

# 「ちば地域リハ・パートナー」 制度の手引



令和4年3月  
千葉県健康福祉部健康づくり支援課

# 目 次

|                |   |
|----------------|---|
| 1 趣旨           | 1 |
| 2 パートナーの要件     | 2 |
| 3 パートナーの業務内容   | 2 |
| 4 広域支援センターの役割  | 2 |
| 5 活動までの流れ      | 2 |
| 6 活動に当たっての費用負担 | 3 |
| 7 ロゴマークの使用     | 4 |
| 8 活動報告         | 5 |
| 9 指定を辞退する場合    | 5 |
| 10 こんなときは(Q&A) | 6 |

## (参考資料)

|  |    |
|--|----|
| 千葉県地域リハビリテーション支援体制整備推進事業実施要綱                             | 11 |
| 「ちば地域リハ・パートナー」制度実施要領                                     | 13 |
| 「ちば地域リハ・パートナー」制度実施要領<br>別紙様式2「パートナー活動報告書」(別シート、記載説明、記載例) | 20 |
| 地域リハビリテーション広域支援センター等一覧                                   | 25 |

\* 本書における用語の定義は次のとおりです。

「実施要綱」…千葉県地域リハビリテーション支援体制整備推進事業実施要綱

「実施要領」…「ちば地域リハ・パートナー」制度実施要領

「パートナー」…「ちば地域リハ・パートナー」として県から指定を受けた機関

「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

「リハ専門職」…理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

「関係機関」…市町村、地域包括支援センター等、リハビリテーションに関する支援を必要とする  
機関

「相談・依頼元」…広域支援センターへ相談・協力を依頼した関係機関

# 1 趣 旨

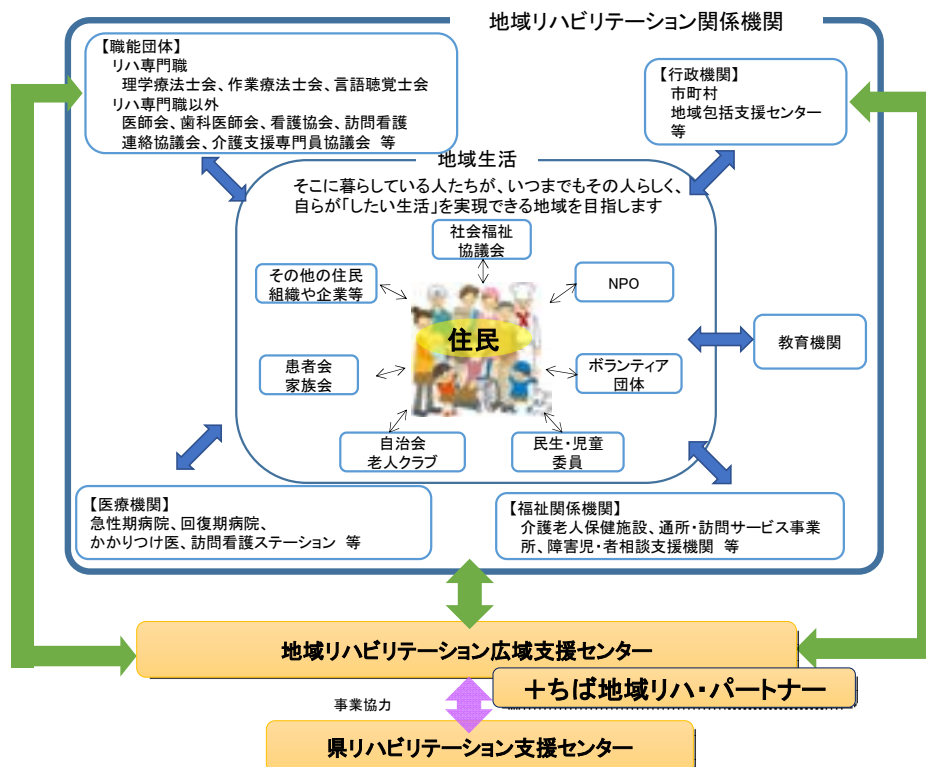
「地域リハビリテーション」とは、「障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、医療・保健・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべて」（日本リハビリテーション病院・施設協会による定義、2016年）です。

千葉県では、「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業実施要綱（以下「実施要綱」）」に基づき、地域リハビリテーション推進の拠点として、各二次保健医療圏に1箇所、県内合計9箇所の病院を「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」）」として指定し、市町村をはじめとした圏域内外の関係機関からのリハビリテーションに関する相談対応、関係機関従事者への研修等を行っています。

急速な高齢化によりリハビリテーションの需要はますます高まっており、広域支援センターへの相談・依頼も増加傾向にあります。増え続けるニーズに全て応えるには、広域支援センターのマンパワーだけでは限界があります。

本制度は、広域支援センターが行う関係機関への支援に御協力いただける機関（施設・団体）を「ちば地域リハ・パートナー（以下「パートナー」）」として指定することにより、各圏域における地域リハビリテーション支援体制の充実を図るものです。

## 《本県における地域リハビリテーション支援体制の目指す姿》



## 2 パートナーの要件

地域リハビリテーションの理念に十分な理解を持ち、広域支援センターからの協力要請に応じただけの意思のある機関とし、具体的には次のような機関とします。

- 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士(以下「リハ専門職」と総称)等の在籍する施設…病院・診療所、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、通所・訪問リハビリ事業所、特別養護老人ホーム等
- 一又は複数の市町村圏域において、その活動を通じて、地域リハビリテーションに関する社会資源やニーズ等地域の状況に精通している団体…市町村社会福祉協議会、NPO、職能団体等

## 3 パートナーの業務内容

市町村・地域包括支援センター等地域の関係機関(以下「関係機関」と総称)や広域支援センターが各種事業を実施するに当たり、主に人的支援を必要とする場合に、広域支援センターからの依頼・紹介に応じ、可能な範囲でスタッフの派遣等の御協力をいただきます。

具体的業務は圏域の状況や広域支援センターの事業内容、関係機関からの相談・依頼により異なりますが、次のような事例が考えられます。

- (1) 市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業、地域ケア会議等へのリハ専門職等の派遣
- (2) 広域支援センターが主催する講演会・研修会等への講師・スタッフの派遣
- (3) 関係機関から広域支援センターへ寄せられたリハビリテーションに関する相談等に対する支援
- (4) その他、会議・研修等の会場の提供、地域資源調査・情報提供、イベントの周知等

