

す。

- ・病院において認知症の人の手術や処置等の適切な実施を確保するためには、病院勤務の看護職員や医療従事者の認知症対応力の向上を図る必要があります。
- ・認知症の行動・心理症状（BPSD）は認知症の進行により必ず生じるものではなく、周囲の適切なケアや身体の不調や不快、ストレスや不安などの心理状態が原因となって現れる症状です。まずは早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じてBPSDを予防するほか、BPSDが見られた場合にも的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を対応の第一選択とするのが原則となります。
- ・人生の最終段階にあっても本人の尊厳が尊重された医療・介護等が提供されることが重要です。

エ 地域支援

- ・早期診断、早期対応や行動・心理症状（BPSD）、身体合併症等への対応においては、医療、介護の関係機関をはじめ様々な主体が関わることから、医療、介護関係者等の情報共有が重要となります。
- ・認知症に関する相談窓口として、地域包括支援センターや認知症疾患医療センター、認知症家族会や当事者団体等があります。県や市町では、広報誌やホームページ等により相談窓口の周知を行っています。
- ・認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れをまとめた認知症ケアパスは、県内では、全ての市町で作成されており、地域包括支援センターや市町がホームページ、リーフレット等で広く周知していますが、地域によっては十分に活用されていないところがあります。
- ・認知症の人本人の意見を聴く取組として、本人ミーティングの開催や認知症カフェの運営などを、2019年度は21市町で実施していますが、本人からの意見を聴く機会を更に増やし、施策へつなぐ必要があります。
- ・認知症の人本人からの発信の機会を増やし、認知症に関する普及啓発に取り組むため、2020年9月に、全国初となる地域版の認知症本人大使「静岡県希望大使」の委嘱式を行いました。さらに、認知症の人本人による普及啓発活動を強化する必要があります。
- ・認知機能低下のある人や、認知症の人の早期発見・早期対応のためには、地域の関係機関間の日頃からの有機的な連携が必要ですが、機能ごとの取組にとどまっています。
- ・認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れをまとめた認知症ケアパスは2019年度までに全ての市町で作成されました。今後は、本人や家族の意見を踏まえて、認知症ケアパスを随時改訂する必要があります。
- ・県が作成したふじのくにささえあい手帳を一部の市町で活用していますが、独自の連携シートを作成している市町もあります。
- ・認知症高齢者グループホームについては、認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域における認知症ケアの拠点としての機能が期待されています。
- ・介護従事者の認知症対応力向上研修を国のカリキュラムにより実施しており、2019（令和元）年度までに認知症介護指導者養成研修 55人、認知症介護実践者研修 6,480人が修了していますが、研修への積極的な参加及び参加者の資質の担保が必要です。
- ・認知症の人やその家族が、同じ立場の人や地域の人、専門職と相互に情報を共有し、お互いに理解し合う認知症カフェは、2020年4月現在168か所であり、県のホームページなどを通じて

周知していますが、認知症の家族の負担軽減にも活用していく必要があります。

- ・認知症カフェの設置状況が市町により差があり、歩いていける範囲での設置を促進するほか、本人やボランティア等が集まる仕組みが必要です。
- ・2020年4月現在の認知症家族会は19か所ありますが、家族会同士で連絡を取り合うことは少ない現状であるため、横のつながりを作っていく必要があります。
- ・認知症が原因と疑われる行方不明者は、県内で208人（2019年）であり、年々増加傾向にあります。
- ・行方不明になるおそれのある人の事前登録の推進と行方不明時の早期発見・保護に向けて、市町及び警察等の協力の下、『見守り・SOS体制の広域連携』の運用を2020年度から開始しています。
- ・ICTを活用した見守りシステムの導入は市町ごとに進んでおり、2020年度現在、GPSが12市町、QRコードが11市町、アプリが3市町となっていますが、手法ごとの効果検証が必要です。
- ・これまでに身元不明者を県ホームページに34人掲載し、2014から2019年までに16人の身元が判明しましたが、引き続き、身元不明の人の情報を広く発信する必要があります。
- ・認知症の人が周囲の理解や支援を求めるための手段としてヘルプマーク・ヘルプカードがありますが、ガイドラインを示して配布している市町は14市町にとどまっているため、全県的な普及が必要です。
- ・認知症の人や家族を支える体制整備として、チームオレンジとピアサポート活動を一体的に推進しており、2019年度現在、10市町で先行的に実施していますが、認知症の人本人がチームの一員として参加している取組は少ない状況にあります。認知症の人や家族の生活面での早期支援を図るためには、多様な職域における認知症サポーターを養成し、チームオレンジを全県的に普及する必要があります。
- ・若年性認知症相談窓口を2016年7月に設置し、若年性認知症支援コーディネーターを配置しており、2019年度の相談件数は162件です。
- ・若年性認知症の人の居場所(仕事の場)づくり(2017、2018年度)やジョブサポート支援事業を実施しており(2019、2020年度)、5事業所において社会参加や就労を行う介護サービス事業を行っていますが、若年性認知症の人へのサービスが不足しており、就労継続や仕事の場の提供に向けた企業の理解促進が必要です。
- ・若年性認知症支援コーディネーターを8人設置(東中西の地区分担制)し、若年性認知症企業出前講座の開催、本人ミーティングや認知症家族会の会合に出席していますが、ハローワークや認知症疾患医療センター、広域的な企業等も含め、ネットワークづくりが必要です。
- ・75歳以上の高齢運転対策を強化した改正道路交通法が2017年3月に施行されて以降、県では、2020年までに約308,000人が認知機能検査を受検し、そのうち、約7,100人が認知症のおそれがあると判定され、約3,800人が運転免許証を自主返納しています。
- ・改正道路交通法に対応して、県警察本部、県医師会と連携して、本県独自の認知症診断の流れを策定するなど、運転免許証を返納しやすい環境づくりを進めているほか、認知症等を理由に運転免許証を返納した場合、必要に応じて警察から地域包括支援センターへ連絡する取組を行っています。
- ・住民主体の移動支援として、2019年度に3市でモデル事業を実施しましたが、住民ニーズに応

じた移動支援対策を実施している市町は9市町のみであり、ニーズはあるが未対応は14市町であり、ニーズの把握未実施は12市町となっています。住民主体の移動サービスの立ち上げや継続を支援するための相談窓口の設置やアドバイザー派遣を実施しています。

- 移動、消費、金融手続き、公共施設など生活のあらゆる場面で、「認知症バリアフリー」の取組を推進するためには、企業等の理解が必要です。
- 社会参加活動や認知症予防のための体制整備について、認知症地域支援推進員の取組として2019年度から新たに位置付けられ、一部の市町で取組みはじめています。

2 今後の対策

(1) 数値目標

	項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
継続	認知症サポート医養成研修の受講者数	334人 (2019年度)	400人 (2023年度)	大綱目標値(2025年度に1.6万人)の全国比(医師数)算出数の1割増	県健康増進課調査
	かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	986人 (2019年度)	1,769人 (2023年度)	大綱目標値(2025年度に9万人)の全国比(医師数)	県健康増進課調査
	認知症サポーター養成数	累計361,977人 (2019年度まで)	累計440,000人 (2023年度まで)	2025年度までに50万人、2040年度までに100万人	県健康増進課調査
新規	認知症の対応について不安に感じている介護者の割合	36.8% (2019年度)	33% (2023年度)	現状値から1割改善	静岡県の高齢者の生活と意識
	「通いの場」設置数	4,226か所 (2019年度)	5,500か所 (2023年度)	国目標(2025年度に8%)の参加率の1.5倍(12%)の箇所数	県健康増進課調査
	「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数	20市町 (2019年度)	全市町 (2023年度)	全ての市町で関与	県健康増進課調査
	認知症サポート医リーダー数	130人 (2019年度)	165人 (2023年度)	地域包括支援センター1か所に1人	県健康増進課調査
	初期集中支援チームの活動において、医療・介護サービスにつながった人の割合	78.6% (2019年度)	80%以上 (毎年度) (2023年度)	現状値を継続して維持	認知症総合支援事業等実施状況調べ

※下線は前回からの修正部分等

(2) 施策の方向性

ア 認知症を正しく知る社会の実現（知る）

(ア) 認知症に関する理解促進

- ・市町における企業・職域型の認知症サポーターの養成を促進するため、企業や職域への普及啓発を行うとともに、キャラバン・メイトを計画的に養成します。
- ・認知症サポーターの活動や活躍の場を拡げるため、引き続き、認知症サポーター・チームオレンジ養成研修を実施するとともに、その活動を周知していきます。
- ・県民の認知症に対する理解促進を図るため、地域住民、医療や介護等の関係者、企業、団体等が一体となった普及啓発を行います。

