

千葉県における今後の
地域リハビリテーション支援体制の
あり方に関する報告書

(H27.11.2 時点 案)

平成〇年〇月

目次

1	報告書作成の趣旨	… 1
2	地域リハビリテーションとは	… 3
	(1) 地域リハビリテーションについて	… 3
	(2) 地域リハビリテーションを取り巻く制度環境等の動き	… 4
	①医療保険・介護保険制度関係	… 4
	②県計画関係	… 4
	③地域リハビリテーション連携指針関係	… 5
	(3) これまでの千葉県の地域リハビリテーション推進の取組	… 6
	①取組の経緯	… 6
	②支援センターの指定実績	… 8
3	現状と課題	…12
	(1) 千葉県の現状	…12
	①人口等	…12
	②地域リハビリテーション 関連資源	…14
	③二次保健医療圏別の現状	…20
	④地域リハビリテーション関係機関調査結果	…30
	(2) 地域リハビリテーション推進のための検討課題	…47
4	施策の方向性	…48
	(1) 基本方針	…48
	(2) 推進方策	…49
5	評価指標	…54
6	参考資料	

1 報告書作成の趣旨

○1981年(昭和56年)、WHOは「リハビリテーション」の概念を「能力障害あるいは社会的不利を起こす諸条件の悪影響を減少させ、障害者の社会統合を実現することをめざすあらゆる処置を含むものである。『リハビリテーション』は障害者を訓練してその環境に適応させるだけでなく、障害者の直接的環境及び社会全体に介入して彼らの社会統合を容易にすることをも目的としており、障害者自身、その家族、そして彼らの住む地域社会はリハビリテーションに関係する職種のサービス計画と実施に関与しなければならない。」と定義している。(「地域リハビリテーション支援活動マニュアル(地域リハビリテーション支援活動マニュアル作成に関する研究班(平成11年3月))」より引用)

○このリハビリテーションの概念は、その後高齢者人口の増加に伴い、寝たきり老人の発生を予防する観点からも重視されるようになり、平成12年度に、国は「ヤング・オールド(若々しい高齢者)作戦」の推進施策の1つとして「地域リハビリテーション推進事業実施要綱」を制定した。

○千葉県では、平成13年度より同要綱に基づく国庫補助事業として「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」を開始し、平成14年3月に「千葉県地域リハビリテーション連携指針」を策定(平成20年3月改定)した。以来、指針に基づき地域リハビリテーション支援体制の整備推進を図ってきたところである。

○しかし、前回の指針改定から7年が経過し、見直しの時期が到来していること、地域リハビリテーションを取り巻く制度環境や関係機関の役割が変化しつつあること等から、平成26年度第2回千葉県地域リハビリテーション協議会において、地域リハビリテーション連携指針の見直しのため、「千葉県地域リハビリテーション検討部会」(以下、「検討部会」とする)の設置が承認された。

○併せて、見直しの手法としては、今後の地域リハビリテーション関連施策の展開には関連分野との有機的連携やPDCAサイクルの明確化が一層重要となることから、指針単独の見直しではなく、県の保健医療分野の総合計画である「千葉県保健医療計画」との統合・一体的な見直しとすることとなった。

○また、今後の地域リハビリテーション支援体制の検討に際しては、現在の支援体制の中核となっている地域リハビリテーション広域支援センターの機能・役割の見直しが極めて重要な論点であることから、検討部会の下部組織として、地域リハビリテーション広域支援センター職員を中心としたワーキンググループ「地域リハビリテーション広域支援センターのあり方検討ワーキンググループ(以下、「広域支援センターのあり方検討WG」とする))」を設置し、地域リハビリテーション広域支援センター及び関係機関の今後の機能・役割について幅広・集中的な議論を行い、その結果を踏まえて検討部会でさらなる議論を行った。

○本報告書は、検討部会及び広域支援センターのあり方検討WGにより千葉県の今後の地域リハビリテーション支援体制のあり方を検討した結果であり、「千葉県保健医療計画」の全面改定時(平成29年度予定)に、同計画に反映させることを目的に作成したものである。

表1 各会の主な議題

検討部会	広域支援センターのあり方検討WG
<p>第1回検討部会 (平成27年7月7日)</p> <ul style="list-style-type: none">・現状と課題について・広域支援センターのあり方検討WGの設置について	<p>第1回WG (平成27年7月22日)</p> <ul style="list-style-type: none">・地域リハビリテーション広域支援センターの機能・役割について・地域リハビリテーション広域支援センターが事業を推進する上で、他の関係機関に期待する機能・役割について・その他 <p>WG提言(案)</p>
<p>【意見交換会】 (平成27年8月18日)</p> <ul style="list-style-type: none">・これからの地域リハビリテーション支援体制について	
<p>第2回検討部会 (平成27年11月2日)</p> <ul style="list-style-type: none">・今後の施策の方向性について・広域支援センターのあり方検討WGの提言(案)について	<p>第2回WG (平成27年〇月〇日)</p> <ul style="list-style-type: none">・第2回検討部会の議論を受け、提言(案)の再検討 <p>WG提言</p>
<p>第3回検討部会 (平成〇年〇月〇日)</p> <ul style="list-style-type: none">・評価指標について・その他今後の地域リハビリテーション支援体制のあり方について	
<p>第4回検討部会 (平成〇年〇月〇日)</p> <ul style="list-style-type: none">・報告書(素案)について	

2 地域リハビリテーションとは

(1) 地域リハビリテーションについて

○リハビリテーションには、①主に高齢者に対して寝たきり等の発生を予防する予防的リハビリテーション、②主に医療機関が実施する急性期・回復期リハビリテーション、③主に介護保険で対応される維持期リハビリテーションがあり、適切なサービスが連続性をもって提供されるためには、様々な機関や人々の連携・協力が欠かせない。

○適切かつ連続したリハビリテーションを提供することができる仕組み・つながりが「地域リハビリテーション」である。つまり、地域リハビリテーションには、医療だけでなく、保健・福祉・教育・職業・住宅環境さらには地域住民等の多くの分野の理解と関与が必要であり、それゆえ、これらの多岐にわたる分野の懸け橋となる役割も期待される。

日本リハビリテーション病院・施設協会は、地域リハビリテーションを以下のように定義している。

「障害を持つ人々や高齢者およびその家族が、住み慣れたところでそこに住む人々と共に、一生安全にいきいきとした生活が送れるよう、医療や保健・福祉及び生活に関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あ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 平成3年作成・平成13年改定)

さらに、地域リハビリテーション支援活動マニュアル（地域リハビリテーション支援活動マニュアル作成に関する研究班（平成11年3月））では、地域リハビリテーションの概念が以下のように示されている。

「地域リハビリテーションとは、維持期リハビリテーションを包含する概念である。すなわち、医学的リハビリテーションとして維持期リハビリテーションを含め、現行法の保健・福祉の領域および地域住民やボランティアまで含めた生活に関わるあらゆる人々が実践する、地域における総合的リハビリテーションサービスである。

その活動は、障害のある人々が自分の住む地域で暮らす権利、すなわち健康で快適な生活を楽しみ、教育・社会・文化・経済・政治の面において完全に参加する権利を促進するものであり、地域におけるリハビリテーションの発展、障害のあるすべての人々の機会均等や社会的統合を目指した戦略である。

それは、障害のある人々自身、その家族、そして地域住民、さらに保健・医療・教育・職業・社会サービスなどが一体となって努力するなかで履行されていくものである。」

（地域リハビリテーション支援活動マニュアル（地域リハビリテーション支援活動マニュアル作成に関する研究班（平成11年3月））より引用）

○なお、本報告書において使用する用語を以下のとおり定義する。

1) 地域リハビリテーション関係機関

住民組織を含めた多種多様な機関等と相互に連携を図り、地域の実情にあった効果的なリハビリテーションを提供する全ての機関。

2) リハビリテーション専門職

「心身機能」だけでなく、「活動」「参加」の要素にバランス良く働きかける能力を有する経験豊富な理学療法士、作業療法士、言語聴覚士。

(2) 地域リハビリテーションを取り巻く制度環境等の動き

①医療保険・介護保険制度関係

平成 12 年、診療報酬改定により「回復期リハビリテーション病棟（※1）」が新設されるとともに、介護保険法が施行された。

平成 18 年の診療報酬・介護報酬の同時改定では、現行のリハビリテーションサービス提供体制の基盤である「急性期から回復期までのリハビリテーションは医療保険で対応し、維持期のリハビリテーションは介護保険が中心となって対応する」との考え方が示された。診療報酬改定では、発症後早期からの重点的なリハビリテーションが医療保険で実施されるよう、疾患別体系へと見直しが行われるとともに算定日数に上限が設けられた。また、介護報酬改定では、医療保険によるリハビリテーション終了後は、引き続き速やかに介護保険によるリハビリテーションに移行できるよう、通所リハビリテーション及び在宅介護支援等における加算が創設された。

その後も診療報酬及び介護報酬の改定により、急性期・回復期・生活期それぞれのリハビリテーションの拡充と充実、及び医療と介護のリハビリテーションの連携強化が進められ、平成 26 年の診療報酬改定では「地域包括ケア病棟（※2）」が新設された。

さらに、平成 27 年施行の改正介護保険法では、平成 24 年の法改正により地域支援事業に導入された「介護予防・日常生活支援総合事業」の発展的見直しが行われた。この見直しで、生活機能の低下した高齢者に対しては、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であるとの考え方から、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進するため、新たに一般介護予防事業に「地域リハビリテーション活動支援事業」が位置付けられた。今後はリハビリテーションの理念を踏まえたより効果的な介護予防の実践が期待されている。

（※1）回復期リハビリテーション病棟…脳血管疾患又は大腿頸部骨折等の患者に対して、ADL（日常生活活動）能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションプログラムを医師、看護師、理学療法士、作業療法士等が共同で作成し、これに基づくリハビリテーションを集中的に行うための病棟。

（※2）地域包括ケア病棟…急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う病棟。

②県計画関係

地域リハビリテーションの推進は、その分野横断的な性質から、保健・医療・福祉に関わる県の諸計画に位置付けられ、重要な役割を果たしている。

近年の計画改定では、保健医療分野の総合計画である「千葉県保健医療計画」（平成 25 年 5 月改定）、老人福祉事業の供給体制の確保及び介護保険事業に関わる保険給付の円滑な実施の支援に関する「千葉県高齢者保健福祉計画」（平成 27 年 3 月改定）、障害者施策の推進方針を定める「千葉県障害者計画」（平成 27 年 3 月改定）及び市町村の地域福祉の支援に関する事項等を定める「千葉県地域福祉支援計画」（平成 27 年 3 月改定）に位置付けられている。

さらに、平成 26 年度に「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」が制定されると、同法律に基づく県計画においても、在宅医療を支える体制整備の施策としても位置付けられた。

③地域リハビリテーション連携指針関係

千葉県では、国の「地域リハビリテーション推進事業実施要綱」に基づき、平成 14 年 3 月に「千葉県地域リハビリテーション連携指針」を策定した。同指針においては、切れ目のない連続したリハビリテーションを受けられる体制の整備・推進と地域リハビリテーション関係機関の協力及び支援体制の整備を図ることを目的に、地域リハビリテーション支援体制の整備、予防的リハビリテーションの推進、人材の活用・育成・充実、リハビリテーション施設や最新情報の提供・共有化及び県民へのリハビリテーションに関する普及啓発活動の推進の 5 つの推進施策を打ち出した。

その後、国のリハビリテーションに関する医療保険・介護保険制度等の見直しや、本県の「健康づくり・医療・福祉の連動」を目指した諸計画の見直し等を受け、平成 20 年 3 月に指針の改定が行われた。改定指針では、地域リハビリテーション資源の把握及び情報システムの確立、地域リハビリテーション関係機関の機能・役割の明確化、地域リハビリテーション関係機関相互の連携強化と支援体制の充実をポイントに見直しが行われるとともに、地域リハビリテーション支援体制の継続整備と地域リハビリテーション関係機関相互の連携構築の方向性が示された。

(3) これまでの千葉県の地域リハビリテーション推進の取組

①取組の経緯

本県の地域リハビリテーション推進の取組の経緯は表2-1のとおりである。

本県では、平成13年度策定（平成19年度改定）した「千葉県地域リハビリテーション連携指針」に基づき、現在まで「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」を進めてきた。

さらに本事業の補完のため、寝たきりの原因疾患として重大な脳卒中に関し、回復期リハビリテーション病棟等のリハビリテーション資源の充実と急性期から維持期までのリハビリテーションに係る地域の連携体制の構築を目的とした「脳卒中リハビリテーション支援体制推進事業」（平成21～23年度）、脳卒中を発症した患者等が在宅に戻った後、必要とされるリハビリが適切に受けられるよう、地域包括支援センターがリハビリテーション専門職に相談できる体制整備を目的とした「リハビリ専門職と地域包括支援センターとの協働事業」（平成24～26年度）等の周辺課題の把握及び解決に資するモデル事業を実施し、併せて地域リハビリテーションの推進に努めてきた。

表2-1 地域リハビリテーション推進の経緯

年度	主な動向
平成12年度	「地域リハビリテーション推進事業実施要綱」に基づく国庫補助事業として開始
平成13年度	「千葉県地域リハビリテーション連携指針」の策定
平成14年度	千葉県地域リハビリテーション協議会の設置（事業の開始）
平成18年度	国庫補助終了後、国「地域リハビリテーション推進のための指針」を受け、県単独事業として継続実施
平成19年度	「千葉県地域リハビリテーション連携指針」の改訂
平成21年度	脳卒中リハビリテーション支援体制推進事業の開始（～平成23年度）
平成24年度	リハビリ専門職と地域包括支援センターとの協働事業の開始（～平成26年度）
平成26年度	地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律の制定に伴い、同法に基づく基金を活用した事業として継続実施

現行の「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」の事業項目は、「地域リハビリテーション推進のための指針（平成18年3月31日老老発第0331006号）」に基づき、大きく3つの柱で構成されている（表2-2）。

そのなかでも支援体制の中核を担ってきたのは、各二次保健医療圏に1ヵ所設置した「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」とする）」である。広域支援センターは、二次保健医療圏の拠点として、関係機関との連携体制の構築や育成支援、啓発・情報提供等を行い、地域の実情に合わせた地域リハビリテーションの推進に努めてきた。さらに「県リハビリテーション支援センター」が広域支援センターに対する技術的支援・助言等を担うことにより、県内全域での連携体制を構築してきた（図2-1）。

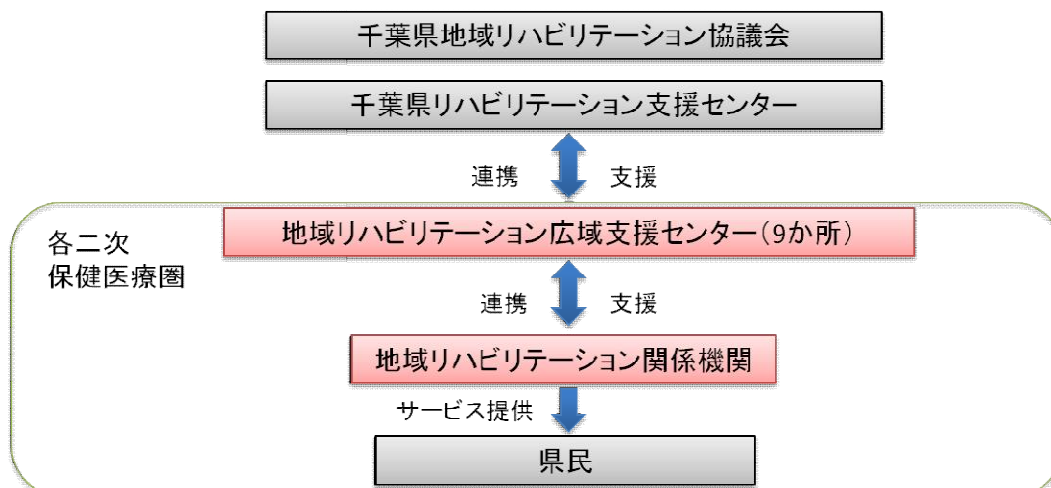
表2-2 地域リハビリテーション支援体制整備推進事業の柱

NO	事業項目	事業内容
1	協議会運営	連携指針の検討、支援センターの指定更新、リハビリテーション支援体制に関する事項等について協議する。
2	支援センター設置	①県リハビリテーション支援センター(1か所) 委託先: 千葉県千葉リハビリテーションセンター ②地域リハビリテーション広域支援センター(9か所) 委託先(H27.4.1現在): 千葉圏域: 千葉中央メディカルセンター、東葛南部圏域: 新八千代病院、東葛北部圏域: 旭神経内科リハビリテーション病院、印旛圏域: 成田赤十字病院、香取・海浜圏域: 旭中央病院、山武・長生・夷隅圏域: 公立長生病院、安房圏域: 亀田総合病院、君津圏域: 君津中央病院、市原圏域: 白金整形外科病院
3	調整者養成研修	対象者: 市町村職員、リハビリ関係機関従事者等 目的: 適切なリハビリテーションサービス提供のためのコーディネート力を養成する。

(「2 支援センター設置」の詳細)

	【機能・役割】 (「地域リハビリテーション連携指針」より抜粋)	【事業内容】(H26年度)
県リハビリテーション支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・広域支援センターへの助言、人的支援及びリハビリテーションに関する研修を実施 ・関係団体や医療機関との連絡調整を密に行う「連絡調整会議」等の開催 ・医療・福祉に係るリハビリテーション資源の調査・提供 ・広域支援センターとともに課題の分析・具体的事業計画の立案 ・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講演会等の開催 ・住民及び広域支援センターへの福祉用具、住宅改修等の相談対応の支援 ・地域リハビリテーション推進事業の普及啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ①ネットワーク事業 担当者連絡会議の開催、在宅リハビリテーション連携に係る連絡体制の整備等 ②育成支援事業 広域支援センターへの講師派遣、事業協力等 ③啓発・情報提供事業 関係機関や住民を対象としたフォーラムの開催等 ④リハビリテーション専門職と地域包括支援センターの協働事業
地域リハビリテーション広域支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村、保健所及び医師会などの地域リハビリテーション関係機関からなる「連絡協議会」を開催し、地域リハビリテーション関係機関相互の連携支援体制を構築 ・リハビリテーション資源の調査・情報収集・提供 ・圏域における課題の分析 ・地域リハビリテーション関係機関従事者への技術的援助 ・地域リハビリテーション関係機関や住民を対象とした研修会・講演会の開催 ・地域リハビリテーション関係機関や住民への福祉用具・住宅改修の相談対応 	<ul style="list-style-type: none"> ①ネットワーク事業 連絡協議会の開催等 ②育成支援事業 研修会・講演会の開催、相談対応等 ③啓発・情報提供事業 地域住民等へのリハビリ事業の普及啓発等を、各圏域の実情に合わせて実施。