## 4 広域支援センターの役割

本制度の実施にあたって、広域支援センターが担う役割は次のとおりです。

- (1) 市町村等地域の関係機関や広域支援センターが各種事業を実施するにあたり、リハ専門職等の人的支援が必要な場合に、依頼に応じ、パートナーに対する人材派遣の打診等の調整を行います。
- (2) パートナー会議や意見交換会の開催を通じ、それぞれのパートナーが持つ資源を把握するとともに、圏域内のパートナー同士の顔の見える関係づくりを行います。
- (3) パートナーを対象とした各種研修を開催し、地域支援に資する人材の育成を図ります。
- (4) 地域リハビリテーションに関する各種情報を適宜メール等により配信します。

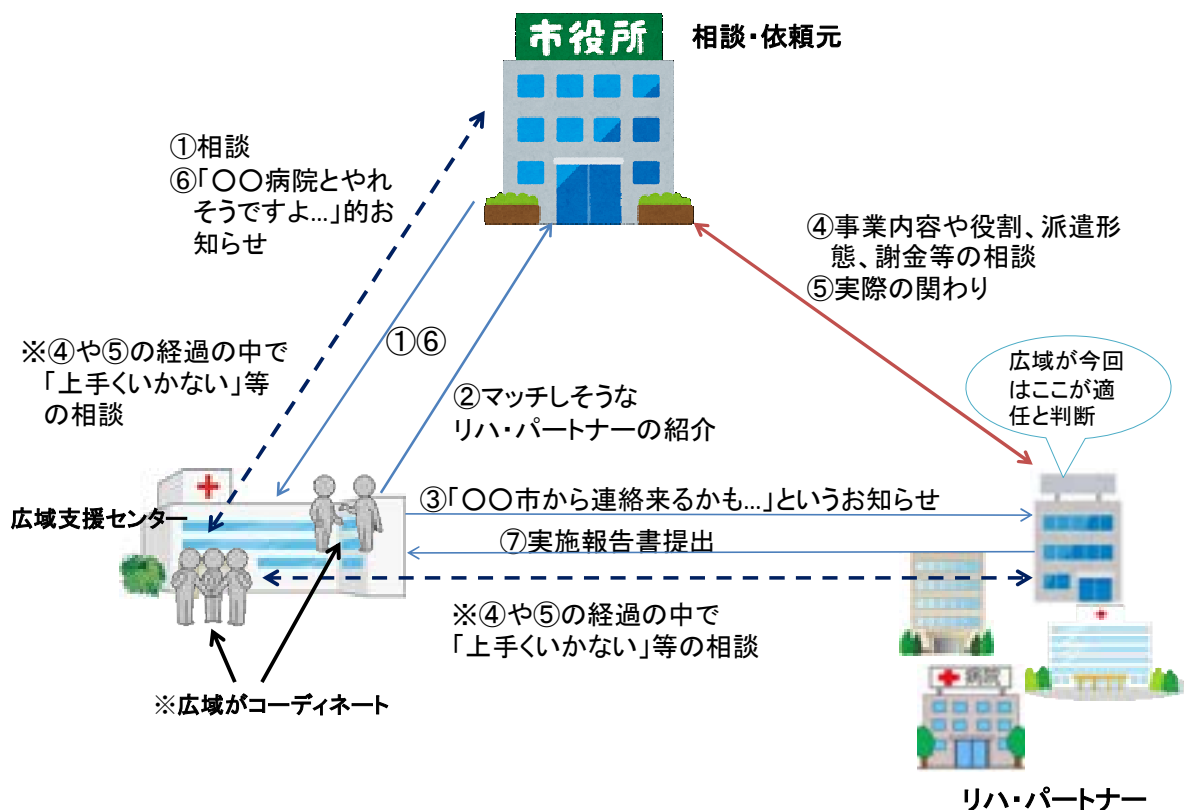
## 5 活動までの流れ

- (1) 各広域支援センターでパートナー会議(意見交換会)を開催し、パートナーとの顔合わせ、それぞれのパートナーが派遣可能な職種・エリア・分野等の情報収集、またどのような協力が可能か意見交換を行います。

開催については、広域支援センターからパートナー宛てに別途御案内があります。

- (2) 広域支援センターは、自らが主催するイベント等への協力を必要とする場合、又は関係機関から相談・依頼を受けた場合に、その内容にふさわしいパートナーを選定し、打診(又は紹介)します。(下図①～③)
- (3) 具体的な協力内容、費用等について、パートナーと相談・依頼元(事業の主催者)で直接協議の上、決定してください。(下図④～⑤)
- なお、事業の実施方法等について疑義がある場合、広域支援センターへアドバイスを求めることは可能ですので、お気軽に御相談ください。
- (4) 協議の結果(委託契約の締結に至った、条件が合わず辞退したなど)については、広域支援センターに御一報ください。(下図⑥～⑦)

### 《手順例フロー図》



## 6 活動に当たっての費用負担

県からは、パートナーの指定に係る委託料等の支払は行いませんが、スタッフ派遣等に要する費用負担については、相談・依頼元と直接協議してください。

例えば、市町村の介護予防事業へ人材派遣を行う場合、業務委託(委託料)又は直接雇用(報償費)など、市町村により形態が異なります。

なお、相談・依頼元が広域支援センター以外の場合、広域支援センターは費用負担の協議には関与しませんので御了承ください。

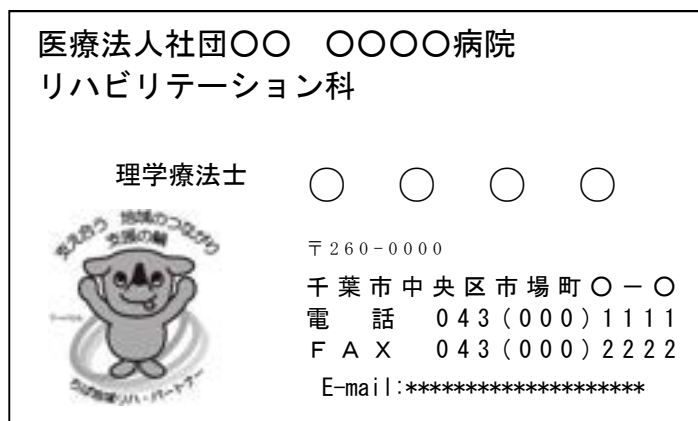
## 7 ログマークの使用

- (1) パートナーは、ホームページや印刷物への記載等により、「ちば地域リハ・パートナー」であることを表示することができるほか、県マスコットキャラクター「チーバくん」をあしらった「ちば地域リハ・パートナーログマーク(以下「ログマーク」という。)」を使用することができます。
- (2) ログマークの使用を希望する場合は、県健康づくり支援課あてメールで、作成しようとする印刷物やホームページの内容、作成部数等をお知らせください。折り返し、ログマークの電子データを送信します。  
メールアドレス(千葉県健康福祉部健康づくり支援課 地域リハビリ班)  
reha1@mz.pref.chiba.lg.jp
- (3) ログマークは「地域リハ・パートナー」制度の推進を目的として作成したものですので、目的外利用はしないでください。
- (4) ログマークの上に絵や文字を重ねたり、縦横比や色を変えたりしないでください。
- (5) 実際の使用実績について、毎年度提出いただく活動報告書(次ページ「8活動報告」参照)の中で御報告をお願いします。
- (6) その他、ログマーク使用にあたっての留意事項は「千葉県マスコットキャラクター「チーバくん」デザイン等使用取扱要領」を御参照ください。

