

シンポジウムⅡ

地域を支えるためのネットワークづくり
～長崎県県央保健所における取組～

長崎県県央保健所 地域保健課
作業療法士 前山隆史

【本日の内容】



長崎県県央保健所の紹介



長崎県における地域包括ケアシステムの推進に向けた取組



保健所の立場からの地域リハビリテーションネットワークづくり



【本日の内容】



長崎県県央保健所の紹介



長崎県における地域包括ケアシステムの推進に向けた取組



保健所の立場からの地域リハビリテーションネットワークづくり



長崎県県央保健所について



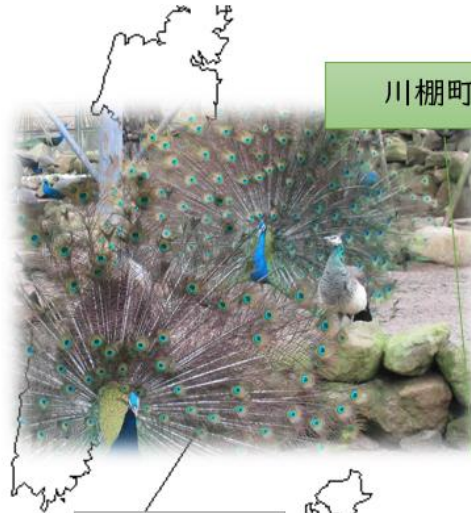
長崎県の中央部に位置し、諫早市、大村市、東彼杵町、川棚町、波佐見町の2市3町を管轄

(令和4年10月1日現在)

- 管内人口：263,449人
- 高齢者率：29.9%
- 後期高齢化率：15.1%

管内市町の紹介

川棚町



波佐見町



東彼杵町



長崎空港



波佐見町

川棚町

東彼杵町

大村市

諫早市

諫早市



大村市



写真：各市町ホームページより

【本日の内容】



長崎県県央保健所の紹介



長崎県における地域包括ケアシステムの構築・充実に向けた取組



保健所の立場からの地域リハビリテーションネットワークづくり



ながさき 長寿いきいきプラン(令和6～8年度)

(長崎県老人福祉計画・長崎県介護保険事業支援計画・長崎県介護給付適正化計画)

計画の基本理念

地域みんなが支えあい、高齢者がいきいきと輝く長崎県づくり

3つの基本目標とアウトカム指標

目標1

みんなで
支え合う
地域づくり

アウトカム指標 1

医療や介護が必要になっても、地域で安心して暮らし続けていくことができる
と思う（実感している）人の割合

24.8%（令和5年度）→目標：50.0%（令和8年度）

目標2

いきいき
した高齢
期の実現

アウトカム指標 2

健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の延伸

男性72.29年、女性75.42年（令和元年度）

→目標：全国平均を上回り、平均寿命の伸び以上に延伸

目標3

介護保険
制度の安
定運営

アウトカム指標 3

要介護（要支援）認定率

長崎県19.9%、全国19.1%（令和4年度）→目標：現状維持

ながさき長寿いきいきプラン 10の重点分野

1	生きがいづくり 高齢者の介護予防や健康寿命の延伸につなげ、また、地域の活力が維持できるよう、高齢者自らの希望に応じた仕事やボランティア、学び、趣味活動などの社会参加を推進します。
2	介護予防・生活支援 高齢になってもできるだけ自ら望む生活を自律的に送ることができるよう、要介護状態や状態の悪化を防ぐ「介護予防」の取組を推進します。また、地域住民等と連携・協働し、ニーズに応じた生活支援サービス等が提供されるよう取り組みます。
3	持続可能な介護サービスの提供 介護が必要になっても、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、地域の実情に応じたバランスのとれた介護サービス基盤の整備に取り組みます。
4	在宅医療の充実と医療・介護連携の推進 高齢化の進展によって、慢性疾患や複数の疾患を抱え、手術後のリハビリを必要とする患者も増えています。こうした患者像の変化に対応するため、入院・外来医療体制の効率化とともに、地域での生活を支えることができるよう、在宅医療の充実と介護サービスとの包括的かつ継続的な連携を推進します。
5	認知症高齢者等に対する支援の充実 認知症の人が、尊厳を保持しつつ希望をもって暮らすことができるよう、県民の認知症に関する正しい知識と理解をさらに深めるとともに、認知症の人の意思を尊重して、その家族や取り巻く関係者が連携した支援ネットワークの構築に取り組みます。
6	高齢者の権利擁護 高齢者が尊厳をもって生活できるよう、身近な相談体制の充実や高齢者虐待の防止に取り組みます。
7	ケアラーへの支援 家族介護者等が個人として尊重され、健康で文化的な生活を営むことができるよう、社会的な支援の充実に取り組みます。
8	高齢者に安全・安心な地域づくり 生活の基盤となる住まいを確保するとともに、高齢者自らが望む生活を自律的に送れるよう、地域住民・関係者と連携・協働した支援に取り組みます。
9	介護人材の確保・定着 多様な人材の参入促進と、職員に長く働いてもらえる環境改善を相乗的に推進するとともに、テクノロジーの活用等により、生産性や介護の質の向上を図り、地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保・定着に努めます。
10	地域包括ケアシステムの深化 地域課題や地域特性に応じた地域包括ケアシステム（住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制）を地域ごとにマネジメントするとともに、市町支援に取り組みます。

※ 10 は保健所業務に関連が深い分野

高齢者の介護予防や健康寿命の延伸につなげ、また、地域の活力が維持できるよう、高齢者自らの希望に応じた仕事やボランティア、学び、趣味活動などの社会参加を推進します。

介護予防・生活支援

高齢になってもできるだけ自ら望む生活を自律的に送ることができるよう、要介護状態や状態の悪化を防ぐ「介護予防」の取組を推進します。また、地域住民等と連携・協働し、ニーズに応じた生活支援サービス等が提供されるよう取り組みます。

取組一覧

2	介護予防・生活支援	(1) 健康づくりの推進	① 健康ながさき21の推進	国保・健康増進課	57
		(2) 介護予防の推進	① 介護予防の推進	長寿社会課	59
			② 地域リハビリテーションの推進	長寿社会課	63
		(3) 地域助け合いの促進	① 生活支援サービス体制の整備	長寿社会課	65

高齢者に安全・安心な地域づくり

生活の基盤となる住まいを確保するとともに、高齢者自らが望む生活を自立的に送れるよう、地域住民・関係者と連携・協働した支援に取り組みます。

介護人材の確保・定着

多様な人材の参入促進と、職員に長く働いてもらえる環境改善を相乗的に推進するとともに、テクノロジーの活用等により、生産性や介護の質の向上を図り、地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保・定着に努めます。

地域包括ケアシステムの深化

地域課題や地域特性に応じた地域包括ケアシステム（住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制）を地域ごとにマネジメントするとともに、市町支援に取り組みます。

