

3 現状と課題

(1) 千葉県の現状

①人口等

1) 高齢者

本県の高齢者人口(65歳以上人口)は平成22年度時点で1,320千人であり、高齢化率は21.5%と、全国平均23.0%に比べて1.5ポイント下回っている。しかし今後は急速に高齢化が進行し、団塊の世代が全員75歳以上となる平成37年度には、高齢者人口は1,808千人と約1.4倍に、高齢化率は30.0%と全国平均30.3%とほぼ同水準になるものと予測されている。(図3-1)

一方、要支援・要介護認定者数は平成25年度時点で221,267人と、全国平均(都道府県単位。以下同じ。)124,213人の約1.8倍となっている。また、65歳以上人口に占める要支援・要介護認定者数の割合は14.7%と、全国平均18.3%に比べて3.6ポイント下回っている。(図3-2)

図3-1 高齢者人口の推移と将来推計

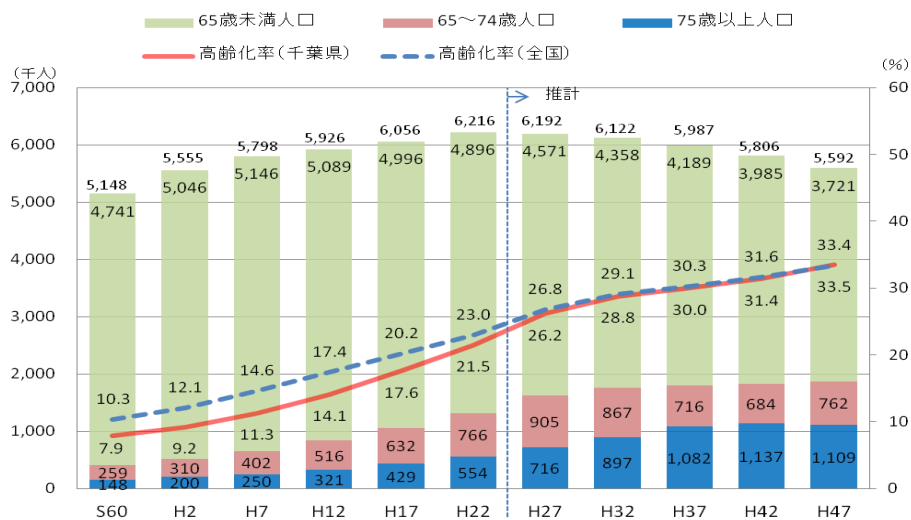
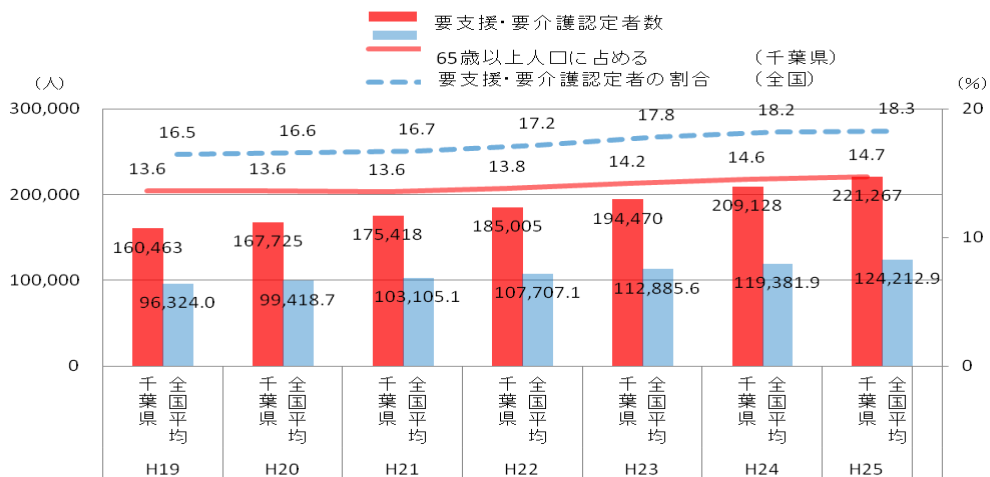


図3-2 要支援・要介護認定者数の推移



(S60, H2, H7, H17, H22の高齢者人口：国勢調査(各年10月1日現在)、H27～H47の高齢者人口・高齢化率：「日本の地域別将来推計人口(H25年3月推計)」、要支援・要介護認定者数：介護保険事業状況報告(各年度3月31日現在)をもとに作成)

2) 障害児・者

身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の所持者数は平成 25 年度時点で各々 183,732 人、35,510 人、31,393 人であり、平成 20 年度の約 1.1 倍、約 1.3 倍、約 1.7 倍となっている。(図 3-3~3-5)

図 3-3

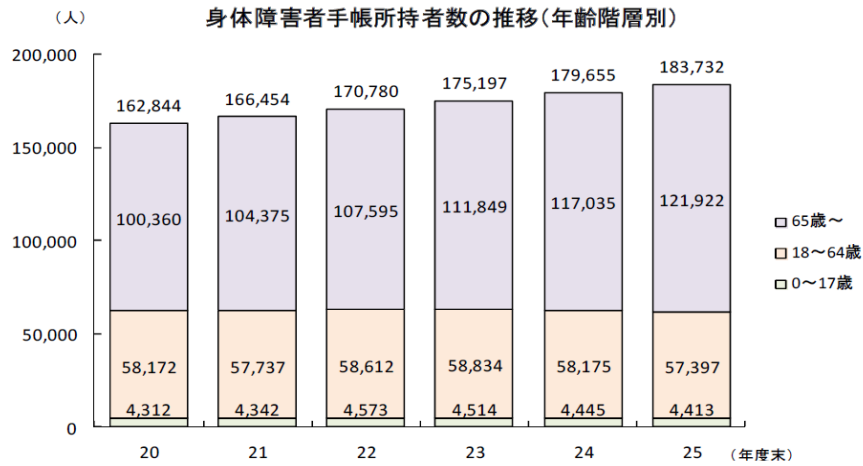


図 3-4

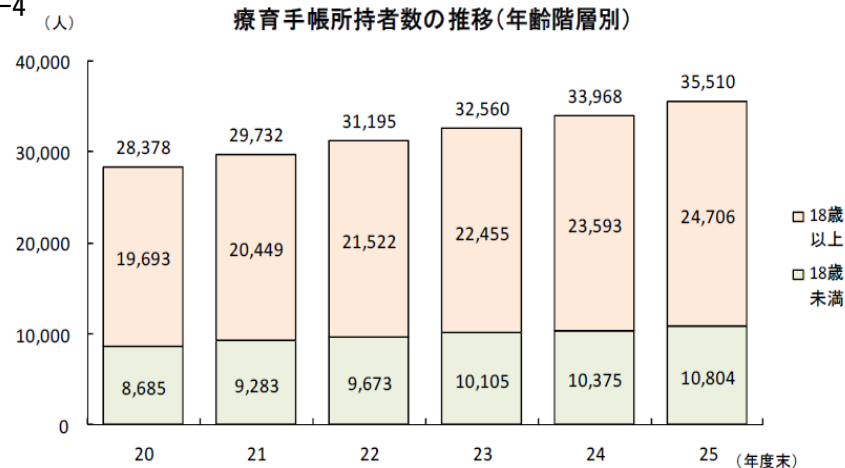
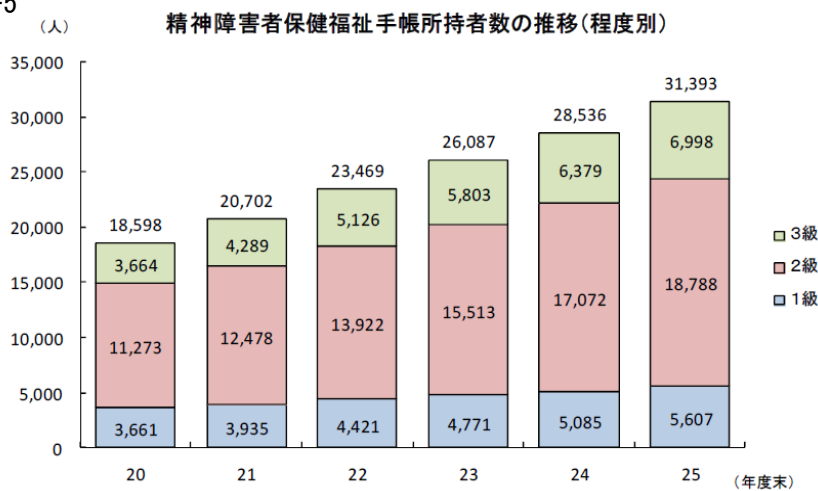


図 3-5



(千葉県障害者計画 (H27 年 3 月改定) より引用 (各年度 3 月 31 日現在))

②地域リハビリテーション関連資源

1) 医療保険関連サービス

本県の回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料施設基準の届出医療機関数は、平成27年度時点で65箇所と、平成19年度に比べ約3.8倍となっている。(図3-6)

また、疾患別リハビリテーション料施設基準の届出医療機関数(脳血管疾患等、運動器、呼吸器、心大血管疾患の合計)は平成27年度時点で831箇所と、平成19年度に比べ約1.4倍となっている。(図3-7)

図3-6 回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟施設基準届出医療機関数

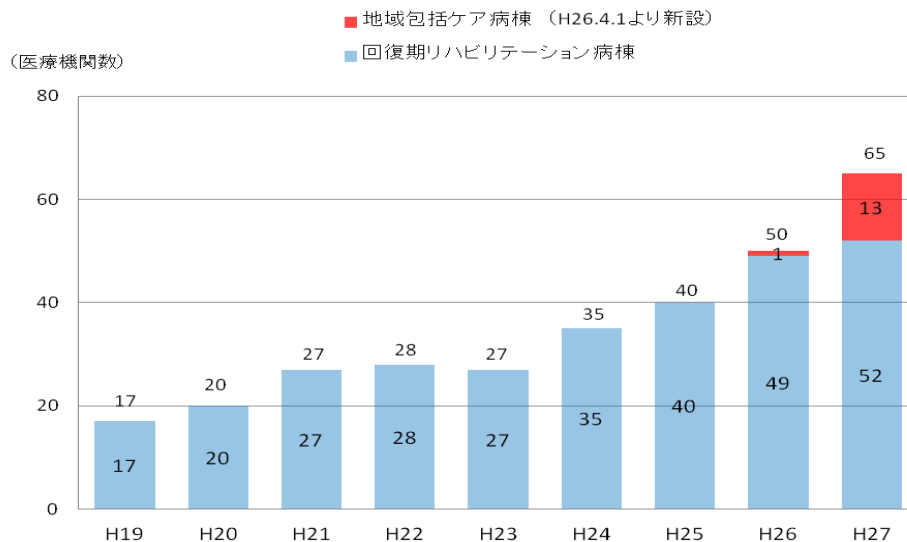
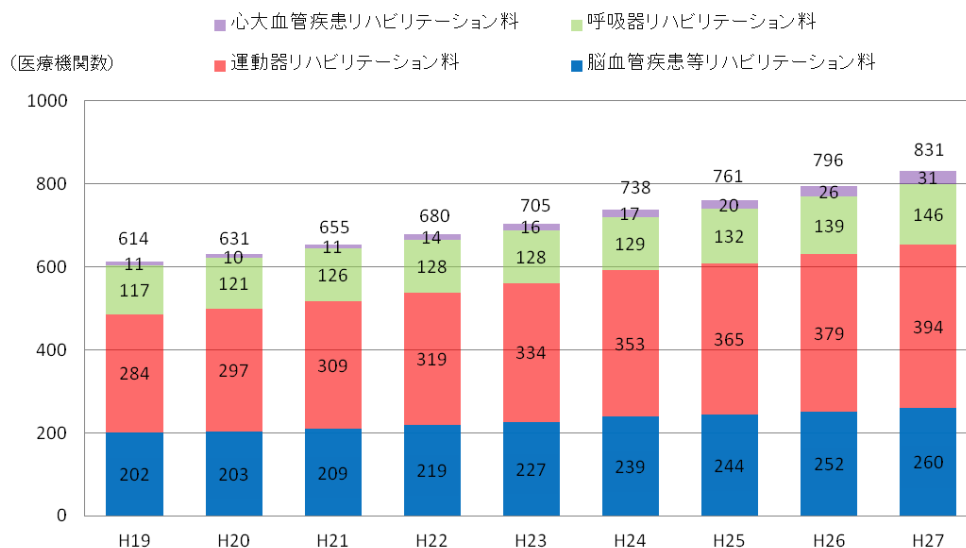


図3-7 疾患別リハビリテーション料施設基準届出医療機関数



(関東信越厚生局千葉事務所情報(各年4月1日現在)をもとに作成)

2) 介護保険関連サービス（通所リハビリテーション）

本県の通所リハビリテーション事業所数は平成 25 年度時点で 241 箇所と、全国平均 153.2 箇所の約 1.6 倍となっている。また、平成 19 年度からの増加率は 14%で、全国平均 10%に比べて 4 ポイント上回っている。（図 3-8）

一方、65 歳以上人口 10 万人当たりでは平成 25 年度時点で 16.0 箇所と、全国平均 22.6 箇所の約 0.7 倍となっている。また、平成 19 年度からの増加率は-11 %で、全国平均 -5 %に比べて 6 ポイント下回っている。（図 3-9）

図 3-8 通所リハビリテーションサービス請求事業所数

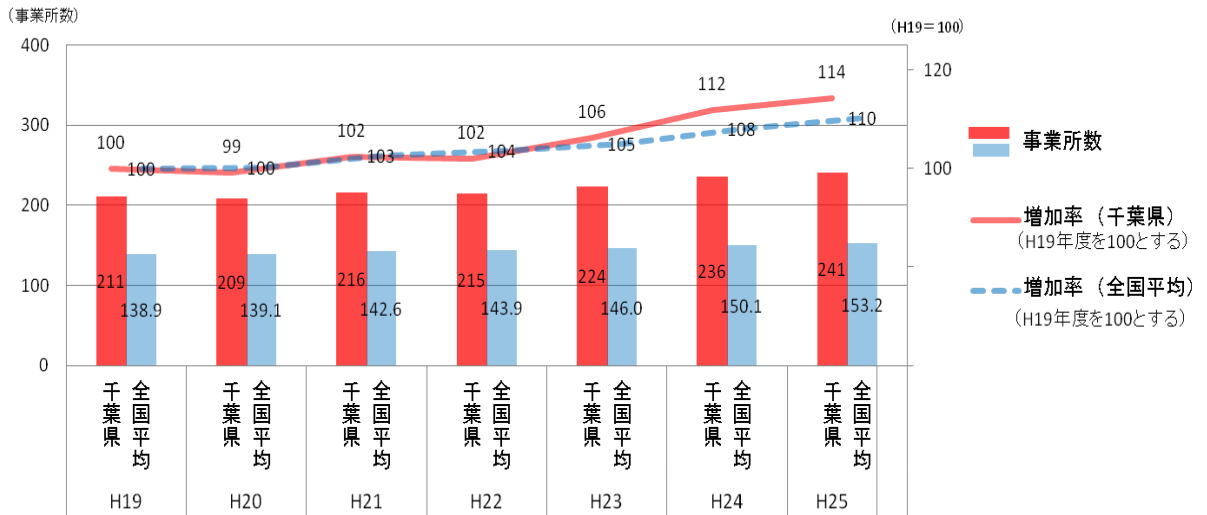
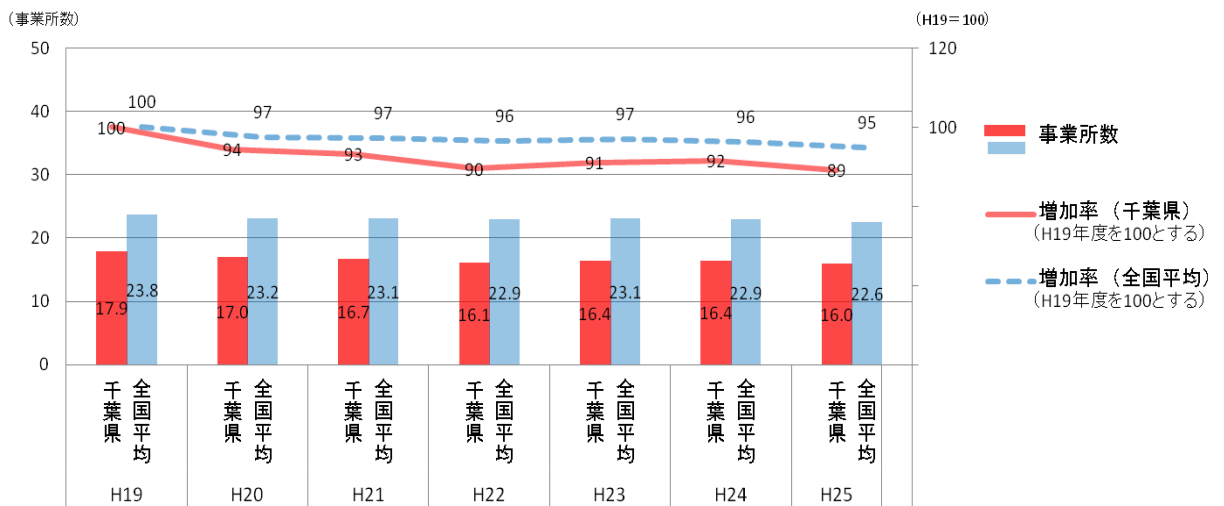


図 3-9 65 歳以上人口 10 万人対通所リハビリテーションサービス請求事業所数



（事業所数：介護給付費実態調査（各年 4 月審査分）、H19～H21 及び H23～H25 の高齢者人口：人口推計、H22 の高齢者人口：国勢調査（各年 10 月 1 日現在）をもとに作成）

3) 介護保険関連サービス（訪問リハビリテーション）

本県の訪問リハビリテーション事業所数は平成 25 年度時点で 119 箇所と、全国平均 76.0 箇所の約 1.6 倍となっている。また、平成 19 年度からの増加率は 55 %で、全国平均 25 %に比べて 30 ポイント上回っている。（図 3-10）

一方、65 歳以上人口 10 万人当たりでは平成 25 年度時点で 7.9 箇所と、全国平均 11.2 箇所の約 0.7 倍となっている。また、平成 19 年度からの増加率は 21 %で、全国平均 8 %に比べて 13 ポイント上回っている。（図 3-11）