参考:千葉県ホームページ「チーバくんのデザイン等を使用したい方へ」

<https://www.pref.chiba.lg.jp/kouhou/miryoku/chi-ba-kun/designsiyou.html>

### 名刺使用例



## 8 活動報告

年に1度、活動状況について報告をお願いします。

### (1) 報告様式

ちば地域リハ・パートナー活動報告書(P18・P19、実施要領別紙様式2)

千葉県ホームページからダウンロードしてください

トップページから「ちば地域リハ・パートナー」で検索

<https://www.pref.chiba.lg.jp>

### (2) 提出先

各圏域の広域支援センター(県全体を所管する職能団体等は、県健康づくり支援課)

### (3) 提出方法

電子メール又はファクシミリ(広域支援センターから別途送付先をお知らせします)

### (4) 提出期限 毎年4月30日

## 9 指定を辞退する場合

「活動報告書」の活動継続希望の有無欄で「無」を選択した場合は、指定辞退の申出があったものと見なします。

年度途中で辞退する場合は、その旨を広域支援センター又は県健康づくり支援課あて御一報いただいた上で、それまでの活動状況、辞退理由等について「活動報告書」により御報告をお願いします。

## 10 こんなときは(Q&A)

- (1) **指定書の有効期間はありますか(指定期間の設定はありますか)**

☑指定期間は定めていませんので、指定辞退の申出がない限り有効です。

- (2) **指定書をなくして(汚損して)しましたが、再発行はできますか**

☑指定書の再発行は原則としてしません。御了承ください。

- (3) **所在地・連絡先・担当者等が変更になりました**

☑年に1度提出いただく「活動報告書」(P18・P19)に新たな連絡先等(機関名、所在地、代表者名、E-mail、電話及びFAX)を御記入いただくとともに、「報告済内容からの変更」欄に「有」を記入の上、4の「その他連絡事項・ご要望等」にそれぞれの変更時点を御記入ください。

年度途中での変更は広域支援センター及び県健康づくり支援課あて、電子メール又は書面で御報告ください。

- (4) **名刺等にロゴマークを使いたいのですが**

☑県健康づくり支援課あてメールでお知らせください。折り返し、ロゴマークの電子データを送信します。使用状況について「活動報告書」により御報告をお願いします。

- (5) **意見交換会はいつ開催されますか**

☑広域支援センターによっては状況により時期が遅くなる場合も想定されます。開催準備の整った広域支援センターから順次御案内しますので、それまでお待ちください。詳細は広域支援センターへお問い合わせください。

- (6) **広域支援センターから支援依頼が来ません**

☑意見交換会開催後、準備が整った広域支援センターから順次運用を開始します。また、広域支援センターでは依頼の内容により、適当なパートナーを選んで紹介します。すぐに御連絡がない場合もありますが、御了承ください。

逆にパートナーから広域支援センターへ事業提案いただくのも一つの方法と考えます。

- (7) **以前お手伝いした施設から再度依頼が来ましたが、直接引き受けてもいいですか**

☑一度つながりができれば、次回もお願いしたいと頼まれることも予想されます。その場合は活動報告書の1「地域リハビリテーションに係る活動・協力状況」欄で御報告をお願いします。

- (8) **依頼元から「ボランティアに来てほしい」と言われました**

☑ボランティアであることに異存がなければ、お引き受けいただいてもかまいませんが、必ず管理者(所属長)の方の了解を得ていただくようお願いします。



なお、市町村に対しては、介護予防事業へ支援を依頼する場合、極力介護保険の地域支援事業の枠内で行っていただくようお願いしています。

(9) **パートナーから他のパートナーへ支援を求めることはできますか**

パートナー同士の支援ももちろん可能ですので、広域支援センターへ御相談ください。

(10) **他圏域の広域支援センターからの依頼に応じた活動はできますか**

所在する圏域のみの活動に限定していませんので、他圏域の広域支援センターからの依頼に応じた活動は可能です。

(11) **パートナーのメリットは何ですか**

患者・利用者の方々の在宅生活を支える地域の様々な関係機関と顔の見える関係ができ、より円滑な退院支援・生活支援につながります。

・地域支援に積極的に携わることにより、職員のスキルアップが図られます。

・市町村事業等への協力を通じて、地域住民の方々への施設のPR効果も期待できます。

(12) **個人としてパートナーの指定を受けることはできますか**

地域リハビリテーションの理念を御理解の上、御協力いただける施設・団体をパートナーに指定しており、個人の方の指定は行っていません。

パートナーの施設管理者(所属長)の方におかれましては、職員の方が安心して、積極的に地域支援に携われますよう、サポートをお願いします。

なお、御自身が所属する職能団体がパートナーの指定を受けている場合の手続の詳細については、各職能団体へお問い合わせください。



# 參考資料



# 千葉県地域リハビリテーション支援体制整備推進事業実施要綱

平成 28 年 5 月 2 日全部改正  
(健支第 171 号)

平成 29 年 3 月 23 日一部改正  
(健支第 1200 号)

## 第 1 趣旨

高齢者等が寝たきりの状態になることを予防するためには、予防から急性期・回復期・地域生活期のそれぞれの状態に応じた適切なリハビリテーションが切れ目なく提供されることが必要である。

さらに、リハビリテーションには、「心身機能」のみならず「活動」や「参加」への寄与も期待されており、障害者や高齢者等が住み慣れた地域でいきいきとした生活を送るためには、本人、家族、地域住民及び関係職種等が、リハビリテーションの視点をもつことが重要である。

本事業は、障害者や高齢者を含め地域に暮らすすべての人々が、いつまでもいきいきとした生活を送ることができる社会を目指し、リハビリテーションの視点から保健・医療・福祉等の関係機関を繋ぎ、適切な支援が切れ目なく提供されるよう、関係機関等の支援体制の整備を図るものである。

## 第 2 事業内容

### 1 千葉県地域リハビリテーション協議会の開催

地域リハビリテーション関係機関（地域の実情に合った効果的なリハビリテーションを提供するための多種多様な組織をいう。以下同じ。）の代表者等を構成員とする「千葉県地域リハビリテーション協議会」を開催し、本県における地域リハビリテーションの推進に関し必要な事項について協議する。

