

## 令和6年度京都府リハビリテーション訪問・相談事業要領

### 1 目的

障害福祉サービス提供事業所・施設、高齢者福祉サービス事業所・施設等の従事者がリハビリテーションの概念を理解し、リハビリテーションの視点をもって、「本人の持てる機能を活かす」、「二次障害の発生や廃用症候群の予防」等を含めて取り組め「その人らしくよりよい生活（活動や社会参加）」を送っていくための支援ができることを目指す。

### 2 実施主体

京都府

### 3 実施場所（方法）

申込みのあった事業所・施設又はオンライン(zoom 等による web 支援)

### 4 対象となる事業所・施設

府内にある次の各号に掲げる事業所・施設であって、対象施設において経験が少ないリハビリテーション専門職が一人またはリハビリテーション専門職がないもの

- (1) 障害福祉サービス提供事業所・施設
- (2) 高齢者福祉サービス事業所・施設
- (3) その他支援が必要と判断される施設

### 5 支援従事者

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の資格を有する京都府リハビリテーション支援センター職員

### 6 支援内容等

#### (1) 支援内容

リハビリテーションの基礎的知識・技術に関する助言  
生活環境・福祉用具等に関する助言  
摂食嚥下障害やコミュニケーション障害に関する助言  
リハビリテーションに関する多職種間の連携に関する助言  
(特別支援学校の卒業生を新たに受け入れる事業所・施設に対する)身体機能の低下などの予防に関する助言

から までの助言の対象となっている事項に係る職員に対する研修会・学習会の実施

#### (2) 支援回数

1クール5回をめどとし、内容や施設の状況により初回訪問時に決定するが、支援状況に応じて変更ができるものとする。

#### (3) 留意事項

当該施設を設置している法人等が設置している別の施設に理学療法士等がいる場合は原則対象としない。本事業は、事業所・施設の入所者・利用者を対象とした支援ではなく、事業所・施設の従事者への支援とする。

支援内容については、必要に応じて、地域リハビリテーション支援センター、府保健所、府リハビリテーション支援センターで協議します。申込の時期や内容によっては支援を調整させていただく場合があります。

また、各圏域地域リハビリテーション支援センターのコーディネーターと情報共有し、継続した支援が必要な場合は、コーディネーターが同行し、引継ぎを行う。

連携先 各圏域地域リハビリテーション支援センター

- ・丹後地域リハビリテーション支援センター（丹後中央病院）
- ・中丹東地域リハビリテーション支援センター（舞鶴赤十字病院）
- ・中丹西地域リハビリテーション支援センター（市立福知山市民病院）
- ・南丹地域リハビリテーション支援センター（京都中部総合医療センター）
- ・京都市域京都府地域リハビリテーション支援センター（がくさい病院）
- ・乙訓地域リハビリテーション支援センター（京都済生会病院）

- ・山城北地域リハビリテーション支援センター（京都岡本記念病院）
- ・山城南地域リハビリテーション支援センター（京都山城総合医療センター）

## 7 申込み後の支援方法

- (1) 相談内容に基づき、派遣職種（担当職員）を調整
- (2) 担当職員から申込者へ連絡し、訪問日時を決定
- (3) 初回訪問
  - 事業所・施設の担当責任者から施設の概要、状況等を聴取
  - 相談内容（希望）について確認し、支援計画立案
  - 府リハビリテーション支援センター職員の関わり方、支援の入り方および回数を決定
- (4) 継続支援および振り返り(評価)
  - 初回の支援内容や助言について、事業所・施設内の実施状況を確認
  - 継続している課題や新たな課題について対応
  - 振り返り後、次回の入り方について相談
- (5) 継続支援最終回
  - 期間中の相談・支援についてまとめ、振り返り
  - 必要に応じて各圏域の地域リハ支援センターへ引き継ぎ
- (6) フォローアップ
  - 必要と判断される場合、年度内にフォローアップを行うことができる

## 8 費用

無料

## 9 申込み方法

次の(1)又は(2)のいずれかの方法により申し込んでください。

- (1) 申込用紙をファックス、E-mail 又は郵送により提出
- (2) 二次元コード又は URL にアクセスし、申込みフォームに必要事項記入  
申込みフォーム URL <https://forms.office.com/r/RQTtZ7a8sn>