※ 63 は保健所業務に関連が深い分野

生きがいづくり

1

高齢者の介護予防や健康寿命の延伸につなげ、また、地域の活力が維持できるよう、高齢者自らの希望に応じた仕事やボランティア、学び、趣味活動などの社会参加を推進します。

2

介護予防・生活支援

高齢になってもできるだけ自ら望む生活を自律的に送ることができるよう、要介護状態や状態の悪化を防ぐ「介護予防」の取組を推進します。また、地域住民等と連携・協働し、ニーズに応じた生活支援サービス等が提供されるよう取り組みます。

3

持続可能な介護サービスの提供

介護が必要になっても、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、地域の実情に応じたバランスのとれた介護サービス基盤の整備に取り組みます。

4

在宅医療の充実と医療・介護連携の推進

高齢化の進展によって、慢性疾患や複数の疾患を抱え、手術後のリハビリを必要とする患者も増えています。こうした患者像の変化に対応するため、入院・外来医療体制の効率化とともに、地域での生活を支えることができるよう、在宅医療の充実と介護・医療との包括的な連携を推進します。

地域包括ケアシステムの深化

地域課題や地域特性に応じた地域包括ケアシステム（住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制）を地域ごとにマネジメントするとともに、市町支援に取り組みます。

7

家族介護者等が個人として生活できるような環境を整えるよう、社会的な支援の充実に取り組みます。

取組一覧

10	地域包括ケアシステムの深化	(1) 地域包括ケアシステムの仕組みづくり	① 評価基準を活用した地域包括ケアシステムの充実	長寿社会課	132
			② 地域包括支援センターの体制・機能強化	長寿社会課	133
			③ 地域ケア会議の充実	長寿社会課	134
		(2) 他分野との連携促進	① 重層的支援体制整備事業	福祉保健課	135

長崎県における地域包括ケアシステムの構築に向けた経過

H28年度取組開始当初の課題

地域包括ケアシステムの構築状況についての客観的な評価指標がないため、市町において目標や現在の到達点、課題等が明確になっていない。



客観的な評価・課題等の明確化の取組

H28 8分野78項目で構成する長崎県版地域包括ケアシステム評価指標の作成（試行的に開始）

H29～ 市町の評価結果を踏まえ有識者をまじえたヒアリングの実施

地域包括ケアシステムロードマップの作成

H31～ 自己評価のための「〇の判断の目安」の作成

県内市町の地域包括ケアシステム構築状況の推移

県長寿社会課資料

自己評価得点 (40点満点)	平成28年度			平成29年度			平成30年度		
	圏域数	%	市町	圏域数	%	市町	圏域数	%	市町
32点以上 (40点満点の 8割以上)	1	0.8%	<1町> 佐々町(1)	19	15.4%	<4市町> 島原市(7) 大村市(6) 松浦市(5) 佐々町(1)	86	69.4%	<10市町> 長崎市(20) 佐世保市(22) 島原市(7) 諫早市(15) 大村市(6) 松浦市(7) 対馬市(1) 五島市(6) 時津町(1) 佐々町(1)

令和4年度
100%達成!!

自己評価得点 (40点満点)	令和元年度			令和2年度			令和3年度			令和4年度		
	圏域数	%	市町	圏域数	%	市町	圏域数	%	市町	圏域数	%	市町
32点以上 (40点満点の 8割以上)	105	84.7%	<16市町> 長崎市(20) 佐世保市(22) 島原市(7) 諫早市(15) 大村市(6) 平戸市(7) 松浦市(7) 対馬市(1) 壱岐市(1) 五島市(6) 南島原市(8) 時津町(1) 波佐見町(1) 佐々町(1) 小値賀町(1) 新上五島町(1)	111	89.5%	<19市町> 長崎市(20) 佐世保市(23) 島原市(7) 諫早市(15) 大村市(6) 平戸市(7) 松浦市(7) 対馬市(1) 壱岐市(1) 五島市(6) 西海市(2) 南島原市(8) 長与町(1) 時津町(1) 東彼杵町(1) 川棚町(1) 波佐見町(1) 佐々町(1) 小値賀町(1) 新上五島町(1)	122	98.4%	<21市町> 長崎市(20) 佐世保市(23) 島原市(7) 諫早市(15) 大村市(6) 平戸市(7) 松浦市(7) 対馬市(3) 壱岐市(1) 五島市(6) 西海市(4) 雲仙市(7) 南島原市(8) 長与町(1) 時津町(1) 東彼杵町(1) 川棚町(1) 波佐見町(1) 佐々町(1) 小値賀町(1) 新上五島町(1)	124	100%	<21市町> 長崎市(20) 佐世保市(23) 島原市(7) 諫早市(15) 大村市(6) 平戸市(7) 松浦市(7) 対馬市(3) 壱岐市(1) 五島市(6) 西海市(6) 雲仙市(7) 南島原市(8) 長与町(1) 時津町(1) 東彼杵町(1) 川棚町(1) 波佐見町(1) 佐々町(1) 小値賀町(1) 新上五島町(1)

※ () については、自己評価結果から概ね構築されたと判断された圏域数

※圏域数 H29(123圏域)→H30(124圏域)の増は、西海市の離島圏域を江島と平島に分割設定したことによる。

地域包括ケアシステムの「構築」から「充実」に向けた取組



新たな評価指標の活用に向けた方向性

市町の取組改善の促進
のための指標（PDCAサ
イクルの推進）

市町の課題解決に向け
た取組を見える化
（アウトカム視点での
段階付け）

関係団体等との評価指
標の共有化による連携
強化の促進
（多職種連携の促進）

地域包括ケアシステム
の充実に向けた推進状
況の住民への周知
（住民の実感）

「構築」から「充実」への
ステップアップを支援



新たな地域包括ケアシステム評価指標について（R6～運用開始）

これまで(H29-R5)

地域包括ケアシステムの**構築** に向けた基盤整備

- A 医療
- B 介護
- C 保健・予防
- D 住まい・住まい方
- E 生活支援・見守り等
- F 専門職・関係機関のネットワーク
- G 住民参画（自助・互助）
- H 行政の関与・連携

これから(R6-)

地域包括ケアシステムの**充実** に向けた取組推進

- A 医療
- B 介護
- C 保健・予防
- D 住まい・住まい方
- E 生活支援・見守り等
- F 認知症・権利擁護
- G 市町と関係者・団体のネットワーク（連携）
- H 地域共生社会の実現と住民参画