### 2 千葉県リハビリテーション支援センターの指定

地域リハビリテーションの中核機関として、千葉県リハビリテーション支援センター（以下「県支援センター」という。）を県内に 1 箇所指定する。

#### （1）機能・役割

県支援センターの機能・役割は次のとおりとする。

- ア 第 2 の 3 に規定する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。）への助言、技術的支援等による事業協力
- イ 広域支援センター相互の連携及び情報共有の促進
- ウ 地域リハビリテーションに関わる先駆的事例の調査
- エ 地域リハビリテーション関係機関の情報共有の促進
- オ 地域リハビリテーション関係機関従事者の人材育成
- カ 地域リハビリテーション関係機関や住民等を対象とした普及・啓発

キ 災害時に備えた地域リハビリテーション支援体制の整備

(2) 責務

県支援センターは、(1)の機能・役割の遂行を通じ、県、広域支援センター及び県内外の地域リハビリテーション関係機関との連携を密にし、信頼関係を築くとともに、関係職員の資質の向上に努めなければならない。

3 地域リハビリテーション広域支援センターの指定

二次保健医療圏ごとに1箇所、圏域の地域リハビリテーションの中核となる広域支援センターを指定する。

広域支援センターの機能・役割は次のとおりとし、各広域支援センターは、圏域の実情に応じ、これらを遂行するものとする。

(1) 全ての広域支援センターが担う機能・役割

ア 市町村及び職能団体をはじめとする地域リハビリテーション関係機関からなる「連絡協議会」の開催を通じた地域リハビリテーション関係機関相互の連携支援体制の構築

イ 地域包括ケアの推進に向けた市町村への事業協力

ウ リハビリテーション専門職の在籍していない地域リハビリテーション関係機関に対する相談支援

エ 研修会等の実施を通じた地域リハビリテーション関係機関従事者の協働促進

(2) 圏域の実情に応じて取り組むべき機能・役割

ア 地域診断と圏域課題の分析に基づく先駆的取組の実施

イ 住民に対する健康増進・介護予防等の取組支援

ウ 資源が少ない領域の支援体制の構築

エ 災害時の地域リハビリテーション活動等その他地域リハビリテーションの推進に必要な取組

4 その他の事業

1～3に掲げるほか、県は、地域リハビリテーション支援体制の整備推進のために必要な事業を適宜実施するものとする。

第3 その他

本事業の推進に関し必要な事項は、別途定める。

(附則)

1 この要綱は、平成28年5月2日から施行する。ただし、改正後の県支援センター及び広域支援センターの機能・役割については、平成29年4月1日から適用する。

2 「千葉県地域リハビリテーション支援体制整備推進事業実施要綱（平成14年11月1日施行）」は、廃止する。

(附則)

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

# 「ちば地域リハ・パートナー」制度実施要領

## 1 目的

本制度は、「千葉県地域リハビリテーション支援体制整備推進事業実施要綱」（以下「要綱」という。）に基づき各二次保健医療圏に設置する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。）の支援機能を補完する機関として「ちば地域リハ・パートナー」（以下「パートナー」という。）を指定し、当該広域支援センターと連携することにより、圏域内外における地域リハビリテーション支援体制の構築に寄与することを目的とする。

## 2 指定要件

次の各号のいずれかに該当し、地域リハビリテーションの理念に十分な理解を持ち、広域支援センターからの人的協力等の要請に応じる意思のある機関とする。

- (1) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等が在籍する施設（病院・診療所、介護老人保健施設、訪問看護ステーション等）
- (2) 一又は複数の市町村の圏域において、その活動を通じて、地域リハビリテーションに関する社会資源やニーズ等地域の状況に精通している団体（市町村社会福祉協議会、NPO、職能団体等）

## 3 指定

- (1) パートナーとして指定を希望する機関は、別紙様式1「ちば地域リハ・パートナー指定申請書」を県に提出するものとする。
- (2) 県は、申請書の内容について審査し、適当と認めたときは、申請機関に対しパートナーとして指定する旨の公文書を交付する。

## 4 変更の報告

パートナーは、申請書の内容（「貴施設・団体で地域支援として取組中の事業」を除く。）に変更が生じた場合は、別紙様式2「ちば地域リハ・パートナー活動報告書」により報告するものとする。

なお、年度途中に生じた変更については、広域支援センター及び県宛て電子メール又は書面で報告するものとする。

## 5 指定の取消

県は、パートナーが次の各号のいずれかに該当すると認めるときは指定を取り消すものとする。

- (1) 2の指定要件を満たしていないと認められ、かつ指定を取り消すことが適当と認められる場合
- (2) 別紙様式2「ちば地域リハ・パートナー活動報告書」の「3 今後の活動の意向」で「指定辞退」があったものと見なし、かつ指定を取り消すことが適当と認められる場合
- (3) その他指定を取り消すことが適当と認められる場合

## 6 協力要請等

- (1) 県は、3により指定したパートナーの情報について一覧を作成し、各広域支援センター

及び千葉県リハビリテーション支援センターへ提供するとともに、県ホームページ等へ掲載するものとする。

(2) 広域支援センターは、要綱に基づく事業等の実施に当たり必要な場合（広域支援センターが他の関係機関から協力要請を受けた場合を含む。）は、パートナーに対し職員の派遣等の協力を要請することができる。

(3) パートナーは、広域支援センターから要請があった場合は、可能な範囲でこれに協力するものとする。

## 7 費用負担

(1) 県は、パートナーに対し、指定に係る対価の支払は行わないものとする。

(2) 6の(2)の職員派遣等に要する費用については、原則として当該事業の主催者が負担するものとし、パートナーと主催者が直接協議の上決定するものとする。

## 8 会議等の開催

広域支援センターは、パートナーとの連携・調整のための会議を開催するとともに、適宜研修等を実施し、パートナーの活動支援に努めるものとする。

## 9 ロゴマークの使用等

(1) パートナーは、当該施設内への表示又は当該機関の発行する印刷物もしくはホームページへの掲載等により、パートナーである旨を周知することができるほか、当該パートナーが作成する名刺、印刷物、掲示物及びデジタルコンテンツ等において、別記「ちば地域リハ・パートナーロゴマーク」（以下「ロゴマーク」という。）を使用することができる。

なお、ロゴマークは、「ちば地域リハ・パートナー」制度の推進を目的として作成したものであり、使用者はこの目的に沿ってロゴマークを使用するものとし、営利目的での使用は認めない。