図 3-10 訪問リハビリテーションサービス請求事業所数

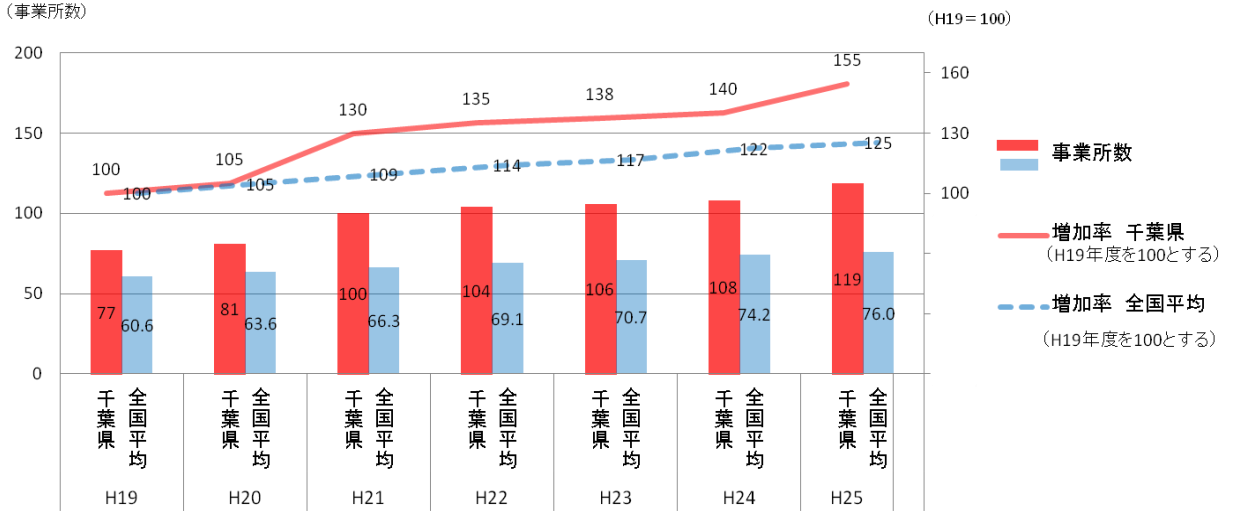
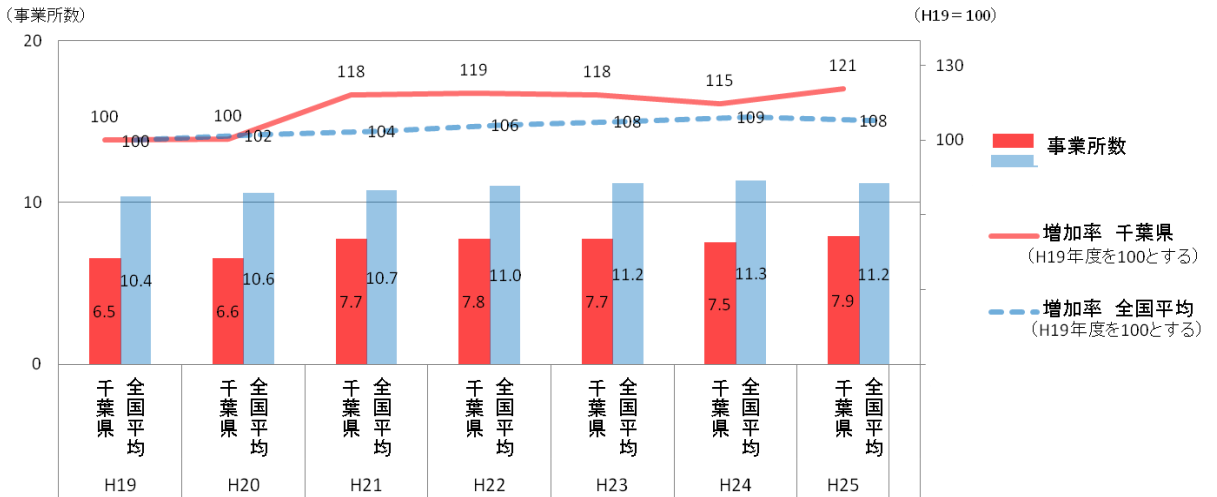


図 3-11 65 歳以上人口 10 万人対訪問リハビリテーションサービス請求事業所数



(事業所数：介護給付費実態調査（各年 4 月審査分）、H19～H21 及び H23～H25 の高齢者人口：人口推計、H22 の高齢者人口：国勢調査（各年 10 月 1 日現在）をもとに作成)

4) リハビリテーション専門職（理学療法士）

本県の理学療法士数（病院及び介護保険施設従事者数（常勤換算）の合計）は平成 25 年度時点で 2,772.0 人と、全国平均 1,507.9 人の約 1.8 倍となっている。また、平成 19 年度からの増加率は 93%で、全国平均 69%に比べて 24 ポイント上回っている。（図 3-12）

一方、65 歳以上人口 10 万人当たりでは平成 25 年度時点で 184.2 人と、全国平均 222.2 人の約 0.8 倍となっている。また、平成 19 年度からの増加率は 51 %で、全国平均 46 %に比べて 5 ポイント上回っている。（図 3-13）

図 3-12 理学療法士常勤換算従事者数

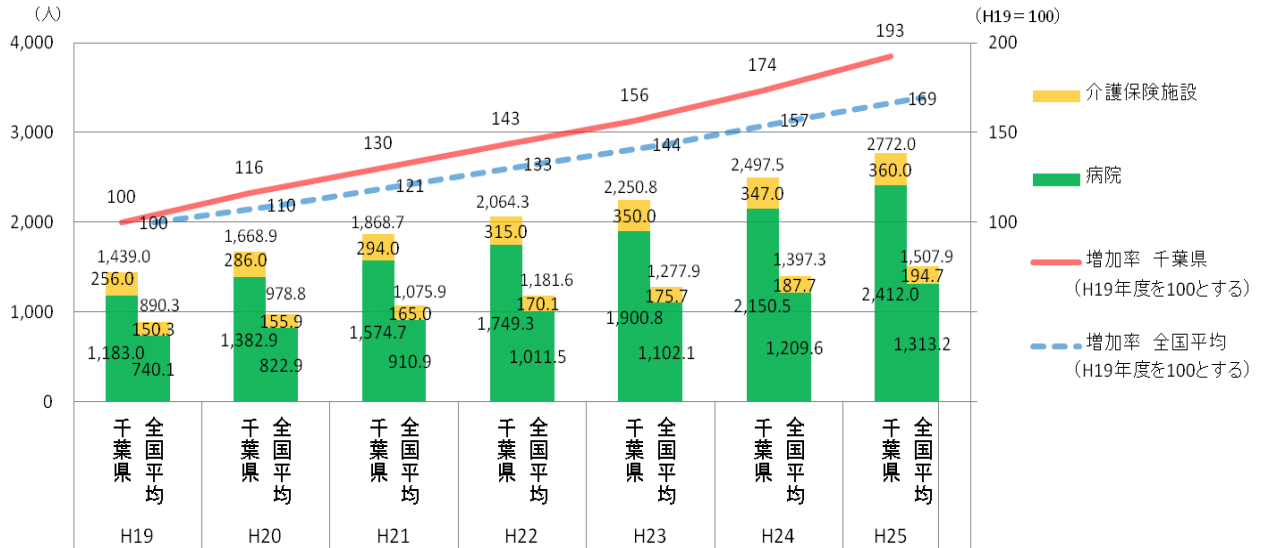
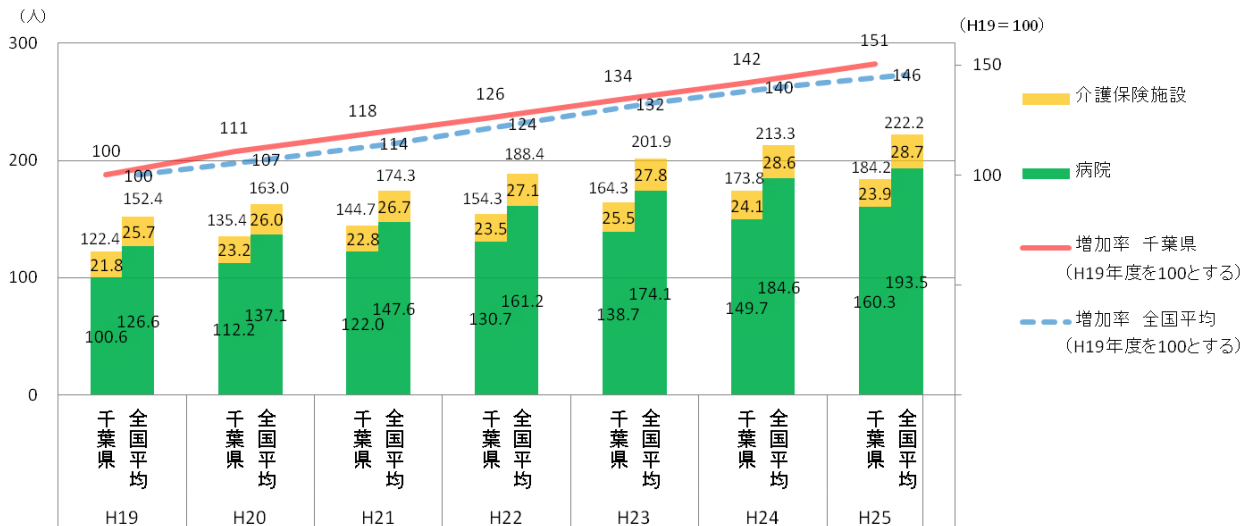


図 3-13 65 歳以上人口 10 万人対理学療法士数



（病院の従事者数：病院報告（各年 10 月 1 日現在）、介護保険施設の従事者数：介護サービス施設・事業所調査（各年 10 月 1 日現在）、H19～H21 及び H23～H25 の高齢者人口：人口推計、H22 の高齢者人口：国勢調査（各年 10 月 1 日現在）をもとに作成）

5) リハビリテーション専門職（作業療法士）

本県の作業療法士数（病院及び介護保険施設従事者数（常勤換算）の合計）は平成 25 年度時点で 1,490.2 人と、全国平均 931.4 人の約 1.6 倍となっている。また、平成 19 年度からの増加率は 83 %で、全国平均 61 %に比べて 22 ポイント上回っている。（図 3-14）

一方、65 歳以上人口 10 万人当たりでは平成 25 年度時点で 99.0 人と、全国平均 137.2 人の約 0.7 倍となっている。また、平成 19 年度からの増加率は 43 %で、全国平均 38 %に比べて 5 ポイント上回っている。（図 3-15）

図 3-14 作業療法士常勤換算従事者数

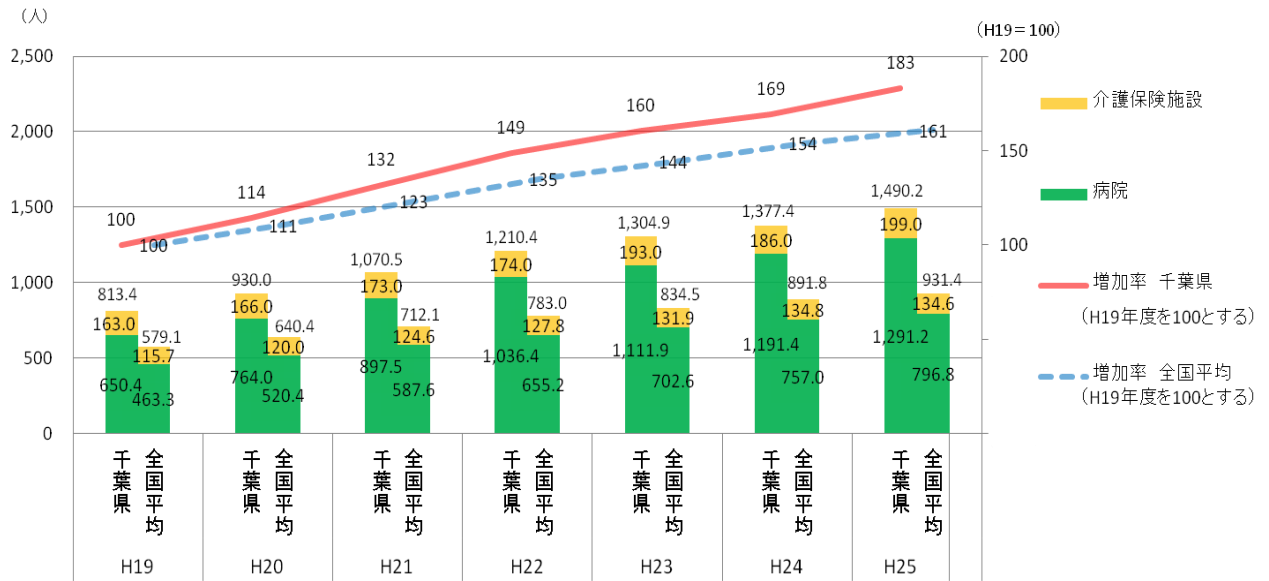
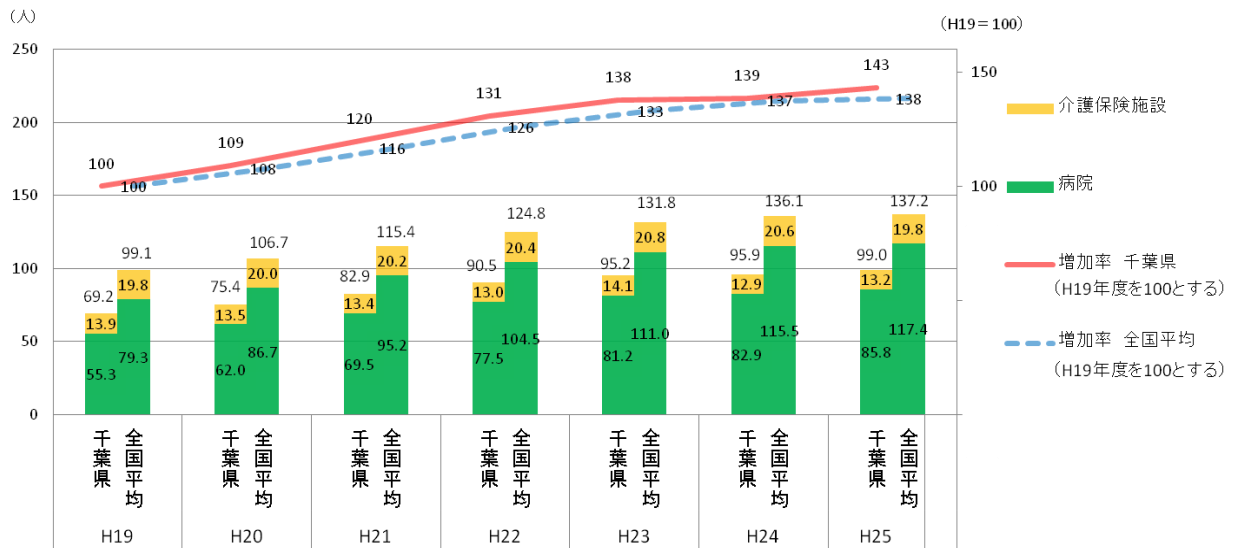


図 3-15 65 歳以上人口 10 万人対作業療法士数



（病院の従事者数：病院報告（各年 10 月 1 日現在）、介護保険施設の従事者数：介護サービス施設・事業所調査（各年 10 月 1 日現在）、H19～H21 及び H23～H25 の高齢者人口：人口推計、H22 の高齢者人口：国勢調査（各年 10 月 1 日現在）をもとに作成）

6) リハビリテーション専門職（言語聴覚士）

本県の言語聴覚士数（病院及び介護保険施設従事者数（常勤換算）の合計）は平成 25 年度時点で 463.2 人と、全国平均 296.3 人の約 1.6 倍となっている。また、平成 19 年度からの増加率は 89 %で、全国平均 75 %に比べて 14 ポイント上回っている。（図 3-16）

一方、65 歳以上人口 10 万人当たりでは平成 25 年度時点で 30.8 人と、全国平均 43.7 人の約 0.7 倍となっている。また、平成 19 年度からの増加率は 48 %で、全国平均 50 %と比べて 2 ポイント下回っている。（図 3-17）

図 3-16 言語聴覚士常勤換算従事者数

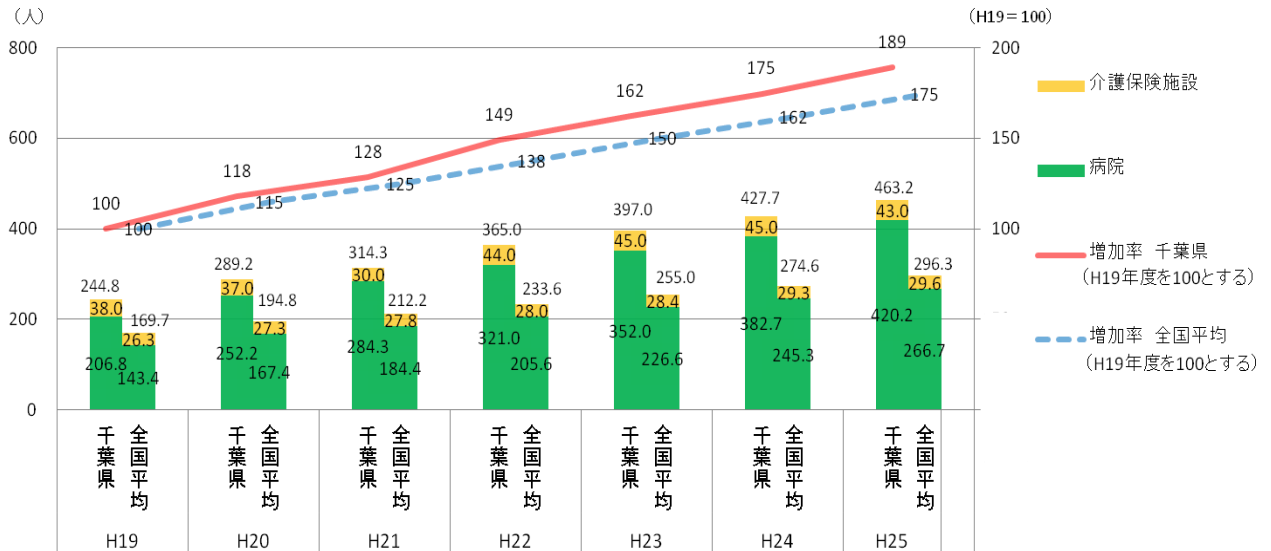
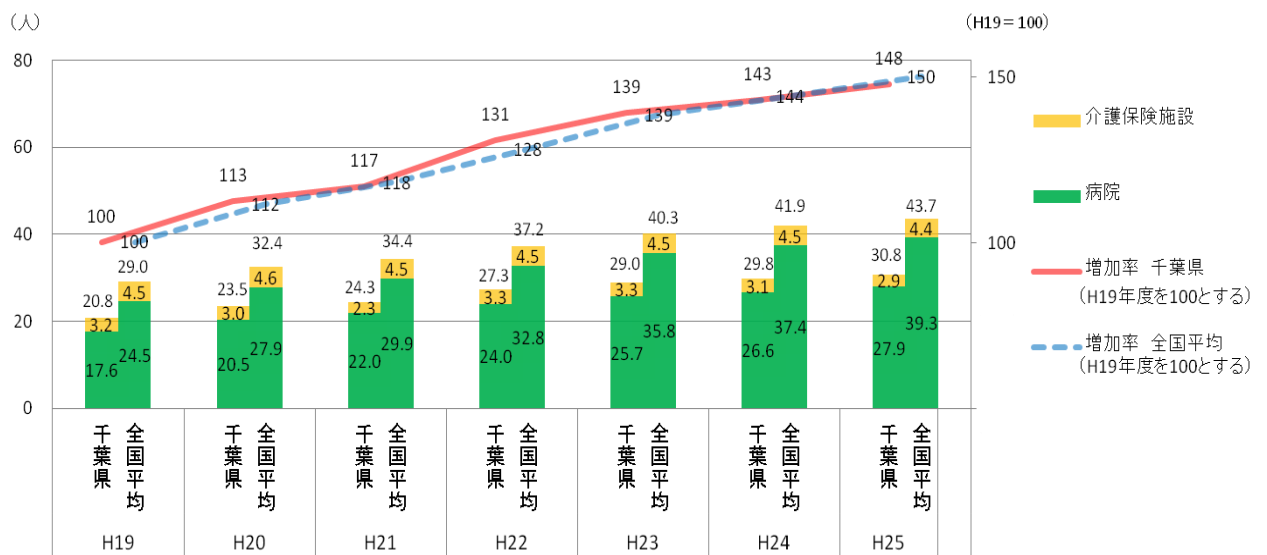


図 3-17 65 歳以上人口 10 万人対言語聴覚士数



（病院の従事者数：病院報告（各年 10 月 1 日現在）、介護保険施設の従事者数：介護サービス施設・事業所調査（各年 10 月 1 日現在）、H19～H21 及び H23～H25 の高齢者人口：人口推計、H22 の高齢者人口：国勢調査（各年 10 月 1 日現在）をもとに作成）

