

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

(案)

平成 28 年 2 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	… 5
	①医療保険・介護保険制度関係	… 5
	②県計画関係	… 5
	③地域リハビリテーション連携指針関係	… 5
	(3) 地域包括ケアと地域リハビリテーション	… 7
	(4) 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	… 8
	①取組の経緯	… 8
	②支援センターの指定実績	… 10
3	現状と課題	… 14
	(1) 千葉県の現状	… 14
	①人口等	… 14
	②地域リハビリテーション 関連資源	… 16
	③二次保健医療圏別の現状	… 22
	④地域リハビリテーション関係機関調査結果	… 32
	⑤まとめ	… 49
	(2) 地域リハビリテーション推進のための検討課題	… 50
4	施策の方向性	… 51
	(1) 基本方針	… 51
	①地域リハビリテーション支援体制の整備推進の理念	… 51
	②基本目標	… 52
	(2) 推進方策	… 53
	①支援機能の強化	… 54
	②連携体制の充実	… 59
	③住民参加の促進	… 60
	④市町村との協働	… 60
5	施策推進にあたっての評価指標	… 61
	<b>【参考資料】</b>	… 65
	今後の広域支援センターが担うべき機能・役割への提言	… 67
	～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より～	
	地域リハビリテーション関係機関調査結果（詳細版）	…103

## 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12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」（平成29年度全面改定予定）との統合・一体的な見直しを採用することが承認された。

○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><b>第1回検討部会</b> (平成27年7月7日)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現状と課題について</li> <li>・広域支援センターのあり方検討WGの設置について</li> </ul>	<p><b>第1回WG</b> (平成27年7月22日)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・その他</li> </ul> <p>WG提言(案)</p>
<p><b>【意見交換会】</b> (平成27年8月18日)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・これからの地域リハビリテーション支援体制について</li> </ul>	
<p><b>第2回検討部会</b> (平成27年11月2日)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今後の施策の方向性について</li> <li>・広域支援センターのあり方検討WGの提言(案)について</li> </ul>	<p><b>第2回WG</b> (平成27年12月1日)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・第2回検討部会の議論を受け、提言(案)の再検討</li> </ul> <p>WG提言</p>
<p><b>第3回検討部会</b> (平成27年12月25日)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・評価指標について</li> <li>・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</li> </ul>	
<p><b>第4回検討部会</b> (平成28年2月2日)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・報告書(素案)について</li> </ul>	

## 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

〇リハビリテーションは、医学的リハビリテーション（※1）、教育リハビリテーション（※2）、職業リハビリテーション（※3）、社会リハビリテーション（※4）の4つの主要分野から構成される。さらに、医療保険・介護保険制度との関係からは、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リハビリテーションと③回復期リハビリテーション、④主に介護保険で対応される地域生活期（維持期）リハビリテーションの4つのステージに区分される。また、障害児・者や難病患者等に対するリハビリテーションも医療保険等で提供されている。

（※1）医学的リハビリテーション…個人の身体的機能と心理的能力、また必要な場合には補償的な機能を伸ばすことを目的とし、自立を獲得し、積極的な人生を営めるようにする医学的ケアのプロセス。

（※2）教育リハビリテーション…障害児・者の能力を向上させ潜在能力を開発し、自己実現を図れるように支援することを目的に提供される教育的支援。

（※3）職業リハビリテーション…職業指導、訓練、適職への就職等、障害者がふさわしい雇用を確保し、又は職場に復帰することができるようにする計画されたサービス。

（※4）社会リハビリテーション…社会生活力（様々な社会的な状況の中で、自分のニーズを満たし、一人ひとりに可能な最も豊かな社会参加を実現する権利を行使する力）を高めることを目的としたプロセス

（※1～4：厚生労働省平成22年度障害者総合福祉推進事業報告書（財団法人日本障害者リハビリテーション協会）より引用・一部改編）

〇これらの分野・ステージに応じた切れ目のない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ともに、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) 地域生活期

疾患の発症間もない急性期、引き続いて緩やかに病状が回復している回復期の後の段階を指し、退院後の時期に相当する。障害が残った場合など、引き続いてリハビリテーション等の医療や介護が必要とされる状態を指す。維持期とほぼ同義の言葉。