(2) ロゴマークを使用するときは、使用媒体の種類・内容並びに作成部数等について県に申し出るものとする。

(3) 県は、(2)の申出があったときは、パートナーに対しロゴマークの印刷用データを送付するものとする。

(4) ロゴマークの使用にあたっては、本要領及び「千葉県マスコットキャラクター「チーバくん」デザイン等使用取扱要領」に基づく遵守事項等を遵守しなければならない。

## 10 報告等

(1) パートナーは、前年度の活動結果等について、別紙様式2「ちば地域リハ・パートナー活動報告書」により、毎年4月30日までに所在する圏域の広域支援センター（パートナーが県内全域を所管する機関である場合は、県）に報告するものとする。

(2) 広域支援センターは、(1)についてとりまとめの上、県が別途定める期限までに県へ提出するものとする。

## 11 事務局

本事業の事務局を県健康福祉部健康づくり支援課内に置く。



## 12 その他

本要領に定めのない事項については、県が別に定める。

附 則

本要領は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

本要領は、令和元年9月1日から施行する。

附 則

本要領は、令和3年9月2日から施行する。

附 則

本要領は、令和4年3月2日から施行する。

(別記) ちば地域リハ・パートナー ログマーク





## ちば地域リハ・パートナー指定申請書

令和 年 月 日

千葉県知事

様

|        |  |
|--------|--|
| 所在地    |  |
| 機関名    |  |
| 申請者名※1 |  |

「ちば地域リハ・パートナー制度」実施要領 3 (1) の規定により、ちば地域リハ・パートナーとして指定を受けたいので申請します。

|   |   |   |     |
|---|---|---|-----|
| 機関の種別<br>(いずれかに○)                           | 病院・診療所 介護老人保健施設 訪問看護ステーション<br>社会福祉協議会 職能団体 その他 ( )                              |   |     |
| 協力可能なスタッフ                                   | 医師 ( 名) PT ( 名) OT ( 名) ST ( 名)<br>看護師 ( 名) その他(職種及び人数 )                        |   |     |
| 協力可能な内容<br>(該当に○)                           | ※実際の依頼内容は広域支援センターの事業計画に基づき調整があります。また、広域支援センターが主催する地域リハ・パートナーとの意見交換会等へも参加いただきます。 |   |     |
|   | 人的協力  | 広域支援センター主催の研修・イベント等への講師派遣<br>(派遣可能な職種 ) |     |
|   |   | 広域支援センター主催の研修・イベント等へのスタッフの派遣            |     |
|   |   | 市町村事業(介護予防事業・地域ケア会議等)へのリハ職の派遣           |     |
|   |   | リハビリに関する相談事業への協力                        |     |
|   | その他の協力  | 研修等の会場の提供(名称 収容 名)                      |     |
| 広域支援センター主催の研修・イベント等の周知広報                    |   |   |     |
| その他 (具体的な協力内容)                              |   |   |     |
| 貴施設・団体で地域支援として取組中の事業があれば簡単に記載してください         | 連携・協力先  | 独自事業 市町村 広域支援センター 社協<br>その他 ( )         |     |
|   | 内容  | 例：各種会議出席、研修講師派遣、市民講座、配食サービス等            |     |
| 連絡先   | 担当者   |   |     |
|   | 電話※2  |   | FAX |
|   | E-mail※3  |   |     |
| 県(及び広域支援センター)ホームページへの掲載<br>(機関名・所在地・連絡先Tel) |   | 可 ・ 不可                                  |     |

以上の内容は、該当圏域の広域支援センター及び千葉県リハビリテーション支援センター(広域支援センターへ助言する役割を持つ機関)へ情報提供しますので、承知の上申請してください。

※1：申請者名には、施設長や院長など貴機関の代表者名を記載してください。

※2：日中連絡可能な電話番号を記載してください。

※3：主たる連絡手段として電子メールを使用しますので、記載をお願いします。

## 令和 年度ちば地域リハ・パートナー活動報告書

令和 年 月 日

地域リハビリテーション広域支援センター 御中

|   |  |               |
|---|--|---------------|
| 指定番号  |  | 報告内容<br>からの変更 |
| 機関名   |  |               |
| 所在地   |  |               |
| 代表者名  |  |               |
| 担当者名  |  |               |
| E-mail  |  |               |
| 電話  |  |               |
| FAX   |  |               |
| <p><b>【作成上の留意事項】</b></p> <p>1 着色した欄はプルダウンで回答を1つ選んでください。<br/>その他の欄は内容を記載してください。</p> <p>2 提出日は、4月1日から4月30日までの提出日を記入してください。</p> <p>3 機関名、所在地、代表者名、担当者名、E-mail、電話及びFAXは、提出日時点の内容を記載してください。</p> <p>4 E-mailが主な連絡手段となりますので、担当者が普段使用しているE-mailを記載してください。</p> <p>5 機関名、所在地、代表者名、担当者名、E-mail、電話及びFAXの変更については、それぞれの変更時点を「4 その他連絡事項・ご要望等」に記載してください。</p> <p>6 集計を効率的に行うため、エクセルファイルをメールで提出下さるようご協力願います。</p> <p>7 FAXで提出いただく場合、セル着色の欄の選択メニューは【記載説明】を参照し、該当するものを記入してください。</p> <p>8 報告内容について、県健康づくり支援課から確認等の連絡をすることがあります。<br/>※内容によって別途手続等が必要になる場合があります。<br/>報告前の相談等は、県健康づくり支援課へご連絡ください。<br/>連絡先：県健康づくり支援課地域リハビリ班<br/>E-mail rehal@sz.pref.chiba.lg.jp TEL 043-223-2482</p> |  |               |

## 1 地域リハビリテーションに係る活動・協力状況

| 年 | 月 | 日 | 依頼者 | 広域支援<br>Cの仲介 | 依頼者の<br>費用負担 | 活動・協力場所 | 活動・協力内容<br>(①イベント名、②対象者、③内容) |
|---|---|---|-----|--------------|--------------|---------|------------------------------|
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |

|  |  |  |  |  |  |        |
|--|--|--|--|--|--|--------|
|  |  |  |  |  |  | その他の備考 |
|  |  |  |  |  |  | その他の備考 |
|  |  |  |  |  |  | その他の備考 |

※記入欄が足りない場合は、別シートに記載してください。

## 2 ちば地域リハ・パートナーロゴマークの使用状況

| 媒体                   | 作成数      | 備考 |
|----------------------|----------|----|
| 名刺                   | 枚        |    |
| ホームページ               | 箇所       |    |
| 講演などのスライド            | 回        |    |
| その他(チラシ・パンフレット、SNS等) | 種類<br>枚数 |    |