③二次保健医療圏別の現状

1) 圏域の構成

「二次保健医療圏」とは、医療法第30条の4第2項第12号の規定による区域であり、特殊な医療を除く病院の病床の整備を図るべき地域的単位として設定され、医療機関相互の機能分担に基づく連携による包括的な保健医療サービスを提供していくための場であり、住民が短時間でこれらの保健医療サービスを受けることが可能となる圏域である。

本県は、図3-18のとおり9つの二次保健医療圏にわかれており、圏域によって、人口、面積、構成市町村数等の規模が異なる。

人口は、平成26年度時点で、東葛南部で1,722,212人と最も多く、最も少ない安房の134,114人の約13倍となっている。

面積は、山武長生夷隅で1,161.32km²と最も大きく、最も小さい東葛南部の253.84km²の約5倍となっている。

構成市町村は、山武長生夷隅で17市町村と最も多く、千葉と市原で1市と最も少ない。

図3-18 二次保健医療圏の構成

保健医療圏	人口（人）	面積（km ² ）	構成市町村
千葉	959,487	272.08	千葉市
東葛南部	1,722,212	253.84	市川市、船橋市、習志野市、八千代市、鎌ヶ谷市、浦安市
東葛北部	1,350,799	358.24	松戸市、野田市、柏市、流山市、我孫子市
印旛	722,791	691.60	成田市、佐倉市、四街道市、八街市、印西市、白井市、富里市、印旛郡酒々井町、栄町
香取海匝	293,438	716.60	銚子市、旭市、匝瑳市、香取市、香取郡神崎町、多古町、東庄町
山武長生夷隅	451,203	1,161.32	茂原市、東金市、勝浦市、山武市、いすみ市、大網白里市、山武郡九十九里町、芝山町、横芝光町、長生郡一宮町、睦沢町、長生村、白子町、長柄町、長南町、夷隅郡大多喜町、御宿町
安房	134,114	576.90	館山市、鴨川市、南房総市、安房郡鋸南町
君津	329,868	757.83	木更津市、君津市、富津市、袖ヶ浦市
市原	280,543	368.20	市原市
県計	6,244,455	5,156.61	37市16町1村

(保健医療圏、面積、構成市町村：千葉県保健医療計画(H25年5月改定)、人口：千葉県年齢別・町丁別人口(H26.4.1現在)をもとに作成)

2) 高齢者

圏域別の高齢者人口は、平成26年度時点で、東葛南部で358,241人と最も多く、最も少ない安房の48,864人の約7.3倍となっている。また、高齢化率は安房が36.4%と最も高く、最も低い東葛南部の20.8%を15.6ポイント上回っている。(表3-1、図3-19)

一方、要支援・要介護認定者数は、平成26年度時点で、東葛南部で55,666人と最も多く、最も少ない安房の9,193人の約6.1倍となっている。また、高齢者人口に占める要支援・要介護認定者数の割合は、安房が18.8%と最も高く、最も低い印旛の13.5%を5.3ポイント上回っている。(表3-2、図3-19)

表3-1 高齢者人口・高齢化率

(単位 人)

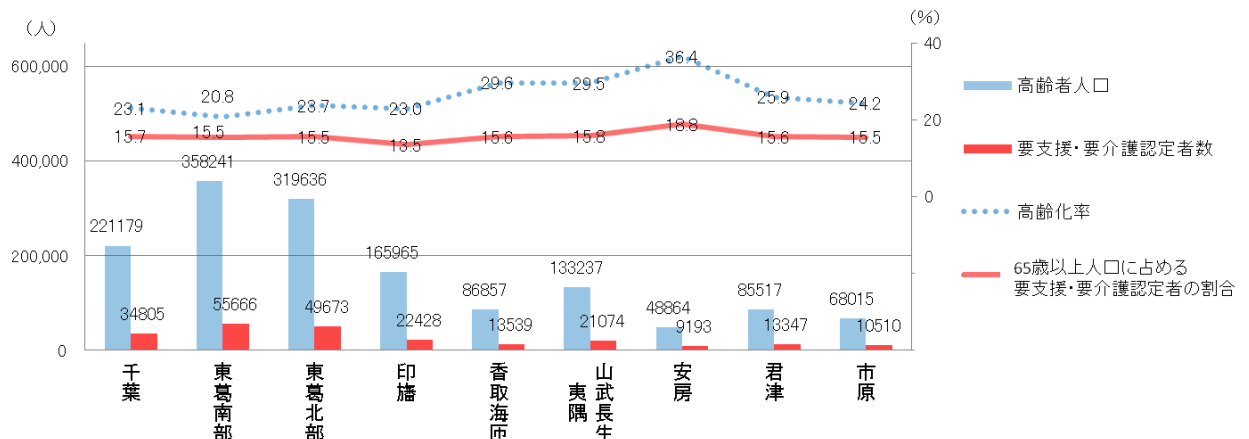
保健医療圏	総人口 (A)	高齢者人口 (65歳以上) (B)	高齢者人口		高齢化率 (B/A)
			65歳～74歳	75歳以上	
千葉	959,487	221,179	127,944	93,235	23.1%
東葛南部	1,722,212	358,241	207,770	150,471	20.8%
東葛北部	1,350,799	319,636	186,434	133,202	23.7%
印旛	722,791	165,965	99,610	66,355	23.0%
香取海匝	293,438	86,857	41,546	45,311	29.6%
山武長生夷隅	451,203	133,237	68,626	64,611	29.5%
安房	134,114	48,864	23,319	25,545	36.4%
君津	329,868	85,517	47,560	37,957	25.9%
市原	280,543	68,015	39,981	28,034	24.2%
県計	6,244,455	1,487,511	842,790	644,721	23.8%

表3-2 要支援・要介護認定者

(単位 人)

保健医療圏	要支援	要介護						合計 (C)	65歳以上人口 に占める割合 (C/B)
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計		
千葉	9,269	7,322	5,907	4,678	4,080	3,549	25,536	34,805	15.7%
東葛南部	14,362	11,979	10,140	7,342	6,369	5,474	41,304	55,666	15.5%
東葛北部	12,126	9,574	10,030	7,153	5,800	4,990	37,547	49,673	15.5%
印旛	5,974	4,187	4,048	3,075	2,988	2,156	16,454	22,428	13.5%
香取海匝	2,877	2,738	2,562	1,978	2,008	1,376	10,662	13,539	15.6%
山武長生夷隅	3,661	3,954	4,242	3,426	3,235	2,556	17,413	21,074	15.8%
安房	2,100	1,957	1,756	1,289	1,193	898	7,093	9,193	18.8%
君津	3,018	2,524	2,470	1,989	1,926	1,420	10,329	13,347	15.6%
市原	2,675	2,257	1,716	1,375	1,430	1,057	7,835	10,510	15.5%
県計	56,062	46,492	42,871	32,305	29,029	23,476	174,173	230,235	15.5%

図3-19 高齢者人口と要介護等認定者数



(総人口・高齢者人口：千葉県年齢別・町丁字別人口(H26.4.1現在)、要介護等認定者数：WAM NET (H26年10月末現在) をもとに作成)

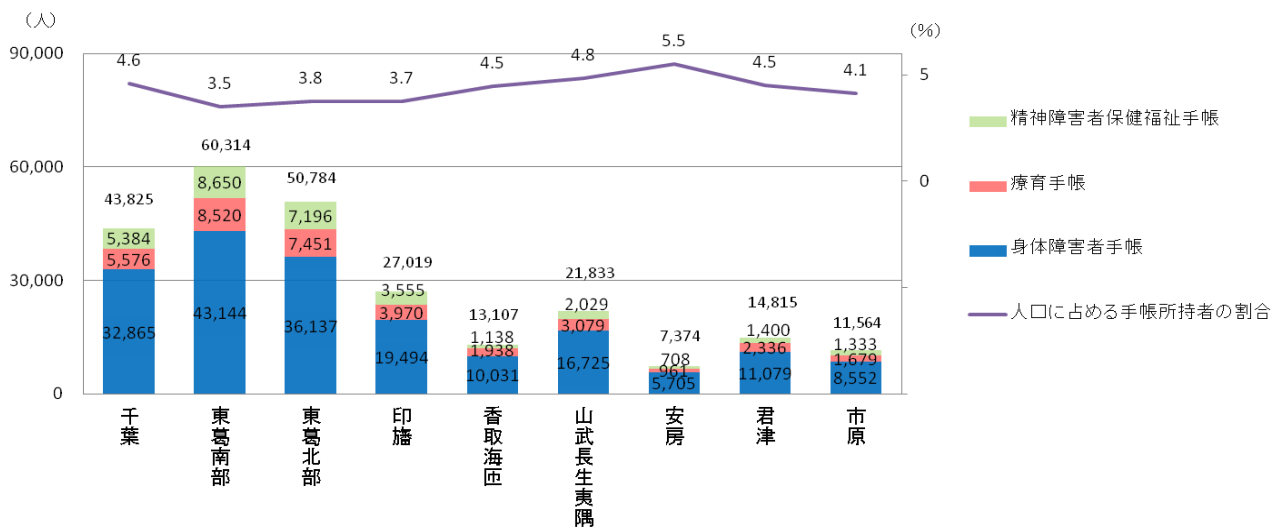
3) 障害児・者

圏域別の手帳所持者数（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の合計）は、平成26年度時点で、東葛南部で60,314人と最も多く、最も少ない安房の7,374人の約8.2倍となっている。また、人口に占める手帳所持者数の割合は、安房が5.5%と最も高く、最も低い東葛南部の3.5%を2.0ポイント上回っている。（表3-3、図3-20）

表3-3 手帳所持者数

保健医療圏	総人口 (A)	身体障害者手帳		療育手帳		精神障害者保健福祉手帳		合計	
		所持者数 (B)	人口に占める 割合 (B/A)	所持者数 (C)	人口に占める 割合 (C/A)	所持者数 (D)	人口に占める 割合 (D/A)	所持者数	人口に占める 割合
千葉	959,487	32,865	3.4%	5,576	0.6%	5,384	0.6%	43,825	4.6%
東葛南部	1,722,212	43,144	2.5%	8,520	0.5%	8,650	0.5%	60,314	3.5%
東葛北部	1,350,799	36,137	2.7%	7,451	0.6%	7,196	0.5%	50,784	3.8%
印旛	722,791	19,494	2.7%	3,970	0.5%	3,555	0.5%	27,019	3.7%
香取海匝	293,438	10,031	3.4%	1,938	0.7%	1,138	0.4%	13,107	4.5%
山武長生夷隅	451,203	16,725	3.7%	3,079	0.7%	2,029	0.4%	21,833	4.8%
安房	134,114	5,705	4.3%	961	0.7%	708	0.5%	7,374	5.5%
君津	329,868	11,079	3.4%	2,336	0.7%	1,400	0.4%	14,815	4.5%
市原	280,543	8,552	3.0%	1,679	0.6%	1,333	0.5%	11,564	4.1%
県計	6,244,455	183,732	2.9%	35,510	0.6%	31,393	0.5%	250,635	4.0%

図3-20 手帳所持者数



(障害福祉課調べ (H26.3.31 現在) をもとに作成)

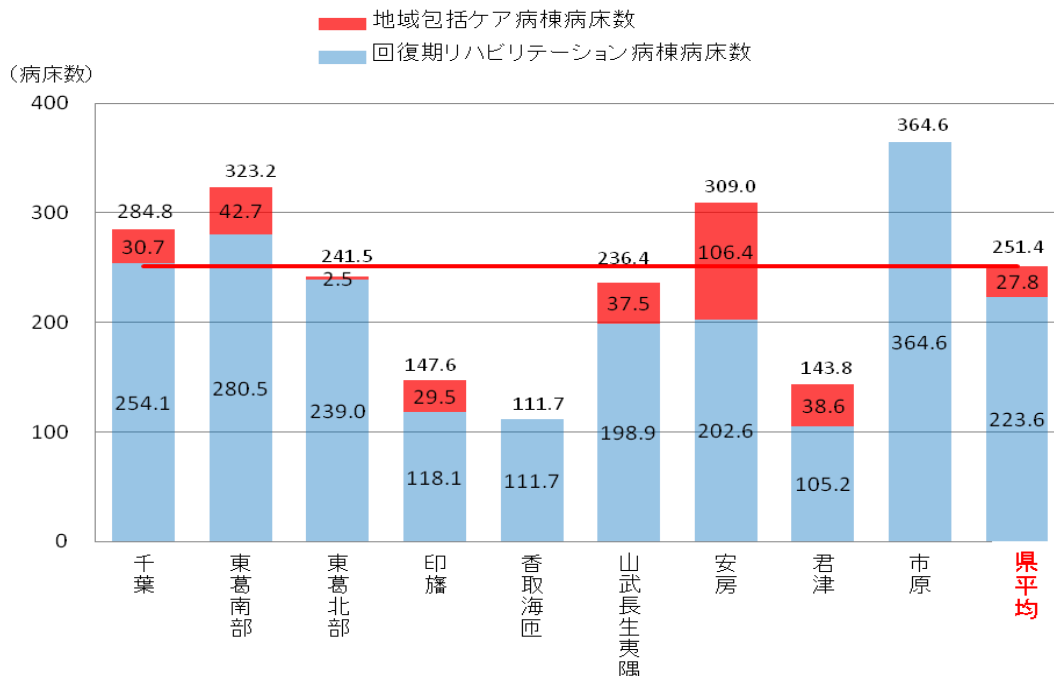
4) 医療保険関連サービス（回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟）

圏域別の回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟における病床数は、平成27年度時点で、東葛南部で1,158床と最も多く、最も少ない香取海匠の97床の約11.9倍となっている。また、65歳以上人口10万人対病床数は、市原で364.6床と最も多く、最も少ない香取海匠の111.7床の約3.3倍となっている。（表3-4、図3-21）

表3-4 回復期リハビリテーション病棟等施設基準届出医療機関数及び病床数

保健医療圏	回復期リハビリテーション病棟を有する病院			地域包括ケア病棟を有する病院			合計		
	病院数	病床数	65歳以上人口10万対病床数	病院数	病床数	65歳以上人口10万対病床数	病院数	病床数	65歳以上人口10万対病床数
千葉	11	562	254.1	2	68	30.7	13	630	284.8
東葛南部	13	1,005	280.5	3	153	42.7	16	1,158	323.2
東葛北部	12	764	239.0	1	8	2.5	13	772	241.5
印旛	4	196	118.1	2	49	29.5	6	245	147.6
香取海匠	1	97	111.7	0	0	0.0	1	97	111.7
山武長生夷隅	5	265	198.9	2	50	37.5	7	315	236.4
安房	2	99	202.6	1	52	106.4	3	151	309.0
君津	1	90	105.2	2	33	38.6	3	123	143.8
市原	3	248	364.6	0	0	0.0	3	248	364.6
県計	52	3,326	223.6	13	413	27.8	65	3,739	251.4

図3-21 65歳以上人口10万人対回復期リハビリテーション病棟等病床数



（病院数：関東信越厚生局千葉事務所情報（H27.4.1現在）、病床数：各医療機関に調査（H27.4.1現在）、高齢者人口：千葉県年齢別・町丁字別人口（H26.4.1現在）をもとに作成）

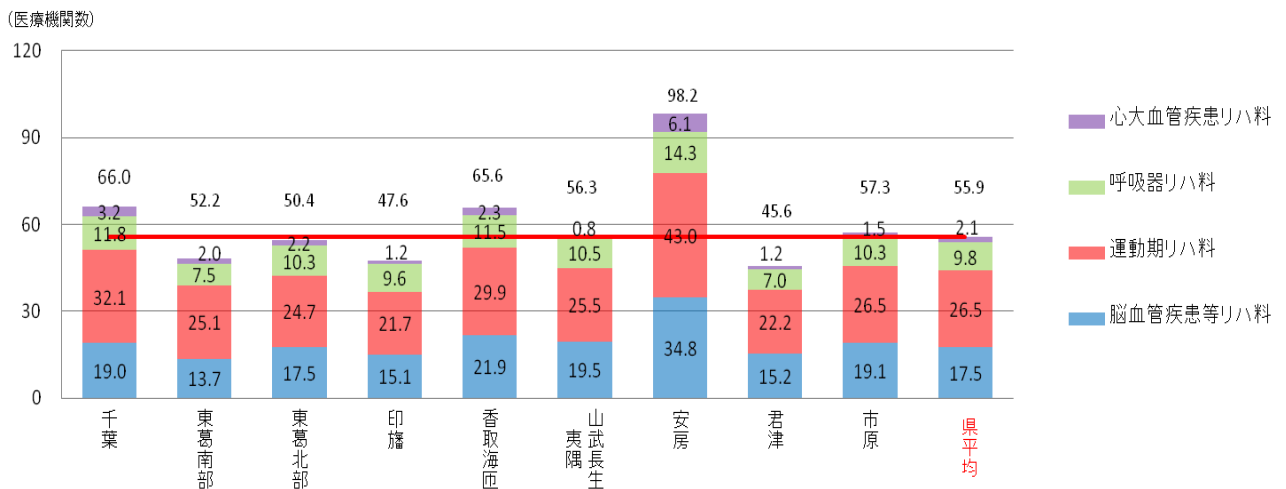
5) 医療保険関連サービス（疾患別リハビリテーション料）

圏域別の疾患別リハビリテーション料施設基準の届出医療機関数（脳血管疾患等、運動器、呼吸器、心大血管疾患の合計）は、平成27年度時点で、東葛南部で187箇所と最も多く、最も少ない君津及び市原の39箇所の約4.8倍となっている。また、65歳以上人口10万人対医療機関数は、安房で98.2箇所と最も多く、最も少ない君津の45.6箇所の約2.2倍となっている。（表3-5、図3-22）

表3-5 疾患別リハビリテーション料施設基準届出医療機関数

保健医療圏	脳血管疾患等 リハビリテーション料		運動器 リハビリテーション料		呼吸器 リハビリテーション料		心大血管疾患 リハビリテーション料		合計	
	病院数	65歳以上 人口10万対 病院数	病院数	65歳以上 人口10万対 病院数	病院数	65歳以上 人口10万対 病院数	病院数	65歳以上 人口10万対 病院数	病院数	65歳以上 人口10万対 病院数
千葉	42	19.0	71	32.1	26	11.8	7	3.2	146	66.0
東葛南部	53	14.8	96	26.8	30	8.4	8	2.2	187	52.2
東葛北部	52	16.3	73	22.8	30	9.4	6	1.9	161	50.4
印旛	25	15.1	36	21.7	16	9.6	2	1.2	79	47.6
香取海匝	19	21.9	26	29.9	10	11.5	2	2.3	57	65.6
山武長生夷隅	26	19.5	34	25.5	14	10.5	1	0.8	75	56.3
安房	17	34.8	21	43.0	7	14.3	3	6.1	48	98.2
君津	13	15.2	19	22.2	6	7.0	1	1.2	39	45.6
市原	13	19.1	18	26.5	7	10.3	1	1.5	39	57.3
県計	260	17.5	394	26.5	146	9.8	31	2.1	831	55.9

図3-22 65歳以上人口10万人対疾患別リハビリテーション料施設基準届出医療機関数



（医療機関数：関東信越厚生局千葉事務所情報（H27.4.1現在）、高齢者人口：千葉県年齢別・町丁字別人口（H26.4.1現在）をもとに作成）

6) 介護保険関連サービス（通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション・その他）

圏域別の通所リハビリテーション事業所数は、平成 27 年度時点で、千葉で 44 箇所と最も多く、最も少ない君津の 10 箇所の約 4.4 倍となっている。また、65 歳以上人口 10 万人対事業所数は、安房で 28.7 箇所と最も多く、最も少ない印旛の 10.8 箇所の約 2.7 倍となっている。（表 3-6、図 3-23）