(イ) 相談先の充実周知

- ・認知症に関する相談窓口（地域包括支援センターや認知症疾患医療センター、認知症家族会や当事者団体等）の認知度が高まるよう相談窓口の周知を行うとともに、住民の認知度を確認します。また、診断直後から相談窓口につながるよう支援します。
- ・市町が作成する認知症ケアパス（認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れをまとめたもの）の改善を支援し、活用を促進します。

(ウ) 認知症の人本人からの発信支援

- ・認知症本人大使やピアサポーター等、より多くの本人と協力し、市町や地域の活動を支援します。
- ・認知症の人本人の声を聞いて施策に反映している好事例を紹介し、市町への普及展開を図ります。

イ 認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）

(ア) 認知症予防に資する可能性のある活動の推進

- ・市町等で実施する通いの場等の取組の情報を収集し、生活習慣病の予防や専門職の関与の観点から実施している効果的な事例等の共有化を図ります。
- ・高齢期になる以前からの生活習慣病予防の重要性について、県民への周知を図ります。
- ・市町の介護予防事業に協力可能な歯科衛生士や管理栄養士を育成します。
- ・介護予防活動への専門職（歯科衛生士・管理栄養士）の関与の強化を支援し、口腔ケアや低栄養の改善を推進します。
- ・各市町における認知症予防に資する可能性のある各種活動の好事例を収集し、普及を図ります。

(イ) 予防に関する国の研究成果や事例の普及

- ・国の研究成果や認知症予防に関する取組の情報を収集し、効果的な事例等の共有化を図ります。
- ・市町等で実施する認知症予防に関する取組を把握し、好事例を国へ報告します。

ウ 地域で支え合いつなげる社会の実現（支え合う）

(ア) 早期発見・早期対応

- ・市町が認知症施策の全体像と、各機関や職種がどのような場面でどのような役割を期待されているかを明確にできるよう支援します。
- ・認知症疾患医療センターの運営を支援し、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ります。

(イ) 医療体制の整備

- ・かかりつけ医療機関等における早期発見・早期対応を促進するため、地域の関係機関との連携強化のための取組を支援します。
- ・認知症対応力向上研修の受講者の拡大を図るとともに、研修で本人と接する機会を増やすなど研修内容を工夫します。
- ・認知症に係る多職種連携を強化するため、認知症サポート医の養成を進めるとともに、認知症サポート医のリーダーを養成します。また、認知症サポート医リーダー連絡会を開催し、研修会等の企画立案や地域の実態に即した連携づくり等により認知症サポート医の活動を支援します。
- ・BPSDへの対応において、非薬物的介入を第一選択とし、薬物療法を行う際には、高齢者の特性等を考慮した投薬がされるよう「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン（第2版）」を引き続き普及します。
- ・法律で身体拘束に関する規定のない医療現場等においても、行動の制限や身体拘束に対して、個人の尊厳を尊重し、人権に配慮した対応が取られるよう働きかけを行います。

- ・「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を医療・介護従事者への研修において活用し、多職種協働による本人の意思決定支援の取組を推進します。

(ウ) 介護者の負担軽減の推進

- ・認知症高齢者グループホームを地域の認知症ケアの拠点にするための支援等を検討していきます。
- ・認知症介護指導者が、地域の中で、認知症の人や医療関係者と連携した取組を推進します。
- ・地域包括支援センターなど介護家族からの相談窓口において、介護休業制度のリーフレット等を配布し、周知します。
- ・認知症カフェの活用方法の好事例について、ホームページ等を通じて広く情報提供を行います。
- ・認知症家族会同士、横のつながりが取れるよう働きかけます。

(エ) 地域支援体制の強化

- ・地域支援体制の構築を担う地域包括支援センターや認知症地域支援推進員等を対象に、好事例の共有化を図ります。
- ・2020年4月から運用を開始した「見守り・SOS体制の広域連携」について、市町や警察署をはじめ、関係機関の更なる連携強化に努めます。
- ・身元不明の人の情報を広く発信するため、アルツハイマーデーや月間等の中で、ホームページ等を活用した広報を行います。
- ・ヘルプマーク・ヘルプカードの周知と必要な人が手に入れられるよう窓口での周知を行います。
- ・認知症サポーターの活動や活躍の場を拓げるため、「チームオレンジ」を先行して実施している市町の事例や認知症の人本人がチームの一員として参加している事例を紹介し、市町の取組を支援します。

(オ) 若年性認知症の人への支援

- ・若年性認知症の人と家族が必要な支援につながるように、「静岡県若年性認知症相談窓口」の更なる周知を図るとともに、訪問支援を強化します。
- ・若年性認知症の人の就労継続を支援するため、若年性認知症支援コーディネーターと連携して、企業・団体等への働き掛けを行います。
- ・若年性認知症の人の就労や社会参加を促進するため、協力可能な企業と共に、デイサービスにおける就労メニューの普及を行います。

エ 誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）

(ア) バリアフリーのまちづくりの推進

- ・運転免許を持っていない方や、運転することを望まなかったりする高齢者等が生活に必要な移動ができる環境の整備を行います。
- ・市町における住民ニーズに応じた移動支援の実施を支援します。
- ・住民主体の移動支援として、2019年度に実施したモデル事業3市の取組状況等をまとめた普及事例集を活用し、移動サービスの普及を図ります。