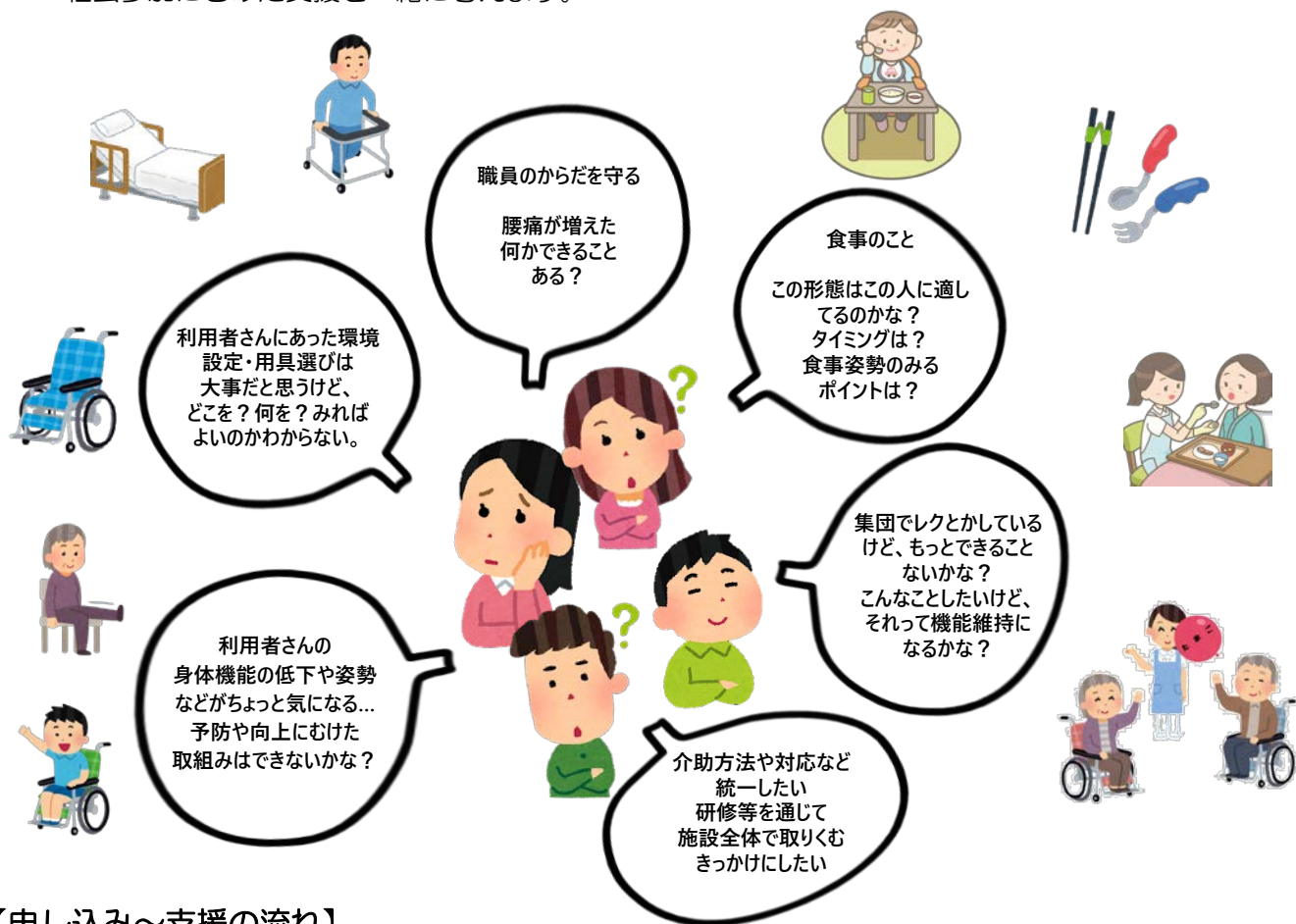
## 10 申込み先等

- (1) 申し込みに係る事業所・施設が、南丹圏域・京都市圏域・乙訓圏域・山城北圏域・山城南圏域のいずれかにある場合  
京都府健康福祉部リハビリテーション支援センター  
〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路上の梶井町 465 京都府立医科大学内  
TEL : (075) 251-5399/ FAX : (075) 251-5389/E-mail : rehabili@pref.kyoto.lg.jp
- (2) 申し込みに係る事業所・施設が、丹後圏域又は中丹圏域にある場合  
京都府北部リハビリテーション支援センター  
〒624-0906 京都府舞鶴市字倉谷 1350-23 (京都府中丹東保健所内)  
TEL : (0773) 75-7557 / FAX / (0773) 75-7558