図2-1 連携体制



②支援センターの指定実績

本県では、平成 14 年度より、地域リハビリテーション協議会において支援センターの指定基準を定め、指定・更新を行ってきた。

指定にあたっては、指定基準を満たす医療機関に意向調査を行い、意向のあった機関から広域支援センターの選定及び指定を行っている。なお、指定基準は、診療報酬改定に伴い随時見直しを行っている（表 2-3）。

広域支援センターの指定実績は表 2-4 のとおりである。平成 14 年度の指定開始から現在までに 2 回の二次保健医療圏の見直しが行われており、二次保健医療圏の見直しに対応しつつ、各二次保健医療圏に 1 カ所の広域支援センターの設置を目指し支援体制の整備を進めてきた。なお、平成 27 年度現在の指定状況は図 2-2 のとおりである。

表 2-3：広域支援センターの指定基準の変革

適用開始年度	指定基準																																										
平成 14 年度	<p>1 以下の施設基準を満たし、社会保険事務局に届け出ている医療機関</p> <p>①「総合リハビリテーション施設」</p> <p>②「理学療法(Ⅱ)及び作業療法(Ⅱ)」</p> <p>2 地域リハビリテーションの理念に十分な理解を持ち、該当二次保健医療圏域の市町村及び関係医療機関等と良好な連携関係にあり、地域リハビリテーション支援センターの機能が遂行できる施設</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">従事者</th> <th colspan="2">専用施設の面積</th> <th rowspan="2">専用の機械器具の具備</th> </tr> <tr> <th>医師</th> <th>PT</th> <th>OT</th> <th>理学療法専用</th> <th>作業療法専用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>総合リハビリテーションA</td> <td>専任常勤 2名以上</td> <td>専従常勤 5名以上</td> <td>専従常勤 3名以上</td> <td>300m²以上</td> <td>100m²以上</td> <td>要</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">総合リハビリテーションB</td> <td rowspan="2">専任常勤 2名以上</td> <td>専従常勤 6名以上</td> <td>専従常勤 6名以上</td> <td colspan="2" rowspan="2">合計で240m²以上 (機能訓練室を含めても可)</td> <td rowspan="2">要</td> </tr> <tr> <td colspan="2">合計数 15名以上</td> </tr> <tr> <td>理学療法(Ⅱ)</td> <td>専任常勤 1名以上</td> <td colspan="2">専従常勤1名以上</td> <td colspan="2">合計で100m²以上 (機能訓練室を含めても可)</td> <td>要</td> </tr> <tr> <td>作業療法(Ⅱ)</td> <td>専任常勤 1名以上</td> <td colspan="2">専従常勤1名以上</td> <td colspan="2">合計で75m²以上 (機能訓練室を含めても可)</td> <td>要</td> </tr> </tbody> </table>		従事者			専用施設の面積		専用の機械器具の具備	医師	PT	OT	理学療法専用	作業療法専用	総合リハビリテーションA	専任常勤 2名以上	専従常勤 5名以上	専従常勤 3名以上	300m ² 以上	100m ² 以上	要	総合リハビリテーションB	専任常勤 2名以上	専従常勤 6名以上	専従常勤 6名以上	合計で240m ² 以上 (機能訓練室を含めても可)		要	合計数 15名以上		理学療法(Ⅱ)	専任常勤 1名以上	専従常勤1名以上		合計で100m ² 以上 (機能訓練室を含めても可)		要	作業療法(Ⅱ)	専任常勤 1名以上	専従常勤1名以上		合計で75m ² 以上 (機能訓練室を含めても可)		要
	従事者			専用施設の面積		専用の機械器具の具備																																					
	医師	PT	OT	理学療法専用	作業療法専用																																						
総合リハビリテーションA	専任常勤 2名以上	専従常勤 5名以上	専従常勤 3名以上	300m ² 以上	100m ² 以上	要																																					
総合リハビリテーションB	専任常勤 2名以上	専従常勤 6名以上	専従常勤 6名以上	合計で240m ² 以上 (機能訓練室を含めても可)		要																																					
		合計数 15名以上																																									
理学療法(Ⅱ)	専任常勤 1名以上	専従常勤1名以上		合計で100m ² 以上 (機能訓練室を含めても可)		要																																					
作業療法(Ⅱ)	専任常勤 1名以上	専従常勤1名以上		合計で75m ² 以上 (機能訓練室を含めても可)		要																																					
平成 20 年度	<p>1 以下の施設基準を満たし、社会保険事務局に届け出ている病院</p> <p>①「脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)及び医学管理料(Ⅰ)」</p> <p>②「脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)及び医学管理料(Ⅱ)」かつ「運動器リハビリテーション料(Ⅰ)及び医学管理料(Ⅰ)」</p> <p>(※原則として、①を基準とするが、圏域の状況により②の基準を加える。)</p> <p>2 地域リハビリテーションの理念に十分な理解を持ち、該当二次保健医療圏域の市町村及び関係医療機関等と良好な連携関係にあり、地域リハビリテーション支援センターの機能が遂行できる施設</p>																																										

	従事者	専用施設の面積
脳血管疾患等 リハビリテーション 料(Ⅰ)	・経験のある専任医 1名を含み専任医 2名以上 ・専従PT 5名以上・専従OT 3名以上・専従ST 1名以上 ・PT、OT、ST合計10名以上	160m ² 以上 (言語聴覚療法は専用個別療法室8m ² 以上)
	・専任医 1名以上 ・専従ST 3名以上	言語療法のみを行う場合は、 専用個別療法室8m ² 以上
脳血管疾患等 リハビリテーション 料(Ⅱ)	・専任医 1名以上 ・PT、OT、STのいずれか専従1名以上	病院:100m ² 以上 診療所:45m ² 以上 (言語聴覚療法は専用個別療法室8m ² 以上)
運動器リハビリ テーション料(Ⅰ)	・経験のある専任医 1名以上 ・専従PT 2名以上、又は専従OT 2名以上、又は専従PT・OT各 1名以上	病院:100m ² 以上 診療所:45m ² 以上

平成 23 年度

1 以下の施設基準を満たし、地方厚生局に届け出ている病院

①「脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)」
②「脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)」
③「脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)」かつ
「運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅱ)」
(※原則として、①を基準とするが、圏域の状況により②、③の基準を加える。)

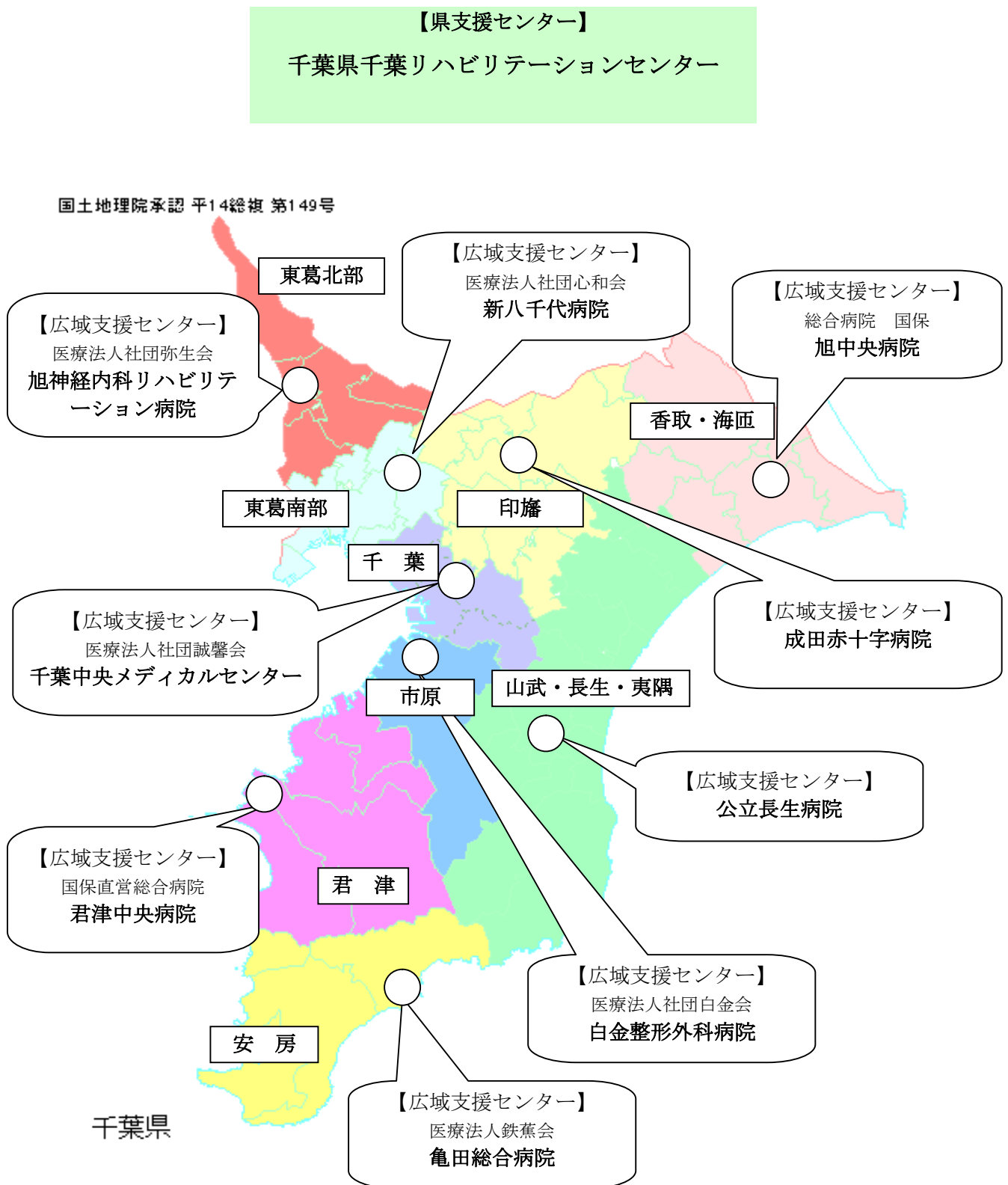
2 地域リハビリテーションの理念に十分な理解を持ち、該当二次保健医療圏域の市町村及び関係医療機関等と良好な連携関係にあり、地域リハビリテーション支援センターの機能が遂行できる施設

	従事者	専用施設の面積
脳血管疾患等 リハビリテーション 料(Ⅰ)	・経験等のある専任医 1名を含み専任医2名以上 ・専従PT 5名以上・専従OT 3名以上・専従ST 1名以上 ・PT、OT、ST合計10名以上	160m ² 以上 (言語聴覚療法は専用個別療法室8m ² 以上)
	・専任医 1名以上 ・専従ST 3名以上	言語療法のみを行う場合は、 専用個別療法室8m ² 以上
脳血管疾患等 リハビリテーション 料(Ⅱ)	・専任医1名以上 ・専従PT 1名以上、専従OT 1名以上、専従ST 1名以上 ・PT、OT、ST合計4名以上	病院:100m ² 以上 診療所:45m ² 以上 (言語聴覚療法は専用個別療法室8m ² 以上)
脳血管疾患等 リハビリテーション 料(Ⅲ)	・専任医1名以上 ・PT、OT、STのいずれか専従1名以上	病院:100m ² 以上 診療所:45m ² 以上 (言語聴覚療法は専用個別療法室8m ² 以上)
運動器リハビリ テーション料(Ⅰ)	・経験のある専任医 1名以上 ・専従PT、OT合計 4名以上	病院:100m ² 以上 診療所:45m ² 以上
運動器リハビリ テーション料(Ⅱ)	・経験のある専任医 1名以上 ・専従PT 2名以上、又は専従OT 2名以上、又は専従PT・OT合 計 2名以上	病院:100m ² 以上 診療所:45m ² 以上

表 2-4 : 支援センターの指定実績

	H14～H16		H16～H20		H20～H27	
県支援センター	千葉リハビリテーションセンター (H14～)		千葉リハビリテーションセンター		千葉リハビリテーションセンター	
広域支援センター	千葉	—	千葉	千葉中央メディカルセンター (H18～)	千葉	千葉中央メディカルセンター
	東葛南部	—	東葛南部	新八千代病院 (H18～)	東葛南部	新八千代病院
	東葛北部	旭神経内科リハビリテーション病院 (H15～)	東葛北部	旭神経内科リハビリテーション病院	東葛北部	旭神経内科リハビリテーション病院
	印旛山武	成田赤十字病院 (H16～)	印旛山武	成田赤十字病院	印旛	成田赤十字病院
	香取海匝	旭中央病院 (H14～)	香取海匝	旭中央病院	香取海匝	旭中央病院
	夷隅長生市原	千葉労災病院 (H15～)	夷隅長生	公立長生病院 (H19～)	山武長生夷隅	公立長生病院
	安房	亀田総合病院 (H15～)	安房	亀田総合病院	安房	亀田総合病院
	君津	君津中央病院 (H16～)	君津	君津中央病院	君津	君津中央病院
			市原	千葉労災病院	市原	千葉労災病院 (~H23) 白金整形外科病院 (H24～)

図2-2 支援センター指定状況 (H27.4.1現在)



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

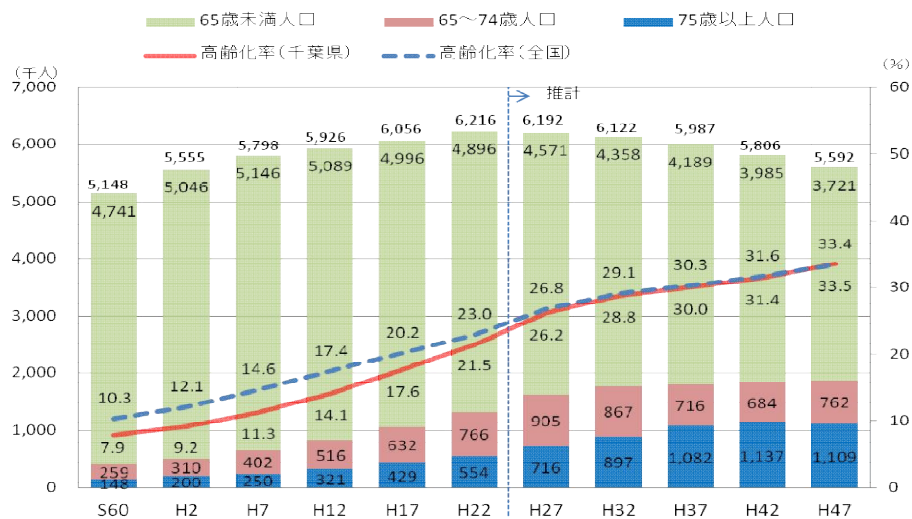
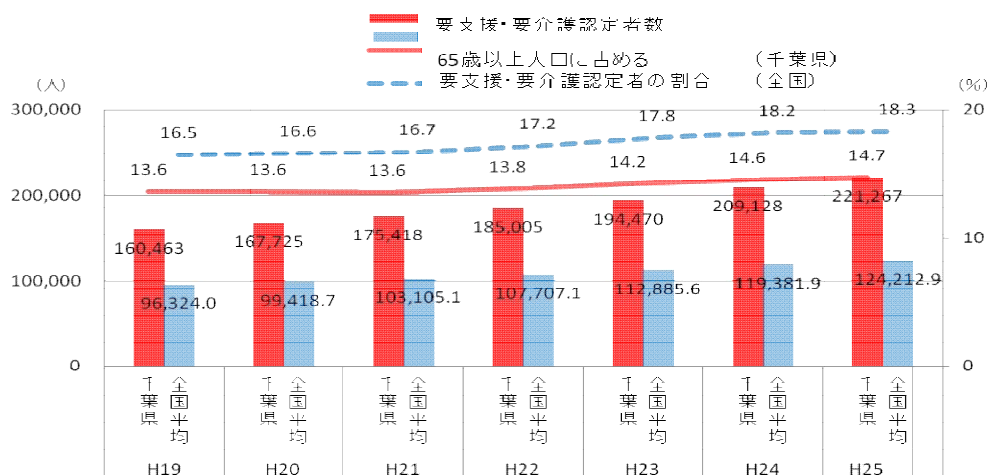


図3-2 要支援・要介護認定者数の推移



(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) 障害者・児

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

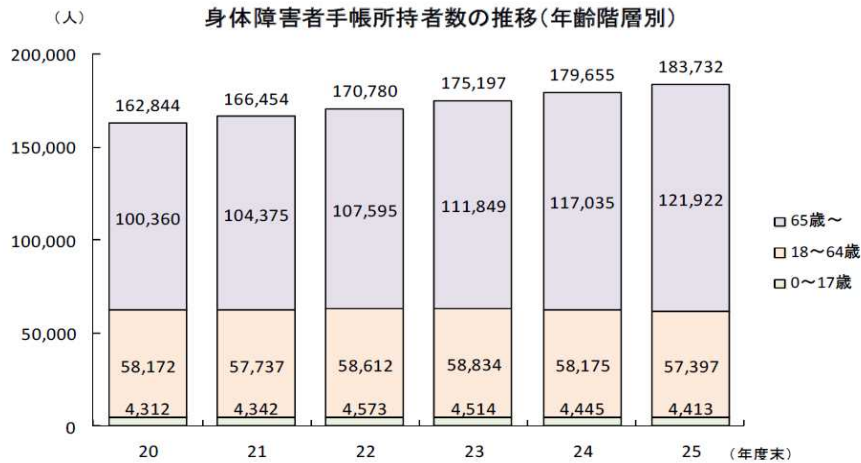


図 3-4

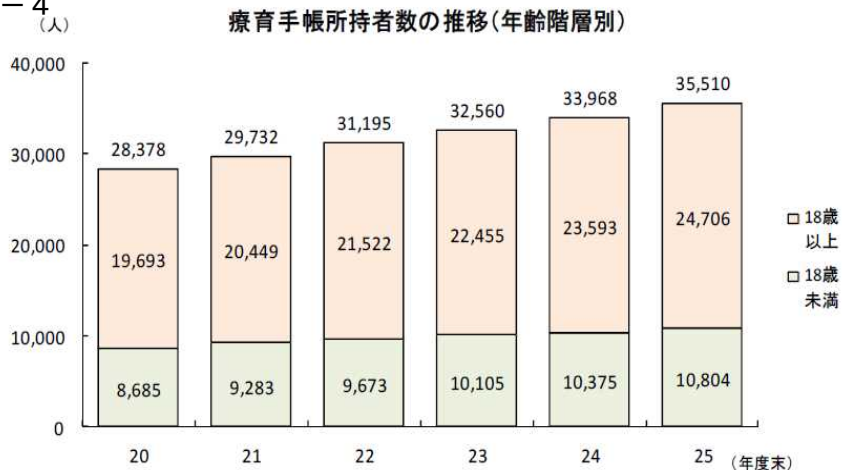
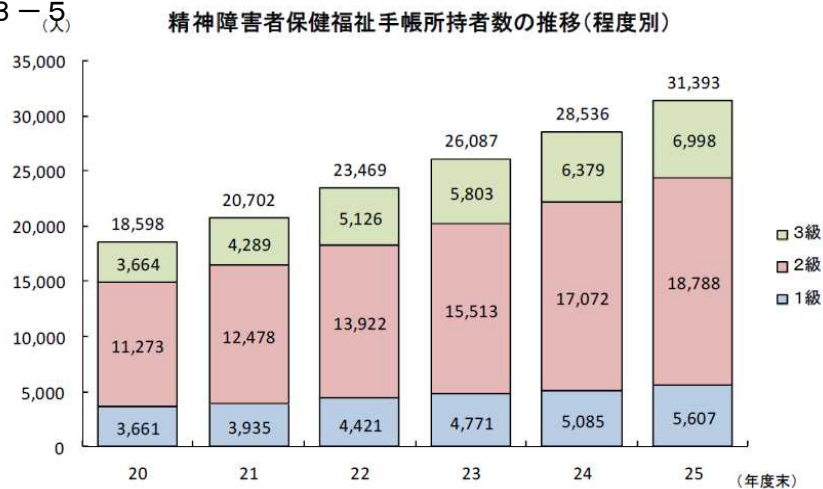