(イ) 企業等における認知症に関する取組推進

- ・市町等が実施するチームオレンジへの企業の参加を促進します。

・ チームオレンジ等の取組を通じて地域の店舗の認知症対応力向上を図ります。

・ 認知症になっても小売店や飲食店などを利用しやすい環境を整備するため、認知症の人や家族の意見を民間事業者等に届ける取組を実施します。

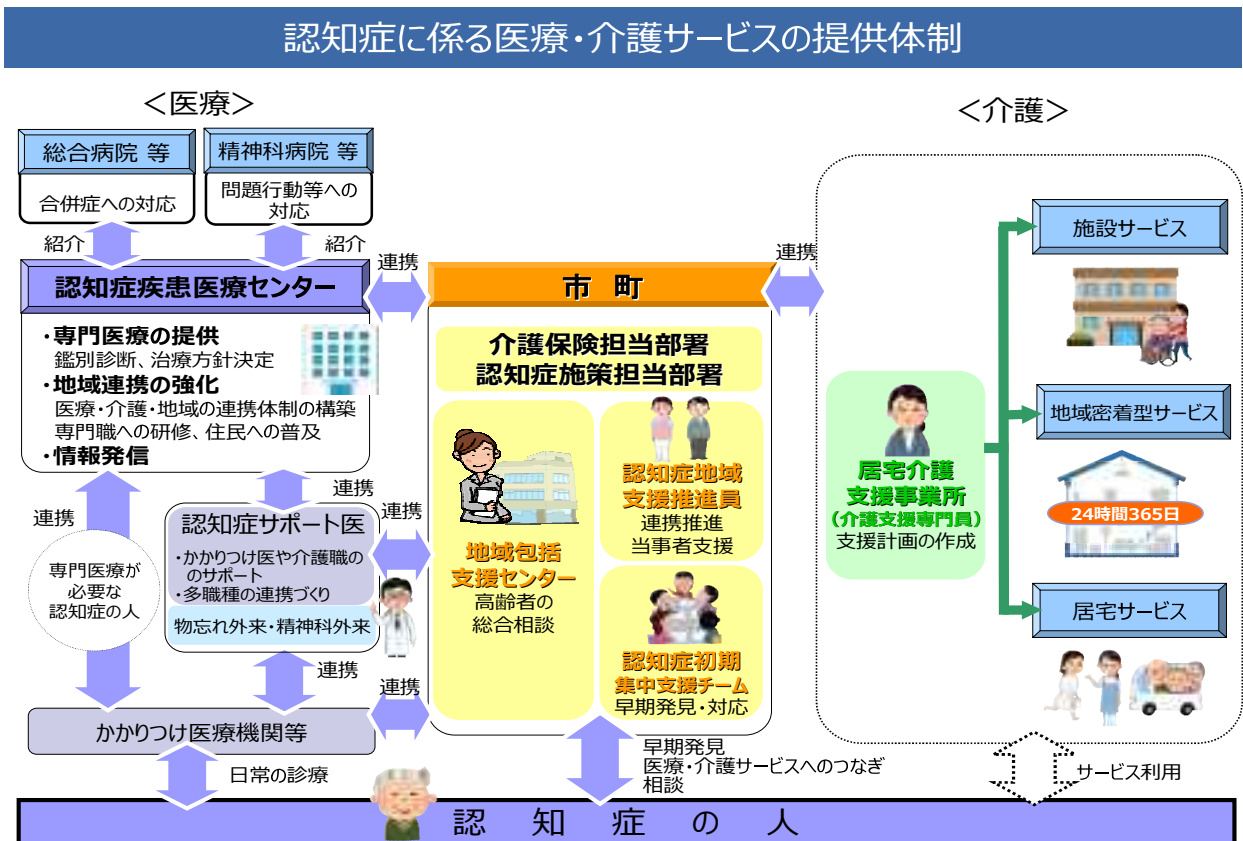
(ウ) 社会参加支援

・ 地域において「生きがい」を持った生活や認知症予防等の介護予防に資するよう、社会参加活動や社会貢献の場づくりを促進します。

(3) 認知症の医療体制に求められる医療機能

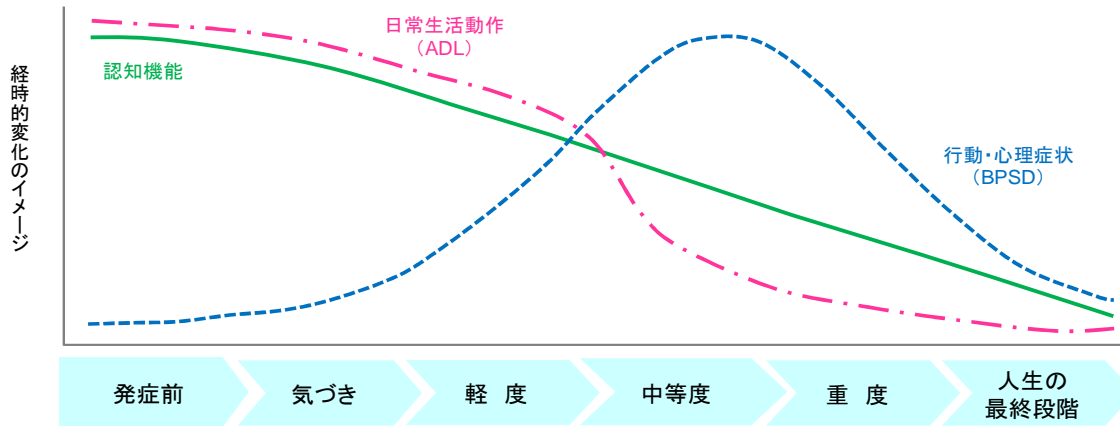
	早期発見・早期対応	専門医療	地域支援
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○かかりつけ医による認知症の発見 ○関係機関との適切な連携 	<ul style="list-style-type: none"> ○鑑別診断、急性精神症状(BPSD等)、身体合併症への対応 	<ul style="list-style-type: none"> ○認知症疾患医療センターと認知症サポート医リーダーが中心となり、地域における支援体制の構築 ○多職種によるネットワーク構築
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の実施 ・認知症サポート医からの助言 ・かかりつけ医と認知症サポート医、地域包括支援センター、介護支援専門員、介護サービス事業者との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医、認知症サポート医、認知症疾患医療センターとの連携 ・認知症疾患医療センターと一般病院、精神科病院との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療、介護・福祉に従事する人の質の向上を図り、医療と介護・福祉をはじめとする多職種の連携 ・医療機関や介護サービス及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う認知症地域支援推進員による、認知症の人やその家族への支援

(4) 認知症の医療体制図



(5) 関連図表

認知症の状態像の変化 (アルツハイマー型)

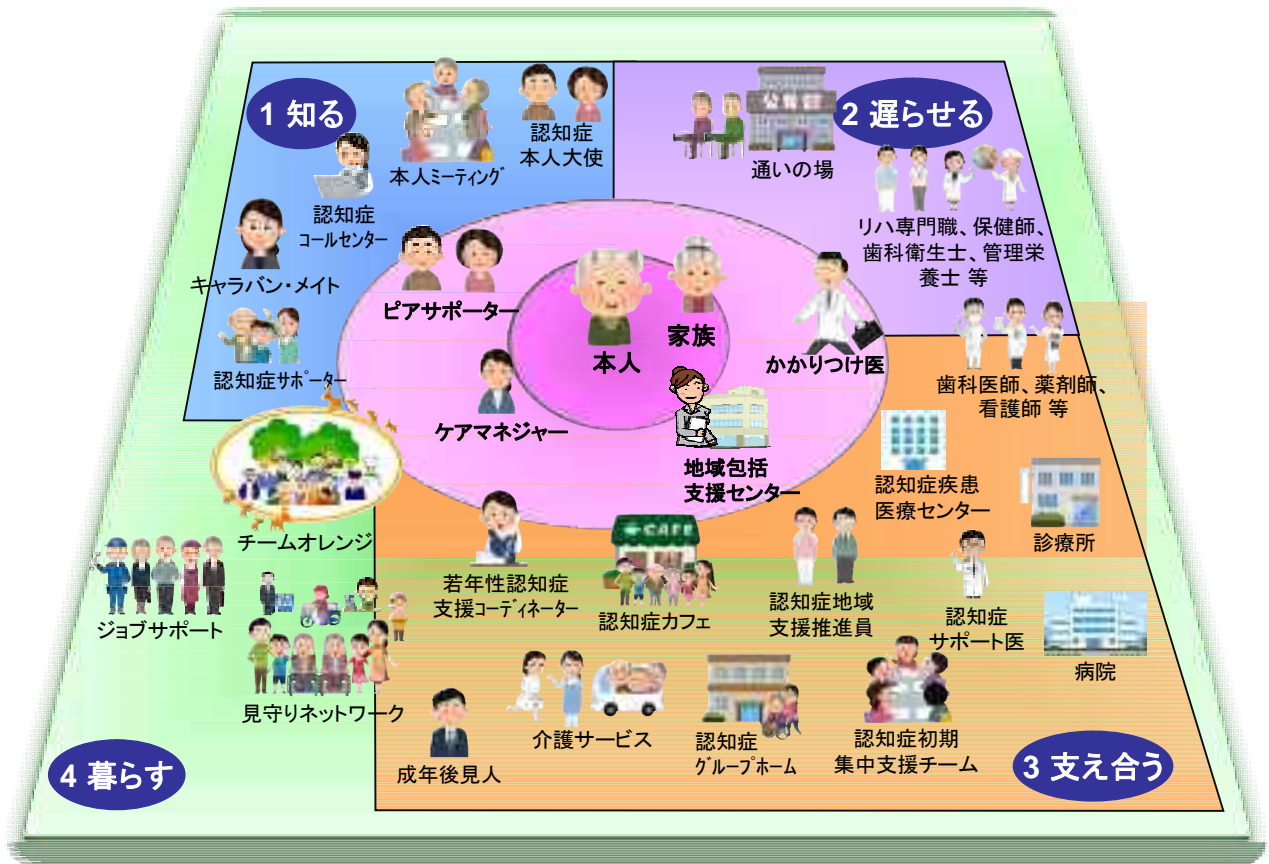


認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	II	III	IV	—
症状	認知機能障害は見られない	少し気になる様子はあるが、日常生活はほぼ自立	日常生活で見守りなどが必要	日常生活で介助が必要	日常生活で常時介護が必要	ほぼ寝たきりの状態
支援目標	一次予防(生活習慣病の予防、栄養・運動・社会参加の促進、口腔ケア)	早期発見・早期対応 確定診断	本人支援・家族支援 安否確認・見守り 権利擁護 重症化予防	介護保険サービス 地域ネットワーク 重症化予防		在宅医療・介護施設 看取り

各職種の役割

発症前	気づき	軽度	中等度	重度	人生の最終段階
予防	早期発見・早期対応		重症化予防		看取り
本人支援					
家族支援					
認知症サポーター					
キャラバン・メイト					
認知症地域支援推進員					
リハ専門職、保健師、歯科衛生士、管理栄養士					
かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師					
認知症サポート医					
ピアサポーター					
若年性認知症支援コーディネーター					
ケアマネジャー					
介護従事者					
成年後見人					

認知症施策の全体像



【対策のポイント】

- 地域リハビリテーションに関わる多職種による全体像の共有と住民への周知
- 地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成と活動しやすい環境整備
- 予防期から急性期、回復期、生活期まで、切れ目のないリハビリテーション体制の構築