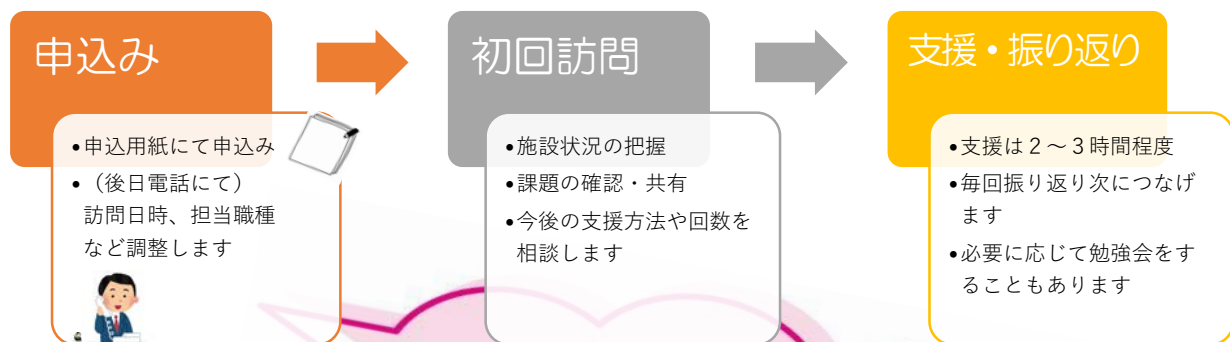


# リハビリテーション訪問相談のご案内

障害福祉サービス事業所や介護老人福祉施設、介護保険事業所等に、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を派遣し、利用者の生活に関わる方々に対し、リハビリテーションの視点等をお伝えしながら、「その人らしいよりよい生活」を目指して、二次障害や廃用の予防、日常生活や社会参加にむけた支援を一緒に考えます。



## 【申し込み～支援の流れ】



## オンラインでの相談も可能です！

- リハビリテーションの知識・技術のこと
- 生活環境・福祉用具のこと
- 多職種連携のこと
- 摂食嚥下やコミュニケーションのこと

一緒に考えましょう。  
そして一緒に解決しましょう。



事業所名		管理者	
担当者	(職種)	(氏名)	
連絡先	電話:	FAX:	
	Eメールアドレス:		
初回訪問希望日	年	月	日 ( )
希望する支援方法	訪問	・	オンライン

### 1. 相談したいこと (困っていること)

例 \* 歩いてもらうか車いすに乗ってもらうかの判断をどうすればいいのかわからない。  
\* 安全に食べてもらいたいけどどうしたらいいのかわからない。

### 2. 現在、具体的にどのような状況 (状態) ですか？

例 \* 歩く介助をすると、人手も必要で時間もかかるので、車いすを利用していることが多い。  
\* ムセることが多いと、食事形態を下げる人が多い。

### 3. 「目標」 こうなったらいいという希望など

例 \* 利用者に安全に歩いてもらえるための評価 (注意点・確認のポイント) を職員が共有できるようになる。  
\* 安全に食べるためのポイントを知り、施設職員で共有したい。

※上の申込み用紙 (様式1) を記載いただき、FAX (075-251-5389) or Eメール (rehabili@pref.kyoto.lg.jp) or 郵送にてお申し込みください。

※摂食嚥下の相談に関しては、採用している食事の形態等をお聞きするため、当方のホームページ (<https://www.pref.kyoto.jp/rehabili/>) から (様式2) をダウンロードいただき、様式1とあわせて記載をお願いします。

※右の二次元コード (専用フォーム) からの申し込みも可能です。



#### 支援内容の詳細や申込み方法等 事業に関するお問合せ

京都府リハビリテーション支援センター  
担当 乃美・藤田

〒602-8566  
京都市上京区河原町通広小路 上 梶井町465 (府立医大内)  
TEL: 075-251-5399 / FAX 075-251-5389

京都府北部リハビリテーション支援センター  
担当 山元

〒624-0906  
京都府舞鶴市字倉谷1350-23 (京都府中丹東保健所内)  
TEL: 0773-75-7557 / FAX 0773-75-7558

## 摂食嚥下等障害対応支援事業 事前調査票

施設名		年 月 日 現在
記入者	(職種)	(氏名)
1 採用している食事の形態		
主食： <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> その他( )		
副食： <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> ペースト状 <input type="checkbox"/> ゲル(ジェル)状 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ食(とろみの有・無)/(カットサイズ mm) <input type="checkbox"/> 補助栄養の有( )・無 <input type="checkbox"/> その他、施設で採用している食事の形態について [ ]		
2 水分摂取の方法		
増粘剤：施設で常時使用している物( )		
その他：お茶ゼリー(ゼラチン・かんてん)		
3 口腔ケアの内容		
回数：( )回/日		
いつ： <input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 就寝時 <input type="checkbox"/> その他( )		
〈口腔ケアに使用する物品〉		
4 栄養管理		
標準の摂取熱量の設定( )kcal/日 以上		
必要摂取水分量の設定( )ml/日 以上		
5 摂食嚥下について施設内で取り組み(食前体操、委員会等)		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		