図 3-5



(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

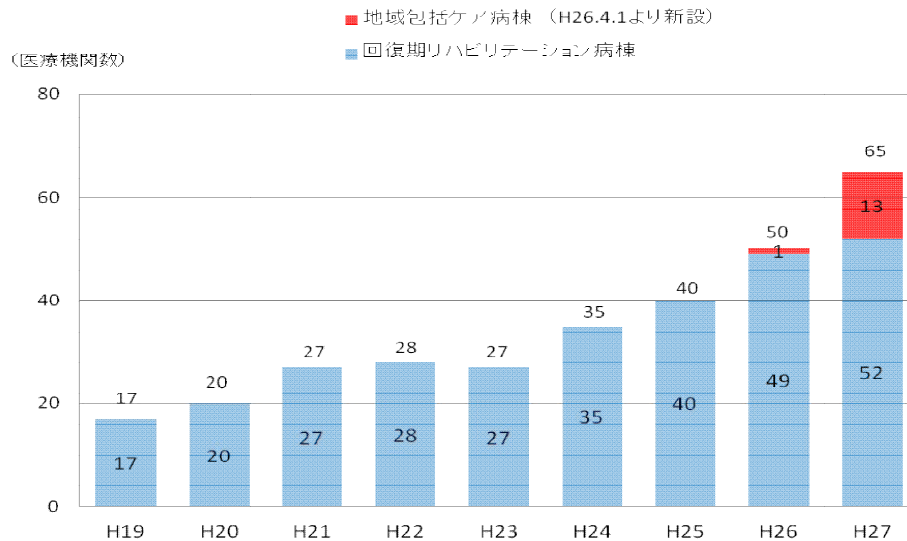
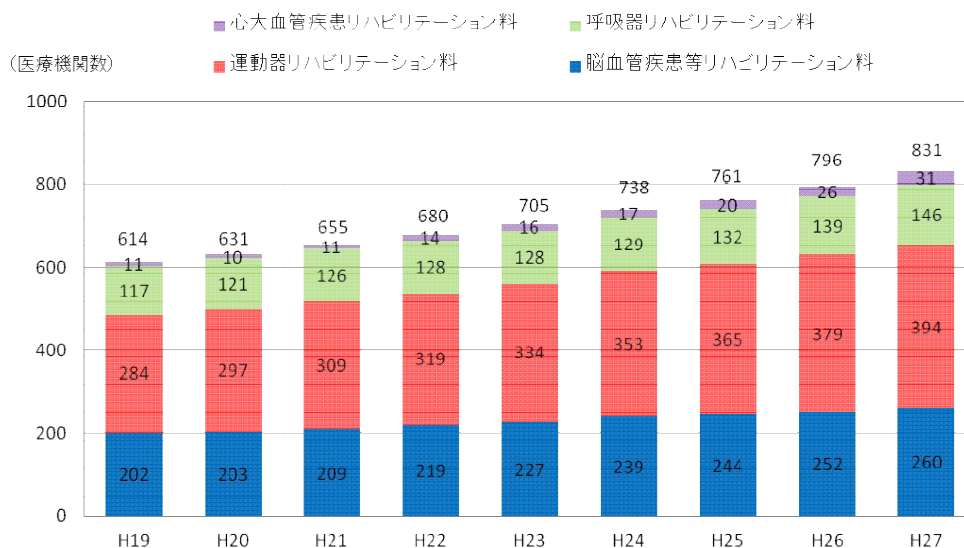


図3-7 疾患別リハビリテーション料施設基準届出医療機関数



(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

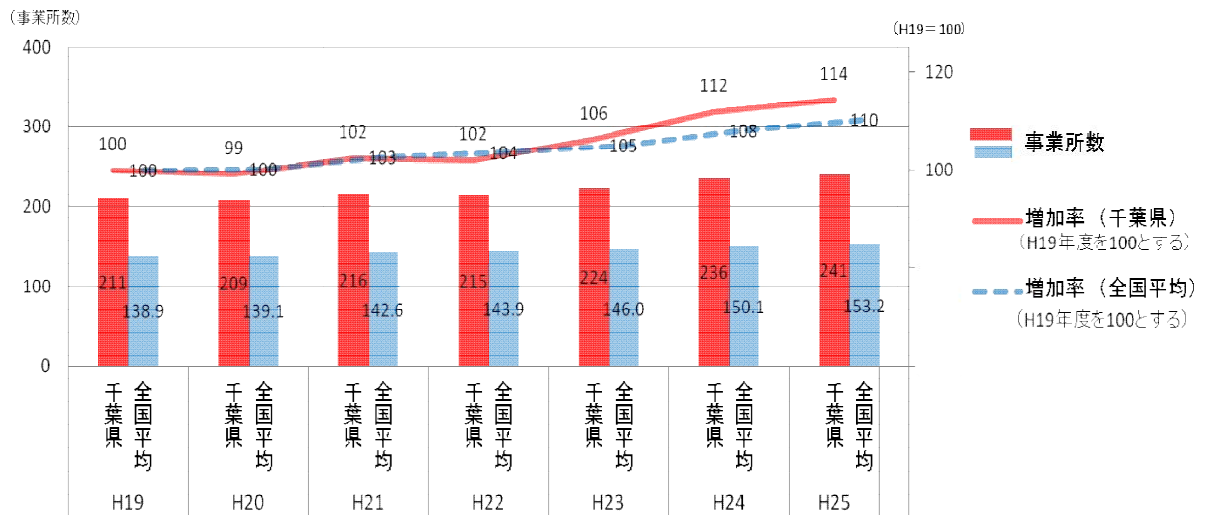
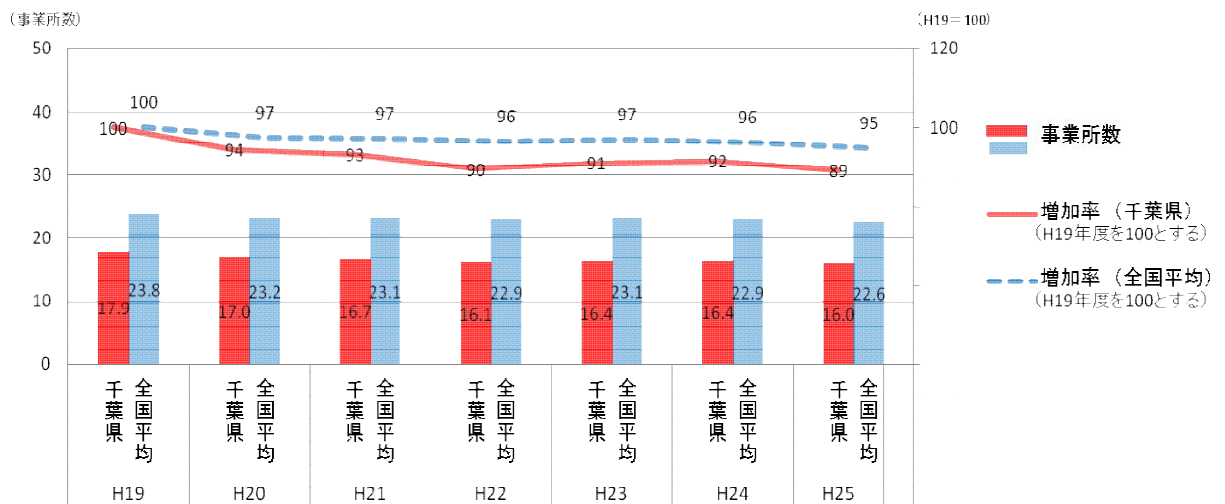


図 3-9 65 歳以上人口 10 万人対通所リハビリテーションサービス請求事業所数



(事業所数：介護給付費実態調査（各年 4 月審査分）、H19～H21, 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

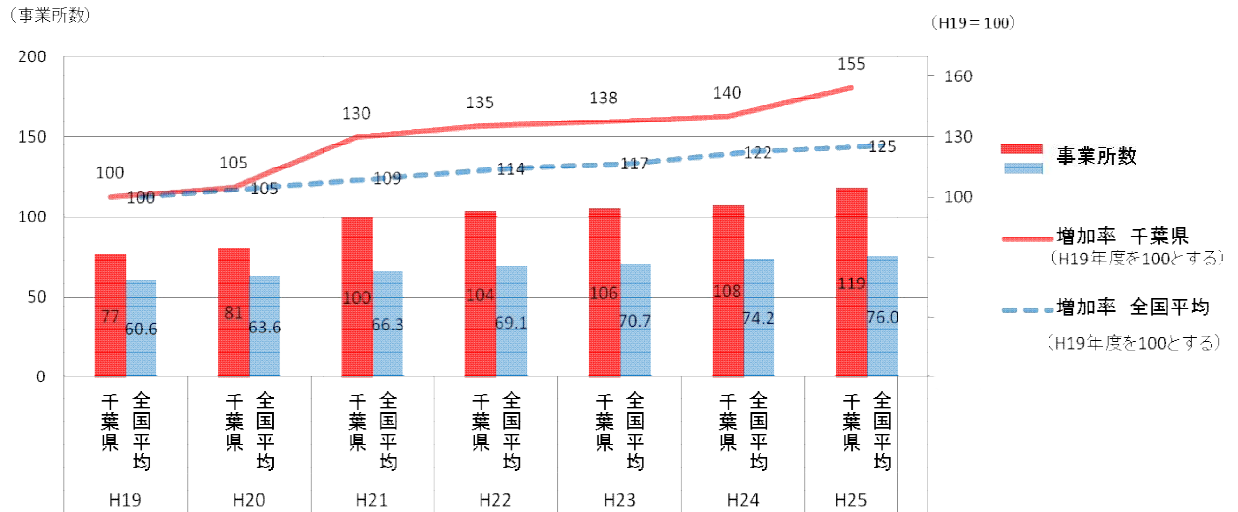
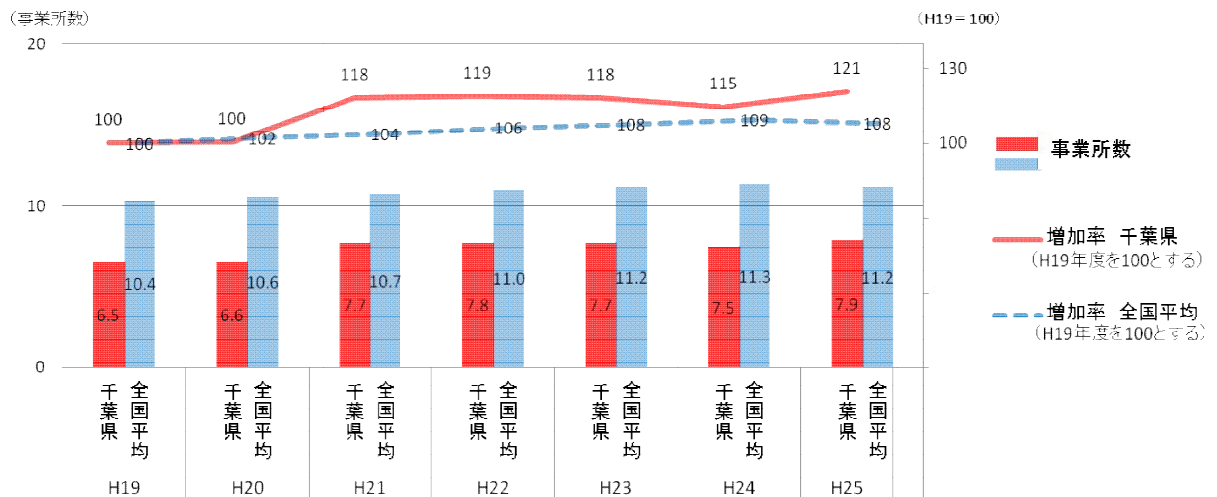


図 3-11 65 歳以上人口 10 万人対訪問リハビリテーションサービス請求事業所数



(事業所数：介護給付費実態調査（各年 4 月審査分）、H19～H21、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

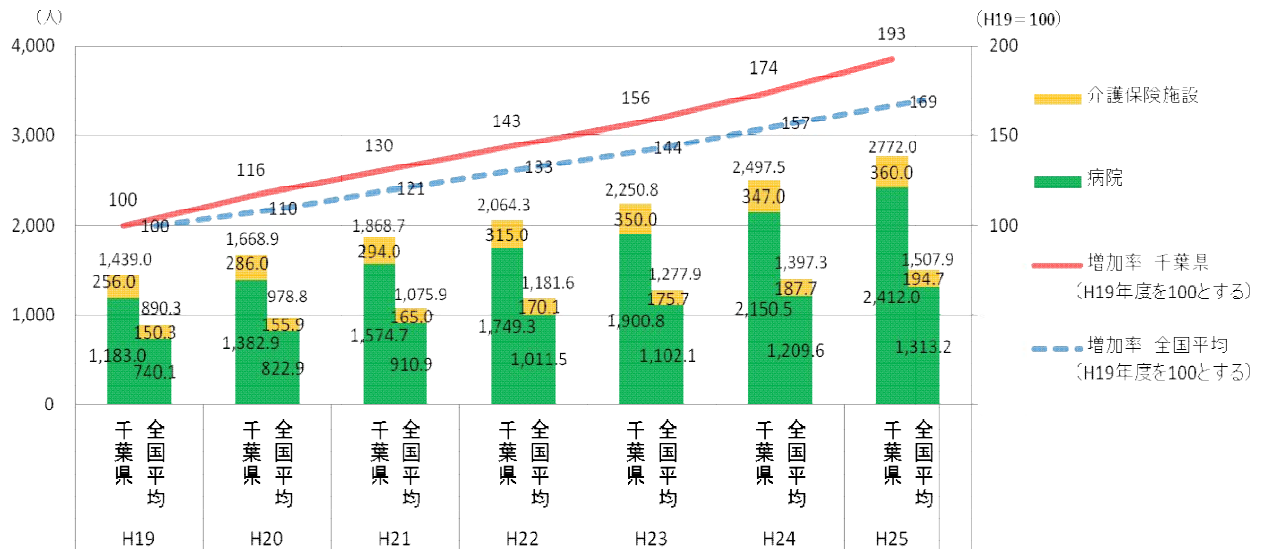
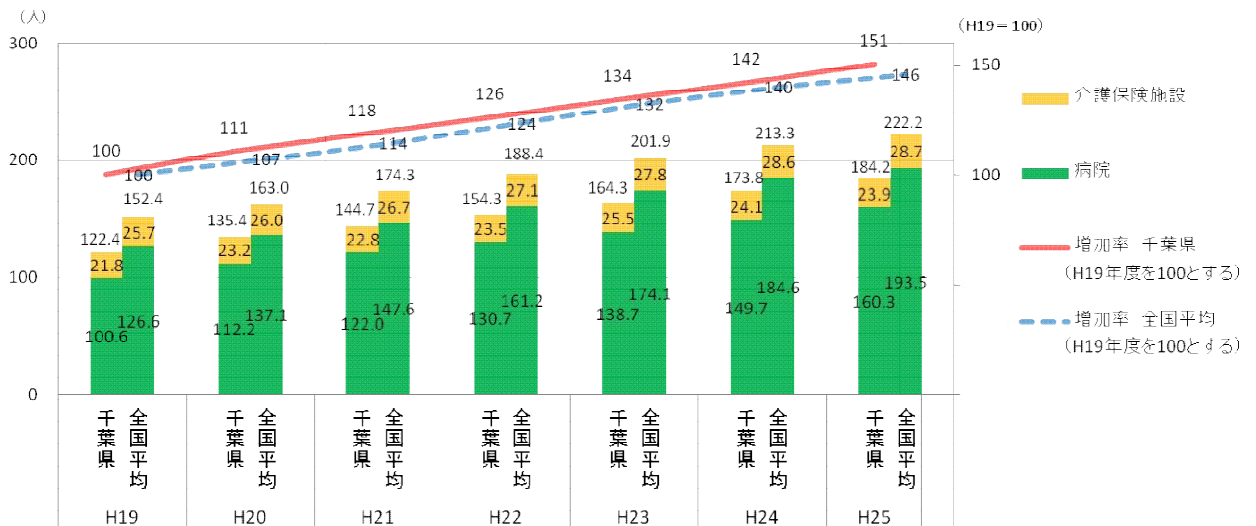


図 3-13 65 歳以上人口 10 万対理学療法士数



（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, 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 3-1 4）

