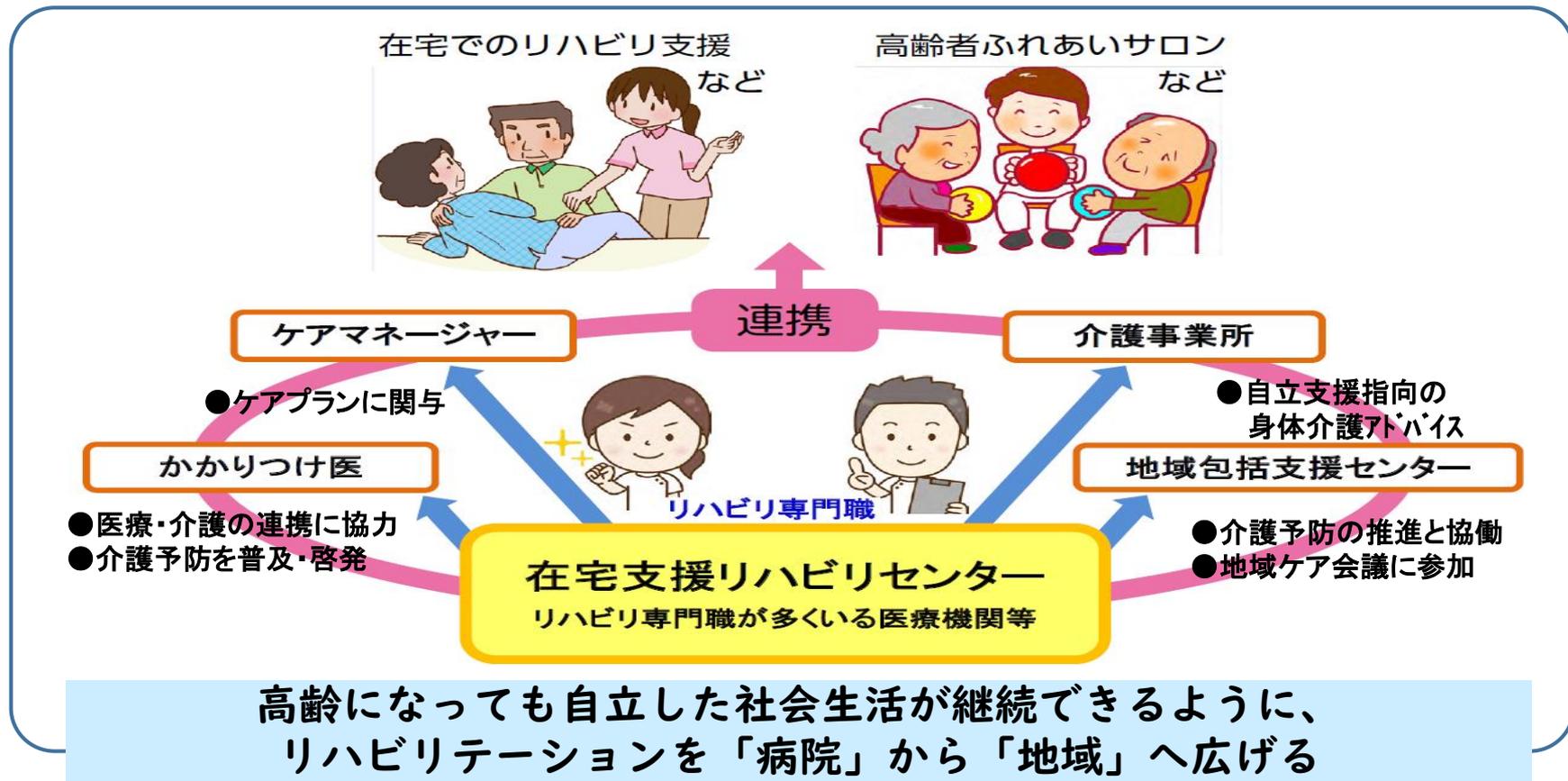


長崎市在宅支援リハビリセンター業務と活用について

市内2から3箇所の地域包括支援センターの生活圏域ごとに医療・介護領域のリハビリテーションを提供している医療機関・介護老人保健施設（市内計8箇所）に在宅支援リハビリセンター業務を委託しています。