一方、訪問リハビリテーション事業所数は、平成 27 年度時点で、東葛南部で 22 箇所と最も多く、最も少ない君津の 4 箇所の約 5.5 倍となっている。また、65 歳以上人口 10 万人対事業所数は、安房で 12.3 箇所と最も多く、最も少ない山武長生夷隅の 4.5 箇所の約 2.7 倍となっている。（表 3-6、図 3-24）

表 3-6 介護保険関連サービス提供事業所数

保健医療圏	通所リハビリ事業所		訪問リハビリ事業所		訪問看護事業所		介護老人保健施設		特別養護老人ホーム		地域包括支援センター	
	事業所数	65歳以上人口10万対事業所数	事業所数	65歳以上人口10万対事業所数	事業所数	65歳以上人口10万対事業所数	施設数	65歳以上人口10万対施設数	施設数	65歳以上人口10万対施設数	施設数	65歳以上人口10万対施設数
千葉	44	19.9	14	6.3	49	22.2	22	9.9	46	20.8	24	10.9
東葛南部	41	11.4	22	6.1	62	17.3	28	7.8	71	19.8	29	8.1
東葛北部	42	13.1	21	6.6	63	19.7	26	8.1	71	22.2	31	9.7
印旛	18	10.8	10	6.0	21	12.7	15	9.0	50	30.1	18	10.8
香取海匝	17	19.6	6	6.9	19	21.9	11	12.7	27	31.1	8	9.2
山武長生夷隅	18	13.5	6	4.5	20	15.0	14	10.5	47	35.3	20	15.0
安房	14	28.7	6	12.3	14	28.7	7	14.3	19	38.9	7	14.3
君津	10	11.7	4	4.7	17	19.9	9	10.5	37	43.3	9	10.5
市原	13	19.1	6	8.8	18	26.5	8	11.8	16	23.5	5	7.4
県計	217	14.6	95	6.4	283	19.0	140	9.4	384	25.8	151	10.2

図 3-23 65 歳以上人口 10 万人対通所リハビリテーション事業所数

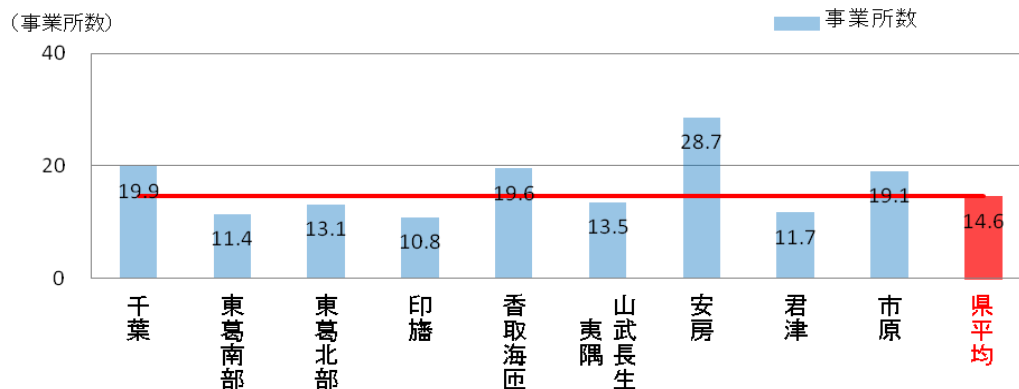
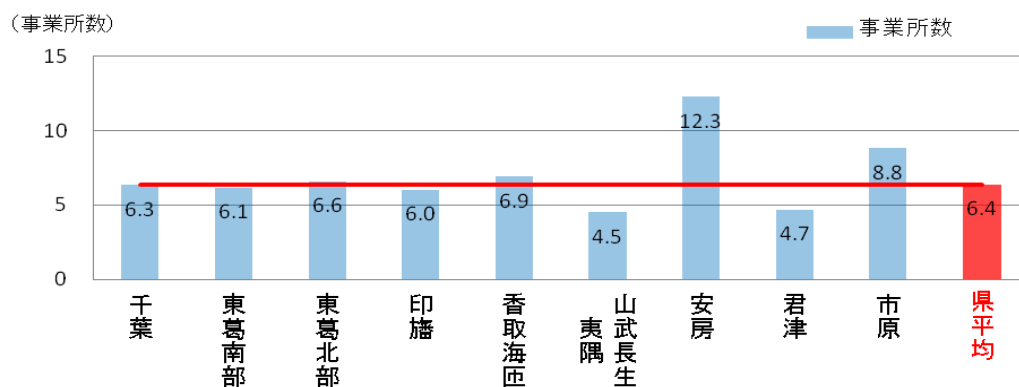


図 3-24 65 歳以上人口 10 万人対訪問リハビリテーション事業所数



（訪問リハビリテーション事業所・通所リハビリテーション事業所・訪問看護事業所・介護老人保健施設：WAM NET (H27. 4)、特別養護老人ホーム・地域包括支援センター：高齢者福祉課調べ (H27. 4. 1 現在)、高齢者人口：千葉県年齢別・町丁字別人口 (H26. 4. 1 現在) をもとに作成)

7) リハビリテーション専門職（理学療法士）

圏域別の理学療法士数（病院及び介護保険施設従事者数（常勤換算）の合計）は、平成25年度時点で、東葛南部で802.9人と最も多く、最も少ない君津の120.0人の約6.7倍となっている。また、65歳以上人口10万人対理学療法士数は、安房で315.8人と最も多く、最も少ない印旛の128.9人の約2.4倍となっている。（表3-7、図3-25）

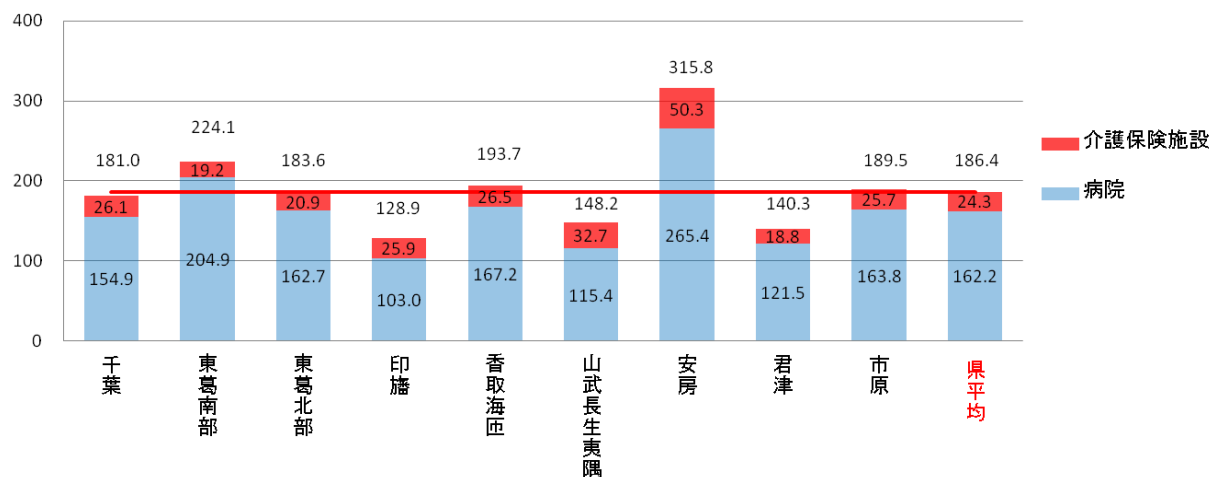
表3-7 理学療法士常勤換算従事者数

（単位 人）

保健医療圏	病院		介護保険施設		合計	
	従事者数	65歳以上10万対従事者数	従事者数	65歳以上10万対従事者数	従事者数	65歳以上10万対従事者数
千葉	342.6	154.9	57.7	26.1	400.3	181.0
東葛南部	734.2	204.9	68.7	19.2	802.9	224.1
東葛北部	520.2	162.7	66.8	20.9	587.0	183.6
印旛	171.0	103.0	43.0	25.9	214.0	128.9
香取海匝	145.2	167.2	23.0	26.5	168.2	193.7
山武長生夷隅	153.8	115.4	43.6	32.7	197.4	148.2
安房	129.7	265.4	24.6	50.3	154.3	315.8
君津	103.9	121.5	16.1	18.8	120.0	140.3
市原	111.4	163.8	17.5	25.7	128.9	189.5
県計	2412.0	162.2	361.0	24.3	2773.0	186.4

図3-25 65歳以上人口10万人対理学療法士数

（人）



（病院の従事者数：病院報告（H25.10.1日現在）、介護保険施設の従事者数：介護サービス施設・事業所調査（H25.10.1現在）、高齢者人口：千葉県年齢別・町丁別人口（H26.4.1現在）をもとに作成）

8) リハビリテーション専門職（作業療法士）

圏域別の作業療法士数（病院及び介護保険施設従事者数（常勤換算）の合計）は、平成25年度時点で、東葛南部で489.3人と最も多く、最も少ない君津の46.5人の約10.5倍となっている。また、65歳以上人口10万人対作業療法士数は、東葛南部で136.6人と最も多く、最も少ない君津の54.4人の約2.5倍となっている。（表3-8、図3-26）

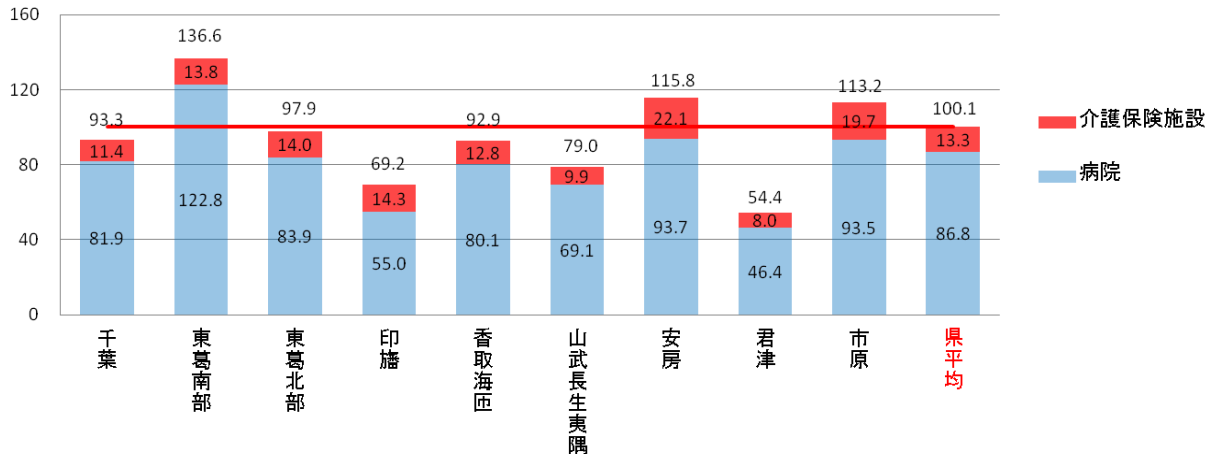
表3-8 作業療法士常勤換算従事者数

（単位 人）

保健医療圏	病院		介護保険施設		合計	
	従事者数	65歳以上10万対従事者数	従事者数	65歳以上10万対従事者数	従事者数	65歳以上10万対従事者数
千葉	181.1	81.9	25.2	11.4	206.3	93.3
東葛南部	439.9	122.8	49.4	13.8	489.3	136.6
東葛北部	268.2	83.9	44.6	14.0	312.8	97.9
印旛	91.2	55.0	23.7	14.3	114.9	69.2
香取海匝	69.6	80.1	11.1	12.8	80.7	92.9
山武長生夷隅	92.1	69.1	13.2	9.9	105.3	79.0
安房	45.8	93.7	10.8	22.1	56.6	115.8
君津	39.7	46.4	6.8	8.0	46.5	54.4
市原	63.6	93.5	13.4	19.7	77.0	113.2
県計	1291.2	86.8	198.2	13.3	1489.4	100.1

図3-26 65歳以上人口10万人対作業療法士数

（人）



（病院の従事者数：病院報告（H25.10.1現在）、介護保険施設の従事者数：介護サービス施設・事業所調査（H25.10.1現在）、高齢者人口：千葉県年齢別・町丁字別人口（H26.4.1現在）をもとに作成）

9) リハビリテーション専門職（言語聴覚士）

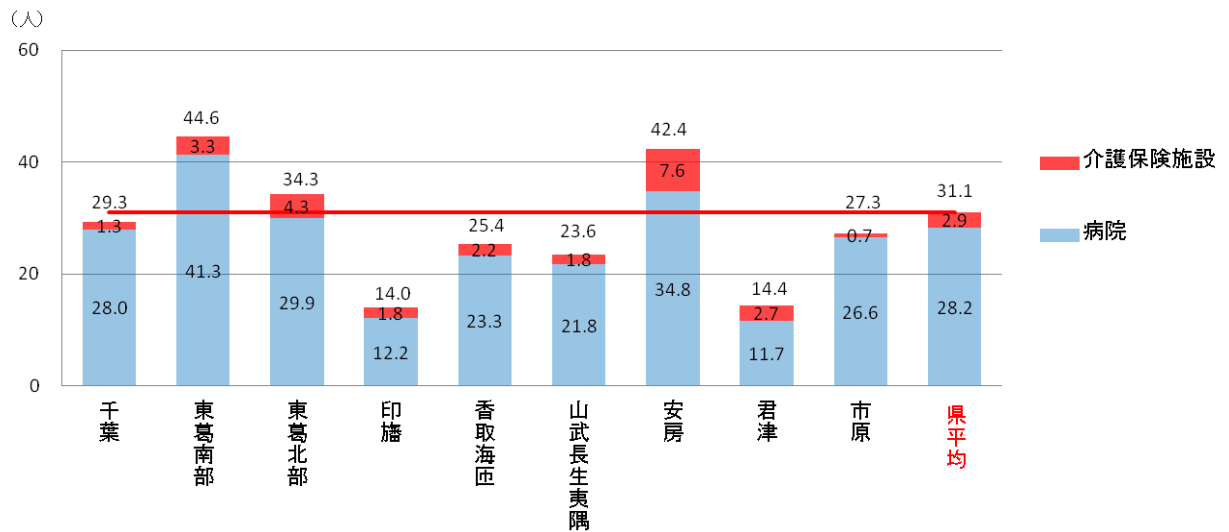
圏域別の言語療法士数（病院及び介護保険施設従事者数（常勤換算）の合計）は、平成25年度時点で、東葛南部で159.9人と最も多く、最も少ない君津の12.3人の約13.0倍となっている。また、65歳以上人口10万人対言語療法士数は、東葛南部で44.6人と最も多く、最も少ない印旛の14.0人の約3.2倍となっている。（表3-9、図3-27）

表3-9 言語聴覚士常勤換算従事者数

（単位 人）

保健医療圏	病院		介護保険施設		合計	
	従事者数	65歳以上10万対従事者数	従事者数	65歳以上10万対従事者数	従事者数	65歳以上10万対従事者数
千葉	62.0	28.0	2.8	1.3	64.8	29.3
東葛南部	147.9	41.3	12.0	3.3	159.9	44.6
東葛北部	95.7	29.9	13.9	4.3	109.6	34.3
印旛	20.3	12.2	3.0	1.8	23.3	14.0
香取海匝	20.2	23.3	1.9	2.2	22.1	25.4
山武長生夷隅	29.0	21.8	2.4	1.8	31.4	23.6
安房	17.0	34.8	3.7	7.6	20.7	42.4
君津	10.0	11.7	2.3	2.7	12.3	14.4
市原	18.1	26.6	0.5	0.7	18.6	27.3
県計	420.2	28.2	42.5	2.9	462.7	31.1

図3-27 65歳以上人口10万人対言語聴覚士数



（病院の従事者数：病院報告（H25.10.1現在）、介護保険施設の従事者数：介護サービス施設・事業所調査（H25.10.1現在）、高齢者人口：千葉県年齢別・町丁字別人口（H26.4.1現在）をもとに作成）

10) 圏域別状況のまとめ

これらの地域リハビリテーション関連資源を二次保健医療圏別に比較すると、安房、市原圏域では相対的に資源が豊富であるのに対して、印旛、山武長生夷隅、君津圏域では不足が目立っている。(図3-28)

図3-28 地域リハビリテーション関連資源の圏域別状況

保健医療圏	回復期リハ病棟等施設基準届出医療機関		疾患別リハ料施設基準届出医療機関		通所リハビリ事業所		訪問リハビリ事業所		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
	65歳以上10万対		65歳以上10万対		65歳以上10万対		65歳以上10万対		65歳以上10万対		65歳以上10万対		65歳以上10万対	
	病床数	対県平均比(%)	施設数	対県平均比(%)	施設数	対県平均比(%)	施設数	対県平均比(%)	従事者数	対県平均比(%)	従事者数	対県平均比(%)	従事者数	対県平均比(%)
千葉	284.8	13.3	66.0	18.1	19.9	36.3	6.3	▲1.6	181.0	▲2.9	93.3	▲6.8	29.3	▲5.8
東葛南部	323.2	28.6	52.2	▲3.7	11.4	▲21.9	6.1	▲4.7	224.1	20.2	136.6	36.5	44.6	43.4
東葛北部	241.5	▲3.9	50.4	▲5.5	13.1	▲10.3	6.6	3.1	183.6	▲1.5	97.9	▲2.2	34.3	10.3
印旛	147.6	▲41.3	47.6	▲14.8	10.8	▲26.0	6.0	▲6.3	128.9	▲30.8	69.2	▲30.9	14.0	▲55.0
香取海匝	111.7	▲55.6	65.6	17.4	19.6	34.2	6.9	7.8	193.7	3.9	92.9	▲7.2	25.4	▲18.3
山武長生夷隅	236.4	▲6.0	56.3	0.7	13.5	▲7.5	4.5	▲29.7	148.2	▲20.5	79.0	▲21.1	23.6	▲24.1
安房	309.0	22.9	98.2	75.7	28.7	96.6	12.3	92.2	315.8	69.4	115.8	15.7	42.4	36.3
君津	143.8	▲42.8	45.6	▲18.4	11.7	▲19.9	4.7	▲26.6	140.3	▲24.7	54.4	▲45.7	14.4	▲53.7
市原	364.6	45.0	57.3	2.5	19.1	30.8	8.8	37.5	189.5	1.7	113.2	13.1	27.3	▲12.2
県平均	251.4	0.0	55.9	0.0	14.6	0.0	6.4	0.0	186.4	0.0	100.1	0.0	31.1	0.0

④地域リハビリテーション関係機関調査結果

広域支援センターと地域リハビリテーション関係機関の連携状況及び広域支援センターの事業実施状況等に関する現状と課題の把握のため、行政機関・医療機関等・広域支援センターに対する調査を実施した。

また支援体制の最終目的である“住民”のリハビリテーションに関わる現状と課題の把握のため、ケアプランの作成を通じて患者とリハビリテーションサービス提供機関とを結び付ける役割を果たす介護支援専門員に対し、介護保険リハビリテーションサービスの導入状況等を調査した。

表 3-10 調査対象等

対象		調査期間	調査方法	調査数	回答数	回答率
1) 行政機関	市町村	平成 27 年 1~2 月	書面調査	54	54	100%
	地域包括支援センター			151	142	94%
2) 医療機関等	病院 (回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟保有)	平成 27 年 3~4 月	書面調査	55	48	87%
	診療所 (リハビリテーション科標榜)			493	138	28%
	介護老人保健施設			140	53	38%
3) 広域支援センター		平成 26 年 6~10 月	聞き取り調査	9	9	100%
4) 介護支援専門員		平成 27 年 8~9 月	書面調査	545	508	93%
		※「平成 27 年度千葉県介護支援専門員専門研修事業 専門研修過程Ⅱ (2 回目以降の更新)」及び「平成 27 年度千葉県主任介護支援専門員研修」受講者に調査票配付				

