちの確認 (該当する項目に、いくつでもチェックしてみましょう)	○私が感じている不安や苦痛、悲しみ	
	<input type="checkbox"/> 今、患っている病気や薬のこと <input type="checkbox"/> 夫・妻や子どものこと <input type="checkbox"/> 一人暮らしで、これからの生活のこと <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; margin-top: 10px;"></div>	○私が暮らしたい場所や暮らし方 <input type="checkbox"/> 住み慣れた我が家で暮らしたい <input type="checkbox"/> 最後は、子供たちと一緒に住みたい <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; margin-top: 10px;"></div>
	○私が続けたいことや、やりたいこと <input type="checkbox"/> 仕事(野菜づくり、食事づくり)を続けたい <input type="checkbox"/> 身の回りのことは自分でしたい <input type="checkbox"/> 趣味や楽しみごとを続けたい <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; margin-top: 10px;"></div>	○私が医療や介護、生活支援に望むこと <input type="checkbox"/> 自宅で必要なサービスを受け生活したい <input type="checkbox"/> 施設で必要なサービスを受け生活したい <input type="checkbox"/> 必要な時には入院したい <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; margin-top: 10px;"></div>
	○私の人生最期のときや死後についての願いや要望(死を迎える時の場所等)	
<input type="checkbox"/> 自宅の畳の上で死にたい <input type="checkbox"/> 自宅でも、入院先でも延命治療は受けたくない <input type="checkbox"/> 今は決められない <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 50%; width: 100%; height: 100%; margin-top: 10px;"></div>		

(13) 1日の過ごし方と暮らしを支えるサービス及び主な担当者								
時間	月	火	水	木	金	土	日	記入例
4:00								
5:00								
6:00								起床・洗面 掃除
7:00								朝食
8:00								
9:00								
10:00								通所介護 ↑
11:00								担当： Aさん
12:00								↓
13:00								昼食
14:00								
15:00								入浴
16:00								
17:00								↓ 帰宅
18:00								
19:00								夕食 テレビ等
20:00								
21:00								電話 (長女と)
22:00								就寝
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
上記以外で受けている支援やその内容								
例えば、「近所の〇〇さんが夕方来て、話し相手になってくれる。」「ボランティアグループの〇〇さんが月1回不燃物を出してくれる。」等記入								

(「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式 認知症介護研究・研修東京センター」を参考にしています)
不明な点は、山梨県長寿社会課055-223-1450

山梨県医療・介護「連携」シート

様式2

入院・入所・退院・退所

(1) 入院入所・退院退所先の医療機関等名称連携担当者 様	(2) 送付日 (面談日)	平成	年	月	日
	(3) 入院・入所日 (退院・退所日)	平成	年	月	日

下記利用者(家族)の同意に基づき、利用者の身体・生活機能等の情報を送付しますので、ご活用ください。

(4) 利用者氏名 (ふりがな)			(5) 生年-性別等	<input type="checkbox"/> 明治 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 大正 (満 歳) <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 昭和
(6) 生活保護	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(7) 障害等認定	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 身障 () <input type="checkbox"/> 精神 (級) <input type="checkbox"/> 特定疾患 ()	
(8) 要介護度		(9) 障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)		(10) 認知症高齢者日常生活自立度
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日 備考			
(11) 介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護 (回/週) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 () <input type="checkbox"/> 訪問リハ (回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハ (回/週) <input type="checkbox"/> 福祉用具 () <input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/週) <input type="checkbox"/> ショート (回/月) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (回/週) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	特記事項			
(12) 同居家族	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他 ()			
(13) 住居	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> アパート (階) <input type="checkbox"/> マンション (階) <input type="checkbox"/> 施設 () (エレベータ: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し)			
(14) 主介護者	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	就労状況
(15) キーパーソン	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	健康状態
(16) 緊急連絡先	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	備考

(17) かかりつけ情報等 (医師・歯科医師・訪問看護ステーション・薬局等)

主病名	情報源	医療機関等名称	診療科名等	受診状況等	電話番号
1	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 家族等				
2	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 家族等				
3	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 家族等				
特記事項(既往歴等)					

(18) 本シートの記入者

所属				担当		
住所			電話			FAX
Eメール				(19) ケアプラン	<input type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 未済	