【期待される効果】 高齢者が元気になる、要介護状態の軽減と重度化防止、高齢者を支援している関係者の方にリハビリテーションに関する知識と技術の提供

長崎市在宅支援リハビリセンターの業務内容(説明)について

高齢者の方が、住み慣れた地域で安心して暮らしを続けるためには、要介護状態にならないように日常生活から社会参加までを含んだリハビリテーションによる自立支援と、要介護状態になっても重度化防止に向けての早期な取組みが重要になります。

(1)在宅支援リハビリセンター外部のリハビリ専門職及び協働施設とのネットワーク構築に関する業務

(在宅支援リハビリセンター以外のリハビリ専門職及び関係機関や事業所と地域の現状や課題を情報共有して、地域リハビリテーションの観点から評価と分析及び対応について協力して取り組みます。)

(2)介護従事者等のリハビリテーションに係る知識及び技術の向上に資する業務

(高齢者本人が自分の能力を活かした自立につながる支援が行われるように、リハビリテーションの知識や技術に関する研修会等を開催し、介護支援専門員のケアプラン作成や介護従事者等の介護業務に役立てていただきます。)

(3)高齢者の生活機能低下の気づきに係る知識及び普及啓発に資する業務

(高齢者は加齢に伴い健康状態等の個人差が拡大する特性があり、日常生活行為の妨げになる運動機能低下や認知機能低下等につながる兆候(歩くのが遅くなる、意図しない疲労感や体重減少等)に早期に気づいて、重度化防止への介入と支援が速やかに行われるように知識の普及啓発を行います。)

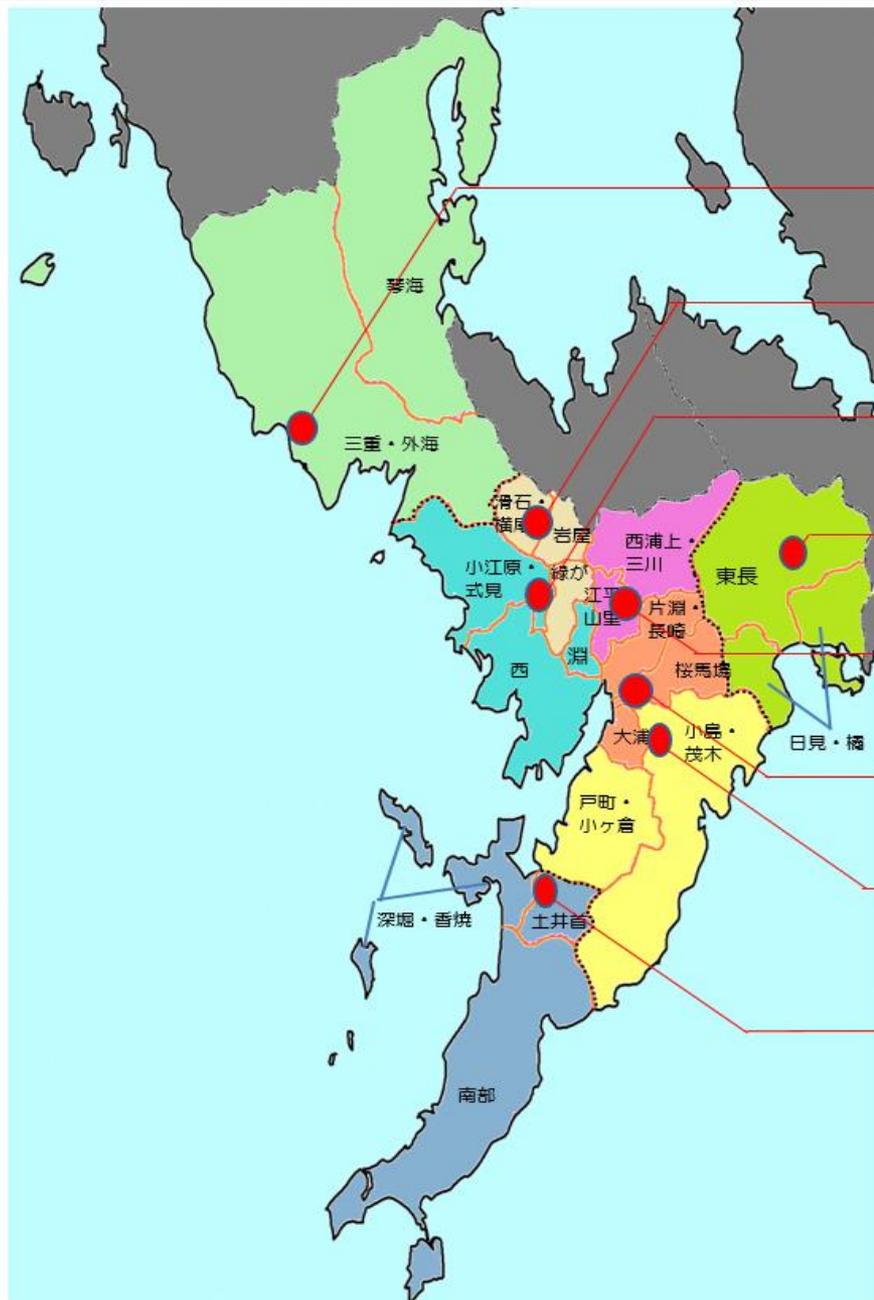
(4)介護従事者等のリハビリテーションに係る相談への対応・同行訪問・地域ケア会議に関する業務