2) リハビリテーション専門職

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士。

3) 介護予防

要介護の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護にあってもその悪化を出来る限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと。単に高齢者の運動機能や栄養状態といった個々の要素の改善だけを目指すものではなく、むしろこれらの心身機能の改善や環境調整等を通じて、個々の高齢者の生活機能（活動レベル）や参加（役割レベル）の向上をもたらし、それによって1人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援して、生活の質（QOL）の向上を目指すものである。

4) 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。医療機関、歯科診療所、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問リハビリ事業所、通所リハビリ事業所、介護老人保健施設、社会福祉協議会、障害児・者相談支援機関、各職能団体、市町村、地域包括支援センター、健康福祉センター（保健所）、住民組織等が含まれる。

5) 地域住民

年齢・性別・障害の有無・国籍等に関わらない、その地域に暮らすすべての人々を指す。

1) 地域生活期：千葉県保健医療計画（平成 25 年 5 月）、2) リハビリテーション専門職：「介護予防日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【平成 26 年 9 月 30 日版】、3) 介護予防：介護予防マニュアル改訂版 平成 24 年 3 月（介護予防マニュアル改訂委員会）より引用・一部改編。

## (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（※5）」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・維持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（※6）」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」の発展の見直しが行われた。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、地域における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。

〔※5〕 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。  
〔※6〕 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) 地域包括ケアと地域リハビリテーション

○「地域包括ケア」とは、市町村が定める日常生活圏域（中学校区等）において、高齢者が要介護等の状態になっても必要に応じ、在宅医療、訪問介護・看護、介護サービスや見守り・配食などの様々な生活支援サービスの提供等により、住み慣れた居宅、地域で暮らし続けることを目指すものであり、そのための介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される体制が「地域包括ケアシステム」である。

○地域包括ケアは、広島県御調町の「寝たきりゼロ作戦」にむけた先進的取組の中で生まれた概念であり、「2015年の高齢者介護（高齢者介護研究会 平成15年）」において概念の再整理が行われ、普遍化するに至った。

介護保険法では、平成17年の改正で、地域包括支援センターの創設等とともに地域包括ケアの概念が取り入れられ、平成24年の改正では、関連する諸施策を、有機的連携を図りつつ包括的に推進していくことが、国及び地方公共団体の責務として位置づけられた。

さらに、平成25年制定の「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」及び平成26年制定の「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」において、地域包括ケアシステムの定義（※7）が法律上に明文化され、団塊の世代が75歳以上を迎える2025年（平成35年）を目途に、地方自治体が地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが求められている。

（※7）地域包括ケアシステム…地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制。

○「地域包括ケア研究会」は、平成25年発表の報告書「地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点（平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金）」において、地域包括ケアの5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）を図2-1のとおり示した。「住まいと住まい方」を地域での生活の基盤をなす「植木鉢」、住まいで生活を構築するための「生活支援・福祉サービス」を「土」に例え、そのような養分を含んだ土があればこそ初めて、専門職による「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」が効果的な役目を果たすものとの考え方が示されている。

これは各構成要素の関係性を理解するため重要な図であると同時に、リハビリテーションが地域包括ケアの重要な構成要素であることも伺える図である。



（地域包括ケア研究会報告書「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」（平成25年3月）より引用）

図2-1 地域包括ケアシステムの5つの構成要素

○さらに、地域包括ケア研究会は同報告書において、「地域包括ケアシステムは、元来、高齢者に限定されるものではなく、障害者や子供を含め、地域のすべての住民にとっての仕組み」であり、「このような、包括的な仕組みを地域に構築するためには、地域包括ケアシステムを高齢者介護の問題と限定するような考え方から脱却することが重要である」と述べている。

地域包括ケアシステムは、法制度上では高齢者に焦点が当てられているが、元来の理念は、地域リハビリテーション支援体制の目指す姿と同様であることが伺える。

#### (4) 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地域生活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」（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（以下、「県支援センター」とする）」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2-2）。