1) 行政機関の結果概要

○リハビリテーション関連職の配置状況

リハビリテーション専門職の配置のある市町村は、理学療法士で約4割、作業療法士で約2割、言語聴覚士で約3割であり、千葉、東葛南部、東葛北部、印旛、山武長生夷隅、市原の6圏域に分布していた。(表3-11)

一方、リハビリテーション専門職の配置のある地域包括支援センターは、山武長生夷隅圏域の1カ所のみであった。(表3-12)

表3-11 市町村のリハビリテーション関連職の配置状況

医療圏	圏域別市町村数	リハビリ関連職が配置されている市町村数						その他職種等
		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	歯科衛生士	看護師	その他	
千葉	1	1		1				
東葛南部	6	6	5	4	5	3	3	物理療法士、心理発達相談員
東葛北部	5	4	3	3	2	3	2	心理相談員、視能力訓練士
印旛	9	6	2	5	6	3	2	保健師、管理栄養士
香取海匝	7				2	2		
山武長生夷隅	17	1			3	2	1	保健師
安房	4							
君津	4				2			
市原	1	1	1	1	1	1		
計	54	19	11	14	21	14	8	

表3-12 地域包括支援センターのリハビリテーション関連職の配置状況

医療圏	圏域別包括数	リハビリ関連職が配置されている包括数						その他職種等
		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	歯科衛生士	看護師	その他	
千葉	22				1	11	3	保健師、主任介護専門員
東葛南部	29				1	10	4	保健師
東葛北部	27				1	9	1	保健師
印旛	17					8		
香取海匝	8							
山武長生夷隅	19		1				1	保健師
安房	6					1		
君津	9					2	2	保健師
市原	5					2		
計	142	0	1	0	3	43	11	

○広域支援センターとの現在の連携状況

広域支援センターと連携を図っている行政機関は、市町村で約2割、地域包括支援センターで約3割であった。広域支援センターと連携を図っている市町村数は平成19年の調査時より増加した一方で、広域支援センターの名前を聞いたことがない市町村数も増加していた。(図3-29)

またその連携内容としては、市町村、地域包括支援センターともに「連絡協議会」への参加が最も多かった。(図3-30)

一方、広域支援センターとの連携を図っていない市町村、地域包括支援センターの理由には、「連携を図る場や仕組みがない」が最も多かった。(図3-31)

図3-29 広域支援センターとの現在の連携状況

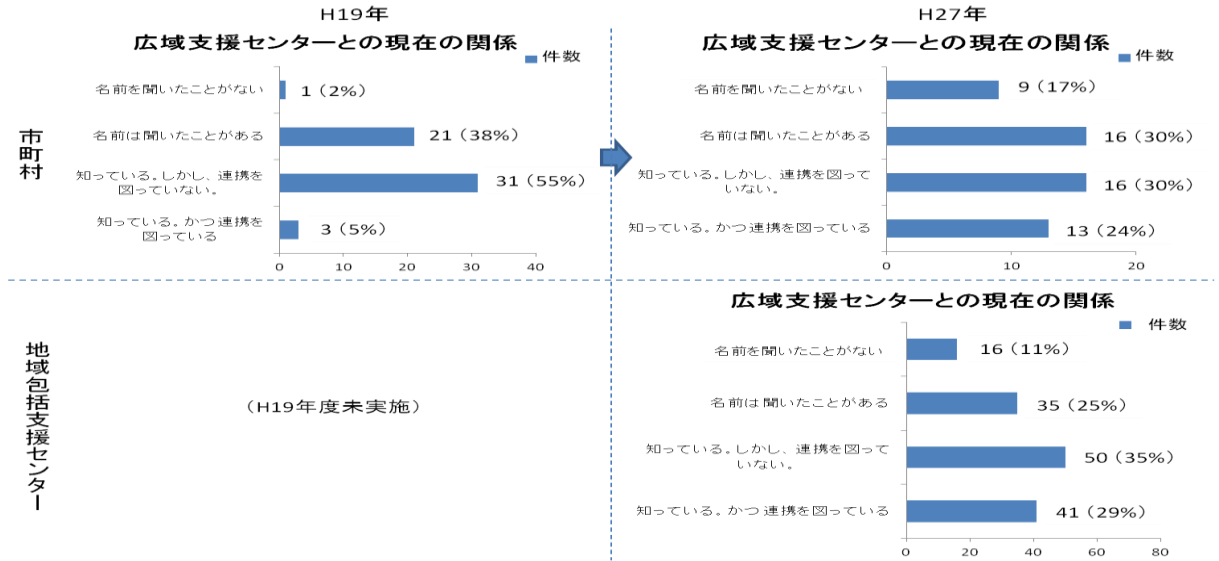


図3-30 広域支援センターと実際連携したことがある内容

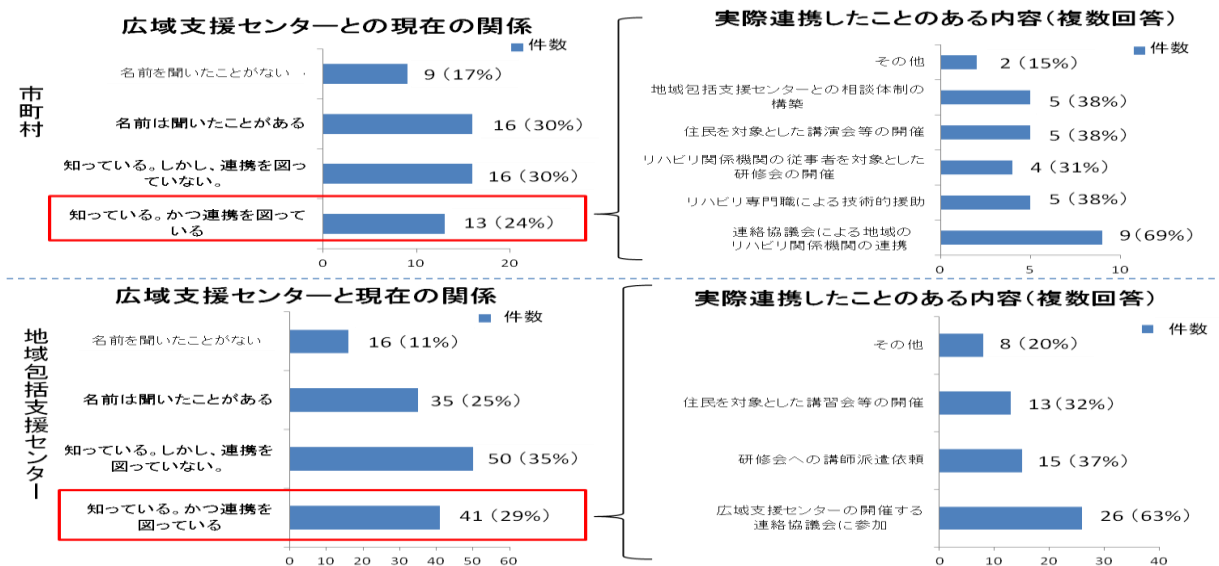
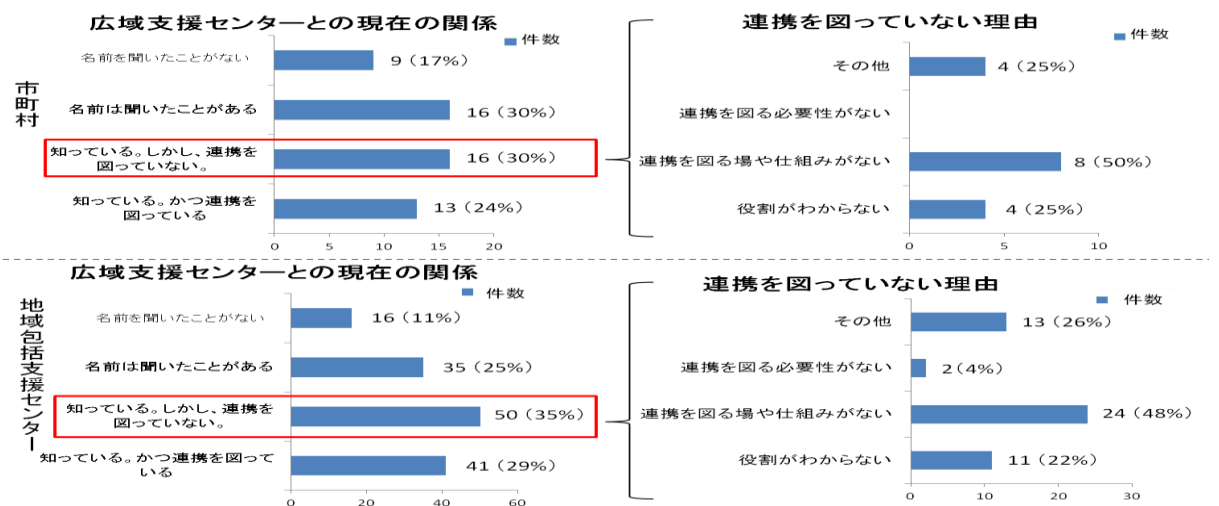


図3-31 広域支援センターと連携を図っていない理由



○広域支援センターとの今後の連携の必要性

広域支援センターとの今後の連携の必要性を「感じる」又は「やや感じる」と回答した市町村は約7割、地域包括支援センターは約9割であり、リハビリテーション専門職の専門性を活かした支援への期待が高かった。(図3-32)

一方で、広域支援センターとの連携の必要性を「感じない」又は「あまり感じない」と回答した行政機関の理由には、市町村では「リハビリについて学習する機会があるから」、地域包括支援センターでは「相談できる機関があるから」が最も多かった。(図3-33)

図3-32 広域支援センターとの今後の連携の必要性と期待する連携内容

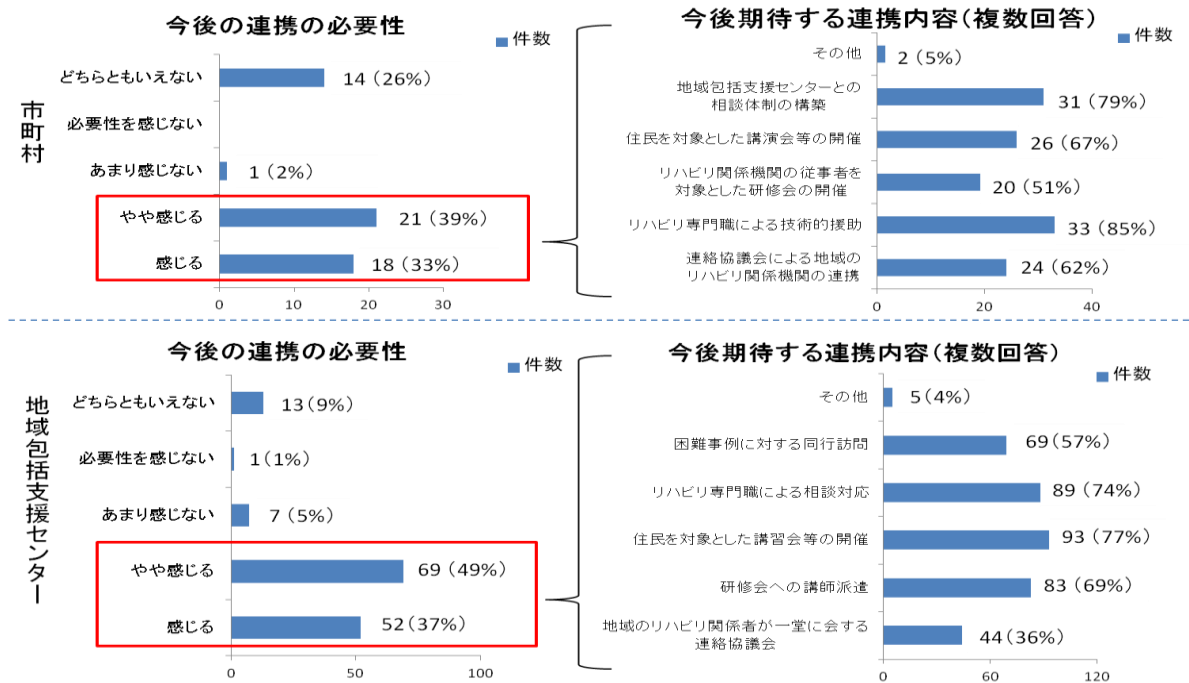
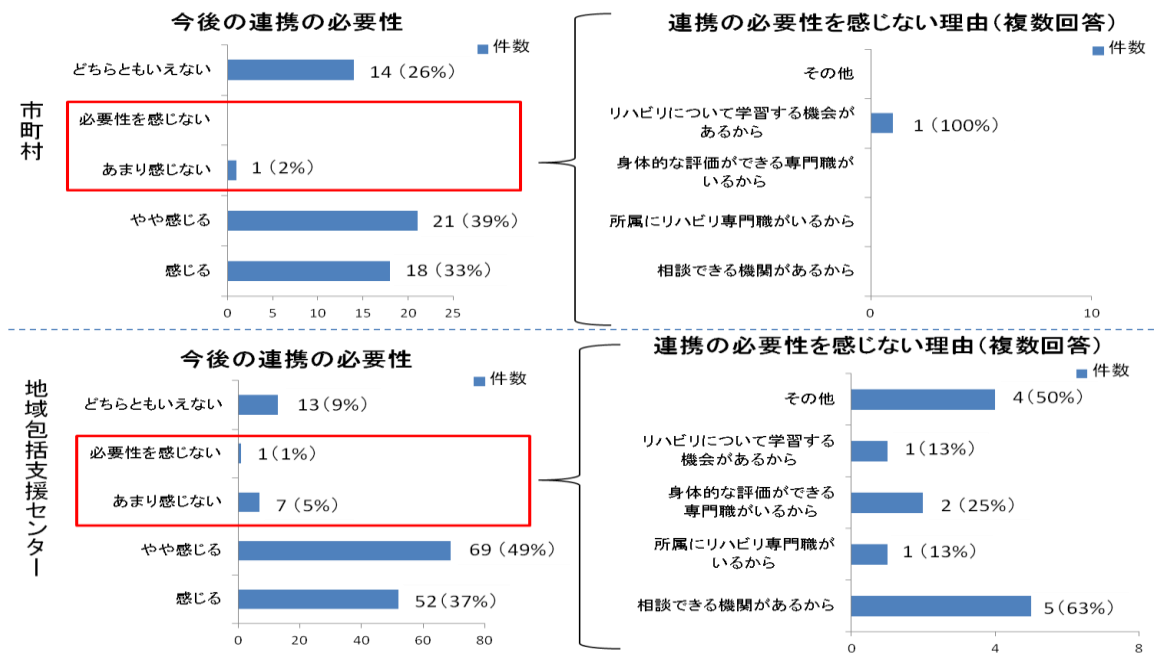


図3-33 広域支援センターとの今後の連携の必要性を感じない理由



○広域支援センターとの「現在の関係」と「今後の連携の必要性」との関係

広域支援センターと現在連携を図っている行政機関の9割以上が、広域支援センターとの今後の連携の必要性を「感じる」又は「やや感じる」と回答した。また広域支援センターと現在連携を図っていない行政機関においても、市町村で約6割、地域包括支援センターで約8割が今後の連携の必要性を「感じる」又は「やや感じる」と回答した。(図3-34)

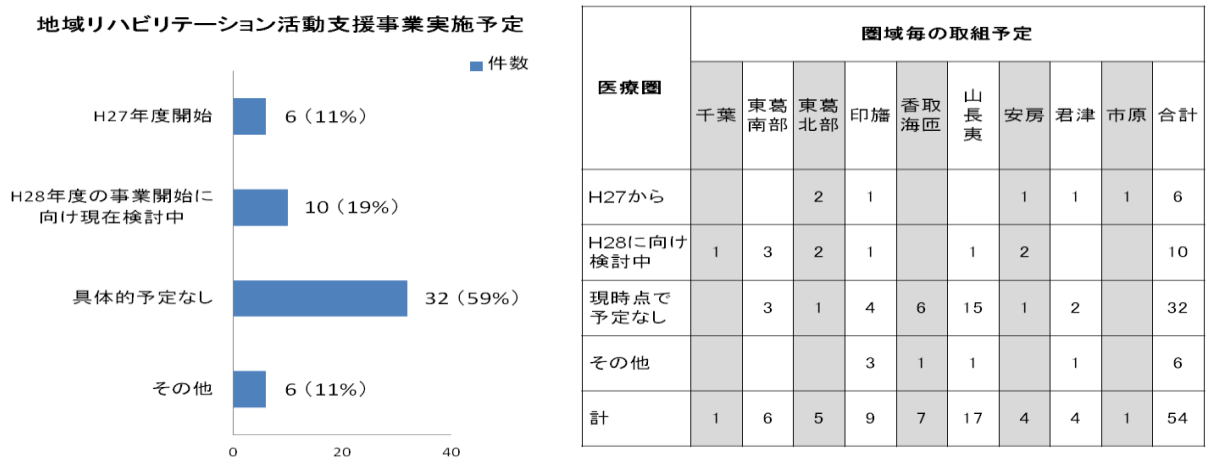
図3-34 広域支援センターの「現在の関係」と「今後の連携の必要性」のクロス分析



○「地域リハビリテーション活動支援事業」の実施予定

平成27年施行の改正介護保険法により新設された「地域リハビリテーション活動支援事業」については、約6割の市町村において具体的事業実施時期が未定であった。(図3-35)

図3-35 広域支援センターの「現在の関係」と「今後の連携の必要性」のクロス分析



2) 医療機関等の結果概要

○現行の指針における「機能・役割」の認知度

現行指針におけるそれぞれの機関の「機能・役割」を「知っていた」又は「一部知っていた」と回答した回復期リハビリテーション病棟又は地域包括ケア病棟を保有する病院（以下、「病院」とする）は約 8 割、リハビリテーション科を標榜する診療所（以下、「診療所」とする）は約 7 割、介護老人保健施設は約 9 割であった。（図 3-36）

図 3-36 現行指針における「機能・役割」の認知度

調査対象	現行の指針における「機能・役割」	認知度		
		知っていた	一部知っていた	知らなかった
病院 (回復期リハ・ 地域包括ケア病棟保有)	(医療機関) ・病院・診療所等の医療機関は、各疾患における急性期・回復期・維持期の地域リハビリテーションの推進を図る拠点であります。 ・特に急性期から回復期においては、多職種による専門的かつ集中的なリハビリテーションを担っています。 ・維持期においては、地域との切れ目ない連携を図る一方、リハビリ専門職による通所リハビリや訪問リハビリの拠点としても機能します。 ・かかりつけ医においては、介護保険事業所等を含む地域リハビリテーション関係機関と連携し、在宅療養の継続・充実に努めます。	42%	39%	19%
診療所 (リハ科標榜)	(医療機関) ・病院・診療所等の医療機関は、各疾患における急性期・回復期・維持期の地域リハビリテーションの推進を図る拠点であります。 ・特に急性期から回復期においては、多職種による専門的かつ集中的なリハビリテーションを担っています。 ・維持期においては、地域との切れ目ない連携を図る一方、リハビリ専門職による通所リハビリや訪問リハビリの拠点としても機能します。 ・かかりつけ医においては、介護保険事業所等を含む地域リハビリテーション関係機関と連携し、在宅療養の継続・充実に努めます。	25%	45%	30%
介護老人 保健施設	(介護老人保健施設) ・介護老人保健施設は、入所者の在宅復帰を目的とする施設であり、医療機関との連携を取りつつ維持期のリハビリテーションを担っています。 ・通所リハビリテーション事業所としての役割を担い、維持期のリハビリテーションとして介護スタッフやリハビリ専門職が連携を取りながら個々の生活機能の維持向上を援助します。 ・在宅療養者に向けての環境調整や、継続的なリハビリテーションを受けるための家族及び各関係機関との連携を密にします。	77%	13%	9%