(リハビリテーションに関する相談対応、地域ケア会議での助言、介護支援専門員や介護従事者等の対象者宅訪問時に同行して身体機能評価や動作確認、手すり設置場所や福祉用具選定の相談対応、介助方法の助言等(※対象者への訓練ではありません。支援者の皆様方への助言や知識と技術の提供になります。))

(5)高齢者の自主的な活動への参加の促進に関する業務

(リハビリ専門職が、高齢者が自主的な活動へ参加されるように積極的に努め、通いの場の開設時や介護予防の運動等の取組みを行い、高齢者の効果的な健康づくりと介護予防や重度化防止を行います。)

「長崎市在宅支援リハビリセンター」業務を行っている医療機関等



上段：長崎市在宅支援リハビリセンター名称

下段：委託先医療機関等名称

長崎市在宅支援リハビリセンター(琴海・三重・外海地区)

医療法人 外海弘仁会 日浦病院

長崎市在宅支援リハビリセンター(滑石・横尾・緑が丘・岩屋地区)

医療法人 厚生会 虹が丘病院

長崎市在宅支援リハビリセンター(小江原・式見・淵・西部地区)

医療法人 慈恵会 小江原中央病院

長崎市在宅支援リハビリセンター(東長崎・日見・橘地区)

医療法人 和仁会 和仁会病院

長崎市在宅支援リハビリセンター(江平・山里・西浦上・三川地区)

医療法人 稲仁会 三原台病院

長崎市在宅支援リハビリセンター(片淵・長崎・桜馬場・大浦地区)

一般社団法人 是真会 長崎リハビリテーション病院

長崎市在宅支援リハビリセンター(小島・茂木・戸町・小ヶ倉地区)

医療法人 博和会 サテライト型

小規模介護老人保健施設 サンプライト愛宕II

長崎市在宅支援リハビリセンター(土井首・深堀・香焼・南部地区)

社会医療法人 長崎記念病院

(1)名称 (2)業務受託者 (所在地)

お問い合わせ先

担当区域の地域包括支援センター

(3)電話番号 (4)FAX番号 (5)Eメール(6)連絡する時のお願い

依頼される時のお願い (※お問い合わせの時間により、病院内業務と兼務のため病院内業務に担当者が従事している時間は、対応出来ない場合もありますことをご了承ください。その場合は、様式6又は様式7にご記入いただき、FAX又はEメールにてお問い合わせしていただきますようお願いいたします。)