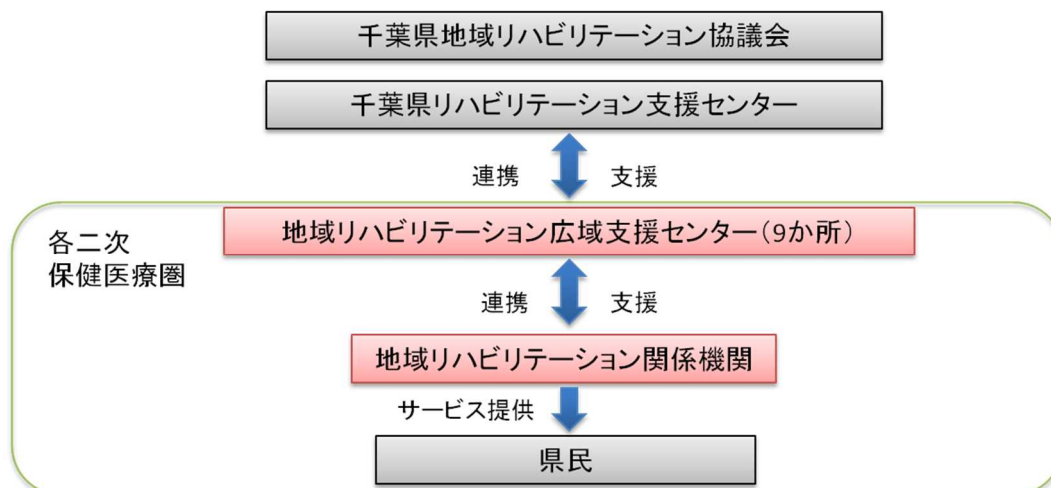
表 2-2 地域リハビリテーション支援体制整備推進事業の柱

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・海匠圏域: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"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・医療・福祉に係るリハビリテーション資源の調査・提供</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・地域リハビリテーション推進事業の普及啓発</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>
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"> <li>・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</li> <li>・リハビリテーション資源の調査・情報収集・提供</li> <li>・圏域における課題の分析</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①ネットワーク事業 連絡協議会の開催等</li> <li>②育成支援事業 研修会・講演会の開催、相談対応等</li> <li>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。</li> </ul>

図 2-2 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2-3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="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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>300m<sup>2</sup>以上</td> <td>100m<sup>2</sup>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240m<sup>2</sup>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100m<sup>2</sup>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75m<sup>2</sup>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 <sup>2</sup> 以上	100m <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 以上	100m <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 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広域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(言語聴覚療法を行う場合) ・PT、OT、ST合計10名以上	160m <sup>2</sup> 以上 (言語聴覚療法は専用個別療法室8m <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 以上
	・専任医 1名以上 ・PT、OT、STのいずれか専従1名以上	病院: 100m <sup>2</sup> 以上 診療所: 45m <sup>2</sup> 以上 (言語聴覚療法は専用個別療法室8m <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 以上 診療所: 45m <sup>2</sup> 以上 (言語聴覚療法は専用個別療法室8m <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 以上 診療所: 45m <sup>2</sup> 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。)