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 3-1 5）

図 3-1 4 作業療法士常勤換算従事者数

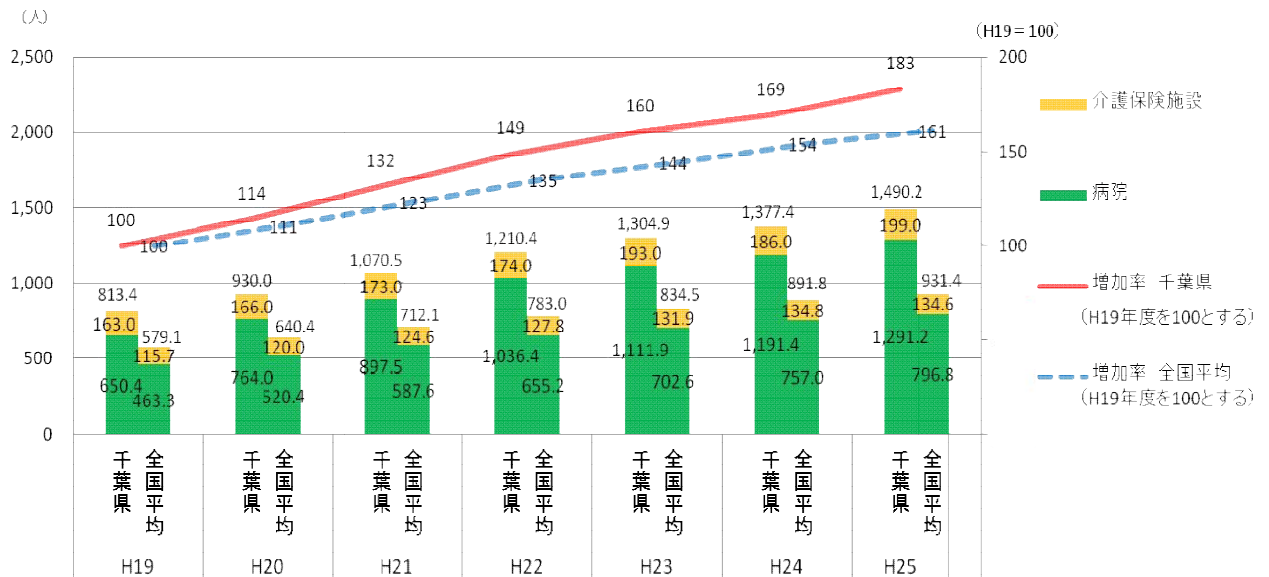
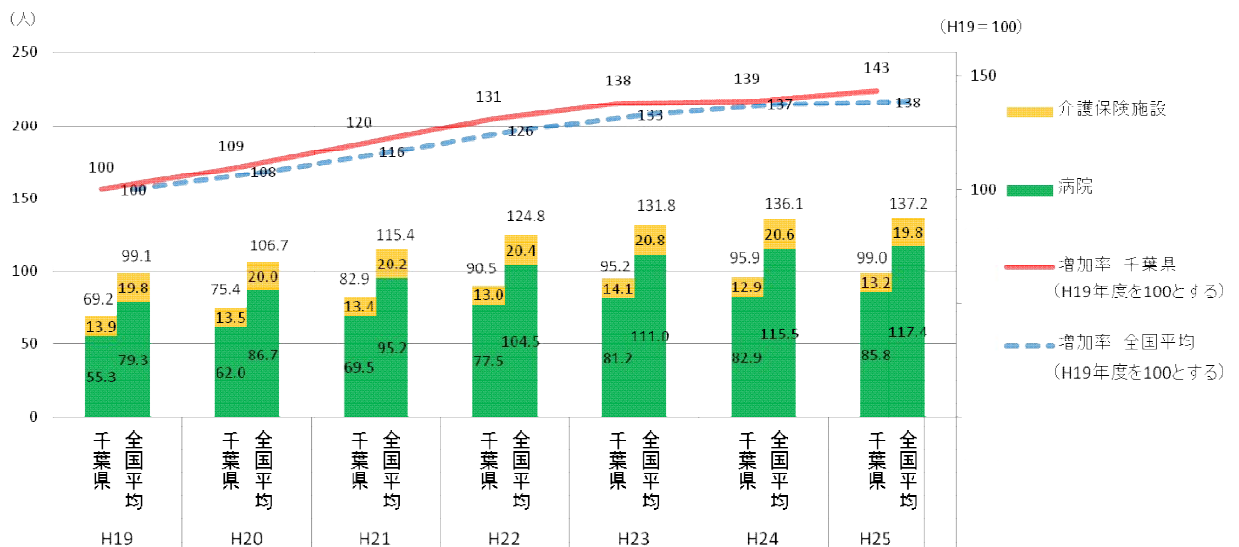


図 3-1 5 65 歳以上人口 10 万対作業療法士数



（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, 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

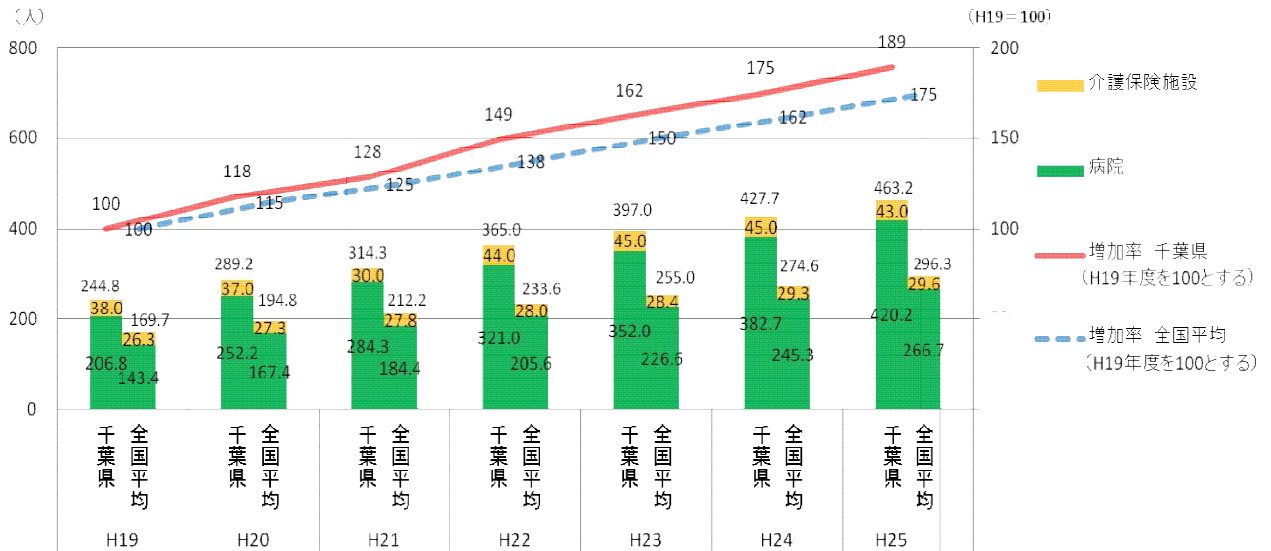
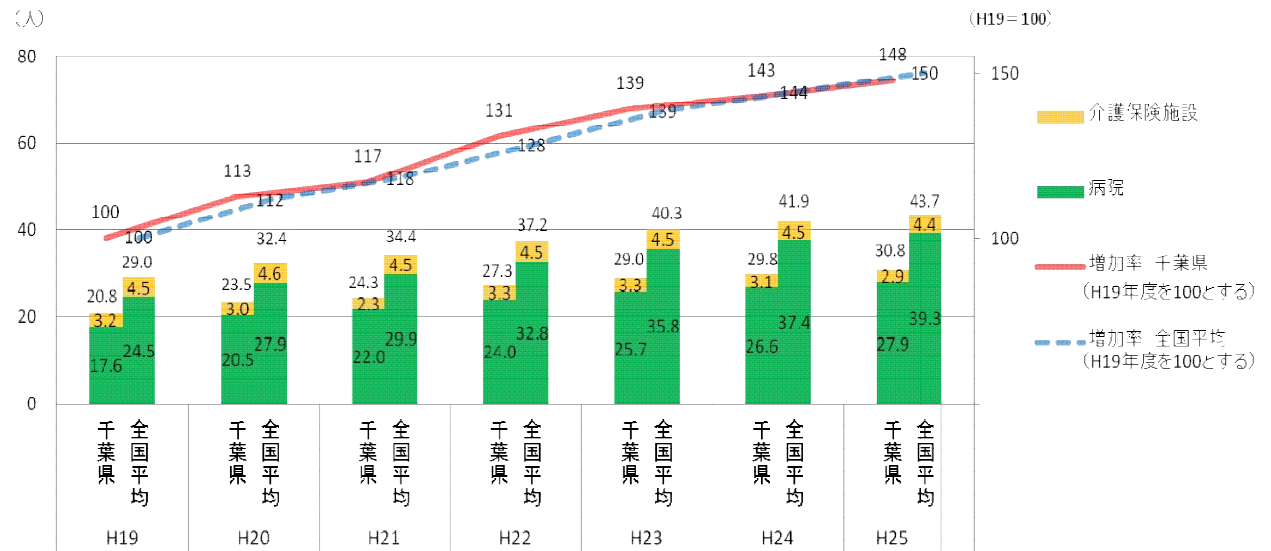


図 3-17 65 歳以上人口 10 万対言語聴覚士数



（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, 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4第2項第9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（平成25年5月改定）、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）

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)

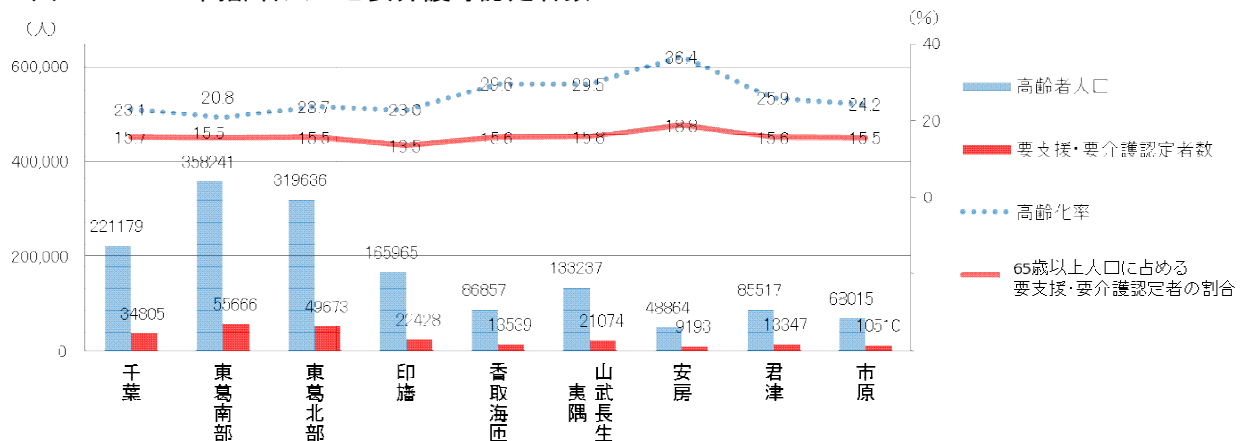
表 3-1 高齢者人口・高齢化率

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

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 (H26.10月末現在)をもとに作成)

3) 障害者・児

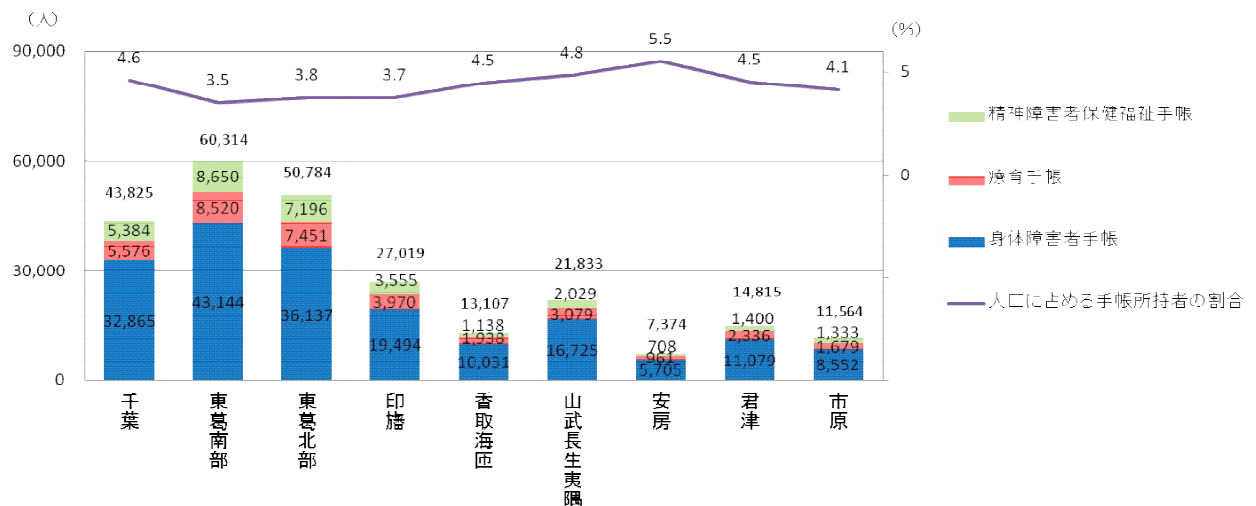
圏域別の手帳所持者数(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の合計)は、平成26年度時点で、東葛南部で60,314人と最も多く、最も少ない安房の7,374人の約8.2倍となっている。また、人口に占める手帳所持者数の割合は、安房が5.5%と最も高く、最も低い東葛南部の3.5%を2.0ポイント上回っている。(表3-3、図3-20)

表3-3 手帳所持者数

(単位:人)

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	4.8%	901	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%	250,535	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)

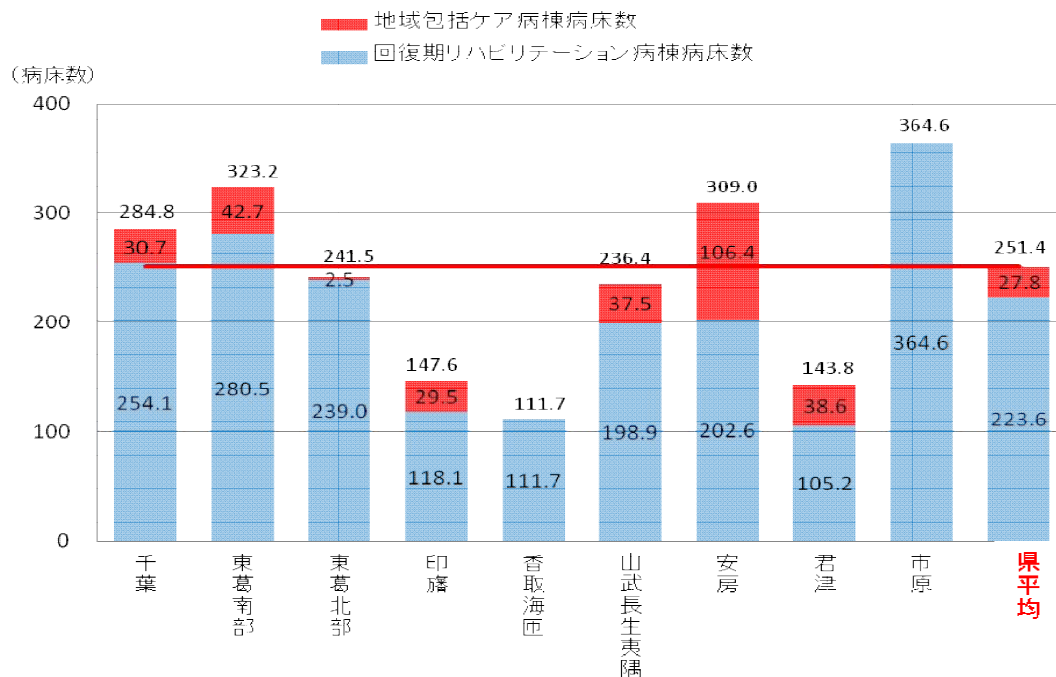
4) 医療保険関連サービス（回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟）

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、最も少ない香取海匝の97床の約11.9倍となっている。また、65歳以上人口10万対病床数は、市原で364.6床と最も多く、最も少ない香取海匝の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
香取海匝	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調べ（H27.4.1現在）、病床数：各医療機関に調査（H27.4.1現在）、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）

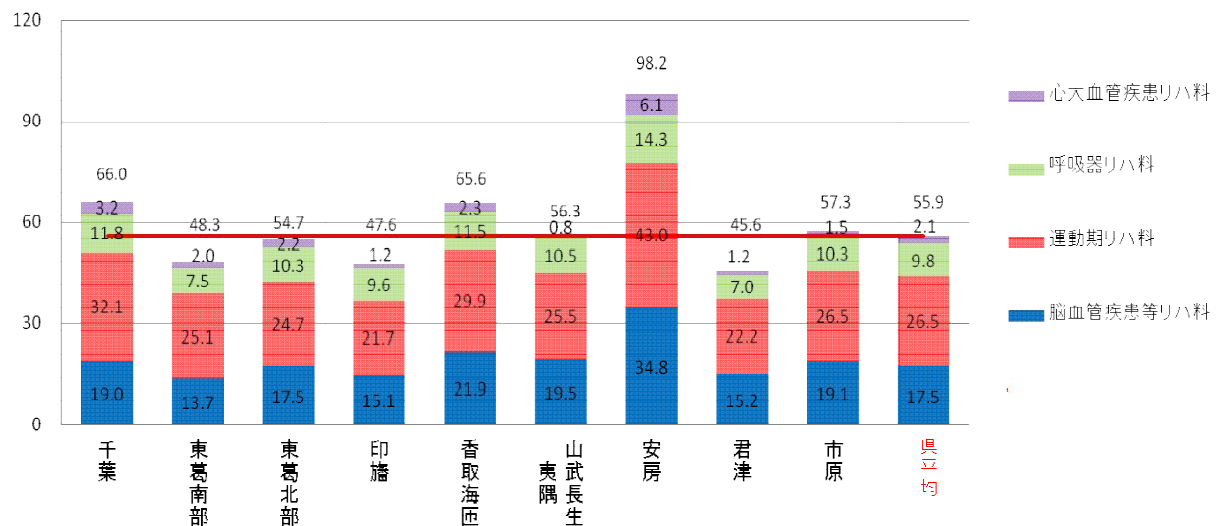
圏域別の疾患別リハビリテーション料施設基準の届出医療機関数（脳血管疾患等、運動器、呼吸器、心大血管疾患の合計）は、平成27年度時点で、東葛北部で175箇所と最も多く、最も少ない君津及び市原の39箇所の約4.5倍となっている。また、65歳以上人口10万対医療機関数は、安房で98.2箇所と最も多く、最も少ない君津の45.6箇所の約2.2倍となっている。（表3-5、図3-22）

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	145	66.0
東葛南部	49	13.7	90	25.1	27	7.5	7	2.0	173	48.3
東葛北部	56	17.5	79	24.7	33	10.3	7	2.2	175	54.7
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	9	22.2	6	7.0	1	1.2	39	45.6
市原	13	19.1	8	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)