1 現状と課題

※下線は前回からの修正部分等

(1) 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

ア 全体像

○連携

- ・静岡県の要介護（支援）認定者数は、2010年3月の128,443人から2020年3月には178,620人となっており、10年間で50,000人の増加、1.39倍の伸び率となっています。
- ・令和元年度の国民生活基礎調査によると、要介護（支援）認定を受ける理由として、要介護者では、認知症、脳血管疾患、骨折・転倒の順で多くなっており、要支援では、関節疾患、高齢による衰弱、骨折・転倒の順となっていることから、介護予防の取組や重度化防止の観点からのリハビリテーションが重要になります。
- ・地域リハビリテーションに関わるそれぞれの職種で、その全体像をどのように共有するかが課題となっています。
- ・予防を含む地域リハビリテーションの理念や必要性について、県民をはじめ多職種・多機関の理解を深める必要があります。
- ・かかりつけ医やかかりつけ歯科医、地域リハビリテーション推進員、ケアマネジャー、地域リハビリテーションサポート医、市町職員、地域包括支援センター職員、地域リハビリテーション広域支援センター職員は、予防期、急性期、回復期、生活期の全ての段階で多職種と連携し、切れ目なく本人と関わっていくことが重要です。
- ・2020（令和2）年5月現在、かかりつけ医の相談役や地域づくりへの協力を行う地域リハビリテーションサポート医は18市町で、市町が実施する介護予防にリハビリテーションの視点から助言する地域リハビリテーション推進員は30市町で、それぞれ活動していますが、
地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成が進んでいない地域があることから、周辺地域も含め、広域的な支援が求められています。
- ・地域リハビリテーションサポート医・推進員の役割を浸透させ、地域包括支援センターとの連携を強化する必要があります。

○地域リハビリテーション広域支援センター

- ・県内に8か所ある地域リハビリテーション広域支援センターについて、地域ケア会議（個別会議）や住民主体の通いの場などへリハビリテーション専門職を効果的に派遣するため、地域リハビリテーション広域支援センターの役割や体制を見直す必要があります。

イ 専門職の育成

- ・静岡県が目指す地域リハビリテーションの提供のためには、地域リハビリテーションサポート医・推進員を中心に、リハビリテーション専門職、医師、看護師、ケアマネジャー、介護職員、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士等様々な職種の関わりが重要となるため、各職能団体と連携して、体制を整備する必要があります。
- ・かかりつけ医が、患者のリハビリテーションの必要性を判断し、地域包括支援センターと協力して、訪問・通所リハビリテーションの利用や介護予防・フレイル予防に関する助言・指導をする必要があります。
- ・2020（令和2）年5月現在、かかりつけ医の相談役や地域づくりへの協力を行う地域リハビリテーションサポート医は18市町で、市町が実施する介護予防にリハビリテーションの視点から助言する地域リハビリテーション推進員は30市町で、それぞれ活動していますが、地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成が進んでいない地域があることから、周辺地域も含め、広域的な支援が求められています（再掲）。
- ・市町における地域リハビリテーションサポート医・推進員の役割や活動内容を明確にしていくことが必要があります。
- ・地域リハビリテーションサポート医が、取り組むべき具体的な活動内容をより一層の理解していくことが必要です。
- ・通いの場や市町が実施する地域ケア会議など、介護予防事業に対するリハビリテーション専門職の派遣は全ての市町で実施されており、2019（令和元）年度の派遣件数は2,374件となっています。
- ・2019（令和元）年度では地域ケア会議（個別会議）にリハビリテーション専門職が関与している市町が29市町あります。
- ・地域リハビリテーション推進員が、地域で活動しやすい環境づくりのために、所属機関の理解が必要です。
- ・言語聴覚士の数は少なく、不足している地域もあり、地域ごとの活動に差があることから、摂食・嚥下障害のある人に対して、その機能の維持向上を図るための十分なサービスが提供できていません。
- ・2019（令和元）年度には、通いの場に歯科衛生士や管理栄養士が関与している市町が、20市町あります。
- ・全ての専門職が予防や自立支援の視点を持つよう、意識改革を促す必要があります。

ウ 住民への普及啓発

- ・地域の関係者や住民に、医療・介護サービスに加え、地域の助け合いやボランティアなどによるインフォーマルサービスといった地域リハビリテーションの資源を更に周知していく必要があります。
- ・地域リハビリテーションの理念や必要性について、住民の理解を深める必要があります。
- ・県民へのオーラルフレイル（口腔機能の軽微な低下）予防や低栄養、水分不足、運動不足の解消などについての普及啓発が必要です。

(2) 各段階における地域リハビリテーションの充実

ア 予防期（健康づくり、介護予防・重度化防止）

- ・予防の必要性を住民が認識し、通いの場等への積極的な参加など、自発的な活動が必要です。
- ・住民主体の通いの場は、2020（令和2）年3月現在、県内に4,226か所設置されており、2019（令和元）年度の参加者数は95,512人で、高齢者人口に対する参加率は8.8%となっています。
- ・住民主体の通いの場等で効率的、効果的に介護予防を推進するためには、地域リハビリテーションサポート医・推進員、リハビリテーション専門職、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種の関与促進が必要です。
- ・また、市町の保健師による健康指導や、看護師による生活指導・健康相談を通いの場や介護予防教室で行うなど、保健師・看護師とその他の専門職との連携した取組が必要です。
- ・2020（令和2）年度に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（※）」が施行されたことから、フレイルやオーラルフレイル対策の予防、疾病予防・重症化予防を含め、介護予防を推進する必要があります。

※「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」とは、高齢者の効果的な健康づくりに向けた切れ目のない支援を行う体制整備をするもの。高齢者の健康課題解決や生活機能の改善については、医療保険制度（国民健康保険、後期高齢者医療制度等）に基づく保健事業と、介護保険制度に基づく介護予防事業が、それぞれの制度及び年齢によって実施され事業の連携が取れていないこと等が課題となっている。

- ・かかりつけ医が患者の介護予防の視点を持ち、継続的に重度化を防ぐ必要があります。
- ・通いの場等の創出には、行政や生活支援コーディネーター、地域包括支援センターとの連携が必要です。
- ・新型コロナウイルス感染症の流行下においても、活動を継続するためには、通いの場や一般介護予防事業の開催方法を工夫することが必要です。
- ・介護予防リーダーなどの担い手不足が課題となっているため、自治会や民生委員、社会福祉協議会等が協力してボランティア等を育成することにより、担い手の確保を図っていく必要があります。
- ・自立支援の視点を入れたケアプランの作成により、要支援者等を要介護にしない取組が必要です。
- ・生涯を通じて歯と口の機能を維持していくため、80歳で20本の自分の歯を保つ、「8020（ハチマルニイマル）運動」に取り組んでいます。
- ・将来の全世代における介護予防を含めた健康につなげるためには、子ども世代からの健康増進と疾病予防に取り組む生涯を通じた健康づくりが必要です。
- ・静岡県は、脳血管疾患を除き、多くの疾患で、全国に比べて死亡率は低い状況ですが、高齢化等により、がんの死亡者が増加しています。
- ・たばこ対策を含めた生活習慣病の発生予防、早期発見、重症化予防等の対策を進める必要があります。

イ 急性期

- ・急性期においても、術後すぐにリハビリテーションを行う取組が進んでおり、早期に退院を

促し入院日数が短縮される傾向を踏まえ、退院支援が必要となっています。

- ・急性期、回復期において、入院時から、退院後の生活を見据えた医療関係者と介護関係者、リハビリテーション専門職との円滑な情報共有が必要です。
- ・また、そのためには、退院支援のルールづくりや、多職種による入退院時の連携体制の整備が必要です。
- ・入院患者の合併症の予防・軽減のため、早期の歯科的介入や、術前からの口腔ケアを実施する必要があります。

ウ 回復期

- ・回復期のリハビリテーションはそれぞれの医療機関や介護老人保健施設、介護医療院で行われていますが、回復期全体を通じた質の向上が必要です。
- ・入院患者が日常生活に復帰するには、退院直後からのリハビリテーションの継続が重要となりますので、退院時に円滑な在宅復帰のための必要な情報を回復期病院医師からかかりつけ医、回復期病院リハビリテーション専門職から在宅生活を支えるリハビリテーション専門職、介護事業所職員など、関係者で共有をする必要があります。
- ・このため、退院前カンファレンス（会議）に退院後の生活を支えるケアマネジャーや、かかりつけ医、訪問看護師等の参加が必要です。
- ・食べたり飲み込んだりすることが難しくなった場合には、機能を回復し、維持できるよう、口腔機能管理や摂食嚥下リハビリテーションが必要です。

エ 生活期（日常生活への復帰）

○退院後のリハビリテーションの継続

- ・3～6ヶ月で運動器の機能向上等を行う介護予防・日常生活支援事業の短期集中サービス（C型）を実施している市町は、2019（令和元）年度時点で25市町となっています。
- ・訪問リハビリテーション事業所が近くになく、退院後などもリハビリテーションが受けられないことがあります。
- ・必要な時期に必要な量のリハビリテーションを提供する必要があります。また、必要なリハビリテーションが提供されていない高齢者を確認していくことも必要です。
- ・要介護認定の結果が出るまでに時間がかかり、退院後にリハビリテーションを開始するまでに機能が低下してしまうことがあります。
- ・ケアプランにリハビリテーションが入っておらず、退院後などでリハビリテーションが継続できていないことがあります。
- ・生活期における効果的なリハビリテーションの継続のためには、リハビリテーションの視点を踏まえたケアプランを作成する必要があり、そのためにはかかりつけ医とケアマネジャーの日常的な情報共有や連携が必要です。