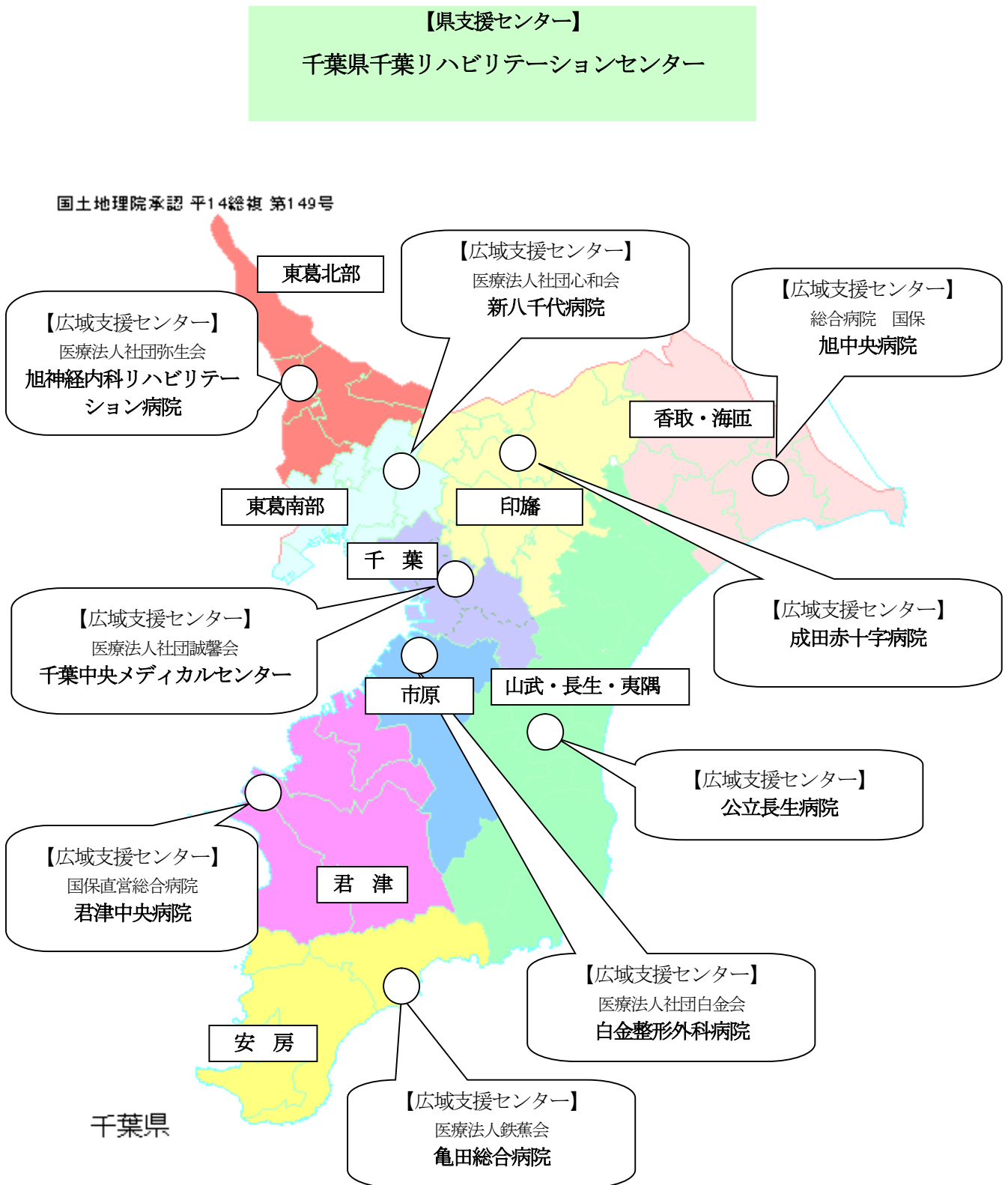
2 地域リハビリテーションの理念に十分な理解を持ち、該当二次保健医療圏域の市町村及び  
 関係医療機関等と良好な連携関係にあり、地域リハビリテーション広域支援センターの機  
 能が遂行できる施設

	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(言語聴覚療法を行う場合) ・PT、OT、ST合計10名以上	160m <sup>2</sup> 以上 (言語聴覚療法は専用個別療法室8m <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 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(言語聴覚療法を行う場合) ・PT、OT、ST合計4名以上	病院: 100m <sup>2</sup> 以上 診療所: 45m <sup>2</sup> 以上 (言語聴覚療法は専用個別療法室8m <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 以上 診療所: 45m <sup>2</sup> 以上 (言語聴覚療法は専用個別療法室8m <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 以上 診療所: 45m <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup> 以上 診療所: 45m <sup>2</sup> 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	千葉中央リハビリセンター (H18～)	千葉	千葉中央リハビリセンター
	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2-3 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