○広域支援センターとの現在の連携状況

広域支援センターと連携を図っている医療機関等は、病院で約 4 割、診療所で約 1 割、介護老人保健施設で約 3 割であり、平成 19 年の調査時と比較し、維持又は若干増加が見受けられた。（図 3-37）

また連携内容としては、「連絡協議会に参加」と「研修会や講演会に参加」が多かった。（図 3-38）

一方、広域支援センターとの連携を図っていない理由は、「連絡を図る場や仕組みがない」が最も多かった。（図 3-39）

図 3-37 広域支援センターとの現在の連携状況

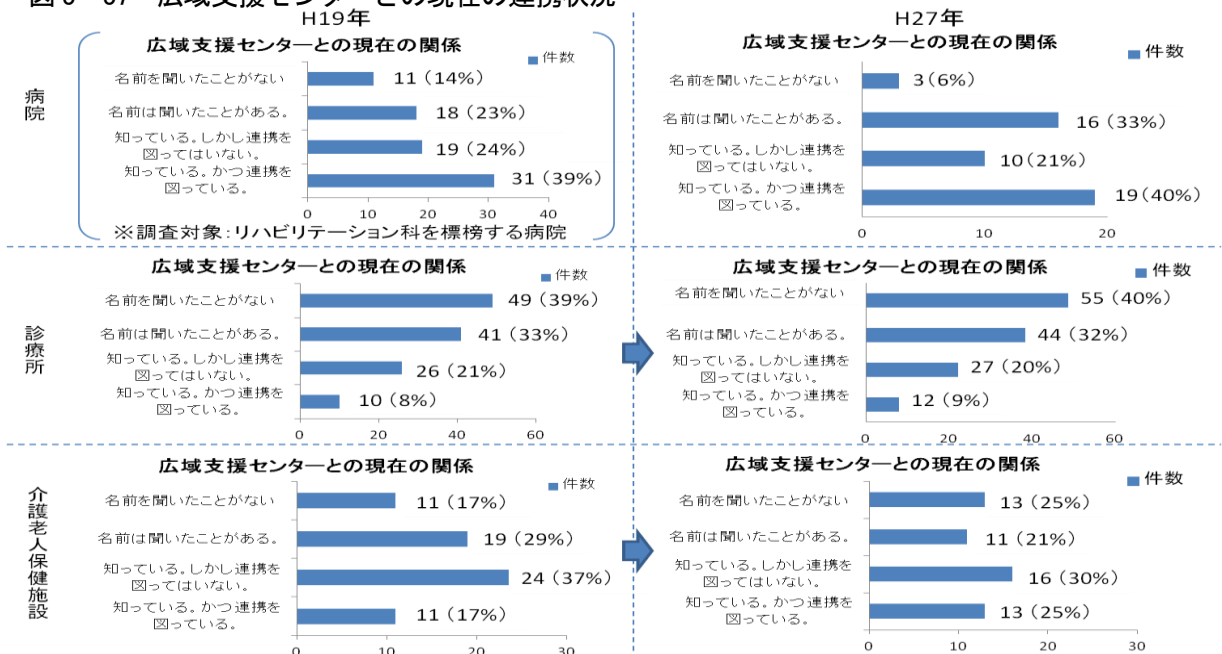


図 3-38 広域支援センターと実際に連携したことのある内容

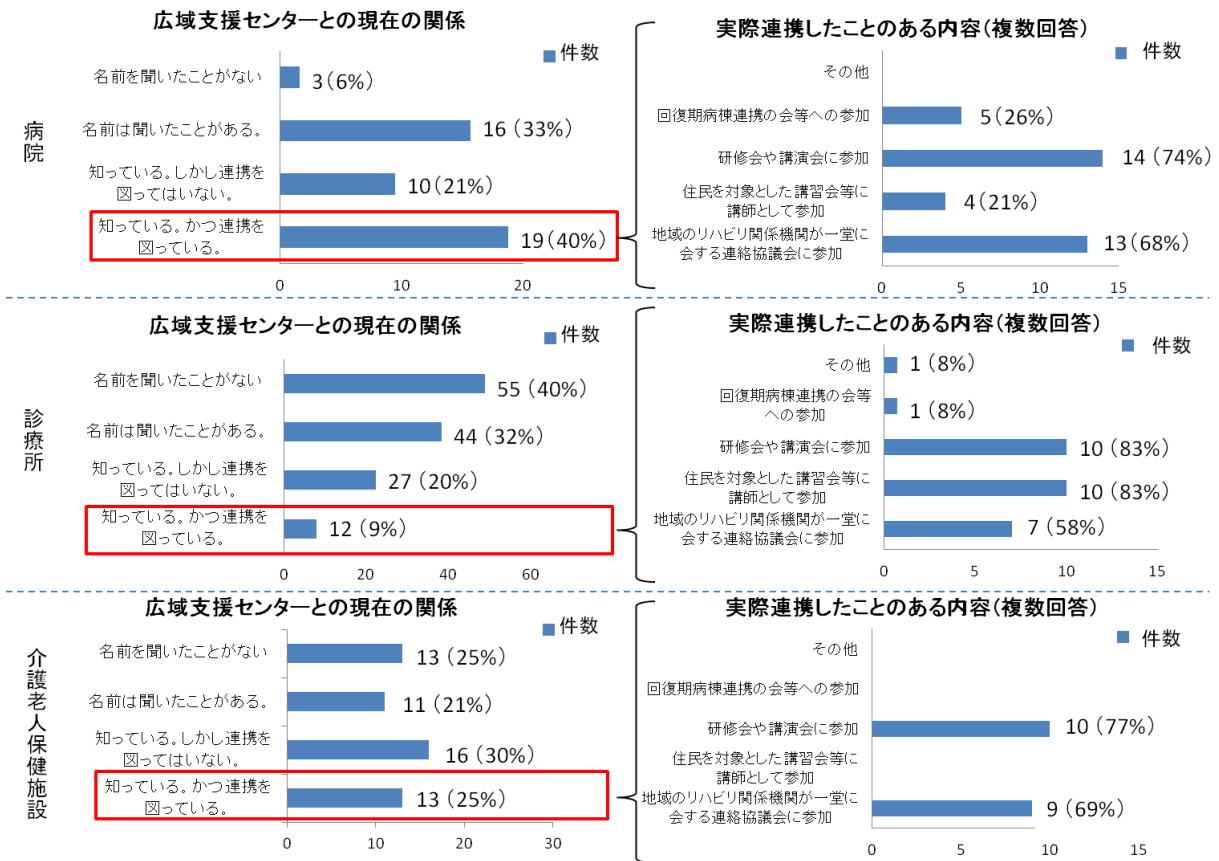
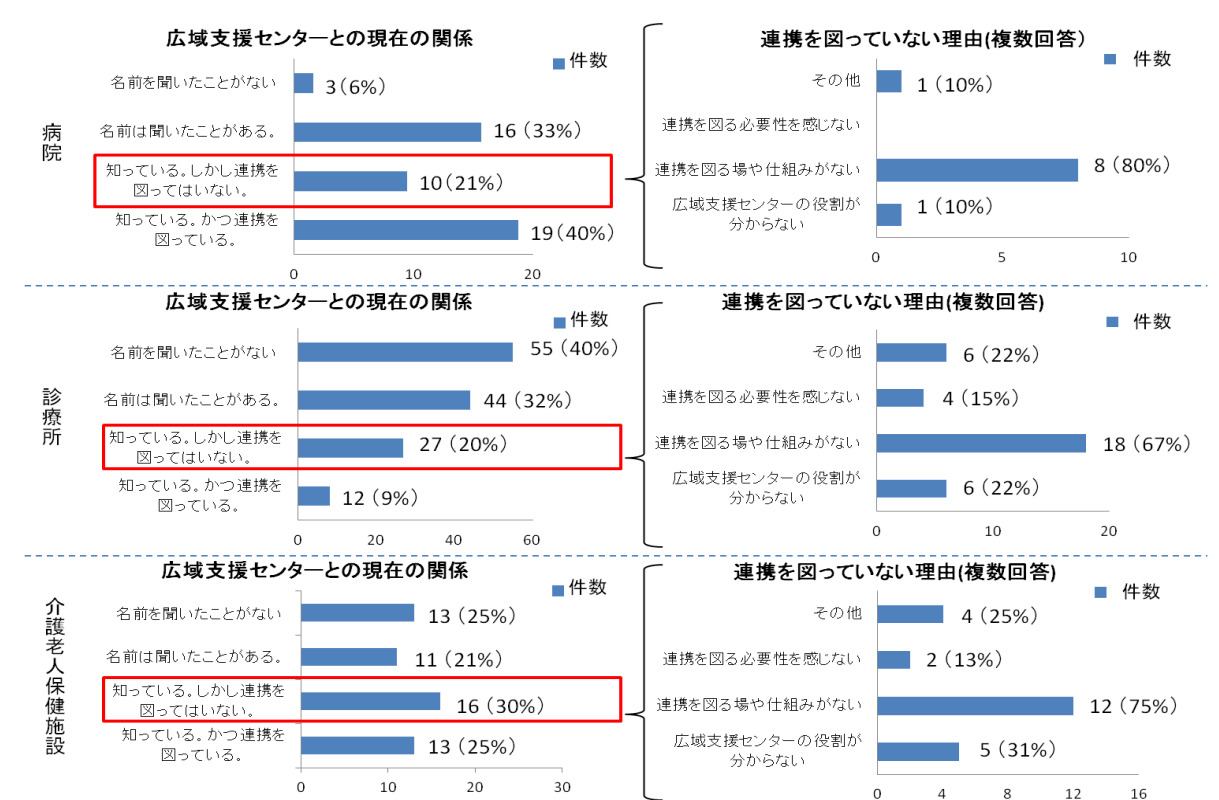


図 3-39 広域支援センターと連携を図っていない理由



○広域支援センターとの今後の連携の必要性

広域支援センターとの今後の連携の必要性を「感じる」又は「やや感じる」と回答した病院は約7割、診療所は約6割、介護老人保健施設の約8割であり、今後期待する連携内容としては、現在の連携内容と同様、「連絡協議会に参加」と「研修会に参加」が多かった。(図3-40)

一方で、広域支援センターとの連携の必要性を「感じない」又は「あまり感じない」と回答した医療機関等の理由には、病院では「リハに関して病診連携をするネットワークがあるため」、診療所及び介護老人保健施設では「広域支援センターの業務に必要な連携メニューがない」が最も多かった。(図3-41)

また、広域支援センターとの今後の連携の必要性について「どちらともいえない」と回答した医療機関等が一定の割合あり、その理由として「二次保健医療圏では範囲が広すぎる」等の意見があった。(図3-42)

図3-40 広域支援センターとの今後の連携の必要性と期待する連携内容

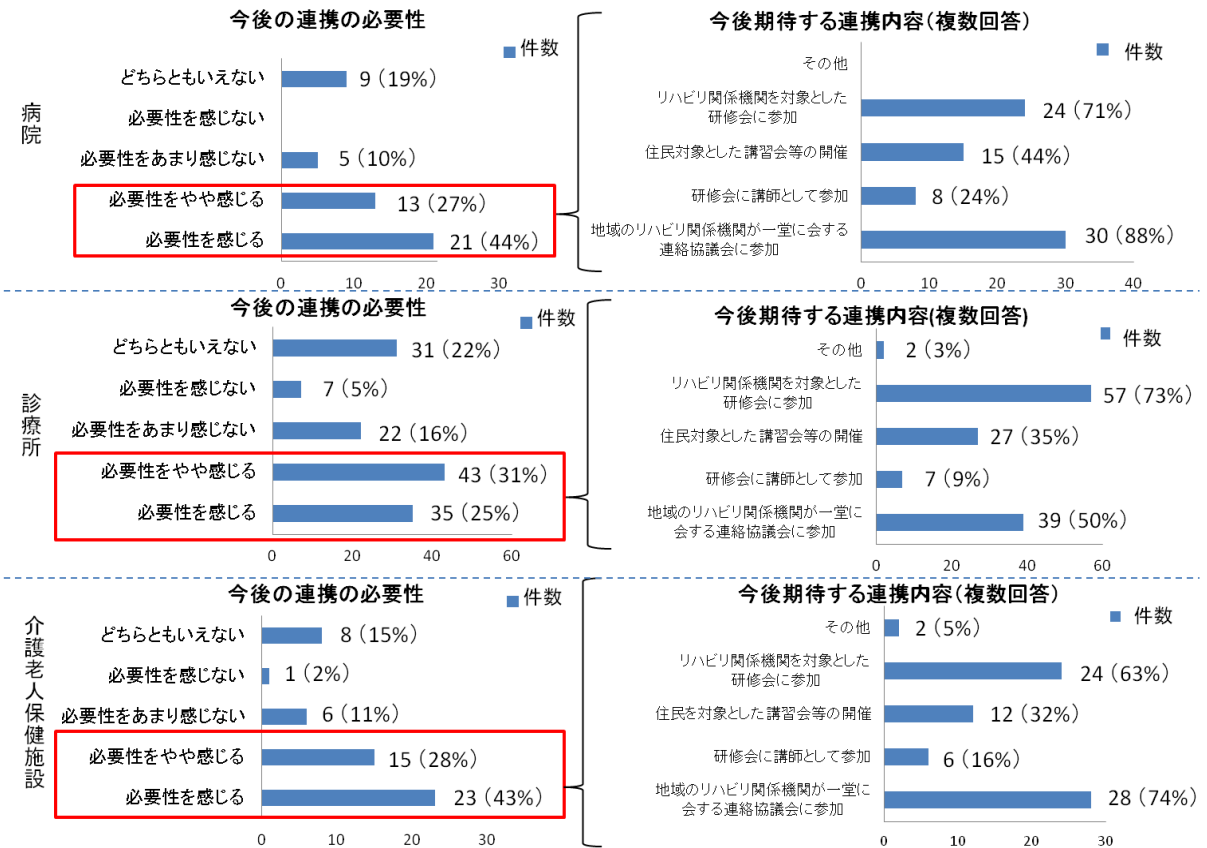


図 3-41 広域支援センターとの今後の連携の必要性を感じない理由

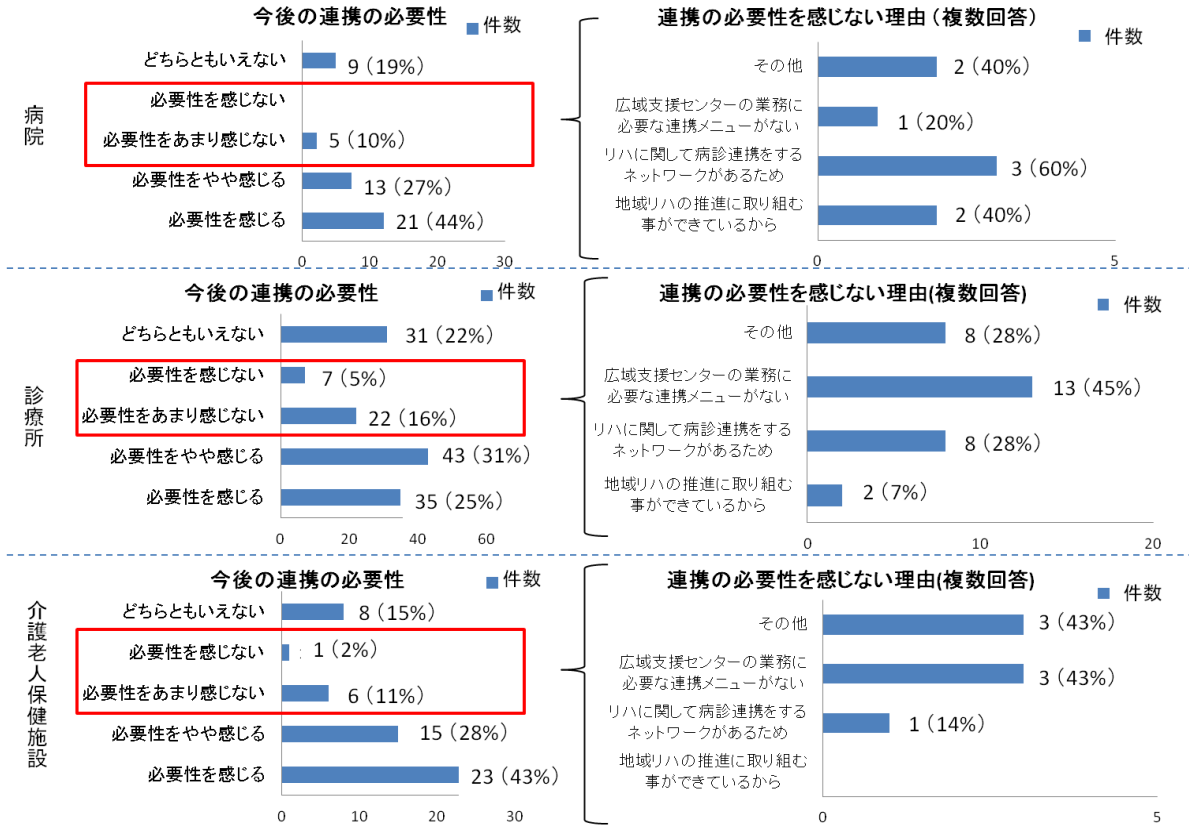
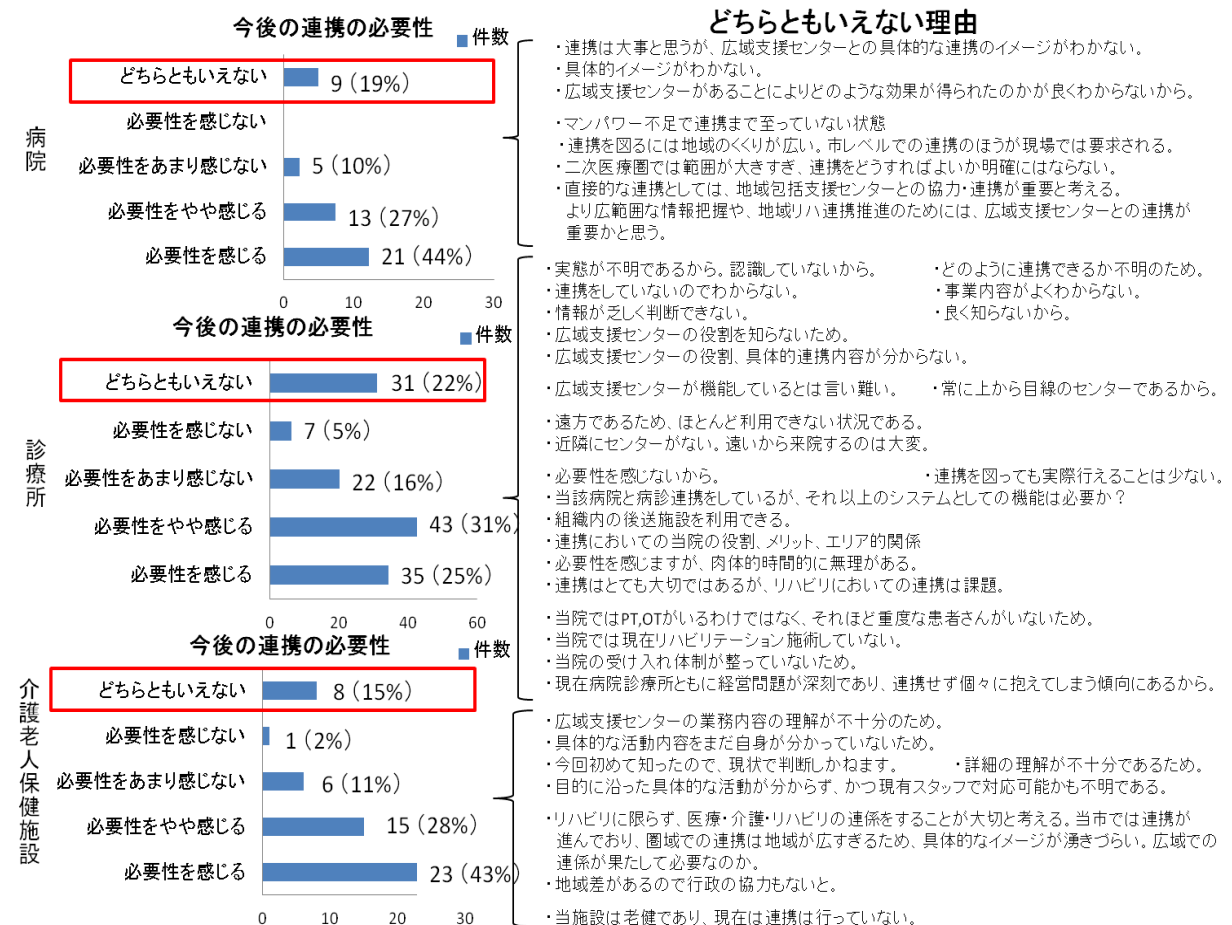