新たな地域包括ケアシステム評価指標について（R6～運用開始）

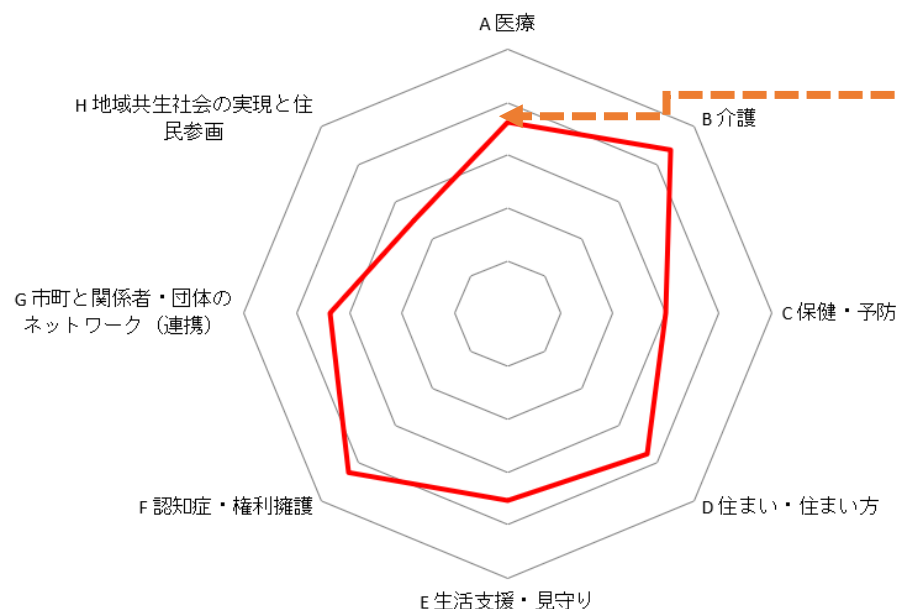
A 医療

No.	評価指標	判断の目安	推進状況 (◎～×)	推進状況の理由（現時点での具体的な取組等の状況、目標に対してどの程度まで達成しているか等の具体的な内容を記載してください）
■在宅医療・介護連携				
1	行政（委託含む）が地域の医療・介護関係者を集め、医療介護連携に関する課題の抽出と対応策の検討をPDCAサイクルで定期的に行っている ①対応策の検討を実施しているが、PDCAサイクルでの検討までは至らない（年1～2回程度の開催など） ②PDCAサイクルで検討を行っている（毎月～2か月に1回程度の開催） ③PDCAサイクルで実際に課題の解決が図れている	◎：②～③を達成 ○：②を達成 △：①を達成 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	○	①②ロジックを作成しPDCAサイクルで毎年評価を実施しており、課題の抽出と課題解決のための協議を担当者間で随時行った（年1回）。また、取組の評価に関して、医療・介護関係者を集めての会議は年1回程度開催している。ACP検討会を1～2か月ごとに開催し、評価を行っている。また、地域包括ケアシステム実務者会議で、令和6年度から在宅医療介護連携部会を作るなど、体制づくりについて検討した。 ③入退院支援ルールを活用により、連携が図りやすくなったとの声がある。課題に対して、できる部分は解決を図っている。
■退院支援				
2	地域住民が利用する医療機関において、支援が必要とされる方の入退院支援が適切に実施されている ①入退院支援担当者が配置されている（8割以上の医療機関） ②入退院時のルールが、地域として整備されている ③連絡調整のためのツールが地域として整備されている ④医療機関だけでなく、ケアマネや地域包括支援センター等の地域関係者も含めた入退院時のカンファレンスを実施している ⑤①～④の取組を通じて、支援を受けた本人・家族が円滑な入退院に繋がったと実感できている（例：「インタビューで確認」、「アンケート調査で確認」等、確認の方法や手法、目標は市町の状況に応じて柔軟に設定可能）	◎：①～⑤を達成 ○：①～④を達成 △：①～④いずれかを達成 ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	○	①市内入院医療機関：病院7か所、有床診療所（産婦人科除く）5か所、計12か所。うち退院支援担当者を配置している医療機関（把握している分のみ）：7か所で、58.3%に配置されている。なお、全ての有床診療所において窓口担当者が決められており、「ケアマネタイム」で公表している。【100%配置】 ②入退院支援ルールの手引きは作成済みで、関係者へのインタビュー内容を盛り込んだ改訂版となっている。 ③市内医療・介護関係者で共通のシート（実態把握票）を活用している。 ④必要に応じて実施されている。 ⑤今後、確認方法等を検討していく。
■（退院後の）日常の療養支援、急変時の対応				
3	地域住民が利用する医療機関において、退院前カンファレンスなどで決定した在宅医療の方針が、退院後に適切に提供されている ①入院医療機関が退院後の患者の状態を把握している（退院後訪問、地域関係者との会議等にて） ②退院後の在宅医療の質のモニタリング評価が、医療・介護等の関係者間で定期的開催され見直しが行われている（モニタリング評価の開催主体は、検討事例により違いあり。例：担当ケアマネ、地域包括支援センター、在宅医療・介護連携相談センター、訪問看護ステーション等） ③①、②のような取組について、市町（委託含む）から該当する医療機関の8割以上にに対して実施の働きかけを行っている ④①～③の取組を通じて、本人や家族が退院後も在宅医療が適切に提供されていると実感している（例：「インタビューで確認」、「アンケート調査で確認」等、確認の方法や手法、目標は市町の状況に応じて柔軟に設定可能）	◎：①～④を達成 ○：①～③を達成 △：地域住民が利用する医療機関の一部で①～③の取組を実施している ◇：取組の予定あり ×：取組未実施	◇	①②一部できていることもあると思われる。なお、介護保険サービス利用者においては、ケアマネジャー等が退院後の状況確認及び定期的なモニタリングを行い、必要時は主治医、サービス事業所等との調整を図っている。サービス未利用者についても、状況確認し必要に応じて医療関係者等と情報共有を行っている。 ③今後、実態把握をしたうえで働きかけていく。 ④今後、把握方法について検討し実施する。

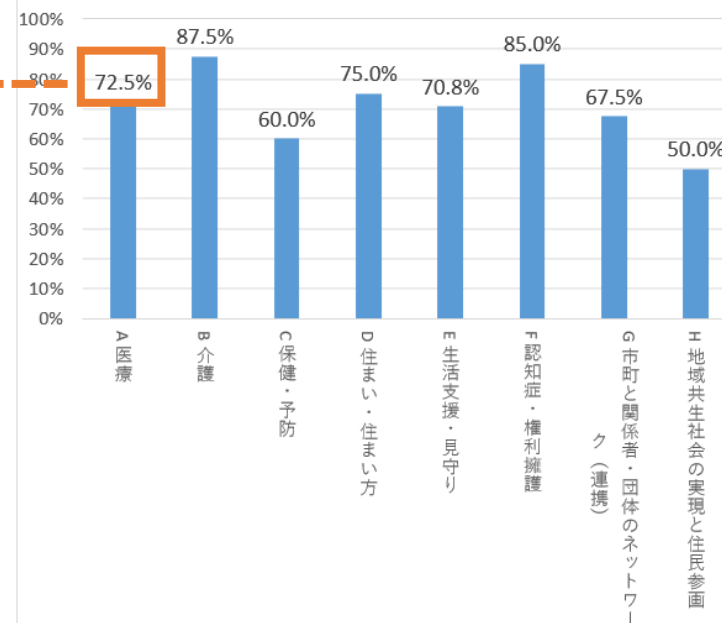
評価指標と判断の目安から、各指標の推進状況が把握しやすくなり、今後推進すべき取組の明確化へと繋がる