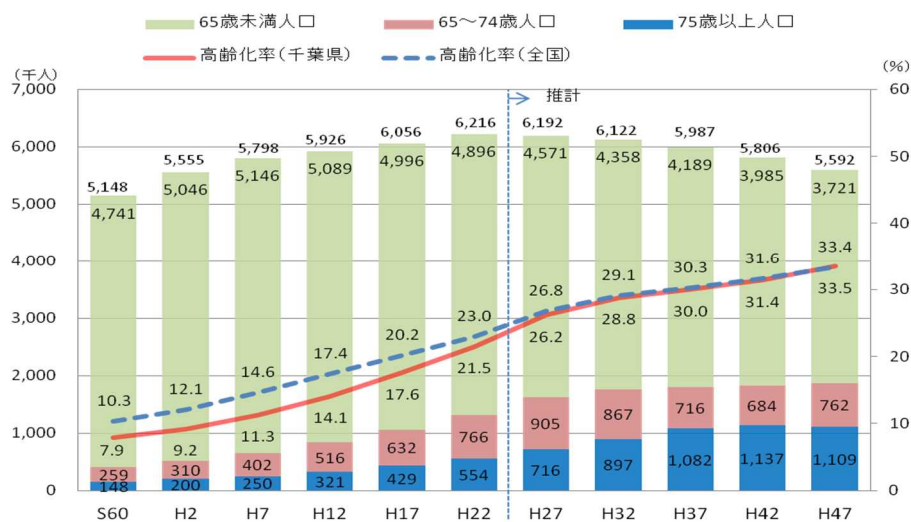
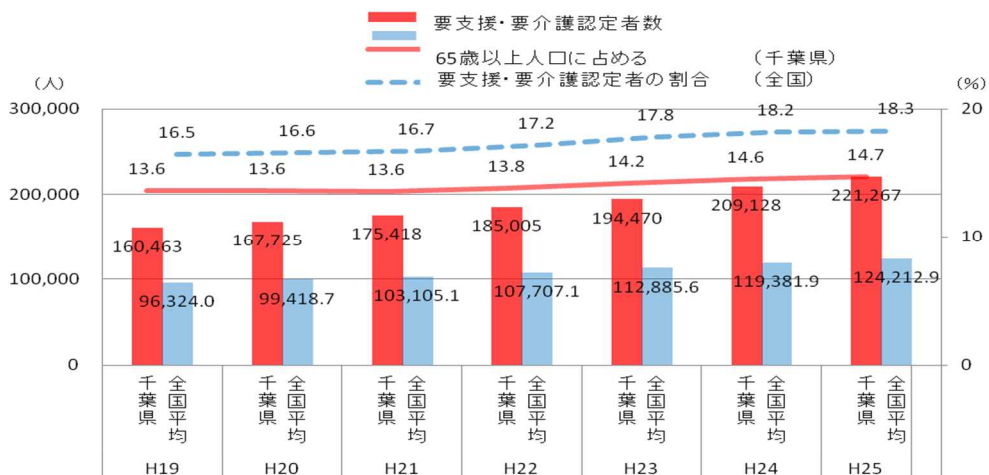


図3-2 要支援・要介護認定者数の推移



(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

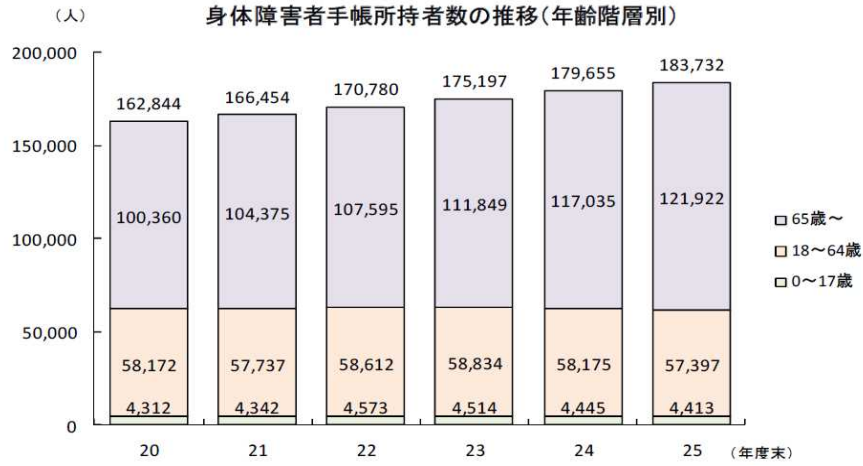


図 3-4

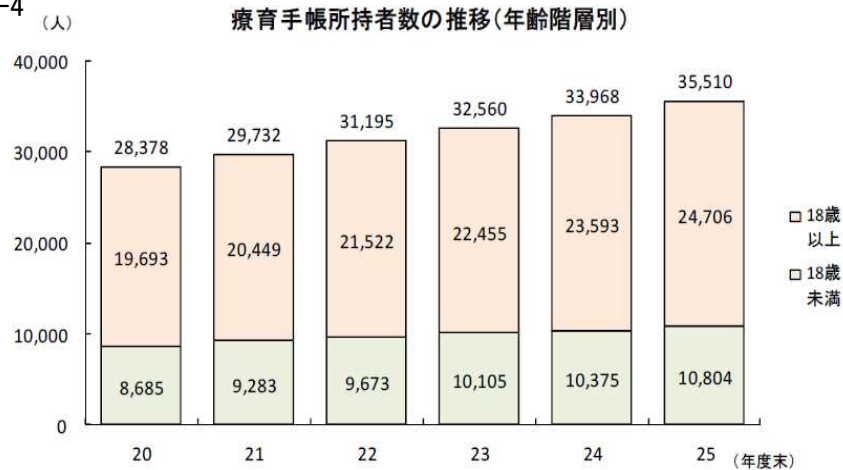
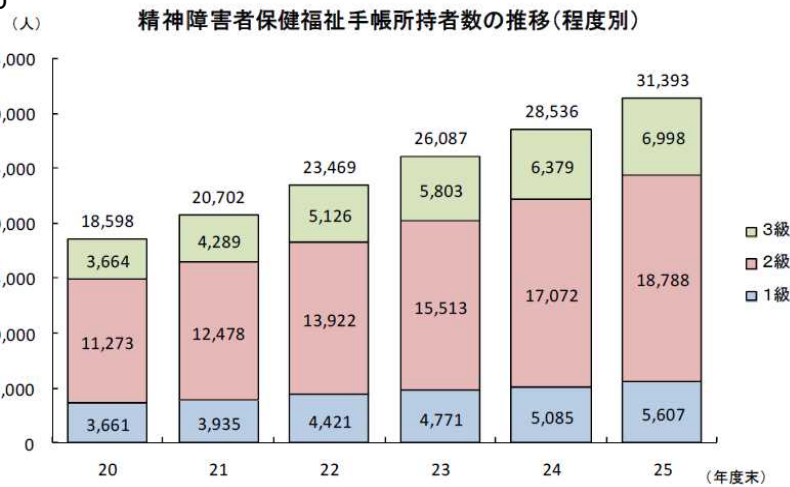