(病院数：関東信越厚生局千葉事務所調べ（H27.4.1現在）、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	5.3	49	22.2	22	9.9	46	20.8	24	10.9
東葛南部	41	11.4	22	9.1	62	17.3	26	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	5.0	21	12.7	15	9.0	50	30.1	18	10.8
香取海匝	17	19.6	6	5.9	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	7	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

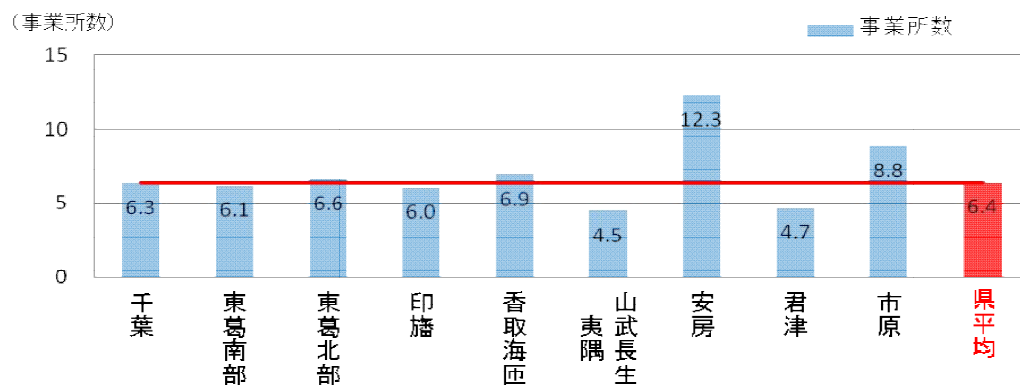
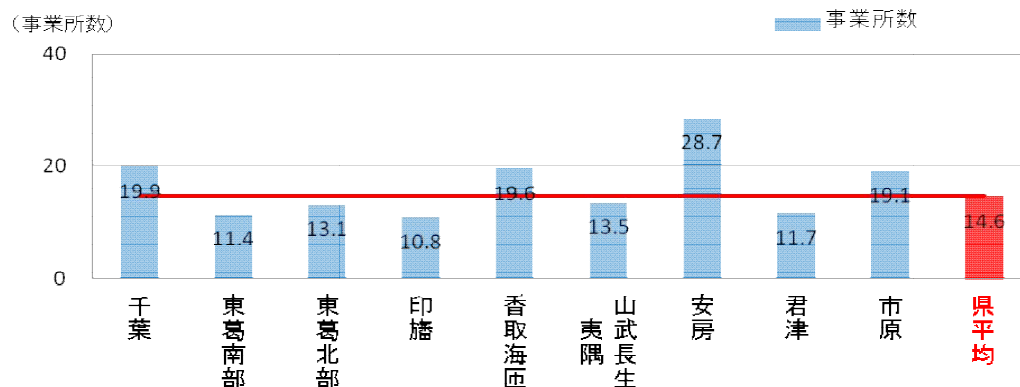


図 3-24 65 歳以上人口 10 万対訪問リハビリテーション事業所数



(訪問リハビリ事業所・通所リハビリ事業所・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）

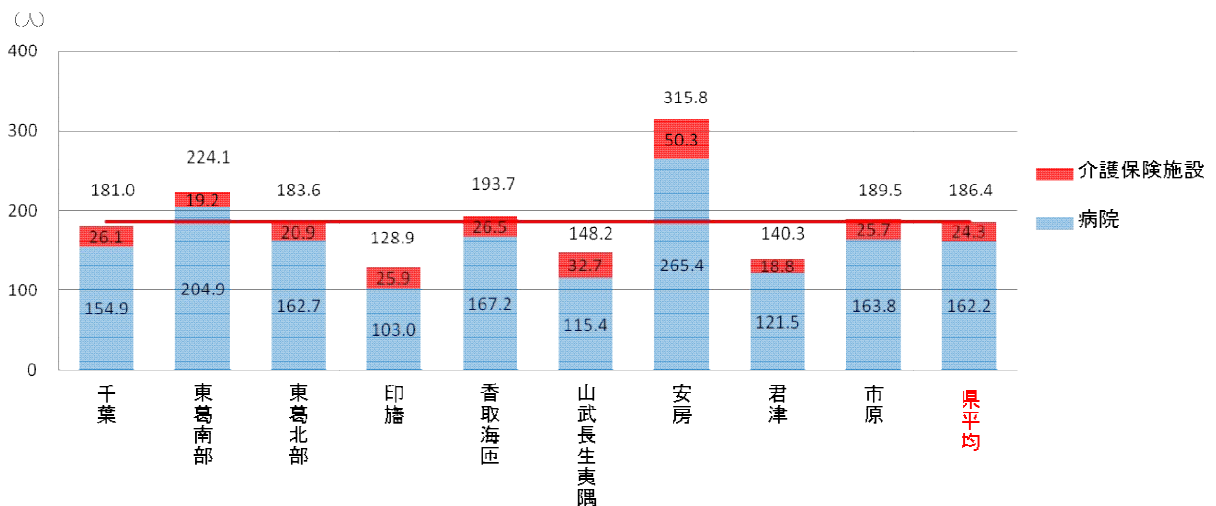
圏域別の理学療法士数（病院及び介護保険施設従事者数（常勤換算）の合計）は、平成27年度時点で、東葛南部で802.9人と最も多く、最も少ない君津の120.0人の約6.7倍となっている。また、65歳以上人口10万対理学療法士数は、安房で315.8人と最も多く、最も少ない印旛の128.9人の約2.4倍となっている。（表3-7、図3-24）

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3-24 65歳以上人口10万対理学療法士数



（病院の従事者数：病院報告（H25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（厚生労働省）（H25年10月1日現在）、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）

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27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3-25）

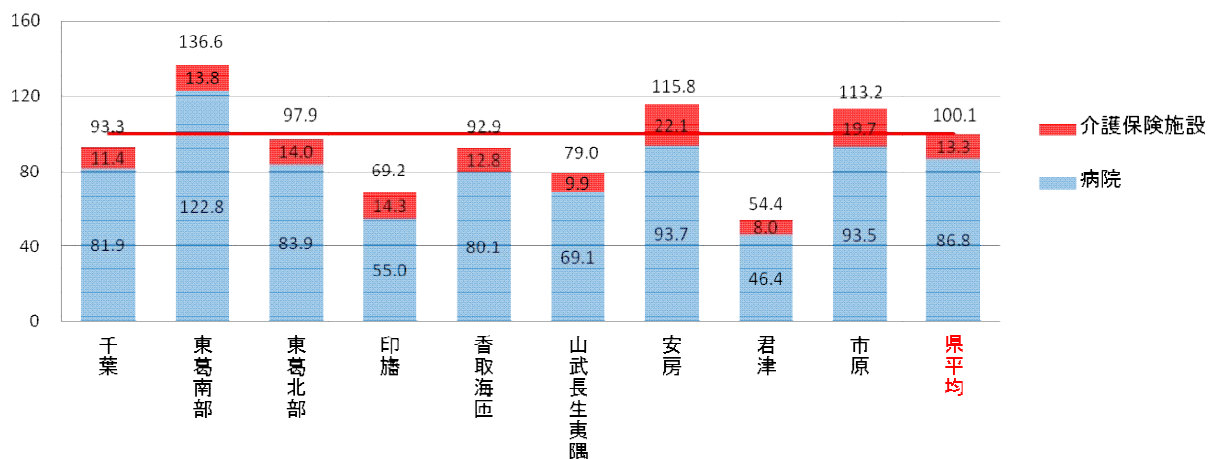
表3-8 作業療法士常勤換算従事者数

(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3-25 65歳以上人口10万対作業療法士数

(人)



(病院の従事者数：病院報告 (H25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 (厚生労働省) (H25年10月1日現在)、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）

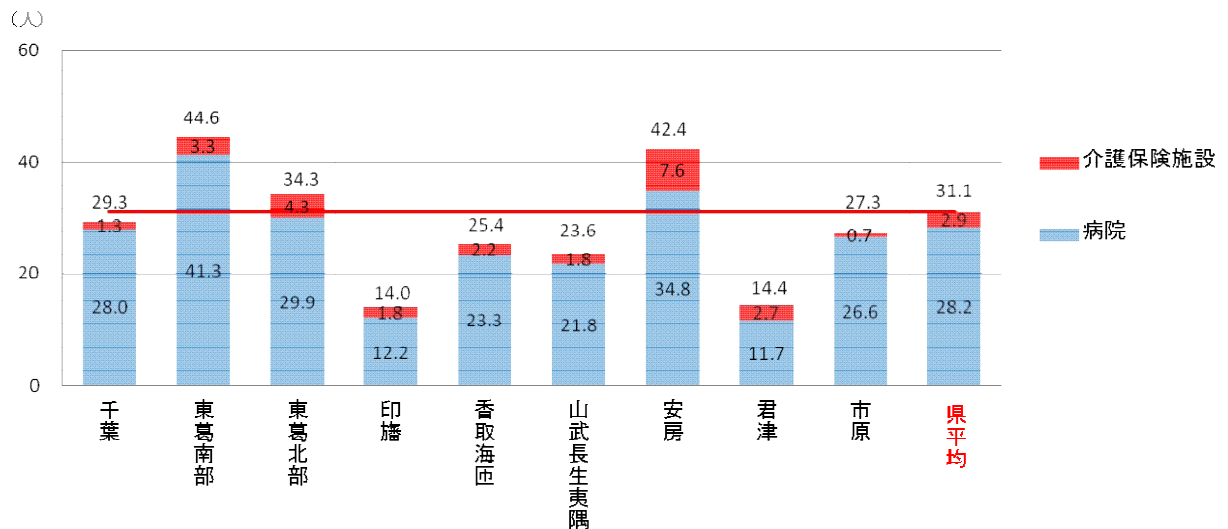
圏域別の言語療法士数（病院及び介護保険施設従事者数（常勤換算）の合計）は、平成27年度時点で、東葛南部で159.9人と最も多く、最も少ない君津の12.3人の約13.0倍となっている。また、65歳以上人口10万対言語療法士数は、東葛南部で44.6人と最も多く、最も少ない印旛の14.0人の約3.2倍となっている。（表3-9、図3-26）

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3-26 65歳以上人口10万対言語聴覚士数



(病院の従事者数：病院報告 (H25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 (厚生労働省) (H25年10月1日現在)、高齢者人口：千葉県年齢別・町丁目別人口 (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3-27)

図3-27 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		疾患別リハ科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	48.3	▲13.6	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	54.7	▲2.1	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等に対し、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) 介護支援専門員等 (介護支援専門員・ 主任介護支援専門員)		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5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3-28)

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3-29)

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、「連絡を図る場や仕組みがない」が最も多かった。(図3-30)

図3-28 広域支援センターとの現在の連携状況

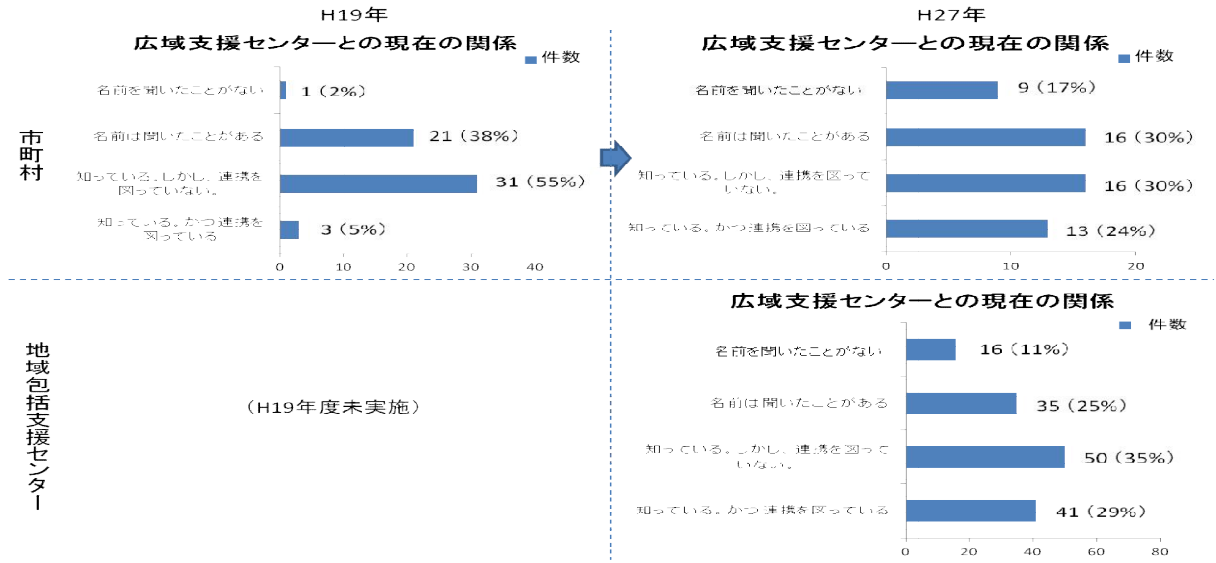


図3-29 広域支援センターと実際連携したことがある内容

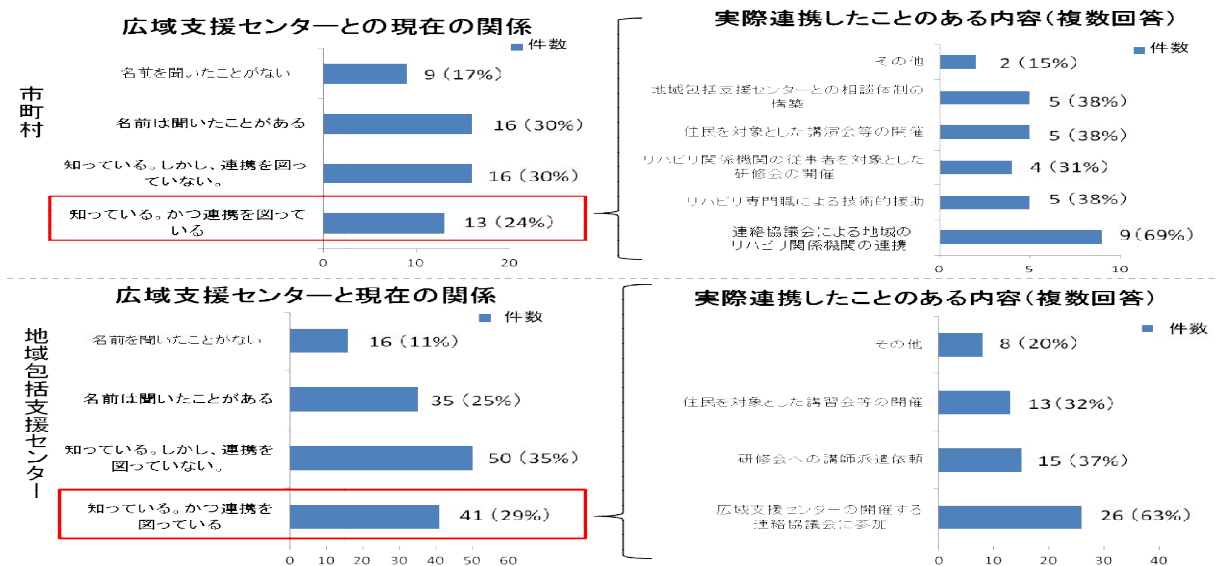
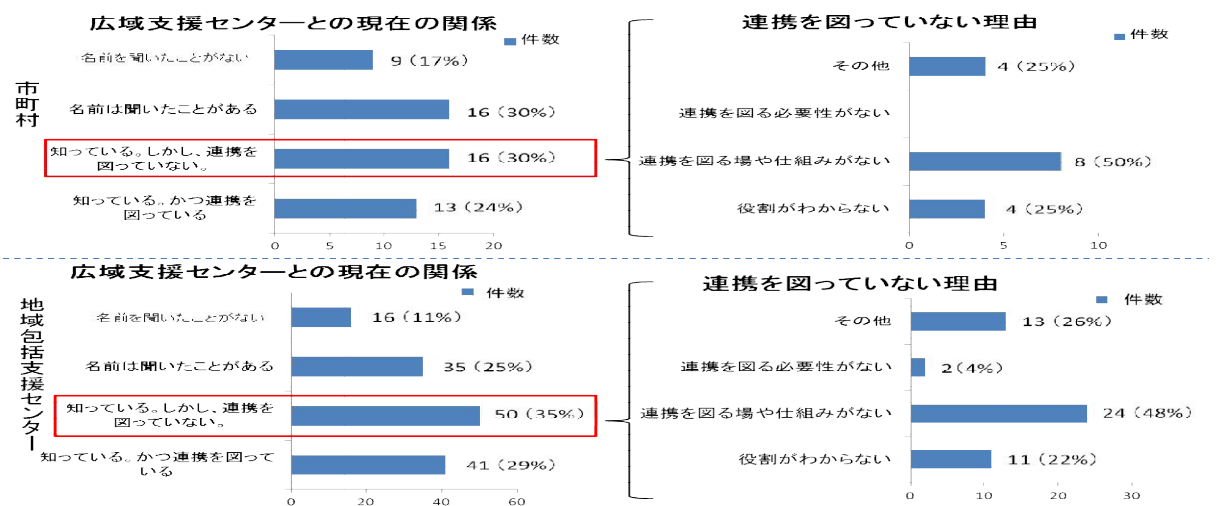


図3-30 広域支援センターと連携を図っていない理由



○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3-31)

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3-32)