1	(1)長崎市在宅支援リハビリセンター (片淵・長崎・桜馬場・大浦地区) (2)一般社団法人 是真会 長崎リハビリテーション病院 (銀屋町4番11号) (3)818-2002 (4)821-1187	片淵・長崎地域包括支援センター 桜馬場地域包括支援センター 大浦地域包括支援センター
2	(1)長崎市在宅支援リハビリセンター (小江原・式見・淵・西部地区) (2)医療法人 慈恵会 小江原中央病院 (小江原2丁目1番20号) (3)846-1010 (4)846-1029	小江原・式見地域包括支援センター 淵地域包括支援センター 西部地域包括支援センター
3	(1)長崎市在宅支援リハビリセンター (小島・茂木・戸町・小ヶ倉地区) (2)医療法人 博和会 サテライト型小規模介護老人保健施設 サンブライト愛宕Ⅱ (愛宕4丁目14番1号) (3)816-0222 (4)823-9000	小島・茂木地域包括支援センター 戸町・小ヶ倉地域包括支援センター
4	(1)長崎市在宅支援リハビリセンター (江平・山里・西浦上・三川地区) (2)医療法人 稲仁会 三原台病院 (三原1丁目8番35号) (3)846-8111 (4)843-0080	江平・山里地域包括支援センター 西浦上・三川地域包括支援センター
5	(1)長崎市在宅支援リハビリセンター (東長崎・日見・橘地区) (2)医療法人 和仁会 和仁会病院 (中里町96番地) (3)839-2051 (4)837-1230 (5)wjzaitakureha@gmail.com (6)急ぐ場合を除いて、Eメール又はFAXでのご連絡をお願いします。	東長崎地域包括支援センター 日見・橘地域包括支援センター
6	(1)長崎市在宅支援リハビリセンター (土井首・深堀・香焼・南部地区) (2)社会医療法人 長崎記念病院 (深堀町1丁目11番54号) (3)871-1515 (4)871-1510 (5)nmhriha@ngs2.cncm.ne.jp	土井首地域包括支援センター 深堀・香焼地域包括支援センター 南部地域包括支援センター
7	(1)長崎市在宅支援リハビリセンター (琴海・三重・外海地区) (2)医療法人 外海弘仁会 日浦病院 (下黒崎町1402) (3)0959-25-0039(4)0959-25-1338(5)chiiki-reha@hiura.or.jp (6)急ぐ場合を除いて、Eメール又はFAXでのご連絡をお願いします。	琴海地域包括支援センター 三重・外海地域包括支援センター
8	(1)長崎市在宅支援リハビリセンター (滑石・横尾・緑が丘・岩屋地区) (2)医療法人 厚生会 虹が丘病院 (虹が丘町1番1号) (3)856-1112 (4)857-7400 (5)reha@nijigaoka.org (6)急ぐ場合を除いて、Eメール又はFAXでのご連絡をお願いします。	滑石・横尾地域包括支援センター 緑が丘地域包括支援センター 岩屋地域包括支援センター

長崎市在宅支援リハビリセンターのご利用内容について(アンケート調査結果より抜粋)

(調査期間：令和元年11月から令和2年1月)

(調査対象者：地域包括支援センター及び介護支援専門員の合計173人)

地域包括支援センターの皆様より

○在宅支援リハセンターをどのように活用されましたか？(複数回答)

- ・(自立支援型含む)地域ケア個別会議の助言 71.4%
- ・地域ケア推進会議や研修会等への参加依頼 61.0%
- ・同行訪問による助言 46.8%
- ・サロン等の運営や開設援助 39.0%
- ・リハビリテーションに関する相談 28.6%
- ・介護技術の助言 9.1%
- ・その他 5.6%

○「通いの場」の支援内容はどのようでしたか？(複数回答)

- ・参加者減少や内容がマンネリ化しないように方策を検討 59.1%
- ・運営について住民への助言 54.5%
- ・生活目標の設定やリーダー支援体制の構築 9.1%

介護支援専門員の皆様より

○同行訪問の助言はどのような点で役にたちましたか？(複数回答)

- ・身体状況の確認 80.8%
- ・住環境調整の検討 73.1%
- ・ケアプランの精査・変更 57.7%
- ・転倒予防の共有 53.8%
- ・摂食・嚥下機能の確認 19.2%
- ・認知機能の状況と接し方 3.8%
- ・その他 11.5%

<活用方法について>

長崎市ホームページ内に、お問い合わせ先、様式6、様式7を掲載しています。

(長崎市ホームページ > 福祉・健康 > 地域包括ケアシステム > 地域包括ケアシステム > 長崎市在宅支援リハビリセンターの活動についてご紹介)