○生活・身体機能維持

- ・日常生活の動作の中にリハビリテーションを取り入れる必要があります。また、本人にも、自分自身で体を管理しメンテナンスを行う、セルフコンディショニングの視点が必要です。
- ・日常生活の不便をサービスで補う意識が住民にも専門職にも根強くありますが、サービスによって利用者の有する能力を維持・向上していくよう、自立した生活を目指していくことが必要です。

- ・心身機能が低下した人の重度化を防ぐことも必要です。
- ・寝たきりの場合など、歯科診療所を受診することが困難な高齢者では、口腔環境が悪化し、歯周病等、口腔領域の感染症が増えています。

○予防期への移行

- ・生活期のリハビリテーションで生活機能の維持・改善が図られた人は予防期に移行していく必要があります。
- ・市町全域の地域ケア会議（推進会議）を実施している市町数は、2019（令和元）年度時点で31市町となっています。
- ・市町や地域包括支援センターが、多職種で高齢者への適切な支援や必要な支援体制について検討する地域ケア会議（個別会議）を、自立支援、介護予防・重度化防止の視点を重視した自立支援型の地域ケア会議（個別会議）へと更に充実させていく必要があります。
- ・ケアマネジャーが介護予防・日常生活支援総合事業やインフォーマルサービスをケアプランに入れるようにすることが必要です。
- ・退院後、後遺症が残っていても仕事の内容によっては働けるにも関わらず、引きこもるケースがあります。離職者向けや障害のある人に対する職業訓練につなげ、再就職を促していく必要があります。

2 今後の対策

（1）数値目標

	項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
新規	地域リハビリテーションサポート医養成者数	69人 (2019年度)	165人 (2023年度)	地域包括支援センター1か所に1人	県健康増進課調査
	「通いの場」設置数	4,226か所 (2019年度)	5,500か所 (2023年度)	国目標(2025年度に8%)の参加率の1.5倍(12%)の箇所数	県健康増進課調査
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に取り組む市町数	5市町 (2020年度)	全市町 (2023年度)	全ての市町での取組実施	県健康増進課調査
	「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数	20市町 (2019年度)	全市町 (2023年度)	全ての市町で関与	県健康増進課調査

（2）施策の方向性

ア 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

（ア）全体像

○連携

- ・関係団体と協力し地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成に努め、各地域における地域リハビリテーション提供体制の整備を進めます。
- ・各地域における地域リハビリテーションサポート医・推進員の役割の理解促進に取り組みます。

○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広域支援センターの取組を評価し、積極的に活動を実施する地域リハビリテーション広域支援センターをバックアップするとともに、必要に応じ再指定を視野に入れて、県内全ての体制づくりを進めます。
- ・圏域の実情を踏まえ、地域リハビリテーション広域支援センター等が、市町等と協議し、圏域内のリハビリテーション専門職の派遣調整を実施する仕組みを整備します。

(イ) 専門職の育成

- ・かかりつけ医の地域リハビリテーションに関する意識の向上や理解促進を図ります。
- ・かかりつけ医が必要な患者を適切に医療・介護サービスにつなげるよう、資質の向上を図ります。
- ・かかりつけ医が、地域における連携づくりに協力する地域リハビリテーションサポート医に自ら進んでなろうとする仕組みづくりに取り組みます。
- ・関係団体と協力し地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成に努め、各地域における地域リハビリテーション提供体制の整備を進めます（再掲）。
- ・地域リハビリテーションへの医師の関与の必要性について市町の理解を深める取組を進めます。
- ・リハビリテーション専門職の派遣に協力できる機関を新たに地域リハビリテーション協力機関として指定し、地域リハビリテーション推進員が活動しやすい環境を整備します。
- ・言語聴覚士が、摂食・嚥下障害のある人に対して、その機能の維持向上を図るため、嚥下訓練や必要な検査及び助言・指導を行う体制を整備します。
- ・市町における地域ケア会議（個別会議）の開催を促進し、会議を通じてケアマネジャーのケアマネジメント能力の向上やアドバイスをする多職種のスキルアップを図ります。

(ウ) 住民への普及啓発

- ・地域リハビリテーションに関わる多職種がその全体像を共有する取組を進め、地域の関係者や住民に地域資源を周知する取組を支援します。
- ・オーラルフレイルや低栄養など、高齢者が日常生活を送る上で注意すべきことについて、県民の理解促進を図ります。

イ 各段階における地域リハビリテーションの充実

(ア) 予防期（健康づくり、介護予防・重度化防止）

- ・通いの場等への専門職の関与促進や地域リハビリテーションサポート医・推進員による住民への啓発活動を支援します。
- ・市町の介護予防事業に協力可能な歯科衛生士、管理栄養士を養成するとともに、リハビリテーション専門職や歯科衛生士、管理栄養士を市町事業へ派遣する仕組みづくりを行います。
- ・リハビリテーション専門職の派遣に協力できる機関を新たに地域リハビリテーション協力機関として指定し、地域リハビリテーション推進員が活動しやすい環境を整備します（再掲）。
- ・「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」における市町の実施状況を把握し、好事例の共有化を図ります。
- ・かかりつけ医をはじめとする医療専門職の通いの場等への関与や健診、診療時におけるスクリーニングなど「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を行う市町を支援します。

- ・地域ケア会議（推進会議）への生活支援コーディネーターの出席を促進するなど、地域課題の把握と資源開発を連携して実施する取組を促進します。
- ・市町における自立支援、介護予防・重度化防止の視点を重視した自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の開催を促進し、多職種でのケアプランの改善を図るとともに、研修等により専門職のスキルアップを図ります。
- ・新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、市町がオンライン等で実施する通いの場や一般介護予防事業の取組を支援します。
- ・介護予防ボランティアの育成や地域包括支援センター職員等による担い手養成・組織化を図り、担い手の確保を促進します。
- ・歯や口の健康づくりへの関心を深め、自主的な努力を促すため、8020 推進員の養成などにより、8020 運動を推進します。
- ・地域によって異なる健康課題や生活状況に応じて、健康課題の分析や健康づくり従事者の人材育成を行い、広域的に市町を支援します。
- ・健康づくりや健診の重要性のほか、ロコモティブシンドロームやオーラルフレイル、低栄養など高齢者に生じやすい疾患や健康上の問題について、県民の理解促進を図ります。

(イ) 急性期

- ・入院から退院、その後の在宅復帰と介護サービス利用まで、市町や病院等が中心となって、地域リハビリテーションサポート医・推進員をはじめ、医療関係者と介護関係者が連携し、入退院を通じて切れ目なくリハビリテーションを提供できる連携体制の整備や退院支援のルールづくり、地域住民への普及を促進します。
- ・病院でできたことが自宅へ帰るとできなくなるケースが多くあり、入院時から退院後の生活を見据えた医療関係者と介護関係者の連携が必要なことから、入院時、急性期、回復期を通じて、リハビリテーション専門職を含め関係者が必要な情報を共有できるように、ICT等も活用した仕組みづくりを進めます。
- ・入院中の口腔ケアや口腔機能の向上に向けた体制を整備するため、歯科のない地域医療支援病院と地域の歯科医師による連携体制の構築を進めます。

(ウ) 回復期

- ・それぞれの医療機関や介護老人保健施設、介護医療院において質の高い回復期リハビリテーションが行われるよう、情報提供や好事例の横展開を進めます。
- ・各地域で地域リハビリテーションサポート医・推進員をはじめ、病院関係者と在宅医療・介護・福祉関係者が連携した在宅復帰支援体制の整備を図ります。
- ・病院でできたことが自宅へ帰るとできなくなるケースが多くあり、入院時から退院後の生活を見据えた医療関係者と介護関係者の連携が必要なことから、入院時、急性期、回復期を通じて、リハビリテーション専門職を含め関係者が必要な情報を共有できるように、ICT等も活用した仕組みづくりを進めます（再掲）。
- ・口腔機能の回復に必要な口腔機能管理や摂食嚥下リハビリテーションを実施できる歯科医師を養成します。

(エ) 生活期（日常生活への復帰）

○退院後のリハビリテーションの継続

- ・市町の適切なサービス見込みによる需要予測を支援し、介護老人保健施設やみなし指定事業所の事業への参入を図ります。
- ・退院後の高齢者が早期に日常生活への復帰を果たすため、介護予防・日常生活支援総合事業の短期集中サービス（C型）の提供する体制整備を支援します。
- ・状態に応じた、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、訪問看護ステーションのリハビリテーションの使い分けや連携を促進します。
- ・退院直後からリハビリテーションが利用できるよう、市町ごとの仕組みづくりを支援します。
- ・各地域で地域リハビリテーションサポート医・推進員をはじめ、病院関係者と在宅医療・介護・福祉関係者が連携した在宅復帰支援体制の整備を図ります（再掲）。
- ・ケアマネジャーやかかりつけ医に加え、本人や家族に対してリハビリテーションの重要性の理解促進を図ります。