新たな地域包括ケアシステム評価指標について（R6～運用開始）

地域包括ケアシステム推進状況（●●中校区圏域）



地域包括ケアシステム推進状況（●●中校区圏域）



各分野の達成状況については、レーダーチャートに反映され、自市町の推進状況が見える化される

新たな「地域包括ケアシステム評価指標」運用に伴うロードマップの変更点

県長寿社会課資料

【X市地域包括ケアシステム構築ロードマップ】※新しい「地域包括ケアシステム評価指標」対応版

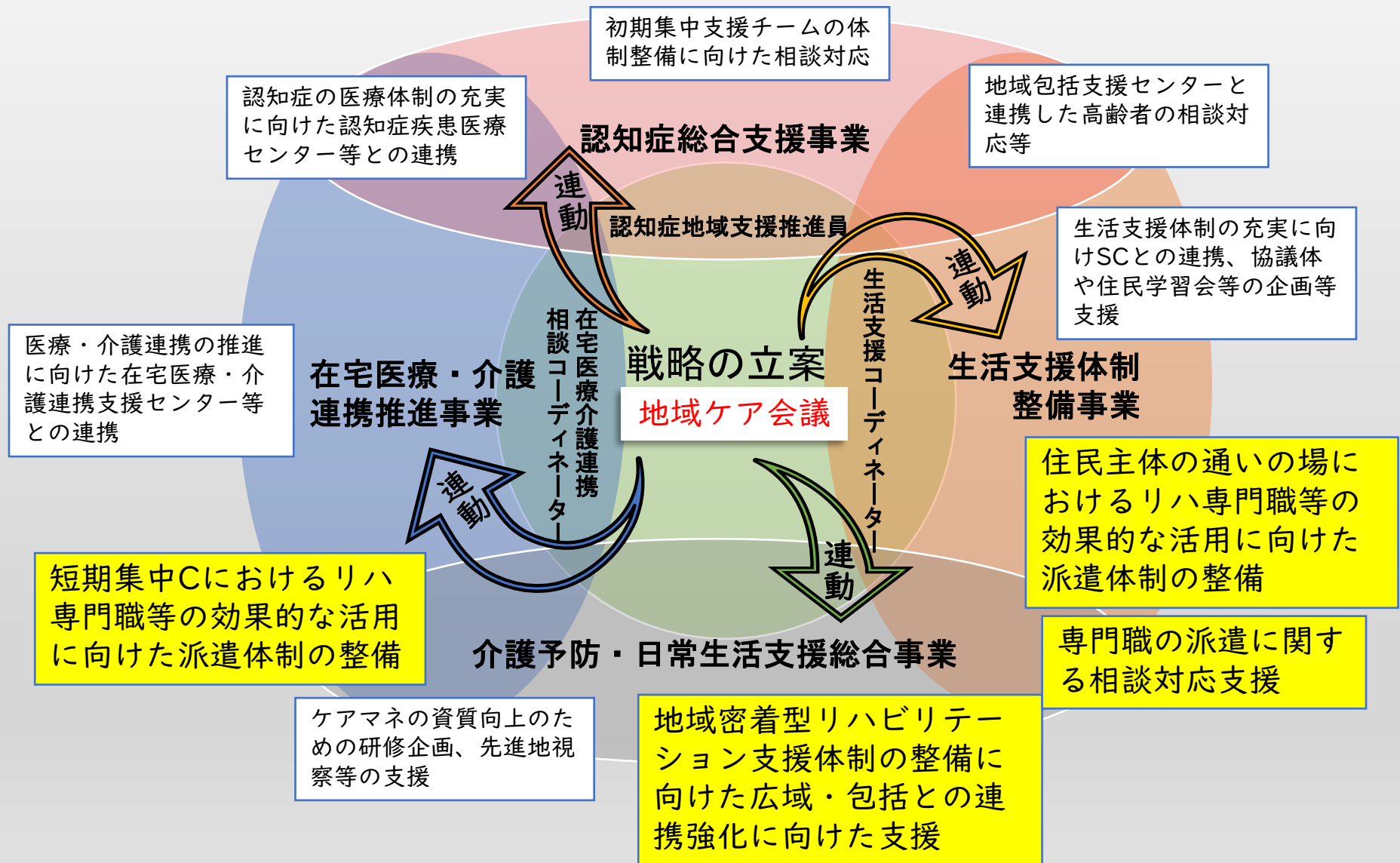
- ①地域包括ケアシステム評価指標の8項目に分けています。
細分化は評価指標やワークシート、介護保険事業計画等を
基に進言行ってください。
- ②各項目について、市町の目指す
姿を記載してください
- ③「②」の目指す姿
の達成年度を
選択してください
- ④地域包括ケアシステム評価指標、
ワークシートを基に推進方を記
載してください
- ⑤A～Hの各項目における達成年度に向けた工程を記載してください
※「③」で記載した達成年度と整合をとってください
※矢印の中には施策を簡潔に記載してください

項目		目指す姿(目標・目的)	達成年度	推進方策(方法・手段)	第8期計画			第9期計画		
					2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度)	2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度 (令和8年度)
(例) A 医療	退院支援	退院前カンファレンスに医師や看護師のみならず訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー等の地域の職種が参加することにより、退院後スムーズに患者が望む生活に移行できる。	2026年度(令和8年度)	多職種研修会を定期的に開催し、退院前カンファレンスの目的や参加者、重要性等について多職種に理解し、行動に移してもらう。	入退院支援ルールの作成・周知			退院前カンファレンスについての勉強会を開催(年2回)		
A 医療										
B 介護										
C 保健・予防										
D 住まい・住まい方										
E 生活支援・見守り										
F 認知症・権利擁護										
G 市町と関係者・団体のネットワーク(連携)										
H 地域共生社会の実現と住民参画										

新たな「地域包括ケアシステム評価指標」
の項目に変更

指標の変更に伴う年度の更新
※第9期計画終了年度までを記載

◆ 評価指標等を活用し把握した市町の課題に対して 令和５年度に県央保健所として支援した主な内容



【本日の内容】



長崎県県央保健所の紹介



長崎県における地域包括ケアシステムの構築・充実に向けた取組



保健所の立場からの地域リハビリ
テーションネットワークづくり



各都道府県 介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局老人保健課長
（ 公 印 省 略 ）

「地域リハビリテーション推進のための指針」の改定について

地域リハビリテーションについては、活力ある超高齢社会の実現や寝たきり予防対策にとって重要であることから、平成 18 年度に、「地域リハビリテーション推進のための指針」をお示し、各自治体において、同指針に基づき地域リハビリテーション支援体制の構築が進められてきたところである。