※ロゴマークを使用するときは、使用媒体等について、事前に県健康づくり支援課までお申し出ください。

申し出先：県健康づくり支援課地域リハビリ班

E-mail rehal@cz.pref.chiba.lg.jp TEL 043-223-2482

## 3 今後の活動の意向

|   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| 「ちば地域リハ・パートナー」活動の継続について<br>※「希望しない」を選択した場合は、「指定辞退」の申出があったものと見なしますので御了承ください。 |  | 「希望しない」場合、差支えない範囲で理由を記入してください。 |
|---|--|--------------------------------|

※活動継続を希望する場合記載願います(協力可能な内容について1つ以上記載願います)。

| 協力可能な内容                       | 人的協力 | 協力可能な職種                       |    |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------------------|------|-------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|
|                               |      | 協力可能な職種で「その他」を選択した場合、その職種名を記載 |    |   |   |   |   |   |   |   |
| 協力可能な職種の人数(上欄に対応したもの)         |      | 人                             | 人  | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 広域支援センター主催の研修・イベント等への講師の派遣    |      |                               | 詳細 |   |   |   |   |   |   |   |
| 広域支援センター主催の研修・イベント等へのスタッフの派遣  |      |                               | 詳細 |   |   |   |   |   |   |   |
| 市町村事業(介護予防事業・地域ケア会議等)へのリハ職の派遣 |      |                               | 詳細 |   |   |   |   |   |   |   |
| リハビリに関する相談事業への協力              |      |                               | 詳細 |   |   |   |   |   |   |   |
| その他の協力                        |      |                               | 詳細 |   |   |   |   |   |   |   |
| 研修等会場の提供                      |      |                               | 詳細 |   |   |   |   |   |   |   |
| 研修・イベント等の周知広報                 |      |                               | 詳細 |   |   |   |   |   |   |   |
| その他                           |      |                               | 詳細 |   |   |   |   |   |   |   |

※上記「協力可能な内容」は、県健康づくり支援課、県支援センター及び広域支援センターのHP等に掲載することがあります。支障等がある場合には、県健康づくり支援課までお申し出ください。

申し出先：県健康づくり支援課地域リハビリ班

E-mail rehal@cz.pref.chiba.lg.jp TEL 043-223-2482

## 4 その他連絡事項・ご要望等

|  |
|--|
|  |
|--|

別シート

1 地域リハビリテーションに係る活動・協力状況

| 年 | 月 | 日 | 依頼者 | 広域支援<br>Cの仲介 | 依頼者の<br>費用負担 | 活動・協力場所 | 活動・協力内容<br>(①イベント名、②対象者、③内容) |
|---|---|---|-----|--------------|--------------|---------|------------------------------|
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |
|   |   |   |     |              |              | その他の場所  |                              |

令和 年度ちば地域リハ・パートナー活動報告書【記載説明】

【選択メニュー】  
千葉、東京西部、東京北部、印旛、香取地区、山武長生奥旗、安房、館津、市原

令和 年 月 日

地域リハビリテーション広域支援センター 調中

|        |                       |                             |            |
|--------|-----------------------|-----------------------------|------------|
| 指定番号   | お送りするリストで指定番号を確認し、記入。 | 既に報告している項目で内容の変更がある場合は有を選択。 | 報告書内容からの変更 |
| 機関名    |                       |                             |            |
| 所在地    |                       |                             |            |
| 代表者名   |                       |                             |            |
| 担当者名   |                       |                             |            |
| E-mail |                       |                             |            |
| 電話     |                       |                             |            |
| FAX    |                       |                             |            |

【作成上の留意事項】

- 着色した欄はプルダウンで回答を1つ選んでください。その他の欄は内容を記載してください。
- 提出日は、4月1日から4月30日までの提出日を記入してください。
- 機関名、所在地、代表者名、担当者名、E-mail、電話及びFAXは、提出日時点の内容を記載してください。
- E-mailが主な連絡手段となりますので、担当者が普段使用しているE-mailを記載してください。
- 機関名、所在地、代表者名、担当者名、E-mail、電話及びFAXの変更については、それぞれの変更時点を「4 その他連絡事項・ご要望等」に記載してください。
- 集計を効率的に行うため、エクセルファイルをメールで提出下さるようご協力願います。
- FAXで提出いただく場合、セル着色の欄の選択メニューは【記載説明】を参照し、該当するものを記入してください。
- 報告内容について、県健康づくり支援課から確認等の連絡をすることがあります。  
※内容によって別途手続等が必要になる場合があります。  
報告前の相談等は、県健康づくり支援課へご連絡ください。  
連絡先：県健康づくり支援課地域リハビリ班  
E-mail rehal@mz.pref.chiba.lg.jp TEL 043-223-2482

1 地域リハビリテーションに係る活動・協力状況

| 年 | 月 | 日 | 依頼者   | 広域支援Cの仲介 | 依頼者の費用負担                                   | 活動・協力場所 | 活動・協力内容<br>(①イベント名、②対象者、③内容)   |
|---|---|---|---|----------|--|---------|--|
|   |   |   |   |          |  | その他の場所  | ①イベント名、②対象者、③内容を縦に記載。<br><記載例><br>①「第1回リハ・パートナー会議」「ケア会議」「OO連絡協議」「管理者の集い」<br>②「地域住民」「体操教室のボランティア」「患者介護事業所専門員」<br>③「体力測定の実施とフィードバック」「ウォーキング指導」「通いの場を継続させていくためのアドバイス」 |
|   |   |   | ・講演会・会議・教室などの依頼をしてきた者を記入。<br>・広域支援センター主催事業に協力した場合は、広域支援センターを記入。<br>・市町村介護予防事業への協力は、市町村名を記入。 |          | 依頼者から費請求へ人件費などの支払いがあった場合は○を選択（金額や費目は問わない）。 | その他の場所  |  |
|   |   |   |   |          |  |         | 【選択メニュー】<br>広域支援センター、学校、オンライン、書画関係、市町村庁舎会議室、分譲賃貸事業所、障害福祉サービス事業所、公民館、文化会館、集会所、個人自宅、その他<br>※「その他」を選択した場合は、「その他の場所」欄に具体的な場所を記入。                                       |
|   |   |   |   |          |  |         | ・広域支援センターからの依頼で対応した場合は○を選択。<br>・市町村などからパートナーに直接依頼があって対応した場合は○を選択しない。   |

|  |  |  |  |  |  |        |
|--|--|--|--|--|--|--------|
|  |  |  |  |  |  | その他の備考 |
|  |  |  |  |  |  | その他の備考 |
|  |  |  |  |  |  | その他の備考 |

※記入欄が足りない場合は、別シートに記載してください。

## 2 ちば地域リハ・パートナーロゴマークの使用状況

| 媒体                   | 作成数      | 備考 |
|----------------------|----------|----|
| 名刺                   | 枚        |    |
| ホームページ               | 箇所       |    |
| 講演などのスライド            | 回        |    |
| その他（チラシ・パンフレット、SNS等） | 枚数<br>内容 |    |