図3-31 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

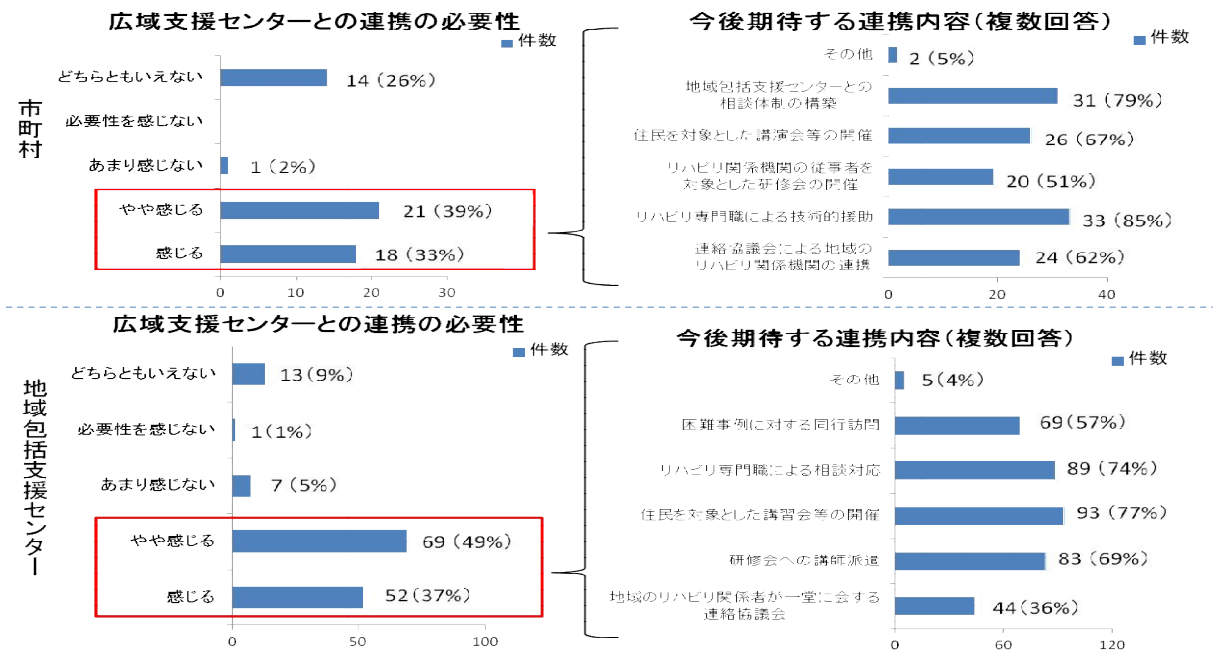
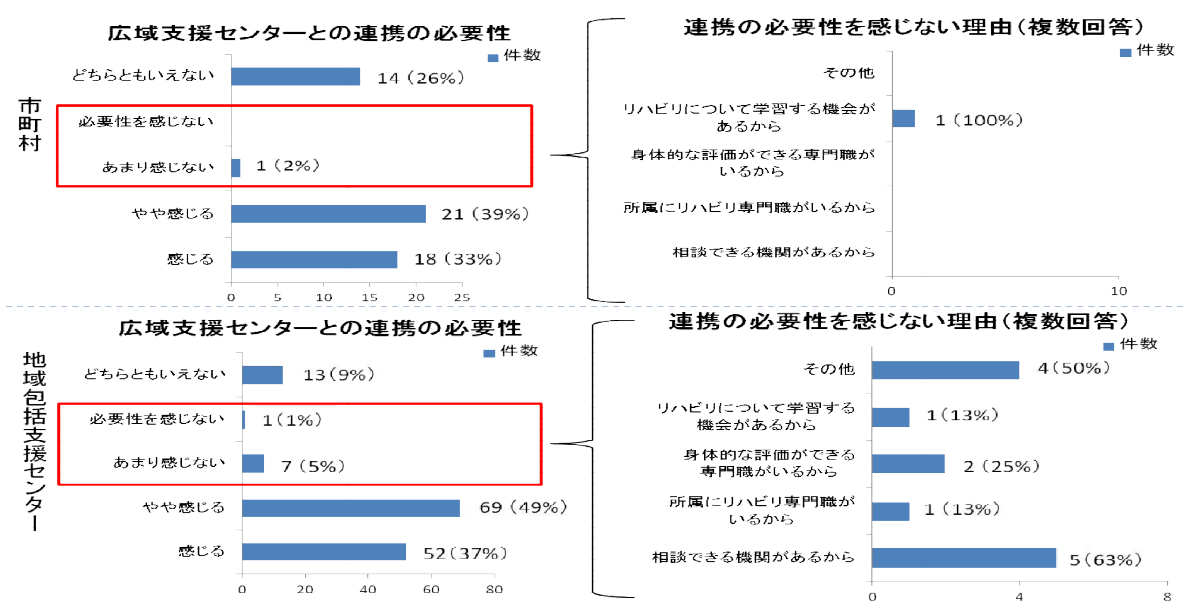


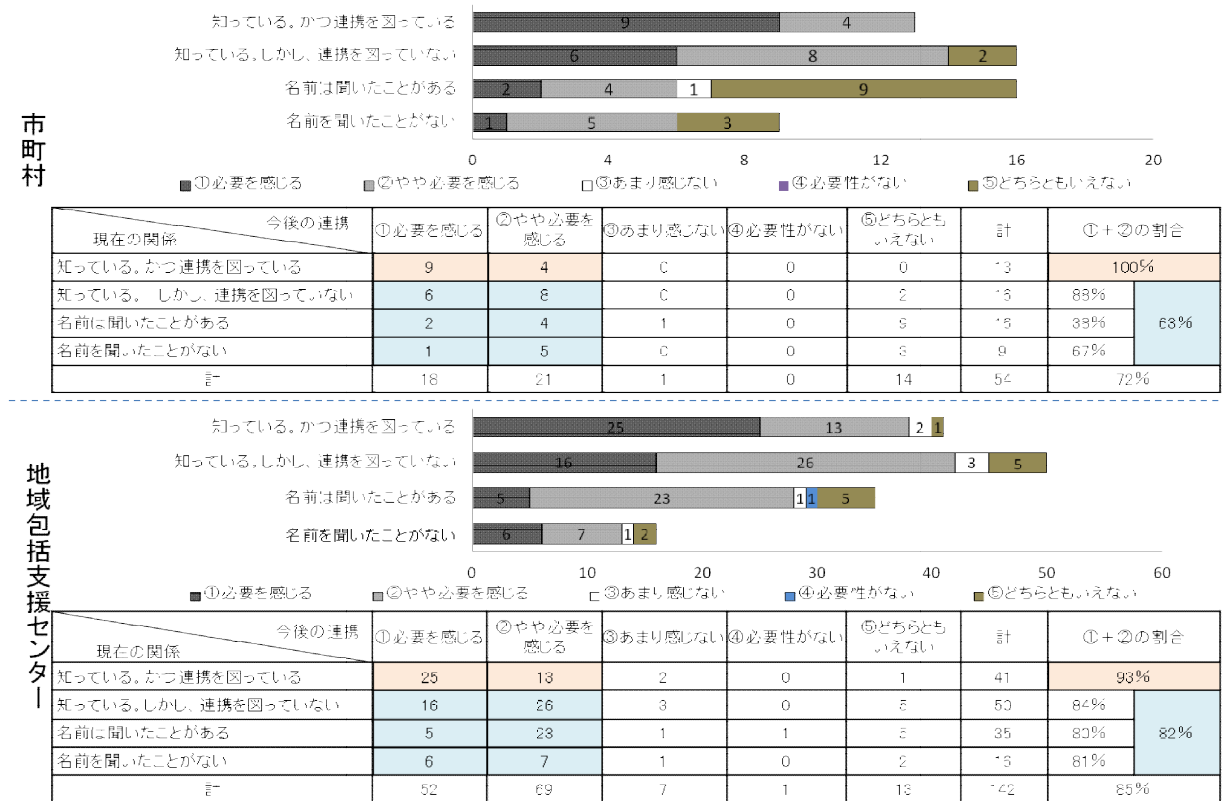
図3-32 広域支援センターとの今後の連携の必要性を感じない理由



○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3-33)

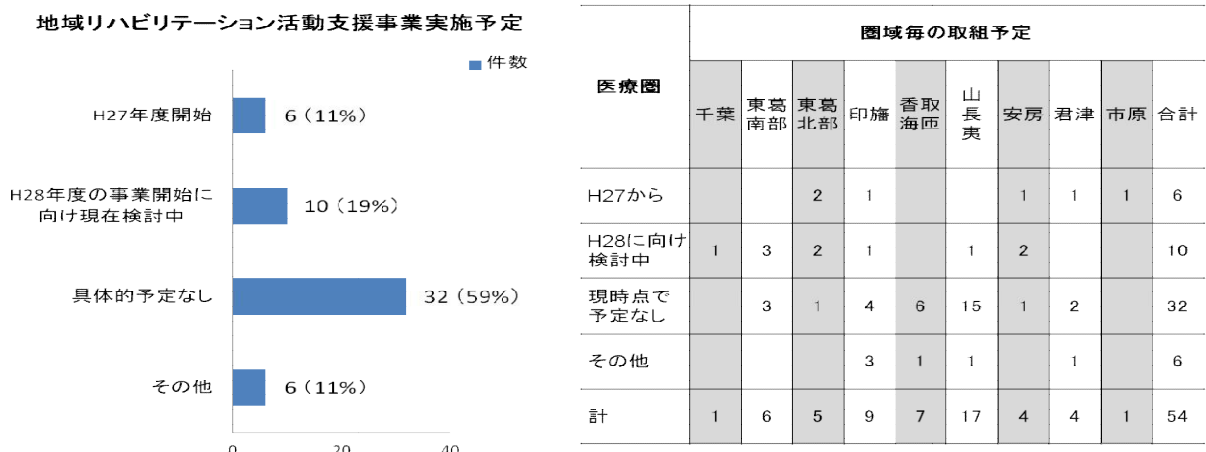
図3-33 広域支援センターの「現在の関係」と「今後の連携の必要性」のクロス分析



○「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3-34)

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



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 3-35）

図 3-35 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。	42%	39%	19%
診療所 (リハ科標榜)	・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・充実を図ります。	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 3-36）また連携内容としては、連絡協議会への参加と研修会・講演会への参加が多かった。（図 3-37）

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 3-38）

図 3-36 広域支援センターとの現在の連携状況

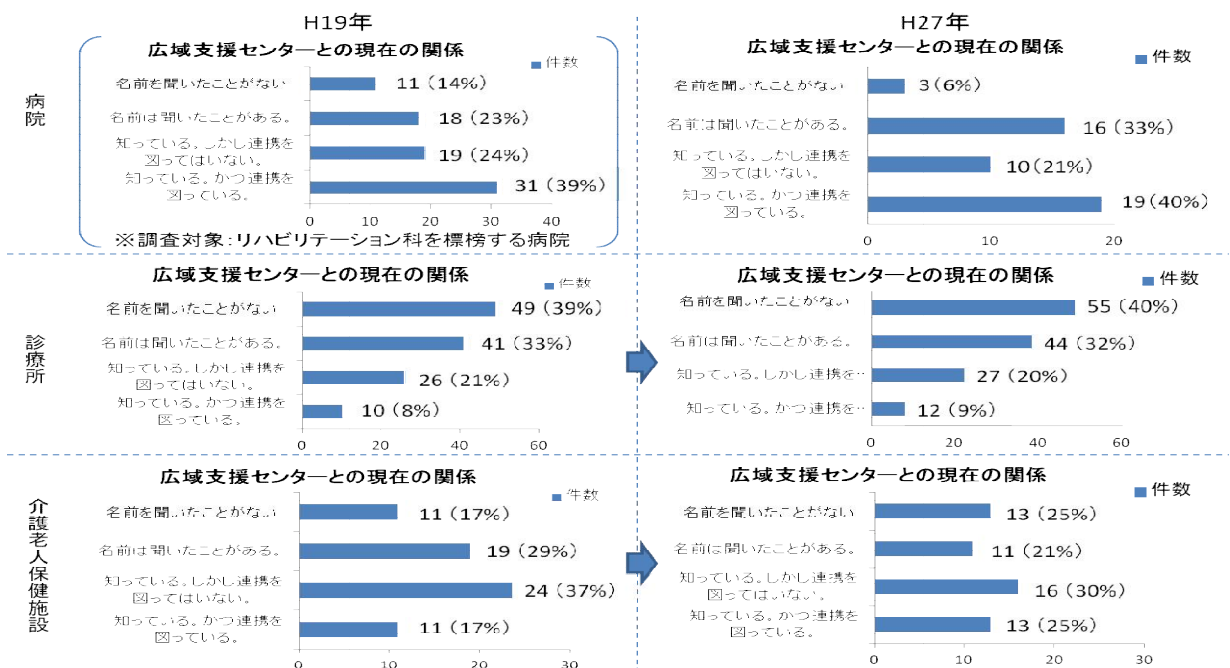


図3-37 広域支援センターと実際に連携したことがある内容

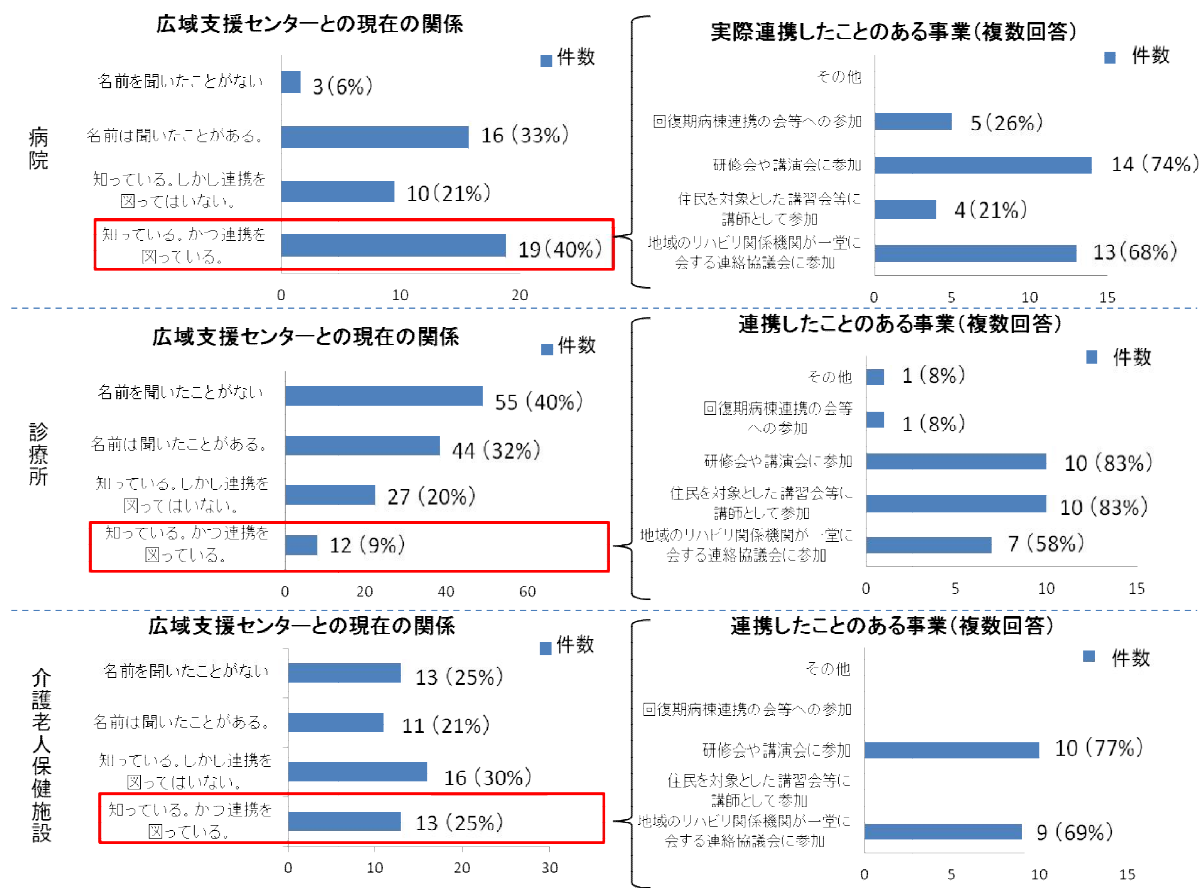
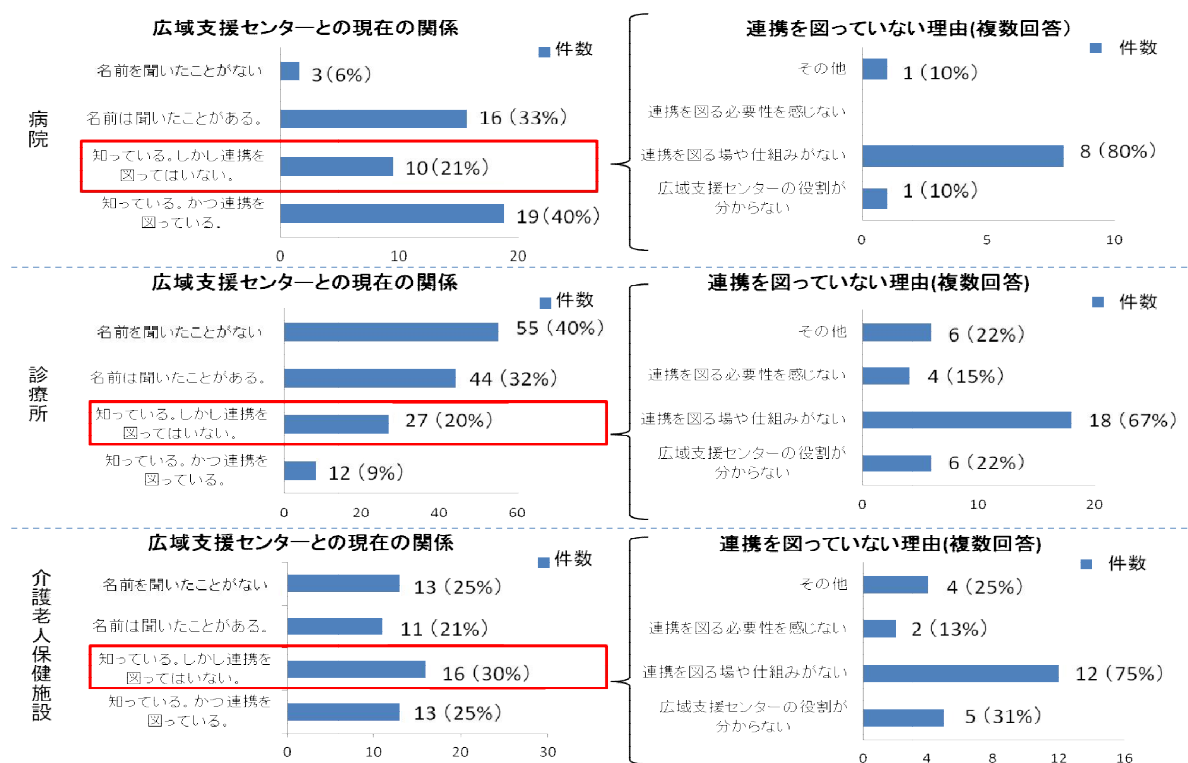


図3-38 広域支援センターと連携を図っていない理由



○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9割、診療所は約6割、介護老人保健施設の約7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、連絡協議会への参加と研修会・講演会への参加が多かった。

(図3-39)

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3-40)

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3-41)