◆地域包括支援センターの皆様へ、◆介護支援専門員の皆様へ、◆介護業務に従事される皆様へ
依頼されるときをお願い(※お問い合わせの時間により、病院内業務と兼務のため病院内業務に担当者が
従事している時間は、対応出来ない場合もありますことをご了承ください。その場合は、様式6又は様式
7にご記入いただき、FAX又はEメールにてお問い合わせしていただきますようお願いいたします。)

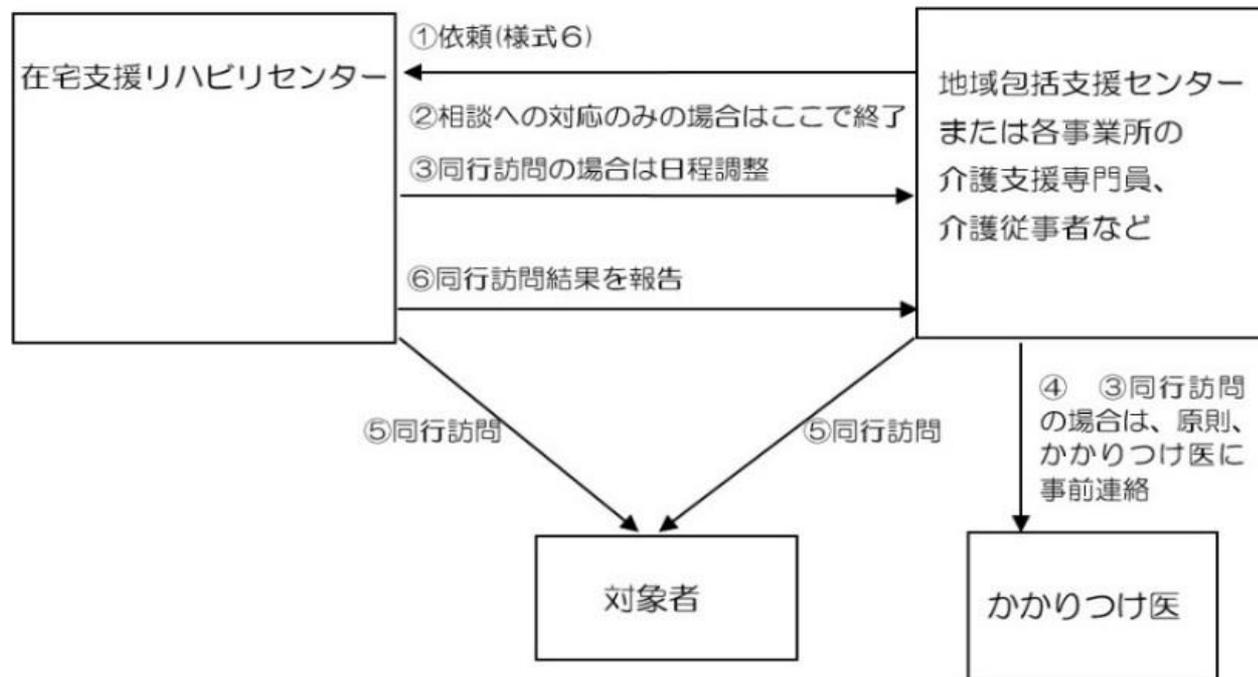
(様式6) リハビリ専門職への相談・同行訪問・地域ケア会議依頼書

(様式7) 高齢者の自主的な活動の場への派遣依頼書

<業務のながれ>

(4) 介護従事者等のリハビリテーションに係る相談への対応・同行訪問・地域ケア会議に関する業務

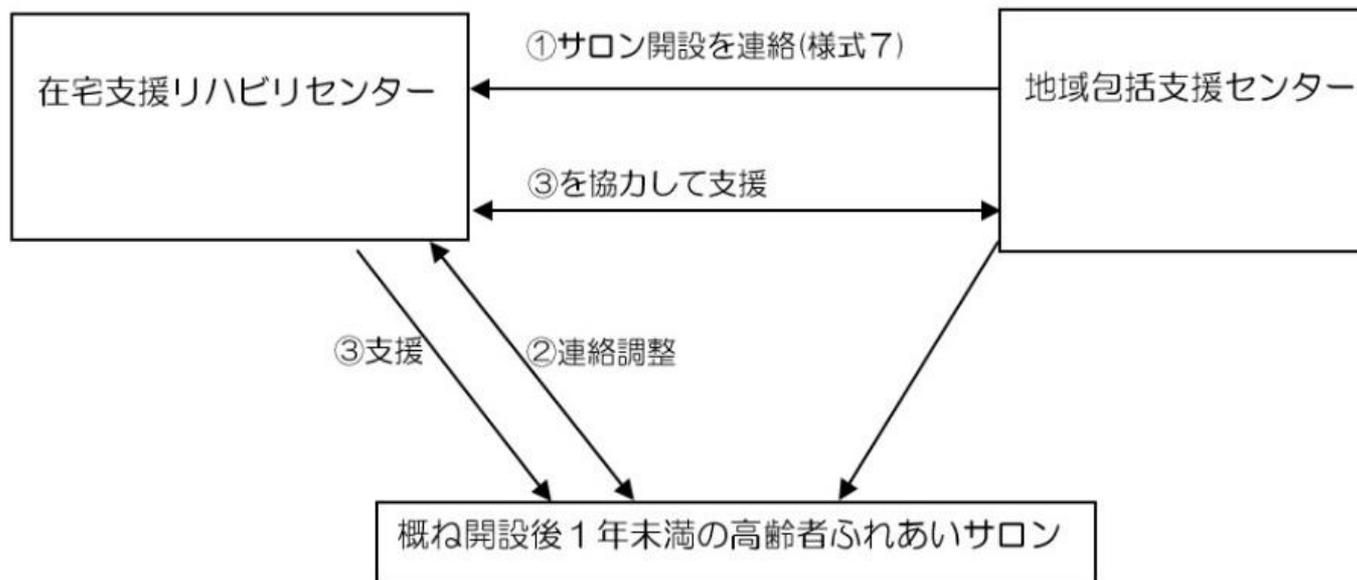
【相談への対応及び同行訪問】(例)