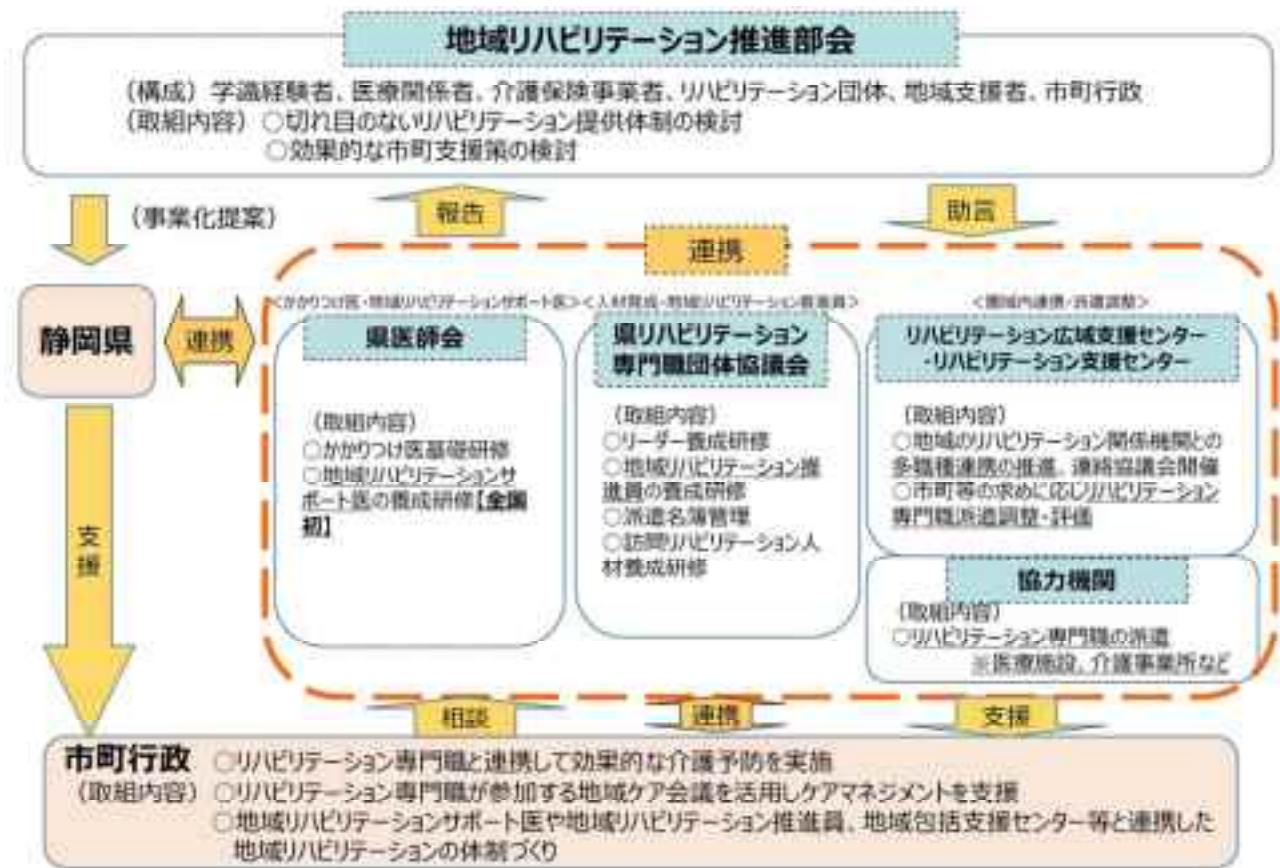
○生活・身体機能維持

- ・訪問介護員（ホームヘルパー）とリハビリテーション専門職が連携して利用者を訪問できる体制の強化を図ります。
- ・ケアマネジャーに対して、リハビリテーション専門職と他の職種との連携の重要性について理解を促進します。
- ・県民に対して、本人のできることを大切に、できることを増やしていき、自立して行く意識の啓発を促進します。
- ・かかりつけ医が必要に応じて患者を専門機関でのリハビリテーションにつなぐことができるよう、かかりつけ医の意識の向上や理解促進を図ります。
- ・高齢者の口腔ケアや口腔機能の維持・向上のため、かかりつけ歯科医の定着を図るとともに、在宅歯科診療や居宅等での口腔管理の普及啓発を推進します。

○予防期への移行

- ・介護サービスでの支援から介護予防・日常生活支援総合事業やインフォーマルサービスでの支援に移行できる人を増やすために、自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の活用を促進します。そのため、地域リハビリテーションサポート医・推進員の自立支援型の地域ケア会議（個別会議）への参画を更に促進します。
- ・各圏域における地域リハビリテーションサポート医・推進員の活動を促進するため、地域リハビリテーション広域支援センターによる連絡協議会の開催を支援します。
- ・介護サービス以外に、介護予防・日常生活支援総合事業などにより生活期における介護予防に活用すべきことを周知します。
- ・全ての市町において、自立支援型の地域ケア会議（個別会議）にリハビリテーション専門職をはじめ、医師や管理栄養士歯科衛生士など、多職種が参加できる環境の整備を推進します。
- ・リハビリテーション中の方に職業訓練に関する制度の周知が進むよう、リハビリテーション専門職への周知に取り組みます。

<地域リハビリテーションの推進体制>



地域リハビリテーション広域支援センター等一覧

(2021年2月現在)

圏域	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支援センター	地域リハビリテーション協力機関
賀茂	熱川温泉病院	伊豆東部総合病院、伊豆今井浜病院、下田メディカルセンター	1 医療機関・施設
熱海伊東	国際医療福祉大学熱海病院	熱海所記念病院、市立伊東市民病院	8 医療機関・施設
駿東田方	中伊豆リハビリテーションセンター	NTT 東日本伊豆病院、リハビリテーション中伊豆温泉病院、フジ虎ノ門整形外科病院、沼津リハビリテーション病院	11 医療機関・施設
富士	富士いきいき病院	フジヤマ病院、湖山リハビリテーション病院、富士整形外科病院、新富士病院	5 医療機関・施設
静岡	静岡リハビリテーション病院	市立清水病院、静岡済生会総合病院、白萩病院	14 医療機関・施設
志太榛原	コミュニティーホスピタル甲賀病院	市立島田病院、藤枝市立総合病院、榛原総合病院、岡本石井病院、聖陵リハビリテーション病院	3 医療機関・施設
中東遠	磐田市立総合病院	中東遠総合医療センター、菊川市立総合病院、公立森町病院、市立御前崎総合病院	10 医療機関・施設
西部	浜松市リハビリテーション病院	天童すずかけ病院、天童厚生会診療所、佐久間病院、引佐赤十字病院、市立湖西病院	21 医療機関・施設
合計	8 医療機関	30 医療機関	73 医療機関・施設

(3) 地域リハビリテーションの体制図

ア 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

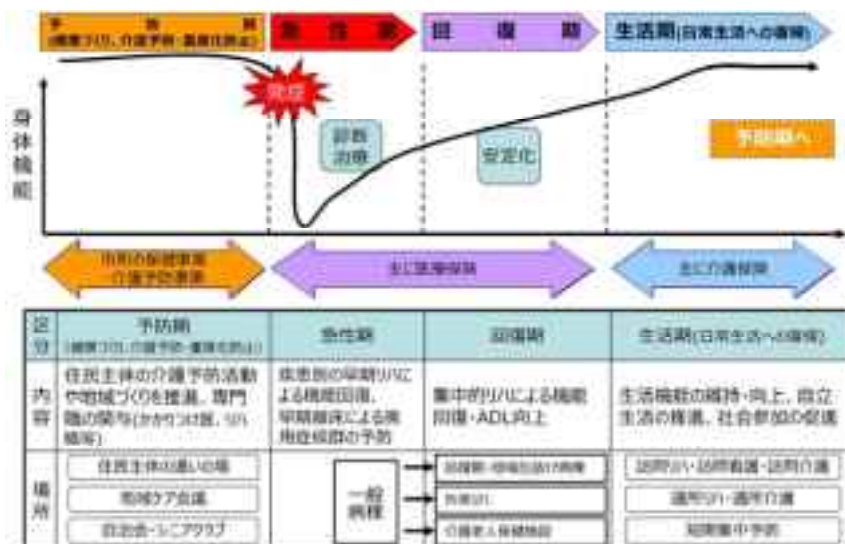
- ・本人とその家族が、住み慣れた地域社会の中で安心してその人らしくいきいきとした日常生活を送ることができるよう、市町・地域包括支援センター、地域リハビリテーションサポート医や地域リハビリテーション推進員等が本人を支えながら、予防期、急性期、回復期、生活期の各段階を通じて多職種・多機関が連携し、切れ目なく支援することを目指します。