山梨県介護・医療連携推進協議会

記入時の身体・生活機能等		(20) 記入日 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 <input type="checkbox"/> 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他 ()	
(21) 麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重症	麻痺の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他 ()		
(22) 褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (部位:)	(23) 皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()		
(24) 視力	<input type="checkbox"/> 新聞の字が見える <input type="checkbox"/> 目の前の物が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能	(25) 眼鏡	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		
(26) 聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 大声なら何とか聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能	(27) 補聴器	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		
(28) 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	(29) 失語症	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明		
(30) 認知症症状	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> その他 ()				
(31) 睡眠の状況	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 ()	(32) 眠剤	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎晩		
(33) 起居動作	<input type="checkbox"/> 起き上がれる (<input type="checkbox"/> 介助が必要) <input type="checkbox"/> 立ち上がれる (<input type="checkbox"/> 介助が必要) <input type="checkbox"/> 寝たきり				
(34) 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 { <input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子				
(35) 食事摂取	(35) 摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 (方法: 内容: 量: 所要時間: ()			
	(36) 水分ロミ	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(37) 食事制限	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
	(38) 食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー			
	(39) 食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
(40) 服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		(41) 薬の形状	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 散剤 <input type="checkbox"/> 液剤 <input type="checkbox"/> その他 ()	
(42) 口腔	(42) 口腔環境	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		(43) 義歯使用	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 義歯不要
	(44) 口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		(45) 方法	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> うがい
(46) 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		(47) 住環境	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 段差解消	
(48) 衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		備考		
(49) 排泄	(49) 排泄能力	<input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル		(50) 排泄介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	(51) 排便介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		(52) PTイレ使用	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
	(53) オムツ使用	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時		備考	
(54) 本人のしていきたい・やりたい活動を支援するため、在宅で継続してきたいりハ活動					
(55) バイタルサイン (特記)					
(56) 具体的内容					
(57) 介護上、特に注意すべき点等					
(58) 介護・看取りに関する本人・家族の意向等					

千葉県地域生活連携シートを参照しています。不明な点は県長寿社会課(055-223-1450)まで。
 山梨県介護・医療連携推進協議会

山梨県医療・介護「連絡」シート

発信日(年 月 日)

発信日(年 月 日)

医療機関名 住所 電話 FAX 医師・歯科医師名 先生	→ ←	居宅介護支援事業所名 住所 電話 FAX 介護支援専門員氏名
-----------------------------------------------------	------------	-------------------------------------------------

日ごろより大変お世話になっています。お忙しいところ誠に恐縮ですが、次の件について御教示頂戴たく存じます。御都合のよい連絡方法もしくは回答等につきまして、FAXで御返信いただければ幸いです。よろしくお願いたします。なお、情報提供につきましては、本人又は家族の同意を得ています。

【利用者の情報】 (別添資料 無・有 枚)

ふりがな	要介護度	申請中	支援1・2	介護1・2・3・4・5
氏名	生年月日	明・大・昭	年 月 日	(歳) 男・女
住所	〒	電話		
連絡内容等	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成 (新規・更新・区分変更) にあたり、症状等についての指示・確認等			
	<input type="checkbox"/> 医療系サービス等 () を導入するにあたり主治医の意見・相談等			
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談・報告等			
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶、利用者状況の確認等			
【利用者の照会・相談内容等】				
上記について御教示よろしくお願いたします。				
平成 年 月 日 担当介護支援専門員氏名				

【連絡方法並びに回答書(返信)】

主治医確認欄	<input type="checkbox"/> 1. 特に、要望・意見なし		<input type="checkbox"/> 2. 意見・要望あり	
2の場合: 連絡方法	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (時間帯 月 日 時頃お出かけください)			
	<input type="checkbox"/> 電話してください 月 火 水 木 金 土 の 午前・午後 () 時頃			
	<input type="checkbox"/> 下記の文書をもって回答します		<input type="checkbox"/> 別の文書をもって回答します	
【主治医からの回答・助言等】				
居宅療養管理指導 (有 ・ 無)				
上記のとおり連絡します				
平成 年 月 日				
医療機関名		医師・歯科医師		
連絡先		氏名		

大阪・和泉市モデルを参照しています 不明な点は県長寿社会課まで(055-223-1450)

山梨県介護・医療連携推進協議会

本指針は、山梨県ホームページからダウンロードできます
<http://www.pref.yamanashi.jp/chouju/chiikihoukatukea.html>