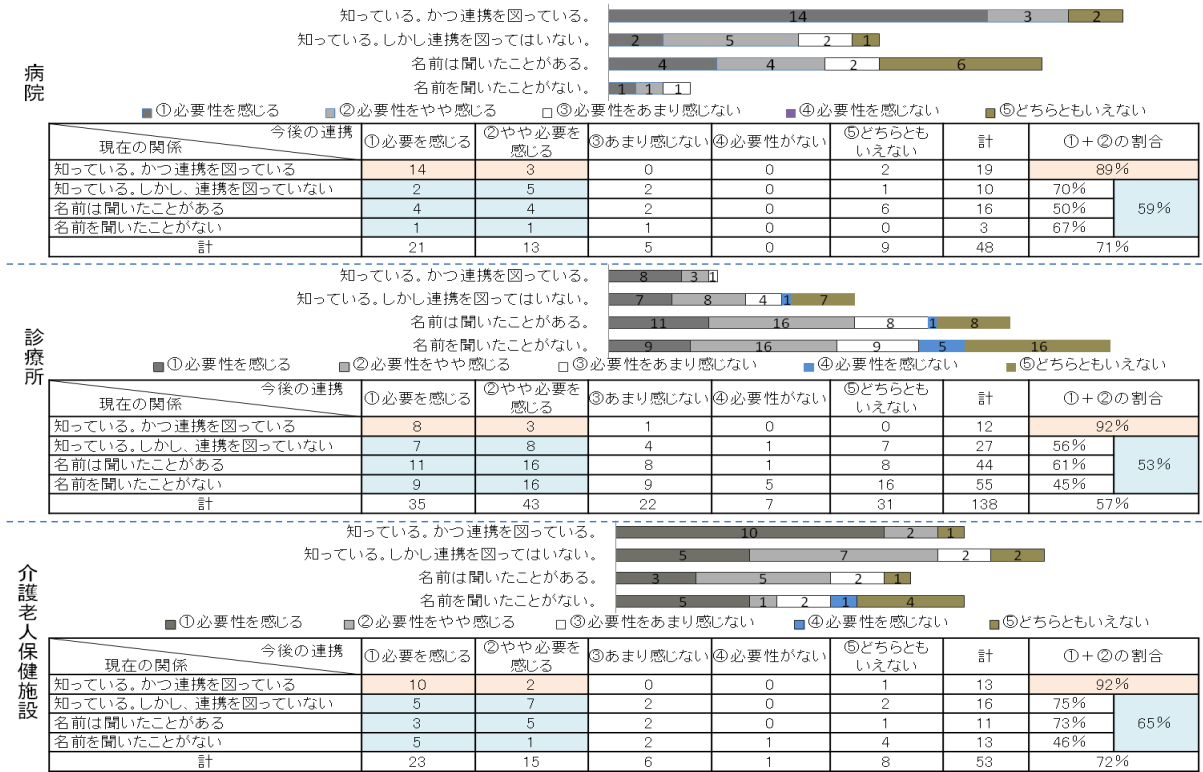
図 3-42 広域支援センターとの今後の連携の必要性についてどちらともいえない理由



○ 広域支援センターとの「現在の関係」と「今後の連携の必要性」との関連

広域支援センターと現在連携を図っている医療機関等の約9割が、広域支援センターとの今後の連携の必要性を「感じる」又は「やや感じる」と回答した。また広域支援センターと現在連携を図っていない医療機関等の5割以上が、今後の連携の必要性を「感じる」又は「やや感じる」と回答した。(図3-43)

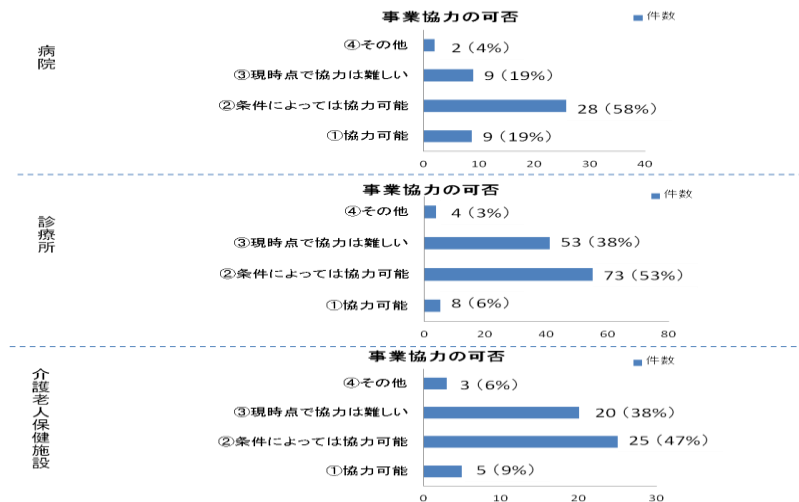
図3-43 広域支援センターの「現在の関係」と「今後の連携の必要性」のクロス分析



○広域支援センターが協力を依頼した場合の事業協力の可否

広域支援センターの事業協力要請に対し、「協力可能」又は「条件によっては協力可能」と回答した医療機関等は、病院で約8割、診療所で約6割、介護老人保健施設で約6割であった。(図3-44)

図3-44 広域支援センターへの事業協力の可否



3) 広域支援センターの結果概要

現行の指針に定める広域支援センターの機能・役割等の中には、現在、全ての広域支援センターが果たしているものとそうではないものがあった。

「1 連絡協議会」は、全ての広域支援センターで実施されており、関係機関との連携強化や事業周知につながっているとの意見があった。一方で、行政機関の担当窓口の把握の苦慮、参加者の固定化等の実施上の課題もあった。

「2 リハビリテーション資源調査・情報収集等」は、5/9 の広域支援センターで実施されており、実施しているセンターは独自調査若しくは行政機関公開情報の収集により情報収集を行っていた。実施していないセンターからは、情報の入手方法が不明等の意見があった。

「3 圏域の課題分析」は、2/9 の広域支援センターで実施されており、実施しているセンターは協議会での意見収集、または市町村計画や個別相談等からの課題抽出により実施していた。実施していないセンターからは、マンパワー不足、行政機関のコントロールが必要、分析方法が不明瞭等の意見があった。

「4 関係機関への技術的援助」は、7/9 の広域支援センターで実施されており、実施により関係機関との連携強化、事業認知度の向上、相互理解に効果がある等の意見があった。一方で、実施していないセンターでは、センターの認知度不足やリハビリテーション専門職の派遣に病院内調整が必要であること等が、実施困難な理由としてあげられた。また実施しているセンターからも、マンパワー・経費不足により圏域全体への拡大が困難等の意見があった。

「5 研修会・講演会の開催」は、全ての広域支援センターで実施されており、関係機関との連携強化や認知度の向上につながっている等の意見があった。一方で、マンパワー・経費不足等の実施上の課題もあった。

「6 福祉用具・住宅改修等の相談支援」は、1/9 の広域支援センターで実施されており、実施しているセンターからは相談内容を地域包括支援センターに繋ぐことで相互理解が図られているとの意見があった。一方、実施していないセンターからは、自病院の患者以外の住民への対応は困難等の意見があった。

「リハビリテーション専門職と地域包括支援センターとの協働事業」については、8/9 の広域支援センターが実施可能であった。また意見・要望としては、行政機関（保健所・市町村等）の事業協力を必要とする意見が多かった。（図3-45～46）

図3-45 地域リハビリテーション広域支援センターヒアリング調査結果

機能・役割等		千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匠
項目	内容等	千葉中央メディカルセンター	新八千代病院	旭神経内科リハビリテーション病院	成赤十字病院	旭中央病院
1	連絡協議会 (詳細は別紙)	有	有	有	有	有
2	リハ資源調査・情報収集等	無	無	無	有	有
	資源調査の実施	無	無	無	有	有
	情報収集の方法	無	無	無	有	有
3	リハ資源調査・情報収集等	無	無	無	有	有
	情報収集の方法	無	無	無	有	有
	情報の提供方法	無	無	無	有	有
4	問題点・課題等	無	無	無	有	有
	問題点・課題	無	無	無	有	有
	問題点・課題	無	無	無	有	有
5	問題点・課題	無	無	無	有	有
	問題点・課題	無	無	無	有	有
	問題点・課題	無	無	無	有	有
6	問題点・課題	無	無	無	有	有
	問題点・課題	無	無	無	有	有
	問題点・課題	無	無	無	有	有
福祉用具・住宅改修等相談支援	無	無	無	有	有	
リハビリ専門職と地域包括支援センターとの協働事業実施	無	無	無	有	有	
領域の特徴	無	無	無	有	有	
工夫した業務・特に強化した業務	無	無	無	有	有	
必要と思われる情報	無	無	無	有	有	
意見・要望等	無	無	無	有	有	

図3-45 地域リハビリテーション広域支援センターヒアリング調査結果(続)

機能・役割等		山武長生夷隅 公立長生病院	安房 亀田総合病院	君津 君津中央病院	市原 白金整形外科病院
1	連絡協議会 (詳細は別紙)	有	有	有	有
2	リハ資源調査・情報収集等	有	無	有	有
	情報収集の方法	Webサイトによる情報収集	病院が保有する資源データで対応	圏域内の関係職種との情報交換	市のホームページ等から情報収集
3	圏域の課題分析	圏域内の事業所数	圏域内のリハビリ資源	医療福祉施設のリハスタッフの把握	リハ資源、人口構成、高齢化率等
	関係機関への技術的援助	協議会、関係機関からの照会に対し回答	必要があれば提供可	メンバーリストの運用を検討	ちきさ会(圏域内の連携の会)
4	実施の有無	有	有	有	有
	関係機関からの協力依頼	有	有	有	有
5	研修会・講演会の開催	関係機関が研修で習得した内容を業務に生かしている	広域支援センターから提案の講習内容の他、関係機関からのリクエスにも対応し現場のニーズにあった支援ができている。	関係機関の職員との情報交換や各業務内容・システムの相互理解に役立った	ちきさ会等で圏域の多職種顔の見える関係が構築でき、事業の認知度も上昇
	研修会・講演会の開催	小規模事業所は研修会への参加が難しいため出張研修会を実施しているが、圏域が広くカバーしきれない	圏域内のスタッフだけでなく、他の医療機関との協働や講師の養成による地域での事業定着が必要と考える。	打合せ等を病院業務外に行わなくてはならず、負担が大きい	同様の研修が地域で実施されていることが多く、取り上げるべきテーマの選定に苦慮
6	福祉用具・住宅改修等相談支援	有	有	有	有
	相談の有無	その時のトピックスに合わせて実施	広域支援センターで策定した内容を連絡協議会に諮り決定	広域支援センター(計画の策定)・連絡協議会(講師派遣決定)・リハとケアを創る会(内容)	ちきさ会や協議会のグループワークの中で問題等を抽出し検討
7	実施の有無	有	有	有	有
	事業実施効果	アンケート等は実施していないため効果測定が困難	実施機関からリハハにに関する相談が来るなど連携強化に効果あり。	上記方法で計画等を決定することで、圏域内で研修会の実施が認知されている	上記方法で内容を決定するので、その時期のニーズに合った研修会を開催できる
8	実施の有無	有	有	有	有
	事業実施効果	参加者の集客に苦慮している	関係機関へのメリットがわかりづらいため、事業の浸透が難しい。	行政機関(市町村)への協力依頼等については行政(保健所等)に担ってほしい	行政的な課題が広域の課題が整理が必要だが、そのためのデータがなく地区別の細かい手当てができない
9	実施の有無	有	有	有	有
	事業実施効果	医師の指示がないアドバイスは困難なため、患者以外の住民等への対応は困難	地域包括支援センターからの相談は有り。今後は自立型ケアマネジメントに繋がるケア分野の充実が必要と考える。	患者以外の住民への相談支援は困難	患者以外の住民への相談支援は困難
10	実施の有無	有	有	有	有
	事業実施効果	医師会も4地区にまたがり、面積も広大	超急性期病棟の亀田総合病院と地域の病院が一体となり進める医療モデルが構築されている圏域	医療過疎地域・職員数、病床数、人材の不足	医療資源、在宅・認知症サービス資源、交通手段が乏しい
11	実施の有無	有	有	有	有
	事業実施効果	出張研修会を取り入れられている	連絡協議会の開催を市町村で持ちまわることにより事業の周知・定着を図っている。	圏域内のリハスタッフの連携を目的にセラピストで構成される連絡協議会を立ち上げた	行政機関との連携強化
12	実施の有無	有	有	有	有
	事業実施効果	必要と思われる情報	圏域内のリハ従事者の把握	圏域内の関係機関におけるセラピストの在籍状況	地域課題、資源情報
13	実施の有無	有	有	有	有
	事業実施効果	関係機関からは出張研修会を増やしてほしいという要望があるが、圏域の広さ、マンパワー不足により対応が困難	行政(保健所)に積極的に関わってほしい。	行政(保健所)の協力が主体となっており、二次保健医療圏の中だけでは完結しない問題がある。	事業を実施するための情報が少ない

図3-46 地域リハビリテーション広域支援センター広域支援センターヒアリング調査結果②(連絡協議会)

NO	地域リハビリテーション広域支援センター		構成員等													開催回数(H26)	協議内容	協議会開催の効果等	困難を感じる点				
	圏域	病院名	医師会	歯科医師会	薬剤師会	看護協会	訪問看護協議会	理学療法士会	作業療法士会	言語聴覚士会	介護協議会	医療機関	ヘルパー協議会	市町村	地域包括支援センター					保健所	社会福祉協議会	その他	備考 (その他組織等)
1	千葉	千葉中央メディカルセンター	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・老人保健施設協会 ・歯科衛生士会 ・身体障害者施設協議会 ・社会福祉事業団 ・居宅介護支援事業所 ・職能団体・訪問看護ST等 広域支援センターへ立候補のあった他医療機関を支援病院とし、支援病院のセラピスト、看護師、MSW等現場の医療従事者を構成員としている。 圏域内の救急、回復期、精神科病院、地域包括支援センター、行政機関で構成。 隣接する圏域外の市の参加もあり。	・事業実績報告 ・事業計画の周知 ・情報の共有 ・意見交換	○圏域内で回復期病棟を持つ病院や関係機関の連携強化につながった。 ○協議会の他に「回復期リハビリテーション病棟の会」を設置し、現場レベルでの意見の集約を行っている。	広域支援センターの認知度が低く、職能団体より意見をもたうことに苦慮している。
2	東葛南部	新八千代病院																		・活動報告 ・活動計画の策定 ・情報の共有 ・意見交換	○議題に合わせ、老健協会や訪問リハ、訪問看護等様々な職能団体の会員でもある人材で協議会を構成しているため、双方の立場からの意見をもたうことができる。	○圏域が広く行政機関も多いため、連絡方法や周知方法に苦慮している。 ○自治体によって人口規模や行政サービスも様々であり、一律の課題抽出は困難 ○行政(市)の担当窓口が不明のため、関係部署の把握が困難	
3	東葛北部	旭神経内科リハビリテーション病院																		・事前アンケートを実施し、協議内容に反映させることで関係機関の支援・連携強化につながっている。 ○認知症リハビリ、各種連携シート(認知症・地域連携)の普及啓発に役立っている。	○事前にアンケートを実施し、協議内容に反映させることで関係機関の支援・連携強化につながっている。 ○認知症リハビリ、各種連携シート(認知症・地域連携)の普及啓発に役立っている。	圏域が広く、行政機関が多岐にわたるため、行政こととの連絡先や周知先に苦慮している。	
4	印旛	成田赤十字病院	○																	・居宅介護支援事業所 ・介護老人福祉施設 ・指定介護老人福祉施設	・情報共有 ・意見交換	圏域が広く市町村も多いため、講習会と同時開催とすることにより参加率の向上を図り、本事業の協働体制や連携体制の強化につながっている。また、圏域が広いことを協議会でいう意見交換やアンケート調査により、地域の課題を抽出する役割を担っている。	協議会で課題抽出をするためには、各市や関係機関の意見を踏まえ検討することが望ましいが、圏域が広く参加できない機関もあるため、意見集約に苦慮している。
5	香取・海匠	旭中央病院																		・介護老人保健施設 ・居宅介護支援事業所 ・障害者施設	・課題協議 ・活動計画の策定 ・情報の共有 ・意見交換	○顔の見える関係からネットワークづくりの実践に繋げるため、名刺交換会を実施。 ○センターの分科会として「訪問リハ支援班」と「地域ネットワーク班」を設置し、町づくりの一端を担っている。	地域の課題抽出のための情報収集にあたり、行政の保有する情報を得るための窓口が不明確のため、やり取りに苦慮している。
6	山武・長生・夷隅	公立長生病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	・高齢者福祉施設協会 ・老人保健施設協会 ・中核地域生活支援センター	・活動報告 ・活動計画の策定 ・情報の共有	圏域の面積が広く市町村数も多いため、研修会や講演会等で周知を行いつつながら、協議会でも関係機関に協力や助言を求めながら連携強化を図っている。	圏域内の行政機関も多く(17市町村3保健所)調整が困難な上、担当窓口もそれぞれ別の機関で異なるため苦慮している。
7	安房	亀田総合病院																		・高齢者福祉施設協会 ・老人保健施設協会 ・中核地域生活支援センター	・課題協議 ・活動計画の策定 ・情報の共有 ・意見交換	広く圏域内の意見徴収のため、関係機関全てに案内をし、参加者を募ることで、現場の声の共有や顔の見える関係づくりに効果がある反面、参加者が固定される傾向がある。	広く圏域内の意見徴収のため、関係機関全てに案内をし、参加者を募ることで、現場の声の共有や顔の見える関係づくりに効果がある反面、参加者が固定される傾向がある。
8	君津	君津中央病院	○																	・居宅介護支援事業所 ・千葉医療福祉専門学校 公開フォーラムの運営をするための助言や意見交換の場として協議会を設定。 医療機関の構成員は回復期をもつ病院の職員	・課題協議 ・活動計画の策定 ・情報の共有 ・意見交換	○市により人口規模や医療・介護資源に差があり、一律の課題抽出が困難 ○行政機関(市)への協議会参加依頼や情報取得が必要となるが、担当窓口が不明確なため苦慮している。	○市により人口規模や医療・介護資源に差があり、一律の課題抽出が困難 ○行政機関(市)への協議会参加依頼や情報取得が必要となるが、担当窓口が不明確なため苦慮している。
9	市原	白金整形外科病院																		・老健・デイケア・訪問リハケア マネ連絡会・中核地域生活支援センター ・地域の実情を反映させるため に、圏域内全ての医療機関、介護老人施設の職員を構成員としている	・情報共有 ・意見交換	○顔の見える関係づくりのために、協議会と「ちーき会」を活用し、名刺交換会やグループワークを行う事で関係機関のネットワークを構築した。 ○事業を通じ地域課題や解決方法等の共有ができるようになった。	圏域の市は市原市のみであるが、市内の対策が北部と南部で大きく異なり、医療資源にも差があるため、連携強化のための課題の抽出が困難