本県の地域リハビリテーションは、疾病からの回復だけでなく、介護予防や疾病予防も含めた幅広い概念です。



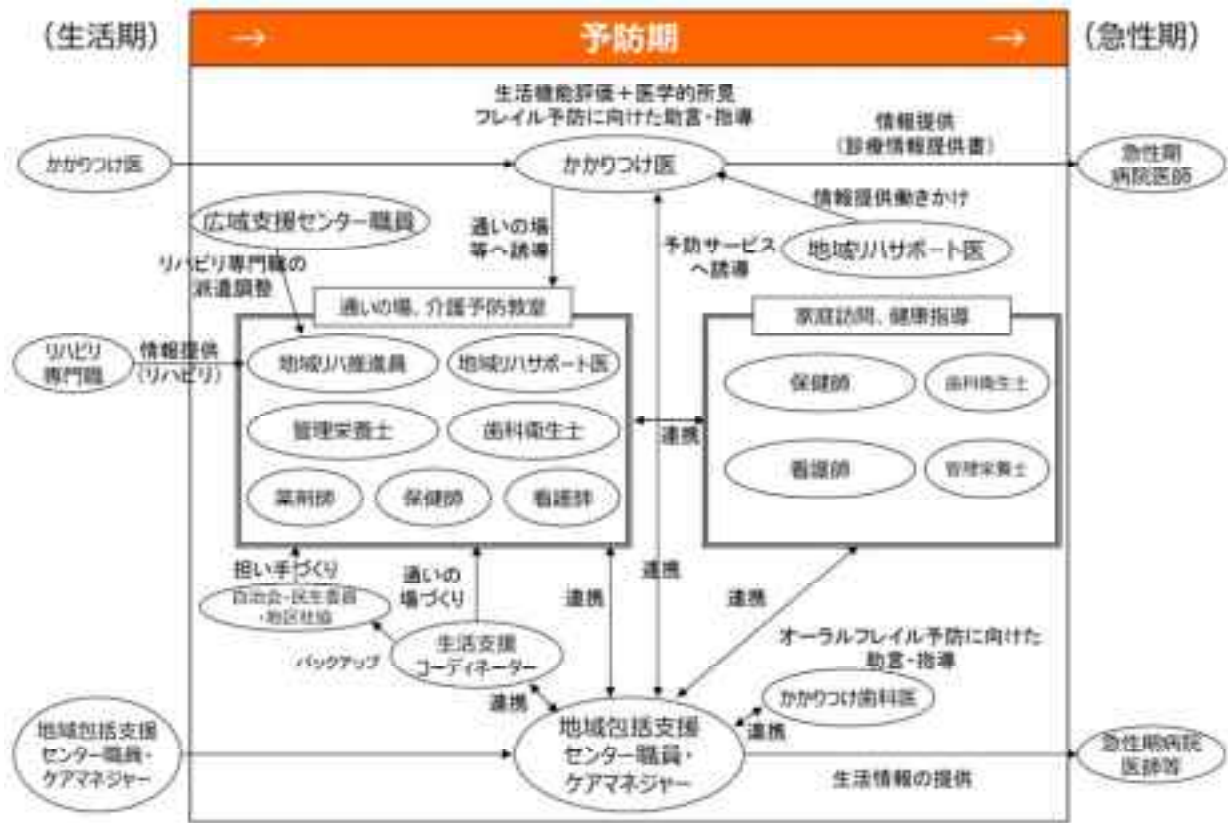
イ 地域リハビリテーション全体の流れ

- ・高齢者が住み慣れた地域で、最期まで安心していきいきと暮らしていくためには、疾病予防や介護予防だけでなく、病気やケガなどにより入院が必要になった時（急性期）から、回復期、生活期まで、どの段階においてもリハビリテーションを切れ目なく提供し、できるだけ自立を支援していくことが重要です。
- ・そのためには、各段階における地域リハビリテーションの提供体制を整備し、段階が変わっても継続してリハビリテーションが提供できるよう、各提供機関や関係職種等の連携を強化していきます。



(4) 関連図表

＜図1：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（予防期）＞



＜表1：関係職種に期待される役割（予防期）＞

区分	職種	役割
予防期に関わる職種	リハビリ専門職 (PT・OT・ST)	・市町等が実施する介護予防事業（介護予防教室・地域ケア会議（個別会議）等）に関わり、専門職の視点から助言
	看護師	・通いの場や家庭訪問等で、地域住民に対する慢性疾患など重症化予防のための内服管理指導や生活指導、健康相談
	保健師	・家庭訪問や通いの場等で、健康状態や生活習慣等を把握し、健康指導や助言、健康相談
	歯科衛生士	・通いの場等で、口腔機能・口腔衛生の観点から助言 ・口腔機能低下リスク者等に対して家庭訪問による歯科相談
	管理栄養士	・通いの場等で、適切な栄養摂取など低栄養防止の観点から助言 ・低栄養リスク者等に対して家庭訪問による栄養相談
	薬剤師	・地域住民に対する慢性疾患などの重症化予防のための薬学的管理・指導 ・通いの場等における薬の適正使用等の観点から助言
	生活支援コーディネーター	・地域住民に対する通いの場の設置等の働き掛け、地域資源の開発
	自治会・民生委員・社協	・生活支援コーディネーター等のバックアップのもと、通いの場等における担い手づくり、住民の社会参加を推進

全ての段階(期)に関わる職種	かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> 患者の基礎疾患の管理や介護予防・フレイル予防に向けた助言・指導 患者の生活機能低下への気づきとその対応
	かかりつけ歯科医	<ul style="list-style-type: none"> 患者の口腔機能の管理やオーラルフレイル予防に向けた助言・指導、関係機関との連携
	地域リハビリテーション広域支援センター職員	<ul style="list-style-type: none"> 地域リハビリテーション関係機関との連携事業や連絡協議会を実施 市町等からの依頼を受け、市町の介護予防事業等に関与するリハビリテーション専門職の派遣調整を実施
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ケアプランの作成やその実施状況の評価に当たり、かかりつけ医やリハビリテーション専門職、他専門職等との緊密な連携調整
	地域包括支援センター職員	<ul style="list-style-type: none"> 自立した生活ができるよう支援する介護予防ケアマネジメントの実施 通いの場等や、市町、地域包括支援センター等が実施する介護予防教室等の紹介
	地域リハビリテーションサポート医	<ul style="list-style-type: none"> 市町が実施する介護予防教室などで、講師として介護予防の必要性を啓発 かかりつけ医・ケアマネジャーに対する研修会の講師 地域ケア会議（個別会議）における医学的視点からの助言
	地域リハビリテーション推進員	<ul style="list-style-type: none"> 市町や関係機関と地域リハビリテーションの仕組みづくり 地域ケア会議（個別会議）で自立支援の視点から助言 介護予防教室での運動機能・IADL（手段的日常生活動作）評価と助言

<図2：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（急性期）>



<表2：関係職種に期待される役割（急性期）>

区分	職種	役割
急性期に関わる職種	急性期病院 医師	<ul style="list-style-type: none"> 疾患別の早期リハビリテーションによる機能回復 治療を受けた患者が、どこまで回復できるかの見通しを持ち、今後どのようなリハビリテーションを受ける必要があるかを決定し、必要に応じて回復期を担う病院を紹介 入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	急性期病院 看護師	<ul style="list-style-type: none"> 重篤化予防に向けた適切な看護ケアの提供 退院に向けた在宅調整
	急性期病院 リハビリ専門職 (PT・OT・ST)	<ul style="list-style-type: none"> 疾患別の早期リハビリテーションによる機能回復 早期離床による廃用症候群の予防
	急性期病院 歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医療の提供 入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加

全ての段階(期)に関わる職種	かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> 入院時の患者情報（診療情報提供書）の提供 退院支援カンファレンス等への参加 入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	かかりつけ歯科医	<ul style="list-style-type: none"> 入院時の患者情報（診療情報提供書）の提供や病院への訪問歯科診療の実施、関係機関との連携
	地域リハビリテーション広域支援センター職員	<ul style="list-style-type: none"> 入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> 入院時に入院前の生活状況等を病院等へ情報提供 入院時に退院後を見据えて、利用者・入所者の要介護認定の新規申請や更新認定の手続き 入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	地域包括支援センター職員	<ul style="list-style-type: none"> 入院時に入院前の生活状況等を病院等へ情報提供 入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加 ケアマネジャーが担当していない場合の相談支援や各種手続き
	地域リハビリテーションサポート医	<ul style="list-style-type: none"> 入院時における病院への適切な診療情報の提供に関するかかりつけ医への働き掛け 入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	地域リハビリテーション推進員	<ul style="list-style-type: none"> 入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加