「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会の取りまとめ（令和元年度 12 月 13 日）」において地域リハビリテーション活動支援事業について、

- ・ 都道府県は、都道府県医師会等と連携し、現行の仕組みであるリハビリテーション協議会や支援センター等の設置や充実を図ることにより、地域の実情に応じた地域リハビリテーション支援体制を体系的に構築すること
- ・ 市町村は、こうした支援体制を踏まえ、郡市区等医師会や必要に応じて都道府県医師会と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、医療専門職を安定的に派遣できる体制を構築するとともに、関係機関の理解促進を図ることが必要であること

等が盛り込まれた。

今般、これらを踏まえて「地域リハビリテーション推進のための指針」の見直しを行ったため、都道府県における実施、また貴管内市町村および関係団体に対して周知方お願いします。

別添

「地域リハビリテーション推進のための指針」

第1 事業の目的

地域リハビリテーションは、活力ある超高齢社会の実現や高齢者に対する自立支援・重度化防止の取組の推進にとって重要であることから、都道府県が行う地域リハビリテーション推進のための事業及び脳卒中情報システムの整備・活用により、地域における介護予防の効果的、効率的な実施に資することを目的とする。

第2 事業の実施主体

都道府県とする。

第3 地域リハビリテーション支援体制の整備

1 趣旨

高齢者に対する自立支援・重度化防止の取組を推進するためには、脳卒中や骨折等による障害発生時においては、急性期リハビリテーション及びその後の回復期リハビリテーション、また、病状安定期にある場合や廃用症候群に対しては、生活期リハビリテーションと言うように、高齢者それぞれの状態に応じた適時・適切なリハビリテーションが提供されることが必要である。

さらに、高齢者等が、閉じこもり状態となり、老化に伴う心身機能の低下等をきたすことを予防し、住み慣れた地域において、生涯にわたって生き生きとした生活を送ることができるよう、保健・医療・福祉の関係者のみならず、ボランティア等の地域における住民が参画して行う、いわゆる地域リハビリテーションが適切に行われることも重要である。

地域リハビリテーション支援体制は、地域包括ケアシステムの構築かつ市町村の一般介護予防事業を中心とした地域支援事業の充実・強化のための体制の整備を図るものである。

地域リハビリテーション・介護予防市町支援体制図

県地域包括ケアシステム推進協議会

県介護予防市町支援部会

- 介護予防の普及啓発
- 介護予防事業に従事する人材の確保及び資質向上
- 介護予防事業の事業評価
- その他介護予防事業の適切な実施の支援

(ワーキング) 総合調整WG

県地域リハビリテーション推進部会

- 県及び地域における連携指針等の作成
- 地域リハビリテーション推進施策の総合的な企画・調整・評価
- 県支援センター及び広域支援センターの指定に係る協議

(ワーキング) 地域リハビリテーション推進WG
特別支援学校卒業後対策WG
補装具適正化WG

連帯

県リハビリテーション支援センター

- ・地域リハビリテーション広域支援センター・地域リハビリテーション連絡協議会への支援
- ・リハビリ資源の調査・研究
- ・関係機関との連絡調整
- ・介護予防事業指導者への研修・支援
- ・介護予防事業の適切な実施の支援

支援

地域リハビリテーション連絡協議会

保健所

- ・市町への支援
- ・連絡協議会事務局
- ・関係機関の調整等
- ・リハビリテーション及び介護予防従事者への研修

連携
協働

地域リハビリテーション広域支援センター

- ・リハビリテーション従事者への研修・支援
- ・リハビリテーション実施機関等の支援
(住民からの相談や福祉用具等の相談などへの支援、情報提供)
- ・介護予防事業従事者への研修・支援
- ・介護予防事業の適切な実施の支援

