

「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 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。

5 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) 4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。

6 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。

7 ログマークの使用等

- (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) ログ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) ログ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。

8 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。

9 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。

10 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。

(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 (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 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) 看護師(名) その他(職種及び人数) | | |
| 協力可能な内容 (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 (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 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 (機関名・所在地・連絡先Tlx) | | 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 | | | |
| 機関名 | | | |
| 代表者名 | | | |
| 担当者名 | | 電話番号 | |
| E-mail | | | |

「ちば地域リハ・パートナー制度」実施要領8（1）の規定により、下記のとおり報告します。

記

1 広域支援センターからの依頼に対して協力したもの

| 内 容 | 回数等 |
|-----------------------------|-------|
| ①広域支援センター主催行事への講師・スタッフ派遣 | 延 回 人 |
| ②市町村の事業への協力（リハ職の派遣等） | 延 回 人 |
| ③地域包括支援センターの事業への協力（リハ職の派遣等） | 延 回 人 |
| ④リハビリに関する相談への対応 | 回 |
| ⑤その他 ※①～④以外の内容を記載してください | |

2 広域支援センターからの依頼を受けずに協力・実施したもの（差し支えない範囲で記載願います）（市町村、地域包括支援センター、自治会等の事業や自主事業などの地域支援）

| 年月 | 協力先 | 協力内容 |
|----|-----|------|
| | | |

3 地域リハ・パートナーロゴマークの使用状況

| 該当 に○ | 媒体 | 内容・作成部数等 |
|----------|------------------|----------|
| | 名刺 | |
| | ホームページ | URL : |
| | その他（チラシ・パンフレット等） | |

※次頁へ続く

4 今後の活動の意向

| | |
|--|---------------------|
| <p>「ちば地域リハ・パートナー」活動の継続について ※「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。</p> | <p>希望する ・ 希望しない</p> |
|--|---------------------|

| | | |
|---|---------------|---|
| <p>※ 活動の継続を希望する場合記載願います</p> | | |
| <p>協力可能な内容 (該当に○)</p> | <p>人的協力</p> | <p>広域支援センター主催の研修・イベント等への講師派遣 (派遣可能な職種)</p> |
| | | <p>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</p> |
| | | <p>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</p> |
| | | <p>リハビリに関する相談事業への協力</p> |
| | <p>その他の協力</p> | <p>研修等の会場の提供 (名称 収容 名)</p> |
| | | <p>広域支援センター主催の研修・イベント等の周知広報</p> |
| <p>その他 ※具体的な協力内容</p> | | |
| <p>県 (及び広域支援センター) ホームページへの掲載 (機関名・所在地・連絡先TEL)</p> | | <p>可 ・ 不可</p> |

5 その他連絡事項 ※あればご記入ください