図 3-5



(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

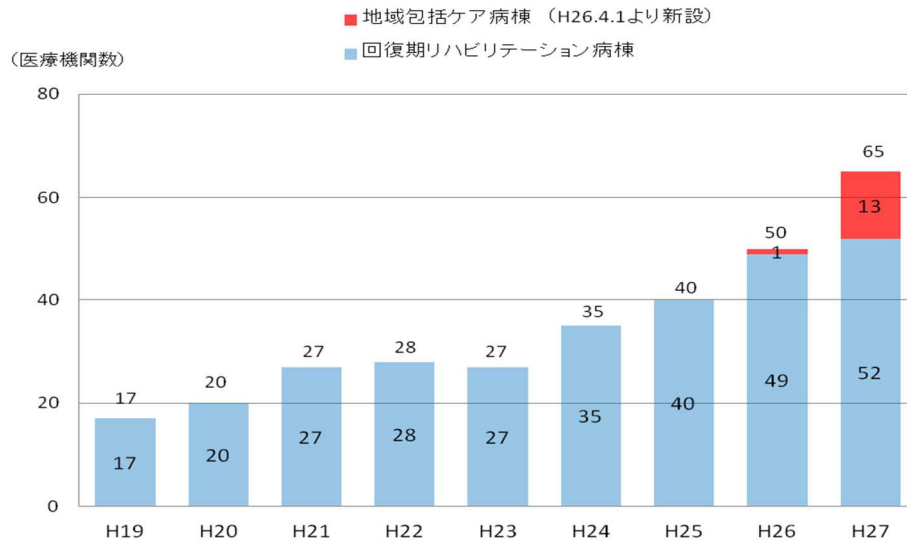
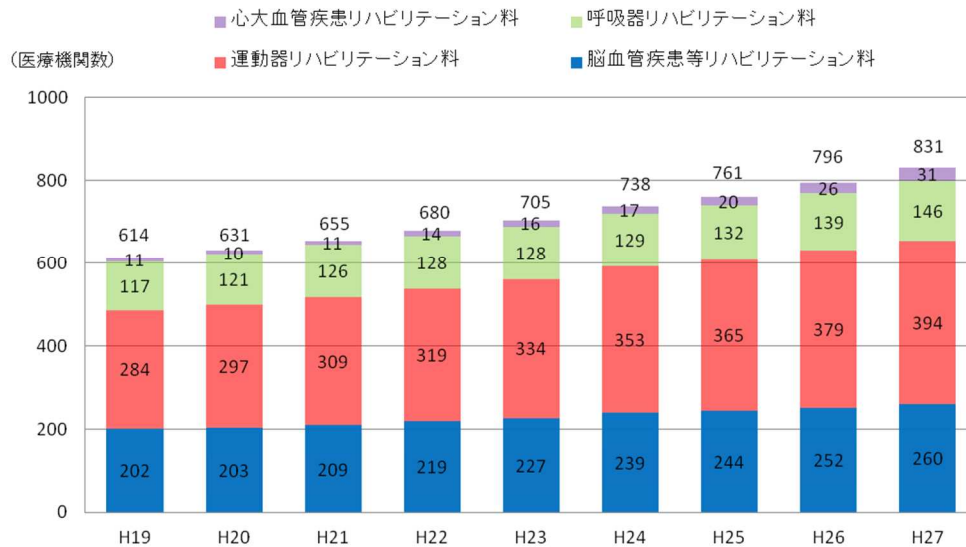