※ロゴマークを使用するときは、使用媒体等について、事前に県健康づくり支援課までお申し出ください。

申し出先：県健康づくり支援課地域リハビリ班

E-mail reha1@sz.pref.chiba.lg.jp TEL 043-223-2482

## 3 今後の活動の意向

|   |   |                                |
|---|---|--------------------------------|
| 「ちば地域リハ・パートナー」活動の継続について<br>※「希望しない」を選択した場合は、「指定辞退」の<br>申出があったものと見なしますので御了承ください。 | <input type="radio"/> 【選択メニュー】<br>希望する、希望しない<br><input type="radio"/> 希望しない | 「希望しない」場合、並文えない範囲で理由を記入してください。 |
|---|---|--------------------------------|

※活動継続を希望する場合記載願います(協力可能な内容について1つ以上記載願います)。

| 協力可能な内容 | 人的協力                          | 協力可能な職種                  |                          | 人数 |   | 備考 |     |
|---------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|----|---|----|-----|
|         |                               | 希望する                     | 希望しない                    | 人  | 人 |    |     |
| 人的協力    | 協力可能な職種                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |    |   |    |     |
|         | 協力可能な職種で「その他」を選択した場合、その職種名を記載 |                          |                          |    |   |    |     |
|         | 協力可能な職種の人数（上欄に対応したもの）         |                          |                          | 人  | 人 |    | 人 人 |
|         | 広域支援センター主催の研修・イベント等への講師の派遣    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |    |   |    |     |
|         | 広域支援センター主催の研修・イベント等へのスタッフの派遣  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |    |   |    |     |
|         | 市町村事業（介護予防事業・地域ケア会議等）へのリハ職の派遣 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |    |   |    |     |
| その他の協力  | リハビリに関する相談事業への協力              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |    |   |    |     |
|         | 研修等会場の提供                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |    |   |    |     |
|         | 研修・イベント等の周知広報                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |    |   |    |     |
|         | その他                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |    |   |    |     |

【選択メニュー】  
医師、歯科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、社会福祉士、ケアマネジャー、その他

※「その他」を選択した場合は、「協力可能な職種で「その他」を選択した場合、その職種名を記載」欄に具体的な職種を記入。

協力可能な場合は○を選択（必要に応じて「詳細」欄に記載）。

※上記「協力可能な内容」は、県健康づくり支援課、県支援センター及び広域支援センターのHP等に掲載することがあります。支障等がある場合には、県健康づくり支援課までお申し出ください。

申し出先：県健康づくり支援課地域リハビリ班

E-mail reha1@sz.pref.chiba.lg.jp TEL 043-223-2482

## 4 その他連絡事項・ご要望等



## 令和3年度ちば地域リハ・パートナー活動報告書【記載例】

令和4年4月1日

千葉

地域リハビリテーション広域支援センター 御中

|  |              |                |
|--|--------------|----------------|
| 指定番号   | 〇〇           | 報告書内容<br>からの変更 |
| 機関名  | 〇〇〇〇病院       | 有              |
| 所在地  | 〇〇市〇〇〇番〇号    | 有              |
| 代表者名   | 〇〇 〇〇        |                |
| 担当者名   | 〇〇 〇〇        | 有              |
| E-mail   | 〇〇@〇〇〇〇      | 有              |
| 電話   | 000-000-0000 |                |
| FAX  | 000-000-0000 |                |
| <p>【作成上の留意事項】</p> <p>1 着色した欄はプルダウンで回答を1つ選んでください。<br/>その他の欄は内容を記載してください。</p> <p>2 提出日は、4月1日から4月30日までの提出日を記入してください。</p> <p>3 機関名、所在地、代表者名、担当者名、E-mail、電話及びFAXは、提出日時点の内容を記載してください。</p> <p>4 E-mailが主な連絡手段となりますので、担当者が普段使用しているE-mailを記載してください。</p> <p>5 機関名、所在地、代表者名、担当者名、E-mail、電話及びFAXの変更については、それぞれの変更時点を「4 その他連絡事項・ご要望等」に記載してください。</p> <p>6 集計を効率的に行うため、エクセルファイルをメールで提出下さるようご協力願います。</p> <p>7 FAXで提出いただく場合、セル着色の欄の選択メニューは【記載説明】を参照し、該当するものを記入してください。</p> <p>8 報告内容について、県健康づくり支援課から確認等の連絡をすることがあります。<br/>※内容によって別途手続等が必要になる場合があります。<br/>報告前の相談等は、県健康づくり支援課へご連絡ください。<br/>連絡先：県健康づくり支援課地域リハビリ班<br/>E-mail rehal@cz.pref.chiba.lg.jp TEL 043-223-2482</p> |              |                |

## 1 地域リハビリテーションに係る活動・協力状況

| 年  | 月 | 日 | 依頼者              | 広域支援<br>Cの仲介 | 依頼者の<br>費用負担 | 活動・協力場所       | 活動・協力内容<br>(①イベント名、②対象者、③内容)                     |
|----|---|---|------------------|--------------|--------------|---------------|--|
| 03 | 2 | 1 | 〇〇市〇〇課           | ○            | ○            | 公民館<br>その他の場所 | ①遊いの場<br>②高齢者<br>③住民主体の遊いの場へのリハビリ専門職による助言 (PT1人) |
| 03 | 8 | 1 | 〇〇病院             | ○            |              | その他<br>〇〇病院   | ①公開講座<br>②作業員<br>③公開講座に係る職員研修 (医師1人、PT1人)        |
| 04 | 3 | 1 | 〇〇<br>地域包括支援センター |              |              | 市町村庁舎<br>職業   | ①地域ケア会議<br>②高齢者<br>③地域ケア会議における助言 (PT1人)          |
|    |   |   |                  |              |              | その他の場所        |  |

|  |  |  |  |  |  |        |
|--|--|--|--|--|--|--------|
|  |  |  |  |  |  | その他の備考 |
|  |  |  |  |  |  | その他の備考 |
|  |  |  |  |  |  | その他の備考 |

※記入欄が足りない場合は、別シートに記載してください。

## 2 ちば地域リハ・パートナーロゴマークの使用状況

| 媒体                   | 作成数            | 備考   |
|----------------------|----------------|--|
| 名刺                   | 200枚           |  |
| ホームページ               | 2箇所            | URL <a href="https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzoku/tiki/ircha/patnabanner.html">https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzoku/tiki/ircha/patnabanner.html</a> (1箇所)<br><a href="https://www.pref.chiba.lg.jp/000/000/000.html">https://www.pref.chiba.lg.jp/000/000/000.html</a> (1箇所) |
| 講演などのスライド            | 1冊             | 〇〇研修用  |
| その他(チラシ・パンフレット、SNS等) | 3種類<br>計1,500枚 | 内容 チラシ100部、パンフレット50部、封筒1000部   |