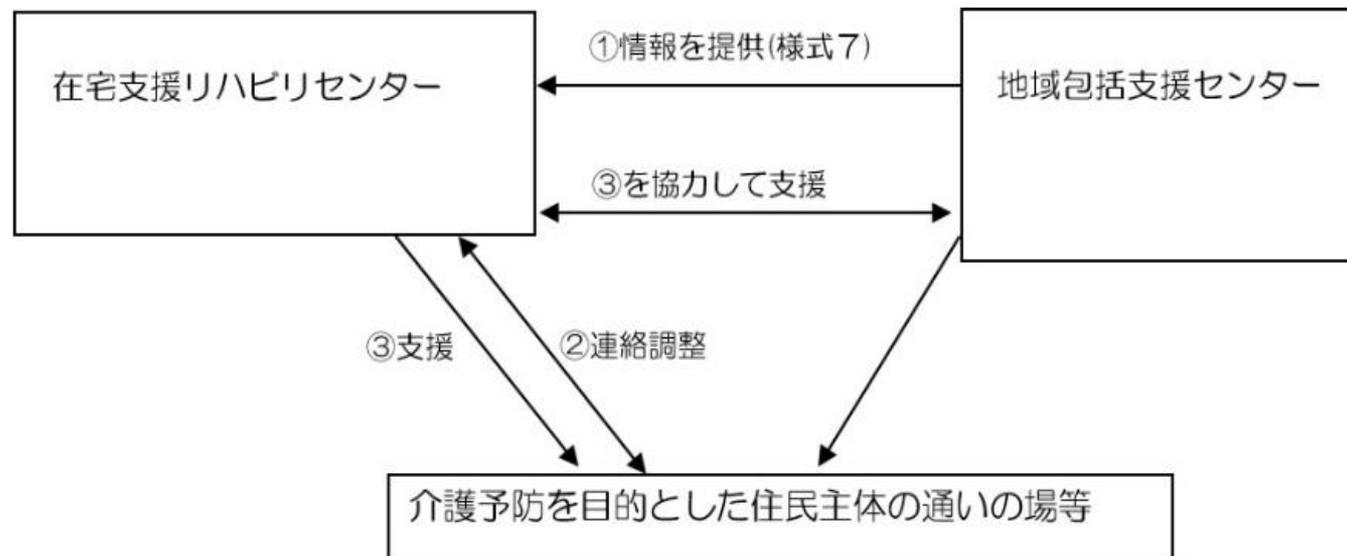
<業務のながれ>

(5) 高齢者の自主的な活動への参加の促進に関する業務

【高齢者ふれあいサロンへの支援】（例）



【社協サロンや自主グループ等への支援】（例）



参考（様式6）

在宅支援リハビリセンター様

様式 6

リハビリ専門職への相談・同行訪問・地域ケア会議依頼書

記入日 令和 年 月 日

依頼者氏名			
所属施設・事業所			
住所	〒		
TEL			
FAX			
相談内容※対象者の氏名・住所など個人を特定する情報の記載は控えください。			
基本情報	年齢 歳	性別 男 ・ 女	
□介護保険要介護度(※)	非該当・事業対象者・支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5・手続中		
□身体障害者手帳等級	なし・1級・2級・3級・4級・5級・6級・申請中		
□精神障害者保健福祉手帳等級(※)	なし・1級・2級・3級・4級・5級・6級・申請中		
□障害種別等(※)	なし・身体(肢体・視覚・聴覚・内部・その他(知的・精神・発達))		
障害名又は疾患名等	()		
□障害総合支援区分(※)	非該当・1・2・3・4・5・6・手続中		
同行訪問依頼は、原則、依頼者がかかりつけ医(主治医)に連絡します。	<input type="checkbox"/> 連絡済み <input type="checkbox"/> 連絡予定(急を要するため) <input type="checkbox"/> 同行訪問後に連絡		
	<input type="checkbox"/> 連絡困難 <input type="checkbox"/> かかりつけ医が不明 <input type="checkbox"/> 連絡しても通じない		
	<input type="checkbox"/> その他() (かかりつけ医の医療機関名 名前)		
治療中又は主たる疾病	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (病名)		
日常生活の状態	<input type="checkbox"/> ひとりで外出可 <input type="checkbox"/> 付き添いがあれば外出可 <input type="checkbox"/> 自宅周りのみ <input type="checkbox"/> 自宅内の生活 <input type="checkbox"/> 居室のみ生活 <input type="checkbox"/> ベッド周囲生活 <input type="checkbox"/> その他 ()		