図3-7 疾患別リハビリテーション料施設基準届出医療機関数



(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

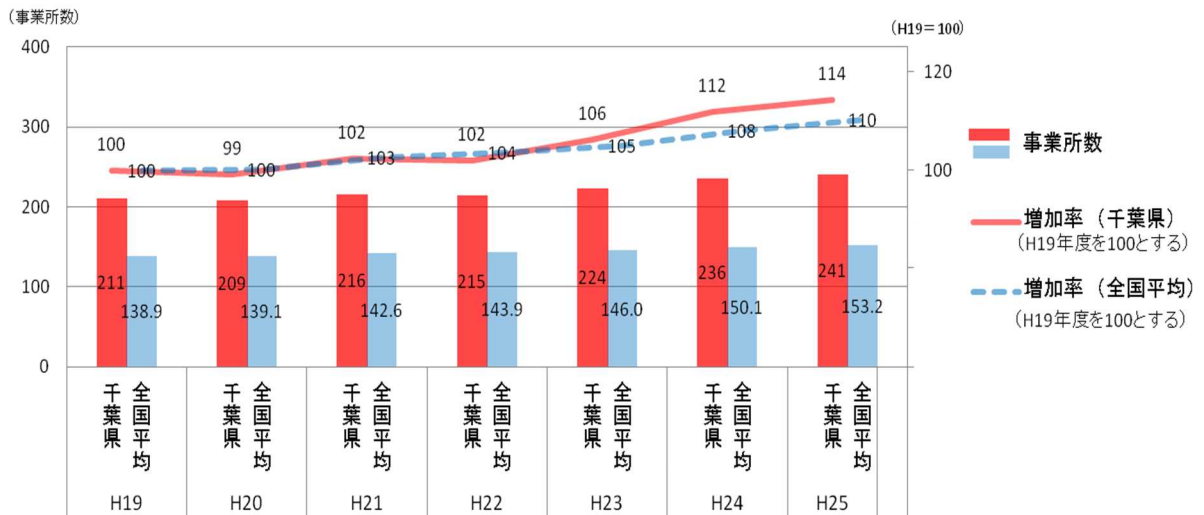
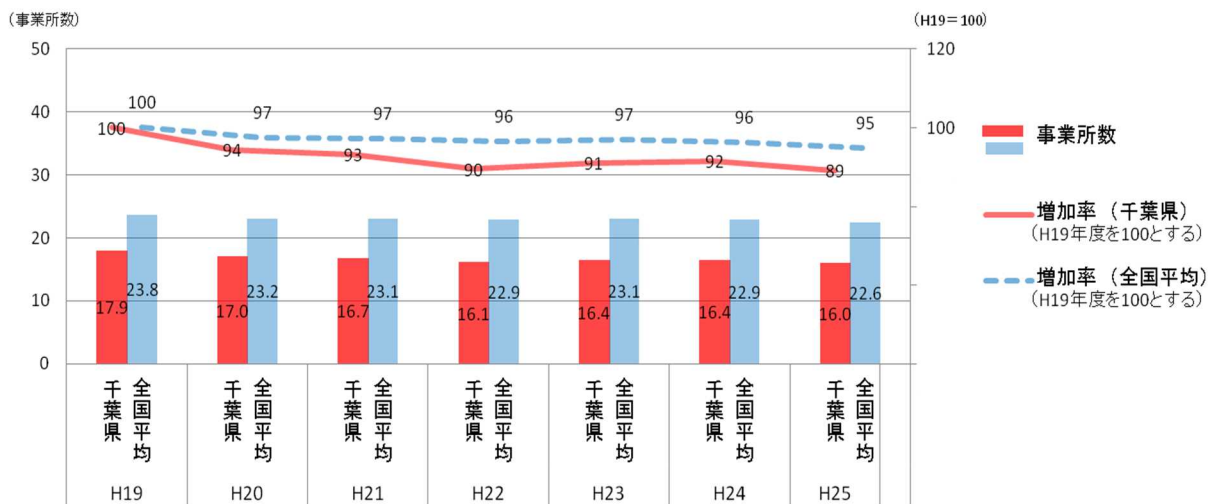