支援

市町単位

支援

市町

福祉部門

保健部門

介護保険部門

地域包括支援センター

住民組織

介護保険
サービス関連施設
老人保健施設
デイケア施設
特別養護老人
ホーム等
障害者支援施設

病院
診療所
訪問看護
ステーション

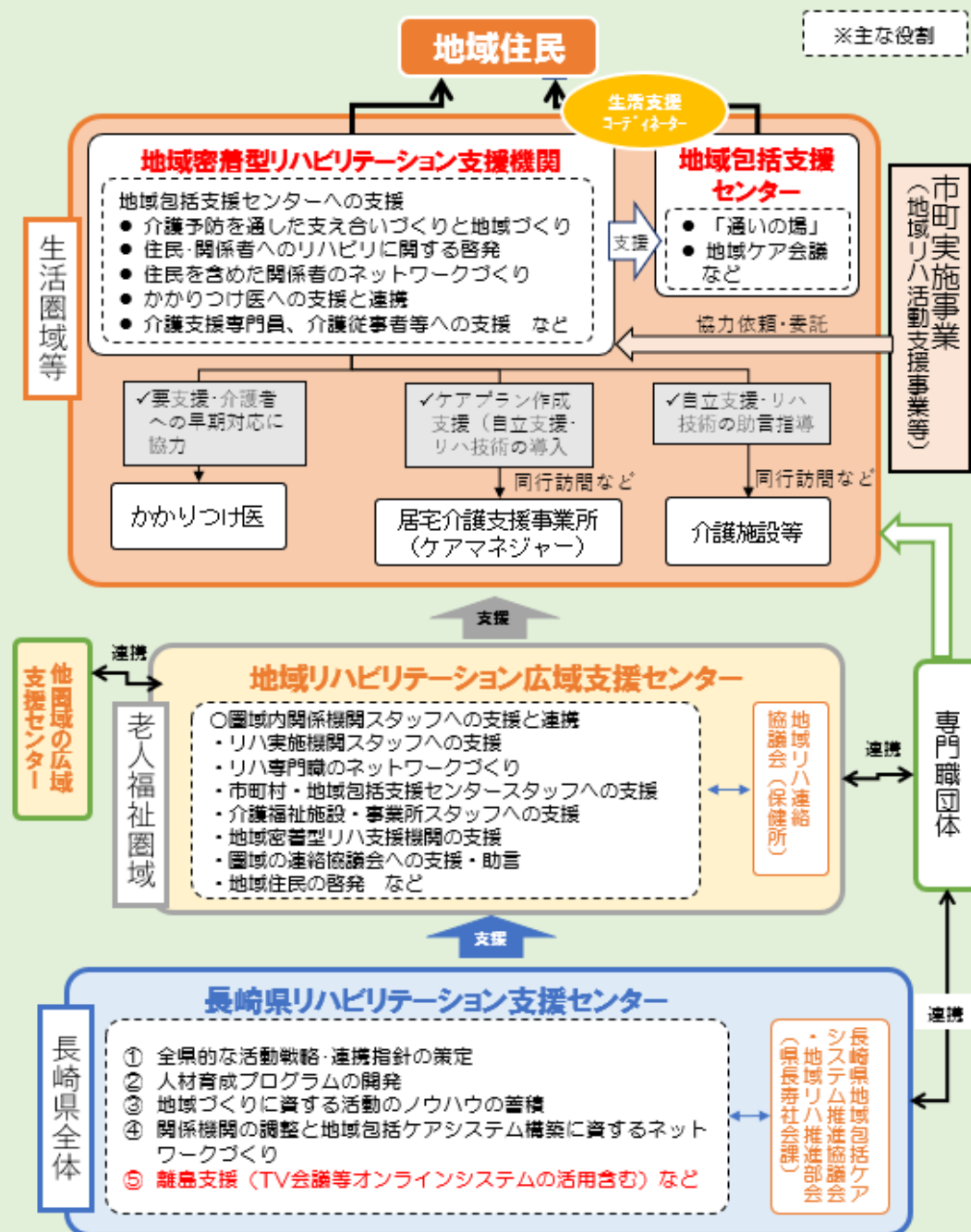
救急医療施設

住民

県での取組

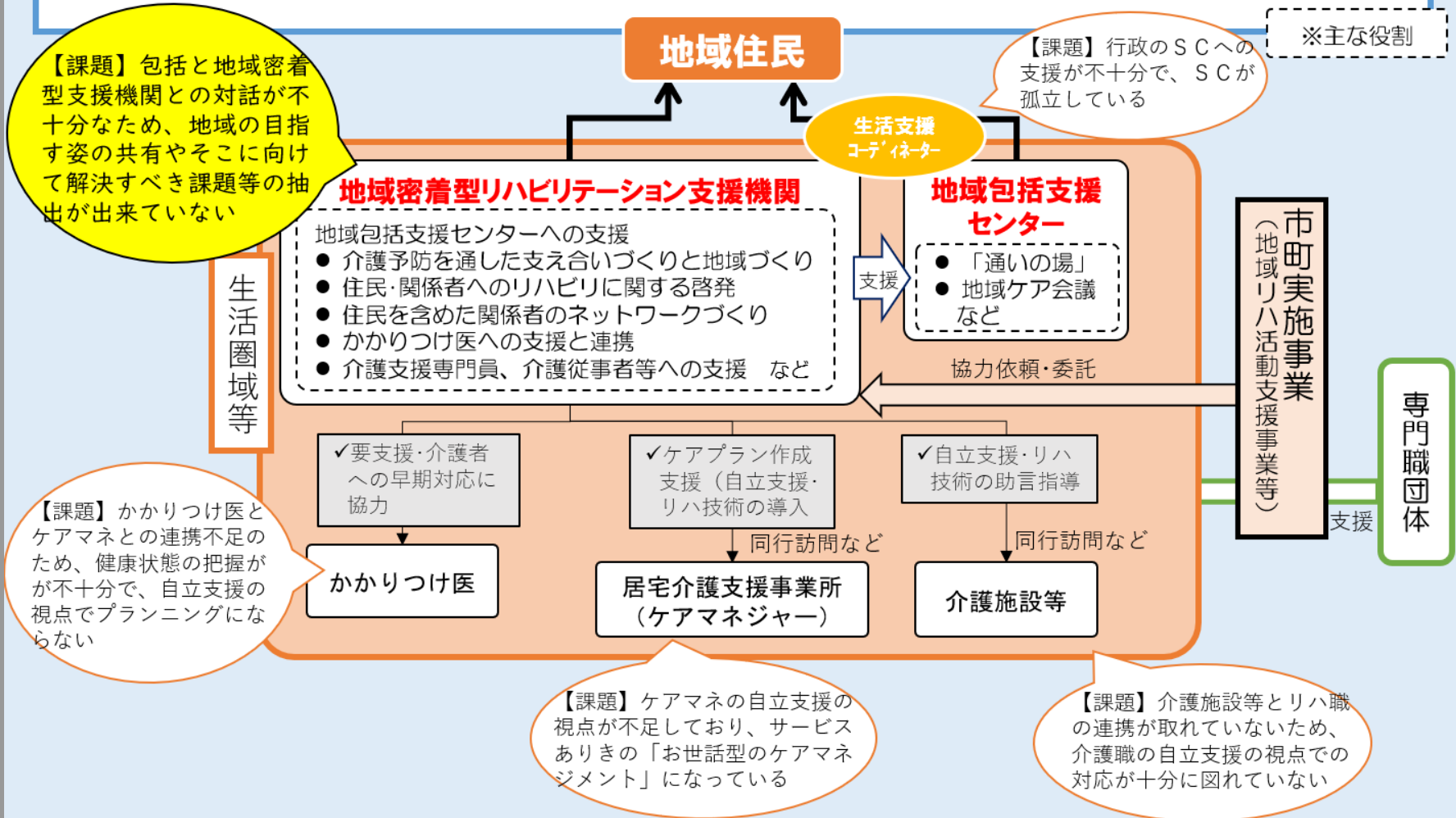
保健所圏域での取組

(参考) 地域包括ケアシステム支援のための
地域リハビリテーション支援体制のイメージ



参考例：＜〇〇市（圏域）が目指す地域密着型支援体制のあるべき姿＞

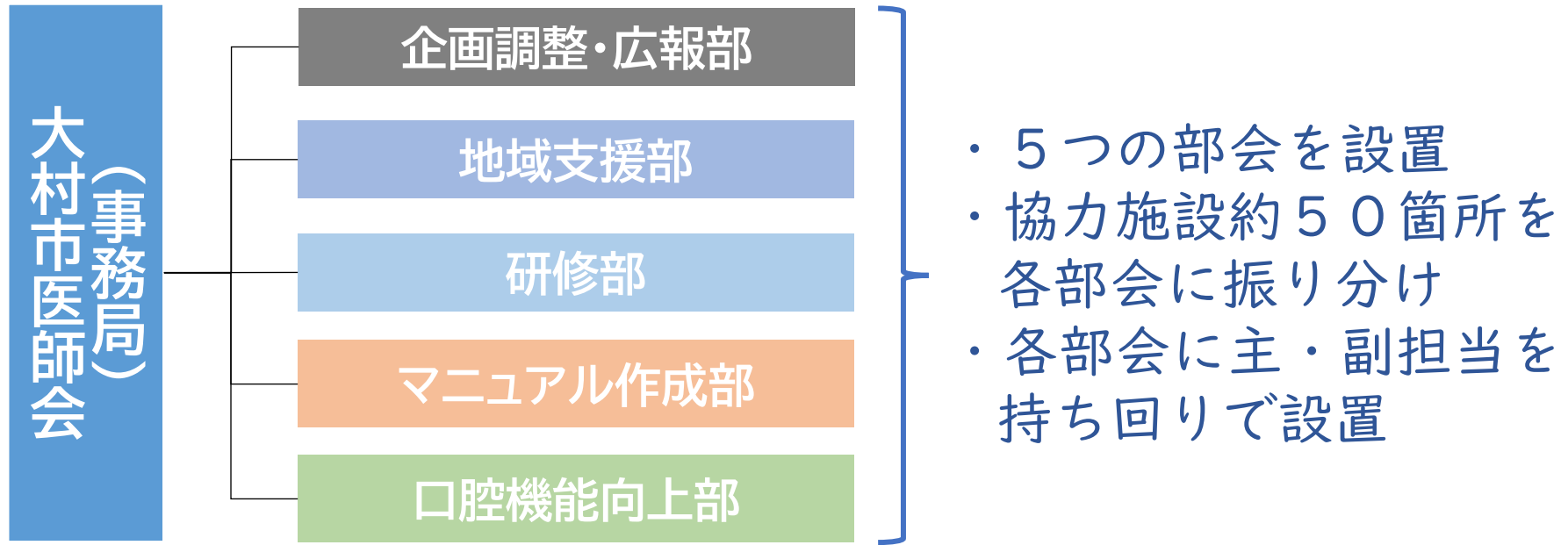
「地域密着型リハ支援機関と市町、地域包括支援センター、関係団体等が、日常的に「地域づくり」について話し合える関係を構築することで、〇〇市（圏域）の課題にあった支援を協働で実施できる。



目指す姿とそこに向けた課題について、市町、包括、広域支援センター、関係団体等が**共有**することで、圏域での取り組むべき方向性の明確化に繋がる

県央地域リハビリテーション広域支援センターの体制

これまでの体制（～R5）



課題

部会の構成が広域となり、地域の実情にあった活動展開が困難

主・副担当制であるが、持ち回りのため責任の所在が不明瞭

協力施設により、業務負担に偏りがある

行政（地域包括支援センター）との連携が不十分である

地域包括ケアと地域リハビリテーションの関係

引用：一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 令和2年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 「地域包括ケアシステム構築に向けた地域リハビリテーション体制整備マニュアル」を一部改編

	地域包括ケア	地域リハビリテーション
定義	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、住まい・医療・介護・予防・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実現していきます。（厚労省ホームページ）	地域リハビリテーションとは、障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、 住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができる よう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。（一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会）