図3-39 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

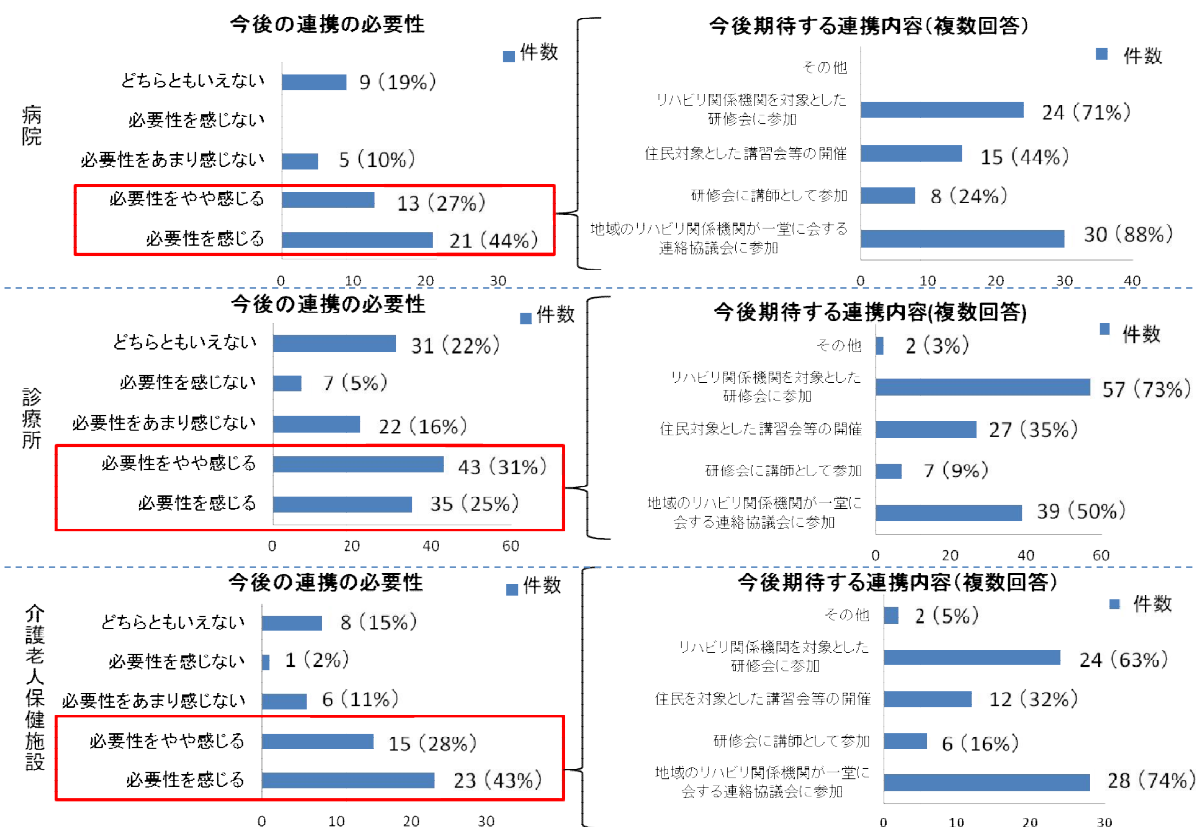


図3-40 広域支援センターとの今後の連携の必要性を感じない理由

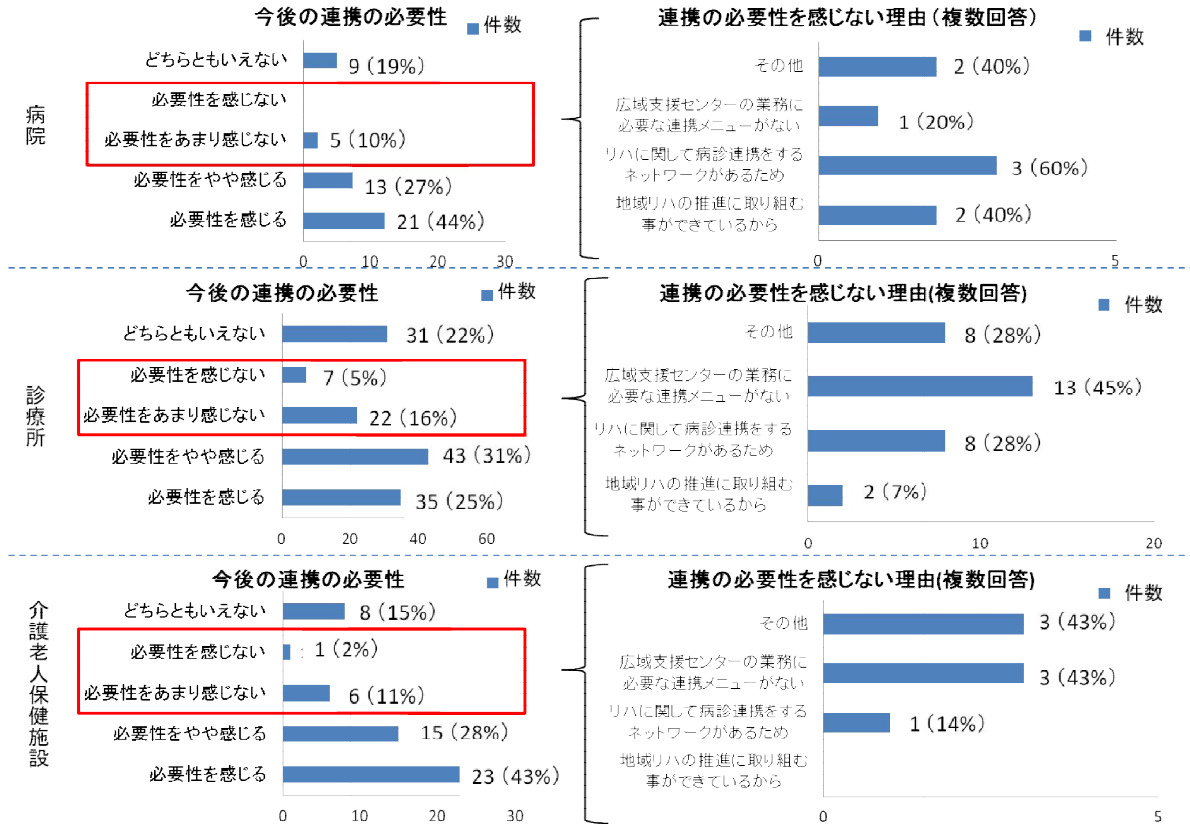
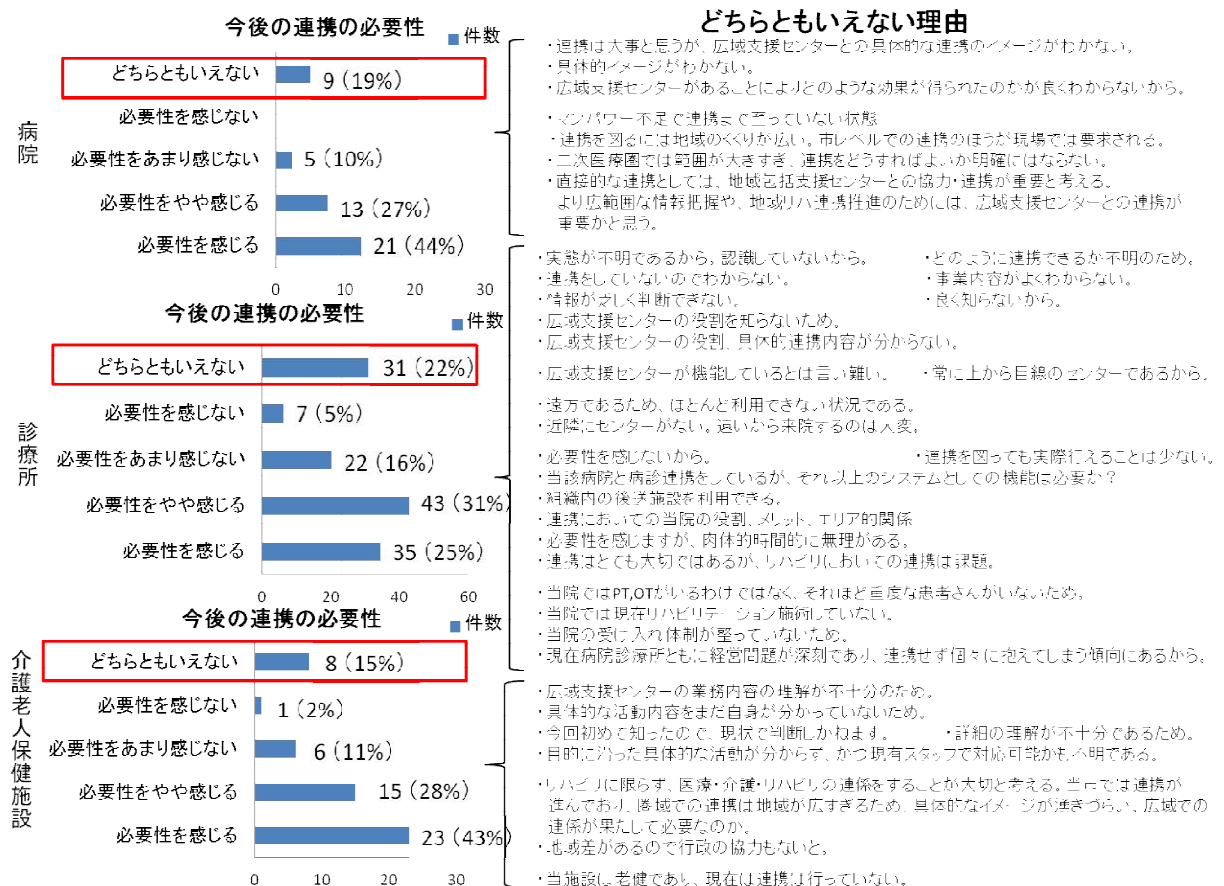


図3-41 広域支援センターとの今後の連携の必要性についてどちらともいえない理由



○ 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3-42)

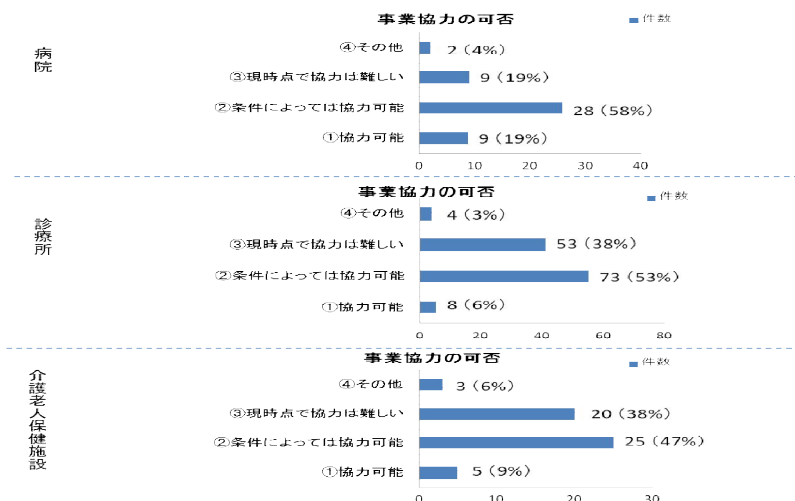
図3-42 広域支援センターの「現在の関係」と「今後の連携の必要性」のクロス分析



○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3-43)

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



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る。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との意見があった。

「リハビリ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3-44～45）

図3-44 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	香取海匝
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
	リハ資源調査・情報収集等	無	無	無	有	有
3	領域の課題分析	無	無	無	無	無
	関係機関への技術的援助	無	有	有	有	有
4	関係機関への技術的援助	無	有	有	有	有
	関係機関への技術的援助	無	有	有	有	有
5	研修会・講演会の開催	無	有	有	有	有
	研修会・講演会の開催	無	有	有	有	有
6	福祉用具・住宅改修等相談支援	無	有	有	有	有
	福祉用具・住宅改修等相談支援	無	有	有	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	有	有	有	有	有
領域の特徴	無	有	有	有	有	有
工夫した業務・特に強化した業務	無	有	有	有	有	有
必要と思われる情報	無	有	有	有	有	有
意見・要望等	無	有	有	有	有	有

図3-44 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	有	有	有	有
	実施の方法	協働、関係機関からの照会に対し回答	必要があれば提供可	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
4	関係機関への技術的援助	有	有	有	有
	実施の方法	関係機関が研修で習得した内容を業務に生かしている	ケア分野の資源情報の充実	メンバーングリストの運用を検討	ちきさ会(圏域内の連携の会)
5	研修会・講演会の開催	有	有	有	有
	実施の方法	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	地域活動からの課題抽出以上のものについては実施困難	協議会やアンケートによる意見収集	ちきさ会での情報収集、市町村等の計画調査・個別相談からの課題抽出
6	福祉用具・住宅改修等相談支援	有	有	有	有
	実施の方法	その時のトピックスに合わせて実施	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トにも対応し現場のニーズにあった支援ができています。	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の見え方の関係構築が構築でき、事業の認知度も上昇
7	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	有	有	有	有
	実施の方法	出張研修会を取り入れられている	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	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	行政機関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
8	圏域の特徴	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	無	無
	工夫した業務・特に強化した業務	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。	無	無
9	必要と思われる情報	特になし	圏域内のリハ従事者の把握	無	無
	意見・要望等	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。 二次保健医療圏の中だけでは完結しない問題がある。	無	無

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													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	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	<ul style="list-style-type: none"> 事業実績報告 事業計画の周知 情報の共有 意見交換 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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らうことに苦慮している。
2	東葛南部	新八千代病院																	<ul style="list-style-type: none"> 居宅介護支援事業所 職能団体・訪問看護ST等 	<ul style="list-style-type: none"> 活動報告 活動計画の策定 情報の共有 意見交換 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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																	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 課題協議 情報の共有 意見交換 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 圏域が広く、行政機関が多岐にわたるため、行政など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	○																<ul style="list-style-type: none"> 居宅介護支援事業所 介護老人福祉施設 指定介護老人福祉支援津 	<ul style="list-style-type: none"> 情報共有 意見交換 	<ul style="list-style-type: none"> 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																	<ul style="list-style-type: none"> 介護老人保健施設 居宅介護支援事業所 障害者施設 	<ul style="list-style-type: none"> 課題協議 活動計画の策定 情報の共有 意見交換 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 活動報告 活動計画の策定 情報の共有 	<ul style="list-style-type: none"> 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																	<ul style="list-style-type: none"> 広く圏域内の意見を徴収するため、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。 	<ul style="list-style-type: none"> 課題協議 活動計画の策定 情報の共有 意見交換 	<ul style="list-style-type: none"> 連絡協議会の実施を継続して行うことにより、関係機関の連携強化や事業の周知に繋がっている。 	
8	君津	君津中央病院	○																<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 課題協議 活動計画の策定 情報の共有 意見交換 	<ul style="list-style-type: none"> 脳卒中連携バスや大腿骨骨折連携バス等、退院支援を含めた意見交換ができ、退院支援が円滑に行える関係が構築されている。 フォーラムという目的を多職種の関係者で担う事で連携強化を図っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ○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																	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 	<ul style="list-style-type: none"> 情報の共有 意見交換 	<ul style="list-style-type: none"> 顔の見える関係づくりのために、協議会と「ちき会」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。 ○事業を通じ地域の課題や解決方法等の共有ができるようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> 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

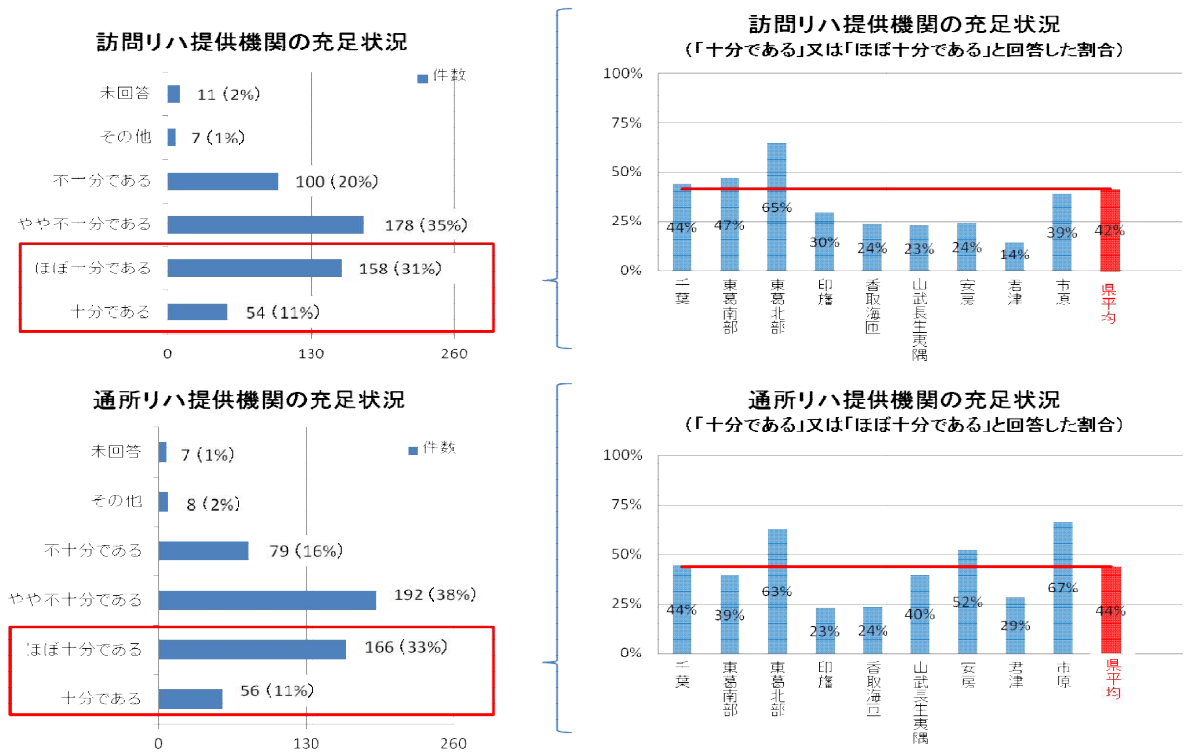
4) 介護支援専門員等の結果概要

○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等は約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等は約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3-46)

図3-46 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等は約6割であった。二次保健医療圏ごとにみると、安房は約8割と最も高く、君津と印旛は約4割と特に低かった。(図3-47)

適切なリハビリ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の普及啓発の必要性が伺えた。(図3-48)

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等の約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等では約5割であった。(図3-49)