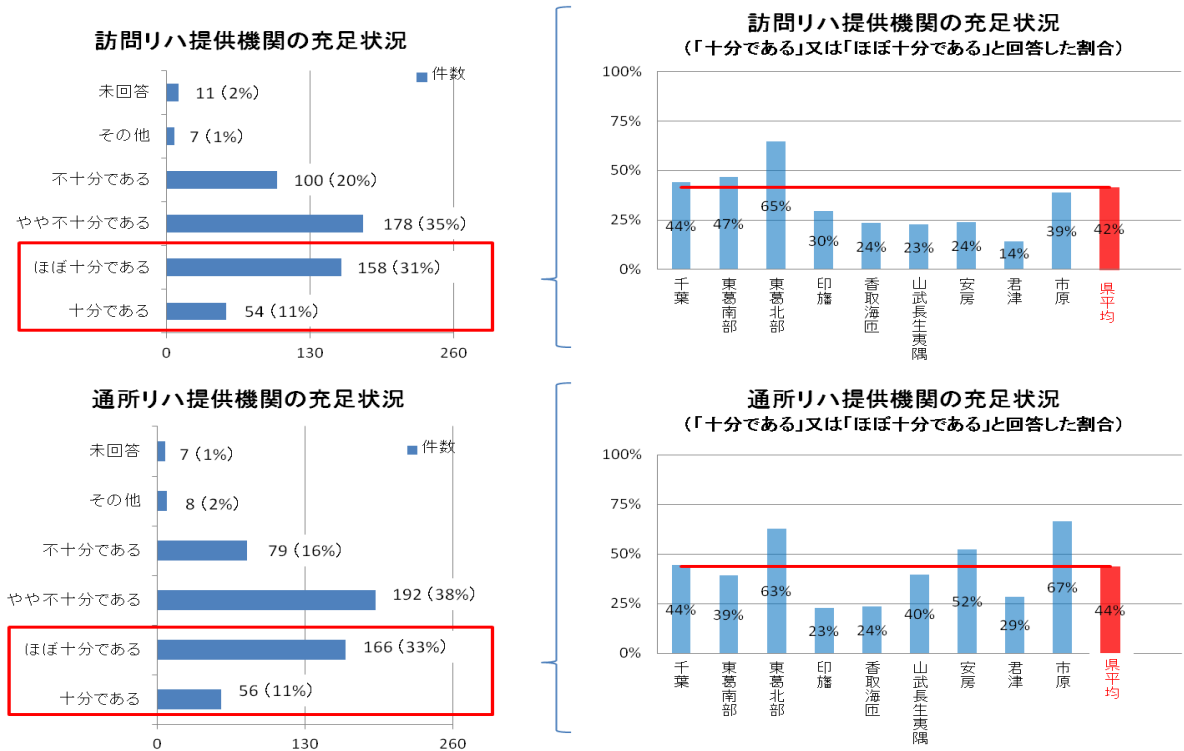
4) 介護支援専門員の結果概要

○訪問・通所リハビリテーションサービス提供機関の充足状況

地域の訪問リハビリテーションサービス提供機関数が「十分である」又は「ほぼ十分である」と回答した介護支援専門員は約4割であった。二次保健医療圏別に比較すると、東葛北部は約7割と最も高く、君津は約1割と最も低かった。

また、地域の通所リハビリテーションサービス提供機関数が「十分である」又は「ほぼ十分である」と回答した介護支援専門員は約4割であった。二次保健医療圏別に比較すると、市原が約7割と最も高く、印旛は約2割と最も低かった。(図3-47)

図3-47 訪問・通所リハビリテーションサービス提供機関の充足状況



○リハビリテーションサービスの導入状況

リハビリテーションサービスが必要と思われる方に、適切なリハビリテーションサービスを「導入できている」または「ほぼ導入できている」と回答した介護支援専門員は約6割であった。二次保健医療圏別に比較すると、安房は約8割と最も高く、君津は約4割と低かった。(図3-48)

適切なリハビリテーションの導入が出来なかった際の理由には、「医師は必要だと判断したが、本人および家族が断ったから」が最も多く、住民に対するリハビリテーションの普及啓発の必要性が伺えた。(図3-49)

また、リハビリテーションサービス提供機関数が「十分である」または「ほぼ十分である」と回答した介護支援専門員の約8割が、適切なリハビリテーションを導入できていると回答したのに対し、リハビリテーションサービス提供機関が「やや不十分である」または「不十分である」と回答した介護支援専門員では約5割であった。(図3-50)

図3-48 リハビリテーションサービスの適切な導入

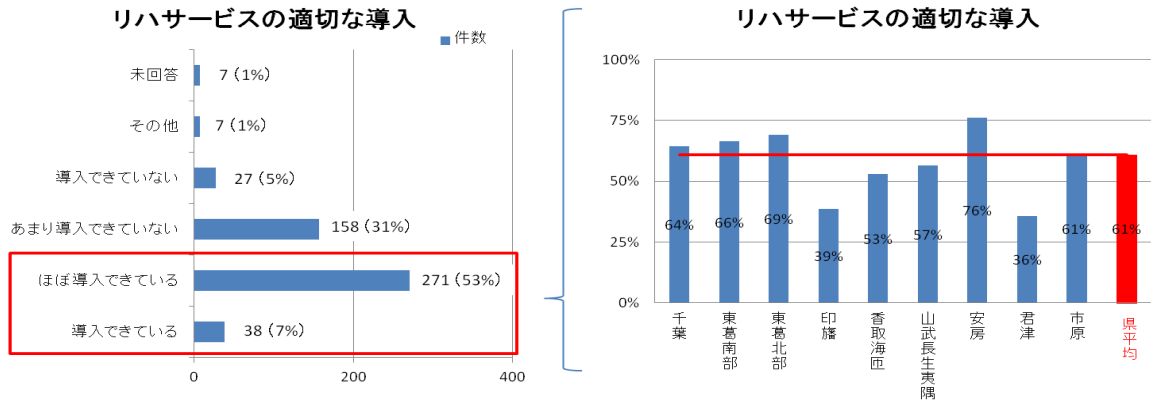


図3-49 リハビリテーションサービスの適切な導入

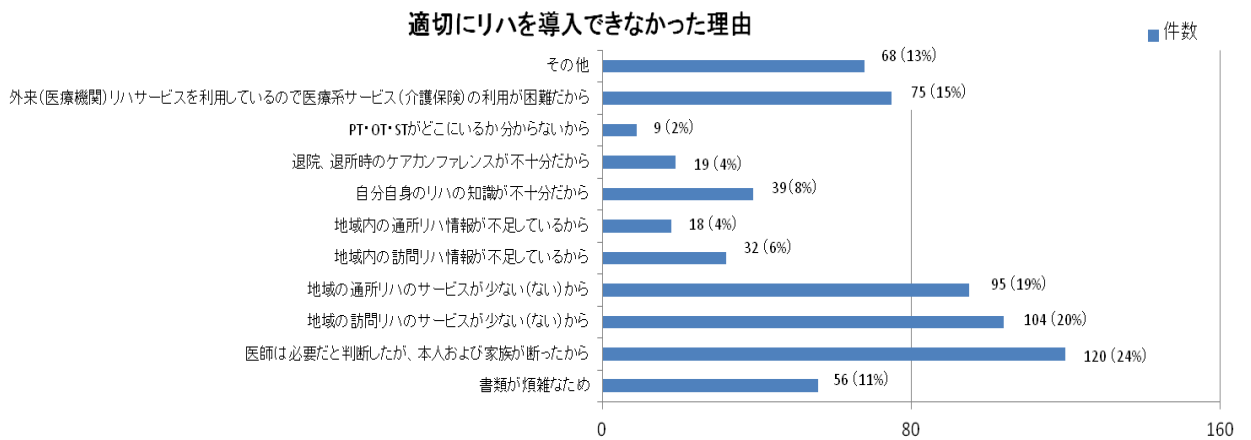


図3-50 リハビリテーションサービス提供機関の充足状況とサービス導入状況のクロス分析

訪問リハビリテーションサービス提供機関

訪問リハ提供機関数	適切なリハビリの導入						①+②の割合	
	①導入できている	②ほぼ導入できている	③あまり導入できていない	④導入できていない	⑤その他	⑥未回答	計	
十分である	19	28	7	0	0	0	54	87%
ほぼ十分である	9	116	29	1	0	3	158	79%
やや不十分である	7	92	66	6	5	2	178	56%
不十分である	2	28	51	18	0	1	100	30%
その他	0	1	2	2	2	0	7	14%
未回答	1	6	3	0	0	1	11	64%
計	38	271	158	27	7	7	508	61%

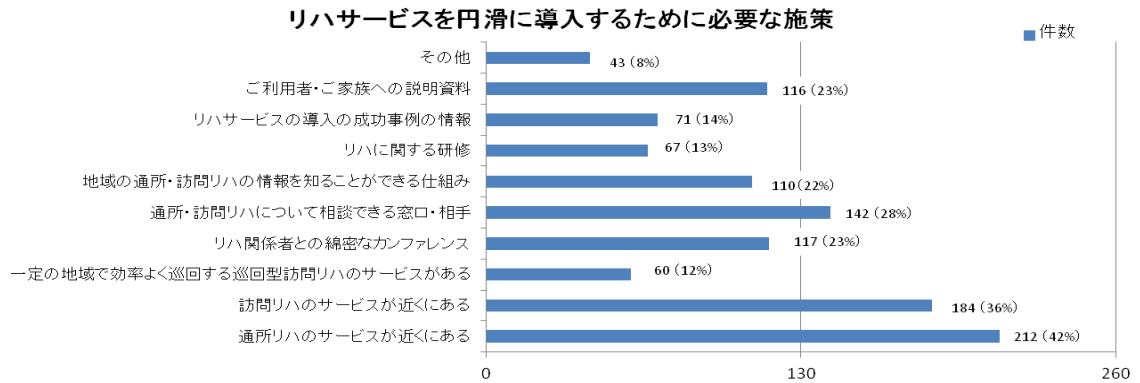
通所リハビリテーションサービス提供機関

通所リハ提供機関数	適切なリハビリの導入						①+②の割合	
	①導入できている	②ほぼ導入できている	③あまり導入できていない	④導入できていない	⑤その他	⑥未回答	計	
十分である	13	29	12	1	1	0	56	75%
ほぼ十分である	15	112	32	2	0	5	166	77%
やや不十分である	7	106	65	9	4	1	192	59%
不十分である	1	19	45	14	0	0	79	25%
その他	0	2	3	1	2	0	8	25%
未回答	2	3	1	0	0	1	7	71%
計	38	271	158	27	7	7	508	61%

○リハビリテーションサービスを円滑に導入するために必要な施策

リハビリテーションサービスの円滑な導入のために必要な施策として、「訪問・通所リハのサービスが近くにある」ことを求める意見が最も多かった。また、介護支援専門員側の導入促進に資する内容では、「通所・訪問リハについて相談できる窓口・相手」が多かった。(図3-51)

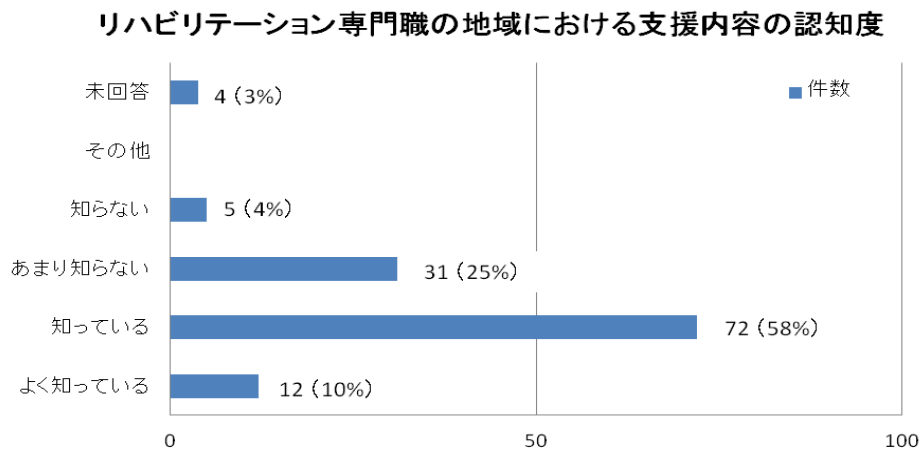
図3-51 リハビリテーションサービスの円滑な導入に必要な施策



○リハビリテーション専門職が地域における高齢者支援において果たせる支援内容の認知度

高齢者の日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促すために、リハビリテーション専門職が地域において様々な支援を行えることについて、「よく知っている」又は「知っている」と回答した介護支援専門員（主任介護支援専門員研修受講者）は約7割であった。(図3-52)

図3-52 リハビリテーション専門職が地域における高齢者支援において果たせる支援内容の認知度



<参考：質問文>

「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、日常生活行為（歩く・起きる・座る・食べる・入浴する・トイレに行く・着替える・聴く・話すなど）に深くかかわる職種です。また介護予防には、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要と考えられています。

高齢者の日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促すために、これらの職種が地域において様々な支援が可能であることを御存じですか。」

⑤まとめ

次のとおり、千葉県の地域リハビリテーション支援体制を取り巻く現状や制度環境等の変化の中で、特に重要と思われる点を整理した。

○急速な高齢化

千葉県はこれまで相対的に若い県だったが、急速な高齢化が進行する結果、団塊の世代が全員75歳以上となる平成37年度には、高齢化率が30%と、ほぼ全国平均並みとなることが見込まれる。さらに、圏域によって高齢化率は大きく異なっており、その進行は県内一律ではないことが見込まれる。(p.14, p.23)

○全国平均を下回る地域リハビリテーション関連資源の推移

前回指針改定以降、リハビリテーションサービス提供機関やリハビリテーション専門職等の地域リハビリテーション関連資源は、実数ベースでは全国平均を上回る水準で推移している。しかし、高齢者人口の増加はこれを上回るペースで進んでおり、このため、高齢者人口ベースでは一貫して全国平均を下回る水準で推移している。(p.16-21)

○介護保険制度改正による介護予防事業の見直し等

- ・リハビリテーションの理念を踏まえた介護予防事業の見直しが行われ、リハビリテーション専門職の関与促進等が期待されている。(p.5)
- ・広域支援センターと現在連携している行政機関の主な連携内容が、連絡協議会への参加であったのに対し、行政機関が今後広域支援センターに期待する連携内容には、リハビリテーション専門職の専門性を活かした支援が多かった。(p.33-35)

○広域支援センターに対する期待の高まり

- ・市町村の約7割、地域包括支援センターの約9割、病院の約7割、診療所の約6割、介護老人保健施設の約7割が、広域支援センターとの今後の連携の必要性を感じていた。(p.35-36, p.39-41)
- ・介護支援専門員がリハビリテーションサービスを円滑に導入するために必要な施策として、「通所・訪問リハについて相談できる窓口・相手」を求める意見が多かった。(p.48)

○広域支援センター単独による支援の限界

- ・千葉県は、圏域によって人口、面積、構成市町村数、地域リハビリテーション関連資源の状況等が大きく異なる。(p.22-31)
- ・広域支援センターとの今後の連携の必要性について「どちらともいえない」と回答した医療機関等から、「二次保健医療圏では範囲が広すぎる」等の意見があった。(p.39-40)
- ・広域支援センターから共通の課題として「マンパワー・経費不足」があがった。(p.42-44)
- ・広域支援センターから「行政機関の事業協力」を要望する意見が多かった。(p.42-44)
- ・病院の約8割、診療所の約6割、介護老人保健施設の約6割が、広域支援センターが協力を依頼した場合に事業協力が可能と回答した。(p.41)

(2) 地域リハビリテーション支援体制構築のための検討課題

(1) を踏まえ、対応すべき課題を以下のように整理した。

① 広域支援センターの機能・役割・体制を見直す必要がある。

前回の指針改定以降、支援対象者は増加を続けている。それに伴い地域リハビリテーション関連資源等も増加しているが、なかにはリハビリテーション専門職が在籍していない関係機関も多い。そのような機関等に対する技術的支援や保健・医療・福祉等の分野をまたいだ連携を推進する広域支援センターの重要性は高い。

しかし、千葉県の二次保健医療圏は、圏域によって人口・面積・構成市町村数・資源状況等が大きく異なり、一部の圏域では、距離等の問題から広域支援センターと関係機関との連携に困難が生じている。また、急速な高齢化に伴う制度改正等により広域支援センターに期待される機能・役割が変化しつつあり、障害児・者等も含めた地域住民全体の支援にむけ、多様な分野の関係職種との情報共有及び協働の方法を再検討する必要がある。これらのことを踏まえ、広域支援センターの機能・役割・体制の見直しが必要となっている。

② 広域支援センターだけでは推進が困難な面について、関係機関との連携等により補完していく必要がある。

本県では今後急速な高齢化の進行が見込まれており、予防から急性期・回復期・地域生活期の各段階において、さらなる地域リハビリテーションの需要の増加が予想される。そのような中、関係機関から広域支援センターに対して、これまで以上の連携と支援が期待されている。その一方で、広域支援センターへの事業協力を可能とする医療機関等も多く、広域支援センターだけでは推進が困難な面を補完していくためにも、広域支援センターと関係機関・関係職種のさらなる連携強化を図っていく必要がある。

③ 地域住民がいきいきとした生活を送ることのできる社会の実現に向け、地域住民の能力を最大限引き出していく必要がある。

地域リハビリテーション支援体制整備の最終目的は「すべての人々が、本人の「したい生活」を実現できる」ことであり、その実施にあたっては地域住民のニーズの把握は欠かせない。一方で、リハビリテーションに対する地域住民の理解はまだ十分とは言えず、リハビリテーションの効能はもとより、地域リハビリテーションの理念を広く地域住民に啓発していく必要がある。リハビリテーションやケアを必要とする人々が地域社会で生活していくためには、本人やその家族を取り巻く地域の力が大きな役割を果たすことが期待されており、地域住民の主体的活動を促進する体制づくりが必要となっている。

④ 今後、市町村が実施する新たな介護予防事業等との関わりの中で、特に広域支援センターと行政機関の協働を進めていく必要がある。

今般の介護保険法改正では、リハビリテーションの理念を取り入れた事業項目が新たに設けられる等、特に介護予防事業において、リハビリテーション専門職の専門性を活かしたさらなる関与が期待されているところである。一方で、広域支援センター事業の圏域全体への拡大のためには、地域のニーズや資源等の情報を把握し、住民への直接的支援を主導する市町村等の協力が欠かせない。新たな介護予防事業等との関わりを通じて、広域支援センターと行政機関の協働を進めていく必要がある。