図 3-9 65 歳以上人口 10 万人対通所リハビリテーションサービス請求事業所数



（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

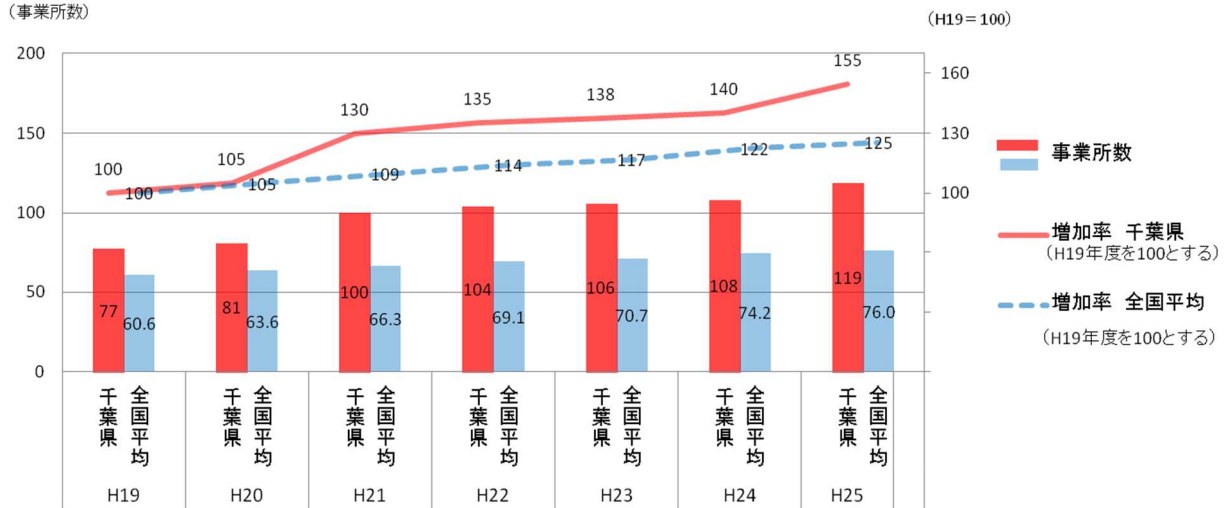
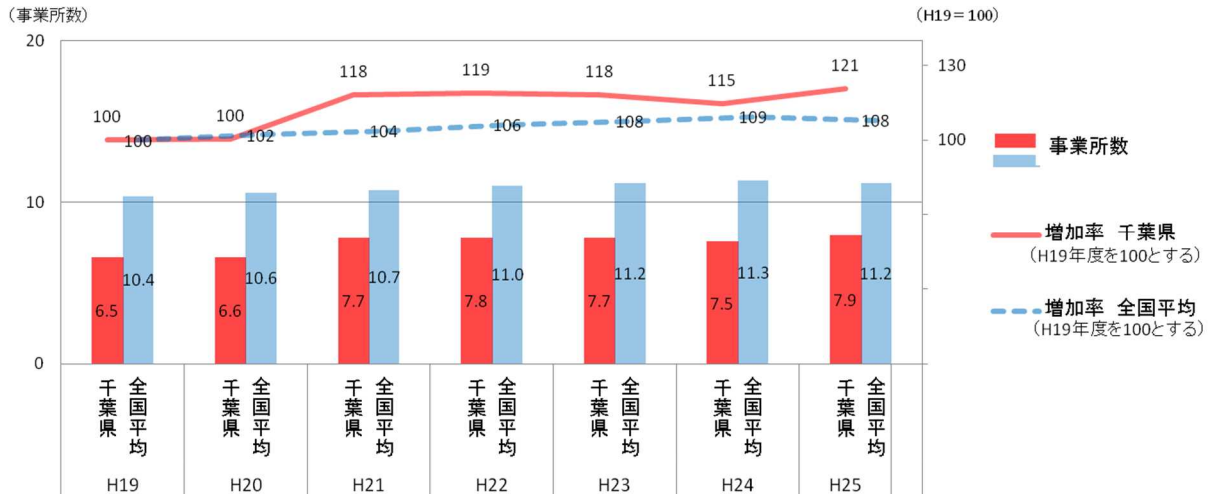


図 3-11 65 歳以上人口 10 万人対訪問リハビリテーションサービス請求事業所数



（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）