相談内容	<input type="checkbox"/> ケア会議の事例になるかた <input type="checkbox"/> ケアプラン作成するかた <input type="checkbox"/> 介護保険未申請でリハビリ専門職に相談したいかた <input type="checkbox"/> その他(リハビリ専門職が身体・認知機能状況を確認する必要があるかた。) ()		
	簡単に状況と連絡事項をご記入ください。		
日程調整	折り返しのお電話の希望日・時間 (1) 月 日 () 時頃 (2) 月 日 () 時頃 ご訪問の希望日・時間又は地域ケア会議の日時 (1) 月 日 () 時頃 (2) 月 日 () 時頃		

(令和2年4月訂正)

参考（様式7）

在宅支援リハビリセンター様

様式 7

高齢者の自主的な活動の場への派遣依頼書

記入日 令和 年 月 日

派遣依頼元団体	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター名称()
	<input type="checkbox"/> その他()
	担当者名
	電話 FAX E-mail
派遣希望職種	<input type="checkbox"/> リハビリ専門職(職種問わない) <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
派遣先種別	<input type="checkbox"/> 市の高齢者ふれあいサロン <input type="checkbox"/> 社協サロン <input type="checkbox"/> 自主グループ等 <input type="checkbox"/> すこやか運動教室 <input type="checkbox"/> その他()
派遣先団体名称	
代表者名	
所在地	
電話・FAX	
派遣先会場	
参加人数(男女内訳)	合計 人【性別:男性 人、女性 人】【年齢別:65歳未満 人、65歳以上 人】
派遣希望日	<input type="checkbox"/> 第1希望日 令和 年 月 日 時間 時 分～ 時 分 <input type="checkbox"/> 第2希望日 令和 年 月 日 時間 時 分～ 時 分 <input type="checkbox"/> 講師と日程調整は可
希望されるテーマ	具体的なお要望があれば、お書きください。
備考	

(令和2年4月訂正)