目標	・ 地域共生社会の実現 ・ 安全・安心・健康が確保され生活が継続されること	・ インクルーシブ（包摂）社会の創生 ・ 安全に、その人らしくいきいきとした生活ができること

地域包括ケアも地域リハも、定義や目標など共通する考え方であることから、地域リハ広域支援センターと行政（地域包括支援センター）が同じ方向を向いて取り組むための仕掛けを実施

地域密着型リハ支援体制に関する
保健所・広域・包括での打合せ



通いの場の視察と
世話人との意見交換会



有識者を交えた意見交換会

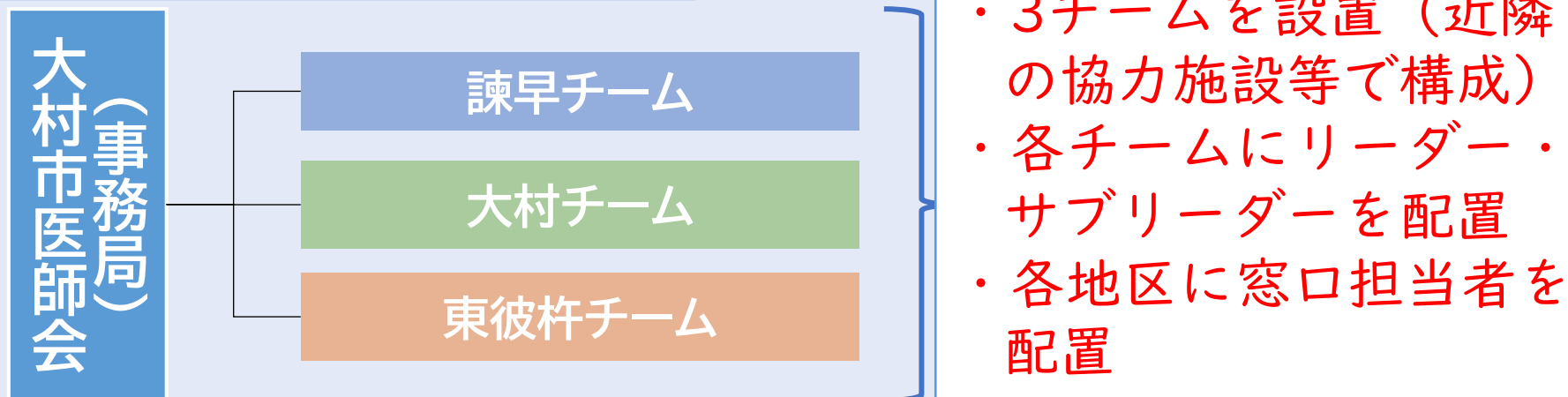


これからの県央地域リハビリテーション広域支援センターの体制

これまでの体制（～R5）



これからの体制（R6～）



県央地域リハビリテーション広域支援センター (R6～地域密着型リハ支援体制)

諫早市・地域包括支援センター

大村市・地域包括支援センター

東彼3町・地域包括支援センター

支援

諫早チーム (15)

連携

支援

大村チーム (24)

連携

支援

東彼3町チーム (8)

運営会議 (センター長・事務局：大村市医師会・諫早市・大村市・東彼3町リーダー・サブリーダー
・地区窓口担当・口腔機能向上部担当・県央保健所)

リーダー：PT ●●
サブリーダー：PT ●● OT ●● ST ●●

中央部地区 29町 窓口担当：PT ●● OT ●●

西諫早病院 あきやま病院

北部地区 20町 窓口担当：PT ●● OT ●●

諫早総合病院

西部地区 7町・2地域 窓口担当：PT ●● OT ●●

宮崎病院 ろうけん西諫早 恵風園 慈恵病院

南部地区 20町・1地域 窓口担当：PT ●● OT ●●

恵仁荘 恵寿病院 菅整形外科

東部地区 12町・2地域 窓口担当：PT ●● OT ●●

あいのわ 山崎病院 佐藤病院
ケアホーム・クローバー

リーダー：PT ●●
サブリーダー：PT ●● OT松 ●● ST ●●

北地区 (郡・萱瀬中学校区) 4公民館
窓口担当：PT ●●

リハビリセンター大村 市立大村市民病院 橋口整形
外科 牧山医院

中地区 (西大村・桜ヶ原中学校区) 5公民館
窓口担当：PT ●●

さくらクリニック うえだ記念内科 貞松病院 南野
病院 山下外科 大村市医師会訪問看護ステーション

南地区 (玖島・大村中学校区) 3公民館
窓口担当：PT ●●

うぐいすの丘 伊崎脳神経外科・内科 長崎医療セン
ター 長崎リハ学院 中澤病院 ともなが内科

リーダー：PT ●●
サブリーダー：PT ●●

東彼杵地区 @@@ 窓口担当：PT ●●

鈴木病院

川棚地区 @@@ 窓口担当：PT ●●

山本整形外科 デイサービスセンター和家

波佐見地区 @@@ 窓口担当：

@@@@

口腔機能向上部 (15チーム)