※ロゴマークを使用するときは、使用媒体等について、事前に県健康づくり支援課までお申し出ください。

申し出先：県健康づくり支援課地域リハビリ班

E-mail [rehal@nz.pref.chiba.lg.jp](mailto:rehal@nz.pref.chiba.lg.jp) TEL 043-223-2482

## 3 今後の活動の意向

|   |      |                                |
|---|------|--------------------------------|
| 「ちば地域リハ・パートナー」活動の継続について<br>※「希望しない」を選択した場合は、「指定辞退」の申出があったものと見なしますので御了承ください。 | 希望する | 「希望しない」場合、差支えない範囲で理由を記入してください。 |
|---|------|--------------------------------|

※活動継続を希望する場合記載願います(協力可能な内容について1つ以上記載願います)。

| 協力的協力可能な内容 | 協力的協力可能な職種                       | 協力的協力可能な職種 |  |       |     |       |       |
|------------|----------------------------------|------------|--|-------|-----|-------|-------|
|            |                                  | 医師         | 作業療法士                                    | 言語聴覚士 | 看護師 | 社会福祉士 | その他   |
|            | 協力的協力可能な職種で「その他」を選択した場合、その職種名を記載 |            |  |       |     |       | 介護福祉士 |
|            | 協力的協力可能な職種の人数(上欄に対応したもの)         | 1人         | 1人                                       | 1人    | 2人  | 1人    | 2人    |
| 協力的協力      | 広域支援センター主催の研修・イベント等への講師の派遣       | ○          | 詳細 協力的協力可能な職種全て派遣が可能                     |       |     |       |       |
|            | 広域支援センター主催の研修・イベント等へのスタッフの派遣     | ○          | 詳細 協力的協力可能な職種全て派遣が可能                     |       |     |       |       |
|            | 市町村事業(介護予防事業・地域ケア会議等)へのリハ職の派遣    | ○          | 詳細                                       |       |     |       |       |
|            | リハビリに関する相談事業への協力                 | ○          | 詳細 介護方法指導、障害者就労相談                        |       |     |       |       |
| その他の協力     | 研修等会場の提供                         | ○          | 詳細 名称 〇〇〇研修室 収容 50名                      |       |     |       |       |
|            | 研修・イベント等の周知広報                    | ○          | 詳細 HPへの掲載対応可能、〇〇研修室への周知広報可能、〇〇病院への周知広報可能 |       |     |       |       |
|            | その他                              | ○          | 詳細 施設内で市民公開講座開催                          |       |     |       |       |

※上記「協力的協力可能な内容」は、県健康づくり支援課、県支援センター及び広域支援センターのHP等に掲載することがあります。支障等がある場合には、県健康づくり支援課までお申し出ください。

申し出先：県健康づくり支援課地域リハビリ班

E-mail [rehal@nz.pref.chiba.lg.jp](mailto:rehal@nz.pref.chiba.lg.jp) TEL 043-223-2482

## 4 その他連絡事項・ご要望等

|  |
|--|
| <p>①機関名変更<br/>・名称が〇〇病院から△△病院へ変更になりました(令和4年〇〇月〇〇日付け)。</p> <p>②所在地変更<br/>・所在地が以下のとおり変更になりました(令和4年〇〇月〇〇日付け)。<br/>(変更前) 〇〇市〇〇1-1-1<br/>(変更後) △△市△△1-2-3</p> <p>③担当者等変更<br/>・担当者名及びE-mailが変更になりました(令和4年〇〇月〇〇日付け)。</p> <p>④担当者等変更予定だが、詳細不明な場合<br/>・担当者名及びE-mailについて変更になる予定ですが、詳細は決定次第ご連絡します。</p> <p>※詳細が決定次第、変更情報を広域支援センター及び県健康づくり支援課へ電子メール又は書面にて御報告ください。<br/>アドレスはこちら→ <a href="mailto:rehal@nz.pref.chiba.lg.jp">rehal@nz.pref.chiba.lg.jp</a></p> |
|--|

## 支援センター一覧

### ◆千葉県リハビリテーション支援センター

| 指定医療機関名                                | 担当部署                | 電話                  |
|--|---------------------|---------------------|
| 千葉県千葉リハビリテーションセンター<br>(千葉市緑区誉田 1-45-2) | 地域支援センター<br>地域リハ推進部 | 043-291-1831(内 183) |

### ◆地域リハビリテーション広域支援センター (令和4年2月1日現在)

| 圏域     | 指定医療機関名<br>(所在地)                             | 担当部署       | 電話           |
|--------|--|------------|--------------|
| 千葉     | 医療法人社団淳英会おゆみの中央病院<br>(千葉市緑区おゆみ野南 6-49-9)     | リハビリテーション部 | 043-300-3372 |
| 東葛南部   | 医療法人社団心和会新八千代病院<br>(八千代市米本 2167)             | リハビリテーション科 | 047-488-3251 |
| 東葛北部   | 医療法人社団弥生会旭神経内科リハビリテーション病院<br>(松戸市栗ヶ沢 789-1)  | 事業部        | 047-385-5566 |
| 印旛     | 医療法人社団心和会成田リハビリテーション病院<br>(成田市南三里塚字宮園 18-1)  | リハビリテーション科 | 0476-37-4111 |
| 香取海匠   | 地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院<br>(旭市イ 1326)            | リハビリテーション科 | 0479-63-8111 |
| 山武長生夷隅 | 医療法人社団慈優会九十九里病院<br>(山武郡九十九里町片貝 2700)         | リハビリテーション科 | 0475-76-8282 |
| 安房     | 医療法人鉄焦会亀田総合病院<br>(鴨川市東町 929)                 | 亀田訪問看護センター | 04-7099-1126 |
| 君津     | 君津中央病院企業団<br>国保直営総合病院君津中央病院<br>(木更津市桜井 1010) | リハビリテーション科 | 0438-36-1071 |
| 市原     | 医療法人社団白金会白金整形外科病院<br>(市原市白金町 1-75-1)         | 医療連携室      | 0436-22-1435 |

※日中の連絡は極力メールでお願いします。

※メールアドレスは別途広域支援センターからお知らせします。

### ◆ちば地域リハ・パートナー事務局 (千葉県庁)

| 担当部署                     | 上段:電話 下段:FAX                 |
|--------------------------|------------------------------|
| 千葉県健康福祉部健康づくり支援課 地域リハビリ班 | 043-223-2482<br>043-225-0322 |