<図3：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（回復期）>



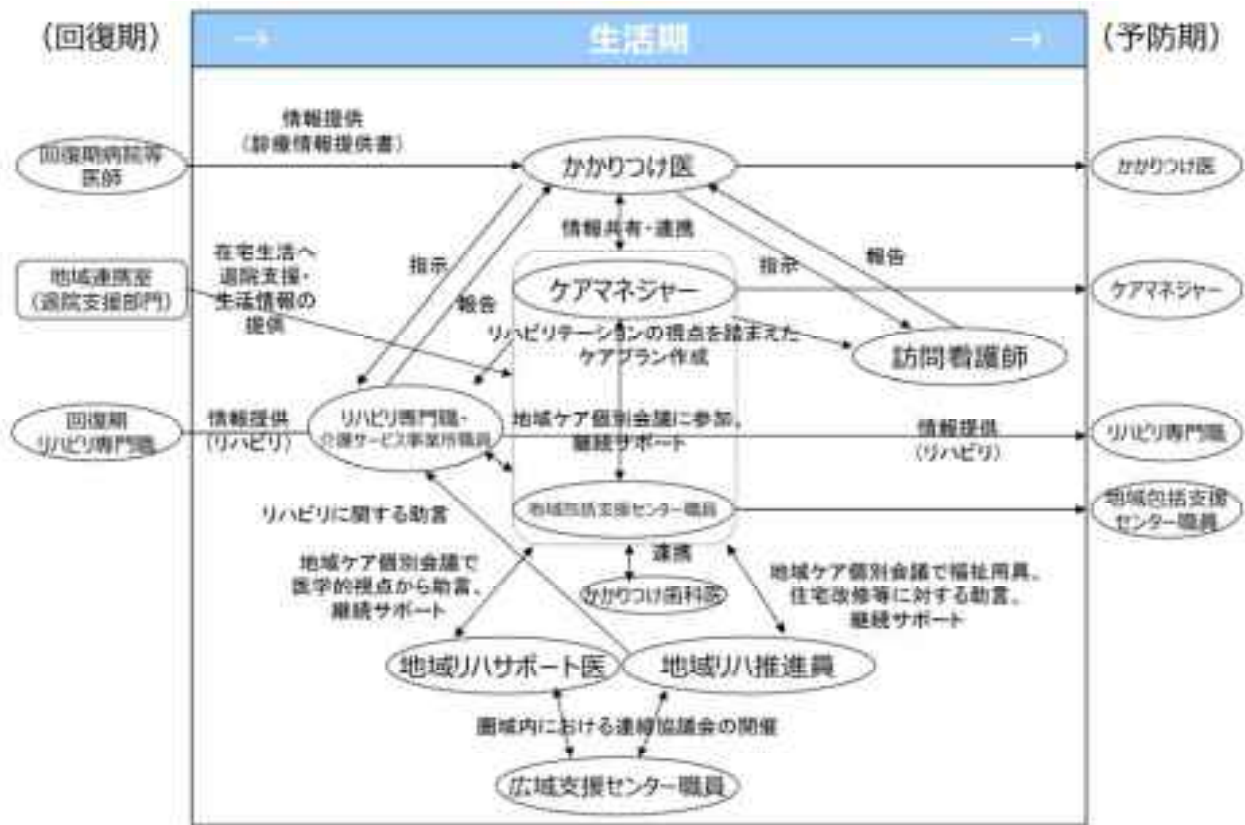
※急性期から退院して回復期を経ずに生活期（日常生活への復帰）へ移行される方もいる。

<表3：関係職種に期待される役割（回復期）>

区分	職種	役割
回復期に関わる職種	回復期病院 医師	<ul style="list-style-type: none"> 在宅復帰が可能な患者には社会資源の活用を支援して地域への復帰を働き掛け 退院支援計画の策定と実施 かかりつけ医へのリハビリテーションに関する診療情報提供
	回復期病院 リハビリ専門職 (PT・OT・ST)	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟で専門的な医学的リハビリテーションを担当し、心身機能回復を図りながら社会復帰の観点からのリハビリテーションを実施 退院後の生活を想定した退院支援計画の策定と実施 退院後の支援スタッフへの情報提供と連携
	回復期病院 歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医療の提供 退院後の継続的な口腔機能管理の提供に向けた関係機関との連携
	訪問看護師・ 看護師	<ul style="list-style-type: none"> 高度医療処置のある在宅療養者への医療管理及び家族を含む技術（医療ケア）指導 看護の側面から退院後の生活を想定した退院支援計画の策定と実施 退院後の支援チームとの情報交換と連携
	介護サービス 事業所職員	<ul style="list-style-type: none"> 退院前に、利用者の状態や、サービスの中止基準や禁忌事項等について情報収集

全ての段階（期）に関わる職種	かかりつけ医	・退院後の継続的なリハビリテーションの提供に向けた関係機関との連携
	かかりつけ歯科医	・病院への訪問歯科診療の実施、関係機関との連携
	地域リハビリテーション広域支援センター職員	・退院後の継続的なリハビリテーション提供に向けた関係機関との連携 促進のための研修実施 ・病院スタッフと退院後の支援スタッフとの相互理解のための研修実施
	ケアマネジャー	・退院前に、病棟スタッフ、訪問看護師やリハビリテーション専門職、他専門職等と連携し、住環境等の確認、住宅改修や福祉用具の利用検討 ・患者・入所者の要介護認定の新規申請や更新認定の手続き
	地域包括支援センター職員	・退院前に、退院後の必要なサービスや生活状況等を情報共有 ・ケアマネジャーが担当していない場合の相談支援や各種手続き
	地域リハビリテーションサポート医	・退院後の継続的なリハビリテーション提供に向けた病院と在宅医療・介護関係機関との仕組みの構築
	地域リハビリテーション推進員	・退院後の切れ目のないリハビリテーション提供に向けたケアマネジメント支援や仕組みづくり

<図4：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（生活期）>



<表4：関係職種に期待される役割（生活期）>

区分	職種	役割
生活期に関わる職種	訪問看護師	<ul style="list-style-type: none"> 重症化しないための生活管理 チームケアにおける調整機能 リハビリテーション提供に伴い、利用者の病状変化があった場合に、かかりつけ医へ報告 在宅移行後の様子を病院の退院調整担当者にフィードバック
	リハビリ専門職 (PT・OT・ST)	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者等や家族に対する総合的な相談・支援 介護（介護予防）サービスを利用し自立した生活ができるようリハビリテーションの実施及び助言
	介護サービス事業所職員	<ul style="list-style-type: none"> 在宅の要介護高齢者に対し日常生活訓練などを実施 訪問リハビリテーション・訪問看護は、かかりつけ医の指示のもと、高齢者等に対する歩行や食事、機能訓練等を、生活スタイルの再構築・定着を図る観点から提供

全ての段階（期）に関わる職種	かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状態に応じたリハビリテーションの必要性を判断し、適切な介護サービスへつなげる ・介護サービス提供時のリスク管理に関する助言 ・「サービス担当者会議」への参加等を通じた、傷病の経過等に関する情報提供
	かかりつけ歯科医	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問歯科診療等の実施 ・地域の専門職や関係機関との連携や歯科の視点からの助言
	地域リハビリテーション広域支援センター職員	<ul style="list-style-type: none"> ・地域リハビリテーション関係機関との連携事業や連絡協議会を実施 ・圏域において、地域リハビリテーションサポート医・推進員と意見交換を実施するなど相互の連携を促進 ・地域リハビリテーションの充実のための地域課題の把握と支援
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護高齢者等やその家族からの相談に応じて、心身機能の状況等に応じ、生活スタイルの再構築を目指す観点から適切なリハビリテーションが提供できるよう、市町や居宅サービス事業所、インフォーマルサービスなどとの連携調整 ・リハビリテーションの視点を踏まえたケアプラン作成、地域ケア会議への参加
	地域包括支援センター職員	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者等や家族に対する総合的な相談・支援 ・介護予防サービスを利用し自立した生活ができるよう介護予防ケアマネジメントの実施
	地域リハビリテーションサポート医	<ul style="list-style-type: none"> ・市町や関係機関との地域リハビリテーションの仕組みづくり ・地域の専門職や関係機関からの相談への対応 ・必要なりハビリテーションが提供されていない高齢者への対応支援
	地域リハビリテーション推進員	<ul style="list-style-type: none"> ・市町や関係機関との地域リハビリテーションの仕組みづくり ・地域包括支援センター等の相談に基づく福祉用具、住宅改修、補装具に対する助言 ・地域ケア会議（個別会議）で自立支援の視点から助言