堀内歯科 納富歯科

井上歯科 またの歯科 南原歯科 すみ歯科
まつかわ歯科 本川歯科 岡歯科 吉原歯科

やまべ歯科 山本歯科 いわぬま歯科
やまさき歯科 大安歯科

協働

県央地域リハビリテーション連絡協議会(広域支援センターと市町との調整役：県央保健所)

令和6年度県央地域リハビリテーション広域支援センターの取組計画

令和6年度 県央地域リハ広域支援センター事業スケジュール

(R6. 6. 30日時点)

○予定 ●実施済み

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	備考（支援内容、課題等）
1 地域リハビリテーション支援体制整備事業													
県央保健所													
県央地域リハビリテーション連絡協議会		実績報告 実施計画					日程調整	起案		○ 協議会			広域支援センターの指定推薦 活動報告及び活動計画 ・圏域全体の課題解決に向けた対策について協議
県央地域リハ広域支援センター													
<委託関連事務>													
委託事業事務		● 実績報告	●6/19 検査							○ 次年度指定 推薦			
<会議等>													
広域支援センター全体会議（2回）			● (6/25)								○		広域支援センター関係者の全体会議 活動や取組等に関する決定や承認等を行う会議
広域支援センター運営会議（3回）			● (5/20)				○			○			R6.3新設。各地区リーダー、サプリーダー、 歯科医師会等の主要メンバーとの広域支援セ ンター全体の運営、予算等について協議
3地区リーダー会議（3回）		● (4/23)			○					○			各地区リーダー間での意見交換、情報共有の 場。必要時、各地区サプリーダーも参加
各地区会議（年2回×3地区）													
諫早地区				○							○		各地区単位で、リーダー、サプリーダー等を中心として地区の課題を踏まえた取組について検討（地域の実情に応じた研修会の企画など）
大村地区		● (5/20)								○			
東彼杵3町地区													
← 必要時調整 →													
口腔機能向上部会議													口腔機能向上部（歯科医師）中心の会議
<研修会関係>													
県央ケアフォーラム（年1回）					実行委員会			実行委員会		○			実行委員会メンバーとして広域支援センターも参画。各関係団体と協力し、県央圏域全体の取組としてフォーラムを開催
各地区研修会（年2回）													
諫早地区						○							諫早地区、大村・東彼杵地区に分かれて地域課題に応じた研修会の開催 参加は地区に限らず可能。（事務局からメールにて全体周知）
大村・東彼杵地区				○									
口腔機能関係研修会（年1回）													口腔機能向上部主催の研修会
<地域密着型リハビリテーション支援体制>													
○市町と地域リハ広域支援センターとの意見交換													
諫早市		● (5/28)								○			広域支援センターの役割 協力病院の拡充 実績報告等について
大村市				○ 調整中						○			
東彼杵郡3町				○ (7/2)						○			
その他 各種会議・研修会等への出席													
長崎県地域リハ援体制推進研修会				○							○		
保健所・広域支援センター担当者合同会議					○8/7							○	原則、事務局及び3地区リーダーが参加。 質疑等に備えて、事務局に集合。

地域を支えるためのネットワークづくり（保健所の視点から）

1

市町の地域包括ケアシステムの全体像を踏まえた支援

県独自の地域包括ケアシステム評価指標等を活用し、保健所の強みである俯瞰した視点で市町が抱えている課題等を把握することで、必要な支援を検討することができる

2

市町（包括）と地域リハ広域支援センターとの連携調整

把握した地域課題の解決にむけて、地域リハ広域支援センターと行政（地域包括支援センター）との対話の場面を設けるなど、連携調整の役割を担うことで、市町や広域支援センター等の関係者間での取組の方向性が共有できる

3

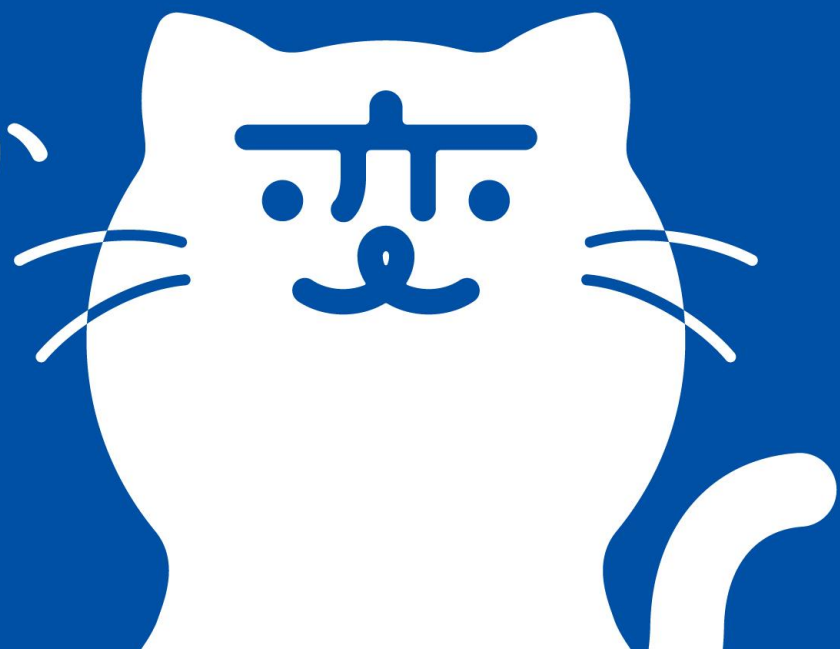
地域の実情に合わせた地域密着型リハ支援体制の構築

リーダーやサブリーダー、地域窓口担当者の配置により、役割が明確となり行政（包括）と広域支援センターとの連携が図りやすくなる
また、チーム制により「我がまちの担当」という意識が強化されるとともに、チーム内の協力施設間での連携強化に繋がる

地域包括ケアを支える地域リハビリテーション支援体制の推進に向けて、引き続き保健所の視点からも取り組んでいきたい

ご清聴ありがとうございました

にゃんとか
せんば。



長崎の変プロジェクト