図3-47 リハビリテーションサービスの適切な導入

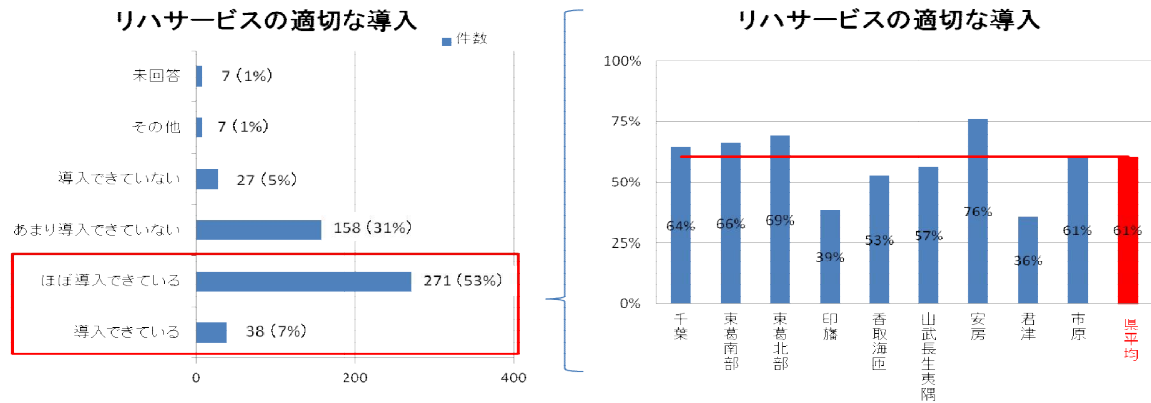


図3-48 リハビリテーションサービスの適切な導入

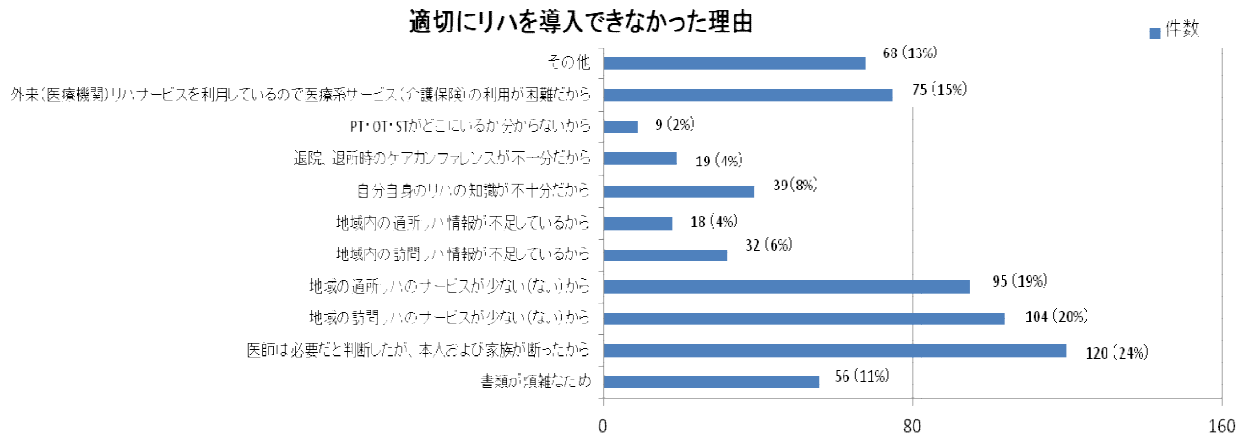


図3-49 リハビリテーションサービス提供機関の充足状況とサービス導入状況のクロス分析

訪問リハ提供機関

訪問リハ提供機関数	適切なリハビリの導入						計	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		割合	割合
十分である	19	28	7	0	0	0	54	87%	81%
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%	46%
未回答	1	6	3	0	0	1	11	64%	
計	38	271	158	27	7	7	508	61%	

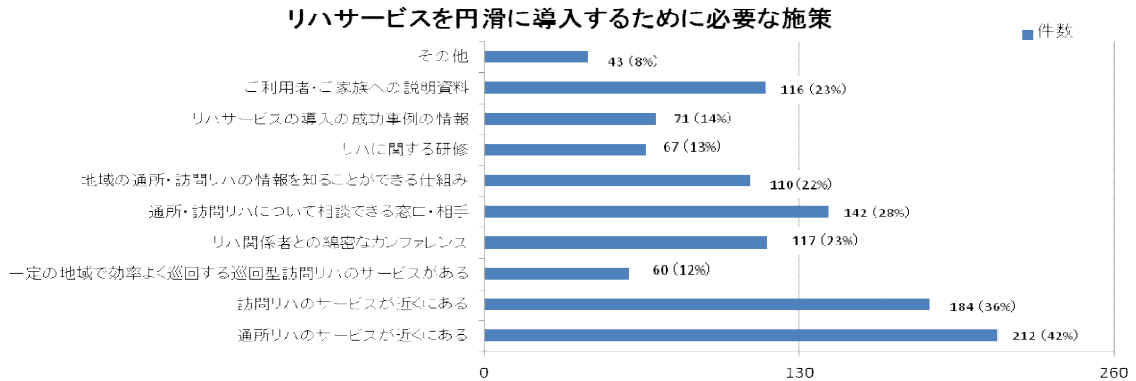
通所リハ提供機関

通所リハ提供機関数	適切なリハビリの導入						計	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		割合	割合
十分である	13	29	12	1	1	0	56	75%	76%
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%	49%
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3-50）

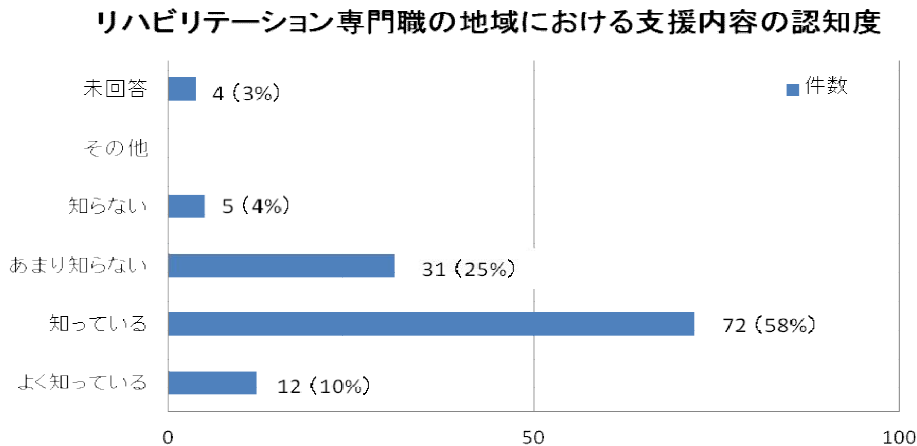
図3-50 リハビリテーションサービスの円滑な導入に必要な施策



○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 （主任介護支援専門員）

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」と回答した主任介護支援専門員は約7割であった。（図3-51）

図3-51 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は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置いて様々な支援が可能であることを御存じですか。」

(2) 地域リハビリテーション推進のための検討課題

千葉県の現状、関係機関調査結果及び検討部会構成員の意見等を踏まえ、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医療・介護・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。さらに地域リハビリテーションを取り巻く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・維持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・関係職種と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「地域住民がいいきとした生活を送ること」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普及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住民等、地域の力が大きな役割を果たすことが期待されており、地域住民の能力が最大限発揮される住民支援の体制作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踏まえたより効果的な介護予防の実践に向け、地域リハビリテーション活動支援事業等の新たな事業メニューが示されたが、現時点で約6割の市町村がその具体的実施時期等が未定の状況である。このような背景もあり、広域支援センターに対する市町村等の期待は高い。また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。特に新たな介護予防事業等との関わりの中で、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。

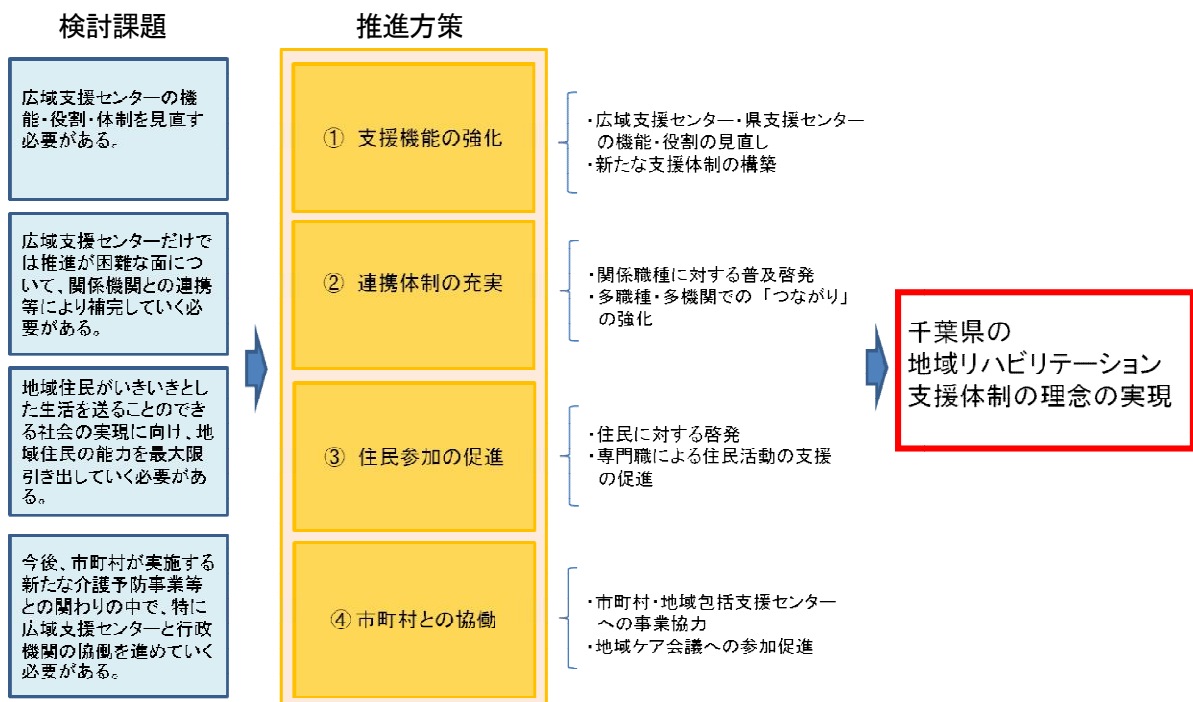
4 施策の方向性

(1) 基本方針

第3回検討部会の結果を踏まえ、
記載予定

(2) 推進方策

検討課題を基盤として、「これからの千葉県の地域リハビリテーション支援体制に欠かせないこと」を整理し、以下のように推進方策を体系づけた。



① 支援機能の強化

○広域支援センターの機能・役割を、千葉県の現状及び制度環境等の変化を踏まえ見直す必要がある。また社会資源や課題等は県内一律ではないことから、広域支援センターの機能・役割の見直しにあたっては、<全ての広域支援センターが果たすべき機能・役割>と<地域の実情に応じて取り組むべき機能・役割>を区分して位置づける必要がある。具体的には、これからの広域支援センターが担うべき機能・役割を表4-1のとおり見直す必要がある。

さらに、広域支援センターの機能・役割の見直しに伴い、広域支援センターを支援する県支援センターの機能・役割についても表4-2のとおり見直す必要がある。

表 4-1 : 広域支援センターの機能・役割の見直し

現行指針における広域支援センターの 機能・役割		今後広域支援センターが担うべき 機能・役割
<p>①市町村、保健所及び医師会などの地域 リハビリテーション関係機関からなる「連絡協議会」を開催し、地域リハビリテーション関係機関相互の連携支援体制を構築</p> <p>②リハビリテーション資源の調査・情報収集・提供</p> <p>③圏域における課題の分析</p> <p>④地域リハビリテーション関係機関従事者への技術的援助</p> <p>⑤地域リハビリテーション関係機関や住民を対象とした研修会・講演会の開催</p> <p>⑥地域リハビリテーション関係機関や住民への福祉用具・住宅改修の相談対応</p>		<p>第 2 回検討部会の結果 を踏まえ、記載予定</p>

表 4-2 : 県支援センターの機能・役割の見直し

現行指針における県支援センターの 機能・役割		今後県支援センターが担うべき 機能・役割
<p>①広域支援センターへの助言、人的支援及びリハビリテーションに関する研修を実施</p> <p>②関係団体へ医療機関との連絡調整を密に行う「連絡調整会議」等の開催</p> <p>③医療・福祉に係るリハビリテーション資源の調査・提供</p> <p>④広域支援センターとともに課題の分析・具体的事業計画の立案</p> <p>⑤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講演会等の開催</p> <p>⑥住民及び広域支援センターへの福祉用具、住宅改修等の相談対応の支援</p> <p>⑦地域リハビリテーション推進事業の普及啓発</p>		
		<h2>第 2 回検討部会の結果 を踏まえ、記載予定</h2>

○地域リハビリテーションの需要のさらなる増加が見込まれる中、広域支援センター単独で二次保健医療圏全体の広域支援を担う体制からの改革が必要である。

二次保健医療圏によって人口・面積・構成市町村数・資源状況等が大きく異なることから、1ヵ所の広域支援センターでは圏域全体の支援が難しい圏域に関しては、広域支援センターの支援機能を補完する新しい体制の構築が必要である。

さらに、千葉県の目指す地域リハビリテーション支援体制の実現のためには、職能団体及び市町村等行政機関の連携・協力は欠かせないことから、これらの団体に期待したい機能・役割を以下のように整理し、協働を働き掛けていくことが重要である（表4-3）。

表4-3：新たな支援体制の構築に向け、職能団体及び行政機関に期待したい機能・役割

		機能・役割
職能団体	理学療法士会	第2回検討部会の結果 を踏まえ、記載予定
	作業療法士会	
	言語聴覚士会	
	医師会	
	訪問看護ステーション 連絡協議会	
	介護支援専門員協議会	
行政機関	市町村	
	地域包括支援センター	

②連携体制の充実

○地域リハビリテーションとは、リハビリテーション専門職のみによって行われるものではなく、医療・介護・福祉等の様々な職種との関与が欠かせない。地域リハビリテーションの理念、本推進事業の方針及び概念等を広く周知し、関係職種の積極的な活動を促していく必要がある。

○地域リハビリテーションに携わる様々な分野の専門職等の「つながり」を強化するためには、各職能団体等の代表が一体となって地域リハビリテーションの課題及び推進方法の検討に努めることが重要である。地域リハビリテーション協議会の他、圏域ごとの会議等を通じて、職能団体等の組織間連携を強化していく必要がある。

○さらに、地域リハビリテーションに携わる様々な人や組織が、限られたマンパワーで最大限の効果を発揮するためには、現行の広域支援センターを中心とした二次保健医療圏単位での多職種・多機関の連携を推進すると同時に、圏域外の先駆的取組等を取り入れることができるよう、県内全域での情報共有体制を構築していく必要がある。

③住民参加の促進

○リハビリテーションやケアを必要とする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地域づくりは、地域住民自らが主体となって実現していくことが求められている。地域住民の意欲を引き出すために、地域リハビリテーションの理念や意識の啓発が必要である。

○また、住民がより効果的に健康増進や介護予防に取り組むことができるよう、リハビリテーション専門職を初めとした関係職種による住民活動への助言及びボランティアの育成等の支援を促進する必要がある。

④市町村との協働

○今後の地域リハビリテーションの推進にあたっては、地域包括ケアシステムの構築を進める市町村の協力が欠かせない。今後急速な高齢化が見込まれる中、特に介護予防事業において、市町村等行政機関と広域支援センターの連携を強化することにより、リハビリテーションの視点を取り入れた効果的な介護予防を推進していく必要がある。

○その中でも地域包括支援センターの主催する「地域ケア会議」は、多職種協働による個別ケースの支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に図る重要な手法であり、地域リハビリテーションの視点が組み込まれるよう関係職種の参加を促進していくことが重要である。

第3回検討部会で検討予定

○「第51回県政に関する世論調査（平成27年度2回目）」に、地域リハビリテーションに関する項目を設定。

（住民の地域リハビリテーションに対する認知度・満足度等を評価指標に活用することを検討中）

6 参考資料

最終的に添付

○地域リハビリテーション検討部会構成員名簿（平成27年4月1日～平成28年3月31日）

（敬称略・50音順）

分野	氏名	所属	関係（推薦）団体
言語聴覚士	岩本明子	(独法)労働者健康福祉機構 千葉労災病院リハビリテーション科	(一社) 千葉県言語聴覚士会
訪問看護ステーション 看護師	岡田智恵	(NPO)ウェルネスライフパートナーズ なごみの陽訪問看護ステーション	千葉県訪問看護ステーション 連絡協議会
市町村保健師	亀山美紀	市原市保健福祉部高齢者支援課	千葉縣市町村保健活動 連絡協議会
作業療法士	木村洋介	(株)ライフポート デイサービス テイクオフ	(一社) 千葉県作業療法士会
医師	竹内正人	社会医療法人社団さつき会 社会福祉法人さつき会 総合広域リハケアセンター	(公社) 千葉県医師会
県リハビリテーション 支援センター	田中康之	千葉県千葉リハビリテーション センター	(同左)
介護支援 専門員	中村信子	医療法人グリーンエミネンス 千葉市あんしんケアセンター幸町	(NPO) 千葉県介護支援専門員 協議会
理学療法士	松川基宏	船橋市保健所健康づくり課	(一社) 千葉県理学療法士会
学識経験者	吉永勝訓	千葉県千葉リハビリテーション センター	千葉県地域リハビリテーション 協議会

○地域リハビリテーション広域支援センターのあり方検討ワーキンググループ構成員名簿
(平成27年7月8日～平成28年3月31日)

(敬称略)

所属	氏名	職種
千葉地域リハビリテーション 広域支援センター	工藤 誠	理学療法士
	堀尾 暁	理学療法士
東葛南部地域リハビリテーション 広域支援センター	藤田 聡行	理学療法士
	石橋 尚基	作業療法士
東葛北部地域リハビリテーション 広域支援センター	旭 俊臣	医師
	加曾利 裕	作業療法士
印旛地域リハビリテーション 広域支援センター	関 理枝子	ソーシャルワーカー
	原 大介	事務
香取海匝地域リハビリテーション 広域支援センター	藤本 幹雄	医師
山武長生夷隅地域リハビリテーション 広域支援センター	高橋 豊	理学療法士
安房地域リハビリテーション 広域支援センター	佐伯 考一	理学療法士
	佐々木 祐介	作業療法士
君津地域リハビリテーション 広域支援センター	児玉 美香	理学療法士
	景山 浩道	鍼灸師
市原地域リハビリテーション 広域支援センター	伊藤 俊介	理学療法士
	佐藤 潤	ソーシャルワーカー
	矢部 信之	事務